



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης των
ηλικιωμένων μέσα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης»*

Κουτσιμπού Παναγιώτα

Κοινωνική Λειτουργός

Τριμελής

1. Δρ. Ρούπα Ζωή, Καθηγήτρια

Συμβουλευτική

Πανεπιστημίου Λευκωσίας

Επιτροπή :

Επιβλέπουσα

2. Δρ. Παπαϊωάννου Άγγελος

Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

3. Δρ. Τσάρας Κωνσταντίνος

Καθηγητής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2014

© 2014

Παναγιώτα Ευσταθίου Κουτσιμπού

ALL RIGHTS RESERVED



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



*“The investigation of anxiety and depression
of the elderly in the context of economic crisis”*

Πίνακας Περιεχομένων

Πίνακας Περιεχομένων	4
Περίληψη.....	7
Abstract	8
Εισαγωγή.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1^ο. Εννοιολογική Προσέγγιση	12
1.1. Ορισμός του γήρατος.....	12
1.2. Η έννοια του άγχους και της αγχώδης διαταραχής.....	12
1.3. Η έννοια της κατάθλιψης.....	15
1.4. Σχέση άγχους και κατάθλιψης.....	17
Κεφάλαιο 2^ο. Κατάθλιψη, άγχος και τρόποι παρέμβασης – διαχείρισης στους ηλικιωμένους.....	19
2.1. Άγχος και ηλικιωμένοι.....	19
2.2. Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι	21
2.3. Συμπτώματα κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.....	23
2.4. Πιθανοί παράγοντες αύξησης του κινδύνου κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία	24
2.5. Θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους	25
2.6. Πρόληψη της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία	26
2.7. Συσχέτιση άγχους-κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία και εργαλεία - κλίμακες	27
Κεφάλαιο 3^ο . Χρηματοπιστωτική κρίση και ηλικιωμένοι.....	29
3.1. Τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	29
3.2. Η οικονομική κρίση και η επίδρασή της στο άγχος και την κατάθλιψη των ηλικιωμένων	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Σκοπός.....	33
Υλικό και Μέθοδος	33
Στατιστική Ανάλυση	35

Αποτελέσματα	37
Συζήτηση	81
Προτάσεις για πρακτική εφαρμογή.....	88
Βιβλιογραφικές αναφορές	91
Παράρτημα	99
Ερωτηματολόγιο μελέτης.....	99

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Νοιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της Διπλωματικής μου Εργασίας Δρ. Ζωή Ρούπα για τη συνεπή, συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη που μου προσέφερε σε όλα τα στάδια της εργασίας μου. Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω τους συνεπιβλέποντες Καθηγητές μου, Δρ. Α. Παπαϊωάννου και Δρ. Κ. Τσάρα για την προθυμία τους να μου παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια.

Θα ήθελα επίσης μέσα από την καρδιά μου να ευχαριστήσω τα μέλη των ΚΑΠΗ του Νομού Μαγνησίας, που με μεγάλη χαρά και συνέπεια δέχτηκαν να πάρουν μέρος στη μελέτη μου καθώς και το προσωπικό για τη θετική διάθεση, τη βοήθεια και τις διευκολύνσεις που μου προσέφεραν.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους Καθηγητές μου και στα δύο έτη των Μεταπτυχιακών μου σπουδών, καθώς και την κα Τζερεμέ για την άψογη γραμματειακή υποστήριξη που πρόσφερε σε όλους τους φοιτητές.

Την εργασία μου θα ήθελα να την αφιερώσω στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα στα δύο μου ανίψια Όλγα και Μηνά.

Περίληψη

Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν πως το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί και ο γενικός πληθυσμός γερνά. Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν δύο από τα βασικά προβλήματα των ηλικιωμένων, ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης όπως αυτή που διανύουμε. Η Τρίτη ηλικία πρέπει να αντιμετωπίζεται με ευαισθησία και προσφορά πολύ περισσότερο σήμερα που παγκόσμια οι κοινωνίες βάζονται από δυσβάσταχτα μέτρα για τους πολίτες τους.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη των ηλικιωμένων έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 160 άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου, με τη μέθοδο της συνέντευξης και με σεβασμό στα προσωπικά δεδομένα. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20 και εφαρμόστηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Για τη διερεύνηση της οικονομικής δυνατότητας σε βασικούς τομείς διαβίωσης των ηλικιωμένων, Πριν και Μετά την οικονομική κρίση, κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο 12 μεταβλητών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο του 2013 έως τον Μάρτιο του 2014.

Αποτελέσματα: Από τα 160 άτομα του δείγματος οι 79 ήταν άντρες και οι 81 γυναίκες ενώ το 50% άνηκε στην ηλικιακή ομάδα 71 – 80. Ως προς την κλίμακα άγχους (SAS-Zung) η μέση συνολική βαθμολογία είναι 37,69 ενώ ως προς την κατάθλιψη (ZDRS) είναι 43,54. Το ποσοστό του άγχους στο δείγμα μας ανέρχεται στο 12,7%, ενώ το ποσοστό που παρουσίασε κάποιου είδους κατάθλιψης στο 27,8%. Και στις δύο κατηγορίες υπάρχει σαφή προβάδισμα του γυναικείου φύλου. Η οικονομική κρίση έχει μειώσει τη δυνατότητα κάλυψης των αναγκών (φάρμακα, supermarket, αποταμίευση κ.α.) σχεδόν στο μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων ενώ υπάρχει σαφής συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την οικονομική δυνατότητα.

Συμπεράσματα: Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων αντιμετωπίζει προβλήματα άγχους και κατάθλιψης. Ο ρόλος της οικογένειας και της κοινωνικής συναναστροφής αποδεικνύεται βασικός. Η οικονομική κρίση έπληξε τις ασθενέστερες οικονομικά ομάδες των ηλικιωμένων. Ο ρόλος του Κράτους και των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικοί, λαμβάνοντας υπόψη και τη γήρανση του πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά : Τρίτη ηλικία, κατάθλιψη, άγχος, οικονομική κρίση

Abstract

Demographic data show that life expectancy increases and that the general population ages. Anxiety and depression are two problems of the elderly, especially in times of economic crisis like the current one. The third age should be treated with sensitivity and should be offered much more now that global societies are challenged by unaffordable financial limitations of their citizens.

The purpose of this study was to research whether anxiety and depression of the elderly has been affected by the economic crisis.

Material and Methods: The sample consisted of 160 individuals aged 60 years and older. Data collection was accomplished through the administration of an anonymous questionnaire and interview, meticulously excluding all identification. Data were analyzed using the statistical package SPSS 20 and the application of descriptive and inductive statistical analysis. In order to research the affordability of the elderly in key areas of life before and after the financial crisis, a questionnaire consisting of 12 variables was constructed. The survey was conducted from October 2013 to March 2014.

Results: In a sample of 160 people, 79 were men and 81 were women, while 50% of the participants belong in the age group 71-80. As to the anxiety scale (SAS-Zung) the average overall score is 37.69, while on the depression (ZDRS) is 43.54. The rate of anxiety in our sample was 12.7% while the percentage experiencing some kind of depression was 27.8%. In both categories there was a clear predominance of the female sex. The economic crisis has reduced the ability of the majority to meet the needs (medications, supermarket, savings, etc.) almost of the majority of the respondents, while there was a clear correlation between anxiety and depression and the affordability.

Conclusions: A large number of the elderly suffer from anxiety and depression. The role of family and social gatherings proved of key importance. The economic crisis has influenced more the lower income group of the elderly. The role of the State and the Primary Health Care services are of particular importance taking into account the aging of the population.

Keywords: elderly, depression, anxiety, economic crisis

Εισαγωγή

Η ανθρωπότητα έχει χτυπηθεί πολλές φορές από οικονομική κρίση. Η προσωπική, η κοινωνική και η συστηματική νοσηρότητα αποτελούν τους τομείς ψυχικής υγείας που θίγονται κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων. Σε επίπεδο προσωπικής νοσηρότητας η επιβάρυνση αφορά στην κατάθλιψη, τις αυτοκτονίες κ.α. και γενικά την κακή ψυχική υγεία ειδικά σε ευάλωτες κοινωνικά ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι και οι άνεργοι.¹

Οι πλέον πρόσφατοι ορισμοί αναφέρουν ότι το άγχος είναι η ψυχική και σωματική ανταπόκριση και προσαρμογή του ανθρώπινου οργανισμού σε πραγματικές ή αντιληπτές αλλαγές και προκλήσεις της ζωής του. Ως στρεσογόνος παράγοντας νοείται οποιοδήποτε πραγματικό ή αντιληπτό (φυσικό, κοινωνικό, ή ψυχολογικό κλπ) γεγονός ή ερέθισμα που προκαλεί το σώμα μας να αντιδράσει. Το άγχος μπορεί να σχετίζεται με τις περισσότερες καθημερινές δραστηριότητες ενός ατόμου και να πηγάζει από ποικίλους παράγοντες συμπεριλαμβανομένων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, βιολογικών παραγόντων και εμπειριών του παρελθόντος ή του παρόντος ενός ατόμου και γενικά τομείς της ζωής που δεν είναι απαραίτητα δυσάρεστοι και αρνητικοί αλλά που απαιτούν προσαρμογή και έχουν μέσα το στοιχείο του υποκειμενισμού (π.χ. μια προαγωγή στη δουλειά, πράγματα που έχουν συμβεί, οι συνέπειές τους, και ο τρόπος αντιμετώπισής τους).²

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης, της σκέψης και του σώματος που χαρακτηρίζεται από διαφορετικούς βαθμούς θλίψης, απογοήτευσης, μοναξιάς, απελπισίας, αυτοαμφιβολίας και ενοχής. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν την τάση κάποια στιγμή στη ζωή τους να αισθάνονται κατάθλιψη. Το λιγότερο έντονο είδος κατάθλιψης, η «μελαγχολία», είναι συνήθως σύντομη σε διάρκεια και έχει ελάχιστη ή μικρή επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες. Τα συμπτώματα της «ήπιας» κατάθλιψης είναι πιο έντονα και διαρκούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για τα άτομα που πάσχουν από ήπια κατάθλιψη οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πιο δύσκολες, αλλά το άτομο είναι ακόμα σε θέση να τις φέρει εις πέρας. Σε «σοβαρής μορφής» κατάθλιψη μπορεί να υπάρχουν ακραίες διακυμάνσεις στη διάθεση ή ακόμη και πλήρη «απόσυρση» από την καθημερινή ρουτίνα ή / και τον έξω κόσμο. Τα συναισθήματα της απελπισίας μπορεί να γίνουν τόσο έντονα που η σκέψη της αυτοκτονίας μπορεί να φαίνεται ως η μόνη «βιώσιμη» επιλογή. Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που πρέπει να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Δίχως την κατάλληλη θεραπεία η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει μήνες ή ακόμη και χρόνια.³

Σύμφωνα με την έρευνα της Στυλιανοπούλου και συν., (2010), η κατάθλιψη είναι η συνηθέστερη μορφή ψυχικής διαταραχής των ηλικιωμένων, που επιδρά καταλυτικά στην

ποιότητα της ζωής τους προκαλώντας αύξηση των δαπανών και του συνόλου των υπηρεσιών υγείας. Ο στατιστικός έλεγχος και η εμπεριστατωμένη έρευνά τους έδειξαν, αφενός ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη (ποσοστό 70,6%) από τους άνδρες και αφετέρου ότι τα άτομα που είναι απομονωμένα ή ζουν μόνα τους εμφανίζουν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης. Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν πως, ο πληθυσμός της τρίτης ηλικίας εμφανίζει πολύ συχνά και σε μεγάλο βαθμό καταθλιπτικά συμπτώματα γι' αυτό και είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα «ψυχοκοινωνικό - υποστηρικτικό» πλαίσιο που θα αποβλέπει στην μείωση των ποσοστών κατάθλιψης των ηλικιωμένων, μέσω της πρόληψής της, και στη βελτίωση της υγείας τους καθώς και στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης.⁴

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι ένα διαδεδομένο πρόβλημα και δεν αποτελεί παράμετρο της γήρανσης του ατόμου αλλά αποτελεί νόσο συχνή και με πολλές υποτροπές. Πολλοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Συχνά οι άνθρωποι περιγράφουν ένα συγκεκριμένο γεγονός που πυροδότησε την κατάθλιψή τους, όπως ο θάνατος ενός συντρόφου ή αγαπημένου προσώπου, ή η απώλεια μιας θέσης εργασίας εξαιτίας απόλυσης ή συνταξιοδότησης. Αυτό που φαίνεται σε μια μικρή περίοδο θλίψης όμως, εξαιτίας ενός ατυχούς γεγονότος, μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη και έντονη κατάθλιψη, η οποία απαιτεί ιατρική φροντίδα. Συχνά συνυπάρχει με αγχώδεις διαταραχές, χρήση ουσιών και αλκοόλ.⁵

Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης μπορεί να είναι ιδιαίτερα οξύς για τους ηλικιωμένους και ιδίως για εκείνους που είναι φυσικά και οικονομικά ευάλωτοι ή ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Οι προηγούμενες περίοδοι οικονομικής ύφεσης έχουν δημιουργήσει σημαντικές αρνητικές συνέπειες για τη Δημόσια Υγεία στην κοινωνία και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, όπως η επιδείνωση των δικτύων ασφαλείας της κοινωνικής προστασίας, η διάβρωση των συνταξιοδοτικών ταμείων καθώς και οι μειώσεις/πериκοπές στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών δαπανών, οι οποίες με τη σειρά τους δημιουργούν τις συνθήκες για την «κακή υγεία». Στις αρνητικές επιπτώσεις της περιλαμβάνονται η εμφάνιση και αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης αλκοόλ, ναρκωτικών και άλλων ουσιών καθώς και η παραμέληση της συνολικής εικόνας και υγείας του ατόμου που πάσχει.⁶

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει περίπου έναν στους επτά ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο. Μία από τις πιο κοινές αιτίες εμφάνισής της στους ηλικιωμένους είναι οι χρόνιες ή οι σοβαρές ασθένειες. Η κατάθλιψη που εμφανίζεται στο τέλος της ζωής, μπορεί, πολλές φορές, να αποτελεί υποτροπή μιας προγενέστερης κατάθλιψης. Όταν όμως αυτό συμβαίνει για πρώτη φορά, σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, αρκετά συχνά συνυπάρχει και κάποια άλλη ιατρική ασθένεια. Όταν

κάποιος είναι ήδη άρρωστος, η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά δύσκολο να αναγνωριστεί και ακόμη δυσκολότερο να θεραπευτεί. Βασικό και πρωταρχικό ρόλο λοιπόν παίζει η έγκαιρη διάγνωση.⁴

Σύμφωνα με την έρευνα του Αργυρόπουλου και συν., (2012), η κατάθλιψη διαδραματίζει μείζονα ρόλο στην ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Κατόπιν διεξαγωγής διαχρονικής μελέτης τα αποτελέσματα έδειξαν πως η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα σε ανθρώπους που υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες από εκείνους που δεν υποφέρουν από κάποιο παθολογικό αίτιο και πως η κατάθλιψη στα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζεται ως «υποδιαγνωσμένη νόσος».⁷

Το θέμα της εργασίας αυτής κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντικό καθώς αποτελεί μια προσπάθεια εξέτασης και διερεύνησης των αποτελεσμάτων που έχει η οικονομική κρίση στη ζωή των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Κύριος σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει αν η οικονομική κρίση συνδέεται με το άγχος, την κατάθλιψη και την ανασφάλεια που ενδεχομένως αισθάνονται οι ηλικιωμένοι. Τα φαινόμενα του άγχους και της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία έχουν κατά καιρούς απασχολήσει την επιστημονική και ερευνητική κοινότητα, ωστόσο κρίνεται ενδιαφέρον να μελετηθούν υπό το πρίσμα της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Ο κεντρικός ερευνητικός σκοπός της μελέτης είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης των ηλικιωμένων και της οικονομικής κρίσης καθώς και ποιοι τομείς διαβίωσης έχουν πληγεί από αυτή.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο: Εννοιολογική προσέγγιση

1.1. Ορισμός του γήρατος

Είναι πραγματικά δύσκολο να μπει ένας σαφής ορισμός στα «γηρατειά». Το γήρας είναι μια περίπλοκη διεργασία καταρχήν βιολογική, αλλά ταυτόχρονα κοινωνική, ψυχολογική και συναισθηματική. Η έναρξη και η εξέλιξη του δεν είναι όμοια σε όλα τα άτομα.⁸ Θεωρήθηκε βασικός ο προσδιορισμός του γήρατος κυρίως για συνταξιοδοτικούς λόγους, κάτι που όμως δε λαμβάνει υπόψη την ψυχοσωματική κατάσταση του ατόμου, αλλά στηρίζεται σε πολιτικοοικονομικές επιλογές.⁹ Το 1982, στη Βιέννη, διεξήχθη η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» κατόπιν αποφάσεως της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. Η Συνέλευση έθεσε τα 60 έτη ως όριο, πάνω από το οποίο τα άτομα ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Βέβαια στις μέρες μας υπάρχουν και πολλοί ερευνητές που εκλαμβάνουν ως όριο αρχής της τρίτης ηλικίας τα 65 έτη (ηλικία συνταξιοδότησης), όριο άνω του οποίου ο ασθενής λογίζεται ως «γηριατρικός».¹⁰

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το γήρας ορίζεται ως «Μια φυσιολογική διαδικασία, που αρχίζει τη στιγμή της σύλληψης και που επιφέρει χαρακτηριστικές μεταβολές του είδους σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Στα τελευταία χρόνια της ζωής, αυτές οι μεταβολές προκαλούν μια μείωση της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον. Οι διάφορες λειτουργίες δε μεταβάλλονται ομοιόμορφα στο ίδιο άτομο και μια λειτουργία μπορεί να εξασθενίσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα».

Η ιατρική εξέλιξη σε συνάρτηση με την οικονομική και κοινωνική πρόοδο έχουν οδηγήσει στην αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, στη λεγόμενη «δημογραφική γήρανση». Ταυτόχρονα η μείωση των γεννήσεων έχει επιτείνει το πρόβλημα. Σύμφωνα με τη Eurostat το 2050, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων στη χώρα μας, θα ανέρχεται στο 32%.¹¹ Σύμφωνα με τους Κιόχο και Μαυρίδογλου, (2001), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού καθώς και η μείωση των γεννήσεων, οδηγούν με βεβαιότητα σε «αφανισμό» εάν δεν παρθούν μέτρα για την υπογεννητικότητα, την εγκατάλειψη της υπαίθρου, τη γήρανση του πληθυσμού κ.α.¹²

1.2. Η έννοια του άγχους και της αγχώδους διαταραχής

Η αγχώδης διαταραχή είναι κάτι περισσότερο από ένα αίσθημα ανησυχίας. Το αίσθημα ανησυχίας είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε μια κατάσταση όπου το άτομο

αισθάνεται πίεση. Ωστόσο, για κάποιους ανθρώπους, αυτά τα συναισθήματα άγχους συνεχίζουν να υφίστανται ακόμα και όταν το αγχωτικό γεγονός έχει περάσει. Για ένα άτομο που βιώνει μια αγχώδη διαταραχή, τα συναισθήματα άγχους δεν μπορούν να τεθούν υπό έλεγχο εύκολα. Μια αγχώδης διαταραχή μπορεί να είναι μια σοβαρή κατάσταση που καθιστά δύσκολο για το άτομο να αντιμετωπίσει την καθημερινή ζωή του.¹³

Σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο, (2009), το άγχος είναι μια εμπειρία «προστατευτική» ή «αμυντική», που έχει παγκόσμιο χαρακτήρα. Η εμπειρία αυτή εμφανίζεται στο άτομο υπό τη μορφή «απροσδιόριστου κινδύνου», την οποία το άτομο βιώνει εσωτερικά ως «δυσάρεστη κατάσταση».¹⁴

Διαφορετικά γεγονότα είναι αγχωτικά για κάθε άνθρωπο, κυρίως γιατί τόσο η έννοια της εκδήλωσης του άγχους, όσο και οι πόροι για να το αντιμετωπίσουν διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Στην έννοια του άγχους έχει δοθεί ως επί το πλείστον αρνητική σημασία. Η αλήθεια όμως είναι ότι το άγχος σε μικρές ποσότητες, και ως ένα βαθμό, είναι πραγματικά επωφελές καθώς παρέχει την κινητήρια δύναμη που ωθεί το άτομο να κάνει ενέργειες για να επιτύχει τους στόχους του. Το άγχος όμως μετατρέπεται σε πρόβλημα και κατά συνέπεια και σε ανασταλτικό παράγοντα όταν το άτομο αισθάνεται να παραλύει και στέκεται συγκλονισμένο μπροστά στις προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει. Δηλαδή, η ένταση και το παρατεταμένο χρονικό διάστημα είναι αυτά που το καθιστούν παθολογικό¹⁴

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο κοινές ψυχικές διαταραχές. Κατά μέσο όρο, το 2,5-5% του γενικού πληθυσμού εμφανίζει κάποια αγχώδη διαταραχή, με συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες, τους διαζευγμένους, τους άνεργους κ.α.¹⁴ Βέβαια κάποιες φορές το άτομο βιώνει το άγχος όχι σαν μία δυσάρεστη εμπειρία αλλά ως μια εμπειρία επαγρύπνησης (π.χ. παρακολούθηση περιπετειώδους ταινίας κ.α.).¹⁵

Τα συμπτώματα του άγχους ή των αγχωδών διαταραχών

Τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών συχνά αναπτύσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Τα συμπτώματα που μπορεί κάποιος να εμφανίσει είναι τα ακόλουθα:

- Ανησυχία ή άγχος τις περισσότερες φορές
- Δυσκολία στο να ηρεμήσει
- Αίσθημα φόβου και απρόσμενα αισθήματα έντονου πανικού / άγχους
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις που προκαλούν άγχος στο ίδιο το άτομο, οι οποίες σε άλλους φαντάζουν ανόητες

- Αποφυγή καταστάσεων ή πραγμάτων που προκαλούν άγχος (π.χ. κοινωνικές εκδηλώσεις ή μέρη με πολυκοσμία)
- Συνεχείς δυσκολίες (π.χ. εφιάλτες / αναδρομές στο παρελθόν) μετά από ένα τραυματικό γεγονός.

Το άγχος μπορεί να επηρεάσει τόσο το ίδιο το άτομο που εμφανίζει τη διαταραχή, όσο και τα μέλη της οικογένειας του και τους φίλους του. Με άλλα λόγια, η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές, χωρίς έγκαιρη παρέμβαση και θεραπεία, μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά συναισθηματικά και οικογενειακά προβλήματα, σε εργασιακά προβλήματα και στη χρήση επικίνδυνων φαρμακευτικών ουσιών, ναρκωτικών και αλκοόλ.^{5,14}

Τι προκαλεί τις αγχώδεις διαταραχές

Όπως και στην περίπτωση της κατάθλιψης, υπάρχει ένας συνδυασμός παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας αγχώδους διαταραχής. Μπορεί λοιπόν να προέρχεται από:

Οικογενειακό ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας: Οι άνθρωποι που βιώνουν αγχώδεις διαταραχές, συχνά έχουν ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας στην οικογένειά τους. Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει αυτόματα ότι ένα πρόσωπο θα αναπτύξει αγχώδη διαταραχή, αν ένας γονιός ή συγγενής έχει ή είχε μια ψυχική ασθένεια.¹⁴

Αγχωτικά γεγονότα της ζωής: Τα αγχωτικά γεγονότα μπορούν επίσης να προκαλέσουν αγχωτικές διαταραχές. Ως αγχωτικά γεγονότα νοούνται:

- Το εργασιακό άγχος
- Η αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης
- Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός
- Αισθηματικά και οικογενειακά προβλήματα
- Ένα ισχυρό συναισθηματικό σοκ μετά από ένα αγχωτικό ή τραυματικό γεγονός
- Η λεκτική, σεξουαλική, σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση
- Ο θάνατος ή η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου.¹⁶

Χρήση ουσιών: Η μακροχρόνια χρήση ουσιών όπως το αλκοόλ, οι αμφεταμίνες, τα ηρεμιστικά και άλλες ουσίες μπορούν να δημιουργήσουν άγχος. Οι άνθρωποι με αγχώδεις διαταραχές, μπορεί να φτάσουν να χρησιμοποιούν ακόμα περισσότερες ουσίες και σε μεγαλύτερες από το επιτρεπτό όριο ποσότητες για να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του άγχους. Αυτό μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματά τους και να τους κάνει να αισθάνονται χειρότερα.¹⁷

Παράγοντες προσωπικότητας: Οι άνθρωποι που συγκεντρώνουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι πιθανότερο να αναπτύξουν αγχώδεις διαταραχές σε σχέση με άλλους. Για παράδειγμα, τα άτομα που είναι τελειομανή, που εκνευρίζονται εύκολα, που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, που είναι συγκεντρωτικά ή θέλουν να ελέγχουν τα πάντα, μερικές φορές αναπτύσσουν αγχώδεις διαταραχές είτε κατά την παιδική τους ηλικία είτε ως ενήλικες.¹⁸

Θεραπεία για τις διαταραχές άγχους

Για τα άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές υπάρχουν πολλοί επαγγελματίες και υπηρεσίες υγείας που μπορούν να βοηθήσουν παρέχοντας πληροφορίες, θεραπεία και υποστήριξη. Επιπλέον τα άτομα μπορούν να ενεργήσουν και από μόνα τους προκειμένου να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Η αποτελεσματική θεραπεία βοηθά τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές να μάθουν πώς να ελέγχουν δύσκολες καταστάσεις και πώς να μην αφήνουν τις αγχώδεις διαταραχές να τους ελέγχουν και να τους ταλαιπωρούν. Το είδος της θεραπείας εξαρτάται από την διαταραχή άγχους που βιώνουν. Τα ήπια συμπτώματα μπορούν να ανακουφιστούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως για παράδειγμα η τακτική σωματική άσκηση. Όταν όμως τα συμπτώματα του άγχους είναι μέτρια έως σοβαρά, τις περισσότερες φορές απαιτείται ψυχολογική ή / και ιατρική θεραπεία.¹⁹

1.3. Η έννοια της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου ή όρεξης και έλλειψη συγκέντρωσης. Επιπλέον, η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα άγχους. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να γίνουν χρόνια ή υποτροπιάζοντα και να οδηγήσουν σε σημαντικές βλάβες της ικανότητας ενός ατόμου να φροντίσει για τις καθημερινές ανάγκες και ευθύνες του. Στη χειρότερη περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Ο γενικός πληθυσμός παρουσιάζει κατάθλιψη σε ποσοστό 8-10%.^{14,20} Άλλες μελέτες κατατάσσουν αυτό το ποσοστό στο 6% με μεγαλύτερη συχνότητα τους άγαμους τους διαζευγμένους και τους ανθρώπους αγροτικών περιοχών.²¹

Σύμφωνα με τον Αγγελόπουλο, (2009), η κατάθλιψη περιλαμβάνει πολλές συναισθηματικές διαταραχές και αποκτά «παθολογικό χαρακτήρα» όταν διαρκεί περισσότερο από το αναμενόμενο λαμβάνοντας όμως υπόψη και το είδος της. Ο ίδιος στο έργο του κατατάσσει τα είδη της κατάθλιψης ως:

- Ενδογενής κατάθλιψη ή ψυχωσική μελαγχολία
- Νευρωσική κατάθλιψη
- Αντιδραστική (ή δευτερογενής) κατάθλιψη
- Κατάθλιψη κατά τη σωματική νόσο ή αναπηρία
- Κατάθλιψη προκαλούμενη από οργανικές διαταραχές
- Κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια και μετασχιζοφρενική κατάθλιψη
- Άτυπη ή συγκαλυμμένη κατάθλιψη
- Λοχειακή κατάθλιψη
- Εποχιακή κατάθλιψη
- Μεικτή κατάθλιψη¹⁴

Σημάδια και συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα σημάδια και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι διαφορετικά από το ένα άτομο στο άλλο, ιδίως σε συνάρτηση με το είδος της κατάθλιψης που αντιμετωπίζει. Γενικά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Συναισθήματα θλίψης, άγχους ή κενού
- Αίσθημα απελπισίας ή / και απαισιοδοξίας
- Αίσθημα ενοχής, ανικανότητας και έλλειψη αυτοεκτίμησης
- Αίσθημα εκνευρισμού ή απογοήτευσης, ακόμη και για ήσσονος σημασίας θέματα
- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες ή χόμπι που παλιότερα το άτομο απολάμβανε
- Αίσθημα κόπωσης και ατονίας
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Δυσκολία ύπνου, ή αίσθημα υπνηλίας
- Υπερκατανάλωση τροφής ή απώλεια της όρεξης
- Επιβράδυνση της σκέψης, της ομιλίας ή των κινήσεων του σώματος
- Σκέψεις αυτοκτονίας, ή ακόμη και αυτοκτονία
- Κλάματα και ξεσπάσματα χωρίς προφανή λόγο
- Άλγη και πόνοι, πονοκέφαλοι, κράμπες ή πεπτικά προβλήματα που δεν υποχωρούν, ακόμη και με τη θεραπεία.²²

Διαχείριση της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα και να αντιμετωπιστεί επαρκώς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Όμως πολύ συχνά υποδιαγνώσκεται, ενώ γίνεται σύγχυση με άλλες παθήσεις ειδικά στους ηλικιωμένους. Τις περισσότερες φορές

η θεραπεία αποτελείται από μεθόδους ψυχοκοινωνικής στήριξης σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ψυχοθεραπεία (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία). Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι μια πολύ αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την μέτρια και σοβαρή μορφή κατάθλιψης, αλλά δεν είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας για τις περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά ένα συμπλήρωμα της φροντίδας που παρέχεται από ειδικούς ιατρικούς επιστήμονες μόνο στις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης.²³⁻²⁵

Η κατάθλιψη είναι η περισσότερο ιάσιμη ασθένεια από τις λοιπές ψυχικές ασθένειες. Η θεραπεία της εξαρτάται γενικότερα από τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του πάσχοντα. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παραπομπή στον ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να παραπέμψει τον ασθενή και σε ένα νοσοκομείο, εφόσον αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνουν φάρμακα, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοθεραπεία, και μερικές φορές ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνες είτε συνδυαστικά. Επίσης, χρήσιμη θεωρείται η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, που μπορεί να γίνει είτε μέσω της ανάγνωσης είτε μιλώντας με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.²⁶

1.4. Πως σχετίζονται το άγχος και η κατάθλιψη

Το άγχος συχνά περιγράφεται ως «νόσος της παρατεταμένης διέγερσης» που οδηγεί στην εμφάνιση αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία, η πιθανότητα των οποίων αυξάνεται με τη συνεχιζόμενη πίεση. Σχεδόν όλα τα συστήματα του ανθρώπινου σώματος γίνονται πιθανοί στόχοι, και οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του μπορεί να είναι καταστροφικές. Το άγχος είναι αναπόφευκτο μέρος της ζωής μας. Η παρατεταμένη διέγερση μπορεί όμως να είναι επιζήμια για την υγεία. Το άγχος έχει συνδεθεί με την καρδιαγγειακή νόσο, την αύξηση βάρους, την απώλεια μαλλιών, τον διαβήτη, την αυξημένη ευαισθησία σε μολυσματικές ασθένειες, και τη μειωμένη λίμπιντο. Μπορεί επίσης να επηρεάσει την πνευματική και ψυχική υγεία του ατόμου και να συμβάλει στην κατάθλιψη.²⁷

Παρότι η κατάθλιψη και το άγχος διαφέρουν ως έννοιες, ωστόσο έχουν πολλά κοινά αίτια και κάποια κοινά συμπτώματα. Αυτό μπορεί μερικές φορές να οδηγήσει τους ανθρώπους να νομίζουν ότι έχουν κατάθλιψη, ενώ στην πραγματικότητα αυτό που βιώνουν να είναι μια αγχώδης διαταραχή. Δεν είναι όμως και ασυνήθιστο φαινόμενο η κατάθλιψη και το άγχος να εμφανίζονται μαζί καθώς πάνω από το 50% των ατόμων που βιώνουν κατάθλιψη

έχουν επίσης και συμπτώματα άγχους, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, το ένα μπορεί να οδηγήσει τελικά και στην εμφάνιση του άλλου.²⁸

Ο τρόπος με τον οποίο κάθε άνθρωπος βιώνει το άγχος είναι μοναδικός και διαφορετικός, όπως επίσης διαφορετικός είναι και ο τρόπος που το εκφράζει. Τα καλά νέα είναι ότι, όπως ακριβώς και οι σωματικές ασθένειες, η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να αντιμετωπιστούν. Και οι δύο όροι μοιράζονται πολλές ίδιες θεραπείες και με την κατάλληλη παρέμβαση οι περισσότεροι άνθρωποι αναρρώνουν. Όσο πιο γρήγορα ένα άτομο με κατάθλιψη ή / άγχος ή και τα δύο μαζί ζητήσει βοήθεια, τόσο πιο γρήγορα μπορεί να ανακάμψει.^{14,29}

Κεφάλαιο 2ο. Κατάθλιψη, άγχος και τρόποι παρέμβασης – διαχείρισης στους ηλικιωμένους.

2.1. Άγχος και ηλικιωμένοι

Οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας (65 ετών και άνω) πολλές φορές κατακλύζονται από άγχος και ανησυχία για θέματα που αφορούν την υγεία τους, την οικογένειά τους, την οικονομική τους κατάσταση και τη θνησιμότητα. Αυτές οι ανησυχίες είναι ακόμη πιο πιθανό να προκύψουν όταν αισθάνονται ότι οι σωματικές και ψυχικές τους ικανότητες μειώνονται και ότι χάνουν την αυτονομία τους, κάτι που αρχικά θεωρείται φυσιολογικό. Ωστόσο, μερικές φορές αυτό το άγχος και η ανησυχία που τους καταβάλλουν είναι τόσο έντονα ώστε να προκαλέσουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή λειτουργία του ηλικιωμένου ατόμου και να γίνουν μια σημαντική πηγή κινδύνου. Αυτό το είδος του άγχους για τους ηλικιωμένους όμως δεν είναι φυσιολογικό.³⁰

Το ποσοστό επικράτησης των αγχωδών διαταραχών στους ηλικιωμένους, σύμφωνα με την ανασκόπηση των Wolitzky-Taylor et al, (2010), είναι υψηλό ενώ είναι σαφώς υψηλότερο στους νέους. Οι έρευνες των τελευταίων ετών σε παγκόσμιο επίπεδο, τις οποίες παρουσίασαν και σύγκριναν, δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων, μεταξύ 5,5 % και 10 %, πάσχουν από κάποιας μορφής αγχώδους διαταραχής. Βέβαια παρουσίασαν αρκετές έρευνες κάτω αλλά και πάνω από αυτό το ποσοστό. Υψηλά ποσοστά επίσης, καταγράφουν τα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, όπως για παράδειγμα σε ένα γηροκομείο. Ακόμη, οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές από ότι οι άνδρες.³¹ Προστατευτικά φαίνεται να επιδρά η ενασχόληση με τα παιδιά και τα εγγόνια και η ύπαρξη οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος.³²

Η βιβλιογραφία γενικά αναδεικνύει την πιθανότητα να υποεκτιμάται το ποσοστό των αγχωδών διαταραχών κάτι που μπορεί να οφείλεται στα διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία αλλά και στη συνύπαρξη με άλλες σωματικές κυρίως παθήσεις. Σε μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ο επιπολασμός του άγχους υπολογίστηκε στο 5% για την ηλικιακή ομάδα των 65 και άνω.³³ Αντίθετα άλλη μελέτη στην Τουρκία ανεβάζει αυτό το ποσοστό στο 17%.³⁴ Έρευνα σε αγροτικό πληθυσμό του Ν. Ρεθύμνου στην Κρήτη ορίζει το ποσοστό στο 29,3% με υπεροχή στο γυναικείο φύλο.³⁵ Υπάρχουν και μελέτες που αναδεικνύουν την πιθανότητα μείωσης των αγχωδών διαταραχών με το πέρασμα των χρόνων λόγω ανοσοποίησης των ατόμων στις στρεσογόνες εμπειρίες.^{36,37}

Οι αγχώδεις διαταραχές σε σχέση με την κατάθλιψη εμφανίζονται τουλάχιστον δύο φορές πιο συχνά. Οι πιο συχνές διαταραχές άγχους σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι οι φοβίες, η αγοραφοβία, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η αγχώδης διαταραχή κοινωνικής φύσεως. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή πανικού και η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι οι λιγότερο συχνές.³⁸

Στην έρευνά τους οι Ρούπα και συν., (2009), διερευνούν τη συχνότητα εμφάνισης του άγχους και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, καθώς τόσο οι αγχώδεις διαταραχές όσο και η κατάθλιψη είναι ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Τρίτη ηλικία που συχνά υποτιμάται και δεν εκτιμάται σωστά. Τα αποτελέσματα των ερευνών τους φανέρωσαν «υψηλή συχνότητα» των δύο μεταβλητών που εξετάζονταν και μάλιστα σε ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, επιστώντας την προσοχή των αναγνωστών στην μεγάλη ανάγκη που υπάρχει για τον υπερήλικο πληθυσμό, για περισσότερη φροντίδα προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους και να μειωθεί το ποσοστό των ψυχικών διαταραχών που εμφανίζουν.³⁹

Αιτίες πρόκλησης διαταραχών άγχους στους ηλικιωμένους

Οι αιτίες των διαταραχών άγχους στους ηλικιωμένους είναι πολυάριθμες. Τα άτομα που αναπτύσσουν κάποιας μορφής αγχώδους διαταραχής είναι συχνά εκείνα που υπέφεραν από κάποια διαταραχή και όταν ήταν νεότερα. Από την άλλη πλευρά, πολλοί παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές για πρώτη φορά σε μεγάλη ηλικία, ενώ ορισμένα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν βιολογική προδιάθεση να τις αναπτύξουν λόγω κληρονομικότητας. Οι νευροβιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου μπορούν επίσης να καταστήσουν πιο ευάλωτα τα ηλικιωμένα άτομα στο άγχος.⁴⁰

Οι παράγοντες που προκαλούν άγχος στους ηλικιωμένους οφείλονται κυρίως σε απώλειες που υπέστησαν τα πρόσωπα αυτά κατά τη διάρκεια της διαδικασίας γήρανσης (όπως για π.χ. η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, της υγείας, της πνευματικής ικανότητας, της αυτονομίας) και οι σκέψεις του κινδύνου και της ευπάθειας που συνδέονται με αυτές τις απώλειες. Όσο περισσότερο οι ηλικιωμένοι έχουν αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητά τους να προσαρμοστούν σε αυτές τις απώλειες, τόσο περισσότερο κινδυνεύουν να αναπτύξουν ένα πρόβλημα άγχους.⁴¹

Η ανασκόπηση των Wolitzky-Taylor et al, (2010), είχε ως στόχο την αντιμετώπιση των διαφόρων θεμάτων που προκύπτουν σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με διαταραχές άγχους. Η επικράτηση και έκφραση των συμπτωμάτων των διαταραχών του άγχους στα τέλη της ζωής συνοδεύονται συνήθως από παράγοντες κινδύνου, συννοσηρότητας, και γνωστικής εξασθένησης. Όπως αναφέρουν και οι ίδιοι βασιζόμενοι στην πρόσφατη υπάρχουσα

βιβλιογραφία, οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνές μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά λιγότερο συχνές από ότι στους νεότερους ενήλικες. Επιπλέον υπάρχει επικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων του άγχους των ενηλίκων της μικρότερης και μεγαλύτερης ηλικίας, αν και υπάρχουν και κάποιες διαφορές. Οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν κυρίως με την κατάθλιψη στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και με μια σειρά από ιατρικές παθήσεις. Επιπρόσθετα έχουν παρατηρηθεί συσχετίσεις μεταξύ της γνωστικής εξασθένησης και του άγχους στην προχωρημένη ηλικία. Οι επιπτώσεις αυτών των ευρημάτων που αναφέρθηκαν σχετίζονται με την πολυπλοκότητα της διάγνωσης των διαταραχών άγχους σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.³¹ Παθήσεις όπως του Πάρκινσον, ο σακχαρώδης διαβήτης, η επιληψία κ.α. έχουν ενοχοποιηθεί για υψηλά επίπεδα άγχους.^{42,43}

2.2. Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι

Η κατάθλιψη αντανακλά μια σειρά βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων και μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστεί σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η εμφάνισή της στους ηλικιωμένους μπορεί να διαφέρει από εκείνη στους νεότερους ανθρώπους αφού οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να υποτιμούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και μπορεί να μην αναγνωρίσουν τα σημάδια της κατάθλιψης. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στην ηλικία, στη ντροπή που μπορεί να νιώθουν, στην έλλειψη κατανόησης για τη διαταραχή ή στην πεποίθηση που έχουν πως δεν πρέπει να μιλούν για αυτή ή για το πώς θα την αντιμετωπίσουν.⁴⁴⁻⁴⁶

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι συχνή και μπορεί να συμβεί για διάφορους λόγους. Η αρχή μιας σωματικής ασθένειας ή η προσωπική απώλεια και η θλίψη μπορεί να είναι κοινά φαινόμενα, αλλά η κατάθλιψη είναι διαφορετική και δεν αποτελεί μέρος της διαδικασίας γήρανσης. Η διαδικασία της γήρανσης επέρχεται με μια σειρά προοδευτικών απωλειών συμπεριλαμβανομένης της απόσυρσης από την εργασία, της απώλειας του σκοπού, της μείωσης της ανεξαρτησίας, της απώλειας φίλων, της αύξησης της φτώχειας, του κινδύνου ανάπτυξης κάποιας ασθένειας που οδηγεί σε μακροχρόνια αναπηρία, της απομόνωσης και της μοναξιάς.⁴⁷ Το ποσοστό των καταθλιπτικών συνδρόμων στους ηλικιωμένους ανέρχεται στο 13,5%, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει συναίνεση στον επιστημονισμό για τον επιπολασμό της.⁴⁸ Στην Ελλάδα το ποσοστό της κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων ανέρχεται στο 15%.⁴⁹ Η έρευνα της Ρούπα και συν. ανεβάζει αυτό το ποσοστό στο 20%.³⁹

Οι Byrne και Pachana, (2010), επισημαίνουν στην ανασκόπησή τους πως η έλευση του φαινομένου της παγκόσμιας γήρανσης του πληθυσμού δημιουργεί αναμενόμενες ανησυχίες για τον υψηλό επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε άτομα μεγαλύτερης

ηλικίας. Όπως και οι ίδιοι αναφέρουν υπάρχει μια σπανιότητα ευρημάτων σχετικά με το άγχος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αν και η διαθεσιμότητα αρκετών νέων κλιμάκων δείχνουν το αυξημένο ενδιαφέρον που υπάρχει πια σε αυτό το θέμα. Η επικράτηση της γεροντικής κατάθλιψης σε πολλές έρευνες πληθυσμού, δε φαίνεται να οφείλεται σε λάθος υπαγωγή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σωματικές διαταραχές. Αν και έχει αποδειχθεί πως η άνοια οδηγεί σε κατάθλιψη, τώρα πια αυξάνονται οι ενδείξεις πως η κατάθλιψη είναι εκείνη που οδηγεί σε γνωστική εξασθένηση και μετέπειτα σε άνοια. Η πρόγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης ποικίλλει ανάλογα με την αρχική νευροψυχολογική λειτουργία και τη σοβαρότητά της.⁵⁰

Η κατάθλιψη επιδρά αρνητικά στη συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων στερώντας τους την ευχαρίστηση, τη χαρά για ζωή και ελπίδα. Μπορεί επίσης να οδηγήσει τους ηλικιωμένους στην περαιτέρω απομόνωση και στην απελπισία. Η κατάθλιψη που τείνει να διαρκεί πολύ περισσότερο σε ηλικιωμένα άτομα μπορεί επίσης να συντελέσει στην άσκοπη ή πρόωπη τοποθέτηση τους σε κάποιο ίδρυμα. Αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την θεραπεία άλλων ασθενειών, από τις οποίες μπορεί να πάσχει το ηλικιωμένο άτομο και μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παρατεταμένης αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου ή μπορεί επίσης να κάνει τους ηλικιωμένους πιο ευάλωτους στην ανάπτυξη άλλων σοβαρών προβλημάτων υγείας, όπως καρδιακές παθήσεις, λοιμώξεις και ανοσολογικές διαταραχές.⁵¹

Ο πιο κοινός τύπος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι η μη-μελαγχολική κατάθλιψη (non-melancholic depression) που συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Ωστόσο, όταν υπάρχει ιστορικό κατάθλιψης παλαιότερων γενεών είναι πιθανό οι γενετικοί παράγοντες να συμβάλλουν στην πορεία της καταθλιπτικής ασθένειας. Η κατάθλιψη που παρουσιάζεται στην Τρίτη Ηλικία χωρίς προηγούμενο ιστορικό αναφέρεται και ως «late life depression».⁵²

Η κατάθλιψη που αναπτύσσεται για πρώτη φορά στην ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου, συνήθως μετά την ηλικία των 60, συνδέεται αρκετές φορές με προβλήματα σωματικής υγείας που συνοδεύουν τη γήρανση. Ένα άτομο με καλή σωματική υγεία χωρίς ιστορικό προηγούμενων επεισοδίων και κληρονομική προδιάθεση έχει ένα σχετικά χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία. Στο 20% υπολογίζεται για τον ελλαδικό χώρο η επίπτωση της κατάθλιψης σε αγροτικό πληθυσμό ανδρών,⁵³ ενώ οι ηλικιωμένοι που νοσηλεύονται για μεγάλα διαστήματα σε οίκους ευγηρίας ή νοσοκομεία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης που φτάνουν το 35% ή και παραπάνω.⁴⁹ Μεγάλος αριθμός ερευνών επιβεβαιώνουν αυτή την τάση.⁵⁴⁻⁵⁶ Ο McDougal et al, (2007), στην έρευνά του στην

Αγγλία και στην Ουαλία μετρά το ποσοστό της κατάθλιψης σε ιδρυματικούς χώρους στο 27,1% , ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην κοινότητα αγγίζει μόλις το 9,3%.⁵⁷

2.3. Συμπτώματα κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία

Συχνά, τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης (όπως η απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή, η έλλειψη της απόλαυσης για τις συνήθειες δραστηριότητες, η ανησυχία, η κακή ποιότητα ύπνου, οι επίμονες σκέψεις θανάτου, οι χρόνιοι ανεξήγητοι πόνοι, η δυσκολία συγκέντρωσης ή η εξασθενημένη μνήμη) λανθασμένα αποδίδονται στην μεγάλη ηλικία , σε άνοια ή στην κακή υγεία. Δεν είναι λίγες οι φορές που η οικογένεια, οι φίλοι και οι γιατροί παρερμηνεύουν τα συμπτώματα αυτά με αποτέλεσμα η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία να μην αναγνωρίζεται και το άτομο που πάσχει να μένει χωρίς θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα.⁵⁸⁻⁵⁹ Μεταξύ των τυπικών συμπτωμάτων που η κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάσει σε μεγάλη ηλικία είναι:

1. Χρόνια ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα: Οι ηλικιωμένοι μπορεί να παραπονιούνται για μια σειρά από σωματικά συμπτώματα, για τα οποία δε μπορεί να δοθεί κατάλληλη ιατρική εξήγηση. Τα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν ζάλη, χρόνια άλγη και πόνους, δυσκοιλιότητα, απώλεια βάρους και αϋπνία. Συνήθως τα συμπτώματα της κατάθλιψης γίνονται εμφανή με εξονυχιστική εξέταση και παρακολούθηση των συμπτωμάτων, αν και υπάρχει περίπτωση το ηλικιωμένο άτομο να μην μπορεί ή να αρνείται να αποδεχτεί ότι έχει πρόβλημα. Σε ακραίες περιπτώσεις, ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να πιστεύει ότι έχει μια ανίατη ασθένεια, κάτι που μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για αυτοκτονία.⁵⁹⁻⁶⁰ Γενικά τα ποσοστά αυτοκτονιών είναι αρκετά υψηλότερα στους ηλικιωμένους παρά σε οποιεσδήποτε άλλες ηλικιακές ομάδες.⁶¹⁻⁶³
2. Απώλεια μνήμης: Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία συχνά συνοδεύεται από εναλλαγές στη μνήμη. Η θεραπεία της υποκείμενης κατάθλιψης συνήθως μπορεί να βελτιώσει τη μνήμη, αν το άτομο δεν υποφέρει ταυτόχρονα και από άνοια.
3. Αλλαγές στη συμπεριφορά: Παρατηρούνται αρκετές αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου που πάσχει, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν αποφυγή της εξόδου από το σπίτι, άρνηση του ασθενούς να φάει, κλοπές από καταστήματα, κατάχρηση αλκοόλ και άλλων επιβλαβών ουσιών, ανησυχία και εκνευρισμό, αποχωρισμό και αδιαφορία για αγαπημένα προσωπικά αντικείμενα, έντονες συζητήσεις για το θάνατο και για τη ματαιότητα του σκοπού της ζωής κ.α.^{59,64}

2.4. Πιθανοί παράγοντες αύξησης του κινδύνου κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Η κατάθλιψη αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως μπορεί να κάνει τους ηλικιωμένους ανθρώπους να αισθάνονται θυμό, ευερεθιστότητα και άγχος, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε οικογενειακά προβλήματα και να δημιουργήσει πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.⁶⁵

Οι παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι :

- Η παρουσία άλλων ασθενειών που θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητά τους για ανάκαμψη και αυτονομία (Υπάρχει ένα πλήθος ιατρικών συνθηκών και ασθενειών που σχετίζονται με την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, όπως τα καρδιακά προβλήματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια, η χαμηλή δραστηριότητα του θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός), η έλλειψη της βιταμίνης B12 ή του φυλλικού οξέος, η χαμηλή αρτηριακή πίεση, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο καρκίνος, ο διαβήτης κ.α.)^{7,66-71} Σε έρευνα που έγινε στην Αττική, αναδείχτηκε ότι το 71% των καταθλιπτικών ασθενών αντιμετώπιζαν ταυτόχρονα και ένα χρόνιο σωματικό νόσημα.⁴⁹ Επίσης σύμφωνα με την έρευνα του Chong et al., (2001), που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν, οι ηλικιωμένοι με σωματικό πρόβλημα υγείας είχαν 3,7% μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη από τους απόλυτα υγιείς ηλικιωμένους. Στη συγκεκριμένη μελέτη το ποσοστό των ηλικιωμένων με χρόνιο πρόβλημα υγείας, ανέρχονταν στο 85%, με συχνότερες παθήσεις, τον καταρράκτη (29,7%), την αρθρίτιδα (24,4%) και την υπέρταση (24,4%).⁷²
- Ορισμένα φάρμακα ή η αλληλεπίδραση μεταξύ των φαρμάκων που σχετίζονται με την κατάθλιψη.
- Η διαβίωση με χρόνιους ή έντονους πόνους.
- Η μοναξιά και η έλλειψη ενός υποστηρικτικού δικτύου που απαρτίζεται από τους φίλους και την οικογένεια. Το υποστηρικτικό περιβάλλον πραγματικά παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή του κάθε ανθρώπου, πόσο μάλλον των ηλικιωμένων που έχουν να αντιπαλέψουν θέματα όπως η συνταξιοδότηση, η απώλεια συντρόφου, τα προβλήματα υγείας κ.α.²⁸ Η έρευνα των Badger και Joyce, (2000), σε καταθλιπτικούς ασθενείς, ανέδειξε ότι πολλοί από αυτούς είχαν έλλειψη ικανότητας ελέγχου των σημαντικών γεγονότων της ζωής τους, λιγότερες επαφές με άλλους ανθρώπους αλλά και λιγότερη ικανοποίηση από αυτές. Επίσης διαπιστώθηκαν λιγοστές επαφές με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.⁷³ Ο Κουτεντάκης, (2008), σε έρευνά του σε αγροτική περιοχή της Κρήτης, διαπίστωσε ότι οι ηλικιωμένοι που ήταν χήροι/διαζευγμένοι εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε ότι, η συχνή επαφή με

τα ΚΑΠΗ αλλά και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης.⁷⁴

- Ο πρόσφατος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Η απώλεια ενός κοντινού προσώπου, αποτελεί παράγοντα που οδηγεί στην κατάθλιψη ειδικά τις γυναίκες.^{28,75} Είναι αυτές όμως που τελικά δημιουργούν νέες αντισταθμιστικές σχέσεις.⁷⁶
- Ο φόβος του θανάτου
- Ένα προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης
- Το γυναικείο φύλο. Οι γυναίκες έχουν συγκριτικά σχεδόν τη διπλάσια πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη από ότι οι άντρες. Η χηρεία, η έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, οι σωματικές παθήσεις κ.α. αποτελούν κάποιους από τους παράγοντες που ενοχοποιούνται για τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό αλλά και το γεγονός ότι οι γυναίκες αναζητούν βοήθεια πιο εύκολα απ' ότι οι άντρες.^{4,74,77}
- Το οικογενειακό ιστορικό μιας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής⁷⁸
- Το επίπεδο της μόρφωσης αλλά και το οικονομικό επίπεδο, δείχνει να συνδέεται σε ένα μεγάλο αριθμό ερευνών.^{72,77,79} Στην έρευνα της Robak et al., (2002), διαφαίνεται ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν σημαντικά χαμηλότερο οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο απ' ότι οι υγιείς συνομήλικοί τους. Η μόρφωση βοηθά τους ανθρώπους μέσω της ενημέρωσης και της τεχνολογίας να ακολουθούν πιο υγιεινούς τρόπους ζωής. Βέβαια η έρευνα της Πατσή, (2013), δείχνει ότι, η εξοικείωση των ηλικιωμένων με την τεχνολογία βρίσκεται σε πολύ χαμηλά ποσοστά με χαρακτηριστικότερα αποτελέσματα την έλλειψη γνώσης χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή στο 92,1% των ερωτηθέντων, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη χρήση ATM είναι 83,1%).⁸⁰

2.5. Η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Υπάρχουν μια σειρά από θεραπείες που διατίθενται για τη θεραπεία των ηλικιωμένων:

- Για πιο σοβαρής μορφής κατάθλιψη, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνήθως απαιτούνται. Συνήθως με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, η ανακούφιση των συμπτωμάτων γίνεται αισθητή μέσα σε λίγες εβδομάδες από την έναρξή της, ωστόσο για τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας, μπορεί να χρειαστεί περισσότερος χρόνος για να αισθανθούν καλύτερα. Η συνήθης διάρκεια για να απαλλαγεί το ηλικιωμένο άτομο από την κατάθλιψη, είναι περίπου δέκα έως δώδεκα εβδομάδες.

- Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), είναι μια χρήσιμη θεραπεία σε μελαγχολική και ψυχωτική κατάθλιψη, όταν τα άτομα έχουν αποτύχει να ανταποκριθούν στη φαρμακευτική αγωγή, ή όταν η κατάθλιψη είναι πολύ σοβαρής μορφής.
- Σε μη-μελαγχολικές καταθλίψεις, μια συνήθης σειρά από ψυχοθεραπείες συνήθως αρκεί. Άλλες χρήσιμες θεραπείες για την ελαφριά κατάθλιψη περιλαμβάνουν κοινωνικές δραστηριότητες, σωματική άσκηση και μουσικοθεραπεία.⁸¹

2.6. Πρόληψη της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Το παράδοξο της κατάθλιψης είναι ότι το άτομο που πάσχει τείνει να απομονώνεται και θέλει να αποφεύγει την επαφή με άλλους ανθρώπους, ενώ ταυτόχρονα την έχει περισσότερο ανάγκη στις δύσκολες στιγμές που βιώνει. Η υποστήριξη της οικογένειας και των φίλων, η συμμετοχή σε μια ομάδα αυτοβοήθειας ή η αναζήτηση βοήθειας από έναν επαγγελματία σύμβουλο ή γιατρό μπορεί να είναι πολύ χρήσιμες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η αποφυγή της κοινωνικής απομόνωσης είναι σημαντικό κομμάτι της θεραπείας και μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη περαιτέρω επεισοδίων της ασθένειας. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η ενεργή συμμετοχή σε μια ομάδα και η κοινωνική δραστηριοποίηση είναι σημαντική για την ευημερία και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της υγείας.⁵⁹

Επίσης σημαντικός δείχνει να είναι και ο ρόλος της σωματικής άσκησης όχι μόνο για την κινητική αλλά και για τη γνωστική λειτουργικότητα των ηλικιωμένων.⁸²⁻⁸⁴ Το σημαντικό ρόλο της σωματικής άσκησης και γενικά της δραστηριοποίησης στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ανέδειξε και η έρευνα των Kanning & Schlicht, (2010). Σύμφωνα με την έρευνά τους, το 28% των ηλικιωμένων, παρουσίασε άνοδο της διάθεσης μέσα από συνηθισμένες ασχολίες όπως το βάδισμα, η ενασχόληση με τον κήπο κ.α.⁸⁵ Επίσης στην έρευνα της Ματσούκα, (1999), ομάδα ηλικιωμένων γυναικών που παρακολουθούσε πρόγραμμα άσκησης δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα, παρουσίασε βελτίωση σε παράγοντες που αφορούν στην ψυχική ευχαρίστηση και ηρεμία.⁸⁶

Επιπρόσθετα οι αλλαγές στον τρόπο ζωής των ατόμων στη διάρκεια της μέσης ηλικίας, μπορεί να είναι το κλειδί για την πρόληψη της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η εγκεφαλική αγγειακή νόσος μπορεί να συνδέεται με την κατάθλιψη στα γηρατειά και ο έλεγχος των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν σε αγγειακή νόσο μπορεί επίσης να αποτρέψει και την κατάθλιψη. Ο έλεγχος περιλαμβάνει:

- Τη μείωση της υψηλής αρτηριακής πίεσης
- Τη διακοπή του καπνίσματος

- Τη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης και λιπιδίων
- Την αύξηση της σωματικής άσκησης⁸⁷

2.7. Συσχέτιση άγχους-κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία και εργαλεία - κλίμακες

Όπως η κατάθλιψη έτσι και οι αγχώδεις διαταραχές συχνά δεν αναγνωρίζονται και δε θεραπεύονται σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Η ανίχνευση και διάγνωση των διαταραχών του άγχους στα τέλη της ζωής περιπλέκεται εξαιτίας των παραγόντων νοσηρότητας, εξασθένησης της μνήμης και των αλλαγών στις συνθήκες ζωής τους. Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, που ταυτόχρονα υποφέρουν τόσο από αγχώδεις διαταραχές όσο και από κατάθλιψη συχνά παρουσιάζουν σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, «φτωχότερες» κοινωνικές λειτουργίες, κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, έχουν περισσότερο σωματικά συμπτώματα υγείας, περισσότερες σκέψεις για τερματισμό της ζωής τους και μια πιο αργή ανταπόκριση στη θεραπεία.^{24,88}

Πολλά είναι τα «εργαλεία-κλίμακες» που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από κατάθλιψη και άγχος. Αυτά τα εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαλογή των συμπτωμάτων, να αξιολογήσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και να παρακολουθούν την πρόοδο της θεραπείας. Οι κλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους που παρατίθενται αμέσως μετά είναι διαθέσιμες στα άτομα αυτά χωρίς οικονομική επιβάρυνση, και έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Οι κλίμακες αυτές είναι:

- Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale-GDS): Ένα μέτρο ελέγχου για την κατάθλιψη στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. (<http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>).
- Ερωτηματολόγιο Υγείας του Ασθενούς (Patient Health Questionnaire-PHQ-9): Μια κλίμακα 9-στοιχείων που αξιολογεί τα κριτήρια της κατάθλιψης DSM-IV. (<http://www.phqscreeners.com>). Οι δύο πρώτες ερωτήσεις του PHQ-9 μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσδιορίσουν την ανάγκη για μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τη χρήση των PHQ-9 ή GDS.
- Η Κλίμακα Γενικευμένης Αγχώδης Διαταραχής (Generalized Anxiety Disorder-GAD-7): Μια κλίμακα 7-στοιχείων που αξιολογεί τα κοινά συμπτώματα του άγχους.⁸⁹
- Η Κλίμακα DASS : Είναι ένα ερωτηματολόγιο 42-στοιχείων το οποίο περιλαμβάνει τρεις κλίμακες «αυτοαναφοράς» σχεδιασμένες για να μετρούν τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Κάθε μία από τις τρεις κλίμακες περιέχει 14 αντικείμενα, διαιρούμενα σε υποκλίμακες 2-5

αντικείμενων με παρόμοιο περιεχόμενο. Η κλίμακα της κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την απαξίωση της ζωής, την έλλειψη ενδιαφέροντος / συμμετοχής, την απώλεια του ερωτικού ενδιαφέροντος, και την αδράνεια. Η κλίμακα του άγχους αξιολογεί τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, τις επιδράσεις στους σκελετικούς μυς, την κατάσταση του άγχους και την υποκειμενική εμπειρία άγχους που επηρεάζει το άτομο. Η κλίμακα του στρες αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης του ατόμου, τη νευρική διέγερση, την ευθιξία και ανυπομονησία.⁹⁰

- Η κλίμακα άγχους SAS-Zung και κατάθλιψης ZDRS-Zung έχει ως στόχο την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης ως φαινομένων ψυχιατρικής διαταραχής και όχι ως ανθρώπινων γνωρισμάτων ή συναισθηματικών καταστάσεων σε κλίμακες αυτοαξιολόγησης των 20 σημείων. Ο Zung κάνει διάκριση μεταξύ των διαφόρων κοινών όρων που έχουν δοθεί στην έννοια του «άγχους» εστιάζοντας τις δικές του κλίμακες μέτρησης του άγχους στη μέτρηση των γενικευμένων αγχωδών διαταραχών. Ο Zung επισημαίνει ότι η αγχώδης διαταραχή συνήθως προκύπτει ως αποτέλεσμα της προσπάθειας του ατόμου να αντιμετωπίσει το άγχος που το διακατέχει και ότι τα συμπτώματα είναι εντονότερα όταν εκλείπουν τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά. Όσον αφορά την κλίμακα αυτοαξιολόγησης για την κατάθλιψη αποτελεί εργαλείο ελέγχου και όχι υποκατάστατο μιας σε βάθος ενασχόλησης με το άτομο.^{91,92} Οι δύο κλίμακες αυτοαξιολόγησης του Zung, είναι σταθμισμένες στον ελληνικό πληθυσμό.⁹³⁻⁹⁵

Κεφάλαιο 3ο. Χρηματοπιστωτική κρίση και ηλικιωμένοι.

3.1. Τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Ο Μάρξ μίλησε για το εννοιολογικό περιεχόμενο της κρίσης και την περιγράφει ως πρόβλημα στην κερδοφορία των επιχειρήσεων και στην παραμονή των εμπορευμάτων στα ράφια καθώς έχουμε την λεγόμενη «υπερπαραγωγή κεφαλαίων». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την συρρίκνωση των επιχειρήσεων. Ο Μάρξ εισήγαγε την έννοια του «συνηθισμένου ποσοστού κέρδους» κάτι που δεν ανταποκρίνεται απαραίτητα σε ένα συγκεκριμένο αριθμό.⁹⁶

Η παρούσα παγκόσμια οικονομική κρίση άρχισε το 2008. Πριν από αυτή είχε προηγηθεί η οικονομική κρίση στις Ηνωμένες Πολιτείες της Βόρειας Αμερικής το 1929, η σοβαρή κρίση στην πρώην Σοβιετική Ένωση στις αρχές του 1990 και εκείνη της Ασίας στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Με βάση αυτές τις εμπειρίες γνωρίζουμε ότι οι οικονομικές κρίσεις συνοδεύονται από μειωμένα έσοδα, ανεργία και αβεβαιότητα, καθώς επίσης και από περικοπές στη χρηματοδότηση των Δημόσιων Υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων και εκείνων του τομέα της ψυχικής υγείας).^{97,98}

Από το 1974 έως το 2008 η ελληνική οικονομία παρουσίασε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης. Κατά τη μεταπολίτευση λόγω της διόγκωσης του εσωτερικού και εξωτερικού δανεισμού, της πελατειακής τακτικής των κομμάτων, γεωπολιτικών θεμάτων (κατανάλωση μεγάλων ποσών σε στρατιωτικούς εξοπλισμούς) κ.α. οδήγησαν σε αύξηση του χρέους του Ελληνικού κράτους.⁹⁹

Από το 1994 έως το 2008 ο φτηνός δανεισμός τόσο του κράτους όσο και των τραπεζών οδήγησε σε υψηλή ανάπτυξη που κάποιες φορές ξεπέρασε και αρκετές ευρωπαϊκές χώρες. Η ένταξη της Ελλάδας στην Ευρωζώνη το 2002 διευκόλυνε ακόμη περισσότερο τον ελληνικό δανεισμό. Ο συνδυασμός της άκριτης ρευστότητας της ελληνικής αγοράς από το τραπεζικό σύστημα και της μείωσης της εγχώριας παραγωγής ώστε να ανταποκριθεί στη μεγάλη ζήτηση έφτασαν την ελληνική οικονομία στο να εμφανίσει ένα τεράστιο εμπορικό έλλειμμα. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας (ειδικά στους νέους και τις γυναίκες) και η έλλειψη επενδύσεων ήρθαν να προστεθούν σ' αυτό που ονομάζουμε έλλειψη ανταγωνιστικότητας και παραγωγικότητας της ελληνικής οικονομίας. Από το 2009 και μετά σε όλα τα παραπάνω προστέθηκε η έλλειψη ρευστότητας καθώς οι τράπεζες έπαψαν να τροφοδοτούν την αγορά με δάνεια. Η μείωση του ΑΕΠ, των μισθών, των συντάξεων, το κλείσιμο των επιχειρήσεων, η ανεργία που στις αρχές του χρόνου άγγιξε το 27% ήταν κάποια από τα άμεσα αποτελέσματα αυτής της κατάστασης.⁹⁹

Σήμερα, η Ελλάδα πέρα από τη χαμηλή ρευστότητα και τη δυσκολία στην καθημερινότητα των πολιτών λόγω της παρατεταμένης λιτότητας έχει να παλέψει και με διαρθρωτικά προβλήματα όπως τη φοροδιαφυγή, τη γραφειοκρατία, την πολύπλοκη νομοθεσία, τις σύνθετες επενδυτικές διαδικασίες κ.α.⁹⁹⁻¹⁰⁰

Χαρακτηριστική είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την ΙΜΕ-ΓΣΕΒΕΕ (Ινστιτούτο Μικρών Επιχειρήσεων-Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Εμπόρων Ελλάδας), σε 1207 ελληνικά νοικοκυριά το Δεκέμβριο του 2012. Η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε όλη την επικράτεια και ανέδειξε ότι το 93,1% των ελληνικών νοικοκυριών έχει υποστεί πολύ μεγάλη μείωση του εισοδήματος από την οικονομική κρίση, με το μέσο όρο της μείωσης να ανέρχεται στο 38%. Οι κατηγορίες που είχαν υποστεί τη μεγαλύτερη συρρίκνωση σε όλες τις εισοδηματικές ομάδες ήταν αυτές της ένδυσης υπόδυσης, των ταξιδιών, της διασκέδασης και της θέρμανσης, ενώ την μικρότερη μείωση είχαν υποστεί η εκπαίδευση και τα φάρμακα.¹⁰¹

3.2. Η οικονομική κρίση και η επίδρασή της στο άγχος και την κατάθλιψη των ηλικιωμένων.

Η τρέχουσα οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε σημαντική πτώση της οικονομικής δραστηριότητας, σε αύξηση της ανεργίας, σε ύφεση στην αγορά κατοικιών και σε αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Σοβαρές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες έχουν προκύψει από αυτό και πολλές χώρες αντιμετωπίζουν μια εποχή λιτότητας στον τομέα των Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, με έντονο τον κατακερματισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας.¹⁰⁰

Υπό αυτές τις συνθήκες τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και κυρίως οι άνθρωποι που ζουν στα όρια της φτώχειας (μεταξύ των οποίων και πολλοί ηλικιωμένοι) βρίσκονται κάτω από μεγάλο ψυχοκοινωνικό στρες.¹⁰² Η υγεία των ανθρώπων μπορεί να επηρεαστεί από την κοινωνικοοικονομική υποβάθμιση, που οφείλεται στην απώλεια θέσεων εργασίας, στον περιορισμό του εισοδήματος και στις κοινωνικές ανισότητες ειδικά στον τομέα της υγείας όπου μπορούν να γίνουν πιο έντονες. Η σύνδεση της ψυχοπαθολογίας με τη φτώχεια (μια κατάσταση που μπορεί να προκύψει από την οικονομική κρίση, ιδίως σε άτομα που ζουν στο μεταίχμιο της οικονομικής κατάρρευσης) έχει επανειλημμένα αποδείξει αυτό που όλα τα στοιχεία δείχνουν, ότι οι σοβαρές οικονομικές απώλειες λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν οδηγήσει σε αύξηση των κρουσμάτων αυτοκτονίας.^{103,104} Βέβαια στους επιβαρυντικούς παράγοντες από την οικονομική κρίση εντάσσεται πέρα από το αντικειμενικό στοιχείο της φτώχειας και το υποκειμενικό στοιχείο, καθώς ψυχολογική πίεση λόγω του υποκειμενικού

συναισθήματος ανεπάρκειας των εσόδων αισθάνονται και άτομα που δεν ανήκουν σε κατηγορίες οικονομικά αδυνάτων.⁹⁸

Σύμφωνα με την εργασία των Κωνσταντίνου και συν., (2013), για το πώς επιδρά η οικονομική κρίση στην ψυχική υγεία, σε διεθνές επίπεδο υπάρχει άμεση συσχέτιση της κρίσης με την ψυχική υγεία. Αναλυτικότερα και μέσα από τις υπάρχουσες βιβλιογραφικές πηγές κατέδειξαν πως οι συντελεστές της οικονομικής κρίσης, που σχετίζονται πιο πολύ με την ψυχική υγεία, είναι η ανεργία και οι οικονομικές απολαβές. Οι δύο αυτοί συντελεστές φαίνεται να ασκούν επίδραση στη σωματική υγεία του ατόμου, η οποία με τη σειρά της προξενεί και την ανάλογη ψυχική του διάθεση. Τα αποτελέσματα των ερευνών που έχουν γίνει, όπως επισημαίνουν και οι ίδιοι, στη χώρα μας συσχετίζουν τους δείκτες της οικονομίας και της ψυχικής υγείας καθώς πολλοί είναι οι παράγοντες που δύνανται να επηρεάσουν τη συσχέτιση αυτή, αν και υπάρχει και ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που αποκαλύπτουν αρνητική συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων.¹⁰⁵

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν τη σημασία της κατάθλιψης στη Δημόσια Υγεία. Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς πως πίσω από τους αριθμούς αυτούς υπάρχουν ανθρώπινα όντα που υποφέρουν και αυτό είναι σίγουρα πιο σημαντικό. Ο βαθμός του ψυχικού πόνου ενός ατόμου με κατάθλιψη μπορεί να γίνει κατανοητός αν σκεφτεί κανείς ότι πολλοί ασθενείς προτιμούν το θάνατο από τον πόνο. Έτσι το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων που αυτοκτονούν, είναι άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και ιδιαίτερα από κατάθλιψη, καθιστά την ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευσή της στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αναμφισβήτητη.⁶ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μέχρι το 2020, η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη κύρια αιτία της παγκόσμιας αναπηρίας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια και από το 2030 και μετά αναμένεται να είναι ο κύριος παράγοντας εμφάνισης των ασθενειών.⁵

Η οικονομική κρίση και η επακόλουθη αύξηση του ποσοστού ανεργίας έχουν λειτουργήσει κατά τέτοιο τρόπο, που έχει επηρεάσει τους ανθρώπους διαφορετικών ηλικιών με διαφορετικούς τρόπους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας, κυρίως μετά τη συνταξιοδότησή τους, είναι περισσότερο ευάλωτα σε κάθε είδους αρνητικού σοκ που μπορεί να επιφέρει η οικονομική κρίση, εξαιτίας κυρίως της δυσχερούς θέσης που βρίσκονται είτε οι ίδιοι, είτε τα παιδιά και η οικογένειά τους, παρά το γεγονός ότι δεν επηρεάζονται άμεσα από την ανεργία.¹⁰⁶

Στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι ευρέως διαδεδομένες και επηρεάζουν τα άτομα ανεξάρτητα από το ύψος των οικονομικών αποδοχών τους και του τρόπου που κατανέμουν το εισόδημά τους. Η κρίση είναι πιθανόν να έχει πολύ αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μακροχρόνια, ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων

ανθρώπων. Μένει να δούμε στα επόμενα έτη τον πλήρη αντίκτυπο της κρίσης στην υγεία, αν και τα σημάδια των αρνητικών επιπτώσεων της ψυχικής υγείας έχουν ήδη κάνει την εμφάνισή τους και είναι γεγονός. Ένα παράδειγμα των όσων ειπώθηκαν προηγουμένως είναι η αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας που παρατηρήθηκαν στην χώρα μας κατά τα τελευταία έτη.¹⁰⁷

Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική κρίση αναμένεται να έχει αρνητικές ψυχικές επιπτώσεις στην υγεία, η οποία ενδέχεται να αυξήσει ακόμα περισσότερο τα ποσοστά αυτοκτονίας που σχετίζονται με τα ποσοστά θανάτου στις πληγείσες χώρες. Σε χώρες με μεγαλύτερα δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας, οι επιπτώσεις στην υγεία της οικονομικής ύφεσης μπορεί να είναι λιγότερο έντονες.¹⁰⁸

Οι Χριστοδούλου και Χριστοδούλου, (2013), επισημαίνουν πως η σωματική υγεία των ατόμων δέχεται άμεση επιρροή από την οικονομική κρίση. Καθώς η σωματική και ψυχική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες εμφανίζονται εμμέσως αρνητικά αποτελέσματα και στην ψυχική υγεία των ατόμων. Η οικονομική ένδεια και το χρέος επιδεινώνει την ψυχική υγεία των ανθρώπων, ενώ οι υψηλές εισοδηματικές απολαβές προστατεύουν τα άτομα από το ενδεχόμενο της αυτοκτονίας. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, υπάρχει ελλιπής χρηματοδότηση και δυσλειτουργία των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας, όσων πάσχουν από προβλήματα ψυχικής υγείας. Όπως επισημαίνουν και οι ίδιοι, στη χώρα μας συμβαίνει το εξής παράδοξο, να περικόπτονται τα αναγκαία χρηματικά ποσά από υπηρεσίες που απευθύνονται σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες οι οποίες αντιμετωπίζουν ψυχικές ασθένειες και διαταραχές, μεταξύ των οποίων είναι και τα άτομα τρίτης ηλικίας.¹

Μια πρόσφατη δημοσίευση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), επισημαίνει ότι η σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και των πολλών αρνητικών αποτελεσμάτων της ψυχικής υγείας μπορεί να αποφευχθεί. Όπως υποστηρίζει ο ΠΟΥ τα αρνητικά αποτελέσματα της ψυχικής υγείας είναι αισθητά γιατί η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων και των ανθρώπων γενικότερα εξαρτάται από μια ποικιλία κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Όπως είναι γνωστό οι υψηλές συχνότητες εμφάνισης των κοινών ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών σχετίζονται με τη φτώχεια, την κακή ποιότητας εκπαίδευση, την έλλειψη υλικών αγαθών, τον κοινωνικό κατακερματισμό, τις στερήσεις και την ανεργία. Παρά όμως το ότι η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την αύξηση της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας είναι επίσης ένα παράθυρο ευκαιρίας για τη μεταρρύθμιση της φροντίδας της ψυχικής υγείας και την προώθηση ενός πιο ψυχικά υγιούς τρόπου ζωής.¹⁰⁹

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί το κατά πόσο το άγχος και η κατάθλιψη των ηλικιωμένων, έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση.

Συγκεκριμένα, από την αξιολόγηση και επεξεργασία των στοιχείων αναμένονταν να διερευνηθούν τα εξής επιμέρους ερωτήματα :

1. Με ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά σχετίζεται το άγχος και η κατάθλιψη των ηλικιωμένων;
2. Υπάρχει επίδραση της οικονομικής κρίσης σε βασικούς τομείς διαβίωσης των ηλικιωμένων;

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια μελέτη πεδίου με τη χρήση ερωτηματολογίου και με περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων. Με την έρευνα συγκεντρώθηκαν πληροφορίες και εξετάστηκαν συσχετισμοί. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τη χρονική περίοδο Οκτώβριος 2013 έως το Μάρτιο του 2014.

Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν άτομα Τρίτης ηλικίας άνω των 60 ετών. Ειδικότερα άτομα των περιοχών της Μαγνησίας που είναι εγγεγραμμένα και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες αυτοαξιολόγησης άγχους και κατάθλιψης του Zung οι οποίες είναι σταθμισμένες στην Ελλάδα.⁹¹⁻⁹⁵ Επίσης συντάχθηκε και ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε στο οικονομικό μέρος, προκειμένου να διερευνηθεί η οικονομική δυνατότητα των ηλικιωμένων πριν και μετά την οικονομική κρίση. Όταν λέμε μετά την οικονομική κρίση εννοούμε μετά την έναρξη της, καθώς η οικονομική κρίση στην Ελλάδα βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη. Αυτό το μέρος συντάχθηκε μετά από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας και συνεντεύξεις σε τουλάχιστον 15 ηλικιωμένους, προκειμένου να εντοπιστούν ποιες είναι οι βασικές καθημερινές ανάγκες ενός νοικοκυριού τρίτης ηλικίας.

Προκειμένου να διανεμηθεί το εργαλείο στον πληθυσμό στόχο πραγματοποιήθηκε απογραφή των ΚΑΠΗ και επίσκεψη στο μεγαλύτερο μέρος αυτών. Στη συνέχεια έγινε επικοινωνία αρχικά τηλεφωνική ώστε να διαπιστωθεί η διάθεση συμμετοχής στην έρευνα και κατόπιν κατατέθηκε γραπτή αίτηση για χορήγηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας. Αφού εξασφαλίστηκε η άδεια πρόσβασης στους χώρους προχωρήσαμε σε διανομή του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση έγινε με τη μέθοδο της συνέντευξης, με εργαλείο το

ερωτηματολόγιο, ανώνυμα από την ίδια την ερευνήτρια και με σεβασμό στα προσωπικά δεδομένα. Εξαιρέθηκαν από τη μελέτη τα άτομα με βαριά νοητικά νοσήματα και με διαγνωσμένη ψυχική νόσο, καθώς και τα άτομα που φιλοξενούνταν σε ιδρυματικούς χώρους (γηροκομείο). Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν έτσι ώστε να έχουν σαφήνεια. Επίσης, τηρήθηκαν ορισμένοι κανόνες δεοντολογίας. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, συμμετείχαν εκούσια, οι απαντήσεις των ατόμων έγιναν σεβαστές και υπήρξε απόλυτη εχεμύθεια. Ο χρόνος συμπλήρωσης εκτιμήθηκε στα 11 min.

Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε η πιλοτική φάση χορήγησής του με σκοπό να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του εργαλείου που επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί. Η συγκεκριμένη δοκιμαστική φάση έλαβε χώρα τον Αύγουστο του 2013. Χρειάστηκε να δοθεί σε 40 άτομα έτσι ώστε να επισημανθούν πιθανές ελλείψεις του και να πραγματοποιηθούν χρήσιμες διορθωτικές αλλαγές.

Στο τελικό δείγμα συμμετείχαν τα άτομα του πληθυσμού στόχου, που βρίσκονταν σε κάθε δομή κατά την ημέρα της επίσκεψης και άρα η δειγματοληψία αφορούσε σε δείγμα ευκολίας. Επιλέχθηκαν οι ημέρες που υπήρχε γιατρός στη δομή ή γινόταν κάποια δραστηριότητα (τμήμα γυμναστικής γυναικών κ.α.), προκειμένου να υπάρξει επαρκής αντιπροσώπευση και των δύο φύλων αλλά και επαρκής ενημέρωση σε περίπτωση ηλικιωμένου με ψυχική νόσο. Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 160 άτομα τρίτης ηλικίας που συμμετέχουν στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ.

Συγκεκριμένα, η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις δομές :

- Στην περιοχή του Δήμου Βόλου σε όλα τα ΚΑΠΗ (7 στο σύνολο),
- Στην περιοχή της Σκιάθου 1 ΚΑΠΗ
- Στην περιοχή της Σκοπέλου 1 ΚΑΠΗ,
- Στην περιοχή του Αλμυρού 1 ΚΑΠΗ

Για τη συλλογή του υλικού χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείτο από ερωτήσεις – δηλώσεις σε 4 ενότητες:

1. Δημογραφικά στοιχεία – Δραστηριότητες / Συμπεριφορές
2. Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Α μέρος (Κλίμακα Άγχους)
3. Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Β μέρος (Κλίμακα Κατάθλιψης)
4. Οικονομική κατάσταση πριν την κρίση και μετά

Περιορισμοί της έρευνας

Παρά τα σημαντικά ευρήματα της μελέτης, υπάρχουν και περιορισμοί. Συγκεκριμένα, ενώ εξετάστηκε η επίδραση των διαφόρων δημογραφικών αλλά και οικονομικών παραγόντων, δεν εξετάστηκε ο ρόλος της προσωπικότητας του κάθε ατόμου, ως παράγοντα διαφοροποίησης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης. Επιπλέον, δεν έγινε εφικτό να διαπιστωθεί κατά πόσο τα άτομα που εμφάνισαν μη φυσιολογικές τιμές άγχους και κατάθλιψης είχαν κάποιο ιστορικό κληρονομικότητας, ή βίωσαν κάποιο τραυματικό γεγονός. Για το σκοπό αυτό προτείνεται ποιοτική ανάλυση μέσω συνεντεύξεων. Επίσης, η επιλογή δείγματος ευκολίας και μάλιστα μόνο από την περιοχή της Μαγνησίας δεν επιτρέπει αναγωγή των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού, δηλαδή όλων των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.

Στατιστική ανάλυση

Στην αρχή γίνεται παρουσίαση των μέτρων θέσης και διασποράς (μέσων όρων και τυπικών αποκλίσεων), των μεταβλητών του ερωτηματολογίου που αφορούν κλίμακες (περιγραφική στατιστική).

Η παρουσίαση γίνεται ανά ενότητα μεταβλητών με βάση την ομαδοποίηση του εργαλείου. Παράλληλα, παρουσιάζονται υποστηρικτικά γραφήματα όπως ραβδογράμματα για τις κατηγορικές μεταβλητές και διαστήματα εμπιστοσύνης των μέσων όρων για τις σύνθετες συνεχείς.

Κατόπιν γίνεται έλεγχος εξάρτησης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας (στατιστική συμπερασματολογία).

Για τους παραπάνω ελέγχους και δεδομένης της φύσης των μεταβλητών γίνεται εφαρμογή ελέγχου μέσων τιμών με t test και ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) στην περίπτωση των κατηγορικών δημογραφικών χαρακτηριστικών και εκτίμηση του συντελεστή συσχέτισης Pearson R στην περίπτωση των συνεχών δημογραφικών μεταβλητών.

Στην περίπτωση που η σύνθετη μεταβλητή δεν ακολουθεί κανονική κατανομή εφαρμόζονται οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι δηλαδή Mann-Whitney U, Kruskal Wallis Test και Spearman ρ .

Επιπρόσθετα, δεδομένου ότι οι κλίμακες άγχους και κατάθλιψης κατηγοριοποιήθηκαν, προκειμένου να ελεγχθούν οι νέες μεταβλητές εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος χ^2

test με την δημιουργία πινάκων διπλής εισόδου και από κοινού παρουσίασης των κατανομών των υπό εξέταση μεταβλητών του ερωτηματολογίου.

Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι $p=0,05$.

Η ανάλυση του δείγματος έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 20).

Αναλυτική παρουσίαση του ερωτηματολογίου καθώς και η ανάλυση αξιοπιστίας παρατίθενται στο Παράρτημα (Πίνακες 1-6 και Γραφήματα 1-2). Η αρίθμηση θα συνεχίσει κανονικά για την καλύτερη κατανόηση και συνέχεια με βάση τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Η αρίθμηση γίνεται από τον πίνακα 7 και μετά.

Αποτελέσματα.

Ενότητα 1^η: Α ΜΕΡΟΣ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε από τη συμμετοχή στη δειγματοληψία 160 ατόμων.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, είναι:

Η κατανομή ως προς το φύλο ήταν 50,6% γυναίκες και 49,4% άνδρες. Η κύρια ηλικιακή ομάδα ήταν η 71-80 καθώς σε αυτή δηλώθηκε το 50% των ατόμων. Ακολουθεί η ομάδα 60-70 με ποσοστό 33,8%. Αναφορικά με τον τόπο κατοικίας, ο Βόλος συγκεντρώνει το υψηλότερο ποσοστό 62,3% ενώ οι υπόλοιπες περιοχές εμφανίζουν όμοια ποσοστά. Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση, έγγαμος δηλώνει το 66,9% και χήρος/α το 26,9%. Οι υπόλοιπες κατηγορίες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά.

Αναφορικά με την εκπαίδευση η πλειοψηφία των ατόμων (48,8%) δήλωσε δημοτικό, ενώ το 20,6% κάποιες τάξεις δημοτικού. Συνολικά το 75% των ατόμων του δείγματος έχει το πολύ απολυτήριο Δημοτικού. Ακολουθούν οι απόφοιτοι Γυμνασίου 9,4% και οι υπόλοιπες βαθμίδες συγκεντρώνουν μικρότερα ποσοστά.

Ως προς το επάγγελμα Οικιακά δήλωσε το 28,5%. Στην παροχή υπηρεσιών κατατάσσεται το 19%, χειριστές μηχανημάτων δήλωσε το 12,7%, ενώ ο πρωτογενής τομέας και οι ανειδίκευτοι εργάτες εμφανίζουν όμοια ποσοστά της τάξης του 10,1%.

Εξετάζοντας το οικογενειακό εισόδημα προκύπτει ότι η κατηγορία 500-1000€ δηλώθηκε από το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος (46,9%) με την προηγούμενη και επόμενη κατηγορία να εμφανίζουν σχεδόν όμοια ποσοστά (21,3 και 20,6% αντίστοιχα).

Αναφορικά με την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων, καταφατικά απάντησε το 75,6% των ατόμων. Οι παθήσεις που κυρίως δηλώθηκαν αφορούν στην υπέρταση καθώς δηλώθηκε από το 68% των ατόμων που πάσχουν, και ακολουθούν ο Διαβήτης (26,4%) τα μυοσκελετικά – ορθοπεδικά (24,8%) και με μικρότερα ποσοστά η στεφανιαία νόσος (14,5%) και τα ουρολογικά προβλήματα (13,6%). Οι υπόλοιπες κατηγορίες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά.

Τέλος, αναφορικά με το πλήθος παιδιών και εγγονιών, ο μέσος αριθμός τέκνων είναι $\mu=1,91$ παιδιά και ο μέσος αριθμός εγγονιών είναι $\mu=2,69$ εγγόνια.

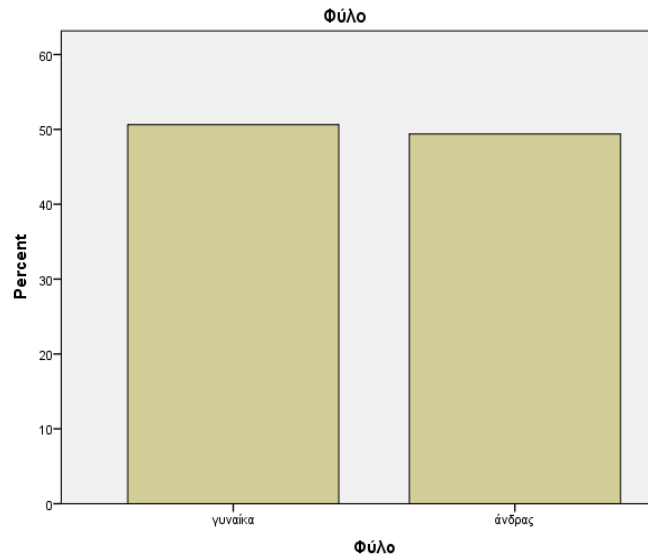
Ακολουθούν κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών των δημογραφικών και γενικών χαρακτηριστικών.

**Πίνακας 7. Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών των δημογραφικών χαρακτηριστικών:
Φύλο-Ηλικία-Τόπο κατοικίας-Οικογενειακή κατάσταση**

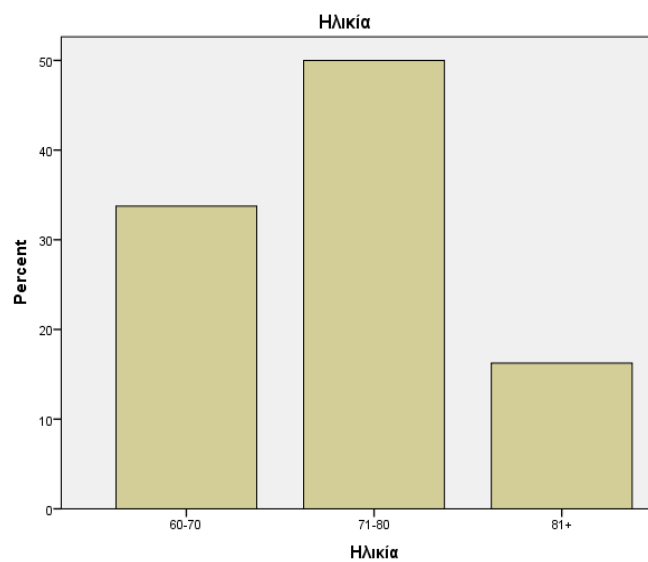
Δημογραφικά στοιχεία			
	Κατηγορίες	Πλήθος	%
Φύλο	γυναίκα	81	50,6
	άνδρας	79	49,4
Ηλικία	60-70	54	33,8
	71-80	80	50,0
	81+	26	16,3
Που κατοικείτε;	Βόλος	99	62,3
	Αλμυρός	20	12,6
	Σκιάθος	20	12,6
	Σκόπελος	20	12,6
Οικογενειακή κατάσταση	ανύπανδρος/η	5	3,1
	παντρεμένος/η	107	66,9
	διαζευγμένος/η	2	1,3
	σε διάσταση	2	1,3
	χήρας/α	43	26,9
	συμβίωση	1	,6

Γραφήματα 3 έως 6: Ραβδογράμματα κατανομής ποσοστών των δημογραφικών χαρακτηριστικών : Φύλο-Ηλικία-Τόπος κατοικίας-Οικογενειακή κατάσταση

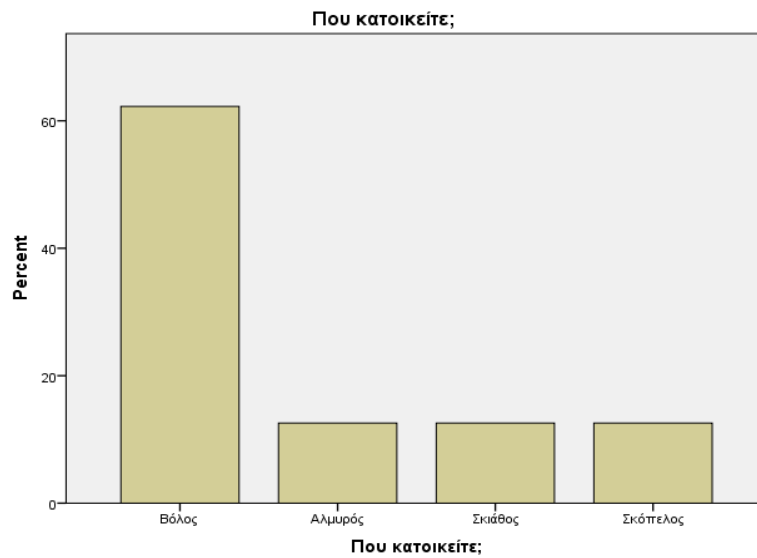
Γράφημα 3: Φύλο των ηλικιωμένων



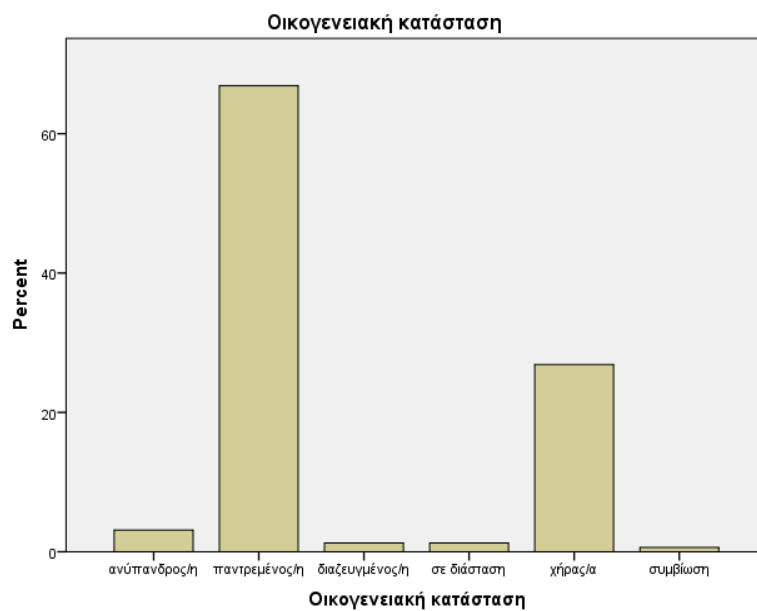
Γράφημα 4 : Ηλικία των ηλικιωμένων



Γράφημα 5 : Τόπος κατοικίας των ηλικιωμένων



Γράφημα 6 : Οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 8: Πίνακας διπλής εισόδου συσχέτισης φύλου και οικ. κατάστασης

Οικογενειακή κατάσταση * Φύλο

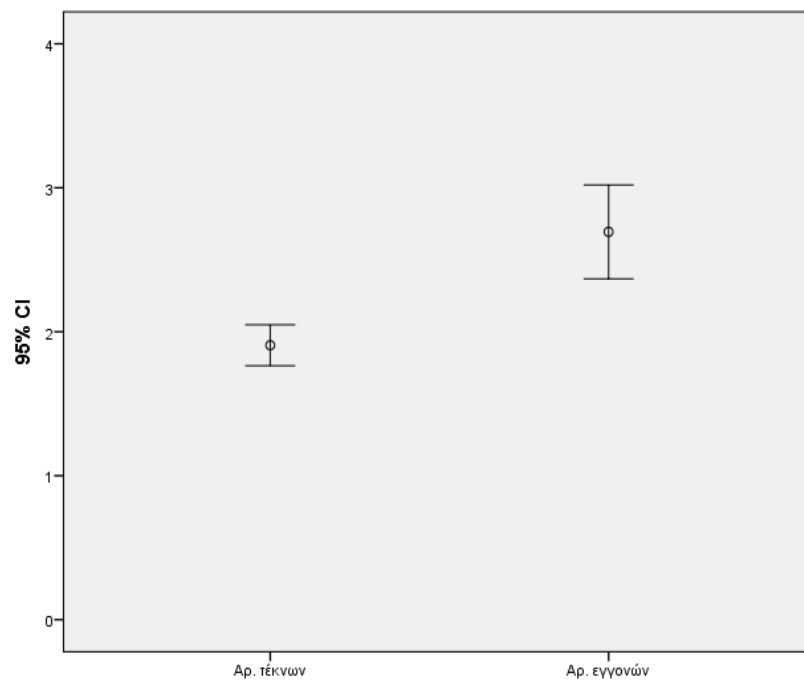
	Φύλο		Total
	γυναίκα	άνδρας	
Ανύπανδρος/η	4,9%	1,3%	3,1%
Παντρεμένος/η	48,1%	86,1%	66,9%
Διαζευγμένος/η	1,2%	1,3%	1,2%
Οικογενειακή κατάσταση Σε διάσταση	2,5%		1,2%
Χήρας/α	43,2%	10,1%	26,9%
Συμβίωση		1,3%	0,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Ο έλεγχος χ^2 τεστ δεν είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί λόγω των κενών κελιών του πίνακα. Ωστόσο από την κατανομή των ποσοστών προκύπτει ότι εμφανίζεται μια διαφοροποίηση στην κατανομή των ποσοστών μεταξύ των δύο φύλων στις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης. Η διαφοροποίηση αυτή εντοπίζεται στο υψηλότερο ποσοστό των ανδρών που δηλώνουν έγγαμοι έναντι του αντίστοιχου των γυναικών και αντίστροφα στο υψηλότερο ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν χήρος/α έναντι των ανδρών.

Πίνακας 9: μέτρα θέσης και διασποράς

	N	MO	TA
Αρ. τέκνων	160	1,91	,910
Αρ. εγγονών	160	2,69	2,089

Γράφημα 7 : 95% διάστημα εμπιστοσύνης μέσων τιμών

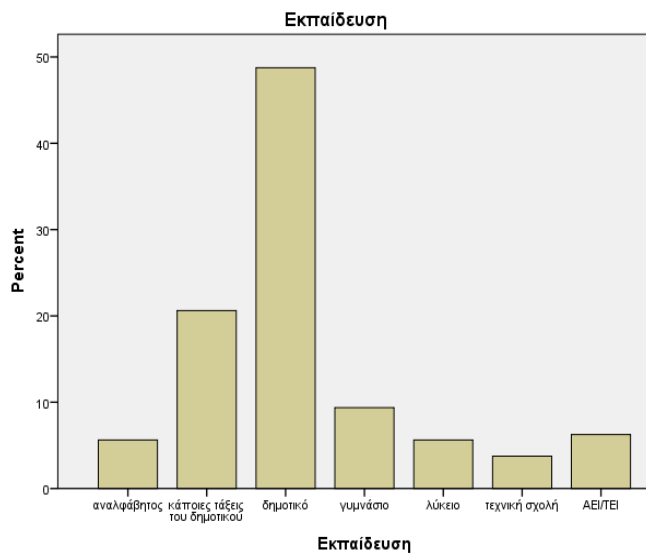


Πίνακας 10 : Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών των δημογραφικών χαρακτηριστικών Εκπαίδευση –Επάγγελμα-Οικογενειακό Συνολικό Μηνιαίο Εισόδημα

Δημογραφικά στοιχεία			
	Κατηγορίες	Πλήθος	%
Εκπαίδευση	αναλφάβητος	9	5,6
	κάποιες τάξεις δημοτικού	33	20,6
	δημοτικό	78	48,8
	γυμνάσιο	15	9,4
	λύκειο	9	5,6
	τεχνική σχολή	6	3,8
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	10	6,3
Επάγγελμα	δεν εργάζονταν	1	,6
	οικιακά	45	28,5
	επιστημονικά	10	6,3
	υπάλληλοι γραφείου	12	7,6
	παροχή υπηρεσιών / πωλητές	30	19,0
	πρωτογενής τομέας	16	10,1
	εξειδικευμένοι τεχνίτες	7	4,4
	χειριστές μηχανημάτων	20	12,7
	ανειδίκευτοι εργάτες	16	10,1
	ένοπλες δυνάμεις	1	,6
οικογενειακό συνολικό μηνιαίο εισόδημα	έως 300€	3	1,9
	300-500€	34	21,3
	500-1000€	75	46,9
	1000-2000€	33	20,6
	πάνω από 2000€	15	9,4

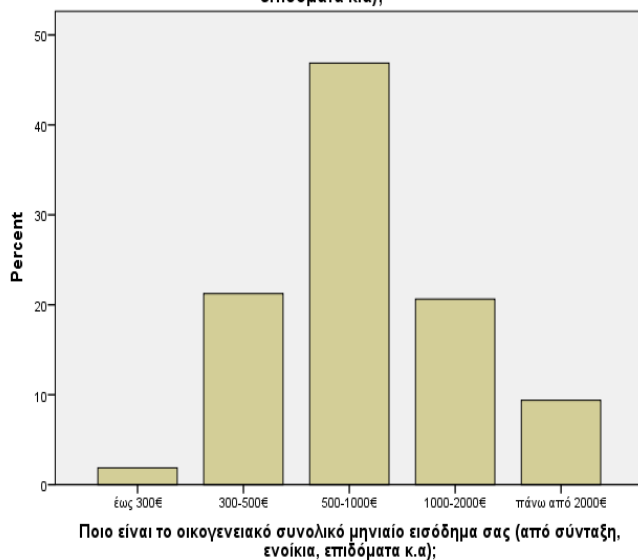
Γραφήματα 8 έως 10 : Ραβδογράμματα κατανομής ποσοστών των δημογραφικών χαρακτηριστικών Εκπαίδευση – Οικογενειακό Συνολικό Μηνιαίο Εισόδημα - Επάγγελμα

Γράφημα 8 : Εκπαίδευση ηλικιωμένων

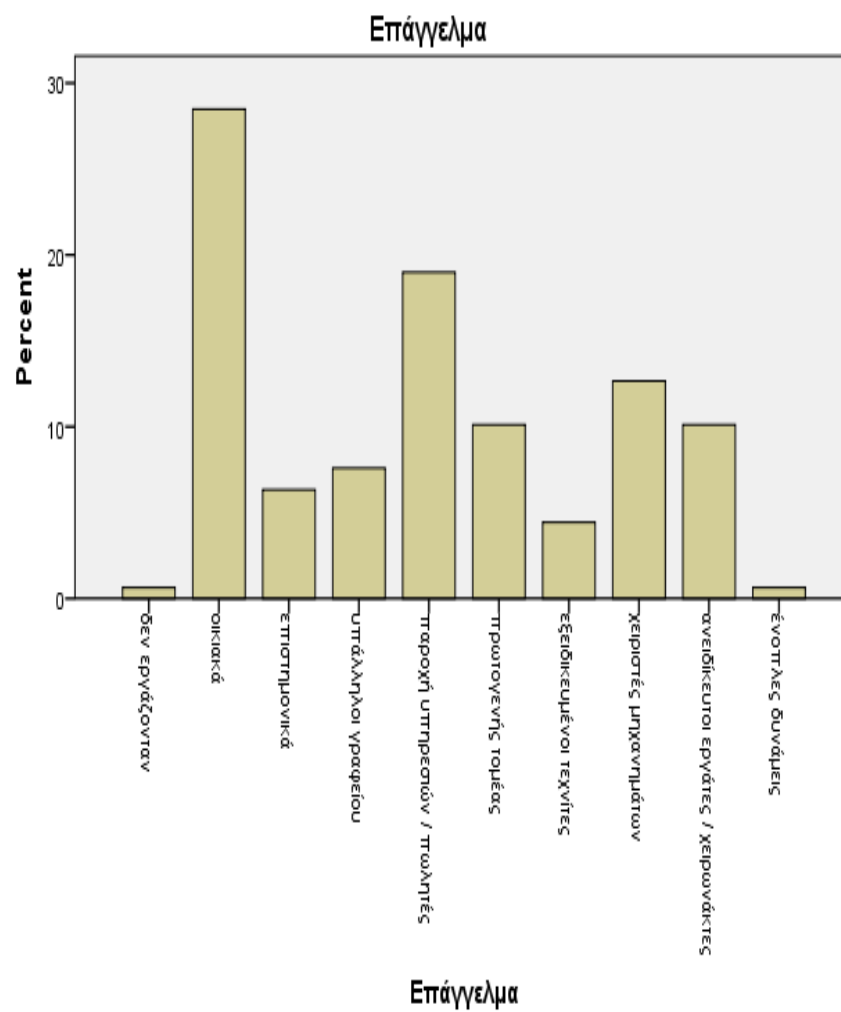


Γράφημα 9 : Οικογενειακό Συνολικό Μηνιαίο Εισόδημα

Ποιο είναι το οικογενειακό συνολικό μηνιαίο εισόδημα σας (από σύνταξη, ενοίκια, επιδόματα κ.α);



Γράφημα 10 : Επάγγελμα



Πίνακας 11 : Πίνακας διπλής εισόδου συσχέτισης φύλου και επαγγέλματος

Επάγγελμα * Φύλο

	Φύλο		Total
	Γυναίκα	Ανδρας	
δεν εργάζονταν	1,2%		0,6%
οικιακά	55,6%		28,5%
επιστημονικά	8,6%	3,9%	6,3%
υπάλληλοι γραφείου	2,5%	13,0%	7,6%
παροχή υπηρεσιών / πωλητές	14,8%	23,4%	19,0%
Επάγγελμα πρωτογενής τομέας	4,9%	15,6%	10,1%
εξειδικευμένοι τεχνίτες		9,1%	4,4%
χειριστές μηχανημάτων	4,9%	20,8%	12,7%
ανειδίκευτοι εργάτες / χειρώνακτες	7,4%	13,0%	10,1%
ένοπλες δυνάμεις		1,3%	0,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Ο έλεγχος χ^2 τεστ δεν είναι εφικτό να πραγματοποιηθεί λόγω των κενών κελιών του πίνακα. Ωστόσο από την κατανομή των ποσοστών προκύπτει ότι:

- στην κατηγορία οικιακά εμφανίζεται μεγάλη συγκέντρωση ατόμων αποκλειστικά του γυναικείου φύλου
- αντίθετα υψηλή είναι η συγκέντρωση των ανδρών στα επαγγέλματα όπως Υπ. γραφείου, παροχή υπηρεσιών, πρωτογενή τομέα καθώς και τα ευρύτερα τεχνικά επαγγέλματα.

Πίνακας 12: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών των χαρακτηριστικών υγείας

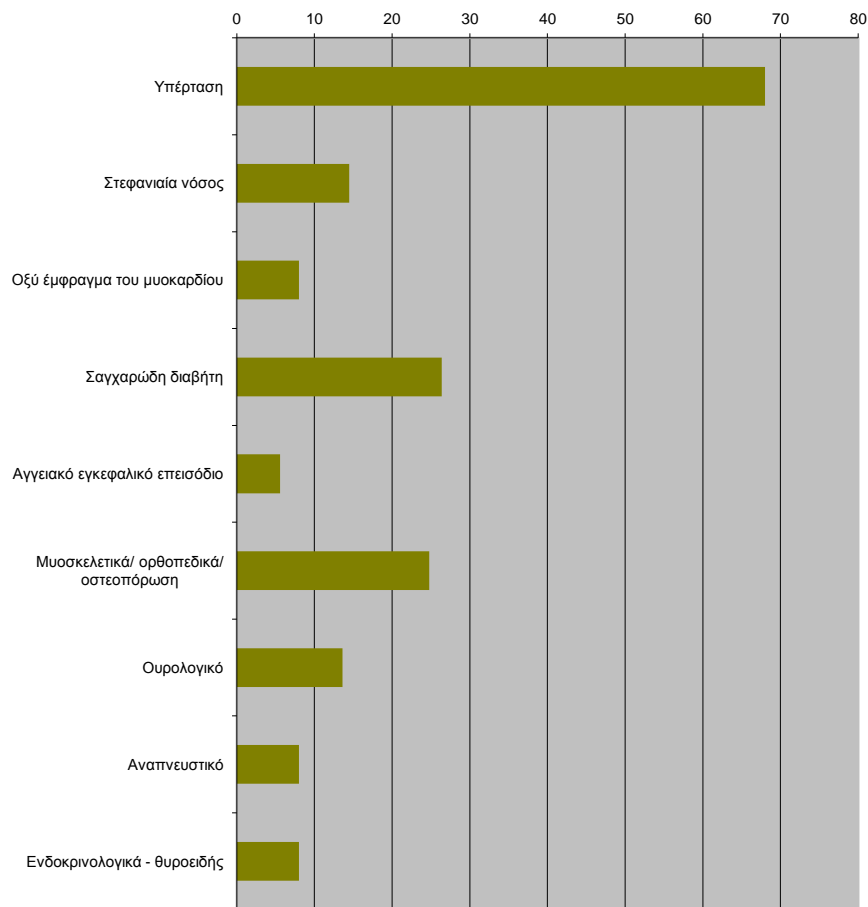
Δημογραφικά στοιχεία			
	Κατηγορίες	Πλήθος	%
Αντιμετωπίζετε χρόνια πάθηση	όχι	39	24,4
	ναι	121	75,6
Υπέρταση	ναι	85	68,0
Στεφανιαία νόσος	ναι	18	14,5
Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου	ναι	10	8,0
Σακχαρώδη διαβήτη	ναι	33	26,4
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	ναι	7	5,6
Μυοσκελετικά/ ορθοπεδικά/ οστεοπόρωση	ναι	31	24,8
Ουρολογικό	ναι	17	13,6
Αναπνευστικό	ναι	10	8,0
Ενδοκρινολογικά - θυρεοειδής	ναι	10	8,0

Γραφήματα 11 έως 12: Ραβδογράμματα κατανομής ποσοστών των χαρακτηριστικών υγείας ως προς τις χρόνιες παθήσεις

Γράφημα 11 : Κατανομή ποσοστών ως προς την ύπαρξη χρόνιας πάθησης.



Γράφημα 12 : Κατανομή ποσοστών ως προς τις χρόνιες παθήσεις .



Β ΜΕΡΟΣ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

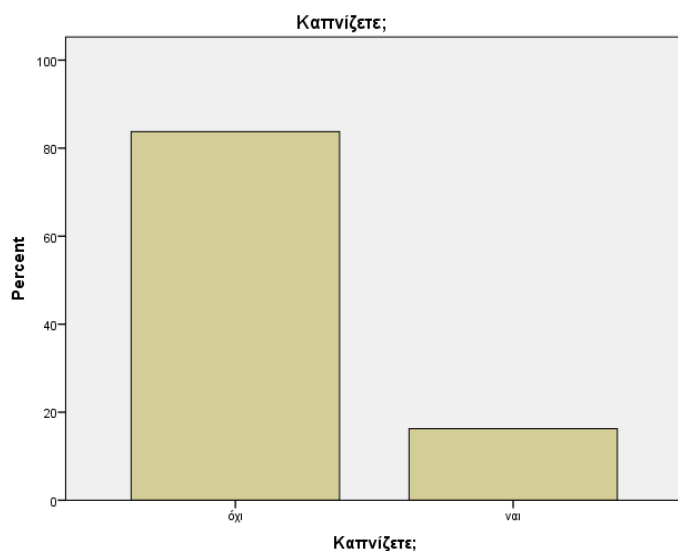
Δραστηριότητες / Συμπεριφορές

Ακολουθούν πίνακες κατανομής συχνοτήτων και ποσοστών των μεταβλητών της ενότητας.

Πίνακας 13: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών καπνιστικής συνήθειας:

Καπνίζετε;	Πλήθος	%
ΟΧΙ	134	83,8
ΝΑΙ	26	16,3
ΣΥΝΟΛΟ	148	100,0

Γράφημα 13: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών καπνιστικής συνήθειας

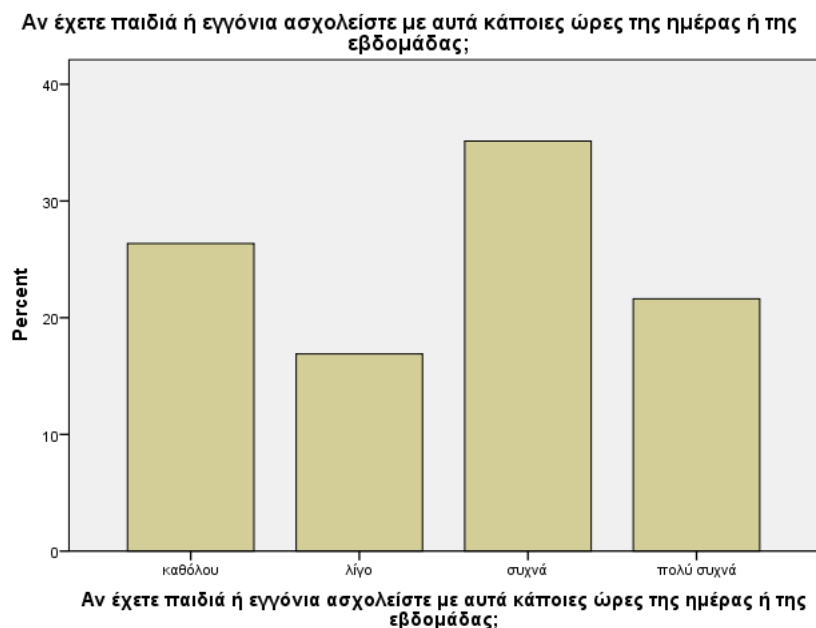


Εξετάζοντας την καπνιστική συνήθεια των ατόμων του δείγματος προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε αρνητικά (83,8%) και μόνο το 16,3% έχει δηλώσει ότι καπνίζει.

Πίνακας 14: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της ενασχόλησης των ηλικιωμένων με τα παιδιά ή τα εγγόνια τους:

Αν έχετε παιδιά ή εγγόνια ασχολείστε με αυτά κάποιες ώρες της ημέρας ή της εβδομάδας;	Πλήθος	%
Καθόλου	39	26,4
Λίγο	25	16,9
Συχνά	52	35,1
Πολύ συχνά	32	21,6
		100,0
Σύνολο	148	

Γράφημα 14: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών της ενασχόλησης των ηλικιωμένων με τα παιδιά ή τα εγγόνια τους:



Εξετάζοντας την ενασχόληση των ατόμων του δείγματος με τα παιδιά ή τα εγγόνια τους, οι απαντήσεις κατανέμονται κυρίως στις κατηγορίες που δηλώνουν συχνή και πολύ συχνή ενασχόληση. Έτσι το αθροιστικό ποσοστό των 2 αυτών επιλογών είναι 56,7%. Ωστόσο στην

κατηγορία Καθόλου κατατάσσεται το 26,4% των απαντήσεων και στην κατηγορία Λίγο το υπόλοιπο 16,9%.

Πίνακας 15: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της επικοινωνίας των ηλικιωμένων με τα παιδιά και τα εγγόνια τους :

Πόσο συχνά επικοινωνείτε με τα παιδιά και τα εγγόνια σας;	Πλήθος	%
Καθόλου	7	4,7
Λίγο	20	13,5
Συχνά	43	29,1
Πολύ συχνά	78	52,7
Σύνολο	148	100,0

Γράφημα 15: Κατανομή ποσοστών της επικοινωνίας των ηλικιωμένων με τα παιδιά και τα εγγόνια τους :



Αναφορικά με την επικοινωνία των ατόμων με τα παιδιά ή εγγόνια, οι απαντήσεις κατανέμονται κυρίως στις κατηγορίες που δηλώνουν συχνή και πολύ συχνή επικοινωνία με το αθροιστικό ποσοστό των 2 αυτών επιλογών να είναι 81,8%.

Πίνακας 16: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της σωματικής άσκησης :

Πόσο συχνά ασκείστε κάνοντας κάποια δραστηριότητα (έντονο βάδισμα 45 λεπτών, γυμναστήριο, κα)	Πλήθος	%
Καθόλου	61	38,1
Λίγο (2 φορές το μήνα)	29	18,1
Συχνά (1 φορά την εβδομάδα)	24	15,0
Πολύ συχνά (3 φορές την εβδομάδα και πάνω)	46	28,8
Σύνολο	160	100,0

Γράφημα 16: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών της σωματικής άσκησης

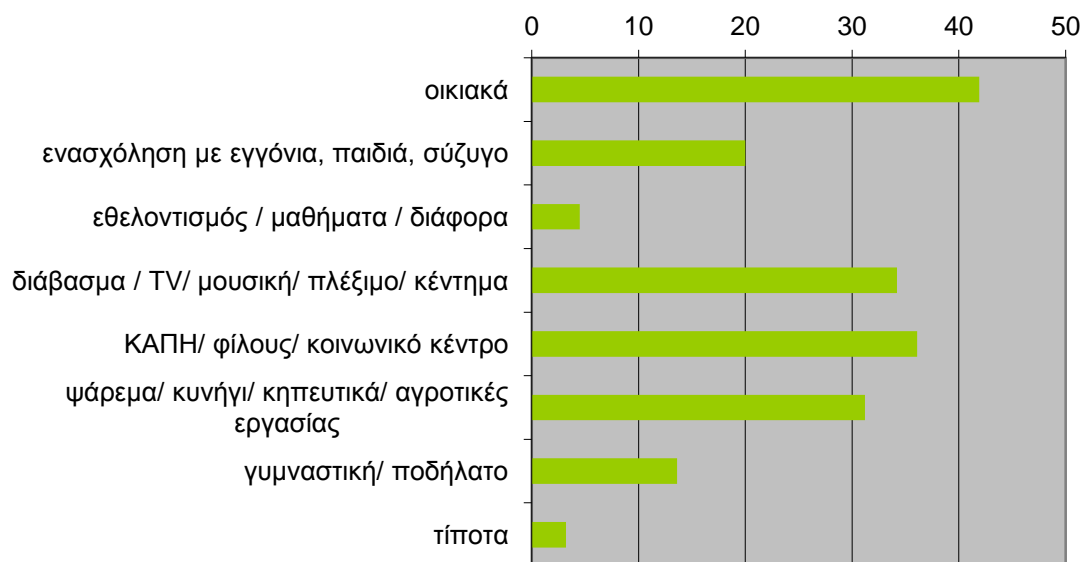


Εξετάζοντας την ύπαρξη συνήθειας που αφορά σωματική άσκηση όπως βάδιση, γυμναστική κλπ, προκύπτει ότι το 38,1% των ατόμων απάντησαν αρνητικά επιλέγοντας την κατηγορία Καθόλου. Αντίθετα το 28,8% δήλωσε την επιλογή Πολύ συχνά, δηλώνοντας ότι ασκείται τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα. Οι ενδιάμεσες επιλογές εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά.

Πίνακας 17: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών των καθημερινών ενδιαφερόντων :

Ποια είναι τα καθημερινά σας ενδιαφέροντα	Πλήθος	Ναι %
οικιακά	65	41,9
ενασχόληση με εγγόνια, παιδιά, σύζυγο	31	20,0
εθελοντισμός / μαθήματα / διάφορα	7	4,5
διάβασμα / TV/ μουσική/ πλέξιμο/ κέντημα	53	34,2
ΚΑΠΗ/ φίλους/ κοινωνικό κέντρο	56	36,1
ψάρεμα/ κυνήγι/ κηπευτικά/ αγροτικές εργασίες	48	31,2
γυμναστική/ ποδήλατο	21	13,6
τίποτα	5	3,2

Γράφημα 17: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών των καθημερινών ενδιαφερόντων:



Πίνακας 18 : Πίνακας διπλής εισόδου συσχέτισης φύλου και καθημερινών ενδιαφερόντων

Παρατίθενται τα ποσοστά των καταφατικών απαντήσεων		Φύλο			p
		Γυναίκα	Άνδρας	Total	(x2 test)
Ενασχόληση με :	οικιακά	75,9%	6,6%	41,9%	,000
	ενασχόληση με εγγόνια, παιδιά, σύζυγο	29,1%	10,5%	20,0%	,004
	εθελοντισμός / μαθήματα / διάφορα	6,3%	2,6%	4,5%	,443
	διάβασμα / TV/ μουσική/ πλέξιμο/ κέντημα	36,7%	31,6%	34,2%	,501
	ΚΑΠΗ/ φίλους/ κοινωνικό κέντρο	13,9%	59,2%	36,1%	,000
	ψάρεμα/ κυνήγι/ κηπευτικά/ αγροτικές εργασίες	12,7%	50,7%	31,2%	,000
	γυμναστική/ ποδήλατο	10,3%	17,1%	13,6%	,216
	τίποτα	2,6%	3,9%	3,2%	,628

Καταγράφοντας τα ενδιαφέροντα των ατόμων, όπως αυτά δηλώθηκαν με ανοιχτού τύπου ερώτηση προκύπτει ότι τα οικιακά είναι η κυριότερη ασχολία και αφορούν κυρίως ενασχόληση γυναικών.

Ακολουθούν:

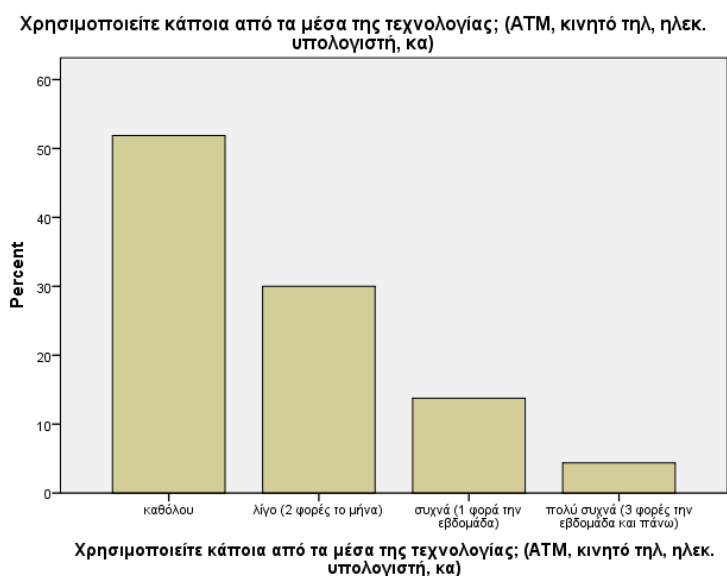
- Επίσκεψη σε ΚΑΠΗ ή κοινωνικό κέντρο, χρόνος με φίλους που αποτελεί κυρίως ανδρική ενασχόληση.
- Διάβασμα πλέξιμο, κέντημα, τηλεόραση
- Ψάρεμα, κυνήγι ή αγροτικές εργασίες που επίσης αποτελεί κυρίως ανδρική ενασχόληση.

Με μικρότερα ποσοστά δηλώνεται η γυμναστική, το ποδήλατο, ο εθελοντισμός, η παρακολούθηση μαθημάτων.

Πίνακας 19: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών για τη χρήση της τεχνολογίας:

Χρησιμοποιείτε κάποια μέσα τεχνολογίας (ATM, κινητό, Η/Υ,...)	Πλήθος	%
Καθόλου	83	51,9
Λίγο (2 φορές το μήνα)	48	30,0
Συχνά (1 φορά την εβδομάδα)	22	13,8
Πολύ συχνά (3 φορές την εβδομάδα και πάνω)	7	4,4
Σύνολο	160	100,0

Γράφημα 18: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών χρήσης της τεχνολογίας



Τέλος, αναφορικά με τη χρήση μέσων τεχνολογίας, η τάση είναι αρνητική με το μεγαλύτερο ποσοστό να εντοπίζεται στην επιλογή Καθόλου και τα ποσοστά να μειώνονται σταδιακά όσο αυξάνεται η προτεινόμενη συχνότητα χρήσης τεχνολογικών μέσων.

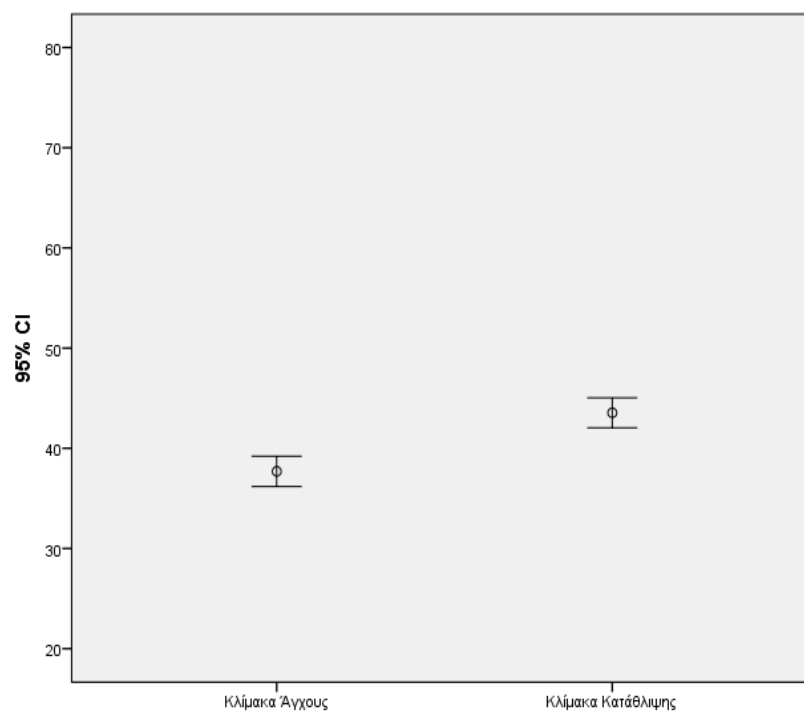
Ενότητα 2^η και 3^η : Άγχος και Κατάθλιψη ηλικιωμένων

Ακολουθεί η παρουσία των αποτελεσμάτων που αφορά στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης ενώ παράλληλα γίνεται έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών.

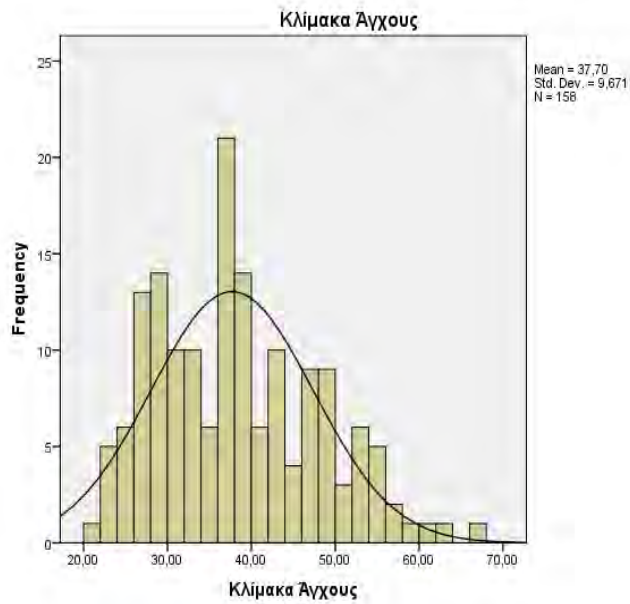
Πίνακας 20: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Άγχους και Κατάθλιψης

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	ΜΟ	ΤΑ	K-S	p
Κλίμακα Άγχους	158	20	80	37,6962	9,67149	1,195	,115
Κλίμακα Κατάθλιψης	158	20	80	43,5443	9,56812	,955	,322

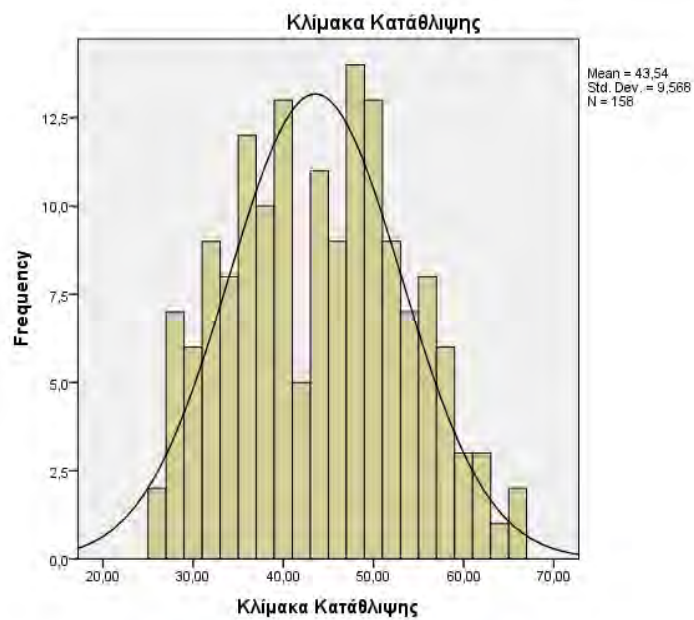
Γράφημα 19: 95% διάστημα εμπιστοσύνης μέσω των τιμών συνολικής κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους και Κατάθλιψης



Γράφημα 20: Ιστογράμμα κατανομής τιμών της κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους



Γράφημα 21: Ιστογράμματα κατανομής τιμών της κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Κατάθλιψης



Παραπάνω παρουσιάζονται τα μέτρα θέσης για τις μεταβλητές που αποτυπώνουν την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης.

Με βάση τα αποτελέσματα των σύνθετων μεταβλητών και τα όρια των τιμών των κλιμάκων που είναι οι τιμές 20-80 με μέσο του εύρους της κλίμακας την τιμή 50 αλλά και με την παρατήρηση ότι υψηλή τιμή αξιολόγησης σημαίνει υψηλή τιμή άγχους και κατάθλιψης, προκύπτει ότι:

Ως προς την κλίμακα άγχους η μέση συνολική βαθμολογία είναι $MO=37,69$, ενώ ως προς την κλίμακα κατάθλιψης η μέση συνολική βαθμολογία είναι $MO=43,54$.

Το επίπεδο κατάθλιψης είναι συγκριτικά υψηλότερο από το αντίστοιχο επίπεδο άγχους του δείγματος.

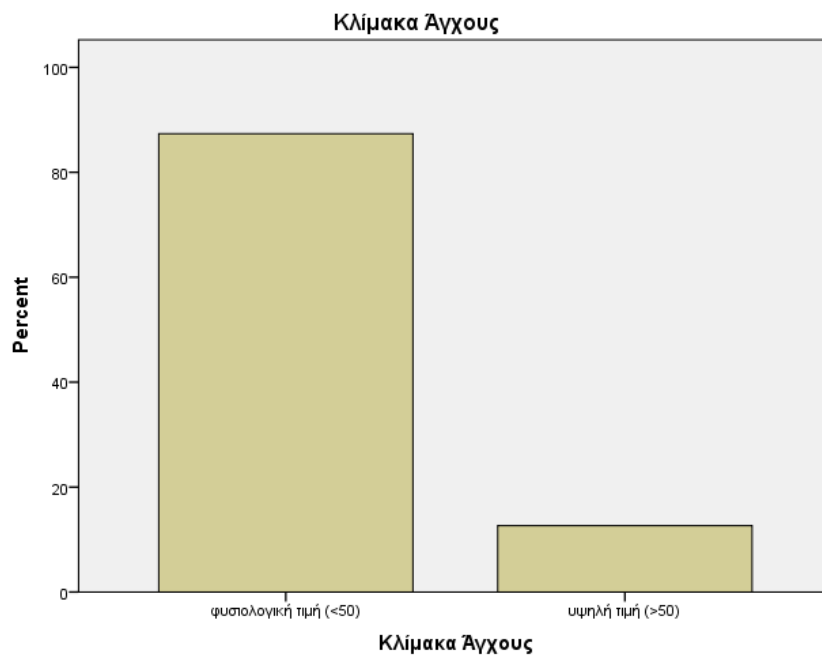
Αναφορικά με τον έλεγχο κανονικότητας και εξετάζοντας τον έλεγχο kolmogorov – Smirnov αλλά και τις γραφικές παραστάσεις των κατανομών προκύπτει ότι και οι 2 κλίμακες ακολουθούν κανονική κατανομή.

Ακολουθεί η παρουσία των κατανομών που αφορούν στις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης.

Πίνακας 21: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της κλίμακας άγχους

Κλίμακα Άγχους	Πλήθος	%
Φυσιολογική τιμή (<50)	138	87,3
Υψηλή τιμή (>=50)	20	12,7
Σύνολο	158	100,0

Γράφημα 22: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών της κλίμακας άγχους



Υψηλές τιμές άγχους, τιμές δηλαδή υψηλότερες του μέσου της κλίμακας εμφανίζονται στο 12,7% των ατόμων του δείγματος καθώς από την ελληνική στάθμιση της Σαμακουρή και συν., (2012), δεν προσδιορίστηκαν σημεία τομής.⁹³

Πίνακας 22: Πίνακας διπλής εισόδου κατανομής άγχους ανά φύλο

	Κλίμακα Άγχους		P (x2 test)
	Φυσιολογική Τιμή (<50)	Υψηλή Τιμή (>50)	
Φύλο	Γυναίκα	80,2%	19,8%
	Ανδρας	94,8%	5,2%
Total		87,3%	12,7%

Από τον έλεγχο χ^2 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του άγχους με το φύλο ($\chi^2=7,56$, $\beta=1$, $p=0,006$). Από τον πίνακα διπλής εισόδου προκύπτει ότι το ποσοστό των ατόμων με υψηλή τιμή άγχους είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες (19,8%) σε σχέση με τους άνδρες (5,2%).

Πίνακας 23: Πίνακας διπλής εισόδου κατανομής άγχους ανά ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας

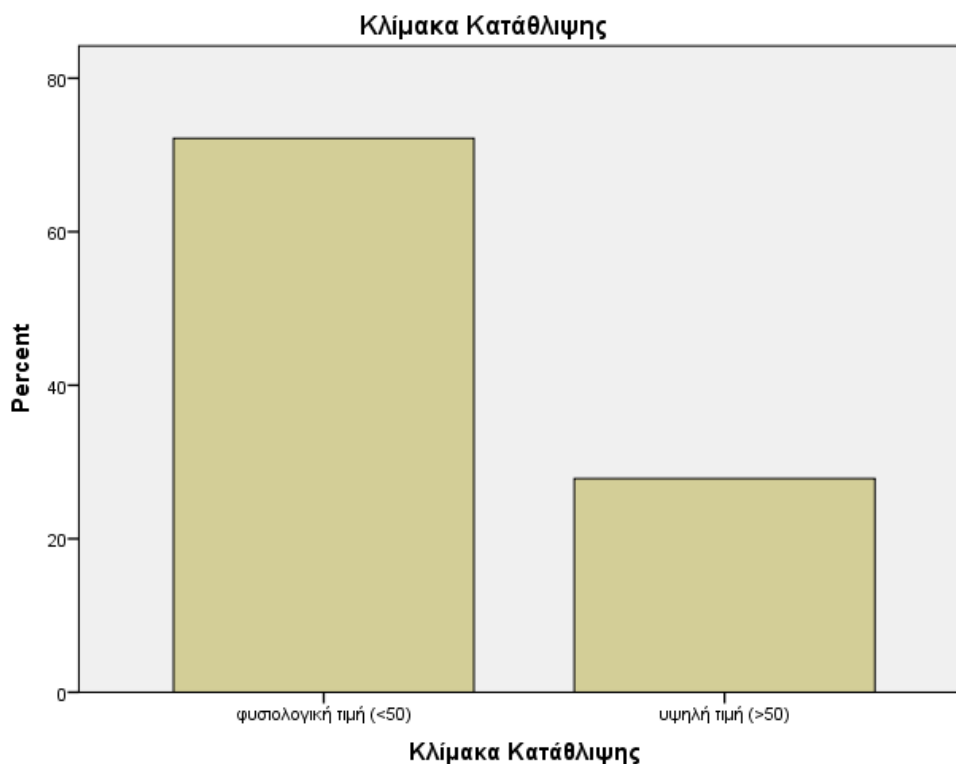
		Κλίμακα Άγχους		P (x2 test)
		Φυσιολογική τιμή (<50)	Υψηλή τιμή (>50)	
Αντιμετωπίζετε χρόνια πάθηση	OXI	94,9%	5,1%	,103
	NAI	84,9%	15,1%	
Total		87,3%	12,7%	

Εξετάζοντας τις υψηλές τιμές άγχους με τις χαμηλές, από τον έλεγχο χ^2 προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του άγχους με το χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Πίνακας 24: Κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της κλίμακας κατάθλιψης

Κλίμακα Κατάθλιψης	Πλήθος	%
Φυσιολογική τιμή (<50)	114	72,2
Υψηλή τιμή (>=50)	44	27,8
Total	158	100,0

Γράφημα 23: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών της κλίμακας κατάθλιψης



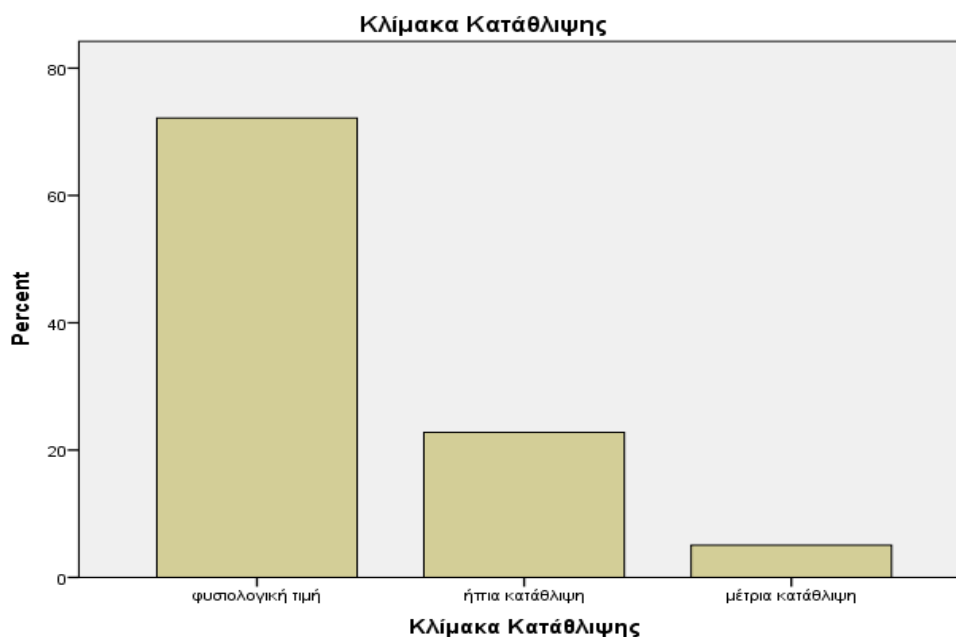
Υψηλές τιμές κατάθλιψης, τιμές δηλαδή υψηλότερες του μέσου της κλίμακας εμφανίζονται στο 27,8% των ατόμων του δείγματος.

Αναλυτικότερα το 72,2% των ατόμων του δείγματος εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές κατάθλιψης. Ακολουθεί το 22,8% του δείγματος που εμφανίζει ήπια τιμή κατάθλιψης δηλαδή τιμή μεταξύ των ορίων [50-59]. Τέλος, ακολουθεί το 5,1% των ατόμων που εμφανίζουν μέτρια κατάθλιψη τιμή δηλαδή μεταξύ των ορίων [60-69].

Πίνακας 25:Αναλυτική κατανομή συχνοτήτων και ποσοστών της κλίμακας κατάθλιψης

Κλίμακα Κατάθλιψης	Πλήθος	%
Φυσιολογική τιμή	114	72,2
Ήπια κατάθλιψη	36	22,8
Μέτρια κατάθλιψη	8	5,1
Total	158	100,0

Γράφημα 24: Ραβδόγραμμα κατανομής ποσοστών της κλίμακας κατάθλιψης



Πίνακας 26: Πίνακας διπλής εισόδου κατανομής κατάθλιψης ανά φύλο

	Κλίμακα Κατάθλιψης		
	Φυσιολογική τιμή	Ήπια κατάθλιψη	Μέτρια κατάθλιψη
Φύλο	Γυναίκα	63,0%	27,2%
	Ανδρας	81,8%	18,2%
Total		72,2%	22,8%

	Κλίμακα Κατάθλιψης		P (x2 test)
	Φυσιολογική τιμή (<50)	Υψηλή τιμή (>50)	
Φύλο	Γυναίκα	37,0%	,008
	Ανδρας	18,2%	
Total	72,2%	27,8%	

Από τον έλεγχο χ^2 προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της κατάθλιψης με το φύλο ($\chi^2=6,98$, $\beta=1$, $p=0,008$). Από τον πίνακα διπλής εισόδου προκύπτει ότι το ποσοστό των ατόμων με υψηλή τιμή κατάθλιψης είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες (37%) σε σχέση με τους άνδρες (18,2%).

Πίνακας 27: Πίνακας διπλής εισόδου κατανομής κατάθλιψης ανά χρόνιο πρόβλημα υγείας

		Κλίμακα Κατάθλιψης		
		Φυσιολογική τιμή	Ήπια κατάθλιψη	Μέτρια κατάθλιψη
Αντιμετωπίζετε χρόνια πάθηση	OXI	87,2%	12,8%	
	NAI	67,2%	26,1%	6,7%
Total		72,2%	22,8%	5,1%

		Κλίμακα Κατάθλιψης		P (x2 test)
		Φυσιολογική τιμή (<50)	Υψηλή τιμή (>50)	
Αντιμετωπίζετε χρόνια πάθηση	OXI	87,2%	12,8%	,016
	NAI	67,2%	32,8%	
Total		72,2%	27,8%	

Εξετάζοντας τη φυσιολογική με την υψηλή τιμή κατάθλιψης, από τον έλεγχο χ^2 προκύπτει, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της κατάθλιψης με το πρόβλημα υγείας ($\chi^2=5,82$, $\beta=1$, $p=0,016$). Από τον πίνακα διπλής εισόδου προκύπτει ότι το ποσοστό των ατόμων με υψηλή τιμή κατάθλιψης είναι μεγαλύτερο στα άτομα με πρόβλημα υγείας (32,8%) σε σχέση με τους υπόλοιπους (12,8%).

Ενότητα 4^η : Οικονομική κατάσταση πριν την κρίση και μετά

Ακολουθεί η παρουσία των αποτελεσμάτων που αφορά στην οικονομική κατάσταση πριν και μετά την κρίση. Παρουσιάζονται τα μέτρα θέσης συγκριτικά για το σύνολο των ερωτήσεων της κλίμακας. Πραγματοποιείται έλεγχος t test κατά ζεύγη προκειμένου να διαπιστωθεί αν η μεταβολή είναι στατιστικά σημαντική ή όχι.

Πίνακας 28: Έλεγχος μέσων τιμών κατά ζεύγη για την κλίμακα οικονομικής κατάστασης

Μεταβλητές οικονομικής κατάστασης	Χρονικές στιγμές μεταβολής		N	t	βε	p
	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ				
	ΜΟ	ΜΟ				
1. Να προμηθεύσετε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	4,31	3,26	160	14,944	159	,000
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	4,14	2,81	160	16,217	159	,000
6.Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΔΕΚΟ κλπ)	4,36	3,44	160	12,333	159	,000
7.Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	4,21	3,24	159	12,296	158	,000
10.Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	4,28	3,54	160	10,201	159	,000
11. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες(φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	3,89	2,74	158	13,692	157	,000
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	3,86	2,34	160	18,186	159	,000
4.Να προμηθεύσετε είδη ένδυσης-υπόδησης	3,58	2,26	159	15,721	158	,000
5.Να προμηθεύσετε είδη πολυτελείας (διασκέδαση, ταξίδια, ανανέωση επίπλων)	2,92	1,68	159	14,139	158	,000
8.Να αποταμιεύετε	3,21	1,49	160	17,257	159	,000
9.Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	3,49	2,32	159	11,958	158	,000
12. Να έχετε οικιακή βοηθό	2,15	1,43	157	7,782	156	,000

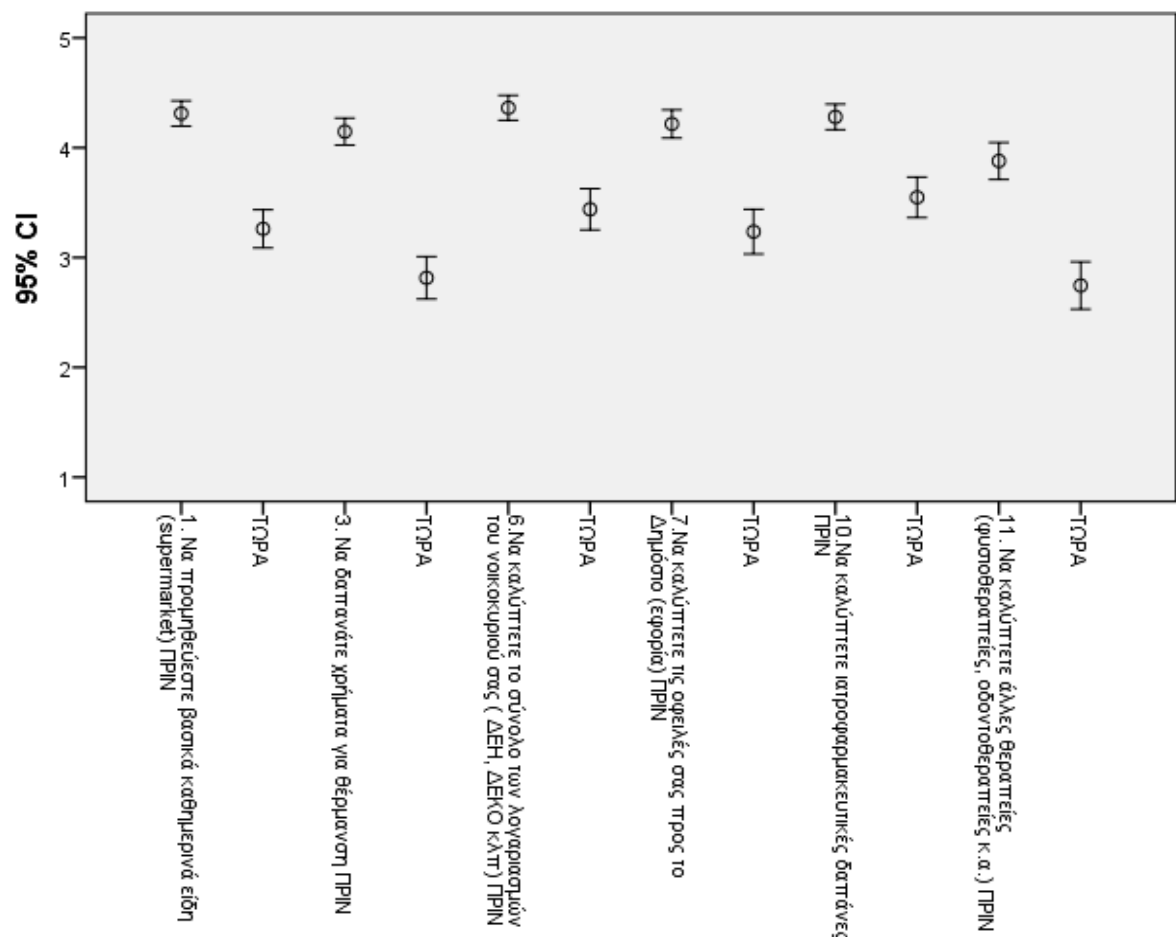
Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις προκύπτει στατιστικά σημαντική μεταβολή των Μέσων όρων των ερωτήσεων της κλίμακας μεταξύ των χρονικών στιγμών πριν και μετά την κρίση.

Σε όλες τις περιπτώσεις, οι μέσοι όροι αξιολόγησης της δυνατότητας κάλυψης των αναγκών κατά την περίοδο πριν την κρίση είναι υψηλότερες σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές των δυνατοτήτων μετά την κρίση. Συνεπώς προκύπτει επιδείνωση σε όλες τις παραμέτρους που εξετάζονται.

Ειδικότερα, ομαδοποιώντας τις ερωτήσεις της κλίμακας σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση προκύπτουν τα ακόλουθα:

Βασικές δαπάνες διαβίωσης:

Γράφημα 25: Συγκριτικά διάστημα εμπιστοσύνης πριν και μετά την κρίση των βασικών αναγκών της κλίμακας

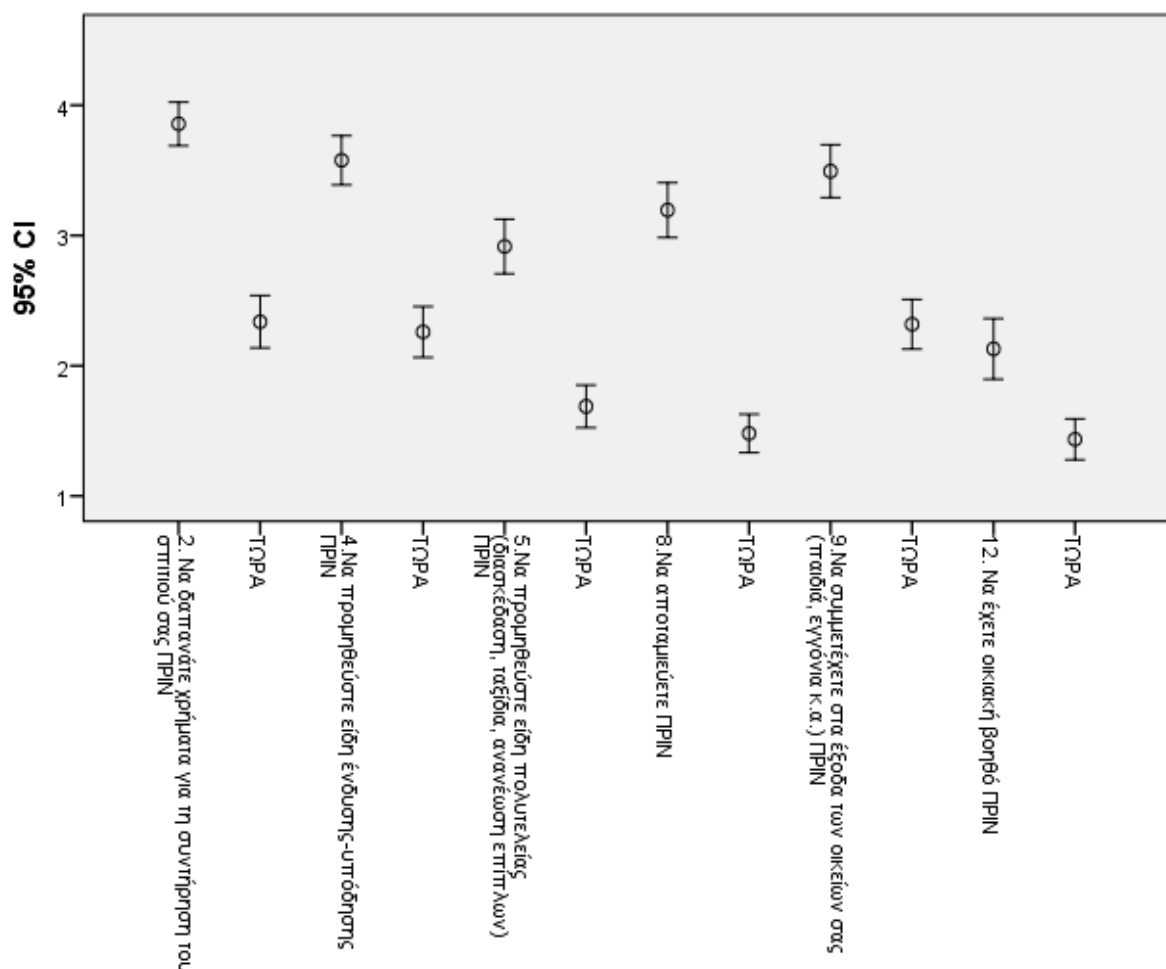


Παρατηρώντας το γράφημα γίνεται φανερό ότι η δυνατότητα κάλυψης αναγκών όπως η προμήθεια βασικών αγαθών, η δαπάνη θέρμανσης, οι δαπάνες ΔΕΚΟ, η ιατροφαρμακευτικές δαπάνες αλλά και οι υποχρεώσεις προς το Δημόσιο, δηλώθηκε πριν την κρίση ότι

καλύπτονταν σε υψηλό επίπεδο, όμοιο σχεδόν για όλες τις κατηγορίες. Ο μέσος όρος αξιολόγησης είναι άνω της τιμής 4 που σημαίνει καλή έως πολύ καλή δυνατότητα κάλυψης των βασικών αναγκών. Οι αντίστοιχες τιμές μετά την κρίση είναι χαμηλότερες. Έτσι η δυνατότητα προμήθειας βασικών ειδών αξιολογείται ως μέτρια, η δυνατότητα θέρμανσης μέτρια προς μικρή, η δυνατότητα ΔΕΚΟ μέτρια προς καλή, η δυνατότητα κάλυψης των οφειλών προς το Δημόσιο αξιολογείται ως μέτρια, η κάλυψη ιατροφαρμακευτικών δαπανών μέτρια προς καλή και οι άλλες θεραπείες πχ οδοντοθεραπείες ως μέτρια προς μικρή.

Επιπρόσθετες δαπάνες:

Γράφημα 26: Συγκριτικά διάστημα εμπιστοσύνης πριν και μετά την κρίση των επιπρόσθετων αναγκών της κλίμακας



Αναφορικά με τη συντήρηση του σπιτιού πριν την κρίση η δυνατότητα αξιολογήθηκε ως καλή, μετά την κρίση ως μικρή.

Αναφορικά με την προμήθεια ένδυσης και υπόδησης πριν την κρίση η δυνατότητα αξιολογήθηκε ως καλή προς μέτρια, μετά την κρίση ως μικρή.

Αναφορικά με την προμήθεια ειδών πολυτελείας πχ διασκέδαση, ταξίδια κλπ πριν την κρίση η δυνατότητα αξιολογήθηκε ως μέτρια, μετά την κρίση ως μικρή προς καθόλου.

Αναφορικά με την δυνατότητα αποταμίευσης πριν την κρίση η δυνατότητα αξιολογήθηκε ως μέτρια με θετικότερη τάση, ενώ μετά την κρίση από καθόλου ως μικρή.

Αναφορικά με την συμμετοχή στα έξοδα των οικείων πριν την κρίση η δυνατότητα αξιολογήθηκε ως καλή, μετά την κρίση ως μικρή προς μέτρια.

Τέλος, αναφορικά με την δυνατότητα απασχόλησης οικιακής βοηθού πριν την κρίση η δυνατότητα αξιολογήθηκε ως μικρή, μετά την κρίση από καθόλου ως μικρή.

Εξετάζοντας τις διαφορές των συνολικών βαθμολογιών των 3^{ων} κλιμάκων προκύπτει ότι:

Πίνακας 29: Μέτρα θέσης και διασποράς που αφορούν την Κλίμακα Οικονομικής Κατάστασης: Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης-Επιπρόσθετες Δαπάνες-Οικονομικής Κατάστασης

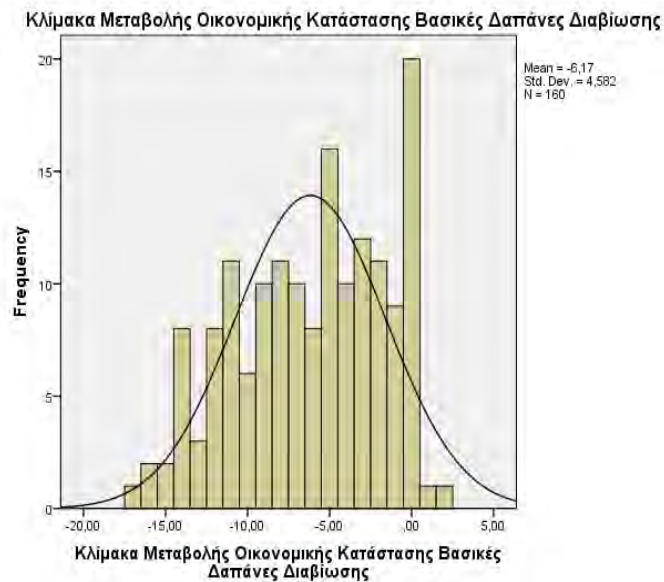
	N	MO	TA	K-S	p
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	160	-6,1687	4,582	1,273	,078
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες	160	-7,6937	4,810	1,503	,022
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	160	-13,8625	8,325	,812	,524

Η μέση μεταβολή και στις 3 κλίμακες είναι αρνητική και άρα όπως ήταν αναμενόμενο, οι δυνατότητες μειώθηκαν τη χρονική στιγμή μετά την κρίση σε σχέση με πριν. Η μεταβολή αυτή είναι συνολικά κατά μέσο όρο -13,86 μονάδες στο σύνολο των 12 ερωτήσεων που σημαίνει μια μείωση κατά περίπου μία μονάδα ανά προτεινόμενη ανάγκη, δηλαδή ελάττωση της δυνατότητας κατά μια κατηγορία της κλίμακας likert από το σημείο έναρξης πριν την κρίση. Επίσης φαίνεται ότι η μείωση αυτή είναι σχετικά μεγαλύτερη στις επιπρόσθετες δαπάνες, ωστόσο όπως αναφέρθηκε είναι απολύτως οριζόντια καθώς έχει πλήξει το σύνολο των δυνατοτήτων των αναγκών που περιγράφονται.

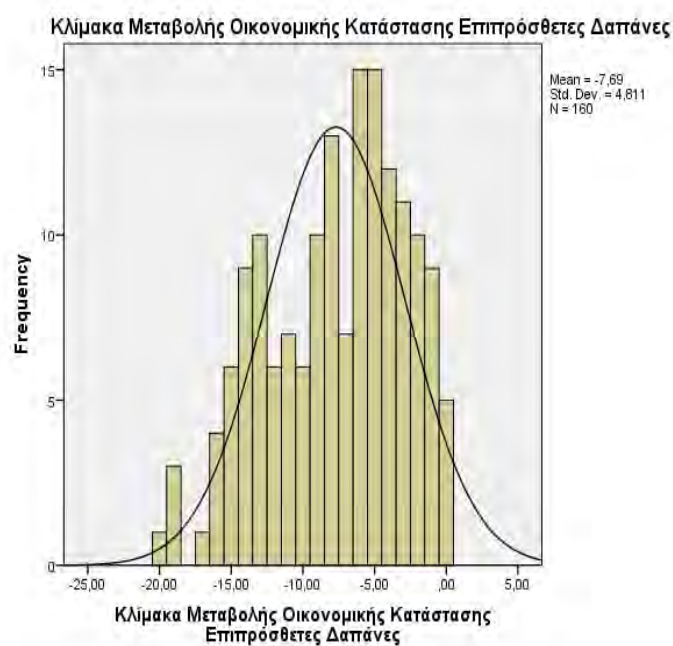
Αναφορικά με τον έλεγχο κανονικότητας και εξετάζοντας τον έλεγχο kolmogorov – Smirnov αλλά και τις γραφικές παραστάσεις των κατανομών προκύπτει ότι οι 2 κλίμακες

ακολουθούν κανονική κατανομή ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο με την Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες

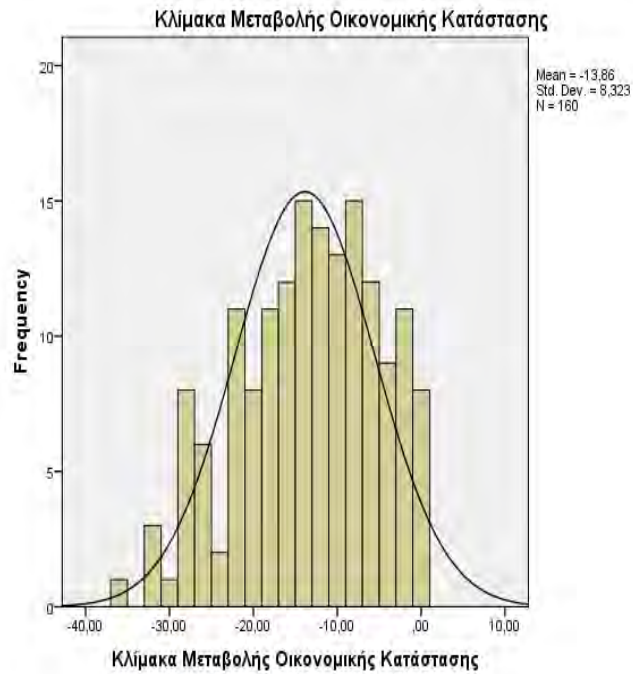
Γράφημα 27: Ιστογράμματα κατανομής τιμών της Κλίμακας Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης : Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης



Γράφημα 28: Ιστογράμματα κατανομής τιμών της Κλίμακας Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης : Επιπρόσθετες Δαπάνες.



Γράφημα 29: Ιστογράμματα κατανομής τιμών της Κλίμακας Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης



ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι κλίμακες συσχετίζονται μεταξύ τους υπολογίζεται ο πίνακας συσχέτισης και ο συντελεστής R.

Πίνακας 30: Συσχέτιση μεταξύ κλιμάκων

		Κλίμακα Άγχους	Κλίμακα Κατάθλιψης
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	R	-,375**	-,386**
Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	p	,000	,000
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	R	,135	-,218**
Επιπρόσθετες Δαπάνες	p	,090	,006
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	R	-,284**	-,338**
	p	,000	,000

** . $p < 0,01$

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι:

Το άγχος συσχετίζεται με:

- Τη μεταβολή Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης ($R = -0,375$, $p = 0,000$). Η συσχέτιση είναι ασθενής και αρνητική. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση της αρνητικής διαφοράς της μεταβολής στην οικονομική κατάσταση των δυνατοτήτων που αφορούν τις βασικές δαπάνες, δηλαδή το «άνοιγμα της ψαλίδας» της αδυναμίας μεταξύ του μετά και του πριν, συσχετίζεται με αύξηση της τιμής του άγχους.
- Την Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης ($R = -0,284$, $p = 0,000$). Η συσχέτιση είναι ασθενής και αρνητική. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση της αρνητικής διαφοράς της μεταβολής στην συνολική οικονομική κατάσταση των δυνατοτήτων, δηλαδή το «άνοιγμα της ψαλίδας» της αδυναμίας μεταξύ του μετά και του πριν, συσχετίζεται με αύξηση της τιμής του άγχους.

Η κατάθλιψη συσχετίζεται με:

- Τη μεταβολή Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης ($R=0,386$, $p=0,000$). Η συσχέτιση είναι ασθενής και αρνητική. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση της αρνητικής διαφοράς της μεταβολής στην οικονομική κατάσταση των δυνατοτήτων που αφορούν τις βασικές δαπάνες, δηλαδή το «άνοιγμα της ψαλίδας» της αδυναμίας μεταξύ του μετά και του πριν, συσχετίζεται με αύξηση της τιμής της κατάθλιψης.
- Την Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες ($R=0,218$, $p=0,006$). Η τάση είναι όμοια με πριν.
- Την Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης ($R=0,338$, $p=0,000$). Η τάση είναι όμοια με πριν.

Έλεγχος μεταβλητών ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό του δείγματος

A. Φύλο

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι κλίμακες εξαρτώνται με το φύλο του ατόμου, εφαρμόζεται έλεγχος μέσων τιμών

Πίνακας 31: Πίνακας μέσων τιμών των κλιμάκων ανά φύλο και εφαρμογή t test και Mann-Whitney test .

Κλίμακες	Φύλο		t	βε	p
	Γυναίκα ΜΟ	Ανδρας ΜΟ			
Κλίμακα Άγχους	40,5556	34,6883	3,988	156	,000
Κλίμακα Κατάθλιψης	46,3210	40,6234	3,908	156	,000
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-14,0617	-13,6582	-,306	158	,760
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-6,1975	-6,1392	-,080	158	,936
Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης			*U	Z	p
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-7,8642	-7,5190	3006,000	-,662	,508
Επιπρόσθετες Δαπάνες					

* Mann-Whitney

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει:

- Με το άγχος ($t(156)=3,988$, $p=0,000$). Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές προκύπτει ότι οι άνδρες εμφανίζουν χαμηλότερη τιμή άγχους από τις γυναίκες.
- Με την κατάθλιψη ($t(156)=3,908$, $p=0,000$). Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές προκύπτει ότι οι άνδρες εμφανίζουν χαμηλότερη τιμή κατάθλιψης από τις γυναίκες.

Καμία άλλη μεταβλητή δεν εξαρτάται στατιστικά σημαντικά

B. Ηλικία

Πίνακας 31: Πίνακας μέσων τιμών των κλιμάκων ανά ηλικία και εφαρμογή ANOVA και Kruskal Wallis test.

Κλίμακες			Ηλικία			βε	F	p
			60-70	71-80	81+			
			MO	MO	MO			
Κλίμακα Άγχους			37,2222	38,2692	36,9615	(2,155)	,274	,761
Κλίμακα Κατάθλιψης			42,5000	43,7821	45,0000	(2,155)	,644	,527
Κλίμακα	Μεταβολής	Οικονομικής	-12,6481	-14,5875	-14,1538	(2,157)	,893	,412
Κατάστασης								
Κλίμακα	Μεταβολής	Οικονομικής	-5,6111	-6,4500	-6,4615	(2,157)	,601	,550
Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης								
Κλίμακα	Μεταβολής	Οικονομικής	-7,0370	-8,1375	-7,6923	(2,155)	1,811*	,404
Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες								

* Kruskal Wallis Test

Καμία μεταβλητή δεν εξαρτάται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία των ατόμων.

Γ. Αριθμός παιδιών και εγγονών και δραστηριότητα ή επικοινωνία μαζί τους

Πίνακας 32: Πίνακας συσχέτισης των κλιμάκων και του αριθμού παιδιών και εγγονών και δραστηριότητα ή επικοινωνία μαζί τους

	Αρ. τέκνων			Αρ. εγγονών			Αν έχετε παιδιά ή εγγόνια ασχολείστε με αυτά κάποιες ώρες της ημέρας ή της εβδομάδας;			Πόσο συχνά επικοινωνείτε με τα παιδιά και τα εγγόνια σας;		
	R	p	N	R	p	N	R	p	N	R	p	N
Κλίμακα Άγχους	-,003	,969	158	,052	,513	158	-,212	,010	146	-,283	,001	146
Κλίμακα Κατάθλιψης	-,032	,693	158	,070	,385	158	-,331	,000	146	-,343	,000	146
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-,085	,282	160	-,016	,837	160	,120	,148	148	,087	,295	148
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	-,037	,642	160	,012	,877	160	,133	,106	148	,140	,090	148
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες*	-,105	,187	160	-,070	,377	160	,076	,358	148	,003	,972	148

* Spearman ρ

Καμία μεταβλητή δε συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό των παιδιών ή των εγγονών.

Η συχνότητα δραστηριοποίησης και επικοινωνίας συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με το άγχος και την κατάθλιψη:

Ενασχόληση με παιδιά και άγχος ($R=-0,212$, $p=0,010$)

Ενασχόληση με παιδιά και κατάθλιψη ($R=-0,331$, $p=0,000$)

Επικοινωνία με παιδιά και άγχος ($R=-0,283$, $p=0,001$)

Επικοινωνία με παιδιά και κατάθλιψη ($R=-0,343$, $p=0,000$)

Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η συσχέτιση είναι ασθενής και αρνητική που σημαίνει ότι αύξηση της συχνότητας επικοινωνίας και ενασχόλησης με τα παιδιά ή τα εγγόνια συνδέεται με μειωμένες τιμές άγχους και κατάθλιψης.

Δ. Εισόδημα

Πίνακας 33: Πίνακας μέσων τιμών των κλιμάκων ανά Εισοδηματική Ομάδα και εφαρμογή ANOVA και Kruskal Wallis test

Κλίμακες	Εισόδημα			βε	F	p
	300-500€	500-1000€	πάνω από 1000€			
	MO	MO	MO			
Κλίμακα Άγχους	41,1515	38,0000	34,9574	(2,152)	4,251	,016
Κλίμακα Κατάθλιψης	47,7576	43,5867	40,5532	(2,152)	5,852	,004
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-16,7941	-14,1733	-11,8333	(2,154)	3,703	,027
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	-8,2941	-6,5600	-4,2083	(2,154)	9,128	,000
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες	-8,5000	-7,6133	-7,6250	(2,154)	1,449*	,484

* Kruskal Wallis Test

Όλες σχεδόν οι τιμές των κλιμάκων διαφοροποιούνται και εξαρτώνται στατιστικά σημαντικά με το συνολικό μηνιαίο εισόδημα.

Αναλυτική παρουσίαση των μέσων τιμών των κλιμάκων ανά Εισοδηματική Ομάδα

Κλίμακα Άγχους

Scheffe

Ποιο είναι το οικογενειακό συνολικό μηνιαίο εισόδημα σας (από σύνταξη, ενοίκια, επιδόματα κ.α);	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
πάνω από 1000€	47	34,9574	
500-1000€	75	38,0000	38,0000
300-500€	33		41,1515
Sig.		,302	,277

Για την κλίμακα άγχους ($F(2,154)=4,251$, $p=0,016$). Από τον πίνακα πολλαπλών συγκρίσεων των μέσων τιμών προκύπτει ότι η διαφορά οφείλεται στην υψηλότερη τιμή άγχους για τα εισοδήματα 300-500€ σε σχέση με τη χαμηλότερη τιμή άγχους για τα άνω των 1000€. Γενικά αύξηση του εισοδήματος συνδέεται με μείωση του άγχους.

Κλίμακα Κατάθλιψης

Scheffe

Ποιο είναι το οικογενειακό συνολικό μηνιαίο εισόδημα σας (από σύνταξη, ενοίκια, επιδόματα κ.α);	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
πάνω από 1000€	47	40,5532	
500-1000€	75	43,5867	43,5867
300-500€	33		47,7576
Sig.		,293	,100

Για την κατάθλιψη ($F(2,154)=5,852$, $p=0,004$). Η τάση είναι όμοια με του άγχους.

Για την συνολική μεταβολή της οικονομικής κατάστασης ($F(2,154)=3,703$, $p=0,027$). Από τον πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει σταδιακή διεύρυνση του εύρους της αρνητικής διαφοράς του μετά με το πριν, και άρα σταδιακά μεγαλύτερη αδυναμία δυνατοτήτων κάλυψης αναγκών όσο μειώνεται το εισόδημα.

Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης

Scheffe

Ποιο είναι το οικογενειακό συνολικό μηνιαίο εισόδημα σας (από σύνταξη, ενοίκια, επιδόματα κ.α);	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
300-500€	34	-16,7941	
500-1000€	75	-14,1733	-14,1733
πάνω από 1000€	48		-11,8333
Sig.		,299	,381

Για την μεταβολή της οικονομικής κατάστασης αναφορικά με τις δαπάνες διαβίωσης ($F(2,154)=9,128$, $p=0,000$). Από τον πίνακα προκύπτει όμοια σχέση με παραπάνω, δηλαδή διεύρυνση της αρνητικής διαφοράς του μετά με το πριν, όσο μειώνεται το εισόδημα.

Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης

Scheffe

Ποιο είναι το οικογενειακό συνολικό μηνιαίο εισόδημα σας (από σύνταξη, ενοίκια, επιδόματα κ.α);	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
300-500€	34	-8,2941	
500-1000€	75	-6,5600	
πάνω από 1000€	48		-4,2083
Sig.		,160	1,000

Αντίθετα δεν προκύπτει διαφοροποίηση με τις επιπρόσθετες δαπάνες. Προφανώς αυτές είναι προσαρμοσμένες ανά ομάδα εισοδήματος και άρα οι διαφορές του πριν με το μετά δεν διευρύνονται ανά εισοδηματική ομάδα, κάτι που συμβαίνει στις βασικές δαπάνες οι οποίες γενικά είναι σταθερές για κάθε ομάδα και άρα είναι ορατό και στατιστικά σημαντικό το «άνοιγμα της ψαλίδας» μεταξύ των ομάδων.

E. Χρόνια πάθηση

Πίνακας 34: Πίνακας μέσων τιμών των κλιμάκων ανά ύπαρξη χρόνιας πάθησης ή όχι και εφαρμογή t test και Mann-Whitney test.

Κλίμακες	Αντιμετωπίζετε κάποια χρόνια πάθηση		t	βε	p
	OXI	NAI			
	MO	MO			
Κλίμακα Άγχους	34,5897	38,7143	-2,344	156	,020
Κλίμακα Κατάθλιψης	41,1282	44,3361	-1,831	156	,069
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-14,5641	-13,6364	-,604	158	,547
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	-6,1282	-6,1818	,063	158	,950
			U*	Z	p
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες	-8,4359	-7,4545	2068,500	-1,159	,246

* Kruskal Wallis Test

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση με την ύπαρξη χρόνιας πάθησης προκύπτει με το άγχος ($t(156)=-2,344$, $p=0,020$). Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές προκύπτει ότι τα άτομα χωρίς χρόνιο πρόβλημα εμφανίζουν χαμηλότερη τιμή άγχους από τους πάσχοντες.

ΣΤ. Καπνιστική συνήθεια

Πίνακας 35: Πίνακας μέσων τιμών των κλιμάκων και της καπνιστικής συνήθειας και εφαρμογή t test και Mann-Whitney test.

Κλίμακες	Καπνίζετε;		t	βε	p
	OXI MO	NAI MO			
Κλίμακα Άγχους	37,5263	38,6000	-,508	156	,612
Κλίμακα Κατάθλιψης	43,3308	44,6800	-,646	156	,519
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	-14,1716	-12,2692	-1,067	158	,288
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	-6,1642	-6,1923	,029	158	,977
			U*	Z	p
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες	-8,0075	-6,0769	1364,00	-1,752	,080

* Kruskal Wallis Test

Καμία μεταβλητή δεν εξαρτάται στατιστικά σημαντικά με την καπνιστική συνήθεια των ατόμων.

Z. Φυσική δραστηριότητα

Πίνακας 36: Πίνακας συσχέτισης των κλιμάκων και της φυσικής δραστηριότητας

	Πόσο συχνά ασκείστε κάνοντας κάποια δραστηριότητα (έντονο βάδισμα 45 λεπτών, γυμναστήριο, κα)		
	R	p	N
Κλίμακα Άγχους	-,333	,000	158
Κλίμακα Κατάθλιψης	-,405	,000	158
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	,153	,054	160
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	,178	,025	160
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες*	,077	,273	160

*Spearman ρ

Η συχνότητα δραστηριοποίησης με φυσική δραστηριότητα συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το άγχος ($R=-0,333$, $p=0,000$) και την κατάθλιψη ($R=-0,404$, $p=0,000$).

Η συσχέτιση είναι ασθενής και αρνητική που σημαίνει ότι αύξηση της συχνότητας άσκησης με φυσική δραστηριότητα συνδέεται με μειωμένες τιμές άγχους και κατάθλιψης.

Συσχετίζεται επίσης με την μεταβολή της οικονομικής κατάστασης σε βασικές δαπάνες. ($R=-0,178$, $p=0,025$). Η συσχέτιση είναι ασθενής και θετική που σημαίνει ότι αύξηση της συχνότητας άσκησης με φυσική δραστηριότητα συνδέεται με θετική μεταβολή και άρα με μείωση του εύρους της αρνητικής διαφοράς του Τώρα από το Πριν αναφορικά με τις βασικές δαπάνες διαβίωσης.

Η. Χρήση μέσων τεχνολογίας

Πίνακας 37 : Πίνακας συσχέτισης κλιμάκων και χρήση της τεχνολογίας

	Χρησιμοποιείτε κάποια από τα μέσα της τεχνολογίας; (ATM, κινητό τηλ, ηλεκ. υπολογιστή, κα)		
	R	p	N
Κλίμακα Άγχους	-,290	,000	158
Κλίμακα Κατάθλιψης	-,330	,000	158
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης	,138	,081	160
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	,211	,007	160
Κλίμακα Μεταβολής Οικονομικής Κατάστασης Επιπρόσθετες Δαπάνες*	,043	,590	160

*Spearman ρ

Η συχνότητα χρήσης μέσων νέας τεχνολογίας συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το άγχος ($R=-0,290$, $p=0,000$) και την κατάθλιψη ($R=-0,330$, $p=0,000$)

Η συσχέτιση είναι ασθενής και αρνητική που σημαίνει ότι αύξηση της συχνότητας χρήσης τεχνολογικών μέσων συνδέεται με μειωμένες τιμές άγχους και κατάθλιψης.

Επίσης συσχετίζεται με την μεταβολή της οικονομικής κατάστασης σε βασικές δαπάνες ($R=-0,211$, $p=0,007$). Η συσχέτιση είναι ασθενής και θετική που σημαίνει ότι αύξηση της συχνότητας χρήσης νέας τεχνολογίας συνδέεται με θετική μεταβολή της αρνητικής διαφοράς του Μετά από το Πριν και άρα με βελτίωση αναφορικά με τις βασικές δαπάνες διαβίωσης.

Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη έγινε συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης των ατόμων τρίτης ηλικίας με την πρόσφατη οικονομική κρίση, καθώς επίσης, εξετάστηκαν οι κύριοι τομείς διαβίωσης που έχουν πληγεί εξαιτίας αυτής. Το άγχος και η κατάθλιψη τόσο σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, όσο και στην τρίτη ηλικία, είναι διαταραχές της ψυχικής υγείας οι οποίες δεν μπορούν να παραγνωριστούν, αφού έχουν προεκτάσεις τόσο στη σωματική υγεία των ατόμων, όσο και στην καθημερινότητά τους. Σε επίπεδο υγείας, οι επιδράσεις αυτές κρίνονται σημαντικές, καθώς αν δεν επιτευχθεί η πρόληψή τους, αυτό οδηγεί σε περαιτέρω αύξηση των δαπανών και του συνόλου των υπηρεσιών υγείας.

Καθώς τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη πυροδοτούνται συχνά από μεμονωμένα γεγονότα, η οικονομική κρίση ως γεγονός που δημιουργεί ανασφάλεια τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τα οικεία του πρόσωπα, αποτελεί από μόνη της έναν παράγοντα επηρεασμού της ψυχικής υγείας. Στο συμπέρασμα αυτό έχουν καταλήξει και η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Κωνσταντίνου και συν.,(2013), Pickett &Wilkinson, (2010), καθώς και τα όσα αναφέρουν οι Χριστοδούλου και Χριστοδούλου, (2013).^{1,101,104} Το πεδίο έρευνας που συνδέει την οικονομική κρίση με το άγχος και την κατάθλιψη καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμο συνδέοντας μάλιστα και το γεγονός ότι η κατάθλιψη αποτελεί συνήθη ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων,⁴ παράλληλα με το άγχος, αλλά και ότι εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα από ότι στο γενικό πληθυσμό,³⁹ το θέμα αυτό κρίθηκε ιδιαίτερα σημαντικό να εξεταστεί και εμπειρικά.

Το δείγμα των 160 ηλικιωμένων ήταν μοιρασμένο στα δύο φύλα (49,4% άντρες και 50,6% γυναίκες), χωρίς αξιοσημείωτη διαφορά αφού για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκαν μέρες που υπήρχαν δραστηριότητες στο χώρο των ΚΑΠΗ (τμήμα γυμναστικής γυναικών προετοιμασία για την κοπή της Πρωτοχρονιάτικης πίτας, γιατρός, κ.α.), προκειμένου να υπάρχει επαρκής εκπροσώπηση και των δύο φύλων. Ο μεγαλύτερος όγκος του δείγματος συγκεντρώνεται στις ηλικίες 71-80 (50% του δείγματος). Αντίθετα στην έρευνα της Ρούπα και συν., (2009), σε ΚΑΠΗ επαρχιακής πόλης το δείγμα ήταν 20 μόλις γυναίκες και 121 άντρες κάτι που αποδόθηκε στη μικρή επισκεψιμότητα των γυναικών στο χώρο.³⁹ Η μεγάλη διαφορά με τη δική μας μελέτη δικαιολογείται από το γεγονός ότι επιλέξαμε ημέρες που λειτουργούσε τμήμα γυμναστικής γυναικών, προετοιμασία εκδήλωσης κοπής Πρωτοχρονιάτικης πίτας και ημέρα συνταγογράφησης φαρμάκων από το γιατρό. Στη μελέτη της Πατσή, (2013), σε δείγμα ηλικιωμένων των ΚΑΠΗ στην περιοχή της Θεσσαλίας, υπερίσχυαν οι άντρες (64%) έναντι των γυναικών (36%) κάτι που αποδόθηκε στις οικιακές εργασίες των τελευταίων.⁸⁰ Στην έρευνα των Στυλιανοπούλου και συν., (2010), σε ΚΑΠΗ των Αγ. Αναργύρων Αττικής, σε δείγμα 360 ηλικιωμένων, οι 218 ήταν γυναίκες και οι 142

άντρες⁴ κάτι που δείχνει ότι όταν πιθανόν λειτουργούν τμήματα απασχόλησης γυναικών (γυμναστική, χορωδία κ.α.) η συμμετοχή των γυναικών είναι μεγάλη. Αντίθετα όπου ο θεσμός του ΚΑΠΗ έχει περιοριστεί στο ρόλο του καφενείου τότε το ενδιαφέρον των γυναικών είναι περιορισμένο. Μία άλλη εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί είναι το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών.

Αναφορικά με την εκπαίδευση σχεδόν το 75% των ερωτηθέντων είχαν εκπαίδευση ίση ή μικρότερη των έξι ετών. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (90,8%) αναδεικνύει τόσο η έρευνα του Κουτεντάκη, (2008), σε αγροτική περιοχή της Κρήτης όσο και της Πατσή, (2013), σε πληθυσμό ηλικιωμένων της Θεσσαλίας (75%), καθώς και ευρήματα άλλων μελετών στη χώρα μας όπως του Papadopoulos et al, (2005).^{60,74,80} Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους του δείγματος έζησαν ένα πολύ δύσκολο Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και οι ευκαιρίες για εκπαίδευση ήταν λιγοστές. Αυτό δικαιολογεί και το μεγάλο ποσοστό των γυναικών του δείγματος που ασχολείται με τα οικιακά (55,6%).

Με μια πρώτη διαπίστωση θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει μείωση των γεννήσεων και αντίστοιχα αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων καθώς για κάθε ηλικιωμένο αντιστοιχούν 1,91 παιδιά και 2,69 εγγόνια, έναντι 3,82 που θα αναμενόταν για να διατηρηθεί ο πληθυσμός στα ίδια επίπεδα. Τη μείωση των γεννήσεων αναφέρουν και ο Κιόχος και Μαυρίδου, (2001), που αναλύουν τα δεδομένα του ελληνικού πληθυσμού στο πέρασμα των χρόνων και τα χαρακτηριστικά αυτού.¹²

Ως προς το **άγχος**, η μέση συνολική βαθμολογία από την Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης του Zung είναι το 37,69. Για να αξιολογήσουμε αυτή την τιμή μπορούμε να τη συγκρίνουμε με τις αντίστοιχες τιμές που βρέθηκαν κατά τη στάθμιση του ερωτηματολογίου από τη Σαμακουρή και συν., (2012), στο γενικό πληθυσμό 28,34 και στους ανθρώπους με σωματική νόσο 33,42.⁹³ Υπό αυτό το σκεπτικό η παραπάνω βαθμολογία της μελέτης μας χαρακτηρίζεται ως αρκετά υψηλή. Ποσοστό της τάξης του 12.7% εμφανίζει τιμές άνω του φυσιολογικού (>50). Η ανασκόπηση των Wolitzky-Taylor και Castriotta, (2010), τοποθετούν τα ποσοστά του άγχους σε ηλικιωμένους παγκοσμίως, μεταξύ 5.5%-10% στην πλειοψηφία αλλά με αποκλείσεις και προς τα πάνω και προς τα κάτω.³¹ Επιπλέον, άλλες έρευνες που εξέτασαν το ποσοστό των ηλικιωμένων που εμφανίζει μη φυσιολογικά επίπεδα άγχους ήταν των Lenze et al, (2001),³³ στις Η.Π.Α, που βρήκαν ένα ποσοστό της τάξης του 5% και των Kirmiziloglu et al, (2009),³⁴ στην Τουρκία, που ορίζουν το ποσοστό στο 17%. Η μελέτη του Γραμματικόπουλου, (2007), σε αγροτική περιοχή του Ν. Ρεθύμνου στην Κρήτη μετρά το ποσοστό άγχους στο 29,3%.³⁵ Η μεγάλη διαφορά πιθανόν οφείλεται στο διαφορετικό διαγνωστικό εργαλείο αλλά και στο γεγονός ότι πρόκειται για αγροτική περιοχή και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τουλάχιστον για την κατάθλιψη οι κάτοικοι αγροτικών

περιοχών εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά.²¹ Επίσης στη μελέτη μας η ανοσοποίηση σε παράγοντες άγχους με το πέρασμα του χρόνου, όπως αναδεικνύουν η ανασκόπηση του Jorm, (2000), και η μελέτη του Korten et al, (2000), δε δείχνει να βρίσκει εφαρμογή καθώς η τιμή του άγχους στο δείγμα μας είναι αρκετά υψηλή.^{36,37} Αυτό τεκμηριώνεται περαιτέρω στη βάση ότι στην παρούσα έρευνα, η **ηλικιακή ομάδα** των ερωτηθέντων δε φαίνεται να συσχετίζεται με τα επίπεδα άγχους.

Το άγχος όπως φάνηκε διαφοροποιείται σε σχέση με το **φύλο**, καθώς οι γυναίκες δείχνει να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό είναι συμβατό με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών όπως των Ρούπα και συν., (2009), Γραμματικόπουλος και συν., (2007), και η ανασκόπηση του Wolitzky-Taylor & Castriotta, (2010), οι οποίες και καταδεικνύουν πως ανεξαρτήτως άλλων παραγόντων, οι γυναίκες έχουν την τάση να εμφανίζουν σε υψηλότερο βαθμό άγχος^{31,37,39}.

Παράγοντα διαφοροποίησης των επιπέδων άγχους του δείγματος συνιστά επίσης η **συχνότητα επικοινωνίας με τα παιδιά και τα εγγόνια** των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα, προέκυψε πως η συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους και της συχνότητας επικοινωνίας είναι αρνητική, υποδηλώνοντας πως όσο συχνότερη είναι η επικοινωνία, τόσο χαμηλότερα είναι και τα επίπεδα άγχους που παρατηρούνται στο δείγμα. Όμως, η συσχέτιση αυτή είναι ασθενής, γεγονός το οποίο και μπορεί να τεκμηριωθεί στη βάση ότι η γενική τάση του δείγματος είναι να επικοινωνούν συχνά και πολύ συχνά με τα παιδιά και τα εγγόνια τους. **Ο αριθμός των παιδιών και των εγγονιών** ωστόσο από μόνος του δε διαφοροποιεί τα επίπεδα άγχους. Η μελέτη της Τσαμάνδουρα, (2011), σε δείγμα ηλικιωμένων στην κοινότητα, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι όσοι ζούνε με τα παιδιά τους έχουν σαφώς χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους και επίσης η ύπαρξη οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου επιδρά στη μείωση του άγχους.³²

Το εισόδημα των ατόμων επίσης φαίνεται να διαφοροποιεί τα επίπεδα άγχους και μάλιστα όσο μικρότερο το εισόδημα των ατόμων, τόσο μεγαλύτερο το επίπεδο άγχους που παρατηρείται. Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα που προέκυψαν σε σχέση και με τη μεταβολή στη συνολική οικονομική κατάσταση των ατόμων πριν και μετά την κρίση, ο οικονομικός παράγοντας φαίνεται να αποτελεί μία από τις πιο βασικές πηγές εμφάνισης άγχους των ηλικιωμένων του δείγματος. Μάλιστα, όπως προέκυψε, το άγχος συσχετίζεται με τη μεταβολή τόσο στις **βασικές, όσο και με τη μεταβολή στη συνολική οικονομική κατάσταση**. Στο αποτέλεσμα αυτό καταλήγει και η βιβλιογραφική ανασκόπηση του Κωνσταντίνου και συν., (2013), οι οποίοι και βρίσκουν επίδραση του οικονομικού παράγοντα στην ψυχική υγεία, ιδιαίτερα εν μέσω κρίσης.¹⁰⁵ Είναι συμβατά επίσης και με όσα υποστηρίζουν τόσο οι Χριστοδούλου και Χριστοδούλου, (2013), όσο και ο WHO, 2011.^{1,109}

Δε συσχετίστηκε με τις επιπρόσθετες δαπάνες διαβίωσης κάτι που σημαίνει ότι η αδυναμία κάλυψης τους δεν επιδρά στο άγχος.

Επιπλέον και η **φυσική δραστηριότητα** φαίνεται να επιδρά θετικά στη μείωση των επιπέδων άγχους, καθώς όπως προέκυψε, οι ερωτηθέντες οι οποίοι προβαίνουν σε κάποια φυσική δραστηριότητα εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα άγχους. Το γεγονός αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα των μελετών που εστιάζουν στη σημασία της άσκησης ως παράγοντα πρόληψης ή και αντιμετώπισης του άγχους των ηλικιωμένων και των διαταραχών ψυχικής υγείας γενικά κυρίως μέσω της ανόδου της διάθεσης και της ψυχικής ευχαρίστησης. Μεγάλος αριθμός μελετών το επιβεβαιώνουν όπως των Yan&Zhou, (2009), Biddle, (1995), Netz&Jacob, (1995), Kanning&Schlicht, (2010), Herring et al, (2010), Ματσουκά, (1999).^{19,82-86}

Το άγχος διαφοροποιείται επίσης σημαντικά και σε σχέση με τη **χρήση τεχνολογίας**. Εν προκειμένω, η συσχέτιση είναι αρνητική, γεγονός το οποίο και υποδηλώνει πως πράγματι η χρήση τεχνολογίας βοηθά στο να μειωθούν τα επίπεδα άγχους, εξαιτίας της ενημέρωσης που παρέχεται. Βέβαια η εξοικείωση και η χρήση της τεχνολογίας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα καθώς από καθόλου έως λίγη χρήση κάνει σχεδόν το 83% του δείγματος. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να συνδυαστεί με το γεγονός πως το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος είναι χαμηλό, με την πλειοψηφία να έχει λάβει εκπαίδευση δημοτικού ή κάποιων τάξεων του δημοτικού. Η μη εξοικείωση των ηλικιωμένων της Θεσσαλίας με τη χρήση μέσων τεχνολογίας έχει αναδειχθεί και από τη μελέτη της Πατσή, (2013), για τη χρήση της τεχνολογίας στους ηλικιωμένους με υψηλότερο ποσοστό την έλλειψη γνώσης χειρισμού Η/Υ σε ποσοστό 92,1% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το ΑΤΜ είναι στο 83,1%.⁸⁰

Ως προς την **κατάθλιψη**, το δείγμα παρουσιάζει σε ποσοστό 27.8% επίπεδα κατάθλιψης άνω του φυσιολογικού (>50), με μέση βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης του Zung το 43,54, τιμή που θεωρείται σαφώς στατιστικά υψηλότερη από το 32,98 που προσδιορίζει ο Fountoulakis et al, (2004), σε 120 υγιείς Έλληνες εθελοντές, ηλικίας 27,23±10,62 ετών.⁹⁴ Όπως φαίνεται, δεν επιβεβαιώνονται τα ευρήματα των μελετών που θέλουν το άγχος να εμφανίζεται σε διπλάσιο βαθμό σε σχέση με την κατάθλιψη.³⁸ Εδώ, η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι υψηλότερη του άγχους και μάλιστα από τη μελέτη εξαιρέθηκαν οι άνθρωποι με διαγνωσμένη ψυχική νόσο ή με διαμονή σε ιδρυματικό χώρο. Το 27.8% του δείγματος παρουσιάζει κάποια μορφή κατάθλιψης. Το 22.8% του δείγματος έχει ήπιας μορφής κατάθλιψη, η οποία και είναι η πλέον συχνή στους ηλικιωμένους, σύμφωνα και με τους Fiske et al, (2009), που κατέληξαν σε αυτό το αποτέλεσμα, ενώ το 5.1% μέτριας μορφής.⁵² Το ποσοστό είναι υψηλότερο από την ανασκόπηση του Beekman et al, (1999), που ορίζουν την κατάθλιψη στο 13,5% αλλά και από την έρευνα της Ρούπα και συν., (2009), σε

δείγμα ηλικιωμένων στην κοινότητα που υπολογίζει την κατάθλιψη στο 20%.^{39,48} Το ποσοστό 27.8% της μελέτης μας αγγίζει και ξεπερνά το ποσοστό 27,1% της έρευνας του McDougal et al, (2007), σε ιδρυματικό χώρο που πάντα οι ιδρυματικοί χώροι έχουν συνδυαστεί με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης.⁵⁷ Το αυξημένο ποσοστό πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι πολλές φορές η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους υποδιαγνώσκεται. Επίσης το ερωτηματολόγιο δίνει ένδειξη των συναισθημάτων του ατόμου και δεν αποτελεί εργαλείο διάγνωσης. Ένα μεγάλο ποσοστό κατάθλιψης της τάξης του 30,28% εμφάνισε το δείγμα των Στυλιανοπούλου και συν., (2010), ποσοστό που μπορεί να αιτιολογηθεί στη βάση του διαφορετικού εργαλείου μέτρησης αλλά και της μεγάλης υπεροχής των γυναικών στη μελέτη τους.⁴ Επίσης ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό 26,5% εμφάνισε η μελέτη του Κουτεντάκη, (2008), σε αγροτική περιοχή της Κρήτης.⁷⁴ Αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία κάτοικοι αγροτικών περιοχών παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης από τον υπόλοιπο πληθυσμό, που υπολογίζεται ακόμη και στο 20%.^{21,53}

Επιπλέον, συνδυάζοντας πως μια από τις βασικότερες αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι η μοναξιά ή η απώλεια συντρόφου σύμφωνα και με τους Badger&Joyce, (2000), με το γεγονός πως η πλειοψηφία του δείγματος επικοινωνεί συχνά με τα παιδιά ή τα εγγόνια και ότι είναι έγγαμοι, οι αιτίες του υψηλού ποσοστού κατάθλιψης του δείγματος θα πρέπει να αναζητηθούν σε άλλη βάση.⁷³ Συνδυάζοντας περαιτέρω τα αποτελέσματα της μελέτης του Κουτεντάκη, (2008), ο οποίος τόνισε τη σημασία της ύπαρξης κοινωνικών δραστηριοτήτων και της επίσκεψης σε ΚΑΠΗ ως παράγοντα μείωσης του επιπέδου κατάθλιψης, με το γεγονός πως τα ΚΑΠΗ αποτελούν το δεύτερο δημοφιλέστερο καθημερινό ενδιαφέρον των ερωτηθέντων, πράγματι το πρόβλημα χρήζει συστηματικότερης εξέτασης.⁷⁴ Κατ' επέκταση, στο σημείο αυτό μπορεί να εξάγει κανείς ένα πρώιμο συμπέρασμα, ότι η οικονομική κρίση ενδεχομένως να αποτελεί την αιτία βάσει της οποίας τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχουν ανέλθει σε υψηλότερα ποσοστά.

Τα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων του δείγματος διαφοροποιούνται ως προς το **φύλο**, ομοίως με το άγχος όπως παρουσιάστηκε προηγουμένως, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από τους άντρες. Άμεση λοιπόν η διασύνδεση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους με το φύλο. Αυτό επιβεβαιώνεται και από πλήθος μελετών όπως της Στυλιανοπούλου και συν.,(2010), του Κουτεντάκη, (2008), του Blazer et al, (2001), καθώς και της Ρούπα και συν., (2009).^{39,74,77}

Η κατάθλιψη εμφανίζει στατιστικά σημαντική εξάρτηση από το γεγονός της ύπαρξης **χρόνιων παθήσεων** και συγκεκριμένα το ποσοστό των ηλικιωμένων με υψηλή τιμή κατάθλιψης είναι μεγαλύτερο στα άτομα με χρόνιο πρόβλημα υγείας (32,8%) σε σχέση με

τους υπόλοιπους (12,8%). Στο ίδιο συμπεραίνει και η έρευνα του Αργυρόπουλου και συν., (2012), σε πληθυσμό ηλικιωμένων της Πάτρας, με τα ποσοστά στο 50,8% και 27,5% αντίστοιχα.⁷ Το ίδιο υποστηρίζει και η έρευνα της Στυλιανοπούλου και συν., (2010), σε πληθυσμό ηλικιωμένων ΚΑΠΗ στους Αγ. Αναργύρους Αττικής με τα αντίστοιχα ποσοστά στο 66,1% και 36,7% αντίστοιχα.⁴ Η ανασκόπηση των Byrne και Pachana, (2010),⁵⁰ και η έρευνα του Chong et al, (2001),⁷² καταλήγουν στα ίδια συμπεράσματα. Ειδικότερα, στην μελέτη του Chong et al, (2001), το ποσοστό των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο νόσημα, ανέρχεται στο 85%, με συχνότερα τον καταρράκτη, την αρθρίτιδα και την υπέρταση. Αντίστοιχα και στη δική μας μελέτη, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 75,6% του δείγματος, αντιμετωπίζει χρόνιο νόσημα, με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και τα ορθοπεδικά προβλήματα να συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Κι εδώ, η **ηλικία** δεν επιδρά στην εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, όμως επιδρά η επικοινωνία με τα παιδιά και τα εγγόνια.

Όσο πιο συχνή η **επικοινωνία και η δραστηριοποίηση**, τόσο μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης παρατηρούνται. Αυτό είναι συμβατό με τις μελέτες που δείχνουν τη σημαντικότητα της μοναξιάς και της απομόνωσης του ατόμου ως παράγοντα εμφάνισης της κατάθλιψης. Η φροντίδα των παιδιών και των εγγονιών, μια δραστηριότητα αρκετά δημοφιλής ειδικά στα αστικά κέντρα αποτελεί προστατευτικό παράγοντα από την κατάθλιψη και στη δική μας μελέτη. Οι ηλικιωμένοι που ασχολούνται και επικοινωνούν με τα εγγόνια/παιδιά τους έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη. Μεγάλος αριθμός άλλων ερευνών όπως αυτών των Στυλιανοπούλου και συν., (2010), Badger και Joyce, (2000), και Κουτεντάκης, (2008), καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα.^{4,73,74}

Το **εισόδημα** επίσης διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της κατάθλιψης, όπως και του άγχους. Μάλιστα, εν αντιθέσει με το άγχος, τα επίπεδα της κατάθλιψης διαφοροποιούνται τόσο ως προς τη μεταβολή των βασικών δαπανών διαβίωσης κατά την κρίση, όσο και των επιπρόσθετων και της μεταβολής στη συνολική οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων. Η πρόσφατη κρίση ως παράγοντας επιδείνωσης της ψυχικής υγείας κι ιδιαίτερα μέσω του εισοδήματος επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Κωνσταντίνου και συν., (2013), και Χριστοδούλου και Χριστοδούλου, (2013).^{1,104}

Το **κάπνισμα** επίσης δε συνιστά παράγοντα διαφοροποίησης των επιπέδων κατάθλιψης, ενώ ο Sheline et al, (2010), κατέληξαν πως η χρήση ουσιών και το κάπνισμα αποτελεί ένα από τα τυπικά συμπτώματα εμφάνισης της κατάθλιψης.⁶⁴ Το αποτέλεσμα αυτό είναι σημαντικό, καθώς παρά το γεγονός ότι το ποσοστό της κατάθλιψης είναι υψηλό, η κατάθλιψη δε σηματοδοτείται μέσω του καπνίσματος, αφού η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος δεν καπνίζει.

Η **φυσική δραστηριότητα**, που διαφοροποιεί τα επίπεδα άγχους, φαίνεται να διαφοροποιεί και τα επίπεδα της κατάθλιψης, μέσω ασθενούς κι αρνητικής συσχέτισης. Έτσι, η φυσική δραστηριότητα είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από πλήθος μελετών και βιβλιογραφίας, που θέλουν τη σωματική άσκηση να αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης ή και πρόληψης ψυχικών παθήσεων και πηγή ψυχικής ευχαρίστησης και ηρεμίας. Όπως των Chapman&Perry, (2008), Yan&Zhou, (2009), Biddle, (1995), Netz&Jacob, (1994), Kanning &Schlicht, (2010), Ματσουκά, (1999), Ψάρρος, (2006), και Sneed et al, (2010).^{59,81-87}

Η **τεχνολογία** διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στα επίπεδα κατάθλιψης, αφού όσο περισσότερο χρησιμοποιείται η τεχνολογία, τόσο μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης παρατηρούνται στο δείγμα. Σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, όπως παρουσιάστηκε και παραπάνω, η σημασία της τεχνολογίας κρίνεται εδώ ως υψίστης σημασίας, καθώς η μόρφωση οδηγεί μέσω της ενημέρωσης και της τεχνολογίας στην προαγωγή υγιούς τρόπου ζωής, όπως κατέληξαν οι Robak et al, (2002).⁷⁹

Συνολικά, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο διαβίωσης των ηλικιωμένων είναι εντονότερη στη συνολική οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων του δείγματος με μεγαλύτερη τη μείωση στις επιπρόσθετες δαπάνες. Παρόλα αυτά η μείωση είναι οριζόντια. Τα επίπεδα εισοδήματος 300-500€ έχουν πληγεί περισσότερο σε όρους μεταβολής της οικονομικής κατάστασης τόσο συνολικά, όσο και σε επίπεδο βασικών δαπανών διαβίωσης σε σχέση με τα εισοδήματα 500-1000€ και άνω των 1000€. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες που εμπίπτουν στην εισοδηματική κλίμακα 500-1000€ έχουν πληγεί σε όρους συνολικής οικονομικής κατάστασης και βασικών δαπανών επιβίωσης περισσότερο σε σχέση με όσους εμπίπτουν στην εισοδηματική κατηγορία άνω των 1000€. Αντίθετα δεν προκύπτει διαφοροποίηση με τις επιπρόσθετες δαπάνες καθώς όλες οι κατηγορίες εισοδήματος έχουν πληγεί με όμοιο τρόπο. Προφανώς αυτές είναι προσαρμοσμένες ανά ομάδα εισοδήματος και άρα οι διαφορές του πριν με το μετά δε διευρύνονται ανά εισοδηματική ομάδα. Ένα σχόλιο που θα μπορούσε να γίνει σε αυτό το σημείο είναι ότι η κρίση δεν είναι «δίκαιη» δηλαδή έχει επηρεάσει σε μεγαλύτερο βαθμό τα μικρά εισοδήματα και μάλιστα παρατηρούμε ότι όσο πιο χαμηλό είναι το εισόδημα, τόσο πιο μεγάλη είναι η ψαλίδα μεταξύ της ΠPIN και της META οικονομικής δυνατότητας.

Η συχνότητα φυσικής δραστηριότητας φαίνεται να επιδρά θετικά στη μεταβολή των δαπανών για βασικές ανάγκες επιβίωσης πριν και μετά την κρίση. Πρακτικά αυτό σημαίνει πως όσο αυξάνει η συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας, αυτό καταδεικνύει μείωση του εύρους της μεταβολής των βασικών αναγκών επιβίωσης. Δηλαδή, όσο περισσότερο παρατηρείται μειωμένο εύρος μεταβολής στις βασικές δαπάνες διαβίωσης των ερωτηθέντων

του δείγματος, τόσο περισσότερο τείνει τα αυξάνει η συχνότητα φυσικής δραστηριότητας. Έτσι, συμπεραίνεται πως η οικονομική κρίση, διαμέσου της μειούμενης ικανότητας των ηλικιωμένων να ανταποκριθούν σε βασικές δαπάνες διαβίωσης, αποτελεί λόγο ελάττωσης της συχνότητας φυσικής δραστηριότητας κι άρα αποτελεί εμμέσως μια αιτία της μη αντιμετώπισης και μη πρόληψης του άγχους και της κατάθλιψης. Αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα και τη συσχέτιση της με τη δυνατότητα ανταπόκρισης στις βασικές δαπάνες διαβίωσης δεν εντοπίστηκαν παρόμοιες έρευνες έτσι ώστε να προβούμε σε σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Για τη συχνότητα χρήσης μέσων τεχνολογίας, παρατηρείται η ίδια τάση, ότι η αύξηση της συχνότητας χρήσης νέας τεχνολογίας συνδέεται με θετική μεταβολή της αρνητικής διαφοράς του Μετά από το Πριν και άρα με βελτίωση αναφορικά με τις βασικές δαπάνες διαβίωσης. Δηλαδή, όπως και παραπάνω, είναι πιο πιθανό να παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας χρήσης τεχνολογίας σε ηλικιωμένους οι οποίοι έχουν πληγεί λιγότερο σε όρους βασικών δαπανών διαβίωσης. Το γεγονός πως το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό, που αποτελεί από μόνο του αιτία εμφάνισης κατάθλιψης όπως ανέφεραν και οι Robak et al,(2002),⁷⁹ σε συνδυασμό με τη σημασία της τεχνολογίας για την πρόληψη ή και αντιμετώπιση της κατάθλιψης με τη μειωμένη συχνότητα χρήσης μέσων τεχνολογίας λόγω αρνητικής μεταβολής στην ικανότητα ανταπόκρισης σε βασικές δαπάνες διαβίωσης, συντελούν σε έμμεση επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Τη συσχέτιση του εισοδήματος με τη χρήση των μέσων τεχνολογίας ανέδειξε και η μελέτη της Πατσή, (2013), καθώς για τη γνώση του H/Y και του ATM σε ηλικιωμένους ειδικά με εισόδημα μεγαλύτερο των 1000€ η μέση τιμή γνώσης είναι συγκριτικά υψηλότερη και άρα η γνώση μεγαλύτερη.⁸⁰

Προτάσεις για πρακτική εφαρμογή

Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορούν να αποτελέσουν τη βάση στην πρόληψη και αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης. Ο ρόλος του Κράτους και των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικοί παράμετροι στην κατεύθυνση αυτή, δεδομένου μάλιστα ότι παρατηρείται γήρανση του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό αυτόματα σημαίνει πως τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης συνολικά θα αυξάνονται, προκαλώντας προβλήματα τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην κοινωνία, λόγω αυξημένων δαπανών υγείας, αλλά και μεγάλου ποσοστού ατόμων που δε θα εμφανίζουν καλή ψυχική υγεία. Έτσι, οι δυσοίονες προβλέψεις του ΠΟΥ, ιδιαίτερα για την κατάθλιψη, ότι μέχρι το 2020 θα αποτελέσει τη δεύτερη αιτία παγκόσμιας αναπηρίας και μέχρι το 2030 ο κύριος

παράγοντας εμφάνισης ασθενειών, είναι πιθανό να επαληθευθούν αν το πρόβλημα δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως.

Αρχικά, εφόσον παρατηρείται πως τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι πιο δύσκολο να διαγνωστούν στην τρίτη ηλικία, θα πρέπει να παρέχεται σχετική ενημέρωση από το Υπουργείο Υγείας, για τα συμπτώματα και την αντιμετώπισή τους. Αυτό βοηθά στο να υπάρχει ενημέρωση όχι μόνο στους ηλικιωμένους, αλλά και στο ευρύτερο περιβάλλον τους. Μάλιστα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ψυχικής υγείας πρέπει να μεριμνά ώστε οι γυναίκες, αλλά και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις ή άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός, να μπορούν να προλαμβάνουν το άγχος και την κατάθλιψη πριν αυτά γίνουν σοβαρά και επηρεάσουν την καθημερινότητα των ηλικιωμένων. Το δεδομένο ότι το άγχος και η κατάθλιψη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υποεκτιμάται από τους γιατρούς, ειδικά οι οικογενειακοί γιατροί που αποτελούν το θεμέλιο λίθο της και έχουν κυρίαρχο ρόλο στις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας (ίδρυση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας-Π.Ε.Δ.Υ.), πρέπει να εκπαιδευτούν και να ευαισθητοποιηθούν πάνω στο θέμα και να εντοπίζουν το πρόβλημα στην αρχή του. Το ίδιο ισχύει και για τους νοσηλευτές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αλλά και όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Επειδή υπάρχει μια αλληλένδετη σχέση μεταξύ της εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης, είναι σημαντικό να γίνονται ενέργειες προληπτικές και ως προς τις δύο κατευθύνσεις. Η συνταξιοδότηση για παράδειγμα αποτελεί το τέλος της παραγωγικής δραστηριότητας και πολλές φορές βιώνεται πολύ τραυματικά από τους ανθρώπους. Χρειάζεται να υπάρξουν από την πολιτεία προγράμματα που να τους προετοιμάζουν να μεταβούν σε αυτό το νέο στάδιο της ζωής τους όσο το δυνατό πιο ανώδυνα. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, οι κινητές μονάδες και γενικά οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να διαδραματίσουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο.

Επιπλέον, πρέπει να προάγεται ο ρόλος της φυσικής και κοινωνικής δραστηριότητας από δομές όπως τα Κ.Α.Π.Η. Επίσης, είναι σημαντικό να γίνονται μαθήματα χρήσης νέων τεχνολογιών, ιδιαίτερα υπολογιστή, αφού συμβάλλουν προς την επιθυμητή κατεύθυνση της μείωσης του άγχους και της κατάθλιψης. Γενικά, όμως, επειδή η κατάθλιψη χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, είναι σημαντική η παρουσία ψυχολόγου, ο οποίος και μιλώντας με τους ηλικιωμένους θα μπορεί να συμβάλει δραστικά στην πρόληψη και αντιμετώπισή της.

Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος ασχολούνται κυρίως με δραστηριότητες που δεν απαιτούν συμμετοχή σε ομάδα, όπως τα οικιακά, εξαιρουμένων των επισκέψεων στα Κ.Α.Π.Η, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η συμβολή της οικογένειας, εκτός από το ρόλο του κράτους. Η οικογένεια είναι κρίσιμο να επικοινωνεί συχνά και να προωθεί τη συμμετοχή τους σε ομαδικές δραστηριότητες, την άσκηση και την εκμάθηση και χρήση

νέων τεχνολογιών. Εδώ όμως υπεισέρχεται ο ρόλος του κράτους, καθώς το ενδεχόμενο εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία καθώς και των επιπτώσεων που μπορεί να έχει τείνει να παραγνωρίζεται από τις οικογένειες των ατόμων.

Τέλος, ένα πολύ βασικό συμπέρασμα από τούτη την μελέτη είναι ότι υπάρχει σχέση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των ηλικιωμένων και της οικονομικής κρίσης δηλαδή και τα δύο αυξάνονται από την οικονομική αδυναμία στην οποία περιέρχεται το άτομο. Η Πολιτεία πρέπει να πάρει άμεσα θέση, βοηθώντας αυτή την πραγματικά ευάλωτη κοινωνική ομάδα, όχι μόνο με προγράμματα αλλά και με μια σταθερότητα και ασφάλεια οικονομική που θα επιτρέψει την αξιοπρεπή διαβίωση και την επαρκή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Το γεγονός ότι οι δαπάνες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα έχουν περικοπεί ιδιαίτερα για τις ευπαθείς ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, είναι μια κατάσταση που πρέπει να αναστραφεί, λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη τη γήρανση του πληθυσμού. Τέλος, εφόσον η οικονομική κρίση έχει μειώσει την ικανότητα των ηλικιωμένων να ανταποκριθούν στις δαπάνες διαβίωσής τους κι εφόσον οι συντάξεις αποτελούν εισοδήματα χωρίς διαπραγματευτική δύναμη, το κράτος θα πρέπει να παρέμβει και να δράσει βοηθητικά στην τρίτη ηλικία, μέσω φοροελαφρύνσεων, αλλά και παροχής βοηθημάτων. Ακόμη κι αν η οικονομική κατάσταση της χώρας δεν επιτρέπει σημαντικές διευκολύνσεις, ωστόσο ακόμα και η πρόθεση της κυβέρνησης να βοηθά συστηματικά τους ηλικιωμένους θα αποτελέσει ένα θετικό βήμα, το οποίο θα επιδράσει θετικά στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στη βάση της διατύπωσης των περιορισμών της έρευνας, θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστεί μελλοντικά η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα και να συγκριθεί με τα αντίστοιχα ηλικιωμένων άλλων Ευρωπαϊκών χωρών του Νότου που βιώνουν επίσης τις συνέπειες της κρίσης, όπως η Πορτογαλία, η Ιταλία και η Ισπανία ακόμη και η Κύπρος. Έπειτα, θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστούν οι παράγοντες που είναι περισσότερο σημαντικοί για την εμφάνιση του άγχους και της κατάθλιψης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, αν επιδρά περισσότερο το ιατρικό ιστορικό, το εξωτερικό περιβάλλον (κρίση), η προσωπικότητα, ή κάποιο τραυματικό γεγονός.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Χριστοδούλου Γ, Χριστοδούλου Ν. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική* 2013; 24:95–98
2. Dimsdale J. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2008; 51:1237–46.
3. Glanz K, Schwartz M. Stress, Coping and Health Behavior. In: Στο Β. R. K. Glanz, Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice(editor). 4th ed. Jossey Bass, San Francisco, 2008, 210-236.
4. Στυλιανοπούλου Χ, Κουλιεράκης Γ, Καραγιάννη Β, Μπαμπάτσικου Φ, Κουτής Χ. Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 2010; 9(4):490-504.
5. Γαρύφαλλος Γ. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου* 2008; 5:37-46.
6. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med*, 2008;38(10):1485-93.
7. Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. *Ψυχιατρική* 2012; 23 (1): 39-45
8. Παπασταύρου Ε. Οι μύθοι για την Τρίτη Ηλικία όπως έχουν διατυπωθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1999. *Συνέδριο Γεροντολογίας –Γηριατρικής*, 2003;431-40
9. Έμκε - Πουλοπούλου Η. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1993
10. Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 In: Δαρδαβέσης Θ. Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας(editor), Ελληνική Εθνική Εταιρεία Γήρατος,Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999: 33
11. Eurostat, International day of older persons. EU25 population aged 65 and over expected to double between 1995 and 2050. Euro stat press office, 2006
12. Κιόχος Π., Μαυρίδου Γ. Παρελθόν Παρόν και Μέλλον του Ελληνικού Πληθυσμού. *Αρχείον Οικονομικής Ιστορίας*. 2001;XII(1-2): 17-26
13. Steffens DC, McQuoid DR. Impact of symptoms of generalized anxiety disorder on the course of late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:40–47.
14. Αγγελόπουλος Ν. Ιατρική ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία (τόμος Α). Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2009.

15. Αγγελίδης Α. Άγχος και αγχώδης νευρώσεις. Ιατρική Επιθ Εν Δυναμ. 1970, 4:687-698
16. Nabi H, Hall M, Koskenvuo M. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. Biol Psychiatry 2010; 67:378–385.
17. Cohen SI. Alcohol and benzodiazepines generate anxiety, panic and phobias. JR Soc Med. 1995, 88(2):73-77
18. Rosen JB, Schulkin J. From normal fear to pathological anxiety. Psychol Rev 1998; 105 (2): 325–50.
19. Herring MP, O'Connor PJ, Dishman RK. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. Arch Intern Med 2010; 170:321–331.
20. Kessing LV, Bukh JD, Bock C, et al. Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of first depressions? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010; 45:801–808.
21. Κυλούδης Π., Γεωργιάδης Μ., Ρεκλείτη Μ., Γιαγλής Γ., Βόζνιακ Γ., Ρούπα Ζ. Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2011;10(4):530-546
22. Οικονόμου Μ, Πέππου ΛΕ, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Ψυχιατρική 2012; 23:17–28
23. Pachana NA, Helmes E, Byrne GJ, et al., Screening for mental disorders in residential aged care facilities. Int Psychogeriatr 2010; 1–14.
24. Βασιλαματζής Γ. Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. In: Προληπτική Ψυχιατρική(editor),Εκδόσεις Βήτα, 2000:195-198
25. Gurland, Cross Epidemiology of psychopathology in old age. Psychiatric clinics of North America, 1982;5(1):11-26
26. Sienaert P, Vansteelandt K, Demyttenaere K, Peuskens J. Randomized comparison of ultra-brief bifrontal and unilateral electroconvulsive therapy for major depression: cognitive side-effects. J Affect Disord 2010; 122: 60–67.
27. Kiropoulos AL, Klimidis S, Minas H. Depression and anxiety: a comparison of older-aged Greek-born immigrants and Anglo-Australians. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:714-724.
28. Kaji T, Mishima K, Kitamura S. Relationship between late-life depression and life stressors: large-scale cross-sectional study of a representative sample of the Japanese general population. Psychiatry Clin. Neurosci 2010; 64:426–434.

29. Rozzini L, Chilovi BV, Peli M, et al. Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24:300–305.
30. Παγοροπούλου Α. Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000.
31. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, et al. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety* 2010; 27:190-211.
32. Τσαμάνδουρα Ν. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η σχέση της με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής, Πτυχιακή Εργασία, Λάρισα, 2011
33. Lenze EJ., Mulsant BH., Shear KM., Alexopoulos GS., Frank E., Reynolds CF. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depression & Anxiety*, 2001; 14(2):86-93
34. Kirmizioglu Y., Dogan O., Kugu N., & Akyuz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009;24(9), 1026-1033
35. Γραμματικόπουλος Η. Αγχώδεις Διαταραχές σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη, Πανεπιστήμιο Κρήτης-Τμήμα Ιατρικής-Μεταπτυχιακή Εργασία, Ηράκλειο, 2007
36. Jorm, A.F. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 2000;30:11-22
37. Korten, A. & Henderson, S. The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Common psychological symptoms and disablement. *British Journal of Psychiatry*, 2000;177:325 -330
38. Χριστοδούλου ΓΝ, Κονταξάκης ΒΠ. Η τρίτη ηλικία. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000.
39. Ρούπα Ζ, Τάτσιου Ι, Τσικληταρά Α, et al. Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. *Interscientific Health Care* 2009; 1(2): 61-66
40. Ζέρβας Γ. Ψυχικές Διαταραχές των Ηλικιωμένων, In:Κ. Σολδάτος, Λ. Λυκούρας(editor), Τόμος Ι, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006;321-51
41. Πολίτης Α. Ψυχικές Διαταραχές των Ηλικιωμένων, In: Κ. Σολδάτος, Λ. Λυκούρας(editor), Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2006;671-675
42. Flint A.J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs and Aging*, 2005; 22(2): 101-114.
43. Webster J., & Grossberg G.T. (2003). Differential diagnosis of agitation in dementia. In D.P. Hay, D.T. Klein, L.K. Hay, G.T. Grossberg & J.S. Kennedy (Eds.), *Agitation in patients with dementia*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc. 2003 ,pp. 67-80.

44. Παγοροπούλου Α. Η γεροντική κατάθλιψη. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000.
45. Mulsant BH., Grantguli M. Epidemiology and Diagnosis of depression in late life. J Clin Psychiatry, 1999;60(20): 9-15
46. Hybels CF., Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. Clin Geriatr Med, 2003;19:663-96
47. Alexopoulos G. Depression in the elderly. Lancet 2005; 365:1961-70.
48. Beekman AT., Copeland JR., Prince MJ. Review of Community prevalence of depression in later life. Br J of Psychiatry, 1999;174:307-11
49. Παράσχος Ι. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους - το πρόβλημα της υποαναγνώρισης. Ψυχιατρική, 1998, 9, pp113-118
50. Byrne J, Pachana N. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? Current Opinion in Psychiatry 2010; 23:504–509
51. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol Med Sci 2003; 56A:229-65.
52. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annual Review of Clinical Psychology 2009; 5:363-389.
53. Μπαμπάτσικου Φ. Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα 2007.
54. Karakaya MG, Bilgin SC, Ekici G., Kose N, Otman AS. Functional mobility, depressive symptoms, level of independence, and quality of life of the elderly living at home and in the nursing home. J Am Dir Assoc- Mugla University Turkey, 2009;10(9):662-666
55. Chachine LM, Biljsma A, Hosperw A.P., Chemali Z. Dementia and depression among nursing home residents in Lebanon: a pilot study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2007;22(4):283-285
56. Lin P.C., Wang HH., Huang HT. Depressive symptoms among older residents at nursing homes in Taiwan Department of Nursing ,Chung Hwa College of Medical Technology, J CLIN NURS, Taiwan, 2007;16(9):1719-25
57. Mc Dougal FA., Mathews FE, Kvaal K., Dewey ME., Brayne C. Prevalence and symptomatology in older people living in institutions in England and Wales. AGE AGEING 2007;36(5): 562-8
58. Richardson TM, Friedman B, et al. Depression and its correlates among older adults accessing aging services. American Journal of Geriatric Psychiatry 2012; 20(4):346-354.
59. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. Prev Chronic Dis 2008; 5(1):235-249

60. Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatric Psychiatry* 2005; 20:350-357.
61. Stevens JA, Hasbrouck LM, Durant TM, et al. Surveillance for injuries and violence among older adults. *MMWR CDC Surveil Summ*, 1999;48(8):27-50
62. Τσολάκη, Μ., Διβάνογλου, Δ., Φουντουλάκης, Κ,Κάζης, Α.«Εκτίμηση της κατάθλιψης στις άνοιες» Ανακοίνωση στο 11ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη,1996;99
63. Salvatore T. Elder Suicide: A preventable tragedy. *Caring* 2000,19:34-37
64. Sheline YI, Pieper CF, Barch DM, et al. Support for the vascular depression hypothesis in late-life depression: results of a 2-site, prospective, antidepressant treatment trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:277–285.
65. Kenny ER, O'Brien J T, Cousins DA, et al. Functional connectivity in late-life depression using resting-state functional magnetic resonance imaging. *Am J Geriatric Psychiatry* 2010; 18:643–651.
66. Zheng WV., Christoph M., Neenq Chappell. Aging and late – life Depression. *J.Aging Health*, 2012;24(1):3-28
67. Kay SWK, Henderson AS, Scott R Dementia and depression among the elderly living in the community *Psychol Med* 1985;15:771-75
68. Copeland JRM. Range of mental illness among the elderly in the community. *Br J Psychiatry* 1987 ;150:815-23
69. Livingstone et al. Cost of community care for older people. *British Journal of Psychiatry*,1997; 171:56-59
70. Prince, M.J., Harwood R., Thomas A, Mann H. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement on the onset and maintenance of late life depression. *Psychological Medicine*,1998;28:337-350
71. Sodeman W.A. Instructions for geriatric patients W.B.S. Company USA, 1995
72. Chong MY, Tsang HY, Chen CS et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry*, 2001; 178(1) :29-35
73. Badger TA, Collins-Joyce P. Depression, Psychosocial Resources and Functional ability in older adults. *Clin Nurs Res*, 2000; 9(3):238-259.
74. Κουτεντάκης Κ. Διερεύνηση αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης μεταξύ μελών ΚΑΠΗ σε αγροτική περιοχή της Κρήτης, Πανεπιστήμιο Κρήτης-Τμήμα Ιατρικής-Μεταπτυχιακή Εργασία, Ηράκλειο, 2008
75. Clayton PJ. Handbook of affective disorders, Edinburg: Churchil Livingstone, 1982; 403-41

76. Emmerson JP, Burvill PW, Finlay-Jones R, Hall W. Life events, life difficulties and confiding relationships in the depressed elderly. *Br J Psychiatry*, 1989; 155:787-792
77. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *J Gerontol A Bio sci Med Sci*, 2001; 56(8):505-509
78. Glass AT, Mendes De Leon FC, Bassuk SS, Berkman FL. Social engagement and Depressive Symptoms in Late Life: Longitudinal Findings. *J Aging Health* 2006;18(4):604-628.
79. Raccio-Robak N, McErlean MA, Fabacher DA, Milano PM, Verdile VP. Socioeconomic and health status differences between depressed and non depressed ED elders. *Am J Emerg Med*, 2002; 20(2):71-73
80. Πατσή Σ. Η χρήση της τεχνολογίας από τους ηλικιωμένους της περιφέρειας Θεσσαλίας και οι στάσεις και απόψεις για το Σύστημα Υγείας τους. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής, Διπλωματική Εργασία, Λάρισα, 2013
81. Sneed JR, Culang ME, Keilp JG, et al. Antidepressant medication and executive dysfunction: a deleterious interaction in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010; 18:128–135.
82. Yan, J.H. & Zhou, C.L. Effects of motor practice on cognitive disorders in older adults. *Eur Rev Aging Phys Act*, 2009; 6:67-74
83. Biddle S. Exercise and psychosocial Health. *Res Quart Exerc Sport*, 1995; 66:292-297
84. Netz Y., Jacob T. Exercise and the psychological state of institutionalized elderly : a review. *Perceptual and motor skills*, 1994; 79:1107-1118.
85. Kanning, M.& Schlicht, W. Be active and become happy: an ecological momentary assessment of physical activity and mood. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2010; 32:253-261.
86. Ματσουκά Ο. Η επίδραση της άσκησης στην λειτουργική ικανότητα και την ψυχική υγεία γυναικών ηλικίας άνω των 60 ετών. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης-Τμήμα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Διδακτορική Διατριβή Κομοτηνή, 1999.
87. Ψάρρος Κ. Ψυχικές Διαταραχές των Ηλικιωμένων, στο Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Κ. Σολδάτος, Λ. Λυκούρας, Τόμος Ι, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006.
88. Richardson TM, Simning A, et al. Anxiety and its correlates among older adults accessing aging services. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011; 26(1):31-38.
89. Edelstein BA, Woodhead EL, Segal DL, et al. Older adult psychological assessment: current instrument status and related considerations. *Clin Gerontol* 2007; 31:1–35.

90. Segal DL, June J, Payne M, Coolidge FL, Yochim B. Development and initial validation of a selfreport assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 2010; 24:709–724.
91. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971; 12:371–379.
92. Zung WWK. A Self-Rating Depression Scale. *Arch gen Psychiatry* 1965, 12:63-70
93. Σαμακουρή Μ., Μπούχος Γ., Κάδογλου Μ., Γιαντσελίδου Α., Τσολάκη Κ., Λειβαδίτης Μ. Στάθμιση της Ελληνικής εκδοχής της κλίμακας Αυτοαξιολόγησης Άγχους (SAS) του Zung. *Ψυχιατρική*, 2012;23(3):212-220
94. Fountoulakis K., Iacovides A., Samolis S, et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung depression rating scale. *BMC Psychiatry*, 2001; 1:6
95. Fountoulakis K., Iacovides A., Kleanthous S, et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry*. 2001;1:3
96. Μαρξ Κ, Θεωρίες για την Υπεραξία, Μέρος 2ο, Σύγχρονη Εποχή, Αθήνα, 1982
97. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010;126:125-33.
98. Γιωτάκος Ο. Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία. *Ψυχιατρική* 2010; 21(3):195-204.
99. Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδας, Επιστημονικά υπεύθυνος Αλεξάκης Χρήστος, Ανάλυση των προοπτικών του επαγγέλματος του οικονομολόγου στην Ελλάδα και ο ρόλος του στην έξοδο από την κρίση, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Μάιος 2013 σελ 9-15
100. Oikonomou N, Tountas Y. The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet*, 2011; 377:28-29
101. Έρευνα ΙΜΕ-ΓΣΕΒΕΕ. Εισόδημα –Δαπάνες Νοικοκυριών, 2012. Available at : http://www.gsevee.gr/images/ereunes/noikokuria_dec_2012/eisodima_dec_2012_.pdf
102. Pickett K, Wilkinson R. Inequality: an under acknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 2010; 197:426-428.
103. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:127-30.
104. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374(9686):315-23.
105. Κωνσταντίνος Ε, Αργαλιά Ε, Κασκαμπά Ε, Μακρή Α. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 2013;50: 22-30,

106. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
107. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
108. Wahlbeck K, Awolin M. The impact of economic crises on the risk of depression and suicide: a literature review. In: *Supporting Documents for the EU Thematic Conference on Preventing Depression and Suicide*. Budapest, December 2009:1-11.
109. WHO Regional Office for Europe. *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Ερωτηματολόγιο μελέτης

Για την συλλογή του υλικού χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από ερωτήσεις – δηλώσεις σε 4 ενότητες:

1. Δημογραφικά στοιχεία – Δραστηριότητες / Συμπεριφορές
2. Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Α μέρος (Κλίμακα Άγχους)
3. Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Β μέρος (Κλίμακα Κατάθλιψης)
4. Οικονομική κατάσταση πριν την κρίση και μετά.

Ειδικότερα:

Δημογραφικά στοιχεία – Δραστηριότητες / Συμπεριφορές

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία αυτά είναι:

- Φύλο
- Ηλικία
- Τόπος κατοικίας
- Οικογενειακή κατάσταση
- Αρ. τέκνων και εγγονών
- Εκπαίδευση
- Επάγγελμα
- Εισόδημα
- Χρόνιες παθήσεις

Αναφορικά με τις Δραστηριότητες / Συμπεριφορές αυτές είναι:

- Καπνιστική συνήθεια
- Ενασχόληση με παιδιά ή εγγόνια
- Επικοινωνία με παιδιά ή εγγόνια
- Σωματική δραστηριότητα
- Ενδιαφέροντα
- Χρήση μέσων τεχνολογίας

Το σύνολο των ερωτήσεων επιδέχονται κυρίως κλειστές απαντήσεις και είναι κατηγορικές ή 4βάθμιας κλίμακας Likert.

Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Α μέρος (Κλίμακα Άγχους)

Κλίμακα Άγχους (SAS) του Zung.⁹¹

Η κλίμακα περιλαμβάνει 20 δηλώσεις-ερωτήσεις, η καθεμία από τις οποίες αξιολογείται σε μια κλίμακα 4ων διαβαθμίσεων.

Οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν την απάντηση που τους εκφράζει βάσει μιας 4βαθμης κλίμακας ιεράρχησης τύπου Likert με άκρα το Καθόλου (1) και το Πάντα (4). Στην κλίμακα περιλαμβάνονται ερωτήσεις όπως πχ «Αισθάνομαι πιο νευρικός και αγχωμένος από ότι συνήθως».

Η κλίμακα για την παρούσα έρευνα έχει υψηλή αξιοπιστία (Cronbach α).

Πίνακας 1: Αξιοπιστία παραγόντων

παράγοντας	Cronbach α
Κλίμακα Άγχους	,861

Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι υψηλός, καθώς τιμή του δείκτη μεγαλύτερη του 0,7 είναι αξιόπιστη. Αυτό σημαίνει ότι το σύνολο των ερωτήσεων, μπορούν να αξιοποιηθούν, στον υπολογισμό της τιμής της σύνθετης μεταβλητής για το άγχος. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των 20 ερωτήσεων – δηλώσεων. Λιγότερο άγχος σημαίνει μικρότερη συνολική βαθμολογία.

Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης Β μέρος (Κλίμακα Κατάθλιψης)

Κλίμακα Κατάθλιψης (ZDRS) του Zung.⁹²

Η κλίμακα βαθμολογείται και αξιοποιείται με τρόπο ανάλογο της προηγούμενης.

Η κλίμακα για την παρούσα έρευνα έχει υψηλή αξιοπιστία (Cronbach α).

Πίνακας 2: Αξιοπιστία παραγόντων

παράγοντας	Cronbach α
Κλίμακα Κατάθλιψης	,831

Οικονομική κατάσταση πριν την κρίση και μετά

Για τη μέτρηση της οικονομικής κατάστασης και δυνατότητας των ατόμων αναπτύχθηκε μία νέα κλίμακα αποτελούμενη από 12 ερωτήσεις, η καθεμία από τις οποίες αξιολογείται σε μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων.

Οι συμμετέχοντες καλούνταν να επιλέξουν την απάντηση που τους εκφράζει βάσει μιας 5βαθμης κλίμακας ιεράρχησης τύπου Likert με άκρα το Καθόλου (1) και το Πολύ καλή (5). Στην κλίμακα εξετάζεται η δυνατότητα του ατόμου να ικανοποιήσει ανάγκες όπως πχ «Να προμηθεύεται βασικά καθημερινά είδη» ή «Να αποταμιεύετε» κλπ.

Προκειμένου να διερευνηθεί η μεταβολή της οικονομικής κατάστασης πριν την κρίση και σήμερα, τα άτομα κλήθηκαν να βαθμολογήσουν την κλίμακα Πριν την κρίση και Μετά.

Ακολουθεί διερεύνηση της κλίμακας.

Διερεύνηση του εργαλείου για την χρονική στιγμή Πριν τη κρίση

Η διερεύνηση της παραγοντικής δομής του εργαλείου έγινε με την χρήση των πρωταρχικών συνιστωσών με μέθοδο περιστροφής, στο δείγμα ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που το συνθέτουν.

Από την εφαρμογή ανάλυσης παραγόντων προέκυψαν τα ακόλουθα:

Η τιμή Kaiser Meyer Olkin (KMO) της επάρκειας του δείγματος είναι υψηλή (KMO measure of sampling adequacy= 0,918) και η υπόθεση των μηδενικών συντελεστών συσχέτισης απορρίπτεται (Barlett's test of sphericity $p=0,000$) προκύπτει ότι το μέγεθος του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για την παραγοντική ανάλυση ήταν επαρκές και η παραγοντική ανάλυση εφαρμόζεται.

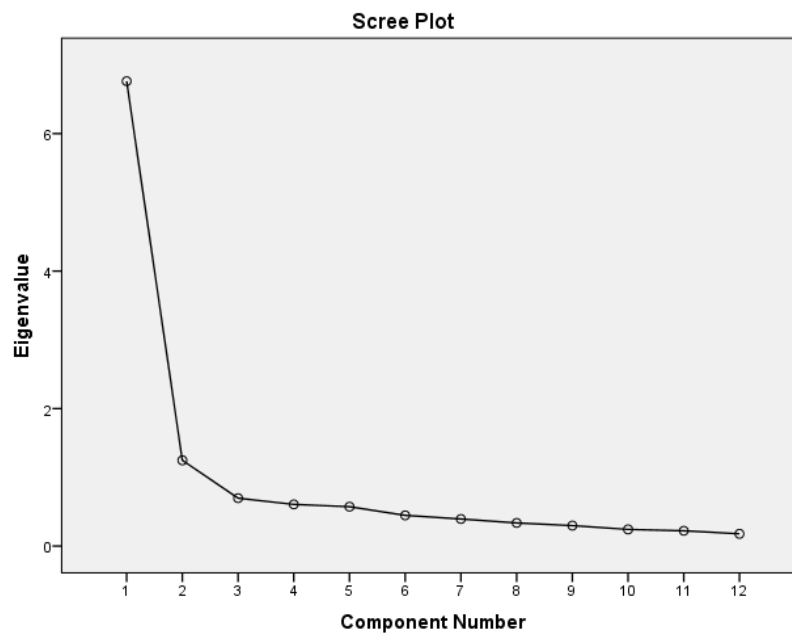
Από την εφαρμογή της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων προέκυψαν τα ακόλουθα:

Από τον έλεγχο των ιδιοτιμών των διαμορφωμένων παραγόντων ώστε αυτές να είναι μεγαλύτερες του 1,0 προέκυψαν 2 παράγοντες από το σύνολο των αρχικών μεταβλητών, κάτι που επαληθεύεται και από γράφημα screen plot.

Το σύνολο των 5 παραγόντων ερμήνευαν περίπου το 66,7% της συνολικής διασποράς για το ερωτηματολόγιο.

Από την παραγοντική ανάλυση των αρχικών μεταβλητών προκύπτουν λοιπόν 2 παράγοντες ως εξής:

Γράφημα 1: Ιδιοτιμές



Πίνακας 3: Φορτίσεις ανά παράγοντα

	Παράγοντας 1	Παράγοντας 2
6.Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΔΕΚΟ κλπ)	,855	
7.Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)	,854	
10.Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες	,809	
11. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες(φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)	,738	
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση	,697	
1. Να προμηθεύεστε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)	,637	
5.Να προμηθεύστε είδη πολυτελείας (διασκέδαση, ταξίδια, ανανέωση επίπλων)		,749
9.Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)		,747
8.Να αποταμιεύετε		,726
4.Να προμηθεύστε είδη ένδυσης-υπόδησης		,722
12. Να έχετε οικιακή βοηθό		,697
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας		,668

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι:

Ο πρώτος παράγοντας εκπροσωπεί την Οικονομική Κατάσταση στις Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης ενώ ο δεύτερος την Οικονομική Κατάσταση στις Επιπρόσθετες Δαπάνες Έλεγχος αξιοπιστίας στις υποκλίμακες του εργαλείου

Η εσωτερική αξιοπιστία των μεταβλητών των δύο αυτών παραγόντων αλλά και της συνολικής κλίμακας είναι:

Πίνακας 4: Αξιοπιστία παραγόντων

παράγοντας	Cronbach a
Οικονομική Κατάσταση στις Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	,906
Οικονομική Κατάσταση στις Επιπρόσθετες Δαπάνες	,868
Συνολικά	,915

Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι υψηλός σε όλες τις υποκλίμακες καθώς τιμή του δείκτη μεγαλύτερη του 0,6 είναι αξιόπιστη.

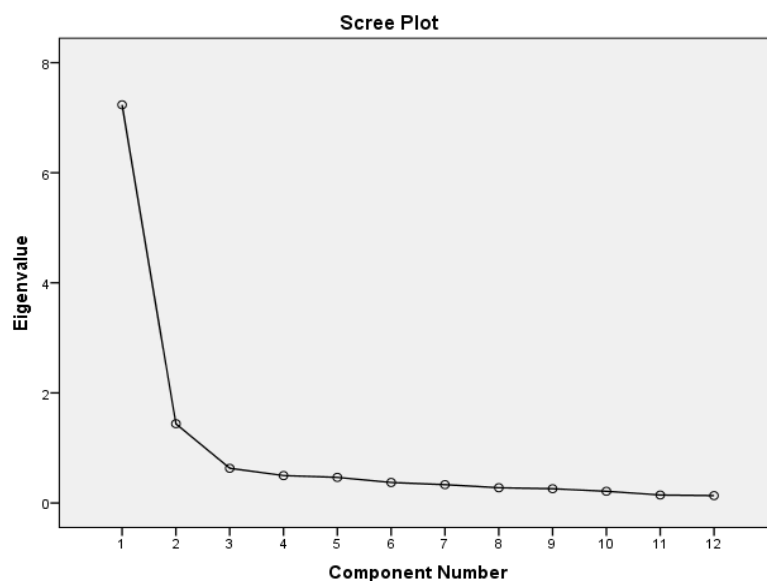
Διερεύνηση του ίδιου εργαλείου για την χρονική στιγμή META

Από την εφαρμογή ανάλυσης παραγόντων προέκυψαν τα ακόλουθα:

Η τιμή Kaiser Meyer Olkin (KMO) της επάρκειας του δείγματος είναι υψηλή (KMO measure of sampling adequacy= 0,915) και η υπόθεση των μηδενικών συντελεστών συσχέτισης απορρίπτεται (Bartlett's test of sphericity $p=0,000$).

Από τον έλεγχο των ιδιοτιμών των διαμορφωμένων παραγόντων ώστε αυτές να είναι μεγαλύτερες του 1,0 προέκυπταν πάλι 2 παράγοντες. Το σύνολο των 5 παραγόντων ερμήνευαν περίπου το 72,2% της συνολικής διασποράς για το ερωτηματολόγιο.

Γράφημα 2: Ιδιοτιμές



Πίνακας 5: Φορτίσεις ανά παράγοντα

	Παράγοντας 1	Παράγοντας 2
5.Να προμηθεύστε είδη πολυτελείας (διασκέδαση, ταξίδια, ανανέωση επίπλων)	,846	
8.Να αποταμιεύετε	,784	
12. Να έχετε οικιακή βοηθό	,784	
2. Να δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτιού σας	,780	
4.Να προμηθεύστε είδη ένδυσης-υπόδησης	,762	
9.Να συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια κ.α.)	,672	
7.Να καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία)		,888
6.Να καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΔΕΚΟ κλπ)		,862
10.Να καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες		,845
1. Να προμηθεύετε βασικά καθημερινά είδη (supermarket)		,728
11. Να καλύπτετε άλλες θεραπείες(φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κ.α.)		,690
3. Να δαπανάτε χρήματα για θέρμανση		,638

Συνεπώς προκύπτει ότι η κλίμακα δίνει ακριβώς τους ίδιους παράγοντες και στις 2 φάσεις βαθμολόγησης.

Έλεγχος αξιοπιστίας στις υποκλίμακες του εργαλείου

Η εσωτερική αξιοπιστία των μεταβλητών των δύο αυτών παραγόντων αλλά και της συνολικής κλίμακας είναι:

Πίνακας 6: Αξιοπιστία παραγόντων

παράγοντας	Cronbach a
Οικονομική Κατάσταση στις Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης	,921
Οικονομική Κατάσταση στις Επιπρόσθετες Δαπάνες	,906
Συνολικά	,939

Ο δείκτης αξιοπιστίας είναι υψηλός σε όλες τις υποκλίμακες καθώς τιμή του δείκτη μεγαλύτερη του 0,6 είναι αξιόπιστη.

Συνεπώς, από την εφαρμογή του εργαλείου θα υπολογιστούν 3 μεταβλητές ανά χρονική περίοδο και τελικά θα προκύψει η Διαφορά των μεταβλητών αυτών Δ (Μετά-Πριν την κρίση) η οποία αποτυπώνει την Μεταβολή της Οικονομικής κατάστασης