

KVALITET ŽIVOTA I JAČINA DEPRESIJE – ANALIZA POJEDINIH SKALA SF-36 I ZUNGOVE SKALE ZA SAMOPROCENU DEPRESIJE

Aleksandar Pavlović¹
Marija Stojanović¹
Sloboanka Pejović-Nikolić²
Nađa Marić²

UDK: 616.89-008.454-085:615.862

Kratak sadržaj. Prema literaturi, osobe koje uz određenu bolest imaju i depresiju značajno drugačije procenjuju sopstveni kvalitet života u odnosu na obolele od iste bolesti, a bez prateće depresije. *Cilj.* Ispitati korelaciju depresivnosti, utvrđene upitnikom za samoprocenu Zung, sa procenom pojedinih aspekata kvaliteta života merenih upitnikom SF – 36, da bi se utvrdila povezanost jačine depresije i dimezija kvaliteta života kao što su ocena: zdravlja, aktivnosti i društvenog života, opšteg mentalnog stanja i doživljaj bola. *Metod.* Uključeno je 89 subjekata, koji su bili stari u proseku $39,1 \pm 14,8$ godina, sa prosečno $11,5 \pm 2,4$ godine obrazovanja, 53,9% u braku, 37% ispitanika su bile žene. Svi ispitanici su testirani gore navedenim skalama. *Rezultati.* Prema skali Zung SDS, prosečan intenzitet depresije među ispitanicima bio je $40,5 \pm 10,3$. Najznačajniji prediktor depresije u SF 36 jesu dva ajtema: onaj kojim se ocenjuje mentalno (ajtem 9, $p=0.00$) i opšte zdravlje (ajtem 1, $p=0.008$). „Uticaj emotivnog i fizičkog stanja na socijalne aktivnosti“ kod ispitanika i “procena doživljaja bola” nisu imali prediktivnu moć kada je u pitanju depresija ($p=0.716$ i $p=0.161$). Pirsonov koeficijent između ocene opšteg zdravlja i depresije iznosio je - 0.688, a depresije i mentalnog zdravlja - 0.778. *Zaključak.* SF 36 danas se koristi u mnogim kliničkim studijama, a rezultati ovog rada upućuju kliničare bilo koje specijalnosti da, ako njihovi ispitanici na pomenuta dva, lako uočljiva ajtema SF 36 (prvi i deveti) daju niske ocene, postoji opravdana sumnja da se radi o depresiji određenog intenziteta i u tom smislu bilo bi uputno obratiti dodatnu dijagnostičku i terapijsku pažnju na date ispitanike.

Ključne reči: depresija, kvalitet života, instrumenti, korelacija

¹ Medicinski fakultet, Beograd

² Institut za psihijatriju
Klinički centar Srbije, Beograd

UVOD

Koncept kvaliteta života prisutan je u medicinskim istraživanjima više od 20 godina [1], do te mere da pojedini savremeni autori smatraju merenje kvaliteta života ključnim za klinička ispitivanja [2,3]. Međutim, jedinstvena i opšte prihvaćena definicija kvaliteta života za sada ne postoji. Prema konceptu Svetske Zdravstvene Organizacije (WHO), kvalitet života se definiše kao "... doživljaj sopstvene životne pozicije od strane pojedinca, u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kome živi i u vezi sa sopstvenim ciljevima, očekivanjima i standardima. To je širok koncept, pod kompleksnim uticajem fizičkog zdravlja, psihološkog stanja, nivoa nezavisnosti, socijalnih odnosa i odnosa sa najvažnijim aspektima okoline." Pored navedene definicije, koja uključuje nesistematično mešanje činjenica i vrednovanja [4], postoje i drugi, uglavnom empirijski koncepti kvaliteta života, adekvatniji za primenu u kliničkim i naučnim ispitivanjima [5]. U tom smislu, napominjemo više tipova procene kvaliteta života: od slobodne procene kliničara, do samoprocene pacijenata uz pomoć standardizovanih upitnika. Neki od ovih upitnika su: WHOQOL [6], EuroQoL [7], SF-36 [8]. Navedeni upitnici su OPŠTI, i koriste se u istraživanjima i kliničkoj praksi za procenu kvaliteta života bez obzira na prisustvo i vrstu oboljenja. Osim OPŠTIH, postoje i „za bolest SPECIFIČNI upitnici”, koji se kreiraju i daju samo za

obolele od određene bolesti [9], pri čemu se prilikom procenjivanja u velikoj meri uzimaju u obzir individualne karakteristike ispitanika [10].

Simptomi kliničke depresije mogu se razlikovati od osobe do osobe, u rasponu od blagog do teškog oblika depresije. Depresija može pratiti druga oboljenja među kojima najčešće onkološka, kardiovaskularna, metabolička i neurološka oboljenja. Iako česta, depresija kao prateća pojava drugih oboljenja često se ne prepoznaje i ne leči. To je često zato što se pogrešno tumači kao normalna reakcija na fizičko oboljenje [11]. Ranija istraživanja ukazuju da postoji značajna razlika u kvalitetu života između bolesnika od nekog oboljenja kod kojih je prisutna depresija u odnosu na obolele od iste bolesti bez prateće depresije [12]. Pored toga, ranijim istraživanjima utvrđeno je da osobe sa depresijom major procenjuju svoj kvalitet života kao lošiji, u odnosu na osobe koje nisu obolele od depresije. Razlike su bile najevidentnije u proceni sopstvenog zdravstvenog stanja, obavljanja svakodnevnih aktivnosti i vitalnosti (SF – 36)[13].

U ovom istraživanju ispitivali smo povezanost depresivnosti kod nekliničke populacije utvrđene upitnikom za samoprocenu Zung [14], sa procenom pojedinih aspekata i ukupnom ocenom kvaliteta života procenjenih upitnikom SF – 36, da bismo utvrdili u kojoj meri i na koji način ovi upitnici međusobno koreliraju, kao i da bi utvrdili povezanost jačine depresije i dimezija kvaliteta života kao što su ocena: zdravlja, aktivnosti i društvenog života, opšteg

mentalnog stanja i doživljaj bola.

METOD

Studija je uključila 89 ispitanika, koji su pozvani na pregled radi utvrđivanja postojanja eventualnih posledica povrede glave koju su imali min. 6 meseci ranije i koji nisu tražili medicinsku pomoć. Kao što je ranije dokazano, ovi bolesnici imaju nešto veću učestalost depresije, ali ne do nivoa značajnog [15]. Na ovaj način pojačana je osnovna dimenzija koja se posmatra - depresija, i omogućeno je da se sa manjim brojem uključenih ispitanika dobiju odgovarajući podaci za dalje analize. Tokom obavljanja potrebnih pregleda vezanih za posledice povrede glave, bolesnici su popunjavali upitnike: Zung skala samoprocene depresije i SF-36.

Zung skala se koristi u kliničkom i israživačkom radu za samoprocenu depresivnosti kod nekliničke populacije, sadrži 20 stavki za koje ispitanik navodi u kojoj se meri odnose na nje. Na osnovu ukupnog rezultata, koji može biti 20 – 80, procenjujemo odsustvo, blag (40-50), umeren (50-60) ili težak stepen (60-80) depresivnosti. Upitnik SF- 36 predstavlja kratki upitnik za samoprocenu kvaliteta života. Sastoji se od 36 pitanja. Ovo je upitnik za opštu ili specifičnu populaciju, za procenu relativne težine bolesti i efekata različitih medicinskih procedura. Procena kvaliteta života ovim upitnikom obuhvata mentalnu i fizičku komponentu, tj. uticaj psihičkih i fizičkih faktora na kvalitet života pri čemu se meri osam aspekata : opšta procena

fizičkog zdravlja, vitalnost, uticaj psihičkih činilaca na svakodnevne aktivnosti, uticaj fizičkih faktora na svakodnevne aktivnosti, pojava bola, uticaj psihičkih faktora na socijalne aktivnosti, uticaj fizičkih faktora na socijalne aktivnosti, procena mentalnog zdravlja. Kontrolisane su sociodemografske karakteristike ispitanika (pol, starost, obrazovanje, bračni status, ranije obraćanje psihijatru, psihijatrijski hereditet). Uz to, linearnom regresijom ispitivano je koja je od SF 36 stavki (ajtem 1: opšta ocena zdravlja, ajtem 6: uticaj emotivnog i fizičkog stanja na aktivnosti društvenog života, ajtem 7 i 8: procena doživljaja bola i uticaj bola na svakodnevne aktivnosti i ajtem 9: opšti emotivni doživljaj) u protekle četiri sedmice, prediktor depresivnosti merene Zung-ovom skalom. Osim toga, utvrđen je i Pirsonov koeficijent korelacije za navedene stavke SF-36 i Zung skalu.

REZULTATI

Ispitanici su bili stari u proseku $39,1 \pm 14,8$ godina, sa prosečno $11,5 \pm 2,4$ godine obrazovanja, 53,9% u braku, 37% ispitanika su bile žene. Od svih ispitanika 23,6% navelo je da je imalo neki kontakt sa psihijatrom, ali se nije ulazilo u dalju analizu ovog podatka. Četrdeset jedan procenat ispitanika tokom života navelo je da je koristilo psihofarmake, a psihijatrijski hereditet naveden je kao pozitivan kod 6,7% ispitanika. Prema skali Zung, prosečan intenzitet depresije među ispitanicima bio je $40,5 \pm 10,3$. Najznačajniji prediktor depresije u ispitiva-

nim ajtemima SF 36 jeste ocena mentalnog zdravlja (ajtem 9, $p=0.00$) i opšta ocena zdravlja (ajtem 1, $p=0.008$). Ajtemi "uticaj emotivnog i fizičkog stanja na socijalne aktivnosti" i "procena doživljaja bola" nisu imali prediktivnu moć kada je u pitanju depresija ($p=0.716$ i $p=0.161$). Korelacija između ocene opšteg zdravlja i depresije iznosila je -0.688 , a depresije i mentalnog zdravlja -0.778 .

DISKUSIJA

Prosečna vrednost depresivnosti posmatranog uzorka je na nivou blage, granične depresije i nešto je veća nego za prosečnu populaciju, što je u skladu sa ranijim ispitivanjem [15]. Prema rezultatima ove studije, najznačajniji prediktor depresivnosti prilikom procene kvaliteta života jeste ocena mentalnog zdravlja, a potom opšta ocena ličnog zdravlja. Značaj procene emotivnog doživljaja kao prediktora depresivnosti ukazuje na mogućnost korišćenja SF-36 za okvirnu procenu depresivnosti, u sklopu kvaliteta života u kliničkom i istraživačkom radu. Interesantan podatak je značaj opšte procene zdravlja kao prediktora depresivnosti, što ostavlja prostor za analizu povezanosti ovih parametara uz pomoć osetljivijih instrumenata. Procena prisustva i uticaja bola na svakodnevne aktivnosti nije pokazala statistički značajnu korelaciju sa depresivnošću. Ovakav rezultat nije u skladu sa rezultatima prethodnih sličnih istraživanja [16,17] gde je nađena statistički zna-

čajna korelacija između prisustva bola i depresivnosti. Međutim, kod njih su ispitivani pacijenti sa određenim hroničnim oboljenjima, tj. sa hronično prisutnim bolom, što predstavlja razliku u odnosu na ovo ispitivanje. Uticaj psihičkih i fizičkih faktora na socijalne aktivnosti takođe nije pokazao statistički bitnu povezanost sa depresivnošću. Rezultati postojećih ispitivanja ukazuju na značajnu povezanost smanjenog intenziteta i kvaliteta socijalnih aktivnosti sa depresivnošću kod pacijenata sa klinički dijagnostikovanom depresijom [18], ali to nije bio slučaj i kod naših, granično depresivnih ispitanika. Na osnovu dobijenih vrednosti ovog ispitivanja stiče se utisak da depresivnost koja je na subkliničkom nivou ima veze sa nekim od aspekata kvaliteta života (lični emotivni doživljaj, opšta procena sopstvenog zdravlja), a sa drugim aspektima (fizički bol, socijalne aktivnosti) nije povezana. Radi donošenja preciznijih zaključaka ostaje mogućnost ispitivanja korelacije socijalnih aktivnosti i depresivnosti uz pomoć specifičnih skala, na primer SASS (Social Adaptation Self-evaluation Scale) [19]. Kako se SF 36 danas koristi u mnogim kliničkim studijama koje se sprovode kod nas i u svetu, mi napominjemo da su rezultati ovog rada vrlo korisni za kliničare bilo koje specijalnosti. Naime, ako bi njihovi ispitanici na pomenuta dva, lako uočljiva ajtema SF 36 (prvi i deveti) davali niske ocene, postojala bi opravdana sumnja da se radi o depresiji određenog intenziteta i u tom smislu bilo bi uputno

QUALITY OF LIFE AND SEVERITY OF DEPRESSION – ANALYSIS OF SOME SF 36 SCALES AND SELF RATING DEPRESSION – ZUNG SCALE

Aleksandar Pavlović¹
Marija Stojanović¹
Sloboanka Pejović-Nikolić²
Nađa Marić²

¹ School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade

² Institute of psychiatry; Clinical Center of Serbia, Belgrade

Summary. Introduction: According to the present literature, depression in subjects with any disorder influences the estimation of personal quality of life (QOL) and it differs significantly from subjects without depression. **Aim.** Present study evaluated the correlation of depression, measured by Self Rating Depression – Zung (Zung SDS), with several items from MOS 36-item short-form health survey (SF – 36), to measure the correlation between severity of depression and some aspects of QOL like: health, activity and social functioning, personal estimation of mental functioning and pain. **Method.** Eighty nine subjects were included, age $39,1 \pm 14,8$ years, education $11,5 \pm 2,4$ years, married 53,9%, female 37%. Two aforementioned scales were completed by all subjects. **Results.** According to Zung SDS, mean depression score was $40,5 \pm 10,3$. The most significant predictive power of depression was found in two SF 36 items: general mental functioning (item 9, $p=0.00$) and health (item 1, $p=0.008$). Activity and social functioning and pain hadn't predicted depression in our sample ($p=0.716$ and $p=0.161$, respectively). Pearson's coefficient of the correlation between general health and depression was -0.688 , while it was -0.778 between depression and personal estimation of the mental functioning. **Conclusion:** Nowadays, SF 36 has been used widely in medical research. Our results yielded that medical doctors of every specialization has to pay an additional attention to the patients who scored low on the first and ninth SF 36 item. These patients have an increased chance for depression, thus they should be provided by additional diagnostics and the treatment.

Key words: depression, the quality of life, measurement, correlation

Literatura:

obratiti odgovarajuću dijagnostičku i terapijsku pažnju na date ispitanike.

1. Neugebauer E, Troidl H, Wood-Dauphinée S, Bullinger M, Eypasch E. Meran consensus conference on quality-of-life assessment in surgery. Part I. Theor Surg 1991; 6:123 -165
2. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. Oncologist 2002; 7:120 - 125
3. ASCO. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. J Clin Oncol 1996; 14:671 -679
4. Bowling A. Measuring Disease. A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales. Buckingham: Open University Press, 2001
5. Koller M, Lorenz W. Quality of life: a deconstructions for clinicians. J R Soc Med 2002, 95:481-488
6. Skevington S. Measuring quality of life in Britain. Introducing the WHOQOL-100. J Psychosom Res 1999; 47: 449-459
7. EuroQol Group. EuroQol EQ-5D user guide. Rotterdam: Rotterdam Centre for Health Policy and Law, Erasmus University, 1996.
8. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-483
9. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual, 3rd edn. Brussels: EORTC, 2001
10. Bernheim JL. How to get serious answers to the serious question: 'How have you been?' Subjective quality of life (QOL) as an individual experimental emergent construct. Bioethics 1999; 13: 272-287
11. National Mental Health Association. depression-screening.org, 2006, <http://www.depression-screening.org>, posećeno 25/11/2006
12. Goldney R., Phillips P., Fisher L., Wilson D.. Diabetes, depression and quality of life. Diabetes care 2004; 27:1066-1070.
13. Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. International Review of Psychiatry 2002 ; 14:185 – 189.
14. Zung, WW. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.
15. Popovic V, Pekic S, Pavlovic D, Maric N, Jasovic-Gasic M, Đurović B, Medic Stojanoska M, Zivkovic V, Stojanovic M, Doknic M, Milic N, Đurović M, Dieguez C, Casanueva FF. Hypopituitarism as a consequence of traumatic brain injury (TBI) and its possible relation with cognitive disabilities and mental distress. J Endocrinol Invest. 2004; 27(11):1048-1054.
16. Kelsen DP, Portenoy RK, Thaler HT et al. Pain and depression in patients with newly diagnosed pancreas cancer: J Clin Oncol. 1995; 13(3):748-755.
17. Aigner M, Forster-Streffleur S, Prause W, et al. What does the WHOQOL-Bref measure? Measurement overlap between quality of life and depressive symptomatology in chronic somatoform pain disorder. : Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006; 41(1):81-86.
18. Bosc M. Assessment of social functioning in depression: Compr Psychiatry. 2000; 41(1):63-69.
19. Bosc M, Dubini A, Polin V , Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol 1997; 7:57-70.

Nada Marić