



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΥΓΕΙΑΣ»**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ
ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Κα ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Νικολέτα Τσαμάνδουρα
Κοινωνική Λειτουργός**

ΛΑΡΙΣΑ 2011

Τριμελής επιτροπή

**1)Κοτρώτσιου Ευαγγελία
Καθηγήτρια Τμήματος
Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας**

**2)Γκούβα Μαίρη
Επίκουρος Καθηγήτρια
Τμήματος Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Ηπείρου**

**3)Παπαθανασίου Ιωάννα
Καθηγήτρια Εφαρμογών
Τμήματος Νοσηλευτικής
ΤΕΙ Λάρισας**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	5
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Βασικές Έννοιες και Ορισμοί.....	7
Το Γήρας.....	7
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Δημογραφικά και κοινωνικοψυχολογικά χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας	10
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Δικαιώματα Ηλικιωμένων.....	13
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Κατάθλιψη και Τρίτη ηλικία.....	18
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Μορφές Κατάθλιψης.....	23
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	26
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης...28	
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	
Συμπεριφορικά και ψυχιατρικά συμπτώματα: άγχος και αίσθημα ντροπής στην Τρίτη Ηλικία.....	39
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	
Στόχοι της ΠΦΥ.....	45
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	
Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία και ΠΦΥ.....	49

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	52
Ερευνητικό Στόχοι.....	53
Μεθοδολογία –Ερευνητικό πρωτόκολλο.....	55
Στατιστική ανάλυση.....	57
 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	 58
Κλίμακα Εξωτερικής ντροπής.....	60
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής.....	63
Ερωτηματολόγιο Άγχους.....	65
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της...68	
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90.....	72
Κλίμακα Κατάθλιψης Ηλικιωμένων.....	78
 ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	 81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	102
ABSTRACT.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	104
Ερωτηματολόγια Ερευνητικής Εργασίας	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημαντική παγκόσμια αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί τη σημερινή πραγματικότητα των αναπτυγμένων κυρίως χωρών. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης ως συνέπεια της εξέλιξης της βιοϊατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, οι σημαντικές βελτιώσεις στη Δημόσια Υγεία και η δραματική μείωση των γεννήσεων έχουν δημιουργήσει αυξημένες ανάγκες παροχής υπηρεσιών στα άτομα Τρίτης Ηλικίας. Η γήρανση του πληθυσμού της γης είναι γεγονός ότι συνδέεται με σοβαρές αλλαγές στη συχνότητα και σοβαρότητα σωματικών και ψυχικών διαταραχών.

Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (2001) στην οποία αναφέρεται ότι «τα προβλήματα ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα είναι συχνά, ποικίλα και σοβαρά. Εκτός από τη νόσο Alzheimer η οποία συναντάται σχεδόν κατά αποκλειστικότητα στην Τρίτη Ηλικία, πολλά άλλα προβλήματα όπως η κατάθλιψη, το άγχος και οι ψυχωσικές διαταραχές παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό.»

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία όπως δείχνουν διεθνείς στατιστικές. Όμως μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων καταθλιπτικών που δε ξεπερνά το 20% αναγνωρίζει τη νόσο και ζητά βοήθεια. (Παράσχος 1998). Το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη δεν καλείται μόνο να αντιμετωπίσει τις σοβαρές επιπτώσεις της κατάθλιψης, αλλά και τις αλλαγές από το γήρας όπως είναι οι σωματικές ασθένειες, η έκπτωση των βιολογικών και διανοητικών λειτουργιών, οι συναισθηματικές και οικονομικές απώλειες καθώς επίσης η κοινωνική απομόνωση και το στίγμα της ψυχικής ασθένειας.

Σύμφωνα με τον WHO (2001), πολλά από τα προβλήματα ψυχικής υγείας συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά, αλλά τα περισσότερα κράτη στερούνται πολιτικής, προγραμμάτων και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών.

Σε αναφορά του WHO (2003), με θέμα «ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία», υποστηρίζεται ότι οι οργανωμένες παρεμβάσεις από τα κράτη και τις κοινότητες σε όλα τα επίπεδα μπορούν να ανακουφίσουν πολλά από τα προβλήματα που σχετίζονται με την ασθένεια, την ανικανότητα και την Τρίτη ηλικία. Το δικαίωμα στη ζωή και στην ποιότητα ζωής αποτελεί πρόκληση για το πώς η κοινωνία μας αντιμετωπίζει τις σχετιζόμενες με τα γηρατειά ανάγκες. Ο τρόπος με τον οποίο η κάθε κοινωνία οργανώνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί σημαντικό δείκτη του σεβασμού προς αυτή την ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Το Γήρας

Η γήρανση αποτελεί γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του οργανισμού και παρατηρείται σε όλα τα είδη οργανισμών. Η διαδικασία της γήρανσης χαρακτηρίζεται από μία σταδιακή έκπτωση της λειτουργικότητας όλων των σωματικών συστημάτων (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, ουροποιητικό κλπ (Carlan και συνεργάτες 1996)

Η διαδικασία του γήρατος επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, η διατροφή, η κατάσταση υγείας, το περιβάλλον, η δραστηριότητα καθώς και οι εμπειρίες της ζωής. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν διαφορετικά το κάθε άτομο. Το γήρας αποτελεί περίπλοκη λειτουργία-βιολογική, κοινωνική αλλά και ψυχοσυναισθηματική-η οποία παρουσιάζει μεγάλες διαφορές τόσο στην έναρξη όσο και στην εξέλιξή της (Παπασταύρου 2003).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας(1993) «η υγεία του ηλικιωμένου μετριέται βάσει της λειτουργικότητας παρά της παθολογίας. Η καλή υγεία και τα αξιοπρεπή γηρατειά ορίζονται βάσει της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί αυτόνομα μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον» Η πεποίθηση ότι το γήρας συνδέεται απαραίτητα με σοβαρή σωματική και διανοητική αναπηρία αποτελεί ένα μύθο. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διατηρούν την αντίληψή τους και τη φυσική τους ικανότητα σε αξιοσημείωτο βαθμό.

Δεν είναι εύκολο κανείς να δώσει έναν συγκεκριμένο ορισμό στα «γηρατειά».

Αποτελούν ένα βιολογικό φαινόμενο εφόσον ο οργανισμός του ατόμου εκδηλώνει κάποιες ιδιαιτερότητες και ταυτόχρονα παρουσιάζονται και κάποιες ψυχολογικές

συνέπειες. Η θεωρία της απεμπλοκής αναφέρει (Cumming, Henry 1961) αναφέρει :
«Γήρανση είναι μια αμοιβαία απόσυρση ή απεμπλοκή η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ελαττωμένη αλληλενέργεια μεταξύ του ηλικιωμένου ατόμου και των κοινωνικών συστημάτων στα οποία ανήκει.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνει τον ακόλουθο ορισμό για το γήρας: «Με τον όρο γήρας του ανθρώπου εννοούμε 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 εξασθενήσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα»(W.H.O 1983)

Οι θεωρίες του γήρατος

Η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τρεις φάσεις;

- 1.Τη φάση της ανάπτυξης
- 2.Τη φάση της ωρίμανσης
- 3.Τη φάση του γήρατος

Στη φάση της ανάπτυξης κυριαρχούν οι δημιουργικές δυνάμεις . Στην ωρίμανση υπάρχει ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων της δημιουργίας και της φθοράς ,ενώ στο γήρας κύρια επεξεργασία είναι η φθορά του οργανισμού.

Κατά τον Ferraro «το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάσταση και δεν υπαινίσσεται παθολογικά στοιχεία»

Από παρατηρήσεις στους ηλικιωμένους διαπιστώνεται διαφορά στο ρυθμό της εμφάνισης του γήρατος στα διάφορα άτομα κι αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνισή του.

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για την εξήγηση του φαινομένου του γήρατος. Όλες οι θεωρίες αν και ανεπαρκείς να προσφέρουν ικανοποιητική εξήγηση του φαινομένου αυτού καταλήγουν σε ένα κοινό συμπέρασμα: στη διαπίστωση ότι οι ηλικιωμένοι συνοδεύονται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του οργανισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι άνθρωποι που ανήκουν στη λεγόμενη Τρίτη Ηλικία είναι από 60-75 ή 65-75 ετών, ενώ τα άτομα άνω των 75 ετών ανήκουν στην Τέταρτη Ηλικία. Ο χρονικός προσδιορισμός των γηρατειών θεωρήθηκε απαραίτητος για λόγους συνταξιοδότησης. Με βάση τη νομοθεσία και την κοινωνική προστασία που απορρέει από αυτή η Τρίτη ηλικία περιλαμβάνει άτομα πάνω από τα 60 ή 65 έτη. Εφόσον η συνταξιοδότηση δεν ορίζεται με βάση επιστημονικά κριτήρια, αλλά με πολιτικές και οικονομικές παραμέτρους και επιλογές, δεν ευσταθεί ο συσχετισμός ανάμεσα στη συνταξιοδότηση και τη φθορά στη σωματική και ψυχολογική υγεία του ατόμου (Εμκε –Πουλοπούλου 1999). Επομένως το γήρας με την έννοια της σωματικής και ψυχολογικής φθοράς, δεν μπορεί να μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια στο πλαίσιο των ορίων συνταξιοδότησης αλλά για λόγους διευκόλυνσης έχει επικρατήσει η συγκεκριμένη εννοιολογική προσέγγιση του όρου. Αυτή η παραδοχή βασίζεται στην αντίληψη για την ηλικία σύμφωνα με την οποία οι ηλικιωμένοι θεωρούνται μια ενιαία και ομοιογενής κατηγορία χωρίς ταξικές, πολιτισμικές και διαφυλικές διαφοροποιήσεις (Στασινοπούλου 2002)

Στην Ελλάδα το ποσοστό των ηλικιωμένων για πολλές δεκαετίες ήταν εξαιρετικά περιορισμένο: 4% το 1907, 7% το 1951. Από το 1971 σημειώνεται αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων και μείωση των νέων ηλικιών (Υφαντόπουλος 2000)

Σύμφωνα με την απογραφή του 1981 οι ηλικιωμένοι από 65 ετών και άνω αποτελούσαν το 12,71 του πληθυσμού , από 75-79 ετών το 4,655 και οι άνω των 80 το 2,17%. Το 1996 τα ποσοστά ήταν 15,98%, 6,24%, και 3,48% αντίστοιχα. Δηλαδή συνολικά το $\frac{1}{4}$ του γενικού πληθυσμού (Εμκε –Πουλοπούλου 1999).

Οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού σύμφωνα με πολλούς μελετητές (Κοτζαμάνης ,1993) είναι:

- Οικονομικές, καθώς αυξάνονται οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης και υγείας
- Πολιτικές καθώς οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα δυσχεραίνοντας λόγω συντηρητικών τάσεων τις κοινωνικές αλλαγές
- Κοινωνικές με κύριες εκφάνσεις τη διεύρυνση του χάσματος μεταξύ των γενεών ,την αύξηση της φτώχειας , την περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων , τις μεταβολές στη συμβολή της κοινωνίας και κυρίως της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους.

Η γήρανση του πληθυσμού αναμένεται να συνεχιστεί και για τις επόμενες δύο δεκαετίες. Το φαινόμενο αυτό συνδέεται με τους εξής παράγοντες: α) τη σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας που μαζί με την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη συνέβαλε στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής β) τη μείωση της γεννητικότητας και γ) την έντονη μετανάστευση του παραγωγικού δυναμικού της χώρας κατά την πρώτη δεκαετία της μεταπολεμικής περιόδου(Υφαντόπουλος 2000)

Οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπείς στην κοινωνική απομόνωση καθώς οι κοινωνίες αξιολογούν την αξία των ατόμων με βάση τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία. Το γεγονός αυτό οδηγεί τους ηλικιωμένους σε κατάθλιψη , σε κοινωνική απομόνωση και περιθωριοποίηση (Βιολάκη 1993)

Αναφορικά με την ψυχολογία του γήρατος , είναι γεγονός ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων είναι ικανή να διατηρήσει τις νοητικές λειτουργίες σε ικανοποιητικό

επίπεδο αν παρέχονται τα κατάλληλα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα (Γουρνάς 1993). Η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η ύπαρξη πιεστικών καταστάσεων , η κακή οικονομική κατάσταση , ο θάνατος προσφιλών προσώπων και η απομάκρυνση από την εργασία θεωρούνται παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω παραγόντων προτείνεται η προαγωγή της υγείας και η προληπτική ιατρική σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας η οποία αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τα θέματα της Τρίτης ηλικίας σε πολλά κράτη δεν έχουν την προτεραιότητα που χρειάζεται στο επίπεδο σχεδιασμού πολιτικών για τη φροντίδα υγείας. Για να επιτευχθεί ο στόχος της Π.Ο.Υ «Υγεία για όλους» χρειάζεται να υπάρξουν πολιτικές που να δίνουν την ευκαιρία να γερνά κάποιος με αξιοπρέπεια αξιοποιώντας προγράμματα που να αντιμετωπίζουν σφαιρικά τα θέματα της Τρίτης Ηλικίας (Βιολάκη 1993)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Σύμφωνα με τη Charlotte Towle) οι ηλικιωμένοι όλο και περισσότερο γίνονται βάρος παρά κεφάλαιο για την κοινωνία όπου οι μεταβολές είναι τόσο απότομες ώστε η γνώση και η πείρα του παρελθόντος θεωρούνται ξεπερασμένες και όπου η παραγωγικότητα που προσανατολίζεται προς το παρόν και το μέλλον λογαριάζεται πολύ περισσότερο παρά η ιστορική προοπτική ή η σοφία των αιώνων ή η συναισθηματική συμβολή που μπορούν να προσφέρουν στις σχέσεις τους οι ηλικιωμένοι. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα για μια ζωή όπου θα μπορεί να διατηρήσει όση δύναμη και αξιοπρέπεια του απόμεινε από την ωριμότητά του ανεξάρτητα από τις αλλοιώσεις που επέφερε ο χρόνος στις σωματικές και πνευματικές δυνάμεις

Οι ανάγκες του μεγάλου και αυξανόμενου τμήματος των ηλικιωμένων του Ελληνικού πληθυσμού όπως προκύπτουν από ξένες και ελληνικές έρευνες και από επιστημονικές μελέτες είναι (Έμκε –Πουλοπούλου 1999):

- Εξασφάλιση εισοδήματος που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων
- Εξασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης, ρουχισμού και κατάλληλης τροφής
- Ανάγκη για ανθρώπινες σχέσεις και οικογενειακό περιβάλλον χωρίς το αίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους
- Ανάγκη παραμονής του ηλικιωμένου στο σπίτι του με την βοήθεια κατ οίκον υπηρεσιών
- Ανάγκη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας των ηλικιωμένων

- Ανάγκη για απασχόληση όσων το επιθυμούν
- Ανάγκη προσφοράς και αναγνώριση της προσφοράς τους
- Ανάγκη συμμετοχής στις εξελίξεις της ζωής τους και στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν
- Ανάγκη νομικής εξυπηρέτησης και προστασίας
- Ανάγκη ενημέρωσης (για θέματα υγείας, για τη διαδικασία της συνταξιοδότησης για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων κλπ.)
- Ανάγκη για έρευνες που τα αποτελέσματά τους θα καταλήξουν σε νέο προγραμματισμό και νέο προγραμματισμό και αλλαγές.
- Ανάγκη εκπαίδευσης και ικανοποιητικής αμοιβής του προσωπικού που ασχολείται με τους ηλικιωμένους.

Οι εκπρόσωποι των ηλικιωμένων από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας συνελθόντες στο Λουξεμβούργο στις 30 και 31 Μαρτίου 1992 ζήτησαν: (FERPA.etuc.org)

- η κοινωνική διάσταση της Ευρώπης να λαμβάνει πλήρως υπόψη τους ηλικιωμένους
- το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο των Υπουργών και Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων να εξαγγείλουν μια ευρωπαϊκή Κοινωνική Χάρτα για τους ηλικιωμένους και ειδικότερα τους συνταξιούχους.
- οι πρεσβύτεροι να συμβάλλουν στην κατάρτιση της κοινοτικής πολιτικής για την προστασία των ηλικιωμένων.
- να λαμβάνεται υπόψη η μεγάλη ποικιλομορφία αυτού του τμήματος του πληθυσμού και οι πολλαπλές κοινωνικές διαστάσεις που καθιστούν αναγκαία

τη λήψη κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών μέτρων που να προσανατολίζονται και να προσαρμόζονται στις καταστάσεις αυτές ,ιδιαίτερα για την καταπολέμηση της φτώχειας που εξακολουθεί να υπάρχει και των χαμηλών ,κυρίως των ηλικιωμένων γυναικών.

- να αποφεύγεται η αποκοπή των ηλικιωμένων από την υπόλοιπη κοινωνία και οι διακρίσεις σε βάρος τους που οδηγούν σε αποκλεισμό. Να ληφθούν μέτρα που θα εμποδίζουν τέτοιες τάσεις και ειδικά στα άτομα πιο προχωρημένης ηλικίας που εκτίθενται περισσότερο στην απομόνωση.

Ζήτησαν για κάθε ηλικιωμένο Ευρωπαίο το δικαίωμα στην αυτονομία, στην ασφάλεια και στην αξιοπρέπεια της ανθρώπινης προσωπικότητας και πιο συγκεκριμένα:

- το δικαίωμα για ένα εισόδημα που θα επιτρέπει μια ζωή σύμφωνα με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ,δηλαδή μια ευπρεπή σύνταξη.
- το δικαίωμα κάθε ηλικιωμένου να επιλέγει τον τόπο στον οποίο θα ζει και την υποχρέωση της κοινωνίας να εξασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών που είναι απαραίτητες για την άσκηση του δικαιώματος αυτού.
- τη δυνατότητα προσφυγής σε κοινοτική κατοικία
- το δικαίωμα στην υγεία και σε μια υποδομή που θα επιτρέπει την πρόσβαση σε αυτή ή τη διατήρησή της.
- το δικαίωμα για ένα ευπρεπές πλαίσιο ζωής με ορθά σχεδιασμένη χωροταξία που θα λαμβάνει μέριμνα για την αρμονική ένταξη όλων των ηλικιακών στρωμάτων σε κάθε πόλη.

- το δικαίωμα για ένα περιβάλλον προσαρμοσμένο στις ανάγκες της καθημερινής ζωής που θα εξασφαλίζει την ασφάλεια και την ακεραιότητα των ατόμων
- το δικαίωμα στη ψυχαγωγία, στη μόρφωση και τον πολιτισμό ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή και τη διοργάνωση σχετικών δραστηριοτήτων όσο και την ενεργό υποστήριξη των εθελοντικών οργανώσεων των ηλικιωμένων.
- το δικαίωμα για πλήρη και προσιτή ενημέρωση
- το δικαίωμα για πλήρη συμμετοχή στα κοινά και τις αποφάσεις μέσω της αποτελεσματικής εκπροσώπησης στους αρμόδιους φορείς.

Όσον αφορά τους εξαρτώμενους ηλικιωμένους ζήτησαν να θεσπιστούν οι θεμελιώδεις κανόνες που θα εξασφαλίζουν τα δικαιώματά τους στο σεβασμό, την ευπρέπεια, στη βοήθεια για ανάπτυξη και στη διατήρηση της αξιοπρέπειας.

Είναι γεγονός ότι η Ευρώπη γερνάει. Ο συνολικός αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων αυξάνεται. Η Eurolink Age ένα από τα κορυφαία ευρωπαϊκά δίκτυα που προωθούν τη σωστή πολιτική και πρακτική όσον αφορά θέματα γήρανσης και ηλικιωμένων ατόμων πιστεύει ότι στόχος της κάθε πολιτικής πρέπει να είναι η διασφάλιση και η διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής για τα άτομα αυτά και η προσπάθεια για τη βελτίωσή της. Αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει: αυτονομία, ένταξη, σεβασμό, ιδιοκτησία κοινωνική συμμετοχή και επικοινωνία, δραστηριότητα και κινητικότητα, ιδιωτική ζωή και ηρεμία.

Το ζητούμενο σήμερα από το σχεδιασμό της Κοινωνικής Πολιτικής για τους ηλικιωμένους είναι η παροχή ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας υψηλού επιπέδου, παράλληλα με την προσπάθεια διατήρησης της ψυχικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής.

Οι διάφοροι τύποι φροντίδας και παροχής υπηρεσιών δεν είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους αλλά αποτελούν μια συνέχεια που αρχίζει από τους ηλικιωμένους που αυτοεξυπηρετούνται ή καλύπτουν τις ανάγκες τους δεχόμενοι τη φροντίδα των συγγενών και φτάνει σε αυτούς που κάνουν χρήση της ιδρυματικής φροντίδας.

Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί στην προσπάθεια για εξεύρεση της πλέον σωστής επιλογής είναι:

- Άτυπη Φροντίδα (Informal care) αναφέρεται στην περίθαλψη που προσφέρεται περιστασιακά ή μόνιμα από άτομα μη ειδικευμένα για την υποστήριξη των αναγκών των ηλικιωμένων, συνήθως από συγγενείς και φίλους
- Οικιακή Φροντίδα (Domiciliary Care); αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια κοινωνικών υπηρεσιών, εθελοντικών οργανώσεων χωρίς να αποκλείεται η συνεργασία συγγενών και φίλων.
- Ιδρυματική Φροντίδα (Residential Care): αναφέρεται στο είδος της κλειστής περίθαλψης που παρέχεται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς. (Μπαλασοπούλου Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το 15%-25% των ηλικιωμένων πάσχουν από κατάθλιψη. Το ποσοστό αυξάνει αν υπάρχει χρόνια ασθένεια ή αν το άτομο ζει σε γηροκομείο – η κατάθλιψη ξεπερνά κατά πολύ τη συχνότητα εμφάνισης του Αλτςχάιμερ. Καθώς το 12% του πληθυσμού είναι άνω των 65 ετών και ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί τα επόμενα 50 χρόνια, θα πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή μας στο πώς θα βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής αυτού του σημαντικού τμήματος του πληθυσμού.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία δεν έχει μελετηθεί συστηματικά. Συνήθως καλύπτεται από οργανικές ασθένειες. Υπάρχει επομένως έντονη ανάγκη εντοπισμού και ταυτοποίησης της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, καθώς μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη για τη ζωή των ηλικιωμένων. Μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο αυτοκτονικών τάσεων. Το 10%-15% των ανθρώπων με βαριά κατάθλιψη αυτοκτονούν. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία. (Τσιολάκη 1996)

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στα διάφορα στάδια της ζωής του ο άνθρωπος καλείται να υπερβεί μια δεδομένη κατάσταση ισορροπίας και να προσαρμοστεί σε διάφορες νέες καταστάσεις. Κατά την προσαρμογή του ενεργοποιούνται οι ψυχολογικές δυνατότητες του παρελθόντος και διαρθρώνουν τις προοπτικές του μέλλοντος. Κάθε άνθρωπος βιώνει την κρισιμότητα των καταστάσεων της ζωής του, με ένα τρόπο ιδιαίτερα προσωπικό, μοναδικό και ανεπανάληπτο. Η οδύνη, η ανασφάλεια και η αγωνία συνοδεύουν πάντοτε το πέρασμα από το γνωστό στο άγνωστο.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, δοκιμάζει τους ηλικιωμένους που πολλές φορές παραμένουν αδιάγνωστοι, και επιβαρύνει τις οικογένειές τους και το κοινωνικό σύνολο. Αυτό που κάνει την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, τόσο "ύπουλη" είναι το ότι συχνά τα ηλικιωμένα άτομα πάσχουν και από άλλες παθολογικές καταστάσεις, με αποτέλεσμα να μη αναγνωρίζονται εύκολα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επίσης η θλίψη που αποτελεί το πιο τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης μπορεί να απουσιάζει ή να είναι λιγότερο έντονη. Ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη στα οποία απουσιάζει το αίσθημα της θλίψης, παραπονούνται για σωματικές ενοχλήσεις, που δεν μπορούν εύκολα να εξηγηθούν, έχουν άγχος και μπορεί να δηλώνουν ένα αίσθημα έλλειψης ευχαρίστησης στην καθημερινή τους ζωή, που σε έντονο βαθμό μπορεί να πάρει διαστάσεις απελπισίας. Επίσης μπορεί να παρουσιάζουν επιβράδυνση στις κινήσεις τους καθώς και στις γνωσιακές τους λειτουργίες. Τα ηλικιωμένα άτομα επειδή μπορεί να έχουν οικογενειακά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, θεωρείται από πολλούς ότι η κατάθλιψη είναι "φυσιολογικό αποτέλεσμα" όλων αυτών των προβλημάτων και έτσι υποβαθμίζεται ακόμα περισσότερο η αναγνώριση και η καταπολέμηση της.

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος. Σε άλλα άτομα η δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικές ενοχλήσεις.

Ο ορισμός της κατάθλιψης περιλαμβάνει τέσσερα λειτουργικά κριτήρια σύμφωνα με τη νεότερη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού οδηγού της

Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας που δημοσιεύθηκε το 1994 και είναι γνωστός ως DSM-IV. Τα λειτουργικά αυτά κριτήρια είναι:

- έντονο συναίσθημα θλίψης
- έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος
- έκπτωση της φυσικής, ψυχοφυσιολογικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας
- διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων

Με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια ένας πλήρης ορισμός της κατάθλιψης θα μπορούσε να είναι ο εξής: «Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες (Παγοροπούλου 2000)

Σύμφωνα με την ICD-10 Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς ως καταθλιπτική διαταραχή ορίζεται η κατάσταση όπου το άτομο πάσχει από καταθλιπτικό συναίσθημα, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης και παρουσιάζει μειωμένη ενεργητικότητα η οποία συνοδεύεται από αυξημένη κόπωση και περιορισμένη δραστηριότητα. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι:

- Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό
- Ιδέες ενοχής και αναξιότητας
- Ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον
- Διαταραγμένος ύπνος
- Μειωμένη όρεξη

➤ Ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας (Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1997)

Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μια καταθλιπτική αντίδραση σε αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές όταν εισέρχονται σ αυτό το στάδιο ζωής (Παράσχος 1998).

Ο Sodeman(1995) υποστηρίζει ότι η φυσική σωματική ασθένεια ειδικά η χρόνια είναι προδιαθεσικός παράγοντας. Ακόμα κοινωνικοί παράγοντες όπως η απομόνωση, οικογενειακές απώλειες, συναισθηματικές απώλειες αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω σε δύο Αθηναϊκούς δήμους όσοι ανήκαν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, είχαν χάσει το σύντροφό τους και βίωναν ψυχοπιεστικά προβλήματα ή ζούσαν απομονωμένοι εμφάνιζαν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Μαδιανός, Γουρνάς Στεφανής 1992). Σε άλλη πιο πρόσφατη έρευνα με δείγμα ηλικιωμένων από ολόκληρο το λεκανοπέδιο Αττικής βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων (71%) που διαγνώστηκαν ως καταθλιπτικοί έπασχαν ταυτόχρονα από ένα χρόνιο νόσημα (Παράσχος 1998).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι η αϋπνία, ανησυχία ,υποχονδριακές ενοχλήσεις, ευερεθιστότητα, παραληρητικές ιδέες και συμπτώματα γνωστικής δυσλειτουργίας και σπανιότερα το καταθλιπτικό συναίσθημα και ο εκφραζόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός. Ακόμα τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου καταθλιπτικού ασθενούς που αυτοκτονεί είναι να ζει μόνος, να βιώνει απώλεια και αισθήματα απελπισίας, να πάσχει από

σοβαρή σωματική νόσο, η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος και το προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας (Χριστοδούλου και συνεργάτες 2002).

Η κατάθλιψη έχει βαρύτερη μορφή στους ηλικιωμένους από τις άλλες ομάδες ηλικιών με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα η συχνότητα της κατάθλιψης φτάνει το 25%.

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης παραμελείται επειδή τα συμπτώματά της συνδέονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων. Όσο η κατάθλιψη παραμελείται τόσο πιο σύνθετη γίνεται με αποτέλεσμα να λειτουργεί ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών σε χρόνια νοσήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής - αποτέλεσμα δηλαδή μιας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

A) Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

1) Μείζων κατάθλιψη: Απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον δύο εβδομάδες και παρατηρούνται αλλαγές στο συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφερόντων), ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή), γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση, κοινωνική απόσυρση καθώς και σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία)

2) Δυσθυμία: χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρύτερα σε βαρύτητα.

3) Άτυπες μορφές: παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλ. εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60^ο έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression) γιατί χαρακτηρίζεται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. (κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικές ενοχλήσεις και ελαττωμένη ενεργητικότητα)

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται από την ψευδοάνοια όπου τα κύρια συμπτώματα είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και στη μνήμη και αποτελεί συγκαλυμμένη μορφή γεροντικής κατάθλιψης

αποτελώντας διαταραχή στη νοητική σφαίρα. Παρά τη διαφοροποίηση μεταξύ των δύο νόσων δεν είναι σπάνιες και οι περιπτώσεις συννοσηρότητας (Τσολάκη 1999)

B) Η δευτερογενής κατάθλιψη μπορεί να είναι δύο ειδών

1) Οργανική κατάθλιψη: είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε εξαιτίας κάποιας νόσου είτε εξαιτίας κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη είναι τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, νεοπλασίες, μεταβολικές διαταραχές. Ορισμένα φάρμακα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά, βενζοδιαζεπίνες, κορτικοστεροειδή κλπ.

2) Καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: το πρώτο σύμπτωμα είναι το άγχος και στη συνέχεια εμφανίζεται η κατάθλιψη. Στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις απώλειες σε όλα τα επίπεδα που βιώνουν οι ηλικιωμένοι προκαλεί άγχος και απαισιοδοξία. (Mednet Hellas) Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία. Η κατάθλιψη γενικότερα συνδέεται με τη λειτουργία κάποιων νευροδιαβιβαστών του οργανισμού, οι οποίοι είναι στενά συνδεδεμένοι με τη διάθεση. Πιστεύεται ότι στη γεροντική κατάθλιψη μια πτωχή δίαιτα, αποτελεί συνήθη αιτία κατάθλιψης, καθώς τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου ρυθμίζουν

τη συμπεριφορά μας, ελέγχονται από το τι τρώμε και σχετίζονται στενά με τη διάθεση.

Σωματικές ασθένειες και κυρίως η λειτουργική ανικανότητα και βλάβη οδηγούν στην εμφάνιση διαταραχών διάθεσης. Υπό οποιεσδήποτε συνθήκες η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα της κακής διατροφής, καθώς το ηλικιωμένο άτομο δεν μπορεί να λαμβάνει από το στόμα επαρκή τροφή και το γαστρεντερικό του σύστημα δε λειτουργεί στο βαθμό που λειτουργεί σε ένα νεότερο άτομο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001) αναφέρει ότι η κατάθλιψη φτάνει το 11,2% στον πληθυσμό της κοινότητας. Το σημείο επιπολασμού καταθλιπτικών διαταραχών ήταν 4,4% για τις γυναίκες και 2,7% για τους άνδρες.

Ο Beekman και συνεργάτες (1999) αναφέρει ότι το σημείο επιπολασμού της κατάθλιψης σε δείγμα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα φτάνει το 12-15%. Στον Ελλαδικό χώρο η συχνότητα της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους φτάνει το 15%. Στην κοινότητα τα ποσοστά κυμαίνονται από 10-25%, στο γενικό νοσοκομείο για ηλικιωμένους 20-35% ενώ σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας φθάνει το 35-45% (Παράσχος 1998)

Η κατάθλιψη κατά τους Kay and Copeland 98,99 επιπολάζει στο 10-20% στην Τρίτη Ηλικία και συσχετίζεται με τη σωματική αναπηρία. Οι Livingstone et al αναφέρουν ότι ηλικιωμένοι με μέτρια συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα επισκέψεων σε γιατρούς αναφέροντας σωματικά συμπτώματα. Η μείζων κατάθλιψη υπολογίστηκε από τον Blazer 101 στο 1-2% των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα, ο επιπολασμός της όμως αυξάνεται όταν πρόκειται για ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα και μπορεί να φτάσει το 50%. (Myers et al 1963)

Σύμφωνα με έρευνα των Karakaya et al ενώ τα ποσοστά κινητικότητας και ανεξαρτησίας είναι υψηλά σε ηλικιωμένους που ζουν σε γηροκομεία παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (παμπ μεντ)

Σε έρευνα του Nelson φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη έχουν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. (πμ)

Σύμφωνα με την έρευνα των Chahine et al το 57.7% των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα στο Λίβανο παρουσιάζουν κατάθλιψη. Από έρευνα των Lin et al στην Ταιβάν φαίνεται ότι το 81% των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε άλλη έρευνα του Chung βρέθηκε ότι 39% των ηλικιωμένων που ζουν στην Κοινότητα παρουσιάζουν κατάθλιψη ενώ μόλις το 24% ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα έχουν κατάθλιψη. Η έρευνα του McDougal et al στην Αγγλία και στην Ουαλία δείχνει ότι το ποσοστό της κατάθλιψης στα ιδρύματα είναι 27,1% σε αντίθεση με την κοινότητα που αγγίζει μόνο το 9,3%. Σε έρευνα των Dozeman et al στην Ολλανδία οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για την ανάπτυξη κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Νοσηρότητα

Η παρουσία ποικίλων σωματικών νόσων έχει σχετιστεί άμεσα ή έμμεσα με την ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ηλικιωμένους (Χριστοδούλου και συνεργάτες 2000).

Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας αποτελούν στρεσογόνο παράγοντα που οδηγεί σε ανικανότητα και μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη (Henderson et al 1997). Τα χρόνια προβλήματα υγείας και η συνεχής ενασχόληση με αυτά επιφέρουν ψυχολογικές διαταραχές ευρέος φάσματος, όπως και οι οργανικές εγκεφαλικές διαταραχές όταν συνεπάγονται την κάμψη των νοητικών ικανοτήτων και την αλλοίωση της προσωπικότητας .

Σύμφωνα με έρευνα του Chong και συνεργατών(2001) στην Ταϊβάν το 85% των ηλικιωμένων ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσίαζε κάποια σωματική ασθένεια. Ο κίνδυνος ανάπτυξης καταθλιπτικής διαταραχής ανάμεσα στους ηλικιωμένους με σωματική ασθένεια ήταν κατά 3,7% φορές περισσότερος σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που δεν παρουσίαζαν σωματικά προβλήματα. Οι ερευνητές υπογράμμισαν ότι τα προβλήματα υγείας αποτελούν τον υψηλότερο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης από οποιοδήποτε άλλο κοινωνικοδημογραφικό παράγοντα.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο εκτεταμένα στους ανθρώπους που είναι εύθραυστοι ,φιλάσθενοι και καχεκτικοί και η σωματική υγεία και η κατάθλιψη αλληλεπιδρούν επηρεάζοντας η μία την άλλη με αποτέλεσμα την επιδείνωση της μιας όταν επιδεινώνεται η άλλη. Όπως έδειξε η έρευνα των Prince

et al (1998) η φυσική αδυναμία μπορεί να είναι ο αιτιοπαθογενετικός παράγων της καταθλιπτικής διαταραχής, η οποία με τη σειρά της αυξάνει τη φυσική ανικανότητα του ηλικιωμένου και συμβάλλει στη χρονιότητά της.

Απώλεια αγαπημένου προσώπου

Η απώλεια είναι το κυρίαρχο θέμα που χαρακτηρίζει τις συναισθηματικές εμπειρίες των ηλικιωμένων που έχουν να αντιμετωπίσουν το πένθος για αγαπημένα τους πρόσωπα.

Σύμφωνα με τον Caplan και συνεργάτες (1996) η κατάθλιψη είναι μια δυσπροσαρμοστική αντίδραση στην απώλεια και οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν κλασσικά συμπτώματά της όπως διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, απώλεια του ενδιαφέροντος και σκέψεις μειονεξίας για τον εαυτό τους. Ο θάνατος του συζύγου είναι μια περίοδος έντονου στρες γιατί υπενθυμίζει στον ηλικιωμένο τον επερχόμενο θάνατο και γιατί βιώνει έντονη μοναξιά.

Ο Chong και συνεργάτες (2001) αναλύοντας τα πορίσματα της έρευνας τους κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο θάνατος αγαπημένου προσώπου συνδέεται σημαντικά με την κατάθλιψη και ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Σε αντίθεση με τα παραπάνω συμπεράσματα η έρευνα του Shoeners και συνεργατών (2000) στο Άμστερνταμ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η απώλεια της συντρόφου στους ηλικιωμένους άντρες 74 ετών και άνω αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης χρονιότητας όσον αφορά την κατάθλιψη. Η απώλεια της συντρόφου για το ηλικιωμένο άτομο σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τη δυσκολία των ηλικιωμένων να ανταπεξέλθουν στις δραστηριότητες του καθημερινού βίου επηρεάζουν αρνητικά τους ηλικιωμένους άνδρες. Έχει βρεθεί ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα αυξάνονται κατακόρυφα

αυξάνονται κατακόρυφα κατά χρονικό διάστημα αμέσως μετά το θάνατο του συντρόφου (Clayton 1982). Ενώ οι γυναίκες βιώνουν τη θλίψη και τα άλλα συμπτώματα επανέρχονται στην προ του γεγονότος κατάσταση της ψυχικής τους υγείας ενώ οι άνδρες όχι. Σύμφωνα με τον Emerson et al (1989) οι γυναίκες καταφέρνουν με μεγαλύτερη επιτυχία να στηριχθούν σε άλλες σχέσεις οικειότητας και εμπιστοσύνης που έχουν αναπτύξει με το περιβάλλον σε αντίθεση με τους άνδρες.

Μορφωτικό επίπεδο

Η μόρφωση παρουσιάζει μια ενδιαφέρουσα σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία. Η χαμηλή μόρφωση είναι ενοχοποιητικός παράγοντας για την παρουσία της διαταραχής σε όλες τις ηλικίες (Williamson et al 1984)

Τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με την καλύτερη υγεία διότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης τείνουν να υιοθετούν υγιέστερους τρόπους ζωής έχοντας καλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση και στη φροντίδα υγείας. Οι Blazer και συνεργάτες (2001) βρήκαν ότι η κατάθλιψη συνδέεται με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο άποψη που ενισχύεται από την Robac και συνεργάτες (2002) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς διέφεραν σημαντικά από τους μη καταθλιπτικούς όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο. Όπως υποστήριξαν οι ερευνητές οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και χαμηλό εισόδημα φαίνεται να μην έχουν τη δυνατότητα να μεριμνήσουν για την υγεία τους σε αντίθεση με αυτούς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Οι δύο παράγοντες φαίνεται ότι επιδρούν τελικά πάνω στην υγεία.

Η Αντίληψη του Επιπέδου Υγείας

Όπως γνωρίζουμε η υγεία δε σημαίνει απλά την απουσία νόσου αλλά και πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη δεν έχει να αντιμετωπίσει μόνο τη φυσική φθορά και τη σωματική ασθένεια αλλά και τις συνέπειες που επιφέρει η κατάθλιψη στην ψυχοκοινωνική του διάσταση. Το ηλικιωμένο άτομο νιώθει αδύναμο να προσαρμοστεί στις αλλαγές που επιφέρει το γήρας, βιώνει πόνο, περισσότερες ιατρικές επιπλοκές και νιώθει περισσότερο άρρωστο σε σύγκριση με τα μη καταθλιπτικά άτομα με παρόμοιες χρόνιες ασθένειες (Alexopoulos 1996).

Ανάμεσα στα ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες παθήσεις ο πιο σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση κατάθλιψης δεν είναι ο τύπος της πάθησης αλλά η αρνητική αντίληψη για τη υγεία. (Femia, Zarit, Johanson 1997) Η άποψη αυτή ενισχύεται από την έρευνα της Robac (2002) στην οποία βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς στους οποίους ζητήθηκε να εκτιμήσουν το επίπεδο υγείας τους το υπολόγισαν ως μέτριο ή φτωχό. Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας ταυτίζονται με αυτά των Badger and Joyce (2000) οι οποίοι βρήκαν ότι σε δύο ομάδες καταθλιπτικών ή μη ασθενών, στις οποίες δεν υπήρχαν διαφορές στον τύπο και τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αντίληψή τους για τις ασθένειες αυτές. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς ανέφεραν φτωχότερη λειτουργικά σωματική υγεία και μεγαλύτερους περιορισμούς στην καθημερινή τους λειτουργικότητα.

Δραστηριότητες Καθημερινού Βίου

Η ικανότητα του ηλικιωμένου ατόμου να λειτουργεί ανεξάρτητα όσον αφορά την καθημερινή του ζωή εξαρτάται από την ηλικία του, τη φυσική του κατάσταση, τις χρόνιες παθήσεις του, τη συναισθηματική του κατάσταση καθώς και την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον. (Birchenall and Streight 1993). Σύμφωνα με τον Borson και συνεργάτες (1992) η απώλεια της ανεξαρτησίας και αυτονομίας έχει σχετιστεί με τη κατάθλιψη. Η θεραπεία της βελτιώνει τη λειτουργικότητα ακόμα κι αν δεν επέλθει καμία αλλαγή στη σωματική κατάσταση που προκάλεσε την ανικανότητα. Τα καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων που αφορούν την προσωπική τους φροντίδα και υγιεινή καθώς και την κινητική δραστηριότητα. Στα ηλικιωμένα καταθλιπτικά άτομα υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος για πρόωπη ιδρυματοποίηση λόγω των μεγαλύτερων λειτουργικών δυσκολιών (National Center for Health Statistics). Η ανάλυση των ερευνών μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη σχετίζεται άμεσα με τη δυσκολία των ηλικιωμένων να εκτελέσουν δραστηριότητες σχετικές με την καθημερινότητά τους όπως προσωπική φροντίδα, καθαριότητα του χώρου τους καθώς και μετακίνηση εκτός της οικίας τους, λήψη φαρμακευτικής αγωγής και διαχείριση χρημάτων.

Παράγοντες που συνδέονται με την προσωπικότητα

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη χαρακτηρίζονται κατά κανόνα από δυσλειτουργίες της προσωπικότητας κατά τις νεότερες ηλικίες. Αυτό σημαίνει ότι οι νέοι και ώριμοι ενήλικες που εμφανίζουν δυσλειτουργία

της προσωπικότητας έχουν προδιάθεση για ανάπτυξη κατάθλιψης σε μεγαλύτερη ηλικία.(Abrams et al, 1987). Ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενοχοποιούνται για την εκδήλωση κατάθλιψης σύμφωνα με τους Burvill et al(1989). Άτομα επιρρεπή στο άγχος και εξαρτημένα συναισθηματικά κινδυνεύουν περισσότερο. Επίσης άτομα που δεν έχουν αναπτύξει στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε νεαρή ηλικία και επιπλέον χαρακτηρίζονται από φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη (Gillis and Zabow 1982)

Η κατάθλιψη των φροντιστών (care givers)

Η παροχή φροντίδας και περίθαλψης σε ένα άλλο μέλος της οικογένειας, το οποίο έχει πάψει να είναι αυτόνομο συνιστά σοβαρή αιτία για εκδήλωση καταθλιπτικής διαταραχής. Οι περιθάλποντες παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από κατάθλιψη, ειδικά εκείνοι που φροντίζουν ασθενή με ανοϊκό σύνδρομο.(Livingston et al 1997) (Παγοροπούλου, Θεοτοκά ,Μπαλογιάννης 1999) (Τσολάκη Μ.1999)

Οι Ballard et al (1996) διαπίστωσαν ότι το 25% των φροντιστών έπασχαν από κατάθλιψη .Μεταξύ αυτών ,το ένα τρίτο υπέφερε από κατάθλιψη που επέμενε και αντιστεκόταν στη θεραπεία άρα δεν αντιμετωπιζόταν με τα συνήθη μέσα. Για τους καταθλιπτικούς αυτούς ασθενείς έχει προταθεί να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο που θα μεριμνά ,θα ανακουφίζει και θα προλαμβάνει την εκδήλωση της καταθλιπτικής διαταραχής.(Baldwin B. 1990)

Το γυναικείο φύλο

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μας οδηγεί στη διαπίστωση ότι η κατάθλιψη συναντάται περισσότερο στις γυναίκες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Μελέτες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ αναφέρουν ποσοστά για τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, 9-26% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άνδρες, δηλαδή η μείζων κατάθλιψη είναι περίπου δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Όσον αφορά τη δυσθυμία θεωρείται ότι στους ενήλικες είναι τέσσερις έως πέντε φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. (Μάνος 1988)

Σύμφωνα με την έρευνα του Chong(2001) όσο και του Blazer (2001) η κατάθλιψη στις γυναίκες συνδέεται με μια σειρά από άλλους παράγοντες όπως η χηρεία, η ασθένεια, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι δυσκολίες εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων καθώς και το ελλιπές υποστηρικτικό περιβάλλον. Τα ποσοστά στην ίδια έρευνα φάνηκαν αυξημένα όσον αφορά καταθλιπτικές διαταραχές στις γυναίκες γεγονός που εκτιμήθηκε ότι οφείλεται στο ότι οι γυναίκες εκφράζουν πιο εύκολα τα συναισθήματά τους αλλά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα από τους άνδρες.

Στις ηλικιωμένες γυναίκες οι καταθλίψεις όλων των μορφών εμφανίζονται από τη νεότερη ηλικία και σε διπλάσια αναλογία συγκριτικά με τους άνδρες. Οι συναισθηματικές διαταραχές των γυναικών είναι όχι μόνο συχνότερες αλλά εκφράζονται και αμεσότερα οπότε και γίνεται καλύτερη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων αφού καταφεύγουν σε βοήθεια.

Οικονομικοί παράγοντες

Η συνταξιοδότηση αποτελεί σταθμό για τη μετέπειτα ζωή των ατόμων της Τρίτης ηλικίας – αν δεν προηγηθεί η απαιτούμενη ψυχολογική προετοιμασία είναι πιθανόν το άτομο να νιώσει άχρηστο για το στενό οικογενειακό ή ευρύτερο περιβάλλον. Η Μαλγαρινού και Γουλιά (1997) αναφέρουν ότι «είναι αναμφισβήτητα φοβερό τη μια μέρα να είναι κάποιος στο περιβάλλον του περιζήτητος και ξαφνικά να βρίσκεται στο περιθώριο.

Ακόμη η συνταξιοδότηση στερεί μεγάλο μέρος του εισοδήματος αφού τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν μειωμένες συντάξεις σε σχέση με το εισόδημα που είχε το άτομο όταν εργαζόταν. Στις ΗΠΑ από τα άτομα που συνταξιοδοτούνται οικειοθελώς η πλειοψηφία επανέρχεται στο εργατικό δυναμικό μέσα στα επόμενα δύο χρόνια (Carlan και συνεργάτες 1996)

Η οικονομική ασφάλεια αποτελεί για τον ηλικιωμένο σημαντικό παράγοντα για την εξασφάλιση των βασικών αναγκών του αλλά και τη διατήρηση της αυτοεκτίμησης και αξιοπρέπειάς του. Το οικονομικά ανεξάρτητο ηλικιωμένο άτομο έχει τη δυνατότητα διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου λειτουργικότητας και κοινωνικών επαφών με θετικές συνέπειες στην ψυχική του υγεία.

Η σχέση του οικονομικού παράγοντα και της κατάθλιψης έχει εντοπιστεί στην έρευνα της Robac (2002) όπου οι καταθλιπτικοί ασθενείς διέφεραν στατιστικά από τους μη καταθλιπτικούς όσον αφορά το εισόδημα –οι καταθλιπτικοί ασθενείς ανέφεραν χαμηλότερο εισόδημα. Η παραπάνω άποψη υποστηρίζεται και από τον Chong(2001) ο οποίος βρήκε ότι εκτός από το επάγγελμα και το εισόδημα η μόρφωση αποτελεί κριτήριο του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Υποστήριξε

ακόμα ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συχνά σχετίζεται με φτωχή υγεία, κατάσταση η οποία συνδέεται με την κατάθλιψη.

Υποστηρικτικό περιβάλλον

Η κοινωνική υποστήριξη έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια διάφορους μελετητές σε μια προσπάθεια να κατανοηθεί ο ρόλος της σε σχέση με τους παράγοντες υγείας και ασθένειας.

Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι κοινωνικό ον οπότε κατά συνέπεια αλληλεπιδρά, σχετίζεται με τους άλλους και αλληλοεπηρεάζεται από το περιβάλλον του με τέτοιο τρόπο ώστε μια αλλαγή θετική ή αρνητική να επηρεάζει αμφίδρομα άτομο και περιβάλλον. Ο παράγοντας λοιπόν κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο ώστε να αναπτύξει δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις μέσω των οποίων οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ανήκουν σε κάποια ομάδα, έχουν αξία, εισπράττουν αναγνώριση και έχουν σκοπό και νόημα στη ζωή τους.

Το υποστηρικτικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα άτομα της τρίτης ηλικίας λόγω των αλλαγών στη ζωή τους όπως η απώλεια του συντρόφου και η φυγή των παιδιών σε συνδυασμό με τις αλλαγές που επέρχονται λόγω γήρατος.

Στην έρευνα των Badger & Joyce (2000) στην ομάδα των καταθλιπτικών ασθενών αναφέρθηκαν κατά σειρά μειωμένη ικανότητα ελέγχου των σημαντικών γεγονότων της ζωής τους, λιγότερες επαφές με άλλα άτομα και λιγότερη ικανοποίηση από αυτές τις επαφές. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς δεν είχαν

σημαντικές επαφές με την οικογένεια και φίλους και ανέφεραν ότι ούτε η οικογένεια αλλά ούτε και το φιλικό περιβάλλον διατηρούσε επαφή μαζί τους.

Η κοινωνική υποστήριξη και η κατάθλιψη βρέθηκε να σχετίζονται επίσης σε έρευνα του Blazer και συνεργατών(2001). Οι καταθλιπτικοί ασθενείς ανέφεραν ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να υπολογίζουν στην οικογένεια και στους φίλους στις περιπτώσεις που αντιμετώπιζαν δυσκολίες δυσχεραίνοντας έτσι την επικοινωνία ανάμεσά τους. Σύμφωνα με τον Gerald Caplan και τους συνεργάτες του, τους οποίους επικαλείται ο Rice(1999) η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στις επαφές και σχέσεις με άτομα και ομάδες οι οποίες μειώνουν την ευαλωτότητα στο στρες και βελτιώνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει βραχυπρόθεσμες προκλήσεις και στρεσογόνες καταστάσεις.

Η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί σε δύο επίπεδα μέσα στην οικογένεια. Πρώτον η οικογένεια αποτελεί κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα για τα μέλη της και δεύτερον συμμετέχει ενεργά στην Κοινότητα. Το κατά πόσο η κοινότητα προνοεί ένα κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα για την οικογένεια είναι σημαντικό για την αντιμετώπιση του στρες. (Rice 1999)

Η συστημική θεωρία της κοινωνικής υποστήριξης του Sidney Cobb στην οποία αναφέρεται ο Rice υποστηρίζει ότι η κοινωνική υποστήριξη μεταβιβάζει τρεις τύπους πληροφοριών στο άτομο. Πρώτον η αίσθηση του ατόμου ότι το νοιάζονται και το αγαπούν. Δεύτερον ότι το άτομο έχει αξία και εκτιμάται από άλλους ανθρώπους και τρίτον το υποστηρικτικό περιβάλλον δίνει την αίσθηση στο άτομο ότι ανήκει σε ένα επικοινωνιακό σύστημα με αμοιβαίες υποχρεώσεις. Η παραπάνω ανάλυση αντανακλά πάνω στην ζωτικής σημασίας κοινωνική υποστήριξη για τα ηλικιωμένα άτομα και απαιτεί τέτοιες παρεμβάσεις ώστε να

δημιουργηθεί ένα τέτοιο υποστηρικτικό σύστημα ικανό να αντιμετωπίσει τις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΜΑ ΝΤΡΟΠΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η εκδήλωση συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων είναι συχνή στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα σε αυτούς που πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας, όπως η νόσος Alzheimer. Στα πρώτα στάδια της νόσου τα συμπτώματα αυτά περιορίζονται στην εκδήλωση ευερεθιστότητας, άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ καθώς η νόσος προχωρά συνοδεύονται από διαταραχές ύπνου, σωματικά ή λεκτικά ξεσπάσματα, ανησυχία, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις (Ravetz, 1999· Shin, Carter, Masterman, Fairbanks, & Cummings, 2005). Τα προαναφερόμενα συμπτώματα συνδέονται με αύξηση της πιθανότητας νοσηλείας σε εξειδικευμένα νοσηλευτικά ιδρύματα και μονάδες διαβίωσης ηλικιωμένων, με δυσμενή πρόγνωση, με αυξημένο κόστος φροντίδας και με σημαντική σωματική, κοινωνική και συναισθηματική επιβάρυνση των φροντιστών (Volicer, 2006).

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη συχνότητα εμφάνισης συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους με έμφαση σε αυτούς που αντιμετωπίζουν κάποια μορφή άνοιας. Η συχνότητα εμφάνισής τους κυμαίνεται από 25% έως 80% και επηρεάζεται από τον τύπο και το βαθμό σοβαρότητας της άνοιας (Mega, Cummings, Fiorello, & Gornbein, 1996). Μια από τις πιο σημαντικές μελέτες πραγματοποιήθηκε στην Αμερική και σε αυτή συμμετείχαν 329 ηλικιωμένοι, που είχαν διαγνωσθεί με άνοια και 673 ηλικιωμένοι χωρίς άνοια. Από τους ηλικιωμένους με άνοια, το 65% είχε άνοια τύπου Alzheimer,

το 19% αγγειακή άνοια και οι υπόλοιποι είχαν άλλες μορφές άνοιας (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens, & Breitner, 2000).

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι το 61% των ηλικιωμένων με άνοια εκδήλωνε μία ή περισσότερες συμπεριφορικές ή ψυχιατρικές διαταραχές. Οι πιο κοινές ήταν η απάθεια, η κατάθλιψη, η επιθετικότητα και η υπερδιέγερση. Αξίζει να αναφερθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης ήταν τέσσερις φορές πιο συχνή σε σύγκριση με την ομάδα των ηλικιωμένων που δεν έπασχαν από άνοια. Επίσης, φάνηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων μπορεί να επηρεάζεται από τον τύπο και τη σοβαρότητα της άνοιας. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες με άνοια τύπου Alzheimer ήταν πιο πιθανό να εκδηλώνουν παραισθήσεις και λιγότερο πιθανό να εκδηλώνουν κατάθλιψη, ενώ η επιθετικότητα, η υπερδιέγερση και η παρεκκλίνουσα κινητική συμπεριφορά ήταν πιο συχνές σε συμμετέχοντες με μεγαλύτερο βαθμό άνοιας. Το γεγονός αυτό πιθανόν να συνδέεται με την αυξανόμενη εκφύλιση του εγκεφάλου σε προχωρημένα στάδια άνοιας (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens, & Breitner, 2000). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας επιβεβαιώνουν και παλαιότερα αντίστοιχα ευρήματα άλλων ερευνητών, που είχαν εστιάσει στη διερεύνηση συμπεριφορικών διαταραχών σε ηλικιωμένους με άνοια τύπου Alzheimer (Burns, Jacoby, & Levy, 1990).

Η ποικιλία, με την οποία μπορεί να εκδηλωθούν τα συμπεριφορικά προβλήματα στους ηλικιωμένους, οδήγησε τον Cohen-Mansfield και τους συνεργάτες του (1995) να τα ομαδοποιήσουν σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

- συμπεριφορικά συμπτώματα που εκδηλώνονται με σωματική επιθετικότητα (π.χ. σπρώξιμο, εκτόξευση αντικειμένων, δάγκωμα, πρόκληση σωματικών βλαβών στους ίδιους ή σε άλλους),

- συμπεριφορικά συμπτώματα που εκδηλώνονται χωρίς σωματική επιθετικότητα (π.χ. επαναλαμβανόμενοι βηματισμοί και κινήσεις, περιπλάνηση, κρύψιμο αντικειμένων, γενικευμένη ανησυχία),
- συμπεριφορικά συμπτώματα που εκδηλώνονται με λεκτική επιθετικότητα (π.χ. βωμολοχίες, ουρλιαχτά, σεξουαλικά υπονοούμενα, παράξενοι ήχοι) και τέλος
- συμπεριφορικά συμπτώματα που εκδηλώνονται χωρίς λεκτική επιθετικότητα (π.χ. παράπονα, αρνητισμός, επαναλαμβανόμενες προτάσεις ή ερωτήσεις, επίμονες απαιτήσεις για προσοχή ή βοήθεια).

Πέρα από τη βασική κατηγοριοποίηση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων είναι χρήσιμο, όταν κάποιος μελετά την εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς στους ηλικιωμένους, να εστιάζει α) στη φύση της συμπεριφοράς (σωματική, λεκτική ή σεξουαλική επιθετικότητα), β) στο στόχο της συμπεριφοράς (ο ίδιος ο ηλικιωμένος ή κάποιος άλλος), γ) στο βαθμό της αναστάτωσης που προκαλεί (είναι απλά ενοχλητική ή θέτει κάποιον σε κίνδυνο) και δ) στις συνθήκες κάτω από τις οποίες εκδηλώνεται (κατά τη διάρκεια της νύχτας, σε μονάδα διαβίωσης ηλικιωμένων ή στο σπίτι του ηλικιωμένου) (Ryden, 1988· Zimmer, Watson, & Treat, 1984).

Ένα ακόμα αρκετά συχνό στοιχείο, που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους, είναι η εκδήλωση άγχους. Το άγχος μπορεί να εκδηλώνεται ως ανησυχία, φόβος ή πανικός και να συνοδεύεται από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η διέγερση αυτή εστιάζεται σε συμπτώματα από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, όπως η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αστάθεια, η υπέρπνοια και το αίσθημα ζάλης. Το άγχος στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει σαν συνέπεια διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες της αντίληψης, της σκέψης και της μνήμης. Ένας ηλικιωμένος, που βιώνει άγχος, μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες στη συγκέντρωση, μπορεί να

δυσκολεύεται να ανακαλέσει από τη μνήμη του κάποια γεγονότα, μπορεί να δυσκολεύεται να σκεφτεί καθαρά, μπορεί να χάσει την αντικειμενικότητά του και τέλος μπορεί να φαίνεται αποδιοργανωμένος και σε κατάσταση σύγχυσης (Martin, Fleming & Evans, 1995).

Τα επίπεδα άγχους στους ηλικιωμένους συχνά είναι συνάρτηση ψυχιατρικών ή άλλων σωματικών παθήσεων. Οι διάφοροι τύποι άνοιας, οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας και οι διαταραχές προσαρμογής αποτελούν ορισμένους από τους πιο σημαντικούς ψυχολογικούς και ψυχιατρικούς παράγοντες για την εκδήλωση άγχους. Επιπρόσθετα, παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος του Parkinson, ο καρκίνος και η επιληψία έχει παρατηρηθεί ότι συνδέονται με αυξημένα επίπεδα άγχους στους ηλικιωμένους. Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει και σε ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων. Τέτοιου είδους αλλαγές μπορεί να περιλαμβάνουν την αλλαγή κατοικίας, την απώλεια αγαπημένων προσώπων, τη συνταξιοδότηση, σημαντικές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τα οικονομικά προβλήματα και τέλος τις δυσκολίες στην κινητικότητα ή τις μετακινήσεις και είναι προφανές ότι μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους στους ηλικιωμένους (Flint, 2005· Webster & Grossberg, 2003).

Η συχνότητα του άγχους στους ηλικιωμένους δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένη και συχνά υποεκτιμάται. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην αδυναμία να καθοριστεί κλινικά και ιδιαίτερα στο ότι συχνά συγχέεται με άλλες σωματικές παθήσεις. Διάφορες μελέτες έχουν υπολογίσει ότι η συχνότητα εμφάνισης άγχους σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών μπορεί να κυμαίνεται από 0,9% έως 17% (Byrne, 2002· Jorm, 2000· Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009· Manela, Katona, & Livingston, 1996). Η διακύμανση αυτή πιθανότατα οφείλεται στους διαφορετικούς

διαγνωστικούς αλγόριθμους, καθώς και στα διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι σε μια έρευνα με ηλικιωμένους, με μέσο όρο ηλικίας τα 80 έτη, το 43% του δείγματος βίωνε ήπια συμπτώματα άγχους, ενώ το 25% βίωνε σοβαρά συμπτώματα άγχους (Yohannes, Baldwin, & Connolly, 2008).

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα, που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, είναι το αίσθημα ντροπής. Το αίσθημα ντροπής μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα στις διαταραχές μνήμης, που αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος. Σε πολλές περιπτώσεις, οι μνημονικές διαταραχές είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε αίσθημα απώλειας ελέγχου, διαταραχές του συναισθήματος και κατ' επέκταση σε αίσθημα ντροπής. Είναι προφανές ότι ένας ηλικιωμένος, όταν αδυνατεί να ανακαλέσει κάποιες πληροφορίες, όπως για παράδειγμα το περιεχόμενο μιας πρόσφατης συζήτησης, μπορεί να νιώσει αμηχανία, άγχος και αίσθημα ντροπής (Wagenaar, 2007).

Η ακράτεια μπορεί να είναι ένας επιπλέον παράγοντας, που σύμφωνα με αρκετές έρευνες, είναι πιθανόν να οδηγήσει στην εκδήλωση αισθήματος ντροπής στους ηλικιωμένους. Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε μια ομάδα 433 γυναικών (120 από αυτές αντιμετώπιζαν πρόβλημα ακράτειας), διαπιστώθηκε ότι αυτές που είχαν ακράτεια αντιμετώπιζαν συναισθηματικές διαταραχές και βίωναν αίσθημα ντροπής σε υψηλότερο βαθμό συγκριτικά με αυτές που ανήκαν στην ομάδα ελέγχου και συνεπώς δεν είχαν ακράτεια. Μια ακόμη παράμετρος, που διερευνήθηκε, ήταν αυτή της πιθανής επίδρασης της ακράτειας στον τομέα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι γυναίκες με ακράτεια ήταν πιο απομονωμένες από αυτές που δεν είχαν ακράτεια. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται ότι η ακράτεια διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο στην καθημερινή τους ζωή

και τις έκανε να αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές (Grimby, Milsom, Molander, Wiklund, & Ekelund, 1992). Αντίστοιχα ευρήματα για την κοινωνική απομόνωση ηλικιωμένων και των δύο φύλων, λόγω προβλημάτων ακράτειας, είχε και μια μελέτη της Mitteness (1987).

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει ανάμεσα στη σχέση που μπορεί να έχουν η ψυχολογική και η σωματική κακοποίηση με την ανάπτυξη του αισθήματος ντροπής. Ο εκφοβισμός των ηλικιωμένων από άτομα του περιβάλλοντός τους, οι απειλές για εισαγωγή τους σε ειδικές μονάδες διαβίωσης, οι επιπλήξεις, η αντιμετώπισή τους σαν να είναι μικρά παιδιά, η άσκηση σωματικής βίας και ο περιορισμός της ελευθερίας τους αποτελούν μερικές μόνο από τις αιτίες που μπορεί να τους κάνουν να νιώσουν ντροπή για την κατάστασή τους. Οι ηλικιωμένοι που είναι θύματα ψυχολογικής ή σωματικής κακοποίησης συχνά αδυνατούν να την αντιμετωπίσουν ή να τη σταματήσουν. Κάποιοι από τους λόγους που τους οδηγούν σε αυτή την κατάσταση είναι ο φόβος για περαιτέρω κακοποίηση και η ανησυχία τους ότι θα τους εγκαταλείψουν (Pinkerton-James, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως καθορίστηκε από την 30^η Γενική συνέλευση της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1977 «ο κύριος στόχος των Κυβερνήσεων στις επόμενες δεκαετίες πρέπει να είναι η κατάκτηση η κατάκτηση για όλους τους πολίτες μέχρι το 2000 ενός επιπέδου υγείας που να τους επιτρέπει να διάγουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή»(WHO 1985) Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην ιστορική διάσκεψη της Alma Ata το 1978 διατύπωσε έναν παγκόσμια αποδεκτό ορισμό της Υγείας ως « την κατάσταση πλήρους σωματικής ,πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας»(WHO 1978) Οι βασικές αρχές της διακήρυξης της Alma Ata είναι:

- Υπηρεσίες υγείας βασισμένες στην Κοινότητα
- Προτεραιότητα στην ανάπτυξη δομών Πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Συμμετοχή του πληθυσμού στη λήψη αποφάσεων
- Ανάπτυξη υπηρεσιών με βάση τις τοπικές ανάγκες
- Θέσπιση στόχων για την οργάνωση των συστημάτων υγείας και την αντιμετώπιση των κυριότερων αιτίων θνησιμότητας
- Υπηρεσίες βασισμένες σε διεπιστημονική, διεπαγγελματική και ομαδική εργασία.

Κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας (WHO 1978)στην οποία δίνεται ο παρακάτω ορισμός (Φιλαλήθης 1982) από τον W.H.O:

«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ουσιώδης φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία ,καθολικά προσιτές σε όλα τα άτομα και οικογένειες στην Κοινότητα με πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που κάθε κοινότητα και κάθε κράτος μπορεί να αντέξει. Ασχολείται με τα κύρια προβλήματα υγείας στην Κοινότητα και παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες προαγωγής ,πρόληψης ,θεραπείας και αποκατάστασης»

Βασικό στοιχείο της Π.Φ.Υ. της προσανατολισμένης στην κοινότητα είναι ότι ο σχεδιασμός και οι δράσεις των υπηρεσιών της αναφέρονται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Τα άτομα και οι οικογένειες που ανήκουν σε συγκεκριμένη γεωγραφική και χωροταξική περιοχή έχουν ως σημείο αναφοράς τις υπηρεσίες της Κοινότητας.

Η εκτίμηση αναγκών υγείας αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στα σύγχρονα συστήματα υγείας .Οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές που συντελούνται σε πολλές χώρες δημιουργούν συνεχώς μεγαλύτερες ευπαθείς ομάδες , η πρόοδος στην τεχνολογία απαιτεί περισσότερους πόρους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθίσταται όλο και πιο δυσχερής(Schoen et al 2004)

Εκτίμηση αναγκών υγείας είναι η συστηματική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας της κοινότητας με βάση την ολιστική θεώρηση της Π.Φ.Υ. που οδηγεί σε έναν ορθολογικό σχεδιασμό των υπηρεσιών προσανατολισμένο στις παρεμβάσεις που είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές (Wright J 1998).

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται παραδοσιακά με βάση τη ζήτηση χωρίς να υπάρχουν τις περισσότερες φορές οργανωμένες δράσεις κοινοτικής παρέμβασης. Οι ηλικιωμένοι είναι μια κοινωνική ομάδα που αν και

χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας εν τούτοις ζητούν λιγότερα (Ilife S.(1998) γιατί:

- έχουν χαμηλές προσδοκίες και πιστεύουν ότι η αρρώστια και η αναπηρία είναι φυσιολογικά για την ηλικία τους
- έχουν περισσότερο σεβασμό για τους γιατρούς
- έχουν περιορισμένη κινητικότητα και περισσότερα προβλήματα στην επικοινωνία.

Σύμφωνα με τις αρχές της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της ασθένειας και της αναπηρίας ,οι στόχοι της φροντίδας των ηλικιωμένων είναι (Grifiths R 1988)

- Η υποστήριξη των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ενεργοί στην κοινότητα και στο σπίτι (να προληφθεί η νοσοκομειακή και ιδρυματική περίθαλψη
- Η ενίσχυση της αυτοδυναμίας τους
- Η διεύρυνση της υποστήριξης από τους συγγενείς, εθελοντές και γειτονιά

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων οι υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας πρέπει να χαρακτηρίζονται (DHSS 1989):

- από ευελιξία ώστε να αντιδρούν με ευαισθησία στις εξατομικευμένες ανάγκες των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους
- στόχευση των παρεμβάσεων με αποκλειστικό στόχο τη διασφάλιση της αυτοδυναμίας τους
- από διαδικασίες συνεχούς αξιολόγησης και εκτίμησης των αναγκών.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι από άλλες ηλικιακές ομάδες στις αλλαγές του κοινωνικού περιβάλλοντος. Η εκτίμηση της κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους επικεντρώνεται στο εύρος και στην επάρκεια των επαφών με

την οικογένεια καθώς και στο βαθμό που εκείνοι παρέχουν βοήθεια.(De bruin et al 1996). Στις περιπτώσεις των ατόμων με επιβαρυνμένη κατάσταση υγείας οι κοινωνικές συνθήκες καθορίζουν αν τα άτομα αυτά είναι ικανά να ζήσουν με ασφάλεια στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Όλες οι υπηρεσίες στην Π.Φ.Υ. σχεδιάζονται και υλοποιούνται από μια διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας. Η κύρια ιατρική ειδικότητα που απασχολείται στην ΠΦΥ είναι αυτή της Γενικής Ιατρικής (Μπένος 1996) .Ο γενικός γιατρός σύμφωνα με τον ορισμό του επιστημονικού του αντικειμένου αλλά και του ρόλου που καλείται να διαδραματίσει στο σύστημα υγείας (Λιονής Χ. 1992)εκτός από την εκτίμηση των ατομικών αναγκών έχει την ευθύνη της εκτίμησης των αναγκών της κοινότητας.

Η κατάθλιψη επηρεάζει έναν στους πέντε ηλικιωμένους και σχετίζεται με την προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας , αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.(Ganguli et al2002)). Αν και σήμερα η διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αποτελεί κομμάτι της ΠΦΥ οι γιατροί της ΠΦΥ τείνουν να υποδιαγιγνώσκουν και να υποθεραπεύουν την κατάθλιψη (Gurland et al). Σε αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες όπως από την πλευρά των ηλικιωμένων η συνύπαρξη πολλών νοσημάτων και η σύνθετη φαρμακευτική αγωγή ενώ από την πλευρά των γιατρών η έλλειψη χρόνου που απαιτείται για τη διερεύνηση αυτών των νοσημάτων και η ελλιπής εκπαίδευσή τους στο αντικείμενο (Manfreda ,Martin, Schumacher1988,1989).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν είναι ομοιογενής στα χαρακτηριστικά της με αποτέλεσμα οι γενικοί γιατροί να επικεντρώνονται στα συμπτώματα και όχι στην ψυχοπαθολογία. Παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων,

σωματοποίηση και συνδέεται με την έκπτωση της λειτουργικότητας και την αναπηρία (Gallo et al 1997).

Συχνά είναι δύσκολο να διαχωριστεί από άλλες παθήσεις. Παρόλα αυτά μπορεί να έχει κοινωνικά αίτια και η θεραπεία να βρίσκεται στην ενεργοποίηση του ατόμου μέσα στο κοινωνικό σύνολο, στην κοινωνική δραστηριότητα, την απασχόληση, την ψυχολογική υποστήριξη.

Από τις έρευνες που έχουν γίνει διεθνώς διαφαίνεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει από κατάθλιψη γεγονός που την κατατάσσει ανάμεσα στα συχνότερα νοσήματα στην ΠΦΥ (Χριστοδούλου 1996). Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στην Τρίτη Ηλικία (Beekman 1999, Omori 2001).

Επίσης είναι πλέον βέβαιη η κληρονομικότητα της νόσου. Αυτό αποδεικνύεται από μελέτες που έχουν αποδείξει την οικογενειακή κατανομή της και έχει υπολογιστεί ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με κατάθλιψη έχουν 15% πιθανότητα να την εμφανίσουν και αυτοί (Παπαδημητρίου 1996).

Στην εμφάνιση της κατάθλιψης φαίνεται επίσης να συμβάλλουν και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η απώλεια, ο χωρισμός, ο θάνατος, οι προβληματικές οικογενειακές σχέσεις, τα οικονομικά προβλήματα, η κοινωνική απομόνωση (Engel 1980, Johnson 1992, Garcia 2001).

Στην Ελλάδα η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών με διαταραχές στη διάθεση χαρακτηρίζεται από:

Α) Έλλειψη συστηματικής φροντίδας και αντιμετώπισης των προβλημάτων από το υπάρχον σύστημα υγείας. Η περίθαλψη η οποία παρέχεται στους ηλικιωμένους

Προέρχεται από Νοσοκομεία –Κέντρα υγείας ,Αγροτικά Ιατρεία ενώ η πρόνοια από την Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας που συχνά είναι ανεπαρκώς στελεχωμένη

Β) Έλλειψη επαρκούς γνώσης για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης από τους ιατρούς Γενικής Ιατρικής

Γ)Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων που απευθύνονται στον γενικό γιατρό

Δ) Το σημαντικό αριθμό διαταραχών του γήρατος που δεν διαγιγνώσκονται σωστά ενώ είναι δύσκολη η θεραπεία σε προχωρημένα στάδια

Ε)Ελλιπή ενημέρωση και δυσκολία του ηλικιωμένου να καταφύγει σε ειδικό γιατρό για τα προβλήματά του έστω κι αν τα αντιληφθεί έγκαιρα (Γκούμα και συν.1996), (Ζηλίδης 1995).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ειδικό μέρος

Ερευνητικοί στόχοι

Η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία είχε σαν βασικούς της στόχους να συγκεντρώσει πληροφορίες για το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ηλικιωμένων και να εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα για τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά και ειδικότερα για τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους που αντιμετωπίζουν, την τάση τους για επιθετική συμπεριφορά, την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας και επιπρόσθετα τα επίπεδα ντροπής που βιώνουν. Ένας δευτερεύων στόχος ήταν να εντοπίσει τους παράγοντες εκείνους που πιθανόν να επηρεάζουν τη διαμόρφωση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που μελετήθηκαν και επιπρόσθετα να αξιολογήσει την ύπαρξη πιθανών σχέσεων μεταξύ τους.

Πιο συγκεκριμένα θέλαμε να διερευνήσουμε

- Εάν οι άνδρες ή οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη κατάθλιψη και γενικότερα ψυχοπαθολογία,
- Εάν η αυξημένη ηλικία σχετίζεται με μεγαλύτερη κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και γενικότερα με περισσότερη ψυχοπαθολογία,
- Εάν το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στην κατάθλιψη και την ψυχοπαθολογία των ηλικιωμένων
- Εάν η οικογενειακή τους κατάσταση σχετίζεται με τα επίπεδα κατάθλιψης και ψυχοπαθολογίας που εκδηλώνουν
- Εάν άλλες οικογενειακές παράμετροι, όπως το αν έχουν παιδιά και το αν μένουν μόνοι, με το σύντροφό τους ή με τα παιδιά τους επηρεάζει τα πιθανά επίπεδα κατάθλιψης και ψυχοπαθολογίας

- Γενικότερα, ποια η σχέση όλων των μέτρων αξιολόγησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που χρησιμοποιήθηκαν μεταξύ τους.

Μεθοδολογία και ερευνητικό πρωτόκολλο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα τεσσάρων μηνών και τα δεδομένα προήλθαν από δύο βασικές πηγές, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και την κοινότητα. Στις περιπτώσεις όπου τα δεδομένα προήλθαν από ηλικιωμένους που ήταν μέλη Κ.Α.Π.Η., είχε εκ των προτέρων ζητηθεί και ληφθεί σχετική άδεια από τους υπεύθυνούς τους.

Η σχεδιασμός και η πραγματοποίηση της έρευνας ήταν σύμφωνα με τις αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας και όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους στόχους της έρευνας, για την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους, για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους και για την αποκλειστική χρησιμοποίηση των δεδομένων για ερευνητικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Επίσης, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με την παρουσία της ερευνήτριας, ενώ στις περιπτώσεις που οι συμμετέχοντες ήταν λειτουργικά αναλφάβητοι η ερευνήτρια διάβαζε τις ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες τις απαντούσαν προφορικά.

Για την εκπλήρωση του στόχου του σχηματισμού του κοινωνικο-δημογραφικού προφίλ συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για το φύλο των ηλικιωμένων, την ηλικία τους, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση, το αν έχουν παιδιά ή όχι και πόσα είναι αυτά και τέλος αν μένουν μόνοι, με το σύντροφό τους ή με τα παιδιά τους. Οι πληροφορίες αυτές προέκυψαν με τη βοήθεια ενός ειδικά κατασκευασμένου ερωτηματολογίου, προσαρμοσμένου στις ανάγκες της έρευνας.

Το αίσθημα ντροπής στους ηλικιωμένους αξιολογήθηκε με τη χορήγηση δύο κλιμάκων, της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής και της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής. Η πρώτη κλίμακα περιλαμβάνει 18 προτάσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 5βαθμη κλίμακα συχνότητας και διερευνούν τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής διαιρούνται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας, το αίσθημα κενού και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη. Ο τελικός βαθμός της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Η δεύτερη κλίμακα αποτελείται από 25 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 4βαθμη κλίμακα συχνότητας και μελετούν τον τρόπο με τον οποίο κάθε εξεταζόμενος βιώνει τη ντροπή και επιπλέον εκτιμούν την ντροπή ως ένα σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηριστική ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή και τη σωματική ντροπή. Ο τελικός βαθμός της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Τα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων μετρήθηκαν με το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberg. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 δηλώσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 4βαθμη κλίμακα συχνότητας και επιτρέπει την αξιολόγηση δύο ειδών άγχους. Το πρώτο είναι το παροδικό άγχος, δηλαδή το άγχος που μπορεί να χαρακτηρίζει το άτομο λόγω της παρούσας κατάστασης που βιώνει. Το δεύτερο είναι το μόνιμο άγχος, αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του και σχετίζεται με την ετοιμότητα του να εκδηλώνει άγχος όταν αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις.

Η αξιολόγηση της στάσης των ηλικιωμένων απέναντι στην επιθετικότητα μελετήθηκε με το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της

Επιθετικότητας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 51 δηλώσεις, τις οποίες οι εξεταζόμενοι καλούνται να αξιολογήσουν ως σωστές ή εσφαλμένες και αποτελείται από πέντε υποκλίμακες. Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα, η επίκριση των άλλων, και η παρανοειδής επιθετικότητα αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση και η παραληρηματική ενοχή αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανakλά τη συνολική επιθετικότητα.

Η πιθανότητα ύπαρξης ψυχοπαθολογίας στους συμμετέχοντες της έρευνας διερευνήθηκε με τη βοήθεια της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Η κλίμακα περιλαμβάνει 90 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε μια 5βαθμη κλίμακα συχνότητας και αξιολογούν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση εννέα υποκλιμάκων. Οι υποκλίμακες αυτές αναφέρονται στη σωματοποίηση, στον ιδεοψυχαναγκασμό, στη διαπροσωπική ευαισθησία, στην κατάθλιψη, στην επιθετικότητα, στο φοβικό άγχος, στον παρανοειδή ιδεασμό και στον ψυχωτισμό. Εκτός από τις βαθμολογίες για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον βαθμολογίες για τρεις δείκτες, το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων.

Το τελευταίο ερωτηματολόγιο που συμπεριλήφθηκε στο ερευνητικό πρωτόκολλο ήταν το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης Ηλικιωμένων (Geriatric Depression Scale). Αποτελείται από 15 ερωτήσεις, στις οποίες κάθε συμμετέχοντας μπορεί να απαντήσει με «Ναι» ή «Όχι». Ο απλός τρόπος με τον οποίο μπορεί να βαθμολογηθεί καθιστά το ερωτηματολόγιο αυτό κατάλληλο ερευνητικό εργαλείο για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που πιθανόν να αντιμετωπίζουν γνωστικές μειονεξίες.

Τέλος, ανάλογα με την τελική του βαθμολογία είναι εύκολη η διάκριση ανάμεσα σε άτομα που δεν υποφέρουν από κατάθλιψη, σε άτομα που εκδηλώνουν μέτρια συμπτωματολογία κατάθλιψης και σε άτομα που εκδηλώνουν σοβαρή συμπτωματολογία κατάθλιψης.

Στατιστική ανάλυση

Η παρουσίαση των πληροφοριών για το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων έγινε με τη βοήθεια μέσων όρων, τυπικών αποκλίσεων, ποσοστών και πινάκων. Επίσης, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις χρησιμοποιήθηκαν για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τις διάφορες κλίμακες και τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι μέσοι όροι δεν μπορούσαν να συγκριθούν μεταξύ τους έγινε αναγωγή τους σε εκατοστιαία κλίμακα και τα αποτελέσματά τους παρουσιάστηκαν σε ραβδογράμματα.

Επιπλέον για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson για τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές μεταβλητές. Επίσης, εφαρμόστηκε το t -test για ανεξάρτητα δείγματα στις περιπτώσεις που θέλαμε να συγκρίνουμε τους μέσους όρους δύο ομάδων. Τέλος, για τη σύγκριση των μέσων όρων περισσότερων από δύο ομάδων σε χαρακτηριστικά που μετρούνται με ποσοτικές μεταβλητές με κανονική κατανομή επιλέχθηκε η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και το post-hoc test του Scheffé.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 97 ηλικιωμένοι, που προέρχονταν είτε από Κ.Α.Π.Η. είτε από την κοινότητα. Η αναλογία ανδρών και γυναικών στο δείγμα ήταν παρόμοια, με τους άνδρες να είναι ελαφρώς περισσότεροι από τις γυναίκες. Το εύρος της ηλικίας των ηλικιωμένων κυμαινόταν από τα 69 έως τα 80 έτη, με μέσο όρο ηλικίας τα $74,02 \pm 3,18$ έτη. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι, περίπου ένας στους τρεις δήλωσαν ότι είναι χήροι και οι υπόλοιποι κατανέμονταν ισάριθμα στις κατηγορίες των άγαμων και των διαζευγμένων. Επίσης, το 84,5% από αυτούς δήλωσαν ότι έχουν από ένα έως τέσσερα παιδιά ($1,95 \pm 0,82$), ενώ μόνο 15 από τους ηλικιωμένους δήλωσαν ότι είναι άτεκνοι.

Αναφορικά με τον τόπο διαμονής των ηλικιωμένων φάνηκε ότι περίπου οι μισοί ζούσαν με το σύντροφο τους, περίπου ένας στους δέκα ζούσε μόνος του και οι υπόλοιποι ζούσαν με τα παιδιά τους. Τέλος, ένας ακόμα παράγοντας, για τον οποίο συγκεντρώθηκαν πληροφορίες, ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι ηλικιωμένοι στο δείγμα μας είχαν αρκετά χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, καθώς οι περισσότεροι ήταν απόφοιτοι δημοτικού, δεκατρία άτομα δήλωσαν ότι ήταν αναλφάβητοι και μόνο ένας άνδρας δήλωσε ότι ήταν απόφοιτος ανώτατης εκπαίδευσης.

Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται αναλυτικά στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 1). Η παρουσίαση των πληροφοριών γίνεται με βάση το φύλο των ηλικιωμένων και για κάθε μία από αυτές αναφέρεται ο ακριβής αριθμός ανδρών και γυναικών και η εκατοστιαία αναλογία τους με βάση το φύλο.

Πίνακας Ι. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

	Άνδρες: n (%)	Γυναίκες: n (%)
Φύλο	50 (51,5%)	47 (48,5%)
Προέλευση		
Κ.Α.Π.Η.	27 (64,3%)	15 (35,7%)
Κοινότητα	23 (41,8%)	32 (58,2%)
Ηλικιακή κατηγορία		
69-70 ετών	10 (58,8%)	7 (41,2%)
71-72 ετών	10 (52,6%)	9 (47,4%)
73-74 ετών	14 (63,6%)	8 (36,4%)
75-76 ετών	4 (36,4%)	7 (63,6%)
77-78 ετών	10 (58,8%)	7 (41,2%)
79-80 ετών	2 (18,2%)	9 (81,8%)
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένοι	27 (52,9%)	24 (47,1%)
Άγαμοι	4 (44,4%)	5 (55,6%)
Διαζευγμένοι	5 (55,6%)	4 (44,4%)
Χήροι	14 (50,0%)	14 (50,0%)
Μορφωτικό επίπεδο		
Αναλφάβητοι	7 (53,8%)	6 (46,2%)
Απόφοιτοι Δημοτικού	33 (50,8%)	32 (49,2%)
Απόφοιτοι Γυμνασίου	8 (88,9%)	1 (11,1%)
Απόφοιτοι Ανώτατης Εκπαίδευσης	1 (100,0%)	0 (0,0%)

Διαμονή		
Μόνοι	17 (45,9%)	20 (54,1%)
Με το σύντροφο τους	26 (54,2%)	22 (45,8%)
Με τα παιδιά τους	6 (66,7%)	3 (33,3%)

Αποτελέσματα για την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του αισθήματος ντροπής στους ηλικιωμένους της έρευνάς μας. Με τη βοήθεια των οδηγιών για τη βαθμολόγηση της κλίμακας προέκυψαν βαθμολογίες για τις τρεις υποκλίμακες της, το αίσθημα κατωτερότητας, το αίσθημα κενού και τις αντιλήψεις για τις αντιδράσεις των άλλων σε περίπτωση λάθους. Επίσης, υπολογίστηκε και μια συνολική βαθμολογία για όλη την κλίμακα. Τόσο για τις τρεις υποκλίμακες όσο και για τη συνολική βαθμολογία, οι υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν αντίστοιχα υψηλό αίσθημα κατωτερότητας, υψηλό αίσθημα κενού, έντονη πεποίθηση ότι οι άλλοι αντιδρούν αρνητικά όταν οι συμμετέχοντες κάνουν κάποιο λάθος και συνολικά υψηλό αίσθημα ντροπής.

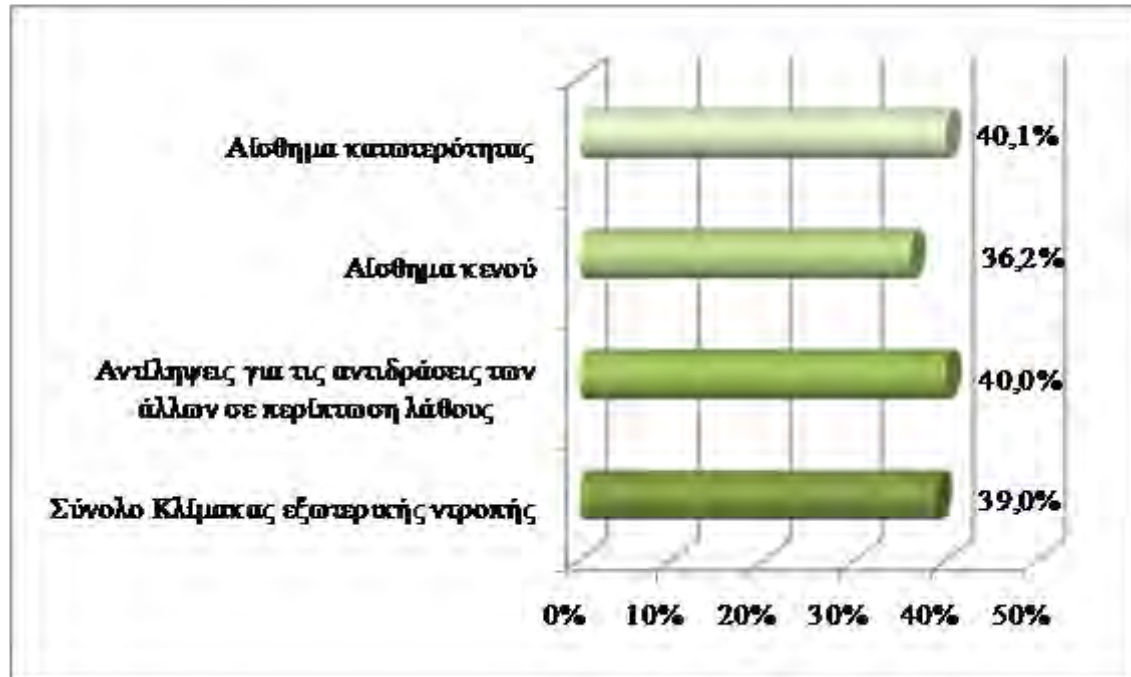
Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων για την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής θα γίνει με δύο τρόπους. Πρώτα θα παρουσιαστούν σε πίνακα το εύρος των δυνατών τιμών, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις τρεις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία (Πίνακας II). Στη συνέχεια θα αποτυπωθούν σε διάγραμμα τα αποτελέσματα μετά από αναγωγή τους σε εκατοστιαία κλίμακα, ώστε να είναι πιο εύκολη η εξαγωγή συμπερασμάτων και πιο εφικτή η μεταξύ τους σύγκριση (Διάγραμμα I).

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το συγκεκριμένο δείγμα ηλικιωμένων εκδηλώνει μέτρια επίπεδα εξωτερικής ντροπής. Η μετατροπή των αποτελεσμάτων της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής μας επέτρεψε να δούμε ότι οι συμμετέχοντες είχαν παρόμοιες βαθμολογίες τόσο στις τρεις υποκλίμακες όσο και στη συνολική βαθμολογία. Η μοναδική υποκλίμακα στην οποία οι ηλικιωμένοι είχαν ελαφρώς χαμηλότερη βαθμολογία ήταν αυτή του αισθήματος κενού. Η διαπίστωση υποδηλώνει ότι δεν νιώθουν τόσο έντονα ότι οι άλλοι τους θεωρούν εύθραυστους, ότι τους βλέπουν ως κενούς και ανεκπλήρωτους, ότι νομίζουν ότι κάτι τους λείπει ή ότι νομίζουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων τους.

Πίνακας II. Αποτελέσματα για την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Αίσθημα κατωτερότητας	0	28	11,22±3,68
Αίσθημα κενού	0	16	5,79±2,49
Αντιλήψεις για τις αντιδράσεις των άλλων σε περίπτωση λάθους	0	24	9,61±2,91
Σύνολο Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής	0	72	28,09±8,58

Διάγραμμα II. Αποτελέσματα για την Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής σε εκατοστιαία κλίμακα



Αναφορικά με την πιθανή επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στην διαμόρφωση των βαθμολογιών της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής δεν παρατηρήθηκε καμία διαφοροποίηση με βάση το φύλο των ηλικιωμένων, την οικογενειακή τους κατάσταση, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και το αν ζουν μόνοι, με το σύντροφό τους ή τα παιδιά τους. Επίσης, ούτε το γεγονός της τεκνοποίησης ή του αριθμού των παιδιών δε σχετίστηκε με τις βαθμολογίες της κλίμακας. Η μοναδική σχέση που εντοπίστηκε ήταν ανάμεσα στην ηλικία των ηλικιωμένων και τη βαθμολογία τους στην υποκλίμακα του αισθήματος κατωτερότητας (Pearson's $r=0,260$, $p=0,010$). Η σχέση αυτή υποδηλώνει ότι όσο αυξανόταν η ηλικία των συμμετεχόντων αυξανόταν αντίστοιχα και η βαθμολογία τους στην υποκλίμακα του αισθήματος κατωτερότητας.

Αποτελέσματα για την Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής

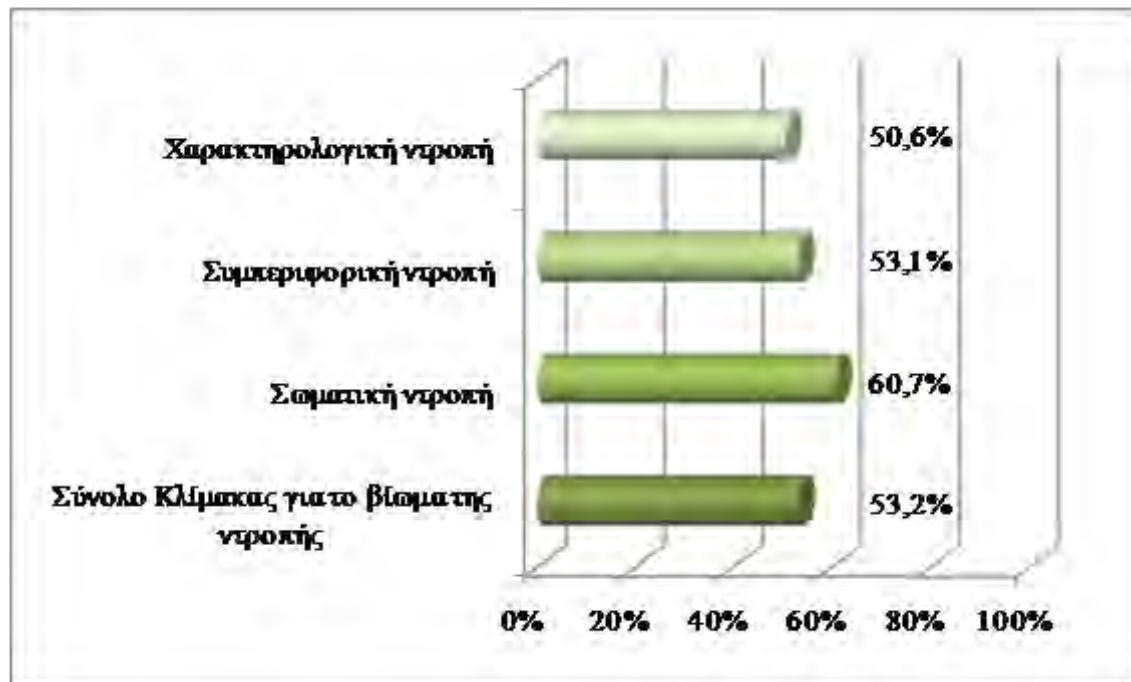
Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής θα γίνει στο πρότυπο της παρουσίασης των αποτελεσμάτων για την Κλίμακα Εξωτερικής ντροπής. Έτσι ακολουθούν ένας πίνακας με το εύρος των τιμών, τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις για τις υποκλίμακες και για τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας (Πίνακας III) και ένα διάγραμμα με την αναπαράστασή τους σε εκατοστιαία κλίμακα (Διάγραμμα II).

Με βάση το διάγραμμα II είναι εμφανές ότι οι ηλικιωμένοι, που συμμετείχαν στην έρευνά μας, βιώνουν τη ντροπή σε αρκετά ενοχλητικό βαθμό. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι την υψηλότερη βαθμολογία την είχαν στην υποκλίμακα της σωματικής ντροπής, γεγονός που συνεπάγεται ότι νιώθουν ντροπή για το σώμα τους ή για κάποιο σημείο του, ότι τους απασχολεί τι σκέφτονται οι άλλοι για την εμφάνισή τους, ότι αποφεύγουν να κοιτάζουν τον εαυτό τους στον καθρέφτη και τέλος, ότι έχουν την επιθυμία να κρύψουν ή να συγκαλύψουν το σώμα τους ή κάποιο σημείο του.

Πίνακας III. Αποτελέσματα για την Κλίμακα για το Βίωμα Ντροπής

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος \pm Τυπική απόκλιση
Χαρακτηρολογική ντροπή	12	48	30,23 \pm 7,67
Συμπεριφορική ντροπή	9	36	23,35 \pm 5,77
Σωματική ντροπή	4	16	11,28 \pm 2,83
Σύνολο Κλίμακας	25	100	64,90 \pm 15,27

Διάγραμμα II. Αποτελέσματα για την Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής σε εκατοστιαία κλίμακα



Τα αποτελέσματα της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής παρατηρήθηκε ότι επηρεάζονται μόνο από τον παράγοντα του φύλου και όχι από κάποια άλλη από τις διερευνούμενες δημογραφικές μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της σωματικής ντροπής ($t(95)=-2,741, p=0,007$) και μια τάση οριακά στατιστικά σημαντική να έχουν υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής ($t(95)=-1,947, p=0,052$).

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής και η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής είχαν θετική συσχέτιση μεταξύ τους υποδηλώνοντας ότι όσο αυξανόταν η βαθμολογία που είχε ένας ηλικιωμένος στη μία από αυτές αντίστοιχα αυξανόταν και η βαθμολογία του στην άλλη (Pearson's $r=0,424, p<0,001$). Εκτός από τη συσχέτιση

των συνολικών βαθμολογιών των δύο κλιμάκων εντοπίστηκαν και μια σειρά από στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων τους, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στον επόμενο πίνακα.

Πίνακας IV. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της Κλίμακας Εξωτερικής ντροπής και της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής

	1	2	3	4	5	6
Αίσθημα κατωτερότητας ⁽¹⁾	1					
Αίσθημα κενού ⁽²⁾	0,641**	1				
Αντιλήψεις για τις αντιδράσεις άλλων σε περίπτωση λάθους ⁽³⁾	0,698**	0,754**	1			
Χαρακτηρολογική ντροπή ⁽⁴⁾	0,311**	0,363**	0,388**	1		
Συμπεριφορική ντροπή ⁽⁵⁾	0,325**	0,417**	0,433**	0,897**	1	
Σωματική ντροπή ⁽⁶⁾	0,222*	0,302**	0,309**	0,718**	0,694**	1

****:** Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01

***:** Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05

Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο Άγχους

Οι διαστάσεις του άγχους που αξιολογήθηκαν στα πλαίσια αυτής της εργασίας ήταν δύο, η πρώτη αφορούσε στο παροδικό άγχος και η δεύτερη στο άγχος ως μόνιμη κατάσταση. Με βάση τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι στο δείγμα μας αντιμετωπίζουν σχετικά υψηλά επίπεδα άγχους. Το συμπέρασμα αυτό

υποστηρίζεται ιδιαίτερα και από την βαθμολογία τους στην υποκλίμακα του άγχους ως μόνιμης κατάστασης (Πίνακας V).

Πίνακας V. Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο Άγχους

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Παροδικό άγχος	20	80	46,68±8,71
Άγχος ως μόνιμη κατάσταση	20	80	50,38±10,29

Η περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι βαθμολογίες στις δύο υποκλίμακες δεν επηρεάζονταν από το φύλο των ηλικιωμένων, από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ή από το αν ζουν μόνοι, με το σύντροφο ή τα παιδιά τους. Αντίθετα, διαπιστώθηκε ότι επηρεάζονταν από την ηλικία τους, από την οικογενειακή τους κατάσταση και από το αν έχουν παιδιά ή όχι. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη ηλικία έχουν οι συμμετέχοντες τόσο πιο υψηλές βαθμολογίες καταγράφηκαν στις υποκλίμακες του παροδικού άγχους (Pearson's $r=0,227$, $p=0,025$) και του άγχους ως μόνιμης κατάστασης (Pearson's $r=0,275$, $p=0,006$). Επιπλέον, οι παντρεμένοι είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους ως μόνιμης κατάστασης απ' ότι οι άγαμοι ($F(3,93)=3,213$, $p=0,027$), ενώ αυτοί που έχουν παιδιά είχαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους απ' ότι αυτοί που δεν έχουν παιδιά ($t(95)=-2,062$, $p=0,042$).

Τα αποτελέσματα των δύο υποκλιμάκων του Ερωτηματολογίου Άγχους συσχετίστηκαν σε μεγάλο βαθμό με τα αποτελέσματα της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής και της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής. Τα αποτελέσματα παραθέτονται στον πίνακα VI και υποδηλώνουν μια σημαντική σχέση ανάμεσα στο

άγχος και τη ντροπή γενικότερα. Το πρότυπο των παρατηρούμενων συσχετίσεων ήταν στο σύνολο τους θετικό, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι όσο περισσότερο άγχος βιώνει κάποιος ηλικιωμένος τόσο μεγαλύτερη είναι και η ντροπή που νιώθει και το αντίστροφο. Η μοναδική υποκλίμακα, η οποία δε συσχετίστηκε με το παροδικό άγχος αλλά μόνο με το άγχος ως μόνιμη κατάσταση, ήταν αυτή της σωματικής ντροπής. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι η έντονη σωματική ντροπή δε συνεπάγεται και υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους, αλλά μόνο υψηλά επίπεδα άγχους ως μόνιμης κατάστασης. Επίσης, είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι οι πιο μεγάλες συσχετίσεις σημειώθηκαν ανάμεσα στο άγχος ως μόνιμη κατάσταση και τις υποκλίμακες τις χαρακτηριστικής και της συμπεριφορικής ντροπής αντίστοιχα.

Πίνακας VI. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων για το παροδικό άγχος και για το άγχος ως μόνιμη κατάσταση με τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής και της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής

	Παροδικό άγχος	Άγχος ως μόνιμη κατάσταση
Αίσθημα κατωτερότητας	0,438**	0,429**
Αίσθημα κενού	0,336**	0,471**
Αντιλήψεις για τις αντιδράσεις άλλων σε περίπτωση λάθους	0,414**	0,419**
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	0,451**	0,488**
Χαρακτηρολογική ντροπή	0,359**	0,656**
Συμπεριφορική ντροπή	0,291**	0,625**
Σωματική ντροπή	0,185	0,534**
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	0,323**	0,666**

Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας

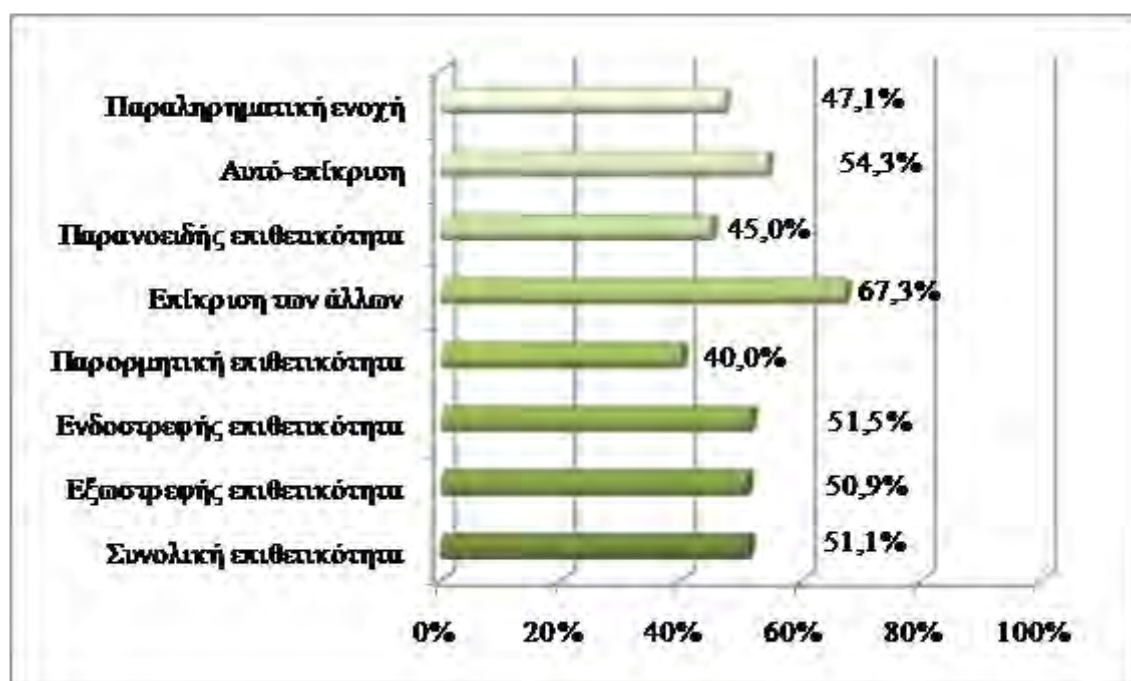
Οι στάσεις των συμμετεχόντων για θέματα σχετικά με την επιθετικότητα διερευνήθηκαν με τη βοήθεια του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο μας επέτρεψε να υπολογίσουμε μια συνολική βαθμολογία για την επιθετικότητα, δυο βαθμολογίες για τις διαστάσεις της επιθετικότητας (εξωστρεφή και ενδοστρεφή επιθετικότητα), καθώς και πέντε βαθμολογίες για ισάριθμες υποκλίμακες (παρορμητική επιθετικότητα, επίκριση των άλλων, παρανοειδής επιθετικότητα, αυτό-επίκριση και παραληρηματική ενοχή) (Πίνακας VII).

Πίνακας VII. Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος \pm Τυπική απόκλιση
Παρορμητική επιθετικότητα	0	13	5,20 \pm 2,63
Επίκριση των άλλων	0	12	8,07 \pm 2,34
Παρανοειδής επιθετικότητα	0	9	4,05 \pm 1,93
Αυτό-επίκριση	0	11	5,97 \pm 2,49
Παραληρηματική ενοχή	0	7	3,30 \pm 1,88
Εξωστρεφής επιθετικότητα	0	34	17,32 \pm 5,74
Ενδοστρεφής επιθετικότητα	0	18	9,27 \pm 3,95
Συνολική επιθετικότητα	0	52	26,59 \pm 8,82

Οι ηλικιωμένοι είχαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της επίκρισης των άλλων και τη χαμηλότερη σε αυτήν της παρορμητικής επιθετικότητας (Διάγραμμα ΙΙΙ). Η αυξημένη βαθμολογία στην υποκλίμακα της επίκρισης των άλλων ερμηνεύεται ως μια τάση των ηλικιωμένων, που συμμετείχαν στην έρευνα, να νιώθουν ότι κάποια μέλη της οικογένειάς τους έχουν συνήθειες που τους ενοχλούν και τους εκνευρίζουν πολύ, να καβγαδίζουν με μέλη της οικογένειάς τους, να νομίζουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θα έλεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά, ή να πιστεύουν ότι είναι καλύτερο να μην εμπιστεύονται κανέναν. Αντίθετα, η σχετικά χαμηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της παρορμητικής επιθετικότητας συνάδει με ένα πρότυπο συμπεριφοράς που δεν περιλαμβάνει προσπάθειες να πληγώσουν πρόσωπα που αγαπούν, να τραυματίσουν τον εαυτό τους ή κάποιον άλλο ή άλλες παρόμοιες εκδηλώσεις.

Διάγραμμα ΙΙΙ. Αποτελέσματα για το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας σε εκατοστιαία κλίμακα



Το φύλο των ηλικιωμένων δεν επηρέασε τις βαθμολογίες τους στις διάφορες υποκλίμακες και στη συνολική βαθμολογία του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας. Αντίθετα, σημαντικός αποδείχθηκε ο παράγοντας της ηλικίας, καθώς οι μεγαλύτεροι σε ηλικία είχαν υψηλότερα επίπεδα παρορμητικής (Pearson's $r=0,239$, $p=0,019$) και παρανοειδούς επιθετικότητας (Pearson's $r=0,221$, $p=0,030$), αυτό-επίκρισης (Pearson's $r=0,256$, $p=0,011$), παραληρηματικής ενοχής (Pearson's $r=0,364$, $p<0,001$), εξωστρεφούς (Pearson's $r=0,250$, $p=0,013$), ενδοστρεφούς (Pearson's $r=0,334$, $p=0,001$) και συνολικής επιθετικότητας (Pearson's $r=0,313$, $p=0,002$).

Η οικογενειακή κατάσταση επιδρούσε στις υποκλίμακες της αυτό-επίκρισης ($F(3,93)=6,493$, $p<0,001$) και της ενδοστρεφούς επιθετικότητας ($F(3,93)=5,722$, $p=0,001$). Η επίδραση αυτή φάνηκε από τις διαφοροποιήσεις στις βαθμολογίες ανάμεσα στους παντρεμένους και στους χήρους, με τους πρώτους να έχουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αυτό-επίκρισης και ενδοστρεφούς επιθετικότητας σε σχέση με τους δεύτερους. Χαμηλά επίπεδα αυτό-επίκρισης ($F(3,93)=9,521$, $p<0,001$) και ενδοστρεφούς επιθετικότητας ($F(3,93)=7,840$, $p=0,001$) είχαν επίσης και οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με το σύντροφό τους εν αντιθέσει με αυτούς που ζούσαν μόνοι τους. Επίσης, αυτοί που ζούσαν μόνοι τους εκδήλωναν και πιο πολλές συμπεριφορές παραληρηματικής ενοχής ($F(3,93)=3,342$, $p=0,040$), απ' ό τι αυτοί που ζούσαν με το σύντροφό τους και είχαν επιπλέον μεγαλύτερες συνολικές βαθμολογίες ($F(3,93)=4,088$, $p=0,020$), υποδηλώνοντας γενικά μια αυξημένη τάση για επιθετικότητα.

Από την άλλη, το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε ότι σχετίζεται μόνο με τις βαθμολογίες στην υποκλίμακα της παρορμητικής επιθετικότητας (Pearson's $r=0,270$,

$p=0,011$). Το είδος της συσχέτισης ήταν θετικό, γεγονός που συνεπάγεται ότι όσο αυξάνονταν τα χρόνια εκπαίδευσης των ηλικιωμένων αυξάνονταν αντίστοιχα και τα επίπεδα της παρορμητικής τους επιθετικότητας. Τέλος, ο αριθμός των παιδιών των συμμετεχόντων ή το ίδιο το γεγονός της ύπαρξης ή όχι παιδιών δε διαφοροποιούσε σε σημαντικό βαθμό τις βαθμολογίες του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας.

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση των αποτελεσμάτων για το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας θα αναφερθούμε στις συσχετίσεις του με τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής, της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής και του Ερωτηματολογίου Άγχους. Με βάση τον πίνακα VIII είναι προφανές ότι η εξωστρεφής, η ενδοστρεφής και η συνολική επιθετικότητα σχετίζονται θετικά με τις προαναφερόμενες βαθμολογίες. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε η σχέση ανάμεσα στην εξωστρεφή επιθετικότητα και τη σωματική ντροπή, η οποία δεν αποδείχθηκε αρκετά σημαντική. Το πρότυπο των παρατηρούμενων συσχετίσεων μας δείχνει ότι όσο μεγαλύτερη τάση για εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς έχουν οι ηλικιωμένοι στο δείγμα μας τόσο αυξημένα επίπεδα ντροπής και άγχους εκδηλώνουν.

Πίνακας VIII. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων και της συνολικής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας με τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής, της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής και του Ερωτηματολογίου Άγχους

	Εξωστρεφής	Ενδοστρεφής	Συνολική
Αίσθημα κατωτερότητας	0,475**	0,348**	0,465**
Αίσθημα κενού	0,501**	0,436**	0,521**

Αντιλήψεις για τις αντιδράσεις άλλων σε περίπτωση λάθους	0,354**	0,258*	0,346**
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	0,491**	0,373**	0,487**
Χαρακτηρολογική ντροπή	0,351**	0,423**	0,418**
Συμπεριφορική ντροπή	0,362**	0,375**	0,404**
Σωματική ντροπή	0,165	0,361**	0,269**
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	0,346**	0,424**	0,415**
Παροδικό άγχος	0,515**	0,400**	0,514**
Άγχος ως μόνιμη κατάσταση	0,655**	0,638**	0,712**

Αποτελέσματα για την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90

Η πιθανότητα ύπαρξης ψυχοπαθολογίας στο δείγμα μας αξιολογήθηκε με τη βοήθεια της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SCL-90. Με την κλίμακα αυτή μπορέσαμε να εκτιμήσουμε τα επίπεδα διαφόρων τύπων ψυχοπαθολογίας στους ηλικιωμένους της έρευνας και επιπλέον να υπολογίσουμε και τρεις ξεχωριστούς δείκτες για το σύνολο των συμπτωμάτων. Στον πίνακα IX παρουσιάζονται διεξοδικά οι ελάχιστες και οι μέγιστες πιθανές τιμές για όλες τις υποκλίμακες και τους δείκτες, καθώς και οι μέσοι όροι και οι τυπικές τους αποκλίσεις.

Πίνακας IX. Αποτελέσματα για την κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90

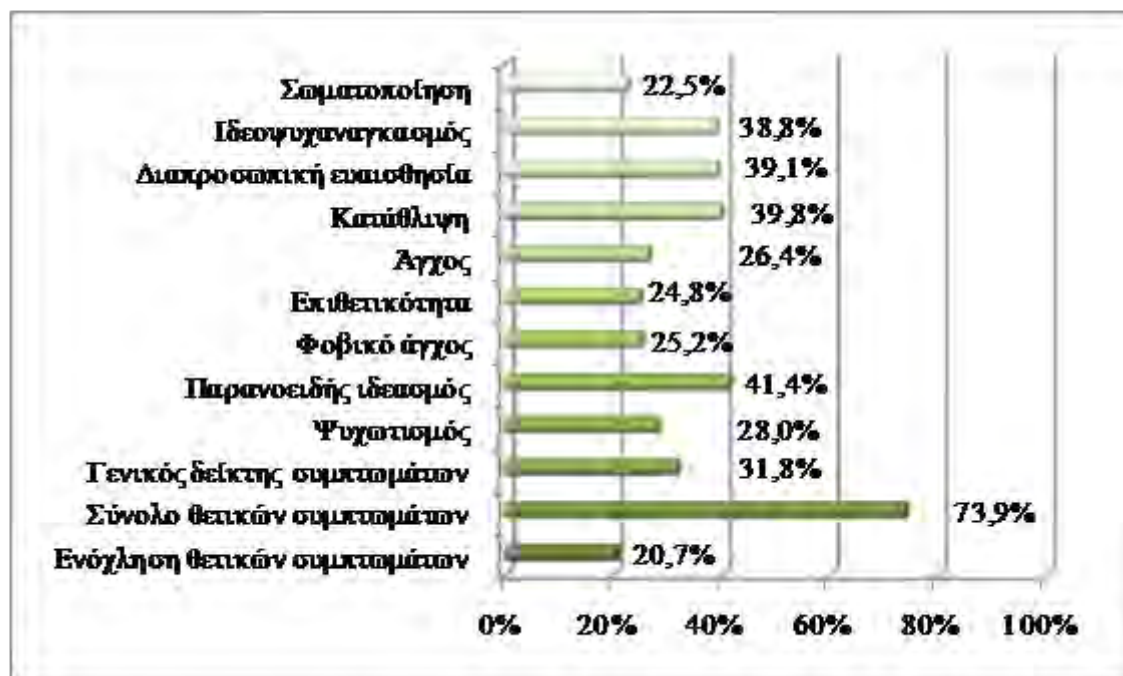
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέσος όρος ±Τυπική απόκλιση
Σωματοποίηση	0	48	10,80±8,25
Ιδεοψυχαναγκασμός	0	40	15,51±7,70
Διαπροσωπική ευαισθησία	0	36	14,08±6,01

Κατάθλιψη	0	52	20,70±9,84
Άγχος	0	40	10,55±7,37
Επιθετικότητα	0	24	5,95±4,92
Φοβικό άγχος	0	28	7,06±5,27
Παρανοειδής ιδεασμός	0	24	9,93±5,11
Ψυχωτισμός	0	40	11,20±6,32
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0	4	1,27±0,67
Δείκτης για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	0	90	66,48±19,50
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	1	4	1,62±0,47

Με βάση τη μετατροπή όλων των αποτελεσμάτων σε εκατοστιαία κλίμακα διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην υποκλίμακα της κατάθλιψης και της διαπροσωπικής ευαισθησίας και χαμηλότερη στην υποκλίμακα της σωματοποίησης (Διάγραμμα IV). Η χαμηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της σωματοποίησης υποδηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος δεν υποφέρουν συχνά από πονοκεφάλους, δεν έχουν τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα, δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα συχνά πόνους στην καρδιά ή στο θώρακα και γενικότερα δε βιώνουν έντονες σωματικές ενοχλήσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να αποτελούν εκδηλώσεις σωματοποίησης ψυχολογικών προβλημάτων.

Ολοκληρώνοντας την αξιολόγηση των επιπέδων ψυχοπαθολογίας στους συμμετέχοντες είναι χρήσιμο να επισημανθεί ότι τα παρατηρούμενα επίπεδα ψυχοπαθολογίας δεν τους προκαλούσαν σημαντικό βαθμό ενόχλησης, όπως αυτό αποτυπώνεται και από τη βαθμολογία τους στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων.

Διάγραμμα IV. Αποτελέσματα για την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας SCL-90 σε εκατοστιαία κλίμακα



Το φύλο των ηλικιωμένων αποτέλεσε έναν από τους σημαντικούς παράγοντες διαφοροποίησης των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα, οι γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της σωματοποίησης ($t(95)=-1,928, p=0,057$), της διαπροσωπικής ευαισθησίας ($t(95)=-2,431, p=0,017$), της κατάθλιψης ($t(95)=-2,503, p=0,014$), του φοβικού άγχους ($t(95)=-2,000, p=0,048$), του παρανοειδούς ιδεασμού ($t(95)=-1,996, p=0,049$) και στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($t(95)=-1,978, p=0,051$).

Αντίστοιχα σημαντικός φάνηκε και ο παράγοντας της ηλικίας με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις υποκλίμακες της σωματοποίησης (Pearson's $r=0,248, p=0,014$), του ιδεοψυχαναγκασμού (Pearson's $r=0,210, p=0,039$), της διαπροσωπικής ευαισθησίας (Pearson's $r=0,234, p=0,021$), του άγχους (Pearson's $r=0,257, p=0,011$), της επιθετικότητας (Pearson's $r=0,345, p=0,001$), του φοβικού άγχους (Pearson's

$r=0,236, p=0,020$), του παρανοειδούς ιδεασμού (Pearson's $r=0,254, p=0,012$) και του ψυχωτισμού (Pearson's $r=0,222, p=0,029$), καθώς και στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων (Pearson's $r=0,251, p=0,013$), στο δείκτη για το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (Pearson's $r=0,250, p=0,013$) και στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (Pearson's $r=0,221, p=0,030$).

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων επηρέαζε τα επίπεδα ιδεοψυχαναγκασμού ($F(3,93)=5,592, p=0,001$), διαπροσωπικής ευαισθησίας ($F(3,93)=4,223, p=0,008$), κατάθλιψης ($F(3,93)=5,322, p=0,002$), επιθετικότητας ($F(3,93)=4,452, p=0,006$), φοβικού άγχους ($F(3,93)=5,851, p=0,001$), παρανοειδούς ιδεασμού ($F(3,93)=5,597, p=0,001$) και ψυχωτισμού ($F(3,93)=3,879, p=0,012$) και το γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($F(3,93)=4,642, p=0,005$) μαζί με το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ($F(3,93)=5,229, p=0,002$). Με τη βοήθεια του στατιστικού ελέγχου του Scheffé αποσαφηνίστηκε το είδος της επίδρασης της οικογενειακής κατάστασης στα προαναφερόμενα είδη ψυχοπαθολογίας και στους αντίστοιχους δείκτες της. Έτσι διαπιστώθηκε ότι, για όλες τις προαναφερόμενες περιπτώσεις, οι άγαμοι είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με τους παντρεμένους ηλικιωμένους του δείγματος.

Παρόμοια επίδραση με αυτήν της οικογενειακής κατάστασης για τα επίπεδα επιθετικότητας ($F(2,91)=3,641, p=0,030$) και φοβικού άγχους ($F(2,91)=4,274, p=0,017$) είχε και το γεγονός του αν ζούσαν μόνοι οι συμμετέχοντες ή με το σύντροφό τους. Αυτό που διαπιστώθηκε ήταν ότι όσοι ηλικιωμένοι ζούσαν με το σύντροφό τους εκδήλωναν λιγότερες επιθετικές συμπεριφορές και αντιδράσεις φοβικού άγχους. Τέλος, οι ηλικιωμένοι που είχαν παιδιά δεν παρουσίαζαν έντονες συμπεριφορές ιδεοψυχαναγκασμού ($t(95)=-2,408, p=0,018$), διαπροσωπικής ευαισθησίας ($t(95)=-2,382, p=0,019$), κατάθλιψης ($t(95)=-2,854, p=0,005$),

επιθετικότητας ($t(95)=-2,259, p=0,026$) και παρανοειδούς ιδεασμού ($t(95)=-2,794, p=0,006$) και είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στο γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($t(95)=-2,366, p=0,020$) και στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων ($t(95)=-2,618, p=0,010$) σε αντιδιαστολή με αυτούς που δεν είχαν παιδιά.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις ανάμεσα στις υποκλίμακες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας και τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων που παρουσιάστηκαν μέχρι αυτό το σημείο, διαπιστώθηκε ότι ήταν πάντα μεταξύ τους θετικές και πάντα σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας. Η ύπαρξη αυτών των συσχετίσεων οδηγεί στη διαπίστωση ότι όσο μεγαλύτερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας είχε ένας ηλικιωμένος στο δείγμα μας τόσο μεγαλύτερα ήταν αντίστοιχα και τα επίπεδα ντροπής, άγχους ή επιθετικότητας που εκδήλωνε. Λόγω της έκτασης του συνόλου των συσχετίσεων παρουσιάζονται μόνο οι συσχετίσεις ανάμεσα στους δείκτες ψυχοπαθολογίας της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας και τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας, της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής, της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής και του Ερωτηματολογίου Άγχους.

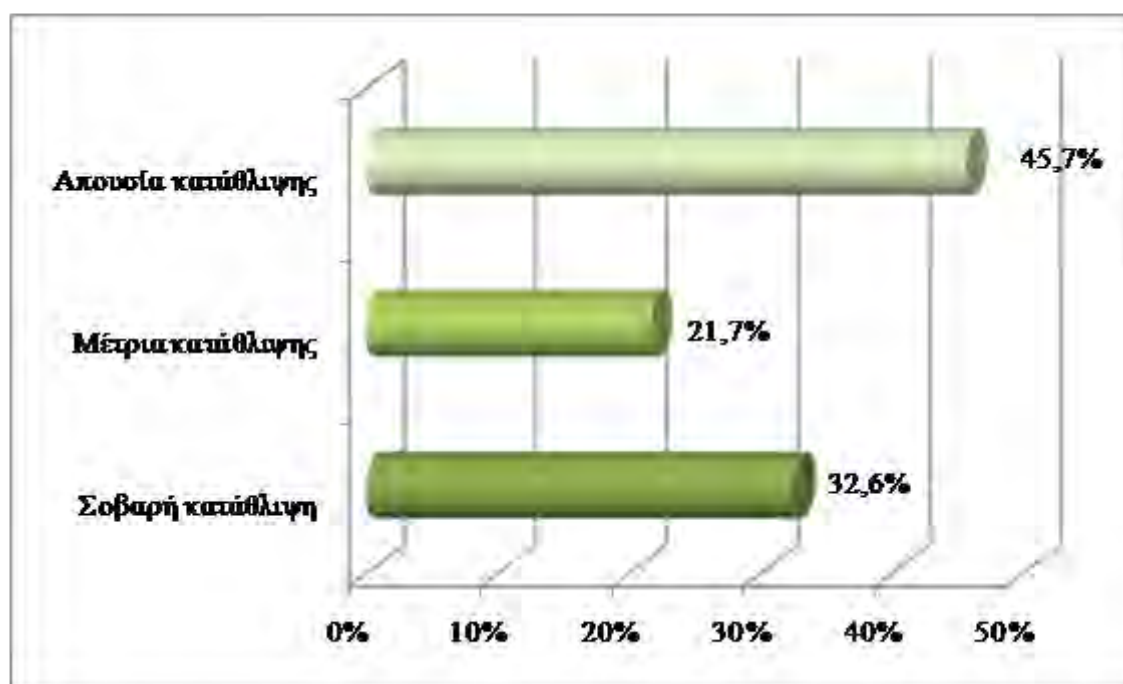
Πίνακας X. Συσχετίσεις των υποκλιμάκων και των δεικτών της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας με τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας, της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής, της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής και του Ερωτηματολογίου Άγχους

	Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων
Εξωστρεφής επιθετικότητα	0,628**	0,549**	0,617**
Ενδοστρεφής επιθετικότητα	0,582**	0,595**	0,516**
Συνολική επιθετικότητα	0,669**	0,624**	0,633**
Αίσθημα κατωτερότητας	0,467**	0,431**	0,446**
Αίσθημα κενού	0,500**	0,475**	0,468**
Αντιλήψεις για τις αντιδράσεις άλλων σε περίπτωση λάθους	0,417**	0,334**	0,429**
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	0,510**	0,459**	0,493**
Χαρακτηρολογική ντροπή	0,581**	0,528**	0,548**
Συμπεριφορική ντροπή	0,609**	0,503**	0,611**
Σωματική ντροπή	0,483**	0,458**	0,446**
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	0,612**	0,540**	0,590**
Παροδικό άγχος	0,517**	0,445**	0,534**
Άγχος ως μόνιμη κατάσταση	0,728**	0,679**	0,703**

Αποτελέσματα για την Κλίμακα Κατάθλιψης Ηλικιωμένων

Με στόχο την πιο διεξοδική μελέτη των επιπέδων κατάθλιψης στους συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Κατάθλιψης Ηλικιωμένων. Από τα αποτελέσματά προέκυψε ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες εκδήλωναν συμπτώματα που αντιστοιχούσαν σε μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (Διάγραμμα V). Η παρουσία ή όχι κατάθλιψης δε φάνηκε να επηρεάζεται από το φύλο των ηλικιωμένων, την ηλικία τους, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση, από το αν έχουν ή όχι παιδιά ή από τον αριθμό των παιδιών τους και τέλος ούτε από το γεγονός του αν ζουν μόνοι, με το σύντροφό τους ή με τα παιδιά τους.

Διάγραμμα V. Επίπεδα κατάθλιψης στο δείγμα με βάση την Κλίμακα Κατάθλιψης Ηλικιωμένων



Παρά το γεγονός ότι οι βαθμολογίες στην Κλίμακα Κατάθλιψης Ηλικιωμένων δεν παρατηρήθηκε να επηρεάζονται από κανένα δημογραφικό παράγοντα, διαπιστώθηκε αντίθετα ότι είχαν θετικές σχέσεις με όλες τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες αυτής της έρευνας. Στον πίνακα, που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά αυτές οι σχέσεις και γίνεται σαφές ότι όσο πιο έντονα ήταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εκδήλωνε ένας ηλικιωμένος τόσο πιο υψηλά ήταν και τα επίπεδα ντροπής που βίωνε, η τάση του για επιθετικότητα, η ψυχοπαθολογία του, καθώς και το άγχος που εκδήλωνε (Πίνακας XI).

Πίνακας XI. Συσχετίσεις της Κλίμακας Κατάθλιψης Ηλικιωμένων με τους δείκτες της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας και με τις υποκλίμακες και τις συνολικές βαθμολογίες του Ερωτηματολογίου Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας, της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής, της Κλίμακας για το Βίωμα της Ντροπής και του Ερωτηματολογίου Άγχους

Κλίμακα Κατάθλιψης Ηλικιωμένων	
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	0,712**
Σύνολο θετικών συμπτωμάτων	0,679**
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων	0,653**
Εξωστρεφής επιθετικότητα	0,590**
Ενδοστρεφής επιθετικότητα	0,537**
Συνολική επιθετικότητα	0,627**
Αίσθημα κατωτερότητας	0,403**
Αίσθημα κενού	0,452**

Αντιλήψεις για τις αντιδράσεις άλλων σε περίπτωση λάθους	0,306**
Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής	0,421**
Χαρακτηρολογική ντροπή	0,575**
Συμπεριφορική ντροπή	0,610**
Σωματική ντροπή	0,458**
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής	0,602**
Παροδικό άγχος	0,372**
Άγχος ως μόνιμη κατάσταση	0,598**

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στόχος αυτής της ερευνητικής εργασίας ήταν η χάραξη του ψυχολογικού προφίλ των ηλικιωμένων σχετικά με την κατάθλιψη και με μια σειρά άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως το άγχος, η ντροπή, η επιθετικότητα και η ψυχοπαθολογία γενικότερα. Για το λόγο αυτό προσεγγίστηκαν 97 ηλικιωμένοι, άνδρες και γυναίκες, με ηλικία από 69 έως 80 έτη σε ΚΑΠΗ αλλά και στην κοινότητα και τους χορηγήθηκε μια σειρά από ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης των ψυχολογικών χαρακτηριστικών. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι με παιδιά, είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και διέμεναν με τον ή τη σύντροφό τους ή τα παιδιά τους.

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων, περίπου οι μισοί συμμετέχοντες είχαν μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη, που όμως δε συσχετίστηκε με κάποιους δημογραφικούς παράγοντες. Τα επίπεδα άγχους που καταγράφηκαν ήταν επίσης υψηλά, τόσο ως τρέχουσα κατάσταση όσο και ως μόνιμο στοιχείο της προσωπικότητας, και μάλιστα αυξάνονταν με την ηλικία, ενώ οι έγγαμοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα μόνιμου άγχους και όσοι ζούσαν με τα παιδιά τους είχαν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους. Σε ό,τι αφορά την επιθετικότητα, οι ηλικιωμένοι παραδέχτηκαν ότι έχουν υψηλή επίκριση του περιβάλλοντός τους, ενώ χαμηλές είναι οι τάσεις παρορμητικής επιθετικότητας. Και αυτό το χαρακτηριστικό συσχετίστηκε με την μεγαλύτερη ηλικία, ενώ η μοναχικότητα οδηγούσε σε αύξηση γενικά της λανθάνουσας επιθετικότητας και ιδιαίτερα της παραληρηματικής ενοχής, ενώ η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση και η διαμονή με σύζυγο οδηγούσε σε χαμηλότερα επίπεδα αυτοεπίκρισης και ενδοστρεφούς επιθετικότητας.

Η ντροπή ήταν ένα ακόμα ψυχολογικό χαρακτηριστικό που καταγράφηκε στους ηλικιωμένους και από τα δύο ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν. Το αίσθημα κατωτερότητας ήταν έντονο, ιδιαίτερα στους περισσότερο ηλικιωμένους, ενώ επίσης η ντροπή για το σώμα ήταν ιδιαίτερα ισχυρή και μάλιστα στις ηλικιωμένες γυναίκες. Τέλος, αναφορικά με τη γενική ψυχοπαθολογία, ήταν αρκετά σημαντική στο δείγμα μας, με το γενικό δείκτη συμπτωμάτων να φτάνει στο 31,8%. Η κατάθλιψη αλλά και η διαπροσωπική ευαισθησία ήταν τα πιο εμφανή στοιχεία ψυχικής διαταραχής, ενώ ο ψυχωτισμός και τα ψυχοσωματικά ενοχλήματα ήταν αυτά που παρατηρήθηκαν λιγότερο. Το γυναικείο φύλο, η αυξημένη ηλικία, η άγαμη οικογενειακή κατάσταση και η μοναχικότητα στη διαβίωση συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, ενώ η συμβίωση με τα παιδιά είχε μάλλον προστατευτική δράση.

Γενικά, η κατάθλιψη, το άγχος και ψυχωσικόμορφες διαταραχές είχαν σημαντικό επιπολασμό στο δείγμα μας, όπως παρατηρείται και γενικά στον πληθυσμό των ηλικιωμένων με βάση την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2001). Από όλες τις εκδηλώσεις ψυχοπαθολογίας, η κατάθλιψη ήταν η πιο συχνή στο δείγμα μας, όντας και η πιο συχνή ψυχική διαταραχή σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Παγοροπούλου, 2000). Η εμφάνιση της κατάθλιψης στο δείγμα μας αυξάνονταν με την ηλικία, όπως δείχνουν και οι διεθνείς στατιστικές (Παράσχος 1998). Αυτό, βέβαια, είναι λογικό αφού οι περισσότερο ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν και περισσότερες σωματικές ασθένειες, έκπτωση των βιολογικών και διανοητικών λειτουργιών, έχουν περισσότερες απώλειες, τόσο συναισθηματικές όσο και οικονομικές, ενώ αυξάνεται η κοινωνική τους απομόνωση.

Στην έρευνά μας η κατάθλιψη εκτιμήθηκε με δύο ψυχομετρικά εργαλεία, την υποκλίμακα κατάθλιψης του SCL-90, που έφτασε στο 39,8% της μέγιστης βαθμολογίας της, και την Κλίμακα Κατάθλιψης των Ηλικιωμένων (Geriatric

Depression Scale) που έδωσε ενδείξεις ότι το 32,6% των ηλικιωμένων είχαν κλινική κατάθλιψη. Τα ποσοστά αυτά είναι λίγο μεγαλύτερα από το 15-25% που αναφέρεται ως το πιθανό εύρος εμφάνισης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία (Παράσχος, 1998). Το αυξημένο ποσοστό που παρατηρήθηκε στο δείγμα μας είναι πιθανόν να οφείλεται: α) στο γεγονός ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη, β) στο ότι η κατάθλιψη αυξάνεται με την ηλικία και στο δείγμα μας οι συμμετέχοντες ήταν κατά μέσο όρο δέκα έτη μεγαλύτεροι από το όριο των 65 ετών και γ) στο ότι το ερωτηματολόγιο δεν είναι κριτήριο διάγνωσης αλλά μόνο ενδεικτικό των συναισθημάτων των ηλικιωμένων και επομένως τα αποτελέσματά του δεν μπορούν να συγκριθούν άμεσα με επίσημες διαγνώσεις κατάθλιψης άλλων ερευνητών.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα της έρευνάς μας ήταν η παρουσία σχετικά υψηλών επιπέδων άγχους στους ηλικιωμένους του Ελλαδικού χώρου. Η διαπίστωση αυτή συνάδει και με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα που υπολογίζουν τη συχνότητα εμφάνισης άγχους σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών μεταξύ 0,9% και 17% (Byrne, 2002, Jorm, 2000, Kirmizioglu, Dogan, Kugu, & Akyuz, 2009, Manela, Katona, & Livingston, 1996). Η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, η ύπαρξη πιεστικών καταστάσεων, η κακή οικονομική κατάσταση, ο θάνατος προσφιλών προσώπων και η απομάκρυνση από την εργασία θεωρούνται παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Η υποστηρικτική επίδραση της έγγαμης συντροφικής σχέσης ή της διαβίωσης μαζί με τα φροντιστικά τέκνα ήταν στοιχεία που βρέθηκαν και στη δική μας έρευνα και αντιστοιχούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών που έχουν αναφερθεί στη σημασία του οικογενειακού υποστηρικτικού δικτύου (Badger & Joyce, 2000, Blazer και συνεργάτες, 2001).

Αξιοσημείωτες ήταν και οι στάσεις και σκέψεις που ενέχουν επιθετικότητα, οι οποίες ανιχνεύθηκαν στους ηλικιωμένους. Η επίκριση που παραδέχτηκαν οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας είναι ένα τόσο συχνό χαρακτηριστικό αυτής της ηλικίας, που μάλιστα θεωρείται στερεότυπο (ο «γκρινιάρης» γέρος). Ειδικά η ενδοστρεφής επιθετικότητα που δήλωσαν οι ηλικιωμένοι μπορεί να ιδωθεί και ως εκδήλωση κατάθλιψης, αφού η μειωμένη αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό, οι ιδέες ενοχής, αναξιότητας αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας είναι με βάση το ICD-10 συμπτώματα της κατάθλιψης (Στεφανής, Σολδάτος, & Μαυρέας, 1997). Η συσχέτιση που βρήκαμε ανάμεσα στην απουσία συντρόφου και στην επιθετικότητα, και ιδιαίτερα τα συναισθήματα ενοχής, υποστηρίζεται και από τις παρατηρήσεις του Sodeman (1995) ότι η απομόνωση και άλλες κοινωνικές μεταβλητές αποτελούν παράγοντες κινδύνου της κατάθλιψης. Μάλιστα, το εύρημα των Μαδιανού, Γουρνά και Στεφανή (1992) ότι η απώλεια συντρόφου και η μοναχικότητα στη διαβίωση αυξάνουν τα αρνητικά συναισθήματα επαναλήφθηκε και στη δική μας έρευνα, όπου, αντίθετα, η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση και η διαμονή με σύζυγο οδηγούσε σε χαμηλότερα επίπεδα αυτοεπίκρισης και ενδοστρεφούς επιθετικότητας.

Μια άλλη πιθανή ερμηνεία του σημαντικού μέσου όρου που παρατηρήθηκε στο ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας στο δείγμα μας (51,1% του μέγιστου) είναι ότι, όπως και σε κάθε δείγμα ανθρώπων αυτής της ηλικίας, ένα ποσοστό τους μπορεί να πάσχει από αρχόμενη ή ήπια άνοια, που είτε δεν έχει διαγνωστεί είτε έχει διαγνωστεί αλλά βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο και δεν απέτρεψε τους ηλικιωμένους από το να συμμετέχουν στην έρευνά μας. Όπως είναι γνωστό, ένα από τα συμπεριφορικά και ψυχιατρικά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσουν οι ηλικιωμένοι με άνοια είναι επιθετικότητα, υπερδιέγερση και παρεκκλίνουσα κινητική συμπεριφορά (Burns, Jacoby, & Levy, 1990), αν και τέτοιου

τύπου συμπεριφορές παρατηρούνται συνήθως στα πιο προχωρημένα στάδια της νόσου (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens, & Breitner, 2000).

Είναι γενικά γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να ντρέπονται για την έκπτωση των νοητικών αλλά και σωματικών λειτουργιών τους που κάποτε ήταν ακμαίες (Wagenaar, 2007). Η παρατήρηση αυτή διαπιστώθηκε και στη δική μας έρευνα. Η συσχέτιση της σωματικής ντροπής με το γυναικείο φύλο είναι αναμενόμενη λόγω του ρόλου των φύλων στην παραδοσιακή ελληνική κοινωνία, που απαιτεί από τις γυναίκες να νοιάζονται και να προσέχουν την εξωτερική εμφάνιση και την ομορφιά τους και άρα να νιώθουν μεγαλύτερη ντροπή για την απώλειά της με την αύξηση της ηλικίας.

Ο δημογραφικός παράγοντας με τη μεγαλύτερη σημασία στη μελέτη μας ήταν αυτός του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, που συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα εμφάνισης όλων σχεδόν των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων που αξιολογήθηκαν με τα ψυχομετρικά μας εργαλεία. Το εύρημα αυτό επαναλαμβάνεται με συνέπεια σε όλες τις έρευνες (Williamson και συνεργάτες, 1984, Blazer και συνεργάτες, 2001, Robac και συνεργάτες, 2002) και οφείλεται όχι μόνον στο ότι τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης υιοθετούν υγιέστερους τρόπους ζωής, έχοντας καλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση και στη φροντίδα υγείας, αλλά και στο γεγονός ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται και με το χαμηλό οικονομικό επίπεδο (Chong, 2001, Μαδιανός, Γουρνάς και Στεφανής, 1992) αλλά και με το γυναικείο φύλο στο δείγμα μας, τα οποία είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές στην ηλικία αυτή (Robac, 2002 και Μάνος, 1988, αντίστοιχα).

Τέλος, αξίζει να σχολιαστεί το πρότυπο των συσχετίσεων των διαφόρων ερωτηματολογίων μεταξύ τους. Πέραν της υψηλότερης συσχέτισης των δύο

ερωτηματολογίων ντροπής (Εξωτερικής Ντροπής και Βιώματος της Ντροπής) μεταξύ τους, που είναι και μια παράλληλη ένδειξη της εγκυρότητάς τους, όλες οι εκδηλώσεις ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών (κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, ντροπή) συσχετίστηκαν λιγότερο ή περισσότερο η μια με την άλλη. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στους εξής παράγοντες α) στο ότι υπάρχουν ασαφή όρια μεταξύ των νοσολογικών οντοτήτων και ψυχικών χαρακτηριστικών αυτών, μια και είναι δύσκολο να διαχωριστεί π.χ. το άγχος από την κατάθλιψη, η αυτοεπιθετική συμπεριφορά από την καταθλιπτική αυτομομφή ή η ντροπή από την αυτοϋποτίμηση) και β) στη συννοσηρότητα, στο γεγονός, δηλαδή, ότι σε αυτήν την ηλικία είναι δυνατόν να εκδηλώνονται παράλληλα πολλές διαφορετικές ψυχικές και σωματικές νόσοι, τα συμπτώματα των οποίων είναι συχνά πολύ δύσκολο να διαχωριστούν.

Συνοπτικά, η έρευνα αυτή κατάφερε να προσεγγίσει ένα ερευνητικά δυσκολοπρόσιτο κομμάτι του πληθυσμού, τους πολίτες της Τρίτης ηλικίας, και να καταγράψει με πολλαπλά και λεπτομερή εργαλεία πολλά από τα ψυχολογικά στοιχεία και διαταραχές που τους χαρακτηρίζουν. Είναι ελπίδα μας ότι τα συμπεράσματα από αυτήν και άλλες παρόμοιες έρευνες θα στηρίξουν σε μια ορθολογική και τεκμηριωμένη βάση την οργάνωση του συστήματος παροχής φροντίδας και περίθαλψης σε αυτήν την ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Παράσχος Ι. (1998). Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους-το πρόβλημα της υποαναγνώρισης .Ψυχιατρική 9 σ.113-118
- Caplan (1992) Etiology of depressive conditions in the elderly. Canadian Journal on Aging 7 p.431-440
- Παπασταύρου Ε. (2003) Οι μύθοι για την Τρίτη Ηλικία όπως έχουν διατυπωθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1999 .Συνέδριο Γεροντολογίας – Γηριατρικής
- WHO 1993 Burden of mental and behavioral disorders
- Cumming Elaine, Henry Williams (1961) Growing old: The process of Disengagement, New York Basic Books
- Ferraro, K.F. (1999) Financial Strain, Social Relations and Psychological Distress among Older People: A cross-cultural Analysis .Journal of Gerontology: Social Sciences 54. 3-15
- Έμκε-Πουλοπούλου Η. (1993) Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον. Αθήνα Εκδόσεις Έλλην
- Στασινοπούλου Β.ο. (2002) Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό, ΑΘΗΝΑ , Gutenberg

Υφαντόπουλος Γ.(2000) « Δημογραφικές τάσεις και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις» Θέματα Γεροντολογίας και γηριατρικής Η τρέχουσα ελληνική εμπειρία στην αυγή της 3^{ης} χιλιετίας Πρακτικά συνεδρίου της Ελληνικής και Γηριατρικής Εταιρείας,Αθήνα 40-405

Κοτζαμάνης Β.(1993) «Δημογραφική γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα» Περιοδικό Κοινωνική Εργασία ,32,225-249

Βιολάκη Μ.,(1993) «Υγεία και Τρίτη Ηλικία. Παγκόσμια Αντιμετώπιση» στο ;Κυριόπουλος Γ. Γεωργούση Ε. Σκουτέλης Γ.(1993) Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία,Αθήνα,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας 27-36

Γουρνάς Γ.(1993) «Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία» στο ;Κυριόπουλος Γ. Γεωργούση Ε. Σκουτέλης Γ.(1993) Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία,Αθήνα,Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 161-168

CHARLOTTE TOWLE «Κοινές ανθρώπινες ανάγκες»-Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνα 1996

Έρα Έμκε-Πουλοπούλου: « Δημογραφική Γήρανση και το εισόδημα των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα» Κοινωνική Εργασία Τεύχος 24 σελ.223 Αθήνα 1991

Ευρωπαϊκή Χάρτα Ηλικιωμένων Λουξεμβούργο 30-31 Μαρτίου 1992 (FERPA.etuc.org)

Eurolink Age: «Ανικανότητα και Γήρανση: Μια νέα προτεραιότητα για την Ευρώπη». Helioscope Τεύχος 1 1994 σελ.15

Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., Μπουρσανίδης Χ.
«Τρίτη Ηλικία και Οικονομικά της Υγείας» Περιοδικό Κοινωνική Εργασία Τεύχος 24 1991 σελ.245

Τσιολάκη, Μ., Διβάνογλου, Δ., Φουντουλάκης, Κ. και Κάζης, Α.. Ανακοίνωση στο 11ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη. «Εκτίμηση της κατάθλιψης στις άνοιες» (1996),

Παγοροπούλου Α.(2000) Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα

ICD 10 Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της συμπεριφοράς
ΠΟΥ-Κέντρο Συνεργασίας για την εκπαίδευση και την έρευνα στην Ψυχική
Υγεία Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας

Παράσχος Ι. (1998). Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους-το πρόβλημα της υποαναγνώρισης. Ψυχιατρική 9 σ.113-118

Sodeman A.(1995) Instructions for geriatric patients W.B.S. Company USA

Μαδιανός-Γουρνάς-Στεφανής(1997) Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. Acta Psychiatrica Scandinavica 86 p.320-326

Μαδιανός-Γουρνάς-Στεφανής(1988) Ψυχική υγεία και χρήση ψυχοφαρμάκων σε πληθυσμό υπερχλικών δύο αθηναϊκών δήμων. Εγκέφαλος 25 152-155

Χριστοδούλου και συν. (2000) Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
Β' Τόμος Αθήνα :ΒΗΤΑ

Τσολάκη Μ.(1999) Άνοια τύπου Alzheimer. Θέματα Γηροψυχολογίας και
Γεροντολογίας .Αθήνα Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Mednet Hellas.gr –Depression in elderly

Beekman,Copeland,Prince(1999) Review of Community prevalence of depression
in late life The British Journal of Psychiatry 174 p.307-311

Beekman et al(1995) Major and minor depression in later life: a study of
prevalence and risk factors .Journal of affective disorders 36 p.65-75

Kay SWK,Henderson AS,Scott R Dementia and depression among the elderly
living in the community Psychol Med 1985;15:771-75

Copeland JRM Range of mental illness among the elderly in the community Br J
Psychiatry 1987 ;150:815-23

Livingstone et al (1997) Cost of community care for older people British Journal of
Psychiatry 171 p.56-59

Blazer,Hybels,Pieper (2001) The association of depression and mortality in
elderly people. The journals of Gerontology 56 p.505-509

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 2009
Nov;10(9);662-666 Mugla University Turkey

Nelson PB «Social support ,self-esteem and depression in the institutionalized
elderly Issues Ment Health Nurs. 1989 :10(1):55-68

Chachine LM,Biljsma A.Hosperw A.P.,Chemali Z. «Dementia and depression
among nursing home residents in Lebanon : a pilot study .American University of
Beirut Medical Centre ,Lebanon

Lin P.C.,Wang HH,Huang HTDepressive symptoms among older residents at
nursing homes in Taiwan Department of Nursing ,Chung Hwa College of Medical
Technology,Taiwan J CLIN NURS.2007 Sep 16(9):1719-25

ChungS. Residential status and depression among Korean elderly people: a
comparison between residents of nursing home and those based in the
community.GraDUATE School of Social Welfare Ewha Womans University
,Seoul ,Korea Health Soc Care community 2008 Jul;16(4):370-7

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 Sep 36(5): 562-8

Dozeman E, Van Schaic D,J., Van Marvick Beekman AT.Scrrening for depression
and anxiety in residential homes for the elderlyTijdschr Gerontol Geriatr 2008 Jun
39(3):100-6

Χριστοδούλου και συν. (2000)Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
Β΄Τόμος Αθήνα :BHΤΑ

Henderson et al(1997)The course of depression in elderly. A longitudinal
Community based study in Australia. *Psychological Medicine* 27 p.119-129

Chong,Tsang,Chen,Tang(2001)Community study of depression in old age in
Taiwan. *The British Journal of Psychiatry* 178 p.29-35

Prince et al (1998)Effects of disablement on the onset and maintenance of late life
depression *Psychological Medicine* 28 p.337-350

Caplan (1992)Etiology of depressive conditions in the elderly. *Canadian Journal
on Aging* 7 p.431-440

Shoevers et al(2000)The natural history of late life depression:results from the
Amsterdam study of the elderly. *Journal of affective disorders* 1.

Clayton P.(1982) *Handbook of affective disorders*, Edinburg: Churchill
Livingstone 403-415

Emerson et al(1989)Life events, life difficulties and confiding relationships in the
depressed elderly.*BJP* 155 p.787-792

Williamson et al(1984)Old people at home;their intergrated needs *Lancet* 1 p.117-
120

Blazer,Hybels,Pieper (2001) The association of depression and mortality in
elderly people. *The journals of Gerontology* 56 p.505-509

Robac et al (2002) Socioeconomic and health status differences between depressed and non-depressed elders. *American Journal of Emergency Medicine* 20 p.71-73

Alexopoulos et al (1993) Geriatric depression: age of onset and dementia. *Psychiatry* 34 p.141-145

Femia, Zarit, Johanson (1997) Predicting change in activities of daily life. A longitudinal Study of the oldest old in Sweden. *Journal of Gerontology Psychological Sciences* 52B p 294-302

Badger & Joyce (2000) Depression, Psychosocial Resources and Functional ability

Birchena, Streight (1993) Care of the older adult. Third edition
Philadelphia, J.B. Lippincott Co

Borson, Donald, Goyle, Deffdoach, Trinney (1992) Impairment in mood, physical symptoms and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychosomatics* 33 p.190-201

National Centre for Health Statistics (1994). Trends in the health of older Americans. United States 1994 Washington D.C. Government Printing Office

Abrams, Alexopoulos, Young (1987) Geriatric depression and personality disorder criteria American Geriatric Community

Burvill et al (1991) The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 158 p.64-71

Gillis & Zabow (1982) Dysphoria in the elderly Journal of Gerontology
Psychological Sciences 56 p 198-201

Livingstone et al (1997) Cost of community care for older people British Journal of
Psychiatry 171 p.56-59

Παγοροπούλου, Θεοτοκά, Μπαλογιάννης (1999) Καταθλιπτική
συμπτωματολογία και αίσθημα εσωτερικής συγκρότησης σε οικογενειακούς
φροντιστές ανοϊκών ατόμων. Θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής. Σύνεδρον

Τσολάκη Μ.(1999) Άνοια τύπου Alzheimer. Θέματα Γηροψυχολογίας και
Γεροντολογίας .Αθήνα Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Ballard et al(1996) A follow up study of depression in the carers of dementia
sufferers BMJ 312 p.947

Baldwin(1990) Age of onset of depression in the elderly Psychiatry 156 p.445-
446

Baldwin & Tomeson (1995) Depression in later life: a comparison of symptoms
and risk factors in early and late onset cases. British Journal of Psychiatry 167
p.649-652

Μάνος Ν.(1988). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη University
Studio Press.

Chong, Tsang, Chen, Tang(2001) Community study of depression in old age in
Taiwan. The British Journal of Psychiatry 178 p.29-35

Blazer D et al(1985)Psychiatric disorders : a rural/urban comparison BJP 139
p.181-189

Μαλγαρινού,Γουλιά(1997)Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα.Δ΄έκδοση.
Αθήνα: «Η ΤΑΒΙΘΑ»

Caplan (1992)Etiology of depressive conditions in the elderly. Canadian Journal
on Aging 7 p.431-440

Rice p. (1999)Stress and health 3rd edition Brookscale Publishing Co.

Byrne, G.J.A. (2002). What happens to anxiety disorders in later life? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 74-80.

Burns, A., Jacoby, R., & Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease, IV: disorders of behavior. *British Journal of Psychiatry*, 157, 86-94.

Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Watson, V., & Pasis, S. (1995). Agitation in participants of adult day care centers: the experiences of relatives and staff members. *International Psychogeriatrics*, 7, 447-458.

Flint, A.J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs and Aging*, 22(2), 101-114.

Grimby, A., Milsom, I., Molander, U., Wiklund, I., & Ekelund, P. (1992). The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women. *Age and Ageing*, 22(2), 82-89.

- Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, N., & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-1033
- Lyketsos, C.G., Steinberg, M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Steffens, D.C., & Breitner, J.C.S. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on memory in aging. *American Journal of Psychiatry*, 157, 708-714.
- Manela, M., Katona, C., & Livingston, G. (1996). How common are the anxiety disorders in old age? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 65-70.
- Martin, L.M., Fleming, K.C., & Evans, J.M. (1995). Recognition and management of anxiety and depression in elderly patients. *Mayo Clinic Proceedings*, 70, 999-1006.
- Mega, M.S., Cummings, J.L., Fiorello, T., & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46, 130-135.
- Mitteness, L.S. (1987). The management of urinary incontinence by community-living elderly. *The Gerontologist*, 27(2), 185-193.

- Pinkerton-James, M. (1992). The elderly as victims of crime, abuse and neglect. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, 37, 1-7.
- Ravetz, R.S. (1999). Psychiatric disorders associated with Alzheimer's disease. *Journal of the American Osteopathic Association*, 99(9), 13.
- Ryden, M.B. (1988). Aggressive behavior in persons with dementia living in the community. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 2, 342-355.
- Shin, I.S., Carter, M., Masterman, D., Fairbanks, L., & Cummnings, J.L. (2005). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 469-474.
- Volicer, L. (2006). Caregiver burden in dementia care: Prevalence and health effects. *Current Psychosis and Therapeutic Reports*, 3(1), 20-25.
- Wagenaar, D.B. (2007). Communicating with the elderly. *Dialogue and Diagnosis*, 4, 19-21.
- 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* (pp. 67-80). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Yohannes, A.M., Baldwin, R.C., & Connolly, M.J. (2008). Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1141-1147.

Zimmer, J.G., Watson, N., & Treat, A. (1984). Behavioral problems among patients in skilled nursing facilities. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(6), 469-474.

«Εκτίμηση της κατάθλιψης στις άνοιες» (1996), Τσιολάκη, Μ., Διβάνογλου, Δ., Φουντουλάκης, Κ. και Κάζης, Α.. Ανακοίνωση στο 11ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη.

WHO Targets for Health for All Targets in support of the European regional strategy for Health for all.Copenhagen:Regional office for Europe,1985

WHO International Conference on Primary Health Care ,Alma Ata ,USSR,6-12 September 1978

Φιλαλήθης Τ.Υγεία για όλους το 2000 και Π.Φ.Υ.:ουτοπία ,παγίδα ή εφικτός στόχος Ιατρική ,1982,Τόμος 42,Τεύχος 4 ,257-264

Schoen C.,Doty M.M.Inequities in access to medical care in five countries:findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.Health policy 2004:67(3)309-22

Wright J .Health needs assessment in practice .BMG Books London 1998

Illife S. Aging , illness and disability: arising tide Health care for older people 1998,BMG Books ,London

Griffiths R. Community care :agenda for action .London ,HMSO,1998

Department of Health and Social Security.Caring for people.Community care in the next decade and beyond.London,HMSO,1989

De pruin A,Pricavet H.S., NossicovA. Common instruments for health for all indicators .In Health Interview surveys WHO Regional Publications,European series NO 58 WHO 1996

Μπένος Α. Ο Γενικός Γιατρός , ηγέτης της ομάδας ΠΦΥ ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων? Στο: Η ΠΦΥ στην Ελλάδα .Επιμέλεια :Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Τα 1996 Θεμέλιο /Υγεία και Κοινωνία

The European Definition Of General Practice /Family Medicine .WONCA Europe 2002

Λιονής Χ. Γενική Ιατρική ,Στρατηγικές Ανάπτυξης .ΠΦΥ 1992 ,τεύχος 3 ,113-114

Ganguli ,Dodge,Mussant .Rates and predictors of mortality in ageing,rural , community based cohort: the role of depression.Arch Gen Psychiatry 2002 Nov 59(11):1046-52

Gurland ,Cross.Epidemiology of psychopathology in old age .Psychiatric clinics of North America 1982 5;(1):11-26

Manfreda et al Morbidity and Mortality .American Journal of respiratory disease 1989 140 :19-26

Martin et al The prevalence of disability among adults HMSO ,LONDON 1988

Schumacher et al Clinical and diagnostic problems in old age HMSO ,,London 1988

Gallo J.J.,Rabins P.V,Illife S. The research magnificent in later life: psychiatric epidemiology and the primary health care of older adults. International Journal of Psychiatry in Medicine .1997;27(3):185-204

Χριστοδούλου Γ. Ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρόμων- ιστορική αναδρομή εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών 1996;1:14-18

Beekman ATF ,Copeland JRM, Price M.J Review of community prevalence of depression in later life Br J Psychiatry 1999;174:307-311

Omori K. Depression in later life Br J Psychiatry 2001;59:1550-54

Παπαδημητρίου Γ. Γενετική της κατάθλιψης εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών 1996 33-40

Engel G.L The clinical application of the biopsychosocial Model Am J Psychiatry 1980;137:535-54

Jonhson J ,Weissman MM, Klerman GL Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community JAMA 1992;267:1478-83

Garcia Serrano, Tobias Ferrer Prevalence of depression in patients over 65 years old .Profile of the elderly at risk. Aten Primaria 2001 ;7:484-88

Γκούμα ,Ευδαίμων Χρυσοβελίδη Ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας στην ΠΦΥ.Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ,Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας 1996-97

Ζηλίδης Χ.Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα :Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της ΠΦΥ.Θες/νίκη εκδ University studio pressq; 1995

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι αναπόφευκτες συνέπειες στη βιολογική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική διάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αντικατοπτρίζουν τη σημερινή πραγματικότητα. Απώλεια της σωματικής ακεραιότητας, απώλεια της πλήρους εγκεφαλικής λειτουργίας, απώλεια της υγείας, απώλεια της αυτονομίας: η τελευταία περίοδος της ζωής συνοδεύεται από μια αλληλουχία απωλειών και χωρισμών. Τρίτη ηλικία ακόμα σημαίνει εμφάνιση αισθητηριακών διαταραχών και περιορισμός της κινητικότητας που μπορεί να καταλήξει στην πλήρη απώλεια της αυτονομίας. Η έλευση του γήρατος επιφέρει απώλεια της εργασίας, μειωμένο κοινωνικό γόητρο, περιορισμένο εισόδημα. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι καταφέρνουν να προσαρμοστούν σε αυτές τις αλλαγές – άλλοι όμως δυσκολεύονται να αποδεχτούν τις συνέπειες αυτού του σταδίου της ζωής αντιδρώντας είτε αρνητικά είτε αποσύρονται από ασχολίες και δραστηριότητες της κοινωνικής τους ζωής που μέχρι πρόσφατα τους ευχαριστούσαν.

Τα παραπάνω δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη για καταγραφή και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων. Η κατάθλιψη σε όλες τις μορφές συναντάται συχνά σε πληθυσμούς ηλικιωμένων. Η απόσυρση που συνοδεύει τη διαταραχή του συναισθήματος καθώς και οι μεταβολές στη διάθεση συχνά περνούν απαρατήρητες από το οικείο περιβάλλον αλλά και από τον οικογενειακό γιατρό. Η πρόληψη, η αναγνώριση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους που επιφέρει η κατάθλιψη στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη Ηλικία, κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, ντροπή, επιθετικότητα
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ABSTRACT

The increase in life span and the inevitable effects on biological, psychological, social and mental dimension of the elderly reflects today's life. The loss of physical integrity, complete brain function and self-independence: late life is being followed by a series of losses and separations.

Old Age also brings up sensory disorders and restriction of mobility that can lead to a complete loss of independence. It also brings retirement, a decreased social prestige, restriction of income. Most elderly manage to adapt these changes-others find great difficulty in accepting the results of this period of life reacting either by denying or by retiring from habits of social life that offered them pleasure until recently.

The above underline the need for registration and evaluation of the needs of elderly. All kinds of depression are found in elderly. The retirement that follow the emotional disorders and the variations in mood are not often being assessed as they should by the family or the General Practitioner.

The recognition of depression, the prevention and the treatment may minimize the dangers that old people can be faced up with.

Key-words: depression, elderly, shame, aggressiveness, primary health care

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε κάποια ψυχολογικά σας χαρακτηριστικά και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.** Για το σκοπό αυτό, παρακαλούμε μην αναγράψετε το όνομά σας αλλά δημιουργήστε το δικό σας κωδικό, όπως περιγράφεται στη συνέχεια:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2010

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐

ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ ☐ ΑΓΑΜΟΣ ☐ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ☐ ΧΗΡΟΣ ☐

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΠΟΣΑ; _____

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ☐ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ☐ ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΑΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ☐ ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ☐

Ζείτε : Μόνος ☐ με τον σύντροφό σας ☐ σε ίδρυμα ☐ με τα παιδιά σας ☐

Από πότε?

(OAS)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4

15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

ΗΔΗΘ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη ζωή των ανθρώπων. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και απαντήστε, αν σας περιγράφει ή όχι, σημειώνοντας το σημείο **X** κάτω από τις στήλες «σωστό» ή «λάθος» αντίστοιχα, δίπλα κάθε πρόταση.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.		
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.		
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω.		
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.		
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μη στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.		
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες.		
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτό τον κόσμο.		
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.		
9. Ξέρω ποιος άλλος, εκτός από μένα, είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.		
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου 'ρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.		
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που με ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ.		
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.		
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.		
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, βγήκα χαμένος, γιατί δε μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως.		
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.		
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.		
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.		
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά αλλά γιατί ήταν για εμένα ζήτημα αρχής.		
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι, κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.		
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.		
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε.		

22. Μερικές φορές μου 'ρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.		
23. Νομίζω ότι είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος με τους περισσότερους ανθρώπους γύρω μου.		
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.		
25. Μερικές φορές θυμώνω.		
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιαρης.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.		
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα 'λεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.		
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν σε τέτοιο βαθμό που δε μπορούσα να τις υπερνικήσω.		
31. Πιστεύω ότι, αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.		
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.		
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κακό και άδικο.		
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.		
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.		
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.		
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.		
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.		
39. Μερικές φορές έχω έντονα την τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.		
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.		
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.		
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.		
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.		
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.		
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.		
46. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρχίσω να τα σπάω.		
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.		
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.		
49. Μερικές φορές μου 'ρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.		
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.		
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.		

FES – FORM R

ΟΔΗΓΙΕΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο **αυτή τη στιγμή.**

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρική/ότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο **γενικά στη ζωή σας.**

ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
----------------	------------------	-------	-----------------

21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Experience of Shame Scale (ESS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα	1	2	3	4

σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;

SCL-90

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρική ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4

24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4

55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρική όλη όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας	0	1	2	3	4

εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;					
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

Geriatric Depression Scale – Ελληνική έκδοση

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

Δημιουργείστε τον κωδικό σας:

Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά του πατέρα ☐

Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά του πατέρα ☐

Το αρχικό του μικρού ονόματος του παππού μου από την πλευρά της μητέρας ☐

Το αρχικό του μικρού ονόματος της γιαγιάς μου από την πλευρά της μητέρας ☐