



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

ΦΕΡΤΑΚΗ ΑΝΤΩΝΙΑ & ΚΑΒΒΑΔΑ ΔΙΟΝΥΣΙΑ-ΑΦΡΟΔΙΤΗ



ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010



Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

« ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ »
“THE REPERCUSSIONS OF DEPRESSION IN THE THIRD AGE”

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

ΦΕΡΤΑΚΗ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΚΑΒΒΑΔΑ ΔΙΟΝΥΣΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΛΑΙΟΘΕΟΔΩΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Πτυχιακή εργασία για την λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία της Σχολής
Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος
(Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

Πάτρα, Σεπτέμβριος 2010

*«Χαιρόμαστε να αναπολούμε το χθες...
να ανατρέχουμε σε στιγμές,
γεμάτες νιάτα, δύναμη και ομορφιά,
να λέμε στους νέους, για όλα όσα αγαπήσαμε,
για εκείνα τα απλά, τα καθημερινά...
μιας άλλης, της δικής μας εποχής»
«Είναι το αναφαίρετο δικαίωμα μας,
να δείξουμε το ρου της ιστορίας
και μέσα από αυτό να σας κάνουμε να μας κατανοήσετε
και να μας σεβαστείτε...
Δεν ζητάμε λύπηση, απλά και μόνο,
ευελπιστούμε πως θα μας ακούσετε...»
« Όσο έχουμε φωνή θα μιλάμε,
για όλα όσα ζήσαμε και ζούμε,
ως μέλη της κοινωνίας μας,
με το δικαίωμα να συμμετέχουμε
σε κάθε έκφραση της κοινωνικής ζωής.»*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	Σελ. 1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	Σελ. 2-4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι – ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ	Σελ. 5-12
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 6-7
1.2 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	Σελ. 7-9
1.3 ΣΚΟΠΟΣ-ΣΤΟΧΟΣ	Σελ. 9
1.4 ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ	Σελ. 9-12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ – Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	Σελ. 13-31
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 14-17
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	Σελ. 17-19
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	Σελ. 19-20
2.4 ΑΙΤΙΑ	Σελ. 21-23
2.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Σελ. 24-26
2.6 ΤΥΠΟΙ	Σελ. 26-28
2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Σελ. 28-29
2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	Σελ. 29-31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ – Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	Σελ. 32-42
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 33-34
3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	Σελ. 34-37
3.3 ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	Σελ. 37-38
3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	Σελ. 39-40
3.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	Σελ. 40-42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV – Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	Σελ. 43-55
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 44
4.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Σελ. 45
4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	Σελ. 45-46
4.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	Σελ. 46-48

4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Σελ. 49
4.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ	Σελ. 49-52
4.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	Σελ. 52-55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σελ. 56-69
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σελ. 57
5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ	Σελ. 57-58
5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	Σελ. 58-59
5.4 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	Σελ. 59-60
5.5 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	Σελ. 60-62
5.6 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	Σελ. 62-68
5.7 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	Σελ. 68
5.8 ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	Σελ. 68-69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σελ. 70-94
6.1 <u>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u>	<u>Σελ. 71-73</u>
6.1.1 ΠΙΝΑΚΑΣ 1 - ΦΥΛΟ	Σελ. 71
6.1.2 ΠΙΝΑΚΑΣ 2 - ΗΛΙΚΙΑ	Σελ. 71
6.1.3 ΠΙΝΑΚΑΣ 3 - ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Σελ. 72
6.1.4 ΠΙΝΑΚΑΣ 4 - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Σελ. 73
6.2 <u>ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u>	<u>Σελ. 74-83</u>
6.2.1 ΠΙΝΑΚΑΣ 5- Δεν ασχολούμαι με αρκετές από τις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. που είμαι εγγεγραμμένος.	Σελ. 74
6.2.2 ΠΙΝΑΚΑΣ 6- Νιώθω ότι δεν έχω ενδιαφέροντα.	Σελ. 75
6.2.3 ΠΙΝΑΚΑΣ 7- Προτιμώ να μένω σπίτι από το να βγαίνω έξω και να ασχολούμαι με καινούργια πράγματα.	Σελ. 76
6.2.4 ΠΙΝΑΚΑΣ 8- Φοβάμαι συχνά ότι κάτι κακό θα συμβεί σε κάποιον εξαιτίας μου.	Σελ. 77
6.2.5 ΠΙΝΑΚΑΣ 9- Δεν θέλω να συναναστρέφομαι με άλλους ανθρώπους.	Σελ. 78
6.2.6 ΠΙΝΑΚΑΣ 10- Αισθάνομαι ότι όλοι γύρω μου βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από εμένα.	Σελ. 79
6.2.7 ΠΙΝΑΚΑΣ 11- Αισθάνομαι ότι τους έχω	

απογοητεύσει όλους.	Σελ. 80
6.2.8 ΠΙΝΑΚΑΣ 12- Νιώθω ενοχές συχνά.	Σελ. 81
6.2.9 ΠΙΝΑΚΑΣ 13- Πιστεύω ότι δεν αξίζω την αγάπη κανενός.	Σελ. 82
6.2.10 ΠΙΝΑΚΑΣ 14- Νιώθω ότι αν φύγω θα είναι καλύτερα για όλους.	Σελ. 83
6.3 ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	<u>Σελ. 84-94</u>
6.3.1 ΠΙΝΑΚΑΣ 15- Είμαι ικανοποιημένος/η από την ζωή μου.	Σελ. 84
6.3.2 ΠΙΝΑΚΑΣ 16- Νιώθω συχνά αβοήθητος/η.	Σελ. 85
6.3.3 ΠΙΝΑΚΑΣ 17- Βαριέμαι συχνά.	Σελ. 86
6.3.4 ΠΙΝΑΚΑΣ 18- Κλαίω συχνά	Σελ. 87
6.3.5 ΠΙΝΑΚΑΣ 19- Νιώθω ότι η ζωή μου είναι άδεια.	Σελ. 88
6.3.6 ΠΙΝΑΚΑΣ 20- Πιστεύω ότι η κατάστασή μου δεν θα βελτιωθεί.	Σελ. 89
6.3.7 ΠΙΝΑΚΑΣ 21- Νιώθω δυστυχισμένος/η.	Σελ. 90
6.3.8 ΠΙΝΑΚΑΣ 22- Νιώθω « άχρηστος/η» συνέχεια.	Σελ. 91
6.3.9 ΠΙΝΑΚΑΣ 23- Δεν έχω κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή.	Σελ. 92
6.3.10 ΠΙΝΑΚΑΣ 24- Δεν είμαι ικανός/η για τίποτα σωστό.	Σελ. 93
6.3.11 ΠΙΝΑΚΑΣ 25- Νιώθω μόνος/η.	Σελ. 94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ,ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ,ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Σελ. 95-105
7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	Σελ. 96-101
7.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	Σελ. 101-102
7.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Σελ. 103-105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ. 106-109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	Σελ. 110-111
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	Σελ. 112-119

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία δεν θα είχε υλοποιηθεί χωρίς την συμβολή των παρακάτω ατόμων:

- ✚ Την κα. Καμπούρη Μαρία, Κοινωνική Λειτουργό της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας Ν. Αχαΐας, για την υπομονή και κατανόηση που έδειξε και τον χρόνο που διέθεσε για την υλοποίηση της παρούσας Πτυχιακής εργασίας.
- ✚ Την κα. Γκοτσοπούλου Νικολίτσα, υπεύθυνη Κοινωνική Λειτουργό του Α' Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Πάτρας, για την κατανόησή της και τον χρόνο που διέθεσε για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.
- ✚ Την κα. Μπουκλά Βούλα, υπεύθυνη Κοινωνική Λειτουργό του Β' Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Πάτρας, για την κατανόησή της και τον χρόνο που διέθεσε για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες της παρούσας έρευνας.
- ✚ Την Κυριακίδου Σωτηρία, ασκούμενη Κοινωνική Λειτουργό του Β' Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Πάτρας, για την πολύτιμη βοήθειά της στην εύρεση του δείγματος της παρούσας ερευνητικής πρότασης και την αμέριστη συμπαράστασή της.
- ✚ Την Ηλιοπούλου- Παναγοπούλου Άννα- Ευγενία, ασκούμενη Κοινωνική Λειτουργό του Α' Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Πάτρας, για την πολύτιμη βοήθειά της στην εύρεση του δείγματος της παρούσας ερευνητικής πρότασης και την αμέριστη συμπαράστασή της.
- ✚ Την Φερτάκη Στεφανί, τελειόφοιτη του Τμήματος Χημικών Μηχανικών του Πολυτεχνείου Πατρών, για την πολύτιμη βοήθειά της στην μεταφορά των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας σε στατιστικά δεδομένα.
- ✚ Την Ντελή Ευπραξία, Κοινωνική Λειτουργό του Ι.Κ.Α. Δήμου Πατρέων, για την πολύτιμη βοήθειά της στην πραγματοποίηση της συγκεκριμένης πτυχιακής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι αναπόφευκτες συνέπειες στην βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αντικατοπτρίζουν την σημερινή πραγματικότητα. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας είναι ψυχοσυναισθηματικά και κοινωνικά, και προέρχονται κυρίως από την βιολογική και ψυχολογική έκπτωση. Τα παραπάνω δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη για επιστημονική καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών της Τρίτης Ηλικίας.

Η Κατάθλιψη, σε όλες τις μορφές της, απαντάται συχνότατα σε πληθυσμούς ηλικιωμένων ατόμων. Η πρόληψη, η αναγνώριση και η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης δύναται να εξαλείψει ή να ελαχιστοποιήσει τους κινδύνους που επιφέρει η κατάθλιψη στην διαβίωση και λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου.

Η παρούσα ερευνητική πρόταση έχει ως στόχο να παρουσιάσει την διαδικασία διεκπεραίωσης ποσοτικής έρευνας, ως προς την σχέση των ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών λειτουργιών των ηλικιωμένων ατόμων με την κατάθλιψη σε αυτούς.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση Κεφαλαίων

Το πρώτο κεφάλαιο της μελέτης εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα που πραγματεύεται η μελέτη, τον σκοπό και στόχο της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται διεξοδικά η έννοια «Κατάθλιψη» και όλοι οι παράμετροί της (αίτια, συμπτώματα, επιδημιολογία, τύποι, διάγνωση, αντιμετώπιση).

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια « Τρίτη Ηλικία», οι ανάγκες της, τα προβλήματά της και οι συνέπειες της γήρανσης.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην συνάρτηση Κατάθλιψης και Τρίτης Ηλικίας, τα δημογραφικά στοιχεία αυτής της σχέσης, τις μορφές της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία, την επιδημιολογία, τους τρόπους θεραπείας και τις επιπτώσεις της Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.

Το πέμπτο κεφάλαιο της μελέτης είναι η μεθοδολογία της έρευνας. Σε αυτήν αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο έγινε η συγκεκριμένη έρευνα (

υποθετική πρόταση, πληθυσμός, δειγματοληψία, μεταβλητές, μεθοδολογική προσέγγιση και συλλογή των δεδομένων), όπως επίσης και το χρονικό και χρηματικό κόστος της.

Το έκτο κεφάλαιο είναι τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας, αναρτημένα μέσω των πινάκων και η συζήτηση του κάθε πίνακα (συνάρτηση αποτελεσμάτων με βιβλιογραφική ανασκόπηση).

Το έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο αναφέρεται στα συμπεράσματα της μελέτης και στις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Έπειτα ακολουθεί η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της μελέτης(ελληνική- ξενόγλωσση βιβλιογραφία, άρθρα, διαδικτυακός τόπος).

Τέλος παρατίθενται τα παραρτήματα. Στο πρώτο παράρτημα αναφέρονται οι 5 Μύθοι και Αλήθειες για την Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία. Στο δεύτερο παράρτημα παρατίθεται το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο της έρευνας.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΛΗΨΗΣ

SUMMARY OF STUDY

The increase of survival and the inevitable consequences in biological, psychological and social dimension of old individual reflect the current reality. The main problems that face the individuals of Third Age are psycho-sentimental and socially, and they emanate mainly from the biological and psychological handing-over. The above data underline the need for scientific recording and estimate of needs of Third Age.

The depression, in all her forms, is answered very often in populations of old individuals. The prevention, the recognition and the therapeutic confrontation of depression are able it eliminates or it minimises the dangers that involves the depression in the existence and functionalism of old individual.

The present inquiring proposal aims at as to present the process of transaction of quantitative research, as for the relation the psycho-

sentimental and social operations of old individuals with the depression in them

Bibliographic Examination of Capitals.

The first chapter of study imports the reader in the subject that deals with the study, the aim and her objective.

In the second chapter are analyzed at great length the significance “Depression” and all her parameters (reasons, symptoms, epidemiology, types, diagnosis, confrontation).

In the third chapter are analyzed the significance “Third Age”, her needs, her problems and the consequences of ageing.

The fourth chapter is reported in the interrelation of Depression and Third Age, the demographic elements of this relation, the forms of depression in the Third Age, the epidemiology, the ways of treatment and the repercussions of Depression in the Third Age.

The fifth chapter of study is the methodology of research. In this is analyzed the way with which became the particular research (hypothetical proposal, population, sampling, variable, methodological approach and collection of data), as also and her time and pecuniary cost.

The sixth chapter they are the statistical results of research, published via the tables and the discussion of these (interrelation of results with bibliographic examination).

The seventh and last chapter is reported in the conclusions of study and in the proposals on later inquiring proposals.

Then follows the bibliography that was used for the writing of study (Greek and foreign bibliography, articles, internet).

Finally are mentioned the annexes. In the first annex are reported the 5 Fables and Truths for the Depression in the Third Age. In the second annex is mentioned the questionnaire that was used as tool of research.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ
ΜΕΛΕΤΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημαντική παγκόσμια αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί την σημερινή πραγματικότητα των αναπτυγμένων, κυρίως, Χωρών. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης από την μια σαν συνέπεια της εξέλιξης της Βιοϊατρικής Επιστήμης και Τεχνολογίας και από την άλλη οι σημαντικές βελτιώσεις στην Δημόσια Υγεία και η δραματική μείωση των γεννήσεων έχουν δημιουργήσει αυξημένες ανάγκες παροχής Υπηρεσιών στα άτομα Τρίτης Ηλικίας (Εμκε - Πουλοπούλου, 1998).

Η γήρανση του πληθυσμού της γης είναι γεγονός ότι συνδέεται με σοβαρές αλλαγές στην συχνότητα και σοβαρότητα σωματικών και ψυχικών διαταραχών. Αξιοσημείωτη είναι η αναφορά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (2001), που επισημαίνει ότι:

« Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι συχνά, ποικίλα και σοβαρά. Εκτός από την νόσο Alzheimer, η οποία συναντάται σχεδόν κατά αποκλειστικότητα στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, πολλά άλλα προβλήματα όπως η κατάθλιψη, το άγχος και οι ψυχωτικές διαταραχές παρουσιάζουν ψηλό επιπολασμό» (Εμκε - Πουλοπούλου, 1998).

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία, όπως αποδεικνύουν διεθνείς στατιστικές. Επιπλέον όμως, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων καταθλιπτικών, που δεν ξεπερνά το 20%, αναγνωρίζει την νόσο και ζητά βοήθεια. Το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη δεν καλείται μόνο να αντιμετωπίσει τις σοβαρές επιπτώσεις της κατάθλιψης, αλλά και τις σύνοδες αλλαγές του γήρατος, 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 (Εμκε - Πουλοπούλου, 1998).

Το πρόβλημα της κατάθλιψης προκαλεί σοβαρή επιβάρυνση και στις οικογένειες των ηλικιωμένων ατόμων. Σε πολλές περιπτώσεις τα μέλη της οικογένειας αναγκάζονται να θυσιάσουν μεγάλο μέρος της προσωπικής τους ζωής και αφιερώνονται πλήρως στο ασθενές μέλος της οικογένειας.

Πολλά από τα προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανόμενης και της κατάθλιψης μπορούν να αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά, αλλά τα περισσότερα Κράτη στερούνται Πολιτικής, Προγραμμάτων και Υπηρεσιών προς την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών (Εμκε - Πουλοπούλου, 1998).

Το δικαίωμα στην ζωή αλλά και το δικαίωμα στην Ποιότητα ζωής αποτελεί πρόκληση για το πώς η κοινωνία μας αντικρίζει τα ηλικιωμένα άτομα και αντιμετωπίζει τις σχετιζόμενες με την Τρίτη Ηλικία προκαταλήψεις. Ο τρόπος με τον οποίο η κοινωνία οργανώνει την φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί σημαντικό δείκτη του σεβασμού και της σπουδαιότητας που αποδίδει στην ευαίσθητη ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Σε έναν κόσμο, λοιπόν, που αλλάζει με ταχύτατο ρυθμό, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται να αντιμετωπίζουν καθημερινά την σύγκρουση του χθες με το σήμερα, την ανατροπή των αξιών και των κανόνων συμπεριφοράς που υπηρέτησαν στην ζωή τους και καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που είναι περισσότερο σύμπλοκες ακόμη και για τις πιο δραστήριες, λόγω ηλικίας, ομάδες πληθυσμού (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Το πέρασμα από την φάση της ζωής του ενήλικα σε αυτήν του ηλικιωμένου συντελείται από την μια στιγμή στην άλλη, συνήθως οριζόμενο από την συνταξιοδότηση, χωρίς καμία προετοιμασία, ενώ είναι γνωστό ότι αυτά τα κομβικά σημεία της αλλαγής της φάσης της ζωής, όπως και για κάθε ηλικία, ενέχουν μεγάλη αποσταθεροποίηση και πλήθος συναισθημάτων, όπως αγωνία, λύπη, άγχος, θυμός που μαζί με άλλους παράγοντες μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

1.2 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Το όριο των 60-65 ετών είναι το όριο συνταξιοδότησης του εργαζομένου. Έτσι, θεωρητικά, η έναρξη της συνταξιοδότησης συμβαδίζει με την είσοδο του ατόμου στην Τρίτη Ηλικία. Ένα

χαρακτηριστικό που ισχύει σε αυτή την περίοδο της ζωής του ανθρώπου είναι η απομάκρυνσή του από την ενεργό δράση και προσφορά προς το κοινωνικό σύνολο, που εκφράζεται με την διακοπή από την εργασία του (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Ο ίδιος ο σύγχρονος ηλικιωμένος έχει μια εντελώς υποκειμενική τοποθέτηση πάνω στο θέμα της ηλικίας, ιδίως όταν δραστηριοποιείται πέρα των 70 ή και 80 ετών. Δεν θέλει να παραδεχτεί ότι διανύει την Τρίτη ή Τέταρτη Ηλικία. Άλλωστε γιατί να το παραδεχτεί, αφού εξακολουθεί να είναι ακόμη σχετικά ακμαίος και παραγωγικός, ίσως και παραγωγικότερος από πολλούς νεότερους του (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Τελικά είναι πολύ δύσκολο να ξεκαθαριστεί πότε ένα άτομο είναι ηλικιωμένο, όταν συνταξιοδοτείται, όταν παύει να εργάζεται, όταν εμφανίζονται νοσηρές καταστάσεις, όταν υπάρχει απώλεια νοητικών λειτουργιών ή όταν το ίδιο το άτομο νιώθει ότι αρχίζει να γερνάει και βαδίζει προς την Τρίτη Ηλικία, ανεξάρτητα αν βρίσκεται ήδη ή έχει ξεπεράσει το 70στο έτος (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Όμως η χρονολογική ηλικία αποτελεί γενικά το μέτρο τεχνικής για την ταξινόμηση των ανθρώπων. Η αύξηση της ηλικίας, το γήρας μπορεί να θεωρηθεί μια διαδικασία ή ένα σύνολο από διαδικασίες που οπωσδήποτε διαρκεί χρόνια και καταλήγει στα γηρατειά. Τα γηρατειά, ωστόσο, είναι φυσική αλλά και νοητική κατάσταση. Καθορίζεται, εκτός από διάφορα εξωτερικά κριτήρια (π.χ. η χρονολογική ηλικία), και από την προσωπική κρίση του ατόμου και γίνεται επιθυμητή κατάσταση ή αγνοείται. Ο όρος « γηρατειά» χαρακτηρίζει, λόγω της σημαντικής και συστηματικής αύξησης των ατόμων της ηλικίας 60 ετών και άνω, όλο και μεγαλύτερες ηλικίες (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Επομένως, μέσα από όλες αυτές τις αλλαγές και τις συνθήκες που περνά το άτομο που μπαίνει, ηλικιακά, στην Τρίτη Ηλικία σε συνάρτηση με σημαντικά γεγονότα, πειστικά και δυσάρεστα για εκείνο όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, μεγάλη απογοήτευση στο σπίτι ή την εργασία, προκαλούν και μπορούν να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές και Κατάθλιψη. Έτσι βλέπουμε τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, σταδιακά, να

κλείνονται στο εαυτό τους, να μην εκφράζουν τα συναισθήματά τους, να είναι απαθείς με όσα και όσους τους περιβάλλουν και να νιώθουν ανάξιοι και ανίκανοι να προσφέρουν οτιδήποτε (Εμκε - Πουλοπούλου, 1998).

1.3 ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η αναγνώριση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα αλλά κυρίως η μελέτη των σημαντικών επιπτώσεων της Κατάθλιψης στην κοινωνική, ψυχολογική και συναισθηματική διάσταση του ηλικιωμένου ατόμου.

Αρχικοί Στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης είναι:

1. Η εκτίμηση των κοινωνικών επιπτώσεων της Κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας
2. Η εκτίμηση των ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων της Κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας

1.4 ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

1. **Ψυχοσύνθεση:** “Η Ψυχοσύνθεση είναι μια ψυχολογική θεωρία και πρακτική, που αναπτύχθηκε από την ψυχανάλυση και εξελίχθηκε στην Ανθρωπιστική-Υπαρξιακή ψυχολογία και ακολούθως στην Υπερπροσωπική ψυχολογία. Εμπνευστής της ο Ιταλός ψυχίατρος Roberto Assagioli (1888-1974). Φίλος του C.G. Jung και μέλος της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, ο Assagioli απομακρύνθηκε σταδιακά από τη φροϋδική σκέψη, που θεωρούσε δύσκαμπτη και περιορισμένη, σε σχέση με την ευρύτητα και πολυπλοκότητα του ανθρώπινου ψυχισμού. Κεντρική και πρωτότυπη θέση της Ψυχοσύνθεσης είναι ότι την αναλυτική φάση της ψυχοθεραπείας πρέπει να ακολουθεί μιά συνθετική, που να στοχεύει στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).
2. **Ψύχωση:** “Ο όρος «ψύχωση» εισήχθη το 1845 από τον Von Feuchtersleben με τη σημασία της «νοητικής διαταραχής» ή «τρέλας».

Εκφράζει μια ποικιλία σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών, που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της αντίληψης (ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, απτικές και γευστικές ψευδαισθήσεις), της διαδικασίας (ασυνέπεια, διαταραχή στη σύνδεση και τη ροή των σκέψεων, φυγή ιδεών) και του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες), με αποτέλεσμα την αλλοίωση της πραγματικότητας. Κατά συνέπεια ο ασθενής δυσκολεύεται να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, να νιώσει αυθεντικά συναισθήματα προς άλλα πρόσωπα και να είναι λειτουργικός. Η συμπεριφορά του είναι παράξενη, αμυντική, αποδιοργανωμένη ή κατατονική. Δεν είναι εξακριβωμένοι οι αιτιολογικοί παράγοντες, αλλά είναι γενικά αποδεκτή η πολυπαραγοντική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Πιθανόν να κληρονομείται μια βιολογική ευαλωτότητα που, σε συνδυασμό με συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές πιέσεις, να οδηγεί στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Οι ψυχωτικές διαταραχές συνήθως κάνουν την εμφάνισή τους στην εφηβεία και την πρώτη νεότητα. Φαίνεται ότι αυτές που έχουν οξεία εμφάνιση έχουν καλύτερη εξέλιξη από εκείνες, που αρχίζουν ύπουλα και προοδευτικά” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

3. **Κατάθλιψη:** “Κατάθλιψη είναι η συναισθηματική κατάσταση έντονης και επίμονης θλίψης. Μπορεί να κυμαίνεται από ήπια θλίψη ως εξαιρετική απελπισία, ένα από τα πλέον συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από αυτήν. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας. Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια διαταραχή η οποία έχει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων. Ένα από τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η άσχημη διάθεση γι’ αυτό και ονομάστηκε έτσι, δεν είναι όμως το μοναδικό, ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).
4. **Τρίτη Ηλικία:** “Συμβατικά σε επίπεδο δημογραφικό και κοινωνικοοικονομικό θεωρείται γερασμένο το άτομο με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Η αλήθεια όμως σε επίπεδο κλινικό είναι ότι ο

προσδιορισμός του ηλικιωμένου χρησιμοποιώντας την αναγραφική του ηλικία δεν φαίνεται να είναι πολύ ακριβής. Κάτω από αυτή την οπτική γωνία υπάρχει ελευθερία κινήσεων να αξιολογήσουμε ιδιαίτερα την βιολειτουργική κατάσταση του κάθε ατόμου. Φαίνεται λοιπόν περισσότερο ακριβής η ταξινόμηση που χρησιμοποιεί η γηριατρική.

A)Νέοι 3ης ηλικίας

B)Μεσήλικες 3ης ηλικίας

Γ)Υπέργηροι 3ης ηλικίας

Σύμφωνα με ορισμένους αγγλοσάξονες συγγραφείς η ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών θα ήταν σήμερα η πιο ακριβής για να καθορίσουμε την 3η ηλικία” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

5. **Γεροντολογία:** “Είναι μια διακλαδική επιστήμη, η οποία εξετάζει γενικότερα το φαινόμενο του φυσιολογικού γήρατος (φυτών, ζώων, ανθρώπων) και τα προβλήματα που συνεπάγεται η δημογραφική γήρανση πληθυσμών. Είναι ευρύτατη επιστήμη, που καλύπτει αρχιτεκτονικά, βιολογικά, δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά, συνταξιοδοτικά και άλλα θέματα που σχετίζονται με το πρόβλημα της γήρανσης όσο και τις γενικότερες σχέσεις του γηράσκοντα οργανισμού με το περιβάλλον του” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).
6. **Γηριατρική:** “Είναι κλάδος της γενικότερης Ιατρικής, ο αντίστοιχος της Παιδιατρικής, που ασχολείται με τα προβλήματα υγείας των ασθενών που έχουν ηλικία μεγαλύτερη από τα 60 έτη. Η Γηριατρική αποτελεί τμήμα της Γεροντολογίας. Η Γηριατρική ασχολείται με θέματα που ανήκουν μόνο στην Ιατρική ή την Βιολογία” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).
7. **Γήρας:** “Είναι το σύνολο των επεξεργασιών σε όλο τον οργανισμό και σε κάθε όργανο που παρουσιάζονται μετά την αναπαραγωγική ηλικία και έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της ικανότητας του οργανισμού να διατηρεί την ομοιόσταση του. Σαν αποτέλεσμα, η ικανότητα του ατόμου να αντιδρά με επιτυχία στα εξωτερικά αντίξοα, δυνητικά θανατηφόρα

ερεθίσματα ελαττώνεται, ώστε η πιθανότητα θανάτου στην μονάδα του χρόνου αυξάνεται συνεχώς” (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ζωή μας απαρτίζεται από ευτυχία, θλίψη, καλές και άσχημες στιγμές. Όταν οι στιγμές θλίψης υπερτερούν των ευτυχισμένων στιγμών μερικές εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζοντας αρνητικά τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες, υπάρχει το ενδεχόμενο νόσησης από μία συχνή και σοβαρή ασθένεια-την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά έχει αντίκτυπο και τον τρόπο ζωής των αγαπημένων προσώπων. Όσο περισσότερο γίνεται κατανοητή η ασθένεια τόσο καλύτερα αντιμετωπίζεται (Gray, 2000).

Η καλύτερη απάντηση στην ερώτηση “τι είναι κατάθλιψη;” είναι το «τι δεν είναι κατάθλιψη». Μερικοί άνθρωποι νομίζουν ότι η κατάθλιψη είναι απλώς μια κατάσταση του «μυαλού» που μπορεί να σταματήσει όποτε το άτομο είναι πρόθυμο να το κάνει. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι και τόσο απλά. Η κατάθλιψη είναι μία πραγματικά σοβαρή ασθένεια όπως τα καρδιαγγειακά και ο διαβήτης (Gray, 2000).

Οι καταθλιπτικοί όπως και οι άλλοι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν την ασθένεια τους και να την χειρίζονται σε όλη τη διάρκεια ζωής τους. Η κατάθλιψη δεν είναι προσωπική αδυναμία. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να αισθάνονται «μειονεκτικά». Το πιο ουσιαστικό είναι ότι η κατάθλιψη θεραπεύεται και γι’ αυτό οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν στους γιατρούς το πως αισθάνονται και τι συμπτώματα έχουν. Υπάρχουν αρκετοί αποτελεσματικοί τρόποι για να θεραπευτεί η κατάθλιψη και να μην παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Πάντως χωρίς θεραπεία η κατάθλιψη μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή ασθένεια (Gray, 2000).

Όλοι αισθανόμαστε μερικές φορές μελαγχολικοί, λυπημένοι ή στενοχωρημένοι. Τα συναισθήματα αυτά είναι φυσιολογικό κομμάτι των καλών και άσχημων στιγμών της ζωής. Η πραγματική όμως κατάθλιψη είναι κάτι το διαφορετικό. Πολλά σωματικά προβλήματα, όπως η δυσκοιλιότητα, οι κεφαλαλγίες, διαταραχές της περιόδου, διάφορα σωματικά άλγη στην σπονδυλική στήλη και του θώρακα συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη, ώστε πολλοί ασθενείς επικεντρώνονται στα

προβλήματα αυτά χωρίς να συνειδητοποιούν ότι έχουν κατάθλιψη (Gray, 2000).

Η κατάθλιψη προσβάλλει 350 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε κοινωνικής τάξης, φυλής και μορφωτικού επιπέδου σε όλο τον κόσμο και αποτελεί μία από τις συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές της εποχής μας με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς. Ευθύνεται για την απώλεια του 10% των παραγωγικών ωρών παγκοσμίως. Η μία στις τέσσερις γυναίκες και ο ένας στους οκτώ άνδρες μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους, δηλ. περίπου το 20% του πληθυσμού, με αυξανόμενους ρυθμούς κατά την τελευταία δεκαετία, εμφανιζόμενης και στο 2% έως 5% των παιδιών και εφήβων (Gray, 2000).

Σχεδόν οι μισές από όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης δεν αναγνωρίζονται και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία ενώ 10% περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 25% του πληθυσμού και μέχρι τότε, η βαριά κατάθλιψη θα αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο αίτιο θανάτου και ανικανότητας αν και η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη (Gray, 2000).

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι "σήμερα έχω κατάθλιψη", "είμαι στεναχωρημένος", "νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", "αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή "νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Οστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση (Παντζιάρας, 2007).

Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε. Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή (Παντζιάρας, 2007).

Αυτό που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία (Παντζιάρας, 2007).

Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριορισμένη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας (Παντζιάρας, 2007).

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται” (Παντζιάρας, 2007).

Ο όρος Κατάθλιψη στην Ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ό τι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομα). Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της Κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η Κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία” (Παντζιάρας, 2007).

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία της κατάθλιψης στη Δύση συνδέεται στενά με την ιστορία της δυτικής σκέψης και θα μπορούσε να διαιρεθεί σε πέντε κύρια στάδια. Η άποψη του αρχαίου κόσμου για την κατάθλιψη έμοιαζε εκπληκτικά με τη δική μας (Χριστοδούλου, 1998).

Ο Ιπποκράτης δήλωνε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που πρέπει να θεραπεύεται με ιάματα που λαμβάνονται από το στόμα, ενώ το πρωταρχικό ενδιαφέρον των γιατρών που τον ακολούθησαν αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου και την ορθή σύνθεση των ιαμάτων (Χριστοδούλου, 1998).

Κατά τον Μεσαίωνα, η κατάθλιψη θεωρούνταν εκδήλωση της θεϊκής δυσμένειας, μια ένδειξη ότι ο πάσχων είχε εξαιρεθεί από την ευφροσύνη γνώση της θείας σωτηρίας. Ήταν η εποχή που στιγματίστηκε η αρρώστια, σε ακραίες περιπτώσεις, οι πάσχοντες αντιμετωπίζονταν σαν άπιστοι (Χριστοδούλου, 1998).

Η Αναγέννηση έδωσε μια ρομαντική διάσταση στην κατάθλιψη και πρόβαλε το πρότυπο του μελαγχολικού ιδιοφυούς, γεννημένου κάτω από το άστρο του Κρόνου, που η δυσθυμία του ήταν ενόραση και ο ευάλωτος ψυχισμός του ήταν το τίμημα για την καλλιτεχνική ευαισθησία και το

πολυσύνθετο της ψυχής του (Χριστοδούλου, 1998).

Από τον 17ο αιώνα έως τον 19ο αιώνα, ήταν η εποχή της επιστήμης, η οποία μέσω πειραματισμών επεδίωξε να προσδιορίσει τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και να επεξεργαστεί βιολογικές και κοινωνικές στρατηγικές για να βάλει χαλινάρι στο νου που ξέφευγε από τον έλεγχο (Χριστοδούλου, 1998).

Η σύγχρονη εποχή ξεκίνησε στις αρχές του 20ου αιώνα με τον Σίγκμουντ Φρόιντ και τον Karl Abraham, των οποίων οι ψυχαναλυτικές ιδέες για το νου και τον εαυτό πρόσφεραν μεγάλο μέρος του λεξιλογίου που ακόμα χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε την κατάθλιψη και τις πηγές της και συνεχίστηκε με δημοσιεύματα του Εμίλ Κρέπελιν, ο οποίος πρότεινε μια νέα βιολογική θεώρηση της ψυχικής αρρώστιας. Οι διαταραχές που για πολύ καιρό αποκαλούνταν μελαγχολία σηματοδοτούνται τώρα με την παράδοξα παραστατική λέξη κατάθλιψη (depression), η οποία πρωτοχρησιμοποιήθηκε στα αγγλικά για την περιγραφή της κακής ψυχικής διάθεσης το 1660 και πέρασε σε κοινή χρήση στα μέσα του 19ου αιώνα (Χριστοδούλου, 1998).

Ο Εμπεδοκλής περιέγραψε τη μελαγχολία ως συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής (μέλαινα χολή-μελαγχολία) και ο Ιπποκράτης, εκπληκτικά νεωτεριστής, είχε φανταστεί ένα είδος σωματικής θεραπείας στα τέλη του 5ου αιώνα π.Χ., όταν ακόμα η ίδια η ιδέα της νόσου και του γιατρού μόλις αναδυόταν (Χριστοδούλου, 1998).

Ο Ιπποκράτης εντόπισε την έδρα του συναισθήματος, της σκέψης και της ψυχικής νόσου στον εγκέφαλο. Επίσης, πίστευε ότι στη μελαγχολία αναμειγνύονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά συμβάντα από την αρρώστια που δεν είχε προφανές αίτιο (Χριστοδούλου, 1998).

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη άρχισε να ασκεί ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης πήρε από τον Πλάτωνα την ιδέα της θείας παραφροσύνης και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία. Παρόλο που Αριστοτέλης αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι

μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας» (Χριστοδούλου, 1998).

Συνοψίζοντας, οι προσπάθειες κατανόησης της κατάθλιψης χρονολογούνται από τον 4ο αιώνα π.Χ., όταν ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο μελαγχολία (μέλαινα χολή -μαύρη χολή) για να εξηγήσει την κατάθλιψη και την μελαγχολική προσωπικότητα (Χριστοδούλου, 1998).

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Από έρευνες που έχουν γίνει, κάθε χρόνο πάνω από 19.000.000 άνθρωποι εμφανίζουν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη κοστίζει 43 δισεκατομμύρια \$ ετησίως, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως, μέρες απουσίας από εργασία, νοσήλια, φάρμακα, καθώς και πρόωρους θανάτους. Κατά τη διάρκεια της ζωής τους το 20% των γυναικών και 12% των ανδρών θα εμφανίσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι διπλάσιος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ανθρώπους κάθε ηλικίας, αλλά πιο συχνή είναι η εμφάνιση της στις ηλικίες μεταξύ 25-44 χρόνων. Είναι μία κατάσταση η οποία είναι συχνά χρόνια (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Αυτοί που εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα σε 5 χρόνια. Μετά από 3 καταθλιπτικά επεισόδια το ποσοστό επανεμφάνισης φθάνει το 90%. Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως, μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Τα συμπτώματα της

κατάθλιψης πρέπει να διαγιγνώσκονται και να θεραπεύονται νωρίς για να έχουν το καλύτερο αποτέλεσμα (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Ελλάδα:

Οκτακόσιες ογδόντα χιλιάδες Έλληνες και Ελληνίδες εν δυνάμει πάσχουν από κατάθλιψη. Μια ιδιαίτερα διαδεδομένη νόσος όπου σήμερα αποτελεί την τέταρτη συχνότερη ασθένεια στον κόσμο, ενώ οι προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2020 την ανεβάζουν στην δεύτερη θέση ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας (Τσουλέα, 2006).

Παράλληλα την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο. Οι αιτίες για την αύξηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι πολλές, όπως υποστηρίζουν οι ειδικοί επιστήμονες. Ως σημαντικότεροι λόγοι προβάλλονται η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα (Τσουλέα, 2006).

Η αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων αναδεικνύει επίσης δύο πλευρές ενός πολυεπίπεδου προβλήματος. Αφενός οι σύγχρονοι Έλληνες ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού ετών. Αφετέρου η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης με ιλιγγιώδη ταχύτητα (Τσουλέα, 2006).

Τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας δεν έχουν πραγματοποιηθεί εξειδικευμένες μελέτες για την συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό αλλά η αύξηση των περιπτώσεων είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική των γιατρών. Σύμφωνα με τους γιατρούς των νοσοκομείων, η κατάθλιψη πλήττει συχνότερα τις γυναίκες απ' ό,τι τους άνδρες με μία αναλογία 3 προς 2. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα (Τσουλέα, 2006).

2.4 ΑΙΤΙΑ

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαριστεί είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη μ' αυτόν τον τρόπο τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη (Hauck, 2003).

Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

A) Γενετικοί παράγοντες

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος (Hauck, 2003).

B) Βιολογικοί παράγοντες

1) Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν:

[α] παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

[β] Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός, και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).

[γ] Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση

[δ] Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος

[ε] Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό Αλντομέτ (αλφα-μεθυλ-ντόπα) και το αλκοόλ.

(Hauck, 2003).

2) Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ'αυτόν τον αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Στο ίδιο περίπου διάστημα παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για την ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης πάθαιναν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που αύξαναν την συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη (Hauck, 2003).

Γ) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

1) Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή : Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (π.χ. θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών κ.λ.π) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι (Hauck, 2003).

2) Παράγοντες που δρουν αργότερα :

- Γεγονότα Ζωής: Μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (π.χ. οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (π.χ. απώλεια εργασίας, μετανάστευση), φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη .
- Τρόπος σκέψης : Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (βλ. παρακάτω στις θεραπείες) (Hauck, 2003).

2.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Μάνος, 1997) :

[1] “Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον” (Μάνος, 1997).

[2] “Καταθλιπτική Διάθεση, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή” (Μάνος, 1997).

[3] “Δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωμη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη” (Μάνος, 1997).

[4] “Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει σ' Νένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπερφαγία” (Μάνος, 1997).

[5] “Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ. Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πεί ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση” (Μάνος, 1997).

[6] “Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί” (Μάνος, 1997).

[7] “Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις” (Μάνος, 1997).

[8] “Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό” (Μάνος, 1997).

[9] “Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του” (Μάνος, 1997).

[10] “Ιδέες αυτοκτονίας. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες

αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη” (Μάνος, 1997).

[11] “Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση” (Μάνος, 1997).

Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να γίνει η διάγνωση (Μάνος, 1997, σελ. 189-193).

2.6 ΤΥΠΟΙ

Οι κύριοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να ταξινομηθεί η κατάθλιψη περιλαμβάνουν τους εξής:

[A] Πρωτοπαθής - Δευτεροπαθής. “Η κύρια διαφορά είναι ότι στην δευτεροπαθή η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος π.χ., όπως αναφέρθηκε πιο πριν στη νόσο του Πάρκινσον. Επίσης η κατάθλιψη μπορεί να αναπτυχθεί και στο έδαφος κάποιου άλλου ψυχιατρικού νοσήματος, π.χ. μιας αγοραφοβικής νεύρωσης. Η πρακτική σημασία της ταξινόμησης αυτής είναι πολλές φορές σημαντική διότι μερικές φορές η κατάθλιψη είναι η πρώτη εκδήλωση ενός άλλου νοσήματος που απαιτεί ειδική θεραπεία. Έτσι η διάγνωση της πρωτοπαθούς κατάθλιψης πρέπει να μπαίνει αφού έχουν αποκλειστεί όλα τα άλλα νοσήματα που μπορεί να εμφανίσουν σαν μια από τις εκδηλώσεις τους κατάθλιψη” (Αποστόλου, 2003).

[B] “Ανάλογα με την σοβαρότητά της από κλινική άποψη σε σοβαρή - μέτρια - ελαφριά. Η σημασία της ταξινόμησης αυτής έχει να κάνει τόσο με πρακτικά θεραπευτικά θέματα (π.χ. είδος θεραπείας, ανάγκη νοσηλείας κ.λ.π.) όσο και με την πρόγνωση. Στη σοβαρή μορφή ο ασθενής εμφανίζει όλα σχεδόν τα συμπτώματα και η κατάθλιψη έχει επηρεάσει σχεδόν όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες έτσι ώστε το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή είναι σημαντικά μειωμένο . Μερικές φορές η κατάθλιψη αυτή ονομάζεται από τους ψυχιάτρους ως Μείζονα Κατάθλιψη” (Αποστόλου, 2003).

[Γ] “Ανάλογα με την κλινική μορφή. Μερικές φορές όταν στην κλινική εικόνα κυριαρχούν κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα η κατάθλιψη προσδιορίζεται με διάφορα ονόματα:

1) Μείζονα Κατάθλιψη : όπως αναφέρθηκε πιο πριν η μορφή αυτή είναι η συνηθισμένη μορφή σοβαρής κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι ψυχίατροι. Στην ψυχωτική κατάθλιψη εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα που αναφέρθηκαν εμφανίζονται ψευδαισθήσεις (π.χ. ο ασθενής ακούει φωνές χωρίς όμως να υπάρχουν άνθρωποι στο περιβάλλον) ή/και παραληρηματικές ιδέες (ψευδείς πεποιθήσεις που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός π.χ. ο ασθενής είναι εντελώς πεπεισμένος ότι είναι ένοχος για πράξεις που έκανε στο παρελθόν και γι' αυτό αξίζει ακόμη και να πεθάνει). Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι πάντα σοβαρής μορφής και μπορεί να απαιτεί νοσηλεία (Αποστόλου, 2003).

2) Η δυσθυμία είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης η οποία είναι μεν μέτρια σε σοβαρότητα αλλά επειδή εκτείνεται στον χρόνο δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας. Ο ασθενής με δυσθυμία παρότι μπορεί και ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες νιώθει πάντα ότι κάτι τον κρατάει από το να μπορεί να νιώσει καλά. Παλιότερα ο τύπος αυτός δεν θεωρούταν ως κατάθλιψη αλλά μάλλον ως είδος προσωπικότητας που μπορεί να προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Το ενδιαφέρον για τη δυσθυμία μεγάλωσε όταν κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα φάνηκε ότι έχουν μια πιο ειδική επίδραση σ' αυτή την μορφή,

και έτσι σήμερα η τάση είναι να θεωρείται περισσότερο ως μια ειδική μορφή παρά ως τύπος προσωπικότητας (Αποστόλου, 2003).

3) Άτυπη κατάθλιψη. Μερικές φορές οι ψυχίατροι αναφέρουν έτσι μια κατάθλιψη η οποία δεν εμφανίζει τα κλασικά συμπτώματα, π.χ. ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει υπερφαγία και υπερυπνία αντί αϋπνία. Επίσης μερικές φορές λέγεται έτσι η κατάθλιψη που εμφανίζεται με πολλά σωματικά συμπτώματα παρά με ψυχικά (Αποστόλου, 2003).

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων (Αποστόλου, 2003).

Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου. «Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι:

- * εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)
- * B12 και φολικό οξύ πλάσματος
- * ηλεκτρολύτες
- * γλυκόζη
- * ηπατικές δοκιμασίες
- * ταχύτητα καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη

αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του ΚΝΣ» (Αποστόλου, 2003).

Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όμως αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση (Αποστόλου, 2003).

2.8 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Χωρίς θεραπεία ένα επεισόδιο κατάθλιψης διαρκεί κατά μέσο όρο δέκα μήνες σε νέους ασθενείς (από λίγες μέρες έως πολλά χρόνια) και περίπου 2 χρόνια στους ηλικιωμένους. Η θεραπεία είναι σημαντική όχι μόνο για την υποχώρηση ενός μεμονωμένου επεισοδίου το συντομότερο δυνατό, αλλά και για να προληφθούν μελλοντικά επεισόδια. Πολλοί άνθρωποι που υπέστησαν ένα επεισόδιο κατάθλιψης παρουσιάζουν και άλλα επεισόδια (δηλ. υποτροπές). Ο κίνδυνος υποτροπών αυξάνεται με τον αριθμό και τη σοβαρότητα προηγούμενων επεισοδίων (Johnstone, 2005).

Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με επιτυχία σε μεγάλο ποσοστό. Το 80-90% των καταθλιπτικών ασθενών ανταποκρίνονται στη θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή την ψυχοθεραπεία ή το συνδυασμό των δύο (Johnstone, 2005).

«Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής :

[1] Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία

[2] Ψυχοθεραπεία

[3] Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας

[4] Άλλες Θεραπείες (κυρίως Ηλεκτροσπασμοθεραπεία)

Για τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική. Η ψυχοθεραπεία μόνη της δεν έχει δοκιμαστεί σε τέτοιες μορφές» (Johnstone, 2005).

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η κλινική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ψυχοφαρμακολογία, και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα άρχισαν να χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης από το 1950 και χρησιμοποιούνται για να αποκαταστήσουν τα ελλείμματα των νευροδιαβιβαστών. Τα φάρμακα αυτά δεν είναι υπνωτικά ή ηρεμιστικά, αλλά ούτε και διεγερτικά. Δεν προκαλούν εθισμό και δεν έχουν κάποια διεγερτική δράση σε ανθρώπους που δεν εμφανίζουν κατάθλιψη. Παρόλο που οι γνώσεις μας για τα φάρμακα αυξήθηκαν σημαντικά τελευταία, εντούτοις δεν είναι δυνατόν ακόμη να προβλέψουμε ποιο είναι το πιο κατάλληλο φάρμακο για ένα συγκεκριμένο ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι αρκετές φορές, είναι απαραίτητο ο γιατρός να δοκιμάσει διάφορα φάρμακα πριν καταλήξει σ' αυτό που είναι το καλύτερο για το συγκεκριμένο ασθενή (Johnstone, 2005).

Ο γενικός κανόνας που ισχύει για τα αντικαταθλιπτικά, είναι ότι όλα είναι το ίδιο αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης αλλά διαφέρουν στις παρενέργειες. Παρενέργειες γενικά εμφανίζουν όλα τα φάρμακα, αλλά είναι σημαντικό να ξέρει κανείς ότι ο γιατρός που χορηγεί ένα φάρμακο φροντίζει ώστε το κέρδος που έχει ο ασθενής από τη θεραπεία να είναι μεγαλύτερο από την ενόχληση λόγω των παρενεργειών. Γενικά τα αποτελέσματα από τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά εμφανίζονται σε τρεις με τέσσερις εβδομάδες από την έναρξη (Johnstone, 2005).

Στους ηλικιωμένους όμως, απαιτείται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για την εμφάνιση των αποτελεσμάτων της θεραπείας, που μπορεί να φθάσει και τους δύο μήνες. Είναι επίσης σημαντικό να γνωρίζει κανείς ότι, μετά τη βελτίωση του ασθενή, η θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον έξι μήνες, σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ο λόγος είναι ότι, εάν ο ασθενής διακόψει με δική του πρωτοβουλία τη θεραπεία σ' αυτό το διάστημα των έξι μηνών, τότε κινδυνεύει να εμφανίσει ξανά τα συμπτώματα της (Johnstone, 2005).

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αυτή η κατηγορία θεραπείας περιλαμβάνει τη συζήτηση μεταξύ ενός εκπαιδευμένου επαγγελματία(ψυχιάτρου, ψυχολόγου, κοινωνικού λειτουργού) και ενός ασθενούς που παρουσιάζει συναισθηματικά προβλήματα ή προβλήματα στη συμπεριφορά του. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί συγκεκριμένες τεχνικές που βασίζονται σε αρχές της ψυχολογίας, για να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του (Johnstone, 2005).

Κατ' αρχάς τονίζεται ότι ο όρος ψυχοθεραπεία δεν είναι συνώνυμος με τον όρο ψυχανάλυση, όπως πολύς κόσμος νομίζει. Επίσης, σε αντίθεση με ό, τι πιστεύεται γενικά, η ψυχανάλυση δεν θεωρείται αποτελεσματική για τα περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης. Πρόκειται για μια εναισθητική θεωρία που θεμελίωσε ο Freud στις αρχές του 20ου αιώνα η οποία παρουσιάζει ενδιαφέρον φιλοσοφικό και ιστορικό αλλά η οποία δεν μπόρεσε να έρθει σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των επιστημονικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν μέσα στον 20ο αιώνα. Για τους λόγους αυτούς, η Ψυχιατρική τείνει να την χρησιμοποιεί όλο και λιγότερο (Johnstone, 2005).

Αντίθετα με την ψυχανάλυση, η Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία είναι μια σχετικά μοντέρνα θεραπεία, πολύ αποδοτική και πολύ αποτελεσματική για προβλήματα άγχους - κατάθλιψης όπως έχουν δείξει μελέτες στα πιο έγκυρα Ιατρικά Περιοδικά. Σήμερα, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στον κόσμο (Johnstone, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η 1η Οκτωβρίου κάθε χρόνου έχει ορισθεί από τα Ηνωμένα Έθνη σαν η “Παγκόσμια Ημέρα των Ηλικιωμένων”. Ο εορτασμός της ημέρας αυτής καθιερώθηκε το 1982 στην “Παγκόσμια Συνάντηση για τη Γήρανση”.

Με την ευκαιρία του εορτασμού αυτής της ημέρας, η Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία προσπαθεί να υπενθυμίσει, να ευαισθητοποιήσει και να ενημερώσει για τα εκρηκτικά προβλήματα που άμεσα σηματοδοτεί η γήρανση του πληθυσμού και τα τεράστια κενά που συνεχίζουν να υπάρχουν στη χώρα μας σε θέματα πρόνοιας, ασφαλιστικής κάλυψης των ηλικιωμένων και σε θέματα εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας και κοινωνικών επιστημόνων που ασχολούνται με την Τρίτη Ηλικία (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2008).

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Ο.Η.Ε., όταν το ποσοστό του πληθυσμού μιας χώρας άνω των 65 ετών είναι μεγαλύτερο του 7%, η χώρα χαρακτηρίζεται γερασμένη. Η Ελλάδα γερνάει, με ποσοστό σήμερα μεγαλύτερο του 17,1% και με προοπτικές για το άμεσο μέλλον, το 2020, να πλησιάζει το 24%, θεωρείται χώρα γερασμένου πληθυσμού. Ταυτόχρονα, ο πληθυσμός από 0-14 ετών είναι 12,05%, που σημαίνει ότι όχι μόνο γερνάμε σαν χώρα, αλλά επίσης σταδιακά μειώνεται ο πληθυσμός της (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2008).

Οι μηχανισμοί που βρίσκονται πίσω από αυτό το γεγονός είναι, φυσικά, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης (μέσου όρου ζωής), αλλά κυρίως η σημαντική πτώση της γεννητικότητας. Η δημογραφική γήρανση είναι ακόμα μεγαλύτερη στην ορεινή, ύπαιθρο χώρα λόγω των φαινομένων της εξωτερικής (αρχικά) και εσωτερικής μετανάστευσης (αστυφιλίας). Τα φαινόμενα αυτά σε συνδυασμό με άλλες κοινωνικές αλλαγές, όπως η έκρηξη του πυρήνα της οικογένειας, οι οικονομικές και εργασιακές πιέσεις και απορρυθμίσεις, έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων, αλλά και σε αυξημένες απαιτήσεις για βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2008).

Οι δημογραφικές και κοινωνικές ανάγκες των Ελλήνων ηλικιωμένων αναμένεται να ενταθούν μετά το έτος 2015 με την “άφιξη” του κύματος των αυξημένων γεννήσεων της μεταπολεμικής γενιάς (“baby boomers”). Δυστυχώς, απέναντι σε όλα αυτά η Ελληνική Πολιτεία εμφανίζεται εντελώς απροετοίμαστη, με σημαντική υστέρηση, ως “πτωχός συγγενής” μέσα στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2008).

Σημαντική θεωρεί η Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία την έλλειψη Προπτυχιακής, αλλά και Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης και Ειδικότητας στη Γηριατρική, όπως έχει εφαρμοσθεί σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, ένα μέτρο που, σαφώς θα ωθούσε και την παραγωγή - επιμόρφωση κατάλληλων, εξειδικευμένων ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας και μέσα από αυτό την αναβάθμιση λειτουργίας των ιδρυμάτων. Η Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία από πολλά χρόνια εισηγήθηκε τη Γηριατρική σαν ειδικότητα της Ιατρικής. Δεν το πέτυχε, αλλά, συνεχίζει τις προσπάθειες για τη γνωμοδότηση από την ηγεσία του ΚΕΣΥ και τη νομοθετική ρύθμιση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2008).

Τα αναπτυγμένα κράτη και τα κράτη-μέλη της Ε.Ε., αντιλαμβανόμενα τη σημασία του θέματος ανέπτυξαν δομές περίθαλψης, γηριατρικό νοσοκομείο, γηριατρικές κλινικές, κλινικές χρονίως πασχόντων, Κέντρα ημερήσιας νοσηλείας, ακόμη και υπηρεσίες για κατ’ οίκον νοσηλεία προσπαθώντας να διατηρήσουν τον ηλικιωμένο στο οικογενειακό του περιβάλλον. Η προσπάθεια διατήρησης της καλής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, έχει και ψυχολογικά ευνοϊκή αντανάκλαση. Αισθάνονται ότι η κοινωνία δεν τους παραμελεί (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία, 2008).

3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το ενδιαφέρον των ιστορικών για τα γηρατειά είναι πολύ πρόσφατο. Όπως παρατηρεί ο Βρετανός καθηγητής Paul Johnson στο βιβλίο, που

επιμελήθηκε με την Pat Thane «Τα γηρατειά από την αρχαιότητα ως τη μετανεωτερικότητα», το 1977 υπήρχε ένα μόνον άρθρο επαγγελματία ιστορικού με θέμα την ιστορία των γηρατειών. Τα πράγματα ωστόσο άλλαξαν μέσα στις δύο τελευταίες δεκαετίες καθώς οι σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες άρχισαν να εκδηλώνουν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον γύρω από ό,τι χαρακτηρίστηκε ως ταχεία γήρανση του πληθυσμού και συνεπακόλουθες επιπτώσεις πάνω στο σύστημα υγείας, στην κοινωνική πρόνοια και στην οικονομία (Paul Johnson και συν., 2008).

Απόρροια όμως των συγκεκριμένων μελετών υπήρξε επιπλέον, ότι όλο και περισσότεροι ιστορικοί έχουν αρχίσει να αμφισβητούν πολλές από τις υποθέσεις πάνω στις οποίες βασίζονται οι αποδεκτές κοινωνικές και βιοϊατρικές θεωρίες γύρω από τη γήρανση του πληθυσμού. Και ταυτοχρόνως αποδεικνύουν ότι αρκετές από τις τρέχουσες αντιλήψεις για κάποιο «χρυσό αιώνα» του παρελθόντος όπου οι ηλικιωμένοι απολάμβαναν μεγαλύτερη οικογενειακή φροντίδα και σεβασμό, δεν ευσταθούν (Paul Johnson και συν., 2008).

Αρχίζοντας από τη μελέτη των γηρατειών στην αρχαιότητα και στον Μεσαίωνα και περνώντας από την νεότερη Αγγλία και τον Νέο Κόσμο, στον 19ο και στον 20ό αιώνα, οι εννέα συνεργάτες του τόμου επανεξετάζουν και αναθεωρούν τη θέση των γηρατειών στη μελέτη της ιστορίας καθώς και τον ρόλο των ιστορικών στοιχείων στη σύγχρονη δημόσια και πολιτική συζήτηση και στον αντίκτυπο που έχει η εξελισσόμενη ιστορική μεθοδολογία στη μελέτη των γηρατειών. Προκειμένου επιπλέον να παρακολουθήσουν τη συγκεκριμένη θεματική σε μια τόσο μακρά περίοδο, οι συγγραφείς προσπαθούν ακόμα να δημιουργήσουν ένα κοινό πλαίσιο επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον τους σε τρεις βασικούς άξονες: στη συμμετοχή των ηλικιωμένων στην οργανωμένη κοινωνία, στην παθητική περίθαλψή τους από την πολιτισμένη κοινωνία και τέλος στην κοινωνική θέση τους ως άτομα και ως ομάδες όπως προσδιορίζονται από τους πολιτικούς, νομικούς, ιατρικούς και πολιτισμικούς κανόνες (Paul Johnson και συν., 2008).

Ένα από τα θέματα τα οποία επανέρχονται συχνά στους προβληματισμούς της Δύσης είναι η πεποίθηση ότι οι νεότεροι

αδιαφορούν για τους ηλικιωμένους συγγενείς τους. Ο όγκος ωστόσο των ενδείξεων σε έρευνες που έγιναν από το 1945 ως το 1990 οδηγούν, όπως παρατηρεί η Pat Thane, στο συμπέρασμα πως οι οικογένειες παρέχουν συνήθως πολλά - αν και όχι το σύνολο των φροντίδων- στους ηλικιωμένους ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι οι οποίοι προσφέρουν στους νεότερους τουλάχιστον όση βοήθεια παίρνουν - αν όχι περισσότερη. Για τους περισσότερους ανθρώπους δηλαδή, η προσφορά στήριξης και αγάπης στους γηραιότερους συγγενείς αποτέλεσε στα τέλη του 20ού αιώνα κοινή πρακτική, όμοια με τις αντιλήψεις για τη ζωή τις οποίες οι περισσότεροι χαρακτηρίζουν προαιώνιες. Και η περί του αντιθέτου διαδεδομένη εικόνα είναι δυνατόν να οφείλεται, πρώτον στις μεγαλύτερες σημερινές δυνατότητες των ηλικιωμένων να ζουν ανεξάρτητα, και δεύτερον στην υποτίμηση της σημασίας των μη χρηματικών συναλλαγών οι οποίες δεν είναι αντικειμενικά μετρήσιμες (Paul Johnson και συν., 2008).

Το επιχείρημα εξάλλου πάνω στο οποίο στηρίζεται ο Γάλλος καθηγητής Patrice Bourdelais προκειμένου να αμφισβητήσει τις τρέχουσες αντιλήψεις γύρω από τη γήρανση των πληθυσμών προέρχεται από τον μη εξελισσόμενο χαρακτήρα των δημογραφικών σκεπτικών (Παγοροπούλου, 2000):

Από το γεγονός, όπως υποστηρίζει, ότι το εξηκοστό έτος εξακολουθεί λόγω χάρη να παραμένει επί αιώνες το κατώφλι των γηρατειών παρ' ότι η φυσική κατάσταση ενός εξηντάχρονου έχει από την άποψη της υγείας και της δυναμικότητας ριζικά αλλάξει με αποτέλεσμα να έχουν μετατραπεί οι εξηντάρηδες σε μια ενδιάμεση γενιά στην οποία στρέφονται για φροντίδα οι ανιόντες και από την οποία ωφελούνται ποικιλοτρόπως οι κατιόντες. Στο επιχείρημα άλλωστε ότι μαζί με τον έλεγχο των γεννήσεων οι πρόσφατες ιατρικές εξελίξεις έχουν παρατείνει υπερμέτρως τη ζωή με εξαιρετικά επιβαρυντικές οικονομικές συνέπειες στην περίθαλψη, ο Bourdelais αντιτείνει ότι η εξάλειψη πλήθους νόσων και παθήσεων που στο παρελθόν προκαλούσαν μόνιμες αναπηρίες στην ηλικιακή κατηγορία των εξηντάρηδων, ενδεχομένως αντισταθμίζει

αρκετές από τις δαπάνες της ιατρικής περίθαλψης των ηλικιακά προχωρημένων ομάδων (Παγοροπούλου, 2000).

Ενώ λοιπόν η έννοια της γήρανσης του πληθυσμού αποτελούσε έναν απολύτως κατάλληλο δείκτη όταν πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1928 από τον Αλφρέ Σοβί εξαιτίας των σχετικά μικρών δημογραφικών αλλαγών του 19ου αιώνα, οι ταχύτατες σημερινές αλλαγές τον καθιστούν προβληματικό. Είναι έτσι πιθανό ότι μη έχοντας περιλάβει τροποποιήσεις ως προς την ηλικιακή έναρξη του γήρατος, οι σημερινές δημογραφικές μελέτες να εμφανίζονται περισσότερο απαισιόδοξες και ζοφερές απ' ό,τι δικαιολογεί η διαρκώς εξελισσόμενη πραγματικότητα (Παγοροπούλου, 2000).

3.3 ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Το γήρας αποτελεί φυσιολογική φάση της ζωής του ανθρώπου. Σε μια εποχή ραγδαίας αύξησης των ατόμων της 3^{ης} ηλικίας, σε παγκόσμια κλίμακα, είναι θεμελιώδες να τους εξασφαλίζονται ευτυχισμένα γηρατειά. Το ζητούμενο αυτό επιτυγχάνεται με την κάλυψη τόσο των υλικών όσο και των ψυχοκοινωνικών τους αναγκών (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

«Αναλύοντας τις δεύτερες, προκύπτει ότι τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται στον καθημερινό τους βίο:

- Αυτονομία και αυτάρκεια: Είναι ζωτικής σημασίας για τους ηλικιωμένους συνανθρώπους μας να παίρνουν αποφάσεις και να λειτουργούν κατά βούληση, σύμφωνα με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις και αξίες.
- Αυτοεκτίμηση και αποδοχή: Όπως οι νέοι έτσι και οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη να τυγχάνουν της αποδοχής των οικείων τους, αλλά και να εκτιμούν τον εαυτό τους.
- Διατήρηση της ταυτότητας: Μέσα από ατομικές, οικογενειακές, οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες διαμορφώνεται η ταυτότητα. Η διατήρησή της στην 3^η ηλικία είναι αναγκαία.

- Παραμονή στο οικείο τους περιβάλλον: Είναι γενικά παραδεκτό ότι τα άτομα της 3ης ηλικίας, θα πρέπει να μένουν στο δικό τους περιβάλλον μέσα στο οποίο έχουν ζήσει και το οποίο οι ίδιοι έχουν δημιουργήσει.
- Διατήρηση σχέσεων με οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον: Η ευτυχία και ευημερία των ηλικιωμένων αποτελεί συνάρτηση της ύπαρξης και διατήρησης θετικών επαφών με τους άλλους. Μέσω αυτών των επαφών, οι ηλικιωμένοι αντλούν ικανοποίηση και καλύπτεται η ανάγκη τους για επικοινωνία.
 - Συμμετοχή σε δραστηριότητες: Είναι σημαντικό για τα άτομα της 3^{ης} ηλικίας να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες, ώστε να μην μένουν αναξιοποίητες οι ικανότητές τους. Σύμφωνα με μελέτες, μέσω της απασχόλησης διατηρούν καλύτερη σωματική και πνευματική υγεία» (Χριστοδούλου & Κονταξιάκης, 2000).

«Η μη ικανοποίηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών γεννά:

- Απογοήτευση
- Αποθάρρυνση
- Δυσαρέσκεια
- Πικρία
- Φόβο και ανασφάλεια
- Μοναξιά
- Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Κοινωνική απομόνωση και περιθωριοποίηση
- Κοινωνικό τραυματισμό»

(Χριστοδούλου & Κονταξιάκης, 2000).

3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Από ψυχολογική άποψη, το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα των ηλικιωμένων είναι η μοναξιά που αντιμετωπίζουν. Καθώς διαθέτουν πολύ χρόνο και δεν έχουν αρκετές ασχολίες ή άτομα με τα οποία να συγχρωτιστούν, επιδίδονται σε αρνητικές σκέψεις, συγκρίνουν την τωρινή ποιότητα ζωής με την προηγούμενη και έχουν συναισθήματα λύπης και απώλειας (Χατζηαντωνίου, 2005).

Όταν μιλάμε για τα ηλικιωμένα άτομα και τα συναισθήματά τους, θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί. Υπάρχουν υποομάδες με διαφορετικά χαρακτηριστικά, προβλήματα, προβληματισμούς και συναισθήματα, τα οποία μπορεί επιφανειακά να δείχνουν ίδια, αλλά προέρχονται από διαφορετικές πηγές και επομένως θα πρέπει να έχουν διαφορετική αντιμετώπιση. Εκτιμάται ότι ένα 5% του γενικού πληθυσμού των ηλικιωμένων έχει κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό αυτό ανεβαίνει σε ένα ανησυχητικό 50%, όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα που είναι άρρωστα, και φτάνει στο 70% για τους ηλικιωμένους σε οίκο ευγηρίας (Χατζηαντωνίου, 2005).

A)Οι πρόσφατοι συνταξιούχοι

Τα συναισθήματα του πρόσφατα συνταξιοδοτημένου είναι ανάμεικτα: από τη μια υπάρχει η ευχαρίστηση που προκαλεί η ιδέα ότι δεν χρειάζεται πια να υπακούει στο ξυπνητήρι, σε ένα δυσάρεστο προϊστάμενο ή σε εργασιακά καθήκοντα, από την άλλη όμως -και δυστυχώς η ζυγαριά συνηθέστερα γέρνει προς αυτή την πλευρά- νιώθει παραγκωνισμένος, μειωμένος, με ελαττωμένες δυνάμεις, αργόσχολος και μόνος (Χατζηαντωνίου, 2005).

B)Ο ηλικιωμένος μέσα στην οικογένεια

Οι ηλικιωμένοι που ζουν με τα παιδιά τους δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα μοναξιάς, δεδομένου ότι περιβάλλονται από ανθρώπους. Υποφέρουν όμως από μοναξιά, με την έννοια ότι νιώθουν παραγκωνισμένοι, η γνώμη τους δεν μετρά και δεν ερωτώνται ή δεν συμμετέχουν στη λήψη των

αποφάσεων για σοβαρά ζητήματα του σπιτιού. Συχνά, παραπονιούνται ότι τα άλλα μέλη του σπιτιού είναι πολύ απασχολημένα και δεν τους αφιερώνουν χρόνο. Η αίσθηση της πίκρας και της κοινωνικής απομόνωσης μπορεί να είναι έντονη (Χατζηαντωνίου, 2005).

Γ)Ο ηλικιωμένος στο σπίτι του

Ο ηλικιωμένος που ζει στο σπίτι του και έχει τον ή τη σύζυγό του είναι σαφώς σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από αυτόν που έχει χηρέψει. Όσο λειτουργεί η δυάδα του ζευγαριού, ακόμα και αν το ένα από τα δύο ή και τα δύο άτομα είναι άρρωστα, από ψυχολογικής πλευράς παραμένει η ισορροπία που προσφέρει η συντροφικότητα και η παρουσία ενός ανθρώπου που μπορεί να μοιραστεί όχι μόνο μύχιες σκέψεις αλλά και την απλή καθημερινότητα (Χατζηαντωνίου, 2005).

Δ)Ο ηλικιωμένος στον οίκο ευγηρίας

Ο ηλικιωμένος που βρίσκεται σε οίκο ευγηρίας, παρά το γεγονός ότι είναι μέλος μιας κοινωνικής ομάδας, αισθάνεται περιθωριοποιημένος και αποκομμένος από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Το πλαίσιο αναφοράς του είναι περιορισμένο και οι επαφές με τον έξω κόσμο λιγοστές. Το κυρίαρχο συναίσθημα των ηλικιωμένων στον οίκο ευγηρίας είναι ότι νιώθουν ανεπιθύμητοι και αισθάνονται ότι έχουν ξοφλήσει ως άνθρωποι (Χατζηαντωνίου, 2005).

3.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Με την πάροδο της ηλικίας δημιουργούνται προοδευτικές φθορές στο ανθρώπινο σώμα, με παράλληλη μείωση της ικανότητας που έχει να επισκευάζει τις φθορές αυτές. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει κατανοητός ο όρος προοδευτικός. Κάθε απότομη επιδείνωση της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού, δεν είναι γήρανση, είναι νόσος. Μερικές φορές μάλιστα, επειδή το φαινόμενο της γήρανσης γίνεται αργά και

σταδιακά, ο γηράσκων το συνηθίζει και δεν το συνειδητοποιεί, εάν δεν έχει υψηλό αίσθημα αυτογνωσίας (Greagan, 2010).

Ο ρυθμός της γήρανσης είναι διαφορετικός από άτομο σε άτομο και σήμερα η Επιστήμη της Ιατρικής χρησιμοποιεί τον όρο βιολογική ηλικία, που αντιστοιχεί στην εσωτερική κατάσταση των λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού και τον όρο χρονολογική ηλικία που αντιστοιχεί στην χρονολογική ηλικία του κάθε ατόμου. Οι ιδιαιτερότητες που η φθορά του χρόνου δημιουργεί στο ανθρώπινο σώμα, επιβάλλει την λήψη συγκεκριμένων μέτρων, τα οποία θα οδηγήσουν στην προστασία των αμυντικών εφεδρειών του οργανισμού, στην αποφυγή νοσημάτων, τα οποία όταν εκδηλωθούν θα οδηγήσουν σε σημαντική επιτάχυνση της διαδικασίας της γήρανσης και σε σημαντική ελάττωση της ποιότητας και της ποσότητας της ζωής (Greagan, 2010).

Με την πάροδο της ηλικίας ελαττώνεται η ικανότητα του οργανισμού να επεξεργάζεται σωστά το λίπος και γι αυτό η ανάγκη περιορισμού των τροφίμων που περιέχουν κενές θερμίδες, καθώς και της ήπιας και συστηματικής άσκησης είναι επιβεβλημένη. Η ικανότητα του οργανισμού να απορροφά και να επεξεργάζεται το ασβέστιο, ελαττώνεται. Ο υπερήλικας πρέπει να κάνει μία διατροφή πλούσια σε γιαούρτι και να αποφεύγει, όσο είναι δυνατόν τις πτώσεις. Λόγω μείωσης των αντανακλαστικών της αποχρέμψεως και της κατάποσης πρέπει να πίνει αρκετό νερό ενδιάμεσα των γευμάτων, ποτέ όμως κατά την διάρκεια των γευμάτων ή προ του ύπνου για να μην επιβαρύνεται η πέψη. Να ξεκουράζεται επί μία ώρα περίπου μετά από κάθε γεύμα. Είναι σημαντικό για να ανασταλεί η φθορά του εγκεφάλου να εκγυμνάζεται το νευρικό σύστημα, με πνευματικά ερεθίσματα (Greagan, 2010).

Με την πάροδο της ηλικίας η ικανότητα της αντίστασης στις λοιμώξεις και τα μικρόβια, ελαττώνεται. Είναι σημαντικό να τηρείται κάθε μέτρο αποφυγής των λοιμώξεων. Ο υπερήλικας πρέπει να αποφεύγει επισκέψεις από άρρωστα εγγόνια ή φίλους και σε περίπτωση που δεν μπορεί να αποφύγει τις επισκέψεις αυτές, να χρησιμοποιείται μάσκα κατά την διάρκεια των επισκέψεων. Οι κλειστοί χώροι πρέπει να αερίζονται επαρκώς. Πρέπει να αντιμετωπίζονται εγκαίρως καταστάσεις και να ανιχνεύονται νόσοι, οι οποίες στα αρχικά στάδια ενδέχεται να μην έχουν

συμπτώματα, αλλά να αλλοιώνουν την σωστή άμυνα, όπως τυχόν χρόνιες εστίες μικροβίων στο σώμα π.χ. χρόνιες παραρρινοκολπίτιδες, αποστήματα οδόντων, καθώς και νόσοι που ελαττώνουν την άμυνα του οργανισμού, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Ο ηλικιωμένος πρέπει να εμβολιάζεται άπαξ με το εμβόλιο του πνευμονιοκόκκου και ετησίως με το εμβόλιο της γρίπης. Πρέπει να ελέγχει περιοδικώς την υγιεινή των δοντιών και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες για πιθανές βλάβες από κακή εφαρμογή. Προβλήματα φθοράς που απασχολούν τους ηλικιωμένους όπως δυσλειτουργία του ουροποιητικού συστήματος αντιμετωπίζονται σήμερα με ειδικές ασκήσεις και φάρμακα (Greagan, 2010).

Ο καρκίνος έχει αργή εξέλιξη στους ηλικιωμένους και έτσι ένας καρκίνος που εμφανίζεται σε ένα ηλικιωμένο ογδονταπεντάρη, μπορεί να συμβιώσει χωρίς θεραπεία μαζί του επί δεκαπενταετία, ενώ ο ίδιος καρκίνος σε νεαρή ηλικία έχει γρήγορη εξέλιξη! Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζετε, ότι με την πάροδο της ηλικίας πολλές νόσοι εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα, ή αργούν να εμφανιστούν με τα τυπικά για την νόσο αυτή συμπτώματα. Ένας υπερήλικας για παράδειγμα λόγω πτώσης του ανοσοποιητικού του συστήματος ενδέχεται να μην παρουσιάσει πυρετό σε μια λοίμωξη, αλλά να εμφανίσει , οξέως κάποια ατονία ή σύγχυση (Greagan, 2010).

Επιπροσθέτως, με την πάροδο της ηλικίας ο οργανισμός ευρίσκεται σε ευαίσθητη ισορροπία και κάθε νόσος, ακόμη και ελαφριά ενδέχεται να τον διαταράξει και να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Αυτά σημαίνουν ότι οποιαδήποτε αιφνίδια μεταβολή στην λειτουργική του κατάσταση του ηλικιωμένου πρέπει να μην αντιμετωπίζεται επιπόλαια από τον ίδιο ή το περιβάλλον του, αλλά να αξιολογείται ιατρικά το συντομότερο δυνατό και να παρακολουθείται στενά. Η φυσιολογική γήρανση χαρακτηρίζεται από βαθμιαία πτώση της λειτουργικότητας των συστημάτων του ανθρώπου. Η φυσιολογική γήρανση δεν οδηγεί, σε σημαντική απώλεια των λειτουργικών ικανοτήτων του υγιούς ηλικιωμένου ατόμου και με την επιστήμη της ιατρικής σήμερα ο όρος υγιή γηρατειά δεν αποτελεί οξύμωρο σχήμα (Greagan, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV
Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
ΣΤΗΝ
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία, όπως δείχνουν διεθνείς στατιστικές. Επιπλέον μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων καταθλιπτικών που δεν ξεπερνά το 20% λαμβάνει κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή. Συνοπτικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία (Hyttel, 1994).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο της ζωής. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης. Δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους δεν αναγνωρίζουν ότι πίσω από αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να κρύβεται μία κατάθλιψη, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί να μην αναζητούν ποτέ βοήθεια (Hyttel, 1994).

Ως σήμερα η θεραπεία της κατάθλιψης των ηλικιωμένων είχε αρκετά προβλήματα, με σημαντικότερα τις παρενέργειες που εμφανίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια θεραπείας με τα Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ). Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμπόδιζαν τη χορήγηση θεραπευτικής δόσης, αλλά επιπλέον επηρέαζαν και τη συμμόρφωση του ασθενούς (Hyttel, 1994).

Τα τελευταία χρόνια όμως προωθήθηκαν στην αγορά των αντικαταθλιπτικών οι Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης (SSRI's), φάρμακα ασφαλέστερα και πολύ καλύτερα ανεκτά, ιδιαίτερα από τους ηλικιωμένους, σε σχέση με τα παλαιότερα τρικυκλικά. Στην κατηγορία αυτή των αντικαταθλιπτικών περιλαμβάνονται η σιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη και η φλουβοξαμίνη (Hyttel, 1994).

4.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζονται σε ποσοστό 10%-15% σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Η συχνότητα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην ίδια ηλικιακή ομάδα είναι 3%-5%. Τα ποσοστά αυτά είναι κατά πολύ αυξημένα, 15%-25%, σε πληθυσμούς γηροκομείων. Οι κυριότεροι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι: γυναικείο φύλο, έλλειψη οικογένειας, χηρεία, άγαμοι, τα άτομα που βιώνουν καθημερινά ιδιαίτερα στρεσογόνα γεγονότα, τα άτομα με έλλειψη κοινωνικού δικτύου, καθώς και η συνύπαρξη πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων (π.χ. υπέρταση, διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, άνοια) (Brosen, 1993).

4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία (Brosen, 1993).

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι: α) η δυσκολία στην αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, β) η

προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων, γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.ά. (Brosen, 1993).

4.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μίας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής (Μάνος, 1997).

Α) Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

- 1) Μείζων κατάθλιψη: όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.
 - * Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
 - * Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
 - * Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)
 - * Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία)
 - * Κοινωνική απόσυρση(Μάνος, 1997)

2) Δυσθυμία: χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες (Μάνος, 1997).

3) Άτυπες μορφές: παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη

(masked depression), γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα.. Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Μάνος, 1997).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως "δεν ξέρω" δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείματά του. Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο (Μάνος, 1997).

B) Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών:

1) Οργανική κατάθλιψη: είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλασμάτα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή (Μάνος, 1997).

2) Καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. 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 (Μάνος, 1997).

4.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεαρούς ασθενείς (Honos - Webb, 2010).

Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1) Τα τρικυκλικά (ΤΚΑ) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά: Αμιτριπτυλίνη, Κλομιπραμίνη, Νορτριπτυλίνη, Μαπροτιλίνη, Μιανσερίνη.

2) Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's): Σιταλοπράμη, Φλουοξετίνη, Παροξετίνη, Φλουβοξαμίνη.

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων των δύο αυτών κατηγοριών στην γεροντική κατάθλιψη είναι η ίδια, όπως έχει αποδειχθεί επανειλημμένα σε διπλές τυφλές ελεγχόμενες μελέτες και όπως φαίνεται και από τις υπάρχουσες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο θέμα. Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι SSRI's πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών (Honos - Webb Lara, 2010).

4.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Η κατάθλιψη έχει σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου, καθώς και στην κοινωνία συνολικά. Κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι το αίσθημα θλίψης και η αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης (Παντζιάρας, 2007).

Σκέψη και στη Συμπεριφορά

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που κάποιος σκέφτεται και πράττει. Η αντίληψη που κρατά το άτομο για τον κόσμο κατέχεται από εξαιρετικά απαισιόδοξα σενάρια. Δεν υπάρχουν προσδοκίες ότι τα πράγματα μπορεί να βελτιωθούν και το δυσκολότερο από όλα είναι ότι το άτομο αισθάνεται υπεύθυνο για αυτό. Μέσα σε αυτή την απαισιόδοξη

αντίληψη το άτομο υπό-εκτιμά τις δυνατότητες και δεξιότητες του (Παντζιάρας, 2007).

Έλλειψη Αυτό-εκτίμησης

Φυσικά, χρειαζόμαστε την αναγνώριση των άλλων για να επιβεβαιώσουμε και να στηρίξουμε τον εαυτό μας. Εάν η αυτό-εκτίμησή μας βασίζεται αποκλειστικά σε εξωτερικές επιβεβαιώσεις, συνεχώς βασιζόμαστε στους άλλους για να αισθανθούμε καλά και συνεχώς χρειαζόμαστε όλο και περισσότερες επιβεβαιώσεις από περισσότερους ανθρώπους για να μπορέσουμε να διατηρήσουμε μια καλή αίσθηση για τον εαυτό μας. Ωστόσο, μια τέτοια τακτική αφήνει το άτομο να βασίζεται την αυτό-εκτίμησή του επάνω στους άλλους, το οποίο σημαίνει ότι όλοι οι άλλοι εκτός από το άτομο κατέχουν μια δύναμη και έλεγχο επάνω στην διάθεση του ίδιου ατόμου. Εάν οι άλλοι δεν επισημάνουν τα καλά γύρω από το άτομο αυτό (τα οποία συνήθως τα γνωρίζει μόνο το ίδιο το άτομο και το τρίτο πρόσωπο δεν τα ξέρει ακριβώς) τότε το άτομο αισθάνεται άσχημα και η αυτό-εκτίμηση του πέφτει. Έτσι η ανάγκη του ατόμου για επιβεβαιώσεις από το περιβάλλον μεγαλώνει, χάνοντας όλο και περισσότερη εσωτερική δύναμη και όλο και περισσότερο χάνει την πίστη του στον εαυτό του. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο οι εκτιμήσεις που αφορούν τις δυνατότητες του ατόμου υπό-εκτιμώνται και όταν μια δύσκολη κατάσταση ή μια απειλή εμφανιστεί στο περιβάλλον του δεν έχει την κατάλληλη δύναμη και πίστη να το διαχειριστεί. (Παντζιάρας, 2007)

Άγχος

«Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας κ.α. (Μάνος, 1997, σελ 190).»

Απώλεια ενδιαφέροντος από δραστηριότητες

Η συγκεκριμένη διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους

ανθρώπους ή κάνει, ακόμα, και απαραίτητη την νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους (Μάνος, 1997).

« Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν, όχι μόνο απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κ.α. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα και την διάθεση να εκτελέσει ακόμα και συνηθισμένες ασχολίες (Μάνος, 1997, σελ 191).»

Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας

« Χαρακτηριστικά τα καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμα και τα απλά καθήκοντα, μέχρι και το να φροντίσει την εμφάνιση και την υγιεινή του. Επίσης νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον και την κατάστασή του (Μάνος, 1997, σελ 191).»

Σκέψεις ή Απόπειρες Αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επίπτωση της Κατάθλιψης είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι αυτό, όσο κι αν φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι ο καταθλιπτικός, μέσω της θεραπείας που κάνει, έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα « Σχέδιο Αυτοκτονίας», ενώ ουσιαστικά δεν έχει αλλάξει σημαντικά την θεώρηση της ζωής του, που την θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει (Μάνος, 1997).

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή προηγούμενες αποτυχίες ή και λάθη τωρινά ή του παρελθόντος. Στα συγκεκριμένα άτομα, όμως, ο βαθμός αυτοκατηγορίας είναι υπερβολικός, σε σημείο να αποδίδουν στους εαυτούς τους περισσότερη ευθύνη απ' αυτή που τους αναλογεί. Επίσης, το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν οι περισσότεροι καταθλιπτικοί, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας έως έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής τους αξίας. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση,

καθώς τα άτομα αυτά είναι ανίκανα να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές ασχολίες, αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων (Μάνος, 1997).

Κοινωνική απομόνωση

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους με Κατάθλιψη χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την πολύ διαδεδομένη γνώμη ότι κατάθλιψη και γηρατειά σημαίνουν μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών και κοινωνικών ικανοτήτων. Ο ηλικιωμένος δεν θεωρείται πλέον αποδοτικός και απομονώνεται, συχνά άδικα, από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν σε ανάλογες στάσεις της κοινωνίας προς τους ηλικιωμένους με κατάθλιψη, με συνέπεια να αναγκάζονται τα άτομα αυτά, άμεσα ή έμμεσα, να εκδηλώνουν ανάλογες αντιδράσεις. Πολλές φορές οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι δεν δραστηριοποιούνται, μόνο και μόνο για να αποφύγουν τα σχόλια του περίγυρου (Χανιώτη, 1998).

4.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ασκεί την Κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό- συμβουλευτικό- θεραπευτικό επίπεδο. Ο Κ.Λ μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ατόμου και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η διαταραχή ,η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Τσοκανάρη, 2008).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ατόμου μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον ηλικιωμένο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο κοινωνικός λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά το άτομο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις

ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ηλικιωμένο σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης (Τσοκανάρη, 2008).

Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για το άτομο και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο συμβουλευτικό έργο για την αντιμετώπιση της διαταραχής. Η συναισθηματική στήριξη του ατόμου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ' όλα από μια σωστή εκτίμηση. Γίνετε αξιολόγηση των κοινωνικών προβλημάτων που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ατόμου. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ατόμου είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως. Ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ηλικιωμένο και να του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη (Τσοκανάρη, 2008).

Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει και παρέχει στήριξη:

A) Στον ηλικιωμένο.

1. Στην προσαρμογή του στο Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο συγκεκριμένο πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα συμβουλευτικό πρόγραμμα.
2. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ηλικιωμένου, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει το άτομο να αναβάλλει ή να αρνηθεί την συμβουλευτική θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.
3. Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής. Θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ατόμου.
4. Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της διαταραχής του.
5. Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει τον ηλικιωμένο στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του.

6. Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του. Οι ηλικιωμένοι δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση- θεραπεία- προοπτική). Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ατόμου (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου). Το συμφέρον του ηλικιωμένου. Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις) (Τσοκανάρη, 2008).

Στην οικογένεια του ηλικιωμένου.

Δεν νοείται κοινωνική εργασία στο άτομο χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας. Με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την διαταραχή που αντιμετωπίζει. Η διαταραχή ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει όλη την οικογένεια (Τσοκανάρη, 2008).

Πρώτος στόχος, είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της διαταραχής(σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει. Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ηλικιωμένου. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει το άτομο αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο Κοινωνικός Λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ατόμου (Τσοκανάρη, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, ο Κοινωνικός Λειτουργός:

- 1) Λαμβάνει το Κοινωνικό Ιστορικό
 - 2) Εκτιμά τις κοινωνικές ανάγκες
 - 3) Στηρίζει και συμβουλεύει για κοινωνική ενεργοποίηση της οικογένειας
 - 4) Λαμβάνει πληροφορίες για άλλους φορείς
 - 5) Ενημερώνεται για παροχές από ασφαλιστικά ταμεία
 - 6) Εξυπηρετεί στην διεκπεραίωση ζητημάτων ταμείων και άλλων φορέων
- (Τσοκανάρη, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ
ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προτού ξεκινήσει κανείς την έρευνα χρειάζεται να είναι ξεκάθαρος ο σκοπός. Τι προσπαθεί να περιγράψει /ερμηνεύσει/ κατανοήσει; Ο σκοπός, προτού ξεκινήσει η ερευνητική διαδικασία πρέπει να είναι απόλυτα συγκεκριμένος και από κάποιο γενικό ενδιαφέρον και στη συνέχεια τι θέλει να μάθει ακριβώς για το ζήτημα αυτό (περιγραφή του προβλήματος, μελέτη συγκεκριμένων ομάδων, αίτια, συνέπειες κλπ) (Θεοδωράκης και συν., 2004).

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής πρότασης είναι η διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχολογικών και συναισθηματικών επιπτώσεων της Κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας.

ΣΤΟΧΟΙ:

- A. Να διερευνηθούν οι κοινωνικές επιπτώσεις της Κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας.
- B. Να διερευνηθούν οι ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της Κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας.

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Ερευνητική υπόθεση είναι η καταφατική πρόταση, όπου αποτυπώνεται ένας συγκεκριμένος στόχος της έρευνας ως πρόβλεψη για τα αναμενόμενα αποτελέσματα της έρευνας (Παρασκευόπουλος, 1993).

Ξεκινώντας από μια γενική υπόθεση που ο ερευνητής θέλει να ελέγξει και η οποία σχετίζεται άμεσα με το σκοπό της έρευνας στη συνέχεια μπορεί να διατυπώσει και άλλες μικρότερης κλίμακας υποθέσεις στη διαμόρφωση των οποίων θα συμβάλλει η γνώση που απέκτησε ο ερευνητής μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η γενική υπόθεση είναι πιο συγκεκριμένη από το σκοπό της έρευνας και οι υπόλοιπες

υποθέσεις αποτελούν τμήματα της. Η γενική υπόθεση μπορεί να ειπωθεί ότι είναι μια δήλωση που προκύπτει από κάποια θεωρία και αναφέρεται σε αυτά που μπορεί ο ερευνητής να καταγράψει /ανακαλύψει στην κοινωνική πραγματικότητα εφόσον η θεωρία είναι σωστή (Θεοδωράκης και συν., 2004).

Καθώς ο σκοπός του ερευνητή είναι ο έλεγχος συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων για το θέμα που διερευνά μέσα από τη συλλογή εμπειρικών στοιχείων, οι θεωρητικές έννοιες πρέπει να αντιστοιχούν σε λειτουργικούς ορισμούς, δηλαδή ορισμούς με αναφορά σε παρατηρήσιμες πτυχές της θεωρητικής έννοιας . Εάν για παράδειγμα, μελετήσουμε το θέμα της κατάθλιψης, ο ερευνητής πρέπει να συγκεκριμενοποιήσει στο τι θεωρεί ως κατάθλιψη, ώστε στη συνέχεια ο ερωτώμενος να έχει κατανοήσει πλήρως σε τι πρέπει να απαντήσει (Θεοδωράκης και συν., 2004).

Γενική Υπόθεση:

Η ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων εξαρτάται και επηρεάζεται από την ύπαρξη Κατάθλιψης.

Θεωρητικές Υποθέσεις:

1. Η Κατάθλιψη σε ηλικιωμένα άτομα προκαλεί έντονη έκπτωση στις κοινωνικές τους δραστηριότητες και στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους, με συνέπεια να αυτό-περιθωριοποιούνται από το κοινωνικό τους περιβάλλον.
2. Τα άτομα Τρίτης Ηλικίας με Κατάθλιψη αντιμετωπίζουν έντονα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, όπως αίσθημα μοναξιάς, έλλειψη αυτοεκτίμησης και αίσθημα αναξιοτήτας και θλίψης.

5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Ποσοτική έρευνα παράγει στατιστικά στοιχεία μέσω της χρήσης των ευρείας κλίμακας ερευνών, χρησιμοποιώντας μεθόδους όπως τα ερωτηματολόγια ή δομημένες συνεντεύξεις. Αυτό το είδος της έρευνας

φθάνει πολύ περισσότερους ανθρώπους, αλλά η επαφή με αυτούς τους ανθρώπους είναι πολύ ταχύτερη από ο, τι στην ποιοτική έρευνα (Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Η έρευνα, η οποία χρησιμοποιεί την ποσοτική προσέγγιση εστιάζει σε σχετικά μικρό αριθμό συγκεκριμένων εννοιών, χρησιμοποιεί δομημένες διαδικασίες και τυποποιημένα όργανα για την συλλογή πληροφοριών και αναλύει αριθμητικές πληροφορίες μέσω στατιστικών διαδικασιών. Οι ποσοτικές έρευνες δίνουν έμφαση στον αφαιρετικό συλλογισμό, στους κανόνες λογικής και σε μετρήσιμα χαρακτηριστικά της ανθρώπινης εμπειρίας (Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Το είδος, το οποίο θα ακολουθηθεί για την υλοποίηση της συγκεκριμένης ερευνητικής πρότασης είναι η ποσοτική έρευνα. Στην συγκεκριμένη, λοιπόν, ερευνητική πρόταση θα διερευνηθούν οι κοινωνικές και ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της Κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα.

Η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη συλλογή των παρακάτω πληροφοριών είναι η επισκόπηση πεδίου με εργαλείο το ερωτηματολόγιο . Η επιλογή αυτής της μεθόδου έγινε διότι το ερωτηματολόγιο είναι το καταλληλότερο εργαλείο για έρευνα επισκόπησης πεδίου.

5.4 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Πληθυσμός μιας μελέτης είναι όλα τα μέλη της ομάδας που θα μελετηθεί, τα οποία ικανοποιούν ορισμένα κριτήρια (Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Για την συγκεκριμένη ερευνητική πρόταση, πληθυσμός έχει καθοριστεί όλος ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων στην Πάτρα Αχαΐας, και επειδή είναι πολύ δύσκολη η επιλογή από 170.000 (πηγή: Δήμος Πατρέων) και πλέον ηλικιωμένα, μόνιμους κατοίκους Πατρών, έχουν τεθεί συγκεκριμένα κριτήρια:

1. Να είναι ηλικίας 65 έως 75 ετών.
2. Να έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη.
3. Να μην έχουν διαγνωστεί με οποιοδήποτε άλλο είδος σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας.
4. Να είναι εγγεγραμμένοι στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου Πατρών.

Επιλογή πληθυσμού

1. Στο Α' Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Πατρών είναι εγγεγραμμένοι 3.103 ηλικιωμένοι. Το 11% αυτών έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη, συνεπώς ηλικιωμένοι με κατάθλιψη είναι 341 άτομα στο Κεντρικό Κ.Α.Π.Η. Πατρών.
2. Στο Β' Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Πατρών είναι εγγεγραμμένοι 1360 ηλικιωμένοι. Το 13% αυτών έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη, συνεπώς ηλικιωμένοι με κατάθλιψη είναι 177 άτομα στο Β' Κ.Α.Π.Η. Αγυιάς.

Συνεπώς, ο πληθυσμός της συγκεκριμένης ερευνητικής πρότασης είναι 618 άτομα, τα οποία πληρούν τα ανωτέρω κριτήρια.

5.5 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα εξαιρετικά σπουδαίο βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία επιτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα αντιπροσωπεύει τον συνολικό πληθυσμό και αν, επομένως, ο ερευνητής είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό του. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου δειγματοληψίας είναι μια κρίσιμη απόφαση για τη μεγιστοποίηση της ακρίβειας αυτής ή την ελαχιστοποίηση του κόστους (Σαχίνη- Καρδάση, 2000).

Στη συγκεκριμένη μελέτη για τη συλλογή του δείγματος θα εφαρμοστεί μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας. Η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας χωρίζεται σε δύο τύπους δειγματοληψίας, στη

δειγματοληψία ευκολίας και την σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία. Από τους δύο τύπους δειγματοληψίας θα εφαρμοστεί η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων τα οποία είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί το μέγεθος του δείγματος που επιθυμεί ο ερευνητής (Σαχίνη - Καρδάση, 2000).

Η δειγματοληψία ευκολίας θεωρείται «φτωχή» ερευνητική μέθοδος προσέγγισης του δείγματος, διότι ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει την αντικειμενικότητα των επιλογών των ατόμων και να εξαλείψει τις προκαταλήψεις με αποτέλεσμα να μειώνεται η αξιοπιστία της έρευνας και να υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να μην θεωρείται αντιπροσωπευτικό.

Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε με βάση το σκοπό της μελέτης που αναφέρεται στην περιγραφή και καταγραφή των επιπτώσεων της υπάρχουσας κατάστασης και όχι στην ανάλυση των αιτιών που επιδρούν και καθορίζουν το συγκεκριμένο περιβάλλον. Επίσης, σημαντικοί λόγοι που καθόρισαν την επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου για την συγκέντρωση των στοιχείων αποτέλεσαν η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα, το χαμηλό οικονομικό κόστος κατά την διαδικασία συγκέντρωσης των πληροφοριών και η μειωμένη χρονική διάρκεια που απορρέει από αυτόν τον τύπο δειγματοληψίας (Σαχίνη - Καρδάση, 2000).

Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία που αφορά την μεθοδολογία έρευνας, η δειγματοληψία ευκολίας όταν χρησιμοποιείται με ακρίβεια και σε συνδυασμό με καλή θεωρητική κατάρτιση από μέρος του ερευνητή, δεν είναι τόσο «φτωχή» ως ερευνητική μέθοδος επιλογής του δείγματος που θα συμπεριληφθεί σε μία μελέτη (Polit & Hungler, 1995).

Λόγω του απορρήτου, δεν μπορούσαμε να ελέγξουμε τους φακέλους των ηλικιωμένων, κι έτσι η Κοινωνική Υπηρεσία μας υπέδειξε τα άτομα με διαγνωσμένη Κατάθλιψη, χωρίς να μας δώσει τα ονόματά τους, ώστε να έρθει εις πέρας η ερευνητική πρόταση και να κρατηθεί το απόρρητο. Ερωτηματολόγια δόθηκαν και σε άτομα, τα οποία δεν έχουν Κατάθλιψη, για να μην κινηθούν υποψίες μεταξύ τους. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν από τους ερευνητές ήταν 100 ατόμων που πληρούν τα

κριτήρια για συμπεριλαμβάνονται στο δείγμα και άλλα 35 για να μην κινηθούν υποψίες μεταξύ των ατόμων. Τα 35 επιπλέον ερωτηματολόγια δεν χρησιμοποιήθηκαν ως δείγμα για τα αποτελέσματα.

Η επιλογή του δείγματος έγινε από το σύνολο των ηλικιωμένων που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη και είναι εγγεγραμμένοι στα Α' και Β' Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Δήμου Πατρέων, Νομού Αχαΐας. Δεν θα συμπεριληφθεί στην έρευνα το Γ' Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Πατρών, διότι εγκαινίασε την λειτουργία του κατά την διάρκεια της μελέτης και δεν ήταν εγγεγραμμένα αρκετά άτομα έως τότε. Οι υποψήφιοι ερωτώμενοι θα είναι 100 άτομα που θα επιλεγούν από το Α' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Πατρών και από το Β' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Πατρών.

Η επιλογή να ληφθεί το δείγμα από τα συγκεκριμένα Κέντρα έγινε διότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων τα επισκέπτεται καθημερινά και περίπου το 12% αυτών έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη.

Έτσι λοιπόν, στην διαδικασία δειγματοληψίας της παρούσας μελέτης και σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, το δείγμα αποτελείται από 100 ηλικιωμένα άτομα και για τα δύο Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα οποία θα πληρούν τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν.

5.6 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Στην παρούσα ερευνητική πρόταση θα χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο(το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα II).

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα τυποποιημένο σχέδιο για τη συλλογή και την καταγραφή εξειδικευμένης και συναφούς με ένα θέμα πληροφόρησης με σχετική ακρίβεια και πληρότητα. Με άλλα λόγια καθοδηγεί τη διαδικασία συλλογής των πληροφοριών και προωθεί την καταγραφή τους με συστηματικό τρόπο (Luck And Rubin, 1987).

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το μέσον επικοινωνίας (interface) μεταξύ του ερευνητή και των ερωτώμενων, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, ανάλογα

με τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων. Η κατάρτιση του ερωτηματολογίου, λόγω των παραπάνω ιδιοτήτων που έχει, αποτελεί την πλέον κρίσιμη και λεπτή εργασία, καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία μιας στατιστικής έρευνας (Luck And Rubin, 1987).

Σύμφωνα με το εργαλείο αυτό, ο ερευνητής επισκέπτεται τις προς έρευνα μονάδες για να τους παραδώσει τα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ερευνώμενους κατά την ημέρα αναφοράς της έρευνας. Μαζί με τα ερωτηματολόγια δίνεται συνήθως και το σχετικό ενημερωτικό υλικό με βάση το οποίο θα ενεργήσει ο ερευνώμενος (Ρόντος & Παπάνης, 2007).

Ακολουθεί νέα επίσκεψη του ερευνητή για τη συγκέντρωση των συμπληρωθέντων ερωτηματολογίων, αφού προηγουμένως ελέγξει την πληρότητα αυτών και την ορθότητα των στοιχείων που έχουν δοθεί.

Με τη μέθοδο αυτή, που χρησιμοποιείται συνήθως σε απογραφές ή σε μεγάλες έρευνες, περιορίζεται το κόστος της έρευνας και ο χρόνος διενέργειάς της, ενώ παράλληλα περιορίζεται ο ρόλος του ερευνητή και αποφεύγονται, σε ένα βαθμό, τα μεροληπτικά λάθη που είναι δυνατόν να προκύψουν από αδυναμίες της επικοινωνίας μεταξύ ερευνώμενου και ερευνητή (Ρόντος & Παπάνης, 2007).

Η μέθοδος αυτή αποτελεί μια ενδιάμεση λύση μεταξύ της μεθόδου με προσωπική συνέντευξη και αυτής που γίνεται μέσω αποστολής των ερωτηματολογίων με το ταχυδρομείο, συγκεντρώνοντας σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο της πρώτης μεθόδου (δυνατότητα παρέμβασης του ερευνητή σε τυχόν ελλείψεις, χρήση σχετικά εκτεταμένου ερωτηματολογίου, κλπ.) όσο και της δεύτερης (περιορισμός της κυρίαρχης θέσης του ερευνητή, περιορισμός του κόστους, του χρόνου, κλπ.) (Ρόντος & Παπάνης, 2007).

Το είδος ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιηθεί για την συγκεκριμένη ερευνητική πρόταση είναι το «συμπληρούμενο».

Συμπληρούμενο : Ο ερευνητής διανέμει τα ερωτηματολόγια σε συγκεκριμένους χώρους ή σε ομάδες ή σε περιοχές και παραλαμβάνει συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο. Με αυτή τη μέθοδο μπορεί να συμπληρωθούν αρκετά ερωτηματολόγια σε μικρό χρονικό διάστημα και

το άλλο θετικό στοιχείο είναι ότι ο ερωτώμενος μπορεί να εκφράσει τις όποιες απόψεις του απαλλαγμένος από το άγχος ότι κάποιος, έστω και άγνωστος, γνωρίζει τις απαντήσεις που έδωσε. Το αρνητικό σε αυτή τη μέθοδο είναι ότι αρκετά ερωτηματολόγια δεν επιστρέφονται και από αυτά που επιστρέφονται αρκετά δεν είναι πλήρως συμπληρωμένα (Θεοδωράκης και συν., 2004).

Ωστόσο, καθώς επρόκειτο για ηλικιωμένα άτομα, που στην πλειονότητά τους έχουν πρόβλημα ανάγνωσης, κρίθηκε αναγκαία η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με την βοήθεια των ερευνητών.

Ο τύπος ανάλυσης που θα χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα είναι η « επεξηγηματική ανάλυση». Επεξηγηματική ανάλυση είναι η κατεύθυνση και δύναμη της επιρροής των μεταβλητών μεταξύ τους. Το είδος των ερευνητικών ερωτημάτων είναι επικεντρωμένο σε αυτό ακριβώς που μελετάται, τις επιπτώσεις δηλαδή, για σωστή συλλογή πληροφοριών (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Κλίμακες Μέτρησης

1. Μια διαδικασία συνδυασμού δεικτών σε μια μετρίσιμη διάσταση η οποία αντιπροσωπεύει την ευρύτερη έννοια/ κάθε ένα =ένα μέρος
2. Οι κλίμακες δίνουν την δυνατότητα ανάπτυξης της έννοιας/ βασίζονται στην συσσώρευση των δεικτών μιας μεταβλητής
3. Αφορούν την ίδια θεωρητική έννοια
4. Η γενική κλίμακα αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων οι οποίες ενοποιούνται και μετρώνται ως σύνολο. Ο συνολικός βαθμός που προκύπτει από τον ερωτώμενο αντιπροσωπεύει την γενική του στάση/ τακτική κλίμακα
5. Σπουδαιότεροι κλίμακες: Likert, Guttman, Thurstone, Semantic Differential, Borgadus (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Στην παρούσα μελέτη θα συλλεγούν:

1. Κοινωνικά - Δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η μόρφωση, η απασχόληση(πρώην και νυν) και το εισόδημα. Για τα δημογραφικά δεδομένα θα χρησιμοποιηθεί η ονομαστική κλίμακα μέτρησης. Στις ονομαστικές κλίμακες, κάθε τιμή της μεταβλητής έχει την ίδια αξία και εκφράζει μόνο μία διαφορετικότητα από τις υπόλοιπες τιμές (π.χ. στη μεταβλητή «φύλο» η τιμή «άρρεν» έχει την ίδια σπουδαιότητα με τη τιμή «θήλυ». Οι τιμές της μεταβλητής δεν εκφράζουν κάποια διάταξη και δεν χρησιμεύουν για τη μέτρηση στάσεων (Παπάνης & Ρόντος, 2007).
2. Ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως ο τρόπος σκέψης, η ψυχολογία και οι διαθέσεις του ερευνώμενου δείγματος έναντι του ερευνώμενου αντικειμένου κ.α. Για τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων θα χρησιμοποιηθεί η τακτική κλίμακα μέτρησης. Στις τακτικές κλίμακες, υπάρχει συγκεκριμένη διάταξη των τιμών της εκάστοτε μεταβλητής με ανώτερες και κατώτερες τιμές (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Το επίπεδο των ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία θα αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας, στο ερωτηματολόγιο, την Κλίμακα Στάσεων του Likert (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Οι κλίμακες στάσεων διέπονται από τις γενικές αρχές των ερωτηματολογίων αλλά συνήθως αποτελούνται από δηλώσεις, και όχι από ερωτήσεις, με τις οποίες ο ερωτώμενος συμφωνεί ή διαφωνεί. Οι κλίμακες αποτελούν έγκυρα εργαλεία ποσοτικοποίησης ποιοτικών μεταβλητών και εννοιών και οι ψυχομετρικές ιδιότητες τους έχουν πρέπει να έχουν σταθμιστεί.. Υπάρχουν διάφορες μορφές κλιμάκων. Οι πιο δημοφιλείς είναι η κλίμακα του Thurstone (1931), του Likert (1932) (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Στην κλίμακα τύπου Likert ο ερωτώμενος καλείται να εκφράσει τον βαθμό συμφωνίας του ως προς μια άποψη. Στην προκειμένη περίπτωση

το ερωτηματολόγιο αποτελείται από καταφατικές δηλώσεις και όχι από ερωτήσεις (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Τα στάδια κατασκευής μιας κλίμακας Likert είναι:

1. Συστηματική αναδίφηση της βιβλιογραφίας που αφορά στη θεματική του ερωτηματολογίου. Η επιλογή των ερωτήσεων πρέπει να πληροί τα κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας και να βασίζεται σε προηγούμενη πιλοτική έρευνα, που θα βοηθήσει στην απαλοιφή των ακαταλλήλων ερωτημάτων.
2. Δημιουργία σειράς καταφατικών δηλώσεων που αφορούν στην θεματική του ερωτηματολογίου.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να εκφράσουν την συμφωνία η διαφωνία τους προς μια δήλωση σημειώνοντας μια από τις παρακάτω επιλογές:

Συμφωνώ απόλυτα - 5

Συμφωνώ - 4

Ουδέτερος/ η - 3

Διαφωνώ - 2

Διαφωνώ απόλυτα - 1

Να σημειωθεί ότι η κλιμάκωση από 1 έως 5 είναι ενδεικτική. Πολλοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει έως και δεκαβάθμιες κλίμακες. Εάν ο ερωτώμενος εκφράσει την υψηλότερη πιθανή συμφωνία σε μια δήλωση (συμφωνώ απόλυτα), τότε προσδίδεται σε αυτή την απάντηση η υψηλότερη πιθανή βαθμολογία., δηλαδή 5. Αντίθετα, εάν ο ερωτώμενος εκφράσει την υψηλότερη πιθανή διαφωνία σε μια δήλωση (διαφωνώ απόλυτα) τότε προσδίδεται η χαμηλότερη πιθανή βαθμολογία, δηλαδή 1. Στις αντίστροφες ερωτήσεις η βαθμολόγηση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Προκειμένου να υπολογισθεί η συνολική βαθμολογία του ερωτωμένου, προστίθεται η βαθμολογία της κάθε ερώτησης ξεχωριστά (Παπάνης & Ρόντος, 2007).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος οι συμμετέχοντες αναφέρουν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Στο δεύτερο μέρος οι συμμετέχοντες ερωτώνται, με ερωτήσεις κλειστού τύπου (κυρίως), για τις επιπτώσεις που έχει επιφέρει η κατάθλιψη στην ψυχοσυναισθηματική κατάστασή τους αλλά και στην καθημερινή διαβίωση και συνύπαρξη με άλλα άτομα.

Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας αποτελείται από 30 ερωτήσεις, οι πρώτες 7 αποτελούν τα δημογραφικά στοιχεία, οι επόμενες 11 ερωτήσεις αφορούν τις κοινωνικές επιπτώσεις της κατάθλιψης και οι τελευταίες 12 ερωτήσεις αποτελούν τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων θα εκτιμηθούν μέσω του SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (Levesque,2007).

Το SPSS είναι ένα στατιστικό πακέτο ανάλυσης δεδομένων, το οποίο προσφέρει στο χρήστη δυνατότητες για δημιουργία αναφορών, ανάλυση και μοντελοποίηση δεδομένων καθώς και για γραφική αναπαράσταση τους. Διαθέτει πολλές στατιστικές συναρτήσεις για ανάλυση δεδομένων μέσα από ένα εύχρηστο γραφικό περιβάλλον (Levesque,2007).

Με την βοήθεια του SPSS όλα τα στάδια της αναλυτικής διαδικασίας ολοκληρώνονται κάτω από ένα ενοποιημένο περιβάλλον εργασίας καλύπτοντας την ανάλυση από άκρο σε άκρο (Levesque,2007).



Ο χρηματοοικονομικός τομέας, ο τομέας των τηλεπικοινωνιών, ο τομέας της υγείας, της εκπαίδευσης και της έρευνας, ο ευρύτερος δημόσιος τομέας και ο τομέας της βιομηχανίας αποτελούν τα βασικότερα πεδία εφαρμογών της τεχνολογίας του SPSS (Levesque,2007).

5.7 ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στον προϋπολογισμό μιας ερευνητικής πρότασης πρέπει να αναγράφονται τα συνολικά έξοδα του σχεδίου μελέτης (Σαχίνη – Καρδάση, 2000) ;

1. Μεταφορικά: 100 €
2. Γραφική Ύλη: 65 €
3. Βιβλιοδεσία : 37 €
4. Διασπορά Αποτελεσμάτων: 50 €
5. Άλλα έξοδα: 43 €

ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ : 295 €

5.8 ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το χρονοδιάγραμμα ή σχέδιο εργασίας εκπληρώνει δύο στόχους:

1. Εξηγεί στον αναγνώστη όλη την ροή των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την έρευνα.
2. Αποτελεί μαρτυρία ότι ο ερευνητής έχει μελετήσει προσεκτικά και ρεαλιστικά τι ακριβώς σκοπεύει να κάνει για να φέρει εις πέρας την προτεινόμενη μελέτη (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

* Η Συγγραφή της μελέτης γινόταν παράλληλα με τις υπόλοιπες δραστηριότητες.

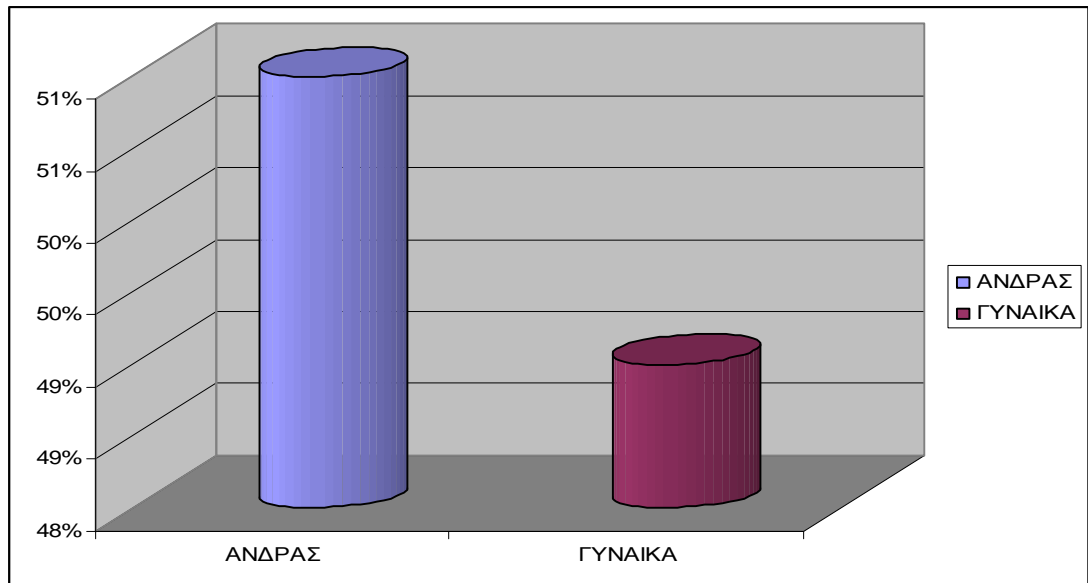
ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ	ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ	ΕΒ ΔΟ ΜΑ ΔΕ Σ
Επιλογή Θέματος	Μελετητές	1
Εύρεση Υλικού, Βιβλιογραφία	Μελετητές	9
Εξασφάλιση Άδειας Διεξαγωγής Έρευνας	Μελετητές	1
Εντοπισμός Πληθυσμού, Επιλογή Δείγματος	Μελετητές	4
Εκπαίδευση στο Εργαλείο της Έρευνας, Δημιουργία Ερωτηματολογίου	Μελετητές με Επαγγελματία Ερευνητή	4
Συλλογή Δεδομένων	Μελετητές	2
Εισαγωγή Στοιχείων στον Η/Υ	Επαγγελματίας Ερευνητής	6
Ανάλυση Δεδομένων	Επαγγελματίας Στατιστικολόγος	3
Διασπορά Αποτελεσμάτων	Μελετητές	1
Συγγραφή, Εκτύπωση Έρευνας	Μελετητές	11*
	ΣΥΝΟΛΟ:	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

6.1.1 ΠΙΝΑΚΑΣ 1 – ΦΥΛΟ

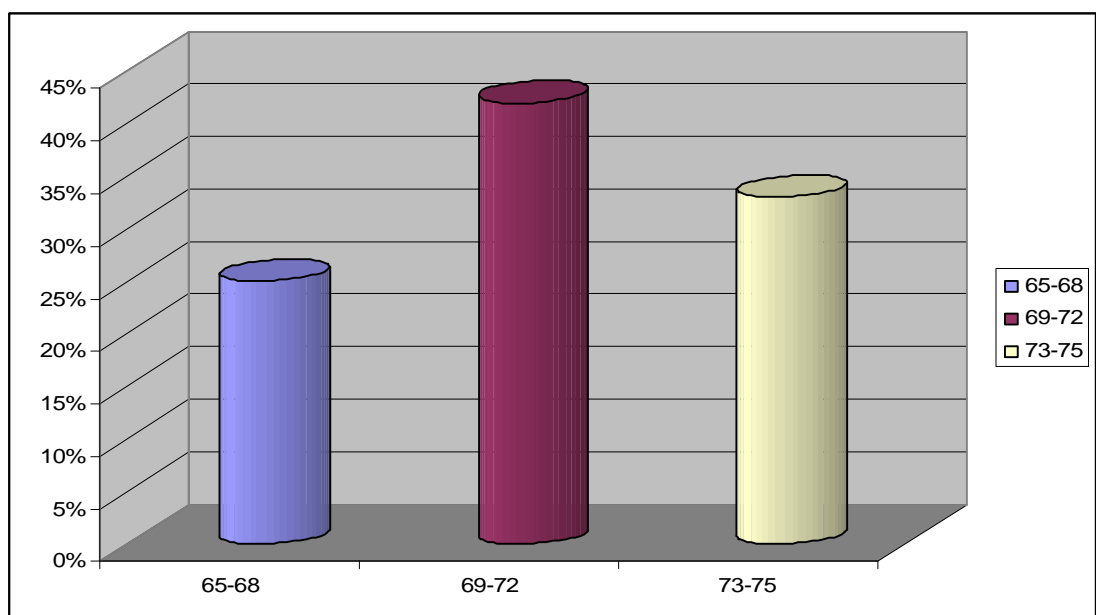


✚ ΑΝΔΡΑΣ: 51%

✚ ΓΥΝΑΙΚΑ: 49%

Το ερωτηματολόγιο απάντησαν 100 άτομα. Τα 51 ήταν άνδρες και τα 49 γυναίκες. Η κατανομή των ποσοστών τους ήταν τυχαία.

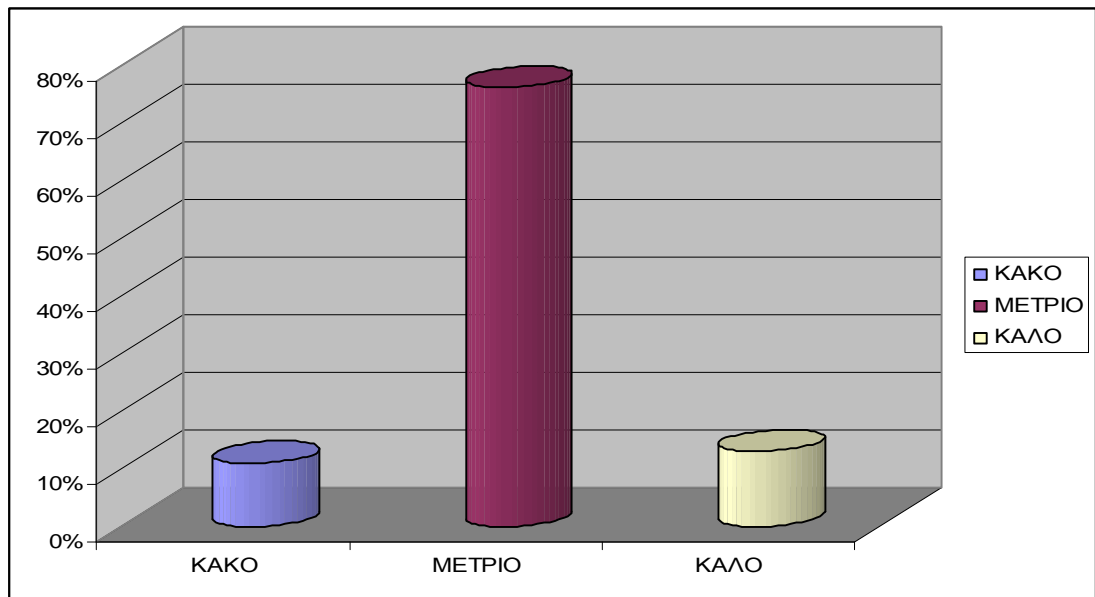
6.1.2 ΠΙΝΑΚΑΣ 2 - ΗΛΙΚΙΑ



- ✚ Από 65 έως 68 ετών: 25%
- ✚ Από 69 έως 72 ετών: 42%
- ✚ Από 73 έως 75 ετών: 33%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ερωτήθηκαν ήταν από 69 έως 72 ετών και ήταν 42 ηλικιωμένα άτομα. Ακολουθούν 33 άτομα, ηλικίας από 73 έως 75 ετών, και τέλος 25 άτομα, ηλικίας από 65 έως 68 ετών.

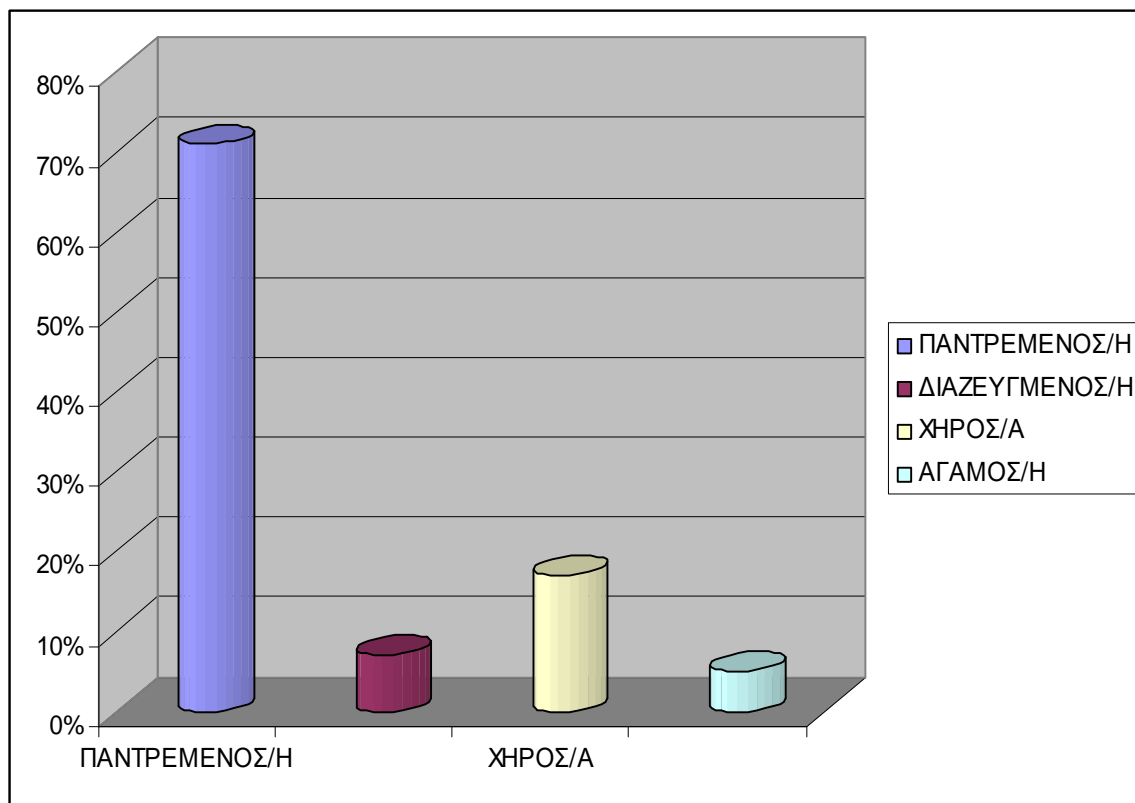
6.1.3 ΠΙΝΑΚΑΣ 3 – ΕΙΣΟΔΗΜΑ



- ✚ ΚΑΚΟ (0-4999 €) : 11%
- ✚ ΜΕΤΡΙΟ (5000- 9999 €) : 76%
- ✚ ΚΑΛΟ (10000 και άνω) : 13%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 76 άτομα, έχει μέτριο ετήσιο εισόδημα, κάτι που είναι αναμενόμενο εφ' όσον οι περισσότεροι συνταξιούχοι στην Ελλάδα λαμβάνουν σύνταξη 600 € μηνιαίως, ενώ 13 άτομα έχουν καλό και 11 άτομα έχουν κακό εισόδημα.

6.1.4 ΠΙΝΑΚΑΣ 4 - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

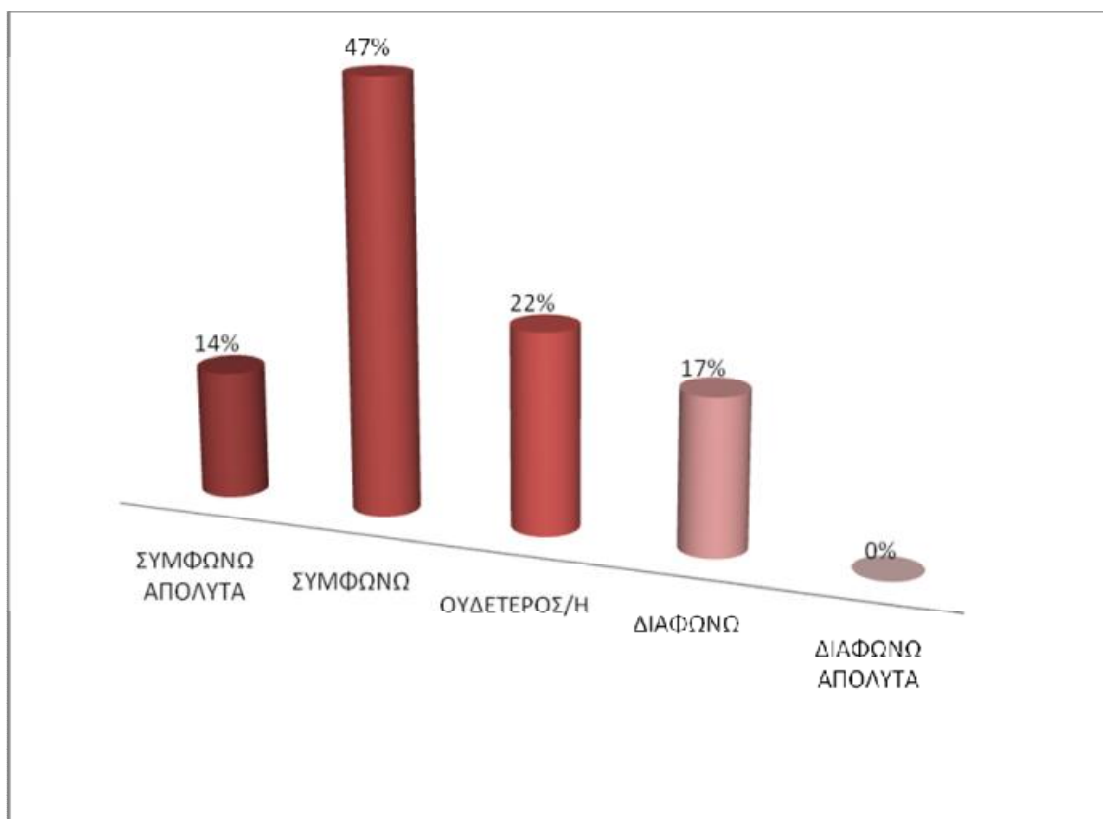


- ✚ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η: 71%
- ✚ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η: 7%
- ✚ ΧΗΡΟΣ/Α: 17%
- ✚ ΑΓΑΜΟΣ/Η: 5%

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι, 71 άτομα, κάτι που είναι αναμενόμενο, αν λάβουμε υπ' όψιν ότι τα διαζύγια την συγκεκριμένη εποχή ήταν ελάχιστα, ενώ σε πολύ μικρότερα ποσοστά, 7, 17 και 5, είναι οι διαζευγμένοι, οι χήροι και οι άγαμοι αντίστοιχα.

6.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

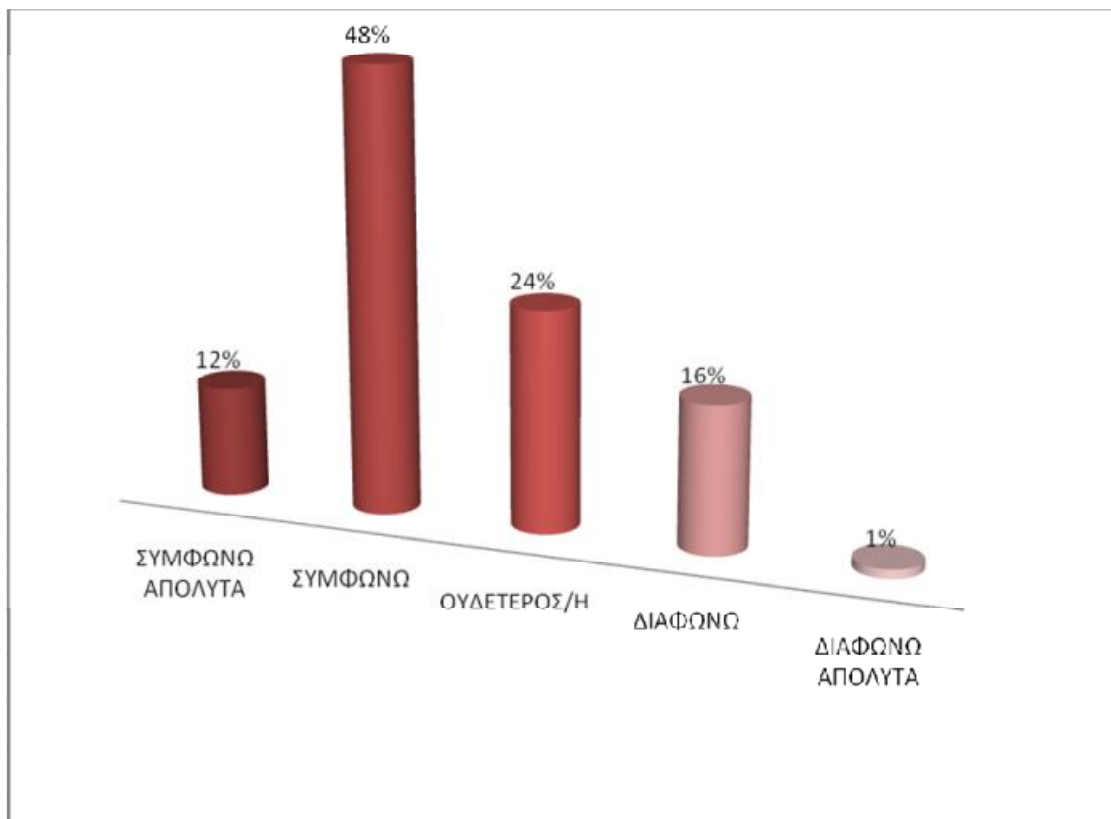
6.2.1 ΠΙΝΑΚΑΣ 5 (Ερώτηση 9): Δεν ασχολούμαι με αρκετές από τις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. που είμαι εγγεγραμμένος.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 61 άτομα, δεν ασχολείται με τις δραστηριότητες του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας που είναι εγγεγραμμένοι, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 22%, είναι ουδέτεροι και ένα ακόμα μικρότερο, 17 ηλικιωμένοι, ασχολούνται.

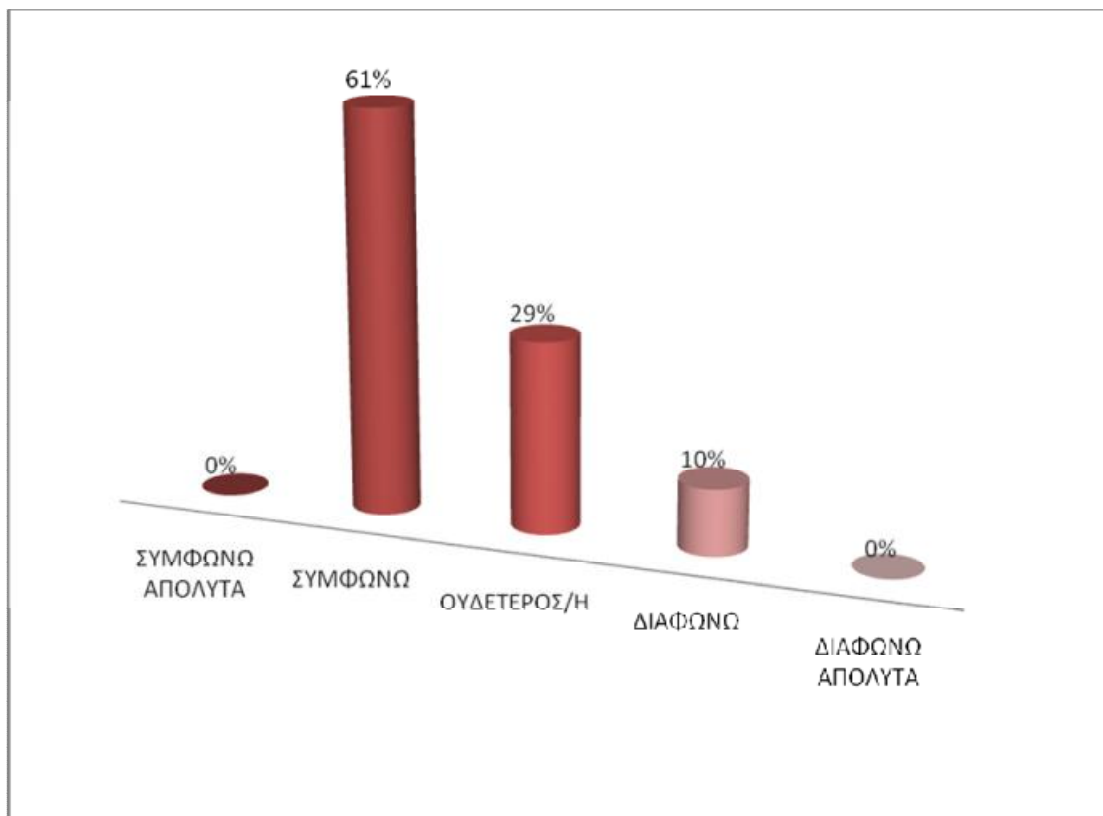
6.2.2 ΠΙΝΑΚΑΣ 6 (Ερώτηση 10): Νιώθω ότι δεν έχω ενδιαφέροντα.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι τα περισσότερα άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, σε ποσοστό 60%, πιστεύουν ότι δεν έχουν ενδιαφέροντα, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 24% είναι ουδέτεροι, αφήνοντας για το τέλος 17 άτομα που δεν συμφωνούν με την παραπάνω πρόταση.

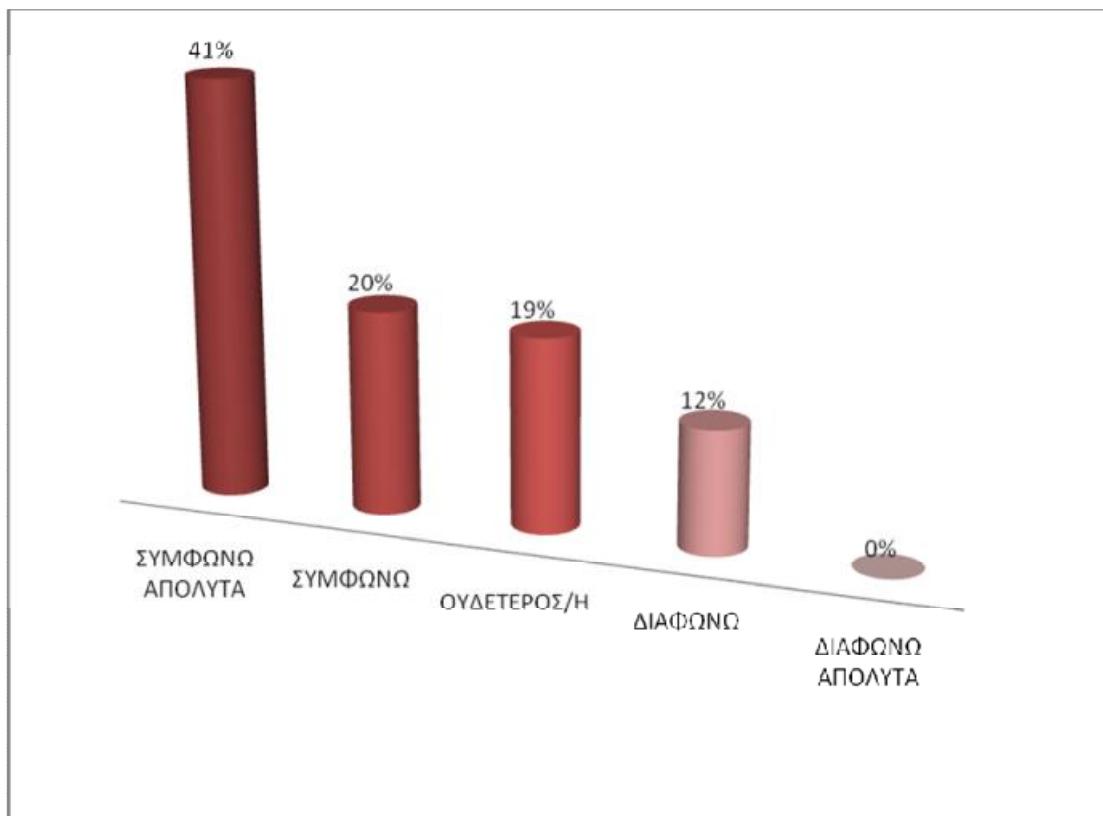
6.2.3 ΠΙΝΑΚΑΣ 7 (Ερώτηση 11): Προτιμώ να μένω σπίτι από το να βγαίνω έξω και να ασχολούμαι με καινούργια πράγματα.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Βάσει του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 61 από τα 100 άτομα, προτιμά να απομονώνεται στον ιδιωτικό του χώρο από το να βγαίνει έξω και να ασχολείται με δραστηριότητες. Σε μικρότερο ποσοστό, 29%, είναι ουδέτεροι οι ερωτώμενοι, ενώ σε πολύ μικρότερο ποσοστό, 10 ηλικιωμένοι, προτιμούν να ασχολούνται με δραστηριότητες εκτός σπιτιού.

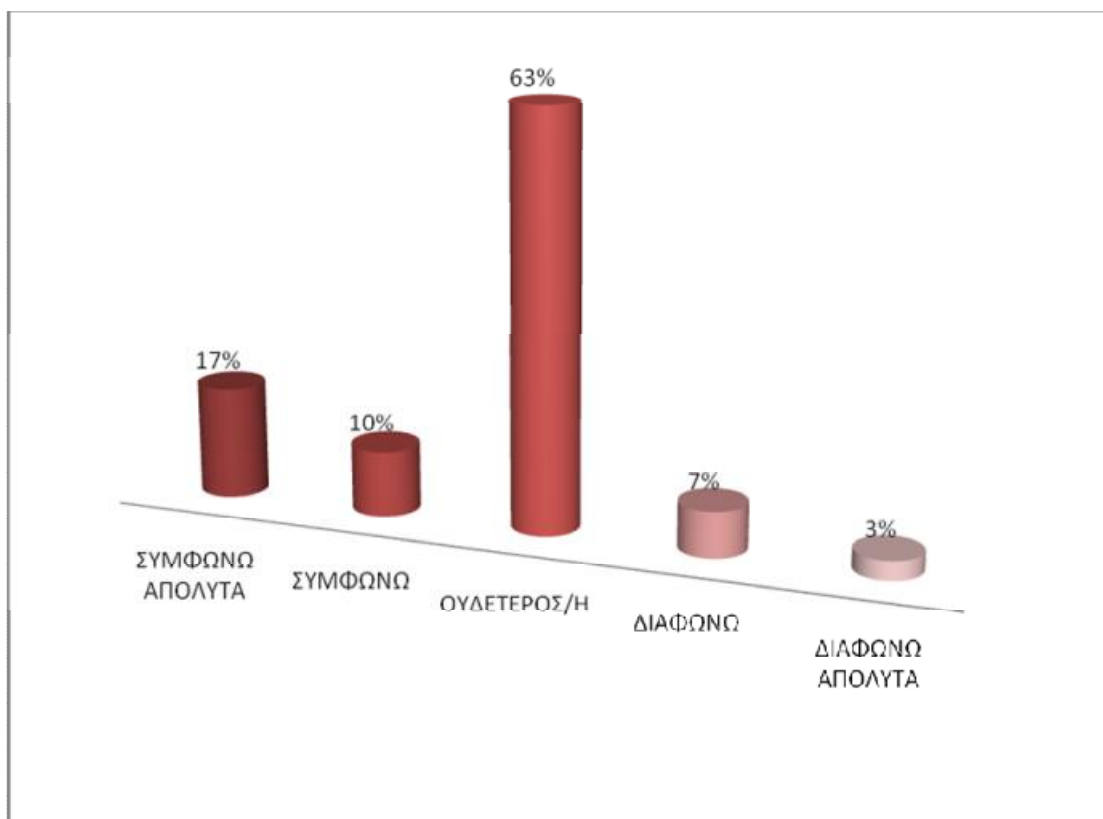
6.2.4 ΠΙΝΑΚΑΣ 8 (Ερώτηση 12): Φοβάμαι συχνά ότι κάτι κακό θα συμβεί σε κάποιον εξαιτίας μου.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 70 από τα 100 άτομα που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, έχουν αίσθημα φόβου σχετικά με το ότι η συμπεριφορά ή οι πράξεις τους μπορεί να γίνουν αιτία για να συμβεί κάποιου είδους κακό σε κάποιον άλλο άνθρωπο, ενώ τα άτομα που δεν το πιστεύουν αυτό είναι μόνο 12. Το ποσοστό του 18% είναι ουδέτεροι.

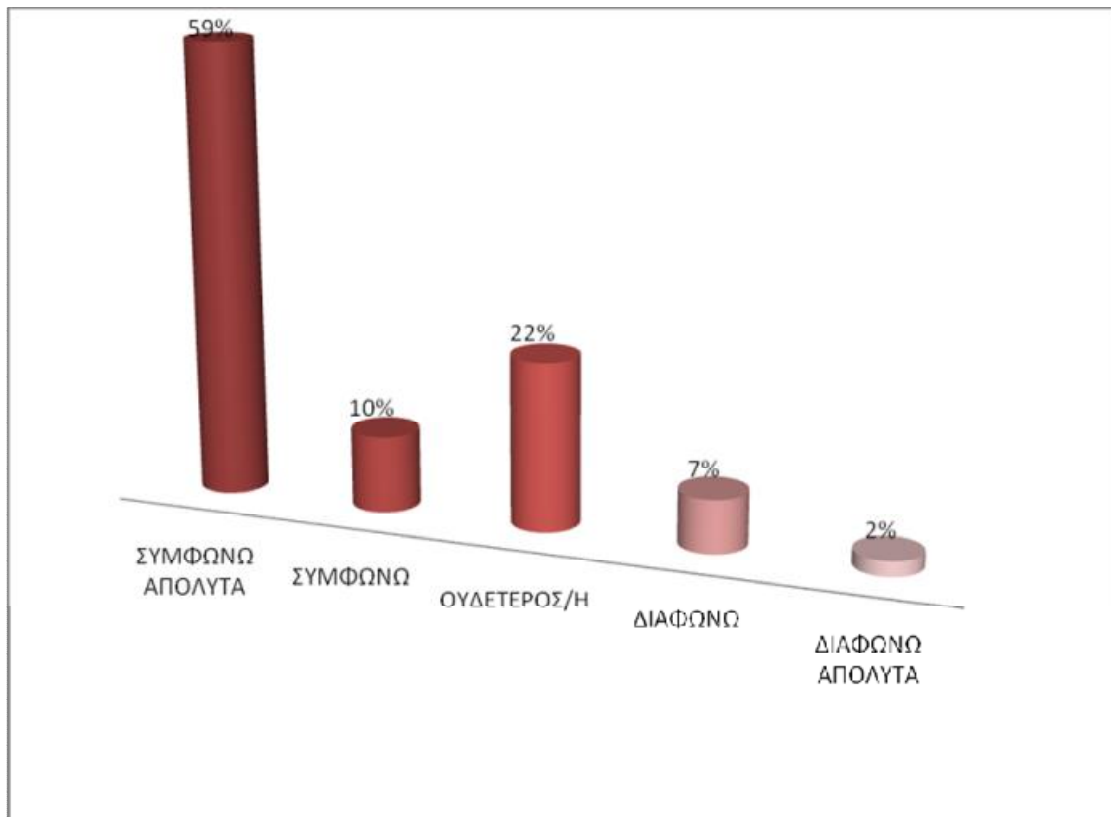
6.2.5 ΠΙΝΑΚΑΣ 9 (Ερώτηση 13): Δεν θέλω να συναναστρέφομαι με άλλους ανθρώπους.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι ουδέτεροι είναι οι περισσότεροι, κάτι πολύ ενθαρρυντικό για την παρούσα έρευνα, σε ποσοστό 63%. Τα άτομα τα οποία δεν θέλουν να συναναστρέφονται άλλους ανθρώπους είναι 27 από τα 100 που ερωτήθηκαν, ενώ τα άτομα που θέλουν να έχουν επαφή με άλλα άτομα είναι 10.

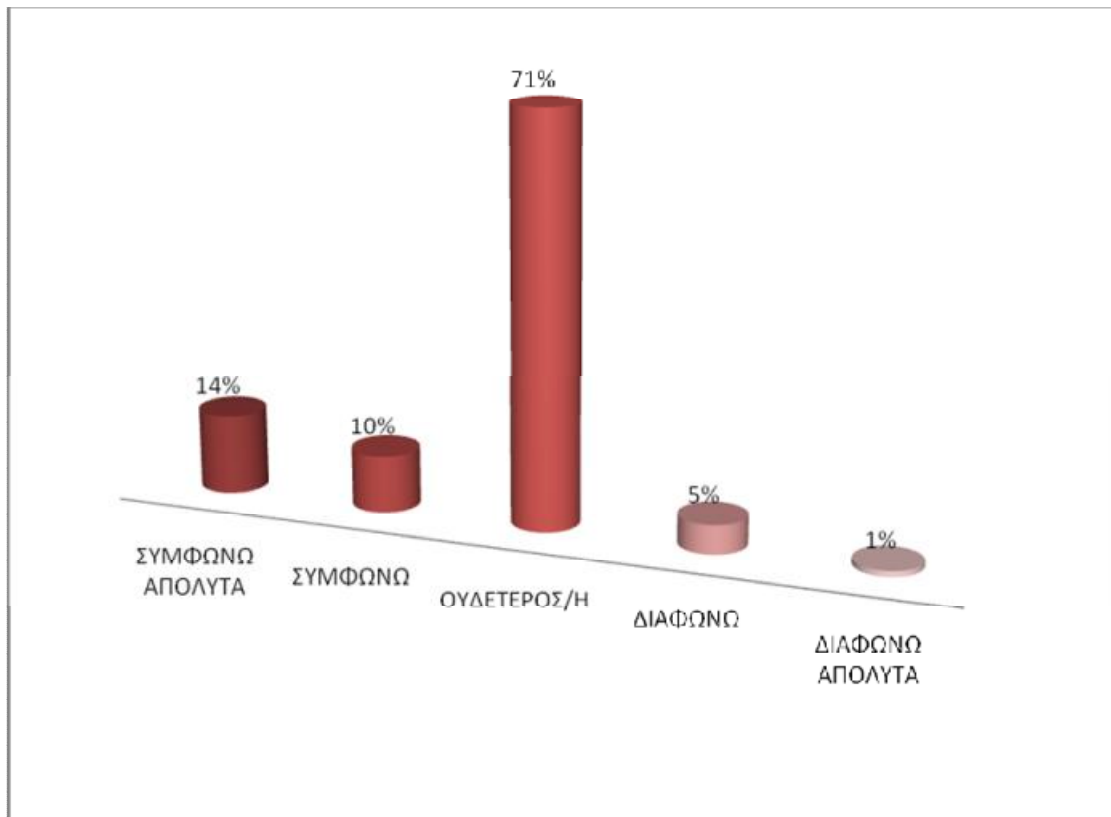
6.2.6 ΠΙΝΑΚΑΣ 10 (Ερώτηση 14): Αισθάνομαι ότι όλοι γύρω μου βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από εμένα.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 68 άτομα, αισθάνεται ότι όλοι οι άνθρωποι γύρω τους βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από τους ίδιους, 22 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 9 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

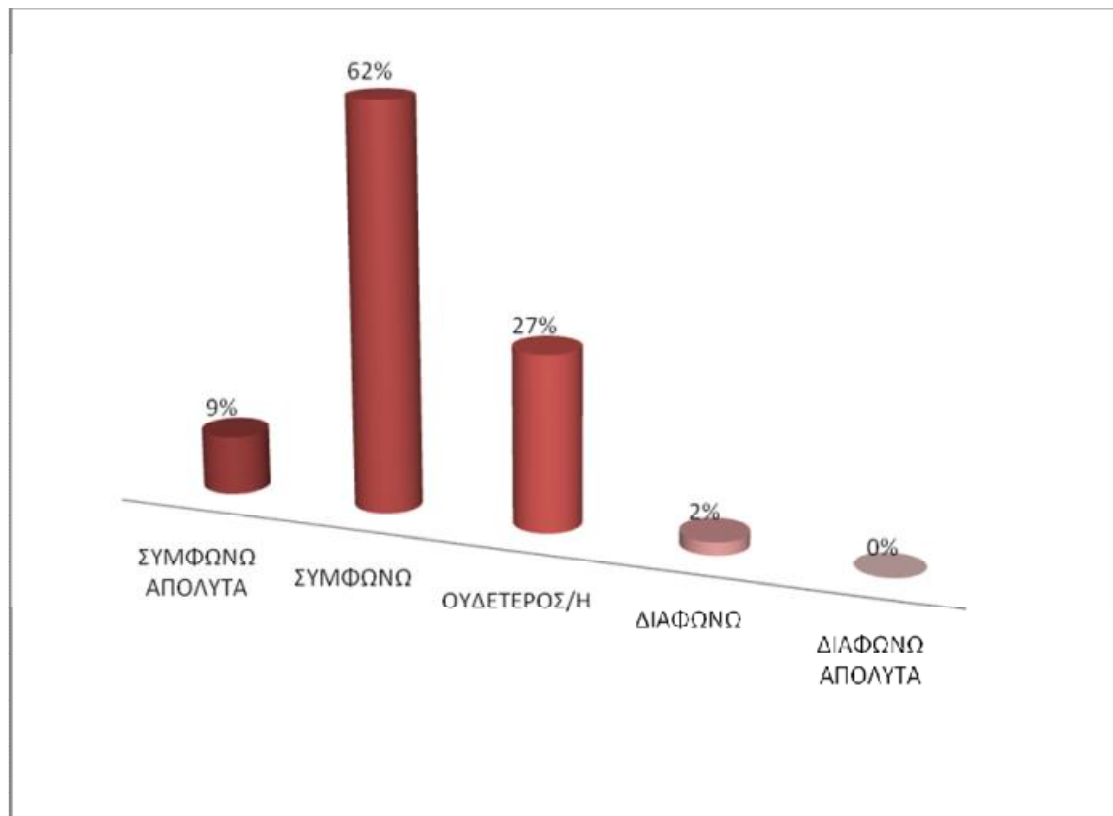
6.2.7 ΠΙΝΑΚΑΣ 11 (Ερώτηση 15): Αισθάνομαι ότι τους έχω απογοητεύσει όλους.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 71 άτομα, είναι ουδέτερα, 24 άτομα αισθάνονται ότι έχουν απογοητεύσει πλήρως το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους και μόλις 5 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

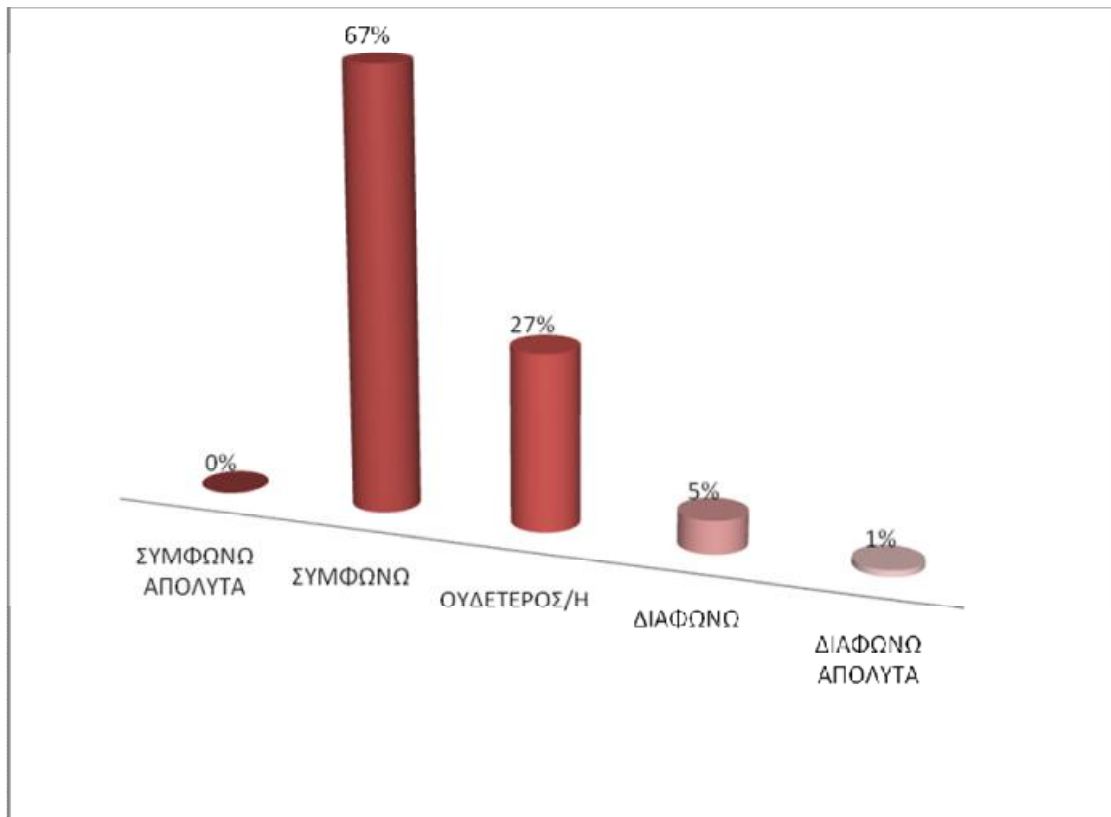
6.2.8 ΠΙΝΑΚΑΣ 12 (Ερώτηση 16): Νιώθω ενοχές συχνά.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 71 άτομα, νιώθουν συνέχεια ενοχές σε σχέση με την συμπεριφορά τους και για το ότι έχουν την συγκεκριμένη διαταραχή, 27 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 2 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

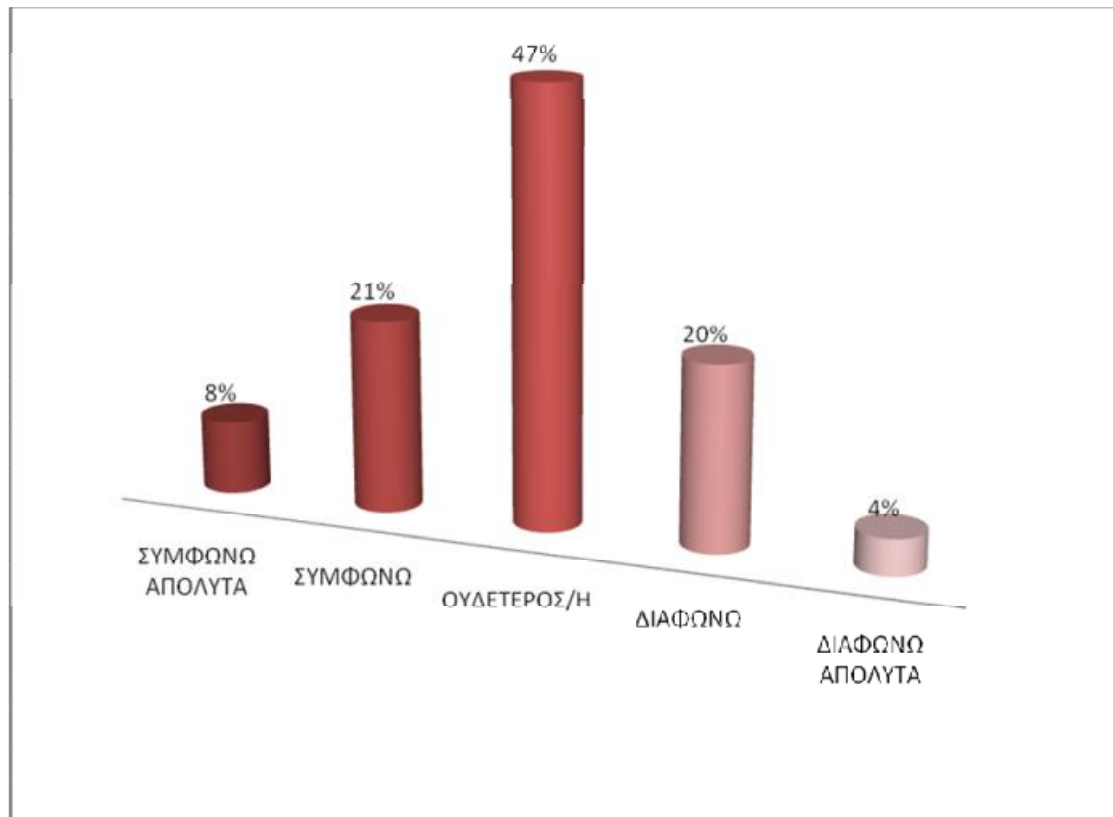
6.2.9 ΠΙΝΑΚΑΣ 13 (Ερώτηση 17): Πιστεύω ότι δεν αξίζω την αγάπη κανενός.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 67 άτομα, αισθάνεται ότι δεν αξίζουν να δεχθούν αγάπη από κανένα συνάνθρωπό τους, 27 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 6 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

6.2.10 ΠΙΝΑΚΑΣ 14 (Ερώτηση 18): Νιώθω ότι αν φύγω θα είναι καλύτερα για όλους.

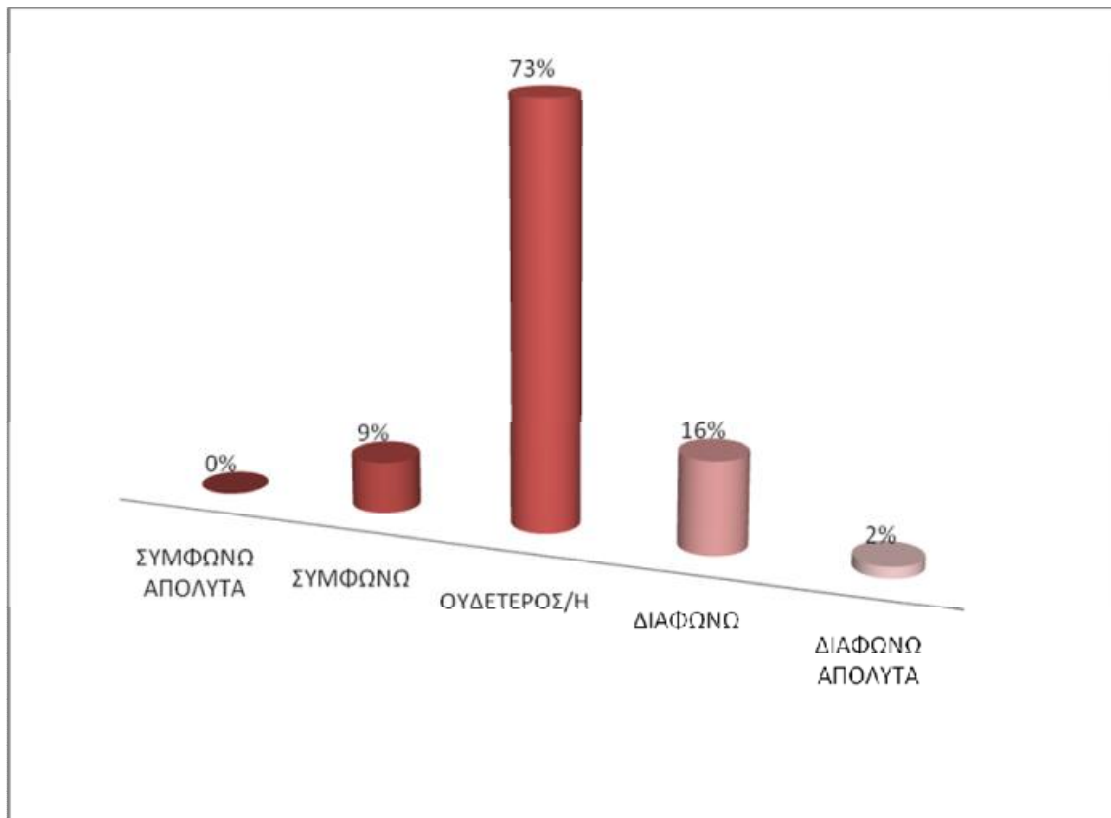


ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 47 άτομα, είναι ουδέτερα, 29 άτομα νιώθουν ότι αν φύγουν θα είναι η καλύτερη λύση για όλους και 24 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

6.3 ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

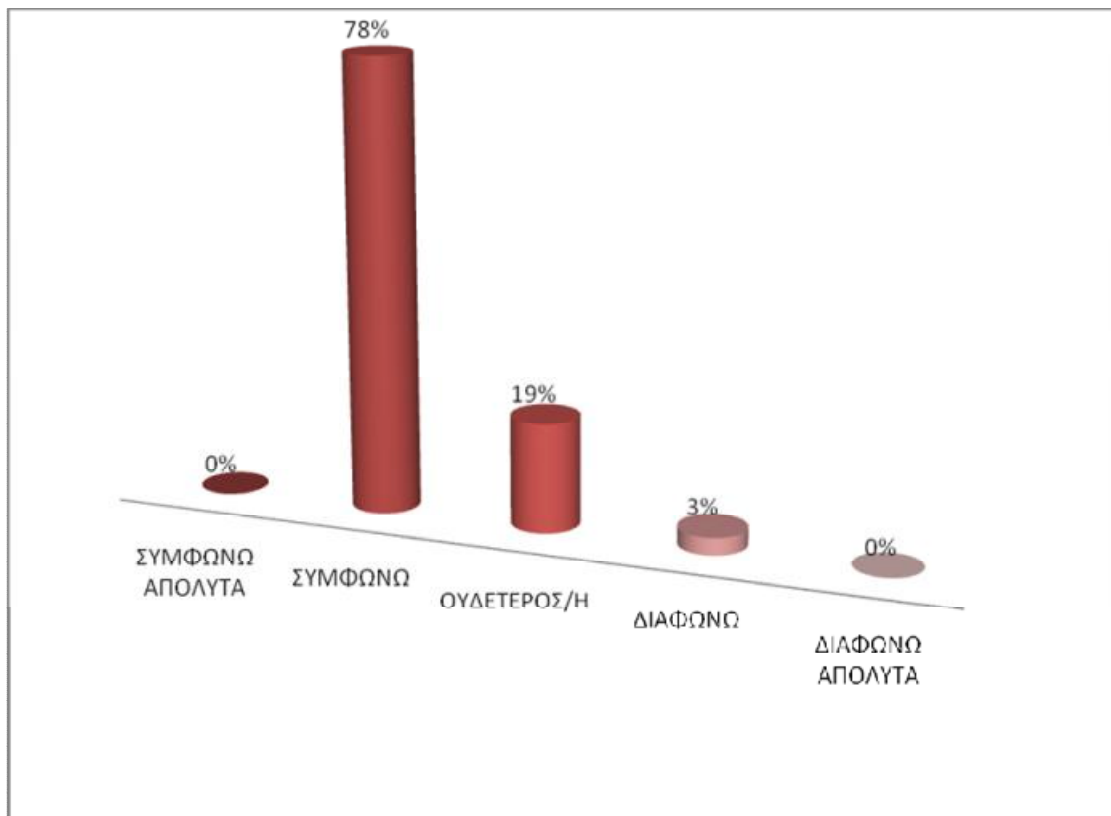
6.3.1 ΠΙΝΑΚΑΣ 15 (Ερώτηση 20): Είμαι ικανοποιημένος/η από την ζωή μου.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 73 άτομα, είναι ουδέτερα, 9 άτομα είναι ικανοποιημένα από την ποιότητα της ζωής τους και 18 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

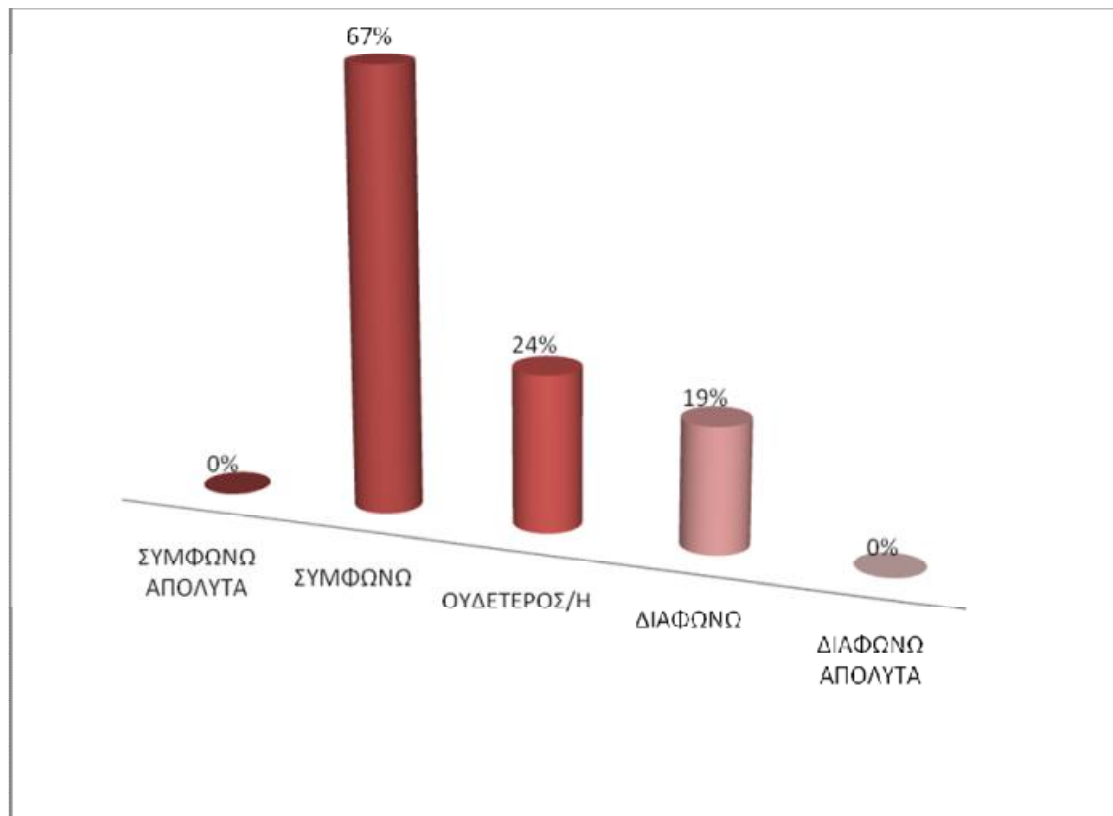
6.3.2 ΠΙΝΑΚΑΣ 16 (Ερώτηση 21): Νιώθω συχνά αβοήθητος/η.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 78 άτομα, αισθάνεται ότι είναι αβοήθητοι, 19 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 3 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

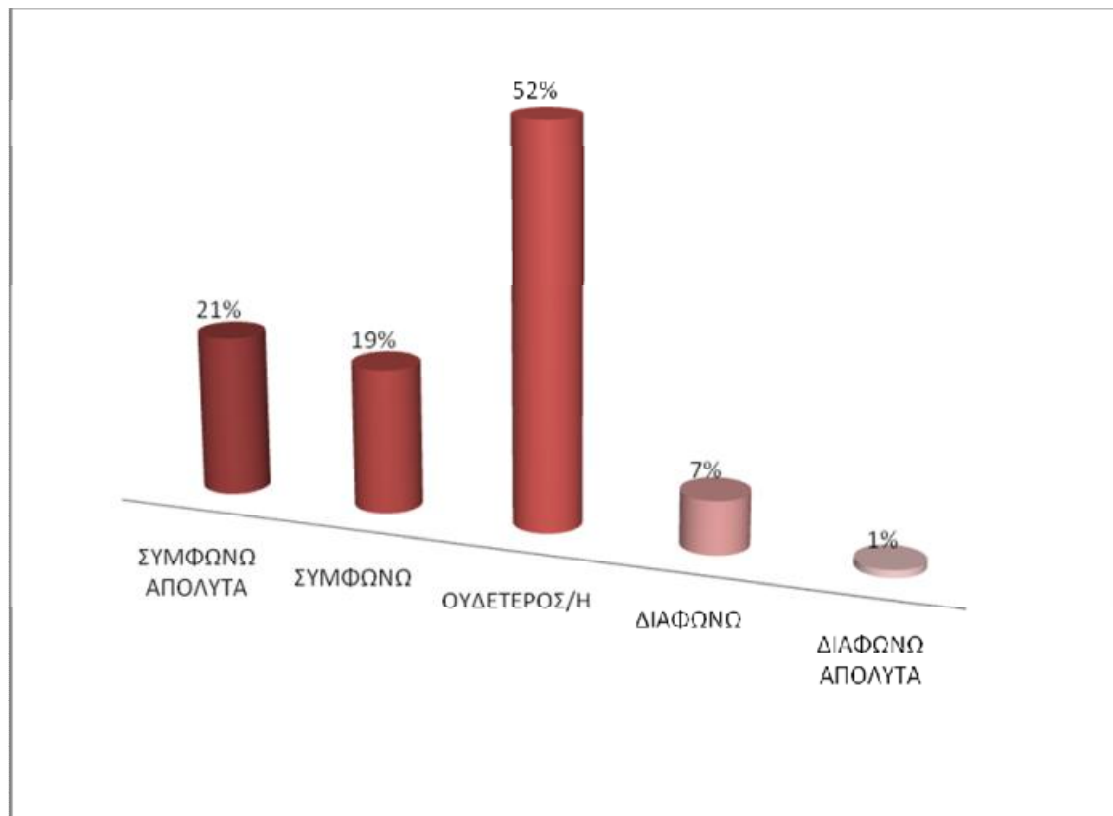
6.3.3 ΠΙΝΑΚΑΣ 17 (Ερώτηση 22): Βαριέμαι συχνά.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 67 άτομα, αισθάνεται ότι πέφτουν συχνά σε αδράνεια και βαριούνται, 24 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 19 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

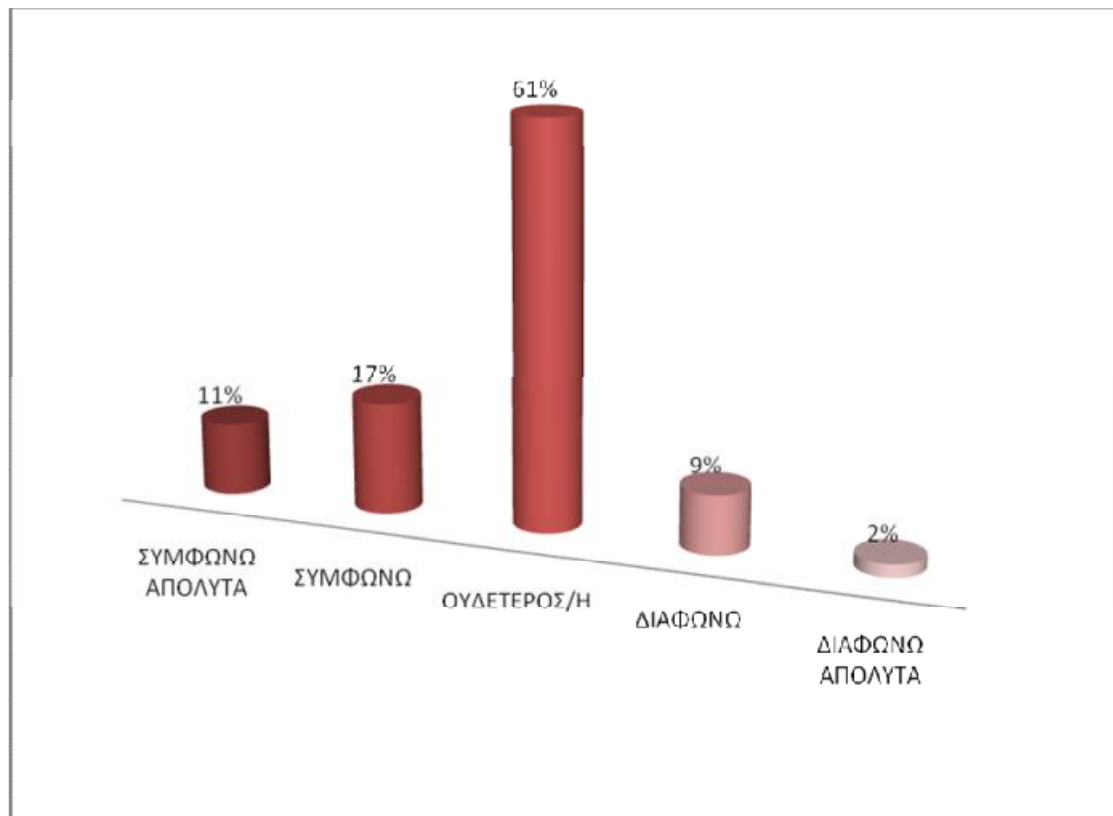
6.3.4 ΠΙΝΑΚΑΣ 18 (Ερώτηση 23): Κλαίω συχνά.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 52 άτομα, είναι ουδέτερα, 40 άτομα κλαίει συχνά για ασήμαντους αντικειμενικά λόγους και μόλις 8 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

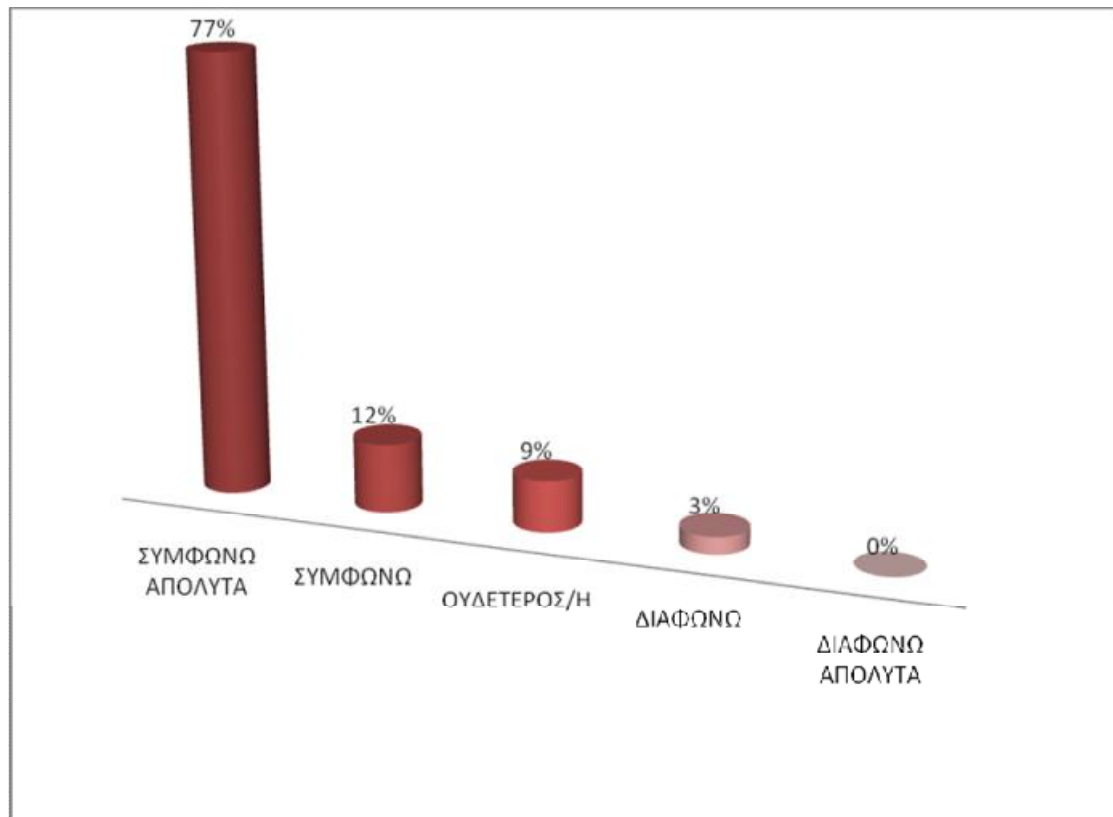
6.3.5 ΠΙΝΑΚΑΣ 19 (Ερώτηση 24): Νιώθω ότι η ζωή μου είναι άδεια.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 61 άτομα, είναι ουδέτερα, 28 άτομα αισθάνονται ότι η ζωή τους είναι άδεια και μόλις 2 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

6.3.6 ΠΙΝΑΚΑΣ 20 (Ερώτηση 25): Πιστεύω ότι η κατάστασή μου δεν θα βελτιωθεί.

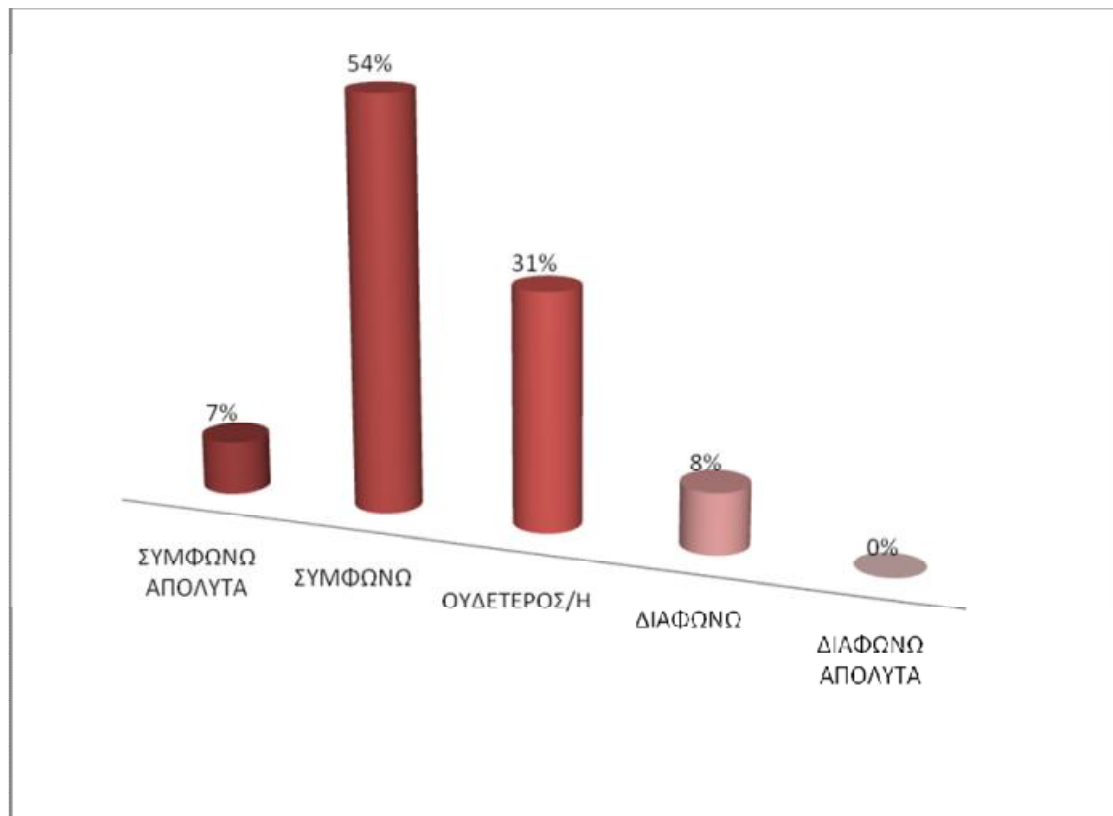


ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 89 άτομα, αισθάνεται ότι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται αυτή την στιγμή δεν θα βελτιωθεί ποτέ, 9 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 3 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

\

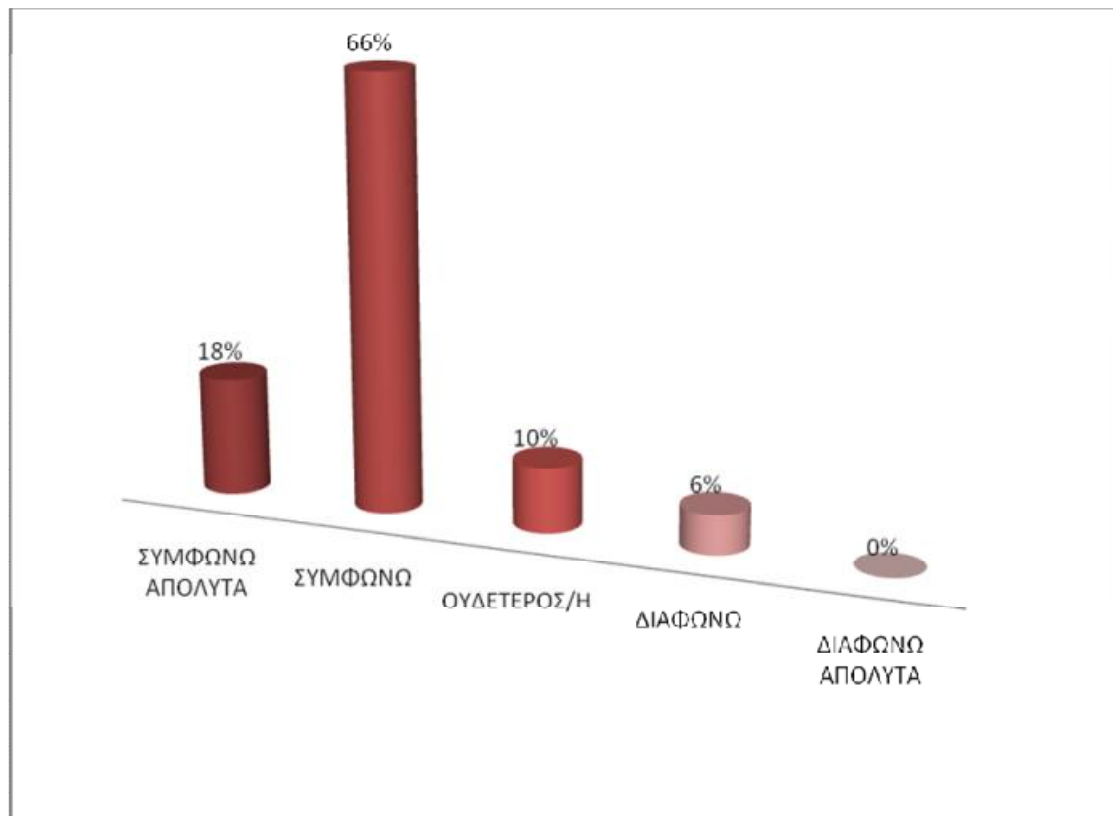
6.3.7 ΠΙΝΑΚΑΣ 21 (Ερώτηση 26): Νιώθω δυστυχισμένος/η.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 61 άτομα, αισθάνονται δυστυχισμένοι, 31 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 8 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

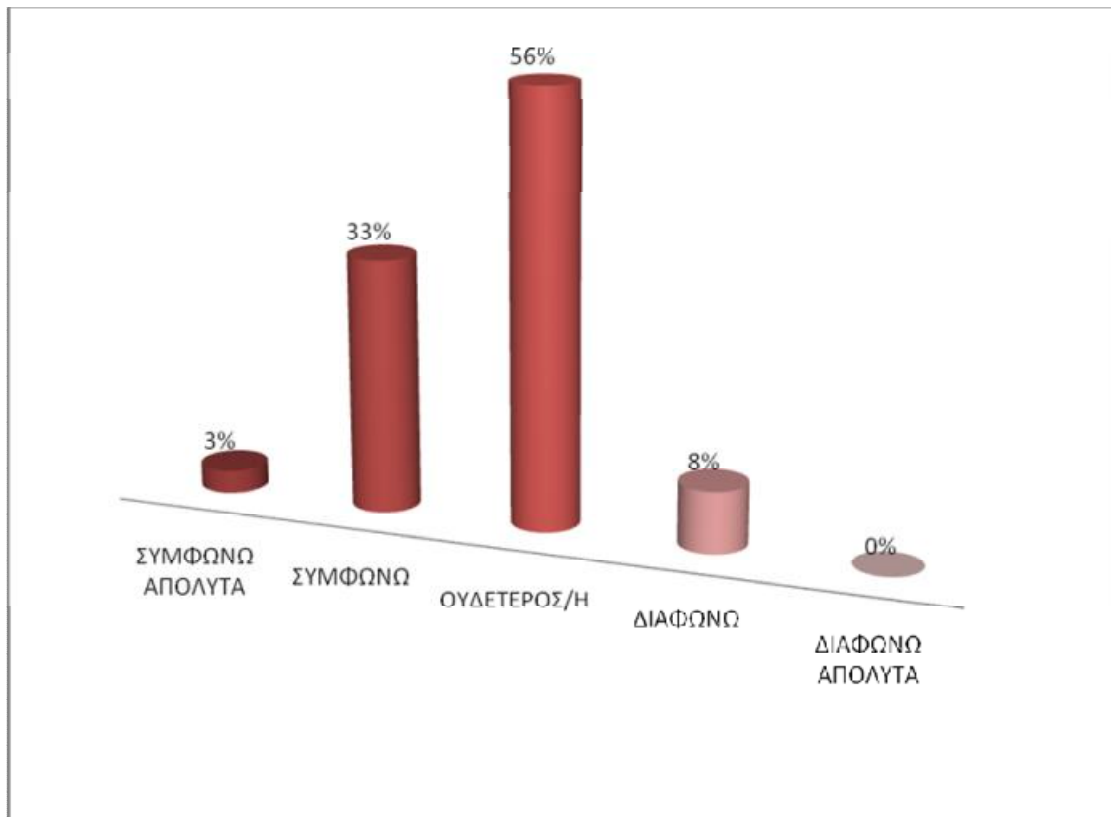
6.3.8 ΠΙΝΑΚΑΣ 22 (Ερώτηση 27): Νιώθω « άχρηστος/η» συνέχεια.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 84 άτομα, αισθάνεται ότι είναι άχρηστος/ η, 10 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 6 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

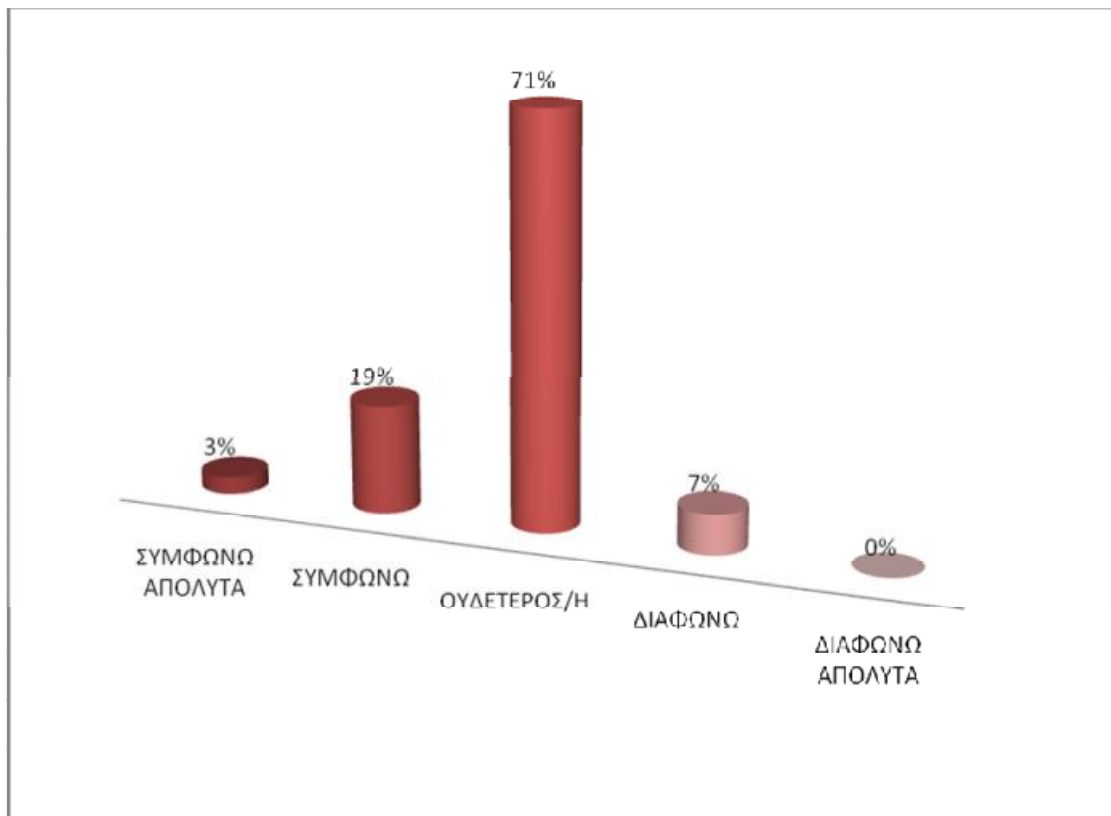
6.3.9 ΠΙΝΑΚΑΣ 23 (Ερώτηση 28): Δεν έχω κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 56 άτομα, είναι ουδέτερα, 36 άτομα έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για να ζήσουν και μόλις 8 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

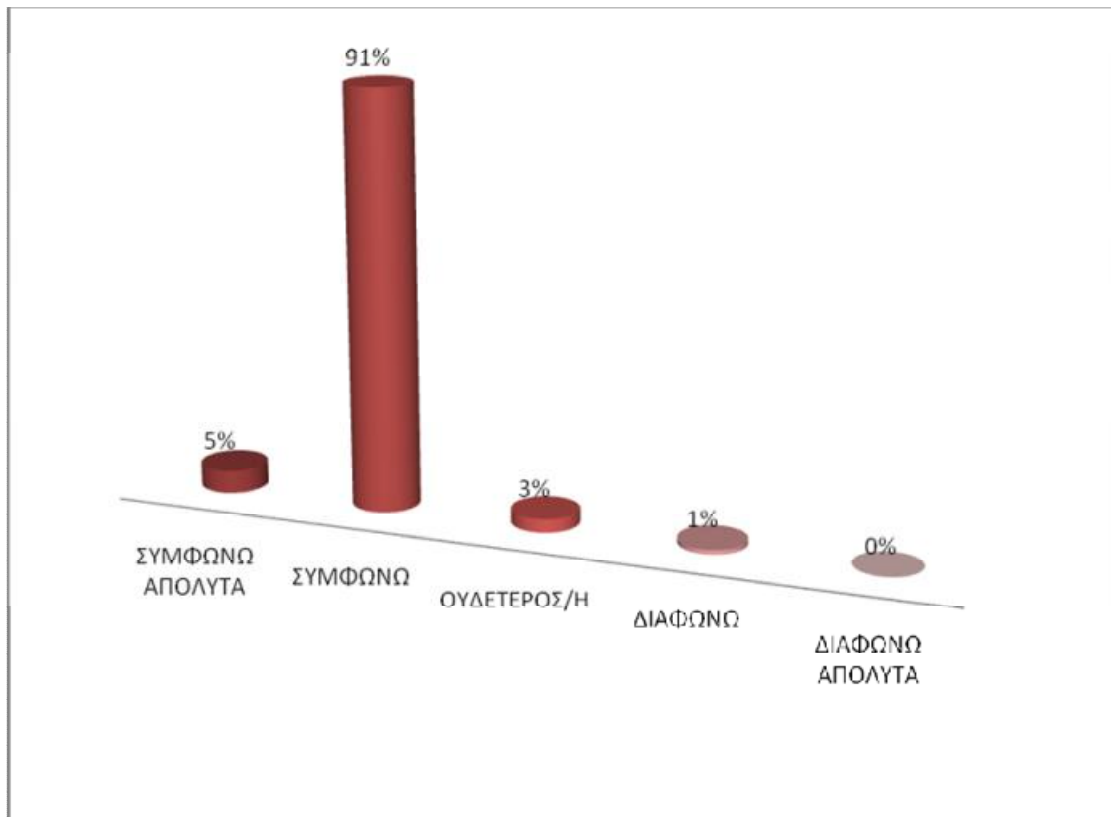
6.3.10 ΠΙΝΑΚΑΣ 24 (Ερώτηση 29): Δεν είμαι ικανός/η για τίποτα σωστό.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 71 άτομα, είναι ουδέτερα, 22 άτομα θεωρούν τους εαυτούς τους ανίκανους να κάνουν οτιδήποτε σωστό και μόλις 7 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

6.3.11 ΠΙΝΑΚΑΣ 25 (Ερώτηση 30): Νιώθω μόνος/η.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΙΝΑΚΑ

Μέσω του πίνακα διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 96 άτομα, αισθάνονται μόνι και εγκαταλελειμμένοι από τους ανθρώπους, 3 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 1 άτομο διαφωνούν με την συγκεκριμένη καταφατική πρόταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII
ΣΥΖΗΤΗΣΗ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής πρότασης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων της Κατάθλιψης σε άτομα Τρίτης Ηλικίας.

Οι ερωτώμενοι ήταν 100 άτομα που πληρούν τα εξής κριτήρια:

- a) είναι ηλικίας 65 έως 75 ετών.
- b) έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη.
- c) Δεν έχουν διαγνωστεί με οποιοδήποτε άλλο είδος σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας.
- d) είναι εγγεγραμμένοι στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου Πατρών.

Από τα 100 άτομα που ερωτήθηκαν, τα 51 ήταν άνδρες και τα 49 γυναίκες. Από αυτούς, 25 άτομα ήταν ηλικίας 65 έως 68 ετών, 42 άτομα ηλικίας 69 έως 72 ετών και 33 άτομα ηλικίας 73 έως 75 ετών.

Το ετήσιο εισόδημα των ερωτώμενων κυμαίνεται, σε ποσοστό 76%, στις 5.000 € έως 9.999 € 11 ερωτώμενοι λαμβάνουν, ως ετήσιο εισόδημα λιγότερα των 5.000 € και 13 άτομα περισσότερα των 10.000 € Τελειώνοντας με τα δημογραφικά στοιχεία, οι παντρεμένοι ερωτώμενοι ήταν 71 άτομα, οι διαζευγμένοι 7, οι χήροι/ες 17 και οι άγαμοι 5.

Ξεκινώντας με τα ερωτήματα που διερευνούσαν τις κοινωνικής φύσεως επιπτώσεις της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι από τα 100 άτομα που ερωτήθηκαν, τα 14 δεν ασχολούνται καθόλου με τις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι, 47 άτομα ασχολούνται λίγο, 22 άτομα είναι ουδέτερα και 17 άτομα ασχολούνται αρκετά. Άτομα που να ασχολούνται πολύ δεν ευρέθησαν. Από τους ερωτηθέντες, 60 άτομα πιστεύουν ότι δεν έχουν ενδιαφέροντα, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 24% είναι ουδέτεροι, αφήνοντας για το τέλος 17 άτομα που θεωρούν ότι έχουν ενδιαφέροντα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 61 από τα 100 άτομα, προτιμά να απομονώνεται στον ιδιωτικό του χώρο από το να βγαίνει έξω και να ασχολείται με δραστηριότητες. Σε μικρότερο ποσοστό, 29%, είναι ουδέτεροι οι ερωτώμενοι, ενώ σε πολύ μικρότερο ποσοστό, 10 ηλικιωμένοι, προτιμούν να ασχολούνται με δραστηριότητες εκτός

σπιτιού. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες, 70 από τα 100 άτομα που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, έχουν αίσθημα φόβου σχετικά με το ότι η συμπεριφορά ή οι πράξεις τους μπορεί να γίνουν αιτία για να συμβεί κάποιου είδους κακό σε κάποιον άλλο άνθρωπο, ενώ τα άτομα που δεν το πιστεύουν αυτό είναι μόνο 12. Το ποσοστό του 18% είναι ουδέτεροι. Τα άτομα τα οποία δεν θέλουν να συναναστρέφονται άλλους ανθρώπους είναι 27 από τα 100 που ερωτήθηκαν, ενώ τα άτομα που θέλουν να έχουν επαφή με άλλα άτομα είναι 10. Οι ουδέτεροι είναι οι περισσότεροι, κάτι πολύ ενθαρρυντικό για την παρούσα έρευνα, σε ποσοστό 63%.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, τα ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη αποφεύγουν να συναναστρέφονται άλλους ανθρώπους, έχουν αίσθημα φόβου ότι θα προκαλέσουν κακό και προτιμούν να μην συμμετέχουν στις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. που είναι εγγεγραμμένοι. Είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων με κατάθλιψη έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για τις κοινωνικές δραστηριότητες και τις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους, με αποτέλεσμα να αυτοπεριθωριοποιούνται, κάτι που επιβεβαιώνει την αρχική μας υπόθεση για τις κοινωνικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας. Αυτό αναφέρει και ο Μάνος, 1997, επισημαίνοντας ότι η κατάθλιψη είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν, όχι μόνο απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κ.α. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα και την διάθεση να εκτελέσει ακόμα και συνηθισμένες ασχολίες.

Παρ' όλα αυτά, δεν πρέπει, ως ερευνήτριες να παραβλέψουμε το γεγονός ότι πολλές φορές κοινωνικές ομάδες, όπως τα άτομα Τρίτης Ηλικίας, περιθωριοποιούνται, όχι μόνο λόγω εσωτερικών διεργασιών και απόρροια της νόσου, αλλά και από την προκατάληψη και αρνητική διάθεση της κοινωνίας απέναντί τους, που έχει ως συνέπεια τον κοινωνικό αποκλεισμό τους, όπως άλλωστε, αναφέρει και η Χανιώτη, 1998, επισημαίνοντας την συμπεριφορά της κοινωνίας στα ηλικιωμένα άτομα

με κατάθλιψη ως αποτελούμενη από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις που έχουν ως αντίκρισμα την απομόνωση των ηλικιωμένων, απλά για να αποφύγουν τα σχόλια, κάτι που, όμως, δεν ερευνήθηκε στην παρούσα ερευνητική πρόταση.

Όσον αφορά τα ερωτήματα που διερευνούσαν την αντίληψη των ηλικιωμένων με κατάθλιψη ως προς το κοινωνικό και συγγενικό περιβάλλον τους, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φανερώνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες, 68 άτομα, αισθάνονται ότι όλοι οι άνθρωποι γύρω τους βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από τους ίδιους, 22 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 9 άτομα διαφωνούν με την συγκεκριμένη άποψη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 71 άτομα, είναι ουδέτερα, 24 άτομα αισθάνονται ότι έχουν απογοητεύσει πλήρως το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον τους και μόλις 5 άτομα δεν πιστεύουν ότι έχουν απογοητεύσει σε κάποιο βαθμό τους οικείους τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 78 άτομα, αισθάνεται ότι είναι αβοήθητοι, 19 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 3 άτομα πιστεύουν ότι λαμβάνουν οποιοδήποτε είδους βοήθεια χρειάζονται. Τα περισσότερα άτομα, 67 ηλικιωμένοι, αισθάνονται ότι δεν αξίζουν να δεχθούν αγάπη από κανένα συνάνθρωπό τους, 27 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 6 άτομα πιστεύουν το αντίθετο.

Βάσει αυτών των απαντήσεων φαίνεται ότι οι ερωτώμενοι, αντιλαμβάνονται και νιώθουν ότι δεν έχουν κατανόηση από κανέναν, διότι πιστεύουν ότι δεν το αξίζουν και νιώθουν ότι έχουν απογοητεύσει το περιβάλλον τους. Επειδή στην παρούσα έρευνα δεν διερευνήθηκε η σχέση των ηλικιωμένων με το στενό οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, δεν μπορούμε με βεβαιότητα να υποστηριχθεί αν η αίσθηση τους αντικατοπτρίζεται από τον τρόπο που οι ίδιοι αντιλαμβάνονται ή αισθάνονται τις σχέσεις αυτές ή αν πραγματικά αντιμετωπίζονται από το περιβάλλον τους με τρόπο μη υποστηρικτικό.

Σχετικά με τις ερωτήσεις που διερευνούσαν τις αυτοκτονικές τάσεις και σκέψεις των ηλικιωμένων με κατάθλιψη, από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι από τους 100 ερωτηθέντες, 29 άτομα νιώθουν ότι αν φύγουν θα είναι η καλύτερη λύση για όλους, ενώ 24 άτομα διαφωνούν με την

συγκεκριμένη άποψη και 47 άτομα, είναι ουδέτερα. Από τους ερωτώμενους, 36 άτομα έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για να ζήσουν και μόλις 8 άτομα δεν συμφωνούν με αυτή την άποψη, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 56 άτομα, είναι ουδέτερα.

Στην παρούσα έρευνα δεν φάνηκε οι ερωτώμενοι να διακατέχονται από αυτοκτονικούς ιδεασμούς, που κάποιες φορές είναι απόρροια της διαταραχής, και ήταν, κυρίως, ουδέτεροι στην σκέψη να κάνουν κακό στους εαυτούς τους.

Η διερεύνηση των ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα έγινε με ερωτήσεις που αφορούσαν τα αισθήματα του κάθε ηλικιωμένου για την κατάσταση της ζωής του, την πίστη στις ικανότητες και δεξιότητές του κ.α.

Συγκεκριμένα, τα περισσότερα άτομα που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, 71 άτομα, νιώθουν συνέχεια ενοχές, οι οποίες προκαλούνται ενδεχομένως από την αντίληψη που έχουν για την αυτοεικόνα τους, 27 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 2 άτομα δεν νιώθουν έτσι. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 89 άτομα, αισθάνεται ότι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται αυτή την στιγμή δεν θα βελτιωθεί ποτέ, 9 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 3 άτομα βλέπουν το μέλλον με αισιοδοξία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 84 άτομα, αισθάνεται ότι είναι άχρηστος/ η, 10 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 6 άτομα δεν ενισχύουν την συγκεκριμένη άποψη. Από τους ερωτηθέντες, 22 άτομα θεωρούν τους εαυτούς τους ανίκανους να κάνουν οτιδήποτε σωστό, 71 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 7 άτομα πιστεύουν ότι έχουν ικανότητες.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, η πλειοψηφία των ερωτώμενων διακατέχεται από έντονο αίσθημα αναξιοτήτας, ανεπάρκειας και δεν νιώθουν ικανοί να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές υποχρεώσεις τους. Επίσης, έχουν αισθήματα ματαιώσης και χαμηλής αυτοεκτίμησης, κάτι που επιβεβαιώνει και την θεωρητική υπόθεση της παρούσας ερευνητικής πρότασης, για τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στα άτομα Τρίτης Ηλικίας. Αυτή την άποψη ενισχύουν οι Πατζιαράς, 2007, και Μάνος,

1997, λέγοντας ότι οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή προηγούμενες αποτυχίες ή και λάθη τωρινά ή του παρελθόντος. Στα συγκεκριμένα άτομα, όμως, ο βαθμός αυτοκατηγορίας είναι υπερβολικός, σε σημείο να αποδίδουν στους εαυτούς τους περισσότερη ευθύνη απ' αυτή που τους αναλογεί. Επίσης, το αίσθημα αναξιοσύνης, το οποίο παρουσιάζουν οι περισσότεροι καταθλιπτικοί, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας έως έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής τους αξίας. Η αντίληψη που κρατά το άτομο για τον κόσμο κατέχεται από εξαιρετικά απαισιόδοξα σενάρια. Δεν υπάρχουν προσδοκίες ότι τα πράγματα μπορεί να βελτιωθούν και το δυσκολότερο από όλα είναι ότι το άτομο αισθάνεται υπεύθυνο για αυτό. Μέσα σε αυτή την απαισιόδοξη αντίληψη το άτομο υπο-εκτιμά τις δυνατότητες και δεξιότητες του. Με αυτό τον τρόπο επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση, καθώς τα άτομα αυτά είναι ανίκανα να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές ασχολίες, αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων. Επίσης, το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμα και τα απλά καθήκοντα, μέχρι και το να φροντίσει την εμφάνιση και την υγιεινή του. Τέλος νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον και την κατάστασή του.

Συνεχίζοντας με τις ερωτήσεις για τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα, μέσω των αποτελεσμάτων φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες, 67 άτομα, αισθάνονται ότι πέφτουν συχνά σε αδράνεια και βαριούνται, 24 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 19 άτομα δεν πιστεύουν κάτι τέτοιο. Από τα 100 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο, 40 άτομα κλαίνε συχνά για ασήμαντους αντικειμενικά λόγους, 52 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 8 άτομα δεν έχουν τόσο έντονα αισθήματα θλίψης. Από τα άτομα που ερωτήθηκαν, 28 άτομα αισθάνονται ότι η ζωή τους είναι άδεια, 61 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 2 άτομα δεν πιστεύουν ότι η ζωή ότι είναι άδεια. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες, 61 άτομα, αισθάνονται δυστυχισμένοι, 31 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 8 άτομα αντιτίθενται σ' αυτό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων της παρούσας ερευνητικής πρότασης, 96 άτομα, αισθάνονται μόνοι, 3 άτομα είναι ουδέτερα και μόλις 1 άτομο διαφωνεί με την συγκεκριμένη άποψη. Τέλος, 9 άτομα

είναι ικανοποιημένα από την ποιότητα της ζωής τους, 73 άτομα, είναι ουδέτερα και 18 άτομα δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από την ζωή τους.

Βάσει των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν έντονα αισθήματα θλίψης, δυστυχίας και μοναξιάς, όπως και έλλειψη ενδιαφέροντος και ενεργητικότητας, κάτι που επίσης επιβεβαιώνει την θεωρητική υπόθεση της παρούσας έρευνας για τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Αυτήν την άποψη ενισχύει ο Μάνος, 1997, αναφέροντας ότι ο καταθλιπτικός νιώθει άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας κ.α.

7.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης και σε συνάρτηση με τις αρχικές υποθέσεις προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

1. Οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, επιλέγουν να μην ασχολούνται και προτιμούν να «κλείνονται» στον εαυτό και το σπίτι τους, παρά να απασχολούνται με εξωτερικές δραστηριότητες.
2. Όσον αφορά τις επαφές των καταθλιπτικών ατόμων Τρίτης Ηλικίας με τους άλλους ανθρώπους, οι ίδιοι επιλέγουν να μην συναναστρέφονται με άλλους, κυρίως από φόβο ότι θα τους προκαλέσουν κακό.
3. Αναφορικά με τις σχέσεις των ηλικιωμένων με κατάθλιψη με το κοινωνικό και συγγενικό περιβάλλον τους, οι ίδιοι θεωρούν, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, ότι δεν δέχονται βοήθεια και κατανόηση από το περιβάλλον τους, διότι πιστεύουν ότι δεν το αξίζουν. Επίσης, αισθάνονται ότι έχουν απογοητεύσει πλήρως την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρό τους και πιστεύουν ότι οι

υπόλοιποι άνθρωποι βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από τους ίδιους.

4. Αναφορικά με την αντίληψη των καταθλιπτικών ηλικιωμένων για την ποιότητα της ζωής τους, οι ίδιοι, σε συντριπτικά μεγάλο ποσοστό, δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την ζωή τους, πιστεύουν ότι είναι άδεια και είναι πεπεισμένοι ότι η κατάσταση της ζωής τους δεν θα αλλάξει, προς το καλύτερο, ποτέ.
5. Σε σχέση με τις αυτοκτονικές σκέψεις των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη, οι ερωτώμενοι δεν κατέχονται από σκέψεις να βλάψουν το εαυτό τους, ούτε έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για να ζήσουν.
6. Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση των ερωτώμενων, οι ίδιοι, σε συντριπτικά μεγάλο ποσοστό, αισθάνονται ότι δεν είναι ικανοί να φέρουν εις πέρας τις υποχρεώσεις τους, νιώθουν ανάξιοι να κάνουν οτιδήποτε σωστό και υποεκτιμούν τις δυνατότητες και δεξιότητές τους.
7. Σχετικά με την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη, οι ίδιοι έχουν, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, πολύ έντονα αισθήματα θλίψης και δυστυχίας. Επίσης έχουν έντονη έλλειψη ενδιαφέροντος και ενεργητικότητας.
8. Το σημαντικότερο πρόβλημα, όμως, των ατόμων Τρίτης Ηλικίας με κατάθλιψη είναι η μοναξιά που αντιμετωπίζουν. Οι ερωτώμενοι, σε συντριπτική πλειοψηφία, νιώθουν πολύ έντονα αισθήματα μοναξιάς.
9. Τέλος, οι ερωτώμενοι λειτουργούν, σε μεγάλο ποσοστό, αρκετά ενοχικά, δεδομένου της πεποίθησής τους ότι είναι, οι ίδιοι, η αιτία γι' αυτό που βιώνουν.

7.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η κατάθλιψη δεν είναι υποχρεωτικό στοιχείο της διαδικασίας γήρανσης. Ωστόσο, οι απότομες και απρόσμενες εκδηλώσεις όπως το θάνατο του συζύγου, σε μία επιδείνωση της κατάστασης της υγείας, ένα έντονο αίσθημα της απομόνωσης και της ανασφάλειας, δυσκολία στην προσαρμογή σε άγνωστες καταστάσεις στη ζωή τους ή την αποχώρησή τους από την εργασία μπορεί να οδηγήσει ένα γέροντα να πάσχει από κατάθλιψη, ιδιαίτερα εάν το πρόσωπο δεν διαθέτει ένα ισχυρό σύστημα στήριξης. Η κατάθλιψη είναι γνωστό ότι αυξάνει τον κίνδυνο της ασθένειας, θανάτου, και αυτοκτονική τάση μεταξύ των ηλικιωμένων.

Προτείνεται, λοιπόν:

A) Η πρόληψη της Διαταραχής αυτής, μέσω διεργασιών όπως οι εξής:

- a. Η Κοινωνικοποίηση έχει μεγάλη επίδραση στην δραστηριοποίηση των ατόμων με κατάθλιψη. Έτσι, οι υπερήλικες μπορούν να σχεδιάσουν ένα ευχάριστο βράδυ έξω με στενούς φίλους, βλέποντας μια ταινία, να περιποιηθούν τους εαυτούς τους, να απολαύσουν ένα καλό φαγητό της επιλογής τους ή να επισκεφθούν ένα φίλο τους, διεργασίες που θα κρατήσουν το μυαλό από κάθε είδους αρνητικά συναισθήματα. Με αυτόν τον τρόπο θα αντιμετωπιστούν ικανοποιητικά οι τύψεις της μοναξιάς και η κοινωνική απόσυρση, στην οποία έχουν εισέλθει.
- b. Επίσης, οι ηλικιωμένοι, κινητοποιούμενοι να συμμετέχουν σε δραστηριότητες του ενδιαφέροντός τους, θα μπορούσε να είναι οτιδήποτε απολαμβάνουν, όπως το μαγείρεμα, κηπουρική, το ράψιμο, ζωγραφική κλπ., μπορούν να νιώσουν δημιουργικοί και ικανοί.
- c. Δεν πρέπει ποτέ να φθάσουν στο στάδιο του εφησυχασμού, δεδομένου ότι οδηγεί σε στασιμότητα των νοητικών ικανοτήτων. Αυτό προϋποθέτει τη εμπλοκή τους σε πνευματικές διεργασίες με σκοπό την πρόληψη αρνητικών σκέψεων. Η καλύτερη επιλογή

είναι να ορίσουν μια πρόκληση για τον εαυτό τους, με την λήψη απόφασης να δοκιμάσουν μια νέα δεξιότητα, ώστε να επικεντρωθούν στη μάθηση αυτής.

- d. Οι υπερήλικες πρέπει να μάθουν να προετοιμαστούν για τις αλλαγές στη ζωή τους. Ωστόσο, μπορεί να διευκολύνουν την προσπάθεια, διατηρώντας τον παλιό τρόπο ζωής τους, για παράδειγμα, να έχουν τακτική επαφή με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες, δεδομένου ότι προσδίδει μια αίσθηση ομαλότητας στις επερχόμενες αλλαγές στην ζωή τους.

B) Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την Κατάθλιψη στα άτομα Τρίτης Ηλικίας, με τρόπους όπως οι εξής:

- a. Μέσω Σεμιναρίων ενημέρωσης για την κατάθλιψη στα άτομα Τρίτης Ηλικίας.
- b. Μέσω διανομής φυλλαδίων με τα βασικά στοιχεία της συγκεκριμένης διαταραχής σε ηλικιωμένα άτομα.
- c. Μέσω εκδηλώσεων για την ευαισθητοποίηση του κοινού ως προς τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους.
- d. Μέσω εκπομπών σε Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ραδιόφωνο, τηλεόραση και διαδίκτυο), με σκοπό την ενημέρωση του κοινού για την κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία.
- e. Μέσω ένθετων σε εφημερίδες και περιοδικά, με σκοπό την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού για την Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία.

Γ) Ανάπτυξη νέων προγραμμάτων στις Κοινωνικές Υπηρεσίες, που θα καλύπτουν τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη. Τα προγράμματα αυτά θα αφορούν, για παράδειγμα, την βαθύτερη κατανόηση των ανωτέρω προβλημάτων και αναγκών, θέματα επικοινωνίας, αυτογνωσίας κ.α.

Δ) Την δικτύωση των Κοινωνικών Υπηρεσιών με άλλες Υπηρεσίες για την ολιστική αντιμετώπιση των προβαλλόμενων προβλημάτων.

Ε) Δημιουργία περισσότερων Υπηρεσιών Συμβουλευτικής, κατάλληλα στελεχωμένες από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς μέσα στην κοινότητα. Έτσι θα παρέχεται δωρεάν βοήθεια στα άτομα αυτά, με σκοπό την εξέταση των αιτιών και την ανεύρεση λύσεων για την αποκατάσταση της λειτουργικότητάς τους σε όλα τα επίπεδα. Θα δίνεται η δυνατότητα δωρεάν ψυχοθεραπείας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο από ειδικούς θεραπευτές, για όσους επιθυμούν θεραπεία σε βάθος.

Όλα αυτά με σκοπό την γνώση της συγκεκριμένης Διαταραχής ώστε να μπορεί να αντιμετωπιστεί και να μειωθεί το αίσθημα φόβου του κοινού για τα ηλικιωμένα άτομα με Κατάθλιψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø **Ancibure Francis, Galan - Ancibure Marivi, Sauret Marie - Jean**, *La depression nerveuse*, , Εκδότης: Νόβολι, Έτος έκδοσης: 2010
- Ø **Baldwin D, Johnson FN.**, *Tolerability and Safety of Citalopram*. *Rev. Contemp. Pharmacother.*, 1995.
- Ø **Blazer DG.**, *Epidemiology of Depression: Prevelence and Incidence*. In Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1994.
- Ø **Brosen K.**, *The Pharmacogenetics of the SSRIs*. *Clin. Investig.*, 1993.
- Ø **D Agostini Giovanni**, *Depressione Malinconia e Mania*, Εκδότης: Lector, Έτος έκδοσης: 2006
- Ø **Evans ME.**, *Physical Illness and Depression*. In Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1994.
- Ø **Greagan Edward T.**, *Mayo Clinic on Healthy Aging*, Εκδότης: Modern Times, Έτος έκδοσης: 2010
- Ø **Greenberger Dennis, Padesky Christine A.**, *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think*, Εκδότης: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Έτος έκδοσης: 2007
- Ø **Honos - Webb Lara**, *Listening to Depression*, Εκδότης: Modern Times, Έτος έκδοσης: 2010
- Ø **Hyttel J.**, *A controlled multicenter clinical study of Citalopram and Placebo in Elderly Depressed Patients with and without concomitant Dementia*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994.
- Ø **Johnstone Matthew Johnstone Ainsley**, *Living With a Black Dog*, , Εκδότης: Διόπτρα, Έτος έκδοσης: 2009

- Ø **Kennedy S.H.**,_Mayo Clinic on depression, Εκδότης: Modern Times, Έτος έκδοσης: 2005
- Ø **Levesque R.**, SPSS Programming and Data Management: A Guide for SPSS and SAS Users, Fourth Edition, 2007.
- Ø **Lurie Melvyn**,_Depression: Your Questions Answered, , Εκδότης: Σκάι, Έτος έκδοσης: 2008
- Ø **McKenzie Kwame**,_Understanding Depression, Εκδότης: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Έτος έκδοσης: 2008
- Ø **Nyth AL et al. Acta Psychiatr. Scand.**_ A controlled multicenter clinical study of Citalopram and Placebo in Elderly Depressed Patients with and without concomitant Dementia. 1992.
- Ø **Paillat Paul**, Viellissement et vieillesse, , Εκδότης: Χατζηνικολή, Έτος έκδοσης: 1996
- Ø **Paul Johnson, Tim G. Parkin, Shulamith Shahar, Richard M. Smith, David G. Troyansky, Patrice Bourdelais, Christoph Conrad, David Thomson, Pat Thane**, Τα γηρατειά Από την αρχαιότητα έως τη μετανεωτερικότητα, Εκδότης: Πολύτροπον, Έτος έκδοσης: 2008
- Ø **Pignarre Philippe**, Comment la dépression est devenue une épidémie, Εκδότης: University Studio Press, Έτος έκδοσης: 2007

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø **Αλεγκάκης Αθανάσιος, Βεροπούλου Γεωργία, Βοζικάκη Μαρία, Γεωργιάδης Θωμάς, Δεληπάλλα Σοφία, Λαμπρέλλη Δήμητρα, Λυμπεράκη Αντιγόνη, Μπορμπουδάκη Λένα, Νεκτάριος Μιλτιάδης, Παπαδούδης Γιώργος, Τήνιος Πλάτων, Τσίμπος Κλέων Χ., Φιλαλήθης Τάσος**, Ζωή 50+ Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη_Εκδότης: Κριτική, Έτος έκδοσης: 2009.
- Ø **Αποστόλου Λέτα**, Θεραπεύοντας την κατάθλιψη, Εκδότης: Θυμάρι, Έτος έκδοσης: 2003

- Ø **Βασιλοπούλου Ρουμπίνη**, Κατάθλιψη - Βγείτε από τη φυλακή, Εκδότης: Φυτράκη, Έτος έκδοσης: 2005
- Ø **Έμκε - Πουλοπούλου Ήρα**, Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες - Παρελθόν, παρόν και μέλλον, Εκδότης: Έλλην, Έτος έκδοσης: 1999.
- Ø **Θεοδωρόπουλος Τάκης**, Η μελαγχολία της Δευτέρας - Από την ευφορία του 2004 στην κατάθλιψη του 2008, Εκδότης: Ωκεανίδα, Έτος έκδοσης: 2009
- Ø **Κονταξάκης Βασίλης Π., Χριστοδούλου Γιώργος Ν.**, Η τρίτη ηλικία , Εκδότης: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Έτος έκδοσης: 2000
- Ø **Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αναστασία, Δαρδαβέσης Θεόδωρος Ι., Χουσιάδας Λάμπρος Β.**, Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Εκδότης: Ελληνικά Γράμματα, Έτος έκδοσης: 1999
- Ø **Θεοδωράκης Γιάννης, Κιοσέογλου Γρηγόρης, Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αναστασία**, Ποιοτική και ποσοτική έρευνα στην ψυχολογία, Εκδότης: Ελληνικά Γράμματα, Έτος έκδοσης: 2004
- Ø **Μαλαθράκη Μαρία**, Κοινωνική ψυχολογία, Εκδότης: Ελληνικά Γράμματα, Έτος έκδοσης: 2010
- Ø **Μάνου Νίκος**, Η Κλινική Ψυχιατρική, Εκδότης: University Studio Press, Έτος έκδοσης: 1997.
- Ø **Παγοροπούλου Άννα**, Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας, Εκδότης: Ελληνικά Γράμματα, Συγγραφέας:, Έτος έκδοσης: 2000.
- Ø **Άννα Παγοροπούλου**, Η γεροντική κατάθλιψη, Εκδότης: Ελληνικά Γράμματα, Έτος έκδοσης: 2000.
- Ø **Ευστράτιος Παπάνης**, Παιδαγωγική, Ψυχολογική και Κοινωνιολογική Έρευνα, Εκδόσεις Σιδέρη, 2007
- Ø **Παρασκευόπουλος Νίκος**, Εξελικτική Ψυχολογία(Τόμοι 1, 2, 3), έτος έκδοσης: 1993.
- Ø **Κώστας Ρόντος, Ευστράτιος Παπάνης.**, Μέθοδοι συλλογής στατιστικών δεδομένων, Στατιστική Έρευνα, Εκδόσεις Σιδέρη, 2007
- Ø **Σαχίνη - Καρδάση Άννα**, Μεθοδολογία έρευνας., Εκδότης: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Έτος έκδοσης: 2000

- Ø **Στουπάκη Αγγελική**, Ο δαίμων της μεσημβρίας - Μια ανατομία της κατάθλιψης, Εκδότης: Αλεξάνδρεια, Έτος έκδοσης: 2004
- Ø **Τσόγια Δώρα**, Κατάθλιψη, Εκδότης: Ροές, Έτος έκδοσης: 2009
- Ø **Χανιώτη Φ. Ιωάννα**, Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Εκδότης: Λίτσας, Έτος έκδοσης: 1998
- Ø **Χατζηαντωνίου Γιάννης Σ.**, Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, Εκδότης: University Studio Press, Έτος έκδοσης: 2005.
- Ø **Χριστοδούλου Γιώργος Ν.**, Κατάθλιψη, Εκδότης: Ιατρικές Εκδόσεις, Έτος έκδοσης: 1998.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΕ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

- Ø **Gray Catherine P.**, μτφ: Τσουλέα Ρούλα, Ασθενής μνήμη και άνοια, Εκδότης: Ελληνικά Γράμματα, Έτος έκδοσης: 2000
- Ø **Paul Hauck**, μτφ: Παπαμιχαήλ - Λαϊνά Κλαίρη, Κατάθλιψη - Τι την προκαλεί και πώς να την ξεπεράσετε, Εκδότης: Καστανιώτη, Έτος έκδοσης: 2003

ΑΡΘΡΑ

- Ø **Παντζιαράς Γ.**, Οι επιπτώσεις της Κατάθλιψης, εφημερίδα « Ο Πολίτης», Αθήνα, 2007.
- Ø **Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία**, 1 Οκτωβρίου: Παγκόσμια Ημέρα Ηλικιωμένων, εφημερίδα « Τα Νέα », Αθήνα, 30-09-2008
- Ø Οι δύο όψεις της 3ης ηλικίας: Ευτυχημένα γηρατειά και ηλικιακή διάκριση, Γρ. Νεοκλέου, τεύχος 95, επιστημονικό περιοδικό "Κοινωνική Εργασία" Αθήνα, 2009.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΤΟΠΟΣ

- Ø <http://www.agiafotini-clinic.gr/?p=8#more-8>
- Ø <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm>
- Ø <http://www.psychognosia.blogspot.com>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

5 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μύθος: Η εμφάνιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι φυσιολογικό φαινόμενο.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη δεν είναι επακόλουθο της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης, αλλά ψυχική νόσος που συγκαταλέγεται στις διαταραχές του συναισθήματος. Ωστόσο είναι πιθανή η εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης στα άτομα τρίτης ηλικίας, λόγω αποστέρησης ερεθισμάτων, σταδιακή περιθωριοποίηση και επιδείνωση της υγείας τους.

Μύθος: Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυτόματα κατάθλιψη, διότι δεν αισθάνονται σίγουροι για την κατάσταση και τη σταθερή πορεία της υγείας τους.

Αλήθεια: Προβλήματα υγείας, όπως κάποια σωματική αναπηρία, μπορεί να διαταράξουν την καθημερινότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Ωστόσο ψυχικά υγιή άτομα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, έχουν τη δυνατότητα σύντομης αναπροσαρμογής.

Μύθος: Η εμφάνιση κατάθλιψης λόγω πένθους στους ηλικιωμένους είναι φυσιολογική.

Αλήθεια : Όταν μιλάμε για πένθος εννοούμε «Το σύνολο των αντιδράσεων που εμφανίζονται μετά την απώλεια ενός ατόμου με το οποίο υπήρχε μια σημαντική σχέση». Σύμφωνα με μελέτες ο ψυχικά υγιής ηλικιωμένος βιώνει τη θλίψη, διάρκειας ενός έτους περίπου (ο λεγόμενος πένθιμος ενιαυτός) έπειτα ανακτά τις ψυχικές δυνάμεις που τον καθιστούν ικανό να χαίρεται τις χαρές της ζωής.

Μύθος: Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και κακή φυσική υγεία.

Αλήθεια: Η κατάθλιψη είναι ψυχική, αλλά και βιολογική νόσος, καθώς για η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή. Συνεπώς η καλή κατάσταση της υγείας και η οικονομική άνεση, δεν αποτελούν εγγυήσεις ότι δεν θα επέλθει κατάθλιψη.

Μύθος: Η όποια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση δεν επιφέρει αποτελέσματα στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων.

Αλήθεια: Όλες οι παρεμβάσεις παρουσιάζουν θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να επιφέρει παρενέργειες στον ασθενή, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει αυθαίρετη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Σε περιπτώσεις κατάθλιψης αυτό που συνιστάται είναι η συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό. Σχετικά με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις συναισθηματικές διαταραχές, υπάρχει άφθονη διεθνής βιβλιογραφία που προτείνει τις κατάλληλες και συγκεντρώνει στοιχεία από εμπειρικές έρευνες με την αποτελεσματικότητα της κάθε μιας από τις προτεινόμενες.

(Παγοροπούλου Α., 2000)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-

ΠΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Πριν ξεκινήσουμε τις ερωτήσεις θα θέλαμε να σας δώσουμε κάποιες πληροφορίες για καλύτερη ενημέρωση.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί διερευνά την ύπαρξη κοινωνικών και ψυχοσυναισθηματικών επιπτώσεων της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.

Η έρευνα αυτή αποτελεί μέρος της πτυχιακής μας μελέτης, με θέμα « Οι επιπτώσεις της Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία.», για το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελμαίων Υγείας και Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα αποτελέσματά τους θα παρουσιαστούν στους καθηγητές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.

Οποιοσδήποτε, επιπλέον, πληροφορίες θέλετε για την μελέτη, τις λειτουργίες και τους σκοπούς της, θα σας δοθούν μετά το τέλος του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστούμε για την συνεργασία

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. ΦΥΛΟ :

- άνδρας
- γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ:

- 65- 68
- 69- 72
- 73- 75

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Πανεπιστήμιο

4. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ:

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας
- Έμπορος
- Συνταξιούχος
- Άνεργος
-

Άλλο.....

.....

5. ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΕΤΗΣΙΟ

- 0 – 4.999 €
- 5.000 – 9.999 €
- 10.000 €και άνω

6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- Άγαμος/η
- Παντρεμένος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

7. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

- Όχι
- Ναι : Αγόρια.....
Κορίτσια.....

8. Γενικά έχω καλή διάθεση.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

9. Δεν ασχολούμαι με αρκετές από τις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η. που είμαι εγγεγραμμένος.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

10. Νιώθω ότι δεν έχω ενδιαφέροντα.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

11. Προτιμώ να μένω σπίτι από το να βγαίνω έξω και να ασχολούμαι με καινούργια πράγματα.
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι ουδέτερος/η
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
12. Φοβάμαι συχνά ότι κάτι κακό θα συμβεί σε κάποιον εξαιτίας μου.
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι ουδέτερος/η
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
13. Δεν θέλω να συναναστρέφομαι με άλλους ανθρώπους.
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι ουδέτερος/η
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
14. Αισθάνομαι ότι όλοι γύρω μου βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από εμένα.
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι ουδέτερος/η
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα
15. Αισθάνομαι ότι τους έχω απογοητεύσει όλους.
- Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Είμαι ουδέτερος/η

- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

16. Νιώθω ενοχές συχνά.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

17. Πιστεύω ότι δεν αξίζω την αγάπη κανενός.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

18. Νιώθω ότι αν φύγω θα είναι καλύτερα για όλους.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

19. Είμαι γεμάτος ενεργητικότητα.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

20. Είμαι ικανοποιημένος/η από την ζωή μου.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

21. Νιώθω συχνά αβοήθητος/η.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

22. Βαριέμαι συχνά.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

23. Κλαίω συχνά.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

24. Νιώθω ότι η ζωή μου είναι άδεια.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

25. Πιστεύω ότι η κατάστασή μου δεν θα βελτιωθεί.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

26. Νιώθω δυστυχιμένος/η.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

27. Νιώθω « άχρηστος/η» συνέχεια.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

28. Δεν έχω κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

29. Δεν είμαι ικανός/η για τίποτα σωστό.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

30. Νιώθω μόνος/η.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος/η
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα