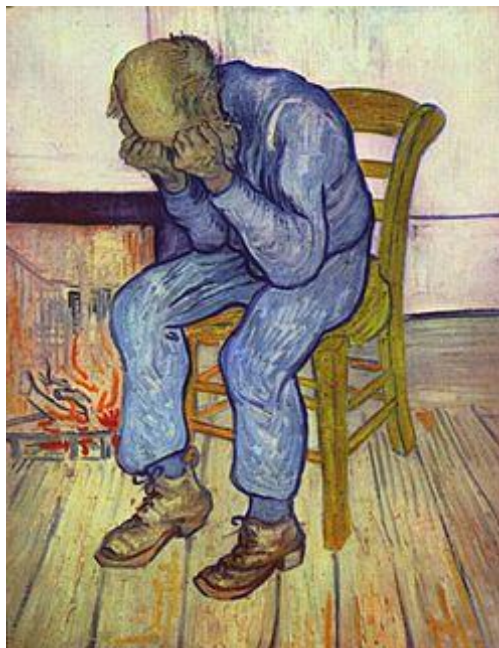


ΠΜΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Διπλωματική Εργασία:

*«Η συσχέτιση του πόνου και των ψυχολογικών συνεπειών
στους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ της Πάτρας»*



υπό

ΓΡΗΓΟΡΑΤΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Μεταπτυχιακή Εργασία υποβληθείσα για την εκπλήρωση των
προϋποθέσεων απονομής του Μεταπτυχιακού Προγράμματος
Αντιμετώπισης του Πόνου του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

2016

© ΓΡΗΓΟΡΑΤΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

«Από μέρα σε μέρα γινόμαστε όλο και πιο ώριμοι, αλλά από μέρα σε μέρα όλο και περισσότερο ξεφτίζουμε»

W. Shakespeare

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους βοήθησαν στην πραγματοποίησή της.

Τον Κοινωνικό Οργανισμό του Δήμου της Πάτρας και πιο συγκεκριμένα τον προϊστάμενο και Κοινωνικό Λειτουργό του τμήματος Τρίτης Ηλικίας, Κύριο Γεώργιο Κολοκυθά για την άδεια που μου έδωσε να μπω στα ΚΑΠΗ για να διαμορφώσω την έρευνα μου, καθώς επίσης και για την αμέριστη στήριξή του μέχρι να φέρω εις πέρας όλα τα ερωτηματολόγια μου.

Το προσωπικό και των τριών ΚΑΠΗ της Πάτρας που με δέχτηκαν με χαρά και με φιλοξένησαν όλο αυτό το διάστημα με διάθεση φιλική και υποστηρικτική, σε όποιο αίτημά μου, ακολουθώντας πάντα τα επιστημονικά και δεοντολογικά πλαίσια.

Οπωσδήποτε τα μέλη των ΚΑΠΗ που χωρίς τη δική τους συμμετοχή δεν θα είχε καν ξεκινήσει η έρευνα. Όχι μόνο δέχτηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια μου αλλά έδειξαν υπομονή κ επιμονή όσο κουραστική κι αν ήταν η διαδικασία που τους υπέβαλα, και επίσης μεγάλο σεβασμό προς το πρόσωπό και την ειδικότητά μου.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κύριο Πέτρο Σκαπινάκη, για τη στήριξή του καθόλη τη διάρκεια της εργασίας μου, λύνοντας μου απορίες και βοηθώντας με να ξεπεράσω οποιοδήποτε εμπόδιο και δυσκολία, και φυσικά για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντας μου την εργασία αυτή.

Κωνσταντίνα Γρηγοράτου

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	3
Περίληψη.....	6
Κεφάλαιο 1: Ο πόνος στην Τρίτη ηλικία	8
1.1 Τρίτη ηλικία	8
1.2 Εννοιολογική προσέγγιση του πόνου	9
1.3 Πόνος και Τρίτη ηλικία.....	11
1.4 Εκτίμηση του πόνου	12
1.5 Πόνος και κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία.....	13
Κεφάλαιο 2: Ψυχολογικές διαταραχές ηλικιωμένων	15
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση ψυχικής διαταραχής	15
2.2 Μορφές της κατάθλιψης	16
2.3 Συμπτωματολογία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	19
2.4 Εμφάνιση της κατάθλιψης	21
2.5 Παράγοντες της κατάθλιψης.....	22
2.6 Άγχος και Τρίτη ηλικία	24
Κεφάλαιο 3: Επιπτώσεις και αίτια κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	25
3.1 Επιπολασμός κατάθλιψης.....	25
3.2 Αιτιολογία κατάθλιψης σε ηλικιωμένους.....	30
3.3 Αγωγή υγείας.....	33
Κεφάλαιο 4: Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων	36
4.1 Εισαγωγή	36
4.2 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής και πόνου	38
4.3 Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης.....	41
4.4 Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν	43
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας.....	46
5.1 Στάδια δειγματοληψίας.....	46

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	48
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα.....	49
Συζήτηση	79
Βιβλιογραφία	83
Παράρτημα.....	85

Περίληψη

Η προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους ονομάζεται παρηγορητική φροντίδα. Μέσω της φροντίδας αυτής, οι ηλικιωμένοι καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν ή να μειώσουν τον πόνο, τις ψυχολογικές διαταραχές που βιώνουν, καθώς και να ικανοποιήσουν κάποιες ανάγκες τους (WHO, 2002). Ο πόνος που βιώνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελεί μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους που συμβάλλουν στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους. Βάσει ερευνών προκύπτει ότι μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων πονούν κάπου και αρκετοί αναφέρουν ότι έχουν καθημερινό επίμονο πόνο. Ο πόνος αυτός μπορεί να είναι είτε σωματικός, είτε ψυχολογικός. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής τους. Συχνά διαφεύγει την έγκαιρη διάγνωση από τους ειδικούς και δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς (Στυλιανοπούλου, 2010). Η ψυχική αυτή διαταραχή, είναι πιθανόν να εμφανιστεί ανεξάρτητα ή να συνυπάρχει με κάποια άλλα χρόνια νοσήματα, επηρεάζοντας πάντα την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου που νοσεί. Οι ηλικιωμένοι βιώνουν επίσης, έντονο άγχος, το οποίο οδηγεί στην κατάθλιψη και τον ψυχικό πόνο.

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια ορισμού της έννοιας του πόνου και εντοπισμού των ψυχολογικών διαταραχών στην τρίτη ηλικία. Επίσης, γίνεται μια προσπάθεια εύρεσης συσχετίσεων μεταξύ του πόνου και των ψυχολογικών διαταραχών που εντοπίστηκαν, μέσω έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ του Δήμου Πατρών. Χορηγήθηκαν τρία ερωτηματολόγια σε 106 ηλικιωμένους των 3 ΚΑΠΗ της Πάτρας και αναλύονται τα αποτελέσματα

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, ψυχολογικές διαταραχές, πόνος, τρίτη ηλικία

Abstract

The approach that improves the quality of life of patients and their families is called palliative care. Through this care, elderly people manage to cope or reduce pain, psychological disorders experienced, and to meet some of their needs. The pain experienced by senior citizens is one of the most important factors contributing to the deterioration of their quality of life. Most surveys appear that a large proportion of elderly people hurt somewhere and many say they have daily pain. This pain can be either physical or psychological. Depression in the elderly is an important public health issue, as it is the most common mental disorder of the elderly and has a significant impact on the welfare and quality of life. Often escapes early diagnosis by specialists and not adequately treated. This mental disorder is likely to occur alone or coexist with any other chronic illness, always affecting the quality of life of older diseased. Older people also experience, extreme anxiety, which leads to depression and mental pain.

In this work we attempt to define the concept of pain and detection of psychological disorders in old age people. Also, an attempt is made to find correlations between pain and psychological disorders identified through research conducted in Open Care Centers of the Municipality of Patras. Three questionnaires were administered to 106 persons in 3 Open Care Centers of Patras.

Keywords: depression, psychological disorders, pain, old age

Κεφάλαιο 1: Ο πόνος στην Τρίτη ηλικία

1.1 Τρίτη ηλικία

Τα γηρατειά είναι ένα φυσικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλα τα έμβια όντα. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί μια πολυπαραγοντική διαδικασία έκπτωσης της λειτουργικότητας των κυττάρων και σχετίζεται με αλλαγές στη σύνθεση του σώματος, τη φυσική δραστηριότητα και γενικότερα τη λειτουργία των οργάνων του ατόμου. Το γήρας σχετίζεται άμεσα με την χρονολογική ηλικία, όπου ένα άτομο μετά την ηλικία 60 έως 65 εισχωρεί στην ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων (Παγοροπούλου, 2000).

Με την πάροδο του χρόνου ο οργανισμός το ανθρώπου φθίνει. Παρατηρείται απώλεια των ελαστικών ιστών που προκαλεί ρυτίδες στο δέρμα. Το τριχωτό της κεφαλής αραιώνει και ασπρίζει, ο ρυθμός ανάπτυξης των νυχιών επιβραδύνεται. Αλλαγές συμβαίνουν σε όλα τα συστήματα του οργανισμού, όπως αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, ουροποιητικό, γαστρεντερικό, μυοσκελετικό, ενδοκρινικό. Παράλληλα δημιουργούνται και αρκετά προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, οστεοπόρωση, ακράτεια, κινητικά προβλήματα, προβλήματα όρασης και ακοής, νόσος Πάρκινσον, κ.α. Οι ηλικιωμένοι βιώνουν και έντονο πόνο, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο οποίος μπορεί να είναι ψυχολογικός ή σωματικός.

Επιπρόσθετα, με την πάροδο του χρόνου, δημιουργούνται αρκετές ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους. Οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται στην αλλαγή συναισθημάτων που βιώνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Για παράδειγμα, νιώθουν έντονη θλίψη από την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων ή λόγω συνταξιοδότησης. Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή, σε αυτή την ηλικία, είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Συχνές ψυχικές διαταραχές στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αποτελούν επίσης η άνοια και η νόσος Αλζχάιμερ (Παγοροπούλου, 2000).

1.2 Εννοιολογική προσέγγιση του πόνου

Ο πόνος αποτελεί μια δυσάρεστη εμπειρία, αισθητική και συναισθηματική, λόγω διεργασιών που ξεκινούν από ένα βλαπτικό ερέθισμα ή μια νόσο στην οποία συμμετέχει το νευρικό σύστημα. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο βιολογικό σύμπτωμα και προκαλεί μεγάλη οδύνη. Συγκεκριμένα, πρόκειται για μια εμπειρία που βιώνουν όλοι οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του πόνου, αναφέρεται η ύπαρξη κλασικών, καθώς και εναλλακτικών μεθόδων. Οι εναλλακτικές θεραπείες προσεγγίζουν την τον ίδιο τον ασθενή ως ύπαρξη (Γουλές, 2002).



Εικόνα 1: Αντανάκλαση πόνου (Γουλές, 2002)

Ο πόνος ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μία πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με τους όρους μίας τέτοιας βλάβης (IASP Pain, 1980). Αποτελεί ένα σύμπτωμα παγκοσμίως αναγνωρισμένο και αποτελεί μέρος της υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης είναι κοινός ο τρόπος αντιμετώπισής του όσον αφορά την διαγνωστική, την χειρουργική και την εμπειρική μορφή διαχείρισής του. Η διαχείριση του πόνου στοχεύει στην συνεχή καταστολή του και στη βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής του ασθενούς. Η αντιμετώπιση του πόνου εμφανίζεται παράλληλα με την ύπαρξη του ανθρώπου στη γη και αποτελούσε πάντα ένα πολύπλοκο πρόβλημα. Η πολυπλοκότητα αυτή οδήγησε τις κοινωνίες των ανθρώπων να διερευνούν και να εξελίσσουν συνεχώς τις αντιλήψεις και τις θεωρίες σχετικά με το «από πού έρχεται και πώς φεύγει ο πόνος».

Ο πόνος συχνά έχει καταστροφική επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου. Η αίσθηση του έντονου πόνου μπορεί να χειραγωγήσει τη ζωή του ατόμου, μειώνοντας τα επίπεδα της καθημερινής δραστηριότητας και λειτουργικότητάς του και επιδρώντας αρνητικά στην ικανότητά του για εργασία, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στη συναισθηματική του προσαρμογή. Παράλληλα, η αντίληψη και το νόημα που δίνει το άτομο στον πόνο που βιώνει, μπορεί να επηρεάσει τη συμμόρφωσή του στη θεραπεία (Βασιλάκος, 2008).

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την ικανότητα του ασθενούς να λειτουργεί φυσιολογικά και συνδέεται άμεσα με την κατάθλιψη και το άγχος. Ως εκ τούτου επηρεάζεται αρνητικά και η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις καθημερινές δραστηριότητες. Στην περίπτωση που η κινητικότητα και η ευκαμψία του ατόμου επηρεαστούν είναι πιθανόν να εμφανιστούν στον ηλικιωμένο και τα παρακάτω (Βασιλάκος, 2008):

- Απώλεια κοινωνικών επαφών ή οικογενειακών σχέσεων
- Δυσκολία στο περπάτημα
- Δυσκολία στο κουβάλημα ή στο κράτημα αντικειμένων
- Δυσκολία εκτέλεσης απλών δραστηριοτήτων
- Κακή προσωπική υγιεινή
- Δυσκοιλιότητα ή ακράτεια

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται η σύνδεση των ψυχολογικών παραγόντων με την αίσθηση του πόνου και με την προσαρμογή του ατόμου σε αυτόν, κυρίως όταν είναι επίμονος και χρόνιος.

1.3 Πόνος και Τρίτη ηλικία

Ο αριθμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η αλλαγή στη σύνθεση του πληθυσμού οδηγεί στην αύξηση χρήσης των φορέων υγείας από τους ηλικιωμένους και την αύξηση παροχής φροντίδα υγείας. Τα άτομα γερνούν με διαφορετικούς ρυθμούς, που επηρεάζονται από κληρονομικότητα, τρόπο ζωής, συγκινησιακή ευεξία, οργανική υγεία, θρεπτική κατάσταση και πολλά άλλα χαρακτηριστικά τους. Η διεργασία γήρατος αρχίζει από την ώρα της γέννησης και συνεχίζεται ως τον θάνατο. Καθώς το άτομο μεγαλώνει, τη διεργασία του γήρατος συνοδεύουν φυσιολογικές οργανικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές είναι μοναδικές για κάθε άτομο και οφείλονται στην αυξημένη απώλεια κυττάρων από τον εγκεφαλικό ιστό, κυρίως από τον μετωπιαίο και τον κροταφικό λοβό. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιες από αυτές τις μεταβολές.

- Παρατηρούνται μεταβολές στον ύπνο, ο οποίος παύει να είναι βαθύς.
- Μεταβολές παρατηρούνται στο μυοσκελετικό σύστημα των ηλικιωμένων, οι οποίες οφείλονται στη μείωση της μάζας των οργάνων και στην εκφύλισή τους. Πιο συγκεκριμένα, τα οστά παρουσιάζουν ελάττωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών, οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λεπτύνονται ή και καθιζάνουν. Τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα, το ύψος μειώνεται και δημιουργείται κύφωση. Οι αρθρώσεις χάνουν την ελαστικότητα τους, εξαιτίας της προοστεαρθριτιδικής εκφύλισης που υφίστανται οι αρθρικοί χόνδροι. Οι μύες μειώνονται σε μέγεθος και δύναμη με την ηλικία και μειώνεται η ελαστικότητα, η συσταλτικότητα και ο τόνος τους.
- Οι μεταβολές στο συντονισμό, μαζί με τις μεταβολές στο μυοσκελετικό, συχνά συμβάλουν στη διαταραχή της βάδισης. Ελαττώνονται και οι λεπτές κινήσεις.

Ο χρόνιος πόνος είναι συχνός ανάμεσα στους ηλικιωμένους και αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Η αποτελεσματική αντιμετώπισή του πόνου στα άτομα αυτά αποτελεί σήμερα πρόκληση καθώς είναι λιγότερο πιθανό να επιτευχθεί ανακούφιση του πόνου με την εφαρμοζόμενη θεραπεία, σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες. Αυτό διότι οι ηλικιωμένοι έχουν πολλά και διαφορετικά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα. Ο στόχος της αντιμετώπισης του πόνου στην κατηγορία αυτή των ασθενών είναι η βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και η επίτευξη της μεγαλύτερης ανακούφισης του πόνου, με τις λιγότερες δυνατές ανεπιθύμητες ενέργειες.

1.4 Εκτίμηση του πόνου

Ο πόνος είναι διαφορετικός και μοναδικός για κάθε άτομο και αποτελεί μια πολυδιάστατη εμπειρία. Η αίσθηση του πόνου επιδρά στην λειτουργικότητα, την συναισθηματική κατάσταση και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αποτελεί συχνό πρόβλημα στα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπου ο επίμονος ή ενοχλητικός πόνος επηρεάζει μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων.

Κατά τη διάρκεια της εξέτασης ενός μεγαλύτερου ηλικιακά ατόμου, είναι πιθανό να υπάρξουν κάποια εμπόδια στην εκτίμηση πόνου. Βάσει προηγούμενων ερευνών σχετικά με την εκτίμηση του πόνου σε ηλικιωμένα άτομα, παρατηρούνται αντικρουόμενες απόψεις για τη μεταβολή της αντίληψης του πόνου στα άτομα αυτά. Ο πόνος μπορεί να αντιλαμβάνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο ή μπορεί η ευαισθησία τους στον πόνο να είναι διαφορετική. Η ελαττωμένη ευαισθησία στον πόνο δεν σημαίνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα που το αναφέρουν αισθάνονται λιγότερο πόνο. Υπάρχει πιθανότητα το παθολογικό υπόστρωμα των ατόμων αυτών να είναι μεγαλύτερο. Επίσης, η έκφραση και η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται και από πολλούς ψυχολογικούς παράγοντες σχετικούς με την ηλικία, όπως για παράδειγμα η απώλεια οικογένειας και των φίλων, η απώλεια ανεξαρτησίας, η παραμέληση, η συνταξιοδότηση, κ.α.

Η εκτίμηση του πόνου εξαρτάται και από τις διαφορές που σχετίζονται με την ηλικία στους ψυχολογικούς παράγοντες του πόνου, όπως διαφορετικές απόψεις για

τον πόνο, στρατηγικές συνεργασίας, λανθασμένη ερμηνεία των συμπτωμάτων. Η σωστή αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερές ιστορικό, αντικειμενική εξέταση και διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσης πρέπει να περιλαμβάνει και χρήση ειδικών εργαλείων εκτίμησης του πόνου.

Η γήρανση προκαλεί τεράστιες αλλαγές στον οργανισμό του ατόμου. Οι αλλαγές αυτές επιφέρουν μεταβολές στη χορήγηση των φαρμάκων, περιορίζοντας τις ενδείξεις τους και αυξάνοντας τον κίνδυνο παρενεργειών. Οι φυσιολογικές αλλαγές που προκαλούνται στους ηλικιωμένους αφορούν στην καρδιαγγειακή λειτουργία, το νευρικό σύστημα, τη νεφρική, πνευμονική, ηπατική και εντερική λειτουργία. Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων, της τάξεως 50-65%, πάσχουν από κάποια στεφανιαία νόσο. Κάθε έτος που περνά, μετά την ηλικία των 30 ετών, παρατηρείται αλλαγή στο καρδιαγγειακό σύστημα. Το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών, επίσης, επηρεάζεται αρκετά με την αύξηση της ηλικίας. Η επιδείνωση αυτή είναι πιθανόν να επιταχυνθεί από την εμφάνιση του πόνου και από τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Επιπρόσθετα, επηρεάζεται και η νεφρική λειτουργία, όπου προκαλείται μείωση της κάθαρσης και του μεταβολισμού των χορηγούμενων φαρμάκων. Τα γηρατειά προκαλούν ευαισθησία και στο αναπνευστικό σύστημα. Η λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος των ηλικιωμένων είναι φυσιολογική με εξαίρεση την ευαισθησία που παρουσιάζεται σε έλκη. Τέλος, παρατηρείται ότι η μείωση της καρδιακής παροχής προκαλεί μείωσης της ηπατικής ροής αίματος και μείωση του μεταβολισμού των φαρμάκων από το ήπαρ.

Πρέπει, λοιπόν, να παρακολουθούνται τα συνυπάρχοντα προβλήματα του ηλικιωμένου ατόμου, η φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί και οι αλληλεπιδράσεις, ώστε να αποφευχθούν τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες που πιθανόν να παρουσιαστούν από την ταυτόχρονη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων στα άτομα αυτά.

1.5 Πόνος και κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία

Ο χρόνιος πόνος συνδέεται με την κατάθλιψη και το άγχος. Ο πόνος μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άγχος στου ηλικιωμένους ασθενείς, αλλά ενδέχεται να

καθυστερεί και την υποχώρησή τους. Σχετική έρευνα υλοποιήθηκε πρόσφατα από τη γιατρό Mavandadi του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανίας στη Φιλαδέλφεια και δημοσιεύτηκε σε ένα από τα καλύτερα περιοδικά, το “Journal of American Geriatric Psychiatry”. Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η αναφορά σε αυτή τη σχετική έρευνα, για καλύτερη κατανόηση του θέματος και των στόχων της παρούσας εργασίας. Στα πλαίσια της έρευνας αυτής συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 524 καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς και εξετάστηκαν οι επιπτώσεις του πόνου, σε σχέση με την υποχώρηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από την οποία υπέφεραν. Μελετήθηκαν και άλλοι παράγοντες, όπως η ένταση του πόνου των ηλικιωμένων καταθλιπτικών ασθενών, το κατά πόσο εμποδίζει τις καθημερινές τους ασχολίες καθώς και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, αρχικά σε 3 μήνες, εν συνεχεία σε 6 μήνες και τέλος σε 12μήνες από την έναρξη της έρευνας. Οι ασθενείς και των δυο ομάδων της έρευνας παρουσίασαν βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Η κάθε ομάδα ακολούθησε αγωγή για το πρόβλημα της κατάθλιψης επισκεπτόμενη ειδικούς διαφορετικών ιδρυμάτων. Ωστόσο ο χρόνιος πόνος φάνηκε να καθυστερεί την υποχώρηση της κατάθλιψης. Ο πόνος που επηρέαζε τις καθημερινές λειτουργίες του ατόμου είχε μεγαλύτερη βαρύτητα ως προς τη βελτίωση της κατάθλιψης σε σχέση με την ένταση του πόνου. Είναι πιθανό ο πόνος να εμποδίζει τον ασθενή από το να εστιάσει στη συνέχιση της φαρμακευτικής του αγωγής για την κατάθλιψη ή να τον αποτρέψει από το να επισκεφτεί το γιατρό του. Όπως φαίνεται από την έρευνα, επειδή στους ηλικιωμένους πολλές φορές συνυπάρχει η κατάθλιψη με τον πόνο, χρειάζεται σε αυτούς που ακολουθούν αντικαταθλιπτική αγωγή να γίνεται τακτικά αξιολόγηση της έντασης του πόνου ή άλλων ασθενειών που μπορεί να συνυπάρχουν και να καθιστούν δυσκολότερη την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (Βασιλάκος, 2008).

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά οι ψυχικές διαταραχές που προκαλεί το γήρας στα άτομα και κυρίως η ανάλυση της κατάθλιψης και του άγχους.

Κεφάλαιο 2: Ψυχολογικές διαταραχές ηλικιωμένων

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση ψυχικής διαταραχής

Μια από τις πιο σημαντικές ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων είναι αυτή της κατάθλιψης. Ο όρος ψυχική διαταραχή περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που έχουν σχέση με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών. Ανάλογα διακρίνονται σε πολλές διαγνωστικές κατηγορίες.

Οι ηλικιωμένοι στη χώρα μας, έγραψαν τη δικιά τους ιστορία, με τη δύναμη και το ένστικτό τους, αποδεικνύοντας ότι η γεροντική κατάθλιψη, δεν είναι φυσικό επακόλουθο των γηρατειών. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων όμως, βιώνει τα γηρατεία με απόγνωση. Αυτό οδηγεί την κατάθλιψη στην κορυφή των ψυχικών διαταραχών στους ηλικιωμένους (Παγοροπούλου, 2000).

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή του συναισθήματος με ανησυχητικά αυξανόμενη επίπτωση στο δυτικό κόσμο και μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, με εκδηλώσεις τόσο από το κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και από την περιφέρεια. Τα συναισθήματα, όπως συμβαίνει και με την αντίληψη και τη δράση, ελέγχονται από ειδικά νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Γίνεται εμφανές ότι η διεκπεραίωση του συναισθήματος είναι απόρροια αλληλεπίδρασης περιφερικών και κεντρικών παραγόντων, που ενορχηστρώνονται από εκτεταμένα δίκτυα εγκεφαλικών κέντρων (Χατζάκη, 2007).

Ο καθένας που πάσχει από κατάθλιψη έχει τη δική του ατομική ιστορία. Οι ιστορίες αυτές είναι μοναδικές αλλά έχουν μια κοινή πλοκή. Για την καλύτερη κατανόηση της ιστορίας της κατάθλιψης, πρέπει αρχικά να αντιλαμβάνεται κανείς τον τρόπο που λειτουργούν τα ανθρώπινα πλάσματα σε κάθε στιγμή του βίου τους και να γνωρίσει κανείς ότι κανένας άνθρωπος δεν έχει ακριβώς τις ίδιες εμπειρίες με ένα άλλον, για αυτό ποτέ δεν βλέπει τα πράγματα με τον ίδιο ακριβώς τρόπο.

Ο ορισμός της κατάθλιψης δεν πρέπει να παραλείπει τα λειτουργικά κριτήρια, τα οποία τονίζει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2000) στο οδηγό της, γνωστό ως DSM-IV. Κριτήρια είναι το έντονο συναίσθημα θλίψης, η έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος, η έκπτωση φυσικής ή ψυχοφυσιολογικής ή ψυχολογικής λειτουργίας και τέλος η διάρκεια ή η ένταση των συμπτωμάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω κριτήρια, κατάθλιψη ορίζεται εκείνη η κατάσταση του ασθενή, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πιο έντονο από αυτό της μελαγχολίας. Παράλληλα η κατάστασή του, δεν επηρεάζεται θετικά από ένα ευχάριστο γεγονός, κάτι που υποβαθμίζει τη λειτουργικότητά του και μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια (Παγοροπούλου, 2000).

2.2 Μορφές της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη πλήττει τους ηλικιωμένους ως προς το συναίσθημα, τη νόηση, το περιεχόμενο σκέψης, κοινωνική λειτουργικότητα και ως προς τους βιολογικούς ρυθμούς. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα μιας άλλης ψυχική ή μη διαταραχής. Η κατάθλιψη διακρίνεται σε (Παγοροπούλου, 2000):

- Μείζον κατάθλιψη
- Έλασσον κατάθλιψη
- Δυσθυμία
- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- Μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή
- Οργανική διαταραχή διάθεσης
- Διπολική διαταραχή
- Αγγειακή κατάθλιψη

Η μείζων κατάθλιψη είναι μια σοβαρή διαταραχή που διαβρώνει σημαντικά τον ψυχισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου και που βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια. Πρέπει να εμφανίζονται τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα κατάθλιψης τα οποία αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω, με διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Συχνά ονομάζεται και μονοπολική η κατάθλιψη αυτή. Μερικά από τα σημαντικότερα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια του ενδιαφέροντος, η μείωση της ευχαρίστησης, η αλλαγή στην όρεξη και στο βάρος, αϋπνία, η ψυχοκινητική ανησυχία, η κόπωση, η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, η συχνές σκέψεις θανάτου. Η κατάταξη της μείζων κατάθλιψης ανάλογα με τη χρονική παράμετρο είναι:

- (α) μοναδικό επεισόδιο, όταν υπάρχει μόνο ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή του ασθενούς,
- (β) υποτροπιάζουσα, όπου συνυπάρχουν δύο ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια στη ζωή του ασθενή,
- (γ) χρόνια, όπου η διάρκεια της κατάθλιψης είναι τουλάχιστον δυο χρόνια,
- (δ) εποχιακή κατάθλιψη, δηλαδή υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη, με τα επεισόδια να σχετίζονται με τις αλλαγές των εποχών με συχνότερη την εμφάνιση το φθινόπωρο και την αρχή του χειμώνα.
- (ε) επιλόχεια, η οποία ξεκινά μετά τον τοκετό και μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή.
- (στ) διπλή κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται σε ασθενή που πάσχε από δυσθυμία, μια μεγαλύτερης διάρκειας κατάθλιψη.

Η κατάταξη ανάλογα με την ένταση και την ποιότητα των συμπτωμάτων είναι:

- (α) μελαγχολική, πρόκειται για τη βαρύτερη μορφή κατάθλιψης με έντονα συμπτώματα, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά.

(β) ψυχωτική, με κλινική εικόνα ιδιαίτερα σοβαρή. Συνυπάρχουν περισσότερα από δύο ψυχωτικά συμπτώματα όπως ακουστικές ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, κ.α.

(γ) άτυπη, που εμφανίζει άτυπα χαρακτηριστικά όπως η υπερφαγία, η υπερυπνία, η υπερευαισθησία στην κριτική και η υποχώρηση του καταθλιπτικού συναισθήματος όταν συμβαίνουν ευχάριστα γεγονότα στη ζωή του ασθενούς.

(δ) κατατονική, μια βαριάς μορφής κατάθλιψη, όπου ο ασθενής δεν αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Κάποιες άλλες καταθλιπτικές διαταραχές είναι η δυσθυμία, η ελάσσων κατάθλιψη, η βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη, η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, η διαταραχή προσαρμογής με κατάθλιψη με καταθλιπτικά συμπτώματα ποικίλης έντασης, η καταθλιπτική ψευδοάνοια, η αγχώδης κατάθλιψη με έντονη παρουσία του άγχους μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Επίσης, υπάρχει και δευτεροπαθής κατάθλιψη.

Τέλος, αναφέρεται ότι αρκετά καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν συχνά μέρος άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Ο όρος διπολική αναφέρεται στους δύο αντίθετους συναισθηματικούς πόλους ή καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στην πορεία της διαταραχής. Η μία είναι η καταθλιπτική φάση, ενώ η άλλη είναι μια κατάσταση παθολογικά ανεβασμένης διάθεσης, ευφορίας. Αναλόγως με το μέγεθος της τελευταίας (καθώς και κάποιων άλλων κριτηρίων) αναφερόμαστε σε μανία (Διπολική Ι) ή υπομανία (Διπολική ΙΙ). Η σχιζοφρένεια έχει καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται σε περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Η κυκλοθυμική διαταραχή έχει καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής ως μέτριας έντασης σε εναλλαγή με υπομανιακά επεισόδια για τουλάχιστον δυο χρόνια (Ευσταθίου, 2011).

2.3 Συμπτωματολογία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Αν και η κλινική κατάθλιψη εκδηλώνεται συνήθως κατά την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της πρώτης παιδικής. Η εικόνα ποικίλει από άτομο σε άτομο και αναλόγως της ηλικίας, όμως τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης υπάρχουν σε κάθε επεισόδιο. Οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που πάσχουν περισσότερο από κατάθλιψη, είτε λόγω απώλειας κάποιου στενού τους προσώπου, είτε λόγω υγείας, κάποιας εγχείρησης. Παρακάτω αναφέρονται κάποια σημαντικά συμπτώματα της κατάθλιψης, με παραδείγματα περιπτώσεων ηλικιωμένων ατόμων.

Αρχικά, ως πρώτο σύμπτωμα αναφέρεται η έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης στις καθημερινές δραστηριότητες που παλαιότερα ευχαριστούσαν τα ηλικιωμένα άτομα, όπως για παράδειγμα να ντυθεί όμορφα, να μαγειρέψει, να πάει μια βόλτα με τα εγγόνια του, κ.α.

Η καταθλιπτική διάθεση κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας και σχεδόν κάθε ημέρα είναι ένα άλλο σύμπτωμα που παρουσιάζεται. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να κλαίει συχνά και να φαίνεται συνέχεια στεναχωρημένος. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή.

Η διαταραχή του ύπνου, η οποία μπορεί να έχει διάφορες μορφές. Για παράδειγμα κάποιοι ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί και δεν ξανακοιμούνται (Χριστοδούλου, 1998).

Η εμφάνιση διαταραχών στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής είναι πιθανόν να χάσει πάνω από 5 κιλά το μήνα. Υπάρχουν και ασθενείς στους οποίους προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή η υπερφαγία.

Παρατηρείται επίσης, απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη, δηλαδή απώλεια στη διάθεση για σεξ. Παραδείγματος χάρη μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση.

Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται συνεχώς κουρασμένος και συχνά κάθεσαι σε μια καρέκλα χωρίς να κάνει τίποτα. Αντίθετα, υπάρχουν ασθενείς με έντονη ανησυχία και άγχος. Ο καταθλιπτικός συχνά θεωρεί ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του και ότι όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό.

Ένα άλλο σύμπτωμα που εμφανίζεται συχνά είναι η ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής θεωρεί ότι η άσχημη κατάσταση που βιώνει θα αλλάξει πολύ δύσκολα. Συχνά ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που παίζουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 1998) .

Επίσης, ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

Αρκετοί ασθενείς με κατάθλιψη εμφανίζουν και σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.α. Τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη (Marschall, 2009).

Σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, όταν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει πάνω από τέσσερα τέτοια συμπτώματα, για περισσότερο από δύο εβδομάδες, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και ανάγκη για περεταίρω εξετάσεις.

2.4 Εμφάνιση της κατάθλιψης

Ο άνθρωπος μέσα σε αυτό το χαώδη κόσμο που επικρατεί σήμερα, προσπαθεί πέρα από την εξασφάλιση των υλικών αγαθών, να διατηρήσει μια καλή σχέση με τον ίδιο του τον εαυτό και με το περιβάλλον γύρω του. Η έναρξη της οικονομικής κρίσης επιβαρύνει την κατάσταση και προκαλεί την εμφάνιση συναισθημάτων άγχους και ανασφάλειας που οδηγούν στη μελαγχολία. Η ανάγκη για ανθρώπινη επαφή γίνεται πιο επιτακτική από ποτέ, όπως επίσης και η ανάγκη για εύρεση ισορροπίας στην καθημερινότητα. Η κατάθλιψη αποτελεί μια όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή, που παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα κλινικών τύπων και κατηγοριών.

Όποιος πάσχει από κατάθλιψη, πρέπει να γνωρίζει ότι δεν είναι μόνος. Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα. Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του και κυρίως κατά την τρίτη ηλικία. Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, εκτιμάται να επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική, που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια πάθηση. Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα αναρριχηθεί στην δεύτερη θέση της κατάταξης. Μελέτες δείχνουν ότι το 15 - 20% των ηλικιωμένων παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, στους διαζευγμένους και στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάσχουν από κατάθλιψη 550 χιλιάδες άτομα.

Παρόλα αυτά η κατάθλιψη των ηλικιωμένων θεωρείται παραμελημένη νόσος, ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκδηλώνεται με ελαφρά, ήπια ή σοβαρά κλινικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη πλήττει μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων, αλλά δεν αναγνωρίζεται ως ευδιάκριτη διαταραχή και συνεπώς δεν θεραπεύεται. Κατάθλιψη μπορούν να εμφανίσουν όλοι οι ηλικιωμένοι, ανεξάρτητα αν νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο, αν είναι τρόφιμοι κάποιου οίκου ευγηρίας ή γηροκομείου, αν ζουν αυτόνομοι ή στο σπίτι κάποιου συγγενικού προσώπου. Πιο

συχνή είναι η εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας που πάσχουν και από κάποια άλλη χρόνια ασθένεια. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόλις το 20% αυτών που νοσούν, προστρέχουν σε βοήθεια και λαμβάνουν κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Παγοροπούλου, 2000).

Οι επιπτώσεις από τη μη αντιμετώπιση της νόσου είναι μακροπρόθεσμες, με πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου και αδυναμία φροντίδας του εαυτού του. Παράλληλα χάνει τη δυνατότητα συνεισφοράς που είχε όταν ήταν υγιής, όπως για παράδειγμα, να φροντίζει το εγγόνι του.

Ο καταθλιπτικός συχνά σωματοποιεί την ψυχική του διαταραχή, με αποτέλεσμα να νοιώθει πόνους και ενοχλήσεις στο σώμα του. Μακροπρόθεσμα, ο ηλικιωμένος που πάσχει από μια ψυχολογική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη, γίνεται βάρος για την οικογένεια του και χρήζει φροντίδας είτε ιατρικής, είτε νοσηλευτικής.

Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Η κατάθλιψη είναι η νόσος που συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Κάθε ενάμιση λεπτό της ώρας ένα άτομο οδηγείται στο θάνατο αυτοκτονώντας, ενώ οι απόπειρες που δεν καταλήγουν στο θάνατο είναι πολλαπλάσιες (Μενεδιάτου, 2012).

2.5 Παράγοντες της κατάθλιψης

Τόσο οι ψυχολογικοί όσο και οι βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Στους πρώτους περιλαμβάνονται η μοναξιά, χηρεία, ο κοινωνικός και οικονομικός αποκλεισμός, η απώλεια οικείων και φίλων, το πένθος, η παρουσία οξείας ή χρόνιας νόσου και αναπηρίας, η εξάρτηση, κτλ. Οι ψυχολογικοί αυτοί παράγοντες μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση της νόσου σε άτομα με ευαισθησία στην κατάθλιψη. Στους δεύτερους περιλαμβάνονται οργανικοί παράγοντες που ενισχύουν την κατάθλιψη, όπως η λήψη φαρμακευτικών

ουσιών ή σωματικές παθήσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης όπως θυρεοειδής, νόσος Πάρκινσον, αγγειακή νόσος, συστηματικός ερυθματώδης λύκος κ.α.

Παράγοντες κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα είναι η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια νοσήματα και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες. Η απώλεια και η βίωσή της είναι η πιο χαρακτηριστική ψυχολογική πραγματικότητα της γήρανσης. Η έλευση του γήρατος τείνει να συνεπιφέρει τις περισσότερες φορές απώλεια της εργασίας, μειωμένο κοινωνικό γόητρο, επισφαλή υγεία, περιορισμένα οικονομικά εισοδήματα και θανάτους μεταξύ των μελών της οικογένειας, ειδικότερα των συντρόφων αλλά και των φίλων. Τα κρίσιμα αυτά γεγονότα ή στρεσογόνοι παράγοντες που συνοδεύουν τα γηρατειά αποτελούν, αναμφισβήτητα, παράγοντες κινδύνου για την εύθραυστη υγεία των ηλικιωμένων. Η ανασφάλεια, η αίσθηση απώλειας του ελέγχου της ζωής, το χρόνιο άγχος και η έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισής του, συνηγορούν στη μείωση των αμυντικών μηχανισμών των ηλικιωμένων, βυθίζοντάς τους ακόμη πιο βαθιά στην υπαρξιακή απελπισία.

Η αισιοδοξία, η θετική άποψη για τη ζωή και η αίσθηση πληρότητας που μπορεί να προέλθει από τον απολογισμό μιας ισορροπημένης ζωής μάχονται των αρνητικών συναισθημάτων και φαίνεται πως δρουν προστατευτικά για την υγεία. Ο θυμός, η εχθρότητα, η διαρκής ανησυχία και η καταπιεσμένη έκφραση των συναισθημάτων, αποτελούν στοιχεία μιας προσωπικότητας που δεν μπορεί να αμυνθεί στις συνθήκες ζωής και αγχώνεται συνεχώς.

Η κοινωνική απομόνωση και έλλειψη κοινωνικής στήριξης δεν θα μπορούσαν να λείπουν από μια προσπάθεια σκιαγράφησης της ψυχολογίας του γήρατος. Όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από συντροφικότητα, παρηγοριά, στήριξη και κυρίως οι ηλικιωμένοι που γνωρίζουν πως είναι να χάνεις αγαπημένα πρόσωπα. Την απώλεια ακολουθεί και η αίσθηση της μοναξιάς, καθώς και ο φόβος και η απομόνωση.

2.6 Άγχος και Τρίτη ηλικία

Στο σημείο αυτό είναι ανάγκη να επισημανθεί η δυσκολία της ψυχολογικής προσέγγισης στην έρευνα λόγω της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης. Είναι σχεδόν ακατόρθωτο να μιλήσει κανείς για την κατάθλιψη ως μία έννοια ξέχωρη από τη μοναξιά, το συναισθηματικό άγχος, το αίσθημα απώλειας του ελέγχου, την απελπισία, που μπορεί να προηγούνται, να συνυπάρχουν ή και να έπονται της κατάθλιψης. Από τη μια πλευρά, υπάρχει σημαντική συσχέτιση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ τους. Από την άλλη, ο ίδιος ο όρος κατάθλιψη, χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και στη βιβλιογραφία, εναλλακτικά, για να περιγράψει το σύμπτωμα, το σύνδρομο, ή τη νόσο. Πιθανότατα αυτός να είναι και ένας λόγος που η έρευνα στον τομέα αυτό αν και αρκετά ελκυστική μοιάζει τόσο συγκεχυμένη.

Κορυφαίοι ερευνητές στο τομέα της επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στην καρδιαγγειακή υγεία φαίνεται να χρησιμοποιούν τον όρο ψυχοκοινωνικό στρες για να συμπεριλάβουν τόσο τη διαταραχή στο συναίσθημα όσο και όλους τους άλλους ψυχολογικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Στόχο αποτελεί η όσο το δυνατόν πληρέστερη απόδοση του ψυχολογικού προφίλ του ατόμου.

Κεφάλαιο 3: Επιπτώσεις και αίτια κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

3.1 Επιπολασμός κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια διακύμανση στη διάθεση ή ένα συναίσθημα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει μετά από μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατο, ή ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες, ή μια δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και τέλος μπορεί να αποτελεί μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο (Παγοροπούλου, 2000).

Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η κατάθλιψη. Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους. Λόγω της μεγάλης αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης στον αναπτυγμένο κόσμο, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ήδη αποτελεί, και στο μέλλον όλο και περισσότερο θα αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας.

Στις ηλικίες άνω των 65 ετών η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και εκτιμάται να επηρεάζει ένα στα επτά άτομα. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι η γεροντική κατάθλιψη είναι μία από τις πιο υπο-διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες παθήσεις (Στυλιανοπούλου, 2010).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι κυρίως το γυναικείο φύλο, η νοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία. Στην Ελλάδα οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών έχουν καταδείξει ποσοστά που κυμαίνονται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ο επιπολασμός για όλη τη ζωή της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους στην κοινότητα κυμαίνεται από 1 έως 4%, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από 8 έως 16% και της δυσθυμίας προσδιορίζεται περί το 2%. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης βρίσκεται αυξημένος σε πλαίσια πρωτοβάθμιας σε ποσοστό 5% του πληθυσμού και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε ποσοστό 11% καθώς και σε πλαίσια μακράς νοσηλείας σε ποσοστό 12% (Hughes, 2000).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι κυρίως το γυναικείο φύλο, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία. Στην Ελλάδα οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών έχουν καταδείξει ποσοστά που κυμαίνονται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στην Ελλάδα, έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού και της επικράτησης της κατάθλιψης σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας/ μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12%, ενώ η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται από 29,9% ως 33% και στους άνδρες από 19,6% ως 20%. Άλλη έρευνα σε άτομα που προσέρχονταν στα τακτικά ιατρεία ενός Κέντρου Υγείας, η καταθλιπτική συμπτωματολογία αναγνωρίστηκε σε ποσοστό 15,38% στις γυναίκες και 7,37% στους άνδρες.

Σημαντικός αριθμός ερευνών έχει, επίσης, πραγματοποιηθεί σε πληθυσμούς ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Οι έρευνες αυτές έχουν καταδείξει ποσοστά ανησυχητικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που κυμαίνονταν από 6% έως 39,4%. Πιο συγκεκριμένα, ως προς το φύλο, και στους πληθυσμούς αυτούς, οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο επιβαρυνμένες από τους άνδρες: 30% των γυναικών παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη και 10%, σοβαρή (Στυλιανοπούλου, 2010). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες ήταν 16% και 6%. Η πιο πρόσφατη μελέτη είναι αυτή της Μπαμπάτσικου, η οποία διερεύνησε την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σε αστική περιοχή της Ελληνικής επικράτειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών, σε εννέα Κ.Α.Π.Η. του

νομού Αττικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν 33,6% «μέτρια» και 12,25% «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν, στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης σε τριπλάσιο ποσοστό 18,4%, συγκριτικά με τους άνδρες 6,1% (Στυλιανοπούλου, 2010).

Στην Ευρώπη ο επιπολασμός της κατάθλιψης κυμαίνεται γύρω στο 13 % του γενικού πληθυσμού για γυναίκες και το 8 % για τους άντρες. Έρευνες δείχνουν ότι ο επιπολασμός συσχετίζεται θετικά με την ηλικία, με αποτέλεσμα όταν αυξάνεται η ηλικία, να αυξάνεται και η παρουσία κατάθλιψης. Το γήρας από μόνο του δεν είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση και ανάπτυξη κατάθλιψης. Οι θετικές συσχετίσεις που προκύπτουν από έρευνες, προκύπτουν από τα αυξημένα προβλήματα υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, τα οποία αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η κατάθλιψη συνυπάρχει με κάποια χρόνια νοσήματα. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας που πάσχουν και από άλλα χρόνια νοσήματα παρουσιάζεται συνδυαστικά με κάποιες άλλες συμπεριφορές όπως, μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη συγκέντρωση, συναισθήματα απελπισίας (Στυλιανοπούλου, 2010).

Συνεπώς, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα κατάθλιψης, τις κατηγορίες και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Κυρίως δε, σε ασθενείς ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Σημαντικός, λοιπόν, ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων και απαραίτητη η σωστή εκπαίδευσή τους.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αληθινό ποσοστό καταθλιπτικής νόσου, ικανής να απαντήσει σε θεραπευτικά μέσα στην τρίτη ηλικία, κυμαίνεται γύρω στο 10-15% των ατόμων άνω των 60-65 ετών, που ζουν στην κοινότητα, ενώ οι μείζονες λεγόμενες καταθλίψεις, εξ ορισμού ενδογενείς και σοβαρότερες, είναι σπανιότερες στην τρίτη ηλικία σε σύγκριση με νεότερες ηλικίες. Το ποσοστό τους ανέρχεται στο 3% περίπου, ενώ για τις μέσες και νέες ηλικίες το ποσοστό τους υπολογίζεται γύρω στο 10% (Στυλιανοπούλου, 2010).

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως : δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου.

Τέλος, σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτά τα ιδρύματα.

Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι :

1. Η δυσκολία στην αναγνώριση και στην διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισής της στους ηλικιωμένους
2. Η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων
3. Η υποτίμηση της συχνότητας εμφάνισης

Η επίπτωση αναφέρεται στον αριθμό των νέων περιπτώσεων κατάθλιψης που εμφανίζονται σε έναν πληθυσμό, μια δεδομένη στιγμή και παρατηρείται αύξηση τα τελευταία χρόνια στους ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία. Εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους φαίνεται να είναι το φύλο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η φτωχή υγεία, η χηρεία, η ανικανότητα, η προγενέστερη κατάθλιψη και η ηλικία. Από την άλλη πλευρά, προστατευτικοί

παράγοντες στη γεροντική κατάθλιψη αποτελούν η ύπαρξη συζύγου και οικογένειας και το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον, ειδικά με την μορφή φίλων, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η σωματική υγεία και η άσκηση (Στυλιανοπούλου, 2010).

Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αποτελώντας πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία. Το ενθαρρυντικό στοιχείο, όμως, είναι πως η κατάθλιψη ανήκει στα νοσήματα εκείνα που, ακόμα και στις πιο βαριές μορφές τους, αντιμετωπίζονται σε μεγάλο ποσοστό με επιτυχία, αν διαγνωστούν έγκαιρα. Εκτιμάται ότι με την υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης στη θεώρησή της, με συνδυασμό βιολογικών μέσων (φάρμακα), ψυχολογικών θεραπειών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, η γεροντική κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Hughes, 2000).

Από τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών προκύπτει ότι οι πληθυσμοί των ηλικιωμένων που μελετήθηκαν εμφανίζουν υψηλό ποσοστό «μέτριας» και «σοβαρής» κατάθλιψης, αν και παρουσιάζονται σημαντικές διακυμάνσεις στην επικράτηση της γεροντικής κατάθλιψης μεταξύ των ερευνών. Οι διακυμάνσεις αυτές μπορούν να αποδοθούν στα διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, στην ηλικιακή διαβάθμιση των ηλικιωμένων, στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη πληθυσμών, για παράδειγμα αστικός, αγροτικός, γενικός πληθυσμός, πληθυσμός μελών Κ.Α.Π.Η. κ.λπ. Παρόλα αυτά, η τάση που καταγράφουν όλες σχεδόν οι έρευνες είναι ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στις ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, συγκριτικά με τους ηλικιωμένους άνδρες (Στυλιανοπούλου, 2010).

3.2 Αιτιολογία κατάθλιψης σε ηλικιωμένους

Το πρώτο που πρέπει να ξεκαθαρίσουμε είναι ότι δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να εξηγεί την διαταραχή αυτή (όπως συνήθως συμβαίνει και με πολλές άλλες αρρώστιες γενικότερα). Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Η καταθλιπτική διαταραχή θεωρείται ως ένα κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Συνεπώς, η αιτιολογία της κατάθλιψης μπορεί να βασίζεται είτε σε βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές επιδράσεις του ατόμου.

Διαφαίνεται ότι η αιτιολογία της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι πολυπαραγοντική. Σε αντίθεση με την κατάθλιψη νεότερων ηλικιών, γενετικοί παράγοντες και κληρονομικότητα φαίνεται να παίζουν μικρότερο ρόλο στην πρόκλησή της. Μια μεγάλη κατηγορία οργανικών παραγόντων, που ευθύνονται για τη συχνότερη εμφάνισή της, είναι εκείνη που συνδέεται με την ελάττωση συγκέντρωσης και την αλλοίωση του μεταβολισμού και της δράσης των διαφόρων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Επιπλέον είναι γνωστό ότι προδιαθέτει σε κατάθλιψη η διαταραγμένη λειτουργία του υποθάλαμο-υπόφυσο-αδρενεργικού άξονα, στο επίπεδο του οποίου φαίνεται να πραγματοποιείται η συνάντηση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ορισμένες πρόσφατες εργασίες, στηριζόμενες σε τρισδιάστατη μαγνητική τομογραφία και σε λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους, όπως η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής ενός φωτονίου και η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, αποκαλύπτουν, σε άτομα με μετατραυματικό στρες ή διάφορες μορφές κατάθλιψης, την ύπαρξη δομικών αλλαγών του εγκεφάλου.

Όσον αφορά τους εξωγενείς και ψυχογενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες κατάθλιψης, από τους πολυάριθμους τραυματισμούς βιολογικής, υπαρξιακής ή κοινωνικής φύσης, που δέχεται το άτομο της τρίτης ηλικίας, τη μεγαλύτερη επίπτωση

φαίνεται να έχουν η κακή υγεία σε συνδυασμό με την κακή κοινωνική υποστήριξη και την κακή διατροφή. Αντίθετα η μείζων κατάθλιψη ή μελαγχολία δε φαίνεται να εξαρτάται από σαφείς κοινωνικούς και υπαρξιακούς τραυματισμούς.

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

Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της κατάθλιψη είναι για τους συγγενείς πρώτου βαθμού περίπου τριπλάσιος από το γενικό πληθυσμό και για τους συγγενείς δεύτερου βαθμού διπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Επίσης, για τους συγγενείς τρίτου βαθμού ελαφρώς αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η επικρατέστερη, σήμερα, άποψη είναι ότι κληρονομείται μια ευαισθησία για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες.

Σύμφωνα με έρευνες από το έτος 1950, έχουν προκύψει ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ουσίες, μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω την σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή.

Μερικές μη ψυχιατρικές νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.), όπως η νόσος Πάρκινσον, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η

σκλήρυνση κατά πλάκας, οι όγκοι, που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα, εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδοκρινικές διαταραχές (π.χ. υποθυρεοειδισμός), λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα (πνευμονία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, φυματίωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, AIDS), αναιμίες καθώς και όγκοι του γαστρεντερικού (π.χ. καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος) εκδηλώνονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα. Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) και φάρμακα (αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά, αντιυπερτασικά, ορμόνες και νευρολογικά) μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Αρκετοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Από ερευνητικά δεδομένα έχει προκύψει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, η αδυναμία να εκπληρώσουν το γονεϊκό ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στο να αναπτύξει κατάθλιψη στο μέλλον.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως καταλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσικούς για την εμφάνιση της κατάθλιψης- παράγοντες. Τέτοια γεγονότα είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός, θάνατος) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Ο τρόπος, τέλος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αντιλαμβάνονται και αναπαριστούν τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της (Hughes, 2000).

3.3 Αγωγή υγείας

Η κατάθλιψη είναι πολυπαραγοντική νόσος, με πολλά αίτια που πιθανόν την προκαλούν. Η προαγωγή της σωματικής υγείας μπορεί να επιδράσει στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Επίσης, η προαγωγή της κοινωνικής ευεξίας και η προαγωγή της ψυχολογικής ευεξίας στους ηλικιωμένους συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Συνήθως οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να διαχειριστούν τα έντονα συναισθήματα θλίψης που μπορεί να τους επιφέρει η απώλεια κάποιου προσώπου, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονο άγχος και να έχουν καταθλιπτική συμπεριφορά (Αργυρόπουλος, 2012).

Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα προαγωγής υγείας και πρόληψης των νοσημάτων. Οι ηλικιωμένοι μόνο όφελος θα έχουν από αυτά τα προγράμματα, καθώς θα ενημερώνονται για ενέργειες που μπορούν να κάνουν για την διατήρηση της ευεξίας τους. Κάποιες τέτοιες ενέργειες είναι η κατάλληλη διατροφή, κάποιες ασκήσεις, μαζικά προγράμματα διαχείρισης άγχους, δημιουργία συζητήσεων, κ.α. (Hughes, 2000).

Επίσης, καλό είναι να υπάρχει ανάπτυξη σχέσεων με κοινοτικά και κοινωνικά δίκτυα στους χώρους υγείας - πρόνοιας - εκπαίδευσης σε μια χώρα. Οι παρεμβάσεις αυτές θα γίνονται με τη μορφή προγραμμάτων εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης για κάποια ασθένεια ανά νομό. Κάποιες πιθανές ενέργειες που μπορούν να γίνουν είναι (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001):

- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων προσαρμοσμένων στις ανάγκες ενημέρωσης της κοινότητας για την ψυχική υγεία.
- Οργανωμένη συνεργασία με τοπικούς φορείς ώστε να συνεχιστεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση για τα θέματα της ψυχικής υγείας.

- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Δημιουργία ομάδων εθελοντών για την ενεργοποίηση και την συμμετοχή της κοινότητας σε θέματα αποδοχής και επανένταξης ασθενών που διαμένουν στην κοινότητα.
- Οργάνωση εκδηλώσεων πολιτιστικού και κοινωνικού χαρακτήρα με στόχο την κινητοποίηση της κοινότητας σε θέματα πρόληψης στην ψυχική υγεία.
- Λειτουργική διασύνδεση με τα έντυπα που εκδίδονται από τους τοπικούς φορείς της κοινότητας ώστε να αυξηθεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση.
- Συμμετοχή σε εκδηλώσεις της κοινότητας και των τοπικών φορέων.

Σημαντική είναι η οικονομική ενίσχυση των ηλικιωμένων που νοσούν και η ενημέρωσή τους σε περίπτωση που δικαιούνται κάποιο επίδομα κοινωνικής πρόνοιας. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων μπορεί να γίνει και από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο με τη σειρά του, μπορεί να τους παραπέμψει σε κατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες ή σε κάποιες υπηρεσίες κοινωνικής ευημερίας. Είναι πιθανών, τα άτομα της τρίτης ηλικίας να χρειάζονται βοήθεια στη συμπλήρωση των σχετικών εντύπων.

Η υγεία δεν είναι μια κατάσταση στατική, αλλά μια συνεχής διεργασία, η οποία κατά ένα μεγάλο ποσοστό, βασίζεται ή εξαρτάται από τη δυνατότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, το οποίο επίσης συνεχώς μεταβάλλεται. Ένα άτομο θεωρείται υγιές, όταν μπορεί να παραμείνει κοινωνικά, διανοητικά και ψυχικά δραστήριο, ακόμη και όταν υποφέρει από κάποιο ενόχλημα ή παρουσιάζει αδυναμία ή ανικανότητα. Όταν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποδοτικά τις δυνάμεις του και να ξεπεράσει τις αδυναμίες και ελλείψεις του. Εάν αυτό είναι πραγματικότητα για όλα τα άτομα, ισχύει πολύ περισσότερο για τους ηλικιωμένους. Κάθε ηλικιωμένο άτομο που μπορεί να χρησιμοποιεί αποδοτικά και στον καλύτερο δυνατό βαθμό τις δυνατότητές του, ξεπερνώντας τις αδυναμίες του, θεωρείται υγιές.

Η κοινωνική υποστήριξη και η εξατομικευμένη συμβουλευτική βοηθούν στην μείωση των ψυχικών διαταραχών. Η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντικό

προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης και βοηθά τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Οι διεθνείς και περιφερειακοί οργανισμοί, οι τοπικοί παράγοντες της κάθε μιας χώρας, οι ασχολούμενοι με την υγεία, την κοινωνιολογία και την οικονομία, ενδιαφέρθηκαν για τον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των ηλικιωμένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε ειδικά αφιερωμένη στους ηλικιωμένους συνέλευση (Βιέννη 1982), τόνισε αφενός την αναγκαιότητα της συστηματικής ερευνητικής μελέτης και συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων και αφετέρου τις επιπτώσεις της αύξησης του ποσοστού του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Εθνική και Διεθνή Οικονομία και στην κοινωνική και πολιτική ζωή.

Κεφάλαιο 4: Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων

4.1 Εισαγωγή

Το σημαντικότερο στοιχείο κατά τη διάρκεια μέτρησης της ποιότητας ζωής, είναι η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου, το οποίο πρέπει να μετρά τις διαστάσεις της υγείας που σχετίζονται με τον πληθυσμό που θέλει κανείς να μελετήσει (Wilson&Clearly, 1995). Η σωστή επιλογή εργαλείου μέτρησης από έναν ερευνητή εξαρτάται από τους στόχους της έρευνας και από τον πληθυσμό που μελετάται κάθε φορά. Ο σχεδιασμός του εκάστοτε εργαλείου μέτρησης πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις, ώστε τα αποτελέσματα να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Οι προϋποθέσεις αυτές αναφέρονται στη συνέχεια.

Αρχικά, σημαντική είναι η ύπαρξη **αξιοπιστίας** σε ένα εργαλείο μέτρησης ποιότητας. Η αξιοπιστία αυτή αφορά στη σταθερότητα, στην ακρίβεια και στη συνέπεια με την οποία σχεδιάστηκε η κλίμακα μέτρησης των ερωτήσεων της έρευνας. Η αξιοπιστία επηρεάζεται από το δείγμα και από το πρωτόκολλο της μέτρησης. Αφορά στα αποτελέσματα της μέτρησης μιας κλίμακας και όχι την κλίμακα καθαυτή. Επίσης, η αξιοπιστία διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες που αναλύονται παρακάτω (Γκίοςος, 2011):

- Η αξιοπιστία που αξιολογεί την ομογένεια των ερωτήσεων και ορίζεται ως αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας,
- Η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων που αξιολογεί την σταθερότητα των απαντήσεων.
- Η αξιοπιστία εναλλακτικών τύπων. Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιούμε δυο τύπους της ίδιας κλίμακας παράλληλα. Συγκεκριμένα γίνεται εφαρμογή του ενός τύπου και αργότερα του δεύτερου τύπου, αλλά στα ίδια άτομα και εν συνεχεία γίνεται συσχέτιση των βαθμολογιών.

- Η αξιοπιστία των ημίκλαστων που εφαρμόζεται σε περιπτώσεις μη ύπαρξης δυο παράλληλων τύπων. Γίνεται εφαρμογή της κλίμακας μια φορά αλλά βαθμολογούνται ξεχωριστά οι άρτιες από τις περιττές ερωτήσεις.

Επιπρόσθετα, απαραίτητη προϋπόθεση ορθής έρευνας, είναι η ύπαρξη **εγκυρότητας** στο εργαλείο μέτρησης που θα χρησιμοποιηθεί. Η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό που καταφέρνει να μετρήσει τελικά αυτό που σχεδιάστηκε να μετρήσει ένα εργαλείο. Η εγκυρότητα διακρίνεται σε τρεις τύπους που δίνονται παρακάτω (Γκιόσος, 2011):

- Η εγκυρότητα περιεχομένου που αναφέρεται στο βαθμό που η κλίμακα μέτρησης μετρά αυτό για το οποίο σχεδιάστηκε να μετρήσει.
- Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής που αναφέρεται στο βαθμό που μια κλίμακα μέτρησης μετρά ακριβώς την έννοια που έχει οριστεί να μετρήσει.
- Η εγκυρότητα βάσει κάποιου κριτηρίου που έχει επιλεχτεί από τον ερευνητή για να αποφανθεί αν πράγματι μετράει την έννοια που έχει καθοριστεί να μετρήσει.

Μία άλλη προϋπόθεση επιλογής κατάλληλου εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής ενός ατόμου είναι η **δυνατότητα σύγκρισης** κάποιου εργαλείου, που εξασφαλίζεται με την ύπαρξη πρότυπων δεικτών. Οι δείκτες αυτοί έχουν εφαρμογή ευρείας έκτασης και διαθέτουν αντίστοιχα στοιχεία εφαρμογής άλλων χωρών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Τέλος, κάποιες άλλες προϋποθέσεις είναι η **ειδικότητα** ενός εργαλείου μέτρησης που αναφέρεται στην ικανότητα διάκρισης διαφορετικών πληθυσμών ασθενών, η **ευαισθησία** που αναφέρεται στην ακρίβεια της κλίμακας μέτρησης, η **ανταποκρισιμότητα** που αναφέρεται στο βαθμό ευαισθησίας ενός δείκτη να ανιχνεύει αλλαγές στην υγεία, η **χρησιμότητα** του (Υφαντόπουλος, 2007).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται κάποια από τα πιο σημαντικά εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής που χρησιμοποιούνται συχνά από ερευνητές.

4.2 Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής και πόνου

Τα τελευταία χρόνια έχουν αυξηθεί οι ερευνητικές προσπάθειες μέτρησης των διαστάσεων που αφορούν την ποιότητα ζωής γενικότερα. Επίσης, έχουν σχεδιαστεί και εφαρμοστεί αρκετά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής (Κάβουρα, 2003). Τα εργαλεία αυτά προσφέρουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, αξιολογώντας πλευρές και διαστάσεις της προσωπικότητας και του βίου του. Συγκεκριμένα, μελετώντας το φυσικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον του ατόμου, καθώς και την ψυχολογική του ευεξία, της ποιότητα του χώρου στέγασης, την οικονομική κατάσταση, την ψυχαγωγία, την απασχόλησή του. Πρόκειται για εξειδικευμένα εργαλεία που απευθύνονται σε άτομα που πάσχουν από μια συγκεκριμένη νόσο, εξετάζοντας την ποιότητα ζωής του ασθενή σε συνάρτηση με την υγεία του και τις επιπτώσεις που επιφέρει η εκάστοτε ασθένεια. Στη συνέχεια παρουσιάζονται ορισμένα από τα πιο γνωστά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία βρίσκουν εφαρμογή και στη μέτρηση ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Αναφέρεται ότι έχουν υλοποιηθεί πληθώρα ερευνών για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Ένα από τα πιο γνωστά εργαλεία μέτρησης, με ευρέως διαδεδομένη χρήση, είναι το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας. Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε το 1972, διακρίνεται σε τρεις τύπους και εμπεριέχει τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων. Οι κατηγορίες των ερωτήσεων αφορούν την κατάθλιψη, το άγχος, τα σωματικά συμπτώματα και την κοινωνική λειτουργία ενός ατόμου. Έχει εφαρμογή τόσο στα υγιή άτομα όσο και στα άτομα που νοσούν. Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης είναι έγκυρο και αξιόπιστο, αλλά δεν προσεγγίζει το σύνολο των διαστάσεων της ποιότητας ζωής (Σαρρής, 2011).

Αξιόλογο είναι και το εργαλείο μέτρησης πόνου, το οποίο σχεδιάστηκε επίσης το 1972 και αποτελεί την πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης του πόνου. Πρόκειται για το ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο. Αποτελείται από τρεις κατηγορίες ερωτήσεων, ως προς την ένταση, την συναισθηματική εκδήλωση του πόνου και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον πόνο ο ασθενής. Το ερωτηματολόγιο αυτό διακρίνεται για την υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία του. Χρησιμοποιείται σε διάφορες

κατηγορίες ασθενών και συμπληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Έχει εφαρμογή και στην διερεύνηση του πόνου στους ηλικιωμένους (Γείτονας, 1996).

Λίγα χρόνια αργότερα, το 1980, δημιουργήθηκε ένα εργαλείο μέτρησης της υγείας και συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας του Nottingham,. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος δίνονται 38 διαφορετικές καταστάσεις, οι οποίες ομαδοποιούνται σε 6. Οι ομάδες αυτές εκφράζουν την ενεργητικότητα, τον πόνο, τον ύπνο, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τη σωματική κίνηση και την κοινωνική απομόνωση. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 7 παραμέτρους σχετικούς με την καθημερινή ζωή του ασθενή, την οικιακή εργασία, την κοινωνική ζωή, τις εργασιακές απολαβές, τις προσωπικές και σεξουαλικές σχέσεις, τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά του. Το εν λόγω εργαλείο μέτρησης είναι επίσης αξιόπιστο, έγκυρο, σύντομο και εύκολα συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή (Γείτονας, 1996).

Σχετικό εργαλείο μέτρησης είναι και το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της επίδρασης της αρρώστιας, που δημιουργήθηκε το 1976. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε 12 υποκατηγορίες. Πρόκειται για ένα εργαλείο που επικεντρώνεται στη συμπεριφορά και όχι στα συναισθήματα των ασθενών. Αυτό οδηγεί στην αντικειμενική αντιμετώπιση των προβλημάτων, κάτι που διαφοροποιεί το εργαλείο αυτό από τα υπόλοιπα και παρουσιάζει καλύτερα ευρήματα. Οι ερωτήσεις που δίνονται αφορούν στην επίδραση της αρρώστιας στη συμπεριφορά και στη λειτουργικότητα του ασθενή. Δυστυχώς όμως, το ερωτηματολόγιο αυτό είναι αρκετά μεγάλο και απαιτείται αρκετός χρόνος για τη συμπλήρωσή του και πιθανόν να μη συμπληρώνεται σωστά. Παρόλα αυτά θεωρείται από τους ερευνητές έγκυρο και αξιόπιστο και χρησιμοποιείται συχνά για την μέτρηση ποιότητας ζωής ασθενών, κυρίως ηλικιωμένων (Bergner, 1981).

Παρόμοιο εργαλείο με το προηγούμενο, αποτελεί το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-36, που αποτελείται από 36 ερωτήσεις και σχεδιάστηκε το 1992. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε αυτό το ερωτηματολόγιο διερευνούν 8 παραμέτρους και στοχεύουν στη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων πληθυσμών, μεταξύ υγιών και ασθενών ατόμων διαφόρων κατηγοριών. Μελετά γενικές καταστάσεις της υγείας ή κάποιας ασθένειας, αλλά δεν εξειδικεύεται σε μια συγκεκριμένη ασθένεια ή θεραπεία. Τα δεδομένα συλλέγονται μέσω συνέντευξης και

μέσω τηλεφωνικής ή προσωπικής επικοινωνίας με τον ασθενή. Αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης, χρησιμοποιείται συχνά σε έρευνες, διακρίνεται για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του (Σπυράκη, 2006).

Ένα άλλο εργαλείο επισκόπησης της υγείας που σχεδιάστηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 είναι το ερωτηματολόγιο EQ5D (EuroQol). Το εργαλείο αυτό στοχεύει στη μέτρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, που αποτελείται από διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες και πολιτισμικά πρότυπα. Στη μέτρηση της ποιότητας ζωής των ομάδων χρησιμοποιεί ερωτήσεις πέντε παραμέτρων και χωρίζεται σε δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις των παραμέτρων που αφορούν στην κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις καθημερινές δραστηριότητες, τον πόνο, το άγχος και την κατάθλιψη. Η κάθε παράμετρος αποτελείται από τρεις ερωτήσεις. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου γίνεται μια προσπάθεια αξιολόγησης του συνολικού επιπέδου υγείας, με τη χρήση μιας οπτικής αναλογικής κλίμακας με τιμές από το 0 έως το 100. Πρόκειται για ένα σύντομο και εύκολο ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται άνετα από τον ασθενή. Έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες ποιότητας ζωής και κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ομάδες ασθενών, αλλά και σε φυσιολογικά άτομα (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Το 1981 δημιουργήθηκε ο δείκτης Spitzergια την μέτρηση της ποιότητας ζωής, ο οποίος αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής σε καρκινοπαθής και στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άλλες ομάδες ασθενών. Χαρακτηριστικό είναι ότι το ερωτηματολόγιο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών ασθενών και μεταξύ διαφορετικών επιπέδων μιας ασθένειας. Οι ερωτήσεις αφορούν σε πέντε βασικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Συγκεκριμένα συλλέγουν πληροφορίες για την καθημερινή ζωή, τις δραστηριότητες, την αντίληψη της υγείας, την κοινωνική υποστήριξη και την άποψη του ερωτώμενου για τη ζωή γενικότερα. Οι απαντήσεις δίνονται σε τριβάθμια κλίμακα με τιμές από το 0 έως το 2. Το ερωτηματολόγιο είναι εύκολο, σύντομο και μπορεί να συμπληρωθεί τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τον γιατρό του (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Το 1979 σχεδιάστηκε ο δείκτης λειτουργικότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από πέντε κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Δεν περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη ψυχοκοινωνική διάσταση του ασθενή. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι απλό και μπορεί να συμπληρωθεί από τον ιατρό. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα με τιμές από το 0 έως το 4 (Σαρρής, 2001).

Το 1969 δημιουργήθηκε ο δείκτης μέτρησης λειτουργικότητας του Karnofski, με αρκετά κοινά στοιχεία με τον αντίστοιχο δείκτη λειτουργικότητας που δημιουργήθηκε μεταγενέστερα, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Στόχος του δείκτη αυτού είναι η μέτρηση των διαστάσεων των σωματικών λειτουργιών. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιούνται ιεραρχικά σε δέκα επίπεδα και δεν περιλαμβάνουν καθόλου ερωτήσεις για τη ψυχοκοινωνική διάσταση του ατόμου. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια ποσοστιαία κλίμακα μέτρησης με τιμές από το 0 έως το 100 και συμπληρώνονται από τους επαγγελματίες υγείας. Τα δεδομένα που συλλέγονται δεν προσφέρουν μια ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας ζωής του ατόμου, παρόλα αυτά όμως χρησιμοποιείται συχνά από τους ερευνητές (Σαρρής, 2001).

4.3 Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης

Η Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης είναι μια μέθοδος μέτρησης της κατάθλιψης, η οποία αναπτύχθηκε ειδικά για να ανιχνεύει την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Η κλίμακα αυτή, βοηθά τους νοσηλευτές στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Αποτελείται από τριάντα ερωτήσεις, οι οποίες βασίζονται στα συναισθήματα και στις σκέψεις που συνοδεύουν την κατάθλιψη, όπως τα βίωσαν οι ηλικιωμένοι κατά την εβδομάδα που πέρασε.

Η συγκεκριμένη κλίμακα κατάθλιψης περιλαμβάνει ερωτήσεις συναισθημάτων και όχι ερωτήσεις που αφορούν οργανικά συμπτώματα. Ο λόγος είναι ότι τα οργανικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται σε κάποια άλλη ασθένεια και όχι στην κατάθλιψη, κάτι που μπορεί να δημιουργήσει σφάλμα μέτρησης.

Η μορφή των ερωτήσεων είναι απλή και το είδος των ερωτήσεων είναι αυτό των ονοματικών ερωτήσεων, κλειστού τύπου, με διττή επιλογή Ναι ή Όχι. Αυτό βοηθά στη εύκολη συμπλήρωση και στην αποφυγή λαθών. Επίσης, η συλλογή των απαντήσεων μπορεί να γίνει μέσω συνεντεύξεων, κυρίως σε περιπτώσεις αναλφαβητισμού του ηλικιωμένου ή σε περίπτωση προβλήματος όρασης ή δεξιότητας γραφής. Εάν η συνολική βαθμολογία του ερωτώμενου είναι πάνω από 11, διαφαίνεται πρόβλημα κατάθλιψης. Όσο περισσότερο αυξάνεται η κλίμακα, τόσο πιο έντονη είναι η καταθλιπτική διαταραχή. Έχει πραγματοποιηθεί έλεγχος εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης, με τη χρήση εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών με ψυχικές διαταραχές, με θετικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης ανιχνεύει την κατάθλιψη στους ενδοноσοκομειακούς ασθενείς σε υψηλά ποσοστά και ότι είναι αποτελεσματική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Hughes, 2000).

Έχει δημιουργηθεί μια σύντομη μορφή της Γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης, η GDS-15, η οποία χρησιμοποιεί μόνο 15 ερωτήσεις. Η συγκεκριμένη μορφή χρησιμοποιείται σε άτομα με οργανικά νοσήματα που αδυνατούν να συγκεντρωθούν για αρκετή ώρα ή κουράζονται εύκολα. Σε αυτήν την περίπτωση η συνολική βαθμολογία που δηλώνει κατάθλιψη είναι το 6. Οι ερωτήσεις της σύντομης μορφής της Γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης αφορούν σε συναισθήματα σχετικά με το αν οι ηλικιωμένοι είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, εάν αισθάνονται καλά, εάν βαριούνται, εάν αισθάνονται άχρηστοι, κ.α. Οι απαντήσεις είναι διττές (Ναι ή Όχι).

Έρευνες αποδεικνύουν τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα της παρούσας κλίμακας μέτρησης της κατάθλιψης, ως εργαλείο διαλογής και για τους ηλικιωμένους που δεν νοσηλεύονται και μένουν σπίτι τους. Η αποτελεσματικότητα της έχει παρατηρηθεί και σε άτομα μεγάλης ηλικίας, πάνω από 85 ετών. Η βαθμολογία των ερωτήσεων συσχετίζεται με την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Όταν αυξάνεται η βαθμολογία, αυξάνεται και η σοβαρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής του ατόμου (Hughes, 2000).

4.4 Ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής χωρίζονται σε ειδικά και γενικά. Τα γενικά εργαλεία μέτρησης αξιολογούν συγκεκριμένα σημεία σχετικά με την υγεία και την ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Οι δείκτες των εργαλείων αυτών δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες ασθένειες, αλλά μελετούν γενικότερες διαστάσεις της υγείας του ατόμου όπως την κοινωνική και σωματική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία, το επίπεδο εκπλήρωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων. Τα γενικά εργαλεία μέτρησης χαρακτηρίζονται από την υψηλή τους ακρίβεια. Παρουσιάζουν, όμως, αδυναμία στον εντοπισμό συγκεκριμένων αλλαγών στο βίο των ατόμων που νοσούν και στην συγκέντρωση στοιχείων σχετικών με μια ασθένεια. Τα στοιχεία αυτά εντοπίζονται από πιο ειδικούς δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος, 2007; Κάβουρα, 2003). Στην παρούσα εργασία γίνεται μια ανάμιξη εργαλείων μέτρησης ποιότητας ζωής και ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιούνται τρία ερωτηματολόγια.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορούσε στα κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία, το δεύτερο ήταν σχετικό με τη ψυχοσωματική υγεία (PHQ_9) και το τρίτο αφορούσε στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας – ποιότητα ζωής (EQ5D).

Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι η Επισκόπηση Υγείας EQ5D (EuroQol) που αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Περιλαμβάνει πέντε βασικές διαστάσεις που μετρούν την ποιότητα ζωής:

- κινητικότητα,
- αυτοεξυπηρέτηση,
- συνήθεις δραστηριότητες,
- πόνος,
- άγχος- κατάθλιψη,

Κάθε διάσταση διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

- κανένα πρόβλημα,
- κάποιο πρόβλημα,

- σημαντικό πρόβλημα.

Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και αποτελεί ένα από τα πλέον έγκυρα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής, τόσο σε φυσιολογικό πληθυσμό, όσο και σε ειδικότερα δείγματα πληθυσμού που αναφέρονται σε ειδικές νόσους. Το ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής η επισκόπηση υγείας EQ5D (Bergneretal. 1981, Ware, Kosinski & Gandek 1993, Rutaetal. 1999, Sintonen 2001).

Υπάρχουν βέβαια πολύ περισσότερα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, τα οποία έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχουν δοκιμαστεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Όλα όμως χρησιμοποιούν αντικειμενικούς δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και παρόλο που ισχυρίζονται ότι καταγράφουν τις υποκειμενικές βιωματικές θέσεις των ασθενών, αρκετοί ερευνητές εντοπίζουν κενά όσον αφορά στην ερμηνεία συσχέτισης της ποιότητας ζωής, με άλλους κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες.

Η κατάθλιψη ελέγχεται με τα ερωτηματολόγια Patient Health Questionnaire (PHQ-2/ PHQ-9). Η PHQ_9 είναι κλίμακα κατάθλιψης εννέα στοιχείων που αφορά τη διάγνωση της κατάθλιψης, καθώς και την επιλογή και την παρακολούθηση της θεραπείας. Βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στο DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition). Συστήνεται για άτομα με υποψία κατάθλιψης, μαζί με μια εμπεριστατωμένη κλινική εκτίμηση, που να λαμβάνει υπόψη της όχι μόνο τα συμπτώματα, αλλά και το επίπεδο έκπτωσης της λειτουργικότητας του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 9 ερωτήσεις και η καθεμία βαθμολογείται από 0 έως 27, που αντιστοιχούν σε ήπια, μέτρια, μέτρια προς σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τις αντιστοιχίσεις αυτές.

PHQ9 Score	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 0: 0-4	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Α: 5-9	Ελάχιστα συμπτώματα
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Β: 10-14	Ελάχιστο κατάθλιψη, δυσθυμία, μείζονα κατάθλιψη (ήπια)
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Γ: 15-19	Μείζονα κατάθλιψη (μέτρια-σοβαρή)
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ Δ: >= 20	Μείζονα κατάθλιψη (σοβαρή)

Συμπεράσματα από ανάλυση του εν λόγω ερωτηματολογίου, υποστηρίζουν την ιδιαίτερη προσοχή που πρέπει να δίνεται, όταν χρησιμοποιείται ένα όριο-κατώφλι, καθώς πρέπει να ληφθούν υπόψη τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, το πλαίσιο στο οποίο γίνεται ο έλεγχος, καθώς και η αποδοτικότητα των προγραμμάτων διαλογής στις εκβάσεις. Από μελέτες έχει προκύψει ότι δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στη διαγνωστική ακρίβεια του PHQ_9 για τιμές μεταξύ του 8 και 11. Βαθμολογία ίση με 11 PHQ_9 έχει την καλύτερη σχέση μεταξύ ευαισθησίας και ειδικότητας. Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές κλινικές μελέτες σε διάφορες παθήσεις, όπως σε νευρολογικές διαταραχές, καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο, καρκίνο, ρευματολογικά νοσήματα, γαστρεντερολογικά νοσήματα, γυναικολογικά-μαιευτικά περιστατικά, καθώς επίσης και σε διάφορα χρόνια προβλήματα υγείας(<http://www.phqscreeners.com>). Τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου δεν επαρκούν από μόνα τους για τη διάγνωση της κατάθλιψης, αλλά υποδεικνύουν την ανάγκη μιας πιο εμπεριστατωμένης κλινικής εκτίμησης, προκειμένου να διαπιστωθεί αν το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου(<http://www.greekphcguidelines.gr/wordpress/wp>).

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας

Η παρούσα έρευνα υλοποιήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Παρουσιάζει τις αναλύσεις των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω χορήγησης τριών ερωτηματολογίων σε 106 ηλικιωμένους, άνδρες και γυναίκες, μέσης ηλικίας 73 ετών και όλα τους μέλη των τριών Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου Πατρών. Η έρευνα υλοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2015 στην Πάτρα. Για την είσοδο στα Κ.Α.Π.Η. παραχωρήθηκε ειδική άδεια από το Δήμο Πατρών μέσω αίτησης. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν προσωπικά, συμπληρώθηκαν και συλλέχθηκαν εκείνη τη στιγμή. Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορούσε στα κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το δεύτερο ήταν σχετικό με τη ψυχοσωματική υγεία (PHQ_9) και το τρίτο αφορούσε στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας (EQ5D). Τα ερωτηματολόγια αυτά επιλέχθηκαν προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν. Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι αναλύσεις των δεδομένων παρουσιάζονται παρακάτω. Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν, περάστηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια υλοποίησης της παρούσας εργασίας είναι αυτή του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα τυποποιημένο σχέδιο για τη συλλογή και την καταγραφή εξειδικευμένης με ένα θέμα πληροφόρησης. Ένα επιτυχημένο ερωτηματολόγιο πρέπει να έχει πληρότητα, σαφήνεια, συνοχή, κατάλληλη δομή, να περιλαμβάνει ερωτήματα ελέγχου, να είναι σύντομο, να έχει τελειότητα παρουσίασης από τεχνικής πλευράς, να περιλαμβάνει βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και εννοιολογικές επεξηγήσεις (Κατσίλλης, 2006).

5.1 Στάδια δειγματοληψίας

Η διαδικασία της έρευνας ξεκινά με τον ορισμό του πληθυσμού, των ατόμων δηλαδή που θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετέχουν στην έρευνα. Επειδή η συγκέντρωση πληροφοριών για τον πληθυσμό είναι δύσκολη, συλλέγονται πληροφορίες για ένα δείγμα του πληθυσμού. Σκοπός της έρευνας είναι η περιγραφή του πληθυσμού και σκοπός της δειγματοληψίας είναι να επιλεγεί το κατάλληλο

δείγμα ώστε χρησιμοποιώντας τα χαρακτηριστικά του, να προσεγγίζεται η περιγραφή των μεταβλητών του πληθυσμού (Κατσίλλης, 2006). Ο πληθυσμός ορίζεται από 4 παραμέτρους:

- *στοιχεία*, εννοώντας τους δυνητικούς ερωτώμενους και στην παρούσα έρευνα είναι οι ηλικιωμένοι, μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Πατρών
- *μονάδα δειγματοληψίας*, βασική μονάδα που περιέχει τα στοιχεία του πληθυσμού. Εάν τα στοιχεία του ερωτώμενου είναι γνωστά, τότε η δειγματοληπτική μονάδα ταυτίζεται με τα στοιχεία του πληθυσμού, όπως στη συγκεκριμένη έρευνα και είναι το ονοματεπώνυμο των ηλικιωμένων
- *έκταση* που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, δηλαδή τα ΚΑΠΗ του Δήμου Πατρών
- *χρονική περίοδος* που διεξήχθη η έρευνα, δηλαδή τον Απρίλιο του 2015

Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου δειγματοληψίας είναι σημαντική για την επιτυχία της έρευνας. Υπάρχει η *δειγματοληψία πιθανότητας* ή τυχαία όπου ο πληθυσμός είναι γνωστός και όλοι οι ερωτώμενοι έχουν τις ίδιες πιθανότητες να συμμετέχουν στην έρευνα, και *μη πιθανότητας* όπου ο πληθυσμός είναι άγνωστος και σε αντίθεση με την προηγούμενη μέθοδο δεν έχουν όλοι την ίδια πιθανότητα να συμμετέχουν στην έρευνα. Στη συγκεκριμένη εργασία η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι πιθανότητας.

Ο καθορισμός του κατάλληλου μεγέθους του δείγματος γίνεται με τη βοήθεια της στατιστικής επιστήμης. Ο καθορισμός του κατάλληλου μεγέθους του δείγματος μειώνει το *δειγματοληπτικό σφάλμα*, το οποίο είναι αναπόφευκτο όταν υπάρχει αντιπροσώπευση του πληθυσμού από το δείγμα. Το σφάλμα μειώνεται με την επιλογή κατάλληλων δειγματοληπτικών τεχνικών και με την αύξηση του μεγέθους του δείγματος. Στην παρούσα εργασία το μέγεθος του δείγματος είναι 106 ηλικιωμένοι, σχεδόν όλοι όσοι βρίσκονται στα τρία ΚΑΠΗ της Πάτρας.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Στόχος της έρευνας είναι η εύρεση συσχέτισης του πόνου και των ψυχολογικών διαταραχών που εμφανίζονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

1. Η παρουσίαση της κατάσταση της υγείας, της ποιότητα ζωής και του ενδεχόμενου πόνου που βιώνουν τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα.
2. Ο έλεγχος των υποθέσεων πιθανής διαφοράς των ανδρών και γυναικών στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής και επιπέδου υγείας.
3. Ο έλεγχος συσχέτισης της ποιότητας ζωής και του πόνου με την ηλικία των ερωτώμενων, την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας, την οικονομική κατάσταση, τους συγγάτοικους που αισθάνονται κοντά τους, τους ανθρώπους που αισθάνονται δίπλα τους.
4. Ο έλεγχος της δυνατότητας πρόβλεψης του πόνου σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων του δείγματος της έρευνας.
5. Μελέτη της ύπαρξης συσχέτισης του πόνου με την κατάθλιψη.

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

Αρχικά τα ερωτηματολόγια εξετάστηκαν προσεκτικά, ούτως ώστε να ανιχνευτούν λάθη ή τιμές που είχαν παραληφθεί. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια δε χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση, προκειμένου να διασφαλιστεί η ακρίβεια των απαντήσεων που δόθηκαν.

Πραγματοποιείται έλεγχος της αξιοπιστίας και της εσωτερικής συνέπειας των δεδομένων, δηλαδή αν έχουν την τάση να καταμετρούν το ίδιο πράγμα, υπολογίζοντας την αξιοπιστία άλφα. Οι δείκτες αξιοπιστίας παρέχουν μία εκτίμηση του ποσοστού της κοινής διακύμανσης μεταξύ του παρατηρούμενου και του πραγματικού σκορ. Ο πιο δημοφιλής - δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α (alpha), τιμές μεταξύ 0 και 1. Ενδεικτικές τιμές δείκτη αξιοπιστίας:

- < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη
- 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μη αποδεκτό για κλίμακες με πολλές προτάσεις)
- 0.7 επαρκές, αλλά όχι καλό
- 0.8 καλύτερο
- 0.95 πολύ υψηλή αξιοπιστία

Ακολουθεί έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών. Ο μη παραμετρικός έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov – Smirnov έδειξε ότι τα περισσότερα p-value είναι μικρότερα από 0.05 άρα απορρίψαμε την μηδενική υπόθεση (δηλαδή την κανονικότητα των δεδομένων μας) και καταφύγαμε σε μη παραμετρικούς ελέγχους σε όλες τις περιπτώσεις.

Μεταξύ άλλων στην έρευνα συλλέχτηκαν πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων, την ποιότητα ζωής τους και τον ενδεχόμενο πόνο που βιώνουν. Έγινε έλεγχος των υποθέσεων της διαφοράς των ανδρών και γυναικών στο βίωμα του πόνου και έλεγχος της συσχέτισης της ποιότητας ζωής και του δηλούμενου πόνου με την ηλικία τους, την εκτιμώμενη κατάσταση της υγείας τους από τους ίδιους, την οικονομική τους κατάσταση, τους συγγάτοικους που αισθάνονται κοντά τους, τους ανθρώπους που αισθάνονται δίπλα τους και την κατάθλιψη (με εκτίμηση

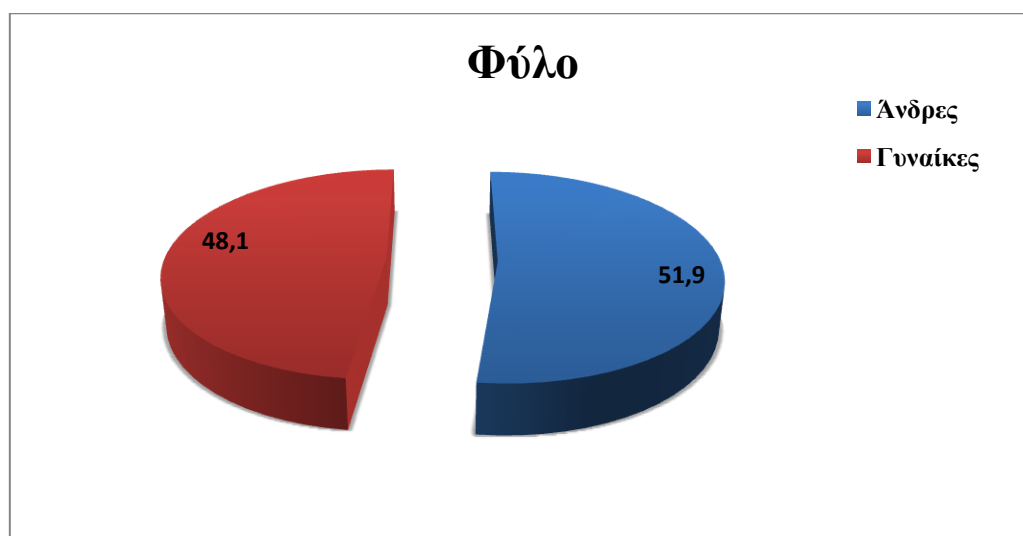
των συντελεστών συσχέτισης r , ανά δύο). Επιπλέον, εξετάσθηκαν οι μεταβλητές που ενδεχομένως είναι προβλεπτικές του πόνου με 2 μοντέλα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

6.1 Μονομεταβλητή ανάλυση

Αρχικά παρουσιάζονται τα κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία του δείγματος, προκειμένου να δοθεί το προφίλ των ερωτώμενων. Οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν 106, 51,9% άντρες και 48,1% γυναίκες. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας και διάγραμμα με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 1: Φύλο δείγματος

Φύλο				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Άνδρες	55	51,9	51,9	51,9
Γυναίκες	51	48,1	48,1	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	



Διάγραμμα 1: Φύλο δείγματος

Η μέση ηλικία των ερωτώμενων είναι 73 ετών, οι περισσότεροι έχουν 2 ή 3 παιδιά, η υγεία τους είναι μέτρια και η οικονομική τους κατάσταση λίγο δύσκολη. Πιο αναλυτικά, η ηλικία των ατόμων που απάντησαν στα ερωτηματολόγια κυμαίνεται μεταξύ 43 και 93 ετών, με μέση ηλικία τα 73 έτη. Οι ηλικιωμένοι αυτοί έχουν από κανένα έως 6 παιδιά με μέση τιμή τα 2,36 παιδιά. Σχετικά με την υγεία τους, οι απαντήσεις δόθηκαν σε 5 βάθμια κλίμακα από το 1 έως το 5, με μέση τιμή το 3,6604 που αντιστοιχεί στο μέτρια. Οι απαντήσεις σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος δόθηκαν σε 4 βάθμια κλίμακα, με μέση τιμή 2,2547 που αντιστοιχεί στο ότι περνάνε δύσκολα οικονομικά. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 2: Μέση τιμή ηλικίας, ύπαρξης παιδιών, κατάσταση υγείας και οικονομικής κατάστασης του δείγματος

<u>Μεταβλητές</u>		Ηλικία	Παιδιά	Υγεία	Οικονομική κατάσταση
N (δείγμα)	Έγκυρες τιμές	106	106	106	106
	Ελλιπείς τιμές	0	0	0	0
Μέση τιμή		73,62	2,39	3,6604	2,2547
Τυπική απόκλιση		8,784	1,074	,82678	,86257
Μικρότερη τιμή		43	0	2	1
Μεγαλύτερη τιμή		93	6	5	4

Για καλύτερη κατανόηση δίνονται οι πίνακες με τις αναλύσεις των μεταβλητών υγεία και οικονομική κατάσταση. Στους πίνακες αυτές παρουσιάζονται τα ποσοστά και οι συχνότητες της κάθε τιμής των απαντήσεων που δόθηκαν. Οι περισσότεροι απάντησαν ότι έχουν μια μέτρια υγεία και η οικονομική τους κατάσταση είναι λίγο δύσκολη.

Πίνακας 3: Ποσοστά και συχνότητα υγείας δείγματος

<i>Υγεία</i>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πολύ καλή	9	8,5	8,5	8,5
Καλή	33	31,1	31,1	39,6
Μέτρια	49	46,2	46,2	85,8
Κακή	15	14,2	14,2	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Ποσοστά και συχνότητα οικονομικής κατάστασης δείγματος

<i>Οικονομική κατάσταση</i>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Καμία δυσκολία	19	17,9	17,9	17,9
Λίγες δυσκολίες	51	48,1	48,1	66,0
Αρκετές δυσκολίες	26	24,5	24,5	90,6
Πολλές δυσκολίες	10	9,4	9,4	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Η οικογενειακή τους κατάσταση δίνεται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι παντρεμένοι, σε ποσοστό 65,1% και αρκετοί είναι χήροι, σε ποσοστό 29,2%. Λιγότεροι είναι διαζευγμένοι και ακόμη λιγότεροι ανύπαντροι.

Πίνακας 5: Οικογενειακή κατάσταση δείγματος

Οικογενειακή κατάσταση				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ανύπαντρος	2	1,9	1,9	1,9
Παντρεμένος	69	65,1	65,1	67,0
Διαζευγμένος	4	3,8	3,8	70,8
Χήρος	31	29,2	29,2	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

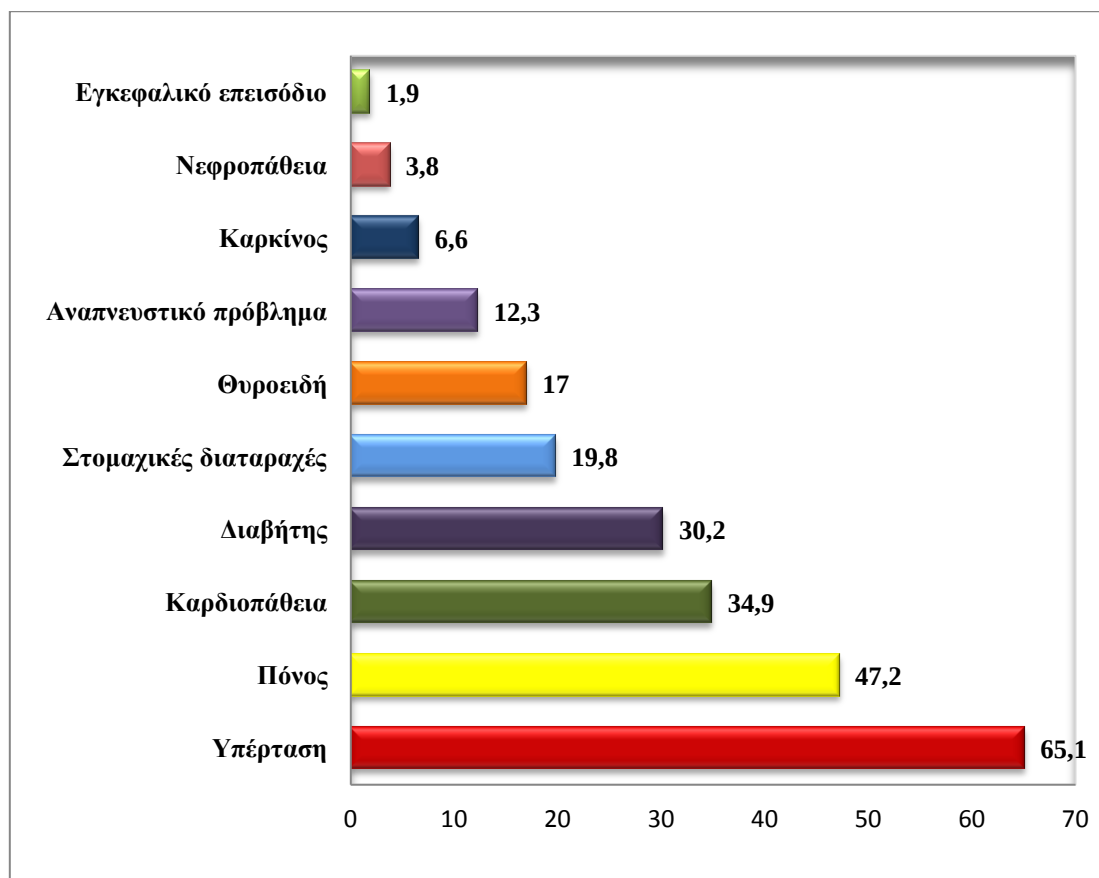
Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό σχολείο, σε ποσοστό 68,9%, λιγότεροι έχουν ολοκληρώσει το γυμνάσιο, σε ποσοστό 22,6% και πολύ λιγότεροι έχουν τελειώσει το λύκειο, σε ποσοστό 4,7%. Ελάχιστοι έχουν φοιτήσει σε κάποιο Ανώτατο ίδρυμα, σε ποσοστό 3,8%. Τα αποτελέσματα αυτά δίνονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 6: Επίπεδο εκπαίδευσης δείγματος

Επίπεδο εκπαίδευσης				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Δημοτικό	73	68,9	68,9	68,9
Γυμνάσιο	24	22,6	22,6	91,5
Λύκειο	5	4,7	4,7	96,2
ΑΕΙ/ΤΕΙ	4	3,8	3,8	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Ακολουθεί η παρουσίαση των προβλημάτων υγείας που έχουν οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα προβλήματα υγείας που συχνά αντιμετωπίζουν οι

ηλικιωμένοι έχουν παρουσιαστεί αναλυτικά παραπάνω. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πάσχουν από υπέρταση, σε ποσοστό 65,1% του συνολικού δείγματος. Μεγάλο ποσοστό του συνολικού δείγματος, της τάξεως του 47,2%, δήλωσαν ότι πονούν. Αρκετά μεγάλο ποσοστό, περίπου 30% του συνολικού δείγματος, δήλωσαν ότι πάσχουν από καρδιοπάθεια και διαβήτη. Στομαχικές διαταραχές δήλωσαν ότι έχουν 19,8% του συνολικού δείγματος. Κάποιοι από τους ηλικιωμένους έχουν θυρεοειδή και κάποιοι αναπνευστικά προβλήματα. Λιγότεροι, σε χαμηλά ποσοστά, πάσχουν από κάποια μορφή καρκίνου, από νεφροπάθεια ή έχουν υποστεί κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο.



Διάγραμμα 2: Ποσοστά εμφάνισης ασθενειών του δείγματος

Τελειώνοντας την μονομεταβλητή ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν, γίνεται μια προσπάθεια ολοκλήρωσης του προφίλ των ερωτώμενων. Ακολουθεί, λοιπόν, ο αριθμός των ατόμων που συγκατοικούν με τους συμμετέχοντες της έρευνας, ο αριθμός των ατόμων που νιώθουν πραγματικά κοντά τους και των ατόμων που έχουν δει ή συζητήσει την τελευταία εβδομάδα. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι

δήλωσαν ότι συγκατοικούν με ένα άτομα, σε ποσοστό 52,8%. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 7: Αριθμός ατόμων που συγκατοικούν με τους ερωτώμενους

<i>Συγκάτοικοι</i>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κανένας	30	28,3	28,3	28,3
Ένας	56	52,8	52,8	81,1
Δύο	15	14,2	14,2	95,3
Τρεις	3	2,8	2,8	98,1
Τέσσερις	2	1,9	1,9	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Στην ερώτηση πόσους από τους συγγάτοικους που έχουν, τους αισθάνονται και δίπλα τους, οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν έναν σε ποσοστό 59,4%. Παρατηρείται ότι το ποσοστό των ατόμων που συγκατοικούν με τους ηλικιωμένους και το ποσοστό των ατόμων που συγκατοικούν με τους ηλικιωμένους και ταυτόχρονα τους νιώθουν δίπλα τους, είναι σχεδόν το ίδιο. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα αυτά, όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις του δείγματος.

Πίνακας 8: Αριθμός ατόμων που συγκατοικούν και αισθάνονται δίπλα τους οι ερωτώμενοι

<i>Συγγάτοικοι_δίπλα_στον_ασθενή</i>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κανένας	33	31,1	31,1	31,1
Ένας	63	59,4	59,4	90,6
Δύο	8	7,5	7,5	98,1
Τρεις	1	,9	,9	99,1
Τέσσερις	1	,9	,9	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Το 51,9% του δείγματος δήλωσε ότι νιώθει δίπλα του δύο άτομα, περισσότερα από όσα συγκατοικεί. Αρκετοί δήλωσαν ότι νιώθουν δίπλα τους τρία άτομα. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης.

Πίνακας 9: Αριθμός ατόμων που αισθάνονται δίπλα τους οι ερωτώμενοι

<i>Άτομα_δίπλα στον_ασθενή</i>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κανένας	6	5,7	5,7	5,7
Ένας	9	8,5	8,5	14,2
Δύο	55	51,9	51,9	66,0
Τρεις	28	26,4	26,4	92,5
Τέσσερις	7	6,6	6,6	99,1
Πέντε	1	,9	,9	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Τα πιο πολλά άτομα τρίτης ηλικίας που συμμετείχαν στην εν λόγω έρευνα, δήλωσαν ότι συναντήθηκαν και συζήτησαν την τελευταία εβδομάδα με δύο άτομα, δηλαδή όσα άτομα είναι και αυτά που νιώθουν πραγματικά δίπλα τους. Ακολουθεί πίνακας αναλυτικός με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 10: Αριθμός ατόμων που συναντήθηκαν με ηλικιωμένους την τελευταία εβδομάδα.

<i>Άτομα που συναντήθηκαν με ηλικιωμένους την τελευταία εβδομάδα</i>				
	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Κανέναν	6	5,7	5,7	5,7
Έναν	25	23,6	23,6	29,2
Δύο	58	54,7	54,7	84,0
Τρεις	12	11,3	11,3	95,3
Τέσσερις	4	3,8	3,8	99,1
Τουλάχιστον έξι	1	,9	,9	100,0
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	106	100,0	100,0	

Κατά τη διάρκεια υλοποίησης της παρούσας εργασίας, έγινε ενοποίηση κάποιων μεταβλητών με κοινά χαρακτηριστικά, των δυο τελευταίων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν, προς διευκόλυνση των αναλύσεων στην πορεία. Πιο συγκεκριμένα, οι μεταβλητές αυτές είναι σχετικές με την αυτοαναφορά κατάστασης υγείας (VAS), ψυχοσωματική υγεία (PHQ_9) και εκτίμησης ποιότητας ζωής και κατάστασης υγείας (EQ5D). Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι μέσες τιμές των μεταβλητών αυτών. Η κλίμακα μέτρησης της αυτοαναφοράς στον πόνο, παίρνει τιμές από 10 έως 100, με μέση τιμή 60,8. Η κλίμακα μέτρησης της ψυχοσωματικής υγείας

παίρνει τιμές από 1 έως 16 και η μέση τιμή της είναι 3,26. Η κλίμακα μέτρησης της εκτίμησης του πόνου παίρνει τιμές από το 5 έως το 10, με μέση τιμή 6,49.

Πίνακας 11: Μέση τιμή μεταβλητών

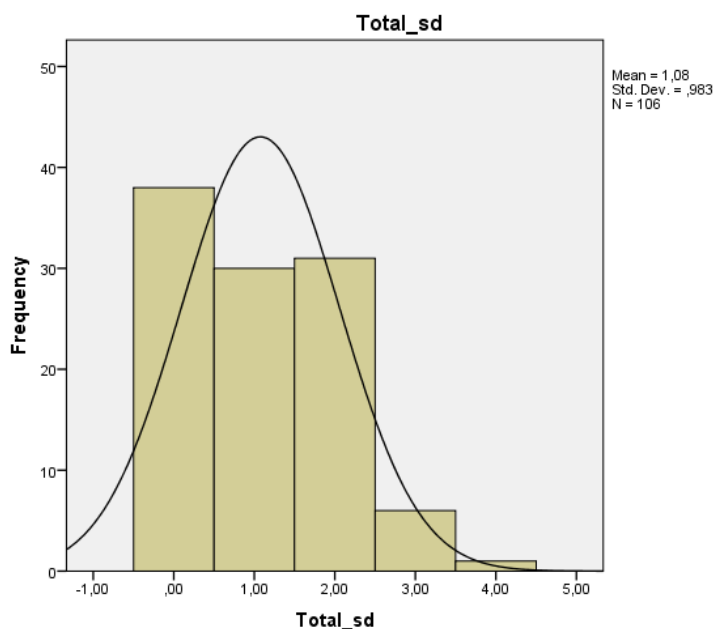
<u>Μεταβλητές</u>		<i>Αυτοαναφορά πόνου (VAS)</i>	<i>Ψυχοσωματική υγεία (PHQ_9)</i>	<i>Εκτίμηση υγείας – ποιότητα ζωής (EQ5D)</i>
N (δείγμα)	Έγκυρες τιμές	106	106	106
	Ελλιπείς τιμές	0	0	0
Μέση τιμή		60,80	3,26	6,49
Τυπική απόκλιση		18,98	3,08	1,08
Μικρότερη τιμή		10,00	,00	5,00
Μεγαλύτερη τιμή		100,00	16,00	10,00

Προκειμένου να γίνουν κάποιες αναλύσεις παρακάτω, ακολουθεί κωδικοποίηση όλων των ασθενειών. Επανακωδικοποιήθηκαν όλες οι μεταβλητές των νοσημάτων, αθροίζοντας τις απαντήσεις συνολικά στις κατηγορίες «σοβαρά νοσήματα» και «συνήθη νοσήματα» ξεχωριστά, σύμφωνα με το διαχωρισμό τους στο ερωτηματολόγιο. Προκύπτει η έκταση των σοβαρών ή των συνηθισμένων παθήσεων που έχει κάποιος. Αυτό το σκορ χρησιμοποιήθηκε σαν ποσοτική μεταβλητή στις συσχετίσεις και στην παλινδρόμηση. Στο σημείο αυτό πραγματοποιείται η εύρεση συχνοτήτων, ποσοστών και μέσων τιμών των νέων ενωμένων μεταβλητών που δημιουργήθηκαν (Total_sd και Total_ud). Παρουσίαση αποτελεσμάτων σε γραφήματα. Ακολουθούν πίνακες με τις νέες αυτές μεταβλητές που δημιουργήθηκαν.

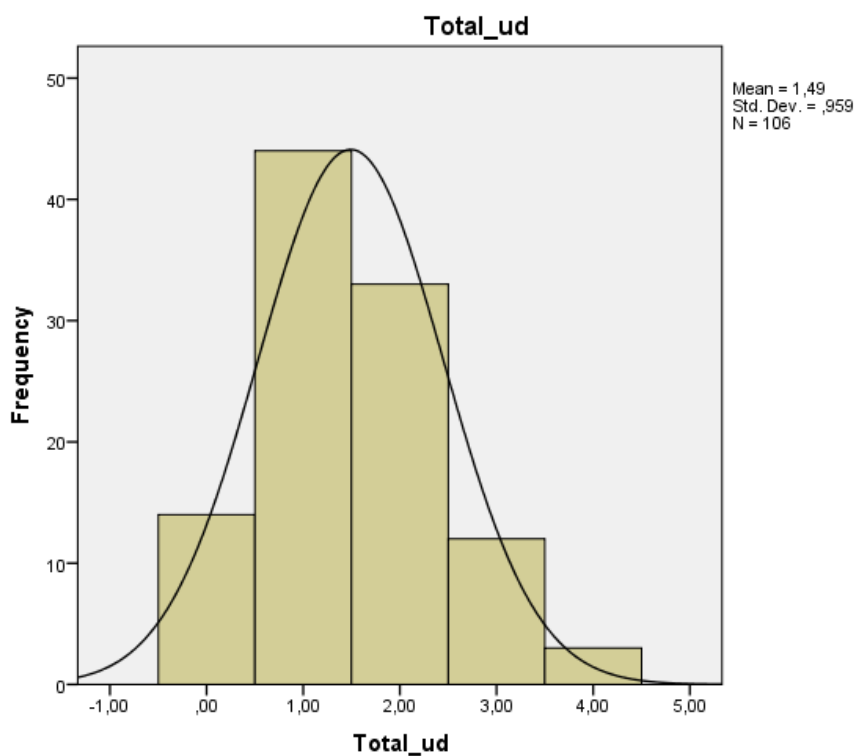
Πίνακας 12: Μέση τιμή νέων μεταβλητών (σοβαρά νοσήματα και συνήθη νοσήματα)

<u>Μεταβλητές</u>		<i>Σοβαρά νοσήματα Total_sd</i>	<i>Συνήθη νοσήματα Total_ud</i>
N (δείγμα)	Έγκυρες τιμές	106	106
	Ελλιπείς τιμές	0	0
Μέση τιμή		1,07	1,49
Τυπική απόκλιση		,98	,95
Μικρότερη τιμή		,00	,00
Μεγαλύτερη τιμή		4,00	4,00

Ακολουθεί διαγραμματική απεικόνιση των νέων αυτών μεταβλητών, «σοβαρά νοσήματα» και «συνήθη νοσήματα».



Διάγραμμα 3: Γραφική απεικόνιση της νέας μεταβλητής «σοβαρά νοσήματα»



Διάγραμμα 4: : Γραφική απεικόνιση της νέας μεταβλητής «σηνήθη νοσήματα»

Τέλος, γίνεται μια μετατροπή της μεταβλητής «πόνος» σε δίτιμη προς διευκόλυνση αναλύσεων στη συνέχεια. Η νέα μεταβλητή θα χρησιμοποιηθεί στην ανάλυση παλινδρόμησης και παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι δεν βιώνουν έντονο πόνο σε ποσοστό 75,5%.

Πίνακας 13: Μετατροπή μεταβλητής πόνος-σε δίτιμη

Δίτιμη μεταβλητή Πόνου					
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
	Ναι	26	24,5	24,5	24,5
	Όχι	80	75,5	75,5	100,0
	ΣΥΝΟΛΟ	106	100,0	100,0	

6.2 Έλεγχος αξιοπιστίας και κανονικότητας μεταβλητών

Στο σημείο αυτό γίνεται έλεγχος αξιοπιστίας των μεταβλητών των δυο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα αυτή. Δεν έχει γίνει έλεγχος αξιοπιστίας στο ερωτηματολόγιο με τα κοινωνικοπολιτισμικά στοιχεία του δείγματος γιατί δεν κρίνεται απαραίτητο για τις πολυμεταβλητές αναλύσεις που θα υλοποιηθούν παρακάτω.

Με τη χρήση του δείκτη Cronbach's α έγινε μέτρηση της αξιοπιστίας των κλιμάκων των ερωτηματολογίων (PHQ_9, EQ5D) στο συγκεκριμένο δείγμα ή αλλιώς της ποσότητας σφάλματος που οφείλεται σε μια συγκεκριμένη επιλογή θεμάτων. Στο συγκεκριμένο δείγμα η κλίμακα PHQ_9 έχει υψηλή αξιοπιστία ($\alpha = ,704$), ενώ η EQ5D δεν εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία ($\alpha = ,221$). Ακολουθούν πίνακες με τα αποτελέσματα αυτά.

Στον πρώτο πίνακα δίνεται ο έλεγχος αξιοπιστίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου PHQ_9 και στο δεύτερο πίνακα ο έλεγχος αξιοπιστίας κάθε μίας μεταβλητής ξεχωριστά.

Πίνακας 14: Έλεγχος αξιοπιστίας μεταβλητών ερωτηματολογίου PHQ_9

Reliability StatisticsPHQ_9	
Cronbach's Alpha	N of Items
,704	9

Πίνακας 15: Έλεγχος αξιοπιστίας κάθε μιας μεταβλητής ερωτηματολογίου PHQ_9 ξεχωριστά

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PHQ_a	2,8491	6,987	,569	,637
PHQ_b	2,5755	7,694	,339	,687
PHQ_c	2,3302	6,261	,382	,708
PHQ_d	2,6887	6,712	,534	,642
PHQ_e	2,9528	7,969	,379	,678
PHQ_f	3,2170	8,838	,415	,690
PHQ_g	3,0660	7,910	,506	,661
PHQ_h	3,2075	9,004	,238	,702
PHQ_i	3,2264	8,901	,407	,692

Στους παρακάτω πίνακες δίνεται ο έλεγχος αξιοπιστίας των μεταβλητών του ερωτηματολογίου EQ5D, για την εκτίμηση κατάστασης υγείας και ποιότητας ζωής, σε όλο το δείγμα (N=106) και ο έλεγχος αξιοπιστίας κάθε μίας μεταβλητής ξεχωριστά.

Πίνακας 16: Έλεγχος αξιοπιστίας μεταβλητών ερωτηματολογίου EQ5D

Reliability Statistics EQ5D	
Cronbach's Alpha	N of Items
,221	5

Πίνακας 17: Έλεγχος αξιοπιστίας κάθε μιας μεταβλητής ερωτηματολογίου EQ5D ξεχωριστά

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
M	5,2075	,985	-,005	,289
S_C	5,4811	1,185	-,043	,246
U_A	5,4434	1,049	,209	,150
P_D	5,2264	,748	,242	,011
A_D	4,6038	,565	,132	,168

6.3 Έλεγχος κανονικότητας

Εν συνεχεία, γίνεται έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών που θα χρησιμοποιηθούν στις πολυμεταβλητές αναλύσεις. Ο έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών είναι απαραίτητος για την χρήση των κατάλληλων τεστ στις αναλύσεις.

Ο έλεγχο κανονικότητας, σε κάθε ιστόγραμμα η κάθε ράβδος αντιστοιχεί σε μια τιμή - σκορ της συγκεκριμένης κλίμακας και το ύψος της αναπαριστά τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται αυτό το σκορ, δηλαδή είναι ανάλογο των ατόμων που έχουν αυτό το σκορ σε αυτή τη κλίμακα. Συχνά απεικονίζεται η γραμμή της καμπύλης της κανονικής κατανομής. Ο τρόπος με τον οποίο ταξινομούνται τα δεδομένα ονομάζεται κατανομή των δεδομένων αυτών. Η μορφή μιας κατανομής συχνοτήτων εξαρτάται από το πώς είναι κατανεμημένες οι παρατηρήσεις σε όλη την έκταση του εύρους τους. Σε όλες τις ποσοτικές μεταβλητές, τα δεδομένα είναι συμμετρικά κατανεμημένα ή έστω προσεγγιστικά, δηλαδή η αριστερή πλευρά της είναι ένα κατοπτρικό είδωλο της δεξιάς. Η κατανομή αποκαλύπτει τρόπους με τους οποίους τα δεδομένα μεταβάλλονται. Τα σύνολα δεδομένων που ακολουθούν κανονική κατανομή υποδεικνύουν συγκεκριμένες πληροφορίες για τις στατιστικές επεξεργασίες και υπόκεινται σε συγκεκριμένες αναλύσεις που διαφέρουν από εκείνες άλλων κατανομών, τις οποίες ακολουθήσαμε. Στο Παράρτημα I, στο τέλος της εργασίας, δίνονται αναλυτικά τα γραφήματα αυτά.

6.4 Σύγκριση μέσων T-TEST φύλου και αυτοεκτίμηση υγείας – ποιότητα ζωής (EQ5D) , αυτοαναφορά κατάστασης πόνου (VAS)

Στο σημείο αυτό γίνεται σύγκριση μέσων t-test, ώστε να εντοπιστεί εάν ο πόνος διαφοροποιείται σε άντρες και γυναίκες. Πραγματοποιείται, λοιπόν, η σύγκριση μέσων των σκορ αντρών και γυναικών στην αυτοεκτίμηση ποιότητας ζωής – επιπέδου υγείας (EQ5D) και στην αυτοαναφορά επιπέδου υγείας (VAS). Για τη χρήση του t-test η εξαρτημένη μεταβλητή είναι ποσοτική (ή τα αποτελέσματα μιας κλίμακας Likert) ενώ η ανεξάρτητη είναι ποιοτική με δυο τιμές. Η διατύπωση των υποθέσεων ενός ερευνητή γενικά έχει την εξής μορφή: Μηδενική υπόθεση (H0): οι

μέσοι όροι των δυο ομάδων δεν διαφέρουν μεταξύ τους /Εναλλακτική υπόθεση (H1): οι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους.

Ο πρώτος πίνακας περιέχει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής (αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας – ποιότητα ζωής) των δυο ομάδων (ανδρών-γυναικών). Στον δεύτερο πίνακα η πρώτη γραμμή αναφέρεται στον έλεγχο Levene για την ισότητα διακυμάνσεων. Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου γίνεται αποδεκτή η υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή απορρίπτεται (στο 1^ο τεστ, η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,390, μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και γίνεται αποδοχή της υπόθεσης ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Γίνεται έλεγχος σημαντικότητας του t-test στην πρώτη γραμμή (Equal variances assumed). Η ισχύ της μηδενικής υπόθεσης είναι κάτω από 0,05 ($p=0,032$) άρα απορρίπτεται η υπόθεση και γίνεται αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης ότι οι μέσοι όροι τιμών στη κλίμακα ποιότητα ζωής – επιπέδου υγείας διαφέρουν ανάμεσα στα δυο φύλα. Υπάρχει πολύ μικρή διαφορά που είναι όμως στατιστικά σημαντική. Λόγω του υψηλότερου μέσου όρου στις γυναίκες, φαίνεται ότι οι άντρες έχουν ελαφρώς καλύτερη ποιότητα ζωής και βιώνουν λιγότερο πόνο. Ακολουθούν πίνακες με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας18: Μέσοι όροι αυτοεκτίμησης επιπέδου υγείας στα δυο φύλα

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Std. Error Mean
EQ5D	Άντρας	55	6,2727	1,00838	,13597
	Γυναίκα	51	6,7255	1,13276	,15862

Πίνακας 19: Σύγκριση μέσων μεταβλητής αυτοεκτίμησης επιπέδου υγείας στα δυο φύλα

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EQ5D	Equal variances assumed	,746	,390	-2,177	104	,032	-,452	,208	-,865	-,040
	Equal variances not assumed			-2,167	100,323	,033	-,452	,208	-,867	-,038

Ο πρώτος πίνακας περιέχει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής (αυτοαναφορά επιπέδου υγείας) των δυο ομάδων (ανδρών και γυναικών). Στον δεύτερο πίνακα η πρώτη γραμμή αναφέρεται στον έλεγχο Levene για την ισότητα διακυμάνσεων. Ανάλογα με την τιμή της σημαντικότητας του ελέγχου αυτού δεχόμαστε την υπόθεση ίσων διακυμάνσεων ή όχι (η ισχύ της υπόθεσης ίσων διακυμάνσεων είναι 0,42, μεγαλύτερη από 0,05 άρα δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και γίνεται αποδοχή της υπόθεσης ότι οι διακυμάνσεις είναι ίσες). Συνεπώς γίνεται έλεγχος σημαντικότητας του t-test στην πρώτη γραμμή (Equal variances assumed). Η ισχύ της μηδενικής υπόθεσης είναι πάνω από 0,05 ($p=0,276$) άρα γίνεται αποδοχή της υπόθεσης και απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση ότι οι μέσοι όροι τιμών στη κλίμακα αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας διαφέρουν ανάμεσα στα δυο φύλα. Ακολουθούν πίνακες με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 20: Μέσοι όροι αυτοαναφοράς υγείας στα δυο φύλα

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Std. Error Mean
VAS	Αντρας	55	62,74	17,85	2,40
	Γυναίκα	51	58,70	20,10	2,81

Πίνακας 21: : Σύγκριση μέσων μεταβλητής αυτοαναφοράς επιπέδου υγείας στα δυο φύλα

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
VAS	Equal variances assumed	,522	,472	1,096	104	,276	4,039	3,687	-3,272	11,351
	Equal variances not assumed			1,091	100,229	,278	4,039	3,704	-3,308	11,388

6.5 Συσχετίσεις

Στο κεφάλαιο αυτό γίνονται οι απαραίτητες συσχετίσεις ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Προκειμένου να προσδιορίσουμε τη φύση και την ένταση της συσχέτισης η οποία ενδεχομένως υπάρχει μεταξύ διάφορων μεταβλητών και του πόνου, υπολογίσαμε το συντελεστή συσχέτισης γραμμικής συσχέτισης Pearson (r) για το πόνο με κάθε μια από τις μεταβλητές ηλικία, υγεία, οικονομική κατάσταση, συγγάτοικοι που αισθάνονται κοντά, άνθρωποι που αισθάνονται κοντά και κατάθλιψη. Αυτός ο συντελεστής παίρνει τιμές από -1 έως 1.

Όσον αφορά τη φύση της συσχέτισης, -1 είναι η τέλεια αρνητική συσχέτιση, δηλαδή όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή μειώνεται η άλλη, 0 εμφανίζεται όταν δεν υπάρχει καθόλου συσχέτιση και +1 όταν είναι τέλεια θετική, δηλαδή όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή αυξάνεται και η άλλη. Στους πίνακες γίνεται έλεγχος του δείκτη r και του $sig.$, για εντοπισμό ύπαρξης στατιστικής σημαντικότητας στη συσχέτιση των δυο μεταβλητών, ή όχι. Εάν $sig. < 0,005$, απορρίπτεται η «μηδενική υπόθεση», ότι δηλαδή ο συντελεστής συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικά διάφορος του μηδενός και συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο συσχετιζόμενων μεταβλητών. Επίσης για την ένταση της συσχέτισης ισχύει: 0 - 0,5 ασθενής ως μέτρια, 0,5 έως 0,7 μέτρια έως ικανοποιητική, 0,7 έως 1 ικανοποιητική έως ισχυρή (Κατσίλλης, 2006).

Σύμφωνα με τις αναλύσεις προκύπτει ότι η συσχέτιση της «ηλικίας» με την νέα ενοποιημένη μεταβλητή «αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας-ποιότητα ζωής» (EQ5D), έχει $sig. = 0,153 > 0,005$, δηλαδή δεν είναι στατιστικά σημαντική και για αυτό δεν χρειάζεται να αναφερθεί. Στη συνέχεια των αναλύσεων θα αναφερθούν μόνο οι συσχετίσεις δυο μεταβλητών που είναι στατιστικά σημαντικές. Δίνονται, όμως, όλες αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Η «ηλικία» με την «οικονομική κατάσταση» συσχετίζονται αρνητικά με μέτρια ένταση (-0,322) και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική με $sig. = 0,001 < 0,005$. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τη συσχέτιση «ηλικίας» με τους «συγκάτοικους που νιώθουν κοντά τους η ηλικιωμένοι» με $sig. = 0,002$ και με τις μεταβλητές «ψυχοσωματικής υγείας» (PHQ_9), με $sig. 0,009$. Συνοπτικά αναφέρεται ότι όταν αυξάνεται η ηλικία μειώνεται η οικονομική κατάσταση, δηλαδή γίνεται πιο δύσκολη. Επίσης, όταν αυξάνεται η ηλικία μειώνονται ή λιγοστεύουν οι συγκάτοικοι που νιώθουν δίπλα τους η ηλικιωμένοι και χειροτερεύει η ψυχοσωματική τους υγεία.

Η μεταβλητή «υγεία» συσχετίζεται με την «οικονομική κατάσταση» θετικά, με μέτρια ένταση (0,309) και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική με $sig. = 0,001 < 0,005$. Αυτό σημαίνει ότι όταν βελτιώνεται το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων, τότε βελτιώνεται και η οικονομική κατάστασή τους. Η μεταβλητή «υγεία» συσχετίζεται με τη «ψυχοσωματική υγεία» θετικά, με μέτρια ένταση (0,300) και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική με $sig. = 0,002$. Όταν βελτιώνεται η υγεία γενικά, βελτιώνεται και η ψυχοσωματική υγεία των ηλικιωμένων που

συμμετείχαν στην έρευνα. Θετικά, με μέτρια ένταση συσχετίζεται η «υγεία» με την «αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας - ποιότητα ζωής» (0,324) και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική με sig. = 0,001. Συνεπώς, όταν βελτιώνεται η υγεία, αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση της υγείας από το δείγμα της έρευνας. Τέλος, αρνητική συσχέτιση υψηλής έντασης (-0,613) διαπιστώθηκε ανάμεσα στις μεταβλητές «υγεία» και «αυτοαναφορά επιπέδου υγείας», με sig. 0,000. Όταν βελτιώνεται η υγεία, μειώνεται η αυτοαναφορά της κατάστασης υγείας από τους ηλικιωμένους.

Πίνακας 22: Συσχέτιση μεταβλητών

Συσχετίσεις μεταβλητών									
		Age	Health	FF	R_close_to_me	P_close_to_me	PHQ_9	EQ5D	VAS
Age	Pearson Correlation	1	-,106	-,322**	-,300**	-,002	-,253**	-,140	,091
	Sig. (2-tailed)		,281	,001	,002	,982	,009	,153	,352
	N	106	106	106	106	106	106	106	106
Health	Pearson Correlation	-,106	1	,309**	-,063	,002	,300**	,324**	-,613**
	Sig. (2-tailed)	,281		,001	,520	,985	,002	,001	,000
	N	106	106	106	106	106	106	106	106
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)									
Age= ηλικία, Health= υγεία, FF= οικονομική κατάσταση, R_close_to_me= συγγάτοικους που νιώθουν κοντά τους η ηλικιωμένοι, P_close_to_me= άτομα που νιώθουν κοντά τους η ηλικιωμένοι PHQ_9= ψυχοσωματική υγεία, EQ5D= αυτοεκτίμηση ποιότητας ζωής – επιπέδου υγείας VAS= αυτοαναφορά επιπέδου υγείας									

Στη συνέχεια πραγματοποιούνται συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές που έχουν προκύψει μετά την ενοποίηση των μεταβλητών. Οι μεταβλητές αυτές είναι τα «σοβαρά νοσήματα», τα «συνηθισμένα νοσήματα», η «αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας» και η «αυτοαναφορά κατάστασης υγείας» και τα αποτελέσματα διαφαίνονται στον ακόλουθο πίνακα. Ο δείκτης συσχέτισης που χρησιμοποιήθηκε είναι ο Pearson (r), που λαμβάνει τιμές από το -1 έως το 1.

Πίνακας 23: Συσχέτιση νέων μεταβλητών

Συσχετίσεις μεταβλητών: Total_sd - Total_ud - EQ5D - VAS					
		Σοβαρές ασθένειες Total_sd	Συνηθισμένες ασθένειες Total_ud	Αυτοεκτίμηση υγείας EQ5D	Αυτοαναφορά υγείας VAS
Total_sd	Pearson Correlation	1	,344**	,312**	-,258**
	Sig. (2-tailed)		,000	,001	,007
	N	106	106	106	106
Total_ud	Pearson Correlation	,344**	1	,415**	-,157
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,108
	N	106	106	106	106
EQ5D	Pearson Correlation	,312**	,415**	1	-,471**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,000
	N	106	106	106	106
VAS	Pearson Correlation	-,258**	-,157	-,471**	1
	Sig. (2-tailed)	,007	,108	,000	
	N	106	106	106	106
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)					
Total_ud= συνηθισμένες ασθένειες, Total_sd= σοβαρές ασθένειες, EQ5D= αυτοεκτίμηση ποιότητας ζωής – επιπέδου υγείας VAS= αυτοαναφορά επιπέδου υγείας					

Από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν προέκυψαν τέσσερις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, η οποίες αναφέρονται παρακάτω. Οι «σοβαρές ασθένειες» συσχετίζονται με τις «συνηθισμένες ασθένειες» θετικά μέτριας εντάσεως (0,344) με $\text{sig.} = 0,000$. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, αυξάνεται και η εμφάνιση συνηθισμένων ασθενειών. Οι «σοβαρές ασθένειες» συσχετίζονται με την «αυτοεκτίμηση υγείας» θετικά μέτριας εντάσεως (0,312) με $\text{sig.} = 0,001$. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση της υγείας από τους ηλικιωμένους. Οι «σοβαρές ασθένειες» συσχετίζονται με την «αυτοαναφορά υγείας» αρνητικά μέτριας εντάσεως (-0,258) με $\text{sig.} = 0,007$. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, μειώνεται η αυτοαναφορά της υγείας από τους ερωτώμενους. Οι «συνηθισμένες ασθένειες» συσχετίζονται με την «αυτοεκτίμηση υγείας» θετικά μέτριας εντάσεως (0,415) με $\text{sig.} = 0,000$. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση συνηθισμένων ασθενειών, αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας από τους ηλικιωμένους. Η «αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας» συσχετίζεται αρνητικά με μέτρια ένταση, με την «αυτοαναφορά επιπέδου υγείας» και έχει $\text{sig.} = 0,000$. Όταν αυξάνονται οι τιμές της αυτοεκτίμησης υγείας από τους ηλικιωμένους, μειώνεται η αυτοαναφορά υγείας.

Εν συνεχεία παρουσιάζονται συσχετίσεις της νέας μεταβλητής «πόνος» που δημιουργήθηκε με τις νέες μεταβλητές «συνηθισμένες ασθένειες», «σοβαρές ασθένειες», «αυτοεκτίμηση επιπέδου υγείας», «αυτοαναφορά επιπέδου υγείας», «ψυχοσωματική υγεία», «οικονομική κατάσταση», «ηλικία», «φύλο», ώστε να απαντηθεί σχετικό ερευνητικό ερώτημα που έχει τεθεί.

Πίνακας 24: Συσχέτιση

Συσχετίσεις μεταβλητών									
		Total_ ud	Total_ sd	PHQ_ 9	EQ5D	VAS	FF	Age	Gender
Ponos_neo	Pearson Correlation	-,258**	-,225*	-,308**	-,612**	,285**	-,137	,063	-,153
	Sig. (2- tailed)	,007	,020	,001	,000	,003	,160	,520	,117
	N	106	106	106	106	106	106	106	106
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).									
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).									
Total_ud= συνηθισμένες ασθένειες, Total_sd= σοβαρές ασθένειες, PHQ_9= ψυχοσωματική υγεία, EQ5D= αυτοεκτίμηση ποιότητας ζωής – επιπέδου υγείας VAS= αυτοαναφορά επιπέδου υγείας, FF = οικονομική κατάσταση, Age= ηλικία, Gender= φύλο									

Όπως διαφαίνεται και στον παραπάνω πίνακα ο «πόνος» συσχετίζεται ελάχιστα, αρνητικά με τις «συνηθισμένες ασθένειες» και με τις «σοβαρές ασθένειες» και οι συσχετίσεις αυτές είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνεται ο πόνος μειώνονται ελάχιστα οι σοβαρές και οι συνηθισμένες ασθένειες. Επίσης, αρνητικά συσχετίζεται ο πόνος με τις μεταβλητές «ψυχοσωματική υγεία» και «εκτίμηση υγείας». Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Όσο αυξάνεται ο πόνος μειώνεται ελάχιστα το επίπεδο ψυχοσωματικής υγείας και μέτρια το επίπεδο υγείας – ποιότητα ζωής του δείγματος της έρευνας. Η μείωση της ψυχοσωματικής υγείας σημαίνει ύπαρξη λιγότερης κατάθλιψης άρα καλύτερης ψυχοσωματικής υγείας. Τέλος, η «αυτοεκτίμηση της υγείας» του δείγματος συσχετίζεται ελάχιστα, θετικά και στατιστικά σημαντικά με τον «πόνο». Όσο μειώνεται ο πόνος τόσο αυξάνεται και η αυτοαναφορά στην κατάσταση υγείας.

Τέλος, γίνεται συσχέτιση «πόνου» (νέα μεταβλητή που δημιουργήθηκε) με τις μεταβλητές «κατάθλιψη», «αυτοεξυπηρέτησης», «κινητικότητα» και «καθημερινές δραστηριότητες». Η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που προέκυψε είναι αυτή μεταξύ πόνου και κατάθλιψης-άγχους του δείγματος. Η συσχέτιση αυτή είναι ελάχιστη και αρνητική, δηλαδή όσο μειώνεται ο πόνος, τόσο μειώνεται η εμφάνιση κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 14: Συσχέτιση μεταβλητών «πόνος» και «κατάθλιψη»

<i>Συσχετίσεις</i>			
		ponos	A_D
ponos	Pearson Correlation	1	-,220*
	Sig. (2-tailed)		,023
	N	106	106
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).			

6.6 Μοντέλα παλινδρόμησης

Προκειμένου να εξεταστεί εάν η «αυτοεκτίμηση υγείας - ποιότητα ζωής» (EQ5D) και η «αυτοαναφορά της κατάστασης υγείας» (VAS), εξαρτάται από τις «σοβαρές παθήσεις», τις «συνήθειες παθήσεις», την «δηλούμενη υγεία», την «οικονομική κατάσταση» και την «κατάθλιψη», επειδή παρουσιάζουν γραμμικά μια συσχέτιση μεταξύ τους, εφαρμόστηκε στα δεδομένα γραμμική παλινδρόμηση με τη μέθοδο Enter, δηλαδή ταυτόχρονη εισαγωγή των ανεξάρτητων μεταβλητών. Για καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων γίνεται μια σύντομη αναφορά στους δείκτες και τους πίνακες που προκύπτουν.

- **F** είναι ο συνολικός έλεγχος παλινδρόμησης. Όταν είναι αρκετά μικρός μπορεί να απορριφθεί η H_0 οπότε αποδεικνύεται ότι υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ ανεξάρτητης και εξαρτημένης
- **Model summary** $R (-1, 1)$ δείχνει το σθένος της σχέσης και το πρόσημο το είδος. R^2 είναι ο συντελεστής προσδιορισμού. Το % μεταβλητότητας της εξαρτημένης που ερμηνεύεται με βάση αυτό το μοντέλο παλινδρόμησης. Π.χ στο 1^ο μοντέλο, το 43,3% της διακύμανσης του σκορ EQ5D ερμηνεύεται με βάση αυτό το μοντέλο.
- **Anova:** Φαίνεται το επίπεδο σημαντικότητας $\text{sig.} = 0,000$ που πρέπει να είναι $<0,05$. Συνεπώς τότε λέμε ότι η γραμμή παλινδρόμησης που έχει εκτιμηθεί θεωρείται ότι είναι στατιστικά σημαντική και γράφεις από αυτό τον πίνακα και τις πληροφορίες που έχω στην παρένθεση ($F_{15,284}$, $\text{sig.} = 0,000$).
- **Coefficients:** Η συμμετοχή του κάθε παράγοντα στη διακύμανση της μεταβλητής. Η στήλη B δείχνει τη συμπεριφορά των συντελεστών του μοντέλου: για κάθε αύξηση της ανεξάρτητης κατά 1 μονάδα η εξαρτημένη αυξάνεται ή μειώνεται (ανάλογα το πρόσημο) κατά B. Betaοι τυποποιημένοι συντελεστές (με όρους σύγκρισης) είναι οι συντελεστές ενός υποδείγματος παλινδρόμησης που χρησιμοποιούνται αντί των πραγματικών τιμών των μεταβλητών-είναι κατά προσέγγιση ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Όσο μεγαλύτερο τόσο

μεγαλύτερη και η επίδραση της ανεξάρτητης στην εξαρτημένη. B₀ εκτιμά τη τιμή της εξαρτημένης όταν όλες οι άλλες παίρνουν τη τιμή 0. Οποιοσδήποτε άλλος συντελεστής b εκτιμά τη τιμή της εξαρτημένης για μια μονάδα αύξησης της ανεξάρτητης όταν οι τιμές των άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών παραμένουν σταθερές ή όταν οι γραμμικές επιδράσεις των υπολοίπων έχουν αφαιρεθεί από το υπόδειγμα (θετική ή αρνητική μεταβολή). Οι συντελεστές πρέπει να είναι στατιστικά σημαντικοί, με sig.<0,05. Όταν η τιμή του συντελεστή αυτού αυξάνεται κατά μια μονάδα, τότε το σκορ στη κλίμακας πόνου αναμένεται να είναι αυξημένο κατά B.

Πραγματοποιήθηκαν δυο μοντέλα παλινδρόμησης. Το πρώτο για τον εντοπισμό εξάρτησης μεταβλητής «αυτοεκτίμησης υγείας - ποιότητα ζωής» (EQ5D), από τις «σοβαρές παθήσεις», τις «συνήθειες παθήσεις», την «δηλούμενη υγεία», την «οικονομική κατάσταση» και την «ψυχική υγεία». Το δεύτερο για τον εντοπισμό εξάρτησης του «πόνου», από τις «σοβαρές παθήσεις», τις «συνήθειες παθήσεις», την «δηλούμενη υγεία», την «οικονομική κατάσταση» και την «ψυχική υγεία».

Στο πρώτο μοντέλο ορίστηκαν οι μεταβλητές «σοβαρές παθήσεις», «συνήθειες παθήσεις», «υγεία», «οικονομική κατάσταση» και «ψυχική υγεία», ως ανεξάρτητες μεταβλητές και η «αυτοεκτίμησης πόνου - ποιότητα ζωής», ως εξαρτημένη μεταβλητή. Εφαρμόστηκε γραμμική παλινδρόμηση, η οποία βάσει αποτελεσμάτων θεωρείται ότι είναι στατιστικά σημαντική ($F=15,284$, $\text{sig.} < 0,000$). Το 43,3% της διακύμανσης του πόνου ερμηνεύεται από τη διακύμανση της κατάθλιψης (ψυχικής υγείας) στατιστικά σημαντικά ($t=5,401$, $\text{sig.}=0,000$). Όταν το σκορ στη ψυχική υγεία αυξάνεται κατά 1 μονάδα τότε η αυτοεκτίμηση πόνου αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένη κατά 0,163.

Πίνακας 26: Παλινδρόμηση – Model Summary

Model Summary ^b					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,658 ^a	,433	,405	,84003	1,869
a. Predictors: (Constant), Total_ud, FF, Health, PHQ_9, Total_sd					
b. Dependent Variable: EQ5D					

Πίνακας 27: Παλινδρόμηση – ANOVA

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	53,926	5	10,785	15,284	,000 ^b
	Residual	70,565	100	,706		
	Total	124,491	105			
a. Dependent Variable: EQ5D						
b. Predictors: (Constant), Total_ud, FF, Health, PHQ_9, Total_sd						

Πίνακας 28: Παλινδρόμηση – Coefficients

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
	(Constant)	4,925	,403		12,220	,000
	Health	,126	,110	,096	1,143	,256
	FF	,033	,109	,026	,302	,763
	PHQ_9	,163	,030	,461	5,401	,000
	Total_sd	,115	,095	,104	1,214	,228
	Total_ud	,251	,094	,221	2,676	,009
a. Dependent Variable: EQ5D						

Στο δεύτερο μοντέλο ορίστηκαν οι μεταβλητές «σοβαρές παθήσεις», «συνήθειες παθήσεις», «υγεία», «οικονομική κατάσταση» και «ψυχική υγεία», ως ανεξάρτητες μεταβλητές και ο «πόνος» (νέα μεταβλητή που δημιουργήθηκε) ως εξαρτημένη μεταβλητή. Εφαρμόστηκε γραμμική παλινδρόμηση, η οποία βάσει αποτελεσμάτων

θεωρείται ότι είναι στατιστικά σημαντική ($F=3,439$, sig. $<0,000$). Το 14,7% της διακύμανσης του πόνου ερμηνεύεται στατιστικά σημαντικά μόνο από τη διακύμανση της «ψυχικής υγείας» ($t=-2,263$). Όταν το σκορ στη ψυχική υγεία αυξάνεται κατά 1 μονάδα τότε το σκορ στο πόνο αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένο κατά 0,033.

Πίνακας 29: Παλινδρόμηση – Model Summary

Model Summary ^b				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,383 ^a	,147	,104	,409
a. Predictors: (Constant), Total_ud, FF, Health, PHQ_9, Total_sd				
b. Dependent Variable: ponos_neo				

Πίνακας 30: Παλινδρόμηση – ANOVA

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,879	5	,576	3,439	,007 ^b
	Residual	16,744	100	,167		
	Total	19,623	105			
a. Dependent Variable: ponos_neo						
b. Predictors: (Constant), Total_ud, FF, Health, PHQ_9, Total_sd						

Πίνακας 31: Παλινδρόμηση – Coefficients

Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,119	,196		10,793	,000
	Health	-,043	,054	-,082	-,801	,425
	FF	,023	,053	,046	,434	,666
	PHQ_9	-,033	,015	-,237	-2,263	,026

Total_sd	-,051	,046	-,117	-1,108	,271
Total_ud	-,064	,046	-,141	-1,394	,166
a. Dependent Variable: ponos_neo					

Επίσης, προκειμένου να εξεταστεί εάν ο «πόνος» εξαρτάται από την «αυτοεκτίμηση υγείας - ποιότητα ζωής» (EQ5D) και την «αυτοαναφορά της υγείας» (VAS), εφαρμόστηκε πάλι γραμμική παλινδρόμηση. Χρησιμοποιήθηκαν οι μεταβλητές «αυτοεκτίμησης υγείας – ποιότητας ζωής» και «αυτοαναφοράς υγείας» ως ανεξάρτητες μεταβλητές και ο «πόνος» ως εξαρτημένη μεταβλητή. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η μεταβλητή «πόνος» μετατράπηκε σε διττή μεταβλητή για την επίτευξη ορθών αναλύσεων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν.

Η γραμμική παλινδρόμηση, βάσει αποτελεσμάτων θεωρείται ότι είναι στατιστικά σημαντική ($F=30,832$, sig. $<0,000$). Το 37,4% της διακύμανσης του πόνου ερμηνεύεται από τη διακύμανση της «αυτοεκτίμησης του πόνου – ποιότητα ζωής» στατιστικά σημαντικά ($t=-6,947$, sig. = 0,000). Όταν το σκορ στη κατάθλιψη αυξάνεται κατά 1 μονάδα τότε το σκορ στο πόνο αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένο κατά 0,244. Ακολουθούν πίνακες με αναλυτικά τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 32: Παλινδρόμηση – ModelSummary

Model Summary									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,612 ^a	,374	,362	,345	,374	30,832	2	103	,000
a. Predictors: (Constant), VAS, EQ5D									

Πίνακας 33: Παλινδρόμηση – ANOVA

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,348	2	3,674	30,832	,000^b
	Residual	12,274	103	,119		
	Total	19,623	105			
a. Dependent Variable: ponos_neo						
b. Predictors: (Constant), VAS, EQ5D						

Πίνακας 34: : Παλινδρόμηση – Coefficients

Coefficients ^a								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	-,341	,307		10,892	,000	2,733	3,949
	EQ5D	-,244	,035	-,614	-6,947	,000	-,313	-,174
	VAS	-8,060E-005	,002	-,004	-,040	,968	,004	-,004
a. Dependent Variable: ponos_neo								

Συζήτηση

Ο όρος ψυχική διαταραχή περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που έχουν σχέση με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών. Η πιο συνηθισμένη ψυχική διαταραχή που πλήττει τους περισσότερους ηλικιωμένους είναι η κατάθλιψη.

Την κατάθλιψη την επιβαρύνει ο πόνος σε όλες του τις μορφές, κυρίως δε στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Ο πόνος είναι διαφορετικός και μοναδικός για κάθε άτομο και επιδρά στην λειτουργικότητα, την συναισθηματική κατάσταση και την ποιότητα ζωής του. Αποτελεί συχνό πρόβλημα στα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπου ο επίμονος ή ενοχλητικός πόνος επηρεάζει μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων. Ο πόνος ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μία πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με τους όρους μίας τέτοιας βλάβης.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η κατανόηση του πόνου και των ψυχολογικών δραστηριοτήτων στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται μια προσπάθεια εντοπισμού συσχέτισης του πόνου και των ψυχολογικών διαταραχών που εμφανίζονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Το δείγμα της εν λόγω έρευνας αποτελείται από 106 ηλικιωμένα άτομα, μέσης ηλικίας 73 ετών και των δύο φύλων, μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Πατρών. Οι περισσότεροι βιώνουν μια μέτρια κατάσταση στην υγεία και η οικονομική τους κατάσταση είναι λίγο δύσκολη. Επίσης, οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι και έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό σχολείο. Τέλος, ολοκληρώνοντας το προφίλ του δείγματος, αναφέρεται ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συγκατοικούν τουλάχιστον με ένα άτομο και ένα άτομο νιώθουν περισσότερο κοντά τους.

Η κατάσταση της υγείας του δείγματος είναι μέτρια. Πιο συγκεκριμένα, η περισσότεροι ερωτώμενοι πάσχουν από υπέρταση. Αρκετοί, δήλωσαν επίσης, ότι

πάσχουν από πόνους στη μέση. Ακόμη λιγότεροι δήλωσαν ότι πάσχουν από καρδιοπάθεια, διαβήτη και στομαχικές διαταραχές. Λιγότεροι έχουν θυρεοειδή, αναπνευστικά προβλήματα ή πάσχουν από κάποια μορφή καρκίνου. Η ψυχοσωματική υγεία των ερωτώμενων είναι, επίσης, μέτριας κατάστασης. Τα επίπεδα της ποιότητας ζωής, της εκτίμησης του πόνου και της αυτοαναφοράς του πόνου που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, είναι μέτρια.

Από τον έλεγχο υποθέσεων πιθανής διαφοράς των ανδρών και γυναικών στο βίωμα του πόνου προέκυψε ότι η κλίμακα ποιότητα ζωής – κατάσταση υγείας διαφέρει ανάμεσα στα δυο φύλα. Υπάρχει πολύ μικρή διαφορά που είναι όμως στατιστικά σημαντική. Λόγω του υψηλότερου μέσου όρου στις γυναίκες, φαίνεται ότι οι άντρες έχουν ελαφρώς καλύτερη ποιότητα ζωής και βιώνουν λιγότερο πόνο από ότι οι γυναίκες. Αντίθετα, η αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας δεν παρουσιάζει διαφορές στα δυο φύλα.

Η «ηλικία» με την «οικονομική κατάσταση» συσχετίζονται αρνητικά με μέτρια ένταση και η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τη συσχέτιση «ηλικίας» με τους «συγκάτοικους που νιώθουν κοντά τους η ηλικιωμένοι» και με τις μεταβλητές της «ψυχοσωματικής υγείας» (PHQ_9). Συνοπτικά αναφέρεται ότι όταν αυξάνεται η ηλικία μειώνεται η οικονομική κατάσταση του δείγματος, δηλαδή γίνεται πιο δύσκολη. Επίσης, όταν αυξάνεται η ηλικία μειώνονται ή λιγοστεύουν οι συγκάτοικοι που νιώθουν δίπλα τους η ηλικιωμένοι και χειροτερεύει η ψυχοσωματική τους υγεία.

Η μεταβλητή «υγεία» συσχετίζεται με την «οικονομική κατάσταση» θετικά, με μέτρια ένταση. Αυτό σημαίνει ότι όταν βελτιώνεται το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων, τότε βελτιώνεται και η οικονομική κατάστασή τους. Η μεταβλητή «υγεία» συσχετίζεται με τη «ψυχοσωματική υγεία» θετικά, με μέτρια ένταση. Όταν βελτιώνεται η υγεία γενικά, βελτιώνεται και η ψυχοσωματική υγεία των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα. Θετικά, με μέτρια ένταση συσχετίζεται η «υγεία» με την «αυτοεκτίμηση της υγείας». Συνεπώς, όταν βελτιώνεται η υγεία, αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας από το δείγμα της έρευνας. Αρνητική συσχέτιση υψηλής έντασης διαπιστώθηκε ανάμεσα στις μεταβλητές «υγεία» και

«αυτοαναφορά στην κατάσταση της υγείας». Όταν βελτιώνεται η υγεία, μειώνεται η αυτοαναφορά στην υγεία από τους ηλικιωμένους.

Στη συνέχεια πραγματοποιούνται συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές που έχουν προκύψει μετά την ενοποίηση των μεταβλητών. Οι μεταβλητές αυτές είναι τα «σοβαρά νοσήματα», τα «συνηθισμένα νοσήματα», η «αυτοεκτίμηση του πόνου» και η «αυτοαναφορά του πόνου». Από τις αναλύσεις αυτές προέκυψαν τέσσερις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Οι «σοβαρές ασθένειες» συσχετίζονται με τις «συνηθισμένες ασθένειες» θετικά μέτριας εντάσεως. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, αυξάνεται και η εμφάνιση συνηθισμένων ασθενειών. Οι «σοβαρές ασθένειες» συσχετίζονται με την «αυτοεκτίμηση υγείας» θετικά μέτριας εντάσεως. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση της υγείας από τους ηλικιωμένους. Οι «σοβαρές ασθένειες» συσχετίζονται με την «αυτοαναφορά πόνου» αρνητικά μετρίας εντάσεως. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, μειώνεται η αυτοαναφορά της υγείας από τους ερωτώμενους. Οι «συνηθισμένες ασθένειες» συσχετίζονται με την «αυτοεκτίμηση υγείας» θετικά μέτριας εντάσεως. Όταν αυξάνεται η εμφάνιση συνηθισμένων ασθενειών, αυξάνεται και η αυτοεκτίμηση της υγείας από τους ηλικιωμένους. Η «αυτοεκτίμηση πόνου» συσχετίζεται αρνητικά με μέτρια ένταση, με την «αυτοαναφορά της υγείας». Όταν αυξάνονται οι τιμές της αυτοεκτίμησης της υγείας από τους ηλικιωμένους, μειώνεται η αυτοαναφορά της κατάστασης της υγείας.

Επίσης, ο «πόνος» συσχετίζεται ελάχιστα, αρνητικά με τις «συνηθισμένες ασθένειες» και με τις «σοβαρές ασθένειες», δηλαδή όσο αυξάνεται ο πόνος μειώνονται ελάχιστα οι σοβαρές και οι συνηθισμένες ασθένειες. Σημαντικό να αναφερθεί είναι ότι όσο αυξάνεται ο πόνος μειώνεται ελάχιστα το επίπεδο ψυχοσωματικής υγείας και μέτρια το επίπεδο υγείας – ποιότητα ζωής του δείγματος. Η μείωση της ψυχοσωματικής υγείας σημαίνει ύπαρξη λιγότερης κατάθλιψης άρα καλύτερης ψυχοσωματικής υγείας. Αναφέρεται ότι όσο αυξάνεται ο πόνος αυξάνεται και η αυτοαναφορά στην κατάσταση υγείας. Από τη συσχέτιση «πόνου» με «κατάθλιψη» προέκυψε ότι όσο αυξάνεται ο πόνος αυξάνεται και η κατάθλιψη.

Τέλος, πραγματοποιείται έλεγχος της δυνατότητας πρόβλεψης του πόνου σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων του δείγματος της έρευνας. Βάσει των σχετικών αναλύσεων προέκυψε ότι το 43,3% της διακύμανσης του πόνου

ερμηνεύεται από τη διακύμανση της ψυχικής υγείας. Όταν η κατάσταση της ψυχικής υγείας βελτιώνεται κατά 1 μονάδα, τότε ο πόνος αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο ελαφριά αυξημένος. Επίσης, προέκυψε ότι το 37,4% της διακύμανσης του πόνου ερμηνεύεται από τη διακύμανση της «αυτοεκτίμησης της υγείας – ποιότητα ζωής». Όταν οι τιμές της ψυχικής υγείας αυξάνονται κατά 1 μονάδα τότε ο πόνος αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο ελαφριά αυξημένος. Επίσης, όταν το σκορ στη ψυχική υγεία αυξάνεται κατά 1 μονάδα τότε το σκορ στο πόνο αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένο κατά 0,033.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Αργυρόπουλος, Κ. (2012). Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. *Psychiatriki*, 23, 39–45

Βασιλάκος, Δ. (1998). *Βελονισμός μια μέθοδος θεραπείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Κώδικας.

Γείτονας, Μ., Σκουρολάκιου, Μ., Κυριόπουλος, Γ. (1996). *Φαρμακοοικονομία: Αρχές και μέθοδοι αξιολόγησης*. Αθήνα: Εξάντας.

Γκιόσος, Π. Ι., (2011). *Ανάπτυξη κλιμάκων μέτρησης στην εκπαιδευτική έρευνα: Οι έννοιες της εγκυρότητας και αξιοπιστίας*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Γρηγοριάδου-Μανουσάκη, Μ. Ε. (1999). *Αθηροσκλήρωση*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα www.grigoriadoumaria.gr.

Γουλές, Δ. (2002). Νευροπαθητικός Πόνος: Νοσολογικό Περιεχόμενο Νευροπαθητικού Πόνου. *Επιστημονικά Θέματα*, 24–30.

Ευσταθίου, Μ. (2011). Η Κοινωνική και Σχολική Εξέλιξη του Παιδιού στα Δίκτυα Διαγνωστικών και Αξιολογικών Μηχανισμών. Ταξινομήσεις Υπέρ των Ευφυών και Αποκλεισμοί εις Βάρος των Αναπήρων. *Θέματα Ειδικής Αγωγής*, 51, 11-25.

Κάβουρα, Μ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. (2003). *Ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Ιατρικό τμήμα Janssen-Cilag.

Κατσίλλης, Ι. (2006). *Επαγωγική Στατιστική*. Αθήνα: Gutenberg.

Μενεδιάτου, Α. (2012). *Συμπτώματα και διάγνωση της κατάθλιψης*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.mazi.org.gr>

Παγοροπούλου, Α. (2000). *Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Παγοροπούλου, Α. (2000) .*Η Γεροντική Κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπακωστίδη, Α., Τσουκάλας, Ν. (2012). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29, 480-488.
- Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σπυράκη, Χ. (2006). *Ποιότητα ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από Στεφανιαία Νόσο και Καρδιακή Ανεπάρκεια*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Στυλιανοπούλου, Χ. (2010). Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 9 (4).
- Sintonen, H. (2001). Σύγκριση των κλιμάκων EQ-15D και EQ-5D στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(2), 156-60.
- Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής – Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18, 218-229.
- Χατζάκη, Α. (2007). Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(4), 456-462.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. (1998). *Κατάθλιψη*. 2ηεκδ.Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Ξενογλώσση βιβλιογραφία

- Bergneretal. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med. Care* 19(8), 787-805.
- Hughes, R. S. (2000). *International Society for Mental Health Online – ISMHO: Suggested principles for the online provision of mental health services* (Version 3.11). Διαθέσιμο από: www.ismho.org/suggestions.html

IASP Pain. (1980). *IASP Subcommittee on Taxonomy Pain terms: a list with definitions and notes on usage Pain*, 6 (1980), 249–252

Ruta, D.A., Garratt, A.M., Russell, I.T.(1999). Patient centered assessment of quality of life for patients with four common conditions. *Qual. Health Care*, 8, 22-9.

Marshall,D.(1996). *Pain Mechanisms and pain syndromes: An updated review. Refresher course syllabus*. IASP committee on Refresher courses.

W.H.O.(2002). *Diabetes Mellitus Fact Sheet*, No 138.

Διαδικτυακές πηγές

<http://www.phqscreeners.com>

<http://www.greekphcguidelines.gr/wordpress/wp>

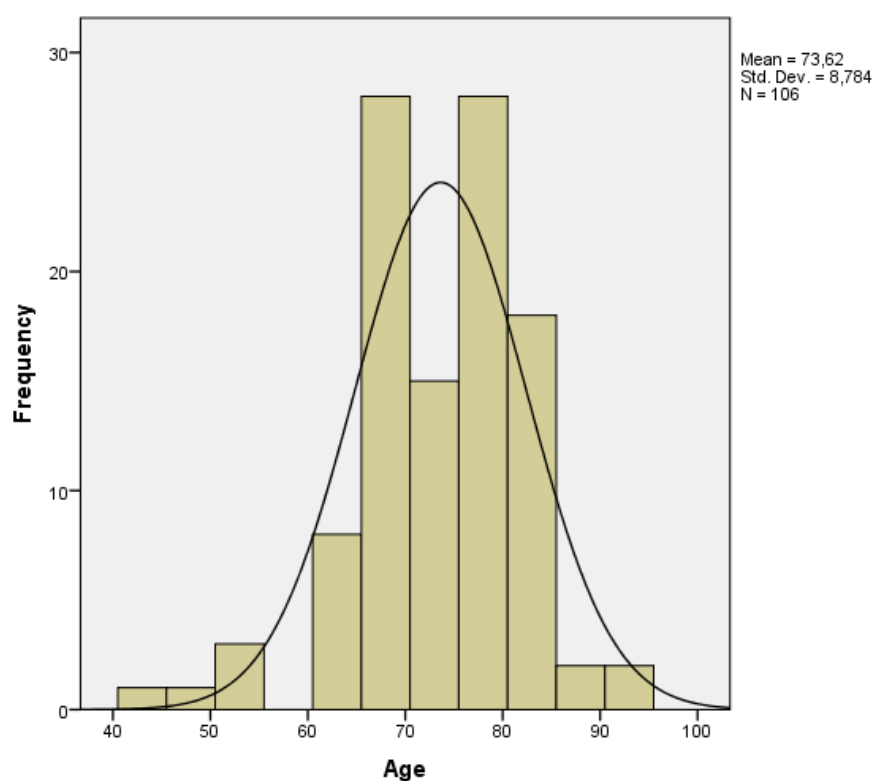
www.psychologia.gr

<http://www.mednet.gr/psycho/elderly.htm>

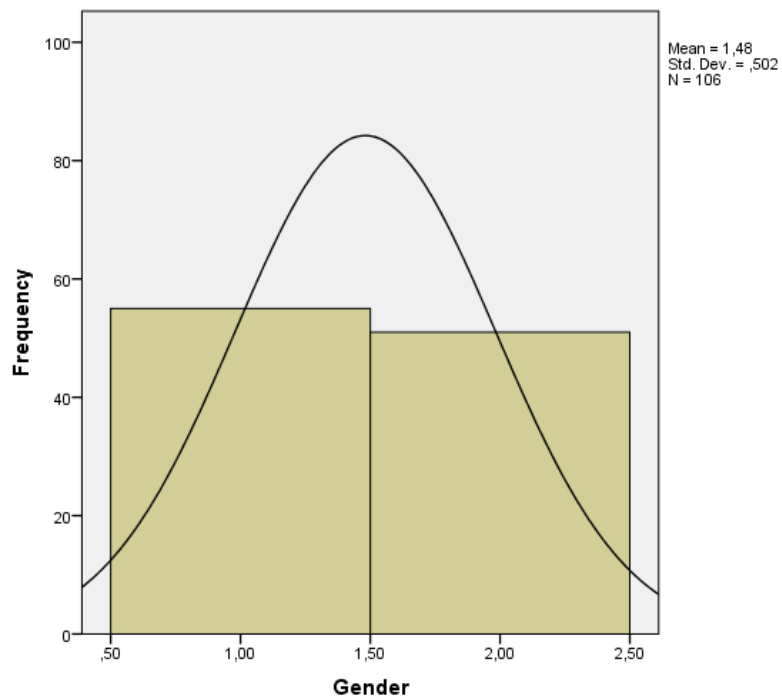
www.psychognosia.blogspot.com

Παράρτημα Ι: Έλεγχος κανονικότητας – Γραφήματα

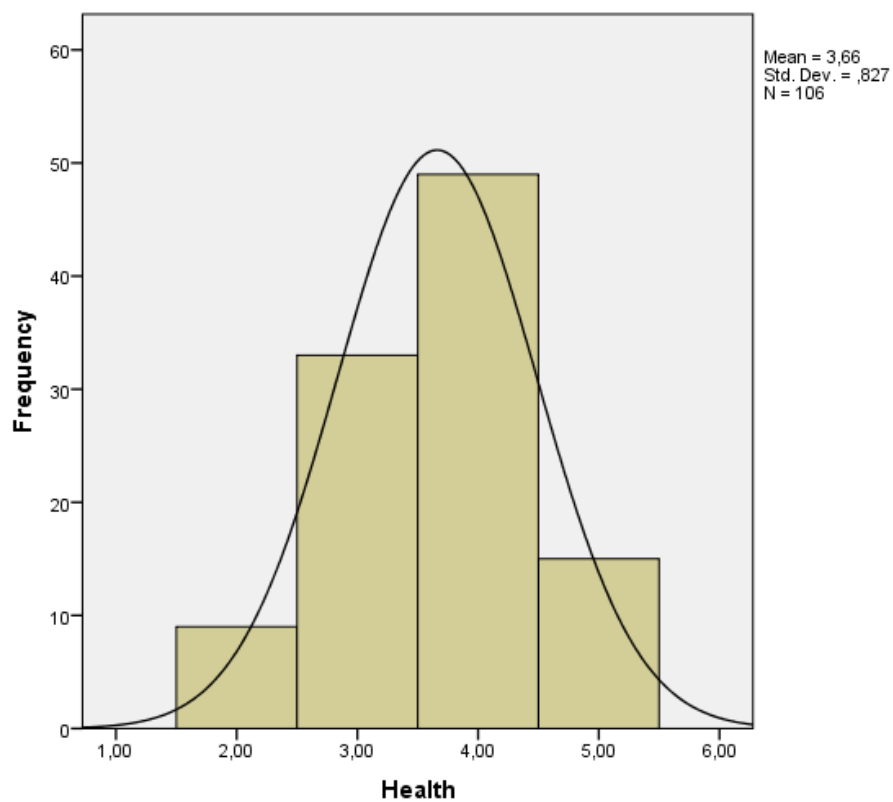
Παρουσιάζονται, λοιπόν, γραφήματα των μεταβλητών ηλικία, υγεία, οικονομική κατάσταση, αυτοεκτίμηση της υγείας (VAS), ψυχοσωματική υγεία (PHQ_9), αυτοεκτίμηση του πόνου (EQ5D) του δείγματος.



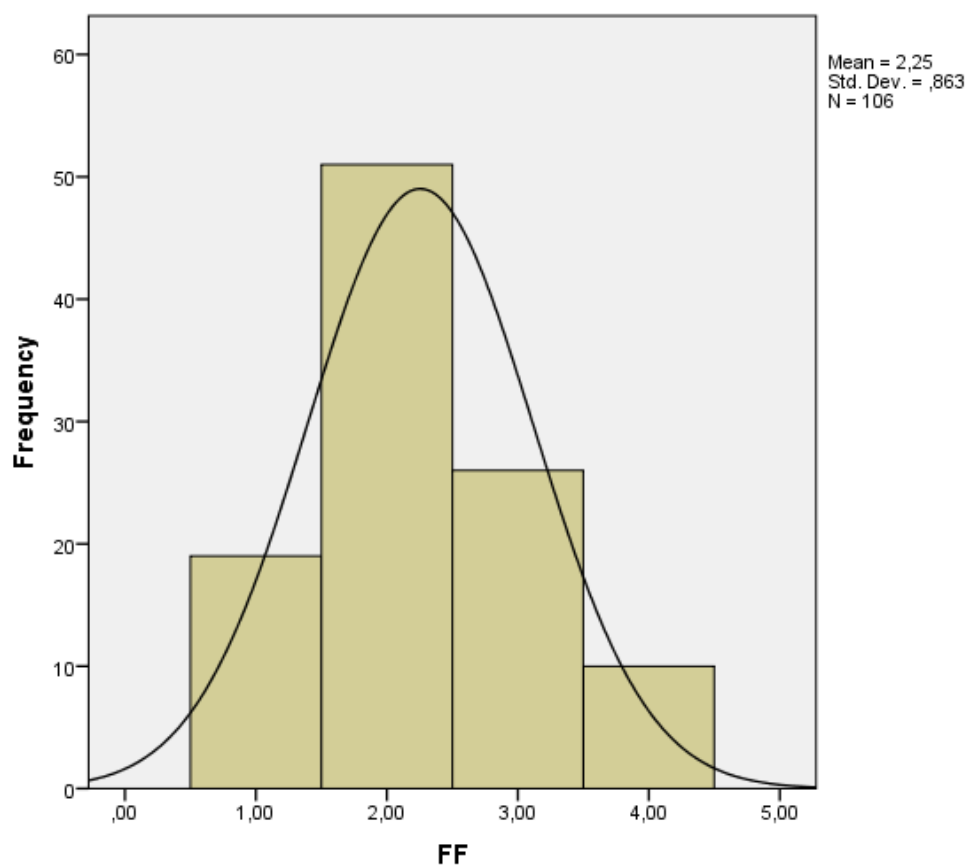
Διάγραμμα 5: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «ηλικία»



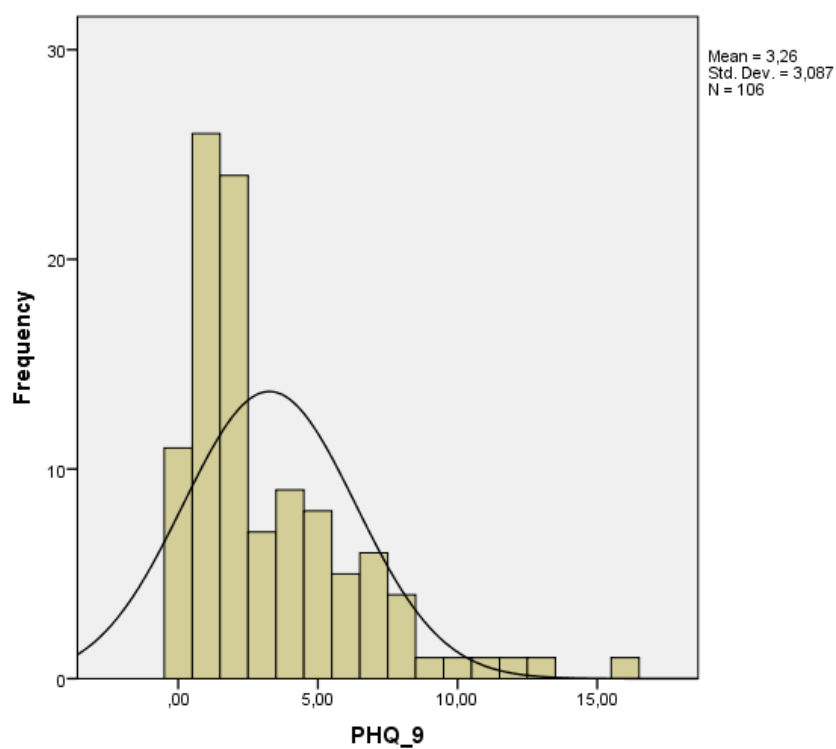
Διάγραμμα 6: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «φύλο»



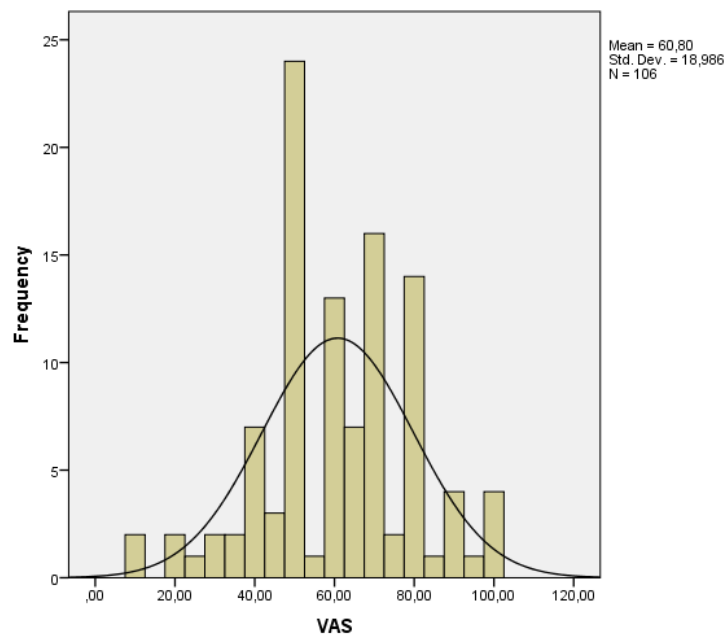
Διάγραμμα 7: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «υγεία»



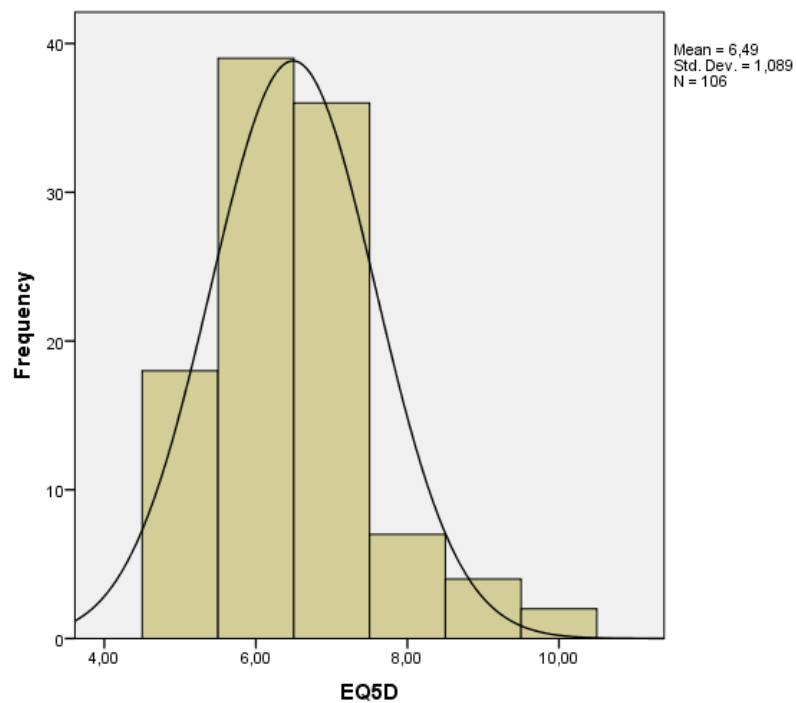
Διάγραμμα 8: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «οικονομική κατάσταση»



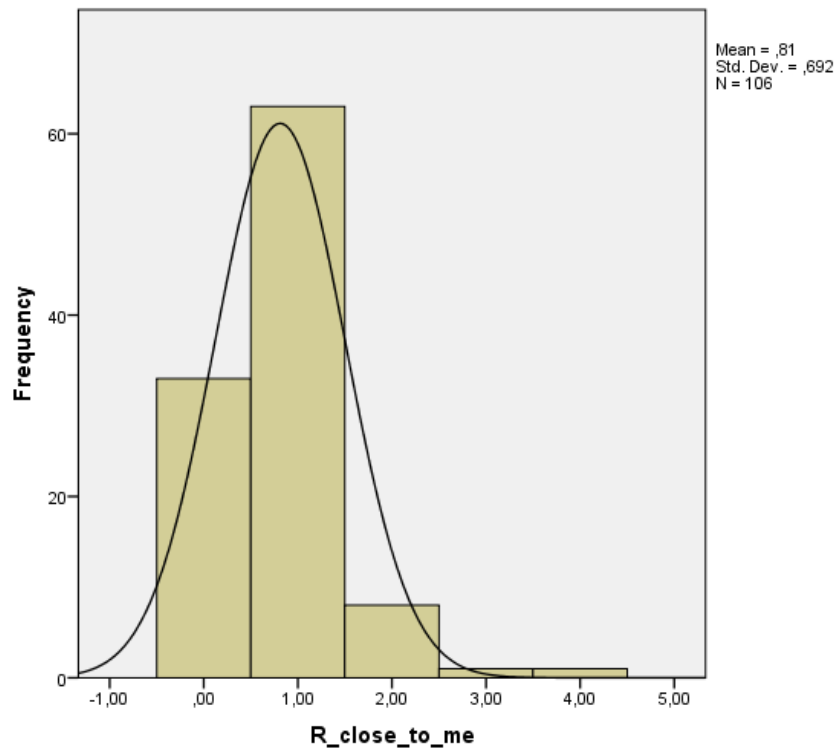
Διάγραμμα 9: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών «ψυχοσωματικής υγείας»



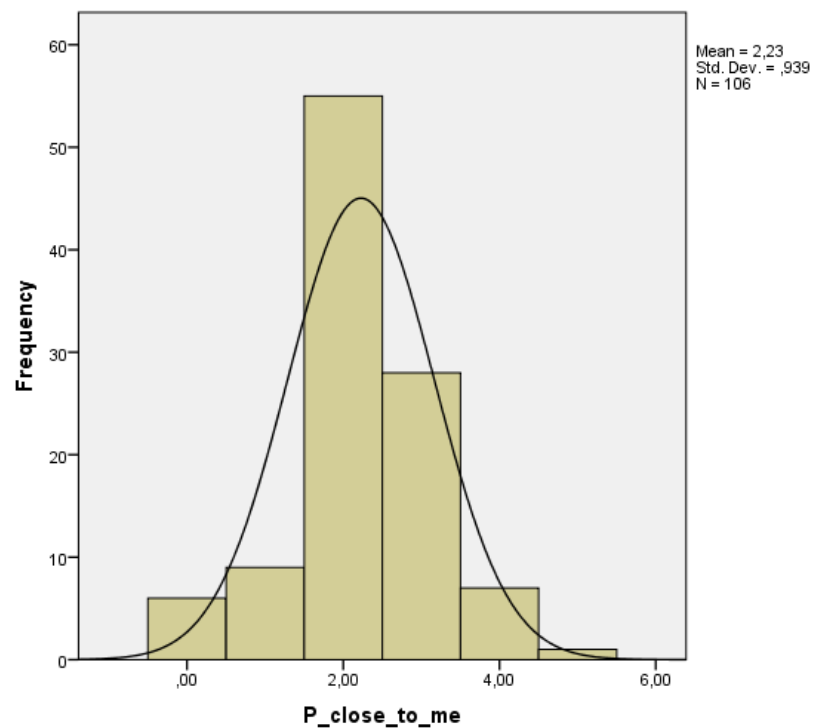
Διάγραμμα 10: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «αυτοαναφορά υγείας»



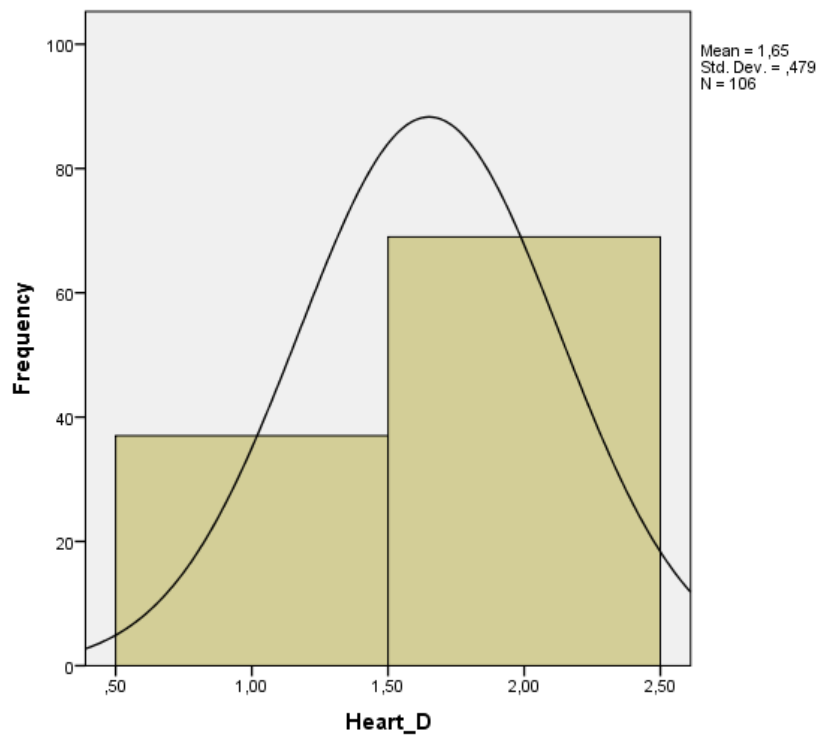
Διάγραμμα 11: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «αυτοεκτίμηση υγείας»



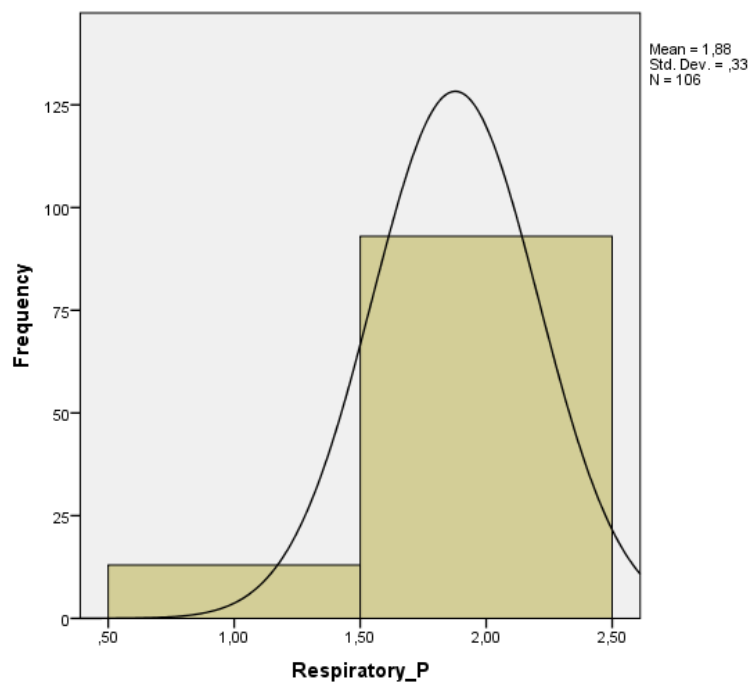
Διάγραμμα 12: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «συγκάτοικοι που αισθάνονται δίπλα τους οι ηλικιωμένοι»



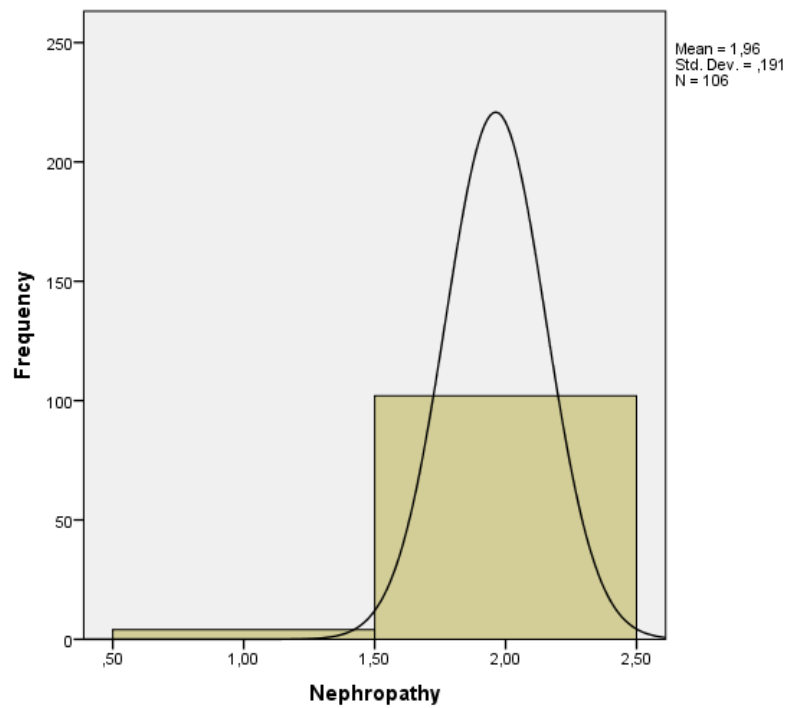
Διάγραμμα 13: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «άτομα που αισθάνονται δίπλα τους οι ηλικιωμένοι»



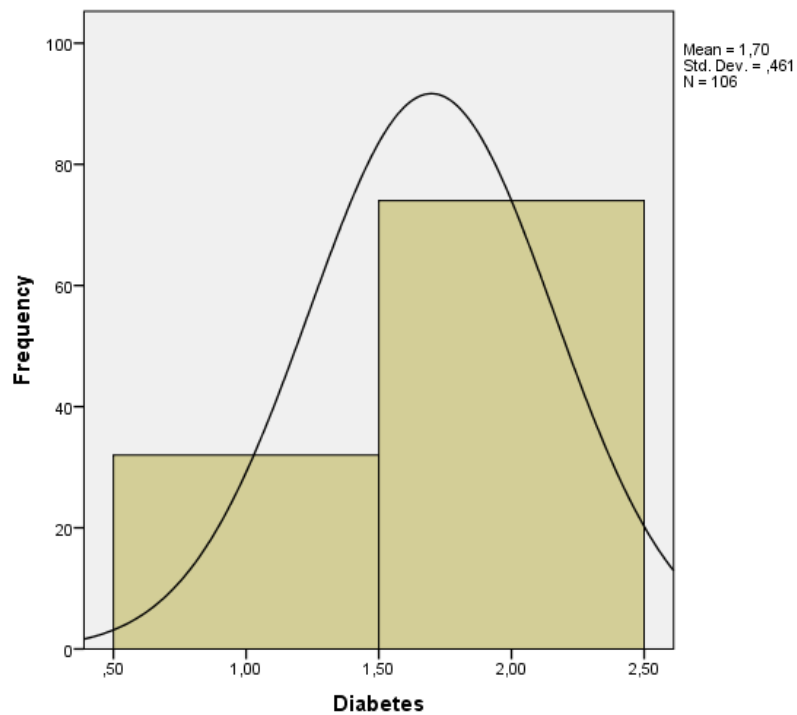
Διάγραμμα 14: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «καρδιοπάθεια»



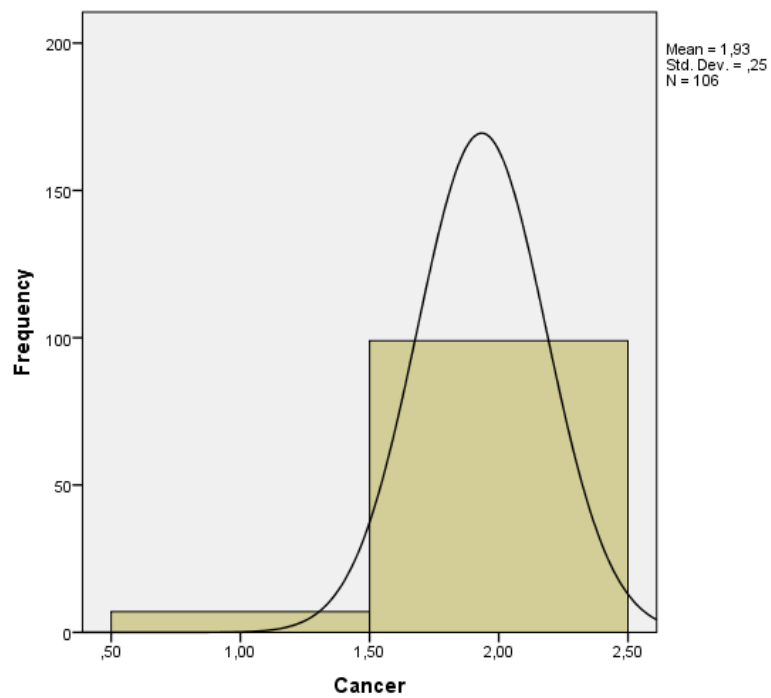
Διάγραμμα 15: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «αναπνευστικό πρόβλημα»



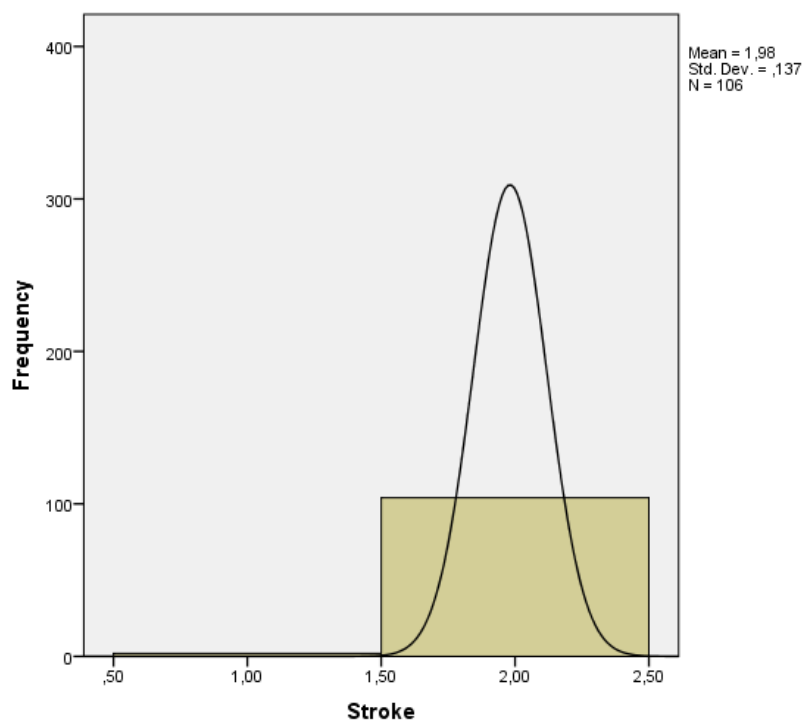
Διάγραμμα 16: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «νεφροπάθεια»



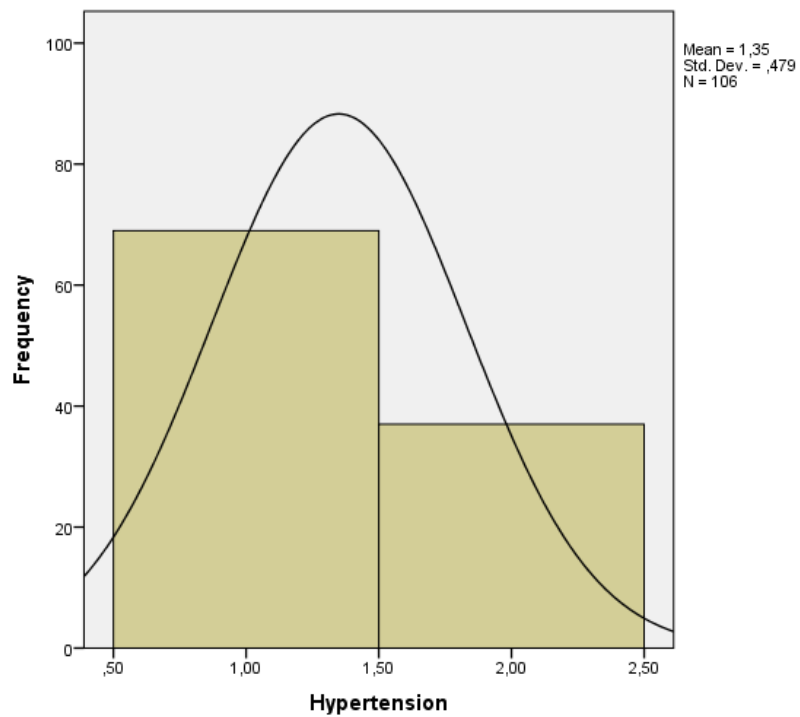
Διάγραμμα 17: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «διαβήτης»



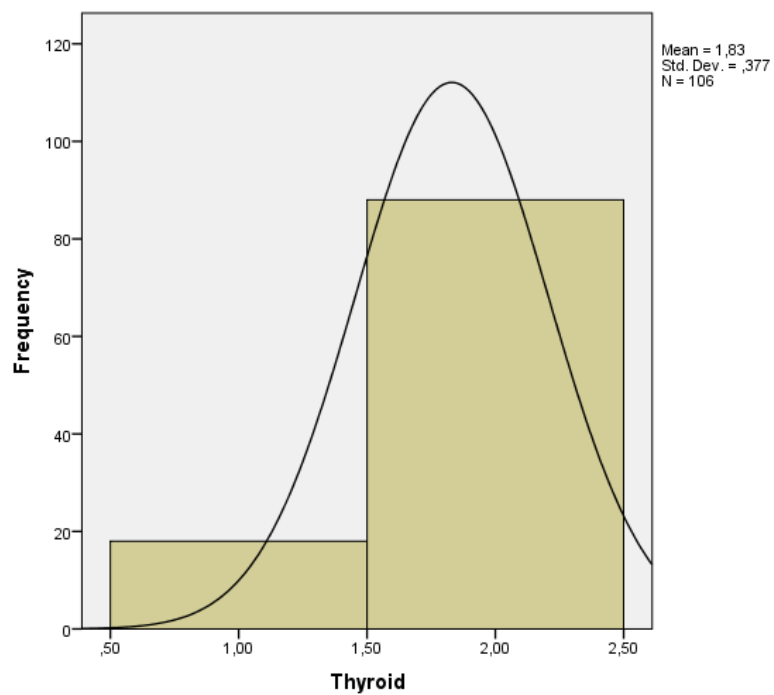
Διάγραμμα 18: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «καρκίνος»



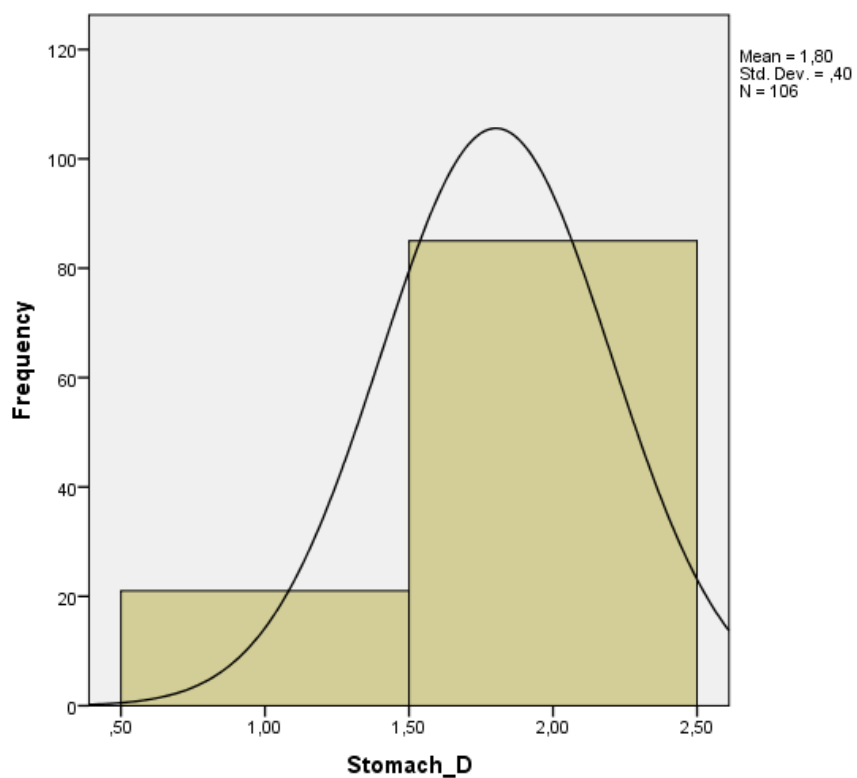
Διάγραμμα 19: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «εγκεφαλικό»



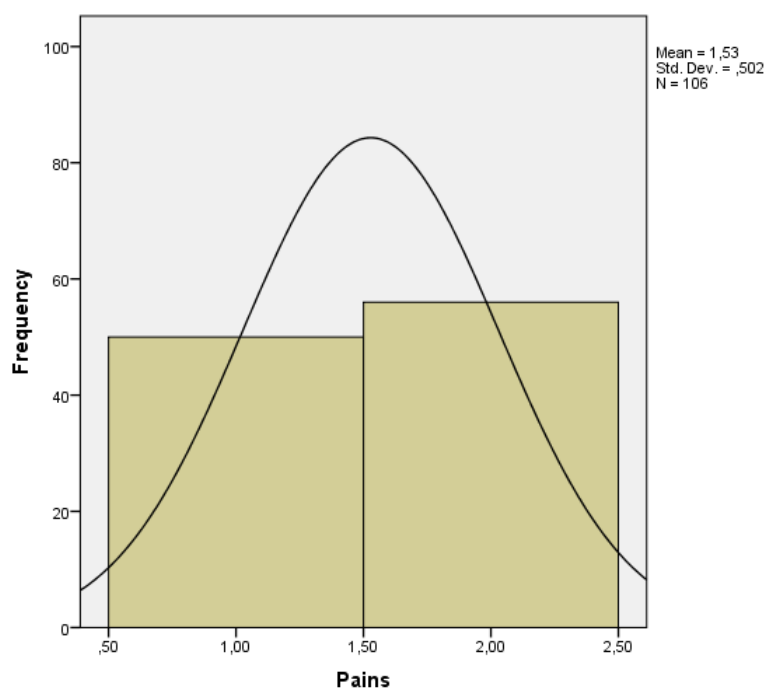
Διάγραμμα 20: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «υπέρταση»



Διάγραμμα 21: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «θυρεοειδή»



Διάγραμμα 22: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «στομαχική διαταραχή»



Διάγραμμα 23: Γραφική απεικόνιση – έλεγχος κανονικότητας της μεταβλητής «πόνος»