ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Τομέας Ψυχιατρικής και Επιστημών Συμπεριφοράς

Δ/ντης Νίκος Παρίτσης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΩΝ ΣΕ ΟΡΕΙΝΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΤΗΣ ΝΗΣΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Νικόλαος Νικολακάκης

Ψυχίατρος

Ηράκλειο Κρήτης, 2019

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΠΑΡΙΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Αναπληρωτής καθηγητής ψυχιατρικής ιατρικής σχολής παν/μιου Κρήτης (Επιβλέπων).

ΜΠΙΤΣΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Αναπληρωτής καθηγητής ψυχιατρικής ιατρικής σχολής παν/μιου Κρήτης (Συνεπιβλέπων) .

ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, Αναπληρωτής καθηγητής κοινωνικής ιατρικής, τμήμα ιατρικής παν/μιου Κρήτης (Συνεπιβλέπων).

ΜΕΛΗ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ ΕΛΕΝΑ Επίκουρη καθηγήτρια πανεπιστήμιου Linkoping Σουηδίας επιστήμων υγείας.

ΜΠΙΤΣΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Αναπληρωτής καθηγητής ψυχιατρικής ιατρικής σχολής παν/μιου Κρήτης.

ΠΑΛΛΗΚΑΡΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ομ. Καθηγητής οφθαλμολογίας Ιατρική σχολή παν/μιου Κρήτης

ΠΑΡΙΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Αναπληρωτής καθηγητής ψυχιατρικής ιατρικής σχολής παν/μιου Κρήτης.

ΡΙΖΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Αναπληρωτής καθηγητής ψυχιατρικής ιατρικής σχολής παν/μιου Αθηνών.

ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Αναπληρωτής καθηγητής κοινωνικής ιατρικής, τμήμα ιατρικής παν/μιου Κρήτης.

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Αναπληρωτής καθηγητής Ιατρικής σχολής παν/μιου Nottingham UK.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος		3
Περίληψη		5
Απόδοση περίληψης στην αγγλική γλώσσα		6
1. Ψυχική Υγεία και Υπερήλικες		7
1.1	Ορισμός Ψυχικής Υγείας	7
1.2	Γήρανση και Μακροβιότητα	8
1.3	Χαρακτηριστικά Υπερηλίκων	10
1.4	Προβλήματα Υπερηλίκων	11
1.5	Ψυχικές Διαταραχές Υπερηλίκων	14
1.6	Προσωπικότητα Υπερηλίκων και Ψυχική Υγεία	21
2. Υπερήλικες Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών		25
2.1	Ιδιαιτερότητες των Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών	25
2.2	Προβλήματα Υπερηλίκων Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών	28
2.3	Επιβαρυντικοί Παράγοντες Ψυχικών Διαταραχών και Υπερήλικες Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών	30
3. Σύγκριση Υπερηλίκων Επαρχιακών και Αστικών Περιοχών		33
4. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις		36
5.Μέθοδος		38
5.1	Διαδικασία δειγματοληψίας	38
5.2	Ερευνητικά εργαλεία	38
5.3	Περιορισμοί της έρευνας	40
5.4	Στατιστική ανάλυση	41
6. Αποτελέσματα		41
6.1	Περιγραφή του δείγματος	41
6.2	Ψυχοπαθολογικό προφίλ των ερωτώμενων	50
6.3	Κλίμακα άγχουςHolmes και Rahe	57
6.4	Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας	63
6.5	Συσχετίσεις μεταξύ των ψυχομετρικών κλιμάκων	66
6.6	Ικανοποίηση των ερωτώμενων από τη ζωή στο χωριό	76
6.7	Η επιρροή των στρεσογόνων συμβάντων του παρελθόντος στην ψυχοπαθολογική θέση του υποκειμένου	82
6.8	Η επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων και της ψυχοπαθολογίας στην ικανοποίηση για τη ζωή.	88
6.9	Αξιολόγηση των στατιστικών υποθέσεων που ελέγχθηκαν	95
7. Συζήτηση, συμπεράσματα, προτάσεις		96
7.1	Συμπεράσματα	101
7.2	Προτάσεις για την Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας των Υπερηλίκων Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών	101
Βιβλιογραφία		108
Δημοσίευση		118

Πρόλογος

Οι υπερήλικες εξ' ορισμού είναι άτομα που έχουν επιβιώσει και έχουν καταφέρει να φτάσουν τουλάχιστον τα 100 έτη ζωής, δηλαδή 20 έτη περισσότερο από τον μέσο όρο προσδόκιμου ζωής (Poon et al, 1992).

Ο πληθυσμός της γης γερνάει και ο αριθμός των ατόμων άνω των 65 ετών αναμένεται να ξεπεράσει κατά το διπλάσιο τον αριθμό των ατόμων ηλικίας 16 ετών. Όσον αφορά στα άτομα άνω των 85 ετών, φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 δεκαετιών ο αριθμός τους έχει τριπλασιαστεί (Barker, 2004). Οι υπερήλικες είναι ο πληθυσμός που χαρακτηρίζεται από μεγάλο ρυθμό αύξησης στις βιομηχανοποιημένες χώρες κυρίως, οι οποίες αναφέρουν ότι για κάθε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούν περίπου 10-20 υπερήλικες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής εκτιμάται ότι για κάθε 100.000 κατοίκους αντιστοιχούν περίπου 22 υπερήλικες (USCB, 2005) ενώ στην Ιαπωνία περίπου 50 (JMHLW, 2009).

Στον Καναδά εκτιμάται ότι το 2000 το 13% του πληθυσμού, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 3,8 εκατομμύρια, ήταν άνω των 65 ετών. Επίσης εκτιμάται ότι έως το 2016 οι ηλικιωμένοι θα αποτελούν το 16% του πληθυσμού και έως το 2046 το 25% (USCB, 2005).

Σε αντίθεση με την γενική εικόνα που έχει το ευρύτερο κοινό για τους υπερήλικες, υπολογίζεται ότι το 20-25% αυτών των ατόμων ζουν σε κοινότητες και συμμετέχουν ενεργά σε αυτές (Poon et al, 2009). Ωστόσο, σχεδόν των 50% των υπερηλίκων πάσχει από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή ή άνοια και όπως είναι αναμενόμενο περίπου το 70% εξ αυτών έχουν κάποιου είδους αναπηρίας και μερικοί είναι εντελώς εξαρτημένοι από άλλα άτομα (Holtsbert et al, 1995).

Οι αυξητικές τάσεις του πληθυσμού των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων έχουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία των ίδιων των ατόμων όσο και στα συστήματα υγείας. Το αυξανόμενο ποσοστό των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων πιθανότατα να καταλήξει σε αύξηση πληθυσμού που θα χαρακτηρίζεται από αναπηρία και χρόνιες νόσους που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως οι μυοσκελετικές παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις, δυσλειτουργία των αισθήσεων, ψυχικές νόσους αλλά και άνοια (Khaw, 1999).

Το 1/6 του πληθυσμού άνω των 65 ετών διαμένει σε μικρές απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές (Lawton, 1975) και αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού αυτών των περιοχών (Blake et al, 1975). Αυτές οι περιοχές

χαρακτηρίζονται από το γεγονός ότι είναι αραιοκατοικημένες, απομακρυσμένες και δύσβατες κυρίως διότι αυξάνονται οι αστικοί πληθυσμοί, και ως εκ τούτου ο πλούτος συγκεντρώνεται στις πόλεις, αφήνοντας τι απομακρυσμένες περιοχές με όλο και πιο λίγους πόρους, αναγκάζοντας τους υπερηλίκους αυτών των περιοχών να ζουν πιο φτωχά. Αυτή η παρατηρούμενη αστικοποίηση σε συνδυασμό με την φυσική αλλά και την κοινωνική απομόνωση, αναγκάζει τους υπερηλίκους να ζουν χωρίς πρόσβαση στα συστήματα υγείας παρά τα σωματικά και ψυχικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν (Redford&Cook, 2001).

Δεδομένου ότι ο αριθμός των υπερηλίκων αυξάνεται (Velkoff, 2000), θα πρέπει να υπάρξουν οι σχετικές πληροφορίες σχετικά με το προφίλ υγείας αυτών των ατόμων έτσι ώστε να είναι εφικτή η πρόβλεψη των σωματικών και ψυχικών αναγκών τους, και να σχεδιαστούν υπηρεσίες που θα μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες (Jeune, 2002).

Περίληψη

Έρευνες έχουν δείξει ότι το κοινωνικοδημογραφικό προφίλ σχετίζεται με την ικανοποίηση της ζωής στους ηλικιωμένους και στους υπερήλικες. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των στρεσογόνων γεγονότων και των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στην ψυχοπαθολογία και την ικανοποίηση της ζωής για ηλικιωμένους κατοίκους που διαμένουν σε ορεινές περιοχέςστην Κρήτη και η διευκρίνιση του μεσολαβητικού ρόλου της ψυχοπαθολογίας σε αυτή τη σχέση.

Για την ποσοτική έρευνα αξιοποιήθηκε ένα δείγμα 205 ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών (μέσος όρος ηλικίας 77,1 έτη, SD = 6,7 έτη) που ζούσαν σε 10 απομακρυσμένα αγροτικά και απομονωμένα χωριά. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε: α) τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους, β) την κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90-R, γ) την κλίμακα άγχους Holmes-Rahe δ) το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας(General Health Questionnaire). Για τον εντοπισμό των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχοπαθολογία εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης. Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε ανάλυση μονοπατιού για την ποσοτικοποίηση της άμεσης και έμμεσης επίδρασης επιλεγμένων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στην ικανοποίηση από τη ζωή.

Η επίδραση των αγχωτικών συμβάντων ζωής διαπιστώθηκε ότι ήταν στατιστικά ασήμαντη στα συμπτώματα σωματοποίησης, ψυχωτικού και φοβικού άγχους. Αυτά τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας βρέθηκε να μεσολάβουν στην επίδραση των δημογραφικών παραγόντων ως προς την επιρροή τους στην ικανοποίηση της ζωής.

Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης υποδεικνύουν πως τα συμπτώματα σωματοποίησης, ψυχωτικού και φοβικού άγχους είναι ψυχικές αντιδράσεις ανεξάρτητες από τις τρέχουσες εμπειρίες ενός ατόμου και δεν επηρεάζονται από τα τραυματικά συμβάντα της ενηλικίωσης. Η μελέτη μπορεί να συμβάλει στην ανάπτυξη κατάλληλων κλινικών αξιολογήσεων και παρεμβάσεων, βοηθώντας τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας να προσεγγίσουν με κατάλληλο τρόπο ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε απομακρυσμένα χωριά.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχολογική δυσφορία, Ζωτικά αγχωτικά γεγονότα, Σωματοποίηση, Ψυχωτισμός, Φοβικό Άγχος.

Summary

Research has shown that sociodemographic profile is related to life satisfaction in old age. The objective of this cross sectional study is to investigate the effect of stress and sociodemographic factors to psychopathology and life satisfaction for elderly residents inmountain regions in Crete and enlighten the mediating role of psychopathology on this association.

A sample of 205 elderly men and women (meanage=77.1 years; SD =6.7 years) living in 10 remote rural and isolated villages were participated to this study. The questionnaire included: a) Social-demographic characteristics, b) The Symptom Check List 90 (SCL-90-R), c) The Holmes-Rahe Stress Inventory, δ) the General Health Questionnaire. Analysis of variance was applied to detect socio demographic factors that have a significant effect on psychopathology. Then, path analysis was applied to quantify the direct and indirect effect of selected socio demographic factors to life satisfaction.

The effect of stressful life events found to be statistically insignificant on somatization, psychotic and phobic anxiety symptoms. These psychopathology symptoms were partially mediated the effect of marital status, smoking, family income and social activity on life satisfaction.

These findings suggest that somatization, psychotic and phobic anxiety symptoms are psychic reactions independent of the current experiences of a person and are not affected by the traumatic events of adulthood. Our study may contribute to develop clinical appropriate assessment and interventions, helping primary care practitioners to approach more adequately elder persons living in remote villages, improving thereby the effectiveness of their interventions.

Keywords: Psychological distress, Life stressful events, Somatization, Psychoticism, Phobic Anxiety.

1. Ψυχική Υγεία και Υπερήλικες

1.1 Ορισμός Ψυχικής Υγείας

Η ψυχική υγεία δεν μπορεί να διαχωριστεί από την γενική σωματική υγεία καθώς είναι η ικανότητα που έχει ένα άτομο να αισθάνεται, να σκέφτεται και να δρα με τρόπους που αυξάνουν την ικανότητά του να απολαύσει τη ζωή αλλά και να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που παρουσιάζονται κατά τη διάρκειά της. Η ψυχική υγεία είναι μια θετική αίσθηση συναισθηματικής και πνευματικής ευημερίας, που σέβεται την κουλτούρα, την ισότητα, την κοινωνική δικαιοσύνη και την προσωπική αξιοπρέπεια και συνεπώς αποτελεί την ισορροπία μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και των πιέσεων του περιβάλλοντος του (Cabana 1983).

Το γεγονός ότι δεν νοείται γενική υγεία χωρίς την ύπαρξη καλής ψυχικής και πνευματικής υγείας είναι ευρέως αποδεκτό. Όταν δεν υπάρχει καλή ψυχική υγεία και εκδηλώνεται μια ψυχική διαταραχή, η ποιότητα της ζωής των ατόμων που έχουν κλονισμένη ψυχική υγεία μπορεί να μειωθεί δραματικά και μπορεί να επιδεινωθούν υπάρχοντα προβλήματα σωματικής υγείας (Wittchen&Jacobi, 2005).

Η ψυχική υγεία έχει δύο διαστάσεις (EC, 2004):

- Θετική ψυχική υγεία: αυτή αφορά στην ευημερία και αναφέρεται στις αντιλήψεις και τις ικανότητες που διαθέτει ένα άτομο έτσι ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες της ζωής
- Αρνητική ψυχική υγεία: αυτή αφορά στην ψυχολογική κατάρρευση και την ψυχική διαταραχή που συσχετίζονται με την παρουσία συμπτωμάτων

Γενικά η καλή ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει τους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής και να διεξάγει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Σε αντίθεση, η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται προβλημάτων, έντασης, μειωμένης λειτουργίας, αγωνίας και κατ’ επέκταση την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (WHO, 2001).

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες, οι κυριότεροι εκ των οποίων είναι οι εξής (Lehtinern et al, 2003):

- Βιολογικοί, στους οποίους περιλαμβάνονται το φύλο καθώς και η γενετική προδιάθεση
- Ατομικοί, οι οποίοι αφορούν κυρίως τις εμπειρίες και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου
- Οικογενειακοί και κοινωνικοί, που έχουν σχέση με την ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης
- Οικονομικοί, που σχετίζονται με την κοινωνική θέση του ατόμου καθώς και την οικονομική του κατάσταση και
- Περιβαλλοντικοί, όπως οι συνθήκες διαβίωσης

1.2Γήρανση και Μακροβιότητα

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών έχουν εξελιχθεί νέες τεχνολογίες και φαρμακευτικά σκευάσματα που προάγουν την υγεία των ανθρώπων. Υπάρχει πλέον η δυνατότητα επιλογής μεταξύ φαρμάκων, τροποποίησης της δοσολογίας τους αλλά και η παρακολούθηση του θεραπευτικού ή τοξικού αντίκτυπού τους, με τρόπο αποτελεσματικό που επιτρέπει την αποφυγή των ενδεχόμενων παρενεργειών τους (Cabana, 1983), γεγονός που συμβάλλει στην μακροβιότητα.

Η γήρανση μπορεί να χαρακτηριστεί ως η διαδικασία μιας προοδευτικής αλλαγής που συμβαίνει με το πέρασμα του χρόνου ανεξάρτητα από τα τυχαία προβλήματα που υπάρχουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου (Patil, 2000). Ως βιολογικός όρος, η γήρανση χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει τις βιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα με το πέρασμα του χρόνου έως ότου καταλήξουν σε θάνατο. Υπάρχουν όμως πολλοί ερευνητές που ορίζουν τη γήρανση ως μια προοδευτική απώλεια της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού και τη διαχωρίζουν σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια. Η πρώτη σχετίζεται με τις βιολογικές ικανότητες του σώματος και αναφέρεται στην έκπτωση των ρυθμιστικών μηχανισμών του οργανισμού. Η δεύτερη σχετίζεται με εξωτερικούς παράγοντες όπως οι ασθένειες, η διατροφή, οι ψυχικές διαταραχές, οι οποίες θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην πρόωρη εμφάνιση της πρωτοβάθμιας γήρανσης, και πιστεύεται ότι σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό είναι αναστρέψιμη (Susheela, 1997).

Ένας καλύτερος διαχωρισμός των πεποιθήσεων που επικρατούν σχετικά με τη γήρανση βασίζεται στις ακόλουθες 3 αντιλήψεις:

- Η γήρανση συνοδεύεται από παράγοντες που θεωρείται ότι μπορούν να τροποποιηθούν όπως η ανεπαρκής άσκηση, η ακατάλληλη διατροφή και η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ηλικία του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη πολλά από τα συσχετιζόμενα με τη γήρανση προβλήματα μπορούν να αποφευχθούν ή να θεραπευθούν καθώς θεωρούνται αναστρέψιμα (Ory&Cox, 1994).
- Η γήρανση βασίζεται στην αλληλεπίδραση πολύπλοκων παραγόντων και προκύπτει λόγω της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και συνεπώς έχει ένα πολυποίκιλο μοντέλο και πολλούς παράγοντες κινδύνου (Ory&Cox, 1994).
- Η γήρανση αντιπροσωπεύει τις εξελικτικές διαδικασίες της ζωής (Ory, 1995)

Οι βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες που συμβάλουν στην μακροβιότητα δυστυχώς δεν είναι ξεκάθαροι αλλά φαίνεται ότι υπάρχουν τα παρακάτω ευρήματα (Poon et al 2009):

- Οι γυναίκες φαίνεται ότι απολαμβάνουν το πλεονέκτημα να ζουν περισσότερο
- Δεν υπάρχει κάποιος κυρίαρχος παράγοντας που να υποδεικνύει ότι συμβάλλει στην μακροβιότητα αλλά εκτιμάται ότι το περιβάλλον του ατόμου, τα χαρακτηριστικά του ατόμου και οι εξελίξεις στις βιομηχανοποιημένες χώρες συμβάλλουν στην μακροβιότητα.

Το γεγονός όμως ότι η μακροβιότητα θα συνεχίσει να αυξάνεται επιβεβαιώνεται από τα δημογραφικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι μέσα στις επόμενες δεκαετίες θα υπάρξει μια σημαντική δημογραφική αλλαγή που θα ευνοεί τα άτομα άνω των 65 ετών, των οποίων ο αριθμός έως το 2030 αναμένεται να διπλασιαστεί. Ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 85 ετών φαίνεται ότι εξελίσσεται ακόμη πιο γρήγορα. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έως το 2050 ο αριθμός των υπερηλίκων θα αντιστοιχεί στο 5% του πληθυσμού (Hammons, 2003). Στην πολιτεία της Καλιφόρνια μόνο το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών ανέρχεται στο 10,6% και αναμένεται να αυξηθεί μέσα στα επόμενα 40 έτη και η μεγαλύτερη προβλεπόμενη αύξηση αναμένεται να αφορά στους υπερήλικες (Schlarlach et al, 2000). Στην Ινδία εκτιμάται ότι ο αριθμός των ατόμων άνω των 65 ετών την επόμενη δεκαετία θα φτάσει τα 324 εκατομμύρια (ACS, 2007).

1.3 Χαρακτηριστικά Υπερηλίκων

Ο ορισμός του ηλικιωμένου και του υπερηλίκου ατόμου διαφέρει μεταξύ των χωρών, υπόκειται σε διαφοροποίηση καθώς περνούν τα χρόνια και συνήθως συσχετίζεται με την ηλικία συνταξιοδότησης, η οποία στην Αμερική είναι τα 65 έτη ενώ στην Ινδία για παράδειγμα κυμαίνεται μεταξύ 58 και 60 ετών (Patil et al, 2000).

Γενικά ένα άτομο θεωρείται ηλικιωμένο όταν είναι άνω των 65 ετών αλλά όταν είναι άνω των 80 ετών θεωρείται υπερήλικας (Poon et al, 2009). Η ηλικιωμένοι συνήθως θεωρούνται ως μια οντότητα αλλά είναι μια ετερογενής ομάδα ατόμων και θα πρέπει να διαχωρίζονται βάσει της ηλικίας τους διότι αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα. Οι νεώτεροι ηλικιωμένοι γενικά είναι τα άτομα μεταξύ 65 και 75 ετών και διαφέρουν από τους μεσαίους ηλικιωμένους ηλικίας μεταξύ 75 και 84 ετών. Οι υπερήλικες που θεωρούνται τα άτομα άνω των 85 ετών χαρακτηρίζονται από πολλές ιατρικές παθήσεις που σχετίζονται με τη γήρανση και συνήθως είναι διαφορετικές από τις παθήσεις που χαρακτηρίζουν τα άτομα ηλικίας άνω των 95 ετών (Hogan et al, 1999a). Για παράδειγμα ένα από τα κυριότερα προβλήματα των υπερηλίκων είναι η δυσκολία ή η ανικανότητα για περπάτημα αλλά και η μεγάλη δυσκολία διεξαγωγής των καθημερινών δραστηριοτήτων και αυτοεξυπηρέτησης, προβλήματα που ενδεχομένως δεν αντιμετωπίζουν οι νεότεροι ηλικιωμένοι (Berlau et al, 2009).

Αυτός ο διαχωρισμός είναι ιδιαιτέρως σημαντικός διότι καθώς ο ηλικιωμένος πληθυσμός αυξάνεται οι υπερήλικες είναι αυτοί που παρουσιάζουν την μεγαλύτερη αύξηση και κυρίως τα άτομα άνω των 85 ετών. Μόνο στον Καναδά το 1998 εκτιμήθηκε ότι το 56,8% των ηλικιωμένων ήταν μεταξύ 65-75 ετών, το 32,9% μεταξύ 75-84 και το 10% 85 ετών και άνω (USCB, 2005).

Επίσης φαίνεται ότι υπάρχει πολύ μεγάλη ετερογένεια και μεταξύ των υπερηλίκων όσον αφορά στην κατάσταση της υγείας τους, στο επίπεδο ικανότητας λειτουργίας τους, στο μορφωτικό τους επίπεδο, στην έκπτωση στην ψυχική τους υγείας αλλά και στην οικονομική τους κατάσταση (Buckwalter&Davis, 2002). Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι άνδρες εμφανίζουν περισσότερες διαταραχές που οδηγούν στον θάνατο, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν χρόνιες νόσους που οδηγούν στην αναπηρία και σχετίζονται με την γενική τους ψυχική κατάσταση (Sullivan, 1997).

Αυτό όμως που είναι κοινώς αποδεκτό είναι ότι οι υπερήλικες είναι επιζώντες και άτομα με εξαιρετικά χαρακτηριστικά (Martin et al, 2006), γεγονός που υποδηλώνει ότι η επιβίωση έως μια μεγάλη ηλικία οφείλεται κατά ένα μέρος σε μοναδικά ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών.

1.4 Προβλήματα Υπερηλίκων

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών μπορεί να είναι διαφορετικά από εκείνα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες, δηλαδή τα άτομα συνήθως άνω των 80 ετών. Υπάρχουν 4 κύριες κατηγορίες προβλημάτων που χαρακτηρίζουν τους υπερήλικες και αφορούν τα σωματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τα οικονομικά και τα κοινωνικά, τα οποία σχετίζονται κυρίως με τα ψυχικά προβλήματα και την παραμέληση (Meeks-Sjostrom, 2004).

Γενικά τα προβλήματα των υπερηλίκων αποτελούν μια ξεχωριστή οντότητα και συμπεριλαμβάνουν τα ακόλουθα (Susheela, 1997):

- *Οικονομικά προβλήματα*: Παρά το γεγονός ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί, ο χρόνος συνταξιοδότησης των ατόμων δεν έχει αναπροσαρμοστεί. Η γήρανση και η συνταξιοδότηση συνεπάγονται απώλεια εισοδήματος, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην οικονομική εξάρτηση των υπερήλικων ατόμων από τους συγγενείς τους κυρίως (Susheela, 1997). Η οικονομική ανασφάλεια φαίνεται ότι είναι μια από τις κυριότερες ανησυχίες μεταξύ υπερηλίκων, είτε αυτοί διαμένουν σε αστικό κέντρο είτε σε απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές. Δυστυχώς, πολλά από τα υπερήλικα άτομα δεν είχαν καταφέρει να εξοικονομήσουν κάποιο ποσό που θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν μετά τη συνταξιοδότηση, γεγονός που προκαλεί κακή ψυχική υγεία (Poon et al, 1992).

  Ακόμη όμως και τα άτομα που έχουν καταφέρει να έχουν κάποια οικονομική άνεση, λόγω της κακής σωματικής και ψυχικής τους υγείας συχνά πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης από τους ίδιους τους συγγενείς τους όσο και από το κοινωνικό τους περιβάλλον (Kemp&Mosqueda, 2005). Οι υπερήλικες έχουν χαμηλότερο εισόδημα από τον υπόλοιπο πληθυσμό και οι γυναίκες ακόμη πιο χαμηλό. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ιστορική εξάρτηση των γυναικών από τους άνδρες καθώς και την μη ύπαρξη προηγούμενης εργασίας (Copeland et al, 1999a). Επίσης, ο θάνατος του συντρόφου ή η ύπαρξη διαζυγίου κάνει τις γυναίκες ακόμη πιο ευάλωτες στην φτώχεια (Hungerford, 2001).

Η σχέση μεταξύ της επικράτησης ψυχικών διαταραχών και αντίξοων οικονομικών συνθηκών έχει τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες που υποστηρίζουν ότι το χαμηλό εισόδημα καθώς και η συνταξιοδότηση έχουν θετική επίδραση στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Beekman et al, 1999; Fryers et al, 2005).

- *Προβλήματα υγείας*: Η γήρανση συνήθως επιφέρει προβλήματα υγείας καθώς υπάρχει μια σταδιακή έκπτωση της σωματικής δύναμης, απώλεια της ακοής και της όρασης καθώς και μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις (Susheela, 1997). Οι πλέον επικρατέστερες παθήσεις που φαίνεται ότι υπάρχουν μεταξύ υπερηλίκων είναι αυτές του κυκλοφορικού συστήματος με πιο σημαντική την υπέρταση αλλά και την συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Επίσης φαίνεται ότι η οστεοπόρωση επικρατεί σε πολύ υψηλά επίπεδα μεταξύ των υπερηλίκων (Poon et al, 2009).

  Οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα ως μέρος της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης και βιώνουν πολλές σωματικές αλλαγές όπως η έκπτωση της όρασης και της ακοής, η απώλεια μυϊκής μάζας και οστικής πυκνότητας, που αυξάνουν τον κίνδυνο καταγμάτων (Tower&Kass, 1996;).

  Εκτός από αυτά υπάρχουν πολλές και δύσκολες ιατρικές καταστάσεις που επικρατούν μεταξύ αυτών των ηλικιωμένων ατόμων όπως η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου, οι διάφορες καρδιοπάθειες, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος, αν και έχει φανεί ότι καθώς περνούν τα χρόνια αυτές οι ιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να περάσουν στην ύφεση (Khaw, 1999).

  Λόγω των σωματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει αυτό το κομμάτι του πληθυσμού, προκύπτει η ανάγκη βοήθειας για την διεξαγωγή των οικιακών εργασιών αλλά και για την ατομική υγιεινή των υπερηλίκων. Λόγω της μειωμένης σωματικής δύναμης και κινητικότητας που τους διακρίνει, αυτά τα άτομα δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Hammons, 2003). Επίσης, εκτός από τα σωματικά προβλήματα υπάρχουν και οι ψυχικές νόσοι όπως η κατάθλιψη, το στρες, ο φόβος του θανάτου αλλά και η άνοια (Susheela, 1997).

- *Κοινωνικά προβλήματα*: Συνήθως οι υπερήλικες βιώνουν μια απομάκρυνση από τον κοινωνικό κύκλο που είχαν τα προηγούμενα έτη και είναι αναγκασμένοι να χτίσουν ένα νέο κοινωνικό δίκτυο, το οποίο όμως πολλές

φορές αποδεικνύεται δύσκολο. Εκτός από αυτό, η απώλεια των συντρόφων, συγγενών και φίλων λόγω θανάτου δυσκολεύει τη διατήρηση των υπαρχόντων κοινωνικών δικτύων και τη δημιουργία νέων. Επίσης, λόγω αυτών των απωλειών δημιουργούνται αισθήματα φόβου όσον αφορά στον θάνατο, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απόγνωση, καθώς το άτομο αποθαρρύνεται, χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή και μπορεί να αποζητά το τέλος της δικής τους ζωής (Goldberg&Hiller, 1979).

Έχει φανεί ότι μεταξύ των υπερηλίκων, η κοινωνική υποστήριξη, όταν αυτή υπάρχει, δρα προστατευτικά έναντι της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ακόμη και όταν αυτά τα άτομα εκτίθενται σε αρνητικές καταστάσεις και φαίνεται επίσης ότι η κοινωνική υποστήριξη παρέχει προστασία έναντι της σοβαρής κατάθλιψης (Dalgard et al, 1995). Ωστόσο φαίνεται ότι λόγω της απώλεια των κοντινών δεσμών τους αλλά και την αυξημένη εξάρτησή τους οι υπερήλικες είναι περισσότερο επιρρεπείς στην μοναξιά (Jeune, 2002)

Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν τα προβλήματα που χαρακτηρίζουν την υγεία των υπερηλίκων βασίζονται μόνο στην απαρίθμηση των ιατρικών τους προβλημάτων (Beregi&Klinger, 1989). Αν και αυτές οι μελέτες είναι σημαντικές, η εκτίμηση της αντικειμενικής αλλά και αντιληπτής από τους ίδιους κατάσταση της υγείας τους είναι εξίσου σημαντικές, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι υπερήλικες τείνουν να αντιμετωπίζουν πολλαπλά προβλήματα υγείας αλλά η σωματική αλλά και η ψυχική τους διάγνωση να μην είναι τόσο αντιπροσωπευτική (Selim et al, 2004).

Όταν το άτομο πλησιάζει στο τέλος του κύκλου της ζωής του αναγκάζεται να συμφιλιωθεί με το απρόοπτο. Επίσης μαθαίνει τα όρια και τους περιορισμούς των βιολογικών νόμων και περνάει από την ακεραιότητα στην απόγνωση, την οικειότητα στην απομόνωση και από την υγεία στην ασθενικότητα, καθώς και από την οικονομική ασφάλεια στην ανασφάλεια. Το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται αυτές τις καταστάσεις έχει σχέση με το πόσο καταστροφικές θα είναι οι συνέπειές τους στην υγεία του (Poon et al, 1992).

Η υποκειμενική εκτίμηση της υγείας μπορεί να έχει περισσότερες αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία από ότι η αντικειμενική κατάσταση της υγείας (Sullivan, 1997). Έχει βρεθεί ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα υγείας που συσχετίζονται με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό εισόδημα, τις φτωχές πρακτικές υγείας αλλά

και την αντιλαμβανόμενη κατάσταση της υγείας και την χαμηλή αυτάρκεια (Gondo&Poon, 2007). Σε μια έρευνα φάνηκε ότι οι υπερήλικες που αισθάνονταν υγιείς και αυτάρκεις, είχαν λιγότερα προβλήματα υγείας και καλύτερες πρακτικές. Το προφίλ υγείας των ατόμων άνω των 85 ετών φάνηκε ότι ήταν σε καλύτερη κατάσταση από τους νεότερους ηλικιωμένους αφού το 79% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η υγεία τους είτε είχε μείνει η ίδια σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, ή είχε βελτιωθεί (Hogan et al, 1999b).

Μια μελέτη που είχε ως σκοπό την αντιληπτή κατάσταση της υγείας των υπερηλίκων είχε δείγμα ατόμων ηλικιών μεταξύ 100 και 112 ετών, εκ των οποίων το 97% ήταν άνδρες, το 30% παντρεμένοι και το 79% είχε εκπαίδευση έως 12 ετών. Όπως ήταν αναμενόμενο το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν χηρευμένοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ατόμων δεν είχαν καπνίσει ποτέ στη ζωή τους και μόνο το 5% φάνηκε ότι καπνίζει λίγα τσιγάρα ή κάθε μέρα ή κάθε λίγες ημέρες. Οι περισσότεροι από αυτούς ανέφεραν ότι ή δεν έπιναν ποτέ αλκοόλ ή ότι η κατανάλωσή αλκοόλ ήταν περιορισμένη.

Το 66% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι υπέφεραν από αρθρίτιδα και το 58% από υπερτροφία προστάτη. Όσον αφορά τις ιατρικές καταστάσεις που τα ποσοστά τους ήταν πολύ χαμηλά αυτές ήταν 2% τραυματισμό σπονδυλικής στήλης και το 1% σχιζοφρένεια. Σε σύγκριση με τα άτομα μεταξύ 85-99 αυτά τα ποσοστά φάνηκαν πολύ χαμηλότερα. Ωστόσο η σωματική τους ικανότητα φάνηκε ότι ήταν πολύ φτωχή ενώ η ψυχική τους υγεία φάνηκε σε πολλή καλή κατάσταση.

Μεταξύ των δύο ομάδων η γενική υγεία, ο σωματικός πόνος και η πνευματική υγεία δεν διέφεραν σημαντικά. Η ζωή των υπερηλίκων επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τους περιορισμούς στην εκτέλεση των καθημερινών σωματικών δραστηριοτήτων καθώς και στην μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας. Ωστόσο η ψυχική τους υγεία φάνηκε ότι είναι ανθεκτική παρά τη φτωχή σωματική υγεία. Σε αυτή τη μελέτη ανέφεραν ότι γενικά αισθάνονταν γαλήνιοι και ήρεμοι. Η γενική σωματική τους υγεία ωστόσο παρουσιάζεται πάρα πολύ επιβαρυμένη (Alfredo et al, 2005).

1.5 Ψυχικές Διαταραχές Υπερηλίκων

Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές στον ενήλικο πληθυσμό και έχει φανεί ότι το ποσοστό ύπαρξης μιας ή περισσοτέρων ψυχικών διαταραχών αγγίζει το 20-27%

των ατόμων (Wittchen&Jacobi, 2005). Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι αρκετά υψηλός καθώς εκτιμάται ότι περίπου 450 εκατομμύρια άτομα υποφέρουν από ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές παγκοσμίως. Έχει εκτιμηθεί ότι ένα στα τέσσερα άτομα θα εμφανίσει μια ή και περισσότερες ψυχικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της ζωής τους (WHO, 2004).

Ωστόσο, οι κυριότερες αλλαγές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου που μπορεί να οδηγήσουν σε μια ψυχική διαταραχή παρατηρούνται μετά την συνταξιοδότηση, την αλλαγή τόπου διαμονής και την απώλεια φίλων ή συντρόφων λόγω θανάτου. Τέτοιου είδους γεγονότα αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων και συνεπώς τα υπερήλικα άτομα έχουν έντονες πιθανότητες εμφάνισής τους (Nandi et al, 1997) επιπροσθέτως των σωματικών και κοινωνικών προβλημάτων που ήδη αντιμετωπίζουν (Banerjee&MacDonald, 1997).

Τα υπερήλικα άτομα λόγω των προβλημάτων υγείας που έχουν, αντιμετωπίζουν πολλές φορές προβλήματα βασικής αυτοεξυπηρέτησης όπως η σίτιση, το ντύσιμο, η κινητικότητα, η ατομική καθαριότητα. Επίσης αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσον αφορά στην διαχείριση του σπιτιού όπως το καθάρισμα, το μαγείρεμα, η πληρωμή των λογαριασμών και στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι εργασίες δεν μπορούν να διεξαχθούν από τα υπερήλικα άτομα. Αυτό συνεπάγεται κακή ποιότητα ζωής και έκπτωση της ψυχικής υγείας (Rogers&Delewski, 2004).

Οι σωματικές αλλαγές και οι χρόνιες παθήσεις μπορεί να έχουν πολύ σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και ευημερία των υπερηλίκων καθώς αυτά τα προβλήματα μπορεί να εμποδίζουν το άτομο από το να βγει έξω, γεγονός που μειώνει την κοινωνική επαφή και αυξάνει τα προβλήματα ψυχικής υγείας (Ahto et al, 1997).

Γενικότερα φαίνεται ότι η έκπτωση στην ψυχική υγεία είναι επικρατέστερη μεταξύ των γυναικών (Prince et al, 1999) αν και γενικά τα υπερήλικα άτομα φαίνεται ότι έχουν αρκετά επιβαρυμένη ψυχική υγεία (Copeland et al, 1999), γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι τα περισσότερα από αυτά τα άτομα είναι χηρευμένα και βάσει μελετών τα χωρισμένα ή χηρευμένα άτομα παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές διαταραχές (Carta et al, 2005), όπως και τα άτομα που είτε δεν έχουν παντρευτεί ποτέ είτε δεν έχουν κάποιο σύντροφο γενικότερα (Alonso et al, 2004). Ωστόσο ακόμη και μεταξύ των υπερηλίκων που παραμένουν με τον σύντροφό τους το στρες είναι παρόν κυρίως διότι σχετίζεται με την σκέψη ότι μπορεί το άτομο να χάσει τον σύντροφό του (Tower&Kass 1996). Αυτή η σκέψη μπορεί να συνοδευτεί από μια

καταθλιπτική εμπειρία ιδίως μεταξύ των ζευγαριών που είναι δεμένα. Επίσης οι συναισθηματικοί δεσμοί που υπάρχουν μεταξύ του υπερήλικου ζεύγους δοκιμάζονται όταν υπάρχει μια αλλαγή στην ρουτίνα ή την οικειότητα στη σχέση που ενδέχεται να προκληθεί από τις αρνητικές αλλαγές στην υγεία ενός εκ των δύο συντρόφων (Tower&Kass 1996). Η ύπαρξη συντρόφου για τους υπερήλικες συνεπώς, έχει και θετικά αλλά και αρνητικά στοιχεία. Τα θετικά αφορούν την ύπαρξη συντροφικότητας, φιλίας και ενδιαφέροντος. Η αρνητική πλευρά αφορά στην έκπτωση της σωματικής υγείας ενός εκ των δύο συντρόφων, γεγονός που επιβαρύνει την σωματική αλλά και ψυχική υγεία και των δύο (Thuen et al, 1997).

Οι κυριότερες ψυχικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες είναι οι ακόλουθες:

- *Κατάθλιψη*: Αυτή η ψυχική διαταραχή κυμαίνεται μεταξύ της μέτριας και της βαριάς της μορφής. Τα συμπτώματά της μπορεί να συμπεριλαμβάνουν έλλειψη διάθεσης και ενέργειας, αρνητική επιρροή στα κίνητρα του ατόμου και ύπαρξη σκέψεων ότι η ζωή του ατόμου δεν αξίζει γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία (Barber, 2009).

  Οι διαταραχές που προκαλεί η κατάθλιψη στη διάθεση του ατόμου συμπεριλαμβάνουν την ασυνήθιστα έντονη και παρατεταμένη στενοχώρια, τη μελαγχολία ή και την απόγνωση, συμπτώματα που χαρακτηρίζουν κυρίως την βαριά μορφή αυτής της διαταραχής, η οποία συχνά περιγράφεται ως συναισθηματική απορρύθμιση. Η ηπιότερη αλλά παρατεταμένη κατάθλιψη μπορεί να διαγνωσθεί ως δυσθυμία (Pai&Nagarajaiah, 1982). Η κατάθλιψη γενικά επηρεάζει περίπου 30 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως και αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες ανικανότητας. Έως το 2020 η μονοπολική κατάθλιψη αναμένεται να γίνει η δεύτερη σε συχνότητα ασθένεια μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια και αυτό μεταφράζεται στο γεγονός ότι η κατάθλιψη από μόνη της θα αντιστοιχεί στο 1/3 της παγκόσμιας ανικανότητας που προκαλείται από νευροψυχιατρικές καταστάσεις, κάνοντάς την τη πιο σημαντική μεταξύ των ψυχικών διαταραχών (WHO, 2004).

  Το 1993 σε μια έρευνα φάνηκε ότι τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων κυμαίνονται από 1 έως και 29% (Gomez&Gomez 1993). Το 1997 φάνηκε ότι το ποσοστό άγγιζε το 15% (MacDonald 1997) και το 1996 ότι η σοβαρή κατάθλιψη επηρεάζει το 10% των υπερηλίκων (Wattis, 1996). Αυτές οι

διακυμάνσεις ωστόσο μπορεί να οφείλονται στις διαφορετικές ερμηνείες που υπάρχουν για την κατάθλιψη. Στους υπερήλικες η ήπια ή η μέτρια κατάθλιψη συνήθως συνδέεται με τις βιολογικές αλλαγές ή τις κοινωνικές απώλειες (Wattis, 1996) και μεταξύ υπερηλίκων οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες υπερήλικες (Ostbye et al, 2000) και οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνισή της είναι η κατάσταση χηρείας, η εμπειρία στρεσογόνων γεγονότων που συμπεριλαμβάνουν την σωματική νόσο, την απώλεια αγαπημένων προσώπων, την απώλεια δυνατοτήτων και ικανοτήτων αλλά και ρόλων και σαφώς η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη (MacDonald 1997).

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από συναισθήματα θλίψης, απόγνωσης και αποθάρρυνσης αλλά μεταξύ υπερηλίκων η κατάθλιψη συνήθως παρουσιάζεται με σωματικά προβλήματα όπως η αλλαγή του ύπνου, η μείωση της όρεξης, η απώλεια βάρους η αλλαγή στην διάθεση αλλά και οι ύπαρξη διαφόρων σωματικών πόνων, που μπορεί να μπερδευτούν με άλλες νόσους (Gomez & Gomez 1993; Macdonald 1997). Άλλα συμπτώματα που υποδηλώνουν την ύπαρξη κατάθλιψης μεταξύ υπερηλίκων συμπεριλαμβάνουν την μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, την έλλειψη ενδιαφέροντος για αυτές τις δραστηριότητες που κάποτε ήταν ευχάριστες για το άτομο, συναισθηματικές αλλαγές όπως η αυξημένη ανησυχία και η απότομη θλίψη, οι δυσκολίες στην συγκέντρωση και οι σκέψεις αυτοκτονίας (Wattis, 1996). Μια από τις ενδείξεις ύπαρξης κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων είναι η αλλαγή των συνηθειών ύπνου, η μείωση της όρεξης καθώς και η απώλεια βάρους. Η έντονη αλλαγή της διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας και ιδιαίτερα νωρίς το πρωί, αλλά και η σωματική και πνευματική επιβράδυνση είναι ενδεικτικά συμπτώματα της κατάθλιψης, εφόσον αυτά δεν οφείλονται σε άλλες διαταραχές (MacDonald, 1997).

- *Στρες*: Η πίεση που αισθάνεται ένα άτομο μπορεί να αποτελέσει κινητήριο δύναμη ή να μετατραπεί σε στρες και να θεωρηθεί σημαντικό πρόβλημα, ιδιαίτερα όταν το άτομο αισθάνεται ότι δεν διαθέτει τους κατάλληλους πόρους για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις της ζωής του (Barber, 2009).

Η ψυχική και συναισθηματική υγεία των ατόμων όλων των ηλικιών σχετίζεται με το πόσο καλά μπορεί ένα άτομο να αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί στους στρεσογόνους παράγοντες και στις αλλαγές στη ζωή του (Poon et al, 2009). Αν και οι κίνδυνοι υγείας αυξάνονται καθώς αυξάνεται και η ηλικία του ατόμου το στρες μπορεί να μην είναι αναπόφευκτη συνέπεια της γήρανσης (Poon et al, 1992).

Τα κύρια στρεσογόνα περιστατικά στην ζωή των ατόμων άνω των 75 ετών είναι (Bookwala & Schulz, 2000):

- Η απώλεια δύναμης και σωματικής ικανότητας
- Η απώλεια φίλων και δεσμών
- Η απώλεια κοινωνικής δύναμης και κύρους
- Η ανυπαρξία αναγνώρισης
- Και η απώλεια της αίσθησης της πιθανότητας

Τα γεγονότα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου είναι καθοριστικοί παράγοντες για την σωματική και ψυχική υγεία των υπερήλικων και κυρίως τα στρεσογόνα γεγονότα (Cohen et al, 1985). Τα γεγονότα της ζωής είναι εμπειρίες που έχουν ή θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο αλλά και επιρροή στην υγεία και την ποιότητα της ζωής των υπερηλίκων. Αυτά τα άτομα πιθανώς έχουν βιώσει έναν μεγάλο αριθμό θετικών αλλά και αρνητικών εμπειριών κατά τη διάρκεια της ζωής τους, όπως έκπτωση της υγείας τους, τον θάνατο των αγαπητών τους ατόμων, οικονομικά προβλήματα. Γι’ αυτό το λόγο τα γεγονότα που έχουν βιώσει αυτά τα άτομα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην τωρινή σωματική και ψυχική τους υγεία (Preston&Mansfield, 1984).

Έχει φανεί ότι η έκπτωση στην υγεία του ατόμου φαίνεται ότι είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει το στρες. Είναι φανερό από μελέτες ότι οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν πάνω από μια ασθένεια που εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου. Μετά την ηλικία των εβδομήντα τα περισσότερα άτομα είναι εξαρτημένα (Nagarathnamma, 2003). Οι κυριότεροι στρεσσογόνοι παράγοντες μεταξύ των υπερηλίκων είναι οι ψυχικές νόσοι, η έλλειψη οικονομικών πόρων και η περιορισμένη κινητικότητα (Nair et al, 1991).

- *Αγχώδεις διαταραχές*: Το άγχος μπορεί να αποτελέσει σοβαρό πρόβλημα ψυχικής υγείας όταν τα συναισθήματα της έντασης και του φόβου που βιώνει το άτομο παρεμποδίζουν τη διεξαγωγή των καθημερινών του δραστηριοτήτων. Τα άτομα που υποφέρουν από αγχώδη διαταραχή μπορεί να εκδηλώνουν κρίσεις πανικού ή και φοβίες. Επίσης η ψυχακαταναγκαστική διαταραχή είναι ένα είδος άγχους, κατά την οποία το άτομο έχει συνεχόμενες διεισδυτικές σκέψεις τις οποίες νιώθει ότι είναι αναγκασμένο να φέρει εις πέρας (Barber, 2009). Οι συχνότερες αγχώδεις διαταραχές συμπεριλαμβάνουν συγκεκριμένες φοβίες, γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, κοινωνικές αγχώδεις διαταραχές, κρίσεις πανικού, αγοραφοβία και μετατραυματικές αγχώδεις διαταραχές (Fern&Lusky, 1987).

  Οι αγχώδεις διαταραχές μεταξύ των ηλικιωμένων οι οποίες παραμένουν χωρίς θεραπεία, μειώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, την καθημερινή του δραστηριότητα αλλά και τη συμμόρφωσή του ως προς την λήψη θεραπείας άλλων νόσων (Valente, 1999).

  Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να επηρεάσουν τους υπερήλικες πολύ περισσότερο από την κατάθλιψη και να εκδηλωθούν με κρίσεις πανικού που συχνά μπορεί να αποδίδονται σε άλλες νόσους όπως η άνοια (Fern&Lusky, 1987).
- *Ψυχωτικές διαταραχές*: Η ψύχωση αναφέρεται στις περιπτώσεις που το άτομο χάνει την επαφή με την πραγματικότητα και μπορεί να ακούει, να βλέπει ή και να πιστεύει πράγματα, τα οποία δεν είναι φανερά στους υπολοίπους όπως το να ακούει φωνές ή να πιστεύει ότι κάποιοι των καταδιώκουν. Εάν η διαταραχή γίνει χρόνια με αποτέλεσμα να απομακρύνεται το άτομο από τον εξωτερικό κόσμο και να παραμελεί τον εαυτό του τότε εμφανίζεται η σχιζοφρένεια (Barber, 2009), η οποία είναι μια διαταραχή με ποικιλόμορφο φαινότυπο πολύπλοκης αιτιολογίας, που συμπεριλαμβάνει γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Jablensky&Kalaydjieve, 2003). Αν και η σχιζοφρένεια είναι περισσότερο κοινή μεταξύ νεότερων ατόμων υπάρχουν στοιχεία που συσχετίζουν αυτή τη διαταραχή με τους υπερήλικες (Poon et al, 2009).
- *Άνοια*: Η άνοια διακρίνεται σε στάδια με ξεκάθαρη κλινική εικόνα και γενικά υπάρχει αμφιβολία μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας εάν είναι μια ψυχική

διαταραχή ή αποτέλεσμα της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης (Poon et al, 1992). Το 1^{ο} στάδιο χαρακτηρίζεται κανονικό χωρίς να υπάρχει κάποια έκπτωση στην γνωστική λειτουργία ενώ στο 2^{ο} υπάρχει κάποια αμνησία καθώς και δυσκολία να θυμηθεί το άτομο πράγματα, γεγονός το οποίο μπορεί να μην είναι ενδεικτικό για την ύπαρξη άνοιας. Κατά το 3^{ο} στάδιο παρατηρείται μια ήπια γνωστική δυσλειτουργία και είναι το ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ των γνωστικών αλλαγών που προκαλούνται από τη γήρανση. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά αυτού του σταδίου μπορεί να επισκιάσουν άλλες διαταραχές καθώς η συμπτωματολογία είναι παρόμοια (Petersen&Negash, 2008).

Το 4^{ο} στάδιο παρουσιάζει μέτρια έκπτωση στην γνωστική δυσλειτουργία οδηγώντας στο 5^{ο} όπου η έκπτωση θεωρείται σοβαρή. Μετά από αυτό το στάδιο παρατηρούνται αλλαγές στην προσωπικότητα και τα συναισθήματα του ατόμου καταλήγοντας στο 7^{ο} στάδιο όπου υπάρχει πολύ σοβαρή έκπτωση γνωστικών λειτουργιών και το άτομο χάνει τις ψυχοκινητικές του λειτουργίες αλλά και την ικανότητα ομιλίας του (Petersen&Negash, 2008).

Σε μια μελέτη για την ύπαρξη άνοιας σε δείγμα 244 υπερηλίκων από 80 έως 108 σε 44 κοινότητες στην Βόρειο Γεωργία με μέση ηλικία 100,7 ετών μεταξύ γυναικών και 99,92 μεταξύ των ανδρών, φάνηκε ότι τα άτομα άνω τον 100 ετών έπασχαν από σοβαρή άνοια σε σχέση με τα άτομα ηλικίας περίπου 80 ετών (Poon et al, 2009).

Έχουν γίνει αρκετές έρευνες για την ύπαρξη άνοιας μεταξύ των υπερηλίκων και το κατά πόσο αυτή η νόσος είναι αναπόφευκτη μεταξύ των ατόμων άνω των 80 ετών (Andersen-Ranberg et al, 2001). Δηλαδή εάν ισχύει το ότι όσο πιο πολύ ζει ένα άτομο τόσο πιο πολλές πιθανότητες έχει να εμφανίσει άνοια. Υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία που υποδηλώνουν ωστόσο ότι είναι δυνατόν ένα άτομο να είναι 100 ετών και να μην υποφέρει από άνοια. Ωστόσο υπάρχουν λίγα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την σοβαρότητα μιας άνοιας, τους λόγους για τον μεγάλο επιπολασμό της μεταξύ των ηλικιωμένων γενικότερα αλλά και τη σχέση της με διάφορες χρόνιες παθήσεις (Poon et al, 2009).

Σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες τα ποσοστά αυτοκτονίας μεταξύ των ατόμων άνω των 65 ετών εμφανίζονται αυξημένα (Bharucha&Satlin, 1997) και φαίνεται ότι οι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από ότι οι

γυναίκες (Wattis, 1996). Οι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ υπερηλίκων είναι τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής διαταραχής, η ύπαρξη έντονης κατάθλιψης και ανησυχίας, η ύπαρξη μιας ή περισσοτέρων σωματικών νόσων, το ιστορικό εγκεφαλικού, η κατάσταση χηρείας καθώς και το να διαμένει το άτομο μόνο του (Conwell et al, 1990). Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι η κοινωνική απομόνωση και η σωματική δυσλειτουργία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία μεταξύ των υπερηλίκων σε σχέση με τα νεότερα ηλικιωμένα άτομα (Howell, 2001).

Σε μια έρευνα μεταξύ ηλικιωμένων σε σχέση με τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν άτομα με διαγνωσμένη κατάθλιψη φάνηκε ότι τα ποσοστά νόσων όπως υπέρταση, οστεοαρθρίτιδα και καταρράκτης ήταν σε υψηλότερα επίπεδα, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και οι υπερήλικες έχουν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Ratakonda et al, 1992).

Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων , 85 ανδρών και 98 γυναικών, φάνηκε ότι το 77,6% των γυναικών και το 42,4% των ανδρών είχαν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας, και το 61% του συνόλου είχε ψυχική διαταραχή μεταξύ των οποίων τα ποσοστά νοσηρότητας ήταν αυξημένα (Nandi et al, 1997) .

Σε μια έρευνα για την ψυχική υγεία μεταξύ συνταξιούχων καθηγητών πανεπιστημίων όπου λήφθηκαν υπόψη παράγοντες όπως η ηλικία, το εισόδημα, η σωματική κατάσταση της υγείας καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν καλή κοινωνική υποστήριξη μπορούσαν και χρησιμοποιούσαν μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, δίνοντας έτσι μεγαλύτερα ποσοστά στην γενικότερη καλή ψυχική τους υγεία (Nagarathnamma, 2003) γεγονός που ενισχύει τον σημαντικό ρόλο που παίζει η κοινωνική υποστήριξη που δίνεται στους ηλικιωμένους και τους υπερηλίκους στην ψυχική τους υγεία.

1.6 Προσωπικότητα Υπερηλίκων και Ψυχική Υγεία

Γενικά οι υπερήλικες φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών και επιβαρυντικοί παράγοντες μπορεί να είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνιολογικοί καθώς και περιβαλλοντικοί, οι οποίοι μπορεί να υπάρχουν πολύ πριν εμφανιστεί κλινικά μια διαταραχή ή ένα ψυχικό πρόβλημα. Καθώς αυξάνεται η ηλικία αυτοί οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να γίνουν

περισσότερο ή λιγότερο προγνωστικοί για την εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής (Poon et al, 2009).

Ωστόσο, οι πόροι αντιμετώπισης είναι προσωπικοί, κοινωνικοί καθώς και περιβαλλοντικοί με την μορφή ύπαρξης υποστήριξης, και φαίνεται ότι έχουν προστατευτικό ρόλο βοηθώντας τα άτομα να διατηρήσουν την υγεία τους και την ευημερία τους αλλά και να αντιμετωπίσουν τις εμπειρίες της ζωής. Οι διαφορές στις συμπεριφορές αντιμετώπισης κάνουν τους υπερήλικες περισσότερο ή λιγότερο τρωτούς έναντι των επιπτώσεων του στρες σε σχέση με τους νεότερους ηλικιωμένους. Οι εμπειρίες της ζωής μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί τις καταστάσεις και μπορεί να έχει θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις. Για παράδειγμα, η μείωση της θνησιμότητας μπορεί να μην είναι τόσο σημαντική μεταξύ των υπερηλίκων όσο η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Poon et al, 2009).

Για να μπορούν να αντιμετωπισθούν καταλλήλως τα προβλήματα που οδηγούν σε άσχημα γηρατειά λόγω ψυχικών διαταραχών είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ποιοι παράγοντες επιτρέπουν σε ορισμένα άτομα να γεράσουν με επιτυχία και χωρίς ψυχικά προβλήματα (Rane-Szostak&Herth, 1995). Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που συσχετίζουν τη γήρανση με την αρνητική ψυχική υγεία αλλά υπάρχουν εξίσου σημαντικά στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η γήρανση δεν είναι πάντα επιβαρυντική για την ψυχική υγεία του ατόμου (Poon et al, 1992).

Υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η πλειοψηφία των γηραιότερων ατόμων μπορεί να παραμείνει υγιής, να αναρρώσει από διάφορες ιατρικές καταστάσεις ή ακόμη και να βελτιώσει τη στάση του απέναντι στις προκλητικές μεταβάσεις κυρίως διότι μπορεί να είναι περισσότερο ανθεκτικοί από τα άτομα που θεωρούν τη γήρανση ως αρνητικό γεγονός (Tijhuis et al, 1999). Οι παράγοντες που καθιστούν ένα άτομο ανθεκτικό στα διάφορα προβλήματα που συσχετίζονται με τη γήρανση είναι οι ψυχολογικοί πόροι που διαθέτουν, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, όπως ο αντιληπτός έλεγχος και η αυτάρκεια, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η εκπαίδευση, το εισόδημα αλλά και η κοινωνική υποστήριξη (Poon et al, 2009).

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αυτά μπορεί να διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ των διαφόρων ομάδων ηλικιωμένων. Τα άτομα άνω των 85 που φαίνεται ότι είναι περισσότερο εξωστρεφή είναι λιγότερο πιθανό να

αισθανθούν μοναξιά από τα άτομα που χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια (Long et al, 2000).

Οι προγνωστικοί παράγοντες της προσωπικότητας αναφορικά με τη θνησιμότητα στην ενήλικη ζωή (Martin et al, 2002) όπως η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία, η δεκτικότητα στην εμπειρία αλλά και ο νευρωτισμός έχουν χρησιμοποιηθεί για να υποστηρίζουν το ρόλο της προσωπικότητας στην μακροβιότητα (Martin et al, 2002).

Βάσει μιας έρευνας για τη σχέση των προσωπικών χαρακτηριστικών και της μακροβιότητας έδειξε ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονταν από υψηλά ποσοστά νευρωτισμού είχαν υψηλή πιθανότητα θνησιμότητας και τα άτομα που είχαν υψηλά ποσοστά ευσυνειδησίας μείωναν την πιθανότητα θνησιμότητας κατά 50% σε αντίθεση με αυτούς που είχαν χαμηλά ποσοστά (Wilson et al, 2005).

Ωστόσο υπάρχουν μελέτες που δεν αποδεικνύουν κάποια σχέση μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών και της μακροβιότητας αλλά έχει φανεί ότι τα άτομα που χαρακτηρίζονται από αισιοδοξία και αίσθηση του χιούμορ και ευσυνειδησία έχουν καλύτερες συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία τους και φαίνονται να συμμορφώνονται καλύτερα με την θεραπευτική αγωγή που χρειάζεται να λάβουν και είναι περισσότερο προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνοδεύουν τη γήρανση (Friedman et al, 1993).

Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και χαμηλά ποσοστά τερπνότητας είχαν φτωχά προφίλ υγείας που συσχετίσθηκαν με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Aldwin et al, 2001). Αν και αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν συσχετισθεί με την σχετική μακροβιότητα δεν είναι ξεκάθαρο ότι αυτά συμβάλουν στην πραγματική μακροβιότητα.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία βρέθηκε ότι η προσωπικότητα των υπερηλίκων χαρακτηριζόταν από ήπιο βαθμό ενθουσιασμού, ανεβασμένη αλλά ασταθής διάθεση, εκνευρισμό αλλά και υπερδραστηριότητα, ωστόσο όμως δεν χαρακτηριζόταν από εμμονές και ανησυχία. Επίσης είχαν υψηλά ποσοστά στην διαπροσωπική ευαισθησία , την ηθική καχυποψία και την αίσθηση του δίκαιο. Έτσι οι υπερήλικες στην Σουηδία χαρακτηρίστηκαν ως άτομα ευαίσθητα, λογικά, ασφαλή, συναισθηματικά σταθερά, αξιόπιστα, ώριμα και ευσυνείδητα (Samuelsson et al, 1997).

Έχει υποστηριχθεί ότι οι υπερήλικες εμφανίζουν μια σχετική ανοσία στα αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος, η ενοχή, η θλίψη, η κατάθλιψη, ο θυμός, η ανησυχία, η εχθρότητα, η έλλειψη αυτοπεποίθησης και η τρωτότητα (Poon et al, 2009). Σε μια έρευνα στην Ιαπωνία φάνηκε ότι οι υπερήλικες σημείωσαν χαμηλά ποσοστά προσωπικότητας τύπου Α (Shimonaka et al 1996). Ωστόσο, υπάρχουν πολλοί ερευνητές που πιστεύουν ότι δεν θα πρέπει να βασιζόμαστε μόνο στην προσωπικότητα αυτών των ατόμων αλλά να ερευνήσουμε τους πιθανούς συνδυασμούς που συμβάλουν στην μακροβιότητα. Σύμφωνα με αυτή την άποψη ο υψηλός νευρωτισμό και η υψηλή εσωστρέφεια δημιουργούν δυστυχισμένα άτομα ενώ τα εξωστρεφή και τα συναισθηματικά σταθερά άτομα χαρακτηρίζονται ως ευτυχισμένα (Martin et al, 2006).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη μακροβιότητα φαίνεται πως είναι η γενικότερη κατάσταση υγείας που δεν επιδεινώνεται από συνήθειες όπως το κάπνισμα ή η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ καθώς και το γεγονός ότι αυτοί οι άνθρωποι παρέμειναν δραστήριοι καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Breslow&Breslow, 1993).

Μετά ακολουθούν οι διατροφικές συνήθειες οι οποίες συμπεριλαμβάνουν την λήψη πρωινού και τροφών πλούσιων σε βιταμίνη Α και φαίνεται ότι κατά τη διάρκεια της ζωής τους αυτά τα άτομα απέφευγαν τις μεγάλες διακυμάνσεις βάρους (Fischer et al, 1995).

Φαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο έχει σημαντική θετική επίδραση στην μακροβιότητα καθώς συμβάλει στην χρήση των εμπειριών, στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων και οι γνώσεις, η εμπειρία και η γενικότερη υγεία φαίνεται ότι προάγουν την μακροβιότητα καθώς γίνεται καλύτερη η καθημερινή λειτουργία αυτών των ατόμων (Holtsberg et al, 1995).

Η προσωπικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων φαίνεται ότι είναι κυρίαρχες μεταξύ των υπερηλίκων και λιγότερο εμφανείς μεταξύ των ατόμων που είναι μεταξύ των 60 και 80 ετών. Φαίνεται ότι οι υπερήλικες έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν τα προβλήματα και να μην αποζητούν επιπρόσθετη κοινωνική υποστήριξη για την επίλυσή τους (Martin et al, 1992).

Οι υπερήλικες αναφέρουν ότι δεν έχουν πολλές κοινωνικές επισκέψεις και ότι είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν στο τηλέφωνο ή να έχουν σύντροφο ή κάποιο άτομο που τους παρέχει περίθαλψη, αλλά συνήθως έχουν τα παιδιά τους που τους

φροντίζουν με την διατροφή και τις καθημερινές δραστηριότητες (Martin et al, 1996). Ωστόσο οι περισσότεροι από αυτούς αναφέρουν ότι έχουν ένα έμπιστο άτομο με το οποίο μπορούν να μιλήσουν ή να βοηθηθούν όταν είναι άρρωστοι ή αντιμετωπίζουν ένα γενικότερο πρόβλημα υγείας (Martin et al, 1996).

Όσον αφορά στην ψυχική τους υγεία σε σύγκριση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας, οι υπερήλικες τείνουν να αναφέρουν περισσότερα σωματικά παρά ψυχικά νοσήματα. Αν και έχει βρεθεί ότι οι υπερήλικες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους νεότερους δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα μεταξύ των υπερηλίκων που διαμένουν εντός μιας κοινότητας. Φαίνεται ότι ο συνδυασμός της εκπαίδευσης, του κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου, και της ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην μακροβιότητα και στην ποιότητα της ζωής (Kim et al, 1998)

Σε μια άλλη μελέτη μεταξύ ατόμων ηλικίας 50-70 ετών φάνηκε ότι τα ποσοστά κατάθλιψης ήταν χαμηλά αλλά φάνηκε επίσης ότι ο βαθμός της κατάθλιψης συσχετίζεται με την οικονομική κατάσταση του ατόμου, την κατάσταση της υγείας του, της κοινωνικής του θέσεις αλλά και με το οικογενειακό υπόβαθρο. Επίσης φάνηκε ότι οι ενασχόληση με θρησκευτικές δραστηριότητες είχε θετική επίδραση στην κατάθλιψη μεταξύ των ηλικιωμένων (Patil et al, 2000).

2. Υπερήλικες Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών

2.1. Ιδιαιτερότητες των Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών

Οι επαρχιακές περιοχές χαρακτηρίζονται από διαφορετική τοπογραφία, γεωγραφία, επαγγελματικές δραστηριότητες αλλά και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και κουλτούρα (Fox&Merwin, 1995). Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για το τι ακριβώς εννοούμε επαρχιακή περιοχή αλλά ένα κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι οι επαρχιακές περιοχές διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους, τόσο όσον αφορά στην ηλικία του πληθυσμού όσο και στις συνθήκες διαβίωσης. Πιο συγκεκριμένα αυτές οι περιοχές χαρακτηρίζονται από την εξάρτησή τους από την γεωργία, τις εργασίες εξόρυξης, την παρατεταμένη φτώχεια και τον μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων (Wagenfeld, 1997).

Επίσης, στις επαρχιακές περιοχές ο πληθυσμός χαρακτηρίζεται από χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς όπως φαίνεται το μεγαλύτερο μέρος αυτού του πληθυσμού δεν μπορεί να τελειώσει ούτε τη βασική εκπαίδευση. Επίσης, αυτές οι

περιοχές χαρακτηρίζονται από ελλιπείς παροχές υγειονομικής φροντίδας, και στις ορεινές περιοχές λόγω του δύσβατου τις περιοχής αλλά και των απρόβλεπτων καιρικών συνθηκών τα πράγματα είναι κατά πολύ χειρότερα (Yukovich, 1997).

Εκτός όμως από την τοποθεσία, η κουλτούρα που επικρατεί σε αυτές τις περιοχές παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών αλλά και στη χρήση των υπηρεσιών παροχής ψυχικής φροντίδας, καθώς στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές, ο πληθυσμός εκλαμβάνει διαφορετικά τα συμπτώματα ψυχικής διαταραχής και συνήθως λαμβάνει μόνος του αποφάσεις για την έκβαση της ψυχικής του υγείας, καθώς η ανάγκη χρήσης επαγγελματικής βοήθειας σπανίως αναγνωρίζεται (Yukovich, 1997).

Όσον αφορά τα ψυχιατρικά συμπτώματα, τα εμπόδια που υπάρχουν σε αυτές τις περιοχές δεν αναφέρονται μόνο στους πρακτικούς και οικονομικούς λόγους αλλά και στις πεποιθήσεις του εν λόγω πληθυσμού, κυρίως λόγω του στίγματος που τείνει να επικρατεί σε αυτές τις περιοχές για οποιαδήποτε ψυχική η ψυχιατρική διαταραχή (Yukovich, 1997).

Σε πολλές απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές υπάρχει ένα μεγάλο κενό μεταξύ της ανάγκης παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την πραγματική παροχή. Έχει παρατηρηθεί ότι ακόμη και όταν υπάρχουν τέτοιες παροχές σε ορισμένες απομακρυσμένες περιοχές τα ίδια τα άτομα που χρήζουν βοηθείας δεν τις χρησιμοποιούν λόγω του στίγματος κατά των ψυχικών διαταραχών που επικρατεί μεταξύ του επαρχιακού πληθυσμού. Ωστόσο, η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές εκτός από τα κοινωνικά θέματα έχει και πρακτικά προβλήματα εφαρμογής (Bird et al, 1998).

Οι κοινωνικές υποδομές και κυρίως αυτή της μεταφοράς έχουν έναν κεντρικό ρόλο στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, που συνήθως επικρατεί στις απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές που χαρακτηρίζονται κυρίως από εναπομείναντες υπερηλίκους, καθώς οι νέοι εγκαταλείπουν αυτές τις περιοχές και κατευθύνονται στα αστικά κέντρα. Αυτό φαίνεται από την ταχεία αύξηση του αστικού πληθυσμού και την ταυτόχρονη μείωση του επαρχιακού (Halloran&Vera, 2005).

Στην Ευρώπη με την εξαίρεση της Φιλανδίας και της Ιρλανδίας όπου ο επαρχιακός πληθυσμός δείχνει μια ελαφρώς ανοδική τάση στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες υπολογίζεται ότι έως το 2050 θα υπάρχει δραματική μείωση του πληθυσμού των απομακρυσμένων επαρχιακών περιοχών (Halloran&Vera, 2005)

Μια από τις πιο σημαντικές πτυχές του υγειονομικού συστήματος είναι η παροχή φροντίδας των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών που διαμένουν στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές, πληθυσμός που αντιστοιχεί στο 60% όλου του επαρχιακού πληθυσμού στην Ευρώπη (Halloran&Vera, 2005).

Στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες η παροχή φροντίδας για αυτόν τον πληθυσμό είναι σχεδόν μηδενική. Σε άλλες περιοχές όπως στη Σκωτία φαίνεται ότι υπάρχουν πολλά άτομα που χρήζουν παροχής βοηθείας στο σπίτι η οποία παρέχεται όποτε αυτό είναι δυνατόν από την ίδια την κοινότητα. (Halloran&Vera, 2005).

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα αδυναμίας παροχής οποιαδήποτε υπηρεσίας φροντίδας για τους ηλικιωμένους κατοίκους αυτών των περιοχών είναι η δυσκολία πρόσβασης καθώς αποδεικνύεται πολυέξοδη. Για παράδειγμα στην Ουγγαρία η μεταφορά των ιατρών προς τους ηλικιωμένους αυτών τον περιοχών αλλά και η μεταφορά των δεύτερων στις υγειονομικές μονάδες διεξάγεται κατά κύριο λόγο με ταξί. (Halloran&Vera, 2005)

Τα προβλήματα που παρεμποδίζουν την παροχή ψυχικής υγείας και επιδεινώνουν τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα των υπερηλίκων σε αυτές τις περιοχές είναι τα ακόλουθα (Hammons, 2003):

- Όλο και περισσότερες γυναίκες εργάζονται εκτός της οικίας τους και γι’ αυτό το λόγο είναι λιγότερο διαθέσιμες να αναλάβουν τον παραδοσιακό τους ρόλο παροχής φροντίδας στους υπερήλικες
- Η χρήση των υπηρεσιών καθίσταται δύσκολη διότι η γενιά που χρήζει βοηθείας και η γενιά που μπορεί να την παρέχει είναι απομακρυσμένες λόγω των γεωγραφικών προβλημάτων αλλά και την έλλειψη επαρκών μέσων μεταφοράς.
- Οι υπερήλικες αυτών των περιοχών χαρακτηρίζονται από πολύ χαμηλό εισόδημα που είτε είναι στα όρια της φτώχειας είτε πιο κάτω από αυτήν και δεν δύναται να καλύψει τις βασικές τους ανάγκες.
- Ακόμη και αν υπάρξουν εθελοντικοί οργανισμοί που προθυμοποιούνται να βοηθήσουν εάν δεν υπάρχουν βασικές υποδομές μεταφοράς δεν θα είναι εφικτό.

2.2. Προβλήματα Υπερηλίκων Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών

Δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες που αφορούν την ψυχική υγεία του ηλικιωμένου και υπερήλικου πληθυσμού που ζει σε απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές (Windley&Scheidt, 1982).

Όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας των υπερηλίκων που ζουν στις απομακρυσμένες περιοχές φαίνεται ότι αυτή είναι ανεπαρκής καθώς αυτά τα άτομα βασίζονται κυρίως στα παιδιά τους ή στο κοινωνικό τους περιβάλλον για να τους μεταφέρουν στις μονάδες παροχής φροντίδας (Howell, 2001).

Οι υπερήλικοι που διαμένουν σε ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές συνήθως είναι χηρευμένοι, δεν έχουν καθόλου καλή οικονομική κατάσταση, ζουν μόνοι τους, δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη και δεν έχουν πρόσβαση σε υγειονομικές μονάδες (Poon et al, 2009).

Σε μια μελέτη μεταξύ ηλικιωμένων που διέμεναν σε επαρχιακές περιοχές μέσης ηλικίας 69,2 ετών φάνηκε ότι το 10% αυτών των ατόμων διέμεναν μόνοι τους με κυριότερες τις γυναίκες. Τα προβλήματα υγείας που αναφέρθηκαν αφορούσαν προβλήματα όρασης και ακοής από το 62%, καθώς και στομαχικά προβλήματα αλλά και αδυναμία μάσησης από το 48 και 43% αντιστοίχως. Επίσης φάνηκε ότι οι χρόνιες νόσοι που ταλαιπωρούσαν αυτόν τον πληθυσμό ήταν η αρθρίτιδα η υπέρταση καθώς και αναπνευστικά προβλήματα (Shahar et al, 2001).

Ένας από τους κυριότερους λόγους που τα υπερήλικα άτομα των ορεινών και απομακρυσμένων επαρχιακών περιοχών δεν έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη είναι η περιορισμένη κινητικότητα τους, η ήδη υπάρχουσα γεωγραφική απομόνωση, η έλλειψη μέσων μεταφοράς γεγονός που καθιστά τους υπερηλίκους αυτών των περιοχών λιγότερο ανεξάρτητους. Η ακατάλληλη ή ανύπαρκτη μεταφορά αναγκάζει τους γηραιότερους να μην αποζητούν ιατρική βοήθεια για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν αλλά και για τα ψυχολογικά τους προβλήματα τα οποία χρήζουν φροντίδας. Επίσης υπάρχει κακή διατροφή, έκπτωση στην υγεία αλλά και έντονη κατάθλιψη εξαιτίας του γεγονότος ότι οι γηραιότεροι δεν θέλουν να αισθάνονται βάρος είτε στους συγγενείς τους είτε στο κοινωνικό τους περιβάλλον που αναγκάζεται να τους μεταφέρει στο κοντινότερο κέντρο υγείας (Hammons, 2003).

Οι περισσότεροι υπερήλικες των επαρχιακών περιοχών διαμένουν μόνοι τους γεγονός που ενισχύει την κακή διατροφή τους διότι λόγω των προβλημάτων που

αντιμετωπίζουν δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, γεγονός που συμβάλλει στην περαιτέρω έκπτωση της υγείας τους καθώς είναι γνωστό ότι η σωστή διατροφή μπορεί να παρατείνει την εμφάνιση χρόνιων νόσων (Hammons, 2003).

Η μοναξιά στους υπερήλικες είναι πηγή προβλημάτων καθώς συσχετίζεται με την κατάθλιψη η οποία με τη σειρά της συσχετίζεται με την αυτοκτονία (Mullins & Dugan, 1990). Η μοναξιά από μόνη της μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές του ύπνου και της όρεξης. Οι προγνωστικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην μοναξιά είναι η ηλικία, το φύλο, η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου, η οικονομική κατάσταση, η ανάγκη για στοργή και ασφάλεια, η επιθυμία να ανήκει το άτομο σε ένα κοινωνικό δίκτυο καθώς και η ύπαρξη φίλων (Mullins & Dugan, 1990). Η μοναξιά επηρεάζει περισσότερο τα ηλικιωμένα άτομα λόγω της απώλειας των κοντινών δεσμών τους (Tijhuis et al, 1999).

Η μοναξιά μπορεί να επηρεάσει το 10% των ηλικιωμένων (Jeune, 2002). Σε μια μελέτη που είχε ως δείγμα 1725 άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω φάνηκε ότι το 35% των συμμετεχόντων βίωνε μοναξιά (Holmen et al, 1992) και έχει φανεί ότι η μοναξιά είναι επικρατέστερη μεταξύ των γυναικών (Holmen et al, 1992).

Έχει φανεί ότι μεταξύ των ατόμων ηλικίας 85-103 η μοναξιά έχει διπλά αποτελέσματα. Το πρώτο είναι ότι η ζωή με αναμνήσεις αγαπημένων ατόμων που έχουν πεθάνει και η αίσθηση εγκατάλειψης εντείνουν τα συναισθήματα μοναξιάς ενώ από την άλλη κάποιοι θεωρούσαν το να ζουν μόνοι τους ως ένδειξη ανεξαρτησίας και ελευθερίας και επιδείκνυαν αρκετά μεγάλη αυτοπεποίθηση. Συνεπώς το συναίσθημα της μοναξιάς μεταξύ αυτών των ηλικιών μπορεί να είναι είτε καταστροφικό είτε εποικοδομητικό και εξαρτάται από τις συγκυρίες της ζωής των ατόμων και την άποψη τους για τη ζωή και το θάνατο (Graneheim & Lundman, 2010).

Πολλά υπερήλικα άτομα αδυνατούν να μαγειρέψουν και να εκτελέσουν τις οικιακές εργασίες και χρήζουν βοηθείας αλλά σε αυτές τις περιοχές δεν υπάρχει κάποιος που να μπορεί να τους βοηθήσει. Το ανεπαρκές σύστημα μεταφοράς δεν επιτρέπει σε άτομα από τις αστικές περιοχές να προσφέρουν βοήθεια στους υπερήλικες και ως αποτέλεσμα υπάρχει έκπτωση της ψυχικής τους υγείας. Αυτός είναι ένας από τους κύριους λόγους που μεταξύ του υπερήλικου πληθυσμού των επαρχιακών περιοχών υπάρχουν αρκετές σκέψεις ή και απόπειρες αυτοκτονίας ιδίως μεταξύ των ανδρών άνω των 85 ετών (Hammons, 2003).

Όσον αφορά τις συνθήκες διαμονής τους, οι περισσότερες οικίες των ορεινών και απομακρυσμένων επαρχιακών περιοχών είναι παλιές δεν έχουν την κατάλληλη θέρμανση και χρήζουν επισκευής (Hammons, 2003).

2.3. Επιβαρυντικοί Παράγοντες Ψυχικών Διαταραχών και Υπερήλικες Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών

Οι πιο σοβαροί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών μεταξύ των υπερηλίκων είναι αυτοί που τους στερούν τις βασικές σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες (Tijhuis et al, 1999). Τα γηραιότερα άτομα είναι ευάλωτα στην ασθένεια, την αναπηρία, την εξάρτηση και τον πρόωρο θάνατο. Εκτός από το φύλο και την ηλικία, εξίσου σημαντικοί παράγοντες είναι η λειτουργική και η γνωστική ικανότητα του ατόμου, η γενική κατάσταση της υγείας τους καθώς και οι αντιλήψεις του έχουν οι ίδιοι (Ostbye et al, 1999).

Ωστόσο, έχει υποστηριχθεί ότι η μεγαλύτερη έκθεση σε επιβαρυντικούς παράγοντες μπορεί να είναι πιο καθοριστικοί για την ψυχική υγεία των υπερηλίκων από την ίδια την ηλικία τους (Tijhuis et al, 1999).

Υπάρχουν γεγονότα της ζωής ή μεταβατικές καταστάσεις που διαταράσσουν ή απειλούν να αλλάξουν τη φυσιολογική ρουτίνα και τις δραστηριότητες του ατόμου και συνεπώς να διαταράξουν την ευημερία τους (Poon et al, 1992). Τα γεγονότα της ζωής που επηρεάζουν την πλειοψηφία των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων είναι η αλλαγή στο εισόδημά τους, οι σωματικές αλλαγές και οι ασθένειες, αλλά και οι αλλαγές των κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων όπως ο θάνατος του συντρόφου ή των συνομηλίκων. Τέτοιου είδους γεγονότα μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ευημερία των υπερηλίκων αυξάνοντας την κοινωνική τους απομόνωση, τη μοναξιά, την κατάθλιψη αλλά και τις σκέψεις για αυτοκτονία (Poon et al, 2009).

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων που ζουν σε απομακρυσμένες και ορεινές περιοχές και αυτοί συμπεριλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά του καταλύματος στο οποίο διαμένουν, το χρονικό διάστημα που διαμένουν εκεί, τις αντιλήψεις της κοινότητάς του για τα άτομα που ανήκουν σε αυτό το ηλικιακό εύρος, την πρόσβασή τους σε υγειονομική περίθαλψη αλλά και την οικογενειακή τους κατάσταση (Windley & Scheidt, 1982).

Οι ηλικιωμένοι και οι υπερήλικες που διαμένουν στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές δεν αποζητούν ιατρική περίθαλψη λόγω της δύσκολης προσβασιμότητας που έχουν στις μονάδες υγειονομικής φροντίδας. Αυτές οι περιοχές γενικότερα δεν έχουν υγειονομικά συστήματα και έτσι εκτός του ότι δεν υπάρχει επαρκής παρακολούθηση αυτών των ατόμων, αυτή η ανασφάλεια συμβάλλει στην εμφάνιση ή επιδείνωση ψυχικών διαταραχών (Fant & Thompson, 1994).

Το εισόδημα επηρεάζει κατά πολύ την ψυχική και σωματική υγεία των υπερηλίκων στις επαρχιακές περιοχές (He, 2002). Έχει φανεί ότι όταν δεν υπάρχει ένα κατάλληλο κοινωνικό δίκτυο για να παρέχει φροντίδα στους ηλικιωμένους ανθρώπους τότε η ψυχική τους υγεία υποφέρει (He, 2002). Σε μια έρευνα μεταξύ ηλικιωμένων γυναικών άνω των 65 ετών οι οποίες διέμεναν σε απομακρυσμένες περιοχές φάνηκε ότι το 56% εξ αυτών είχαν προβλήματα υγείας που σχετίζονταν με το χαμηλό εισόδημα όπως η κακή και μη ισορροπημένη διατροφή καθώς και με το γεγονός ότι δεν υπήρχε ικανοποιητική ιατρική περίθαλψη (Goyal & Goyal, 1995).

Τα άτομα με κοινωνικά δίκτυα απολαμβάνουν καλύτερη σωματική και πνευματική υγεία ενώ η απομόνωση αυξάνει την τρωτότητα στην κατάθλιψη. Οι γυναίκες υπερήλικες έχουν περισσότερο κίνδυνο να έχουν κοινωνική απομόνωση (Whall, 1990), κυρίως επειδή μετά την απώλεια του συντρόφου τους είναι λιγότερο πιθανό να συναναστρέφονται ζευγάρια που είναι ακόμη μαζί και με τα οποία είχαν σχέσεις προηγουμένων αλλά για να αντισταθμίσουν αυτό το γεγονός τείνουν να συναναστρέφονται περισσότερο με φίλους όταν μένουν μόνες τους (Heathcote, 2000). Όταν το άτομο ζει μόνο του στο οικογενειακό σπίτι αρχικά παρέχει σταθερότητα και ασφάλεια αλλά μακροπρόθεσμα μπορεί να μην είναι ωφέλιμο. Ωστόσο όταν κάποιος διαμένει στον ίδια κοινότητα μπορεί να συνεχίσει να διατηρεί φιλικές σχέσεις με τους υπόλοιπους κατοίκους και αυξάνονται οι πιθανότητες να υπάρχει βοήθεια με την διαχείριση του σπιτιού καθώς και η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων (Heathcote, 2000). Αυτό όμως δεν είναι πάντα εφικτό στις απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές.

Η κοινωνική επαφή, η συναισθηματική υποστήριξη, τα πνευματικά κίνητρα, η αίσθηση του ότι το άτομο ανήκει κάπου αλλά και η σωματική δραστηριότητα είναι οι παράγοντες που οι υπερήλικες αναφέρουν ως σημαντικούς σε σχέση με την ψυχολογική τους ευημερία. Η διατήρηση της αυτονομίας μεταξύ αυτών των ατόμων είναι πολύ σημαντική και κυρίως αναφέρεται στο να μπορεί το άτομο να συνεχίσει να

διαμένει στο σπίτι του, να απολαμβάνει ένα υποστηρικτικό ασφαλές περιβάλλον, να αναγνωρίζεται η ανάγκη του για συναισθηματική κάλυψη και να έχει πνευματική και σωματική δραστηριότητα (Heathcote, 2000).

Η ύπαρξη μια καλής κοινωνικής υποστήριξης και καλών κοινωνικών δικτύων είναι σημαντικός παράγοντες για την διατήρηση της ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας των υπερηλίκων (Poon et al, 2009).

Έχει βρεθεί από διάφορες μελέτες που έχουν διεξαχθεί πάνω σε αυτό το θέμα ότι οι διατροφικές συνήθειες, οι οικογενειακή κατάσταση, η προσωπικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης δυσκολιών, αλλά και τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και η εκπαίδευση συνδέονται με τη μακροβιότητα (Samuelsson et al, 1997; Martin et al, 1992). Ωστόσο, στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές οι περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες είναι σχεδόν ανύπαρκτοι.

Η προσαρμογή στην γήρανση και οι επακόλουθες ψυχικές διαταραχές είναι πολύπλοκα θέματα που επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την ήδη επιβαρυμένη κατάσταση των υπερηλίκων. Εάν σε αυτό προστεθεί το χαμηλό οικονομικό επίπεδο που με τη σειρά του οδηγεί στον ακατάλληλο χώρο διαμονής, στην απομόνωση, την διάκριση και την αδυναμία πρόσβασης σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης τότε η ψυχική υγεία αυτών των ατόμων παίρνει πολύ αρνητική τροπή (Cohen et al, 2006). Όλοι αυτοί οι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι παρόντες στις επαρχιακές περιοχές.

Οι αντιλήψεις του περιβάλλοντος του ατόμου απέναντι στην γήρανση παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία των υπερηλίκων. Υπάρχει η συχνή αντίληψη ότι τα ηλικιωμένα και υπερήλικα άτομα είναι ευερέθιστα, μη συνεργάσιμα και ο περίγυρός τους τα πλησιάζει με ήδη αρνητικά συναισθήματα (Hagestad&Uhlenberg, 2005). Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται από τα ίδια τα συναισθήματα των υπερηλίκων που θεωρούν τους εαυτούς τους ως άχρηστους αλλά και εμπόδιο για την οικογένειά τους συμβάλλοντας έτσι στην εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών (Ahto et al, 1997).

Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι ακόμη και μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που συνήθως αντιμετωπίζουν τα υπερήλικα άτομα ως άτομα μειωμένης αντίληψης και δεν φαίνεται ότι ασχολούνται πολύ μαζί του και άθελά τους βοηθούν στην έκπτωση της ψυχικής τους υγείας συμβάλλοντας περαιτέρω στην πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Ahto et al, 1997).

Οι παραπάνω αντιλήψεις καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη τη δημιουργία υπηρεσιών παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές κάνοντας τους επαγγελματίες υγείας ακόμη πιο απρόθυμους να βοηθήσουν τους υπερήλικες αυτών των περιοχών (Benson, 2003).

3. Σύγκριση Υπερηλίκων Επαρχιακών και Αστικών Περιοχών

Υπάρχουν πάρα πολλές διαφορές μεταξύ της παροχής ψυχικής φροντίδας για τους υπερήλικες στις αστικές και στις απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές (Nandi et al, 1997).

Τα υπερήλικα άτομα που διαμένουν στις απομακρυσμένες και συχνά ορεινές περιοχές γενικά έχουν από μικρή έως ανύπαρκτη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε σχέση με αυτούς που ζουν στα αστικά κέντρα και αυτό ισχύει κυρίως διότι η πλειοψηφία αυτών των υπηρεσιών είναι συγκεντρωμένες στις πόλεις (Poon et al, 2009).

Ο επαρχιακός πληθυσμός έχει περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης υψηλών ποσοστών χρόνιων νόσων και περιορισμών των δραστηριοτήτων τους και λόγω της ανεπάρκειας των συστημάτων φαίνεται ότι έχουν χαμηλότερα ποσοστά ασφάλισης αλλά υψηλότερα έξοδα όσον αφορά στην ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη σε σχέση με αυτούς που διαμένουν στις πόλεις (Hammons, 2003).

Η περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που χαρακτηρίζει τις ορεινές και απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές επηρεάζει κατά κύριο λόγο των ηλικιωμένο πληθυσμό, ο οποίος έχει περισσότερη ανάγκη περίθαλψης τόσο για τα σωματικά προβλήματα υγείας όσο και για τα ψυχικά (Hammons, 2003). Έχει φανεί ότι οι υπερήλικες που διαμένουν σε επαρχιακές απομακρυσμένες περιοχές βιώνουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες και έχουν περισσότερη ανάγκης της υγειονομικές υπηρεσίες σε σύγκριση με αυτούς που διαμένουν στις αστικές περιοχές (Kinsella&Suzman, 1992).

Η μεταδημότευση από επαρχιακές περιοχές σε αστικές των νεαρών ενηλίκων έχει αφήσει τους υπερήλικες να φροντίζουν μόνοι τους εαυτούς τους (Kinsella&Suzman, 1992).

Σε μια συγκριτική έρευνα μεταξύ των υπερηλίκων που διέμεναν σε αστικά κέντρα και σε αυτών που διέμεναν σε απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές φάνηκε ότι και οι δύο ομάδες υπέφεραν από υψηλά ποσοστά κατάθλιψης αλλά η κύρια

διαφορά ήταν ότι τα άτομα που διέμεναν σε αστικό κέντρο κατά την πλειοψηφία τους λάμβαναν αντικαταθλιπτική θεραπεία ενώ αυτοί των επαρχιακών περιοχών ή δεν είχαν θεραπεία ή αυτή που λάμβαναν ήταν ακατάλληλη (Bergdahl et al, 2007).

Η απομόνωση των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων είναι φαινόμενο ακόμη και στις αστικές περιοχές λόγω των αρνητικών αντιλήψεων των νεότερων για την τρίτη ηλικία πρόβλημα που επιδεινώνεται για τα άτομα που διαμένουν στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές. Έτσι είναι πολύ δύσκολο για αυτά τα άτομα να εξωτερικεύσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα που οδηγούν σε ψυχική διαταραχή (Ortiz&Langer, 2002).

Ο ηλικιωμένος και υπερήλικος πληθυσμός των επαρχιακών περιοχών αποτελεί ένα ιδιαίτερο κομμάτι καθώς η ψυχική τους υγεία επιβαρύνεται όσο και η σωματική τους. Σε αυτές τις περιοχές έχει φανεί ότι ο τόπος διαμονής των υπερηλίκων και η κατανομή τους, οι καταστάσεις της ζωής τους και οι γενική κατάσταση της υγείας τους, η παροχή και το αντίκτυπο των υπηρεσιών φροντίδας στους υπερηλίκων παίζουν ρόλο στην ψυχική τους υγεία (Coward&Cutler, 1989). Σε μια έρευνα σύγκρισης μεταξύ υπερηλίκων γυναικών επαρχιακών περιοχών και αστικών περιοχών φάνηκε ότι οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές ήταν επικρατέστερες σε αυτές που διέμεναν σε επαρχιακή περιοχή (Greenley&Dottl, 1997).

Οι επαρχιακές περιοχές κυρίως οι απομακρυσμένες και οι ορεινές χαρακτηρίζονται από πληθυσμών ηλικιωμένων και υπερηλίκων που είναι λιγότερο πρόθυμοι να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενώ αυτοί είναι που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη αυτών των υπηρεσιών, κυρίως λόγω των περιβαλλοντικών παραγόντων που συσχετίζονται με την ζωή σε αυτές περιοχές όπως η φτωχότερη υγεία, η μεγαλύτερη φτώχεια και η έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών (Rodeheaver&Datan, 1988).

Αν και οι περισσότεροι υπερήλικες διαμένουν σε αστικά κέντρα, στις επαρχιακές περιοχές οι υπερήλικες και οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Οι υπερήλικες άνω των 75 ετών είναι το πληθυσμιακό κομμάτι που χαρακτηρίζεται από ταχύτατη αύξηση και έχει ανάγκη υπηρεσιών υγείας όχι μόνο για τις σωματικές νόσους αλλά και για τις ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν (Gatz & Smyer, 1992). Αυτός ο πληθυσμός αναμένεται να τριπλασιαστεί τα επόμενα χρόνια. Όσον αφορά τον επιπολασμό των ψυχικών

διαταραχών μεταξύ των υπερηλίκων που ζουν στις επαρχιακές περιοχές περίπου το 18-33% έχουν τουλάχιστον μια διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή (Gatz & Smyer, 1992).

Σε μια έρευνα το 1985 στην Φλόριδα, φάνηκε ότι οι ψυχικές διαταραχές ήταν σε υψηλότερο ποσοστό στις επαρχιακές περιοχές 33,3% σε σύγκριση με τις αστικές όπου το ποσοστό ήταν 25,9% και στις επαρχιακές περιοχές η λήψη αγωγής για τις διαταραχές αυτές ήταν στο 5,3% σε σχέση με το 9,3% στις αστικές περιοχές (Windley&Scheidt 1982).

Όσον αφορά στην κατάθλιψη στους υπερήλικες αυτή φαίνεται ότι συνήθως υποτιμάται και υποδιαγιγνώσκεται, διότι τα συμπτώματά της θεωρούνται ότι ανήκουν σε άλλες νόσουw ή ότι είναι μια οργανική διαταραχή λόγω ηλικίας (Gatz&Smyer, 1992; Rodeheaver&Datan, 1988). Επίσης οι υπερήλικες άνω των 85 ετών έχουν ένα μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών. Εάν συμπεριλάβουμε την άνοια και την νόσο Alzheimer στις ψυχικές διαταραχές η ανάγκη υπηρεσιών παροχής ψυχικής φροντίδας για τους υπερηλίκους ξεπερνά κατά πάρα πολύ την ανάγκη που έχει ο νεότερος πληθυσμός για τις ψυχικές διαταραχές (McGuire, 1989).

Έχει φανεί ότι οι υπερήλικες των επαρχιακών περιοχών δεν λαμβάνουν περίθαλψη για ψυχικές διαταραχές καθώς έχει φανεί ότι λιγότερο του 5% αυτών των ατόμων στις επαρχιακές περιοχές περιθάλπονται για τέτοια προβλήματα από τα κέντρα υγείας της κοινότητας (Roybal, 1988). Στις επαρχιακές περιοχές της Μινεσότα φάνηκε ότι το 20 % των υπερηλίκων είχαν τουλάχιστον ένα σημαντικό πρόβλημα ψυχικής διαταραχής και μόνο το 1% αναζήτησε βοήθεια (Poon et al, 2009).

Στις απομακρυσμένες επαρχιακές και ορεινές περιοχές τα προβλήματα είναι ακόμη πιο έντονα καθώς οι υπηρεσίες παροχής ψυχικής φροντίδας είναι είτε ελάχιστες ή ανύπαρκτες (Menalascino&Potter, 1989). Αυτό κυρίως οφείλεται στο γεγονός ότι οι γεροντολόγοι και γενικά οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τα προβλήματα των υπερηλίκων είναι λίγοι στον αριθμό αλλά και επειδή αυτοί που υπάρχουν δεν είναι διαθέσιμοι να μεταβούν σε αυτές τις περιοχές (Benson, 2003). Οι λόγοι που δεν υπάρχουν τέτοιου είδους υπηρεσίας σε αυτές τις περιοχές είναι ότι πολλές από αυτές είναι δύσβατες και δεν υπάρχει κατάλληλο οδικό δίκτυο και υπηρεσίες μεταφορές και έτσι η πρόσβαση σε αυτά τα μέρη είναι περιορισμένη (Cohen et al, 2006).

4. Στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις

Κύριος σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το βαθμό ψυχικής υγείας ορεινών περιοχών της Κρήτης και τους κυριότερους παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν. Απώτερος σκοπός είναι η κατά το δυνατόν πρόληψή τους και η καλύτερα προσαρμοσμένη οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έχουν αναδειχθεί στη βιβλιογραφία ως ένας σημαντικός περιβαλλοντικός προγνωστικός δείκτης ψυχοπαθολογίας. Ιδιαίτερα, σε ενήλικο πληθυσμό έχει τεκμηριωθεί επαρκώς η σχέση μεταξύ στρεσογόνων παραγόντων και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η επιθετικότητα (Hammen, 2005, Grant et al., 2014). Ειδικότερα, οι υποθέσεις που ελέγχθηκαν στα πλαίσια του παραπάνω στόχου είναι οι εξής:

- $H_{1\alpha}$: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων και των έντονων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.
- $H_{1\beta}$: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων και των ήπιων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία έχουν μελετηθεί εκτενώς ως προς την επιρροή τους στην ψυχοπαθολογία του ατόμου. Ειδικότερα, οι έρευνες σε πληθυσμούς ηλικιωμένων ατόμων καταδεικνύουν στην πλειοψηφία τους πως οι γυναίκες εμφανίζουν με μεγαλύτερη πιθανότητα ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη (Altun and Yazici, 2015, Barry et al, 2008, Forlani et al. 2014). Η προγενέστερη αυτή γνώση όπως και η σχετική απουσία βιβλιογραφικών δεδομένων σχετικά με τους ηλικιωμένους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών στην Ελλάδα, κατέδειξε ως δεύτερο στόχο την μελέτη της επιρροής των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στην ψυχοπαθολογία των συμμετεχόντων. Στα πλαίσια του παραπάνω στόχου θα ελεγχθεί η υπόθεση πως το φύλο είναι παράγοντας που επηρεάζει την ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων ατόμων, ιδιαίτερα πως:

- $H_{2\alpha}$: Οι γυναίκες βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση σε σχέση με τους άντρες ως προς τους δείκτες οξείας ψυχοπαθολογίας.
- $H_{2\beta}$: Οι γυναίκες βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση σε σχέση με τους άντρες ως προς την ήπια ψυχοπαθολογία.

Στα πλαίσια του ίδιου στόχου θα ελεγχθεί η υπόθεση πως η ηλικία έχει θετική σχέση με την ψυχοπαθολογία και πιο συγκεκριμένα πως:

- $H_{3\alpha}$: Αύξηση της ηλικίας αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες οξείας ψυχοπαθολογίας.
- $H_{3\beta}$: Αύξηση της ηλικίας αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες ήπιας ψυχοπαθολογίας.

Ανάλογα, θα ελεγχθεί η υπόθεση πως η οικονομική κατάστασαη συσχετίζεται με την ψυχοπαθολογία και πιο συγκεκριμένα πως:

- $H_{4\alpha}$: Μειωμένο εισόδημα αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες οξείας ψυχοπαθολογίας.
- $H_{4\beta}$: Μειωμένο εισόδημα αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες ήπιας ψυχοπαθολογίας.

Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως ένας από τους βασικούς παράγοντες εξέλιξης της υγείας σε ηλικιωμένα άτομα αλλά και ένας δείκτης πρόβλεψης για την εξέλιξη της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων (Banjare et al, 2015). Επιπλέον, έχει αναφερθεί σημαντική επιρροή κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων όπως το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση αλλά και η κοινωνική δραστηριότητα στην υποκειμενική ικανοποίηση από τη ζωή (Uppal and Barayandema, 2016, Öztop and Kınacı, 2017). Στόχος της παρούσης έρευνας είναι να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή στον πληθυσμό που αντιπροσωπευεται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα όπως και τη συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με την ικανοποίηση για τη ζωή στο χωριό. Στα πλαίσια του παραπάνω στόχου θα ελεγχθούν οι υποθέσεις:

- H_5: Το φύλο είναι παράγοντας που επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη για την ικανοποίηση για τη ζωή.
- H_6: Η συχνότητα κοινωνικών επαφών συσχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση για τη ζωή.
- H_7: Η κατάσταση της σωματικής υγείας συσχετίζεται με σημαντικό τρόπο την ικανοποίηση για τη ζωή.
- H_8: Υψηλοί δείκτες ψυχοπαθολογίας συσχετίζονται με μικρότερη ικανοποίηση για τη ζωή.
- H_9: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων και της ικανοποίησης για τη ζωή

5. Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2015 έως τον Ιανουάριο του 2016 σε 10 ορεινά χωριά των Χανίων και του Ρεθύμνου. Ένα τυχαίο δείγμα 205ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών που ζούσαν σε 10 αγροτικά και απομακρυσμένα χωριά επελέγη από τα αντίστοιχα δημοτολόγια. Τα χωριά αυτά βρίσκονται σε υψόμετρο πάνω από 350 μέτρα πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας, ενώ η μέση απόσταση από το πλησιέστερο κέντρο υγείας είναι 22,8 χλμ. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 77,1 έτη (SD = 6,7) με εύρος από 65 έως 93 ετών.

5.1 Διαδικασία δειγματοληψίας

Όλα τα ερωτηματολόγια ολοκληρώθηκαν με τη βοήθεια του ερευνητή ο οποίος έκανε ανάγνωση τις ερωτήσεις και συμπλήρωνε τις απαντήσεις που έδιναν οι ερωτώμενοι κατά τις μεμονωμένες συναντήσεις με κάθε συμμετέχοντα. Αυτή η μέθοδος επελέγη επειδή ο πληθυσμός ήταν χαμηλής εκπαιδευτικού επιπέδου, γεγονός που θα μπορούσε να δημιουργήσει δυσκολίες στην αυτόνομη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η ικανότητα συμμετοχής για κάθε ενδεχόμενο συμμετέχοντα στην έρευνα αξιολογήθηκε από τον ερευνητή, ο οποίος είναι συμβουλευτικός ψυχίατρος. Οι ερωτώμενοι αρχικά ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της μελέτης και δόθηκαν διευκρινίσεις εάν ήταν απαραίτητο. Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατά τις επισκέψεις στο σπίτι των ερωτώμενων και η διαδικασία διήρκεσε το πολύ 1 ώρα.

5.2 Ερευνητικά εργαλεία

Δημογραφικά, κοινωνικά και ιατρικά δεδομένα. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν την ηλικία, το φύλο, την εκπαιδευτική και οικογενειακή τους κατάσταση και το μηνιαίο εισόδημα του ιδίου ή του συζύγου. Επιπλέον, απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα της κοινωνικοποίησης τους (επισκέψεις σε καφενείο για άνδρες, επισκέψεις γειτόνων / φίλων για τις γυναίκες) και το επίπεδο ευτυχίας που βιώνουν από τη ζωή στο χωριό σε προκαθορισμένη κλίμακα Likert 5 θέσεων.

Ως προς το ιατρικό προφίλ των ερωτώμενων, την κατάσταση της υγείας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καταγράφηκε η παρουσίαχρόνιας σωματικής ασθένειας (σωματική ασθένεια διάρκειας άνω των 12 μηνών), η λήψη φαρμακευτικής αγωγής,η ιδιότητα του καπνιστή και η κατανάλωση οινοπνεύματος.

Από το ύψος και το βάρος των συμμετεχόντων υπολογίστηκε και καταγράφηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Με βάση την ταξινόμηση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, το υπερβολικό βάρος ορίστηκε ως ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9 kg / m^2 και η παχυσαρκία ορίστηκε ως ΔΜΣ> 30 kg / m^2. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ανέφεραν την απόσταση από το πλησιέστερο κέντρο υγείας, τον αριθμό επισκέψεων σε ιατρούς τον προηγούμενο μήνα και τον αριθμό των νοσηλείων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.

Κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90-R. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας (SCL-90-R) (Ντώνιας κ.α., 1991) επιλέχθηκε για να ανιχνεύσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας και της έντασής με την οποία εκφράζονται σε κάθε υποκείμενο. Πρόκειται για μια κλίμακα 90 δηλώσεων των ψυχολογικών συμπτωμάτων που βιώνει το υποκείμενο τη στιγμή της συμπλήρωσης. Κάθε μία ερώτηση βαθμολογείται σε κλίμακα Likert πέντε θέσεων από 0 (κανένα) έως 4 (ακραία) και αντανακλά την εμφάνισηορισμένων συμπτωμάτων κατά τη στιγμή συμπλήρωσης (Derogatis, 2000). Το SCL-90-R αποτελείται από εννέα βασικές διαστάσεις: i) Σωματοποίηση, ii) Ιδεοψυχαναγκασμός, iii) Διαπροσωπική ευαισθησία, iv) Κατάθλιψη, v) Άγχος, vi) Εχθρότητα, vii) Φοβικό Άγχος, viii) Παρανοειδή Ιδεασμό και ix) Ψυχωτισμός. Επιπλέον, υπολογίζονται τρεις γενικευμένους δείκτες κινδύνου από τους οποίους στην παρούσα εργασία αξιοποιείται ο Γενικός Δείκτης Ψυχοπαθολογίας (GSI), ο οποίος είναι η μέση τιμή όλων των 90 στοιχείων και χαρακτηρίζει τη γενική ψυχοπαθολογική εικόνα του υποκειμένου. Οι υψηλότερες βαθμολογίες για τα υποκλίματα SCL-90-R δείχνουν πιο έντονα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα.Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

Κλίμακα άγχους Holmes - Rahe. Η κλίμακα άγχους Holmes και Rahe (Holmes, T. H. & Rahe, 1967) είναι μια λίστα με 43 αγχωτικά συμβάντα ζωής που επηρεάζουν την πιθανότητα να εμφανιστεί στο άμεσο μέλλον σωματική νόσος. Σκοπός του είναι η απογραφή των «σημαντικών περιστατικών στο περιβάλλον του ατόμου» (Meyer, 1951, σελ. 53), τα οποία έχουν συχνά καταγραφεί να προηγούνται των ασθενειών. Ο συμμετέχων επιλέγει από έναν κατάλογο με 43 συμβάντα ζωής, όσα έχουν εμφανιστεί στη δική του ζωή τον προηγούμενο χρόνο. Κάθε συμβάν, που ονομάζεται Μονάδα

Αλλαγής Ζωής (LCU), έχει ένα διαφορετικό «βάρος» για το άγχος που αντιπροσωπεύει και αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο μερικό σκορ. Το άθροισμα όλων των μερικών σκορ είναι η συνολική βαθμολογία της κλίμακας και χαρακτηρίζει την πιθανότητα για το υποκείμενο να αρρωστήσει την επόμενη διετία. Συνολική βαθμολογία μικρότερη ή ίση του 150 υποδηλώνει χαμηλό επίπεδο στρες και χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης σωματικής διαταραχής σχετιζόμενης με το στρες. Εάν η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 150 και 300 τότε στατιστικά υπάρχει σχεδόν 50% πιθανότητα να αρρωστήσει ο ερωτώμενος τα επόμενα 2 χρόνια, ενώ συνολική βαθμολογία 300 ή περισσότερο υποδηλώνει υψηλό επίπεδο άγχους και οι πιθανότητες ανάπτυξης μίας σωματικής διαταραχής λόγω του άγχους είναι περίπου 80% (Rahe and Arthur, 1978). Η αξιοπιστία της κλίμακας άγχους Holmes και Rahe έχει αξιολογηθεί και βρέθηκε εξαιρετική (Gerst et al, 1978) τόσο για τους υγιείς ενήλικες όσο και για τους ασθενείς.

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας(General Health Questionnaire). Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου γενικής υγείας (General Health Questionnaire), είναι ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 60 ερωτήσεις με το οποίο είναι δυνατή η ανίχνευση μικρών ψυχικών διαταραχών σε ηλικιωμένους. Το μέγιστο σκορ της κλίμακας είναι το 60. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας έχει επιβεβαιωθεί στην ελληνική γλώσσα (Βελάνα κ.α. 2012).

5.3 Περιορισμοί της μελέτης

Ένας περιορισμός της μελέτης είναιη έλλειψη διαχρονικότητας στις μετρήσεις η οποία θα μπορούσε να προσφέρει μία περισσότερο ασφαλής εκτίμηση σχετικά με την επιρροή του στρες στην ψυχοπαθολογία. Επιπλέον, ιδανικό θα ήταν να γενικευθεί η έρευνα και σε άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας όπου διαμένουν ηλικιωμένοι σε απομονωμένα χωριά, γεγονός που θα προσέφερε την επιπλέον δυνατότητα για έλεγχο γεωγραφικών ή άλλων κλιματολογικών παραμέτρων. Είναι φανερό πως και οι δύο αυτοί περιορισμοί έγιναν αποδεκτοί κατά το σχεδιασμό της έρευνας λόγω της ιδιαίτερα μεγάλης δυσκολίας που υπήρχε στη συλλογή των δεδομένων και την ιδιαίτερη κοινωνική ικανότητα που απαιτούνταν για την προσέγγιση των υποψήφιων συμμετεχόντων, ικανότητα που διέθετε ο ερευνητής έχοντας καταγωγή από την ίδια περιοχή και έχοντας την ικανότητα να απευθυνθεί σε αυτούς/ες με την ντοπιολαλιά που χρησιμοποιούν και οι ίδιοι.

5.4 Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση και την περιγραφή των δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, τυπική απόκλιση (SD)), ενώ για κάθε μία διαφοροποίηση πριν και μετά την παρέμβαση υπολογίστηκε η απόλυτη αλλά και η ποσοστιαία μεταβολή ως προς τις αρχικές τιμές. Για την ανίχνευση της επιρροής των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στις συνεχείς ψυχομετρικές κλίμακες εφαρμόστηκε ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA), ενώ στις περιπτώσεις όπου η εξαρτημένη μεταβλητή είχε δύο τιμές αξιοποιήθηκε η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης (Logistic Regression). Αντίστοιχα, στην περίπτωση της μεταβλητής που κατέγραφε την ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό, εφαρμόστηκε η διατακτική παλινδρόμηση (Ordinal Regression). Όπου βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση, αυτή εξειδικεύθηκε με το αντίστοιχο διάγραμμα ή πίνακα. Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχετίσεως των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχετίσεως του Pearson (r) ο οποίος κυμαίνεται από -1 έως +1.

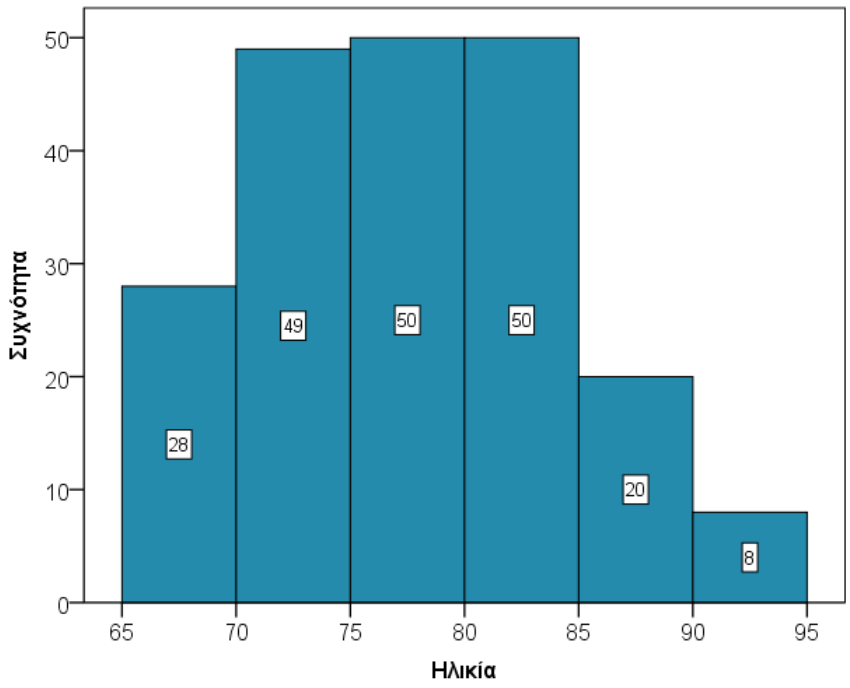
Για την ανάλυση μονοπατιού (pathanalysis) χρησιμοποιήθηκε ο εκτιμητής μέγιστης πιθανοφάνειας (maximum likelihood estimation). Η δοκιμασία Mardia χρησιμοποιήθηκε πριν την εφαρμογή της μεθόδου, για να αποκλειστούν οι πολυμεταβλητές ιδιάζουσες τιμές από την περαιτέρω ανάλυση.

Οι διαφορές (p) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκανθεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS (v.20) και με την στατιστική γλώσσα προγραμματισμού R εφοδιασμένη με το πακέτο lavaan (Rosseel Y., 2012).

6. Αποτελέσματα

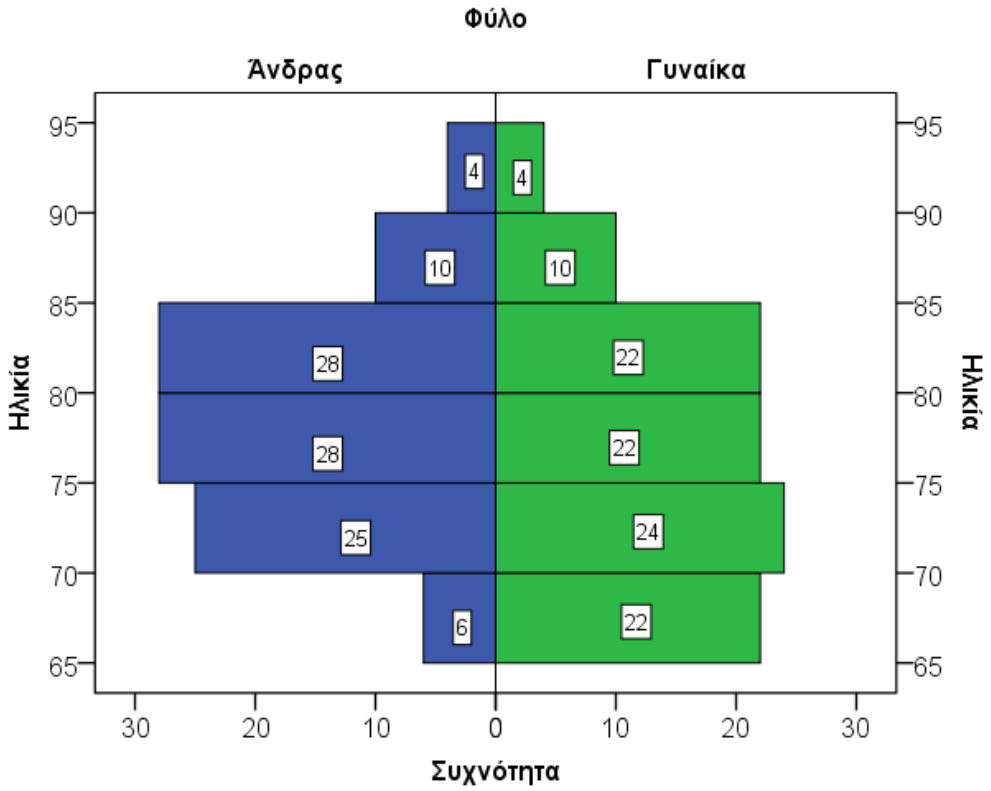
6.1. Περιγραφή του δείγματος

Από τους 205ηλικιωμένουςπου συμμετείχαν στην μελέτη οι 101 ήταν άνδρες και οι 104 ήταν γυναίκες, ηλικίας 65 έως 93 ετών (M = 77,1 χρόνια, SD = 6,7 χρόνια). Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 76,1 έτη (SD = 7,3 έτη) ενώ των ανδρών ήταν 78,2 έτη (SD = 5,8 έτη). Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή του συνόλου των ερωτώμενων ενώ στοΔιάγραμμα 2 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή ανά φύλο.

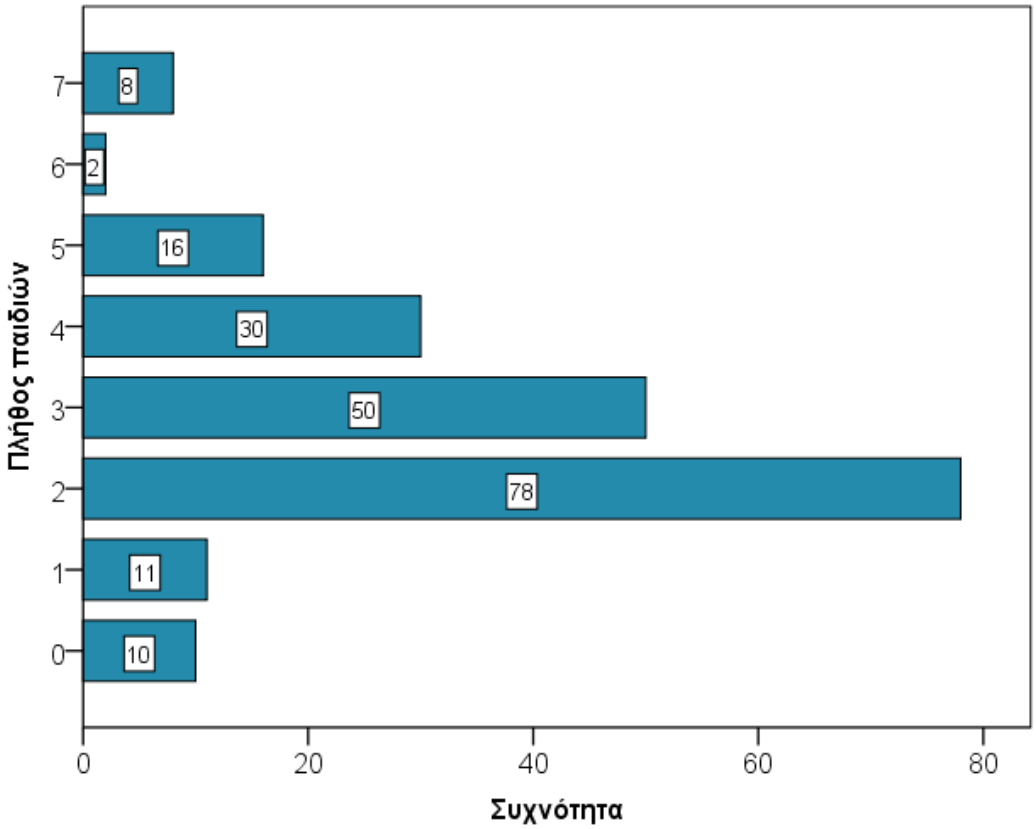


Διάγραμμα 1: Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων

Οι 36 από τους ερωτώμενους (17,6%) δεν είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων (149, 72,7%) ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι 20 από αυτούς (9,8%) απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.Οι 157 (76,6%) από τους ερωτώμενους ήταν παντρεμένοι, οι 44 (21,5%) ήταν χήροι/ες, και οι 4 (2%) διαζευγμένοι.Λόγω της μικρής συχνότητας της κατηγορίας των διαζευγμένων, αυτή συγχωνεύτηκε με την κατηγορία των χήρων και η μεταβλητή ανακωδικοποιήθηκε σε μία νέα δίτιμη μεταβλητή η οποία έλαβε την τιμή 1 για τους παντρεμένους συμμετέχοντες στην έρευνα και 0 για τους υπόλοιπους. Το μέσο πλήθος παιδιών ήταν 2,9 (SD = 1,5) με εύρος από κανένα (0) έως 7 παιδιά. Η αναλυτική κατανομή του πλήθους των παιδιών παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3 .



Διάγραμμα 2: Κατανομή ηλικίας ανά φύλο



Διάγραμμα 3: Κατανομή πλήθους παιδιών

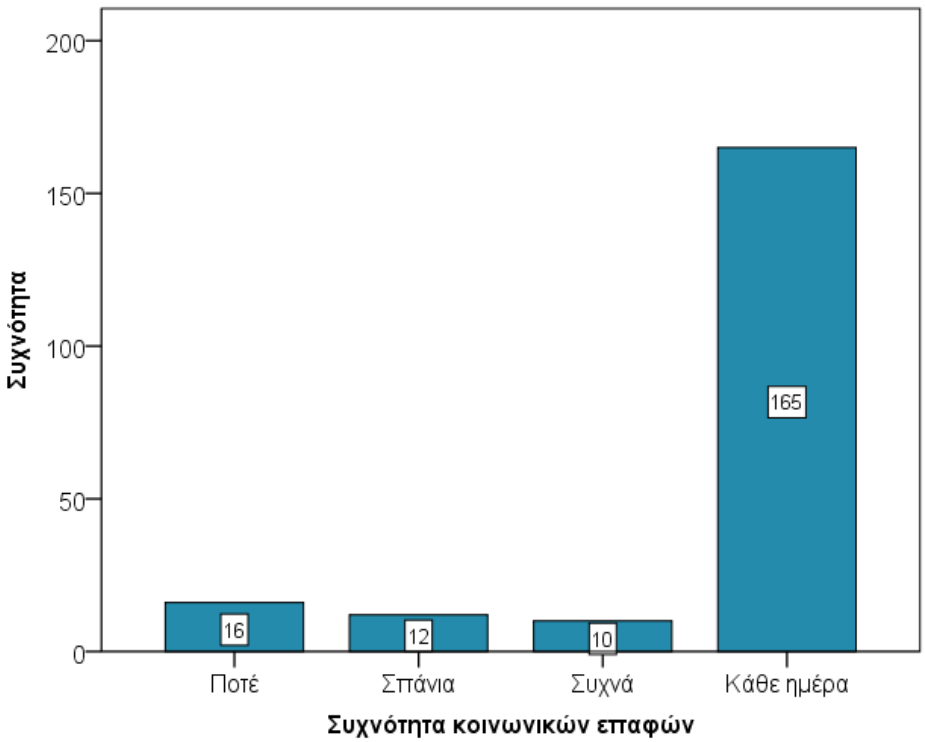
Πίνακας 1: Επαγγελματική ενασχόληση των ερωτώμενων

Επάγγελμα	Συχνότητα (%)	Άνδρας	Γυναίκα	Μέση ηλικία
Αγρότης	61 (29,8%)	31	30	75,3
Συνταξιούχος	54 (26,3%)	32	22	78,0
Οικιακά	38 (18,5%)	2	36	77,3
Καφενείο	12 (5,9%)	8	4	77,8
Κτηνοτρόφος	12 (5,9%)	12	0	81,0
Ιερέας	4 (2%)	4	0	76,0
Άλλο(1)	10 (5%)	8	2	75,8
Χωρίς απόκριση	14 (6,8%)	4	10	78,0
Σύνολο	205 (100%)	101	104	76,1

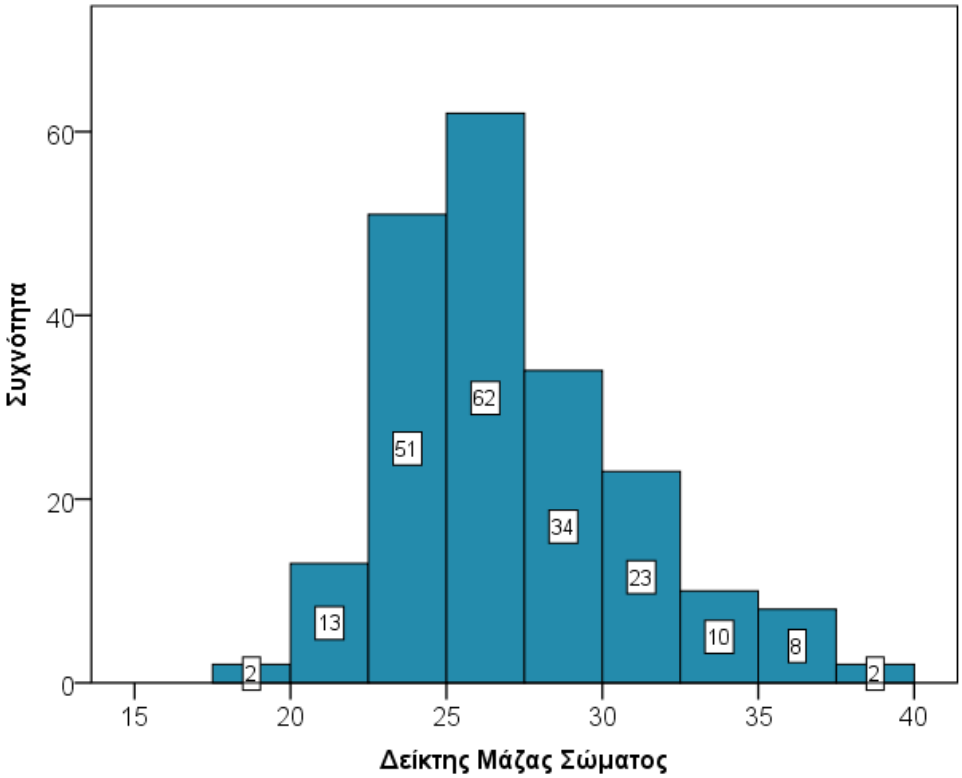
(1) Ανάπηρος πολέμου, Δημόσιος υπάλληλος, Παιδικός σταθμός, Τσαγκάρης, Τυροκόμος.

Η μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα ήταν αυτή των αγροτών (N = 61, 29,8%), ενώ οι συνταξιούχοι ήταν οι 54 από αυτούς (26,3%). Στον πίνακα 1 παρουσιάζεται η αναλυτική κατανομή του επαγγέλματος των ερωτώμενων.

Οι κοινωνικές επαφές των ερωτώμενων καταγράφηκαν ως η συχνότητα της επίσκεψης στο καφενείο για τους άνδρες ή στη γειτόνισσα για τις γυναίκες. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (N = 165, 80,5%) δήλωσε πως κάνει κοινωνικές επαφές κάθε ημέρα, οι 10 (4,9%) συχνά, οι 12 (5,9%) σπάνια και οι 16 (7,8%) ποτέ (Διάγραμμα 4). Η συχνότητα κοινωνικών επαφών δεν διαφοροποιούταν σημαντικά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ($\chi^2(3) = 4,692$, $p = 0,196$). Στη συνέχεια της ανάλυσης η συχνότητα κοινωνικών επαφών κωδικοποιήθηκε ως δίτιμη μεταβλητή με τιμές 0 και 1 που αντιστοιχούσαν στις κατηγορίες «Πότε – Σπάνια» (N = 28) και «Συχνά – Κάθε ημέρα» (N = 175). Από τους 205 ερωτώμενους, οι 25 (12,2%) ήταν καπνιστές, στο σύνολό τους άνδρες. Αντίθετα, οι 180 ήταν μη καπνιστές, από τους οποίους οι 28 δήλωσαν πως ήταν παλαιότερα καπνιστές, ομοίως στο σύνολό τους άνδρες. Οι καπνιστές δήλωσαν πως καπνίζουν κατά μέσο όρο 1 πακέτο τσιγάρα την ημέρα (19,6 τσιγάρα), ενώ είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως όσοι δήλωσαν πρώην καπνιστές δήλωσαν πως κάπνιζαν κατά μέσο όρο περίπου 30 τσιγάρα (29,3) γεγονός που ενδεχομένως υποδηλώνει την αναγκαστική διακοπή του καπνίσματος για λόγους υγείας.



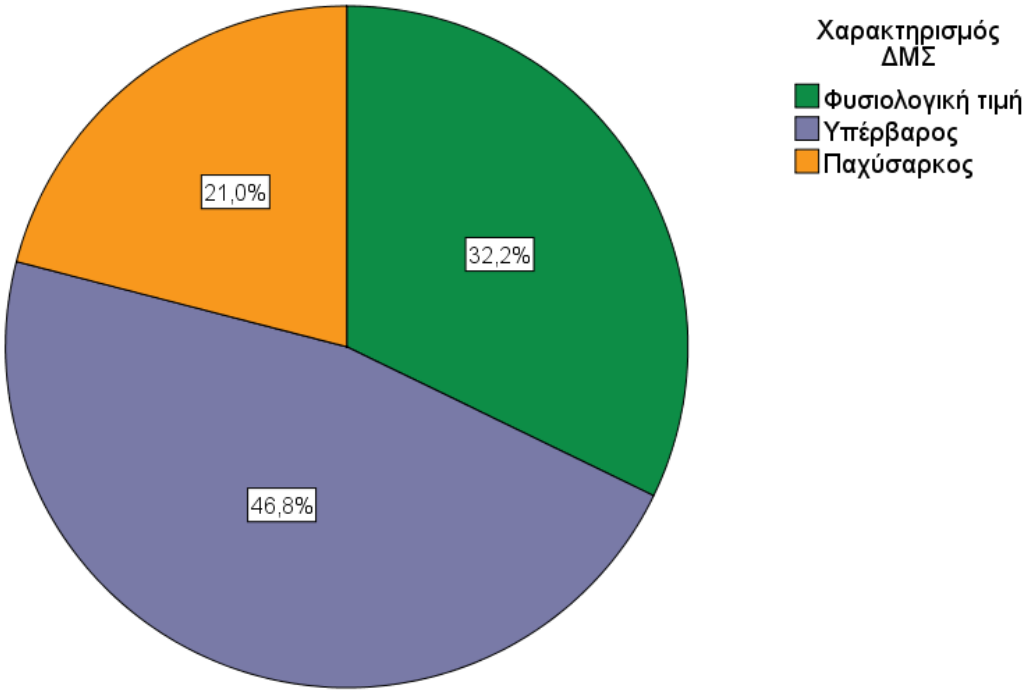
Διάγραμμα 4: Συχνότητα κοινωνικών επαφών (καφενείο για τους άνδρες και γειτόνισσα για τις γυναίκες)



Διάγραμμα 5: Κατανομή δείκτη μάζας σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος για το σύνολο του δείγματος ήταν 27,1 (SD = 3,9), ενώ δεν υπήρχε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών (M_A = 27,3 ± 3,9, $M_Γ$ = 26,9 ± 3,9, t(203) = 0,688, p = 0,493). Η αναλυτική κατανομή των τιμών του ΔΜΣ παρουσιάζεται στο διάγραμμα 5. Από τους 205 ερωτώμενους, οι 96 (46,8%),

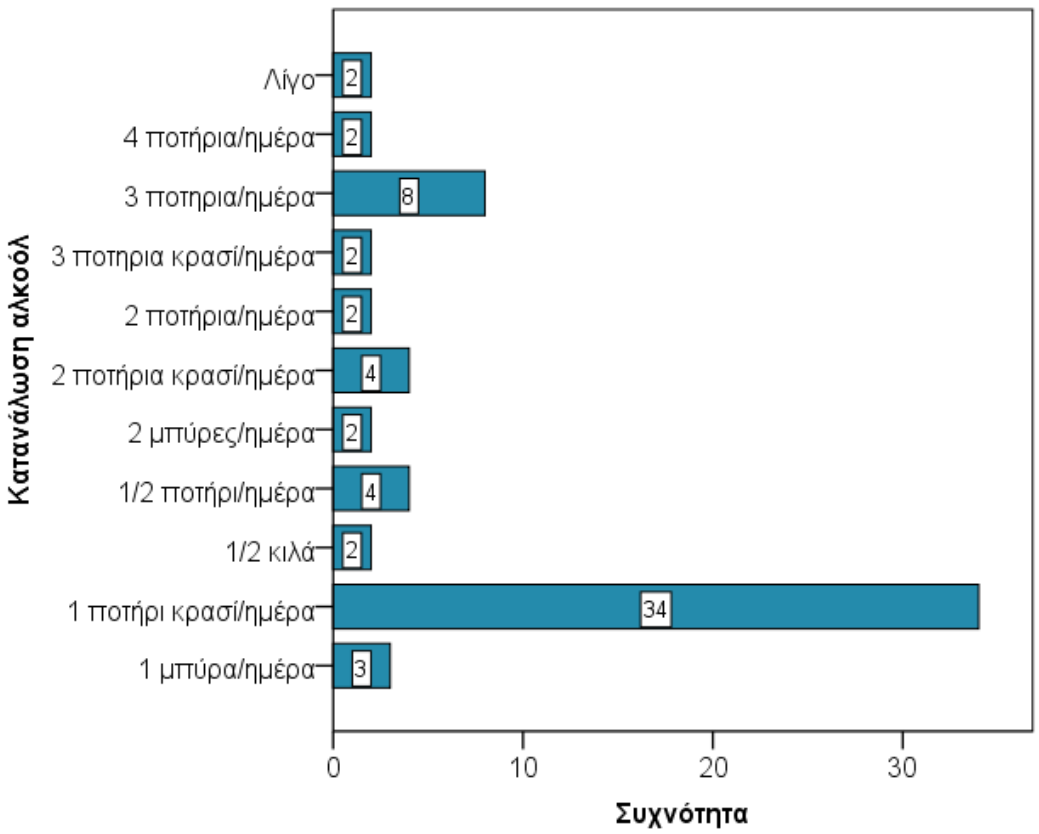
έχοντας ΔΜΣ μεταξύ 25 και 30 χαρακτηρίζονται ως υπέρβαροι ενώ οι 43 (21%) ως παχύσαρκοι (Διάγραμμα 6).



Διάγραμμα 6: Χαρακτηρισμός δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)

Οι 65 από τους ερωτώμενους (31,7%) δήλωσαν πως καταναλώνουν αλκοόλ, με τη συχνότερη επιλογή να είναι 1 ποτήρι κρασί την ημέρα (N = 34, 16,6%) (Διάγραμμα 7). Στη συνέχεια της ανάλυσης η κατανάλωση αλκοόλ ανακωδικοποιήθηκε ως δίτιμη μεταβλητή με τις 0 και 1 που αντιστοιχούσαν στις κατηγορίες μηδενικής και μη μηδενικής κατανάλωσης αλκοόλ.

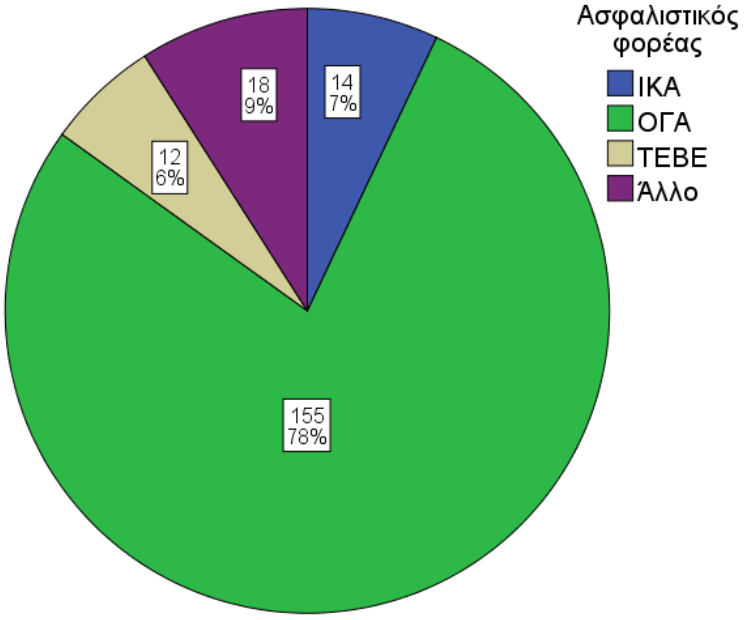
Οι 151 από τους ερωτώμενους (73,7%) δήλωσαν πως μένουν με την οικογένειά τους, ενώ οι 50 (24,4%) μόνοι/ες και οι 4 κάποιον άλλο/η. Οι τελευτές δύο κατηγορίες συγχωνεύτηκαν σε μία νέα και η μεταβλητή ανακωδικοποιήθηκε σε μία νέα δίτιμη μεταβλητή η οποία έλαβε την τιμή 1 για όσους διαμένουν με την οικογένειά τους και 0 για τους υπόλοιπους.



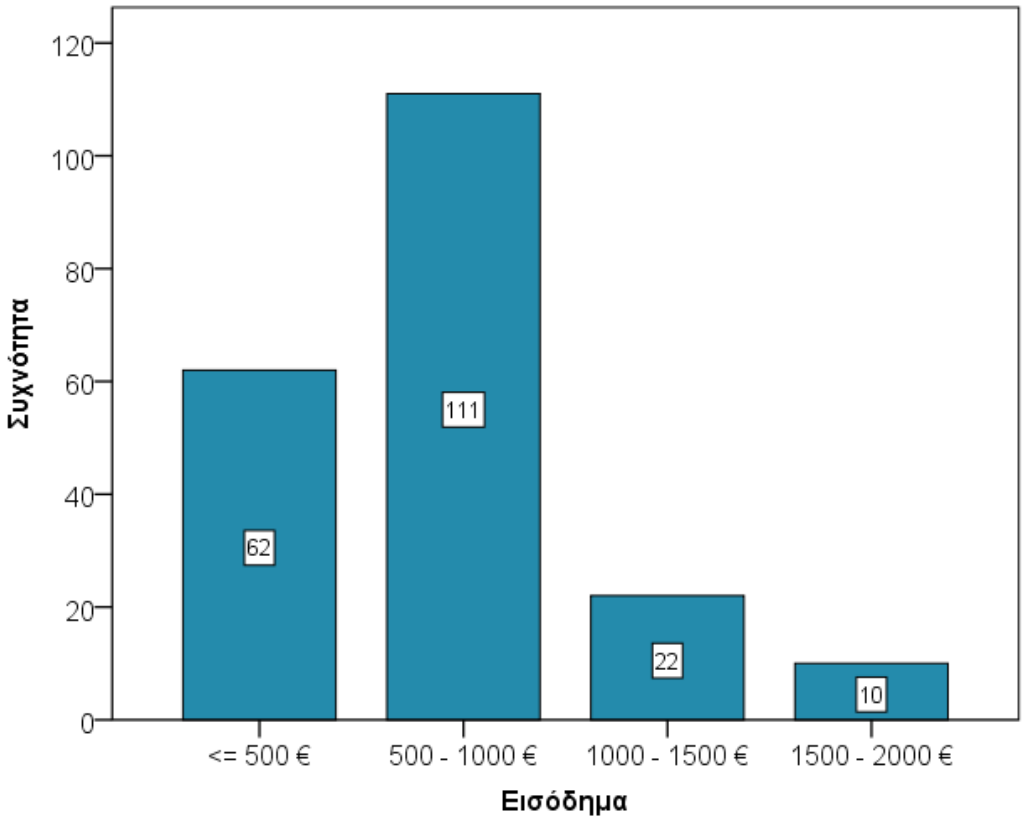
Διάγραμμα 7: Κατανάλωση αλκοόλ ανά ημέρα

Οι 189 (92,2%) έπασχαν από κάποια σωματική νόσο και οι 4 (2%) από κάποια ψυχική νόσο. Οι 143 (69,8%) δήλωσαν πως παίρνουν φαρμακευτική αγωγή για αυτήν. Η μέση απόσταση από το κοντινότερο ιατρικό κέντρο ή νοσοκομείο ήταν 22,8 χιλιόμετρα, ενώ οι επισκέψεις σε αυτό ήταν δωρεάν για τους 178 από τους ερωτώμενους (86%). Οι 47 από αυτούς (22,9%) δήλωσαν πως έχουν ανάγκη μία νοσοκόμα στο σπίτι. Στην πλειοψηφία τους οι ερωτώμενοι ήταν ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ (N = 155, 78%) (Διάγραμμα 8). Η πλειοψηφία (N = 111, 54,1%) είχε εισόδημα μεταξύ 500 και 1000 ευρώ (Διάγραμμα 9). Στη συνέχεια της ανάλυσης οι κατηγορίες «1000 – 1500 €» και «1500 – 2000 €» συγχωνεύτηκαν σε μία κατηγορία «> 1000 €» με συχνότητα N = 32.

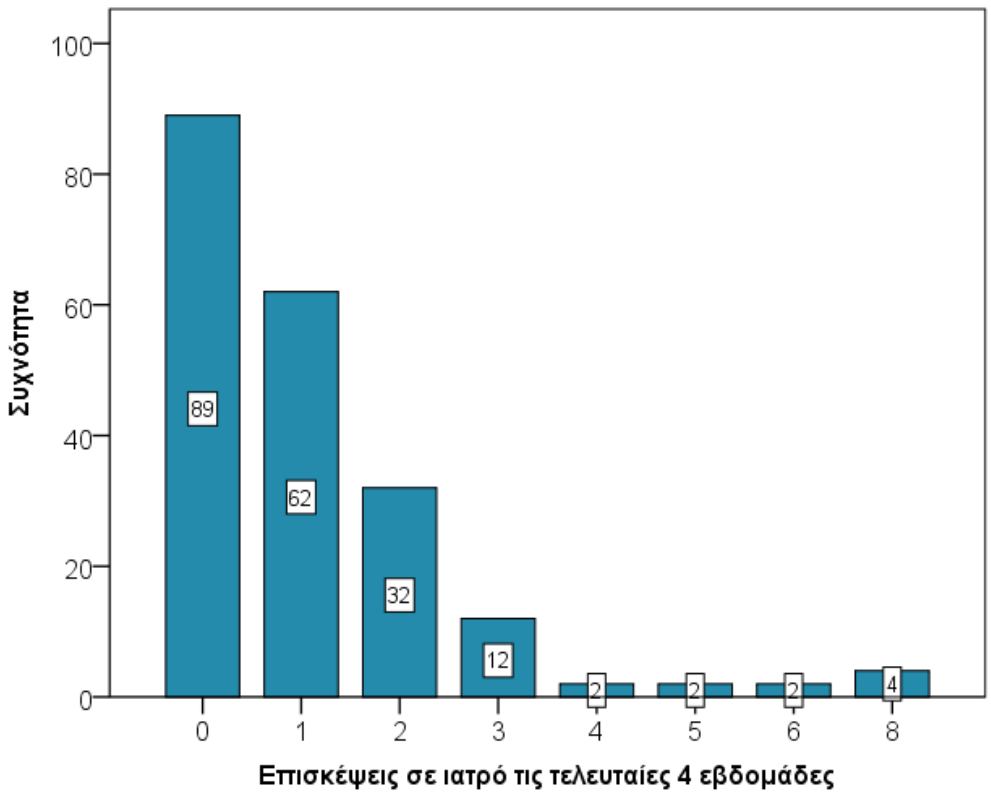
Το μέσο πλήθος επισκέψεων σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες ήταν 1,1 (SD = 1,5), ενώ το μέσο πλήθος νοσηλειών σε νοσοκομείο το τελευταίο έτος ήταν 2,1 (SD = 1,9). Στο Διάγραμμα 10 παρουσιάζεται η αναλυτική κατανομή των αποκρίσεων σχετικά με τις επισκέψεις σε ιατρό ενώ στο Διάγραμμα 11 παρουσιάζεται η κατανομή του πλήθους νοσηλειών σε νοσοκομείο. Οι δύο αυτές μεταβλητές ανακωδικοποιήθηκαν σε νέες στις οποίες οι ολιγομελείς ομάδες με συχνότητα μεγαλύτερη ή ίση του τρία συγχωνεύτηκαν σε μία κατηγορία.



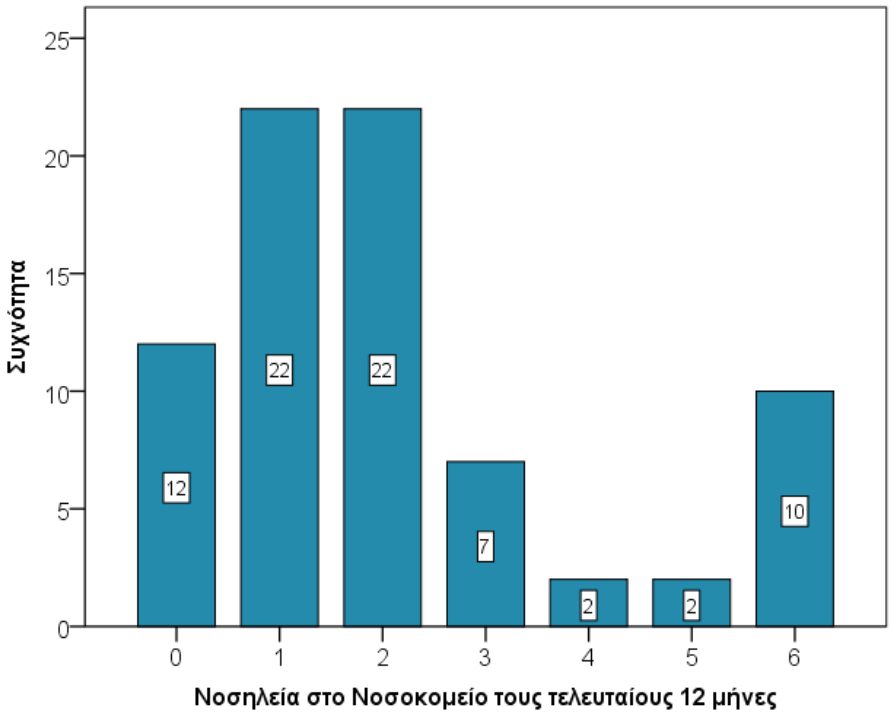
Διάγραμμα 8: Κατανομή ασφαλιστικού φορέα



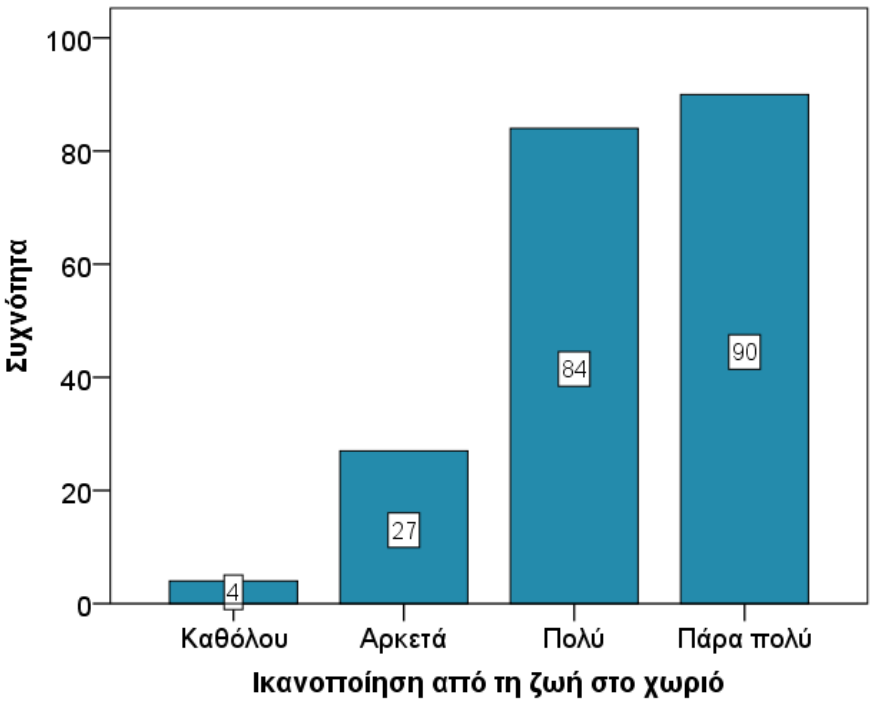
Διάγραμμα 9: Κατανομή εισοδήματος



Διάγραμμα 10: Πλήθος επισκέψεων σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες



Διάγραμμα 11: Πλήθος νοσηλειών σε νοσοκομείο τους τελευταίες 12 μήνες

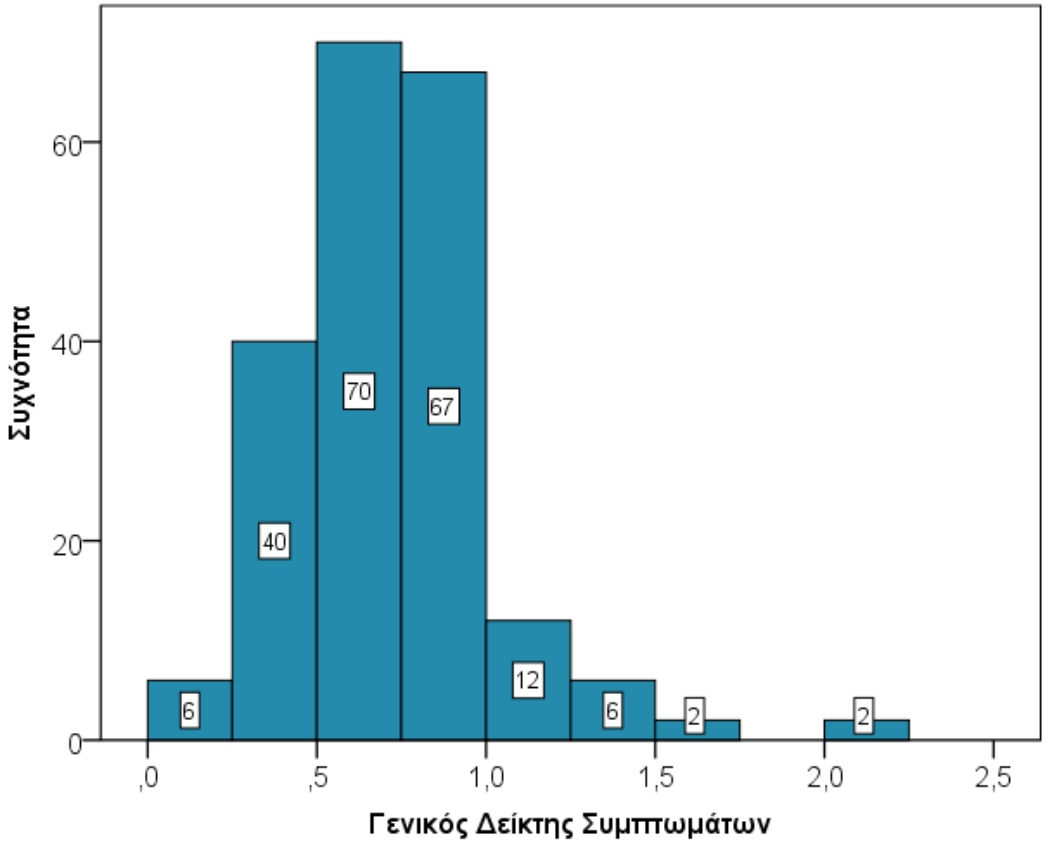


Διάγραμμα 12: Ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό

Οι 174 από τους ερωτώμενους (84,8%) δήλωσαν πως είναι πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη ζωή στο χωριό. Στον αντίποδα, οι 4 δήλωσαν πως δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι και οι 27 αρκετά ικανοποιημένοι (Διάγραμμα 12). Οι 4 ερωτώμενοι που αποκρίθηκαν «Καθόλου» αποκλείστηκαν από τη συνέχεια της ανάλυσης ως ιδιαίτερα ολιγομελής ομάδα η οποία δεν ήταν δυνατόν να συγχωνευτεί με κάποια γειτονική της.

6.2. Ψυχοπαθολογικό προφίλ των ερωτώμενων

Για την ανίχνευση του ψυχοπαθολογικού προφίλ των φοιτητών αξιοποιήθηκε η κλίμακα SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977). Με το ερωτηματολόγιο αυτό ανιχνεύεται η ψυχοπαθολογική κατάσταση ενός υποκειμένου τόσο συνοπτικά, με το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, όσο και περισσότερο αναλυτικά, με τις 10 υποκλίμακες που το αποτελούν. Ο Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ) στην περίπτωση της παρούσης έρευνας όπου δεν υπήρχαν μη συμπληρωμένες ερωτήσεις, ορίστηκε σύμφωνα με τον δημιουργό της κλίμακας, ως το άθροισμα των υποκλιμάκων της σωματοποίησης, του ιδεοψυχαναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της κατάθλιψης, του άγχους, της επιθετικότητας, του φοβικού άγχους, του παρανοειδή ιδεασμού και του ψυχωτισμού. Η μέση τιμή του γενικού δείκτη συμπτωμάτων βρέθηκε να είναι 0,71 (SD = 0,3). Στο Διάγραμμα 13 παρουσιάζεται η αναλυτική κατανομή των τιμών.



Διάγραμμα 13: Κατανομή ΓΔΣ

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι τιμές των 10 υποκλιμάκων που υπολογίστηκαν από το δείγμα.

Πίνακας 2: Αξιοπιστία και δειγματικές τιμές των υποκλιμάκων ψυχοπαθολογίας

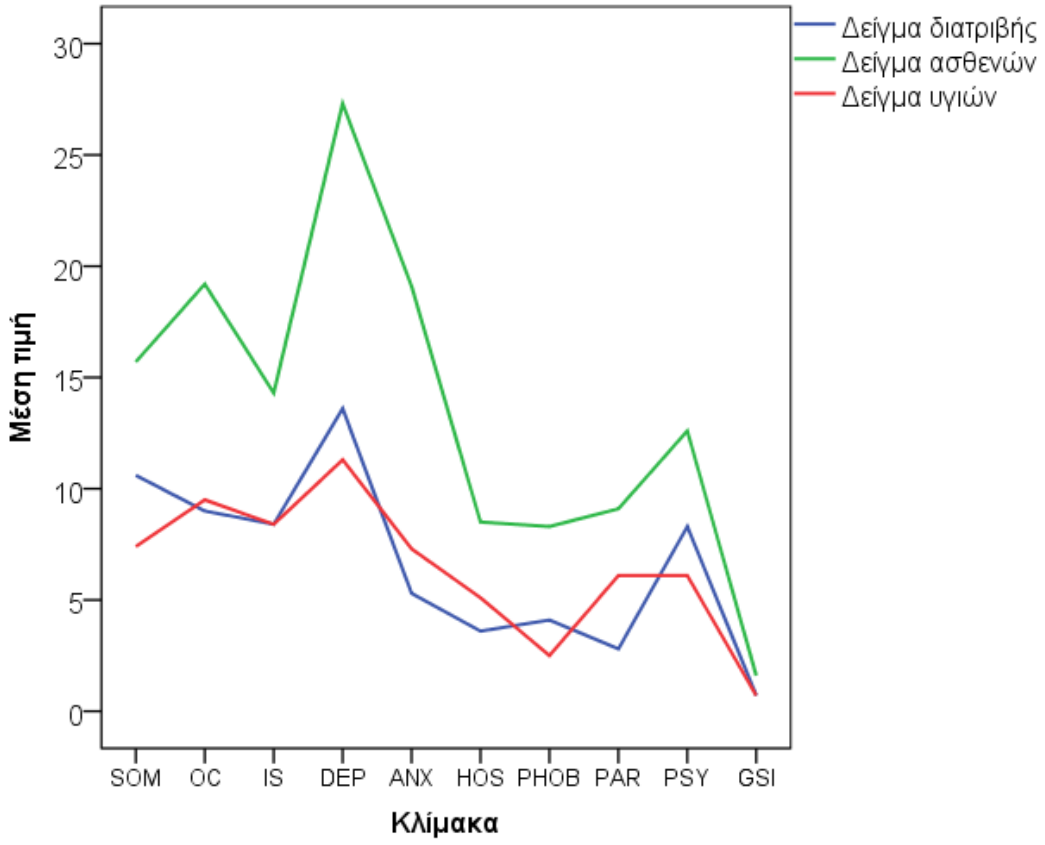
Κλίμακα	Cronbach's a	Παρούσα μελέτη	Τυπικό Δείγμα(1)	Διαφορά	p
Σωματοποίηση (SOM)	**0,750**	**10,6 (6,3)**	**7,4 (7,1)**	**3,2**	**0,001**
Ιδεοψυχαναγκασμός (OC)	0,411	9 (4)	9,5 (6,5)	-0,5	0,325
Διαπροσωπική Ευαισθησία (IS)	0,585	8,4 (4,5)	8,4 (6,2)	0	1,000
Κατάθλιψη (DEP)	0,758	13,6 (7,1)	11,3 (8,8)	2,3	0,084
Άγχος (ANX)	**0,590**	**5,3 (3,9)**	**7,3 (6,7)**	**-2**	**0,000**
Επιθετικότητα (HOS)	**0,550**	**3,6 (2,9)**	**5,1 (5,1)**	**-1,5**	**0,000**
Παρανοειδής Ιδεασμός (PAR)	**0,361**	**2,8 (2,8)**	**6,1 (4,4)**	**-3,3**	**0,000**
Ψυχωτισμός (PSY)	**0,426**	**8,3 (2,9)**	**6,1 (6,8)**	**2,2**	**0,000**
Φοβικό άγχος (PHOB)	**0,518**	**4,1 (3,6)**	**2,5 (3,7)**	**1,6**	**0,000**

(1) Ντώνιας κ.α., 1991

Πίνακας 3: Τυπικές τιμές των υποκλιμάκων του SCL – 90 σε ελληνικό πληθυσμό

Υποκλίμακες & Δείκτες	Σύνολο Ασθενών (n=248)		Σύνολο Υγιών (n=53)		Υγιείς Γυναίκες (n=32)		Υγιείς Άνδρες (n=21)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Σωματοποίηση (SOM)	15,7	10,4	7,4	7,1	7,3	7,6	7,5	6,4
Ιδεοψυχαναγκασμός (OC)	19,2	9,4	9,5	6,5	8,9	6,9	10,4	5,9
Διαπρ. Ευαισθησία (IS)	14,3	7,9	8,4	6,2	8,7	6,4	7,8	6,0
Κατάθλιψη (DEP)	27,3	11,5	11,3	8,8	11,7	9,7	10,9	7,4
Άγχος (ANX)	19,1	8,8	7,3	6,7	6,9	7,2	8,0	5,9
Επιθετικότητα (HOS)	8,5	6,1	5,1	5,1	4,9	5,3	5,4	4,9
Φοβικό άγχος (PHOB)	8,3	6,7	2,5	3,7	2,9	4,3	2,0	2,3
Παρ. Ιδεασμός (PAR)	9,1	5,7	6,1	4,4	6,3	4,9	5,8	3,6
Ψυχωτισμός (PSY)	12,6	8,1	6,1	6,8	6,2	7,5	5,5	5,6
ΓΔΣ (GSI)	1,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	59,6	17,7	38,1	20,2	36,5	19,7	40,3	21,3
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	2,3	0,6	1,6	0,5	1,6	0,6	1,6	0,6

Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική 1991, 2:42-48.



Διάγραμμα 14: Σύγκριση των τιμών του δείγματος (γαλάζια γραμμή) με ενδεικτικές τιμές σε δείγμα υγιή ελληνικού πληθυσμού (κόκκινη γραμμή) και σε δείγμα ασθενών ελληνικού πληθυσμού (πράσινη γραμμή)

Οι τιμές που υπολογίστηκαν από το δείγμα διαφοροποιούνται σημαντικά με αυτές του υγιή ελληνικού πληθυσμού (Πίνακας 3) ως προς τις υποκλίμακες της

σωματοποίησης, του ψυχωτισμού και του φοβικού άγχους (μεγαλύτερες), του άγχους, της επιθετικότητας, του παρανοειδή ιδεασμού (μιρκότερες), ενώ είναι σημαντικά μικρότερες από αυτές του δείγματος με αυτές του δείγματος των ασθενών, διαφοροποίηση που παρουσιάζεται εποπτικά στο Διάγραμμα 14.

Για την ανίχνευση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τις τιμές του ΓΔΣ, εφαρμόστηκε ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA). Οι παράγοντες και οι συνεχείς μεταβλητές που συμμετείχαν στο γραμμικό μοντέλο παρουσιάζονται στον πίνακα 4.Η κατανομή των υπολοίπων του γραμμικού μοντέλου δεν διαφοροποιούταν σημαντικά από την κανονική κατανομή (One-SampleKolmogorov-SmirnovTest, Z = 1,311, p = 0,064). Δεν βρέθηκε κάποια εξάρτηση μεταξύ του ΓΔΣ και του φύλου (p = 0,225), του εκπαιδευτικού επιπέδου (p = 0,237), του καπνίσματος (p = 0,401), της κατανάλωσης αλκοόλ (p = 0,997), της σωματικής νόσου (p = 0,052), των επισκέψεων σε ιατρό (p = 0,595), του πλήθους νοσηλειών σε νοσοκομείο (p = 0,295) και της ηλικίας (p = 0,746),

Πίνακας 4: Παράγοντες που συμμετείχαν στο μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης.

Παράγοντας	Τιμές
1. Φύλο	Άνδρας – Γυναίκα
2. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν πήγε σχολείο – Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια
3. Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η – Άλλο (Μόνος/η – Χήρος/α)
4. Εισόδημα	Έως 500 €, 500 – 1000 €, > 1000 €
5. Κοινωνικές επαφές[(1)]	Κάθε ημέρα / Συχνά – Σπάνια / Ποτέ
6. Κάπνισμα	Ναι – Όχι
7. Κατανάλωση Αλκοόλ	Ναι – Όχι
8. Σωματική νόσος	Ναι – Όχι
9. Φαρμακευτική αγωγή	Ναι – Όχι
10. Επισκέψεις σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες (1, 2 και >=3)	
11. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες (1, 2 και >=3)	
Συνεχείς μεταβλητές που ελέγχθηκαν ως προς την επιρροή τους στο ΓΔΣ	
1. Ηλικία	
2. Δείκτης μάζας σώματος	

(1) Επίσκεψη στο καφενείο για τους άνδρες και επίσκεψη στη γειτόνισσα για τις γυναίκες.

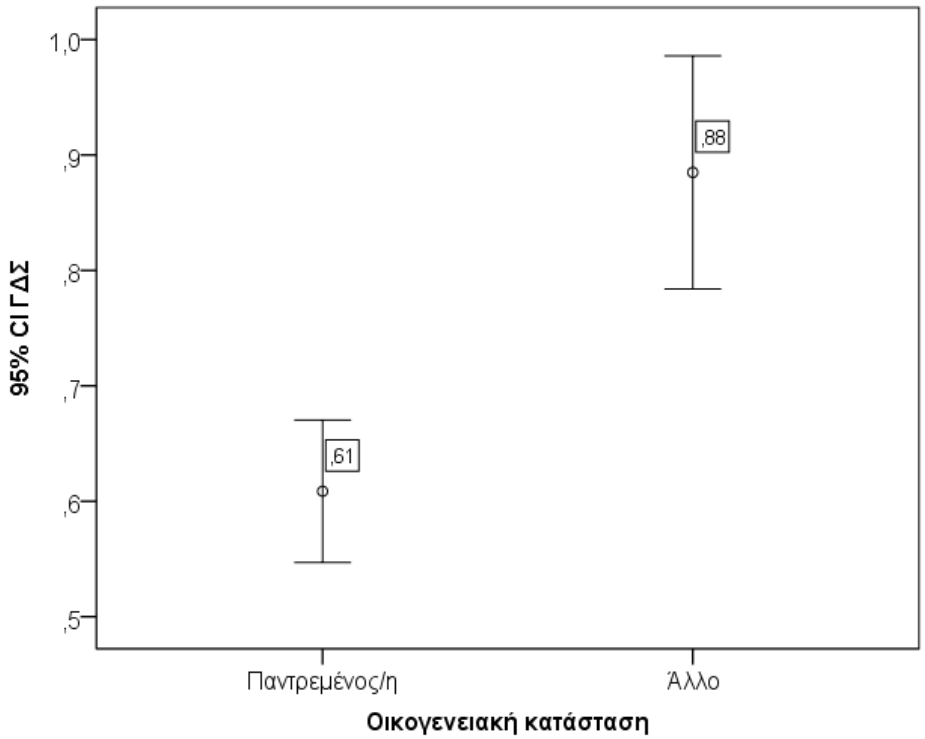
Αντίθετα, βρέθηκε πως υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στο σκορ του γενικού δείκτη συμπτωμάτων μεταξύ των επιπέδων της οικογενειακής κατάστασης (F(1, 183) = 10,448, p = 0,001), των κοινωνικών σχέσεων (F(1, 183) = 20,754, p < 0,001), της φαρμακευτικής αγωγής (F(1, 183) = 6,711, p = 0,010), του εισοδήματος (F(2, 183) = 3,17, p = 0,044) ενώ ο ΔΜΣ καταδείχθηκε ως μεταβλητή με σημαντική

συνδιακύμανση στα πλαίσια του μοντέλου που εξετάστηκε (F(1, 183) = 4,47, p = 0,036).

Πίνακας 5: Ανάλυση διακύμανσης για τους παράγοντες επιρροής του ΓΔΣ.

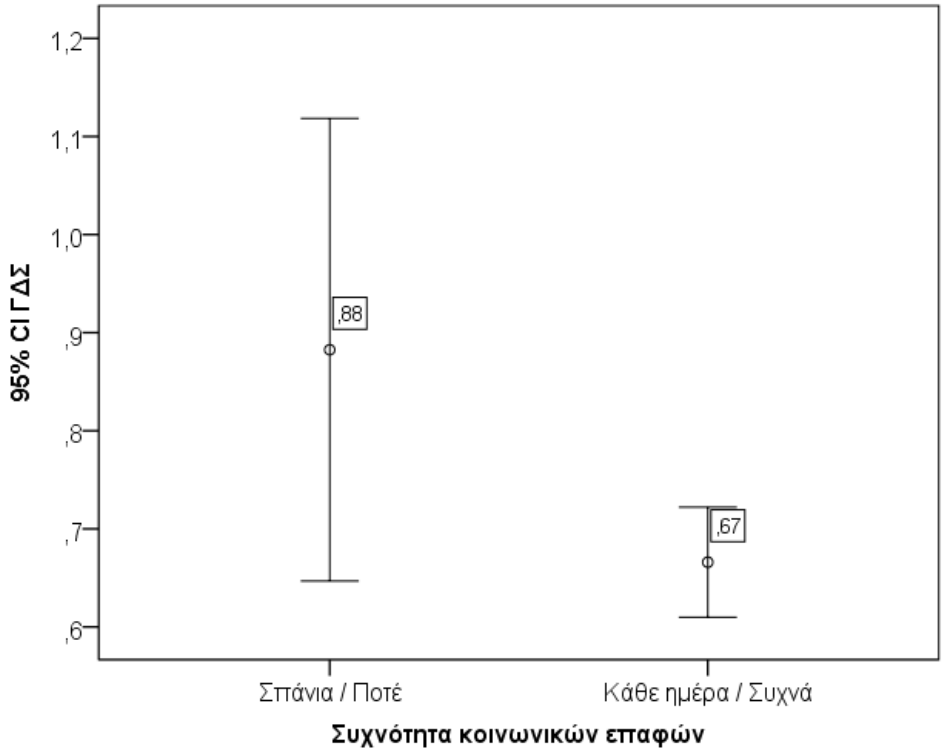
Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Corrected Model	6,037[a]	19	,318	4,991	,000	,341
Intercept	,258	1	,258	4,056	,045	,022
gender	,094	1	,094	1,482	,225	,008
education	,185	2	,092	1,450	,237	,016
married	**,665**	**1**	**,665**	**10,448**	**,001**	**,054**
social_connection	**1,321**	**1**	**1,321**	**20,754**	**,000**	**,102**
smoking2	,045	1	,045	,709	,401	,004
alkool	8,463E-007	1	8,463E-007	,000	,997	,000
body_disease	,244	1	,244	3,825	,052	,020
medicine2	**,427**	**1**	**,427**	**6,711**	**,010**	**,035**
income2	**,404**	**2**	**,202**	**3,170**	**,044**	**,033**
doc_week1	,121	3	,040	,632	,595	,010
doc_month1	,238	3	,079	1,245	,295	,020
age	,007	1	,007	,105	,746	,001
bmi	**,285**	**1**	**,285**	**4,470**	**,036**	**,024**
Error	11,650	183	,064			
Total	120,640	203				
Corrected Total	17,687	202				

a. R Squared = ,341 (Adjusted R Squared = ,273)



Διάγραμμα 15: Γενικός δείκτης συμπτωμάτων και οικογενειακή κατάσταση

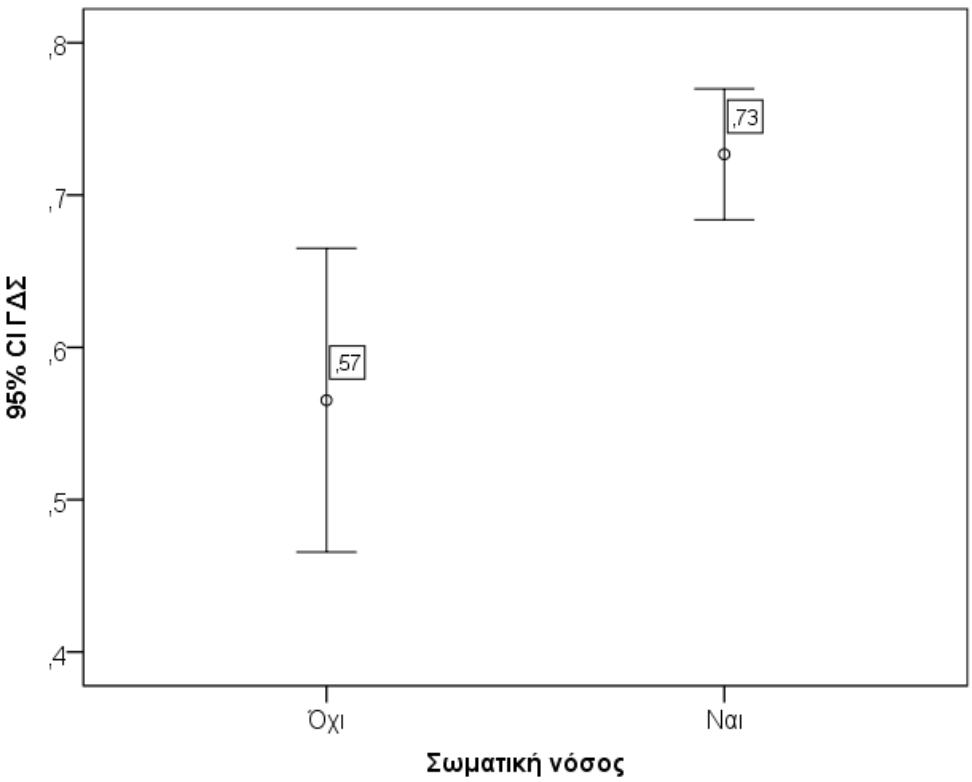
Η διαφοροποίηση μεταξύ των επιπέδων της οικογενειακής κατάστασης οφείλεται στην μεγαλύτερη τιμή του ΓΔΣ που αντιστοιχεί σε όσους ζουν μόνοι ή δήλωσαν πως είναι χήροι/ες σε αντίθεση με όσους είναι παντρεμένοι και ζουν με τον/την σύντροφο τους (Διάγραμμα 15).



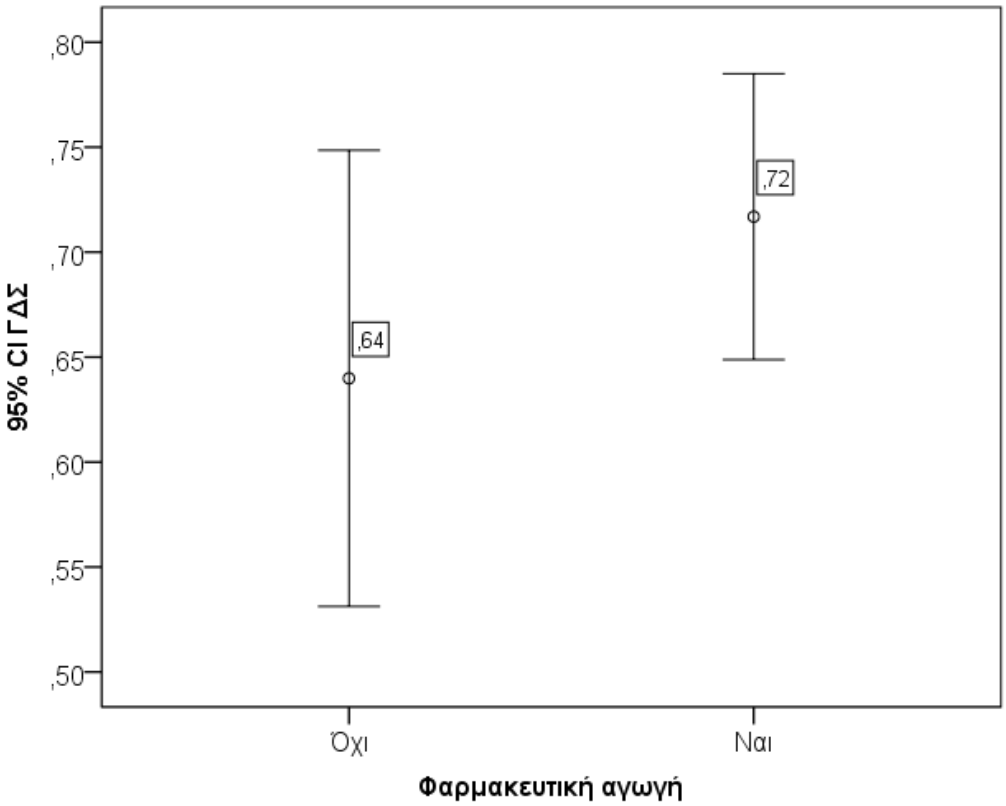
Διάγραμμα 16: Γενικός δείκτης συμπτωμάτων και συχνότητα κοινωνικών επαφών

Ως προς τη διαφοροποίηση μεταξύ των επιπέδων της συχνότητας κοινωνικών επαφών αυτή οφείλεται στη μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ όσων έχουν συχνά ή καθημερινά κοινωνικές επαφές και όσων έχουν σπάνια ή ποτέ κοινωνικές επαφές (Διάγραμμα 16). Η παρουσία σωματικής νόσου όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στο Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (Διάγραμμα 17 και Διάγραμμα 18).

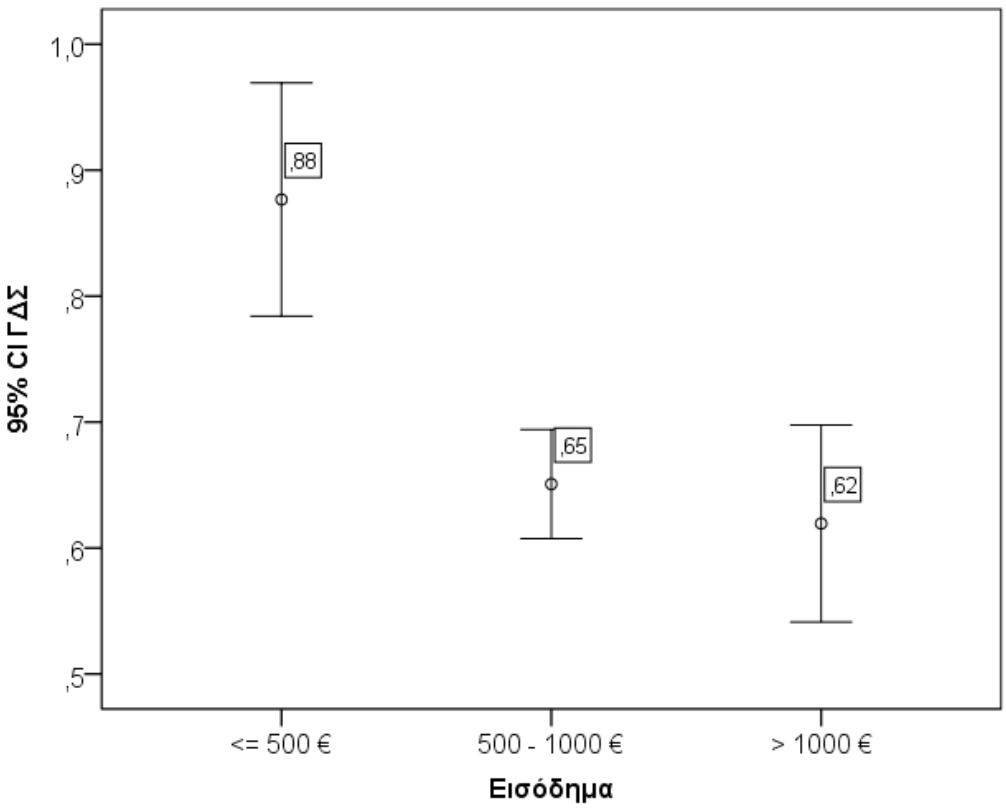
Περαιτέρω, ανώτερες κατηγορίες εισοδήματος συνδυαζόταν με μικρότερες τιμές στο δείκτη ψυχοπαθολογίας (Διάγραμμα 19). Τέλος, ως προς τη σημαντικότητα της συνδιακύμανσης του δείκτη μάζας σώματος με το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, αυτή ποσοτικοποιείται με το μερικό συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών μετά την αφαίρεση της επιρροής των υπολοίπων μεταβλητών του μοντέλου (Pearson$r_{partial}$ (189) = 0,154,p = 0,033) σύμφωνα με τον οποίο αυξημένες τιμές του δείκτη μάζας σώματος αντιστοιχούν σε μεγαλύτερες τιμές του γενικού δείκτη συμπτωμάτων.



Διάγραμμα 17: Γενικός δείκτης συμπτωμάτων και παρουσία σωματικής νόσου



Διάγραμμα 18: Γενικός δείκτης συμπτωμάτων και λήψη φαρμακευτικής αγωγής

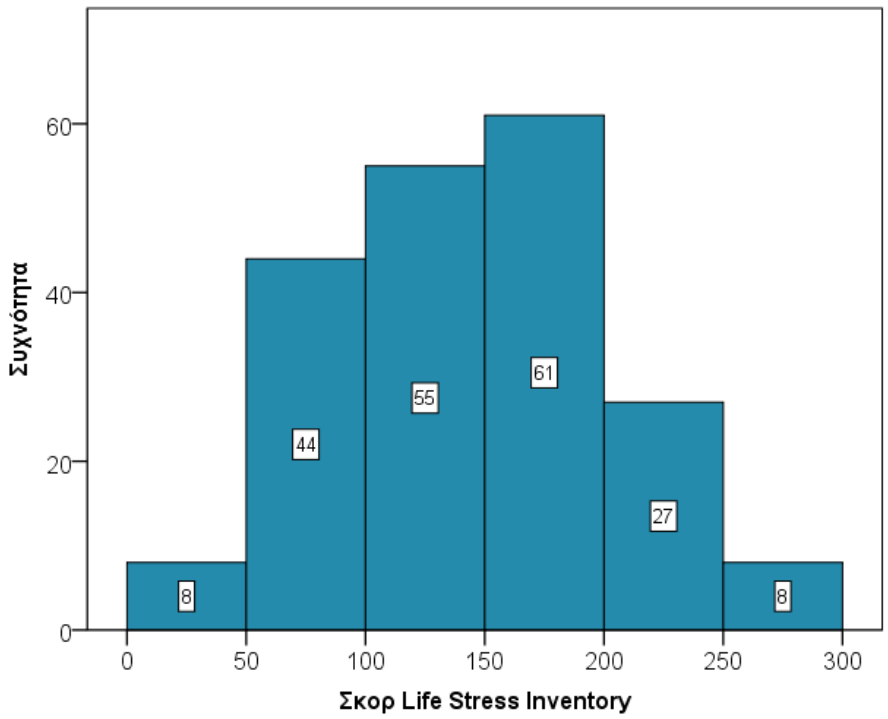


Διάγραμμα 19: Γενικός δείκτης συμπτωμάτων και εισόδημα

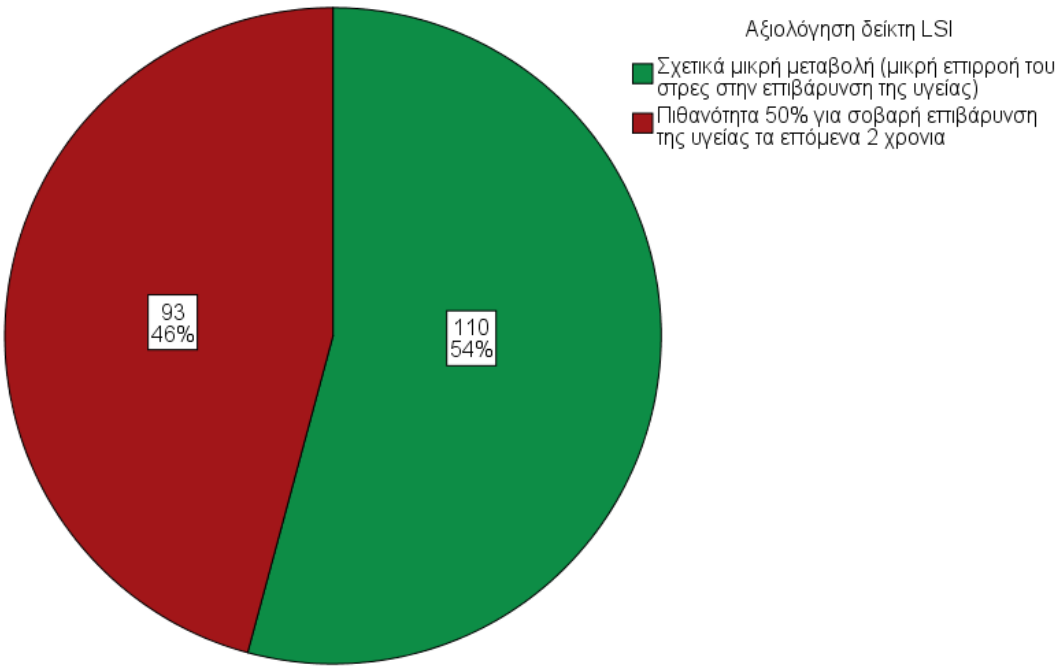
6.3. Κλίμακα άγχουςHolmes και Rahe

Για την ανίχνευση της συσχέτισης μεταξύ των στρεσογόνων στιγμών στη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου και της εκδήλωσης κάποιας ασθένειας αξιοποιήθηκε η κλίμακα άγχους Holmes και Rahe. Σε αυτήν οι συμμετέχοντες δηλώνουν ποια γεγονότα έχουν συμβεί στη ζωή τους από έναν κατάλογο με 43 συμβάντα ζωής στα οποία αντιστοιχεί και ένα συγκεκριμένο ειδικό βάρος. Το άθροισμα όλων των βαρών ορίζει και το σκορ στην κλίμακα αυτή. Στο Διάγραμμα 20 παρουσιάζεται η κατανομή των τιμών στην κλίμακα αυτήν.

Σύμφωνα με τους δημιουργούς της κλίμακας όσοι έχουν σκορ έως και 150 μονάδες έχουν μικρή πιθανότητα για μεταβολή της υγείας τους λόγω των στρεσογόνων γεγονότων που έχουν βιώσει, ενώ όσοι έχουν σκορ από 150 έως 300 μονάδες έχουν 50% πιθανότητα να υποστούν σοβαρή επιβάρυνση στην υγεία τους τα επόμενα 2 χρόνια. Στο Διάγραμμα 21 παρουσιάζεται η κατανομή των ερωτώμενων σύμφωνα με την αξιολόγηση του σκορ στην κλίμακα αυτή.



Διάγραμμα 20: Κατανομή τιμών της κλίμακας άγχους Holmes και Rahe



Διάγραμμα 21: Αξιολόγηση ερωτώμενων ως προς την πιθανότητα επιβάρυνσης της υγείας

Πίνακας 6: Παράγοντες που συμμετείχαν στο μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης.

Παράγοντας	Τιμές
1. Φύλο	Άνδρας – Γυναίκα

2. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν πήγε σχολείο – Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια
3. Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η – Άλλο (Μόνος/η – Χήρος/α)
4. Εισόδημα	Έως 500 €, 500 – 1000 €, > 1000 €
5. Κοινωνικές επαφές(1)	Κάθε ημέρα / Συχνά – Σπάνια / Ποτέ
6. Κάπνισμα	Ναι – Όχι
7. Κατανάλωση Αλκοόλ	Ναι – Όχι
8. Σωματική νόσος	Ναι – Όχι
9. Φαρμακευτική αγωγή	Ναι – Όχι
10. Επισκέψεις σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες (1, 2 και >=3)	
11. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες (1, 2 και >=3)	
Συνεχείς μεταβλητές που ελέγχθηκαν ως προς την επιρροή τους στο ΓΔΣ	
1. Ηλικία	
2. Δείκτης μάζας σώματος	

(1) Επίσκεψη στο καφενείο για τους άνδρες και επίσκεψη στη γειτόνισσα για τις γυναίκες.

Για την ανίχνευση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τις τιμές της κλίμακας άγχουςHolmes – Rahe, εφαρμόστηκε ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA). Οι παράγοντες και οι συνεχείς μεταβλητές που συμμετείχαν στο γραμμικό μοντέλο παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Η κατανομή των υπολοίπων του γραμμικού μοντέλου δεν διαφοροποιούταν σημαντικά από την κανονική κατανομή (One-SampleKolmogorov-SmirnovTest, Z = 0,617, p = 0,841). Δεν βρέθηκε κάποια εξάρτηση μεταξύ της κλίμακας άγχους Holmes - Rahe (LSI) και του φύλου (p = 0,72), των κοινωνικών σχέσεων (p = 0,418), του καπνίσματος (p = 0,112), της σωματικής νόσου (p = 0,051), της λήψης φαρμακευτικής αγωγής (p = 0,95), του εισοδήματος (p = 0,402), των επισκέψεων σε ιατρό (p = 0,354), της ηλικίας (p = 0,079) και του ΔΜΣ (p = 0,239)(Πίνακας 7).

Αντίθετα, βρέθηκε πως υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στο σκορ της κλίμακας άγχους μεταξύ των επιπέδων του εκπαιδευτικού επιπέδου (F(2, 181) = 9,149, p < 0,001, η2p = 0,092), της οικογενειακής κατάστασης (F(1, 181) = 26,547, p < 0,001, η2p = 0,128), της κατανάλωσης αλκοόλ (F(1, 181) = 4,373, p = 0,038, η2p = 0,024) και του πλήθους νοσηλειών σε νοσοκομείο (F(3, 181) = 4,93, p = 0,003, η2p = 0,076).

Πίνακας 7: Ανάλυση διακύμανσης για την κλίμακα άγχους Holmes - Rahe.

Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p

Corrected Model	254334,110[a]	19	13386,006	6,039	,000	,388
Intercept	10,597	1	10,597	,005	,945	,000
gender	285,391	1	285,391	,129	,720	,001
education	**40560,399**	**2**	**20280,200**	**9,149**	**,000**	**,092**
married	**58845,815**	**1**	**58845,815**	**26,547**	**,000**	**,128**
social_connection	1460,918	1	1460,918	,659	,418	,004
smoking2	5660,746	1	5660,746	2,554	,112	,014
alkool	**9693,283**	**1**	**9693,283**	**4,373**	**,038**	**,024**
body_disease	8563,543	1	8563,543	3,863	,051	,021
medicine2	8,646	1	8,646	,004	,950	,000
income2	4059,287	2	2029,643	,916	,402	,010
doc_week1	7264,298	3	2421,433	1,092	,354	,018
doc_month1	**32784,104**	**3**	**10928,035**	**4,930**	**,003**	**,076**
age	6913,533	1	6913,533	3,119	,079	,017
bmi	3098,411	1	3098,411	1,398	,239	,008
Error	401223,870	181	2216,706			
Total	4669990,000	201				
Corrected Total	655557,980	200				

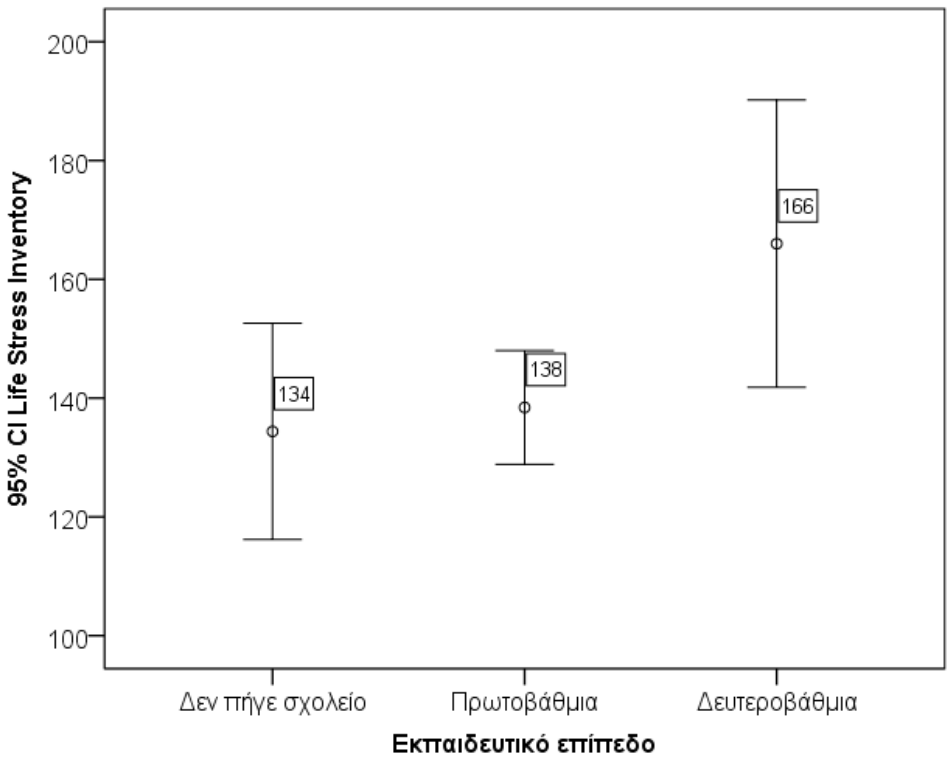
a. R Squared = ,388 (Adjusted R Squared = ,324)

Η διαφοροποίηση μεταξύ των επιπέδων του εκπαιδευτικού επιπέδου οφείλεται στην διαφοροποίηση μεταξύ έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τους υπολοίπους (Διάγραμμα 22).

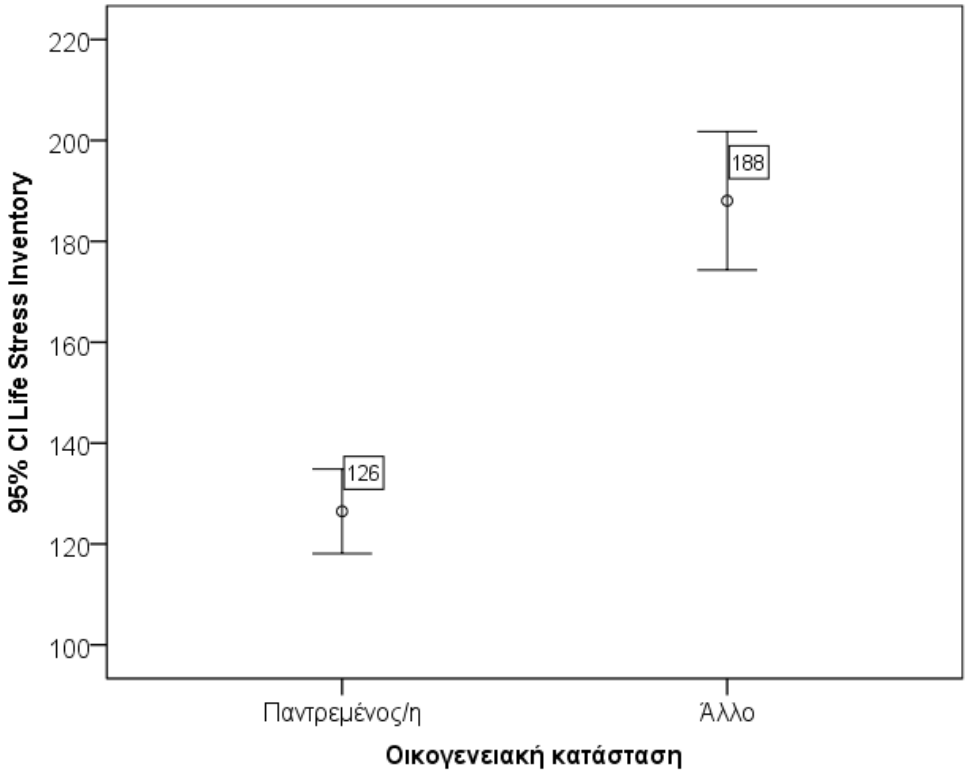
Περαιτέρω, η διαφοροποίηση μεταξύ των επιπέδων της οικογενειακής κατάστασης οφείλεται στην σαφής διάταξη των τιμών της κλίμακας άγχους η οποία έχει τη μικρότερη τιμή ανάμεσα στους παντρεμένους ερωτώμενους με όσους ζουν μόνους και όσους έχουν χηρέψει να έχουν μεγαλύτερες τιμές(Διάγραμμα 23).

Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ βρέθηκε να συσχετίζεται με μικρότερες τιμές στην κλίμακα άγχους (Διάγραμμα 24).

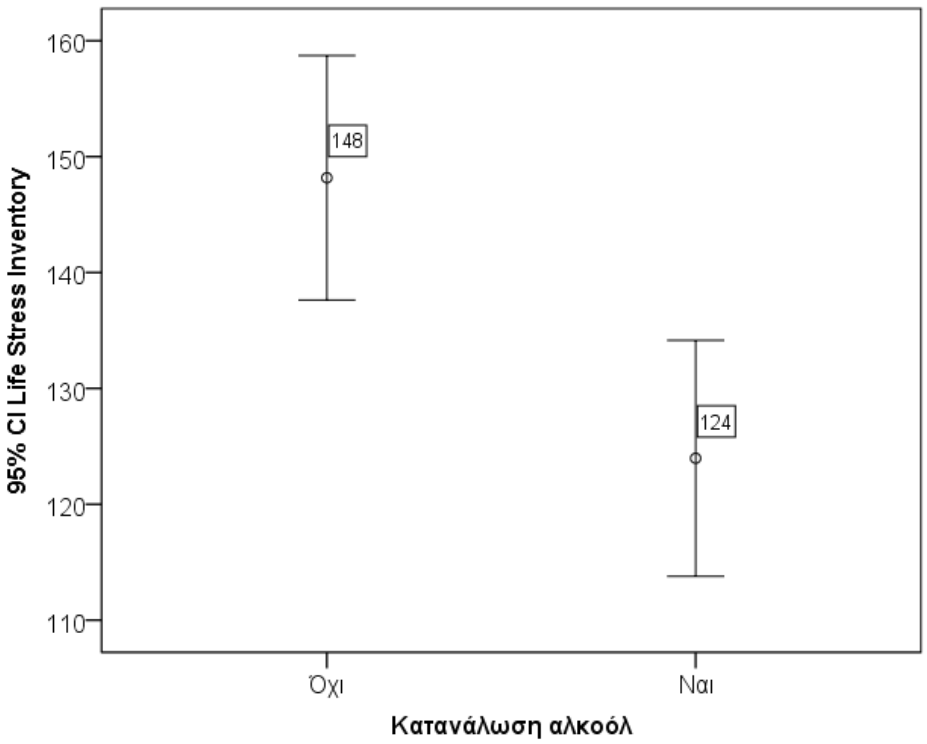
Τέλος, η συσχέτιση του δείκτη με το πλήθος νοσηλειών σε νοσοκομείο παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 25 και δεν ακολουθεί κάποια σαφής διάταξη, παρατήρηση που ενδεχομένως οφείλεται στο μεγάλο εύρος των ασθενειών που μπορεί να οδηγήσουν έναν ηλικιωμένο στο νοσοκομείο.



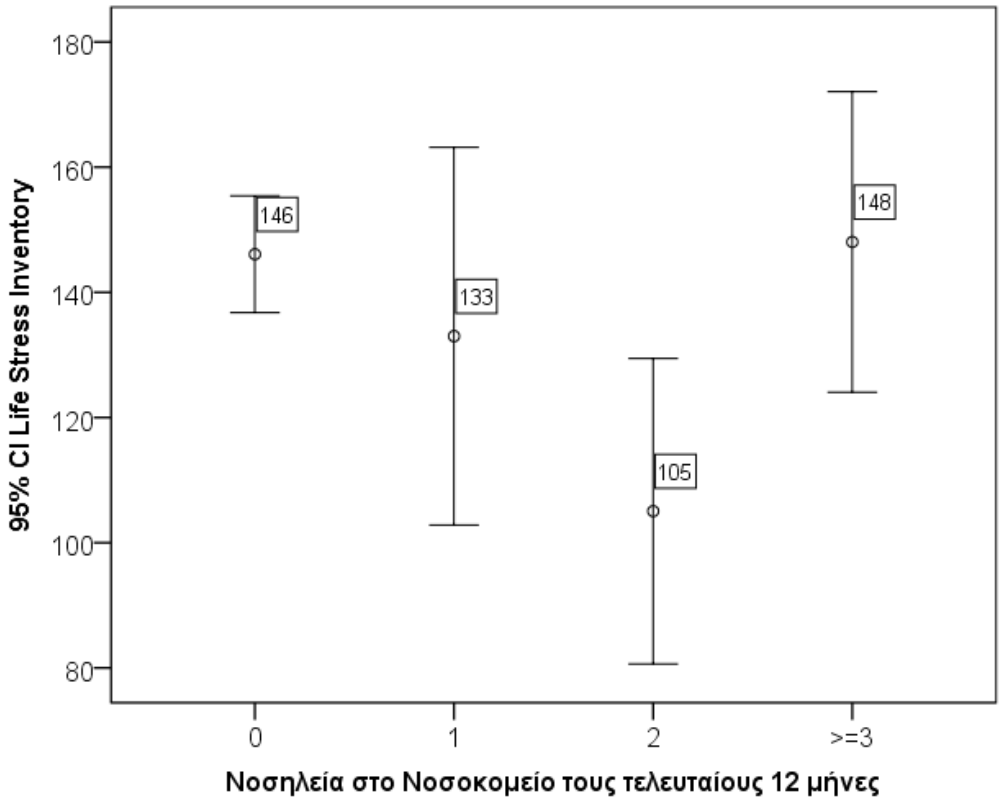
Διάγραμμα 22: Κλίμακα άγχους Holmes - Rahe και εκπαιδευτικό επίπεδο



Διάγραμμα 23: Κλίμακα άγχους Holmes - Rahe και οικογενειακή κατάσταση



Διάγραμμα 24: Κλίμακα άγχους Holmes - Rahe και κατανάλωση αλκοόλ



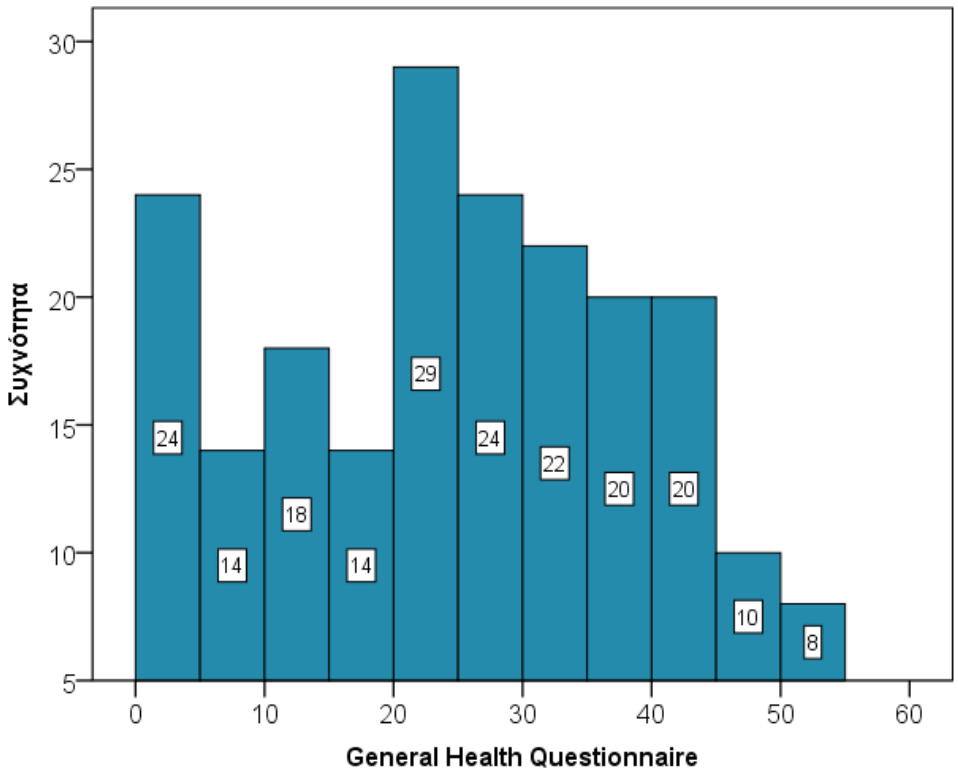
Διάγραμμα 25: Κλίμακα άγχους Holmes - Rahe και πλήθος νοσηλειών σε νοσοκομείο

6.4.Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

Στην παρούσα έρευνα, 2 από τους ερωτώμενους δεν συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο αυτό και δεν συμμετείχαν στην περαιτέρω ανάλυση, ενώ σε όσα από τα ερωτηματολόγια υπήρχαν απούσες τιμές, αυτές αντικαταστάθηκαν από το 0 σύμφωνα με τις οδηγίες του δημιουργού της κλίμακας.

Η μέση τιμή στο σύνολο των ερωτώμενων βρέθηκε να είναι ίση με 24,8 μονάδες (SD = 14,5 μονάδες), ενώ η αναλυτική κατανομή των τιμών παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 23.

Για την ανίχνευση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τις τιμές του GHQ, εφαρμόστηκε ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA). Οι παράγοντες και οι συνεχείς μεταβλητές που συμμετείχαν στο γραμμικό μοντέλο παρουσιάζονται στον πίνακα 8.



Διάγραμμα 26: Κατανομή του σκορ στο GeneralHealthQuestionnaire

Πίνακας 8: Παράγοντες που συμμετείχαν στο μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης.

Παράγοντας	Τιμές
1. Φύλο	Άνδρας – Γυναίκα
2. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν πήγε σχολείο – Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια
3. Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η – Άλλο (Μόνος/η – Χήρος/α)

4. Εισόδημα	Έως 500 €, 500 – 1000 €, > 1000 €
5. Κοινωνικές επαφές(1)	Κάθε ημέρα / Συχνά – Σπάνια / Ποτέ
6. Κάπνισμα	Ναι – Όχι
7. Κατανάλωση Αλκοόλ	Ναι – Όχι
8. Σωματική νόσος	Ναι – Όχι
9. Φαρμακευτική αγωγή	Ναι – Όχι
10. Επισκέψεις σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες (1, 2 και >=3)	
11. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες (1, 2 και >=3)	
Συνεχείς μεταβλητές που ελέγχθηκαν ως προς την επιρροή τους στο ΓΔΣ	
1. Ηλικία	
2. Δείκτης μάζας σώματος	

(1) Επίσκεψη στο καφενείο για τους άνδρες και επίσκεψη στη γειτόνισσα για τις γυναίκες.

Η κατανομή των υπολοίπων του γραμμικού μοντέλου δεν διαφοροποιούταν σημαντικά από την κανονική κατανομή (One-SampleKolmogorov-SmirnovTest, Z = 1,120, p = 0,163). Δεν βρέθηκε κάποια εξάρτηση μεταξύ του ΓΔΣ και του φύλου (p = 0,819), του εκπαιδευτικού επιπέδου (p = 0,664), της οικογενειακής κατάστασης (p = 0,215), του καπνίσματος (p = 0,072), της κατανάλωσης αλκοόλ (p = 0,927), της σωματικής νόσου (p = 0,095), του εισοδήματος (p = 0,12), των επισκέψεων σε ιατρό (p = 0,161), του πλήθους νοσηλειών σε νοσοκομείο (p = 0,816), της ηλικίας (p = 0,372) και του ΔΜΣ (p = 0,137) (Πίνακας 9).

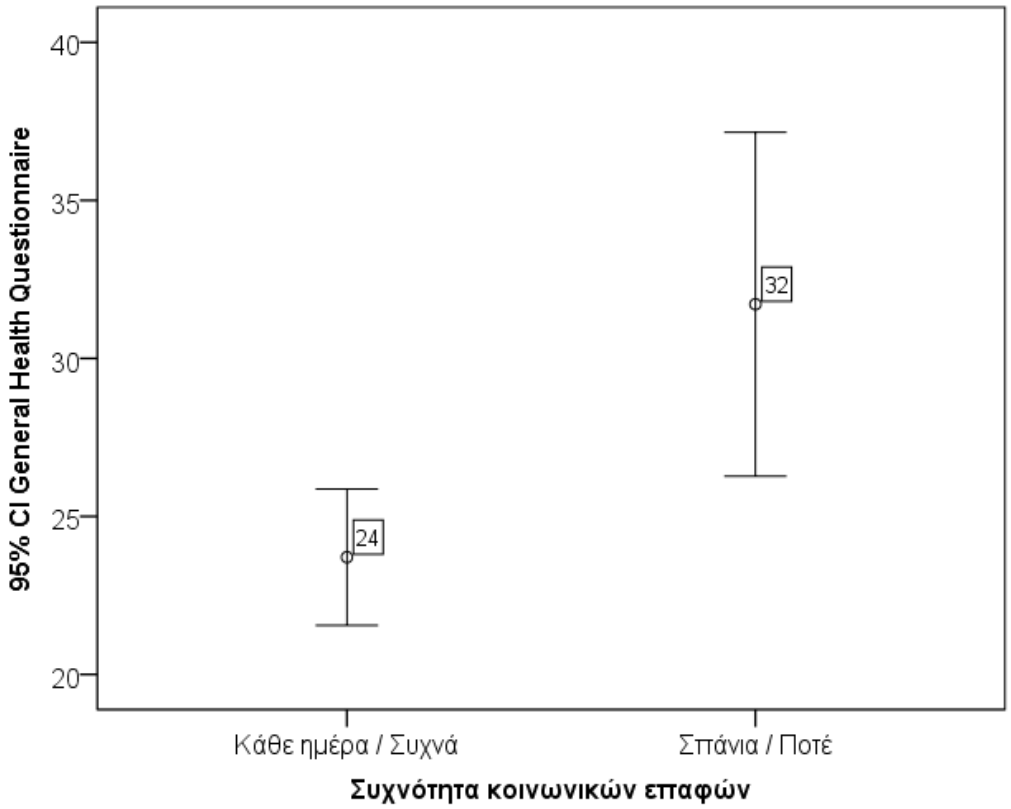
Αντίθετα, βρέθηκε πως υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στο σκορ της κλίμακας άγχους μεταξύ των επιπέδων των κοινωνικών σχέσεων (F(1, 181) = 11,292, p = 0,001, η2p = 0,059) και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής (F(1, 181) = 8,748, p = 0,004, η2p = 0,046). Η διαφοροποίηση μεταξύ των επιπέδων της κοινωνικής επαφής βρέθηκε να συνδέεται με μειωμένες τιμές στην κλίμακα αυτή (Διάγραμμα 27), ενώ η λήψη φαρμακευτικής αγωγής συνδεόταν με αυξημένες τιμές (Διάγραμμα 28).

Πίνακας 9: Ανάλυση διακύμανσης για την κλίμακα GHQ.

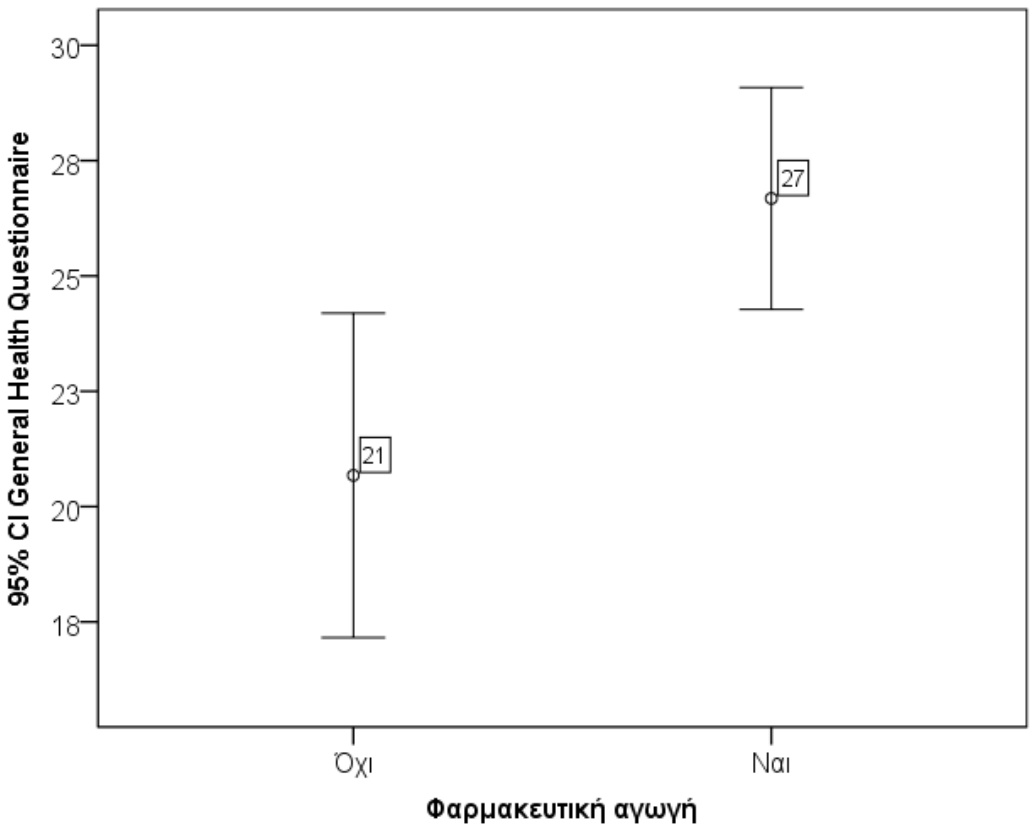
Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Corrected Model	11766,146[a]	19	619,271	3,655	,000	,277
Intercept	1,234	1	1,234	,007	,932	,000
gender	8,903	1	8,903	,053	,819	,000
education	139,226	2	69,613	,411	,664	,005
married	262,158	1	262,158	1,547	,215	,008
social_connection	**1913,103**	**1**	**1913,103**	**11,292**	**,001**	**,059**

smoking2	554,084	1	554,084	3,271	,072	,018
alkool	1,413	1	1,413	,008	,927	,000
body_disease	476,447	1	476,447	2,812	,095	,015
medicine2	**1482,125**	**1**	**1482,125**	**8,748**	**,004**	**,046**
income2	728,238	2	364,119	2,149	,120	,023
doc_week1	883,228	3	294,409	1,738	,161	,028
doc_month1	159,035	3	53,012	,313	,816	,005
age	135,900	1	135,900	,802	,372	,004
bmi	378,953	1	378,953	2,237	,137	,012
Error	30664,759	181	169,419			
Total	166312,000	201				
Corrected Total	42430,905	200				

a. R Squared = ,277 (Adjusted R Squared = ,201)



Διάγραμμα 27: Κλίμακα GHQ και συχνότητα κοινωνικών επαφών



Διάγραμμα 28: Κλίμακα GHQ και λήψη φαρμακευτικής αγωγής

6.5. Συσχετίσεις μεταξύ των ψυχομετρικών κλιμάκων

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των ψυχομετρικών κλιμάκωνπου μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα.Ως αναμενόμενη χαρακτηρίζεται η υψηλή γραμμική συσχέτιση του Γενικού Δείκτη Συμπτωμάτων (GSI) με τις περισσότερες υποκλίμακες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL – 90, όπως και των υποκλιμάκων μεταξύ τους. Περαιτέρω, ξεχωρίζει η ισχυρή θετική συσχέτιση του GHQ με το Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων (GSI) ($r(203) = 0,715$, $p< 0,01$).

Ομοίως αξιοσημείωτη είναι η στοχαστική ανεξαρτησία της υποκλίμακας του Ψυχωτισμού με την κλίμακα GHQ ($r(203) = 0,126$) και την κλίμακα LSI ($r(203) = 0,052$), όπως επίσης η απουσία συσχέτισης του LSI με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, του άγχους και του φοβικού άγχους.

Περαιτέρω, η συσχέτιση της υποκλίμακας του Ιδεοψυχαναγκασμού με την LSI ($r(203) = 0,311$, $p< 0,01$) καταδεικνύει τη σημαντικότητα της επιρροής των δυσάρεστων στρεσογόνων γεγονότων στην τάση του ψυχικού να δημιουργεί αρνητικές σκέψεις και να προσηλώνεται σε αυτές, ενώ η ασθενής θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας της κατάθλιψης (DEP) και της LSI, υποδεικνύει τη

σημαντικότητα της επιρροής των στρεσογόνων γεγονότων στην τάση του υποκειμένου να βρίσκεται στην καταθλιπτική θέση($r(203) = 0,224$, $p < 0,01$).

Ως προς τα δημογραφικά δεδομένα, επιβεβαιώνεται η επιδείνωση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του υποκειμένου, με την αύξηση της ηλικίας, ενώ αναδεικνύεται η απόσταση από το πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ως ένας επιπλέον στρεσογόνος παράγοντας. Τέλος, το σωματικό βάρος, όπως αυτό αντανακλάται στο δείκτη μάζας σώματος δεν φαίνεται να παρουσιάζει σημαντική επιβάρυνση στην ψυχοπαθολογία των ερωτώμενων.

Πίνακας 10: Γραμμική συσχέτιση των συνεχών δημογραφικών και των ψυχομετρικών κλιμάκων

	AGE	BMI(1)	DST(2)	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PAR	PSY	PHOB	GSI	GHQ
BMI	,011													
DST	,258**	-,078												
SOM	,218**	,042	,022											
OC	,160*	,027	-,003	,510**										
IS	-,013	,044	-,110	,311**	,427**									
DEP	,183**	-,046	,007	,591**	,521**	**,650****								
ANX	,174*	-,029	,157*	**,639****	,507**	,464**	**,688****							
HOS	,101	,156*	,047	,344**	,235**	,359**	,239**	,323**						
PAR	-,055	-,191**	-,032	,543**	,372**	,446**	,498**	,529**	,071					
PSY	,171*	,141*	-,041	,240**	,191**	,455**	,266**	,339**	,362**	,199**				
PHOB	,056	,106	,089	,561**	,421**	,423**	,550**	,504**	,344**	,308**	,174*			
GSI	,185**	,002	,014	**,785****	**,682****	**,729****	**,852****	**,830****	,472**	**,646****	,476**	**,611****		
GHQ	,197**	,003	,140*	**,617****	,581**	,415**	**,745****	,576**	,305**	,325**	,126	,632**	**,715****	
LSI	,200**	-,069	,034	,085	,311**	,175*	,224**	,084	,173*	,168*	,052	,060	,221**	,314**

(1) BMI: Δείκτης Μάζας Σώματος

(2): DST: Απόσταση από το κοντινότερο κέντρο υγείας

Καθώς, ο ψυχωτισμός αναδείχθηκε ως στοχαστικά ανεξάρτητη μεταβλητή από τις κλίμακες GHQ και LSI, ενώ ομοίως η σωματοποίηση, το άγχος και το φοβικό άγχος αναδείχθηκαν ως στοχαστικά ανεξάρτητες από την κλίμακα LSI, κρίθηκε σκόπιμη η ανεξάρτητη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τις τιμές τωνκλιμάκων αυτών, με τέσσερις ανεξάρτητες εφαρμογές ανάλυσης συνδιακύμανσης (ANCOVA) για τον ψυχωτισμό, τη σωματοποίηση, το άγχος και το φοβικό άγχος. Οι παράγοντες και οι συνεχείς μεταβλητές που συμμετείχαν στο γραμμικό μοντέλο, στις τέσσερις ξεχωριστές εφαρμογέςτης διαδικασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11: Παράγοντες που συμμετείχαν στο μοντέλο της ανάλυσης διακύμανσης.

Παράγοντας	Τιμές
1. Φύλο	Άνδρας – Γυναίκα
2. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν πήγε σχολείο – Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια
3. Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η – Άλλο (Μόνος/η – Χήρος/α)
4. Εισόδημα	Έως 500 €, 500 – 1000 €, > 1000 €
5. Κοινωνικές επαφές(1)	Κάθε ημέρα / Συχνά – Σπάνια / Ποτέ
6. Κάπνισμα	Ναι – Όχι
7. Κατανάλωση Αλκοόλ	Ναι – Όχι
8. Σωματική νόσος	Ναι – Όχι
9. Φαρμακευτική αγωγή	Ναι – Όχι
10. Επισκέψεις σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες (1, 2 και >=3)	
11. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες (1, 2 και >=3)	
Συνεχείς μεταβλητές που ελέγχθηκαν ως προς την επιρροή τους στο ΓΔΣ	
1. Ηλικία	
2. Δείκτης μάζας σώματος	

(1) Επίσκεψη στο καφενείο για τους άνδρες και επίσκεψη στη γειτόνισσα για τις γυναίκες.

Ως προς τη σωματοποίηση, η κατανομή των υπολοίπων του γραμμικού μοντέλου δεν διαφοροποιούταν σημαντικά από την κανονική κατανομή (One-SampleKolmogorov-SmirnovTest, Z = 1,073, p = 0,200), ενώ ομοίως δεν υπήρχε απόκλιση από την κανονικότητα για τα υπόλοιπα του μοντέλου πρόβλεψης του ψυχωτισμού σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01(Z = 1,452, p = 0,029). Αντίστοιχα, τα υπόλοιπα της πρόβλεψης του άγχους και του φοβικού άγχουςείχαν κατανομή που δεν διαφοροποιούταν από την κανονική (Z = 1,329, p = 0,058 και (Z = 1,228, p = 0,098 αντίστοιχα).

Πίνακας 12: Ανάλυση διακύμανσης για την υποκλίμακα της σωματοποίησης.

Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Corrected Model	2791,899[a]	19	146,942	5,192	,000	,350
Intercept	7,461	1	7,461	,264	,608	,001
gender	48,194	1	48,194	1,703	,194	,009
education	**270,384**	**2**	**135,192**	**4,777**	**,009**	,050
married	**130,371**	**1**	**130,371**	**4,607**	**,033**	,025
social_connection	**486,607**	**1**	**486,607**	**17,195**	**,000**	,086
smoking2	1,594	1	1,594	,056	,813	,000
alkool	,106	1	,106	,004	,951	,000
body_disease	**147,352**	**1**	**147,352**	**5,207**	**,024**	,028
medicine2	**156,253**	**1**	**156,253**	**5,522**	**,020**	,029
income2	**177,003**	**2**	**88,502**	**3,127**	**,046**	,033
doc_week1	85,081	3	28,360	1,002	,393	,016
doc_month1	**479,673**	**3**	**159,891**	**5,650**	**,001**	,085
age	4,303	1	4,303	,152	,697	,001
bmi	**181,006**	**1**	**181,006**	**6,396**	**,012**	,034
Error	5178,702	183	28,299			
Total	30467,000	203				
Corrected Total	7970,601	202				

a. R Squared = ,350 (Adjusted R Squared = ,283)

Πίνακας 13: Ανάλυση διακύμανσης για την υποκλίμακα του ψυχωτισμού.

Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Corrected Model	485,093[a]	19	25,531	4,198	,000	,304
Intercept	11,597	1	11,597	1,907	,169	,010
gender	2,575	1	2,575	,423	,516	,002
education	7,020	2	3,510	,577	,563	,006
married	**49,864**	**1**	**49,864**	**8,198**	**,005**	**,043**
social_connection	**53,962**	**1**	**53,962**	**8,872**	**,003**	**,046**
smoking2	**35,642**	**1**	**35,642**	**5,860**	**,016**	**,031**
alkool	5,354	1	5,354	,880	,349	,005
body_disease	**42,751**	**1**	**42,751**	**7,029**	**,009**	**,037**
medicine2	5,151	1	5,151	,847	,359	,005
income2	11,709	2	5,854	,963	,384	,010
doc_week1	6,000	3	2,000	,329	,805	,005
doc_month1	**65,164**	**3**	**21,721**	**3,571**	**,015**	**,055**
age	,017	1	,017	,003	,958	,000
bmi	,746	1	,746	,123	,727	,001
Error	1113,094	183	6,082			
Total	3132,000	203				
Corrected Total	1598,187	202				

a. R Squared = ,304 (Adjusted R Squared = ,231)

Πίνακας 14: Ανάλυση διακύμανσης για την υποκλίμακα του φοβικού άγχους.

Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Corrected Model	686,427[a]	19	36,128	7,542	,000	,439
Intercept	124,930	1	124,930	26,081	,000	,125
gender	3,090	1	3,090	,645	,423	,004
education	2,777	2	1,388	,290	,749	,003
married	**93,282**	**1**	**93,282**	**19,474**	**,000**	**,096**
social_connection	**77,857**	**1**	**77,857**	**16,254**	**,000**	**,082**
smoking2	3,286	1	3,286	,686	,409	,004
alkool	7,644	1	7,644	1,596	,208	,009
body_disease	,503	1	,503	,105	,746	,001
medicine2	16,939	1	16,939	3,536	,062	,019
income2	**110,941**	**2**	**55,471**	**11,580**	**,000**	**,112**
doc_week1	**78,169**	**3**	**26,056**	**5,440**	**,001**	**,082**
doc_month1	**43,588**	**3**	**14,529**	**3,033**	**,031**	**,047**
age	**70,180**	**1**	**70,180**	**14,651**	**,000**	**,074**
bmi	2,540	1	2,540	,530	,467	,003
Error	876,597	183	4,790			
Total	3130,000	203				
Corrected Total	1563,025	202				

a. R Squared = 0,439 (Adjusted R Squared = ,381)

Πίνακας 15: Ανάλυση διακύμανσης για την υποκλίμακα του άγχους.

Παράγοντας	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	η^2_p
Corrected Model	1129,524[a]	19	59,449	5,351	,000	,357
Intercept	10,626	1	10,626	,956	,329	,005
gender	9,019	1	9,019	,812	,369	,004
education	8,279	2	4,140	,373	,689	,004
married	**52,135**	**1**	**52,135**	**4,693**	**,032**	**,025**
social_connection	**362,469**	**1**	**362,469**	**32,625**	**,000**	**,151**
smoking2	**62,599**	**1**	**62,599**	**5,634**	**,019**	**,030**
alkool	1,971	1	1,971	,177	,674	,001
body_disease	**44,688**	**1**	**44,688**	**4,022**	**,046**	**,022**
medicine2	39,505	1	39,505	3,556	,061	,019
income2	**91,890**	**2**	**45,945**	**4,135**	**,018**	**,043**
doc_week1	5,370	3	1,790	,161	,922	,003
doc_month1	19,766	3	6,589	,593	,620	,010
age	,107	1	,107	,010	,922	,000
bmi	22,681	1	22,681	2,041	,155	,011
Error	2033,146	183	11,110			
Total	8866,000	203				
Corrected Total	3162,670	202				

a. R Squared = ,357 (Adjusted R Squared = ,290)

Βρέθηκε πως υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση στο σκορ των τεσσάρων κλιμάκων μεταξύ των επιπέδων της οικογενειακής κατάστασης και της κοινωνικής επαφής. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι που ήταν παντρεμένοι είχαν σημαντικά μικρότερες τιμές στο σύνολο των 4 υποκλιμάκων που μελετήθηκαν (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και εξεταζόμενων υποκλιμάκων

Κλίμακα	Παντρεμένος/η	Χωρισμένος / Χήρος	p
Σωματοποίηση	9,6 (5,8)	13,9 (6,8)	0,033
Ψυχωτισμός	2,2 (1,8)	4,5 (4,4)	0,005
Άγχος	4,5 (2,9)	8 (5,5)	< 0,001
Φοβικό άγχος	2,1 (2,2)	4,9 (3,4)	0,032

Περαιτέρω, η μεγάλη συχνότητα κοινωνικών επαφών αντιστοιχούσε σε μικρότερες τιμές στις τέσσερις κλίμακες (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Συσχέτιση κοινωνικής δραστηριότητας και εξεταζόμενων υποκλιμάκων

Κλίμακα	Κάθε ημέρα / Συχνά	Σπάνια / Ποτέ	p
Σωματοποίηση	10,1 (5,9)	13,4 (7,9)	< 0,001
Ψυχωτισμός	2,5 (2,6)	4,5 (3,6)	0,003
Άγχος	4,8 (3,1)	8,6 (6,3)	< 0,001
Φοβικό άγχος	2,6 (2,3)	4 (4,8)	< 0,001

Ομοίως μικρότερες τιμές αντιστοιχούσαν στις κλίμακες της σωματοποίησης, του ψυχωτισμού και του άγχους, σε όσους δεν είχαν κάποια σωματική νόσο (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Συσχέτιση σωματικής ασθένειας και εξεταζόμενων υποκλιμάκων

Κλίμακα	Κάθε ημέρα / Συχνά	Σπάνια / Ποτέ	p
Σωματοποίηση	7,1 (5,5)	10,9 (6,3)	0,024
Ψυχωτισμός	0,6 (0,7)	2,9 (2,9)	0,009
Άγχος	3,6 (2,1)	5,5 (4)	0,046

Ως προς την επιρροή του πλήθους νοσηλειών σε νοσοκομείο δεν υπήρχε σαφής διάταξη των τιμών (Πίνακας 19), γεγονός που πιθανώς να οφείλεται στη

μεγάλη διαφοροποίηση των ασθενειών που οδηγούν έναν ηλικιωμένο στο νοσοκομείο ως προς την σοβαρότητα της επέμβασης για την οποία εισάγεται.

Πίνακας 19: Συσχέτιση πλήθους νοσηλειών σε νοσοκομείο και εξεταζόμενων υποκλιμάκων

Κλίμακα	0	1	2	>=3	p
Σωματοποίηση	9,7 (6,1)	12,2 (7,2)	14,1 (6)	11,5 (5,5)	0,001
Ψυχωτισμός	2,5 (2,5)	3,3 (3,6)	1,5 (1,5)	4,9 (3,7)	0,015
Φοβικό άγχος	2,7 (2,8)	2,1 (2)	3,5 (2)	3,6 (3,5)	0,031

Ως προς την συσχέτιση του εισοδήματος με τις κλίμακες της σωματοποίησης, του φοβικού άγχους και του άγχους, αυτή οφείλεται σε μία σαφής μείωση των τιμών σε κάθε μεγαλύτερη κατηγορία εισοδήματος (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συσχέτιση εισοδήματος και εξεταζόμενων υποκλιμάκων

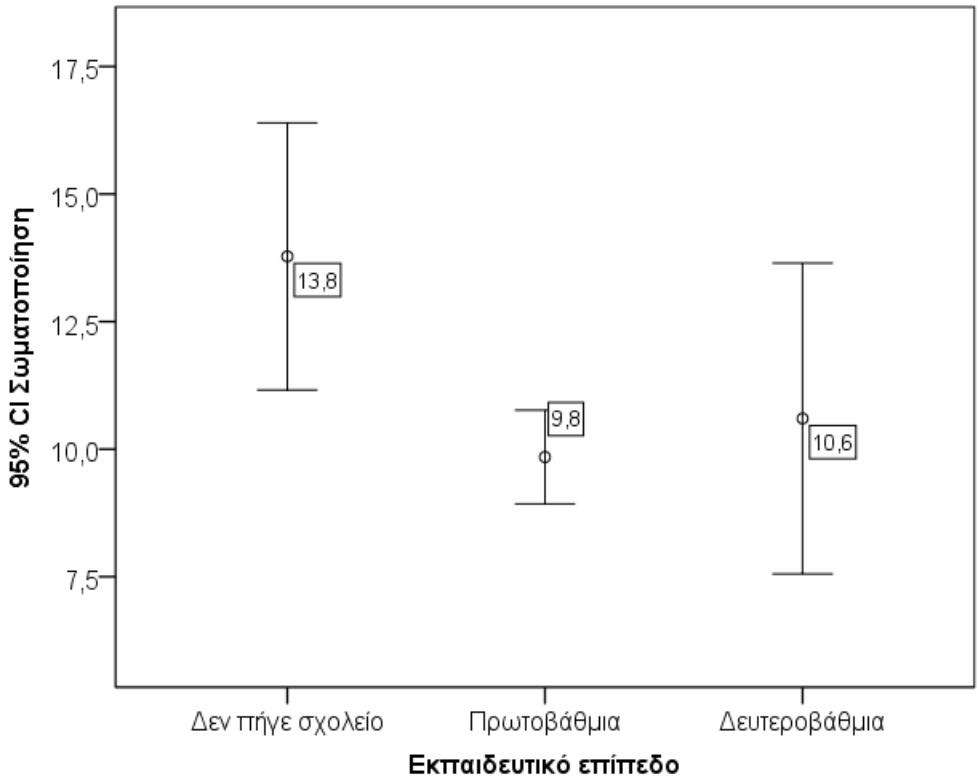
Κλίμακα	<= 500 €	500 - 1000 €	> 1000 €	p
Σωματοποίηση	13,5 (6,7)	9,8 (5,8)	7,9 (5,5)	0,001
Φοβικό άγχος	3,9 (3,3)	2,7 (2,4)	0,8 (1,4)	0,015
Άγχος	7,6 (5,5)	4,5 (2,4)	4,0 (2,5)	0,031

Ως προς την συσχέτιση του καπνίσματος με τις κλίμακες του ψυχωτισμού και του άγχους, αυτή οφείλεται στις αυξημένες τιμές που έχουν οι καπνιστές έναντι των μη καπνιστών (Πίνακας 21).

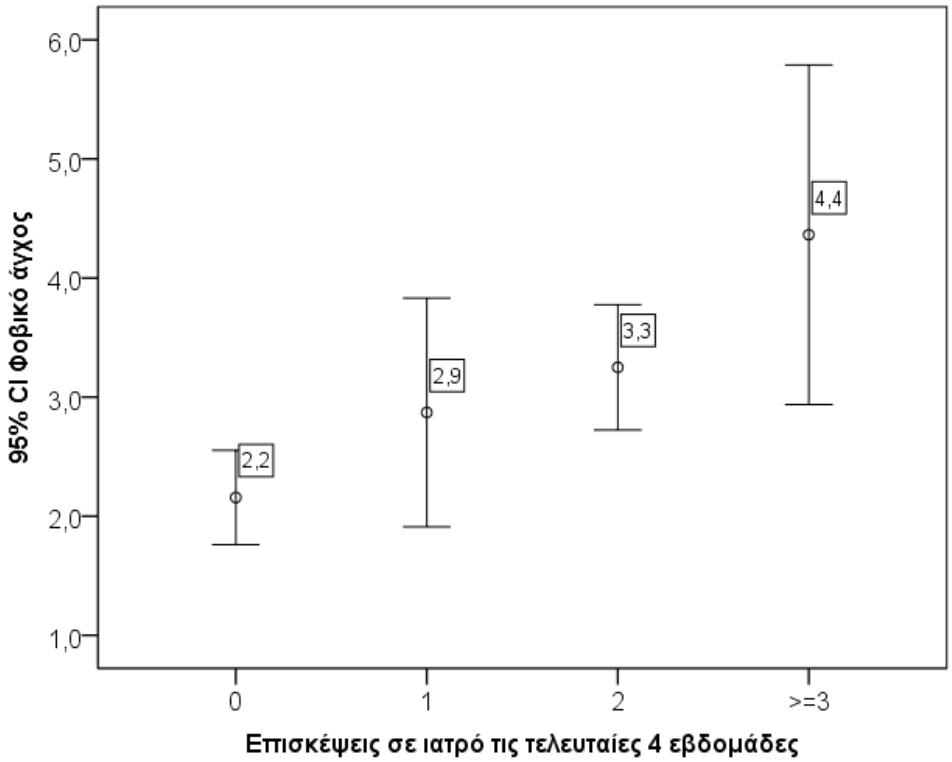
Πίνακας 21: Συσχέτιση καπνίσματος και εξεταζόμενων υποκλιμάκων

Κλίμακα	Μη καπνιστής	Καπνιστής	p
Ψυχωτισμός	2,7 (2,9)	2,9 (2)	0,016
Άγχος	5,3 (4,2)	5,4 (1,8)	0,019

Η επιρροή της ηλικίας στο φοβικό άγχος οφείλεται στην αρνητική μερική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των δύο μεταβλητών ύστερα από την αφαίρεση της επιρροής των υπολοίπων μεταβλητών που συμμετέχουν στο μοντέλο (Pearson'$sr_{partial}$(189) = -0,271, p< 0,001),



Διάγραμμα 29: Επιρροή εκπαιδευτικού επιπέδου στην κλίμακα της σωματοποίησης



Διάγραμμα 30: Επιρροή πλήθους επισκέψεων σε ιατρό στην κλίμακα του φοβικού άγχους

Ως προς την επιρροή του δείκτη μάζας σώματος στη σωματοποίηση, αυτή οφείλεται στη θετική μερική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των δύο μεταβλητών ύστερα από την αφαίρεση της επιρροής των υπολοίπων μεταβλητών που συμμετέχουν στο μοντέλο (Pearson'$sr_{partial}$(189) = 0,163, p = 0,024), ενώ ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο η διαφοροποίηση οφείλεται στην αυξημένη τιμή στην κλίμακα αυτή μεταξύ όσων δεν έχουν φοιτήσει στο σχολείο και των υπολοίπων ερωτώμενων (Διάγραμμα 29).

Τέλος, η επιρροή του πλήθους επισκέψεων σε ιατρό στις τιμές της κλίμακας του φοβικού άγχους οφείλεται σε μία σαφής αύξηση των τιμών με την αύξηση της συχνότητας επισκέψεων (Διάγραμμα 30)

Τα ευρήματα των τελευταίων παραγράφων συνοψίζονται στο πίνακα 22 που ακολουθεί.

Πίνακας 22: Σύνοψη των παραγόντων που επηρεάζουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο την ψυχοπαθολογία των ερωτώμενων

Παράγοντας/Κλίμακα	GSI	SOM	PSY	ANX	PHB	LSI	GHQ
Ηλικία	μ.σ.(1)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	< 0,001	μ.σ.	μ.σ.
Δείκτης Μάζας Σώμ.	0,036	0,012	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Εκπαιδευτικό επίπεδο	μ.σ.	0,009	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	< 0,001	μ.σ.
Οικογενειακή κατάσταση	0,001	0,033	0,005	0,032	< 0,001	< 0,001	μ.σ.
Εισόδημα	0,044	0,046	μ.σ.	0,018	< 0,001	μ.σ.	μ.σ.
Κοινωνικές σχέσεις	< 0,001	<0,001	0,003	< 0,001	< 0,001	μ.σ.	0,001
Κάπνισμα	μ.σ.	μ.σ.	0,016	0,019	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Κατανάλωση αλκοόλ	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	0,038	μ.σ.
Σωματική νόσος	μ.σ.	0,024	0,009	0,046	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Φαρμακευτική αγωγή	0,010	0,020	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	0,004
Επισκέψεις σε ιατρό	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	0,001	μ.σ.	μ.σ.
Νοσηλεία σε νος.	μ.σ.	0,001	0,015	μ.σ.	0,031	0,003	μ.σ.

(1) μ.σ. : μη σημαντική επιρροή

6.6. Ικανοποίηση των ερωτώμενων από τη ζωή στο χωριό

Για την ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό εφαρμόστηκε η μέθοδος της παλινδρόμησης για διατακτικές μεταβλητές (ordinalregression). Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η απόκριση των ερωτώμενων σχετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό όπως αυτή μετρήθηκε σε 5βάθμια κλίμακα Likert.

Πίνακας 23: Ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλουδιατακτικής παλινδρόμησης.

Παράγοντας	Τιμές
1. Φύλο	Άνδρας – Γυναίκα
2. Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν πήγε σχολείο – Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια
3. Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η – Άλλο (Μόνος/η – Χήρος/α)
4. Εισόδημα	Έως 500 €, 500 – 1000 €, > 1000 €
5. Κοινωνικές επαφές(1)	Κάθε ημέρα / Συχνά – Σπάνια / Ποτέ
6. Κάπνισμα	Ναι – Όχι
7. Κατανάλωση Αλκοόλ	Ναι – Όχι
8. Σωματική νόσος	Ναι – Όχι
9. Φαρμακευτική αγωγή	Ναι – Όχι
10. Επισκέψεις σε ιατρό τις τελευταίες 4 εβδομάδες (1, 2 και >=3)	
11. Νοσηλεία στο Νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες (1, 2 και >=3)	
Συνεχείς μεταβλητές που ελέγχθηκαν ως προς την επιρροή τους στην ικανοποίηση	
1. Ηλικία	
2. Δείκτης Μάζας Σώματος	
3. Απόσταση από το κοντινότερο κέντρο υγείας ή νοσοκομείο	
4. Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	
5. Σκορ ερωτηματολόγιου γενικής υγείας (GHQ)	
6. ΣκορκλίμακαςάγχουςHolmes και Rahe (LSI)	

(1) Επίσκεψη στο καφενείο για τους άνδρες και επίσκεψη στη γειτόνισσα για τις γυναίκες.

Η κατηγορία των ερωτώμενων που αποκρίθηκαν «Καθόλου» αποτελούταν από 4 άτομα και αφαιρέθηκε από την περαιτέρω ανάλυση. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε

για τους υπόλοιπους 201 ερωτώμενους με στόχο να ανιχνεύσει τους παράγοντες που διαφοροποιούνται μεταξύ των αποκρίσεων «Αρκετά» (N = 27), «Πολύ» (N = 84) και «Πάρα πολύ» (N = 90). Οι παράγοντες και οι συνεχείς μεταβλητές που συμμετείχαν στο μοντέλο παρουσιάζονται στον πίνακα 23.

Το μοντέλο προσαρμόστηκε με στατιστικά σημαντικό τρόπο στα δεδομένα ($\chi^2(25) = 102,599$, $p < 0,001$), έχοντας ωστόσο μέτρια δυνατότητα πρόβλεψης των τιμών της ικανοποίησης (CoxandSnell'sR^2 = 0,409, Nagelkerke'sR^2 = 0,473, McFadden'sR^2 = 0,263), προβλέποντας σωστά το 29,6% (= 8 / 27) όσων δήλωσαν «Αρκετά», το 73,2% (= 60 / 82) όσων δήλωσαν «Πολύ» και το 67,4% (= 58 / 86) όσων δήλωσαν «Πάρα πολύ» (Πίνακας 24)

Πίνακας 24: Ορθή πρόβλεψη του μοντέλου διατακτικής παλινδρόμησης

		Πρόβλεψη απόκρισης			Σύνολο
		Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό	Αρκετά	8	15	4	27
	Πολύ	2	60	20	82
	Πάρα πολύ	0	28	58	86
Σύνολο		10	103	82	195

Τα αποτελέσματα της διαδικασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 25. Βρέθηκε πως ο δείκτης μάζας σώματος ($p < 0,001$), η απόσταση από το κοντινότερο κέντρο υγείας ($p < 0,001$), το σκορ στην κλίμακα άγχουςHolmes και Rahe ($p < 0,001$), το φύλο ($p < 0,001$), η οικογενειακή κατάσταση ($p < 0,001$), η συχνότητα κοινωνικής επαφής ($p < 0,001$), τοκάπνισμα ($p = 0,013$), η κατανάλωση αλκοόλ ($p = 0,044$) ήταν παράγοντες που συσχετιζόταν με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την ικανοποίηση που δήλωσαν πως απολαμβάνουν οι ερωτώμενοι από τη ζωή στο χωριό, ενώ επιπλέον υπήρχαν διαφοροποιήσεις μεταξύ όσων είχαν 2 επισκέψεις σε ιατρό και τους υπολοίπους ($p = 0,002$) όπως και μεταξύ όσων δεν είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο του τελευταίους 12 μήνες και τους υπολοίπους ($p = 0,041$).

Ως προς την επιρροή της ηλικίας αυτή οφείλεται στο γεγονός πως αυξημένη ηλικία συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό, ανάλογη είναι η επιρροή του δείκτη μάζας σώματος όπου μεγαλύτερες τιμές συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση, ενώ αντίθετα, αυξημένη τιμή στην κλίμακα άγχους Holmes και Rahe, συνδέεται με μικρότερη ικανοποίηση (Πίνακας 26).

Πίνακας25: Αποτελέσματα διατακτικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της ικανοποίησης από τη ζωή στο χωριό

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[satisfy3 = 3]	1,451	3,568	,165	1	,684	-5,543	8,445
	[satisfy3 = 4]	4,565	3,605	1,604	1	,205	-2,500	11,631
Location	age	,066	,034	3,786	1	,052	,000	,132
	bmi	**,196**	**,052**	**14,131**	**1**	**,000**	**,094**	**,298**
	distance	**-,079**	**,023**	**12,267**	**1**	**,000**	**-,123**	**-,035**
	scl_90_gen_deikt_sympt	,178	,935	,036	1	,849	-1,655	2,011
	GHQ	-,005	,020	,073	1	,787	-,044	,033
	LSI.score	**-,014**	**,004**	**12,884**	**1**	**,000**	**-,022**	**-,006**
	doc_week	-,399	,319	1,561	1	,211	-1,024	,227
	doc_month	-1,043	,445	5,488	1	,019	-1,916	-,170
	[gender=1]	**2,462**	**,574**	**18,392**	**1**	**,000**	**1,337**	**3,587**
	[gender=2]	**0[a]**	**.**	**.**	**0**	**.**	**.**	**.**
	[education=1]	,055	,789	,005	1	,945	-1,492	1,602
	[education=2]	-,084	,620	,018	1	,892	-1,300	1,132
	[education=3]	0[a]	.	.	0	.	.	.
	[married=0]	**4,078**	**,786**	**26,947**	**1**	**,000**	**2,538**	**5,618**
	[married=1]	**0[a]**	**.**	**.**	**0**	**.**	**.**	**.**
	[social_connection=0]	**-1,917**	**,545**	**12,370**	**1**	**,000**	**-2,986**	**-,849**
	[social_connection=1]	**0[a]**	**.**	**.**	**0**	**.**	**.**	**.**
	[smoking2=0]	**1,454**	**,584**	**6,203**	**1**	**,013**	**,310**	**2,598**
	[smoking2=1]	**0[a]**	**.**	**.**	**0**	**.**	**.**	**.**
	[alkool=0]	**,924**	**,458**	**4,068**	**1**	**,044**	**,026**	**1,821**
	[alkool=1]	**0[a]**	**.**	**.**	**0**	**.**	**.**	**.**
	[body_disease=0]	,089	,699	,016	1	,899	-1,281	1,458
	[body_disease=1]	0[a]	.	.	0	.	.	.
	[medicine2=0]	-,254	,430	,348	1	,555	-1,097	,590
	[medicine2=1]	0[a]	.	.	0	.	.	.
	[income2=1]	-1,164	,710	2,686	1	,101	-2,556	,228
	[income2=2]	,079	,553	,020	1	,887	-1,005	1,163
	[income2=3]	0[a]	.	.	0	.	.	.
	[doc_week1=0]	-,716	1,480	,234	1	,629	-3,617	2,185
	[doc_week1=1]	-,071	1,221	,003	1	,954	-2,464	2,322
	[doc_week1=2]	**-3,241**	**1,025**	**9,998**	**1**	**,002**	**-5,250**	**-1,232**
	[doc_week1=3]	0[a]	.	.	0	.	.	.
	[doc_month1=0]	**-4,408**	**2,153**	**4,192**	**1**	**,041**	**-8,627**	**-,189**
	[doc_month1=1]	-3,167	1,890	2,806	1	,094	-6,872	,538
	[doc_month1=2]	-3,025	1,369	4,883	1	,027	-5,708	-,342
	[doc_month1=3]	0[a]	.	.	0			

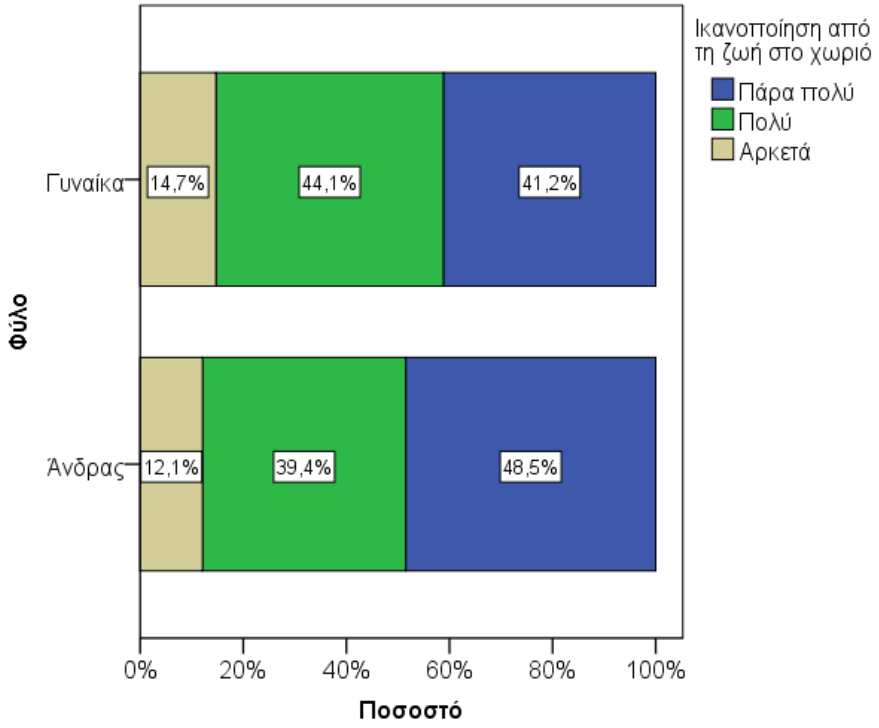
Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Πίνακας 26: Συσχέτιση ικανοποίησης και συνεχών παραμέτρων του μοντέλου

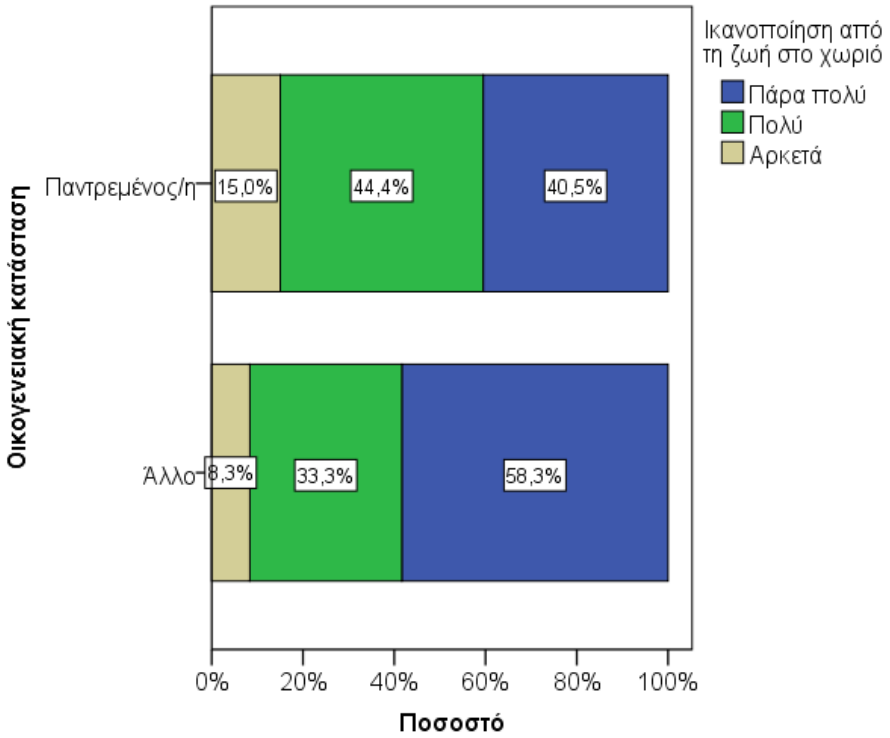
	Ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό		
	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Ηλικία	74,6	76,8	78,2
Κλίμακα άγχους Holmes και Rahe (LSI)	149,2	142,2	134,6
Δείκτης μάζας σώματος	25,2	26,9	27,9

Ως προς τη συσχέτιση των ποιοτικών παραμέτρων με την ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό, βρέθηκε πως οι άνδρες τείνουν να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από ότι οι γυναίκες (Διάγραμμα 31), ενώ ομοίως δήλωσαν οι ερωτώμενοι που ήταν χωρισμένοι/ες ή χήροι/ες (Διάγραμμα 32). Περαιτέρω, μεγαλύτερη συχνότητα κοινωνικών επαφών συνδεόταν με μεγαλύτερη δηλωμένη ικανοποίηση (Διάγραμμα 33).

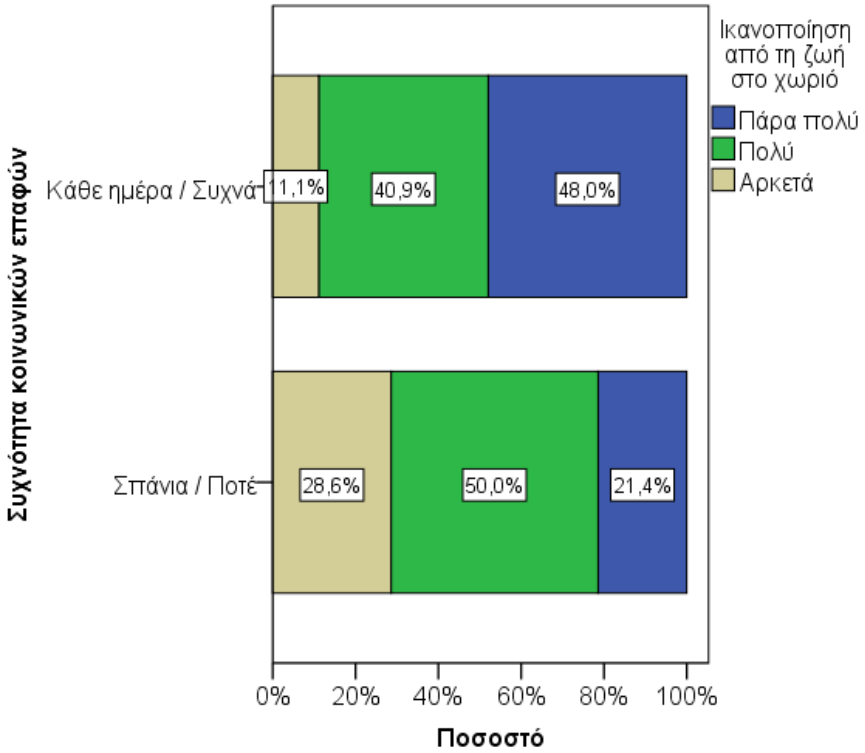


Διάγραμμα 31: Συσχέτιση φύλου και ικανοποίησης από τη ζωή στο χωριό

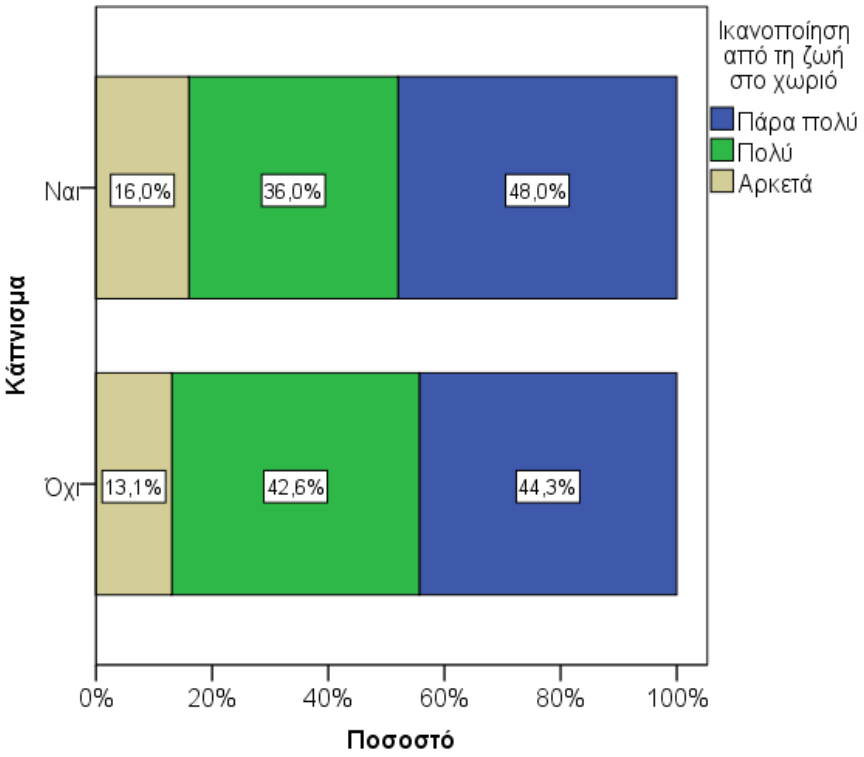
Ως προς τη συσχέτιση του καπνίσματος και της ικανοποίησης δεν υπάρχει κάποια εμφανής συσχέτιση (Διάγραμμα 34) ενώ όσοι δήλωσαν πως καταναλώνουν αλκοόλ δήλωναν μικρότερη ικανοποίηση από τους υπολοίπους (Διάγραμμα 35).



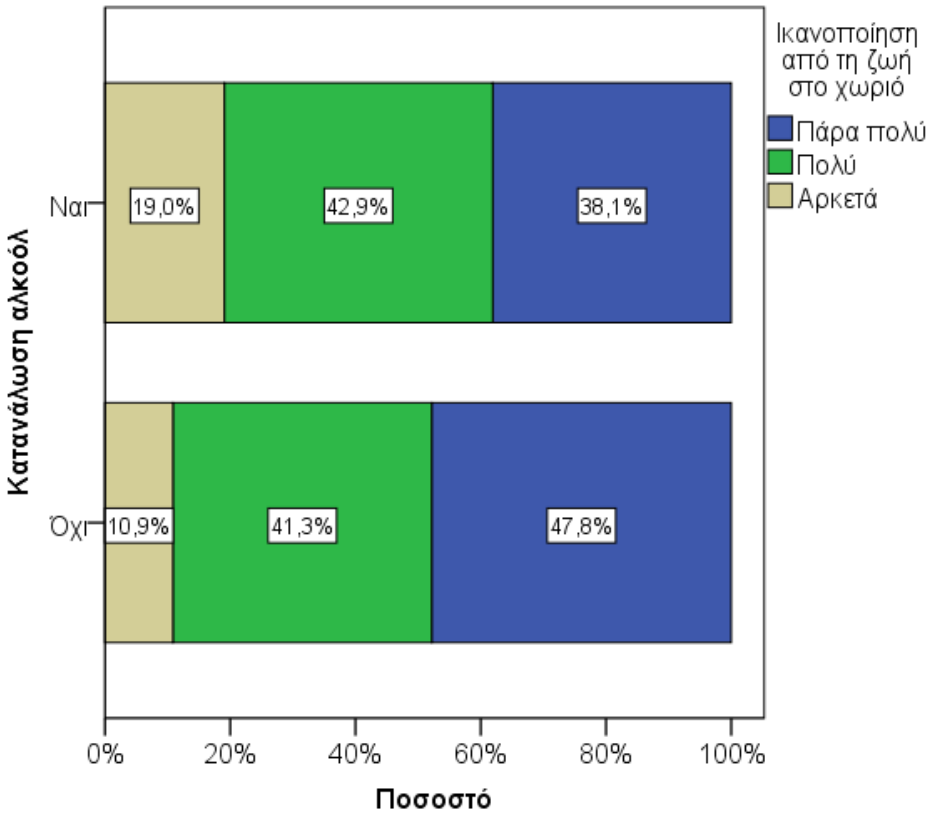
Διάγραμμα 32: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης και ικανοποίησης από τη ζωή στο χωριό



Διάγραμμα 33: Συχνότητα κοινωνικών επαφών και ικανοποίησης από τη ζωή στο χωριό



Διάγραμμα 34: Συσχέτιση της ιδιότητας καπνιστή και της ικανοποίησης από τη ζωή στο χωριό:



Διάγραμμα 35: Συσχέτιση της κατανάλωσης αλκοόλ και της ικανοποίησης από τη ζωή στο χωριό:

6.7. Η επιρροή των στρεσογόνων συμβάντων του παρελθόντος στην ψυχοπαθολογική θέση του υποκειμένου

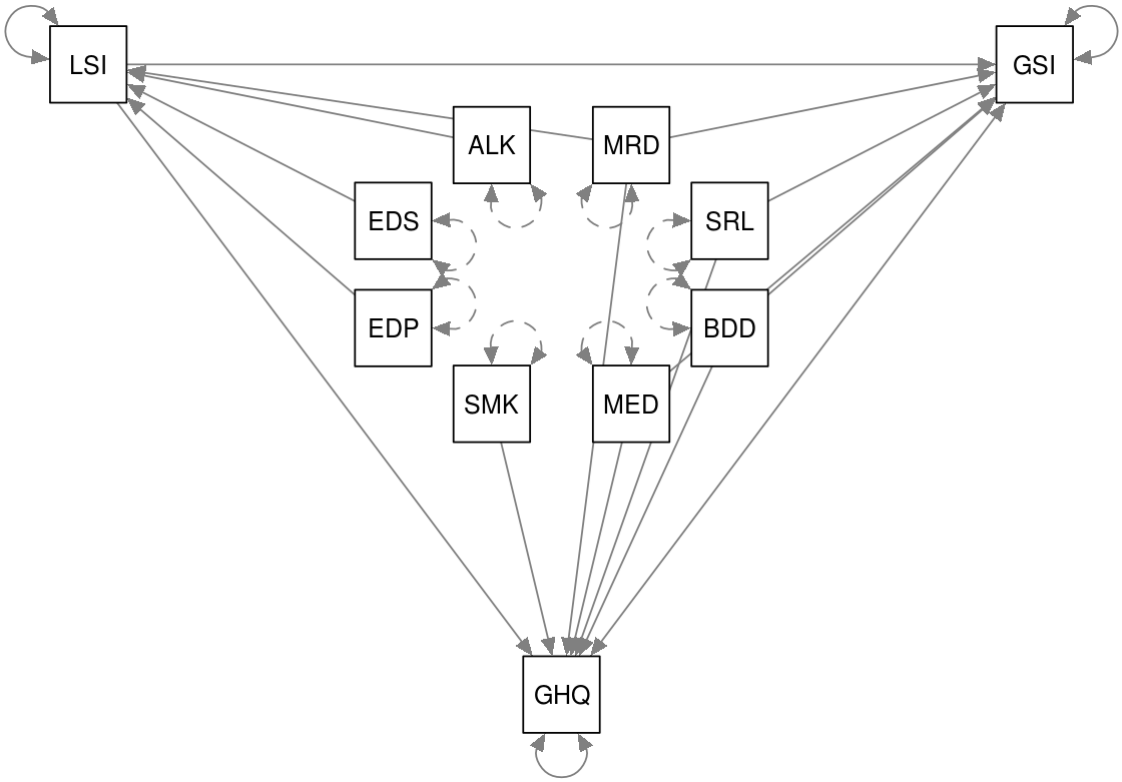
Αξιοποιώντας τα αποτελέσματα της προγενέστερης στατιστικής ανάλυσης που βασιζόταν στην ανάλυση διακύμανσης, καθορίστηκε θεωρητικό μοντέλο μονοπατιού έχοντας ως στόχο τον έλεγχο της υπόθεσης πως τα στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή ενός ανθρώπου επηρεάζουν την τελική ψυχοπαθολογική θέση που παίρνει αυτός στο τελευταίο στάδιο της ζωής του.

Για τον ορισμό του θεωρητικού μοντέλου λήφθησαν υπόψη οι βασικοί κανόνες όπως περιγράφονται στη βιβλιογραφία (BaronandKenny, 1986, JuddandKenny, 1981, JamesandBrett, 1984). Για κάθε μία πιθανή ενδιάμεση επιρροή:

1. η ανεξάρτητη μεταβλητή πρέπει να συσχετίζεται με την εξαρτημένη

2. η ανεξάρτητη μεταβλητή πρέπει να συσχετίζεται με τημεταβλητή που μεσολαβεί.

3. η μεταβλητή που μεσολαβεί πρέπει να συσχετίζεται με την εξαρτημένη μεταβλητή



Διάγραμμα 36: Θεωρητικό μοντέλο μονοπατιών

Σε κάθε αιτιακό μονοπάτι, οι παραπάνω προυποθέσεις επιβεβαιώθηκαν από την προγενέστερη ανάλυση. Το μοντέλο μονοπατιού που ελέγχθηκε παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 33. Στον πίνακα 22 που ακολουθεί παρουσιάζεται η κωδικοποίηση των μεταβλητών που εμφανίζεται στο θεωρητικό μοντέλο μονοπατιών.

Πίνακας 22: Συντομογραφίες μοντέλου

Συντομογραφία	Παράγοντας
Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα	
EDP - EDS	Εκπαιδευτικό επίπεδο (Πρωτοβάθμια - Δευτεροβάθμια)
MRD	Παντρεμένος/η – Άλλο (Μόνος/η – Χήρος/α)
ALK	Κατανάλωση αλκοόλ (όχι - ναι)
SMK	Κάπνισμα (όχι - ναι)
SRL	Κοινωνική επαφή (Κάθε ημέρα / Συχνά – Σπάνια / Ποτέ)
MED	Λήψη φαρμακευτικής αγωγής
Ψυχομετρικές κλίμακες	
GSI	Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων
GHQ	Σκορ ερωτηματολογίου υγείας (General Health Questionnare)
LSI	Κλίμακα άγχουςHolmes και Rahe

Το μοντέλο που ελέγχθηκε, σε όρους ψευδοκώδικα της γλώσσας R δίνεται παρακάτω:

$1^{η}$ εξίσωση: GSI ~ MRD + SRL + BDD + MED + LSI

$2^{η}$ εξίσωση: GHQ ~ MRD + SRL + SMK + BDD + MED + LSI

$3^{η}$ εξίσωση: LSI ~ EDP + EDS + MRD + ALK

$4^{η}$ εξίσωση: GSI ~~ LSI + GHQ

Πιο συγκεκριμένα:

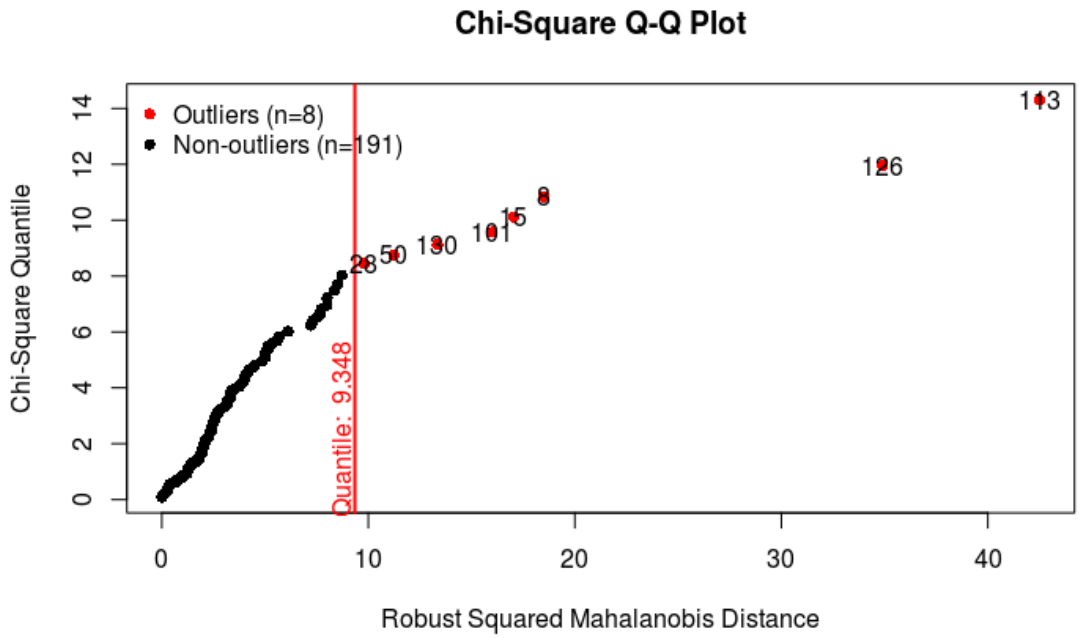
Οι πρώτες δύο εξίσωσεις “GSI ~ MRD + SRL + BDD + MED + LSI“ και “GHQ ~ MRD + SRL + SMK + BDD + MED + LSI” αντιπροσωπεύουν την υπόθεση πως οι δύο κλίμακες που αντιπροσωπεύουν την ψυχοπαθολογία του υποκειμένου τόσο ως προς τις έντονες διαταραχές (SCL - 90) όσο και ως η προς τις μικρότερες ψυχικέςδιαταραχές (GHQ) παλινδρομούν πάνω στις εξαρτημένες μεταβλητές που καταδείχθηκαν ως σημαντικές επεξηγηματικές μεταβλητές για κάθε μία από αυτές με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης, ενώ επιπλέον τοποθετήθηκε ως επεξηγηματική μεταβλητή η κλίμακα

LSI της οποίας η επιρροή στη ψυχοπαθολογία αποτελεί την κύρια ερευνητική υπόθεση.

Η 3η εξισώση “LSI ~ EDP + EDS + MRD + ALK” δηλώνει πως η κλίμακα άγχους Holmes και Rahe (LSI) που συμμετέχει ως επεξηγηματική μεταβλητή στην ψυχοπαθολογία (1η και 2η εξίσωση), είναι με τη σειρά της εξαρτημένή και προσδιορίζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο (EDP, EDS), την οικογενειακή κατάσταση (MRD) και την κατανάλωση αλκοόλ, όπως καταδείχθηκε από την προγενέστερη ανάλυση.

Τέλος, η γραμμή “GSI ~~ LSI + GHQ” δηλώνει πως οι κλίμακες GSI, LSI, GHQ είναι συσχετισμένες μεταξύ τους, γεγονός που ερμηνεύεται ως αποδοχή της υπόθεσης πως υπάρχουν παραγόντες που επηρεάζουν τις τιμές αυτών των κλιμάκων και που δεν ανήκουν στο μοντέλο. Η υπόθεση αυτή, αν και φαινομενικά εξασθενεί την θεωρητική ισχύς του μοντέλου που εξετάζεται, είναι απαραίτητη από τη στιγμή που στην προκατακρτική ανάλυση δεν βρέθηκαν ιδιαίτερα μεγάλες συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας LSI και των ψυχομετρικών κλιμάκων GSI, GHQ.

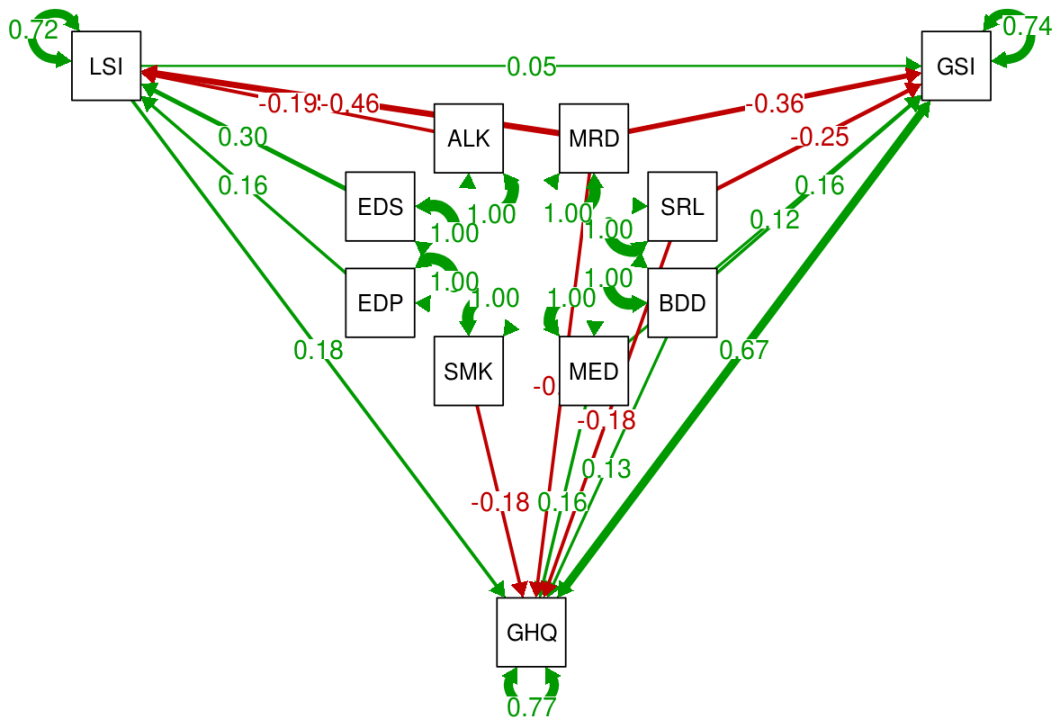
Το μοντέλο που διατυπώθηκε προσφέρει τη δυνατότητα του ελέγχου της σημαντικότητας της επιρροής των στρεσογόνων συμβάντων στην ψυχοπαθολογία όπως αυτή εκφράζεται στο σκορ των κλιμάκων SCL - 90 και GHQ, ενώ παράλληλα μπορεί να ελέγξει την άμεση και έμμεση επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων σε αυτήν.



Διάγραμμα 37: Εντοπισμός πολυμεταβλητών ιδιαζόντων παρατηρήσεων

Από τις 205 παρατηρήσεις οι 199 είχαν όλες τις μεταβλητές συμπληρωμένες και κατ' αρχήν συμπεριλήφθησαν στην ανάλυση. Για την αύξηση της αξιοπιστίας των υπολογιζόμενων συντελεστών του μοντελου, υπολογίστηκε η απόσταση Mahalanobis συναρτήσει του συνόλου των συνεχών κλιμάκων του μοντέλου (GSI, GHQ και LSI). Η διαδικασία αυτή κατέδειξε 8 από τις παρατηρήσεις ως ιδιάζουσες τιμές, παρατηρήσεις που απομακρύνθηκαν από τα δεδομένα και το μοντέλο υπολογίστηκε από τις εναπομείναντες 191 παρατηρήσεις (Διάγραμμα 34).

Οι συντελεστές υπολογίστηκαν με τη μέθοδο της μέγιστης πιθανοφάνειας και η διαδικασία ολοκληρώθηκε σε 143 επαναλήψεις. Το μοντέλο είχε εξαιρετική προσαρμογή στα δεδομένα (CFI = 0,993, TLI = 0,981) και εξηγούσε το 26% της μεταβλητότητας του γενικού δείκτη συμπωμάτων (GSI), το 22,8% του γενικού ερωτηματολόγιου υγείας (GHQ) και το 28,5% της κλίμακας άγχους Holmes και Rahe (LSI). Το σύνολο των δεικτών προσαρμογής του μοντέλου ήταν με αποδεκτές τιμές: normed fit index (NFI) 0,960, goodness-of-fit index (GFI) 0,965, adjusted goodness-of-fit index (AGFI) 0,770, standardized root mean square residual (SRMR) 0,029, και root mean square error of approximation (RMSEA) 0.031 (95% C.I. 0,000 – 0,088). Οι τυποποιημένοι συντελεστές των εξισώσεων παλινδρόμησης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 38, και περισσότερο αναλυτικά στον πίνακα 23 που ακολουθεί.



Διάγραμμα 38: Αποτελέσματα της ανάλυσης μονοπατιού ως προς την επιρροή των δημογραφικών παραγόντων και του ερωτηματολογίου Holmes και Rahe στη ψυχοπαθολογία (Τυποποιημένοι συντελεστές, N = 191).

Πίνακας 23: Συντελεστές των επιμέρους μονοπατιών

	Std. Est.	Estimate	95% C.I. Lower	95% C.I. Upper	Std. Err	z-value	p	Std. lv*	Std. all**	R^2
GSI										0,260
MRD	-0.361	-0.248	-0.375	-0.122	0.064	-3.861	0.000	-0.248	-0.361	
SRL	-0.252	-0.208	-0.335	-0.081	0.065	-3.214	0.001	-0.208	-0.252	
BDD	0.160	0.190	0.076	0.305	0.058	3.263	0.001	0.190	0.160	
MED	0.123	0.077	0.000	0.154	0.039	1.957	0.050	0.077	0.123	
LSI	0.051	0.000	-0.001	0.002	0.001	0.311	0.755	0.000	0.051	
GHQ										0,228
MRD	-0.169	-5.918	-10.197	-1.640	2.183	-2.711	0.007	-5.918	-0.169	
SRL	-0.185	-7.736	-12.108	-3.363	2.231	-3.468	0.001	-7.736	-0.185	
SMK	-0.179	-8.029	-11.157	-4.900	1.596	-5.030	0.000	-8.029	-0.179	
BDD	0.125	7.542	2.522	12.562	2.561	2.945	0.003	7.542	0.125	
MED	0.155	4.896	0.822	8.971	2.079	2.355	0.018	4.896	0.155	
LSI	0.179	0.047	0.008	0.086	0.020	2.377	0.017	0.047	0.179	
LSI										0,285
EDP	0.159	19.659	2.116	37.202	8.951	2.196	0.028	19.659	0.159	
EDS	0.305	56.431	32.703	80.159	12.106	4.661	0.000	56.431	0.305	
MRD	-0.459	-60.848	-75.216	-46.480	7.331	-8.300	0.000	-60.848	-0.459	
ALK	-0.188	-22.101	-35.405	-8.796	6.788	-3.256	0.001	-22.101	-0.188	

Σημείωση: $c^2(27) = 217,2$, $p < .001$; RMSEA = 0.031, NFI = 0,960, CFI = 0,993, TLI = 0.981.

(*) Τυποποίηση εξαρτημένων μεταβλητών.

(**) Πλήρως τυποποιημένη λύση.

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται όλες οι άμεσες, έμμεσες και συνολικές επιρροές των μεταβλητών του μοντέλου στα πλαίσια των τριών υποθέσεων που ελέγχθηκαν με αυτό. Με έντονη γραφή παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικοί υπολογισμοί.Τα παρακάτω μονοπάτια καταδείχθηκαν ως μη σημαντικά:

- Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (MED) πάνω στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI).
- Το σύνολο του ερωτηματολογίου άγχους Holmes και Rohe (LSI) πάνω στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI).

Στα πλαίσια του μοντέλου που εξετάστηκε, η επιρροή της οικογενειακής κατάστασης ήταν στατιστικά σημαντική για το γενικό δείκτη συμπτωμάτων ως άμεση επιρροή (b_{std} = -0,361, b = -0,248, 95% C.I.= -0,375 - -0,122, p < 0.001) ενώ σχετικά με το σκορ του γενικού ερωτηματολογίου υγείας η οικογενειακή κατάσταση είχε στατιστικώς σημαντική επιρροή τόσο με αμμεσο (b_{std}= -0,169, b = -5,918, 95% C.I. -10,197 - -1,64, p = 0,007) όσο και με έμμεσο τρόπο (b = -2,862, p = 0,020). Το αρνητικό πρόσημο ερμηνεύεται ως μείωση της τιμής που αντιστοιχεί σε όσους είναι παντρεμένοι σε σχέση με τους υπολοίπους ερωτώμενους (μόνοι ή χήροι/ες).

Πίνακας 24: Έμμεσες και συνολικές επιρροές στην ψυχοπαθολογία

	Estimate	Std. Err	z-value	p	Std.lv	Std. all
ind(1).MRD.t.GSI (thr. LSI)	-0.016	0.052	-0.311	0.756	-0.016	-0.024
totl(2).MRD.t.GSI	14.869	3.903	3.809	0.000	14.869	-0.195
indr.ALK.t.GSI (thr. LSI)	-0.006	0.019	-0.313	0.754	-0.006	-0.010
indr.EDP.t.GSI (thr. LSI)	0.005	0.017	0.313	0.754	0.005	0.008
indr.EDS.t.GSI (thr. LSI)	0.015	0.049	0.310	0.757	0.015	0.016
indr.MRD..GHQ (thr. LSI)	-2.862	1.230	-2.328	0.020	-2.862	-0.082
totl.MRD.t.GHQ	-8.780	1.954	-4.493	0.000	-8.780	-0.251
indr.ALK.t.GHQ (thr. LSI)	-1.040	0.485	-2.145	0.032	-1.040	-0.034
indr.EDP.t.GHQ (thr. LSI)	0.925	0.500	1.851	0.064	0.925	0.028
indr.EDS.t.GHQ (thr. LSI)	2.654	1.169	2.271	0.023	2.654	0.054

(1) ind: έμμεση επιρροή
(2) ttl ή totl: Συνολική επιρροή

Περαιτέρω, η ύπαρξη σωματικής νόσου (BDD) αντιστοιχούσε σε μεγαλύτερες τιμές τόσο στο γενικό δείκτη ψυχοπαθολογίας (b_{std}= 0,16, b = 0,19, 95% C.I. 0,076 - 0,305, p = 0,001) όσο και στο γενικό δείκτη υγείας (GHQ) (b_{std}= 0,125, b = 7,542, 95%

C.I. 2,522 - 12,562, p = 0,003). Αντίθετα, η συχνή κοινωνική επαφή (SRL) βρέθηκε να αντιστοιχεί σε μικρότερες τιμές τόσο στο γενικό δείκτη ψυχοπαθολογίας (b_{std}= -0,252, b = -0,208, 95% C.I. -0,335 - -0,081, p = 0,001) όσο και στο γενικό δείκτη υγείας (GHQ) (b_{std}= -0,185, b = -7,736, 95% C.I. -12,108 - -3,363, p = 0,001).

Ως προς το κάπνισμα, αυτό βρέθηκε να αντιστοιχεί σε μικρότερες τιμές του γενικού ερωτηματολογίου υγείας (b_{std}= -0,179, b = -8,029, 95% C.I. -11,157 - -4,9, p < 0,001). Τέλος, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής οριακά δεν προέκυψε να επηρεάζει με στατιστικά σημαντικό τρόπο το γενικό δείκτη συμπτωμάτων (b_{std}= 0,123, b = 0,077, 95% C.I. 0 - 0,154, p = 0,050), ενώ αντίθετα αντιστοιχούσε σε μεγαλύτερες τιμές στο γενικό ερωτηματολόγιο υγείας (b_{std}= 0,155, b = 4,896, 95% C.I. 0,822 - 8,971, p = 0,018).

Συμπερασματικά, η βασική ερευνητική υπόθεση που ελέγχθηκε από το μοντέλο μονοπατιών δεν υποστηρίζεται από τα δεδομένα του δείγματος στο μέρος που αφορά την επιρροή των στρεσογόνων γεγονότων που συμβαίνουν στη διάρκεια της ζωής ενός ανθρώπου στα έντονα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως αυτά εκφράζονται από το γενικό δείκτη συμπτωμάτων. Αντίθετα, επιβεβαιώνεται ως προς την επιρροή των στρεσσογόνων γεγονότων στα ήπια ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όπως αυτά αντανακλώνται στο σκορ του γενικού ερωτηματολογίου υγείας.

6.8. Η επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων και της ψυχοπαθολογίας στην ικανοποίηση για τη ζωή.

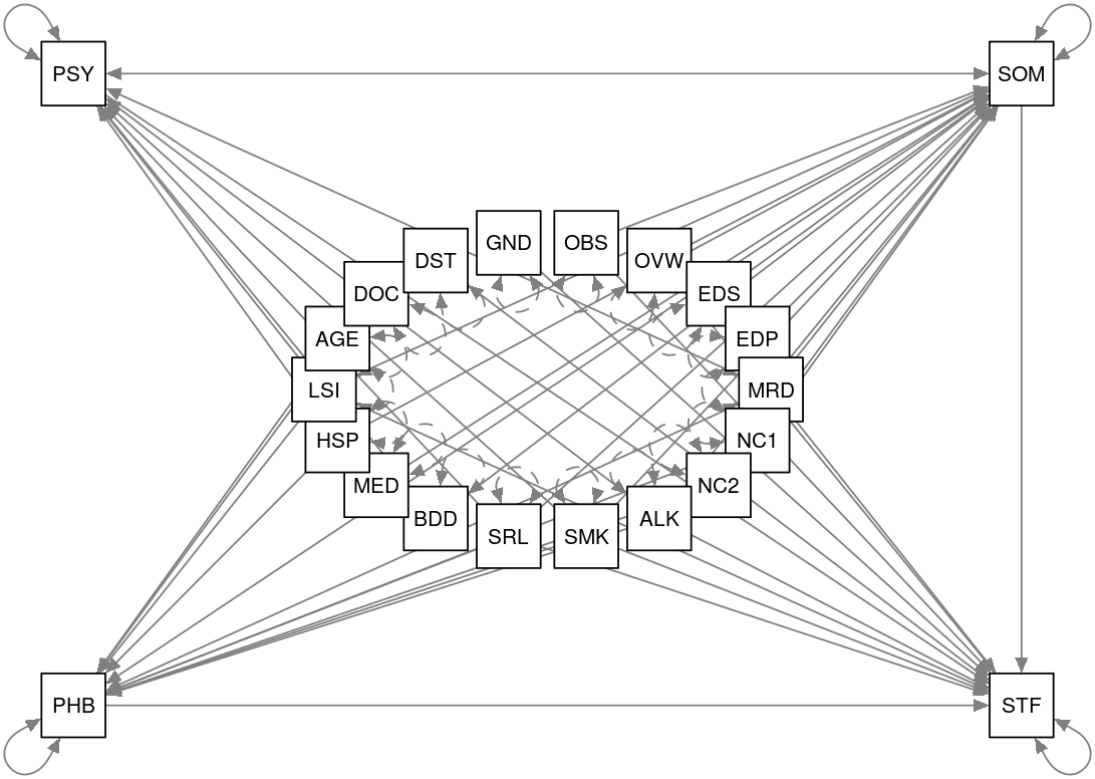
Για τη διευκρίνιση και την εξειδίκευση των αποτελεσμάτων της προηγούμενης παραγράφου, ελέγχθηκε δεύτερο μοντέλο ανάλυσης μονοπατιού σχετικά με την επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων και των υποκλιμάκων της σωματοποίησης, του φοβικού άγχους και του ψυχωτισμού που βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές από ότι το δείγμα μη ασθενών στην ελληνική στάθμιση αυτού του εργαλείου (Πίνακας 2). Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που συμμετείχαν στο μοντέλο επιλέχθηκαν βάσει της επιρροής τους στις τρεις αυτές όψεις της ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Επιρροήκοινωνικοδημογραφικώνπαραγόντωνστιςκλίμακες

Παράγοντας / Κλίμακα	SOM	PSY	PHB
Ηλικία (AGE)	μ.σ.[(1)]	μ.σ.	< 0,001
Δείκτης μάζας σώματος (BMI)	0,012	μ.σ.	μ.σ.
Εκπαιδευτικό επίπεδο (EDU)	0,009	μ.σ.	μ.σ.
Οικογενειακή κατάσταση[(2)] (FML)	0,033	0,005	< 0,001
Εισόδημα (NC1, NC2)	0,046	μ.σ.	< 0,001
Κοινωνικές σχέσεις (SRL)	<0,001	0,003	< 0,001
Κάπνισμα (SMK)	μ.σ.	0,016	μ.σ.
Κατανάλωση Αλκοόλ (ALK)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Σωματική νόσος (BDD)	0,024	0,009	μ.σ.
Φαρμακευτική αγωγή (MED)	0,020	μ.σ.	μ.σ.
Επισκέψεις σε ιατρό (DOC)	μ.σ.	μ.σ.	0,001
Εισαγωγή σε νοσοκομείο (HSP)	0,001	0,015	0,031

(1) μ.σ. : Μη σημαντικό

Το μοντέλο που ελέγχθηκεπαρουσιάζεται στο Διάγραμμα 39.



Διάγραμμα 39: Δεύτερο θεωρητικό μοντέλο μονοπατιών

Σε όρους ψευδοκώδικα της γλώσσας Rδίνεται παρακάτω:

1η εξίσωση: SOM ~ OBS + OVW + EDS + EDP + MRD + NC1 + NC2 + ALK + SMK + SRL + BDD + MED + HSP + LSI

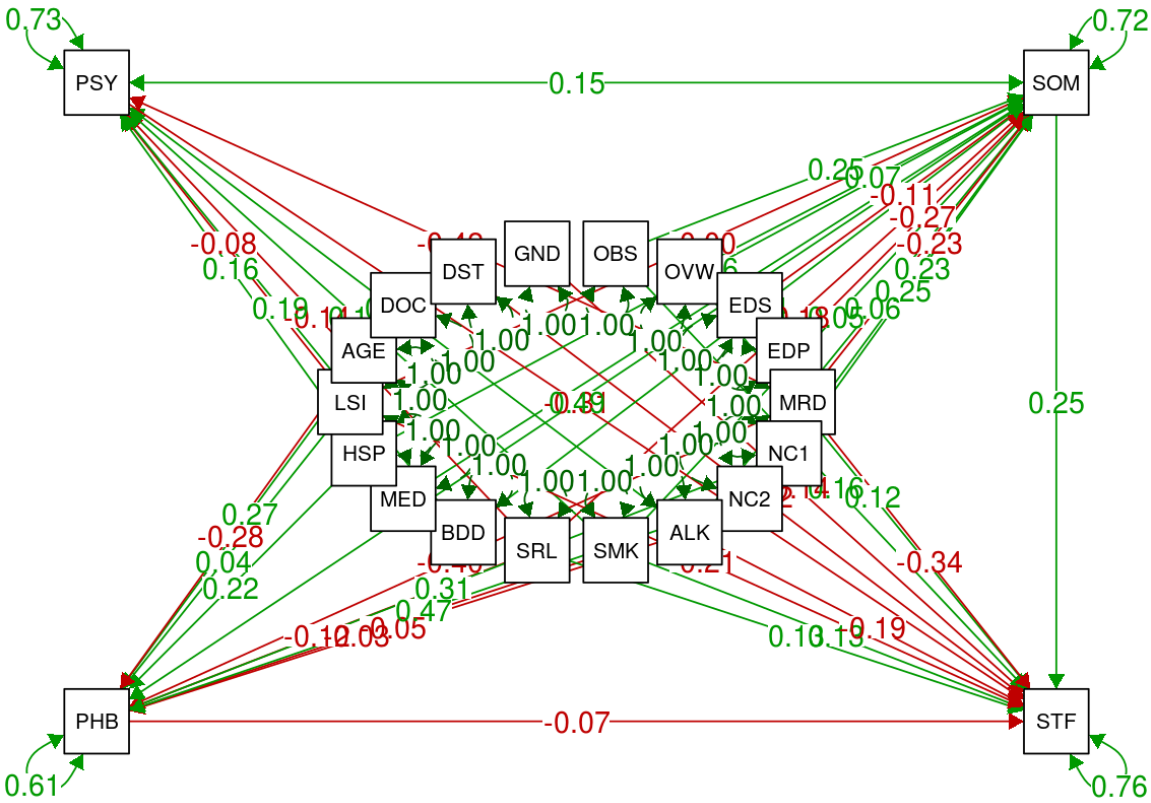
2η εξίσωση: PHB ~ AGE + MRD + NC1 + NC2 + SRL + DOC + HSP + ALK + SMK + LSI

3η εξίσωση: PSY ~ MRD + SRL + BDD + HSP + ALK + SMK + LSI

4η εξίσωση: STF ~ OBS + OVW + DST + GND + MRD + SRL +
SMK + ALK + SOM + PHB + PSY + LSI
5η εξίσωση: SOM ~~ PHB + PSY

Το μοντέλο προσφέρει τη δυνατότητα του ελέγχου της σημαντικότητας της επιρροής των στρεσογόνων συμβάντων στις όψεις της ψυχοπαθολογίας που εμφανίζονται αυξημένες στο δείγμα των ερωτώμενων, ενώ παράλληλα μπορεί να ελέγξει την επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων σε αυτές αλλά και την έμμεση και άμεση επιρροή τους στην ικανοποίηση που βιώνουν οι ερωτώμενοι από τη ζωή στο χωριό.

Το μοντέλο είχε εξαιρετική προσαρμογή στα δεδομένα (CFI = 0,975, TLI = 0,942) και εξηγούσε το 39,5% της μεταβλητότητας του φοβικού άγχους (PHB), το 27,8% της σωματοποίησης (SOM), το 26,7% της κλίμακας ψυχωτισμού και το 23,6% της ικανοποίησης (STF). Το σύνολο των δεικτών προσαρμογής του μοντέλου ήταν με αποδεκτές τιμές: normed fit index (NFI) 0,895, goodness-of-fit index (GFI) 0,975, standardized root mean square residual (SRMR) 0,023, και root mean square error of approximation (RMSEA) 0.034. Οι τυποποιημένοι συντελεστές των εξισώσεων παλινδρόμησης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 40, και περισσότερο αναλυτικά στον πίνακα 26 που ακολουθεί.



Διάγραμμα 40: Αποτελέσματα της ανάλυσης μονοπατιού ως προς την επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στις όψεις της ψυχοπαθολογίας που εμφανίζονται αυξημένες στο δείγμα αλλά και στην ικανοποίηση για τη ζωή στο χωριό (Τυποποιημένοι συντελεστές, N = 199).

Πίνακας 26: Συντελεστές των επιμέρους μονοπατιών για το δεύτερο μοντέλο μονοπατιού[1]

		95% C.I.							
	Estimate	Lower	Upper	Std. Err	z-value	p	Std.lv[2]	Std.all[3]	R^2
SOM ~									0.278
OBS	**3.665**	**1.850**	**5.480**	**0.926**	**3.959**	**0,000**	**3.665**	**0.248**	
OVW	0.844	-0.635	2.324	0.755	1.118	0,263	0.844	0.071	
EDS	-2.199	-5.131	0.732	1.496	-1.471	0,141	-2.199	-0.111	
EDP	**-3.637**	**-5.422**	**-1.853**	**0.910**	**-3.995**	**0,000**	**-3.637**	**-0.271**	
MRD	**-3.301**	**-5.962**	**-0.641**	**1.357**	**-2.432**	**0,015**	**-3.301**	**-0.229**	
NC1	**3.119**	**0.321**	**5.917**	**1.428**	**2.185**	**0,029**	**3.119**	**0.235**	
NC2	**2.986**	**0.810**	**5.162**	**1.110**	**2.690**	**0,007**	**2.986**	**0.248**	
ALK	0.370	-0.450	1.191	0.419	0.885	0,376	0.370	0.058	
SMK	0.025	-0.038	0.088	0.032	0.766	0,444	0.025	0.053	
SRL	**-3.163**	**-5.367**	**-0.958**	**1.125**	**-2.812**	**0,005**	**-3.163**	**-0.178**	
BDD	**3.181**	**0.557**	**5.804**	**1.339**	**2.376**	**0,018**	**3.181**	**0.136**	
MED	1.186	-0.250	2.622	0.733	1.619	0,106	1.186	0.092	
HSP	**0.933**	**0.209**	**1.656**	**0.369**	**2.527**	**0,012**	**0.933**	**0.161**	
LSI	-0.000	-0.015	0.015	0.008	-0.025	0,980	-0.000	-0.002	

PHB ~									0.395
AGE	**-0.100**	**-0.137**	**-0.063**	**0.019**	**-5.329**	**0,000**	**-0.100**	**-0.284**	
MRD	**-2.271**	**-3.243**	**-1.299**	**0.496**	**-4.580**	**0,000**	**-2.271**	**-0.396**	
NC1	**1.636**	**0.641**	**2.632**	**0.508**	**3.221**	**0,001**	**1.636**	**0.309**	
NC2	**2.272**	**1.508**	**3.036**	**0.390**	**5.828**	**0,000**	**2.272**	**0.474**	
SRL	**-0.873**	**-1.665**	**-0.081**	**0.404**	**-2.159**	**0,031**	**-0.873**	**-0.124**	
DOC	**0.649**	**0.400**	**0.897**	**0.127**	**5.122**	**0,000**	**0.649**	**0.272**	
HSP	**0.515**	**0.247**	**0.782**	**0.136**	**3.775**	**0,000**	**0.515**	**0.224**	
ALK	-0.139	-0.434	0.156	0.151	-0.924	0,355	-0.139	-0.055	
SMK	-0.005	-0.027	0.017	0.011	-0.456	0,648	-0.005	-0.028	
LSI	0.002	-0.004	0.007	0.003	0.577	0,564	0.002	0.037	
PSY ~									0.267
MRD	**-2.711**	**-3.606**	**-1.816**	**0.457**	**-5.937**	**0,000**	**-2.711**	**-0.421**	
SRL	**-1.103**	**-2.068**	**-0.139**	**0.492**	**-2.243**	**0,025**	**-1.103**	**-0.139**	
SMK	**0.033**	**0.006**	**0.059**	**0.014**	**2.435**	**0,015**	**0.033**	**0.158**	
BDD	**2.032**	**0.764**	**3.300**	**0.647**	**3.141**	**0,002**	**2.032**	**0.195**	
HSP	**0.411**	**0.096**	**0.726**	**0.161**	**2.555**	**0,011**	**0.411**	**0.159**	
ALK	0.351	-0.007	0.709	0.183	1.922	0,055	0.351	0.123	
LSI	-0.004	-0.010	0.003	0.003	-1.148	0,251	-0.004	-0.081	
STF ~									0.236
OBS	**0.143**	**0.011**	**0.275**	**0.067**	**2.120**	**0,034**	**0.143**	**0.160**	
OVW	0.088	-0.015	0.191	0.052	1.680	0,093	0.088	0.121	
DST	-0.005	-0.009	0.000	0.002	-1.883	0,060	-0.005	-0.119	
GND	-0.103	-0.220	0.013	0.060	-1.735	0,083	-0.103	-0.143	
MRD	**-0.297**	**-0.439**	**-0.155**	**0.073**	**-4.091**	**0,000**	**-0.297**	**-0.340**	
SRL	**0.141**	**0.003**	**0.278**	**0.070**	**1.996**	**0,046**	**0.141**	**0.131**	
SMK	0.004	-0.001	0.008	0.002	1.694	0,090	0.004	0.126	
ALK	**-0.075**	**-0.130**	**-0.021**	**0.028**	**-2.720**	**0,007**	**-0.075**	**-0.194**	
SOM	**0.015**	**0.006**	**0.024**	**0.005**	**3.207**	**0,001**	**0.015**	**0.246**	
PHB	-0.011	-0.034	0.011	0.012	-0.972	0,331	-0.011	-0.074	
PSY	**-0.043**	**-0.061**	**-0.024**	**0.010**	**-4.417**	**0,000**	**-0.043**	**-0.314**	
LSI	**-0.001**	**-0.002**	**0.000**	**0.000**	**-2.888**	**0,004**	**-0.001**	**-0.206**	

(1) $c^2(78) = 386.240$, $p < .001$, TLI = 0.942, NFI = 0.895, NNFI = 0.942, CFI = 0.975, GFI = 0.923, SRMR = 0.023, RMSEA = 0.034

(2) Dependent Variables are standardized.

(3) Completely standardized solution (estimates of parameters if the variances are unity).

Η κατανάλωση αλκοόλ (ALK) δεν είχε σημαντική επιρροή στην ψυχοπαθολογία (p_{SOM} = 0.376, p_{PHB} = 0.355, p_{PSY} = 0.055), ενώ είχε σημαντική αρνητική επιρροή στην ικανοποίηση για τη ζωή (STF) (b_{std} = -0.194, b = -0.075, p = 0.007). Το κάπνισμα (SMK) ομοίως δεν είχε σημαντική επιρροή στη σωματοποίηση, το φοβικό άγχος και την ικανοποίηση για τη ζωή (p_{SOM} = 0.444, p_{PHB} = 0.648, p_{STF} = 0.090), ωστόσο οι καπνιστές

είχαν μεγαλύτερό ψυχωτισμό από ότι οι μη καπνιστές (b_{std} = 0.158, b = 0.033, p = 0.015).

Ως προς το άγχος (LSI), επιβεβαιώθηκε το εύρημα πως δεν επηρεάζει σημαντικά την ψυχοπαθολογία (p_{SOM} = 0.980, p_{PHB} = 0.564, p_{PSY} = 0.251) ενώ βρέθηκε να έχει σημαντικά αρνητική επιρροή στην ικανοποίηση της ζωής (STF) (b_{std} = -0.206, b = -0.001, p = 0.004).

Η ιδιότητα του υπέρβαρου (OVW) δεν βρέθηκε να διαφοροποιεί την ψυχοπαθολογία και την ικανοποίηση αλλά η παχυσαρκία (OBS) συνδεόταν με μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα της σωματοποίησης (b_{std} = 0.248, b = 3.665, p < 0.001) αλλά και με την ικανοποίηση για τη ζωή τόσο με άμεσο τρόπο όσο και με έμμεσο διαμέσου της σωματοποίησης (b_{std} = 0.197, p = 0.003).

Η παρουσία σωματικής νόσου (BDD) και το πλήθος εισαγωγών σε νοσοκομείο (HSP) βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την ψυχοπαθολογία. Πιο συγκεκριμένα, η σωματική νόσος (BDD) βρέθηκε να αντιστοιχεί σε μεγαλύτερες τιμές στις κλίμακες της σωματοποίησης (b_{std} = 0.136, b = 3.181, p = 0.018), και του ψυχωτισμού (b_{std} = 0.195, b = 2.032, p = 0.002), ενώ το πλήθος των νοσηλειών σε νοσοκομείο (HSP) βρέθηκε να επηρεάζει τη σωματοποίηση (b_{std} = 0.161, b = 0.933, p = 0.012), το φοβικό άγχος (b_{std} = 0.224, b = 0.515, p < 0.001) και τον ψυχωτισμό (b_{std} = 0.159, b = 0.411, p = 0.011). Ανάλογα, το πλήθος των επισκέψεων σε ιατρό (DOC) αντιστοιχούσε σε μεγαλύτερες τιμές στο φοβικό άγχος (b_{std} = 0.272, b = 0.649, p < 0.001).

Όσοι από τους ερωτώμενους ήταν παντρεμένοι (MRD) βρέθηκε να έχουν μικρότερο σκορ τόσο στην ψυχοπαθολογία όσο και στην ικανοποίηση στη ζωή. Ειδικότερα, είχαν μικρότερο σκορ στη σωματοποίηση (b_{std} = -0.229, b = -3.301, p = 0.015), το φοβικό άγχος (b_{std} = -0.396, b = -2.271, p < 0.001) και τον ψυχωτισμό (b_{std} = -0.421, b = -2.711, p < 0.001), ενώ παρουσίαζαν και μικρότερη ικανοποίηση για τη ζωή (b_{std} = -0.340, b = -0.297, p < 0.001).

Οι ερωτώμενοι που άνηκαν στις μικρότερες εισοδηματικές κατηγορίες (< 500 € και 500 – 1000 €) είχαν μεγαλύτερες τιμές στις κλίμακες της σωματοποίησης και του φοβικού άγχους. Περαιτέρω, αυξημένη συχνότητα κοινωνικών σχέσεων αντιστοιχούσε σε μικρότερες τιμές σωματοποίησης (b_{std} = -0.178, b = -3.163, p = 0.005), φοβικού άγχους (b_{std} = -0.124, b = -0.873, p = 0.031), ψυχωτισμού (b_{std} = -

0.139, b = -1.103, p = 0.025) και μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη ζωή (b_{std} = 0.131, b = 0.141, p = 0.046).

Ως προς τις άμεσες επιρροές της ψυχοπαθολογίας στην ικανοποίηση στη ζωή, η σωματοποίηση είχε σημαντικά θετική επιρροή στην ικανοποίηση στη ζωή (b_{std} = 0.246, b = 0.015, p = 0.001), ενώ αυξημένος ψυχωτισμός αντιστοιχούσε σε μικρότερες τιμές στην ικανοποίηση (b_{std} = -0.314, b = -0.043, p < 0.001). Τέλος, η συνολική (άμεση και έμμεση) επιρροή του εισοδήματος στην ικανοποίηση δεν ήταν στατιστικά σημαντική (p = 0.730). Τα παραπάνω ευρήματα συνοψίζονται στον πίνακα 27.

Πίνακας 27: Επιρροή των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στις ψυχομετρικές κλίμακες και στην ικανοποίηση για τη ζωή

Factor / Scale	SOM	PSY	PHB	STF
Ηλικία (AGE)	μ.σ.	μ.σ.	↓	μ.σ.
Φύλο (GND)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Παχυσαρκία (OBS)	↑	μ.σ.	μ.σ.	↑
Υπέρβαρος/η (OVW)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Εκπ. επίπεδο (Α'θμια) (EDP)	↓	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Εκπ. επίπεδο (Β'θμια) (EDS)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Παντρεμένος/η (MRD)	↓	↓	↓	↓
Εισόδημα < 500 € (NC1)	↑	μ.σ.	↑	μ.σ.
Εισόδημα 500 – 1000 € (NC2)	↑	μ.σ.	↑	μ.σ.
Κοινωνικές σχέσεις (SRL)	↓	↓	↓	↑
Κάπνισμα (SMK)	μ.σ.	↑	μ.σ.	μ.σ.
Κατανάλωση αλκοόλ (ALK)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	↓
Σωματική νόσος (BDD)	↑	↑	μ.σ.	μ.σ.
Φαρμακευτική αγωγή (MED)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.
Επισκέψεις σε ιατρό (DOC)	μ.σ.	μ.σ.	↑	μ.σ.
Πλήθος νοσηλειών (HSP)	↑	↑	↑	μ.σ.
Κλίμακα άγχους (LSI)	μ.σ.	μ.σ.	μ.σ.	↓
Σωματοποίηση (SOM)				↑
Φοβικό άγχος (PHB)				μ.σ.
Ψυχωτισμός (PSY)				↓

μ.σ.: μη σημαντικό

6.9 Αξιολόγηση των στατιστικών υποθέσεων που ελέγχθηκαν

Από τα συμπεράσματα της στατιστικής ανάλυσης προσφέρεται η δυνατότητα για απόρριψη ή μη των κύριων στατιστικών υποθέσεων που ορίστηκαν βάσει των γενικότερων ερευνητικών στόχων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 28.

Πίνακας 28: Αξιολόγηση στατιστικών υποθέσεων

Υπόθεση	Συμπέρασμα
$H_{1\alpha}$: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων και των έντονων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.	Δεν υποστηρίζεται
$H_{1\beta}$: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων και των ήπιων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.	Υποστηρίζεται
$H_{2\alpha}$: Οι γυναίκες βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση σε σχέση με τους άντρες ως προς τους δείκτες οξείας ψυχοπαθολογίας.	Δεν υποστηρίζεται
$H_{2\beta}$: Οι γυναίκες βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση σε σχέση με τους άντρες ως προς την ήπια ψυχοπαθολογία.	Δεν υποστηρίζεται
$H_{3\alpha}$: Αύξηση της ηλικίας αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες οξείας ψυχοπαθολογίας.	Δεν υποστηρίζεται
$H_{3\beta}$: Αύξηση της ηλικίας αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες ήπιας ψυχοπαθολογίας.	Δεν υποστηρίζεται
$H_{4\alpha}$: Μειωμένο εισόδημα αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες οξείας ψυχοπαθολογίας.	Υποστηρίζεται
$H_{4\beta}$: Μειωμένο εισόδημα αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή στους δείκτες ήπιας ψυχοπαθολογίας.	Δεν υποστηρίζεται
H_5: Το φύλο είναι παράγοντας που επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη για την ικανοποίηση για τη ζωή.	Υποστηρίζεται(1)
H_6: Η συχνότητα κοινωνικών επαφών συσχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση για τη ζωή.	Υποστηρίζεται
H_7: Η κατάσταση της σωματικής υγείας συσχετίζεται με σημαντικό τρόπο την ικανοποίηση για τη ζωή.	Δεν υποστηρίζεται
H_8: Υψηλοί δείκτες ψυχοπαθολογίας συσχετίζονται με μικρότερη ικανοποίηση για τη ζωή.	Δεν υποστηρίζεται
H_9: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ των πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων και της ικανοποίησης για τη ζωή.	Υποστηρίζεται

(1) Αναδείχθηκε σημαντικός παράγοντας στην διατακτική παλινδρόμηση αλλά όχι στο μοντέλο μονοπατιού. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα.

7. Συζήτηση

Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας μελετήθηκε ένα δείγμα ηλικιωμένων που ζούνε σε περιοχές της Κρήτης με δύσκολη πρόσβαση. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της παρούσης εργασίας είναι πως μετρήθηκε τόσο η έντονη ψυχοπαθολογική διαταραχή μέσω του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL – 90 αλλά και οι ήπιες πρόσφατες ψυχολογικές εντάσεις όπως αυτές εκφράζονται στο σκορ του γενικού ερωτηματολογίου υγείας (GHQ). Η επιπρόσθετη καταγραφή του σκορ της κλίμακας άγχους Holmes και Rahe που αντιπροσωπεύει την ψυχολογική επιρροή στρεσογόνων γεγονότων που συνέβησαν τον τελευταίο χρόνο, έδωσε τη δυνατότητα για τον έλεγχο της επιρροής αυτών των γεγονότων στην ψυχοπαθολογική θέση του υποκειμένου, διερεύνηση που αποτέλεσε και έναν από τους βασικούς στόχους της παρούσης.

Ως προς την γενική ψυχοπαθολογία των ερωτώμενων όπως αυτή αντανακλάται στις κλίμακες και υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας SCL – 90, αυτή βρέθηκε να έχει ασθενής θετική σχέση με την ηλικία χωρίς ωστόσο να διαφοροποιείται σημαντικά από τις τιμές αναφορές σε ελληνικό πληθυσμό (Ντώνιας κ.α., 1991), παρατήρηση που έρχεται σε αντίθεση με άλλες βιβλιογραφικές αναφορές που αναφέρουν πως γενικά τα υπερήλικα άτομα έχουν αρκετά επιβαρυμένη ψυχική υγεία (Copeland et al, 1999). Επιπλέον, η απόσταση του τόπου κατοικίας από το πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας βρέθηκε να επηρεάζει την υποκλίμακα άγχους των υποκειμένων, ενώ παρατηρήθηκε θετικήσυσχέτιση του σωματικού βάρους όπως αυτό αντανακλάται στο δείκτη μάζας σώματος στην ψυχοπαθολογία των ερωτώμενων.

Η αξιοπιστία του γενικού δείκτη συμπτωμάτων ως μία μοναδική μέτρηση που αντανακλά την ψυχική θέση του υποκειμένου, επιβεβαιώθηκε με ποσοτικό τρόπο από την υψηλή γραμμική συσχέτιση του γενικού δείκτη συμπτωμάτων (GSI) με τις περισσότερες υποκλίμακες της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SCL – 90, παρατήρηση που επέτρεψε τη χρήση στη συνέχεια της ανάλυσης του δείκτη αυτού ως αντιπροσωπευτικού της συνολικής ψυχικής επιβάρυνσης του υποκειμένου.

Η παρουσία σωματικής νόσου όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής βρέθηκε να αντιστοιχεί σε αυξημένη τιμή τόσο στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων, όσο και στο γενικό ερωτηματολόγιο υγείας, παρατήρηση που επιβεβαιώνει βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την επιρροή της σωματικής στην ψυχική

υγεία(Ahto et al, 1997), ενώ επιβεβαιώθηκε επιπλέον για τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, του ψυχωτισμού, του άγχους και του φοβικού άγχους.

Ως προς την επιρροή του φύλου, βρέθηκε πως οι άνδρες δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από ότι οι γυναίκες σχετικά με την ποιότητα ζωής στο χωριό, χωρίς ωστόσο αυτό να συνοδεύεται από μία αντίστοιχη διαφοροποίηση στην ψυχοπαθολογία, σε αντίθεση με την αναφερόμενη θέση στη βιβλιογραφία πως οι γυναίκες βρίσκονται σε δυσχερέστερη ψυχική θέση απέναντι στους άνδρες(Prince et al, 1999).

Περαιτέρω, βρέθηκε πως όσοι είναι παντρεμένοι και ζουν με τον/την σύντροφό τους, έχουν μικρότερες τιμές τόσο στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων, όσο και στο σκορ της κλίμακας άγχουςHolmes και Rahe, επιβεβαιώνοντας βιβλιογραφικές αναφορές πως τα άτομα που ζούνε μόνα είτε διότι έχουν χωρίσει, είτε διότι έχουν χηρεύσει είτε διότι δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχικές διαταραχές (Carta et al, 2005, Alonso et al, 2004). Η συσχέτιση της ψυχικής ισορροπίας με την οικογενειακή κατάσταση επιπρόσθετα ελέγχθηκε και επιβεβαιώθηκε για τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, του ψυχωτισμού, του άγχους και του φοβικού άγχους. Είναι ωστόσο αξιοσημείωτο το εύρημα πως οι ερωτώμενοι που ήταν χωρισμένοι/ες ή χήροι/ες δήλωσαν σημαντικά αυξημένη ικανοποίηση για τη ζωή στο χωριό σε σχέση με τους παντρεμένους ερωτώμενους.

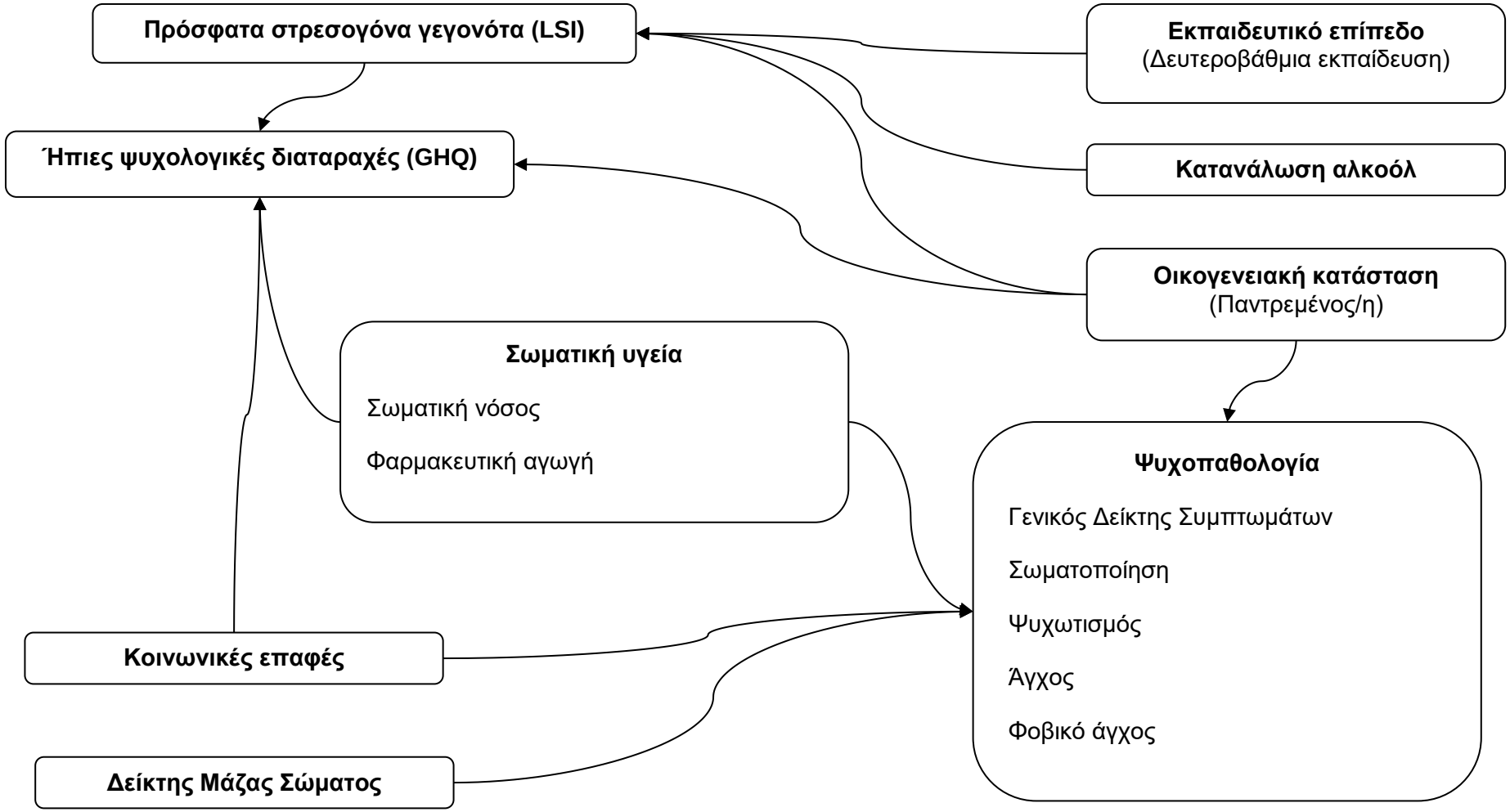
Ως προς τη συχνότητα των κοινωνικών επαφών, αυτή μετρήθηκε με τις επισκέψεις στο καφενείο για τους άνδρες και επίσκεψη στη γειτόνισσα για τις γυναίκες. Βρέθηκε πως αυξημένη συχνότητα κοινωνικών επαφών αντιστοιχούσε σε αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό αλλά και καλύτερη ψυχική κατάσταση όπως αυτή εκφράζεται με μικρότερες τιμές στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων, όπως και στην κλίμακα άγχουςHolmes και Rahe, ενώ η συσχέτιση αυτή επιβεβαιώθηκε επιπλέον για τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, του ψυχωτισμού, του άγχους και του φοβικού άγχους. Αντίθετα, αυξημένη τιμή στην κλίμακα άγχους Holmes και Rahe βρέθηκε να συνδέεται με μικρότερη ικανοποίηση από τη ζωή στο χωριό.

Η συνήθεια του καπνίσματος, βρέθηκε να έχει καταπραϋντική δράση στην ψυχική ένταση καθώς οι καπνιστές ερωτώμενοι είχαν μικρότερες τιμές στο σκορ της γενικής κλίμακας υγείας (GHQ) ενώ ανιχνεύθηκε ανάλογη στατιστική επιρροή στην υποκλίμακα φοβικού άγχους του ερωτηματολογίου ψυχοπαθολογίας.Αντίστοιχα, η

κατανάλωση αλκοόλ, βρέθηκε να συνδυάζεται με μικρότερες τιμές στην κλίμακα άγχους Holmes και Rahe (LSI). Ένα εύρημα το οποίο δεν είναι σαφές ως προς τον τρόπο που μπορεί να ερμηνευθεί είναι πως το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται με την κλίμακα άγχους Holmes – Rahe (LSI) και πιο συγκεκριμένα πως οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα αυτή.

Ως προς τις συσχετίσεις μεταξύ των ψυχομετρικών κλιμάκων βρέθηκε πως οι δύο όψεις της ψυχοπαθολογίας (GHQ και GSI) συσχετίζονται ισχυρά μεταξύ τους (r = 0,715), παρατήρηση αναμενόμενη που επιβεβαιώνει προηγούμενες αναφορές (Schmitz et al, 1999). Περαιτέρω, αξιοσημείωτη είναι η στοχαστική ανεξαρτησία της υποκλίμακας του Ψυχωτισμού με την κλίμακα GHQ (r = 0,126) και την κλίμακα άγχους Holmes – Rahe (LSI) (r = 0,052), παρατήρηση που αναδεικνύει την υπόθεση πως οι ψυχικές διεργασίες που υποστηρίζουν την τάση του υποκειμένου να αναπτύσσειψυχικέςδιαταραχές είναι ανεξάρτητες από το είδος και την ποσότητα των στρεσογόνων γεγονότωνπου συμβαίνουν στη ζωή του. Επιπλέον, η απουσία συσχέτισης του LSI με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, του άγχους και του φοβικού άγχους υποδηλώνει πως η απροσδιόριστη ψυχική ένταση όπως εκφράζεται με το άγχος, όπως και η τάση του υποκειμένου να προβάλει τα υπολοίματα των ψυχολογικών εντάσεων σε κάποιο μέρος του σώματός του δεν επηρεάζεται από τα πρόσφατα στρεσογόνα βιώματα της ζωής του. Η συσχέτιση της υποκλίμακας του Ιδεοψυχαναγκασμού με την κλίμακα άγχους LSI (r = 0,311) υποδηλώνει τη σημαντικότητα της επιρροής των δυσάρεστων γεγονότων στη ζωή ενός ανθρώπου στην τάση του ψυχικού να δημιουργεί αρνητικές σκέψεις και να προσηλώνεται σε αυτές, ενώ ανάλογη είναι η ένδειξη για την επιρροή των γεγονότων στην τάση του υποκειμένου να βρίσκεται στην καταθλιπτική θέση (r = 0,224).

Τα παραπάνω ευρήματα συνοψίζονται στο Διάγραμμα 39 που ακολουθεί.Η πλήρης απουσία γραμμικής συσχέτισης μεταξύ βασικών υποκλιμάκων της ψυχοπαθολογίας και της ψυχικής έντασης που προέρχεται από πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα, επιβεβαιώθηκε από την ανάλυση μονοπατιού, από την οποία βρέθηκε πως η επιρροή τους προς το γενικό δείκτη συμπτωμάτων (GSI) δεν είναι στατιστικώς σημαντική.



Διάγραμμα 41: Διαγραμματική σύνοψη των ευρημάτων

Η ερμηνεία της απουσίας εξάρτησης των στρεσογόνων γεγονότων από τη γενική ψυχοπαθολογική θέση του υποκειμένου μπορεί να δοθεί με όρους ψυχαναλυτικούς και πιο συγκεκριμένα με την παραδοχή πως το σκορ στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων αντανακλά ένα ψυχικό σύμπτωμα το οποίο ως ένα αίτημα του ασυνείδητου, μέσα από την επανάληψη, προσπαθεί να αποδώσει νόημα σε μία καθήλωτική φαντασίωση με οργάνωση και δυναμική που προέρχεται από τα πρώτα στάδια της ζωής ενός ανθρώπου, δομημένη από τα ίδια υλικά που απέκτησε νόημα για αυτόν η αναζήτηση της απόλαυσης και η στάση του απέναντι στο νόμο. Ως εκ τούτου, στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν στην ενήλικη διάρκεια της ζωής, δεν είναι δυνατόν να διαταράξουν κάτι που έχει δημιουργηθεί προγενέστερα και λειτουργεί αυτόνομα έξω από το συνειδητό λόγο. Αυτά τα γεγονότα ωστόσο, έχουν τη δυνατότητα να δημιουργούν αγχωτικές εικόνες που απασχολούν τη συνείδηση ενός ανθρώπου και είναι δυνατόν να επηρεάζουν την εμφάνιση ηπίων ψυχολογικών εντάσεων, υπόθεση που υποστηρίζεται από την θετική συσχέτιση της υποκλίμακας του ιδεοψυχαναγκασμού με την κλίμακα του στρες, αλλά και από τα αποτελέσματα της ανάλυσης μονοπατιού.

Πρέπει να σημειωθεί πως η επιλογή της ταυτότητας της κοινωνικής επαφής (SRL) ως επεξηγηματική της ψυχοπαθολογικής θέσης ενός υποκειμένου, είναι δυνατό να αντιστραφεί και να θεωρηθεί αντί αιτία ως αιτιατό της ψυχοπαθολογίας η οποία επηρεάζει την τάση του υποκειμένου να αναζητά κοινωνικές σχέσεις. Η θεώρηση αυτή ωστόσο απορρίφθηκε καθώς ένα μοντέλο που θα χρησιμοποιούσε μόνο την ψυχοπαθολογία ως ανεξάρτητη μεταβλητή από την οποία θα εκτιμούταν η συχνότητα κοινωνικών επαφών θα ήταν ιδιαίτερα φτωχό ως προς τη δομή του και μη ρεαλιστικό. Αντίθετα, το επιλεγμένο μοντέλο, προσεφέρε τη δυνατότητα ελέγχου της ερευνητικής υπόθεσης σχετικά με την επιρροή των στρεσσογόνων γεγονότων στην ψυχοπαθολογία, αξιοποιώντας παράλληλα τις μεταβλητές που εκφράζουν όψεις της ζωής ενός ανθρώπου που συνδέονται με την ψυχοπαθολογία του υποκειμένου.

Η ανάδειξη της επιδίωξης συχνών κοινωνικών επαφών ως στατιστικά σημαντική επεξηγηματική μεταβλητή τόσο για το γενικό δείκτη συμπτωμάτων όσο και για το δείκτη του γενικού ερωτηματολογίου υγείας μπορεί να θεωρηθεί ότι προσφέρει στα πλαίσια της παρούσης έρευνας ένα δείκτη βάσει του οποίου μπορεί να ανιχνευθεί η επιβάρυνση στη ψυχοπαθολογία ενός υποκειμένου από την

παρατήρηση της κοινωνικής του ζωής, επιβάρυνση που στην προκειμένη περίπτωση εκφράζεται ως αδυναμία προσαρμογής στο κοινωνικό σύνολο και αποδοχής της παρουσίας του άλλου.

7.1. Συμπεράσματα

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δύναται να οδηγήσουν σε δύο σημαντικά συμπεράσματα.

Πρώτον, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα η ψυχοπαθολογία στις ορεινές περιοχές της Κρήτης δεν είναι μεγαλύτερη, και

Δεύτερον, οι κυριότεροι παράγοντες που επιδρούν στη καλή ψυχική υγεία των ηλικιωμένων στις ορεινές περιοχές της Κρήτης είναι κατά σειρά σπουδαιότητας:

- Οι κοινωνικές σχέσεις
- Ο βαθμός ύπαρξης οικογενειακού περιβάλλοντος όπως ο γάμος
- Το χαμηλότερο βάρος
- Η μικρότερη προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο
- Το μεγάλο εισόδημα
- Το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο
- Η καλή σωματική υγεία

7.2. Προτάσεις για την Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας των Υπερηλίκων Ορεινών και Απομακρυσμένων Περιοχών

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από την ηλικία, το είδος της οικογενειακής του κατάστασης, την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στους ηλικιωμένους, τη στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι στη ζωή, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευμένοι, το διατροφικό τους πρόγραμμα και την ψυχολογική τους ευημερία. Επικρατεί η άποψη ότι για να προαχθεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερα συνταξιοδοτικά προγράμματα που θα εξασφαλίζουν μια καλύτερη οικονομική κατάσταση (Valente, 1999). Περαιτέρω, κάποιες από τις βασικές πεποιθήσεις που θα πρέπει να καλλιεργηθούν έτσι ώστε να μπορέσουν να δημιουργηθούν τα κατάλληλα

και αποτελεσματικά προγράμματα παροχής ψυχικής φροντίδας στους υπερηλίκους είναι τα ακόλουθα (Poon et al, 2009):

- Η γήρανση δεν συμβάλλει απαραίτητα σε φυσιολογική έκπτωση της ψυχικής υγείας.
- Τα ψυχολογικά προβλήματα που βιώνονται από τους υπερηλίκους θα πρέπει να θεωρούνται θεραπεύσιμα.
- Οι ψυχικές διαταραχές μεταξύ υπερηλίκων δεν θεραπεύονται αποκλειστικά με τη χορήγηση φαρμάκων.
- Οι υπερήλικες θα πρέπει να έχουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες παροχής ψυχικής φροντίδας όπως και ο υπόλοιπος πληθυσμός.

Καθώς φαίνεται ότι ο πληθυσμός γερνάει, υπάρχει αυξημένη ανάγκη για μακρόχρονη φροντίδα μεταξύ των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων. Ο κύριος πάροχος φροντίδας στις επαρχιακές περιοχές παραμένει η ίδια η οικογένεια του ατόμου (Zhou, 2000). Ωστόσο η παροχή φροντίδας στους υπερηλίκους ενέχει δυσκολίες καθώς και επιβάρυνση τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία του παρόχου (He, 2002). Συνήθως ο κύριος πάροχος φροντίδας είναι ο σύντροφος αλλά και ο ίδιος αποδυναμώνεται λόγω της ηλικίας του ενώ η νεότερη γενιά είναι κουρασμένη καθώς επιστρέφει από την εργασία και παρέχουν φροντίδα στα δικά τους παιδιά. Όταν οι ηλικιωμένοι πάσχουν από άνοια τα πράγματα γίνονται ακόμη πιο δύσκολα για την οικογένεια (Clyburn et al, 2000). Το κοινωνικό δίκτυο και η κοινωνική υποστήριξη έχουν καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της παρεχομένης φροντίδας στους υπερηλίκους (Baillie et al, 1988).

Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία του πληθυσμού στην Ευρώπη και αυτό φαίνεται από την υιοθέτηση οδηγιών και στρατηγικών που ως κύριο στόχο έχουν την ενίσχυση της συμβουλευτικής για το κοινό έτσι ώστε να μπορεί να προαχθεί η πνευματική ευημερία στην Ευρωπαϊκή ένωση με έναν καλύτερο τρόπο (EC, 2005).

Οι ιατρικές παρεμβάσεις από μόνες τους δεν μπορούν να αλλάξουν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα στην περίπτωση των υπερηλίκων των ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών. Συνεπώς, θα πρέπει να υπάρχει μια ολοκληρωμένη

προσέγγιση, η οποία θα καλύπτει την παροχή θεραπείας και περίθαλψης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την προαγωγή της ψυχικής υγείας του εν λόγω πληθυσμού. Μια τέτοιου είδους προσέγγιση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τους όλους τους φορείς των οποίων οι αποφάσεις έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του πληθυσμού (WHO, 2001).

Ένας τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας στους υπερήλικες των ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών είναι η εφαρμογή κινητών μονάδων υγείας που θα μπορούν να παρακολουθούν αποτελεσματικά την υγεία του εν λόγω πληθυσμού αλλά και να εκπαιδεύουν αυτά τα άτομα μέσω ειδικών μονάδων, με προσωπικό που θα αφορά αποκλειστικά την παροχή φροντίδας στους υπερήλικες. Ωστόσο, πολλές περιοχές είναι δύσβατες και για να υλοποιηθεί οποιοδήποτε τέτοιο σχέδιο θα πρέπει να δημιουργηθούν οι κατάλληλες υποδομές (Field&Briggs, 2001).

Οι κινητές μονάδες διεπιστημονικής παροχής φροντίδας που θα συμπεριλαμβάνουν ψυχιάτρους ή ψυχολόγους αλλά και κοινωνικούς λειτουργούς είναι απολύτως απαραίτητες για τις απομακρυσμένες και ορεινές επαρχιακές περιοχές (Poon et al, 2009).

Οι τηλεπικοινωνίες και η τηλεϊατρική μπορεί να είναι μια πολύ αποτελεσματική μέθοδος παροχής φροντίδας και θα μπορεί να αντιμετωπίσει ακόμη και τους κατοίκους των πλέον δύσβατων περιοχών παρακάμπτοντας τα γεωγραφικά εμπόδια (Benson, 2003).

Μια από τις κύριες συνιστώσες της ποιότητας ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων είναι να έχουν την ικανότητα αλλά και τη δυνατότητα να διαμένουν ανεξάρτητοι στο σπίτι τους. Μια από τις προτάσεις που έχουν τεθεί σε πιλοτική εφαρμογή είναι η χρήση της τηλεϊατρικής μέσω της οποίας μπορεί να παρακολουθείται η γενικότερη υγεία αλλά και η ψυχική υγεία των ατόμων αυτών, κάνοντάς τους έτσι να νιώθουν ασφαλής και όχι παραμελημένοι. Με αυτόν τον τρόπο όσο απομακρυσμένη ή αποκλεισμένη μπορεί να είναι μια περιοχή θα μπορεί να υπάρξει διαρκής παρακολούθηση και παροχή ψυχολογικής υποστήριξης με χαμηλό κόστος (James&Haley, 1995).

Ωστόσο, πριν εφαρμοστεί οποιοδήποτε πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές θα πρέπει πρώτα να εκτιμηθούν τα ακόλουθα (Bird et al, 1998):

- Η αναγνώριση του τρόπου με τον οποίο διαχειρίζονται οι ψυχικές διαταραχές μεταξύ του πληθυσμού αυτών των περιοχών
- Ο καθορισμός εφικτών και αποτελεσματικών μοντέλων και προσεγγίσεων και
- Η παραγωγή ενός προγράμματος που θα βοηθήσει πραγματικά τα άτομα τα οποία αποζητούν τέτοιου είδους περίθαλψη

Το πρόβλημα συμπερίληψης των ηλικιωμένων και υπερηλίκων που διαμένουν σε ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές στις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας πάντα παρουσίαζε προβλήματα (Bird et al, 1998). Έχει υπάρξει μια προσπάθεια κινητών μονάδων ψυχικής υγείας οι οποίες επανδρώνονται με το κατάλληλο προσωπικό για την παροχή φροντίδας αλλά υπάρχει μια σταθερή τάση μείωσης τέτοιων μονάδων κυρίως λόγω της έλλειψης χρηματοδότησης (Bird et al, 1998).).

Η σύνδεση ή η ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των επαρχιακών περιοχών με τους παρόχους φροντίδας ψυχικής υγείας έχει κατά καιρούς υποστηριχθεί από τους επίσημους φορείς (Bird et al, 1998). Ενώ η ενσωμάτωση της παροχής φροντίδας για την ψυχική υγεία με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραμένει ο θεμέλιος λίθος για την παροχή φροντίδας στις ορεινές και απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές, η αποτελεσματικότητά της παραμένει περιορισμένη.

Αυτά που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη είναι ποιες τοποθεσίες είναι πραγματικά απομακρυσμένες και μη προσβάσιμες, το οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας αλλά και το πολιτισμικό πλαίσιο των περιοχών αυτών (Bird et al, 1998).

Ένας τρόπος για να τεθεί σε εφαρμογή η παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στους υπερήλικες των ορεινών και απομακρυσμένων επαρχιακών περιοχών είναι η παρουσία ενός επαγγελματία υγεία που θα θεωρείται ντόπιος και θα επικεντρώνεται στην παροχή εξειδικευμένη βοήθειας για τα συγκεκριμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτός ο πληθυσμός (Halloran&Vera, 2005).

Μια ιδεώδης παροχή φροντίδας για την ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων θα ήταν αυτή όπου οι επαγγελματίες υγείας θα προσπερνούσαν τα φυσικά εμπόδια που υπάρχουν όσον αφορά την παροχή φροντίδας στο σπίτι, θα υπήρχε συνεχής τηλεφωνική επαφή αλλά και υποστήριξη, καθώς και παροχή φροντίδας τόσο για τις σωματικές όσο και για τις ψυχικές νόσους (Vitaliano et al. 2004). Επίσης οι ιδεώδεις υπηρεσίες θα λάμβαναν υπόψη την κουλτούρα αυτών των ανθρώπων, θα αντιμετώπιζαν τον κάθε υπερήλικα εξατομικευμένα και θα φρόντιζαν για ύπαρξη μεταφοράς του σε μονάδες περίθαλψης αλλά και την μεταφορά των επαγγελματιών υγείας στον χώρο τους. (Buckwalter&Davis, 2002).

Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τον κλάδο της γεροντολογίας υπάρχει έντονη η κατανόηση για την παροχή υπηρεσιών που προάγουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων καθώς αυτοί θεωρούνται πολύ ευάλωτοι σε ψυχικές διαταραχές λόγω της απομόνωσης, των απότομων αλλαγών στη ζωή τους, της μειωμένης λειτουργικής τους ικανότητας αλλά και του φόβου που νιώθουν σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους (Poon et al, 2009).

Οι ανθρωπιστικές υπηρεσίες μπορούν να παίξουν έναν σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των υπερηλίκων και να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τον ρόλο των βιολογικών, συμπεριφοριστικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που βοηθούν στην διατήρηση της καλής ψυχικής και σωματικής υγείας παρά τα υπάρχοντα προβλήματα λόγω της γήρανσης (Schlarlach et al, 2000). Οι υπερήλικες θα πρέπει να βοηθηθούν στο να αναγνωρίσουν την διαδικασία στην οποία υπόκεινται λόγω της γήρανσης, να αποδεχθούν αυτές τις αλλαγές και να βοηθηθούν στο να κάνουν τις κατάλληλες προσαρμογές έτσι ώστε να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής παρά τα προβλήματά τους (Prochaska&DiClement, 1983).

Υπάρχουν πολλά εμπόδια για την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στους υπερήλικες των ορεινών και των απομακρυσμένων περιοχών και ένα από τα πιο σημαντικά είναι η έλλειψη κονδυλίων για αυτές τις περιοχές καθώς και η δυσκολία πρόσβασης σε αυτές τις περιοχές. Εκτός από τα φυσικά εμπόδια υπάρχουν και προβλήματα που προκύπτουν από την συμπεριφορά και τις αντιλήψεις των επαγγελματικών υγείας που θα πρέπει να κατανοήσουν ότι η γήρανση είναι μια φυσική διαδικασία που παρουσιάζει πολλά προβλήματα. Γι’ αυτό το λόγο η

εκπαίδευση των επαγγελματιών στον κλάδο της γεροντολογίας είναι καθοριστική (James&Haley, 1995).

Η ικανότητα πρόσβασης σε μονάδες παροχής ψυχικής υγείας, ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην προαγωγή της ψυχικής αλλά και σωματικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων και των υπερηλίκων που διαμένουν στις ορεινές και απομακρυσμένες επαρχιακές περιοχές. Οποιοδήποτε πρόγραμμα που πρόκειται να εφαρμοστεί θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, αποδοχή, και προσαρμοστικότητα. (James&Haley, 1995).

Οι ακόλουθες προτάσεις είναι χρήσιμες για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων που θα έχουν ως σκοπό την προαγωγή της υγείας των υπερηλίκων των ορεινών και απομακρυσμένων περιοχών καθώς και την προαγωγή της ψυχικής τους υγείας (Mosqueda et al, 2005):

- Οι υπηρεσίες που θα αφορούν τους ηλικιωμένους και τους υπερήλικες των απομακρυσμένων περιοχών θα πρέπει να εκτιμηθούν έτσι ώστε να βελτιώσουν ή να επεκτείνουν ήδη υπάρχοντα προγράμματα καθώς και για να αναγνωρισθούν νέες βελτιώσεις
- Το σύστημα μεταφοράς του εν λόγω πληθυσμού έτσι ώστε να έχει πρόσβαση στις υγειονομικές μονάδες παροχής ψυχικής φροντίδας θα πρέπει να βασιστεί στις ήδη υπάρχουσες παροχές και να ενσωματωθεί σε αυτές
- Θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι απόψεις τόσο των υπερηλίκων όσο και των εμπλεκόμενων φορέων και να γίνει μια προσπάθεια να καταλάβουν οι πάροχοι ψυχικής και υγειονομικής φροντίδας αλλά και το ευρύ κοινό την διαδικασία της γήρανσης έτσι ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν καλύτερα τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυτό το κομμάτι του πληθυσμού
- Θα πρέπει οι υπηρεσίες να χαρακτηρίζονται από προσβασιμότητα και να συμπεριλαμβάνονται κινητές μονάδες παροχής φροντίδας αλλά και να χρησιμοποιηθεί η τεχνολογία με τη μορφή της τηλεϊατρικής για την καλύτερη παροχή βοήθειας.
- Θα πρέπει να υπάρξει διεπιστημονική συνεργασία με απώτερο σκοπό την εκπαίδευση του προσωπικού που θα είναι υπεύθυνο για την παροχή φροντίδας των ατόμων αυτών.

- Επίσης θα πρέπει να υπάρξει ενημέρωση του κοινού για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες

Βιβλιογραφία

Α. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

ACS (2007) *Age care statistics*. Διαθέσιμο στο http://www.helpageindia.com
Ahto M., Isoaho R., Puolijoki H., Laippala P., Romo M., Kivela SL. (1997). Coronary heart disease and depression in the elderly population based study. *Family Practice 14960:436-445*

Aldwin CM., Spiro A., Levenson MR., Cupertino AP. (2001) Longitudinal findings from the normative aging study III. Personality, health trajectories, and morality. *Psychol Aging 16:450-465*

Alfredo SJ., Fincke G., Berlowitz DR., Miller DR., Qian SX., Le A., et al. (2005) Comprehensive Health Status Assessment of Centenarians: Results from the 1999 Large Health Survey of Veteran Enrolees. *J Gerontol 60A(4):515-519*

Aljasir B., Alghamdi MS. (2010) Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. *EMHJ 16(10):1085-90*

Alonso J., Angermeyer MC., Bernet S., Bruffaerts R., Brugha TS., et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatrica Scand 109(S420):21-27*

Altun F., Yazici H. The relationships between life satisfaction, gender, social security, and depressive symptoms among elderly in Turkey. Educ. Gerontol. 2015;41:305–314. doi: 10.1080/03601277.2013.852923.
Andersen-Ranberg, Schroll M., Jeune B. (2001) Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: a population-based study of morbidity among Danish centenarians. *J Am Geriatrics Society 49(7):900-908*

Baillie V., Norbeck JS., Barnes LE. (1988). Stress, social support and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nurs Research 37(4):785-806*

Banerjee S., MacDonald A (1996) Mental disorder in an elderly hoe care population: Association with health and social services use. *Brit J Psychiatry 168:750-756*

Banjare P, Dwivedi R, Pradhan J. Factors associated with the life satisfaction amongst the rural elderly in Odisha, India. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:201. Published 2015 Dec 21. doi:10.1186/s12955-015-0398-y

Barber B. (2009) *Representing and supporting members with mental health problems at work.* Διαθέσιμοστοwww.tuc.org.uk

Barker A (2004) The direction of mental health care for the elderly. *Postgrad Med J 80:187-189*

Barry LC, Allore HG, Guo Z, Bruce ML, Gill TM, Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. Arch Gen Psychiatry. 2008 Feb; 65(2):172-8.

Beekman ATF., Copeland JRM., Prince MJ. (1999) Review of community prevalence of depression in later life. *Brit J Psych 174:307-311*

Benson E. (2003) Telehealth gets back to basics. *Mon Psychol 34(6):58-59*

Beregi E., Klinger A. (1989) Health and living conditions of centenarians in Hungary. *Int Psychogeriatr 1:195-200*
Bergdahl E., Allard P., Lundman B., et al (2007) Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging Mental Health 11(5):570-578*

Berlau DJ., Corrada MM., Kawas C. (2009) The prevalence of disability in the oldest-old is high and continues to increase with age: findings from the 90 + study. *Int J Geriatric Psychiatry 24(11): 1217-1225*

Bharucha A., Satlin A. (1997) Late-life suicide: a review. *Harv Rev Psychiatry 5:55-65*
Bird D., Lambert D., Hartley D., Coburn A., Beeson P. (1998) Integrating Primary Care and Mental Health in Rural America: a Policy Review. *Admin Pol Ment Health 25(3):287-308*

Blake B., Weigl K., Perloff R (1975) Perceptions of the ideal community. *J Appl Psychol 60:612-615*

Bookwala J., Schulz R., (2000) A comparison of primary stressors, secondary stressors, and depressive symptoms between elderly caregiving husbands and wives: the caregiver health effects study. *Pshychology and Aging 1594):607-616*

Breslow L., Breslow N. (1993) Health practices and disability: some evidence from Alameda Contry . *Prev Med 22(1):96-95*

Buckwalter KC., Davis LL (2002) *Elder Caregiving in Rural Communities, Nationa Family Caregiver Support Program Issue Brief*. Διαθέσιμοστοwww.aoa.gov/carenetwork
Cabana BE (1983) Mental health and the elderly: new biopharmaceutic considerations. *Health Affairs 2(3):33-38*

Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., Haro-Abad JM. and the Report on the Mental Health in Europe working group. (2005) Migration and mental health in Europe – the state of mental health in Europe working group: appendix I. *Clin Prac Epidem Mental Health.*Διαθέσιμοστοhttp://www.cpementalhealth.com/-content/1/1/13

Clyburn LD., Stone MJ., Hadjistavropoulos T., Tuokko H. (2000) Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences 55(1):82-13*

Cohen CI., Tteresi J., Holmes D. (1985) social networks, stress, and physical health: a longitudinal study of an inner-city elderly population. *J Gerontology 40(4):478-486*

Cohen H., Greene R., Lee Y., Gonzalez J., Evans M. (2006) Older adults who overcame oppression. Families in society. *J contemp Soc Serv 87(1):35-42*

Conwell Y., Rotenberg M., Caine ED. (1990) Completed suicide at age 50 and over. J *Am geriatr Soc 38(6):640-4*

Copeland JRM., Beekman ATF., Dewey ME., Hooijer C., Jordan BA., et al. (1999) Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Brit J Psychiatry 174:312-321*

Copeland KRM., Beekman ATF., Dewey ME., Jordan A., Lawlor BA., Linden M., et al. (1999a) Cross-cultural comparison of depressive symptoms in Europe does not support stereotypes of ageing. *Brit J Psychiatry 174:322-329*

Coward RT., Cutler SJ (1989) Informal and formal health care for the rural elderly. *Health Services Research 23(6):785-806*

Dalgard OS., Bjork S., Tambs K (1995) Social support, negative life events and mental health. *Brit J Psychiatry 166(1):29-34*

EC (2004) *The State of Mental Health in the European Union. European Commission, Health and Consumer Protection DG*. Διαθέσιμο στο http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/dyna/press_room/index_en.cfm

EC (2005) Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. European Commission, Health and Consumer Protection DG, Brussels COM 484. Διαθέσιμοστοhttp://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Fant EW., Thompson KS. (1994) *Integration of a mobile health care system to deliver mobile health services in Arkansas. Paper presented at 52nd Annual Meeting of the National Rural Electric Cooperative Association*. Διαθέσιμο στο http://www.mackblackwell.org/web/research/ALL_Research_Projects/1000s/1015-fant/MBTC1015.pdf

Fern R., Lusky K. (1987) Psychiatric home health nursing a new role in community mental health. *Com Ment Health J 23(3).*Διαθέσιμοστοwww.springerling.com/content/vn60557n3643j222

Field KS., Briggs DJ. (2001) Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary healthcare. *Health Soc Care in Comm 9(5):294-308*

Fischer JG., Johnson MA., Poon LW., Martin P. (1995) Dairy product intake of the oldest old. *J Am Dietietics Ass 95:918-921*

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 Apr; 22(4):370-80.
Fox J., Merwin B. (1995) De facto mental health services in the rural South. *J Health Care for the Poor and Underserved 6(4):434-68*

Friedman HS., Tucker JS., Tomlinson-Keasey C., Schwartz JE., Wingard DL., Dcriqui MH. (1993) Does childhood personality predict longevity? *J Pers Soc Psychol 65:176-785*
Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T. (2005) *The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe.* Clin Prac Epidem Mental Health. Διαθέσιμοστοhttp://www.cpementalhealth.com/content/1/1/14

Gatz M., Smyer MA (1992) The mental health system and older adults in the 1990s. *Am Psychologist 47(6):741-71*

Goldberg DP., Hiller VF (1979) A scaled version of GHQ. *Psychol Med 9:139-45*

Gomez GE., Gomez EA. (1993). Depression in the elderly. *J Phsycosoc Nurs Ment Helath Serv 31(5):28-33*

Gondo Y., Poon LW. (2007) Gognitive function of centenarians and its influence on longevity. *Ann Rev Geront Geriatrics 27:129-149*

Goyal S., Goyal N. (1995) Health of the Tribal Old. *Soc Wel 45(10):27-29*

Graneheim HU., Lundman B. (2010) Experiences of loneliness among the very old: the Umea 85 + project. *Aging Mental Health 14(4):433-438*

Grant, K. E., McMahon, S. D., Carter, J. S., Carleton, R. A., Adam, E. K., & Chen, E. (2014). The influence of stressors on the development on psychopathology. In M. Lewis, & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (3rd ed., pp. 205-223). New York, NY: Springer.

Greenley JR., Dottl SL. (1997). Sociodemographic characteristics of severely mentally ill clients in rural and urban countries. *Comm Mental Health J 33(6):545-51*

Hagestad G., Uhlenberg P. (2005) The social separation of old and young: The root of ageism. *J Soc Iss 61(2):343-360*

Halloran J., Vera KC. (2005) *Basic social services in rural settlements- village and remote homestead community care-giving*. Synthesis Report of the Peer Review Meeting. Miskolc 27-28. Διαθέσιμοστοhttp://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2005/basic-social-services-in-rural-settlements-village-and-remote-homestead-community-care-giving

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, pp. 293-319.

Hammons MV (2003) State plan on aging FFY 2004-2007. Διαθέσιμο στο http://www.cdhs.state.co.us/aas/PDFs/FourYearPlan2003.pdf

He ZP. (2002) socioeconomic status and social support network of the rural elderly and their physical and mental health. *Chinese Social Science 3:135-148*

Heathcote G. (2000) Autonomy, health and ageing: transnational perspective. *Health Educ Res 15(1):13-24*

Hogan DB., Ebly EM., Fung TS. (1999a) Disease, Disability and Age in cognitively intact seniors: Results from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A boil Sci Med Sci 5492):M27-M82*

Hogan DP., Berhanu B., Hailemariam A. (1999b) Household organization, women's autonomy and contraceptive behavior in southern Ethiopia. *Studies in Family Planning 30:302-314*

Holmen K., Ericsson K., Andersson L., Winbland B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *J Adv Nurs 1791):43-51*

Holtsberg PA., Poon LW., Noble CA., Martin P (1995). Mini-Mental State Exam status of community-dwelling cognitively intact centenarians. *Int Psychogeriatrics 73(3):417-427*

Holtsbert PA., Poon LW., Noble CA., Martin P. (1995). Mini-mental state exam status of community-dwelling cognitively intact centenarians. *Inter Psychogeriatrics 7:417-127*

Howell F (2001) *Social Assistance: Theoretical background. In: social Protection in Asia and the Pacific*. Asian Development Bank. Διαθέσιμοστοhttp://www.adb.org/documents/books/social_protection/chapter_07.pdf

Hungerford TL. (2001) The economic consequences of widowhood on elderly women in the United States and Germany. *The Gerontologist 41910:103-110*

Jablensky A., Kalaydjieva L. (2003) Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risk factors and reproductive behavior. *Am J Psychiatry 160(3):425-429*

James J., Haley W. (1995) Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychology and Aging 1094):610-616*

Jeune B (2002) Living longer – but better? Aging Clin Exp Res 14:72-93

JMHLW Japan Ministry of Health, Labour and Welfare (2009) *We are at the door to the super aged society.* Health and Welfare Bureau for the Elderly. Διαθέσιμοστοhttp://mhlw.go.jp/english

Kemp B., Mosqueda L (2005) Elder financial abuse: an evaluation framework and supporting evidence. *J Am Geriatric Society 53:1123-1127*

Khaw TK (1999) *Inequalities in Health*. In: Gordon D., Shaw M., Darling D., Smith GD. *Inequalities in health*. The Policy Press, Great Britain

Kim J., Bramlett MH., Wright LK., Poon LW. (1998). Racial differences in health status and factors that influence health behaviors in older adults. *Nurs Research 47:243-250*

Kinsella K., Suzman R. (1992) Demographic dimensions of population ageing in developing countries. *Am J Biol 4:3-8*

Lawton MP (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *J Gerontol 30:85-89*

Lehtinen V., Michalak E., Wilkinson C., Dowrick C., Ayuso – Mateos JL., Dalgard OS., Casey P., Vazquez-Barquero JL., Wilinson G (2003) Urban – rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe-evidence from the ODIN study. *Soc Psych & Psych Epidem 38(6):283-289*

Long MJ., Stevenson-Marshall B. (2000) The relationship of impending death and age category to treatment intensity in the elderly. *J Eval Clin Pract 6(1):63-70*

MacDonald AJD. (1997). ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ 315:413-417*

Martin P. (2002) Individual and social resources predicting well-being and functioning in later years: conceptual models, research and practice. *Ageing Int 27:3-29*

Martin P., da Rosa G., Siegler IC., Davey A., MacDonald M., Poon LW (2006) Personality and longevity: findings from the Georgia Centenarian Study. *AGE 28:343-352*

Martin P., Poon LW., Clayton GM., Lee HS., Fulks JS., Johnson MA. (1992) Personality, life events and coping in the oldest-old. *Int J Aging Hum Develp 34(1):19-30*

Martin P., Poon LW., Kim E. Johnson MA (1996) Social and psychological resources of the oldest old. *Exper Aging Research 22:121-139*

McGuire TG. (1989) Outpatient benefits for mental health services in Medicare: alignment with the private sector? *Am Psychologist 44(5):818-824*

Meeks –Sjostrom D (2004) A comparison of three measures of elder abuse. *J Nurs Scholar 36(3):247-250*

Menalascino FJ., Potter JF (1989) Delivery of services in rural settings to the elderly mentally retardedmentally ill. *Int J Ag Hum Devel 28(4):261-275*

Mosqueda L., Burnight K., Liao S. (2005). The life cycle of bruises in older adults. *J Am Geriatrics Sco 53(80:1339-1343*

Mullins LA., Dugan E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist 30(3):377-384*

Nagarathnamma B. (2003) Mental health status of the retired employees. *Ind J Gerontology 17(3&4):360-65*

Nair S., Nair Sh., Pinto C. (1991) Prevalence of psychiatric morbidity in a group of institutionalized elderly. *Ind J Psychiatry 41(S):43*

Nandi PS., Banerjee G., Mukherjee SP., Nandi DN. (1997) A study of Psychiatric Morbidity of the elderly population of a rural community in West Bengal. *Ind J Psychiatry 39(2):122-29*

Ortiz L., Langer J. (2002) Assessment of spirituality and religion in later life: Acknowledging clients' needs and personal resources. *J Geronto Soc Work 37(2):5-21*

Ory MC (1995) Aging, health and culture: the contribution of medical anthropology. *Med Anthrop Quarterly 9:281-283*

Ory MG., Cox DM (1994) Forging ahead: Linking health and behavior to improve quality of life in older people. *Soc Indic Resear 33:89-120*

Ostbye T., Hill G., Steenhuis R. (1999). Mortality in elderly Canadians with and without dementia. A 5 year follow-up. *Neurology 53(3):521-525*

Ostbye T., Steenhuis R., Walton R., Cariney J. (2000). Correlates of dysphoria in Canadian seniors: The Canadian study of health and aging . *Can J Pub Health 91(4):313-317*

Öztop H, Kınacı B. Life satisfaction of older Turks living in Australia. Australas J Ageing. 2017 Mar;36(1):E14-E19. doi: 10.1111/ajag.12373. Epub 2017 Feb 3. PubMed PMID: 28326692.

Pai S., Nagarajaiah S. (1982) Treatment of schizophrenic patients in their homes through a visiting nurse-some issues in the nurse's training. *Int J Nurs Studies 19:167-172*

Patil B. (2000) Psychosocial Problems of Retired. *Soc Wel 47(7):13-16*

Patil PB., Gaonkar V., Yadav VS (2000) Depression Among the Elderly and its Correlates. *Indian Psychol Rev 54(1&2):88-93*

Petersen RC., Nagash S. (2008) Mild cognitive impairment: An overview. *CNS Spectrums 13(1):45-52*

Poon LW., Clayton GM., Martin P., Johnson MA., Courtenay BC., Sweaney AL., et al (1992) The Georgia Centenarian Study. *Int J Aging Hum Dev 34:1-17*

Poon LW., Woodard JL., Miller S., Davey A., Arnold J., Martin O., et al (2009) *Prevalence, severity and Patterns of Dementia Among the Oldest Old*. J Gerontology Social Sciences. Διαθέσιμοστοhttp://mc.manuscriptcentral.com/igss

Preston DB., Mansfield PK (1984) An exploration of stressful life events, illness and coping among the rural elderly. *Gerontoligst 24(5):490-494*

Prince MJ., Beekman ATF., Deeg DJH., Fuhrer R., Kivela SL., Lawlor BA., et al. (1999) Depression symptoms in late life assessed using the EUROD scale. Brit J Psychiatry 174:339-45

Prochaska A., DiClemente (1983) Stages and processes of self change of smoking: toward and integrative model. J Consult Clin Psycho 51(3):390-395

Rahe RH, Arthur RJ (1978). "Life change and illness studies: past history and future directions". J Human Stress. **4** (1): 3–15. doi:10.1080/0097840X.1978.9934972. PMID 346993.

Rane-Szostak D., Herth KA. (1995). Pleasure reading, other activities, and loneliness in later life. J Adoles Adult Literacy 39(2):100-108

Ratakonda SS., Mohan D., Kumar V., Khandelwal SK., Gopinathan , Nair PG. (1992) Physical illnesses among elderly psychiatric outpatients with depression. *Ind J Psychiatry 34(1):41-45*

Redford L., Cook D (2001) Rural health care in transition: The role of technology. The public policy and aging report. National academy on an aging society. *GerotogSocAm 12(1).* Διαθέσιμο στο http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1242241/

Rodeheaver D., Datan N (1988) The challenge of double jeopardy. Toward a mental health agenda for aging women. *Am Psychologist 43(8):648-654*

Rogers A., Delewski C. (2004) Elders with serious and persistent mental illness (SPMI). Assessing needs, resources, and service utilization. *J Gerontological Soc Work 43(1):19-36*

Roybal ER. (1988) Mental health and aging: The need for an expanded federal response. *Am Psychol 43(3):189-194*

Samuelsson SM., Alfredson BB., Hagberg B., Samuelsson G., Nordbeck B., Brun A., Gustafson L., Risberg J (1997) The Swedish centenarian study: A multidisciplinary study of five consecutive cohorts at the age of 100. *Int J Aging Hum Develp 4593):223-253*

Schlarlach A., Damron-Rodriquez J., Robinson B., Feldman R. (2000) Educating social workers for an aging society: A vision for the 21st century. *J Soc Work Educ 36(3):521-538*

Selim AJ., Berlowitz D., Fincke G., et al. (2004) The health status of elderly veteran enrollees I the Veterans Health Administration. *J Am Geriatr Soc 52:1271-1276*

Shahar S., Earland J., Rahman AS. (2001) Social and health profiles of Rural Elderly Malay. *Singa Med J 42(5):208-213*

Shimonaka Y., Nakazato K., Homma A. (1996) Personality, longevity and successful aging among Tokyo Metropolitan centenarians. *Int J Aging Hum Dev 42:173-187*

Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W., Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1999 Jul;34(7):360-6.

Sullivan MD. (1997) Maintaining good morale in old age. *West J Med 167(4):276-284*
Susheela M (1997) Life satisfaction and some of the correlates among institutionalized and non-institutionalized elderly. *Nimhans J 15(30):215-18*

Thuen F., Reime MH., Skrautvoll K. (1997) The effect of widowhood on psychological wellbeing and social support in the oldest groups of the elderly. *J Metn Health 6(3):265-274*

Tijhuis MA., De Jong-Gierveld J., Feskens EK., Kromhout D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age Ageing 28(5):491-495*

Tower RB., Kasl SV. (1996) Gender, marital closeness and depressive symptoms in elderly couple. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 51B(3):115-129*

Uppal S. and Barayandema A., Life satisfaction among Canadian seniors, Insights on Canadian Society, Catalogue no. 75-006-X, 2016, ISSN 2291-0840

USCB U.S. *Census Bureau (2005) National population estimates for 2005.*Διαθέσιμοστοhttp://www.census.gov/papers1

Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract 11:49-59*

Velkoff V (2000). Centenarians in the United States, 1990 and beyond. *Stat Bull Metrop Insur Co 81:2-9*

Vitaliano P., Katon W., Unutzer J. (2004) Making the case for caregiver research in geriatric psychiatry. *AM J Geriat Psychiatry 13(10):834-843*

Wagenfeld MO. (1997) Mental health service delivery in rural areas: organizational and clinical issues. *NIDA Research Monograph 168:418-37*

Wattis J. (1996). Caring for Older People: What an old age psychiatrist does. *BMJ 313:101-105*

Whall AL. (1990). Nursing approaches to the mental health of the elderly: a position paper. *Iss Ment Health Nurs 11(1):71-77*

WHO (2001) *World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization*. Διαθέσιμοστοhttp://www.who.int/whr2001/2001/main/en

WHO (2004) *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options.*Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Wilson RS., Krueger KR., Gu L., Bienias JL., de Leon CFM. Evans DA. (2005) Neuroticism, extraversion and mortality in a defined population of older persons. *Psychosom Med 67:841-845*

Windley PG., Scheidt RJ. (1982). An ecological model of mental health among small-town rural elderly. *J Geronto 37(2):235-242*

Wittchen HU., Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Nerophsychopharmacology 15(4):357-376*

Yukovich E (1997) Loss of control and the chronic mentally ill in a rural day-treatment center. *Persp Psychiat Care 33(3):33-9*

Zhou Y. (2000) Family members' age and family security. *ChinPopulScie (2):28-33*

Β. Ελληνική βιβλιογραφία

Βελάνα, Μαρία, Μπαρμπούνη, Αναστασία, Κ., Μεράκου, Κυριακούλα, Κουτής, Χαρίλαος; Κρεμαστινού-Κουρέα, Τζένη Μελέτη διερεύνησης της ποιότητας ζωής σε φοιτητές Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών της Δημόσιας Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(2):195–201

Ντώνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας SymptomChecklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. Ψυχιατρική, 1991, 2:42−48

PSYCHIATRIKI

Quarterly journal edited by the Hellenic Psychiatric Association

17 Dionusiou Eginitou street, 115 28 Athens

E-mail: editor@psych.gr, Tel: 210-7758410, Fax: 210-7709044

Mr N. Nikolakakis
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Faculty of Medicine, University of Crete
Heraklion, Greece

Athens 24/4/2019

Dear Mr Nikolakakis,

We have received your article entitled "Association between happiness and psychopathology in an elderly regional rural population on Crete", Authors: Nikolaos Nikolakakis, Elena Dragioti, Nikos Paritsis, Konstantinos Tsamakis, Nikolaos G. Christodoulou, Emmanouil N Rizos, was accepted and will be published in one of the next English issues of "Psychiatriki".

We would like to thank you for choosing the journal "Psychiatriki" and we are looking forward to future cooperation.

Sincerely yours

Vassilis Kontaxakis
Editor-In-Chief, Journal "Psychiatriki"