



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Διερεύνηση του επιπέδου της σωματικής και ψυχικής υγείας
ηλικιωμένων που ζουν στα Τρίκαλα»**

**«Investigation of the level of physical and mental health of elderly
people living in Trikala»**

ΚΟΥΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΠΑΤΕΡ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ, Επίκουρος Καθηγητής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ, Καθηγήτρια, Τμήμα
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΜΕΛΟΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ, Επίκουρος Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΛΑΡΙΣΑ 2018

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	5
ABSTRACT.....	6

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.2 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ	8
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.	10
1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	10
1.5 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	11
1.6 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.	13
1.7 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	13
1.8 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ	15
1.9 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	18

2. ΕΙΔΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**19**

2.1 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	20
2.2 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	21

3. ΣΥΧΝΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ......**21**

3.1 ΑΝΟΙΑ-ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER	21
3.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	23
3.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.	27

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ **28** |

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	29
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	30
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	31
ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	33
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	34
ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	34
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ	43
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	43
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ «ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ»	43
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ «ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΥΠΝΙΑ»	45
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ».....	47
ΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑΣ «ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ»	49
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	51
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	54
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ..	55
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	64

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την υποστήριξη και την προτροπή, κάποιων ανθρώπων κατάφερα την ολοκλήρωση αυτού του μεταπτυχιακού προγράμματος, καθώς και την υλοποίηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον Πατήρ Σέργιο Παραλίκα επιβλέποντα καθηγητή για τη βοήθεια που μου πρόσφερε, το χρόνο που διέθεσε, καθώς και για την άψογη συνεργασία που είχαμε σε όλη την πορεία της συγγραφής της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τον σύζυγο μου, γιατί είναι εκείνος που με προέτρεψε να ξεκινήσω το μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην Πρωτοβάθμια Υγεία, ενώ η υποστήριξη και η βοήθεια του σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου είναι ανεκτίμητη.

Και τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ηλικιωμένους του Δήμου Πύλης του Νομού Τρικάλων που πήραν μέρος στην παρούσα έρευνα. Τους ευχαριστώ για την προθυμία τους να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους έκανα για την εμπιστοσύνη που έδειξαν στο πρόσωπο μου. Χωρίς την συμμετοχή τους δεν θα μπορούσα να πραγματοποιήσω την έρευνα αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η προοδευτική έκπτωση της λειτουργίας του οργανισμού και η εμφάνιση των σωματικών και ψυχικών νοσημάτων στην Τρίτη ηλικία είναι μεγάλη πρόκληση για την κοινωνική μέριμνα σε χώρες με πληθυσμούς που γεράζουν. Με την αυξημένη εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους του άγχους και της νόσου Alzheimer είναι σημαντικό να ανιχνεύονται τα συμπτώματα έτσι ώστε να μειωθούν τα ποσοστά εμφάνισης τόσο των ψυχικών όσο και των σωματικών νοσημάτων στους ηλικιωμένους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σωματικής υγείας, χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων, σε συνάρτηση με την ψυχική υγεία και πιο συγκεκριμένα με την κατάθλιψη, την άνοια και τις αγχώδεις διαταραχές, σε συνάρτηση με την σωματική υγεία των ηλικιωμένων.

Υλικό και μέθοδος: Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο Δήμο Πύλης του Νομού Τρικάλων. Ο πληθυσμός μελέτης αποτελείτο από επιλεγμένο δείγμα 120 ηλικιωμένων. Διενεργήθηκαν συνεντεύξεις που περιλάμβαναν α) δημογραφικά χαρακτηριστικά, β) ερωτηματολόγιο που αφορά σε κοινωνικό δημογραφικούς παράγοντες, γ) το ερωτηματολόγιο της γενικής υγείας GHQ-28(General Health Questionnaire, G.H.Q) του David Goldberg, δ) για την διερεύνηση της σχέσης των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου με επιμέρους διάφορους κοινωνικό οικονομικούς παράγοντες έγινε χρήση της μεθόδου <<Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση>>(Linear Bivariate Correlation). Για τον έλεγχο της κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Shapiro-Wilk

Αποτελέσματα: Σχετικά με τα ψυχικά προβλήματα διαπιστώθηκε ότι το 40.6% εμφανίζει προβλήματα κατάθλιψης, 40.0% παρουσιάζει προβλήματα άγχους και αϋπνίας, 52.4% εμφανίζει ζητήματα κοινωνικής δυσλειτουργικότητας, και 18.0% εμφανίζει καταθλιπτικό συναίσθημα. Επίσης οι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνιση ή μη ψυχικής διαταραχής Συγκεκριμένα, το φύλο φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την Κλίμακα GHQ-28 δείχνοντας την αυξημένη παρουσία ψυχικής διαταραχής σε υπερήλικες γυναίκες. Το εισόδημα, έχει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικού προβλήματος καθώς συσχετίζεται αρνητικά με την Κλίμακα GHQ-28 και άρα οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερο εισόδημα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή.

Συμπεράσματα: Τα σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης αυξάνουν όσο μειώνεται το μηνιαίο εισόδημα. Η κοινωνική δυσλειτουργία αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία. Η κοινωνική δυσλειτουργία μειώνεται όσο μειώνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο, και αυξάνει όσο μειώνεται το μηνιαίο εισόδημα.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη ηλικία, κατάθλιψη, άγχος, άνοια, παθολογία ηλικιωμένων.

ABSTRACT

Introduction: The progressive decline in body functioning and the onset of physical and mental illnesses in the Third Age is a major challenge for social care in countries with aging populations. With the increased incidence of depression in the elderly of anxiety and Alzheimer's disease, it is important to detect the symptoms so as to reduce the rate of both mental and physical diseases in the elderly.

The aim: The purpose of this study was to investigate physical health, chronic diseases of the elderly, in relation to mental health and, more specifically, depression, dementia and anxiety disorders in relation to the physical health of the elderly.

Material and Methods: The present study was conducted at the Municipality of Portal of the Prefecture of Trikala. The study population consisted of a selected sample of 120 elderly. They were done interviews involving: a) demographic characteristics, b) questionnaire on socio-demographic factors, c) David Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28), d) In order to investigate the relationship between the individual of the questionnaire, various socio-demographic factors were used using the "Linear Bivariate Correlation" method. To check for regularity, the Shapiro-Wilk test was used.

Results: With regard to psychological problems, 40.6% have been depressed, 40.0% have anxiety and insomnia problems, 52.4% have social dysfunction, and 18.0% have depressed emotions. Also, demographic and social factors are associated with the occurrence or with non-mental disorder. In particular, gender seems to be positively related to the GHQ-28 Scale showing the increased presence of mental disorder in elderly women. Income has an important role in the occurrence of a mental problem as it correlates negatively with the GHQ-28 Scale, and therefore the elderly with lower income are more likely to experience some mental disorder.

Conclusions: Body symptoms of depression increase as the monthly income decreases. Social dysfunction increases as age increases. Social dysfunction decreases as the educational level decreases, and increases as the monthly income decreases.

Keywords: Third age, depression, anxiety, dementia, elderly pathology.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Στη σύγχρονη εποχή, με την βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων, παρατηρείται μεγάλη βελτίωση στην παράταση και στην επιμήκυνση της ζωής. Στα μελλοντικά έτη θα υπάρχει ακόμη μεγαλύτερη παράταση της επιβίωσης. Αυτό σημαίνει ότι περισσότερα άτομα, με ηλικία άνω των 65 ετών, θα ανευρίσκονται σε σχέση με το παρελθόν. Η γήρανση του πληθυσμού, που έχει παρατηρηθεί μεταπολεμικά μέχρι και σήμερα, επίκεινται να συνεχιστεί με μεγαλύτερο ρυθμό τις επόμενες δεκαετίες και να επεκταθεί παγκόσμια. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης γεννά νέα ερωτήματα στον επιστημονικό κόσμο και την κοινωνία (Alcser et al., 2005). Ο αριθμός των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ, έχει αυξηθεί δραματικά στον 20^ο αιώνα και αναμένεται να αυξηθεί περισσότερο στις πρώτες δεκαετίες του επόμενου αιώνα. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών αυξήθηκε από 4% του πληθυσμού το 1900, σε 13% το 1990. Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων αντανάκλα τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της ιατρικής περίθαλψης, που είχαν ως επακόλουθο τη μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων. Η ομάδα του πληθυσμού που είναι μεγαλύτερη των 85 ετών συνιστά το ταχύτερα αναπτυσσόμενο μέρος του πληθυσμού των ΗΠΑ (Ashby-Mitchell et al., 2015). Οι άνθρωποι που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία κατά πλειοψηφία εμφανίζουν συχνά παθήσεις που αφορούν την σωματική τους κατάσταση και την ψυχική τους υγεία που οφείλεται στην μειωμένη λειτουργία ενός ή περισσότερων οργάνων ή συστημάτων σε σχέση με τους νεότερους σε ηλικία ανθρώπους. Οι ψυχικές ασθένειες στην Τρίτη ηλικία έχουν πολλές φορές κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια όπως έλλειψη ενδιαφερόντων μετά τη σύνταξη, αλλαγή στον τρόπο ζωής, κοινωνική απομόνωση, πένθος από απώλεια αγαπημένων προσώπων με συνέπεια την μοναξιά. Οι ψυχικές ασθένειες προσβάλλουν συχνότερα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και λιγότερο τους νέους ανθρώπους. Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν, αλλά αυτό δεν ισχύει γιατί κάποιες δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν από την εμφάνιση διαφόρων σωματικών παθήσεων εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα ψυχικής υγείας τα οποία πολλές φορές μπορεί να οδηγήσουν και στην αυτοκτονία, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη (Minayo et al., 2015). Η γήρανση του πληθυσμού έχει εντείνει την ανάγκη ύπαρξης ενός εκτενούς συστήματος ιατρικών υπηρεσιών, για ένα μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων, που

πάσχουν από χρόνιες νόσους. οι ηλικιωμένοι επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, και νοσηλεύονται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι τρεις βασικότερες αιτίες θνησιμότητας στους ηλικιωμένους είναι η καρδιαγγειακή νόσος στεφανιαία νόσος, τα κακοήθη νεοπλασμάτα (πνεύμονα-μαστού-προστάτη-παχέος εντέρου), τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια(Steingart et al., 1991). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σωματικής υγείας, χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων, σε συνάρτηση με την ψυχική υγεία και πιο συγκεκριμένα με την κατάθλιψη, την άνοια και τις αγχώδεις διαταραχές, σε συνάρτηση με την σωματική υγεία των ηλικιωμένων.

Σε γενικές γραμμές, η βιβλιογραφία της γηριατρικής, εστιάζει στην αναγκαιότητα διενέργειας έρευνας εκείνων των στρατηγικών που τροποποιούν τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον, και επομένως μπορούν να μειώσουν τη νοσηρότητα των ηλικιωμένων.

1.2 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ.

Οι άνθρωποι συνεχώς γερνούν. Τα κύτταρα των ανθρώπων ωριμάζουν και διαφοροποιούνται συνέχεια, και αυτό έχει σαν συνέπεια να προκαλούνται λειτουργικές απώλειες. Η μεγαλύτερη απόδοση για την οργανική λειτουργία, συμβαίνει περίπου στα 20 έτη. Από τα 30 έτη και μετά, η οργανική λειτουργία αρχίζει σταδιακά να μειώνεται σε ποσοστό 0.5-0.75% κάθε χρόνο. Οι άνθρωποι γεννιούνται με την λειτουργική ικανότητα των οργάνων, να είναι κατά πολύ μεγαλύτερη, από αυτή που χρησιμοποιούν κατά την διάρκεια της ζωής τους, και δεν εμφανίζεται σημαντικό πρόβλημα, έως το σημείο που η μέγιστη λειτουργικότητα του οργάνου φτάσει στο 40% (Lesnoff-Caravaglia, 1980).

Η διαδικασία της γήρανσης σε κάθε άτομο επηρεάζεται από κοινωνικές και ψυχολογικές εμπειρίες η οποία δημιουργεί μεγάλες διαφορές στους ανθρώπους της ίδιας βιολογικής ηλικίας. Μεγάλο ποσοστό των θανάτων στην Τρίτη ηλικία, σχετίζεται με την ατροφία, την αδράνεια, και την οργανική υπολειτουργία (Lesnoff-Caravaglia, 1980). Η μακροζωία, πέρα από το θετικό στοιχείο της επιμήκυνσης της ζωής, οδηγεί την ανθρωπότητα σε νέες προκλήσεις που αφορούν την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων που σχετίζονται με την γήρανση (Ritchie 2012).

Η ατροφία και η οργανική υπολειτουργία, που οφείλεται στην αδράνεια, και στην ακινησία του σώματος, μπορεί με την κατάλληλη άσκηση, να ενδυναμώσει το σώμα να συνεχίσει να αποδίδει λειτουργικά πάνω από το επίπεδο. Η εξατομικευμένη άσκηση μπορεί να

καθυστερήσει ή να αναστρέψει την πρόωρη γήρανση των κυττάρων, αλλά δεν επηρεάζει την φυσιολογική χρονικά κυτταρική γήρανση, καθώς αυτή αξιολογείται με τη μέγιστη διάρκεια ζωής (Kostis et al., 1982).

Είναι χαρακτηριστικές οι λειτουργικές απώλειες από την μειωμένη σωματική δραστηριότητα στην τρίτη ηλικία. Η άσκηση μπορεί να καθυστερήσει την μείωση της λειτουργίας των διαφόρων συστημάτων του οργανισμού που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία, δεν μπορεί να την σταματήσει. Όταν ο άνθρωπος είναι σωματικά δραστήριος κατά τη διάρκεια της ζωής του, τότε η μείωση της λειτουργικότητας των οργάνων θα παραταθεί (Kostis et al., 1982).

Οι γυναίκες έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε σύγκριση με τους άνδρες, να αναπτύξουν οστεοπόρωση. Το 30% των γυναικών πάνω από την ηλικία των 65 ετών, έχουν εμφανίσει οστεοπόρωση. Η οστεοπόρωση, αυξάνει την επιρρέπεια σε κατάγματα, μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία και να παραμείνει κλινήρης για το υπόλοιπο της ζωής. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε σωματικές δραστηριότητες, δημιουργεί μεγαλύτερα αποτελέσματα στην ικανότητα διατήρησης σωματικής λειτουργίας.

Συνοψίζοντας, η διεργασία της γήρανσης περιλαμβάνει μια σειρά φυσιολογικών μεταβολών, με άμεση επίπτωση στη λειτουργική δραστηριότητα των ηλικιωμένων. Χαρακτηριστικές είναι οι μεταβολές στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό, στο μυοσκελετικό, η μείωση των αισθήσεων όπως της γεύσης, της όσφρησης, η εξασθένηση της μνήμης, η εμφάνιση χρόνιων εκφυλιστικών νόσων. Επιθυμία των περισσότερων ηλικιωμένων είναι να διατηρήσουν την ανεξαρτησία και τη δραστηριότητά τους. Πρωταρχικά τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν την μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών τους. Οργανικές παθήσεις, περιβαλλοντικές επιδράσεις και η απουσία της κοινωνικής μέριμνας ενισχύουν την αδυναμία τους και επιδεινώνουν την ανικανότητά τους να ζήσουν αυτόνομα. Η γηριατρική που αναφέρεται ως η ιατρική και κοινωνική φροντίδα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, χαρακτηρίζεται από την ολοκληρωμένη εκτίμηση και αντιμετώπιση των ηλικιωμένων με χρόνια αναπηρία και πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα. Βασικός σκοπός της γηριατρικής είναι η εξασφάλιση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων με αναπηρία. Για την επίτευξη του στόχου αυτού είναι απαραίτητη η συνεργασία αρκετών κλινικών ειδικοτήτων, όπως: φαρμακολογία, νευρολογία, ιατρική-παθολογία, ψυχιατρική, ιατρική της αποκατάστασης, νοσηλευτική (Shalaby et al 2016).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.

Ως γήρανση εννοείται η φάση του κύκλου ζωής που ξεκινά μετά τα 65 έτη. Το χρονικό αυτό σημείο δεν είναι απόλυτο, αλλά εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η κληρονομικότητα, ο τρόπος ζωής, η ιδιοσυγκρασία. Βιολογικά η γήρανση ορίζεται ως το σύνολο των διεργασιών που εμφανίζονται στη διάρκεια της ζωής, οι οποίες μειώνουν σταδιακά την ικανότητα του οργανισμού μετά την ωρίμανση, να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές και αυξάνουν τη βιολογική φθορά με αποτέλεσμα την πιθανότητα θανάτου (Miotto et al., 2014).

1.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το γήρας ως φυσικό φαινόμενο είναι ευμετάβλητο ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων είναι ότι:

- Διαθέτουν εμπειρίες μέσα από τις καταστάσεις που βίωσαν στην ζωή τους και καθίσταται πιο σοφοί.
- Αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες με την σιγουριά και την γνώση που απέκτησαν στην ζωή τους, αποφεύγοντας καταστάσεις που τους οδήγησαν σε λάθη. Έτσι με την γνώση που διαθέτουν καθοδηγούν τους νεότερους μέσα από την εμπειρία της ζωής τους για την αποφυγή λαθών.
- Έχουν μάθει να χρησιμοποιούν την λογική και λιγότερο το συναίσθημα.
- Τους ενδιαφέρει λιγότερο η προσωπική ικανοποίηση.
- Αναλαμβάνουν να μεγαλώσουν τα εγγόνια τους με αγάπη και συγχρόνως βοηθούν οικονομικά τα παιδιά τους και τους εξασφαλίζουν σιγουριά και ασφάλεια.

Εκτός από τα θετικά χαρακτηριστικά υπάρχουν και αρνητικά όπως:

- Αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας με αποτέλεσμα να μην έχουν την υπομονή και την δύναμη να βοηθήσουν τα παιδιά τους κουράζονται εύκολα και γίνονται δύστροποι και αρνητικοί, απαιτούν υπερβολικά πράγματα από τους νέους με αποτέλεσμα να τους θεωρούν επιπόλαιους και ανεύθυνους.

- Χάνουν την εμπιστοσύνη τους θεωρώντας ότι έχουν πάντα δίκαιο και ότι ποτέ δεν κάνουν λάθη.
- Είναι επιφυλακτικοί και συντηρητικοί δεν δέχονται να αλλάξουν. Οι αντιλήψεις τους είναι απαρχαιωμένες και τις διαιωνίζουν.
- Λόγω της περιορισμένης αντίληψης που διαθέτουν είναι δύσπιστοι και καχύποπτοι ακόμα και απέναντι στα παιδιά τους.
- Η ενεργητικότητα τους είναι περιορισμένη και εγκαταλείπουν εύκολα τις προσπάθειές τους.
- Έχουν έντονο φόβο για το μέλλον και στην απειλή μιας σοβαρής ασθένειας (Fried et al., 2001).

1.5 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ.

Οι ηλικιακές κατηγορίες σύμφωνα με την γηριατρική διαχωρίζονται σε 3 περιόδους.

Η πρώτη περίοδος αρχίζει από τα 49 έτη και τελειώνει στα 65. Αποτελεί το πρώτο στάδιο της ζωής που αναφέρεται ως κρίσιμο. Προηγείται η βιολογική μεταβολή στη λειτουργία των οργάνων συστημάτων.

Η δεύτερη περίοδος, αρχίζει από τα 65 έτη έως τα 78 έτη. Αποτελεί την δεύτερη κρίσιμη περίοδο της ζωής.

Η Τρίτη περίοδος αρχίζει από τα 78 έτη και αποτελεί το πραγματικό γήρας (Drag et al., 2010).

Κατά κύριο λόγο η ηλικία χαρακτηρίζεται κυρίως χρονολογικά αλλά δεν παραβλέπουμε και την κοινωνική, ψυχολογική και βιολογική κατάσταση.

Η χρονολογική ηλικία δεν εκφράζει απαραίτητα και την βιολογική κατάσταση του ατόμου. Η στάθμιση των ικανοτήτων γίνεται χρησιμοποιώντας την βιολογική ηλικία για οργανωτικούς λόγους (Grady et al., 2006).

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι για να γίνει κατανοητή η έννοια της γήρανσης, πρέπει να ενισχυθεί η χρονολογική ηλικία και με άλλα μέτρα γήρανσης. Τα μέτρα αυτά αναφέρονται συχνά ως δείκτες λειτουργικής ηλικίας.

Η **βιολογική** ηλικία είναι το σύνολο των διεργασιών οι οποίες επιφέρουν την γήρανση μέσα από τις μεταβολές στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Σκοπός των ερευνών είναι να καθορίσουν την ηλικία σε άτομα που γερνούν πιο γρήγορα σε σχέση με κάποια άλλα της ίδιας ηλικίας.

Η **ψυχολογική** ηλικία είναι το σύνολο των ικανοτήτων του ατόμου, στα πλαίσια της μάθησης, αυτοεκτίμησης, της γνωστικής λειτουργικότητας, της μνήμης, και της αντίληψης. Η ψυχολογική συμπεριφορά σε κάποιους ανθρώπους αντιπροσωπεύει την χρονολογική ηλικία αντίθετα άλλοι συμπεριφέρονται σαν νεότεροι ή μεγαλύτεροι.

Η **κοινωνική** ηλικία αφορά την εικόνα που έχει η κοινωνία και τις αυστηρές προσδοκίες για το ποια είναι η κατάλληλη συμπεριφορά για ένα άτομο ορισμένης χρονολογικής ηλικίας. Η επίδραση των κοινωνικών ρόλων και οι προσδοκίες των ατόμων στην επιλογή του τρόπου ζωής, αποτελεί ζήτημα σημαντικό για τη γηριατρική.

Δεν υπάρχει ομοφωνία για το ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος μέτρησης της γήρανσης. Μια συνολική εκτίμηση των ψυχικών και κοινωνικών, χρονολογικών, και βιολογικών παραγόντων, είναι σημαντική παρέμβαση στον ορισμό της γήρανσης (Biddle et al., 2001).

Μεταπολεμικά ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ακολούθησε αυξητική πορεία αυτό ήταν αποτέλεσμα της μείωσης των γεννήσεων βιομηχανική περίοδος, και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής. Σε αυτό συνέβαλε η βελτίωση των συνθηκών στον εργασιακό χώρο, διατροφής, κοινωνικής μέριμνας και κυρίως ιατρικής περίθαλψης. Με το κριτήριο που έχει θέσει ο Ο.Η.Ε. και ο Π.Ο.Υ., μια χώρα να χαρακτηρίζεται γερασμένη όταν το ποσοστό του πληθυσμού των 65 ετών και άνω, είναι περισσότερο του 7% τότε έχουμε τον παγκόσμιο πληθυσμό να γερνάει με ταχείς ρυθμούς. Η γήρανση ωστόσο του πληθυσμού δημιουργεί μεγάλες ανάγκες φροντίδας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων αποτελώντας πρόκληση για τις οικογένειες τους και της μονάδες παροχής υγειονομικής κάλυψης. Έρευνα του Αμερικάνικου Εθνικού Ινστιτούτου γήρανσης έδειξε πως για τους άνδρες που ζουν στην Κούβα το συνολικό προσδόκιμο ζωής για την ηλικία των 60 ετών το υψηλότερο ήταν 19,7 έτη ενώ το χαμηλότερο ήταν στην Ουρουγουάη και στην Βραζιλία 17,6 έτη. Ενώ για τις γυναίκες στην ηλικία των 62 ετών το υψηλότερο ποσοστό βρέθηκε στην Χιλή 22,8 έτη και το χαμηλότερο στην Βραζιλία 20,2 έτη. Εκτιμάται ότι τα επόμενα χρόνια θα υπάρξει αύξηση των ηλικιωμένων κατά 150% του παγκόσμιου πληθυσμού (Ashby-Mitchell et al., 2015).

1.6 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Συνοπτικά μπορεί να διατυπωθεί ότι η γήρανση είναι μια διαδικασία φθοράς με την οποία ο οργανισμός στο πέρασμα των χρόνων χάνει την ικανότητα για κυτταρική διαίρεση, έτσι ώστε να καθίσταται αδύνατη η διατήρηση της ζωής, καταλήγοντας τελικά στον θάνατο. Η γήρανση είναι μια διαδικασία που αφορά την σταθερή μείωση των φυσιολογικών ρυθμών με σταδιακή απώλεια της λειτουργικότητας του οργανισμού που συνοδεύεται από μειωμένη γονιμότητα, και αύξηση των ασθενειών με αποτέλεσμα σημαντική θνησιμότητα. Όσο η επιστήμη εξελίσσεται παρατηρείται σημαντική μείωση της ανθρώπινης θνησιμότητας με αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου ζωής από τα 25-30 έτη ενώ προβλέπεται μια πιθανή αύξηση 10 ετών περίπου έως το 2050. Το αποτέλεσμα αυτής της εξέλιξης είναι ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων να γίνεται όλο και μεγαλύτερο στον γενικό πληθυσμό. Παρά τη μεγάλη πρόοδο της επιστήμης, οι βιολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται για τη γήρανση δεν έχουν αποσαφηνιστεί πλήρως. Οι περισσότερες θεωρίες που ειπώθηκαν για τη γήρανση, μέχρι τώρα, παρουσιάζουν μόνο κάποιες πλευρές του φαινομένου, και είναι δυνατό να χωριστούν σε δυο κατηγορίες. Αυτές που βασίζονται σε κληρονομικούς και γενετικούς παράγοντες. Αυτές που έχουν σχέση με τις αλλαγές του μεταβολισμού.

Βασικοί παράγοντες, που επιδρούν καθοριστικά στη διεργασία εξέλιξης της γήρανσης είναι:

- Η κληρονομικότητα.
- Το οικογενειακό περιβάλλον.
- Η κοινωνική προσαρμογή.
- Η ατομική ψυχοσύνθεση και ιδιοσυγκρασία.
- Η υγιεινή διαβίωση και ο υγιεινός τρόπος ζωής

1.7 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Βιολογικές θεωρίες γήρανσης.

Οι βιολογικές θεωρίες της γήρανσης εξετάζουν τους μηχανισμούς, που ευθύνονται για τις δομικές και λειτουργικές αλλαγές κατά το στάδιο της γήρανσης. Σήμερα δεν υπάρχει μια ευρύτερα αποδεκτή θεωρία (Hayflick 1985). Ο Hayflick (1985), ταξινόμησε τις θεωρίες γήρανσης ως εξής:

A. κυτταρικές θεωρίες.

B. γενετικές θεωρίες.

Γ. θεωρίες ελέγχου.

A. Κυτταρικές θεωρίες γήρανσης

Σύμφωνα με τους βιολόγους στο κύτταρο γίνονται αλλαγές και κυρίως στη δράση των ελεύθερων ριζών. Για την εξουδετέρωση των ελευθέρων ριζών σημαντικό ρόλο έχουν τα αντιοξειδωτικά των οποίων η δράση τους εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως χαμηλή άμυνα λόγω μεγάλης ηλικίας, χημικά, ακτινοβολία. Αυτό οδηγεί σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις της ελαστίνης και του κολλαγόνου με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος και εμφάνισης αρθρίτιδας και άλλων σοβαρών παθήσεων στα άτομα τρίτης ηλικίας (Hayflick 1985).

B. γενετικές θεωρίες.

Επικεντρώνονται στο ρόλο της κληρονομικότητας. Προτάθηκε ότι η γήρανση οφείλεται σε διάσπαση της αλυσίδας του DNA. Αλλαγές στο γενετικό υλικό συμβαίνουν σε όλη τη διάρκεια ζωής, όμως οι συνέπειες γίνονται αντιληπτές σε μεγάλη ηλικία. Ο Hayflick (1985), απέδειξε ότι η γήρανση είναι μια διεργασία προγραμματισμένη (Hayflick 1985).

Γ. θεωρίες ελέγχου γήρανσης.

Τα κύτταρα με την αύξηση της ηλικίας χάνουν την ικανότητα που έχουν μέσω μηχανισμών να διορθώνουν τις βλάβες που συμβαίνουν ώστε να μην φτάσουν οι ανωμαλίες στο RNA και μεταδοθούν στις πρωτεΐνες. Κάθε οργανισμός είναι προγραμματισμένος για το πόσο θα ζήσει. Ένας γερασμένος οργανισμός έχει μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης των ελαττωματικών κυττάρων με αποτέλεσμα το ανοσοποιητικό σύστημα να υπολειτουργεί με προοδευτική αύξηση των βλαβών (μαλλιά, δέρμα, μυϊκό σύστημα, νεφροί, καρδιά). Οι κύριες αιτίες γήρανσης των κυττάρων είναι το στρες, οι περιβαλλοντολογικές συνθήκες, η έκθεση του ατόμου σε χημικά, ιονίζουσα ακτινοβολία. Οι ελεύθερες ρίζες που παράγονται κατά τον φυσιολογικό μεταβολισμό του οξυγόνου, το οποίο είναι απαραίτητο για την λειτουργία των κυττάρων μπορεί να προκαλέσουν αρνητικές επιδράσεις στις κυτταρικές

δομές, όταν γίνεται υπέρ παραγωγή τους εξαιτίας διαφόρων ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων όπως της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, ακτινοβολίας (Misiaszek 2008).

1.8 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Με το πέρασμα του χρόνου στους ηλικιωμένους έχουμε μια σταδιακή πτώση της λειτουργικότητας των συστημάτων τους. Αλλαγές παρουσιάζονται στα εξής :

Στην εμφάνιση αλλαγή στην κατανομή του λίπους, ρυτίδες στο δέρμα, μείωση ύψους και βάρους, άσπρα μαλλιά (Ritchie, 2012).

Στην κινητικότητα το μυοσκελετικό σύστημα και οι αρθρώσεις παρουσιάζουν πόνους και περιορισμό στην κίνηση παρατηρείται μείωση της μυϊκής δύναμης, με συνέπεια μείωση της φυσικής επάρκειας. Χαρακτηριστικό σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι η αύξηση του βάρους σώματος και του λίπους (Liebenson , 2007).

Στο καρδιαγγειακό σύστημα Η καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την συχνότερη αιτία θανάτου στους ηλικιωμένους (Vavuranakis et al., 2013). Οι διαταραχές της λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος που αφορούν τους ηλικιωμένους είναι φυσιολογική συνέχεια του γήρατος. Οι διάφορες ανωμαλίες που δημιουργούνται λόγω γήρατος στην λειτουργία της καρδιάς όπως αρρυθμίες, υπέρταση έμφραγμα του μυοκαρδίου, στεφανιαία νόσο, συγχρόνως με την καταπόνηση του οργανισμού λόγω της μεγάλης ηλικίας οδηγούν σε ανεπάρκεια (Steingart et al., 1991). Αυτό έχει σαν συνέπεια την επιβάρυνση του υγειονομικού συστήματος με την συχνή και αναγκαστική χρήση μεγάλων ποσοτήτων φαρμάκων και την εφαρμογή ειδικευμένων διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Έχει αποδειχθεί ότι τα καρδιαγγειακά προβλήματα είναι αρκετά συχνά στα ηλικιωμένα άτομα με το ποσοστό να αυξάνεται συνέχεια με τις προβλέψεις να δείχνουν έως το 2040 οι καρδιοπαθείς ηλικιωμένοι να έχουν ξεπεράσει τα 10.000.000.

Η συχνότητα εμφάνισης αυξάνεται με την ηλικία. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι πιο συχνές στους έγχρωμους λαούς σε σχέση με τους λευκούς (Yancy et al., 2013).

Οι αλλοιώσεις που εντοπίζονται συχνότερα στην λειτουργία της καρδιάς αφορούν κυρίως την έκπτωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας, αυξημένη εναπόθεση κολλαγόνου, ιδιαίτερα στο περικάρδιο και ενδοκάρδιο και αυτό γιατί όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται το πάχος του μυοκαρδίου στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα, συχνά εμφανίζεται ίνωση και εναπόθεση ασβεστίου στις βαλβίδες, παρουσιάζει διαταραχές του ρυθμού της καρδιακής συχνότητας και επομένως και της καρδιακής παροχής σε ποσοστό 2% .

Εκτός από τη συστολική λειτουργία μειώνεται σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό η διαστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας, με πιο χαρακτηριστική μεταβολή την αύξηση του χρόνου διαστολικής πλήρωσης της (Steingart et al., 1991).

Πίνακας : Σχέση ηλικίας και ανάπτυξη καρδιακής νόσου.

Συνοδός της ηλικίας βλάβη	Πιθανές συνεπακόλουθες παθήσεις
Αυξημένο πάχος των αγγείων	Αρτηριακή υπέρταση, εγκεφαλικό επεισόδιο
Αυξημένο πάχος τοιχωμάτων αριστερής κοιλίας	Επιβράδυνση πρώιμης διαστολικής πλήρωσης καρδιάς , αύξηση πίεσης πλήρωσης καρδιάς, χαμηλός ουδός δύσπνοιας
Αυξημένο μέγεθος αριστερού κόλπου	αύξηση πίεσης πλήρωσης καρδιάς, χαμηλός ουδός δύσπνοιας, κολπική μαρμαρυγή
Ελαττωμένη καρδιαγγειακή εφεδρεία	Χαμηλός ουδός για εμφάνιση ΚΑ
Εναποθέσεις ασβεστίου στις βαλβίδες	Στενώσεις και ανεπάρκειες βαλβίδων

<p>Βραδυαρρυθμίες και Διαταραχές της αγωγιμότητας</p>	<p>Κολποκοιλιακοί αποκλεισμοί διαφόρων βαθμών</p>
--	---

Στο αναπνευστικό σύστημα παρατηρούνται αλλαγές στην λειτουργία των πνευμόνων που αφορούν την ελάττωση της ζωτικής τους χωρητικότητας και στην ανταλλαγή αερίων. Οι κυψελίδων χάνουν την ελαστικότητα, οι αναπνευστικοί μύες ατροφούν με αποτέλεσμα την ελάττωση του οξυγόνου, ο θωρακικός σκελετός παραμορφώνεται (Jacobs et al., 2003).

Στο μυοσκελετικό σύστημα Στα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζεται μετά το 65 έτος μείωση της μυϊκής μάζας(ο βαθμός της μείωσης σε κάθε άτομο είναι διαφορετικός και συμβάλουν διάφοροι παράγοντες όπως η φυσική κατάσταση) αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της δύναμης και της φυσικής κατάστασης σε τέτοιο βαθμό που αδυνατεί το άτομο να αυτοεξυπηρετηθεί. Έρευνες έχουν δείξει πως χάνονται περίπου 1 – 2 κιλά μυϊκής μάζας κάθε χρόνο μετά τα 40 έτη. Συνεπώς από τα 18 ως τα 65 έτη έχει χαθεί το 40 – 50 % της μυϊκής μάζας. Σε άτομα μεγάλης ηλικίας παρατηρείται μείωση του γλυκογόνου με αποτέλεσμα την μείωση της ανθεκτικότητας των μυών.

Στα οστά η οστεοπενία είναι η συχνότερη διαταραχή που οφείλεται στην μείωση των οργανικών και ανόργανων αλάτων. Στις αρθρώσεις και στους συνδέσμους προκαλείται μείωση της ελαστικότητας, η σπονδυλική στήλη παραμορφώνεται και οδηγεί σε μείωση του ύψους (Liebenson, 2007).

Στο ουροποιητικό σύστημα συνήθως παρατηρείται χαλάρωση του σφιγκτήρα της ουρήθρας και του κολεού στις γυναίκες και στους άνδρες υπερτροφία του προστάτη (World Health Organization 2015).

Στην τροφή και πέψη παρατηρείται μείωση των γαστρικών υγρών, μεταβολές στην απορρόφηση των εντέρων, ελάττωση της απορροφητικής ικανότητας του στομάχου, ελάττωση της μεταβολικής ικανότητας του ήπατος και αλλαγή στην διατροφή λόγω απώλειας δοντιών.

Στο Αυτόνομο νευρικό σύστημα μείωση της αίσθησης να αντιλαμβάνεται, να νιώθει το ζεστό ή το κρύο, διαταραχές στην ισορροπία, κατάθλιψη.

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα αδεξιότητα, συγχουρία, τραυματισμοί λόγω μειωμένης αίσθησης, δυσκολία κίνησης .

Στο αναπαραγωγικό σύστημα οι τιμές των ορμονών πέφτουν, αλλάζει η σεξουαλική ζωή, υπερτροφία προστάτη στους άνδρες.

Στην μείωση οξύτητας των αισθητήρων ακοή, γεύση και όσφρηση, όραση, αφή, ισορροπία.

Επιδράσεις του φύλου σε σχέση με τους άνδρες οι γυναίκες ζουν περισσότερο.

Καθώς ο μεταβολισμός στο γήρας μειώνεται σε ποσοστό 40% και πάνω υπάρχει αύξηση του λίπους, μείωση της οστικής πυκνότητας, διαταραχή στο μεταβολισμό της γλυκόζης, διαταραχή στη θερμορύθμιση, εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, μείωση της κινητικότητας.

1.9 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.

Ένα άτομο στην Τρίτη ηλικία έχει παρατηρηθεί πιθανώς ότι:

- Έχει να αντιμετωπίσει την εμφάνιση διαφόρων παθήσεων.
- Δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί όπως στο παρελθόν.
- Αισθάνεται αδύναμο.
- Κουράζεται ευκολότερα.
- Είναι επιρρεπή σε ατυχήματα.
- Αντιμετωπίζει την ασθένεια με αργό ρυθμό.
- Έχει διαταραχές ύπνου.
- Η προσαρμογή σε διάφορες καταστάσεις είναι δύσκολη.
- Αδυναμία μετακίνησης.

Τα συνηθισμένα προβλήματα που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους μπορεί να οφείλονται σε κακή λειτουργία κάποιου οργάνου και κατατάσσονται στις παρακάτω βασικές κατηγορίες : 1) αδυναμία 2) πτώσεις, 3) μειωμένη επιθυμία για τροφή 4) άνοια διαταραχές μνήμης 5) κατάθλιψη. Πολλές από τις ασθένειες που αντιμετωπίζουν τους οδηγούν σε αναπηρία , νοσοκομειακή φροντίδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ψυχικές διαταραχές, και σχέση εξάρτησης από τους φροντιστές τους. Εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα, μακροχρόνια χρήση φαρμακευτικών αγωγών που έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση αλληλεπιδράσεων. Λόγω της μακροχρόνιας έκθεσης σε επιβαρυντικούς παράγοντες για την υγεία όπως το στρες, αυξημένη χοληστερίνη, κάπνισμα, κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης από την ζωή τους, χρόνια έκθεση σε χημικά όλα αυτά επιδρούν αρνητικά στην όλη βεβαρημένη κατάσταση του οργανισμού(Geitona et al., 2014).

2 ΕΙΔΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ηλικία, η νόσος και οι περιβαλλοντικές συνθήκες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και το αποτέλεσμα είναι η φυσιολογική λειτουργική κατάσταση των ατόμων της τρίτης ηλικίας να μειώνεται. Με τον όρο φυσιολογική κατάσταση εννοείται η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις απλές απαραίτητες καθημερινές δραστηριότητες, (φυσικές, πνευματικές, κοινωνικές, συναισθηματικές) και σε πολλά επίπεδα (επίπεδο οργανισμού, επίπεδο ατόμου, κοινωνικό επίπεδο).

Πρωταρχικός σκοπός στην φροντίδα του ηλικιωμένου είναι η διατήρηση της φυσικής του κατάστασης, η διασφάλιση της ποιότητας στον τρόπο που ζει ώστε να αισθάνεται αξιοπρεπής και σημαντικός στην οικογένεια και στην κοινωνία. Η επίτευξη της φυσιολογικής λειτουργίας της ψυχικής και σωματικής κατάστασης των ηλικιωμένων, αποβλέπει:

- Στην διάγνωση των διαφόρων ασθενειών όπως(καρδιοπάθεια, κατάθλιψη, αγχώδεις καταστάσεις).
- Στον προσδιορισμό της διάγνωσης.
- Στον σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπείας.
- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η επιβεβαίωση της μείωσης ορισμένων φυσιολογικών λειτουργιών στα άτομα τρίτης ηλικίας απαιτεί την επέμβαση μιας εξειδικευμένης βοήθειας. Η βοήθεια παρέχεται από ειδικούς που εκτιμούν την σωματική, ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του ηλικιωμένου. Η ανεύρεση και αξιολόγηση των παθολογικών καταστάσεων πρέπει να γίνεται με σταδιακή προσέγγιση στα άτομα τρίτης ηλικίας (Anderson, 2010).

Στη διερεύνηση απαντούν οι εξής κατηγορίες ηλικιωμένων:

1. Εμφανώς υγιή ηλικιωμένα άτομα.
2. Εξασθενημένοι ηλικιωμένοι.
3. Ηλικιωμένοι σε ιδρύματα, ή βαριά πάσχοντες.

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα έχουν δημιουργηθεί ειδικά σταθμισμένα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση της φυσικής λειτουργίας των ηλικιωμένων ατόμων, όπως αν μπορούν να μετακινηθούν, να φροντίσουν για την κάλυψη των αναγκών τους, να αυτοεξυπηρετηθούν, να πάρουν την φαρμακευτική τους αγωγή, και να αξιολογήσουν το αν υπάρχει υπόβαθρο ψυχικής ασθένειας (κατάθλιψη, άνοια) (Boyd et al., 2005).

2.1 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ.

Η διερεύνηση της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι πολύ σημαντική και είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα για την πρόληψη συχνών ατυχημάτων. Αρχικά γίνεται έλεγχος της μυϊκής δύναμης και των οστών για την σωστή ισορροπία του σώματος η οποία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποφυγή καταγμάτων από πτώση λόγω αστάθειας του ηλικιωμένου. Επίσης ο έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας σε ασθενείς γίνεται με την συμμετοχή τους σε ασκήσεις ενδυνάμωσης των άκρων ή σε προγράμματα αποκατάστασης. Σε αντίθεση με τον εργαστηριακό έλεγχο η αξιολόγηση μπορεί να γίνεται κάθε μήνα χωρίς μεγάλη οικονομική επιβάρυνση.

Η Φυσική κατάσταση μπορεί να εκτιμηθεί με την χρήση ερωτηματολογίου σχετικά με τις δραστηριότητες των ηλικιωμένων όπως αν μπορεί να ελέγξει τους σφικτήρες, σιτίζεται, αν μετακινείται μόνος του ή με την βοήθεια άλλων.

Ερωτήσεις με το αν έχει αποδοτικότητα στην καθημερινή του ζωή όπως αν παίρνει τα φάρμακα του, αν οδηγεί, αν μαγειρεύει. Η βαθμολόγηση γίνεται με το αν είναι σε θέση να τις ολοκληρώσει χωρίς βοήθεια, αν μπορεί αλλά με δυσκολία, αν δεν μπορεί να ολοκληρώσει χωρίς βοήθεια.

Ερωτήσεις σχετικά με τον έλεγχο της όρασης όπως αν μπορεί να διαβάσει ή οδηγήσει χωρίς την χρήση γυαλιών. Εναλλακτικά, μπορεί να γίνει έλεγχος της όρασης με τη χρήση πίνακα (Tielsch et al., 1991).

Ο έλεγχος της ακοής συνήθως γίνεται με ακουομετρία.

Έλεγχος της ικανοποιητικής πρόσληψης τροφής γίνεται με ερωτήσεις που αφορούν την απώλεια βάρους σε σχέση με τα προηγούμενα έτη.

Συχνό πρόβλημα στους ηλικιωμένους αποτελεί η ακράτεια ούρων διαπιστώνεται με ερωτήσεις σχετικά με το αν υπάρχει απώλεια ούρων και σε ποιά ποσότητα (Detweiler et al .,2004).

2.2 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ

Η συμπεριφορά του ανθρώπου είναι αποτέλεσμα των πληροφοριών που λαμβάνει μέσω των αισθητήριων οργάνων που είναι τα μάτια, τα αυτιά, η μύτη, το δέρμα,. Με το γήρας επέρχεται μείωση των αισθήσεων, με αποτέλεσμα η όραση να γίνεται δυσκολότερη έτσι το άτομο δεν μπορεί να προσαρμοστεί στις περιβαλλοντικές συνθήκες και καταλάβει αν είναι μέρα η νύχτα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να μην μπορεί να είναι ανεξάρτητος και ασφαλείς. Η ποιότητα ζωής γίνεται κακή και αυτό οδηγεί στην εμφάνιση διαφόρων ψυχικών παθήσεων όπως κατάθλιψη και άνοια. Το δέρμα χάνει την ελαστικότητα του και δεν έχουν την αίσθηση της αφής, ο πόνος αποτελεί τεράστιο πρόβλημα στους ηλικιωμένους που στις περισσότερες περιπτώσεις οδηγεί στην κατάθλιψη. Τα προβλήματα στην ακοή είναι συχνά στην τρίτη ηλικία και περιορίζουν την επικοινωνία. Η γεύση και η όσφρηση περιορίζεται και τα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν όρεξη για φαγητό με αποτέλεσμα των υποσιτισμό τους(Drag et al .,2010).

3. ΣΥΧΝΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ.

Πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, θεωρούνται ως σύνδρομα, δηλαδή ως σύνολα συμπτωμάτων και σημείων ποικίλων αιτιολογιών. Τα κυριότερα γηριατρικά σύνδρομα είναι της άνοιας, της κατάθλιψης, της πτώσης και της ακράτειας ούρων. Στη σύγχρονη εποχή η διερεύνηση των μηχανισμών αυτών των συνδρόμων, συνεισφέρει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή τους (Drag et al .,2010).

3.1 ΑΝΟΙΑ.

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο διανοητικής έκπτωσης. Η αναθεωρημένη Τρίτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου για τις ψυχικές παθήσεις της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-III-R), καθορίζει τα κλινικά χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούνται ως διαγνωστικά κριτήρια για το σύνδρομο της άνοιας.

Η άνοια χαρακτηρίζεται από χρόνια απώλεια της διανοητικής ικανότητας, που παρεμποδίζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργία του ατόμου. Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου θεωρούνται η κληρονομικότητα, αυτοάνοσα νοσήματα, μεγάλη ηλικία, υπέρταση, γονιδιακές ανωμαλίες. Στη διάγνωση, παίζει ρόλο η διαπίστωση της ελάττωσης της μνήμης, καθώς και η ύπαρξη ενός ακόμη συμπτώματος της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών, της γλώσσας, των αριθμητικών υπολογισμών, της αφηρημένης σκέψης, της κρίσης, της αδυναμίας εκτέλεσης των καθημερινών λειτουργιών.

Μπορεί να συνυπάρχουν διαταραχές της προσωπικότητας. Το επίπεδο συνείδησης παραμένει φυσιολογικό. Στη διαφορική διάγνωση, περιλαμβάνεται η καλοήθης γεροντική αμνησία ελάττωση της πρόσφατης μνήμης στην προχωρημένη ηλικία. Στην περίπτωση αυτή, η ύπαρξη σφαιρικής γνωστικής δυσλειτουργίας συνηγορεί υπέρ της άνοιας (Sansom-Daly et al., 2016). Επίσης, η διαφορική διάγνωση της άνοιας από τις οξείες ψυχικές διαταραχές, επιτυγχάνεται με τη διαπίστωση της προοδευτικής επιδείνωσης με διατήρηση της προσοχής και της εγρήγορσης (Butler et al., 2008). Τα ανοικά σύνδρομα που προκαλούν διανοητική έκπτωση εμφανίζονται σε κυρίως σε μεγάλη ηλικία, καθώς η ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση άνοιας.

Ο επιπολασμός της άνοιας τύπου Alzheimer στην Ευρώπη για τις ηλικίες 30-59, 60-69, 70-79, 80-89, είναι αντίστοιχα 0,02-0,03-3,2-10,8. Ο επιπολασμός της άνοιας στην Ευρώπη, αυξάνεται με την ηλικία. Οι γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν 4,3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από άνοια, σε σχέση με το 2,6 των γυναικών με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Η συχνότητα της άνοιας Alzheimer σε οίκους ευγηρίας κυμαίνεται από 35-50% για τις ήπιες και μέτριας βαρύτητας άνοιες. Αρκετά σοβαρή άνοια, που επηρεάζει την αυτονομία του ατόμου και μειώνει την ικανότητα ανεξάρτητης ζωής, παρουσιάζεται στο 5% των ατόμων άνω των 65 ετών και το 15-30% των ατόμων άνω των 80 ετών (Sosa-Ortiz et al., 2012).

Στην Ελλάδα, εκτιμάται πως οι ασθενείς με άνοια, αποτελούν το 1,12-1,22% του συνολικού πληθυσμού. Σήμερα, υπάρχουν περίπου 40 εκατομμύρια ηλικιωμένα άτομα παγκόσμια, που πάσχουν από άνοια. Η άνοια είναι πολυπαραγοντική νόσος. Συνεπώς η εξεύρεση και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου, όπως είναι ο αλκοολισμός, η κακή διατροφή, η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η κατάθλιψη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η απουσία σωματικής άσκησης, συμβάλει στη μείωση της επίπτωσης (Barton et al., 2014).

Η διάγνωση της άνοιας αποτελεί πρόβλημα γιατί τα διαγνωστικά κριτήρια δεν επαρκούν, αυτό οδηγεί στην λανθασμένη διάγνωση, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση έναρξης της θεραπευτικής αγωγής. Οι άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις δίνουν καλύτερα και μακροχρόνια

αποτελέσματα όταν ξεκινούν στο αρχικό στάδιο της άνοιας (Brookmeyer et al., 2098). Για την διάγνωση της άνοιας, συνήθως γίνεται εργαστηριακός έλεγχος, νευρολογική εξέταση, τεστ δοκιμασίας της νοητικής λειτουργίας, μαγνητική και αξονική τομογραφία, λήψη ιστορικού, έλεγχος της λειτουργίας του θυρεοειδή.

Οι περιπτώσεις άνοιας που οφείλονται σε μεταβολικά νοσήματα, νοσήματα του θυρεοειδή, τοξικά φάρμακα, αλκοόλ, και κατάθλιψη είναι αναστρέψιμες σε ποσοστό 10-20%. Η νοητική έκπτωση που συνοδεύει την κατάθλιψη λέγεται ψευδοάνοια. Η θεραπεία της αναστρέψιμης άνοιας επιφέρει παροδική βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών. Σπάνια επιτυγχάνεται επαναφορά στην αρχική φυσιολογική νοητική λειτουργία (Daulatzai 2013).

Η θεραπεία της άνοιας, σχετίζεται με την αντιμετώπιση των αναστρέψιμων καταστάσεων που προκαλούν λειτουργική έκπτωση, καθώς και στην αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς, με τη βοήθεια φαρμακευτικής αγωγής.

Η θεραπεία των μη αναστρέψιμων ανοιών, δεν έχει δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα. Η χορήγηση του αναστολέα της χολινεστεράσης, τακρίνη, απαιτεί περισσότερη διερεύνηση (Lin et al., 2013)..

3.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη εντάσσεται στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών. Αποτελεί το πιο κοινό ψυχιατρικό πρόβλημα των ηλικιωμένων ατόμων. Η συχνότητα της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους της κοινότητας κυμαίνεται από 3-5%, στους άνδρες, και 5-9% στις γυναίκες. Σε ηλικιωμένους με ψυχικές διαταραχές κυρίως κατάθλιψης με τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικού επεισοδίου που νοσηλεύονται σε κλινικές, και ψυχιατρικά ιδρύματα, η συχνότητα είναι 15-40% (Kiosses et al., 2014). Κοινωνικοοικονομικοί, ψυχολογικοί, και βιολογικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην αύξηση εμφάνισης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Οι κοινωνικοί παράγοντες είναι η απομόνωση, εξαιτίας της μειωμένης κινητικότητας του ατόμου, η δυσκολία μετακίνησης και η απώλεια της εργασίας κυρίως μετά την συνταξιοδότηση (Jonsson et al., 2016).

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

1. Ιστορικό κατάθλιψης
2. Χρόνια νοσήματα
3. Διαμονή σε οίκο ευγηρίας
4. Κακή οικονομική κατάσταση
5. Οργανικά προβλήματα υγείας
6. Χηρεία μοναξιά
7. Προσωπικότητα
8. Φαρμακευτική αγωγή αλκοόλ
9. Οικογενειακό ιστορικό
10. Γυναικείο φύλο
11. Βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό (Zimmerman et al., 2017).

Από τους ψυχολογικούς παράγοντες, η απώλεια, το πένθος και χηρεία παίζει βασικό ρόλο. Έρευνες έδειξαν πως για τους άνδρες είναι σημαντική η απώλεια της φυσικής κατάστασης της υγείας τους όπως οργανικά προβλήματα παθολογικής φύσεως, ενώ στις γυναίκες μεγαλύτερη σημασία έχει η απώλεια της οικονομικής ασφάλειας.

Οι βιολογικοί παράγοντες που ευνοούν την κατάθλιψη, σχετίζονται με διαταραχές των νευροδιαβιβαστών των κατεχολαμινών, συστήματα νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης (Kolonos et al., 2017). Η κατάθλιψη συνοδεύεται από σημαντική λειτουργική ανικανότητα, υπέρμετρη χρήση των υπηρεσιών υγείας, και αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Πρέπει να σημειωθεί πως η κατάθλιψη έχει διαφορετική κλινική εκδήλωση στους ηλικιωμένους από ότι σε μικρότερης ηλικίας άτομα (Minayo et al., 2015).

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ:

1. Απάθεια και κοινωνική απομόνωση.

2. Έκδηλη απώλεια αυτοεκτίμησης.
3. Αδυναμία συγκέντρωσης.
4. Απώλεια μνήμης.
5. Υποχονδρίαση.
6. Πόνος.

Οι ηλικιωμένοι παραπονούνται για σωματικές κυρίως ενοχλήσεις, παρά για ψυχολογικές με κυρίαρχο σύμπτωμα τον πόνο. Δεν αποδέχονται την ύπαρξη συμπτωμάτων δυσφορίας και αρνούνται να παραδεχτού ότι έχουν κατάθλιψη. Συχνά η κατάθλιψη παρουσιάζεται με συμπτώματα που μοιάζουν σχεδόν με τις φυσιολογικές συναισθηματικές αντιδράσεις ανησυχία, συγκινησιακή αστάθεια, συναισθηματικές διακυμάνσεις (Zhou et al., 2015). Πιο αναλυτικά η κλινική εικόνα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου εμπεριέχει τη διαταραχή του συναισθήματος με χαρακτηριστικό την καταθλιπτική διάθεση, την έλλειψη ευχαρίστησης, το άγχος, ευερεθιστότητα.

Ο ηλικιωμένος με κατάθλιψη, παρουσιάζεται αδιάφορος, στενοχωρημένος, απελπισμένος, απαισιόδοξος, ανασφαλής με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος και αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από δραστηριότητες που στο παρελθόν προξενούσαν ευχαρίστηση. Συνήθως όταν υπάρχει διαταραχή του συναισθήματος διαταράσσονται και οι νοητικές λειτουργίες.

Υπάρχει αδυναμία συγκέντρωσης, επιβράδυνση της σκέψης, λιμνασμός ιδεών, υπερβολική κόπωση, διαταραχές του ύπνου, απώλεια όρεξης, αρνητικές σκέψεις, μείωση βάρους, θλίψη, δυσπεπτικά ενοχλήματα, κοινωνική απομόνωση. Η μείζων κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από την παρουσία τουλάχιστον ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη, απαιτούν να υπάρχει το ένα από τα δυο κύρια συμπτώματα: κακή διάθεση, αδυναμία ευχαρίστησης. Επίσης πρέπει να υπάρχουν 2 ή 3 από τα ακόλουθα συμπτώματα: αλλαγή στο σωματικό βάρος, διαταραχές ύπνου, ψυχοκινητική ανησυχία, αίσθημα κόπωσης, ελαττωμένη ενεργητικότητα, αίσθημα ενοχής και αχρηστίας, αδυναμία συγκέντρωσης, απελπισία ή επίμονες ιδέες θανάτου.

Τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για 4 τουλάχιστον εβδομάδες, καθημερινά. Όταν το άτομο δεν καλύπτει τα κριτήρια της κατάθλιψης κατατάσσεται σε άλλες μορφές ψυχικών νοσημάτων. Η δυσθυμία χαρακτηρίζεται από: έλλειψη αυτοπεποίθησης, απουσία ενδιαφέροντος, κοινωνική απομόνωση, διαταραχές στον ύπνο. Η μεγιστοποίηση συνηθισμένων σωματικών ενοχλημάτων των ηλικιωμένων μπορεί να είναι σύμπτωμα κατάθλιψης. Επίσης και ο άτυπος πόνος μπορεί να οφείλεται σε κατάθλιψη. Η φυσική εξέλιξη του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, χαρακτηρίζεται από το γεγονός πως υπάρχει αυτόματη ίαση, μετά

από 5-7 μήνες. Μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχουν αισθήματα αναξιοτήτας, απώλειας της αυτοεκτίμησης, αισθήματα ενοχής, ιδέες αυτοκτονίας, θεωρείται ότι υπάρχει επιπλέον ψυχιατρική διάγνωση κατάθλιψης. Συνήθως τα συμπτώματα δεν υποχωρούν (Wilkinson et al., 2012).

Οι τύποι του καταθλιπτικού επεισοδίου διαμορφώνονται ανάλογα με την ύπαρξη ψυχωτικών (παραληρητικές ιδέες, διαταραχές της αντίληψης) στοιχείων, μελαγχολίας, και από την χρονική διάρκεια. Στις επιπλοκές της κατάθλιψης των ηλικιωμένων που αποτελούν και τον μεγαλύτερο κίνδυνο περιλαμβάνονται οι αυτοκτονίες. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται ότι γίνεται βάρος, απαξιώνει την αξία της ζωής του, είναι μόνιμα θλιμμένος και σχεδιάζει τον τρόπο της αυτοκτονίας του. Αυτή η κατάσταση χρειάζεται ψυχιατρική αντιμετώπιση και νοσηλεία.

Η φαρμακευτική θεραπεία της κατάθλιψης, είναι αποτελεσματική στη μείζονα κατάθλιψη. Βελτιώνει την κλινική εικόνα σε ποσοστό 60-70% των ασθενών. Παρόμοια δράση και αποτελεσματικότητα έχει και η ψυχοθεραπεία (Holvast et al., 2017)

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

1. Τρικυκλικά (νοτριπτυλίνη).
2. Ετεροκυκλικά (τραζοδόνη).
3. Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (φλουοξετίνη, σετραλίνη).
4. Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης.

Τα τρικυκλικά, τα ετεροκυκλικά και οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης, χορηγούνται αρχικά σε χαμηλές δόσεις και σταδιακά αυξάνεται η δοσολογία μέχρι το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης χορηγούνται από την αρχή σε θεραπευτικά επίπεδα (Wilson et al., 2008).

Οι εφαρμοζόμενες θεραπείες της κατάθλιψης είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό. Για το λόγο αυτό και η κατάθλιψη έχει πολύ καλή πρόγνωση. Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει τόσο σωματικές όσο και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Ο ψυχίατρος ενημερώνει την οικογένεια και τους πάσχοντες για την αναγνώριση των συμπτωμάτων έτσι ώστε να αποφεύγονται οι παρενέργειες. Θεραπευτικά οι κατηγορίες είναι ισοδύναμες. Η επιλογή του φαρμάκου γίνεται με βάση το κόστος, τις παρενέργειες, τις πιθανές αλληλεπιδράσεις. Η φαρμακευτική αγωγή συντήρησης μειώνει την πιθανότητα υποτροπής στο 25-40%. Η ελάχιστη διάρκεια θεραπείας πρέπει να είναι 6 μήνες. Σε ηλικιωμένους με ιστορικό υποτροπιάζουσας κατάθλιψης απαιτείται συνεχής θεραπεία (Thombs et al., 2012).

3.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση η οποία τις περισσότερες φορές λειτουργεί ως άμυνα απέναντι σε κάποια δύσκολη κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσει το άτομο. Το άγχος μπορεί να μετατραπεί σε αγχώδη διαταραχή όταν εμφανίζεται και σε κατάσταση ηρεμίας. Η διαταραχή γενικευμένου άγχους έχει επιπολασμό 3,7%, οι φοβίες 10%. Ο επιπολασμός της γηριατρικής κατάθλιψης είναι υψηλότερος σε κλινικές από την κοινότητα. Το συναίσθημα του φόβου ή του άγχους, αποτελεί κύριο σύμπτωμα, παράλληλα με ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών, δύσπνοια συχνουρία εξαιτίας της αύξησης της αδρεναλίνης στα επινεφρίδια.

Οι κύριες αγχώδεις διαταραχές είναι:

1. Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία.
2. Γενικευμένου άγχους.
3. Κοινωνικού άγχους.
4. Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή.
5. Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία.
6. Ειδικές φοβίες.

Αιτίες και συμπτώματα

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν αγχωτικές κρίσεις μετά από την απώλεια συζύγου, θάνατο οικείου ή στενού φίλου, και αναπηρία.

Τα συχνότερα συμπτώματα άγχους είναι η νευρικότητα, διαταραχή ύπνου, δύσπνοια, φόβος, ευερεθιστότητα, ένταση, διάρροια, ανησυχία, κνησμός, πονοκέφαλος και γενικά πόνος χωρίς να υπάρχει σαφή αιτία, ταχυκαρδία.

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνει φάρμακα αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά τα οποία αποσκοπούν στην απαλλαγή του πάσχοντος από τα συμπτώματα και την επαναφορά του στην προηγούμενη φυσιολογική κατάσταση, ή στην συντήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και στην αποτροπή εμφάνισης νέου επεισοδίου. Επίσης η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει και ψυχοθεραπεία. Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να βασίζεται στην σωστή διάγνωση (Payette et al., 2016).

4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Πρωταρχικός σκοπός της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους είναι η πρόληψη των κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων έτσι τα άτομα τρίτης ηλικίας να παραμείνουν ενεργά και αυτόνομα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Όλα τα κράτη πρέπει να έχουν ως πρωταρχικό τους μέλημα την φροντίδα των ηλικιωμένων παίρνοντας μέτρα ώστε η ζωή των ανθρώπων να παρατείνεται και να έχει πραγματική αξία. Στην σημερινή εποχή οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται ως βάρος από τα άτομα της οικογενείας τους αλλά και από την πολιτεία η οποία το δείχνει με πολλούς τρόπους, όπως μείωση συντάξεων και περιθωριοποίηση. Σημαντικό θα ήταν να τους αντιμετωπίζε ως ένα χρήσιμο και πολύτιμο κομμάτι της κοινωνίας. Η απομάκρυνση και αποξένωση του ηλικιωμένου από το οικογενειακό περιβάλλον, η αδράνεια, η κοινωνική αδιαφορία, η απομόνωση, και ψυχολογική κατάπτωση επιταχύνουν τη γήρανση. Οι ηλικιωμένοι έχουν ίδια και ίσα δικαιώματα με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Η κοινωνία υποχρεούται για την εξασφάλιση του δικαιώματος των ηλικιωμένων παραμονής στην κοινότητα και στο σπίτι τους, κοντά στην οικογένεια τους χωρίς να αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος (Gariéry et al., 2016). Η αίσθηση ότι είναι χρήσιμοι και ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην οικογένεια βοηθάει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αλλά και της πρόληψης εμφάνισης σωματικών παθολογικών προβλημάτων υγείας. Βασικό μέλημα της πολιτείας θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς εισοδήματος έτσι ώστε να καλύπτονται οι βασικές ανάγκες για την επιβίωση όπως θέρμανση, τροφή, ένδυση, κατοικία, οικιακή βοήθεια, καθαριότητα. Δεύτερο είναι η ιατροφαρμακευτική κάλυψη των εξόδων όπως την δωρεάν συνταγογράφηση φαρμάκων, και νοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης σημαντικό ρόλο έχει η απασχόληση και συμμετοχή σε δραστηριότητες, η επικοινωνία, η αγάπη και η συμπαράσταση, η εκπαίδευση για αντιμετώπιση αναπηρίας, βοηθούν τους ηλικιωμένους να αισθάνονται ενεργά μέλη μέσα στην κοινωνία και ότι δεν έχουν περάσει στο περιθώριο (Harris et al., 2017). Εξασφάλιση στους ηλικιωμένους με αναπηρία των βοηθημάτων που είναι απαραίτητα να κινούνται ανεξάρτητα στους ιδιωτικούς αλλά και στους δημόσιους χώρους. Μερικές από τις υπηρεσίες που προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ηλικιωμένους είναι το Βοήθεια στο Σπίτι, τα Κ.Α.Π.Η., η κατ' οίκον βοήθεια Κ.Η.Φ.Η., ο εθελοντισμός σε οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, και οι κοινωνικές υπηρεσίες του δημόσιου τομέα. Όλα αρχίζουν από την ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου με την οργάνωση ενημερωτικών ομιλιών πάνω σε θέματα προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Βοηθά στην αλλαγή των κοινωνικών στάσεων απέναντι στους υπερήλικες και στην ανάπτυξη οργανώσεων αλληλεγγύης μεταξύ των ατόμων της κοινότητας. Η καθημερινή ενημέρωση κατά κύριο λόγο από τις κοινωνικές υπηρεσίες του

δήμου που έχουν άμεση επαφή με τους ηλικιωμένους αλλά και της οικογένειας. Σημαντικό είναι η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας, της οικογένειας, και των υπηρεσιών για την συνεχή πληροφόρηση. Επίσης η καταγραφή των ηλικιωμένων, επανεξέταση και συστηματική παρακολούθηση έλεγχος της καταλληλότητας της θεραπείας έτσι ώστε να γίνεται σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων. Οι επιστήμονες υγείας συνήθως δεν αφιερώνουν τον χρόνο που απαιτείται για την λήψη πλήρους ιατρικού ιστορικού με αποτέλεσμα η διάγνωση της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών νοσημάτων να καθυστερεί (Barnett et al., 2003).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων που ζουν στον Νομό Τρικάλων.

Ερευνητικό πεδίο

Για την εκπλήρωση των σκοπών της μελέτης επιλέχτηκε ως ερευνητικό πεδίο, η περιοχή του δήμου Πύλης Τρικάλων.

Πληθυσμός στόχος

Άτομα ηλικίας μεγαλύτερη-ίση από τα 65 έτη.

Πληθυσμός πρόσβασης

Άτομα ηλικίας μεγαλύτερη-ίση από τα 65 έτη, που ζουν στην περιοχή του δήμου Πύλης Τρικάλων.

Κριτήρια ένταξης στη μελέτη

- Ηλικία 65 ετών και άνω
- Δυνατότητα άριστης επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα
- Αποδοχή συμμετοχής στη μελέτη

Κριτήρια αποκλεισμού της μελέτης

- Ηλικία μικρότερη των 65 ετών
- Νόσοι και φάρμακα που μπορεί να επηρεάζουν τη νοητική ή/και ψυχολογική κατάσταση

Τύπος έρευνας

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκε, ως καταλληλότερο είδος μελέτης, η περιγραφική έρευνα παρατήρησης.

Ερευνητική διαδικασία

Κατά το χρονικό διάστημα 15 Απριλίου 2018 μέχρι 31 Μαΐου 2018 συμπληρώθηκαν, με προσωπική συνέντευξη ερωτηματολόγια σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερη-ίση από τα 65 έτη, που ζουν στην περιοχή του δήμου Πύλης Τρικάλων.

Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση των συμμετεχόντων. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και έπειτα από την έγγραφη συγκατάθεσή τους, μετά από σχετική ενημέρωση. Επιπλέον, στους συμμετέχοντες διευκρινίστηκε ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Τα δικαιώματα και η ανωνυμία των συμμετεχόντων διαφυλάσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο δίνονταν ατομικά στον κάθε συμμετέχοντα και ο χρόνος συμπλήρωσής του ήταν διάρκειας περίπου 10-15 λεπτών.

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε:

- Ερωτηματολόγιο που αφορά σε κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες.
- Το ερωτηματολόγιο της Γενικής Υγείας GHQ-28 (General Health Questionnaire, G.H.Q) του David Goldberg. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι σχεδιασμένο για την ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό, χρησιμοποιείται ευρέως και θεωρείται αξιόπιστο. Περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, τύπου Likert 4 βαθμίδων, και είναι αυτοσυμπληρούμενο. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά.. Η μέτρηση γίνεται με δείκτη 0 προς 100, μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 0 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε θετικότερη κλιμάκωση της μελετώμενης μεταβλητής, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 100 σε αρνητικότερη κλιμάκωση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 επιμέρους υποκλίμακες:
 - Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης
 - Άγχος και αϋπνία
 - Κοινωνική δυσλειτουργία
 - Καταθλιπτικό συναίσθημα

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού λογισμικού «SPSS-22». Οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή» και «τυπική απόκλιση», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου GHQ-28 μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής, που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach' s alpha, ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach' s alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή α ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε μέσω Διερευνητικής Παραγοντικής Ανάλυσης (Exploratory Factor Analysis). Πρόκειται για μία σύνθετη στατιστική διαδικασία που χρησιμοποιείται για να αναζητήσει τις υποκείμενες διαστάσεις ενός εργαλείου μέτρησης. Η παραγοντική ανάλυση σχεδιάστηκε για να εξετάσει τη συνδιακύμανση μιας ομάδας μεταβλητών και να ερμηνεύσει τις συσχετίσεις ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές, ομαδοποιώντας τους σε παράγοντες.

Ο έλεγχος Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) και ο έλεγχος «σφαιρικότητας» του Bartlett χρησιμοποιήθηκαν για την καταλληλότητα των δεδομένων στην εφαρμογή της μεθόδου. Υψηλές τιμές (>0.5) του KMO υποδεικνύουν την καταλληλότητα της παραγοντικής ανάλυσης. Ο δείκτης KMO, επιπλέον, προτείνεται και για την περίπτωση που δεν ικανοποιείται η παραδοχή της πολυδιάστατης κανονικότητας. Για την επιλογή του αριθμού των παραγόντων πρωταρχικό κριτήριο τέθηκε αυτό των "ιδιοτιμών" (eigenvalue of >1.0), καθώς έχει υιοθετηθεί ως την κύρια μέθοδο για εξαγωγή παραγόντων. Επιπλέον, εφαρμόστηκε στρέψη των αξόνων με τη μέθοδο Varimax για την ευκολότερη ερμηνεία των παραγόντων.

Οι ερωτήσεις με επιβάρυνση παραγόντων >0.30 θεωρήθηκαν ότι συνεισφέρουν σημαντικά στον κάθε παράγοντα. Για τη διερεύνηση της σχέσης των επιμέρους κλιμάκων του ερωτηματολογίου, με διάφορους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες έγινε χρήση της μεθόδου «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation). Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη στατιστική μέθοδος, και όχι η Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση (Multiple Linear Regression), λόγω της ύπαρξης του φαινομένου της πολύ συγγραμμικότητας (Multi collinearity).

Οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες που μελετήθηκαν είναι οι:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Αριθμός παιδιών
- Εκπαιδευτικό επίπεδο
- Επάγγελμα που ασκήσατε
- Μόνιμη κατοικία
- Συγκατοίκηση
- Μηνιαίο εισόδημα

Για τον έλεγχο της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Shapiro- Wilk. Όταν διαθέτουμε δείγματα μέχρι και 5.000 στοιχείων, το Shapiro-Wilktest υπερτερείσα φώς του Kolmogorov-Smirnovtest με διόρθωση ουσ κατά Lilliefors. Επειδή τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk είναι ιδιαίτερα αυστηρά, με την έννοια ότι πολύ συχνά απορρίπτουν με ευκολία την υπόθεση της Κανονικότητας, στις περιπτώσεις μη κανονικότητας μελετήθηκαν, παράλληλα, και οι γραφικές αναπαραστάσεις.

Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας» καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα είναι άμεσα προσβάσιμα και πρόθυμα να συμμετάσχουν.

Λόγω αυτών των περιορισμών, η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων.

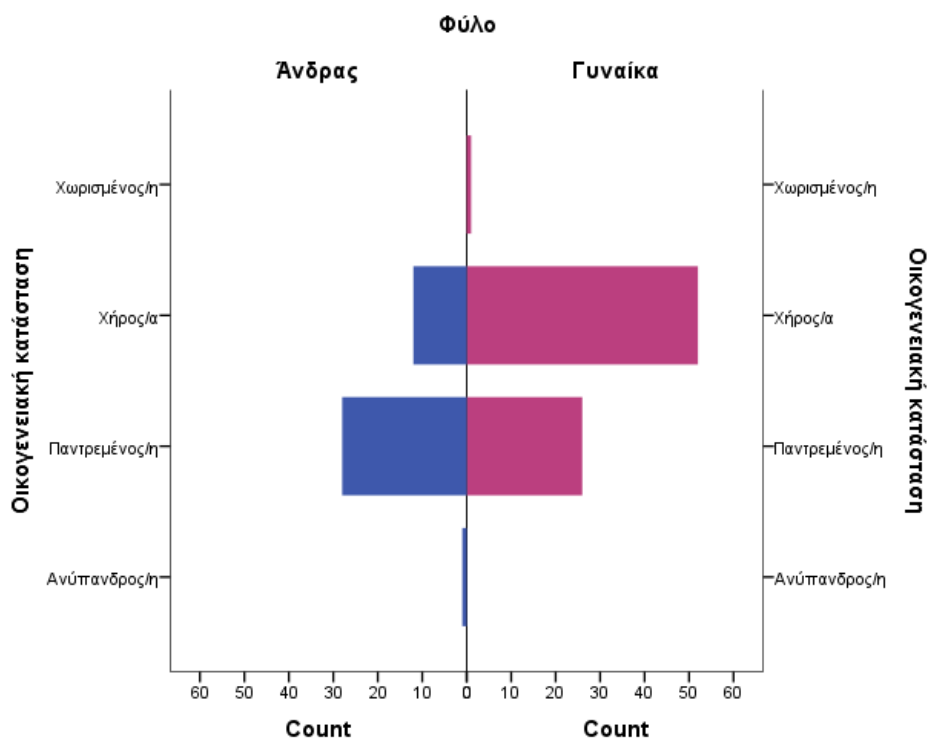
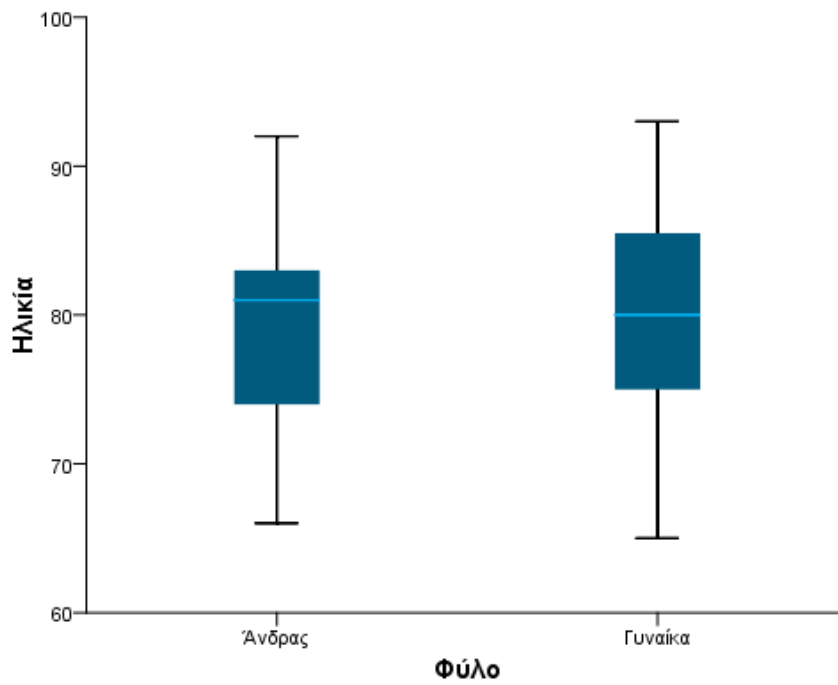
Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

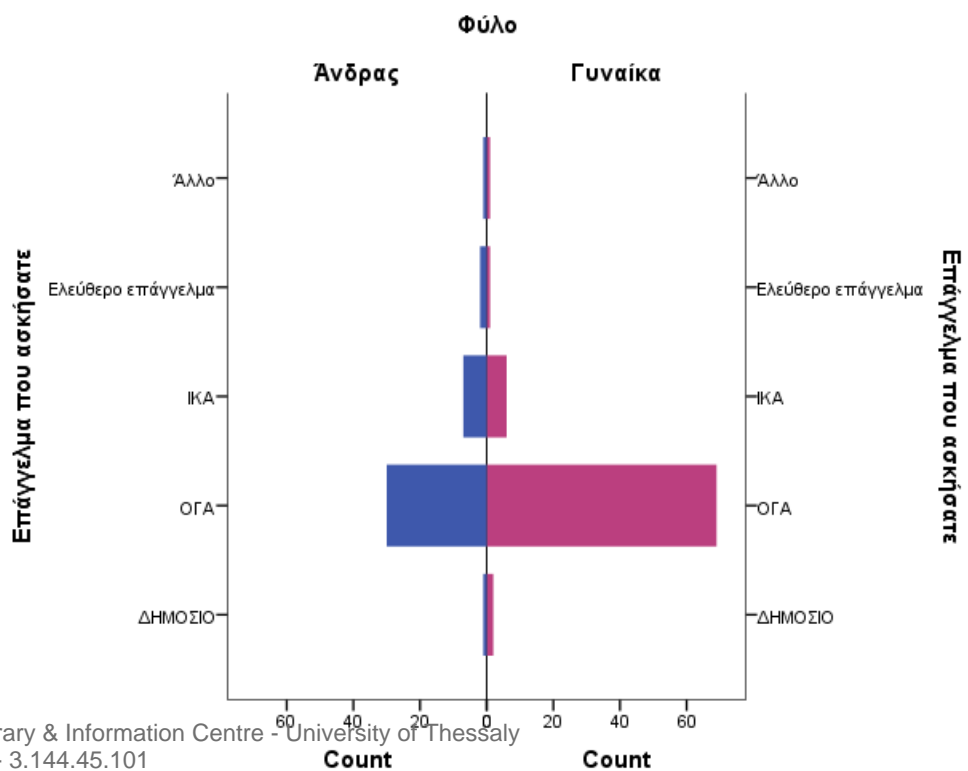
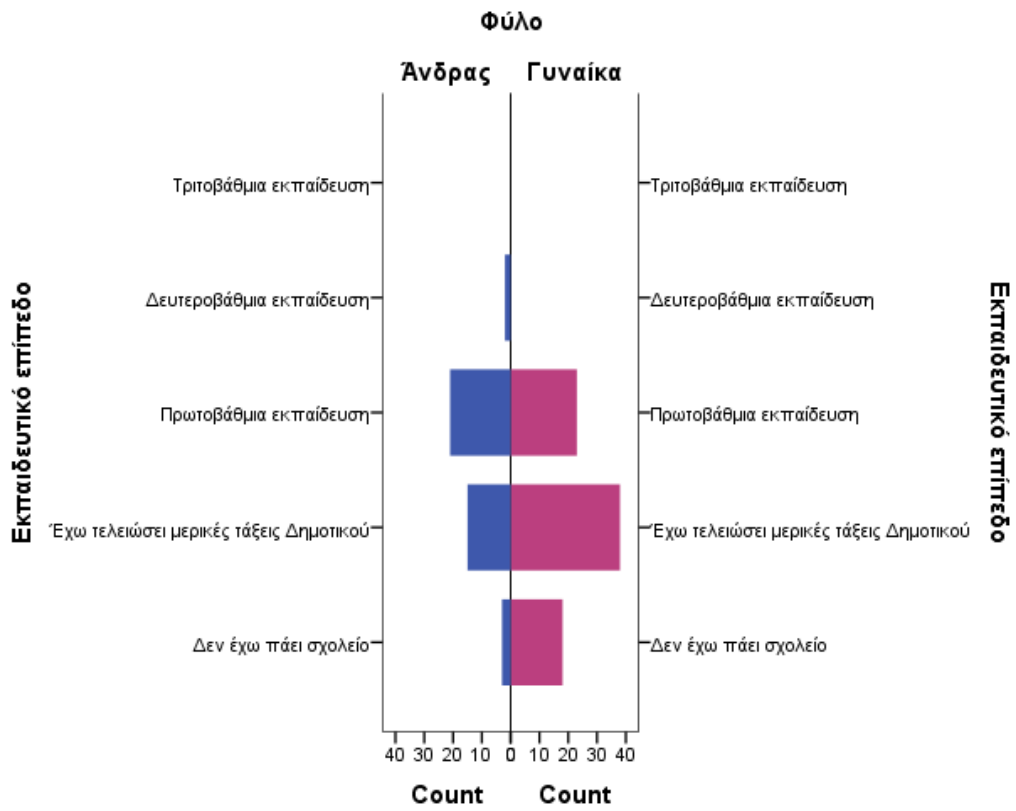
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

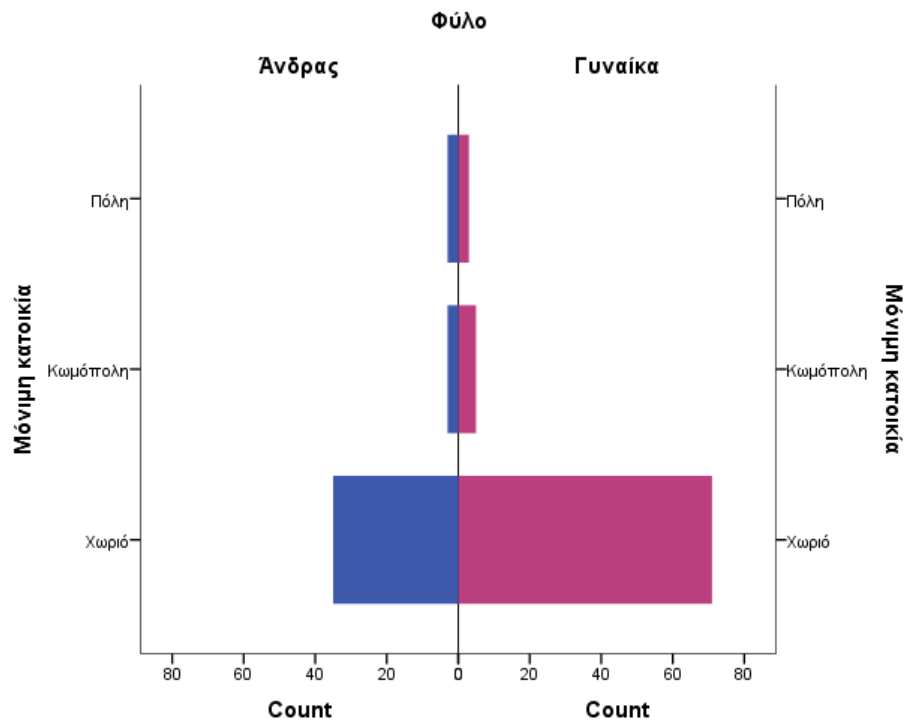
Περιγραφικά στοιχεία

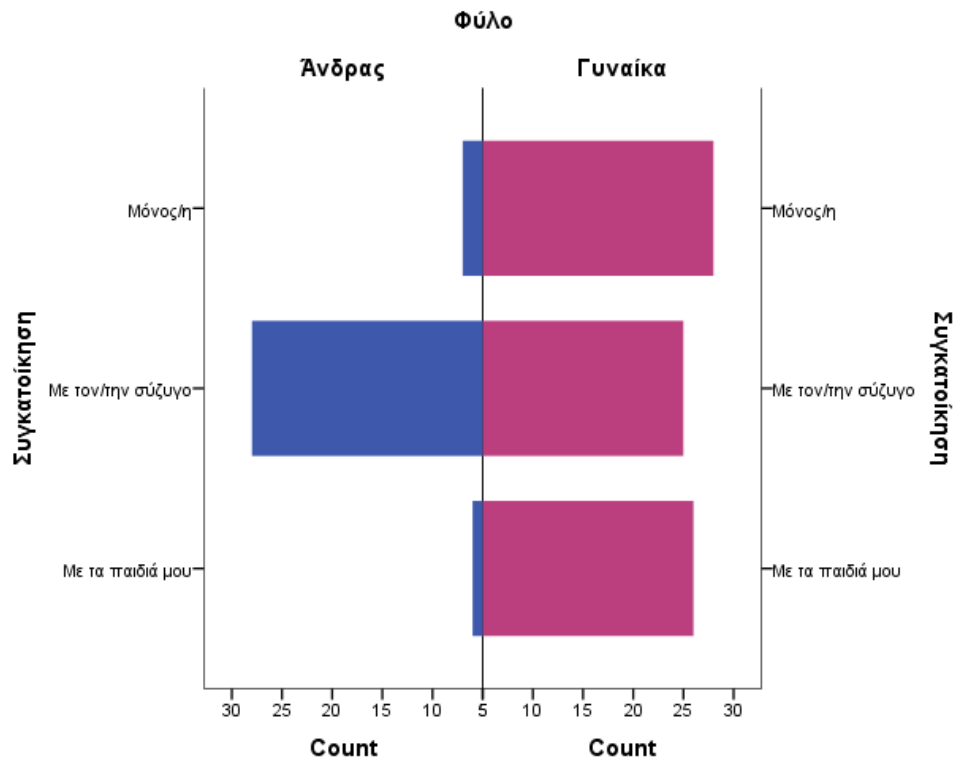
Στην έρευνα συμμετείχαν 120 άτομα, εκ των οποίων τα 41 ήταν άνδρες (34.2%) και τα 79 γυναίκες (65.8%). Στον παρακάτω πίνακα και γραφήματα βλέπουμε τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

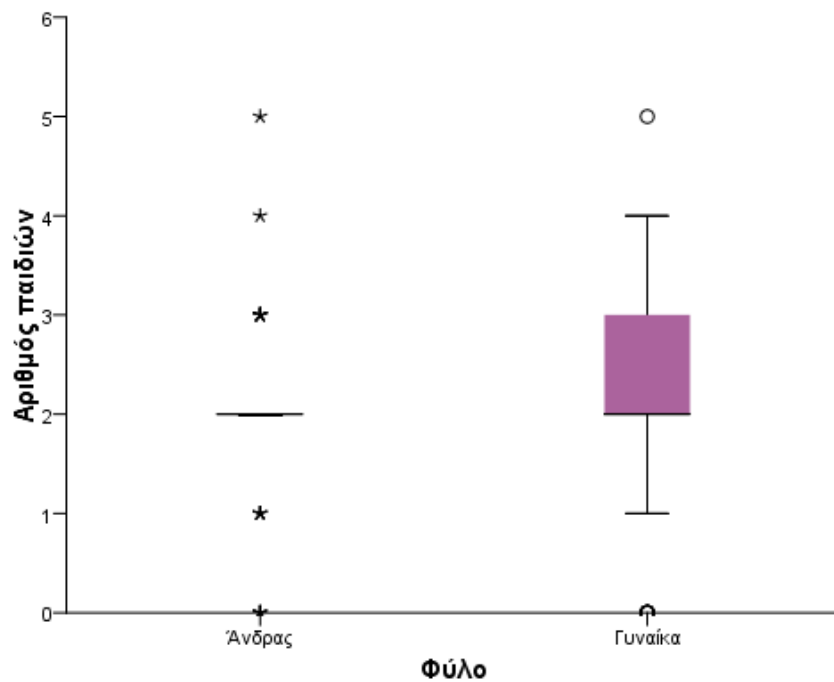
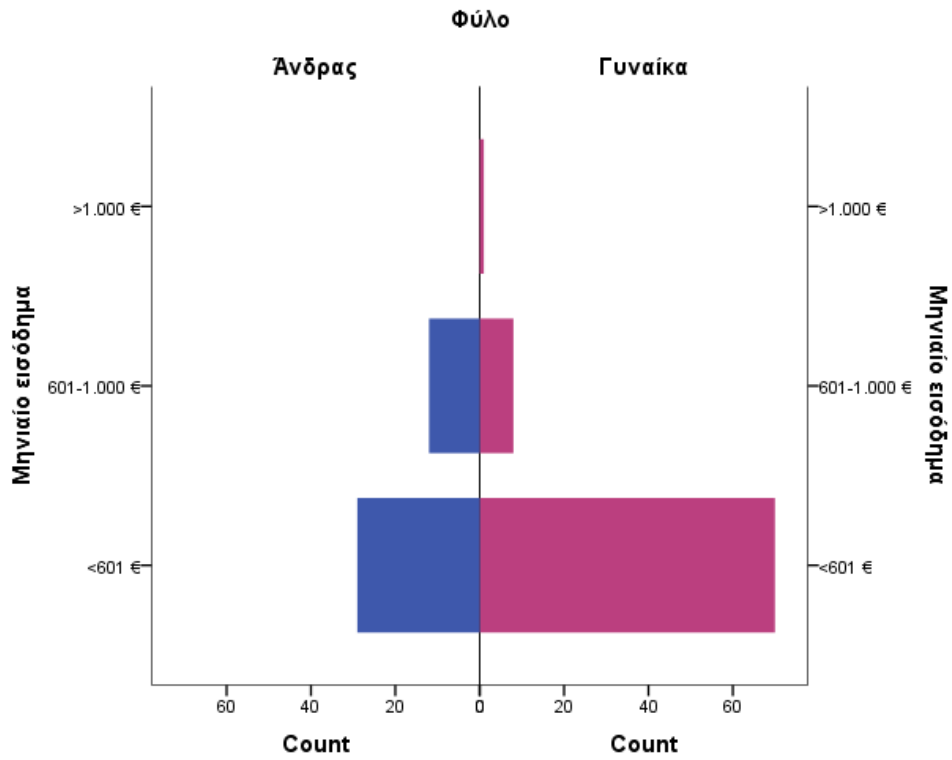
		Count	Mean	Standard Deviation	Column N %
Ηλικία		120	79.6	7.0	
Φύλο	Άνδρας	41			34.2%
	Γυναίκα	79			65.8%
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπανδρος/η	1			0.8%
	Παντρεμένος/η	54			45.0%
	Χήρος/α	64			53.3%
	Χωρισμένος/η	1			0.8%
Αριθμός παιδιών		120	2.0	1.1	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δεν έχω πάει σχολείο	21			17.5%
	Έχω τελειώσει μερικές τάξεις Δημοτικού	53			44.2%
	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	44			36.7%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	2			1.7%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	0			0.0%
Επάγγελμα που ασκήσατε	ΔΗΜΟΣΙΟ	3			2.5%
	ΟΓΑ	99			82.5%
	ΙΚΑ	13			10.8%
	Ελεύθερο επάγγελμα	3			2.5%
	Άλλο	2			1.7%
Συγκατοίκηση	Με τα παιδιά μου	32			26.7%
	Με τον/την σύζυγο	53			44.2%
	Μόνος/η	35			29.2%
Μηνιαίο εισόδημα	<601 €	99			82.5%
	601-1.000 €	20			16.7%
	>1.000 €	1			0.8%





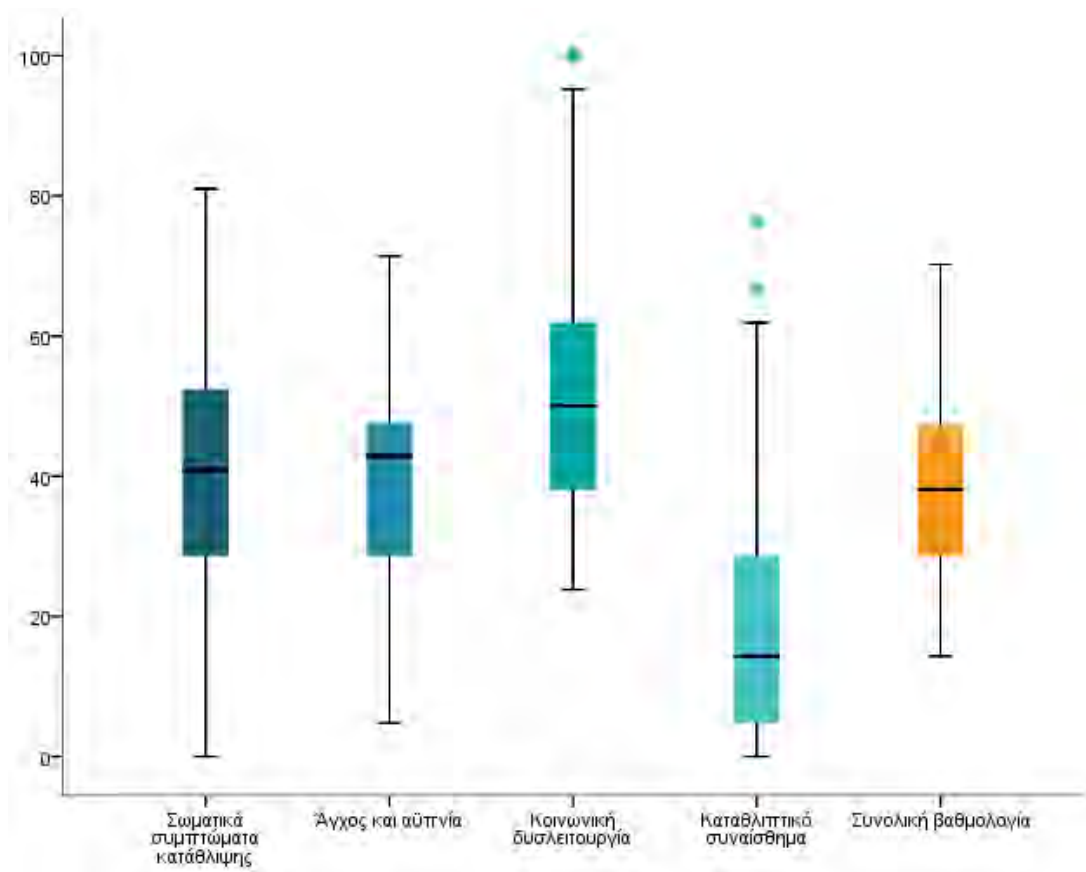






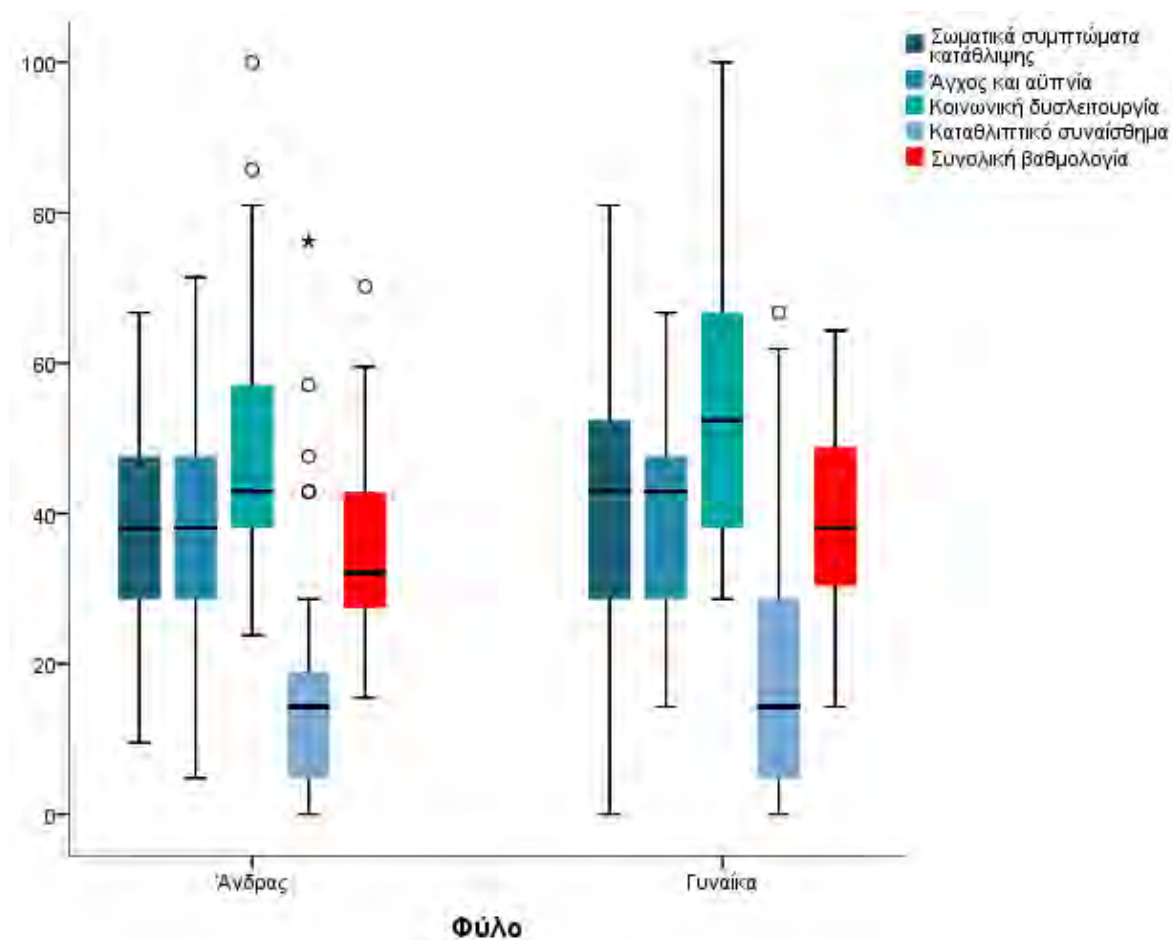
Στον παρακάτω πίνακα και γραφήματα βλέπουμε τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, καθώς και των 4 υποκλιμάκων του.

	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum	Median
Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης	40.6 %	17.1	0	81	41
Άγχος και αϋπνία	40.0 %	13.3	5	71	43
Κοινωνική δυσλειτουργία	52.4 %	17.6	24	100	50
Καταθλιπτικό συναίσθημα	18.0 %	17.9	0	76	14
Συνολική βαθμολογία	37.8 %	12.6	14	70	38



Στον παρακάτω πίνακα και γραφήματα βλέπουμε τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, καθώς και των 4 υποκλιμάκων του, σε σχέση με το φύλο.

	Φύλο				p
	Άνδρας		Γυναίκα		
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	
Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης	40.2	14.9	40.9	18.2	0.834
Άγχος και αύπνια	38.8	15.5	40.6	12.1	0.478
Κοινωνική δυσλειτουργία	47.7	16.1	54.9	18.0	0.035
Καταθλιπτικό συναίσθημα	17.2	19.0	18.5	17.4	0.720
Συνολική βαθμολογία	36.0	12.6	38.7	12.6	0.270



Εσωτερική συνάφεια

Οι τιμές του δείκτη Cronbach' s alpha, για τις 4 υπο-κλίμακες, καταγράφονται στον επόμενο πίνακα. Και στις τέσσερις περιπτώσεις έχουμε τιμές μεγαλύτερες ίσες του 70%. Μάλιστα, στις 3 από τις τέσσερις υποκλίμακες, έχουμε ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας, μιας και οι τιμές τους είναι μεγαλύτερες του 80%.

Cronbach's Alpha	
Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης	0.838
Άγχος και αϋπνία	0.700
Κοινωνική δυσλειτουργία	0.911
Καταθλιπτικό συναίσθημα	0.873

Παραγοντική ανάλυση

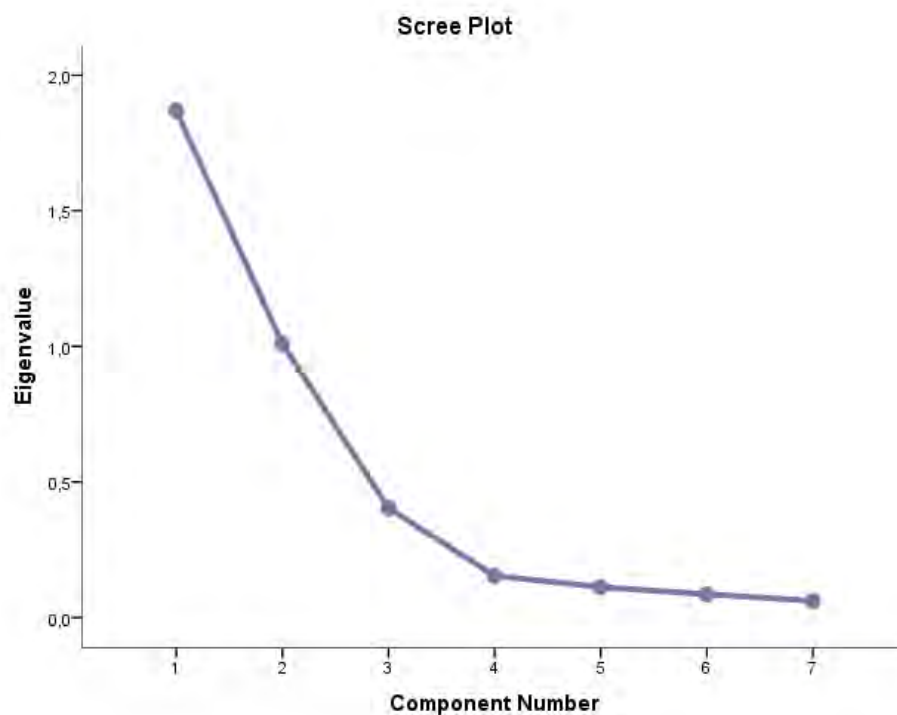
Η παραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για να εξάγει πιθανούς παράγοντες των 4 υποκλιμάκων. Ο σκοπός της εφαρμογής της μεθόδου είναι καθαρά διερευνητικός, και αναμένεται, σε όλες τις υποκλίμακες, ένα μοντέλο ενός παράγοντα.

Παραγοντική Ανάλυση της υποκλίμακας «Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης»

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε τους μέσους όρους και τις, αντίστοιχες, τυπικές αποκλίσεις, των μεταβλητών που εισήχθησαν στην ανάλυση.

	Mean	Std. Deviation
<i>Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;</i>	51.7	21.5
<i>Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;</i>	47.2	23.9
<i>Νοιώθατε εξαντλημένος/η, κακοδιάθετος/η;</i>	48.1	24.4
<i>Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;</i>	51.1	23.2
<i>Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;</i>	30.6	26.1
<i>Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;</i>	27.2	24.8
<i>Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;</i>	28.1	25.9

Αρχικά ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Η τιμή του κριτηρίου KMO υπολογίστηκε 0.761, δηλαδή αρκετά πάνω από την κρίσιμη (>0.5). Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett επαλήθευσε ότι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ήταν επαρκής ($\chi^2=579.628, df=21, p<0.001$).



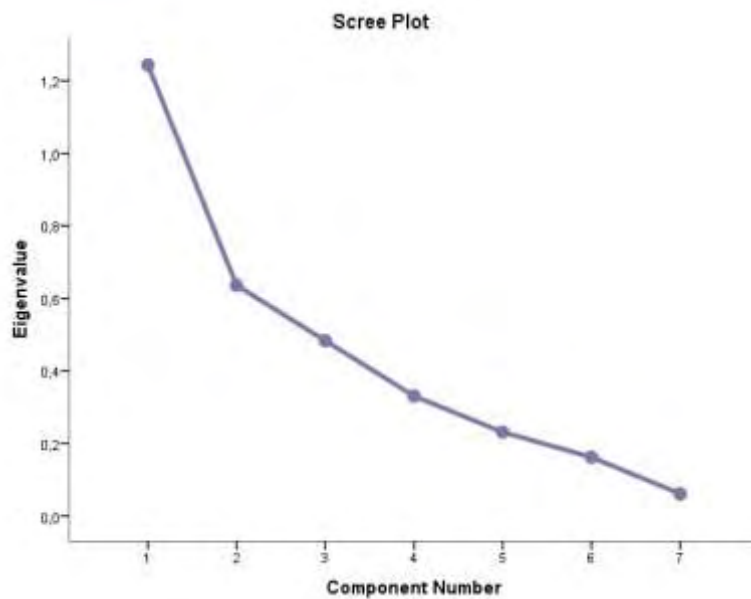
Το μοντέλο του ενός παράγοντα, που διερευνούμε, εξηγεί, με βάση την αρχική λύση το 50.6% της συνολικής διασποράς. Το ποσοστό, αυτό, μειώνεται στο 41.7%, εάν λάβουμε τυποποιημένες μεταβλητές. Βάσει των παραπάνω, δεν μπορούμε να καταλήξουμε με ασφάλεια στην αποδοχή ενός μοντέλου με έναν παράγοντα, για την υποκλίμακα «Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης».

Παραγοντική Ανάλυση της υποκλίμακας «Άγχος και αϋπνία»

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε τους μέσους όρους και τις, αντίστοιχες, τυπικές αποκλίσεις, των μεταβλητών που εισήχθησαν στην ανάλυση.

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;</i>	50.8	22.4
<i>Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;</i>	51.7	21.5
<i>Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;</i>	37.8	25.2
<i>Είσαστε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;</i>	26.7	25.4
<i>Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίςσοβαρό λόγο;</i>	35	24
<i>Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινέςασχολίες;</i>	46.4	19.9
<i>Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;</i>	31.7	16.7

Αρχικά ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Η τιμή του κριτηρίου KMO υπολογίσθηκε 0.643, δηλαδή αρκετά πάνω από την κρίσιμη (>0.5). Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett επαλήθευσε ότι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ήταν επαρκής ($\chi^2=266.852, df=21, p<0.001$).



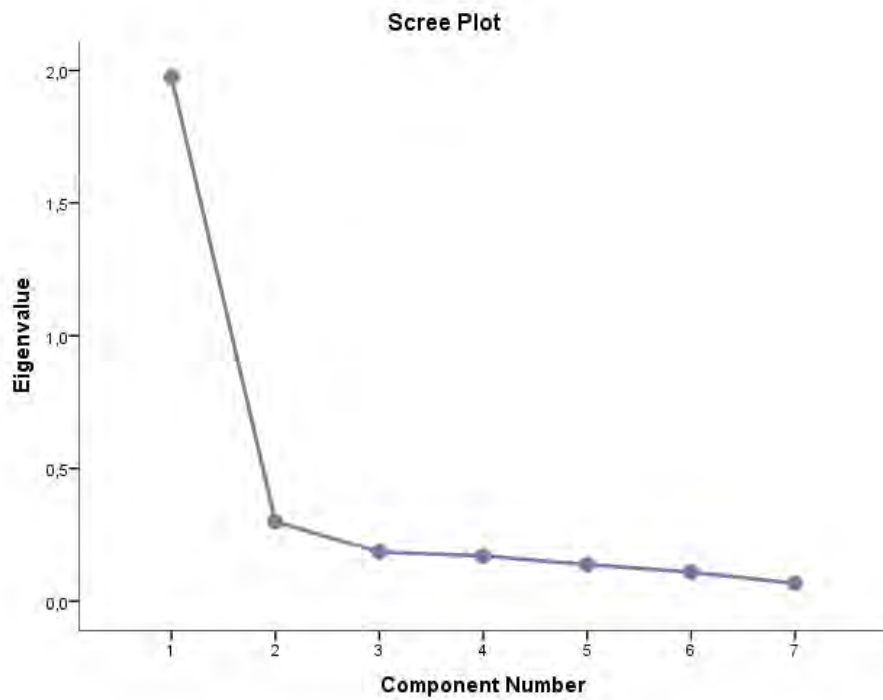
Το μοντέλο του ενός παράγοντα, που διερευνούμε, εξηγεί, με βάση την αρχική λύση το 39.5% της συνολικής διασποράς. Το ποσοστό, αυτό, μειώνεται στο 29.7%, εάν λάβουμε τυποποιημένες μεταβλητές. Βάσει των παραπάνω, δεν μπορούμε να αποδεχθούμε το μοντέλο ενός παράγοντα, για την υποκλίμακα «Άγχος και αϋπνία».

Παραγοντική Ανάλυση της υποκλίμακας «Κοινωνική δυσλειτουργία»

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε τους μέσους όρους και τις, αντίστοιχες, τυπικές αποκλίσεις, των μεταβλητών που εισήχθησαν στην ανάλυση.

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;</i>	54.2	22.1
<i>Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας</i>	66.7	21.2
<i>Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;</i>	50.3	24.1
<i>Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;</i>	53.9	24.1
<i>Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;</i>	46.9	22.2
<i>Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;</i>	42.5	19.3
<i>Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;</i>	51.7	19.7

Αρχικά ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Η τιμή του κριτηρίου ΚΜΟ υπολογίσθηκε 0.887, δηλαδή αρκετά πάνω από την κρίσιμη (>0.5). Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett επαλήθευσε ότι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ήταν επαρκής ($\chi^2=544.763, df=21, p<0.001$).



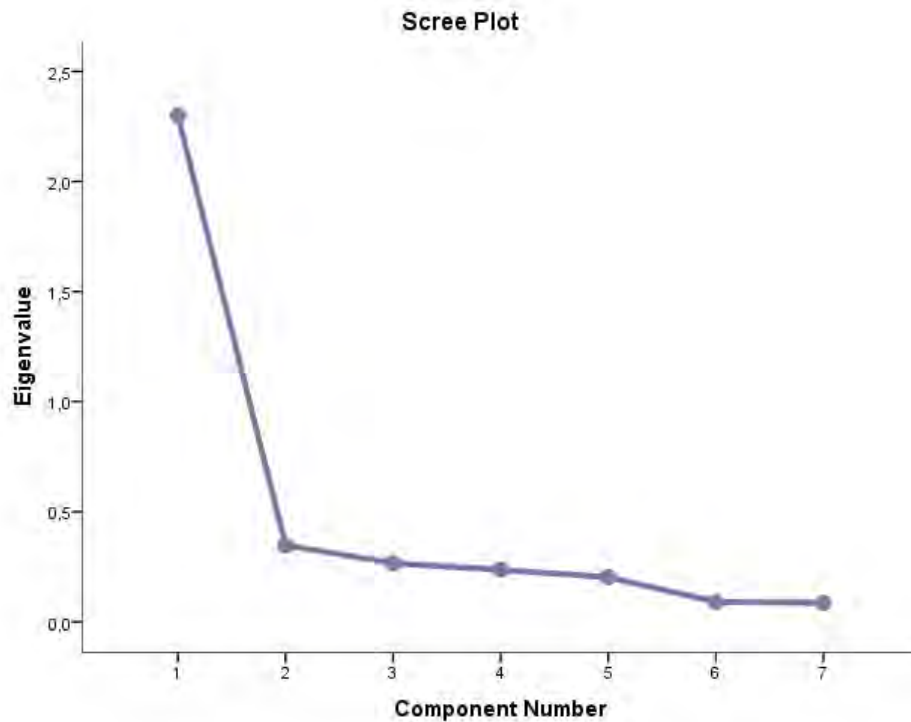
Το μοντέλο του ενός παράγοντα, που διερευνούμε, εξηγεί, με βάση την αρχική λύση το 67.1% της συνολικής διασποράς. Το ποσοστό, αυτό, μειώνεται στο 67.1%, εάν λάβουμε τυποποιημένες μεταβλητές. Βάσει των παραπάνω, μπορούμε να αποδεχθούμε το μοντέλο ενός παράγοντα, για την υποκλίμακα «Κοινωνική δυσλειτουργία».

Παραγοντική Ανάλυση της υποκλίμακας «Καταθλιπτικό συναίσθημα»

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε τους μέσους όρους και τις, αντίστοιχες, τυπικές αποκλίσεις, των μεταβλητών που εισήχθησαν στην ανάλυση.

	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>
<i>Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;</i>	15.8	25.9
<i>Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;</i>	22.5	27.4
<i>Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;</i>	18.1	25.5
<i>Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;</i>	8.9	19.2
<i>Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;</i>	27.5	17.6
<i>Πιάνατε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;</i>	25.3	29.3
<i>Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;</i>	7.8	17.7

Αρχικά ελέγχθηκε η καταλληλότητα των δεδομένων για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Η τιμή του κριτηρίου KMO υπολογίσθηκε 0.868, δηλαδή αρκετά πάνω από την κρίσιμη (>0.5). Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett επαλήθευσε ότι η συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων ήταν επαρκής ($\chi^2=473.508, df=21, p<0.001$).



Το μοντέλο του ενός παράγοντα, που διερευνούμε, εξηγεί, με βάση την αρχική λύση το 65.2% της συνολικής διασποράς. Το ποσοστό, αυτό, μειώνεται στο 65.2%, εάν λάβουμε τυποποιημένες μεταβλητές. Βάσει των παραπάνω, μπορούμε να αποδεχθούμε το μοντέλο ενός παράγοντα, για την υποκλίμακα «Καταθλιπτικό συναίσθημα».

Συσχετίσεις

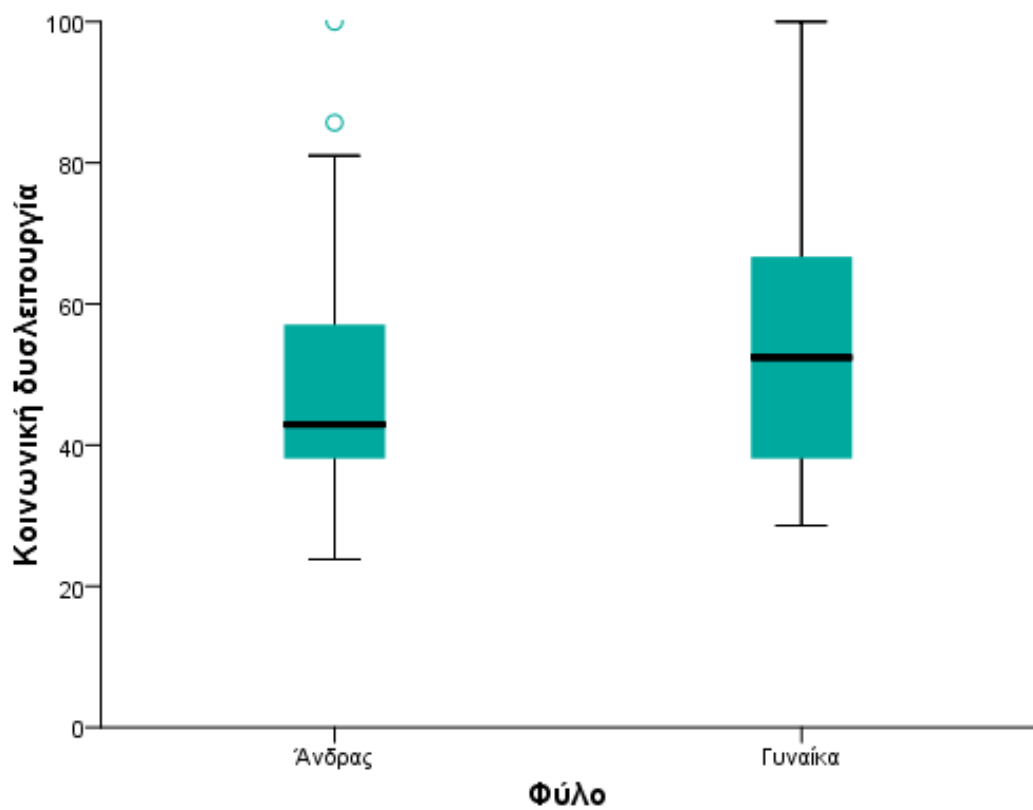
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι δύο συνεχείς μεταβλητές, που αναφέρονται στους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες της μελέτης, δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Επίσης, η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «NormalQ-Qplot», «DetrendedNormalQ-Qplot», και «BoxPlot», των δύο αυτών μεταβλητών, έδειξε ότι δεν μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας των υπό μελέτη κατανομών τους. Τέλος, δεν κατέστη εφικτή η αντιμετώπιση της παραβίασης της Κανονικότητας μέσω κάποιας συνάρτησης μετασχηματισμού.

Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, ανάμεσα στο ερωτηματολόγιο (συνολικά και ως υποκλίμακές του), και στις μεταβλητές που αναφέρονται στους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες της μελέτης, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης «Spearman ρ».

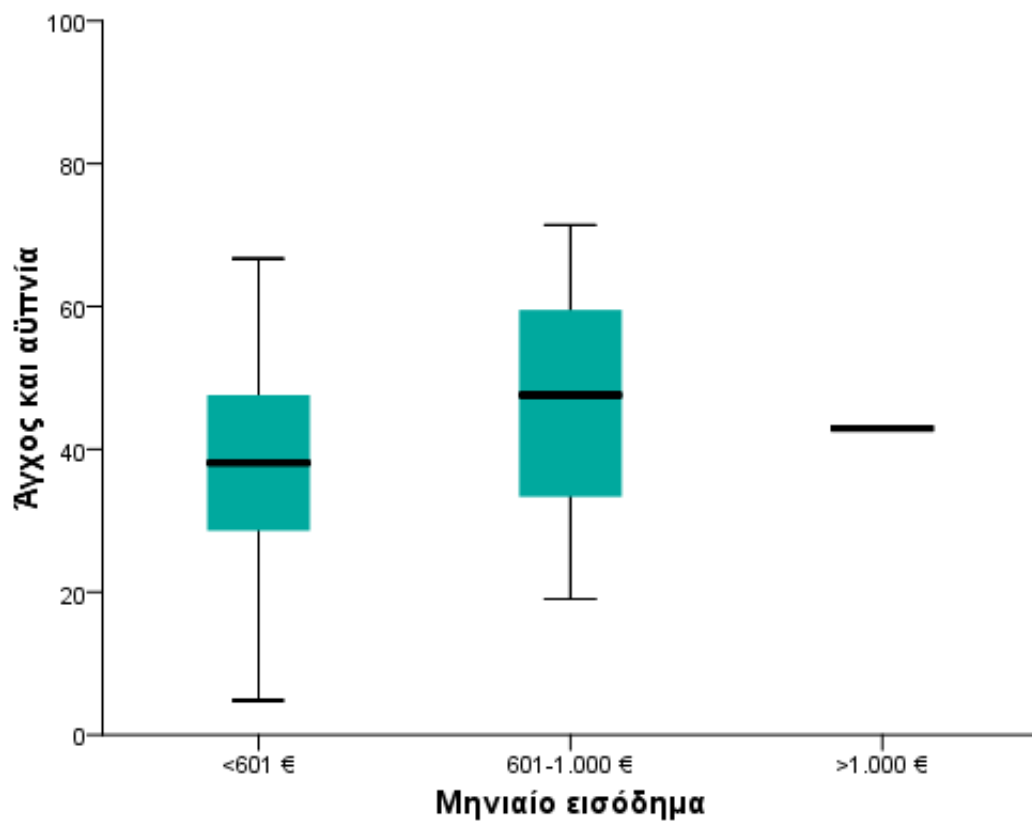
Shapiro-Wilk test of normality			
	Statistic	df	Sig.
Ηλικία	.976	120	.028
Αριθμός παιδιών	.875	120	.000

Οι, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (ρ Spearman, $p < 0.05$), του ερωτηματολογίου συνολικά, και των επιμέρους υποκλιμάκων του, με τους υπό μελέτη κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, είναι οι εξής:

«Κοινωνική δυσλειτουργία» με «Φύλο» (ρ Spearman = 0.201, $p=0.027$). Παρατηρείτε ότι ο βαθμός της υποκλίμακας «Κοινωνική δυσλειτουργία» είναι υψηλότερος στις γυναίκες



«Άγχος και αϋπνία» με «Μηνιαίο εισόδημα» (ρ Spearman = 0.183, $p=0.045$). Παρατηρείτε ότι ο βαθμός της υποκλίμακας «Άγχος και αϋπνία» αυξάνει όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα



Στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει με

- Εκτός από την υποκλίμακα «Κοινωνική δυσλειτουργία», σε όλες τις υπόλοιπες υποκλίμακες -και σε ολόκληρο το ερωτηματολόγιο- παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. Πιο συγκεκριμένα, στις γυναίκες οι απαντήσεις είχαν αρνητικότερη κλιμάκωση σε σχέση με τις αντίστοιχες απαντήσεις των ανδρών.
- Και στις τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου έχουμε καλή, έως και ιδιαίτερα καλή, ανάλυση αξιοπιστίας.
- Δεν μπορούμε να αποδεχθούμε το μοντέλο ενός παράγοντα, για τις υποκλίμακες «Σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης» και «Άγχος και αϋπνία». Μπορούμε να αποδεχθούμε το μοντέλο ενός παράγοντα, για τις υποκλίμακες «Κοινωνική δυσλειτουργία» και «Καταθλιπτικό συναίσθημα». Προκειμένου να γίνει αποδοχή ή μη ενός μοντέλου, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το μέγεθος του δείγματος. Ένα δείγμα μεγέθους 100 θεωρείται φτωχό για Διερευνητική Παραγοντική Ανάλυση και για ένα, δείγμα, αρκούντως καλό και αξιόπιστο χρειάζονται τουλάχιστον 300 δειγματοληπτικές μονάδες.
- Ο βαθμός της υποκλίμακας «Κοινωνική δυσλειτουργία» είναι υψηλότερος στις γυναίκες.
- Ο βαθμός της υποκλίμακας «Άγχος και αϋπνία» αυξάνει όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στην παρούσα διπλωματική διατριβή διερευνήσαμε την σωματική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της ευρύτερης περιοχής των Τρικάλων και συγκεκριμένα στον δήμο Πύλης. Στην έρευνα συμμετείχαν 120 άτομα ηλικίας από 65 έως 93 ετών, εκ των οποίων η πλειοψηφία του δείγματος μας ήταν γυναίκες με ποσοστό 65.8%, διαμένοντας με τον την σύζυγο ή τα παιδιά τους, έχοντας παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του δημοτικού σχολείου, ασκώντας το επάγγελμα του αγρότη και μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των 600 €. Σχετικά με τα ψυχικά προβλήματα που εμφανίζουν για το δείγμα μελέτης διαπιστώθηκε ότι το 40.6% εμφανίζει προβλήματα Κατάθλιψης, 40.0% παρουσιάζει προβλήματα Άγχους και αϋπνίας, 52.4% εμφανίζει ζητήματα Κοινωνικής Δυσλειτουργικότητας, και 18.0% εμφανίζει καταθλιπτικό συναίσθημα.

Διαπιστώθηκαν ότι οι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες συσχετίζονται με την εμφάνιση ή μη ψυχικής διαταραχής. Συγκεκριμένα, το φύλο φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την Κλίμακα GHQ-28 και τις επιμέρους Κλίμακες της δείχνοντας την αυξημένη παρουσία ψυχικής διαταραχής σε υπερήλικες γυναίκες. Το εισόδημα επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικού προβλήματος κυρίως άγχος και αϋπνίας καθώς συσχετίζεται αρνητικά με την Κλίμακα GHQ-28 και άρα οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερο εισόδημα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή.

Η μελέτη της βιβλιογραφίας έδειξε ότι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν κατά κύριο λόγο με τα αποτελέσματα της μελέτης των van der Wolf (2017) από τα οποία διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ήταν το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, και ο τόπος κατοικίας. Επίσης παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην μελέτη του Cankovic et al., (2016) που διαπιστώθηκε ότι υπήρχε καλύτερη ποιότητα ζωής στα άτομα που ζούσαν με την οικογένειά τους σε σχέση με τους ηλικιωμένους που ζούσαν μόνοι τους. Ακόμη, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της μελέτης των Ferreira et al., (2010) όπου διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διέμεναν με καλούς γείτονες και είχαν αναπτύξει οικογενειακές σχέσεις, ένιωθαν περισσότερο ασφαλείς ώστε να μπορούν να κινούνται με ασφάλεια στους δρόμους, και με αυτόν τον τρόπο να μπορούν να διατηρούν και την αυτονομία τους, αλλά και να ενισχύουν την φυσική τους κατάσταση (περπάτημα). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να υιοθετούν περισσότερο θετικές στρατηγικές προσαρμογής από ότι οι υπόλοιπες ομάδες.

Συμφωνεί με αυτά τα δεδομένα και το αποτέλεσμα μιας νέας μελέτης μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών που έγινε στην Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία και τη Νότια Αφρική. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τις εμπειρίες τους μέσα από την ευημερία της ψυχικής τους υγείας σε σχέση με την κοινωνική απομόνωση και την μοναξιά. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν την προώθηση και διατήρηση των σχέσεων της κοινότητας Moyle et al., (2010).

Ο ρόλος που διαδραματίζει η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ηλικιωμένου και ο τόπος κατοικίας έχουν διερευνηθεί σε μεγάλο αριθμό ερευνών, όπου διαπιστώθηκε ότι η ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων που διαμένουν στην επαρχία μαζί με την οικογένεια τους, τους συζύγους τα παιδιά και τους φίλους είναι καλύτερη σε σχέση με όσους διαμένουν σε αστικές περιοχές όπου οι σχέσεις των ανθρώπων είναι απρόσωπες Gariéry, G., (2016). Επίσης το ίδιο επιβεβαιώνεται και από έρευνα που έγινε στον Καναδά και στην Βραζιλία από τους Paskulin, και Molzahn (2007) που έδειξε πως σημαντικοί παράγοντες στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ήταν η ικανοποιητική σωματική και ψυχική υγεία, καλή οικονομική κατάσταση, ενεργή συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, πολιτικές και θρησκευτικές εκδηλώσεις. Μια άλλη έρευνα του Barnett τονίζει ότι η εθνικότητα, η φτώχεια, οι πολιτισμικές διαφορές, οι ταξικές και κοινωνικές διαστάσεις επηρεάζουν την συνολική σωματική υγεία της ζωής του ηλικιωμένου και την ψυχική του υγεία Barnett (2003).

Η άνοια και η κατάθλιψη είναι μεταξύ των κυριότερων αιτιών που οδηγούν το άτομο στην απελπισία και πολλές φορές στον θάνατο. Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικών διαταραχών όπως άγχος άνοια ,κατάθλιψη παρουσιάζονται αδιάφοροι, στενοχωρημένοι, απελπισμένοι, απαισιόδοξοι, ανασφαλής με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με τους ερευνητές υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος και αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από δραστηριότητες που στο παρελθόν προξενούσαν ευχαρίστηση με συνέπεια όλα αυτά να οδηγούν σε απώλεια της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας και τις περισσότερες φορές και σε πλήρη ανικανότητα. Για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών σημαντικό ρόλο παίζει η συμμετοχή σε δραστηριότητες. Σε μελέτη που διεξήχθη στη Στοκχόλμη της Σουηδίας στην οποία συμμετείχαν πενήντα εννέα ηλικιωμένοι κοινοτικού πληθυσμού τους έδωσαν ένα πρόγραμμα εκγύμνασης και κατάρτισης της ισορροπίας για τον καθένα ατομικά προσαρμοσμένο, με προοδευτική ειδική κατάρτιση ασκήσεων ισορροπίας που θα έπρεπε να εφαρμόζεται τρεις φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες. Το αποτέλεσμα ήταν να έχουν μειωμένο φόβο πτώσης,

αυξημένη ταχύτητα περπατήματος, μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους με συνέπεια την απόκτηση της ανεξαρτησία τους και διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας συνεπώς και βελτίωση της σωματικής υγείας με αποτέλεσμα την μείωση της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών παθήσεων όπως κατάθλιψη, άνοια και τις αγχώδεις διαταραχές Halvarsson et al., (2011).

Οι ψυχικές ασθένειες στην Τρίτη ηλικία έχουν πολλές φορές κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια όπως έλλειψη ενδιαφερόντων μετά τη σύνταξη, αλλαγή στον τρόπο ζωής, κοινωνική απομόνωση, πένθος από απώλεια αγαπημένων προσώπων με συνέπεια την μοναξιά, όλοι αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με την ηλικία και μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία του ατόμου. Το σημερινό ενδιαφέρον των ερευνητών έχει στραφεί στη καλή ψυχολογία που μπορεί να οδηγήσει στη μέγιστη ψυχική ευημερία ακόμη και σε άτομα με ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Η σωστή και έγκαιρη αναγνώριση και απομάκρυνση των αρνητικών παραγόντων οδηγεί στην εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων Ritchie 2012. Όπως διαπιστώθηκε από τους Lesnoff και Caravaglia, (1980) η καλή ψυχική υγεία επιτυγχάνεται όταν οι ηλικιωμένοι παραμένουν ενεργοί και δραστήριοι γιατί η ατροφία και η οργανική υπολειτουργία, που οφείλεται στην αδράνεια, με την κατάλληλη άσκηση, η οποία οδηγεί σε ενδυνάμωση του σώματος τους ενισχύει έτσι ώστε να μπορούν να συνεχίσουν να αποδίδουν λειτουργικά πάνω από το επίπεδο. Η εξατομικευμένη άσκηση μπορεί να καθυστερήσει ή να αναστρέψει την πρόωρη γήρανση των κυττάρων, αλλά δεν επηρεάζει την φυσιολογική χρονικά κυτταρική γήρανση, καθώς αυτή αξιολογείται με τη μέγιστη διάρκεια ζωής. Επίσης η έρευνα του Barnett διαπιστώνει ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να διατηρήσουν την ψυχική υγεία με την απασχόληση και συμμετοχή σε δραστηριότητες, την επικοινωνία, την εκπαίδευση την ενίσχυση της προσωπικότητας τους, και τον σεβασμό Barnett (2003).

Η επέκταση και η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των πληθυσμών παρατηρήθηκε και από άλλες μελέτες που επισημάνουν την αξία της ψυχικής ευημερίας. Είναι σημαντικό να προωθηθεί η ψυχική υγεία και ο υγιεινός τρόπος ζωής με τον εντοπισμό των σχετικών παραγόντων κινδύνου μεταξύ των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με την μελέτη του Brookmeyer το 1997, ο επιπολασμός της νόσου του Alzheimer στις ΗΠΑ ήταν 2,32 εκατομμύρια, η πλειοψηφία των ατόμων αυτών ήταν γυναίκες με ποσοστό 68%. Οπότε τα επόμενα 50 χρόνια, περίπου 1 στους 45 Αμερικανούς θα πάσχει από τη νόσο. Εάν εφαρμόζονταν οι

παρεμβάσεις πρόληψης θα μπορούσαν να καθυστερήσουν την εμφάνιση της νόσου κατά δύο έτη, έτσι μετά από 50 χρόνια θα υπήρχαν περίπου 2 εκατομμύρια λιγότερες περιπτώσεις από ότι προβλεπόταν Brookmeyer, (1998).

Οι επαγγελματίες υγείας με την ενθάρρυνση των ηλικιωμένων οι οποίοι δύσκολα δέχονται ότι αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα όπως κατάθλιψη, μπορούν να συμμετέχουν στην προσπάθεια επέκτασης της χρήσης των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ηλικιωμένων ατόμων. Σε έρευνα του Geitona σχετικά με το πώς γίνεται η χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έδειξε ότι εξαρτάται κυρίως από την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων και όχι τόσο από το εισόδημα. Πιστεύεται ότι παρόμοιες μελέτες θα πρέπει να διεξάγονται στη χώρα, δεδομένου ότι μπορούν να βελτιώσουν τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και να ενισχύσουν τη λήψη αποφάσεων για την κατανομή πόρων για υγειονομική περίθαλψη σύμφωνα με τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων Geitona et al., (2007).

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι η εμφάνιση ψυχικών παθήσεων όταν ο μέσος όρος ηλικίας του πληθυσμού μεγαλώνει, με πιο συχνή την κατάθλιψη και το άγχος σχετίζονται με τη έλλειψη ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού στον τρόπο διάγνωσης κυρίως της κατάθλιψης, με άσχημες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους, αλλά και στο σύστημα υγείας. Στόχος είναι η πρόληψη και αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών στα άτομα τρίτης ηλικίας και η έγκαιρη δημιουργία υποστηρικτικών δομών στην πρωτοβάθμια υγεία.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αρχικά πρέπει να αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας αφορούν τις πληροφορίες στη συγκεκριμένη ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων στον συγκεκριμένο τόπο και χρόνο, που έγινε η παρούσα έρευνα. Δεν μπορούμε να μιλήσουμε για δεδομένα των ηλικιωμένων που αφορούν την προηγούμενη κατάσταση της ζωής τους, με αποτέλεσμα οποιαδήποτε προσπάθεια σύγκρισης ή ανάλυσης των προγενέστερων ψυχικών σωματικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών που παίζουν σημαντικό ρόλο στην δημιουργία τους θα αντιτίθεται σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

Anderson, G. (2010). *Chroniccare: making the case for ongoingcare*. Princeton (NJ): Robert Wood Johnson Foundation.

Ashby-Mitchell, K., Jagger, C., Fouweather, T., & Anstey, K. J. (2015). Life expectancy with and without cognitive impairment in seven Latin American and Caribbean countries. *PloS one*, *10*(3), e0121867.

Alcser, K. H., & Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. (2005). *Health, ageing and retirement in Europe: first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe:[SHARE]*. MEA.

Barnett, A., Smith, B., Lord, S. R., Williams, M., & Baumand, A. (2003). Community-basedgroupexerciseimprovesbalance and reducesfalls in at-risk olderpeople: a randomisedcontrolledtrial. *AgeAgeing*, *32*(4), 407-414.

Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama*, *294*(6), 716-724.

Barton, S., Karner, C., Salih, F., Baldwin, D. S., & Edwards, S. J. (2014). Clinical effectiveness of interventions for treatment-resistant anxiety in older people; a systematic review. *Health Technology Assessment*, *18*(50), 1-60.

Butler, M., Kane, R. L., McAlpine, D., Kathol, R. G., Fu, S. S., Hagedorn, H., & Wilt, T. J. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evidence report/technology assessment*, (173), 1-362. πρωτοβαθμια περιθαλψη ok

Biddle S. Mutrie N. (2001). *Psychology of physical activity: Determinants well-being and interventions*, (pp.33-40). London: Routledge.

Biddle S. Fox K. Boucher S. (2000). *Physical activity and psychological well being*.(pp. 67-72).London: Routledge.

Brubaker, T. H., & Powers, E. A. (1976). The stereotype of “old”—a review and alternative approach. *Journal of Gerontology*, *31*(4), 441-447.

Brookmeyer, R., Gray, S., & Kawas, C. (1998). Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset. *American journal of public health*,*88*(9), 1337-1342.

Čanković, S., Ač-Nikolić, E., Mijatović-Jovanović, V., Kvrđić, S., Harhaji, S., & Radić, I. (2016). Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanitetski pregled*, *73*(1), 42-46.

- Drag, L. L., & Bieliauskas, L. A. (2010). Contemporary review 2009: cognitive aging. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 23(2), 75-93.
- Daulatzai, M. A. (2013). Cognitive Decline and Alzheimer's Disease: A Central Role for Hypoxia-Obstructive Sleep Apnea and Related Stigmata in Elderly. *Frontiers in Clinical Drug Research-Alzheimer Disorders*, 1, 265.
- Detweiler, M. B., Kim, K. Y., & Bass, J. (2004). Percutaneous endoscopic gastrostomy in cognitively impaired older adults: A geropsychiatric perspective. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 19(1), 24-30.
- Ferreira, F. R., César, C. C., Camargos, V. P., Lima-Costa, M. F., & Proietti, F. A. (2010). Aging and urbanization: the neighborhood perception and functional performance of elderly persons in Belo Horizonte Metropolitan Area—Brazil. *Journal of urban health*, 87(1), 54-66.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157.
- Geitona, M., Zavras, D., & Kyriopoulos, J. (2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *The European Journal of General Practice*, 13(3), 144-150.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.
- Grady, C. L., Springer, M. V., Hongwanishkul, D., McIntosh, A. R., & Winocur, G. (2006). Age-related changes in brain activity across the adult lifespan. *Journal of cognitive neuroscience*, 18(2), 227-241.
- Halvarsson, A., Olsson, E., Farén, E., Pettersson, A., & Ståhle, A. (2011). Effects of new, individually adjusted, progressive balance group training for elderly people with fear of falling and tend to fall: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 25(11), 1021-1031.
- Harris, J., & Mayo, P. (2017). Heart failure self-management with the House of Care model. *British Journal of Cardiac Nursing*, 12(2), 70-75.
- Holvast, F., Massoudi, B., Voshaar, R. C. O., & Verhaak, P. F. (2017). Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(9), e0184666.
- Hayflick, L. (1985). Theories of biological aging. *Experimental gerontology*, 20(3-4), 145-159
- Jonsson, U., Bertilsson, G., Allard, P., Gyllensvärd, H., Söderlund, A., Tham, A., & Andersson, G. (2016). Psychological treatment of depression in people aged 65 years and

over: a systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PloS one*,11(8), e0160859.

Jacobs, M. R., Felmingham, D., Appelbaum, P. C., & Grüneberg, R. N. (2003). The Alexander Project 1998–2000: susceptibility of pathogens isolated from community-acquired respiratory tract infection to commonly used antimicrobial agents. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 52(2), 229-246

Kolovos, S., Bosmans, J. E., van Dongen, J. M., van Esveld, B., Magai, D., van Straten, A., ... & Riper, H. (2017). Utility scores for different health states related to depression: individual participant data analysis. *Quality of Life Research*, 26(7), 1649-1658.

Kiosses, D. N., Szanto, K., & Alexopoulos, G. S. (2014). Suicide in older adults: the role of emotions and cognition. *Current psychiatry reports*, 16(11), 495.

Kostis, J. B., Moreyra, A. E., Amendo, M. T., Di Pietro, J., Cosgrove, N., & Kuo, P. T. (1982). The effect of age on heart rate in subjects free of heart disease. Studies by ambulatory electrocardiography and maximal exercise stress test. *Circulation*, 65(1), 141-145.

Lesnoff-Caravaglia, G. (1980). Health care of the elderly: Strategies for prevention and intervention(Vol. 1). Human Sciences Press.

Liebenson, C. (2007). Quality Assurance: The Scope of the Spine Problem and Modern Attempts to Manage It. *Rehabilitation of the Spine: A Practitioner's Manual*, 5

Lin, J. S., O'Connor, E., Rossom, R. C., Perdue, L. A., & Eckstrom, E. (2013). Screening for cognitive impairment in older adults: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 159(9), 601-612.

Misiaszek, B. C. (2008). Geriatric medicine survival handbook. Revised Ed. Hamilton, Ontario: Michael G. DeGroote School of Medicine McMaster University, 26.

Miotto, E. C., Balardin, J. B., Savage, C. R., Martin, M. D. G. M., Batistuzzo, M. C., Amaro Junior, E., & Nitrini, R. (2014). Brain regions supporting verbal memory improvement in healthy older subjects. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 72(9), 663-670.

Minayo, M. C. D. S., & Cavalcante, F. G. (2015). Suicide attempts among the elderly: a review of the literature (2002/2013). *Ciencia & saude coletiva*,20(6), 1751-1762.

Moyle, W., Clarke, C., Gracia, N., Reed, J., Cook, G., Klein, B., ... & Richardson, E. (2010). Older people maintaining mental health well-being through resilience: an appreciative inquiry study in four countries. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2(2), 113-121.

Payette, M. C., Belanger, C., Léveillé, V., & Grenier, S. (2016). Fall-related psychological concerns and anxiety among community-dwelling older adults: systematic review and meta-analysis. *PLoS one*,11(4), e0152848.

Paskulin, L. M. G., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29(1), 10-26.

- Ritchie, L. J. (2012). Mild Cognitive Impairment: Case Definitions, Age, and Other Risk Factors.
- Repousi, N., Masana, M., Sanchez-Niubo, A., Haro, J. M., & Tyrovolas, S. (2018). Depression and metabolic syndrome in the older population: A review of evidence. *Journal of affective disorders*.
- Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Wilson, H. L., & Patterson, P. (2016). Consensus among international ethical guidelines for the provision of videoconferencing-based mental health treatments. *JMIR mental health*, 3(2).
- Steingart, R. M., Packer, M., Hamm, P., Coglianese, M. E., Gersh, B., Geltman, E. M., ... & Lewis, S. J. (1991). Sex differences in the management of coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 226-230.
- Shalaby, M., & Bollard, E. R. (2016). *Quality Patient Care: Making Evidence-Based, High Value Choices, An Issue of Medical Clinics of North America, E-Book* (Vol. 100, No. 5). Elsevier Health Sciences.
- Stein, J. H., Korcarz, C. E., Hurst, R. T., Lonn, E., Kendall, C. B., Mohler, E. R., ... & Post, W. S. (2008). Use of carotid ultrasound to identify subclinical vascular disease and evaluate cardiovascular disease risk: a consensus statement from the American Society of Echocardiography Carotid Intima-Media Thickness Task Force endorsed by the Society for Vascular Medicine. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 21(2), 93-111.
- Sosa-Ortiz, A. L., Acosta-Castillo, I., & Prince, M. J. (2012). Epidemiology of dementias and Alzheimer's disease. *Archives of medical research*, 43(8), 600-608.
- Tielsch, J. M., Sommer, A., Katz, J., Royall, R. M., Quigley, H. A., & Javitt, J. (1991). Racial variations in the prevalence of primary open-angle glaucoma: the Baltimore Eye Survey. *Jama*, 266(3), 369-374.
- Thombs, B. D., Coyne, J. C., Cuijpers, P., De Jonge, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P., ... & Ziegelstein, R. C. (2012). Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 184(4), 413-418.
- Vavuranakis, M., Sigala, F., Vrachatis, D. A., Papaioannou, T. G., Filis, K., Kavantzias, N., ... & Vlasseros, I. (2013). Quantitative analysis of carotid plaque vasa vasorum by CEUS and correlation with histology after endarterectomy. *Vasa*, 42(3), 184-195.
- van der Wolf, E., van Hooren, S. A., Waterink, W., & Lechner, L. (2017). Well-being in elderly long-term care residents with chronic mental disorder: a systematic review. *Aging & mental health*, 1-10.
- Wilson, K., Mottram, P. G., & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *The Cochrane Library*.
- Wilkinson, P., & Izmeth, Z. (2012). Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database Syst Rev*, 11.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., ... & Johnson, M. R. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(16), e147-e239.

Zhou, X., Keitner, G. I., Qin, B., Ravindran, A. V., Bauer, M., Del Giovane, C., ... & Xie, P. (2015). Atypical antipsychotic augmentation for treatment-resistant depression: a systematic review and network meta-analysis. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 18(11), pyv060.

Zimmerman, M., Walsh, E., Friedman, M., Boerescu, D. A., & Attiullah, N. (2017). Identifying Remission From Depression on 3 Self-Report Scales. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(2), 177-183.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια της Διπλωματικής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών <<ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ >> του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας στο Τμήμα Ιατρικής και διερευνά το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής υγείας ηλικιωμένων που ζουν στα Τρίκαλα. Παρακαλώ να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το οποίο είναι ανώνυμο. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν αφού γίνει στατιστική ανάλυση και επεξεργασία, η παρουσίαση θα γίνει με με τέτοιο τρόπο και μορφή ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα ταυτοποίησης και αναγνώρισης των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Σας ευχαριστώ για την βοήθεια σας.

Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΥΤΗ

ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποιους εννοήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Αν έχετε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματά σας και όχι αυτά που έχετε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:					
A1	Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A2	Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3	Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4	Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5	Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6	Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7	Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1	Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2	Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3	Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4	Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5	Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6	Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7	Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

	ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:				
C1	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C2	Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C3	Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4	Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5	Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
C6	Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C7	Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D1	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D2	Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D3	Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D4	Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D5	Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D6	Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να	Καθόλου	Όχι περισσότερο	Μάλλον περισσότερο απ'	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

	εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;		απ' ότι συνήθως	ότι συνήθως	
D7	Βρίσκες πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../201.....

1 ΗΛΙΚΙΑ:	2 ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ
<ul style="list-style-type: none"> ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΑΜΟΣ/Η ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ΧΗΡΟΣ/Α 	4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ 1 2 3 <ul style="list-style-type: none"> Πάνω από 4
<ul style="list-style-type: none"> ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (δημοτικό/γυμνάσιο) ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (Εξατάξιο γυμνάσιο/Λύκειο) ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΤΕΙ και Πανεπιστήμιο) ΕΧΩ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ 	6 ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΠΟΛΗ ΚΟΜΩΠΟΛΗ ΧΩΡΙΟ