



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Αγχώδεις Διαταραχές σε ηλικιωμένους στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη**

**Γραμματικόπουλος Αριστοτέλη Ηλίας
Ιατρός**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Χ. Λιονής**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
 - 2. Π. Θεοδωράκης**, MD, MSc, DipLHTM, PhD, Ιατρός Γενικής Ιατρικής, Πρώην Διοικητής του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων

Ηράκλειο, Φεβρουάριος 2007

© 2007
Ηλία Α. Γραμματικόπουλου
ALL RIGHTS RESERVED



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ




ΠΑΙΔΕΙΑ ΜΠΡΟΣΤΑ
2^ο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Εκπαίδευσης και Αρχικής
Επαγγελματικής Κατάρτισης

Στην μνήμη της μητέρας μου,
Κωνσταντίας

Στον πατέρα μου,
Αριστοτέλη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα μου, Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Λιονή Χρήστο, για την αμέριστη υποστήριξη, την καθοδήγηση, τις συμβουλές και την τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση που μου προσέφερε, δίχως τα οποία αυτή η εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω τον κ. Θεοδωράκη Παύλο, συνεπιβλέπων σε αυτή την εργασία, για την καθοδήγηση και τις ουσιαστικές του διορθώσεις.

Η ολοκλήρωση αυτής της μελέτης δεν θα είχε επιτευχθεί, αν δεν υπήρχε η οικιοθελής και ανιδιοτελής συνεισφορά των συναδέλφων μου, του κ. Κουναλάκη Δημήτριου, Επιμελητή Β΄ του Κέντρου Υγείας Ανωγείων και της κ. Αντωνοπούλου Μαρίας, Επιμελήτριας Α΄ του Κέντρου Υγείας Σπηλίου, στην εφαρμογή και συλλογή των ερωτηματολογίων στα ιατρεία τους. Τους ευχαριστώ θερμά για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Παράλληλα θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα για την βοήθεια και τις συμβουλές του για τη στατιστική ανάλυση, έναν αξιόλογο επιστήμονα, τον κ. Αλεγκάκη Αθανάσιο, Διδάκτορα Επιστημών Υγείας.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τον πρώην Διευθυντή μου της Παθολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο», κ. Λυσιμάχου Αλέξανδρο και την σύζυγό του κ. Λυσιμάχου-Feeney Τερέζα για την συμβολή τους στην μετάφραση του ερωτηματολογίου.

Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα για την ηθική και ψυχολογική στήριξη, όσο επίσης και για την βοήθειά τους όλο αυτό το διάστημα, δύο συμφοιτητές μου στο μεταπτυχιακό, αλλά κυρίως δύο φίλους, τον κ. Σοφρά Κυπριανό και τον κ. Ρίκο Νικόλαο.

Τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν στην έρευνα. Τους καθηγητές και διδάσκοντες στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Τους φίλους μου και την οικογένειά μου. Τους ευχαριστώ όλους θερμά.

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

“Ουκ εν τω πολλώ το ευ”

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελίδα |
|---|-----------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | I |
| ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ | II |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | 1 |
| Περίληψη | 4 |
| Abstract | 6 |
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 8 |
| 1.1 Αγχώδεις διαταραχές: Ορισμός - Το μέγεθος του προβλήματος | 8 |
| • Ορισμός | 8 |
| • Το μέγεθος του προβλήματος | 10 |
| 1.2 Ιστορική αναδρομή | 12 |
| 1.3 Η επιβάρυνση των αγχωδών διαταραχών ως πρόβλημα στην δημόσια υγεία- Αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία | 16 |
| 1.4 Οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους και στην ΠΦΥ | 18 |
| 1.5 Εργαλεία ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών | 20 |
| 1.6 Ανάδειξη σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της μελέτης | 22 |
| 1.7 Σκοπός και στόχοι της μελέτης | 26 |
| 2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ | 27 |
| 2.1 Πληθυσμός μελέτης | 27 |
| 2.1.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης - Πληθυσμός αναφοράς. | 27 |
| 2.1.2 Τύπος και πληθυσμός μελέτης | 28 |
| 2.2 Υλικό και Μέθοδος | 29 |
| 2.2.1 Επιλογή ερωτηματολογίου - κριτήρια | 29 |
| 2.2.2 Μετάφραση και στάθμιση στα Ελληνικά | 30 |
| 2.3 Πιλοτική εφαρμογή | 31 |
| 2.4 Στατιστική ανάλυση | 32 |
| 2.5 Δεοντολογία - Βιοηθική | 34 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 3. | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | 35 |
| 3.1 | Επιλογή ερωτηματολογίου | 35 |
| 3.1.1 | Αποτελέσματα αναζήτησης κατάλληλου ερωτηματολογίου | 35 |
| 3.1.2 | Περιγραφικά χαρακτηριστικά επλεγμένου ερωτηματολογίου | 36 |
| 3.2 | Μετάφραση του ερωτηματολογίου | 37 |
| 3.2.1 | Άδειες μετάφρασης | 37 |
| 3.2.2 | Διαδικασία μετάφρασης του ερωτηματολογίου | 37 |
| 3.3 | Στάθμιση του ερωτηματολογίου | 39 |
| 3.2.1 | Εσωτερική συνάφεια | 39 |
| 3.2.2 | Επαναληψιμότητα | 39 |
| 3.2.3 | Παραγοντική Ανάλυση | 39 |
| 3.4 | Πιλοτική Εφαρμογή Ερωτηματολογίου | 40 |
| 3.4.1 | Δημογραφικά χαρακτηριστικά | 40 |
| 3.4.2 | Δειγματοληπτικά αποτελέσματα | 41 |
| 4. | ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 43 |
| 4.1 | Μεθοδολογικοί περιορισμοί | 43 |
| 4.2 | Κύρια ευρήματα | 43 |
| 4.3 | Συζήτηση | 46 |
| 4.4 | Συμπεράσματα | 50 |
| 5. | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 51 |
| 6. | ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | 66 |
| | Παράρτημα I - Πίνακες | 66 |
| • | Πίνακας 1. : Πίνακας ερωτηματολογίων και κριτηρίων | 66 |
| • | Πίνακας 2: Επαναληψιμότητα του ερωτηματολογίου SAST | 68 |
| • | Πίνακας 3: Διερευνητικοί παράγοντες (exploratory factors) για το ερωτηματολόγιο SAST | 69 |
| • | Πίνακας 4: Έλεγχος συσχέτισης ερωτήσεων του SAST | 69 |
| • | Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος | 70 |
| • | Πίνακας 6: Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων των Κέντρων Υγείας ανά φύλο και ηλικιακή κατανομή | 70 |

| | |
|---|-----------|
| • Πίνακας 7: Σύγκριση αποτελεσμάτων βαθμολογίας SAST | 71 |
| • Πίνακας 8: Κατηγορίες αποτελεσμάτων βαθμολογίας του SAST και σύγκριση ανά φύλο, ηλικιακή κατανομή και Κέντρο Υγείας | 71 |
| • Πίνακας 9: Σύγκριση βαθμολογίας SAST ανά φύλο, ηλικιακή κατανομή και Κέντρο Υγείας | 72 |
| Παράρτημα II - Γραφήματα | 73 |
| • Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος | 73 |
| • Γράφημα 2: Κατανομή βαθμολογίας SAST του δείγματος | 74 |
| • Γράφημα 3: Κατανομή αποτελέσματος SAST ανά φύλο και ηλικία | 75 |
| • Γράφημα 4: Διασπορά βαθμολογίας SAST ανά φύλο και ηλικία | 76 |
| Παράρτημα III - Έγγραφα | 77 |
| • Έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑ.Γ.Ν.Η | 77 |
| • Έγγραφη ενημέρωση του ασθενούς για συμμετοχή σε Ερευνητική Διπλωματική Εργασία | 78 |
| • Πρότυπο εγγράφου συγκατάθεσης του ασθενούς | 79 |
| • Άδεια μετάφρασης και εφαρμογής του ερωτηματολογίου Short Anxiety Screening Test (SAST) από τον κατασκευαστή της | 80 |
| • Άδεια μετάφρασης και εφαρμογής του ερωτηματολογίου Short Anxiety Screening Test (SAST) από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων του | 81 |
| • Ερωτηματολόγιο Short Anxiety Screening Test (SAST) στα Αγγλικά | 82 |
| • Ερωτηματολόγιο Short Anxiety Screening Test (SAST) στα Ελληνικά | 84 |

Περίληψη

| | |
|-----------------------|--|
| Τίτλος Εργασίας: | Αγχώδεις Διαταραχές σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη. |
| Του: | Γραμματικόπουλου Α. Ηλία, Ιατρού. |
| Υπό την επίβλεψη των: | 1. Χ. Λιονή, Αναπληρωτή Καθηγητή, Διευθυντή Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης. 2. Π. Θεοδωράκη, MD, MSc, DipLHTM, PhD, Ιατρό Γενικής Ιατρικής, Πρώην Διοικητή του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων |
| Ημερομηνία: | Φεβρουάριος 2007 |

Το άγχος είναι ένα από τα πιο κοινά ψυχιατρικά προβλήματα που βιώνουν ηλικιωμένα άτομα και οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους φαίνεται να παραμένουν υπο-διαγνωσμένες και υπο-θεραπευόμενες από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η χρήση σταθμισμένων εργαλείων θεωρείται ένα σημαντικό συστατικό για την ανάπτυξη της έρευνας στην ΠΦΥ και η χρήση κοινών εργαλείων αποτελεί απαίτηση της διεθνούς κοινότητας για επιδημιολογικές συγκρίσεις και περαιτέρω βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εντόπιση, μετάφραση στα Ελληνικά και πολιτισμική προσαρμογή ενός κατάλληλου για την ΠΦΥ ερωτηματολογίου ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους και η πιλοτική εφαρμογή του σε ένα επιλεγμένο δείγμα επισκεπτών δύο Κέντρων Υγείας της Κρήτης.

Ο πληθυσμός μελέτης ήταν ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών και το δείγμα αποτέλεσαν τελικά 99 άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής, στο διάστημα Δεκεμβρίου 2006 - Ιανουαρίου 2007. Η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

Το ερωτηματολόγιο Short Anxiety Screening Test (SAST) επιλέχθηκε ως το καταλληλότερο εργαλείο. Η Ελληνική του μετάφραση βρέθηκε αξιόπιστη, καθώς είχε καλή εσωτερική συνάφεια (Cronbach's $\alpha=0,763$) και υψηλή επαναληψιμότητα ($\kappa=0,930$), ενώ η διερευνητική παραγοντική ανάλυση ανέδειξε τρεις παράγοντες που συνθέτουν το ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής εφαρμογής του, ανέδειξαν ότι ένα ποσοστό περίπου 29% των ηλικιωμένων έχει κάποια αγχώδη διαταραχή, ενώ βρέθηκε διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άντρες.

Η Ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου SAST είναι συγκρίσιμη με αυτήν της αρχικής του έκδοσης ως προς την αξιοπιστία και μπορεί να αξιοποιηθεί στην έρευνα στην ΠΦΥ, ενώ η χρήση του στην καθημερινή κλινική πρακτική χρειάζεται περαιτέρω μελέτη.

Λέξεις κλειδιά: αγχώδεις διαταραχές, άγχος, ηλικιωμένοι, εργαλείο ανίχνευσης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Abstract

Title: Anxiety disorders in elderly in Primary Health Care in Crete.

By: Grammatikopoulos Ilias, Medical Doctor.

Supervisors: 1. C. Lionis, Associate Professor, Head of the Clinic of Social and Family Medicine, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece.
2. P. Theodorakis, MD, MSc, DipLHTM, PhD, General Practitioner, Former Director of the Mental Health Hospital of Chania.

Date: February 2007

Anxiety remains one of the most common mental problems that old individuals experience while anxiety disorders in elderly appear to remain under-diagnosed and under-treated by primary care practitioners. The use of standardized tools is considered an important component for the development of Primary Health Care (PHC) research, and the use of common tools constitutes a necessity of the international community for epidemiologic comparisons and further improvement of the citizens' quality of life.

This study reports on the suitability, translation into Greek and cultural adaptation of a screening tool for the detection of anxiety disorders in the elderly and discusses the results of a pilot study in selected visitors of two practices in rural primary care in Crete.

The study population was over 65 years of age and the sample constituted by 99 individuals that fulfilled the criteria of attendance,

in the interval of December 2006 - January 2007. The translation and cultural adaptation of the questionnaire was performed according to international standards.

The Short Anxiety Screening Test (SAST) questionnaire was selected as the most suitable tool. The Greek translation found to be reliable, with a good internal consistency (Cronbach's alpha 0,763) and high reproducibility (kappa=0,930), while the exploratory factor analysis revealed three components that compose the questionnaire. The pilot study results revealed that roughly 29% of elderly had an anxiety disorder, while double frequency was found among women compared to men.

The Greek translation of the SAST questionnaire is comparable with that of the original edition in terms of reliability and can be used in PHC research, while its implementation in everyday clinical practice needs further assessment.

Key words: anxiety disorders, anxiety, elderly, screening instrument, Primary Health Care.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Αγχώδεις διαταραχές: Ορισμός - Το μέγεθος του προβλήματος

✦ Ορισμός

Η ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική υγεία για την συνολική ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών. Εντούτοις, μόνο ένα μικρό τμήμα των 450 εκατομμυρίων ανθρώπων που υποφέρουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές λαμβάνουν κάποια θεραπεία. Πρόοδοι στις νευροεπιστήμες και στη συμπεριφορική ιατρική έχουν αποδείξει ότι, όπως πολλές σωματικές ασθένειες, έτσι και οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα μίας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Παρόλο που έχουμε πολλά ακόμα να μάθουμε, ήδη έχουμε τη γνώση και τη δυνατότητα να μειώσουμε την επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παγκοσμίως (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004b).

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι ένα σύνολο διαταραχών όπως περιγράφονται στην Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (International Classification of Diseases-10th Revision) και σχετιζόμενων προβλημάτων υγείας (World Health Organization, 2006). Η ταξινόμηση αυτή από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) χρησιμοποιείται ευρέως, όπως και η ταξινόμηση από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) που έχει κάποιες μικρές διαφοροποιήσεις στην ταξινόμηση ορισμένων διαταραχών. Ενώ τα συμπτώματα ποικίλουν ουσιαστικά, αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται γενικά από κάποιους συνδυασμούς παθολογικών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών και διαπροσωπικών σχέσεων (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004b).

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Η ψυχολογική διάσταση του άγχους συνοδεύεται από διέγερση του νευρικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία. Το άγχος θεωρείται παθολογικό όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, και ο ασθενής βιώνει ένα συγκεκριμένο αριθμό συμπτωμάτων για περισσότερο από μια ελάχιστη προσδιορισμένη περίοδο.

Σύμφωνα με την Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD-10)(World Health Organization, 2006), οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διακριτές διαταραχές:

- Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία
- Ειδική Φοβία
- Κοινωνική Φοβία
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες
- Διαταραχή από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

Σύμφωνα με την ταξινόμηση της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των αγχώδων διαταραχών είναι παρόμοια με την ICD-10 ταξινόμηση, αλλά υπάρχουν μικρές διαφοροποιήσεις ως προς την κατηγοριοποίησή τους, όπως φαίνεται παρακάτω:

- Διαταραχή Οξέος Στρες

- Αγοραφοβία (με ή χωρίς ιστορικό Διαταραχής Πανικού)
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (GAD)
- Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Διαταραχή (OCD)
- Διαταραχή Πανικού (με ή χωρίς Αγοραφοβία)
- Φοβίες (περιλαμβάνεται η Κοινωνική Φοβία)
- Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (PTSD)
- Αγχώδης Διαταραχή Οφειλόμενη σε (ουσίες ή Γενική Σωματική Κατάσταση ή άλλο)

Η μελέτη αυτή εστιάζεται γενικά στις αγχώδεις διαταραχές και στην ανίχνευση της παρουσίας τους σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

➤ *Το μέγεθος του προβλήματος*

Ο ΠΟΥ ορίζει την ψυχική υγεία ως: "μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του/της, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του/της" (World Health Organization, 2001).

Περισσότερο από το 27% των ενήλικων Ευρωπαίων υπολογίζεται ότι τουλάχιστον μια φορά υπέφεραν από κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε έτους (Lehtinen et al., 2005). Σύμφωνα με πρόσφατες αναλύσεις του ΠΟΥ, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς αντιπροσωπεύουν το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας από νοσήματα (World Health Organization, 2005a, World Health Organization, 2005b). Τις επόμενες δεκαετίες η επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών εκτιμάται ότι θα αυξηθεί και η προβολή για το 2020 δείχνει ότι θα ξεπεράσει το 15% των απολεσθέντων ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (DALY's), ώστε σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, το 10% του ενήλικου πληθυσμού θα υποφέρει από αυτά τα νοσήματα

(Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005).

Παράλληλα, η διαταραγμένη ψυχική υγεία πλήττει έναν στους τέσσερις πολίτες και μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία, που αποτελεί αιτία υπερβολικά πολλών θανάτων και μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη προβλέπεται να είναι η σοβαρότερη αιτία ασθένειας στον αναπτυσσόμενο κόσμο (Lehtinen et al., 2005). Επίσης προκαλεί σημαντικές απώλειες και επιβαρύνσεις στα οικονομικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά συστήματα, καθώς και στα ποινικά και τα δικαστικά συστήματα (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2004a), ενώ εκτιμάται ότι κοστίζει στην ΕΕ 3% - 4% του ΑΕΠ, κυρίως μέσω της χαμμένης παραγωγικότητας. Οι νοητικές διαταραχές αποτελούν την κύρια αιτία της πρόωρης συνταξιοδότησης και των συντάξεων αναπηρίας (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2005).

Σημαντικό είναι το φορτίο που επωμίζεται και η οικογένεια, αφού είναι γνωστό ότι μία στις τέσσερις οικογένειες είναι πιθανό να έχει τουλάχιστο ένα μέλος με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτές οι οικογένειες δεν καλούνται να προσφέρουν μόνο υλική και συναισθηματική υποστήριξη στο πάσχον μέλος της, αλλά υφίστανται επίσης τα αρνητικά επακόλουθα του στίγματος και των διακρίσεων (Warner, 2005).

Συνολικά, το οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών είναι τεράστιο και δύσκολα μετρήσιμο στην πραγματικότητα. Άλλωστε, το κόστος των κοινωνικών υπηρεσιών, η ανεργία, η μειωμένη παραγωγικότητα, ο αντίκτυπος στην οικογένεια και στους φροντιστές, τα επίπεδα εγκληματικότητας και δημόσιας ασφάλειας, όπως και η αρνητική επίδραση του στίγματος και της διάκρισης, είναι παράγοντες που δύσκολα μπορούν να μετρηθούν για να υπολογιστεί η συνολική επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών στην κοινωνία (World Health Organization, 2001).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Ο όρος «νεύρωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον William Cullen το 1796 για ένα σύνολο ψυχικών διαταραχών, οργανικής όπως νόμιζαν αιτιολογίας, των οποίων οι κύριες εκδηλώσεις προέρχονταν από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, αντικαθιστώντας «την ασθένεια των νεύρων» του Robert Whytt το 1764, για να αντικαταστήσει τον παλαιότερο όρο «narorous», και σήμαινε οποιαδήποτε ασθένεια του νευρικού συστήματος χωρίς μια γνωστή οργανική βάση (που στο χρόνο περιέλαβε επίσης την επιληψία). Οι κλινικές περιγραφές των νευρωτικών συμπτωμάτων μπορούν να βρεθούν στις εργασίες του Ιπποκράτη, όπου περιγράφηκαν κυρίως υστερικές εκδηλώσεις που αποδίδονταν σε περιπλάνηση της μήτρας (υστέρας) μέσα στο σώμα. Εντούτοις, η «ασθένεια» εξαφανίστηκε κάτω από τον μανδύα των ειδωλολατρικών και χριστιανικών πεποιθήσεων, τις οποίες τα χαρακτηριστικά συμπτώματα απέδωσαν στην εργασία «των πνευμάτων», κατοχή ή θεία τιμωρία. Δεν ξαναήρθε στην επιφάνεια μέχρι την Αναγέννηση (το 1500) εν μέρει λόγω των δοκιμασιών που επέβαλαν στις μάγισσες, όταν οι γιατροί καλούνταν για να παρουσιάσουν τις διαγνώσεις των γνωστών ασθενειών που θα μπορούσαν να μπερδευτούν με τη δαιμονική κατοχή (η πρώτη καταγραφή «ιατρικής υπεράσπισης»). Αν και υπήρξε μεγάλη συζήτηση, ο εγκέφαλος έγινε η τελική υποστηριζόμενη θέση ως το όργανο που πιθανότατα περιλαμβάνεται στην αιτιολογία της κατάστασης (Semple et al., 2005).

Η ιστορία των νευρώσεων είναι στενά συνδεδεμένη με την ανακάλυψη της ύπνωσης (στο παρελθόν η αποστολή «της πίστης που θεραπεύει»). Η εργασία του Franz-Anton Mesmer [1734-1815] («μεσμερισμός») και του James Braid [1795-1860] που ακολούθησε («braidism») εφαρμόστηκαν στη Γαλλία στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, και αργότερα ο Charcot κάνοντας έρευνες πάνω σε ψυχονευρωτικά φαινόμενα έγραψε

για τον «Μείζονα υπνωτισμό», τα πειράματα του οποίου θα είχαν αργότερα μια βαθιά επιρροή στον «βοηθό» του, Sigmund Freud. Το πρώτο έγγραφο του Freud, που δημοσιεύθηκε το 1895, αμέσως μετά από την επιστροφή του στη Βιέννη, ήταν μια περίπτωση «τραυματικής υστερίας» σε έναν άντρα ασθενή. Ήταν η μελέτη του για την υστερία που έγραψε με το Josef Breuer, η οποία παρείχε την αφετηρία όλων των επόμενων σημαντικών εννοιών της ψυχαναλυτικής θεωρίας του - συμπεριλαμβανομένης της καταστολής, της ψυχικής πραγματικότητας, του υποσυνείδητου και των διάφορων αμυντικών μηχανισμών (Ιεροδιακόνου, 1988).

Η συμβολή του Sigmund Freud (1856-1939) στην ψυχοπαθολογική κατανόηση και παθογενετική εξήγηση των ψυχονευρώσεων υπήρξε τεράστια. Μέσα από την ψυχανάλυση των ψυχονευρώσεων βρέθηκαν οι διάφοροι αμυντικοί μηχανισμοί και η διαμόρφωση των συμπτωμάτων, αλλά και οι κανόνες της σχέσης θεραπευτή - αρρώστου, που οδήγησαν σε μια εγνωσμένη τεχνική κατά την ψυχοθεραπεία (Ιεροδιακόνου, 1988).

Η ιδέα της επιρροής του τραύματος (εκτός συνειδήσεως) και της εμφάνισης «των αμυνών» είχαν ιδιαίτερη επίδραση, διότι οι νευρώσεις θεωρήθηκαν ως ασθένειες του μυαλού που χρειάζονται ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Οι παλιές διαφωνίες σχετικά με τους «συναισθηματικούς» σε σχέση με τους «φυσικούς» παράγοντες, επανήλθαν στο προσκήνιο μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς ορισμένες αρχές έβρισκαν δύσκολο να αποδώσουν τις ασθένειες που φάνηκαν σε υγιείς, νεαρούς άνδρες (που είχαν βιώσει αναμφισβήτητα «τραυματικά γεγονότα») στην «υστερία μετατροπής» ή τη «φοβική νεύρωση». Η επιδημία της «ληθαργικής εγκεφαλίτιδας» το 1919, και η παρουσία πολυάριθμων «υστερικών» συμπτωμάτων (π.χ. σπασμοί, αλαλία, συναισθήματα του πάθους, ιδεοληψίες/εξαναγκασμοί) υποστήριξαν ότι τουλάχιστον μερικές από τις «νευρώσεις» έχουν μια οργανική βάση (Semple et al., 2005).

Στη δεκαετία του '20, ο Walter Cannon πρότεινε την έννοια της «αντίδρασης έκτακτης ανάγκης», πιστεύοντας ότι αυτή η ανταπόκριση του «πάλεψε-ή-φύγε» οφείλεται στο αυτόνομο νευρικό σύστημα που μεσολαβεί (απάντηση του συμπαθητικού). Επίσης σημείωσε ότι οι φυσιολογικές αντιδράσεις ήταν πάρα πολύ αργές για να αποτελέσουν τα συναισθήματα, και ότι κάποιος άλλος «νευρικός μηχανισμός» πρέπει να είναι ενεργός.

Παράλληλα με αυτές τις εξελίξεις, στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, ο Ρώσος Ρανιον έβαζε τις βάσεις για μια άλλη θεώρηση των νευρώσεων, αναπτύσσοντας τις «θεωρίες της Μάθησης» (το πείραμα με το σκύλο και την έκκριση σιέλου καθώς άκουγε το κουδούνισμα που συνήθως συνόδευε την παρουσία του φαγητού).

Η κυριαρχία των «συμπεριφοριστών» στην ψυχολογία οδήγησε στο ότι «το συναίσθημα» με έναν άλλο «τρόπο δράσης» αντιδρά σε μια ιδιαίτερη κατάσταση (αν και αντιληπτή εσωτερικά). Αν και αυτό είναι μια υπεραπλούστευση, οδήγησε στην ανάπτυξη της «οριακής θεωρίας» του άγχους. Ο John Watson, ο πατέρας του συμπεριφορισμού, υποστήριξε ότι προξένησε μια «φοβία σε ζώα» σε ένα εντεκάχρονο αγόρι, τον «μικρό Αλβέρτο», κάνοντας ένα δυνατό μεταβαλλόμενο θόρυβο ενώ το αγόρι έπαιζε ευτυχισμένο με έναν αρουραίο. Ο Watson πρότεινε ότι οι νευρώσεις προκύπτουν από τις τραυματικές καταστάσεις εκμάθησης και εμμένουν έπειτα για να επηρεάσουν τη συμπεριφορά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Τα ηρεμιστικά φάρμακα παρουσιάστηκαν τη δεκαετία του '50 με την εμφάνιση των βενζοδιαζεπινών, που αποτέλεσαν την «επιλογή των νοικοκυρών» καθώς ήταν αποτελεσματικά στην θεραπεία των νευρωτικών συμπτωμάτων. Δυστυχώς, η άνευ διακρίσεως χρήση αυτών των φαρμάκων οδήγησε σε προβλήματα εξάρτησης (παρά τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητά τους όταν χρησιμοποιούνται

κατάλληλα). Η εμφάνιση των «αντικαταθλιπτικών χαπιών» τεχνητά διαχώρισε τη «νευρωτική κατάθλιψη» από τις άλλες νευρώσεις, αλλά εν τούτοις κάποια χρησιμότητα φάνηκε επίσης στη διαχείριση των αγχωδών διαταραχών (Ραμπαβίλας, 2004).

Η απεικόνιση του εγκεφάλου πρόσφατα κατέδειξε τις λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν στο μετωπιαίο φλοιό και τους κερκοφόρους πυρήνες σε ασθενείς με ιδεοληπτική/ψυχαναγκαστική διαταραχή, οι οποίες «ομαλοποιούνται» μετά από την επιτυχή θεραπεία με φάρμακα. Σε πολλούς ασθενείς με τις κρίσεις πανικού, δομικές και λειτουργικές αλλαγές βρέθηκαν στους κροταφικούς λοβούς. Αυτά τα ευρήματα των νευρωτικών συμπτωμάτων, ήρθαν σε συμφωνία με μακροχρόνιες παρατηρήσεις που έγιναν και σε άλλες καταστάσεις οργανικής αιτιολογίας (π.χ. επιληψία κροταφικού λοβού).

Οι σύγχρονες απόψεις για την επεξήγηση των νευρώσεων, έχουν μια ολιστική προσέγγιση, όπως για παράδειγμα το βιο-κοινωνικο-ψυχολογικό πρότυπο. Για τις νευρώσεις, οι πρόωρες περιβαλλοντικές επιρροές (συμπεριλαμβανομένων των «κοινωνικών» παραγόντων όπως η μητρική στέρηση) μπορούν να αλλάξουν την ευαισθησία των φυσιολογικών απαντήσεων του άγχους στην ενηλικίωση. Ως εκ τούτου, η εμπειρία των παραγόντων άγχους (ψυχολογικών ή φυσικών) μπορεί να οδηγήσει (π.χ. μέσω των αποτελεσμάτων των ορμονών του άγχους, όπως η κορτιζόλη και άλλων νευροφυσιολογικών μηχανισμών) σε αλλαγές στη δομή ή/και τη λειτουργία του εγκεφάλου, οι οποίες φανερώνονται στη συνέχεια ως κλινικά συμπτώματα (δηλ. συμπεριφοριστική ή/και συναισθηματική αλλαγή) (Semple et al., 2005).

1.3 Η επιβάρυνση των αγχώδων διαταραχών ως πρόβλημα στην δημόσια υγεία-Αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία

Οι αγχώδεις εκδηλώσεις είναι συχνές στο γενικό πληθυσμό και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα συμπτώματα που τις συνοδεύουν μπορεί να είναι ήπια, παροδικά και χωρίς να σχετίζονται με ελάττωση της κοινωνικής και εργασιακής λειτουργίας του ατόμου. Εάν υπάρχουν όμως σοβαρά και επίμονα συμπτώματα που προκαλούν σημαντική προσωπική εξάντληση, λειτουργική ανικανότητα και μειωμένη ποιότητα ζωής, τότε τίθεται η υπόνοια της διάγνωσης μιας αγχώδους διαταραχής.

Οι περισσότερες μελέτες για τις αγχώδεις διαταραχές έχουν χρησιμοποιήσει την DSM-IV ταξινόμηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association, 2000) και επίσης την ICD-10 ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 2006), που είναι σχετικά παρόμοιες.

Επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό ηλικίας 18-65 ετών αναφέρουν επιπολασμό περίπου 21%, όταν λαμβάνονται υπόψη όλες οι αγχώδεις διαταραχές. Το 62% των ατόμων με μια αγχώδη διαταραχή πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και για μια ακόμη ψυχιατρική διαταραχή, πιο συχνά την κατάθλιψη, που είναι παρούσα σε περίπου 33,5% των ασθενών με οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή (Wittchen and Jacobi, 2005).

Η συνόπαρξη καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων είναι συχνή, ιδιαίτερα σε ασθενείς με σοβαρή μορφή αγχώδους διαταραχής, και έτσι πολλοί ασθενείς πληρούν ταυτόχρονα τα διαγνωστικά κριτήρια για αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές. Μελέτες στην Ευρωπαϊκή κοινότητα (Fehm et al., 2005, Goodwin et al., 2005, Lieb, 2005, Lieb et

al., 2005) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (Nease and Aikens, 2003) ανέδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ μέτρησης του άγχους και της σοβαρότητας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παράλληλα σε μακροχρόνια παρακολούθηση (follow-up) των συμμετεχόντων από οχτώ μελέτες για γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behaviour therapy-CBT), βρέθηκε ότι 52% είχαν τουλάχιστον μια διάγνωση για αγχώδεις διαταραχές. Ένας μικρός αριθμός αυτών των ατόμων ελάμβανε συστηματική θεραπεία για το άγχος. Επίσης βρέθηκαν να έχουν σημαντικά επίπεδα συνοσηρότητας και χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης της υγείας τους (Durham et al., 2005).

Σε μια σύνοψη της βιβλιογραφίας από τους Kaufman και Charney αναφέρεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές σπάνια υπάρχουν ως μια και μοναδική οντότητα και ότι πάνω από το 90% των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές είχαν ιστορικό και άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων. Συχνά οι αγχώδεις διαταραχές συνοδεύονται από κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, ενώ στο 50-60% συνυπάρχει μείζων κατάθλιψη (Kaufman and Charney, 2000).

Περίπου 40 εκατομμύρια Αμερικανοί ενήλικες ηλικίας 18 και άνω, ή περίπου το 18,1% των ανθρώπων αυτής της ηλικιακής ομάδας σε μια συγκεκριμένη χρονιά, έχουν μια αγχώδη διαταραχή (Kessler et al., 2005b). Οι περισσότεροι άνθρωποι με μια αγχώδη διαταραχή συνήθως έχουν και μια άλλη, ενώ το 75% από αυτούς εμφανίζουν το πρώτο επεισόδιο στην ηλικία των 21,5 ετών (Kessler et al., 2005a).

Οι αγχώδεις διαταραχές, παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση σε σχέση με την ηλικία και το φύλο, και η αναλογία γυναικών:αντρών είναι 2:1 περίπου (Kessler et al., 2005a).

1.4 Οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους και στην ΠΦΥ

Ο συνολικός επιπολασμός των αγχώδων διαταραχών σε ηλικιωμένους ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, έχει εκτιμηθεί από διάφορες επιδημιολογικές μελέτες, με αποτελέσματα που κυμαίνονται από 0,9% έως 15%. Η διακύμανση αυτή είναι πιθανή λόγω της χρήσης διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων και διαφορετικών διαγνωστικών αλγορίθμων (Byrne, 2002).

Οι αγχώδεις διαταραχές και ο επιπολασμός των αγχώδων συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους παρόλο που ιστορικά υπάρχουν διαφορούμενες απόψεις, φαίνεται ότι μειώνεται καθώς αυξάνει η ηλικία (Flint, 1994, Henderson et al., 1998). Η παρατήρηση αυτή έχει οδηγήσει σε ανησυχίες ότι οι επιδημιολογικές μελέτες μπορεί να έχουν συστηματικά λάθη στην διάγνωση σε ηλικιωμένους, σε σχέση με νέους ενήλικες και ακόμη ότι τα διαγνωστικά κριτήρια για ορισμένες από τις αγχώδεις διαταραχές έχουν αλλάξει στα τελευταία 20 χρόνια (Byrne, 2002). Το άγχος παραμένει ένα από τα πιο κοινά ψυχιατρικά προβλήματα που βιώνουν ηλικιωμένα άτομα (Kessler et al., 2005a, Kessler et al., 2005b). Οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους φαίνεται να παραμένουν υπο-διαγνωσμένες και υπο-θεραπευόμενες από τους επαγγελματίες υγείας, παρά την συνεισφορά τους στην αυξημένη νοσηρότητα, την απώλεια λειτουργικότητας και την φτωχότερη ποιότητα ζωής (Lindesay, 1997, Lindesay and Marudkar, 2001).

Αν και οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές σε ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες παθήσεις (Kunik et al., 2005), παραμένουν όμως λιγότερο καλά μελετημένες από ότι άλλες διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη και η άνοια. Έτσι η συχνότητα των αγχώδων διαταραχών παραμένει ένα ερώτημα (Krasucki et al., 1998), και αυτό μπορεί να οφείλεται εν

μέρει σε μεθοδολογικούς παράγοντες όπως είναι η χρήση διαγνωστικών κριτηρίων και εργαλείων, που όμως δεν είναι έγκυρα για την χρήση σε αυτή την ηλικιακή ομάδα ασθενών (Fuentes and Cox, 1997).

Σε μια μελέτη ηλικιωμένων Ελλήνων μεταναστών στην Αυστραλία σε σύγκριση με Αγγλο-Αυστραλούς, παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζονται αυξημένα ποσοστά άγχους, χωρίς όμως να έχουν βρεθεί στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες που να δικαιολογούνται από παράγοντες όπως η ηλικία, η μόρφωση, το επαγγελματικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση και άλλοι ψυχομετρικοί παράγοντες (Kirooulos et al., 2004).

Σε μελέτη που διεξάχθηκε σε αγροτική περιοχή στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές σε ηλικιωμένους ήταν από τις πιο κοινές διαταραχές (ποσοστό 17,5% σε ιδρυματικούς ασθενείς και 20% στην κοινότητα) μαζί με τις καταθλιπτικές διαταραχές (Arvaniti et al., 2005). Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να ταιριάζουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που αναφέρουν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και ότι οι ιατροί Γενικής Ιατρικής χρειάζονται επιπρόσθετη εκπαίδευση σε θέματα έγκαιρης διάγνωσης και διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών που επιπολάζουν στην κοινότητα (Lionis, 2003). Παράλληλα, ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον παρατηρείται όσον αφορά τις διαγνωστικές δυσκολίες που υπάρχουν στον διαχωρισμό των συμπτωμάτων των χρονίων ασθενειών από τα συμπτώματα του άγχους σε ηλικιωμένους (Palmer et al., 1997).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες για την εκτίμηση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους σε ειδικές γηριατρικές μονάδες (Gottfries, 2001, Sajatovic et al., 2006, Snyder et al., 2000, Watts et al., 2002). Αντίθετα, δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για την ανίχνευση και τις μεθόδους εκτίμησης των αγχωδών διαταραχών από ιατρούς της ΠΦΥ, οι οποίοι

μπορούν να χρησιμοποιήσουν εργαλεία ικανά για την διάγνωση του άγχους στους ηλικιωμένους (Lish et al., 1995). Τα ποσοστά των αγχώδων διαταραχών παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα σε ηλικιωμένους από ότι η κατάθλιψη (Stanley and Beck, 2000). Παρόλο που δεν υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση από τους ιατρούς της ΠΦΥ, λόγω ελλειπούς αναγνώρισης των περιπτώσεων αυτών (Shear and Schulberg, 1995), τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές ψάχνουν θεραπεία σε δομές ΠΦΥ το ίδιο συχνά με ειδικές ψυχιατρικές δομές. Σε μια μελέτη ανασκόπησης αυτο-βοηθούμενων εγχειριδίων (self-help manuals) για τις αγχώδεις διαταραχές στην ΠΦΥ, έχει βρεθεί σχετική αποτελεσματικότητα στην θεραπεία, αλλά υπάρχουν ελλειπή στοιχεία για την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (van Boeijen et al., 2005a). Από τα παραπάνω διαφαίνεται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και εφαρμογή από ιατρούς, διαγνωστικών εργαλείων και μέσων έγκαιρης διάγνωσης των αγχώδων διαταραχών στην ΠΦΥ (Gallo et al., 1997).

1.5 Εργαλεία ανίχνευσης των αγχώδων διαταραχών

Πολλά διαγνωστικά εργαλεία για την ανίχνευση του άγχους έχουν δημιουργηθεί και αναπτυχθεί διεθνώς, η πλειονότητα των οποίων όμως είναι για νέους και ενήλικες πληθυσμούς. Τα εργαλεία αυτά διαχωρίζονται σε αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και σε ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται μετά από συνέντευξη με ιατρούς. Ορισμένα από τα ήδη υπάρχοντα ερωτηματολόγια για ενήλικες διαφοροποιήθηκαν για χρήση σε ηλικιωμένους ασθενείς, ενώ πολύ λίγα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν ειδικά για χρήση σε ηλικιωμένες πληθυσμιακές ομάδες (Pachana et al., 2007).

Το ερωτηματολόγιο Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988) που έχει διεθνώς χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση του άγχους, είναι λιγότερο κατάλληλο για ηλικιωμένους με μέτρια γνωστική διαταραχή

(Wetherell et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond and Snaith, 1983) ενώ σχεδιάστηκε ειδικά για την ανίχνευση του άγχους και της κατάθλιψης, βρέθηκε ότι έχει φτωχά αποτελέσματα (χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα) στην ανίχνευση του άγχους σε ηλικιωμένους ασθενείς (Beekman et al., 1998). Το ερωτηματολόγιο Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) (Goldberg et al., 1988) αποτυγχάνει να απεικονίσει την σωματική φύση ορισμένων εκδηλώσεων των ηλικιωμένων με αγχώδεις διαταραχές (Turnbull, 1989). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επικάλυψη πολλές φορές των σωματικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται λόγω της φυσιολογικής γήρανσης ή της συνοσηρότητας ορισμένων ιατρικών παθήσεων.

Σε μια μελέτη αξιολόγησης διάφορων σύντομων ψυχιατρικών διαγνωστικών εργαλείων για την ανίχνευση ασθενών με αγχώδεις διαταραχές και/ή μείζων κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, βρέθηκε το ερωτηματολόγιο Beck Anxiety Inventory (BAI) να έχει σχετικά φτωχή προγνωστική ικανότητα, ενώ το ερωτηματολόγιο Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) να είναι χρήσιμο στην ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας, αλλά όχι ιδιαίτερα ειδικό για την κατάθλιψη. Επίσης βρέθηκε ότι το ερωτηματολόγιο Autonomic Nervous System Questionnaire (ANS) για την ανίχνευση της διαταραχής πανικού είναι αρκετά αξιόπιστο, ενώ το ερωτηματολόγιο Social Phobia Questionnaire (SPQ) για την κοινωνική φοβία είναι λογικά ευαίσθητο και ειδικό (McQuaid et al., 2000). Από τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας υγείας χρειάζονται αποτελεσματικότερες μεθόδους για την αναγνώριση ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές.

Παράλληλα γίνεται ευρεία συζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία για την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων από αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια όπως είναι το ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et al., 1970), σε σχέση με τα

ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από κλινικούς ιατρούς, όπως είναι το ερωτηματολόγιο Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και σε μελέτες με ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά έχει αμφισβητηθεί λόγω του ότι στηρίζεται κυρίως σε σωματικά συμπτώματα (Beck et al., 1999). Επίσης μια σύντομη έκδοση (4-ερωτήσεις) του ερωτηματολογίου Anxiety Disorder Scale (ADS) που ονομάστηκε FEAR (Krasucki et al., 1999), προτάθηκε για την ανίχνευση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (GAD) σε ηλικιωμένους, χωρίς όμως να έχει μελετηθεί ξεχωριστά από την ADS.

Πρόσφατα αναπτύχθηκε ένα ερωτηματολόγιο με την ονομασία Geriatric Anxiety Inventory (GAI) (Pachana et al., 2007), ειδικά διαμορφωμένο για την ανίχνευση του άγχους και των αγχώδων διαταραχών σε ηλικιωμένους, το οποίο θα μετράει δυσδιάστατα το άγχος σε φυσιολογικά ηλικιωμένα άτομα αλλά και σε ηλικιωμένους με ψυχιατρικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε διάφορες υπηρεσίες υγείας. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-συμπληρούμενο ή διαχειριζόμενο από νοσηλευτές, το οποίο αποτελείται από 20 ερωτήσεις, αλλά δεν έχει εφαρμοσθεί ευρέως ακόμη.

1.6 Ανάδειξη σπουδαιότητας και αναγκαιότητας της μελέτης

Σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι Γενικοί Ιατροί (GPs) και το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν την κύρια πηγή βοήθειας για κοινές ψυχιατρικές διαταραχές. Παρόλα αυτά όμως, τα προβλήματα ψυχικής υγείας παραμένουν αδιάγνωστα στα άτομα αυτά, όταν επισκέπτονται γενικούς ιατρούς ή υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας και η θεραπεία δεν είναι πάντοτε η κατάλληλη όταν αυτά τα προβλήματα τελικά αναγνωρίζονται. Ειδικότερα, άτομα τα οποία ανήκουν σε ευάλωτες ή περιθωριοποιημένες κοινωνικά ομάδες και έχουν ψυχικά προβλήματα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες

στην πρόσβαση και στην διατήρηση επαφής με αυτές τις υπηρεσίες. Έτσι είναι αναγκαίο οι γενικοί ιατροί και οι αντίστοιχες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης να αναπτύξουν ικανότητες και εργαλεία για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αυτών των ασθενών μέσα στην κοινότητα, το οποίο θα υποστηρίζεται κατάλληλα και θα αποτελεί τμήμα ενός δικτύου ειδικών ψυχιατρικών υπηρεσιών (World Health Organization, 2005a).

Η αναγκαιότητα για χρήσιμα εργαλεία για τον Γενικό Ιατρό και για τη χρήση τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία που εκδίδει το Διαγνωστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, εξέδωσε το 1995 μια ειδική έκδοση αυτού του εγχειριδίου, το οποίο σχεδιάστηκε ειδικά για χρήση από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας και συμπεριλαμβάνει ειδικά σχεδιασμένους αλγορίθμους για ευκολότερη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Primary Care version - DSM-IV-PC) (American Psychiatric Association, 1995).

Η ανάγκη υιοθέτησης ενός ευέλικτου μοντέλου αξιολόγησης ειδικά σχεδιασμένου για τις ανάγκες των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, αποτελεί προτεραιότητα σύμφωνα με τον Watts και τους συναδέλφους του, και προτείνει την ανάπτυξη αποτελεσματικών πρωτοκόλλων και εργαλείων ανίχνευσης που θα πλαισιώνουν τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, για την βελτίωση των ποσοστών αναγνώρισης των ψυχιατρικών διαταραχών κυρίως στους ηλικιωμένους (Watts et al., 2002). Την ίδια αναγκαιότητα παρατηρεί και ο Byrne σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση και την διάγνωση των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους, τονίζοντας ότι αποτελεί επείγουσα ανάγκη ο σχεδιασμός ενός ειδικού εργαλείου για την μέτρηση του άγχους και την χρήση του σε ηλικιωμένους, που θα μετράει παράλληλα και την αλλαγή σε βάθος χρόνου σε ασθενείς που

θα λαμβάνουν θεραπεία (Byrne, 2002).

Σε μια μελέτη που περιλάμβανε περισσότερους από 20,000 ασθενείς από 558 γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς στην ΠΦΥ για την μέτρηση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα της χρήσης τυποποιημένων χρονο-αποδοτικών διαγνωστικών οργάνων διαλογής (screening instrument tools), επειδή η έγκαιρη αναγνώριση και διάγνωση αποτελούν προϋπόθεση για την κατάλληλη θεραπεία (Hoyer and Wittchen, 2003).

Η αναγκαιότητα σύντομων διαγνωστικών εργαλείων διαλογής με δυνατότητα και επανεκτίμησης του ασθενούς με τα ίδιο εργαλείο (follow-up evaluation), αναφέρεται ότι είναι πιο χρήσιμο συγκριτικά με διάφορα ερωτηματολόγια τα οποία δεν είναι και τόσο πρακτικά στην χρήση τους στην ΠΦΥ και ιδιαίτερα σε πολυάσχολα ιατρεία γενικής ιατρικής (Staab et al., 2001).

Αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι επισκέπτονται συχνά τους ιατρούς της ΠΦΥ και οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι αρκετά συχνές, δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών λόγω ίσως της μη συνεκτίμησης των σωματικών συμπτωμάτων και του άγχους που παρουσιάζουν συχνά οι ηλικιωμένοι (Gottfries and Karlsson, 2001).

Η χρησιμότητα ενός σύντομου διαγνωστικού εργαλείου για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους σε ετήσια βάση (Arthur et al., 1999), αναδεικνύει και την αναγκαιότητα για αντίστοιχα εργαλεία ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας (Bunevicius et al., 2006). Η αναγνώριση μιας αγχώδους διαταραχής από ένα Γενικό Ιατρό με την κλινική εξέταση, είναι πιθανότερη όταν ο ασθενής παραπονιέται περισσότερο για σωματικά συμπτώματα και αυξημένο καθημερινό άγχος. Αντίθετα, αναφέρεται μικρότερο ποσοστό αναγνώρισης εάν παρουσιάζονται περισσότερο συναισθηματικά προβλήματα. Γι'αυτό η

χρήση έγκυρων διαγνωστικών εργαλείων, είναι πιο απαραίτητη (Peveler et al., 1997).

Ο Rosenberg και οι συνάδελφοί του, προσπαθώντας να ανιχνεύσουν τους προσδιοριστές της διάγνωσης των ψυχολογικών προβλημάτων από τους γενικούς ιατρούς, βρήκε ότι ρόλο παίζουν κυρίως η ιδέα του ασθενούς για το πρόβλημά του και η αντίληψη του ιατρού για την σοβαρότητά του. Συγκρίνανε έτσι την απόδοση ορισμένων ψυχομετρικών εργαλείων που κάποιοι συγγραφείς ορίζουν ως «χρυσό πρότυπο» (gold standard) και την διάγνωση των γενικών ιατρών. Τελικά βρέθηκε μια ασυμφωνία μεταξύ της κλινικής διάγνωσης των γενικών ιατρών και των προτύπων εργαλείων, και με τον τρόπο αυτό οι ιατροί ξοδεύουν πολύτιμο χρόνο για την διάγνωση (Rosenberg et al., 2002).

Όπως τονίζει ο Lyness και οι συνάδελφοί του σε μια μελέτη ηλικιωμένων για την ανίχνευση ψυχιατρικών διαταραχών στην ΠΦΥ, οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όταν εκτιμούν ηλικιωμένα άτομα. Συνήθως διαγιγνώσκεται κατάθλιψη, που καλύπτει τα σωματοποιητικά συμπτώματα και το άγχος για το οποίο προσέρχονται, αφού θεωρούνται ως φυσιολογικές εκδηλώσεις λόγω της ηλικίας. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί τα χαμηλά ποσοστά που ανευρίσκονται για τις αγχώδεις διαταραχές στην ΠΦΥ (Lyness et al., 1999).

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν μεταφράσεις και σταθμίσεις ερωτηματολογίων στα Ελληνικά που αφορούν την κατάθλιψη (Fountoulakis et al., 2001, Fountoulakis et al., 2003) και την εκτίμηση του άγχους με αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (Fountoulakis et al., 2006), όμως δεν έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, το οποίο θα μπορεί να ανιχνεύσει τις αγχώδεις διαταραχές σε ηλικιωμένα άτομα και θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από ιατρούς της ΠΦΥ.

Η εφαρμογή των ερωτηματολογίων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από γενικούς/οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι έρχονται συχνότερα σε επαφή με τους ασθενείς, αλλά αδυνατούν να διαγνώσουν έγκαιρα τις αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους ασθενείς, αποτελεί προτεραιότητα και προϋποθέτει την εκπαίδευσή και την εξοικείωση με εύκολα και χρήσιμα εργαλεία ανίχνευσης των αγχωδών διαταραχών. Γι' αυτό κρίνεται αναγκαία η παρούσα μελέτη, για την μετάφραση και στάθμιση ενός σύντομου και εύχρηστου ερωτηματολογίου που θα συμπληρώνεται από τους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1.7 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο εντοπισμός, η μετάφραση, η στάθμιση και η πιλοτική εφαρμογή ενός ειδικού ερευνητικού εργαλείου σχετικά με την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ψυχικής υγείας, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης/αποασυλοποίησης.

Επιμέρους διακριτοί στόχοι της μελέτης ήταν:

1. Η ανεύρεση ενός κατάλληλου (σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια) ερωτηματολογίου που θα συμπληρώνεται και από τους Γενικούς/Οικογενειακούς Ιατρούς, για την ανίχνευση των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους.
2. Η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
3. Η πιλοτική εφαρμογή του σε επιλεγμένο δείγμα πληθυσμού για την εκτίμηση του ποσοστού των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους.

2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1 Πληθυσμός μελέτης

2.1.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης - Πληθυσμός αναφοράς.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη γεωγραφική περιφέρεια της Κρήτης, σε αγροτική περιοχή του νομού Ρεθύμνου κατά το χρονικό διάστημα Δεκεμβρίου του 2006 έως Ιανουαρίου του 2007 και σε περίοδο 20 τακτικών εργάσιμων ημερών, μόνο στην πρωινή βάρδια του ιατρού. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2001, ο μόνιμος πληθυσμός της Κρήτης ανέρχεται σε 594,368 κατοίκους (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, 2005).

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας που αναφέρονται στην συνέχεια:

1. Στο Κέντρο Υγείας Ανωγείων και την περιοχή ευθύνης του. Πληθυσμός περίπου 3500 κάτοικοι σύμφωνα με την τελευταία απογραφή.
2. Στο Κέντρο Υγείας Σπηλίου και την περιοχή ευθύνης του. Πληθυσμός περίπου 11000 κάτοικοι σύμφωνα με την τελευταία απογραφή.

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν ηλικιωμένοι ασθενείς άνω των 65 ετών που ήταν εγγεγραμμένοι στα αρχεία των ιατρών των ανωτέρω Κέντρων Υγείας, Ανωγείων και Σπηλίου. Η συλλογή των στοιχείων του πληθυσμού μελέτης έγινε από 2 Γενικούς Ιατρούς που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη, κατά την προσέλευσή των ηλικιωμένων ατόμων στα πρωινά ιατρεία για οποιοδήποτε λόγο (συνταγογράφηση, τακτική επίσκεψη, επίσκεψη για άλλο λόγο). Επιλέχθηκαν τα Κέντρα

Υγείας Ανωγείων και Σπηλίου επειδή τηρείται «ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς» και θα ήταν δυνατή σε δεύτερο χρόνο η σύγκριση ορισμένων δημογραφικών και διαγνωστικών στοιχείων που τηρούνται στα αρχεία, με τα αποτελέσματα της μελέτης.

2.1.2 Τύπος και πληθυσμός μελέτης

Σχεδιάστηκε μία συγχρονική επιδημιολογική μελέτη (cross-sectional study). Στην μελέτη συμμετείχαν ηλικιωμένοι που προσέρχονταν στα ανωτέρω δύο Κέντρα Υγείας για οποιοδήποτε λόγο στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

1. Ήταν ηλικίας ίση και άνω των 65 ετών.
2. Ήταν καταγεγραμμένοι στα μητρώα ασθενών του Κέντρου Υγείας ή της περιοχής ευθύνης τους και στον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενών.
3. Δεν έπασχαν από βαριά γνωστική διαταραχή γνωστή στον ιατρό σύμφωνα με το αρχείο του και δεν προσέρχονταν για οξύ πρόβλημα υγείας (οξύ περιστατικό).
4. Η αποδοχή των όρων της μελέτης, μετά από την ενημέρωσή τους για τους σκοπούς της μελέτης και η υπογραφή του εντύπου συγκατάθεσης.

Το σύνολο των ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στη μελέτη ήταν 99 άτομα, 62 άτομα από το Κέντρο Υγείας Σπηλίου και 37 άτομα από το Κέντρο Υγείας Ανωγείων. Στη μελέτη συμμετείχαν τελικά και τα 99 άτομα, μιας και δεν εξαιρέθηκε κανένα λόγω των κριτηρίων εισαγωγής στη μελέτη.

2.2 Υλικό και Μέθοδος

2.2.1 Επιλογή ερωτηματολογίου - κριτήρια

Για την επιλογή του ερωτηματολογίου, τέθηκαν ορισμένα κριτήρια τα οποία περιγράφονται παρακάτω συνοπτικά και αποτελούσαν παράλληλα και τις προϋποθέσεις για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, για την ανεύρεση του πιο κατάλληλου ερωτηματολογίου για τις ανάγκες της μελέτης μας. Τα κριτήρια αυτά για την επιλογή του ερωτηματολογίου ήταν:

1. Να είναι σύντομο, δηλαδή να αποτελείται από λίγες ερωτήσεις (<20 ερωτήσεις τουλάχιστον).
2. Να συμπληρώνεται από τον ιατρό ή κάποιο άλλο εξειδικευμένο προσωπικό (clinic-rated ή observational) και όχι από τον ασθενή, δηλαδή να μην ανήκει στην κατηγορία των αυτο-συμπληρούμενων (self-rated) ερωτηματολογίων.
3. Να είναι ειδικά σχεδιασμένο για ηλικιωμένους ασθενείς.
4. Να έχει επιδείξει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση των αγχώδων διαταραχών στους ηλικιωμένους.
5. Να επικεντρώνεται στην ανίχνευση των αγχώδων διαταραχών συνολικά και όχι σε κάποια συγκεκριμένη υποομάδα αυτών (πχ. γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή κοινωνική φοβία κτλ.)
6. Να μπορεί να εφαρμοσθεί σε δομές πρωτοβάθμιας υγείας ή/και σε κλινική χρήση.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά (key-words) σύμφωνα με την ορολογία που χρησιμοποιείται διεθνώς (MeSH) και ελέγχθηκαν οι βιβλιοθήκες PubMed, Cochrane Library και PsychINFO.

2.2.2 Μετάφραση και στάθμιση στα Ελληνικά

Για την μετάφραση του ερωτηματολογίου, ζητήθηκε αρχικά η άδεια από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια η έγγραφη άδεια από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων του (Παράρτημα ΙΙΙ).

Η διαδικασία της μετάφρασης στα ελληνικά έγινε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την «Trust Scientific Advisory Committee» (Medical Outcomes Trust., 1997). Σύμφωνα με τις οδηγίες αυτές το αγγλικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα ελληνικά (forward translation) ξεχωριστά από δύο διαφορετικά άτομα, χωρίς να γνωρίζουν το αποτέλεσμα μεταξύ τους. Ακολούθησε η σύγκριση των δύο μεταφράσεων με τη συμμετοχή ενός τρίτου ατόμου ειδικού σε αυτή τη διαδικασία, από όπου προέκυψε η πρώτη εκδοχή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά (1st reconciliation version). Στη συνέχεια μεταφράστηκε στα αγγλικά (back translation) από ένα δίγλωσσο άτομο (με μητρική γλώσσα τα Αγγλικά) το οποίο είχε συνάφεια με την ιατρική ορολογία (Ψυχολόγος), χωρίς να γνωρίζει όμως την αρχική έκδοση του αγγλικού ερωτηματολογίου. Τέλος στάλθηκε για σχόλια στον κατασκευαστή (author's comments) του ερωτηματολογίου, τα οποία λήφθηκαν υπόψη και έτσι προέκυψε η δεύτερη εκδοχή του (2nd reconciliation version). Για την διαπολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation) χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο σε ένα τυχαίο δείγμα πέντε ηλικιωμένων ατόμων μιας αγροτικής περιοχής (Αγγελοχώρι του Νομού Ημαθίας), όπως προτείνεται στην διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process) (Medical Outcomes Trust., 1997). Αφού πρώτα ερωτήθηκαν τα άτομα συνολικά για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, στη συνέχεια ρωτήθηκαν για κάθε ερώτηση χωριστά αν ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με

δικά τους λόγια ή προτιμούσαν να αλλαχτεί κάποια συγκεκριμένη λέξη σε κάποια ερώτηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (cognitive debriefing interview). Οι προτάσεις τους ενσωματώθηκαν στην δεύτερη εκδοχή του, και έτσι διαμορφώθηκε η τελική Ελληνική μετάφραση (final version) του ερωτηματολογίου.

2.3 Πιλοτική εφαρμογή

Η στάθμιση και η προτύπωση του ερωτηματολογίου έγινε στο δείγμα του πληθυσμού μελέτης (99 άτομα). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά την διάρκεια προσωπικής συνέντευξης με τους δύο γενικούς ιατρούς που επισκέπτονταν οι ηλικιωμένοι. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στα Κέντρα Υγείας Σπηλίου και Ανωγείων και η διάρκεια της συνέντευξης σύμφωνα με τα λεγόμενα των ιατρών ήταν περίπου 10 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το χρονικό διάστημα Δεκεμβρίου 2006 και Ιανουαρίου 2007, σε 20 ημερολογιακές τακτικές εργάσιμες ημέρες κατά την πρωινή βάρδια των ιατρών. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μόνο στην πρωινή βάρδια, έτσι ώστε να είναι συνεχής η ροή των ασθενών και να συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο κάθε φορά από τον ίδιο ιατρό. Για τον έλεγχο της επαναληψιμότητας (repeatability) του ερωτηματολογίου, επιλέχθηκαν οι τελευταίοι 26 συνεχόμενοι ασθενείς που είχαν συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο από το Κέντρο Υγείας Σπηλίου και μετά από χρονικό διάστημα 2 εβδομάδων, ερωτήθηκαν για δεύτερη φορά για να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, χωρίς να αρνηθεί κανείς. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον ίδιο γενικό ιατρό που το είχε συμπληρώσει και την πρώτη φορά, αλλά χωρίς να έχει γνώση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου από την πρώτη εφαρμογή του. Το διάστημα των 2 εβδομάδων είναι κατάλληλο έτσι ώστε να μην είναι πολύ σύντομα μετά την πρώτη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αλλά ούτε και πολύ αργά, ούτως ώστε να έχει

μεσολαμβάνει τόσο χρονικό διάστημα που θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχική και νοητική κατάσταση του ατόμου.

Προηγουμένως είχαν ενημερωθεί οι ασθενείς προφορικά από το γιατρό για το σκοπό της μελέτης και τις πιθανές επιπτώσεις των αναμενόμενων αποτελεσμάτων στην κοινωνία σύμφωνα με το έγγραφο ενημέρωσης του ασθενούς και στη συνέχεια ζητήθηκε να υπογράψουν στο έγγραφο συγκατάθεσης, χωρίς να αρνηθεί κανένας (Bowling, 2002).

Επίσης κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τον γενικό ιατρό, χρησιμοποιήθηκαν μόνο η ηλικία, το φύλο και ο κωδικός του ασθενούς που αντιστοιχεί στον ηλεκτρονικό φάκελό του, έτσι ώστε να παραμείνει η ανωνυμία του ασθενούς σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο και επίσης να μην γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου στους ιατρούς, με σκοπό σε δεύτερο χρόνο να ελεγχθεί η διάγνωση των ιατρών με αυτή του ερωτηματολογίου.

2.4 Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων μετά την κωδικοποίηση τους καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων (υπολογιστικό φύλο Excel, Microsoft Office-version 2003), ενώ παράλληλα κωδικοποιήθηκαν και αποθηκεύτηκαν στην ίδια βάση τα δύο Κέντρα Υγείας, η ηλικία των ηλικιωμένων και το φύλο τους.

Για τη στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (version 14.0). Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν ως $mean \pm SD$, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές και οι

διατεταγμένες ως συχνότητες και ποσοστά. Για τη συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% ($p\text{-value} < 0.05$) (Bowling, 2002). Οι μέθοδοι που επιλέχθηκαν με γνώμονα των τύπο των δεδομένων ήταν:

- Για συνεχείς μεταβλητές (όπως η ηλικία των ατόμων) ο δείκτης συσχέτισης Pearson's r .
- Για διχοτομικές διακριτές μεταβλητές (όπως το φύλο των ατόμων) χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 - statistic.
- Για κατηγορικές μεταβλητές με περισσότερες από 2 ομάδες έγινε χρήση των ελέγχων ανάλυσης της διακύμανσης (One-way ANOVA). Επιπλέον, στις περιπτώσεις που βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα, έγινε post-hoc (Student's-Newman-Keuls) ανάλυση για να διερευνηθούν διαφορές στις επιμέρους κατηγορίες.

Για την στάθμιση του ερωτηματολογίου διενεργήθηκαν ψυχομετρικές δοκιμασίες για την αξιοπιστία (reliability) του ερωτηματολογίου (Lwanga and Lemeshow, 1991):

a) Εσωτερική συνάφεια (internal consistency):

Η μέτρηση της εσωτερικής συνάφειας γίνεται ελέγχοντας τα στοιχεία του ερωτηματολογίου ενάντια το ένα στο άλλο, και υπολογίστηκε με το δείκτη Cronbach's alpha (Cronbach, 1951).

b) Επαναληψιμότητα (test-retest interrater repeatability):

Η επαναληψιμότητα αποτελεί ένα μέτρο δύναμης της συσχέτισης για τον καθορισμό της σταθερότητας των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου σε βάθος χρόνου, διότι διορθώνει την έλλειψη ανεξαρτησίας μεταξύ των διαστημάτων της μέτρησης. Η σχέση αυτή των απαντήσεων των ερωτηματολογίων μετρήθηκε με τη δοκιμασία Wilcoxon Signed Ranks Test που χρησιμοποιείται για τη σύγκριση δύο διαταξιμών, συνεχών, μη παραμετρικών μεταβλητών και με το συντελεστή συσχέτισης kappa (Cohen's kappa coefficient) (Lwanga and Lemeshow, 1991).

c) Διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis):

Με σκοπό την αναγνώριση των ξεχωριστών παραγόντων που πιθανόν συνιστούσαν το ερωτηματολόγιο και για να γίνει πιο λεπτομερής η ομαδοποίηση των στοιχείων του ερωτηματολογίου (Costello and Osborne, 2005, Mundfrom et al., 2005), έγινε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis). Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Principal Components Analysis με Varimax with Kaiser Normalization (rotation method), υπολογίζοντας τις τιμές (eigenvalues) και τα αντίστοιχα ποσοστά (explained variance) των παραγόντων που συνιστούν το ερωτηματολόγιο. Για τον έλεγχο της συσχέτισης των στοιχείων μεταξύ τους έγινε ανάλυση με τη μέθοδο Inter-Item Correlation Matrix και στην συνέχεια για τον έλεγχο της αξιοπιστίας αυτών των αποτελεσμάτων, έγινε έλεγχος με υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha (Bartee et al., 2004, Costello and Osborne, 2005). Η τιμή αυτή παρέχει ένα κατώτερο όριο εκτίμησης για το πόσο πολύ η διακύμανση στο ερωτηματολόγιο, θα μπορούσε να εξηγηθεί από μια φανταστική τέλεια μέτρηση της ίδιας θεωρητικής κατασκευής.

2.5 Δεοντολογία - Βιοηθική

Το επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου ενέκρινε το ερευνητικό πρωτόκολλο για τη διεξαγωγή της μελέτης με αριθμό απόφασης: 12521/25-10-2006 (Παράρτημα III).

Η συμμετοχή των προαναφερόμενων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή συμφωνητικού αποδοχής συμμετοχής τους στη μελέτη σύμφωνα με τους κανόνες έρευνας, βιοηθικής και δεοντολογίας για την προστασία των συμμετεχόντων (Παράρτημα III).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1 Επιλογή ερωτηματολογίου

3.1.1 Αποτελέσματα αναζήτησης κατάλληλου ερωτηματολογίου

Σύμφωνα με τα κριτήρια τα οποία τέθηκαν και παρατίθενται στην ενότητα της μεθοδολογίας, έγινε αναζήτηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες PubMed, Cochrane Library και PsychINFO τον Ιούνιο του 2006, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά (key-words) σύμφωνα με την ορολογία που χρησιμοποιείται διεθνώς (MeSH). Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: αγχώδεις διαταραχές (anxiety disorders), άγχος (anxiety), ηλικιωμένοι (aged), εργαλείο ανίχνευσης (screening instrument), και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care).

Από τα άρθρα τα οποία βρέθηκαν, έγινε αναγνώριση των εργαλείων που χρησιμοποιούνται για ανίχνευση των αγχωδών διαταραχών σε δομές ΠΦΥ αλλά και σε κλινική χρήση. Βρέθηκαν συνολικά 23 ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται είτε στην ΠΦΥ είτε σε κλινικές δομές. Επίσης έγινε μελέτη για τον αν είναι ειδικά σχεδιασμένο το ερωτηματολόγιο για χρήση σε ηλικιωμένα άτομα και βρέθηκαν 4 ερωτηματολόγια. Από τα 23 ερωτηματολόγια, τα 7 ήταν σύντομα, σύμφωνα με τα κριτήρια που είχαν τεθεί. Τέλος, βρέθηκαν 13 αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ενώ τα υπόλοιπα μπορούσαν να συμπληρωθούν από τον ιατρό ή ένα εξειδικευμένο άτομο του προσωπικού μιας δομής ΠΦΥ (όπως για παράδειγμα μια νοσηλεύτρια, ψυχολόγο ή κοινωνική λειτουργό). Τα αποτελέσματα της αναζήτησης παρατίθενται στον πίνακα 1 (Παράρτημα Ι).

Το ερωτηματολόγιο το οποίο τελικά επιλέχθηκε γιατί πληρούσε όλα τα

κριτήρια που είχαν τεθεί εξαρχής, ήταν το ερωτηματολόγιο του Sinoff και των συνεργατών του, το Short Anxiety Screening Test (SAST) (Sinoff et al., 1999).

3.1.2 Περιγραφικά χαρακτηριστικά επιλεγμένου ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο SAST σχεδιάστηκε για την ανίχνευση του άγχους ειδικά σε ηλικιωμένους, βασισμένο στα κριτήρια που ορίζονται στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) και αποτελείται από 10 ερωτήσεις, ορισμένες από τις οποίες έχουν ειδικά επιλεγεί και τροποποιηθεί ανάμεσα σε άλλες, από διάφορα άλλα εργαλεία (Sinoff et al., 1999). Περιλαμβάνει και ορισμένες ερωτήσεις που αναπτύχθηκαν και αντικατοπτρίζουν τα σωματικά συμπτώματα των ηλικιωμένων, μιας και αποτελούν συχνά την πρώτη μορφή εκδήλωσης του άγχους σε αυτούς.

Το ερωτηματολόγιο έχει 4 τυποποιημένες απαντήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται από το 1 έως το 4 ανάλογα με την ερώτηση (Παράρτημα III). Αναλυτικότερα οι απαντήσεις είναι: «σπάνια ή ποτέ», «μερικές φορές», «συχνά» ή «πάντα» και ανάλογα με την ερώτηση υπάρχει και η αντίστοιχη βαθμολογία. Το 1 αντιστοιχεί στο «σπάνια ή ποτέ» και το 4 στο «πάντα», εκτός από τις ερωτήσεις 4, 5 και 9 όπου η βαθμολογία είναι αντίστροφα (δηλαδή όπου «σπάνια ή ποτέ» αντιστοιχεί με 4 και «πάντα» αντιστοιχεί με 1). Έχει βρεθεί ότι συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 24 αντιστοιχεί με θετικό αποτέλεσμα για αγχώδεις διαταραχές, συνολική βαθμολογία 22 έως 23 αντιστοιχεί με οριακό αποτέλεσμα και συνολική βαθμολογία μικρότερη ή ίση του 21 αντιστοιχεί με αρνητικό αποτέλεσμα για αγχώδεις διαταραχές.

Το ερωτηματολόγιο έχει επιδείξει σύμφωνα με τους συγγραφείς του (Sinoff et al., 1999), υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην ανίχνευση των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους, ακόμα και σε

παρουσία κατάθλιψης, κάτι που το κάνει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια μη ειδικών ψυχιάτρων. Επίσης χρησιμοποιείται και για τον έλεγχο των αλλαγών που παρουσιάζονται σε βάθος χρόνου, ανάλογα με το αν ο ασθενής ακολουθήσει κάποια μορφή θεραπείας ή όχι.

3.2 Μετάφραση του ερωτηματολογίου

3.2.1 Αδειες μετάφρασης

Για τη μετάφραση και χρήση του Short Anxiety Screening Test (SAST) δόθηκε ηλεκτρονικά έγγραφη άδεια από τον Καθηγητή Gary Sinoff (Παράρτημα III), μέλος της ομάδας που συνέταξε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο (Sinoff et al., 1999). Επίσης δόθηκε έγγραφη άδεια στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης (ημερομηνία: 10 Ιουλίου 2006), μετά την πληρωμή συγκεκριμένου αντιτίμου στον κάτοχο των δικαιωμάτων του άρθρου που συμπεριελάμβανε το ερωτηματολόγιο, για την μετάφραση του άρθρου και την χρήση του, με την προϋπόθεση της αναφοράς του κύριου κατόχου των δικαιωμάτων σε κάθε αντίγραφο του ("Reprinted by permission of John Wiley & Sons Ltd. All Rights Reserved") (Παράρτημα III).

3.2.2 Διαδικασία μετάφρασης του ερωτηματολογίου

Η διαδικασία της μετάφρασης στα ελληνικά έγινε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνεται από την «Trust Scientific Advisory Committee» (Medical Outcomes Trust., 1997).

Στόχος ήταν η μετάφραση του ερωτηματολογίου από τα Αγγλικά στα Ελληνικά, διατηρώντας τα κύρια χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου. Κατά τη διάρκεια της forward μετάφρασης, δεν

υπήρξαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των μεταφρασιών στην ερμηνεία των λέξεων, αλλά υπήρχαν μικρές συντακτικές διαφορές. Μετά από σύσκεψη με τη συμμετοχή ενός τρίτου ατόμου ειδικού σε αυτή τη διαδικασία, υπήρξε ομοφωνία και έτσι προέκυψε η πρώτη εκδοχή του ερωτηματολογίου στα ελληνικά (1st reconciliation version).

Από τον κατασκευαστή του ερωτηματολογίου έγιναν παρατηρήσεις σε τρεις ερωτήσεις (author's comments), και οι οποίες αφορούσαν την ερμηνεία της λέξης «ευερέθιστος» (ερώτηση 7), την διαφοροποίηση της ερμηνείας της έκφρασης «πόνος στη μέση» (ερώτηση 6) και την ερμηνεία της λέξης «ταχυπαλμίες», τα οποία λήφθηκαν υπόψη και έτσι προέκυψε η δεύτερη εκδοχή του ερωτηματολογίου (2nd reconciliation version). Όλες οι παρατηρήσεις του κατασκευαστή του ερωτηματολογίου, αφορούσαν θέματα της διγλωσσικής μετάφρασης (backward translation issues) κατά την αντίστροφη πορεία (από τα Αγγλικά στα Ελληνικά).

Το ερωτηματολόγιο κατά την διάρκεια της διαπολιτισμικής προσαρμογής (cultural adaptation), ήταν γενικά κατανοητό και εύκολο σύμφωνα με τα σχόλια των ηλικιωμένων, εκτός από την ερώτηση 8, όπου και οι πέντε πρότειναν την αλλαγή της λέξης «ευερέθιστος» διότι ήταν δυσνόητη, και προτίμησαν την λέξη «οξύθυμος». Οι προτάσεις τους ενσωματώθηκαν στην δεύτερη εκδοχή του ερωτηματολογίου, και έτσι διαμορφώθηκε η τελική Ελληνική μετάφραση (final version) του ερωτηματολογίου όπως παρουσιάζεται στο Παράρτημα III.

3.3 Στάθμιση του ερωτηματολογίου

3.2.1 Εσωτερική συνάφεια

Η εσωτερική συνάφεια (internal consistency), που εκφράζει ένα μέτρο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, για το σύνολο των ερωτηθέντων (N=99) όπως εκφράζεται με το δείκτη Cronbach's alpha coefficient βρέθηκε 0,763.

3.2.2 Επαναληψιμότητα

Η συμφωνία των απαντήσεων του ερωτηματολογίου (test-retest reliability) ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή συσχέτισης kappa. Ο έλεγχος έγινε σε σύνολο 26 ατόμων που επανέλαβαν το ερωτηματολόγιο και η τιμή του kappa, παρουσίασε συμφωνία σε ποσοστό 93% (0,930, $p < 0.0001$).

Επίσης η δοκιμασία Wilcoxon Signed Ranks Test, έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του συνόλου των ερωτήσεων ($z=0,676$ $p=0,499$), όπως και στην σύγκριση για κάθε ερώτηση ξεχωριστά μεταξύ των δύο εφαρμογών του ερωτηματολογίου (N=26), με τιμές που κυμαίνονταν από $z=0,0$ ($p=1,0$) στην ερώτηση 3, έως $z=1,134$ ($p=0,257$) στην ερώτηση 9 (πίνακας 2).

3.2.3 Παραγοντική Ανάλυση

Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι κατηγορίες (παράγοντες) που πιθανόν να συνιστούν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου είναι τρεις, οι εξής παρακάτω:

- a) Παράγοντας I: ερωτήσεις 6,7,9 και 10

b) Παράγοντας II: ερωτήσεις 1,2 και 8

c) Παράγοντας III: ερωτήσεις 3,4 και 5

Οι ερωτήσεις που συνιστούν τον πρώτο παράγοντα εξηγούν το 23% της συνολικής διακύμανσης, ο δεύτερος παράγοντας εξηγεί ένα 18%, και ο τρίτος παράγοντας εξηγεί και αυτός ένα 18% της συνολικής διακύμανσης. Και οι τρεις παράγοντες εξηγούν το 60% περίπου της συνολικής διακύμανσης για το ερωτηματολόγιο SAST.

Στον έλεγχο της αξιοπιστίας αυτών των αποτελεσμάτων, φάνηκε ότι είναι αποδεκτός ο διαχωρισμός σε αυτούς τους τρεις παράγοντες, καθώς ιδιοτιμές (eigenvalues) μεγαλύτερες του 1,0 σε κοινωνιολογικές μελέτες (Costello and Osborne, 2005) και τιμές Cronbach's alpha μεγαλύτερες από 0,6 είναι αποδεκτές, όταν γίνεται σύγκριση της αξιοπιστίας μεταξύ των παραγόντων που αποτελούν το ερωτηματολόγιο (Bartee et al., 2004).

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας αυτών των αποτελεσμάτων χρησιμοποιώντας το δείκτη Cronbach's alpha, φάνηκε ότι είναι αποδεκτός ο διαχωρισμός σε αυτούς τους τρεις παράγοντες, όπως φαίνεται αναλυτικά στον πίνακα 3 (Παράρτημα I). Παράλληλα, για τον έλεγχο της συσχέτισης των στοιχείων μεταξύ τους με τη μέθοδο Inter-Item Correlation Matrix, η ανάλυση ανέδειξε ότι όλες οι ερωτήσεις σχετίζονται μεταξύ τους η μία με την άλλη σε πολύ καλό βαθμό (πίνακας 4), αφού οι τιμές Cronbach's alpha ήταν όλες μεγαλύτερες από 0,7.

3.4 Πιλοτική Εφαρμογή Ερωτηματολογίου

3.4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη μας συμμετείχαν 99 άτομα, με μέσο όρο ηλικίας τα 76 έτη ($SD=\pm 6,36$ έτη). Από αυτά, 56 ήταν γυναίκες (56,6%) και 43 άνδρες

(43,4%). Η ηλικιακή κατανομή ήταν ομοιόμορφη, αφού 46 άτομα (46,5%) είχαν ηλικία από 65 έως 74 ετών και 53 άτομα (53,5%) ήταν μεγαλύτεροι ή ίσοι από 75 έτη (γράφημα 1). Η κατανομή των ατόμων ανά Κέντρο Υγείας ήταν: 37 άτομα (37,4%) από τα Ανώγεια και 62 άτομα (62,6%) από το Σπήλι (πίνακας 5).

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όταν έγινε σύγκριση των Κέντρων Υγείας ως προς το φύλο ($\chi^2=0,152$, $df=1$, $p=0,697$) και των Κέντρων Υγείας ως προς τις ηλικιακές ομάδες ($\chi^2=0,567$, $df=1$, $p=0,451$) (πίνακας 6).

3.4.2 Δειγματοληπτικά αποτελέσματα

Η κατανομή των αποτελεσμάτων της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ήταν ως εξής: ποσοστό 58,6% ($N=58$) είχαν αρνητικό τεστ, ποσοστό 12,1% ($N=12$) οριακό τεστ και ποσοστό 29,3% ($N=29$) είχαν θετικό τεστ (πίνακας 7).

Ο μέσος όρος της βαθμολογίας που συγκέντρωσαν οι ηλικιωμένοι με αρνητικό τεστ ήταν 17,6 ($SD=\pm 2,28$), ενώ ο μέσος όρος της βαθμολογίας που συγκέντρωσαν οι ηλικιωμένοι με θετικό τεστ ήταν 28,5 ($SD=\pm 3,247$), και με τη χρήση ελέγχου ανάλυσης της διακύμανσης ANOVA, η διαφορά βρέθηκε στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,0001$, βαθμός ελευθερίας $F=188,281$) (πίνακας 7). Ο έλεγχος διαφορών ανά ζεύγη ομάδων (post-hoc analysis) έδειξε ότι η βαθμολογία SAST διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ($p<0,0001$).

Δεν βρέθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά όταν έγινε σύγκριση των ατόμων που είχαν θετικό τεστ, σε σχέση με την ηλικιακή κατανομή ($p=0,679$) όπως επίσης και σε σχέση με το Κέντρο Υγείας ($p=0,526$). Αντίθετα όμως παρατηρήθηκε μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,0039$) σε σχέση με το φύλο, που οφείλεται στο

μεγαλύτερο ποσοστό θετικών test στις γυναίκες (Nθετικών=22, 39,3%) σε σχέση με τους άνδρες (Nθετικών=7, 16,3%) (γράφημα 3 και πίνακας 8).

Η συνολική μέση τιμή της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου ήταν 21,3 (SD=±5,5, min:12, max:36) (γράφημα 2). Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου για τις γυναίκες ήταν 22,8 (SD=±5,8) και για τους άνδρες 19,5 (SD=±4,3). Με τη χρήση της δοκιμασίας t-test ανεξάρτητων δειγμάτων βρέθηκε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($t=3,105$, $df=97$, $p=0,002$). Αντιθέτως δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης τιμής της συνολικής βαθμολογίας σε σχέση με τον διαχωρισμό στις δύο ηλικιακές ομάδες ($t=0,837$, $df=97$, $p=0,404$) και σε σχέση με το Κέντρο Υγείας ($t=-0,382$, $df=97$, $p=0,704$) (πίνακας 9).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 Μεθοδολογικοί περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική και έτσι δεν επιτρέπεται διαμόρφωση αιτιολογικών υποθέσεων και εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Επίσης εξετάζεται το ενδεχόμενο σφαλμάτων δειγματοληψίας, αφού οι ηλικιωμένοι επιλέχθηκαν με βάση την προσέλευσή τους στα Κέντρα Υγείας, γεγονός που σημαίνει μεγαλύτερη νοσηρότητα και συχνή παρουσία αγχωδών διαταραχών. Αυτό το γεγονός μπορεί να επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης, καθώς οι ηλικιωμένοι κάνουν αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

4.2 Κύρια ευρήματα

Το ερωτηματολόγιο SAST στην Ελληνική του έκδοση δείχνει να είναι αξιόπιστο, καθώς βρέθηκε ότι έχει καλή εσωτερική συνάφεια ($\alpha=0,763$) σε σχέση με την πρωτότυπη έκδοσή του ($\alpha=0,7$), αν και το δείγμα της πιλοτικής εφαρμογής στην μελέτη μας ήταν μικρότερο του δείγματος μελέτης που χρησιμοποιήθηκε στην αρχική του έκδοση (Sinoff et al., 1999). Μια ακόμη αναγκαία προϋπόθεση για ένα εργαλείο ανίχνευσης που θα πρέπει να είναι έγκυρο για χρήση στον πληθυσμό, αποτελεί η επαναληψιμότητά του. Στην περίπτωσή μας, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στα αποτελέσματα, η εσωτερική επαναληψιμότητα του ερωτηματολογίου ήταν πολύ υψηλή ($\kappa=0,93$).

Ένα δείγμα της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου SAST, αποτελεί η στατιστικά σημαντική διαφορά της συνολικής βαθμολογίας για τους ηλικιωμένους με θετικό τεστ σε σχέση με αυτούς που έχουν αρνητικό (28,5 vs 17,6 περίπου), εύρημα το οποίο συνηγορεί και με την μελέτη

για την κατασκευή του (25,3 vs 20,1 περίπου) (Sinoff et al., 1999). Αν και στην μελέτη του Sinoff και των συνεργατών του, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, στην δικιά μας πιλοτική εφαρμογή που το δείγμα ήταν ≥ 65 ετών, δεν φαίνεται να επηρέασε την εγκυρότητά του.

Βεβαίως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα μελλοντικά για την μελέτη των περιπτώσεων με οριακό αποτέλεσμα (ποσοστό 12,1%) και τη θέσπιση οδηγιών προς τους γενικούς ιατρούς για τη διαχείριση αυτών των περιστατικών. Όπως αναφέρει ο Sinoff, αυτές οι περιπτώσεις θα πρέπει να αναφέρονται ως κλινικά σημαντικές, καθώς εξηγεί το γεγονός ότι τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης είναι σχετικά παρόμοια και η αναγνώριση της μιας διαταραχής δίνει οριακά αποτελέσματα στην άλλη (Sinoff et al., 1999).

Στη δική μας μελέτη έγινε παραγοντική ανάλυση που δεν εφαρμόστηκε στην μελέτη των κατασκευαστών. Αυτή ανέδειξε τους ξεχωριστούς παράγοντες που συνθέτουν το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις που συνιστούν τον πρώτο παράγοντα φαίνεται ότι αποτελούν την ομάδα των σωματικών συμπτωμάτων (somatic symptoms) και των διαταραχών του αυτόνομου νευρικού συστήματος (autonomic arousal) που χαρακτηρίζουν τις αγχώδεις διαταραχές. Ο δεύτερος παράγοντας αντικατοπτρίζει τις εκδηλώσεις των αγχώδων διαταραχών που σχετίζονται με συμπτώματα έντασης (tension) και στενοχώριας (distress) και ο τρίτος παράγοντας φαίνεται να περιλαμβάνει τις ερωτήσεις που έχουν σχέση με συμπτώματα ψυχικής κατάστασης (mental state symptoms) και κυρίως φόβων (fears) και ανησυχίας (worries).

Τα ευρήματα μας αυτά έρχονται σε συμφωνία με την αρχική κατασκευή του ερωτηματολογίου, καθώς οι συγγραφείς είχαν συνθέσει το ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις οδηγίες ταξινόμησης των ψυχικών παθήσεων κατά DSM-IV (Sinoff et al., 1999), όπως επίσης και με

πρόσφατες οδηγίες που εκδόθηκαν για την πρόληψη των ψυχικών παθήσεων στην ΠΦΥ (Weel-Baumgarten et al., 2005) και κατατάσσουν τα αγχώδη συμπτώματα σε φυσικά συμπτώματα (physical symptoms), σκέψεις (thoughts) και συμπεριφορές (behaviours). Ωστόσο, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις στην βιβλιογραφία όσον αφορά την σημαντικότητα των σωματικών συμπτωμάτων που συχνά αποτελούν την πρώτη μορφή εκδήλωσης άγχους στους ηλικιωμένους, καθώς ορισμένοι συγγραφείς συμφωνούν με τα ανωτέρω (Fuentes and Cox, 1997, Goldberg and Bridges, 1988, Peveler et al., 1997), ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι οι σωματικές εκδηλώσεις δεν αποτελούν τα κυρίαρχα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους (Lindesay et al., 2006, Wells and Morrison, 1994, Wetherell et al., 2003).

Από τα αποτελέσματα της πιλοτικής εφαρμογής του ερωτηματολογίου, φαίνεται να είναι αρκετά συχνές (29,3%) οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους στην ΠΦΥ, εύρημα που συμφωνεί με αρκετές διεθνείς μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην κοινότητα και σε αγροτικές περιοχές (Ansseau et al., 2004, Ormel et al., 1991, van Boeijen et al., 2005b). Ελληνικά δεδομένα από μελέτη του Ευρωβαρόμετρου το 2003 δείχνουν επίσης παρόμοια ποσοστά (EORG, 2003).

Οι αγχώδεις διαταραχές στη μελέτη μας, βρέθηκαν να είναι συχνότερες στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες σε αναλογία 2:1, εύρημα το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τις περισσότερες μελέτες διεθνώς (Krasucki et al., 1998, Philbrick et al., 1996, World Health Organization, 2001). Δεν βρέθηκε να υπάρχει διαφορά σε σχέση με την ηλικιακή κατανομή (από 65-74 ετών και άνω των 75 ετών) και αυτό φαίνεται να ταυτίζεται με την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν μικρότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών από ότι νεότερης ηλικίας άτομα (Jorm, 2000, Oxman et al., 1987).

4.3 Συζήτηση

Οι αγχώδεις διαταραχές των ηλικιωμένων που δεν αντιμετωπίζονται από τους γιατρούς, μειώνουν την ποιότητα ζωής του ασθενούς, την καθημερινή του δραστηριότητα και την συμμόρφωσή του με τη θεραπεία, ενώ μπορούν να συμβάλλουν και στις απόπειρες αυτοκτονίας (Valente, 1999).

Υπάρχουν όμως αντικρουόμενες απόψεις στη διεθνή βιβλιογραφία όσον αφορά την επίπτωση και τον επιπολασμό των αγχωδών διαταραχών γενικά (Anderson, 2006, Ansseau et al., 2004, Cohen et al., 2006, Kessler, 2007, Manela et al., 1996). Κάποιες επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι μειώνεται στους ηλικιωμένους ο κίνδυνος άγχους και κατάθλιψης, ενώ η επίδραση που οφείλεται στην ηλικία πιθανόν να είναι το αποτέλεσμα της ελαττωμένης συναισθηματικής ανταπόκρισης, του αυξημένου συναισθηματικού ελέγχου ή της ψυχολογικής ανοσοποίησης στο άγχος (Jorm, 2000, Lindesay and Marudkar, 2001).

Οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να είναι πιο συχνές τα τελευταία χρόνια, αλλά αυτό πιθανόν να είναι αποτέλεσμα της καλύτερης διάγνωσης. Επειδή όμως το άγχος εκδηλώνεται συνήθως με αρκετά σωματικά συμπτώματα, συχνά δεν αντιμετωπίζονται οι αγχώδεις διαταραχές αφού οι γενικοί ιατροί αντιμετωπίζουν μόνο τα σωματικά συμπτώματα (Wittchen and Jacobi, 2005).

Τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στην καθιέρωση εργαλείων αξιολόγησης που θα βοηθούν στην εκτίμηση του άγχους στους ηλικιωμένους (Shear and Schulberg, 1995). Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν σχεδόν διπλάσια συχνότητα από ότι η κατάθλιψη ανάμεσα σε ηλικιωμένα άτομα (Stanley and Beck, 2000), και μόλις πρόσφατα γίνεται προσπάθεια για τη διερεύνηση της φύσης και της ψυχοπαθολογίας των αγχωδών διαταραχών σε αυτή την

ηλικιακή ομάδα. Έτσι οι διαφορές στις εκδηλώσεις του άγχους και στα σχετιζόμενα συμπτώματα του, έχει ωθήσει στην ανάπτυξη εργαλείων ειδικά σχεδιασμένων για την πληθυσμιακή αυτή ομάδα ανθρώπων που συνεχώς αυξάνεται. Στην ανάπτυξη τέτοιων εργαλείων αξιολόγησης, χρησιμοποιούνται δύο διαφορετικές μέθοδοι· η πρώτη αφορά αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια και η δεύτερη συνεντεύξεις. Προϋποθέσεις είναι η αξιοπιστία αυτών των εργαλείων και η χρησιμότητά τους στην εφαρμογή τους σε δομές ΠΦΥ, αλλά και σε κλινική χρήση (World Health Organization, 2001).

Η σύγχρονη ταξινόμηση των διάφορων νευρωτικών διαταραχών ανάλογα με το ταξινομικό σύστημα ICD-10 ή DSM-IV, έχει συμβάλλει στην ανάπτυξη ειδικών διαγνωστικών κριτηρίων και τυποποιημένων μεθόδων αξιολόγησης, που κάνουν με τη σειρά τους τη συλλογή των πληροφοριών περισσότερο αξιόπιστη και έγκυρη. Από την άλλη όμως, οι διαφορετικοί κανόνες που εφαρμόζονται στην ερμηνεία των συμπτωμάτων, της σοβαρότητας των περιπτώσεων και λόγω της πολυπλοκότητας της φύσης των αγχώδων εκδηλώσεων, έχουν ως συνέπεια να γίνεται μεγάλη συζήτηση για την εγκυρότητα των διαφορετικών εργαλείων. Τελικά φαίνεται να μην υπάρχει μια κοινή συνιστώσα, αλλά να δίνονται διαφορετικές ερμηνείες, ιδιαίτερα επειδή οι νευρωτικές διαταραχές έχουν ένα μεγάλο εύρος στην σοβαρότητα των εκδηλώσεων τους (Lieb, 2005).

Γενικά, τα διαγνωστικά εργαλεία για τις αγχώδεις διαταραχές που χρησιμοποιούνται σε ηλικιωμένους ασθενείς και συμπληρώνονται από ιατρούς με συνέντευξη (clinician-rated diagnostic tools), θεωρούνται ότι υπερέχουν σε σύγκριση με τα αυτο-συμπληρούμενα (self-rated) ερωτηματολόγια (Stanley and Beck, 2000). Αυτός ήταν και ένας από τους κύριους λόγους για την θέσπιση των συγκεκριμένων κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση του κατάλληλου ερωτηματολογίου στην μελέτη μας. Επίσης το ερωτηματολόγιο έπρεπε να είναι κατάλληλο ειδικά για ηλικιωμένους. Και αυτό διότι οι

διαφορές στις εκδηλώσεις του άγχους ανάμεσα σε νέους, ενήλικες και ηλικιωμένους είναι αρκετά μεγάλες, όπως επίσης και επειδή υπάρχει συγκάλυψη πολλές φορές των εκδηλώσεων άγχους και κατάθλιψης (Liebowitz et al., 1990, Manthorpe and Iliffe, 2006, Sinoff et al., 2002, Wetherell et al., 2001), αλλά και συνοσηρότητα των δύο αυτών διαταραχών (Flint, 1994, Hoyer et al., 2001, Watts et al., 2002, Wittchen et al., 2002, Zung et al., 1990). Η ανίχνευση γενικά των αγχώδων διαταραχών και όχι κάποια συγκεκριμένη υποομάδα αυτών, αποτέλεσε μια ακόμη επιλογή κριτηρίου για τη μελέτη μας. Τέλος θέλαμε το ερωτηματολόγιο να έχει χρησιμότητα στην εφαρμογή του σε δομές ΠΦΥ αλλά και σε κλινική χρήση, καθώς στα πολυάσχολα ιατρεία των γενικών ιατρών και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, ο χρόνος είναι πολύτιμος.

Με την επιλογή του ερωτηματολογίου SAST, καλύφθηκαν τα κριτήρια που είχαν τεθεί. Παράλληλα, από τη συζήτηση με τους γενικούς ιατρούς που συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια, υπήρξαν θετικά σχόλια για την ευκολία στην εφαρμογή του και στην κατανόησή του από τους ηλικιωμένους. Επίσης ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν σύμφωνα με τα αναφερόμενα των ιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη, περίπου 10 λεπτά.

Στις αρχικές προθέσεις της μελέτης ήταν να ελεγχθεί και η εγκυρότητα κριτηρίου του ερωτηματολογίου SAST, θέτοντας εξ ορισμού αρχικά ως «χρυσό πρότυπο» (gold standard) την διάγνωση των γενικών ιατρών, όπως έχει γίνει και σε άλλη μελέτη αλλά για διαφορετικό πρόβλημα υγείας (Anastasiou et al., 2006). Όμως, όπως υποστηρίζεται και στη διεθνή βιβλιογραφία (Wittchen et al., 2001, Wittchen et al., 2002), οι ιατροί της ΠΦΥ και οι γενικοί ιατροί δεν έχουν τα κατάλληλα εργαλεία για να μπορέσουν να διαγνώσουν τις ψυχικές διαταραχές σε πρώιμο στάδιο, ειδικά όταν ο χρόνος τους είναι περιορισμένος σε πολυάσχολα ιατρεία. Έτσι με δεδομένο ότι οι ψυχικές διαταραχές γενικότερα και ειδικότερα οι αγχώδεις διαταραχές είναι υπο-

διαγνωσμένες, δεν μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε την διάγνωση των γενικών ιατρών ως gold standard για να ελέγξουμε την εγκυρότητα κριτηρίου του ερωτηματολογίου. Αυτό επιβεβαιώνεται και από την πιλοτική εφαρμογή, όταν συγκρίναμε τα αποτελέσματα με τις διαγνώσεις των γενικών ιατρών που τηρούνται στα αρχεία των ασθενών. Από τους ασθενείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιό μας, αναγράφονταν 5 περιπτώσεις με κάποια αγχώδη διαταραχή, 2 περιπτώσεις με κατάθλιψη και 2 περιπτώσεις με διαταραχές ύπνου. Από τις 27 θετικές περιπτώσεις που αναγνωρίστηκαν με το ερωτηματολόγιο SAST, μόνο 2 περιπτώσεις συμφωνούσαν με τις διαγνώσεις των ιατρών.

Έτσι, από τη μελέτη μας διαμορφώθηκαν ερωτήματα που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα, και αυτά συνοψίζονται παρακάτω:

- Σε ποιο ποσοστό οι ηλικιωμένοι με αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν και κατάθλιψη;
- Υπάρχει διαφορά του επιπολασμού των αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους ανάμεσα σε αγροτικές και αστικές περιοχές, και ανάμεσα σε κλειστές γηριατρικές μονάδες και στην κοινότητα;
- Υπάρχει επικάλυψη με τις ιατρικές καταστάσεις που εκδηλώνονται συχνά με άγχος (π.χ. καρδιοαγγειακή νόσος, υπερθυρεοειδισμός);
- Τι γίνεται στις περιπτώσεις με ήπια γνωστική διαταραχή;
- Υπάρχει βελτίωση στην έκβαση των αποτελεσμάτων με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου SAST ως εργαλείου ανίχνευσης;
- Ποια είναι η χρησιμότητά του για τους γενικούς ιατρούς και τους ιατρούς της ΠΦΥ;

4.4 Συμπεράσματα

Το ερωτηματολόγιο SAST, επιλέχθηκε ως το καταλληλότερο εργαλείο σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια, για την ανίχνευση των αγχώδων διαταραχών σε ηλικιωμένους. Η Ελληνική του έκδοση φαίνεται να είναι αξιόπιστη και έγκυρη. Η πιλοτική εφαρμογή του σε δείγμα αγροτικού πληθυσμού, ανέδειξε ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι αρκετά συχνές στους ηλικιωμένους. Το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα στη Γενική Ιατρική και στη ΠΦΥ, ενώ η εφαρμογή του στην κλινική πρακτική χρειάζεται περαιτέρω μελέτη.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005), *ΠΡΑΣΙΝΟ ΒΙΒΛΙΟ - Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με τη ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Βρυξέλλες. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/el/com/2005/com2005_0484el01.pdf>

[Accessed 5 February 2007]

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (2005), *Η Ελλάδα με αριθμούς*, Αθήνα. Available from:

<http://www.statistics.gr/eng_tables/hellas_in_numbers_eng.pdf>

[Accessed 5 February 2007]

American Psychiatric Association (1995) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Primary Care version*, American Psychiatric Association, Washington D.C.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition -Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Anastasiou, F., Antonakis, N., Chaireti, G., Theodorakis, P. N. and Lionis, C. (2006) Identifying dyspepsia in the Greek population: translation and validation of a questionnaire. *BMC Public Health*, **6**, 56.

Anderson, I. (2006) The new guidelines from the British Association for Psychopharmacology for anxiety disorders. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, **10**, 10-17.

Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M. and Vander Mijnsbrugge, D. (2004) High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*, **78**, 49-55.

Arthur, A., Jagger, C., Lindesay, J., Graham, C. and Clarke, M. (1999) Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short Geriatric Depression Scale (GDS15) within general practice. *Int J Geriatr Psychiatry*, **14**, 431-9.

Arvaniti, A., Livaditis, M., Kanioti, E., Davis, E., Samakouri, M. and Xenitidis, K. (2005) Mental health problems in the elderly in residential care in Greece - A pilot study. *Aging and Mental Health*, **9**, 142-145.

Bartee, R. T. Grandjean, B. D. Bieber, S. L. (2004), *Confirming the reliability of a theory-based questionnaire*, American Journal of Health Studies. Available from:

<http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0CTG/is_3_19/ai_n16084029> [Accessed 5 February 2007]

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. and Steer, R. A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, **56**, 893-7.

Beck, J. G., Stanley, A. M. and Zebb, J. B. (1999) Effectiveness of the Hamilton Anxiety Rating Scale with Older Generalized Anxiety Disorder Patients. *Journal of Clinical Geropsychology*, **5**, 281-290.

Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., van Balkom, A. J., Smit, J. H., de Beurs, E., van Dyck, R. and van Tilburg, W. (1998) Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*, **13**, 717-26.

Bowling, A. (2002) The principles of research. In *Research methods in health: investigating and health services*. 2nd edition, University Press, Philadelphia, pp. 133-162.

Bunevicius, A., Peceliuniene, J., Mickuviene, N., Valius, L. and Bunevicius, R. (2006) Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety*, **0**, 1-6.

Byrne, J. A. G. (2002) What happens to anxiety disorders in later life? *Rev Bras Psiquiatr*, **24**, 74-80.

Cohen, C. I., Magai, C., Yaffee, R. and Walcott-Brown, L. (2006) The Prevalence of Anxiety and Associated Factors in a Multiracial Sample of Older Adults. *Psychiatr Serv*, **57**, 1719-1725.

Costello, A. B. and Osborne, J. (2005) Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*, **10**.

Cronbach, L. J. (1951) Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, **16**, 297-334.

Derogatis, L., Lipman, R. and Covi, L. (1973) SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, **9**, 13-28.

Di Nardo, P., Moras, K., Barlow, D. H., Rapee, R. M. and Brown, T. A. (1993) Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. Using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Arch Gen Psychiatry*, **50**, 251-6.

Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., Dow, M. G. and Gumley, A. I. (2005) Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess*, **9**, 1-174.

Ιεροδιακόνου (1988) Ψυχονευρώσεις In *Ψυχιατρική*, Vol. 7 (Eds, Ιεροδιακόνου Φωτιάδης Δημητρίου, Ε.) Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη, pp. 205-249.

THE EUROPEAN OPINION RESEARCH GROUP (EORG) (2003), *THE MENTAL HEALTH STATUS OF THE EUROPEAN POPULATION - EUROBAROMETER 58.2*. Available from:

<http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf> [Accessed 5 February 2007]

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. and Wittchen, H. U. (2005) Size and burden of social phobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, **15**, 453-62.

Flint, A. J. (1994) Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry*, **151**, 640-9.

Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. G., Sitzoglou, K., St Kaprinis, G. and Bech, P. (2001) Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*, **1**, 3.

Fountoulakis, K. N., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Gougoulas, K., St Kaprinis, G. and Bech, P. (2003) The Greek translation of the symptoms rating scale for depression and anxiety: preliminary results of the validation study. *BMC Psychiatry*, **3**, 21.

Fountoulakis, K. N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A. and Kaprinis, G. S. (2006) Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data. *Ann Gen Psychiatry*, **5**, 2.

Fuentes, K. and Cox, B. J. (1997) Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: a critical analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, **28**, 269-79.

- Gallo, J. J., Rabins, P. V. and Iliffe, S. (1997) The 'research magnificent' in late life: psychiatric epidemiology and the primary health care of older adults. *Int J Psychiatry Med*, **27**, 185-204.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. and Grayson, D. (1988) Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*, **297**, 897-9.
- Goldberg, D. P. and Bridges, K. (1988) Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res*, **32**, 137-44.
- Goodwin, R. D., Faravelli, C., Rosi, S., Cosci, F., Truglia, E., de Graaf, R. and Wittchen, H. U. (2005) The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, **15**, 435-43.
- Gottfries, C. G. (2001) Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, **251**, 1157-61.
- Gottfries, C. G. and Karlsson, I. (2001) [Depression and anxiety in the elderly still underdiagnosed. SSRI preparations in conjunction with psychotherapy provide effective treatment]. *Lakartidningen*, **98**, 821-7.
- Hamilton, M. (1959) The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, **32**, 76-92.
- Henderson, A. S., Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P., Christensen, H. and Rodgers, B. (1998) Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence with age. *Psychol Med*, **28**, 1321-8.
- Hoyer, I., Krause, P., Hofler, M., Beesdo, K. and Wittchen, H. U. (2001) [When and how well does the family physician recognize generalized anxiety disorders and depressions?]. *Fortschr Med Orig*, **119**, 26-35.
- Hoyer, J. and Wittchen, H. U. (2003) [Generalized anxiety disorders in primary medical care]. *Versicherungsmedizin*, **55**, 127-35.

Jorm, A. F. (2000) Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychol Med*, **30**, 11-22.

Kaufman, J. and Charney, D. (2000) Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*, **12**, 69-76.

Kessler, R. C. (2007) The Global Burden of Anxiety and Mood Disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Findings Into Perspective. *J Clin Psychiatry*, **68**, 10-9.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. and Walters, E. E. (2005a) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, **62**, 593-602.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. and Walters, E. E. (2005b) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, **62**, 617-27.

Kiropoulos, A. L., Klimidis, S. and Minas, H. (2004) Depression and anxiety: a comparison of older-aged Greek-born immigrants and Anglo-Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **38**, 714-724.

Krasucki, C., Howard, R. and Mann, A. (1998) The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry*, **13**, 79-99.

Krasucki, C., Ryan, P., Ertan, T., Howard, R., Lindsay, J. and Mann, A. (1999) The FEAR: a rapid screening instrument for generalized anxiety in elderly primary care attenders. *Int J Geriatr Psychiatry*, **14**, 60-8.

Kunik, M. E., Roundy, K., Veazey, C., Souchek, J., Richardson, P., Wray, N. P. and Stanley, M. A. (2005) Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*, **127**, 1205-11.

Lehtinen, V., Sohlman, B. and Kovess-Masfety, V. (2005) Level of positive mental health in the European Union: results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, **1**, 9.

Lieb, R. (2005) Anxiety disorders: clinical presentation and epidemiology. *Handb Exp Pharmacol*, 405-32.

Lieb, R., Becker, E. and Altamura, C. (2005) The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, **15**, 445-52.

Liebowitz, M. R., Hollander, E., Schneier, F., Campeas, R., Fallon, B., Welkowitz, L., Cloitre, M. and Davies, S. (1990) Anxiety and depression: discrete diagnostic entities? *J Clin Psychopharmacol*, **10**, 61S-66S.

Lindesay, J. (1997) Neurotic disorders in the elderly: often missed, poorly treated. *Br J Hosp Med*, **57**, 304-5.

Lindesay, J., Baillon, S., Brugha, T., Dennis, M., Stewart, R., Araya, R. and Meltzer, H. (2006) Worry content across the lifespan: an analysis of 16- to 74-year-old participants in the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Psychol Med*, **36**, 1625-33.

Lindesay, J. and Marudkar, M. (2001) Neurotic Disorders. *Reviews in Clinical Gerontology*, **11**, 51-70.

Lionis, C. (2003) Frequency of mental disorders in primary care and the role of general practice: lessons learnt from Greece. *Hellenic J Gen Hosp Psychiatry*, **1**, 20-23.

Lish, J. D., Zimmerman, M., Farber, N. J., Lush, D., Kuzma, M. A. and Plescia, G. (1995) Psychiatric screening in geriatric primary care: should it be for depression alone? *J Geriatr Psychiatry Neurol*, **8**, 141-53.

Lowe, P. A. and Reynolds, C. R. (2000) Exploratory analyses of the latent structure of anxiety among older adults. *J Affect Disord*, **60**, 100-116.

Lwanga, S. and Lemeshow, S. (1991) Sample size determination in health studies. In *A practical manual* World Health Organization, Geneva.

Lyness, J. M., Caine, E. D., King, D. A., Cox, C. and Yoediono, Z. (1999) Psychiatric disorders in older primary care patients. *J Gen Intern Med*, **14**, 249-54.

Manela, M., Katona, C. and Livingston, G. (1996) How common are the Anxiety Disorders in old age? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **11**, 65-70.

Manthorpe, J. and Iliffe, S. (2006) Anxiety and depression. *Nurs Older People*, **18**, 25-9.

McQuaid, J. R., Stein, M. B., McCahill, M., Laffaye, C. and Ramel, W. (2000) Use of brief psychiatric screening measures in a primary care sample. *Depress Anxiety*, **12**, 21-9.

Medical Outcomes Trust. (1997) Trust introduces new translation criteria. *Trust Bulletin*, **5**, 1-4.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. and Borkovec, T. D. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther*, **28**, 487-95.

Mundfrom, D. J., Shaw, D. G. and Ke, T. L. (2005) Minimum Sample Size Recommendations for Conducting Factor Analyses. *International Journal of Testing*, **5**, 159-168.

Ραμπαβίλας, Α. Δ. (2004) Αγχώδεις και Συναφείς Διαταραχές In *Ψυχιατρική*, Vol. 3 3η έκδοση (Eds, Χριστοδούλου, Γ. Ν. και συνεργάτες) ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, pp. 372-409.

Nease, D. E., Jr. and Aikens, J. E. (2003) DSM depression and anxiety criteria and severity of symptoms in primary care: cross sectional study. *BMJ*, **327**, 1030-1.

Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. and Stein, M. B. (2006) Development and validation of an Overall Anxiety Severity And Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, **23**, 245-249.

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2004a), *Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας - Νομοθεσία για την Ψυχική Υγεία και Ανθρώπινα Δικαιώματα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Available from:

<http://www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/odigiespoy/Attachmen t00071753/7o_Book.pdf> [Accessed 5 February 2007]

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2004b), *Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας-Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.

Available from:

<<http://www.mohaw.gr/gr/ygeia/yphresies/odigiespoy/Attachmen t00010145/plaisio.pdf>> [Accessed 5 February 2007]

Ormel, J., Koeter, M. W. J., Van den Brink, W. and Van de Willige, G. (1991) Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Archives of General Psychiatry*, **48**, 700-706.

- Oxman, T. E., Barrett, J. E., Barrett, J. and Gerber, P. (1987) Psychiatric symptoms in the elderly in a primary care practice. *Gen Hosp Psychiatry*, **9**, 167-73.
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. and Arnold, E. (2007) Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *Int Psychogeriatr*, **19**, 103-14.
- Palmer, B. W., Jeste, D. V. and Sheikh, J. I. (1997) Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *J Affect Disord*, **46**, 183-90.
- Peveler, R., Kilkenny, L. and Kinmonth, A. L. (1997) Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res*, **42**, 245-52.
- Philbrick, J. T., Connelly, J. E. and Wofford, A. B. (1996) The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med*, **11**, 9-15.
- Rapee, R. M. and Melville, L. F. (1997) Recall of family factors in social phobia and panic disorder: comparison of mother and offspring reports. *Depress Anxiety*, **5**, 7-11.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. and McNally, R. J. (1986) Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*, **24**, 1-8.
- Rosenberg, E., Lussier, M. T., Beaudoin, C., Kirmayer, L. J. and Dufort, G. G. (2002) Determinants of the diagnosis of psychological problems by primary care physicians in patients with normal GHQ-28 scores. *Gen Hosp Psychiatry*, **24**, 322-7.

Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Q., Huppert, F. A., Hendrie, H., Verma, S. and Goddard, R. (1986) CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry*, **149**, 698-709.

Sajatovic, M., Blow, F. C. and Ignacio, R. V. (2006) Psychiatric comorbidity in older adults with bipolar disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*, **21**, 582-7.

Sanavio, E. (1988) Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behav Res Ther*, **26**, 169-77.

Semple, D., Smyth, R., Burns, J., Darjee, R. and McIntosh, A. (2005) Anxiety and stress-related disorders In *Oxford handbook of psychiatry* (Eds, Semple, D. Smyth, R. Burns, J. Darjee, R. McIntosh, A.) Oxford University Press, New York.

Shear, M. K. and Schulberg, H. C. (1995) Anxiety disorders in primary care. *Bull Menninger Clin*, **59**, A73-85.

Sinoff, G., Ore, L., Zlotogorsky, D. and Tamir, A. (1999) Short Anxiety Screening Test--a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, **14**, 1062-71.

Sinoff, G., Ore, L., Zlotogorsky, D. and Tamir, A. (2002) Does the presence of anxiety affect the validity of a screening test for depression in the elderly? *Int J Geriatr Psychiatry*, **17**, 309-14.

Snyder, A. G., Stanley, M. A., Novy, D. M., Averill, P. M. and Beck, J. G. (2000) Measures of depression in older adults with generalized anxiety disorder: a psychometric evaluation. *Depress Anxiety*, **11**, 114-20.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. and Luchene, R. E. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire)*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. and First, M. B. (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*, **49**, 624-9.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGruy, F. V., 3rd, Hahn, S. R., Brody, D. and Johnson, J. G. (1994) Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Jama*, **272**, 1749-56.

Staab, J. P., Datto, C. J., Weinrieb, R. M., Gariti, P., Rynn, M. and Evans, D. L. (2001) Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am*, **85**, 579-96.

Stanley, M. A. and Beck, J. G. (2000) Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev*, **20**, 731-54.

Turnbull, J. M. (1989) Anxiety and physical illness in the elderly. *J Clin Psychiatry*, **50**, 40-5.

Valente, M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Home Health Care Management Practice*, **11**, 49-59.

van Boeijen, C. A., van Balkom, A. J., van Oppen, P., Blankenstein, N., Cherpanath, A. and van Dyck, R. (2005a) Efficacy of self-help manuals for anxiety disorders in primary care: a systematic review. *Fam Pract*, **22**, 192-6.

van Boeijen, C. A., van Oppen, P., van Balkom, A. J., Visser, S., Kempe, P. T., Blankenstein, N. and van Dyck, R. (2005b) Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, **55**, 763-9.

Warner, R. (2005) Local Projects of the World Psychiatric Association Programme to Reduce Stigma and Discrimination. *Psychiatr Serv*, **56**, 570-575.

Watts, S. C., Bhutani, G. E., Stout, I. H., Ducker, G. M., Cleator, P. J., McGarry, J. and Day, M. (2002) Mental health in older adult recipients of primary care services: is depression the key issue? Identification, treatment and the general practitioner. *Int J Geriatr Psychiatry*, **17**, 427-37.

Weel-Baumgarten, E. Mynors-Wallis, L. Jani-Llopis, E. Anderson, P. (2005), *A training manual for prevention of mental illness: managing emotional symptoms and problems in primary care*, Radboud University of Nijmegen, Nijmegen. Available from: http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11713/imhpa_training_manual.pdf [Accessed 5 February 2007]

Wells, A. (1994) A multi-dimensional measure of worry: development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, **6**, 289-299.

Wells, A. and Morrison, A. P. (1994) Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study. *Behav Res Ther*, **32**, 867-70.

Wetherell, J. L., Gatz, M. and Pedersen, N. L. (2001) A longitudinal analysis of anxiety and depressive symptoms. *Psychol Aging*, **16**, 187-95.

Wetherell, J. L., Le Roux, H. and Gatz, M. (2003) DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: distinguishing the worried from the well. *Psychol Aging*, **18**, 622-7.

Wittchen, H. U. and Boyer, P. (1998) Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specificity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15). *Br J Psychiatry Suppl*, 10-7.

Wittchen, H. U., Hoyer, J., Beesdo, K. and Krause, P. (2001) [Problems and deficiencies in family physician's management of generalized anxiety disorders. Results of the GAD-P study and priorities for an improved care]. *Fortschr Med Orig*, **119**, 42-9.

Wittchen, H. U. and Jacobi, F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, **15**, 357-76.

Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Hofler, M. and Hoyer, J. (2002) Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*, **63**, 24-34.

World Health Organization (2001), *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, Copenhagen. Available from: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf> [Accessed 5 February 2007]

World Health Organization (2005a), *Mental health action plan for Europe*, Copenhagen. Available from: <<http://www.euro.who.int/Document/MNH/edoc07.pdf>> [Accessed 5 February 2007]

World Health Organization (2005b), *Mental health declaration for Europe*, Copenhagen. Available from: <<http://www.euro.who.int/document/MNH/edoc06.pdf>> [Accessed 5 February 2007]

World Health Organization (2006), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision Version for 2006*. Available from: <<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>> [Accessed 5 February 2007]

Zigmond, A. S. and Snaith, R. P. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, **67**, 361-70.

Zung, W. W. (1986) Prevalence of clinically significant anxiety in a family practice setting. *Am J Psychiatry*, **143**, 1471-2.

Zung, W. W., Magruder-Habib, K., Velez, R. and Alling, W. (1990) The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry*, **51**, 77-80; discussion 81.

Zung, W. W. K. (1971) A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation-Liaison Psychiatry*, **12**, 371-379.

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι – Πίνακες

➤ Πίνακας 1. : Πίνακας ερωτηματολογίων και κριτηρίων

| (A/A) Ερωτηματολόγιο/εργαλείο (Βιβλιογραφία) | ΚΡΙΤΗΡΙΑ | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|--|--|
| | Ανίχνευση Αγχωδών Διαταραχών | Αυτό- συμπληρούμενο (self-rated) | Συμπληρώνεται από τον ιατρό (clinician-rated ή observational) | Σχεδιασμένο ειδικά για ηλικιωμένους | Εφαρμογή σε Δομές ΠΦΥ ή/και κλινική χρήση | Σύντομο ερωτηματολόγιο (<20 ερωτήσεις) |
| (1.) Anxiety Screening Questionnaire ASQ-15 (Wittchen and Boyer, 1998) | √ | √ | | | √ | √ |
| (2.) Anxiety Control Questionnaire ACQ (Rapee and Melville, 1997) | √ | √ | | | √ | |
| (3.) Anxiety Disorders Interview Schedule- Revised ADIS-R (Di Nardo et al., 1993) | √ | | √ | | √ | |
| (4.) Anxiety Status Inventory ASI (Zung, 1971) | √ | √ | | | √ | |
| (5.) Anxiety Sensitivity Index ASI (Reiss et al., 1986) | √ | √ | | | √ | |
| (6.) Adult Manifest Anxiety Scale – Elderly Version AMAS-E (Lowe and Reynolds, 2000) | √ | | √ | √ | √ | |
| (7.) Beck Anxiety Inventory BAI (Beck et al., 1988) | √ | √ | | | √ | |
| (8.) Anxious Thoughts Inventory ATI (Wells, 1994) | √ | √ | | | √ | |
| (9.) FEAR (Krasucki et al., 1999) | √ | | √ | | √ | √ |
| (10.) Hospital Anxiety and Depression Scale HADS (Zigmond and Snaith, 1983) | √ | √ | | | √ | √ |
| (11.) Hamilton Anxiety Rating Scale HARS (Hamilton, 1959) | √ | | √ | | √ | |

(Συνέχεια Πίνακα 1)

| (A/A) Ερωτηματολόγιο/εργαλείο (Βιβλιογραφία) | ΚΡΙΤΗΡΙΑ | | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|---|--|--|
| | Ανίχνευση Αγχωδών Διαταραχών | Αυτό- συμπληρούμενο (self-rated) | Συμπληρώνεται από τον ιατρό (clinician-rated ή observational) | Σχεδιασμένο ειδικά για ηλικιωμένους | Εφαρμογή σε Δομές ΠΦΥ ή/και κλινική χρήση | Σύντομο ερωτηματολόγιο (<20 ερωτήσεις) |
| (12.) Hopkins Symptoms Checklist-SCL-90 (Derogatis et al., 1973) | √ | | √ | | √ | |
| (13.) Goldberg Anxiety and Depression Scale GADS (Goldberg et al., 1988) | √ | | √ | | √ | |
| (14.) Penn State Worry Questionnaire PSWQ (Meyer et al., 1990) | √ | √ | | | √ | |
| (15.) The Padua Inventory (Sanavio, 1988) | √ | √ | | | √ | |
| (16.) State-Trait Anxiety Inventory STAI (Spielberger et al., 1970) | √ | √ | | | √ | |
| (17.) Short Anxiety Screening Test SAST (Sinoff et al., 1999) | √ | | √ | √ | √ | √ |
| (18.) Overall Anxiety Severity and Impairment Scale-OASIS (Norman et al., 2006) | √ | √ | | | √ | √ |
| (19.) Primary Care Evaluation of Mental Disorders - PRIME-MD (Spitzer et al., 1994) | √ | | √ | | √ | |
| (20.) Geriatric Anxiety Inventory-GAI (Pachana et al., 2007) | √ | √ | | √ | √ | √ |
| (21.) Cambridge Examination for Mental Disorders in Elderly Examination-CAMDEX (Roth et al., 1986) | √ | | √ | √ | √ | |
| (22.) General Health Questionnaire-12 GHQ-12 (Zung, 1986) | √ | √ | | | √ | √ |
| (23.) Structured Clinical Interview for DSM-III SCID (Spitzer et al., 1992) | √ | | √ | | √ | |

➤ Πίνακας 2: Επαναληψιμότητα του ερωτηματολογίου SAST

| Ερωτήσεις | 1 ^η Εφαρμογή (test) (N=26) | 2 ^η Εφαρμογή (re-test) (N=26) | z* p value |
|----------------------------|--|---|--------------------|
| | mean ± SD | mean ± SD | |
| Ερώτηση 1 | 2,12 ± 0,816 | 2,15 ± 0,784 | z=1,000 p=0,317 |
| Ερώτηση 2 | 1,92 ± 0,977 | 1,96 ± 0,958 | z=1,000 p=0,317 |
| Ερώτηση 3 | 2,15 ± 0,543 | 2,15 ± 0,543 | z=0,000 p=1,00 |
| Ερώτηση 4 | 2,42 ± 0,758 | 2,38 ± 0,697 | z=0,577 p=0,564 |
| Ερώτηση 5 | 2,58 ± 0,857 | 2,62 ± 0,752 | z=0,577 p=0,564 |
| Ερώτηση 6 | 1,54 ± 0,859 | 1,58 ± 0,857 | z=1,000 p=0,317 |
| Ερώτηση 7 | 1,27 ± 0,533 | 1,31 ± 0,549 | z=1,000 p=0,317 |
| Ερώτηση 8 | 1,69 ± 0,838 | 1,62 ± 0,697 | z=1,000 p=0,317 |
| Ερώτηση 9 | 2,19 ± 1,167 | 2,31 ± 1,087 | z=1,134 p=0,257 |
| Ερώτηση 10 | 1,65 ± 0,797 | 1,58 ± 0,758 | z=0,632 p=0,527 |
| Συνολική Βαθμολογία | 19,58 ± 3,489 | 19,69 ± 3,541 | z=0,676 p=0,499 |

* Wilcoxon Signed Ranks Test

➤ Πίνακας 3: Διερευνητικοί παράγοντες (exploratory factors) για το ερωτηματολόγιο SAST

| Ερωτήσεις | | Rotation Sums of Squared Loadings | | | |
|---|------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------|
| | | Επιβάρυνση Παράγοντα | Ιδιοτιμές (Eigenvalues) | Εξηγούμενη Διακύμανση % | Cronbach's alpha |
| Παράγοντας I (Σωματικά συμπτώματα και διαταραχές ΑΝΣ) | Ερώτηση 6 | 0.676 | 2.307 | 23.074 | 0,699 |
| | Ερώτηση 7 | 0.761 | | | |
| | Ερώτηση 9 | 0.611 | | | |
| | Ερώτηση 10 | 0.745 | | | |
| Παράγοντας II (Συμπτώματα έντασης και στενοχώριας) | Ερώτηση 1 | 0.809 | 1.837 | 18.374 | 0,642 |
| | Ερώτηση 2 | 0.461 | | | |
| | Ερώτηση 8 | 0.838 | | | |
| Παράγοντας III (Συμπτώματα ψυχικής κατάστασης -φόβοι και ανησυχίες) | Ερώτηση 3 | 0.430 | 1.818 | 18.183 | 0,618 |
| | Ερώτηση 4 | 0.860 | | | |
| | Ερώτηση 5 | 0.810 | | | |

➤ Πίνακας 4: Έλεγχος συσχέτισης ερωτήσεων του SAST

| | Ερώτηση 1 | Ερώτηση 2 | Ερώτηση 3 | Ερώτηση 4 | Ερώτηση 5 | Ερώτηση 6 | Ερώτηση 7 | Ερώτηση 8 | Ερώτηση 9 | Ερώτηση 10 | Cronbach's Alpha if Item Deleted |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|----------------------------------|
| Ερώτηση 1 | 1.000 | .291 | .247 | .025 | .132 | .280 | .206 | .485 | .109 | .124 | .752 |
| Ερώτηση 2 | .291 | 1.000 | .437 | .117 | .350 | .242 | .318 | .291 | .247 | .290 | .732 |
| Ερώτηση 3 | .247 | .437 | 1.000 | .319 | .280 | .246 | .401 | .274 | .199 | .338 | .729 |
| Ερώτηση 4 | .025 | .117 | .319 | 1.000 | .511 | .053 | .075 | .017 | .163 | -.011 | .770 |
| Ερώτηση 5 | .132 | .350 | .280 | .511 | 1.000 | .138 | .196 | .145 | .416 | .244 | .736 |
| Ερώτηση 6 | .280 | .242 | .246 | .053 | .138 | 1.000 | .456 | .295 | .374 | .344 | .737 |
| Ερώτηση 7 | .206 | .318 | .401 | .075 | .196 | .456 | 1.000 | .078 | .294 | .414 | .736 |
| Ερώτηση 8 | .485 | .291 | .274 | .017 | .145 | .295 | .078 | 1.000 | .091 | .158 | .753 |
| Ερώτηση 9 | .109 | .247 | .199 | .163 | .416 | .374 | .294 | .091 | 1.000 | .338 | .741 |
| Ερώτηση 10 | .124 | .290 | .338 | -.011 | .244 | .344 | .414 | .158 | .338 | 1.000 | .742 |

✦ Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

| | ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (N) | ΠΟΣΟΣΤΟ (%) | Mean (±SD) |
|--------------------------|------------------|----------------|--------------|
| Φύλο | | | |
| Άνδρας | 43 | 43,4% | 76,5 (± 6,3) |
| Γυναίκα | 56 | 56,6% | 75,6 (± 6,4) |
| Ηλικιακή κατανομή | | | |
| 65-74 | 46 | 46,5% | |
| ≥75 | 53 | 53,5% | |
| Κέντρα Υγείας | | | |
| Σπήλι | 62 | 62,6% | |
| Ανώγεια | 37 | 37,4% | |

✦ Πίνακας 6: Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτηθέντων των Κέντρων Υγείας ανά φύλο και ηλικιακή κατανομή

| | ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ | | ΣΥΝΟΛΟ N (%) | Pearson's χ ² |
|-------------------------------------|------------------|----------------|-----------------|---|
| | Ανώγεια N (%) | Σπήλι N (%) | | |
| <u>ΦΥΛΟ</u> | | | | |
| Γυναίκα | 20 (54,1%) | 36 (58,1%) | 56 (56,6%) | χ ² =0,152 df=1 p=0,697 |
| Άνδρας | 17 (45,9%) | 26 (41,9%) | 43 (43,4%) | |
| <u>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ</u> | | | | |
| 65-74 | 19 (41,3%) | 27 (58,7%) | 46 (46,5%) | χ ² =0,567 df=1 p=0,451 |
| ≥75 | 18 (34,0%) | 35 (66,0%) | 53 (53,5%) | |
| <u>ΣΥΝΟΛΟ</u> N (%) | 37 (100,0%) | 62 (100,0%) | 99 (100,0%) | χ ² =-0,382 df=97 p=0,704 |

➤ Πίνακας 7: Σύγκριση αποτελεσμάτων βαθμολογίας SAST

| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ | N (%) | Mean (\pm SD) | Min. | Max. | ANOVA |
|--------------------------|------------|-------------------|------|------|-------------------------------|
| ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΤΕΣΤ | 58 (58,6%) | 17,6 (\pm 2,3) | 12 | 21 | F=188,281 df=2 p<0.0001 |
| ΟΡΙΑΚΟ ΤΕΣΤ | 12 (12,1%) | 22,3 (\pm 0,5) | 22 | 23 | |
| ΘΕΤΙΚΟ ΤΕΣΤ | 29 (29,3%) | 28,5 (\pm 3,3) | 24 | 36 | |
| ΣΥΝΟΛΟ | 99 (100%) | 21,3 (\pm 5,5) | 12 | 36 | |

➤ Πίνακας 8: Κατηγορίες αποτελεσμάτων βαθμολογίας του SAST και σύγκριση ανά φύλο, ηλικιακή κατανομή και Κέντρο Υγείας

| | | ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ | | | Pearson's χ^2 * |
|-----------------------------|-----------|--------------------------|------------|-----------|---------------------------|
| | | ΘΕΤΙΚΟ | ΑΡΝΗΤΙΚΟ | ΟΡΙΑΚΟ | |
| ΦΥΛΟ (N, %) | ΑΝΔΡΕΣ | 7 (16,3%) | 29 (67,4%) | 7 (16,3%) | $\chi^2=5,331$ p=0,039 |
| | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 22 (39,3%) | 29 (51,8%) | 5 (8,9%) | |
| ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ (N, %) | 65-74 | 13 (28,3%) | 26 (56,5%) | 7 (15,2%) | $\chi^2=0,000$ p=0,679 |
| | ≥ 75 | 16 (30,2%) | 32 (60,4%) | 5 (9,4%) | |
| ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ (N, %) | ΑΝΩΓΕΙΑ | 10 (27,0%) | 24 (64,8%) | 3 (8,2%) | $\chi^2=0,402$ p=0,526 |
| | ΣΠΗΛΙ | 19 (30,7%) | 34 (54,8%) | 9 (14,5%) | |

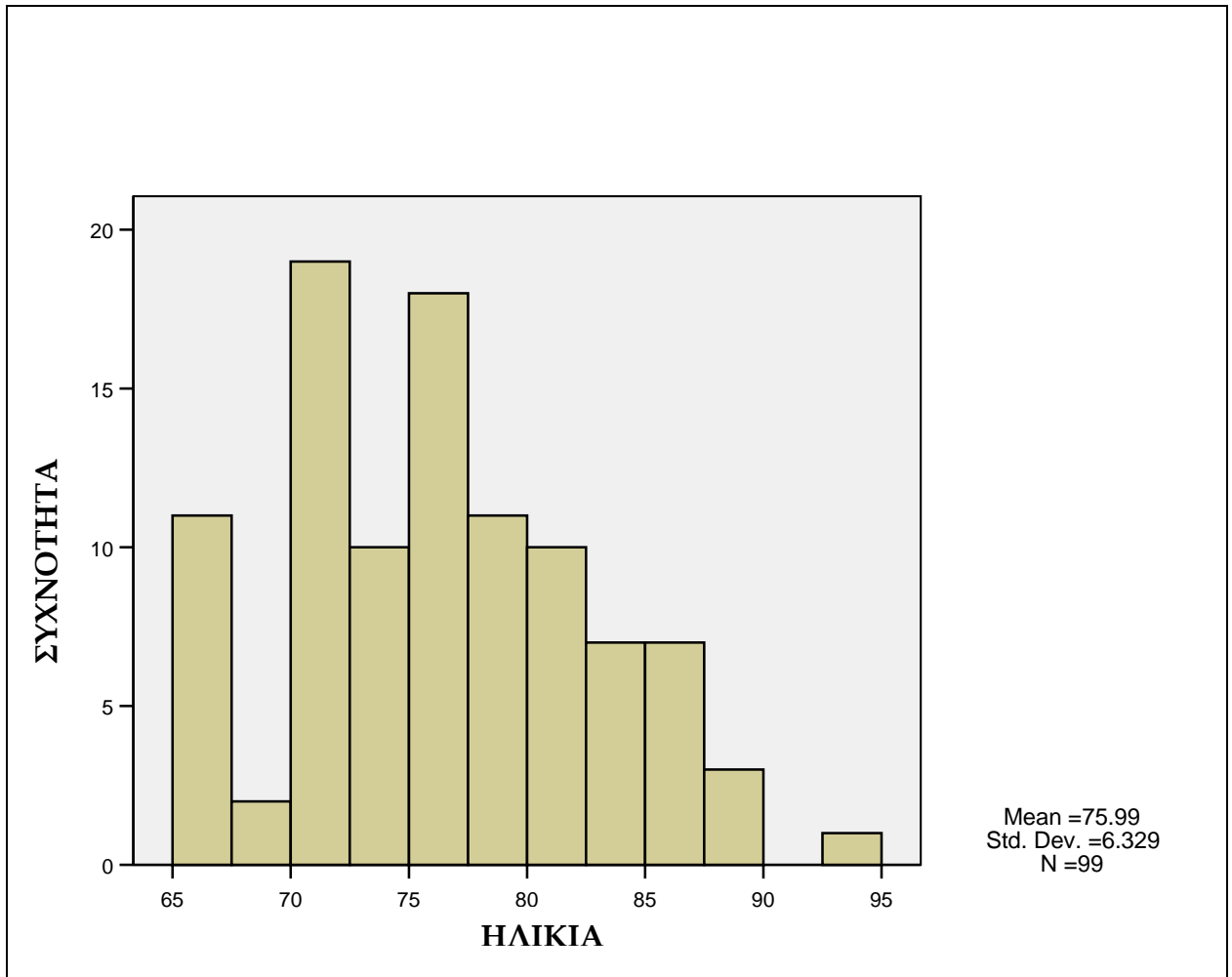
* Οι συγκρίσεις έγιναν μεταξύ των ερωτηθέντων με θετικό και αρνητικό αποτέλεσμα βαθμολογίας.

➤ Πίνακας 9: Σύγκριση βαθμολογίας SAST ανά φύλο, ηλικιακή κατανομή και Κέντρο Υγείας

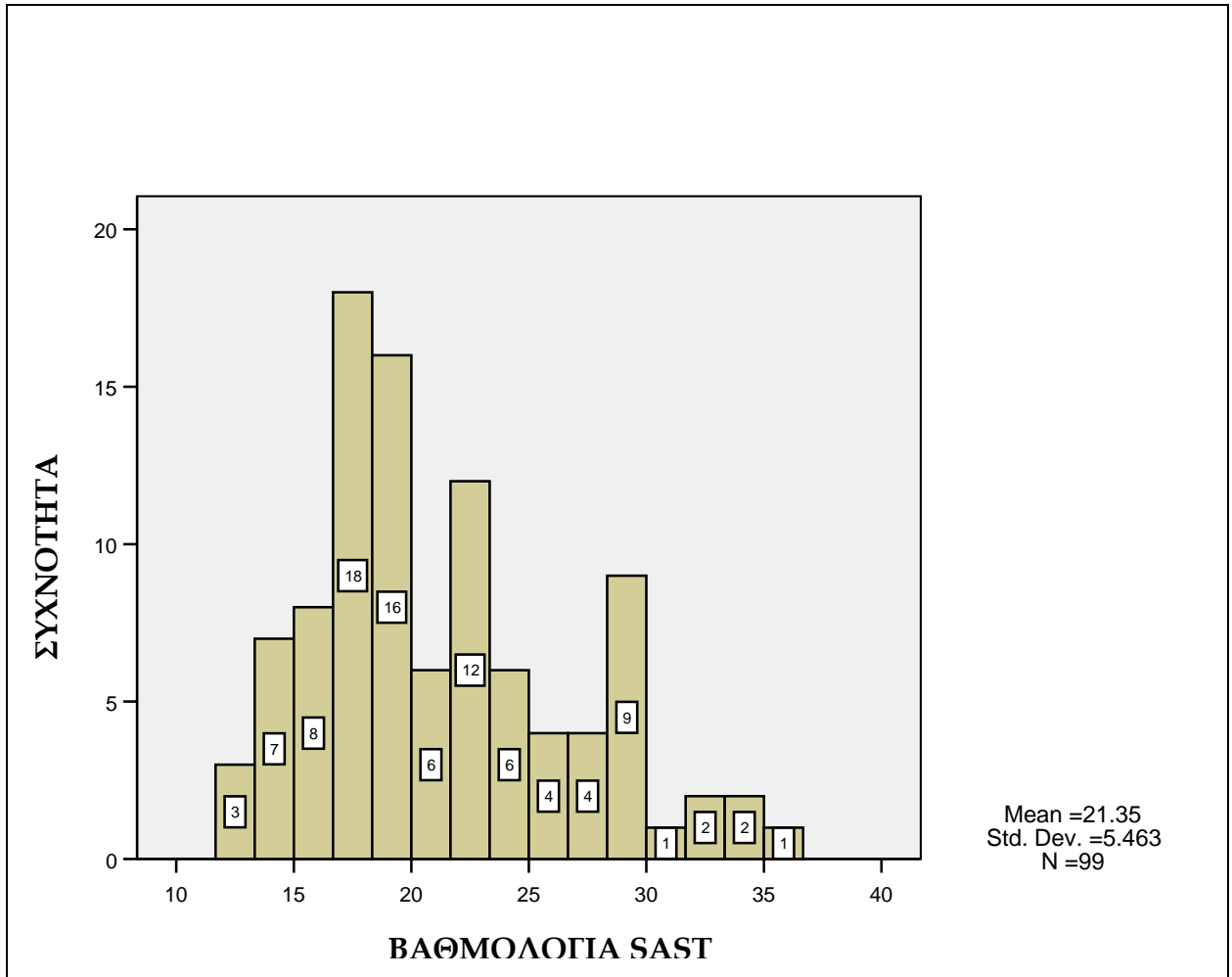
| | Συχνότητα N | Βαθμολογία Mean (±SD) | t-test |
|---------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
| <u>ΦΥΛΟ</u> | | | |
| Γυναίκα | 56 | 22,8 (±5,8) | t=3,105 df=97 p=0,002 |
| Άνδρας | 43 | 19,5 (±4,3) | |
| <u>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ</u> | | | |
| 65-74 | 46 | 21,8 (±5,5) | t=0,837 df=97 p=0,404 |
| ≥75 | 53 | 20,9 (±5,5) | |
| <u>ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ</u> | | | |
| Ανώγεια | 37 | 21,1 (±6,1) | t=0,382 df=97 p=0,704 |
| Σπήλι | 62 | 21,5 (±5,1) | |

Παράρτημα II - Γραφήματα

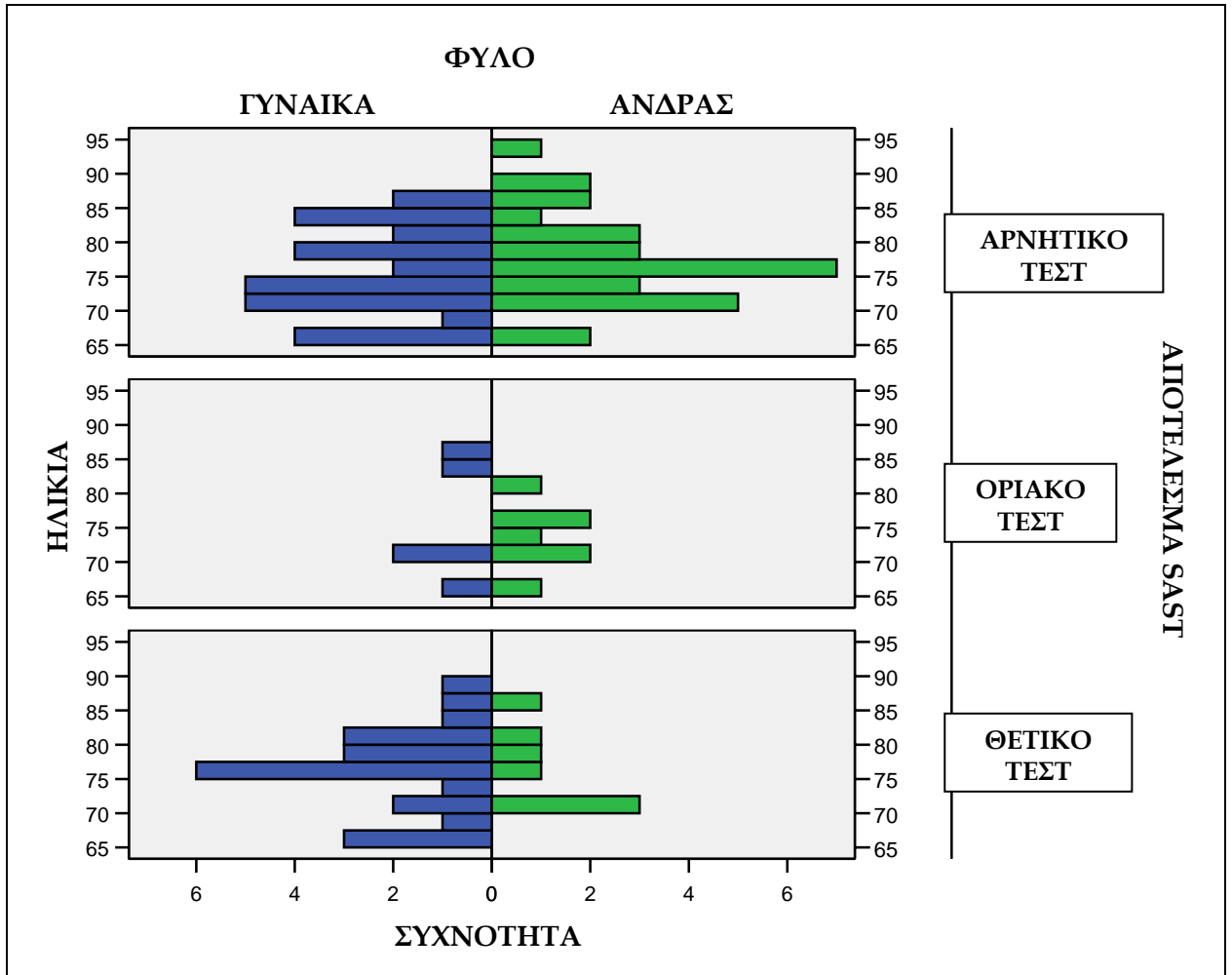
➤ *Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος*



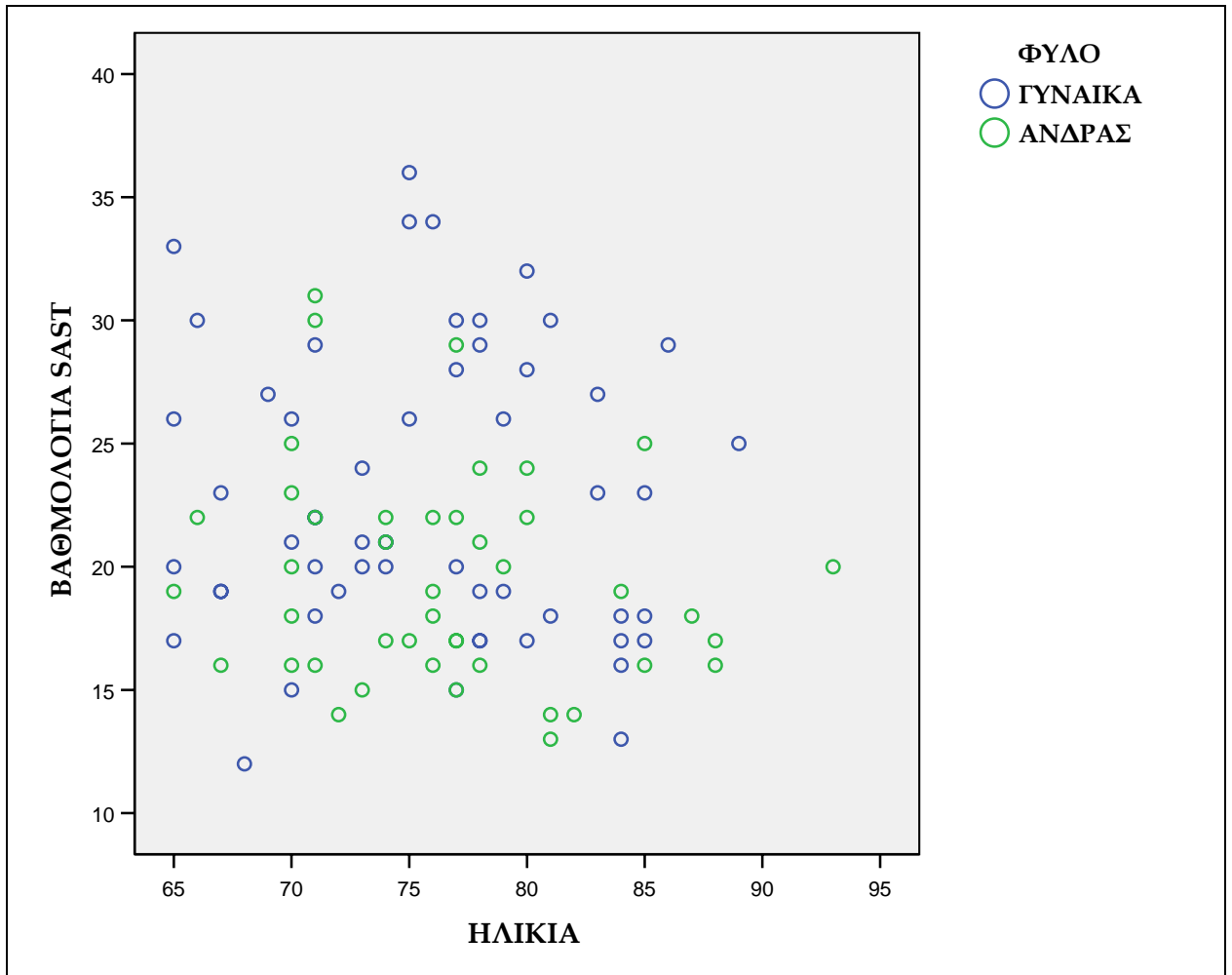
➤ **Γράφημα 2: Κατανομή βαθμολογίας SAST του δείγματος**



➤ **Γράφημα 3: Κατανομή αποτελέσματος SAST ανά φύλο και ηλικία**


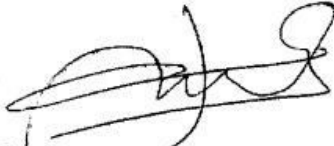


✦ *Γράφημα 4: Διασπορά βαθμολογίας SAST ανά φύλο και ηλικία*



Παράρτημα ΙΙΙ - Έγγραφο

- Έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου από το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑ.Γ.Ν.Η

| | |
|--|---|
|  | <p>ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ Τ.Θ 1352, ΒΟΥΤΣΕΣ, ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ</p> |
| <p>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ</p> | |
| <p>ΠΡΟΕΔΡΟΣ Μαρία Καλιμονή Καθηγήτρια Δ/ντρια Παιδιατρικής - Παιδιατρικής-Αιματολογίας- Ογκολογίας</p> | <p>ΠΡΟΣ: Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας κ. Γ. Χαρίση</p> |
| <p>ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ Φραγκίσκος Σοφράς Καθηγητής Δ/ντής Ουρολογίας Κλινικής</p> | <p>ΘΕΜΑ: «Έγκριση ερευνητικού πρωτοκόλλου που θα διεξαχθεί στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του ΠαΓΝΗ»</p> |
| <p>ΜΕΛΗ</p> | <p>Το Ε.Σ στη συνεδρίασή του της 24/10/06, αφού έλαβε υπόψη την επιστολή του Αναπλ. Καθηγητή κ. Χρ. Λιονή με αρ. πρωτ. 12521/9-10-06, την θετική εισήγηση της Ομάδας Εργασίας της Επιτροπής και Δεοντολογίας, καθώς και τα επισυναπτόμενα έγγραφα, εισηγείται θετικά στο Δ.Σ την έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο « Αγχώδεις διαταραχές σε ηλικιωμένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη», που θα διεξαχθεί στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Νοσοκομείου μας.</p> |
| <p>Αχιλλέας Γραβάνης Καθηγητής Δ/ντής Εργαστηρίου Φαρμακολογίας</p> |  |
| <p>Γεώργιος Μάλτεζόκης Αν.Δ/ντής ΕΣΥ Πνευμονολογίας Κλινικής</p> | <p>Καθηγητής Φρ. Σοφράς Αναπληρωτής Πρόεδρος Επιστημονικού Συμβουλίου</p> |
| <p>Νίκος Ανδροπάκης Επιμελητής Α' ΠΟΓΚ</p> | |
| <p>Νίκος Ηγουμενίδης Επιμελητής Β' Καρδιολογίας Κλινικής</p> | |
| <p>Χαράλαμπος Λιναρδάκης Ειδικευόμενος Ρευματολογίας Κλινικής</p> | |
| <p>Ιωάννα Βουτουφάνου Τομέαρχης Νοσηλευτικής</p> | |
| <p>Μαρία Τσιμπακούνη Φυσιοθεραπεύτρια</p> | |
| <p>Γραμματέας Στέλλα Βασιλάκη</p> | |

- ✦ *Έγγραφο ενημέρωσης του ασθενούς για συμμετοχή σε Ερευνητική Διπλωματική Εργασία*



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
 ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
 (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : ΧΡΗΣΤΟΣ ΛΙΟΝΗΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ
 ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ)



**ΕΓΓΡΑΦΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ
 ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιότιμε κύριε/κυρία,



Εκ μέρους του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης , στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Δημόσια Υγεία - Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» σας ενημερώνουμε ότι θα διεξαχθεί μια μεταπτυχιακή εργασία με θέμα: «**Αγχώδεις Διαταραχές σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη**». Είναι γνωστό από αρκετές έρευνες στην Ευρώπη και στην Ελλάδα ότι οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους είναι αρκετά συχνές αλλά δεν αναγνωρίζονται πάντοτε, ούτε αντιμετωπίζονται έγκαιρα ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές. Έτσι αποφασίσαμε να προχωρήσουμε σε αυτή τη μελέτη που θα μας δώσει την ευκαιρία να μελετήσουμε τη συχνότητα και την αντιμετώπισή τους στην αγροτική Κρήτη, με φανερά θετικές συνέπειες στην ποιότητα της ιατρικής φροντίδας. Έτσι η προσωπική σας συμμετοχή στην παραπάνω ερευνητική εργασία θα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Στη μελέτη αυτή σας βεβαιώνουμε ότι θα τηρήσουμε και δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητα αυτών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Με τιμή,

Ο υπεύθυνος Μεταπτυχιακός φοιτητής,
 Γραμματικόπουλος Ηλίας
 Ιατρός

Ο επιβλέπων καθηγητής
 Λιονής Χρήστος
 Αναπληρωτής Καθηγητής
 Τμήμα Ιατρικής
 Πανεπιστήμιο Κρήτης

➤ *Πρότυπο εγγράφου συγκατάθεσης του ασθενούς*

| |
|---|
|  <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ : ΧΡΗΣΤΟΣ ΛΙΟΝΗΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ)</p> </div>  |
| <p><u>ΠΡΟΤΥΠΟ ΕΓΓΡΑΦΟΥ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</u></p> <p>Αφού ενημερώθηκα για το σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης με τίτλο: «Αγχώδεις Διαταραχές σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη», η οποία θα διενεργηθεί στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, «Δημόσια Υγεία - Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας», δέχομαι ανεπιφύλακτα να συμμετέχω στην έρευνα.</p> <p style="text-align: center; margin-top: 40px;">ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</p> <p style="text-align: center; margin-top: 40px;">ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ</p> |

➤ Άδεια μετάφρασης και εφαρμογής του ερωτηματολογίου Short Anxiety Screening Test (SAST) από τον κατασκευαστή της

The screenshot displays two email messages in a Mozilla Firefox browser window. The top message is from Christos Lionis to Mrs Wilson, seeking permission to translate and validate the SAST instrument. The bottom message is from Christos Lionis to Dr. Sinoff, providing feedback on the Greek translation of the SAST questionnaire.

Message 1 (Top):

Dear Dr Lionis,
I received a copy of your letter to Mrs Wiulson of Wiley and from my point of view you have my permission to translate into Greek my instrument. I am glad that you found it to be useful and wish you luck with its use. I have been using my instrument now for over 15 years and have found it to be both useful clinically and for my research work.

Dr Gary Sinoff
----- Original Message -----
From: "Christos Lionis" <lionis@galinos.med.uoc.gr>
To: <sinoff@netvision.net.il>; <ewilson@wiley.co.uk>
Cc: <gaspraki@med.uoc.gr>; <igrammat@edu.med.uoc.gr>
Sent: Thursday, May 18, 2006 3:20 PM
Subject: Seeking translation rights

Dear Mrs Wilson,
We are kindly seeking your permission to translate and validate the ten-item instrument introduced by Sinoff, et al (1999) into Greek, as it explained in details in the attached letter.
I look forward to hearing from you.
Yours sincerely,
Christos Lionis, MD, PhD
Associate Professor and Head
Clinic of Social and Family Medicine
School of Medicine
University of Crete
Greece

Message 2 (Bottom):

Dear Dr. Sinoff,
Together with my PhD student Dr. Grammatikopoulos, we reviewed the Greek translation of your questionnaire under the light of your comments. We report that the issues 2 and 3 are back translation issues and the 1st one (question 6) has been corrected accordingly. We will keep you informed on the progress of its translation and validation.
Many thanks for your kind support.
My kindest regards,
Christos Lionis
Αρχικό μήνυμα από Sinoff <sinoff@netvision.net.il>:
> Dear Dr. Lionis
> Thank you for sending me the back translation. I have a few comments:
> 1. Question 6 relates to generalized aches and pains and so "weight" pains is

➤ *Άδεια μετάφρασης και εφαρμογής του ερωτηματολογίου Short Anxiety Screening Test (SAST) από τον κάτοχο των πνευματικών δικαιωμάτων του*

John Wiley & Sons, Ltd
Publishers Since 1807



The Atrium
Southern Gate
Chichester
West Sussex, PO19 8SQ
UK
www.wiley.com
TEL 01243 779777
FAX 01243 775878

Dr. Christos Lionis
Dept. of Social Medicine, School of Medicine
University of Crete
P.O.Box 2208, Zip Code 71003
Heraklion City,
Crete
GREECE

Re: International Journal of Geriatric Psychiatry, vol.14:1062-1071

Thank you for your request for permission to reproduce the material listed above and your confirmation by e-mail of 5th July 2006.

We grant permission to translate into Greek the following article:

- Gary Sinoff et al
"Short Anxiety Screening Test: A Brief Instrument for Detecting Anxiety in the Elderly"
International Journal of Geriatric Psychiatry, vol.14:1062-1071

Permission is for non-exclusive world rights, for one-time-use only, with the exception of any material appearing in our work that is credited to another source, in which case authorisation from that source is required.

Appropriate credit to our publication on every copy must include the references and citation of the original figures and the phrase "Reprinted by permission of John Wiley & Sons Ltd. All Rights Reserved".

Our fee EUR 100 and is payable against the attached invoice.

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sierra Gindre'.

Sierra Gindre
Healthcare Solutions Manager
John Wiley & Sons
Pso. de la Habana 169 - A105
28036 Madrid (Spain)
10th July 2006

✦ Ερωτηματολόγιο *Short Anxiety Screening Test (SAST)* στα Αγγλικά

1070

G. SINOFF *ET AL.*

APPENDIX: SHORT ANXIETY SCREENING TEST (SAST)

| Questions | Rarely or never | Sometimes | Often | Always | Points |
|--|-----------------|-----------|-------|--------|--------|
| 1. Do you feel keyed up, on edge? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2. Do you feel that something terrible is going to happen? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3. Are you worrying about your present state? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4. Do you feel you have control of your life? | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5. Can you relax? | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 6. Do you suffer from back pain, neck pain and headache? | 1 | 2 | 3 | 4 | |

Copyright © 1999 John Wiley & Sons, Ltd.

Int. J. Geriat. Psychiatry 14, 1062-1071 (1999)

("Reprinted by permission of John Wiley & Sons Ltd. All Rights Reserved")

SHORT ANXIETY SCREENING TEST

1071

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| 7. Do you sweat a lot or suffer from palpitations? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8. Have you been irritable? | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9. Do you sleep well? | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 10. Do you suffer from dizziness or faintness? | 1 | 2 | 3 | 4 | |

Key: Score ≥ 24 = positive test result Score 22-23 = Borderline test results.

("Reprinted by permission of John Wiley & Sons Ltd. All Rights Reserved")

➤ Ερωτηματολόγιο Short Anxiety Screening Test (SAST) στα Ελληνικά

| ΣΥΝΤΟΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ | | | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|--------------|--------------|---------------|
| | ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ | ΣΠΑΝΙΑ Ή ΠΟΤΕ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΥΧΝΑ | ΠΑΝΤΑ | ΒΑΘΜΟΙ |
| 1 | Αισθάνεστε εκνευρισμένος, ανυπόμονος; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 2 | Αισθάνεστε ότι κάτι τρομερό πρόκειται να συμβεί; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 | Ανησυχείτε για την τωρινή σας κατάσταση; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 4 | Αισθάνεστε ότι έχετε τον έλεγχο της ζωής σας; | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 5 | Μπορείτε να χαλαρώσετε; | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 6 | Υποφέρετε από πόνους στη πλάτη, πόνους στον αυχένα και από πονοκεφάλους; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 7 | Ιδρώνετε πολύ ή υποφέρετε από ταχυπαλμίες; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 8 | Είσαστε οξύθυμος; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 9 | Κοιμάστε καλά; | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| 10 | Υποφέρετε από ζαλάδα ή αδυναμία; | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| <p>Κλειδί: βαθμολογία ≥ 24 = θετικό αποτέλεσμα δοκιμασίας βαθμολογία 22-23 = οριακά αποτελέσματα δοκιμασίας</p> | | | | | | |