



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

Гордана Гајовић

**СОЦИОМЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ
ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД СТАРИХ У КОНТЕКСУ
САВРЕМЕНИХ ДЕМОГРАФСКИХ И ДРУШТВЕНО-
ЕКОНОМСКИХ ОДНОСА**

Докторска дисертација

Ментор: др сци. мед. Светлана Радевић, доцент

Крагујевац, 2020.године

ИНДЕТИФИКАЦИОНА СТРАНИЦА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

<i>I. Аутор</i>
Име и презиме: Гордана Гајовић
Датум и место рођења: 14.11.1975. год. Жича, Краљево
Садашње запослење: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
<i>II. Докторска дисертација</i>
Наслов: Социомедицински аспекти депресивности код старих у контексту савремених демографских и друштвено-економских односа
Број страница: 112
Број слика: 41 табела, 2 графика
Број библиографских података: 157
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина. Превентивна медицина.
Ментор: др сци. мед. Светлана Радевић, доцент
<i>III. Оцена и одбрана</i>
Датум пријаве теме: 06.12.2018. год.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-584/22 10.07.2019.
Комисија за оцену научне заснованости теме и испуњености услова кандидата: 1. Доц. др Снежана Радовановић, председник; 2. Др сци.мед. Немања Ранчић, члан; 3. Проф. др Владимир Јањић, члан.
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: 1. Доц. др Снежана Радовановић, председник; 2. Др сци.мед. Немања Ранчић, члан; 3. Проф. др Владимир Јањић, члан.
Датум одбране дисертације:

Социомедицински аспекти депресивности код старих у контексту савремених демографских и друштвено-економских односа

АПСТРАКТ

Увод: Депресија је најчешћи ментални поремећај код особа старије животне доби са озбиљним последицама за појединце, породице и друштво у целини. Депресивни поремећаји у овој популацији значајно нарушавају квалитет живота, физичке, когнитивне и социјалне функције оболеле особе, повећавају морбидитет и онеспособљеност, узрокују значајне социјалне и економске последице, при чему су у већој мери погођене особе женског пола и нижег социоекономског статуса. Депресија је такође независни предиктор mortalитета и представља водећи узрок самоубиства код старих особа.

Циљ: Студија се бави испитивањем учесталости симптома депресивности у популацији становништва Србије старости 65 и више година као и испитивање повезаности демографских, социо-економских фактора и карактеристика здравственог стања са присуством депресивних симптома.

Материјал и метод: Истраживање је урађено по типу студије пресека, масовним анкетањем случајног, репрезентативног стратификованог двоетапног узорка становништва Србије 2013. године, које је реализовало Министарства здравља Републике Србије. Циљну популацију је чинило укупно 3540 испитаника старости 65 и више година.

Резултати: Резултати истраживања указују да постоји висока преваленција депресије код старих. На основу вредности PHQ-8 скорa, укупно 10% становништва Србије старости 65 и више година је имало депресивну епизоду, док је њих 17,5% имало благе депресивне симптоме. Посматрано у односу на категорије депресије, највећи број старог становништва је имало умерену депресију (5,8%), затим следи умерено тешка депресија (2,6%), док је најмањи проценат испитаника имао тешку депресивну епизоду (1,6%). Преваленција депресије континуирано се повећава старосћу, па је преваленција највећа у старосној групи 85 и више година (23,0%), код особа женског пола (12,7%), међу особама које никада нису биле у браку или ванбрачној заједници (18,6%), у ванградским насељима (12,5%), међу особама са најнижим образовањем (13,4%) и међу најсиромашнијима (14,1%).

Све испитиване демографске и социо-економске варијабле су се показале као значајни предиктори присуства депресије код старијег становништва. Већу вероватноћу да имају депресију имају особе женског пола (OR=1,67), особе старости 85 и више година (OR=1,73), особе које нису у браку (OR=2,023), са најнижим нивоом образовања (OR=2,41), неспособне за рад (OR=4,2) и које према индексу благостања припадају сиромашном слоју становништва (OR=1,61).

Испитаници који су имали јак и веома јак бол у месецу који је претходио истраживању имали су 11 пута већу шансу да имају депресију у односу на оне код којих бол није присутан (OR=11,75), при чему је код мушкараца вероватноћа присуства депресије била 13 пута већа (OR=13,78), а код жена 9 пута већа вероватноћа (OR=9,04). Особе код

којих је бол у великој мери утицао на обављање свакодневних активности су чак десет пута чешће испољавале депресивну епизоду (OR=10,00), при чему је униваријантна анализа у односу на пол показала да мушкарци старије животне доби имају већу шансу за појаву депресије (OR=11,10) у односу на жене (OR=8,87).

У мултиваријантном моделу, ограничења у обављању свакодневних активности, када је у питању здравствено стање испитаника, показала су се као најјачи предиктор депресије код старијих особа, при чему су особе које су имали озбиљна ограничења имали чак шест пута више шанси за развој депресије (OR = 6,85). Испитаници који су своје здравље оценили као "лоше или веома лоше" за 49,5% чешће су испољавали депресивне симптоме у поређењу с онима који су своје здравље оценили као "веома добро или добро" (OR = 3,49). Испитаници који су имали две или више хроничних болести имали су три пута већу вероватноћу да имају депресију (OR = 3,11) у поређењу са људима који немају хроничну болест, док особе код којих је присутан хронични бол имају 71% већу вероватноћу да испоље депресивне симптоме (OR = 3,71). Особе са слабом социјалном подршком имају три и по пута већу шансу (OR= 3,45) да имају депресију у односу на оне са јаком социјалном подршком.

Испитаници који су имали депресивне симптоме 2,2 пута су чешће користили услуге лекара специјалисте (OR=2,26), три пута већу шансу да користе услуге кућног лечења (OR=3,17) да посете психотерапеута или психијатра (OR=2,99).

Закључак: Недостатак адекватних доказа о депресији код старијих особа може бити фактор који доприноси лошој или неконзистентној заштити менталног здравља на нивоу заједнице. Идентификација фактора ризика повезаних са настанком депресије код старијих особа, рана дијагностика и правовремено, адекватно и ефикасно лечење и збрињавање депресије од кључног су значаја за смањење озбиљних последица до којих ови поремећаји могу довести код појединца, њихове породице и заједнице у целини. Резултати овог истраживања могу послужити као полазна основа у креирању популационе стратегије, као и за израду програма превенције усмерене на вулнерабилне и високоризичне категорије становништва чији би крајњи циљ био унапређење менталног здравља и редукција депресивних поремећаја, чиме би се значајно утицало на смањење трошкова за здравствену заштиту. Ментално здравље старијих особа може бити побољшано кроз промоцију активног и здравог старења које подразумева стварање услова и околине који подржавају благостање и омогућавају људима да воде здрав и интегрисан начин живота.

Кључне речи: депресија, старење становништва, здравствени статус

Sociomedical aspects of depression in the elderly in the context of contemporary demographic and socio-economic relations

ABSTRACT

Background: Depression is the most common mental disorder in the elderly with serious consequences for individuals, families and society as a whole. Depressive disorders in this population significantly impair quality of life, physical, cognitive and social functions of the diseased person, increase morbidity and disability, causing significant social and economic consequences, with females and persons of lower socioeconomic status affected in a greater extent. Depression is also an independent predictor of mortality and represents the leading cause of suicide in the elderly people.

Aim: The study examines the prevalence of depression in the population of Serbia's elderly people, aged 65 and older, as well as the connectivity of demographic, socio-economic factors and health status characteristics, with the presence of depressive symptoms.

Methods: The survey was conducted by the cross-sectional study type, using the mass interviewing of a random, representative, two phases stratified sample of the population of Serbia in 2013, which was implemented by the Ministry of Health of the Republic of Serbia. The target population consisted in a total of 3540 respondents aged 65 years and older.

Results: The results suggest that there is a high prevalence of depression in the elderly. Based on the value of the PHQ-8 score, a total of 10% of Serbia's population, aged 65 and older, had a depressive episode, while 17.5% of them had mild depressive symptoms. Considered in a relation to the category of depression, most of the elderly population had moderate depression (5.8%), followed by moderately severe depression (2.6%), while the lowest percentage of subjects had a major depressive episode (1.6%). The prevalence of depression is continuously increasing with the age, so the prevalence is the highest in the age group of 85 years and older (23.0%) in females (12.7%), among people who have never been married or cohabiting (18, 6%), in rural areas (12.5%) among those with the lowest level of education (13.4%) and among the poorest (14.1%).

All tested demographic and socio-economic variables proved to be significant predictors of the presence of depression in the elderly population. More likely to have depression are females (OR = 1.67), persons aged 85 or older (OR = 1.73), persons who are not married (OR = 2.023), those with the lowest level of education (OR = 2, 41), those unable to work (OR = 4.2) and those who belong to the poorest population according to the index of well-being (OR = 1.61).

Subjects who felt a strong and very strong pain in the month prior to the study were 11 times more likely to have a depression, compared to those in which the pain was not present (OR = 11.75), wherein the probability of the presence of depression was 13 times higher in males (OR = 13.78), and 9 times more likely in women (OR = 9.04). Persons in which the pain had a great impact on the performance of daily activities, were as much as ten times more likely to exhibit a major depressive episode (OR = 10.00), wherein the univariate analysis related to the sex showed that the men of older age have a greater chance for the occurrence of

depression (OR = 11.10), comparing to the women (OR = 8.87).

In the multivariate model, limitations in the performance of daily activities, when it comes to the state of health of patients, have proved to be the strongest predictor of depression in the elderly, wherein the people who have had serious limitations were as many as six times more likely to develop symptoms of depression (OR = 6.85). Respondents who rated their health as „bad or very bad“ manifested depressive symptoms for 49.5% of cases more often, compared to those who rated their health as „very good or good“ (OR = 3.49). Subjects who have had two or more chronic conditions were three times more likely to have a depression (OR = 3.11), compared to those who did not have chronic diseases, while those in which the chronic pain was present were for 71% more likely to exert depressing symptoms (OR = 3.71). People with low social support were three and a half times more likely (OR = 3.45) to have depression, compared to those with a strong social support.

Respondents who have had depressive symptoms were 2.2 times more likely to use the services of a specialist (OR = 2.26), three times more likely to use the services of home treatment (OR = 3.17), or to visit a psychotherapist or a psychiatrist (OR = 2, 99).

Conclusion: The lack of adequate evidence of depression in the elderly may be a contributing factor to poor or inconsistent mental health care at the community level. Identification of risk factors associated with the development of depression in elderly, early diagnosis and timely, adequate and effective treatment and management of depression are crucial to reduce the serious consequences to which these disorders can lead the individual, their families and the community as a whole. The results of this research can serve as a starting point in creating a population strategy, as well as for the development of prevention programs aimed at vulnerable and high-risk categories of the population, whose ultimate goal would be the improvement of the mental health and reduction of depressive disorders, which would significantly impact on reducing the costs of health care. Mental health of older people can be improved through the promotion of active and healthy aging, which means creating the conditions and environment that support the well-being and enable people to lead a healthy and integrated lifestyle.

Keywords: depression, population aging, health status

САДРЖАЈ

1. УВОД.....	9
1.1. Старење становништва и утицај на здравствени сектор	2
1.2. Преваленција депресије код старих	2
1.3. Депресија старе популације- јавноздравствени значај.....	3
1.4. Фактори повезани са настанком депресије код старих.....	5
1.4.1. Пол	6
1.4.2. Брачно стње.....	7
1.4.3. образовање.....	7
1.4.4. Етничка припадност и религија	7
1.4.5. Психо-социјална подршка.....	8
1.4.6. Социо-економски статус... ..	9
1.4.7. Здравствено стање и хроничне болести	10
1.4.8. Стил живота и навике	12
1.4.9. Депресија и коришћење здравствене заштите код старих	12
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ	14
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД.....	16
3.1. Врста студије.....	16
3.2. Популација која се истражује.....	16
3.3. Узорковање	16
3.4. Инструмент истраживања.....	17
3.5. Варијабле које се мере у студији	18
3.6. Прикупљање података.....	21
3.7. Снага студије и величина узорка	22
3.8. Статистичка обрада података	22
4. РЕЗУЛТАТИ.....	24
4.1. Демографске и социо-економске карактеристике испитаника	22
4.2. Преваленција депресије	24
4.3. Депресија и демографске и социо-кономске карактеристике.....	26
4.4. Здравствено стање	33
4.4.1. Самопроцена здравља	33
4.4.2. Присуство бола	35
4.4.3. Хроничне болести	37
4.4.4. Физичка и сензорна функционална оштећења	41
4.4.5. Социјална подршка	48
4.5. Стил живота и депресија	51
4.5.1. Навике у исхрани	51
4.5.2. Степен ухрањености и депресија	52
4.5.3. Пушење и конзумирање алкохола	52
4.6. Депресија и коришћење здравствене заштите	54
4.6.1. Депресија и коришћење примарне здравствене заштите	54
4.6.2. Коришћење стоматолошке здравствене заштите	56
4.6.3. Депресија и коришћење стационарне здравствене заштите	57
4.6.4. Употреба лекова	58
5. ДИСКУСИЈА.....	63
6. ЗАКЉУЧЦИ	78

7. ЛИТЕРАТУРА	77
8. ПРИЛОГ	101
8.1. Прилог 1 – Упитник за одрасле особе старости 20 и више година 2013.	102

1. УВОД

1.1. Старење становништва и утицај на здравствени сектор

Светска популација убрзано стари. Демографи прогнозирају да ће до 2050. године више од 22% укупног светског становништва бити старије од 60 година, при чему ће више од 80% старих људи живети у земљама са ниским и средњим дохотком. Очекује се да ће се број становника старости 80 и више година утростручити, са 143 милиона у 2019. на 426 милиона у 2050. години (1). У Србији постоји снажан и континуирани тренд демографског старења и према свим показатељима старосног састава становништва, Србија спада у ред демографски најстаријих земаља света (2). Низ фактора, укључујући бољу контролу хроничних болести, побољшање квалитета живота, смањење стопе наталитета и плодности, између осталог, заједно су помогли да се повећа животни век становништва (3).

Старење становништва са аспекта медицинског и друштвеног напретка један је од највећих успеха човечанства али и један од највећих јавноздравствених изазова због великих последица на здравственом, социјалном, економском и политичком пољу друштва, а које су условљене специфичним проблемима и потребама старих особа. Специфичности старог становништва се огледају пре свега у немогућности самосталног задовољавања биолошких и социјалних потреба, повећању броја особа које имају нека од телесних или психичких оштећења, као и повећању броја когнитивно измењених особа. Са старошћу долази до повећања ризика од обољевања и учесталости пацијената са више удружених болести истовремено (малигне болести, кардиоваскуларне, дегенеративне болести, дијабетес, менталне болести и друге). Мултиморбидитет старих лица као последица биолошког процеса старења доводи до повећаних захтева за коришћење здравствених услуга и следствено томе до повећања трошкова здравствене заштите. Са друге стране, услед престанка радне способности и пензионисања, стара лица се суочавају са финансијским потешкоћама у коришћењу здравствене службе. Отежан приступ и неостварене потребе за здравственом службом још више долазе до изражаја услед нарушавања самосталног функционисања које је карактеристично за старе, а настаје услед физичке и психолошке слабости, смањене покретљивости или других проблема. Старим лицима је врло често неопходан одређени облик помоћи, пружање услуга дуготрајне неге и подршке, што подразумева њихов боравак у

геронтолошком центру, разне врсте помоћи у кући, дужи стационарни боравак и бригу читавог друштва(4).

Јавна свест о проблемима старе популацијеи одговарајуће управљање овим групама људи не само да ће ублажити њихову патњу, већ представља пут ка побољшању квалитета живота ове категорије друштва, што свакако представља велики допринос целокупном друштву. Неопходан је мултисекторски тим који треба да предузме кораке на националном нивоу и усмери више ресурса уподршку старијим групацијама становништва и решавању проблема са којима се ова популација сусреће (5).

1.2. Преваленција депресије код старих

Према извештају Светске здравствене организације (СЗО) око 15% одраслих старијих од 60 година пати од менталних поремећаја, при чему је депресија најчешћи ментални поремећај (6). СЗО је проценила да стопа укупне преваленције депресије међу старијим одраслим људима у свету варира од 10 - 20% (7,8). Сличне вредности (10,3%) пријављене су у метаанализи 84 независне студије које су извештавале о кретању стопа у распону од 4,7 до 16,0%. У Европи, стопе учесталости депресије код старијих људи су се кретале од 8% на Исланду до 23% у Минхену (9).

Међутим, неке земље су документовале знатно веће стопе преваленције депресије међу старијим становништвом. Студије спроведене у Индији извештавале су о варијацијама унутар распона 13 - 25% (8). Метаанализа за старије Кинезе израчунала је ову стопу као 23,6% (10). У Бразилу је скоро 30% старих људи патило од депресије (11). Резултати истраживања спроведених у Америци су показали да се преваленција депресије кретала у распону од 15% до 19% (12). Резултати испитивања показали су да су просечне стопе преваленције депресије код старијег становништва сличне у Азији, Европи и Америци, али значајно ниже у Аустралији. Око 8% старијих Аустралијанаца тренутно пати од депресивних симптома (13). Извештаји из групе земаља са ниским и средњим нивоом хуманог развоја показују да је депресија у касном животном добу уобичајена појава, али да постоји нижа стопа у поређењу са Европом и Америком. У афричким земљама, постоји врло мало спроведених студија о депресији старог животном доба, па ова проблематика у значајној мери и даље остаје недовољно проучена (14). Ове велике варијације у распрострањености депресије међу старијом популацијом могу бити резултат разлика у методолошким приступима у прикупљању

података, употребе различитих лествица за геријатријску депресију, као и услед социјално-демографских и културних варијација. Они такође могу проистећи и из постојећих регионалних и расних разлика између земаља (11).

1.2. Депресија старе популације - јавноздравствени значај

Депресија је најчешћи ментални поремећај код особа старије животне доби са озбиљним последицама на индивидуалном, породичном и ширем друштвеном нивоу(15,16).Депресивни поремећаји у овој популацији значајно нарушавају квалитет живота, физичке, когнитивне и социјалне функције оболеле особе, повећавају морбидитет и онеспособљеност, узрокују значајне социјалне и економске последице, при чему су у већој мери погођене особе женског пола и нижег социоекономског статуса (17-21).Депресија је такође независни предиктор морталитета и представља водећи узрок самоубиства код старих особа. Присутна је код приближно 85% старих особа које су извршиле самоубиство (22).

Депресија представља велики јавноздравствени проблем који у великој мери доприноси глобалном терету болести и погађа око 350 милиона људи широм света (23).Глобално оптерећење депресије је у порасту, што се највише приписује незаустављивом процесу старења популације и све већем броју људи са телесним и психичким обољењима и стањима која су често праћена и поремећајима расположења међу којима је најчешћа депресија (24). У укупном рангирању болести и повреда исказаном према годинама живота коригованим у односу на неспособност - DALY (Disability Adjusted Life Year), као једним од најбољих показатеља укупне оптерећености друштва болешћу, депресија је тренутно на другом месту укупног оптерећења болестима и повредама, одмах након исхемијске болести срца. Глобално посматрано, депресија је водећи узрок изгубљених година живота због неспособности (инвалидитета) (YLD - Years Lost due to Disability) за особе оба пола који живе са овим здравственим стањем и његовим последицама, при чему је терет депресије за 50% већи код особа женског пола него код мушкараца. Свеукупно, депресији се приписује 7,5% укупног броја проживелих годинаса инвалидитетом у 2015. години (7). Према проценама Светске здравствене организације, уколико се садашњи тренд пораста обољевања од депресије настави и у будућности, депресивни поремећаји ће до 2030. постати водећи узрок оптерећења болестима на глобалном нивоу. Такође се процењује да ће око 25% особа старије животне добиживети са депресијом(25-28).

Депресивни симптоми код старих особа углавном су повезани са неколико негативних здравствених исхода, смањују ниво функционалне способности и квалитета живота, повећавају ризик за појаву других психосоматских болести уз успоравања процеса рехабилитације током опоравка од бројних болести, узрокују више стопе морталитета и повећавају ризик од суицида (29-31). Функционална онеспособљеност због болести намеће огроман терет за појединца, породицу, заједницу и здравствену службу (32). Депресија може изазвати слабење улоге неке особе код куће, на послу и у социјалним контактима, што може резултирати ограничењем дневних активности, несигурношћу на раду и повећањем ризика од ране смртности, физичких поремећаја и самоубиства (29,30). Доступни подаци из литературе указују на то да су код приближно три четвртине особа старијих од 75 година који су починили самоубиство биле присутне депресивне епизоде (33). Штавише, депресија знатно повећава трошкове здравствене заштите због повећаних потреба за здравственом заштитом и неадекватног здравственог понашања (34-37).

Депресија код старих је хетерогена група поремећаја која обухвата широк спектар стања, од пролазног нерасположења до озбиљних поремећаја који угрожавају живот. Депресију карактерише смањење расположења и енергије, туга, потиштеност, недостатак воље и губитак интересовања за уобичајене активности, осећај кривице, безнадежности, безвредности, неприпадања, мањак самопоуздања и самопоштовања, ослабљена концентрација, поремећај сна или апетита, суицидалне мисли и покушаји самоубиства (38).

Геријатријска депресија је здравствени проблем који се често не открије на време и захтева посебну пажњу, јер је углавном недовољно препозната и недовољно третирана, посебно из разлога што се често сматра природним следбеником старења. Многе студије су показале да око половина случајева депресије код старих обично остаје недијагностикована (39,40). Често се дешава да многи не препознају депресивне симптоме попут повећаног умора, губитка апетита, прекида спавања и губитка интересовања за свакодневне друштвене активности. Такође, старије особе ређе желе да признају осећај туге, различите соматске и когнитивне промене као што су раздражљивост и губитак памћења, диструтабилност, дезоријентацију па депресија код старијих врло често остаје препозната и недијагностикована. Депресивна симптоматика која се јављају готово свакодневно уз трајање депресије дуже од две недеље, нису нормалан део процеса старења већ симптом великог депресивног поремећаја. Привремено бол и туга се сматрају нормалним, поготово када су повезани са

животним догађајима попут смрти супружника и сложености начина живота услед промене повезане са губитком. Такви депресивни симптоми, трају краће и не лимитирају опште функционално стање организманити доводе до осећаја безвредности. Насупрот томе клиничка депресија траје дуже, није нужно везана за одређени догађај, доводи до прекида свакодневних активности као што су јело, спавање и друштвене интеракције често има биохемијско порекло. Све то доводи до сложености препознавања депресије код старих лица. Умор, губитак тежине, успоравање ходања исмањене активности доприносе губљењу апетита, прекида спавања и губитка интересовања за свакодневне активности. Сличност и међуповезаност симптома клиничке депресије и физиолошке слабости не само да маскирају основно стање, већ се и физиолошка слабост може придодати депресивним симптомима (41).

Старије одрасле особе са депресијом могу оклевати да потраже помоћ из разних разлога, укључујући неразумеваше шта је депресија, због стигме и срамоте (42). Присуство физичких болести и атипичне презентације додатно усложњавају клиничку слику (41). Присуство коморбидитета, односно физичких и других психичких здравствених проблема који често коегзистирају и повећавају ризик од развоја депресије код старих, могу маскирати и прикрити постојање депресивних симптома, па је депресија код ове субпопулације углавном непрепозната и недијагностикована јер симптоми болести могу бити занемарени или замењени са другим стањима или болестима (43). Врло често се депресија погрешно описује као уобичајено и природно стање код старије животне доби (32, 44). Здравствени радници могу занемарити симптоме депресије код старих особа сматрајући да је у питању природна реакција услед болести или уобичајених животних догађаја и промена које долазе са старашћу, те врло често депресију не доживљавају као болест коју треба лечити. Са друге стране, старији често деле то веровање и не траже помоћ од здравствених радника јер не разумеју да би се могли осећати боље уз одговарајући третман (41).

Раширена природа болести, њене негативне интеракције са физичким здрављем и настали инвалидитет изискује проучавање ове болести са њом повезане факторе (14). Из ових разлога депресија представља велики изазов за креаторе здравствених интервенција посебно у области менталног здравља (45,6).

1.4. Фактори повезани са настанком депресије код старих

Депресија настаје као резултат сложене интеракције генетских, биолошких, психолошких и социјалних фактора (17). Животни догађаји и промене специфичне за старије особе, укључујући већу учесталост здравствених проблема, ограничену покретљивост, губитак самосталности, одлазак у пензију, финансијске потешкоће, смрт брачног партнера или пријатеља, губитак социјалне подршке, у значајној мери доприносе погоршању перспективе живота и појави депресије код старих (32). Већина аутора сматра да већи број фактора ризика истовремено утиче на склоност особе за настанак и развој депресије, али и да та вулнерабилност варира у зависности од узajмног дејства појединих фактора ризика, као и од животних околности сваког појединца (47-49).

Према СЗО, фактори који повећавају ризик од настанка депресије код старијих особа укључују генетску предиспозицију, присуство хроничних болест и инвалидитета, бол, ограничења у активностима свакодневног живот (АДЛ), особине личности (зависне, анксиозне или интровертне особе), неповољни животни догађаји (раздвајање, развод, сиромаштво, социјална изолација) и недостатак адекватне социјалне подршке (50). Многе студије су показале повезаност између депресије и различитих социоекономских варијабли као што су старосна доб, ниско образовање, сиромаштво и врста занимања (51). Дакле, старији одрасли пацијенти који пате од депресије често имају комбинацију физичких, психолошких и социјалних фактора (52).

Многе студије су идентификовале и издвојиле најзначајније факторе које утичу на настанак депресије као што су: присуство анксиозности, озбиљни проблеми на послу, лоша комуникација са децом, стрес, насиље у породици, лоша веза са супружником, ниско самопоштовање, проблеми у породици, брачни проблеми и озбиљне финансијске потешкоће (53,54). Недостатак физичке активности, искључивање из послова у домаћинству, присуство две или више хроничних болести, губитак улоге у породичном одлучивању, проблеми са спавањем, оштећење слуха, такође су фактори који су у значајној мери повезани са депресијом код старих особа (36). Фактори ризика за геријатријску депресију укључују још и повреде мозга, мало фолата и витамина Б12 и повишен ниво хомоцистеина у плазми (55).

1.4.1. Пол

Разна истраживања су показала да старије особе женског пола чешће пате од депресије него мушкарци. Овај налаз потврђују и резултати многих других студија (17,46), док поједине студије нису утврдиле разлике између супротних полова (14). Већа вероватноћа за развој депресије у старијој доби код женске популације може се приписати бројним факторима (тј. генетским, биолошким и психолошким факторима), као и различитим друштвеним улогама два пола и неповољнијим социјалним положајем жена (11). Ови налази могу такође произаћи из чињенице да су жене, због свог дужег животног века, углавном чешће изложеније здравственим проблемима и неповољним животним догађајима који могу допринети појави депресије (22). Слична истраживања спроведена у Грчкој открила су значајно већу учесталост депресије код жена, у поређењу с мушкарцима (47). Насупрот оваквим подацима постоје и истраживања која показују већу учесталост депресије међу мушким испитаницима (48) као и подједнаку учесталост депресије код оба пола (49). Све у свему, жене су више подложне развоју депресије, нарочито старије жене јер губе своју традиционалну улогу домаћице због функционалних оштећења. Врло често због раног губитка партнера имају смањену подршку породице, а често им недостаје и редовни приход који може повећати вероватноћу развоја депресије (53).

1.4.2. Брачно стање

Брачно стање старијих представља важан елемент емотивне и социјалне стабилности. Особе које су у стабилном браку имају позитивнији однос према здрављу, остварују већу финансијску стабилност, имају већи степен функционалности, ниже стопе морбидитета и морталитета (56).

Резултати многобројних истраживања су показали да је депресија распрострањенија међу разведенима, самцима и удовцима у поређењу са онима који су у стабилној брачној заједници (29). Испитаници који живе у дисхармоничној брачној или партнерској заједници а незадовољни су у вези са својим партнером имају већу учесталост депресије, анксиозности и самоубилачке мисли (48).

1.4.3. образовање

Степен образовања представља важну детерминанту здравља у старијем животном добу од које зависи финансијска стабилност, боља брига за сопствено

здравље, укљученост у различите облике друштвених активности, као и укупни квалитет живота односно могућност да старије особе остваре активан и самосталан живот без помоћи чланова породице и социјалних институција. Образовни ниво у великој мери утиче на физичку и менталну виталност старијих особа(57).

Необразовани старији одрасли људи имају већу преваленцију депресије наспрам оних са високим образовањем који су имали значајно нижу стопу депресије (29, 51).

1.4.4. Етничка припадност и религија

Истраживања су потврдила разлике у учесталости депресије у односу на етничку припадност и религијску активност. Разне етничке групе имају различиту преваленцију депресије: Кинези (13,8%), Малезијци (10,8%) и Индијци (6,1%), (29). Религиозне навике утичу на преваленцију депресије тако да је она нижа код оних који се свакодневно моле него код оних који практикују молитве само понекад (48).

1.4.5. Психо-социјална подршка

Социјални фактори као што су социјална подршка, интеграција и припадност заједници представљају позитивне ресурсе у одбрани од нежељених догађаја и услова живота, повећавају способност прилагођавања променама и управљања животом. Социјална мрежа и подршка имају независтан и јак утицај на здравље и квалитет живота у свим фазама животног циклуса, а нарочито код старих особа. Истраживања су показала да је квалитет живота старих особа директно повезан са степеном социјалне интеракције, односно нивоом социјалног ангажовања и социјалних мрежа. Особе које имају мањи ниво социјалних активности и ређе контакте имају виши ниво когнитивних оштећења, чешће се осећају усамљено и имају већу шансу за појаву депресије. Уз то, социјално изоловане особе чешће конзумирају цигарете и алкохол, физички су мање активне и гојазне (58,59).

Социјална подршка може утицати на здравље и благостање модификовањем индивидуалних фактора понашања и усвајањем здравих стилова живота али и бољим емоционалним прилагођавањем на стресне и негативне животне догађаје. Социјална подршка помаже људима да се лакше носе са стресом и повезана је са бољим исходима менталног здравља (60).

Према моделу ублажавања стреса, добро развијена социјална мрежа и позитивна социјална подршка могу умањити негативне ефекте стресних животних догађаја на појаву и присуство симптома депресије код старијих особа. Са друге стране, дефицит у социјалној подршци услед одласка у пензију, смрти брачног партнера и пријатеља, менталних и физичких ограничења, може бити фактор ризика за појаву или погоршање депресије у касном животу као и смањење задовољства животом (61). Претходна истраживања су показала да су старије особе са слабом емоционалном подршком чешће депресивне, с тим да мушкарци показују више стопе депресије у односу на жене (62).

Старе особе које живе са супружницима и децом, имају најниже стопе депресије (54). Сличне студије су показале да учестале посете старим лицима смањују ризик од депресије. Шансе за депресију код старих који се посећују са пријатељима и рођацима смањена је за мање 60% у поређењу са старима који то не чине (55). Губитак породичне подршке и пресељење у нову околину утиче на здравље старијих. Особе које живе у геријатријским домовима чешће су патиле од депресије, што би могло бити проузроковано неадекватном социјалном адаптацијом и боравком у геријатријској кући, која представља стресор (41). Највећи осећај усамљености запажа се међу старијим особама које живе у сеоским областима, у једночланим домаћинствима или међу старијим људима који нису активни ни у једном удружењу или организацији (5).

Откривено је да су стресни животни догађаји и старх значајно повезани са депресијом, што потврђују резултати многих студија. Губитак брачног супружника, блиског рођака или пријатеља стално подсећа старе особе на неизбежни крај. То ће посебно узнемирујуће деловати на стару особу посебно ако је покојник млађичлан породице јер је тада старија особа изгубила некога ко би могао да се брине о њему/њој у старости (21).

1.4.6. Социо-економски статус

Социо-економска позиција у друштву има снажан утицај на здравље током читавог живота. Сиромашни људи су вулнерабилнији и имају више него просечну шансу да развију неки здравствени проблем у односу на општу популацију. Социо-економске неједнакости у друштву и сиромаштво се издвајају као фактор ризика за настанак менталних поремећаја. Многе студије су показале да низак социо-економски статус, односно низак ниво образовања, незапосленост, нижа материјална примања и

немогућност задовољавања основних животних потреба повећавају психолошке невоље и у значајној мери утичу на појаву менталних поремећаја (63). Финансијске потешкоће, лоша друштвена мрежа и сиромаштво опажени су као фактори који су у великој мери повезани са настанком депресије код старих (57). Многе студије су потврдиле да су сиромаштво и остали социјални фактори битнији за настанак депресије код старије популације од биолошких фактора (21).

Резултати бројних студија су показали да пензионисање утиче на здравље старијих одраслих особа и распрострањеност депресије на два начина: један је што се губи извор прихода, а друго је смањење психо-социјалне подршке након пензионисања. Налази истраживања показали су да је највећа преваленца депресије била међу незапосленим старијим одраслим особама без пензије (41,7%), а следе незапослени старији одрасли са пензијом (33,3%). Најнижа преваленца депресије откривена је код запослених старијих одраслих особа који су или били пензионери или не (17,6%). Такође услови за живот и подршка заједнице, значајно утичу на стопу депресије код старије популације (54).

1.4.7. Здравствено стање и хроничне болести

Многе студије су показале да су један од водећих фактора за развој депресије хроничне болести (30,31). Двоструко чешћа учесталост депресије се среће код пацијената са хроничним болестима него код опште популације, док се ризик од депресије повећава са бројем хроничних болести које пацијент има (12). Иако свако хронично здравствено стање може резултирати депресивним симптомима, постоје одређене медицинске дијагнозе које вероватније могу довести до депресије, нпр коронарна болест срца, дијабетес, мождани удар, рак, реуматоидни артритис и хипертензија (39,40). Коморбидност депресије са хроничним болестима и стањима може утицати на стопу смртности, клиничке исходе, придржавање прописане терапије и третмана и функционалне способности за обављање свакодневних задатака (28). Коморбидност показује да постоји значајна повезаност анксиозности и депресије (13). Студије становништва показале су да је депресија поремећај велике коморбидности. Оне су такође нагласиле снажну везу између хроничних болести и депресивних симптома код особа старије животне доби (12). Хронична медицинска стања могу покренути депресију или погоршати њене симптоме, али депресија може такође претходити хроничним болестима и погоршати њихове исходе (64). Иако су

студије показале да односи између хроничних болести и депресивних симптома варирају између различитих појединачних хроничних болести, мултиморбидитет је у јачој директној корелацији са депресијом него било која појединачна хронична болест или стања учесталост депресије расте са бројем хроничних болести (65). Истраживање СЗО спроведено у 60 земаља документовало је преваленцију депресије од 23% код особа са два или више хроничних здравствених стања и преваленције депресије од 3,2% у здравој популацији. Лоше здравствено стање повећава и инвалидност и потешкоће у приступу формалној и неформалној нези што на крају доводи до депресије код старијих особа (66).

Током двогодишњег праћења пацијената у холандској студији депресије код старих особа, показало се да је присуство кардиоваскуларних, коштаномускулних и психосоматских болести снажно повезано са депресивним поремећајем (67). Шансе за развој умерене и тешке хроничне депресије повећане су за 92% са сваком додатном хроничном соматском болешћу (68). Три пута веће стопе депресије забележене су и код пацијената са инсуфицијенцијом бубрега у терминалном стадијуму, хроничном опструктивном плућном болешћу и цереброваскуларним болестима. Два пута већа учесталост депресије откривена је код пацијената који пате од коронарних болести, хипертензије и дијабетеса (69). Процене преваленције депресије код пацијената са хроничним болестима као што су коронарна болест срца, дијабетес и претходни мождани удари кретали су се у распону од 15 до 25% у зависности од методе скрининга (70). Кардиоваскуларне болести често коегзистирају са психијатријским поремећајима, али могу се развити и као компликација психијатријских проблема и обрнуто. У скоро половини болесника са кардиоваскуларним болестима било је депресивних епизода које су се погоршавале како болест напредује и што је на крају повећало ризик од смртоносних исхода за два до три пута (71). Неке студије су показале да је депресија која настаје заједно са коронарном артеријском болешћу фактор високог ризика за ову болест и утврдиле преваленцију депресије од 18,0% након акутног инфаркта миокарда (72). Друга студија показала је да је око 25% појединаца развило јаку депресију након инфаркта миокарда (73,74).

Још једна варијабла која се често помиње у литератури а која је повезана код старијих са депресијом је присуство бола, посебно изражено код присуства умереног али константно присутног бола и код болова високог интензитета повезаних са вишим степеном инвалидности (37).

Фактор који је јасно повезан са депресијом код старијих особа јеограничење у погледу физичке активности, којеповећава потребу старих за дужим остајањем у кревету и потешкоћама са ходањем и обављањем уобичајених свакодневних послова. Депресија умањује ниво физичке функционалности, а са друге стране здравствена стања са својом симптоматологијом доводе до функционалних ограничења, што води једном зачараном кругу који се продубљује уколико се на време не дијагностикује и не лечи основна болест и депресија (17).

1.4.8. Stil живота и навике

Резултати доступних студија показују да немогућност старих особа да обављају уобичајене свакодневне активности повећава распрострањеност депресије. Код старијих одраслих који нису били у стању да се носе са више од три дневне активности депресија је била 3.8 пута чешћа у односу на старије одрасле особе које су се сматрале независним. Ово је најјачи фактор ризика за депресију код старих особа. Различите студије су дошле до закључка да је лагана и умерена физичка активност била повезана са нижом стопом депресије код старијих. Односно недостатак физичке активности био је повезан са већим ризиком од настанка депресије у односу на особе које су биле укључене у шетњу (јутро / вече / било које доба дана) (33). У односу на разне животне навике, забележено је да се депресија јаче испољавала у групи старијих који нису конзумирали алкохол него у групи која је користила алкохол и то у погледу нивоа депресије од нормалне- 28,6%, благе- 25,2%, умерене- 39,5%, и тешке- 6.7%. У погледу учесталости уноса лекова међу старијим особама, резултати су показали да код старијих који нису користили лекове или витамине, 50% њих је патило од депресије. Међу старијим особама које су користиле 1 до 5 врста лекова дневно 50,8% је имало депресију (26,2% благу, 23,1% умерену, и 1,5% тешку). Употреба 6-10 лекова довела је до депресије од 64,8% (33,3% блага, 29,5% умерена и 1,9% тешка). Они који су користили више од 10 лекова дневно имало је преваленцију депресије од 79% (36,1% блага, 36,1% умерена и 6,8% тешка) (75).

1.4.9. Депресија и коришћење услуга здравствене заштите код старих

Сложеност и бројне специфичности геријатријске депресије, висока степен удржености са другим хроничним болестима као и присуство бројних

неспецифичних соматских тегоба и симптома попут умора, вртоглавице, главобоље, болова у трбуху и болова у леђима доводе до чешће коришћења услуга здравствене заштите, али упркос томе болест у великој мери остаје непрепозната од стране здравствених радника у примарној здравственој заштити (56,74.). Подаци из литературе указују да лекари опште праксе у мање од половине случајева препознају и дијагностикују депресију, а још мањи проценат њих добија одговарајући третман или се са лечењем започиње касно.

Пацијенти са депресијом више брину о соматским симптомима и могу их доживети на интензивнији начин и као последица тога могу да користе услуге здравствене заштите чешће од пацијената који нису депресивни. Поред тога, симптоми депресије некада могу маскирати друге соматске болести и последично одложити њихово лечење, што може резултирати продуженим боравком у болници или већим бројем посета лекару. Анализе су показале веће трошкове здравствене заштите за пацијенте са депресијом. Укупни просечни трошкови по пацијенту са депресијом су били 8.144 евра у периоду од шест месеци у поређењу са 3.137 евра за пацијенте без депресије (74). Процењује се да укупни економски терет депресије износи 210,5 милијарди долара годишње, при чему се 48 до 50% економских трошкова приписује изостанцима са посла као и смањеној продуктивности изазваној депресијом, а 45 до 47% укупних трошкова се приписује директним медицинским трошковима, као што су амбулантно и хоспитално лечење депресије или трошкови лекова (75).

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

Предмет студије јесте испитивање учесталости симптома депресивности у популацији становништва Србије старости 65 и више година као и испитивање повезаности демографских, социо-економских фактора и карактеристика здравственог стања са присуством депресивних симптома.

Посебни циљеви:

1. Утврдити учесталост симптома депресивности у популацији становништва Србије старости 65 и више година
2. Испитати повезаност социо-економских и демографских детерминанти здравља са присуством симптома депресивности код старих
3. Испитати повезаност присуства хроничних болести и самопроцене здравља са присуством симптома депресивности
4. Утврдити обрасце коришћења болничке и ванболничке здравствене заштите старих са симптомима депресивности
5. Испитати утицај социјалне подршке на настанак депресивности
6. Анализирати утицај симптома депресивности на степен свакодневних активности испитаника

ХИПОТЕЗЕ

1. Постоје значајне разлике у присуству депресивности у односу на социо-економске и демографске карактеристике испитаника (симптоми депресивности су значајно чешће присутни код жена, удоваца/ица, особа нижег образовног нивоа и нижег материјалног статуса)
2. Присуство хроничних болести представља значајан предиктор депресивности
3. Присуство дуготрајног здравственог проблема и функционална ограничења у обављању свакодневних активности се значајно разликују у односу на присуство симптома депресивности
4. Присуство симптома депресивности код старих се значајно разликује у односу на коришћење услуга здравствене заштите
5. Особе са симптомима депресивности недовољно користе услуге из области менталног здравља
6. Особе које своје здравље оцењују као лоше су под већим ризиком за настанак депресивности
7. Стари који имају нижи ниво социјалне подршке чешће испољавају симптоме депресивности
8. Лоше животне навике су чешће присутне код особа са присутним симптомима депресивности

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

3.1.Врста студије

Студија пресека на репрезентивном узорку одраслог становништва Србије

3.2.Популација која се истражује

За потребе овог истраживања анализирана је субпопулација становништва Србије старости 65 и више година која је чинила део репрезентативне популације старости 15 и више година која је учествовала у трећем националном Истраживању здравља 2013. године, спроведеном од стране Министарство здравља Републике Србије. Из истраживања су биле изузете поједине групације становништва, пре свега део лица који су смештени у старачким домовима или сличним институцијама, затим део становништва са пребивалиштем на Косову и Метохији, као и део становништва који живи у колективним домаћинствима, такозваним „заједницама“. Истраживање је спроведено анкетирањем спроведено на случајном узорку одраслог становништва Републике Србије а у потпуном складу. Сам процес истраживања (од општег планирања, осмишљавања и прикупљања података на терену до обраде, анализе, тумачења, документовања, а посебно израда упитника и дистрибуција података) урађен је у потпуности у складу са протоколима инструментима Европског истраживања здравља (други талас), а на основу бројних претходно урађених истраживања у многим земљама Европске уније.

3.3.Узорковање

У складу са Методологијом Истраживања здравља становништва Србије и препорукама Eurostat-а, коришћен је случајни узорак до кога се дошло уз помоћ две технике: стратификација и двоетапно узорковање. Главне стратуме у истраживању чинила су четири географска региона Србије (Београд, Шумадија и Западна Србија, Источна и Јужна Србија и Војводина). Даљом поделом главних географских региона на градска и сеоска подручја добијено је коначних осам стратума у којима су примарне узорачке јединице били пописни кругови из Пописа становништва спроведеног 2011. године од старне Републичког завода за статистику. Издвојено је укупно 670 пописних кругова, за тим су у другој етапи изабрана домаћинства која ће бити анкетирани према

специјалном моделу SRSWOR(Simple Random Sample Without Replacement) што значи да су изабрана уз помоћ специјалног линеарног метода, са случајним избором почетка и да неће бити понављања. У оквиру сваког пописног круга требало је анкетирати 10 домаћинстава одабраних методом случајног узорка и додатних 3 домаћинства која су увек узимана као резерва.

3.4. Инструмент истраживања

Као инструмент истраживања коришћени су стандардизовани упитници који су садржали дефинисане индикаторе/варијабле на основу препорука Светске здравствене организације и европског истраживања здравља, као и на основу упитника из претходна два национална истраживања здравља која су спроведена 2000. и 2006. године. Истраживање је садржало три врсте упитника:

- 1) упитника „лицем у лице“ за испитанике старости 15 и више година (Прилог 1),
- 2) упитника за самопопуњавање(Прилог 2) који самостално попуњава сваки члан домаћинства старости 15 и више година без учешћа анкетара
- 3) упитника за домаћинство (Прилог 3), за сакупљање података о свим члановима домаћинства, карактеристикама самог домаћинства и карактеристикама пребивалишта домаћинства.

У истраживању је поред интервјуа обављено мерење тежине, висине, и крвног притиска од стране професионалних тимова анкетара.

Све информације које су добијене у истраживању су поверљиве и тајност је загарантована а користиле су се искључиво групно за анализу података. Испитаницима су благовремено достављене све информације о њиховим правима као и информације везане за истраживање.

Сви подаци прикупљени током овог истраживања достављени су Универзитету у Крагујевцу уз посебно одобрење Института за јавно здравље Србије и коришћени су као полазна база за ово испитивање.

3.5. Промењиве/варијабле које се прате

1. Демографске варијабле: старосна структура, полна структура, брачност, тип насеља (село/град), регион.
2. Социјално-економске варијабле: радни статус, образовна структура, Индекс благостања као показатељ материјалног стања испитаника.
3. Здравствено стање испитаника (субјективна процена здравља, преваленција хроничних стања и болести, психичко здравље, способност за самостално извођење кућних активности, способност за обављање активности личне неге, сензорна и физичка оштећења).
4. Коришћење услуга здравствене заштите: коришћење услуга примарне здравствене заштите (коришћење услуга изабраног лекара, посете стоматологу, специјалистичкој служби, гинеколошка здравствена заштита), коришћење услуга болничке здравствене заштите, коришћење приватне праксе, употреба прописаних и непрописаних лекова, неостварене потребе за здравственим услугама.
5. Варијабле које се односе на начин живота (употреба дувана, алкохола, навике у исхрани – учесталост конзумирања појединих намирница, индекс телесне масе).
6. Изложеност психичком и физичком насиљу
7. Ментално здравље

За процену присуства депресивности као дијагностички алат коришћен је PHQ-8 упитник (Patient Health Questionnaire-8) (77), који се састоји из осам ставки које се односе на следеће менталне проблеме и тегобе: смањење задовољства или интересовања за обављање свакодневних послова или догађаја око вас; осећај празнине, малодушност, нерасполошење, потиштеност, безнадежност; проблеми са спавањем (тешкоће уснивања, буђење у току сна или прекомерно спавање); осећај да немате довољно енергије, умор, брзо замарање; смањен или појачан апетит; негативно мишљење о себи, осећај неуспеха и безвредности, разочарења у себе или своју породицу; тешкоћа са пажњом концентрацијом на активности, немогућност да концентрисано читате новине или гледате ТВ (смањена способност мишљења, концентрације или неодлучност - процењено субјективно или од стране других); успореност у кретању или говору тако да то могу да примете друге особе, или на супрот томе психомоторни немир и узнемиреност или осећај да су се кретали више него што је то уобичајено (примећено од стране других, а не само субјективни осећај).

Испитаници су одговарали колико су често у последње две недеље имали неку од горе наведених могућих менталних тегоба тако што су бирали један од понуђена четири одговора: „безтегоба“, „пар дана у недељи“, „више од седам дана“ и „скоро сваког дана током недеље“. Одговори на свако питање су вредновани оценом од 0-3 и то: 0 („без тегоба“), 1 („пар дана у недељи“), 2 („више од седам дана“) и 3 („скоро сваког дана“), а након сабирања оцена за свако од осам питања добијен је укупан PHQ-8 скор чија се вредност креће од 0 до 24. Вредност PHQ-8 скорa од нула до четири указује да нема симптома депресије, PHQ-8 скор од пет до девет означава благе симптоме депресије, а укупна вредност PHQ-8 скорa десет и више указује на високу вероватноћу постојања депресије, која се даље класификује као умерена (PHQ-8 скор од 10 до 14), умерено тешка (PHQ-8 скор од 15 до 19) и тешка депресивна епизода (PHQ-8 скор 20 и више). На основу вредности PHQ-8 скорa, испитаници ће бити сврстани у једну од 3 категорије: без симптома депресије, благи депресивни симптоми (субсиндромална депресија) и депресивна епизода (депресија). У анализи резултата под депресивном епизодом се подразумевала вредност скорa 10 и више.

Скор социјалне подршке је формиран додељивњем и сабирањем бодова за сваки одговор на могућа три питања из упитника „Осло-3 скала социјалне подршке“: „Колико особа Вам је толико блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?“ (број бодова се креће од 1 („Ниједна“) до 4 („6 или више“), „Колико су људи заиста заинтересовани за Вас, за оно што радите, што Вам се дешава у животу?“ (број бодова се креће од 1 („Нимало нису заинтересовани“) до 5 („Веома су заинтересовани“)), „Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?“ (број бодова се креће од 1 („Јако тешко“) до 5 („Врло лако“)). Сабирањем бодова на ова три питања установљен је скор социјалне подршке: јака социјална подршка (12-14 бодова), умерена (9-11 бодова) и лоша (3-8 бодова) (77).

За процену степена ухрањености испитаника у истраживању коришћен је индекс телесне масе (Body massindex, BMI) који је израчунат као телесне маса изражена у килограмима и телесне висине изражене у метрима на квадрат. У анализи је коришћена следећакласификација Светске здравствене организације: потхрањеност ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$), нормална ухрањеност ($BMI = 18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$), предгојазност ($BMI = 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$) и гојазност ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (78).

Индекс благостања домаћинства је коришћен за процену материјалног стања испитаника, према коме су испитаници односно њихова домаћинства сврстани у пет различитих социјално-економских категорија или квинтила материјалног статуса:

први квинтил (најсиромашнији слој), други (сиромашни), трећи (средњи слој), четврти квинтил (богати) и пети квинтил (најбогатији слој). На крају, за потребе анализе резултата овог истраживања испитаници су сврстани у три категорије/слоја: богати слој становништва (четврти и пети квинтил), средњи слој (трећи квинтил) и сиромашни слој (први и други квинтил).

Оцена државственог стања становништва старости 65 и више година процењена је на основу листе одседамнаест различитих хроничних болести и стања: а то су: инфаркт миокарда;ангина пекторис/коронарна болест срца; хипертензија; астма/алергијска астма; хронични бронхитис/хронична обструктивна болест плућа/емфизем; хиерхолестеролемија; мождани удар;артрозе; деформитет вратне кичме;хроничне тегобе са леђима или деформитет доње кичме; дијабетес; алергије; цироза јетре; уринарна инконтиненција; бубрежни проблеми; депресија; малигно обољење.Бројприсутних болести/стања је категорисан на следећи начин: без морбидитета, присуство једна болест иприсуство две или више болести (мултиморбидитет).Свака од наведених болести је за потребе логистичке регресије категорисана у две групе: нема болест и има болест.

Мерење активности дневног живота се врши према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF).

Активности дневног живота, односно активности личне неге (ADL) се мере четворостепеном скалом од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) да би се изразио ниво тешкоћа у обављању следећих 5 активности: храњење, устајање или седање из столице/кревета, облачење и свлачење, употреба тоалета, купање/туширање). Добијени скор се креће у распону од 0-15, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1-5 да постоје блага и 6-15 умерена до тешка ограничења.

Инструменталне активности дневног живота, односно кућне активности (IADL) се мере на основу давања одговора на следећих 7 питања уз коришћење четворостепене скале од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању): припремање хране, коришћење телефона, куповина, узимање терапије, лакши кућни послови, повремени тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама. Скор се креће у распону од 0-21, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1-7 да постоје блага и 8-21 умерена до тешка ограничења (77).

3.6. Прикупљање података

Истраживање на терену обавило је 68 професионалних тимова са укупно 204 анкетара, од којих је један анкетар у тиму био медицинских радника. Да би се извршила контрола целог процеса истраживања на крају је извршена суперконтрола у 10% случајно одабраних пописних кругова.

3.7. Снага студије и величина узорка

Снага студије и ефективна минимална величина узорка је израчуната на основу методологије другог таласа Европског истраживања здравља.

Примарно је планирано да истраживањем буде обухваћено 6700 случајно изабраних домаћинстава на територији Србије у којима је живело 19.284 чланова домаћинства старости 15 и више година живота. Током истраживања пописано је 6500 домаћинства у чеири статистички различита региона Србије у којима је анкетирано 19.079 испитаника. Репрезентативни узорак старог становништва Србије чинило је 3540 анкетираних испитаника старости 65 и више година.

3.8. Статистичка обрада података

Статистичка обрада података вршена је у софтверском пакету SPSS, верзија 18.0. Резултати истраживања су приказани табеларно и графички. Категоријске варијабле су представљене као фреквенције а за упоређивање разлика у учесталости ових варијабли коришћен је Хи-квадрат (χ^2) тест. Континуалне варијабле су представљене као средња вредност и стандардне девијације. Статистичка значајност и повезаност континуалних варијабли тестирана је помоћу параметријског Paired Samples t-теста, односно уколико подаци не прате нормалну расподелу коришћен је алтернативни непараметријски тест - Mann Whitney тест .

За одређивање везе између депресије и потенцијалних независних фактора ризика коришћен је униваријантни и мултиваријантни регресиони модел, а вероватноћ везе изражена као odds ratio. Вероватноћа мања од од 5% се сматрала статистички значајном.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Преваленција депресије

Вредности PHQ-8 скорa су показале да сваки десети становник Србије старости 65 и више година (укупно 10%) има депресивну епизоду, док је њих 17,5% имало благе депресивне симптоме (субсиндромална депресија). Посматрано у односу на категорије депресије, највећи број старог становништва је имао умерену депресију (5,8%), затим следи умерено тешка депресија (2,6%), док је најмањи удео испитаника имао тешку депресивну епизоду (1,6%). Анализа према полу је показала да је учесталост депресије код жена (12,7%) два пута већа у односу на мушкарце (6,5%) ($\chi^2=95,534$, $p<0,001$). Благи депресивни симптоми су били присутни код сваке пете жене (21,2%) и сваког осмог мушкарца (12,7%). Просечна вредност PHQ-8 скорa код становништва старости 65 и више година износила је 3,5, при чему су просечне вредности PHQ-8 скорa биле високо статистички значајно више код особа женског пола (4,1) него код мушкараца (2,6) (Табела 4.1.1).

Табела 4.1.1. Преваленција депресије код старог становништва Србије

Вредност PHQ-8 скор	Пол				укупно		p
	жене		мушкарци				
	N	%	N	%	N	%	
0-4 (без симптома депресије)	1330	66,1	1235	80,8	2656	72,5	
5-9 (благи депресивни сим.)	427	21,2	194	12,7	621	17,5	<0,001
10-24 (депресивна епизода)	255	12,7	99	6,5	354	10,0	
10-14 (умерена)	149	7,4	56	3,7	205	5,8	
15-19 (умерено тешка)	65	3,2	28	1,8	93	2,6	
20-24 (тешка)	41	2,1	15	1,0	56	1,6	
Просечна вредност PHQ-8 скорa	4,1		2,6		3,5		<0,001

Код испитаника који су имали вредност $PHQ-8 \geq 10$ (депресивна епизода), најучесталији симптоми депресије који су били присутни скоро сваког дана у последње две недеље од истраживања били су недостатак енергије или осећај замора (61,8%), успорено кретање или немир (46,4%) и проблеми са спавањем (44,1%) (Табела 4.1.2.).

Табела 4.1.2. Учесталост симптома депресије код особа са PHQ-8 скором ≥ 10

Симптоми депресије	није уопште		неколико дана		више од 7 дана		скоро сваког дана	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Слабо интересовање или задовољство да нешто радите	19	5,4	113	31,9	90	25,4	130	36,9
Малодушност, безнадежност	24	6,9	93	26,6	103	29,4	130	37,1
Проблеми са спавањем	22	6,2	64	18,1	112	31,6	156	44,1
Осећај замора или недостатка енергије	6	1,7	27	7,6	102	28,9	218	61,8
Лош апетит или преједање	87	24,6	111	31,4	76	21,5	80	22,6
Лоше мишљење о себи	115	33,9	100	29,5	56	16,5	68	20,1
Тешкоће са концентрацијом	54	15,4	121	34,6	72	20,6	103	29,4
Успорено кретање или немир	65	18,7	69	19,9	52	15	161	46,4

Посматрано према полу, нема статистички значајне разлике у присуству симптома депресије између мушкараца и жена са PHQ-8 ≥ 10 (Табела 4.1.3).

Табела 4.1.3. Симптоми депресије код особа са PHQ-8 скором ≥ 10 , према полу

Симптоми депресије	није уопште		неколико дана		више од 7 дана		скоро сваког дана	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М
слабо интересовање или задовољство да нешто радите	5,1	6,1	34,6	25,5	24,8	27,6	35,4	40,8
малодушност, безнадежност	8	4	28,3	22,2	28,7	51,3	35,1	42,4
проблеми са спавањем	5,9	7,1	16,5	22,2	31	33,3	46,7	37,4
осећај замора или недостатка енергије	1,6	2	7,9	7,1	28,3	30,3	62,2	60,6
лош апетит или преједање	23,1	28,3	31	32,3	20,4	24,2	25,5	15,2
лоше мишљење о себи	34,7	31,9	29	30,9	14,7	21,3	21,6	16
тешкоће са концентрацијом	15,9	14,1	33,9	36,4	23,1	14,1	27,1	35,4
успорено кретање или немир	20,5	14,3	20,5	18,4	14,1	17,3	45	50

4.2. Демографске и социо-економске карактеристике испитаника са депресијом

Посматрао у односу на старост испитаника запажа се да се преваленција депресије континуирано повећава са старосћу, па је преваленција највећа у старосној групи 85 и више година (23,0%) ($\chi^2=75,444$, $df=4$, $p<0,001$).

Присуство симптома депресије се значајно разликује у односу на брачни статус испитаника ($\chi^2=68,490$, $df=6$, $p<0,001$). Највећи проценат особа са депресивном епизодом био је међу старима који никада нису били у браку или ванбрачној заједници (18,6%), односно сваки пети је у овој групи био са благим депресивним симптомима (20,9%), док је најмањи проценат оних са депресијом међу испитаницима који су у браку (6,9).

У односу на место становања, већа преваленција депресије бележи се у осталим насељима (12,5%) у односу на градска насеља (7,8%) ($\chi^2=49,43$, $df=2$, $p<0,001$), и у региону Шумадије и Централне Србије (11,9%) ($\chi^2=73,43$, $df=6$, $p<0,001$) (Табела 4.2.1.).

Табела 4.2.1.Преваленција депресивних симптома у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	без симптома депресије		благих депресивних симптома		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
Старосне групе							
65-74	1510	76,8	315	16,1	139	7,1	< 0,001
75-84	945	68,2	271	19,6	169	12,2	
85+	119	59,5	35	17,5	46	23,0	
Брачна структура							
неожењен/неудата	26	60,5	9	20,9	8	18,6	< 0,001
ожењен/удата	1521	77,4	309	15,7	135	6,9	
удовац/удовица	943	66,2	284	19,9	198	13,9	
разведен/разведена	75	70,1	19	17,8	13	12,1	
Тип насеља							
градска насеља	1471	77,3	283	14,9	149	7,8	< 0,001
остала насеља	1094	66,8	338	20,6	205	12,5	
Регион							
Војводина	655	73,9	134	15,2	97	10,9	< 0,001
Београд	564	78,0	109	15,1	50	6,9	
Шумадија и Цен. Србија	716	70,8	178	17,6	118	11,7	
Јужна и Ист. Србија	630	68,6	200	21,8	89	9,7	

* Chi-square test

Постоје значајне разлике у преваленцији депресивних симптома међу старијим становништвом Србије у односу на степен образовања ($\chi^2=136,61$, $df=4$, $p<0,001$). Највећи удео са депресивном епизодом је међу особама са најнижим образовањем (13,4%), док сваки пети испитаник у овој групи испољава благе депресивне симптоме (21,7%).

У односу на радни статус, преваленција депресије је била највиша међу испитаницима који су неспособни за рад (36,4%) и међу незапосленима (16,8%). Најмањи проценат депресивних је међу запосленима (5,0%) и онима који су остварили право на пензију (9,0%) ($\chi^2=96,266$, $df=8$, $p<0,001$).

Преваленција депресије је обрнуто пропорционална материјалном статусу испитаника, више вредности PHQ-8 скорa бележе се међу сиромашнијим слојевима испитаника, па је преваленција депресије чак 3,5 пута већа међу најсиромашнијима (14,1%) у односу на најбогатији слој старијег становништва (4,0%) ($\chi^2=109,294$, $df=8$, $p<0,001$) (Табела 4.2.2).

Табела 4.2.2. Преваленција депресивних симптома у односу на социо-економске карактеристике испитаника

Варијабле	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
Степен образовања							
основно и ниже	1269	64,9	425	21,7	262	13,4	< 0,001
средње	881	79,8	154	13,9	69	6,3	
више и високо	415	86,5	42	8,8	23	4,8	
Радни статус							
запослен	17	85	2	10	1	5,0	< 0,001
незапослен	68	67,3	16	15,8	17	16,8	
у пензији	2253	74,8	487	16,2	272	9,0	
неспособан за рад	15	34,1	13	29,5	16	36,4	
домаћица	212	58,4	103	28,4	48	13,2	
Материјални статус							
I (најсиромашнији)	755	63,6	266	22,4	167	14,1	< 0,001
II	566	71,9	143	18,2	78	9,9	
III	469	74,3	104	16,5	58	9,2	
IV	469	80	80	13,7	37	6,3	
V (најбогатији)	306	87,9	28	8	14	4,0	

* Chi-square test

Анализа према полу је показала да преваленција депресије расте са годинама живота код оба пола, али без статистички значајне разлике код мушкараца. У најстаријој добној групи која износи 85 и више година, готово свака трећа жена (29,4%) је имала депресивну епизоду, за разлику од сваког десетог мушкараца исте старосне доби (9,4%).

У односу на брачну структуру, највећи проценат депресивних жена се бележи међу удовицама (15,2%), док је највећи удео мушкараца са депресијом међу неожењенима (28,3%).

У односу на место становања, код оба пола се бележи већа преваленција у осталим насељима, с тим да је код жена у градским насељима (10,4%) преваленција депресије више него двоструко већа него код мушкараца (4,2%). У региону Војводине је највећа преваленција депресије код мушкараца, за разлику од Шумадије и Централне Србије где се бележи већа преваленција депресије међу женама (Табела 4.2.3.)

Табела 4.2.3. Преваленција депресивних симптома у односу на демографске карактеристике испитаника према полу

	Жене			p	Мушкарци			p
	без симптома депресије (%)	благи депресивни симптоми (%)	депресивна епизода (%)		без симптома депресије (%)	благи депресивни симптоми (%)	депресивна епизода (%)	
Старосне групе								
65-74	71,8	20,5	7,8		83	10,7	6,3	
75-84	61,1	22,5	16,5	*	77,9	15,6	6,5	
85+	50,7	19,9	29,4		78,1	12,5	9,4	
Брачна структура								
неожењен/неудата	62,1	24,1	13,8		57,4	14,3	28,3	
ожењен/удата	70,0	20,8	9,3	*	82,9	12	5,1	*
удовац/удовица	63,1	21,6	15,2		75,8	14,6	9,6	
разведен/на	68,1	18,8	13,0		73,7	15,8	10,5	
Тип насеља								
градска насеља	71,7	17,9	10,4	*	85	10,7	4,2	*
остала насеља	59,4	25,2	15,4		76,2	14,9	9	
Регион								
Војводина	66,7	18,1	12,2		79,8	11,1	9,2	
Београд	71,6	18,5	10		87	10,3	2,7	
Шумадија и Цен. Србија	63,5	21,4	15,0	*	79,9	12,8	7,4	*
Јужна и Ист. Србија	60,8	26,5	12,7		78,2	15,9	5,9	

* Chi-square test * p < 0,005

У односу на степен образовања, код оба пола се запажа да је преваленција депресије обрнуто пропорционална степену образовања. Свака седма жена са основним и нижим образовањем (15,0%) је имала депресивну епизоду и сваки десети мушкарац (9,7%), односно свака пета жена са најнижим образовањем је имала благе депресивне симптоме (24,7%) и сваки седми мушкарац (9,7%). Најмања преваленција депресије бележи се код испитаника са високим образовањем, али и у овој категорији се бележи двоструко већи удео депресивних међу женама (7,0% : 3,6%).

У односу на радни статус, највећа преваленција депресије се бележи код неспособних за рад, како код жена (41,9%) тако и код мушкараца (23,1%). Преваленција депресије међу незапосленим женама је четири пута већа (19,8%) у односу на незапослене мушкарце (5,0%).

У свим категоријама материјалног статуса, бележи се већа преваленција депресије међу женском популацијом, с тим да се највећи удео депресивних особа оба пола бележи међу најсиромашнијима категоријама (Табела 4.2.4.).

Табела 4.2.4. Преваленција депресивних симптома у односу на социо-економске карактеристике испитаника према полу

	Жене			p	Мушкарци			p
	без симптома депресије (%)	благи депресивни симптоми (%)	депресивна епизода (%)		без симптома депресије (%)	благи депресивни симптоми (%)	депресивна епизода (%)	
Степен образовања								
основно и ниже	60,3	24,7	15		75,5	14,8	9,7	
средње	77	15	8	*	81,9	13,2	4,9	*
више и високо	82,5	10,5	7		88,7	7,8	3,6	
Радни статус								
запослен	100	0	0		81,3	12,5	6,3	
незапослен	60,5	19,8	19,8	**	95	0	5	
у пензији	68,8	19,5	11,6		81	12,7	6,3	*
неспособан за рад	29	29	41,9		46,2	30,8	23,1	
домаћица	58,5	28,4	13,1		50	25	25	
Материјални статус								
I (најсиромашнији)	56,7	26,7	16,6		73,3	16,3	10,4	
II	64,2	22,7	13,1	*	81,9	12,2	5,8	*
III	70	19	11		80,2	13,1	6,7	
IV	74,9	16,3	8,8		86,1	10,5	3,4	
V (најбогатији)	83,1	10,1	6,9		93,7	5,7	0,6	

* Chi-square test $p < 0,005$ ** $p < 0,005$

Применом униваријантне логистичке регресије утврђено је да особе женског пола имају два пута већу шансу да имају депресију ($OR=2,16$) у односу на особе мушког пола. Особе које припадају старосној доби 85 и више година такође имају двоструко већу шансу ($OR=2,25$) да имају депресију у односу на особе старости 65-74 године. У односу на брачни статус највећу вероватноћу да испоље депресивне симптоме имају особе које никада нису биле у браку ($OR=2,24$), а затим особе које су изгубиле брачног партнера ($OR=1,75$) у односу на оне који су у браку или ванбрачној заједници. Статистички значајно већу вероватноћу за присуство депресије имају особе које живе изван градских насеља ($OR=1,69$).

Образовање се показало као јак предиктор присуства депресије, па особе које припадају најнижем нивоу образовања имају три и по пута већу шансу ($OR=3,45$) за присуство депресије у односу на особе са високим нивоом образовања. Када је у питању радни статус, највећу вероватноћу за депресију имале су особе које су неспособне за рад ($OR=4,56$), чак 4,5 пута већу шансу односу на запослене особе.

Нижи материјални статус се такође показао као значајан предиктор присуства депресије, особе које припадају сиромашном слоју имају 2,5 пута већу шансу ($OR=2,41$) за присуство депресије у односу на богати слој становништва (Табела 4.3.).

Применом мултиваријантног регресионог модела, све испитиване демографске и социо-економске варијабле су се показале као значајни предиктори присуства депресије код старијег становништва. Већу вероватноћу да имају депресију имају особе женског пола ($OR=1,67$), особе старости 85 и више година ($OR=1,73$), особе које нису у браку ($OR=2,023$), са најнижим нивоом образовања ($OR=2,41$), неспособне за рад ($OR=4,2$) и које према индексу благостања припадају сиромашном слоју становништва ($OR=1,61$).

Униваријантни и мултиваријантни модел за повезаност депресије са демографским и социјално-економским карактеристикама испитаника (Табела 4.2.5).

Table 4.2.5. Униваријантни и мултиваријантни модел за повезаност депресије са демографским и социјално-економским карактеристикама испитаника

	Униваријантни модел		Мултиваријантни модел	
	OR (95% CI)	p	OR(95% CI)	p
Пол				
мушки	1		1	
женски	2,16 (1,84-2,53)	< 0,001	1,67 (1,39-2,01)	< 0,001
Добне групе				
65-74	1		1	
75-84	1,54 (1,31-1,79)	< 0,001	1,37 (1,16-1,62)	< 0,001
85+	2,25 (1,66-3,04)	< 0,001	1,73 (1,25-2,39)	< 0,001
Брачни статус				
Ожењен/удата	1		1	
Неожењен/неудата	2,24 (1,20-4,16)	< 0,001	2,02 (1,05-3,87)	0,034
Удовац/удовица	1,75(1,50-2,03)	< 0,001	1,28 (1,07-1,53)	0,006
Разведен/на	1.46 (0.954-2.240)	< 0,001	1,43 (0,916-2,239)	0,115
Тип насеља				
град	1		1	
остало	1,69 (1,45-1,96)	< 0,001	1,25 (1,04-1,50)	0,015
Образовање				
виша и високо	1		1	
средње	1,61 (1,19-2,18)	< 0,001	1,36 (1,002-1,86)	0,048
основно	3,45 (2,61-4,56)	< 0,001	1,88 (1,37-2,58)	< 0,001
Радни статус				
запослен	1		1	
у пензији	0,79 (0,53-1,18)	0,260	1,08 (0,71-1,64)	0,706
неспособан за рад	4,56 (2,18-9,52)	< 0,001	4,20 (1,95-9,04)	< 0,001
домаћица	1,68 (1,08-2,61)	0,021	1,48 (0,93-2,34)	0,094
Индекс благостања				
богата класа	1			
средња класа	1,68 (1,31-2,15)	< 0,005	1,43 (1,10-1,85)	0,07
сиромашна класа	2,41 (1,98-2,93)	< 0,005	1,61 (1,27-2,03)	< 0,001

Униваријантна регресиона анализа према полу је показала да жене које припадају најстаријој добној групи имају већу вероватноћу за присуство депресије у односу на мушкарце (OR=2,47, OR=1,38). Количник ризика за појаву депресије за неожењене мушкарце је 4,12, док су статистички значајно већу шансу за појаву депресије међу женама имале удовице (OR=1,36). Жене са најнижим нивоом образовања су имале три пута већу шансу (OR=3,09), док су мушкарци истог образовног нивоа имали 2,5 пута већу вероватноћу за појаву депресије (OR=2,54).

Мушкарци који су неспособни за рад имају двоструко већу вероватноћу за појаву депресије (OR=9,33) у односу на жене (OR=4,04), које припадају овој категорији. Нижи материјални статус се показао као значајан предиктор појаве депресије и код мушкараца (OR=2,39), и код жена (OR=2,42). У мултиваријантном регресионом моделу као најзначајнији предиктори појаве депресије код жена издвојили су се старија животна доб, смрт брачног партнера, економска неактивност, нижи образовни и материјални статус, док су се код мушкараца као најважнији предиктори поред ових издвојили и живот у ванградским насељима и они који никада нису живели у браку или ванбрачној заједници (Табела 4.2.6.)

Табела 4.2.6. Униваријантни и мултиваријантни модел за повезаност депресије са демографским и социјално-економским карактеристикама испитаника у односу на пол

	жене		мушкарци	
	униваријантни модел	мултиваријантни модел	униваријантни модел	мултиваријантни модел
Добне групе				
65-74	1	1	1	1
75-84	1,62 (1,33-1,97)**	1,39 (1,25-2,73)**	1,39 (0,75-2,59)	1,19 (0,62-2,24)
85+	2,47 (1,72-3,54)**	1,85 (1,25-2,73)**	1,38 (1,06-1,79)*	1,35 (1,02-1,79)*
Брачни статус				
Ожењен/удата	1	1	1	1
Неожењен/неудата	1,42 (0,66-3,05)	1,56 (0,69-3,52)	4,12 (1,36-12,47)**	3,63 (1,24-10,58)**
Удовац/удовица	1,36 (1,12-1,65)**	1,25 (1,03-1,56)*	1,52 (1,15-2,07)**	1,38 (1,01-1,88)*
Разведен/на	1,09 (0,64-1,84)	1,35 (0,78-2,35)	1,73 (0,83-3,62)	1,83 (0,85-3,92)
Тип насеља				
град	1	1	1	1
остало	1,73 (1,44-2,08)**	1,14 (0,91-1,44)	1,78 (1,37-2,31)**	1,36 (0,99-1,86)*
Образовање				
виша и високо	1	1	1	1
средње	1,41 (0,89-2,20)	1,25 (0,79-1,97)	1,72 (1,15-2,59)*	1,44 (0,94-2,21)
основно	3,09 (2,05-4,65)**	1,90 (1,21-2,98)*	2,54 (1,70-3,78)**	1,63 (1,03-2,57)*
Радни статус				
запослен	1	1	1	1
у пензији	0,75 (0,47-1,17)	0,93 (0,58-1,50)	1,87 (0,65-5,34)	2,10 (0,72-6,13)
неспособан за рад	4,04 (1,66-9,86)**	3,5 (1,42-9,03)**	9,33 (2,06-42,10)**	8,49 (1,83-39,39)**
домаћица	1,17 (0,72-1,91)	1,21 (0,73-2,00)	8,00 (0,87-73,55)	7,50 (0,77-72,87)
Индекс благостања				
богата класа	1	1	1	1
средња класа	1,51 (1,11-2,06)	1,31 (0,94-1,82)	1,98 (1,29-3,04)**	1,48 (0,98-2,24)*
сиромашна класа	2,39 (1,84-3,05)**	1,69 (1,26-2,28)**	2,42 (1,72-3,42)**	1,561 (0,998-2,44)*

4.3. Здравствено стање

4.3.1. Субјективна процена здравља

Анализа присуства депресивних симптома у односу на субјективну процену здравља је показала да су код особа које своје здравље оцењују као лоше значајно чешће присутни депресивни симптоми ($\chi^2=936,888$, $df=8$, $p<0,001$). Код готово сваког другог испитаника који оцењују сопствено здравље као веома лоше је присутна депресивна епизода (42,9%), односно код сваког четвртог таквог испитаника су присутни благи депресивни симптоми (24,1%). Супротно, испитаници који имају позитивнију оцену сопственог здравља су у 98% случајева без присуства депресивних симптома. Свега 2,0% старог становништва које своје здравље оцењује позитивно има благе депресивне симптоме, односно ниједан испитаник из ове категорије није пријавио депресивну епизоду (Табела 4.3.1.1).

Табела 4.3.1.1. Субјективна процена здравља и присуство депресивних симптома

Субјективна процена здравља	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода	
	N	%	N	%	N	%
веома добро	100	98,0	2	2,0	0	0
добро	646	94,0	38	5,5	3	0,4
просечно	1123	84,2	168	12,6	43	3,2
лоше	583	54,2	331	30,8	162	15,1
веома лоше	112	32,9	82	24,1	146	42,9

Анализа према полу је показала да постоји статистички значајна разлика у присуству депресивних симптома у односу на субјективну процену здравља и код особа женског пола ($\chi^2=435,910$, $df=8$, $p<0,001$) и код мушког пола ($\chi^2=517,65$, $df=6$, $p<0,001$). Код 45,8% мушкараца и 41,6% жена који своје здравље оцењује као веома лоше присутна је депресивна епизода. Благи депресивни симптоми присутни су код сваке четврте жене (24,9%) и сваког петог мушкарца (22,4%) (Табела 4.3.1.2.)

Табела 4.3.1.2. Дистрибуција симптома депресивности у односу на пол и субјективну процену здравља

Субјективна процена здравља	без симптома депресије (%)		благи депресивни симптоми (%)		депресивна епизода (%)	
	Ж	М	Ж	М	Ж	М
веома добро	10,0	96,7	0,0	3,3	0,0	0,0
добро	89,8	97,2	9,2	2,8	1,0	0,0
просечно	79,4	90,4	16,1	8,1	4,5	1,5
лоше	50,5	60,8	32,0	28,6	17,5	10,6
веома лоше	33,5	31,8	24,9	22,4	41,6	45,8

Униваријантна логистичка регресија је показала да је самопроцена здравља значајан предиктор присуства депресивних симптома. Особе које своје здравље оцењују као лоше и веома лоше имају чак 18 пута већу вероватноћу присуства депресивних симптома у односу на особе које своје здравље оцењују као добро (OR=18,02), док особе које своје здравље оцењују као просечно имају три пута већу шансу да имају депресивне симптоме у односу на особе које своје здравље оцењују као добро и веома добро (OR=3,26). Статистички значајне разлике се бележе и према полу. Старији мушкарци који своје здравље оцењују као лоше и веома лоше имају чак 28 пута већу вероватноћу да имају депресију (OR=28,35), док жене које лоше процењују сопствено здравље имају 11 пута већу шансу за појаву депресије (OR=11,87) (Табела 4.3.1.3.).

Табела 4.3.1.3. Униваријантни модел за повезаност симптома депресије са субјективном проценом здравља

самопроцена здравља	Униваријантна бинарна логистичка регресија		
	жене	мушкарци	укупно
добро и веома добро	1	1	1
просечно	2,64 (1,75-4,01)*	3,61 (1,95-6,69)*	3,26 (0,2,32 – 4,59)*
лоше и веома лоше	11,87 (7,98-17,65)*	28,35 (15,88-50,61)*	18,02 (13,03 – 24,93)*

* $p < 0,001$

4.3.2. Присуство бола

У последњих тридесет дана, присуство телесног бола пријавило је 66,4% испитаника, при чему је јак бол био присутан код готово сваког четвртог становника старости 65 и више година (22,5%). Код сваког трећег испитаника (31,1%) присуство бола је у великој мери утицало на обављање уобичајених дневних активности.

Постоји статистички значајна повезаност између присуства симптома депресије и присуства бола ($\chi^2=678,633$ $df=10$, $p<0,001$). Са повећањем интензитета бола, повећава се и у честалост депресивних симптома код старих. Тако, код испитаника који су пријавили присуство веома јаког бола у месецу који је претходио истраживању чак 42,7% испитаника је имало депресивну епизоду, односно 23,5% оних који су пријавили јак бол у последњих тридесет дана, за разлику од оних који нису имали бол код којих је свега 2,2% пријавило депресивну епизоду односно 5,2% код оних са веома slabим болом. Такође, благи депресивни симптоми су у највећој мери присутни код особа са jakim (27,6%) и веома jakim болом (25%) (Табела 4.3.2.1).

Табела 4.3.2.1. Преваленција депресије и присуство телесног бола

присуство телесног бола	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода	
	N	%	N	%	N	%
нисам имала/о бол	1079	90,7	84	7,1	26	2,2
веома слаб	256	82,6	38	12,3	16	5,2
слаб	290	76,9	67	17,8	20	5,3
умерен	577	66,6	216	24,9	73	8,4
јак	310	48,9	175	27,6	149	23,5
веома јак	53	32,3	41	25,0	70	42,7

Истраживање је такође потврдило повезаност између степена депресивности код старих и утицаја бола на обављање свакодневних активности ($\chi^2=495,783$ $df=8$, $p<0,001$). Особе код којих је бол у највећој мери утицао на обављање уобичајених дневних активности, 17 пута чешће су пријављивале депресивну епизоду, односно бол је у великој мери ограничавао сваку другу особу са депресивном епизодом (49,1%) (Табела 4.3.2.2.).

Табела 4.3.2.2. Преваленција депресије и утицај бола на обављање уобичајених активности

утицај бола на свакодневне активности	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода	
	N	%	N	%	N	%
нимало	214	87	25	10,2	7	2,8
мало	490	80,7	95	15,7	22	3,6
умерено	490	63,7	211	27,4	68	8,8
много	232	46,9	147	29,7	116	23,4
веома много	60	25,6	59	25,2	115	49,1

Униваријантна логистичка регресија је показала да је присуство телесног бола и његов утицај на обављање свакодневних активности значајан предиктор депресије. Испитаници који су имали јак и веома јак бол у месецу који је претходио истраживању имали су 11 пута већи ризик да имају депресију у односу на испитанике код којих бол није присутан (OR=11,75), при чему је код мушкараца вероватноћа присуства депресије била 13 пута већа (OR=13,78), а код жена 9 пута већа вероватноћа (OR=9,04). Особе код којих је бол у великој мери утицао на обављање свакодневних активности су чак десет пута чешће испољавале депресивну епизоду (OR=10,00), при чему је униваријантна анализа у односу на пол показала да мушкарци старије животне доби имају већу шансу за појаву депресије (OR=11,10) у односу на жене (OR=8,87) (Табела 4.3.2.3.)

Табела 4.3.2.3. Униваријантни модел за повезаност депресије код старики присуства бола

присуство телесног бола	Униваријантна анализа, OR (95% CI)		
	укупно	мушкарци	жене
није имао/ла бол	1	1	1
веома слаб/слаб	2,43 (1,72-3,44)*	2,22 (1,42-3,47)*	2,53 (1,93-3,31)*
умерен	4,00 (2,92-5,47)*	5,48 (3,72-8,07)*	4,91 (3,85-6,25)*
јак и веома јак	9,04 (6,64-12,31)*	13,76 (9,24-20,50)*	11,75 (9,24-14,95)*
утицај бола на активности			
нимало	1	1	1
мало/умерено	2,88 (1,73-4,78)*	2,12 (1,15-3,93)*	2,70 (1,83-3,98)*
много/веома много	8,87 (5,27-14,90)*	11,10 (5,88-20,94)*	10,00 (6,70-14,93)*

* p<0,001

4.3.3. Хроничне болести и депресија

Присуство и број хроничних болести у значајној мери утичу на појаву симптома депресије код старијих испитаника. Испитаници који у протеклих 12 месеци нису пријавили присуство неке од 17 испитиваних стања и болестиу 93,3% нису пријавили симптоме депресије, док они који су пријавили две и више од две хроничне болести у 13,3% испољавају симптоме депресивне епизоде, што је седам пута већа преваленција у односу на оне без хроничних болести. Када су у питању благи депресивни симптоми, готово једна четвртина испитаника са мултиморбидитетом (22,4%) испољава ову врсту симптома депресије, што је пет пута веће учесталост симптома благе депресије у односу на старије становништво Србије без хроничних болести (4,8%) ($\chi^2=274,538$, $df=4$, $p<0,001$) (табела 4.3.3.1.).

Табела 4.3.3.1. Дистрибуција симптома депресивности у односу на присуство хроничних болести

Број хроничних болести	без симптома депресије (%)	благи депресивни симптоми (%)	депресивна епизода (%)
без хроничних болести	93,3	4,8	1,9
присуство 1 хроничне болести	89,6	7,6	2,8
присуство 2 и више хроничних болести	64,2	22,4	13,3
укупно	72,5	17,5	10

Преваленција депресивних симптома се статистички значајно разликовала у односу на присуство анализираних хроничних болести. Депресивну епизоду је имала свака трећа особа са можданом ударом (30.1%), свака пета особа са инфарктом миокарда (20,0%) и артрозом (18.6%).

Благи депресивни симптоми присутни су код 28% испитаника са хроничном опструктивном болешћу плућа и хроничним бронхитисом, 27,1% са вратним деформитетима, 26,9% са артрозом, 25,8% оних са малигном болешћу и бубрежним проблемима.

Дистрибуција преваленције депресивних симптома у односу на присуство најзначајнијих хроничних болести код старих симптома је приказана у Табели4.3.3.2.

Табели 4.3.3.2. Депресивни симптоми и присуство хроничних болести/стања (број болести)

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Присуство хроничних болести							
нема хроничну болест	390	93,3	20	4,8	8	1,9	
има једну хроничну болест	601	89,7	51	7,6	18	2,7	<0.001
две или више хроничних болести	1574	64,2	550	22,4	328	13,4	
Астма	145	60,2	55	22,8	41	17,0	<0,001
Хронични бронхитис, ХОБП	166	56,1	83	28,0	47	15,8	<0,001
Инфаркт миокарда	140	55,1	63	24,8	51	20,0	<0,001
Коронарна болест срца или ангина пекторис	614	60,7	249	24,6	149	14,8	<0,001
Хипертензија	1576	68,4	458	19,9	270	11,7	<0,001
Мождани удар	85	44,0	50	25,9	58	30,1	<0,001
Артроза	459	54,4	227	26,9	158	18,6	<0,001
Деформитет доње кичме	722	58,2	313	25,2	205	16,6	<0,001
Вратни деформитет	428	54,8	212	27,1	141	18,0	<0,001
Дијабетес	418	65,4	146	22,8	75	11,8	<0,001
Малигно обољење	59	60,8	25	25,8	13	13,4	<0,001
Повишене масноће у крви	491	65,4	172	22,9	88	11,8	<0,001
Депресија	115	30,3	125	33,0	139	36,7	<0,001
Алергија	203	61,7	81	24,6	45	1,0	<0,001
Цироза јетре	8	57,1	5	35,7	1	7,1	0,202
Уринарна инконтиненција	244	56,2	101	22,4	100	21,4	<0,001
Бубрежни проблеми	228	56,6	104	25,8	71	17,6	<0,001

Применом униваријантне логистичке регресије утврђена је статистички значајно већа вероватноћа присуства депресивних симптома код свих анализираних хроничних болести. Испитаници који су имали присуство две или више хроничних болести имали су пет пута већу шансу да имају депресивне симптоме (OR=5.63). Највећу шансу за развој депресије имале су особе са можданим ударом (OR=3.64), артрозом (OR=3.01), деформитетима доње кичме (OR=2.94), вратним деформитетима (OR=2.85) и уринарном инконтиненцијом (OR=2.51).

Мултиваријантни модел је показао да је присуство можданог удара значило је готово двоструко већу шансу за депресију (OR=1.82), док је присуство деформитета доње кичме за 27% повећавало вероватноћу присуства депресивних симптома (Табела 4.3.3.4.).

Табели 4.3.3.4. Униваријантни и мултиваријантни модел за повезаност депресије код старији присуства хроничних болести

Хроничне болести	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа	
	OR (95% CI)	р	OR (95% CI)	р
Астма	1,83 (1,39-2,40)	<0,001	0,85 (0,60-1,21)	0,368
Хронични бронхитис, ХОБП	2,23 (1,75-2,85)	<0,001	1,26 (0,92-1,72)	0,151
Инфаркт миокарда	2,29 (1,77-2,97)	<0,001	1,02 (0,75-1,39)	0,908
Коронарна болест срца или ангина пекторис	2,22 (1,89-2,60)	<0,001	1,07 (0,88-1,30)	0,497
Хипертензија	1,92 (1,62-2,26)	<0,001	1,06 (0,85-1,32)	0,600
Мождани удар	3,64 (2,72-4,89)	<0,001	1,82 (1,29-2,58)	<0,001
Артроза	3,01 (2,55-3,54)	<0,001	1,28(1,04-1,57)	0,190
Деформитет доње кичме	2,94 (2,52-3,43)	<0,001	1,27(1,02-1,59)	0,034
Вратни деформитет	2,85 (2,42-3,38)	<0,001	1,22(0,97-1,55)	0,094
Дијабетес	1,53 (1,27-1,83)	<0,001	0,96(0,77-1,20)	0,727
Малигно обољење	1,73 (1,15-2,62)	<0,05	0,96(0,60-1,52)	0,851
Алергија	1,73 (1,37-2,19)	<0,001	1,08 (0,82-1,44)	0,585
Цироза јетре	1,98 (0,69-5,73)	0,206	1,37 (0,41-4,56)	0,605
Уринарна инконтиненција	2,51 (2,05-3,08)	<0,001	1,38 (1,08-1,77)	<0,05
Бубрежни проблеми	2,26 (1,83-2,79)	<0,001	1,15 (0,89-1,49)	0,294
Мултиморбидитет	5,63 (4,51-7,05)	<0,001	1,89(1,38-2,57)	<0,001

4.3.4. Физичка и сензорна функционална оштећења

Присуство депресивних симптома се статистички значајно разликује у зависности од могућности кретања испитаника ($\chi^2=807,533$, $df=6$, $p<0,001$). Удео старих са депресивном епизодом је највећи међу непокретним испитаницима (38,5%) и међу онима који се крећу уз велике тешкоће (18,2%) (Табела 4.3.4.1.).

Табела 4.3.4.1. Присуство депресивних симптома и могућност кретања

Могућност кретања	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
без тешкоћа	1465	89,2	151	9,2	27	1,6	< 0,001
уз мање тешкоће	613	72,8	175	20,8	54	6,4	
уз велике тешкоће	334	50,8	204	31	120	18,2	
нисам у стању	153	38,5	91	22,9	153	38,5	

Посматрано према полу, разлике у присуству депресивних симптома у односу на могућност кретања су високо статистички значајне и код мушкараца и код жена. Опадање функционалних способности са старашћу је израженије код жена, па је и нешто већи удео са депресивном епизодом међу женама које нису у стању да се крећу (39,9%) у односу на мушкарце (34,9%) (Табела 4.3.4.2.).

Табела 4.3.4.2. Присуство депресивних симптома и могућност кретања према полу

Могућност кретања	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
мушкарци							
без тешкоћа	830	92,6	61	6,8	5	0,6	< 0,001
уз мање тешкоће	234	79,1	51	17,2	11	3,7	
уз велике тешкоће	128	55,7	56	24,3	46	20,0	
нисам у стању	43	40,6	26	24,5	37	34,9	
жене							
без тешкоћа	635	85	90	12	22	2,9	< 0,001
уз мање тешкоће	379	69,4	124	22,7	43	7,9	
уз велике тешкоће	206	48,1	148	34,6	74	17,3	
нисам у стању	110	37,8	65	22,3	116	39,9	

Старе особе често наводе да имају одређена ограничења у обављању уобичајених активности личне неге и кућних активности. Истраживање је показало да постоје значајне разлике у присуству депресије код старих у зависности од могућности обављања уобичајених активности личне неге. Висок удео особа са депресивном епизодом налазимо код испитаника који нису у стању да, без помоћи других, узимају храну (71,4%), устају самостално из кревета (61,9%), облаче и свлаче гардеробу (61,9%), користе тоалет (63,0%) и купају се (50,8%) (Табела 4.3.4.3.).

Табела 4.3.4.3. Присуство депресивних симптома и активности личне неге

Активности личне неге	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
узимање хране							
без тешкоћа	2475	76,2	551	17	220	6,8	< 0,001
уз мање тешкоће	73	34	58	27	84	39,1	
уз велике тешкоће	13	22,4	10	17,2	35	60,3	
нисам у стању	4	19	2	9,5	15	71,4	
устајање из кревета							
без тешкоћа	2320	81,9	407	14,4	105	3,7	< 0,001
уз мање тешкоће	194	40,2	162	33,5	127	26,3	
уз велике тешкоће	41	22,4	46	25,1	96	52,5	
нисам у стању	10	23,8	6	14,3	26	61,9	
облачење и свлачење							
без тешкоћа	2323	82	404	14,3	106	3,7	< 0,001
уз мање тешкоће	189	40,1	168	35,7	114	24,2	
уз велике тешкоће	38	22	40	23,1	95	54,9	
нисам у стању	15	23,8	9	14,3	39	61,9	
коришћење тоалета							
без тешкоћа	2389	79,9	462	15,4	140	4,7	< 0,001
уз мање тешкоће	131	37,3	120	34,2	100	28,5	
уз велике тешкоће	31	21,5	33	22,9	80	55,6	
нисам у стању	14	25,9	6	11,1	34	63,0	
купање							
без тешкоћа	2271	82,2	394	14,3	97	3,5	< 0,001
уз мање тешкоће	192	43,5	152	34,5	97	22	
уз велике тешкоће	63	29,6	53	24,9	97	45,5	
нисам у стању	39	31,5	22	17,7	63	50,8	

Такође и код особа које имају ограничења у обављању кућних активности депресивне епизоде су присутне у високом проценту, и то код немогућности припремања хране (50,3%), коришћења телефона (52,9%), куповине (44,6), узимања редовне терапије (44,6%) и немогућности обављања тежих кућних послова (28,5%) (Табела 4.3.4.4.).

Табела 4.3.4.4. Присуство депресивних симптома и обављање кућних активности

Способност обављања кућних активности	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
припремање хране							
без тешкоћа	1868	83,1	308	13,7	72	3,2	< 0,001
уз мање тешкоће	145	42,3	119	34,7	79	23,0	
уз велике тешкоће	24	18,0	46	34,6	63	47,4	
нисам у стању	54	28,9	39	20,9	94	50,3	
коришћење телефона							
без тешкоћа	2362	78,2	482	15,9	178	5,9	< 0,001
уз мање тешкоће	107	42,1	83	32,7	64	25,2	
уз велике тешкоће	22	26,8	24	29,3	36	43,9	
нисам у стању	38	36,5	11	10,6	55	52,9	
куповина							
без тешкоћа	1982	85,9	275	11,9	49	21,1	< 0,001
уз мање тешкоће	225	59,2	112	29,5	43	11,3	
уз велике тешкоће	85	38,8	75	34,2	59	26,9	
нисам у стању	138	34,8	94	23,7	165	41,6	
узимање терапије							
без тешкоћа	2352	77,7	500	16,5	176	5,8	< 0,001
уз мање тешкоће	93	38,3	79	32,5	71	29,3	
уз велике тешкоће	10	15,4	20	30,8	35	53,8	
нисам у стању	33	39,2	16	14,2	64	44,6	
лакши кућни послови							
без тешкоћа	2029	84,7	299	12,5	67	2,8	< 0,001
уз мање тешкоће	320	54,1	176	29,8	95	16,1	
уз велике тешкоће	53	29,8	63	35,4	62	34,8	
нисам у стању	82	32,5	55	21,8	115	45,6	
тежи кућни послови							
без тешкоћа	1283	90,2	114	8,0	26	1,8	< 0,001
уз мање тешкоће	413	77,9	100	18,9	17	3,2	
уз велике тешкоће	270	56,7	142	29,8	64	13,4	
нисам у стању	342	44,2	211	27,3	220	28,5	

Присуство тешкоћа са видом у значајној мери утиче на присуство депресије ($\chi^2=86,566$, $df=4$, $p<0,001$). Сваки пети испитаник (22,1%) која види уз велике тешкоће је депресивна за разлику од 3,1% испитаника који виде без тешкоћа. Свака трећа особа која наводи да има велике тешкоће са видом испољава благе депресивне симптоме (33,8%), док тек свака десета особа без тешкоћа са видом испољава ове симптоме (10,8%) (Табела 4.3.4.5.).

Табела 4.3.4.5. Присуство депресивних симптома и оштећење вида

Тешкоће са видом	благих депресивних симптома						p
	без симптома депресије		депресивни симптоми		депресивна епизода		
	N	%	N	%	N	%	
без тешкоћа	246	86,0	31	10,8	9	3,1	< 0,001
уз мање тешкоће	315	68,2	102	22,1	45	9,7	
уз велике тешкоће	64	44,1	49	33,8	32	22,1	

Посматрано према полу, разлике у присуству депресивних симптома у односу на могућност вида су високо статистички значајне и код мушкараца и код жена, с тим да је нешто већи удео особа са депресијом у женској популацији (36,4%) која има велике тешкоће са видом у односу на супротан пол (24,3%). Слична је и дистрибуција благих депресивних симптома у корист особа женског пола (28,7% код жена и 18,6% код мушкараца) (Табела 4.3.4.6.).

Табела 4.3.4.6. Присуство депресивних симптома и оштећење вида према полу

Тешкоће са видом	благих депресивних симптома						p*
	без симптома депресије		депресивни симптоми		депресивна епизода		
	N	%	N	%	N	%	
мушкарци							
без тешкоћа	625	87,4	65	9,1	25	3,5	< 0,001
уз мање тешкоће	240	75,2	53	16,6	26	8,2	
уз велике тешкоће	40	57,1	13	18,6	17	24,3	
жене							
без тешкоћа	652	78,2	133	15,9	49	5,9	< 0,001
уз мање тешкоће	326	59,5	131	23,9	91	16,6	
уз велике тешкоће	50	35,0	41	28,7	52	36,4	

* Chi-square test

Присуство депресије се значајно разликује у односу на присуство тешкоћа са слухом ($\chi^2=139,583$, $df=4$, $p<0,001$). Значајно већи удео особа са депресијом срећемо код старијих који чују уз велике тешкоће (27,0) у односу на особе које немају проблема са слухом (6,6%). Благих депресивних симптома су такође у већем проценту присутни код особа које имају великих тешкоћа да чују (22,7%) у односу на испитанике са очуваним слухом (15,2%) (Табела 4.3.4.7.).

Табела 4.3.4.7. Присуство симптома депресије у зависности од оштећења слуха

Тешкоће са слухом	без симптома депресије		благих депресивних симптома		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
без тешкоћа	1649	78,2	321	15,2	140	6,6	< 0,001
уз мање тешкоће	717	66,5	222	20,6	139	12,9	
уз велике тешкоће	106	50,2	48	22,7	57	27,0	

* Chi-square test

Код оба пола постоје значајне разлике у присуству депресивних симптома у зависности од тежине оштећења слуха, при чему је разлика у присуству ових симптома израженија код жена где чак 34, 8% особа женског пола има депресију за разлику од 18,2% код супротног пола (Табела 4.3.4.8.).

Табела 4.3.4.8. Присуство симптома депресије у зависности од оштећења слуха

Тешкоће са слухом	без симптома депресије		благих депресивних симптома		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
мушкарци							
без тешкоћа	759	87,6	72	8,3	35	4,0	< 0,001
уз мање тешкоће	362	73,9	85	17,3	43	8,8	
уз велике тешкоће	61	61,6	20	20,2	18	18,2	
жене							
без тешкоћа	890	71,5	249	20	105	8,4	< 0,001
уз мање тешкоће	335	60,4	137	23,3	96	16,3	
уз велике тешкоће	45	40,2	28	25,0	39	34,8	

* Chi-square test

Озбиљна ограничења у обављању свакодневних активности у значајној мери доприносе појави депресије код старих особа. Више од трећине испитаника код којих постоје ова ограничења испољава депресивну епизоду (36,8%), за разлику од свега 1,7% испитаника са депресијом који немају ограничења у обављању свакодневних активности. Сваки четврти испитаник са озбиљним ограничењима наводи да има благе депресивне симптоме (26,3%) (Табела 4.3.4.9.).

Табела 4.3.4.9. Присуство симптома депресије у зависности од ограничења у обављању свакодневних активности

Ограничења у свакодневним активностима	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
без ограничења	1843	88.9	196	9.5	35	1.7	<0.001
ограничење, али не озбиљно	603	55.9	335	31.1	140	13.0	
озбиљна ограничење	42	36.8	30	26.3	42	36.8	

* Chi-square test

У мултиваријантном моделу, када је у питању здравствено стање испитаника, ограничења у обављању свакодневних активности, показала су се као најјачи предиктор депресије код старијих особа, при чему су особе које су имали озбиљна ограничења имали чак шест пута више шанси за развој депресије (OR=6,85). Испитаници који су субјективно описали своје здравље као "лоше или веома лоше" за 49,5% чешће су испољавали депресивне симптоме у поређењу с онима који су своје здравље перципирали као "веома добро или добро" (OR=3,49). Испитаници који су имали две или више хроничних болести имали су три пута већу вероватноћу да имају депресију (OR=3,11) у поређењу са људима који немају хроничну болест, док особе код којих је присутан хронични бол имају 71% већу вероватноћу да испоље депресивне симптоме (OR=3,71)(Табела 4.3.4.10.).

Табела 4.3.4.10. Мултиваријантни модел за присуство депресије код стариху односу карактеристике здравственог стања

Варијабле	Мултиваријантни модел	
	OR(95%CI)	p
Самопроцена здравља		
добро	1	
просечно	1.561 (1.010-2.411)	0.045
лоше	3.495 (2.276-5.365)	< 0,001
Ограничења у обављању свакодневних активности		
без ограничења	1	
ограничење, али не озбиљно	2.995 (2.389-3.756)	< 0,001
озбиљна ограничење	6.846 (4.047-11.582)	< 0,001
Хроничне болести / стања		
без хроничних болести		
има једну хроничну болест	1.499 (0.743-3.026)	0.258
две или више хроничних болести	3.109 (1.640-5.891)	0.001
Присуство хроничног телесног бола		
нисам имао/ла бол		
слаб/умерен	1.276 (0.957-1.700)	0.096
јак/веома јак	3.710(1.619-5.826)	0.001
Утицај бола на обављање свакодневних активности		
нимало		
мало/умерено	1.614 (0.978-2.663)	0.061
много/веома много	1.319 (0.863-2.015)	0.201

4.3.5. Социјална подршка

Када је у питању социјална подршка, особе које у свом окружењу немају ниједну блиску особу на коју могу да рачунају када имају озбиљне личне проблеме преваленција депресивне епизоде је присутна у чак 25,3% испитаника, односно преваленција благих симптома у 21,5% испитаника. На питање колико су људи заиста заинтересовани за вас, депресија је присутна код 36,1% оних који су изјавили да нема таквих особа у њиховом окружењу за разлику од 8,0% оних који су пријавили депресивну епизоду а изјавили да су људи веома заинтересовани за њих. Депресија је у значајно већем проценту присутна и код оних испитаника који су изјавили да је веома

тешко добити практичну помоћ од комшија/суседа када им је потребна (23,5%) за разлику од оних који немају те тешкоће (7,9%) (Табела 4.3.5.1.).

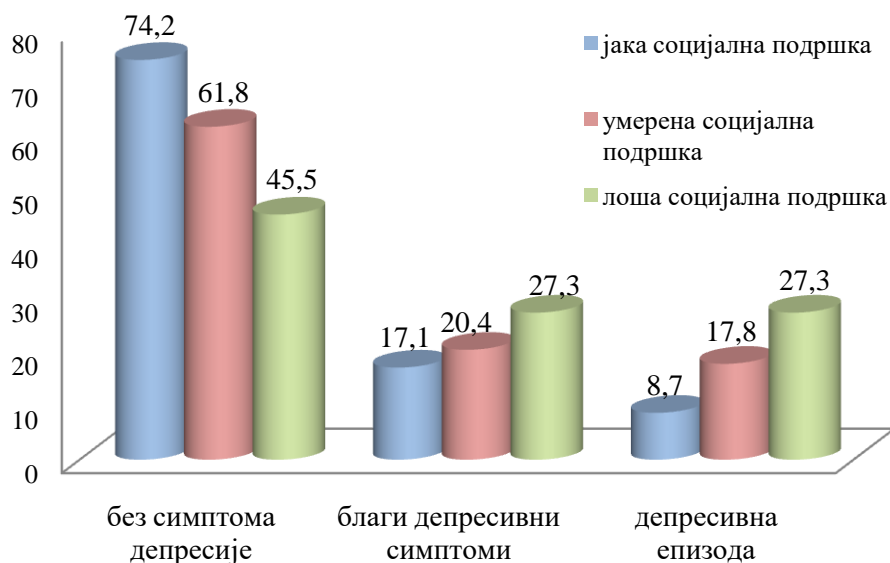
Табела 4.3.5.1. Преваленција депресије и социјална подршка

Социјална подршка	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
Колико особа вам је блиско да можете рачунати на њих када имате озбиљне личне проблеме?							
ниједна	42	53,2	17	21,5	20	25,3	< 0,0005
1 или 2	1013	66,7	304	20,0	202	13,3	
3 до 5	1120	76,6	233	15,9	109	7,5	
6 или више особа	390	81,3	67	14,0	23	4,8	
Колико су људи заиста заинтересовани за вас?							
веома су заинтересовани	1208	77	234	14,9	126	8,0	< 0,0005
донекле су заинтересовани	973	73	243	18,2	116	8,7	
нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	262	65,3	89	22,2	50	12,5	
мало су заинтересовани	85	54,5	39	25	32	20,5	
нимало нису заинтересовани	37	44,6	16	19,3	30	36,1	
Колико је лако добити практичну помоћ од комшија/суседа уколико имате потребу за њом?							
врло лако	510	75,8	110	16,3	53	7,9	< 0,0005
лако	1000	76,5	206	15,7	102	7,8	
могуће	726	71,5	179	17,6	111	10,9	
тешко	262	63,7	92	22,4	57	13,9	
веома тешко	67	50,8	34	25,8	31	23,5	

* Chi-square test

Међу старијим особама који су имали лошу социјалну подршку сваки четврти испитаник је имао депресивну епизоду (27,3%), за разлику од тек сваког дванаестог испитаника са јаком социјалном подршком (8,7%). Благи симптоми депресије присутни су код 27,3% испитаника са лошом и 20,4% испитаника са умереном социјалном подршком. Ова разлика је високо статистички значајна (Графикон 4.3.5.1.).

Графикон 4.3.5.1. Преваленција депресије и социјална подршка



У униваријантном регресионом моделу социјална подршка се издвојила као јак предиктор депресије. Особе са слабом социјалном подршком имају три и по пута већу шансу ($OR=3,45$) да имају депресију у односу на оне са јаком социјалном подршком. Мушкарци са слабом социјалном подршком су имали већу вероватноћу присуства депресије ($OR=5,08$) у односу на жене ($OR=3,41$) (Табела 4.3.5.2.).

Табела 4.3.5.2. Униваријантни регресиони модел за присуство депресије код стариху односу на социјалну подршку

Социјална подршка	Униваријантна модел, OR (95% CI)		
	укупно	мушкарци	жене
јака	1	1	1
умерена	1,78 (1,45-2,17)*	2,635 (1,34-5,50)*	1,347 (0,82-2,11)
слаба	3,45 (1,05-11,34)*	5,08 (2,21-11,62)*	3,41 (2,01-5,83)*

* $p<0,001$

4.5. Стил живота и депресија

4.5.1. Навике у исхрани

Резултати истраживања показују да 87,2% становника Србије старости 65 и више година је редовно доручковало сваког дана, док је 10,6% то радило понекад. Најмање једном дневно воће уноси 49,5% старих, док је поврће свакодневно уносило 56,6% испитаника.

Постоје значајне разлике у присуству симптома депресије код испитаника у односу на навике у исхрани (Табела 4.4.1.1.).

Табела 4.4.1.1. Преваљенција депресије и навике у исхрани

Навике у исхрани	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Доручак							
сваки дан	2274	73,6	521	16,9	293	9,5	< 0,001
понекад	235	62,5	90	23,9	51	13,6	
никад	56	73,7	10	13,2	10	13,2	
Конзумирање воћа недељно							
једном и више пута дневно	1360	77,6	274	15,6	118	6,7	< 0,001
4-6 пута недељно	656	71,9	167	18,3	90	9,9	
1-3 пута недељно	412	65,7	123	19,6	92	14,7	
мање од 1 недељно	109	54,5	46	23,0	45	22,5	
Конзумирање поврћа недељно							
једном и више пута дневно	1510	75,4	337	16,8	156	7,8	< 0,001
4-6 пута недељно	761	71,9	190	18,0	107	10,1	
1-3 пута недељно	249	61,9	80	19,9	73	18,2	
мање од 1 недељно	22	44,9	12	24,5	15	30,6	
Конзумирање млека и млечних производа							
сваки дан по 2 шоље и више	317	75,7	65	15,5	37	8,8	< 0,001
сваки дан по једна шоља	1105	73,6	227	15,5	129	8,8	
понекад, не сваког дана	1027	69,6	281	19,0	168	11,4	
никада	116	63,0	48	26,1	20	10,9	
Конзумирање рибе							
више од 2 пута недељно	54	81,8	5	7,6	7	10,6	< 0,001
2 пута недељно	251	79,4	45	14,2	20	6,3	
мање од 2 пута недељно	2092	72,3	522	18,0	278	9,6	
никад	160	62,3	49	19,1	48	18,7	

* Chi-square test

Испитаници који немају редовну навику да доручкују, односно који понекад (13,6%) или никада не доручкују (13,2%) у највећем проценту испољавају депресивну епизоду.

Када је у питању недељна учесталост конзумирања воћа и поврћа, особе које мање од једном недељно конзумирају воће (22,5%) и поврће (30,6%) имају највећу учесталост депресивне епизоде. Слично је и са благим депресивним симптомима, сваки четврти испитаник који мање од једном недељно у својој исхрани конзумира ове намирнице испољава симптоме субсиндромалне депресије (23% и 24,5%)

Особе које у својој исхрани никада не конзумирају млеко и млечне производе у 10,9% испољавају депресивну епизоду, односно у 26,1% симптоме благе депресије. Такође особе које никада не конзумирају рибу имају већу преваленцију депресије (18,7%) и субсиндромалне депресије (19,1%), што је значајно већа учесталост у односу на оне који више од два пута недељно конзумирају ову намирницу (Табела 4.4.1.1.).

4.5.2. Степен ухрањености и депресија

На основу израчунатих вредности Индекса телесне масе, свега 28,3% старих припада категорији нормално ухрањених, док је две трећине њих (69,9%) са прекомерном телесном масом (40,7% предгојазних и 29,2% гојазних). Гојазност I степена ($BMI=30,0-34,9 \text{ kg/m}^2$) је била присутна код 21,5% испитаника, 6,3% је имало гојазност II степена ($BMI=35,0-39,9 \text{ kg/m}^2$) и 1,5% је имало гојазност III степена ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$). Просечна вредност ИТМ износила је $27,5 \pm 5,38 \text{ kg/m}^2$.

Највећа учесталост депресивне епизоде (25,4%) и благих депресивних симптома (27,1%) присутна је у категорији потхрањених (Табела 4.4.1.1.).

Табела 4.4.1.1. Преваленција депресије и навике у исхрани

Степен ухрањености	без симптома депресије		благих депресивних симптома		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
потхрањени	28	47,5	16	27,1	15	25,4	
нормално ухрањени	677	72,8	164	17,6	89	9,6	
предгојазни	1041	77,9	197	14,7	98	7,3	< 0,001
гојазни	697	72,5	185	19,3	79	8,2	
ИТМ (kg/m^2) ($\bar{x} \pm SD$)	27,51 \pm 5,05		27,83 \pm 5,85		26,77 \pm 6,82		

* Chi-square test

4.5.2. Пушење и конзумирање алкохола

Нешто више од половине становништва старости 65 и више година (58,8%) никада није пушило, док је 41,2% испитаника пушила и то 32,9% су били свакодневни пишачи, а 8,3% испитаника повремено пушачи. Више од половине испитаника је пушило 20 и више цигарета дневно.

Постоји значајна разлика у присуству депресивних симптома у односу на пушачки статуса и број попушених цигарета. Готово сваки пети испитаник (19,1%) који је икада пушио испољава благе депресивне симптоме, односно сваки десети испитаник је имао депресивну епизоду (10%). Присуство депресивне епизоде је значајно чешће код особа које пуше 20 и више цигарета дневно (12,4%) у односу на оне који пуше мање од 20 цигарета (5,1%). Присуство благих депресивних симптома је такође учесталије (17,2%) у категорији испитаника који пуше 20 и више цигарета дневно у односу на оне који пуше мање од 20 цигарета (13,1%) (Табела 4.4.2.1.).

Табела 4.4.2.1. Преваљенција депресије и пушење цигарета

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Да ли сте икада пушили							
да	1334	70,9	359	19,1	188	10	< 0,001
не	881	78,4	158	14,1	85	7,6	
Тренутни пушачки статус							
пушач	280	76,7	55	15,1	30	8,2	0,874
бивши пушач	791	78,7	138	13,7	76	7,6	
непушач	519	79,5	86	13,2	48	7,4	
Број попушених цигарета							
<20 цигарета	162	81,8	26	13,1	10	5,1	0,013
≥20 цигарета	131	70,4	32	17,2	23	12,4	

* Chi-square test

Када је у питању конзумирање алкохола, готово сваки пети испитаник старости 65 и више година конзумира алкохол најмање једном недељно и више (19,5%), 18,7% се

изјаснило да алкохол узима 1-3 дана месечно и мање, док се 63,8% испитаника изјаснило да у последњих 12 месеци није конзумирало алкохол.

Преваленција депресије се значјно разликовала у односу на учесталост конзумирања алкохолних пића ($\chi^2=125,082$ $df=4$, $p<0,001$). Особе које никада нису конзумирале алкохол, или нису конзумирале алкохол у последњих 12 месеци у највећем проценту имају депресивну епизоду (11,7%) за разлику од оних који најмање једном недељно и више конзумирају алкохол који у најмањем проценту испољавају депресивну епизоду (3,0%). Нема статистички значајне разлике у испољавању депресивних симптома у односу на просечан број у току једне недеље и конзумирању шест или више пића током једне прилике (Табела 4.4.2.2.).

Табела 4.4.2.2. Преваленција депресије и конзумирање алкохола

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		P
	N	%	N	%	N	%	
Конзумирање алкохола							
Никада или не у последњих 12 месеци	1254	67,5	387	20,8	217	11,7	< 0,001
1-3 дана месечно и мање	423	82,3	65	12,6	26	5,1	
Једном недељно и више	479	89,0	43	8,0	16	3,0	
Конзумирање 6 или више пића током једне прилике							
Никада или не у последњих 12 месеци	44	86,3	5	9,8	2	3,9	0,994
1-3 дана месечно и мање	215	84,6	29	11,4	10	3,9	
Једном недељно и више	530	85,8	65	10,5	23	3,7	
Просечан број пића и току једне недеље							
Два пића дневно и мање	327	88,9	29	7,9	12	3,3	0,770
3 пића дневно и више	69	87,3	8	10,1	2	2,5	

* Chi-square test

4.6. Депресија и коришћење здравствене заштите

4.6.1. Депресија и коришћење примарне здравствене заштите

Учесталост коришћења услуга на нивоу примарне здравствене заштите се значајно разликује у односу на присуство симптома депресије код испитаника старости 65 и више година.

Особе са депресијом чешће користе услуге изабраног лекара (89,1%) и оставарују просечно већи број посета код изабраног лекара (1,33) у односу на особе које су без симптома депресије (1,04). Испитаници који су имали благе депресивне симптоме такође су значајно чешће користили услуге код свог изабраног лекара (92,1%) у односу на оне чија вредност PHQ-8 скорa указује да немају симптоме депресије (86,0%).

Када су у питању специјалистичко-консултативне услуге на нивоу примарне здравствене заштите, испитаници са депресивном епизодом (65,3%) и благим симптомима депресије (65,0%) су у већем проценту користили услуге лекара специјалисте у последњих 12 месеци у односу на особе без симптома депресије (54,0%).

Посете психијатру, психологу или психотерапеуту су пет пута чешће код особа са депресијом (15,2% : 3,0%), односно три пута су учесталије посете код особа са благим симптомима депресије (8,6% : 3,0%).

Услуге кућне неге су седам пута учесталије код особа са депресивном епизодом (16,4% : 2,3%), односно три пута фреквентније код особа са благим депресивним симптомима (6,4% : 2,3%).

Испитаници са депресивном епизодом (18,4% : 7,2%), као и испитаници са благим депресивним симптомима (27,7% : 7,2%) у значајно већем проценту користе услуге хитне медицинске помоћи у односу на оне који не пријављују симптоме депресивности (Табела 4.5.1.1.).

Табела 4.5.1.1.Преваленција депресије и коришћење примарне здравствене заштите

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
Услуге изабраног лекара							
да	2084	86,0	551	92,1	294	89,1	< 0,001
не	340	14,0	47	7,9	36	10,9	
Просечан број посета	1,04		1,19		1,33		
Посете лекару специјалисти							
пре мање од 12 месеци	1363	54,0	400	65,0	224	65,3	< 0,001
пре 12 месеци и више	1043	41,3	206	33,5	115	33,5	
никада	120	4,8	9	1,5	4	1,2	
Посете код психолога, психотерапеута, психијатра							
да	77	3,0	53	8,6	53	15,2	< 0,001
не	2485	97,0	564	91,4	296	84,8	
Услуге кућне неге							
да	59	2,3	40	6,4	58	16,4	< 0,001
не	2506	97,7	581	93,6	296	83,6	
Услуге хитне помоћи							
да	185	7,2	114	18,4	98	27,7	< 0,001
не	2380	92,8	507	81,6	256	72,3	

* Chi-square test

4.6.2. Коришћење стоматолошке здравствене заштите

Разлике у преваленцији симптома депресије у односу на коришћење услуга стоматолошке здравствене заштите су високо статистички значајне ($\chi^2=21,020$, $df=6$, $p=0,002$). Особе са депресивном епизодом у мањем проценту посећују стоматолога (6,0% : 9,7%) у последњих шест месеци од истраживања, односно у готово двоструко већем проценту никада нису користили услуге стоматолошке здравствене заштите у односу на особе без присуства депресивних симптома (5,1% : 2,6%) (Табела 4.5.1.2.).

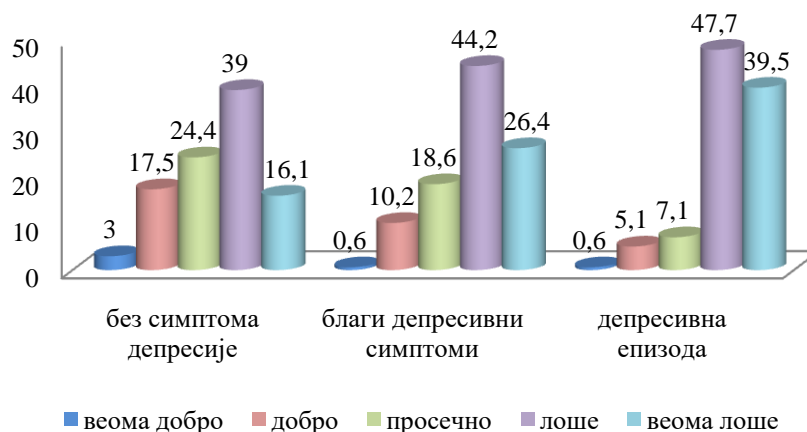
Табела 4.5.1.2. Преваленција депресије и коришћење стоматолошке здравствене заштите

Посета стоматологу	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
	пре мање од 6 месеци	240	9,7	46	7,7	20	
пре 6-12 месеци	190	7,7	36	6	15	4,5	
пре 12 месеци и више	1980	80	488	81,9	279	84,3	
никада	64	2,6	26	4,4	17	5,1	

* Chi-square test

Старије особе са депресивном епизодом имају негативнију оцену свог оралног здравља (87,2%) у односу на особе без симптома депресије, које имају позитивнију перцепцију оралног здравља (20,5%) ($\chi^2=212,851$, $df=8$, $p< 0,001$) (Графикон 4.5.1.1.).

Графикон 4.5.1.1. Преваленција депресије и перцепција оралног здравља



4.6.3. Депресија и коришћење услуга стационарне здравствене заштите

Коришћење услуга болничког лечења је статистички значајно чешће међу особама са депресијом. Сваки четврти испитаник са депресивном епизодом (26,8%) је у последњих годину дана био на болничком лечењу у поређењу са сваким десетим испитаником (11,2%) без депресивних симптома ($\chi^2=90,817$ $df=2$ $p=0,000$). Такође, просечна дужина болничког лечења је значајно већа код особа са депресијом, тј. просечан број ноћи проведених у болници код особа са депресијом износи 21,4, док је

код особа без симптома депресије дужина болничког лечења значајно краћа и износи просечно 15,6 ноћи. Услуге дневне болнице ради дијагностике, лечења и пружања других здравствених услуга готово двоструко чешће користе особе са депресивном епизодом (23,7%) у односу на особе без депресивних симптома (13,3%) ($\chi^2=34228$ $df=2$ $p=0,000$). Просечан број коришћених услуга дневне болнице значајно је већи код особа са депресијом (Табела 4.5.1.3).

4.5.1.3. Преваленција депресије и коришћење услуга болничке здравствене заштите

	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p*
	N	%	N	%	N	%	
Болничко лечење							
да	287	11,2	134	21,6	95	26,8	< 0,001
не	2278	88,8	487	78,4	259	73,2	
Број ноћи проведених у болници	15,6		16,2		21,4		< 0,001
Дневна болница							
да	340	13,3	118	19	84	23,7	< 0,001
не	2225	62,9	503	14,2	270	7,6	
Број коришћења дневне болнице	4,7		4,9		8,3		< 0,001

* Chi-square test

4.6.4. Употреба лекова

Особе са депресивним симптомима значајно чешће користе лекове које им је прописао лекар (92,4%) у односу на особе без симптома депресије (80,4%) ($\chi^2=78,822$, $df=2$, $p<0,001$). Са друге стране, особе са депресивном епизодом у мањем проценту користе лекове који нису прописани од стране лекара у односу на остале испитанике, али ова разлика нема статистичку значајност ($\chi^2=4,010$, $df=2$, $p<0,135$).

У односу на врсту лекова а која није прописана од стране лекара, особе са депресивним симптомима су значајно чешће користиле лекове против болова (72,1%), лекове за лечење одређених болести (40,7%), за смирење (33,7%), за несаницу (31,4%) и лекове против затвора (14%) (Табела 4.5.4.1).

4.5.1.1. Преваленција депресије и коришћење лекова

Коришћење лекова	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		P
	N	%	N	%	N	%	
	коришћење лекова које је прописао лекар	2062	80,4	574	92,4	327	
коришћење лекова које није прописао лекар	503	19,6	47	7,6	27	7,6	0,135
врста непрописаних лекова							
витамини и минерали	308	51,7	78	46,4	45	52,3	0,462
биљни препарати	205	34,4	59	35,1	32	37,2	0,874
против болова	345	57,9	124	73,8	62	72,1	< 0,001
за лечење одређених болести	123	20,6	48	28,6	35	40,7	< 0,001
антибиотици	62	10,4	12	7,1	10	11,6	0,388
за притисак	95	15,9	27	16,1	18	20,9	0,5
за смирење	85	14,3	45	26,8	29	33,7	< 0,001
за несаницу	50	8,4	37	22,0	27	31,4	< 0,001
за варење	50	8,4	20	11,9	16	18,6	0,009
против затвора	12	2,0	5	3,0	12	14,0	< 0,001

* Chi-square test

Применом мултиваријантне логистичке регресије анализирана је повезаност између присуства депресивних симптома и коришћења здравствене заштите. Испитаници који су имали депресивне симптоме 2,2 пута су чешће користили услуге лекара специјалисте (OR=2,26), три пута већу шансу да користе услуге кућног лечења (OR=3,17) да посете психотерапеута или психијатра (OR=2,99).

Особе женског пола са симптомима депресије су 2,7 пута учесталије користиле услуге психијатра, психолога и психотерапеута (OR=2,72) и 2,5 пута чешће посећивале специјалистичко-консултативне службе (OR=2,59). Са друге стране, мушкарци са депресивним симптомима су значајно учесталије користили услуге психијатра, психолога и психотерапеута (OR=3,57), 3,5 пута учесталије користили лекове (OR=4,6) и 3 пута чешће услуге хитне медицинске помоћи (OR=3,02) у односу на особе које нису пријављивале ове симптоме (Табела 4.5.1.2).

Табела 4.5.1.2. Регресиони модел за присуство депресије код стариху односу на на коришћење здравствене заштите

	укупно	жене	мушкарци
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Болничко лечење	1,45 (1,16-1,82)**	1,32 (0,98-1,78)	1,93 (1,34-2,76)**
Посете код изабраног лекара	1,04 (0,77-1,41)	1,17 (0,81-1,69)	0,77 (0,05-1,34)
Посете код лекара специјалисте	2,26 (1,14-4,48)*	2,59 (1,13-5,91)*	1,86 (0,55-6,27)
Посете код психолога/психијатра	2,99 (2,15-4,15)**	2,72 (1,81-4,11)**	3,57 (2,05-6,19)**
Услуге хитне помоћи	2,37 (1,87-3,02)**	2,04 (1,50-2,77)**	3,02 (2,03-4,48)**
Услуге кућног лечења	3,17 (2,21-4,57)**	3,15 (2,03-4,89)**	2,65 (1,35-5,19)
Услуге дневне болнице	1,21 (0,97-1,51)	1,11 (0,84-1,47)	1,42 (0,98-2,05)
Употреба лекова	2,62 (1,88-3,67)**	1,72 (1,13-2,63)*	3,46 (1,91-6,27)**
Стоматолог	0,63 (0,53-0,75)**	0,63 (0,51-0,78)**	0,57 (0,41-0,79)**

** p < 0,001 * p < 0,005

4.7. Депресија и изложеност физичком и психичком насиљу

У години која је претходила истраживању, 3,2% испитаника је изјавило да је било изложено психичком малтретирању, док је 1,0% испитаника изјавило да је претрпело физичко злостављање.

Када је у питању повезаност физичког насиља у породици са присуством симптома депресије, старије особе које су претрпеле физичко насиље у породици 4,5 пута чешће пријављују симптоме депресије (2,7%) у односу на оне код којих није било насиља у породици (0,6%) ($\chi^2=19,964$, $df =2$, $p<0,001$). Повезаност депресије са физичким насиљем на улици и на радном месту не показује статистички значајну повезаност.

Особе са депресијом су у 6,9% биле изложене психичком малтретирању у породици (вређање, понижавање, омаловажавање, исмвање, уцењивање), што је скоро три пута већа учесталост у односу на оне без депресивних симптома (2,4%) ($\chi^2=17201$,

df =2, p<0,001). Такође особе које су претрпеле психичко насиље на улици чешће испољавају депресивне симптоме (5,2% : 2,2%) (Табела 4.7.1).

Табела 4.7.1. Преваленција депресије у односу на изложеност физичком и психичком насиљу

Физичко и психичко насиље	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
	физичко насиље у породици	12	0,6	10	2,1	7	
физичко насиље на радном месту	1	0,1	1	0,3	0	0	0,426
физичко насиље на улици	20	1	5	1,2	3	1,3	0,925
психичко насиље у породици	50	2,4	21	4,5	17	6,9	< 0,001
психичко насиље на радном месту	10	0,6	2	0,5	0	0	0,554
психичко насиље на улици	41	2,2	7	1,6	12	5,2	0,01

На питање уколико сте у последњих 12 месеци били изложени неком физичком или психичком насиљу да ли сте се некоме обраћали за помоћ, 19,2% испитаника са депресијом је изјавило да се обратило здравственом раднику за помоћ и та разлика је статистички значајна ($\chi^2=17,886$, df =2, p<0,001) (Табела 4.7.2)

Табела 4.7.2. Преваленција депресије у односу на обраћање за помоћ услед изложености физичком и психичком насиљу

Обраћање за помоћ	без симптома депресије		благи депресивни симптоми		депресивна епизода		p
	N	%	N	%	N	%	
	социјалном раднику	6	2,5	1	1,7	2	
здравственом раднику	2	1,4	2	4,5	5	19,2	< 0,001
СОС служби	1	0,7	0	0,0	1	3,8	0,252
полицији	19	12,8	10	21,3	5	17,2	0,343
детету, рођаку, пријатељу	19	13,4	5	12,2	6	22,2	0,443

5.ДИСКУСИЈА

Почев од шездесетих година прошлог века, све већи број земаља спроводи периодична национална испитивања здравља (health survey) на репрезентативном узорку становништва и на тај начин добија драгоцене податке о социјално-економским одредницама здравља, здравственом стању становника, животним стилевима, коришћењу здравствене заштите или факторима ризика за настанак хроничних незаразних болести од већег јавноздравственог значаја. Истраживање здравља становништва Србије 2013. године је треће национално истраживање здравља становништва које је спровело Министарство здравља Републике Србије. Прво овакво истраживање је обављено 2000. године, а друго 2006. године. Методологија истраживања здравља становништва Србије 2013. године је у потпуности усклађена са методологијом другог таласа истраживања здравља у европским земљама, којим се прати велики број статистичких показатеља који се односе на здравље становништва, а у циљу максималног степена упоредивости резултата на међународном нивоу.

Истраживање здравља је урађено као студија преваленције (cross-sectional study) на репрезентативном, случајном узорку Републике Србије. С обзиром на врсту студије, ограничавајућа околност јесте тешко утврђивање узрочно-последичних веза између варијабли, као и немогућност сагледавања индивидуалних промена у здрављу испитаника које су се могле јавити од момента истраживања. Ипак, значај истраживања здравља спроведених на овај начин огледа се у репрезентативности и величини узорка, као и добијању веома важних податка који нам нису доступни из рутинске здравствене статистике. Подаци из истраживања здравља омогућавају евалуацију политика и програма здравствене заштите у периоду између два истраживања, праћење и идентификацију приоритетних здравствених проблема и реализацију одговарајућих мера и активности за унапређење и очување здрављастановништва, формулисање циљева здравствене политике и дефинисање стратегија развоја здравственог система.

Депресивни поремећаји су један од најчешћих менталних поремећаја који се јавља код популације старије животне добе. Претходне студије створиле су недоследне налазе о преваленцији менталних болести међу старијим одраслим особама (80), мада већина студија извештава о повећању стопе преваленције депресије у старости (54, 68, 81).

Методолошке разлике обухваћених студија резултирале су широким распонем стопа преваленције. СЗО процењује да се укупна стопа преваленције депресивних поремећаја код старије популације креће у распону између 10 и 20% (7, 82).

Претходне студије користећи различите дизајне утврдиле су стопу преваленције депресивних симптома код старих у распону од 4,5% до 49% (39,83,84). У недавном прегледу литературе од 122 радова из ове области, Djernes је утврдио да се пријављена преваленца депресије кретала у сличном распону од 1% до 49% (85).

Lipra и сарадници су у свом прегледу литературе показали да учесталост велике депресије у популацији старости 75 и више година варира у распону од 4,6% до 9,3%, а осталих депресивних поремећаја од 4,5% до 37,4% (86). Стопе клинички релевантних симптома депресије варирају у распону од 7,2% до 49% код ове популације (85,87).

Метаанализа Volkerta и сарадника која је укључила 25 студија које су садржале податке из 15 разлитих земаља (2 северноамеричке и 13 европских земаља), а која је имала за циљ да утврди преваленцију менталних поремећаја код људи старости 50 до 85 година, показала је да је годишња преваленција депресије у овој популацији 16,5%, односно 3,3% за велику депресију (83). Међутим, такође се истиче да стопе треба посматрати с опрезом јер су ови поремећаји у старијој популацији недовољно истражени.

EURODEP је, комбинујући податке из 14 истраживачких група у 11 европских земаља, утврдио да је укупна учесталост депресије 12,3% у узорку од 22.570 одраслих старијих од 65 година (30). Систематски преглед доступне литературе Polyakova и сарадника, који је у анализу укључио 23 оригинална истраживачка чланка, показао је да се преваленција депресије у каснијој животој доби кретала од 0 до 18,6%, при чему је присутна код 7,7% старијих особа који траже примарну здравствену заштиту, 10,4% оних који живе у заједницама и 14,4% оних који су на болничком лечењу (88).

Резултати нашег истраживања показују да је укупно 10% становништва Србије старости 65 и више година имало депресивну епизоду, док је њих 17,5% имало благе депресивне симптоме (субсиндромална депресија). Студија Перковића и сарадника спроведена у Босни и Херцеговини утврдила је готово једнаку учесталост депресије код старих 10,3% (48). Сличне резултате нашим утврдила је студија спроведена у Шпанији на 6 520 испитаника старости 65 и више година где је утврђено да 12,6% испитаника има депресивну епизоду, од којих је велики депресивни поремећај имало 6,2% старих (17). Сличне резултате налазимо и у извештајима Центра за контролу и превенцију болести (CDC) у САД, а који су показали да је 9,1% старијих особа у САД

имало депресију (90). Међутим, подаци из Националне анкете о здрављу и исхрани, спроведене од 2005. до 2008. године указују на већу стопу преваленције депресије (21,6%) у САД (91).

Студије менталног здравља у заједници у Индији откриле су да стопа преваленције депресивних поремећаја код старије индијске популације варира између 13% и 25% (82).

Студија коју је спровео Алу са сарадницима у Египту на узорку од 1 027 испитаника старости 60 и више година је утврдила дакупан број оболелих од депресије у овој популацији чак 62,7% (32). Истраживање спроведено у Ирану на узорку од 1350 испитаника старости 60 и више година утврдило је вишу стопу преваленције депресије (36,7%) у односу на наше истраживање (54). У односу на резултате нашег истраживања, већи број оболелих од депресије утврђен је и у Грчкој (27%), Кореји (30,3%), Кини (22,7%), Мексику (29,1%) и Турској (45,8%). (92-94, 25, 95).

Велике варијације код старије популације у преваленцији депресије на глобалном нивоу међу земљама могу се објаснити различитим методолошким приступима, односно различитим дефинисањем депресије и критеријума за постављање дијагнозе, употребом различитих мерних алата и техника, величине узорка, распона година, као и културолошким и социодемографским карактеристикама проучаване популације (83). Широке варијације у преваленцији депресије касног живота међу друштвима подвлаче потребу да се детаљније истражи утицај социјалног окружења на настанак и ток депресије код старијих људи изван фактора биолошког ризика (16).

Уопштено, у свим спроведеним истраживањима истраживачи су нагласили две битне тачке: врло високу преваленцију депресивних симптома код старије субпопулације одраслог становништва, уз више стопе преваленција депресије код жена него код мушкараца (96, 97).

Анализа према полу је показала да је двоструко већа учесталост депресије у популацији жена у односу на мушкарце, што потврђују и резултатимногих претходно спроведених истраживања у већини земаља широм света, која указују на већу преваленцију депресије код особа женског пола (17, 32, 46, 75).

Већина спроведених студија преваленције на националном нивоу указује да је распрострањеност депресије приближно 1,5–2 пута већа код жена него код мушкараца, али постоји значајна међунационална варијација у овом родном јазу (98-100). Полне разлике у депресији су највеће у неким земљама источне и јужне Европе, а најмање у Ирској, Словачкој и неким нордијским земљама. Хијерархијски линеарни модели

показују да социо-економски и породични фактори умањују однос између пола и депресије. Нижи ризик од депресије повезан је код оба пола са браком и заједничким животом са партнером, као и са генерално добрим социо-економским положајем (101).

Pilania и сарадници у својој студији наводе да старије жене имају 2,7 пута већу шансу да испоље депресивне симптоме у односу на популацију мушкараца исте старосне доби (102). Слично томе, Sendra-Gutiérrez и сарадници су закључили да је преваленција депресије међу женама значајно већа него код мушкараца (16,8% према 7,1%) (17). Слично истраживање у Шпанији које је спровео Guallar-Castillón је утврдило да је преваленција депресије била већа међу женама (57% према 37,6%) (103). Такође, студија спроведена у Тајвану на 1500 испитаника старости 65 и више година је показала да су депресивни поремећаји 2,1 пута учесталији код жена (OR = 2,7, CI. 2,1–3,6) (104). Истраживање спроведено у Ирану на узорку од 1350 испитаника старости 60 и више година утврдило је вишу стопу преваленције депресије код жена (42,5%) и 30,2% код мушкараца при чему је однос вероватноће за депресију код жена био 1,5 пута већи у поређењу са мушкарцима (54).

Супротно овим резултатима, Истраживање спроведено у Босни и Херцеговини показало је већу учесталост депресије међу мушким испитаницима (48).

Истраживања су показала да се већа преваленција депресије код жена може објаснити физичким, психолошким особинама али и факторима окружења као што су неједнаке могућности за школовање и касније запослење, економска фрагилност и зависност, сиромаштво, отежан приступ кључним институцијама и друштвеним ресурсима, самачки живот, већи ризик од насиља у породици (98, 101). Жене су више подложне развоју депресије, нарочито у дубокој старости јер губе своју традиционалну улогу домаћице због функционалних оштећења (102).

Стога је веома важно испитивање родних разлика у основним психолошким функцијама, у контексту развојних транзиција и окружења, сагледавање променљивих социо-економских и културних кретања у факторима који доприносе родном јазу, као и утицај тих трендова на промене у испољавању симптома у оквиру психопатологије код мушкараца и жена (105).

Разлике између пола у депресивним симптомима су детаљно документоване, при чему су жене пријавиле већи број депресивних симптома од мушкараца. Међутим, мало је студија које нуде објашњења зашто такав јаз постоји, што даје простора за детаљнија истраживања на том пољу (106).

Да је старије животно доба значајан предиктор депресије, да преваленција депресије значајно расте са годинама и да је висока у најкаснијем животу, говоре подаци многих студија (107). Као главни разлог повезаности старости и депресије наводи се пре свега веће присуство физичких здравствених проблема али и промена у начину живота и функционисања у смислу пензионисања, лошег материјалног статуса, неадекватне социјалне подршке, смрти блиских особа, што доприноси појави једне нове животне слике која последично доводи до појаве депресије (108).

Када се посматра старосни континенти старих, резултати спроведеног истраживања у Србији су показали да је преваленција депресије највећа у старосној групи 80 и више година.

Међутим резултати претходних студија су неконзистенти. Највећа преваленција депресије у претходним студијама утврђена је међу испитаницима старости 65–74 у Кини (46), и старости 80–85 година у Немачкој (109). Студија коју је спровео Алу са сарадницима у Египту на узорку од 1 027 испитаника старости 60 и више година је показала да је већина учесника (95,9%) у старосна група 90 или више година патила од депресије у поређењу са 26,6% учесника млађих од 70 година година (32).

Наши истраживање указује да је највећи проценат депресивних био међу особама које никада нису биле у браку или ванбрачној заједници (18,6%), док је најмањи проценат оних са депресијом међу испитаницима који су у браку (6,9).

У литератури се могу наћи подаци који указују на различите преваленције депресије у односу на брачни статус, са вишом преваленцијом депресије код особа које нису у брачној заједници, што се може објаснити тиме да брак омогућава социјалну, финансијску и пре свега емоционалну подршку неопходну за превазилажење свакодневних животних потешкоћа са којима се људи сусрећу (110,111).

Резултати друге студије показују да су мушкарци разведени и удовци пријављивали веће стопе депресивних симптома него мушкарци у браку за разлику од жена старосне доби од 75 до 85 година међу којима нису утврђене значајне разлике између оних које су биле у браку у односу на оне које су биле удовице, разведене или раздвојене (112).

Мада је мало студија које су испитивале везу депресије и старих у односу на то да ли потичу из урбаних или руралних подручја, неколико студија је указало на то да је депресија чешћа у руралним срединама, као што су рурална подручја Кина и Индије (102,46), што се подудара са резултатима нашег истраживања где је већа преваленција депресије забележена у осталим насељима (12,5%) у односу на градска насеља (8,7%).

Ово одражава чињеницу да је рурално становништво суочено са више здравствених проблема и ограниченим приступом здравственим услугама због лоше приступачности и недостатка редовног прихода, што сугерише да треба обратити већу пажњу на ментално здравље у руралним срединама, посебно међу онима који живе сами (46). Млади људи који би иначе пружали подршку старијим особаманепрестано се селе у градове у потрази за послом, па је депресија чешћа у руралним подручјима (14).

Насупрот овим, резултати мултиваријантне логистичке регресије у студији коју је спровела El-Gilануса сарадницима, издвојили су да је живот у граду важан независни предиктор депресије међу старијим становницима (OR=5,2, CI=3,2–8,4), поред женског пола, животних стресора, функционалне зависности старих и поремећеног брачног живота (40).

Подаци из литературе указују на значајну повезаност депресије и социо-економског статуса испитаника (54,68,71,109).

Применом регресионог модела утврђено је да особе са најнижим степеном образовања имају три и по пута већу шансу да испоље депресивне симптоме у односу на особе са вишим или високим степеном образовања, што је у складу са резултатима спроведених студија у Пакистану (96), Америци (113) и Грчкој (92) који указују да је депресија најприсутнија међу најмање образованим. Објашњење лежи у чињеници да нижи ниво образовања ускраћује могућност за бољим послом и вишим материјалним приходима, могућност за бољу социјалну интеграцију и усвајање здравих стилова живота.

У односу на радни статус, преваленција депресије је била највиша међу испитаницима који су неспособни за рад (36,4%) и међу незапосленима (16,8%). Најмања учесталост симптома депресије је међу старијима који су запослени (5,0%) и онима који су остварили право на пензију (9,0%).

Резултати претходних истраживања су указали да је повећан ризик за развој симптома депресије примећен код свих врста нестандартних радника, као што су радници на привременом и дневном раду, радници са непуним радним временом. Свакако депресија утиче и на продуктивност рада. Више од половине оптерећења социјалним трошковима резултат је смањене продуктивности рада услед болести. С друге стране душевну болест погоршава одлазак с радног места што је случај код пензионисања старијих радника (114). Проспективна студија из Европе известила је да су радници са депресијом пензионисани две године раније него радници без депресије. Ови резултати су упозорење за решавање социјалних проблема са којима

се суочавају старији радници. Чак и ако се радници не пензионишу, одсуствовање с посла због депресије може трајно смањити продуктивност рада (115).

Резултати студије из САД-а известили су да се због симптома и понашања везаног за депресивни поремећај може изгубити скоро четири сата продуктивног рада недељно. Штавише, депресивно расположење радника који има блиске односе са сарадницима може утицати и на оптерећење посла и код сарадника. Међутим, професионални фактори повезани са депресијом код старије популације нису тако често проучавани као други фактори ризика. Добро осмишљена мета-анализа истакла је ниско задовољство послом као ризик за менталне болести. Поред тога, друго истраживање је указало да економски неадекватан посао може носити са собом 2-4 пута већи ризик од депресије. Пословна несигурност и промена статуса запослености повећава ризик од депресије и анксиозности за више од три пута (116).

Многестудије су указале на повезаност између детерминанти као што су здравственостање и економске тензије, са појавом депресивних симптома код старих. Депресија касног живота повезана је са здравственим и социјално-економским факторима на које треба обратити пажњу, посебно у регионима економских недостатака и неадекватне здравствене заштите. Веза између симптома депресије који се јављају у старијој животној доби, сиромаштва и опаженог здравственог стања мало је проучавана те величина проблема остаје у великој мери непозната и постоји хитна потреба да се истражи ово подручје (116). Учесталост симптома депресије у актуелном истраживању је у обрнутој пропорционалности са материјалним статусом испитаника. Више вредности скорa бележе се међу сиромашнијим слојевима испитаника, па је преваленција депресије чак 3,5 пута већа међу најсиромашнијима (14,1%) у односу на најбогатији слој старијег становништва (4,0%).

Присуство хроничног бола може проузроковати бројне проблеме који воде развоју и интензивирању симптома депресије, али и присуство депресије, са друге стране може узоковати физичку бол. Испитивањем могуће везе између појаве симптома депресивних поремећаја и присуства и интензитета хроничног бола, физичке активности и квалитета сна, показало је да старије особе са депресивним симптомима имају већи интензитет бола, лошији квалитет сна и мањи интензитет физичке активности. Запажено је да пацијенти са хроничним болом имају депресију у већем проценту (30% до 54%) (3). Присуство и интензитет хроничног бола различитог порекла може утицати на обављање свакодневних дневних активности које представљају рутину

и који јој онемогућавају учествовање у уобичајеним друштвеним активностима. Такође, тешка стања праћена болом већег интензитета повезана су са већом учесталошћу суицидалних мисли, покушајима самоубиства и самоубиством (88). Наши резултати такође показују значајну повезаност између присуства симптома депресије и присуства бола. Тако, код старијих испитаника који су пријавили присуство веома интензивног бола у месецу који је претходио истраживању чак 42,7% испитаника је имало депресивну епизоду, за разлику од оних који нису имали бол код којих је свега 2,2%

Резултати овог истраживања су показали да је депресивну епизоду имала свака трећа особа са можданом ударом (30.1%), свака пета особа са инфарктом миокарда (20,0%) и артрозом (18.6%).

Претходне студије су недвосмислено указале на значајну везу између присуства хроничних болести и стања и поремећаја расположења код старијих особа, указујући да је депресија високо коморбидни поремећај. Било која хронична болест или стање, посебно уколико је болно, онеспособљавајуће или угрожава живот, може бити повезана са настанком и присуством депресије или погоршања симптома постојеће депресије. Са друге стране, поремећаји расположења који могу ићи до појаве великих и тешких депресивних епизода могу претходити појави хроничних болести и стања и утицати на њихов ток и исход (22,118).

Иако су резултати многих истраживања показала да природа односа између хроничних болести и стања и депресивних симптома може бити различита код различитих хроничних болести, број хроничних болести је снажније повезан са симптомима депресије него било која специфична дијагноза (35). Добро је познато да се преваленција депресије повећава са бројем хроничних болести (68.). Moussavi је у свом раду показао да је учесталост симптома депресије код испитаника који су имали две или више хроничних болести и стања (мултиморбидитет) била 23% док је у популацији одраслих без хроничних болести и стања учесталост депресије свега 3,2% (66). NESDO студија је утврдила да је током двогодишњег праћења присуство кардиоваскуларних, мускулоскелетних болести и број соматских болести значајно повезан са депресивним поремећајем (67). За сваку додатну хроничну болест, шанса за развој умерене до тешке депресије се повећава за 92% (68).

До сада је неколико студија истраживало утицај коморбидитета на депресију код старих особа, као и однос између специфичних хроничних болести и депресије при чему се дошло до резултата који су показали да постоји велика повезаност између депресивних симптома и одређених хроничних болести, посебно ангине, инфаркта

миокарда и možданог удара (119,120). Поред тога, студије које су показале повезаност депресије са реуматоидним артритисом, лупусом, остеоартритисом, системским болестима, реуматолошким поремећајима, ортопедским траумама, Алцхајмеровом болешћу (121-125). На пример, 18-28% одраслих особа са дијабетесом, 16.7% особа са повишеним крвним притиском доживи депресију (119). Такође, пацијенти са дијабетесом, васкуларним болестима и раком који имају депресију имају тенденцију да умру 5 до 10 година раније него пацијенти без икаквих психијатријских болести (122). Сходно томе, може се рећи да постоји узајамна повезаност између хроничних болести и депресивних симптома, са последичним повећањем инвалидности и економског оптерећења (94). Адекватна процена депресивних симптома код пацијената са придруженим морбидитетним стањима је веома тешка због суперпозиције симптома, као што су умор, губитак апетита, бол, несаница и слабо расположење, па је неопходно обратити посебну пажњу приликом препознавања и дијагностиковања депресије (123).

На крају, мора се узети у обзир да депресивни синдром могу пратити скоро све хроничне болести што свакако доводи до лошијег тока, придржавања третмана, лошег квалитета живота и повећане смртности и инвалидитета (121).

Кардиоваскуларне болести често коегзистирају са психијатријским поремећајима, али могу се развити и као компликација психијатријских проблема и обрнуто. Поређењем смртности међу срчаним болесницима са депресијом упоређењу са онима без, утврђено је да је троструко већа смртност међу онима са депресијом. Са друге стране хипертензија, као фактор ризика за срчане болести јавља се чешће код пацијената са депресивним симптомима.

Распрострањеност депресије код пацијената са дијабетесом је у распону између 11% и 31%, а присуство дијабетеса носи двоструко већи ризик од депресије. Код пацијената са неопластичном болешћу, повезаност са депресијом је јасна и очигледна (119). Присутност депресије повећава ризик од možданих удара, док се са друге стране након možданог удара депресија јавља у око 19% до 23% пацијената (120).

Једно од релевантних питања код старих особа са дијагнозом депресије односи се на самоуништење које може ићи до самоубиства. Многе студије идентификовале су јаку повезаност између идеје, покушаја и самоубиства код старих особа са депресијом. Запажено је да старије жене више размишљају о самоубиству, али су мушкарци ти који најчешће изврше самоубиство (117). Присутност неопластичних болести, неуродегенеративних, урогениталних и кардиопулмоналних болести су

значајан фактор ризика за самоубиство у популацији старих. Резултати показују да је чак 63% оних који су извршили самоубиство патило од депресије, док је 77% је патило од неких психијатријских поремећаја. Такође, старији од 80 година су најчешће склони размишљањима, покушајима самоубиства и самоубиствима. С друге стране, депресија повезана са другим клиничким стањима, погоршава опоравак, што доводи до компликација и ризика од смрти који је четири до пет пута већи у поређењу са популацијом која нема ову дијагнозу (89).

Да социјална подршка има јак утицај на појаву депресивних симптома код старих говоре многе студије. Пензионисање са своје стране утиче на смањење прихода и на смањење психосоцијалне подршке што значајно утиче на стопу депресије код старије популације (115). Старе особе које живе у породичном окружењу, које се посећују са пријатељима и рођацима као и они који на адекватан начин проводе своје слободно време имају мањи ризик од депресије. Лоша друштвена мрежа, губитак блиског рођака или сарадника може да доведе до настанка депресије код старе особе, а са друге стране депресија може допринети смањењу квалитета социјалних активности (124, 125).

Резултати нашег истраживања говоре у прилог томе да је преваленција депресије значајно већа међу особама које немају адекватну социјалну подршку. Међу старијим особама које су имале лошу социјалну подршку сваки четврти испитаник је имао депресивну епизоду (27,3%), за разлику од тек сваког дванаестог испитаника са јаком социјалном подршком (8,7%). Подстицање појединаца да започну, одржавају и шире друштвени ангажман у касном животу могло би помоћи у смањењу депресивних симптома (126).

Самопроцена здравља је још један од предиктора депресије код старих лица. Студије говоре да они који своје здравље процењују као лоше у већем степену испољавају депресивне симптоме у односу на оне који своје здравље оцењују као добро или врло добро (127-129).

Резултати овог истраживања указују да особе које имају негативнију перцепцију свог здравља имају чак 18 пута већу вероватноћу присуства депресивних симптома у односу на особе које своје здравље оцењују позитивно. Такође старији мушкарци који своје здравље субјективно оцењују као веома лоше и лоше имају чак 28 пута већу вероватноћу да имају депресију, док жене које лоше процењују сопствено здравље имају 11 пута већу шансу за појаву депресије.

У нашем истраживању, присуство симптома депресије се статистички значајно разликује у односу на присуство тешкоћа са видом и слухом, при чему је присуство

депресивних симптома израженије код старих који имају ова оштећења. Студија која се бавила истраживањем фактора повезаних са оштећењем вида, показала је да се губитак видне функције код старих повећава са годинама живота, али да није повезан са женским полом, ниским образовним постигнућем или ниским примањима, али је значајно повезан са депресивним симптомима, што указује да пад визуелне функције идентификује старе особе у групу људи чије ментално стање треба детаљније испитивати (130).

И друге студије показују да иако је оштећење вида код старијих људи релативно уобичајено, нарочито код врло старих, а да међу здравственим и функционалним факторима који су испитивани, као најјачи предиктор депресивних симптома показао се лош вид (131).

Негативни утицај оштећења вида на квалитет живота, активности свакодневног живота и појаву незгода, укључујући пад, такође је добро проучен и анализиран, указујући на значај усмеравања и фокусирања на превенцију, рано откривање и правовремени приступ лечењу губитка вида код ове старосне групе (126, 132).

Исправан стил живота и здраве животне навике смањују ризик од настанка депресије што потврђују резултати различитих студија. С друге стране појава депресивних симптома може утицати промене у начину живота што се огледа у промени навика у исхрани, промени навика у погледу конзумирања цигарета, алкохола, промени расположења (132), што говоре и подаци нашег истраживања.

У новије време истраживачи се све више фокусирају на утицај начина исхране на ментално здравље, при чему је тешко утврдити узрочно последичну везу између ових варијабли, односно да ли конзумирање здраве хране спречава настанак симптома депресије или перзистирање ових симптома доводи до нездравих образаца исхране. Према подацима из доступне литературе, а која се односи на процену повезаности између начина исхране и ризика од депресије, прехранбени образац који карактерише висок унос воћа, поврћа, интегралних житарица, рибе, маслиновог уља, млечних масти и антиоксиданата са мало масти и малих уноса животињске хране очигледно је повезан са смањеним ризиком од депресије. Прехрамбени образац који карактерише велика конзумација црвеног и/или прерађеног меса, рафинираних житарица, слаткиша, млечних производа с високим уделом масноће, путера, кромпира, те мали унос воћа и поврћа повезан је с повећаним ризиком од депресије, што указује на закључак да

здраве навике у исхрани могу смањити ризик од депресије или ублажити симптоме депресије (134).

Да су начин живота, здравствено стање и сопствена перцепција здравственог стања фактори који су значајно повезани са настанком симптома депресије показују подаци из истраживања где је физичка неактивност била уобичајени фактор ризика за појаву депресивних симптома код мушкараца. С друге стране, негативна перцепција сопственог здравља и БМИ од 25 или више били су карактеристични фактори ризика за депресију код особа женског пола (135).

Такође, недвосмислено је потврђена повезаност између пушења и депресије, односно особе које испољавају депресивне симптоме чешће су пушачи у односу на оне које немају депресију, што су потврдили и резултати нашег истраживања. И друге студије су потврдиле повезаност депресије и пушења, указујући на то да депресивне особе како би ублажиле депресивне симптоме и анксиозност чешће посежу за цигаретама у односу на друге (136).

Резултати студије о повезаности депресије и конзумирања алкохола показали су да је у групи особа са депресивним симптомима преваленција конзумирања алкохола већа (137), мада постоје и студије које нису утврдиле повезаност између депресије и конзумирања алкохола (138).

Анализом повезаности коришћења услуга здравствене заштите и присуства депресивних симптома резултати нашег истраживања су показали да особе са депресијом чешће користе услуге изабраног лекара и остварују просечно већи број посета код изабраног лекара у односу на особе које су без симптома депресије. Такође испитаници са депресивном епизодом су у већем проценту користили услуге лекара специјалисте као и услуге кућне неге и услуге хитне помоћи. Чешће су биле и посете психотерапеуту или психијатру. И коришћење услуга болничког лечења је статистички значајно чешће међу особама са депресијом. Када је у питању орално здравље, старије особе са депресивном епизодом имају негативнију перцепцију оралног и у мањем проценту посећују стоматолога, док многи никада нису користили услуге стоматолошке здравствене заштите. У односу на коришћену врсту лекова, особе са депресивним симптомима су значајно чешће користиле лекове које су прописани од стране лекара. А по врсти лекова то су најчешће били лекови против болова, за смирење и за несаницу.

Да особе са депресијом чешће користе услуге здравствене заштите, како ванболничке, тако и болничке, као и услуге хитне медицинске помоћи, говоре подаци

многих истраживања (111,124,139). Особе са депресивним симптомима имају више посета лекару опште праксе од оних без депресије, без обзира на присуство других соматских болести. Пацијенти са депресијом имали су повећану употребу амбулантних ресурса, укључујући учесталост посета, број лабораторијских тестова, рендгенских снимака и прегледа и консултација(140). Код депресивних пацијената са соматским коморбидитетима ризик је још већи, како за број посета лекару тако и за број дана проведених у болници (139,141). Особе са депресијом имају готово двоструко већи број прегледа лекара, проводе двоструко више дана у болници током очекиване дужине боравка и скоро двоструко је вероватније да ће примити пет или више лекова истовремено (142,143).

Са порастом старења становништва и све већом преваленцијом хроничних незаразних болести код особа старијих од 65 година, потражња за услугама менталног здравља ће бити кључно питање у свим аспектима здравствене заштите, а посебно примарне здравствене заштите. Дијагноза депресије се често превиђа у касном животу и компликована је многим факторима од атипичне презентације до фармаколошки индуковане депресије. Претходне студије су показале да је стопа недовољне детекције депресивних поремећаја у распону од 35-50% (43). Депресија значајно утиче не само на квалитет живота пацијента, већ и породицу и заједницу и доприноси значајном повећању трошкова здравствене заштите, па превенција депресије заслужује посебну пажњу. Побољшано препознавање и третман геријатријске депресије има велики потенцијал за побољшање физичког и менталног здравља у каснијем животу, смањење инвалидности и побољшање квалитета живота (144).

Појединци са касном животном депресијом често имају значајну медицинску коморбидност и лоше придржавање третмана. Чињеница да већина старијих особа захтева лечење депресије у установама примарне здравствене заштите, управљање депресијом у установама примарне заштите како у земљама са високим, тако и са ниским приходима треба да буде императив (145). Особе са депресијом, а посебно старије особе, често не препознају потребу за услугама менталног здравља. Стигматизација особа које болују од менталних поремећаја често представља препреку у потврђивању депресивних симптома и лечењу од старне здравствених стручњака, што у великој мери умањује квалитет живота и могућност њиховог опоравка. Такође, неки од изазова са којима се суочавају особе са депресијом су неадекватна употреба антидепресива и психотерапија, као и лоше придржавање лечења (146, 147).

Степен присуства коморбидних болести код особа са депресијом утиче на ефикасност лечења. Многе студије су показале да особе са мање тешким коегзистирајућим медицинским болестима показују ниже стопе понављајућих епизода велике депресије од оних са многобројнијим и тешким коегзистирајућим медицинским болестима. Когнитивно оштећење може компликовати идентификацију и лечење депресије. Когнитивно оштећење се често развија након појаве симптома промене расположења, а откривено је код 40–60% недементних појединаца са депресијом. Ова оштећења често трају и након лечења и ремисије. У старијој животној доби депресија углавном оптерећују оне са хроничном медицинском болешћу, тешким инвалидитетом или менталним падом. Депресија код старијих погоршава резултате многих медицинских болести и повећава смртност. Процеси везани за старосну доб, укључујући артериосклерозу, упалне и дегенеративне болести, могу довести до повећане рањивости на депресију. Фактори из животне средине, као што су осиромашење, изолација, промена места боравка, брига, доприносе даљем повећању подложности депресији или покретању депресије код већ рањивих старих људи. Одговарајуће лечење депресије код старих особа смањује симптоме, спречава суицидну идеју, побољшава когнитивни и функционални статус и помаже пацијентима да развију вештине потребне за суочавање са инвалидитетом или психосоцијалним потешкоћама. Превенција депресије може значајно побољшати исходе, углавном опоравак функције и квалитета живота, као и ризик од смртности. Стога треба размотрити значај и могућности за профилаксу депресије, посебно у оним околностима у којима је ризик од депресије приметно повећан, као што су мождани удар, рак, институционализација итд.(148).

Од пресудне је важности да се обезбеди скрининг за рану депресију користећи рутински дијагностичке алате попут упитника за старије који живе у заједници, у циљу раног откривања депресије, како би се смањило оптерећење за њихове породице и друштво у целини. Такође би било корисно побољшање физичког здравља, психолошког здравља и здравственог стања старијих особа. Од старијих се очекује да живе са својом породицом или рођацима, да учествују у религијским активностима и групним заједницама (149).

Докази из многих истраживања указују на значај скрининга на депресију код старијих особа због њене велике преваленције и ризика за повећани морбидитет и смртност. Многи фактори, биолошки и психосоцијални, утичу на променљивост и у клиничкој презентацији и у одговору на лечење. Постоје значајни докази да превенција

може значајно смањити стопу учесталости депресије. Недавна мета-анализа која је проучавала ефекте превентивних интервенција код особа без потврђене депресије открила је смањење инциденције за 21% током 1-2 године у превентивним групама у поређењу са контролним групама (150).

Поред проактивне и ефикасне контроле примарних болести, потребно је уложити напоре и у побољшање психолошке и социјалне функције пацијената. Депресивни симптоми код старијих особа су повезани са већимпотешкоћама у лечењу коморбидитета, лошијом прогнозом и треба их темељно истражити и обезбедити рано лечење ове вулнерабилне популације. Стога је неопходно рано извршити идентификацију депресивних симптома, повезати их са другим болестима, како би се на време интервенисало превентивним мерама и на тај начин спречила еволуција болести до пуне депресије (151).

Ови резултати указују на хитност решавања проблема депресије као приоритета јавног здравља како би се смањило оптерећење и инвалидитет и побољшало укупно здравље старог становништва. Стога, постоји потреба идентификовати субпопулације које су под високим ризиком да оболе од депресије. Рано откривање је кључно за смањење последица и патње због ових проблема. Идентификовањем предиктора, могла би се организовати фокусирана, циљана интервенција за подршку овим групама под високим ризику будућим програмима који се односе на очување менталног здравља појединца и заједнице (152,153).

Депресија повезана са старењем може се контролисати стварањем животних услова и окружења које повећава присутност и активност старих особа у социјалним ситуацијама. Поред тога, покушаји да се осигура њихова финансијска помоћ и независност ће имати позитиван утицај на њихово ментално благостање (154, 155).

Штавише, јавна свест о менталним проблемима старе популације, рана дијагноза и одговарајуће управљање овим групама људи не само да ће ублажити њихову патњу, већ представља пут ка побољшању квалитета живота ове категорије друштва, што свакако представља велики допринос целокупном друштву. Здравствени радници који се баве јавним здрављем као и лекари примарне здравствене заштите треба да буду обучени да препознају депресију и предузму одговарајуће мере. Такође и пружаоци социјалне заштите, из формалног и неформалног сектора, треба да буду укључени у тим који треба да предузме кораке на националном нивоу и усмери више ресурса у подршку старијим особама становништва (156, 157).

Недостатак адекватних доказа о депресији код старијих особа може бити фактор који доприноси лошој или неконзистентној заштити менталног здравља на нивоу заједнице. Идентификација детерминанти ризика повезаних са настанком депресије код особа старије животне доби, рана дијагностика, благовремено и ефикасно лечење и збрињавање депресије од кључног су значаја за смањење озбиљних последица до којих ови ментални поремећаји могу довести на индивидуалном нивоу, код њихових породица и друштва у целини. Резултати овог истраживања могу послужити као полазна основа у креирању стратегија на нивоу заједнице, као и за израду програма превенције усмерене на вулнерабилне и високоризичне категорије становништва чији би крајњи циљ био унапређење менталног здравља и редукција депресивних поремећаја, чиме би се значајно утицало на смањење трошкова за здравствену заштиту и укупног терета болести. Ментално здравље старијих особа може бити побољшано кроз промовисање активног и здравог старења које подразумева стварање услова и околине који подстичу благостање и омогућавају људима да воде интегрисан, здрав, квалитетан начин живота.

6. ЗАКЉУЧЦИ

1. Сваки десети становник Србије старости 65 и више година је имао депресивну епизоду, док је њих 17,5% имало благе депресивне симптоме.
2. Учесталост депресије је значајно чешћа код особа женског пола
3. Преваленција депресије се континуирано повећава са старашћу и код мушкараца и код жена, при чему је преваленција највећа у старосној групи 85 и више година
4. Највећи проценат депресивних био је међу особама које никада нису биле у браку или ванбрачној заједници
5. Већа учесталост депресивних симптома бележи се у осталим насељима у односу на градска насеља
6. Највећи удео са депресивном епизодом је међу особама са најнижим образовањем
7. Незапослени и неспособни за рад имају највећу преваленцију депресије када је у питању радни статус
8. Нижи материјални статус се показао као значајан предиктор присуства депресије
9. Постоји значајна повезаност између степена депресивности и самопроцене здравља. Код особа које своје здравље оцењују као лоше, значајно чешће су присутни депресивни симптоми
10. Испитаници који су имали јак и веома јак бол у месецу који је претходио истраживању имали су значајно већу шансу да имају депресију у односу на оне код којих бол није присутан
11. Постоји значајна повезаност између присуства симптома депресије и присуства бола
12. Особе код којих је бол у највећој мери утицао на обављање уобичајених дневних активности значајно чешће су пријављивале депресивну епизоду, односно бол је у великој мери ограничавао сваког другу особу са депресивном епизодом

13. Присуство и број хроничних болести су значајној корелацији са степеном депресивности код оба пола
14. Удео старих са депресивном епизодом је највећи међу непокретним испитаницима и међу онима који се крећу уз велике тешкоће
15. Код особа које имају ограничења у обављању уобичајених активности личне неге и кућних активности депресивне епизоде су присутне у високом проценту
16. Социјална подршка се издвојила као јак предиктор депресије. Особе са слабом социјалном подршком имају три и по пута већу вероватноћу да имају депресију у односу на оне са јаком социјалном подршком.
17. Особе са депресијом чешће користе услуге изабраног лекара и остварују просечно већи број посета код изабраног лекара у односу на особе које су без симптома депресије
18. Испитаници са депресивном епизодом су у већем проценту користили услуге лекара специјалисте у последњих 12 месеци у односу на оне без симптома депресије, као и услуге кућне неге и услуге хитне помоћи. Посете психотерапеуту или психијатру су пет пута чешће код особа са депресијом
19. Особе са депресивном епизодом у мањем проценту посећују стоматолога и у значајно већем проценту своје орално здравље оцењују као лоше
20. Коришћење услуга болничког лечења је значајно чешће међу особама са депресијом
21. Особе са депресивним симптомима значајно чешће користе лекове које им је прописао лекар

7. ЛИТЕРАТУРА

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Ageing 2017 – Highlights, 2017.
2. Девецић М, Стојилковић Гњатовић Ј. Демографски профил старог становништва Србије. Београд: Републички завод за статистику, 2015.
3. Regina da Silva M, Ferretti F, da Silva Pinto S, Ferretti O, Filho T. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. *Br J Pain*. São Paulo, 2018;1(4):293-8.
4. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo Sde S, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saude Publica* 2014; 48(3): 368-77.
5. Mirkena Y, Reta MM, Haile K, Nassir Z, Sisay MM. Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):338.
6. Zhang H, Gao T, Gao J, Kong Y, Hu Y, Wang R, Mei S. A comparative study of negative life events and depressive symptoms among healthy older adults and older adults with chronic disease. *Int J Soc Psychiatry*. 2017; 63(8): 699-707.
7. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva World Heal Organ. 2017:1-24.
8. Rangaswamy SM. World Health Report: Mental Health: New understanding New Hope. Geneva, Switzerland: The World Health Organization, 2001.

9. Barua A, Ghosh M.K, Kar N, Basilio M.A. Prevalence of depressive disorders in the elderly. *Ann. Saudi. Med.* 2011; 31(6): 620–624.
10. Li D, Zhang DJ, Shao JJ, Qi XD, Tian L. A meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms in Chinese older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 2014; 58: 1–9.
11. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo Sde S, Gomes I, Cataldo Neto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Rev Saude Publica* 2014; 48(3): 368-77.
12. Cahoon CG. Depression in Older Adults. *American Journal of Nursing* 2012; 112(11): 22-30.
13. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord.* 2009; 115(1-2): 54-61.
14. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *Int Psychogeriatr.* 2015; 27(12): 2009-15.
15. Hallit S, Hallit R, Daher MC, Hachem D, Kheir N, Salameh P. An Arabic Version of the Geriatric Depression Scale (30 Items): Psychometric Properties and Some Findings in a Lebanese Elderly Sample. *Psychopathology.* 2018; 51(3): 177-185.
16. Han KM, Han C, Shin C, Jee HJ, An H, Yoon HK, Ko YH, Kim SH. Social capital, socioeconomic status, and depression in community-living elderly. *J Psychiatr Res.* 2018; 98: 133-140.
17. Sendra-Gutiérrez JM, Asensio-Moreno I, Vargas-Aragón ML. Characteristics and factors associated with depression in the elderly in Spain from a gender perspective. *Actas Esp Psiquiatr.* 2017;45(5):185-200.

18. Wright PP, Thorpe CW. Triple Threat Among the Elderly: Depression, SuicideRisk, and Handguns. *J Emerg Nurs.* 2016;42(1): 14-8.
19. Dines Ph, Hu W, Sajatovic M. Depression in later-life: an overview of assessment and management. *Psychiatria Danubina* 2014; 26(Suppl. 1): 78–84.
20. Jia H, Lubetkin EI. Incremental decreases in quality-adjusted life years (QALY) associated with higher levels of depressive symptoms for U.S. Adults aged 65 years and older. *Health Qual Life Outcomes* 2017; 15(1): 9.
21. Schmitz A, Brandt M. Gendered patterns of depression and its determinants in older Europeans. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019; 82: 207-216.
22. Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Heid AR. Multiple Chronic Condition Combinations and Depression in Community-Dwelling Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016; 71(7): 910-5.
23. Mirkena Y, Reta MM, Haile K, Nassir Z, Sisay MM. Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):338.
24. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin North Am.* 2012;35(1):203-29.
25. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Res.* 2016; 243: 87-91.
26. Ni Y, Tein JY, Zhang M, Yang Y, Wu G. Changes in depression among older adults in China: A latent transition analysis. *J Affect Disord.* 2017; 209: 3-9.
27. Alexopoulos SG. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961–70.

28. Buvneshkumar M, John KR, Logaraj M. A study on prevalence of depression and associated risk factors among elderly in a rural block of Tamil Nadu. *Indian J Public Health*. 2018; 62(2): 89-94.
29. Kader Maideen SF, Sidik SM, Rampal L, Mukhtar F. Prevalence, associated factors and predictors of depression among adults in the community of Selangor, Malaysia. *PLoS One*. 2014; 9(4): e95395.
30. Pirkis J, Pfaff J, Williamson M, Tyson O, Stocks N, Goldney R, et al. The community prevalence of depression in older Australians. *J Affect Disord*. 2009; 115(1-2): 54-61.
31. Radford K, Delbaere K, Draper B, Mack HA, Daylight G, Cumming R, et al. Childhood Stress and Adversity is Associated with Late-Life Dementia in Aboriginal Australians. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017; 25(10): 1097-1106.
32. Aly HY, Hamed AF, Mohammed NA. Depression among the elderly population in Sohag governorate. *Saudi Med J*. 2018; 39(2):185-190.
33. Behera P, Sharan P, Mishra AK, Nongkynrih B, Kant S, Gupta SK. Prevalence and determinants of depression among elderly persons in a rural community from northern India. *Natl Med J India*. 2016; 29(3): 129-135.
34. Zhang H, Gao T, Gao J, Kong Y, Hu Y, Wang R, Mei S. A comparative study of negative life events and depressive symptoms among healthy older adults and older adults with chronic disease. *Int J Soc Psychiatry*. 2017; 63(8): 699-707.
35. Han J. Chronic Illnesses and Depressive Symptoms Among Older People: Functional Limitations as a Mediator and Self-Perceptions of Aging as a Moderator. *J Aging Health*. 2018; 30(8): 1188-1204.
36. Jani BD, Purves D, Barry S, Cavanagh J, McLean G, Mair FS. Challenges and implications of routine depression screening for depression in chronic disease and multimorbidity: a cross sectional study. *PLoS One*. 2013; 8(9): e74610.

37. Ahn S, Kim S, Zhang H. Changes in Depressive Symptoms among Older Adults with Multiple Chronic Conditions: Role of Positive and Negative Social Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2017; 14(1): 16.
38. Lovestone S, Howard R. *Depression in Elderly People*. London: Martin Dunitz; 1997.
39. Mohebbi M, Agustini B, Woods RL, McNeil JJ, Nelson MR, Shah RC, et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019. doi: 10.1002/gps.5119.
40. El-Gilany AH, Elkhawaga GO, Sarraf BB. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018; 77: 103-107.
41. Wright PP, Thorpe CW. Triple Threat Among the Elderly: Depression, Suicide Risk, and Handguns. *J Emerg Nurs*. 2016; 42(1): 14-8.
42. Lawrence V, Banerjee S, Bhugra D, Sangha K, Turner S, Murray J. 2006. Coping with depression in later life: a qualitative study of help-seeking in three ethnic groups. *Psychological Medicine* 2006; 36: 1375–1383
43. Alamri SH, Bari AI, Ali AT. Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. *Ann Saudi Med*. 2017; 37(2): 122-129.
44. Laksham KB, Selvaraj R, Kameshvell C. Depression and its determinants among elderly in selected villages of Puducherry - A community-based cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2019; 8(1): 141-144.
45. Patra P, Alikari V, Fradelos EC, Sachlas A, Kourakos M, Rojas Gil AP, et al. Assessment of Depression in Elderly. Is Perceived Social Support Related? A Nursing Home Study : Depression and Social Support in Elderly. *Adv Exp Med Biol*. 2017; 987: 139-150.

46. He G, Xie JF, Zhou JD, Zhong ZQ, Qin CX, Ding SQ. Depression in left-behind elderly in rural China: Prevalence and associated factors. *Geriatr Gerontol Int.* 2016; 16(5): 638-43.
47. Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis C. Dementia and depression two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Family Practice.* 2001; 18: 87–91.
48. Perkovic R, Sucic A, Vasilj I, Kristo B. The Incidence of Depression and Anxiety Among the Elderly in the Area of Livno, Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed.* 2018 ; 30(3): 176-179.
49. Vadla D. Doktorska disertacija. Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih osoba. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2011.
50. Hayward RD, Owen A D, KoenigHG, SteffensDC, Payne M E. Religion and the presence and severity of depression in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2012; 20: 188–192.
51. ParkJE, Lee JY, Kim BS, Kim KW, Chae SH, Cho MJ. Abovemoderate physical activity reduces both incident and persistent late-life depression in rural Koreans. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2015; 30(7): 766–775.
52. PascoJA, Williams LJ, Jacka FN, HenryMJ, Coulson CE, Brennan SL, et al. Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *International Psychogeriatrics* 2011; 23(2): 292–298.
53. Deshpande SS, Gadkari M, Raje SS. Screening for depression and its risk factors in geriatric population: A rural community based study. *Asian J Psychiatr* 2011; 4: 284–7.
54. Taheri Tanjanai P, Moradinazar M, Najafi F. Prevalence of depression and related social and physical factors amongst the Iranian elderly population in 2012. *Geriatr Gerontol Int.* 2017; 17(1):126-131.

55. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D, Atti AR. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014; 22(4):370-80.
56. Perkins JM, Lee HY, James KS, Oh J, Krishna A, Heo J, Lee JK, Subramanian SV. Marital status, widowhood duration, gender and health outcomes: a cross-sectional study among older adults in India. *BMC Public Health* 2016; 16(1):1032.
57. WHO. The European health report 2002. Part two – The major determinants of health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2002.
58. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and metaanalysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev*. 2015; 22: 39-57.
59. Berkman L, Glass T. Social integration social networks social support and health. In Berkman L, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
60. Chen L, Alston M, Guo W. The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *J Community Psychol*. 2019 Jun;47(5):1235-1245.
61. Ahn S, Kim S, Zhang H. Changes in Depressive Symptoms among Older Adults with Multiple Chronic Conditions: Role of Positive and Negative Social Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;14(1).
62. Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2016;21(5):750-8.
63. Imai H, Chen WL, Fukutomi E, Okumiya K, Wada T, Sakamoto R, Fujisawa M, Ishimoto Y, Kimura Y, Chang CM, Matsubayashi K. Depression and subjective economy among elderly people in Asian communities: Japan, Taiwan, and Korea. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015; 60(2): 322-7.

64. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and management. NICE Clinical Guidelines, No. 91. Leicester: British Psychological Society; 2010.
65. Gunn JM, Ayton DR, Densley K, Pallant JF, Chondros P, Herrman HE, et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47(2): 175-84.
66. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007; 370(9590): 851-8.
67. Comijs HC, Nieuwesteeg J, Kok R, et al. The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC Psychiatry* 2015;15:20.
68. Hegeman JM, van Fenema EM, Comijs HC, Kok RM, van der Mast RC, de Waal MWM. Effect of chronic somatic diseases on the course of late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017; 32(7): 779-787.
69. Egede LE. Major depression in individuals with chronic medical disorders. Prevalence, and correlates and association of health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007; 29(5): 409-16.
70. Jani BD, Purves D, Barry S, Cavanagh J, McLean G, Mair FS. Challenges and implications of routine depression screening for depression in chronic disease and multimorbidity: a cross sectional study. *PLoS One.* 2013; 8(9): e74610.
71. Fan H, Yu W, Zhang Q, Cao H, Li J, Wang J, et al. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all cause mortality: a meta-analysis. *Prev Med.* 2014; 63: 36-42.
72. Ozaki Y, Sposito AP, Bueno DR, Guariento ME. Depression and chronic diseases in the elderly. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2015; 13(2): 149-53.

73. Romanelli J, Fauerbach J, Buch D, Ziegelstein R. The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 817–22.
74. Cheruvu VK, Chiyaka ET. Prevalence of depressive symptoms among older adults who reported medical cost as a barrier to seeking health care: findings from a nationally representative sample. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):192.
75. Bock JO, Lupp M, Brettschneider C, Riedel-Heller S, Bickel H, Fuchs A, Gensichen J, Maier W, et al. Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients--from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One.* 2014; 9(3): e91973.
76. European Health Interview Survey wave 2 – Conceptual Guidelines and Instructions, Eurostat, 2012.
77. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2013 - uputstvo za sprovođenje istraživanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, 2013.
78. World Health Organization. Physical Status: The use and interpretation of Anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
79. Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 2) (Methodological manual, 2013 Edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
80. Weber K, Da Ronch C, Canuto A, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *Br J Psychiatry.* 2016; 210(02): 125-131.
81. Schulz H, Härter M, Andreas S, Volkert J, Włodarczyk O. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2012; 12(1): 339-353.

82. Goswami S, Deshmukh PR, Pawar R, Raut AV, Bhagat M, Mehendale AM. Magnitude of depression and its correlates among elderly population in a rural area of Maharashtra: A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2017; 6(4): 803-812.
83. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2013;12:339-353.
84. Ausín B, Muñoz M, Santos-Olmo AB, Pérez-Santos E, Castellanos MA. Prevalence of Mental Disorders in the Elderly in the Community of Madrid: Results of the Mentdis-ICF65+ Study. *Span J Psychol*. 2017;20(2017):1-11.
85. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372-387.
86. Luppá M, Sikorski C, Luck T, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012;136(3):212-221.
87. Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ylli A, Deshpande N, Guralnik J, Phillips SP. Clinically relevant depression in old age: An international study with populations from Canada, Latin America and Eastern Europe. *Psychiatry Res*. 2016;241:236-241.
88. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schroeter ML, Schroeder J, et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. *J Affect Disord*. 2014;152-154:28-38.
89. Olesen SC, Butterworth P, Rodgers B. Is poor mental health a risk factor for retirement? Findings from a longitudinal population survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47: 735-744.
90. Centers for Disease Control and Prevention. Current Depression Among Adults — United States, 2006 and 2008. *Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59: 1229 – 1235.

91. Shim RS, Baltrus P, Ye J, Rust G. Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005–2008. *J Am Board Fam Med* 2011; 24: 33–38.
92. Papadopoulos F, Petridou E, Argyropoulou S, et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 350–357.
93. Arslantas D, Unsal A, Ozbabalik D. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in Middle Anatolia, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14: 100-108.
94. Park JI, Park TW, Yang JC, Chung SK. Factors associated with depression among elderly Koreans: The role of chronic illness, subjective health status, and cognitive impairment. *Psychogeriatrics* 2016; 16: 62-69.
95. Ortiz GG, Arias-Merino ED, Flores-Saiffe ME, Velazquez- Brizuela IE, Macias-Islas MA, Pacheco-Moises FP. Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2012; 2012: 175019.
96. Taqui AM, Itrat A, Qidwai W, Qadri Z. Depression in the elderly: does family system play a role? A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 57.
97. Lai DW. Prevalence and correlates of depressive symptoms in older Taiwanese immigrants in Canada. *J Chin Med Assoc* 2005; 68: 118–125.
98. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population-the HUNT study. *Int Psychogeriatr* 2012; 24: 151-158.
99. Förster F, Pabst A, Stein J, Röhr S, Löbner M, Hesel K, et al. Are older men more vulnerable to depression than women after losing their spouse? Evidence from three German old-age cohorts. *J Affect Disord.* 2019; 256: 650-657.

100. Avasthi A, Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian J Psychiatry*. 2018; 60(Suppl 3): S341-S362.
101. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *SocSci Med*. 2010; 71(2): 305-313.
102. Pilania M, Bairwa M, Khurana H, Kumar N. Prevalence and predictors of depression in community-dwelling elderly in rural Haryana, India. *Indian Journal of Community Medicine* 2017; 42, 13–18.
103. Guallar-Castillón P, Mar Magariños-Losada M, Montoto-Otero C, Tabuenca A, et al. (2006). Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia* 2006; 59(8): 770–778.
104. Chong MX, Chen CC, Tsang HY, et al. Community study of depression in old age in Taiwan Prevalence, life events and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry* 2001; 178, 29–35.
105. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2): 146-158.
106. Acciai F, Hardy M. Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Soc Sci Res*. 2017; 68: 163-175.
107. Nicolosi GT, Falcao DVdS, Batistoni SST, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, Yassuda MS. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr*. 2011; 23(6): 941-9.
108. Chui H, Gerstorf D, Hoppmann CA, Luszcz MA. Trajectories of depressive symptoms in old age: Integrating age-, pathology-, and mortality-related changes. *Psychol Aging*. 2015; 30(4): 940-51.

109. Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L, Lupp M. Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr* 2011; 23: 1294–1300.
110. Rancans E, Vrublevska J, Snikere S, Koroleva I, Trapencieris M. The point prevalence of depression and associated sociodemographic correlates in the general population of Latvia. *J Affect Disord*. 2014;156:104-10.
111. Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Timonen V. Depressive symptoms among older adults: the impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging Ment Health*. 2013; 17(3): 349-57.
112. Jang SN, Kawachi I, Chang J, Boo K, Shin HG, Lee H, Cho SI. Marital status, gender, and depression: analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Soc Sci Med*. 2009; 69(11): 1608-15.
113. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, Griggs M. The prevalence of major depression or dysthymia among aged Medicare Fee-for-Service beneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17: 557–565.
114. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA* 2003; 289: 3135-3144.
115. Rosenquist JN, Fowler JH, Christakis NA. Social network determinants of depression. *Mol Psychiatry* 2011; 16: 273-281.
116. Kang MY, Kang YJ, Lee W, Yoon JH. Does long-term experience of nonstandard employment increase the incidence of depression in the elderly? *J Occup Health*. 2016 Jun 16;58(3):247-54.
117. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, Bautista N. Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adult Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016; 45 Suppl 1: 58-67.

118. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and management. NICE Clinical Guidelines, Leicester: British Psychological Society, 2010.
119. Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 217-225.
120. Evans MC, Cobb S, Smith J, Bazargan M, Assari S. Depressive Symptoms among Economically Disadvantaged African American Older Adults in South Los Angeles. *Brain Sci.* 2019 Sep 22;9(10).
121. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 530-538.
122. Bartoli F, Lillia N, Lax A, et al. Depression after stroke and risk of mortality: a systematic review and meta-analysis. *Stroke Res Treat* 2013; 2013: 862978.
123. Seo J, Choi B, Kim S, Lee H, Oh D. The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and elderly populations: results of a 2009 Korean community health survey of 156,747 participants. *BMC Public Health.* 2017; 17(1): 844.
124. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychol Aging.* 2010; 25(2): 453-63.337.
125. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011; 52(2): 145-61.
126. Hajek A, Brettschneider C, Mallon T, Ernst A, Mamone S, Wiese B, et al. The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age - evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health Qual Life Outcomes.* 2017; 15(1): 140.

127. Smith ML, Kakuhiire B, Baguma C, Rasmussen JD, Perkins JM, Cooper-Vince C, Venkataramani AS, Ashaba S, Bangsberg DR, Tsai AC. Relative wealth, subjective social status, and their associations with depression: Cross-sectional, population-based study in rural Uganda. *SSM Popul Health*. 2019; 8: 100448.
128. Demirchyan A, Petrosyan V, Armenian HK, Khachadourian V. Prospective study of predictors of poor self-rated health in a 23-year cohort of earthquake survivors in Armenia. *J Epidemiol Glob Health*. 2015; 5(3): 265-74.
129. Wang HL, Booth-LaForce C, Tang SM, Wu WR, Chen CH. Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post-menopause years: associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas*. 2013; 75(4): 355-60.
130. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck A. Self-reported visual function in healthy older people in Britain: an exploratory study of associations with age, sex, depression, education and income. *Fam Pract*. 2005; 22(6):585-90.
131. Biddulph JP, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Risk factors for depressed mood amongst a community dwelling older age population in England: cross-sectional survey data from the PRO-AGE study. *BMC Geriatr*. 2014 ;14:5.
132. Wang CJ, Yang TF, Wang GS, Zhao YY, Yang LJ, Bi BN. Association between dietary patterns and depressive symptoms among middle-aged adults in China in 2016-2017. *Psychiatry Res*. 2018; 260: 123-129.
133. Li Y, Lv MR, Wei YJ, Sun L, Zhang JX, Zhang HG, Li B. Dietary patterns and depression risk: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2017; 253: 373-382.
134. Tanaka H, Sasazawa Y, Suzuki S, Nakazawa M, Koyama H. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:20.

135. Jiménez-Treviño L, Velasco Á, Rodríguez-Revuelta J, Abad I, De la Fuente-Tomás L, González-Blanco L, et al. Factors associated with tobacco consumption in patients with depression. *Adicciones*. 2019; 0(0): 1191.
136. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011; 131(1-3): 233-42.
137. Bulloch A, Lavorato D, Williams J, Patten S. Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. *Depress Anxiety*. 2012; 29(12): 1058-64.
138. Lacruz ME, Emeny RT, Haefner S, Zimmermann AK, Linkohr B, Holle R, Ladwig KH. Relation between depressed mood, somatic comorbidities and health service utilisation in older adults: results from the KORA-Age study. *Age Ageing*. 2012; 41(2): 183-90.
139. Goar SG, Obembe A, Audu MD, Agbir MT. Utilization of health care services by depressed patients attending the general out-patients department of the Jos University Teaching Hospital, Jos, Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2012; 15(1): 59-62.
140. Luber MP, Meyers BS, Williams-Russo PG, Hollenberg JP, DiDomenico TN, Charlson ME, Alexopoulos GS. Depression and service utilization in elderly primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9(2):169-76.
141. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychother Psychosom*. 2010; 79(5): 285–294.
142. Valkanova V, Ebmeier KP. Vascular risk factors and depression in later life: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry*. 2013; (5): 406–413.

143. Lyness JM, Niculescu A, Tu X, et al. The relationship of medical comorbidity and depression in older, primary care patients. *Psychosomatics*. 2006; 47(5): 435–439.
144. van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, Beekman AT. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011; 19(3): 230-9.
145. van Zoonen K, Burntrok C, Ebert DD, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2): 318–329.
146. Hall CA, Reynolds-Iii CF. Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*. 2014; 79(2): 147-52.
147. Capurso A, Capurso C, Solfrizzi V, Colacicco AM, D'Introno A, Panza F. Depression in old age: a diagnostic and therapeutic challenge. *Recenti Prog Med*. 2007; 98(1): 43-52.
148. Baldwin RC. Preventing late-life depression: a clinical update. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(8): 1216-24.
149. Opie RS, Itsiopoulos C, Parletta N, Sanchez-Villegas A, Akbaraly TN, Ruusunen A, Jacka FN. Dietary recommendations for the prevention of depression. *Nutr Neurosci*. 2017; 20(3): 161-171.
150. Almeida OP. Prevention of depression in older age. *Maturitas*. 2014; 79(2): 136-41. Kok RM, Reynolds CF 3rd. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 2017; 317(20): 2114-2122.
151. Bickford D, Morin RT, Nelson JC, Mackin RS. Determinants of Suicide-related Ideation in Late Life Depression: Associations with Perceived Stress. *Clin Gerontol*. 2019; 12: 1-9.
152. Seo JY, Chao YY. Effects of Exercise Interventions on Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults in the United States: A Systematic Review. *J Gerontol Nurs*. 2018; 44(3): 31-38.

153. Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014; 515(7526):181.
154. Reynolds CF 3rd, Dias A, Cohen A, Morse J, Anderson SJ, Cuijpers P, Patel V. Preventing Late-Life Depression: Lessons in Intervention Development From Goa, India. *Innov Aging*. 2018; 1(3): igx030.
155. Baldwin RC. Preventing late-life depression: a clinical update. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22(8): 1216–1224.
156. Cui R. Editorial: A Systematic Review of Depression. *Curr Neuropharmacol*. 2015; 13(4): 480.
157. Mitchell PB, Harvey SB. Depression and the older medical patient--when and how to intervene. *Maturitas*. 2014; 79(2): 153-9.

8. ПРИЛОГ

Прилог 1 – Упитник „лицем у лице“ за испитанике старости 15 и више година.

Прилог 2 – Упитник за самопуњавање.

Прилог 3 – Упитник за домаћинство.

БИОГРАФИЈА

Др Гордана Гајовић рођена је 14.11. 1975. године у Жичи, Краљево.

Средњу Медицинску школу педијатријски смер завршила у Краљеву. Дипломирала на Медицинском факултету Универзитета у Крагујевцу 2001. године. Дипломирала на специјалистичким студијама социјалне медицине Медицинског факултета Универзитета у Крагујевцу 2009. године. Менаџмент у систему здравствене заштите - мастер студије Медицински факултет Београд/ ФОН Београд завршила септембра 2018. године

Запослена у Здравственом центру Аранђеловац од 2003. године.

Директорка Дома здравља Аранђеловац од 01.12.2012. године. Од 2017. године на листи спољашњих оцењивача Агенције за акредитацију здравствених установа.

Удата, мајка двоје деце.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. **Gajovic G**, Kocic S, Radovanovic S, Simic Vukomanovic I, Janicijevic K, Radevic S. Prevalence of depression in elderly and relations to chronic diseases . Vojnosanitetski pregled, 2019. DOI: <https://doi.org/10.2298/VSP190719098G>
2. **Gajovic G**, Janicijevic K, Andric D, Djurovic O, Radevic S. Gender differences in health care utilization among the elderly. Serbian Journal of Experimental and Clinical Research, 2019. DOI: 10.2478/sjecr-2019-0006
3. Djurović O, Radovanović S, Djonović N, Simić Vukomanović I, Radević S, **Gajović G**. Risk factors and characteristics of falls among hospitalized stroke patients. Serbian Journal of Experimental and Clinical Research, 2019. DOI: 10.2478/sjecr-2019-0043

8.1 КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Редни број: РБ	
Идентификациони број: ИБР	
Тип документације: ТД	Монографска публикација
Тип записа: ТЗ	Текстуални штампани материјал
Врста рада: ВР	Докторска дисертација
Аутор: АУ	Гордана Гајовић
Ментор/коментор:	МН Доц. др Светлана Радевић
Наслов рада: НР	Социомедицински аспекти депресивности код старих у контексту савремених демографских и друштвено-економских односа
Језик публикације: ЈП	Српски (ћирилица)
Језик извода: ЈИ	Српски и енглески
Земља публиковања: ЗП	Република Србија
Уже географско подручје: УГП	Шумадијски округ
Година: ГО	2020.
Издавач: ИЗ	Ауторски репринт
Место и адреса: МС	Факултет медицинских наука, Светозара Марковића 69, 34000 Крагујевац
Физички опис рада: ФО	8 поглавља / 112 страна / 41 табела / 2 графика / 157 референци / 3 прилога
Научна област:	Медицина
Научна дисциплина: ДИ	Превентивна медицина

Предметна одредница/ кључне речи: депресија; старење становништва; здравствени стање
ПО
УДК:
Чува се: Библиотека Факултета медицинских наука,
ЧУ Универзитета у Крагујевцу, Република Србија

Важна напомена:**МН****Извод:****ИД**

Депресија је најчешћи ментални поремећај код особа старије животне доби са озбиљним последицама за појединце, породице и друштво у целини. Депресивни поремећаји у овој популацији значајно нарушавају квалитет живота, физичке, когнитивне и социјалне функције оболеле особе, повећавају морбидитет и онеспособљеност, узрокују значајне социјалне и економске последице, при чему су у већој мери погођене особе женског пола и нижег социоекономског статуса. Депресија је такође независни предиктор морталитета и представља водећи узрок самоубиства код старих особа.

Студија се бави испитивањем учесталости симптома депресивности у популацији становништва Србије старости 65 и више година као и испитивање повезаности демографских, социо-економских фактора и карактеристика здравственог стања са присуством депресивних симптома.

Истраживање је урађено по типу студије пресека, масовним анкетирањем случајног, репрезентативног стратификованог двоетапног узорка становништва Србије 2013. године, које је реализовало Министарства здравља Републике Србије. Циљну популацију је чинило укупно 3540 испитаника старости 65 и више година.

Резултати истраживања указују да постоји висока преваленција депресије код старих. На основу вредности PHQ-8 скорa, укупно 10% становништва Србије старости 65 и више година је имало депресивну епизоду, док је њих 17,5% имало благе депресивне симптоме. Посматрано у односу на категорије депресије, највећи број старог становништва је имало умерену депресију (5,8%), затим следи умерено тешка депресија (2,6%), док је најмањи проценат испитаника имао тешку депресивну епизоду (1,6%). Преваленција депресије континуирано се повећава старошћу, па је преваленција највећа у старосној групи 85 и више година (23,0%), код особа женског пола (12,7%), међу особама које никада нису биле у браку или ванбрачној заједници (18,6%), у ванградским насељима (12,5%), међу особама са најнижим образовањем (13,4%) и међу најсиромашнијима (14,1%).

Све испитиване демографске и социо-економске варијабле су се показале као значајни предиктори присуства депресије код старијег становништва. Већу вероватноћу да имају депресију имају особе женског пола (OR=1,67), особе старости 85 и више година (OR=1,73), особе које нису у браку (OR=2,023), са најнижим нивоом образовања (OR=2,41), неспособне за рад (OR=4,2) и које према индексу благостања припадају сиромашном слоју становништва (OR=1,61).

Испитаници који су имали јак и веома јак бол у месецу који је претходио истраживању имали су 11 пута већу шансу да имају депресију у односу на оне код којих бол није присутан (OR=11,75), при чему је код мушкараца вероватноћа присуства депресије била 13 пута већа (OR=13,78), а код жена 9 пута већа вероватноћа (OR=9,04). Особе код којих је бол у великој мери утицао на обављање свакодневних активности су чак десет пута чешће испољавале депресивну епизоду (OR=10,00), при чему је униваријантна анализа у односу на пол показала да мушкарци старије животне доби имају већу шансу за појаву депресије (OR=11,10) у односу на жене (OR=8,87).

У мултиваријантном моделу, ограничења у обављању свакодневних активности, када је у питању здравствено стање испитаника, показала су се као најјачи предиктор депресије код старијих особа, при чему су особе које су имали озбиљна ограничења имали чак шест пута више шанси за развој депресије (OR = 6,85). Испитаници који су своје здравље оценили као "лоше или веома лоше" за 49,5% чешће су испољавали депресивне симптоме у поређењу с онима који су своје здравље оценили као "веома добро или добро" (OR = 3,49). Испитаници који су имали две или више хроничних болести имали су три пута већу вероватноћу да имају депресију (OR = 3,11) у поређењу са људима који немају хроничну болест, док особе код којих је присутан хронични бол имају 71% већу вероватноћу да испоље депресивне симптоме (OR = 3,71). Особе са слабом социјалном подршком имају три и по пута већу шансу (OR= 3,45) да имају депресију у односу на оне са јаком социјалном подршком.

Испитаници који су имали депресивне симптоме 2,2 пута су чешће користили услуге лекара специјалисте (OR=2,26), три пута већу шансу да користе услуге кућног лечења (OR=3,17) да посете психотерапеута или психијатра (OR=2,99).

Недостатак адекватних доказа о депресији код старијих особа може бити фактор који доприноси лошој или неконзистентној заштити менталног здравља на нивоу заједнице. Идентификација фактора ризика повезаних са настанком депресије код старијих особа, рана дијагностика и правовремено, адекватно и ефикасно лечење и збрињавање депресије од кључног су значаја за смањење озбиљних последица до којих ови поремећаји могу довести код појединца, њихове породице и заједнице у целини. Резултати овог истраживања могу послужити као полазна основа у креирању популационе стратегије, као и за израду програма превенције усмерене на вулнерабилне и високоризичне категорије становништва чији би крајњи циљ био унапређење менталног здравља и редукција депресивних поремећаја, чиме би се значајно утицало на смањење трошкова за здравствену заштиту. Ментално здравље старијих особа може бити побољшано кроз промоцију активног и здравог старења које подразумева стварање услова и околине који подржавају благостање и омогућавају људима да воде здрав и интегрисан начин живота.

Датум прихватања теме од стране

ННВ:

ДП

Датум одбране:

ДО

Чланови комисије:

КО

1. **Доц. др Снежана Радовановић**, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, председник
2. **Др сци мед Немања Ранчић**, научни сарадник Војномедицинске академије Универзитета одбране у Београду за ужу научну област Фармакологија, члан
3. **Проф. др Владимир Јањић**, ванредни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Психијатрија, члан

8.2 KEY WORDS DOCUMENTATION

**UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES**

Accession number:

ANO**Identification number:****INO****Documentation type:**

Monographic publication

DT**Type of record:**

Textual material, printed

TR**Contents code:**

PhD thesis

CC**Author:**

Gordana Gajovic

AU**Menthor/co-mentor**

Doc. Dr Svetlana Radevic, PhD

MN**Title:**

Sociomedical aspects of depression in the elderly in the context of contemporary demographic and socio-economic relations

TI**Language of text:**

Serbian (cyrilic)

LT**Language of abstract:**

Serbian/English

Country of publication:

Rebulic of Serbia

CP**Locality of publication:**

Sumadija District

LP**Publication year:**

2020.

PY**Publisher:**

Author 's reprint

PU**Publication place:**

Faculty of medical sciences University of Kragujevac, Street Svetozara Markovica 69

PP**Physical description**Kragujevac
8 chapters / 112 pages / 41 tables / 2 charts / 157 references / 1 annexes**PD****Scientific field:**

Medicine

SF**Scientific discipline:**

Preventive medicine

SD**Subject/key words:**

depression; population aging; health status

SKW**ABSTRACT/SUMMARY:****AB**

Introduction: Depression is the most common mental disorder in the elderly with serious consequences for individuals, families and society as a whole. Depressive disorders in this population significantly impair quality of life, physical, cognitive and social functions of the diseased person, increase morbidity and disability, causing significant social and economic consequences, with females and persons of lower socioeconomic status affected in a greater extent. Depression is also an independent predictor of mortality and represents the leading cause of suicide in the elderly people.

Aim: The study examines the prevalence of depression in the population of Serbia's elderly people, aged 65 and older, as well as the connectivity of demographic, socio-economic factors and health status characteristics, with the presence of depressive symptoms.

Material and Methods: The survey was conducted by the cross-sectional study type, using the mass interviewing of a random, representative, two phases stratified sample of the population of Serbia in 2013, which was implemented by the Ministry of Health of the Republic of Serbia. The target population consisted in a total of 3540 respondents aged 65 years and older.

Results: The results suggest that there is a high prevalence of depression in the elderly. Based on the value of the PHQ-8 score, a total of 10% of Serbia's population, aged 65 and older, had a depressive episode, while 17.5% of them had mild depressive symptoms. Considered in a relation to the category of depression, most of the elderly population had moderate depression (5.8%), followed by moderately severe depression (2.6%), while the lowest percentage of subjects had a major depressive episode (1.6%). The prevalence of depression is continuously increasing with the age, so the prevalence is the highest in the age group of 85 years and older (23.0%) in females (12.7%), among people who have never been married or cohabiting (18, 6%), in rural areas (12.5%) among those with the lowest level of education (13.4%) and among the poorest (14.1%).

All tested demographic and socio-economic variables proved to be significant predictors of the presence of depression in the elderly population. More likely to have depression are females (OR = 1.67), persons aged 85 or older (OR = 1.73), persons who are not married (OR = 2.023), those with the lowest level of education (OR = 2, 41), those unable to work (OR = 4.2) and those who belong to the poorest population according to the index of well-being (OR = 1.61).

Subjects who felt a strong and very strong pain in the month prior to the study were 11 times more likely to have a depression, compared to those in which the pain was not present (OR = 11.75), wherein the probability of the presence of depression was 13 times higher in males (OR = 13.78), and 9 times more likely in women (OR = 9.04). Persons in which the pain had a great impact on the performance of daily activities, were as much as ten times more likely to exhibit a major depressive episode (OR = 10.00), wherein the univariate analysis related to the sex showed that the men of older age have a greater chance for the occurrence of depression (OR = 11.10), comparing to the women (OR = 8.87).

In the multivariate model, limitations in the performance of daily activities, when it comes to the state of health of patients, have proved to be the strongest predictor of depression in the elderly, wherein the people who have had serious limitations were as many as six times more likely to develop symptoms of depression (OR = 6.85). Respondents who rated their health as „bad or very bad“ manifested depressive symptoms for 49.5% of cases more often, compared to those who rated their health as „very good or good“ (OR = 3.49). Subjects who have had two or more chronic conditions were three times more likely to have a depression (OR = 3.11), compared to those who did not have chronic diseases, while those in which the chronic pain was present were for 71% more likely to exert depressing symptoms (OR = 3.71). People with low social support were three and a half times more likely (OR = 3.45) to have depression, compared to those with a strong social support.

Respondents who have had depressive symptoms were 2.2 times more likely to use the

services of a specialist (OR = 2.26), three times more likely to use the services of home treatment (OR = 3.17), or to visit a psychotherapist or a psychiatrist (OR = 2, 99).

Conclusion: The lack of adequate evidence of depression in the elderly may be a contributing factor to poor or inconsistent mental health care at the community level. Identification of risk factors associated with the development of depression in elderly, early diagnosis and timely, adequate and effective treatment and management of depression are crucial to reduce the serious consequences to which these disorders can lead the individual, their families and the community as a whole. The results of this research can serve as a starting point in creating a population strategy, as well as for the development of prevention programs aimed at vulnerable and high-risk categories of the population, whose ultimate goal would be the improvement of the mental health and reduction of depressive disorders, which would significantly impact on reducing the costs of health care. Mental health of older people can be improved through the promotion of active and healthy aging, which means creating the conditions and environment that support the well-being and enable people to lead a healthy and integrated lifestyle.

UDC

Holding data:

HD

Note:

N

Accepted by the Scientific Board on:

ASB

Defended on:

DE

Thesis defended board

(Degree/name/surname/title/faculty)

DB

Library of Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Republic of Serbia

1. Doc. Dr Snezana Radovanovic , Docent at Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the scientific field of Social Medicine, president;
2. Assistant research professor Nemanja Rancic, PhD, MD, Faculty of Medicine of the Military Medical Academy, University of Defence, Belgrade, for the scientific field of Pharmacology, member.
3. Prof. Dr Vladimir Janjic, Associate Professor at Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, for the scientific field of Psychiatry, member.

Образац 1**ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Ја, Гордана Гајовић, изјављујем да докторска дисертација под насловом: ”Социомедицински аспекти депресивности код старих у контексту савремених демографских и друштвено-економских односа,, која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 25.05.2020.године,

потпис аутора