



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ:

ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ»

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΣΑΜΟΛΗΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΕΤΡΟΣ ΓΑΛΑΝΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2018

**«Εκτίμηση της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους:
μια συγχρονική μελέτη στην Αθήνα»**

... στους Γονείς μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.	
2.1.Ορισμός της τρίτης ηλικίας και χαρακτηριστικά της.....	14
2.2.Δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων Παγκόσμια, στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα.....	17
2.3.Ορισμός και ερμηνεία του νέου όρου «Ενεργός και Υγιής Γήρανση».....	22
2.4.Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow για την Τρίτη ηλικία.	24
2.5.Από την αμφισβήτηση του Κοινωνικού Κράτους, στη δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου ηλικιωμένων από την αυτοδιοίκηση, ο θεσμός του ΚΑΠΗ.....	25
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	
3.1.Ορισμός της ποιότητας ζωής και η σημασία ως μεθοδολογικό εργαλείο.	31
3.2.Η διάσταση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους Παγκόσμια και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.	34
3.3.Η διάσταση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα.....	36
4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
4.1.Ορισμός και τύποι της κατάθλιψης.	38
4.2.Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης Παγκόσμια και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.	43
4.3.Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην Ελλάδα.....	46
4.4.Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.	47

4.5. Αίτια που οδηγούν στην κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία.	48
4.6. Τρόπος εκδήλωσης της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.	52
4.7. Τρόπος αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.	53
4.8. Ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.	56
4.9. Ο ρόλος του υποστηρικτικού δικτύου της αυτοδιοίκησης και ιδιαίτερα των ΚΑΠΗ για την «Ενεργό και Υγιή Γήρανση».	58

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ	62
6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	62
6.1. Ερευνητικά εργαλεία.	62
6.2. Διαδικασία διενέργειας της έρευνας.	62
6.3. Πληθυσμός της έρευνας	63
6.4. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.	63
6.5. Παραδοχές και περιορισμοί της έρευνας.	65
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.	66
7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά	66
7.2. Πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας.	69
7.3. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (SF-12v2 Health Survey).	71
7.4. Αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης (Beck Depression Inventory-BDI)	78
7.5. Συσχετίσεις	87
7.5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικής λειτουργικότητας (Physical Functioning)	87
7.5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού ρόλου (Role Physical)	89
7.5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού πόνου (Bodily Pain)	91

7.5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Γενικής υγείας (General Health)	93
7.5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Ζωτικότητας (Vitality)	94
7.5.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Κοινωνικής λειτουργικότητας (Social Functioning).....	97
7.5.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Συναισθηματικού ρόλου (Role-Emotional).....	99
7.5.8. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Ψυχικής υγείας (Mental Health)	102
7.5.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary).....	104
7.5.10.Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary)	107
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	109
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	115-120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	121-139

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τον Καθηγητή και ακαδημαϊκό υπεύθυνο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» κύριο Μάμα Θεοδώρου για την τιμή που μου έκανε να μπορέσω να φοιτήσω σε ένα εξαιρετικό και άρτια δομημένο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα το Επιβλέποντα της Διατριβής και μέλος ΣΕΠ κ. Πέτρο Γαλάνη, ο οποίος ήταν πάντα δίπλα μου και με τις άριστες και εξειδικευμένες γνώσεις του με καθοδήγησε στην προσέγγιση του θέματος, στο σχεδιασμό της έρευνας, στην αντιμετώπιση δυσκολιών και στην εμβάθυνση των σύγχρονων πολιτικών υγείας. Αποτελεί για εμένα ιδιαίτερη τιμή η συνεργασία μαζί του.

Ευχαριστώ την Καθηγήτρια κα. Όλγα Σίσκου, η οποία με το μοναδικό ακαδημαϊκό της τρόπο με ενέπνευσε και μου διεύρυνε τις γνώσεις στα απαιτητικά θέματα της πολιτικής υγείας.

Ευχαριστώ το Δήμο Αγίων Αναργύρων – Καματερού.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την Κοινωνική Λειτουργό και προϊσταμένη του τμήματος Κ.Α.Π.Η. κα. Διονυσία Πομόνη για την αμέριστη βοήθεια της. Όπως επίσης την Κοινωνική Λειτουργό κα. Δώρα Καραγιώργου, την Εργοθεραπεύτρια κα. Νεκταρία Μαργαρίτη, τον Φυσικοθεραπευτή κ. Ανδρέα Παππά, τους Κοινωνικούς Λειτουργούς κα. Χριστίνα Στυλιανοπούλου, κα. Μυρτώ Πασχάλη και κα. Ναταλία Λάζου, την Επισκέπτρια Υγείας Ελένη Βασιλειάδου.

Ευχαριστώ την κα. Ολυμπία Κωνσταντακοπούλου για την πολύτιμη βοήθεια της στην στατιστική ανάλυση.

Τέλος ευχαριστώ όλα τα μέλη Κ.Α.Π.Η. που συμμετείχαν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα, που είναι επιρρεπής σε διάφορες νόσους και ασθένειες και στη ψυχοσυναισθηματικής υπόστασης.

Σκοπός: Η έρευνα συμβάλει στον προσδιορισμό της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία και στην ανεύρεση συσχετίσεων αυτής με το βαθμό ικανοποίησης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Υλικό: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελούν άτομα άνω των 65 ετών του Δήμου Αγίων Αναργύρων-Καματερού, που είναι ένας αστικός δήμος της περιφέρειας Αττικής. Ο Δήμος παρουσιάζει σημαντική δράση για την Τρίτη ηλικία. Συμμετείχαν 138 άτομα (68,4% γυναίκες) και με 75,3 μέση ηλικία.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που εμπεριείχε ερωτήματα για δημογραφικά χαρακτηριστικά και ακολούθως δύο διεθνή ερωτηματολόγια Beck και SF-12v2 Health Survey. Η συλλογή των στοιχείων έγινε το 2017 με μορφή προσωπικών συνεντεύξεων. Έγινε συγχρονική μελέτη για την ανάδειξη συσχετίσεων. Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν για το SF-12v2 Health Survey στην ειδική βάση και για το σύνολο του ερωτηματολογίου σε στατιστικό λογισμικό, ώστε να εξαχθούν τα αναγκαία συμπεράσματα. Τέλος, τηρήθηκαν όλες οι αρχές της επιστημονικής δεοντολογίας.

Αποτελέσματα: Η κατάθλιψη εμφανίζεται στους ηλικιωμένους ως οριακή κλινική κατάθλιψη σε ποσοστό 10,9%, μέτρια κατάθλιψη 12,3%, σοβαρή κατάθλιψη 3,6% και εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη 2,9%. Το 1,4% να δηλώνει ότι «θα ήταν καλύτερα να πέθαινα» και ότι έχει «συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας». Η εκτίμηση της σωματικής υγείας ήταν στο 43,4 και της ψυχικής υγείας ήταν στο 46,2 με προσδιοριζόμενο όριο το 50. Η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη μειωμένη σωματική λειτουργικότητα, τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα, τον αυξημένο σωματικό πόνο, την κακή κατάσταση της υγείας, την μειωμένη ζωτικότητα, την μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και τα αρνητικά συναισθήματα. Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι βιώνουν δύσκολο περιβάλλον λόγω της οικονομικής κρίσης με το 94,7% να αναφέρει πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το 57% να πιστεύει ότι υποβιβάστηκε η φροντίδα της υγείας του επειδή μειώθηκαν τα εισοδήματά του.

Συμπέρασμα: Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Τα κράτη θα πρέπει να προωθήσουν Πολιτικές Υγείας που να προάγουν την «Ενεργό και Υγιή Γήρανση».

ABSTRACT

The elderly constitutes a particular population group that is prone to various diseases and illnesses, particularly psycho-emotional.

Purpose: The research contributes to the determination of depression in elderly and to the correlation of this with the degree of satisfaction of their quality of life.

Material: The survey population is consisted of individuals over 65 years of age from the Municipality of Agioi Anargyroi-Kamatero, an urban municipality in the Attica region. The Municipality has a significant action for the Third Age. There were 138 people (68.4% women) with 75.3 mean age.

Method: A questionnaire was formed, which included questions about demographic characteristics followed by two international Beck and SF-12v2 Health Survey questionnaires. The data collection took place in 2017 in the form of personal interviews. A cross-sectional study has been done to show the correlations. The data were processed for the SF-12v2 Health Survey on the specific base and for the whole questionnaire in statistical software to draw the necessary conclusions. Finally, all principles of scientific ethics have been respected.

Results: Depression occurs in the elderly as marginal clinical depression of 10.9%, moderate depression 12.3%, severe depression 3.6% and extremely severe depression 2.9%. The 1.4% states that "it would be better to die" and that it has "specific suicide plans". The assessment of physical health was at 43.4 and mental health was 46.2 with a defined limit of 50. Depression is associated with decreased physical function, reduced physical activity, increased physical pain, poor health, reduced vitality, reduced social functionality and negative emotions. In Greece, the elderly is experiencing a difficult environment due to the economic crisis, with 94.7% reporting that the economic crisis has affected the quality of health services, and 57% believe that their health care has deteriorated because their incomes have been reduced.

Conclusion: The quality of life of the elderly is associated with depression. States should promote Health Policies that promote "Active and Healthy Ageing".

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική θα ασχοληθεί με το βαθμό εκτίμησης της κατάθλιψης και την ικανοποίηση της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτηση, ενώ είναι επιρρεπής σε διάφορες νόσους και ασθένειες. Η επιδείνωση της ποιότητας ζωής καθώς και η λειτουργική έκπτωση που συνοδεύουν την κατάθλιψη είναι καθοριστικό να αναγνωρίζονται ώστε να αποφεύγονται μεγαλύτεροι κίνδυνοι που απορρέουν από αυτή.

Η λέξη κατάθλιψη προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω» που σημαίνει καταπιέζω ή ζουλώ (πιέζω κάτι πάνω σε κάτι άλλο), αλλά και στενοχωρώ, «συγκινώ». Ο όρος πρώτο χρησιμοποιήθηκε στα ελληνικά από τον Πλούταρχο για να δηλώσει ψυχική διάθεση («το πνεύμα του καταθλίψαντος» Πλουτ. Ηθ 1331). Στα αγγλικά ο αντίστοιχος όρος είναι «depression» από το λατινικό ρήμα «deprimere» που σημαίνει πιέζω κάτι προς τα κάτω, καταπιέζω.

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή της διάθεσης όπου το άτομο αποκτά αρνητική οπτική για τον εαυτό του (άχρηστος, ανάξιος, ανεπαρκής), για τον κόσμο ότι όλοι είναι απορριπτικοί απέναντι του και για το μέλλον ότι είναι ζοφερό. Είναι μία συγκινησιακή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από λύπη, δυσφορία και αισθήματα φόβου, ενοχής, αναξιοσύνης και απελπισίας. Συνοδεύεται από απώλεια όρεξης και της ερωτικής επιθυμίας καθώς και λήθαργο ή αναταραχή. Τα αίτια της κατάθλιψης μπορεί να είναι είτε γενετικά, είτε βιολογικά, είτε ψυχολογικά.

Αναλυτικότερα, η διπλωματική θα χωριστεί σε γενικό και ειδικό μέρος όπου το πρώτο μέρος θα αποτελέσει το έρεισμα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Στα πρώτα κεφάλαια θα μελετηθεί η εννοιολογική της τρίτης ηλικίας, των ιδιαίτερων αναγκών αυτής και των δημογραφικών στη χώρα μας και παγκόσμια. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη χώρα μας και παγκόσμια. Επιπλέον, θα παρατεθούν η έννοια της κατάθλιψης και οι επιδράσεις της στους ηλικιωμένους.

Τέλος θα επιχειρηθεί η περιγραφή ενός προστατευτικού πλαισίου μέσα στο οποίο μπορεί να ευοδωθεί η ενεργή και υγιή γήρανση. Θα τονιστεί ο σημαντικός και ευεργετικός ρόλος της αυτοδιοίκησης με φορείς όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των ατόμων.

Στο ειδικό μέρος θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα αποτελέσματα και θα αναδειχθούν συσχετίσεις της ποιότητας ζωής και της κατάθλιψης για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Τέλος θα ακολουθήσει συζήτηση για τις νέες διεθνείς προσεγγίσεις του θέματος και εξαγωγή συμπερασμάτων για την κατάθλιψη και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στη χώρα μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.

2.1. Ορισμός της τρίτης ηλικίας και χαρακτηριστικά της.

Ορισμός της τρίτης ηλικίας

Το γήρας είναι μία εξελικτική διαδικασία καθώς αποτελεί ένα από τα στάδια ζωής του ανθρώπου. Τα στάδια της ζωής του ανθρώπου είναι αρχικά το στάδιο της ανάπτυξης στη συνέχεια η περίοδος της ωρίμανσης και τέλος το στάδιο του γήρατος. Εξαιτίας της αδυναμίας του καθορισμού της αρχής του γήρατος, η διάκριση ανάμεσα στα προηγούμενα στάδια είναι εξαιρετικά δύσκολη.

Το 1964 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) προσδιόρισε ότι τα άτομα άνω των 60 ετών αποτελούν την γ' ηλικία, στην συνέχεια το 1980 ο Ο.Η.Ε. όρισε την ηλικία των 60+ ως η είσοδος του ενήλικα στο γήρας (Τσουνίας, 1993). Στις μέρες μας η αρχή του γήρατος για πρακτικούς και μόνο λόγους έχει προσδιοριστεί στα 65 έτη καθώς εκείνη την περίοδο υπάρχει η έξοδος του εργαζομένου στη σύνταξη.

Η σύγχρονη κοινωνιολογία υποστηρίζει ότι η ηλικία ενός ατόμου με την χρονολογική και μόνο διάσταση δεν δηλώνει την ακριβή είσοδο του στην τρίτη ηλικία αφού αυτή επηρεάζεται τόσο βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (Αβεντισιάν Παγοροπούλου, 2008). Στις προηγμένες κοινωνίες η αρχή της τρίτης ηλικίας εξαρτάται από την ανάθεση νέων ρόλων ή την απομάκρυνση παλαιότερων ρόλων, με την παρουσία σωματικής, νοητικής και ψυχοκοινωνικής έκπτωσης (Αβεντισιαν Παγοροπούλου, 1993).

Σύμφωνα με τον Neugarten (1974) και τον Lawlett (1996) επιχειρήθηκε η διάκριση της τρίτης από τη τέταρτη ηλικίας. Η περίοδος της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα ελεύθερου χρόνου και την αξιοποίηση του σε ενέργειες της αρεσκείας τους εφόσον έχουν απαλλαγή από τις άμεσες οικογενειακές υποχρεώσεις (μεγάλωμα παιδιών) και βρίσκονται στην συνταξιοδότηση, στην περίοδο αυτή τα άτομα αυτά προσδιορίζονται ως ώριμοι ενήλικες. Σε αντιδιαστολή η τέταρτη ηλικία χαρακτηρίζεται από αδυναμία, κακή υγεία, εξάρτηση και αποτελεί το τελευταίο στάδιο του γήρατος (Redfern and Ross, 2011).

Από τα παραπάνω είναι εύληπτα κατανοητό ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επιδρούν στην έννοια της ηλικίας και επηρεάζουν τις ηλικιακές νόρμες. Δηλαδή, κάθε ηλικιακή νόρμα έχει τα δικά της φυσικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά. (Αβεντισιαν-Παγοροπούλου, 1993).

Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

Ο άνθρωπος της τρίτης ηλικίας αποτελεί μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα (Τσιώλη, 1996). Παρουσιάζει δηλαδή μεγάλη ετερογένεια στα χαρακτηριστικά του και πολύπλοκες διεργασίες. Στον ηλικιωμένο συμβαίνουν σωματικές, γνωστικές και κοινωνικές μεταβολές, με αποτέλεσμα τα χαρακτηριστικά του να διαμορφώνονται (Καπρίνης και συν., 2009):

- Επιβράδυνση της μεταβολικής δραστηριότητας
- Ελαττωμένη λειτουργικότητα και ανταπόκριση των οργάνων
- Ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στο ενδογενές και εξωγενές στρες.
- Μεγαλύτερη ευπάθεια στις ασθένειες και μειωμένη ικανότητα ανάρρωσης.
- Αύξηση της πιθανότητας θανάτου
- Ελαττωμένη φυσική αντοχή

Όσο αναφορά στις μεταβολές στο γνωστικό πεδίο παρατηρείται:

- Μείωση στην πρόσληψη και επεξεργασία νέων πληροφοριών με αποτέλεσμα να χρειάζεται περισσότερο χρόνο για εκτέλεση και λήψη αποφάσεων
- Απώλεια μνήμης παρατηρείται νοητική αποδυνάμωση η οποία εξαρτάται από την γενική φυσική και σωματική υγεία του, την εκπαίδευσή του και το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον.

Κοινωνικές μεταβολές στα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων είναι:

- Αλλαγή εμφάνισης, μείωση κοινωνικού ενδιαφέροντος, έλλειψη αυτοεκτίμησης, ανάπτυξη κριτικής στάσης προς τις νεότερες ηλικίες, συναισθηματική αστάθεια επιθετικότητα και καχυποψία.

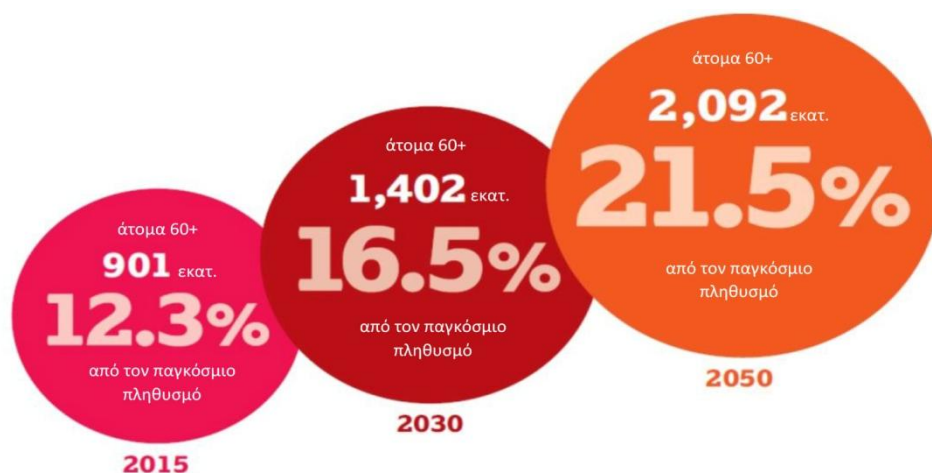
Τέλος οι παράγοντες που επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων μπορούν να διακριθούν σε πρωτογενή, όταν τα αίτια τους απορρέουν από τη φυσιολογική φθορά του χρόνου και σε δευτερογενή, όταν τα αίτια προέρχονται από παθολογικές καταστάσεις (Δαρδαβέσης, 2011).

2.2. Δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων Παγκόσμια, στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Ελλάδα.

Σήμερα οι προσεγγίσεις της δημόσιας υγείας προκειμένου να εναρμονιστούν με τη φροντίδα που έχουν ανάγκη οι ηλικιωμένοι πρέπει συνεχώς να μεταβάλλονται. Η δυσκολία παρουσιάζεται στο γεγονός ότι χρειάζεται να δίνουν λύσεις στη μεγάλη ετερογένεια των ηλικιωμένων, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες ανισότητες (WHO, 2015).

Τα τελευταία χρόνια η γήρανση προβάλλει ως σημαντικό πολιτικό ζήτημα καθώς είτε ως ποσοστό, είτε ως απόλυτος αριθμός, δηλαδή με όποιο τρόπο και αν παρουσιασθεί οι ηλικιωμένοι παγκοσμίως αυξάνονται (WHO, 2015). Η αποτύπωση των δημογραφικών στοιχείων μας δίνει τη δυνατότητα για μια συνολική προσέγγιση του φαινομένου και με τα κατάλληλα μεθοδολογικά εργαλεία μας επιτρέπει με εγκυρότητα την προβολή του φαινομένου κατά την πάροδο των ετών.

Σύμφωνα με την αναφορά των Ηνωμένων Εθνών (HelpAge International, 2015), ο παγκόσμιος πληθυσμός το 2015 ήταν 12,3%, το 2030 θα είναι 16,5% και το 2050 21,5% (8).



Γράφημα 1: Εκτίμηση του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικιωμένων για το 2015, 2030 και 2050.

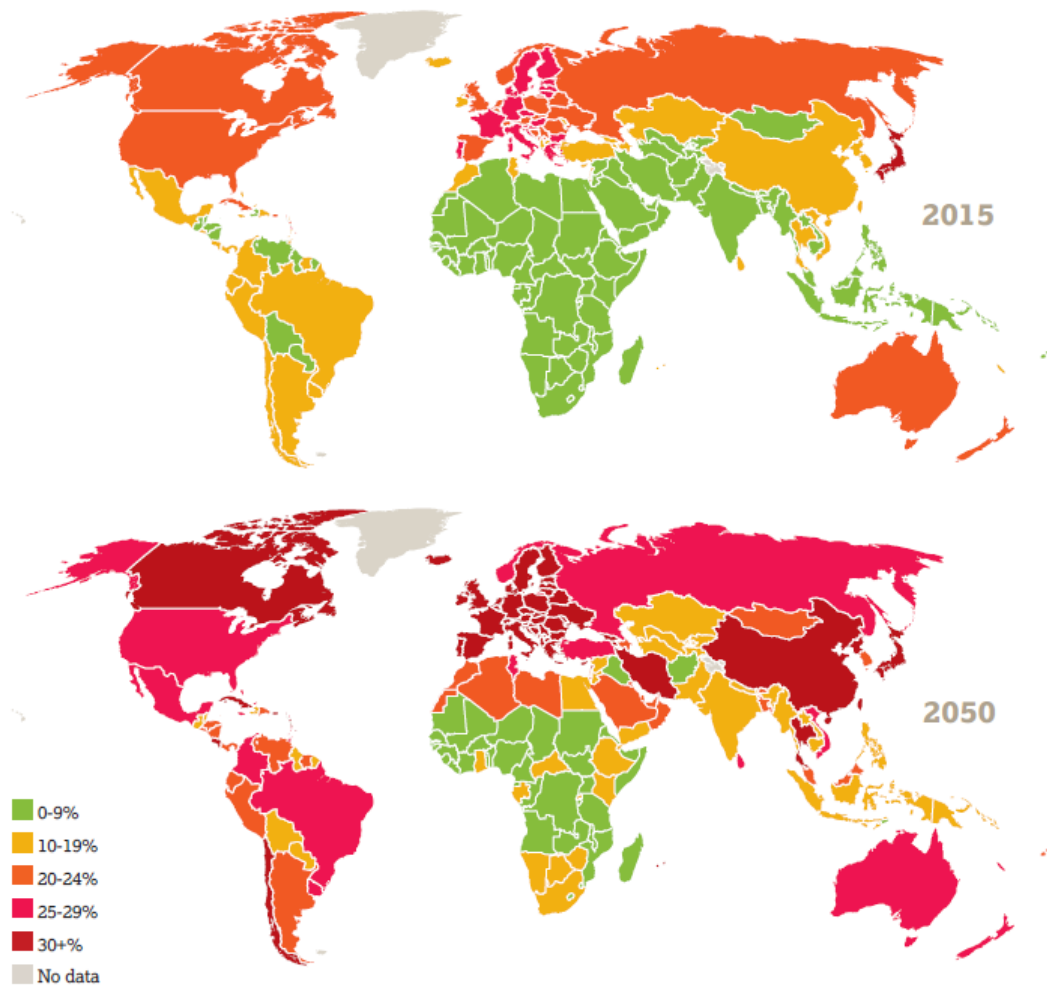
Πηγή: HelpAge, Global AgeWatch Index 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>, προσπέλαση 24/52018.

Σε ένα κόσμο που συνεχώς αλλάζει και ο πληθυσμός των ηλικιωμένων συνεχώς δημογραφικά μετατοπίζεται. Ο ηλικιωμένος ζει περισσότερο, επιλέγει περισσότερο την αστική διαβίωση, εκπαιδύεται, χρησιμοποιεί την σύγχρονη τεχνολογία βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του, αλλάζει συνήθειες και συμμετέχει στην εξέλιξη. Ταυτόχρονα βρίσκεται και αντιμέτωπος με την παγκοσμιοποίηση, η οποία αποτελεί συνεκτική δύναμη και διευκολύνει την ανταλλαγή ιδεών την απελευθέρωση των αγορών και τη μετακίνηση, ιδίως σε ηλικιωμένους με γνώσεις και δεξιότητες, αλλά δημιουργεί και νέες ανισότητες σε ηλικιωμένους που στερούνται γνώσεις με αποτέλεσμα την όξυνση των ανισοτήτων (WHO, 2015).

Συνεχίζοντας, ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι αλλαγές που επιτελούνται εντός των οικογενειών. Είναι συχνό το φαινόμενο οι νεότερες ηλικίες λόγω μετανάστευσης να βρίσκονται πολύ μακριά από τους γονείς. Η Ιαπωνία είναι μία χώρα με παράδοση στο γεγονός οι ηλικιωμένοι να βρίσκονται μαζί με τα παιδιά τους. Τα επόμενα χρόνια η τάση αυτή θα μειωθεί, το ίδιο θα συμβεί και στην Ινδία όπου μόνο το 20% θα χαρακτηρίζονται ως εκτεταμένες οικογένειες (WHO, 2015).

Τέλος, στην οικογένεια παρατηρούνται και αλλαγές στη δομή. Οι γυναίκες εντάχτηκαν πλήρως στη αγορά εργασίας και το γεγονός αυτό προσδίδει ασφάλεια σε μεγαλύτερη ηλικία (WHO, 2015).

Για τον ηλικιωμένο όλες οι παραπάνω παράμετροι αποτελούν σημαντικά ποιοτικά στοιχεία για μία ορθή προσέγγιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Είναι πρόδηλο ότι οι παγκόσμιες κοινωνικές αλλαγές που συντελούνται θα επηρεάσουν την παραδοσιακή θέση του ηλικιωμένου τόσο μέσα στην κοινωνία, όσο και μέσα στην οικογένεια (WHO, 2015).

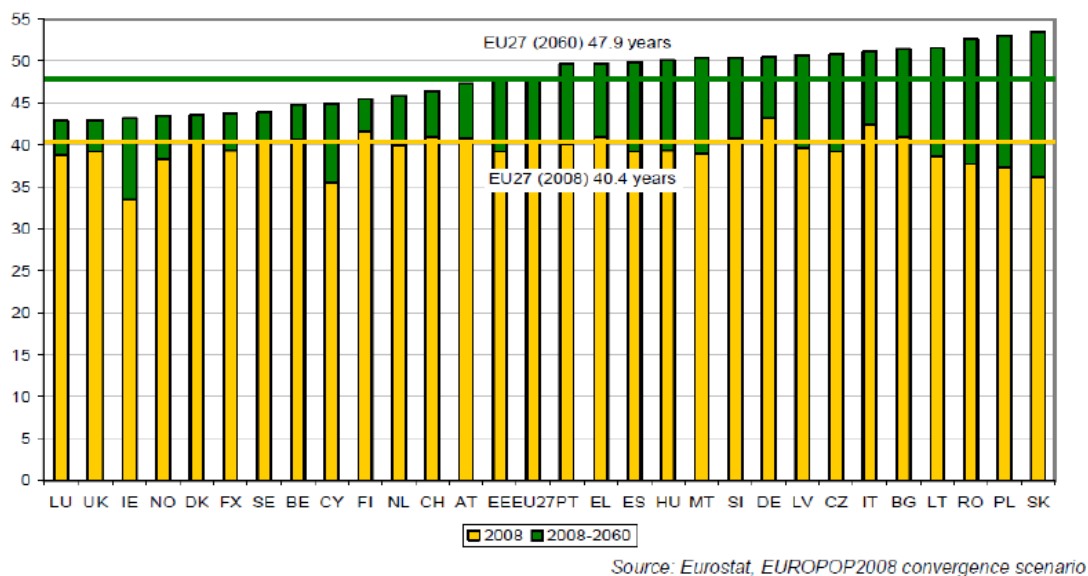


Γράφημα 2: Εκτίμηση του παγκοσμίου πληθυσμού ηλικιωμένων και γεωγραφική κατανομή.

Πηγή: HelpAge, Global AgeWatch Index 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/> , προσπέλαση 24/52018.

Για την Ευρωπαϊκή Ένωση η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η παράλληλη γήρανση του πληθυσμού δεν είναι κάτι πρωτόγνωρο. Η Ευρωπαϊκή Ένωση από την δεκαετία του 90 εμφανίζει σημαντική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

Οι εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής επιτροπής προβλέπουν ότι η γήρανση της ΕΕ θα συνεχισθεί λόγω της υπογονιμότητας του αυξημένου προσδόκιμου ζωής και της συνολικής καθαρής μετανάστευσης, παρόλο που έως το 2060, ο πληθυσμός της ΕΕ δεν θα μεταβληθεί (μόλις +2%), η ηλικιακή αναλογία της Ε.Ε. θα αλλάξει αρκετά (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).



Γράφημα 3: Προβλεπόμενη μέση ηλικία του πληθυσμού, σε έτη, το 2008 και το 2060, στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27.

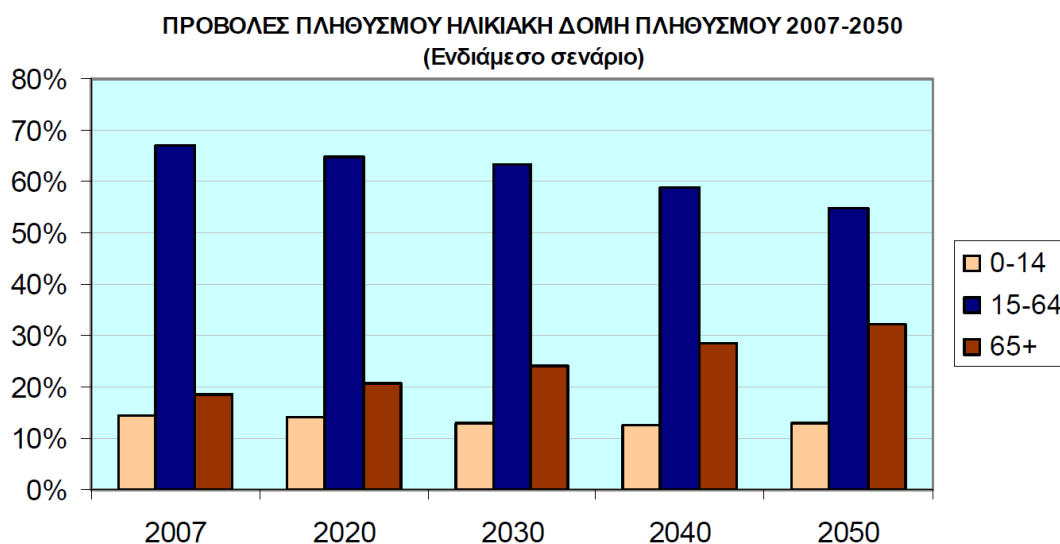
Πηγή: Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Population_projections&oldid=59201, προσπέλαση 26/5/2018.

Στην Ε.Ε. των 27 χωρών το 2008 η μέση ηλικία ήταν 40,4, ενώ αναμένεται αύξηση το 2030 στη μέση ηλικία στο 45,4. Ακόμα πιο μεγάλη θα είναι το 2060 όπου η μέση ηλικία θα αυξηθεί στο 47,9 (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

Στην Ε.Ε. οι χώρες που θα παρουσιάσουν την μεγαλύτερη αύξηση της μέσης ηλικίας θα είναι σύμφωνα με το Europop 2008 τα νέα κράτη μέλη της. Ακολουθούν οι χώρες της νότιας Ευρώπης, δηλαδή Ισπανία Ελλάδα και Πορτογαλία οι οποίες θα παρουσιάσουν εντονότερη αύξηση της μέσης ηλικίας σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε. των 27. Η Ιταλία και η Γερμανία θα διατηρήσουν την ίδια αύξηση με τα σημερινά δεδομένα της μέσης ηλικίας (Eurostat, 2011).

Πιο αναλυτικά οι νέοι <15 ετών θα μειωθούν κατά 9%, με τη Γερμανία να έχει την μεγαλύτερη μείωση σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Ο πληθυσμός της παραγωγικής εργασίας (15-64) θα μειωθεί κατά 15% με τη μεγαλύτερη μείωση στη Γερμανία, την Ελλάδα και την Ιταλία. Αντίθετα ο Πληθυσμός των ηλικιωμένων (>65) αναμένεται να αυξηθεί σε όλα τα κράτη της Ε.Ε. κατά 79%, γεγονός που θα επηρεάσει το μέλλον και τις πολιτικές της Ε.Ε. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011)

Στην Ελλάδα όπως αναφέρθηκε η γήρανση του πληθυσμού είναι σημαντική. Πιο αναλυτικά παρουσιάζονται τα επικυρωμένα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία της χώρας καθώς και την προβολή αυτών. Ο πληθυσμός ατόμων άνω των 65 ετών από το 18,5% που είχε το 2007 θα φθάσει το 2050 στο 32% (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).



Γράφημα 4: Προβολές πληθυσμού και ηλικιακή δομή πληθυσμου 2007-2050.

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016. Προβολές πληθυσμού της Ελλάδος - Σημείωμα (2007 - 2050).

Συμπερασματικά η αύξηση του παγκόσμιου αριθμού των ηλικιωμένων στην Ε.Ε. θα προκαλέσει κοινωνικές, οικονομικές και δημοσιονομικές εξελίξεις. Η Ε.Ε. αντιλαμβανόμενη τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουν τα συνταξιοδοτικά και υγειονομικά συστήματα προωθεί την απασχόληση και τη δημιουργία των συνθηκών για να παραμείνουν υγιείς και δραστήριοι οι ηλικιωμένοι. Το 2009 η Ευρωπαϊκή επιτροπή εισάγει τον όρο «Υγιή Γήρανση» (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

2.3. Ορισμός και ερμηνεία του νέου όρου «Ενεργός και Υγιής Γήρανση».

Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών προωθήθηκαν σημαντικές δράσεις για την εδραίωση και ενίσχυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα οποία εμπεριέχονται και εκείνα των ηλικιωμένων. Η πρώτη εμφάνιση της έννοιας ενεργός γήρανση έγινε την δεκαετία του 1990 από τον Π.Ο.Υ.. Η πολιτική αυτή πρότασε τη συσχέτιση της υγείας, της δραστηριότητας, της ανεξαρτησίας και της ευγηρίας. Ο όρος ενεργή γήρανση προέρχεται από προγενέστερες έννοιες που συνέβαλλαν θετικά όπως «Η Επιτυχημένη Γήρανση», «Η Παραγωγική Γήρανση» και «Η Υγιής Γήρανση».

Ο Π.Ο.Υ. προσδιόρισε με σαφήνεια τον όρο υγιή γήρανση: *«Υγιή γήρανση είναι η διαδικασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι ηλικιωμένοι να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μία ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή»* (AGE Platform Europe).

Το 2002 ψηφίστηκε το διεθνές σχέδιο δράσης της Μαδρίτης για τη γήρανση από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών. Στόχοι της δράσης ήταν: *«Ηλικιωμένα άτομα και ανάπτυξη, προωθώντας την υγεία και την ευημερία σε μεγάλη ηλικία και η εξασφάλιση υποστηρικτικού περιβάλλοντος»*. Ο Π.Ο.Υ. το 2002 παρουσίασε το πλαίσιο πολιτικής για την ενεργό γήρανση (WHO, 2015).

Η Ενεργός Γήρανση χαρακτηρίζεται από τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στην επίσημη αγορά εργασίας, από την ανιδιοτελή συμμετοχή των ηλικιωμένων σε διάφορες άλλες παραγωγικές δραστηριότητες όπως είναι η φροντίδα μελών της οικογένειας και ο εθελοντισμός και τέλος να έχουν μία υγιή ασφαλή και ανεξάρτητη ζωή (WHO, 2015).

Με τον όρο ενεργή γήρανση ορίζεται ότι η ζωή συνεχίζεται αμείωτη και επομένως η κοινωνία οφείλει να εκτιμά και να τιμά με αυξανόμενους ρυθμούς τη συμβολή των μεγαλύτερων και να παρέχει ευκαιρίες για να εξακολουθήσουν να εργάζονται και να μοιράζονται τις εμπειρίες και την πείρα με τους νεότερους, να εξακολουθούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία ως ισότιμα μέλη αυτής και να ζουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς και δραστήριοι, απολαμβάνοντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής (ΕΔΔΥΠΠΥ, 2015).

Ο Π.Ο.Υ. προτείνει τους άξονες που είναι αναγκαίοι για μία ορθή πολιτική για την ενεργό γήρανση (WHO, 2015):

- Έλεγχος του βάρους των αναπήρων και των ασθενών με χρόνιες παθήσεις προλαμβάνοντας την πρόωρη θνησιμότητα.
- Αποφυγή των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με ασθένειες και ενίσχυση των παραγόντων που συμβάλλουν στην υγεία των ατόμων κατά τα στάδια της ζωής τους.
- Δημιουργία ιατροφαρμακευτικού και κοινωνικού φιλικού πλαισίου προς τους ηλικιωμένους χρήστες καλύπτοντας τις ανάγκες τους.
- Δυνατότητα εκπαίδευσης και κατάρτισης στους φροντιστές.

Άρα η ενεργής και υγιής γήρανση σύμφωνα με το «Στρατηγικό σχέδιο υλοποίησης της ευρωπαϊκής σύμπραξης καινοτομίας» της Ευρωπαϊκής Επιτροπής το 2012 ορίζεται η διαδικασία στην οποία παρέχονται οι βέλτιστες δυνατότητες υγείας, συμμετοχής και ασφάλειας προκειμένου να καλυτέρευση η ποιότητα ζωής των ανθρώπων κατά την γήρανση. Το παραπάνω ισχύει και για άτομα και για ομάδες πληθυσμού. Πιο αναλυτικά ο όρος υγεία προσδιορίζει την βιολογική, πνευματική και κοινωνική ευημερία. Ο όρος ενεργός προσδιορίζει τη διαρκεί συμμετοχή σε κοινωνικά, οικονομικά, πολιτιστικά και πνευματικά ζητήματα που αφορούν τον πολίτη όχι μόνο στην ικανότητα φυσικής δραστηριότητας ή συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό (Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, 2012).

Είναι γεγονός ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων συνεχώς διευρύνονται και για να μπορέσουν τα κράτη να δώσουν αποδοτικές λύσεις οφείλουν να διερευνούν συνεχώς και να αξιολογούν τις ανάγκες αυτές.

2.4. Η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών του Maslow για την Τρίτη ηλικία.

Η εξέλιξη των ανθρώπων σε συνδυασμό με την ικανοποίηση των αναγκών οδήγησε στην ανάπτυξη της θεωρίας ιεράρχησης των αναγκών του Maslow.

Η θεμελιώδης υπόθεση της θεωρίας είναι (Ινστιτούτο διαρκούς εκπαίδευσης ενηλίκων, 2011):

- Τα άτομα έχουν ανάγκες να διαμορφώνουν τον τρόπο που συμπεριφέρονται.
- Οι μη πληρούμενες ανάγκες έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων, αντίθετα οι πραγματοποιημένες ανάγκες δεν μπορούν να δράσουν ως κίνητρο.
- Όλες οι ανάγκες του ατόμου ιεραρχούνται από τη βασικότερη μέχρι και την πιο σύνθετη.

Ιεράρχηση των αναγκών (Ινστιτούτο διαρκούς εκπαίδευσης ενηλίκων, 2011):

- Φυσιολογικές ανάγκες, περιλαμβάνει τις ανάγκες για τροφή, στέγη κ.α., ανάγκες ασφάλειας και σταθερότητας
- Κοινωνικές ανάγκες, ανάγκη για συντροφικότητα, στοργή, φιλία.
- Ανάγκες στο κοινωνικό επίπεδο, αποδοχή και εκτίμηση, περιλαμβάνουν τις ανάγκες για αναγνώριση, κοινωνική θέση, αυτοεκτίμηση και σεβασμό.
- Αυτοπραγμάτωση, περιλαμβάνουν τις ανάγκες για ανάπτυξη, επιτυχία και εξέλιξη.

Ο ηλικιωμένος βρίσκεται στο στάδιο της αυτοπραγμάτωσης καθώς αυτό είναι το κορυφαίο στάδιο της ιεράρχησης του Maslow και χαρακτηρίζεται από τη σοφία και την εμπειρία που έχει συσσωρεύσει (Ινστιτούτο διαρκούς εκπαίδευσης ενηλίκων, 2011).

Το ελληνικό κράτος εντοπίζοντας έγκαιρα τις ανάγκες των ηλικιωμένων και ακολουθώντας τις διεθνείς πρακτικές θεσμοθέτησε δράσεις με σκοπό την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων εντός του πλαισίου που επικρατούσε στη χώρα. Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων για τους ηλικιωμένους είναι μία δυναμική κατάσταση που εξελίσσεται ανάλογα με τις σύγχρονες ανάγκες.

2.5. Από την αμφισβήτηση του Κοινωνικού Κράτους, στη δημιουργία υποστηρικτικού δικτύου ηλικιωμένων από την αυτοδιοίκηση, ο θεσμός του ΚΑΠΗ.

Κράτος πρόνοιας υπό αμφισβήτηση.

Το κράτος πρόνοιας διαμορφώθηκε κυρίως μετά το 2ο παγκόσμιο πόλεμο. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια όμως η έννοια του κοινωνικού κράτους δέχεται έντονη κριτική κα αμφισβήτηση. Παρά το γεγονός ότι το σύνολο των μελετητών υποστηρίζουν ότι το κράτος οφείλει να διαδραματίζει ρόλο στο πλαίσιο της αγοράς και ειδικότερα της αγοράς υγείας, η οποία είναι μία ειδική αγορά καθώς η υγεία αποτελεί αγαθό αξίας, διαφωνούν ωστόσο στη φύση και στο μέγεθος της παρέμβασης (Rise, 2006).

Η κριτική που δέχεται το κράτος πρόνοιας από τους επικριτές του νεοφιλελευθερισμού έγκειται κυρίως στην έννοια της χαμηλής αποτελεσματικότητας. Θεωρούν ότι το κύριο πρόβλημα του κράτους πρόνοιας είναι η αδυναμία της οικονομίας να χρηματοδοτεί συνεχώς, καθώς αυτό επιφέρει μεγάλα δημοσιονομικά ελλείματα και δυσχεραίνει το δημόσιο χρέος προκειμένου να επιφέρει οικονομική ανάπτυξη. Υπονοεί ότι κύριος παράγοντας για την οικονομική κρίση είναι η χωρίς ορίων μεγέθυνση του κράτους. Δηλαδή το κοινωνικό κράτος με βάση αυτή την θεωρία σχετίζεται με το ύψος των δημοσίων δαπανών και η αδυναμία του εξηγείται μονομερώς από τη σχέση μεταξύ των δημοσίων επενδύσεων και της οικονομίας. Από την άλλη πλευρά, η κεϋνσιανιστική άποψη κρίνει αρνητικά και αυτή το κράτος πρόνοιας καθώς θεωρεί ότι δεν μπόρεσε να αμβλύνει τις κοινωνικές ανισότητες και να συμβάλλει σε μία δίκαιη κοινωνία.

Στο σημείο που συμφωνούν οι δύο προσεγγίσεις για την αμφισβήτηση του κράτους πρόνοιας είναι η αδυναμία της κοινωνίας να χρηματοδοτεί (Χλέτσος, 1995).

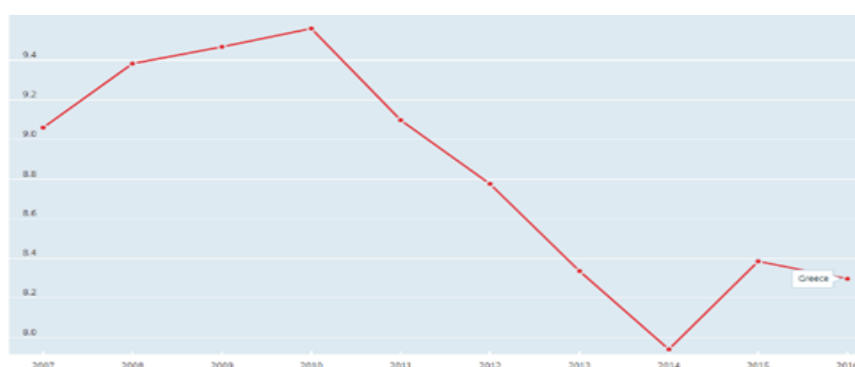
Τα συστήματα εντός της οικονομικής κρίσης και των δημοσιονομικών πολιτικών θα πρέπει να ισορροπήσουν σε όσο το δυνατόν πιο αποδοτικά μοντέλα ανάλογα πάντα με το τι είδους κοινωνία έχουν ανάγκη οι πολίτες τους. Η εισαγωγή του όρου οιωνοί

αγορές θα μπορούσε να απαντήσει στις ανάγκες των πολιτών και στην εξέλιξη του κράτους πρόνοιας.

Βέβαια το «κράτος πρόνοιας» εμπεριέχει το σύνολο της κρατικής οργάνωσης όλων των σύγχρονων κρατών και για αυτό το λόγο θα πρέπει να διαχωριστεί από τον όρο «κοινωνικό κράτος». Ο τελευταίος όρος δηλώνει νόρμες και κανόνες για την ανάληψη κρατικών υποχρεώσεων προκειμένου να ικανοποιήσει βασικές ανάγκες των πολιτών όπως αυτές απορρέουν από το σύνταγμα. Ο όρος κράτος πρόνοιας δηλώνει την ενεργητική συμμετοχή του κράτους στην οικονομία εξασφαλίζοντας πόρους για την άμβλυνση των ανισοτήτων και παρέχοντας το ελάχιστο βιοτικό επίπεδο. Ο όρος κοινωνικό κράτος υιοθετήθηκε από πολλές δυτικές δημοκρατίες με διαφορετική κάθε φορά προσέγγιση (Στασινοπούλου, 2006 ; Ρίζου, 1984).

Στην Ελλάδα από την αναθεώρηση του συντάγματος το 1975 τέθηκαν οι βάσεις για την εδραίωση της κοινωνικής πολιτικής με την παράλληλη θεσμοθέτηση των κοινωνικών και ατομικών δικαιωμάτων. Αναγνωρίστηκαν τα δικαιώματα συλλογικών διαπραγματεύσεων κοινωνικής ασφάλισης, πρόνοιας, στέγης, υγείας και εργασίας (Μηλίδης, 1982).

Τις δεκαετίες του '70 και του '80 μέσω ενός έντονου παρεμβατισμού του κράτους προωθήθηκε η αναπτυξιακή πολιτική. Εκείνη την περίοδο και ιδιαίτερα την δεκαετία του '80 το κοινωνικό κράτος αρχίζει να βρίσκεται υπό αμφισβήτηση στις δυτικές κοινωνίες (Σακελαρόπουλος, 2001). Στην Ελλάδα τα προηγούμενα χρόνια υπήρχε μεγάλη αύξηση δημοσίων δαπανών στην υγεία και την πρόνοια με πορεία που συνεχιζόταν μέχρι και το 2010.



Γράφημα 5: Συνολική κρατική δαπάνη υγείας ως ποσοστό επι του ΑΕΠ για την περίοδο 2007-2016.

Πηγή: OECD, δαπάνη υγείας. Προσπέλαση 27/5/2018.

Το 1981 το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων επεκτείνει και καλύπτει το σύνολο των εργαζομένων και οι αγρότες αποκτούν ιατροφαρμακευτικά δικαιώματα. Η μεγάλη όμως τομή γίνεται με την εγκαθίδρυση του εθνικού συστήματος υγείας, μία αναγκαιότητα για τη διάσταση του σύγχρονου τότε κράτους προκειμένου όλοι οι πολίτες του να λαμβάνουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ενισχύονται οι συντάξεις, καθιερώνονται οι κοινωνικές συντάξεις και γενικότερα παρατηρούνται παρεμβάσεις που ενισχύουν την κοινωνική λειτουργία του κράτους – κοινωνικού κράτους (Ματσαγκάνης, 1999). Τα παραπάνω βέβαια έγιναν πολλές φορές άναρχα και αποσπασματικά επιβαρύνοντας τη δημοσιονομική κατάσταση του κράτους (Σακελαρόπουλος, 1993).

Η τοπική αυτοδιοίκηση, ο θεσμός και ο ρόλος των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).

Στην Ελλάδα όπως και στην Ευρώπη η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η γήρανση του πληθυσμού οδηγεί τα κράτη για την παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών για τους πολίτες της τρίτης ηλικίας. Στα τέλη της δεκαετίας του '70 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων αντιλαμβάνεται τα προβλήματα που απασχολούν την τρίτη ηλικία όπως η κοινωνική απομόνωση, η μοναξιά, η απομάκρυνση από το οικογενειακό περιβάλλον λόγω αλλαγής της μορφής της οικογένειας πυρηνική ή μονογονεϊκή, η επιδείνωση της κατάστασης υγείας και στοχεύοντας να ενισχύσει την ανεξάρτητη αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων σε επίπεδο της γειτονιάς καλεί εθελοντικές οργανώσεις όπως τον Όμιλο Εθελοντών, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τη Χριστιανική Ένωση Νεανίδων (Χ.Ε.Ν.) το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας για να τους ευαισθητοποιήσει ώστε να σχεδιάσουν υποστηρικτικές μορφές ανοικτής φροντίδας ηλικιωμένων.

Το Υπουργείο νομοθετεί την σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων με το Ν.Δ.162/1973 με τίτλο «*περί μέτρων Προστασίας υπερηλίκων και χρονίων πασχόντων ατόμων*» ΦΕΚ ΑΑ227. Ο σκοπός των ΚΑΠΗ ήταν «*η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της γ' ηλικίας, η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με*

τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων καθώς και η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους».

Το 1979 η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών δημιούργησαν ένα πειραματικό κέντρο Ανοικτής εξωϊδρυματικής προστασίας ηλικιωμένων με εξειδικευμένο προσωπικό όπως Ιατρό, Κοινωνικό Λειτουργό, Φυσικοθεραπευτή, Εργοθεραπευτή, Νοσηλεύτη, Οικογενειακή βοηθό. Μέχρι το 1981 λειτούργησαν οκτώ ΚΑΠΗ από τους φορείς που συμμετείχαν στην διαμόρφωσή του (Τεπέρογλου, 1990).

Το 1981 τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων με απόφαση του Υπουργείου περιήλθαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Με αφετηρία τις αρχές της ανεξαρτησίας, της κοινωνικής συμμετοχής, της οργανωμένης φροντίδας της αυτοολοκλήρωσης, της αναγνώρισης, της αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων στο ΚΑΠΗ σχεδιάζονται και υλοποιούνται προγράμματα που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ενός τοπικού κοινωνικού δικτύου που στοχεύουν στην ενεργό και υγιή γήρανση. Ο θεσμός του ΚΑΠΗ συνεχώς εξελίσσεται καθώς νέες προοπτικές και καλές πρακτικές υιοθετούνται από την αυτοδιοίκηση καλύπτοντας τις σύγχρονες ανάγκες των ηλικιωμένων. Οι πόλεις οφείλουν να είναι δυναμικές, κοινωνικά προοδευτικές και ισχυρές οικονομικά ώστε να μπορούν να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες στους πολίτες τους (HelpAge International, 2016).

Οι γενικές προσεγγίσεις που δίνει ο Π.Ο.Υ. είναι :

- Η άμβλυνση του ηλικιακού χάσματος
- Η ενδυνάμωση της αυτονομίας
- Η εδραίωση της υγιούς γήρανσης με πολυδιάστατες πολιτικές (WHO, 2015)

Ο Π.Ο.Υ. παρέχει προτάσεις οι οποίες στοχεύουν στην ίση πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων χωρίς αποκλεισμούς (HelpAge International, 2016).

Έχει αποδειχτεί ότι το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον συμβάλλουν καθοριστικά στην υγιή γήρανση. Το φιλικό περιβάλλον προς τους ηλικιωμένους τους παρέχει τη δυνατότητα να μεγιστοποιούν τις ικανότητες τους και τις δυνατότητες. Για να γίνει ένα περιβάλλον φιλικό θα πρέπει να υπάρξουν πολύπλευρες δράσεις (WHO, 2015):

- Στην υγεία
- Στη μακροχρόνια περίθαλψη

- Στις μετακινήσεις
- Στη στέγαση
- Στην εργασία
- Στις κοινωνικές παροχές
- Στην ενημέρωση και εκπαίδευση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Κρίνεται αναγκαία η διαμόρφωση κατάλληλου αστικού περιβάλλοντος προσιτού και φιλικού ώστε να απομακρύνονται οι ανασφάλειες και οι φόβοι και να ενθαρρύνεται η κοινωνική ανάπτυξη δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων. Να προωθείτε η σωματική άσκηση και η υγιεινή διατροφή τους. Να δημιουργηθούν κοινότητες φιλικές προς την άνοια με δίκτυα συμβουλευτικών σταθμών στους Δήμους. Να προωθείτε η Δια βίου μάθηση. Να προβάλλετε η σοφία και οι εμπειρίες των ηλικιωμένων στις νεότερες γενιές. Να ενθαρρύνουν να συμμετέχουν σε εθελοντικές δράσεις.

Στη νέα Habitata III, που πραγματοποιήθηκε το 2016 στο Λονδίνο έγινε αναφορά στην αναγκαιότητα για μέτρα αειφόρου ανάπτυξης που θα βοηθήσουν στη γήρανση του αστικού πληθυσμού (HelpAge International, 2016). Είναι γεγονός ότι οι ενέργειες για την ενεργό και υγιή γήρανση θα απαιτήσουν σημαντικούς πόρους, με την σωστή όμως επένδυση θα δημιουργηθεί ένα μέλλον (Silver Economy) που θα επιτρέπει στους ηλικιωμένους να ζήσουν λειτουργικά και να εξακολουθούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της οικονομίας (HelpAge International, 2016 και Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

Σταδιακά οι Δήμοι από το 1998 αρχίζουν να εφαρμόζουν κοινωνικά προγράμματα εναλλακτικής φροντίδας για του μη αυτόνομους μοναχικούς ηλικιωμένους στο χώρο της διαβίωσή τους τα: «Βοήθεια στο Σπίτι», το «Μέριμνα», τα «Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων»

Ουσιαστικά οι τύποι φροντίδας για τους ηλικιωμένους προσδιορίζονται από την ανάγκη εξεύρεσης της βέλτιστης επιλογής (Κυριόπουλος, Γεωργούση, 1993):

- Άτυπη, η μη εξειδικευμένη φροντίδα, παρέχεται μόνιμα ή μη από τα νεότερα μέλη της οικογένειας του ηλικιωμένου.
- Κατοίκων εξειδικευμένη φροντίδα από τις τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εθελοντικών οργανώσεων πάντα με την συνεργασία της οικογένειας.
- Ίδρυματική φροντίδα από κρατικές ή ιδιωτικές δομές.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στους τρεις προηγούμενους τύπους φροντίδας που αναφέρθηκαν κριτήρια επιλογής πρέπει να θεωρηθούν το οριακό κόστος και το οριακό όφελος.

Με βάση την οριακή ανάλυση και το βαθμό εξάρτησης του ατόμου τρίτης ηλικίας το χαμηλότερο οριακό κόστος εμφανίζεται (Κυριόπουλος, Γεωργούση, 1993):

- Στην περίπτωση που ο βαθμός εξάρτησης του ατόμου γ' ηλικίας είναι χαμηλός στην άτυπη φροντίδα.
- Στην περίπτωση που ο βαθμός εξάρτησης είναι μέτριος είναι στην κατοίκον εξειδικευμένη φροντίδα.
- Στην περίπτωση που ο βαθμός εξάρτησης είναι υψηλός στην ιδρυματική φροντίδα.

Παρόλο αυτά η κατάλληλη επιλογή του τύπου φροντίδας είναι πολύπλευρη καθώς επηρεάζεται αφενός από τις επιθυμίες και την αναμενόμενη από τον ίδιο ωφέλεια όπως αυτή καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και αφετέρου από το οικογενειακό και κοινοτικό περιβάλλον οι οποίοι αναζητούν το αποδοτικότερο συνδυασμό οφέλους-κόστους με βάση το βαθμό εξάρτησης του (Κυριόπουλος, Γεωργούση, 1993).

Αξίζει να επισημανθεί ότι οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης με τις συνεχείς μειώσεις των συντάξεων επιδρούν στην επιλογή για τον τύπο φροντίδας (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010).

Τα παραπάνω για να βρούν εφαρμογή θα πρέπει με εγκυρότητα να διερευνηθεί η ικανοποίηση των ατόμων. Ο πιο αξιόπιστος τρόπος για την μέτρηση αυτή είναι η μεθοδολογία που έχει αναπτυχθεί για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής.

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1. Ορισμός της ποιότητας ζωής και η σημασία ως μεθοδολογικό εργαλείο.

Η εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και γενικά η ποιότητα ζωής ενός πληθυσμού απασχόλησε έντονα τους επιδημιολόγους, τους κοινωνικούς ερευνητές και όσους ασχολούνται με τη δημόσια υγεία. Τις τελευταίες τρις δεκαετίες επιχειρήθηκαν διάφορες προσεγγίσεις για τον εννοιολογικό προσδιορισμό της μέτρησης της ποιότητας ζωής. Οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν από την κάθε ομάδα ερευνητών εστίαζαν με διαφορετικό βαθμό σε κλινικές ή κοινωνικές μετρήσεις. Χαρακτηριστικά οι επιδημιολόγοι προσέγγιζαν την έννοια με δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αυτοί που ασχολούνται με τα οικονομικά της υγείας συνέδεαν την ποιότητα με οικονομικά μεγέθη όπως κόστος-όφελος, κόστος –αποτελεσματικότητα και τα συνδύαζαν με την κλινική αποτελεσματικότητα (Υφαντόπουλος, 2006).

Διαχρονικά η μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ήταν (Υφαντόπουλος, 2006):

- Επιδημιολογική-βιοιατρική, η οποία την προσέγγιζε με βιολογικούς όρους.
- Λειτουργική /δυσδουλευτική, η οποία την προσέγγιζε με την μέτρηση των επιπτώσεων των βιοιατρικών συνθηκών ή των σωματικών δυσδουλευσιών σε συνάρτηση με τις καθημερινές δραστηριότητες τους.
- Πολιτιστική η οποία είναι συνέχεια των προηγούμενων και αφορά το τι βιώνει το άτομο από το κοινωνικό πλαίσιο.
- Οικονομική που σχετίζεται με την ωφελιμότητα για το άτομο.

Είναι προφανές ότι η δυσκολία της μέτρησης της κατάστασης της υγείας έγκειται στο γεγονός ότι η ίδια η έννοια της υγείας είναι πολυπαραγοντική και πολυδιάστατη (Υφαντόπουλος, 2006).

Σύμφωνα με τον σύγχρονο ορισμό του Π.Ο.Υ. η υγεία δεν εξαρτάται μόνο από την έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας αλλά συνδέεται με τη φυσική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση του ατόμου.

Το 1980 ο ορισμός της υγείας προσδιόρισε την ολότητα της διάστασης της ποιότητα ζωής. Οι ερευνητές δημιούργησαν νέες, σύγχρονες τεχνικές για την αξιολόγηση και ερμηνεία της ποιότητας ζωής, εξετάζοντας φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους που αποτελούν την ευημερία του ατόμου (Υφαντόπουλος, 2006).

Τα εργαλεία που μετρούν την ποιότητα ζωής διακρίθηκαν σε δύο βασικές κατηγορίες (Υφαντόπουλος, 2006):

- Τα εργαλεία γενικής χρήσης, τα οποία μετρούν την ποιότητα ζωής στο γενικό πληθυσμό και αυτά είναι SF-36, EQ-15D, EQ-5D.
- Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών τα οποία είναι τροποποιημένα για να μετρούν την ποιότητα της ζωής ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων για συγκεκριμένες νόσους.

Το 1995 το διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ο.Υ. υλοποίησε ένα πρόγραμμα για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων εξετάζοντας διάφορες παραμέτρους καθώς και τις προοπτικές αυτών. Το παραπάνω το έκανε στοχεύοντας στην δημιουργία βάσης δεδομένων ώστε να αποτελέσει εργαλείο στο σχεδιασμό προγραμμάτων από την Ε.Ε.

Πιο αναλυτικά μελετήθηκε στους ηλικιωμένους (Υφαντόπουλος, 2006):

- Η εξέλιξη της ζωής τους.
- Η καλύτερευση της υγείας τους.
- Το πολιτιστικό τους πλαίσιο.
- Οι διαφορές των ανδρών και γυναικών.
- Η διαγενεακή αλληλεγγύη.
- Οι ηθικές θεωρήσεις.

Στην συνέχεια ακολούθησαν πολλές έρευνες και το 1999 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε το Ευρωβαρόμετρο 52.1, στοχεύοντας στην μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η συγκεκριμένη μελέτη ο όρος ποιότητα ζωής έχει υποκειμενικά χαρακτηριστικά και προσδιορίζει την ικανοποίηση των ευρωπαίων πολιτών από τον τρόπο ζωής, την υγεία μέχρι και την χρήση δημόσιων η ιδιωτικών αγαθών (Υφαντόπουλος, 2006).

Τα πιο έγκυρα εργαλεία αξιόπιστα μέτρησης θεωρούνται SF-36, SF-12, EQ-15D, EQ-5D (Υφαντόπουλος, 2006). Το 1988 για πρώτη φορά ο καθηγητής Υφαντόπουλος διενήργησε έρευνα για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού. Σε αυτή αποτυπώθηκε ότι οι άνδρες κατά μέσο όρο φαίνεται να έχουν ελάχιστα υψηλότερη

τιμή στην ποιότητα ζωής από τις γυναίκες. Όσο αφορά την ηλικία, λόγω της φυσικής έκπτωσης της κατάστασης του ατόμου, οι μικρότερες ηλικίες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους μεγαλύτερους. Τέλος η καλή εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με την καλύτερη ποιότητα ζωής (Υφαντόπουλος, 2006).

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται πολλές έρευνες για την ποιότητα ζωής, από μεγάλους διεθνείς οργανισμούς. Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και ο βαθμός της ευημερίας τους αποτελούν μία βασική παράμετρο στη χάραξη πολιτικών, αναγνωρίζοντας τις σύγχρονες ανάγκες τους.

3.2. Η διάσταση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους Παγκόσμια και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Καθώς το προσδόκιμο της ζωής μεγαλώνει και το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνει ο Π.Ο.Υ. εξετάζει και δημοσιοποιεί εκθέσεις. Το 2015 ο Π.Ο.Υ., αποτυπώνοντας την κατάσταση και προωθώντας δράσεις που να προστατεύουν τους ηλικιωμένους δημοσίευσε την αναφορά του για τη γήρανση και την υγεία (WHO, 2015).

Ο Διεθνής Οργανισμός HelpAge ο οποίος ασχολείται με την προάσπιση, και τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, προωθώντας ενέργειες για την αποτροπή των διακρίσεων και την αντιμετώπιση της φτώχειας ώστε οι ηλικιωμένοι να έχουν μια αξιοπρεπή, ασφαλή, ενεργό και υγιή ζωή παρουσίασε την πρώτη παγκόσμια έκθεση για τους ηλικιωμένους το 2013. Τα στοιχεία επικαιροποιήθηκαν με την νέα πιο πλήρη μελέτη του το 2015 με τίτλο Global AgeWatch Index 2015, η οποία υποστηρίχτηκε από το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τον πολιτισμό και την ανάπτυξη. Στην τελευταία έκθεση συμμετείχαν 96 χώρες αντιπροσωπεύοντας το 91% του παγκόσμιου πληθυσμού των ηλικιωμένων (HelpAge International, 2015).

Η μελέτη διερευνά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μέσα από τέσσερις βασικούς άξονες HelpAge International, 2015 (Παράρτημα – 1^ο Γράφημα):

- Την ασφάλεια του εισοδήματος.
- Το επίπεδο υγείας.
- Την προσωπική ικανότητα για εργασία.
- Το ευνοϊκό περιβάλλον.

Τοποθετώντας τους μέσα σε οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που αλληλοεπιδρούν και τα επηρεάζουν.

Σύμφωνα με την έκθεση η Ελβετία, η Νορβηγία και η Σουηδία είναι οι καλύτερες χώρες στην αξιολόγηση με βάση την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι υπόλοιπες δέκα πρώτες θέσεις καταλαμβάνονται αποκλειστικά από χώρες της Δυτικής Ευρώπης με εξαίρεση την Ιαπωνία. Αντίθετα οι χειρότερες χώρες στην αξιολόγηση με βάση την ποιότητα ζωής είναι η Μοζαμβίκη, το Μαλάουι και το Αφγανιστάν (HelpAge International, 2015).

Τα ποσοστά της φτώχειας για του ηλικιωμένου δεν δίνονται σε περισσότερες από 93 χώρες. Τα περισσότερα δεδομένα τα έχουμε από την Νορβηγία και το Λουξεμβούργο

που είναι δύο από τις πλουσιότερες χώρες και από τη Λιβερία και το Μπουρουντί που είναι δύο από τις φτωχότερες χώρες (HelpAge International, 2015).

Το αρνητικότερο στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα είναι το χάσμα του προσδόκιμου ζωής για τους ανθρώπους άνω των 60 ετών. Το 1990 ήταν τα 5,7 έτη ενώ το 2012 πήγε στο 7,3 έτη (HelpAge International, 2015).

Γενικά από όλη την έρευνα αποτυπώνεται ότι τα μέτρα λιτότητας που έχουν παρθεί από την Ε.Ε. επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (HelpAge International, 2015).

Global AgeWatch Index 2015

1. Switzerland	21. Chile	41. Vietnam	61. Croatia	81. Ghana
2. Norway	22. Czech Republic	42. Mauritius	62. Dominican Republic	82. Honduras
3. Sweden	23. Estonia	43. Armenia	63. Lithuania	83. Lao PDR
4. Germany	24. Belgium	44. Ecuador	64. Belarus	84. Morocco
5. Canada	25. Spain	45. Romania	65. Russia	85. Jordan
6. Netherlands	26. Slovenia	46. Sri Lanka	66. Serbia	86. Nigeria
7. Iceland	27. Uruguay	47. Malta	67. Bangladesh	87. Iraq
8. Japan	28. Costa Rica	48. Peru	68. Montenegro	88. Uganda
9. USA	29. Georgia	49. Bulgaria	69. Paraguay	89. Rwanda
10. United Kingdom	30. Cyprus	50. Philippines	70. Nepal	90. Zambia
11. Denmark	31. Argentina	51. Kyrgyzstan	71. India	91. Tanzania
12. New Zealand	32. Poland	52. China	72. Mongolia	92. Pakistan
13. Austria	33. Mexico	53. Albania	73. Ukraine	93. West Bank & Gaza
14. Finland	34. Thailand	54. El Salvador	74. Indonesia	94. Mozambique
15. Ireland	35. Latvia	55. Bolivia	75. Turkey	95. Malawi
16. France	36. Colombia	56. Brazil	76. Venezuela	96. Afghanistan
17. Australia	37. Italy	57. Nicaragua	77. Moldova	
18. Israel	38. Portugal	58. Tajikistan	78. South Africa	
19. Luxembourg	39. Hungary	59. Guatemala	79. Greece	
20. Panama	40. Slovakia	60. South Korea	80. Cambodia	

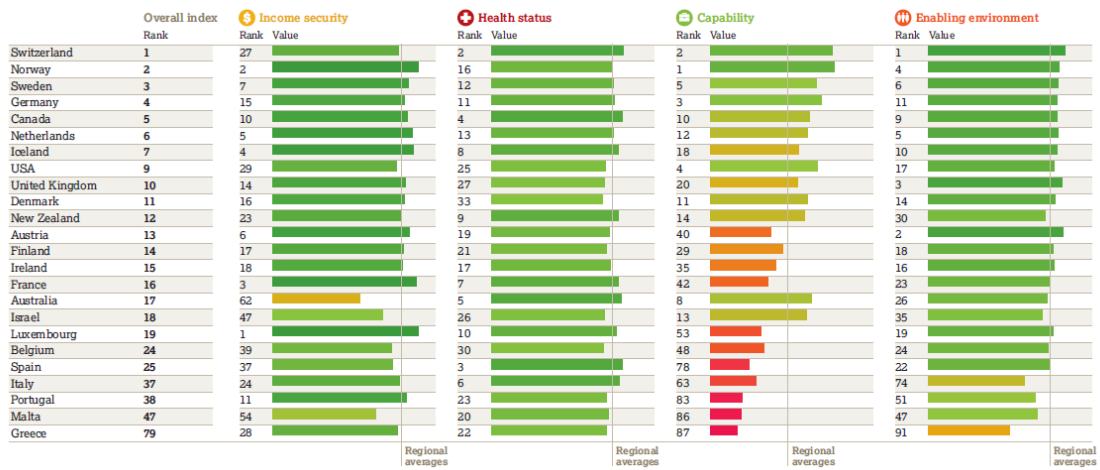
Γράφημα 6: Κατάταξη των Χωρών με βάση την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων για το 2015.

Πηγή: HelpAge, Global AgeWatch Index 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/> , προσπέλαση 24/5/2018.

3.3. Η διάσταση της ποιότητας ζωής για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων σύμφωνα με την Global AgeWatch Index 2015, είναι στην 79^η θέση πέφτοντας από την 58^η θέση που είχε το 2013. Το παραπάνω οφείλεται όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η έκθεση στο γεγονός της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα. Η Ελλάδα είναι στην ίδια θέση με τη Βενεζουέλα και την Τουρκία και βρίσκεται σε παρόμοια θέση με αφρικανικές και ασιατικές χώρες (HelpAge International, 2015).

Αν κοιτάξουμε πιο αναλυτικά τα στοιχεία της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων η χώρα μας σε όλους τους άξονες που ερευνώνται είναι κάτω και από τον παγκόσμιο μέσο όρο. Αυτό εξηγείται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι σε σχέση με την ασφάλεια του εισοδήματος βρίσκονται στην 28^η θέση, στο επίπεδο υγείας στην 22^η θέση, ενώ στην προσωπική ικανότητα για να εργασθούν καταλήγουν στην 87^η θέση και ακόμα χειρότερα είναι στο γεγονός αν απολαμβάνουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον κατέχοντας την 91^η θέση (Παράρτημα – 1^{ος} Πίνακας). Η Ελλάδα σύμφωνα με την έρευνα είναι η χώρα με την δυσκολότερη διαβίωση των ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση (HelpAge International, 2015).



Γράφημα 7: Κατάταξη των Χωρών για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με βάση την ασφάλεια του εισοδήματος, το επίπεδο υγείας, την προσωπική ικανότητα και το ευνοϊκό περιβάλλον για το 2015.

Πηγή: HelpAge, Global AgeWatch Index 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/> , προσπέλαση 24/5/2018.

Οι χώρες για να έχουν ένα καλό επίπεδο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων θα πρέπει να έχουν καλές συντάξεις, προσιτή και εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη, να δίνουν δυνατότητα για εργασία και να παρέχουν προγράμματα διαβίου μάθησης, με στόχο την παροχή ενός ασφαλούς και κατάλληλου περιβάλλοντος για τους ηλικιωμένους (HelpAge International, 2015). Όταν δεν υπάρχουν αυτές οι προοπτικές τότε οι ηλικιωμένοι οι οποίοι όπως αναφέρθηκε αποτελούν μία ιδιαίτερη ευαίσθητη κοινωνική ομάδα, είναι εκτεθειμένοι σε κινδύνους. Σε αυτή την περίπτωση ασθένειες πρώτα ψυχικές και στη συνέχεια σωματικές μπορεί να εμφανιστούν. Η κατάθλιψη είναι από τις πρώτες καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστεί στους ηλικιωμένους καθώς ευνοείται από την αίσθηση των ηλικιωμένων της μειωμένης αντοχής τους.

4. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

4.1. Ορισμός και τύποι της κατάθλιψης.

Ιστορικά η νοσολογική οντότητα της κατάθλιψης πρωτοαναφέρθηκε από τον Ιπποκράτη πριν από 2.400 χρόνια ο οποίος έκανε αναφορά στον όρο μελαγχολία την οποία απέδιδε σε χρόνιες ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με βιολογικές μεταβολές του ανθρώπινου οργανισμού.

Πρώτη φορά καταγράφεται στην Ιλιάδα από το Όμηρο η σύνδεση της κατάθλιψης με την αυτοκτονία όπως αναφέρεται για το θάνατο του Αίαντα. Ο όρος προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω» που δηλώνει καταπιέζω αλλά και στενοχωρώ. Ο Πλούταρχος θεωρείται αυτός που εισήγαγε τον όρο για να δηλώσει ψυχική διάθεση «το πνεύμα του καταθλίψαντος» (Hθ1331). Αντίστοιχα ο όρος στα αγγλικά είναι «depression» από τα λατινικά «deprimere» που σημαίνει καταπιέζω. Από το 1660 καθιερώθηκε ο όρος κατάθλιψη και ο οποίος από το 19ο μ.Χ. επικράτησε με την ευρεία χρήση του μέχρι σήμερα (Πολυκανδριώτη, Στεφανίδου, 2013 ; Gilbert, 2015). Η μεγαλύτερη πρόοδος στη μελέτη της κατάθλιψης αποδίδεται στον Ααρν Μπέκ, Αμερικάνος ψυχίατρος και καθηγητής ψυχιατρικής στο πανεπιστήμιο της Ιατρικής της Πενσυλβάνιας, θεωρείται ως ο πατέρας της γνωστικής θεραπείας, ασχολήθηκε με την κλινική κατάθλιψη εφαρμόζοντας πρωτοποριακές θεραπείες. Δημιούργησε εργαλείο για τη μέτρηση της αυτοαναφοράς για την κατάθλιψη και το άγχος. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιείται από πολλούς μεταγενέστερους ερευνητές καθώς χαρακτηρίζεται από αυξημένη ευαισθησία και εγκυρότητα (WIKIPEDIA).

Η μεγάλη εξέλιξη στον τρόπο αντιμετώπισης της κατάθλιψης έγινε την δεκαετία του '50 με την ανακάλυψη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μεταβαίνοντας σε καλύτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως μία κοινή ψυχική διαταραχή στην οποία ο ασθενής εμφανίζει καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αναξιότητα, μειωμένη ενέργεια, απάθεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, έντονη οξυθυμία, διαταραχές ύπνου ή όρεξης, έλλειψη συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, παράλληλα η κατάθλιψη συνδέεται με άγχος, με φόβο, μπορεί δε να έχει χρόνιο ή υποτροπιάζοντα χαρακτήρα ενώ μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βλάβες στην ικανότητα του ασθενούς για την

επιτέλεση των καθημερινών αναγκών και ευθυνών του. Η δυσμενέστερη εξέλιξη της κατάθλιψης είναι να οδηγήσει το άτομο στην αυτοκτονία (Kessing, 2010).

Εξαιτίας της απουσίας ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού η κατάθλιψη ορίζεται από μεταβολές του γνωστικού, ψυχολογικού και βιολογικού πεδίου (Κλεφταράς, 1998).

Τύποι της κατάθλιψης.

Οι τύποι της κατάθλιψης που είναι αναγνωρισμένοι από την διεθνή επιστημονική κοινότητα είναι:

- Μείζων καταθλιπτική διαταραχή η οποία για να διαγνωστεί χρειάζεται ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με την απουσία μανιακού μεικτού ή υπομανιακού επεισοδίου καθώς η ύπαρξη των οποίων ορίζεται ως διπολική διαταραχή. Η καταθλιπτική διαταραχή διακρίνεται σε ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Εκδηλώνεται ξαφνικά κατά την διάρκεια κάποιας έντονης στρεσογόνου κατάστασης ικανής να επηρεάσει το ψυχισμό του ατόμου. Όσοι εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από άγχος φοβίες, εκνευρισμό, κλάμα, αποστροφή από διάφορων ειδών προβλήματα, επικέντρωση και απόγνωση για τη σωματική τους κατάσταση και ανάπτυξη διάφορων ειδών ψυχοσωματικού πόνου. Με την έγκυρη αντιμετώπιση υπάρχει καλή πρόγνωση. Η σοβαρότερη επιπλοκή της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι η αυτοκαταστροφή και ο ιδεασμός της αυτοκτονικότητας που οδηγεί στην αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυξάνεται σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονιών, προηγούμενων προσπαθειών απόπειρας αυτοκτονίας, με την παρουσία άλλων ψυχωτικών στοιχείων, με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και η μοναχική διαβίωση. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ότι πάσχει από Μείζονα κατάθλιψη θα πρέπει να παρουσιάζει είτε κακή διάθεση είτε μειωμένο ενδιαφέρον και τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα από αυτά που έχουν αναφερθεί (Μάνος, 1997).

- Δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια καταθλιπτική διάθεση όπου τα συμπτώματα διαρκούν για διάστημα δύο ετών και είναι εμφανή τις περισσότερες ώρες της ημέρας. Για να χαρακτηριστεί ένα άτομο ότι έχει δυσθυμία χρειάζεται να έχει κακή διάθεση και τρία από τα συμπτώματα:
 - Απώλεια κοινωνικού ενδιαφέροντος
 - Απώλεια αυτοεκτίμησης
 - Αίσθημα ενοχής
 - Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητα
 - Απώλεια ευχαρίστησης
 - Θυμός
 - Εκνευρισμός
 - Μειωμένη παραγωγικότητα

Ουσιαστική διαφορά της μείζονας κατάθλιψης από τη δυσθυμία έγκειται στο γεγονός του πλήθους και της διάρκειας των συμπτωμάτων. Η εμφάνιση της γίνεται προοδευτικά από την παιδική και εφηβική ηλικία ενώ παράλληλα εμφανίζεται και στην αρχή της ενήλικης ζωής. Η διαταραχή αυτή χρήζει κατάλληλης θεραπείας (Μάνος, 1997 ; Πολίτες ενάντια στην κατάθλιψη).

- Διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από περιόδους κατάθλιψης και περιόδους μανίας. Οι δύο καταστάσεις εναλλάσσονται μεταξύ τους με διαστήματα που το άτομο είναι φυσιολογικό (Μάνος, 1997).
- Άτυπη κατάθλιψη είναι μια διαταραχή η οποία εμφανίζεται προκαλώντας προβλήματα στη σκέψη στα συναισθήματα και στην συμπεριφορά. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι η συναισθηματικές δυσκολίες και τα διάφορα σωματικά συμπτώματα που έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία διατήρησης της φυσιολογικής καθημερινότητας και της αίσθησης ότι δεν έχει νόημα η ζωή (Kramlinger, 2010).

Μορφές κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους προβάλλει ως η πιο συνηθισμένη λειτουργική και πνευματική ασθένεια, ενώ εντοπίζεται δύσκολα καθώς μπορεί να εκληφθεί λανθασμένα ως φυσική διαδικασία της γήρανσης (Dewit, 2001). Τα συμπτώματα συμπίπτουν με αυτά του γενικού πληθυσμού όμως διαρκούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και δεν παρουσιάζουν παροδικό χαρακτήρα. Οι μορφές της κατάθλιψης που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους είναι (Redfern and Ross, 2011):

- Μείζον κατάθλιψη
- Έλασσον κατάθλιψη
- Δυσθυμία
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- Μεικτή αγχώδης ή καταθλιπτική διαταραχή
- Οργανική διαταραχή διάθεσης
- Διπολική διαταραχή
- Αγγειακή κατάθλιψη.

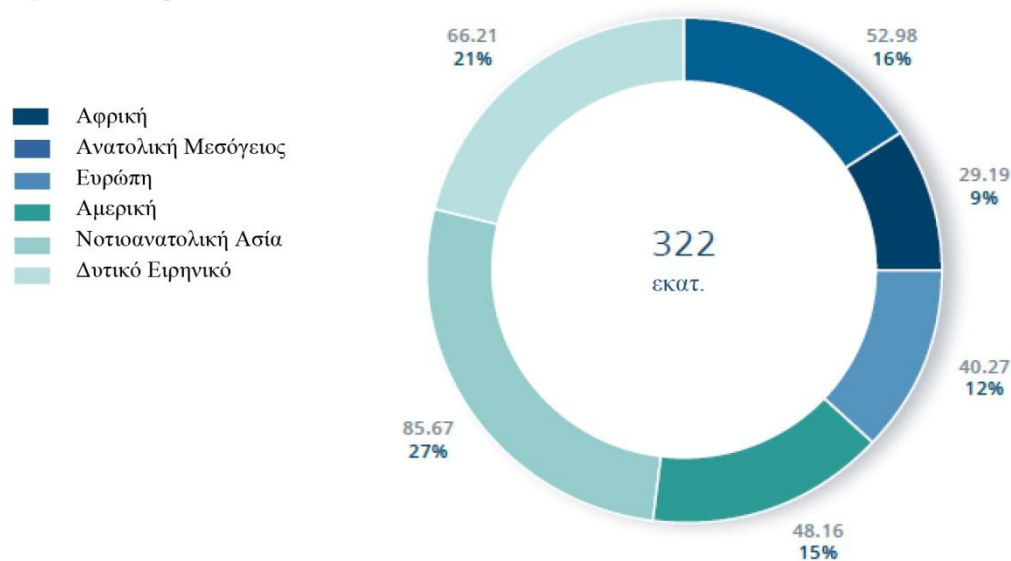
Επιπλέον οι μορφές της κατάθλιψης διαφοροποιούνται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Στην πρωτογενή κατάθλιψη ανήκουν η μείζον κατάθλιψη, η δυσθυμία και η άτυπες μορφές. Στη δευτερογενή κατάθλιψη ανήκει η οργανική κατάθλιψη που σχετίζεται με ασθένειες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, Εγκεφαλικών επεισοδίων, Πάρκισον και από ενδοκρινικά συστήματα. Επιπλέον και η λήψη φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη όπως οι βενζοδιαζεπίνες, τα κορτικοστεροειδή και τα ανιπερτασικά. Ακόμα δευτερογενής κατάθλιψη εκδηλώνεται όταν το άτομο έχει κάποια χρόνια ασθένεια και συμπίπτει με έντονα οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα (Redfern and Ross, 2011).

Εν κατακλείδι η μείζονα κατάθλιψη έχει γενετική προδιάθεση ενώ αντίθετα η έλασσον κατάθλιψη εξαρτάται από το δυσμενές περιβάλλον του ατόμου και στην περίπτωση κατά την οποία απομακρυνθούν αυτή οι παράγοντες τότε το άτομο θα επανέλθει στην κανονικότητα του. Είναι αναγκαίο να προσδιορισθεί με ακρίβεια σε ποια από τις δύο κατηγορίες κατάθλιψης ανήκει ένα άτομο, ώστε να ακολουθηθεί η κατάλληλη θεραπεία. Η διάκριση όμως αυτή δεν είναι πολλές φορές εύκολη καθώς ένα άτομο μπορεί να παρουσιάζει συμπτώματα και της μείζονος και της ελάσσονος κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό κάθε ηλικιωμένος θα πρέπει να εξετάζεται ξεχωριστά

και να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία που χρειάζεται (Αβεντισιάν Παγοροπούλου, 2008).

4.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης Παγκόσμια και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Διεθνώς ο αριθμός των ατόμων που παρουσιάζει κατάθλιψη σύμφωνα με την έκθεση του Π.Ο.Υ. που πραγματοποιήθηκε το 2015 εκτιμάται στα 322 εκατομμύρια άτομα, επιπλέον τα άτομα που πάσχουν από αγχώδη διαταραχή ανέρχονται στα 264 εκατομμύρια. Η κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες με 5,1% ενώ στους άνδρες με 3,6%. Πιο αναλυτικά το 26,57% αυτών που εμφανίζουν καταθλιπτική διαταραχή βρίσκεται στην Νοτιοανατολική Ασία, το 20,53% στο Δυτικό Ειρηνικό, το 16,43% στην Αφρική, το 14,93% στην Αμερική, το 12,49% στην Ευρώπη και τέλος το μικρότερο ποσοστό εμφανίζεται στην Ανατολική Μεσόγειο με 9,05% (WHO, 2017).



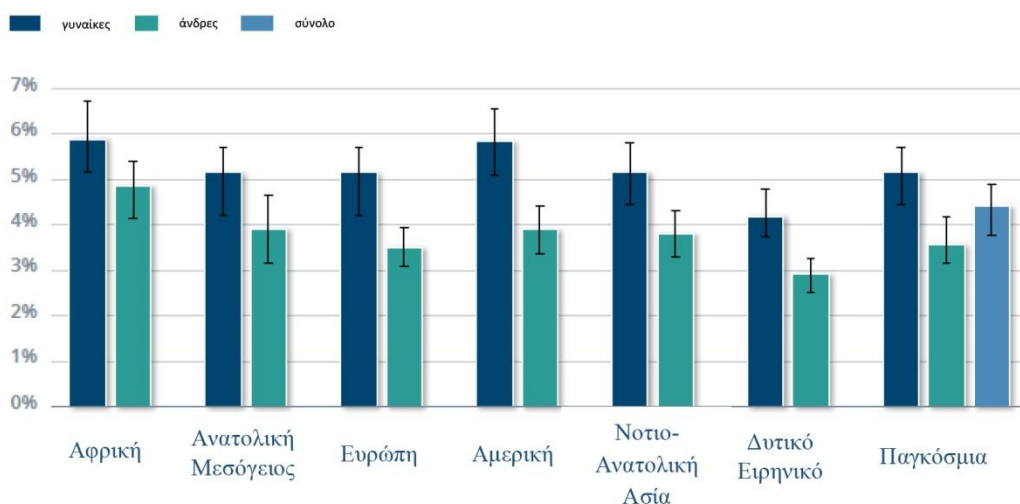
Γράφημα 8: Ποσοστιαία κατανομή των Καταθλιπτικών διαταραχών, ανάλογα με το γεωγραφικό προσδιορισμό.

Πηγή: Π.Ο.Υ., Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2017.

Παγκοσμίως η καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζεται στο 4,4% των ανθρώπων για το 2015. Διαμορφώνεται στο 5,4% των κατοίκων της Αφρικής, στο 4,9% των κατοίκων της Αμερικής, στο 4,5% των κατοίκων της Ανατολικής Μεσογείου και των κατοίκων

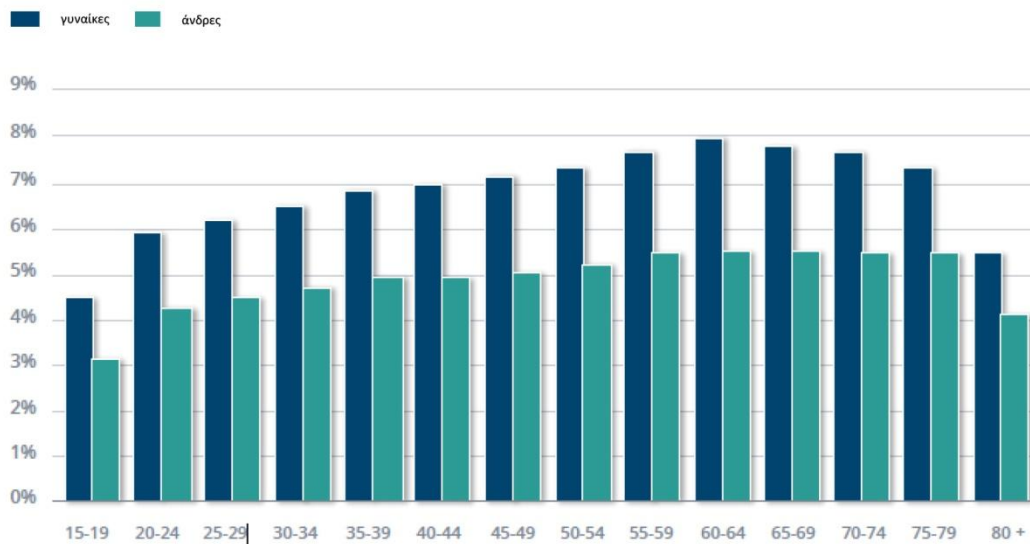
της Νοτιοανατολικής Ασίας στο 4,3% των κατοίκων της Ευρώπης και τέλος στο 3,6% των κατοίκων Δυτικού Ειρηνικού. Το πιο ανησυχητικό γεγονός είναι ότι παρατηρείται ποσοστιαία αύξηση των ανθρώπων που έχουν κατάθλιψη κατά 18,4% για του διάστημα 2005-2015 (WHO, 2017).

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης διαφοροποιείται ανάλογα την περιοχή, με το χαμηλότερο να εμφανίζεται στους άνδρες στο Δυτικό Ειρηνικό με 2,6% ενώ αντίθετα το υψηλότερο ποσοστό εμφανίζεται στις γυναίκες της Αφρικής. Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε παιδιά και σε εφήβους κάτω των 15 ετών με μικρότερη παρουσία από ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες. Ο μισός αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη κατοικεί στη Νοτιοανατολική Ασία και το Δυτικό Ειρηνικό (WHO, 2017).



Γράφημα 9: Συχνότητα Καταθλιπτικών διαταραχών ανά γεωγραφική περιοχή.

Πηγή: Π.Ο.Υ., Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2017.



Γράφημα 10: Συχνότητα Καταθλιπτικών διαταραχών ανά ηλικιακή κλάση.

Πηγή: Π.Ο.Υ., Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2017.

Στη Βόρεια Αμερική ο επιπολασμός ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι περίπου στο 3-5% για τους άνδρες και 8-10% στις γυναίκες κατά έτος (Kessler et al., 2005). Η πιθανότερη ηλικία εμφάνισης μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι μεταξύ 30 και 40 ετών (Eaton, 1997).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είχαν ως συνεπακόλουθο 50 εκατομμύρια χρόνια με αναπηρία (Παράρτημα – 2^{ος} Πίνακας) για το 2015 (YLD), παγκοσμίως οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι ο μεγαλύτερος και μοναδικός παράγοντας στη μη θανατηφόρα απώλεια υγείας (7,5% στο σύνολο των YLD) (WHO, 2017).

Οι αυτοκτονίες το 2015 έφτασαν στις 788 χιλιάδες και αποτελούν το 1,5% των θανάτων παγκοσμίως. Το ποσοστό αυτό τους κατατάσσει στις είκοσι (20) επικρατέστερες αιτίες θανάτου. Και στις ηλικίες 15-29 αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου. Τα ποσοστά των αυτοκτονιών διαφέρουν ανάλογα την περιοχή και το φύλο, στις χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων της Αμερικής και της Ανατολικής Μεσογείου παρατηρούνται λιγότερες από πέντε (5) γυναίκες ανά 100 χιλιάδες. Αντίθετα στις χώρες υψηλού εισοδήματος και μεσαίου και χαμηλού της Αφρικής της Ευρώπης και της Νοτιοανατολικής Ασίας για τους άνδρες το ποσοστό ανέρχεται είκοσι (20) στις 100 χιλιάδες (WHO, 2017).

4.3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ το 2014 το 4,7% του γενικού πληθυσμού νοσεί από κατάθλιψη ποσοστό που θεωρείται ιδιαίτερα αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό που είχε καταγραφεί το 2009 στο 2,6% (ΕΛΣΤΑΤ, 2016). Αντίστοιχη είναι και η εικόνα που εμφανίζει και ο Π.Ο.Υ. το 2015 για το ποσοστό της κατάθλιψης στη χώρα μας το οποίο φτάνει το 5,7% (WHO, 2017).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες καθώς από τα δέκα (10) άτομα που νοσούν από κατάθλιψη τα επτά (7) είναι γυναίκες. Επιπλέον από αγχώδης διαταραχές πάσχει το 7,6% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών και το 1,7% εμφανίζει άλλες ψυχικές διαταραχές. Το 38,3% του γενικού πληθυσμού ισχυρίστηκε ότι έχει βιώσει αρνητικά συναισθήματα με διάρκεια αρκετές ημέρες έως σχεδόν κάθε ημέρα για διάστημα δύο εβδομάδων πριν την έρευνα. Επιπλέον το 4,7% του πληθυσμού άνω των 15 ετών ισχυρίστηκε ότι επισκέφτηκε επιστήμονα ψυχικής υγείας για τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας του. Το ποσοστό των ανδρών έφτασε στο 3,3% ενώ το αντίστοιχο των γυναικών στο 6% (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Το 3,3% ατόμων άνω των 15 ετών δηλώνει με βεβαιότητα ότι έχει κάνει σκέψεις όπως «θα ήταν καλύτερα να μη ζει» ή «να βλάψει τον εαυτό του» κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων (ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι καταθλιπτικές διαταραχές αποτελούν ισχυρό αίτιο στη μη θανατηφόρα απώλεια υγείας (9,1% από το σύνολο των YLD) (WHO, 2017).

4.4. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.

Παγκόσμια η μεγαλύτερη εμφάνιση της κατάθλιψης εμφανίζεται σε άτομα 55-74 ετών με το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών να κινείται άνω του 7,5% ενώ των ανδρών πάνω από το 5,5% (WHO, 2017). Άλλη μελέτη αναφέρει ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται σε άτομα άνω των 65 ετών στο 10- 15% ενώ σοβαρή κατάθλιψη εμφανίζει το 3% (Αργυρόπουλος, 2012). Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα σε άτομα άνω των 60 ετών οι καταθλιπτικές διαταραχές παρουσιάζουν επιπολασμό από ήπια μέχρι μέτρια κατάθλιψη στο 27% και από μέτρια ως σοβαρή στο 12%, η εμφάνιση της νόσου στις γυναίκες προσδιορίζεται στο 29,9-33% και στους άνδρες 19,6-20% αντίστοιχα (Μιχαηλίδης, 2000).

Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη έως το 2020 θα αποτελέσει τη δεύτερη κύρια αιτία νοσηρότητας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2009). Θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της κατάθλιψης στη ζωή του ατόμου είναι ίδια και ίσως μεγαλύτερα από αυτά που προκαλούνται από χρόνια νοσήματα όπως τα αγγειακά προβλήματα η υπέρταση και ο διαβήτης (Rush, 2007). Επιπλέον έχει σχετισθεί η αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας των προηγούμενων νοσημάτων με την κατάθλιψη (Alboni et al., 2008)

Στις διάφορες μελέτες προκύπτει ένα σταθερό εύρημα ότι οι γυναίκες εμφανίζουν δύο φορές πιο συχνά μείζον καταθλιπτική διαταραχή από τους άνδρες. Έχει τονισθεί ότι η μείζον κατάθλιψη παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας όταν προκύψει απώλεια από το στενό οικογενειακό περιβάλλον (Kessler, 2005).

Οι ασθενείς που εμφανίζουν καταθλιπτικές διαταραχές έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου θανάτου από αυτοκτονία όπως επίσης και εξαιτίας άλλων παθολογικών αιτιών με κυρίαρχη την καρδιαγγειακή νόσο (Rush, 2007).

Κατά την περίοδο οικονομικών κρίσεων έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνονται κατά 50% στο γενικό πληθυσμό η μείζονα κατάθλιψη, όπως συνέβη με την αύξηση των αυτοκτονιών στις χώρες της Βαλτικής. Σε μελέτη εννέα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης το νοσηλευτικό προσωπικό κρίθηκε ότι παρουσίασε χαμηλό επίπεδο εξειδίκευσης χειρισμού των ασθενών με ψυχιατρικά προβλήματα (Scheerder, 2010).

4.5. Αίτια που οδηγούν στην κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία.

Σήμερα η άποψη ότι η κατάθλιψη είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο της εξέλιξης της γήρανσης είναι εσφαλμένη. Η καλή υγεία μπορεί να παρατηρηθεί για πολλά χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Βέβαια ο ηλικιωμένος είναι ευάλωτος σε αιτίες που οδηγούν στην κατάθλιψη σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες.

Είναι υπαρκτή η διαμάχη ανάμεσα στους επιστήμονες που θεωρούν ότι η κατάθλιψη πλήττει την τρίτη ηλικία και σε αυτούς που θεωρούν την άποψη αυτή στερεοτυπική. Σε μελέτη της ECA των Ηνωμένων Πολιτειών παρουσιάστηκε ότι άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών είχαν χαμηλότερη συχνότητα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και δυσθυμίας.

Στην βιβλιογραφία οι σημαντικότεροι παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους είναι οι γενετικοί, βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί και φαρμακευτικοί.

Γενετικοί παράγοντες.

Η γενετική προδιάθεση σχετίζεται με εκδήλωση της κατάθλιψης. Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που έχουν στην οικογένεια τους ιστορικό με κατάθλιψη εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Η γενετική επίδραση στην κατάθλιψη βασίζεται στη θεώρηση ότι πολλά γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση στοιχείων της προσωπικότητας όπως και βιολογικών ιδιοτήτων τα οποία συντελούν στην αύξηση της προδιάθεσης του ανθρώπου στην κατάθλιψη. Με άλλα λόγια έχουμε την σύνθεση του γονότυπου του ανθρώπου από τους γονείς του (Σκαπινάκης, 2003 ; Gilbert, 2015).

Βιολογικοί παράγοντες.

Οι βιολογικοί παράγοντες προκαλούν μη ψυχολογικοί κατάθλιψη δευτερογενούς αιτιολογίας. Το γεγονός αυτό εξηγείται λόγω της δράσης στο Κ.Ν.Σ. με αποτέλεσμα τη μεταβολή των λειτουργικών περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες καθορίζουν και ρυθμίζουν το συναίσθημα. Το παραπάνω μπορεί να συμβεί με δύο τρόπους πρώτον από παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η νόσος Αλσχάιμερ, η σκλήρυνση κατά πλάκα και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Από ενδοκρινικές και μεταβολικές νόσους όπως ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος Cushing. Από λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ. που προέρχονται από μόλυνση του υιού HIV και της λοιμώδης μονοπυρήνωσης. Σημαντική επίδραση διαδραματίζουν και ορισμένα φάρμακα που προκαλούν κατάθλιψη τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο των ορμονών του οργανισμού, τέτοια είναι η κορτιζόνη και συγκεκριμένα αντιυπερτασικά επιπλέον έχει συσχετισθεί ο ρόλος του αλκοόλ με άλλες κατηγορίες φαρμάκων.

Δεύτερον με τις νευροδιαβιβαστικές ουσίες οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη μεταφορά των μηνυμάτων στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Αυτές οι νευροδιαβιβαστικές ουσίες είναι η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, η αύξηση των οποίων συμβάλλει στη μείωση όλων των μορφών των καταθλιπτικών διαταραχών (Σκαπινάκης, 2003 ; Gilbert, 2015).

Ψυχολογικοί παράγοντες.

Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει αντιλαμβάνεται τη μείωση των κινητικών και νοητικών λειτουργιών με αποτέλεσμα συναισθήματα θλίψης, φόβου και ανασφάλειας να τον διακατέχουν. Ο ηλικιωμένος παρουσιάζει θλίψη καθώς έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να βιώσει την απώλεια μελών της οικογένειας του και φίλων του.

Άλλη κρίσιμη στιγμή είναι όταν οι άνθρωποι βγαίνουν στην σύνταξη, αυτό το στάδιο της ζωής συνεχώς αυξάνει αφού αυξάνεται το προσδόκιμο της ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι βιώνουν τις περισσότερες φορές τη μετάβαση αυτή ανώδυνα όμως υπάρχουν αρκετοί που δεν το αποδέχονται εύκολα ειδικά όταν αυτοί ήταν ευχαριστημένοι από την εργασία τους προσφέροντας πολλές ώρες σε αυτή χωρίς να

έχουν φροντίσει να συμμετέχουν σε άλλες ευχάριστες ενασχολήσεις. Επιπλέον η σύνταξη μπορεί να σημαίνει αλλαγή ρόλων, αλλαγή τόπου και απώλεια συναδελφικών σχέσεων.

Ο μεγάλος άνθρωπος συχνά αναπολεί τα χρόνια που έφυγαν και τις επιτυχίες του. Μερικοί ηλικιωμένοι στενοχωρούνται και απογοητεύονται όταν αντιλαμβάνονται ότι δεν πέτυχαν αυτά που προσδοκούσαν. Οι άνθρωποι που διάγουν την τρίτη ηλικία διακατέχονται από το άγχος του επικείμενου τέλους της ζωής τους (Kramlinger, 2010).

Κοινωνικοί παράγοντες.

Οι ερευνητές που ασχολούνται με τις κοινωνικές θεωρίες για την κατάθλιψη υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες συμβάλουν σημαντικά στην παρουσία καταθλιπτικών διαταραχών όπως και στο αντίθετο δηλαδή στην εξάλειψη τους. Σύμφωνα με την εξελικτική θεώρηση η κατάθλιψη συνδέεται από την απουσία στενών σχέσεων με τους ανθρώπους του κοινωνικού περιβάλλοντος με τους οποίους δημιουργείται δίκτυο εμπιστοσύνης, ενθάρρυνσης και υποστήριξης. Πολύ σημαντικό στην κοινωνική θεωρία είναι και η αίσθηση του ατόμου σε ποια βαθμίδα βρίσκεται στην κοινωνική ιεραρχία. Ο ηλικιωμένος έχει ανάγκη από ένα κοινωνικό περιβάλλον που να του απομακρύνει τους φόβους και τις αδυναμίες να τον ενθαρρύνει και να τον σέβεται (Gilbert, 2015).

Η οικογενειακή κατάσταση διαδραματίζει ένα από τους σοβαρότερους παράγοντες στη διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων και την απομάκρυνση τους από την κατάθλιψη. Μέσα σε ένα υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον οι ηλικιωμένοι απομακρύνονται από την δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων απομόνωσης μοναξιάς, απραξίας, αδιαφορίας, κακών αυτοκαταστροφικών σκέψεων. Σε μελέτη της Αλεφαντινού και συν. (2015) αποδείχτηκε ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι χήροι/ες άγαμοι ή διαζευγμένοι εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους, λύπης, κοινωνικής αποξένωσης και απόγνωσης σε σχέση με τους ηλικιωμένους που είναι έγγαμοι. Από όλοι αυτή την έρευνα προκύπτει ότι οι μοναχικοί ηλικιωμένοι εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα στις καταθλιπτικές διαταραχές. Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερη ψυχοκοινωνική μοναξιά καθώς τόσο η παρουσία του

συντρόφου καλλιεργεί το αίσθημα της ασφάλειας όσο και η προσφορά φροντίδας στα παιδιά και στα εγγόνια και η ανάπτυξη κοινωνικών δραστηριοτήτων με φίλους συμβάλλουν στην διατήρηση της κοινωνικής συνοχής (Αλεφαντινού και συν., 2015).

Η εκπαίδευση σχετίζεται και αυτή με την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών καθώς το υψηλό μορφωτικό επίπεδο το εισόδημα και η καλή υγεία αποτελούν τους τρεις βασικότερους παράγοντες για την καλή ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με την έρευνα της Αλεφαντινού και συν. (2015) τα άτομα της τρίτης ηλικίας με εξαιρετικά χαμηλή εκπαίδευση αισθάνονται μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό 46.2% ενώ παράλληλα αισθάνονται αβεβαιότητα για το μέλλον σε ποσοστό 10,3% (Αλεφαντινού και συν., 2015). Άλλος σημαντικός κοινωνικός παράγοντας είναι η διαμονή του ηλικιωμένου . Η παρουσία του σταθερού και φιλικού περιβάλλοντος είναι παράγοντας απομάκρυνσης της κατάθλιψης. Έχει αποδειχτεί από πολλές έρευνες και την διεθνή βιβλιογραφία ότι ηλικιωμένα άτομα σε ιδρυματικό περιβάλλον ή σε άλλο αντίστοιχο υποστηρικτικό περιβάλλον έχουν μεγαλύτερο επιπολασμό κατάθλιψης (Celder, 2007). Ενδιαφέρον παρατηρείται ότι άτομα τρίτης ηλικίας που παράλληλα φέρουν και το ρόλο του άτυπου φροντιστή άλλων ατόμων τρίτης ηλικίας στην οικογένεια τους παρουσιάζουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές της κατάθλιψης (Gautam and Houde, 2011).

4.6. Τρόπος εκδήλωσης της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.

Τα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζουν κοινή συμπτωματολογία καταθλιπτικών διαταραχών με τα άτομα του γενικού πληθυσμού η οποία διαφοροποιείται ως προς την ένταση και την μορφή. Βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος για ενασχολήσεις που έκαναν παλαιότερα, η μελαγχολική διάθεση, η έλλειψη ευχαρίστησης, η ανάπτυξη αισθημάτων ενοχής, ανησυχίας και απαισιοδοξίας (Μάνος, 1997). Οι ηλικιωμένοι γίνονται πιο συναισθηματικοί έχουν την τάση να κλαίνε συχνότερα ενώ παράλληλα γίνονται κυκλοθυμικοί και εμφανίζουν εκνευρισμό, απελπισία, κοινωνική απόσυρση, απώλεια κινήτρων, αδυναμία ανάληψης υποχρεώσεων και ευθυνών και έντονο συνεχές άγχος για το μέλλον (Δρακόπουλος, 2014). Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά εμφανίζουν προβλήματα μείωσης της ικανότητας συγκέντρωσης και αδυναμίας εξωτερίκευσης των συναισθημάτων (Καπρίνης, 2009).

Τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν μειωμένη κινητικότητα και αδράνεια. Ακόμα οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από ψυχοκινητική επιβράδυνση, με αποτέλεσμα να μην επιτελούν τις πιο βασικές και αναγκαίες καθημερινές δραστηριότητες. Χαρακτηρίζονται από αναβλητικότητα στην ανάληψη αποφάσεων. Εμφανίζουν συχνή και ανεξήγητη αίσθηση κόπωσης και καθημερινής ανημπορίας. Παρατηρούνται σωματικές αλλαγές που σχετίζονται με το σωματικό βάρος καθώς υπάρχουν απότομες αλλαγές στην όρεξη και αύξηση σωματικών πόνων όπως αρθρίτιδες και πονοκέφαλοι (Barker, 2009).

Επιπλέον οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου. Μπορεί να παρουσιάσουν αυπνία για μεγάλο χρονικό διάστημα ή άτακτο πολύωρο ύπνο (Barker, 2009). Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν αισθήματα αναξιοσύνης, έλλειψη αυτοεκτίμησης αναπτύσσουν αρνητικές σκέψεις για των εαυτό τους, παραισθήσεις, φαντασιώσεις και απαισιοδοξία που μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία (Αβεντισιαν-Παγοροπούλου, 1993).

4.7. Τρόπος αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.

Ψυχοθεραπεία.

Η κατάθλιψη είναι μία θεραπεύσιμη ασθένεια και εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση με τον κατάλληλο συνδυασμό ψυχοθεραπείας φαρμακευτικής αγωγής και των συνθηκών που ζει ο ασθενής. Η ψυχοθεραπεία είναι πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους. Μπορεί να γίνει μέσω της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας η οποία θεωρείται ως η πιο κατάλληλη μέθοδος θεραπείας για την κατάθλιψη.

Στον ηλικιωμένο τα καταθλιπτικά συμπτώματα επαναλαμβάνονται μέσα από συνεχείς φαύλους κύκλους άσχημων σκέψεων κακών συναισθημάτων και δυσλειτουργικών συμπεριφορών. Τα προηγούμενα σχετίζονται με την απώλεια που αισθάνεται της προσωπικής του αξίας ή με τις σχέσεις του με το κοντινό ή ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον. Εκεί έρχεται η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία με τους ειδικούς επιστήμονες ψυχιάτρους ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς για να κινητοποιήσει το άτομο που νοσεί, να αποκαταστήσει συνειδητά τα αισθήματα της ευχαρίστησης και της ικανοποίησης. Δηλαδή ειδικοί επιστήμονες με κατάλληλες μεθόδους αλλάζουν τις δυσλειτουργικές σκέψεις που διατηρούν άσχημα συναισθήματα και βοηθούν το άτομο να γίνει θεραπευτής του εαυτού του (Παπαδοπούλου ; Kramlinger, 2010).

Φαρμακευτική θεραπεία.

Το 19ο αιώνα οι ασθενείς με κατάθλιψη αντιμετώπιζαν μόνοι τους τη δύσκολη αυτή κατάσταση καθώς η φαρμακευτική αντιμετώπιση ήταν σε πρώιμο στάδιο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να χορηγούνται φάρμακα όχι συγκεκριμένα και με χαμηλή αποτελεσματικότητα και η φροντίδα να προέρχεται από μέλη της οικογένειας ή από ψυχιατρικά άσυλα. Η πρώτη γενιά αντικαταθλιπτικών έγινε το 1950 καθώς άτομα

που είχαν αλλεργίες και έπαιρναν ιμιπραμίνη διαπιστώθηκε ότι είχαν καλλίτερη διάθεση με αποτέλεσμα να υιοθετηθούν τα φάρμακα αυτά και για την κατάθλιψη.

Στην συνέχεια ανακαλύφθηκε ότι ένα φάρμακο για τη φυματίωση η ιπρονιαζίδη είχε ευεργετική δράση στην βελτίωση της διάθεσης, αλλά παράλληλα είχε και πολλές παρενέργειες. Μετά από σύντομο χρονικό διάστημα χρησιμοποιούνται ευρέως άλλοι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης χωρίς παρενέργειες.

Την δεκαετία του '70 το λίθιο χρησιμοποιείται στις διπολικές διαταραχές προκειμένου να σταθεροποιηθεί η διάθεση ανάμεσα στην μανία και την κατάθλιψη. Στα τέλη της δεκαετίας του '80 εμφανίζονται οι αναστολείς της επιλεκτικής επαναπροσληψής της σεροτονίνης. Τα φάρμακα αυτά είναι πιο ασφαλή στη χρήση τους από τα προηγούμενα. Ενδεικτικά φάρμακα είναι η κιταλοπίμη, η φλουβοξαμίνη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη και η σετραλίνη. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν άλλοι αναστολείς πρόσληψης και αναστολείς ενζύμων.

Από την δεκαετία του '90 υπάρχει συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας. Σήμερα οκτώ (8) στους δέκα (10) ασθενείς με κατάθλιψη βελτιώνονται σημαντικά. Το κόστος όμως για τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων είναι ιδιαίτερα αυξημένο (Kramlinger, 2010).

Φυσικοί τρόποι θεραπείας.

Τα τελευταία χρόνια πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η άσκηση δρα προστατευτικά στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Έρευνα του Πανεπιστήμιου Ντιούκ της Αμερικής προσδιόρισε τα ευεργετικά οφέλη που έχει η άσκηση (Kramlinger, 2010):

- Προάγει την καρδιαγγειακή υγεία, ελαττώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιοπαθειών καθώς οι άνθρωποι που νοσούν από κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στον κίνδυνο καρδιοπαθειών.
- Κινητοποιεί το άτομο για δραστηριότητες
- Επαναφέρει σε κανονικούς ρυθμούς τον ύπνο και την όρεξη
- Διατηρεί υγιή βάρος
- Μειώνει τον κίνδυνο οστεοπόρωσης
- Μειώνει την οξυθυμία και βελτιώνει την αυτοπεποίθηση.

Άλλος παράγοντας που μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή της κατάθλιψης είναι η ηλιακή ακτινοβολία. Η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία προκαλεί αύξηση της σεροτονίνης η οποία βελτιώνει την διάθεση. Σημαντικό ρόλο έχει και η διατροφή καθώς οι φυτικές ίνες, τα Ω3 και ο ψευδάργυρος έχει αποδειχθεί ότι συμβάλουν στην αύξηση της σεροτονίνης (Παπαδοπούλου ; Kramlinger, 2010).

4.8. Ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.

Διαχρονικά η οικογένεια αποτελεί την δομική μονάδα στήριξης και προστασίας των μελών της και ιδιαίτερα των πιο ευαίσθητων μελών της που είναι τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Παράλληλα αποτελεί άτυπη φροντίδα υγείας, η οποία όμως διαδραματίζει ισχυρό κοινωνικό και οικονομικό ρόλο.

Στη μορφή της εκτεταμένης οικογένειας ο ηλικιωμένος κατείχε σημαντική θέση και απολάμβανε το σεβασμό των νεότερων μελών αυτής δημιουργώντας του ένα ευνοϊκό περιβάλλον. Στη συνέχεια με την αλλαγή των συνθηκών η μορφή της οικογένειας γίνεται πυρηνική ή μονογονεϊκή και ο ηλικιωμένος χάνει τις πολύ σημαντικές αλληλεπιδράσεις που είχε εντός του σπιτιού του και βιώνει τη μείωση του άμεσου ενδιαφέροντος (Silverstein et al., 2006). Τα άτομα τρίτης ηλικίας που διέμεναν με τα παιδιά τους θεωρούσαν ότι είχαν ικανοποιητικό οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με όσους ζούσαν μόνοι τους. Παράλληλα τα άτομα που διατηρούσαν αρμονική σχέση με τα μέλη της οικογένειας τους είχαν μειωμένα επίπεδα εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών (Munshi et al., 2007).

Οι ηλικιωμένοι που νοσούν από κατάθλιψη έχουν πολλές φορές ένα οικογενειακό περιβάλλον που επικρατούν αγχωτικές και μη λειτουργικές σχέσεις, έκδηλη μειωμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία, εμπιστοσύνη και αδυναμία επίλυσης των προβλημάτων. Έχει αποδειχτεί ότι οι οικογενειακές δυσλειτουργικές σχέσεις εμφανίζουν τόσο στο άμεσο ή στο απώτερο μέλλον αρνητικό παράγοντα στην αντιμετώπιση του καταθλιπτικού ηλικιωμένου, αντίθετα η συσπείρωση και η αλληλεγγύη των μελών της οικογένειας θεωρείται αρκετά καλή στην αντιμετώπιση του ηλικιωμένου με κατάθλιψη σε σχέση με την ατομική θεραπεία (Keitner, 1995).

Η στήριξη λοιπόν που παρέχει η οικογένεια είναι εξαιρετικά σημαντική καθώς δρά στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Όμως και οι ηλικιωμένοι που έχουν διατηρήσει την αυτόνομη διαβίωση τους και εξακολουθούν να έχουν υγιείς σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας τους δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη (Jlajie, 2015).

Επιπλέον η δράση της οικογένειας ενισχύεται με την οικογενειακή θεραπευτική συμμετοχή. Σε αυτή σημαντικά χαρακτηριστικά της οικογένειας βελτιώνονται είναι δηλαδή μια ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία θεραπείας της κατάθλιψης. Η μέθοδος αυτή μεταβάλλει τις αλληλεπιδράσεις εντός των μελών της οικογένειας που

εμποδίζουν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη βελτίωση. Επίσης επιτυγχάνεται η καλλιέργεια της σωστής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας, και η συλλογική αντιμετώπιση των οικογενειακών προβλημάτων (Πολυζόπουλος, 2016).

4.9. Ο ρόλος του υποστηρικτικού δικτύου της αυτοδιοίκησης και ιδιαίτερα των ΚΑΠΗ για την «Ενεργό και Υγιή Γήρανση».

Σένα κόσμο που συνεχώς μεταβάλλεται αλλάζουν και οι ανάγκες των πολιτών. Στη χώρα μας οι ανάγκες των πολιτών είναι ακόμα πιο έντονες λόγω της εντεινόμενης οικονομικής κρίσης. Οι πολίτες και ιδιαίτερα οι ευαίσθητες ομάδες μεταξύ των οποίων και οι ηλικιωμένοι πλήττονται περισσότερο και η κεντρική διοίκηση αδυνατεί να παράξει αποτελεσματικές πολιτικές λόγω του κόστους των προγραμμάτων, των δημοσιονομικών περιορισμών και της απόστασης με τον πολίτη.

Οι προκλήσεις αυτές προτρέπουν την αυτοδιοίκηση να διευρύνει τις δράσεις της, σε νέους τομείς που συνεχώς αναδιαμορφώνονται αποδεικνύοντας ότι είναι ο πιο οικείος δέκτης των αναγκών των πολιτών. Δηλαδή, μπορεί να υποστηρίξει βιώσιμες και καινοτόμες λύσεις στα προβλήματα των πολιτών. Το κράτος τις τελευταίες δεκαετίες προώθησε μέσω σειράς νομοθετικών διατάξεων αλλαγές με στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών με αυτό τον τρόπο πολλές αρμοδιότητες για θέματα κοινωνικής πολιτικής και υγείας δόθηκαν στους Δήμους.

Η Αυτοδιοίκηση καλείται να μετεξελιχθεί αποκτώντας προγραμματικό και εκτελεστικό ρόλο. Με βάση αυτό, νέα προγράμματα αναπτύσσονται, οι Δήμοι εισάγουν τεχνογνωσία υιοθετώντας καλές πρακτικές από χώρες του εξωτερικού, τις διαμορφώνουν κατάλληλα με τις ανάγκες των πολιτών τους και ανατροφοδοτούν είτε άλλους Δήμους της χώρας είτε δήμους του εξωτερικού. Η σχέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τους Δήμους είναι στενή αφού κατευθυντήριες οδηγίες, παρατηρητήρια προγράμματα και χρηματοδοτικά μέσα αποτελούν μια νέα πραγματικότητα. Για τους Δήμους η άσκηση κοινωνικής πολιτικής αποτελεί προνομιακό πεδίο δράσης εξαιτίας της δυνατότητας τους να παρέχουν πολύπλευρες κοινωνικές υπηρεσίες. Οι Δήμοι μπορούν να διαμορφώσουν φιλικό περιβάλλον στα άτομα γ' ηλικίας και να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν δομές και προγράμματα που να προάγουν την βελτίωση της υγείας του ηλικιωμένου.

Δομές και υποστηρικτικές μονάδες φροντίδας για την τρίτη ηλικία είναι:

- Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω.
- Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» που ιδρύθηκε το 1996 και αποτελεί βασική κατοίκον υπηρεσία υγείας ανοικτού τύπου. Είναι στελεχωμένο από

Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές και οικογενειακούς βοηθούς. Παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη, νοσηλευτική υπηρεσία και φροντίδα υγιεινής διαβίωσης του ηλικιωμένου στο περιβάλλον του στη γειτονιά του.

- Το πρόγραμμα «Μέριμνας» που δημιουργήθηκε το 2000 και προσφέρει αντίστοιχες υπηρεσίες με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».
- Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) Δημιουργήθηκαν το 2001 για να εξυπηρετήσουν ηλικιωμένα άτομα με κινητικά και νοητικά προβλήματα και που διαμένουν σε περιβάλλον που αδυνατεί να τα φροντίσει καθημερινά. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι υπηρεσίες υγείας από ιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργική απασχόληση ανάπτυξη λειτουργικών και κινητικών δεξιοτήτων και παροχή ατομικής υγιεινής
- Δημιουργία δικτύου συμβουλευτικών σταθμών για την άνοια.

Πιο συγκεκριμένα, στο Δήμο που πραγματοποιήθηκε η μελέτη ο θεσμός του Κ.Α.Π.Η. αποτελεί πρότυπο για πολλούς Δήμους. Ο Δήμος Αγίων Αναργύρων Καματερό δημιούργησε το 1983 το Α΄ Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων και έως το 1985 έκανε άλλα έξι (6). Εξυπηρετούνται 5.300 άτομα μεγάλης ηλικίας 60 ετών και άνω. Τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται με μόνιμο προσωπικό Κοινωνικούς Λειτουργούς, Φυσιοθεραπευτές, Νοσηλευτές, Επισκέπτες Υγείας, Εργοθεραπευτές, Οικογενειακούς Βοηθούς και με εθελοντικό προσωπικό όπως Ιατρό και με προσωπικό με συμβάσεις.

Οι εξειδικευμένες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες που προσφέρονται καθημερινά στους εξυπηρετούμενους και όποτε κρίνεται στα νεότερα μέλη των οικογενειών τους είναι: Κοινωνική Εργασία, Νοσηλευτικές υπηρεσίες, Φυσικοθεραπείες. Προγράμματα Προαγωγής και Αγωγής υγείας, Ομαδική Ψυχοκοινωνική ενίσχυση, Θεραπευτική γυμναστική, Αεροβική γυμναστική, Παραδοσιακούς χορούς, Χορωδία, Ομαδική εργοθεραπεία, Θεατρικό Παιχνίδι, Διαγενεακής επικοινωνίας με προβολή του ρόλου τους ζωντανού διαβιβαστή της παράδοσης στις νεότερες γενιές, Δια βίου μάθηση (εκμάθηση ξένης γλώσσας, εκμάθηση ηλεκτρονικών υπολογιστών, ενημερωτικές διαδραστικές ομιλίες, δράσεις Κοινωνική Αλληλεγγύη, οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές, θεατρικές παραστάσεις, κινηματογραφικές προβολές, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους, κατασκηνώσεις).

Τα ΚΑΠΗ είναι εκπαιδευτικά κέντρα για την άσκηση των φοιτητών κοινωνικών, ψυχιατρικών πανεπιστημιακών σχολών. Επίσης γίνονται έρευνες και μελέτες από φορείς σε θέματα γεροντολογίας.

Τα ανωτέρω ομαδικά προγράμματα σχεδιάζονται από την επιστημονική ομάδα του ΚΑΠΗ σε συνεργασία με τα μέλη που στελεχώνουν τις επιτροπές αυτενέργειας πάντα προσαρμοσμένα στις ανάγκες τις ικανότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων.

Οι δράσεις αυτές κινητοποιούν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας ενισχύουν την αυτοδιάθεση τους, μαθαίνουν να συνεργάζονται, αναπτύσσουν αισθήματα αλληλοσεβασμού, αλληλοβοήθειας, υπευθυνότητας, αναλαμβάνουν νέους ρόλους, συμμετέχουν σε δίκτυα κοινωνικής παρέμβασης. Μέσα από την ομαδική δράση τα ηλικιωμένα άτομα απομακρύνονται από την κοινωνική περιθωριοποίηση, την αδράνεια, αυτοεπιβεβαιώνονται, επιβραβεύονται από την κοινότητα για τις συμμετοχικές τους δράσεις την εμπειρία τους και την σοφία των χρόνων.

Τα ΚΑΠΗ του συγκεκριμένου Δήμου είναι αναγνωρισμένα για το έργο τους καθώς προωθούν το μοντέλο της ενεργούς γήρανσης, εναρμονισμένο με όλες τις σύγχρονες οδηγίες και τις καλές πρακτικές. Οι Διαγενεακές δράσεις και τα Προγράμματα Διαβίου Μάθηση και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχουν αποσπάσει για δυο συνεχόμενες χρονιές τα βραβεία BRAVO SOCIETY, SYSTAINABLE AWARDS, CREECE 2020 (Πρωτοβουλία για Βιώσιμη Ελλάδα).

Με τις δράσεις των Δήμων που προάγουν την πρόληψη την έγκαιρη διάγνωση, και την ενδυνάμωση των ηλικιωμένων, το κράτος εξοικονομεί πόρους που με την απουσία των προγραμμάτων αυτών θα ήταν υποχρεωμένο να καταναλώσει στην κλειστή ιδρυματική περίθαλψη και σε επιδοματική ενίσχυση. (ΚΕΔΚΕ, 2002 ; Εταιρείας Alzheimer, 2018).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ

Βασικός στόχος της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία και η συσχέτιση του με το βαθμό ικανοποίησης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η μελέτη είναι μία συγχρονική μελέτη στην Αθήνα. Τα προηγούμενα σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα αποτελούν ενδιαφέρον πεδίο διερεύνησης με στόχο τον επαναπροσδιορισμό πολιτικών προκειμένου να προσφέρονται αποτελεσματικές υπηρεσίες προς τους πολίτες μεγαλύτερης ηλικίας.

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1.Ερευνητικά εργαλεία.

Για τη διενέργεια της διατριβής δημιουργήθηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που εμπεριείχε ερωτήματα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και ακολούθως για τα ερωτήματα που ήθελε να αναδείξει η διατριβή χρησιμοποιήθηκαν δύο διεθνή μεθοδολογικά εργαλεία, το ερωτηματολόγιο του Beck, το οποίο είναι εξειδικευμένο για την κατάθλιψη και το ερωτηματολόγιο SF-12v2 Health Survey, το οποίο προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησης της ποιότητας ζωής. Τα εργαλεία αυτά χρησιμοποιήθηκαν καθώς είναι σταθμισμένα και αναγνωρισμένα από την διεθνή κοινότητα (Παράρτημα - Ερωτηματολόγιο).

Για το SF-12v2 Health Survey χορηγήθηκε μετά από επίσημο αίτημα η ελληνική έκδοση καθώς άδεια για τη χρήση του ερωτηματολογίου (Παράρτημα - Άδειες).

6.2.Διαδικασία διενέργειας της έρευνας.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2017 με το ανωτέρω ερωτηματολόγιο με τη μορφή προσωπικών συνεντεύξεων. Η συνέντευξη και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στα μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων – Καματερού, παρουσία του βασικού ερευνητή. Έγινε επίσημο αίτημα για τη συμμετοχή των μελών στο Δήμο και ενημερώθηκε το προσωπικό των ΚΑΠΗ. Στη συνέχεια ο ερευνητής εξήγησε στα μέλη που συμμετείχαν το σκοπό της έρευνας και

όταν αυτό ήταν πλήρως αντιληπτό από τον κάθε συμμετέχοντα του ζητήθηκε η έγγραφη συμμετοχή. Τέλος, τηρήθηκαν όλες οι αρχές της επιστημονικής δεοντολογίας.

6.3. Πληθυσμός της έρευνας

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελούν άτομα άνω των 65 ετών. Ο Δήμος που επιλέχθηκε είναι ο Δήμος Αγίων Αναργύρων-Καματερού, ο οποίος είναι ένας αστικός δήμος της περιφέρειας Αττικής που προέκυψε με το Πρόγραμμα Καλλικράτης το 2010, από τη συνένωση των παλαιότερων δήμων Αγίων Αναργύρων και Καματερού. Ο δήμος έχει μόνιμο πληθυσμό 62.529 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του 2011 και είναι ο 50ος μεγαλύτερος δήμος της Ελλάδας σε σύνολο 326 δήμων. Έδρα του είναι οι Άγιοι Ανάργυροι. Η έκταση του είναι 9,11 τ.χλμ. και με 6,833 πυκνότητα μόνιμου πληθυσμού ανά τετρ. χιλιόμετρο. Ο Δήμος έχει 7 ΚΑΠΗ και παρουσιάζει σημαντική δράση για την Τρίτη ηλικία καθώς τα πρωτότυπα προγράμματα τους έχουν βραβευτεί από εγκεκριμένους φορείς για βιώσιμες και καλής ποιότητας πρακτικές.

6.4. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.

Έγινε συγχρονική μελέτη για την ανάδειξη συσχετίσεων. Στη συνέχεια τα στοιχεία επεξεργάστηκαν για το SF-12v2 Health Survey στην ειδική βάση και για το σύνολο του ερωτηματολογίου σε στατιστικό λογισμικό, ώστε να εξαχθούν τα αναγκαία συμπεράσματα.

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson

(Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το ερωτηματολόγιο **Beck Depression Inventory-BDI** αναπτύχθηκε για την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και περιλαμβάνει 21 στοιχεία μέτρησης των γνωστικών, συναισθηματικών, σωματικών και αγενών συμπτωμάτων της. Η ελάχιστη βαθμολογία είναι 0 και η μέγιστη 63 με τις παρακάτω κατηγοριοποιήσεις:

- | | |
|--------------------|--|
| 1-10 | Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά (These ups and downs are considered normal) |
| 11-16 | Ήπια διαταραχή της διάθεσης (Mild mood disturbance) |
| 17-20 | Οριακή κλινική κατάθλιψη (Borderline clinical depression) |
| 21-30 | Μέτρια κατάθλιψη (Moderate depression) |
| 31-40 | Σοβαρή κατάθλιψη (Severe depression) |
| Πάνω από 40 | Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη (Extreme depression) |

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν 0,9 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

6.5. Παραδοχές και περιορισμοί της έρευνας.

Μια βασική παραδοχή είναι ότι οι συμμετέχοντες ουσιαστικά αυτοπροσδιορίζονται και υπάρχει δυσκολία στην επαλήθευση των απαντήσεων τους. Επιπλέον, άλλη μια παραδοχή είναι η δυσπιστία και ο φόβος του ηλικιωμένου για το που θα πάνε τα στοιχεία του και η ωραιοποίηση καταστάσεων, παρότι έγινε σαφής ο σκοπός της έρευνας. Τέλος, ένας σημαντικός περιορισμός ήταν το μεγάλο ερωτηματολόγιο, που σε σχέση με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο ανάγκαζε τον ερευνητή να καταναλώνει πολύ χρόνο ώστε να εξηγήει τις ερωτήσεις, ο μέσος χρόνος διενέργειας ήταν μια ώρα.

Ωστόσο, κανένα από τα παραπάνω δεν θεωρείται ότι προκάλεσε απόκλιση από την ακολουθούμενη μεθοδολογία με αποτέλεσμα να μην επηρεάζεται η εγκυρότητα της έρευνας.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **138** ασθενείς. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης.

Πίνακας 1: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης

Χαρακτηριστικό	N (%)
Ηλικία^α	75,3 (8,1)
Ύψος (σε εκατοστά)^α	161,2 (7,7)
Βάρος (σε κιλά)^α	74,5 (12,4)
BMI^α	25,1 (10,3)
Φύλο	
Γυναίκα	93 (68,4)
Άνδρας	43 (31,6)
Έχετε γεννηθεί στην Ελλάδα;	
Όχι	9 (6,8)
Ναι	124 (93,2)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος-η	62 (48,1)
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η	1 (0,8)
Χήρος-α	59 (45,7)
Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	7 (5,4)
Έχετε παιδιά;	
Όχι	11 (8,1)
Ναι	124 (91,9)
Αριθμός δωματίων κατοικίας (εκτός από την κουζίνα και το σαλόνι)	
1	30 (22,4)
2	65 (48,5)
3	35 (26,1)
4	4 (3,0)
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι	

1	46 (35,7)
2	57 (44,2)
3	20 (15,5)
4	6 (4,7)
Έχετε εγγόνια;	
Όχι	21 (16,0)
Ναι	110 (84,0)
Επίπεδο σπουδών	
Δεν έχει πάει καθόλου σχολείο/δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση	16 (12,1)
Έχει τελειώσει το Δημοτικό	72 (54,5)
Έχει τελειώσει το Γυμνάσιο	17 (12,9)
Έχει απολυτήριο ΤΕΛ	6 (4,5)
Έχει απολυτήριο ΓΕΛ/Ενιαίου/Πολυκλαδικού)Απολυτήριο εξατάξιου Γυμνασίου	8 (6,1)
Έχει πτυχίο ΑΕΙ	10 (7,6)
Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (Μάστερ, Διδακτορικό, κ.λ.π.)	3 (2,3)
Επάγγελμα	
Άνεργος/άεργος	1 (0,9)
Χειρωνακτικό επάγγελμα	13 (12,3)
Αυτοαπασχολούμενος/ελεύθερος επαγγελματίας	12 (11,3)
Ιδιωτικός υπάλληλος	26 (24,5)
Δημόσιος υπάλληλος	30 (28,3)
Όχι εργασία εκτός σπιτιού	24 (22,6)
Πόσες ώρες εργαζόσασταν συνήθως την εβδομάδα;	
Πλήρες ωράριο	87 (86,1)
Μειωμένο ωράριο	6 (5,9)
Βάρδιες	7 (6,9)
Περιστασιακή απασχόληση	1 (1,0)
Διαθέτετε ασφάλιση υγείας;	
Καμία	3 (2,3)
Δημόσια	115 (89,8)

Ιδιωτική	10 (7,8)
Είδος ασφαλιστικής κάλυψης	
Άμεση	82 (65,1)
Έμμεση	44 (34,9)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 68,4% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες. η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 75,3 έτη (ΤΑ=8,1), το μέσο ύψος (σε εκατοστά) ήταν 161,2 (ΤΑ=7,7) και το μέσο βάρος τα 74,5 κιλά (ΤΑ=12,4). Το 93,2% είχε γεννηθεί στην Ελλάδα, το 48,1% ήταν έγγαμοι, το 45,7% ήταν χήροι, το 5,4% διαζευγμένοι και το 0,8% ανύπαντροι που ζούσαν μόνοι, ενώ το 91,9% είχε παιδιά και το 84% είχε εγγόνια.

Το 48,5% διέμενε σε οικία με 2 δωμάτια (εκτός από την κουζίνα και το σαλόνι), το 26,1% σε οικία με 3 δωμάτια, το 22,4% σε οικία με 1 δωμάτιο και το 3% σε οικία με 4 δωμάτια.

Το 54,5% ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 12,9% είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο, το 7,6% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ, το 2,3% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Το 59,30,9% ήταν άνεργοι/άεργοι, το 12,3% ασκούσαν χειρωνακτικό επάγγελμα, το 11,3% ήταν αυτοαπασχολούμενοι/ελεύθεροι επαγγελματίες, το 28,3% δημόσιοι υπάλληλοι, το 24,5% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και το υπόλοιπο 22,6% έκανε εργασία εντός σπιτιού. Το 86,1% εργάζονταν συνήθως με πλήρες ωράριο, το 97,7% διέθετε ασφάλιση υγείας, ενώ για το 65,1% το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης η ήταν άμεση.

7.2. Πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών αναφορικά με την πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 2: Πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Τον τελευταίο χρόνο, υπήρχε φορά που ενώ είχατε πρόβλημα υγείας δεν επισκεφτήκατε γιατρό ή νοσοκομείο;	
Όχι	107 (81,1)
Ναι	25 (18,9)
Τον τελευταίο χρόνο και μόνο αν παίρνετε φάρμακα, υπήρχε φορά που δεν μπορέσατε να αγοράσετε τα φάρμακά σας για οικονομικούς λόγους;	
Όχι	101 (78,9)
Ναι	27 (21,1)
Νομίζετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;	
Όχι	7 (5,3)
Ναι	125 (94,7)
Νομίζετε ότι υποβιβάστηκε η φροντίδα της υγείας σας επειδή μειώθηκαν τα εισοδήματά σας (αναβάλλατε επισκέψεις σε γιατρούς, παραμελήσατε τη στοματική υγιεινή σας, δεν πραγματοποιήσατε προγραμματισμένες εργαστηριακές εξετάσεις);	
Όχι	55 (43,0)
Ναι	73 (57,0)

Για το 18,9%, τον τελευταίο χρόνο, υπήρχε φορά που ενώ είχε πρόβλημα υγείας δεν επισκέφτηκε γιατρό ή νοσοκομείο και για το 21,1%, τον τελευταίο χρόνο και μόνο στην περίπτωση που έπαιρνε φάρμακα, υπήρχε φορά που δεν μπόρεσε να αγοράσει τα φάρμακά του για οικονομικούς λόγους.

Το 94,7% ανέφερε πως θεωρούσε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το 57% δήλωσε ότι πιστεύει ότι υποβιβάστηκε η φροντίδα της υγείας του επειδή μειώθηκαν τα εισοδήματά του (αναβολή επισκέψεων σε γιατρούς, παραμέληση στοματικής υγιεινής, μη πραγματοποίηση προγραμματισμένων εργαστηριακών εξετάσεων).

7.3. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (SF-12v2 Health Survey)

The SF-12v2 standard form, Health Survey (SF-12v2 Health Survey)

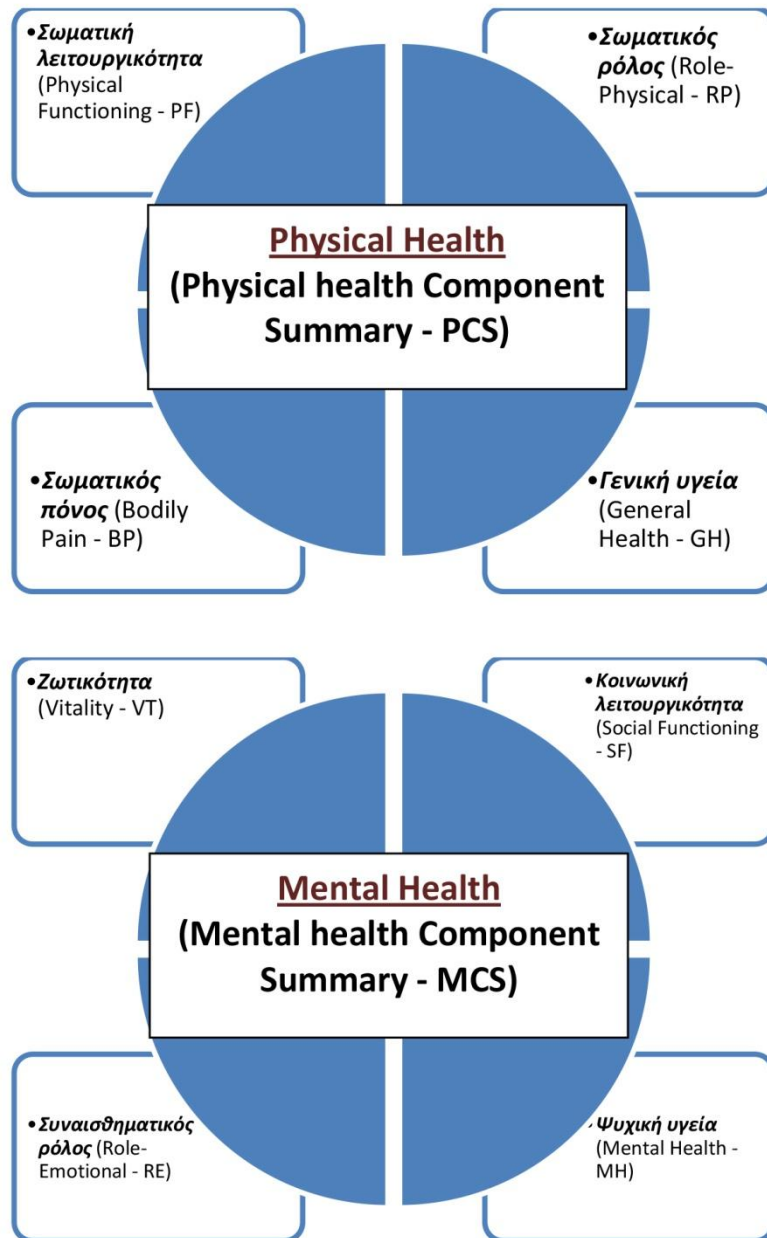
Στην παρούσα μελέτη, για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη έκδοση του SF126 (SF-12 version 2), η οποία περιέχει εξ' ολοκλήρου απαντήσεις με τη μορφή κλίμακας Likert. Το SF-12v2 αποτελείται από 12 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες (scales/sub-domains) αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι 8 κλίμακες, οι οποίες αποτελούνται από **1 ή 2 ερωτήσεις**, είναι οι παρακάτω:

- 1) *Σωματική λειτουργικότητα* (Physical Functioning - PF): **2** ερωτήσεις
- 2) *Σωματικός ρόλος* (Role-Physical - RP): **2** ερωτήσεις
- 3) *Σωματικός πόνος* (Bodily Pain - BP): **1** ερώτηση
- 4) *Γενική υγεία* (General Health - GH): **1** ερώτηση
- 5) *Ζωτικότητα* (Vitality - VT): **1** ερώτηση
- 6) *Κοινωνική λειτουργικότητα* (Social Functioning - SF): **1** ερώτηση
- 7) *Συναισθηματικός ρόλος* (Role-Emotional - RE): **2** ερωτήσεις
- 8) *Ψυχική υγεία* (Mental Health - MH): **2** ερωτήσεις

Οι 8 κλίμακες αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής συνθέτουν 2 γενικές/συνοπτικές κλίμακες για την απλούστερη αυτοεκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (βλ. Γράφημα 1):

- **Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας** (Physical Health Component Summary - PCS)
- **Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας** (Mental Health Component Summary - MCS)

Οι κλίμακες διαμορφώνονται κατά τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε η μεγαλύτερη βαθμολογία (score) να υποδηλώνει καλύτερη υγεία και καλύτερη ποιότητα ζωής. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή των σχετικών συμπερασμάτων στη παρούσα μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν οι **προτυποποιημένες βαθμολογίες** (Norm-based Scoring – Mean=50, SD=10) για λόγους ευχερέστερης σύγκρισης των αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα αποτελέσματα παρόμοιων μελετών. Οι προτυποποιημένες βαθμολογίες θα καλούνται εφεξής (για την παρούσα ανάλυση) *βαθμολογίες*.



Γράφημα 11: Οι 8 κλίμακες αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του SF-12v2 Health Survey.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του SF-12v2. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας και για τις δύο (WHO, 2015) συνοπτικές κλίμακες ήταν $>0,7$ γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια του SF-12v2.

Πίνακας 3: Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha του SF-12v2.

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary) <u>Σωματική λειτουργικότητα (Physical Functioning)</u> <u>Σωματικός ρόλος (Role-Physical)</u> Σωματικός πόνος (Bodily Pain) Γενική υγεία (General Health)	0,79
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary) <u>Συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional)</u> <u>Ψυχική υγεία (Mental Health)</u> Ζωτικότητα (Vitality) Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning)	0,70

Στον Πίνακα 4α και 4β παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στο SF-12v2 και τα περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών του SF12v2 για την ποιότητα ζωής.

Πίνακας 4α: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη στο SF-12v2

Ερωτήσεις	Απαντήσεις				
	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:	4 (2,9)	15 (10,9)	55 (39,9)	54 (39,1)	10 (7,2)
	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου		
Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	30 (21,7)	57 (41,3)	51 (37,0)		
Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια	39 (28,3)	63 (45,7)	36 (26,1)		
	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	13 (9,4)	26 (18,8)	39 (28,3)	20 (14,5)	40 (29,0)

Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	13 (9,4)	24 (17,4)	40 (29,0)	19 (13,8)	42 (30,4)
	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	13 (9,4)	25 (18,1)	38 (27,5)	19 (13,8)	43 (31,2)
Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	13 (9,4)	25 (18,1)	38 (27,5)	23 (16,7)	39 (28,3)
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
	37 (26,8)	20 (14,5)	51 (37,0)	20 (14,5)	10 (7,2)
	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	30 (21,7)	45 (32,6)	30 (21,7)	22 (15,9)	11 (8,0)
Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	31 (22,5)	47 (34,1)	36 (26,1)	19 (13,8)	5 (3,6)
Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	13 (9,4)	19 (13,8)	35 (25,4)	34 (24,6)	37 (26,8)
Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου

κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;	14 (10,1)	26 (18,8)	30 (21,7)	24 (17,4)	44 (31,9)
---	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Πίνακας 4β: Περιγραφικά μέτρα των βαθμολογιών του SF12v2 για την ποιότητα ζωής

	Μέση τιμή	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας	42,2	41,0	10,6	26	57
Βαθμολογία σωματικού ρόλου	43,6	41,0	10,6	24	57
Βαθμολογία σωματικού πόνου	43,5	40,0	11,1	22	58
Βαθμολογία γενικής υγείας	42,3	48,0	10,3	24	64
Βαθμολογία ζωτικότητας	54,8	59,0	10,9	29	69
Βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας	42,8	39,0	12,3	21	57
Βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου	39,2	35,0	13,5	15	56
Βαθμολογία ψυχικής υγείας	46,4	47,0	12,5	18	64
Βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας	43,4	44,5	9,4	23	64
Βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας	46,2	47,0	11,1	19	71

7.4. Αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης (Beck Depression Inventory-BDI)

Στους πίνακες 5^α, 5^β και 5^γ παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τα 5 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης και οι συχνότητες στις επιμέρους διαβαθμίσεις της κλίμακας.

Πίνακας 5α: Τα 21 στοιχεία του ερωτηματολογίου Beck Depression Inventory που αφορούν την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης.

Στοιχείο	N (%)
1. Θλίψη (Sadness)	
Δεν αισθάνομαι λυπημένος.	80 (58,0)
Αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία.	39 (28,3)
Αισθάνομαι λύπη/μελαγχολία συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό.	12 (8,7)
Αισθάνομαι τέτοια λύπη/μελαγχολία ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.	2 (1,4)
Αισθάνομαι τέτοια λύπη/μελαγχολία ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.	5 (3,6)
2. Απαισιοδοξία (Pessimism)	
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερη απαισιοδοξία για το μέλλον.	84 (60,9)
Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.	13 (9,4)
Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον.	11 (8,0)
Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.	10 (7,2)
Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να φτιάξουν.	20 (14,5)
3. Παρελθούσες αποτυχίες (Past Failure)	

Δεν αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει.	120 (87,0)
Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους.	6 (4,3)
Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου.	6 (4,3)
Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.	2 (1,4)
Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο.	4 (2,9)
4. Απώλεια της ευχαρίστησης (Loss of Pleasure)	
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος.	89 (64,5)
Αισθάνομαι βαριεστημένος σχεδόν όλη την ώρα.	13 (9,4)
Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.	26 (18,8)
Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.	6 (4,3)
Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι.	4 (2,9)
5. Ενοχή (Guilt)	
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές.	120 (87,0)
Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία.	9 (6,5)
Αισθάνομαι πολύ ένοχος.	4 (2,9)
Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα.	3 (2,2)
Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος.	2 (1,4)
6. Συναισθήματα Τιμωρίας (Punishment Feelings)	
Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.	117 (84,8)
Αισθάνομαι ότι ίσως τιμωρηθώ στο μέλλον.	17 (12,3)
Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.	2 (1,4)

Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.	2 (1,4)
7. Απέχθεια του εαυτού (Self-Dislike)	
Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.	124 (89,9)
Αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου.	12 (8,7)
Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.	1 (,7)
Μισώ τον εαυτό μου.	1 (,7)
8. Αυτοκριτική (Self-Criticalness)	
Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερα από τους άλλους.	97 (70,3)
Επικρίνω τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.	26 (18,8)
Κατηγορώ τον εαυτό μου συνεχώς για τα σφάλματά μου.	12 (8,7)
Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.	3 (2,2)
9. Αυτοκτονικές σκέψεις (Suicidal Thoughts)	
Δεν έχω τάσεις αυτοκτονίας.	124 (89,9)
Έχω τάσεις αυτοκτονίας αλλά ποτέ δεν θα τις έκανα πραγματικότητα.	9 (6,5)
Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.	1 (,7)
Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.	3 (2,2)
Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας	1 (,7)
10. Κλάμα (Crying)	
Δεν κλαίω περισσότερο από τα συνηθισμένα.	86 (62,8)
Κλαίω περισσότερο τώρα από ότι στο παρελθόν.	32 (23,4)
Κλαίω συνεχώς τώρα.	6 (4,4)
Παλιότερα μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα δεν μπορώ, παρόλο που θέλω.	13 (9,5)
11. Διέγερση (Agitation)	

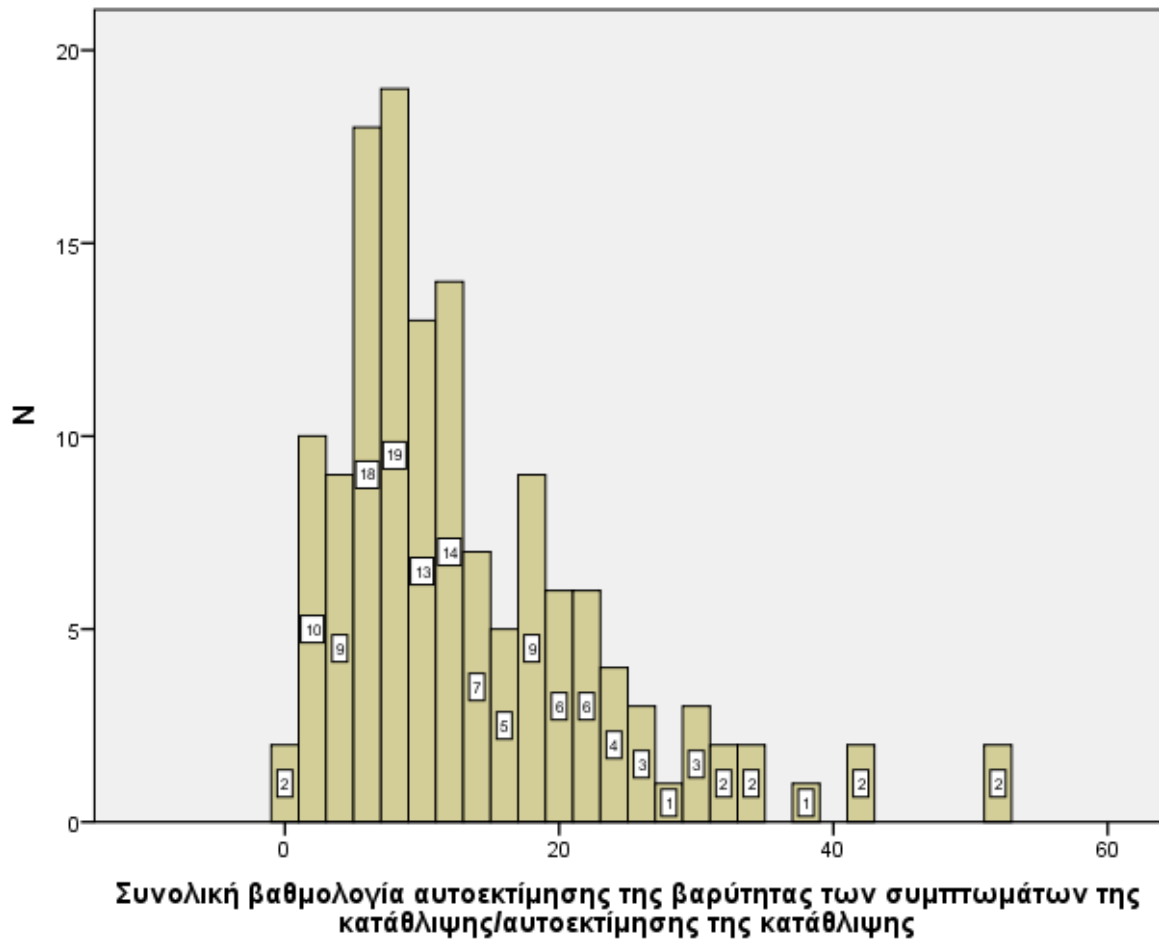
Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο από τις καταστάσεις σε σχέση με το παρελθόν.	78 (56,5)
Εκνευρίζομαι λίγο περισσότερο τώρα από ότι συνήθως.	35 (25,4)
Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι την περισσότερη ώρα.	3 (2,2)
Αισθάνομαι εκνευρισμό συνεχώς.	22 (15,9)
12. Απώλεια ενδιαφέροντος (Loss of Interest)	
Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.	101 (73,2)
Ενδιαφέρομαι λιγότερο για τους άλλους από ότι παλιότερα.	20 (14,5)
Έχω χάσει το περισσότερο από το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.	10 (7,2)
Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους.	7 (5,1)
13. Αναποφασιστικότητα (Indecisiveness)	
Παίρνω αποφάσεις σχεδόν το ίδιο καλά όσο και παλιότερα.	96 (69,6)
Αναβάλλω τη λήψη αποφάσεων περισσότερο από ότι παλιότερα.	24 (17,4)
Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων από ότι παλιότερα.	13 (9,4)
Δεν μπορώ να πάρω καμία απόφαση πλέον.	5 (3,6)
14. Αίσθημα αναξιότητας (Worthlessness)	
Δεν αισθάνομαι ότι η εμφάνισή μου έχει χειροτερέψει σε σχέση με το παρελθόν.	108 (78,3)
Ανησυχώ ότι δείχνω γερασμένος/η ή μη ελκυστικός/ή.	21 (15,2)
Αισθάνομαι ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που με κάνουν να δείχνω μη ελκυστικός/ή.	5 (3,6)
Πιστεύω ότι δείχνω άσχημος/η.	4 (2,9)
15. Ενέργεια (Energy)	
Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα.	58 (42,0)
Χρειάζεται να καταβάλλω επιπλέον προσπάθεια για να αρχίσω να κάνω κάτι.	30 (21,7)

Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.	31 (22,5)
Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.	14 (10,1)
Μου είναι αδύνατον να εργαστώ.	5 (3,6)
16. Ύπνος (Sleep)	
Μπορώ να κοιμηθώ τόσο καλά όσο συνήθως.	60 (43,8)
Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο παλιότερα.	14 (10,2)
Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.	35 (25,5)
Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθως και δεν μπορώ να κοιμηθώ.	28 (20,5)
17. Οξυθυμία (Irritability)	
Δεν κουράζομαι περισσότερο από ότι συνήθως.	39 (28,5)
Κουράζομαι ευκολότερα από ότι παλιότερα.	72 (52,6)
Κουράζομαι σχεδόν από την οποιαδήποτε δραστηριότητα.	19 (13,9)
Αισθάνομαι υπερβολικά κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.	7 (5,1)
18. Όρεξη (Appetite)	
Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι χειρότερη από ότι συνήθως.	112 (81,2)
Η όρεξή μου για φαγητό δεν είναι τόσο καλή όσο παλιότερα.	17 (12,3)
Η όρεξή μου για φαγητό είναι πολύ χειρότερη τώρα.	6 (4,3)
Δεν έχω πλέον καθόλου όρεξη για φαγητό.	3 (2,2)
19. Απώλεια βάρους	
Έχω χάσει από καθόλου ως ελάχιστο βάρος τον τελευταίο καιρό.	94 (68,6)
Έχω χάσει περισσότερα από 2 κιλά.	20 (14,6)
Έχω χάσει περισσότερα από 4 κιλά.	12 (8,8)

Έχω χάσει περισσότερα από 7 κιλά.	11 (8,0)
20. Υποχονδριακές ενασχολήσεις	
Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.	94 (68,1)
Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα όπως πόνους, δυσπεψία ή δυσκοιλιότητα.	26 (18,8)
Ανησυχώ πολύ για σωματικά προβλήματα και μου είναι δύσκολο να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.	11 (8,0)
Ανησυχώ τόσο για τα σωματικά μου προβλήματα που δεν μπορώ να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο.	7 (5,1)
21. Απώλεια ενδιαφέροντος για σεξ (Loss of Interest in Sex)	
Δεν έχω παρατηρήσει κάποια πρόσφατη αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.	13 (12,0)
Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ από ότι παλιότερα.	13 (12,0)
Δεν έχω σχεδόν κανένα ενδιαφέρον για το σεξ.	13 (12,0)
Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.	69 (63,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Η μέση συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης ήταν 12,9, η τυπική απόκλιση ήταν 9,9, η διάμεσος ήταν 9,56, η ελάχιστη τιμή ήταν 05 και η μέγιστη τιμή ήταν 516 (Γράφημα 2).



Γράφημα 12: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης

Πίνακας 5β: Οι συχνότητες στις επιμέρους διαβαθμίσεις/επίπεδα κατάθλιψης της κλίμακας Beck Depression Inventory για την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης.

Διαβάθμιση βαθμολογίας/Επίπεδα κατάθλιψης	N (%)
Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά (These ups and downs are considered normal)	71 (51,4)
Ήπια διαταραχή της διάθεσης (Mild mood disturbance)	26 (18,8)
Οριακή κλινική κατάθλιψη (Borderline clinical depression)	15 (10,9)
Μέτρια κατάθλιψη (Moderate depression)	17 (12,3)
Σοβαρή κατάθλιψη (Severe depression)	5 (3,6)
Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη (Extreme depression)	4 (2,9)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το 51,4% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά», το 18,8% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Ήπια διαταραχή της διάθεσης», το 10,9% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Οριακή κλινική κατάθλιψη», το 12,3% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Μέτρια κατάθλιψη», το 3,6% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Σοβαρή κατάθλιψη» και μόλις το 2,9% των συμμετεχόντων στη μελέτη σημείωσε βαθμολογία που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση/επίπεδο κατάθλιψης «Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη».

Πίνακας 5γ: Οι συχνότητες στις επιμέρους διαβαθμίσεις/επίπεδα κατάθλιψης της κλίμακας Beck Depression Inventory για την αυτοεκτίμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης ανά φύλο

		Διαβάθμιση βαθμολογίας/Επίπεδα κατάθλιψης						Σύνολο
		Αυτά τα «σκαμπανεβάσματα» θεωρούνται φυσιολογικά	Ήπια διαταραχή της διάθεσης	Οριακή κλινική κατάθλιψη	Μέτρια κατάθλιψη	Σοβαρή κατάθλιψη	Εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη	
Φύλο	Γυναίκα	43 (61,4)	20 (76,9)	13 (86,7)	12 (75,0)	1 (20,0)	4 (100,0)	93 (68,4)
	Ανδρας	27 (38,6)	6 (23,1)	2 (13,3)	4 (25,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	43 (31,6)
Σύνολο		70 (100,0)	26 (100,0)	15 (100,0)	16 (100,0)	5 (100,0)	4 (100,0)	136 (100,0)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

7.5. Συσχετίσεις

7.5.1. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικής λειτουργικότητα (Physical Functioning)

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματική λειτουργικότητας.

Πίνακας 6: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία ^α	-0,007 ^α	0,941 ^α
BMI ^α	0,031 ^α	0,718 ^α
Φύλο		0,071^β
Γυναίκα	41,0 (10,4)	
Άνδρας	44,6 (10,6)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,015^β
Έγγαμος-η	44,4 (9,8)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	39,9 (10,9)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι ^γ	0,016 ^γ	0,85 ^γ
Επίπεδο σπουδών ^γ	0,055 ^γ	0,533 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης ^γ	-0,505 ^γ	<0,001^γ

Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,314^γ	<0,001^γ
--	---------------------------	------------------------------

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20 (p<0,20)** μεταξύ της βαθμολογίας σωματικής λειτουργικότητας και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Φύλο	-0,584	-0,743 έως -0,418	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι **οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας σε σχέση με τους άνδρες.**

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **38,4%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικής λειτουργικότητας.

7.5.2. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού ρόλου (Role Physical)

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικού ρόλου.

Πίνακας 8: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικού ρόλου

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σωματικού ρόλου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,022 ^α	0,805 ^α
BMI^α	0,193 ^α	0,024^α
Φύλο		0,222 ^β
Γυναίκα	42,9 (10,2)	
Άνδρας	45,3 (11,3)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,127^β
Έγγαμος-η	45,4 (10,8)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	42,5 (10,4)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	0,071 ^γ	0,426 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,094 ^γ	0,285 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,460 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,263 ^γ	0,003^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε **στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σωματικού ρόλου και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικού ρόλου

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Οικογενειακή κατάσταση	0,245	0,058 έως 0,431	0,011

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι **οι έγγαμοι είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικού ρόλου σε σχέση με τους ανύπαντρους (που ζουν μόνοι)/χήροι/διαζευγμένοι/σε διάσταση**.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **27,5%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικού ρόλου.

7.5.3. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Σωματικού πόνου (Bodily Pain)

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικού πόνου.

Πίνακας 10: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία σωματικού πόνου

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία σωματικού πόνου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	-0,162 ^α	0,066^α
BMI^α	0,031 ^α	0,716 ^α
Φύλο		0,075^β
Γυναίκα	42,4 (10,7)	
Άνδρας	46,1 (11,7)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,001^β
Έγγαμος-η	46,8 (11,4)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	40,5 (10,4)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	0,188 ^γ	0,033^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,125 ^γ	0,155^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,451 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,148^γ	0,095^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε **στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας σωματικού πόνου και 7 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία σωματικού πόνου

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Φύλο	-0,4526	-0,637 έως -0,215	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι **οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικού πόνου σε σχέση με τους άνδρες**.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **23,3%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας σωματικού πόνου.

7.5.4. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Γενικής υγείας (General Health)

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γενικής υγείας.

Πίνακας 12: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γενικής υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία γενικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	-0,048 ^α	0,588 ^α
BMI^α	0,011 ^α	0,898 ^α
Φύλο		0,208 ^β
Γυναίκα	41,5 (10,2)	
Ανδρας	43,9 (10,2)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,402 ^β
Έγγαμος-η	42,9 (10,3)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	41,4 (10,4)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	-0,043 ^γ	0,632 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,298 ^γ	0,001^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,544 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,089 ^γ	0,318 ^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας γενικής υγείας και **3 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γενικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ύψος (σε εκατοστά)	-0,544	-0,706 έως -0,383	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η **αύξηση του ύψους σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας γενικής υγείας**.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **33,5%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γενικής υγείας.

7.5.5. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Ζωτικότητας (Vitality)

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ζωτικότητας.

Πίνακας 14: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ζωτικότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ζωτικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	-0,014 ^α	0,878 ^α
BMI^α	-0,113 ^α	0,188^α
Φύλο		0,741 ^β
Γυναίκα	55,0 (10,8)	
Άνδρας	54,3 (11,4)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,939 ^β
Έγγαμος-η	55,0 (9,5)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	54,8 (12,2)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	-0,042 ^γ	0,638 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	-0,028 ^γ	0,754 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,322 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,077 ^γ	0,386 ^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ζωτικότητας και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ζωτικότητας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης	-0,320	-0,497 έως -0,143	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ζωτικότητας.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **7,9%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ζωτικότητας.

7.5.6. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Κοινωνικής λειτουργικότητας (Social Functioning)

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας.

Πίνακας 16: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	-0,031 ^α	0,730 ^α
BMI^α	0,076 ^α	0,377 ^α
Φύλο		0,083^β
Γυναίκα	41,5 (12,5)	
Άνδρας	45,5 (12,0)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,449 ^β
Έγγαμος-η	43,6 (13,0)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	42,0 (12,3)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	0,098 ^γ	0,268 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,064 ^γ	0,469 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,420 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,164 ^γ	0,065^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κοινωνικής λειτουργικότητας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης	-0,574	-0,781 έως -0,366	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **18,5%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας κοινωνικής λειτουργικότητας.

7.5.7. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Συναισθηματικού ρόλου (Role-Emotional)

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

Πίνακας 18: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,058 ^α	0,511 ^α
BMI^α	0,100 ^α	0,243 ^α
Φύλο		0,184^β
Γυναίκα	38,3 (12,8)	
Άνδρας	41,7 (14,8)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,392 ^β
Έγγαμος-η	40,4 (13,3)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος- α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	38,3 (13,7)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	-0,009 ^γ	0,917 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,071 ^γ	0,416 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύ- τητας των συμπτωμάτων της κατάθλι- ψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,483 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,327 ^γ	<0,001^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης	-0,595	-0,810 έως -0,379	<0,001
Φύλο	-6,944	-11,049 έως -2,839	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι:

- Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου.
- Οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία συναισθηματικού ρόλου σε σχέση με τους άνδρες.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **27,1%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συναισθηματικού ρόλου.

7.5.8. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Ψυχικής υγείας (Mental Health)

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ψυχικής υγείας.

Πίνακας 20: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ψυχικής υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία ψυχικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,067 ^α	0,449 ^α
BMI^α	-0,201 ^α	0,018^α
Φύλο		0,004^β
Γυναίκα	44,2 (12,7)	
Άνδρας	50,8 (11,1)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,631 ^β
Έγγαμος-η	46,8 (10,9)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	45,7 (13,6)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	-0,101 ^γ	0,255 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	-0,002 ^γ	0,983 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της κατάθλιψης^γ	-0,540 ^γ	<0,001^γ
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων^γ	-0,047 ^γ	0,598 ^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ψυχικής υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

Πίνακας 21: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ψυχικής υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Συνολική βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης	-0,576	-0,781 έως -0,413	<0,001
Φύλο	5,228	1,306 έως 9,150	0,009

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι:

- Η αύξηση της συνολικής βαθμολογίας αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμησης της κατάθλιψης σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας ψυχικής υγείας.
- Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ψυχικής υγείας σε σχέση με τις γυναίκες.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **27,1%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ψυχικής υγείας.

7.5.9. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (Physical Health Component Summary)

Στον Πίνακα 22 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

Πίνακας 22: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	-0,110 ^α	0,215 ^α
BMI^α	0,133 ^α	0,120^α
Φύλο		0,246 ^β
Γυναίκα	42,8 (9,2)	
Άνδρας	44,8 (10,0)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,004^β
Έγγαμος-η	45,9 (9,2)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	41,2 (9,1)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	0,113 ^γ	0,203 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,171 ^γ	0,050^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της	-0,445 ^γ	<0,001^γ

κατάθλιψης ^γ		
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων ^γ	-0,232 ^γ	0,008^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας και **5 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 23.

Πίνακας 23: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Οικογενειακή κατάσταση	-4,950	-7,829 έως -2,070	0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	-0,496	-0,651 έως -0,340	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι:

- **Οι ανύπαντροι που ζουν μόνοι-ες/χήροι-ες/διαζευγμένοι-ες/σε διάσταση είχαν μικρότερη βαθμολογία ψυχικής υγείας σε σχέση με τους έγγαμους-ες.**

- Η αύξηση του ύψους σχετίζονταν με μείωση της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **30,1%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας σωματικής υγείας.

7.5.10. Εξαρτημένη μεταβλητή: Βαθμολογία Συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (Mental Health Component Summary)

Στον Πίνακα 24 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

Πίνακας 24: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,076 ^α	0,392 ^α
BMI^α	-0,092 ^α	0,285 ^α
Φύλο		0,048^β
Γυναίκα	45,0 (11,2)	
Άνδρας	49,0 (10,7)	
Οικογενειακή κατάσταση		0,949 ^β
Έγγαμος-η	46,1 (10,2)	
Ανύπαντρος-η που ζει μόνος-η/Χήρος-α/Διαζευγμένος-η/Σε διάσταση	46,3 (11,7)	
Αριθμός ατόμων που κατοικούν μαζί στο ίδιο σπίτι^γ	-0,063 ^γ	0,475 ^γ
Επίπεδο σπουδών^γ	0,034 ^γ	0,698 ^γ
Βαθμολογία αυτοεκτίμησης της βαρύτητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης/αυτοεκτίμηση της	-0,526 ^γ	<0,001^γ

κατάθλιψης ^γ		
Αυτοεκτίμηση του βαθμού υποβάθμισης της φροντίδας της υγείας λόγω μείωσης εισοδημάτων ^γ	-0,128 ^γ	0,151^γ

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Έλεγχος t

^γ Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε **στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 25.

Πίνακας 25: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Φύλο	-0,599	-0,773 έως -0,426	<0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προέκυψε ότι **οι γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας**.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το **28,7%** της μεταβλητότητας της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας ψυχικής υγείας.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πρόοδος της ιατρικής και της βιοτεχνολογίας έχουν συμβάλει καθοριστικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Για πρώτη φορά το 2050 ο αριθμός των ηλικιωμένων (άνω των 60 ετών) θα υπερτερεί από αυτών των παιδιών κάτω των 16 ετών (HelpAge, 2015). Στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες οι άνθρωποι ζουν περισσότερα χρόνια και αυτό αποτελεί μια νέα πραγματικότητα για τα κράτη. Σε χώρες με υψηλό εισόδημα η περαιτέρω αύξηση του προσδόκιμου ζωής εξαρτάται από τη μείωση της θνησιμότητας στους ανθρώπους τρίτης ηλικίας. Αντίθετα σε χώρες με μεσαίο και χαμηλό εισόδημα η αύξηση του πληθυσμού εξαρτάται στη σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας της παιδικής και νεότερης ηλικίας όπως επίσης και στην επιτυχή αντιμετώπιση και πρόληψη μολυσματικών και δυνητικά θανατηφόρων ασθενειών.

Στις μέρες μας περίπου τα 2/3 του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 60 ετών κατοικούν στις αναπτυσσόμενες χώρες και το 2050 το ποσοστό αυτής της ηλικιακής ομάδας θα πλησιάσει το 80% (HelpAge, 2015). Οι αλλαγές αυτές θεωρούνται έντονες καθώς τα επιπλέον χρόνια ζωής θα προκαλέσουν δημογραφικές μετατοπίσεις που θα επηρεάσουν τις σύγχρονες κοινωνίες (WHO, 2015). Χαρακτηριστικά για τα παιδιά που γεννήθηκαν στην Βραζιλία το 2015 αναμένεται να παρατηρηθεί αύξηση του προσδόκιμου ζωής σχεδόν 20 χρόνια από τα παιδιά που γεννήθηκαν στη χώρα αυτή πριν από μισό αιώνα (WHO, 2015) Στο Ιράν σε 35 χρόνια από σήμερα το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 60 ετών από το 10% του πληθυσμού του θα προσέγγιση το 33%. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 χωρών αναμένεται μείωση του πληθυσμού των νεαρών ατόμων κατά 9%, των παραγωγικών ηλικιών (15-64ετών) περίπου 15% ενώ προβλέπεται αύξηση κατά 79% του πληθυσμού των ηλικιωμένων (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011). Τα παραπάνω θα επιφέρουν αλλαγές και θα επηρεάσουν τις κοινωνικές, οικονομικές και δημοσιονομικές συνθήκες (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

Επιπρόσθετα, η βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, οι δομικές αλλαγές της οικογένειας με την μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης των πυρηνικών οικογενειών, της εξόδου της γυναίκας στην εργασία και της αστικοποίησης δημιουργούν ένα νέο περιβάλλον που βιώνει ο ηλικιωμένος. Οι αλληλεπιδράσεις εντός της οικογένειας μειώνονται και πολλές φορές ο ηλικιωμένος είναι εκτεθειμένος σε δυσκολίες.

Οι σύγχρονοι ηλικιωμένοι βρίσκονται αντιμέτωποι τόσο με τις κοινωνικές μεταβολές που αναφέρθηκαν, όσο και με μεταβολές ψυχοσωματικής φύσης. Κυρίαρχα σωματικά προβλήματα υγείας τους είναι η καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο, οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, οι παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, οι παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος και οι διαφόρων μορφών νεοπλασίες. Νοσήματα δηλαδή χρόνια τα οποία ζητούν αποδοτικότερες πολιτικές από τις κυβερνήσεις (Αλεφαντινού και συν., 2015)

Παράλληλα οι ηλικιωμένοι βιώνουν τη γήρανση ως μια μη αναστρέψιμη διαδικασία (Taqui, 2007). Το γεγονός αυτό τους κάνει ευάλωτους στα προβλήματα ψυχισμού. Παρατηρείται μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένο ενδιαφέρον για ασχολίες που τους

ευχαριστούσαν, μειωμένη διάθεση επικοινωνίας, αιτίες που οδηγούν στην κατάθλιψη (Michalak et al., 2002 ; Blazer, 2000). Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και η παρουσία της προκαλεί συναισθηματικό πόνο στους ηλικιωμένους μειώνοντας την ποιότητα ζωής. Η κατάθλιψη στα τελευταία χρόνια της ζωής εμφανίζεται με συχνότητα από 4 έως >30% ανάλογα τη χώρα και το πλαίσιο που βρίσκεται ο ηλικιωμένος (Blazer, 2000).

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι το 46,3% των ηλικιωμένων υποστηρίζει ότι έχει μέτρια ή κακή υγεία, αυτό έχει μεγάλη σημασία καθώς διαπιστώθηκε ότι η εκτίμηση της συνολικής υγείας συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Πιο αναλυτικά αναδείχθηκε, ότι κάποιας μορφής κατάθλιψης παρουσιάζει το 29,7%. Γεγονός που επαληθεύεται και από την ΕΛΣΤΑΤ που έχει προσδιορίσει ότι ο επιπολασμός στην Ελλάδα σε άτομα άνω των 60 ετών με ήπια μέχρι μέτρια κατάθλιψη βρίσκεται στο 27% και με μέτρια ως σοβαρή στο 12%.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη νησιωτική χώρα οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν κατάθλιψη είναι 35% οι γυναίκες και 25% οι άνδρες (Μπελεκου et al., 2010). Σε άλλη έρευνα που έγινε στη βόρεια Ελλάδα σε ηλικιωμένο πληθυσμό της υπαίθρου βρέθηκε ότι το 39% εμφανίζει καταθλιπτικές διαταραχές, με το 27% να είναι μέτρια και το 12% σοβαρή κλινική μορφή (Papadopoulos et al., 2005). Σε άλλη έρευνα σε ηλικιωμένους το 2001 πάλι στη βόρεια Ελλάδα η συχνότητα εμφάνισης της ήπιας μέχρι μέτριας κατάθλιψης ήταν 29,9% και 19,6% στις γυναίκες και στους άνδρες αντίστοιχα (Argyriadou, 2001). Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το ποιοι εμφανίζουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας οι άνδρες ηλικιωμένοι έχουν συχνότητα 60% και οι γυναίκες εμφανίζουν 75% συχνότητα στις απόπειρες αυτοκτονίας, στους πληθυσμούς αυτούς οι ψυχικές νόσους ήταν εντοπισμένες και ιδιαίτερα η κατάθλιψη (Μάνος, 1997).

Επιπλέον, πρέπει να προσεχθεί ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που βρίσκονται κοντά στο όριο της κατάθλιψης είναι στο 18,8%. Το μεγάλο ποσοστό της οριακής κατάθλιψης παγκόσμια το έχει εντοπίσει ο Π.Ο.Υ. (2015) στις εκθέσεις του και επισημαίνει την προσοχή των χωρών.

Από τη έρευνα προέκυψε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με τη μειωμένη σωματική λειτουργικότητα και επηρεάζονται περισσότερο οι γυναίκες, αφού είχαν μικρότερη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας σε σχέση με τους άνδρες. Παράλληλα, βρέθηκε ότι η παρουσία του σωματικού πόνου συσχετίζεται με την κατάθλιψη και πάλι οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες. Το παραπάνω εξηγεί σε ένα βαθμό το γεγονός ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές στις γυναίκες προσδιορίζεται στο 29,9-33% και στους άνδρες 19,6-20% αντίστοιχα (Αλεφαντινού, και συν., 2015).

Συνεχίζοντας από την έρευνα εξάγεται ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με τον περιορισμό των καθημερινών μικρής έντασης δραστηριοτήτων. Τα άτομα που έχουν οικογενειακό περιβάλλον αναλαμβάνουν περισσότερες φυσικές υποχρεώσεις και αυτό τους προστατεύει από την κατάθλιψη. Επιπλέον, παρατηρείται συσχέτιση της κατάθλιψης με τη βαθμολογία ζωτικότητας. Όσο δηλαδή ο ηλικιωμένος περιορίζει τη δραστηριότητα που θέλει να κάνει, λόγω κάποιον περιορισμών, αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης.

Από την έρευνα προσδιορίζεται παράλληλα ότι η μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Οι ηλικιωμένοι που είχαν μειωμένη κοινωνική ζωή και περιορισμένες ασχολίες και δραστηριότητες ήταν επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Τέλος, παρατηρείται συσχέτιση του συναισθηματικού κόσμου του ηλικιωμένου με την κατάθλιψη. Όσο πιο άσχημα συναισθήματα και με μεγάλες μεταβολές βιώνει ο ηλικιωμένος, τόσο πιο μεγάλες πιθανότητες έχει να παρουσιάσει κατάθλιψη. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι γυναίκες άντεχαν καλύτερα τα άσχημα συναισθήματα σε σχέση με τους άνδρες.

Σε όλα τα προηγούμενα θα πρέπει να συνυπολογιστεί και η έντονη δημοσιονομική προσαρμογή που υπάρχει στη Χώρα μας, καθώς στην έρευνα το 18,9%, ισχυρίστηκε ότι τον τελευταίο χρόνο υπήρχε φορά που ενώ είχε πρόβλημα υγείας δεν επισκέφτηκε γιατρό ή νοσοκομείο και το 21,1%, είπε ότι υπήρχε φορά που δεν μπόρεσε να αγοράσει τα φάρμακά του για οικονομικούς λόγους. Επιπλέον, το 94,7% ανέφερε πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το 57% δήλωσε ότι πιστεύει ότι υποβιβάστηκε η φροντίδα της υγείας του επειδή μειώθηκαν τα εισοδήματά του (αναβολή επισκέψεων σε γιατρούς, παραμέληση στοματικής υγιεινής, μη πραγματοποίηση προγραμματισμένων εργαστηριακών εξετάσεων).

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και ο βαθμός της ικανοποίησής τους αποτελεί προτεραιότητα για την Ευρώπη του 2020 η οποία με τις δράσεις της συμβάλει στη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους που έθεσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Βασικοί στόχοι είναι η ελάττωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγεία ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες κατά 1/3, ελάττωση των ανισοτήτων ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες κατά 1/3, ελάττωση της θνησιμότητας και της αναπηρίας από ατυχήματα και από τη βία κατά 1/2, ελάττωση της σύγχρονης νοσηρότητας και αύξηση του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης (Τούντας, 2008).

Στην έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2015) για τη Γήρανση και Υγεία, υποστηρίζεται η άμεση και εκτεταμένη αλλαγή πολιτικής της δημόσιας υγείας. Οι τέσσερις τομείς προτεραιότητας είναι η εναρμόνιση συστημάτων υγείας με τις σύγχρονες ανάγκες των ηλικιωμένων, η ανάπτυξη κατάλληλων συστημάτων υγείας για παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης, η δημιουργία φιλικών περιβάλλοντων προς τους ηλικιωμένους και η βελτίωση της μέτρησης και παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των δράσεων (WHO, 2015) Η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω σύγχρονων εργαλείων και βέλτιστων πρακτικών οφείλει να μετεξελιχθεί και να δημιουργήσει εκείνο το περιβάλλον που έχουν ανάγκη οι σύγχρονες κοινωνίες και οι πολίτες της. Η πρόκληση της γήρανσης και οι επιπτώσεις της πρέπει να μετατραπούν σε ευκαιρία δημιουργώντας το πλαίσιο εκείνο ώστε οι ηλικιωμένοι να εξακολουθούν να εργάζονται να διατηρούνται υγιείς για περισσότερα χρόνια προκειμένου να εξακολουθήσουν να παράγουν ως ισότιμα μέλη του κοινωνικού ιστού (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2011).

Πολιτικές και δράσεις για την κοινωνική ενδυνάμωση και προστασία των ηλικιωμένων αναπτύσσονται στο σύνολο των ευρωπαϊκών χωρών, αντικατοπτρίζοντας το ρόλο και τη θέση του κοινωνικού τους κράτους. Η Ευρωπαϊκή Ένωση προωθεί την αποιδρυματοποίηση δημιουργώντας δομές που να παρέχουν

ανοικτού είδους φροντίδα, στοχεύοντας στην παραμονή των ηλικιωμένων στο οικογενειακό και κοινοτικό τους περιβάλλον (Αλεφαντινού και συν., 2015).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση σε συνεργασία με την AGE προωθεί δράσεις εννέα βημάτων για την υγιή γήρανση και αυτές είναι η ενίσχυση της απασχόλησης και του εθελοντισμού, φιλικό περιβάλλον, η υγιεινή διατροφή, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, η ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου, η χρήση νέων τεχνολογιών, η δημιουργία δομών μακροχρόνιας φροντίδας, η ενίσχυση της σωματικής δραστηριότητας και δια βίου μάθηση. Ενδιαφέρον έχει και το γεγονός ότι στην έκθεση για την γήρανση η Ευρωπαϊκή Ένωση γνωρίζοντας την εμπειρία και την ικανότητα των μεγάλων ανθρώπων προωθεί δράσεις ώστε να παραμένουν στο εργασιακό τους χώρο περισσότερο χρόνο αξιοποιώντας την θετική τους προσφορά στην οικονομία (Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, 2012).

Στην Ελλάδα λόγω της ισχυρής θέσης της οικογένειας (μοντέλο *fertera*), σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής έχουν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων όπως και τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», «Κοινωνικής Μέριμνας» και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα οποία συμβάλουν στην άμβλυνση μορφών ανισοτήτων για τους ηλικιωμένους μέσω επιστημονικά στεχευμένων προγραμμάτων.

Από όλα τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί νέα δεδομένα και προκλήσεις. Τα κράτη για να εφαρμόσουν καλές πρακτικές υγιούς και ενεργής γήρανσης θα πρέπει να κατανοήσουν την ετερογένεια του ηλικιωμένου πληθυσμού και των ανισοτήτων που εμφανίζονται στον πληθυσμό αυτόν (WHO, 2015). Ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων αποτελεί βασικό πυλώνα μετεξέλιξης, ανάπτυξης και ευημερίας. Οι πολιτικές για πρόληψη και αντιμετώπιση της κατάθλιψης δρουν ευεργετικά στην ενίσχυση βιώσιμων κοινοτήτων για τους ηλικιωμένους.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.

Από την παρούσα διατριβή συμπεραίνεται ότι η ποιότητα ζωής είναι ένας αξιόπιστος δείκτης για τον προσδιορισμό της ικανοποίησης των ηλικιωμένων και της ανάδειξης συσχετίσεων με την κατάθλιψη.

Πιο αναλυτικά, η κατάθλιψη εμφανίζεται στους ηλικιωμένους ως:

- οριακή κλινική κατάθλιψη σε ποσοστό 10,9%,
- μέτρια κατάθλιψη 12,3%,
- σοβαρή κατάθλιψη 3,6% και
- εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη 2,9%

Επιπλέον, το 18,8% εμφανίζει ήπια διαταραχή της διάθεσης.

Η εκτίμηση της σωματικής υγείας ήταν στο 43,4 και της ψυχικής υγείας ήταν στο 46,2 με προσδιοριζόμενο όριο το 50.

Η κατάθλιψη συσχετίζεται με τον αυτοπροσδιορισμό της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου σε σχέση με:

- τη μειωμένη σωματική λειτουργικότητα,
- τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα,
- τον αυξημένο σωματικό πόνο,
- τη γενική κατάσταση της υγείας,
- τη μειωμένη ζωτικότητα,
- τη μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και
- τα αρνητικά συναισθήματα.

Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, εξαιτίας της αυτοπροσδιοριζόμενης μειωμένης σωματικής λειτουργικότητας και του αυξημένου σωματικού πόνου.

Ακόμα το 10,1% των ηλικιωμένων υποστηρίζει ότι έχει αυτοκτονικές σκέψεις, με το 1,4% να δηλώνει ότι «θα ήταν καλύτερα να πέθαινα» και ότι έχει «συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας».

Οι ηλικιωμένοι:

- αισθάνονται κατά 42% θλίψη,
- αισθάνονται κατά 39,1% απαισιοδοξία,
- αισθάνονται κατά 35,4% απώλεια της ευχαρίστησης,
- αισθάνονται κατά 37,3% ανάγκη για κλάμα,
- αισθάνονται κατά 43,5% εκνευρισμό,
- αισθάνονται κατά 30,4% αναποφασιστικότητα,
- αισθάνονται κατά 57,9% μειωμένη ενεργητικότητα,
- αισθάνονται κατά 56,2% αλλαγή στη συνήθεια του ύπνου,
- αισθάνονται κατά 71,6% κούραση εκτέλεσης δραστηριοτήτων και

- αισθάνονται κατά 31,4% ότι λόγω σωματικών προβλημάτων υπάρχει αδυναμία συγκέντρωσης σε οποιοδήποτε άλλο γεγονός πέρα του εαυτού του.

Τέλος, στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι βιώνουν ένα δύσκολο περιβάλλον λόγω της οικονομικής κρίσης με:

- το 94,7% να αναφέρει πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας,
- το 57% να πιστεύει ότι υποβιβάστηκε η φροντίδα της υγείας του επειδή μειώθηκαν τα εισοδήματά του,
- το 18,9%, να λέει ότι τον τελευταίο χρόνο υπήρχε φορά που ενώ είχε πρόβλημα υγείας δεν επισκέφτηκε γιατρό ή νοσοκομείο και
- το 21,1%, να επισημαίνει ότι υπήρχε φορά που δεν μπόρεσε να αγοράσει τα φάρμακά του για οικονομικούς λόγους.

Στις νέες συνθήκες που δημιουργούνται τόσο η έννοια όσο και η προσέγγιση του ηλικιωμένου μεταβάλλεται. Οι σύγχρονες κοινωνίες πρέπει διαρκώς να παρέχουν το κατάλληλο υποστηρικτικό περιβάλλον υιοθετώντας πολιτικές για την εμπέδωση ενός περιβάλλοντος που θα παρέχει την όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι καλές πρακτικές για την «Ενεργό και Υγιή Γήρανση» προάγουν την ψυχοσωματική ευημερία και οι υγιείς πολίτες αποτελούν μοχλό ανάπτυξης των κοινωνιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσση

AGE Platform Europe

Alboni P., Favaron E., Pparella N., Sciammarella M., Pedaci M.. Is there an association between depression and cardiovascular mortality or sudden death. 2008.

Argyriadou S., Melisopoulou H., Krania E. et al. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. 2001.

Barker P.. Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring. 2009.

Blazer D.. Psychiatry and the oldest old. 2000.

Dewit S.. Fundamental Concepts and Skills for Nursing. 2001.

Eaton W., Anthony J., Gallo J., Cai G., Tien A., Romanoski A., Lyketsos C., Chen L.. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. 1997.

GAUTAM R., HOUDE SC.. Geriatric Depression Scale for community-dwelling older adults in Nepal. 2011.

Gilbert Paul. Ξεπερνώντας την κατάθλιψη. 2015.

HelpAge International. Developing countries face ageing revolution. 2015.

HelpAge International. Global AgeWatch Index 2015. 2015.

HelpAge International. Ageing and the city: making urban spaces work for older people. 2016.

Ilajie C.. Social Support and family Support for Geriatric Depression in China: A systematic Review. 2015.

Keitner G., Miller I., Kohn R., Bishop D., Epstein N.. Role of the family in Recovery and Major Depression, The American Journal of Psychiatry. 1995.

Kessing, L., Bukh, J., Bock, C., et al.. Does bereavement – related first episode depression differ from other kinds of first depressions? Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol. 2010.

Kessler RC., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas KR., Walters EE.. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. 2005.

Michalak E., Wilkinson C., Hood K, Srinivasan J., Dowrick C., Dunn G. et al.. Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. Results from the North Wales arm of the ODIN project. 2002.

Mpeleku E., Bountziouka V., Psaltopoulou T. et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean island: study. 2010.

Munshi Y., Iqbal M., Refique H., Ahmad Z.. Geriatric Morbidity Pattern and Depression in Relation to Family Support in Age Population. 2007.

Papadopoulos F., Petridou E., Argyropoulos S. et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. 2005.

Rush A.. The varied clinical presentation of major depressive disorder. 2007.

Scheerder G., Audenhove C., Arensman E., Bernik B., Giupponi G., Horel A., et al.. Community and health professional attitude toward depression: A pilot study in nine EADD countries. 2010.

Silverstein M., Cong Z., and Li S.. Intergeneration transfer and living arrangements of older people in rural china: consequences for psychological well – being. 2006.

Taqi A., Itrat A., Qidwai W., Qadri Z.. Depression in the elderly: Does family play a role. A cross-sectional study. 2007.

Thomas Rise. Τα οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση. Εκδόσεις Κριτική. 2006.

WIKIPEDIA για Ααρων Μπέκ

World Health Organization (WHO). Depression. 2009.

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

World Health Organization (WHO). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017.

Ελληνική

Αβεντισιάν Παγοροπούλου Άννα. Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας, συνέδριο, Αθήνα. 2008.

Αβεντισιαν-Παγοροπούλου Άννα. Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας. 1993.

Αλεφαντινού Α., Βλασιάδης Κ., Φιλαλήθης Α.. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα-μέλη Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ορεινού χωριού της Κρήτης. 2015.

Αργυρόπουλος Κ., Γούρζης Φ., Γελαστοπούλου Ε., Επιπολασμός της Κατάθλιψης σε ηλικιωμένο πληθυσμό. 2012.

Δαρδαβέσης Θεόδωρος, Χουσιάδας Λάμπρος, Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αναστασία, Νούσκας Χατζηχρήστου Δημήτρης, Κώστα - Τσολάκη Μαγδαληνή και Μπένος Α.. Εκδόσεις Πεδίο. 2011.

Δρακόπουλος Β.. Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας στον εργασιακό χώρο. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. 2014.

ΕΔΔΥΠΠΥ. Πολιτική για την γ' ηλικία . Υγιής και ενεργή γήρανση. 2015.

ΕΛΣΤΑΤ. Έρευνα Υγείας: Έτος 2014. 2016.

Εταιρείας Alzheimer. Περιοδική έκδοση. 2018.

Ευρωπαϊκή Ένωση. Ενεργός γήρανση: τοπικές και περιφερειακές λύσεις. 2011.

Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή. Γνωμοδότηση: Η συμβολή και η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην κοινωνία. 2012.

Ινστιτούτο διαρκούς εκπαίδευσης ενηλίκων. Ανάπτυξη στην Τρίτη ηλικία. 2011.

Καπρίνης Γεώργιος, Γκιουζέπας Ιωάννης, Ιακωβίδης Απόστολος, Κανδύλης Δημήτρης, Φωκάς Κωνσταντίνος. Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ. 2009.

ΚΕΔΚΕ. Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». 2002.

Κλεφταράς Γ.. Η κατάθλιψη σήμερα, περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα. Ελληνικά γράμματα. 1998.

Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε.. Οι δαπάνες για την Υγεία στην Τρίτη Ηλικία, στην Ελλάδα: Μια Πρώτη Προσέγγιση. 1993.

Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β.. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. 2010.

Μάνος Νίκος. ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS. 1997.

Ματσαγκάνης Μ.. Τα διλήμματα της μεταρρύθμισης του κοινωνικού κράτους. Ελληνικά γράμματα. 1999.

Μηλιός Γιάννης. Εξιχρονισμός ή –και οικονομική ανάπτυξη. Εκδόσεις Θέσεις. 1982.

Μιχαηλίδης Ε., Παπανικολάου Ν., Καυγά-Παλτόγλου Α., Μπέλλος Γ.. Ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία κέντρου υγείας. Πρακτικά 6ου Πανελληνίου Συνεδρίου για θέματα Γεροντολογίας και Γηριατρικής. Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία. 2000.

Πολυζόπουλος, Εμμανουήλ. Συναισθηματικές διαταραχές. Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας παιδιών και ενηλίκων. 2016.

Πολυκανδριώτη Μ., Στεφανίδου Σ.. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. 2013.

Ρίζου Σωτηρία. Η ένταση μεταξύ κράτους δικαίου και κοινωνικού κράτους ως συνταγματικό πρόβλημα. Εκδόσεις ΤοΣ. 1984.

Σακελαρόπουλος Σπύρος. Η Ελλάδα στην μεταπολίτευση, πολιτικές και κοινωνικές εξελίξεις 1974-1988. Εκδόσεις Λιβάνης. 2001.

Σακελαρόπουλος Θ.. Κράτος και οικονομία στη Ελλάδα μια ιστορική τυπολογία. Εκδόσεις Κριτική. 1993.

- Σκαπινάκης Πέτρος. Αίτια κατάθλιψης. 2003.
- Στασινοπούλου Όλγα. Κράτος πρόνοιας ιστορική εξέλιξη-σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις. Εκδόσεις Gutenberg. 2006.
- Τεπέρογλου Αφροδίτη. Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. 1990.
- Τούντας Γιάννης. Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις ΟΔΥΣΣΕΑΣ. 2008.
- Τσιώλη Ζ.. Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε. 1996.
- Τσουνίας Βασίλης. Στοιχεία Γεροντολογίας και γηριατρικής,. 1993.
- Υγιής Γήρανση ΜΙΑ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ 2007.
- Υφαντόπουλος Γιάννης. Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική. 2006.
- Χλέτσος Μιχάλης. Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας. 1995.
- Celder, Σύγχρονη Ψυχιατρική Oxford. Εκδόσεις Πασχαλίδης. 2007.
- Kramlinger Keith. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ. Mayo Clinic. 2010.
- Redfern J.S. and Ross M.F.. Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βασίλειος Ραφτόπουλος, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη. 2011.

Διαδίκτυο

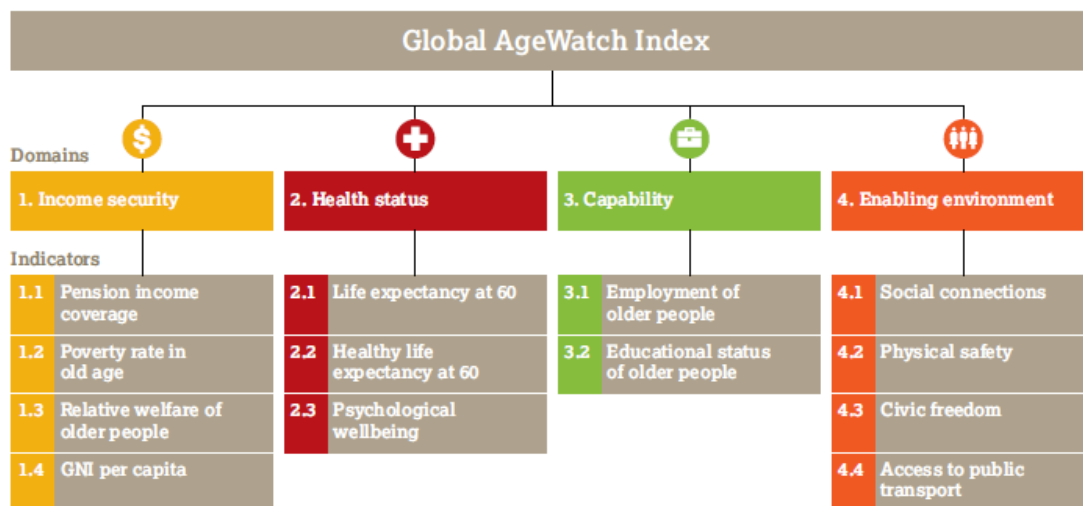
- Eurostat. Archive: Population projections. 2011. Προσπελάθηκε 27/5/2018.
- ΕΛΣΤΑΤ. Προβολή Πληθυσμού. 2016. Προσπελάθηκε 27/5/2018.

Παπαδοπούλου Άννα. Κατάθλιψη www.papadopoulou-psy.gr/problems/katathlipsi/ .
Προσπελάθηκε 27/5/2018.

Πολίτες ενάντια στην κατάθλιψη. www.citizensagainstdepression.gr . Προσπελάθηκε
27/5/2018.

Παράρτημα

1^ο Γράφημα: Κριτήρια αξιολόγησης Χωρών για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.



Πηγή: HelpAge, Global AgeWatch Index 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/> , προσπέλαση 24/52018.

1^{ος} Πίνακας: Αναλυτική κατάταξη των Χωρών για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με βάση την ασφάλεια του εισοδήματος, το επίπεδο υγείας, την προσωπική ικανότητα και το εννοϊκό περιβάλλον για το 2015.

Rankings and values

Table 2: Rankings and values overall and for each domain

Overall rank and value						Income security		Health status		Capability		Enabling environment	
Rank	Value	Rank	Value	Rank	Value	Rank	Value	Rank	Value	Rank	Value	Rank	Value
Switzerland	1	90.1	27	77.3	2	81.3	2	75.0	1	83.7			
Norway	2	89.3	2	89.4	16	73.5	1	76.3	4	80.1			
Sweden	3	84.4	7	83.5	12	75.2	5	65.6	6	79.4			
Germany	4	84.3	15	80.9	11	75.6	3	68.4	11	78.6			
Canada	5	84.0	10	82.9	4	80.3	10	61.2	9	78.9			
Netherlands	6	83.0	5	85.9	13	74.8	12	59.6	5	79.6			
Iceland	7	81.8	4	86.6	8	78.2	18	54.5	10	78.8			
Japan	8	80.8	33	75.1	1	83.9	7	62.7	21	75.0			
USA	9	79.3	29	76.3	25	70.1	4	65.7	17	76.8			
United Kingdom	10	79.2	14	81.5	27	69.3	20	53.6	3	81.8			
Denmark	11	78.6	16	80.9	33	68.1	11	59.9	14	77.7			
New Zealand	12	76.0	23	78.4	9	77.8	14	57.8	30	71.5			
Austria	13	74.4	6	84.3	19	72.7	40	37.6	2	82.7			
Finland	14	72.7	17	80.3	21	70.8	29	44.8	18	76.1			
Ireland	15	72.0	18	79.9	17	73.1	35	40.6	16	77.0			
France	16	71.2	3	88.4	7	78.3	42	35.8	23	74.2			
Australia	17	71.0	62	53.5	5	79.8	8	62.5	26	72.5			
Israel	18	70.1	47	67.8	26	69.8	13	59.2	35	69.6			
Luxembourg	19	69.5	1	89.7	10	76.6	53	31.0	19	76.1			
Panama	20	67.7	40	72.4	31	68.7	16	56.4	48	66.4			
Chile	21	66.3	43	70.8	14	74.4	22	49.5	49	66.0			
Czech Republic	22	65.6	12	81.8	47	56.1	17	56.4	50	65.8			
Estonia	23	64.9	44	70.7	55	50.0	6	64.8	39	68.1			
Belgium	24	63.4	39	73.1	30	68.7	48	32.9	24	73.4			
Spain	25	61.7	37	73.4	3	80.5	78	24.0	22	74.7			
Slovenia	26	60.6	25	77.7	38	63.2	79	23.9	7	79.2			
Uruguay	27	59.8	8	83.2	37	63.3	38	37.9	57	63.5			
Costa Rica	28	59.6	52	64.6	15	73.8	60	29.2	29	71.6			
Georgia	29	58.8	48	66.4	60	46.2	19	53.9	45	67.1			
Cyprus	30	58.2	41	71.7	24	70.7	43	34.8	55	63.8			
Argentina	31	57.6	20	79.0	40	59.4	34	40.8	66	61.7			
Poland	32	57.4	26	77.6	48	55.3	52	31.1	37	69.2			
Mexico	33	56.3	36	73.4	35	64.5	62	28.7	46	66.7			
Thailand	34	56.0	59	59.3	41	59.1	71	25.8	12	78.2			
Latvia	35	55.2	34	74.5	66	44.1	15	57.0	68	60.1			
Colombia	36	54.3	69	48.3	18	72.8	47	33.0	42	67.5			
Italy	37	53.5	24	78.2	6	78.7	63	28.2	74	58.5			
Portugal	38	52.9	11	82.1	23	70.7	83	19.5	51	65.4			
Hungary	39	52.2	38	73.2	57	47.4	41	35.8	60	63.1			
Slovakia	40	52.1	21	78.7	53	51.4	28	45.6	80	56.8			
Vietnam	41	51.8	70	48.1	36	63.9	65	27.3	31	71.3			
Mauritius	42	51.8	9	82.9	63	45.0	75	24.6	38	69.2			
Armenia	43	51.1	32	75.1	74	34.0	9	62.1	73	58.9			
Ecuador	44	50.9	56	62.5	28	69.2	72	25.1	58	63.4			
Romania	45	50.8	22	78.4	64	44.9	46	34.1	64	62.0			
Sri Lanka	46	49.8	78	36.2	54	50.0	36	40.1	25	72.9			
Malta	47	49.8	54	63.5	20	72.1	86	18.9	47	66.4			
Peru	48	49.7	68	50.5	32	68.1	30	44.3	79	56.9			
Bulgaria	49	49.7	46	67.9	68	40.0	27	47.5	69	59.8			
Philippines	50	48.8	73	44.2	76	31.9	31	43.5	15	77.3			
Kyrgyzstan	51	48.8	51	64.8	83	28.9	32	42.3	36	69.6			
China	52	48.7	75	39.2	58	46.5	39	37.8	28	71.8			
Albania	53	47.0	45	68.8	61	45.7	24	49.0	86	54.7			
El Salvador	54	46.9	77	38.1	34	66.3	59	29.8	53	65.3			
Bolivia	55	46.2	55	62.8	59	46.4	37	39.9	78	57.1			
Brazil	56	46.2	13	81.5	43	57.4	58	29.9	87	54.6			
Nicaragua	57	46.0	76	38.3	45	57.0	68	26.0	33	70.6			
Tajikistan	58	45.1	57	60.2	80	31.1	33	41.5	61	63.1			
Guatemala	59	44.7	74	42.4	44	57.0	81	21.1	34	70.2			
South Korea	60	44.0	82	24.7	42	58.2	26	47.6	54	64.1			
Croatia	61	44.0	87	50.5	49	55.3	56	30.0	72	58.9			
Dominican Republic	62	43.7	80	30.1	39	61.0	57	29.9	43	67.3			
Lithuania	63	43.2	53	63.8	65	44.2	21	50.0	90	52.6			
Belarus	64	42.1	50	65.1	84	28.6	66	27.0	44	67.1			
Russia	65	41.8	30	76.2	86	27.1	25	48.4	82	55.5			
Serbia	66	41.7	49	65.8	62	45.3	80	21.2	67	60.2			
Bangladesh	67	41.1	71	47.2	71	37.7	76	24.2	41	67.5			
Montenegro	68	39.7	61	56.3	56	49.1	82	20.6	70	58.9			
Paraguay	69	38.9	79	35.9	50	54.4	54	30.6	77	57.5			
Nepal	70	38.2	64	53.0	79	31.2	74	24.9	59	63.2			
India	71	37.9	72	45.9	87	27.0	55	30.1	52	65.3			
Mongolia	72	37.4	31	75.8	93	20.5	64	27.9	62	62.9			
Ukraine	73	37.0	42	70.9	85	27.3	44	34.8	85	54.8			
Indonesia	74	36.6	86	19.9	70	37.8	61	28.8	8	79.0			
Turkey	75	36.3	35	73.6	52	52.5	93	7.0	40	67.6			
Venezuela	76	35.9	66	50.6	29	69.1	51	31.6	93	49.5			
Moldova	77	35.1	63	53.4	90	25.8	50	32.0	76	57.7			
South Africa	78	35.0	19	79.5	89	25.9	69	25.9	83	55.0			
Greece	79	34.5	28	76.8	22	70.7	87	16.9	91	49.6			
Cambodia	80	34.4	91	16.9	51	53.3	77	24.0	27	72.2			
Ghana	81	34.2	88	19.6	77	31.9	23	49.3	56	63.7			
Honduras	82	34.1	85	21.4	46	56.2	73	25.0	65	62.0			
Lao PDR	83	29.4	87	19.7	82	29.7	85	19.0	20	75.5			
Morocco	84	29.3	65	52.2	72	37.5	88	14.6	89	53.9			
Jordan	85	28.6	58	59.4	67	43.6	95	4.4	32	70.6			
Nigeria	86	25.3	90	17.7	88	25.9	49	32.3	75	58.3			
Iraq	87	23.2	60	59.1	75	32.8	92	11.9	92	49.6			
Uganda	88	23.1	92	15.0	92	22.1	45	34.4	70	58.9			
Rwanda	89	22.7	93	12.0	81	30.0	90	13.8	13	78.2			
Zambia	90	22.3	89	18.8	91	24.7	67	26.2	84	54.8			
Tanzania	91	15.9	94	9.3	69	39.8	89	13.8	88	54.5			
Pakistan	92	12.7	95	6.4	78	31.8	70	25.8	81	56.0			
West Bank & Gaza	93	12.3	81	24.7	73	36.6	96	1.8	63	62.3			
Mozambique	94	4.5	84	22.8	94	18.9	94	4.5	96	45.1			
Malawi	95	4.1	96	5.6	95	18.8	84	19.0	94	48.4			
Afghanistan	96	3.6	83	23.3	96	7.1	91	12.1	95	47.0			

Πηγή: HelpAge, Global AgeWatch Index 2015, <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>, προσπέλαση 24/5/2018.

2^{ος} Πίνακας: Προσδιορισμός των ετών αναπηρίας από Κατάθλιψη για το 2015.

Depressive disorders	Total YLD (thousands)	YLD per 100,000	% of all YLDs	Rank cause
Low- and middle-income countries				
- African Region	7 229	731	7.9	2
- Eastern Mediterranean Region	4 049	685	6.9	2
- European Region	3 517	859	8.1	2
- Region of the Americas	5 106	844	9.3	1
- South-East Asia Region	13 967	724	7.0	2
- Western Pacific Region	10 525	640	7.2	2
High-income countries	9 608	839	7.9	2
World	54 215	738	7.5	1

Πηγή: Π.Ο.Υ., Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates, 2017.

Ερωτηματολόγιο

Συγκατάθεση

Η συμμετοχή σας στη μελέτη θα είναι απολύτως εμπιστευτική. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν στη διάρκεια της έρευνας θα παραμείνουν απόρρητες. Η πρόσβαση στα δεδομένα περιορίζεται στον ερευνητή. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της έρευνας και για επιστημονικούς. Θα τηρηθούν όλες οι αρχές της δεοντολογίας, της επιστημονικής έρευνας και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων.

Ο/Η ερωτώμενος/η.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όνοματεπώνυμο:

Δ1. Φύλο:

Ανδρας

Γυναίκα

Πατρώνυμο:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Δ2. Ημερομηνία γέννησης:

Δ3. Έχετε γεννηθεί στην Ελλάδα ;

Ναι

Όχι

ΔΞ/ΔΑ

Δ4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση ;

Παντρεμένος/η	Ανύπαντρός/η που ζει με συγγενείς	Ανύπαντρός/η που ζει μόνος	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η / Σε διάσταση	ΔΞ/ΔΑ
1	2	3	4	5	99

Δ5α. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Δ5β. Τι ηλικία έχουν;

Δ6α. Ποιο είναι το ύψος σας (σε εκατοστά) ;

Δ6β. Ποιο είναι το βάρος σας (σε κιλά) ;

Δ7. Πόσα δωμάτια έχει η κατοικία σας (εκτός από την κουζίνα και το σαλόνι);

Δ8. Πόσα άτομα μένετε στο ίδιο σπίτι;

Δ9α. Έχετε εγγόνια; Ναι Όχι

Δ9β. Πόσα;

Δ10. Επίπεδο σπουδών:

Δεν έχει πάει καθόλου σχολείο/δεν γνωρίζει γραφή και ανάγνωση

Έχει τελειώσει το Δημοτικό

Έχει τελειώσει το Γυμνάσιο

Έχει απολυτήριο Τεχνικού Επαγγελματικού Λυκείου (ΤΕΛ)

Έχει απολυτήριο Λυκείου (Γενικού, Ενιαίου Πολυκλαδικού) / Απολυτήριο εξατάξιου Γυμνασίου

Έχει πτυχίο ΑΕΙ

Κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου (Μάστερ, Διδακτορικό, κ.λπ.)

1

2

3

4

5

6

7

ΔΞ/ΔΑ

99

Δ11α. Τι επάγγελμα κάνατε:

(Σημειώστε το επάγγελμα του εργαζόμενου)

Δ11β. Επιλέξτε από τις παρακάτω κατηγορίες:

Άνεργος/ άεργος

1

Χειρωνακικό επάγγελμα (αγρότης/εργάτης)

2

Αυτοαπασχολούμενος/ ελεύθερος επαγγελματίας (επαγγελματίας/μικρέμπορος/βιοτέχνης)

3

Ιδιωτικός υπάλληλος

4

Δημόσιος Υπάλληλος

5

Όχι εργασία εκτός σπιτιού

6

ΔΞ/ΔΑ

99

Δ12. Πόσες ώρες εργαζόσασταν συνήθως την εβδομάδα ;

0 Πλήρες ωράριο

7 Μειωμένο ωράριο

2 Βάρδιες

3 Περιστασιακή απασχόληση

99 ΔΞ/ΔΑ

Δ13α. Διαθέτετε ασφάλιση υγείας ;

7 Δημόσια

2 Ιδιωτική

0 Καμία

99 ΔΞ/ΔΑ

Δ13β. Επιλέξτε το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης ;

1 Έμμεση

6 Άμεση

99 ΔΞ/ΔΑ

1. Τον τελευταίο χρόνο, υπήρχε φορά που ενώ είχατε πρόβλημα υγείας δεν επισκεφθήκατε γιατρό ή νοσοκομείο;

1 Ναι

0 Όχι

99 ΔΞ/ΔΑ.

Αν ΝΑΙ, πόσες φορές ;

Αν ΝΑΙ, αυτό έγινε επειδή :

Θεωρήσατε ότι δεν είχατε κάτι σοβαρό και άρα δεν ήταν απαραίτητο να επισκεφτείτε κάποια υπηρεσία υγείας

1

Θεωρήσατε ότι απλά χρειαζόταν χρόνος για να βελτιωθεί η κατάσταση υγείας σας

2

Ξέρατε τι να κάνετε λόγω προηγούμενης επαφής με το πρόβλημα υγείας (χρόνιο ή μη)

3

Περιμένετε το πρόβλημα να αποσυρθεί μόνο του

4

Θεωρείτε ότι πρέπει να αποφεύγετε τις επισκέψεις σε γιατρό όποτε αυτό είναι δυνατό

5

Δεν είχατε δυνατότητα πρόσβασης σε κάποια υπηρεσία υγείας λόγω απόστασης

6

Δεν είχατε δυνατότητα πρόσβασης σε κάποια υπηρεσία υγείας λόγω αδυναμίας πληρωμής

7

Τον τελευταίο χρόνο και μόνο αν παίρνετε φάρμακα, υπήρχε φορά δεν μπορέσατε να αγοράσετε τα φάρμακα σας για οικονομικούς λόγους;

1 Ναι

0

1 Όχι

99 ΔΞ/ΔΑ.

Αν ΝΑΙ, πόσες φορές ;

Νομίζετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;

7 Ναι

0 Όχι

99 ΔΞ/ΔΑ.

Νομίζετε ότι υποβιβάστηκε η φροντίδα της υγείας σας επειδή μειώθηκαν τα εισοδήματά σας (αναβάλλατε επισκέψεις σε γιατρούς, παραμελήσατε τη στοματική υγιεινή σας, δεν πραγματοποιήσατε προγραμματισμένες εργαστηριακές εξετάσεις);

1 Ναι

0 Όχι

99 ΔΞ/ΔΑ.

Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
▼	▼	▼

- a. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία..... 1 2 3
- b. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια..... 1 2 3

3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
α. <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
β. Περιορίσατε <u>το είδος</u> δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
α. <u>Κάνατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
β. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και στο πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

Το ερωτηματολόγιο του Beck (B.D.I.), ερωτηματολόγιο τύπου A, ανδρική μορφή.

A. Συναίσθημα

- 0. δεν αισθάνομαι λυπημένος
- 1. αισθάνομαι λυπημένος ή μελαγχολικός
- 2. είμαι λυπημένος ή μελαγχολικός συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
- 3. είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε αυτο μου προξενεί πόνο
- 4. είμαι τόσο μελαγχολικός ή δυστυχισμένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

- 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυνμένος για το μέλλον
- 1 Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
- 2 Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
- 3 Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
- 4 Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

- 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος
- 1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα αξία λόγου
- 3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο (σύζυγος – πατέρας)

Δ. Απώλεια ικανοποίησης

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος
- 1. Αισθάνομαι βαρεστημένος σχεδόν όλη την ώρα
- 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
- 3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
- 4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος με το κάθε τι

Ε. Αίσθημα ενοχής

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτο μου
- 1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία
- 2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος
- 3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός ή ανάξιος

Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
- 1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
- 2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
- 3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
- 4. Θέλω να τιμωρηθώ

Η. Μίσος για τον εαυτό

- 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
- 1. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
- 2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
- 3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
- 4. Μισώ τον εαυτό μου

Θ. Αυτομομφή

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους
- 1. Είμαι αυστηρός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
- 2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
- 3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

Ι. Ευχές αυτοτιμωρίας

- 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
- 1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
- 2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
- 3. Μου φαίνεται ότι η οικογενεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
- 4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
- 5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

Κ. Κλάμα

- 0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
- 1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
- 2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
- 3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

Λ. Ευερεθιστότητα

- 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος τώρα απ' ότι συνήθως
- 1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
- 2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος
- 3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

Μ. Κοινωνική απόσυρση

- 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα
- 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
- 3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

Ν. Αναποφασιστικότητα

- 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα
- 1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
- 2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
- 3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

Ξ. Σωματικό εγώ

- 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ
- 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και αντιπαθητικός
- 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός
- 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος και αποκρουστικός

Ο. Μείωση της παραγωγικότητας

- 0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα

1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Π. Διαταραχές του ύπνου

0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος από άλλοτε
2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

Ρ. Εύκολη κόπωση

0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

Σ. Απώλεια όρεξης

0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

Τ. Απώλεια βάρους

0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα
2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτα άλλο
3. Είμαι εντελώς απορροφημένος με το τι αισθάνομαι

Φ. Απώλεια της Libido

0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες) απ' ότι συνήθως
2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τις γυναίκες)
3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες)

Άδεια



**NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT
Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)**

License Number: QM041151
Licensee Name: Alexandros Samolis c/o Open University of Cyprus (OUC)
Licensee Address: Konstantinoupoleos 130, Agioi Anargyroi Attiki GR
Approved Purpose: Assessment of depression and quality of life in the elderly: a cross-sectional study in Athens
Study Name: Thesis/Dissertation
Study Type: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student
Data Collection Method: Paper
Therapeutic Area: Mental Health and Behavior
Indication: Depression

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

A. Effective Date: This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) is made by and between OptumInsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optum"), 1301 Atwood Ave, Suite 311N, Johnston, RI 02919 and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on Appendix B.

B. Appendices: Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A and Appendix B. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

C. Grant of License: Subject to the terms of this Agreement, Optum grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term, the Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.


EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

OptumInsight Life Sciences, Inc.

Alexandros Samolis
(Licensee)

DocuSigned by:

Signature: _____
Name: Michelle white
Title: Sr. Director
Date: 03-August 2017

Signature: 
Name: Alexandros Samolis
Title: Doctor
Date: 3/8/2017



OPTUMINSIGHT NON-COMMERCIAL LICENSE TERMS AND CONDITIONS - APPENDIX A

Attached to and Incorporated into License No. QM041151

1. **No Commercial Use of Data** - Licensee agrees to use the data resulting from Licensee's administration of the Survey Materials only for the Approved Purpose and related academic or scientific uses. Licensee agrees not to use such data for any other purpose or to provide such data to any commercial entity or to any entity for commercial purposes, including without limitation any university or university hospital.

2. **Copyright Protection**. The Survey Materials are copyrighted works owned by Optum. Copyright protection means that Licensee cannot reproduce, copy, modify, or distribute the Survey Materials or any part of them without Optum's consent, even if the Survey Materials were not obtained from Optum. This Agreement constitutes Optum's consent for Licensee to use the Survey Materials only as specified in this Agreement.

3. **Term and Termination** – This Agreement shall be effective until the earlier to occur of (a) completion or termination of Services in connection with the Approved Purpose, or (b) expiration of the Study Term specified in Appendix B (if any), after which the licenses granted hereunder shall terminate and this Agreement shall terminate upon full payment therefore. Notwithstanding the foregoing, either party may terminate this Agreement at any time in the event of a material breach of this Agreement by the other party that is not cured within thirty (30) days following notice to the breaching party.

4. **Administration by Students and Third Parties** – Students of Licensee may use and administer the Licensed Surveys, subject to each such students' execution of OptumInsight's Acknowledgement by Students form, available by request. A third party service provider may administer the Licensed Surveys on behalf of Licensee subject to such third party's execution of Optum's Acknowledgement by Agent form; provided, that Licensee shall not be relieved of its obligations by use of such third party, and Licensee shall be responsible for any breach of this Agreement by such third party.

5. **Trademark and Copyright Notices** – Licensee agrees to reproduce the copyright and trademark notices included with the Survey Materials on all reproductions of the Survey Materials permitted hereunder, including electronic reproductions and representations. Licensee shall not alter the wording or order of the items or any other part of the Survey Materials. Licensee shall not create any derivative work from the Survey Materials.

6. **Maintenance of Records** – Licensee shall maintain accurate records containing information sufficient to verify Licensee's compliance with this Agreement, including, but not limited to, records of the number of reproductions of the Licensed Survey(s) made, the location of and/or confirmation of the destruction of such reproductions, and the number of administrations of the Licensed Survey(s) performed. Optum or a third party auditor of its choice reasonably acceptable to Licensee shall have the right, not more frequently than once in each calendar year and on thirty (30) days advance notice to Licensee, during usual business hours, to examine such records for the sole purpose of verifying Licensee's compliance with the terms of this Agreement.

7. **Proprietary Rights** –

a. Licensee acknowledges that the Survey Materials shall be and remain at all times the property of Optum. Licensee shall have no right, title or interest in the Survey Materials except for the limited license described herein. Licensee shall not use, modify, reproduce, or transmit any of the Survey Materials except as expressly provided hereunder. If the Approved Purpose includes administration of the Licensed Surveys in physical form, Licensee is authorized to make exact reproductions of the Licensed Survey(s) sufficient to support such administrations. Licensee agrees that it shall not challenge or assist any other party in challenging the validity, ownership or enforceability of the Survey Materials.

b. Licensee acknowledges and agrees that the Data Collection Method and Modes of Administration reflected in this Agreement are the only manner in which Licensee may administer the Licensed Surveys.

Filename: Open University of Cyprus – Alexandros Samolis
Lic. No.: SLA QM041151 – CT189071 – OP063535
Template: OGSR Unfunded Student LA Template 01MAR2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Samolis'.

Page 2 of 5



c. Licensee acknowledges and agrees that scoring of Licensed Survey(s) responses must be performed by Optum or by Licensee through use of an Optum scoring solution. Licensee shall not embed, input, insert, or transfer the Survey Materials, Optum's scoring algorithms (regardless of the source of the algorithms), or any part thereof, into Licensee's systems or applications absent purchase by Licensee of an Optum scoring solution.

d. Licensee acknowledges and agrees that any translations of the Licensed Surveys into any language must be performed by Optum, and Optum retains ownership of any and all translations.

e. Licensee acknowledges and agrees that the results, data and all information obtained through the utilization and administration of the Survey Materials are solely for the Licensee's own use and analysis, consistent with and as contemplated by the Approved Purpose, and may not be sold to, or otherwise, transferred for value (in any manner) to a third party.

8. Confidentiality; Injunctive Relief – Licensee acknowledges that the Survey Materials are valuable assets of Optum and that the value of the Survey Materials would be significantly impaired by the unauthorized distribution or use of them. Licensee shall ensure that the Survey Materials are not used for unauthorized purposes or by unauthorized persons, and shall promptly report any such unauthorized use to Optum. Licensee acknowledges that, in the event of any material breach of this paragraph by the Licensee, money damages would not be a sufficient remedy, and that Optum shall, to the extent permitted by applicable law, be entitled to equitable relief, including injunction. Such relief shall be in addition to all other remedies available at law or in equity.

9. Disclaimer of Warranty – Licensee acknowledges that complex and sophisticated products such as the Survey Materials are inherently subject to undiscovered defects. Optum cannot and does not represent or warrant to Licensee that the Survey Materials are free from such defects, that operation of the Survey Materials will be uninterrupted or error free, or that its results will be effective or suitable with respect to any particular application. SURVEY MATERIALS AND SERVICES HEREUNDER ARE PROVIDED AS-IS, AND OPTUM MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, WITH RESPECT TO SUCH SURVEY MATERIALS OR SERVICES, AND DISCLAIMS ALL WARRANTIES INCLUDING WITHOUT LIMITATION ANY WARRANTIES AS TO MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NON-INFRINGEMENT OR OTHERWISE.

10. Compliance – Optum and Licensee agree that in performing their respective obligations under this Agreement, each shall conduct business in conformance with sound ethical standards of integrity and honesty and in compliance with all applicable laws, rules and regulations. Licensee represents and warrants that it has not and shall never engage in activities or use of the Survey Materials in a manner that is deceptive, scandalous, or involves moral turpitude, or in any other manner that could injure the high market acceptance, good name and reputation of Optum or the Survey Materials.

11. Limitation of Liability – In no event shall either party's total liability to the other party for direct damages arising hereunder exceed the amount of the Fees paid or owed by Licensee to Optum hereunder, except for damages from claims for breach of confidentiality, unauthorized use of Survey Materials or failure to indemnify for which there is no limit on direct damages. Further, in no event shall either party be liable to the other party for any special, punitive, incidental, indirect, or consequential damages, arising from any claimed breach of contract, or any other legal theory, even if such party has been advised of the possibility of such damages.

12. Intellectual Property Indemnification – Optum will defend, at its expense, any action brought against Licensee to the extent that it is based on a third party claim that a Licensed Survey infringes any patent, registered trademark, or copyright, provided that: (a) Licensee notifies Optum in writing within thirty (30) days of its becoming aware of any such claim; (b) Optum has sole control of the defense and all related settlement negotiations, provided that Optum shall not agree to any settlement that includes an admission of wrongdoing on the part of Licensee or requiring any action by Licensee without Licensee's prior written consent; and (c) Licensee provides Optum with the information, authority, and any and all assistance reasonably required by Optum to provide the aforementioned defense. In the event of an action against Licensee alleging infringement of the intellectual property rights of a third party with respect to a Licensed Survey, or in the event Optum believes such a claim is likely, Optum shall be entitled, at its option but without obligation or additional cost to Licensee, to (i) appropriately modify such Licensed Survey so as not to infringe such third party intellectual property rights; provided, that such modifications or substitutions shall not materially affect the function of such Licensed Survey; (ii) obtain a license with respect to the applicable third party intellectual property rights; or (iii) if neither



(i) nor (ii) is commercially practicable, terminate Licensee's license hereunder as to the effected Licensed Survey and refund the full license fee therefore. Optum shall have no liability hereunder if the alleged infringement is caused by use of other than the then-most-recent version of such Licensed Survey provided to Licensee by Optum, any combination of a Licensed Survey with non-Optum programs or data, where the Licensed Survey alone would not have given rise to the claim, or (iii) use of a Licensed Survey outside the scope of this Agreement. THIS SECTION STATES THE ENTIRE LIABILITY OF OPTUM AND LICENSEE'S SOLE AND EXCLUSIVE REMEDY WITH RESPECT TO ANY ALLEGED INFRINGEMENT.

13. Scoring -

a. Licensee acknowledges and agrees that scoring of Licensed Survey responses must be performed by Optum or by Licensee through the use of an Optum scoring solution. Licensee shall not embed, input, or transfer the Survey Materials, Optum's scoring algorithms (regardless of the source of the algorithms), or any part thereof, into any systems or applications without an appropriate written agreement with Optum.

b. Scoring Software. Licensee may install and use one copy of the desktop scoring software provided by Optum to Licensee under this Agreement ("Software") on a single computer, and may not otherwise copy the Software. However, upon execution of an Acknowledgement by Agent form by a clinical research organization or other third party vendor acting on Licensee's behalf ("Agent"), Licensee shall have the right to transfer its copy of the Software (without retaining a copy) to the Agent for use solely on Licensee's behalf, provided that Licensee warrants to Optum that Agent shall abide by all terms and conditions of this Agreement and Licensee shall be responsible for any breach of this Agreement by such Agent. The Software may not be copied, shared or used concurrently on different computers. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the Software, nor attempt in any other manner to obtain the source code. The Software and the algorithms it contains are proprietary information of Optum. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the Software that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the Software to any other person.

c. Optum Smart Measurement System ("SMS") Scoring Solution. The "SMS Scoring Solution" shall mean the algorithmic scoring engine that scores Licensed Survey responses collected on Optum's web-based survey administration interface. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the SMS Scoring Solution, nor attempt in any other manner to obtain the source code for it. The SMS Scoring Solution and the algorithms it contains are proprietary information of Optum. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the SMS Scoring Solution that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the SMS Scoring Solution to any other person.

14. Form Review – If Appendix B permits Licensee to administer the Licensed Surveys on an electronic device, Licensee is required to submit screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language to Optum. Optum shall perform an initial form review to determine whether the Licensed Surveys have been appropriately migrated to electronic format (the "Initial Review"). Optum will complete its Initial Review of the Licensed Surveys for each Approved Language within two (2) weeks from Optum's receipt of screen shots or website link from Licensee. Upon Optum's completion of the Initial Review, Optum will provide Licensee with a detailed list of revisions that will need to be made before Optum can approve the electronic format. Licensee is required to submit subsequent screen shots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language incorporating any changes required by Optum until Optum provides its final approval of the electronic format. Multiple rounds of review and revisions may be necessary prior to Optum being able to provide final approval of the electronic format. Licensee is solely responsible for the electronic creation of the Licensed Surveys. Nothing in this Agreement prohibits Optum from creating its own electronic forms of Licensed Survey administration. The Licensed Surveys cannot be used in electronic format except as allowed pursuant to the terms and conditions of this Agreement. Licensee acknowledges that there may be response differences due to effects from use of electronic format compared to a static Data Collection Method and Mode of Administration such as paper/pencil. Licensee assumes any and all risk of differential effects resulting from the use of electronic format.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "A. G. S.", located at the bottom right of the page.



15. Miscellaneous

- a. Neither party may use the other party's name in any publication, press release, web site, promotional material or other form of publicity without the prior written approval of such party.
- b. This Agreement constitutes the entire and exclusive agreement between the parties and supersedes all previous communications or agreements, either oral or written, with respect to the subject matter hereof. This Agreement may not be modified or amended except by an instrument in writing signed by both parties. The Appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.
- c. Any waiver of any breach or default under this Agreement must be in writing and shall not be deemed a waiver of any other or subsequent breach or waiver. Failure or delay by either party to enforce compliance with any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of such term or condition.
- d. If any provision in this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, the remaining provisions shall not be affected thereby and shall be binding upon the parties hereto, as though the invalid or unenforceable provision were not contained herein.
- e. In the event any Survey Materials or associated Optum intellectual property are exported by Licensee outside of the country in which Licensee is located, Licensee is obligated and solely responsible for ensuring compliance with all applicable import and export laws and regulations of the United States of America and/or any applicable foreign jurisdictions.
- f. This Agreement and performance hereunder shall be governed in accordance with the laws of the State of New York, but excluding New York choice of law principles. With respect to any dispute arising in connection with this Agreement, Licensee consents to the exclusive jurisdiction and venue in the state and federal courts located in New York City, New York.
- g. The terms and conditions of this Agreement supersede the terms of any license agreement embedded in the Software, or any purchase order.
- h. Any format and/or language changes have the potential to affect the survey data received. Therefore, to maintain the validation and integrity of the SF Health Surveys, **no language or formatting changes** allowed. The format of the survey is scientifically engineered to facilitate accurate and unbiased data, as well as keeping the SF Health Survey in a visual format that is comprehensible to the patient/participant, including those who may be impaired and/or elderly. **Licensee must administer the survey in the exact format Licensed receives it in. The only item Licensee may add is a header with patient identification and / or administration information.** If Licensee wishes to add a header, contact Licensee's Account Representative. Do not use any forms Licensee may have received in the past.
- i. Licensee agrees that not using all eight domain scales may compromise the validity of comparisons to norms and other interpretation guidelines.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "A. G. Samolis".

APPENDIX B



LICENSE AGREEMENT - DETAILS

Licensee: Open University of Cyprus (OUC)
 Alexandros Samolis
 Konstantinoupoleos 130
 Agioi Anargyroi Attiki
 Greece

License Number: QM041151

Amendment to: N/A

Study Term: 06/23/17 to 12/31/17

Master License
 Term: N/A

Approved Purpose
 Assessment of depression and quality of life in the
 elderly: a
 cross-sectional study in Athens

Study Name: Thesis/Dissertation
 Protocol: Mental Health and Behavior
 Govt. ID:
 Study Type: STUDENT - FREE
 Clients Reference:

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity	Fees
	OGSR FREE STUDENT LICENSE.			
	SOLUTION PKG: Paper SF12v2 with Desktop Scoring Software.			
PROJ01	License Fee		1	
ES0170	SF-12v2, Standard Recall	Paper	1	
	Approved Languages: Greece (Greek)			
ADMINS	Administrations 250 @ 1		300	
SS150	Scoring Software v5.1		1	
SS157	SS v5.1 Key: SF-12v2 (w/DQE, MSE, UI)		300	
EM126	SF-12v2 User's Manual 3rd Ed.		1	

Approved Languages:

United States (English)
 To complete order, please sign and return
 by 20-JULY 2017.

TOTAL FEES: 0.00 USD

Payment Terms: Due on Receipt