

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε διαφορετικούς
πληθυσμούς που προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας του νομού
Λακωνίας»**

ΦΛΩΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ Τ.Ε

Μάιος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Διερεύνηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε διαφορετικούς
πληθυσμούς που προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας του νομού
Λακωνίας»

ΦΛΩΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ Τ.Ε

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής
Επιβλέπων: Τζαβέλλα Φωτεινή, Λέκτορας Καθηγήτρια
Μέλος: Ανδριόπουλος Παναγιώτης, Λέκτορας Καθηγητής
Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μάιος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright© ΦΛΩΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης « Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν δηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Τζαβέλλα Φωτεινή

Ανδριόπουλος Παναγιώτης

Τσιρώνη Μαρία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέλαβαν στη διεκπεραίωση της.

Οφείλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες τόσο στην επιβλέπουσα Καθηγήτρια Δρ. Τζαβέλλα Φωτεινή για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε δίνοντάς μου τη δυνατότητα να εκπονήσω την διπλωματική μου εργασία στο συγκεκριμένο επιστημονικό τομέα, όσο και στα υπόλοιπα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μου παρείχαν καθόλη τη διάρκεια της εργασίας, προκειμένου να περαιωθεί το συγκεκριμένο έργο αποτελεσματικά.

Ταυτόχρονα, θέλω να εκφράσω ευχαριστίες προς το σύνολο του προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης που στελεχώνουν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και τις κλινικές, μιας και συνέβαλαν αποτελεσματικά, αποφασιστικά και καθοδηγητικά ως προς τη συλλογή των δεδομένων.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου και τα αγαπημένα μου πρόσωπα για τη στήριξη που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα, η πίστη των οποίων στις δυνατότητες μου αποτέλεσε αρωγός στην επίτευξη των στόχων που τέθηκαν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη Ελληνική	9
Περίληψη Αγγλική	10
1 Εισαγωγή	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1.1 Ψυχική υγεία και δημόσια υγεία	13
1.2 Ιστορική εξέλιξη της έννοιας της κατάθλιψης	13
1.3 Σύγχρονη ερμηνεία της κατάθλιψης	14
1.3.1 Θλίψη και κατάθλιψη	14
1.4 Επιδημιολογία της κατάθλιψης	15
1.4.1 Χαρακτηριστικά της κατάθλιψης	18
1.5 Συμπτωματολογία	19
1.6 DSM-IV-TR	20
1.6.1 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	20
1.6.2 Μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο	24
1.6.3 Υποτροπιάζουσα μείζων καταθλιπτική διαταραχή	24
1.6.4 Δυσθυμική διαταραχή	25
1.6.5 Διπολική διαταραχή	25
1.6.6 Συγκεκαλυμμένη κατάθλιψη	27
1.7 Κατάθλιψη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	28
1.8 Κλίμακα Zung	31
1.8.1 Περιγραφή Zung	32
1.8.2 Χρησιμότητα Zung	36
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	38

1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	39
2. Υλικό και μέθοδος	39
3. Αποτελέσματα	40
4. Συζήτηση	63
Γ. Βιβλιογραφικές αναφορές	71
Δ. Παράρτημα	81
Συγκεντρωτικοί πίνακες	
Πρωτόκολλο διεξαγωγής έρευνας	
Ερωτηματολόγιο κλίμακας Zung	
Άδεια διεξαγωγής της έρευνας	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός : Η οικονομική κρίση και η γενικότερη ύφεση θεωρείται υπεύθυνη για την πρόκληση κατάθλιψης και ψυχολογικού στρες στον επηρεαζόμενο πληθυσμό. Η Ελλάδα εδώ και 5 χρόνια βρίσκεται σε οικονομική κρίση.

Υλικό – Μέθοδος : Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική έρευνα με σκοπό να ανιχνευθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία σε πληθυσμό ατόμων που επισκεπτόταν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία στη Λακωνία για προγραμματισμένα ραντεβού και χρόνια προβλήματα υγείας. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung.

Αποτελέσματα : Το ερωτηματολόγιο το συμπλήρωσαν 705 ασθενείς, από τους οποίους οι 321 ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των ανδρών ήταν 52,7 έτη (19,4 SD) και στις γυναίκες ήταν 47,6 έτη (16,7 SD). 274 ασθενείς (38,9%) είχαν SDS Zung > 50, εμφανίζοντας καταθλιπτική συμπτωματολογία. 171 ασθενείς βρέθηκαν με ήπια κατάθλιψη (24,2%), 80 ασθενείς (11,3%) εμφάνιζαν μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία και 23 ασθενείς (3,2%) σοβαρή συμπτωματολογία. Από το σύνολο των ασθενών μόνο οι 18 (2,5%) λάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή. Βρέθηκε ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία συνδεόταν με το γυναικείο φύλο, τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και την Οστεοαρθρίτιδα ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα : Παρόλο που η κατάθλιψη έχει καταγραφεί ως ένα πρόβλημα υγείας που απασχολεί την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, βρέθηκε ότι υπάρχει ένας εξαιρετικά μεγάλος δείκτης επιπολασμού στην Ελλάδα σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Οι άνθρωποι δεν είναι ενημερωμένοι ή δεν ψάχνουν ιατρική βοήθεια για τη συμπτωματολογία τους και έτσι οι γιατροί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να επαγρυπνούν για το πρόβλημα.

Λέξεις κλειδιά : Κατάθλιψη, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Οικονομική κρίση, κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά Zung

ABSTACT

AIM : Economic recession and financial turmoil is believed to cause depression and psychological stress in affected population. Greece is in recession for the past five years.

METHOD : A cross sectional study, identifying depressive symptomatology in a population visiting primary care settings in Lakonia, Greece for regular appointments for chronic conditions was performed using the Zung Self Rating Depression Scale (SDS Zung).

RESULTS : 705 patients (321 male) completed the questionnaire. Mean age 52.7 (19.4 SD) years for men, and 47.6 (16.7 SD) for women. 274 subjects (38.9%) had SDS Zung > 50 indicating depressive symptomatology. 171 mild (24.2%), 80 moderate (11.3%) and 23 (3.2%) severe symptoms. Of them only 18 (2.5%) were under antidepressive medication. After adjustment for sex, age comorbidities such as COPD, Diabetes, coronary heart disease, stroke, arthritis and Parkinson, depressive symptomatology was associated with female sex, COPD and arthritis ($p < 0.05$) for all.

CONCLUSION : Even though depression in a well documented comorbidity in primary care, we found an extremely high prevalence in a country that faces economical crisis. People are not aware or do not seek medical assistance for their symptoms and primary care physicians have to be cautious to identify the problem.

KEYWORDS : Depression, Primary health care, financial economic crisis, SDS Zung, selfassessment

1. Εισαγωγή

Η κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο έχει την υποκειμενική και την αντικειμενική της διάσταση και προσδιορίζεται από μια σειρά παραγόντων, βιολογικών, ψυχικών και κοινωνιολογικών που όλοι μαζί επηρεάζουν την υγεία.

Η έννοια της υγείας διαφοροποιήθηκε στο χρόνο. Αρχικά, ο Jeremy Bentham ισχυρίστηκε ότι υγεία χαρακτηρίζεται η απουσία νόσου. Αυτό είχε ως συνέπεια να δημιουργηθεί ένας αρνητικός ορισμός για την υγεία, κατά τον οποίο ως υγεία χαρακτηριζόταν *«η ανυπαρξία οποιουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενόχλησης η ανικανότητας καθώς και η έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικής λειτουργικής διαταραχής»*.

Στη σύγχρονη εποχή η έννοια της υγείας απέκτησε μια θετική διάσταση που τονίζει το πλήρες δυναμικό του ατόμου ως προς την κατάσταση της υγείας του και αναγνωρίζει τι πρέπει να περιλαμβάνει η κατάσταση της πλήρους υγείας του. Έτσι, δόθηκε ένας ευρύτερος ορισμός της υγείας που έχει καθιερωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ, 1946) και γίνεται δεκτός μέχρι σήμερα, κατά τον οποίο:

«Υγεία χαρακτηρίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου και όχι απλώς η απουσία ασθένειας»

Η ψυχική υγεία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της δημόσιας υγείας που πλήττει τις χώρες και συγκεκριμένα το ανθρώπινο, κοινωνικό και οικονομικό κεφάλαιο. Ψυχική υγεία δεν είναι μόνο η απουσία των ψυχικών διαταραχών ή των συμπτωμάτων, αλλά παράγοντας που υποστηρίζει τη συνολική ευημερία και την παραγωγικότητα.

Η εκδήλωση συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών, επιφέρει στο άτομο διάφορες συνέπειες, που καλούνται «κόστος της ασθένειας» και διακρίνεται στο :

- **Άμεσο:** το οποίο αφορά την αξία των πόρων που διατίθενται για την πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία ενός προβλήματος υγείας και των συνεπειών της, όπως το κόστος φαρμακευτικής αγωγής
- **Έμμεσο:** το οποίο αντανακλά την αξία των αγαθών και των υπηρεσιών που θα μπορούσαν να είχαν παραχθεί από το άτομο, αν αυτό δεν είχε αρρωστήσει ή δεν είχε ανάγκη ιατρικής, διαγνωστικής ή θεραπευτικής εξέτασης.

Το έμμεσο κόστος παρουσιάζεται συχνά στη βιβλιογραφία, εγχώρια (1) και διεθνή, με τον όρο «*απώλεια παραγωγικότητας*» και προκύπτει από :

- 1) Την απουσία από την εργασία
- 2) Την ανικανότητα για εργασία
- 3) Ακόμη και τη θνησιμότητα

Οι ψυχικές διαταραχές καθώς και οι διαταραχές της συμπεριφοράς δεν προσβάλλουν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, αλλά ανθρώπους όλων των περιοχών, παρουσιάζονται και στα δυο φύλα σε όλες τις φάσεις της ζωής τους, καθώς και είναι παρούσες σε αστικές και σε αγροτικές περιοχές (2) .

Η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός, οι ψυχαναγκαστικές διαταραχές κατατάσσονται μεταξύ των δέκα πρώτων αιτιών αναπηρίας. Σε έρευνα του ΠΟΥ (2004) σχετικά με τη διερεύνηση των ψυχοπαθολογικών προβλημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), διαπιστώθηκε ότι 1 στους 4 ασθενείς εμφανίζει τουλάχιστον μια ψυχολογική διαταραχή, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10. Οι διαταραχές με το μεγαλύτερο επιπολασμό ήταν οι καταθλιπτικές (12,5%) και ακολουθούσαν οι αγχώδεις (12%) (3).

1.1 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η θετική ψυχική υγεία προσδιορίζει μια κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και μπορεί να συμβάλει με την προσωπικότητά του στην κοινωνία (4).

Η καλή ψυχική υγεία επιτρέπει τη γνωστική και συναισθηματική ευελιξία, στοιχεία τα οποία αποτελούν τη βάση για τις κοινωνικές δεξιότητες και την ανθεκτικότητα ως προς την αντιμετώπιση του στρες. Αυτό το ψυχικό κεφάλαιο είναι ζωτικής σημασίας για την υγιή λειτουργία των οικογενειών και της κοινωνίας γενικότερα.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Η κατάθλιψη είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που έχει περιγραφεί από τους αρχαίους χρόνους και φαίνεται να υπάρχει σχεδόν σε κάθε κοινωνία στην οποία αναζητήθηκε. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Η ετυμολογική καταγωγή του όρου «κατάθλιψη» ανάγεται στο λατινικό *de primere*, που σημαίνει πιέζω προς τα κάτω (5). Η λέξη παλαιότερα χρησιμοποιούταν με το κυριολεκτικό της νόημα (π.χ. στην αστρονομία και στην αρχιτεκτονική) και αργότερα μεταφορικά (π.χ. στη θεολογία και στην ηθική). Από το 17ο αιώνα το μεταφορικό της νόημα επεκτάθηκε και στον τομέα της Ψυχολογίας (5).

Αρχικά, ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε τους όρους «μελαγχολία» και «μανία» και τοποθέτησε την κατάθλιψη ως υποκατηγορία της «μελαγχολίας», μέχρις ότου να την αντικαταστήσει. Ο όρος «μελαγχολία» κατά τον Ιπποκράτη συνδεόταν με την υπερέκκριση μαύρης χολής από το σπλήνα και περιέγραφε μία διαταραχή με κύρια γνωρίσματα την απέχθεια προς το φαγητό, την αϋπνία, τον εκνευρισμό, την ανησυχία και την αποθάρρυνση. Ο όρος «μελαγχολία» χρησιμοποιήθηκε εκτενώς στην Ευρώπη μέχρι τον 17ο αιώνα, όπου ξεκίνησε από τότε η αντικατάστασή του με τον όρο «κατάθλιψη» (5).

1.3 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η λέξη κατάθλιψη έχει διαφορετικές σημασίες και η χρήση της στην καθημερινή ζωή συχνά οδηγεί σε σύγχυση και σε δυσκολία στη διάγνωση. Άλλη έννοια έχει η κατάθλιψη ως όρος, όταν χρησιμοποιείται στην καθημερινή γλώσσα και άλλη όταν χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική.

Η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου περιγράφει μία άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα, που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, δεν επηρεάζουν τη γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου και περιορίζονται εύκολα.

Αντίθετα, στην ψυχιατρική το καταθλιπτικό συναίσθημα μπορεί εύκολα να αναγνωριστεί, αφού χαρακτηρίζεται από μεγάλη ένταση και διάρκεια. Η καταθλιπτική διάθεση απαιτεί μία πιο προσεκτική διερεύνηση και χρειάζεται διάγνωση. Η κατάθλιψη υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο.

1.3.1 ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει αναφορά στη διαφορά της κατάθλιψης από τη θλίψη.

Θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που εμφανίζεται ύστερα από τραυματικές καταστάσεις, όπως απώλεια ενός προσώπου, απώλεια αγαθών, εργασίας. Επομένως, δεν πρόκειται για μια κατάσταση που οφείλεται σε παθολογικά αίτια.

Σε αντίθεση με τη θλίψη, η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα, μη αναμενόμενο και υπερβολικό σε ένταση και διάρκεια. Δυστυχώς, τόσο για το σύμπτωμα, όσο και για την περιγραφή της νόσου χρησιμοποιείται ο ίδιος όρος, δηλ. κατάθλιψη, πράγμα που οδηγεί πολλές φορές σε σύγχυση.

Έτσι, δεν είναι λίγες οι φορές που η εσφαλμένη ταύτιση των εννοιών αυτών, οδηγεί τη διάγνωση σε αποτυχία με συνέπεια και την αποτυχία της θεραπευτικής της αντιμετώπισης, σύμφωνα με την επιστημονική ομάδα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου για την Ψυχική Υγεία (ΕΠΨΥ) του Πανεπιστημίου Αθηνών.

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα συχνότερα νοσήματα, τόσο στην ψυχιατρική, όσο και στη γενική ιατρική. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι 1 στους 11 ανθρώπους θα νοσήσει απ'αυτή σε κάποια στιγμή της ζωής του. Η διάγνωσή της είναι επιβεβλημένη, αφού είναι μία κατάσταση που τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, ενώ η μη διάγνωση και αντιμετώπισή της μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ατόμου. Εκτός από τον μεγάλο κίνδυνο αυτοκαταστροφής, είναι σοβαρές οι επιπτώσεις στην οικογενειακή, επαγγελματική και διαπροσωπική ζωή. Η κατάθλιψη είναι εξάλλου συχνά υπεύθυνη για αλκοολισμό και κατάχρηση ουσιών¹(6).

Όσο σοβαρές και αν είναι οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κατάθλιψης, δεν μπορούν να συγκριθούν με τις βιοματικές επιπτώσεις της στο ίδιο το άτομο. Σημείο αναφοράς της οδύνης ενός καταθλιπτικού ασθενή, αποτελεί συχνά το γεγονός ότι βλέπει το θάνατο σαν μοναδική λύση και λύτρωση για τον ίδιο, με αποτέλεσμα να οδηγείται συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη πάθηση στην αυτοκτονία-αυτοχειρία.

Έχει γίνει αποδεκτό και σύμφωνα με έρευνες, ότι η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις διάφορες ψυχικές διαταραχές, που παρατηρούνται σε άτομα που βιώνουν την ανεργία ή μείωση εισοδήματος (7).

Πιο συγκεκριμένα, το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Η απώλεια της εργασίας, σύμφωνα και με τον Τούντα (2004), βρίσκεται στην 8η θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων παραγόντων που επηρεάζουν τα επίπεδα ψυχικής υγείας και επομένως και την κατάθλιψη (8).

¹ Madianos M. Gefou-Madianou D. Stefanis C. Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. Acta Psychiatr Scand 1994, 89:159-166

Δεν είναι λίγες οι φορές που η κατάθλιψη συνδυάζεται με αγχώδεις διαταραχές. Οι κυριότερες ενδείξεις αναφορικά με τη νοσηρότητα της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών προέρχονται από κλινικές παρατηρήσεις, επιδημιολογικά δεδομένα, γενετικές μελέτες, μελέτες οικογενειών καθώς και από τη διερεύνηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Η συνύπαρξη κατάθλιψης και άγχους αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα στην ψυχιατρική πράξη. Η αλληλοεπίδραση κατάθλιψης και άγχους γίνεται εμφανής στην δυσθυμική διαταραχή και στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Επιπλέον, σειρά διαταραχών όπως οι διαταραχές λήψης τροφής, οι ουσιοεξαρτήσεις και οι διαταραχές προσωπικότητας, παρουσιάζουν θετική ή αρνητική συννοσηρότητα με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές.

Η μετά-ανάλυση των Paul & Moser το 2009 (9), επιβεβαίωσε ότι οι άνεργοι βιώνουν πιο συχνά ψυχικές διαταραχές, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (34% έναντι 16%), παρουσιάζοντας μεικτά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και μειωμένη αυτοεκτίμηση.

Τα άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1%, ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα (10).

Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας (11) και οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των πολιτών, δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας (12)(13).

Οι σκέψεις για το θάνατο και η αυτό – πρόκληση βλάβης αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κατάθλιψης, και οι απόπειρες αυτοκτονιών είναι συνήθειες. Οι περισσότεροι ψυχίατροι και κλινικοί ιατροί γνωρίζουν ότι η κατάθλιψη είναι ένας συχνός παράγοντας κινδύνου για πρόκληση αυτοκτονιών (14)(15)(16). Περισσότερο από το 90% των θυμάτων υπέφεραν από ψυχική νόσο κατά το διάστημα που έθεσαν τέλος στη ζωή τους (17) και πιο συχνά από διαταραχές της διάθεσης (18).

Τα παραπάνω ευρήματα κατά τους Οικονόμου και συν.(78)(79), παραλληλίζονται με την βαθμιαία αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Η επίπτωση της κατάθλιψης κυμαίνεται γύρω στο 10% του γενικού πληθυσμού με διπλάσια περίπου αναλογία στις γυναίκες (ενδεικτικά 10-25% στις γυναίκες και 5-12% στους άνδρες).

Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «Αντί- στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), τα τελευταία χρόνια έχει καταγράψει αυξημένο αριθμό κλήσεων με θεματολογία σχετική με οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες στον τομέα της εργασίας.

Όπως αναφέρεται και στην έκθεση του WHO (2011)²³(19) οι άνθρωποι με μεγάλη παραμονή στην ανεργία, στην εξαθλίωση και τις οικογενειακές διαταραχές, έχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, οι διαταραχές λόγω χρήσης αλκοόλ και η αυτοκτονία, σε σχέση με τους αντίστοιχους που δεν έχουν επηρεαστεί (20-29). Ειδικά οι άνδρες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικών προβλημάτων υγείας (30) και θανάτου που οφείλεται σε αυτοκτονία (31) ή χρήση αλκοόλ (32) σε περιόδους οικονομικής αντιξοότητας. Η ανεργία συμβάλλει στην κατάθλιψη (20) και τις αυτοκτονίες (33)(34), καθώς οι άνεργοι νέοι έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας από τους νέους ανθρώπους που παραμένουν στην εργασία.

Η πρόωρη αναγνώριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα της κατάθλιψης είναι πρωταρχικής σημασίας (35) και η έγκαιρη προώθηση δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων μπορεί να προστατεύσει από την κατάθλιψη και την αυτοκτονική συμπεριφορά (19).

² WHO (2011) Impact of economic crisis on mental health

³ The Financial crisis Injury Commission. The financial crisis injury report. Washington DC: US Government Printing Office,2011

1.4.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η κατάθλιψη αποτελεί πρωτοπαθή διαταραχή του συναισθήματος με βασικό χαρακτηριστικό τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης. Συνδυάζεται ακόμη με εμφάνιση ανηδονίας, διαταραχής διαφόρων βιολογικών λειτουργιών, πληθώρα αρνητικών σκέψεων και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η ποικιλομορφία της συμπτωματολογίας καθώς και η αμβληχρότητα των συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους, οδηγεί πολλές φορές σε υποτίμηση του μεγέθους της επίπτωσης της νόσου στο γενικό πληθυσμό.

Βασική διαταραχή της κατάθλιψης όπως αναφέρθηκε και πριν, αποτελεί η αλλαγή της διάθεσης, κατά την οποία το άτομο αισθάνεται λύπη, θλίψη, απογοήτευση και απελπισία. Συχνά είναι τα περιστατικά εκείνα που παραπονιούνται για άγχος και ευερεθιστότητα και λιγότερο για λύπη, καθώς και ότι έχουν χάσει την ικανότητά τους να αισθάνονται χαρά ή να ενδιαφέρονται για πράγματα που απολάμβαναν στο παρελθόν.

Τα κυριότερα αρνητικά συμπτώματα που εντοπίζονται είναι η μειωμένη όρεξη και η αϋπνία.

Η μειωμένη όρεξη μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια σωματικού βάρους, αν και μερικοί καταθλιπτικοί ασθενείς πιέζουν τον εαυτό τους να τραφεί, παρά τη μειωμένη όρεξη καθώς και μπορεί να ενθαρρύνονται από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα η απώλεια βάρους να είναι μικρή.

Σπάνιες είναι εκείνες οι περιπτώσεις στις οποίες καταγράφεται η κατάθλιψη να οδηγεί σε υπερβολική χρήση τροφής και έτσι το άτομο να αυξάνει το σωματικό του βάρος.

Όσον αφορά την αϋπνία, τη διακρίνεται σε 3 στάδια:

Αρχική: κατά την οποία ο ασθενής δυσκολεύεται να κοιμηθεί, στριφογυρίζοντας στο κρεβάτι

Μέση: κατά την οποία ο ασθενής διακόπτει τον ύπνο του κατά τη διάρκεια της νύχτας και παραμένει ξύπνιος για 1-2 ώρες και ύστερα ξανακοιμάται

Τελική: κατά την οποία ο ασθενής ξυπνά νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί

Γενικά, ο ασθενής με αϋπνία χαρακτηρίζεται από ανησυχία και σκεπτικισμό και ανάλογα με το χρονικό διάστημα που παραμένει ξύπνιος, ενδέχεται να εμφανίσει υπερυπνία και κόπωση, με αποτέλεσμα να παραμείνει στο κρεβάτι για 10-14 ώρες.

1.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η καθημερινή ενασχόληση και δραστηριότητα των ατόμων επηρεάζεται συχνά από την κατάθλιψη. Έτσι, οι ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν:

- ❖ σημάδια εύκολης κόπωσης
- ❖ σημάδια έντονης νευρικότητας
- ❖ δυσκολία στη συγκέντρωση και απουσία καθαρής σκέψης
- ❖ έλλειψη ενεργητικότητας και ζωντάνιας
- ❖ δυσκολία στην περαίωση απλών και καθημερινών εργασιών
- ❖ χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ❖ δυσκοιλιότητα και ξηροστομία
- ❖ διακύμανση της διάθεσης όλο το 24ωρο, αφού παρατηρείται το φαινόμενο αρκετοί να είναι εκείνοι που αναφέρουν ότι η διάθεσή τους είναι χειρότερη το πρωί, αλλά βελτιώνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας
- ❖ αισθητή μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας
- ❖ αποφυγή επαφής με άλλους
- ❖ σημάδια απελπισίας και απόγνωσης
- ❖ αντίληψη κατά την οποία θεωρούν ότι η κατάστασή τους μπορεί να βελτιωθεί
- ❖ σκέψεις ακόμα και για το θάνατο, με την έννοια ότι θα ήταν καλύτερο για τους άλλους αν οι ίδιοι έθεται τέλος στη ζωή τους

Από τα αναφερόμενα συμπτώματα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η κατάθλιψη ενδέχεται να μην γίνει αντιληπτή από τον κλινικό γιατρό, λόγω της ποικιλομορφίας της. Για το λόγο αυτό ο γιατρός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς, όχι μόνο επειδή οφείλει να επιτελέσει το ιατρικό του καθήκον, αλλά και επειδή:

1. η οδύνη που προκαλεί η κατάθλιψη ξεπερνά συχνά τα ανθρώπινα μέτρα και τα όρια αντοχής

2. έχει κοινωνικό κόστος, γιατί αφορά το παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού
3. είναι μια κατάσταση που μπορεί να ιαθεί

1.6 DSM-IV-TR

Ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται διεθνώς για την αξιολόγηση της μείζονος κατάθλιψης στον πληθυσμό, είναι και το DSM, που αποτελεί διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών κατά την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία. Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την 4^η έκδοση του DSM, το DSM-IV-TR,⁴ που προσδιορίζει τις κατηγορίες της κατάθλιψης καθώς και τα κριτήρια προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα περιστατικό ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.

Προσφάτως, κυκλοφόρησε και η 5^η έκδοση του DSM, το DSM-V, παρουσιάζοντας ελάχιστες διαφορές με την προηγούμενη έκδοση, αλλά λόγω του πρόσφατου χρόνου έκδοσης, δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία, με αποτέλεσμα οι κατηγοριοποιήσεις να χρησιμοποιούν διαθέσιμες πληροφορίες από την 4^η έκδοση.

1.6.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Στη βιβλιογραφία συναντάται και ως μονοπολική κατάθλιψη ή μονοπολική διαταραχή. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, και μπορεί να συνεχιστεί για πάνω από έξι μήνες, αν αφηθεί χωρίς θεραπεία⁵.

⁴ Το DSM-IV-TR εκδόθηκε το 2000, ύστερα από αναθεώρηση του DSM-IV που δημιουργήθηκε τη δεκαετία του 1990 και εκδόθηκε το 1994.

⁵ «Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder Second Edition». *APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches*. 1. 2006. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.50051

Τα κριτήρια κατά το DSM-IV-TR όπως περιγράφονται στο (Κανδύλης, Καπρίνης, 2011)(36) και προέρχονται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το 2000⁶(37), είναι τα εξής:

- ✓ καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ σημαντικές αυξομειώσεις βάρους και όρεξης για τροφή σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ αισθήματα αναξιότητας ή ενοχής
- ✓ ελαττωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης σχεδόν κάθε μέρα
- ✓ υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου

Για το χαρακτηρισμό ενός περιστατικού ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πρέπει:

- να ισχύουν τουλάχιστον 5 από τα 9 συμπτώματα της κατάθλιψης καθώς
- και το ένα από αυτά πρέπει να είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα ή η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης

Επιπλέον, αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να παραμένουν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, προκειμένου να αποκλειστούν οι παράγοντες διακύμανσης του συναισθήματος.

Παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες με μια αναλογία 2:1. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 40 έτη, ωστόσο μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία.

Με βάση το Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής⁷(38) ταξινομείται σε :

⁶ Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Σολδάτος Κ. (επιμ), Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Παρισιανού, 3η έκδοση, 2004, από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Αναθεώρηση Κειμένου, 4^η Έκδοση, Washington, DC: Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Copyright 2000, με άδεια

⁷ Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Σολδάτος Κ. (επιμ), Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Παρισιανού, 2004, σελ.166

- Μελαγχολική: πρόκειται για μια σοβαρή κατάσταση, στην οποία ανταποκρίνεται ικανοποιητικά ο οργανισμός μέσω των θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Χρόνια: υφίσταται για τουλάχιστον 2 χρόνια και είναι συνηθέστερη σε άνδρες που κάνουν χρήση οινόπνευματος και ουσιών. Ωστόσο ο οργανισμός δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη φαρμακευτική αγωγή.
Αντιστοιχεί στο 10-15% του συνόλου των περιπτώσεων μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.
- Εποχιακή: εμφανίζεται κυρίως φθινόπωρο και χειμώνα, λόγω της μειωμένης διάρκειας της ημέρας και αρχίζει να εξαλείφεται την άνοιξη και το καλοκαίρι. Στην βιβλιογραφία συναντάται συχνά και ως «εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Seasonal Affective Disorder-SAD).
Κύρια χαρακτηριστικά της είναι η υπερυπνία, η υπερφαγία και η ψυχοκινητική επιβράδυνση. Αντιμετωπίζεται με έκθεση σε δυνατό φως για 2-6 ώρες καθημερινά.
- Επιλόχεια: πρόκειται για μια σοβαρή κατάσταση που ξεκινά περίπου 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι οι γυναίκες-λεχώνες, με προϋπάρχουσα διαταραχή της διάθεσης ή άλλη ψυχική διαταραχή, είναι ιδιαίτερα ευάλωτες.
Στα συμπτώματα εντοπίζονται η έντονη αϋπνία, η συναισθηματική αστάθεια, το αίσθημα κόπωσης καθώς και η αυτοκτονική τάση. Γι' αυτό, κρίνεται επιβεβλημένη η ψυχιατρική παρακολούθηση της γυναίκας, μιας και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος τόσο για την ίδια, όσο και για το παιδί.
- Με άτυπα χαρακτηριστικά ή υστερική δυσφορία: στην κατάσταση αυτή παρουσιάζονται αύξηση του βάρους και υπερυπνία. Εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες με μια αναλογία 2:1 έως και 3:1.
Υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες παρουσιάζεται και στην εποχιακή μορφή της κατάθλιψης.

- Ψευδοάνοια: πρόκειται για κατάσταση που εκδηλώνεται με γνωστική διαταραχή που μοιάζει με άνοια. Παρουσιάζεται κυρίως σε ηλικιωμένους και σε ασθενείς με ιστορικό διαταραχής της διάθεσης. Η κατάθλιψη προηγείται χρονικά των παρουσιαζόμενων γνωστικών ελλείψεων και οι ασθενείς ανταποκρίνονται θετικά στη φαρμακευτική αγωγή που γίνεται κυρίως με αντικαταθλιπτικά.
- Κατάθλιψη σε παιδιά: στα παιδιά εντοπίζονται τα ίδια συμπτώματα με αυτά που παρουσιάζονται στους ενήλικες. Η ενδοσχολική βία και η χρήση ουσιών που παρουσιάζονται σε αυτές τις ηλικίες ενδεχομένως να υποκρύπτουν και κατάθλιψη, που μπορεί να υποδηλώνει και τάσεις αυτοκτονίας.
- Διπλή κατάθλιψη: Στο 10-15% των περιπτώσεων ενδέχεται να εμφανισθεί επιπρόσθετη κατάθλιψη
- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς: αφορά περιπτώσεις για τις οποίες δεν πληρούνται τα κριτήρια διάγνωσης κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής

	Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
Επίπτωση (χαρακτηρίζονται τα νέα περιστατικά ανά έτος)	❖ 1/100 για άνδρες ❖ 3/100 για γυναίκες
Επιπολασμός (χαρακτηρίζονται τα υπάρχοντα περιστατικά ανά έτος)	❖ 2-3/100 για άνδρες ❖ 5-10/100 για γυναίκες
Φύλο	❖ Γυναίκες/Άνδρες $\square \rightarrow$ 2/1
Ηλικία	❖ 40 έτη-μέση ηλικία για άνδρες και γυναίκες ❖ 10% μετά τα 60 έτη ❖ 50% πριν τα 40 έτη
Φυλή	❖ Δεν έχουν διαπιστωθεί διαφορές

Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Διαπιστώνεται αυξημένος κίνδυνος λόγω οικογενειακού ιστορικού με κατάθλιψη, κατανάλωση αλκοόλ και απώλεια γονέα πριν την ηλικία των 13 ετών ❖ Ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες
Οικογενειακό ιστορικό	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Δεν υπάρχουν ενδείξεις για ύπαρξη κληρονομικότητας ❖ Οι συγγενείς Α΄ βαθμού διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά 10-13%

Πίνακας 1: Επιδημιολογία της μείζονος κατάθλιψης

Πηγή: Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Αναθεώρηση Κειμένου, 4^η Έκδοση, Washington, DC: Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Copyright 2000, με άδεια

1.6.2 ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Κατά τον Χριστοδούλου⁸(39) τα διαγνωστικά κριτήρια για το μοναδικό καταθλιπτικό επεισόδιο είναι τα ακόλουθα:

1. ύπαρξη ενός και μοναδικού καταθλιπτικού επεισοδίου
2. το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δεν βρίσκεται στα πλαίσια σχιζοφρενικής ή άλλης ψυχωσικής διαταραχής
3. δεν έχει υπάρξει εκ των προτέρων μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο

1.6.3 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Κατά τον Χριστοδούλου⁹(39), χαρακτηρίζεται έτσι η κατάσταση εκείνη στην οποία :

- ❖ Υπάρχουν 2 ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 2 μήνες

⁸ Χριστοδούλου Γ. (2005), Κατάθλιψη, εκδόσεις Βητα, Αθήνα :13-21

⁹ Χριστοδούλου Γ. (2005), Κατάθλιψη, εκδόσεις Βητα, Αθήνα :13-21

- ❖ Τα μείζωνα καταθλιπτικά επεισόδια δεν προκαλούνται λόγω σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή άλλης παραληρητικής και ψυχωσικής διαταραχής

1.6.4 ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Στη βιβλιογραφία συναντάται και ως «καταθλιπτική νεύρωση». Είναι πιο ήπια από τη μείζωνα κατάθλιψη και παρουσιάζεται κυρίως στις γυναίκες. Η διάρκειά της ξεπερνά τα 2 έτη και προσβάλλει κυρίως άτομα που χαρακτηρίζονται από μακροχρόνιο στρες ή έχουν υποστεί κάποια ξαφνική απώλεια.

Το ηλικιακό όριο στο οποίο συνήθως εντοπίζεται είναι μεταξύ 20-35 ετών, ωστόσο μελέτες έδειξαν ότι η εξάπλωσή της αρχίζει από την ηλικία των 21 ετών. Επιπλέον, παρουσιάζεται συχνά σε συγγενείς Α΄ βαθμού ασθενών που πάσχουν από μείζωνα κατάθλιψη. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι:

- η ανορεξία
- η υπερφαγία
- τα προβλήματα ύπνου
- το αίσθημα κόπωσης
- η χαμηλή αυτοεκτίμηση
- η αποτυχημένη προσπάθεια συγκέντρωσης
- η δυσκολία ως προς τη λήψη αποφάσεων

1.6.5 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή, γνωστή και ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη, αποτελεί μια ψυχική νόσο με αποτέλεσμα τα άτομα να βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης, γνωστά ως μανιοεναλλασσόμενα, με επεισόδια κατάθλιψης. Αυτά τα επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητά του. Σχεδόν το 4% των ανθρώπων παγκοσμίως έχουν διπολική διαταραχή, ενώ είναι το

ίδιο συχνή σε άνδρες και γυναίκες. Επιπλέον, η εμφάνισή της γίνεται συνήθως όταν τα άτομα βρίσκονται σε νεαρή ηλικία.

Η αιτία που προκαλεί τη διαταραχή αυτή δεν είναι ξεκάθαρη, αλλά οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρείται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής.

Η μανία είναι κυρίαρχο χαρακτηριστικό της διπολικής διαταραχής, και μπορεί να συμβεί με διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας. Στα ηπιότερα επεισόδια μανίας, γνωστά ως υπομανία, τα άτομα εμφανίζονται ενεργητικά, ευερέθιστα, και μπορεί να είναι πολύ παραγωγικά.

Όταν η μανία γίνεται πιο σοβαρή, τα άτομα αρχίζουν να συμπεριφέρονται αλλοπρόσαλλα και παρορμητικά, παίρνοντας συχνά λανθασμένες αποφάσεις και έχοντας μη ρεαλιστικές ιδέες για το μέλλον, ενώ η ανάγκη τους για ύπνο μειώνεται σημαντικά.

Σε πολύ σοβαρά επεισόδια μανίας, τα άτομα μπορεί να βιώσουν πολύ διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις για τον κόσμο και την πραγματικότητα, γνωστές και ως *ψυχώσεις*. Έτσι, το άτομο μπορεί να γίνει ψυχωτικό, μια κατάσταση γνωστή ως *διπολική κατάθλιψη* με ψυχωσικά χαρακτηριστικά που περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, συνήθως δυσάρεστες.

Κάποιοι βιώνουν μια κατάσταση στην οποία παρουσιάζονται ταυτόχρονα χαρακτηριστικά μανίας και κατάθλιψης, που ονομάζονται μικτά επεισόδια, τα οποία είναι και τα πιο ευμετάβλητα στο πλαίσιο της διαταραχής.

Τα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούν από λίγες ημέρες έως μερικούς μήνες και περιλαμβάνουν αίσθημα θλίψης, άγχους, ενοχής, θυμό, απομόνωση και απελπισία καθώς και διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη.

Ακόμα, τα άτομα ενδέχεται να εμφανίσουν κόπωση και απώλεια ενδιαφέροντος σε συνήθως ευχάριστες δραστηριότητες, προβλήματα συγκέντρωσης, μοναξιά, απέχθεια προς τον εαυτό τους, απάθεια ή αδιαφορία, αποπροσωποποίηση, απώλεια

ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, κοινωνικό άγχος, ευερεθιστότητα, χρόνιο πόνο, έλλειψη κινήτρων και σκέψεις αυτοκτονίας.

Όσο πιο νωρίς εμφανιστεί η διαταραχή στη ζωή ενός ανθρώπου τόσο πιο πιθανό είναι τα πρώτα επεισόδια να είναι καταθλιπτικά. Επειδή η διπολική διάγνωση απαιτεί μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια, πολλοί ασθενείς αρχικά διαγιγνώσκονται και αντιμετωπίζονται ως μείζονα κατάθλιψη¹⁰(40).

Η θεραπεία περιλαμβάνει σταθεροποιητές διάθεσης όπως αντιεπιλιπτικά φάρμακα καθώς και ψυχοθεραπεία.

1.6.6 ΣΥΓΚΕΚΑΛΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πέραν όμως των παραπάνω συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες οι ασθενείς παρουσιάζουν *συγκεκριμευμένη κατάθλιψη*, δηλ. κατάσταση κατά την οποία το καταθλιπτικό σύνδρομο δεν γίνεται άμεσα αντιληπτό, αφού οι ασθενείς δεν αναφέρουν καταθλιπτική διάθεση.

Οι ασθενείς στην κατάσταση αυτή ενδέχεται να προσπαθήσουν να θεραπεύσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα μόνοι τους με αγχολυτικά, καταναλώνοντας αλκοόλ ή διεγερτικά και έτσι να ξεκινούν τα προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών.

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα (ΠΦΥ), περίπου τα δύο τρίτα των ασθενών με κατάθλιψη, αναφέρουν σωματικά συμπτώματα μόνο ως λόγο για διαβούλευση (41). Πράγματι, η κατάθλιψη είναι ως επί το πλείστον δύσκολο να αναγνωριστεί σε αυτούς τους ασθενείς, με αποτέλεσμα να γίνεται υποδιάγνωση της νόσου και μη επαρκής θεραπεία της κατάθλιψης στην ΠΦΥ(41-44).

Παραδοσιακά, τα ετερογενή συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν ομαδοποιηθεί σε διαφορετικές συμπτωματικές διαστάσεις σύμφωνα με την κλινική σημασία τους, αλλά δεν υπάρχει καμία συναίνεση σχετικά με το πώς αυτό γίνεται καλύτερα (41)(45).

¹⁰ Muzina, DJ (2007 Oct–Dec). «Differentiating bipolar disorders from major depressive disorders: treatment implications». *Annals of Clinical Psychiatry* 19 (4): 305–12. doi:10.1080/10401230701653591

Ως εκ τούτου, τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν ομαδοποιηθεί σε ψυχολογικά και σωματικά (41), συναισθηματικά, γνωστικά, συμπεριφορικά, σωματικά και παρορμητικού ελέγχου (46)(47), ή σε συναισθηματικά, σωματικά και νοητικά συμπτώματα (48) κ.λπ. Ωστόσο, από κλινική άποψη, η ομαδοποίηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε συμπτωματικές διαστάσεις είναι καθαρά διαισθητική και στερείται εμπειρικών στοιχείων.

Υπάρχουν στοιχεία ότι ασθενείς με διαφορετικά προφίλ καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι πιθανό να έχουν διαφορετική πρόγνωση και, επομένως, ενδέχεται να απαιτούν διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση (49). Ως εκ τούτου, ο προσδιορισμός των συμπτωματικών διαστάσεων της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερης σημασίας, λόγω των διαγνωστικών και θεραπευτικών επιπτώσεών τους (43)(44).

1.7 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί την πύλη εισόδου του ασθενή στο σύστημα υγείας, μιας και είναι το σημείο στο οποίο ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή μαζί του. Επομένως, πολλά κρίνονται σε αυτό το επίπεδο ως προς τη διάγνωση και τη θεραπεία, αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπιση του προβλήματος, σχετίζονται με την αποφυγή επιπλοκών και χρόνιων προβλημάτων.

Η εμπειρία που αποκτήθηκε από τις προηγούμενες δεκαετίες, βοήθησε στην εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος των ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΥ και των παραγόντων που το επηρεάζουν, με αποτέλεσμα τη δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης, αντιμετώπισης και βελτίωσης των διαγνωστικών δυνατοτήτων των ιατρών της ΠΦΥ.

Σήμερα, έχει γίνει αποδεκτό ότι σε χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα υγείας π.χ. Αγγλία, με οργανωμένα συστήματα ΠΦΥ, στηριγμένα στους γενικούς ιατρούς, εμφανίζεται η πλειοψηφία των αρρώστων με ψυχολογικά προβλήματα, να

επισκέπτονται το γενικό ιατρό. Εκείνος έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίσει το πρόβλημα, μιας και υπάρχει ασυμμετρία στην πληροφόρηση¹¹.

Σε μια από τις μεγάλες έρευνες που έγιναν στην ΠΦΥ διεθνώς (50), το 24% των αρρώστων, που κατέφευγαν στην ΠΦΥ, έπασχαν από ψυχικές διαταραχές, το 10,4% έπασχε από κατάθλιψη και το 2,1% από δυσθυμία.

Από έρευνες (50)(51), διαπιστώθηκε ότι 50% από αυτούς τους ασθενείς, διαφεύγουν της αναγνώρισης από τους ιατρούς της ΠΦΥ, ενώ το 20% παραμένει αδιάγνωστο μετά από 6 μήνες, με αποτέλεσμα να δημιουργείται χρόνια κατάθλιψη (51).

Παράγοντες που βοηθούν στην αναγνώριση του προβλήματος κατά τον Tylee αποτελούν:

- ✓ το γυναικείο φύλο
- ✓ η μέση ηλικία
- ✓ η χηρεία ή ο χωρισμός
- ✓ η καταθλιπτική όψη του ασθενούς

Ανασταλτικοί όμως παράγοντες στην αναγνώριση αποτελούν:

- ✓ η εφηβεία ή η νεανική ηλικία
- ✓ η μεγάλη ηλικία
- ✓ οι σπουδές
- ✓ η σωματική αρρώστια
- ✓ η τυχόν αρνητική στάση ως προς την ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος
- ✓ η τυχόν παρουσίαση των ψυχολογικών προβλημάτων από τον ίδιο τον άρρωστο στο τέλος της συνεδρίας-επίσκεψης.

Με βάση όσα αναφέρθηκαν, σπουδαίο ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση αποτελεί ο ιατρός. Μελέτες που έγιναν (52)(53)(54)(55)(56) κατέδειξαν τα στοιχεία τα οποία θα πρέπει να διαθέτει ο ιατρός, όπως:

¹¹ Κατάσταση κατά την οποία το ένα από τα δύο εμπλεκόμενα μέρη, ιατρός και ασθενής, γνωρίζει περισσότερα στοιχεία για την κατάσταση της υγείας. Αυτό το κενό στην πληροφόρηση το καλύπτει ο γενικός ιατρός

- ❖ Γνώση των συμπτωμάτων και των δυνατοτήτων θεραπείας της κατάθλιψης καθώς και εμπιστοσύνη στη θεραπεία της στην ΠΦΥ
- ❖ Στάσεις που υποδηλώνουν ενδιαφέρον για τον ασθενή και το πρόβλημά του, την οικογένειά του καθώς και ευαισθησία στη λήψη λεκτικών μηνυμάτων από τον άρρωστο
- ❖ Δεξιότητες καλού συνεντευκτή, όπως η ικανότητα να ακούει, να μη διακόπτει τον ασθενή και να αποφεύγει τη βιασύνη

Ένα ακόμα «όπλο» κατά της κατάθλιψης αποτελεί κατά το ICSI (Institute for Clinical System Improvement, 2013) και η συνεργατική φροντίδα. Η αποτελεσματικότητα αυτού του μοντέλου αναδείχθηκε σε 37 τυχαιοποιημένες μελέτες, στις οποίες η φροντίδα της κατάθλιψης παρέχόταν μέσω μιας ομάδας που αποτελούνταν από το διαχειριστή της φροντίδας, τον ιατρό ΠΦΥ, τον ψυχίατρο, τον ψυχοθεραπευτή και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Το αποτέλεσμα ήταν να μειωθεί ο αυτοκτονικός ιδεασμός σε 1800 ασθενείς μέσα σε 6-8 μήνες, καθώς και δεν υπήρξαν αυτοχειρίες για διάστημα 18 μηνών.

Έτσι, εκδόθηκαν κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες σύμφωνα με τις οποίες θα πρέπει:

- ✓ να ακολουθείται μια προσεκτική συνεργατική προσέγγιση σε ασθενείς με κατάθλιψη στην ΠΦΥ
- ✓ οι εμπλεκόμενοι (ιατροί, ασθενείς, οικογένεια, επαγγελματίες υγείας) να συμφωνήσουν εκ των προτέρων σε ένα σχέδιο θεραπείας
- ✓ οι ιατροί να συζητούν όλο το φάσμα των θεραπευτικών επιλογών, είτε αυτές συμπεριλαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είτε ψυχοθεραπεία και ολοκληρωμένη ιατρική θεραπεία
- ✓ οι ιατροί να καθιερώσουν και να διατηρήσουν την τακτική παρακολούθηση της κατάστασης σε συνεργασία με τους ασθενείς

Τέλος, η ΠΦΥ λόγω της συνεχούς επαφής με τον ασθενή, έχει σημαντικό ρόλο να διαδραματίσει στην τριτογενή πρόληψη της κατάθλιψης σε συνεργασία με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, δηλ. στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών,

στη λήψη της θεραπείας συντήρησης και των σταθεροποιητών του συναισθήματος καθώς και στη συμμόρφωση του ατόμου με τη συνεχιζόμενη αγωγή (57).

1.8 ΚΛΙΜΑΚΑ ZUNG

Ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι και η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης Zung ή όπως παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία Zung SDS (58).

Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε ως αυτοδιοικούμενο μέτρο της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Ο συντάκτης είχε πρόθεση η κλίμακα να περιλαμβάνει τα συμπτώματα της ασθένειας, αλλά επίσης, να είναι σύντομη, απλή και ποσοτική.

Τα αντικείμενα επιλέχθηκαν με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αξιοποιήσουν συναισθηματικές, γνωστικές, συμπεριφορικές και φυσιολογικές πτυχές της κατάθλιψης, με βάση διαγνωστικά κριτήρια και παράγοντες σε μελέτες που ήταν διαθέσιμες, κατά το χρόνο που η κλίμακα δημιουργήθηκε. Αν και υπάρχει κάλυψη για τα περισσότερα κριτήρια για άτομα με σύμπτωμα κατά το DSM-IV, υπάρχουν αντικείμενα που δεν καλύπτουν σαφώς την ψυχοκινητική επιβράδυνση ή τα συμπτώματα που δεν είναι πιο συχνά σε άτυπη κατάθλιψη, όπως η αυξημένη όρεξη, η αύξηση του βάρους, ή η υπερυπνηλία.

Η κλίμακα Zung σχεδιάστηκε ως ένα απλό και σύντομο εργαλείο για την ποσοτικοποίηση της βαρύτητας της κατάθλιψης των διαγνωσμένων ασθενών και ως τέτοιο καθιερώθηκε (59).

Ωστόσο η απλότητα και η ευχρηστία της οδήγησαν στη χρησιμοποίησή της ως εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου στην ιατρική πράξη. Ο ίδιος ο σχεδιαστής της ανέδειξε σε μεταγενέστερο άρθρο του την αποτελεσματικότητα της κλίμακας ως τέτοιο εργαλείο (60).

Οι τέσσερις άξονες της κλίμακας, συναισθηματικός, σωματικός, ψυχοκινητικός και ψυχολογικός, ανιχνεύουν τη συμπτωματολογία της καταθλιπτικής συνδρομής με τις

περισσότερες ερωτήσεις να αφορούν σε σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Αυτή ακριβώς η επικέντρωση στα σωματικά συμπτώματα έχει οδηγήσει στην εκτεταμένη χρήση της σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Ειδικότερα, η παραγοντική δομή των ZSDS έχει μελετηθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως υγιή άτομα πάνω από την ηλικία των 65 ετών (61), έγκυες γυναίκες (62), ασθενείς με καρδιακή νόσο (63), καρκίνο (64)(65), χρόνια μυϊκό πόνο (66), μαθητές (67)(68) και εργαζόμενους (69)(70) κλπ, συμπεριλαμβανομένων διαφορετικών παραγοντικών δομών.

Οι διαταραχές της διάθεσης κρύβονται όπως έχει αναφερθεί πίσω από συμπτώματα αϋπνίας, κόπωσης ή ανεξήγητων πόνων και οδηγούν τα άτομα στην αναζήτηση της ιατρικής φροντίδας στην ΠΦΥ, όπου είτε αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα, είτε οι ασθενείς παραπέμπονται σε ειδικό.

Έτσι, όλοι οι γιατροί που έχουν άμεση προσωπική επαφή με τον ασθενή χρειάζεται να γνωρίζουν τα βασικά για τη διάγνωση και τη θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης, καθώς η ένταση και η έκταση των διαταραχών ενδέχεται να έχουν μεγάλο κόστος, αν δεν διαγνωστούν έγκαιρα και δεν αντιμετωπιστούν σωστά.

Επομένως, ο ρόλος και η σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικός, με σκοπό τη διασφάλιση-προάσπιση της ζωής του ασθενούς.

1.8.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ZUNG

Η αρχική μορφή του Zung SDS (58) περιείχε 20 ερωτήσεις, με 10 να αποτυπώνονται αρνητικά και 10 θετικά. Σε κάθε ερώτηση, οι τιμές παίρνουν τιμές ανάλογα με το πόσο το περιεχόμενο της ερώτησης συνέβη στο χρόνο, δηλ. 1 = λίγο, 2 = μερικές φορές, 3 = ένα μεγάλο μέρος του χρόνου, ή 4 = τις περισσότερες φορές. Το χρονικό πλαίσιο είναι το παρόν.

Μια αναθεωρημένη έκδοση εμφανίστηκε στο Πρόγραμμα Πρώιμης Κλινικής Αξιολόγησης Φαρμάκων (ECDEU) στο οποίο προστέθηκε η βαθμολογία 0 = καθόλου.

Η σημερινή και τελική του μορφή περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις με τις ακόλουθες απαντήσεις :

- ✓ Καθόλου
- ✓ Μερικές φορές
- ✓ Συχνά
- ✓ Πάντα

	Κ	Μ	Φ	Σ	Π	Β
	Α	Ε	Ο	Υ	Α	Α
	Θ	Ρ	Ρ	Χ	Ν	Θ
	Ο	Ι	Ε	Ν	Τ	Μ
	Λ	Κ	Σ	Α	Α	Ο
	Ο	Ε				Λ
	Υ	Σ				Ο
						Γ
						Ι
						Α
1. Αισθάνομαι αποκαρδιωμένος ή λυπημένος	1	2		3	4	
2. Το πρωί νιώθω καλύτερα από κάθε ώρα της ημέρας	4	3		2	1	
3. Κλαίω εύκολα νιώθω έτοιμος να κλάψω	1	2		3	4	
4. Έχω προβλήματα ύπνου το βράδυ	1	2		3	4	
5. Τρώω όσο συνήθιζα προηγουμένως	4	3		2	1	
6. Εξακολουθώ να ενδιαφέρομαι για το σεξ	4	3		2	1	
7. Παρατηρώ ότι χάνω βάρος	1	2		3	4	
8. Έχω δυσκοιλιότητα	1	2		3	4	
9. Έχω ταχυπαλμίες	1	2		3	4	
10. Κουράζομαι χωρίς ιδιαίτερο λόγο	1	2		3	4	
11. Το μυαλό μου είναι τόσο καθαρό όσο και πριν	4	3		2	1	
12. Μου είναι εύκολο να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω και πριν	4	3		2	1	
13. Έχω ανησυχία και δεν μπορώ να ηρεμήσω	1	2		3	4	
14. Έχω αισιοδοξία για το μέλλον μου	4	3		2	1	
15. Έχω περισσότερη νευρική ενέργεια από πριν	1	2		3	4	
16. Παίρνω αποφάσεις το ίδιο εύκολα όπως και πριν	4	3		2	1	
17. Αισθάνομαι χρήσιμος και απαραίτητος	4	3		2	1	
18. Η ζωή μου είναι αρκετά «γεμάτη»	4	3		2	1	
19. Αισθάνομαι ότι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους αν πέθαινα	1	2		3	4	
20. Με ευχαριστούν ακόμα και τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και προηγουμένως	4	3		2	1	

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ

Πίνακας 2: Κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά τον W.K.Zung

Κάθε απάντηση βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 1-4, ενώ σε ορισμένες ερωτήσεις αντιστρέφεται η βαθμολογία των απαντήσεων. Στη συνέχεια οι βαθμοί που

αντιστοιχούν στις απαντήσεις αθροίζονται με τα αποτελέσματα να διατυπώνονται αρνητικά, προκειμένου να ληφθεί μια συνολική βαθμολογία της σοβαρότητας της κατάθλιψης.

Αυτό δίνει ένα αδρό συνολικό σκορ 20-80 το οποίο στη συνέχεια αντιστοιχίζεται με τιμές της κλίμακας από 25 έως 100.

Αδρή	SDS	Αδρή	SDS	Αδρή	SDS
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	31	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Πίνακας 3: Αντιστοιχία αδρής βαθμολογίας και τιμής SDS στην κλίμακα Zung

Τα αποτελέσματα της κλίμακας ZUNG ερμηνεύονται ως εξής:

- Για **Zung < 50**, τότε το επίπεδο της κατάθλιψης βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια
- Για **Zung 50 - 59**, τότε ο ασθενής παρουσιάζει ελάχιστη έως ήπια κατάθλιψη
- Για **Zung 60 - 69**, τότε ο ασθενής παρουσιάζει μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη
- Για **Zung > 70**, τότε ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη

Το ερωτηματολόγιο μπορεί να ολοκληρωθεί σε 5-10 λεπτά με ασθενείς με υψηλή λειτουργικότητα, ενώ μπορεί να διαρκέσει έως και 30 λεπτά για να ολοκληρωθεί, ανάλογα με την πάθηση του ασθενούς. Δεν χρειάζεται κατάρτιση ως προς τη συμπλήρωσή της. Η κλίμακα Zung έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες στην Ολλανδία,

Φινλανδία, Ιαπωνία, Αυστρία, Τσεχία, Σλοβακία, Γαλλία, Γερμανία, Ιράν, Ιταλία, Πολωνία, Σουηδία, και Βενεζουέλα (71).

1.8.2 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ZUNG

Η Zung SDS είναι ένας μη διαγνωστικά ειδικός δείκτης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αφού πρόκειται για ένα δημοφιλές εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με διαγνωσμένη καταθλιπτική πάθηση. Ψυχομετρικά στοιχεία που τεκμηριώνουν την αξιοπιστία του μέτρου είναι διάσπαρτα, αλλά αυτά που υπάρχουν δείχνουν μια συνέπεια.

Έγκυρες μελέτες δείχνουν ότι το ερωτηματολόγιο της Zung SDS είναι ευαίσθητο στις διαφορές βαρύτητας του συμπτωμάτων σε όλες τις υποομάδες ασθενών που διαγιγνώσκονται με μονοπολική κατάθλιψη, αλλά είναι λιγότερο ευαίσθητο σε αλλαγές στα συμπτώματα κατά την πάροδο του χρόνου.

Η Zung SDS έχει επίσης χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην κοινότητα και ως εργαλείο προβολής-παρακολούθησης της κατάθλιψης (72). Επιπλέον, χρησιμοποιείται σε κλινικές δοκιμές φαρμάκων και άλλα ερευνητικά προγράμματα. Ως εργαλείο ελέγχου, η απόδοση της Zung SDS είναι παρόμοια με εκείνη του BDI, της κλίμακας μέτρησης του Νοσοκομειακού Άγχους και της Κατάθλιψη (HADS), και του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (GHQ). Κανένα όμως δεν είναι ιδανικό για το σκοπό αυτό (72).

Ενδεικτικά οι Romero και συν (73) μελέτησαν με την κλίμακα Zung μεγάλο αριθμό ασθενών (1049 συνολικά) με μείζονα κατάθλιψη σε επίπεδο πρωτοβάθμιας με στόχο την ανίχνευση και περιγραφή των σωματικών συμπτωμάτων των ασθενών, ενώ οι García-Campayo και συν. (74) χρησιμοποίησαν την κλίμακα αυτή για να αποδείξουν ότι όταν η βαρύτητα των σωματικών συμπτωμάτων και η αναπηρία που προκαλούν σε ασθενείς με καταθλιπτική συνδρομή είναι τέτοια ώστε να τους οδηγεί σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην πραγματικότητα η καταθλιπτική τους συνδρομή είναι ιδιαίτερα επιβαρυσμένη. Αρκετοί ακόμη ερευνητές έχουν

χρησιμοποιήσει την κλίμακα ως εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόιμη διάγνωση της κατάθλιψης σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Οι Φουντουλάκης και συν. (75) μελέτησαν την εφαρμογή της Ελληνικής μετάφρασης της κλίμακας Zung όσον αφορά στην ακρίβεια, εγκυρότητα και ψυχομετρικές παραμέτρους της. Συγκρίσεις διαγνωσμένων καταθλιπτικών και υγιών που εκτιμήθηκαν κλινικά από εξειδικευμένους ψυχιάτρους και επιπλέον συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης της κλίμακας Zung, οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η ευαισθησία και η ειδικότητα της μεθόδου είναι αντίστοιχη με τις εργασίες αναφοράς και συνεπώς η χρήση της μεταφρασμένης κλίμακας είναι αποδεκτή για κλινική και ερευνητική χρήση

Η κλίμακα Zung δεν μπορεί να πάρει τη θέση μιας ολοκληρωμένης κλινικής συνέντευξη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της κατάθλιψης, αλλά αποτελεί ένα απλό εργαλείο για την παρακολούθηση των αλλαγών στη βαρύτητα της κατάθλιψης στην πάροδο του χρόνου, όπως καταγράφεται σε ερευνητικές μελέτες¹²(76)(77).

Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου της Zung SDS είναι ότι:

- ✓ είναι απλό
- ✓ εύκολο στη χρήση
- ✓ σύντομο στη συμπλήρωση
- ✓ δεν απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις για τη συμπλήρωσή του
- ✓ και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως.

Τα μειονεκτήματα είναι ότι:

- ✓ στερείται κάλυψη των κοινών συμπτωμάτων στις άτυπες μορφές κατάθλιψης, όπως η υπερφαγία και η υπερυπνία
- ✓ μπορεί να είναι λιγότερο ευαίσθητο σε αλλαγές σε σχέση με άλλες διαθέσιμες κλίμακες.

¹² http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/zungdepressionscale/en/

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα που επισκέπτονται τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στόχοι της έρευνας είναι η αποτύπωση συχνότητας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε μη διαγνωσμένους ασθενείς, η καταμέτρηση της προτυπωμένης ποιότητας ζωής σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία, η ανεύρεση τυχόν συνύπαρξης τέτοιας νοσολογίας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και η ανίχνευση τυχόν συσχετίσεων, προτυπωμένων σε σχέση με διάφορα χαρακτηριστικά (όπως π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα κ.α.). Τα αποτελέσματα θα συζητηθούν σε σύγκριση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

2.Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη. Η έρευνα υλοποιήθηκε ύστερα από έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ. και για τη διεξαγωγή της χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α) το οποίο περιελάμβανε:

1. Γενικά και Δημογραφικά στοιχεία
2. Πληροφορίες που αφορούσαν το ιατρικό ιστορικό
3. Την κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung

Διενεργήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους: depression, primary care, economic crisis, SDS Zung. Παράλληλα τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της μελέτης είναι το ερωτηματολόγιο της κλίμακας αυτοαξιολόγησης κατά Zung που αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτήσεων που καλύπτουν συναισθηματικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές και σωματικές πλευρές της καταθλιπτικής νόσου και συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης κατά το χρονικό διάστημα Νοεμβρίου – Ιανουαρίου 2015, κατόπιν έγκρισης της 6^{ης} ΥΠΕ. Ακολουθήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, ασθενείς που προσέρχονταν σε τακτική βάση στο νοσοκομείο, μετά από σχετική ενημέρωση και συγκατάθεση συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια.

Κατά τη συμπλήρωση διευκρινίζονταν τυχόν απορίες και με το πέρας συμπληρώνονταν τυχόν ελλείψεις που διαπιστώνονταν. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνούσε τα 10-15 λεπτά.

Το δείγμα αφορούσε 705 άτομα κατοίκων της ευρύτερης περιοχής ευθύνης του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης. Η περιοχή αυτή περιλαμβάνει τρεις δήμους (Σπαρτιατών, Ανατολικής Μάνης και Ευρώτα). Το δείγμα συμπεριέλαβε:

1. Ασθενείς που προσέρχονταν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. Σπάρτης
2. Ασθενείς που νοσηλεύονταν κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας είτε για κάποιο επείγον πρόβλημα υγείας, είτε για κάποιο πρόβλημα υγείας που τους έχει οδηγήσει επανειλημμένα στο νοσοκομείο
3. Ασθενείς που προσέρχονταν για κάποια τακτική παρακολούθηση στο Γ.Ν. Σπάρτης

Η στατιστική επεξεργασία των στοιχείων έγινε με τη χρήση του Στατιστικού πακέτου SPSS 21, με διάστημα εμπιστοσύνης το 95%, επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p-value) το 5% και με τον μη παραμετρικό έλεγχο Spearman (R).

3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα γενικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα, δηλ. ο αριθμός των ανδρών και γυναικών, η μέση ηλικία κάθε φύλου καθώς και οι μέσες τιμές τους.

	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	p
ΑΡΙΘΜΟΣ	321	384	705	
ΗΛΙΚΙΑ	52,7 ± 19,4	47,6 ± 16,8	49,9 ± 18,2	P=0.45
ZUNG	44,7 ± 10,3	49,6 ± 10,9	47,4 ± 10,9	p<0.01

Πίνακας 1: Γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Έτσι, παρατηρήθηκε ότι επί του συνόλου του δείγματος (705), οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα (384) ήταν περισσότερες, σε σχέση με τους άνδρες (321).

Η μέση ηλικία του πληθυσμού βρέθηκε να είναι 49,9 ετών με σταθερή απόκλιση (SD) 18,2, εκ των οποίων οι άνδρες βρέθηκε να έχουν μέση ηλικία τα 52,7 ± 19,4 έτη, ενώ οι γυναίκες τα 47,6 ± 16,8 έτη.

Επιπλέον, η μέση τιμή Zung για τους άνδρες βρέθηκε να είναι 44,7 ± 10,3 και για τις γυναίκες 49,6 ± 10,9.

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών SDS Zung μεταξύ ανδρών και γυναικών με $p < 0,01$. Η διαπίστωση της ύπαρξης ισχυρής συσχέτισης μεταξύ φύλου και τιμών Zung, οδήγησε στη διαστρωμάτωση του δείγματος ανά φύλο. Διερευνώντας την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και τιμών Zung με τη μέθοδο Spearman, βρέθηκε ασθενής συσχέτιση $r = 0,11$ με $p < 0,002$.

Κατά την εξέταση ανά φύλο, προέκυψε για τους μεν άνδρες $r = 0,2$ με $p < 0,005$, για τις δε γυναίκες $r = 0,13$. Αυτό οδήγησε, όπως θα παρατεθεί στη συνέχεια, στην ανάλυση των αποτελεσμάτων ανά ηλικιακή ομάδα, δηλ.:

- ✓ σε άτομα έως 50 ετών
- ✓ σε άτομα 50-64 ετών
- ✓ και σε άτομα άνω των 65 ετών

Στον πίνακα 2, παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος με βάση την επαγγελματική του κατάσταση.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΟΙΚΙΑΚΑ (0)	0	43	43
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (1)	39	32	71
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (2)	25	46	71
ΥΓΙΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ (3)	21	45	66
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (4)	52	74	126
ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ (5)	184	144	328
ΣΥΝΟΛΟ	321	384	705

Πίνακας 2 : Κατανομή δείγματος με βάση το επάγγελμα

Παρατηρώντας τον πίνακα, διακρίνουμε ότι η 5η ομάδα είναι και η πολυπληθέστερη (328) και ποσοστό 46,52% επί του συνόλου, μιας και περιλαμβάνει ελεύθερους επαγγελματίες, ανέργους, συνταξιούχους όλων των φορέων-οργανισμών και των ταμείων, φοιτητές καθώς και εκείνους που δεν μπορούν να συγκαταλεγούν στις υπόλοιπες κατηγορίες, από τους οποίους οι άνδρες είναι 184 και οι γυναίκες 144.

Οι ιδιωτικοί υπάλληλοι βρίσκονται στην 2η θέση της κατάταξης με 126 άτομα, εκ των οποίων οι 52 είναι άνδρες και οι 74 είναι γυναίκες.

Συνεπώς και οι δύο αυτές ομάδες απαρτίζουν το 64,39% του συνόλου του δείγματος. Οι αγρότες μαζί με τους δημοσίους υπαλλήλους αποτελούν την 3η πολυπληθέστερη ομάδα με 71 άτομα.

Από αυτούς που ασχολούνται με αγροτικές εργασίες διακρίνεται ότι οι άνδρες είναι 39 και οι γυναίκες 32. Ο αριθμός τους αυτός, παρόλο που φαίνεται μικρός, θα μπορούσε να αποδοθεί, δεδομένου του αγροτικού χαρακτήρα του νομού, στην ύπαρξη του Γ.Ν. Μολάων, των 5 Κέντρων Υγείας και των 37 Περιφερειακών Ιατρείων πλησίον των εκτάσεων, με αποτέλεσμα αρκετά περιστατικά να αντιμετωπίζονται και να μην χρήζουν επίσκεψης στο Γ.Ν.Σπάρτης.

Από τους δημοσίους υπαλλήλους οι άνδρες ήταν 25 και οι γυναίκες 41. Πρόκειται για άτομα που εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες, σε ασφαλιστικά ταμεία, σε δήμους, σε σχολεία και σε σώματα ασφαλείας.

Στην ομάδα των 66 υγειονομικών, εκ των οποίων οι 21 είναι άνδρες και οι 45 είναι γυναίκες, ανήκουν οι εν ενεργεία ιατροί, οι νοσηλευτές, το παραϊατρικό προσωπικό, οι αποκλειστικές νοσοκόμες, οι οδοντίατροι και γενικά όσοι εμπλέκονται με την παροχή φροντίδας υγείας.

Τέλος, παρατηρούμε ότι με τα οικιακά απασχολούνται 45 γυναίκες.

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	81 (25,2%)	62 (16,1%)	143 (20,2%)
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	29 (9%)	2 (0,5%)	31 (4,3%)
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	6 (1,8%)	10 (2,6%)	16 (2,2%)
ΧΑΠ	59 (18,3%)	18 (4,6%)	77 (10,9%)
ΑΕΕ	3 (0,9%)	1 (0,2%)	4 (0,5%)
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	1 (0,3%)	2 (0,5%)	3 (0,4%)
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	7 (2,1%)	19 (4,9%)	26 (3,6%)
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	4 (1,2%)	13 (3,3%)	17 (2,4%)
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	33 (10,2%)	24 (6,2%)	57 (8%)
ΛΗΨΗ	4 (1,2%)	16 (4,1%)	20 (2,8%)

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΩΝ			
ΑΛΛΟ	53 (16,5%)	42 (10,9%)	95 (13,4%)
ΣΥΝΟΛΟ	280 (86,7%)	209 (53,9%)	489 (69,3%)

Πίνακας 3: κατανομή δείγματος με βάση το ιατρικό ιστορικό

Από αυτόν τον πίνακα, διακρίνουμε, ότι 489 άτομα παρουσιάζουν ιατρικό ιστορικό με ποσοστό 69,3% επί του συνόλου του δείγματος και 216 παρουσιάζουν μια υγιή εικόνα. Από το σύνολο των ανδρών που συμμετείχε στην έρευνα (321), παρατηρούμε ότι 280 (86,7%) παρουσίαζαν προβλήματα ή καλύτερα είχαν ιατρικό ιστορικό, σε αντίθεση με τις γυναίκες, που επί του συνόλου (384), βρέθηκε να παρουσιάζουν ιατρικό ιστορικό 209 (53,9%). Έτσι, διακρίνουμε ότι περισσότερα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν οι άνδρες.

Αρτηριακή υπέρταση παρατηρούμε ότι παρουσιάζουν 143 άτομα (20,2%) του συνόλου, με τους άνδρες να είναι 81 (25,2%) και τις γυναίκες 62 (16,1%). Με λίγα λόγια 1 στους 5 πάσχει από αρτηριακή υπέρταση.

Στεφανιαία νόσο παρουσιάζουν 31 άτομα, εκ των οποίων 29 (9%) είναι άνδρες και 2 (0,5%) είναι γυναίκες.

Καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζουν 16 άτομα (2,2%), με τους άνδρες να είναι 6 (1,8%) και τις γυναίκες 10 (2,6%).

Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) παρουσιάζουν 77 άτομα (10,9%), εκ των οποίων οι άνδρες είναι 59 (18,3%) και οι γυναίκες 18 (4,6%).

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) παρουσιάζεται σε 4 άτομα (0,5%), με 3 (0,9%) να αναφέρονται σε άνδρες και 1 (0,2%) σε γυναίκα.

Πάρκινσον παρουσιάζεται σε 3 άτομα (0,4%), εκ των οποίων 1 άνδρας (0,3%) και 2 γυναίκες (0,5%).

Οστεοαρθρίτιδα παρουσιάζεται σε 26 άτομα (3,6%), εκ των οποίων 7 σε άνδρες (2,1%) και 19 σε γυναίκες (4,9%).

Ρευματολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν 17 άτομα (2,4%), εκ των οποίων 4 είναι άνδρες (1,2%) και 13 είναι γυναίκες (3,3%).

Σακχαρώδης διαβήτης εντοπίζεται σε 57 άτομα (8%), από τους οποία 33 είναι άνδρες (10,2%) και 24 είναι γυναίκες (6,2%). Με λίγα λόγια 1 στους 10 άνδρες που συμμετείχαν στην έρευνα ταλαιπωρείται από την ασθένεια.

Αντικαταθλιπτικά λαμβάνουν συνολικά 20 άτομα (2,8%), από τα οποία 4 είναι άνδρες (1,2%) και 16 είναι γυναίκες (4,1%).

Από κάποια άλλη πάθηση πάσχουν 95 άτομα (13,4%), που μεταφράζονται σε 53 άνδρες (16,5%) και 42 γυναίκες (10,9%). Οι άλλες παθήσεις αφορούν κυρίως σιδηροπενική αναιμία, μεσογειακή αναιμία, καρκίνο, μυελοδυσπλαστικά σύνδρομα (MDS).

Στον πίνακα 4 γίνεται ομαδοποίηση του δείγματος με βάση την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΩΣ 50 ΕΤΩΝ	145	210	335
50 – 65 ΕΤΩΝ	65	106	171
65 ΚΑΙ ΑΝΩ	111	68	179
ΣΥΝΟΛΟ	321	384	705

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανά ηλικιακή ομάδα

Έτσι, παρατηρείται ότι μέχρι 50 ετών υπάρχουν 335 άτομα, από τα οποία 145 άνδρες και 210 γυναίκες, από 50 μέχρι 65 ετών υπάρχουν 171 άτομα απ' τα οποία 65 είναι άνδρες και 106 είναι γυναίκες, και από 65 ετών και άνω υπάρχουν 179 άτομα, απ' τα οποία 111 είναι άνδρες και 68 γυναίκες.

Στον πίνακα 5 διακρίνονται οι μέσες τιμές Zung ανά ηλικιακή ομάδα

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ	P
	MEAN \pm SD	MEAN \pm SD	MEAN \pm SD	
ΕΩΣ 50	42,5 \pm 8,6	49,1 \pm 11,2	46,4 \pm 10,7	P<0,001
50 - 65	43,7 \pm 9,7	48,9 \pm 11,1	46,9 \pm 10,9	P<0,003
65 ΚΑΙ ΑΝΩ	48,3 \pm 11,6	52,2 \pm 9,3	49,8 \pm 10,9	P<0,01

Πίνακας 5 : Μέση τιμή Zung ανά ηλικιακή ομάδα

Πρωταρχικώς, διαπιστώνεται η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και κατάθλιψης. Επιπλέον, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά σε κάθε ηλικιακή ομάδα, όμως για την ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών παρατηρείται η ύπαρξη ήπιας μορφής κατάθλιψης στις γυναίκες.

Παρατηρείται ότι τα άτομα έως 50 ετών παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 46,4 \pm 10,7, με τους άνδρες 42,5 \pm 8,6 και τις γυναίκες 49,1 \pm 11,2.

Τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50 έως 65 ετών παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 46,9 \pm 10,9, με τους άνδρες 43,7 \pm 9,7 και τις γυναίκες 48,9 \pm 11,1

Τέλος τα άτομα άνω των 65 ετών παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 49,8 \pm 10,9, με τους άνδρες 48,3 \pm 11,6 και τις γυναίκες 52,2 \pm 9,3.

Με βάση αυτά τα δεδομένα παρατηρείται αφενός ότι όσο αυξάνονται τα έτη ζωής, αυξάνει και η επίπτωση της κατάθλιψης ανεξαρτήτως του φύλου, άρα και της τιμής Zung, και αφετέρου ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επίπτωση ως προς την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σχέση με τους άνδρες.

Για εκείνους που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μέχρι 50 ετών, παρουσιάζονται τα εξής αποτελέσματα σύμφωνα με τους πίνακες 6 και 7.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΔΡΕΣ N (Zung)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N (Zung)	
ΟΙΚΙΑΚΑ (0)	0	20 (48.7)	
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (1)	23 (41)	16 (43.2)	
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (2)	15 (42.4)	27 (49.8)	
ΥΓΙΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ (3)	17 (42.6)	36 (47.7)	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (4)	44 (42.4)	52 (49.6)	
ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ (5)	46 (43.3)	59 (51)	
ΣΥΝΟΛΟ	145	210	355 (46.4)

Πίνακας 6 : Μέση τιμή Zung ανά επαγγελματική κατάσταση

Παρατηρώντας τον πίνακα, διακρίνεται ότι οι γυναίκες (20), που είναι και οι μοναδικές που ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες, παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 48,7.

Από εκείνους που ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες διακρίνονται οι άνδρες (23) να παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 41, σε σχέση με τις γυναίκες που παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 43,2.

Στους δημοσίους υπαλλήλους βλέπουμε τους άνδρες (15) να παρουσιάζουν μέσο Zung 42,4 και τις γυναίκες 49,8 αντίστοιχα.

Στην κατηγορία των υγειονομικών, οι άνδρες (17) παρουσιάζουν μέσο Zung 42,6 και τις γυναίκες (36) 47,7 αντίστοιχα.

Στον ιδιωτικό τομέα, οι άνδρες (44) παρουσιάζουν μέσο Zung 42,4, σε αντίθεση με τις γυναίκες που παρουσιάζουν 49,6.

Τέλος στην κατηγορία με όλα τα άλλα επαγγέλματα, παρατηρούμε τους άνδρες (46) να παρουσιάζουν μέσο Zung 43,3 και τις γυναίκες (59) 51 αντίστοιχα.

Για το σύνολο της κατηγορίας αυτής (355), παρατηρείται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκδηλώνεται εντός των φυσιολογικών και αποδεκτών ορίων.

Για όλες τις κατηγορίες παρατηρούμε ότι η επίπτωση της κατάθλιψης στις γυναίκες, είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ανδρών.

Στους άνδρες όσο και στις γυναίκες παρατηρείται ότι τα υψηλότερα ποσοστά καταγραφής και εκδήλωσης αφορούν όσους εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, καθώς και εκείνους που ανήκουν στην 5η επαγγελματική ομάδα, με τη διαφορά ότι οι άνδρες υγειονομικοί εμφανίζουν υψηλή καταγραφή σε σχέση με τις γυναίκες, παρόλο που βρίσκονται αρκετά χαμηλότερα από τα όρια εντοπισμού της ελαφριάς και ήπιας κατάθλιψης.

Όσοι ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες, ανεξαρτήτως φύλου, παρατηρείται ότι εμφανίζουν τη χαμηλότερη κατάθλιψη ακόμα και εντός των αποδεκτών φυσιολογικών ορίων.

Η 5η επαγγελματική ομάδα είναι εκείνη στην οποία καταγράφονται τα υψηλότερα ποσοστά, τόσο για άνδρες, όσο και για γυναίκες.

	ΑΝΤΡΕΣ					ΓΥΝΑΙΚΕΣ				
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		P	ΝΑΙ		ΟΧΙ		P
	N	ZUNG	N	ZUNG		N	ZUNG	N	ZUNG	
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	3	38,6 (8,7)	142	42,6 (8,6)	0,59	6	48,5 (7,8)	204	49,1 (11,3)	0,9
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	1	41	144	42,5 (8,7)		-	-	210	49,1 (11,2)	
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	1	48	145	42,5 (8,6)		1	48	209	49,1 (11,3)	
Χ.Α.Π.	1	36	144	42,5 (8,7)		-	-	210	49,1 (11,2)	
Α.Ε.Ε.	-	-	145	42,5 (8,6)		-	-	210	49,1 (11,2)	
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	-	-	145	42,5 (8,6)		-	-	210	49,1 (11,2)	
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	1	38	144	42,5 (8,7)		2	62,5 (9,1)	208	49 (11,2)	0,09
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	-	-	145	42,5 (8,6)		2	58,5 (10,6)	208	49 (11,2)	0,19
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	-	-	145	42,5 (8,6)		1	51	209	49,1 (11,3)	
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ	-	-	145	42,5 (8,6)		8	59,2 (10)	202	48,7 (11,1)	
ΑΛΛΟ	-	-	-	-		-	-	-	-	

Πίνακας 7 : Μέση τιμή Zung ανά κατηγορία ιατρικού ιστορικού

Κατά τη στατική ανάλυση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ κατάθλιψης και ιατρικού ιστορικού για τα δυο φύλα.

Με βάση τον πίνακα 7 διαπιστώνεται ότι 3 άνδρες από το σύνολο των ανδρών (145) πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση με μέση τιμή Zung 38,6 , σε σχέση με τους μη πάσχοντες που παρουσιάζουν αντίστοιχη τιμή 42,6. Στις γυναίκες διαπιστώνεται ότι 6

από το σύνολο των γυναικών (201) πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση με μέση τιμή Zung 48,5 , σε σχέση με εκείνες που δεν πάσχουν και καταγράφουν τιμή 49,1 αντίστοιχα.

Στεφανιαία νόσος υπάρχει σε 1 άνδρα με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 41, ενώ η αντίστοιχη τιμή στους μη πάσχοντες είναι 42,5. Δεν καταγράφονται γυναίκες που να πάσχουν από στεφανιαία νόσο.

Καρδιακή ανεπάρκεια εντοπίζεται σε 1 άνδρα με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 48, ενώ στους μη πάσχοντες καταγράφεται αντίστοιχα η τιμή 42,5. Στις γυναίκες εντοπίζεται 1 γυναίκα να πάσχει, με καταγεγραμμένη τιμή 48, ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 49,1.

Από Χ.Α.Π. πάσχει 1 άνδρας με μέση τιμή Zung 36, σε σχέση με τους μη πάσχοντες που καταγράφουν τιμή 42,5 αντίστοιχα. Καμία γυναίκα δεν πάσχει από Χ.Α.Π. .

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και Πάρκινσον δεν ταλαιπωρεί κανένα άτομο και από τα δυο φύλα.

Οστεοαρθρίτιδα εντοπίζεται σε 1 άνδρα με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 38, ενώ στους μη πάσχοντες καταγράφεται η τιμή 42,5 αντίστοιχα. Στις γυναίκες εντοπίζονται 2 γυναίκες να πάσχουν, με καταγεγραμμένη τιμή 62,5 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 49. Στις 2 αυτές γυναίκες παρατηρείται ότι η εκδήλωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι σε μέτρια και σοβαρή μορφή.

Ρευματολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν μόνο γυναίκες, με 2 από αυτές να καταγράφουν μέση τιμή 58,5 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 49. Στις 2 αυτές περιπτώσεις παρατηρείται ότι η κατάθλιψη είναι ελάχιστη και ήπιας μορφής.

Σακχαρώδης διαβήτης ταλαιπωρεί μόνο 1 γυναίκα καταγράφοντας μέση τιμή Zung 51, σε αντίθεση με τις μη πάσχουσες που καταγράφουν αντίστοιχη τιμή 49,1. Έτσι, διαπιστώνεται ότι η εκδηλωμένη κατάθλιψη είναι ήπιας και ελαφριάς μορφής.

Αντικαταθλιπτικά λαμβάνουν μόνο γυναίκες και συγκεκριμένα 8, καταγράφοντας μέση τιμή Zung 59,2 , σε σύγκριση με τις μη πάσχουσες που καταγράφουν 48,7 αντίστοιχα.

Οι γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση από τους άνδρες στην εκδήλωση κατάθλιψης με βάση το ιατρικό ιστορικό, καταγράφοντας εκδήλωση της κατάθλιψης τόσο σε ήπια μορφή, όσο και σε μέτρια και σοβαρή. Οι άνδρες από την άλλη πλευρά, ανεξαρτήτως αν πάσχουν ή δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια, διατηρούν τα επίπεδα της κατάθλιψης εντός φυσιολογικών ορίων.

Για εκείνους που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50 έως 65 ετών, παρουσιάζονται τα εξής στους πίνακες 8 και 9

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΟΙΚΙΑΚΑ (0)	-	19 (51)	
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (1)	15 (45.2)	15 (43)	
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (2)	10 (41.4)	19 (51.8)	
ΥΓΙΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ (3)	4 (41)	9 (49.4)	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (4)	8 (45.2)	22 (48)	
ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ (5)	28 (43.7)	22 (49.6)	
ΣΥΝΟΛΟ	65	106	171 (46.9)

Πίνακας 8 : Μέση τιμή Zung ανά επαγγελματική κατάσταση

Παρατηρώντας τον πίνακα διακρίνεται ότι οι γυναίκες (19), που είναι και οι μοναδικές που ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες, παρουσιάζουν μια μέση τιμή Zung 51. Έτσι καταγράφεται η ύπαρξη ελάχιστης και ήπιας μορφής κατάθλιψης.

Από εκείνους που ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες διακρίνονται οι άνδρες (15) να παρουσιάζουν μια μέση τιμή Zung 45,2 , σε σχέση με τις γυναίκες (15) που παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 43.

Στους δημοσίους υπαλλήλους βλέπουμε τους άνδρες (10) να παρουσιάζουν μέσο Zung 41,4 και τις γυναίκες 51,8 αντίστοιχα, καταγράφοντας μια ελαφριάς μορφής κατάθλιψη.

Στην κατηγορία των υγειονομικών, οι άνδρες (4) παρουσιάζουν μέσο Zung 41 και οι γυναίκες (9) 49,4 αντίστοιχα.

Στον ιδιωτικό τομέα, οι άνδρες (8) παρουσιάζουν μέσο Zung 45,2 , σε αντίθεση με τις γυναίκες (22) που παρουσιάζουν 49,6 αντιστοίχως.

Τέλος στην κατηγορία με όλα τα άλλα επαγγέλματα, παρατηρούμε τους άνδρες (28) να παρουσιάζουν μέσο Zung 43,7 και τις γυναίκες (22) 49,6 αντίστοιχα.

Για το σύνολο της κατηγορίας αυτής (171) παρατηρείται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκδηλώνεται εντός των φυσιολογικών και αποδεκτών ορίων.

Οι υψηλότερες τιμές καταγραφής για τους άνδρες εντοπίζονται σε εκείνους που είναι αγρότες και εκείνους που είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, επαγγέλματα στα οποία η ύπαρξη κατάθλιψης καταγράφεται εντός των φυσιολογικών ορίων. Από την άλλη οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά και εκείνες που εργάζονται στο δημόσιο, καταγράφουν ήπια και ελαφριά μορφή κατάθλιψης.

Η χαμηλότερη καταγεγραμμένη τιμή για τους άνδρες καταγράφεται για εκείνους που ανήκουν στους υγειονομικούς, ενώ η αντίστοιχη για τις γυναίκες καταγράφεται για εκείνες που ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες.

	ΑΝΤΡΕΣ					ΓΥΝΑΙΚΕΣ				
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		P	ΝΑΙ		ΟΧΙ		P
	N	ZUNG	N	ZUNG		N	ZUNG	N	ZUNG	
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	13	46,5 (10,7)	52	43 (9,4)	0,25	20	50,8 (12)	86	48,5 (10,9)	0,47
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	7	51,5 (11)	58	42,7 (9,2)		-	-	106	48,9 (11,3)	
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	1	49	64	43,6 (9,7)		4	50,2 (7,8)	102	48,9 (11,2)	0,67
Χ.Α.Π.	7	45,8 (8)	58	43,4 (9,9)		7	44,5 (8,8)	99	49,3 (11,2)	
Α.Ε.Ε.	-	-	65	43,7 (9,7)		-	-	106	48,9 (11,1)	
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	-	-	65	43,7 (9,7)		2	54 (1,4)	104	48,8 (11,2)	
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	2	44,5 (2,1)	63	43,7 (9,8)		10	56,5 (12,2)	96	48,2 (10,7)	0,04
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	1	35	64	43,8 (9,7)		7	53,5 (7,6)	99	48,6 (11,3)	
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	6	49,5 (12,4)	59	43,1 (9,3)		12	51,2 (14,7)	94	48,7 (10,6)	0,55
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ	-	-	65	43,7 (9,7)		5	61,4 (10,3)	101	48,3 (10,8)	0,018
ΆΛΛΟ	-	-	-			-	-	-	-	

Πίνακας 9 : Μέση τιμή Zung ανά κατηγορία ιατρικού ιστορικού

Αρχικά διαπιστώνεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ των γυναικών που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, παρόλο που ο αριθμός τους είναι μικρός .

Με βάση τον πίνακα 9 διαπιστώνεται ότι 13 άνδρες από το σύνολο των ανδρών (65) πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση με μέση τιμή Zung 46,5 , σε σχέση με τους μη

πάσχοντες που παρουσιάζουν αντίστοιχη τιμή 42,7. Στις γυναίκες διαπιστώνεται ότι 20 από το σύνολο των γυναικών (106) πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση με μέση τιμή Zung 50,8 , σε σχέση με εκείνες που δεν πάσχουν και καταγράφουν αντίστοιχα τιμή 48,5. Άρα οι πάσχουσες εκδηλώνουν κατάθλιψη ήπιας και ελαφριάς μορφής.

Στεφανιαία νόσος υπάρχει σε 7 άνδρες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 51,5 , ενώ η αντίστοιχη τιμή στους μη πάσχοντες είναι 42,7. Οι πάσχοντες εκδηλώνουν κατάθλιψη ήπιας και ελαφριάς μορφής. Δεν καταγράφονται γυναίκες που να πάσχουν από στεφανιαία νόσο.

Καρδιακή ανεπάρκεια εντοπίζεται σε 1 άνδρα με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 49, ενώ στους μη πάσχοντες καταγράφεται αντίστοιχα η τιμή 43,6. Και στις γυναίκες εντοπίζονται 4 να πάσχουν, με καταγεγραμμένη τιμή 50,2, ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 48,9. Στις πάσχουσες καταγράφεται ελαφριά κατάθλιψη.

Από Χ.Α.Π. πάσχουν 7 άνδρες με μέση τιμή Zung 45,8 , σε σχέση με τους μη πάσχοντες που καταγράφουν τιμή 43,4 αντίστοιχα. Από τις γυναίκες εντοπίζονται να πάσχουν 7 με καταγεγραμμένη τιμή 44,5 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 49,3.

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο δεν ταλαιπωρεί κανένα άτομο και από τα δυο φύλα.

Πάρκινσον και από τα δυο φύλα αντιμετωπίζουν μόνο σε 2 γυναίκες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 54, ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 48,2. Στις πάσχουσες καταγράφεται ύπαρξη κατάθλιψης ήπιας μορφής.

Οστεοαρθρίτιδα εντοπίζεται σε 2 άνδρες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 44,5 , ενώ στους μη πάσχοντες καταγράφεται αντίστοιχα η τιμή 43,7. Στις γυναίκες εντοπίζονται 10 να πάσχουν, με καταγεγραμμένη τιμή 56,5 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται τιμή 48,2. Στις 10 αυτές γυναίκες παρατηρείται ότι η εκδήλωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι σε ήπια μορφή.

Ρευματολογικά προβλήματα αντιμετωπίζει 1 άνδρας με μέση τιμή Zung 35, ενώ οι μη πάσχοντες καταγράφουν τιμή 43,8. Από τις γυναίκες εντοπίζονται να πάσχουν 7

και να καταγράφουν μέση τιμή 53,5 , ενώ εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφουν τιμή 48,6. Στις 7 αυτές περιπτώσεις παρατηρείται ότι η κατάθλιψη είναι ήπιας μορφής.

Σακχαρώδης διαβήτης ταλαιπωρεί και τα δυο φύλα. Από τους άνδρες εντοπίζονται να πάσχουν 6 με καταγεγραμμένη τιμή 49,5 , ενώ οι μη πάσχοντες καταγράφουν τιμή 43,1. Από τις γυναίκες πάσχουν 12, καταγράφοντας μέση τιμή Zung 51,2, σε αντίθεση με τις μη πάσχουσες που καταγράφουν αντίστοιχη τιμή 48,7. Έτσι, διαπιστώνεται ότι η εκδηλωμένη κατάθλιψη είναι ελαφριάς μορφής.

Αντικαταθλιπτικά λαμβάνουν μόνο γυναίκες και συγκεκριμένα 5, καταγράφοντας μέση τιμή Zung 61,4, σε σύγκριση με τις μη πάσχουσες που καταγράφουν 48,3 αντίστοιχα. Οι πάσχουσες παρατηρείται ότι εκδηλώνουν κατάθλιψη μέτριας μορφής.

Οι υψηλότερες τιμές καταγραφής για τους άνδρες εντοπίζονται σε εκείνους που αντιμετωπίζουν στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη και καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ στις γυναίκες σε εκείνες που αντιμετωπίζουν οστεοαρθρίτιδα, πάρκινσον και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά.

Η χαμηλότερη καταγεγραμμένη τιμή για τους άνδρες καταγράφεται για εκείνους που αντιμετωπίζουν ρευματολογικά προβλήματα, ενώ η αντίστοιχη για τις γυναίκες καταγράφεται για εκείνες που αντιμετωπίζουν Χ.Α.Π.

Οι άνδρες μόνο σε μια περίπτωση εμφανίζουν κατάθλιψη και ήπιας μορφής, σε αντίθεση με τις γυναίκες που εμφανίζουν πέραν της ήπιας και τη μέτρια μορφή της κατάθλιψης.

Έτσι, η επίπτωση της κατάθλιψης για αυτή την ηλικιακή ομάδα με βάση το ιατρικό ιστορικό καταδεικνύει ότι η επίπτωση της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ανδρών.

Για εκείνους που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω, παρουσιάζονται τα εξής στους πίνακες 10 και 11

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
ΟΙΚΙΑΚΑ (0)	-	4 (51)	
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (1)	1 (31)	1(51)	
ΔΗΜΟΣΙΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (2)	-	-	
ΥΓΙΕΙΟΝΟΜΙΚΟΙ (3)	-	-	
ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ (4)	-	-	
ΟΛΑ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ (5)	110 (48,5)	63 (52,3)	
ΣΥΝΟΛΟ	111	68	179 (49,8)

Πίνακας 10 : Μέση τιμή Zungανά επαγγελματική κατάσταση

Παρατηρώντας τον πίνακα διακρίνεται ότι οι γυναίκες (4), που είναι και οι μοναδικές που ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες, παρουσιάζουν μέση τιμή Zung 51. Έτσι καταγράφεται η ύπαρξη ελάχιστης και ήπιας μορφής κατάθλιψης.

Από εκείνους που ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες διακρίνεται 1 άνδρας να παρουσιάζει μια μέση τιμή Zung 31 , σε σχέση με 1 γυναίκα που παρουσιάζει μέση τιμή Zung 51.

Δημόσιοι υπάλληλοι, υγειονομικοί και ιδιωτικοί υπάλληλοι δεν καταγράφονται.

Τέλος στην κατηγορία με όλα τα άλλα επαγγέλματα, παρατηρούμε τους άνδρες (110) να παρουσιάζουν μέσο Zung 48,5 και τις γυναίκες (63) 52,3 αντίστοιχα.

Για το σύνολο της κατηγορίας αυτής (179) παρατηρείται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκδηλώνεται οριακά εντός των φυσιολογικών και αποδεκτών ορίων.

Η υψηλότερη τιμή καταγραφής για τους άνδρες εντοπίζεται σε εκείνους που ανήκουν στην 5η επαγγελματική ομάδα στους οποίους η ύπαρξη κατάθλιψης καταγράφεται εντός των φυσιολογικών ορίων, σε αντίθεση με τις γυναίκες που ναι μεν η υψηλότερη τιμή εντοπίζεται στην 5η επαγγελματική ομάδα, καταγράφουν όμως ήπια και ελαφριά μορφής κατάθλιψη.

Η χαμηλότερη καταγεγραμμένη τιμή για τους άνδρες καταγράφεται για εκείνους που ασχολούνται με αγροτικές εργασίες, ενώ η αντίστοιχη για τις γυναίκες καταγράφεται για εκείνες που ασχολούνται με τις αγροτικές και οικιακές εργασίες.

Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι στις γυναίκες την ηλικιακής αυτής ομάδας εντοπίζεται μεγαλύτερη επίπτωση εκδήλωσης της κατάθλιψης σε ήπια μορφή, σε σχέση με τους άνδρες στους οποίους εκδηλώνεται εντός των φυσιολογικών ορίων

	ΑΝΤΡΕΣ					ΓΥΝΑΙΚΕΣ				
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		P	ΝΑΙ		ΟΧΙ		P
	N	ZUNG	N	ZUNG		N	ZUNG	N	ZUNG	
ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	65	47,8 (10,1)	46	49,1 (13,5)		36	53,9 (9,6)	32	50,3 (8,7)	
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	21	48,3 (10,6)	90	48,3 (11,9)		2	45	66	52,4 (9,4)	
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	5	49,8 (10)	106	48,3 (11,7)		5	58 (10,2)	63	51,7 (9,2)	0,22
Χ.Α.Π.	51	48 (11)	60	48,6 (12,2)		11	58,5 (6,9)	57	51 (9,3)	0,004
Α.Ε.Ε.	3	65,3 (4)	108	47,9 (11,4)		1	78	67	51,8 (8,8)	
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	1	53	110	48,3 (11,7)		-	-	68	52,2 (9,3)	
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	4	58 (17,2)	107	48 (11,3)	0,16	7	57,4 (10)	61	51,6 (9,1)	0,4
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ	3	43,6 (14,3)	108	48,5 (11,6)		4	48,2 (7,2)	64	52,4 (9,4)	
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	27	49,4 (12,5)	84	48 (11,4)		11	58,1 (10,5)	57	51 (8,7)	0,039
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ	4	55,7 (7,1)	107	48,1 (11,7)	0,11	3	63,3 (13,6)	65	51,7 (8,9)	0,07
ΑΛΛΟ	-	-	-	-		-	-	-	-	

Πίνακας 11 : Μέση τιμή Zungανά κατηγορία ιατρικού ιστορικού

Για την ηλικιακή αυτή ομάδα έχει διαπιστωθεί από προηγούμενους πίνακες η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ειδικότερα, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικίας και ιατρικού ιστορικού για τις γυναίκες που έχουν Χ.Α.Π., Σακχαρώδη διαβήτη και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά.

Με βάση τον πίνακα διαπιστώνεται ότι 65 άνδρες από το σύνολο των ανδρών (111) πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση με μέση τιμή Zung 47,8 , σε σχέση με τους μη πάσχοντες που παρουσιάζουν αντίστοιχη τιμή 49,1. Στις γυναίκες διαπιστώνεται ότι 36 από το σύνολο των γυναικών (68) πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση με μέση τιμή Zung 53,9 , σε σχέση με εκείνες που δεν πάσχουν και καταγράφουν τιμή 50,3 αντίστοιχα. Άρα οι γυναίκες εκδηλώνουν κατάθλιψη ήπιας και ελαφριάς μορφής ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή μη της ασθένειας. Από την άλλη, οι άνδρες εκδηλώνουν κατάθλιψη εντός των φυσιολογικών ορίων.

Στεφανιαία νόσος υπάρχει σε 21 άνδρες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 48,3 , ενώ η αντίστοιχη τιμή στους μη πάσχοντες είναι και αυτή 48,3. Στις γυναίκες διαπιστώνεται ότι 2 από το σύνολο των γυναικών (68) πάσχουν από στεφανιαία νόσο με μέση τιμή Zung 45, σε σχέση με εκείνες που δεν πάσχουν και καταγράφουν αντίστοιχα τιμή 52,4. Οι μη πάσχουσες εκδηλώνουν κατάθλιψη ήπιας και ελαφριάς μορφής.

Καρδιακή ανεπάρκεια εντοπίζεται σε 5 άνδρες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 49,8 , ενώ στους μη πάσχοντες καταγράφεται η τιμή 48,3 αντίστοιχα. Και στις γυναίκες εντοπίζονται 5 να πάσχουν, με καταγεγραμμένη τιμή 58 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 51,7. Στις γυναίκες, πάσχουσες ή μη, καταγράφεται ελαφριά κατάθλιψη, σε αντίθεση με τους άνδρες που κυμαίνεται σε φυσιολογικά όρια.

Από Χ.Α.Π. πάσχουν 51 άνδρες με μέση τιμή Zung 48 , σε σχέση με τους μη πάσχοντες που καταγράφουν τιμή 48,6 αντίστοιχα. Από τις γυναίκες εντοπίζονται να πάσχουν 11 με καταγεγραμμένη τιμή 58,5 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται η τιμή 51. Άρα στις γυναίκες πάσχουσες ή μη καταγράφεται ελαφριά κατάθλιψη, σε αντίθεση με τους άνδρες που κυμαίνεται σε φυσιολογικά όρια.

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο έχουν υποστεί 3 άνδρες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 65,3 , σε σχέση με τους μη πάσχοντες που καταγράφουν τιμή 47,9. Από τις γυναίκες 1 έχει υποστεί Α.Ε.Ε. καταγράφοντας τιμή 78, σε σχέση με εκείνες που δεν έχουν υποστεί με καταγεγραμμένη τιμή 51,8. Έτσι, συμπεραίνουμε ότι οι άνδρες που

έχουν υποστεί A.E.E. παρουσιάζουν μέτρια κατάθλιψη, σε σχέση με τις γυναίκες πάσχουσες που παρουσιάζουν και σοβαρή κατάθλιψη.

Πάρκινσον έχει υποστεί 1 άνδρας με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 53, σε σχέση με τους μη πάσχοντες που καταγράφουν τιμή 48,3. Η εκδήλωση της ασθένειας είναι σε ελαφριά μορφή. Δεν καταγράφεται γυναίκα που να αντιμετωπίζει την ασθένεια.

Οστεοαρθρίτιδα εντοπίζεται σε 4 άνδρες με καταγεγραμμένη μέση τιμή Zung 58 , ενώ στους μη πάσχοντες καταγράφεται αντίστοιχα η τιμή 48. Στις γυναίκες εντοπίζονται 7 να πάσχουν, με καταγεγραμμένη τιμή 57,4 , ενώ σε εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφεται τιμή 51,6. Στους πάσχοντες, ανεξαρτήτου φύλου, καταγράφεται η εκδήλωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ήπια μορφή. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που δεν πάσχουν από την ασθένεια εκδηλώνουν ήπια μορφή κατάθλιψης.

Ρευματολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν 3 άνδρες με μέση τιμή Zung 43,6, ενώ οι μη πάσχοντες καταγράφουν τιμή 48,5. Από τις γυναίκες εντοπίζονται να πάσχουν 4 και να καταγράφουν μέση τιμή 48,2 , ενώ εκείνες που δεν πάσχουν καταγράφουν τιμή 52,4. Άρα, οι πάσχοντες, ανεξαρτήτως φύλου, εκδηλώνουν κατάθλιψη εντός των φυσιολογικών ορίων. Οι μη πάσχοντες, ανεξαρτήτως φύλου, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά για εκδήλωση, αλλά οι γυναίκες είναι εκείνες που την εμφανίζουν σε ήπια μορφή.

Σακχαρώδης διαβήτης ταλαιπωρεί και τα δυο φύλα. Από τους άνδρες εντοπίζονται να πάσχουν 27 με καταγεγραμμένη τιμή 49,4 , ενώ οι μη πάσχοντες καταγράφουν τιμή 48. Από τις γυναίκες πάσχουν 11, καταγράφοντας μέση τιμή Zung 58,1, σε αντίθεση με τις μη πάσχουσες που καταγράφουν αντίστοιχη τιμή 51. Έτσι, διαπιστώνεται ότι η ύπαρξη της ασθένειας επηρεάζει την εκδηλωμένη κατάθλιψη στα δυο φύλα, με την επίπτωση στις γυναίκες να είναι μεγαλύτερη και να οδηγεί στην εκδήλωση κατάθλιψης ελαφριάς μορφής. Οι μη πάσχοντες, ανεξαρτήτως φύλου, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά για εκδήλωση, αλλά οι γυναίκες είναι εκείνες που την εμφανίζουν σε ήπια μορφή.

Αντικαταθλιπτικά λαμβάνουν 4 άνδρες με καταγεγραμμένη τιμή Zung 55,7 , ενώ οι μη πάσχοντες 48,1. Από τις γυναίκες 3 λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά καταγράφοντας μέση τιμή Zung 63,3 , σε σύγκριση με εκείνες που δεν λαμβάνουν και καταγράφουν 51,7 αντίστοιχα. Οι πάσχουσες παρατηρείται ότι εκδηλώνουν κατάθλιψη μέτριας μορφής, ενώ οι μη πάσχουσες ελαφριάς μορφής.

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι οι γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες, ανεξαρτήτως ιατρικού ιστορικού.

Στους άνδρες που εντοπίζεται κατάθλιψη είναι κατά κύριο λόγο ήπιας μορφής, εκτός από το ΑΕΕ, σε αντίθεση με τις γυναίκες που οριακά εμφανίζουν σε μέτρια μορφή. Οι άνδρες λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά παρόλο που τους εντοπίζεται κατάθλιψη ήπιας μορφής, σε αντίθεση με τις γυναίκες που τα λαμβάνουν όντας σε κατάθλιψη σοβαρής μορφής.

Ο πίνακας 12 περιλαμβάνει τη μέση ηλικία ανά ομάδα τιμών Zung

ΤΙΜΕΣ ZUNG	ΑΝΤΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ	
	N	MEAN	N	MEAN	N	MEAN
50 - 59	58	57,2 ± 21,4	113	49,5 ± 17	171	52,1 ± 18,9
60 - 69	26	61,1 ± 18,7	54	46,9 ± 17,6	80	51,5 ± 19,1
70 ΚΑΙ ΑΝΩ	6	69,1 ± 7,1	17	49,8 ± 22,1	23	54,9 ± 21
ΣΥΝΟΛΟ	90		184		274	

Πίνακας 12 : Μέση ηλικία ανά ομάδα τιμών Zung

Με βάση τον πίνακα 12 διακρίνεται ότι από το συνολικό αριθμό του δείγματος (705), καταθλιπτική συμπτωματολογία, ήπιας έως σοβαρής μορφής, παρουσιάζουν 274 άτομα ή αλλιώς το 38,86%. Από αυτά, 90 περιπτώσεις αφορούν άνδρες και 184 αφορούν γυναίκες. Επομένως, βλέπουμε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη επίπτωση-συχνότητα στην εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Τα άτομα που εμφανίζουν ελάχιστη έως ήπια κατάθλιψη είναι 171 με μέση ηλικία τα 52,1 έτη, από τα οποία άνδρες είναι 58 με μέση ηλικία τα 57,2 έτη και 113 είναι γυναίκες με μέση ηλικία τα 49,5 έτη.

Περιπτώσεις που εμφανίζουν μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη είναι 80 με μέση ηλικία τα 51,5 έτη, από τις οποίες 26 αφορούν άνδρες με μέση ηλικία τα 61,1 έτη και 54 αφορούν γυναίκες με μέση ηλικία τα 46,9 έτη.

Τέλος σοβαρή κατάθλιψη εμφανίζουν 23 περιπτώσεις με μέση ηλικία τα 54,9 έτη, που αφορούν 6 άνδρες με μέση ηλικία τα 69,1 έτη και 17 γυναίκες με μέση ηλικία τα 49,8 έτη.

Συνεπώς διακρίνεται ότι από το σύνολο εκείνων που εμφανίζουν κατάθλιψη (274), το 62,4% την έχει ελάχιστα ή σε ήπια μορφή, σε αντίθεση με το 37,6% που την έχει σε μέτρια και σοβαρή μορφή.

Και για τις 3 μορφές κατάθλιψης παρατηρείται ότι ο αριθμός των γυναικών είναι τουλάχιστον διπλάσιος από τον αντίστοιχο των ανδρών.

Οι άνδρες εμφανίζουν κατάθλιψη, ανεξαρτήτως μορφής, σε ηλικία μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών, παρατηρώντας τις μέσες ηλικίες ανά τιμή.

4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί πρωτοπαθή διαταραχή του συναισθήματος με βασικά χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης, τη μείωση του συναισθήματος ευχαρίστησης και τις αρνητικές σκέψεις (80). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη (4^η) συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέβει στη δεύτερη (2^η) θέση το 2020. Ενδεικτικά στις ΗΠΑ μεταξύ 1990 και 2000 το συνολικό κόστος θεραπείας αυξήθηκε κατά 31.2% (από 19.8 εκατ. δολάρια σε 26.08), ενώ ο συνολικός χρόνος απουσίας από την εργασία σε 50% (81). Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, είναι προφανές πως η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχει σαφείς και σοβαρές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις.

Η αξία και η αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ) στην πρόωμη ανίχνευση της κατάθλιψης έχει αναδειχθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (82-84). Οι μελέτες αυτές καταγράφουν υψηλά ποσοστά μη διαγνωσμένης κατάθλιψης και έχουν αναδείξει συνιστώσες του προβλήματος που έχουν να κάνουν πέρα από τη βαρύτητα και την ποικιλομορφία της νόσου, με τις συνυπάρχουσες παθήσεις και τη βαρύτητά τους (82), την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών (83) και τη συσχέτιση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος με την πορεία της νόσου (84)

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για τη δημόσια υγεία καθώς κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και μάλιστα σύμφωνα με τον ΠΟΥ αναμένονται μέχρι το 2020 να καταστούν δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια.(85)

Στον ελληνικό πληθυσμό δεν υπάρχουν σχετικές μελέτες. Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε η επίπτωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε δείγμα του γενικού πληθυσμού σε μια αστική και μια ημιαστική περιοχή. Συνολικά, έλαβαν μέρος 705 άτομα, 321 άνδρες και 384 γυναίκες, στην πλειοψηφία τους άνω των 50 ετών. Στην έρευνα αυτή παρουσίασαν ιατρικό ιστορικό 489 άτομα.

Το 47,5% του δείγματος δηλ. 335 άτομα ήταν έως 50 ετών, 171 άτομα από 50-65 ετών και 179 άτομα από 65 ετών και άνω.

Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μέσης τιμής Zung και όλων των ηλικιακών ομάδων και για τα δύο φύλα.

Ειδικά για τις γυναίκες στην ηλικιακή ομάδα 65 ετών και άνω, μέσα από τη μέση τιμή Zung παρουσιάζεται ήπια μορφή κατάθλιψης ($52,2 \pm 9,3$)

Από το σύνολο του δείγματος καταθλιπτική συμπτωματολογία, ήπια έως βαριάς μορφής παρουσιάζουν συνολικά 274 άτομα (38,9%).

Από τις 274 περιπτώσεις, οι 171 αφορούν κατάθλιψη ήπιας μορφής, οι 80 μέτριας μορφής και οι 23 σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Ένας αριθμός 20 ατόμων, που παρουσίαζε ιατρικό ιστορικό (2.8% επί του συνόλου), ελάμβανε ήδη κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή για διαγνωσμένη καταθλιπτική συνδρομή είτε από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, είτε από ψυχίατρο, ποσοστό συμβατό με αντίστοιχα νούμερο από έρευνες της βιβλιογραφίας (86,87), ενώ επισημαίνεται ήδη στη βιβλιογραφία η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα τρίτης ηλικίας, καθώς και το γεγονός ότι παραμένουν αδιάγνωστοι και χωρίς θεραπευτική αγωγή μεγάλο ποσοστό των ασθενών αυτών.(88,89,90,91). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των τιμών SDS Zung μεταξύ ανδρών και γυναικών με $p < 0,01$.

Ωστόσο, βρέθηκαν μόνο 23 άτομα στο σύνολο (3,2%) να λαμβάνουν κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή. Το αποτέλεσμα αυτό σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα αντίστοιχης έρευνας των Λόττι και συν. (2012), έδειξε ότι ο αριθμός των ατόμων που λάμβαναν αντικαταθλιπτικά την περίοδο 2014-15 (23 άτομα), ήταν σαφώς μικρότερος από τον αντίστοιχο το 2012 (79 άτομα).

Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, επαγγελματικής κατάστασης, ιατρικού ιστορικού και κατάθλιψης με το φύλο και συγκεκριμένα για τις γυναίκες. Έτσι, παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, ανεξαρτήτως επαγγελματικής κατάστασης, αυξάνεται και η μέση τιμή Zung.

Για την ηλικιακή ομάδα έως 50 ετών παρουσιάζεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ιατρικού ιστορικού και του φύλου, ανεξάρτητα της παρουσίας ή μη της ασθένειας

Για την ηλικιακή ομάδα 50 έως 65 ετών παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης και ιατρικού ιστορικού στις γυναίκες που πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα και λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά (0,04 και 0,018 αντίστοιχα).

Για την ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης και του ιατρικού ιστορικού στις γυναίκες και συγκεκριμένα για εκείνες που πάσχουν από Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια και Σακχαρώδη διαβήτη (0,004 και 0,039 αντίστοιχα), αλλά ούτως ή άλλως στην ηλικιακή αυτή ομάδα εντοπίζεται η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Στην παρούσα εργασία δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και συσχέτιση της αρτηριακής υπέρτασης και της ύπαρξης κατάθλιψης σε καμία ηλικιακή ομάδα.

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση από τους Khawaja et al. (86), διακρίνεται ότι η στεφανιαία νόσος και η κατάθλιψη έχουν σχέση αμφίδρομη, μιας και η στεφανιαία νόσος ενδέχεται να προκαλέσει κατάθλιψη, αλλά και ότι η κατάθλιψη από μόνη της αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο. Ωστόσο, κατά την ανάλυση δεν προέκυψε να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ στεφανιαίας νόσου και καρδιακής ανεπάρκειας με την κατάθλιψη.

Οι ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία νόσο, να μεν εντοπίζονται οι περισσότεροι στην 3^η ηλικιακή ομάδα, αλλά ο συνολικός αριθμός τους και ο ακόμα μικρότερος συνολικός εκείνων με καρδιακή ανεπάρκεια, δεν βοήθησαν να διερευνηθεί η ύπαρξη συσχετίσεων. Έτσι δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για συσχέτιση καρδιακής ανεπάρκειας, στεφανιαίας νόσου και κατάθλιψης. Το μόνο που μπορούμε να αναφέρουμε είναι ότι σε μια έρευνα (μετανάλυση) των Rutledge et al.(87), βρέθηκε ότι 1 στους 5 ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η ασθένεια του διαβήτη διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Σύμφωνα με τα συγκριτικά αποτελέσματα μετανάλυσης, το 15%-20% των ατόμων που ζουν με χρόνια πάθηση έχουν πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό του οποίου το ποσοστό ανέρχεται στο 2%-9% (92).

Η συνύπαρξη διαβήτη και κατάθλιψης μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής, υψηλότερα επίπεδα πολυπλοκών, μειωμένη παραγωγικότητα και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (93). Επιπλέον, βάσει πραγματικών στοιχείων, η αμοιβαία συνύπαρξη κατάθλιψης και διαβήτη συνδέεται με χαμηλό γλυκαιμικό έλεγχο (94).

Μέχρι σήμερα όμως η ακριβής σχέση των δύο δεν είναι ξεκάθαρη. Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας, η κατάθλιψη μπορεί να είναι συνέπεια του διαβήτη (95).

Είναι γενικά αποδεκτό πως η ζωή με διαταραχή μεταβολισμού αποτελεί σημαντικό βάρος για τους ασθενείς, και ο φόβος της υπογλυκαιμίας ή άλλων επιπλοκών μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη καταθλιπτικής διάθεσης. Σε συνδυασμό με προσωπικές δυσκολίες ή έντονες στιγμές, τα αυξομειωμένα επίπεδα γλυκόζης, η συχνή υπογλυκαιμία ή όταν τα επικρατέστερα επίπεδα να βρίσκονται κάτω από 60 mg/dl, ενισχύουν περισσότερο την ευαισθησία των ατόμων με διαβήτη.

Παρ' ότι στη βιβλιογραφία (96,97,98) περιγράφεται συσχέτιση του σακχαρώδους διαβήτη με κατάθλιψη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι συγκεκριμένες έρευνες έχουν εκπονηθεί σε πληθυσμούς διαβητικών ατόμων χρονίως πασχόντων, με έκδηλες μακροαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές της νόσου, καταστάσεις που δεν ήταν δυνατόν να ανιχνευτούν στην παρούσα μελέτη, μιας και αυτή δεν ήταν σχεδιασμένη για κάτι ανάλογο.

Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί ένα παράγοντα που συντελεί στην εμφάνιση του διαβήτη. Επιστήμονες πιστεύουν πως τα υψηλά επίπεδα της κορτιζόλης, της ορμόνης-δείκτη άγχους, στον οργανισμό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, ανεβάζει τα επίπεδα γλυκόζης και κατ' επέκταση συμβάλλει στην εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 (99). Επιπλέον, τα άτομα με κατάθλιψη τείνουν να

προσέχουν λιγότερο την ποιότητα της διατροφής τους και τη φυσική άσκηση, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη.

Σε περιόδους χαμηλών επιπέδων γλυκόζης και ειδικά στην υπογλυκαιμία, ορισμένα άτομα με διαβήτη βιώνουν αρνητικές μεταπτώσεις διάθεσης. Η καταθλιπτική διάθεση οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα όπως χαμηλό έλεγχο γλυκόζης, καθώς τα άτομα με διαβήτη δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τη θεραπευτική αγωγή (100,101).

Σύμφωνα και με την Επιτροπή Φροντίδας Υγείας και Εκπαίδευσης της Αυστραλίας (2010), θα μπορούσαν να εφαρμοστούν τα κάτωθι για την αντιμετώπιση της συνύπαρξης κατάθλιψης και διαβήτη:

- ✓ Χορήγηση φαρμάκων για ανακούφιση από τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης
- ✓ Γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς (CBT), προκειμένου τα άτομα να μάθουν να αναγνωρίζουν και να αλλάζουν τον αρνητικό τρόπο σκέψης
- ✓ Διαπροσωπική θεραπεία (IPT)

Συνεπώς μετά τη διάγνωση, θα πρέπει να ακολουθηθεί η αποτελεσματικότερη φαρμακευτική αγωγή για κάθε άτομο, που σε συνδυασμό με τη φυσική δραστηριότητα, μειώνουν τόσο τα επίπεδα κατάθλιψης, όσο και της γλυκόζης στο αίμα, ιδίως για τους ιατρικά επιβαρυσμένους ασθενείς.

Η κατάθλιψη είναι σημαντική μεταξύ των ασθενών με αρθρίτιδα και μυοσκελετικές ασθένειες. Πρόσφατες έρευνες σχετικά με τη συσχέτιση οστεοαρθρίτιδας και κατάθλιψης συγκλίνουν στο ότι η συστηματική θεραπεία μέσω της συνεργατικής φροντίδας – παρέμβασης, βοηθούν στη μείωση της κατάθλιψης καθώς και του πόνου που την προκαλεί. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν υπάρχει μια ολοκληρωμένη κατευθυντήρια γραμμή που να βασίζεται σε τεκμηριωμένη γνώση (evidence-based), παρά μόνο συμπεράσματα από τυχαίοποιημένες μελέτες που συνδυάζουν θεραπείες με λήψη ή μη φαρμάκων και συνεργατικών παρεμβάσεων.

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια νόσος που σχετίζεται κυρίως με την καπνιστική συνήθεια και χαρακτηρίζεται από περιορισμό της ροής του

αέρα, μη πλήρως αναστρέψιμη. Η νόσος αποτελεί σημαντικό επιδημιολογικό πρόβλημα, τόσο σε παγκόσμιο (102) όσο και σε ελληνικό επίπεδο (103).

Τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι ασθενείς με ΧΑΠ έχουν επισημανθεί και σε άλλες μελέτες.(104) Μεγάλος αριθμός μελετών υποστηρίζει την παρουσία υψηλής συννοσηρότητας της ΧΑΠ με την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία.(105) Σε διεθνές επίπεδο, η παρουσία κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΑΠ ανέρχεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 30% έως και πάνω από 50% (105), όταν στον γενικό πληθυσμό η παρουσία της ανευρίσκεται στο 6–8% (104). Παρόμοιες μελέτες σε έλληνες ασθενείς με ΧΑΠ καταγράφουν ανάλογα υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, που ξεπερνούν το 42% (105).

Η συσχέτιση της ΧΑΠ και της κατάθλιψης περιγράφεται συχνά με τους περισσότερους ερευνητές να συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η βαρύτητα της ΧΑΠ συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης, ανάλογης βαρύτητας με τη βαρύτητα της νόσου (106-110). Ο γυναικείος πληθυσμός με ΧΑΠ φαίνεται πιο ευάλωτος στην πιθανότητα εμφάνισης αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αλλά και με χαμηλότερη αίσθηση οικογενειακής υποστήριξης σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό, γεγονός που ενδεχομένως εξηγεί –εν μέρει– τη μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση, εύρημα που βρίσκεται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες (111). Είναι πολύ πιθανό ότι η αίσθηση μειωμένης οικογενειακής υποστήριξης επιφέρει αύξηση της αγχώδους συμπτωματολογίας, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Μια εναλλακτική ερμηνεία θα πρότεινε ότι οι ασθενείς με χαμηλή αίσθηση εσωτερικής συγκρότησης είναι πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων που τροφοδοτούν την αγχώδη συμπτωματολογία, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την υποκειμενική εκτίμηση της οικογενειακής υποστήριξης που λαμβάνεται.

Η δεύτερη υπόθεση θα μπορούσε να θεωρηθεί περισσότερο απαισιόδοξη για την κλινική πρακτική, εξαιτίας της ιδιαίτερης δυσκολίας που ενέχει η προσπάθεια αύξησης της αίσθησης εσωτερικής συγκρότησης, που θεωρείται σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.(112)

Ο μικρός αριθμός εκείνων που βρέθηκαν να πάσχουν από ΑΕΕ, Πάρκινσον και Ρευματολογικές παθήσεις, δεν οδήγησε στην εξαγωγή τυχόν συσχετίσεων μεταξύ φύλου ηλικίας και ιατρικού ιστορικού, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα και για το γενικό πληθυσμό.

Η πρόωρη αναγνώριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα της κατάθλιψης είναι πρωταρχικής σημασίας και η έγκαιρη προώθηση δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων μπορεί να προστατεύσει από την κατάθλιψη (113).

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων δεν έδειξε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της αρτηριακής υπέρτασης, της στεφανιαίας νόσου, της καρδιακής ανεπάρκειας, του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου, της νόσου του Πάρκινσον και των ρευματολογικών προβλημάτων σε σχέση με την ηλικία, το φύλο και την ύπαρξη ή μη της ασθένειας.

Ταυτόχρονα, όπως σε αρκετές έρευνες, έτσι και εδώ, διαφάνηκε ότι η επίπτωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, παρά στους άνδρες.

Η φυσική άσκηση σε συνδυασμό με τη συνεργατική φροντίδα, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες ως προς την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Συγκεκριμένα, η συνεργατική φροντίδα αποτελεί ένα νέο εργαλείο προκειμένου να ελεγχθούν οι συνέπειες της κατάθλιψης ιδίως για τις ασθένειες του σακχαρώδη διαβήτη, της οστεοαρθρίτιδας και της Χρόνιας Αναπνευστικής Πνευμονοπάθειας, για τις οποίες παρουσιάζονται ισχυρές συσχετίσεις στις ηλικιακές ομάδες 50-65 ετών και 65 και άνω.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια ένδειξη των δυνατοτήτων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και έρχεται να αναδείξει ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας που απασχολεί τις σύγχρονες κοινωνίες, την κατάθλιψη. Τα υψηλά ποσοστά που καταγράφονται καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή προσυμπτωματικού ελέγχου σε

επίπεδο ΠΦΥ, που θα παράσχει ή θα προσφέρει δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης και παρέμβασης.

Το ερωτηματολόγιο και η κλίμακα Zung αποτελούν ένα αξιόπιστο εργαλείο ανίχνευσης του επιπέδου-βαθμού καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αλλά δεν μπορούν να υποκαταστήσουν μια κλινική εξέταση, η οποία δίνει μια πληρέστερη εικόνα στους επαγγελματίες υγείας.

Από τη στιγμή που η υγεία ενός ατόμου, προσδιορίζεται και από την ψυχική του υγεία, καθίσταται αναγκαίο από την Πολιτεία, η δημιουργία εθνικού σχεδίου δράσης, με στόχο την ενίσχυση και ενδυνάμωση της ΠΦΥ, την απόκτηση κινητών μονάδων που θα υπάγονται στις μονάδες υγείας και θα σπεύδουν στοχοποιημένα σε περιοχές που διαπιστώνεται ή φέρεται να υπάρχει υψηλό ποσοστό κατάθλιψης καθώς και θα οργανώνουν ημερίδες και σεμινάρια που θα ενημερώνουν το κοινό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λιαρόπουλος Λ. (2007) Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων υγείας, εκδόσεις Βητα, Τόμος Α, 37-38
2. Christodoulou. G.N. (1991) Prevention of psychopathology with early interventions. *Psychother Psychosom*, 55, pp.201-207
3. Annseau M. et al. (2004) High prevalence of mental disorders in primary care . *J Affect Disord*, 78 (1), pp.49-55
4. Herrman H, Saxena S, Moodie R. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization, (http://www.who.int/mental_health/evidence/en, accessed 10 December 2010).
5. Marsella J.A. Cultural Aspects of Depressive Experience and Disorders, (2003), Online Readings in Psychology and Culture, Unit 10. Retrieved from <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol10/iss2/4>
6. Madianos M. Gefou-Madianou D. Stefanis C. (1994) Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand*, 89:159-166
7. Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2010: 27(1): 106-112
8. Καραϊσκού και συν. (2012) Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 4, Τεύχος 2, 49-54
9. Paul K, Moser K. (2009) Unemployment impairs mental health: metaanalyses. *J Vocat Behav*, 74:264–282
10. Σκαπινάκης Π. Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα. 1η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας. Paper presented at 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-8 Μαΐου 2011, Αθήνα. Διαθέσιμο στο internet <http://pskapinakis.posterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna>
11. Jenkins R., et al. (2008) Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med*, 38:1485-1493
12. Luthar S, Cicchetti D, Becker B. (2000) The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*; 71: 543–62.

13. Andrews E, Uchitelle L. Rescues for homeowners in debt weighed. <http://www.nytimes.com/2008/02/22/business/22homes>.(accessed Feb 7, 2013).
14. Guse SB, Robins E. (1970) Suicide and primary affective disorders BR J Psychiatry: 117;437-438
15. Miles CP. (1977) Conditions predisposing to suicide: A review. J Nerv Ment DIS:164: 231-246
16. Murphy GE. (1983) On suicide prediction and prevention. Arch Gen Psychiatry .;40:342-344
17. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33: 395-405
18. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000;157:1925-32
19. WHO (2011) Impact of economic crisis
20. Dooley D, Catalano R, Wilson G.(1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. American Journal of Community Psychology, 1994, 22:745–765.
21. Clark A, Oswald AJ. (1994). Unhappiness and unemployment. Economic Journal, , 104:648–659.
22. Murphy G, Athanasou JA. (1999). The effect of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology,72:83–99.
23. Dee TS. (2001). Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. Health Economics, 10:257–270.
24. McKee-Ryan F et al. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. Journal of Applied Psychology, 90:53–76.
25. Dorling D. (2009). Unemployment and health. British Medical Journal, 338:b829.
26. Lewis G, Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. British Medical Journal, 317:1283– 1286.
27. Gunnell D et al. (2004) Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. British Journal of Psychiatry, 2004, 185:385– 393.

28. Agerbo E. Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:598–602.
29. Mathers CD, Schofield DJ. (1998) The health consequences of unemployment: the evidence. *Medical Journal of Australia*, 1998, 168:178–182.
30. Artazcoz L et al. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:82–88
31. Berk M, Dodd S, Henry M. (2006). The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, , 36:181–189
32. Men T et al.(2003). Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 2003, 327:964
33. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:594–600.
34. Chang SS et al. (2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan Singapore and Thailand. *Social Science and Medicine*, 68:1322–1331
35. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. (2010). Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry*;25:427-31
36. Donald Black, Nancy Andreasen, Κανδύλης Δ., Καπρίνης Σ., Εισαγωγή στην Ψυχιατρική, εκδόσεις Παρισιανού, έκδοση 4^η
37. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Σολδάτος Κ. (επιμ), Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Παρισιανού, 3^η έκδοση, 2004, από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, Αναθεώρηση Κειμένου, 4^η Έκδοση, Washington, DC: Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, Copyright 2000, με άδεια
38. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Σολδάτος Κ. (2004) (επιμ), Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής, εκδόσεις Παρισιανού, , σελ.166-170
39. Χριστοδούλου Γ. (2005), Κατάθλιψη, εκδόσεις Βητα, Αθήνα :13-21

40. Muzina, DJ (2007 Oct–Dec). «Differentiating bipolar disorders from major depressive disorders: treatment implications». *Annals of Clinical Psychiatry* **19** (4): 305–12. doi:10.1080/10401230701653591
41. Tylee A, Gandhi P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005, 7(4):167-76.
42. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993, 150:734-741
43. Brody DS, Hahn SR, Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Williams JB: Identifying patients with depression in the primary care setting. *Arch Intern Med* 1998, 158:2469-2475
44. Thompson C, Ostler K, Peveler R, Baker N, Kinmonth AL: Dimensional perspective in the recognition of depressive symptoms in primary care. *Br J Psychiatry* 2001, 179:317-32
45. Szadoczky E, Rozsa S, Patten S, Arato M, Furedi J: Lifetime patterns of depressive symptoms in the community and among primary care attenders: an application of grade of membership analysis. *J Affect Disord* 2003, 77(1):31-39.
46. Stahl SM: Essential Psychopharmacology of Depression and Bipolar Disorder. Cambridge: University Of Cambridge Press; 2000:65-109.
47. Celdran D, Garcva JC, Garcva MR, López L, Llorente M, Retuerta D, Sanchez E, Valiente ML: Guva de recomendaciones en depresión. Barcelona: SEMFYC; 2001:39-41
48. Zacher A: [3 basic symptoms: affective--somatic--cognitive. Recognizing the faces of depression]. *MMW Fortschr Med* 2003, 145(33-34):44-45. [Article in German]
49. Shafer AB: Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton and Zung. *J Clin Psychol* 2006, 2(1):123-146.
50. GoldbergDP, Steele JJ, Smith C. Teaching psychiatric interviewing skills to family doctors. *Acta Psychiatr Scand* 1980,62:41-47
51. Burton RH, Freeling P. How to general practioners manage depressive illness: developing a method of audit. *J Roy Coll Gen Pract* 1982,35:558-561

52. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010;25:427-31.
53. GoldbergDP, Steele JJ, Smith C. Teaching psychiatric interviewing skills to family doctors. *Acta Psychiatr Scand* 1980,62:41-47
54. GoldbergDP, Steele JJ, Smith C, SPIVLEY L. Training family doctors to recognize psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet* 1980, ii:521-523
55. Burton RH, Freeling P. How to general practioners manage depressive illness: developing a method of audit. *J Roy Coll Gen Pract* 1982,35:558-561
56. Schulberg HC, McCelland M. Aconceptual model for educating primary care providers in the diagnosis and treatment of depression. *Gen Hosp Psychiatry* 1987,9:1-10
57. Men T et al. Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 2003, 327:964
58. Zung WW, “A Self-Rating Depression Scale”, *Arch Gen Psychiat*, 1965, 12:63-70
59. Hedlund, J.L., & Vieweg, B.W. (1979). The Zung Self-Rating Depression Scale: A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 51–64.
60. Zung, W. The role of rating scales in the identification and management of the depressed patient in the primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 72–76.
61. Zung W: Factors influencing the Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1967, 16:543-547
62. Sugawara M, Sakamoto S, Kitamura T, Toda MA, Shima S: Structure of depressive symptoms in pregnancy and the postpartum period. *J Affect Disord* 1999, 54(1–2):161-9
63. Barefoot JC, Brummett BH, Helms MJ, Mark DB, Siegler IC, Williams RB Depressive symptoms and survival of patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 2000, 62(6):790-5
64. Passik SD, Lundberg JC, Rosenfeld B, Kirsh KL, Donaghy K, Theobald D, Lundberg E, Dugan W : Factor analysis of the Zung Self-Rating Depression Scale in a large ambulatory oncology sample. *Psychosomatics* 2000, 41(2):121-127

65. Sharpley CF, Christie DR: An analysis of the psychometric profile and frequency of anxiety and depression in Australian men with prostate cancer. *Psychooncology* 2007, 16(7):660-667
66. Estlander AM, Takala EP, Verkasalo M: Assessment of depression in chronic musculoskeletal pain patients. *Clin J Pain* 1995,11(3):194-200.
67. Sakamoto S, Kijima N, Tomoda A, Kambara M: Factor structures of the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) for undergraduates. *J Clin Psychol* 1998, 54(4):477-487
68. Kitamura T, Hirano H, Chen Z, Hirata M: Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan. *Psychiatry Research* 2004, 128:281-287
69. Kawada T, Suzuki S: Factor structure of Zung self-rating depression scale for workers. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993, 47(1):23-27
70. Kanda T, Suzuki S: Factor structure of self-rating depression scale by Zung and prevalence of depressive state of night shift workers. *Sangyo Igaku* 1992, 34(2):131-136.
71. Naughton MJ, Wiklund I: A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Qual Life Res* 2:397–432, 1993
72. Meakin C: Screening for depression in the medically ill. *Br J Psychiatry* 160:212–216, 1992
73. Romera I, Delgado-Cohen H, Perez T, Caballero L, Gilaberte I: Factor analysis of the Zung self-rating depression scale in a large sample of patients with major depressive disorder in primary care. *BMC Psychiatry*. 2008 Jan 14;8:4
74. García-Campayo J, Ayuso-Mateos JL, Caballero L, Romera I, Aragonés E, Rodríguez-Artalejo F, Quail D, Gilaberte I: Relationship of Somatic Symptoms With Depression Severity, Quality of Life, and Health Resources Utilization in Patients With Major Depressive Disorder Seeking Primary Health Care in Spain. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(5):355-362
75. Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis SG, St Kaprinis G, Bech P : Reliability, validity and psychometric properties of the

- Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry*. 2001; 1:6. Epub 2001 Oct 29.
76. Zung WW, “The Depression Status Inventory: An Adjunct to the Self-Rating Depression Scale”, *J Clin Psychol*, 1972, 28(4):539-43
 77. Zung WW, “Self-Rating Depression Scale (SDS)”, *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, Guy W, ed, Washington DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1976, 333-6
 78. Economou M, Madianos M, Theleritis C, et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011; 378:1459
 79. 32. Οικονόμου Μ, Πέππου Α.Ε, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική* 2012; 23:17–28
 80. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. WHO Geneva 1992
 81. Greenberg P., Kessler RC., Birnbaum HG., Leong SA., Lowe SW., Berglund PA., Corey-Lisle PK. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psych*, 64:12,2003
 82. Ani C., Bazargan M, Hindman D, Bell D, Rodriguez 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;22:123-135
 83. Bogner HR Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*.2009; 11 (6):285-291
 84. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Internal Med*.2006; 144:496-504
 85. Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία. *Ψυχιατρική* 2010; 21 (3): 195-204
 86. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: The association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont)* 2009, 6:38–51

87. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg B, Mills PJ. Depression in heart failure: A meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006, 48:1527–1537
88. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain* 2010, 148:398–406
89. Pallant JF, Keenan AM, Misajon R, Conaghan PG, Tennant A. Measuring the impact and distress of osteoarthritis from the patients' perspective. *Health Qual Life Outcomes* 2009, 7:37
90. Husain N, Humail SM, Chaudhry IB, Rahman R, Robinson H, Creed F. Psychological distress among patients of an orthopaedic outpatient clinic: A study from a low-income country. *Ann Gen Psychiatry* 2010, 9:9
91. Schneider C, Jick SS, Bothner U, Meier CR. COPD and the risk of depression. *Chest* 2010, 137:341–347
92. Anderson RJ, Freedland K, Clouse R, et al.: Prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care* 24:1069-1078, 2001)
93. IDF Diabetes Atlas (4th ed.). Diabetes and Depression: Global Perspectives. Available at http://www.idf.org/sites/default/http://assets.tanea.gr/ygeia/files/Diabetes_and_Depression.pdf
94. Lustman, PJ, Anderson RJ, Freedland, et al.: Depression and poor glycaemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 2000. 23(7): p. 934-42
95. IDF Diabetes Atlas (4th ed.). Diabetes and Depression: Global Perspectives. Available at http://www.idf.org/sites/default/http://assets.tanea.gr/ygeia/files/Diabetes_and_Depression.pdf]
96. Lin EH, Heckbert SR, Rutter CM, Katon WJ, Ciechanowski P, Ludman EJ et al. Depression and increased mortality in diabetes: Unexpected causes of death. *Ann Fam Med* 2009, 7:414–421
97. Kumar R, Anstey KJ, Cherbuin N, Wen W, Sachdev PS. Association of type 2 diabetes with depression, brain atrophy, and reduced fine motor speed in a 60- to 64-year-old community sample. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008, 16:989–998

98. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life. A population study. *Diabetes Care* 2004, 27:1066–1070
99. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, et al., Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologica*, 2006. 49(5): p.837-845.
100. International Diabetes Federation. Diabetes and Depression. Available at <http://www.idf.org>
101. Lustman, PJ, Anderson RJ, Freedland, et al.: Depression and poor glyceimic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 2000. 23(7): p. 934-42.
102. Nascimento OA, Camelier A, Rosa FW, Menezes AMB, Pérez-Padilla Jardim RJR, Latin American Project for the Investigation of Obstructive Lung Disease (PLATINO) Group: Chronic obstructive pulmonary disease is underdiagnosed and undertreated in São Paulo (Brazil). Results of the PLATINO Study. *Braz J Med Biol Res* 2007, 40:887–895
103. Tzanakis N, Anagnostopoulou U, Filaditaki V, Christaki P, Siafakas N. Prevalence of COPD in Greece. *Chest* 2004, 125: 892–900
104. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias Ioannis, Bratis D et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:7
105. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik M, Yohannes AM et al. Anxiety and Depression in COPD. *Chest* 2008, 134:43S–56S
106. Schneider C, Jick SS, Bothner U, Meier CR. COPD and the risk of depression. *Chest* 2010, 137:341–347
107. Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, Ijzermans CJ, Van Der Zee JS, Schade E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002, 57:412–416
108. Ryu YJ, Chun EM, Lee JH, Chang JH. Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *Korean J Intern Med* 2010, 25:51–57
109. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma,

- chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry* 2008, 7:7
110. Schane RE, Walter LC, Dinno A, Covinsky KE, Woodruff PG. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med* 2008, 23:1757–1762
111. Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanias A, Ilias I et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Ann Gen Psychiatry* 2010,14:16
112. Antonovsky A. The Sense of Coherence an historical and future perspective. *Israel J Med Sci* 1996, 32:170–178
113. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010;25:427-31.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΑΘΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	64/274	23%
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	12/274	4,37
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	9/274	3,2%
Χ.Α.Π.	36/274	13,1%
Α.Ε.Ε.	4/274	1,45%
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	3/274	1,09%
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	18/274	6,5%
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	10/274	3,65%
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	32/274	11,67%
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ	18/274	6,56%

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΟ		P
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	81/321	31/184	62/384	33/184	143/705	64/274	0,42
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	29/321	12/184	2/384	0	31/705	12/274	0,87
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	6/321	3/184	10/384	6/184	16/705	9/274	0,51
Χ.Α.Π.	59/321	23/184	18/384	13/184	77/705	36/274	0,45
Α.Ε.Ε.	3/321	3/184	1/184	1/184	4/705	4/274	0,32
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	1/321	1/184	2/384	2/184	3/705	3/274	
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	7/321	3/184	19/384	15/184	26/705	18/274	0,09
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	4/321	1/184	13/384	9/184	17/705	10/274	0,41
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	35/321	15/184	24/384	17/184	57/705	32/274	0,14
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ	4/321	3/184	16/384	15/184	20/705	18/274	0,016

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΑΘΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΝΟΛΟ	P
ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	64/274	23%	143/705	143 (20,2%)	0,42
ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ	12/274	4,37	31/705	31 (4,3%)	0,87
ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	9/274	3,2%	16/705	16 (2,2%)	0,51
Χ.Α.Π.	36/274	13,1%	77/705	77 (10,9%)	0,45
Α.Ε.Ε.	4/274	1,45%	4/705	4 (0,5%)	0,32
ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	3/274	1,09%	3/705	3 (0,4%)	
ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	18/274	6,5%	26/705	26 (3,6%)	0,09
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ	10/274	3,65%	17/705	17 (2,4%)	0,41
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	32/274	11,67%	57/705	57 (8%)	0,14
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ	18/274	6,56%	20/705	20 (2,8%)	0,016
ΑΛΛΟ				95 (13,4%)	
				489 (69.3%)	

Τμήμα Νοσηλευτικής
Ορθίας Αρτέμιδος και Πλαταιών
23100 Σπάρτη

Σπάρτη, 26 Μαΐου 2014

Προς : Επιστημονικό Συμβούλιο Ν.Μ.Σπάρτης

Θέμα: «Πρωτόκολλο έρευνας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας»

Αξιότιμοι κύριοι

Η κατάθλιψη αποτελεί πρωτοπαθή διαταραχή του συναισθήματος με βασικά χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης, τη μείωση του συναισθήματος ευχαρίστησης (ανηδονία) και τις αρνητικές σκέψεις (1). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη (4^η) συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέβει στη δεύτερη (2^η) θέση το 2020. Ενδεικτικά στις ΗΠΑ μεταξύ 1990 και 2000 το συνολικό κόστος θεραπείας αυξήθηκε κατά 31.2% (από 19.8 εκατ. δολάρια σε 26.08), ενώ ο συνολικός χρόνος απουσίας από την εργασία σε 50% (2). Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, είναι προφανές πως η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχει σαφείς και σοβαρές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις.

Η αξία και η αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ) στην πρόωμη ανίχνευση της κατάθλιψης έχει αναδειχθεί στην διεθνή βιβλιογραφία (3-5). Οι μελέτες αυτές καταγράφουν υψηλά ποσοστά μη διαγνωσμένης κατάθλιψης και έχουν αναδείξει συνιστώσες του προβλήματος που έχουν να κάνουν πέρα από τη βαρύτητα και την ποικιλομορφία της νόσου, με τις συνυπάρχουσες παθήσεις και τη βαρύτητά τους (3), την κοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών (4) και τη συσχέτιση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος με την πορεία της νόσου (5).

Η παρούσα μελέτη, σκοπεύει να συνεχίσει μια προσπάθεια που ξεκίνησε το 2012, για τη διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε διαφορετικούς

πληθυσμούς που προσέρχονται σε υπηρεσίες υγείας του νομού Λακωνίας, σε τρεις διακριτές ομάδες/ πληθυσμούς:

- Ασθενείς που προσέρχονται σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία δευτεροβάθμιου νοσοκομείου
- Ασθενείς που νοσηλεύονται κατά την πρώτη ημέρα νοσηλείας είτε για κάποιο επείγον πρόβλημα υγείας, είτε για κάποιο πρόβλημα υγείας που τους έχει οδηγήσει επανειλημμένα στο νοσοκομείο και
- Ασθενείς που προσέρχονται για κάποια τακτική παρακολούθηση σε κέντρο υγείας του νομού μας που εξυπηρετεί ημιαστική περιοχή.

Ο στόχος είναι να διερευνηθεί η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η συσχετίσή της με δημογραφικά χαρακτηριστικά και ιατρικό ιστορικό και η επισήμανση τυχόν διαφορών των επι μέρους πληθυσμών.

Βασικό εργαλείο και για τη μελέτη αυτή, αποτελεί η ελεγχθείσα για την εγκυρότητά της στον Ελληνικό πληθυσμό κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung (6). Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Zung (7) αποτελεί ένα εργαλείο για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης με τη μορφή ερωτηματολογίου που καλύπτει συναισθηματικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές και σωματικές πλευρές της καταθλιπτικής νόσου και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή με τη βοήθεια, αν είναι απαραίτητο κάποιου επαγγελματία υγείας. Τα στοιχεία της έρευνας είναι εμπιστευτικά.

Στόχος είναι να συλλεχθεί δείγμα χιλίων (1000) ατόμων ανά κατηγορία έτσι ώστε να έχουμε ασφαλή συμπεράσματα για τυχόν συσχετίσεις. Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στο Γ.Ν. Σπάρτης και το ΚΥ Αρεόπολης με τη συνεργασία του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Θα συμμετέχουν οι Δημήτριος Φλώρος, Φωτεινή Τζαβέλλα, Παναγιώτης Ανδριόπουλος, Μαρία Τσιρώνη, Α. Μαριόλης.

Επισυνάπτεται το ερωτηματολόγιο που θα χρησιμοποιηθεί.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Με εκτίμηση

Φωτεινή Τζαβέλλα

Λέκτορας Κοινωνιολογίας της Υγείας

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Βιβλιογραφία

1. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. WHO Geneva 1992
2. Greenberg P, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA, Corey-Lisle PK. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psych*, 64:12, 2003.
3. Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Rodriguez 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;22:123–135
4. Bogner HR, Shah P, de Vries HF. A cross-sectional study of somatic symptoms and the identification of depression among elderly primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2009; 11(6): 285–291
5. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R, Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Bruce ML. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2006; 144:496-504
6. Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis SG, St Kaprinis G, Bech P. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry*. 2001; 1:6.
7. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 12:63–70, 1965.

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Ηλικία: _____

Οικογενειακή κατάσταση: _____

Επάγγελμα: _____

Ασφάλεια: _____

Εισαγωγή σε νοσοκομείο το τελευταίο έτος: _____

Ιατρικό ιστορικό:

Αρτηριακή Υπέρταση:

N. Πάρκινσον:

Στεφανιαία Νόσος:

Οστεοαρθρίτιδα:

Καρδιακή Ανεπάρκεια:

Ρευματολογικά νοσήματα:

Χρόνια Αποφ. Πνευμ//θεια:

Σακχαρώδης Διαβήτης:

ΑΕΕ:

Λήψη αντικαταθλιπτικών:

Άλλο:

ΣΔ: τύπου _____ **Επιπλοκές:** _____

ΧΑΠ: οξυγονοθεραπεία _____

ΣΝ: χειρουργηθείσα _____

Καρ. Ανεπάρκεια: NYHA _____

Ημερομηνία: _____ **Αριθμός ερωτ:** _____

Ερευνητής: _____

Κλίμακα αυτοαξιολόγησης κατά τον W. K. Zung

	Κ Α Θ Ο Λ Ο Υ	Μ Ε Ρ Ι Κ Ε Σ	Φ Ρ Ε Σ	Σ Υ Χ Ν Α	Π Α Ν Τ Α	Β Α Θ Μ Ο Λ Ο Γ ΙΑ
1. Αισθάνομαι αποκαρδιωμένος ή λυπημένος	1	2	3	4		
2. Το πρωί νοιώθω καλύτερα από κάθε ώρα της ημέρας	4	3	2	1		
3. Κλαίω εύκολα νοιώθω έτοιμος να κλάψω	1	2	3	4		
4. Έχω προβλήματα ύπνου το βράδυ	1	2	3	4		
5. Τρώω όσο συνήθιζα προηγουμένως	4	3	2	1		
6. Εξακολουθώ να ενδιαφέρομαι για το σεξ	4	3	2	1		
7. Παρατηρώ ότι χάνω βάρος	1	2	3	4		
8. Έχω δυσκοιλιότητα	1	2	3	4		
9. Έχω ταχυπαλμίες	1	2	3	4		
10. Κουράζομαι χωρίς ιδιαίτερο λόγο	1	2	3	4		
11. Το μυαλό μου είναι τόσο καθαρό όσο και πριν	4	3	2	1		
12. Μου είναι εύκολο να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω και πριν	4	3	2	1		
13. Έχω ανησυχία και δεν μπορώ να ηρεμήσω	1	2	3	4		
14. Έχω αισιοδοξία για το μέλλον μου	4	3	2	1		
15. Έχω περισσότερη νευρική από πριν	1	2	3	4		
16. Παίρνω αποφάσεις το ίδιο εύκολα όπως και πριν	4	3	2	1		
17. Αισθάνομαι χρήσιμος και απαραίτητος	4	3	2	1		
18. Η ζωή μου είναι αρκετά «γεμάτη»	4	3	2	1		
19. Αισθάνομαι ότι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους αν πέθαινα	1	2	3	4		
20. Με ευχαριστούν ακόμα και τα πράγματα που με ευχαριστούσαν και προηγουμένως	4	3	2	1		

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΚΩΝΙΑΣ
ΝΟΣΗΛ. ΜΟΝΑΔΑ ΣΠΑΡΤΗΣ

Ημερομηνία : 30/9/2014

Αρ. Πρ : Φ/Γ/2/11636

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες: Ε.Κωνσταντοπούλου Τηλ. 27310 93376, Φαξ 2731029068, ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ: κ. Φλώρο Δημήτριο,
Μεταπτυχιακό Φοιτητή

ΘΕΜΑ : Έγκριση άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.

ΣΧΕΤ: Η υπ' αρ. πρωτ.20613/29-09-2014 έγκριση της 6^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το ανωτέρω σχετικό εγκρίθηκε το αίτημά σας, για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια της μεταπτυχιακής σας εργασίας με θέμα : « Πρωτόκολλο έρευνας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας », με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής & ερευνητικής δεοντολογίας.

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ :

1.κ. Τζαβέλα Φωτεινή,
Λέκτορα Κοινωνιολογίας της Υγείας στο
Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Τμήμα Νοσηλευτικής
Ορθίας Αρτέμιδος & Πλαταιών
23100 - Σπάρτη Λακωνίας

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :

- 1.Διευθύντῃ Ι.Υ
- 2.Διευθύντῃρια Ν.Υ
3. Γραφείο Εκπαίδευσης

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ

ΕΥΑΓΓ.ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ

