

Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton

Ζήντρου Γεωργία¹, Βασιλοπούλου Γεωργία², Βακάλη Χριστίνα³, Γερογιάννη Γεωργία⁴, Καμπά Ευρυδίκη⁵, Μπαμπάτσικου Φωτούλα⁶

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ
2. Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Παθολογικής Κλινικής, ΠΝΑ Σπηλιοπούλειο Αγία Ελένη Αθήνα
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Κέντρο αποκατάστασης Φιλοκτήτης Αθήνα
4. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Νοσηλευτική ΑΤΕΙ Αθήνας
5. Επίκουρη καθηγήτρια, Νοσηλευτική ΑΤΕΙ Αθήνας
6. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Νοσηλευτική ΑΤΕΙ Αθήνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, που αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας στην τρίτη ηλικία και επηρεάζει την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων οδηγώντας τους στην περιθωριοποίηση και τον στιγματισμό.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, τόσο στην κοινότητα όσο και σε κλειστές δομές και να καταγραφούν πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ αυτών των δύο ομάδων.

Υλικό και Μέθοδος: Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 200 ηλικιωμένοι. Οι 100 προήλθαν από κλειστή δομή φροντίδας (γηροκομείο) και οι υπόλοιποι 100 από Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Για τη συλλογή των δεδομένων συμπληρώθηκε ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους και τις καθημερινές τους συνήθειες καθώς και η σταθμισμένη σε Ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό κλίμακα για την κατάθλιψη, Hamilton.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος (50,5%) ήταν άντρες. Καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνισε το 44% (31% ήπια και 13% μέτρια). Οι άντρες του γηροκομείου παρουσίασαν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους άντρες των ΚΑΠΗ, σε ποσοστό μεγαλύτερο από τις γυναίκες (27,3% ήπια και 12,1% μέτρια), με τις γυναίκες του γηροκομείου να υπερτερούν στα ποσοστά έναντι αυτών των ΚΑΠΗ. Καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν οι χήροι, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και αυτοί που δεν ασκούνται με ποσοστά 61,5%, 34,6% και 73,1% αντίστοιχα. Μεγάλη διαφορά φάνηκε μεταξύ κλειστής και ανοιχτής δομής, όπου οι ηλικιωμένοι του γηροκομείου φάνηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερη κατάθλιψη με ποσοστό 53% , έναντι του 35% των ηλικιωμένων των ΚΑΠΗ.

Συμπεράσματα: Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παθολογίας, η άσκηση καθώς και η διαμονή σε κλειστές δομές φροντίδας φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Λέξεις Κλειδιά: Γηροκομείο, ΚΑΠΗ, κατάθλιψη, τρίτη ηλικία.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ζήντρου Γεωργία, Ανδρέου Δημητρίου 70, 14234 Νέα Ιωνία, Τηλ.: 6983129059, E-mail: gzindrou@hotmail.gr

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 13, Issue 2 (April - June 2014)

ORIGINAL PAPER

Comparative study of occurrence of depression in the third age in closed and open structures of elderly care according to the Hamilton depression scale

Zintrou Georgia¹, Vasilopoulou Georgia², Vakali Christina³, Gerogianni Georgia⁴, Kaba Evrydiki⁵, Babatsikou Fotoula⁶

1. RN
2. RN, MSc, Chief of Pathological clinic, Agia Helena PNH Spiliopouleio, Athens
3. RN, Philoctetes Rehabilitation Centre, Athens
4. Lecturer, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens
5. Assistant Professor, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens
6. Associate Professor, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Athens



ABSTRACT

Depression is a serious mental disorder that is a leading cause of morbidity in the elderly and affects the daily lives of the elderly leading to the marginalization and stigmatization.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the prevalence of depression in the elderly, both in the community and in closed structures and identify possible differences between these two groups.

Material and Method: The studied population consisted of 200 elderly people. One hundred of them came from closed structure care (nursing home) and the remaining 100 by Open Care Centres (KAPI). For data collection, a specially designed questionnaire that included demographic data, information about their health and their daily habits and Depression Scale Hamilton, were used.

Results: The majority of the sample (50.5%) was men. Depressive symptomatology was showed by 44% (31% mild and 13% moderate). The men of the nursing home had greater depression than men of KAPI and showed a greater percentage of women (27.3 % mild and 12.1 % moderate), with women of the nursing home outweighing the percentages of those in KAPI. Depressive symptomatology exhibited by widowers, people with multiple pathology and those who did not exercise, with rates of 61.5%, 34.6% and 73.1% respectively. Big difference appeared between closed and open structure, where the elderly in nursing home seemed to show greater depression by 53%, versus 35% of those in KAPI.

Conclusions: Gender, marital status, presence of pathology, exercise and living in closed structures of care, seem to influence the occurrence of depression in the elderly.

Keywords: Nursing Home, KAPI, depression, elderly.

Corresponding Author: Zintrou Georgia, Andreou Dimitriou 70, 14234 Nea Ionia, Tel: 6983129059, E-mail: gzindrou@hotmail.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μία από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές, η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) αποτελεί σήμερα την 4^η συχνότερη αιτία αναπηρίας και προβλέπεται ότι μέχρι το 2020 θα κατακτήσει τη 2^η θέση.¹

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες του παρελθόντος, απώλεια της όρεξης και του βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, ιδέες ενοχής και αναξιότητας, δυσκολία στη συγκέντρωση, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής.¹

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους

κατοίκους αγροτικών περιοχών. Τα ποσοστά κατάθλιψης μειώνονται ελαφρά όσο αυξάνεται το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο. Οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ότι οι παντρεμένοι.¹⁻³

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου δύο φορές συχνότερα από τους άντρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους το 20% των γυναικών και το 12% των ανδρών θα εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσει μέσα σ' ένα έτος.^{4,5} Οι γυναίκες εκδηλώνουν περισσότερο συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, απελπισίας και απόγνωσης. Συχνά νιώθουν

κουρασμένες και έχουν δυσκολία στη λήψη αποφάσεων. Οι άντρες με κατάθλιψη, από την άλλη πλευρά, νιώθουν αφόρητη πίεση από τις οικονομικές τους υποχρεώσεις, νιώθουν συνέχεια κουρασμένοι, καπνίζουν ή πίνουν πολύ και γενικώς νιώθουν σωματική και ψυχολογική κόπωση.³⁻⁵

Σχεδόν το 20% των ατόμων πάνω από την ηλικία των 65 χρόνων εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ περίπου το 40% των ηλικιωμένων πάνω από τα 85 χρόνια προσβάλλεται από κάποια μορφή κατάθλιψης. Έχοντας όμως ήδη μια αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους καθώς και το φόβο του κοινωνικού στίγματος εξαιτίας της νόσου, οι ηλικιωμένοι σπάνια προστρέχουν για κάποια ψυχιατρική βοήθεια. Επιπλέον, δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις νόσους οι οποίες εκδηλώνονται δια μέσου σωματικών συμπτωμάτων παρά για αυτές που εκδηλώνονται με ψυχολογικά συμπτώματα. Επομένως, σχεδόν οι μισοί ασθενείς με γεροντική κατάθλιψη παραμένουν αδιάγνωστοι.^{2,6}

Η κατάθλιψη ανάλογα με τη βαρύτητά των συμπτωμάτων της, θεραπεύεται με διαφορετικό είδος θεραπείας κάθε φορά. Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία, η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία, ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας και άλλες θεραπείες (ηλεκτροσπασμοθεραπεία κ.τ.λ.).¹

Η ύπαρξη κατάθλιψης στο σύνολο του πληθυσμού έχει περιγραφεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και ο σημαντικός ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.) στην ανίχνευση καταθλιπτικών διαταραχών.^{1,2,7}

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να μελετήσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, τόσο στην κοινότητα (ανοιχτές δομές φροντίδας), όσο και σε κλειστές δομές. Συγκεκριμένα στόχοι της μελέτης ήταν:

Η καταγραφή των ποσοστών κατάθλιψης στους ασθενείς της κοινότητας (ανοιχτή μονάδα φροντίδας).

- Η καταγραφή των ποσοστών κατάθλιψης σε κλειστή μονάδα φροντίδας.
- Η καταγραφή δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων της μελέτης.
- Η πιθανή συσχέτιση μεταξύ υποκείμενων νόσων και κατάθλιψης.
- Η καταγραφή πιθανών διαταραχών ύπνου.
- Η καταγραφή τυχόν αυτοκτονικών τάσεων.
- Η σύγκριση της κατάθλιψης μεταξύ ανοιχτής και κλειστής δομής.



ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 200 ηλικιωμένοι, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες εκ των οποίων οι 100 προήλθαν από κλειστή δομή φροντίδας (γηροκομείο) και οι υπόλοιποι 100 από Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Η πρώτη ομάδα που προήλθε από τα ΚΑΠΗ και δέχτηκε να συμμετάσχει στην έρευνα, απάντησε στις ερωτήσεις τόσο σχετικά με τα δημογραφικά της στοιχεία όσο και με την καθημερινή της ζωή, τα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες της και ερωτήσεις σχετικά με την ψυχολογική της κατάσταση και την σωματοποίηση τυχόν συμπτωμάτων.

Η επιλογή έγινε με τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία και συμφωνήθηκε η διατήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Το ίδιο συνέβη και στο γηροκομείο.

Η συμπλήρωσή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω συνέντευξης, που διήρκεσε από 15 έως 20 λεπτά, διασφαλίζοντας την ανωνυμία των συμμετεχόντων και τη μη συμμετοχή τους σε περίπτωση μη συναίνεσης. Από τα ενεργά μέλη των τεσσάρων ΚΑΠΗ του Δήμου Γαλασίου και των μόνιμων κατοίκων του Γηροκομείου Αθηνών, μόνο 200 συμμετείχαν, καθώς οι υπόλοιποι δεν συναίνεσαν.

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε μετά από τη δημιουργία ειδικού πρωτοκόλλου, που εγκρίθηκε από το συμβούλιο του Α.Τ.Ε.Ι Αθήνας, από τους δήμους από τους οποίους προήλθαν οι ερωτώμενοι των ΚΑΠΗ και από το διοικητικό συμβούλιο του γηροκομείου. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-15 και η στατιστική δοκιμασία χ^2 -test, η οποία χρησιμοποιείται για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων.

Η βασική κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης η οποία χρησιμοποιήθηκε, ήταν η κλίμακα Hamilton. Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως. Περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις που βαθμολογούνται από 0 έως 2 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι ένα συνολικό αποτέλεσμα που κυμαίνεται από 0-50. Η βαθμολόγηση των λημμάτων γίνεται βάσει των συμπτωμάτων που αναφέρει ο ασθενής κατά τη συνέντευξη, των παρατηρήσεων του εκτιμητή και των πληροφοριών που συλλέγει από τρίτους (συγγενείς, νοσηλευτές). Κατά τη βαθμολόγηση δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στην ένταση και στη συχνότητα των συμπτωμάτων. Η κλίμακα καλύπτει την κατάσταση του ασθενούς κατά την εβδομάδα που προηγείται της βαθμολόγησης όσον αφορά τα περισσότερα συμπτώματα, εκτός από τις διαταραχές του ύπνου που αφορούν το τελευταίο τρίμηρο.

Έχουν βρεθεί τα ακόλουθα κριτήρια βαρύτητας της κατάθλιψης (cut-off points): 0-7 όχι κατάθλιψη, 8-12 ήπια, 13-17 μέτρια, 18-29 σοβαρή, 30-52 πολύ σοβαρή κατάθλιψη.⁸ Η συλλογή των πληροφοριών έγινε το διάστημα από 15 Ιουλίου έως 30 Σεπτεμβρίου 2011.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την περιγραφική ανάλυση φαίνεται ότι από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 50% αποτέλεσαν ηλικιωμένοι οι οποίοι επισκέπτονταν τα ΚΑΠΗ και το υπόλοιπο 50% ηλικιωμένοι οι οποίοι διέμεναν στο γηροκομείο.

Από τους ηλικιωμένους της έρευνας, οι περισσότεροι, ανήκαν ηλικιακά στην κατηγορία των 75-84 ετών με ποσοστό 53%, ενώ το 33,5% αποτελούσαν άτομα ηλικίας 51-74 ετών και ακολουθούσε ένα ποσοστό 13,5% ηλικίας 85-98 ετών.

Σημαντικά ήταν επίσης και τα ποσοστά που έδειξαν την ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη 20,7% και υπέρταση 19,5%. Ακολουθούν η στεφανιαία νόσος 9,5%, η δυσκοιλιότητα 8,9%, το έλκος 3% και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια(ΧΑΠ) 0,6%. Στο 27,8% των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε συννοσηρότητα.

Η πλειοψηφία των ατόμων της έρευνας ήταν άντρες με ποσοστό 50,5%. Το 40,5% των ερωτηθέντων ήταν χήροι. Ακολουθούν οι έγγαμοι με μικρή διαφορά 39,5%, οι

διαζευγμένοι με ποσοστό 10,5% και οι άγαμοι με ποσοστό 9,5%.

Από τους ηλικιωμένους της έρευνας, το 82,1% ανήκε στους μη καπνίζοντες. Όσων αφορά το ποσοστό των ηλικιωμένων που έκαναν χρήση αλκοόλ, παρατηρείται ότι από όσους απάντησαν στο ερώτημα, το 60% δεν κατανάλωνε αλκοόλ. Αναφορικά με την άσκηση, βλέπουμε ότι το 55,8% των ατόμων που απάντησαν στο ερώτημα αν ασκούνται, δήλωσαν ότι ασκούνται έναντι του 44,2% που απάντησαν αρνητικά. Όπως φάνηκε το συντριπτικό ποσοστό 87,5% δήλωσε ότι παρακολουθεί τηλεόραση, έναντι του 12,5% που φαίνεται να χρησιμοποιεί άλλου είδους διασκέδαση.

Το 49,5% των ερωτηθέντων επισκέπτονταν τα ΚΑΠΗ ή έμεναν στο γηροκομείο από μερικούς μήνες μέχρι τέσσερα χρόνια. Δεν είναι μικρό το ποσοστό 34% εκείνων που επισκέπτονταν τα ΚΑΠΗ ή διέμεναν στο γηροκομείο 5-10 χρόνια. Σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton, οι ηλικιωμένοι των ΚΑΠΗ φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ήπιας κατάθλιψης 54,8% από τους ηλικιωμένους του γηροκομείου 45,2%. Οι μεταξύ τους διαφορές παρουσιάζουν στατιστικά μεγάλη σημαντικότητα ($p=0,000$) Χαρακτηριστικό είναι το φαινόμενο εμφάνισης μεγαλύτερου ποσοστού κατάθλιψης στους άντρες. Ειδικότερα, στο γηροκομείο φαίνεται πως οι άντρες παρουσίασαν ποσοστό μέτριας κατάθλιψης



56% σε αντίθεση με τους άντρες των ΚΑΠΗ οι οποίοι δεν εμφάνισαν μέτρια μορφή κατάθλιψης. Το μεγαλύτερο ποσοστό μέτριας κατάθλιψης εμφανίστηκε στο 44% των γυναικών του γηροκομείου.

Σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton οι ηλικίες 75-84 είναι αυτές που εμφάνισαν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σ' αυτήν την έρευνα. Στα ΚΑΠΗ το 55,9% που εμφάνισε ήπια κατάθλιψη ανήκει στην ηλικιακή κατηγορία 75-84 ετών. Το αντίστοιχο ποσοστό του γηροκομείου είναι 60,7%. Χαρακτηριστικό είναι και το ποσοστό ήπιας κατάθλιψης 25% που ανήκε στην ηλικιακή κατηγορία 85-98. Επίσης, μέτρια μορφή κατάθλιψης εμφάνισε το 68% στις ηλικίες 75-84.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης. Οι χήροι και οι έγγαμοι είναι αυτοί που φαίνεται να παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης και στις δύο μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, με τα ποσοστά του γηροκομείου να υπερτερούν. Στα ΚΑΠΗ συγκεκριμένα, οι έγγαμοι και οι χήροι παρουσίασαν ήπια μορφή κατάθλιψης σε ποσοστό 41,2% και 52,9% αντίστοιχα. Στο γηροκομείο, οι δύο αυτές κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης δεν εμφάνισαν ήπια αλλά μέτρια μορφή κατάθλιψης, με ποσοστά 12% και 60% αντίστοιχα. Χαρακτηριστικό είναι εδώ και το ποσοστό των άγαμων με μέτρια κατάθλιψη, που στο

γηροκομείο ανέρχεται στο 16%. Το κάπνισμα επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης όπως φαίνεται από την έρευνα. Σύμφωνα με την κλίμακα του Hamilton, το 97% των μη καπνιζόντων των ΚΑΠΗ, παρουσίασε ήπια μορφή κατάθλιψης. Το ίδιο φάνηκε και στην αντίστοιχη κατηγορία του γηροκομείου με ποσοστό 64,3%. Στην ίδια ομάδα του γηροκομείου, το ποσοστό μέτριας μορφής κατάθλιψης είναι 72%.

Σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton, στα ΚΑΠΗ φαίνεται πως τα άτομα που δεν ασκούσαν παρουσίασαν αρκετά υψηλό ποσοστό κατάθλιψης 43,8%. Στο γηροκομείο από την άλλη, φάνηκε πως μεγαλύτερο ποσοστό ήπιας και μέτριας κατάθλιψης, εμφάνισαν αυτοί που δεν ασκούσαν, με ποσοστά 77,8% και 76% αντίστοιχα. Παρατηρούμε πως στα ΚΑΠΗ τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη εμφάνισαν ήπια κατάθλιψη με ποσοστό 33,3%. Το ίδιο συνέβη και με τη συννοσηρότητα (ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας) σε ποσοστό 24,3%. Στο γηροκομείο, είναι σημαντικό να αναφερθούν στα ποσοστά του σακχαρώδους διαβήτη ο οποίος φαίνεται να προκαλεί μέτρια μορφή κατάθλιψης σε ποσοστό 32%, καθώς και στη συνύπαρξη πολλών ασθενειών μαζί η οποία προκαλεί μέτρια κατάθλιψη σε ποσοστό 36% και ήπια σε ποσοστό 52%.

Πιο αναλυτικά, είναι σημαντικό να αναφερθεί η ερώτηση αυτή που εξετάζει τυχόν αυτοκτονικές τάσεις αναφορικά με την ηλικία, όπου τόσο στα ΚΑΠΗ 90% όσο και στο

γηροκομείο 87% φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτωμένων δεν έκανε τέτοιες σκέψεις.

Η ερώτηση που σχετίζεται με τα αισθήματα ενοχής φαίνεται να παρουσιάζει μεγάλη στατιστική σημαντικότητα ως προς τα ποσοστά σε σχέση με το φύλο, τόσο στα ΚΑΠΗ ($p=0,016$) όσο και στο γηροκομείο ($p=0,023$).

Πιο αναλυτικά, παρατηρείται πως το 19% των ΚΑΠΗ και το 19% του γηροκομείου αισθανόταν πως είχε απογοητεύσει τους ανθρώπους. Παρόλ' αυτά, στο γηροκομείο υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων με ιδέες ενοχής 10% σε αντίθεση με τα ΚΑΠΗ 2%. Ειδικότερα, οι άντρες των ΚΑΠΗ φαίνεται ότι παρουσίασαν μεγαλύτερο ποσοστό αυτομομφής 84,2% σε σχέση με τους άντρες του γηροκομείου 63,2%. Με τις γυναίκες πάλι συνέβη το αντίθετο. Οι γυναίκες του γηροκομείου εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό αυτομομφής 36,8% από αυτές των ΚΑΠΗ 15,8%. Οι άντρες του γηροκομείου εμφάνισαν ιδέες ενοχής σε ποσοστό 60% , ενώ οι άντρες των ΚΑΠΗ δεν εμφάνισαν καθόλου.

Στατιστικά σημαντική φαίνεται να είναι και η ερώτηση σχετικά με την όψιμη αϋπνία συγκρινόμενη ανά φύλο και στους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ ($p=0,013$) και σ' αυτούς του γηροκομείου ($p=0,044$). Η πλειοψηφία του γηροκομείου 17% δήλωσε πως ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμάται. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ΚΑΠΗ 40% δήλωσε πως ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Αναλυτικότερα, οι άντρες των ΚΑΠΗ φαίνεται ότι ξυπνούσαν πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμούνταν περισσότερο 80% από τις γυναίκες 20%. Αντίστοιχα οι γυναίκες του γηροκομείου εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά όψιμης αϋπνίας 16,9% από αυτές των ΚΑΠΗ 7,5%.

Στην ερώτηση σχετικά με την εργασία και τα ενδιαφέροντα, το σύνολο των ερωτηθέντων του γηροκομείου φαίνεται ότι παρουσίασε αισθήματα ανικανότητας, κόπωση ή αδυναμία σε δραστηριότητες, στην εργασία ή τα χόμπι σε ποσοστό 40% έναντι 33% των ΚΑΠΗ. Το ίδιο συνέβη στην ερώτηση που αφορούσε στην απώλεια του ενδιαφέροντος, της δραστηριότητας, της εργασίας ή των χόμπι, με ποσοστά 38% και 11% αντίστοιχα. Η εμφάνιση γενικών συμπτωμάτων, αισθήματος βάρους στα άκρα, τη ράχη ή το κεφάλι, διάχυτος πονοκέφαλος, ή απώλεια της ενεργητικότητας και εύκολη κόπωση παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες του γηροκομείου παρουσίασαν ελαφριά συμπτώματα που όμως δεν επηρέαζαν τη δραστηριότητά τους σε μεγαλύτερο ποσοστό 50% από τους ερωτηθέντες των ΚΑΠΗ 17%. Πιο αναλυτικά, το 58,8% των ανδρών των ΚΑΠΗ και το 48% των γυναικών του γηροκομείου φάνηκε να υπερισχύει στην ερώτηση αυτή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ



Στην παρούσα μελέτη μελετήθηκε ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε δείγμα ηλικιωμένου πληθυσμού σε αστική περιοχή σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων. Συνολικά έλαβαν μέρος 200 άτομα. Από την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εμφάνισε συμπτώματα κατάθλιψης.

Διαφορές παρατηρούμε τόσο μεταξύ των ιδρυμάτων που πραγματοποιήθηκε η έρευνα (ΚΑΠΗ-Γηροκομείο) όσο και σε σχέση με το φύλο.

Σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton, το ποσοστό ήπιας κατάθλιψης στα ΚΑΠΗ φαίνεται να υπερτερεί του γηροκομείου. Αντίθετα το ποσοστό μέτριας κατάθλιψης του γηροκομείου υπερτερεί των ΚΑΠΗ. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton και στα ΚΑΠΗ και στο γηροκομείο οι άντρες φαίνεται να είναι εκείνοι με τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών.^{2-4,9}

Η ηλικία είναι παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης, σύμφωνα με την έρευνα της Στυλιανοπούλου και συν.¹⁰ Το ίδιο φαίνεται και σε άλλες μελέτες¹¹⁻¹⁴ αλλά και στην παρούσα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton η ηλικιακή ομάδα 75-84 χρόνων φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης και στα ΚΑΠΗ και στο γηροκομείο, με τα ποσοστά του

γηροκομείου να υπερτερούν. Αυτό δείχνει, πως κατάθλιψη και Τρίτη ηλικία σχετίζονται.

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται πως επηρεάζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό την εμφάνιση κατάθλιψης όπως φαίνεται και στην παρούσα μελέτη. Αναλυτικότερα, οι χήροι παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης με τους έγγαμους να ακολουθούν. Στα ΚΑΠΗ οι χήροι και οι έγγαμοι εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης ενώ στο γηροκομείο το αρκετά υψηλό ποσοστό ακολουθούν οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι.^{15,16,17,18}

Η ύπαρξη παθολογίας επηρεάζει κατά πολύ την εμφάνιση κατάθλιψης τόσο στην τρίτη ηλικία όσο και στις υπόλοιπες και είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει τη βιβλιογραφία, όπως φαίνεται και από κάποιες άλλες έρευνες.¹⁸⁻²⁰ Το ίδιο φάνηκε και στην παρούσα έρευνα.

Σημαντικό εύρημα της έρευνας αυτής είναι ότι η ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας επηρεάζει την κατάθλιψη τόσο στα ΚΑΠΗ όσο και στο γηροκομείο. Ο διαβήτης και η υπέρταση είναι επίσης νοσήματα που επηρεάζουν με τη σειρά τους την ύπαρξη κατάθλιψης τόσο στους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ όσο και στο γηροκομείο. Υπάρχουν νοσήματα τα οποία έχουν αποδειχτεί ότι σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας όπως η νόσος του Parkinson, η νόσος Alzheimer, οι νεοπλασίες και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.^{20,21,22,23,24} Σύμφωνα με

την έρευνα της Λόττι-Λυκούσα²³ αλλά και από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καρδιακής νόσου και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Εντούτοις, σε κάποιες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και έρευνες φαίνεται ότι η στεφανιαία νόσος επηρεάζει πολύ την εμφάνιση κατάθλιψης και το αντίστροφο.^{18,24,25}

Οι ασθενείς που ανέφεραν κάποιο καρδιακό πρόβλημα στην παρούσα έρευνα αποτέλεσαν ένα μικρό δείγμα για την ασφαλή διεξαγωγή συμπερασμάτων και συσχετίσεων, οι οποίες αν υπάρχουν δεν φάνηκαν στην εν λόγω μελέτη.

Το κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει την κατάθλιψη ήταν ένα από τα ευρήματα με μεγάλο ενδιαφέρον καθώς τόσο στα ΚΑΠΗ όσο και στο γηροκομείο φάνηκε πως οι μη καπνίζοντες επηρεάζονται περισσότερο από την κατάθλιψη. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να οφείλεται στις άμεσες επιδράσεις της νικοτίνης στον εγκέφαλο που προκαλούν το αίσθημα της ανταμοιβής και της απόλαυσης, κάτι που φαίνεται και στο ότι πολλοί είναι αυτοί που αναζητούν ανακούφιση των προβλημάτων τους μέσα από το τσιγάρο. Αυτό συμβαίνει, καθώς πιστεύουν πως αποτελεί λύση για τα προβλήματά τους, χωρίς να ενδιαφέρονται για τις βλαπτικές του επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό.

Παρόλ' αυτά τα ευρήματά της παρούσας μελέτης διαφέρουν σημαντικά απ' αυτά

προηγούμενων ερευνών σχετικά με τη συσχέτιση κατάθλιψης και καπνίσματος, γεγονός που θα μπορούσε να αποτελέσει ερέθισμα για μετέπειτα έρευνες.^{26,27}

Η ενασχόληση με διάφορες φυσικές δραστηριότητες αποσπά την προσοχή του πάσχοντα από κατάθλιψη, από ανησυχίες, έγνοιες και δυσάρεστες σκέψεις. Η κλίμακα Hamilton επιβεβαιώνει αυτό το οποίο υποστηρίζουν πολλές έρευνες, ότι η άσκηση δρα ευεργετικά στην καταπολέμηση της κατάθλιψης,^{28,29,30} καθώς όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας τόσο στα ΚΑΠΗ όσο και στο γηροκομείο ηλικιωμένοι που δεν ασκούνταν ήταν αυτοί που παρουσίασαν και τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης με το γηροκομείο να υπερτερεί. Περαιτέρω έρευνα μπορεί να επιβεβαιώσει ακόμα περισσότερο αυτά τα ευρήματα, καθιστώντας τη φυσική δραστηριότητα αναπόσπαστο κομμάτι της αντικαταθλιπτικής θεραπείας.

Στην παρούσα μελέτη το σύνολο των μελετηθέντων ηλικιωμένων φάνηκε να επιβεβαιώνει αυτή την άποψη, τόσο αναφορικά με το φύλο όσο και σε σχέση με τον τύπο ιδρύματος. Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι του γηροκομείου φάνηκε να έχουν εγκαταλείψει περισσότερο τα ενδιαφέροντά τους σχετικά με τα ΚΑΠΗ και εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά κόπωσης και ανικανότητας όσον αφορά στην εργασία, και αναφορικά με το φύλο ενώ στα ΚΑΠΗ οι



άντρες κατείχαν τα πρωτεία, στο γηροκομείο φάνηκε να συμβαίνει το αντίθετο.

Ο καταθλιπτικός ασθενής συχνά εκφράζει αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτομομφής, όμως, είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμικά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ό,τι του αναλογεί.^{31,32} Από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων εμφάνιζε το αίσθημα αυτομομφής, ότι είχε απογοητεύσει ανθρώπους καθώς και ιδέες ενοχής. Σχετικά με το φύλο προέκυψε ότι οι άντρες αυτοκατηγορούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες.

Ο καταθλιπτικός ασθενής παρουσιάζει κάποιες μορφές διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία. Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί, σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί. Ο ασθενής αισθάνεται ότι ο ύπνος δεν είναι αρκετός, δεν τον ξεκουράζει και είναι επιφανειακός.³³ Αυτό επιβεβαιώνεται και εδώ με την εμφάνιση όψιμης αϋπνίας στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, οι μελετηθέντες ηλικιωμένοι του γηροκομείου δήλωσαν πως συχνά ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμούνται σε αντίθεση με

τους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ οι οποίοι ξυπνούν το πρωί αλλά δεν μπορούν να ξανακοιμηθούν, γεγονός που οφείλεται ενδεχομένως στο ότι οι ηλικιωμένοι των ΚΑΠΗ έχουν προφανώς περισσότερες δραστηριότητες να ασχοληθούν από αυτούς του γηροκομείου, οι οποίοι σαν αποτέλεσμα, συνεχίζουν τον ύπνο τους.

Πέρα από την ύπαρξη συναισθηματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, παρατηρείται και σωματοποίησης της ειδικά σε πιο σοβαρές καταστάσεις, γεγονός που επιβεβαιώνεται από έρευνες που συνάδουν με την παρούσα.³⁴ Ειδικότερα, το σύνολο των ερωτηθέντων φάνηκε να παρουσιάζει ελαφριά σωματικά συμπτώματα, τα οποία όμως δεν επηρέασαν τη δραστηριότητά τους. Οι άντρες φάνηκε να υπερτερούν των γυναικών σε αυτά τα ποσοστά, ενώ μεγάλη είναι και η διαφορά στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων μεταξύ ΚΑΠΗ- γηροκομείου, με το δεύτερο να προηγείται.

Περιορισμοί της μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς. Το δείγμα της μελέτης, λόγω του αριθμού των συμμετεχόντων, δεν ήταν τέτοιο ώστε να μπορεί να ειπωθεί ότι τα αποτελέσματα της έρευνας είναι δυνατόν να γενικευτούν με ασφάλεια στο γενικό πληθυσμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο της παρούσας μελέτης διαπιστώνεται πως αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων πάσχει από κάποιας μορφής κατάθλιψη, τόσο σε κλειστές όσο και σε ανοιχτές δομές. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το κάπνισμα φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά τα ποσοστά κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

Τα αποτελέσματα φάνηκε να διαφοροποιούνται και ανάλογα με τη δομή φροντίδας ηλικιωμένων. Στην κλειστή μονάδα φροντίδας (γηροκομείο) φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης από ότι στην ανοιχτή μονάδα φροντίδας (ΚΑΠΗ), με τους άντρες να υπερτερούν σε ποσοστά κατάθλιψης στα ΚΑΠΗ, αλλά τις γυναίκες να υπερτερούν στο γηροκομείο.

Όπως φάνηκε κατά τη διαδικασία της συνέντευξης, η απροθυμία κατανόησης της ανάγκης για αναζήτηση βοήθειας και ο φόβος στιγματισμού από τον κοινωνικό τους περίγυρο, δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους να κατανοήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους και να αναζητήσουν την κατάλληλη θεραπεία. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα σχέδιο δράσης για το φαινόμενο της κατάθλιψης, που να περιλαμβάνει περισσότερες δραστηριότητες καθώς και πληροφόρηση για θέματα υγείας, δίνοντας έτσι την ευκαιρία στους ηλικιωμένους να απολαύσουν μια ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή, αποτελώντας ενιαίο

τμήμα της κοινότητας, αποφεύγοντας έτσι την περιθωριοποίηση και το στιγματισμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hermens M, Hout H, Terluin B, Windt D, Beekman A, Van Dyck R and al. The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26(6):453-462.
2. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in late lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(1): 21-27.
3. Sonnenberg CM, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W. Sex differences in late life depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(4):286-292.
4. Bogner HR, Gallo JJ. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 2004; 39(2):126-132.
5. Kessler rc. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003; 74(1): 5-13.
6. Steffens D. A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Current opinion in psychiatry* 2009; 22(6): 522-526.
7. Lyness JM, Hed M, Datto Ci, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R et al. Outcomes of minor



- and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006; 144(7):496-504.
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23(1):56-62.
9. Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lianis C. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Farm Practioce. Farm Pract* 2001; 18(1):87-91.
10. Στυλιανοπούλου Χ, Κουλιεράκης Κ, Καραγιάννη Κ, Μπαμπάτσικου Φ, Κουτής Χ. Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Βήμα Ασκληπιού 2010; 9(4):490-504.
11. Osborn DP, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Nunes M, Breeze E et al. Geriatric Depression Scale Scores in a representative sample of 14545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results of the MRC Trial of Assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(4):375-382.
12. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Klart AD, Tschanz JT, Plassman BL et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population. *The Cache Country Study. Arch Gen Psychiatr* 2000; 57(6):601-607.
13. Bould S. A population health perspective on disability and depression in elderly women and men. *Journal of aging and social policy* 2005; 17(2):7-24.
14. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The depression study. *Hum Psychopharmacol* 2002 ;17 Suppl 1:S1-11
15. Schoevres RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in late life: results of a perspective of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord* 2000;59(2):127-37.
16. Zivin K, Christakis NA. The emotional toll of spousal morbidity and mortality. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15 (9) :772-9.
17. Huang CQ, Zhang XM, Dong BR, Lu ZC. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature *Age and ageing* 2010; 39(1):23-30.
18. Ani C, Bazargan M, Hindaman D, Bell D, Rodiriguez M, Baker RS. Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. *J Am board Fam Med* 2009; 22(2):123-135.
19. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, van der Mast RC, Beekman AT, Westendorp RG.

- Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *Be J Psychiatry* 2006;188(1):65-9.
20. Taylor AE, Saint-Cyr JA, Lang AE, Kenny FT. Parkinson's disease and depression. A critical re-evaluation. *Brain* 1986; 109(Pt 2):279-292.
21. Jadoon NA, Munir W, Shanzad MA, Chaundry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: A cross-sectional study. *BMC Cancer* 2010; 10(594): 1471-2407. doi:10.1186/1471-2407-10-594.
22. Gordon WA, Hibbord MR. Poststroke depression: An examination of the literature. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78(6): 658-663.
23. Lotti-Lykousa M, Papadopoulos AA, Vrettos I, Kamposioras K, Pappa E, Andriopoulos P et al. The incidence of depression in primary health care, *Archives of Hellenic Medicine* 2012; 29(1):77-84 (In Greek).
24. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg B, Mills PJ. Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence interventional effects and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48(8):1527-1537.
25. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms. Therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont)* 2009;6(1): 38-51.
26. Glassman HA, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. Smoking, Smoking Cessation, and Major Depression. *JAMA* 1990; 264(12):1546-1549.
27. Aubin HJ, Tilikete S, Barrucand D. Depression and smoking. *Centre d'alcoologie, Centre Hospitalier Emile Roux, Limeil-Brévannes. L'Encephale* 1996;122(1):17-22.
28. Blumenthal J.A, Babyal M.A, Doraiswamy M, Watkins L, Hoffman B, Barbour K et al. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major disorder *Psychosomatic Medicine* 2007;69(7):587-596.
29. Bodin T, Martinsen E.W. Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized controlled trial. *Journal of sport and exercise psychology* 2004; 26(4):630-632.
30. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160(6):1147-56.
31. Stek ML, Gussekloo J, Beekman AT, van Tilburg W, Westerndorp RG. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord* 2004; 78(3): 193-200.



32. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability. *J Community Health* 1990;15(2): 93-104.
33. Cho HJ, Helen L, Richard O, Levin MJ, Oxman MN, Michael IR. Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2008; 165(12): 1543-50.
34. Bogner HR, Shah D, De Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly in primary care patients *Prim Care Companion, J Clin Psychiatry* 2009; 11(6):285-291.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ΚΑΠΗ

Score Κατάθλιψης	ΚΑΠΗ			
	Ήπια(8-12) (%) n		Μέτρια(13-17) (%) n	
ΦΥΛΛΟ				
Άντρες	61,8% - 21		0% - 0	
Γυναίκες	38,2% - 13		100% - 1	
ΗΛΙΚΙΑ				
51-74	38,2% - 13		0% - 0	
75-84	55,9% - 19		100%- 1	
85-98	5,9% - 2		0% - 0	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
Άγαμος	2,9% - 1		0% - 0	
Έγγαμος	41,2% - 14		0% - 0	
Διαζευγμένος	2,9% - 1		0% - 0	
Χήρος	52,9% - 18		100%- 1	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ				
Σακχαρώδης Διαβήτης	33,3% - 11		0% - 0	
Υπέρταση	21,2% - 7		100% - 1	
Άλλο	21,2% - 7		0% - 0	
Συννοσηρότητα	24,3% - 8		0% - 0	
ΑΣΚΗΣΗ				
Ναι	56,2% - 18		100% - 1	
Όχι	43,8% - 14		0% - 0	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ				
Ναι	3% - 1		0% - 0	
Όχι	97% - 32		100% - 1	



Πίνακας 2: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά Γηροκομείο

Score Κατάθλιψης	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	
	Ήπια(8-12) (%) n	Μέτρια(13-17) (%) n
ΦΥΛΛΟ		
Άντρες	50% - 14	56% - 14
Γυναίκες	50% - 14	44% - 11
ΗΛΙΚΙΑ		
51-74	14,3% - 4	20% - 5
75-84	60,7% - 17	68% - 17
85-98	25% - 7	12% - 3
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Άγαμος	14,3% - 4	16% - 4
Έγγαμος	17,9% - 5	12% - 3
Διαζευγμένος	3,6% - 1	12% - 3
Χήρος	64,3% - 18	60% - 15
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ		
Σακχαρώδης Διαβήτης	20% - 5	32% - 8
Υπέρταση	12% - 3	20% - 5
Άλλο	16% - 4	12% - 3
Συννοσηρότητα	52% - 13	36% - 9
ΑΣΚΗΣΗ		
Ναι	22,2% - 6	24% - 6
Όχι	77,8% - 21	76% - 19
ΚΑΠΝΙΣΜΑ		
Ναι	35,7% - 10	28% - 7
Όχι	64,3% - 18	72% - 18