



ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**«Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και παράγοντες που
σχετίζονται με την εμφάνισή της.**

Μία ποσοτική έρευνα στον Δήμο Ρεθύμνου»

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Παπαδακάκη Μαρία

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

Δραμιτινού Μαρία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2020

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	5
2. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	7
3. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	10
3.1 Κλινική εικόνα- Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά	10
3.2 Επιπολασμός κατάθλιψης στους ηλικιωμένους	11
3.3 Παράγοντες κινδύνου	12
4. ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	14

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	17
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	17
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	17
ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ.....	18
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....	19
ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	20
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	20
ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ.....	20

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.1. Περιγραφικά στοιχεία της έρευνας	21
1.2 Κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων με κατάθλιψη	22
1.3 Δομή Φροντίδας και κατάθλιψη	28
1.4 Βαθμός Ικανοποίησης από Υπηρεσίες και Εμφάνιση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης	30

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συζήτηση – Προτάσεις:	35
-----------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμφάνιση όλο και μεγαλύτερων ποσοστών συμπτωμάτων κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας, αυξάνει την ανάγκη σε παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας από τις δομές που καλούνται να αναλάβουν ρόλο απέναντι στην προστασία των ηλικιωμένων, όπως είναι τα ΚΗΦΗ και τα ΚΑΠΗ. Η αναβάθμιση των κοινωνικών και ψυχικών παραμέτρων που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και όχι μόνο στο κομμάτι της περίθαλψης, κρίνεται αναγκαία για την ομαλή ψυχική τους κατάσταση.

Για αυτό τον λόγο η παρούσα εργασία ασχολείται με την διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Συγκεκριμένα στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση και αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο του θέματος της έρευνας. Συγκεκριμένα αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της κατάθλιψης και ποια είναι τα χαρακτηριστικά εμφάνισης της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας αλλά και δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την Ελλάδα και τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο συσχετίζεται η κατάθλιψη με την τρίτη ηλικία και αναλύονται οι παράγοντες που την ενισχύουν στους ηλικιωμένους σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα περιγράφεται η κλινική εικόνα των ατόμων και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που εμφανίζουν όταν παρουσιάζουν κατάθλιψη. Επιπλέον γίνεται αναφορά στον Επιπολασμό κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και τέλος στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται ο σκοπός και το περιεχόμενο λειτουργίας των δομών φροντίδας ηλικιωμένων.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας. Συγκεκριμένα αναλύθηκε το πεδίο της έρευνας και η μέθοδος δειγματοληψίας, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε και οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε. Επιπλέον περιγράφηκε η διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων, ενώ επισημάνθηκαν οι δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της

έρευνας και ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας αυτής. Τέλος παρατέθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας και τα συμπεράσματα που απορρέουν από αυτή.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μία κοινή ασθένεια παγκοσμίως, καθώς υπολογίζεται ότι επηρεάζεται το 3,8% του πληθυσμού, από το οποίο 5,0% είναι μεταξύ ενηλίκων και 5,7% μεταξύ ενηλίκων άνω των 60 ετών. Περίπου 280 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο πάσχουν από αυτή.

Η κατάθλιψη διαφέρει από τις σύνηθες εναλλαγές διάθεσης και τις βραχύβιες συναισθηματικές αντιδράσεις που προκαλούνται στην καθημερινή ζωή. Ιδιαίτερα, όταν επαναλαμβανόμενη και με μέτρια ή μεγαλύτερη ένταση, η κατάθλιψη μπορεί να αποτελέσει ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας. Μπορεί να γίνει η αιτία, το πάσχων άτομο να υποφέρει σε μεγάλο βαθμό και να λειτουργεί ελάχιστα στην εργασία, στο σχολείο και στην οικογένεια. Στη χειρότερη περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Πάνω από 70.000 άνθρωποι πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας κάθε χρόνο. (WHO, 2021)

Η κλινική κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης, στην οποία τα συναισθήματα λύπης, απώλειας, θυμού ή απογοήτευσης παρεμβαίνουν στην καθημερινότητα για μακρά χρονική περίοδο. (Fiskeetal, 2009) Πιο συγκεκριμένα, εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες του παρελθόντος, απώλεια της όρεξης και του βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, ιδέες ενοχής και αναξιοτήτας, δυσκολία στη συγκέντρωση, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής. (Hermens, M. L.,etal., 2004)

Σύμφωνα με το DSMV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5th Edition) (APA, 2013), οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή-δυσθυμία, την προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, την κατάθλιψη προκαλούμενη από ουσίες ή φάρμακα και την καταθλιπτική διαταραχή λόγω άλλη ιατρικής κατάστασης. Το κοινό χαρακτηριστικό όλων αυτών των διαταραχών είναι η παρουσία θλίψης και ευερεθιστότητας, συνοδευόμενης από σωματικές και γνωστικές αλλαγές που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αντιπροσωπεύει την κλασική κατάσταση αυτής της ομάδας διαταραχών και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως:

1. Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα
2. Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες
3. Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν γίνεται δίαιτα ή αξιοσημείωτη αύξηση βάρους ή σημαντική αύξηση ή μείωση της όρεξης.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία
5. Παρατηρήσιμη από άλλους ψυχοκινητική επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα
6. Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
7. Συναισθήματα υπερβολικής ή ακατάλληλης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητική)
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις για το θάνατο ή επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας.

Για την διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, θα πρέπει να εμφανίζονται πέντε ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα, διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική βλάβη στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο τομέα της λειτουργίας του ατόμου και να μην εξηγούνται από άλλη ιατρική κατάσταση ή από φυσιολογικές επιδράσεις μίας ουσίας (APA, 2013). Μερικά άτομα δεν αναφέρουν τόσο συναισθήματα θλίψης, απογοήτευσης ή έλλειψης ευχαρίστησης, όσο τονίζουν την ύπαρξη σωματικών πόνων. Πολλά επίσης άτομα, ιδιαίτερα τα παιδιά και οι έφηβοι, εμφανίζουν κυρίως αυξημένη ευερεθιστότητα, επίμονη οργή και εκρήξεις θυμού για μικρά θέματα.

Η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης είναι σχεδόν πάντα παρούσα, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό. Το άτομο μπορεί να αναφέρει ότι αισθάνεται λιγότερο

ενδιαφέρον και μικρότερη απόλαυση από δραστηριότητες που προηγουμένως έβρισκε ευχάριστες, ενώ η οικογένεια συχνά παρατηρεί κοινωνική ή επαγγελματική απόσυρση. Τέλος, σε ορισμένα άτομα υπάρχει σημαντική μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας. (APA, 2013)

Μια πιο μακροχρόνια μορφή κατάθλιψης, όπως η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία), μπορεί να ισχύει όταν η διαταραχή της διάθεσης συνεχίζεται για τουλάχιστον δύο χρόνια στους ενήλικες ή ένα χρόνο στη ζωή των παιδιών.

2. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου χρόνου ζωής και της δραματικής πτώσης της γεννητικότητας, η Ελλάδα καταλήγει να είναι μία από τις πλέον γηράσκουσες χώρες του κόσμου. Το φαινόμενο αυτό, της αύξησης της γήρανσης του πληθυσμού, φέρνει στην επιφάνεια θέματα όπως η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία, η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας του ηλικιωμένου, καθώς και η μέριμνα για συνεχή βελτίωση ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία. (Μαρίνη Μ., & Ματζίρη Β., 2015)

Η αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα, σε ποσοστό που φτάνει το 25%, έχει επιπτώσεις σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και το αντίστροφο, δηλαδή, οι ίδιες οι οικονομικές και πολιτικές συνθήκες που ισχύουν σήμερα, αποτελούν παράγοντα που δυσκολεύει την ζωή των ηλικιωμένων, την ικανότητά τους για αυτοεξυπηρέτηση και αυτονομία. (Γκιώνη Δ. & Γιαβρούτα Μ., 2015)

Όταν μιλάμε για ηλικιωμένους αναφερόμαστε στην Τρίτη και Τέταρτη ηλικία. Η πρώτη αφορά το στάδιο της ανθρώπινης ζωής που ξεκινά με το 65ο έτος ηλικίας του ατόμου, περίοδος που έχει συνδυαστεί με την συνταξιοδότησή του. Η δεύτερη αφορά τις ηλικίες άνω των 75 ετών. (Μπαμπινιώτης, 2011)

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων, με τα ιδιαίτερα προβλήματα που τις συνοδεύουν, καθιστούν τη θέση των τελευταίων ευάλωτη, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και στην ελληνική κοινωνία που βιώνει μια μακροχρόνια, παρατεταμένη κρίση. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα με τη συνεχιζόμενη κρίση λιτότητας και περικοπών, αλλά και με την αμφισβήτηση θεσμών και αξιών, έχουν δημιουργηθεί ανυπέρβλητα

προβλήματα στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της χώρας, κυρίως όμως στις ευάλωτες ομάδες, στις οποίες ανήκουν και οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι χρήζουν άμεσης φροντίδας και υποστήριξης. Τα οικονομικής φύσης προβλήματα, η περιορισμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η παντελής έλλειψη πρόληψης συμβάλλουν στο να βιώνουν τα άτομα της Τρίτης ηλικίας απαξίωση της προσωπικότητάς τους και στέρηση της περηφάνιας των γηρατειών, κατάσταση που επιδεινώνεται από την ούτως ή άλλως αύξηση των αναγκών τους.

Σε ό,τι αφορά τις τελευταίες, πρέπει να σημειωθεί ότι το δυσάρεστο συναίσθημα της έλλειψης, το οποίο συνοδεύεται από την επιθυμία εξάλειψής του, συνιστά μία από τις ανάγκες των ανθρώπων. Η ανάγκη αυτή καλύπτεται με την παραγωγή υλικών αντικειμένων και υπηρεσιών που ονομάζονται αγαθά. Πέραν τούτου όμως, υπάρχουν και κάποιες άλλες ανάγκες που δεν ανήκουν στην κατηγορία του υλικού κόσμου, όπως είναι η οικογενειακή-κοινωνική αποδοχή και άλλα συναισθήματα, που καλύπτουν τον ψυχοπνευματικό κόσμο των ατόμων, αποτελούν αναγκαιότητα της ύπαρξης και δεν μειώνονται ούτε κατά τη διάρκεια του γήρατος. (Μπαμπατσίκου Φ. 2007)

Οι ηλικιωμένοι έχουν μία σειρά από ανάγκες, για την ικανοποίηση των οποίων αντιμετωπίζουν επιπρόσθετες δυσκολίες συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τέτοια ανάγκη είναι αυτή του αξιοπρεπούς εισοδήματος, που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες τους, η ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, δεδομένων των αυξημένων απαιτήσεων της τρίτης ηλικίας και της επιδείνωσης της υγείας κατά την περίοδο αυτή. Επίσης πολύ σημαντική για τους ηλικιωμένους είναι η ανάγκη της παραμονής στην κοινότητα, στο σπίτι και στην οικογένειά τους, και της διατήρησης των οικείων σχέσεων, αλλά και η απασχόληση, η εκπαίδευση, η επικοινωνία, οι κοινωνικές επαφές, έτσι ώστε να παραμένουν ενεργά μέλη της κοινότητας και να μην περιθωριοποιούνται. (Βαρδάκη Ε. & Μανωλιτσάκη Μ., 2013)

Οι αλλαγές στην υγεία, την εργασία και συνολικά την ζωή των ηλικιωμένων, επιφέρουν αλλαγές στους ρόλους τους στην οικογένεια και την κοινότητα. Από τις πρωταρχικές αλλαγές που παρατηρούνται στην ζωή των ηλικιωμένων είναι η εμφάνιση. Παρά το γεγονός ότι οι αλλαγές αυτές στην εμφάνιση δεν επιφέρουν συνέπειες στο νοητικό επίπεδο, επιφέρουν στο άτομο ψυχολογικές συνέπειες καθώς η εικόνα του αλλάζει και η αυτοεκτίμησή του μειώνεται. Η αλλαγή στην κινητικότητα

των ηλικιωμένων μπορεί να είναι αρκετά ενοχλητική και δυσάρεστη για τους ίδιους, καθώς όσο περνά ο καιρός τα προβλήματα που δημιουργούνται τους απαγορεύουν να μετακινούνται και τους αναγκάζουν να μειώνουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. (Μαρίνη Μ., & Ματζίρη Β., 2015)

Το μέγιστο των παιδιών τους, η δημιουργία δικής τους οικογένειας, ο θάνατος κοντινών συγγενών και φίλων, η χηρεία, η εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, οι αλλαγές των συνθηκών διαβίωσής τους, με πολλούς ηλικιωμένους να μετακομίζουν με συγγενείς ή σε οίκους ευγηρίας, είναι μόνο μερικές από τις σημαντικές αλλαγές που καλείται ο ηλικιωμένος να διαχειριστεί σε αυτήν την περίοδο της ζωής του και που επιδρούν σε μία σειρά από τομείς της καθημερινότητάς του.

Επιπροσθέτως, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά των γηρατειών είναι η επιδείνωση της υγείας. Η άνοια, οι παθήσεις του νευρικού και κυκλοφορικού συστήματος, σκελετικά και αναπνευστικά προβλήματα, η μείωση των αισθήσεων, καρδιοπάθειες και κατάθλιψη είναι κάποιες από τις ασθένειες που αναπτύσσει η ομάδα της Τρίτης ηλικίας. (Παγοροπούλου Α., 2000)

Η αύξηση της νοσηρότητας και της εξάρτησης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Brassingtonetal., 2000):

1. Υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης: Οι ηλικιωμένοι αρρωσταίνουν πιο συχνά από τους νέους.

2. Εμφάνιση των ασθενειών του γήρατος: Κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ιδιαίτερα οι ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, οι νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, η φυσική αναπηρία και οι σχετιζόμενες με το γήρας πνευματικές διαταραχές, όπως η άνοια.

3. Επιβράδυνση της ίασης: Οι ηλικιωμένοι, γενικά, χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν από μια ασθένεια και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος οι ασθένειες να γίνουν χρόνιες.

4. Πολλαπλή νοσηρότητα: Οι ηλικιωμένοι, κατά κανόνα, πάσχουν από πολλές ασθένειες ταυτόχρονα.

5. Χρήση υπηρεσιών υγείας: Οι ηλικιωμένοι, συνήθως, χρησιμοποιούν περισσότερο τις υγειονομικές υπηρεσίες, γιατί χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αναρρώσουν. (Brassington G. S., King A. C., & Bliwise D. L., 2000)

Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, αυξάνουν τον βαθμό εξάρτησής τους από άλλα άτομα, ενώ ταυτόχρονα, τους καθιστούν συχνά ευάλωτους στην κακομεταχείριση στον χώρο τους ή σε άλλο περιβάλλον. (Βελέντζα Ο., 2015)

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η Τρίτη -όπως και η Τέταρτη- ηλικία συγκροτεί μια ομάδα η οποία συγκαταλέγεται στο γενικότερο σύνολο των «Ευπαθών Ομάδων». Ο όρος «Ευπαθείς Ομάδες» περιγράφεται στο άρθρο 1 του Νόμου 4019/201, στο Ελληνικό Σύνταγμα. Εκεί αναφέρονται τα προβλήματά τους, τα οποία τοποθετούνται σε πολυθεματικούς άξονες και αφορούν την υγεία, την ψυχολογία, την κινητικότητα, την οικονομία καθώς και άλλες απρόβλεπτες καταστάσεις, οι οποίες εμποδίζουν τόσο τη θετική εξελικτική τους πορεία, όσο και τη συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Από την άλλη πλευρά, το συμβούλιο Υπουργών της Ε.Ο.Κ. προτείνει στις «Ευπαθείς Ομάδες» να περιλαμβάνονται άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανομένων των βλαβών των αισθήσεων, ή σε διανοητικές και ψυχικές βλάβες, οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριοτήτων ή λειτουργιών, που θεωρούνται κανονικές για έναν άνθρωπο.

3. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 Κλινική εικόνα- Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

Η κλινική εικόνα καταθλιπτικού ασθενή τρίτης ηλικίας, έχει ιδιαιτερότητες, που καθιστούν δυσκολότερη τόσο την διάγνωση της κατάθλιψης, όσο και την θεραπεία της.

Το DSMV (APA, 2013) δίνει μεγάλη προσοχή στην διάκριση μεταξύ της κανονικής θλίψης και της κατάθλιψης. Το πένθος για παράδειγμα, προκαλεί ταλαιπωρία στο άτομο αλλά δεν προκαλεί λειτουργική έκπτωση όπως η κατάθλιψη. Η διαφορική διάγνωση της κατάθλιψης όμως επιτυγχάνεται δυσκολότερα όταν πρόκειται για ασθενείς τρίτης ηλικίας, κι αυτό γιατί αν και ο όρος κατάθλιψη αποτελεί συγκεκριμένη συναισθηματική διαταραχή, εντούτοις χρησιμοποιείται πολλές φορές ως

σύμπτωμα διάφορων ασθενειών, που φυσιολογικά ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους. (Γουρνέλλης P., 2002)

Η κλινική εικόνα επίσης των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη, παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με τους μικρότερους σε ηλικία ασθενείς. Σε ορισμένους ηλικιωμένους, η κλινική εικόνα συχνά χαρακτηρίζεται από απουσία καταθλιπτικού συναισθήματος, ανεξήγητα σωματικά παράπονα, άγχος, απάθεια, ανηδονία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και μειωμένη αυτοφροντίδα. Επιπλέον, παρουσιάζουν συχνά αυξημένα επίπεδα γνωσιακών ελλειμμάτων, εγκεφαλική ατροφία, υπερπυκνώσεις στη λευκή ουσία, μειωμένη κληρονομική επιβάρυνση για κατάθλιψη, δυσμενέστερη πρόγνωση και συχνά καθυστερημένη και ασταθή απάντηση στη θεραπεία. (Γουρνέλλης P., 2002) Η αυξημένη θνησιμότητα τόσο από αυτοκτονία όσο και από ιατρική ασθένεια είναι επίσης ένα σημαντικό συμπλήρωμα των καταθλιπτικών διαταραχών στην ύστερη ζωή. (Casey D. A., 2017)

Σε όλα τα παραπάνω, φαίνεται να προστίθεται η συχνή απροθυμία κατανόησης της ανάγκης για αναζήτηση βοήθειας και ο φόβος στιγματισμού από τον κοινωνικό περίγυρο, που δυσκολεύουν τους ηλικιωμένους να κατανοήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους και να αναζητήσουν την κατάλληλη θεραπεία. (Ζήντρου Γ., Βασιλοπούλου Γ., Βακάλη Χ., Γερογιάννη Γ., & Καμπά Ε., 2015)

3.2 Επιπολασμός κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Παρά τις αυξημένες ανάγκες και τις δυσκολίες που συναντούν οι ηλικιωμένοι στην καθημερινότητά τους, τα γηρατειά, μπορούν να είναι μία θετική εμπειρία, που βοηθά τον άνθρωπο να αποδεχτεί τον εαυτό του και να μειώσει τις εντάσεις και τις απογοητεύσεις των προηγούμενων χρόνων. (Μαλικιώση-Λοϊζου Μ., 1980)

Η κατάθλιψη επομένως, δεν είναι ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία. (Charman D. P., & Perry G. S., 2008) Μάλιστα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η γεροντική κατάθλιψη είναι μια από τις πιο υπο-διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες παθήσεις. (Αργυρόπουλος Κ., Γουρζής Φ., & Γελαστοπούλου Ε., 2012)

Σχεδόν το 20% των ατόμων πάνω από την ηλικία των 65 χρόνων εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ περίπου το 40% των ηλικιωμένων πάνω από τα 85 χρόνια προσβάλλεται από κάποια μορφή κατάθλιψης. Στην Ελλάδα, έρευνες για την κατάθλιψη σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας/ μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12% . (Argyriadou S., Melissoroulou H., Krania E., Karagiannidou A., Vlachonicolis I., & Lionis C., 2001)

Ταυτόχρονα, 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 Χ., Κουλιεράκης Γ., Καραγιάννη Β. Ι., Μπαμπάτσικου Φ. Π., & Κουτής Χ., 2015) Το σταθερό αυτό εύρημα του γυναικείου φύλου ως επιβαρυντικού παράγοντα στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας θα μπορούσε να αποδοθεί στο υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες. (Αργυρόπουλος Κ., Γουρζής Φ., & Γελαστοπούλου Ε., 2012)

Σε μία έρευνα των Ζήντρου Γ., Βασιλοπούλου Γ., Βακάλη Χ., Γερογιάννη Γ., & Καμπά Ε. (2015), φάνηκε ότι ανάμεσα στους ηλικιωμένους, οι ηλικίες 75-84 είναι αυτές που εμφάνισαν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ διαφορές παρατηρήθηκαν και μεταξύ των ιδρυμάτων που πραγματοποιήθηκε η έρευνα (ΚΑΠΗ-Γηροκομείο). Στην κλειστή μονάδα φροντίδας (γηροκομείο) φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης από ότι στην ανοιχτή μονάδα φροντίδας (ΚΑΠΗ).

Σε άλλη διαχρονική έρευνα, των Αργυρόπουλος Κ., Γουρζής Φ., & Γελαστοπούλου Ε. (2012), με 239 συμμετέχοντες, ηλικιωμένους αποδέκτες υπηρεσιών των ΚΑΠΗ του Δήμου Πάτρας, διαπιστώθηκε ότι 45,2% των ηλικιωμένων εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Μάλιστα, η εμφάνιση κατάθλιψης, συνδέθηκε με συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά.

3.3 Παράγοντες κινδύνου

Στην περίπτωση των ηλικιωμένων, η υγεία δεν μπορεί, ουσιαστικά, να προσδιοριστεί ως η απουσία ασθένειας, επειδή η συχνότητα εμφάνισης διαγνώσιμων

διαταραχών σε αυτών τον πληθυσμό είναι μεγάλη. Έτσι είναι ίσως χρήσιμο να ορίζεται με βάση την κατάστασή τους σε σχέση με την ηλικία τους και τα πρότυπα της ομάδας.

Η κατάθλιψη έχει αιτιώδη συνάφεια με πολλά κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι δυσκολίες αυτές συχνά εμφανίζονται στην ενήλικη ζωή, αυξάνοντας την πιθανότητα της κατάθλιψης. (Τίκα Χ., 2013)

Διάφοροι ερευνητές, εστιάζουν την προσοχή τους στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, ως προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης. Σε μία ανασκόπηση 74 ερευνών, που μελέτησαν την σχέση της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, το κύριο εύρημα ήταν ότι η κατάθλιψη συνδέεται με φτωχότερη ποιότητα ζωής. (Sivertsen H., Bjørkløf G. H., Engedal K., Selbæk G., & Helvik A. S., 2015) Αξίζει να σημειωθεί ότι η οικονομική κρίση, με την ανασφάλεια που επιφέρει τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για τα οικεία του πρόσωπα, αποτελεί από μόνη της έναν παράγοντα επηρεασμού της ψυχικής υγείας. (Κωνσταντίνου και συν., 2013) Η οικονομική δυσπραγία, η ανεπάρκεια οικονομικών πόρων και η δυσοίωση πρόβλεψη της οικονομικής κατάστασης, είναι κάποιοι από τους παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. (Καρανικόλα Ε. Κ., Δημόπουλος Ε. Χ., Νιάκας Δ. Α., & Αλετράς Β. Ο., 2018)

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία είναι παρόμοιοι με τους αντίστοιχους παράγοντες στις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Αυτό που διαφέρει είναι η συχνότητα έκθεσης. (Τούρλας Ε., 2015) Σύμφωνα με την Τίκα Χ. (2013), κάποιοι από τους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία, είναι το φύλο (με τις γυναίκες να εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο), η σωματική υγεία και η αναπηρία (λόγω των επιπτώσεων του χρόνιου πόνου, των βιολογικών επιδράσεων διάφορων φαρμάκων, αλλά και των κοινωνικών περιορισμών που ακολουθούν μία χρόνια ασθένεια), η ιδρυματική περίθαλψη, τα δυσάρεστα γεγονότα ζωής, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η πιθανή υποχρέωσή τους για παροχή φροντίδας σε οικείο τους πρόσωπο με χρόνια ασθένεια ή αναπηρία, η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές ή κάποιο ιστορικό κατάθλιψης.

Αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου, στην έρευνα των Στυλιανοπούλου Χ., Κουλιεράκης Γ., Καραγιάννη Β. Ι., Μπαμπάτσικου Φ. Π., & Κουτής Χ. (2015), βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη (66,1%) εμφάνισαν πολλαπλή παθολογία, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη. Επίσης, το ποσοστό

των ηλικιωμένων που ήταν χήροι, διαζευγμένοι ή σε διάσταση ήταν σημαντικά υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη (56,9%), σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν. Επίσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων χωρίς παιδιά, αλλά και των ηλικιωμένων που ζούσαν μόνοι, ήταν υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη, συγκριτικά με όσους δεν είχαν. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, η χηρεία, το διαζύγιο και η μη ύπαρξη παιδιών φάνηκαν, επίσης, να επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους, καθώς τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανίστηκαν σε υψηλότερα ποσοστά στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους.

4. ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους, με τον ταυτόχρονο περιορισμό της ιδρυματοποίησης αυτών, αναγνωρίστηκε από την πολιτεία στα μέσα της δεκαετίας του 1970. (Βενέτη, Β., & Γραμμόζης, Α., 2015)

Για το σκοπό αυτό ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία έθεσαν τις βάσεις για νέες προοπτικές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής για την Τρίτη ηλικία. Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων Τρίτης ηλικίας. Ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμου. Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα περιπατητικά, άνω από 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και μπορούν να συμμετέχουν, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένο χώρο και συγκεκριμένες ώρες.

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και ο σκοπός τους είναι: 1. Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλές 2. Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων 3. Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν 4. Η ενημέρωση του κοινωνικού

συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων. (Επιστήμη, Σ., 2016)

Το πρώτιστης σημασίας σημείο στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην Κοινότητα και σε ό,τι συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτήν: στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου. Μέσα στα δικαιώματα των ηλικιωμένων τα οποία είναι και συνταγματικά κατοχυρωμένα, είναι και η αποφυγή της βίαιης απομάκρυνσής των ηλικιωμένων από τα άτομα που αγαπούν ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας που χρειάζονται. Φαινόμενα όπως η "ασυλοποίηση" και ο "ιδρυματισμός" , έκαναν επιτακτική την ανάγκη προστασίας και παραμονής της Τρίτης ηλικίας στον φυσικό της χώρο. (Βενέτη, Β., & Γραμμόζης, Α., 2015) Οι υπηρεσίες που παρέχουν με βάση τους στόχους τους, είναι η φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα και κοινωνική εργασία η οποία προσανατολίζεται όχι μόνο με τους ηλικιωμένους μέλη των Κ.Α.Π.Η αλλά και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες – άνοια κ.λ.π.), των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται η αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Αναπληρώνουν αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή/ και ολιγόωρης παραμονής.

Δικαιούχοι φορείς για τη σύσταση και λειτουργία των Κ.Η.Φ.Η. είναι οι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Για τη λειτουργία τους είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση.

Τα Κ.Η.Φ.Η. αναπτύσσονται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. Παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας, στις οποίες περιλαμβάνονται: 1.νοσηλευτική φροντίδα, 2.φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, 3.ατομική υγιεινή, 4.προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, 5.στο μέτρο του δυνατού, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο τελικός δικαιούχος σύστασης και λειτουργίας της δομής, μπορεί να παρέχει υπηρεσία

μετακίνησης των φιλοξενουμένων από και προς το Κ.Η.Φ.Η., εφόσον διαθέτει μεταφορικό μέσο.

Διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και την προσφορά εργασίας στελεχών του Κ.Α.Π.Η., οι ειδικότητες των οποίων δεν περιλαμβάνονται στο βασικό κορμό των στελεχών του Κ.Η.Φ.Η. Τα Κ.Η.Φ.Η. συνεργάζονται, επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η συνεργασία του Κ.Η.Φ.Η. με το Κ.Α.Π.Η. και άλλες οργανώσεις για την εξεύρεση εθελοντών. Προηγείται εκπαίδευση και κατάλληλη τοποθέτηση στη δομή. (Ζαρονίκα Β., 2018)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, συγκεκριμένα σε άτομα Τρίτης ηλικίας που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ στο Δήμο Ρεθύμνου. Ταυτόχρονα μελετώνται οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους όπως δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία παράλληλα με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχονται από τις δομές για ηλικιωμένους.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Από την ανάλυση και την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων επιδιώκεται να απαντηθούν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (π.χ φύλο, οικονομική κατάσταση) σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης;
2. Τα χαρακτηριστικά της δομής (δομή, οργάνωση/λειτουργία) σχετίζονται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης;
3. Ποια η συχνότητα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που φιλοξενούνται στις δομές της μελέτης;
4. Ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών αυτών σχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων σχετικών με την κατάθλιψη;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η Επιστημονική Κοινωνική Έρευνα αποσκοπεί στην κατανόηση και αναπαράσταση όψεων της κοινωνικής πραγματικότητας, μέσω της συστηματικής και

μεθοδικά ελεγχόμενης συλλογής ανάλυσης και ερμηνείας εμπειρικών δεδομένων. (Γ. Τσιώλης, 2015)

Η έρευνα η οποία διεξήχθη στην παρούσα εργασία είναι ποσοτική έρευνα και βασίστηκε στη συλλογή δεδομένων με ερωτηματολόγια κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιο-Σεπτέμβριο 2020. Επιλέγεται ως μέθοδος η δειγματοληπτική έρευνα καθώς μπορεί να προσφέρει πληροφορίες σχετικά με την κατανομή ενός μεγάλου εύρους ανθρώπινων χαρακτηριστικών, για τις σχέσεις μεταξύ αυτών και παράλληλα να φωτίσει αιτιατές σχέσεις γύρω από φαινόμενα και ζητήματα που είναι προς διερεύνηση (Robson, 2010). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με προσωπική συνέντευξη, δηλαδή η συνεντεύκτρια έθετε τις ερωτήσεις ενώπιον του συνεντευξιαζόμενου και με βάση τις απαντήσεις του συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο ακολουθώντας τη σειρά διατύπωσης των ερωτημάτων.

ΠΕΔΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ΚΗΦΗ και ΚΑΠΗ του Ρεθύμνου. Πληθυσμό της έρευνας αποτελούν οι ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνται από δομές όπως τα ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ. Το δείγμα της έρευνας ήταν 61 άτομα, ηλικίας άνω των 50 ετών, άντρες και γυναίκες. Οι ερωτηθέντες προέρχονταν από τα πέντε ΚΑΠΗ και ένα ΚΗΦΗ που υπάρχουν στην πόλη. Οι συμμετέχοντες στην ερευνητική διαδικασία επιλέχθηκαν με μη τυχαία Δειγματοληψία από τις επιλεγμένες δομές. Η εκλογή δείγματος από τον πληθυσμό μεθοδεύτηκε έτσι ώστε το δείγμα να περιλαμβάνει ακριβώς τα ίδια χαρακτηριστικά με τον πληθυσμό, ώστε παρά το μικρό εύρος του δείγματος, να δοθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

Οι δειγματοληψίες που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν συνδυασμός των δειγματοληψιών ευκολίας/διαθέσιμου δείγματος και της αναλογίας. Δίνουν τη δυνατότητα της επιλογής του διαθέσιμου και εύκολα προσεγγίσιμου δείγματος σε σύντομο χρόνο.

Σε ό,τι αφορά το πρακτικό μέρος της διαδικασίας, ζητήθηκε ενημέρωση από το δήμο σχετικά με τη διαθεσιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών της πόλης. Η ερευνήτρια επιδίωξε γνωριμία τόσο με τους κοινωνικούς λειτουργούς όσο και με τους εξυπηρετούμενους των κοινωνικών υπηρεσιών, τους ενημέρωσε σχετικά με τον σκοπό

και τους στόχους της παρούσας έρευνας και τους επιδόθηκε γραπτώς το ενημερωτικό υλικό το οποίο συνοδευόταν από το αίτημα της συμμετοχής τους, προκειμένου να κατοχυρωθεί η συνεργασία και των δύο μερών.

Ακόμη, τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη βοήθεια και την παρουσία της ερευνήτριας καθώς σε πολλές περιπτώσεις, χρειαζόταν να δοθεί περαιτέρω επεξήγηση για τις διατυπωμένες ερωτήσεις, ενώ ορισμένοι από τους συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να διαβάσουν το ερωτηματολόγιο. Επισημαίνεται ότι δεν επιτεύχθηκε η πρόσβαση στο ίδρυμα του Γηροκομείου, λόγω της πανδημίας του κορονοϊού covid 19.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε με ερωτήσεις κλίμακας Likert. Η κλίμακα Likert αναπτύχθηκε από τον Rensis Likert το 1932, και επιτρέπει το βαθμό επιλογής της κάθε απάντησης. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε δύο σταθμισμένα ερωτηματολόγια, που μετράνε τους παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις δομές για ηλικιωμένους. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων που αφορά την κατάθλιψη, είναι κλίμακα GSD-15. (« Ο Επιπολασμός της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους του Δήμου Ηγουμενίτσας και η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου», Διπλωματική Εργασία, Ν. Λάμπρου, 2017). Το επόμενο κομμάτι που αφορά την ικανοποίηση προέρχεται από (« Η ικανοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας από τις υπηρεσίες των επίσημων δικτύων κοινωνικής φροντίδας της Αμμοχώστου Κύπρου», Πτυχιακή Εργασία Π. Κάλλη, 2014). Συγκεκριμένα στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις σχετίζονται με τα κοινωνικά/δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο).

Έπειτα, στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, οι ερωτήσεις σχετίζονται με τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ από τους συμμετέχοντες και τη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες που προσφέρονται. Ακόμα, υπάρχουν ερωτήσεις σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ όπως η νοσηλευτική, ψυχολογική, κοινωνική υποστήριξη ή άλλες υπηρεσίες όπως η παροχή γευμάτων, επιμόρφωσης, άλλων δραστηριοτήτων δημιουργικής απασχόλησης, την ικανοποίηση από το ωράριο

λειτουργίας αλλά και την εξυπηρέτηση του προσωπικού. Τέλος, υπάρχει μια ερώτηση ανοιχτού τύπου για να απαντήσουν οι ερωτώμενοι τι θα βελτίωνε κατά τη γνώμη τους, τη λειτουργία των ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ.

Στο τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου, υπάρχουν ερωτήσεις που σχετίζονται με παράγοντες που σηματοδοτούν την ποιότητα ζωής ενώ οι συμμετέχοντες ερωτώνται αν έχουν παρουσιάσει κατάθλιψη.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 19. Η περιγραφή του δείγματος, έγινε μέσω περιγραφικής στατιστικής, ενώ για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t-test για ανεξάρτητα δείγματα, αλλά και η στατιστική ανάλυση χ^2 και ο έλεγχος Mann-Whitney. Το κριτήριο στατιστικής σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε είναι το $p=0,05$.

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αρχικά σε ό,τι αφορά το πρακτικό μέρος της διαδικασίας, χρειάστηκε χρόνο και επιμονή, προκειμένου να δοθεί άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας στα ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ από τους εκάστοτε υπεύθυνους, καθώς αρκετές φορές υπήρχε καχυποψία και φόβος ως προς τους λόγους διεξαγωγής της. Ωστόσο με την διαδικασία ενημέρωσης σχετικά με τον σκοπό και τους στόχους της παρούσας έρευνας, επετεύχθη η συνεργασία των δύο μερών. Ακόμη, υπήρξαν δυσκολίες στη διαδικασία συλλογής του δείγματος, καθώς υπήρχαν ωφελούμενοι από τις υπηρεσίες οι οποίοι δεν δέχτηκαν να συμμετάσχουν για προσωπικού λόγους είτε η κατάσταση της υγείας τους δεν τους επέτρεπε.

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η νομική βάση για την ερευνητική δεοντολογία και ηθική προέρχεται από κοινοτικούς κανονισμούς, αλλά και διεθνείς συνθήκες και πρωτόκολλα, όπως η Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, η Διακήρυξη του Ελσίνκι και η Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Βιοϊατρικής.

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Οι συνεντεύξεις είναι ανώνυμες και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε οργανισμό ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1.1. Περιγραφικά στοιχεία της έρευνας

Στην έρευνα συμμετείχαν 61 άτομα, ηλικίας πάνω από 50 ετών, με Μ.Ο 74,23 (Τ.Α 7,961). Από αυτούς, οι 24 (39,3%) ήταν άνδρες και οι 37 (60,7%) γυναίκες. Οι συμμετέχοντες από δομές ΚΗΦΗ αποτελούσαν το 24,6%, ενώ οι συμμετέχοντες από δομές ΚΑΠΗ αποτελούσαν το 72,1%, με Μ.Ο ετών εξυπηρέτησης από την υπηρεσία

8,15 έτη (Τ.Α 5,43) Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 49,2% δήλωσε ότι εμφανίζει ή έχει εμφανίσει στο παρελθόν συμπτώματα κατάθλιψης.

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων, στο συνολικό δείγμα το 41% ήταν έγγαμοι, το 3,3% άγαμοι, το 13,1% διαζευγμένοι και το 42,6% χήροι. Ο Μ.Ο παιδιών είναι τα 2,58 (Τ.Α 1,37) . Τέλος, σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, στο συνολικό δείγμα συμμετεχόντων, το 9,8% ήταν αναλφάβητοι, το 50,8% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, το 21,3% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, το 16,4% ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 1,6% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου.

1.2 Κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων με κατάθλιψη

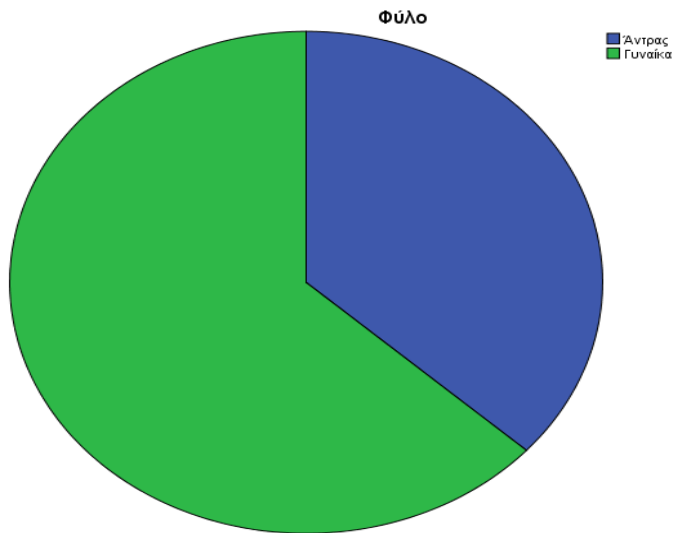
Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης, αφορούσε το αν η εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σχετίζεται με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων. Για τους σκοπούς της απάντησης αυτού του ερευνητικού ερωτήματος, επιλέγουμε να μελετήσουμε τα χαρακτηριστικά του φύλου, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης και της σωματικής υγείας.

Σχετικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων με κατάθλιψη, επιλέγουμε τις περιπτώσεις ατόμων που έχουν απαντήσει ότι έχουν τώρα ή είχαν στο παρελθόν συμπτώματα κατάθλιψης. Βάσει αυτού, επιλέχθηκαν 30 από τους συνολικά 61 συμμετέχοντες.

1.2.1 Φύλο και κατάθλιψη

Στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται το ποσοστό αντρών και γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης, με τις γυναίκες να υπερτερούν (63,3%) έναντι των αντρών (36,7%). Για να ελεγχθεί η συσχέτιση μεταξύ φύλου και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση χ^2 . Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα1 και καταδεικνύουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ($p=0.792$).

Γράφημα 1. Απεικόνιση των ηλικιωμένων με κατάθλιψη σε σχέση με το φύλο



Πίνακας 1

Πίνακας αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης χ^2 για την συσχέτιση μεταξύ φύλου και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.278 ^a	1	.598		
Continuity Correction ^b	.069	1	.792		
Likelihood Ratio	.278	1	.598		
Fisher's Exact Test				.792	.396
Linear-by-Linear Association	.273	1	.601		
N of Valid Cases	60				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12.00.

b. Computed only for a 2x2 table

1.2.2 Οικογενειακή κατάσταση και κατάθλιψη

Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, που δήλωσαν ότι εμφανίζουν ή εμφάνιζαν στο παρελθόν συμπτώματα κατάθλιψης, παρατηρήθηκε ότι το 21,5% ήταν έγγαμοι, το 3,9% ήταν άγαμοι, το 7,8% ήταν διαζευγμένοι και το 25,4% ήταν χήροι. Για να απαντηθεί το αν σχετίζεται η οικογενειακή κατάσταση με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση χ^2 και τα αποτελέσματα αυτής παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Λόγω των πολλών κατηγοριών οικογενειακής κατάστασης και του μικρού αριθμού δειγμάτων δεν πληρείται ο περιορισμός ότι το 80% των περιπτώσεων πρέπει να έχει περισσότερες από 5 δείγματα. Σε κάθε περίπτωση, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική

σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ($p=0.792$). Οι συχνότητες εμφάνισης ανά κατηγορία φαίνονται στο Γράφημα 2.

Πίνακας 2

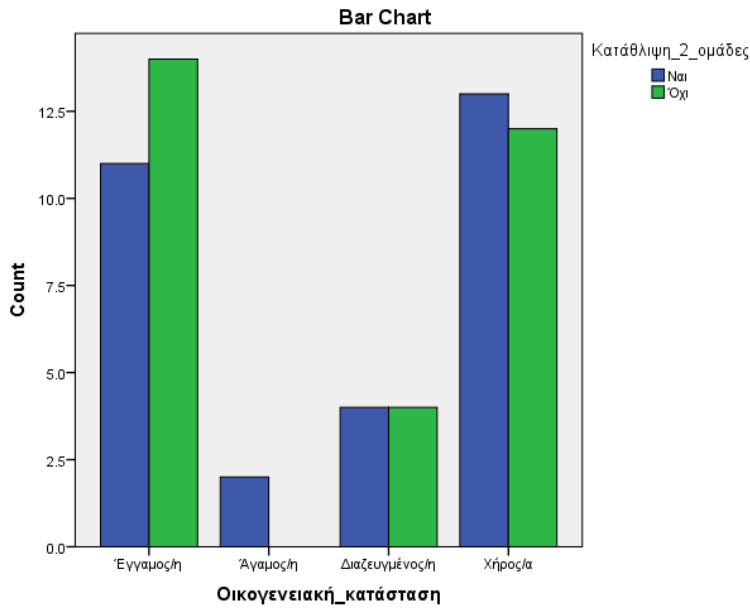
Πίνακας αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης χ^2 για την συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.400 ^a	3	.494
Likelihood Ratio	3.173	3	.366
Linear-by-Linear Association	.214	1	.644
N of Valid Cases	60		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

Γράφημα 2. Γραφική αναπαράσταση της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων.



1.2.3 Ηλικία και κατάθλιψη

Ο Μέσος Όρος ηλικίας των συμμετεχόντων, που εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης, ήταν 73,17 έτη, με Τυπική Απόκλιση 6,85. Για να εξετασθεί το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, πραγματοποιήθηκε έλεγχος t-test, γιατί τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή. Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα αποτελεσμάτων, δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ ηλικίας και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ($t(58)=-0.936$, $p=0.353$).

Πίνακας 3

Πίνακας αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης t-test για την επίδραση της ηλικίας στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης

		Levene's Test for Equality of Variances		t	Df	Sig. (2- tailed)	Mean Differen ce	Std. Error Differen ce
		F	Sig.					
Ηλικία	Equal variances assumed	1.208	.276	-.936	58	.353	-1.933	2.066
	Equal variances not assumed			-.936	54.190	.353	-1.933	2.066

1.2.4 Σωματική Υγεία και Κατάθλιψη

Ανάμεσα στα δημογραφικά κοινωνικά στοιχεία των ηλικιωμένων με κατάθλιψη, μελετήθηκε και η σωματική τους υγεία και η συσχέτισή της με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Για να εξεταστεί αυτή η συσχέτιση, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney. Τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4

Πίνακας αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης Mann-Whitney για την συσχέτιση σωματικής υγείας και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Test Statistics^a

	Γ1_B_Σωματική_υγεία
Mann-Whitney U	145.500
Wilcoxon W	398.500
Z	-1.444
Asymp. Sig. (2-tailed)	.149
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.155 ^b

a. Grouping Variable:
Κατάθλιψη_2_ομάδες

b. Not corrected for ties.

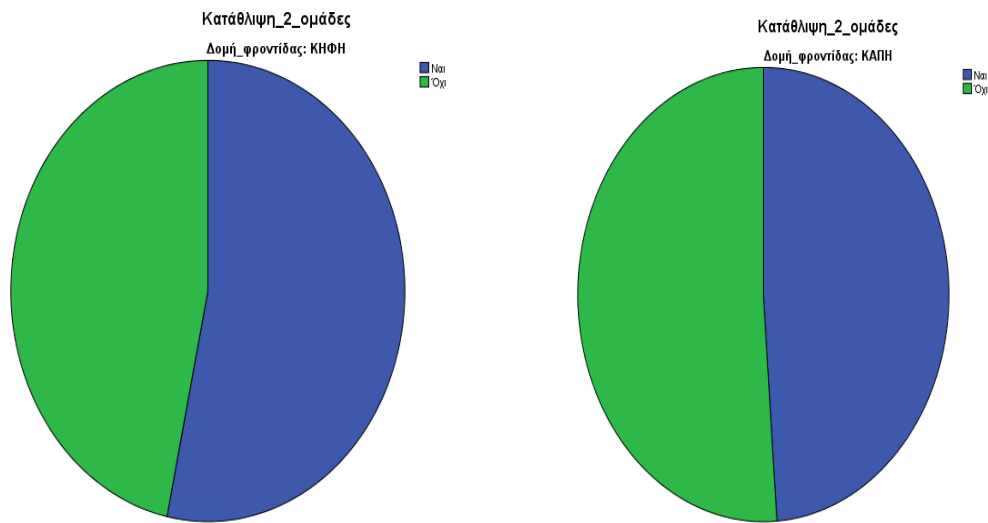
Από τον παραπάνω πίνακα αποτελεσμάτων, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της σωματικής υγείας και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ($Z=-1.44$, $p=0.155$).

Συνολικά, από τα τέσσερα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, που μελετήθηκαν, δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

1.3 Δομή Φροντίδας και κατάθλιψη

Στο Γράφημα 4 απεικονίζονται τα ποσοστά των ηλικιωμένων με και χωρίς κατάθλιψη, στις δύο δομές φροντίδας, ΚΑΠΗ και ΚΗΦΗ. Όπως προκύπτει και από το Γράφημα, στο ΚΗΦΗ παρουσιάζονται μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης (53.3%) σε σχέση με το ΚΑΠΗ όπου το ποσοστό κατάθλιψης είναι 48.8%.

Γράφημα 4. Απεικόνιση ποσοστών κατάθλιψης σε ΚΗΦΗ και ΚΑΠΗ



Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας αφορούσε το αν σχετίζεται ο τύπος της δομής φροντίδας ηλικιωμένων, (ΚΑΠΗ/ΚΗΦΗ) με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Για τον έλεγχο αυτού του ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση X^2 και τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 5

Πίνακας αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης X^2 για την συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και δομής φροντίδας ηλικιωμένων

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.090 ^a	1	.764
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000
Likelihood Ratio	.090	1	.764
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	.088	1	.766
N of Valid Cases	58		

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα αποτελεσμάτων του SPSS, δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της δομής φροντίδας ηλικιωμένων και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ($p=0.766$).

1.4 Βαθμός Ικανοποίησης από Υπηρεσίες και Εμφάνιση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας έρευνας αφορούσε την σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών φροντίδας. Για τον έλεγχο αυτού του ερευνητικού ερωτήματος, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Mann-Whitney, επειδή τα δεδομένα διαπιστώθηκε ότι δεν ακολουθούν όλα κανονική κατανομή. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα αποτελεσμάτων του SPSS.

Πίνακας 6

Πίνακας αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης Mann-Whitney για την συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης

Test Statistics^a

	B5_Α_Νοσηλευτική ή	B5_Β_Ιατρική Φορντίδα	B5_Γ_Συμβουλευτική ή	B5_Δ_Γεύματα	B5_Ε_Δημιουργική Ασχολία	B5_Σ_Τ_Ενσημείωση	B5_Ζ_Επιμέριση	B5_Η_Βιβλιοθήκη
Mann-Whitney U	119.000	100.000	109.000	26.500	193.000	151.000	56.000	13.500
Wilcoxon W	309.000	290.000	362.000	81.500	518.000	361.000	147.000	28.500

Z	-	-	-	-	-	-	-	-
	1.40	2.121	2.024	1.43	1.611	.86	1.	.28
	8			4		1	0	4
							6	
Asymp. Sig. (2-tailed)	.159	.034	.043	.152	.107	.38	.2	.77
						9	2	7
							8	

a. Grouping Variable: Κατάθλιψη_2_ομάδες

b. Not corrected for ties.

Παρατηρώντας τον πίνακα, προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική σχέση του βαθμού ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης ($Z=-2.121$, $p=0.034<0.05$), όπως επίσης του βαθμού ικανοποίησης από τις συμβουλευτικές υπηρεσίες με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης ($Z=-2.024$, $p=0.043<0.05$). Από την σύγκριση, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα άτομα με κατάθλιψη έχουν σημαντικά μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες και τις συμβουλευτικές υπηρεσίες σε σχέση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας που λαμβάνουν υπηρεσίες από δομές φροντίδας για ηλικιωμένους όπως τα ΚΗΦΗ και ΚΑΠΗ. Επιπλέον στόχος ήταν η μελέτη της συσχέτισης τους βαθμού ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Για αυτό προσεγγίστηκαν 61 άτομα που εξυπηρετούνταν από ανάλογες δομές φροντίδας ηλικιωμένων και παράλληλα αναζητήθηκε η συμμετοχή γυναικών και αντρών στην έρευνα, προκειμένου να διερευνηθεί ο παράγοντας φύλο.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως παραπάνω από το 1/2 του δείγματος (58,82% των συμμετεχόντων) εμφανίζει ή έχει εμφανίσει στο παρελθόν συμπτώματα κατάθλιψης. Το εύρημα αυτό φανερώνει πως ο επιπολασμός της κατάθλιψης στο δείγμα των ηλικιωμένων που μελετήθηκε είναι αρκετά υψηλός. Άλλωστε το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και βιβλιογραφικά καθώς τα ποσοστά κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι σχετικά υψηλά σύμφωνα με τον Παγκόσμιο

Οργανισμό Υγείας και η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνά εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (Παγοροπούλου, 2000). Ειδικότερα για την Ελλάδα, στατιστικές μελέτες δείχνουν πως η εμφάνιση κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα είναι σημαντική και αναμένεται να διπλασιαστεί μέσα στην επόμενη εικοσαετία. (Στυλλιανοπούλου κα, 2010)

Η εμφάνιση ωστόσο της κατάθλιψης στην ομάδα ηλικιωμένων που μελετήθηκε, δεν συσχετίστηκε σημαντικά με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα διερευνήθηκαν οι δημογραφικοί παράγοντες που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και την σωματική υγεία. Δεν μελετήθηκαν άλλα κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η οικονομική κατάσταση, οι συνθήκες στέγης, η παρουσία υποστηρικτικού δικτύου κα.

Από την μελέτη του παράγοντα φύλου στην εμφάνιση της κατάθλιψης επιβεβαιώθηκε πως το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών (63,3%) που εμφανίζουν κατάθλιψη είναι μεγαλύτερο από αυτό των αντρών (36,7%), όπως επισημαίνεται και βιβλιογραφικά. Όμως εξαιτίας του μικρού δείγματος αλλά και της μεγαλύτερης συμμετοχής των γυναικών στην έρευνα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ακόμη αξίζει να σημειωθεί πως σε σχέση με τον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση, φάνηκε πως η χηρεία, το διαζύγιο και η μη ύπαρξη συντροφικότητας επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους, καθώς σημαντικό ποσοστό με αυτά τα χαρακτηριστικά δήλωσε πως έχει εμφανίσει ή εμφανίζει κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως από αυτούς που εμφάνισαν κατάθλιψη το 37,1% (3,9% ήταν άγαμοι, το 7,8% ήταν διαζευγμένοι και το 25,4% ήταν χήροι) δεν είχαν υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ήταν επομένως περισσότερο εκτεθειμένοι στο αίσθημα της μοναξιάς και της απώλειας έναντι του 21,5% που ήταν έγγαμοι.

Ακόμη ερευνήθηκε αν υπάρχει διαφοροποίηση στο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης ανάμεσα στις διαφορετικές δομές φροντίδας (ΚΗΦΗ και ΚΑΠΗ). Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα ΚΑΠΗ και τα ΚΗΦΗ. Παρότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στο ΚΗΦΗ. Λαμβάνοντας υπόψη ότι στα ΚΗΦΗ απευθύνονται ηλικιωμένοι χαμηλότερης λειτουργικότητας και ικανότητας αυτονομίας, είναι πιθανό το γεγονός αυτό να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα. Επιπλέον στον αρχικό σχεδιασμό της έρευνας ήταν να συμπεριληφθούν ως δομές

φροντίδας και τα γηροκομεία καθώς διαφοροποιούνται σημαντικά σε σχέση με τα ΚΗΦΗ και ΚΑΠΗ καθώς αποτελούν κλειστή δομή φροντίδας.

Παρόλο που δεν συσχετίστηκε σημαντικά η εμφάνιση της κατάθλιψης με την διαφοροποίηση ανάμεσα στις δομές υγείας, από τα ευρήματα φάνηκε να συσχετίζεται αρκετά ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών φροντίδας με την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που εξυπηρετούνται από τις δομές αυτές. Το παραπάνω ωστόσο ερμηνεύεται και αντίστροφα, δηλαδή ότι οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν κατάθλιψη έχουν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο μικρότερος βαθμός ικανοποίησης αφορά τόσο τις ιατρικές υπηρεσίες όσο και την συμβουλευτική/ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Βέβαια έχει επισημανθεί από προηγούμενες μελέτες πως η κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων μέσω μιας ομάδας, το υποστηρικτικό και πλαίσιο φροντίδας αλλά και οι καθημερινές δραστηριότητες απασχόλησης βοηθούν στην ψυχολογία των ηλικιωμένων και στην άμβλυνση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι δεν βρίσκουν πάντα ενδιαφέρον στις παρεχόμενες υπηρεσίες ενώ η συμμετοχή τους στις διαδικασίες είναι μικρή, γεγονός που ενισχύει την μη ικανοποίησή τους από αυτές. (Κουβάτσου, 2014) Με βάση τα παραπάνω η παράμετρος αυτή ίσως χρειαζόταν να μελετηθεί και να αποσαφηνιστεί περισσότερο στην έρευνα. Αυτό όμως δεν ήταν δυνατό να επιτευχθεί στην παρούσα πανδημική συγκυρία, η οποία ήταν και η αιτία να καταβληθεί αρκετή προσπάθεια για την ολοκλήρωση της σύνταξης αυτής της εργασίας.

Συζήτηση – Προτάσεις:

Καθώς η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών φροντίδας για τους ηλικιωμένους διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην άμβλυνση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, χρειάζεται να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα παροχών που θα λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των ηλικιωμένων και την ενεργό συμμετοχή των ίδιων στις διαδικασίες.

Επίσης καλό θα είναι να αυξηθούν οι ώρες επισκεψιμότητας των ΚΑΠΗ, ώστε να νιώθουν περισσότερη ασφάλεια οι ηλικιωμένοι, γνωρίζοντας πως μπορούν να απευθυνθούν σε αυτά καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας. Σημαντική είναι και η

προσπάθεια διασύνδεσης με την τοπική κοινότητα ώστε να δημιουργείται ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο ειδικά στις περιπτώσεις που λείπει το οικογενειακό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Babiniotis, G. (2011). = Γ. Μπαμπινιώτης. *Ετυμολογικό λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*, Αθήνα.

Βενέτη, Β., & Γραμμόζης, Α. (2015). *Ο θεσμός των ΚΑΠΗ: το παράδειγμα των ΚΑΠΗ του δήμου Περιστερίου*.

Καλλινικάκη, Θ. (2011) *Εισαγωγή στη θεωρία και στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας*, Β' Έκδοση, Αθήνα: Τόπος.

Καρανικόλα, Ε. Κ., Δημόπουλος, Ε. Χ., Νιάκας, Δ. Α., & Αλετράς, Β. Ο. (2018). Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(2).

Κουβάτσου, Α. (2014). Διερεύνηση του επιπολαζμού της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους χρήστες δομών ηης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Δήμου της Περιφέρειας Ηπείρου.

Μπαμπατσίκου, Φ. (2007). Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα.

Νόμος 3106/10.02.2003

Νόμος 3852/2010

Παγοροπούλου, Α. (2000). *Η γεροντική κατάθλιψη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Στυλιανοπούλου, Χ., Κουλιεράκης, Γ., Καραγιάννη, Β. Ι., Μπαμπάτσικου, Φ. Π., & Κουτής, Χ. (2015). Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Τσιώλης Γ. (2015). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων*, Αθήνα. Εκδ. Πεδίο

Ζαρονίκα Β. (2018). *Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης και Οδηγίες για την Κατάρτιση Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας: «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)»*. Στο Πλαίσιο των Περιφερειακών Προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ. , Αθήνα, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Ξενόγλωσση

Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2008). Peer reviewed: depression as a major component of public health for older adults. *Preventingchronicdisease*, 5(1).

Fiske, A., Wetherell, J. L., &Gatz, M. (2009).Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.

Hermens, M. L., van Hout, H. P., Terluin, B., van der Windt, D. A., Beekman, A. T., van Dyck, R., & de Haan, M. (2004). The prognosis of minor depression in the general population: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 26(6), 453-462.

Raftopoulos, V. (2005). Pain satisfaction, with quality of pain management and depressive syptoms in elderly hospitalized patients.

Robson, C. (2010) *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, μτφρ Β. Νταλάκου και Κ. Βασιλάκου, Β΄ Έκδοση συμπληρωμένη, Αθήνα: Gutenberg.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι μέρος μίας μελέτης που διεξάγεται στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΕΛΜΕΠΑ. Έχει σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας καθώς και το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών που απευθύνονται σε ηλικιωμένους στο δήμο Ρεθύμνου.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και απαντήστε με ακρίβεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εντελώς εμπιστευτικές.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την βοήθεια και την συμμετοχή σας.

Η εκπαιδευόμενη

Μαρία Δραμιτινού

ΟΝΟΜΑ ΚΗΦΗ : 1) _____ 2) _____, 3) _____

Προσωπικά Στοιχεία:

A1. Φύλο: Άνδρας___ Γυναίκα___

A2. Ηλικία: _____

A3. Οικογενειακή Κατάσταση: α) Έγγαμος/η___ β) Άγαμος/η___ γ)
Διαζευγμένος/η___ δ) Χήρος/α___

A4. Αριθμός Παιδιών_____

A5. Μορφωτικό Επίπεδο: α) Αναλφάβητος _____ β) Δημοτικό_____ γ)
Γυμνάσιο_____ δ) Λύκειο-Τεχνική Σχολή_____ στ) Πανεπιστήμιο_____

Χρήση υπηρεσιών και ικανοποίηση:

B1. Πώς ενημερωθήκατε για την λειτουργία του ΚΗΦΗ;

α) Κοινωνικές Υπηρεσίες ή άλλες Υπηρεσίες της περιοχής____

β) Συγγενείς/Φίλοι____

γ) Εφημερίδες/Δελτία Τύπου____

δ) Τηλεόραση/ Ραδιόφωνο____

ε) Άλλο____

B2. Πόσο καιρό εξυπηρετείστε από το ΚΗΦΗ;

χρόνια ____ μήνες _____

B3. Χρησιμοποιείτε υπηρεσίες του ΚΗΦΗ; (π.χ. νοσηλευτική, ιατρική, κ.α.)

Ναι____ Όχι_____

B3.1 Προσδιορίστε ποιες

α) _____

β) _____

γ) _____

B3.2 Πόσο συχνά;

Καθημερινά____ Μία φορά την εβδομάδα____ Μία φορά το μήνα____

Σπανιότερα____

B4. Συμμετέχετε σε δραστηριότητες του ΚΗΦΗ; (π.χ. δημιουργική απασχόληση, κ.α.)

Ναι_____ Όχι_____

B4.1 Προσδιορίστε ποιές

α) _____

β) _____

γ) _____

B4.2 Πόσο συχνά;

Καθημερινά_____ Μία φορά την εβδομάδα_____ Μία φορά το μήνα_____
Σπανιότερα_____

B5. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις Υπηρεσίες/Δραστηριότητες που χρησιμοποιείτε; Συμπληρώστε ένα αριθμό απο 1-10 (1=καθόλου ικανοποιημένος, 10= πολύ ικανοποιημένος)

α) Νοσηλευτική

β) Ιατρική φροντίδα_____

γ) Συμβουλευτική-Ψυχολογική υποστήριξη_____

δ) Γεύματα_____

ε) Δημιουργική απασχόληση(χειροτεχνία, μαγειρική, εκδρομές, γυμναστική)_____

στ) Ενημέρωση σε θέματα τρίτης ηλικίας, δικαιώματα και άλλα_____

ζ) Επιμόρφωση (ηλεκτρονικοί υπολογιστές, σεμινάρια και άλλα)____

η) Βιβλιοθήκη____

θ) Άλλο (προσδιορίστε) _____

B5.1 Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ευκολία πρόσβασης στους χώρους του ΚΗΦΗ;

Συμπληρώστε ένα αριθμό απο 1-10 (1=καθόλου ικανοποιημένος, 10= πολύ ικανοποιημένος)

B5.2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το ωράριο λειτουργίας του ΚΗΦΗ;

Συμπληρώστε ένα αριθμό από 1-10 (1=καθόλου ικανοποιημένος, 10= πολύ ικανοποιημένος)

B5.3 Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το προσωπικό που σας εξυπηρετεί;

Συμπληρώστε ένα αριθμό απο 1-10 (1=καθόλου ικανοποιημένος, 10= πολύ ικανοποιημένος)

B5.4 Τί νομίζετε ότι θα βελτιώσει , κατά την γνώμη σας την λειτουργία του ΚΗΦΗ;

α) _____

β) _____

γ) _____

Αυτοαναφερόμενη επίδραση στην ποιότητα ζωής:

Γ1. Από την ημέρα ένταξής σας στο ΚΗΦΗ, πώς αξιολογείτε τη ζωή σας στους πιο κάτω τομείς: Συμπληρώστε ένα αριθμό από 1-10 (0=επιδεινώθηκε, 1=δεν έχει αλλάξει, 2=βελτιώθηκε)

α) Ψυχική υγεία / συναισθηματική κατάσταση: _____

β) Σωματική υγεία (προβλήματα υγείας) _____

γ) Συχνότητα κοινωνικών συναναστροφών: _____

δ) Οικογενειακές σχέσεις : _____

ε) Άλλο (προσδιορίστε): _____

Κατάθλιψη:

Δ1 Είχατε ποτέ στην ζωή σας κατάθλιψη;

α) Ναι τώρα _____ β) Ναι στο παρελθόν _____ γ) Όχι _____

Δ2.1 Αν ναι, η κατάθλιψη διαγνώστηκε από γιατρό;

α) Ναι _____ β) Όχι _____

Δ3. Παίρνετε φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη;

α) Ναι τώρα _____ β) Ναι στο παρελθόν _____ γ) Όχι _____

Δ3.1 Αν ναι, χορηγήθηκε από γιατρό;

α) Ναι_____ β) Όχι_____