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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Εφαρμογή της μεθόδου Hamilton για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης σε κλειστή δομή φροντίδας ηλικιωμένων στο Ηράκλειο

Παπαφραγκάκη Χάρις
Κοινωνική Λειτουργός

Επιβλέποντες:
1. **Α. Φιλαλήθης,** Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
2. **Βλασιάδης Κων/νος,** Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ηράκλειο, Μάρτιος 2015

© 2015
ΠΑΠΑΦΡΑΓΚΑΚΗ ΧΑΡΙΣ
ALL RIGHTS RESERVED

στους αγαπημένους μου γονείς

και στον άντρα μου

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, τους επιβλέποντες της πτυχιακής μου εργασίας κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη καθηγητή του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και τον κ. Κων/νο Βλασιάδη Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης για την αμέριστη συμπαράσταση που εισέπραξα, τον πολύτιμο χρόνο που μου διέθεσαν και την καθοδήγηση τους που ήταν εποικοδομητική στην προσπάθεια μου να ολοκληρώσω αυτή τη μελέτη.

Παράλληλα ευχαριστώ και τους συντελεστές για την παραχώρηση της άδειας χρήσης του ερωτηματολογίου Hamilton για τις πληροφορίες που μου έδωσαν σχετικά με την χρήση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα, τη διεύθυνση του Γηροκομείου-Πτωχοκομείου Ηρακλείου, το προσωπικό του ιδρύματος για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της έρευνας και όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω ολόψυχα την οικογένεια μου και τον άντρα μου για την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν καθ’ όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....4

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....5

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....7

ABSTRACT.....10

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κεφάλαιο 1ο - Τρίτη Ηλικία

1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας……12

1.2 Χαρακτηριστικά του γήρατος…….13

1.3 Οι μεταβολές που επέρχονται στους ηλικιωμένους με την πάροδο του χρόνου ……14

1.4 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων…….17

1.5 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων…….19

1.6 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων……..20

Κεφάλαιο 2ο - Ποιότητα ζωής και Τρίτη Ηλικία

2.1 Γήρας και κατάθλιψη……....24
2.2 Σκοπός της μελέτης ……25
2.2.1 Η ανάδειξη της αναγκαιότητας της μελέτης……..25
2.2.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης……....27
2.2.3 Ερευνητικά Ερωτήματα και Ερευνητική Υπόθεση……28

3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.....29
3.2 Πληθυσμός αναφοράς - πληθυσμός δείγματος - κριτήρια επιλογής δείγματος - τρόπος δειγματοληψίας.....30
3.3 Μέθοδοι σχεδιασμού μελέτης και τύπος έρευνας.....30
3.4. Τα Εργαλεία Συλλογής δεδομένων και η συμπλήρωση τους.
……..31
3.4.1. Το ερωτηματολόγιο HAMILTON και η ελληνική έκδοση του.
……..31
3.4.2Η κλίμακα HAMILTON 32
3.5 Τήρηση κανόνων βιοηθικής.....33
3.6 Μέθοδος στατιστικής μεθοδολογίας…….34
3.7 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης……35

ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περιορισμοί της μελέτης……45
Συζήτηση – συμπεράσματα……45

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα……..49

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Εφαρμογή της μεθόδου Hamilton για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης σε κλειστή δομή φροντίδας ηλικιωμένων στο Ηράκλειο

Της: Παπαφραγκάκη Χάρις, Κοινωνική Λειτουργός

Υπό τη επίβλεψη των:

1. Φιλαλήθη Α. Καθηγητή, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης

2. Βλασιάδης Κων/νου Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ημερομηνία: 18/3/2015

Καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης επεκτείνεται, παράλληλα αυξάνεται και ο πληθυσμός των ηλικιωμένων, ο οποίος έχει και τις μεγαλύτερες ανάγκες υπηρεσιών υγείας (OECD, 2005).

Το 35% των ηλικιωμένων ζει σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Τα γηροκομεία προσφέρουν υποστήριξη σε ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν χαμηλή ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και χρόνιες ανάγκες που αφορούν πολλές καθημερινές δραστηριότητες (Dijkstra, 1998). Οι ανάγκες αυτές επηρεάζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλλοντας έτσι στην εξάρτηση τους, από την ιδρυματική φροντίδα (Bavazzano, 1998) (Dijkstra, 2000).

Οι αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων έχουν αναπόφευκτα και ψυχολογικές επιπτώσεις. Ένα από τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων σε κλειστές δομές φροντίδας ηλικιωμένων όπως τα γηροκομεία είναι η ιδρυματοποίηση, η οποία μπορεί να καταρρακώσει την προσωπικότητα του ατόμου. Το ίδρυμα αν και παρέχει την απαραίτητη ασφάλεια για την επιβίωση, ταυτόχρονα

υποσκάπτει την ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου μέσα από τον καθολικό έλεγχο που ασκεί επάνω του. Πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακριά περίοδο ιδρυματοποίησης νοιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία κυρίως στους οίκους ευγηρίας με 100-500 άτομα.

Η κατάθλιψη έχει αιτιώδη συνάφεια με πολλά κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Μια κατάθλιψη που αποδεδειγμένα προδιαθέτει για άνοια καθώς αποτελεί μάστιγα της τρίτης ηλικίας και για άλλες σωματικές νόσους. Η τρίτη ηλικία (άτομα > των 65 χρόνων) αποτελεί περίπου το 23% του πληθυσμού και είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην κατάθλιψη. Στατιστικά, πάνω από το 15% πάσχει από κατάθλιψη, ποσοστό που ανεβαίνει μέχρι το 25% σε περιβάλλον γηροκομείου. Το τελευταίο μας επιβεβαιώνει ότι οι οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου.

Η διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων από την ιδρυματοποίηση των ηλικιωμένων παρουσιάζει επιστημονικό ενδιαφέρον σε επίπεδο Δημόσιας Υγεία. Η ανάγκη αυτή για περαιτέρω μελέτη των συνεπειών ιδρυματοποίησης και κυρίως της κατάθλιψης αποτέλεσε έναυσμα για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα.

Η πραγματοποίηση αυτής της έρευνας αναμένεται να συμβάλλει στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ενοίκων. Επίσης, στην ανάδειξη κ την επιλογή εναλλακτικών παρεμβάσεων όπως τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες εκτός οίκου ευγηρίας που φαίνεται να λειτουργεί επίσης ως προστατευτικός παράγοντας στην κατάθλιψη.

Αποτελέσματα: Παρατηρείται σχεδόν ισοκατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στο ίδρυμα υπάρχει σχετική ομοιογένεια ως προς την καταγωγή των ηλικιωμένων ενοίκων καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας φανερώνουν ελάχιστη συμμετοχή αλλοδαπών όπου καταγράφεται ως ιδιαίτερος τόπος καταγωγής των ηλικιωμένων που διαμένουν να είναι η Κρήτη. Στο γηροκομείο τα κυριότερα προβλήματα που κατεγράφησαν βάση των δηλώσεων των ηλικιωμένων ήταν κυρίως η αϋπνία και η υψηλή απελπισία για το τι θα επιφέρει το μέλλον. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι οι ερωτώμενοι του δείγματος στην ερώτηση για την «Επίγνωση του νοσηρού» βλέπουμε ότι πάνω από το 50% αρνούνται ότι είναι άρρωστοι ή αποδίδουν αλλού την ασθένεια. Μολονότι φαίνεται ότι ο μισός πληθυσμός του δείγματος της μελέτης παρουσιάζει μια ήπια κατάθλιψη (51.0%), ενώ ένα 7.0% παρουσιάζει μια αυστηρή κατάθλιψη, ενώ σημαντικό φαίνεται να αναφερθεί ότι στην ερώτηση για τη «Τάση αυτοκτονίας» 13 άτομα απάντησαν ότι εύχονταν να πεθάνουν ή ότι είχαν ιδέες για αυτοκτονία ή

είχαν απόπειρες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που είχαν τάσεις αυτοκτονίας (69.2%) και δήλωναν ότι παρουσίαζαν υψηλή απελπισία (54.5%) είχαν και ιστορικό διαταραχής. Στα ευρήματα της μελέτης αξιοπρόσεκτο είναι ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εξέφραζαν αισθήματα καθώς και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες. Μεγάλο ήταν το ποσοστό των ερωτηθέντων που εμφάνιζε το αίσθημα αυτομομφής, ότι είχαν απογοητεύσει ανθρώπους γεγονός που ενίσχυε την αιτιώδη συνάφεια με την κατάθλιψη.

Συμπεράσματα: Με βάση λοιπόν την μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο γηροκομείο, φάνηκε ότι λειτουργεί ως κομβική δομή για την κοινωνική προστασία, την μοναξιά, την απομόνωση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (πρωτοβάθμια περίθαλψη), την διασφάλιση ατομικής υγιεινής, την παροχή στέγασης κ σίτισης, την κάλυψη της ψυχικής και σωματικής υγείας και ακεραιότητας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την φτώχεια. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην ομάδα των ηλικιωμένων όπως προέκυψε από την μελέτη μας είναι αρκετά υψηλός

Λέξεις κλειδιά: Κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, ικανοποίηση, οίκος ευγηρίας.

ABSTRACT

Title: Evaluation of severity of depression in the Elderly population living to eldercare facilities in Heraklion using the Hamilton Depression Rating Scale.

Papafragaki Charis – Social Worker

Supervisors:

1. Filalithis A. Professor - Medical School of University of Crete- Department of social Medicine
2. Vlasiadis K. PhD Medical School of University of Crete

Date: 18/3/2015

The increase in life expectancy in elderly people results in an increase of the elderly population who needs special care and health services (OECD 2005).

35% of the elderly live in eldercare facilities. These facilities offer assistance to the elderly people for the everyday tasks and support on those who have lost functional capacity (Dijkstra, 1998). The care of those needs is related with Health – Related Quality in life and wellbeing of the elderly and is associated with a dependence relationship between care givers and benefiters (Bavazzano, 1998) (Djkstra, 2000).

The changes in the life of elderly people reveal inevitably psychological implications. One of the main psychological problems that is revealed in people that live in eldercare facilities is institutionalization; a problem with devastating effect on personality. Although institution offers safety on everyday effort of survival, it can abolish the psychological safety of a person through total control of his life. Many old people feel loneliness, social seclusion and boredom after a long period of institutionalization, particularly in institutions of 100-500 people capacity.

Depression is related with many social, physical and mental problems. Depression predisposes to dementia and other diseases as it is proven. The third age (>65 years old), consists about 23% of population and is vulnerable to develop depression. Statistically, over 15% of the general elderly population has depression. This percentage increases in 25% in eldercare facilities. This fact is indicative that family and social factors trigger the disease.

A scientific field of Public Health Services concerns is the mental implications in the elderly population as a result of institutionalization. This study was motivated by the need of studying more the relationship between institutionalization and depression.

Results: There was no statistic difference between male and female persons. Most

people in the institution had the same place of origin that is Crete and few of them were foreigners. Therefore there was homogeneity as far as place of origin concerned. Most elderly people suffered from insomnia and insecurity about the future according to their statements. Worth noticing was that over 50% of them ignored that they had a disease or they attributed other factors for their disease when they were asked about "knowledge of their disease". 51% of the sample population had mild depression, 7% had severe depression. To the question "tendency to suicide" 13 persons were wishing of dying, or were making thoughts about committing a suicide or had already done an attempt to kill themselves. 69.2% were desperate and 54.5% had a positive history of the disorder. Remarkable finding of the study was that most depressive patients expressed feelings and thoughts of guilt for current or past failures. A remarkable percentage of patients accused themselves about having disappointed surrounding people and this fact is reinforcing to depression.

Conclusions: According to the study, the specific eldercare facility has an important contribution for social protection, loneliness, seclusion, primary health care, personnal hygiene. It provides food and accommodation, it immunizes mental and physical health and protects from social exclusion and poverty. According to the study the prevalence of depression is quite high among elderly.

Key Words: depression, elderly, satisfaction, eldercare facility

1.1 **ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ:**

Το γήρας αποτελεί μια έννοια χρονολογική με έναρξη διαφορετική και καθορισμένη στις διάφορες εποχές.

Για τον Πυθαγόρα η ζωή ξεχώριζε σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60- 80 ετών, για τον Αριστοτέλη η φυσική ωριμότητα εντοπίζεται στα 35 και η πνευματική στα 49. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Η κοινωνική αντίληψη για την έννοια της γήρανσης ξεπερνά τη βιολογική διάσταση και σχετίζεται τόσο με την κοινωνική θέση όσο και το φύλο. Έχει σχέση και με την ωριμότητα της κοινωνίας να αποδεχτεί τους ηλικιωμένους. (Μωυσίδης, 1998).

Οι κανόνες που διέπουν το δίκαιο, οι κοινωνικές-ταξικές διαφοροποιήσεις και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, δίνουν κάθε φορά ένα νέο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος διαμορφώνοντας το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των ηλικιωμένων. (Mitterauer et al., 1977 στο Μωυσίδης και συν, 2002).

Η γήρανση έχει εξελικτική πορεία μέσα στο χρόνο και αποτελεί διαδικασία σύνθετη μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε κυτταρικό επίπεδο. (Cauley et al., 1996). Ο ρυθμός αλλά και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης παρουσιάζει διαφορές από άτομο σε άτομο, καθώς και μεταξύ των οργανικών συστημάτων του ίδιου του ατόμου.

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που πραγματοποιήθηκε το 1982 στη Βιέννη, μετά από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία.

Πολλοί επιστήμονες βέβαια έχουν ορίσει ως το αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ κάποιοι υποστηρίζουν τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών θέτοντας ως επιχείρημα ότι ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας τα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται. (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982).

Διεθνώς, σήμερα η ηλικία των 65 ετών έχει επικρατήσει καθώς επίσης ταυτίζεται και με την ηλικία της συνταξιοδότησης. (Γρηγοριάδου και συν, 1991).

Έτσι λοιπόν, αναγνωρίζοντας ότι οι διάφορες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις οι οποίες χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία αποτελούν μια ατέρμονη διαδικασία και ο όρος γήρανση θεωρείται απόλυτα επιτυχής.

Σύμφωνα με τον Hayflick καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης αποτελούν οι παρακάτω παράγοντες:

- Κληρονομικότητα
- Ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Κοινωνική προσαρμογή και συμπεριφορά
- οικογενειακό και Κοινωνικό περιβάλλον
- Υγιεινή διαβίωση

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Κύριο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η πολυμορφία και η μεγάλη πλαστικότητα που παρουσιάζει. Μπορούμε λοιπόν να προσεγγίσουμε τόσο από βιολογική και κοινωνικο- ιστορική, όσο και από ψυχολογική και οικολογική άποψη (Birren et al., 1977; Finch et al., 1977). Έτσι θα πρέπει κάθε ηλικιωμένο άτομο να κατανοηθεί ως μία «βιοψυχοκοινωνική ενότητα» (Riegel, 1975). Πληθώρα προσεγγίσεων υπάρχουν όσον αφορά τη βιολογική θεωρία του γήρατος, όπου όλες είναι σύμφωνες ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που αποτελεί χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον συγκεκριμένο ρόλο που αποτελούν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας παρατηρείται μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ των ατόμων. *(Filipp, 1987).*

Η υποκειμενικότητά αποτελεί άλλο ένα χαρακτηριστικό του γήρατος. Η βιολογική εξέλιξη βιώνεται διαφορετικά τόσο μεταξύ ατόμων όσο και από ολόκληρες πολιτισμικές ομάδες.

Η μειωμένη απόδοση της ζωτικότητας των κυττάρων μεταξύ των οργάνων η οποία όμως δεν γίνεται παράλληλα και σε όλα τα όργανα αποτελεί άλλο ένα χαρακτηριστικό των γηρατειών. Όπως π.χ παρατηρείται άνοια με τη γνωστή αποδιοργάνωση του νου ενώ διατηρείται σε ικανοποιητικά επίπεδα η λειτουργία των άλλων οργάνων.(Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Αποτελεί γεγονός, ότι οι βιολογικές μεταβολές για όλους τους ανθρώπους είναι αναπόφευκτες και βέβαια μη αναστρέψιμες.

Χαρακτηριστικά του γήρατος. (Lemme, 1995):

- Πολύπλοκη διεργασία με λειτουργικές και δομικές αλλαγές που αφορούν όλα τα συστήματα και εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου.
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, τα οποία αποτελούν την συνοσηρότητα κυρίως για τους ηλικιωμένους.
- Έχει προοδευτική πορεία και εξελίξιμη.
- Οφείλεται στη κυτταρική γήρανση.
- Αποτελεί αναπόφευκτο στοιχείο και δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- Αφορά όλα τα οργανικά συστήματα π.χ καρδιαγγειακό, νευρικό, ουροποιογεννητικό.
- Ξεκινά μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- Οδηγεί εξελικτικά στο θάνατο.
- Οι βλαπτικές επιδράσεις του γήρατος έχουν αντίκτυπο στην μείωση των φυσικών αντοχών και στην καθημερινότητα.
- Η καθολικότητα της εμφάνισης του, ο υποχρεωτικός χαρακτήρας του και η αναπόσπαστη σχέση του με την ηλικία, δεν μπορεί να συνδεθεί με μια συγκεκριμένη ηλικία.
- Η εμφάνιση αλλά και η μορφή του αποτελούν συνάρτηση περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς και τρόπου ζωής.

1.3 ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΟΥ ΕΠΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Με την αύξηση της ηλικίας ο άνθρωπος υπόκειται σε μια φυσιολογική φθορά των διαφόρων οργάνων σε ότι αφορά την εξέλιξη των κυττάρων. Οι φυσιολογικές μεταβολές δεν συνοδεύονται απαραίτητα από νοσηρές καταστάσεις. Εντούτοις όμως, ο ηλικιωμένος έχει περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει σε σχέση με το νέο.

Καθώς επέρχεται κυτταρική γήρανση των οργάνων (ατροφία εγκεφάλου, αθηρωματικές αλλοιώσεις αγγείων, σαγχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, νεφρική ανεπάρκεια κ.α), οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, οι φυσικές αντοχές μειώνονται με αποτέλεσμα την μειωμένη ικανότητα για εργασία. (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999).

Ωστόσο η έκπτωση που επέρχεται στην τρίτη ηλικία περισσότερο έχει να κάνει με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την τρίτη ηλικία (Tucker, 1997).

Οι σημαντικότερες μεταβολές που επέρχονται στο άτομο με την πρόοδο του χρόνου είναι οι εξής:

***Σωματικές*:**

α) Εμφάνιση. Τα μαλλιά ασπρίζουν, εμφανίζονται ρυτίδες στο πρόσωπο και το μυοσκελετικό αλλάζει.

β) Κινητικότητα περιορίζεται και εμφανίζονται άλγη στα οστά και τις αρθρώσεις. Παρατηρείται έλλειψη ευεξίας ενώ η οστεοαρθρίτιδα περιορίζει τη βάδιση και την ανάβαση σε σκάλες, ενώ είναι πολύ επιρρεπείς σε κατάγματα.

γ) Καρδιαγγειακό σύστημα. Οι μεταβολές που συνδέονται με την ηλικία στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν σαν αποτέλεσμα την μειωμένη άρδευση των κυττάρων. Που αυτό συνεπάγεται και την μειωμένη παροχή οξυγόνου σε κύτταρα και ιστούς..

δ) Αναπνευστικό σύστημα. Η προχωρημένη ηλικία συνεπάγεται την μειωμένη ανταλλαγή αερίων στις κυψελίδες με αποτέλεσμα χαμηλή παροχή χαμηλού οξυγόνου στην αιματική κυκλοφορία.

ε) Ουροποιητικό σύστημα. Τα φάρμακα αποβάλλονται από το σώμα με βραδύτερο ρυθμό λόγω της μειωμένης λειτουργίας των νεφρών και συχνά προσβάλλεται η εκκριτική του ικανότητα και οδηγεί σε νεφρική ανεπάρκεια.

στ) Τροφή και Πέψη. Οι επιπτώσεις στο πεπτικό σύστημα λόγω της μεγάλης ηλικίας δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Κάποιες εμφανίζονται στον οισοφάγο και επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι ενώ άλλες αφορούν την έκκριση των γαστρικών υγρών. Επίσης, παρουσιάζονται στα έντερα κάποιες μεταβολές που έχουν επιπτώσεις στην απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.

ζ) Αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ). Από τις κύριες λειτουργίες του ΑΝΣ που φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας είναι ο ύπνος και η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Άτομα ηλικίας άνω των 64 ετών που παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Όσον αφορά τον ύπνο οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν αϋπνίες. Στους ηλικιωμένους οι διαταραχές ύπνου οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με την καρδιά, τα πόδια κ.ά.

η) Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Στο ΚΝΣ οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας, διότι υπάρχουν ασθένειες όπως η νόσος του Parkinson ή η νόσος Alzheimer. Φαίνεται λοιπόν ότι με την ηλικία επηρεάζονται οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου με διαφορετικό τρόπο.

θ) Αναπαραγωγικό σύστημα. Η σεξουαλικότητα και το αναπαραγωγικό σύστημα είναι ένας άλλος σημαντικός τομέας που παρουσιάζει αλλαγές όσο αυξάνεται ηλικία. Όσον αφορά τις γυναίκες, η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην έμμηνο ρύση και την μείωση ορμονών. Ενώ στους άντρες οι μεταβολές στην σεξουαλική ζωή σχετίζονται με τη λειτουργία του προστάτη όχι απαραίτητα.

ι) Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Η όραση αποτελεί ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα όπως είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού τόσο σε μέγεθος όσο και στην ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός. Ένα άλλο επίσης πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι η οπτική οξύτητα.

Δεν μπορούν να δουν καλά σε απόσταση ούτε να δουν λεπτομέρειες. Με την ηλικία εμφανίζεται και η πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση.

Συχνά εμφανίζεται βαρηκοΐα, εμβοές ώτων που σχετίζονται με διαταραχές του λαβυρίνθου. Άλλο ένα πρόβλημα ακοής των ηλικιωμένων είναι η μειωμένη ικανότητα να διαφοροποιούν τον περιβαλλοντικό θόρυβο από τον κοντινό.

Από την άλλη η όσφρηση εμφανίζει βλάβη μετά τα 50 χρόνια, ενώ η γεύση εμφανίζει σημαντική βλάβη σε προχωρημένη ηλικία.

Όσον αφορά την αφή, φαίνεται να υπάρχει σχετική μείωση της απτικής διάκρισης με την ηλικία, χωρίς όμως να είναι γνωστές οι επιπτώσεις από τη αυτή μείωση.

Όσον αφορά τις διαταραχές στην ισορροπία έχουν επιπτώσεις στην κινητικότητα των ηλικιωμένων καθώς επιβαρύνουν και τα προβλήματα που αναφέρθηκαν.

ια) Επιδράσεις του φύλου. Η βασικότερη διαφορά μεταξύ των ανδρών και των γυναικών αφορά την θνησιμότητα. Οι αιτίες όσον αφορά την διαφορά φύλου στην μακροβιότητα δεν είναι γνωστές όμως σχετίζονται τόσο με βιολογικούς παράγοντες όσο και κοινωνικοοικονομικούς καθώς και τον τρόπο ζωής.

Μολονότι, οι γυναίκες παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής η ποιότητα ζωής τους είναι χειρότερη, αφού πάσχουν από περισσότερες χρόνιες ασθένειες, συγκριτικά με τους άνδρες που φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από οξείες καταστάσεις ενώ οι γυναίκες από χρόνιες.

Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες

α) Επεξεργασία πληροφοριών. Στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται (Lemme, 1995. Salthouse, 1991b. Whitbourne,1996) είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να σκεφθούν, να πάρουν μια απόφαση ή να εκτελέσουν κάτι.

β) Μνήμη. Η απώλεια της μνήμης αποτελεί ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος. Επικρατεί ομοφωνία από τους επιστήμονες (Whitbourne, 1996) ότι η εργαζόμενη μνήμη είναι το μέρος που πάσχει περισσότερο, η μνήμη που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στη μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να κατανοήσει μια κατάσταση ή να λύσει ένα πρόβλημα.

γ) Νοημοσύνη. Η νοημοσύνη αποτελεί μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει πολλές επιμέρους ικανότητες. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες μειώνονται και ποιες όχι.

Μείζονος σημασία έχει ο βαθμός εκπαίδευσης που έχει δεχθεί το άτομο. Επίσης, η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η μόρφωση, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, καθώς και οι ιστορικές- πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έχει ζήσει.

1.4 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Είναι γεγονός ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων όσον αφορά την οικονομική , τη κοινωνική τους θέση, τη φυσική (χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), οικογενειακή τους κατάσταση (χήροι-ες, ζευγάρια κ.λπ.). καθώς και τη δημογραφική (τρίτη και τέταρτη ηλικία).

Εξίσου σημαντικές είναι και οι διαφορές μεταξύ των φύλων, αφού λόγω οικονομικής άποψης η θέση των γυναικών είναι δυσχερέστερη. Σημαντικές διαφορές

αποτελούν τόσο τα γεωμορφολογικά (π.χ. ορεινές, πεδινές) όσο και τα παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων. (Μωυσίδης,1998)

Βέβαια οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Βέβαια, η τρίτη ηλικία παρουσιάζει συγκεκριμένες ανάγκες όπου απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα ούτως ώστε αυτή η ευαίσθητη περίοδος της ζωής τους να είναι ποιοτική και ευχάριστη. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από:

α) Σωστή- υγιεινή ποιοτική διατροφή, κατάλληλο ρουχισμό και υπόδηση, αξιοπρεπή χώρο διαμονής, μεταφορά και μετακίνηση για δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη εφόσον παραστεί ανάγκη, οικονομική παροχή.

β) Παρέα στο σπίτι με ανθρώπους που μπορούν να προσφέρουν βοήθεια και συναισθήματα. Αναγνώριση των αναγκών που έχουν οι ηλικιωμένοι σε ότι αφορά το χώρο διαμονής και σεβασμό της προσωπικής τους υπόστασης. Είναι σημαντικό άλλωστε, να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου, και να μην τους νιώθουν ότι είναι περιθωριοποιημένοι. Η οικογένεια να τους αναγνωρίζει ότι αποτελούν μέρος της και ότι είναι σημαντικοί για τους γύρω τους.

γ) Συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες που επιθυμούν να λάβουν μέρος, αναγνώριση των ικανοτήτων τους με αποδοχή της προσφοράς τους όσο μικρή και αν είναι.

δ) Υποστήριξη και ενθάρρυνση να κινούνται μόνοι τους με υψηλό και διακριτικό έλεγχο. Οι ευάλωτοι: ανάπηροι, ηλικιωμένοι ασθενείς οι οποίοι χρειάζονται τη βοήθεια τρίτου προσώπου για να τους παρέχεται η ανάλογη υποστήριξη(μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο).

ε) Ενημέρωση σε ζητήματα που τους αφορούν.

ζ) Παροχή - πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες μέσα στην κοινοτικό πλαίσιο καθώς επίσης και κατ' οίκον βοήθεια στο σπίτι.

η) Είναι σημαντικό τις τελευταίες στιγμές της ζωής τους να τις ζουν με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Υπάρχει η εσφαλμένη αντίληψη ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι μειωμένες συγκριτικά με τις ανάγκες των νεότερων οπότε και απαιτούνται μειωμένα εισοδήματα για να ζήσουν. Στην πραγματικότητα όμως, τα εισοδήματά τους μειώνονται, ενώ αυξάνονται οι δαπάνες λόγω των προβλημάτων υγείας τους.

Στους περισσότερους υγιείς ηλικιωμένους οι φυσικές τους αντοχές είναι μειωμένες οπότε και η ικανότητά τους για να προσφέρουν συντήρηση στο χώρο που διαμένουν είναι μειωμένη. Πολλοί αγρότες για παράδειγμα αδυνατούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους οπότε και επωμίζονται την δαπάνη.

Εξαιτίας, των κινητικών προβλημάτων τους οι ηλικιωμένοι αναγκάζονται να κινούνται με ταξί και έτσι να δαπανούν επιπλέον χρήματα.

Με την πάροδο του χρόνου, παρατηρείται φθορά στην οικοσκευή τους όπου και η επιδιόρθωση τους κοστίζει. Έτσι λοιπόν λόγω των μειωμένων εισοδημάτων τους επενδύουν σε σκεύη με χαμηλά κόστη που δεν είναι ποιοτικά.

Όλες οι ανάγκες των ηλικιωμένων με χαμηλά εισοδήματα προσαρμόζονται σε αυτά, που αυτό έχει ως συνέπεια την αγορά καταναλωτικών αγαθών δεύτερης ποιότητας. Επίσης ένας άλλος λόγος επιβάρυνσης είναι ο ηλικιωμένος που ζει μόνος να έχει τις ίδιες δαπάνες περίπου με ένα ζευγάρι όπως για παράδειγμα τη θέρμανση, το ενοίκιο. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

1.5 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στη Τρίτη ηλικία τα προβλήματα τους είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής με τον οποίο μεγάλωσαν, όπως η φροντίδα για την υγεία τους , η εκπαίδευση, η οικονομική τους κατάσταση.

Οι σημαντικότερες δυσκολίες των ηλικιωμένων σήμερα είναι:

- Συναισθηματικά προβλήματα λόγω απώλειας του/της συζύγου ή προσφιλών προσώπων δημιουργεί συναισθηματικά κενά ενώ παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων, ενώ ακολουθούν σκέψεις θανάτου που αφορούν τους ίδιους.
- Οικονομικές δυσχέρειες. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ιδιαίτερες οικονομικές δυσκολίες οι οποίες λόγω της οικονομικής κρίσης εντείνονται με μοναδικό έσοδο τη σύνταξη τους. Ενώ μικρός είναι ο αριθμός των ηλικιωμένων με υψηλά εισοδήματα. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999)
- Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων.
- Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας ιδιαίτερα στην επαρχία.
- Προβλήματα διαμονής. Η μη κατάλληλη διαμόρφωση των κατοικιών και του περιβάλλοντος χώρου με γενικότερα προβλήματα στη πολεοδομική οργάνωση, έχει ως συνέπεια την διαβίωση τους σε χώρους ακατάλληλους και μη ευχάριστους χωρίς την κάλυψη των απαραίτητων αναγκών π.χ κλιματισμός και θέρμανση. Έτσι όλα αυτά έχουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχική τους υγεία. (Arling, 1987).

- Οι υπηρεσίες υγείας είναι ελλιπείς και καθιστούν περιορισμένη την πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα καθώς επίσης και την έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών («Βοήθεια στο σπίτι») κυρίως για αυτούς.
- Ρατσιστική- κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους.
- Πολλές φορές ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζεται σαν βάρος τόσο από την οικογένεια όσο και από την κοινωνία που αυτό εκφράζεται με έλλειψη σεβασμού στις ανάγκες τους π.χ την απώλεια της αυτονομίας τους και την παροχή βοήθειας ετέρου προσώπου. (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999).

1.6 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Όπως όλοι οι άνθρωποι έτσι και οι ηλικιωμένοι ως πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ε.Ε και άλλων διεθνών οργανισμών και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Με βάση τα κείμενα του ΟΗΕ οι ηλικιωμένοι δεν στερούνται από τα δικαιώματα και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Βασική αρχή είναι η μη διάκριση λόγω ηλικίας και η κοινωνική συμμετοχή όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσεται το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος.

Στα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ προσφέρεται η ελευθερία κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολουμένους, και το δικαίωμα διαμονής στις χώρες όπου εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Όσον αφορά τα δικαιώματα των ατόμων ο Κοινωνικός Χάρτης σε μία κοινωνία ανεξαρτήτου ηλικίας έχει φροντίσει για τα θέματα που αφορούν την υγεία, τις υπηρεσίες, τις συντάξεις, την οικογένεια, την εκπαίδευση, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα την κατοικία, και τα Μ.Μ.Ε.

Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρεται ότι κάθε άτομο που συμπληρώνει την ηλικία συνταξιοδότησης θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που θα του εξασφαλίζει μια αξιοπρεπή ανθρώπινη διαβίωση και για κάθε συνταξιούχο που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλους πόρους να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια βάση των αναγκών του.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε ένα κείμενο που αφορά την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, τη θρησκεία, την αναπηρία.

Βασικό αίτημα σε όλα τα κράτη μέλη η καθιέρωση ενός ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος με σκοπό την εφαρμογή μιας πολυδιάστατης στρατηγικής για την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η Ευρώπη σήμερα αντιμετωπίζει ένα σοβαρό πρόβλημα τον αποκλεισμό που δέχονται τα ηλικιωμένα άτομα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην εξεύρεση εργασίας. Διεξήχθη μελέτη από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας ούτως ώστε οι εργοδότες να βοηθήσουν εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν στις θέσεις εργασίας τους εφόσον το θέλουν.

Εκτός από τα δικαιώματα η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International Federation of Ageing, 1992) αναφέρεται και στις υποχρεώσεις που έχουν οι ηλικιωμένοι.

Με βάση τις έννοιες της ανεξαρτησίας, της περίθαλψης, της συμμετοχής, της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας προσδιορίζονται τα δικαιώματα. Ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα τους, στην παραμονή στο σπίτι τους που τόσο επιθυμούν, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην απασχόληση, στην πρόσβαση σε προγράμματα που τους παρέχεται εκπαίδευση και ειδίκευση, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία.

Η κατάσταση της υγείας τους καθώς επίσης και η προσωπική τους κατάσταση είναι αυτές που καθορίζουν τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων:

- ✓ Να είναι σε θέση να στηρίζονται στον εαυτό τους.
- ✓ Να μπορούν να εφαρμόσουν αρχές σωματικής καθώς και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- ✓ Να ενδιαφέρονται τόσο για την εκπαίδευση όσο και την ειδίκευση.
- ✓ Να ενημερώνονται για το πότε θα πρέπει να προγραμματίσουν τη συνταξιοδότηση.
- ✓ Να ενημερώνουν για το επίπεδο εκπαίδευσης που κατέχουν ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.
- ✓ Να είναι ευέλικτοι, συνεργάσιμοι, δεκτικοί μαζί με τα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
- ✓ Να μεταλαμπαδεύουν τις γνώσεις και την εμπειρία που κατέχουν στις νεότερες γενεές.
- ✓ Να δραστηριοποιούνται αναπτύσσοντας νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.

- ✓ Να ενδιαφέρονται και να παρακολουθούν τακτικά στα πλαίσια της πρόληψης τόσο την υγεία τους όσο και την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός και η οικογένεια τους. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

2. Η ΕΝΝΟΙΑ «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Στα τέλη του 19ου και στις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα ο όρος ποιότητα ζωής αναδείχθηκε από τις έρευνες που αναπτύχθηκαν για τις συνθήκες ζωής.

Στις Η.Π.Α η έρευνα για την ποιότητα της ζωής εμφανίσθηκε αρχικά. Για την καταγραφή των συνθηκών της ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάσεων διαφοροποίησής τους το 1929 ιδρύθηκε η πρώτη προεδρική επιτροπή στις Η.Π.Α.

Ακολούθησαν και άλλες μελέτες στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του ΄30 καθώς και στη δεκαετία του ΄50 και στις άλλες χώρες του κόσμου. Έχουν γίνει και γραφεί πολλές επιστημονικές συζητήσεις με θέμα την ποιότητα της ζωής από το 1970.

Διαπιστώθηκε από τις έρευνες αυτές ότι το περιεχόμενο της ποιότητας ζωής αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που κάθε φορά επικρατούν, καθώς και απ'το δυναμισμό των κοινωνικών δυνάμεων και τις κυρίαρχες αξίες της ζωής που αγωνίζονται για έναν ανώτερο τρόπο ζωής.

Ο όρος ποιότητα ζωής έχει χρησιμοποιηθεί από ψυχολόγους, φιλοσόφους, πολιτικούς και ποιητές. Εντούτοις είναι δύσκολο ο καθορισμός ενός κοινού αποδεκτού ορισμού της «ποιότητας ζωής». Ο όρος της ποιότητας ζωής για την μέτρηση της υγείας στην λογοτεχνία εμφανίζεται κατά την διάρκεια της δεκαετίας του ΄80.

Επίσης, ο όρος της ποιότητας ζωής από το 1980 ενέπνευσε τους ερευνητές να επινοήσουν τεχνικές και να εξελίξουν εργαλεία ούτως ώστε να αξιολογήσουν την υγεία σε επίπεδο φυσικό και διανοητικό και να μετρήσουν τις κοινωνικές διαστάσεις της ευημερίας.

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε στις Κοινωνικές Επιστήμες ενώ εφαρμόστηκε και σε άλλα επιστημονικά πεδία, στον χώρο της υγείας στην Ιατρική και γενικότερα ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα. Ενδιαφέρον για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής» άρχισαν να εκδηλώνουν επιστήμονες, πολιτικοί και φιλόσοφοι στις δεκαετίες του 1960 και 1970. Παρουσιάστηκε ενδιαφέρον από τους επιστήμονες στην προσπάθεια τους να επιλύσουν προβλήματα λόγω ανισότητας κατανομής των πόρων που αφορούν το «ευ ζην» της κοινωνίας, σε συσχετισμό με τις ανησυχίες που γεννά η προοδευτική αύξηση του πληθυσμού συγκρινόμενη με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών (Οικονόμου 2001).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια πλούσια σε περιεχόμενο. Το πλούσιο δε περιεχόμενό της απαιτεί την προσέγγιση αρκετών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις. Ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής επιχειρείται με τέτοιο τρόπο ώστε, να είναι δυνατή η μέτρηση και η εκτίμηση της, και τότε γίνεται αντιληπτό ότι ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διατάσεις, που δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησης. Είναι γεγονός ότι η ποιότητα ζωής ως μια πολυδιάστατη έννοια αποτελείται από διάφορες συνθήκες. Αρκετές μελέτες, έχουν αναλύσει τις συνθήκες οι οποίες εμπλέκονται σε διάφορα σημεία της ζωής καθώς και σε διάφορους πληθυσμούς και κουλτούρες. (Fernández–Ballesteros, 2002).

ΟρισμένοΙ συγγραφείς έχουν ερμηνεύσει την ποιότητα ζωής από ως τη δυνατότητα διάθεσης πόρων για τη κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και την ύπαρξη των εκείνων παραμέτρων που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Όπως ο MacCall (1975) υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή» (MacCall, 1975).

Έρευνα έχει αποδείξει ότι η καλή υγεία, η κοινωνική συμμετοχή, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας, ο κοινωνικός ιστός καθώς επίσης και το επίπεδο εισοδήματος έχουν αναφερθεί ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικά.

Ο Cantly τα σύνδεσε και με την ψυχολογική ευημερία και με την ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. (Maddox, 1968 in Bowling et al.,2002)

2.1 ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στους ηλικιωμένους αποτελεί συχνό φαινόμενο η κατάθλιψη ή η εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στην ευημερία τους. Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι με την πάροδο της ηλικίας επικρατούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα αντί να μειώνονται.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αναγνωρίζονται επίσης ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της λειτουργικής υγείας και της μακροζωίας. Διαχρονικές μελέτες έδειξαν ότι σημαντικά αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με αυξημένες δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Μελέτες που βασίζονται σε στοιχεία της κοινότητας δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.

Σε άλλες μελέτες φάνηκε ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορούν να συνδέεται με μια μείωση των γνωστικών λειτουργιών.

Παρόλο που κυριαρχεί η αντίληψη ότι η γήρανση είναι συνώνυμη με τη κατάθλιψη και στην πραγματικότητα είναι αναπόφευκτη, σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη αυτή η εσφαλμένη αντίληψη καταρρίφθηκε. Η κατάθλιψη έχει αιτιώδη συνάφεια με πολλά κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι δυσκολίες αυτές εμφανίζονται πολύ συχνά στην ενήλικη ζωή, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα της κατάθλιψης. Μελέτες απέδειξαν ότι το επίπεδο της κατάθλιψης δεν σχετίζεται πάντα με την ηλικία καθώς οι ηλικιωμένοι μπορεί να διαθέτουν ακόμη καλύτερες δεξιότητες αντιμετώπισης της κατάθλιψης, καθιστώντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα πιο συχνά, αλλά όχι σε τόσο σοβαρή μορφή όπως στους νεότερους πληθυσμούς.

Παρατηρείται μια έντονη διαμάχη σχετικά με τις ηλικιακές διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης. Η στερεότυπη θέση που κυριαρχεί είναι ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλός με την πάροδο της ηλικίας.

Η άποψη αυτή, αμφισβητήθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης ECA στις Η.Π.Α, η οποία έδειξε ότι τα άτομα ηλικίας > 65 ετών εμφανίζουν τον χαμηλότερο επιπολασμό σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου και δυσθυμίας.

Σε άλλες επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες, έχουν καταγράψει χαμηλό επιπολασμό καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους.

Υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν τις βαθμολογίες σε δοκιμασίες μέτρησης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών είναι σύνθετα. Ενώ μερικές δοκιμασίες υποδεικνύουν ελάττωση των συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους, άλλες καταδεικνύουν είτε καμία επίδραση της ηλικίας είτε αύξηση. Μία ερμηνεία των συγχητικών αυτών ευρημάτων που μπορεί να δοθεί είναι

ότι οι δοκιμασίες αυτές που παρουσιάζουν αύξηση με την ηλικία περιλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό σωματικών παραμέτρων ευαίσθητων στον υψηλότερο επιπολασμό των σωματικών νοσημάτων στα ηλικιωμένα άτομα.

Οποιαδήποτε ηλικιακή διακύμανση στον επιπολασμό της κατάθλιψης μπορεί να οφείλεται είτε σε προστατευτική επίδραση του γήρατος, είτε σε φαινόμενο κοορτής, σύμφωνα με το οποίο οι μεγαλύτερες γενιές είναι λιγότερο ευπαθείς στην κατάθλιψη από ό,τι οι νεότερες.

2.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.2.1 Η ανάδειξη της αναγκαιότητας της μελέτης.

Σύμφωνα με τον Swensen (1983) η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης παράγει καινούργια στάδια ζωής, τρίτης, τέταρτης και πέμπτης ηλικίας με καινούργιες και ξεχωριστές ανάγκες φροντίδας υγείας. Το ενδιαφέρον των επιστημόνων Δημόσιας Υγείας που προσελκύει μια νέα περιοχή μελέτης, δημιουργείται όπως την εποχή που η ανθρωπότητα αναγνώρισε την εφηβεία ως ξεχωριστό στάδιο ζωής ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενηλικίωση. Καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης επεκτείνεται, παράλληλα αυξάνεται και ο πληθυσμός των ηλικιωμένων, ο οποίος έχει και τις μεγαλύτερες ανάγκες υπηρεσιών υγείας (OECD, 2005). Το 35% των ηλικιωμένων ζει σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Τα γηροκομεία προσφέρουν υποστήριξη σε ηλικιωμένα άτομα που παρουσιάζουν χαμηλή ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και χρόνιες ανάγκες που αφορούν πολλές καθημερινές δραστηριότητες. (Dijkstra, 1998). Οι ανάγκες αυτές επηρεάζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλλοντας έτσι στην εξάρτηση τους από την ιδρυματική φροντίδα.(Bavazzano,1998)(Dijkstra,2000).

Οι αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων έχουν αναπόφευκτα και ψυχολογικές επιπτώσεις. Ένα από τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων σε κλειστές δομές φροντίδας ηλικιωμένων όπως τα γηροκομεία είναι η ιδρυματοποίηση, η οποία μπορεί να καταρρακώσει την προσωπικότητα του ατόμου. Το ίδρυμα αν και παρέχει την απαραίτητη ασφάλεια για την επιβίωση, ταυτόχρονα υποσκάπτει την ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου μέσα από τον καθολικό έλεγχο που ασκεί επάνω του. Πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακρά περίοδο ιδρυματοποίησης αισθάνονται μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία κυρίως στους οίκους ευγηρίας

με 100-500 άτομα. Η κατάθλιψη λοιπόν έχει αιτιώδη συνάφεια με πολλά κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Μια κατάθλιψη που αποδεδειγμένα προδιαθέτει για άνοια καθώς αποτελεί μάστιγα της τρίτης ηλικίας και για άλλες σωματικές νόσους. Η τρίτη ηλικία (άτομα > των 65 χρόνων) αποτελεί περίπου το 23% του πληθυσμού και είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στην κατάθλιψη. Στατιστικά, πάνω από το 15% πάσχει από κατάθλιψη, ποσοστό που ανεβαίνει μέχρι το 25% σε περιβάλλον γηροκομείου. Το τελευταίο μας επιβεβαιώνει ότι οι οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες πυροδοτούν την εμφάνιση της νόσου.

Η διερεύνηση των ψυχολογικών επιπτώσεων από την ιδρυματοποίηση των ηλικιωμένων παρουσιάζει επιστημονικό ενδιαφέρον σε επίπεδο Δημόσιας Υγεία. Η ανάγκη αυτή για περαιτέρω μελέτη των συνεπειών ιδρυματοποίησης και κυρίως της κατάθλιψης αποτέλεσε έναυσμα για την ενασχόληση με το συγκεκριμένο θέμα.

Η πραγματοποίηση αυτής της έρευνας αναμένεται να συμβάλλει στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ενοίκων. Επίσης, τόσο στην ανάδειξη όσο και την επιλογή εναλλακτικών παρεμβάσεων όπως τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες εκτός οίκου ευγηρίας που φαίνεται να λειτουργεί επίσης ως προστατευτικός παράγοντας στην κατάθλιψη. Εφόσον λοιπόν, τα παραπάνω ζητήματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον διερεύνησης, η εκπόνηση της παρούσας μελέτης καθίσταται αναγκαία και ωφέλιμη κυρίως στον Ελλαδικό χώρο, όπου παρατηρείται ένδεια ανάλογων δημοσιευμένων μελετών.

2.2.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων μελών του γηροκομείου-πτωχοκομείου Ηρακλείου Κρήτης, ως προς τους τομείς: ψυχικού και σωματικού άγχους, ανημποριάς, κινητικότητας, καταθλιπτικής διάθεσης, ύπνου, συναισθηματικών αντιδράσεων, αισθημάτων ενοχής και κοινωνικής απομόνωσης, ώστε να γίνει κατανοητό σε ποιους από τους παραπάνω τομείς της διερεύνησης της κατάθλιψης θα ήταν ωφέλιμο για τα ηλικιωμένα άτομα να γίνουν παρεμβάσεις βελτίωσης.

Επιμέρους στόχοι της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση συσχετίσεων των παραπάνω τομέων της διερεύνησης της κατάθλιψης:

- τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων μελών του γηροκομείου.
- την έκπτωση της γνωστικής λειτουργικότητας τους.
- την υποκειμενική αντίληψη της ψυχικής κατάστασης υγείας τους.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω συσχετίσεων, αναμένεται να συμβάλλουν στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ενοίκων, ούτως ώστε να γίνουν μεθοδευμένες παρεμβάσεις όπως τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες εκτός οίκου ευγηρίας που φαίνεται να λειτουργεί επίσης ως προστατευτικός παράγοντας στην κατάθλιψη.

.

2.2.3 Ερευνητικά ερωτήματα – ερευνητική υπόθεση.

Η ερευνητική υπόθεση είναι ότι η διερεύνηση της κατάθλιψη των τροφίμων του γηροκομείου-πτωχοκομείου Ηρακλείου Κρήτης βρίσκεται σε επίπεδο που αφήνει αρκετά περιθώρια βελτίωσης. Προϋπόθεση της παρούσας μελέτης αποτελεί τόσο η αποτύπωση όσο και ο καθορισμός της υπάρχουσας κατάστασης. Επιπροσθέτως αποτελεί έναυσμα για την περεταίρω διερεύνηση επιμέρους μεταβλητών, που επηρεάζουν την κατάθλιψη των ηλικιωμένων στο ίδρυμα. Έτσι λοιπόν διερευνώνται:

Σκοπός μας είναι η διερεύνηση της κατάθλιψης μεταξύ ηλικιωμένων μελών σε γηροκομείο σε σχέση με το βαθμό συμμετοχής τους σε αυτό.

Βασικό ερευνητικό ερώτημα είναι: Ποιά είναι σήμερα η κατάθλιψη των τροφίμων του ιδρύματος

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

α) Τα επίπεδα της κατάθλιψης συνδέονται με το βαθμό συμμετοχής των ηλικιωμένων στο γηροκομείο;

β) Διαφέρει το ποσοστό της κατάθλιψης των τροφίμων του ιδρύματος μεταξύ ανδρών και γυναικών;

γ) Ποιά πεδία της καθημερινότητας των ηλικιωμένων τροφίμων αλληλεπιδρούν με την εμφάνιση της κατάθλιψης ;

3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2014 έως τον Φεβρουάριο του 2015.

Πραγματοποιήθηκε στο γηροκομείο-πτωχοκομείο ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού στο Ηράκλειο Κρήτης. Ιδρύθηκε το 1956 από τον κ. Κληρονόμο Καλοκαιρινό και είναι (Ν.Π.Ι.Δ.) Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Μ.Κ.Ο. Το γηροκομείο εδρεύει στην Περιοχή Αγ. Ιωάννη. Το γηροκομείο- πτωχοκομείο Ηρακλείου παρέχει δυνατότητα φιλοξενίας 120 ατόμων την περίοδο όμως που η μελέτη πραγματοποιήθηκε είχε 110 ενοίκους.

Το ίδρυμα διαθέτει ένα μεγάλο ενιαίο χώρο με βιβλιοθήκη και καθιστικό σαλόνι καθώς και με μεγάλη εξωτερική αυλή. Η είσοδος, η τραπεζαρία, η βιβλιοθήκη, το καθιστικό και οι αυλές αποτελούν τους κοινόχρηστους χώρους. Έχουν προβλεφθεί χωριστά καθιστικό σαλόνι και πτέρυγες θαλάμων για τους άντρες και τις γυναίκες.

Η διοίκηση του ιδρύματος αποτελείται από το διευθυντή. Το προσωπικό αποτελείται από τις εξής ειδικότητες: κοινωνική λειτουργός, νοσηλεύτριες, λογιστής, βοηθός λογιστή, φύλακες, μαγείρισσες, τραπεζοκόμες, καθαριστές, φροντιστές, ράπτρια.

Οι εξωτερικοί συνεργάτες είναι ο γιατρός, η φυσικοθεραπεύτρια και ο κομμωτής.

Στο γηροκομείο επιτελούνται οι εξής λειτουργίες:

• Στέγαση

• Διατροφή

• Φροντίδα Υγιεινής

• Ένδυση

• Φύλαξη & προστασία

• Ψυχαγωγία

• Δημιουργία ομάδων: π.χ. χορωδία, ενδυνάμωση μνήμης, εκπαιδευτικά θέματα, προβολή ταινιών κ.α.

• Δραστηριότητες των μελών π.χ. ομάδες χαρτοκοπτικής χριστουγεννιάτικης κάρτας κ.α. εκδηλώσεις για τις εορταστικές επετείους,

• Επισκέψεις σε μουσεία, εκδρομές.

3.2 Πληθυσμός αναφοράς-πληθυσμός δείγματος- κριτήρια επιλογής δείγματος - τρόπος δειγματοληψίας.

Τον πληθυσμό αναφοράς αποτελεί το σύνολο των 110 ενοίκων του γηροκομείου.
Όσον αφορά τον πληθυσμό αναφοράς τα κριτήρια εισαγωγής των ατόμων στο γηροκομείο είναι τα εξής :

- να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν (όπως ένδυση, σίτιση κ..α)
- να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας όπως έκπτωση της νοητικής τους λειτουργίας, τα οποία θα τους στερούσαν την δυνατότητα συμμετοχή τους στις καθημερινές δραστηριότητες με τους άλλους ενοίκους.

Βέβαια η κατάσταση της υγείας ορισμένων ηλικιωμένων έχει σταδιακά επιδεινωθεί μετά την εισαγωγή τους στο γηροκομείο. Ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν έκπτωση νοητικής ικανότητας παρακολουθούνται από το γιατρό και τη νοσηλευτική υπηρεσία και στις περιπτώσεις που χρειάζεται γίνεται άμεση παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.

Υψηλό είναι το ποσοστό όσον αφορά το χαμηλό εισόδημα των ενοίκων του γηροκομείου οι οποίοι έχουν εισήχθησαν λόγω πενίας. Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους ήταν αγρότες και αναλφάβητοι. Στη μελέτη συμμετείχαν 100 ηλικιωμένοι ένοικοι του γηροκομείου και συναίνεσαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τους ζητήθηκε η έγγραφη συναίνεση τους για εθελοντική συμμετοχή. Βασικό κριτήριο επιλογής του δείγματος υπήρξε ότι οι συμμετέχοντες θα πρέπει να διαμένουν στο γηροκομείο την χρονική περίοδο που διεξήχθη η μελέτη.

3.3 Μέθοδοι σχεδιασμού μελέτης και Τύπος έρευνας.

Όλα τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα συλλέχθηκαν από ένα μόνο ίδρυμα, που αποτελεί πρότυπο ξενώνα ηλικιωμένων με βασικό όμως μειονέκτημα την μοναδικότητά του στη Κρήτη.

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 κοινωνικο-δημογραφικών περιγραφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου πραγματοποίηθηκε μέσω κάποιον διαγραμμάτων (κυκλικό,

ιστόγραμμα και ραβδόγραμμα). Για τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι μέσων τιμών (t- test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα καθώς και ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One- way ANOVA) για περισσότερα από δύο δείγματα, όπως έγινε επίσης και χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Ο έλεγχος Kolmogorov- Smirnov πραγματοποιήθηκε για τη διαπίστωση της κανονικότητας της κατανομής της κλίμακας κατάθλιψης HAM-D και της ηλικίας. Επίσης, ο έλεγχος χ2 (Chi-Square test) 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 πολυπαραγοντικό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να βρεθούν οι βασικοί παράγοντες κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν τη κλίμακα κατάθλιψης HAM-D. Από τα γραμμικά πολυπαραγοντικά μοντέλα εκτιμήθηκαν οι τυποποιημένοι συντελεστές βήτα (β-coeff.) με το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% CI).

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.

3.4. Τα Εργαλεία Συλλογής δεδομένων και η συμπλήρωση τους.

3.4.1. Το ερωτηματολόγιο HAMILTON και η ελληνική έκδοση του.

Για τη συλλογή δεδομένων οι ηλικιωμένοι θα κληθούν να συμπληρώσουν τη κλίμακα Hamilton για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης, ένα διεθνώς αποδεκτό, αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 17 ερωτήσεων.

Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (HDRS) δημοσιεύθηκε αρχικά από τον Max Hamilton1 το 1960 και σχεδιάσθηκε για να μετράει τη βαρύτητα της κατάθλιψης σε ήδη διαγνωσμένους νοσηλευόμενους ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Περιλαμβάνει 17 λήμματα που βαθμολογούνται από 0 έως 2 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι ένα συνολικό score που κυμαίνεται από 0-50. Στην ίδια μελέτη παρατίθεται και μία εκδοχή της κλίμακας με 21 λήμματα. Σε αυτήν περιλαμβάνονται 4 επιπλέον λήμματα (ημερήσια διακύμανση, αποπροσωποποίηση-αποπραγματοποίηση, παρανοειδή συμπτώματα, ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα), που κατά τον Hamilton δεν πρέπει να προσμετρούνται στο τελικό score, είτε επειδή δεν αποτελούν μέτρο της βαρύτητας της κατάθλιψης, παρά μόνο δίνουν πληροφορίες για το είδος της

(ενδογενής-αντιδραστική), είτε επειδή είναι σπάνια [τα άλλα τρία λήμματα].

Αρκετές μελέτες αναφέρουν αποτελέσματα και με την εκδοχή αυτή της HDRS.

Η κλίμακα Hamilton έχει κριθεί κατάλληλη για την χρήση της σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους. Ζητήθηκε άδεια απ'τους συντελεστές του ερωτηματολογίου που πραγματοποίησαν τη μετάφραση και τη στάθμιση στα ελληνικά δεδομένα. Από τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-15 και η στατιστική δοκιμασία χ^2- test, η οποία χρησιμοποιείται για την σύγκριση των μέσων όρων δύο ανεξάρτητων μεταβλητών.

Για τη χρήση της κλίμακας Hamiton ζητήθηκε άδεια από τον κ. Αλεβίζο Βασίλη ο οποίος επιμελήθηκε την μετάφραση και στάθμιση της κλίμακας Hamiton στα Ελληνικά. Επίσης είναι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων του, και επιβεβαιώθηκε η παραχώρηση του μετά την κατάθεση του πρωτοκόλλου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τον ίδιο τον ερευνητή, έπειτα από προσωπική συνέντευξη με τους ηλικιωμένους αφού οι περισσότεροι ήταν αναλφάβητοι. Οι συνεντεύξεις έγιναν στο χώρο του γηροκομείου. Ο ερευνητής πραγματοποίησε τις συνεντεύξεις εξατομικευμένα ούτως ώστε να τηρηθούν τα προσωπικά δεδομένα.

3.4.2 Η Κλίμακα Κατάθλιψης του Hamilton (HDRS).

Η κλίμακα Hamilton η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως. Μια αναζήτηση στο PubMed με λέξη-κλειδί "Hamilton Depression Rating Scale" αποδίδει πάνω από 2400 αναφορές.

Η HDRS διατηρεί την πρωτοκαθεδρία της μεταξύ των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων κατάθλιψης με το 66% των ερευνών που διεξήχθηκαν και αφορούσαν στη συναισθηματική διαταραχή.

Η αξιοπιστία (reliability) της κλίμακας διακρίνεται σε αξιοπιστία μεταξύ των εκτιμητών (inter-cater reliability) και επανελέγχου (test-retest reliability). Εκφράζεται με τους συντελεστές κ και R (intraclass correlation coefficient- ICC).

Η εσωτερική εγκυρότητα (internal validity) της κλίμακας διακρίνεται σε εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και κατασκευής (construct validity).

Η εξωτερική εγκυρότητα (external validity) της κλίμακας διακρίνεται στην προγνωστική (predictive validity), στη διακριτική (discriminant validity) και στην

εγκυρότητα σύμπτωσης (concurrent validity) και εκφράζει την ευαισθησία και την ειδικότητα της κλίμακας, καθώς και την απαντητικότητά της σε αλλαγές. '

Έχει βρεθεί αρκετά υψηλή σε διάφορες μελέτες συσχέτισης με κλινικές εκτιμήσεις. Από μεταγενέστερες συσχετίσεις με κλινικές εκτιμήσεις έχουν βρεθεί τα ακόλουθα κριτήρια βαρύτητας της κατάθλιψης (cut-oft points):

0-7 όχι κατάθλιψη, 8-12 ήπια, 13-17 μέτρια, 18-29 σοβαρή, 30-52 πολύ σοβαρή κατάθλιψη.

Η κλίμακα Hamilton έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες συμπεριλαμβανομένων Γερμανικά, Γαλλικά, Ιταλικά, Ταϊλανδέζικα, και Τουρκικά.

3.5 Τήρηση κανόνων βιοηθικής

Για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτη ζητήθηκε άδεια από τη διοίκηση του ιδρύματος Πτωχοκομείου-Γηροκομείου ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού. Σχετικά με την έρευνα ενημερώθηκε ο διευθυντής του ιδρύματος, ο οποίος και ενέκρινε το ερευνητικό πρωτόκολλο. Από τον διευθυντή του ιδρύματος άδεια διεξαγωγής της έρευνας παραχωρήθηκε υπογεγραμμένη.

Όσον αφορά η συμμετοχή των ηλικιωμένων έγινε εθελοντικά, με ενυπόγραφη αποδοχή που τους δόθηκε για τη συμμετοχή τους στην συγκεκριμένη έρευνα.

Σύμφωνα λοιπόν με τους κανόνες βιοηθικής και δεοντολογίας του W.H.O. (2000) για την προστασία της ακεραιότητας και των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα, δόθηκε σαφής και πλήρης ενημέρωση τους για το τι μελετά η συγκεκριμένη έρευνα.

3.6 Μέθοδοι Στατιστικής Μεθοδολογίας

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 κοινωνικό-δημογραφικών περιγραφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε μέσω κάποιον διαγραμμάτων (κυκλικό, ιστόγραμμα και ραβδόγραμμα). Για τη στατιστική επεξεργασία των στοιχείων πραγματοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι μέσων τιμών (t- test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα καθώς και ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (One- way ANOVA) για περισσότερα από δύο δείγματα, όπως έγινε επίσης και χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Ο έλεγχος Kolmogorov- Smirnov πραγματοποιήθηκε για τη διαπίστωση της κανονικότητας της κατανομής της κλίμακας κατάθλιψης HAM-D και της ηλικίας. Επίσης, ο έλεγχος χ2 (Chi-Square test) 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 πολυπαραγοντικό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για να βρεθούν οι βασικοί παράγοντες κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν τη κλίμακα κατάθλιψης HAM-D. Από τα γραμμικά πολυπαραγοντικά μοντέλα εκτιμήθηκαν οι τυποποιημένοι συντελεστές βήτα (β-coeff.) με το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% CI).

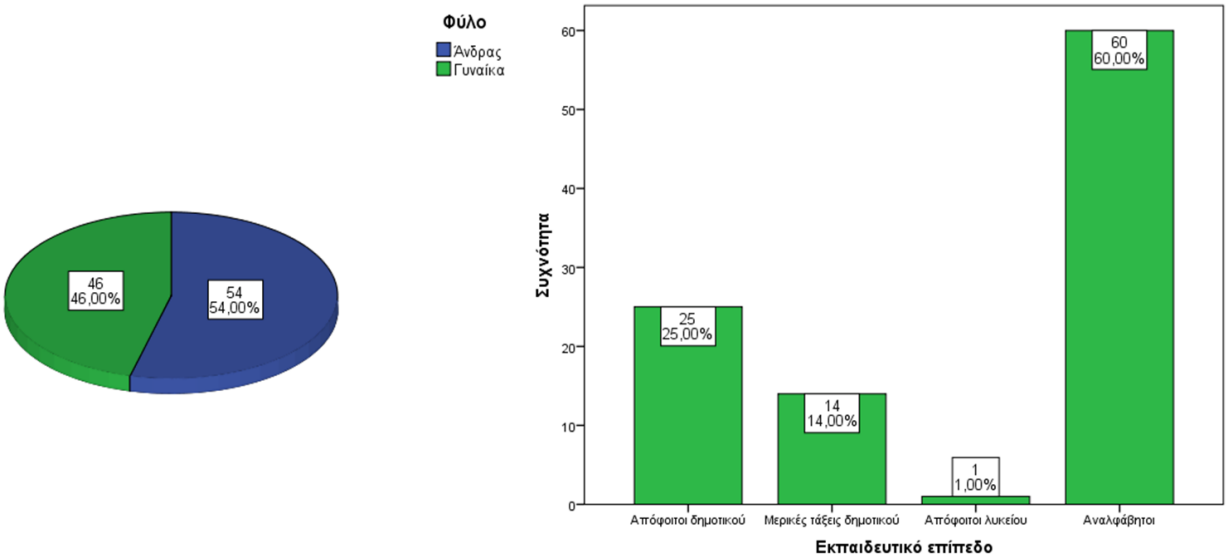
Το σύνολο των ελέγχων της συγκεκριμένης μελέτης έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ενώ η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 21.0.

Αποτελέσματα

Στο δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης για τη κλίμακα κατάθλιψης Hamilton (HAM-D) έλαβαν μέρος 100 άτομα, από τους οποίους 54 είναι άνδρες και 46 γυναίκες (**Διάγραμμα 1**).

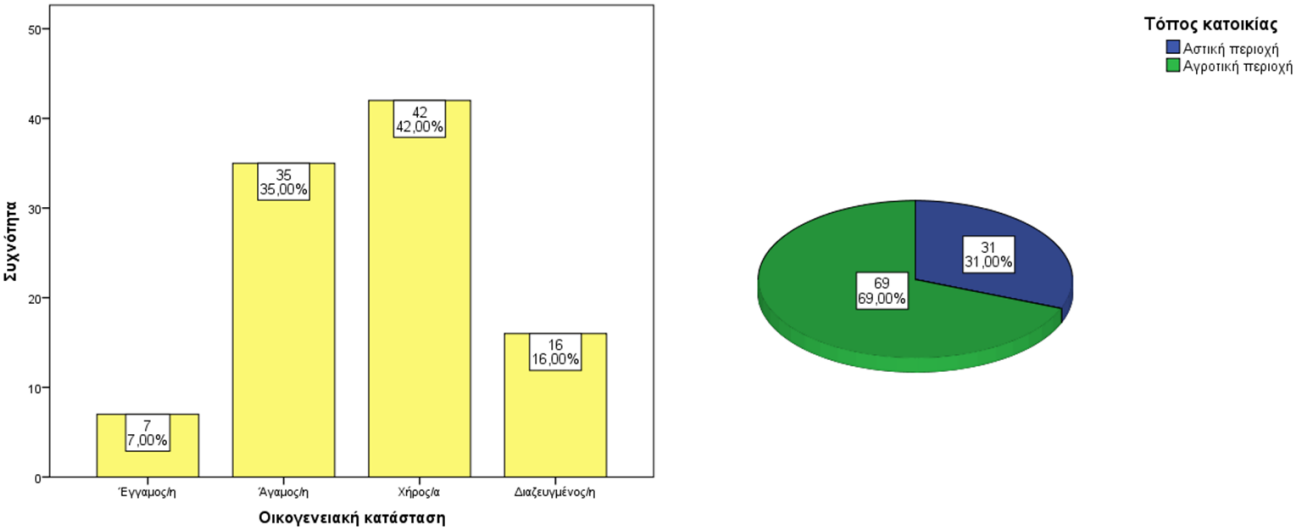
Το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρουν ότι αναλφάβητοι (60.0 %), ενώ υπάρχει μόνο ένα άτομο που έχει αποφοίτηση από το λύκειο (**Διάγραμμα 1**).

Α.Περιγραφή δείγματος

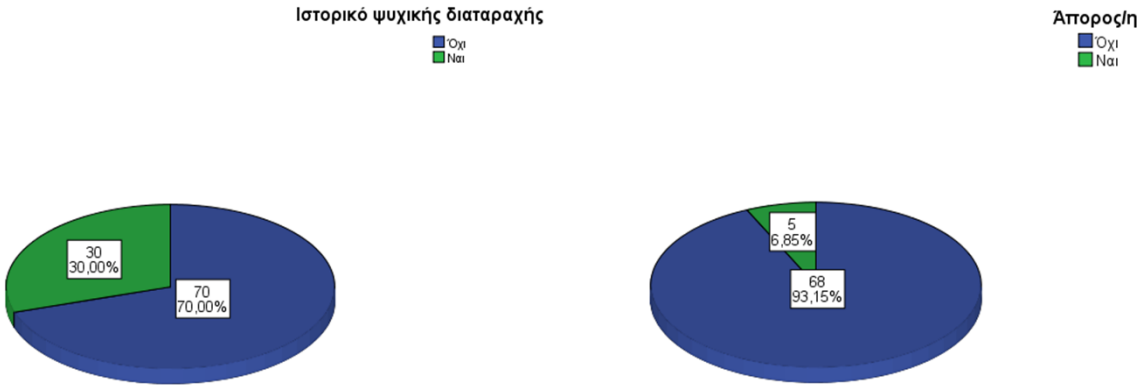


Διάγραμμα 1 Κατανομή δείγματος ως προς το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο

Το 42.0% και 35.0% είναι είτε χήροι/ες είτε άγαμοι/ες, αντίστοιχα, ενώ το μεγαλύτερο δείγμα της ανάλυσης διαμένει σε αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 69.0% (**Διάγραμμα 2**).

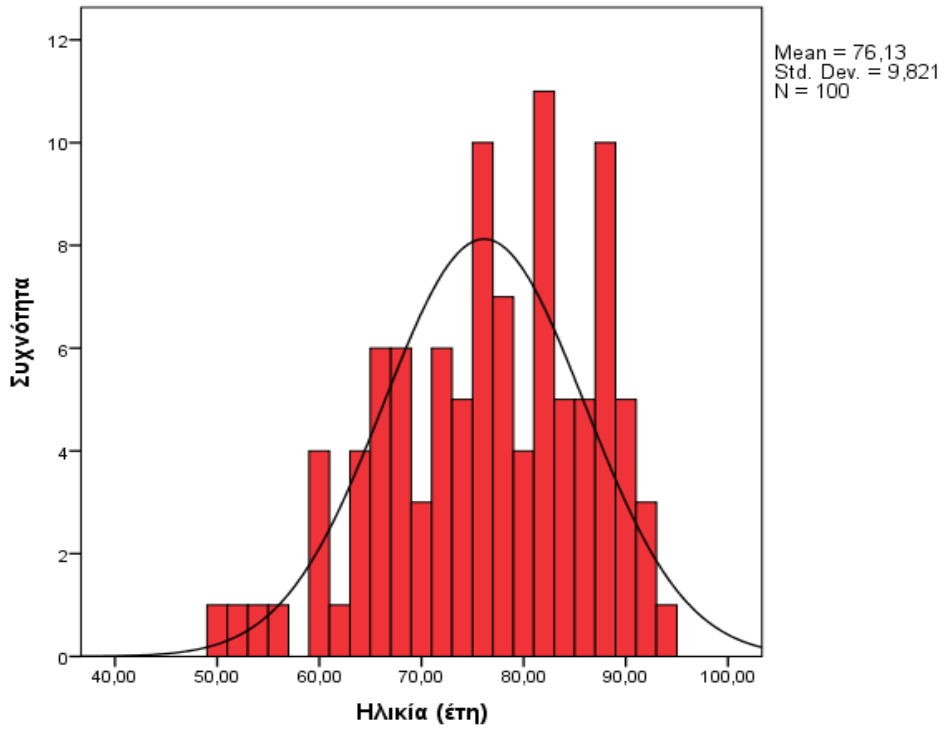


Διάγραμμα 2 Κατανομή δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το τόπο κατοικίας



Διάγραμμα 3 Κατανομή δείγματος ως προς το ιστορικό ψυχικής διαταραχής και το εάν είναι άπορος ή όχι

Οι περισσότεροι ασθενής αναφέρουν ότι δεν είχαν κάποιο ιστορικό ψυχικής διαταραχής (70.0%), ενώ κοντά στο 70.0% δηλώνουν ότι δεν είναι άποροι (**Διάγραμμα 3**). Η μέση ηλικία των ασθενών της ανάλυσης είναι στα 76 έτη περίπου (76.13±9.8), ενώ φαίνεται από το ιστόγραμμα να ακολουθεί και την κανονική κατανομή (**Διάγραμμα 4**).



Διάγραμμα 4 Κατανομή συχνότητας για την ηλικία (έτη)

Β. Περιγραφή κλίμακας κατάθλιψης HAMILTON

Ο **Πίνακας 1** παρουσιάζονται οι συχνότητες των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο της κλίμακας κατάθλιψης HAM-D. Παρατηρούμε ότι οι περισσότερες απαντήσεις αναφέρονται στο σκορ 0, ενώ σημαντικό φαίνεται να αναφερθεί ότι στην ερώτηση για τη «Τάση αυτοκτονίας» 13 άτομα απάντησαν ότι εύχονταν να πεθάνουν ή ότι είχαν ιδέες για αυτοκτονία ή είχαν απόπειρες.

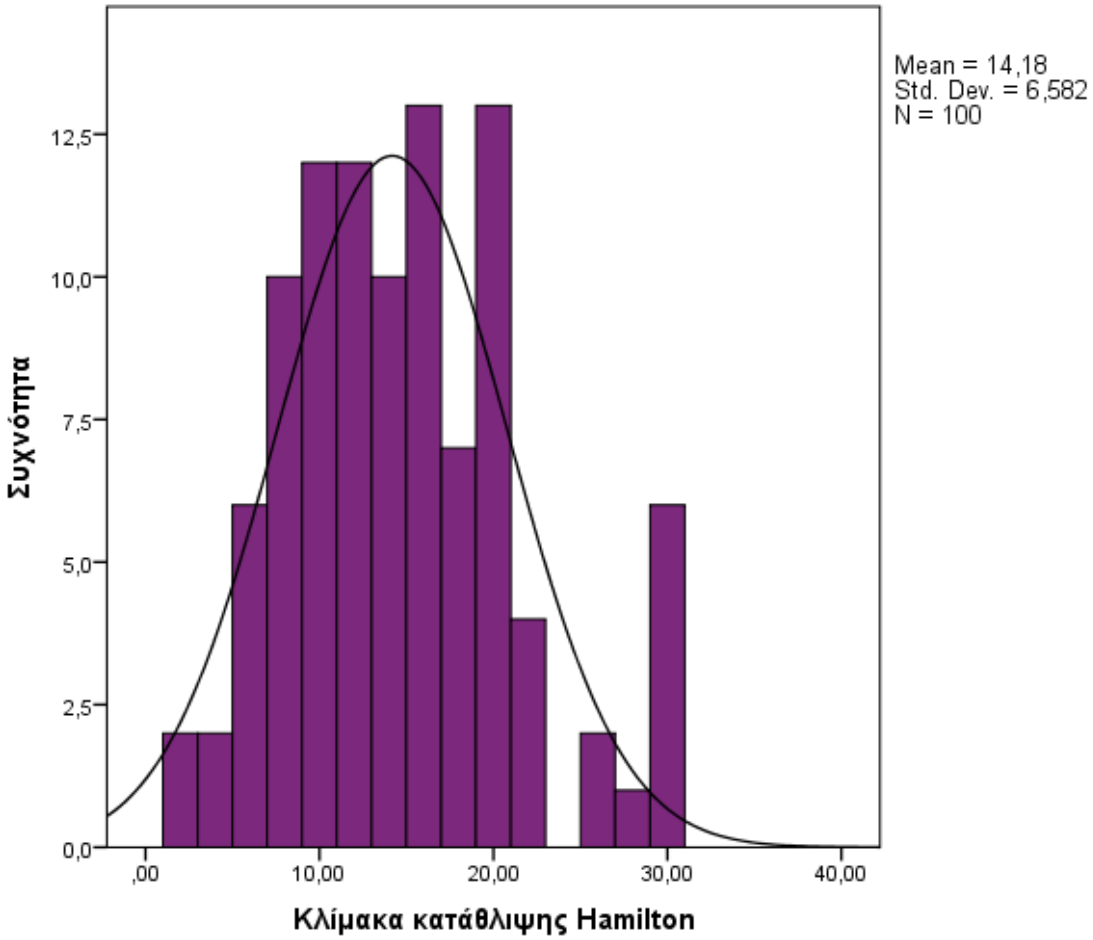
Επίσης στην ερώτηση για την «Επίγνωση του νοσηρού» βλέπουμε ότι πάνω από το 50% αρνούνται ότι είναι άρρωστοι ή αποδίδουν αλλού την ασθένεια.

Πίνακας 1 Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων στο ερωτηματολόγιο της κλίμακας κατάθλιψης Hamilton (HAM-D).

		0	1	2	3	4
1. Καταθλιπτική διάθεση	**N**	43	35	9	12	1
2. Αισθήματα ενοχής	**N**	67	27	6		
3. Τάση αυτοκτονίας	**N**	87	0	2	8	3
4. Αρχική αϋπνία	**N**	49	31	20		
5. Ενδιάμεση αϋπνία	**N**	68	26	6		

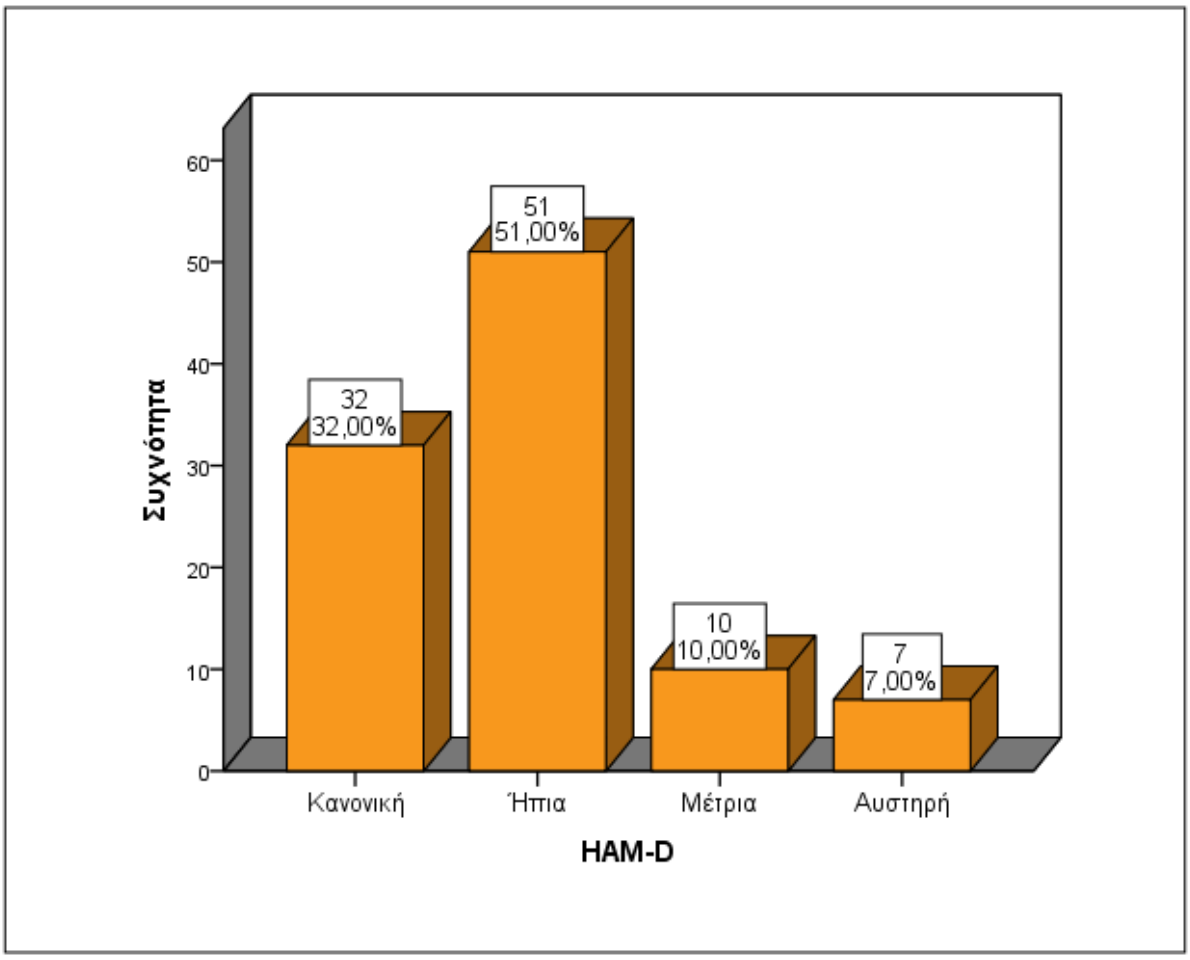
		0	1	2	3	4
6. Όψιμη αϋπνία	**N**	74	24	2		
7. Εργασία και ενδιαφέροντα	**N**	49	32	4	5	10
8. Επιβράδυνση	**N**	71	12	16	1	
9. Κινητική ανησυχία	**N**	83	15	2		
10. Ψυχικό άγχος	**N**	40	40	17	3	
11. Σωματικό άγχος	**N**	66	9	15	9	1
12. Γαστρεντερικά σωματικά συμπτώματα	**N**	11	64	17	8	
13. Γενικά σωματικά συμπτώματα	**N**	38	42	20		
14. Γεννητικά συμπτώματα	**N**	89	10	1		
15. Υποχονδριακά συμπτώματα	**N**	74	11	7	8	
16. Απώλεια βάρους	**N**	81	9	10		
17. Επίγνωση του νοσηρού (εναισθησία)	**N**	46	22	32		
18. Ημερήσια διακύμανση	**N**	64	24	12		
19. Αποπροσώπηση και αισθήματα μη πραγματικού	**N**	93	3	2	1	1
20.Παρανοϊκά συμπτώματα	**N**	70	28	0	2	
21.Ιδεοληπτικά συμπτώματα	**N**	70	28	2		
22.Ανικανότητα, ανημποριάς	**N**	45	2	17	12	24
23.Απελπισία	**N**	39	26	13	21	1

Στο **Διάγραμμα 5** περιγράφετε το μέσο σκορ των ασθενών στη κλίμακα HAM-D και το εάν ακολουθεί τη κανονική κατανομή μέσω του τεστ Kolmogorov – Smirnov (Lilliefors Significance correction). Έτσι, φαίνεται ότι το μέσο σκορ του HAM-D είναι 14.2 μονάδες (14.18 ± 6.6), για μία κλίμακα του σκορ που κυμαίνεται από 2 έως 30 μονάδες. Διαγραμματικά φαίνεται να μην υπάρχει πρόβλημα με τη κανονικότητα των τιμών και αυτό επιβεβαιώνεται και από το τον έλεγχο KS, όπου δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση για τη κανονικότητα σε επίπεδο σημαντικότητας α=5% (*p*-value=0.174>0.05).



Διάγραμμα 5 Κατανομή συχνότητας της κλίμακας κατάθλιψης Hamilton (HAM-D)

Στο **Διάγραμμα 6** βλέπουμε τις συχνότητες της κατηγοριοποιημένης κλίμακας Hamilton, σύμφωνα με τις πρώτες 17 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Φαίνεται ότι ο μισός πληθυσμός παρουσιάζει μια ήπια κατάθλιψη (51.0%), ενώ ένα 7.0% παρουσιάζει μια αυστηρή κατάθλιψη.



Διάγραμμα 6 Κατανομή συχνότητας της κλίμακας κατάθλιψης Hamilton (HAM-D)

Γ. Συσχέτιση HAM-D και επιμέρους παραγόντων με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

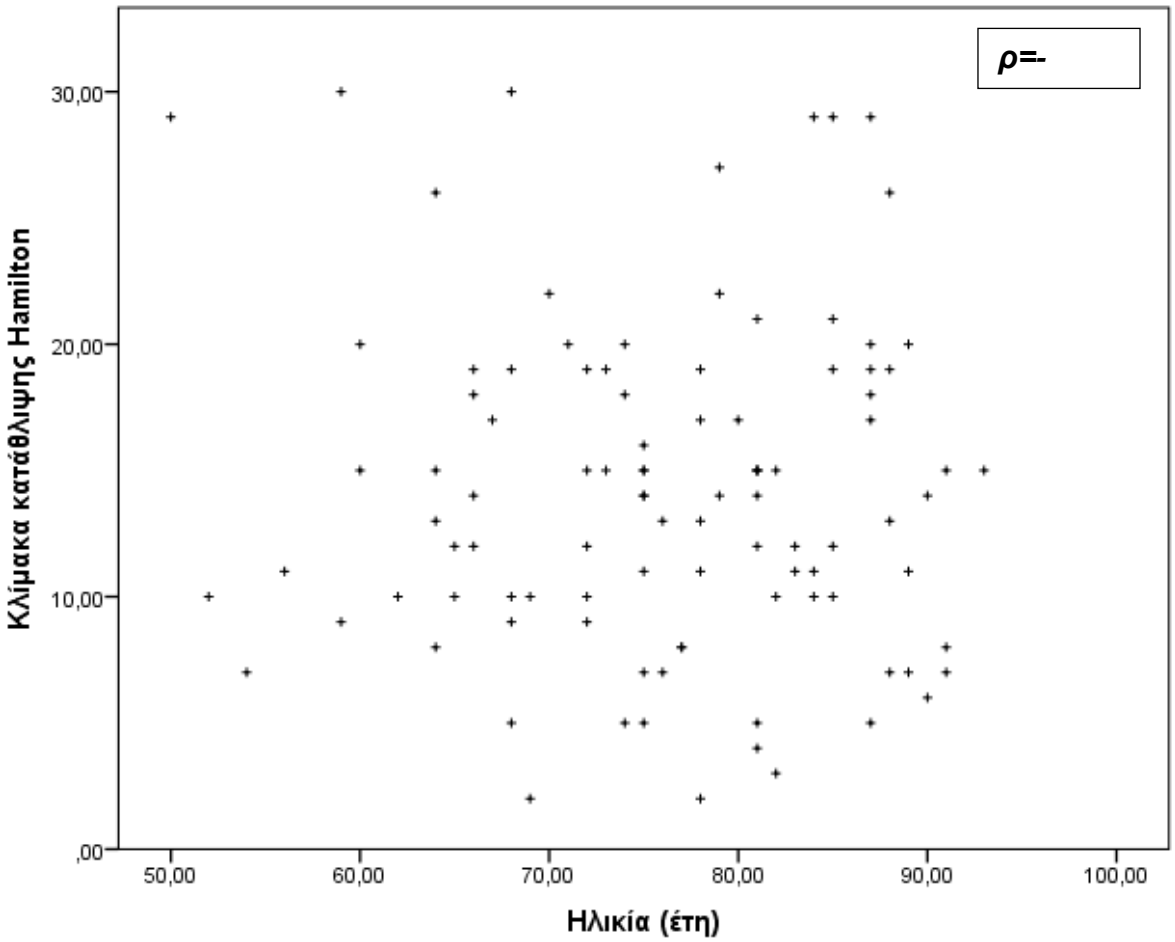
Στη συγκεκριμένη υποενότητα, αναζητούνται πιθανές σχέσεις μεταξύ του σκορ της κλίμακας κατάθλιψης HAM-D και βασικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού. Από το **Πίνακα 2** φαίνεται ότι οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο σκορ HAM-D (14.9±6.5), έναντι των γυναικών (13.4±6.7), χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Στη σχέση του εκπαιδευτικού επιπέδου δεν φαίνεται καμία διαφοροποίηση, όπως και στην οικογενειακή κατάσταση και στο τόπο κατοικίας. Η στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται στο ιστορικό ψυχικής διαταραχής, όπου βλέπουμε ότι όσοι είχαν ιστορικό έχουν κατά πολύ μεγαλύτερο μέσο σκορ HAM-D (21.1±5.4), έναντι των ασθενών που δεν παρουσίαζαν κάποιο ιστορικό

(11.2±4.5). Τέλος, δεν φαίνεται καμία διαφορά και στο εάν ήταν κάποιος/α άπορος/η ή μη.

Πίνακας 2 *Σχέση βασικών κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού έτη κλίμακα κατάθλιψης Hamilton (HAM-D)*

	HAM-D		
	Mean	**SD**	***p*-value**
Φύλο			0.258
Άνδρας	14.87	6.5	
Γυναίκα	13.37	6.7	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.981
Απόφοιτοι δημοτικού	14.16	7.7	
Μερικές τάξεις δημοτικού	14.50	5.8	
Αναλφάβητοι	14.12	6.4	
Οικογενειακή κατάσταση			0.134
Έγγαμος/η	6.05	2.3	
Άγαμος/η	5.00	0.8	
Χήρος/α	7.48	1.1	
Διαζευγμένος/η	6.73	1.7	
Τόπος κατοικίας			0.860
Αστική περιοχή	14.35	6.0	
Αγροτική περιοχή	14.10	6.9	
Ιστορικό ψυχικής διαταραχής			<0.001*
Ναι	21.10	5.4	
Όχι	11.21	4.5	
Άπορος/η			0.419
Ναι	15.2	4.5	
Όχι	13.0	5.9	

Συντομογραφίες: Mean= μέση τιμή, SD= τυπική απόκλιση, *p*-value= κρίσιμη τιμή
* Στατιστικά σημαντική διαφορά σε α=5% επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο *t* για δύο ανεξάρτητα δείγματα ή τον έλεγχο ANOVA για περισσότερα από δύο δείγματα.



Διάγραμμα 7 Συσχέτιση κλίμακας κατάθλιψης Hamilton και ηλικίας (έτη). *ρ* αναφέρεται ως ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson.

Στο παραπάνω **Διάγραμμα 7** παρουσιάζεται το γράφημα διασποράς (scatter plot) μεταξύ της ηλικίας και της κλίμακας HAM-D.), έτσι προσδιορίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (*ρ*). Βάσει αυτού, το σκορ της κατάθλιψης δεν φαίνεται να σχετίζεται καθόλου με την ηλικία (*ρ=-0.04, p-value=0.720>0.05*). Αυτό φαίνεται στο διάγραμμα όπου όλα τα σημεία είναι διασκορπισμένα μέσα στο χώρο, χωρίς να υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο.

Πίνακας 3 Πολυπαραγοντικό γραμμικό μοντέλο για τη κλίμακα κατάθλιψης Hamilton

	Κλίμακα κατάθλιψης HAM-D			
	β-coeff.	95% CI		*P*-value
Φύλο				
Γυναίκα	-2.69	-4.81	-.056	0.013*
Άνδρας	***Επίπεδο αναφοράς***			

Ιστορικό ψυχικής διαταραχής				
Ναι	8.81	6.61	11.00	<0.001*
Όχι	***Επίπεδο αναφοράς***			
Οικογενειακή κατάσταση				
Διαζευγμένος/η	-3.31	-7.75	1.13	0.144
Χήρος/α	-1.55	-5.72	2.60	0.463
Άγαμος/η	-1.48	-5.52	2.55	0.472
Έγγαμος/η	***Επίπεδο αναφοράς***			
Άπορος/η				
Ναι	3.08	-0.80	6.97	0.120
Όχι	***Επίπεδο αναφοράς***			
Τόπος κατοικίας				
Αγροτική περιοχή	-0.59	-2.83	1.65	0.607
Αστική περιοχή	***Επίπεδο αναφοράς***			
Εκπαιδευτικό επίπεδο				
Αναλφάβητοι	-0.38	-2.86	2.08	0.758
Μερικές τάξεις δημοτικού	0.18	-3.06	3.42	0.912
Απόφοιτοι δημοτικού	***Επίπεδο αναφοράς***			
Ηλικία (έτη)	0.03	-0.08	0.13	0.625

* Στατιστικά σημαντική σχέση σε α=5% επίπεδο σημαντικότητας

Προσπαθώντας να βρούμε ποιοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τη κλίμακα κατάθλιψης Hamilton, εφαρμόσαμε πολυπαραγοντικό γραμμικό μοντέλο παλινδρόμησης (**Πίνακας 3**). Σύμφωνα με το προσαρμοσμένο συντελεστή μεταβλητότητας ($R^2_{Adjusted}$) του μοντέλου, γύρω στο 45.00% της διακύμανσης του μοντέλου εξηγεί τη κλίμακα Hamilton**.** Έτσι, φαίνεται μια αρνητική σχέση με τις γυναίκες, δηλαδή οι γυναίκες έχουν κατά 2.7 μονάδες μικρότερο HAM-D σε σχέση με τους άνδρες (*β coeff.= 2.68, 95% ΔE= -4.81, -0.06*). Επίσης, όσοι έχουν ιστορικό ψυχικής διαταραχής εμφανίζουν περίπου 9 μονάδες υψηλότερο σκορ HAM-D σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάποιο ιστορικό (*β coeff.= 8.81, 95% ΔE= 6.61, 11.00*). Τέλος, δεν φαίνεται να επηρεάζει κάποιος άλλος δημογραφικός παράγοντας τη κλίμακα κατάθλιψης, άρα οι βασικοί είναι το φύλο και το ιστορικό ψυχικής διαταραχής.

Πίνακας 4 *Σχέση ιστορικού ψυχικής διαταραχής με παράγοντες της κλίμακα κατάθλιψης Hamilton (HAM-D)*

	Ιστορικό ψυχικής διαταραχής		
	Όχι (N=70)	Ναι (N=30)	
	N (%)	**N (%)**	***p*-value**
Τάση αυτοκτονίας			0.002*
Όχι	66 (75.9)	21 (24.1)	
Ναι	4 (30.8)	9 (69.2)	
Αρχική αϋπνία			0.003*
Όχι	41 (83.7)	8 (16.3)	
Ναι	29 (56.9)	22 (43.1)	
Ενδιάμεση αϋπνία			<0.001*
Όχι	56 (82.4)	12 (17.6)	
Ναι	14 (43.8)	18 (56.3)	
Όψιμη αϋπνία			0.111
Όχι	55 (74.3)	19 (25.7)	
Ναι	15 (57.7)	11 (42.3)	
Απελπισία			0.015*
Καθόλου	31 (79.5)	8 (20.5)	
Μέτρια	29 (74.4)	10 (25.6)	
Υψηλή	10 (45.5)	12 (54.5)	

Συντομογραφίες: *p*-value= κρίσιμη τιμή
* Στατιστικά σημαντική διαφορά σε α=5% επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με το X^2Pearson ή τη διόρθωση του Fisher (Fisher exact test).

Ο **Πίνακας 4** μας δείχνει εάν υπάρχει κάποια σχέση του ιστορικού ψυχικής διαταραχής με κάποιους από τους βασικούς παράγοντες της κλίμακας κατάθλιψης Hamilton. Αυτό που μπορούμε να παρατηρήσουμε είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που είχαν τάσεις αυτοκτονίας (69.2%) και δήλωναν ότι παρουσίαζαν υψηλή απελπισία (54.5%) είχαν και ιστορικό διαταραχής. Όσον αφορά τώρα την αϋπνία, στην ενδιάμεση κατάσταση φαίνεται ότι το 56.3% είχαν ιστορικό ψυχικής διαταραχής και στην αρχική το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 43.1%. Τέλος, στην όψιμη αϋπνία δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια σχέση με το ιστορικό διαταραχής.

ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περιορισμοί της μελέτης

Η κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα όπου απασχολεί την σύγχρονη Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Μέσα από πολυάριθμα άρθρα διαφαίνεται η ανεπάρκεια των διάφορων ερευνητικών εργαλείων, να αξιολογήσουν πλήρως όλους τους τομείς της κατάθλιψης. Η μελέτη αυτή, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αξιολογεί την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος σε κάθε τομέα της έκφρασης της.

Ο πληθυσμός μελέτης και δείγματος, δεν είναι επαρκής για να δώσει συμπεράσματα για την κατάθλιψη ηλικιωμένων που διαβιούν γενικά σε ιδρύματα, αφού τα συμπεράσματα αφορούν μόνο τον πληθυσμό μελέτης του συγκεκριμένου ιδρύματος. Επιπροσθέτως, η συλλογή δεδομένων της παρούσας μελέτης έχει χαρακτήρα συγχρονικής μελέτης αφού αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να δώσουν συμπεράσματα μόνο για τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή που διεξάγεται η μελέτη.

Τέλος η προσπάθεια απομόνωσης κάποιων μεταβλητών όσον αφορά τη συσχέτιση με την κατάθλιψη είναι εξαιρετικά δύσκολη. Για παράδειγμα η ηλικία αλληλεπιδρά με διάφορους άλλους ενδιάμεσους και συγχυτικούς παράγοντες, όπως είναι η ίδια η διαδικασία γήρανσης, που επιδρούν παράλληλα στην επίγνωση του νοσηρού.

Συζήτηση – συμπεράσματα

Παρατηρείται σχεδόν ισοκατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στο ίδρυμα υπάρχει σχετική ομοιογένεια ως προς την καταγωγή των ηλικιωμένων ενοίκων καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας φανερώνουν ελάχιστη συμμετοχή αλλοδαπών.

Έτσι αυτή η ομοιογένεια φαίνεται και από τα αρχεία του ιδρύματος όπου καταγράφεται ως ιδιαίτερος τόπος καταγωγής των περισσότερων ηλικιωμένων που διαμένουν στο γηροκομείο να είναι η Κρήτη.

Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ενοίκων της ανάλυσης είναι στα 76 έτη περίπου.

Όσον αφορά την ανάλυση της οικογενειακής τους κατάστασης προκύπτει ότι το γηροκομείο φιλοξενεί κυρίως ηλικιωμένους που σήμερα δεν έχουν σύντροφο.

Οι ηλικιωμένοι είτε είναι άγαμοι, είτε σήμερα βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας (35%. άγαμοι και 42% σε κατάσταση χηρείας). Το 7% του δείγματος είναι έγγαμοι.

Το 60% του δείγματος των ηλικιωμένων ενοίκων είναι αναλφάβητοι ενώ ένα μόνο άτομο είναι απόφοιτος Λυκείου. Σημαντικό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που δηλώνουν ότι δεν είναι άποροι (70%). Με βάση λοιπόν την μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο γηροκομείο, φάνηκε ότι λειτουργεί ως κομβική δομή για την κοινωνική προστασία, την μοναξιά, την απομόνωση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (πρωτοβάθμια περίθαλψη), την διασφάλιση ατομικής υγιεινής, την παροχή στέγασης κ σίτισης, την κάλυψη της ψυχικής και σωματικής υγείας και ακεραιότητας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την φτώχεια. Στο ίδρυμα όλοι οι ηλικιωμένοι βρίσκουν θαλπωρή, ζεστασιά και αισθάνονται ότι βρίσκονται σε ένα φιλικό περιβάλλον που τους φροντίζει και νοιάζεται για αυτούς.

Αξιολογώντας την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων που διαμένουν στο γηροκομείο είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας αλλά και συνοσηρότητας. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν με αυξημένη ανεκτικότητα, την έκπτωση της υγείας που επέρχεται λόγω γήρατος. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει η μελέτη των Kane & Kane. Το γεγονός αυτό αντανακλάται στην διαφορά των ποσοστών αντικειμενικής και υποκειμενικής αντίληψης προβλημάτων υγείας. Έτσι οι ερωτώμενοι του δείγματος στην ερώτηση για την «Επίγνωση του νοσηρού» βλέπουμε ότι πάνω από το 50% αρνούνται ότι είναι άρρωστοι ή αποδίδουν αλλού την ασθένεια. Μολονότι φαίνεται ότι ο μισός πληθυσμός του δείγματος της μελέτης παρουσιάζει μια ήπια κατάθλιψη (51.0%), ενώ ένα 7.0% παρουσιάζει μια αυστηρή κατάθλιψη, ενώ σημαντικό φαίνεται να αναφερθεί ότι στην ερώτηση για τη «Τάση αυτοκτονίας» 13 άτομα απάντησαν ότι εύχονταν να πεθάνουν ή ότι είχαν ιδέες για αυτοκτονία ή είχαν απόπειρες. Επιπροσθέτως αξιοπρόσεκτο είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που είχαν τάσεις αυτοκτονίας (69.2%) και δήλωναν ότι παρουσίαζαν υψηλή απελπισία (54.5%) είχαν και ιστορικό διαταραχής. Όσον αφορά τώρα την αϋπνία, στην ενδιάμεση κατάσταση φαίνεται ότι το 56.3% είχαν ιστορικό ψυχικής διαταραχής και στην αρχική το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 43.1%.

Στο γηροκομείο τα κυριότερα προβλήματα που κατεγράφησαν βάση των δηλώσεων των ηλικιωμένων, ήταν κατά προτεραιότητα κυρίως η αϋπνία και η υψηλή απελπισία για το τι θα επιφέρει το μέλλον. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, έχουν στατιστικά σημαντικά σημαντική διαφορά όπου παρουσιάζεται στο ιστορικό ψυχικής

διαταραχής, όπου βλέπουμε ότι όσοι είχαν ιστορικό έχουν κατά πολύ μεγαλύτερο μέσο σκορ HAM-D (21.1±5.4), έναντι των ασθενών που δεν παρουσίαζαν κάποιο ιστορικό (11.2±4.5).

Ωστόσο, η επιβάρυνση του ελληνικού πληθυσμού των ηλικιωμένων από την κατάθλιψη είναι σημαντική και αναμένεται να αυξηθεί καθώς σύμφωνα με τις τελευταίες διαθέσιμες προβολές πληθυσμών στην Ελλάδα το 2050, η ομάδα των συνταξιούχων (65 ετών και άνω) θα διπλασιαστεί, σε σχέση με το 2000 (από 16,6 %, σε 32,1%). (Abdellah, F).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προέκυψε ότι το 51% των ηλικιωμένων του δείγματος εμφάνισε («ήπια») καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ το 7% («σοβαρή» κατάθλιψη), δείχνοντας ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην ομάδα των ηλικιωμένων που μελετήθηκε είναι αρκετά υψηλός. Τα ευρήματα της μελέτης διαφέρουν σημαντικά από τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών, τα οποία καταδεικνύουν χαμηλότερα ποσοστά γεροντικής κατάθλιψης σε παρόμοιους πληθυσμούς ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Στην έρευνα Stylianopoulou et al. (2010), καταδεικνύει με 30,3% επιπολασμό χαμηλότερο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αφού η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες εκτιμήθηκε με 29,9% και 19,6% αντίστοιχα.

Στα ίδια αποτελέσματα κυμαίνεται και η έρευνα του Σπυρόπουλου και των συνεργατών του (2004), οι οποίοι βρήκαν πως 31% των ηλικιωμένων που μελέτησαν παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα. Ακόμα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρηθήκαν στην έρευνα των Argyriadou et. Επιπλέον, ακόμη πιο χαμηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν στην έρευνα του Μιχαηλίδη και συν. (2000) σε αστικό κοινοτικό ηλικιωμένο πληθυσμό.

Υψηλότερα δε είναι τα ποσοστά, τόσο για τη μέτρια όσο και τη σοβαρή κατάθλιψη που κατέγραψε η έρευνα των Mamplekou et al. (2010) σε ηλικιωμένο νησιωτικό πληθυσμό Ελλάδας και Κύπρου. Από την άλλη, τα αποτελέσματά μας συνάδουν με αυτά της έρευνας των Αργυρόπουλου και συν. (2012), οι οποίοι βρήκαν πως το 45,2% των ηλικιωμένων που μελέτησαν παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι διαφοροποιήσεις βέβαια που παρατηρούνται στις αναφερόμενες μελέτες μπορεί να αποδοθούν στους διαφορετικούς πληθυσμούς ηλικιωμένων σε αγροτικές, αστικές και νησιώτικες περιοχές, επίσης στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της γεροντικής κατάθλιψης ή και σε άλλα χαρακτηριστικά που δεν μετρήθηκαν. Κυρίως, όμως, αποδίδονται στο γεγονός ότι ο πληθυσμός της συγκεκριμένης μελέτης

είναι ιδρυματοποιημένος, οπότε είναι λογικό να εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

Διαχωρίζοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τη βαρύτητά της, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ποσοστά της τάξης του 10% και 7% για «μέτρια» και «βαριά» (κλινικού τύπου) κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας , το ποσοστό ήπιας κατάθλιψης στα ΚΑΠΗ φαίνεται να υπερτερεί του γηροκομείου. Σε αντίθεση με το ποσοστό μέτριας κατάθλιψης του γηροκομείου υπερτερεί των ΚΑΠΗ. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton τόσο στα ΚΑΠΗ όσο και στο γηροκομείο φαίνεται οι άντρες να είναι εκείνοι που παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Στην έρευνα της Στυλιανοπούλου και συν η ηλικία είναι παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης, σύμφωνα με την κλίμακα Hamilton η ηλικιακή ομάδα 75-84 χρόνων φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης στο γηροκομείο, με τα ποσοστά του γηροκομείου να υπερτερούν. Αυτό δείχνει, πως τόσο η κατάθλιψη όσο και η Τρίτη ηλικία σχετίζονται.

Από την έρευνα του Schoevres et al. (2000) προκύπτει ότι η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται πως επηρεάζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό την εμφάνιση κατάθλιψης όπως φαίνεται και στην παρούσα μελέτη. Αναλυτικότερα, οι χήροι παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης με τους άγαμους να ακολουθούν. Αξιοπρόσεκτο στην παρούσα μελέτη είναι η ύπαρξη παθολογίας που επηρεάζει κατά πολύ την εμφάνιση κατάθλιψης τόσο στην Τρίτη ηλικία και είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει τη βιβλιογραφία. Σημαντικό λοιπόν εύρημα της μελέτης είναι ότι η ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας επηρεάζει την κατάθλιψη στο γηροκομείο. Σύμφωνα λοιπόν με τον Taylor AE et al.(1986) έχουν βρεθεί νοσήματα τα οποία έχουν αποδειχτεί ότι σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας όπως η νόσος του Parkinson, η νόσος Alzheimer, οι νεοπλασίες, ο διαβήτης και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι η ενασχόληση με διάφορες φυσικές δραστηριότητες αποσπά την προσοχή του πάσχοντα από κατάθλιψη, από ανησυχίες, έγνοιες και δυσάρεστες σκέψεις. Αυτό επιβεβαιώνεται και από πολλές έρευνες που υποστηρίζουν ότι η άσκηση δρα ευεργετικά στην καταπολέμηση της κατάθλιψης. Στην παρούσα μελέτη το σύνολο των ερωτηθέντων ηλικιωμένων έδειξε να επιβεβαιώνει την άποψη αυτή. Έτσι λοιπόν οι ηλικιωμένοι που είχαν εγκαταλείψει τα

ενδιαφέροντα τους εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά ανικανότητας και κόπωσης συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν.

Στα ευρήματα της μελέτης αξιοπρόσεκτο είναι ότι ο καταθλιπτικός ασθενής συχνά εκφράζει αισθήματα καθώς και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Μεγάλο ήταν το ποσοστό των ερωτηθέντων που εμφάνιζε το αίσθημα αυτομομφής, ότι είχε απογοητεύσει ανθρώπους καθώς είχε και ιδέες ενοχής. Όσον αφορά το φύλο οι άντρες αυτοκατηγορούνταν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις γυναίκες.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, όπως αϋπνία. Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται είτε σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί, είτε σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας ή δυσκολία να ξανακοιμηθεί ή σε αφύπνιση νωρίς το πρωί. Ο ασθενής αισθάνεται ότι ο ύπνος δεν είναι αρκετός, δεν τον ξεκουράζει και είναι επιφανειακός. Αυτό λοιπόν επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα της έρευνας με την εμφάνιση όψιμης αϋπνίας στην πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι του γηροκομείου δήλωσαν πως ξυπνούν κατά την διάρκεια της νύχτας και δεν μπορούν να ξανακοιμηθούν, γεγονός που οφείλεται στο ότι οι ηλικιωμένοι σκέφτονται και αγωνιούν για το τι θα επιφέρει τον μέλλον, ενώ οι περισσότεροι στενοχωριούνται που βιώνουν την μοναξιά και βρίσκονται μακριά από το σπίτι τους και την οικογένεια τους. Αφού το μεγαλύτερο δείγμα της ανάλυσης διαμένει σε αγροτικές περιοχές σε ποσοστό 69.0% γεγονός που ενισχύει την θλίψη τους και την απελπισία τους.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε δείχνει πολύ υψηλό το ποσοστό των ηλικιωμένων του ιδρύματος που είναι μόνοι (διαζευγμένων, χήρων, & άγαμων). Επίσης το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα και ηλικιωμένων που είναι απόφοιτοι δημοτικού σχολείου είναι υψηλό. Εύλογο λοιπόν είναι πως αυτές οι μεταβλητές συσχετίζονται με άλλες παραμέτρους της υγείας των ηλικιωμένων όπως το προσδόκιμο επιβίωσης μέσα στο γηροκομείο.

Στην έρευνα που διεξήχθη ελέχθησαν παράμετροι της ψυχικής υγείας των ενοίκων του γηροκομείου και σχετίστηκαν με τομείς της κατάθλιψης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει η σύγκριση ερευνών από άλλα γηροκομεία ούτως ώστε τα αποτελέσματα που θα διεξαχθούν να είναι ικανά να αξιολογήσουν την βαρύτητα της κατάθλιψης των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα, τόσο σε

τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, θα μπορούσαν να γίνουν συγκρίσεις ανάλογες μεταξύ ιδιωτικών και δημοσίων ιδρυμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. Ψυχιατρική, 2012; 23:39-45.

2. Βακάλη, Χ., Βασιλοπούλου, Γ., Γερογιάννη, Γ., Ζήντρου, Γ., Καμπά, Ε., Μπαμπάτσικου Φ.,(2014) *Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία σε κλειστή δομή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton*. Αθήνα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας.

3. Κουτεντάκης, Κ., (2008) *Διερεύνηση αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης μεταξύ μελών Κ.Α.Π.Η σε αγροτική περιοχή της Κρήτης.*

4. Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999α), Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999β), Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

5. Μαυραντωνάκης, Α., Στυλιανίδης, Κ., Τσίχλα, Δ., (2006) *Οι απόψεις των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας του νομού Ηρακλείου για τις συνθήκες ζωής τους.* Ηράκλειο: Αρχεία πτυχιακών εργασιών Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

6. Μιχαηλίδης Ε, Παπανικολάου Ν, Καυγά-Παλτόγλου, Μπέλλος Γ. Ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία Κέντρου Υγείας. Πρακτικά 6ου Πανελλήνιου Συνεδρίου για Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία. Σύνεδρον , Αθήνα 2000; 276-277.

7. Μωυσίδης Α.(1998) Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, επίμ. Κασιμάτη Κούλα, Αθήνα:Gutenberg

8. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ.,(2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18 (3): 239-253.

9. Πουλοπούλου, Η. (1999) *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες, παρελθόν παρόν και μέλλον.* Αθήνα: Έλλην.

10. Σπυρόπουλος Α, Παλιώση Ν, Λεοντάρη Α, Τόγια Β, Καρύδη Τ, Παπακωνσταντίνου Μ. Ερευνητική εργασία για την παρουσία των ανοιών και της κατάθλιψης σε εκατό (100) ηλικιωμένα άτομα των πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. (Κ.Α.Π.Η.) του δήμου Κορυδαλλού. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, (Επιμ.) Σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στη Γεροντολογία και Γηριατρική. Σύνεδρον, Αθήνα 2004; 209-212.

11. Σταματίου, Κ., (2002) *Γηριατρικός ασθενής και ψυχική υγεία.*

12. Τίκα, Χ., (2013) *Συχνότητα κατάθλιψης ηλικιωμένων σε οίκο ευγηρίας του νομού Ιωαννίνων και ικανοποίηση από την παρεχομένη νοσηλευτική φροντίδα.* Σπάρτη: Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία.

13.Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεθοδολογία μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3): 218-229.

14. Tucker N., (1997), Εφηβεία, ωριμότητα και τρίτη ηλικία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Abdellah FG, Levine E. Better patient care through nursing research. Macmillan 1965; New York.

2.Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania 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. Family Practice: 18: 87–91.

3. Bavazzano A, Magnolfi SU, Calvani D, Valente C, Boni F, Baldini A, Quesada JJ. (1998) Functional evaluation of alzheimer patients during clinical trials: A review. Arch Gerontol Geriatr. 1998;26:27–32.

4. Dijkstra A, Buist G, Dassen T.(1998) *Operationalization of the concept of nursing care dependency" for use in long-term care facilities.* Aust N Z J Ment Health Nurs. 1998;7:142–151.

5. Dijkstra A, Brown L, Havens B, Romeren TI, Zanotti R, Dassen T, van den Heuvel W(2000). *An international psychometric testing of the care dependency scale*. J Adv Nurs. 2000;31:944–952.

6. Fernández–Ballesteros R., (2002), Social support and Quality of life Among Older People in Spain, Journal of Social Issues, 58(4): 645-659.

7. Kane R., Kane R. (1981), *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*. Lexington MA D.C, Heath and Co

8. Maddox G., (1968) Persistence of Life Style among the Elderly. In BL Neugarden(ed.). Middle Age and Ageing. Open University Press. Chicago

9. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N, Gotsis E, Metallinos G, Pounis G, Polychronopoulos E, Lionis C, Panagiotakos D. 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 2010; 14:449-455.

10.Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). J Affect Dis 2000; 59:127–137.

11. Schulberg, H., Couleman, J., Block, M., Rondiguez, E., Scott, C., et al., (1993) *Clinical trials of primary care treatments for major depression Issues in design, recruitment, and* treatment.

12. Shear, M. K and Schuldberg, H.C (1995) *Anxiety disorders in primary care.*

13. Sheikh, JL., and Yesavage, JA., (1986) *Geriatric Depression Scale(GDS)*

14.Stylianopoulou C, Koulierakis G, Karagianni V, Babatsikou F, Koutis C. Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. Vima-Asklipiou 2010; 9:490-504 (in Greek).

15. Swensen , C.H. (1983). *A respectable old age.* American Psychologist, 327- 334.

16. Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Bunam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S., & Ware, J., (1989). *The functioning and well-being of depressed patients.*

17. WHO (2000). Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research Geneva 2000.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ : ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /

ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ HAMILTON

Για κάθε ερώτηση, επιλέξτε τον αριθμό εκείνο που αντιπροσωπεύει καλύτερα τον/την ασθενή κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας και σημειώστε το νούμερο αυτό στο κουτί βαθμολόγησης που βρίσκεται στα δεξιά κάθε ερώτησης.

01. Καταθλιπτική διάθεση κατήφεια, απαισιοδοξία, λύπη, απελπισία, τάση να κλαίει		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	φανερώνονται μόνο με σχετικές ερωτήσεις		
2	αναφέρεται σε αυτά χωρίς να ερωτηθεί – κλαίει κάπου-κάπου		
3	φανερώνει αυτά τα αισθήματα όχι λεκτικά αλλά με την έκφραση του προσώπου, την ομιλία κ.τ.λ. - κλαίει συχνά		
4	υπερβολικά συμπτώματα		
02. Αισθήματα ενοχής		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	αυτομορφή, αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους		
2	ιδέες ενοχής		
3	η παρούσα αρρώστια είναι μία τιμωρία		
4	ψευδαισθήσεις ενοχής (ακούει φωνές που τον κατηγορούν, ή τον καταγγέλουν, ή και βιώνει απειλικές οπτικές ψευδαισθήσεις)		
03. Τάση αυτοκτονίας		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχει		
1	αισθάνεται ότι η ζωή δεν αξίζει		
2	εύχεται να είχε πεθάνει		
3	ιδέες αυτοκτονίας		
4	απόπειρες αυτοκτονίας		
04. Αρχική αϋπνία		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχει δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος		
1	παραπονείται για δυσκολία κάπου-κάπου		
2	παραπονείται για δυσκολία να τον πάρει το βράδυ ο ύπνος		
05. Ενδιάμεση αϋπνία		Βαθμός:	
0	όχι δυσκολία		
1	ο ασθενής είναι ανήσυχος και ταραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας		
2	ξυπνάει κατά τη διάρκεια της νύχτας		
06. Όψιμη αϋπνία		Βαθμός:	
0	όχι δυσκολία		
1	ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμάται		
2	ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί		

web-psychiatry.gr

07. Εργασία και ενδιαφέροντα		Βαθμός:	
0	όχι δυσκολία		
1	αίσθημα ανικανότητας, κόπωση ή αδυναμία σε δραστηριότητες, την εργασία ή τα χόμπι		
2	απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητα, εργασία ή χόμπι ή ακεφιά, αναποφασιστικότητα και αμφιταλάντευση (αισθάνεται σαν να πρέπει να πιέσει τον εαυτό του για εργασία ή δραστηριότητες)		
3	περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, μειωμένη παραγωγικότητα, μείωση του πραγματικού χρόνου που ξοδεύει σε δραστηριότητες (στο νοσοκομείο βαθμολογείστε με 3 όταν ο ασθενής δε δαπανά τουλάχιστον 3 ώρες την ημέρα σε δραστηριότητες του νοσοκομείου ή σε χόμπι, πέρα από τις αγγαρείες στο τμήμα)		
4	έπαψε να εργάζεται εξαιτίας της νόσου του (στο νοσοκομείο βαθμολογείστε με 4 όταν ο ασθενής δεν απασχολείται με δραστηριότητες εκτός από αγγαρείες στο τμήμα ή όταν αυτές δεν μπορεί να τις εκτελέσει χωρίς βοήθεια)		
08. Επιβράδυνση (βραδύτητα στη σκέψη, την ομιλία και την κινητική συμπεριφορά, απάθεια, εμβροντησία)		Βαθμός:	
0	κανονική ομιλία και σκέψη		
1	ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση		
2	σαφής επιβράδυνση κατά την εξέταση		
3	συνέντευξη προβληματική		
4	πλήρης εμβροντησία		
09. Κινητική ανησυχία (ανησυχία συνοδευόμενη από άγχος)		Βαθμός:	
0	καθόλου		
1	"παίζει" με τα χέρια, τα μαλλιά του κ.τ.λ.		
2	Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλη		
10. Ψυχικό άγχος		Βαθμός:	
0	καθόλου		
1	αίσθημα έντασης και ευερεθιστικότητα		
2	στενοχωρείται για ασήμαντα πράγματα		
3	φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και στην ομιλία		
4	φόβοι που τους εκφράζει χωρίς να ερωτηθεί		
11. Σωματικό άγχος (από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως ρέψιμο, δυσπεψία, διάρροια, σπασμοί, τάση για εμετό, κεφαλόπονοι. Από το αναπνευστικό, όπως υπεραερισμός, αναστεναγμοί, ή από το ουρογεννητικό κ.τ.λ.)		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχει		
1	ήπια		
2	μέτριο		
3	βαρύ		
4	ανίκανος για εργασία		
12. Γαστρεντερικά σωματικά συμπτώματα (απώλεια όρεξης, αίσθημα βάρους στο υπογάστριο, δυσκοιλιότητα κ.α.)		Βαθμός:	
1	δεν υπάρχουν		
2	ελαφρά συμπτώματα που εμποδίζουν τη δραστηριότητά του		
3	μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες		

web-psychiatry.gr

13. Γενικά σωματικά συμπτώματα (αίσθημα βάρους στα άκρα, τη ράχη και το κεφάλι, διάχυτος πονοκέφαλος ή απώλεια ενεργητικότητας και εύκολη κόπωση)		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητά του		
2	μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες		
14. Γεννητικά συμπτώματα (απώλεια της λίμπιντο ή διαταραχές της εμμηνορρυσίας)		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	ελαφρά συμπτώματα που δεν επηρεάζουν την δραστηριότητά του		
2	μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες		
15. Υποχονδριακά συμπτώματα		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	σωματική ενασχόληση		
2	υπεραπασχόληση με τη σωματική του υγεία		
3	μεμψίμοιρη στάση γύρω από την σωματική του υγεία		
4	υποχονδριακό παραλήρημα		
16. Απώλεια βάρους (βαθμολογείται κατά το "Α" στην πρώτη επίσκεψη και κατά το "Β" στις επόμενες)		Βαθμός:	
Α. Εκτίμηση με βάση το ιστορικό			
0	όχι απώλεια βάρους		
1	πιθανή απώλεια βάρους που συνδέεται με την παρούσα νόσο		
2	βέβαιη (κατά τον ασθενή) απώλεια βάρους		
Β. Εκτίμηση από τον ψυχίατρο του τμήματος με ζύγιση του ασθενούς κάθε εβδομάδα			
0	απώλεια βάρους μικρότερη από μισό κιλό την εβδομάδα		
1	απώλεια βάρους μεγαλύτερη από μισό κιλό την εβδομάδα		
2	απώλεια βάρους μεγαλύτερη από ένα κιλό την εβδομάδα		
17.Επίγνωση του νοσηρού (εναισθησία) (Η εναισθησία πρέπει να εκτιμηθεί σύμφωνα με την αντίληψη και την μόρφωση του ασθενή)		Βαθμός:	
0	γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος		
1	γνωρίζει την αρρώστια αλλά αποδίδει την αιτία της σε κακή διατροφή, κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ.ά.		
2	αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος		
18. Ημερήσια διακύμανση (εάν τα συμπτώματα χειροτερεύουν το πρωί ή το βράδυ, σημειώστε πότε και εκτιμήστε το βαθμό της διακύμανσης)		Βαθμός:	
0	όχι διακύμανση		
1	ελαφρά διακύμανση		
2	σοβαρή διακύμανση		

19. Αποπροσώπηση και αίσθημα μη πραγματικού (αίσθημα μη πραγματικού: τα αντικείμενα δεν φαίνονται πραγματικά μηδενιστικές ιδέες: ο ίδιος δεν φαίνεται πια πραγματικός)		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχει		
1	αισθάνεται ότι δεν είναι σε επαφή με τον κόσμο γύρω του		
2	αισθάνεται κατά καιρούς το κάθε τι σαν σε όνειρο		
3	αισθάνεται ότι ο ίδιος και τα αντικείμενα δεν είναι πια μέρος της καθημερινής ζωής		
4	αισθάνεται σταθερά σε ονειρική κατάσταση, ότι τα πράγματα φαίνονται σαν μη πραγματικά		
20. Παρανοϊκά συμπτώματα (με όχι καθαρά καταθλιπτικό χαρακτήρα)		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	καχυποψία		
2	ιδέες συσχετίσεως		
3	παραλήρημα συσχετίσεως και διώξεως		
4	διωκτικές ψευδαισθήσεις		
21. Ιδεοληπτικά συμπτώματα (ιδεοληπτικές σκέψεις και ψυχαναγκασμοί εναντίον των οποίων ο ασθενής αγωνίζεται)		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχουν		
1	ιδεοληψίες και ψυχαναγκαστικές πράξεις ή φόβοι στα οποία μπορεί ακόμα να αντιστέκεται, π.χ. ενώ αναρωτιέται όλη μέρα στη δουλειά του αν έχει κλείσει το γκάζι φεύγοντας από το σπίτι, μπορεί να αντισταθεί στον πειρασμό να πάει σπίτι για να δει		
2	ιδεοληψίες και ψυχαναγκαστικές πράξεις ή φόβοι στα οποία αναγκάζεται να υπακούει		
22. Ανικανότητα, ανημπορία		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχει		
1	υποκειμενικά αισθήματα που έρχονται στην επιφάνεια μόνο με τις κατάλληλες ερωτήσεις		
2	ο ασθενής εκδηλώνει αυθόρμητα το αίσθημα ανημπορίας του		
3	χρειάζεται παρότρυνση, καθοδήγηση και διαβεβαίωση για να εκτελέσει τις αγγαρείες στο τμήμα ή να περιποιηθεί τον εαυτό του		
4	χρειάζεται να τον βοηθήσει κάποιος για να ντυθεί, να περιποιηθεί τον εαυτό του, να φάει, να τακτοποιήσει το κρεβάτι του και την ατομική του καθαριότητα		
23. Απελπισία		Βαθμός:	
0	δεν υπάρχει		
1	κατά διαστήματα αμφιβάλλει ότι "τα πράγματα θα καλυτερέψουν" αλλά μπορεί να ενθαρρύνεται		
2	νιώθει σταθερά απελπισμένος αλλά αποδέχεται ενθάρρυνση		
3	εκφράζει αισθήματα αποθάρρυνσης, απόγνωσης, απαισιοδοξίας που δεν μπορεί να διώξει		
4	αυτόματα και απρόσφορα επιμένει "ποτέ δεν θα γίνω καλά" ή κάπως ανάλογα		

Συνολική βαθμολογία:	

web-psychiatry.gr

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

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

Θέμα: Συναίνεση για εθελοντική συμμετοχή

Αγαπητέ/-ή συμμετέχοντα/-ουσα

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακού Σπουδών **«Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση μεταπτυχιακής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, με τίτλο «Η εφαρμογή της μεθόδου Hamilton για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης σε κλειστή δομή φροντίδας ηλικιωμένων στο Ηράκλειο».

Η εργασία έχει ως σκοπό την διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης στους τροφίμους του ιδρύματός σας με τη βοήθεια της κλίμακας Hamilton, της ευρύτερα-χρησιμοποιούμενης κλίμακας μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως.

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 Ιδρύματος, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,

Παπαφραγκάκη Χάρις ο/η συμμετέχων/-ουσα

Κοινωνική Λειτουργός

Επικοινωνία τηλ.: 6937570688

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

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

Ηράκλειο, 1 Σεπτεμβρίου 2014

Προς
Διευθυντή Πτωχοκομείου – Γηροκομείου
Φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων
Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού

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

Στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **«Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»** του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σχεδιάζεται η εκπόνηση μεταπτυχιακής μου εργασίας υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, με τίτλο « Εφαρμογή της μεθόδου Hamilton για την μέτρηση της βαρύτητας της κατάθλιψης σε κλειστή δομή φροντίδας ηλικιωμένων στο Ηράκλειο».

Η εργασία έχει ως σκοπό την διερεύνηση του επιπολασμού της κατάθλιψης στους τροφίμους του ιδρύματός σας με τη βοήθεια της κλίμακας Hamilton, της ευρύτερα-χρησιμοποιούμενης κλίμακας μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως.

Στα πλαίσια αυτής της μελέτης, παρακαλώ όπως εγκρίνετε τη διεξαγωγή της μελέτης στο ίδρυμα που διευθύνετε. Επισημαίνεται ότι κατά την εκπόνηση της μελέτης δεν θα παρακωλυθεί το έργο του προσωπικού του ιδρύματος καθ' οιονδήποτε τρόπο, θα υπάρξει πλήρη ενημέρωση και συναίνεση των τροφίμων και θα διασφαλιστεί το απόρρητο των συμμετεχόντων (ανωνυμία στη συμπλήρωση και επεξεργασία των ερωτηματολογίων).

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

Με εκτίμηση,

Παπαφραγκάκη Χάρις
Κοινωνική Λειτουργός
Επικοινωνία τηλ.: 6937570688