

# Jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej u pacjentów z depresją wieku późnego leczonych protetycznie

## Oral health-related quality of life in late-life depression patients treated prosthetically

*Małgorzata Gałczyńska-Rusin, Ryszard Koczorowski*

Klinika Gerostomatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik: prof. R. Koczorowski

---

---

### HASŁA INDEKSOWE:

depresja, jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej, pacjenci w wieku podeszłym, leczenie protetyczne

---

---

---

---

### KEY WORDS:

depression, oral health-related quality of life, elderly patients, prosthetic treatment

---

---

### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Lekarze dentyści, ze względu na starzenie się społeczeństwa coraz częściej będą w codziennej praktyce spotykać starszych pacjentów cierpiących na depresję.

**Cel pracy.** Celem pracy było zbadanie związku pomiędzy występowaniem objawów depresji, jakością życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej oraz adaptacją do nowych uzupełnień protetycznych wśród pacjentów w wieku podeszłym.

**Materiał i metody.** Badaniu poddano 150 pacjentów Kliniki Gerostomatologii, u których przeprowadzono rehabilitację protetyczną przy użyciu protez ruchomych. W badaniach kwestionariuszowych wykorzystano Geriatryczną Skalę Depresji (GDS) i Ogólny Wskaźnik Zdrowia Jamy ustnej (GOHAI).

**Wyniki.** U 24,6% osób stwierdzono występowanie objawów o charakterze depresji. Pacjenci z objawami depresji mieli znacząco niższe poczucie jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej niż osoby, u których tych objawów nie stwierdzono oraz gorzej adaptowali się do nowych uzupełnień protetycznych.

**Wnioski.** Depresja wieku późnego może w znaczący sposób wpływać na efekty leczenia prote-

### Summary

**Introduction.** Due to the ageing of the human population, dentists provide care for an increasing number of elderly patients suffering from depression.

**Aim of the study.** To examine the relationship between depression signs, oral health-related quality of life and adaptation to new prosthetic restorations in elderly patients. The study involved 150 patients of the Gerodontology Clinic after prosthetic rehabilitation with removable dentures. The Geriatric Depression Scale (GDS) and the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) were used in questionnaire examinations.

**Results.** Signs of depression were found in 24.6% of the patients. This group showed a significantly lower level of satisfaction with their life quality compared to individuals without depression signs and were less adaptable to new prosthetic restorations.

**Conclusions.** Late-life depression (LLD) may considerably affect the outcome of prosthetic treatment, regardless of the type and quality of the restoration provided, by lowering the level of perceived life quality connected with adaptation to new dentures.

*tycznego niezależnie od rodzaju i jakości wykonanego uzupełnienia protetycznego, a tym samym mieć negatywny wpływ na poczucie jakości życia pacjentów związane z adaptacją do protezy.*

## Wstęp

Pacjenci w wieku podeszłym często są zmuszeni zmagać się z różnymi sytuacjami życiowymi, takimi jak przejście na emeryturę, śmierć współmałżonka, samotność, izolacja społeczna czy brak środków finansowych. Sytuacje takie mogą prowadzić do wystąpienia zaburzeń o depresyjnym charakterze. Depresja, niestety, ma duże szanse stać się epidemią XXI wieku. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia do 2020 roku schorzenia o charakterze depresji będą drugą po niewydolności krążenia przyczyną niepełnosprawności społeczeństw.<sup>1</sup> Schorzenie to wbrew powszechnym opiniom nie jest objawem prawidłowego przebiegu starzenia się organizmu a wynika ono z wielu przyczyn. Jednym z czynników ryzyka wystąpienia objawów depresji jest właśnie podeszły wiek. Szacuje się, że częstość występowania zaburzeń depresyjnych wynosi wśród osób w wieku podeszłym około 15-20%.<sup>2</sup> Depresja rozpoczynająca się po 65 roku życia w nomenklaturze medycznej nazywana jest depresją wieku późnego (late-life depression – LLD) i klasycznie prezentowana jest przez objawy dysforii (rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, brak zainteresowania) oraz anhedonii (niezdolność przeżywania przyjemności).<sup>3</sup> Depresja jest również istotnym czynnikiem ryzyka takich schorzeń ogólnoustrojowych, jak na przykład zawał mięśnia sercowego.<sup>2</sup> W odniesieniu do jamy ustnej LLD jest często związana ze złą higieną, zaawansowaną chorobą przyzębia, próchnicą kwitnącą i kserostomią.<sup>3</sup> Pacjenci z depresją często mają niższe poczucie jakości życia oraz gorzej oceniają

zdrowie jamy ustnej.<sup>4,5</sup> Do oceny występowania objawów depresyjnych stosowane są na całym świecie proste kwestionariusze ułatwiające identyfikację pacjentów ze wspomnianymi problemami i pozwalające kierować ich do specjalisty.<sup>6</sup>

## Cel pracy

Celem pracy było zbadanie związku pomiędzy występowaniem objawów depresji, jakością życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej oraz adaptacją do nowych uzupełnień protetycznych wśród pacjentów w wieku podeszłym.

## Materiał i metody

Badaniu poddano 150 osób w wieku podeszłym, które zgłosiły się do Kliniki Gerostomatologii UM w Poznaniu celem leczenia protetycznego. Tabela 1 przedstawia charakterystykę grupy badanej. Większość badanych stanowiły kobiety (66%), osoby z wykształceniem średnim (54%), pozostające w związku małżeńskim (50%). Średnia wieku badanych wynosiła 74,8 (SD 6,9).

Przeprowadzono badanie oceniające stan zdrowia jamy ustnej, w tym konieczność wykonania ekstrakcji, oraz występowanie bezzębia. Poproszono również pacjentów o odpowiedzi na pytania dotyczące zadowolenia ze stanu zdrowia jamy ustnej i występowania problemów z żuciem pokarmów. U wszystkich pacjentów po uprzednim przedprotetycznym przygotowaniu jamy ustnej wykonano ruchome uzupełnienia protetyczne (całkowite lub

Tabela 1. Charakterystyka grupy badawczej

| Pacjenci Kliniki Gerostomatologii |                  |
|-----------------------------------|------------------|
| Wiek (średnia) SD                 | 74,8 (6,9)       |
| Rozpiętość wieku                  | 60-95            |
| Płeć<br>Kobiety/Mężczyźni (%)     | 99/51<br>(66/34) |
| Wykształcenie                     |                  |
| Podstawowe                        | 32 (21,3%)       |
| Średnie                           | 81 (54%)         |
| Wyższe                            | 37 (24,7%)       |
| Status materialny; n(%)           |                  |
| Zły                               | 32 (21,3)        |
| Średni                            | 69 (46,0)        |
| Dobry/B. dobry                    | 49 (32,6)        |
| Stan cywilny                      |                  |
| Kawaler/Panna                     | 6 (4%)           |
| W związku małżeńskim              | 75 (50%)         |
| Rozwiedziony                      | 5 (3,3%)         |
| Wdowa/wdowiec                     | 64 (42,7%)       |

Tabela 2. Średni wynik Ogólnego Wskaźnika Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI) u pacjentów z i bez objawów depresji

| Występowanie objawów depresji | n   | %     | Średni wynik GOHAI | p-wartość |
|-------------------------------|-----|-------|--------------------|-----------|
| Tak (GDS $\geq$ 6)            | 37  | 24,6% | 40,86 SD=8,6       | p=<0,001  |
| Nie (GDS<6)                   | 113 | 75,3% | 48,10 SD=7,6       |           |

częściowe). Występowanie objawów depresji zbadano przy użyciu Geriatrycznej Skali Depresji (GDS) podczas pierwszej wizyty. Badanie jakości życia przy użyciu Ogólnego Wskaźnika Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI) wykonano przed leczeniem i 3 miesiące po zakończonym leczeniu protetycznym. Adaptację do protez oceniono poprzez odpowiedź pacjenta na pytanie dotyczące użytkowania wykonanych uzupełnień protetycznych.

Geriatryczna Skala Depresji (Geriatric Depression Scale – GDS) została opracowana przez Yesavage w 1983 roku. Jest to narzędzie przesiewowe służące do oceny natężenia objawów depresji u osób w podeszłym wieku, szeroko stosowane na całym świecie. W badaniach, z uwagi na wiek i obniżoną możliwość skupienia się wykorzystano skróconą wersję kwestionariusza, składającą się z 15 pytań. Na każde z pytań możliwe są tylko dwie

Tabela 3. Zależność pomiędzy punktacją GDS a odpowiedziami na poszczególne pytania kwestionariusza GOHAI

| GOHAI   | Brak objawów depresji (GDS<6) | Występowanie objawów depresji (GDS≥6) | p-wartość |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| 1. Ograniczenie spożywania pokarmów                         | 4,18 (1,03)                   | 3,43 (1,11)                           | p<0,001   |
| 2. Problemy z żuciem  | 3,39 (1,31)                   | 2,84 (1,21)                           | p=0,018   |
| 3. Problemy z przełykaniem                                  | 4,41 (1,14)                   | 3,92 (1,50)                           | p=0,064   |
| 4. Wymowa   | 4,26 (1,02)                   | 3,72 (1,12)                           | p=0,005   |
| 5. Odczuwanie dyskomfortu                                   | 3,67 (1,29)                   | 3,08 (1,28)                           | p=0,009   |
| 6. Ograniczanie kontaktów                                   | 4,67 (0,71)                   | 4,08 (1,23)                           | p=0,001   |
| 7. Zadowolenie z wyglądu zębów, protez                      | 3,61 (1,33)                   | 3,19 (1,31)                           | p=0,077   |
| 8. Stosowanie leków   | 4,21 (0,98)                   | 3,73 (1,26)                           | p=0,038   |
| 9. Zaniepokojenie   | 3,64 (1,27)                   | 2,89 (1,13)                           | p=0,001   |
| 10. Zdenerwowanie   | 3,87 (1,20)                   | 2,86 (1,25)                           | p<0,001   |
| 11. Dyskomfort w czasie jedzenia w towarzystwie innych osób | 3,99 (1,24)                   | 3,35 (1,36)                           | p=0,007   |
| 12. Wrażliwość na zimno, ciepło, słodkie                    | 4,14 (1,10)                   | 3,76 (1,30)                           | p=0,113   |

odpowiedzi – tak lub nie. Możliwa do uzyskania punktacją mieści się w przedziale od 0 do 15 punktów. Wynik powyżej 5-ciu punktów wskazuje na obecność objawów depresji.<sup>7</sup>

Ogólny Wskaźnik Zdrowia Jamy Ustnej (GOHAI) jest kwestionariuszem badającym jakość życia, składającym się z 12 pytań. Narzędzie to ocenia zgłaszane przez pacjenta problemy funkcjonalne związane z jamą ustną, wpływ psychospołeczny schorzeń jamy ustnej na życie codzienne oraz ocenia efektywność przeprowadzonego leczenia stomatologicznego. Każdemu pytaniu przypisane są odpowiedzi w pięciostopniowej skali Likerta (5=nigdy, 4=rzadko, 3=czasami, 2=często, 1=zawsze). Maksymalna ilość punktów jaką może uzyskać pacjent to 60, minimalna – 12. Większa ilość punktów wskazuje na lepszą jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej.<sup>8</sup> Wskaźnik ten został zaadaptowany na język polski, a

jego bardzo dobre właściwości psychometryczne zostały potwierdzone w wielu badaniach, w tym także przez autorów tej pracy.<sup>9</sup>

Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu SPSS v14. Poziom istotności ustalono na p=0,05.

## Wyniki

Wyniki Geriatrycznej Skali Depresji pozwoliły podzielić badanych na osoby z objawami depresji i bez tych objawów. Pacjentów, którzy uzyskali wyniki ≥6 punktów, zaliczono do grupy z objawami depresji, podczas gdy osoby z wynikami od 0 do 5 punktów zaliczono do grupy bez tych symptomów. Spośród 150 pacjentów Kliniki Gerostomatologii zakwalifikowanych do leczenia protetycznego u 24,6% stwierdzono występowanie objawów o charakterze depresji. Pacjenci z objawami depresji

Tabela 4. Występowanie bezzębia oraz potrzeby wykonania ekstrakcji u pacjentów z i bez objawów depresji

|                               | Pacjenci bez objawów depresji | Pacjenci z objawami depresji |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Bezzębie                      |                               |                              |
| Tak                           | 49,6%                         | 51,4%                        |
| Nie                           | 50,4%                         | 48,6%                        |
| Potrzeba wykonania ekstrakcji |                               |                              |
| Tak                           | 16,8%                         | 24,3%                        |
| Nie                           | 83,2%                         | 75,7%                        |

Tabela 5. Zmiana jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej po przeprowadzonym leczeniu protetycznym oraz adaptacja do nowych protez u pacjentów bez i z objawami depresji

|   | Pacjenci bez objawów depresji | Pacjenci z objawami depresji |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Ocena jakości życia związana ze zdrowiem jamy ustnej po leczeniu protetycznym |                               |                              |
| Poprawa jakości życia   | 84,4%                         | 66,7%                        |
| Pogorszenie jakości życia   | 8,3%                          | 27,8%                        |
| Jakość życia bez zmian  | 7,3%                          | 5,5%                         |
| Adaptacja do nowych uzupełnień protetycznych                                  |                               |                              |
| Tak   | 93,8%                         | 83,3%                        |
| Nie   | 6,2%                          | 16,7%                        |

mieli znacząco niższe poczucie jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej niż osoby, u których tych objawów nie stwierdzono (tabela 2). Analizując dokładnie poszczególne pytania kwestionariusza GOHAI nie stwierdzono jedynie istotnej statystycznie zależności pomiędzy pytaniami 3, 7 i 12 a obecnością objawów depresyjnych. Z powyższych danych wynika, że obecność objawów o charakterze depresji jest niezwykle istotnym czynnikiem obniżającym jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej (tabela 3).

Obiektywna ocena stanu zdrowia jamy ustnej na podstawie badania stomatologicznego nie wykazała istotnych różnic pomiędzy grupą pacjentów bez i z objawami depresji (tabela 4).

Natomiast pacjenci z objawami depresji znacząco gorzej oceniali subiektywnie zdrowie swojej jamy ustnej (tabela 5). Spośród 150 pacjentów poddanych leczeniu protetycznemu 132 osoby pojawiły się na wizycie kontrolnej 3 miesiące po oddaniu nowych uzupełnień. Na wizycie kontrolnej oceniono ponownie jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej oraz określono adaptację do nowych uzupełnień protetycznych. Stwierdzono różnice pomiędzy pacjentami wykazującymi objawy występowania depresji i bez tych objawów. Pacjenci z wynikiem GDS  $\geq 6$  punktów w mniejszym stopniu osiągnęli poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej po zakończonym leczeniu protetycznym, oraz w mniejszym stopniu

adaptowali się do nowych uzupełnień protezycznych.

## Dyskusja

W badaniach własnych stwierdzono, że pacjenci z objawami depresji gorzej oceniali jakość życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej niż pacjenci bez tych objawów, pomimo podobnej sytuacji ogólnozdrowotnej i kondycji jamy ustnej. U pacjentów z objawami depresji trudniej było uzyskać poprawę jakości życia związaną ze zdrowiem jamy ustnej po przeprowadzonej rehabilitacji protetycznej. Ponadto znacząco częściej wskazywali na niezadowolenie ze zdrowia jamy ustnej oraz na występowanie problemów z żuciem po osadzeniu nowych protez. *Laudisio* w swoich badaniach sugeruje wręcz, że problemy z żuciem pokarmów mogą być powodem wystąpienia depresji.<sup>10</sup> Depresja wieku późnego (LLD) może w znaczący sposób wpływać na efekty leczenia protetycznego niezależnie od rodzaju i jakości wykonanego uzupełnienia protetycznego, a tym samym mieć wpływ na obniżoną jakość życia. Stosowanie prostych testów informujących lekarza o możliwości wystąpienia u danego pacjenta objawów o charakterze depresji może w znaczący sposób wpłynąć na efektywność leczenia protetycznego. Wczesne wykrycie objawów depresji za pomocą skali GDS wymaga szczególnie troskliwego podejścia lekarza i jest bezdyskusyjnie pomocne w kierowaniu pacjenta do specjalisty. To może pozwolić uniknąć negatywnych skutków depresji (jak np. obniżona jakość życia) i poprawić efekty protetycznego leczenia.<sup>11,12</sup> Jak zwraca uwagę *Korszun* należy się liczyć z tym, że leczenie pacjentów z objawami depresji może lekarzowi sprawiać wiele trudności nie tylko w kontaktach interpersonalnych ale także w leczeniu somatyki.<sup>13</sup> W diagnozowaniu określonych zaburzeń psychicznych u pacjentów poddanych rehabilitacji protetycznej

pomocne mogą być kryteria określone przez *Mullera-Fahlbuscha*. Wśród nich wyróżnić można: fluktuację dolegliwości, niezgodność pomiędzy stanem klinicznym w jamie ustnej a zgłaszanymi dolegliwościami, związek pomiędzy dolegliwościami a kłopotami biograficzno-sytuacyjnymi, diagnoza *ex non iuvantibus* (diagnoza wsteczna), dziwne zachowania i współdziałanie podczas zaostrzeń chorobowych.<sup>14</sup> Osoby z objawami depresji czasami mogą być niechętne do współpracy i nerwowe podczas leczenia stomatologicznego, a zgłaszane przez nich liczne odczucia mogą nie pokrywać się ze stanem faktycznym obserwowanym przez lekarza.<sup>13</sup>

Pacjenci z objawami depresji wymagają szczególnej uwagi ze strony lekarza dentysty ponieważ schorzenie to często jest związane z występowaniem wielu somatycznych problemów, takich jak suchość jamy ustnej czy zaburzenia smaku. Także może być czynnikiem ryzyka dla występowania próchnicy, periodontopatii i erozyjnej postaci liszaja płaskiego. Podczas leczenia depresji nie należy również zapominać o skutkach ubocznych leków antydepresyjnych, które mogą pogłębiać niektóre patologiczne stany w jamie ustnej.<sup>15</sup>

## Podsumowanie

Depresja wieku późnego może w znaczący sposób wpływać na efekty leczenia protetycznego niezależnie od rodzaju i jakości wykonanego uzupełnienia protetycznego. Brak obiektywnych wskaźników dyskomfortu stwierdzanych w badaniu jamy ustnej przy subiektywnych problemach pacjenta może mieć wpływ na obniżoną jakość życia, która jest kojarzona z terapią stomatologiczną z zastosowaniem protez ruchomych. Pacjenci starsi z objawami depresji wymagają więc szczególnej uwagi lekarza stomatologa, a często także interdyscyplinarnej współpracy z psychologiem lub psychiatrą.



## Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Mental Health. A Call for Action by World Health Ministers. 2001. [http://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/Call\\_for\\_Action\\_MoH\\_Intro.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf)
2. *Gottfries CG*: Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251 Suppl 2: II57-61.
3. *Friedlander AH, Norman DC*: Late-life depression: psychopathology, medical interventions, and dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94, 4: 404-412.
4. *Kressin NR, Spiro A 3rd, Atchison KA*: Is depressive symptomatology associated with worse oral functioning and well-being among older adults? *J Public Health Dent* 2002; 62, 1: 5-12.
5. *Quine S, Morrell S*: Hopelessness, depression and oral health concerns reported by community dwelling older Australians. *Community Dent Health* 2009; 26, 3: 177-182.
6. *Smalbrugge M, Jongenelis L, Pot AM, Beekman AT, Eefsting JA*: Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging Ment Health* 2008; 12, 2: 244-248.
7. *Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17: 37-49.
8. *Atchison KA., Dolan TA*: Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990, 54: 680-687.
9. *Galczyńska-Rusin M, Koczorowski R, Sielska J*: Linguistic adaptation and validation of the Polish version of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI). *J Stoma* 2014; 67, 2: 152-165.
10. *Laudisio A, Milaneschi Y, Bandinelli S, Gemma A, Ferrucci L, Incalzi RA*: Chewing problems are associated with depression in the elderly: results from the InCHIANTI study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29, 3: 236-244.
11. *Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Ciemnoczołowski W*: Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 53, 2: e198-202.
12. *Hassel AJ, Danner D, Schmitt M, Nitschke I, Rammelsberg P, Wahl HW*: Oral health-related quality of life is linked with subjective well-being and depression in early old age. *Clin Oral Investig* 2011; 15, 5: 691-697.
13. *Korszun A, Ship JA*: Diagnosing depression in patients with chronic facial pain. *J Am Dent Assoc* 1997; 128, 12: 1680-1686.
14. *Muller-Fahlbusch H*: The elderly patient – a psychological being. Also individuality becomes increasingly distinct. *ZWR* 1981; 90, 7: 16.
15. *D'Mello DA*: Are your patients depressed? Implications for dental practice. *J Mich Dent Assoc* 2003; 85, 5: 26-32.

Zaakceptowano do druku: 11.01.2017 r.

Adres autorów: 60-812 Poznań, ul. Bukowska 70.

© Zarząd Główny PTS 2017.