

ΕΡΕΥΝΑ

Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Στυλιανοπούλου Χριστίνα¹, Κουλιεράκης Γεώργιος², Καραγιάννη Βίλμα³, Μπαμπάτσικου Φωτούλα⁴, Κουτής Χαρίλαος⁵

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας/ Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής ΤΕΙ Αθήνας «Εφαρμοσμένη Δημόσια Υγεία»

1. Κοινωνική Λειτουργός
2. Επιστημονικός Συνεργάτης, Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Αθήνα
3. Επίκουρος Καθηγήτρια, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας
4. Επίκουρος Καθηγήτρια, Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής ΙΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας
5. Καθηγητής, Εργαστήριο Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας

Περίληψη

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής τους και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης σε αστικό κοινοτικό πληθυσμό ηλικιωμένων και η διερεύνηση των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 360 ηλικιωμένα άτομα, 218 γυναίκες και 142 άνδρες, ηλικίας άνω των 60 ετών, μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων, Αττικής. Για τη συλλογή των πρωτογενών στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών δεδομένων και ψυχοκοινωνικών παραγόντων και η τυποποιημένη και σταθμισμένη σε Ελληνικό γεροντικό πληθυσμό κλίμακα για τη γεροντική κατάθλιψη, GDS-15.

Αποτελέσματα: Καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε 30,28% του δείγματος (22,22% «μέτρια» και 8,06% «σοβαρή» κλινικού τύπου κατάθλιψη). Από τους στατιστικούς ελέγχους προέκυψε ότι οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη (70,6%) σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, έναντι των ανδρών (29,4%). Επίσης, σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν οι

χήροι/ες, τα μοναχικά άτομα, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και οι άτυποι «φροντιστές». Τέλος, σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν όσοι ασχολούνταν με τη φροντίδα των εγγονιών ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Συμπεράσματα: Η διαπίστωση σημαντικού ποσοστού επικράτησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ηλικιωμένο πληθυσμό επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού ψυχοκοινωνικού-υποστηρικτικού δικτύου, αποσκοπώντας στην πρόληψη της γεροντικής κατάθλιψης και στην προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, υποστηρικτικό δίκτυο, αστικός κοινοτικός πληθυσμός, Κ.Α.Π.Η.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Στυλιανοπούλου Χριστίνα,

Σοφοκλή Βενιζέλου 51 Άγιοι Ανάργυροι Αττικής,

Τηλ. 210-2611996, 6977482335

E-mail: xristylianooulou@yahoo.gr

ORIGINAL PAPER

Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people

Stylianiopoulou Christina¹, Koulierakis George², Karagianni Vilma³, Babatsikou Fotoula⁴, Koutis Charilaos⁵

Master in Public Health, National School of Public Health, Athens Greece/ Faculty of Public Hygiene, TEI of Athens, "Applied Public Health".

1. Social Worker
2. Scientific Collaborator, Department of Sociology of National School of Public Health, Athens, Greece
3. Assistant Professor, Laboratory of Epidemiology, Department of Public Hygiene, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece
4. Assistant Professor, Laboratory of Community Health Nursing II, Department of Nursing A', Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece
5. Professor, Laboratory of Epidemiology, Department of Public Hygiene, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece

Abstract

Depression in the elderly is considered an important public health issue. Depression is the most common mental health problem among older people. It poses a critical impact on well-being and the quality of life of elderly and it is related with high expenses and great demand of health care services.

Objective: To estimate the prevalence of depression among elderly in an urban area's population and to investigate the aggravating and protective factors.

Material and Method: The sample consisted of 360 individuals, 218 women and 142 men, aged 60 years or older, members of the four Open Care Centres for Older People (KAPI) of Agioi Anargyroi Municipality, in Attica. A questionnaire for demographics and psycho-social factors was used, whereas depression was probed through Geriatric Depression Scale, (Short Form - GDS-15), which has been standardized and adapted in a Greek elderly population.

Results: 30,28% of the sample had depressive symptoms (22,22% moderate and 8,06% serious-clinical type depression). It was also shown that depression at women (70,6%) appeared in a percentage over than the double against men (29,4%). The symptomatology of depression occurred widely among widower/widows, elderly being divorced or separated, people living alone, those with multiple pathologies and elderly informal family carers. Symptomatology of depression appeared in a lower rate among elderly who took care of their grandchildren or participated in social activities.

Conclusions: The ascertainment high percentage of depressive symptoms in our sample of elderly population confirms the emergency of creating a strong psycho-social supporting network aimed to prevent depression among elderly and health promotion in the elderly in the context of Primary Health Care (PHC).

Key words: Depression, elderly, supportive network, urban area's population, KAPI.

Corresponding author*Stylianopoulou Xristina,**Sofokli Benizelou 51, Agioi Anargyroi, Attica,**Tel: 210-2611996, 6977482335**E-mail: xristylianopoulou@yahoo.gr*

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παγκόσμιο ζήτημα δημόσιας υγείας καθώς είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική^{1,2,3}. Επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα, παγκοσμίως², ενώ μέχρι το 2020, προβλέπεται ότι θα γίνει η δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο, για όλες τις ηλικίες και για τα δύο φύλα, μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο²⁻³.

Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία^{1,4-7}. Εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών⁷, με τις γυναίκες να εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία⁸.

Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων⁹⁻¹⁰. Οι κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους φαίνεται να είναι το φύλο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η φτωχή υγεία, η χηρεία, η συνοσηρότητα, η ανικανότητα, η προγενέστερη κατάθλιψη, και η ηλικία^{4,11-13}. Από την άλλη πλευρά, προστατευτικοί παράγοντες στη γεροντική κατάθλιψη

αποτελούν η ύπαρξη συζύγου και οικογένειας και το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον, ειδικά με την μορφή φίλων¹²⁻¹⁵, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η σωματική υγεία και η άσκηση⁴.

Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας^{1,4,6,10-11,16}, αποτελώντας πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία. Το ενθαρρυντικό στοιχείο, όμως, είναι πως η κατάθλιψη ανήκει στα νοσήματα εκείνα που, ακόμα και στις πιο βαριές μορφές τους, αντιμετωπίζονται σε μεγάλο ποσοστό με επιτυχία, αν διαγνωστούν έγκαιρα^{5,8,17}. Εκτιμάται ότι με την υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης στη θεώρησή της, με συνδυασμό βιολογικών μέσων (φάρμακα), ψυχολογικών θεραπειών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, η γεροντική κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας¹⁷.

Στην Ελλάδα, έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού και της επικράτησης της κατάθλιψης σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας/μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12%¹⁸, ενώ η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται από 29,9% ως 33% και

στους άνδρες από 19,6% ως 20%¹⁹. Άλλη έρευνα σε άτομα που προσέρχονταν στα τακτικά ιατρεία ενός Κέντρου Υγείας, η καταθλιπτική συμπτωματολογία αναγνωρίστηκε σε ποσοστό 15,38% στις γυναίκες και 7,37% στους άνδρες²⁰.

Σημαντικός αριθμός ερευνών έχει, επίσης, πραγματοποιηθεί σε πληθυσμούς ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Οι έρευνες αυτές έχουν καταδείξει ποσοστά ανησυχητικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας («μέτρια» και «κλινικού τύπου» κατάθλιψη) που κυμαίνονταν από 6% έως 39,4%^{14,21-22}. Ειδικότερα, ως προς το φύλο, και στους πληθυσμούς αυτούς, οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο επιβαρυνμένες από τους άνδρες: 30% των γυναικών παρουσίασαν «μέτρια» κατάθλιψη και 10%, σοβαρή. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες ήταν 16% και 6%, αντίστοιχα²². Η πιο πρόσφατη μελέτη και με το μεγαλύτερο δείγμα (428 άτομα) είναι αυτή της Μπαμπάτσικου¹, η οποία διερεύνησε την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σε αστική περιοχή της Ελληνικής επικράτειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών, σε εννέα Κ.Α.Π.Η. του νομού Αττικής. Για την εκτίμηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Geriatric Depression Scale (GDS-15)²³⁻²⁴. Τα

αποτελέσματα έδειξαν 33,6% «μέτρια» και 12,25% «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν, στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης σε τριπλάσιο ποσοστό (18,4%), συγκριτικά με τους άνδρες (6,1%).

Από τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών προκύπτει ότι οι πληθυσμοί των ηλικιωμένων που μελετήθηκαν εμφανίζουν υψηλό ποσοστό «μέτριας» και «σοβαρής» κατάθλιψης, αν και παρουσιάζονται σημαντικές διακυμάνσεις στην επικράτηση της γεροντικής κατάθλιψης μεταξύ των ερευνών. Οι διακυμάνσεις αυτές μπορούν να αποδοθούν στα διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν (κλίμακες GDS-15 και QD2²⁵), στην ηλικιακή διαβάθμιση των ηλικιωμένων, στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη πληθυσμών (π.χ. αστικός, αγροτικός, γενικός πληθυσμός, πληθυσμός μελών Κ.Α.Π.Η. κ.λ.π.). Παρόλα αυτά, η τάση που καταγράφουν όλες σχεδόν οι έρευνες είναι ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στις ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, συγκριτικά με τους ηλικιωμένους άνδρες.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης σε κοινοτικό αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων σε περιοχή της πρωτεύουσας, οι οποίοι είναι αποδέκτες των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η.

Επιπλέον, στόχος ήταν η διερεύνηση του ρόλου των επιβαρυντικών (π.χ. φύλο, πολλαπλή παθολογία, χηρεία-διαζύγιο-αγαμία, μη ύπαρξη παιδιών, μη συγκατοίκηση, μοναχικότητα, φροντίδα μη αυτόνομων ατόμων που ζουν μαζί) και προστατευτικών (φροντίδα εγγονιών στον ελεύθερο χρόνο, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες) παραγόντων, στην εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Υλικό και μέθοδος

Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων, Αττικής. Η επιλογή της ηλικίας (60 ετών και άνω) έγινε με βάση το όριο ηλικίας για την εγγραφή στα μητρώα των Κ.Α.Π.Η., σύμφωνα με το καταστατικό λειτουργίας τους²⁶⁻²⁸. Για τον καθορισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, αναλογική ως προς το φύλο. Από τα 1.200 ενεργά μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η., στην έρευνα συμμετείχε δειγματοληπτικά το 30%, δηλαδή 360 άτομα. Επειδή περίπου 60% των μελών (σύμφωνα με το μητρώο μελών) ήταν γυναίκες και 40% ήταν άνδρες, στην έρευνα κλήθηκαν να συμμετάσχουν 218 γυναίκες και 142 άνδρες.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των πρωτογενών στοιχείων ήταν α) ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων για την καταγραφή δημογραφικών δεδομένων και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, κατασκευασμένο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης β) η τυποποιημένη Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)²³⁻²⁴, ένα έγκυρο και εύχρηστο εργαλείο διαλογής, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική εκτίμηση της γεροντικής κατάθλιψης^{1,8,29}. Έχει κατασκευαστεί ως αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 15 κλειστού τύπου ερωτήσεων, τύπου «ΝΑΙ - ΟΧΙ» η συμπλήρωση της οποίας απαιτεί περίπου 5 λεπτά^{1,30}. Η GDS-15 έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα σε ηλικιωμένο πληθυσμό από τους Fountoulakis et al.,²⁹ και η βαθμολογία 6/7 βρέθηκε να είναι το καλύτερο διαγνωστικό όριο της κατάθλιψης, με ευαισθησία = 92,23 και εξειδίκευση = 95.

Για τη βαρύτητα της κατάθλιψης ακολουθήθηκε η κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιήθηκε κατά την ελληνική στάθμιση: 0 - 5 = απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, 6 - 10 = μέτρια κατάθλιψη, 11 - 15 = σοβαρή κατάθλιψη και 6 - 15 = παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη).

Το πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και κατά

την διεξαγωγή της τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας³¹. Μετά την έγκριση της διεξαγωγής της μελέτης από το Διοικητικό Συμβούλιο των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του δήμου Αγίων Αναργύρων, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τις πρωινές και απογευματινές ώρες, όλες τις ημέρες της εβδομάδας, κατά το χρονικό διάστημα από 15/11/2008 έως 31/1/2009.

Πριν την διεξαγωγή της κύριας έρευνας, προηγήθηκε πιλοτική φάση, κατά την οποία τα εργαλεία και η διαδικασία δοκιμάστηκαν σε δέκα άτομα.

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το SPSS-16.

Αποτελέσματα

Συνολικά, 109 ηλικιωμένοι (30,28%) του δείγματος παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Από αυτούς, 73,4% παρουσίασε μέτρια κατάθλιψη (σκορ: 6 - 10) και 26,6% σοβαρή (βαριά) κατάθλιψη (σκορ ≥ 11). Αναφορικά με την κατανομή της βαρύτητας της κατάθλιψης, «μέτρια κατάθλιψη» παρουσίασαν 80 άτομα (22,22%), ενώ «σοβαρή (κλινικού τύπου) κατάθλιψη» παρουσίασαν 29 άτομα (8,06%) (Πίνακας).

Από τους ελέγχους συσχέτισης μεταξύ της βαρύτητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διαφόρων μεταβλητών προέκυψε ότι:

Η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν συχνότερη στις γυναίκες (70,6%) από ότι στους άνδρες (29,4%) ($\chi^2=6.6$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.05$). Επίσης, η κατάθλιψη σχετιζόταν ασθενώς θετικά με την ηλικία (Spearman's $\rho = .140$; $p<0.01$).

Αναφορικά με τους επιβαρυντικούς παράγοντες, βρέθηκε ότι περισσότεροι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη (66,1%) εμφάνισαν πολλαπλή παθολογία, σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη (36,7%) ($\chi^2=30.3$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.001$). Ακόμα, το ποσοστό των ηλικιωμένων που ήταν χήροι, διαζευγμένοι ή σε διάσταση ήταν σημαντικά υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη (56,9%), σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν (23,1%) ($\chi^2=39.0$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.001$). Επίσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων χωρίς παιδιά (13%) ήταν υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη, συγκριτικά με όσους δεν είχαν (3,6%) ($\chi^2=11.1$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.005$). Επιπλέον, το ποσοστό των ηλικιωμένων που ζούσαν μόνοι ήταν σημαντικά υψηλότερο ανάμεσα στους έχοντες κατάθλιψη (58,4%), σε σύγκριση με τους μη έχοντες τη νόσο (22,8%) ($\chi^2=30.9$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.001$) (Πίνακας). Ακόμη, το ποσοστό των ηλικιωμένων που ασχολούνταν στον ελεύθερο χρόνο τους με τη φροντίδα λοιπών συγγενών (σύζυγος, παιδιά) ήταν υψηλότερο ανάμεσα στους έχοντες κατάθλιψη (11%), συγκριτικά με όσους δεν είχαν (3,2%) ($\chi^2=10.5$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.005$).

Βρέθηκε επίσης ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν ασχολούνταν με φροντίδα των εγγονιών τους ήταν υψηλότερο στην ομάδα των καταθλιπτικών (81,7%), συγκριτικά με όσους δεν είχαν κατάθλιψη (71,7%) ($\chi^2=3.9$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.05$). Τέλος, το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν πραγματοποιούσαν βόλτες και εκδρομές στον ελεύθερο χρόνο τους ήταν υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη (74,3%), σε σύγκριση με τους μη έχοντες (59,4%) ($\chi^2=7.3$; $\beta\epsilon=1$; $p<0.01$) (Πίνακας).

Συζήτηση

Η επιβάρυνση του ελληνικού πληθυσμού των ηλικιωμένων από την κατάθλιψη είναι σημαντική και αναμένεται να αυξηθεί καθώς, σύμφωνα με τις τελευταίες διαθέσιμες προβολές πληθυσμών, στην Ελλάδα, το 2050, η ομάδα των συνταξιούχων (65 ετών και άνω) θα διπλασιαστεί, σε σχέση με το 2000 (από 16,6 %, σε 32,1%)³². Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι ένα τρίτο (30,28%) των ηλικιωμένων του δείγματος εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα («μέτρια» και «σοβαρή» κατάθλιψη), δείχνοντας ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην ομάδα των ηλικιωμένων που μελετήθηκε είναι αρκετά υψηλός. Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματά μας διαφέρουν σημαντικά από τα αποτελέσματα προγενέστερων ελληνικών ερευνών σε αγροτικό και αστικό πληθυσμό

ηλικιωμένων^{18,21} και σε παραδοσιακό και αστικό χώρο¹⁴, τα οποία είχαν καταδείξει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Ακόμα, τα ευρήματά μας διαφοροποιούνται, ως προς την αντίθετη κατεύθυνση, σε σχέση με την έρευνα του Μιχαηλίδη²⁰, σε αστικό κοινοτικό ηλικιωμένο πληθυσμό, από την οποία προέκυψαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματά μας συνάδουν με αυτά της έρευνας του Σπυρόπουλου και των συνεργατών του²², οι οποίοι βρήκαν πως 31,0% των ηλικιωμένων που μελέτησαν παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Διαχωρίζοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τη βαρύτητά της, τα αποτελέσματα της μελέτης μας κατέδειξαν ποσοστά της τάξης του 22,22% και 8,06% για «μέτρια» και «βαριά» (κλινικού τύπου) κατάθλιψη. Και σε αυτή την περίπτωση, τα ευρήματά μας διαφέρουν σημαντικά από αυτά προηγούμενων ερευνών, όπως της Μπαμπάτσικου¹, των Papadopoulos et al.¹⁸, αλλά και της Παγοροπούλου-Αβεντισιάν¹⁴, κυρίως ως προς τη «βαριά» κατάθλιψη. Τέλος τα ευρήματά μας βρίσκονται προς την ίδια κατεύθυνση με τα αποτελέσματα της έρευνας του Σπυρόπουλου και των συνεργατών του²², τόσο ως προς τη «μέτρια», όσο και ως προς τη «βαριά» κατάθλιψη.

Οι σημαντικές διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στις έρευνες, μεταξύ αυτών και η παρούσα, αναφορικά με την επικράτηση της γεροντικής κατάθλιψης θα μπορούσαν να αποδοθούν στα διαφορετικά εργαλεία τα οποία οι ερευνητές χρησιμοποιούν για να «μετρήσουν» ή να διαγνώσουν τη νόσο, στο γεγονός ότι οι έρευνες απευθύνονται σε πληθυσμούς ηλικιωμένων με διαφορετικά αδρά χαρακτηριστικά – για παράδειγμα, αστοί ηλικιωμένοι, μέλη Κ.Α.Π.Η., ηλικιωμένοι από αγροτικές περιοχές – ή ακόμη και σε χαρακτηριστικά που δεν μετρήθηκαν, όπως το μορφωτικό ή το οικονομικό επίπεδο, ή ακόμα και στην ελλιπή συνεργασιμότητα των ηλικιωμένων^{7,9}. Δεν γνωρίζουμε αν θα μπορούσαν να σχεδιαστούν μεθοδολογικά «όμοιες» μελέτες, έτσι ώστε να φτάσουμε σε ομοιομορφία ποσοστών επιπολασμού της νόσου, ή αν σε μελλοντικές έρευνες θα συνεχίζει να παρατηρείται σχετική διαφοροποίηση ευρημάτων. Αναφορικά με τη χάραξη πολιτικής, αυτό που πρέπει να κρατηθεί είναι ένα αδρό κατώφλι επιπολασμού, το οποίο φαίνεται να είναι ανησυχητικό.

Από τον έλεγχο για συσχέτιση κατάθλιψης και φύλου που πραγματοποιήθηκε στην έρευνά μας, επιβεβαιώθηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (70,6%) σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες

(29,4%), όπως έχει ήδη επισημανθεί και στη βιβλιογραφία στο παρελθόν, στην Ελλάδα και διεθνώς^{1,4,8,10-11,19,20,22}. Το σταθερό αυτό εύρημα του φύλου ως επιβαρυντικού παράγοντα στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε βάρος των γυναικών, θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών σε σχέση με αυτό των ανδρών. Αυτό σημαίνει πως δεν είναι στην πραγματικότητα το φύλο που επιδρά, αλλά η ηλικία, αφού σε μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης Ψυχικών Διαταραχών. Ένας άλλος λόγος, αυτή τη φορά κοινωνικός, θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι παραδοσιακά, οι άνδρες δέχονται την φροντίδα των συζύγων τους³³.

Η πολλαπλή παθολογία ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση της κατάθλιψης βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη, καθώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, οι ηλικιωμένοι με καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά πολλαπλής παθολογίας σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη, όπως βρέθηκε σε προγενέστερη έρευνα²¹ και τονίζεται στη βιβλιογραφία^{1,4,5,11,34}.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, η χηρεία, το διαζύγιο και η μη ύπαρξη παιδιών φάνηκαν, επίσης, να επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους, καθώς τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανίστηκαν σε υψηλότερα ποσοστά στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους. Και

αυτό είναι ένα σταθερό εύρημα σε προηγούμενες έρευνες^{1,4,35-38}.

Ακόμα, η μη συγκατοίκηση και η φροντίδα άλλων μελών - οι ηλικιωμένοι ως άτυποι φροντιστές - φάνηκαν να δρουν επιβαρυντικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης, καθώς βρέθηκε ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι ή φροντίζουν «άτυπα» ήταν υψηλότερα ανάμεσα στους καταθλιπτικούς. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με προηγούμενα, σε έρευνες που έχουν συμπεριλάβει αυτούς τους παράγοντες^{15,18}.

Αντίθετα, η φροντίδα των εγγονιών - μια δραστηριότητα αρκετά διαδεδομένη, ιδιαίτερα σε αστικές περιοχές - φάνηκε να δρα ως προστατευτικός παράγοντας, καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν ασχολούνταν με την φροντίδα των εγγονιών ήταν υψηλότερο ανάμεσα στους ηλικιωμένους με καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ασχολία με τη φροντίδα των εγγονιών αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως προστατευτικός παράγοντας¹⁴.

Τέλος η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες φαίνεται να λειτουργεί επίσης ως προστατευτικός παράγοντας στην κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν πραγματοποιούν βόλτες και εκδρομές στον ελεύθερο χρόνο

τους είναι σημαντικά υψηλότερο στους καταθλιπτικούς.

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα είναι κατά βάση περιγραφική και πραγματοποιήθηκε για να αποτυπώσει τον επιπολασμό και όχι την επίπτωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, δυσχεραίνοντας με τον τρόπο αυτό την εύρεση και ερμηνεία σχέσεων αιτιότητας, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την πιο κοινή διαταραχή ψυχικής υγείας της μεγάλης ηλικίας, και για τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της. Σε μελλοντικές έρευνες, θα είχε ενδιαφέρον να επανεξεταστούν οι ερευνητικές υποθέσεις σε δείγμα από το γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων και με στατιστικές μεθόδους περισσότερο αυστηρές (π.χ. παλινδρομικές αναλύσεις).

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε σημαντικό ποσοστό επικράτησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων («μέτρια» και «σοβαρή» κατάθλιψη), συνυπολογίζοντας ότι η μελέτη διεξήχθη σε περιπατητικά και κοινωνικά λειτουργικά ηλικιωμένα άτομα.

Επίσης διαπιστώθηκε ο καθοριστικός ρόλος συγκεκριμένων δημογραφικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στην εμφάνιση της κατάθλιψης, οι οποίοι δρουν είτε ως επιβαρυντικοί, είτε ως

προστατευτικοί, επιβεβαιώνοντας την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού ψυχο-κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, ή ενίσχυσης του υπάρχοντος, με στόχο την πρόληψη της γεροντικής κατάθλιψης και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το ισχυρό ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο για τους ηλικιωμένους μπορεί να υπάρξει με την αξιοποίηση των πόρων (οικονομικών, ανθρώπινων, υλικοτεχνική υποδομή) των υπαρχουσών δομών και υπηρεσιών για ηλικιωμένους (Κ.Α.Π.Η., Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) και τη διασύνδεσή τους με τις υπόλοιπες δομές και υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Βιβλιογραφία

1. Μπαμπάτσικου Φ. Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 2007.
2. WHO. Depression 2009. Διαθέσιμο από http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
3. Γαρύφαλλος Γ. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου 2008; 5:37-46.
4. European Communities. Consensus Paper: Mental Health in Older People. 2008 Διαθέσιμο από http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
5. Chapman DP, Perry GS. Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1):A22.
6. Snowden M, Steinman L, Frederick J. Treating Depression in Older Adults: Challenges to Implementing the Recommendations of an Expert Panel. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1):A26.
7. The Swedish National Institute of Public Health. Healthy Ageing-A Challenge for Europe A SHORT VERSION, Stockholm. 2008. Διαθέσιμο από http://www.healthyageing.nu/upload/Short%20version/Healthy_ageing_eng_web.pdf
8. Kurlowicz L, Greenberg SA. The Geriatric Depression Scale (GDS). Hartford Institute for Geriatric Nursing. 2007. Διαθέσιμο από <http://www.consultgerirn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf>
9. Χριστοδούλου ΓΝ, Χαβάκη-Κονταξάκη ΜΙ, Κονταξάκης ΒΠ. Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Στο Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ. (Επιμ.) Η Τρίτη Ηλικία. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000 ;185-194 .

10. Παπαδημητρίου ΓΝ, Ζέρβας ΙΜ, Πολίτης Μ, Κανατάς ΓΙ, Παπακώστας ΙΓ, Σολδάτος ΚΡ. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η αντιμετώπισή της με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007;24(6):583-589.
11. Kathleen E. Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. Home Health Care Serv Q 2006; 25 (1):115-148.
12. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160 (6):1147-1156.
13. Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). J Affect Dis 2000; 59 (2):127-137.
14. Παγοροπούλου - Αβεντισιάν Α. Το ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο ως υγειονομικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Στο Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Επιμ.) Θέματα Γeronτολογίας και Γηριατρικής. Η τρέχουσα εμπειρία στην αυγή της 3ης Χιλιετίας. Σύνοδρον, Αθήνα 2000;65-79.
15. Mestheneos E, Triantafillou J, Petsetakis E, Levett J. The health of older people in the European Community. 1999 National School for Public Health, Athens. Διαθέσιμο από <http://www.sextant.gr/HOEreport/HOEreport.htm>
16. Wahlbeck K, Mäkinen M. (Eds) Prevention of depression and suicide. Consensus paper 2008. European Communities, Luxembourg. Διαθέσιμο από <http://www.ec-mental-health-process.net/pdf/preventionofdepressionand suicide.pdf>
17. National Institute of Mental Health (NIMH) Depression. 2009 Διαθέσιμο από <http://menanddepression.nimh.nih.gov/health/publications/depression/complete-index.shtml#pub1>
18. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, Katsiardani KP, Trichopoulos D, Lyketsos C. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. Int J Geriatr Psychiatry 2005; 20 (4):350-357.
19. Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis C. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece Family Practice. Fam Pract 2001; 18 (1): 87-91.

20. Μιχαηλίδης Ε, Παπανικολάου Ν, Καυγά-Παλτόγλου, Μπέλλος Γ. Ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία Κέντρου Υγείας. Πρακτικά 6^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου για Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία. Σύνοδρον, Αθήνα 2000; 276-277.
21. Παγοροπούλου - Αβεντισιάν Α, Θεοτοκά Ι, Λιάππας Ι. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας μετά τη συνταξιοδότηση: Υγειογενετικοί παράγοντες. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Επιμ.) Σύγχρονη Γεροντολογία και Γηριατρική. Σύνοδρον, Αθήνα 2002; 81-88.
22. Σπυρόπουλος Α, Παλιώση Ν, Λεοντάρη Α, Τόγια Β, Καρύδη Τ, Παπακωνσταντίνου Μ. Ερευνητική εργασία για την παρουσία των ανοιών και της κατάθλιψης σε εκατό (100) ηλικιωμένα άτομα των πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. (Κ.Α.Π.Η.) του δήμου Κορυδαλλού. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, (Επιμ.) Σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στη Γεροντολογία και Γηριατρική. Σύνοδρον, Αθήνα 2004; 209-212.
23. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1 (1): 37-44.
24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17(1):37-49.
25. Pichot P, Pull CB, Pull MC. L.I.C.E.T.-D 100: a new approach to the diagnosis of depression. *Ann Med Psychol (Paris)* 1984; 142 (6):831-47.
26. Altanis P, Economou C, Geitona M, Gregory S, Mestheneos E, Triantafyllou J, Petsetaki E, Kyriopoulos J. Quality in and Equality of Access to Healthcare Services Country Report for Greece. 2008 European Communities, Brussels. Διαθέσιμο από http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/socialinclusion/2008/health_quest_greece_en.pdf
27. Kalokerinou A, Adamakidou T, Damianidi M, Roka V, Velonaki VS, Sourtzi P. Evidence-based Guidelines on Health Promotion for Older People: Social determinants, Inequality and Sustainability . Health PROelderly - National Evaluation Report - Greece. 2008 Faculty of Nursing National & Kapodistrian University of Athens.

- Διαθέσιμο από
http://www.healthproelderly.com/pdf/National_Evaluation_Report_Greece_final.pdf
28. Γεωργούση Ε, Οικονόμου Χ, Δανιηλίδου Ν, Κυριόπουλος Γ. Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Στο Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λάγγας Δ, Φιλαλήθης Τ. (Επιμ.) Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα 2006;164-182.
29. Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A, Ierodiakonou C. The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Greece. *Aging: Clin Exp Res* 1999; 11(6):367-372.
30. Brown EL, Raue PJ, Halpert KD. Detection of depression in older adults with dementia. *Research Dissemination Core* 2007; 6:39
31. Κουτής Χ. Μεθοδολογία της έρευνας. Διδακτικές Σημειώσεις. Αθήνα, ΕΣΔΥ, 2008.
32. Eurostat Methodologie Demographic outlook -National reports on the demographic developments in 2007.2008. Διαθέσιμο από
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ity_offpub/ks-ra-08-013/en/ks-ra-08-013-en.pdf
33. Μάινα Α. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Διδακτικές Σημειώσεις. ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2008.
34. Φούκα Γ, Βαρδάκη Ζ, Μπαμπάτσικου Φ. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση φαρμάκων στους ηλικιωμένους . *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής* 2004;22(1):33-39.
35. Κοτταρίδη Γ. Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια: ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Στο: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Επιμ.) Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας το 2006 - Ενότητα 3. ΕΚΚΕ, Αθήνα 2007;157-164.
36. Ιορδάνου Π, Μπαμπάτσικου Φ, Κωνσταντού Ε, Κτενάς Ε, Κυρίτση Φ, Μπέκα Μ. Επισκεπτήριο ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας. *Νοσηλευτική* 2001;40(2):64-69.
37. Ιορδάνου Π, Μπαμπάτσικου Φ, Κωνσταντού Ε, Βρούζου Ε, Γκαραγκούνη Β. Απόψεις των ηλικιωμένων σε ιδρύματα φροντίδας για την ανεξαρτησία και την αυτονομία. *Ιατρικά Χρονικά* 2000;23(12):625-628
38. Licht-Strunka E, Windta D, Marwijk H, Haana M, Beekmanb A. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. *Fam Pract* 2007;24:168-180.

Πίνακας: Κατανομή δείγματος με βάση ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Παρουσία κατάθλιψης		Απουσία κατάθλιψης	
	N	%	N	%
Score κατάθλιψης	109	30,28	251	69,72
Βαρύτητα κατάθλιψης				
Μέτρια (score 6-10)	80	22,22		
Σοβαρή (score 11-15)	29	8,06		
Φύλο				
Άνδρες	32	29,4	110	43,8
Γυναίκες	77	70,6	141	56,2
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	47	43,1	193	76,9
Χήρος, διαζευγμένος	62	56,9	58	23,1
Παιδιά				96,4
Ναι	94	87,0	240	96,4
Όχι	14	13,0	9	3,6
Συγκατοίκηση				
Ζει μόνος	45	58,4	42	22,8
Ζει με άλλα άτομα	32	41,6	142	77,2
Φροντίδα λοιπών συγγενών				
Ναι	12	11,0	8	3,2
Όχι	97	89,0	243	96,8
Ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας				
Ναι	72	66,1	87	34,7
Όχι	37	33,9	164	65,3
Φροντίδα εγγονιών				
Ναι	20	18,3	71	28,3
Όχι	89	81,7	180	71,7
Βόλτες και εκδρομές				
Ναι	28	25,7	102	40,6
Όχι	81	74,3	149	59,4