



## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα –  
επισκέπτες του ΚΑΠΗ Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου**

**Αλεφαντινού Αθανασία**

Κοινωνική Λειτουργός

Επιβλέποντες:

- 1. Φιλαλήθης, Α.** Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης.
- 2. Βλασιάδης, Κ.** Δρ. Ιατρικής, Παν. Κρήτης.

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Α. Φιλαλήθη, ο οποίος με την καθοδήγηση του συνετέλεσε στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον συνεπιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Κ. Βλασιάδη για τη συμβολή του στο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τον Αν. καθηγητή Ψυχιατρικής Παν. Θεσ/κης κ. Κ. Φουντουλάκη για την παραχώρηση του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης (GDS – 15).

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Πρόεδρο της κοινότητας Γωνιών κ. Γ. Παντερή καθώς και στον κοινωνικό λειτουργό του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών, κ. Γ. Παναγιωτάκη, αλλά και όλους του ηλικιωμένους που συμμετείχαν στην έρευνα, με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αλλά και το χρόνο που διέθεσαν και το ενδιαφέρον και τη θερμή υποδοχή που έλαβα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Τίτλος εργασίας:	«Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα – επισκέπτες του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου»
Της:	Αθανασία Ι. Αλεφαντινού Κοινωνική Λειτουργός
Υπό την επίβλεψη των:	1. <b>Αναστάσιου Φιλαλήθη</b> , Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης. 2. <b>Κωνσταντίνου Βλασιάδη</b> , Δρ. Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Ημερομηνία:	Ιούνιος 2015

**ΣΤΟΧΟΣ:** Για την επαλήθευση της δομικής εγκυρότητας της Γηριατρικής Συντομευμένης Κλίμακας Κατάθλιψης των 15 ερωτήσεων (GDS-15), δόθηκαν ερωτηματολόγια στα ηλικιωμένα εγγεγραμμένα άτομα του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Γωνιών Μαλεβιζίου. Στόχος ήταν να περιγραφεί το κοινωνικό τους προφίλ, και να αναλυθούν οι απαντήσεις της κλίμακας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πρόκειται για μία cross – sectional μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 78 ηλικιωμένα άτομα ( $\geq 60$  ετών), μέλη του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), στις Γωνιές Μαλεβιζίου, Ηρακλείου Κρήτης. Για την ανάλυση των απαντήσεων του GDS-15, χρησιμοποιήθηκε το Fisher ή Μόντε - Κάρλο Chi-square test ( $p < 0,05$ ). Επίσης, διεξήχθη παραγοντική ανάλυση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 78 ηλικιωμένους, το 57,69% ήταν άνδρες, το 48,06% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 42,31% άνηκαν στην ηλικιακή κατηγορία των 60-74 ετών και το 46,2% συνολικά παρουσίασε κατάθλιψη. Η παραγοντική ανάλυση προσδιόρισε τέσσερις παράγοντες (απάθεια, απελπισία, έλλειψη κινήτρων και απομόνωση). Η οικογενειακή κατάσταση, η απόκτηση παιδιών και η εκπαίδευση βρέθηκε να σχετίζεται με την κατάθλιψη. Οι χήρες-/οι, οι χωρισμένοι, οι διαζευγμένοι ή οι άγαμοι σχετίζονται με υψηλά επίπεδα άγχους, απελπισίας και δυστυχίας. Το γυναικείο φύλο σχετίστηκε με την αβεβαιότητα για το μέλλον ( $p = 0,01$ ), το άγχος ( $p = 0,04$ ) και την απομόνωση ( $p = 0,01$ ), αν και η συσχέτιση με την κατάθλιψη ήταν οριακή ( $p = 0,052$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διαπίστωση σημαντικού ποσοστού καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ηλικιωμένο πληθυσμό της μελέτης, επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα και τη χρησιμότητα της συντομευμένης κλίμακας GDS-15, η οποία δύναται να βοηθήσει στην έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης.

Λέξεις Κλειδιά: Ηλικιωμένοι, Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων), Κατάθλιψη, Καταθλιπτικά Συμπτώματα.

## ABSTRACT OF RESEARCH

Title: “Prevalence of depression in the elderly – members of the Open Care Centre for the Elderly (K.A.P.I.) at village Gonies of Malevizi”

By: Athanasia I. Alefantinou, SW

Supervisors: 1. **Anastasios Philalithis**, Professor, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete  
2. **Konstantinos Vlasiadis**, PhDc, University of Crete

Date: June 2015

**OBJECTIVES:** To verify the factor structure of the Geriatric Depression Scale of 15 items (GDS-15) in a sample of elderly people, who are registered in the Open Protection Center for the Elderly, to describe their social profile, and to analyze the responses to items on the Scale.

**METHOD:** A cross – sectional study interviewing 78 elderly (age  $\geq 60$ ) members of the Open Care Centre for the Elderly (K.A.P.I.), in Gonies Maleviziou, Heraklion (Crete, Greece). To analyze the responses of the GDS-15, the Fisher or Monte – Carlo chi-square test ( $p < 0.05$ ) were used. A factor analysis was performed.

**RESULTS:** Of the 78 elderly interviewed, 57.69% were men, 48.06% were primary school graduated, 42.31% were 60 to 74 year old and 46.2% presented depression. Factor analysis identified four factors (apathy, hopelessness, lack of motivation, and isolation). The marital status, having children and education was found to be associated with depression. Elderly widows, separated, divorced or unmarried associated with high levels of anxiety, despair and misery. The female gender was associated with correlation with future uncertainty ( $p = 0.01$ ), anxiety ( $p = 0.04$ ) and isolation ( $p = 0.01$ ), albeit the statistical significant with depression was marginally ( $p = 0.052$ ).

**CONCLUSIONS:** The findings of a significant proportion of depressive symptoms in the elderly population of the study, confirms the necessity and utility of the 15-item version of the GDS, which may help in the early detection of depression. Further research is needed, especially to analyze the factorial structure.

Key words: Elderly, Older people, Open Care Centre for the Elderly (K.A.P.I.), Depression, Depressive symptoms.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ _____	σελ. 3
ABSTRACT OF RESEARCH _____	σελ. 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ _____	σελ. 6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Φυσιολογικό γήρας και εξασθένηση των λειτουργιών _____	σελ. 7
Η κατάθλιψη _____	σελ. 10
Ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία _____	σελ. 13
Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) _____	σελ. 16
Τοπική κοινότητα Γωνιών – Δήμου Μαλεβιζίου _____	σελ. 18
Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας _____	σελ. 19
Το βιολογικό γήρας – εξελίξεις στη βιβλιογραφία _____	σελ. 19
Υποκειμενικοί / Αντικειμενικοί δείκτες ποιότητα ζωής _____	σελ. 20
Πτυχές που επιτελούν στην ευημερία _____	σελ. 21
Μελέτες για την κατάθλιψη και την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων _____	σελ. 22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
Κριτήρια επιλογής του θέματος _____	σελ. 24
Σκοπός και στόχοι της έρευνας _____	σελ. 24
Μεθοδολογία _____	σελ. 25
Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου _____	σελ. 26
Συγκέντρωση δεδομένων _____	σελ. 28
Στατιστική ανάλυση _____	σελ. 29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	
Περιγραφή δείγματος _____	σελ. 30
Περιγραφή γηριατρικής κατάθλιψης με την κλίμακα GDS – 15 _____	σελ. 32
Σχέση κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης GDS και των παραγόντων της με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά _____	σελ. 34
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> – ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
Περιορισμοί της μελέτης _____	σελ. 40
Συζήτηση σχετικά με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά _____	σελ. 41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	
Συμπεράσματα _____	σελ. 45
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	
Ελληνική _____	σελ. 46
Ξενόγλωσση _____	σελ. 48
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	
Ερωτηματολόγιο Μεταπτυχιακής Εργασίας _____	σελ. 56
Έγγραφα _____	σελ. 58

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι συνέπειες των δημογραφικών αλλαγών στην Ευρώπη, με τη συνεχιζόμενη αύξηση του γηραιού πληθυσμού, αποτελεί μια τεράστια πρόκληση. Οι ευρωπαϊκές κοινωνίες οφείλουν να αυξήσουν τις γνώσεις τους για την προώθηση της καλής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, με σκοπό την προαγωγή της υγείας και την ποιότητα στα μεταγενέστερα στάδια της ζωής. (Swedish National Institute of Public Health, 2006)

Υπάρχουν συγκεκριμένοι δείκτες που ορίζουν και αξιολογούν τα γηρατειά, κατά πόσο είναι επιτυχημένα ή όχι. Τα κριτήρια, τα οποία οι ειδικοί επιστήμονες χρησιμοποιούν για να ορίσουν τους προαναφερόμενους δείκτες, υπάγονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα αντικειμενικά και τα υποκειμενικά, τα οποία είναι αλληλένδετα μεταξύ τους. (Arnold, 1991) Τα μεν πρώτα, αποτελούν την υποκειμενική αντίληψη των ηλικιωμένων για την πραγματικότητα και τα δεύτερα, δηλαδή τα κανονιστικά και προσαρμοστικά αντικειμενικά κριτήρια, ολοκληρώνουν την εικόνα των γηρατειών. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999β)

Η ανάγκη για υγιή γήρανση είναι πιο επιτακτική από ποτέ. Ως το 2025, περί το ένα τρίτο του πληθυσμού της Ευρώπης θα είναι ηλικίας 60 ετών και άνω, ενώ θα είναι ιδιαίτερα ταχεία η αύξηση του αριθμού των ατόμων, ηλικίας 80 ετών και άνω. Η κατάσταση αυτή ενδέχεται να αποτελέσει ένα γεγονός με τεράστιο αντίκτυπο στις ευρωπαϊκές κοινωνίες, αφού οι κοινωνίες οφείλουν ήδη να επενδύουν σημαντικά κονδύλια στον τομέα της υγείας. Η επένδυση σε θέματα υγιούς γήρανσης θα συμβάλλει στην προσφορά εργασίας, μειώνοντας την πιθανότητα της πρόωρης συνταξιοδότησης. (Swedish National Institute of Public Health, 2006)

Οι δημογραφικές τάσεις αποτελούν βασικό παράγοντα για το μέλλον της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι αριθμοί και η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό αυξάνεται, λόγω της μείωσης των ποσοστών των γεννήσεων και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Το 2014, υπήρχαν 33% περισσότερα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω, στην παρούσα Ε.Ε. από ό, τι υπήρχαν το 2004. (European Commission, 2006) Η ανάγκη τελικώς βελτίωσης, αύξησης και ανταλλαγής των γνώσεων περί υγιούς γήρανσης, είναι απαραίτητη. (Swedish National Institute of Public Health, 2006)

Στη συνέχεια, ακολουθεί το θεωρητικό μέρος της εργασίας. Στην πρώτη, δεύτερη και τρίτη ενότητα του πρώτου κεφαλαίου, αναλύεται το φυσιολογικό γήρας και εξασθένηση των λειτουργιών των ηλικιωμένων, η κατάθλιψη και η ποιότητα ζωής, αντίστοιχα. Ακολούθως, στην τέταρτη ενότητα παρουσιάζεται συνοπτικά η δημιουργία των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων και ο σκοπός λειτουργίας τους. Τέλος, αποτυπώνεται και συγκεκριμενοποιείται η χωρική κατάσταση της τοπικής κοινότητας των Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου, καταλήγοντας στη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετική με το παρόν θέμα, η οποία αποτυπώνει όλες τις υπάρχουσες μελέτες σε εγχώριο και διεθνές επίπεδο.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Φυσιολογικό γήρας και εξασθένηση των λειτουργιών

Η κοινωνία - για οικονομικοπολιτικούς λόγους μεταξύ άλλων - διακρίνεται από την τάση να ταξινομεί τα άτομα σε διάφορες κατηγορίες, σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια. Μια τέτοια ταξινόμηση είναι και η ηλικιακή. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ο πληθυσμός χωρίζεται σε παιδιά, νέους, ενήλικες και υπερήλικες. Οι τελευταίοι αποτελούν τη λεγόμενη «Τρίτη και Τέταρτη Ηλικία». Πρόκειται για μία έννοια χρονολογική, με ένα όριο συμβατικά καθορισμένο, η αρχή του οποίου εναλλάσσεται από εποχή σε εποχή (Γ. Γουρνάς, 1993: 161)

Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών αυξήθηκε από περίπου 9% το 1960, σε 15% το 2010 και αναμένεται σχεδόν να διπλασιαστεί μέσα στις επόμενες τέσσερις δεκαετίες και να φτάσει στο 27% το 2050. Στα περίπου δύο τρίτα των χωρών του ΟΟΣΑ, τουλάχιστον το ένα τέταρτο του πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών, το 2050. (OECD, 2013)

Το άτομο μετά από τη δραστήρια παραγωγική του ηλικία τόσο στον επαγγελματικό όσο και τον οικογενειακό τομέα μεταβαίνει στην επόμενη φάση της ζωής του. Είναι η φάση της συνταξιοδότησης ή σύμφωνα με τα στάδια του Erikson μετά την ενήλικη φάση περνά στη τρίτη ηλικία. Το όριο της εισόδου στη τρίτη ηλικία συνήθως ορίζεται, αυθαίρετα, ότι είναι η ηλικία των 65 ετών, που είναι συνήθως η ηλικία της συνταξιοδότησης. (Erikson, 1950) Πρόκειται για μία χρονική περίοδο, κατά την οποία, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με πολλές μεταβολές, άλλοτε βαθμιαία και άλλοτε απότομα, κοινωνικές, ψυχολογικές, επαγγελματικές, οικογενειακές. Ο βαθμός των μεταβολών εξαρτάται και από άλλους παράγοντες, όπως την προσωπικότητα του ατόμου, τις οικογενειακές συνθήκες, το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον του. (Drag & Bieliauskas, 2010; Steverink, 2001)

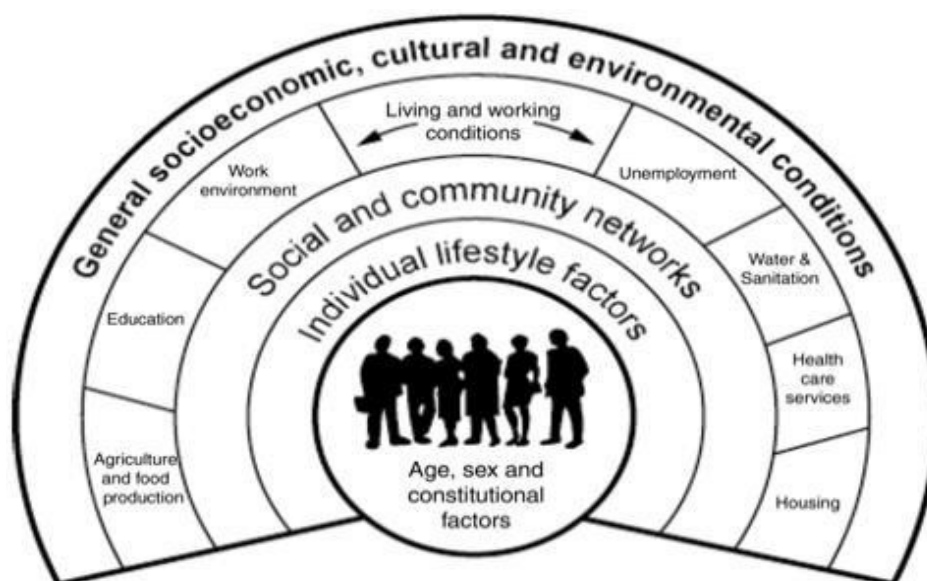
Αδιαμφισβήτητα, το κύριο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η επιδείνωση της υγείας, η οποία ξεκινάει από τα οστά, τους μυς και τις κλειδώσεις. Τα οστά γίνονται πιο αδύναμα και σπάνε πιο εύκολα (Isaοί, 1989). Οι μύες χάνουν τη μάζα τους, ενώ παράλληλα παρατηρείται συσσώρευση λίπους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χάνουν την ευλυγισία και την ευκαμψία τους (Hooyman & Kiyak, 1996), ενώ το 46,4% των ηλικιωμένων υποφέρει από αρθρίτιδα. (Al Dahan, 2005) Στη συνέχεια, παρουσιάζονται προβλήματα ακράτειας και μειώνονται οι αισθήσεις της όρασης και της ακοής. Η βαρηκοΐα αυξάνεται από το 1% που παρατηρείται στην ηλικία των 20 ετών, σε 5,9% στα άτομα άνω των 65. Επίσης, πέφτουν τα δόντια και αν αυτό δε διορθωθεί με οδοντιατρικά μέσα, το αποτέλεσμα είναι να μειώνεται η ικανότητα να μασούν καλά την τροφή. Το κυκλοφορικό σύστημα παρουσιάζει προβλήματα πίεσης και καρδιοπάθειας. Σε αυτές τις ηλικίες παρατηρούνται ακόμη αναπνευστικά προβλήματα και εκδηλώσεις πολλών μορφών καρκίνου. (Alsharee & Ahmad, 1986)

Ως αποτέλεσμα, οι αλλαγές που επισυμβαίνουν κατά το φυσιολογικό γήρας είναι:

- Βιολογικές αλλαγές. Αλλαγές στον εγκέφαλο δομικές και λειτουργικές. (Haug, 1983; Haug & Eggers, 1991)
- Εξασθένηση γνωστικών λειτουργιών. (Drag & Bieliauskas, 2010)
- Έκπτωση της προσοχής. (Drag & Bieliauskas, 2010)
- Οι εκτελεστικές λειτουργίες, οι οποίες μειώνονται δραματικά μετά τα 60 έτη. (Brink & McDowd, 1999; Van Hooren, et all., 2007)
- Η εργαζόμενη και η βραχύχρονη μνήμη πλήττονται, εφόσον το άτομο δεν δύναται πλέον να συγκρατεί πληροφορίες. (Fergus, 1992)
- Γλώσσα – Κύριο πρόβλημα αποτελεί η εύρεση λέξεων κι η κατονομασία. (Mortenson, 2006)
- Οπτικο – χωρική λειτουργικότητα / Δυσκολίες στον προσανατολισμό. (Drag & Bieliauskas, 2010)

Τα γηρατεία επιδρούν έντονα και στο νευρικό σύστημα, επειδή μειώνεται το ποσοστό αίματος που μεταφέρεται στα κύτταρα του εγκεφάλου, λόγω της αρτηριοσκλήρυνσης. Η βλάβη των κυττάρων του εγκεφάλου έχει ως αποτέλεσμα, το τρέμουλο των χεριών των ηλικιωμένων, την αποδυνάμωση της μνήμης τους, ή τη μείωση των νοητικών τους ικανοτήτων. (Al Miladi, 2002)

Οι Dahlgren και Whitehead (1991) δημιούργησαν την κοινωνική οικολογική θεωρία για την υγεία, κατά την οποία επιχειρούν να χαρτογραφήσουν τη σχέση μεταξύ του ατόμου, του περιβάλλοντος και της ασθένειας. Τα άτομα είναι στο κέντρο. Γύρω από τα άτομα είναι οι επιρροές στην υγεία που μπορούν να τροποποιηθούν. Το πρώτο στρώμα αποτελείται από την προσωπική συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής που, είτε προωθούν, είτε βλάπτουν την υγεία. Το επόμενο στρώμα είναι οι κοινωνικές και οι κοινοτικές επιρροές, οι οποίες παρέχουν αμοιβαία υποστήριξη στα μέλη της κοινότητας που ζουν σε αντίξοες συνθήκες, ή και το αντίθετο. Το τρίτο στρώμα περιλαμβάνει τους διαρθρωτικούς παράγοντες: τη στέγαση, τις συνθήκες εργασίας, την πρόσβαση σε υπηρεσίες και την παροχή των απαραίτητων εγκαταστάσεων.



Εικόνα 1: Καθοριστικοί Παράγοντες για την υγεία. (Πηγή: Dahlgren & Whitehead, 1991)



Είναι γνωστό ότι, η Ευρωπαϊκή Ένωση ονομάζεται και γηραιά ήπειρος, καθώς αποτελεί τη γηραιότερη περιοχή στον κόσμο. (Walker & Maltby, 1997) Το 2000 υπήρχαν 61 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω στην Ε.Ε. – 16% του συνολικού πληθυσμού - σε σύγκριση με 34 εκατομμύρια το 1960. (Swedish National Institute of Public Health, 2006)

Υπάρχουν δύο βασικές κινητήριες δυνάμεις γήρανσης του πληθυσμού: η μείωση των ποσοστών γονιμότητας κάτω από τα επίπεδα αναπλήρωσης και η πτώση της θνησιμότητας. Η γονιμότητα είχε μειωθεί στην Ε.Ε. για τέσσερις δεκαετίες, αλλά παραδόξως το 2000, κατέγραψε το μεγαλύτερο αριθμό γεννήσεων για τα επόμενα έξι χρόνια. Το συνολικό ποσοστό γονιμότητας στην Ε.Ε. αυξήθηκε από 1,45 παιδιά ανά γυναίκα το 1999, σε 1,53 το 2000, αλλά εξακολουθεί να παραμένει σε χαμηλά επίπεδα για τα ιστορικά δεδομένα. Ταυτόχρονα, καθώς η γονιμότητα μειώθηκε, το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε περίπου δέκα χρόνια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών. (Oerppen & Vaupel, 2002)

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, η οποία σύμφωνα με τον κ. Τσαούση πρόκειται για την αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό, η οποία συμπλέκεται με την ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας, (Τσαούσης, 1999) παρατηρείται κυρίως στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου. Με αποτέλεσμα, να έχει φέρει στην επιφάνεια την ανάγκη συστηματικής καταγραφής, μελέτης και αντιμετώπισης των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας. (Δαρδαβέσης, 1999)

Οι αλλαγές και οι εξελίξεις στην ποιότητα ζωής έχουν βελτιώσει το μέσο προσδόκιμο ζωής, αυξάνοντας τον αριθμό των ηλικιωμένων και κατ' επέκταση τον αριθμό των προβλημάτων τους. Τα πιο συνηθισμένα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, είναι η φτώχεια και τα χαμηλά εισοδήματα, οι αλλαγές στις πολιτικές για την κοινωνική ασφάλιση, η αύξηση του αριθμού των μεμονωμένων ηλικιωμένων ατόμων, οι ακατάλληλες συνθήκες κατοικίας, η μείωση της φροντίδας από πλευράς της οικογένειας και οι αρνητικές γνώμες σχετικά με το γήρας. Τα παραπάνω προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση για τη ζωή, αλλά και την κοινωνική προσαρμογή των ηλικιωμένων, τα οποία ποικίλλουν ανάλογα με την ικανότητα τους να τα αντιμετωπίσουν. (Beyaztas et al., 2012)

Το κάθε άτομο, όσο γερνά, αντιμετωπίζει μια προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας του οργανικού του συστήματος, η οποία ξεκινάει από τη τρίτη δεκαετία της ζωής του και είναι βαθμιαία και προοδευτική. Ο ρυθμός της διαφέρει από άτομο σε άτομο και καθορίζεται κυρίως από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, και δευτερευόντως από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η λειτουργική έκπτωση συμβαίνει ανεξαρτήτως μεταβολών στα άλλα συστήματα, ενώ επηρεάζεται από τη διατροφή, το περιβάλλον, τις προσωπικές συνήθειες καθώς και από γενετικούς παράγοντες. (Πολίτης, 2000)

Παρόλα αυτά, τα παραπάνω δεν αποτελούν τις μόνες αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων. Η ψυχολογία τους αντιμετωπίζει εξίσου σημαντικά προβλήματα, τα οποία προέρχονται κυρίως από τη συσσωρευμένη λύπη που αισθάνονται, για διάφορες απώλειες που έχουν υποστεί κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Με αποτέλεσμα, τη μείωση

της αυτοεκτίμησης και των ενδιαφερόντων τους, καθώς και την ελάττωση της διάθεσης για δράση. (Πολίτης, 2000)

Το ποσοστό εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή ο αριθμός των ατόμων άνω των 65 ετών, σύμφωνα με τις προβλέψεις της Eurostat, πρόκειται να διαγράψει μέσα στα επόμενα 50 χρόνια μια κατακόρυφη ανοδική πορεία, εξαιτίας της παρατηρούμενης γήρανσης του πληθυσμού και των συνεπειών της υπογεννητικότητας. (European Commission, 2006)

Μέχρι το 2060, σε σύγκριση με το 2010, ο συγκεκριμένος δείκτης στο σύνολο των 27 κρατών μελών της Ε.Ε. αναμένεται να παρουσιάσει μια δραματική αύξηση, από το 23,6%, στο 52,4% (αύξηση του ποσοστού κατά 28,8 μονάδες). Σε όλα τα κράτη μέλη, η δημογραφική αναλογία αυξάνεται δραματικά σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. Για την Ελλάδα, η Eurostat προβλέπει ότι, ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων θα αυξηθεί, από το 18,6% που είναι σήμερα, στο 47,6% το 2060. Δηλαδή, το ποσοστό θα αυξηθεί κατά 29 μονάδες, όση περίπου είναι η μέση αναμενόμενη αύξηση στα 27 κράτη μέλη. (European Commission, 2006)

Η δημογραφική γήρανση είναι κρίσιμης σημασίας, εφόσον η συνταξιοδότηση δεν είναι πλέον το σαφές σημείο εισόδου στα «γηρατεία», που ήταν κάποτε και, ως εκ τούτου, είναι αναχρονιστικός ο ορισμός του «ηλικιωμένου». Όλο και περισσότεροι άνθρωποι σε όλη την Ε.Ε. εγκαταλείπουν τη θέση τους στο εργατικό δυναμικό με διάφορους τρόπους: πρόωγη συνταξιοδότηση, μερική συνταξιοδότηση, απόλυση, ανεργία, αναπηρία και ούτω καθεξής. Παράλληλα, για τους λόγους που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και υγιέστερα ως ηλικιωμένοι και ως εκ τούτου, το όριο της ασθένειας ωθείται πίσω. Ως εκ τούτου, οι αλληλένδετες αλλαγές στην ηλικιακή δομή, την υγεία και τα πρότυπα της απασχόλησης έχουν μετασχηματίσει τη φύση και την εμπειρία του γήρατος. (Walker, 2004)

## Η κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό, παγκόσμιου βεληνεκούς, ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς πρόκειται για μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική. Επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, ενώ μέχρι το 2020 προβλέπεται ότι θα γίνει η δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας, για όλες τις ηλικίες και για τα δύο φύλα, μετά την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου. (WHO, 2009; Γαρύφαλλος, 2008)

Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι πιστεύεται ότι είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ψυχική ασθένεια απ' ό,τι οι νέοι άνθρωποι. Για αρκετούς λόγους ωστόσο, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν οι ακριβείς ρυθμοί επίπτωσης και επικράτησης των ψυχικών διαταραχών στην μετέπειτα ζωή. (Hybels et al., 2003) Οι ηλικιωμένοι είναι συχνά δύσκολο να έρθουν σε επαφή με έρευνες κοινότητας, εφόσον είναι απρόθυμοι να απαντήσουν σε προσωπικές ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με προβλήματα συναισθηματικής φύσεως. Ακόμη, οι περισσότεροι, δεν αναζητούν θεραπεία για τέτοιου

είδους προβλήματα, ή συμβουλευονται εργαζόμενους πρωτοβάθμιας φροντίδας κι όχι επαγγελματίες της ψυχιατρικής.

Τα σημεία και τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας στους ηλικιωμένους συχνά διαφέρουν από εκείνα των άλλων ηλικιακών ομάδων. Έτσι, παρά τις εκτεταμένες και λεπτομερείς περιγραφές κάθε κατηγορίας προβλημάτων, οι κλινικοί και οι ερευνητές συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στα ηλικιωμένα άτομα. (Palsson & Skoog, 1997) Επιπροσθέτως, οι μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες έχουν μια δυσανάλογα υψηλή επίπτωση της κατάθλιψης, η οποία παρουσιάζεται πιο συχνά σε εκείνους που βρίσκονται στα νοσοκομεία και τα γηροκομεία. (Mulsant & Ganguli, 1999)

Η κατάθλιψη κατά τα τελευταία έτη της ζωής, λαμβάνει ποσοστά επιπολασμού, που κυμαίνονται από 4%, έως και άνω του 30% ανά τον κόσμο. (Beekman et al., 1999; Blazer, 2000) Ο πληθυσμός παγκοσμίως σταθερά γερνάει, αναδεικνύοντας την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία ως μια συχνή αιτία ψυχικής οδύνης (Blazer, 2003), η οποία μειώνει την ηθική και κοινωνική ικανότητα μεταξύ των πολύ ηλικιωμένων. (Michalak et al., 2002) Αποτελεί επίσης μια απειλή ως προς το αίσθημα της συνοχής, της ανάπτυξης, της ακεραιότητας και της σοφίας. (Nygren et al., 2005)

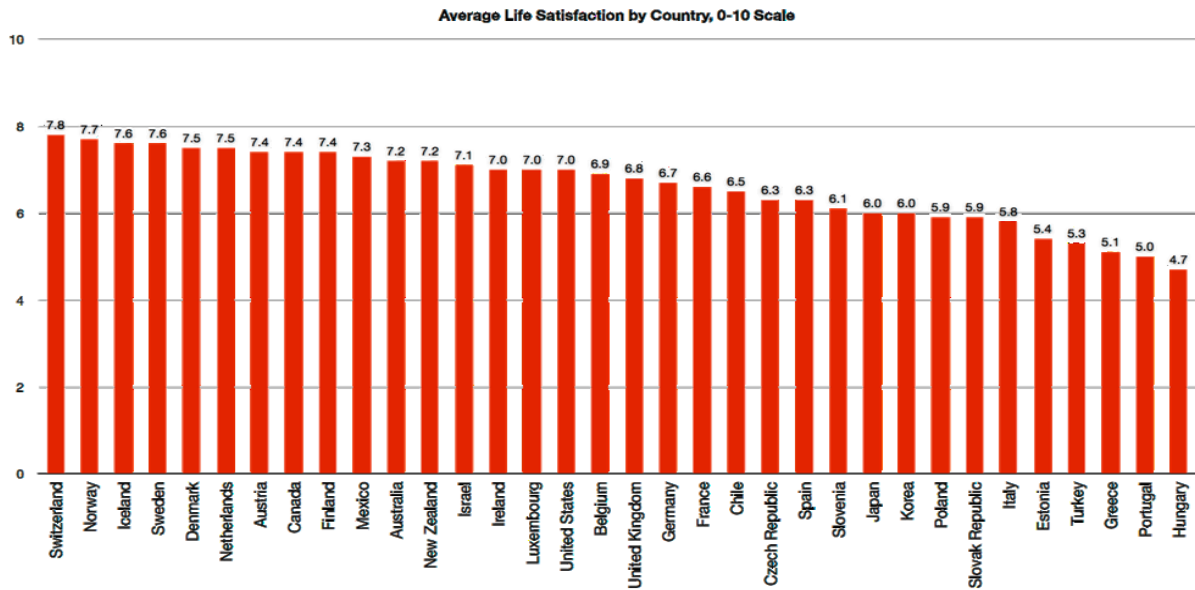
Η κατάθλιψη συναντάται πιο συχνά μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών από ό, τι μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών (Beekman et al., 1999; Steffens et al., 2000). Επίσης, η κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο διαδεδομένα μεταξύ των πολύ ηλικιωμένων, από ό, τι μεταξύ των νεότερων. Στη βιβλιογραφία, αυτό συχνά εξηγείται από το υψηλότερο ποσοστό των γυναικών και τα αυξημένα σε συχνότητα φυσικές και ψυχιατρικές αναπηρίες, όπως η άνοια. (Blazer, 2003) Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ένα διαφορετικό φάσμα παραγόντων κινδύνου, όσον αφορά την κατάθλιψη, σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Η κληρονομικότητα και η συνύπαρξη προηγούμενων επεισοδίων κατάθλιψης, δεν αποτελούν άξιους σημασίας παράγοντες κινδύνου, όσον αφορά τους ηλικιωμένους. (Schoevers et al., 2003)

Έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το 80% των ηλικιωμένων με κατάθλιψη παρακολουθούνταν από ιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά η διαταραχή τους αναγνωρίζονταν μόνο στο ένα τέταρτο εξ αυτών. (Cole & Yaffe, 1998) Επιπλέον, αποτελεί μία συχνή διαταραχή στα άτομα της τρίτης ηλικίας που ζουν στην κοινότητα και που αναζητούν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (Papadopoulos et al., 2005; Lyness et al., 1999)

Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της σωματικής ασθένειας, της αναπηρίας και της κατάθλιψης, ενώ δεν είναι πουθενά πιο προφανής από ό, τι στους ηλικιωμένους, που προσβάλλονται από την τελευταία. Η επιδημιολογική έρευνα έχει αναδείξει τον κρίσιμο ρόλο της αναπηρίας ως ενός σημαντικού παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη, ενώ αποτελεί παράγοντα υπονόμευσης της καλής ανάρρωσης σε εξακριβωμένες περιπτώσεις κατάθλιψης. (Prince et al., 1998)

Η κατάθλιψη στερεί από το άτομο την ικανοποίηση της ύστερης ζωής, εμποδίζει την ακεραιότητα του «εγώ», και μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι ηλικιωμένοι έχουν την υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας από όποια άλλη ηλικιακή ομάδα, και ένα φάσμα σωματικών διαταραχών τις οποίες η κατάθλιψη κάνει εντονότερες. (Salvatore, 2000; Ρούπα και συν., 2009)

Ικανοποίηση για τη ζωή. Κλίμακα Cantrill Ladder, μέση τιμή για το 2010.



Τα στοιχεία αναφέρονται στο 2008 για την Ισλανδία και τη Νορβηγία και για το 2009 για την Εσθονία, το Ισραήλ, την Ελβετία και τη Νότια Αφρική. (Πηγή: OECD, 2009 & 2010)

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή διαταραχή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε επίμονο πόνο, αυξημένη θνησιμότητα, τόσο από την αυτοκτονία, όσο και από γενικότερα ιατρικά αίτια, συμβάλλοντας σε πτωχότερη συνολική υγεία. Στα ηλικιωμένα άτομα, η εξασθένηση της γενετικής προδιάθεσης οδηγεί σε συναισθηματική διαταραχή που μπορεί να αντικατασταθεί από υποφλοιώδη ανωμαλία του εγκεφάλου, η οποία τεκμαίρεται ως αγγειακή αιτιολογία. Όλα τα παραπάνω συνήθως επηρεάζουν την πρόγνωση. Η κατάθλιψη που προσβάλλει τους ηλικιωμένους συχνά υπόδιαγιγνώσκεται, με αποτέλεσμα να μην θεραπεύεται αποτελεσματικά. Αυτοί οι δύο παράγοντες είναι τα κύρια εμπόδια για την καλύτερη πρόγνωση. Η αντικαταθλιπτική θεραπεία θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στον ασθενή, ενώ λειτουργεί περισσότερο αποτελεσματικά όταν συνδυάζεται με ψυχοθεραπεία, αλλά η τελευταία μέθοδος θεραπείας παραμελείται από τα ηλικιωμένα άτομα – ασθενείς. (Baldwin, 2000)

Στην Ελλάδα, έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού και της επικράτησης της κατάθλιψης σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας / μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12%, ενώ η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται από 29,9% ως 33% και στους άνδρες από 19,6% ως 20%. Μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένο πληθυσμό που προσέρχονταν στα τακτικά ιατρεία ενός Κέντρου Υγείας, έδειξε ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία ανέρχονταν σε ποσοστό 15,38% στις γυναίκες και 7,37% στους άνδρες. (Μιχαηλίδης και συν., 2000)

Στη μελέτη της Στυλιανοπούλου και συν. (2010) διαπιστώθηκε σημαντικό ποσοστό επικράτησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων («μέτρια» και «σοβαρή» κατάθλιψη), σε περιπατητικά και λειτουργικά ηλικιωμένα άτομα. Επίσης, διαπιστώθηκε ο καθοριστικός ρόλος συγκεκριμένων δημογραφικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων στην εμφάνιση της κατάθλιψης, οι οποίοι άλλες φορές δρουν επιβαρυντικά, και άλλες προστατευτικά. Επί παραδείγματι, το ισχυρό ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο μπορεί να δημιουργηθεί, μέσα από την αξιοποίηση των πόρων, των υπάρχουσών δομών και υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους και τη διασύνδεσή τους με τις υπόλοιπες δομές και υπηρεσίες σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

## Ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία

*«Ο άνθρωπος, ως βιοψυχοκοινωνικό ον, επιχειρεί, στη διάρκεια της ζωής του, να δημιουργήσει μία διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου.» (Σαρρής, 2001: 251)*

Η έννοια «ποιότητα ζωής» υπογραμμίζει τη διαδικασία της αυτοπραγμάτωσης και της συγκρότησης συλλογικής ταυτότητας, εφόσον διέπεται από τις αρχές της καθολικότητας και εξατομίκευσης. Η κοινωνική ποιότητα λοιπόν, εξαρτάται από το αίσθημα της κοινωνικό – οικονομικού επιπέδου ασφάλειας, την κοινωνική ένταξη, την κοινωνική συνοχή και τη χειραφέτηση. (Walker, 2004)

Ο Αριστοτέλης (384 – 322 π.Χ.) ήταν ο πρώτος που μίλησε για την ποιότητα της ζωής αναφέροντας την έννοια του «ευ ζην», η οποία οδηγεί στην ευδαιμονία (Πολιτικά, 1252b, 2730), καθώς το «ζην», εξασφαλίζει στον άνθρωπο, μόνο την αυτάρκεια και την επιβίωση (Ηθικά Νικομάχεια). Κατά τη μηχανογραφική αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, η πρώτη χρήση του όρου «ποιότητα ζωής» βρέθηκε στο άρθρο «Η εξέλιξη της ηθικής», γραμμένο από τον James Seth το 1889, στο οποίο αναφέρει ότι «δεν πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν μόνο την ποσότητα, αλλά και την ποιότητα της ζωής, για να διαμορφώσουμε ένα ηθικό τέλος» (σελ. 43).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναφέρει την «ποιότητα ζωής» στο Σύνταγμα του 1946, και την ορίζει ως, την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού – αξιακού συστήματος που ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. (WHO, 1946) Στη διακήρυξη «Υγεία για όλους» το 1985, επαναδιατυπώνει τη θέση του, διακηρύσσοντας ότι όλοι οι άνθρωποι οφείλουν να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν τη δυναμική της υγείας τους, για να μπορέσουν να ζήσουν μία «ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, ψυχικά και οικονομικά». (WHO, 1985)

Με την πάροδο του χρόνου, το ενδιαφέρον για τον ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής, είναι αυξανόμενο. Οι κοινωνικές επιστήμες έχουν μια μακρά παράδοση στην έρευνα και τη θεωρητική ανάλυση σχετικά με το τι είναι η «ποιότητα της ζωής», και μέχρι πρόσφατα η άποψη των εμπειρογνομόνων της φιλοσοφίας, της

θεολογίας και των κοινωνικών επιστημών συγκεντρώνονταν γύρω από τη σχέση της επίτευξης της «ικανοποίησης από τη ζωή» και της «καλής ζωής». Παρ' όλη όμως αυτή τη δραστηριότητα, δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με το τι πράγματι είναι η ποιότητα της ζωής. (Bowling & Brazier, 1995) Όπως αποτυπώνει ο Farquhar (1995: 1440) «είναι μια προβληματική αντίληψη καθώς ως διαφορετικοί άνθρωποι εκτιμάμε διαφορετικά τα πράγματα». Ομοίως, στην κατανόηση του Αριστοτέλη (384 – 322 π.Χ.) για την άριστη ζωή, ο ίδιος εξηγεί, στο βιβλίο του 'Ηθικά Νικομάχεια', ότι κάθε πρόσωπο ή ακόμα και το ίδιο πρόσωπο εκτιμά διαφορετικά τα πράγματα σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές της ζωής του, ανάλογα με την κατάστασή του. Για παράδειγμα, ένα άρρωστο άτομο μπορεί να θέλει να είναι υγιές για να απολαύσει μια καλή ζωή.

Ο Lawton (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα ζωής έχει ένα πολυδιάστατο χαρακτήρα και αποτελείται από τέσσερα στοιχεία:

1. Συμπεριφορική ικανότητα
2. Αντικειμενικό περιβάλλον
3. Αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής
4. Ψυχολογική ευεξία.

Οι ορισμοί ποικίλλουν ευρέως στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, μερικοί είναι πολύ ευρείς αντιπροσωπεύοντας πολλούς δείκτες, ενώ άλλοι εστιάζουν σε πιο συγκεκριμένους δείκτες. Στο Οντάριο του Καναδά, το Συμβούλιο Κοινωνικής Ανάπτυξης όρισε την ποιότητα της ζωής, ως το προϊόν της αλληλεπίδρασης μεταξύ κοινωνικών, υγειονομικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών. (Shookner, 1999) Άλλοι επικεντρώνονται στα εξής:

- ☞ Την υγεία και τη σωματική λειτουργία, (Mendola & Pelligrini, 1979; Patterson, 1975)
- ☞ Την ικανοποίηση από τη ζωή (Michalos & Zumbo, 2000; George & Bearon, 1980) και την αυτοεκτίμηση, (George & Bearon, 1980)
- ☞ Τους κοινωνικο – οικονομικούς παράγοντες, (George & Bearon, 1980; Sherwood et al., 1996; Haug & Folmar, 1986)
- ☞ Την κοινωνική υποστήριξη. (Sherwood et al., 1996; Haug & Folmar, 1986)
- ☞ Τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. (Lawton 1991 & 1997)

Υπάρχει παράλληλα, μια ταχέως αναπτυσσόμενη βιβλιογραφία, όσον αφορά την ποιότητα της ζωής, από πλευράς της υγείας, η οποία επίσης καθορίζεται ποικιλοτρόπως. Οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί, λαμβάνουν υπόψιν την ψυχική και σωματική υγεία, το ρόλο και την κοινωνική λειτουργία, την ευημερία, τις αντιλήψεις περί ποιότητας ζωής, και την ικανοποίηση γύρω από την ζωή. (Bowling, 1995)

Η ποιότητα ζωής είναι μια δύσκολη έννοια για να καθοριστεί με ακρίβεια. Δεν αποτελεί έκπληξη, δεδομένου του γεγονότος ότι, πρόκειται για μια συγχώνευση δύο εξίσου αμφισβητούμενων εννοιών, της ποιότητας και της ζωής. Όσον αφορά τον όρο «ποιότητα» είναι λογικό να αναρωτηθεί κάποιος, τι είναι ποιότητα. Όσον αφορά τον όρο «ζωή», γεννιούνται ερωτήματα όπως, τι σημαίνει, ποιο είναι το νόημα της και πως μετρείται. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην έρευνα είναι στραμμένες προς την ανάδυση περισσότερο ολιστικών και συνεκτικών θεωρητικά προσεγγίσεων από εκείνες που εφαρμόζονταν τα προηγούμενα χρόνια. (Walker, 2004)

Επιπλέον, η κυρίαρχη επιστημονική προσέγγιση για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία έχει την τάση να ομογενοποιεί τους ηλικιωμένους, αντί να αναγνωρίζει τη διαφορετικότητα με βάση, την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, την εθνικότητα, και την αναπηρία. Επίσης, είναι συνυφασμένη η αντίληψη ότι η τρίτη ηλικία είναι μια διακριτή φάση της πορείας της ζωής, μιας που αποσπάται από τη μέση ηλικία και τις προηγούμενες περιόδους. (Walker, 2004)

Από σημειολογική άποψη, (Fernández-Ballesteros, 1997), ο όρος «ποιότητα» αναφέρεται σε ένα σύνολο ιδιοτήτων ή χαρακτηριστικών ενός αντικειμένου (σε αυτή την περίπτωση, η ζωή). Η ποιότητα ζωής σε επίπεδο πληθυσμού κυρίως μετρείται μέσω των κοινωνικών μακροοικονομικά μεγεθών (το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, η ανεργία ή η φτώχεια, η εγκληματικότητα, οι δείκτες αυτοκτονίας, δημόσιας βίας και διάλυσης της οικογένειας), αλλά και των επιδημιολογικών δεικτών (η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, ή/και τα ποσοστά προσδόκιμου ζωής).

Ένα από τα κοινώς αποδεκτά χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής είναι οι διαστάσεις που λαμβάνει. Ο Lawton (1991) πρότεινε ένα μοντέλο με τέσσερις τομείς, στο οποίο η ψυχολογική ευεξία, η αντίληψη της ποιότητας ζωής, η συμπεριφορική ικανότητα και το αμερόληπτο περιβάλλον είναι παρόν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Ο Hughes (1990), διεύρυνε αυτές τις περιοχές λαμβάνοντας υπόψη, τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου (λειτουργικές δραστηριότητες, σωματική και ψυχική υγεία, εξάρτηση), τους φυσικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (εγκαταστάσεις και ανέσεις, ασφάλεια), τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (κοινωνική δραστηριότητα και ψυχαγωγία, οικογένεια και κοινωνικά δίκτυα), τους κοινωνικο – οικονομικούς παράγοντες (έσοδα, κοινωνικο – οικονομική κατάσταση), τους προσωπικούς παράγοντες – αυτονομία (ικανότητα να κάνει επιλογές, να ασκεί έλεγχο), τους παράγοντες που επηρεάζουν την προσωπικότητα (ψυχολογική ευεξία, ηθικό, ικανοποίηση από τη ζωή) και την υποκειμενική ικανοποίηση.

Μετά την εξέταση αρκετών προσεγγίσεων (τόσο θεωρητικών όσο και εμπειρικών) για την κατανόηση της ποιότητας ζωής, οι Fernández-Ballesteros (1999), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής ενσωματώνει δύο ευρύτερες διαστάσεις:

1. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά, έναντι κοινωνικο – περιβαλλοντικών ή εξωτερικών συνθηκών, καθώς και
2. Την υποκειμενική διάσταση, έναντι των αντικειμενικών παραγόντων.

Όλα τα χαρακτηριστικά που προτείνονται από τους συγγραφείς θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε αυτές τις δύο διαστάσεις, αλλά το πιο σημαντικό, είναι η έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία οφείλει πάντα να ενσωματώνει μια σειρά από δύο διαστάσεις και δεν μπορεί ποτέ να μειωθεί μόνο σε ένα από τα παραπάνω.

Αυτή η άποψη, ήταν σύμφωνη και με τους Birren και Dieckmann (1991) και τον Browne et all. (1994), οι οποίοι αναφέρουν ότι, η ποιότητα ζωής είναι προϊόν της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ εξωτερικών συνθηκών της ζωής ενός ατόμου και των εσωτερικών αντιλήψεων του, αυτών των καταστάσεων.

Η βιβλιογραφία γύρω από το θέμα της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία συμπίπτει με έννοιες όπως, επιτυχημένη και υγιής γήρανση. Σε γενικές γραμμές, οι ψυχολογικές προσεγγίσεις έχουν επικεντρωθεί στην ψυχολογική ευεξία ως δείκτη επιτυχημένης γήρανσης. Η κοινωνική συνοχή, και η αυτονομία περιλαμβάνονται σε αυτές τις

προσεγγίσεις (Diener et al., 1999; Ryff, 1989). Η ψυχολόγος P. Lawton, το 1991, πρότεινε ένα πολυδιάστατο μοντέλο ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία, που ενσωματώνονται σε αυτό διάφορες ικανότητες, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφορικής και κοινωνικής επάρκειας, της ψυχολογικής ευεξίας, καθώς και ο ρόλος του υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην ποιότητα ζωής. Η Lawton τόνισε επίσης ότι, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους, οι ηλικιωμένοι μπορεί να εξετάσουν και να προβληματιστούν σχετικά με το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον, των διαφόρων περιστάσεων και εμπειριών που βίωσαν, κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Αργότερα, η Bowling και οι συνεργάτες της υπογράμμισαν την ανάγκη να εξετάσουν τις γενικότερες αντιλήψεις υπό την έννοια της ποιότητας της ζωής, όχι μόνο τεχνικά, αλλά και θεωρητικά. Αποκαλύφθηκε λοιπόν, ότι τα βασικά θέματα που αφορούσαν την ποιότητα και τις διαστάσεις της ζωής του συγκεκριμένου ηλικιωμένου δείγματος, περιελάμβαναν την ψυχολογική ευεξία και τις θετικές απόψεις για την υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις, τις δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο, τους οικονομικούς πόρους, την ύπαρξη της γειτονιάς και την ανεξαρτησία. (Bowling et al., 2013) Ωστόσο, σύμφωνα με την Lawton η προβολή, δηλαδή οι συνθήκες και το περιβάλλον, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει την προσωπική άποψη γύρω από την έννοια της ποιότητας της ζωής.

Στους ηλικιωμένους έχει σημασία, η υψηλή βαθμολογία στους τομείς της ποιότητας ζωής περιλαμβάνοντας τη σωματική άνεση, την λειτουργικότητα, την προστασία της ιδιωτικής ζωής, την αυτονομία, την αξιοπρέπεια, τη σωματική δραστηριότητα, την ύπαρξη ουσιαστικών σχέσεων και την ασφάλεια. (Kane et al., 2003) Είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται τομείς που έχουν νόημα για τους ίδιους τους ηλικιωμένους, και να αναγνωρίζουν οι ερευνητές, ότι οι συγκεκριμένοι τομείς θα κυμαίνονται ανάλογα με τις συνθήκες της ζωής των προσώπων και των προσωπικών και κοινωνικών τους χαρακτηριστικών. (Berkman et al., 1986)

Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία είναι μια πολυδιάστατη έννοια, που αξίζει κάποιος να προσπαθήσει να την αξιολογήσει, προσθέτοντας ζωή και αξία στα χρόνια. Καθώς, τα ποσοστά των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας έχουν αυξηθεί σημαντικά, οι ιατρικές και τεχνολογικές εξελίξεις έχουν προσθέσει χρόνια ζωής, αλλά όχι κατ' ανάγκη ποιότητα ζωής. (Smith, 2000)

## **Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)**

Πολιτικές για την κοινωνική προστασία των ηλικιωμένων, έχουν σχεδιαστεί και υλοποιούνται σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Όλες αυτές οι πολιτικές επιδιώκουν την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας των ηλικιωμένων, αναπτύσσοντας δίκτυα που παρέχουν ανοικτού είδους περίθαλψη, επιτρέποντας στους ηλικιωμένους να παραμείνουν στην κοινότητα και στο οικείο τους περιβάλλον όσο το δυνατόν περισσότερο.

Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου, 1996), στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσον αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και τη



θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κατ' οίκον Νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Hutten & Kerkstra, 1996)

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων είναι το Ν.Δ. 162/1974 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227). Στο πρώτο άρθρο του συγκεκριμένου Ν.Δ., αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του τότε Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, όσον αφορά στην προστασία των υπερηλίκων. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο 3 του ίδιου Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξωιδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση των υπερηλίκων ατόμων. Με τον Ν.1416/84, κατά τον οποίο το κράτος θέλησε να ενισχύσει το ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης, μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των Κ.Α.Π.Η.. (Κρεμαλής και συν., 1990)

Όσον αφορά τη σύσταση, τη λειτουργία, τη διοίκηση, τη στελέχωση και τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, ρυθμίζονται από το Ν.Δ. 162/73 και το συμπληρωματικό Π.Δ. 631/74. Έπειτα από τα παραπάνω διατάγματα, άρχισαν να πρωτοεμφανίζονται τα Κ.Α.Π.Η. στον Ελληνικό χώρο το 1979, όταν η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και ζήτησε την συνεργασία του, στη δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοιχτής Εξωιδρυματικής Προστασίας Ηλικιωμένων. Το πρώτο αυτό Κ.Α.Π.Η. λειτούργησε υποδειγματικά, ενώ μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν άλλα οκτώ σε αριθμό Κ.Α.Π.Η.. Ο θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού ήταν και είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. (Κρεμαλής και συν., 1990)

Κύρια διαφορά μεταξύ αυτού του είδους των κέντρων και των μετέπειτα Κ.Α.Π.Η., είναι η διαφοροποίηση μεταξύ των δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα, στα περισσότερα κέντρα υπάρχει μία σαφής διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσανατολίζονται σε υγιείς και αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε αυτούς που δεν είναι υγιείς. Οι υπηρεσίες που προσφέρει κάθε Κ.Α.Π.Η., δεν είναι οι ίδιες σε όλα τα κέντρα, γιατί σε πολλά υπάρχει έλλειψη προσωπικού και οικονομικών πόρων, γεγονός που επηρεάζει το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών. (Δανιηλίδου και συν., 2003)

Μέλη του Κ.Α.Π.Η. εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, που κατοικούν στο δημοτικό διαμέρισμα που είναι τοποθετημένο το κέντρο, ανεξαρτήτως οικονομικών, κοινωνικών και άλλων χαρακτηριστικών, μετά την καταβολή της συμβολικής συνδρομής τους. Τα ενεργά μέλη του Κ.Α.Π.Η. δεν δύναται να είναι λιγότερα από 50, ώστε να συνεχίσει να λειτουργεί το τελευταίο. Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 329/89, συστήνεται Οργανισμός Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης σε κάθε Κ.Α.Π.Η., του οποίου σκοπός είναι:

- ✧ Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ατόμων τρίτης ηλικίας, για να παραμείνουν αυτόνομοι, ισότιμοι και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- ✧ Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- ✧ Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

## A. Τοπική κοινότητα Γωνιών – Δήμου Μαλεβιζίου

Οι Γωνιές (Τοπική Κοινότητα Γωνιών Μαλεβιζίου - Δημοτική Ενότητα Τυλίσου) ανήκουν στον δήμο Μαλεβιζίου της Περιφερειακής Ενότητας Ηρακλείου που βρίσκεται στην Περιφέρεια Κρήτης, σύμφωνα με τη διοικητική διαίρεση της Ελλάδας όπως διαμορφώθηκε με το πρόγραμμα «Καλλικράτης». Η επίσημη ονομασία είναι «αι Γωνίαι». Έδρα του δήμου είναι το Γάζι. Ο μόνιμος πληθυσμός του Δ.Δ. Γωνιών Μαλεβιζίου είναι 1984 άτομα, σύμφωνα με την απογραφή του 2001. (<http://el.wikipedia.org/wiki> και <http://gonies.gr>)

Κατά τη διοικητική διαίρεση της Ελλάδας με το σχέδιο «Καποδίστριας», μέχρι το 2010, οι Γωνιές ανήκαν στο Τοπικό Διαμέρισμα Γωνιών Μαλεβιζίου, του πρώην Δήμου Τυλίσου, του Νομού Ηρακλείου. Οι Γωνιές έχουν υψόμετρο 620 μέτρα από την επιφάνεια της θάλασσας. Βρίσκονται στις βόρειες υπώρειες του Ψηλορείτη στο βάθος κοιλάδας, ανατολικά του υψώματος Φιλιόρημος (υψ. 797 μ.) και μεταξύ των λόφων Πούπα και Ανεμόπρινος. Οι κάτοικοι ασχολούνται κυρίως με τη γεωργία και την κτηνοτροφία. (Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου 2011 – 2015)

Ο αριθμός των ηλικιωμένων που μόνιμα κατοικούσαν στο Δ.Δ. Γωνιών, το 2001, ήταν 668 άτομα, από 65 έως 85 και άνω, ετών. Το 2011, ο μόνιμος πληθυσμός των ηλικιωμένων, υπολογίστηκε στα 165 άτομα, συνολικά. Όπως παρατηρείται, τα δεδομένα μεταβλήθηκαν, τροποποιώντας εξ ολοκλήρου την εικόνα της τοπικής κοινότητας, όπου ο πληθυσμός έχει την τάση να μειώνεται, καταγράφοντας αισθητές απώλειες.

<i>Τόπος μόνιμης διαμονής</i> <i>Δημοτικό Διαμέρισμα Γωνιές Μαλεβιζίου (2001)</i> ΕΛ.ΣΤΑΤ.			
<i>Ομάδες ηλικιών</i>	<i>Φύλο</i>		<i>Σύνολο</i>
	<i>Άρρενες</i>	<i>Θήλειες</i>	
<i>65 – 69</i>	48	144	192
<i>70 – 74</i>	76	72	148
<i>75 – 79</i>	64	64	128
<i>80 – 84</i>	48	80	128
<i>85+</i>	36	36	72
<i>Σύνολο</i>	272	396	<b>668</b>

<i>Τόπος μόνιμης διαμονής</i> <i>Δημοτικό Διαμέρισμα Γωνιές Μαλεβιζίου (2011)</i> ΕΛ.ΣΤΑΤ.			
<i>Ομάδες ηλικιών</i>	<i>Φύλο</i>		<i>Σύνολο</i>
	<i>Άρρενες</i>	<i>Θήλειες</i>	
<i>60 – 69</i>	28	26	54
<i>70 – 79</i>	20	33	53
<i>80 +</i>	24	34	58
<i>Σύνολο</i>	72	93	<b>165</b>

## Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Προκειμένου να γίνει κατανοητός ο σκοπός και οι στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης, θα παρουσιαστούν παρακάτω μερικά βιβλιογραφικά στοιχεία σχετικά με το περί ου ο λόγος θέμα, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα αποτελέσματα άλλων μελετών που προέκυψαν από προηγούμενα έτη.

### Το βιολογικό γήρας – εξελίξεις στη βιβλιογραφία

Το βιολογικό γήρας, όπως ορίζει το National Institute of Aging, είναι μία προοδευτική διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από μεταβολές στη σύνθεση των ιστών και τη λειτουργία των οργάνων, με αποτέλεσμα τη βιολογική και πνευματική έκπτωση του ανθρώπου, που προοδευτικά οδηγεί στο θάνατο. (National Institute of Aging, 2006) Το γήρας διακρίνεται σε πρωτογενές και δευτερογενές. Το πρωτογενές γήρας αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης, οι οποίες εκδηλώνονται παρά την ύπαρξη καλής υγείας και την έλλειψη ασθενειών. Το δευτερογενές γήρας αφορά τις παθολογικές μεταβολές που απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Η Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος, που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, επισήμαναν ότι, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων 65 ετών και άνω θα ανέλθει το 2025 σε 1.121.000.000, από 214.000.000, όπου ανέρχονταν το 1950. Ενώ, από το 1975 έως το 2050, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών θα πενταπλασιαστεί, ενώ η πληθυσμιακή διάρθρωση των αναπτυσσόμενων χωρών θα προσεγγίσει σταδιακά το σχήμα της πυραμίδας των αναπτυγμένων χωρών. (Δαρδαβέσης, 1999)

Η τρίτη ηλικία αποτελείται από τη ζωή του συνταξιούχου, δηλαδή την παροχή εργασίας χωρίς οικονομική ανταπόδοση, με κάποιους φυσικούς περιορισμούς, εξαιτίας ασθένειας ή αναπηρίας. (Laslett, 1989) Κάποιοι ερευνητές έχουν εισάγει και την ονομασία «προσυνταξιούχοι» (préretreites), η οποία οδηγεί σε μία νέα υποκατηγορία της τρίτης ηλικίας. Δηλαδή πρόκειται για ηλικιωμένους οι οποίοι φροντίζουν να διατηρήσουν τις ικανότητες και δυνατότητες (σωματικές και διανοητικές), ώστε να λειτουργούν ως δρώντα υποκείμενα, καθιστώντας τον εαυτό τους χρήσιμο στην κοινότητα. (Lovellace, 1990; Hess, 1990; Kutner et. all., 1992) Η τέταρτη ηλικία περιλαμβάνει περισσότερους περιορισμούς λόγω ασθένειας και αναπηρίας, ενώ οι άνθρωποι εξαρτώνται κυρίως από άλλους συνανθρώπους τους. (Laslett, 1989)

Οι περιστάσεις ενός ατόμου ηλικίας 60 ετών, εν έτη 2015, διαφέρουν από εκείνες που θα ζούσε πριν από 20 χρόνια. Επί των ημερών μας, οι ηλικιωμένοι τείνουν να αναμένουν να ζήσουν περισσότερο και με καλύτερη υγεία, από ότι η γενιά των γονιών τους. (Weber & Wolfmayr, 2006)

Η παραδοσιακή εικόνα του ηλικιωμένου, που επισκέπτεται, σε καθημερινή συχνότητα, το καφενείο ή αναλώνεται επί ώρες στην τηλεόραση, αρχίζει να αλλάζει

αισθητά. Πολλοί ηλικιωμένοι πλέον, εγγράφονται σε συλλόγους, σωματεία, ή Κ.Α.Π.Η., αναζητώντας δραστηριότητες προς όφελος των ιδίων, της κοινότητας και του εθελοντισμού. (Γεωργιάδη, 1987)

Παράλληλα, υιοθετούν τις ιδέες και έναν τρόπο ζωής, που σκοπό έχουν την πρόληψη, και την επιβράδυνση του γήρατος. Λειτουργώντας με αυτό το πνεύμα, επιδίδονται σε αθλητικές δραστηριότητες, προσέχουν περισσότερο τις διατροφικές τους συνήθειες, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Τέλος, αρκετοί ασχολούνται με τις εργασίες εντός και εκτός σπιτιού, δημιουργώντας έτσι μια παράλληλη οικονομία. (Georgiadi, 1985; Lovelace, 1990)

## Υποκειμενικοί / Αντικειμενικοί δείκτες ποιότητα ζωής

*«Οι αντιλήψεις των ανθρώπων, όσο και αν δεν είναι απόλυτα κατατοπισμένες, είναι πραγματικές και οι άνθρωποι ενεργούν με βάση αυτές».* (Abrams, 1976: 470)

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αποτελεί μία έκφραση που πολύ συχνά αναφέρεται στον καθημερινό λόγο, έχοντας εκλαϊκευτεί και προσπαθώντας να αποσαφηνιστεί, τα τελευταία χρόνια. Η αυξανόμενη εμφάνιση του όρου αναδεικνύει τη σημασία του ως έννοια, ή ακόμη και ως ιδανικό. (Farquhar, 1995) Ως μέτρα ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται αντικειμενικοί και υποκειμενικοί δείκτες. (Denham, 1983) Οι αντικειμενικοί δείκτες, ή αλλιώς μεταβλητές, αφορούν παράγοντες όπως το εισόδημα και την κοινωνική ασφάλιση. Στους υποκειμενικούς δείκτες, ή αλλιώς παράγοντες, συγκαταλέγονται οι ψυχο – κοινωνικοί παράγοντες, που αφορούν την ικανοποίηση του ατόμου με το κοινωνικό περιβάλλον και την ικανοποίηση για την κατάσταση της υγείας του. (Beyaztas et al., 2012) Κοιτάζοντας τα μέτρα ικανοποίησης για τη ζωή, βοηθά στην κατανόηση της διαφοράς, μεταξύ των αντικειμενικών συνθηκών διαβίωσης του κάθε ανθρώπου και της δικής του αξιολόγησης αυτών των συνθηκών. (Heliwell, 2008)

Οι αντικειμενικοί δείκτες έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν υπόκεινται σε σφάλμα πόλωσης του παρατηρητή, ως προς το συναίσθημα του υποκειμένου (Denham, 1983) και την ανησυχία που εκφράζεται από κάποιους επιστήμονες, σχετικά με την αξιοπιστία ορισμένων δεικτών. (Townsend & Gordon, 1992) Οι υποκειμενικοί δείκτες, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, και οι αντιλήψεις για την ηθική και την υγεία, περιλαμβάνουν θέματα στα οποία ζητείτε να κάνει κριτική ο ερωτώμενος για τη ζωή του. Οι τελευταίες μάλιστα, διαφέρουν αναλόγως το φύλο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την εθνικότητα. (Weber & Wolfmayr, 2006)

Στη βιβλιογραφία τονίζεται επίσης, η σχέση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης για την υγεία και των αντικειμενικών δεικτών της υγείας. Ένα παράδειγμα αποτελεί και η μελέτη των Rennemark & Hagberg (1999), στην οποία όλοι όσοι δήλωσαν μέτρια ή κακή υγεία έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια, ενώ όσοι δήλωσαν καλή ή πολύ καλή υγεία δεν αντιμετώπιζαν στην πλειοψηφία τους τέτοιου είδους προβλήματα. Επίσης, στη μελέτη των Γιουβανάκης και Σαχπάζογλου (2007), τα αποτελέσματα έδειξαν, πως όσο

χειρότερη υγεία δηλώνουν οι ηλικιωμένοι, τόσο περισσότερη ανάγκη έχουν για βοήθεια στις καθημερινές τους λειτουργίες.

## Πτυχές που επιτελούν στην ευημερία

Η υγεία των πολιτών είναι μία από τις πιο πολύτιμες πτυχές της ζωής τους. Έρευνες σε πολλές χώρες επανειλημμένα έχουν διαπιστώσει ότι η κατάσταση της υγείας και η θέση εργασίας επηρεάζουν άμεσα τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων. Η κατάσταση της υγείας των πολιτών από μόνη της αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα. Ταυτόχρονα, η επίτευξη και των άλλων διαστάσεων της ευημερίας, όπως η ικανοποιητική θέση εργασίας και το επαρκές εισόδημα, η συμμετοχή στα κοινά, η κοινωνικοποίηση και η εκπαίδευση, αποτελούν επίσης πολύ σημαντικούς παράγοντες. (OECD, 2011)

Η κατάθλιψη και το άγχος είναι κοινά προβλήματα που συναντώνται στην μετέπειτα ζωή των ατόμων και συνδέονται σημαντικά με την νοσηρότητα, έστω και ανεπίσημα. (Walters et al., 2004; Xavier et al., 2003)

Το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι άνθρωποι είναι ένα βασικό συστατικό για την ποιότητα της ζωής τους. Οι επιπτώσεις των περιβαλλοντικών ρύπων στην υγεία είναι σημαντικές, με περίπου το ένα τέταρτο της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών να θεωρείται ότι συνδέεται με τις κακές περιβαλλοντικές συνθήκες. Αλλά το περιβάλλον, επίσης, είναι εγγενώς σημαντικό όταν οι άνθρωποι αποδίδουν σημασία στην ομορφιά και στην καθαριότητα του τόπου στον οποίο ζουν. (OECD, 2011)

## Μελέτες για την κατάθλιψη και την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων

Οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες που έχουν καταγραφεί, καταγίνονται μόνο με τις δημογραφικές και κοινωνικό – οικονομικές συνιστώσες, που καθορίζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Όμως, η είσοδος στην τρίτη ηλικία φαίνεται να συνοδεύεται από μία σειρά κοινωνικό – οικονομικών και ψυχο – σωματικών μεταβολών. (Βοζικάκη & Μπορμπουδάκη, 2005) Αποτελεί βασικό συστατικό, η ανάδειξη της προσωπικής αντίληψης του επιπέδου ικανοποίησης από τη ζωή και της υποκειμενικής ευεξίας, για τη διαμόρφωση της εκτίμησης της ποιότητας της ζωής και της υγείας. (Benyamini et al., 2003)

Ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό έχει υλοποιήσει τα τελευταία έτη, ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες στους ηλικιωμένους επισκέπτες των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) της χώρας. Στις έρευνες αυτές, τα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμαίνονται μεταξύ 6% και 39,4%, αναλόγως τον τόπο και το εργαλείο, το οποίο χρησιμοποιείται. (Παγοροπούλου – Αβεντισιάν, 2000; Παγοροπούλου – Αβεντισιάν και συν., 2000) Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στην Πάτρα, το 2012, ανέδειξε συμπτώματα κατάθλιψης βάσει του διαγνωστικού εργαλείου GDS-15, σε ποσοστό 45% (36% μέτρια και 9% σοβαρά) του υπό μελέτη ηλικιωμένου πληθυσμού. (Αργυρόπουλος και συν., 2012)

Μελέτη που υλοποιήθηκε το 2013 από τη Τζονιχάκη και τους συνεργάτες της, αναδεικνύει τη σχέση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων με την αντίληψη τους, όσον αφορά την ικανοποίηση για τη ζωή ( $p < 0.0001$ ). Επίσης, η παρούσα έρευνα αναδεικνύει το γεγονός ότι, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου αποτελεί ένα επιπλέον σημαντικό παράγοντα ευεξίας και ικανοποίησης της ζωής, που αντλεί το ηλικιωμένο άτομο από την καθημερινή του ζωή, συμβάλλοντας στη μείωση των καταθλιπτικών του συμπτωμάτων.

Πτυχιακή μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη, χρησιμοποιώντας ως εργαλείου την ημι-δομημένη συνέντευξη σε ηλικιωμένους 75 ετών και άνω, υποστηρίζει ότι η κύρια τάση των ηλικιωμένων είναι ότι αισθάνονται υγιείς, μέχρι του ορίου που τα προβλήματα υγείας, δεν παρεμποδίζουν την αυτονομία και την λειτουργικότητα τους. (Παπαδόπουλος & Σμυρνιωτάκη, 2012)

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2014, μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων, έγκλειστων σε κλειστές δομές φροντίδας και ηλικιωμένων σε ανοιχτές δομές φροντίδας, διαπιστώθηκε πως αρκετά μεγάλο ποσοστό εξ αυτών πάσχει από κάποια μορφή κατάθλιψης, τόσο στις κλειστές όσο και στις ανοιχτές δομές. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα διαφοροποιούνταν αναλόγως τη δομή και το φύλο. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το κάπνισμα φάνηκαν επίσης, να επηρεάζουν σημαντικά τα ποσοστά κατάθλιψης. (Ζήντρου και συν., 2014)

Το φύλο αποτελεί ένα επιπλέον σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα, όπως έχει αναδείξει η βιβλιογραφία. Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και νιώθουν περισσότερη μοναξιά και κατάθλιψη από τους άνδρες λόγω των προβλημάτων υγείας τους, τους φυσικούς περιορισμούς, την κοινωνική αδράνεια. (Arber & Ginn, 1994; Beal, 2006; Bergdahl et al., 2007; Borgil et al., 2006; Carpiniello, Carta & Rudas, 1989; Jacobs, 1996; Kirchengast & Haslinger, 2008) Άλλωστε, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής και να συμπληρώνουν χαμηλότερα ποσοστά μοναξιάς από τους υπερήλικες. (Borg et al., 2006; Butler & Ciarrochi, 2007; Luanaigh & Lawlor, 2008) Οι υπερήλικες επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη διαδικασία της γήρανσης και ως εκ τούτου φαίνεται να έχουν περισσότερες αναπηρίες και φυσικούς περιορισμούς, με αποτέλεσμα η έλλειψη αυτονομίας να τους στερεί τη δυνατότητα να συμμετέχουν στις κοινωνικές δραστηριότητες και στις φιλικές συναναστροφές που απολάμβαναν τα προηγούμενα χρόνια. (Berglund, & Ericsson, 2002; Xavier et al., 2003) Η σημαντικότητα της λειτουργικότητας έγκειται στο ότι δίνει στο άτομο ανεξαρτησία μέσα στην καθημερινότητα και δεν το περιορίζει στην κοινωνική και προσωπική του ζωή (Υφαντόπουλος και συν., 2001; Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007)

Επιπλέον, οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, αλλά αναφέρουν περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα και συμβουλευονται τους επαγγελματίες της υγείας πιο συχνά, λαμβάνοντας θεραπεία σε μεγαλύτερο βαθμό, από ό, τι οι άνδρες. (Swedish National Institute of Public Health, 2006) Από την άλλη, όσον αφορά την ποιότητα της ζωής, οι άνδρες συνήθως συμπληρώνουν υψηλότερα σκορ από τις γυναίκες, οι ηλικιωμένοι εν σχέση με τους υπερήλικες, και οι παντρεμένοι εν σχέση με τους διαζευγμένους και τους/τις χήρους/-ες, αντίστοιχα. Περαιτέρω, οι διαζευγμένοι είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους/τις χήρους/-ες, αλλά δίχως σημασία για τους ίδιους. (Thomopoulou et al., 2010)

Έρευνα που υλοποιήθηκε από τους B. Carpiniello, M. Carta και N. Rudas, το 1989, στην Ιταλία, έδειξε μία αναδυόμενη τάση προς υψηλότερα ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης στους κατοίκους των αστικών κέντρων. Η χηρεία (odds ratio =2.3, xz = 9.7, P < 0.01), η απουσία ενός έμπιστου ατόμου, η ελλιπής εκπαίδευση και οι οικονομικές δυσκολίες (μόνο μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε αστικά κέντρα) συσχετίζονταν σημαντικά με τα ποσοστά της κατάθλιψης.

Αντιθετικά αποτελέσματα ανέδειξε η μελέτη «Depression in the oldest old in urban and rural municipalities» του E. Bergdahl και των συνεργατών του (2007), εφόσον το υπό μελέτη δείγμα στην αγροτική κοινότητα παρουσίασε υψηλότερες καταθλιπτικές τάσεις. Συγκεκριμένα, το 29,2% (106/363) διαγνώστηκε ότι πάσχει από κατάθλιψη. Στην αστική κοινότητα, το 26,9% διαγνώστηκε με κατάθλιψη, ενώ στην αγροτική κοινότητα η συχνότητα έφτασε το 33,9%). Επιπλέον, στην αγροτική κοινότητα οι συμμετέχοντες ηλικίας 85 ετών και άνω είχαν μια υψηλότερη επικράτηση της κατάθλιψης από ό, τι οι συμμετέχοντες στην ίδια ηλικιακή ομάδα στην αστική κοινότητα (37,3% έναντι 16,8%, p = 0,006).

Τα αποτελέσματα της μελέτης του Farquhar, επίσης ανέδειξαν την αντίληψη των ηλικιωμένων που θεωρούν το ίδιο αξιόλογο να έχουν ποιότητα στη ζωή, όσον αφορά την ποιότητα της υγείας τους, και το ίδιο σημαντικό να έχουν κοινωνικές επαφές. (Farquhar, 1995) Στη συγκεκριμένη μελέτη, όταν κλήθηκαν να περιγράψουν την ποιότητα της ζωής τους, οι ερωτηθέντες αυθόρμητα έδωσαν ένα επίθετο, αρνητικό ή θετικό, και έπειτα το δικαιολόγησαν μιλώντας για τη φύση της ζωής τους και όχι μόνο για τα χαρακτηριστικά της. Όπως προέκυψε από τα ευρήματα, οι υπερήλικες περιέγραψαν την ποιότητα της ζωής τους, με πολύ πιο αρνητικούς όρους, από τους νεότερους σε ηλικία. (Farquhar, 1995)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία, το 2003, περίπου το ήμισυ του υπό μελέτη δείγματος (57%), όρισε την ποιότητα της ζωής του, στην τρέχουσα κατάσταση, με θετικές αξιολογήσεις, ενώ το 18% την προσδιόρισε με αρνητικές αξιολογήσεις. Η κύρια πηγή εκείνων που ανέφεραν το αίσθημα ευημερίας σε καθημερινή βάση, ήταν εκείνοι που ασχολούνταν με αγροτικές ή οικιακές δραστηριότητες. Μεταξύ των ερωτηθέντων, η έλλειψη της υγείας ήταν η κύρια πηγή για όσους δήλωναν δυσαρεστημένοι, αν και υπήρχε διαπροσωπική μεταβλητότητα σχετικά με το τι κάθε άτομο θεωρούσε, 'απώλεια της υγείας'. (Xavier et al., 2003; Carpiniello, Carta & Rudas, 1989)

Οι έννοιες της «ευτυχίας», της «χρησιμότητας», ή της «ευημερίας» έχουν μακρά παράδοση ως μέρος των αντιλήψεων για μια καλή ζωή. Η ικανοποίηση για τη ζωή αφορά την αντανakλαστική εκτίμηση του πώς πηγαίνουν τα πράγματα στη ζωή ενός ατόμου, και επιτρέπει την αξιολόγηση για το ποιες περιστάσεις και ποιες συνθήκες της ζωής είναι σημαντικές για την υποκειμενική ευημερία. (Kahneman & Krueger, 2006)

Τέλος, εξίσου σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι, η γενική κατάσταση της υγείας, η φτώχεια και η κατάθλιψη σχετίζονται έντονα, ακόμα και με έναν ανεπίσημο τρόπο, με την ικανοποίηση, που λαμβάνει ο ηλικιωμένος, από τη ζωή. Η οικονομική δυσαρέσκεια, αν και δεν είναι εμφανές, δύναται να προκαλέσει δυσαρέσκεια, ανισότητα και μείωση του προσδόκιμου ζωής. (Xavier et al., 2003; Swedish National Institute of Public Health, 2006)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### Κριτήρια επιλογής του θέματος

Στη σημερινή εποχή, ένα προς δέκα άτομα είναι 60 ετών και άνω, ενώ το 2050 το ποσοστό αυτό θα είναι ένα προς πέντε και το 2150 θα είναι ένα προς τρία άτομα αντίστοιχα. Παρά το προσδόκιμο ζωής και των εξελίξεων στην ιατρική και στις κοινωνικές παροχές προς τους ηλικιωμένους, υπάρχουν ζητήματα ζωτικής σημασίας που εμφανίζονται δημιουργώντας στενάχωρες καταστάσεις, όπως η μοναξιά, η κατάθλιψη, η κοινωνική απομόνωση ή η αμφιλεγόμενη ποιότητα ζωής. (Martin & Sheaff, 2007)

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι κυρίως το φύλο, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία. (Cole & Dendukuri, 2003) Στην Ελλάδα, οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών έχουν καταδείξει σχετικά υψηλά ποσοστά που διαφοροποιούνται από περιοχή σε περιοχή και από πληθυσμό σε πληθυσμό. (Στυλιανοπούλου και συν., 2010)

Η συγκεκριμένη μελέτη αποσκοπεί να συνεισφέρει:

- 1ο. Στην κατανόηση των σκέψεων και των συναισθημάτων των ηλικιωμένων ατόμων, όσων αφορά την ποιότητα για τη ζωή.
- 2ο. Στην πληροφόρηση σχετικά με τη συναισθηματική κατάπτωση και την κατάθλιψη που εμφανίζεται στο γηράσκοντα πληθυσμό.
- 3ο. Στην κάλυψη του βιβλιογραφικού κενού που παρουσιάζεται στην ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία ως προς τις διαδικασίες και τις συναισθηματικές αλλαγές που παρουσιάζει η τρίτη ηλικία.
- 4ο. Στην κάλυψη του βιβλιογραφικού κενού που παρουσιάζεται στην ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία για το συγκεκριμένο Δημογραφικό Διαμέρισμα, εφόσον μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα στο συγκεκριμένο χώρο.

### Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση του επιπολασμού της κατάθλιψης των ηλικιωμένων κατοίκων που είναι εγγεγραμμένοι στο μητρώο του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Γωνιών Μαλεβιζίου.

Με δεδομένο ότι η γήρανση του πληθυσμού αυξάνεται, πολλά προβλήματα υγείας που έχουν αναπτυχθεί με τα χρόνια, πλέον παρουσιάζονται. Περαιτέρω, το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο μειώνεται, με αποτέλεσμα να πλήττεται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, ιδιαιτέρως εκείνων που αντιμετωπίζουν αύξοντα αριθμό προβλημάτων. Εν τέλει, καθώς μειώνεται η ποιότητα ζωής, αντιστρόφως ανάλογα η



«όρεξη για ζωή» ελαττώνεται, με αποτέλεσμα οι δείκτες για εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής να αυξάνονται επικίνδυνα.

Τα Ερευνητικά Ερωτήματα που τέθηκαν κατά την άρση αυτής της έρευνας αφορούν:

- ▶ Ποια είναι τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα;
- ▶ Είναι αυξημένα τα ποσοστά της κατάθλιψης στους κατοίκους τρίτης και τέταρτης ηλικίας μιας αγροτικής περιοχής;
- ▶ Υπάρχει επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων;
- ▶ Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων με την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης;

## Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία της παρούσας μελέτης εναρμονίζεται πλήρως με τους ερευνητικούς κανόνες που τίθενται από την Επιτροπή Δεοντολογίας Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης για την εκπόνηση μεταπτυχιακών εργασιών, αλλά και από τις συναφείς βιβλιογραφικές αναφορές.

Ο πληθυσμός στόχος αφορούσε, όλα τα άτομα 60 ετών και άνω, που κατοικούν στο Δ.Δ. Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου και είναι εγγεγραμμένα στα μητρώα του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών. Τα ηλικιωμένα άτομα ζούσαν είτε αυτόνομα, είτε ημι-αυτόνομα. Ωστε το δείγμα της έρευνας να είναι αντιπροσωπευτικό και αμερόληπτο και να αποφευχθεί συστηματικό λάθος, εφαρμόστηκε κατάλληλη μέθοδος και εφαρμογή δειγματοληψίας. Καθότι, ο ερευνητής επιδίωξε να διασφαλίσει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε όλο τον πληθυσμό του Δημοτικού Διαμερίσματος.

Συγκεκριμένα, ο ηλικιωμένος πληθυσμός της έρευνας, που αναγράφονταν στην απογραφή του 2001, από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, κατά την αφετηρία της έρευνας, ανέρχονταν στα 668 άτομα, συνολικά. Τελικά, όταν ξεκίνησε η μελέτη, αφού πρώτα ζητήθηκε η έγκριση για την υλοποίηση της, τα εγγεγραμμένα ηλικιωμένα άτομα 60 ετών και άνω, στο Κ.Α.Π.Η. του Δ.Δ. Γωνιών έφταναν τα 104 συνολικά (δειγματοληπτικό πλαίσιο) και αποτελούσαν με σχετική ακρίβεια τον πληθυσμό του ορεινού χωριού. Μετά την τελική οριοθέτηση του πληθυσμού, επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας, εφόσον ο πληθυσμός είναι σχετικά μικρός, με μικρή γεωγραφική διασπορά.

Οι εγγεγραμμένοι ηλικιωμένοι μόνιμοι κάτοικοι στο Κ.Α.Π.Η. Γωνιών ήταν 104, από τους οποίους οι 5 απεβίωσαν, κατά τη διάρκεια της έρευνας, άρα  $N=99$ . Δηλαδή, προσδιορίστηκε το ακριβές μέγεθος του πληθυσμού  $N=99$  μονάδες (περιπτώσεις) και το επιθυμητό μέγεθος του δείγματος  $n=99$  περιπτώσεις (100 % του πληθυσμού). Το ποσοστό των δύο φύλων εξ ορισμού, είναι ανάλογο με του συνολικού πληθυσμού των ηλικιωμένων.

Τα κριτήρια των επιλεγθέντων ήταν:

- Ηλικία ίση και άνω των 60 ετών.
- Εγγεγραμμένοι στο μητρώο των μελών του Κ.Α.Π.Η. του Δ.Δ. Γωνιών.
- Μόνιμοι κάτοικοι της αγροτικής περιοχής.
- Η αποδοχή των όρων της μελέτης μετά από την ενημέρωσή τους, για τους σκοπούς της και η έντυπη υπογραφή της συγκατάθεσής τους.

Εξαιρέσεις αποτέλεσαν:

- ✗ τα άτομα που έχουν αλλάξει τόπο κατοικίας και ζουν έξω από τα όρια του Δ.Δ. Γωνιών,
- ✗ οι αποθανόντες,
- ✗ τα άτομα που πάσχουν από εκφυλιστικές ασθένειες και δεν έχουν τη δυνατότητα λογικής σκέψης,
- ✗ οι φροντιστές αυτών
- ✗ και τα κατάκοιτα άτομα.

Ως εκ τούτου, το τελικό δείγμα της μελέτης, μετά την αποχή ορισμένων προσώπων και των περιορισμών - εξαιρέσεων, που εξ αρχής επισημάνθηκαν, είναι N= 78.

## Περιγραφή του ερευνητικού εργαλείου

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο μέτρησης της γηριατρικής κατάθλιψης GDS – 15item. Η κλίμακα «Συντομευμένη Μορφή της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης» (15-item Geriatric Depression Scale / GDS-15), (Sheikh & Yesavage, 1986) (Yesavage, 1992) αποτελεί ένα εργαλείο εκτίμησης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά. (Fountoulakis et al., 1999) Είναι αυτοσυμπληρούμενο, αν και πολλές φορές κρίνεται απαραίτητο να το διαβάζει ο ερευνητής στον συμμετέχοντα. Οι ερωτήσεις εστιάζονται στη ψυχολογική δυσφορία, στις ανησυχίες του ατόμου και στον τρόπο αντίληψης της ποιότητας της ζωής του. Δεν περιέχει ερωτήματα για την εκτίμηση της διεγερτικής ή ψυχωτικής συμπεριφοράς. Η κλίμακα έχει εξεταστεί για εγκυρότητα και αξιοπιστία (Yesavage et al., 1983) σε σχέση με την κλίμακα HRS – D (Hamilton Rating Scale for Depression) και την SDS (Zung Self – Rating Depression Scale). Εμφανίζει υψηλή εσωτερική συνοχή Cronbach's alpha = 0.94. (Fountoulakis et al., 1999) Οι 15 ερωτήσεις της συντομευμένης μορφής της, απαιτούν μόνο μια απάντηση τύπου ΝΑΙ ή ΟΧΙ, και βαθμολογούνται ανάλογα με 1 ή 0. Ως εκ τούτου αποτελεί κλίμακα που εφαρμόζεται με ευκολία στον ηλικιωμένο πληθυσμό. (Montorio & Izal, 1996)

Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS) (έκδοση των 15 σημείων) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης που έχει σχεδιαστεί ειδικά για τους ηλικιωμένους. Αυτή η περιορισμένη μορφή του GDS αναπτύχθηκε το 1986 από τον Sheikh και Yesavage. Το cut-off στη συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί το σκορ 6/7, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν πάντα ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι παρόντα. (Fountoulakis et al., 1999)

Για τη βαρύτητα της κατάθλιψης θα ακολουθηθεί η κατηγοριοποίηση σύμφωνα με την ελληνική στάθμιση της «Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης», όπου 0 – 5 βαθμοί αντιστοιχούν σε «απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων», 6 – 10 σε «μέτρια κατάθλιψη», η οποία υποδεικνύει περαιτέρω ιατρική / ψυχιατρική εκτίμηση, και 11 – 15 σε «σοβαρή κατάθλιψη». (Αργυρόπουλος και συν., 2012; Walters et all., 2004; Lyness et all., 1997; Almedia & Almeida, 1999; Papadopoulos et all., 2005)

Ως προς τη δομική της εγκυρότητα, η διερευνητική παραγοντική ανάλυση των Alvarenga, de Campos Oliveira και Faccenda (2012) ανέδειξε 4 παράγοντες, έναν που αντανακλά την Δυστυχία/Έλλειψη Κινήτρου (ερωτήσεις 1, 5, 7), έναν που αναφέρεται στην Απάθεια/Άγχος (ερωτήσεις 2, 3, 4, 6, 8, 10, 15), έναν που αφορά την Απομόνωση (ερώτηση 9), και τέλος, έναν που αναφέρεται στον Ενθουσιασμό/Απόγνωση-Απελπισία (ερωτήσεις 11, 12, 13, 14). Ο Fountoulakis et all. (1999) επίσης κάνει λόγο για μία παραγοντική ανάλυση τεσσάρων επίσης παραγόντων, τις οποίες επονομάζει (Γνωστική, Συναισθηματική, Λειτουργική και Παράγοντας που αντανακλά την έλλειψη βοήθειας και το φόβο για το μέλλον), αλλά χωρίς να αναφέρει περισσότερες λεπτομέρειες. Οι Mitchell, Mathews, και Yesavage (1993), αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες, το «Γενικευμένο Καταθλιπτικό Συναισθημα» (7 ερωτήσεις), την «Ίκανοποίηση από τη ζωή» (4 ερωτήσεις) και την «Απόσυρση» (3 ερωτήσεις). Έχουν υπάρξει και αρκετές άλλες αναλύσεις, οι οποίες διαφοροποιούνται κάθε φορά. Αρκετές από εκείνες περιλαμβάνουν τη διάσταση της γνωστικής δυσλειτουργίας ή της έλλειψης συγκέντρωσης, και τη διάσταση του άγχους ή της ανησυχίας.

Για την κατηγοριοποίηση της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η ταξινόμηση:

- Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Ήπια κατάθλιψη – τα άτομα θα πρέπει να συγκεντρώνουν 5 έως 6 από τα συμπτώματα. Κατά την υλοποίηση των καθημερινών τους διεργασιών παρουσιάζουν ήπια ανεπάρκεια.
- Μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη – τα άτομα θα πρέπει να συγκεντρώνουν περισσότερα από 5 έως 9 συμπτώματα ή και όλα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθώς και η επιρροή τους στον καθημερινό τρόπο ζωής κυμαίνεται μεταξύ ήπιων και σοβαρών ή-/και επηρεάζουν απόλυτα τον καθημερινό τρόπο ζωής τους. (Μάνου, 2008)

#### **ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

1. Επίμονη θλίψη ή κακή διάθεση, με ή χωρίς θρήνο.
2. Εντονη απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε διάφορες δραστηριότητες, ακόμη και σε εκείνες που συνήθως προκαλούσαν απόλαυση.

#### **ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ**

1. Διαταραχές ύπνου
2. Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό.
3. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας.
4. Διέγερση ή επιβράδυνση των κινήσεων.
5. Αδυναμία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.
6. Αίσθημα αναξιοσύνης, υπερβολικές ή αβάσιμες σκέψεις ενοχής.
7. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου.

## Συγκέντρωση δεδομένων

Πρώτο βήμα για να ξεκινήσει η συγκεκριμένη μελέτη, κοινοποιήθηκε στο συντελεστή του ερωτηματολογίου που το μετέφρασε στην ελληνική γλώσσα, κ. Φουντουλάκη, και στο Δημοτικό Οργανισμό Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας Μαλεβιζίου (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Α.Μ.), ο σκοπός και το αντικείμενο της μελέτης, αιτώντας την έγγραφη έγκριση τους. Στις επιστολές αποσαφηνίστηκε με ακρίβεια η διαδικασία και τα πλεονεκτήματα της μελέτης, ιδίως για τον κοινωνικό λειτουργό του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών, εφόσον θα αποκτούσε άμεση γνώση της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων, η οποία μέχρι σήμερα δεν είναι καταγεγραμμένη. Επιπροσθέτως, τονίστηκε η ανωνυμία των ερωτηματολογίων της μελέτης και η τήρηση της δεοντολογίας, για την πραγματοποίησή της. Από μέρους τους ζητήθηκε, μετά το πέρας της έρευνας, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που θα προκύψουν, να τους γνωστοποιηθούν.

Έπειτα, το μήνα Νοέμβριο πραγματοποιήθηκε η πρώτη επίσκεψη στο Δ. Δ. των Γωνιών Μαλεβιζίου και στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.. Εκεί, αφενός ο τοπικός πρόεδρος και ο κοινωνικός λειτουργός του Κ.Α.Π.Η. κατατοπίστηκαν για την υλοποίηση της έρευνας και το αντικείμενο της, και αφετέρου ο ερευνητής ενημερώθηκε για τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων, εφόσον δεν έχουν δημοσιοποιηθεί πρόσφατα από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Τέλος, πληροφορήθηκε για το εύρος των εργασιών της δομής αλλά και των τοπικών δράσεων και των χαρακτηριστικών του τόπου.

Οι ηλικιωμένοι κάτοικοι της περιοχής ενημερώθηκαν από τον κοινωνικό λειτουργό και τον ιερέα κατά τη Λειτουργία της Κυριακής, για τη διεκπεραίωση της έρευνας. Σε μεταγενέστερο χρόνο, τα ηλικιωμένα μέλη του Κ.Α.Π.Η. τηλεφωνικά κατατοπίστηκαν περαιτέρω για την μελέτη, από την ερευνήτρια και αφού συμφώνησαν να συμμετάσχουν, ορίστηκε ο τόπος και η ακριβής ημερομηνία και ώρα συνάντησης. Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο του Κ.Α.Π.Η., αλλά και στον προσωπικό χώρο, όσων από τους κατοίκους διαμένουν σε υπόμετρο και σε απόσταση, αδυνατώντας να προσέλθουν στο χώρο του κέντρου.

Κατά την ώρα της συνάντησης, πρωταρχικός σκοπός ήταν να αποσαφηνιστεί η αναγκαιότητα της έρευνας, να δημιουργηθεί κλίμα ευχάριστο, να εκδηλωθεί με ευγένεια το κάθε αίτημα, από πλευράς της ερευνήτριας, δημιουργώντας παράλληλα κλίμα εμπιστοσύνης, για να επωφεληθεί τη θετική ανταπόκριση των ηλικιωμένων. Βασική επιδίωξη ήταν η κάθε ερώτηση να προφέρεται με σαφήνεια, καθαρότητα, και σταθερά, ώστε ο ερωτώμενος να μην βρεθεί σε σύγχυση. Χρησιμοποιήθηκε μία φόρμα που περιελάμβανε τα γενικά στοιχεία του ερωτώμενου και το ερωτηματολόγιο GDS – 15 item, μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα, από τον κ. Φουντουλάκη και τους συνεργάτες του, τα οποία συμπληρώθηκαν από τον ερευνητή, αφού ο κάθε ένας ερωτώμενος είχε πρώτα απαντήσει. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης της φόρμας και του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10 με 15 λεπτά. Η διάρκεια της συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκεσε 4 μήνες, από το Δεκέμβριο του 2014, ως τον Απρίλιο του 2015.

Παρακάτω ακολουθεί η ανάλυση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε:

1. Δημογραφικά στοιχεία.

Πρόκειται για μια σειρά εισαγωγικών ερωτήσεων, μέσω των οποίων καταγράφηκαν τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων όπως η κατηγοριοποίηση της ηλικίας, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατοικία και οι σχέσεις με τα παιδιά τους, εφόσον υφίστανται τέκνα.

2. Το Geriatric Depression Scale – 15 item, που ανιχνεύει την καταθλιπτική διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων.

## Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων ξεκίνησε με την εισαγωγή των στοιχείων του ερωτηματολογίου σε σχετική βάση δεδομένων και συνεχίστηκε με τον έλεγχο ακρίβειας της ηλεκτρονικής τους καταχώρησης.

Η παρουσίαση κοινωνικοδημογραφικών περιγραφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε μέσω κάποιων διαγραμμάτων (κυκλικό, ιστόγραμμα και ραβδόγραμμα). Ο έλεγχος Kolmogorov – Smirnov πραγματοποιήθηκε για τη διαπίστωση της κανονικότητας της κατανομής της συντομευμένης κλίμακας του σκορ γηριατρικής κατάθλιψης GDS – 15item (Geriatric Depression Scale). Για τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι μέσων τιμών Mann-Whitney U για δύο ανεξάρτητα δείγματα καθώς και Kruskal-Wallis για περισσότερα από δύο δείγματα.

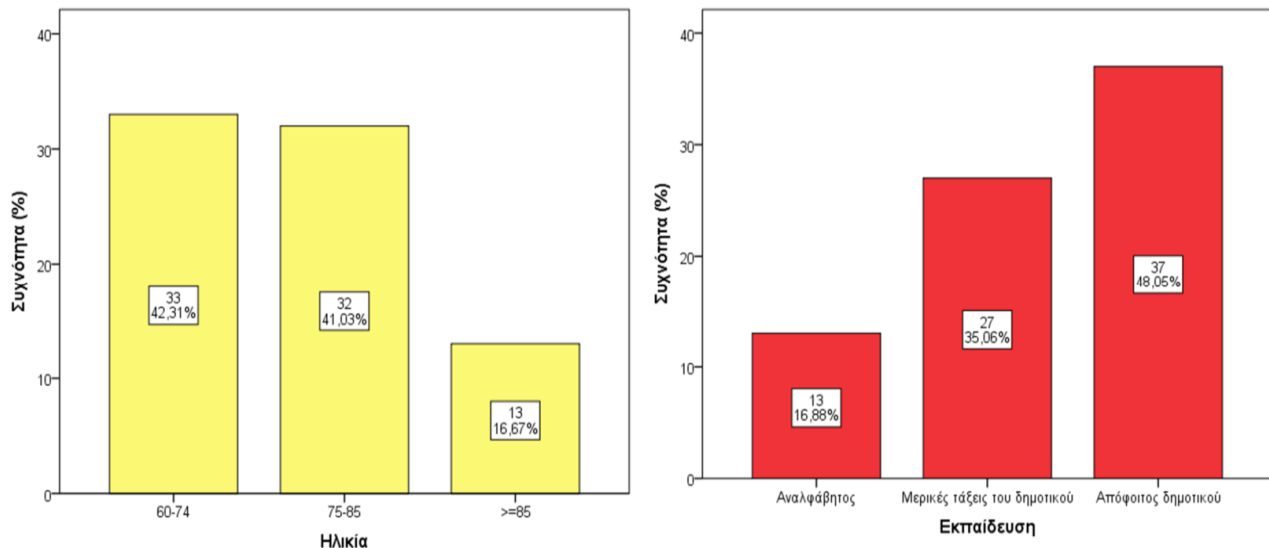
Τέλος, ο έλεγχος  $\chi^2$  (Chi – Square test) ή τον ακριβή έλεγχο του Fisher με τη διόρθωση της μεθόδου του Monte – Carlo (όταν οι παρατηρούμενες συχνότητες στο πίνακα συνάφειας, είναι μικρότερες σ' ένα κελί από 5), χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών και συγκρίνει τις συχνότητες που προκύπτουν σε κάθε κατηγορία των μεταβλητών, με τις αναμενόμενες συχνότητες.

Το σύνολο των ελέγχων της συγκεκριμένης μελέτης έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ενώ η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 21.0.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

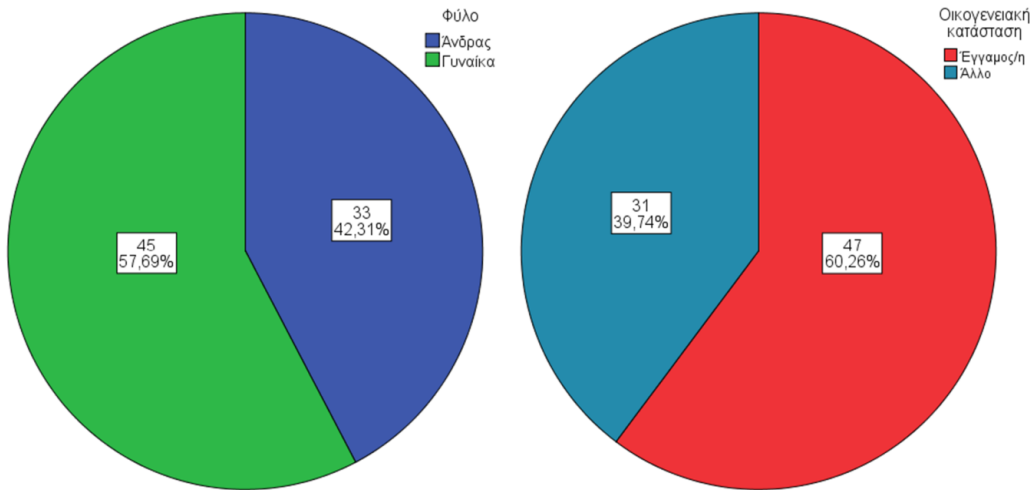
### Περιγραφή δείγματος

Στο δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης για την ανάλυση της γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας *GDS – 15 item* (Geriatric Depression Scale) έλαβαν μέρος 78 ηλικιωμένα άτομα. Από τα οποία, το 42.3% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 60 – 74, το 41.0% στην 75 – 85, ενώ μόλις το 16.7% στην ομάδα των ατόμων ηλικίας από 85 ετών και άνω. Επίσης, περί το ήμισυ του πληθυσμού μας είναι απόφοιτοι δημοτικού (48.0%), ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 16.9% είναι αναλφάβητοι. (Διάγραμμα 1)



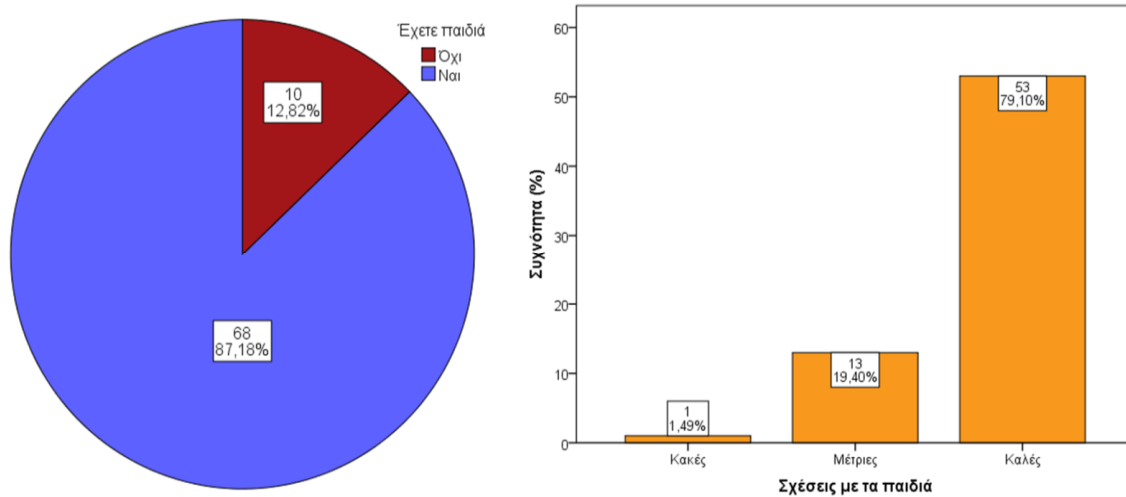
**Διάγραμμα 1.** Κατανομή δείγματος ως προς την ηλικιακή ομάδα και ως προς την εκπαίδευση.

Ακόμη, παρουσιάζεται η πλειοψηφία των ατόμων της τρίτης ηλικίας, να είναι άνδρες με ποσοστό 57.7%, ενώ οι γυναίκες ανέρχονται στο 42.3%. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση δηλώνουν ότι, είναι έγγαμοι με ποσοστό 60.3%, ενώ το 39.7% δηλώνει χήρος-/α, σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι. (Διάγραμμα 2)



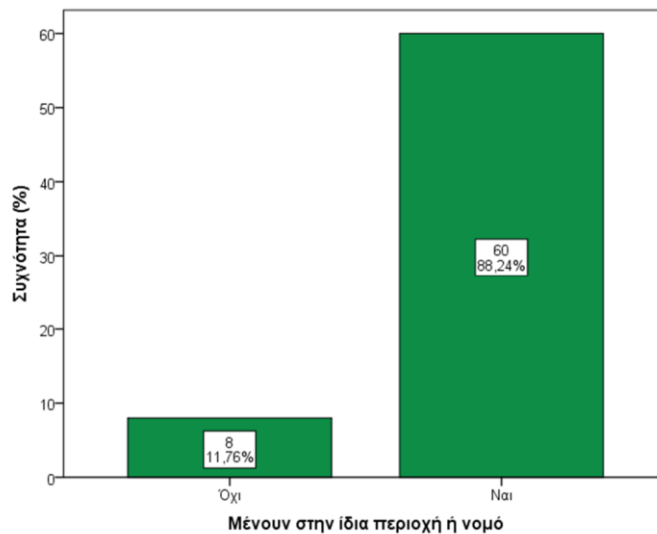
**Διάγραμμα 2.** Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το φύλο.

Το 87.2% από τα άτομα της τρίτης ηλικίας δηλώνουν ότι έχουν αποκτήσει παιδιά, ενώ μόλις το 12.8% δεν έχει αποκτήσει. Επίσης, όσοι από τους παραπάνω έχουν αποκτήσει παιδιά, το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι έχει καλές σχέσεις (79.1%), ενώ μόλις ένα άτομο (1.5%) δηλώνει ότι οι σχέσεις του με εκείνα, δεν είναι καλές. (**Διάγραμμα 3**)



**Διάγραμμα 3.** Κατανομή δείγματος ως προς το εάν έχουν παιδιά και τη σχέσεις τους με αυτά.

Επιπροσθέτως, το 88.2% δηλώνει ότι τα παιδιά του μένουν στην ίδια περιοχή ή νομό, δηλαδή σε κοντινή απόσταση από τον ηλικιωμένο, ενώ μόλις το 11.8% διαμένει σε άλλο νομό. (**Διάγραμμα 4**)



**Διάγραμμα 4.** Κατανομή δείγματος ως προς την διαμονή των παιδιών στην ίδια περιοχή ή νομό.

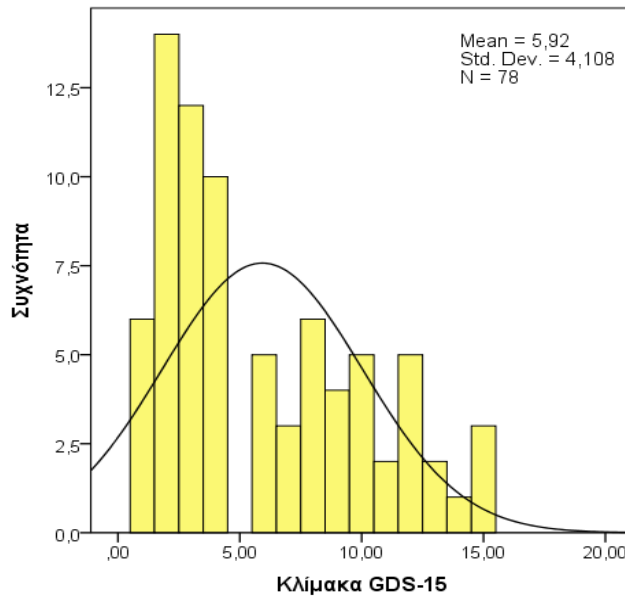
## Περιγραφή γηριατρικής κατάθλιψης με την κλίμακα GDS – 15 (Geriatric Depression Scale)

Ο βαθμός κατάθλιψης εκτιμήθηκε με τη χρήση του αξιολογημένου εργαλείου Geriatric Depression Scale (GDS), το οποίο έχει δημιουργηθεί από τους J.I. Sheikh & J.A. Yesavage, αποτελείται από 15 ερωτήσεις και η εγκυρότητα του στα Ελληνικά, έχει επικυρωθεί από τον κ. Φουντουλάκη και τους συνεργάτες του.

Για μεγαλύτερη αξιοπιστία του εργαλείου επαναλήφθηκε το τεστ δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας και ο συντελεστής συσχέτισης. Ενώ, για τη βαρύτητα της κατάθλιψης, όπως προαναφέρθηκε ακολουθήθηκε η κατηγοριοποίηση των τριών βαθμίδων της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης (0–5, 6–10 & 11–15).

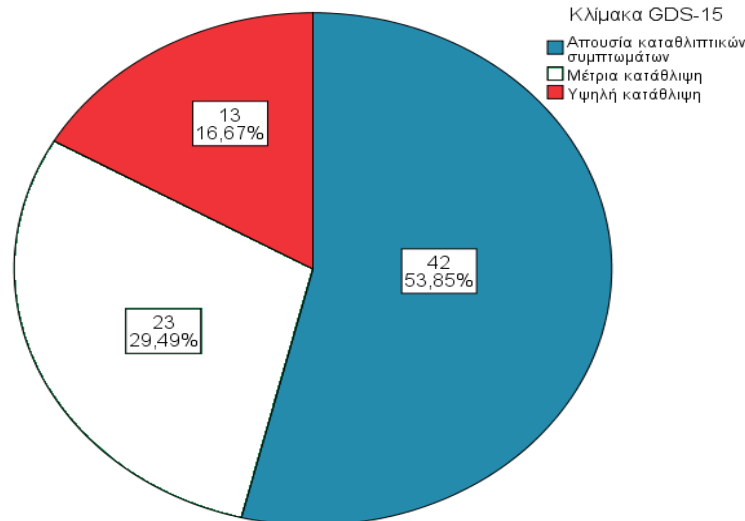
Το μέσο σκορ γηριατρικής κατάθλιψης όπως φαίνεται από το παρακάτω διάγραμμα και συγκεκριμένα από το ιστόγραμμα συχνοτήτων είναι 5.9 ( $5.92 \pm 4.11$ ), επίσης διαγραμματικά φαίνεται η καμπύλη να μην προσεγγίζει την κανονική κατανομή, κάτι που επιβεβαιώνεται από τον έλεγχο κανονικότητας του Kolmogorov – Smirnov ( $p < 0.001$ ). (Διάγραμμα 5)





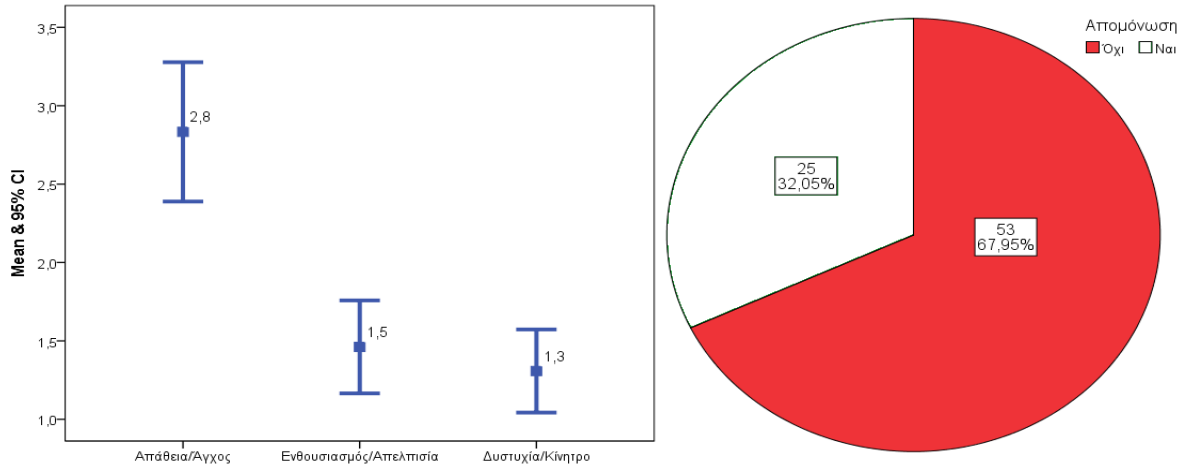
**Διάγραμμα 5.** Κατανομή δείγματος της κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης GDS.

Από το **Διάγραμμα 6** εμφανίζεται ο μισός πληθυσμός της ανάλυσης, περίπου το 53.8%, να μην παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα κατάθλιψης, το 29.5% να παρουσιάζει μία ήπια κατάθλιψη, η οποία χρίζει περαιτέρω διερεύνησης, ενώ το 16.7% να παρουσιάζει μέτρια προς σοβαρά συμπτώματα γηριατρικής κατάθλιψης.



**Διάγραμμα 6.** Κατανομή συχνότητας της κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης GDS.

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση, που ακολουθήθηκε στην παρούσα μελέτη, των Alvarenga, de Campos Oliveira και Faccenda (2012), ανέδειξε 4 παράγοντες, οι οποίοι εμφανίζουν μέσο σκορ για την «Απάθεια/Άγχος» [2.8/7], για τον «Ενθουσιασμό/Απελπισία» [1.5/4] και για τη «Δυστυχία/Ελλειψη κινήτρου» [1.3/3]. Στον παράγοντα της «Απομόνωσης» παρουσιάζεται το 32.0% να νιώθει απόμακρο και φόβο για το μέλλον. (**Διάγραμμα 7**)



**Διάγραμμα 7.** Κατανομή δείγματος ως προς τους παράγοντες της γηριατρικής κατάθλιψης GDS.

## Σχέση κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης GDS και των παραγόντων της με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Στο **Πίνακα 1** παρουσιάζονται οι σχέσεις της κλίμακας της γηριατρικής κατάθλιψης και της βαρύτητας της, σύμφωνα με το εργαλείο του ερωτηματολογίου του *GDS-15*, με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της έρευνας. Φαίνεται ότι, όσοι είναι χήροι/-ες, σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ γηριατρικής κατάθλιψης ( $8.7 \pm 4.0$ ) σε σχέση με τους έγγαμους ( $4.1 \pm 3.0$ ). Όπως, μεγαλύτερη κατάθλιψη παρουσιάζουν οι αναλφάβητοι με μέσο σκορ  $9.5$  ( $9.5 \pm 4.4$ ) σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού ( $4.1 \pm 3.3$ ). Επίσης, οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν αποκτήσει παιδιά φαίνεται να έχουν πολύ υψηλότερο σκορ κατάθλιψης ( $8.9 \pm 4.6$ ) από εκείνους που έχουν αποκτήσει ( $5.4 \pm 3.9$ ).

Περαιτέρω, οι παραπάνω σχέσεις επιβεβαιώνονται και στην κατηγοριοποίηση της γηριατρικής κατάθλιψης, όπου παρουσιάζεται η βαρύτητα της κατάθλιψης. Με αποτέλεσμα, στην οικογενειακή κατάσταση να παρουσιάζουν μέτρια προς υψηλή κατάθλιψη όσοι είναι σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι με ποσοστό αρκετά υψηλό 84.6%, ενώ των έγγαμων κυμαίνεται στο 15.4%. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι αναλφάβητοι εμφανίζουν μέτρια προς υψηλή κατάθλιψη το 46.2% και δεν εμφανίζει κανένα σύμπτωμα κατάθλιψης μόνο το 7.3%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους απόφοιτους δημοτικού που έχουν κάποια παιδεία παραπάνω, κυμαίνονται στο 15.4% και 63.4%. Επίσης, όσοι έχουν παιδιά, έχουν απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε 95.2%, ενώ όσοι δεν έχουν παιδιά το ποσοστό είναι 4.8%. Τέλος, εδώ φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, οριακή βέβαια με το φύλο, αλλά βλέπουμε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης (84.6%) σε σχέση με τους άνδρες (15.4%). (**Πίνακας 1**)

**Πίνακας 1.** Σχέση βασικών κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού με τη κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης GDS.

Κλίμακα GDS						
	GDS	P-value	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (n=42)	Ήπια κατάθλιψη (n=23)	Μέτρια προς Υψηλή κατάθλιψη (n=13)	P-value
	Mean±SD		N (%)	N (%)	N (%)	
Ηλικιακή ομάδα (έτη)		0.113				0.220
<b>60-74</b>	4.7±3.2		22 (52.4)	8 (34.8)	3 (23.1)	
<b>75-85</b>	6.6±4.6		15 (35.7)	9 (39.1)	8 (61.5)	
<b>≥85</b>	7.5±4.2		5 (11.9)	6 (26.1)	2 (15.4)	0.052
Φύλο		0.201				
<b>Ανδρας</b>	5.1±3.2		18 (42.9)	13 (56.5)	2 (15.4)	
<b>Γυναίκα</b>	6.5±4.6		24 (57.1)	10 (43.5)	11 (84.6)	
Οικογενειακή κατάσταση		<0.001*				<0.001*
<b>Έγγαμος/η</b>	4.1±3.0		35 (83.3)	10 (43.5)	2 (15.4)	
<b>Άλλο</b>	8.7±4.0		7 (16.7)	13 (56.5)	11 (84.6)	0.004*
Εκπαιδευτικό επίπεδο		<0.001*				
<b>Αναλόγως</b>	9.5±4.4		3 (7.3)	4 (17.4)	6 (46.2)	
<b>Μερικές τάξεις δημοτικού</b>	6.8±4.0		12 (29.3)	10 (43.5)	5 (38.5)	
<b>Απόφοιτος δημοτικού</b>	4.1±3.0		26 (63.4)	9 (39.1)	2 (15.4)	0.024*
Έχετε παιδιά		0.029*				0.024*
<b>Ναι</b>	5.4±3.9		40 (95.2)	19 (82.6)	9 (62.9)	
<b>Όχι</b>	8.9±4.6		2 (4.8)	4 (17.4)	4 (30.8)	

Συντομογραφίες: Mean= μέση τιμή, SD= τυπική απόκλιση,

\* Στατιστικά σημαντική διαφορά για α=5% επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο Mann – Whitney για δύο ανεξάρτητα δείγματα, τον έλεγχο Kruskal – Wallis για περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα και τον έλεγχο Pearson’s chi-square για κατηγορικά δεδομένα ή τον Fisher exact έλεγχο με τη διόρθωση της μεθόδου του Monte – Carlo.

Όσον αφορά, τους παράγοντες που διαμορφώθηκαν από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση παρουσιάζονται οι γυναίκες ( $3.2 \pm 2.1$ ) να εμφανίζουν ένα μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με τους άνδρες ( $2.3 \pm 1.6$ ). Όσοι είναι χήροι-/ες, σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι εμφανίζουν να έχουν άγχος ( $3.9 \pm 2.1$ ), απελπισία ( $2.1 \pm 1.4$ ) και δυστυχία ( $2.2 \pm 1.0$ ) σε σχέση με τους έγγαμους που τα αντίστοιχα μέσα σκορ είναι 2.1, 1.0 και 0.7. Τώρα, όσοι έχουν αποκτήσει παιδιά δείχνουν να έχουν λιγότερη δυστυχία ( $1.1 \pm 1.1$ ) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν ( $2.4 \pm 1.0$ ), ενώ οριακά μη στατιστικά σημαντικές διαφορές φαίνεται να υπάρχουν με το άγχος και την απελπισία, όπου φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα μέσα σκορ όσοι δεν έχουν αποκτήσει παιδιά. **(Πίνακας 2)**

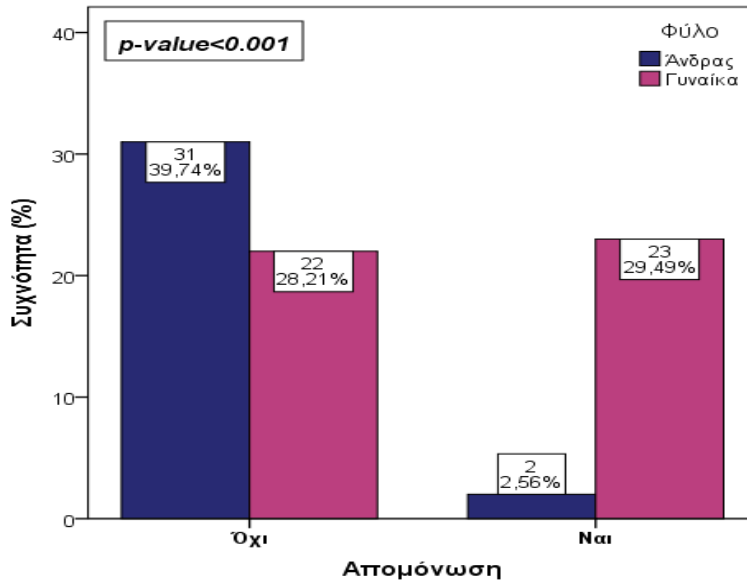
**Πίνακας 2.** Σχέση βασικών κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού με τους παράγοντες της κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης GDS.

Παράγοντες GDS						
	Απάθεια/Άγχος		Ενθουσιασμός/Απελπισία		Δυστυχία/Κίνητρο	
	Mean±SD	P-value	Mean±SD	P-value	Mean±SD	P-value
Ηλικιακή ομάδα (έτη)		0.071		0.234		0.360
<b>60-74</b>	2.1±1.4		1.2±1.2		1.1±1.1	
<b>75-85</b>	3.2±2.1		1.6±1.5		1.3±1.2	
<b>≥85</b>	3.6±2.5		1.7±1.2		1.7±1.2	
Φύλο		0.043*		0.583		0.916
<b>Άνδρας</b>	2.3±1.6		1.5±1.1		1.3±1.1	
<b>Γυναίκα</b>	3.2±2.1		1.4±1.4		1.3±1.2	
Οικογενειακή κατάσταση		<0.001*		<0.001*		<0.001*
<b>Έγγαμος/η</b>	2.1±1.5		1.0±1.1		0.7±0.8	
<b>Άλλο</b>	3.9±2.1		2.1±1.4		2.2±1.0	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		<0.001*		0.025*		0.003*
<b>Αναλφάβητος</b>	4.7±2.0		1.9±1.3		2.2±1.2	
<b>Μερικές τάξεις δημοτικού</b>	3.2±2.0		1.8±1.5		1.4±1.0	
<b>Απόφοιτος δημοτικού</b>	1.9±1.2		1.0±1.1		0.9±1.2	
Έχετε παιδιά		0.081		0.069		0.003*
<b>Ναι</b>	2.7±1.8		1.4±1.3		1.1±1.1	
<b>Όχι</b>	4.0±2.4		2.1±1.4		2.4±1.0	

Συντομογραφίες: Mean= μέση τιμή, SD= τυπική απόκλιση,

\* Στατιστικά σημαντική διαφορά για α=5% επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο Mann – Whitney για δύο ανεξάρτητα δείγματα και τον έλεγχο Kruskal-Wallis για περισσότερα απο δύο ανεξάρτητα δείγματα.

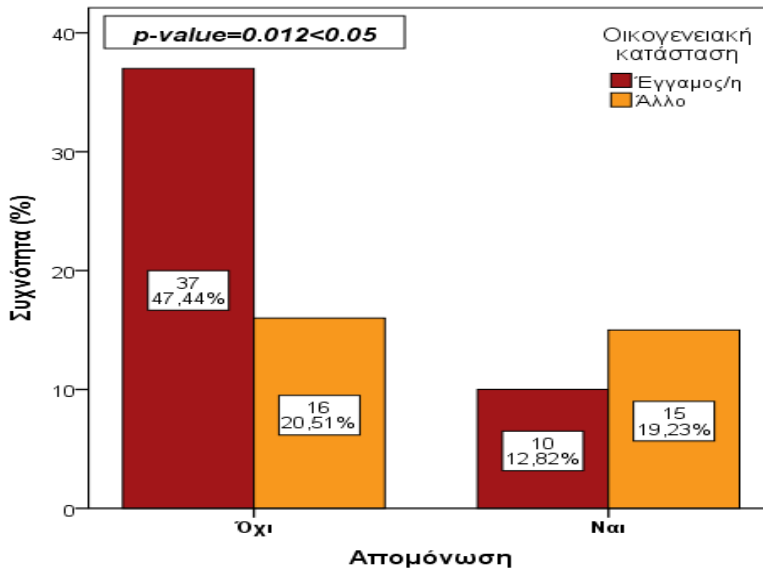
Ο τελευταίος παράγοντας, που σχετίζεται με την αβεβαιότητα για το μέλλον και την απομόνωση, βλέπουμε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα αυτή τη διαταραχή (29.5%), σε σχέση με τους άνδρες (2.6%), που ίσως νιώθουν πιο ασφαλείς και βέβαιοι για το μέλλον τους. (Διάγραμμα 8)



\* Στατιστικά σημαντική διαφορά για  $\alpha=5\%$  επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο Fisher exact.

**Διάγραμμα 8.** Κατανομή συχνότητας του παράγοντα της απομόνωσης σε σχέση με το φύλο.

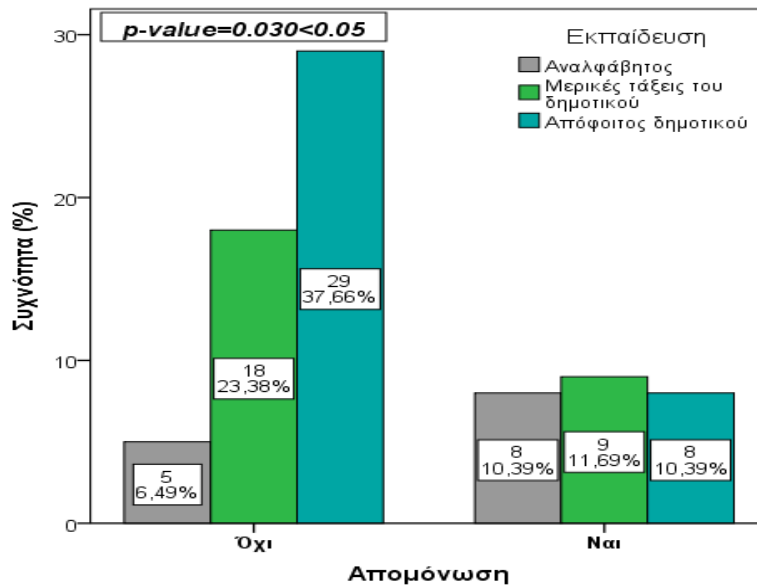
Στο **Διάγραμμα 9** παρουσιάζεται το 19.2% που μπορεί να είναι χήροι/-ες, σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι να εμφανίζουν συμπτώματα απομόνωσης σε σχέση με τους έγγαμους που το ποσοστό τους είναι μικρότερο, 12.8%.



\* Στατιστικά σημαντική διαφορά για  $\alpha=5\%$  επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο Pearson's chi-square.

**Διάγραμμα 9.** Κατανομή συχνότητας του παράγοντα της απομόνωσης σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Τέλος, όσοι είναι απόφοιτοι δημοτικού δεν εμφανίζουν κάποια αβεβαιότητα για το μέλλον, σε ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό της τάξεως του 37.7%, σε σχέση με τους αναλφάβητους, που αγγίζουν μόλις το 6.5%. (Διάγραμμα 10)



\* Στατιστικά σημαντική διαφορά για  $\alpha=5\%$  επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο Fisher exact με τη διόρθωση της μεθόδου του Monte – Carlo.

**Διάγραμμα 10.** Κατανομή συχνότητας του παράγοντα της απομόνωσης σε σχέση με την εκπαίδευση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### Περιορισμοί της μελέτης

Η συστηματική ανασκόπηση των Cole, Bellavance και Mansour, του 1999, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότερες μελέτες αντιμετωπίζουν κάποιους μεθοδολογικούς περιορισμούς, εφόσον οι περισσότεροι βασίζονται σε μικρά δείγματα και τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά μεταξύ τους.

Στην προκειμένη περίπτωση, η μελέτη είναι συγχρονική (cross-sectional study), μη επιτρέποντας τη διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων και την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Το αρχικό δειγματοληπτικό πλαίσιο, το οποίο είχε διαμορφωθεί από τα δημογραφικά στοιχεία του 2001, αποτελούνταν από ένα πληθυσμό 668 ηλικιωμένων και το μετέπειτα του 2011, από 165. Μετά την προσέλευση της ερευνήτριας στο Δημοτικό Διαμέρισμα Γωνιών και στο χώρο του Κέντρου, όπου συνέλλεξε όλα τα διαθέσιμα στοιχεία από τον κοινωνικό λειτουργό του Κ.Α.Π.Η., έγινε αντιληπτό ότι, τα στοιχεία είχαν διαφοροποιηθεί αισθητά κατά τη διάρκεια όλων αυτών των ετών. Με αποτέλεσμα, τη δεδομένη χρονική στιγμή, να είναι εγγεγραμμένα μέλη του Κ.Α.Π.Η. και να κατοικούν μόνιμα στο χωριό 104 ηλικιωμένα άτομα. Στη διάρκεια της μελέτης, 5 εξ αυτών απεβίωσαν.

Γενικότερα, οι ηλικιωμένοι είναι συχνά δύσκολο να συμμετέχουν σε έρευνες που υλοποιούνται στην κοινότητα. Οι ίδιοι είναι απρόθυμοι να απαντήσουν σε προσωπικές ερωτήσεις και σε συναισθηματικής φύσεως προβλήματα που τους απασχολούν. Επιπλέον, οι περισσότεροι δεν αναζητούν θεραπεία σε τέτοιου είδους προβλήματα ή συμβουλευονται εργαζόμενους πρωτοβάθμιας φροντίδας, κι όχι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. (Ρούπα και συν., 2009)

Ως εκ τούτου, το σχετικά μικρό δείγμα περιορίζει τη γενικευσιμότητα και υπογραμμίζει την προσωρινότητα των αποτελεσμάτων, εφόσον αφορά μόνο τον υπό μελέτη πληθυσμό. Με δεδομένο ότι αρκετοί από εκείνους διανύουν την περίοδο της τέταρτης ηλικίας, το δείγμα των ηλικιωμένων της περιοχής, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, διαμορφώνεται και τροποποιείται με τη μετεγκατάσταση ή το θάνατο τους. Συν του ότι, αποτελεί ένας τόπος που έχει ερημώσει, καθώς οι περισσότεροι κάτοικοι νεαρής ή μέσης ηλικίας, μετοικούν σε άλλες περιοχές, κοντινότερες της περιοχής του Ηρακλείου.

Η φύση του εργαλείου εμφανίζει κάποιους περιορισμούς, εφόσον καμία ιατρική πληροφορία, σχετικά με τη χρήση φαρμάκων και την παρουσία ασθενειών, που σχετίζονται με την ηλικία και την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων, δεν συγκεντρώθηκε.

Παρόλα αυτά, δεν αντιμετωπίστηκε δυσκολία στην πρόσβαση των ηλικιωμένων στη μελέτη, εφόσον η απόσταση από το Κ.Α.Π.Η. στο σπίτι τους, ήταν μικρή και σχεδόν όλοι ήταν σε θέση να τη διανύσουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελούνταν από άνδρες (57.7%). Το γεγονός αυτό, σχετίζεται άμεσα με το χρονικό διάστημα που υλοποιήθηκε η μελέτη, δηλαδή κατά τους φθινοπωρινούς και χειμερινούς μήνες. Όπως πληροφορήθηκα, οι οικογένειες των μεμονωμένων ατόμων και κυρίως των γυναικών, που ήταν χήρες και αντιμετώπιζαν πολλαπλά προβλήματα υγείας, τις προέτρεπαν να εγκαταλείψουν τον τόπο τους και να εγκατασταθούν κοντά τους, για να αποφύγουν τις δύσκολες καιρικές συνθήκες του χειμώνα.



Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο περί το ήμισυ του πληθυσμού μας είναι απόφοιτοι δημοτικού (48.0%), ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 16.9% είναι αναλφάβητοι. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει επισημάνει το πολύ υψηλό ποσοστό βασικής εκπαίδευσης, τις περισσότερες φορές και αυτό είναι ανολοκλήρωτο, και το σημαντικό αριθμό αναλφάβητου ηλικιωμένου πληθυσμού. Το εύρημα αυτό είναι σύνηθες σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, που ζουν σε αγροτικές περιοχές στην Ελλάδα. (Αργυριάδου και συν., 2000; Arvaniti et al., 2005; Papadopoulos et al., 2005)

## Συζήτηση σχετικά με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά

Ο μισός αριθμός ατόμων περίπου, του υπό μελέτη πληθυσμού της μελέτης μας, δηλαδή το 53.8%, δεν παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα κατάθλιψης, το 29.5% παρουσιάζει μία μέτρια κατάθλιψη, η οποία χρίζει περαιτέρω διερεύνησης, ενώ το 16.7% παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα γηριατρικής κατάθλιψης.

Οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχική υγεία της μετέπειτα ζωής, ποικίλουν και περιλαμβάνουν, τόσο κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους, όσο και ψυχοσυναισθηματικές. (Klinenberg, 2001; Ghalazeh, 2012)

Στην Ελλάδα, οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης, σε πληθυσμό άνω των 60 ετών, έχουν καταδείξει ποσοστά που κυμαίνονται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία. (Argyriadou et al., 2001; Arvaniti et al., 2005; Papadopoulos et al., 2005; Stylianoπούλου et al., 2010; Mamplekou et al., 2010)

Στο Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ρούβα, σε μελέτη που υλοποιήθηκε από τον κ. Κουτεντάκη το 2008, το 18,2% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα φαίνεται να έπασχαν από ήπιας μορφής καταθλιπτική συνδρομή, ενώ το 8,3% από μέτρια προς βαριάς μορφή κατάθλιψη. Δηλαδή, συνολικά περισσότερο από το ¼ του δείγματος 26,5% (n=132 άτομα) παρουσίαζε κάποιο βαθμό κατάθλιψης. Στο Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων, σε μελέτη που υλοποιήθηκε το 2010, καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε το 30,28% (109 συμμετέχοντες) του δείγματος, που αποτελούνταν από 360 ηλικιωμένα άτομα, ενώ το 22,22% παρουσίασε μέτρια και το 8,06% σοβαρή κατάθλιψη. (Στυλιανοπούλου και συν., 2010)

Στην μελέτη (n=249) των Αργυρόπουλος και συν. (2010), διαπιστώθηκε ότι το 45,2% των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα ΚΑΠΗ του Δήμου Πάτρας, εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης.

Κανένας παράγοντας από μόνος του δεν μπορεί να εξηγήσει αν υπάρχει σύνδεση μεταξύ της πληθυσμιακής πυκνότητας και της ψυχικής υγείας. Εξηγήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν παράγοντες, όπως οι διακυμάνσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, στην ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων και ψυχαγωγικών υπηρεσιών, στην εθνικότητα και στον πολιτισμό, στις στάσεις για τα προβλήματα ψυχικής φύσεως, στα ποσοστά της εγκληματικότητας, ή στην καταλληλότητα των διαθέσιμων χώρων στέγασης. (Walters et al., 2004)

Επιπροσθέτως, στη μελέτη μας, αν και είναι οριακά στατιστικά σημαντική η διαφορά (p=0.052), φαίνεται να υπάρχει η τάση, οι γυναίκες να παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης (84.6%), σε σχέση με τους άνδρες (15.4). Το δεδομένο αυτό συνάδει με τις μελέτες στην Ελλάδα και διεθνώς, εφόσον μπορεί τα ποσοστά να κυμαίνονται, αλλά πάντα παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων. (Gourmas et al., 1992; Μιχαηλίδης και συν., 2000; Steffens et al., 2000;

Argyriadou et al., 2001; Kessler, 2003; Σπυρόπουλος και συν., 2004; Alexopoulos, 2005; Arvaniti et al., 2005; Μπαμπάτσικου, 2007; Kurlowicz, & Greenberg, 2007; European Communities, 2008; Στυλιανοπούλου και συν., 2010) Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένες γυναίκες ( $3.2 \pm 2.1$ ) εμφανίζουν ένα μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με τους άνδρες ( $2.3 \pm 1.6$ ), αβεβαιότητα για το μέλλον και απομόνωση (Γυναίκες = 29.5%, ενώ Άνδρες = 2.6%).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά μεταξύ των πολύ ηλικιωμένων (Palsson et al., 2001; Teresi et al., 2001), αλλά η μεγαλύτερη συχνότητα προκύπτει στις γυναίκες, (Κουτεντάκης, 2008) σε όσους αντιμετωπίζουν σοβαρή σωματική αναπηρία, γνωστική εξασθένηση, και χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. (White et al., 1990; Blazer, 2000) Όταν αυτοί οι παράγοντες είναι ελεγχόμενοι, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της ηλικίας. (Blazer et al., 1991) Η 1-έτους συχνότητα εμφάνισης κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι υψηλή στους πολύ ηλικιωμένους, φτάνοντας στο 13% σε αυτές τις ηλικίας των 85 ετών και άνω. (Meller et al., 1996)

Η κατάθλιψη είναι χαρακτηριστική νόσος στα άτομα της τρίτης ηλικίας που λαμβάνουν περίθαλψη από τις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Lyness et al., 1999; Papadopoulos et al., 2005) Εκτιμάται ότι μόνο το 35 – 55% διαγιγνώσκεται από τους ιατρούς του Π.Φ.Υ. (Simon et al., 1995; Wittchen & Pittrow, 2002)

Υψηλά ποσοστά παρουσιάστηκαν και στη μελέτη της Αργυριάδου, το 2001, που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικό δείγμα, όπου το 29,9% των γυναικών και το 19,6% των ανδρών εμφάνισε μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη.

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν 6 έως 8 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητα ζωής. (Arber & Ginn, 1994; Kirchengast & Haslinger, 2008) Σύμφωνα με τους Kirchengast & Haslinger (2008), η χαμηλή ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων γυναικών προκύπτει από τη συμπεριφορά και τους κοινωνικούς παράγοντες. Οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι χήρες, κοινωνικά ανενεργές, έχουν ένα μικρό εισόδημα και πολλά προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα να αισθάνονται απογοητευμένες με τη ζωή τους. (Arber & Ginn, 1994; Kirchengast & Haslinger, 2008)

Η υψηλότερη κατάθλιψη παρουσιάζεται στη μελέτη μας, στον αναλφάβητο πληθυσμό με μέσο σκορ 9.5 ( $9.5 \pm 4.4$ ) σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού ( $4.1 \pm 3.3$ ). Επιπροσθέτως, οι αναλφάβητοι εμφανίζουν υψηλή κατάθλιψη το 46.2% και αβεβαιότητα για το μέλλον το 10.3% ενώ, δεν εμφανίζουν κανένα σύμπτωμα κατάθλιψης μόνο το 7.3%. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους απόφοιτους δημοτικού που έχουν κάποια παιδεία παραπάνω, κυμαίνονται στο 15.4%, 10.3% και 63.4%.

Η εκπαίδευση είναι μια βασική ανάγκη και μια σημαντική φιλοδοξία των ανθρώπων. (OECD, 2011) Έχει μια ισχυρή επίδραση στην ευημερία τους. (Rappoport, 1981) Τα καλύτερα μορφωμένα άτομα ζουν περισσότερο, αναφέρουν καλύτερη κατάσταση υγείας και χαμηλότερη εμφάνιση χρόνιων ασθενειών και αναπηριών. Συμμετέχουν επίσης, πιο ενεργά στην κοινότητα όπου ζουν. (House, Lantz, & Herd, 2005; Miech et al., 2005; OECD, 2011)

Έρευνες καταδεικνύουν ότι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και η υγεία αποτελούν τρεις παράγοντες καταλυτικής σημασίας, για την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Όταν και οι τρεις παράγοντες είναι σε υψηλά επίπεδα, ένας ηλικιωμένος είναι σχετικά δραστήριος και αντλεί ικανοποίηση από τις δραστηριότητες του. (Rappoport, 1981) Οι μελέτες των Harris et al. (2005) και Torija et al. (2007), παρουσιάζουν συσχέτιση μεταξύ της μείωσης της υγείας, της αύξησης της αναπηρίας και της κατάθλιψης.

Επιπλέον, στη μελέτη μας, οι ηλικιωμένοι δηλώνουν ότι, είναι έγγαμοι σε ποσοστό 60.3%, ενώ το 39.7% δηλώνει χήροι-/ες, σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι. Παρουσιάζεται επίσης από τα αποτελέσματα ότι, όσοι είναι χήροι-/ες, σε διάσταση, άγαμοι ή διαζευγμένοι παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ γηριατρικής κατάθλιψης, συμπτώματα απομόνωσης, άγχους, απελπισίας και δυστυχίας, σε σχέση με τους έγγαμους, εύρημα το οποίο επίσης έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα άλλων μελετών. (Ιορδάνου και συν., 2000 & 2001; Κοτταρίδη, 2007; Μπαμπάτσικου, 2007; Licht – Strynka et al., 2007; European Communities, 2008; Gautam, 2011)

Στη μελέτη του Κουτεντάκη (2008), επίσης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης με την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0.043$ ), αφού κατά την κατηγοριοποίηση, η ομάδα που αποτελούνταν από τα άτομα που ήταν σε χηρεία, χωρισμένοι και άγαμοι, εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (38,1%), σε σχέση με την ομάδα των έγγαμων (21,3%).

Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι, οι οποίοι έχουν επαφές με τα παιδιά τους ή το φιλικό τους περιβάλλον, παρουσιάζουν μικρότερη κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά από τους διαζευγμένους και τους χήρους, εφόσον η παρουσία του συντρόφου δίνει μια αίσθηση ασφάλειας. (Drageset, 2004) Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που ζουν κοντά στην οικογένειά τους λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη, εμφανίζουν καλύτερη ψυχική υγεία και χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς. (Drageset, 2004; Tomaka et al., 2006)

Ο θάνατος ή η απομάκρυνση του συντρόφου αλλάζει τους άλλους γύρω και ανεβάζει τα επίπεδα μοναξιάς. (Beal, 2006) Κατά τον Umberson και τους συνεργάτες του (1992), η απώλεια της οικονομικής υποστήριξης από τους συζύγους, είναι εκείνη που πιθανότατα να αυξάνει την ευπάθεια σε διαταραχές άγχους και κατάθλιψης στις χήρες.

Τέλος, το μέσο σκορ για την «Απάθεια/Άγχος», στη μελέτη μας, είναι 2.8/7, για τον «Ενθουσιασμό/Απόγνωση» είναι 1.5/4 και για τη «Δυστυχία/Έλλειψη Κινήτρου» να είναι 1.3/3. Για το παράγοντα της «Απομόνωσης» φαίνεται ότι το 32.0% νιώθει μοναξιά και ταυτόχρονα, φόβο για το μέλλον. Όλα τα παραπάνω όταν υφίστανται σε χαμηλό βαθμό υποδηλώνουν την ύπαρξη ποιότητας ζωής και το αντίθετο, όταν τα ποσοστά είναι αυξημένα. Στην προκειμένη περίπτωση λοιπόν, τα ποσοστά του «Ενθουσιασμού/Απόγνωσης» είναι ιδιαίτερα αυξημένα, όπως και της «Δυστυχίας/ Έλλειψη κινήτρου», ενώ οι λοιποί παράγοντες επίσης δεν περνούν απαρατήρητοι.

Η ικανοποίηση που ένα άτομο νιώθει για τη ζωή αντικατοπτρίζει το βαθμό που εκτιμά ότι έχει επιτύχει ποιότητα σε αυτή. (Calman 1984 in Efklides, 2003). Κατ' ουσίαν, η ικανοποίηση αφορά μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ατόμου, (Stock et al. 1986 in Efklides, 2003) χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως οι ερωτήσεις που αφορούν το μέλλον δεν δείχνουν μια τάση διάθεσης και προσδοκιών.

Η ποιοτική μελέτη των Gabriel & Bowling (2004), διαφοροποιείται των αποτελεσμάτων της έρευνας μας και σημειώνει σχετικά θετικά αποτελέσματα, εφόσον οι 35 από τους 80 συμμετέχοντες ονόμασαν τη ποιότητα ζωής τους συνολικά ως «τόσο καλή, που δεν θα μπορούσε να είναι καλύτερη», ή ως «πολύ καλή».

Στη μελέτη των Adams, Matto και Sanders (2004), η κατηγορία Απόσυρση-Απάθεια-Ενεργητικότητα, που θα μπορούσε να σχετιστεί με την κατηγορία «Δυστυχία/Έλλειψη Κινήτρου» στη μελέτη μας, λαμβάνει την υψηλότερη μέση βαθμολογία για το δείγμα (84,5%). Η «Γνωστική Εξασθένιση», λαμβάνει το επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (66,8%). Στο άλλο άκρο του φάσματος, η απελπισία λαμβάνει χαμηλότερο ποσοστό (40,6%), εν σχέση με τη βαθμολογία των λοιπών παραγόντων από τους ερωτηθέντες.

Στην περίπτωση των Alvarenga, Oliveira & Faccenda (2012) αποδείχτηκε ότι οι χρόνιες ασθένειες σχετίζονται με την παρουσία της κατάθλιψης. Ενώ, ο χαμηλός βαθμός εκπαίδευσης συνέβαλε επίσης, στην έλλειψη κινήτρων και στην απελπισία, κάτι που συνάδει και με τη μελέτη μας.

Η μελέτη που υλοποιήθηκε στη Σιγκαπούρη με τη συμμετοχή 4.253 ηλικιωμένων ατόμων, απέδειξε τέλος, ότι η παρουσία χρόνιων νοσημάτων αυξάνει σημαντικά το αίσθημα της απομόνωσης μεταξύ των ηλικιωμένων (8,8% έναντι 3,5%). (Broekman et al., 2008)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>0</sup> – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και όπως αυτά σχολιάστηκαν και συσχετίστηκαν με τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία, διαπιστώνεται ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι υπο – διαγνωσμένη στην περιοχή Γωνιών. Η δημόσια υγεία των ηλικιωμένων ατόμων του Δημοτικού Διαμερίσματος, είναι επιβαρυνμένη, εφόσον τα ποσοστά της κατάθλιψης βρέθηκαν να είναι αυξημένα. Το γυναικείο φύλο, έδειξε να υπερέχει στα καταθλιπτικά συμπτώματα, αν και ήταν οριακά σημαντικά τα αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, η διαφοροποίηση σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό, ήταν υψηλή.

Η οικογενειακή κατάσταση, και συγκεκριμένα η χηρεία, φάνηκε να επιβαρύνει την ψυχική υγεία, εφόσον χάνοντας τον σύντροφο, μεταβάλλονται πολλές ισορροπίες και απλές καθημερινές ανάγκες, τώρα πρέπει νέοι τρόποι να βρεθούν για να αντιμετωπιστούν. Ιδιαίτερος το γυναικείο φύλο, βρέθηκε να νιώθει σε υψηλά ποσοστά άγχος και απομόνωση, που αφενός η μεταβολή της οικογενειακής τους κατάστασης να ευθύνεται για αυτό, αλλά και αφετέρου γιατί τα παιδιά των περισσότερων κατοίκων ζούσαν αρκετά χιλιόμετρα μακριά. Σε αντίθεση, οι έγγαμοι και όσοι έχουν αποκτήσει παιδιά, αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο να πάσχουν κάποια στιγμή στη ζωή τους, από κατάθλιψη.

Η εκπαίδευση, επίσης αποτελεί, όπως αναρίθμητες μελέτες αναφέρουν, ένα εφόδιο που «ανοίγουν» τους ορίζοντες των ανθρώπων και τους εφοδιάζει με γνώση και βιώματα που σκοπό έχουν να καλυτερεύσουν το σήμερα, αλλά και το αύριο κάθε ατόμου προσωπικά.

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι, το ποσοστό σοβαρής κατάθλιψης είναι μικρό, το οποίο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση και ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι, οι κάτοικοι διαμένουν σε ένα τόπο που πλαισιώνεται από φυσικά στοιχεία, μακριά από το άγχος και τις συνθήκες καθημερινότητας που φθείρουν. Άλλωστε ήταν αξιοσημείωτος ο αριθμός των κατοίκων που βάδιζαν στην τέταρτη ηλικία.

Τέλος, το Geriatric Depression Scale – 15 ερωτήσεων, αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο, όπως φάνηκε και στην παρούσα μελέτη, η οποία αποτελεί μία ενδιαφέρουσα αρχή για περαιτέρω διερεύνηση και σύσταση άλλων μελετών. Οι μελέτες σε αγροτικές περιοχές είναι ελάχιστες στην Ελλάδα, όσον αφορά το συγκεκριμένο αντικείμενο, με αποτέλεσμα οι παράγοντες να μην έχουν διερευνηθεί με λεπτομέρεια, και να υφίστανται υψηλές μεταβολές μεταξύ αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος. Η παρούσα μελέτη αδυνατεί να προβεί σε τέτοιες συσχετίσεις. Παρόλα αυτά, δύναται να διαπιστώσει την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπεριφορών στα ηλικιωμένα άτομα. Οι περιορισμοί και το μικρό δείγμα της μελέτης, δεν επιτρέπουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων σε όλα τα Κ.Α.Π.Η. αγροτικών περιοχών, ενώ επόμενες μελέτες, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν για να προσφέρουν περαιτέρω γνώση και γενίκευση.

Οι επόμενες έρευνες λοιπόν, θα πρέπει να αφιερωθούν στη βελτίωση του εντοπισμού και διαχείρισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όσον αφορά τους ηλικιωμένους. Επιπλέον, το ιατρικό προσωπικό της Π.Φ.Υ. οφείλει να λαμβάνει υπόψη του και να αναγνωρίζει τα συμπτώματα αυτά, ενημερωνόμενο για τις τρέχοντες εξελίξεις. Κάθε συμπεριφορά και κάθε ασυνήθιστο συμβάν, για ένα λειτουργό της υγείας, δύναται να λαμβάνεται υπόψιν, εφόσον η τακτική επαφή του με τον ασθενή, του δίνει τη δυνατότητα να γίνεται γνώστης κάθε αλλαγής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### A. Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αργυριάδου, Σ. Μελισσοπούλου, Χ. Λυγιδάκης, Χ. Χέλης, Λ. Γατούλα, Μ. & Καμινάρη, Δ. (2000) *Η μέθοδος χρήσης ημερολογίου σαν αρχή θεραπευτικής προσέγγισης ασθενών με ψυχικές διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 12(3): 151 – 158.
2. Αργυρόπουλος, Κ. Γουρζής, Φ. & Γελαστοπούλου, Ε. (2012) *Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων*. Ψυχιατρική: Πάτρα. 23 (1), 39–45.
3. Αριστοτέλης (2006) *Ηθικά Νικομάχεια*. Βιβλία Α' – Δ'. Τόμος 1<sup>ος</sup>. μετ. Δημ. Λυπούρη. Ζήτηρος: Αθήνα.
4. Αριστοτέλης (2006) *Ηθικά Νικομάχεια*. Βιβλία Ε' – Κ'. Τόμος 2<sup>ος</sup>. μετ. Δημ. Λυπούρη. Ζήτηρος: Αθήνα.
5. Βοζικάκη. Μ. & Μπορμπουδάκη, Λ. (2005) Ποιότητα ζωής και χρήση υπηρεσιών υγείας σε τυχαίο δείγμα ατόμων άνω των πενήντα στην Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Κρήτης: Ελλάδα.
6. Γαρυφάλλος Γ. (2008) Κατάθλιψη και συνοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου. 5:37- 46.
7. Γεωργιάδη, Ε. (1987) *Μια επιδημιολογική προσέγγιση σε θέματα ηλικιωμένων*. Επιστημονική Έκθεση, Υπ.Υ.Πκ.ΚΑ.
8. Γιουβανάκης, Γ. & Σαχπάζογλου, Α. (2007) *Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου*. Πτυχιακή Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας: Ηράκλειο.
9. Γουρνάς, Γ. (1993). «Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία» στο: Γεωργούση, Ε. Κυριόπουλος, Γ. Σκουτέλης Γ. (επιμ.) Υγεία και Κοινωνική Προστασία) στην Τρίτη Ηλικία. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, σ.161-168.
10. Δανιηλίδου, Ν. Οικονόμου, Χ. Ζαβράς, Δ. Κυριόπουλος, Ι. Γεωργούση, Ε. (2003) *Health and social care in aging population: the case of an integrated care institution in Greece*. International Journal of Integrated Care. Vol. 3. 22 October.
11. Δαρδαβέσης, Ι. (1999) «Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας» στο: Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (επιμ.) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σ. 31- 49.
12. Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος (1982) στο Δαρδαβέσης, 1999 *Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
13. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Μαλεβιζίου 2011 – 2015.
14. Ευκλείδη, Α. (1999) Γήρας και υγεία. Στο Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (επιμ.) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. σελ. 71 – 107.
15. Ζήντρου, Γ. Βασιλοπούλου, Γ. Βακάλη, Χ. Γερογιάννη, Γ. Καμπά, Ε. & Μπαμπάτσικου, Φ. (2014) *Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton*. Το βήμα του Ασκληπιού: Αθήνα. Τόμος 13, Τεύχος 2 (Απρίλιος - Ιούνιος 2014).
16. Ιορδάνου, Π. Μπαμπάτσικου, Φ. Κωνσταντού, Ε. Βρούζου, Ε. & Γκαραγκούνη, Β. (2000) *Απόψεις των ηλικιωμένων σε ιδρύματα φροντίδας για την ανεξαρτησία και την αυτονομία*. Ιατρικά Χρονικά: Αθήνα. 23(12): 625-628.

17. Ιορδάνου, Π. Μπαμπάτσικου, Φ. Κωνσάντου, Ε. Κτενάς, Ε. Κυρίτση, Φ. & Μπέκα, Μ. (2001) *Επισκεπτήριο ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας*. Νοσηλευτική: Αθήνα. 40 (2): 64-69.
18. Κοτταρίδη, Γ. (2007) Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια: ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Στο: *Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών* (επιμ.) Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας το 2006 – Ενότητα 3. ΕΚΚΕ: Αθήνα. 157 – 164.
19. Κουτεντάκης, Κ. (2008) *Διερεύνηση αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης μεταξύ μελών Κ.Α.Π.Η. σε αγροτική περιοχή της Κρήτης*. Μεταπτυχιακή Εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Τμήμα Ιατρικής.
20. Κρεμαλής, Κ. Λεβέντης, Γ. Φλογαίτης, Σ. Υφαντόπουλος, Γ. Σταθόπουλος, Π. Πέτρογλου, Α. Ματθαίου, Α. Αμίτσης, Γ. Κεχρή, Β. Παπαλιού, Ο. & Φαγαδάκη, Ε. (1990) *Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος*. Αθήνα.
21. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (1999β) Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας. Στο *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
22. Μάνου, Ν. (2008) *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Αναθεωρημένη έκδοση. University Studio Press: Αθήνα.
23. Μιχαηλίδης, Ε. Παπανικολάου, Ν. Καυγά – Παλτόγλου, Μπέλλος, Γ. (2000) *Ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία Κέντρου Υγείας*. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου για θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής. Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία. Σύνοδρον: Αθήνα. 276 – 277.
24. Μπαμπάτσικου, Φ. (2007) *Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους*. Διδακτορική διατριβή: Αθήνα.
25. Παγοροπούλου – Αβεντισιάν, Α. (2000) *Το ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο ως υγειονομικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας*. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Επιμ.) *Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής*. Η τρέχουσα εμπειρία στην αυγή της 3ης Χιλιετίας. Σύνοδρον: Αθήνα. 65-79.
26. Παγοροπούλου – Αβεντισιάν, Α. Θεοτοκά, Ι. Λιάππας, Ι. (2000) *Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας μετά τη συνταξιοδότηση: Υγειογενετικοί Παράγοντες*. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία (Επιμ.) *Σύγχρονη Γεροντολογία και Γηριατρική*. Σύνοδρον: Αθήνα. 81 - 88.
27. Παπαδόπουλος, Δ. & Συμυρνιωτάκη, Α. (2012) *Τρόπος ζωής υγιών και αυτόνομων ηλικιωμένων: έμφυλες και χωρικές διαφοροποιήσεις στην Κρήτη*. ΤΕΙ Κοινωνικής Εργασίας Ηρακλείου Κρήτης.: Ηράκλειο.
28. Πολίτης, Α. (2000) *Ψυχικές διαταραχές των Ηλικιωμένων*. Εκλογή: Αθήνα. σελ. 600-603.
29. Ρούπα, Ζ. Τάτσιου, Ι. Τσικληταρά, Ά. Κουλούρη, Α. Νίκας, Μ. Μπισκίνη, Ι. & Σωτηροπούλου, Π. (2009) *Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας: Αθήνα. Vol 1, Issue 2, 61-66.
30. Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
31. Σπυρόπουλος, Α. Παλιώση, Ν. Λεοντάρη, Α. Τόγια, Β. Καρύδη, Τ. Παπακωνσταντίνου, Μ. (2004) Ερευνητική εργασία για την παρουσία κατάθλιψης σε εκατό (100) ηλικιωμένους άτομα των πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. (Κ.Α.Π.Η.) του δήμου Κορυδαλλού. Στο: Ελληνική Γεροντολογία και Γηριατρική Εταιρεία, (Επιμ.) *Σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στη Γεροντολογία και Γηριατρική*. Σύνοδρον: Αθήνα. 209 – 212.
32. Στυλιανοπούλου, Χ. Κουλιεράκης, Γ. Καραγιάννη, Β. Μπαμπάτσικου, Φ. & Κουτής, Χ. (2010) *Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)*. Το βήμα του Ασκληπιού: Αθήνα. Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2010.
33. Τεπέρογλου, Α. (1990) *Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων – Έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ*. ΕΚΚΕ: Αθήνα.
34. Τζονιγάκη, Ι. Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. Κλεφτάρας, Γ. (2013) *Ο ρόλος του επιπέδου λειτουργικότητας, της ικανοποίησης ζωής και των δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου στην*

- καταθλιπτική συμπτωματολογία των ηλικιωμένων. Το Βήμα του Ασκληπιού: Αθήνα. Τόμος 12, Τεύχος 4 (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2013).
35. Τσαούσης, Γ. (1999) *Η κοινωνία του ανθρώπου*. Gutenberg: Αθήνα.
36. Τσαούσης, Γ. και συν. (2007) *Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας. Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών: Αθήνα.
37. Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001) *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: μεθοδολογία μέτρησης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18 (3): 218-229.
38. Φιλαλήτης, Α. (2007) *Σημειώσεις μαθήματος «Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας»*. στο Π.Μ.Σ. «Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας». Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης.

## B. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Abrams, D. (1976) *Analysis of a life-satisfaction index*. J. Gerontol. 24, 470.
2. Abramson, K. Clark, D. Perkins, A. & Arling, G. (2012) *Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents?* Gerontologist, 52, 632-640.
3. Adams, K. Matto, H. & Sanders, S. (2004) *Confirmatory factor analysis of the Geriatric Depression Scale*. The Gerontologist Society of America. Vol. 44. No. 6 818-826.
4. Al Dahan, F. (2005) *Changes in the environment of the elderly of Damascus*. University of Damascus.
5. Alexopoulos, G. (2005) *Depression in the elderly*. Lancet. 365: 1961-1970.
6. Almeida, O. & Almeida, S. (1999) *Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV*. Int J Geriatr Psychiatry. 14:858-865.
7. Al Miladi, A. (2002) *Psychological Dimensions of Elderly*. University Youth Institute, Egypt.
8. Alsharee, A. & Ahmad, A. (1986) *Psychology of the elderly, the nursing of the elderly in Islam*. Abu Dhabi.
9. Alvarenga, M. Oliveira, M. & Faccenda, O. (2012) *Depressive symptoms in the elderly: analysis of the items of the Geriatric Depression Scale*. Acta Paul Enferm. 25(4):497-503.
10. Arber, S. & Ginn, J. (1994) *Women and ageing*. Rev Clin Gerontol. 4: 349-358.
11. Argyriadou, S. Melissopoulou, H. Krانيا, E. Karagiannidou, A. Vlachonicolis, I. & Lionis, C. (2001) *Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece* Family Practice. Fam Pract. 18 (1): 87-91.
12. Arnold, S.B. (1991) *Measurement of quality of life in the frail elderly*. In R.P. Aleles (Ed.), *The concept and management of quality of life in the frail elderly*. New York: Academic Press.
13. Arvaniti, A. Livaditis, M. Kanioti, E. Davis E. Samakouri, M. & Xenidis, K. (2005) *Mental health problems in the elderly in residential care in Greece – A pilot study*. Aging & Mental Health. 9(2): 142 – 145.
14. Baldwin, R. (2000) *Poor prognosis of depression in elderly people: causes and actions*. The Finnish Medical Society Duodecim, Ann Med. 32: 252-256.



15. Beal, C. (2006) *Loneliness in older women: a review of literature*. Issues Ment Health Nurs 27: 795-813.
16. Beekman, A. T., Copeland, J. R., & Prince, M. J. (1999) *Review of community prevalence of depression in later life*. British Journal of Psychiatry, 174, 307–311.
17. Benyamini, Y. Leventhal, E.A. & Leventhal, H. (2003) *Elderly people's ratings of the importance of health – related factors to their self – assessments of health*. Social Science & Medicine, 56, 1661 – 1667.
18. Bergdahl, E. Allard, P. Lundman, B. & Gustafson, Y. (2007) *Depression in the oldest old in urban and rural municipalities*. Aging & Mental Health: UK. 11(5): 570–578. DOI: 10.1080/13607860601086595
19. Berglund, A. & Ericsson, K. (2002) *Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance*. Int J Nurs Pract 9: 112-119.
20. Berkman, L. Berkman, C. Kasl, St. Freeman Jr. D. Leo, L. Ostfeld, A. Cornoni – Huntley, J. & Brody, J. (1986) *Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly*. American Journal of Epidemiology. Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. 124 (3): 372 – 388.
21. Beyaztas, F. Kurt, G. & Bolayir, E. (2012) *Life satisfaction level of elderly people: a field study in Sivas, Turkey*. J Pak Med Assoc. JPMA 62: 221-225.
22. Birren, J. & Dieckmann, L. (1991) *Concepts and Content of Quality of Life in Later Years: An overview*. In: JE Birren, et al., editors. *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press. p. 344-360.
23. Blazer, D. Burchett, B. Service, C. & George, L. (1991) *The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration*. J Gerontol Med Sci. 46:M210–M215.
24. Blazer, D. (2000) *Psychiatry and the oldest old*. American Journal of Psychiatry, 157, 1915–1924.
25. Blazer, D. (2003) *Depression in late life: Review and commentary*. Journals of Gerontology Series A Biological and Medical Science, 58, 249–265.
26. Bergdahl, E. Allard, P. Lundman, B. & Gustafson, Y. (2007) *Depression in the oldest old in urban and rural municipalities*. Aging & Mental Health. 11:5, 570–578.
27. Borg, C. Hallberg, I. & Blomqvist, K. (2006) *Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects*. J Clin Nurs 15: 607-618.
28. Borgil, G. Jakobsson, U. Edberg, A. & Hallberg, I. (2006) *Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence*. Health Soc Care Community 14: 36-146.
29. Bowling, A. & Brazier, J. (1995) *'Quality of life' in social science and medicine*. Elsevier Science: Great Britain. Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 10, pp. 1337-1338, 1995.
30. Bowling, A. (1995) *Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement*. In *Measuring Disease. A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Open University Press, Milton Keynes.
31. Bowling, A. (2002) *The principles of research. In research methods in health: investigating and health services*. 2nd edition. University Press: Philadelphia. Pp.133 – 162.
32. Bowling, A. Hankins, M. Windle, G. Bilotta, C. & Grant, R. (2013) *A short measure of quality of life in older age: the performance of the brief Older Persons Quality of Life Questionnaire (OPQOL-brief)*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 56, 181-187.
33. Brink, J. & Mc Dowd, J. (1999) *Aging and selective attention: an issue of complexity or multiple mechanisms?* The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 54(1), 30-33.

34. Broekman, B. Nyunt, S. Niti, M. Jin, A. Ko, S. Kumar, R. et all. (2008) *Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an Asian population*. J Affect Disord. 108(3):285-90.
35. Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007) *Psychological acceptance and quality of life in the elderly*. Qual Life Res 16: 607-615.
36. Carpinello, B. Carta, M. & Rudas, N. (1989) *Depression among elderly people – A psychosocial study of urban and rural populations*. Acta Psychiatr Scand. 1989:80:445-450.
37. Cole, M. Bellavance, F. & Mansour, A. (1999) *Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis*. Am J Psychiatry. 156: 1182–9.
38. Cole, M. & Dendukuri, N. (2003) *Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta – analysis*. Am J Psychiatry. 160: 1147 – 1156.
39. Cole, M. & Yaffe, M. (1998) *Pathways to psychiatric care of the elderly with depression*. Int J Geriatr Psychiatry 11: 157-61.
40. Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute of Futures Studies: Stockholm.
41. Denham, M. (1983) Assessment of quality of life. In *Care of the Long-stay Patient* (Edited by Denham M. J.). Croom Helm: Beckenham.
42. Diener, E. Suh, E. Lucas, R. & Smith, H. (1999) *Subjective well-being: Three decades of progress*. Psychological Bulletin, 125, 276-302.
43. Drag, L. & Bieliauskas, L. (2010) *Contemporary Review 2009: Cognitive Aging*. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 23(2), 75–93.
44. Drageset, J. (2004) *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes*. Scand J Caring Sci. 18: 65-71.
45. Efklides, A. Kalaitzidou, M. & Chankin, G. (2003) *Subjective Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging*. European Psychologist. 8 (3): 178-191.
46. Erikson, E. (1950) *Childhood and Society*. New York: Norton.
47. European Commission (2006) *Communication from the European Commission – The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*. European Commission: Brussels.
48. European Communities (2008) *Consensus Paper: Mental Health in Older People*. Διαθέσιμο από:  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/consensus\\_older\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf)
49. Farquhar, M. (1995) *Elderly people's definitions of quality of life*. Elsevier: Great Britain. Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 10, pp. 1439-1446.
50. Fergus I. (1992) *Human memory. The handbook of aging and cognition*. Jennings, Janine M. Craik, Fergus I. M. (Ed). Hillsdale: NJ. England: Lawrence Erlbaum Associates. 586 pp.
51. Fernández-Ballesteros, R. (1997) Quality of life: concept and assessment. In: J Adair, D Belanger, K Dion, editors. *Advances in Psychological Science*. Vol I: Social, Personal and Cultural Aspects. Psychological Press.
52. Fernández-Ballesteros, R. Hambleton, R. & Van Vijver, F. (1999) Protocol adaptation procedures. In: JJF Schroots, R Fernández-Ballesteros, R Rudinger, Editors. *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press. p. 169-184.
53. Fountoulakis, K. Tsolaki, M. Iacovdies, A. Yesavage, J. O'Hara, R. Kazis, A. & Ierodiakonou, C. (1999) *The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece*. Aging: Milano. Clinical and Experimental Research. 11, 367-372.
54. Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004) Quality of life from the perspectives of older people. (ed.) *Ageing & Society*. Cambridge University Press: United Kingdom. 24, 675–691. DOI: 10.1017/S0144686X03001582

55. Gautam, R. (2011) *Geriatric Depression Scale for community-dwelling older adults in Nepal*. Asian Journal of Gerontology & Geriatrics. Vol.6 :93–99.
56. George, L. & Bearon, L. (1980) *Quality of Life in Older Persons: Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press.
57. Georgiadi, E. (1985) *Greece : Social Protection of the aged*. Scientific Report. Ministry of Health.
58. Ghalazeh, R. (2012) *Ο τρόπος ζωής και το ηθικό των ηλικιωμένων*. Διαπολιτισμική Μελέτη. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης: Θεσ/κη.
59. Gournas, G. Madianos, M. & Stefanis, C. (1992) *Psychological functioning and psychiatric morbidity in an elderly urban population in Greece*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 242 (2-3): 127 – 134.
60. Harris, T. Cook, D. Victor, C. DeWilde S. & Beighton, C. (2006) *Onset and persistence of depression in older people – results from a 2-year community follow-up study*. Age and Aging. 35: 25-32. doi:10.1093/ageing/afi216
61. Haug, M. (1983) Anatomical changes in the aging brain: morphometric analysis of the human prosencephalon. In Cervos-Nacarro J., Sarkander H. (Eds.), *Brain Aging Neuropathology and Neuropharmacology* (pp. 1–12). New York: Raven Press.
62. Haug, M. & Folmar, S. (1986) *Longevity, Gender, and Life Quality*. Journal of Health and Social Behavior. 27: 332-345.
63. Haug, M. & Eggers, R. (1991) *Morphometry of the human cortex cerebri and corpus striatum during aging*. Neurobiology of Aging, 12(4), 336-338.
64. House, J. Lantz, P. & Herd, P. (2005) *Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: Evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 Americans' Changing Lives study*. Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B (Special Issue II), 15–26.
65. Helliwell, J. (2008) *Life Satisfaction and the Quality of Development*. NBER Working Paper. 14507.
66. Hess, T. (Ed.) (1990) *Ageing and Cognition. Knowledge Organization and Utilization*. North Holland.
67. Hooyman, A. & Kiyak, B. (1996) *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective*, 4<sup>th</sup> Edition. Allyn & Bacon: U.S.A.
68. Hutten, J. & Kerkstra, A. (eds.) (1996) *Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing*. NIVEL. Arena: England.
69. Hybels, C. Blazer, D. (2003) *Epidemiology of late-life mental disorders*. Clin Geriatr Med.:19:663-96.
70. Isaoi, A. (1989) *Old age disorders and their treatment*. Lebanon: The Arabic boom.
71. Jacobs, S. (1996) *The grief experience of older women whose husbands had hospice care*. J Adv Nurs 24: 280-286.
72. Kahneman, D. & Krueger, B. (2006) *Developments in the Measurement of Subjective Well-Being*. Journal of Economic Perspectives. 20 (1).
73. Kane, R. Kling, K. Bershadsky, B. et al. (2003) *Measuring quality of life of nursing home residents*. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 58, 240-248.
74. Kessler, R. (2003) *Epidemiology of women and depression*. Journal of Affective Disorders. 74(1): 5-13.
75. Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008) *Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis*. Gender Med 5: 270-278.
76. Klinenberg, E. (2001) *Dying alone. The social production of urban isolation*. Ethnography. 2001;2: 501–531.

77. Koyama, A. Fukunaga, R. Abe, Y. Nishi, Y. Fujise, N. & Ikeda, M. (2014) Item non-response on self-reported depression screening questionnaire among community-dwelling elderly. Elsevier: Japan. *Journal of Affective Disorders* 162 (2014) 30–33.
78. Kurlowicz, L. & Greenberg, S. (2007) *The Geriatric Depression Scale (GDS)*. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Διαθέσιμο από <http://www.consultgerirn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf>
79. Kutner, N. et al., (1992) *Measuring the quality of life of the elderly in health promotion intervention clinical trials*. Public Health Reports. Vol. 107, no 5, 530-40.
80. Laslett, P. (1989) *A fresh map of life: the emergence of the third age*. Weidenfeld & Nicolson: London.
81. Lawton, M. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3-27). San Diego, CA: Academic Press.
82. Lawton, M. (1997) *Measures of Quality of Life and Subjective Well-Being*. *Generations*. 21, 1: 45-48.
83. Licht-Strunka, E. Windta, D. Marwijk, H. Haana, M & Beekman, A. (2007) The prognosis of depression in older patients in general practice and the community: A systematic review. *Fam Pract*. 24: 168-180.
84. Lovelace, E. (Ed.) (1990) *Ageing and Cognition, Mental Processes, Self Awareness and Interventions*. North Holland.
85. Luanaigh, C. & Lawlor, B. (2008) Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
86. Lyness, J. Noel, T. Cox, C. King, D. Conwell, Y. & Caine, E. (1997) *Screening for depression in elderly primary care patients. A comparison of the centre for epidemiological studies scale and the geriatric depression scale*. *Arch Intern Med*. 157: 449–454.
87. Lyness, J. Caine, E. King, D. Cox, C. & Yoediono, Z. (1999) *Psychiatric disorders in older primary care patients*. *J Gen Intern Med*. 14:249–254.
88. Mamplekou, E. Bountziouka, V. Psaltopoulou, T. Zeimbekis, A. Tsakoundakis, N. Papaerakleous, N. et al (2010) *Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean Islands Elderly) study*. *J Nutr Health Aging*. 14: 449-455.
89. Martin, J. & Sheaff, M. (2007) The pathology of ageing: concepts and mechanisms. *J Pathol*. 211: 111 – 113.
90. Meller, I. Fichter, M. & Schroppel, H. (1996) *Incidence of depression in octo- and nonagenarians: results of an epidemiological follow-up community study*. *Europ Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 246:93–99.
91. Mendola, W. & Pelligrini, R. (1979) *Quality of Life and coronary artery bypass surgery patients*. *Social Science and Medicine*. 13A: 457-92.
92. Michalak, E. Wilkinson, C. Hood, K. Srinivasan, J. Dowrick, C. & Dunn, G. (2002) Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. Results from the north Wales arm of the Odin project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 567–571.
93. Michalos, A. & Zumbo, B. (2000) *Criminal Victimization and the Quality of Life*. *Social Indicators Research*. 50: 245 – 295.
94. Mitchell, J. Mathews, H. & Yesavage, J. (1993) *A multidimensional examination of depression among the elderly*. *Aging: Milano*. 15, 198–219.
95. Miech, R. Eaton, W. & Brennan, K. (2005) *Mental health disparities across education and sex: A prospective analysis examining how they persist over the life course*. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*. 60B (Special Issue II). 93–98.

96. Mollenkopf, H. & Walker, A. (Eds.) (2007) *Quality of life in old age: International and multi-disciplinary perspectives*. Social Indicators Research Series, Volume 31. Springer.
97. Montorio, I. & Izal, M. (1996) The Geriatric Depression Scale: A review of its development and utility. *Int Psychogeriatrics*. 8: 103 – 112.
98. Mortenson, L. Meyers, A. & Humphreys, G. (2006) *Age-related effects on speech production: a review*. *Language and Cognitive Processes*, 21(1), 238-290.
99. Mulsant, B. & Ganguli, M. (1999) Epidemiology and Diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*: 60, S20:9-15.
100. National Institute of Aging (2006) *Aging under the microscope: a biological quest*. NIH Publication No. 02 – 2756.
101. Nygren, B. Alex, L. Jonsen, E. Gustafson, Y. Norberg, A. & Lundman, B. (2005) *Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old*. *Aging and Mental Health*. 9, 354–362.
102. OECD (2011) *Quality of life*. Compendium of OECD Well-Being Indicators. OECD: Paris.
103. OECD (2013) *Health at a Glance 2013 – OECD indicators*. OECD: Paris.
104. Oeppen J. & Vaupel J. (2002) Broken Limits to Life Expectancy. *Science Magazine*. Vol.296
105. Palsson, S. & Skoog, I. (1997) *The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review*. *Int Clin Psychopharmacol*.:12, S7:S3-13.
106. Palsson, S. Ostling, S. & Skoog, I. (2001) *The incident of the first onset depression in a population in followed from the age of 70 to 85*. *Psychol Med*. 31: 1159 – 1168.
107. Papadopoulos, F. Petridou, E. Argyropoulou, S. Kontaxakis, V. Dessypris, N. Anastasiou, A. et al. (2005) *Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 20:350–357.
108. Patterson, W. (1975) *The quality of survival in response to treatment*. *Journal of the American Medical Association*. 233: 280-1.
109. Prince, M. Harwood, R. Thomas, A. & Mann, A. (1998) *A prospective population-based cohort of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression*. The Gospel Oak Project VII. *Psychol Med*. 28: 337-50.
110. Rappaport, J. (1981) *In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention*. Presidential address to the Division of Community Psychology of the American Psychological Association. Published in the *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.
111. Rennemark, M. & Hagberg, B. (1999) *Gender specific associations between social networks and health behaviour in old age*. *Aging and Mental Health*. 3 (4): 320-327.
112. Ryff, C. (1989) *In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults*. *Psychology and Aging*, 4(2), 195-210.
113. Salvatore, T. (2000) *Elder Suicide: A preventable tragedy*. *Caring: National Association for Home Care Magazine*.19:34-37.
114. Schoevers, R. Beekman, A. Deeg, D. Hooijer, C. Jonker, C. & Van Tilburg, W. (2003) *The natural history of late-life depression: Results from the Amsterdam study of the elderly (AMSTEL)*. *Journal of Affective Disorders*. 76, 5–14.
115. Seth, J. (1889) *The Evolution of Morality*. *Mind*. 14, 53: 27-49.
116. Sheikh, J. & Yesavage, J. (1986) *Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version*. *Clin Gerontologist*, 5: 165 – 173.
117. Sherwood, S. Ruchlin H. & Sherwood C. (1996) *Continuing Care Retirement Communities*. Baltimore: John Hopkins University Press.

118. Shimada, H. Park, H. Makizako, H. Doi, T. Lee, S. & Suzuki, T. (2014) *Depressive symptoms and cognitive performance in older adults*. Elsevier: Japan. Journal of Psychiatric Research xxx 1-8.
119. Shookner, M. (1999) *Quality of life in Ontario*. Ontario Social Development Council. <http://www.qli.spno.ca/english1/reports/qlispring99.html>
120. Simon, G. Von Korff, M. & Barlow, W. (1995) *Health care costs of primary care patients with recognized depression*. Arch Gen Psychiatry. 52: 850–856.
121. Smith, A. (2000) *Researching quality of life of older people: concepts, measures and findings*. Centre for Social Gerontology. Working Paper No 7. Keele University: Staffordshire.
122. Steffens, D. Skoog, I. Norton, M. Hart, A. Tschanz, J. Plassman, B. et al. (2000) *Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: The cache county study*. Archives of General Psychiatry, 57, 601–607.
123. Steverink, N. (2001) *When and why frail elderly people give up independent living: The Netherlands as an example*. Ageing and Society, 21, 45–69.
124. Swedish National Institute of Public Health (2006) *Healthy Ageing: a challenge for Europe*. The Swedish National Institute of Public Health: Stockholm.
125. Teresi, J. Abrams, R. Holmes, D. Ramirez, M. & Eimicke, J. (2001) *Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes*. Soc Psychiatry Epidemiol. 36: 613 – 629.
126. Thomopoulou, I. Thomopoulou, D. & Koutsouki, D. (2010) *The differences at quality of life and loneliness between elderly people*. Biology of Exercise. JBE – Vol. 6.2. <http://doi.org/10.4127/jbe.2010.0037>
127. Tomaka, J. Thompson, S. & Palacios, R. (2006) *The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly*. J Age Health 18: 359-384.
128. Torija, U. Mayor, F. Salazar, G. Buisán, T. & Fernández, T. (2007) *Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados*. Gac Sanit. 21(1):37-42.
129. Townsend, P. & Gordon, D. (1992) *Unfinished statistical business on low incomes? A review of new proposals by the Department of Social Security for the production of public information on poverty*. University of Bristol, Report 3, Statistical Monitoring Unit Series.
130. Umberson, D. Wortman, C. & Kessler, R. (1992) *Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability*. Journal of Health and Social Behaviour. 33(1), 10–24.
131. Van Hooren, S. Valentijn, A. Bosma, H. Ponds, R. Van Boxtel, M. & Jolles, J. (2007) *Cognitive functioning in healthy older adults aged 64-81: A cohort study into the effects of age, sex, and education*. Aging, Neuropsychology, and Cognition, 14(1), 40-54.
132. Walker, A. & Maltby, T. (1997) *Ageing Europe*. Open University Press: Buckingham.
133. Walker, A. (2004) *Quality of life in old age in Europe. Growing older in Europe*. Paperback: New York. Chapter 1. p. 1-29.
134. Walters, K. Breeze, E. Wilkinson, P. Price, G. Bulpitt, C. & Fletcher, A. (2004) *Local Area Deprivation and Urban–Rural Differences in Anxiety and Depression Among People Older Than 75 Years in Britain*. American Journal of Public Health. Vol 94, No. 10, 1768-1774.
135. Weber, G. & Wolfmayr, F. (2006) *The Graz Declaration on Disability and Ageing*, ed. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Wiley Online Library: Vienna. Volume 3. Number 4. pp. 271–276.
136. Welle, R. (1999) *Public Policy and the Quality of Life: How Relevant Is Economics?* Atlantic Economic Journal. 27, 1: 91-114.
137. White, L. Blazer, D. & Fillenbaum, G. (1990) *Related health problems*. In: Cornoni-Huntley J, Blazer D, Lafferty M, Everett D, Brock D, Farmer M, eds. *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*. Bethesda, MD: National Institute on Aging. 70 - 85.

138. Wittchen, H. & Pittrow, D. (2002) *Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study*. Hum Psychopharmacol. 17 (Suppl 1): S1–S11.
139. WHO (1946) *Constitution of the World Health Organization*. New York: W.H.O.
140. WHO (1985) *Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen: W.H.O. – Regional Office for Europe.
141. WHO(2009) *Depression*. Διαθέσιμο από:  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
142. Xavier, F. Ferraz, M. Marc, N. Escosteguy, N. & Moriguchi, E. (2003) *Elderly people's definition of quality of life*. Rev Bras Psiquiatr: Brazil. 2003; 25(1):31-9.
143. Yesavage, J. (1992) *Depression in the elderly: How to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy*. Postgrad Med. 91: 255 – 261.
144. Zumbo, B. & Michalos, A. (2000) *Quality of Life in Jasper. Alberta: Social Indicators Research*. 49: 121-145.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

#### Δημογραφικά Στοιχεία

<b>Φύλο:</b>	Ανδρας			Γυναίκα			
<b>Ηλικία:</b>	60 – 70	70 – 75	75 – 80	80 – 85	85 – 90	90 – 95	95 -100
<b>Οικογενειακή Κατάσταση:</b>	Έγγαμος /η Σε διάσταση Χήρος/α			Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Άλλο			
<b>Εκπαίδευση:</b>	Αναλφάβητος Απόφοιτος Δημοτικού Απόφοιτος Λυκείου			Μερικές τάξεις του Δημοτικού Απόφοιτος Γυμνασίου Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ			
<b>Είστε συνταξιούχος:</b>	Ναι			Όχι			
<b>Κατοικία:</b>	Ιδιόκτητη κατοικία			Ενοίκιο	Φιλοξενία		

Έχετε παιδιά: Ναι  Όχι

Τα παιδιά σας μένουν στην ίδια περιοχή ή στον ίδιο νομό: Ναι  Όχι

Σχέσεις με παιδιά: Καλές  Μέτριες  Κακές



Κλίμακα GDS – 15 (Geriatric Depression Scale)

Fountoulakis, K. Tsolaki, M. Iacovdies, A. Yesavage, J. O’Hara, R. Kazis, A. & Ierodiakonou, C. (1999) *The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece*. Aging: Milano. Clinical and Experimental Research. 11, 367-372.

A/A	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;	0	1
2	Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	1	0
3	Θεωρείται ότι η ζωή σας είναι άδεια;	1	0
4	Βαριέστε συχνά;	1	0
5	Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;	0	1
6	Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	1	0
7	Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;	0	1
8	Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	1	0
9	Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;	1	0
10	Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ’ ότι οι άλλοι;	1	0
11	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;	0	1
12	Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;	1	0
13	Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;	0	1
14	Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;	1	0
15	Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;	1	0

## Β. ΕΓΓΡΑΦΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ  
ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

Γάζι 23/ 10 /2014  
Αρ. Πρωτ.: 2016

Ταχ. Δ/ση: Ν.ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ 11  
Ταχ. Κωδικας : Γάζι 714 14  
Τηλέφωνο : 2810 821505  
FAX : 2810 822945  
Πληροφορίες: Τριγώνη Δήμητρα

ΠΡΟΣ: Α) Κ.Γ.Γ. Αποκεντρωμένης  
Διοίκησης Κρήτης  
Αλμυρού 14 71202 Ηράκλειο

Αποστολή αντιγράφου της 132 /2014 απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου που αφορά:

**«Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας»**

Σας στέλνουμε κυρωμένο απόσπασμα του 18 /2014 πρακτικού συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ., όπου είναι καταχωρημένη η 132 /2014 απόφασή του, σχετικά με το αντικείμενο του θέματος.

Μαζί με το παραπάνω απόσπασμα πρακτικού σας στέλνουμε και αντίγραφο του αποδεικτικού δημοσίευσης της απόφασης, καθώς και τα συνημμένα σε αυτή δικαιολογητικά.

**ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ:**

1.αριθμ. πρωτ. 36 έγγραφο του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ο Πρόεδρος του Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ



ΜΑΡΚΑΤΑΤΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΔΗΜΟΣ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ  
Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ.  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΑΠΟΦΑΣΗ 132 / 2014

ΑΔΑ: ΩΡΩΛΟΛ0Β-ΚΣΤ

Δ/νση :Ν. ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ 11

Ταχ.Κώδ. :71414

Τηλ/Φάξ:2810-821525

Πληρ. :Τριγώνη Δήμητρα

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ 18 / 2014**

**ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**

Σήμερα την **16η** του μηνός **ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ** του έτους **2014** ημέρα **ΠΕΜΠΤΗ** και ώρα **14.00** μ.μ το Διοικητικό Συμβούλιο του ΔΟΚΑΠΠΑΜ συνήλθε σε **τακτική-συνεδρίαση** στην αίθουσα συνεδριάσεων του Δήμου Μαλεβιζίου, ύστερα από την **υπ.αριθμ. πρωτ. 1937/09/10/2014** έγγραφη πρόσκληση του προέδρου, που δημοσιεύτηκε στον ειδικό χώρο των ανακοινώσεων του Ν.Π.Δ.Δ με την επωνυμία Δ.Ο.Κ.ΑΠ.ΠΑ.Μ & επιδόθηκε με αποδεικτικό στα μέλη του Δ.Σ. προκειμένου να γίνει συζήτηση & να ληφθούν αποφάσεις στα παρακάτω θέματα της ημερησίας διάταξης.

Πριν από την έναρξη της συνεδρίασης αυτής ο Πρόεδρος διαπίστωσε ότι σε σύνολο δεκατριών (13) μελών ήταν παρόντα δέκα (10).

**ΠΑΡΟΝΤΕΣ**

*Μαρκατάτος Γεώργιος, Λυδάκης Δημήτριος, Γενναράκης Εμμανουήλ, Γιαννάκης Λάζαρος, Βαλτζάκης Γεώργιος, Βολανάκη Έφη, Βάζου-Στεφανάκη Αικατερίνη, Θεοδωράκης Κων/νος, Στρατάκη Ροδούλα, Κατσαμάνη Κυριακή.*

**ΑΠΟΝΤΕΣ**

*Χουστουλάκης Μιχαήλ, Παντελής Γεώργιος, Κοτσιφός Νικόλαος.*

3. Εγκρίνει αντίγραφο των συμπερασμάτων της έρευνας να δοθεί στο Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ για ενημέρωση του Διοικητικού Συμβουλίου .

Η απόφαση αυτή έλαβε α/α 132/2014 .

Αφού συντάχθηκε το παρόν υπογράφεται ως κατωτέρω.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

ΤΑ ΜΕΛΗ

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ.

ΜΑΡΚΑΤΑΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ



**ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ**

Σήμερα την 23η του μήνα ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ του έτους 2014 η υπογεγραμμένη Τριγώνη Δήμητρα τοιχοκόλλησα στον Πίνακα ανακοινώσεων των γραφείων του ΔΟΚΑΠΠΑΜ την με αριθμό 132 /2014 απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΔΟΚΑΠΠΑΜ του Δήμου Μαλεβιζίου που αφορά:

«Έγκριση διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας».

Η τοιχοκόλληση έγινε με την παρουσία των μαρτύρων που υπογράφουν:

1. ΤΡΟΥΛΗ ΜΑΡΙΑ
2. ΠΑΠΑΔΟΓΙΩΡΓΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Αφού συντάχθηκε το αποδεικτικό υπογράφεται.

Η Δημοσιεύσας

  
ΤΡΙΓΩΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

- 1.
- 2.

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ****ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ****ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Γραμματεία  
Τ. Θ. 2208, Ηράκλειο 71003, Κρήτη  
Τηλέφωνο: 2810 39 46 15  
Fax: 2810 39 45 69  
e-mail: [mph@med.uoc.gr](mailto:mph@med.uoc.gr)

**Δ/ντης Μεταπτυχιακών Σπουδών**  
*Αναστάσιος Φιλαλήθης*  
Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής  
Τηλέφωνο: 2810 39 46 08  
e-mail: [tassos@med.uoc.gr](mailto:tassos@med.uoc.gr)

**Θέμα: Συναίνεση για εθελοντική συμμετοχή**

Αγαπητέ/-ή συμμετέχοντα/-ουσα

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, με τίτλο «Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα – επισκέπτες του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών».

Η εργασία έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της Γηριατρικής Κατάθλιψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου GDS (Geriatric Depression Scale), ένα διεθνώς αποδεκτό αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο των 15 ερωτήσεων.

Στα πλαίσια αυτής της μελέτης, θα σας παρακαλούσα να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου.

Έχει χορηγηθεί η απαιτούμενη άδεια από την διοίκηση του Τμήματος, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική, οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,

Αθανασία Αλεφαντινού

ο/η συμμετέχων/-ουσα

Κοινωνική Λειτουργός

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6955422066