

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΘΕΜΑ:

Κατάθλιψη & Τρίτη Ηλικία

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Dr. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

Σπουδάστριες:

Μπακοπούλου Βασιλική

Ψαρρά Αικατερίνη

ΠΑΤΡΑ 2001

*Αφιερώνεται
στους γονείς μας*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	9
1.1. Ορισμός	9
1.2. Μύθοι και αλήθειες στη γεροντική κατάθλιψη	9
1.3. Ιστορική Αναδρομή	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	13
2.1. Επιδημιολογία	13
2.2. Ταξινόμηση	13
2.3. Αιτιολογία	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	17
3.1. Συμπτώματα	17
3.2. Συμπτώματα κατάθλιψης τρίτης ηλικίας	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	22
4.1. Διάγνωση	22
4.2. Διαφορική διάγνωση	25
4.3. Πρόγνωση	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	28
5.1. Θεραπεία – Ψυχοφάρμακα	28
5.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) στη Γηριατρική Κατάθλιψη	33
5.3. Ψυχοθεραπεία	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	37
6.1. Νοσηλευτική και κατάθλιψη των ηλικιωμένων	37

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	43
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	47
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	90
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	105
SUMMARY	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ομορφότερη, η πιο σαγηνευτική ώρα της ημέρας είναι, αναμφισβήτητα, όταν φτάνει το τέλος της. Όταν πάει να φύγει, παραχωρώντας τη θέση της στα σκοτεινά πέπλα, της νύχτας. Στο ηλιοβασίλεμα, όλα εκείνα τα μαγικά χρώματα που παίρνουν ο ουρανός, η θάλασσα, τα βουνά τα χρυσωπά ή μενεξεδένια σύννεφα, εκείνο το γλυκό και υποβλητικό φως που απλώνεται απαλό σε όλη τη φύση, δημιουργούν συναίσθημα, κάτι σαν μυστηριακή γοητεία, σαν κατάσταση διαβατικής ευφορίας κι ευδαιμονίας.

Ας προσπαθήσουμε να παρομοιάσουμε κάπως έτσι τα χρόνια της τρίτης ηλικίας. Μια τρίτη ηλικία, που πρέπει να είναι ήρεμη, μακάρια και ευχάριστη. Έπειτα από τόσες διακυμάνσεις, δοκιμασίες, αναστατώσεις δικαιούται ο ανθρώπινος βίος να έχει μια ωραία κατάληξη, μια χαρούμενη δύση...¹

Παρόλο που όλοι θα επιθυμούσαν μια ευχάριστη τρίτη ηλικία και ένα «καλό» τέλος τα πράγματα δεν είναι ακριβώς έτσι. Οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές στους ηλικιωμένους. Η μορφή και η σοβαρότητα αυτών των διαταραχών έχει καλά αναγνωριστεί στις αναπτυγμένες χώρες και έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη του καινούργιου πεδίου της ψυχογηριατρικής. Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αυτές οι διαταραχές, παρόλο που υπάρχουν, δεν έχουν χαρακτηριστεί και συχνά διαφεύγουν της προσοχής καθώς εκλαμβάνονται ως φυσιολογική συμπεριφορά της τρίτης ηλικίας ή ως δύστροπη συμπεριφορά των ηλικιωμένων.

Μερικές κοινές διαταραχές των ηλικιωμένων είναι η κατάθλιψη (εξ' αιτίας της απώλειας της κοινωνικής θέσης ή της κατάστασης του ατόμου, της αδράνειας κτλ.), το άγχος και η άνοια. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή που παρουσιάζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Από τη θέση αυτή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτριά μας και εισηγήτρια της διπλωματικής μας εργασίας κ. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία, για την πολύτιμη συμβολή της στην αποπεράτωση της εργασίας μας καθώς επίσης και για το ζήλο που έδειξε κατά τη διάρκεια των σπουδών μας για την εκμάθηση του Νοσηλευτικού έργου.

Επίσης ευχαριστούμε τον κ. Κουτσογιάννη για την βοήθεια του όσο αφορά την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων.

Επιπλέον ένα μεγάλο ευχαριστώ στο προσωπικό του Ευγήρειου Κωνσταντινοπούλειου Ιδρύματος Πατρών, του Γηροκομείου Πύργου «Η Βασιλειάδα» και του ΚΑΠΗ, Αιγίου για την συνεργασία που μας προσέφεραν κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Επίσης ευχαριστούμε όλους τους ηλικιωμένους που δέχθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιό μας και έτσι συντέλεσαν στην διεξαγωγή της ερευνητικής αυτής προσπάθειας.

Θερμά ευχαριστούμε τους γονείς και τα αδέρφια μας για τη βοήθεια και στήριξη στην ολοκλήρωση των σπουδών μας.

Ευχαριστούμε τους φίλους μας Αναστάσιο και Ιωάννη για την όλη προσπάθεια και βοήθεια που κατέβαλαν στην εκτέλεση της εργασίας μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι μια από τις πιο παραμελημένες νόσους, ακόμη και στις πιο προηγμένες χώρες του δυτικού ημισφαιρίου. Ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκδηλώνεται με ελαφρά, ήπια ή σοβαρά – κλινικού τύπου – συμπτώματα. Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη πλήττει πολύ υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αναγνωρίζεται ως ευδιάκριτη διαταραχή και δεν θεραπεύεται. Η εκδήλωσή της καταστρέφει τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων οι οποίοι θα μπορούσαν, αν ήταν απαλλαγμένοι από αυτήν, να ζήσουν με ηρεμία και ευχαρίστηση το εξελικτικό στάδιο των γηρατειών.¹

Στους ανθρώπους που προσβάλλονται από κατάθλιψη δεν συμπεριλαμβάνονται μόνο οι τρόφιμοι των γηροκομείων και των οίκων ευγηρίας, αλλά και οι ηλικιωμένοι που διατηρούν την αυτονομία τους, μένουν στα σπίτια τους και συμμετέχουν κανονικά στη ζωή της κοινότητας. Δηλαδή, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι «της διπλανής πόρτας».² Από αυτούς που προσβάλλονται από τη νόσο, μόνο ένα 20%, δηλαδή οι δύο στους δέκα, προστρέχουν σε βοήθεια και αναζητούν την κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή. Όλοι οι άλλοι παραμένουν αβοήθητοι, με σοβαρές έως καταστρεπτικές συνέπειες για την ψυχοσωματική τους υγεία.³

Ασχοληθήκαμε με αυτό το θέμα όταν από το δεύτερο εξάμηνο των σπουδών μας, όταν επισκεπτόμασταν το Ευγύρειο ίδρυμα και αντικρίζαμε τα θλιμμένα πρόσωπα των γερόντων που φιλοξενούνταν εκεί. Ορμώμενοι από αυτό θέλαμε να μελετήσουμε την ύπαρξη της

κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα, και να την συσχετίσουμε με την ύπαρξη κατάθλιψης, στους ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι.

Στόχος μας ήταν η προαγωγή της ψυχικής υγείας του ηλικιωμένου, η πρόληψη και ελαχιστοποίηση και έγκαιρη επισήμανση των ψυχογηριατρικών προβλημάτων και η νοσηλευτική φροντίδα του ηλικιωμένου με ψυχολογικά προβλήματα.

Θεωρούμε ότι πρέπει να δοθεί μεγάλη σημασία στην φροντίδα των ηλικιωμένων διότι σε αυτούς οφείλουμε την ύπαρξη μας. Οι ηλικιωμένοι είναι σεβαστά πρόσωπα και πρέπει να απολαμβάνουν την τιμή και την προστασία μας.

Στην αρχαία Ελλάδα την πρώτη ευθύνη για τους γέροντες την είχαν τα παιδιά τους. Χαρακτηριστικό και συγκινητικό είναι το παράδειγμα του Αίνειου που όταν υποχρεώθηκε να εγκαταλείψει την Τροία διάλεξε σαν το πολυτιμότερο πράγμα γι' αυτόν να μεταφέρει στους ώμους του, τον γέροντα πατέρα του.

Εμείς οι νοσηλευτές με την νευραλγική θέση που κατέχουμε στο χώρο της υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουμε τους ηλικιωμένους σαν γονείς μας, και να τους συμπεριφερόμαστε σαν παιδιά τους.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ορισμός

Η κατάθλιψη περιγράφεται ως ένα σύνδρομο ⁴, συναισθηματικών που μπορεί να είναι είτε φυσιολογικός είτε παθολογικός ⁵. Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το αίσθημα θλίψης απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες.³

Η διαταραχή σηματοδοτείται από τα εξής λειτουργικά κριτήρια:

1. Έντονο αίσθημα θλίψης
2. Έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος
3. Έκπτωση της φυσικής, ψυχοφυσιολογικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας
4. Διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων ³

1.2. Μύθοι και αλήθειες στη γεροντική κατάθλιψη

ΜΥΘΟΣ: Είναι φυσικό να αναπτύσσει κανείς κατάθλιψη όταν γερνάει.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Η κατάθλιψη δεν είναι επακόλουθο τη φυσικής διαδικασίας της γήρανσης και δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογική. Είναι μια ψυχική νόσος. Θα πρέπει, όμως, να παραδεχτούμε ότι η εξελικτική φάση του γήρατος με τη μαζική αποστέρηση των

ερεθισμάτων, την περιθωριοποίηση των γερόντων και τη σταδιακή επιδείνωση της υγείας τους δημιουργεί τις προϋποθέσεις που οδηγούν στη συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης. Άλλωστε, στα πλαίσια του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού, η νεότητα, το κάλλος και η δραστήρια ζωή είναι οι αξίες που εκτιμώνται περισσότερο από το καθετί και προβάλλονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι αντίθετες καταστάσεις είναι αναμενόμενο να αποβαίνουν πολύ απωθητικές. Τούτο σημαίνει ότι το γήρας, η ασχήμια και η ανημποριά αποτελούν τις απαξίες του δυτικού πολιτισμού και μπορεί να συνιστούν εκλυτικές αφορμές για κατάθλιψη.

ΜΥΘΟΣ: Οι ηλικιωμένοι μοιραία παθαίνουν κατάθλιψη επειδή έχουν επισφαλή υγεία.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Ανεξαρτήτων ηλικίας, οι ψυχικώς υγιείς άνθρωποι που αναπτύσσουν σοβαρά προβλήματα υγείας ή και αναπηρίες μαθαίνουν σε σύντομο χρονικό διάστημα να προσαρμόζονται στο πρόβλημά τους και αναπροσαρμόζουν τη ζωή τους σύμφωνα με τα νέα δεδομένα. Επομένως, δεν είναι η σωματική πάθηση που προκαλεί κατάθλιψη αλλά μάλλον το αντίθετο: η προϋπαρξη της κατάθλιψης, που συνήθως περνά απαρατήρητη, αυξάνει τις πιθανότητες νοσήσεως, λειτουργικής φθοράς και παραίτησης από τη ζωή.

ΜΥΘΟΣ: Είναι αναμενόμενο να αναπτύσσουν οι ηλικιωμένοι κατάθλιψη, αφού βλέπουν τους συγγενείς και τους φίλους τους να πεθαίνουν ο ένας μετά τον άλλον.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Ο θάνατος των συντρόφων, των φίλων και των συζύγων είναι εύλογο να προκαλεί αντιδράσεις πένθους. Το υγιές πένθος

περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την κατάθλιψη αλλά μόνο ως ένα προσωρινό στάδιο. Ο ψυχικά υγιής βιώνει τη θλίψη του και την ξεπερνά. Μετά την παρέλευση ενός έτους (είναι ο λεγόμενος πένθιμος ενιαυτός) βρίσκει νέες πηγές ψυχοκοινωνικής στήριξης και μαθαίνει να χαίρεται ξανά με τις μικροχαρές της ζωής.

ΜΥΘΟΣ: Όσοι ηλικιωμένοι έχουν καλή φυσική υγεία και δεν αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα δεν έχουν κανένα λόγο να παρουσιάσουν κατάθλιψη.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Εφόσον η καταθλιπτική αγωγή περιλαμβάνει και φαρμακοθεραπεία, αυτό σημαίνει ότι η κατάθλιψη είναι και βιολογική νόσος, όχι μόνο ψυχική. Επομένως, ούτε η καλή κατάσταση της υγείας ούτε η παρουσία προστατεύουν τους ηλικιωμένους από την έλευση της νόσου. Οι παραινέσεις των γύρω τους, «να δουν τη θετική πλευρά της ζωής», «να συνέλθουν χωρίς άλλη βοήθεια», «να νιώθουν ότι είναι καλότυχοι», συνήθως πέφτουν στο κενό. Εκείνο που χρειάζεται είναι κατάλληλη διαφοροδιάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία.

ΜΥΘΟΣ: Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις δεν έχουν καμία αποτελεσματικότητα στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων.

ΑΛΗΘΕΙΑ: Όλες οι παρεμβάσεις παρουσιάζουν θετικά και αρνητικά σημεία. Για παράδειγμα, οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους, ακόμη και όταν τους χορηγούνται σχετικά μικρές δόσεις. Αυτό δεν σημαίνει ότι θα σταματήσουν να τους χορηγούνται. Απλώς, οι θεράποντες γιατροί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις αλληλεπιδράσεις των

αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με τα άλλα φάρμακα που οι ηλικιωμένοι ασθενείς τους παίρνουν για άλλες παθήσεις.³

1.3. Ιστορική Αναδρομή

Ιστορικά η κατάθλιψη παρουσιάζει μια μακραίωνη πορεία. Στην Αρχαία Αίγυπτο οι ιερείς την αντιμετώπιζαν ως ένα ψυχολογικό έλλειμμα. Στην Παλαιά Διαθήκη αναφέρεται ότι ο Βασιλιάς Σαούλ έπασχε από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης ενώ η νόσος αναφέρεται και στην ελληνική λογοτεχνία. Μόλις όμως από τον 6^ο π.Χ. αιώνα οι ψυχικές ασθένειες άρχισαν να ξεφεύγουν από την θεολογική υφή που τους προσέδιδαν στο απόγειό της την εποχή του Ιπποκράτη.⁶

Ήδη ο Ιπποκράτης τον 4^ο αιώνα π.Χ. περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη (μελαγχολία) όσο και την μανία.⁵

Περισσότερα από 2000 χρόνια πριν, οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από πολύ υψηλά επίπεδα μέλαινας χολής στο σώμα.

Πίστευαν ότι υπάρχουν άνθρωποι που από τη φύση τους έχουν περισσότερη μελαινά χολή, είναι δηλαδή μελαγχολική. Επίσης είχαν την πεποίθηση ότι το άγχος, η διατροφή και οι εποχιακές αλλαγές είναι δυνατόν να επηρεάζουν την ποσότητα της μελαινάς χολής. Οι αρχαίοι Έλληνες αναγνώριζαν ότι τα διάφορα γεγονότα της ζωής προκαλούν αναστάτωση και ότι η αναστάτωση αυτή επηρέαζε τις σωματικές λειτουργίες.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. *Επιδημιολογία*

Έχει εκτιμηθεί ότι ο αριθμός των ατόμων που υποφέρουν από κατάθλιψη παγκοσμίως μπορεί να υπερβαίνει και τα 100 εκατομμύρια.⁷

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα. Κάθε χρόνο περίπου το 10% του πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη δηλαδή για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό μεταφράζεται σε 1.000.000 καταθλιπτικούς ασθενείς.⁸

Η συχνότητα της καταθλίψεως στους ηλικιωμένους υπερβαίνει το 15% ποσοστό που μεταφράζεται σε 210.000 ηλικιωμένους καταθλιπτικούς για την Ελλάδα. Τονίζεται επίσης ότι η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άντρες σε ποσοστό 2 προς 1 και θεραπεύεται με επιτυχία σε μεγάλα ποσοστά που πλησιάζουν το 90%.⁹

Σε πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες στη χώρα μας αναφέρεται ότι το 29% του ηλικιωμένου πληθυσμού που μελετήθηκε παρουσίασε συμπτώματα καταθλίψεως. Από αυτούς το 39% ήταν άνδρες και το 64% γυναίκες. Από τους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους το 71% έπασχε συγχρόνως και από ένα χρόνια σωματικό νόσημα.¹⁰

Λαμβάνοντας υπόψη και τους ιδρυματοποιημένους ασθενείς άλλες έρευνες έδειξαν συχνότητα 23,7% σε ασθενείς ηλικίας 79 ετών κατά μέσο όρο.⁶

2.2. *Ταξινόμηση*

Καταθλιπτικές διαταραχές κατά DSM

1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή (μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα).

2. Καταθλιπτικό επεισόδιο Διπολικής διαταραχής της διάθεσης
 - 2.1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή με κατατονικά στοιχεία.
 - 2.2. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή με μελαγχολικά χαρακτηριστικά
 - 2.3. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή υποτροπιάζουσα με επιλόχεια έναρξη
 - 2.4. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή υποτροπιάζουσα με εποχιακό σχήμα⁵
3. Δυσθυμική διαταραχή
4. Μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (άτυπη) καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, μεταψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή στη σχιζοφρένεια, μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο επικαθήμενο σε ψυχωτικές διαταραχές προεμμηνορυσιακή δυσφορική διαταραχή.
5. Καταθλιπτική διαταραχή λόγω σωματικής νόσου.
6. Καταθλιπτική διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών.
7. Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση.¹¹

2.3. Αιτιολογία

Οι θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- Σε αυτές που δίνουν έμφαση στους βιολογικούς παράγοντες⁷, τέτοιες είναι οι προδιαθέσεις του ατόμου, τόσο οι γενετικές όσο και οι προδιαθέσεις της προσωπικότητάς του, οι πρώιμες

εμπειρίες του μέχρι την ηλικία των 10 ετών ¹² και η φτωχή γονική φροντίδα ¹³.

- Σε αυτές που δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες ⁷ (και στον τρόπο με τον οποίο σκεπτόμαστε) τέτοιες είναι να έχει εμπειρία στρεσογόνων συμβάντων στη ζωή του ⁴, τιμωρητικό Υπερεγώ και ακραία αισθήματα ενοχής ¹³.
- Και σε αυτούς που δίνουν έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες και στα γεγονότα της ζωής ⁷. Τέτοιες αιτίες είναι να είναι γυναίκες ανύπαντρες και ιδιαίτερα χήρες, να υπάρχει έλλειψη βοήθειας από το περιβάλλον ή την κοινωνία, να συνυπάρχουν φυσικές ιατρικές καταστάσεις, η λήψη φαρμάκων, η κατανάλωση οινοπνεύματος και η επί μακρόν διαβίωση σε οίκους ευγηρίας ή με άλλα άτομα εσωτερικώς ⁴.
- Οι ηλικιωμένοι οδηγούνται σε κάποια μορφής κατάθλιψης μέσα από τις ακόλουθες τρεις οδούς.
 1. Μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Για παράδειγμα το άτομο που νομίζει ότι με τη σύνταξη θα απαλλαγεί από τους περιορισμούς και τις πιέσεις που ως εργαζόμενος είχε υποστεί και θα εισέλθει σε κάποιο παράδεισο διαψεύδεται οικτρά.
 2. Απόδοση υπερβολικού νοήματος σε καθημερινά γεγονότα. Για παράδειγμα, η ηλικιωμένη γυναίκα που νομίζει ότι οι φίλες της την αποφεύγουν και τα παιδιά της παραλείπουν να την επισκεφθούν κινδυνεύει να πιστέψει ότι όλα αυτά είναι γεγονότα της πραγματικότητας.

3. Αξίες τις οποίες θεωρεί ξεπερασμένες άρα συνιστούν απαξίες. Για παράδειγμα: «Μόνο ως εργαζόμενος, αξίζεις κάτι για την κοινωνία», «Από τώρα και για την υπόλοιπη ζωή μου όλοι θα με θεωρούν γέρο». Όλα αυτά συνιστούν γνώσεις που δεν αποδίδουν τιμή, περηφάνια και αξία στον ηλικιωμένο, αφού απηγούν κοινωνικές απαξίες.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. Συμπτώματα

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα: Κλαίει εύκολα για όλα, είναι απαισιόδοξος, δεν γελάει, απομονώνεται. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι το βασικό σύμπτωμα της μελαγχολίας. Είναι πιο έντονο το πρωί και μειώνεται το απόγευμα ¹⁴.

Οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο: οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε σχετική πτώση, τα μάτια είναι κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, το βλέμμα απλανές και η έκφραση θλιμμένη. ⁵

2. Ανηδονία, η απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθεις δραστηριότητες: πολλοί καταθλιπτικοί φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχαριστίες, όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπορ.

Τίποτα δεν τους ευχαριστεί, οι σοβαρά καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν μια ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν το πιο απλό πράγμα. ⁵

3. Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας. Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Η έλλειψη κινήτρων τους χαρακτηρίζει. Συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους, εξάντληση. ¹⁵

4. Επιβράδυνση του λόγου της σκέψης και της κίνησης: Οι καταθλιπτικοί συνήθως μιλούν πολύ αργά, αργούν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που τους γίνονται συχνά μονολεκτικά και με μεγάλα κενά. ⁵

Μοιάζουν να έχουν εξάντληση. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες είναι ελάχιστα δυνατές.¹⁵

5. Αλλαγές στην όρεξη. Πολλοί καταθλιπτικοί δεν έχουν όρεξη και χάνουν βάρος. Αρνούνται να φάνε ακόμη όταν πρόκειται για το αγαπημένο τους φαγητό. Αντίθετα ένα μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών παρουσιάζει αυξημένη όρεξη και παίρνει βάρος λόγω της αυξημένης κατανάλωσης των τροφών κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας.¹⁶

6. Διαταραχή του ύπνου. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς πολύ συχνά εμφανίζουν σημαντική μείωση του συνολικού χρόνου του ύπνου. Επίσης εμφανίζουν αύξηση του χρόνου από την στιγμή της κατάκλισης μέχρι τη στιγμή της έλευσης του ύπνου, κατακερματισμό της συνέχειας του ύπνου με συχνές αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας και πολύ ενωρίς τελική αφύπνιση το πρωί.¹⁷

7. Σωματικά παράπονα και δυσφορία. Οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για πόνους και διάφορα οργανικά προβλήματα όπως είναι ο πονοκέφαλο, πόνοι ψηλά στην πλάτη και στον αυχένα, μυϊκές κράμπες, ναυτίες, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, ξηροστομία, πόνοι κατά την διάρκεια της ούρησης.⁵

8. Διέγερση. Οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω κάτω στριφογυρίζουν τα χέρια τους κάνουν απότομες κινήσεις.⁵

9. Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας είναι η πιο συχνή, σεξουαλική δυσλειτουργία των καταθλιπτικών ασθενών. Η σεξουαλική επιθυμία αναφέρεται γενικά

μειωμένη σχεδόν στο 70% των καταθλιπτικών ασθενών ενώ η σεξουαλική λειτουργία στο σύνολό της φαίνεται να είναι σοβαρά επηρεασμένη μόνο στο ένα τρίτο των ασθενών αυτών.¹⁸

10. Μειωμένη ικανότητα σκέψης και συγκέντρωσης.

Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης, είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης.⁵

11. Συναισθήματα και σκέψεις αναξιότητας, χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτομορφής, ενοχών και ντροπής.

Οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να παραιτούνται από τη ζωή, εκφράζουν ενοχές και τύψεις για λάθη και αποτυχίες του παρόντος ή του παρελθόντος. Έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση που εκδηλώνεται με την πεποίθηση του ατόμου ότι είναι και θα συνεχίσει να είναι αποτυχημένος.⁵

12. Άγχος.

Ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία.⁵

13. Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας:

Βούληση μειωμένη με αποτέλεσμα τα σχέδια του για αυτοκτονίες να μην πραγματοποιούνται. Μπορεί να αυτοκτονήσει ή στην αρχή της ασθένειας που η βούληση δεν είναι τόσο μειωμένη ή μόλις αρχίσει η βελτίωση από τη θεραπεία.¹⁴

3.2. Συμπτώματα κατάθλιψης τρίτης ηλικίας

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης που προαναφέρθηκαν τα συναντούμε σε ασθενείς όλων των ηλικιών αλλά σε άτομα της 3^{ης} ηλικίας, παρατηρούνται τα εξής:

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα (στενοχώρια, μελαγχολία, λύπη)
2. Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που είχε προηγουμένως ο ασθενής
3. Διαταραχή της όρεξης και του βάρους
4. Διατάραξη του ύπνου
5. Απώλεια ενεργητικότητας και αίσθημα κόπωσης
6. Χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενοχές
7. Ιδέες αυτοκτονίας
8. Διαταραχή στη συγκέντρωση ή αναποφασιστικότητα
9. Ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή
10. Απώλεια όρεξης ή υπερφαγία
11. Αϋπνία ή υπερυπνία
12. Αίσθημα απελπισίας³
13. Αίσθημα συνεχούς κόπωσης⁸
14. Υπερβολική απασχόληση της σκέψης του με άσχημα γεγονότα που συνέβησαν στο παρελθόν (ενοχές)⁸
15. Αδυναμία να συγκεντρώνεται ή δύσκολα στο να πάρει μια απόφαση⁸

16. Άγχος
17. Στενοχώρια
18. Απόσυρση
19. Κλινοφιλία
20. Επιθυμία θανάτου
21. Σωματικά ενοχλήματα όπως αδυναμία
22. Πόνος στο σώμα
23. Δυσκοιλιότητα
24. Μεταβολές στην όρεξη ¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Διάγνωση

Μείζων Υποτροπιάζουσα Καταθλιπτική διαταραχή

Στο παράρτημα Β του DSM-IV περιλαμβάνει και η μείζων υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή. Παραθέτουμε τα ερευνητικά κριτήρια της διαταραχής αυτής όπως αναφέρονται στο DSM-IV.

1. Τα κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου εκτός τη διάρκεια .
2. Η καταθλιπτική περίοδος του κριτηρίου 1 διαρκεί τουλάχιστον δυο ημέρες αλλά λιγότερο από δύο εβδομάδες.
3. Οι καταθλιπτικοί περίοδοι εμφανίζονται τουλάχιστον μια φορά το μήνα για 12 συνεχόμενους μήνες και δεν συνδυάζονται με τον εμμηνορυσιακό κύκλο.
4. Οι περίοδοι της καταθλιπτικής διάθεσης προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έχουν δυσμενή επίδραση στην κοινωνική – επαγγελματική δραστηριότητα του ασθενούς ή σε άλλες πλευρές της λειτουργικότητάς του.
5. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση φυσιολογική επίδραση μιας ουσίας π.χ. ψυχοδραστική (θεραπευτική ή μη θεραπευτική) φαρμακευτική ουσία.
6. Ο ασθενής δεν είχε εμφανίσει οποτεδήποτε κατά το παρελθόν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν πληροί τα κριτήρια της δυσθυμικής διαταραχής.

7. Ο ασθενής δεν είχε εμφανίσει οποτεδήποτε κατά το παρελθόν μανιακό μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο και δεν πληροί τα κριτήρια της κυκλοθυμικής διαταραχής.
8. Η διαταραχή της διάθεσης δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια σχιζοφρένειας, σχιζοφρενικής διαταραχής, σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, παραληρητικής διαταραχής ή αλλιώς ψυχωσικής διαταραχής.²⁰

Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (μονοπολικό η διπολικό)

A. Ύπαρξη τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα επί 2 εβδομάδες (εκ των οποίων απαραίτητη παρουσία είτε του (1) είτε του (2)):

1. Καταθλιπτική διάθεση σχεδόν όλη την ημέρα, σχεδόν καθημερινά.
2. Σαφώς μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για (σχεδόν) κάθε δραστηριότητα, σχεδόν καθημερινά.
3. Σημαντική απώλεια βάρους ή ανορεξία ή υπερφαγία, σχεδόν καθημερινά.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν καθημερινά.
5. Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, σχεδόν καθημερινά.
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής σχεδόν καθημερινά.
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά.

- 9. Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου ή υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας.
- Β. Δεν υπάρχει Μικτό Επεισόδιο Διπολικής διαταραχής.
- Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσλειτουργία.
- Δ. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε δράση ουσίας.
- Ε. Σε περίπτωση πένθους, τα συμπτώματα και πλέον παρατεταμένα των αναμενόμενων.

Δυσθυμική διαταραχή

- Α. Καταθλιπτική διάθεση, σχεδόν, όλη την μέρα, τις περισσότερες μέρες, επί τουλάχιστον 2 χρόνια.
- Β. Ενώ υπάρχει καταθλιπτική διάθεση, ύπαρξη τουλάχιστον 2 από τα παρακάτω:
 - 1. Μειωμένη όραση ή υπερφαγία
 - 2. Αϋπνία ή υπερυπνία
 - 3. Χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση
 - 4. Χαμηλή αυτοεκτίμηση
 - 5. Μειωμένη ικανότητα της συγκέντρωσης ή δυσκολία, λήψης αποφάσεων
 - 6. Αισθήματα απώλειας της ελπίδας¹¹
- Γ. Κατά τη διετή περίοδο, το άτομο ποτέ δεν υπήρξε ελεύθερο των συμπτωμάτων των κριτηρίων Α και Β για μεγαλύτερο, διάστημα των 2 μηνών τη φορά.

Δ. Τα 2 πρώτα έτη της διαταραχής ποτέ δεν υπήρξε Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο.

Ε. Δεν υπήρξε ποτέ μανιακό, υπομανιακό ή μικτό επεισόδιο και ποτέ δεν πληρούνταν τα κριτήρια της Κυκλοθυμικής διαταραχής.

Ζ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διαδρομή μιας χρόνιας ψυχωτικής διαταραχής.

Η. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε δράση ουσίας ή νόσου της γενικής ιατρικής.

Θ. Τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσλειτουργία.¹¹

Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε καταθλιπτικούς ασθενείς άνω των 60 ετών δείχνει μορφολογικές αλλαγές που περιλαμβάνουν αύξηση του εύρους στο σύστημα κοιλιών, καθώς και αλλοιώσεις αρτηριοσκληρωτικού χαρακτήρα.²¹

4.2. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων επιβάλλει τον πλήρη και λεπτομερειακό, σωματικό, νευρολογικό και ψυχιατρικό έλεγχο, ώστε να αποκλεισθούν διάφορα νοσήματα.

Η κατάθλιψη είναι συχνή στη νόσο του Parkinson (σε 40% ως 90%) των ασθενών και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Συσχέτιση καταγράφεται και με ασθενείς που πάσχουν από οργανικά νοσήματα, πλην του ΚΝΣ, όπως ενδοκρινολογικές διαταραχές, κακοήθεις νεοπλασίες και καρδιαγγειακά προβλήματα.

Εξάλλου συχνή είναι και η κατάθλιψη και σε ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer, και αυτό δημιουργεί πολλά προβλήματα στη διάγνωση της νόσου, όπως προβλήματα δημιουργεί και η ετερογένεια της νόσου.⁶

Η διαφορική διάγνωση του καταθλιπτικού επεισοδίου θα γίνει από τη Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με βάση τον απαιτούμενο αριθμό συμπτωμάτων: δυο έως το πολύ τέσσερα για το καταθλιπτικό Επεισόδιο, τουλάχιστον πέντε για τη Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.²⁰

Επίσης η διαφορική διάγνωση της Μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής από το καταθλιπτικό επεισόδιο στηρίζεται στη διάρκεια των επεισοδίων.²⁰

Η δυσθυμική διαταραχή είναι μια διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη διακύμανση της διάθεσης από αυτή που ανευρίσκεται στην καταθλιπτική, διαταραχή της προσωπικότητας. Η διαταραχή της προσωπικότητας είναι χρόνια και δια βίου, ενώ η δυσθυμική διαταραχή είναι επεισοδιακή, μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε, και συνήθως υπάρχει εκλυτικό αίτιο.¹³

4.3. Πρόγνωση

Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στην αντικαταθλιπτική θεραπεία το 7% με 30% των γηριατρικών ασθενών πάσχουν από χρόνια μείζονα κατάθλιψη. Στην περίπτωση που οι μερικώς ιαθέντες ασθενείς θεωρηθούν χρόνιοι, τότε η συχνότητα της χρόνιας κατάθλιψης φτάνει στο 40%. Η χρονιότητα της κατάθλιψης μπορεί να προβλεφθεί από το ιστορικό ενός μακροχρόνιου ενεργού επεισοδίου ή από μικρής διάρκειας προηγούμενα επεισόδια, συνυπάρχουσες σωματικές παθήσεις, βαρύτατη

κατάθλιψη, μη μεγαλαγγολική εμφάνιση ασθενούς και παρουσία παραληρητικών ιδεών.

Σε μελέτες συνήθους χορήγησης της αντικαταθλιπτικής αγωγής σε γηριατρικό πληθυσμό διαπιστώθηκε μια συχνότητα υποτροπής/επανεμφάνισης της τάξης του 13% έως 19% σε ένα έτος, ενώ η συχνότητα υποτροπής που παρατηρείται σε ασθενείς που λαμβάνουν ελεγχόμενη αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι της τάξης του 15%. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από τη συχνότητα υποτροπής (34%) που παρατηρείται στους νεώτερους ενήλικες. Φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορετικοί προγνωστικοί δείκτες για την υποτροπή/επανεμφάνιση της κατάθλιψης από ότι για την ανάρρωση. Η πιθανότητα της υποτροπής της κατάθλιψης μπορεί να είναι υψηλή σε ασθενείς με ιστορικό συχνών επεισοδίων, έναρξη της νόσου σε μεγάλη ηλικία, ιστορικό δυσθυμικής διαταραχής, συνυπάρχουσα σωματική νόσο, και πιθανόν μεγάλη βαρύτητα και χρονιότητα του παρόντος καταθλιπτικού επεισοδίου.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Θεραπεία – Ψυχοφάρμακα

Τα ψυχοφάρμακα επεκράτησαν στο χώρο της Ψυχιατρικής θεραπευτικής και διαμορφώθηκαν οι ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις τους ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν. Ήδη χρησιμοποιούνται σε όλη την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων, από τις βαρύτερες ψυχώσεις μέχρι και τις πιο ελαφρές νευρώσεις.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα η ευρεία τους χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι η θεραπεία έχει στο ενεργητικό της αξιόλογα «θετικά» και «αρνητικά» στοιχεία.¹⁴

Συνοψίζονται δε ως εξής:

ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ελάττωση και κάποτε κατάργηση της νοσηρής συμπτωματολογίας:

- Ελαττώνονται οι διεγέρσεις
- Τα παραληρήματα ατονούν
- Οι ψευδαισθήσεις μετριάζονται
- Τα κατατονικά φαινόμενα εξουδετερώνονται
- Οι τάσεις αυτοκτονίας και οι παρορμήσεις περιορίζονται

Το πλησίασμα του ασθενούς και η από μέρους του αποδοχή της θεραπείας βελτιώνονται σημαντικά.

Οι περιορισμοί μειώνονται στο ελάχιστο.

Μεγάλο ποσοστό ασθενών γίνονται κοινωνικά βιώσιμοι.²³

ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πέρα από την άμβλυνση ή κατασίγαση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκεί στην ίδια την ασθένεια.

Αν διακοπεί η θεραπεία η ασθένεια επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.

Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.

Η συνέχισή της γίνεται χωρίς διακοπή.

Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.²³

Ενδεικτικός Πίνακας Αντικαταθλιπτικών Φαρμάκων

<i>Χημική Ουσία</i>	<i>Κατασκεύασμα</i>	<i>Ημερήσια Δόση (mg)</i>
ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ		
Αμιτρυπτιλίνη	Elavil, Saroten	150-300
Δοξεπίνη	Adapin, Sinequan	75-300
Ιμιπραμίνη	Tofranil	75-300
Νορτυπτιλίνη	Aventil, Pamelor	50-150
Ντεξιπραμίνη	Norpamin, Pertotrance	150-300
Προτριπυλίνη	Vivactil	15-60
Χρωριμπραμίνη	Anarfanil	75-300
Τριμιπραμίνη	Surmontil	150-300
ΤΕΤΡΑΚΥΚΛΙΚΑ		
Αμοξαπίνη	Asendin	150-450
Μαπροτιλίνη	Ludiomil	150-200
Μιανσερίνη	Tolvon	30-120
Μονοκυκλικά		
Βουπρολόνη	Wellbutrin	300-450
Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης		
Ισοκαρβοξαζίδη	Maplan	10-50
Τρανυλκυπρομίνη	Parnate	20-60
Νιαλαμίδη	Niamid	25-450
Φενελζίνη	Nardil, Norall	15-90

ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ		
Δεξτραμφεταμίνη	Dexedrine, Maxiton	15-60
Μεθαμφεταμίνη	Desoxyn, Methedrine	2,5-30
Μεθυλφενιδάτη	Ritalin	10-60
ΆΛΛΑ ΔΙΑΦΟΡΑ		
Νομφαισίνη	Alival, Merital	75-200
Τροζοδόνη	Desyrel, Trittico	75-300
Φλουοξετίνη	Prozac	60-80
Νεφαζοδόνη	Serzone	300-500
Βενλαδαξίνη	Effexor	75-300
Φλουβαξαμίνη	Luvox	50-300
Παροξετίνη	Paxil	20-50
Σερτραλίνη	Zoloft	50-200 ²⁴

Όπως γνωρίζουμε ο ηλικιωμένος πληθυσμός είναι μια από τις ηλικιακές ομάδες που εμφανίζει κατάθλιψη σε αρκετά μεγάλο ποσοστό. Στις ΗΠΑ το ποσοστό των ηλικιωμένων που χρησιμοποιεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει αυξηθεί από 9,3% (1993) στο 11,5% (1997). Το 9,6% των φαρμάκων που συνταγογραφείται ανήκει στην ομάδα των εκλεκτικών αναστολέων πρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) σε διάστημα ενός μήνα (Ιανουάριος 1993) και το ποσοστό για την ίδια κατηγορία φαρμάκων ανέρχεται στο 45,1% το Δεκέμβριο 1997 ενώ υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί στο 56% έως το Δεκέμβριο 2001. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά παρουσίασαν πτώση στην ποσότητα συνταγογράφησης από 79,0% (Ιανουάριος 1993) στο 43,1% (Δεκέμβριος 1997) και υπολογίζεται ότι το ποσοστό θα μειωθεί στο 28% (Δεκέμβριος 2001). Αυτό δείχνει ότι η κατηγορία SSRI κερδίζει την προτίμηση ασχέτως εάν το οικονομικό κόστος έχει αυξηθεί κατά 150%, όπως υπολογίζεται στις ΗΠΑ.²⁵

Στα ηλικιωμένα άτομα τα φάρμακα της ομάδας SSRI όπως κιταλοπράμη, φλουοξετίνη, σερτραλίνη και παροξετίνη, οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (RIMAs) όπως

μοκλοβεμίδη, εκλεκτικοί αναστολείς πρόσληψης σεροτονίνης και νορ-αδρεναλίνης όπως μινασιπράνη και βενλαφαζίνη είναι μερικά από τα πολυχρησιμοποιημένα αντικαταθλιπτικά. Μέχρι στιγμής, οι έρευνες αδυνατούν να αποδείξουν ότι τα νέα τρικυκλικά είναι πιο ασφαλή από τις παλαιότερες γενιές τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, στους ηλικιωμένους ασθενείς με μόνη εξαίρεση την παροξετίνη. Η ομπριπτυλίνη και ντοθιεπίνη είναι εξαιρετικά επικίνδυνες ουσίες σε περίπτωση υπερδοσολογίας, για αυτό το λόγο πρέπει να αποφεύγεται η χορήγησή τους σε άτομα που δεν επιβλέπονται ή είναι ύποπτα για σκόπιμη λήψη υπερδοσολογίας.²⁶

Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η προφυλακτική θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της συχνότητας και σοβαρότητας των επεισοδίων και ότι εάν τα επεισόδια απέχουν λιγότερο από 2 ½ χρόνια μεταξύ τους, η προφυλακτική θεραπεία πρέπει να διαρκεί περίπου 5 χρόνια και όταν γίνεται διακοπή πρέπει να είναι σταδιακή, σε διάστημα μιας ή δύο εβδομάδων.²⁴

Νοσηλευτική Φροντίδα

Προκειμένου να χορηγήσει ο νοσηλευτής ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του:

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- Τον τρόπο και το χρόνο χορήγησης

Χορηγούνται μετά το φαγητό, γιατί είναι δυνατά και προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές. Το βράδυ δίνονται αργά για να διαρκέσει η υπνωτική δράση τους όλη τη νύχτα.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται, ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακά τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο αίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν δε ποικίλους τρόπους για να ξεγελάσουν το νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα τους, στον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και κατόπιν να προκαλέσουν εμετό.¹⁴

Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα ο ίδιος στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά εάν τα πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σ' αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την ψυχοθεραπεία, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες προτιμούν έναν θεραπευτή του ίδιου φύλου ενώ οι άνδρες-θεραπευτές βρέθηκαν πιο δυναμικοί και καθοδηγητικοί σε σχέση με τις γυναίκες-θεραπευτές. Οι γυναίκες ασθενείς έδειχναν ενδιαφέρον για γυναίκες-θεραπευτές λόγω της πίστης ότι θα λάμβαναν περισσότερη κατανόηση και συμπάθεια.¹⁴

Η πρόσφατη έρευνα των Zlotnick et al (1998), όμως κατάφερε να γκρεμίσει αυτούς τους μύθους και λάθος αντιλήψεις, απαντώντας ότι το φύλο του θεραπευτή και ασθενή δεν παίζει σημασία και δεν επηρεάζει την πορεία της νόσου και θεραπείας.

Αυτό που παίζει ρόλο είναι η εκλογή της κατάλληλης ψυχοθεραπείας η οποία εξαρτάται από:

1. Την ηλικία του ασθενούς
2. Από το διανοητικό επίπεδο του ασθενούς και τη βαρύτητα της ψυχικής διαταραχής.
3. Από την επαγγελματική κατάρτιση του ψυχοθεραπευτή και την αντίληψή του σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας.
4. Από την «αιτιολογία» της διαταραχής.
5. Από τους στόχους στους οποίους σκοπεύει ο ψυχοθεραπευτής, που βέβαια εξαρτώνται από το σύστημα αξιών που έχει υιοθετήσει, σχετικά με τον ιδανικό τύπο ανθρώπινης συμπεριφοράς.
6. Από τις ειδικές αντικειμενικές συνθήκες: τόπο, χρόνο, κοινωνικούς παράγοντες, οικονομικούς παράγοντες, κλπ.¹⁴

5.2. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) στη Γηριατρική Κατάθλιψη

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία θα πρέπει να προτιμάται σε άτομα με έντονες διαταραχές της ψυχικής διάθεσης, τα οποία μπορεί να μην είναι ικανά να αντέξουν τη μακρά αναμονή που επιβάλλεται από τη βαθμιαία έναρξη χορήγησης των αντικαταθλιπτικών ή των θυμορρυθμιστικών φαρμάκων και τη βραδεία εμφάνιση της φαρμακευτικής επίδρασης. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης σε ασθενείς με ανωμαλίες της καρδιακής αγωγιμότητας, με υπερπλάσια του προστάτη ή με γλαύκωμα, καταστάσεις οι οποίες αυξάνουν τους

κινδύνους της θεραπείας με τρικυκλικά. Ο μέσος αριθμός συνεδριών ηλεκτροσπασμοθεραπείας που απαιτούνται για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης είναι εννέα. Η χορήγηση τριών ηλεκροσπασμοθεραπειών την εβδομάδα φαίνεται ότι προκαλεί ταχύτερη ανάρρωση από ότι μια ηλεκροσπασμοθεραπεία την εβδομάδα. Οι αραιότερες ηλεκτροσπασμοθεραπείες σχετίζονται γενικά με μικρότερη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, όμως στον ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση των ηλεκτροσπασμοθεραπειών δεν βρέθηκε καμία διαφορά μεταξύ μιας ομάδας ασθενών που έλαβαν τρεις και μιας άλλης που έλαβαν δύο ηλεκτροσπασμοθεραπείες την εβδομάδα.²⁷

Η ηλεκροσπασμοθεραπεία είναι μια ασφαλής θεραπεία με θνησιμότητα της τάξης του 0,01%. Στην πλειοψηφία τους (67%) οι θάνατοι που σχετίζονται με την ηλεκροσπασμοθεραπεία, οφείλονται σε καρδιακές επιπλοκές και συμβαίνουν αμέσως μετά από συνεδρία ή μέσα σε λίγες ώρες από την ολοκλήρωσή της. Με την κατάλληλη ιατρική αξιολόγηση, τη στενή παρακολούθηση και επαγρύπνηση κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας και μετά από αυτή, αλλά και τις δέουσες παρεμβάσεις, τα περισσότερα καρδιαγγειακά επεισόδια που σχετίζονται με την ηλεκροσπασμοθεραπεία, έχουν ευνοϊκή έκβαση. Μερικές φορές οι γηριατρικοί ασθενείς παρουσιάζουν παρατεταμένη σύγχυση μετά από μια συνεδρία ηλεκροσπασμοθεραπείας και είναι επιρρεπείς στις πτώσεις.

Οι ανοϊκές διαταραχές δεν αποτελούν αντένδειξη στην ηλεκροσπασμοθεραπεία. Οι ασθενείς με άνοια είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη παραληρήματος και παρατεταμένης απώλειας μνήμης σε σύγκριση με ασθενείς που δεν πάσχουν από άνοια. Παρόλα

αυτά, η χρήση ηλεκροσπασμοθεραπείας μόνο μία ή το πολύ δύο φορές την εβδομάδα είναι δυνατό να μειώσει την εμφάνιση των επιπλοκών αυτών. Οπωσδήποτε, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η ηλεκροσπασμοθεραπεία επιταχύνει την πορεία της άνοιας.

Η ηλεκροσπασμοθεραπεία αντενδείκνυται σε ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, επειδή αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αρρυθμιών. Σε ασθενείς με ενδοκρανιακούς όγκους δεν θα πρέπει να πραγματοποιούνται ηλεκροσπασμοθεραπείες, επειδή μπορεί να οδηγήσουν σε παραλήρημα, εγκολεασμό του εγκεφαλικού στελέχους ή και θάνατο. Η χρήση της ηλεκροσπασμοθεραπείας θεωρείται ασφαλής ένα μήνα μετά από κάποιο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.²²

5.3. Ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική θεραπεία, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και πιθανόν η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχουν αποδειχθεί εξίσου αποτελεσματικές με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για την οξεία θεραπεία των ηλικιωμένων καταθλιπτικών ασθενών στο εξωτερικό ιατρείο. Η διαπροσωπική θεραπεία είναι μια βραχεία εστιασμένη ψυχοθεραπεία. Απευθύνεται σε τέσσερις παράγοντες οι οποίοι αποτελούν συχνά μέρος του διαπροσωπικού περιβάλλοντος των καταθλιπτικών ασθενών. Τη θλίψη, τη μεταβατικότητα των ρόλων, την αμφισβήτηση των ρόλων και τα ελλείμματα διαπροσωπικών σχέσεων. Πέρα από την αποτελεσματικότητά της στην οξεία θεραπεία της κατάθλιψης, έχει διαπιστωθεί ότι μηνιαίες συνεδρίες διαπροσωπικής θεραπείας μειώνουν τη συχνότητα υποτροπής στους νεώτερους ενήλικες που ανάρρωσαν από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Οι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπείες βασίζονται στην θεωρία ότι τα γνωσιακά και

συμπεριφορικά συμπτώματα προκαλούν και συντηρούν την καταθλιπτική συνδρομή. Στις γνωσιακές – συμπεριφορικές θεραπείες χρησιμοποιείται μια ποικιλία μεθόδων βασισμένων σε εκπαιδευτικές θεωρίες, οι οποίες σκοπό έχουν να μειώσουν τις παθολογικές ιδέες και συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Στην οξεία θεραπεία καθώς και στη συνέχιση της θεραπείας της γηριατρικής κατάθλιψης, ο συνδυασμός της γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας με τη χορήγηση δεσιπραμίνης αποδείχτηκε αποτελεσματικότερος από τη μεμονωμένη εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας. Παρά την αποτελεσματικότητά τους και την απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών, οι ψυχοθεραπείες δεν χρησιμοποιούνται αρκετά στην γηριατρική κατάθλιψη.

Η οικογενειακή παρέμβαση είναι χρήσιμη στην θεραπεία των γηριατρικών συναισθηματικών διαταραχών. Αυτοί που φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς, και κυρίως όσοι φροντίζουν τους ανοϊκούς ασθενείς, αναπτύσσουν συχνά και οι ίδιοι κατάθλιψη η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί με ψυχοθεραπευτικές ή οικογενειακές παρεμβάσεις. Καθώς οι περισσότεροι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί βασίζονται στα μέλη της οικογένειάς τους για τη συναισθηματική τους υποστήριξη και για την καθημερινή λειτουργικότητά τους, οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν μέλη των οικογενειών των ασθενών μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα αποτελεσματικές.²²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Νοσηλευτική και κατάθλιψη των ηλικιωμένων

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών οι οποίες είναι:

α) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.

β) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία, και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο.

γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.¹⁵

Όταν ένας καταθλιπτικός ασθενής νοσηλεύεται, πρέπει να σημειώνονται προσεκτικά οι οργανικές αλλαγές, όπως η αύξηση της όρεξής του, η αύξηση του βάρους του και η ομαλή λειτουργία του εντέρου του. Η παρακολούθηση του ασθενούς αμέσως μετά το EGT είναι ιδιαίτερα σημαντική, γιατί στα πρώτα στάδια της θεραπείας μπορεί να προκύψει μια ικανοποιητική βελτίωση που σημαίνει ότι αξίζει τον κόπο να συνεχισθεί η θεραπεία, αν και λίγες ώρες αργότερα ο ασθενής δε φαίνεται να είναι καλύτερα.

Για να είναι επιτυχημένο ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, χρειάζεται μια λεπτομερής γνώση της προσωπικότητας του ασθενούς και αυτό

εξαρτάται από τις λεπτομερείς παρατηρήσεις των αντιδράσεων για τις διάφορες περιπτώσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να σημειώνει τη συμπεριφορά του ασθενούς στους συγγενείς του και τις αντιδράσεις τους σ' αυτόν. Η γενική συμπεριφορά στο προσωπικό και στους άλλους ασθενείς πρέπει να περιγράφεται χωρίς τυπικές λέξεις, όπως «συνεργάσιμος» που σημαίνει οτιδήποτε, από τέλεια εξάρτηση μέχρι ενεργό συμμετοχή στις δραστηριότητες του θαλάμου. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να περιγράφει τις δραστηριότητες που εύρισκε πριν ενδιαφέρουσες καθώς και εκείνες που τις θεωρούσε ανιαρές.

Θα πρέπει να γίνει μια προσπάθεια για να μάθουμε με ποιους τρόπους αντιμετώπισε ο ασθενής το στρες στη διάρκεια της ζωής του. Είναι σημαντικό λοιπόν να μάθουμε μερικές λεπτομέρειες της παιδικής του ηλικίας, της σχολικής, της εργασίας του, του γάμου του, και τα παιδιά του.

Και ενώ ο ψυχίατρος θα προσπαθεί να πληροφορηθεί πολλά από αυτά ο νοσηλευτής μπορεί να συμπληρώσει λόγω της μεγαλύτερης του επικοινωνίας με τον ασθενή και τις ευκαιρίες που έχει για απλή συζήτηση και παρατήρηση.

Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια ή ο καθυστερημένος σε σημείο να μην είναι ικανός να φροντίσει τον εαυτό του, πρέπει να νοσηλεύεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι, με τη θεραπεία, να βελτιωθεί η κατάθλιψη του. Σ' αυτή τη φάση πρέπει να είναι σε κατάλληλη δίαιτα, να παίρνει ορισμένη ποσότητα υγρών, να προλαμβάνονται οι κατακλίσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλισμένων.

Οι λιγότερο καθυστερημένοι ασθενείς μπορεί να ζητάνε βοήθεια για να φάνε, να ντυθούν και για την τουαλέτα, αλλά πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν όλες αυτές τις δουλειές μόνοι τους.

Χρειάζεται περισσότερη ικανότητα και υπομονή για να βοηθήσει ο νοσηλευτής τον ασθενή να τα καταφέρει μόνος του, παρά να του τα κάνει όλα αυτός. Αν θέλουμε να αποφύγουμε την ιδρυματοποίηση πρέπει να αναπτύξουμε την ικανότητα του ασθενούς. Είναι πολύ σημαντικό να ζητάμε από τον ασθενή με κατάθλιψη να κάνει μόνο λίγο περισσότερα από ότι αισθάνεται ότι είναι ικανός να κάνει, γιατί αν του ζητήσουμε πολλά, θα αποτύχει και η αποτυχία θα αυξήσει την κατάθλιψη του.

Είναι δύσκολο να πεισθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη να παίρνουν κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας ασθενής αρνείται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να αποκαλύψουμε την αιτία της άρνησής του. Μπορεί να οφείλεται σε μια απατηλή έμμονη ιδέα ή σε έλλειψη όρεξης. Στη δεύτερη περίπτωση πρέπει να προσπαθήσουμε να του προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά, εκείνα που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του. Θα χρειασθεί ίσως να συμπληρωθεί η διαίτά του με βιταμίνες. Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα.¹⁴

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα του ηλικιωμένου καθλιπτικού είναι σημαντικός, επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση αναγκών ανωτέρου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση αναγκών κατά Μάσλοου.

Πρέπει να τονισθεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στη σχέση νοσηλεύτη-ηλικιωμένου.⁹

ΜΕΡΟΣ

ΔΕΥΤΕΡΟ

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη – Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός - δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε άτομα τρίτης ηλικίας . Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από ένα δείγμα 160 ατόμων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιούλιο έως και τον Σεπτέμβριο του 2001 στην περιοχή της πόλης της Πάτρας. Οι ερωτόμενοι συναντήθηκαν με το μέλος της ερευνητικής ομάδας στα σπίτια όπου κατοικούσαν ή σε νοσηλευτικά ιδρύματα (70 άτομα), στο ΚΑΠΗ (20 άτομα) και σε ευγήρεια ιδρύματα (70 άτομα) της Νοτιοδυτικής Ελλάδος (Πάτρα, Πύργος, Αίγιο).

Δ. Συλλογή δεδομένων

Γιά να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτόμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή

μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ηλικία και ο
- Ο χώρος διαμονής τους

και

κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- Η μικρή ηλικία και τα
- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν τα 160 ερωτηματολόγια από το σύνολο των 165 που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για τον λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και

τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SigmaStat 1.0 for Windows.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το chi-square ή χ^2 (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για

την συνέχεια) ή το Fishers exact όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Στο τέλος των αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από: 1) Μέγεθος του δείγματος και βαθμοί ελευθερίας, 2) τιμή της χ^2 , 3) Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value).

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ερωτώμενοι στις περισσότερες περιπτώσεις των ερωτήσεων είχαν την δυνατότητα πολλαπλής επιλογής απαντήσεων.

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Δημογραφικά στοιχεία

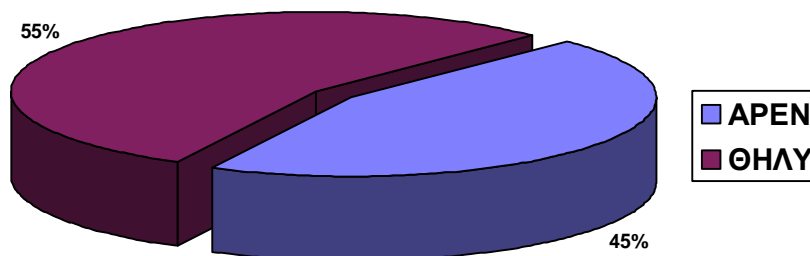
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΗΛΥ	88	55
ΑΡΡΕΝ	72	45
ΣΥΝΟΛΟ	160	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

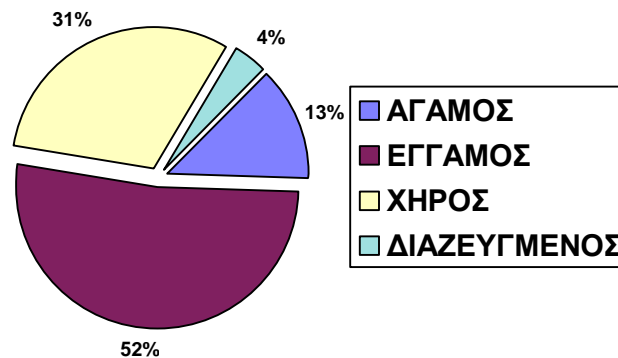


ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΓΑΜΟΣ	20	13
ΕΓΓΑΜΟΣ	83	52
ΧΗΡΟΣ	50	31
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	7	4
ΣΥΝΟΛΟ	160	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογένεια



ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την ασφάλειά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
Ι.Κ.Α.	45	28
Ο.Γ.Α.	90	56
ΔΗΜΟΣΙΟ	12	8
Τ.Ε.Β.Ε	5	3
Τ.Σ.Α.	2	1
ΑΛΛΟ	6	4
ΣΥΝΟΛΟ	160	100 %

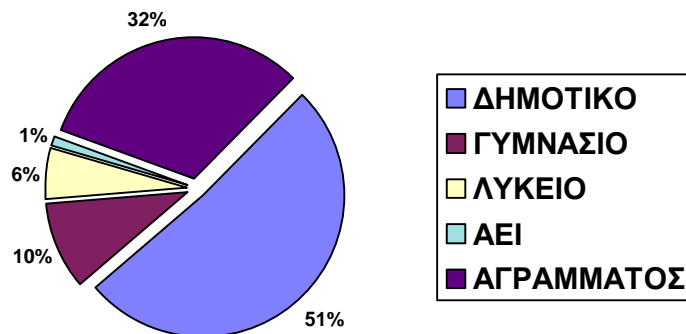
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μόρφωσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	81	51
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	16	10
ΛΥΚΕΙΟ	10	6
ΑΕΙ	2	1
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	51	32
ΣΥΝΟΛΟ	160	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν απόφοιτοι Δημοτικού σχολείου.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με τη μόρφωση.



Β. Απαντήσεις σε σχέση με το ερωτηματολόγιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν συγγενείς.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	151	94
ΟΧΙ	9	6
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Όλοι οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν συγγενείς στη ζωή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τους επισκέπτονται οι συγγενείς τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΥΧΝΑ	80	50
ΚΑΠΟΥ-ΚΑΠΟΥ	64	40
ΠΟΤΕ	16	10
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν συχνά επισκέψεις από συγγενείς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με τις σχέσεις τους με τους συγγενείς τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΛΕΣ	105	66
ΜΕΤΡΙΕΣ	40	25
ΚΑΚΕΣ	15	9
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν καλές σχέσεις με τους συγγενείς τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιος βρίσκεται κοντά τους όταν έχουν προβλήματα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	118	73
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	11	7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ	12	8
ΣΥΓΚΑΤΟΙΚΟΣ	4	3
ΚΑΝΕΝΑΣ	15	9
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν κοντά τους συγγενείς τους όταν έχουν κάποιο πρόβλημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 70 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους στο γηροκομείο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	44	62
ΟΧΙ	26	38
ΣΥΝΟΛΟ	70	100

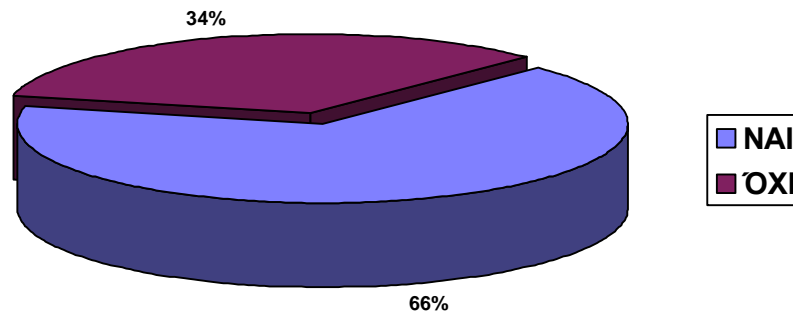
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή τους στο ευγήμερο ίδρυμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	105	66
ΟΧΙ	55	34
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητές τους.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητές τους



ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	82	55
ΟΧΙ	78	45
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται κενή τη ζωή τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν βαριούνται τακτικά

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	92	58
ΟΧΙ	68	42
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

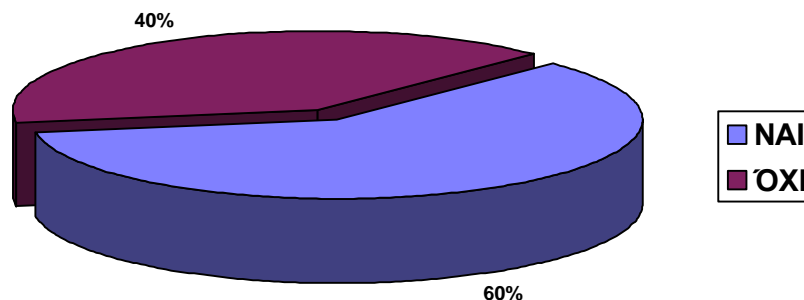
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα βαριούνται τακτικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν καλή διάθεση συνήθως.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	95	60
ΟΧΙ	65	40
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν καλή διάθεση συνήθως.

ΣΧΗΜΑ 6: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν καλή διάθεση συνήθως.



ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν φοβούνται ότι κάτι κακό θα τους συμβεί.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	62	39
ΟΧΙ	98	61
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

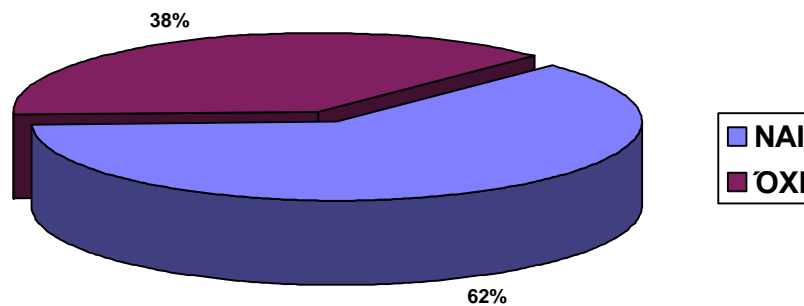
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν φοβούνται ότι κάτι κακό θα τους συμβεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται ευτυχισμένοι συνήθως.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	99	62
ΟΧΙ	61	38
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται ευτυχισμένοι συνήθως.

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται ευτυχισμένοι συνήθως.



ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται ότι δεν έχουν βοήθεια από κανέναν

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	82	51
ΟΧΙ	78	49
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

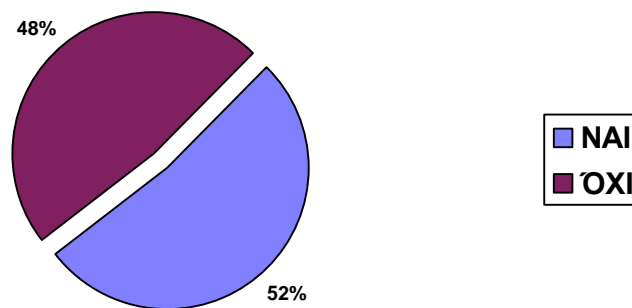
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αισθάνονται συχνά ότι **δεν** έχουν βοήθεια από κανέναν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν προτιμούν να μένουν μέσα συνήθως.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	84	52
ΟΧΙ	76	48
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα προτιμούν να μένουν μέσα συνήθως και να μην ασχολούνται με κάτι νέο.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν προτιμούν να μένουν μέσα συνήθως.



ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν προβλήματα μνήμης

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	85	53
ΟΧΙ	75	47
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι έχουν προβλήματα μνήμης

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι είναι υπέροχο που είναι ζωντανοί.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	126	79
ΟΧΙ	34	21
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

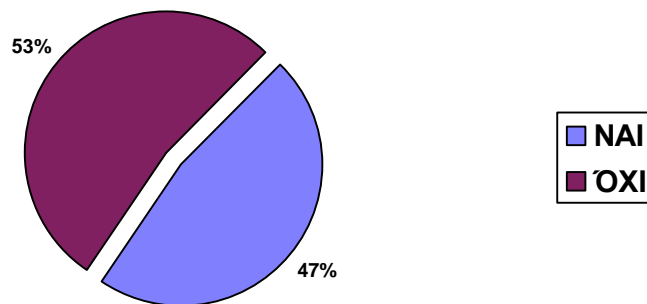
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι είναι υπέροχο που είναι ζωντανοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται άχρηστοι πια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	75	47
ΟΧΙ	85	53
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν αισθάνονται άχρηστοι.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται άχρηστοι.



ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται γεμάτοι ενέργεια.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	68	42
ΟΧΙ	92	58
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν αισθάνονται γεμάτοι ενέργεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν αισθάνονται ότι είναι σε κατάσταση απελπιστική.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	79	49
ΟΧΙ	81	51
ΣΥΝΟΛΟ	125	100

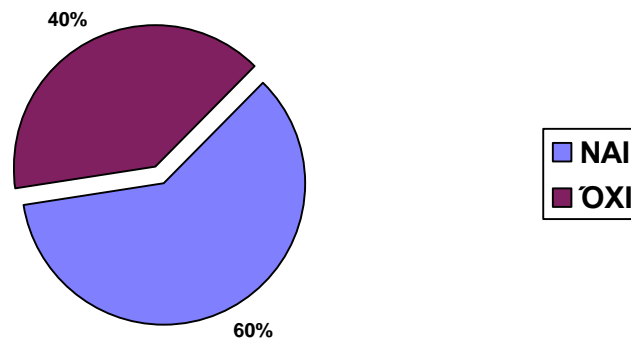
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (οριακά) στην παρούσα έρευνα δεν αισθάνονται ότι είναι σε κατάσταση απελπιστική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι οι άλλοι άνθρωποι καλύτερα από αυτούς.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΝΑΙ	97	60
ΟΧΙ	63	40
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι καλύτερα από αυτούς

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι καλύτερα από αυτούς.



Γ. Ερωτήσεις που αφορούν την κατάσταση του ερωτώμενου σύμφωνα με την άποψη και του προσωπικού αλλά και του μέλους της ερευνητικής ομάδας

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την εμφάνισή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	55	34
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΑΦΡΟΝΤΙΣΤΗ	37	23
ΘΑ ΗΤΑΝ ΑΝ ΔΕΝ ΕΙΧΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑ	68	43
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θα είχαν πρακτικά αφρόντιστη εμφάνιση αν δεν είχαν βοήθεια από άλλους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την ικανότητα τους για καθημερινές εργασίες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΜΗ ΙΚΑΝΟΣ	27	17
ΙΚΑΝΟΣ ΓΙΑ ΑΠΛΕΣ	57	36
ΙΚΑΝΟΣ	76	47
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

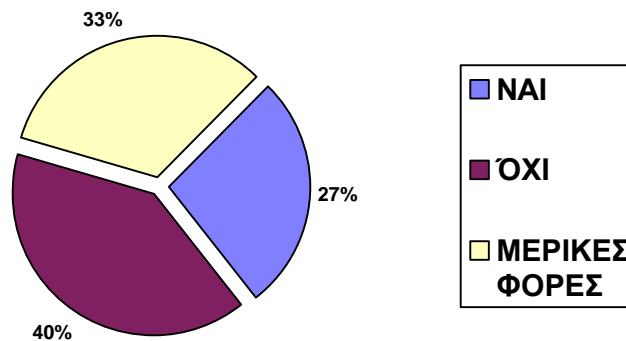
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοί για καθημερινές εργασίες στο σπίτι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν πάντα ανάγκη βοήθειας έξω από το σπίτι.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΟΧΙ	64	40
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	52	33
ΝΑΙ	44	27
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν έχουν ανάγκη βοήθειας έξω από το σπίτι

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν ανάγκη βοήθειας.



ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ασχολούνται με δημιουργικές εργασίες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	91	57
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	35	22
ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	34	21
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ασχολούνται με δημιουργικές εργασίες πολύ συχνά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το επίπεδο επικοινωνίας τους (προφορικά, γραπτά ή με νοήματα)

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	123	77
ΜΕΡΙΚΑ	27	17
ΣΠΑΝΙΑ	10	6
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

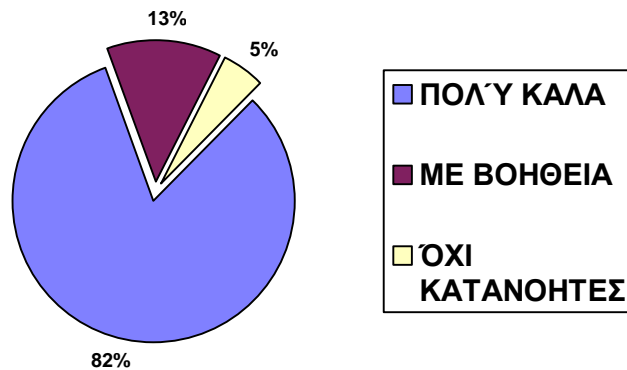
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επικοινωνούν πολύ καλά και χωρίς βοήθεια με τους συνομιλητές τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι κατανοητές οι απαντήσεις τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ	131	82
ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ	21	13
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΝΟΗΤΕΣ	8	5
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δίνουν κατανοητές απαντήσεις.

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με τις απαντήσεις τους.



ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν επισκέπτονται δημόσιους χώρους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΟΤΕ	23	14
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	42	27
ΤΑΚΤΙΚΑ	95	59
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα επισκέπτονται τακτικά δημόσιους χώρους όπως για παράδειγμα την εκκλησία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την όρασή τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΚΗ	11	7
ΕΞΑΣΘΕΝΗΜΕΝΗ	62	39
ΚΑΛΗ	87	54
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν καλή όραση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με την ακοή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΚΗ	14	9
ΕΞΑΣΘΕΝΗΜΕΝΗ	45	28
ΚΑΛΗ	101	63
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

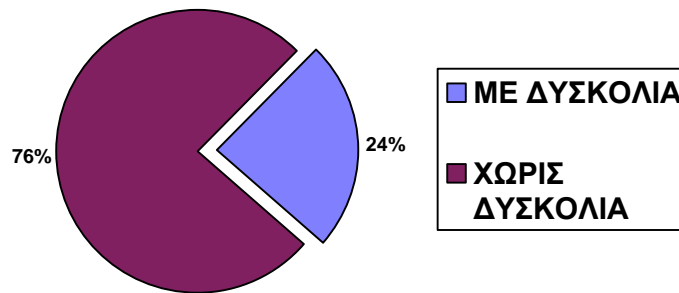
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν καλή ακοή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορούν να περπατούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	39	24
ΧΩΡΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	121	76
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα μπορούν και περπατούν χωρίς δυσκολία.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορούν να περπατούν.



ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν μπορούν να διαχειριστούν τα οικονομικά τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΙΚΑΝΟΙ	89	56
ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ	45	28
ΟΧΙ ΙΚΑΝΟΙ	26	16
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

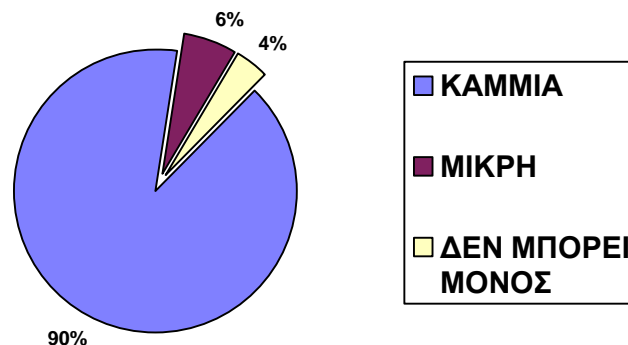
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα μπορούν να διαχειριστούν τα οικονομικά τους χωρίς βοήθεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται βοήθεια στο φαγητό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΜΜΙΑ	144	90
ΜΙΚΡΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	9	6
ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΦΑΕΙ ΜΟΝΟΣ	7	4
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ χρειάζονται βοήθεια στο φαγητό τους.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν ανάγκη βοήθεια στο φαγητό.



ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το διαιτολόγιό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ	45	28
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ	48	30
ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ	67	42
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ακολουθούν κανονικό διαιτολόγιο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται βοήθεια στο ντύσιμό τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΠΑΝΤΑ	25	16
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	35	22
ΚΑΜΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ	100	62
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

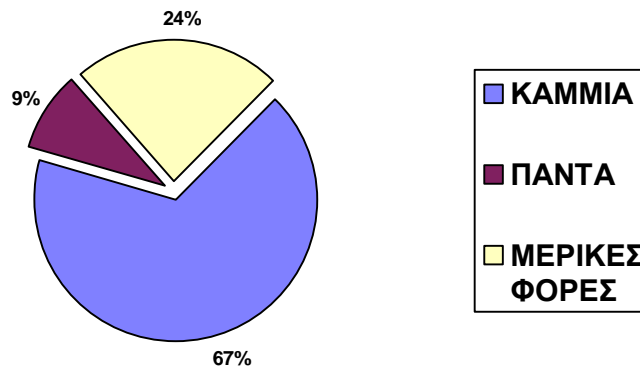
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ χρειάζονται βοήθεια στο ντύσιμό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 38: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν χρειάζονται βοήθεια στην ατομική τους υγιεινή (πλύσιμο)

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΚΑΜΙΑ	107	67
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	39	24
ΠΑΝΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑ	14	9
ΣΥΝΟΛΟ	160	100

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ΔΕΝ χρειάζονται βοήθεια στην ατομική τους υγιεινή (πλύσιμο).

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν ανάγκη βοήθειας στο πλύσιμο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 39: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν κάνει κάποια χειρουργική επέμβαση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ	5	3
ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ	13	8
ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ	31	19

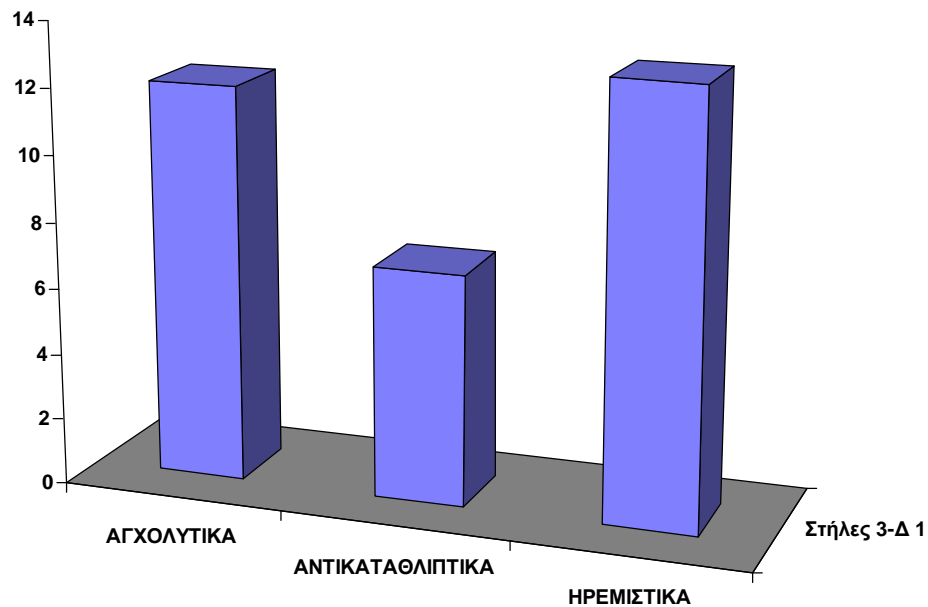
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες-άντρες στην παρούσα έρευνα είχαν χειρουργηθεί για προστάτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40: Κατανομή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν παίρνουν κάποια φάρμακα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ(%)
ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ	19	12
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	11	7
ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	21	13

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έπαιρναν ηρεμιστικά φάρμακα.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική περιγραφή των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν παίρνουν κάποια φάρμακα.



Β. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και το ποιο βρίσκονται κοντά τους (Ερώτηση 8)

Αριθμός	ΣΥΓΓΕ ΝΕΙΣ	ΠΡΟΣΩΠΙ ΚΟ	ΝΟΣΗΛΕ ΥΤΗΣ	ΣΥΓΚΑΤ ΟΙΚΟΙ	ΚΑΝΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	74	0	1	4	11	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	44	11	11	0	4	70
ΣΥΝΟΛΟ	118	11	12	4	15	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	32.2	0.0001

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και το ποιο βρίσκονται κοντά τους διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και το αν έχουν εγκαταλείψει τις δραστηριότητές τους (Ερώτηση 10)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	53	37	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	52	18	70
ΣΥΝΟΛΟ	105	55	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	3.48	0.06

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και το αν έχουν εγκαταλείψει τις δραστηριότητές τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και το αν αισθάνονται ευτυχισμένοι (Ερώτηση 15)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	52	38	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	47	23	70
ΣΥΝΟΛΟ	99	61	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	1.09	0.29

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και το αν αισθάνονται ευτυχισμένοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και αν αισθάνονται άχρηστοι (Ερώτηση 20)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	33	57	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	42	28	70
ΣΥΝΟΛΟ	75	85	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	7.8	0.005

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και αν αισθάνονται άχρηστοι διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και αν αισθάνονται απελπισμένοι (Ερώτηση 22)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	40	50	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	39	31	70
ΣΥΝΟΛΟ	79	81	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	1.58	0.21

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και αν αισθάνονται απελπισμένοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και του αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κανένα κακό (Ερώτηση 14)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	42	48	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	20	50	70
ΣΥΝΟΛΟ	62	98	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	4,7	0.03

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και του αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κανένα κακό διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και την ικανότητά τους για καθημερινές εργασίες (Ερώτηση 25)

Αριθμός	ΟΧΙ ΙΚΑΝΟΣ	ΑΠΛΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	ΙΚΑΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	14	37	39	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	13	20	37	70
ΣΥΝΟΛΟ	27	57	76	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	2.7	0.26

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και την ικανότητά τους για καθημερινές εργασίες δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και το αν χρειάζονται βοήθεια έξω από το σπίτι (Ερώτηση 26)

Αριθμός	ΟΧΙ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	ΒΟΗΘΕΙΑ ΜΙΚΡΗ	ΠΑΝΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	34	35	22	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	31	17	22	70
ΣΥΝΟΛΟ	64	52	44	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	3.69	0.15

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και το αν χρειάζονται βοήθεια έξω από το σπίτι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή (Ερώτηση 11)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	50	40	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	32	38	70
ΣΥΝΟΛΟ	82	78	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
1	1.16	0.28

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και της ικανότητάς τους να περπατούν (Ερώτηση 33)

Αριθμός	ΒΟΗΘΕΙΑ	ΟΧΙ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	15	75	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	24	46	70
ΣΥΝΟΛΟ	39	121	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	5.71	0.02

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και της ικανότητάς τους να περπατούν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και της ικανότητας διαχείρισης των οικονομικών τους (Ερώτηση 34)

Αριθμός	ΙΚΑΝΟΣ	ΜΕΡΙΚΑ ΙΚΑΝΟΣ	ΟΧΙ ΙΚΑΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	58	27	5	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	31	18	21	70
ΣΥΝΟΛΟ	89	45	26	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	17.6	0.0001

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και της ικανότητας διαχείρισης των οικονομικών τους διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και της διατροφής τους (Ερώτηση 36)

Αριθμός	ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ	ΚΑΝΟΝΙΚΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	28	27	35	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	17	21	32	70
ΣΥΝΟΛΟ	45	48	67	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	1.09	0.57

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και της διατροφής τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και των φαρμάκων που παίρνουν (Ερώτηση 40)

Αριθμός	ΑΓΧΩΛΥΤΙΚΑ	ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠ ΤΙΚΑ	ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	12	4	6	90
ΕΥΓΗΡΕΙΟ	7	7	15	70
ΣΥΝΟΛΟ	19	11	21	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
2	5.13	0.07

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και των φαρμάκων που παίρνουν δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του μορφωτικού τους επιπέδου και του αν αισθάνονται άχρηστοι (Ερώτηση 20 και 4)

Αριθμός	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΑΕΙ	ΑΓΡΑΜ.	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	38	7	5	0	25	75
ΟΧΙ	43	9	5	2	26	85
ΣΥΝΟΛΟ	81	16	10	2	51	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	1.96	0.74

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και του αν αισθάνονται άχρηστοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του μορφωτικού τους επιπέδου και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή (Ερώτηση 11 και 4)

Αριθμός	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΑΕΙ	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	40	8	6	1	27	82
ΟΧΙ	41	8	4	1	24	78
ΣΥΝΟΛΟ	81	16	10	2	51	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	0.49	0.97

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του μορφωτικού τους επιπέδου και του αν αισθάνονται ευτυχισμένοι (Ερώτηση 15 και 4)

Αριθμός	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΑΕΙ	ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	50	9	7	2	31	99
ΟΧΙ	31	7	3	0	20	61
ΣΥΝΟΛΟ	81	16	10	2	51	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
4	1.75	0.78

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης και του αν αισθάνονται ευτυχισμένοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν αισθάνονται άχρηστοι (Ερώτηση 20 και 2)

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	23	26	23	3	75
ΟΧΙ	25	57	27	4	85
ΣΥΝΟΛΟ	28	83	50	7	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
3	4.63	0.20

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν αισθάνονται άχρηστοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή (Ερώτηση 2 και 11)

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	18	34	26	4	82
ΟΧΙ	10	49	24	3	78
ΣΥΝΟΛΟ	28	83	50	7	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
3	5.13	0.16

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν αισθάνονται ευτυχισμένοι (Ερώτηση 2 και 15)

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	19	45	30	5	99
ΟΧΙ	9	38	20	2	61
ΣΥΝΟΛΟ	28	83	50	7	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
3	2.16	0.54

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν αισθάνονται ευτυχισμένοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό (Ερώτηση 2 και 14)

Αριθμός	ΑΓΑΜΟΣ	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	11	30	20	1	62
ΟΧΙ	17	53	30	6	98
ΣΥΝΟΛΟ	28	83	50	7	160

ΒΑΘΜΟΙ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ	ΤΙΜΗ	P
3	1.83	0.61

Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μεγάλο μέρος του κοινωνικού συνόλου. Είναι χαρακτηριστικό ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων το 1990 στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 22,2% ενώ για το 2020 θα έχει ανέλθει στο 31,3%. Στην Ελλάδα το 1990 οι άνθρωποι που είχαν ηλικία άνω των 65 ετών αποτελούσαν το 20,7% του πληθυσμού ενώ το 2020 θα αποτελούν το 34,6%.²⁸

Από αυτό κρίνεται αναγκαία η ενασχόληση μας με την τρίτη ηλικία τόσο για τις οργανικές όσο για τις ψυχικές παθήσεις που παρουσιάζουν. Στην έρευνά μας ασχοληθήκαμε με την καταγραφή των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι τους και σε άλλους που φιλοξενούνται σε οίκους ευγηρίας. Στην παρούσα έρευνα το 55% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 44% ήταν άνδρες. Σε έρευνα των Grundy & Harrop βρέθηκε ότι στην Ελλάδα στις ηλικίες 67-74 ετών στις 100 γυναίκες αντιστοιχούν 77 άνδρες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση στις ηλικίες 65-74 στις 100 γυναίκες αντιστοιχούν 75 άνδρες. Στην ηλικία άνω των 75 ετών στις 100 γυναίκες αντιστοιχούν 52 άνδρες.²⁹

- Το 52% των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι και το 4% ήταν διαζευμένοι (πιν.2).
- Σε ερώτηση σχετικά με την ασφάλιση των ερωτηθέντων το 56% ήταν ασφαλισμένοι στο ΟΓΑ, και το 1% στο ΤΣΑ (πιν.3)
- Σε ερώτηση σχετικά με την μόρφωσή τους το 51% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού και το 1% είχαν πτυχίο ΑΕΙ (πιν.4)

- Σε ερώτηση σχετικά με το αν έχουν συγγενείς, το 94% δήλωσαν ότι έχουν συγγενείς και το 6% δεν έχουν συγγενείς. (πιν.5)
- Σε ερώτηση σχετικά με το αν τους επισκέπτονται οι συγγενείς τους, το 50% απάντησαν συχνά και το 10% ότι ποτέ δεν τους επισκέπτονται. (πιν.6)
- Σε ερώτηση σχετικά με το αν έχουν σχέσεις με τους συγγενείς τους απάντησαν το 66% ότι ήταν καλές και το 9% ότι ήταν κακές. (πιν. 7).
- Στην ερώτηση σχετικά με το ποιος βρίσκεται κοντά τους όταν έχουν πρόβλημα το 73% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι τους συμπαραστέκονται οι συγγενείς τους και το 3% οι συγγάμοι τους

Ο Walker στην έρευνά του το 1993 βρήκε ότι το 76,9% των Ελλήνων είναι θετικοί στην προσφορά φροντίδας στους ηλικιωμένους συγγενείς τους. Το 22,9% ήταν αρνητικοί στο να φροντίζουν τους ηλικιωμένους της οικογένειας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 71,5% των οικογενειών ήταν θετικοί στην φροντίδα των ηλικιωμένων και το 28,6% αρνητικοί.³⁰ Βλέπουμε ότι στη χώρα μας ο θεσμός της οικογένειας έχει διατηρηθεί και εξακολουθεί να έχει γερά θεμέλια. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας βιώνουν το σεβασμό και τη φροντίδα των νεώτερων μελών της οικογένειάς τους.

- Στην ερώτηση 70 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους στο γηροκομείο το 62% είναι ικανοποιημένοι και το 38% μη ικανοποιημένοι. Στην συγκεκριμένη ερώτηση λόγω της αντίληψης που επικρατεί για τον τρόπο ζωής στα γηροκομεία αναμένονταν ότι το μεγαλύτερο

ποσοστό των φιλοξενούμενων δεν θα ήταν ευχαριστημένοι με την διαβίωση τους εκεί. Κατά τη συνέντευξη με τους φιλοξενούμενους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων παρατηρήσαμε ότι πριν έρθουν σ' αυτό η ζωή τους στην κοινότητα ήταν πολύ δύσκολη και οι περισσότεροι αντιμετώπιζαν και πρόβλημα επιβίωσης. Άρα για αυτούς τους ανθρώπους το γηροκομείο αποτέλεσε σανίδα σωτηρίας. Έτσι νομιμοποιείται το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που νιώθουν ευχαριστημένοι.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDSis) αναπτυχθείσα από τους Yesavage Sheikh και D' Ath et al. Οι Cornelius Katona και Philippa Katona έχουν αναφέρει ότι η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης στη βραχύτερη μορφή της έχει μια ευαισθησία της τάξης του 91-100% και μια ειδικότητα της τάξης το 72-87%.³¹

- Στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν εγκαταλείψει τα ενδιαφέροντά τους το 66% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά και το 34% αρνητικά. Σε άρθρο του Covinsky (1997) κατέγραψε ότι το 36% των Αμερικανών ηλικιωμένων που μελέτησαν εγκατέλειψαν τα ενδιαφέροντά τους.³² Η μεγάλη διαφορά του ποσοστού ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι στην Αμερικανική έρευνα δεν πήραν μέρος άτομα που ζούσαν σε γηροκομεία. Το περιβάλλον του γηροκομείου λόγω χώρων και κανονισμών λειτουργίας δεν αφήνει τα άτομα να συνεχίσουν τις δραστηριότητες τους.
- Στην ερώτηση σχετικά με το αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή το 55% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά και το 45% αρνητικά.

Ο Covinsky (1997) κατέγραψε ότι το 27% των Αμερικανών αισθάνονται τη ζωή τους κενή.³² Πιθανόν η διαφορά αυτή να οφείλεται στο διαφορετικό δείγμα.

- Το 58% των ερωτηθέντων βαριούνται τακτικά και το 42% δεν βαριούνται. Ο Covinsky (1997) εξετάζοντας αν οι Αμερικάνοι ηλικιωμένοι βαριούνται τακτικά βρήκε ότι το 38% βαριούνται.³² Το ποσοστό αυτό ανιχνεύθηκε σε ηλικιωμένους που ζούσαν στην κοινότητα ενώ το δικό μας δείγμα περιλαμβάνει κατά 44% άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας.
- Στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν καλή διάθεση συνήθως το 60% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά και το 40% αρνητικά. Ο Covinsky (1997) βρήκε ότι το 15% δεν έχουν καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό.³²
- Το 39% των ερωτηθέντων νιώθουν ότι κάτι κακό θα τους συμβεί, ενώ το 61% δεν έχει αυτό το φόβο. Ο Conn (1999) βρήκε ότι στις γυναίκες υπάρχει σχέση ανάμεσα στις καρδιακές αρρώστιες και την κατάθλιψη με $p\text{-value}=0,001$.³³ Γνωρίζοντας ότι οι ηλικιωμένοι θεωρούν την καρδιά όργανο άμεσα συνυφασμένο με τη ζωή αντιλαμβανόμαστε το φόβο τους. Εξετάζοντας την ίδια ερώτηση ο Covinsky (1997) βρήκε ότι το 23% των ηλικιωμένων νιώθουν ότι κάτι κακό θα τους συμβεί.³²
- Στην ερώτηση εάν αισθάνονται ευτυχισμένοι συνήθως το 62% απάντησαν θετικά ενώ το 38% των ερωτηθέντων αρνητικά. Το αποτέλεσμα αυτό περίπου συμφωνεί και ο Covinsky (1997) που

διαπίστωσε ότι 32% δεν αισθάνονται ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό.³²

- Το 51% των ερωτηθέντων αισθάνονται ότι δεν έχουν βοήθεια από κανέναν ενώ το 49% ότι έχουν. Σε αντίθεση με προηγούμενη ερώτηση όπου το 73% απάντησαν ότι έχουν τη συμπαράσταση των συγγενών τους. Ο Covinsky (1997) αναφέρει το ποσοστό αυτόν που δεν έχουν βοήθεια ανέρχονταν σε 51%.
- Στην ερώτηση σχετικά με το αν προτιμούν να μένουν μέσα στο σπίτι ή το δωμάτιό τους το 52% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά και το 48% αρνητικά. Παρόμοια είναι τα ποσοστά που κατέγραψε ο Covinsky (1997). Όπου το 55% των ερωτηθέντων προτιμούν να μένουν στο σπίτι.³²
- Το 53% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά στην ερώτηση σχετικά με το αν έχουν προβλήματα με τη μνήμη τους. Το 47% έδωσε αρνητική απάντηση. Ο Covinsky (1997) αναφέρει ότι μόνο το 18% αντιμετώπιζε πρόβλημα με την μνήμη του.³²
- Στην ερώτηση σχετικά με το εάν οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι είναι υπέροχο που είναι στη ζωή 79% απάντησαν θετικά και το 21% αρνητικά. Αυτά τα ποσοστά συμφωνούν με τα ευρήματα του Covinsky (1997) όπου το 17% δεν θεωρούν υπέροχο που είναι εν ζωή.³²

Η θέληση για τη ζωή τελικά δεν σταματά, όσα χρόνια και αν περάσουν και παρ' όλες τις αντιξοότητες και τις δυσκολίες.

- Ρωτώντας εάν αισθάνονται άχρηστοι πια το 47% απάντησε θετικά και το 53% αρνητικά. Ο Covinsky (1997) στην ίδια

ερώτηση βρήκε θετική απάντηση στο 30% των ερωτηθέντων.³² Η διαφορά αυτή ίσως δικαιολογείται με την συμμετοχή στην έρευνα μας και ατόμων που ζουν σε οίκους ευγηρίας.

- Οι ηλικιωμένοι στην ερώτηση σχετικά με το αν θεωρούν ότι η κατάσταση τους είναι απελπιστική το 51% απάντησε αρνητικά και το 49% θετικά. Σημαντική είναι η διαφορά που βρήκε ο Covinsky (1997) όπου μόνο το 15% νιώθουν ότι η κατάστασή τους είναι απελπιστική.³² Στην δική μας έρευνα το 56% είναι ασφαλισμένοι το ΟΓΑ, άρα το επάγγελμά τους ήταν αγρότες. Έζησαν μια ζωή στους αγρούς παίρνοντας δύναμη να συνεχίσουν από αυτά που δημιουργούσαν με τα χέρια τους. Τώρα που αναγκάζονται να παραμένουν σπίτι ή ζουν σε γηροκομεία νιώθουν απελπισμένοι. Έχουν στερηθεί τη φύση που τους έδινε ζωή.
- Το 60% των ερωτηθέντων μας απάντησαν ότι θεωρούν πως οι άλλοι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από αυτούς. Το 40% έδωσε αρνητική απάντηση. Αντίθετα στην Έρευνα του Covinsky (1997) το 23% θεωρούν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από αυτούς.³² Αυτό ίσως να συμβαίνει λόγω του διαφορετικού δείγματος.

Τα επόμενα στοιχεία αφορούν την κατάσταση των ερωτηθέντων.

- Στην ερώτηση σχετικά με την εμφάνισή τους, διαπιστώσαμε ότι για το 23% ήταν μερικές φορές αφρόντιστη και για το 43% θα ήταν αφρόντιστη εάν δεν είχαν βοήθεια από άλλους.(πιν. 24)

- Στην ερώτηση εάν είναι ικανοί για καθημερινές εργασίες το 17% μας απάντησαν ότι δεν είναι ικανοί και το 47% ότι είναι ικανοί. (πιν. 25)
- Το 40% των ερωτηθέντων μας απάντησαν ότι δεν έχουν ανάγκη βοήθειας έξω από το σπίτι και το 27% ότι πάντα χρειάζονται βοήθεια. (πιν. 26)
- Στην ερώτηση εάν ασχολούνται με δημιουργικές εργασίες, το 57% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ασχολούνται πολύ συχνά και το 21% πολύ σπάνια. (πιν. 27)
- Όσον αφορά το επίπεδο επικοινωνίας των ερωτηθέντων το 77% μπορούσαν να επικοινωνούν πολύ καλά και χωρίς βοήθεια με τους συνομιλητές τους και το 6% σπάνια. (πιν. 28). Οι απαντήσεις που έδινε το 82% των ερωτηθέντων γίνονταν πολύ κατανοητές ενώ το 5% δεν έδινε κατανοητές απαντήσεις και η συνεννόηση μαζί τους ήταν πολύ δύσκολη. (πιν. 29).
- Στην ερώτηση εάν επισκέπτονται δημόσιους χώρους το 14% των ερωτηθέντων απάντησαν ποτέ και το 59% ότι επισκέπτονται και κυρίως την εκκλησία. (πιν. 30).
- Το 7% των ηλικιωμένων είχαν κακή όραση και το 54% καλή. (πιν. 31). Τα στοιχεία της ΕΣΥΕ (1996) έδειξαν ότι το 62% ατόμων άνω των 65 ετών πάσχουν από καταρράκτη. ³⁴ Αυτά τα άτομα εάν δεν θεραπευτούν αντιμετωπίζουν προβλήματα με την όρασή τους.
- Όσον αφορά την ακοή των ερωτηθέντων το 63% είχε καλή και το 9% κακή. (πιν. 32).

- Το 76% των ερωτηθέντων στην παρούσα έρευνα μπορούσαν να περπατούν χωρίς δυσκολία ενώ το 24% αντιμετώπιζαν δυσκολίες. (πιν. 33).
- Το 56% των ερωτηθέντων δήλωσαν ικανοί να διαχειριστούν τα οικονομικά τους και το 16% δεν είχαν τέτοια ικανότητα (πιν.34).
- Το 90% των ερωτηθέντων δεν χρειάζονται καμία βοήθεια στο φαγητό τους και το 4% δεν μπορούν να φάνε μόνοι τους.
- Εξετάζοντας εάν ακολουθούν κάποιο ειδικό διαιτολόγιο το 28% ακολουθούν ειδική δίαιτα και το 42% κανονική χωρίς περιορισμούς. (πιν. 36). Από τα στοιχεία της ΕΣΥΕ (1996) διαπιστώνουμε ότι το 73,7% των ηλικιωμένων πάσχουν από Σακχαρώδη διαβήτη.³⁴
- Το 16% των ερωτηθέντων πάντα χρειάζονται βοήθεια στο ντύσιμό τους και το 62% δεν χρειάζονται καμία βοήθεια. (πιν. 37).
- Στην ερώτηση εάν χρειάζονται βοήθεια στην ατομική τους υγιεινή το 67% δήλωσαν ότι δεν χρειάζονται καμία βοήθεια και το 9% ότι δεν μπορούν να ντυθούν μόνοι τους και χρειάζονται πάντα βοήθεια. (πιν. 38).
- Το 3% των γυναικών είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή, το 8% σε υστερεκτομή και το 19% των ανδρών έχουν υποβληθεί σε εγχείρηση προστάτη. Από την καταγραφή των στοιχείων της ΕΣΥΕ (1996) από όσες γυναίκες νοσηλεύτηκαν το 8,6 έπασχαν από καρκίνο μαστού και το 3,8% από καρκίνο του τραχήλου της

μήτρας. Οι άνδρες στην αντίστοιχη έρευνα που είχαν υποβληθεί σε προστατεκτομή συγκέντρωναν ποσοστό 6,5%.³⁴

- Το 7% των ερωτηθέντων παίρνουν αντικαταθλιπτικά και το 13% ηρεμιστικά (πιν. 40). Από την καταγραφεί των στοιχείων της ΕΣΥΕ (1996) διαπιστώθηκε ότι το 25,3% των ηλικιωμένων έπασχαν από γεροντικές ψυχωτικές καταστάσεις και το 10,1% παρουσίαζε άλλες ψυχικές διαταραχές.³⁴ Το άθροισμα των ποσοστών αυτών είναι περίπου ίδιο με το άθροισμα των ηλικιωμένων που στην έρευνά μας έπαιρναν ψυχοφάρμακα, 35,4% και 32% αντίστοιχα.

Στην έρευνά μας συμμετείχαν άτομα που ζουν στην κοινότητα και άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Προσπαθήσαμε λοιπόν να ελέγξουμε εάν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις που μας έδωσαν ανάλογα με τον τρόπο που ζουν.

- Στις απαντήσεις των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και το ποιοι βρίσκονται κοντά τους διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p=0,0001$). Έτσι παρατηρούμε ότι αυτοί που ζουν στην κοινότητα έχουν κοντά τους τους συγγενείς τους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα ενώ όσοι ζουν σε οίκους ευγηρίας έχουν κοντά τους πιο πολύ το προσωπικό και τους νοσηλευτές. Επίσης είναι εντυπωσιακό ότι στο ευγήμερο παρόλο που κάθε ηλικιωμένος μοιράζεται το ίδιο δωμάτιο με κάποιον συγγάτοικο, κανείς δεν νιώθει κοντά του το συγγάτοικό του. Η ύπαρξη πολλών προβλημάτων συντελεί στην ανάπτυξη

επιφανειακών σχέσεων και όχι ουσιαστικών μεταξύ των συγκατοίκων.

- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής των ηλικιωμένων και το αν έχουν εγκαταλείψει τις δραστηριότητές τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Μπορούμε λοιπόν να υποθέσουμε ότι για την εγκατάλειψη των δραστηριοτήτων ευθύνεται η αυξημένη ηλικία των ερωτηθέντων και η επιβάρυνση της υγείας τους που είναι επακόλουθό της.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και το αν αισθάνονται ευτυχισμένοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Διαπιστώνουμε ότι είναι ευτυχισμένοι τόσο αυτοί που ζουν στην κοινότητα όσο και αυτοί που ζουν στο ευγήμερο. Θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς πως είναι δυνατόν να είναι ευτυχής κάποιος που ζει σε ευγήμερο, έχοντας αλλάξει εντελώς τρόπο ζωής και έχοντας εγκαταλείψει όλα όσα για τη ζωή του ολόκληρη προσπαθούσε; Συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια με τη μορφή της συνέντευξης διαπιστώσαμε ότι πολλοί ηλικιωμένοι όταν ζούσαν στην κοινότητα ήταν εντελώς μόνοι, κανείς δεν ενδιαφερόταν για αυτούς, άλλοι μας ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν πολλά προβλήματα ακόμα και πρόβλημα επιβίωσης. Αυτοί οι άνθρωποι είδαν το γηροκομείο σαν σανίδα σωτηρίας και «παρακάλεσαν» όσους μπορούσαν να τους βοηθήσουν να τους δοθεί μια θέση σ' αυτό.

- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής των ηλικιωμένων και αν αισθάνονται άχρηστοι διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p=0,005$). Όταν κανείς ζει στην κοινότητα ασχολείται με δημιουργικές εργασίες όπως ο κήπος, η φροντίδα των εγγονών και η περιποίηση του σπιτιού. Βλέποντας τα αποτελέσματα δηλαδή την προσφορά του, νιώθει ικανοποίηση και αισθάνεται χρήσιμος. Όταν όμως ο ηλικιωμένος ζει στο χώρο του γηροκομείου, έναν χώρο συγκεκριμένο χωρίς πολλές δυνατότητες για δημιουργικές δραστηριότητες είναι φυσικό να νιώθει περιορισμένος και άχρηστος. Άλλωστε δεν μπορεί να ασχοληθεί ούτε με πράγματα που αφορούν τον εαυτό του, όπως την προετοιμασία της τροφής του κτλ. Έτσι αυξάνεται το αίσθημα της εξάρτησης από τους άλλους που τον κάνει να αισθάνεται άχρηστος.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και αν αισθάνονται απελπισμένοι δεν διαπιστώνεται σημαντική διαφορά.
- Στη συσχέτιση των απαντήσεων μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και του αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κανένα κακό βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,03$). Η ασφάλεια που προσφέρουν στους ηλικιωμένους που φιλοξενούνται στο γηροκομείο το προσωπικό και οι νοσηλευτές με την εκεί παρουσία τους όλο το 24ωρο έχει μειώσει πολύ το

φόβο τους μήπως τους συμβεί κανένα κακό. Αντίθετα πολλοί από τους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα μένουν μόνοι ή κατά ζευγάρια και νιώθουν ανυπεράσπιστοι μπροστά στα προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν ξαφνικά.

- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και την ικανότητά τους για καθημερινές εργασίες.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του χώρου διαμονής και το αν χρειάζονται βοήθεια έξω από το χώρο διαβίωσής τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Στις δύο τελευταίες ερωτήσεις το αποτέλεσμα πιθανότατα διαμορφώνεται από το γεγονός ότι για να φιλοξενηθεί κάποιος σε οίκο ευγηρείας πρέπει να είναι περιπατητικό και σε σχετικά καλή κατάσταση υγείας.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά .
- Βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p=0,02$) μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και της ικανότητάς τους να περπατούν. Στο ευγηρείο παρόλο που για να μπει κάποιος πρέπει να είναι περιπατητικός, αν κάποια στιγμή η κατάσταση της υγείας επιδεινωθεί, πράγμα που είναι φυσικό αφού όλοι μένουν εκεί μέχρι το τέλος της ζωής τους, συνεχίζει να

φιλοξενείται και να του προσφέρεται φροντίδα. Γι' αυτό και στο ευγήμερο οι τρόφιμοι έχουν ανάγκη βοήθειας για να περπατούν.

- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και της ικανότητας διαχείρισης των οικονομικών τους διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων ($p=0,001$). Είναι αναμενόμενο να συμβαίνει αυτό αφού από τους κανονισμούς λειτουργίας των γηροκομείων προβλέπεται ότι τα χρήματα των φιλοξενούμενων θα τα διαχειρίζεται το διοικητικό προσωπικό των ιδρυμάτων.
- Στη συσχέτιση των απαντήσεων μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και της διατροφής τους δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά. Στους κανονισμούς λειτουργίας των οίκων ευγηρείας, σημαντική θέση έχει η οικονομία έτσι δεν προτιμάται να φιλοξενηθούν άτομα που χρειάζονται ειδική διατροφή.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του περιβάλλοντος διαμονής των ηλικιωμένων και των φαρμάκων που παίρνουν δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ του επιπέδου μόρφωση και του αν αισθάνονται άχρηστοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά .

- Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του επιπέδου μόρφωσης των ηλικιωμένων και του αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή
- Στη συσχέτιση των απαντήσεων των 160 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών το μορφωτικό τους επίπεδο και του αν αισθάνονται ευτυχισμένοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.
- Στην έρευνά μας ελέγξαμε το επίπεδο μόρφωσης σε σχέση με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην μόρφωση και την κατάθλιψη.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του αν αισθάνονται άχρηστοι δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και αν αισθάνονται τη ζωή τους κενή δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά.
- Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων και του αν αισθάνονται ευτυχισμένοι.
- Στις απαντήσεις μεταξύ των ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών μεταξύ της οικογενειακής τους κατάστασης και του αν φοβούνται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό δεν διαπιστώνεται στατιστικά ότι κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης των

ερωτηματολογίων πολλοί ηλικιωμένοι παρερμήνευαν την ερώτηση και μας απαντούσαν ότι τώρα που έχουν ολοκληρώσει τον κύκλο της ζωής τους το μόνο που περιμένουν είναι ο θάνατος. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι λόγω της απελπισίας τους δήλωναν ότι δεν φοβούνται μήπως τους συμβεί κανένα κακό. Άλλωστε οι ευχές για θάνατο είναι ένα από τα συμπτώματα που παρατηρούνται στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων σύμφωνα με τους Prince et al (1999).³⁵

- Τέλος διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Άλλωστε αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι δημογραφικοί, κοινωνικοί, μεμονωμένα συμπτώματα, και η προσωπικότητα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια να διερευνήσουμε τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας που φιλοξενούνται στο Κωνσταντοπούλειο Ευγύρειο Ίδρυμα Πατρών, στο γηροκομείο Πύργου, που είναι μέλη του ΚΑΠΗ Αιγίου, και σε άλλους ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι, στην ευρύτερη περιοχή των Πατρών & Πύργου.

Η έρευνα διήρκεσε περίπου δέκα μήνες (15 Μαρτίου 2001 έως 15 Ιανουαρίου 2002).

Δόθηκαν 160 ερωτηματολόγια με 40 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 66/% έχουν εγκατασταλείψει τα ενδιαφέροντα και τις δραστηριότητες τους.

Το 51% αισθάνονται ότι δεν έχουν βοήθεια από κανέναν.

Το 47% αισθάνονται άχρηστοι.

Παρατηρήσαμε ότι αυτοί που ζουν στο σπίτι έχουν κοντά τους, τους συγγενείς τους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα, ενώ όσοι ζουν σε οίκους ευγηρίας έχουν κοντά τους πιο πολύ το προσωπικό και τους νοσηλευτές.

Συσχετίζοντας το χώρο διαμονής των ηλικιωμένων και το αν αισθάνονται άχρηστοι διαπιστώσαμε ότι αυτοί που ζουν στα ιδρύματα

αισθάνονται άχρηστοι σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με αυτούς που ζουν στο σπίτι.

Συμπερασματικά αναφέρεται ότι τα αναμενόμενα ποσοστά κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερα στους ηλικιωμένους που ζουν στα ιδρύματα, αλλά και κάτι τέτοιο ανατρέπεται πιθανότητα λόγω των συνθηκών διαβίωσης που υπάρχουν στα ιδρύματα και τρόπου ζωής των ατόμων που ζουν μόνοι στο σπίτι. Τελικά ο χώρος διαμονής των συγκεκριμένων ατόμων δεν φαίνεται να παίζει σπουδαίο ρόλο στην ύπαρξη κατάθλιψης.

SUMMARY

In this essay we tried to investigate the symptoms of depression concerning the people of third age who are accommodated in the “Konstantinopolio” institute of Patras and in the old People’s home in Pirgos, who all are members of egio’s “KAPI”. Moreover the elderly people who live at home in the wider area of Patra and Pirgos.

The research lasted about ten months (from 15th March 2001 until 15th January 2002).

One hundred and sixty questionnaires of about 40 questions were given to these people Our method was based on a descriptive model of research and more specifically on an active and multiproductive Kind of research.

According to the results, 66 percent of these people have already given up their interests and their past activities.

51 percent feel that they haven’t got any Kind of help by anyone and 47 percent of these feel useless.

We noticed that people who live at home have their relatives’ support every time they deal with a problem whereas the ones who live in old people’s house have got both the personnel and nurses’ support.

Interrelating the accommodation of eldecly people with their feeling of uselessness we found out people who live in old people’s houses feel more useless than the ones who live at home.

As a result, it is reported that the expected rates of depression are higher to the people who live in old people’s house than the ones who

live at home. However, this theory is overthrown by the fact that the living conditions at home are different than the ones at old people's house.

Lastrly the place these people live isn't the main cause of depression.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βασιλείου Ι. Χαρούμενη Δύση, Εκδ. Βιβλιοπωλείο της Εστίας, Αθήνα 1981, σελ. 15
2. Φροντίδα υγείας για ηλικιωμένους, Οδηγός για επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Εκδ. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα 2000, σελ. 49
3. Παγοροπούλου Άννα, Η γεροντική κατάθλιψη, Εκδ. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 15,17-18,19-20,27,66,67.
4. Needham F. Joan, Γεροντική Νοσ/κή Φροντίδα, Επιμέλεια Σειράς Gettrust V. Kathy, Μετάφραση Καραχάλιος Γιώργος, Εκδ. ΕΛΛΗΝ, 1999, σελ. 247
5. Κλεφταράς Γιώργος, Η κατάθλιψη σήμερα, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998, σελ. 23,81,34,35,36,37
6. Κυζιρίδης Θεοχάρης, Γενική Νοσηλευτική Προσέγγιση της Κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, Τόμος 39, Τεύχος 1, Νοσηλευτική 1:33-42, 2000
7. Gilbert Paul, Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη, (Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές - συμπεριφορικές τεχνικές), Επιμέλεια Μάνος Δημήτρης, Μετάφραση Αγγελή Κ. Ευσταθίου Γ., Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1999, σελ. 53,39,52
8. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία., Φυλλάδιο "Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, Αθήνα 1999, σελ.2,4,5.
9. Πλατή Δ. Χρυσάνθη, Γεροντολογική Νοσ/κη Εκδ. Παπανικολάου ΑΒΕΕ. Έκδοση 4η, Αθήνα 2000, σελ. 349,352

10. Παράσχος Ι. Νίκας Ι., Θεοδότου Ρ., Μούγιας Αθ., Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, το πρόβλημα της υπο αναγνώρισης, Ψυχιατρική, Αθήνα 1998, σελ.113.
11. Ντώνιας Χ. Σταμάτης, Η διάγνωση της κατάθλιψης, 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο, Εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999, σελ. 41-42.
12. Αβεβτισιάν - Παγοροπούλου Άννα, Ψυχολογία της Τρίτης ηλικίας, Εκδ. Αρβανιτάκης Π. & Σία εε, Αθήνα 1993, σελ. 227.
13. Kaplan and Sadock's, Ψυχιατρική, Τόμος Β, Εκδ. Λίτσας, Αθήνα 2000 σελ.1086
- 14 Γιαννοπούλου Χρ. Αθηνά, Ψυχιατρική Νοσ/κή Εκδ. Ταβιθά, Αθήνα 1996, σελ. 28-30,201-202
15. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Αθήνα 1993 σελ. 278, 282-283
16. Βάρσου Ελευθερία, Διαταραχές λήψης τροφής στην κατάθλιψη, 26ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Εκδ. Ιατρική εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000, σελ. 98
17. Παπαρρηγόπουλος Θωμάς - Σολδάτος Κώστας, Διαταραχή ύπνου στην Κατάθλιψη, 26ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000, σελ.55
- 18 Βαϊδάκης Νικόλαος, Σεξουαλική δυσλειτουργία στην κατάθλιψη, 26ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000, σελ.66

19. Χριστοφίλη Α., Κορακίδου Α., Γελάκου Ζ., Δημητρίου Α., Η κατάθλιψη σε άτομα τρίτης ηλικίας ως αίτιο νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική, Πρακτικά Συνεδρίου Ελληνικής Γεροντολογικής Εταιρείας, Αθήνα 2000
20. Λυκούρας Ελευθέριος, Ολιγοσυμπτωματική και Υπο-ουδική κατάθλιψη, 26ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000, σελ. 18,17,19.
21. Πολίτης Α. Λύκουρας, Ε. Άτυπες μορφές της κατάθλιψης και συννοσηρότητα, προτάσεις θεραπευτικών προσεγγίσεων, Ψυχιατρική, Αθήνα 1997, σελ. 128-135
22. Αλεξόπουλος Σ. Γιώργιος, Η κατάθλιψη στη Γηριατρική, 26ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Εκδ. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 2000, σελ. 256,265,266
23. Harvey A., Richard - Champe C., Pamela Φαρμακολογία, Συντονισμός και Επιμέλεια Μετάφρασης Παπαδόπουλος Ι., - Παπαδόπουλος Γ., Έκδοση 2η, Εκδ.Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1997, σελ. 119-126
24. Kaplan H.I., Sadoch B. J., Pocket Handbook of primary Care Psychiatry, Williams and Wilkings, Maryland USA 1996, p.219-225
25. Mandani M., Parikh S., Austin Petal, Use of Antidepressants among Elderly subjects. Trends and Contributing Factors, Am J. Psychiatry, vol 157, No 3, Am Psychiatric Associations, Washington 2000, p. 360-366.

26. Livingston MG, Livingston HM New antidepressants for old people, British Medical Journal, vol 318, BMJ Publishing Group, London 1999, p. 1640-1641
27. Alexopoulos GS., Affective Disorders, In Comprehensive Review of Geriatric Psychiatric Press, 1996, p. 569.
28. Walker et. Al. European Foundation for the improvement of living and working conditions, table 1, p :7, 1996
29. Grundy & Harrop European Foundation for the improvement of living and working conditions, table 3, p: 17, 1996
30. Warker, European Foundation for the improvement of living and working conditions, table s, p:27, 1996
31. Catona Cornelius, Catona Philippa, Κατάθλιψη και Σύνοδο Άγχος στους Ηλικιωμένους. Επιμέλεια – Μετάφραση Στέλιος Γιαννακοδήμος, Εκδ. Βαγιόνακη, Αθήνα 2001. p: 12-13
32. Kenneth E. Covinsky, MD, MPH, Richard H. Fortinsky, PhD, Robert M. Palmer, MD, MPH. Denice M. Kresevic, MSN, and C. Selh Landefeld, M.D. Relation between Symptoms of Depression and Health Status Outcomes in Acutely 111 Hospitalized older Persons. Annals of Internal Medicine 15 March 1997, volume 126 Number 6, p: 417-424
33. Conn, Cohort (N=2812) of the Established Population for the Epidemiologic of the Elderly Project, New Hearen 1999
34. Στατιστική Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Table 16 p. 142, 144, 146, ΕΣΥΕ, 1996

35. Prince Mj. Reischies F., Beekman ATF et al. Development of the EURO-D Scale-a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centers *Be J. Phychiatry* 1999. p:330-338

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

