

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας και Τεχνολογίας Τροφίμων

Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μέτρηση και συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της κατάστασης
θρέψης σε πληθυσμό τρίτης και τέταρτης ηλικίας**

‘Η περίπτωση Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Δήμου Βόλου’

Μαρίνη Μαρίνα

ΑΜ: 1345

Ματζίρη Βασιλική

ΑΜ: 1428



Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Μπορμπουδάκη Λένα

ΚΡΗΤΗ, ΜΑΙΟΣ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τα σεβάσματα κι αξιοπρεπέστατα γηρατειά προσκρούουν στην αμέριστη ευγνωμοσύνη μας και προς τούτο κι αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης για την εκπόνηση της Πτυχιακής μας. Ευχαριστούμε, λοιπόν, όλους τους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ του Νομού Μαγνησίας , που επισκεφθήκαμε κατά την ώρα του πολύτιμου και καθημερινού τους ραντεβού, για την απροσδόκητα φιλόξενη συμμετοχή τους στη μελέτη κι έρευνά μας, καθώς και για την βαθύτατη εμπιστοσύνη και κατανόησή τους στην όλη καταβαλλόμενη, εκ μέρους μας, προσπάθεια.

Τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μας σε όλους τους υπευθύνους αλλά και εργαζομένους όλων των ΚΑΠΗ του νομού, που συνέβαλαν στην ομαλότατη διεξαγωγή των ως άνω συναντήσεων, με την συνοδό ευγένεια και άψογη φιλοξενία τους.

Επιπλέον ευχαριστούμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κα. Μπορμπουδάκη Λένα για την υπερπολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της στην διεκπεραίωση της Πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος ,ακόμα ένα μεγάλο “ευχαριστώ”, σε όλους εκείνους, που με την καθημερινή τους συμπαράσταση, την υπομονή τους και την θετική τους σκέψη, ιδιαίτερα στις δυσοίωνες εποχές των μεγάλων δίλημμάτων που ζούμε, συνέβαλαν στην εκπλήρωση του στόχου μας. Ο λόγος φυσικά για την πολύτιμη οικογένεια μας, τους υπέροχους φίλους μας, και τους αγαπητούς μας συναδέλφους.

Περιεχόμενα

Περίληψη	11
Συμπέρασμα	12
Abstract.....	13
Conclusion:.....	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
Εισαγωγή	15
Κεφάλαιο 1 ^ο : Η έννοια της τρίτης ηλικίας	19
1.1. Εισαγωγή	19
1.2 Τα είδη του γήρατος.....	20
1.3 Χαρακτηριστικά του γήρατος.....	21
1.4 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης.....	24
1.5 Αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων	32
1.6 ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΤΕΙΑ.....	36
1.6.1 Η έννοια της υγιούς γήρανσης.....	36
1.6.2 Ανάγκες των ηλικιωμένων	37
Κεφάλαιο 2 ^ο : Κατάθλιψη στην τρίτη και τέταρτη ηλικία	42
2.1 Ορισμός και μορφές της κατάθλιψη.....	42
2.1.1 Η πρωτογενής κατάθλιψη.....	42
2.1.2 Η δευτερογενής κατάθλιψη	44
2.2 Επιδημιολογία της Κατάθλιψης	45
2.3 Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου	51
2.3.1 Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου και σωματικές ασθένειες	51
2.3.2 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	54
2.3.3 Κοινωνικοί Παράγοντες.....	55
2.4 Τα Συμπτώματα της Κατάθλιψης.....	55
2.5 Κατάθλιψη και Ποιότητα Ζωής.....	58
2.6 Εργαλεία και Δείκτες Μέτρησης της Κατάθλιψης.....	60
2.7 Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης	62

Κεφάλαιο 3 ^ο : Διατροφικές Συνήθειες και κατάσταση θρέψης σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας	63
3.1 Η έννοια της κακής θρέψης.....	63
3.2 Παράγοντες Κινδύνου Υποθρεψίας.....	63
3.3 Αξιολόγηση της Θρέψης με Ανθρωπομετρικές Μετρήσεις.....	66
3.3.1 Το Σωματικό Βάρος.....	66
3.3.2 Ο Δείκτης Μάζας Σώματος BMI (BODY MASS INDEX)	66
3.3.3 Περίμετρος Βραχίονα.....	67
3.4 Εργαλεία εκτίμησης της κατάστασης της θρέψης του ηλικιωμένου	68
3.4.1 SGA (SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT).....	68
3.4.2 NRS-2002- NUTRITION RISK SCREENING.....	70
3.4.3 MEDITERRANEAN DIET SCORE (MDS)	71
3.4.4 Κλίμακα MUST	72
3.4.5 Κλίμακα MNA.....	74
3.5 Συνέπειες της υποθρεψίας.....	75
3.5.1 Μύες και οστά.....	76
3.5.2 Καρδιαγγειακό και αναπνευστικό.....	76
3.5.3 Γαστρεντερικό	77
2.4.4 Ανοσοποιητικό σύστημα.....	77
3.4.5 Ενδοκρινικό σύστημα	78
3.4.6 Σύνδρομο επανασίτισης	78
Κεφάλαιο 4 ^ο : Σχέση κατάθλιψης και υποθρεψίας	80
4.1 Σχέση κατάθλιψης και υποθρεψίας	80
4.2 Η υποθρεψία ως αίτιο της κατάθλιψης	82
4.3 Η κατάθλιψη ως αίτιο της υποθρεψίας	85
Ειδικό Μέρος	87
Κεφάλαιο 5 ^ο : Μεθοδολογία	88
5.1 Σκοπός της έρευνας	88
5.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	88
5.3 Ερευνητικά Ερωτήματα	90
5.4 Δείγμα	92
5.5 Μετρήσεις – Συλλογή Δεδομένων.....	93

5.5.1 Μέτρηση Σωματικού Βάρους.....	93
5.5.2 Μέτρηση Αναστήματος.....	94
5.5.3 Μέτρηση Δείκτη Μάζας Σώματος.....	95
5.5.4 Περίμετρος στο μέσο του βραχίονα (MUAC).....	95
5.5.5 Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (GDS)	95
5.5.6 Κλίμακα MEDITERRANEAN DIET SCORE (MDS).....	96
5.5.7 Κλίμακα MNA.....	96
5.5.8 Κλίμακα MUST	97
5.6 Στατιστική Ανάλυση.....	98
Κεφάλαιο 6 ^ο : Αποτελέσματα	100
6.1 Περιγραφική Στατιστική	100
6.2 Επαγωγική Στατιστική	108
6.2.1 Σχέση MNA score και φύλου	108
6.2.2 Σχέση MNA score και ηλικίας.....	109
6.2.3 Σχέση Σ.Μ.Τ.Μ. και φύλου.....	110
6.2.4 Σχέση Σ.Μ.Τ.Μ. και ηλικίας	111
6.2.5 Σχέση δείκτη MUST και φύλου.....	112
6.2.6 Σχέση δείκτη MUST και ηλικίας.....	113
6.2.7 Σχέση δείκτη BMI και φύλου	114
6.2.8 Σχέση δείκτη BMI και ηλικίας	115
6.2.9 Σχέση δείκτη GDS και φύλου.....	116
6.2.10 Σχέση δείκτη GDS και ηλικίας.....	117
6.2.11 Συσχέτιση του δείκτη GDS και του δείκτη MNA	118
6.2.12 Συσχέτιση του δείκτη BMI και του δείκτη MNA.....	119
6.2.13 Συσχέτιση του δείκτη GDS και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.....	120
6.2.14 Συσχέτιση του δείκτη BMI και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.....	121
6.2.15 Συσχέτιση του δείκτη GDS και του δείκτη MUST.....	122
6.2.16 Συντελεστές Συσχέτισης ποσοτικών μεταβλητών	123
Κεφάλαιο 7 ^ο : Συζήτηση.....	127
7.1 Υποθρεψία ηλικιωμένων και φύλο	128
7.2 Σχέση υποθρεψίας και ηλικίας.....	129
7.3 Αξιολόγηση κατάστασης θρέψης με βάση το δείκτη BMI, MNA, MUST...	135

7.4Υποθρεψία και καταθλιπτική συμπτωματολογία	135
Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα.....	137
Περιορισμοί της έρευνας	141
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	142
Βιβλιογραφία.....	143

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Απογραφή του πληθυσμού με κριτήριο την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση.....	29
Πίνακας 2: Ποσοστά ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών (Για τα έτη 2025 και 2050 αποτελούν τα αντίστοιχα ποσοστά προβλέψεις)	30
Πίνακας 3:Συσχέτιση δείκτη BMI και SCL. Πηγή: Kvamme et al. (2011)	82
Πίνακας 4: Συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και καταθλιπτικής συμπεριφορά. Πηγή: Mokhber et al. (2011)	82
Πίνακας 5: Γενικά Χαρακτηριστικά και Δημογραφικά Δεδομένα Ατόμων Τρίτης Ηλικίας.	100
Πίνακας 6: Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών	105
Πίνακας 7: Ανάλυση Συσχέτισης του MNA score σύμφωνα με το Φύλο	108
Πίνακας 8: Ανάλυση Συσχέτισης του MNA score σύμφωνα με την Ηλικία	109
Πίνακας 9: Ανάλυση Συσχέτισης του Σ.Σ.Μ.Δ. σύμφωνα με το Φύλο	110
Πίνακας 10: Ανάλυση Συσχέτισης του Σ.Σ.Μ.Δ. σύμφωνα με την Ηλικία	111
Πίνακας 11: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη MUST σύμφωνα με το Φύλο	112
Πίνακας 12: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη MUST σύμφωνα με την Ηλικία	113

Πίνακας 13: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI σύμφωνα με το Φύλο	114
Πίνακας 14: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI σύμφωνα με την Ηλικία	115
Πίνακας 15: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS σύμφωνα με το Φύλο	116
Πίνακας 16: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS σύμφωνα με την Ηλικία	117
Πίνακας 17: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS και του δείκτη MNA.....	118
Πίνακας 18: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI και του δείκτη MNA	119
Πίνακας 19: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.....	120
Πίνακας 20: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.	121
Πίνακας 21: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS και του δείκτη MUST	122
Πίνακας 22: Ανάλυση Συσχέτισης Pearson.....	123
Πίνακας 23: Υποθρεψία και δημογραφικοί παράγοντες. Πηγή: Ferdous et al., 2009.	129
Πίνακας 24: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Πηγή: Chung et al., (2013).....	130
Πίνακας 25: Ανάλυση Παλινδρόμησης. Πηγή: Kabir et al. (2006).....	131
Πίνακας 26: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Πηγή: Elmadbouly et al. (2013)	132

Πίνακας 27: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά χαρακτηριστικά. Πηγή: Gazzotti et al. (2000).....133

Πίνακας 28: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά, ψυχολογικά και φυσικά χαρακτηριστικά. Πηγή: Lizaka et al. (2008).....134

Πίνακας 29: Προβλεπτική ικανότητα του BMI και του MNA-SF στον προσδιορισμό προβλημάτων θρέψης σε άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών. Πηγή: Vrdoljak et al. (2014).....134

Περιεχόμενα Εικόνων

Εικόνα 1: Κατανομή δείγματος σύμφωνα με το φύλο102

Εικόνα 2: Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την ηλικία.....103

Εικόνα 3: Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την παρουσία υποθρεψίας (με κριτήριο το BMI)
.....104

Περίληψη

Εισαγωγή

Η γήρανση εισάγει αλλαγές στην εικόνα και επιδράσεις στην λειτουργία των οργάνων του σώματος. Η διατροφική κατάσταση και η πνευματική υγεία χειροτερεύουν με τη γήρανση. Καθώς τα προβλήματα διατροφής και η κατάθλιψη είναι κάποια από τα κύρια προβλήματα στους ηλικιωμένους έτσι και η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε για να μελετήσει τη συσχέτιση μεταξύ της υποθρεψίας και της κατάθλιψης στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

Υλικά και Μέθοδοι

133 ηλικιωμένοι που είχαν ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών εξετάστηκαν στην μελέτη μας με τυχαία δειγματοληψία χρησιμοποιώντας ανθρωπομετρικά εργαλεία καθώς και τα εργαλεία διατροφικής αξιολόγησης MNA, BMI, MUST και το δείκτη συμμόρφωσης της Μεσογειακής Διατροφής, μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων αξιολόγησης διατροφικής κατάστασης. Η αξιολόγηση της κατάθλιψης ελέγχθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου GDS στους ηλικιωμένους. Για τη διερεύνηση των ερευνητικών ζητημάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.

Αποτελέσματα

Η συχνότητα υποθρεψίας είναι ίδια και στα δύο φύλα. Σύμφωνα με το MNA, το 13.6% των συμμετεχόντων παρουσιάζουν υποθρεψία, το 34.1% βρίσκεται σε κίνδυνο υποθρεψίας, το 52.3% βρίσκονταν σε καλή διατροφική κατάσταση και σύμφωνα με το δείκτη BMI, το 14% των συμμετεχόντων υπέφεραν από υποθρεψία. Η συχνότητα της κατάθλιψης ήταν, στατιστικά, σημαντικά διαφορετική ανάμεσα στα δύο φύλα, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά. Σύμφωνα με το δείκτη GDS, το 17.6% είχαν κατάθλιψη. Σύμφωνα με το δείκτη MUST, το 23.3% βρίσκονταν σε κίνδυνο υποθρεψίας. Η διατροφική κατάσταση συσχετίζεται με την κατάθλιψη ($X^2 = 42,329$, p -value <5%).

Συμπέρασμα

Η κατάθλιψη διαπιστώθηκε ότι συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τη διατροφή των ηλικιωμένων. Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω γεγονός η κατάθλιψη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως παράγοντας πρόβλεψης των προβλημάτων θρέψης στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, καθώς και το αντίστροφο. Η παραπάνω αμφίδρομη σχέση πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: Κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, υποθρεψία

Abstract

Background:

Aging induces physiological changes and affects all of organs. Nutritional status and mental health deteriorate with aging. As malnutrition and depression are main problem in elderly this study was performed to assess the association between malnutrition and depression among rural elderly.

Materials and Methods:

133 elderly aged above 60 years old were examined in a cross-sectional study by systematic sampling method and using mini nutritional assessment (MNA), BMI, MUST and Mediterranean Diet Quality Index which are standard questionnaires for evaluating nutrition status. Depression was evaluated by a validated questionnaire GDS in the elderly. Correlation between Socio-demographic characteristic and nutrition status was obtained by Chi-square test and correlation Pearson measure in elderly population.

Results:

Frequency of malnutrition was similar in both genders. According to MNA, 13.6% of subjects suffered from malnutrition, 34.1% were at risk of malnutrition and 52.3% were well-nourished and according to BMI, 14% of subjects suffered from malnutrition. Frequency of depression was not similar in both genders, as women present higher frequencies. According to GDS, 17.6% are depressed. According to MUST, 23.3% were at risk of malnutrition. Nutrition status correlated with the depression ($P < 5\%$).

Conclusion:

Depression could act as a powerful risk for malnutrition in elderly population that it should be controlled by physicians.

Keywords: Depression, elderly, malnutrition

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η γήρανση του πληθυσμού

Ο πληθυσμός της Ευρώπης γηράσκει - το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αναμένεται να αυξηθεί από 17,4% σε σχεδόν 30% μέχρι το 2060. Ο αριθμός των ατόμων άνω των 80 ετών θα τριπλασιαστεί κατά την ίδια περίοδο. Η ενεργός και υγιής γήρανση είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και διασφαλίζει ότι τα άτομα αυτά συνεχίζουν να συνεισφέρουν στην κοινωνία. Στο πλαίσιο αυτό, η «υγιής γήρανση» αναφέρεται στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία ενώ η «ενεργός γήρανση» είναι η συνέχιση της συμμετοχής σε πολιτικές, πολιτιστικές, οικονομικές, κοινωνικές, πνευματικές και αθλητικές δραστηριότητες (Κικίλιας και συν., 2001).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, προκειμένου, να ενθαρρύνει την ενεργό και υγιή γήρανση και να βοηθήσει να αυξηθεί το προσδόκιμο υγιούς ζωής, δρομολόγησε την Ευρωπαϊκή Σύμπραξη Καινοτομίας για την Ενεργό και Υγιή Γήρανση, η οποία έχει ως στόχο να προσθέσει κατά μέσο όρο δύο έτη υγιούς ζωής έως το 2020 στην Ευρώπη. Εκτιμώντας τη συμβολή της διαίτας και της διατροφής στην ενεργό και υγιή γήρανση και τη σημασία της στη διαδικασία της γήρανσης, ενέχονται αρκετοί καθοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι είναι οικονομικοί, κοινωνικοί και συμπεριφοριστικοί (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

Οι οικονομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν το εισόδημα, την κοινωνική προστασία και την εργασία, με τα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για νοσήματα, καθώς και για αναπηρίες. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι τα θρεπτικά τρόφιμα, η υγειονομική περίθαλψη και η στέγαση είναι λιγότερο προσιτά και προσβάσιμα σε άτομα που βιώνουν οικονομικές δυσκολίες. Σημαντικό ρόλο στην υγιή γήρανση παίζει το σύστημα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νοσημάτων, όπως παραδείγματος χάριν μέσω προγραμμάτων εμβολιασμού ή τακτικού ελέγχου για την υποθρεψία και την καταβολή. Επίσης, η γήρανση επηρεάζεται από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον

(Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Οι πόλεις, οι κοινότητες και οι γειτονιές θα μπορούσαν να προσαρμόσουν τις δομές και τις υπηρεσίες τους με βάση τις διαφορετικές ανάγκες και ικανότητες των ηλικιωμένων. Η κοινωνική στήριξη και αλληλεπίδραση μπορεί επίσης, να παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία των ηλικιωμένων. Ζωτικής σημασίας είναι και η υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών τρόπου ζωής, όπως είναι η ισορροπημένη διατροφή, η φυσική άσκηση, η αποφυγή του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, καθώς και η ορθή χρήση των φαρμάκων (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

Υποθρεψία

Η υποθρεψία αποτελεί επίσης, ένα σημαντικό πρόβλημα των ηλικιωμένων. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, πάνω από 20 εκατομμύρια ηλικιωμένοι διατρέχουν κίνδυνο υποθρεψίας, που κοστίζει στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας περίπου 120 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως (Cederholm, 2003)..

Οι λειτουργικές αλλαγές που εμφανίζονται με τη γήρανση, συμπεριλαμβανομένων των σωματικών και των φυσιολογικών αλλαγών (κυρίως νευρολογικά προβλήματα), μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την πρόσληψη τροφής και το βαθμό της υποθρεψίας στους ηλικιωμένους. Οι περιορισμοί στην κινητικότητα που οφείλονται σε διαταραχές όπως η σαρκοπενία (απώλεια μυϊκής μάζας και δύναμης), η αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση, είναι πιθανό να επηρεάσουν την πρόσβαση σε τρόφιμα και κατά συνέπεια, την κατανάλωση τροφίμων. Αισθητηριακές αλλαγές, ιδίως στη γεύση και την όσφρηση, μπορεί να μειώσουν το κίνητρο και το ενδιαφέρον για τρόφιμα, ενώ προβλήματα στοματικής υγείας, όπως η απώλεια των δοντιών και η μειωμένη παραγωγή σάλιου μπορεί να οδηγήσουν στην αποφυγή τροφίμων που είναι δύσκολα στη μάσηση, π.χ. φρούτα και λαχανικά. Η γήρανση σχετίζεται επίσης, με απώλεια της όρεξης, που προκαλείται από αλλαγές στην απελευθέρωση συγκεκριμένων ορμονών του εντέρου οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ρύθμιση της όρεξης. Οι γνωστικές διαταραχές μπορεί να επηρεάσουν την πρόσληψη τροφής στους ηλικιωμένους, όπως τα άτομα με άνοια ή νόσο Αλτσχάιμερ που συχνά ξεχνάνε να φάνε ή να πιουν (Cederholm, 2003).

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερη συναισθηματική διαταραχή της τρίτης ηλικίας. Στα ηλικιωμένα άτομα, η κατάθλιψη έχει δυσμενείς συνέπειες για την ποιότητα ζωής τους, των οικείων τους, αλλά και την πορεία άλλων σωματικών νόσων που πιθανώς να παρουσιάζουν. Επιπλέον, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας και πρέπει να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι κάνουν λιγότερες απόπειρες και πραγματοποιούν περισσότερες αυτοκτονίες σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες (Andrew et al., 2007). Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων αποτελεί ψυχιατρική «πρόκληση» καθώς παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που αφορούν το μειωμένο μεταβολισμό τους, τη μεγαλύτερη ευαισθησία τους σε ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής, τις αλληλεπιδράσεις της τελευταίας με φάρμακα για άλλες παθήσεις που τυχόν να λαμβάνονται κ.α. Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία, θέση στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων έχει και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία είναι πολύ πιο ασφαλής και αποτελεσματική απ' ό,τι γενικώς πιστεύεται (Argyriadou et al., 2001).

Αντικείμενο Εργασίας

Αντικείμενο αυτής της Πτυχιακής Εργασίας είναι η μέτρηση και η συσχέτιση της κατάθλιψης και της υποθρεψίας σε ηλικιωμένο πληθυσμό. Αξίζει να ληφθεί υπόψη πως μια μειωμένη πρόσληψη ενέργειας, που θα οδηγήσει σε μείωση του σωματικού βάρους, μπορεί να προκαλείται από κοινωνικούς ή βιολογικούς παράγοντες ή από συνδυασμό και των δύο μαζί. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η μοναξιά και το μη υποστηρικτικό ή/και ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο είναι οι βασικοί λόγοι εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, δυσκολίες στη μάσηση, στην κατάποση, καρδιακή ανεπάρκεια, ανεπαρκής φροντίδα και καταθλιπτική διάθεση είναι οι τυπικές αιτίες της κακής διατροφής και της υποθρεψίας στην τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, η σοβαρή υποθρεψία φαίνεται να έχει χειρότερη πρόγνωση και αποτελεί σοβαρό παράγοντα θνησιμότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα σύγχρονων ερευνών, φαίνεται πως η σχέση της κατάθλιψης με την υποθρεψία είναι αμφίδρομη. Η κακή διατροφική κατάσταση

επιδεινώνει τη δριμύτητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ από την άλλη μεριά διατυπώνεται η άποψη ότι η ανορεξία ως καταθλιπτικό σύμπτωμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση υποθρεψίας. Αξίζει να σημειωθεί, πως η κατάθλιψη σύμφωνα με έρευνες, αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα απώλειας σωματικού βάρους σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε ιδρύματα (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

Κεφάλαιο 1^ο: Η έννοια της τρίτης ηλικίας

1.1. Εισαγωγή

Φέροντας στο νου, την περίοδο που από πολλούς αποκαλείται ως η πιο ευχάριστη, «τα γηρατειά», πολλές φορές επικρατεί σύγχυση ως προς την έννοια και την σημασία τους. Συνήθως τον όρο αυτό χρησιμοποιούμε όταν θέλουμε να αναφερθούμε στο τελευταίο στάδιο της ζωής του ανθρώπου. Η λέξη γήρανση προέρχεται από την λατινική λέξη "senex", δηλαδή γέρος, γήρατος ή προχωρημένης ηλικίας. Η λέξη γήρας δεν αντιλαμβάνεται ως νόσος αλλά ως διαδικασία, η οποία είναι μια φυσιολογική αναπτυξιακή διαδικασία ζωής, κοινή για όλους τους οργανισμούς, κατά την διάρκεια της οποίας όλα τα συστήματα και οι λειτουργίες τους σιγά-σιγά φθίνουν με αποτέλεσμα το θάνατο του οργανισμού (Κικίλιας και συν., 2001). Η διαδικασία αυτή βέβαια δεν πραγματοποιείται σε όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο ρυθμό, ταυτόχρονα όμως αποτελεί και μια διαδικασία από την οποία δεν εξαιρείται κανείς καθώς όλοι αργά ή γρήγορα 'καταλήγουμε'. Η βίωση των γηρατειών διαφέρει χρονικά στους ανθρώπους, γιατί υπάρχουν παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την διαδικασία της γήρανσης (Δαρδαβέσης και συν., 2011). Σύμφωνα με τον Hayflick (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999), αυτοί οι παράγοντες είναι η κληρονομικότητα, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση.

Το γήρας εξαρτάται από το χρόνο. Η χρονολογική ηλικία ενός οργανισμού θεωρείται ένας από τους πιο ισχυρούς δείκτες του γήρατος. Επειδή όμως οι οργανισμοί γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς, η ηλικία από μόνη της δεν αρκεί για να προσδιορίσουμε το γήρας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Όσον αφορά την χρονολογική ηλικία, κατά καιρούς έχουν εκφραστεί διάφορες απόψεις σχετικά με το ποια θα είναι αυτή προκειμένου να θεωρηθεί ένας άνθρωπος «γέρος». Σύμφωνα με την Ντε Μπουβουάρ (1980), ο Ιπποκράτης θεώρησε ότι τα γηρατειά αρχίζουν στα 56, ο Αριστοτέλης πίστευε πως το σώμα φτάνει την τελειότητα στα 35 και η ψυχή στα 50, ενώ ο Δάντης είχε την γνώμη πως αρχίζουμε να νιώθουμε τα γηρατειά από τα 45 έτη ζωής (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

«Η Παγκόσμια Συνέλευση του γήρατος που συνήλθε το 1982 στην Βιέννη ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω ως το όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Αντίθετα διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, η οποία σήμερα επικρατεί διεθνώς και ταυτίζεται με την ηλικία συνταξιοδότησης» (Κωσταρίδου Ευκλείδη- Ευκλείδη, 1999:33).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) διακρίνει τη χρονολογική ηλικία σε τρία εξελικτικά στάδια. Άτομα μεσήλικα (46-59 ετών) , τρίτη ηλικία 60-79 ετών και τέταρτη ηλικία (80+) (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

1.2 Τα είδη του γήρατος

Χρήσιμο θα ήταν πριν πραγματοποιηθεί εκτενής αναφορά στα χαρακτηριστικά του γήρατος, να γίνει αναφορά στην διάκριση την οποία κάνουν η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), μεταξύ του *πρωτογενούς* και *δευτερογενούς* γήρατος. Το πρωτογενές γήρας, αναφέρεται στις φυσιολογικές και βιολογικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι παρά το γεγονός ότι κάποιο άτομο θα έχει καλή υγεία και χωρίς να εμφανίσει κάποια ασθένεια, οι βιολογικές μεταβολές του οργανισμού θα εκδηλωθούν. Τα χαρακτηριστικά του πρωτογενούς γήρατος σύμφωνα με τον Lemme (Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999) είναι τα εξής:

- Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί.
- Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.

- Είναι προοδευτικό στην διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- Οφείλεται σε εσωτερικές οργανικές αιτίες.
- Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- Είναι καθολικό (εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους).
- Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
- Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- Καταλήγει στο θάνατο.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του πρωτογενούς γήρατος διαφαίνονται πρώτον στη μικρότερη ευελιξία/αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωτερικών πιέσεων και δεύτερον στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου. Από την άλλη μεριά, το δευτερογενές γήρας, σύμφωνα με τους Butler και Schroots (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999), «αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου, η προσωπικότητα και η αυτό-εικόνα του καθώς και οι ασθένειες». Το δευτερογενές γήρας συνυπάρχει με το πρωτογενές και το επιβαρύνει, χωρίς να αποτελεί όμως κάτι το υποχρεωτικό και καθολικό. « Η διάκριση του πρωτογενούς από το δευτερογενές γήρας έχει ως συνέπεια, ότι πλέον για να κατανοήσουμε τη λειτουργία της γήρανσης λαμβάνουμε υπόψη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν, τόσο των βιολογικών όσο και τον προσωπικών και πολιτισμικών» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).

1.3 Χαρακτηριστικά του γήρατος

Ξεκινώντας αυτό το υποκεφάλαιο και προτού πραγματοποιηθεί αναφορά στα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται σε ένα άτομο που γηράσκει, θα γίνει αναφορά στην διάκριση που γίνεται στην ηλικία. Συγκεκριμένα η Αβεντισιάν-Παγοροπούλου (2000),

διακρίνει την ηλικία σε βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική. « *Η βιολογική ηλικία*, καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000). Τέτοιες μετρήσεις θα μπορούσαν να είναι η δύναμη, η φυσική αντοχή, η ταχύτητα, η οξύτητα των αισθήσεων, η κατάσταση του δέρματος, το χρώμα και η καλή ποιότητα των μαλλιών. «Η φθορά των περισσότερων οργανικών συστημάτων έχει ήδη αρχίσει από την πρώτη νεότητα και συγκεκριμένα μετά την ηλικία των 30 ετών με ένα αργό και σταδιακό ρυθμό» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

Η επόμενη διάκριση είναι αυτή της *κοινωνικής ηλικίας*. «Καθορίζεται από τις διάφορες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών» για παράδειγμα την μνήμη και την ευελιξία, αλλά και «εκτιμάται με βάση τις στάσεις (attitudes) που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000). Τέλος είναι η *ψυχολογική ηλικία*, η οποία «υπονοεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα, ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητας και την χρονολογική τους ηλικία» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

Το γήρας είναι μια κατάσταση με βασικό χαρακτηριστικό την έκπτωση των λειτουργιών του ατόμου. Επιπλέον χαρακτηριστικά που παρατηρούνται με την πάροδο του χρόνου σχετίζονται με διάφορου τύπου αλλαγές, όπως αλλαγές στην εμφάνιση, στην κινητικότητα, σε επίπεδο συναισθηματικό, νοητικό, κοινωνικό και οικονομικό αλλά και σε θέματα υγείας. Στα άτομα που βιώνουν την περίοδο αυτή οι παραπάνω αλλαγές είναι εμφανείς και βιώνονται με διαφορετικό τρόπο από το κάθε άτομο. Ο Χριστοδούλου (στο Συμπόσιο με θέμα: προβλήματα γεροντικής ηλικίας, 1975), αναφέρει πως η κυριότερη αλλαγή είναι η έξαρση των βασικών αλλαγών της προσωπικότητας. Για παράδειγμα ένας άνθρωπος ο οποίος συνήθιζε να είναι συνεπής γίνεται σχολαστικός, ο ομιλητικός γίνεται φλύαρος και ο εσωστρεφής γίνεται πιο εσωστρεφής.

Σύμφωνα με τον Butler (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000), άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι πιο άκαμπτα και μη ευέλικτα σε σχέση με άτομα των νεότερων ηλικιών. Για κάποιους τα παραπάνω θεωρούνται χαρακτηριστικά όπου οι περισσότεροι ηλικιωμένοι εμφανίζουν, αλλά δεν είναι τα μοναδικά. Σύμφωνα με τον Murtagh (2011), η γήρανση χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Ελάττωση της μεταβολικής μάζας
- Ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων
- Ελάττωση της ικανότητας προσαρμογής στο stress
- Αυξημένη ευπάθεια στα νοσήματα
- Αυξημένη πιθανότητα θανάτου

Πολλοί από τους ηλικιωμένους έχουν ζήσει τον Α' και Β' Παγκόσμιο πόλεμο, μετακινήσεις πληθυσμών, τις τεχνολογικές εξελίξεις που έχουν σημειωθεί, και άλλα πολλά επιτεύγματα του ανθρώπινου είδους (Πλατή,1993). Αποτέλεσμα των παραπάνω βιωμάτων αποτελούν οι εμπειρίες που “κουβαλούν” οι ηλικιωμένοι και που έχουν γνωρίσει κατά την διάρκεια της ζωής τους, σε σχέση με γεγονότα κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά. Επιπλέον εκτός από τις εμπειρίες που φέρουν, μπορεί να έχουν σημειωθεί αλλαγές στην ζωή τους εξαιτίας των γεγονότων αυτών, όπως απώλεια σημαντικών προσώπων από το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον (λόγω πολέμου) και η οποία με την σειρά της έχει επηρεάσει την ζωή του ατόμου σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

Επίσης χαρακτηριστικό του ηλικιωμένου ατόμου είναι ότι με την πάροδο των χρόνων αλλοτριώνεται κοινωνικά και το καταβάλλει η μοναξιά, καθώς πολλά είναι τα άτομα που αναγκάζονται να περνούν μεγάλο μέρος της ζωής που τους απομένει σε κάποιο ίδρυμα (Ronald et al., 1990)¹. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι να επιδεινώνεται όλο και περισσότερο η φυσική αλλά και η πνευματική τους κατάσταση. Τέλος ένα ακόμη χαρακτηριστικό σύμφωνα με τον Osterman (Πλατή, 1993), είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, ο ασφαλιστικός τους φορέας, το μορφωτικό τους επίπεδο, το

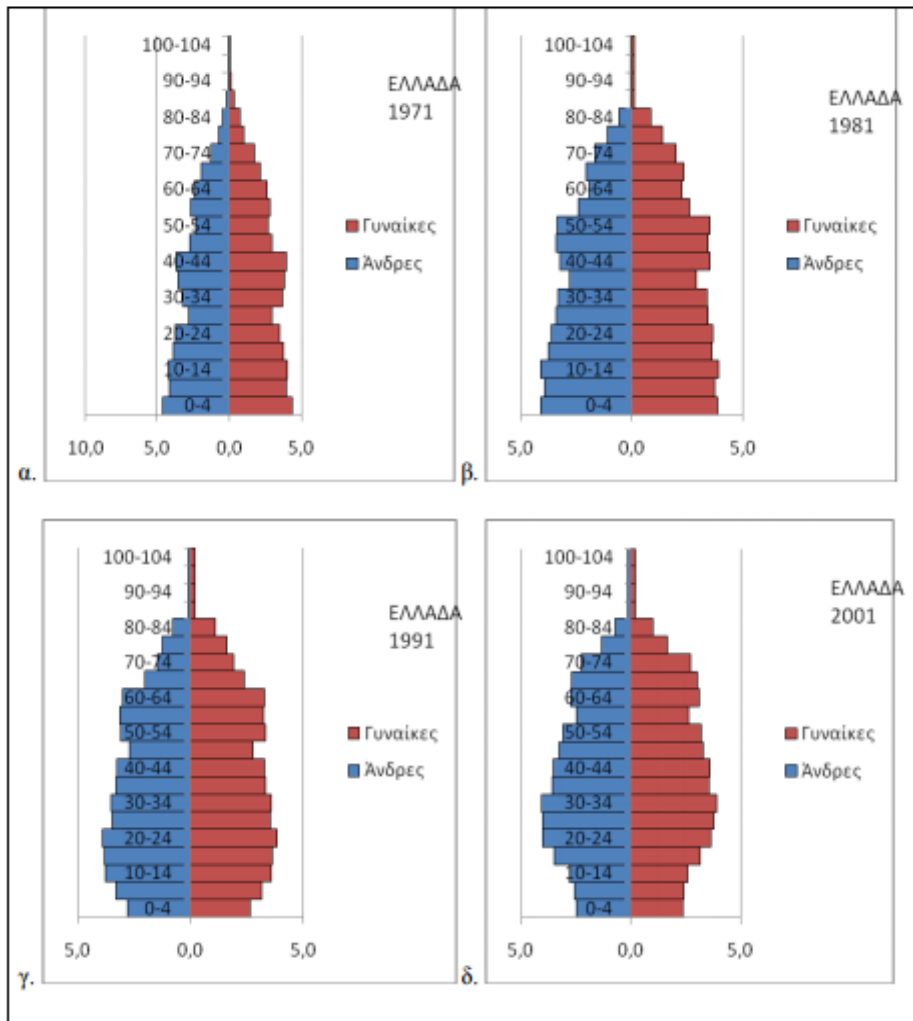
¹ Πανελλαδική Έρευνα, Η οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα. Περίληψη της ελληνικής έκθεσης(2006) EUROFAMCARE, σ.80-82.

υποστηρικτικό τους σύστημα, και η απώλεια του ενός από τους δύο συζύγων, γεγονός που φαίνεται να φθείρει ψυχολογικά τα άτομα καθώς μένουν μόνα.

1.4 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης

Στις ανεπτυγμένες χώρες είναι έντονο το κοινωνικό φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, το οποίο έγινε έντονο, μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο και το οποίο αναφέρεται στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό κάθε χώρας. Χαρακτηριστικό της δημογραφικής γήρανσης στην σημερινή πραγματικότητα είναι ότι εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονα στις οικονομικά και βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως στις χώρες αυτές η γήρανση του πληθυσμού θα εξελιχθεί σε πολύ γρηγορότερο ρυθμό από ότι σε άλλες λιγότερο ανεπτυγμένες. Η γήρανση του πληθυσμού έχει τρεις πιθανές αιτίες (Δαρδαβέσης και συν., 2011):

- ✚ **Την πτώση της γονιμότητας** («baby crash») ακολούθησε την έκρηξη των γεννήσεων («baby-boom»), η οποία προκαλεί το μεγάλο μέγεθος της ηλικιακής κατηγορίας των ατόμων 45-65 ετών στον ευρωπαϊκό πληθυσμό και θέτει ορισμένα προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση των συντάξεων.
- ✚ **Την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης** κατά 8 έτη από το 1960 έως το 2006. Η περαιτέρω αύξηση του κατά 5 ακόμα έτη έως το 2050 όπως προβλέπεται από επιστημονικές μελέτες, μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του πληθυσμού ηλικίας 80 έως 90 έτη και να αποτελέσει μια πληθυσμιακή ομάδα στην οποία θα παρατηρείται συχνά ευπάθεια και αναπηρία.
- ✚ **Την μετανάστευση** (1,8 εκατομμύρια μετανάστες προς την ΕΕ το 2004, 40 εκατομμύρια το 2050 σύμφωνα με τις προβλέψεις της Eurostat) μπορεί να αντισταθμίσει τις συνέπειες της χαμηλής γονιμότητας και της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής.



Πηγή: ΕΣΥΕ, Απογραφές 1971-1981-1991-2001 και ίδιοι υπολογισμοί.

Γράφημα 1: Πληθυσμιακές Πυραμίδες Ελλάδας

Τα δυο πρώτα αίτια σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία ευθύνονται στη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο αλλά και στις εξελίξεις στους τομείς της δημόσιας υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας. Κρίνεται άξιο να αναφερθεί ότι η πληθυσμιακή πυραμίδα έως την δεκαετία του 1971 είχε τριγωνικό σχήμα με το μεγαλύτερο ποσοστό να συγκεντρώνει η πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων νεαρής ηλικίας. Η πληθυσμιακή πυραμίδα όμως με το πέρασμα των δεκαετιών έχει αντιστραφεί (Σουρτζή, 2007).

Οι αιτίες της δημογραφικής γήρανσης όπως έχουν ήδη αναλυθεί οδηγούν στο ότι ο συνολικός πληθυσμός της ΕΕ θα υποστεί μικρή μείωση αλλά θα γίνει πιο «ηλικιωμένος». Ο ενεργός πληθυσμός των Ευρωπαίων (άτομα ηλικίας από 15 έως 64 ετών) θα μειωθεί κατά 48 εκατομμύρια από το 2006 έως 2050. Αυτή η δημογραφική αλλαγή θα συνοδεύεται από βαθιές κοινωνικές ανακατατάξεις (κοινωνική προστασία, στέγαση, εργασία) σε όλες τις χώρες τις οποίες αφορά η πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού. Η δημογραφική γήρανση θα γίνεται ολοένα εντονότερη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με τους Λυμπεράκη, Τήνιο και Φιλαλήθη (2009:23) « Η γηραιά Ευρώπη είναι η ήπειρος με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων πολιτών , ενώ η γήρανση του πληθυσμού προβλέπεται να συνεχιστεί για το μεγαλύτερο μέρος του 21^{ου} αιώνα» κάτι που επιβεβαιώνει και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

«Κατά την διάρκεια των επόμενων 20 χρόνων ο μέσος όρος ηλικίας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού είναι πιθανόν να αυξηθεί κατά τέσσερα χρόνια. Ο πληθυσμός άνω των 60 αυξάνεται ραγδαία ενώ κάτω των 20 μειώνεται» (Κικίλας και συν., 2000).

Συγκεκριμένα στην Μεγάλη Βρετανία το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών έχει αυξηθεί από 5% σε 16% και αναμένεται μέχρι το 2061 να φτάσει στο 24%. (Davidson, 2005)

Στη Γερμανία το ποσοστό των ατόμων άνω των 60 ετών σε σχέση με τις ηλικίες 20-60, θα αυξηθεί από 36% που ήταν το 1989 σε 70% το 2030.

«Μέχρι το 2015 τα ποσοστά των ανθρώπων με ηλικία κάτω των 16 ετών και άνω των 65, σχεδόν θα εξισωθούν και από κει και έπειτα οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 65 θα υπερβούν αριθμητικά τα άτομα κάτω των 16».(Davidson, 2005)

Μαζί με την Ευρώπη η δεύτερη ήπειρος με τα υψηλότερα ποσοστά γηραιού πληθυσμού είναι η Ασία, όπου μέσα σε είκοσι περίπου χρόνια αυτές οι δύο χώρες θα εμφανίζουν στις

περισσότερες χώρες τους τα υψηλότερα ποσοστά πληθυσμού, όπου η ηλικία θα είναι άνω των 65 ετών ενώ η μέση ηλικία θα πρέπει να προσεγγίζει τα 50 έτη. Παγκοσμίως μεταξύ 2000 και 2050, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 60 ετών θα διπλασιαστεί από 11% σε 22%, ενώ από το 1980 έχει ήδη διπλασιαστεί και αναμένεται να φτάσει από 605 εκατομμύρια σε 2 δισεκατομμύρια. Όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω θα έχουν σχεδόν τετραπλασιαστεί στα 395 εκατομμύρια έως το 2050. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα περισσότερα παιδιά να γνωρίζουν τους παππούδες τους, ακόμη και τους προπαππούδες και προγιαγιάδες τους ενώ κατά μέσο όρο οι γυναίκες θα ζουν έξι με οχτώ χρόνια περισσότερο από τους άνδρες (Λυμπεράκη και συν., 2009).

Το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες δεν οφείλεται σε βιολογικά αίτια (Δαρδαβέσης και συν., 2011), αλλά στο γεγονός ότι οι άνδρες κάνουν μια επιβαρυντική ζωή για την υγεία τους λόγω διάφορων καταχρήσεων (οινόπνευμα), αλλά και λόγω της διαβίωσή τους, ανάληψη πολλών ευθυνών, ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας, τα οποία επιδρούν αρνητικά στην υγεία και στον τρόπο που γηράσκουν, αλλά και λόγω του ότι οι γυναίκες από την μεριά τους και στη πλειοψηφία τους ακολουθούν πιο συχνά μία καλή διατροφή, ασχολούνται με την άθληση, την αναζήτηση ιατρικών συμβουλών και την περαιτέρω ενημέρωση μέσω βιβλίων, που τους παρέχουν μια πιο πλήρη εικόνα, η οποία συμβάλλει στην ύπαρξη αυτού του φαινομένου (Σουρτζή, 2007).

Στην Ελλάδα από την δεκαετία του 1960 ξεκίνησε να αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων (Σουρτζή, 2007). Εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου χρόνου ζωής, της δραματικής πτώσης της γεννητικότητας αλλά και της αύξησης της μετανάστευσης των τελευταίων ετών, η Ελλάδα καταλήγει να είναι μία από τις πλέον γηράσκουσες χώρες του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Σύμφωνα με την απογραφή του πληθυσμού της 18 Μαρτίου 2011 της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ)², στα 10.815.197 άτομα διαμορφώθηκε ο μόνιμος πληθυσμός της χώρας. Το 49%, δηλαδή 5.302.70, είναι άντρες και το 51%, δηλαδή 5.512.494, γυναίκες.

² <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων ανά περιφερειακή ενότητα προκύπτει, επίσης, ότι η μέση ηλικία του μόνιμου πληθυσμού της Ελλάδας είναι 41,9 έτη με την περιφερειακή ενότητα Μυκόνου να παρουσιάζει την μικρότερη μέση ηλικία κατοίκων (37,0 έτη) και την περιφερειακή ενότητα Ευρυτανίας να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη (49,0 έτη) (ΕΣΥΕ, 2011).

Το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών αντιστοιχεί στο 25,28% του πληθυσμού και ο αριθμός των ατόμων αυτών αναμένεται να αυξηθεί έως το 2030 κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου. Οι πιο γηράσκουσες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ώριμων πολιτών (>65 ετών) είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά γήρανσης του πληθυσμού ηλικίας από 60 ετών και πάνω για τις χρονολογίες 1950-2050 (ΕΣΥΕ, 2011).

Στην σημερινή εποχή τα χρόνια ζωής του μέσου ανθρώπου έχουν ανέβει σε ποσοστά σε σχέση με τον άνθρωπο του παρελθόντος, έτσι και ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων έχει αυξηθεί κατά πολύ ενώ ο αριθμός των νέων μειώνεται αρκετά. Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 χρόνια και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία (Λυμπεράκη και συν., 2009).

Πίνακας 1: Απογραφή του πληθυσμού με κριτήριο την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευγμένοι	Με σύμφωνο συμβίωσης	Σε διάσταση	Χήροι από σύμφωνο συμβίωσης	Διαζευγμένοι από σύμφωνο συμβίωσης
Σύνολο	10.815.197	4.227.033	5.364.221	820.392	331.653	1.763	69.725	78	332
0-14	1.569.089	1.568.836	250	0	2	1	0	0	0
15-19	553.225	546.361	6.431	25	269	42	89	5	3
20 - 29	1.350.773	1.088.552	249.234	938	7.493	392	4.107	16	41
30 - 39	1.635.129	564.087	1.001.005	6.185	49.604	513	13.640	16	79
40 - 49	1.580.906	229.180	1.201.657	23.822	103.708	441	21.954	20	124
50 - 59	1.391.713	107.179	1.107.005	67.820	92.064	241	17.324	18	62
60 - 69	1.133.921	57.880	879.777	138.435	49.029	97	8.678	2	23
70 - 79	1.017.163	41.577	671.883	277.371	23.022	28	3.281	1	0
80 +	583.278	23.381	246.979	305.796	6.462	8	652	0	0

Πηγή: Ανακοίνωση των Δημογραφικών και Κοινωνικών χαρακτηριστικών

στο μόνιμο πληθυσμό με την απογραφή του 2011 (2013)

elstat_apografi_id28637467.PDF

Πίνακας 2: Ποσοστά ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών (Για τα έτη 2025 και 2050 αποτελούν τα αντίστοιχα ποσοστά προβλέψεις)

Δείκτης	Ηλικία	1950	1975	2000	2025	2050
Σύνολο	60+	10%	17.40%	23.40%	31.60%	40.70%
	65+	6.80%	12.20%	17.60%	24.30%	34.10%
	80+	1.00%	2.10%	3.60%	7.00%	11.80%
Γυναίκες	60+	10.80%	18.60%	25.30%	34.20%	43.60%
	65+	7.30%	13.30%	19.30%	26.80%	37.10%
	80+	1.20%	2.50%	4.20%	8.40%	14.20%
Άνδρες	60+	9.10%	16.10%	21.50%	28.90%	37.60%
	65+	6.20%	11.10%	15.80%	21.70%	30.90%
	80+	0.90%	1.70%	2.90%	5.50%	9.30%
Δείκτης γήρανσης		34.8	72.8	155.4	216.4	309.9

Πηγή: World Population Ageing 1950-2050 (2010)

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/100greec.pdf>

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Τμήματος Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον ερευνητή Μιχάλη Αγοραστάκη, ο μέσος όρος ζωής από το 1991 έως το 2006 αυξήθηκε κατά 2,43 έτη στους άνδρες και κατά 2,20 έτη στις γυναίκες. Ειδικότερα προκύπτει ότι την δεκαετία 1991-2001, η πτώση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας ήταν υπεύθυνη μόλις για το 1/5 των κερδών στο προσδόκιμο ζωής και για τα δυο φύλλα, ενώ αντίθετα καθοριστική υπήρξε η πτώση της θνησιμότητας στις ηλικίες 65-74 ετών (42% άνδρες και 41% γυναίκες). Επιπλέον ο ερευνητής επισημαίνει ότι την δεκαετία 1991-2001 όλες οι ηλικίες μέχρι τα 84 έτη συνέβαλαν θετικά στο προσδόκιμο ζωής, ενώ η ομάδα των υπερηλικών 85 και άνω παρουσίασε αρνητική συμβολή που αντικατοπτρίζεται και στην αύξηση των πιθανοτήτων θανάτου στις ηλικίες αυτές. Την αμέσως επόμενη πενταετία 2001-2006, η αύξηση της μέσης προσδόκιμης ζωής διαφοροποιείται σημαντικά καθώς οι

ηλικίες 75-84 ετών είχαν πλέον την μεγαλύτερη συμμετοχή με 31% κερδών ζωής στους άνδρες και το 60% στις γυναίκες, η οποία οφειλόταν στη συρρίκνωση της θνησιμότητας της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Ο ερευνητής συνεχίζοντας, υποστηρίζει πως «η αύξηση του μέσου όρου ζωής μας οδηγεί αναπόφευκτα και στην επιτάχυνση της γήρανσης του πληθυσμού, επομένως εν απουσία σημαντικών αλλαγών των αναπαραγωγικών μας συμπεριφορών, αλλαγών που δεν φαίνονται πιθανές, το ποσοστό των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό θα αυξάνεται προοδευτικά τις επόμενες δεκαετίες στην Ελλάδα και η τάση αυτή είναι μη αναστρέψιμη» (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι το φαινόμενο αυτό, της αύξησης της γήρανσης του πληθυσμού, φέρνει στην επιφάνεια θέματα όπως:

- Η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία
- Η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών
- Η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας του ηλικιωμένου
- Η συνεχής βελτίωση ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

Ολοκληρώνοντας λοιπόν, γίνεται κατανοητό ότι το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, τίθεται όλο και πιο επιτακτικά στην Ελλάδα αλλά και στον παγκόσμιο χάρτη, γεγονός που πρέπει να γίνει αντιληπτό από όλους. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω το φαινόμενο αυτό θα συνεχίσει να σημειώνει αύξηση και για τα επόμενα χρόνια, πράγμα το οποίο θα πρέπει να προβληματίσει τους αρμόδιους, οι οποίοι θα κλιθούν να λάβουν τα κατάλληλα εκείνα μέτρα για την αξιοποίηση του τεράστιου αποθέματος των ανθρώπινων πόρων που αντιπροσωπεύουν τα ηλικιωμένα άτομα (Σουρτζή, 2007). Πιο συγκεκριμένα θα πρέπει να δοθεί η ανάλογη βαρύτητα και κατάλληλη προσοχή ώστε να εξασφαλιστούν δαπάνες και να σημειωθούν αλλαγές σε υποδομές και υπηρεσίες που απευθύνονται στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, να σχεδιαστούν και εν συνεχεία να υλοποιηθούν

προγράμματα στους τομείς υγείας, πρόνοιας και πρόληψης, και να υπάρξει κατάλληλη και έγκαιρη ενημέρωση των ηλικιωμένων, των συγγενικών και φιλικών ατόμων που βρίσκονται στον στενό τους περιβάλλον και των φροντιστών τους για θέματα που τους αφορούν, όπως είναι η φροντίδα τους, ώστε να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής και να σημειωθεί σημαντική βελτίωση και διευκόλυνση στην καθημερινότητα τους (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

1.5 Αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων

Κατά την περίοδο της γήρανσης το άτομο βιώνει πολλές αλλαγές σε διάφορους τομείς, οι οποίες έχουν θετικές και αρνητικές επιδράσεις στη ζωή και το περιβάλλον του και οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο και τον ρυθμό με τον οποίο γηράσκει. Ο Whitbourne (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999), χαρακτηρίζει αυτές τις αλλαγές ως μια σειρά μεταβλητών, οι οποίες εκδηλώνονται σε βιολογικό επίπεδο, σε επίπεδο ερωτικό, εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων.

Από τις πρωταρχικές αλλαγές που παρατηρούνται στην ζωή των ηλικιωμένων είναι η εμφάνιση. Τα χαρακτηριστικά αυτής της αλλαγής είναι τα άσπρα ή γκριζα μαλλιά, οι ρυτίδες του προσώπου και του σώματος, η κύρτωση της σπονδυλικής στήλης, αλλαγή στον τρόπο βάδισης, αλλοιώσεις στην επιδερμίδα, απώλεια ελαστικότητας, αύξηση ευθραυστότητας, ξηρότητα, πορώδη οστά και γενικά η δομή του σώματος, για παράδειγμα αλλαγή βάρους και ύψους ή συσσώρευση λίπους γύρω από την μέση. «Οι μεταβολές στην εμφάνιση είναι κυρίως αισθητικού τύπου και δεν φαίνονται να έχουν ευρύτερες συνέπειες σε νοητικό επίπεδο» (Αδαμακίδου και συν., 2007). 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. Γι' αυτό το λόγο φαίνεται ότι θα ήταν σημαντικό να υπάρχει μια προετοιμασία του ατόμου ήδη από την μέση ηλικία, προκειμένου να έχει μια πιο ομαλή προσαρμογή με την εικόνα του και τις αλλαγές που θα επέλθουν καθώς τα χρόνια θα περνούν (Σουρτζή, 2007).

Όταν αναφερόμαστε σε αλλαγές των ηλικιωμένων στην κινητικότητα, αυτές σχετίζονται με το μυοσκελετικό σύστημα του ατόμου και τις αρθρώσεις. Συγκεκριμένα όπως ο Σταθόπουλος (2005) αναφέρει, «υπάρχει μικρή μείωση στη μυϊκή δύναμη μέχρι και τα 40-50 χρόνια και 30-40% μείωση στα 70 με 80 χρόνια» ενώ υπάρχει και «μια μείωση 5% μέχρι 12% στην αντοχή των οστών από την ηλικία των 20 χρόνων και μετά». 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. Επιπλέον οι πόνοι που νιώθουν κάνουν το άτομο να χάνει την ευχαρίστηση του για την ζωή και σαν απόρροια όλων αυτών «μπορούν μακροπρόθεσμα να προκαλέσουν στο άτομο κατάθλιψη ή εξάρτηση από τους άλλους» (Αδαμακίδου και συν., 2007).

Περνώντας τώρα σε ένα άλλο επίπεδο, εκτός από τις σωματικές αλλαγές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους, γίνεται αναφορά σε αλλαγές στην λειτουργία του γνωστικού συστήματος, το οποίο ευθύνεται για την δημιουργία και χρήση της γνώσης. Σύμφωνα με τους Lemme, Salthouse & Whittbourne (Αδαμακίδου και συν., 2007),

«μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφτούν ή να πάρουν μια απόφαση».

Επιπλέον μια από τις πιο γνωστές αλλαγές που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία είναι η **απώλεια της μνήμης**. Ο Whitbourne (Αδαμακίδου και συν., 2007) αναφέρει πως:

«το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, η μνήμη δηλαδή που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στην μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση».

Συνεχίζοντας οι νοητικές αλλαγές είναι οι επόμενες αλλαγές που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία. Συγκεκριμένα παρατηρείται μια «έκπτωση της νοητικής ικανότητας, ωστόσο μόνο το 5% περίπου των ανθρώπων είναι υποχρεωμένοι λόγω της έκπτωσης αυτής, να ζήσουν την υπόλοιπη ζωή τους σε ιδρυματικό περιβάλλον» (Δαρδαβέσης και συν., 2011). Επιπλέον είναι δυνατόν να εμφανιστούν και νόσοι, όπως η νόσος του Alzheimer, οι οποίες οφείλονται για τις αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο νοητικό επίπεδο. Σε αυτό το σημείο ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι μπορεί να παίζει η οικογένεια του ατόμου, ο/η σύζυγος και τα παιδιά με το να βρίσκονται κοντά στον ηλικιωμένο (Kodner et al., 2006).

Βέβαια, αλλαγές παρατηρούνται και σε συναισθηματικό επίπεδο και ειδικότερα στις σχέσεις των ηλικιωμένων με τα εγγόνια και με τους συντρόφους τους. Ειδικότερα σύμφωνα με τους Neugarten & Weistein (Δαρδαβέσης και συν., 2011), «το 33% των γιαγιάδων αξιολογούσαν τις σχέσεις με τα εγγόνια τους ως “πολύ σημαντικές”, αλλά ένα άλλο 25% δεν είχε καμία ανάμειξη στη σχέση αυτή». Είναι φανερό από τα παραπάνω ποσοστά πως στα συναισθήματα των ηλικιωμένων επέρχονται αλλαγές παρά το γεγονός ότι βρίσκουν αυτό το νέο ρόλο, του παππού ή της γιαγιάς, πιο εύκολο από αυτό του γονέα (Δαρδαβέσης και συν., 2011). Τέλος σημαντική φαίνεται να είναι η προσπάθεια, με την βοήθεια της οικογένειας, να αναπτύξουν και να κρατήσουν ζωντανά τα συναισθήματά τους και αυτό γιατί όπως οι Dickens & Perlman (Δαρδαβέσης και συν., 2011) αναφέρουν, «η τρίτη ηλικία αφήνει κάποτε τους ανθρώπους με λίγους φίλους, ενώ συγχρόνως ελαχιστοποιεί την ενέργεια και την πίστη στην ικανότητά τους να συνάπτουν καινούργιες κοινωνικές σχέσεις» (Σταθόπουλος, 2005).

Το γεγονός αυτό τους κάνει πιο εσωστρεφείς και κοινωνικά απομονωμένους όσο περνά ο χρόνος και ειδικότερα αν έχουν χάσει τον/την σύντροφό τους, με αποτέλεσμα να γίνονται εμφανείς και οι αλλαγές σε κοινωνικό επίπεδο. « Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι γίνονται πιο εσωστρεφείς με την πάροδο της ηλικίας καθώς με την θέλησή τους απομακρύνονται από τις κοινωνικές δραστηριότητες και προτιμούν να παραμένουν στο σπίτι » (Tucker, 1997). Βέβαια περιστατικά τα οποία βιώνουν στην οικογένεια, όπως ο γάμος των παιδιών και η απόκτηση εγγονιών, φαίνεται να βοηθούν ώστε οι αλλαγές που σημειώνονται σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο να είναι για τους ίδιους πολύ σημαντικές πολλές

φορές και ευχάριστες, καθώς αναλαμβάνουν τους νέους ρόλους του παππού και της γιαγιάς και βοηθούν στο μέγιστο των εγγονιών τους. Μια από τις αρκετά σημαντικές αλλαγές στους ηλικιωμένους είναι αυτές σε οικονομικό επίπεδο. Οι ηλικιωμένοι στο 65^ο έτος της ηλικίας τους έρχονται αντιμέτωποι με την αποχώρησή τους από την εργασία και βρίσκουν μπροστά τους πολλές φορές οικονομικές αλλά και συναισθηματικές δυσκολίες. Υπάρχουν άτομα που, «αντιδρούν άσχημα με την συνταξιοδότησή τους, τα περισσότερα όμως φαίνεται να την απολαμβάνουν και σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, να επωφελείται και η υγεία τους από αυτή» (Σουρτζή, 2007).

Είναι μια μεγάλη αλλαγή για αυτούς γιατί ενώ σε όλη τους την ζωή εργάζονταν για να συντηρήσουν τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους, τώρα ανταμείβονται από αυτό παίρνοντας συντάξεις από το κράτος και από το ταμείο στο οποίο ο καθένας είναι ασφαλισμένος. Με το θέμα της συνταξιοδότησης βέβαια έρχεται στη επιφάνεια και ένα ακόμη θέμα. Το γεγονός ότι το άτομο είχε συνηθίσει να εργάζεται τόσα χρόνια και να πλουτίζει, τώρα τον φέρνει αντιμέτωπο με μια άλλη πραγματικότητα όπου με την σύνταξη χάνει αυτή την δυνατότητα και δεν έχει παρά να αρκεστεί σε όσα του προσφέρει το κράτος (Σουρτζή, 2007).

Τέλος σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται και στον τομέα της **υγείας**. Συγκεκριμένα επέρχονται αλλαγές στο εκκριτικό σύστημα μέσω της μείωσης της εκκριτικής λειτουργίας, στην σίτιση και την πέψη ως απόρροια άλλων σοβαρών ασθενειών, στο αυτόνομο αλλά και κεντρικό νευρικό σύστημα, στο αναπαραγωγικό σύστημα, όπου οι γυναίκες περνούν από την περίοδο που ονομάζεται “κλιμακτήριος” (Kodner et al., 2006).

1.6 ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

1.6.1 Η έννοια της υγιούς γήρανσης

Η υγιής γήρανση είναι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπιστεί. Οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης σε ένα πληθυσμό που γερνά έχει επηρεάσει την οικονομία, την ιατρική φροντίδα, την κοινωνική ανάπτυξη, την ευημερία και την κοινωνική πρόνοια. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να βρεθούν μέθοδοι και μέσα τα οποία θα διασφαλίσουν την καλή υγεία και την ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας (Κικίλιας και συν.,2001). Η υγιής γήρανση καλλιεργήθηκε με συστηματικές προσπάθειες προώθησης της υγείας και είχε αναφερθεί ήδη από το 1998 ως ο στόχος 5 της πολιτικής του Π.Ο.Υ. " Υγεία για όλους στον 21^ο αιώνα". Σύμφωνα με το συγχρηματοδοτούμενο σχέδιο «Υγιής γήρανση» της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2004-2007, στο οποίο συμμετείχαν δέκα ευρωπαϊκές χώρες, ο Π.Ο.Υ. , η Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για τους ηλικιωμένους και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Φορέων για την προαγωγή της υγείας, η υγιής γήρανση ορίζεται ως:

« η διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μια ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή».

Ενώ σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό EuroHealthNet «η υγιής γήρανση αφορά στη δημιουργία και βελτίωση ευκαιριών και δυνατοτήτων για τους ηλικιωμένους για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν ανεξάρτητη και καλή ποιότητα ζωής, η οποία απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση με πολλές διαφορετικές πτυχές που όλες όμως παίζουν βασικό ρόλο στη ζωή του ατόμου» (Κικίλιας και συν., 2001).

1.6.2 Ανάγκες των ηλικιωμένων

Η έννοια της ανάγκης αναφέρεται σε μια αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση την οποία έχει υποχρέωση η κοινωνία σύμφωνα με τους ισχύοντες κοινωνικούς κανόνες να ικανοποιήσει. Η μη ικανοποίηση βασικών αναγκών θέτει σε κίνδυνο το άτομο (Σταθόπουλος, 2005).

Όπως αναφέρει ο Ζαϊμάκης, σύμφωνα με τους Doyal & Cough (1991), υπάρχουν δυο κατηγορίες αναγκών: οι βασικές, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανάγκη για επιβίωση και φυσική υγεία καθώς και οι ενδιάμεσες για αυτονομία. Ενώ σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow (1954) οι ανάγκες κατηγοριοποιούνται ως εξής: βιολογικές ανάγκες, ανάγκες επιβίωσης, ανάγκες ασφάλειας, ανάγκες κοινωνικής αναγνώρισης, αγάπης και αίσθημα ανήκειν, εκτίμησης, αισθητικής και αυτοπραγμάτωσης. Η ικανοποίηση των προαναφερόμενων αναγκών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο οδηγεί στην ανάδειξη του ατόμου σε μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα (Σταθόπουλος, 2005).

Οι ηλικιωμένοι εντάσσονται σε μια ηλικιακή ομάδα, η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες και εξειδικευμένες ανάγκες, όπως έχει προαναφερθεί. Οι ανάγκες αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με τις παροχές και τις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας και χρήζουν απαραίτητης κάλυψης. Για να καταστεί όμως αυτό δυνατό θα πρέπει να δημιουργηθούν εξειδικευμένες υπηρεσίες, κατάλληλες υποδομές, μηχανισμοί και συστήματα, τα οποία θα είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες προς κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου ατόμου προκειμένου να είναι λειτουργικό και να έχει μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Στις μέρες μας όμως και με τις οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα μας κάτι τέτοιο φαίνεται πρακτικά αδύνατο να υλοποιηθεί. Αυτό φαίνεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι βιώνουν συναισθήματα απογοήτευσης, περιφρόνησης και ανυπαρξίας, εξακολουθώντας να βρίσκονται κοινωνικά περιθωριοποιημένοι και να αποτελούν μια ειδική κατηγορία ανθρώπων, η οποία είναι κυριευμένη από μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα (Slater et al., 2003)

Σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1999), μερικές από τις ανάγκες των ηλικιωμένων είναι οι εξής: αρκετή και θρεπτική τροφή, ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, αποδέκτες συναισθημάτων αγάπης και στοργής, ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη, ορθή και έγκαιρη ενημέρωση τους για θέματα που τους αφορούν, πρόσβαση και χρήση απαραίτητων για αυτούς υπηρεσιών, δυνατότητα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο (Σταθόπουλος, 2005).

Άλλες ανάγκες θα μπορούσαν να αποτελούν ο αυτοέλεγχος, η αυτονομία και η ελευθερία της ζωής τους, συμμετοχή σε δραστηριότητες, ψυχαγωγία, διασκέδαση, εκπαίδευση, απασχόληση, συμμετοχή στις εξελίξεις έχοντας ρόλο στην κοινωνική ζωή, ανάγκη για νέα ενδιαφέροντα, προσδοκίες, όνειρα, μελλοντικά σχέδια, πνευματικά ερεθίσματα, αναγνώριση και αποδοχή της θέσης και του ρόλου τους στην κοινωνία, ύπαρξη κατάλληλων υποδομών για την κάλυψη των αναγκών τους, ανάγκη αποδοχής, προσοχής και προστασίας, μέλη ανθρώπινων επαφών και σχέσεων, ίση μεταχείριση και σεβασμός προς το πρόσωπο τους (Slater et al., 2003).

Οι ηλικιωμένοι εκτός από τις ανάγκες έχουν και διάφορου τύπου προβλήματα, τα οποία δυσκολεύουν την ζωή τους. Σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν μια σειρά από κοινωνικά προβλήματα, τα οποία κατατάσσονται σε κατηγορίες και είναι τα ακόλουθα:

- Οικονομικά προβλήματα: στα οποία περιλαμβάνονται οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων. Τα προαναφερόμενα σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και την ανεπαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό τους ηλικιωμένους αλλά και άτομα του στενού τους περιβάλλοντος. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).
- Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος: Σύμφωνα με την Arling (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999), τέτοιου είδους προβλήματα δημιουργούνται όταν η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου είναι τέτοιου είδους που αναγκάζει τα ηλικιωμένα άτομα να κατοικούν σε χώρους που εμποδίζουν την

άνετη διαμονή τους, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα να γίνονται δυσλειτουργικοί και αυτό να λειτουργεί ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.

- Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης: ο τομέας στον οποίο ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει τα σημαντικότερα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης είναι στις καθημερινές του ασχολίες, δηλαδή στην ατομική του υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999). Τα παραπάνω προβλήματα καλύπτονται σε ικανοποιητικό βαθμό εφόσον κάποιο άτομο έχει αναλάβει την φροντίδα του. Στη περίπτωση που ο ηλικιωμένος διαμένει σε κάποιο ίδρυμα, πέρα από τα θετικά αποτελέσματα που είναι η κάλυψη βασικών αναγκών αυτοεξυπηρέτησης, εμφανίζει αρνητικά αποτελέσματα όπως ιατροκοινωνικά προβλήματα (Δαρδαβέσης, 1988) και έκπτωση της λειτουργικής του ικανότητας για το λόγο του ότι ενδεχομένως ο ηλικιωμένος καταπιέζει προσωπικές επιθυμίες καθώς λειτουργεί με όρια και κανόνες που ορίζει το συγκεκριμένο πλαίσιο. Σε αντίθετη περίπτωση εμφανίζονται σοβαρότερα προβλήματα όπως υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα τα οποία χαρακτηρίζουν αυτή την ηλικία.
- Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας: Σύμφωνα με τον Δαρβέση (1988), έρευνες έχουν αναδείξει υψηλά ποσοστά αναλφαβητισμού ή χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης στους ηλικιωμένους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική τους απομόνωση αλλά και την δημιουργία δυσκολιών στην επικοινωνία τους με άτομα νεότερων ηλικιών, λόγω του υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης σε αυτές της ηλικίες (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).
- Προβλήματα υγείας: υπάρχει η τάση σύνδεσης των ηλικιωμένων με την αρρώστια ή τα προβλήματα υγείας, το οποίο εν μέρει ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, για τον λόγο ότι αυτού του είδους τα προβλήματα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στην τρίτη ηλικία και ευθύνονται για την μείωση των λειτουργιών τους. Σύμφωνα με τον Kastenbaun (1982), οι πιο συχνές χρόνιες σωματικές παθήσεις που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία είναι τα αρθριτικά και οι ρευματισμοί. Ακόμη ο Murtagh (2011), αναφέρει ότι οι κοινές διαταραχές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι η αρτηριακή υπέρταση, ισχαιμική καρδιακή νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια, κατάθλιψη, σακχαρώδης διαβήτης, άνοια, κοινωνική και

φυσική απομόνωση, οστεοαρθρίτιδα, διαταραχές του προστάτη, ακράτεια ούρων και κινητικές διαταραχές (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Άλλα γενικότερα προβλήματα σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1999) είναι τα εξής: τα προβλήματα που προκαλούνται από την ύπαρξη διάφορων ασθενειών, το συναίσθημα της μοναξιάς που βιώνει ένα ηλικιωμένο άτομο λόγω απώλειας προσώπων από τον στενό συγγενικό (σύζυγος, αδέρφια) και φιλικό του περιβάλλον (φίλοι, γνωστοί), έλλειψη σεβασμού στα δικαιώματά τους και απώλεια αυτονομίας.

Όλα τα προαναφερόμενα προβλήματα σχετίζονται με την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, τους οποίους επηρεάζουν άμεσα, το κάθε ένα από την μεριά του σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα τα οικονομικά προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων εφόσον η σύνταξη, η οποία για πολλούς αποτελεί κύρια πηγή εσόδων, είναι αρκετά χαμηλή λόγω της υφιστάμενης οικονομικής κατάστασης που επικρατεί στις μέρες μας (Σταθόπουλος, 2005). Το γεγονός αυτό με την σειρά του δεν επιτρέπει την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αλλά και των κοινωνικών τους αναγκών, διότι το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να συμμετέχουν σε διάφορου τύπου δραστηριότητες όπως για παράδειγμα εκδρομές του ΚΑΠΗ, μένοντας αποκομμένοι από τα κοινωνικά δίκτυα. Σχετικά με την ψυχαγωγία, τα μη κοινωνικά απομονωμένα ηλικιωμένα άτομα, διαθέτουν μια οικονομική άνεση, ασχολούνται με διάφορα ενδιαφέροντα όπως εκδρομές, δραστηριότητες οργανώσεων στον ελεύθερο χρόνο τους και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στο θέμα της υγείας τους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999). Βέβαια υπάρχει και η αντίθετη πλευρά των ηλικιωμένων, οι οποίοι δεν ψυχαγωγούνται για διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και λόγους υγείας.

Επιπλέον τα προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος εμποδίζουν την συνέχιση ή δημιουργία οικογενειακών και κοινωνικών επαφών επιδρώντας αρνητικά στην ψυχολογία του ηλικιωμένου, ο οποίος βιώνει συναισθήματα μοναξιάς, έλλειψης συντροφικότητας και περιθωριοποίησης. Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρατηρούνται λόγω του χάσματος που υπάρχει μεταξύ των ηλικιωμένων και των ατόμων νεότερης ηλικίας και η έλλειψη ψυχαγωγίας τους για διάφορους οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνικοποίησή τους με αποτέλεσμα να μένουν αμέτοχοι και ανενεργοί.

Τέλος η ύπαρξη θεμάτων υγείας και αυτοεξυπηρέτησης επιδρούν αρνητικά στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων για το λόγο του ότι ύπαρξη προβλημάτων υγείας δυσκολεύει το άτομο να εκτελέσει κάποια δραστηριότητα στο σπίτι και παράλληλα του δημιουργεί προβλήματα στην υιοθέτηση και ανταπόκριση ρόλων (παππού/γιαγιάς) καθώς επίσης και στις επαφές του με τυπικά και άτυπα δίκτυα, ενώ το γεγονός ότι ένα άτομο δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί το κάνει αυτόματα δυσλειτουργικό (Σταθόπουλος, 2005).

Κεφάλαιο 2^ο: Κατάθλιψη στην τρίτη και τέταρτη ηλικία

2.1 Ορισμός και μορφές της κατάθλιψη

Η κατάθλιψη μπορεί να περιγραφεί ως μία κατάσταση κατά την οποία το άτομο αισθάνεται λυπημένο, δυστυχισμένο, άκεφο, μελαγχολικό,. Οι περισσότεροι άνθρωποι νιώθουμε έτσι σε κάποια περίοδο της ζωής μας. Η κλινική κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης, στην οποία τα συναισθήματα λύπης, απώλειας, θυμού ή απογοήτευσης παρεμβαίνουν στην καθημερινότητα για μακρά χρονική περίοδο (Fiske et al., 2009).

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

2.1.1 Η πρωτογενής κατάθλιψη

Η πρωτογενής κατάθλιψη μπορεί να λάβει τρεις διαφορετικές μορφές (Fiske et al., 2009):

- *Η μείζων κατάθλιψη*: όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αποτελεί μια συχνή και σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συνήθως υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια.

Συχνά δημιουργείται σύγχυση ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη, την κατάθλιψη ως μεμονωμένο σύμπτωμα και την κατάθλιψη ως ψυχιατρική νόσο. Αυτό είναι σε μεγάλο βαθμό αναμενόμενο διότι οι σχετικές διακρίσεις είναι πράγματι ασαφείς και επηρεάζονται από πολλούς πολιτισμικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που μεταβάλλονται με το χρόνο. Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα που αναπτύσσεται ως απάντηση σε δυσάρεστα γεγονότα ή σε αντίξοες καταστάσεις της καθημερινότητας. Μπορεί να

έχει μεγάλη ένταση αλλά διαρκεί σχετικά λίγο, δεν συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα και δεν επηρεάζει δραστικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στην καθημερινότητά του.

Όταν η καταθλιπτική διάθεση διαρκεί εβδομάδες, έχει ιδιαίτερα μεγάλο βάθος χρωματίζοντας με μελανά χρώματα όλες τις πτυχές της εμπειρίας, συνοδεύεται από πολλά άλλα συμπτώματα, προκαλεί βαρύ ψυχικό πόνο και παρεμποδίζει τον πάσχοντα να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και καταλήγει αρρώστια που χρειάζεται ειδική θεραπεία.

Συνοψίζοντας η μείζων κατάθλιψη παρουσιάζει τις εξής διαταραχές (Λυμπεράκη και συν., 2009):

- ✚ Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
 - ✚ Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
 - ✚ Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)
 - ✚ Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και
 - ✚ Κοινωνική απόσυρση
- Η δυσθυμία: χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες (Σουρτζή, 2007).

- Οι άτυπες μορφές: παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ο έτος ηλικίας. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη, γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα (Σουρτζή, 2007).

Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικότερα κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας (Atlantis et al., 2011). Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία, επίσης, θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας (Κικίλιας και συν., 2011).

2.1.2 Η δευτερογενής κατάθλιψη

Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να λάβει δύο διαφορετικές μορφές (Linden et al., 2007):

- **Οργανική κατάθλιψη:** είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια τη κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή.
- **Καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων:** η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής, όπως ορίζεται στο DSM IV, και το πρώτο σύμπτωμά της είναι το άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί και κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, απώλεια εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής και τη προσαρμογή σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία (Argyriadou et al., 2001).

2.2 Επιδημιολογία της Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας επιβάρυνσης και επηρεάζει τους ανθρώπους σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κατάθλιψη καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα αναρριχηθεί στην δεύτερη θέση της κατάταξης. Εκτιμάται επίσης, πως το 6%

του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως, εκ των οποίων 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες (WHO, 2012). Μολονότι η κατάθλιψη αποτελεί λοιπόν μια από τις ψυχικές διαταραχές που συναντώνται πλέον συχνά στον πληθυσμό, οι επιδημιολογικές έρευνες δεν είναι ούτε πολλές ούτε πάντα συστηματικές.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Γηριατρικής Ψυχιατρικής (AAGP), σχεδόν 20 τοις εκατό από αυτούς που είναι 55 ετών και άνω, έχουν ψυχικές διαταραχές που δεν είναι μέρος της φυσιολογικής γήρανσης. Μερικές από τις πιο κοινές ασθένειες είναι το άγχος, η σοβαρή νοητική ανεπάρκεια και οι διαταραχές της διάθεσης. Το 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 (Major Depressive Disorders – MDD), εξ ορισμού ενδογενείς και σοβαρότερες, είναι πιο σπάνιες στην τρίτη ηλικία σε σύγκριση με νεότερες ηλικίες (Mestheneos & Antoniadou, 2004). Το ποσοστό τους ανέρχεται στο 3% περίπου, ενώ για τις μέσες και νέες ηλικίες το ποσοστό τους υπολογίζεται γύρω στο 10%. 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 η δυσκολία στην αναγνώριση και στην διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισής της στους ηλικιωμένους, η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως

προβλημάτων, η υποτίμηση της συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.α. (Mestheneos & Antoniadou, 2004).

Σε μελέτη που έγινε το 2004 σε εννέα κέντρα στην Ευρώπη με τη χρήση της Γηριατρικής Κλίμακας (GMS) αναλύθηκαν συγκριτικά διαγνωστικά στοιχεία σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, που ζουν στην κοινότητα. Τα επίπεδα της κατάθλιψης ήταν: Ισλανδία 8,8%, Λίβερπουλ 10,0%, Σαραγόσα 10,7%, Δουβλίνο 11,9%, Άμστερνταμ 12,0%, Βερολίνο 16,5%, Λονδίνο 17,3%, Βερόνα 18,3% και το Μόναχο 23,6%. Ουσιαστικές διαφορές βρέθηκαν στον επιπολασμό της κατάθλιψης, με την Ισλανδία να έχει το χαμηλότερο επίπεδο στο 8,8%, ακολουθεί το Λίβερπουλ με 10,0% Σαραγόσα 10,7%, Δουβλίνο 11,9%, Άμστερνταμ 12,0%, Βερολίνο 16,5%, Λονδίνο 17,3%, Βερόνα 18,3% και Μόναχο 23,6%. Οι γυναίκες σχεδόν πάντα κυριαρχούν έναντι των ανδρών. Το συμπέρασμα ήταν ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα της κατάθλιψης σε όλη την Ευρώπη, αν και τα αίτια δεν ήταν αμέσως εμφανείς. Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά καθιστούν σαφές ότι η κατάθλιψη ως ασθένεια είναι συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων στην Ευρώπη (Copeland et al, 2004).

Όσον αφορά στο οικονομικό κόστος των ψυχικών διαταραχών σε μελέτη των Gustavsson και συνεργατών (2011), το συνολικό ετήσιο κόστος των «νόσων του εγκεφάλου» σε 30 ευρωπαϊκές χώρες υπολογίσθηκε σε 798 δις. €. Από αυτό, 37% αφορά σε άμεσο υγειονομικό κόστος, το 23% σε άμεσο μη υγειονομικό κόστος και το 40% σε έμμεσο κόστος που προκύπτει από την απώλεια παραγωγικότητας.

Για την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού, δεν υπάρχουν επίσημα συγκεντρωτικά στοιχεία, παρά μόνο από κάποιες επιδημιολογικές μελέτες (Mestheneos & Antoniadou, 2004). Αξιόπιστα στοιχεία παρέχονται από έρευνα που έγινε σε τυχαίο δείγμα 4900 ατόμων ηλικίας 18-74 ετών. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα, το 14% των Ελλήνων (1.200.000 άτομα), πάσχουν από κάποια «συνήθη» ψυχική διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή. Στους μισούς από αυτούς, (7% ή περίπου 600.000 άτομα), η ψυχική διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση. Εν τούτοις, μόνο το 25% από αυτούς έχει επαφή με ψυχίατρο

για το πρόβλημά του, ενώ μόνο το 50% έχει συζητήσει το θέμα με τον οικογενειακό του γιατρό

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα σε αυτήν την έρευνα, είναι η συχνότητα των διαταραχών αλλά και ορισμένων συμπτωμάτων σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού. Η συχνότητα των κατάθλιψης στους άνεργους και τους συνταξιούχους είναι υπερδιπλάσια από τους εργαζόμενους (5,4% προς 2,2%), η συχνότητα ψυχικών διαταραχών στα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είναι περισσότερο από επτά φορές μεγαλύτερη από τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (22% προς 3%), με την κατάθλιψη ειδικότερα να είναι 11 φορές συχνότερη στους τελευταίους (11,45% προς 1,05%). Ιδιαίτερα σημαντικά είναι και τα ευρήματα που αφορούν το σύμπτωμα «ευχές θανάτου», που αφορά στην τάση του ατόμου να θεωρεί το θάνατο ως λύση για τα προβλήματά του. Το σύμπτωμα αυτό συνδέεται με τις ιδέες αυτοκτονίας, που με τη σειρά του σχετίζεται με τις απόπειρες αυτοκαταστροφής. Από τα αποτελέσματα, προκύπτει πως οι άνεργοι εμφάνιζαν υπερτριπλάσια συχνότητα σε σχέση με τους εργαζόμενους (10% προς 3%), ενώ τα άτομα με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες μεγαλύτερη από έξι φορές συχνότητα σε σχέση με τα άτομα χωρίς οικονομικές δυσκολίες (13% προς 2%). Κατά συνέπεια, η οικονομική κρίση και η επέκταση της ανέχειας σε μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού, θεωρείται ότι αυξάνει τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, εφόσον περισσότερα άτομα ανήκουν στις κατηγορίες των ανέργων και των οικονομικά μειονεκτούντων. Επιπλέον, λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των πόρων που το άτομο και το κράτος μπορούν να διαθέσουν για την ψυχική υγεία, το «χάσμα θεραπείας» παρουσιάζει όξυνση (πρόγραμμα «Ψυχαργώς Γ'», 2011).

Σε άλλη μελέτη που δημοσιεύτηκε το 1992, σε σύνολο 251 ηλικιωμένων, άνω των 65 ετών, κατοίκων δύο δήμων στην περιοχή των Αθηνών που έγινε χρήση της κλίμακας κατάθλιψης CES-D βρέθηκαν επίσης αξιολογικά ευρήματα για την κατάθλιψη στο δείγμα αυτό των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, το 27,1% των ηλικιωμένων ερωτηθέντων ανέφεραν σημαντικό αριθμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι ερωτηθέντες που είχαν χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι χήρες, όσοι βίωναν στρεσογόνα γεγονότα της ζωής ή ζούσαν μόνοι τους παρουσίασαν σε μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη. Το 9,5% του δείγματος διαγνώστηκε ότι πάσχουν από κάποιας μορφής κατάθλιψη (1,6% μείζονα κατάθλιψη, διπολική 0,6%, 5,5% δυσθυμική διαταραχή και διαταραχή προσαρμογής

2,0%). Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι, από το 27,1% του δείγματος με καταθλιπτική διάθεση ($> \eta = 16$ σκορ κλίμακα CES-D), μόνο το 9,5% του δείγματος είχαν διαγνωστεί ότι πάσχουν από κλινικές μορφές της κατάθλιψης (Madianos et al, 1992).

Το 2001 σε δείγμα 536 ατόμων, ηλικίας 65 ετών και άνω, συμπεριλαμβανομένων 48 ασθενών που ζούσαν σε οίκο ευγηρίας, 75 άτομα που έπαιρναν μέρος στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ Καβάλας και τα 413 άτομα που επιλέχθηκαν τυχαία από όσους επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας Χρυσούπολης Καβάλας αξιολογήθηκαν οι διαταραχές της διάθεσης χρησιμοποιώντας τη γηριατρική κλίμακα GDS. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά τη στιγμή της εξέτασης, 37,6% των ανδρών και 41,6% των γυναικών έδειξαν διάφορους βαθμούς γνωστικής εξασθένησης, ενώ το 29,9% των γυναικών και το 19,6% των ανδρών έδειξε ήπια έως μέτρια κατάθλιψη. Ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση συχνά βρέθηκαν να συνυπάρχει με την κατάθλιψη και την άνοια (Argyriadou et al, 2001).

Το 2005 οι Papadopoulos et al (2005), δημοσίευσαν τα δικά τους αποτελέσματα, αφού μελέτησαν τον επιπολασμό και την επίπτωση της γηριατρικής κατάθλιψης σε ένα δείγμα 965 ηλικιωμένων ατόμων στην ευρύτερη αγροτική περιοχή του Βελεστίου. Ο επιπολασμός της ήπιας κατάθλιψης ήταν 27% και της μέτριας και σοβαρής 7%. Στις ομάδες υψηλότερου κινδύνου βρέθηκαν οι γυναίκες, οι υπερήλικες, οι ηλικιωμένοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ενώ παράλληλα βρέθηκε ότι η άνοια συνδέεται με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης. Άλλο σημαντικό εύρημα ήταν η αυξημένη συννοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλα παθολογικά προβλήματα. Την ίδια χρονιά δημοσιεύτηκε πιλοτική μελέτη που εξέτασε τα προβλήματα ψυχικής υγείας τυχαίου δείγματος 40 ηλικιωμένων που ζούσαν σε αγροτική περιοχή στην Θράκη και επισκεπτόταν τα ΚΑΠΗ. Η ομάδα των ηλικιωμένων που είχε χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, παρουσίαζε υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και τάσεων αυτοκτονίας (Arvaniti et al, 2005). Κατά τη διάρκεια του 2005-2007, δείγμα 553 ανδρών και 637 γυναικών, ηλικίας 65 έως 100 ετών, που ζούσαν σε διάφορα ελληνικά νησιά και την Κύπρο, συμμετείχαν σε μελέτη με σκοπό να αξιολογηθούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα χρησιμοποιώντας την γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης GDS.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 25% των ανδρών και 35% των γυναικών παρουσίασαν έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το 54% των ανδρών και 70% των γυναικών

έδειξαν ήπια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, για όσους ζούσαν σε αστικό περιβάλλον, η σωματική αδράνεια και η υπέρταση φάνηκε να συσχετίζονται με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Mamplou et al, 2010). Το 2009 η επιδημιολογική μελέτη που έλαβε χώρα στους Δήμους Ιλίου, Βύρωνα και Ηλιούπολης, σε πληθυσμό 1200 ατόμων με στόχο τον επιπολασμό της άνοιας και της κατάθλιψης επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα των Papadopoulos et al για την ήπια κατάθλιψη στο 28% και για τη σοβαρού βαθμού στο 8%, ενώ ο επιπολασμός για την άνοια κυμαινόταν στο 8% για τις ηλικίες άνω των 60 ετών (Solias, 2010).

Το 2010, έρευνα με πληθυσμό στόχο 360 ηλικιωμένα άτομα, 218 γυναίκες και 142 άνδρες, ηλικίας άνω των 60 ετών, μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων Αττικής και χρήση της GDS-15 έδειξε ότι καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε 30,28% του δείγματος (22,22% «μέτρια» και 8,06% «σοβαρή» κλινικού τύπου κατάθλιψη). Από τους στατιστικούς ελέγχους προέκυψε ότι οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη (70,6%) σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, έναντι των ανδρών (29,4%). Επίσης, σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν οι χήροι/ες, τα μοναχικά άτομα, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και οι άτυποι «φροντιστές». Τέλος, σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν όσοι ασχολούνταν με τη φροντίδα των εγγονιών ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες (Στυλιανοπούλου, 2010).

Τέλος, μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2012, όπου πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 239 ηλικιωμένα άτομα, τα οποία ήταν αποδέκτες των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ του Δήμου Πάτρας έδειξε ότι συμπτώματα κατάθλιψης βάσει του διαγνωστικού εργαλείου GDS-15 εμφάνισε το 45% (36% μέτρια και 9% σοβαρά) του υπό μελέτη πληθυσμού, ενώ στην ερώτηση αν έχουν/είχαν κατάθλιψη απάντησε θετικά το 20,5%, εκ των οποίων 34 άτομα δήλωσαν ήδη διαγνωσμένη κατάθλιψη από ιατρό. Συγκεκριμένα, από τους 162 (67,8%) που δήλωσαν απουσία κατάθλιψης, σε 37 (22,8%) και 8 (4,9%) άτομα ανιχνεύθηκε μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη αντίστοιχα και σε 27 άτομα τα οποία δήλωσαν να μην γνωρίζουν εάν πάσχουν/έπασχαν, 16 ανιχνεύθηκαν με καταθλιπτικές διαταραχές. Συχνότερη εμφανίστηκε η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφάνιζαν συννοσηρότητα (50,8% έναντι 27,5%), σε γυναίκες (54,6% έναντι

37,4%), στους χήρους ή διαζευγμένους σε σύγκριση με τους παντρεμένους (55,6% έναντι 38,9%) και σε άτομα που μένανε μόνα στο σπίτι (62% έναντι 38,1%) (Αργυρόπουλος και συν., 2012).

2.3 Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου

Αρκετά άτομα εμφανίζουν κατάθλιψη για πρώτη φορά στην τρίτη και στην τέταρτη ηλικία. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες, καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι νευρολογικές αλλαγές επέρχονται με την κανονική γήρανση ή με τις νόσους που συνδέονται με αυτή την ηλικία. Λαμβάνοντας υπόψη μας το παραπάνω, τίθεται το εξής ερώτημα : «γιατί ενώ όλοι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν ασθένειες, ένα μικρό ποσοστό μόνο εμφανίζει κατάθλιψη»; Ο λόγος είναι ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης σχετίζεται με την αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων και της γνωστικής προδιάθεσης . Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Σουρτζή, 2007).

2.3.1 Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου και σωματικές ασθένειες

Οι βιολογικοί παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι ενδοκρινικοί παράγοντες, καρδιαγγειακοί και νευροανατομικοί παράγοντες. Είναι συχνό φαινόμενο η κατάθλιψη να εμφανίζεται στα πλαίσια μιας ασθένειας ή της θεραπείας μιας ασθένειας. Συνήθως σοβαρές ή χρόνιες ασθένειες προκαλούν καταθλιπτικές αντιδράσεις (Tiemeier, 2003).

Η κατάθλιψη συσχετίζεται και με τη κατανάλωση κάποιων φαρμάκων όπως β-αναστολείς, κορτικοστεροειδή, ορμόνες, φάρμακα για το πάρκινσον, αναπνευστικά ή γαστρεντερικά φάρμακα, ορισμένα φάρμακα καρκίνου, βενζοδιαζεπίνες και ιντερφερόνη (Djernes, 2006). Η διαστολική υπόταση σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα, που μπορεί να εξηγήσει γιατί η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια παρενέργεια ορισμένων αντιυπερτασικών φαρμάκων, όπως οι β-αναστολείς (Blazer, 2003).

Η απώλεια της όρεξης μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μειωμένη διατροφική κατάσταση, και κάποια στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι διατροφικές ελλείψεις μπορεί να παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Τα χαμηλά επίπεδα της βιταμίνης B12 και η αναλογία των ωμέγα-6 προς ωμέγα-3 λιπαρών φαίνεται να σχετίζονται με την κατάθλιψη (Tiemeier, 2003). Η κατάθλιψη στα πρώτα έτη ζωής, μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για αγγειακή νόσο, η οποία με τη σειρά της μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο της κατάθλιψης στην τρίτη και τέταρτη ηλικία. Αυτή η συσχέτιση υποδηλώνει ότι οι δύο αυτές διαταραχές μπορεί να μοιράζονται μια κοινή παθολογική διεργασία (Tiemeier, 2003).

Οι καρδιαγγειακές ασθένειες όπως αναφέραμε παραπάνω συνδέονται με την κατάθλιψη και η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στην καρδιαγγειακή νόσο καθώς περίπου το 20-25% των ασθενών με καρδιακή νόσο βιώνουν τη μείζονα κατάθλιψη, και ένα άλλο 20-25% αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Carney et al., 2003). Οι συνέπειες της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρδιακή νόσο περιλαμβάνουν επανανοσηλεία, πιο αργή ανάκαμψη, αναπηρία, θνησιμότητα, και αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Krishnan et al., 2002). Διάφοροι μηχανισμοί έχουν προταθεί για τη σύνδεση μεταξύ καρδιοπάθειας και κατάθλιψης και αυτό οφείλεται στη δύσκολη συμμόρφωση στη θεραπεία και στις συστάσεις για τον τρόπο ζωής, τη δυσλειτουργία των νευροενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος (Carney et al., 2003).

Οι εκτιμήσεις για την επικράτηση της κατάθλιψης σε ασθενείς με διαβήτη τύπου II είναι αρκετά υψηλές και προσεγγίζουν το 15% για τη μείζονα κατάθλιψη και περίπου το 20% για τα αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα (Li et al., 2008). Οι μελέτες για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην περίπτωση του διαβήτη παρουσιάζουν αντιφάσεις, καθώς σε κάποιες υποστηρίζεται ότι τα διαταραγμένα επίπεδα γλυκόζης προκαλούν κατάθλιψη, ενώ σε άλλες ότι η γλυκόζη λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για την εμφάνιση της κατάθλιψης (Maraldi et al., 2009). Σε πρόσφατες έρευνες φαίνεται ότι ο κίνδυνος του διαβήτη είναι υψηλότερος σε ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα δεδομένα από τις υπάρχουσες έρευνες υποστηρίζουν ότι η

κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του διαβήτη σε υψηλότερο ποσοστό, από το αντίστροφο (Li et al., 2008).

Υποστηρίζεται ότι υπάρχει σημαντική συννοσηρότητα της μείζονος κατάθλιψης και της άνοιας. Η μείζων κατάθλιψη με νοητική εξασθένηση κάποτε θεωρούνταν μια μορφή αναστρέψιμης άνοιας, όμως στην πραγματικότητα, η γνωστική εξασθένηση σε συνδυασμό με την μείζονα κατάθλιψη δεν μπορεί να αντιστραφεί πλήρως, όταν η κατάθλιψη υποχωρήσει (Butter et al., 2000). Τα άτομα που έχουν όψιμη μείζονα κατάθλιψη με γνωστική δυσλειτουργία εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας, σε ποσοστό 40% μέσα σε τρία έως πέντε έτη. Στην πραγματικότητα όμως είναι αμφιλεγόμενο αν η κατάθλιψη πριν την εμφάνιση της άνοιας αποτελεί παράγοντα κινδύνου ή πρόδρομο στάδιο της άνοιας (Jorm, 2001). Τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν δείξει ότι τα άτομα που εμφάνισαν κατάθλιψη, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν στη συνέχεια ήπια γνωστική εξασθένηση ή άνοια. Τέλος, η άνοια μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη που οφείλεται στην ψυχολογική αντίδραση, στις γνωστικές και συμπεριφοριστικές αλλαγές που συνοδεύουν την άνοια αλλά και η κατάθλιψη αντίστροφα προσθέτει μια επιπλέον επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής των ασθενών με άνοια (και στους περιθάλποντές τους) (Carney et al., 2003).

Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στις νευροανατομικές και χημικές αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα ως παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη και ως προάγγελοι της φτωχής ανταπόκρισης στη θεραπεία (Alexopoulos, 2005). Σε νευροαπεικονιστικές μελέτες που αφορούν ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη έχουν φανεί δομικές και λειτουργικές διαταραχές σε υποφλοιώδη δομές και στις αντίστοιχες μετωπιαίες προβολές τους, όπως: μείωση του όγκου των βασικών γαγγλίων, υποδραστηριότητα του κερκοφόρου πυρήνα και των προμετωπιαίων περιοχών (Στεργίου, 2010) και διαταραχή στη λειτουργική διαντίδραση ανάμεσα στην αμυγδαλή και σε σχετιζόμενες περιοχές του κοιλιακού ραβδωτού σώματος και του προμετωπιαίου φλοιού (Στεργίου, 2010). Επιπλέον ανωμαλίες σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου έχουν παρατηρηθεί σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από κατάθλιψη (Alexopoulos, 2005). Λειτουργικά, η κατάθλιψη συνδέεται με την μειωμένη λειτουργικότητα του εγκεφαλικού φλοιού, υπερδραστηριότητα στο μεταιχμιακό σύστημα που σχετίζεται με τον έλεγχο των συναισθημάτων, της

συμπεριφοράς, της μνήμης και της μάθησης και χαμηλή δραστηριότητα του πρόσθιου προσαγωγίου που σχετίζεται με την αντίσταση στη θεραπεία (Alexopoulos, 2005). Δύο διαντιδρώντα ραβδωτοθαλαμοφλοιϊκά κυκλώματα μπορεί να έχουν ιδιαίτερη σημασία για την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης: α) το μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο συνδέει την αμυγδαλή και την πρόσθια έλικα του προσαγωγίου με το κοιλιακό ραβδωτό σώμα, δηλαδή τον επικλινή πυρήνα και το κοιλιακό καλυπτρικό πεδίο και β) το προμετωπιαίο κύκλωμα, το οποίο συνδέει τα βασικά γάγγλια, ιδιαίτερα τη κεφαλή του κερκοφόρου πυρήνα με το πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό (Στεργίου, 2010). Η μειωμένη συνδεσιμότητα μεταξύ της αμυγδαλής και των δομών του θαλάμου και του μετωπιαίου φλοιού που ρυθμίζουν τη συναισθηματική επεξεργασία μπορεί να συμβάλουν στη διατήρηση της κατάθλιψης σε όψιμο στάδιο της ζωής (Alexopoulos, 2005).

Επομένως, οι αγγειακοί, οι νευροανατομικοί και οι φλεγμονώδεις παράγοντες κινδύνου συνδέονται με την κατάθλιψη. Αυτές οι διαφορετικές κατηγορίες βιολογικών παραγόντων κινδύνου μπορεί επιπλέον να συνδέονται με διαφορετικά συμπτώματα κατάθλιψης. Οι Naarding et al. (2005) βρήκαν ότι οι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την διαταραχή του ύπνου, είναι η αλλαγή στην ψυχοκινητική κατάσταση και η απώλεια ενέργειας. Οι νευροανατομικοί παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με την αλλαγή της ψυχοκινητικής κατάστασης και την αδυναμία συγκέντρωσης, ενώ οι φλεγμονώδεις παράγοντες κινδύνου συνδέονται με την όρεξη και τις διαταραχές του ύπνου, την απώλεια ενέργειας, τη διαταραχή συγκέντρωσης, καθώς και σκέψεις που αφορούν το θάνατο. Ηπιότερες μορφές κατάθλιψης εμφανίζονται στους φλεγμονώδεις παράγοντες κινδύνου σε σύγκριση με τις αγγειακές ή εκφυλιστικές αλλαγές (Butter et al., 2000).

2.3.2 Ψυχολογικοί παράγοντες

Πολλοί ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο κατάθλιψης σε όψιμα στάδια της ζωής περιλαμβάνουν πολλά από τα ίδια χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την κατάθλιψη στα πρώτα στάδια της ζωής των ανθρώπων (Nolen-Hoeksema et al., 2002). Η υψηλή βαθμολογία σε κλίμακες προσωπικότητας μέτρησης του νευρωτισμού συνδέονται στενά με την εμφάνιση της κατάθλιψης στα όψιμα στάδια της ζωής (Kendler et al., 2006).

Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση της κατάθλιψης αφορούν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα αρνητικά γεγονότα ή την απώλεια ατόμων του κοντινού περιβάλλοντος, την τάση για μηρυκασμό καθώς και συγκεκριμένα μοτίβα σκέψης που χαρακτηρίζουν και συντηρούν την κατάθλιψη. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα αρνητικά γεγονότα σε συνδυασμό με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελούν έναν υψηλό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Ένας σημαντικός παράγοντας που φαίνεται να διατηρεί την κατάθλιψη και την έντασή της είναι ο “μηρυκασμός”, ο οποίος αναφέρεται στην τάση μερικών ανθρώπων να σκέφτονται πάρα πολύ για το πόσο θλιμμένοι νιώθουν και για το λόγο που νιώθουν έτσι (Andrew et al., 2007).

2.3.3 Κοινωνικοί Παράγοντες

Οι κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν στρεσογόνα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Τα στρεσογόνα γεγονότα περιλαμβάνουν οικονομικές δυσκολίες, πιθανό πένθος, μια νέα σωματική ασθένεια ή αναπηρία στο ίδιο το άτομο ή και σε μέλος της οικογένειας του και έχουν σαν αποτέλεσμα να αλλάζουν την κατάσταση διαβίωσης και να προκαλούν διαπροσωπικές συγκρούσεις (Butter et al., 2000).

Η συνταξιοδότηση συνδέεται με την κατάθλιψη στα περισσότερα άτομα μεγάλης ηλικίας, αν και ο κίνδυνος παραμένει αυξημένος για τους άνδρες που συνταξιοδοτούνται πρόωρα, για λόγους που παραμένουν προς διερεύνηση. Στις μελέτες περιγράφεται ότι η εμφάνιση κατάθλιψης που οφείλεται σε κοινωνικούς παράγοντες μπορεί να εμφανιστεί μέσα σε έξι μήνες (Blazer, 2003).

2.4 Τα Συμπτώματα της Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με ποικίλα συμπτώματα και η βαρύτητά της διαφέρει κατά περίπτωση. Οι τυπικές ενοχλήσεις διαφοροποιούνται σημαντικά κατά άτομο. Σύμφωνα με τα κριτήρια (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται το συναίσθημα έντονης θλίψης που διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες.

Το συναίσθημα αυτό συνοδεύεται από αδυναμία χαράς, απώλεια κινήτρων και ενδιαφερόντων, καθώς και από αδυναμία συγκέντρωσης και μειωμένη αποδοτικότητα. Επιπλέον, χαρακτηριστική είναι και η εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, όπως είναι για παράδειγμα οι διαταραχές ύπνου, η απώλεια της όρεξης και η απώλεια βάρους, καθώς και οι επίμονες αρνητικές σκέψεις που κάνει ο ασθενής σχετικά με το αδιέξοδο στο οποίο αισθάνεται ότι έχει περιέλθει (Andrew et al., 2007).

Η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε σκέψεις θανάτου οι οποίες ενδεχομένως εξελιχθούν σε σαφείς προθέσεις αυτοκτονίας. Η σκέψη του ασθενή επιβραδύνεται και επικεντρώνεται συνήθως γύρω από ένα και μοναδικό θέμα, κατά κανόνα γύρω από το πόσο άσχημα περνά, πόσο αδιέξοδη είναι η κατάσταση την οποία ζει και πόσο δυσοίωνα φαντάζει το προσωπικό του μέλλον (Blazer, 2003).

Όμως, συχνά αγνοούνται τα συμπτώματα από την οικογένεια ή και το ίδιο το άτομο καθώς εκλαμβάνονται ως φυσικό αποτέλεσμα του γήρατος και των πολλαπλών απωλειών που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα. Όντως, οι πολλαπλές απώλειες προσφιλών προσώπων, οι σωματικές παθήσεις, η συνταξιοδότηση και οι αλλαγές στην κατοικία είναι μερικοί από τους παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι όμως σημαντικό να εντοπιστεί τότε ένα άτομο εκδηλώνει καταθλιπτικά συμπτώματα ή αγχώδη συμπτώματα ώστε να πάρει την κατάλληλη υποστήριξη. Η Τρίτη ηλικία δεν είναι συνώνυμη της κατάθλιψης. Πολλές φορές τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας προσαρμογής στη νέα ταυτότητα, και τον διαφορετικό τρόπο ζωής παρά στην ηλικία αυτή καθαυτή (Blazer, 2003).

Συνήθη συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την τρίτη ηλικία είναι τα εξής (Olin et al., 2002):

- ✚ η θλίψη
- ✚ η απογοήτευση
- ✚ η απόσυρση από τις καθημερινές συνήθειες
- ✚ η απάθεια
- ✚ η πτώση της διάθεσης

- ✚ η αλλαγή των συνηθειών του ύπνου και της διατροφής (αϋπνίες ή υπνηλία, απώλεια όρεξης)
- ✚ η απαισιοδοξία και
- ✚ οι ενοχές

Αντίστοιχα, χαρακτηριστικά συμπτώματα του άγχους κατά την τρίτη ηλικία είναι (Blazer, 2003):

- ✚ η αγωνία για εμφανώς ασήμαντα γεγονότα και
- ✚ μία αγωνιώδης προσμονή σε καθημερινό επίπεδο

Τόσο στην περίπτωση του άγχους όσο και στην περίπτωση της κατάθλιψης το άτομο εμφανίζει (Ehrt et al., 2006):

- ✚ χαμηλή συγκέντρωση
- ✚ απώλεια μνήμης
- ✚ απώλεια ενδιαφερόντων
- ✚ πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα

Τα τελευταία συμπτώματα είναι παρόμοια με άλλες παθήσεις όπως η άνοια και για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να γίνονται οι κατάλληλες εξετάσεις ώστε να αποκλεισθεί η οργανική αιτία των προβλημάτων (Ehrt et al., 2006).

Στην περίπτωση της κατάθλιψης μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, ειδικά στην περίπτωση της βλάβης στο δεξί ημισφαίριο, είναι λιγότερο πιθανό να περιλαμβάνει δυσφορία και χαρακτηρίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από παθητικά συμπτώματα που προέρχονται από άλλες μορφές κατάθλιψης που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι (Paradiso et al., 2008). Η κατάθλιψη που συνδέεται με την νόσο του Parkinson αποτελεί μια ηπιότερη μορφή κατάθλιψης (Ehrt et al., 2006). Η διάγνωση της κατάθλιψης, στο πλαίσιο της άνοιας περιπλέκεται από τα ελλείμματα στη λεκτική έκφραση και ενδεχομένως δημιουργείται σύγχυση με τα γνωστικά συμπτώματα, τα οποία οδηγούν στην ανάπτυξη

των διαγνωστικών κριτηρίων για να περιγραφεί η νόσος του Alzheimer. Η κατάθλιψη στην περίπτωση της αγγειακής άνοιας, σε σύγκριση με την κατάθλιψη που συνδέεται με την νόσο του Alzheimer, χαρακτηρίζεται περισσότερο από έντονα συμπτώματα όπως κόπωση, μυϊκή αδυναμία και απώλεια βάρους (Park et al., 2007).

2.5 Κατάθλιψη και Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία όμως γίνεται αντιληπτή είτε ως αντικειμενικός παράγοντας της ζωής ενός ατόμου είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής του ή ως συνδυασμός και των δύο παραπάνω. «Πολλοί ηλικιωμένοι παραμένουν ενεργητικοί και πλήρως ανεξάρτητοι μέχρι πολύ κοντά στο τέλος της ζωής τους» (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2002).

Για τους ηλικιωμένους η ποιότητα ζωής ταυτίζεται με τα καλά και επιτυχημένα γηρατειά τα οποία σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999) είναι «η καλή προσαρμογή του ατόμου μεγάλης ηλικίας στις δυνατότητες και περιορισμούς του γήρατος». Τα κριτήρια για επιτυχημένα γηρατειά σύμφωνα με την Lemme (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999) είναι: το μήκος της ζωής, η βιολογική υγεία, η ψυχική υγεία, η γνωστική αποτελεσματικότητα, η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα, ο προσωπικός έλεγχος και η ικανοποίηση από την ζωή. Στόχος του Π.Ο.Υ. (2002) για τα καλά γηρατειά είναι μέχρι το 2020,

«τα άτομα άνω των 65 ετών να έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν το πλήρες δυναμικό υγείας τους και να παίζουν έναν ενεργό ρόλο στην κοινωνία».

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εάν υπάρξει αύξηση τουλάχιστον 20% της αναμενόμενης διάρκειας ζωής χωρίς ανικανότητα στην ηλικία των 65 ετών. Επίσης πρέπει να υπάρξει αύξηση τουλάχιστον κατά 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών που απολαμβάνουν σε ένα περιβάλλον σπιτικό, ένα επίπεδο υγείας που τους επιτρέπει να διατηρούν αυτονομία, αυτοεκτίμηση και την θέση τους στην κοινωνία (Π.Ο.Υ., 2002). Υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να παραμείνει κάποιος ενεργός και να έχει ενδιαφέρον για τη ζωή. Το

επίπεδο εκπαίδευσης των ανθρώπων ηλικίας 65 και άνω αυξάνεται και υπάρχουν καινούριες ευκαιρίες για τους ηλικιωμένους να συνεχίσουν την μόρφωση τους. Οι ηλικιωμένοι έχουν ιδρύσει πολιτικές ομάδες και ομάδες δράσης συνταξιούχων για να εκφράσουν τα αιτήματά τους για ανάπτυξη κοινωνικής και πολιτικής υγείας και υπηρεσιών (Αβεντισιάν- Παγοροπούλου, 2000). Ωστόσο, σε ευρεία κλίμακα φαίνεται ότι πολύ λίγες προσπάθειες γίνονται για να καλύψουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προσδοκίες των ηλικιωμένων, και να προετοιμαστούν για μια Ευρώπη που όλο και περισσότερο γηράσκει.

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μπορεί να μετρηθεί είτε αντικειμενικά με διάφορες μετρήσεις (στατιστικές, διαγνωστικά μέσα, κανονιστικά κριτήρια), είτε υποκειμενικά με την ικανοποίηση που το άτομο νιώθει από την ζωή του, με την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και την αυτοεκτίμηση του (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους θετικά στη βάση των κοινωνικών επαφών, της εξάρτησης, της υγείας τους, των κρίσιμων περιστάσεων και των κοινωνικών συγκρίσεων. Σημαντικό ρόλο στην καλή ποιότητα ζωής τους μπορεί να παίζει το πόσο είναι προσαρμοσμένοι σε ένα χώρο αλλά και οι κοινωνικοί προσδιοριστές, παράγοντες που συσσωρεύονται με την πάροδο των χρόνων (Park et al., 2007).

Τέτοιοι προσδιοριστές μπορεί να είναι σημαντικά γεγονότα, τα οποία έχουν επηρεάσει την ζωή του ατόμου και συγκεκριμένα το έχουν κάνει δυσλειτουργικό σε ψυχοσωματικούς και κοινωνικούς τομείς. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι «οι κοινωνικές απώλειες οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων» (Λυμπεράκη και συν., 2009). Οι κοινωνικές απώλειες μπορούν να αντιμετωπιστούν με την δημιουργία νέων φιλικών σχέσεων, κοινωνική συμμετοχή του ατόμου σε δράσεις αλλά και με άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα (οικογένεια, φιλικό-συγγενικό περιβάλλον). Τα παραπάνω μπορούν να γίνουν για τα ηλικιωμένα άτομα πηγές άντλησης λειτουργικών και συναισθηματικών πόρων και ικανοποίησης των αναγκών για διαμόρφωση και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων και γενικά στην διάρκεια της ζωής αλλά και στην περίοδο της γήρανσης (Λυμπεράκη και συν., 2009).

Άλλος προσδιοριστής για την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους είναι οι κοινωνικές σχέσεις. Αποτελούν έναν μηχανισμό κοινωνικού περιβάλλοντος, ο οποίος μέσω πολύπλοκων συμπεριφοριστικών και ψυχολογικών παραγόντων, καθιστά τις επιδράσεις των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και της ευεξίας, περισσότερο ή λιγότερο ισχυρές, και βοηθά στην βίωση των ανθρώπινων εμπειριών, στην βελτίωση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης, στην ενίσχυση της ικανότητας διαχείρισης ψυχοπιεστικών γεγονότων, στη προσαρμογή σε ψυχοσυναισθηματικές καταστάσεις και στην υιοθέτηση περισσότερων θετικών προτύπων, αντιλήψεων και πρακτικών για την κατανάλωση τροφής και την υγεία. (Λυμπεράκη και συν., 2009).

Η ποιότητα ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες όπως σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα. Τα προβλήματα υγείας απαιτούν περισσότερα χρήματα αλλά και μπορεί να περιορίζουν τις δραστηριότητές του ατόμου με αποτέλεσμα να πλήττεται η ποιότητα ζωής του αλλά και της οικογένειάς του. Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα σε σχέση με την υγεία καθώς μεγαλώνουμε είναι η αίσθηση της κόπωσης στο σώμα, της απώλειας των δυνάμεων, της αλλαγής της εικόνας μας, της έκπτωσης των αισθήσεων όπως η ακοή και η όραση αλλά και των νοητικών λειτουργικών όπως η μνήμη. Αυτά τα προβλήματα συχνά συνοδεύονται και από προβλήματα ψυχικής φύσεως. Έτσι ο ηλικιωμένος μπορεί να αρχίσει να φοβάται ότι είναι ευάλωτος, ότι επιβαρύνει την οικογένειά του, ότι αρχίζει να εξαρτάται από τους άλλους και δεν μπορεί να ζήσει αυτόνομα, σκέψεις αρνητικές στις οποίες υποβόσκει ο φόβος της φθοράς και του θανάτου (Σουρτζή, 2007).

2.6 Εργαλεία και Δείκτες Μέτρησης της Κατάθλιψης

Υπάρχουν πολλά μέσα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης. Ωστόσο, ο δείκτης GDS (Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης) είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Με άλλα λόγια, η εκτίμηση της κατάθλιψης των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας μπορεί να γίνει με τη χρήση του δείκτη GDS που είναι μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης που σχεδιάστηκε από τους Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey και Leirer. Το εργαλείο GDS είναι απλό ως προς τη διαχείριση και δεν απαιτεί ιδιαίτερες

δεξιότητες από το άτομο που κάνει την έρευνα. Η κλίμακα περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και ο συμμετέχοντας πρέπει να απαντάει με ένα «ναι» ή «όχι» (Fountoulakis et al., 1999).

Η κλίμακα εστιάζει κυρίως σε ψυχικές ανησυχίες του ασθενούς και στον τρόπο αντίληψης για την ποιότητα ζωής του ασθενούς, αποφεύγοντας ερωτήσεις για σωματικές ενοχλήσεις. Η κλίμακα θεωρείται ότι καταγράφει μια γνωστική διάσταση της κατάθλιψης και αυτό φαίνεται και από την υψηλή της συσχέτιση με την κλίμακα BDI³. (Beck, Steer & Brown, 1996).

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της κλίμακας GDS έχει επαληθευτεί μέσω ερευνών. Η κλίμακα GDS εμφανίζει υψηλή εσωτερική συνοχή με το δείκτη α Cronbach=0,94, ενώ όλα τα αντικείμενά της φαίνεται να είναι ισοδύναμα. Η Παραγοντική Ανάλυση παρήγαγε 4 παράγοντες: Έναν γνωσιακό (καταθλιπτικό περιεχόμενο σκέψης), έναν που αφορά το συναίσθημα, έναν που αφορά την κοινωνική απομόνωση και τη λειτουργικότητα και έναν που αφορά αισθήματα αβοήθητου και φόβου για το μέλλον (Ehrt et al., 2006).

Η κλίμακα που περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις είναι μια μακροχρόνια μορφή του εργαλείου GDS. Από την άλλη πλευρά, η κλίμακα που συμπεριλαμβάνει 15 ερωτήματα, όπως αναφέραμε παραπάνω αποτελεί τη σύντομη μορφή της κλίμακας GDS και είναι εύκολη στη χρήση της. Η παραπάνω κλίμακα χρησιμοποιείται τόσο σε υγιείς, όσο και σε ηλικιωμένους με διανοητικά προβλήματα. Η κλίμακα GDS χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει την ύπαρξη και τη μορφή της κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιάσει ένας ηλικιωμένος. Σύμφωνα με το σκορ που προκύπτει από την κλίμακα GDS μπορεί να χαρακτηριστεί ως μη καταθλιπτικός ή ότι πάσχει από ήπια ή μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (Kurlowic et al., 2007).

³ Η κλίμακα BDI είναι μια από τις γνωστότερες κλίμακες που χρησιμοποιείται σήμερα για την αξιολόγηση της κατάθλιψης και συνίσταται από 21 ερωτήσεις για τη μέτρηση της κατάθλιψης σε εφήβους και ενήλικες (Beck, Steer & Brown, 1996).

2.7 Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης

Ο εντοπισμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, πολλές φορές είναι δύσκολο να συμβεί. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην παρερμηνεία των συμπτωμάτων, όπως τα προβλήματα μνήμης, η απώλεια της ενέργειας και άλλα σωματικά συμπτώματα τα οποία διαγιγνώσκονται λανθασμένα και από τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και από το συγγενικό τους περιβάλλον. Και οι δυο μεριές θεωρούν τα συμπτώματα αυτά ως φυσικό επακόλουθο των γηρατειών με αποτέλεσμα να μην γίνεται έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής με μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα για την ζωή του ίδιου του άτομου αλλά και για το περιβάλλον του. Στις περιπτώσεις όμως που διαγνωσθεί έγκαιρα ή μη υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης (Butterworth et al., 2006).

Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάθλιψης εφαρμόζονται ψυχοθεραπείες γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου και χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι η αλλαγή των παράλογων και αρνητικών συμβάντων της ζωής και η ανάπτυξη αποτελεσματικότερων τρόπων αντιμετώπισης. Επιπλέον η τεχνική της αναπόλησης και ανασκόπησης της ζωής βοηθά τους ηλικιωμένους στην προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάθλιψης καθώς στοχεύει στη λύση προσωπικών συγκρούσεων και στην αποδοχή της προσωπικής τους ιστορίας (Ehrt et al., 2006). Από την άλλη τα αντικαταθλιπτικά αν και αναστέλλουν ορισμένα συμπτώματα της κατάθλιψης, δεν χορηγούνται όμως σε όλους τους ασθενείς λόγω διάφορων παρενεργειών που επιφέρουν. Για το λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην χορήγησή τους. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους επειδή τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να παρερμηνευτούν για τους λόγους που έχουν αναφερθεί παραπάνω, θα πρέπει να εντοπίζεται η ύπαρξη πραγματικής κατάθλιψης, η οποία και θα επιτρέπει τη φαρμακευτική αντιμετώπιση. (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

Κεφάλαιο 3^ο: Διατροφικές Συνήθειες και κατάσταση θρέψης σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας

3.1 Η έννοια της κακής θρέψης

Η κακή θρέψη ορίζεται ως κάθε κατάσταση που προάγει τη νόσο και είναι αποτέλεσμα είτε ανεπαρκούς θρέψης είτε υπερβολικής έκθεσης σε θρεπτικά συστατικά (δηλ., υποθρεψία ή υπερθρεψία, αντιστοίχως). Κοινές αιτίες κακής θρέψης είναι η ανεπαρκής κατανάλωση θερμίδων· η ανεπαρκής πρόσληψη απαραίτητων βιταμινών, μετάλλων ή άλλων ιχνοστοιχείων· οι διαταραχές απορρόφησης και κατανομής των τροφών μέσα στο σώμα· η υπερφαγία· η τοξικότητα από περίσσεια θρεπτικών στοιχείων (Mokhber et al., 2011).

Παγκοσμίως, η κακή θρέψη είναι μία νόσος που τυπικά προκύπτει από ανεπαρκή κατανάλωση τροφών, ειδικά πρωτεϊνών, σιδήρου και βιταμινών (π.χ., βιταμίνη Α). Σε βιομηχανοποιημένα έθνη, η υπερθρεψία είναι περισσότερο σύνηθες φαινόμενο από την υποθρεψία (Ehrt et al., 2006).

3.2 Παράγοντες Κινδύνου Υποθρεψίας

Οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην υποθρεψία και το γεγονός αυτό οφείλεται σε διατροφικούς, οικονομικούς, ψυχολογικούς και φυσιολογικούς παράγοντες (Mokhber et al., 2011):

Μεταβολικοί, φυσιολογικοί και βιοχημικοί παράγοντες

Οι μεταβολικές, οι φυσιολογικές και οι βιοχημικές διαδικασίες αλλάζουν καθώς αυξάνεται η ηλικία, επιδρώντας αρνητικά στη θρεπτική κατάσταση των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένη την αίσθηση της γεύσης, την όραση, την όσφρηση και την ακοή και αυτό επηρεάζει τις διατροφικές τους επιλογές. Ακόμη, η απώλεια των δοντιών και η τεχνητή οδοντοστοιχία που ενδέχεται να έχουν μερικοί επηρεάζει τον τρόπο διατροφής τους. Η διαδικασία της πέψης και

της απορρόφησης των τροφών και των θρεπτικών συστατικών επηρεάζεται επίσης και από τη μειωμένη λειτουργία του πεπτικού συστήματος. Η μάζα των νεφρών και ο αριθμός των νεφρών που λειτουργούν ελαττώνεται με αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα αποβολής των προϊόντων του μεταβολισμού. Ακόμη μειώνονται οι λειτουργίες του ήπατος, αλλά υπάρχουν και αλλαγές στη σύνθεση του σώματος όπως η μείωση της άλιπης μάζας και η αύξηση του λιπώδους ιστού. Αυτές οι αλλαγές έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση του μεταβολισμού αλλά και της διάσπασης των υδατανθράκων. Αυτό καθιστά τους ηλικιωμένους περισσότερο επιρρεπείς στην παχυσαρκία και στον διαβήτη σε περιπτώσεις ανάρρωσης και σε οξείες εμπύρετες καταστάσεις, ενώ ενισχύει και την απορρόφηση του επίσης περιεχόμενου σιδήρου, οπότε μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε περιπτώσεις αναιμιών (Hrnciarikova et al., 2006).

Κοινωνικοοικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες

Η κοινωνική απομόνωση, οι μειωμένοι οικονομικοί πόροι, η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τη διατροφή και η μειωμένη κινητικότητα μειώνουν τις πιθανότητες για σωστές διατροφικές επιλογές. Ακόμη ψυχολογικοί παράγοντες που είναι κοινοί στους ηλικιωμένους όπως η κατάθλιψη, η θλίψη και η άνοια επηρεάζουν έμμεσα τη θρεπτική τους κατάσταση. Η απώλεια όρεξης είναι ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα άτομα που πάσχουν από άνοια χάνουν το ενδιαφέρον τους για το φαγητό, ξεχνούν να φάνε και πολλές φορές δε νιώθουν καν την ανάγκη για φαγητό (Mokhber et al., 2011).

Χρόνιες ασθένειες

Η παρουσία χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η αρθρίτιδα, που απαιτούν τη χρόνια χρήση φαρμάκων αλλά και διαιτητικούς περιορισμούς, αυξάνουν την πιθανότητα υποθρεψίας στους ηλικιωμένους. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται από τους ηλικιωμένους αλληλεπιδρούν στην πέψη, την απορρόφηση και τη χρησιμοποίηση βασικών θρεπτικών συστατικών, βιταμινών και μετάλλων. Επιπλέον, τα φάρμακα μπορεί να έχουν και επιπτώσεις στην όρεξη και τη γεύση (Tiemeier et al., 2003).

Λιατροφικές Συνήθειες

Ανάμεσα στις βιταμίνες οι οποίες λείπουν συχνά από τους ηλικιωμένους είναι η βιταμίνη D, το φολικό οξύ, η βιταμίνη B12 και η βιταμίνη B6. Η βιταμίνη D βρίσκεται στο συκώτι, στα ψάρια και στα γαλακτοκομικά προϊόντα αλλά κυρίως συντίθεται από το δέρμα κατά την έκθεσή του στον ήλιο. Ο κύριος βιολογικός ρόλος της βιταμίνης D είναι η διατήρηση φυσιολογικών επιπέδων του ασβεστίου και του φωσφόρου στο αίμα. Επειδή η βιταμίνη D προάγει την απορρόφηση του ασβεστίου βοηθά και στον σχηματισμό και τη διατήρηση υγιών οστών. Με το πέρασμα των χρόνων το δέρμα χάνει την ικανότητα να συνθέτει επαρκείς ποσότητες βιταμίνης D και τα νεφρά χάνουν την ικανότητα να μετατρέπουν τη βιταμίνη D στη δραστική για τον οργανισμό μορφή της (Tiemeier et al., 2003).

Από μελέτες προκύπτει ότι ένα στα τέσσερα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D. Όταν υπάρχει έλλειψη βιταμίνης D στους ενήλικες είναι πιθανό να εμφανιστεί οστεομαλακία. Πρόκειται για μια ασθένεια των οστών που χαρακτηρίζεται από αδύναμα, εύθραυστα οστά, κατάγματα, οστικό πόνο και γενικευμένη αδυναμία. Ακόμη εκτιμάται ότι ένα ποσοστό περίπου 30 με 40% ατόμων προχωρημένης ηλικίας τα οποία έχουν υποστεί κάταγμα στον γοφό είχαν ελλιπή επίπεδα βιταμίνης D. Πέρα από τον ρόλο που παίζει για την υγεία των οστών, η βιταμίνη D έχει και προστατευτικό ρόλο σε ασθένειες όπως ο διαβήτης, ο καρκίνος, το κρυολόγημα και η φυματίωση. Οι ηλικιωμένοι που ζουν σε γηροκομεία ή περνούν λίγες ώρες έξω από το σπίτι και εκτίθενται λιγότερο στον ήλιο κινδυνεύουν περισσότερο από έλλειψη βιταμίνης D (Ehrt et al., 2006).

Συχνή είναι και η έλλειψη φολικού οξέος στους ηλικιωμένους. Το φολικό οξύ είναι ένα συστατικό απαραίτητο για τη σύνθεση του αίματος. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν καταναλώνουν συχνά τρόφιμα όπως πράσινα φυλλώδη λαχανικά, πορτοκάλια, φασόλια, συκώτι και δημητριακά ολικής αλέσεως που είναι καλές πηγές φολικού οξέος (Ehrt et al., 2006).

3.3 Αξιολόγηση της Θρέψης με Ανθρωπομετρικές Μετρήσεις

Ο προσδιορισμός της κατάστασης της θρέψης των ατόμων είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί. Για να επιτευχθεί η διαδικασία της αξιολόγησης χρησιμοποιούνται μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται κυρίως με ανθρωπομετρικές μετρήσεις του ατόμου (Marian et al., 2013).

3.3.1 Το Σωματικό Βάρος

Το βάρος του ατόμου αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα της κατάστασης θρέψης του ηλικιωμένου. Τα άτομα τρίτης ή τέταρτης ηλικίας χάνουν σωματικό βάρος και το ποσοστό απώλειας του βάρους τους αποτελεί σημαντικό δείκτη της κατάστασης της θρέψης του. Η ερμηνεία όμως του βάρους ενός ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι πάντα αντιπροσωπευτική της κατάστασης θρέψης του. Το βάρος του ατόμου σχετίζεται και με την ισορροπία των υγρών του σώματός του και επηρεάζεται από ηπατικές, νεφρικές και καρδιαγγειακές ασθένειες (Peeters et al., 2003).

3.3.2 Ο Δείκτης Μάζας Σώματος BMI (BODY MASS INDEX)

Ο Adolphe Quetelet (1796-1874) ήταν ένας Βέλγος μαθηματικός, αστρονόμος και στατιστικός, ο οποίος μετά από μελέτες σχετικές με την ανθρώπινη ανάπτυξη, συμπέρανε πως το βάρος αυξάνεται όσο το ύψος τετραγωνισμένο. Έτσι, το 1832 δημιούργησε τον δείκτη Quetelet, ο οποίος το 1972 μετονομάστηκε Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (Marian et al., 2013).

Στις περισσότερες κλινικές ελέγχου του σωματικού βάρους, η εκτίμηση του σωματικού λίπους υπολογίζεται πρακτικά χρησιμοποιώντας, το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος είναι ευρύτερα διαδεδομένος με την απόδοση του στην αγγλική γλώσσα ως Body Mass Index (BMI). Ο ΔΜΣ σχεδιάστηκε, προκειμένου να κατατάξει το βάρος μας σε κλίμακες αναφορικά με το ύψος μας, ώστε να μπορεί να εκτιμηθεί έγκαιρα, αν αυτό

εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται με το πηλίκο του βάρους ενός ατόμου (σε κιλά), δια του τετραγώνου του ύψους του (σε μέτρα), δηλαδή:

$$\Delta\text{ΜΣ} = \text{Βάρος (kg)}/\text{Υψος (m}^2\text{)}$$

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται η ταξινόμηση των ατόμων ανάλογα με το Δείκτη Μάζας Σώματος. Ο δείκτης μάζας σώματος είναι ανεξάρτητος από την ηλικία και το φύλλο του εξεταζόμενου. Παρόλα αυτά, ο ΔΜΣ συχνά δίνει λάθος εκτίμηση της παχυσαρκίας καθώς δεν λαμβάνει υπόψη τη σύσταση σώματος και έχει φανεί πως η αξιολόγηση του ΔΜΣ των ηλικιωμένων βάσει του παραπάνω πίνακα, οδηγεί σε υπερεκτίμηση του ποσοστού λίπους τους (Garrow, 1986).

Ταξινόμηση	ΔΜΣ (kg/ m ²)
Ελλιποβαρής	<18.50
Σοβαρά ελλιποβαρής	<16.00
Μέτρια ελλιποβαρής	16.00-16.99
Ήπια ελλιποβαρής	17.00-18.49
Φυσιολογικός	18.50-24.99
Υπέρβαρος	≥ 25.00
Προ- παχυσαρκία	25.00-29.99
Παχυσαρκία	≥30.00
Παχυσαρκία 1 ^ο βαθμού	30.00-34.99
Παχυσαρκία 2 ^ο βαθμού	35.00-39.99
Παχυσαρκία 3 ^ο βαθμού	≥ 40.00

3.3.3 Περίμετρος Βραχίονα

Η περίμετρος στο μέσο του βραχίονα (MUAC) αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη πρόβλεψης. Το παραπάνω γεγονός οφείλεται στο ότι στην συγκεκριμένη περιοχή αντικατοπτρίζεται η συνολική μυϊκή μάζα του σώματος, καθώς επίσης θεωρείται ότι στη

συγκεκριμένη περιοχή γίνεται εμφανής η πρωτεΐνη που υπάρχει στον οργανισμό. Η συγκεκριμένη μέτρηση πραγματοποιείται ουσιαστικά στη μέση της περιοχής που μεσολαβεί ανάμεσα στο ακρώμιο και στο ωλέκρανο (Hrnciaricova et al., 2006).

Στην παραπάνω μέτρηση οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται για τους άνδρες στα 29,3 εκατοστά και για τις γυναίκες στα 28,5 εκατοστά. Η υποθρεψία χαρακτηρίζεται από μέση περίμετρο μεσοβραχίου στα 19,5 εκατοστά για τους άνδρες και στα 15,5 εκατοστά για τις γυναίκες (Hrnciaricova et al., 2006).

3.4 Εργαλεία εκτίμησης της κατάστασης της θρέψης του ηλικιωμένου

3.4.1 SGA (SUBJECTIVE GLOBAL ASSESSMENT)

Το εργαλείο SGA προσδιορισμού της κατάστασης της θρέψης του ατόμου τρίτης και τέταρτης ηλικίας αναπτύχθηκε από τους Detsky et al. (1984) και αποτελεί ένα αξιόπιστο μέτρο προσδιορισμού. Ο υποσιτισμός σε πρόσληψη πρωτεϊνών αυξάνει τη νοσηρότητα του ασθενούς και τον κίνδυνο θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό, η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης είναι ένα σημαντικό συστατικό της καλής ιατρικής φροντίδας (Elia & Stratton, 2012). Ωστόσο, η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ασθενών είναι δύσκολη όπως αναφέραμε παραπάνω. Η Υποκειμενική Σφαιρική Αξιολόγηση με το δείκτη SGA πληροί τις απαιτήσεις ενός επιθυμητού συστήματος διατροφικής αξιολόγησης, καθώς μπορούν να επιτευχθούν τα εξής:

- ✚ Προσδιορισμός του υποσιτισμού.
- ✚ Η διάκριση του υποσιτισμού από μια νοσηρή κατάσταση.
- ✚ Ο εντοπισμός των ασθενών στους οποίους η διατροφική θεραπεία μπορεί να αλλάξει το αποτέλεσμα (Elia & Stratton, 2012).

Το εργαλείο SGA που αναφέρεται στο ιστορικό του ασθενούς, εξετάζει ουσιαστικά τα παρακάτω στοιχεία του ασθενούς (Boccardi et al., 2013):

- ✚ Προσδιορίζεται το σωματικό βάρος του ηλικιωμένου και κατά πόσο αυτό έχει μεταβληθεί τους τελευταίους 6 μήνες καθώς και το πόσο μεταβλήθηκε τις τελευταίες 2 εβδομάδες.
- ✚ Ο ηλικιωμένος προσδιορίζει αν έχει μεταβληθεί η διαίτά του και στην περίπτωση που η απάντηση είναι θετική, τότε τίθενται επτά ερωτήματα στον ηλικιωμένο σχετικά με τη διάρκεια της μειωμένης πρόσληψης, το είδος της διαίτας που ακολουθείται, και αν υπάρχει κάποιο πιθανό ενδεχόμενο λιμοκτονίας.
- ✚ Τον προσδιορισμό γαστρεντερικών συμπτωμάτων διάρκειας μεγαλύτερης των 2 εβδομάδων, όπου ο ηλικιωμένος μπορεί να επιλέξει μεταξύ των παρακάτω απαντήσεων: κανένα, ναυτία, εμετός, διάρροια και ανορεξία.
- ✚ Επίσης, προσδιορίζεται η λειτουργική ικανότητα, με τον ηλικιωμένο να δίνει μία από τις ακόλουθες απαντήσεις: καμία δυσλειτουργία, μέτρια δυσλειτουργία ή βαριά δυσλειτουργία.
- ✚ Τέλος, προσδιορίζονται οι μεταβολικές ανάγκες του ατόμου σε σχέση με το στρες του: υψηλό μεταβολικό στρες, μέτριο μεταβολικό στρες ή χωρίς στρες.

Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει τη διερεύνηση για απώλεια υποδόριου λίπους και παρουσία οιδημάτων και με βάση αυτή την εξέταση μπορούν να ταξινομηθούν σε κάποια από τις ακόλουθες κατηγορίες (Raslan et al., 2011):

- ✚ τρέφονται καλά (A)
- ✚ μέτρια θρεμμένοι (B)
- ✚ σοβαρά υποσιτισμένοι (C)

Ο εξεταστής βαθμολογεί τα επιμέρους τμήματα του ιατρικού ιστορικού και της φυσικής εξέτασης με A, B ή C και καθορίζει την τελική βαθμολόγηση του SGA που ουσιαστικά

υπόκειται στην προσωπική του άποψη και για αυτό το λόγο θα πρέπει ο εξεταστής να είναι πολύ προσεκτικός στην κρίση του (Elia & Stratton, 2012).

Το SGA έχει αποδειχθεί πως έχει καλό ποσοστό εγκυρότητας και επαναληψιμότητας στις μελέτες παρατήρησης (Raslan et al., 2011). Ωστόσο, στην ανασκόπησή τους οι Schuere et al., το 2013, αναφέρουν πως η εγκυρότητα της δομής έχει αξιολογηθεί μόνο μέσω σύγκρισης του εργαλείου με το NRS-2002 και με τις τιμές της προ-αλβουμίνης. Αν και στις δύο περιπτώσεις το εργαλείο φάνηκε να έχει ικανοποιητική εγκυρότητα δομής, δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι γι' αυτόν τον χαρακτηρισμό, καθώς οι ενδείξεις δεν είναι επαρκείς. Στην ίδια ανασκόπηση γίνεται λόγος και για την προγνωστική εγκυρότητα του εργαλείου. Καθώς το SGA είναι από τα πιο παλιά εργαλεία που έχουν δημιουργηθεί, υπάρχουν πολλές μελέτες που διερευνούν την προγνωστική του αξία και μάλιστα σε ευρύ φάσμα ασθενών και κλινικών περιστατικών (Elia & Stratton, 2012).

3.4.2 NRS-2002- NUTRITION RISK SCREENING

Το NRS 2002 σχεδιάστηκε από τους Kondrup et al. (2003) και έχει τη δυνατότητα να ανιχνεύει τον υποσιτισμό ή τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένα άτομο να αναπτύξει υποσιτισμό και με τον τρόπο αυτό προσδιορίζεται ποιοι χρειάζονται ιατρική υποστήριξη ή όχι. Η κλίμακα NRS 2002 περιλαμβάνει τα εξής μέρη:

- ✚ Αρχικά περιλαμβάνει τέσσερα ερωτήματα που λειτουργούν ως προ-έλεγχος του ασθενή και από αυτά τα ερωτήματα μπορεί να συμπεράνει ο ιατρός αν πρέπει να προχωρήσει την εξέταση ή αν ο ασθενής δε διατρέχει διατροφικό κίνδυνο. Στην περίπτωση που ο ιατρός κρίνει ότι πρέπει να συνεχίσει την εξέταση ακολουθούν τα εξής βήματα:
- ✚ Στο δεύτερο στάδιο, όταν απαιτείται, γίνεται εβδομαδιαίος προληπτικός επανέλεγχος, εκτός και αν ο ασθενής προβλέπεται ότι θα χειρουργηθεί, οπότε σε αυτήν την περίπτωση του χορηγείται προληπτικά διατροφική υποστήριξη.
- ✚ Στη συνέχεια, η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς καθορίζεται, αφού πρώτα εξεταστούν δύο επιμέρους τμήματα, η ύπαρξη και η σοβαρότητα της

«υποθρεψίας», τα οποία απαρτίζονται από 4 κατηγορίες, που η κάθε μία περιγράφει 45 διαφορετικά στοιχεία και κατατάσσει τον ασθενή ως έχων απύση, ήπια, μέτρια ή σοβαρή υποθρεψία ή νόσο αντίστοιχα. Αν κάποιος ασθενής συγκεντρώσει από 3 και πάνω θεωρείται ότι παρουσιάζει διατροφικό κίνδυνο και είναι αναγκαία η διατροφική του υποστήριξη. Ο υποσιτισμός αξιολογείται χρησιμοποιώντας τρεις μεταβλητές, τον ΔΜΣ, το ποσοστό πρόσφατης απώλειας βάρους και την πρόσφατη αλλαγή στην πρόσληψη τροφής (Kondrup et al., 2003).

3.4.3 MEDITERRANEAN DIET SCORE (MDS)

Ο δείκτης διατροφής MDS εισάγει τα έμφυτα χαρακτηριστικά του μεσογειακού προτύπου διατροφής. Για τη δημιουργία του δείκτη χρησιμοποιήθηκαν 11 βασικά συστατικά της μεσογειακής διατροφής (μη επεξεργασμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, πατάτες, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρι, κόκκινο κρέας, πουλερικά, πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα και οινόπνευμα) και βαθμολογήθηκαν χρησιμοποιώντας μονότονες και μη μονότονες διακριτές συναρτήσεις (Boccardi et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα, για την κατανάλωση τροφίμων που θεωρητικά είναι κοντά σε αυτό το πρότυπο δόθηκαν βαθμοί 0, 1, 2, 3, 4 και 5, όταν οι συμμετέχοντες ανέφεραν μη κατανάλωση, σπάνια, συχνή, πολύ συχνή, εβδομαδιαία και ημερήσια, αντίστοιχα. Για την κατανάλωση τροφίμων τα οποία θεωρητικά είναι μακριά από το πρότυπο δόθηκαν αντίστροφες βαθμολογήσεις. Ειδικά για το οινόπνευμα δόθηκε βαθμός 5 για κατανάλωση 700 mL ανά ημέρα ή καθόλου και 1–4 για κατανάλωση 300–400, 400–500, 500–600 και 600–700 mL ανά ημέρα (100 mL=12 g αιθανόλης). Στη συνέχεια, υπολογίστηκε η συνολική βαθμολόγηση με εύρος από 0–55. Υψηλότερες τιμές δείχνουν μεγαλύτερη τήρηση της μεσογειακής διατροφής (Panagiotakos et al., 2006).

Καμιά πολυσυγγραμμικότητα μεταξύ του διατροφικού δείκτη και άλλων μεταβλητών δεν παρατηρήθηκε. Επιπρόσθετα, ο δείκτης σχετίστηκε αντίστροφα με την ημερήσια πρόσληψη ενέργειας μετά από προσαρμογές για ηλικία, φύλο, δείκτη μάζας σώματος και

επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Από την άλλη πλευρά, ο δείκτης σχετίστηκε θετικά με την αναλογία μονοακόρεστων προς κορεσμένα λίπη, ένα θέμα- κλειδί για τη μεσογειακή διατροφή, μετά από προσαρμογή από τους προαναφερόμενους συγχυτικούς παράγοντες (Panagiotakos et al., 2006). Στη συνέχεια, ο MDS αποτιμήθηκε έναντι της παρουσίας οξέος στεφανιαίου συνδρόμου. Ο MDS και οι πιθανότητες εμφάνισης στεφανιαίας νόσου είχαν μια αρνητική συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, μια αύξηση κατά 11/55 μονάδες στη βαθμολόγηση σχετίστηκε με 37% (αναλογία πιθανοτήτων=0,63, 95% CI: 0,54–0,73) μείωση στις πιθανότητες εμφάνισης οξέων στεφανιαίων περιστατικών (Panagiotakos et al., 2006).

Με σκοπό τον έλεγχο της υπόθεσης ότι η σχέση μεταξύ της τήρησης του δείκτη μεσογειακής διατροφής και του κινδύνου για στεφανιαία νόσο είναι ανεξάρτητη από συμβατικούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, ο ερευνητής έλεγξε αρκετούς δυνητικά συγχυτικούς παράγοντες. Παρατηρήθηκε ότι η μείωση των πιθανοτήτων για οξέα στεφανιαία σύνδρομα ήταν 27% ανά 11/55 μονάδα αύξηση στη βαθμολόγηση. Το μοντέλο αυτό είχε καλή εκτιμητική ικανότητα (65%) και δεν παρατηρήθηκαν >2% έκτοπες παρατηρήσεις. Αν και όλα τα συστατικά του MDS συνεισφέρουν ισοδύναμα στη συνολική βαθμολόγηση και για το λόγο αυτόν μπορεί να μην ανακλά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, ο δείκτης αυτός είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για την εκτίμηση του διατροφικού επιπέδου ενός ατόμου, καθώς επίσης και για κλινικούς και βασικούς ερευνητικούς σκοπούς (Αρβανίτη και συν., 2008).

3.4.4 Κλίμακα MUST

Η κλίμακα MUST σχεδιάστηκε με στόχο τον προσδιορισμό της υποθρεψίας (Malnutrition Advisory Group) από την Βρετανική Ένωση για την εντερική και παρεντερική διατροφή (British Association for Parenteral & Enteral Nutrition - BAPEN). Στόχος του εργαλείου είναι να αναγνωρίσει τους υποσιτισμένους ασθενείς, να εντοπίσει εκείνους που διατρέχουν διατροφικό κίνδυνο και να καθοδηγήσει τον εξεταστή ώστε να οργανώσει την

κατάλληλη διατροφική υποστήριξη. Το MUST είναι ένα γρήγορο και απλό εργαλείο στη χρήση. Στα νοσοκομεία μπορεί επιπλέον να χρησιμοποιηθεί για να προβλεφθούν:

- ✚ η διάρκεια της διαμονής (ηλικιωμένοι ασθενείς υψηλού διατροφικού κινδύνου έχει φανεί πως νοσηλεύονται στο νοσοκομείο από δύο έως τέσσερις φορές περισσότερο)
- ✚ οι πιθανότητες θνησιμότητας όταν λαμβάνεται υπόψη και η ηλικία του ασθενή. (Malnutrition Advisory Group, 2003)

Η κλίμακα MUST είναι εύκολη στη χρήση και χρησιμοποιεί ως δείκτες αξιολόγησης το βάρος, το ύψος και τις μεταβολές του σωματικού βάρους (UK, eating well for older people, 1995). Τα 5 βήματα εκτέλεσης του τεστ είναι τα εξής:

- ✚ Βήμα 1: Αρχικά συγκεντρώνονται οι μετρήσεις, το ύψος και το βάρος, και προκύπτει και ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Εάν το ύψος και το βάρος δεν μπορεί να μετρηθεί άμεσα, τότε ερωτάται ο ασθενής να προσδιορίσει αυτές τις μεταβλητές (εφόσον θεωρούνται αξιόπιστες και ρεαλιστικές οι αναφορές του). Σε άλλη περίπτωση χρησιμοποιούνται άλλες μέθοδοι προσδιορισμού του ύψους, όπως η περίμετρος του βραχίονα.
- ✚ Βήμα 2ο: Διερευνάται η πιθανή μη προγραμματισμένη απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τριών έως έξι μηνών (ερωτάται ο ασθενής ή εντοπίζεται από ιατρικά αρχεία).

$$\text{Υπολογισμός ποσοστού (\%) απώλειας από το αρχικό βάρος} = \left[\frac{\text{Απολεσθέν βάρος (κιλά)} / \text{αρχικό βάρος (κιλά)}}{\text{αρχικό βάρος (κιλά)}} \right] \times 100$$

- ✚ Βήμα 3: Σημειώνεται αν η διατροφική πρόσληψη του ασθενούς έχει μεταβληθεί ή είναι πιθανό να μεταβληθεί λόγω κάποιας ασθένειας. Τέτοιοι ασθενείς θεωρούνται αυτοί που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, έχουν δυσκολίες στην κατάποση (π.χ. μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο), ή υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση του γαστρεντερικού συστήματος.

- ✚ Βήμα 4: Μετά από κάθε ένα από τα βήματα 1, 2 και 3, θα έχει προκύψει ένα σκορ από 0-2 για κάθε βήμα. Αυτά τα σκορ θα πρέπει να προστεθούν για να προσδώσουν μια συνολική βαθμολογία, η οποία αντιπροσωπεύει τον συνολικό κίνδυνο υποσιτισμού (χαμηλός, μέτριος ή υψηλός) του ασθενή.
- ✚ Βήμα 5: Για ασθενείς με μέτριο ή υψηλό κίνδυνο, πρέπει να δημιουργηθεί διατροφικό πλάνο για την αποκατάσταση του ασθενούς, βάσει των προτάσεων του MUST και της πολιτικής του νοσοκομείου (Blazer, 2003).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε ειδικές ομάδες ασθενών, όπως τα άτομα που έχουν διαταραχές στην ισορροπία υγρών, ακρωτηριασμένους ασθενείς, αυτούς που έχουν κρίσιμη ασθένεια και οι γυναίκες που είναι έγκυες ή θηλάζουν (Malnutrition Advisory Group, 2003). Χρησιμοποιώντας αυτό το ερωτηματολόγιο, οι υποσιτισμένοι ασθενείς αναγνωρίζονται με την είσοδό τους στο νοσοκομείο και παραπέμπονται άμεσα στον διαιτολόγο (Malnutrition Advisory Group, 2003). Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Όσο αφορά την προγνωστική εγκυρότητα του εργαλείου, οι Schueren et al. το 2013 συμπέραναν, εξετάζοντας παλιά και πρόσφατη βιβλιογραφία, πως όταν το σκορ του MUST είναι από 2 και πάνω τότε υπάρχει ικανοποιητική προγνωστική αξία ως προς τη διάρκεια νοσηλείας και το ποσοστό θνησιμότητας των ενήλικων ενδονοσοκομειακών ασθενών (Schueren et al., 2013).

3.4.5 Κλίμακα MNA

Το MNA επικυρώθηκε το 1994 και μεταφράστηκε σε 20 γλώσσες και αποτελεί ένα ερευνητικό εργαλείο με υψηλή ευαισθησία και αξιοπιστία. Η επικύρωση του σε διεθνές επίπεδο έγινε στην μελέτη των Vellas et al. (2006) που πραγματοποιήθηκε σε 600 ηλικιωμένους. Η κλίμακα MNA είναι εύκολο στη χρήση του και συνήθως χρησιμοποιείται από ιατρούς και από άτομα που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες. Η αξιολόγηση όταν χρησιμοποιείται η εκτεταμένη μορφή του ερωτηματολογίου MNA διαρκεί 15 λεπτά, ενώ η αξιολόγηση της σύντομης εκδοχής της κλίμακας διαρκεί 3 λεπτά. Αξίζει να σημειωθεί ότι

η εκτεταμένη μορφή του ερωτηματολογίου θεωρείται πιο αξιόπιστο εργαλείο για τον προσδιορισμό της υποθρεψίας (Vellas et al., 2006).

Η κλίμακα του MNA συνίσταται από τέσσερα τμήματα:

- ✚ Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις (εκτίμηση δείκτη BMI, μέτρηση περιφέρειας του μεσοβραχίονα, της γαστροκνημίας και της πιθανής απώλειας βάρους για τους 3 τελευταίους μήνες.
- ✚ Στο δεύτερο μέρος αξιολογείται η ικανότητα του ατόμου να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, η παρουσία της νόσου της υποθρεψίας και η ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου.
- ✚ Στο τρίτο μέρος γίνεται η διατροφική αξιολόγηση του συμμετέχοντα και
- ✚ Στο τέταρτο μέρος γίνεται αυτοαξιολόγηση του ηλικιωμένου και στο τέλος υπολογίζεται ένα σκορ, όπου η μέγιστη τιμή μπορεί να είναι 29 βαθμοί και η ελάχιστη 0 βαθμοί. Με βάση τη βαθμολογία που συγκεντρώνει ο συμμετέχοντας σε αυτό το μέρος μπορεί να χαρακτηριστεί ως εξής:
 - Όταν συγκεντρώνει >24 βαθμούς έχει φυσιολογική διατροφική κατάσταση
 - Όταν συγκεντρώνει 17-23,5 βαθμούς παρουσιάζει κίνδυνο υποθρεψίας.
 - Όταν συγκεντρώνει λιγότερους από 17 βαθμούς πάσχει από υποθρεψία (Hrnciarikova et al., 2006).

3.5 Συνέπειες της υποθρεψίας

Η υποθρεψία μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας και τα προβλήματα αυτά σχετίζονται κυρίως με την ίδια τη λειτουργία του οργανισμού (Carney et al., 2003).

3.5.1 Μύες και οστά

Η πρώτη αρνητική συνέπεια που είναι προφανής με την υποθρεψία είναι η απώλεια μυϊκού ιστού, καθώς και άλλων οργανικών ιστών. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι η μυϊκή λειτουργία συνήθως εκπίπτει πριν γίνουν εμφανείς οι αλλαγές στη μυϊκή μάζα, κάτι που αποδεικνύει τη σημασία της διατροφής στη διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του σώματος, ανεξάρτητα από την επιμέρους, βάσει σύνθεσης, επίδρασή της στο μυϊκό ιστό (Carney et al., 2003).

Ομοίως, η ορθή λειτουργία των μυών αποκαθίσταται πιο γρήγορα συγκριτικά με την πλήρη αποκατάσταση της μυϊκής μάζας, όταν το άτομο υποστηρίζεται διατροφικά. Όσο αφορά την οστική πυκνότητα, υπάρχει μείωσή της κατά την απώλεια βάρους και πιο ειδικά όταν η πρόσληψη μαγνησίου και/ή βιταμίνης D είναι ανεπαρκείς. Σε αντίθεση με το μυϊκό ιστό, τα οστά αναδιαμορφώνονται με αργό ρυθμό, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος κατάγματος σε αυτές τις περιπτώσεις να είναι μεγάλος (Carney et al., 2003).

3.5.2 Καρδιαγγειακό και αναπνευστικό

Τα άτομα που πάσχουν από υποθρεψία χάνουν συνήθως μάζα από τον καρδιακό μυ. Οι επιπτώσεις στον καρδιακό μυ και στην λειτουργία της καρδιάς συχνά επιδρούν και στη λειτουργία του νεφρού, την οποία δυσχεραίνουν. Το παραπάνω γεγονός οφείλεται στο ότι μειώνεται η νεφρική αιμάτωση και ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης. Επίσης, η έκπτωση της λειτουργίας του διαφράγματος και των αναπνευστικών μυών, μειώνει την πίεση του βήχα και την απόχρεμψη των εκκρίσεων, καθυστερώντας την ανάρρωση από λοιμώξεις του αναπνευστικού. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί πιθανώς να χρειαστούν αναπνευστική υποστήριξη, γεγονός που θα αυξήσει τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο και κατ' επέκταση τον κίνδυνο προσβολής τους από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις (Atlantis et al., 2009).

3.5.3 Γαστρεντερικό

Η επαρκής τροφή θεωρείται βασική προϋπόθεση για τη σωστή λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα. Όταν ο ηλικιωμένος προσλαμβάνει μικρή ποσότητα τροφής, η οποία δεν μπορεί να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες του ασθενή αλλάζει η λειτουργία της εξωκρινούς μοίρας του παγκρέατος, της αιματικής ροής στο έντερο, της αρχιτεκτονικής των λαχνών και της εντερικής διαπερατότητας (Atlantis et al., 2009).

Όταν περιορίζεται η τροφή, τότε περιορίζονται και τα πεπτικά ένζυμα, με αποτέλεσμα τη δευτερογενή δυσανεξία στη λακτόζη και την πρόκληση διάρροιας και μπορεί το γεγονός, το οποίο μπορεί να συνδεθεί και με το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας σε σοβαρά υποσιτιζόμενους ασθενείς (Saunders et al., 2010).

2.4.4 Ανοσοποιητικό σύστημα

Η ανοσολογική λειτουργία καταστέλλεται από νωρίς σε περιπτώσεις υποθρεψίας, ως αποτέλεσμα μειωμένης κυτταρικής ανοσίας, έκκρισης κυτοκινών και φαγοκυτταρικής λειτουργίας, γεγονός που συνεπάγεται αύξηση του κινδύνου λοίμωξης. Οι υποσιτιζόμενοι παρουσιάζουν ραγδαίες μεταβολικές αλλαγές που μειώνουν την ικανότητα του σώματος να προσαρμόζεται, να αναρρώνει (Alberda, et al., 2006) και παράλληλα, διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο να προσβληθούν από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, καθώς και από βακτηριακές ή παρασιτικές λοιμώξεις, που μπορεί να εξελιχθούν με ταχείς ρυθμούς (Field et al., 2002).

Ο πυρετός, όπως και οι συνήθεις δείκτες οξείας φλεγμονής μπορεί να παρουσιάσουν μείωση κατά τον υποσιτισμό (Saunders et al., 2011). Η αλληλεπίδραση μεταξύ της διατροφής και του ανοσοποιητικού συστήματος έχει αναγνωριστεί από τη δεκαετία του 1970, όταν σε έρευνες οι μετρήσεις της ανοσοποιητικής λειτουργίας συμπεριελήφθησαν στη θρεπτική αξιολόγηση ασθενών (Field et al., 2002).

3.4.5 Ενδοκρινικό σύστημα

Οι περισσότερες ενδοκρινικές λειτουργίες υποβαθμίζονται με την εξέλιξη του υποσιτισμού. Συγκεκριμένα, μειώνεται η παραγωγή της T4 (θυροξίνης) και T3 (Τριωδοθυρονίνης), ενώ η ανάστροφη T3 αυξάνεται. Η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (Thyroid-stimulating hormone) είναι συνήθως σε φυσιολογικά επίπεδα, εκτός και αν υπάρχει διαταραχή και στα επίπεδα ιωδίου. Επιπλέον, παρατηρείται πτώση στην παραγωγή γοναδοτροπίνων, μειώνονται τα επίπεδα τεστοστερόνης, οιστρογόνων και προγεστερόνης, ενώ η αμηνόρροια αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο. Με την εξέλιξη του υποσιτισμού, η έκκριση ινσουλίνης μειώνεται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει η ευαισθησία στην ινσουλίνη, οπότε η γλυκόζη του αίματος παραμένει σε χαμηλά-φυσιολογικά όρια (Saunders et al., 2010). Υπογλυκαιμίες δημιουργούνται συνήθως σε προ-τερματικές φάσεις, αλλά μπορεί και να υποδηλώνουν συμπτωματική σήψη. Κατά την επανασίτιση, υπάρχει περίπτωση να εμφανιστεί αντίσταση στην ινσουλίνη, κατάσταση γνωστή ως «σακχαρώδης διαβήτης υποσιτισμού» (Field et al., 2002).

3.4.6 Σύνδρομο επανασίτισης

Δεν είναι λίγα τα περιστατικά συνδρόμου επανασίτισης και τελικά πολυοργανικής ανεπάρκειας και θανάτου που προέκυψαν με την έναρξη διατροφικής υποστήριξης σε άτομα που βρίσκονταν σε κατάσταση ασιτίας. Συγκεκριμένα, σε κίνδυνο είναι εκείνοι που δέχονται μικρή ποσότητα ή και καθόλου σίτιση για παρατεταμένες περιόδους και φυσικά εκείνοι που είναι σοβαρά υποσιτισμένοι. Ασθενείς με περιορισμένη διατροφική πρόσληψη, αυξημένες μεταβολικές ανάγκες ή/και αυξημένες απώλειες υφίστανται μειωμένη ικανότητα προσαρμογής, με αποτέλεσμα την παρουσία ανεπαρκειών σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και ηλεκτρολύτες. Επιπλέον, παρατηρείται ενδοκυτταρική εξάντληση καλίου, μαγνησίου και φωσφόρου, η οποία οδηγεί σε αύξηση της ενδοκυττάριας παρουσίας νάτριου και νερού (Saunders et al., 2010).

Η πηγή άντλησης ενέργειας παρουσιάζεται αλλαγμένη με το σώμα να μεταβολίζει κατά κύριο λόγο λιπίδια. Η προσφορά θρεπτικών συστατικών ξανά στον οργανισμό θα

αντιστρέφει αυτές τις αλλαγές. Ωστόσο, αν είναι πολύ γρήγορη ή μη ισορροπημένη, μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες μετατοπίσεις ηλεκτρολυτών και σε ελλείψεις σε μικροθρεπτικά συστατικά. Οι ασθενείς που κινδυνεύουν περισσότερο είναι όσοι λαμβάνουν εντερική σίτιση μέσω σωλήνα ή παρεντερική διατροφή. Βέβαια, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται και στους ασθενείς που χορηγούνται εκ του στόματος συμπληρώματα διατροφής (Saunders et al., 2010).

Κεφάλαιο 4^ο: Σχέση κατάθλιψης και υποθρεψίας

4.1 Σχέση κατάθλιψης και υποθρεψίας

Τόσο η υποθρεψία όσο και η κατάθλιψη, συναντώνται συχνά ως προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, δυσχεραίνοντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η σχέση ανάμεσα στις δύο καταστάσεις έχει απασχολήσει αρκετά την ερευνητική κοινότητα, ενώ έχει βρεθεί θετική συνάφεια ανάμεσα στις δύο μεταβλητές (Mokhber et al., 2011).

Έχει παρατηρηθεί με συνέπεια πως η υποθρεψία και η κακή ποιότητα διατροφής συναντάται πιο συχνά σε ηλικιωμένους, παρά σε νεότερους ενήλικες. Ωστόσο, η διαδικασία του γήρατος, ως μοναδικός και επαρκής παράγοντας, παρά την εμφάνιση ατροφικής φλεγμονής του στομάχου, δεν οδηγεί ούτε σε δυσαπορρόφηση ούτε σε υποθρεψία, καθώς εντοπίζονται και άλλοι αναγκαίοι παράγοντες όπως κοινωνικοί, σωματικοί ή ψυχολογικοί (Cabrera et al., 2007).

Από την άλλη, είναι πλέον γεγονός πως στις μεγαλύτερες ηλικίες, μαζί με τις σωματικές ασθένειες, κάνουν έντονη την εμφάνισή τους και οι ψυχικές. Στον γηριατρικό πληθυσμό, εμπειρίες που επηρεάζουν την ψυχολογία, όπως η απώλεια προσώπων, η κοινωνική απομόνωση ή και αλλαγές στη βιοχημεία του εγκεφάλου, όπως η μείωση των νευροδιαβιβαστών, μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης στα άτομα τρίτης ηλικίας. Πώς συσχετίζονται οι δύο αυτές μεταβλητές –της κατάθλιψης και της υποθρεψίας- μεταξύ τους στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας (Mokhber et al., 2011);

Αξίζει να ληφθεί υπόψη πως μια μειωμένη πρόσληψη ενέργειας, που θα οδηγήσει σε μείωση του σωματικού βάρους, μπορεί να προκαλείται από κοινωνικούς ή βιολογικούς παράγοντες ή και από συνδυασμό των δύο. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η εμπειρία της απώλειας, η μοναξιά και το μη υποστηρικτικό ή/και ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο είναι οι βασικοί λόγοι εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους

ηλικιωμένους. Επιπλέον, δυσκολίες στη μάσηση, στην κατάποση, καρδιακή ανεπάρκεια, ανεπαρκής φροντίδα και καταθλιπτική διάθεση είναι οι τυπικές αιτίες της κακής διατροφής και της υποθρεψίας στην Τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, η σοβαρή υποθρεψία φαίνεται να έχει χειρότερη πρόγνωση και αποτελεί σοβαρό παράγοντα θνησιμότητας (Marian et al., 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα σύγχρονων ερευνών, φαίνεται πως η κατάθλιψη συνδέεται με την υποθρεψία αμφίδρομα. Η κακή διατροφική κατάσταση επιδεινώνει τη δριμύτητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ από την άλλη μεριά διατυπώνεται η άποψη ότι η ανορεξία ως καταθλιπτικό σύμπτωμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση υποθρεψίας. Αξίζει να σημειωθεί, πως η κατάθλιψη σύμφωνα με έρευνες, αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα απώλειας σωματικού βάρους σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε ιδρύματα. (Marian et al., 2013).

Η οικογένεια και οι φροντιστές θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση για τυχόν ενδείξεις απώλειας βάρους ή όρεξης, ενώ θα πρέπει να παρέχουν ένα αρκετά υποστηρικτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα φροντίζουν και θα πληροφορούν τα άτομα τρίτης ηλικίας για τις σωστές διατροφικές συνήθειες. Είναι σημαντικό να δοθεί προσοχή στις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων καθώς και στη συναισθηματική τους κατάσταση.. (Mokhber et al., 2011).

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τη σχέση που συνδέει τις διατροφικές διαταραχές και την πνευματική κατάσταση του ηλικιωμένου, καθώς και την ψυχολογική του κατάσταση είναι περιορισμένες (Cabrerá et al., 2007; Mokhber et al., 2011). Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης των ερευνών που αξιολογούν την σχέση της κατάθλιψης και του κινδύνου υποθρεψίας συνηγορούν στο ότι οι δύο αυτές μεταβλητές συσχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Στην έρευνα των Kvamme et al. (2011) σε ένα μεγάλο δείγμα που περιελάμβανε 1558 άνδρες και 1553 γυναίκες, ηλικίας 65 έως 87 ετών, ο κίνδυνος της υποθρεψίας αξιολογήθηκε με χρήση της κλίμακας MUST και του δείκτη BMI και η πνευματική κατάσταση του ηλικιωμένου από το δείκτη SCL-10. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υψηλός κίνδυνος υποθρεψίας υπάρχει σε ποσοστό 6% των ανδρών και σε ποσοστό 8.6% των γυναικών. Σημαντικά συμπτώματα που

δείχνουν ότι πρέπει να υπάρχει κατάθλιψη διαπιστώθηκαν στο 3.9% των ανδρών και στο 9.1% των γυναικών. Στα πλαίσια της μελέτης διαπιστώθηκε ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης (SCL-10 score ≥ 1.85) συσχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο υποθρεψίας.

Πίνακας 3: Συσχέτιση δείκτη BMI και SCL. Πηγή: Kvamme et al. (2011)

BMI categories	SCL-10 score ≥ 1.85 % (proportions)	OR (95% CI) for SCL-10 score ≥ 1.85	
		Adjusted for age and sex	Multivariable adjusted ^a
< 20.0	15.2 (12/79)	2.3 (1.1-4.5)	2.0 (1.0-4.0)
20.0-22.4	5.2 (16/308)	0.8 (0.4-1.4)	0.8 (0.4-1.4)
22.5-24.9	6.7 (42/631)	1.1 (0.7-1.8)	1.1 (0.7-1.7)
25.0-27.4	5.6 (45/803)	1.0 Reference	1.0 Reference
27.5-29.9	6.5 (42/646)	1.1 (0.7-1.8)	1.1 (0.7-1.7)
≥ 30.0	7.1 (46/644)	1.2 (0.8-1.8)	1.2 (0.8-1.9)

Πίνακας 4: Συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και καταθλιπτικής συμπεριφοράς. Πηγή: Mokhber et al. (2011)

Variable	Non-depressed (GDS ≥ 10) n=141 (72%)	Depressed (GDS < 10) n=54 (28%)	P-value
Age (mean (SD))	73.3 (5.5)	74.8 (5.9)	0.09
Male gender (n (%))	93 (79.5)	24 (20.5)	0.006
Married (n (%))	97 (68.8)	32 (59.3)	0.21
Education, years (mean (SD))	11.1 (4.7)	9.85 (5.5)	0.12
Immigration status, years (mean (SD))	22.5 (19.1)	21.8 (20.8)	0.85
Number of diseases (mean (SD))	6.1 (2.7)	7.5 (2.8)	0.003
Number of medications (mean (SD))	5.2 (2.6)	5.04 (2.5)	0.78
Modified Barthel Index score (mean (SD))	97.99 (5.8)	92.02 (15.9)	0.009
Mini-Mental State Examination score (mean (SD))	28.01 (3.5)	25.3 (3.8)	<0.001

4.2 Η υποθρεψία ως αίτιο της κατάθλιψης

Στα ίδια συμπεράσματα έχει καταλήξει και η μελέτη για την πείνα της Μινεσότα από τα μέσα της δεκαετίας του 1940, στην οποία αναφέρεται ότι η διατροφική στέρηση και η απώλεια βάρους προκαλούν κατάθλιψη. Στην έρευνα αυτή έχουμε στοιχεία για τους

λόγους που τα προβλήματα διατροφής μπορούν να οδηγούν κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Όταν οι ηλικιωμένοι έχουν υποθρεψία και στερούνται βασικές θρεπτικές ουσίες που επηρεάζουν τη διάθεση, π.χ. υδατάνθρακες, τρυπτοφάνη, βιταμίνη B12, φολικό οξύ, θειαμίνη και σιδήρου, οι επιβλαβείς ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να θεωρηθούν αποτέλεσμα του υποσιτισμού και των βασικών ελλείψεων θρεπτικών συστατικών. Οι λίγες μελέτες διατροφικής παρέμβασης σε υποσιτιζόμενους ηλικιωμένους, χρησιμοποιώντας μια ισορροπημένη παροχή θρεπτικών συστατικών, αναφέρουν αντικρουόμενα στοιχεία σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις (Cederholm, 2003).

Κάποιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν καταλήξει πως η υποθρεψία μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη εξαιτίας της έλλειψης κάποιων συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω συνοπτικά:

- ✚ Αμινοξέα: Τα αμινοξέα τρυπτοφάνη και 5-υδροξυ τρυπτοφάνη αποτελούν πρόδρομες ουσίες για την παραγωγή σεροτονίνης, ενώ τα αμινοξέα τυροσίνη και φαινυλαλαλίνη αντίστοιχα για την παραγωγή νοραδρεναλίνης. Τα αμινοξέα αυτά τα βρίσκουμε σε πρωτεϊνούχες τροφές, όπως είναι το γάλα, το κρέας, το ψάρι και το τυρί. Η φαινυλαλαλίνη συναντάται σε τροφές που περιέχουν γλυκαντικό ασπαρτάμη. Η έλλειψη σεροτονίνης και φαινυλαλαλίνης οδηγούν στην κατάθλιψη ή μπορεί να επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα κατάθλιψη (Cederholm, 2003).
- ✚ Υδατάνθρακες: Όταν η διαίτα του ηλικιωμένου ατόμου είναι φτωχή σε περιεκτικότητα ως προς υδατάνθρακες, τότε μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα κατάθλιψης, καθώς αδρανοποιείται η παραγωγή σεροτονίνης. Η ινοσιτόλη είναι ένα φυσικό ισομερές γλυκόζης όπου διευκολύνει την μεταφορά της σεροτονίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν προφανώς ανεπαρκές επίπεδο ινοσιτόλης και γι' αυτό το λόγο αν ανεβάσουν τα επίπεδα της ινοσιτόλης μπορούν να βοηθήσουν τη θεραπεία της κατάθλιψης (Cederholm, 2003).

Οι επεξεργασμένοι υδατάνθρακες όπως είναι η ζάχαρη και οι ζαχαρώδεις τροφές προκαλούν άμεσα αποτελέσματα, αλλά είναι προσωρινά, καθώς απορροφώνται

άμεσα από τον οργανισμό και με την έκκριση ινσουλίνης απομακρύνονται γρήγορα από τον οργανισμό. Στην περίπτωση που περισσεύει ζάχαρη στον οργανισμό αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Στην περίπτωση των σύνθετων υδατανθράκων, όπως είναι τα δημητριακά ολικής άλεσης, το μαύρο ψωμί, τα φρούτα, τα λαχανικά μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στον οργανισμό και μπορούν να προκαλέσουν ήπια αποτελέσματα στην θεραπεία κατά της κατάθλιψης, αλλά με μεγαλύτερη διάρκεια (Marian et al., 2013).

✚ Ωμέγα 3: Τα ευεργετικά οφέλη από τα ωμέγα 3 λιπαρά οξέα στην κατάθλιψη βασίζονται επάνω σε δύο σημαντικές διαπιστώσεις που έχουν γίνει με τα χρόνια. Πρώτον, πως εκείνοι που υποφέρουν από κατάθλιψη έχουν χαμηλά επίπεδα ωμέγα 3, και δεύτερον, οι άνθρωποι που κατοικούν σε χώρες που καταναλώνουν ψάρια έχουν χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης. Είναι επίσης πολύ σημαντικό να αναφέρουμε πως η κατανάλωση ωμέγα 3 λιπαρών οξέων δεν έχει σχεδόν καμία παρενέργεια αν παίρνονται με την καθοδήγηση ενός σωστού ειδικού και είναι ευεργετικά επίσης για την καρδιά, τις εγκεφαλικές λειτουργίες γενικότερα, βελτιώνουν την επιδερμίδα, το καρδιοαναπνευστικό σύστημα, ενώ μας κρατά νέους. Επομένως, η έλλειψη του συστατικού ωμέγα-3 μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα προστασίας από την εμφάνιση κατάθλιψης (Cederholm, 2003).

✚ Βιταμίνες: Η γνωστή American Journal of Clinical Nutrition παρουσιάζει μια μακροχρόνια έρευνα που αποδεικνύει την θετική επίδραση του συμπλέγματος βιταμινών B στην διαχείριση των παθήσεων ψυχικής υγείας. Οι ειδικοί επιστήμονες της Nutritional Therapy όταν έχουν περίπτωση ασθενή με κατάθλιψη που επιμένει και δύσκολα θεραπεύεται προτείνουν συχνά το σύμπλεγμα βιταμινών B σε διατροφικό συμπλήρωμα.

Σε μελέτη που συμμετείχαν 3503 ενήλικες με παρακολούθηση 12ετίας, εξετάστηκε εάν η αυξημένη κατανάλωση σε Βιταμίνες B6, B12 και Φολικό οξύ επιδρούσε και με ποιόν τρόπο στην εμφάνιση συμπτωμάτων Κατάθλιψης. Λήφθηκαν επίσης υπόψη η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, η μόρφωση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το εισόδημα και η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα έδειξαν

ότι η αυξημένη κατανάλωση B6, B12 και Φολικού οξέος συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών συμπληρωμάτων συνδέεται με μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης Κατάθλιψης. Μάλιστα καταγράφηκε ότι για κάθε 10mg B6 και B12 που προσέθεταν, μειωνόταν η εμφάνιση συμπτωμάτων Κατάθλιψης κατά 2% ετησίως. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά όμως μεταξύ συμπτωμάτων και κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε αυτές τις βιταμίνες ή Φολικό. Σε άλλη μελέτη φάνηκε επίσης η μεγάλη αξία της βιταμίνης B6 σε μορφή συμπληρώματος στην μείωση της εμφάνισης συμπτωμάτων Κατάθλιψης σε γυναίκες στην κλιμακτήριο (Marian et al., 2013).

Οι βιταμίνες B6, B12 και το Φολικό οξύ είναι απαραίτητες για την εκτέλεση της Μεθυλίωσης η οποία με την σειρά της είναι υπεύθυνη για πολλές σπουδαίες λειτουργίες του οργανισμού μας όπως και αυτή της παραγωγής των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Φαίνεται λοιπόν ότι η μειωμένη συγκέντρωση αυτών των Βιταμινών στο σώμα μας μπορεί να σχετίζεται και με την εμφάνιση Κατάθλιψης (Cederholm, 2003) .

- ✚ **Μέταλλα:** Η έλλειψη μετάλλων σε έναν οργανισμό μπορεί να είναι αιτία εμφάνισης κατάθλιψης π.χ. όταν υπάρχει έλλειψη σε βρώμιο, στους ηλικιωμένους ή με έλλειψη ασβεστίου, χρωμίου ή λιθίου, με έλλειψη μαγνησίου (όμως υπερβολική χορήγηση μπορεί να δημιουργήσει πάλι κατάθλιψη). Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις κατάθλιψη μπορεί να δημιουργηθεί όταν υπάρχει απουσία σε μαγγάνιο, σε κάλιο, σε σελήνιο και σε ψευδάργυρο (Cederholm, 2003).

4.3 Η κατάθλιψη ως αίτιο της υποθρεψίας

Η κατάθλιψη προκαλεί διάφορα προβλήματα στην λειτουργία των ηλικιωμένων. Τέτοια προβλήματα μπορεί να σχετίζονται με διαταραχές του ύπνου, κούραση, διαταραχές στη διατροφή κ.ά. Συγκεκριμένα, αρκετοί νευροδιαβιβαστές και περιοχές του εγκεφάλου εμπλέκονται με την ρύθμιση της διάθεσης και της συναισθηματικής συμπεριφοράς. Όπως έχει προκύψει από έρευνες, πολλοί νευροδιαβιβαστές, όπως είναι η ντοπαμίνη, το

γλουταμινικό, η γλυκίνη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ και τα νευροενεργά πεπτίδια αποτελούν σημαντικούς παράγοντες ρύθμισης της ψυχολογικής κατάστασης (Marian et al., 2013).

Η διαταραχή της όρεξης είναι ένα από τα πιο συνήθη συμπτώματα σε άτομα με κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δημιουργεί προβλήματα που σχετίζονται όχι μόνο με την ποσότητα τροφής που προσλαμβάνεται, αλλά και με την ποιότητα της τροφής αυτής. Η κατάθλιψη συνδέεται με την κακή θρέψη, είτε με την μείωση της ενεργειακής πρόσληψης και την ανορεξία, είτε με την αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης και την υπερφαγία. Επομένως, τόσο η σημαντική έλλειψη βάρους, όσο και το υπερβολικό βάρος συνδέονται με διαταραχές του συναισθήματος (Marian et al., 2013).

Οι Cabrera et al. (2007) στα ευρήματα της έρευνας τους διαπίστωσαν ότι η ανορεξία αποτελούν καταθλιπτικό σύμπτωμα και είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση υποθρεψίας. Μάλιστα, έχει σημειωθεί ότι η κατάθλιψη σύμφωνα με έρευνες, αποτελεί τον βασικότερο παράγοντα απώλειας σωματικού βάρους σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε ιδρύματα.

Ειδικό Μέρος



Κεφάλαιο 5^ο: Μεθοδολογία

5.1 Σκοπός της έρευνας

Η τρίτη και τέταρτη ηλικία και οι γνωστικές και σωματικές αλλαγές που αυτές συνεπάγονται, αποτελεί ένα ευρύ διεπιστημονικό πεδίο και αποτελεί θέμα αρκετών ερευνών. Η διεθνής βιβλιογραφία (Drag et al., 2010) δείχνει ότι η αύξηση της ηλικίας κι η σωματική και γνωστική έκπτωση είναι αλληλένδετα στοιχεία κι έχουν ως αποτέλεσμα δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες, αυτόνομη διαβίωση και μνήμη και οι αλλαγές αυτές επιδρούν στην ψυχολογία των ηλικιωμένων.

Η ερευνητική αυτή εργασία εκπονήθηκε με πρωταρχικό σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης που συνδέει την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την κατάσταση θρέψης σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Συμπεριλήφθηκε και η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων αυτών ατόμων στην εμφάνιση κατάθλιψης, αλλά και στην εμφάνιση διατροφικών προβλημάτων όπως είναι ο υποσιτισμός.

5.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Αρχικά έπρεπε να προσδιοριστεί η μέθοδος έρευνας που θα ακολουθήσουμε. Η μέθοδος έρευνας που θα ακολουθήσει ένας ερευνητής προσδιορίζεται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το είδος των αποτελεσμάτων που θέλει να εξάγει. Όταν στόχος του ερευνητή είναι η αναζήτηση επιστημονικά έγκυρων απαντήσεων στα ερωτήματα που έχει θέσει και η αμερόληπτη γενίκευση των αποτελεσμάτων του, τότε ο ερευνητής θα αξιοποιήσει μεθόδους ποσοτικής έρευνας. Στην αντίθετη περίπτωση που στόχος του είναι η κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας, χωρίς να αποσκοπεί στην γενίκευση των αποτελεσμάτων τότε ο ερευνητής θα αξιοποιήσει μεθόδους ποιοτικής έρευνας (Mason, 2003).

Κάθε μια από τις παραπάνω προσεγγίσεις, ποσοτική και ποιοτική, έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά. Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των ποσοτικών μεθόδων αυτά είναι (Παρασκευόπουλος, 1993):

- η σταθερή και δύσκαμπτη δομή,
- η σύνδεση δύο ή περισσότερων μεταβλητών,
- η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού,
- η δυνατότητα ανάδειξης γενικών τάσεων στον πληθυσμό,
- η πεποίθηση ότι οι θεωρητικές υποθέσεις υποβάλλονται σε πιο αυστηρό και έγκυρο έλεγχο,
- η μέτρηση θεωρητικών εννοιών μέσω εργαλείων (π.χ. ερωτηματολόγιο),
- η ταχεία διεκπεραίωση της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων,
- η πειθαρχία στη θετικιστική σκέψη: (Οι θεωρίες εκτίθενται σε έλεγχο με εμπειρικά δεδομένα και επαληθεύονται ή όχι με συστηματικές και ακριβείς μετρήσεις).

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά των ποιοτικών μεθόδων (Παρασκευόπουλος, 1993), αυτά είναι τα εξής:

- η ευέλικτη δομή, η οποία επιτρέπει αλλαγές στα ερωτήματα που τίθενται, στο δείγμα που χρησιμοποιείται, καθώς και στον τρόπο που συλλέγονται τα δεδομένα.

- η διαμόρφωση και συγκεκριμενοποίηση του θέματος με την εξέλιξη της έρευνας,
- η μελέτη μικρού αριθμού περιπτώσεων,
- η διαμόρφωση ολικής εικόνας για κάθε περίπτωση και η ανεύρεση των κοινών τους στοιχείων,
- η μη ανάδειξη γενικών τάσεων,
- η κατασκευή αναπαραστάσεων της κοινωνικής πραγματικότητας,
- η επισήμανση του ιστορικού και κοινωνικού πλαισίου για την ερμηνεία των παρατηρούμενων συμπεριφορών.

Έχοντας τα παραπάνω υπόψη μας, επιλέξαμε να ακολουθήσουμε μία ποσοτική προσέγγιση, διότι επιδιώκεται να αναδείξουμε το αποτέλεσμα της ανάλυσης των δεδομένων μέσα από στατιστική μελέτη. Συγκεκριμένα επιλέξαμε να συντάξουμε ερωτηματολόγια που θα συμπληρωθούν από εύλογο αριθμό συμμετεχόντων, ικανό να θεωρηθεί η παρούσα εργασία αξιόλογη. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα που χρησιμοποιείται σε τέτοιου είδους έρευνες, τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα που εξάγονται (Mason, 2003).

5.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Ξεκινώντας λοιπόν την παρούσα μελέτη, μετά την διερεύνηση της σχετικής βιβλιογραφίας τέθηκαν κάποια ερωτήματα, τα οποία στόχος ήταν να ελεγχθούν μετά τη συλλογή των δεδομένων. Το κύριο ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι το εξής:

H1: Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατάσταση θρέψης και στα συμπτώματα κατάθλιψης του ηλικιωμένου.

Για να διερευνηθεί το παραπάνω ερώτημα εξετάζεται η συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στο δείκτη GDS (δείκτη για την κατάθλιψη) και τους δείκτες MNA, MUST, Σ.Μ.Μ.Τ. και BMI και της περιμέτρου του βραχίονα (δείκτες για την κατάσταση θρέψης).

Τα δευτερεύοντα ερευνητικά ζητήματα που καλούμαστε να απαντήσουμε στα πλαίσια της τρέχουσας έρευνας είναι τα εξής:

H2: Υπάρχει συσχέτιση του δείκτη MNA και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία και φύλο).

H3: Υπάρχει συσχέτιση του δείκτη MUST και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία και φύλο).

H4: Υπάρχει συσχέτιση του δείκτη GDS και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία και φύλο).

H5: Υπάρχει συσχέτιση του δείκτη Σ.Μ.ΣΤ. και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία και φύλο).

H6: Υπάρχει συσχέτιση του δείκτη BMI και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ηλικία και φύλο).

H7: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δεικτών που αξιολογούν την κατάσταση θρέψης (δείκτες MNA, MUST, Σ.Μ.Τ.Μ. και BMI και της περιμέτρου του βραχίονα)

5.4 Δείγμα

Η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας . Η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού, η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης για την ανάδειξη γενικών τάσεων καθιστούν την δειγματοληπτική έρευνα την πλέον καθιερωμένη μέθοδο για την μελέτη των κοινωνικών φαινομένων (Holloway et al., 1996).

Το πρώτο βήμα στην δειγματοληπτική διαδικασία είναι ο προσδιορισμός του πληθυσμού, τον οποίο θα αφορούν τα συμπεράσματα της έρευνας . Η έρευνα απευθύνεται σε ηλικιωμένους τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Στην συνέχεια έπρεπε να οριστεί το δείγμα, καθώς ο πληθυσμός είναι πολύ γενικός, αρκεί να αναλογιστούμε πως στη χώρα πόσοι ηλικιωμένοι υπάρχουν πάνω από 60 ετών (Holloway et al., 1996).

Τον πληθυσμό στόχο της μελέτης αποτέλεσαν άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών, μέλη των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Βόλου. Η επιλογή της ηλικίας (60 ετών και άνω) έγινε με βάση το όριο ηλικίας για την εγγραφή στα μητρώα των Κ.Α.Π.Η., σύμφωνα με το καταστατικό λειτουργίας τους. Για την εξυπηρέτηση του σκοπού της ερευνητικής προσπάθειας, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε επτά Κ.Α.Π.Η. που εδρεύουν στο Δήμο Βόλου. Η επιλογή της περιοχής μελέτης έγινε λόγω της δυνατότητας πρόσβασης που υπήρξε στην συγκεκριμένη περιοχή. Συγκεκριμένα, επισκεφτήκαμε και συμπληρώσαμε ερωτηματολόγια από τα εξής Κ.Α.Π.Η.: Κ.Α.Π.Η. "ΘΕΟΦΙΛΟΣ", Κ.Α.Π.Η. ΝΕΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΑΣ, Κ.Α.Π.Η. ΑΓΙΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Κ.Α.Π.Η. ΚΑΙΣΑΡΕΙΑΣ-ΕΥΦΡΑΙΜΙΔΟΥ, Κ.Α.Π.Η. ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ, Κ.Α.Π.Η. ΠΛΑΤΕΙΑ ΤΣΙΓΑΝΤΕ και Κ.Α.Π.Η. ΓΛΑΦΥΡΩΝ.

Για τον καθορισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, αναλογική ως προς το φύλο. Συγκεκριμένα ζητήθηκε από 250 ηλικιωμένους να συμμετάσχουν στην έρευνα και τελικά καταφέραμε να συμπληρώσουμε 132 ερωτηματολόγια, γεγονός το οποίο οφείλεται στο ότι οι ηλικιωμένοι λόγω νοοτροπίας

δεν είναι εξοικειωμένοι στην ενασχόληση με τέτοιες έρευνες ή λόγω ανικανότητας από ασθένεια, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν.

Μετά την έγκριση της διεξαγωγής της μελέτης από το Διοικητικό Συμβούλιο των επτά Κ.Α.Π.Η. του δήμου Βόλου, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τις πρωινές και απογευματινές ώρες, όλες τις ημέρες της εβδομάδας, κατά το χρονικό διάστημα από 01/09/2014 έως 01/10/2014. Πριν την διεξαγωγή της κύριας έρευνας, προηγήθηκε πιλοτική φάση, κατά την οποία τα εργαλεία και η διαδικασία δοκιμάστηκαν σε δέκα άτομα.

5.5 Μετρήσεις – Συλλογή Δεδομένων

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των πρωτογενών στοιχείων ήταν α) ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την κλίμακα MNA, MDS και GDS και ανθρωπομετρικές μετρήσεις: του σωματικού βάρους, του αναστήματος, της περιμέτρου του βραχίονα και την απώλεια βάρους τους τελευταίους 3-6 μήνες, ώστε να εκτιμηθεί ο δείκτης BMI και ο κίνδυνος σύμφωνα με την κλίμακα MUST.

5.5.1 Μέτρηση Σωματικού Βάρους

Για να μετρηθεί το βάρος των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας χρησιμοποιήθηκε ψηφιακός ζυγός ακριβείας. Οι ηλικιωμένοι ζυγίστηκαν με ελαφρύ ρουχισμό και χωρίς παπούτσια. Το βάρος καταγράφηκε με προσέγγιση δεκάτου. Στην περίπτωση των ηλικιωμένων, οι οποίοι αντιμετώπιζαν δυσκολίες να σταθούν όρθιοι ή ήταν κλινήρεις χρησιμοποιήθηκαν προσεγγιστικές μέθοδοι για την εκτίμηση του βάρους, όπως αναπτύχθηκε από τους Chumlea et al. (1998). Ο προσεγγιστικός τύπος που εφαρμόζεται για τους άντρες και για τις γυναίκες αντίστοιχα είναι ο εξής:

✚ Για τους άντρες:

$$\Sigma B = (\text{ΠΒ} * 2,31) + (\text{ΠΚ} * 1,50) - 50,10 \text{ (Σφάλμα Εκτίμησης} = \pm 5,37 \text{ kg)}$$

✚ Για τις γυναίκες:

$$\Sigma B = (\text{ΠΒ} * 1,63) + (\text{ΠΚ} * 1,43) - 37,46 \text{ (Σφάλμα Εκτίμησης} = \pm 4,96 \text{ kg)}$$

Όπου ΠΒ και ΠΚ είναι η περίμετρος βραχίονα και κνήμης αντίστοιχα σε cm.

5.5.2 Μέτρηση Αναστήματος

Η μέτρηση του αναστήματος έγινε με ειδικό μέτρο, αφού ο ηλικιωμένος έβγαλε τα υποδήματά του. Η προσέγγιση του ύψους των ατόμων έγινε στο χιλιοστόμετρο. Στην περίπτωση των ηλικιωμένων που δεν είχαν δυνατότητα να σταθούν όρθιοι ή ήταν κλινήρεις, εφαρμόστηκε ο προσεγγιστικός τύπος για την εκτίμηση του ύψους όπως αναπτύχθηκε από την American Dietetic Association για τους άντρες και τις γυναίκες με ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών. Συγκεκριμένα εφαρμόστηκαν οι εξής τύποι:

✚ Για τους άντρες:

$$\Upsilon \psi \omicron \varsigma = 43,21 + (2,14 * \Upsilon \Gamma) - (0,17 * \text{H}) \text{ (Σφάλμα Εκτίμησης} = \pm 7,84 \text{ cm)}$$

✚ Για τις γυναίκες:

$$\Upsilon \psi \omicron \varsigma = 75,0 + (1,91 * \Upsilon \Gamma) - (0,17 * \text{H}) \text{ (Σφάλμα Εκτίμησης} = \pm 8,82 \text{ cm)}$$

Όπου ΥΓ και Η είναι το ύψος του γονάτου και η ηλικία του ηλικιωμένου αντίστοιχα.

5.5.3 Μέτρηση Δείκτη Μάζας Σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI, Body Mass Index) είναι ένας εύκολος τρόπος να δούμε αν είμαστε παχύσαρκοι ή όχι. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά περίπου το 1850 και από τότε αποτελεί το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για τον εντοπισμό προβλημάτων βάρους. Για να υπολογίσουμε το BMI διαιρούμε το σωματικό βάρος με το τετράγωνο του ύψους (kg/m^2) και η αξιολόγηση γίνεται ως εξής : Οι Peeters et al. (2003) ορίζουν ότι οι ηλικιωμένοι με δείκτη μάζας σώματος (BMI) μικρότερο από $22 \text{ kg}/\text{m}^2$, είναι πιθανό να πάσχουν από υποθρεψία.

5.5.4 Περίμετρος στο μέσο του βραχίονα (MUAC)

Η περίμετρος στο μέσο του βραχίονα αποτελεί ουσιαστικά την περίμετρο του αριστερού βραχίονα και μετράται στο μέσο της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και την άκρη του αγκώνα (Nations System of Organization). Δεδομένου ότι υπάρχουν διαφορετικές διατομές βραχιονίου στις περιοχές των οστών σε άνδρες έναντι των γυναικών, δεν είναι σαφές κατά πόσον κοινά σημεία για τα δύο φύλα θα αποδειχθούν κατάλληλα. Με συνδυασμό δεδομένων ΔΜΣ και αντιστοίχιση στοιχείων μέσω πινάκων του συστήματος, βρίσκουμε τον λόγο του δείκτη MUAC που μας δείχνει αν το άτομο κινδυνεύει από υποθρεψία. Αν το MUAC είναι 32.0 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι $>30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (Stini, 1973).

5.5.5 Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (GDS)

Η τυποποιημένη Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) έχει κατασκευαστεί ως αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα 15 κλειστού τύπου ερωτήσεων, τύπου «ΝΑΙ – ΟΧΙ» η συμπλήρωση της οποίας απαιτεί περίπου 5 λεπτά. Η GDS-15 έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα σε ηλικιωμένο πληθυσμό από τους Fountoulakis et al. (1999). Για τη βαρύτητα της κατάθλιψης ακολουθήθηκε η κατηγοριοποίηση που χρησιμοποιήθηκε κατά την ελληνική στάθμιση:

✚ 0 - 5 = απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων,

✚ 6 - 10 = μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία

✚ 11 - 15 = σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία

5.5.6 Κλίμακα MEDITERRANEAN DIET SCORE (MDS)

Πιο συγκεκριμένα, για την κατανάλωση τροφίμων που θεωρητικά είναι κοντά σε αυτό το πρότυπο δόθηκαν βαθμοί 0, 1, 2, 3, 4 και 5, όταν οι συμμετέχοντες ανέφεραν μη κατανάλωση, σπάνια, συχνή, πολύ συχνή, εβδομαδιαία και ημερήσια, αντίστοιχα. Για την κατανάλωση τροφίμων τα οποία θεωρητικά είναι μακριά από το πρότυπο δόθηκαν αντίστροφες βαθμολογήσεις. Ο συμμετέχοντας στην έρευνα ανάλογα με το σκορ που συγκεντρώνει κατατάσσεται στις εξής κατηγορίες (Fountoulakis et al. , 1999):

✚ 0-20 (ΧΑΜΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)

✚ 21-35 (ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)

✚ 36-55 (ΥΨΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)

5.5.7 Κλίμακα MNA

Το MNA είναι ένα καλά επικυρωμένο εργαλείο, με υψηλή ευαισθησία και αξιοπιστία. Έχει επικυρωθεί διεθνώς και έχει σχεδιαστεί για την εύκολη χρήση από τους ιατρούς, καθώς επίσης και για αυτούς που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες και συμμετέχουν στην φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία και τους οίκους ευγηρίας. Λόγω της ισχύος του

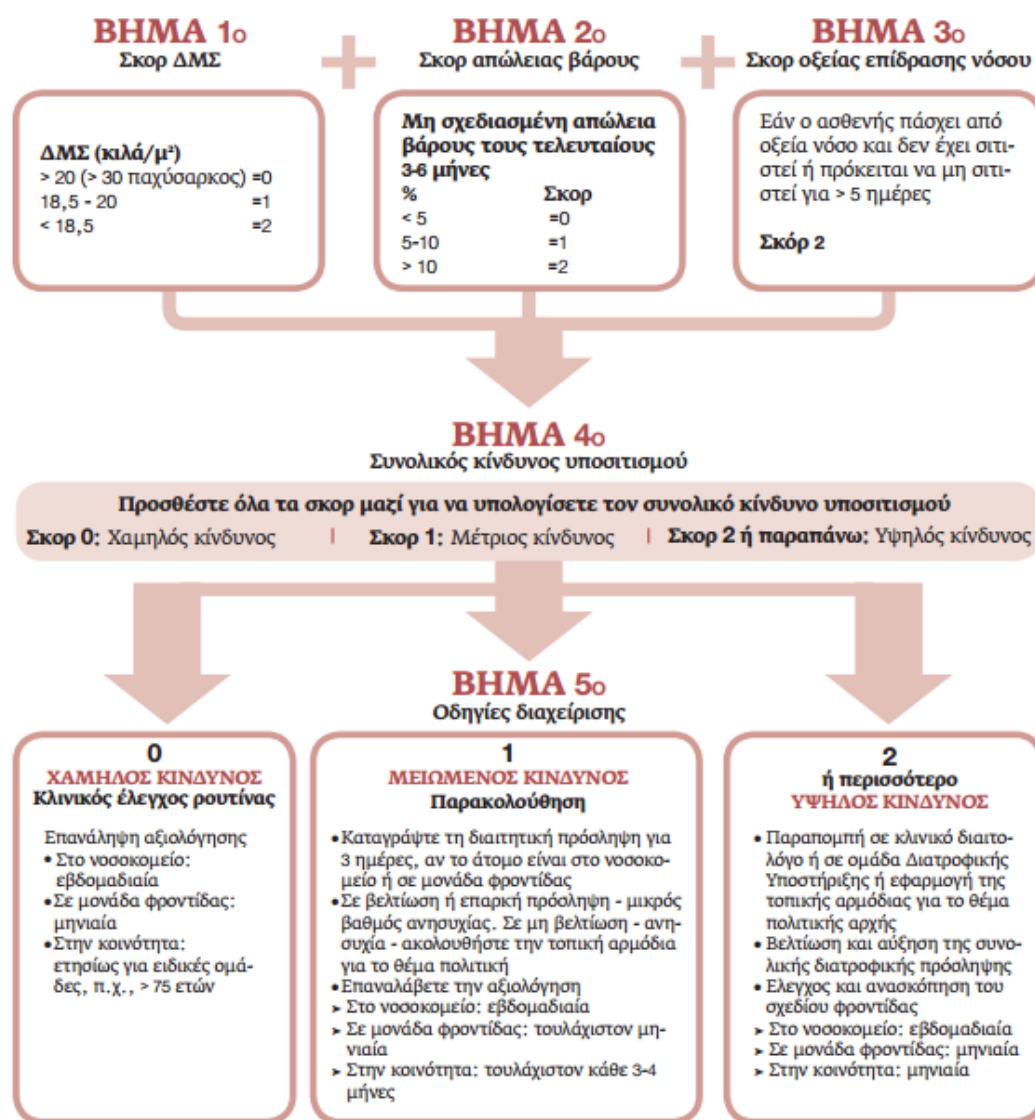
στην αξιολόγηση του κινδύνου υποσιτισμού, το MNA καλό είναι να ενσωματωθεί στη γενική γηριατρική αξιολόγηση (Guigoz et al., 2002).

Με κριτήριο τους βαθμούς που συγκεντρώνονται από την κλίμακα MNA με τον εξής τρόπο (Hrnčiarikova et al., 2006):

- ✚ ≥ 24 βαθμοί: Φυσιολογική και καλή κατάσταση θρέψης
- ✚ 17-23,5 βαθμοί: Κίνδυνος για υποθρεψία
- ✚ <17 βαθμοί: Υποθρεψία

5.5.8 Κλίμακα MUST

Το εργαλείο αξιολόγησης MUST είναι μια επικυρωμένη κλινικά δοκιμασία η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σε νοσοκομειακούς ασθενείς, όσο και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που ζουν αυτόνομα (UK, eating well for older people, 2004). Εκτός από την υποθρεψία, μπορεί να ανιχνεύσει και την υπερκατανάλωση τροφής (υπερβάλλον βάρος, παχυσαρκία). Στο παρακάτω σχήμα παρουσιάζεται ο τρόπος που υπολογίζεται το σκορ MUST.



5.6 Στατιστική Ανάλυση

Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences) είναι ένα από τα καλύτερα στατιστικά πακέτα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη στατιστική ανάλυση τόσο κοινωνικοοικονομικών δεδομένων όσο και δεδομένων των θετικών επιστημών. Αφού συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, έγινε κατάλληλη προετοιμασία για την εισαγωγή των στοιχείων τους στον υπολογιστή και την επεξεργασία τους με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS 20.

Με χρήση του SPSS 20 πραγματοποιείται Περιγραφική Στατιστική και Ανάλυση Συσχετίσεων για τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων. Η περιγραφική στατιστική είναι ο κλάδος της στατιστικής που αναπτύσσει μεθόδους για τη συνοπτική και αποτελεσματική παρουσίαση δεδομένων με τη χρήση αριθμητικών περιγραφικών μέτρων, πινάκων συχνοτήτων και μεθόδων γραφικής παρουσίασης δεδομένων. Για να γίνει ο έλεγχος υποθέσεων έγινε ανάλυση συσχετίσεων με τον έλεγχο X^2 (μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών και έλεγχος συσχέτισης Pearson (μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών)).

Κεφάλαιο 6^ο: Αποτελέσματα

Τα δεδομένα που συλλέξαμε από τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιήθηκαν και συμπληρώθηκε η βάση του στατιστικού προγράμματος. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της Στατιστικής Επεξεργασίας, όπως προέκυψαν από το στατιστικό πακέτο SPSS 17. Στο κεφάλαιο αυτό αρχικά παρατίθενται τα περιγραφικά μέτρα μέσω γραφημάτων και πινάκων και στην συνέχεια παρατίθενται τα αποτελέσματα από την επαγωγική στατιστική που εφαρμόστηκε.

6.1 Περιγραφική Στατιστική

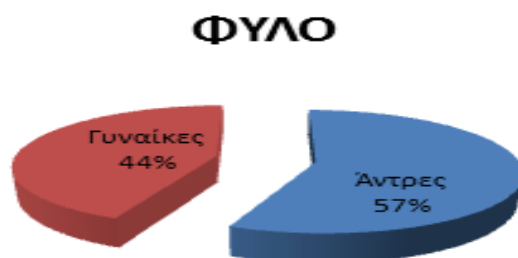
Αρχικά πραγματοποιείται μια απλή παρουσίαση του δείγματος με χρήση πινάκων και γραφημάτων. Με τον τρόπο αυτό παρουσιάζονται συνοπτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς επίσης και την κατάσταση θρέψης και την ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων.

Πίνακας 5: Γενικά Χαρακτηριστικά και Δημογραφικά Δεδομένα Ατόμων Τρίτης Ηλικίας.

	Σχετική Συχνότητα (%)	Απόλυτη Συχνότητα
ΦΥΛΟ		
<i>Αντρες</i>	56,5%	75
<i>Γυναίκες</i>	43,5%	57

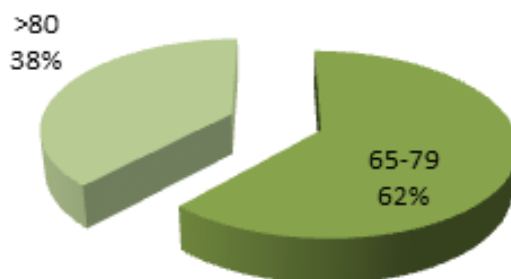
	Σχετική Συχνότητα (%)	Απόλυτη Συχνότητα
Ηλικία		
<i>65-79</i>	<i>61,8%</i>	<i>81</i>
<i>>80</i>	<i>38,2%</i>	<i>51</i>
MNA		
<i>Υποσιτισμένος</i>	<i>13,6%</i>	<i>18</i>
<i>Σε κίνδυνο υποσιτισμού</i>	<i>34,1%</i>	<i>45</i>
<i>Φυσιολογική διατροφική κατάσταση</i>	<i>52,3%</i>	<i>69</i>
Σ.Μ.Τ.Μ.		
<i>Χαμηλή συμμόρφωση</i>	<i>0,8%</i>	<i>1</i>
<i>Μέτρια συμμόρφωση</i>	<i>62,1%</i>	<i>82</i>
<i>Υψηλή συμμόρφωση</i>	<i>37,1%</i>	<i>49</i>

	Σχετική Συχνότητα (%)	Απόλυτη Συχνότητα
MUST		
<i>High Risk</i>	23,3%	31
<i>Medium Risk</i>	11,6%	16
<i>Low Risk</i>	65,1%	85
GDS		
<i>Σημαντική Καταθλιπτική Συμπεριφορά</i>	16,8%	22
<i>Ελαφριά Καταθλιπτική Συμπεριφορά</i>	45%	59
<i>Καθόλος Καταθλιπτική Συμπεριφορά</i>	38,2%	51



Εικόνα 1: Κατανομή δείγματος σύμφωνα με το φύλο

ΗΛΙΚΙΑ



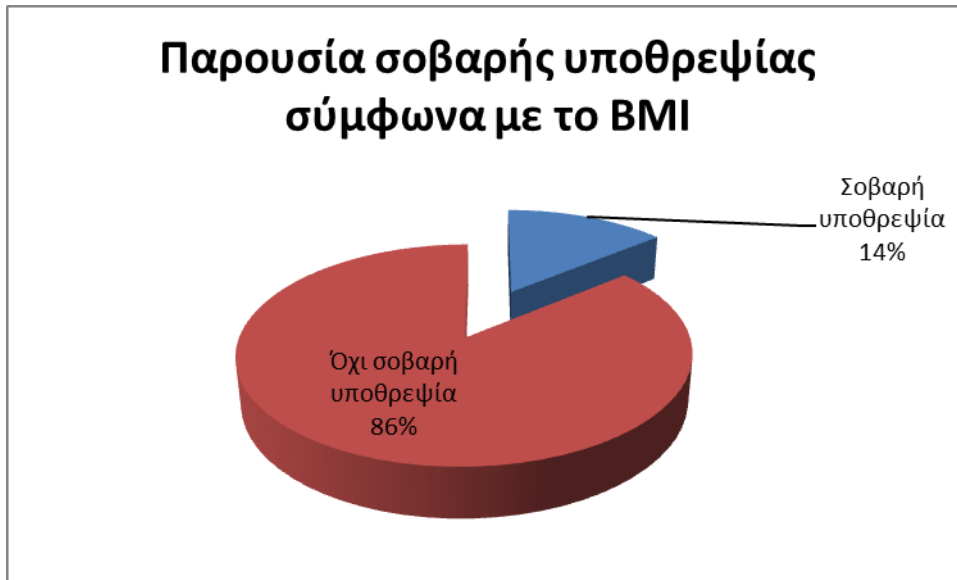
Εικόνα 2: Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την ηλικία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία του δείγματος είναι άντρες σε ποσοστό 56,5% (n=75 άτομα) και το 43,5% είναι γυναίκες (n=57 άτομα). Με κριτήριο την ηλικία το 61,8% (n=81 άτομα) των συμμετεχόντων ανήκουν στην τρίτη ηλικία και το 38,2% (n=51 άτομα) στην τέταρτη ηλικία.

Σύμφωνα με την Διατροφική Αξιολόγηση (MNA) που πραγματοποιήθηκε στο δείγμα διαπιστώθηκε ότι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες βρίσκονται σε φυσιολογική διατροφική κατάσταση σε ποσοστό 52,3% (n=69 άτομα), ενώ το 34,1% (n=45 άτομα) βρίσκεται σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 13,6% (n=18 άτομα) είναι υποσιτισμένοι. Σύμφωνα με την Συχνότητα Διαιτητικής Πρόσληψης (The Mediterranean Diet Score) η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εμφανίζει μέτρια συμμόρφωση (σε ποσοστό 62,1%, (n=82 άτομα), ακολουθούν όσοι εμφανίζουν υψηλή συμμόρφωση σε ποσοστό 37,1% (n=49 άτομα) και μόλις το 0,8% εμφανίζει χαμηλή συμμόρφωση (n=1 άτομο).

Όσον αφορά την ομάδα κινδύνου στην οποία ανήκουν, η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 65,1% (n=85 άτομα) ανήκει στην ομάδα χαμηλού κινδύνου και ακολουθούν σε ποσοστό 23,3% (n=31 άτομα) και 11,6% (n=16 άτομα) όσοι ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου και στην ομάδα μέτριου κινδύνου. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος

παρουσιάζουν ελαφριά κατάθλιψη σε ποσοστό 45% (n=59 άτομα) και ακολουθούν τα άτομα που έχουν φυσιολογική ψυχολογική κατάσταση σε ποσοστό 38,2% (n=51 άτομα) και μόλις το 16,8% των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στο δείγμα εμφανίζουν βαριά κατάθλιψη (n=22 άτομα).



Εικόνα 3: Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την παρουσία υποθρεψίας (με κριτήριο το BMI)

Ο επιπολασμός της υποθρεψίας όπως καταγράφηκε με κριτήριο το Δείκτη Μάζας Σώματος έδειξε ότι το 86% δεν εμφανίζουν σοβαρή υποθρεψία (n=113 άτομα) και το 14% του δείγματος παρουσιάζει σοβαρή υποθρεψία (n=19 άτομα). Με κριτήριο την περίμετρο του βραχίονα δεν βρέθηκε ότι κάποιος από τους ηλικιωμένους εμφανίζει υποθρεψία.

Πίνακας 6: Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
<i>MNA score</i>	1.61	0.72
<i>MUST</i>	0.58	0.85
<i>Σ.Μ.Τ.Μ.</i>	2.36	0.50
<i>GDS</i>	1.79	0.71
<i>BMI</i>	27.00	4.49
<i>ΗΛΙΚΙΑ</i>	76.02	7.25
<i>ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΒΡΑΧΙΟΝΑ</i>	32.41	5.76

Η μέση τιμή του MNA score είναι $M=1,61$ ($T.A.=0,72$), ενώ του δείκτη «Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης» (The Mediterranean Diet Score- Σ.Μ.Τ.Μ.) η μέση τιμή είναι $M=2,36$ ($T.A.=0,50$). Η μέση τιμή του δείκτη Κινδύνου (MUST) είναι $M=0,58$ ($T.A.=0,85$) και του δείκτη Κατάθλιψης (GDS) είναι $M=1,79$ ($T.A.=0,71$). Η μέση ηλικία είναι $M=76,02$ έτη ($T.A.=7,25$) και η μέση περίμετρος του βραχίονα είναι $M=32,41$ cm ($T.A.=5,76$ cm).

Πίνακας 7: Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση των ποσοτικών μεταβλητών ανά φύλο και ηλικία

	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ	
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	65-79	>80
MNA score				
Υποσιτισμένοι	16,94	15,52	16,12	14,85
Σε κίνδυνο υποσιτισμού	19,56	18,18	19,96	18,05
Φυσιολογική διατροφική κατάσταση	25,12	24,15	25,78	24,15
MUST				
High Risk	15,54	16,08	16,18	15,08
Medium Risk	18,7	18,8	19	18,2
Low Risk	21,2	22,4	22,8	21
Σ.Μ.Τ.Μ				
Χαμηλή Συμμόρφωση	18,94	19,05	18,67	19,38
Μέτρια Συμμόρφωση	25,45	26,87	25,98	26,78
Υψηλή Συμμόρφωση	42,35	43,09	42,25	43,35
GDS				
Υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία	0,45	0,58	0,98	0,37
Μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία	6,15	6,05	6,24	6,01
Καθόλου Καταθλιπτική συμπτωματολογία	11,9	11,7	12	11,1

	ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ	
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	65-79	>80
BMI				
Σοβαρή Υποθρεψία	20,40	20,25	20,02	20,45
Όχι Υποθρεψία	28,26	27,83	27,65	28,54

Με κριτήριο τον δείκτη MNA score, που προσδιορίζει τον κίνδυνο υποσιτισμού των ηλικιωμένων, το 16,94 των αντρών και το 15,52 των γυναικών του δείγματός μας ήταν υποσιτισμένοι ενώ με βάση τις δύο ηλικιακές ομάδες το 16,12 της τρίτης ηλικίας και το 14,85 της τέταρτης ηλικίας ήταν υποσιτισμένοι.

Με κριτήριο τον δείκτη MUST, που ανιχνεύει τον κίνδυνο υποθρεψίας των ηλικιωμένων, το 15,54 των αντρών και το 16,08 των γυναικών παρουσίασαν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν υποθρεψία ενώ με βάση τις δύο ηλικιακές ομάδες το 16,18 της τρίτης ηλικίας και το 15,08 της τέταρτης ηλικίας παρουσίασαν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν υποθρεψία.

Με κριτήριο τον δείκτη Mediterranean Diet Score, που μας δείχνει το βαθμό συμμόρφωσης των ηλικιωμένων στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής, το 18,94 των αντρών και το 19,05 των γυναικών είχαν χαμηλή συμμόρφωση στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής ενώ με βάση τις δύο ηλικιακές ομάδες το 18,67 της τρίτης ηλικίας και το 19,38 της τέταρτης ηλικίας είχαν χαμηλή συμμόρφωση στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής.

Βάση της Κλίμακας Γηριατρικής Κατάθλιψης (GDS), με την οποία επιτυγχάνεται η εκτίμηση της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, το 0,45 των αντρών και το 0,58 των γυναικών παρουσίασαν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία ενώ με βάση τις δύο ηλικιακές ομάδες το 0,98 της τρίτης ηλικίας και το 0,37 της τέταρτης ηλικίας παρουσίασαν υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Με κριτήριο τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), με τον οποίο μπορούμε να κάνουμε κατάταξη του σωματικού βάρους των ηλικιωμένων αναφορικά με το ύψος τους, το 20,40 των αντρών και το 20,25 των γυναικών παρουσίασαν σοβαρή υποθρεψία ενώ με βάση τις δύο ηλικιακές ομάδες το 20,02 της τρίτης ηλικίας και το 20,45 της τέταρτης ηλικίας παρουσίασαν σοβαρή υποθρεψία.

6.2 Επαγωγική Στατιστική

6.2.1 Σχέση MNA score και φύλου

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το MNA score και του φύλου, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 7: Ανάλυση Συσχέτισης του MNA score σύμφωνα με το Φύλο

		ΦΥΛΟ	
		ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
MNA score	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	63,77%	36,23%
	ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ	50,00%	50,00%
	ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΕΝΟΣ	44,44%	55,56%
Pearson Chi-Square	3,304	p-value	0,192

Τα αποτελέσματα του MNA score δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ανάμεσα στα δύο φύλα ($X^2=3,304$, $p\text{-value}>5\%$). Επομένως, τόσο οι γυναίκες, όσο και οι άντρες εμφανίζουν την ίδια κατάσταση θρέψης.

6.2.2 Σχέση MNA score και ηλικίας

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το MNA score και της ηλικίας, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square, ώστε να διαπιστωθεί αν οι ηλικιωμένοι τρίτης και τέταρτης ηλικίας εμφανίζουν στατιστικά σημαντικότερο κίνδυνο υποθρεψίας.

Πίνακας 8: Ανάλυση Συσχέτισης του MNA score σύμφωνα με την Ηλικία

		ΗΛΙΚΙΑ	
		65-79	≥80
MNA score	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	65,22%	34,78%
	ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ	70,45%	29,55%
	ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΕΝΟΣ	27,78%	72,22%
Pearson Chi-Square	10,566	p-value	0,005

Τα αποτελέσματα του MNA score διαφοροποιούνται σύμφωνα με την ηλικία ($X^2=10,556$, $p\text{-value}<5\%$). Τα άτομα που ανήκουν στην τέταρτη ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά υποσιτισμού.

6.2.3 Σχέση Σ.Μ.Τ.Μ. και φύλου

Για να διαπιστώσουμε αν διαφοροποιείται η Συχνότητα Διαιτητικής Πρόσληψης στους άνδρες και στις γυναίκες εφαρμόζεται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 9: Ανάλυση Συσχέτισης του Σ.Μ.Τ.Μ. σύμφωνα με το Φύλο

		ΦΥΛΟ	
		ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
Σ.Μ.Τ.Μ.	0-20 (ΧΑΜΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	0,00%	100,00%
	21-35 (ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	49,38%	50,62%
	36-55 (ΥΨΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	69,39%	30,61%
Pearson Chi-Square	6,279	p-value	0.043

Τα αποτελέσματα της Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης διαφοροποιούνται σύμφωνα με το φύλο ($X^2=6,279$, $p\text{-value}<5\%$). Οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλή συμμόρφωση, ενώ οι άντρες εμφανίζουν υψηλότερη συμμόρφωση.

6.2.4 Σχέση Σ.Μ.Τ.Μ. και ηλικίας

Για να διαπιστώσουμε αν διαφοροποιείται η Συχνότητα Διαιτητικής Πρόσληψης στους ηλικιωμένους τρίτης και τέταρτης ηλικίας εφαρμόζεται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 10: Ανάλυση Συσχέτισης του Σ.Σ.Μ.Δ. σύμφωνα με την Ηλικία

		ΗΛΙΚΙΑ	
		65-79	≥80
Σ.Μ.Τ.Μ.	0-20 (ΧΑΜΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	0,00%	100,00%
	21-35 (ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	62,96%	37,04%
	36-55 (ΥΨΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	61,22%	38,78%
Pearson Chi-Square	1,672	p-value	0,434

Τα αποτελέσματα της Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης δεν διαφοροποιούνται σύμφωνα με την ηλικία ($X^2=1,672$, $p\text{-value}>5\%$).

6.2.5 Σχέση δείκτη MUST και φύλου

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη MUST και το φύλο, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 11: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη MUST σύμφωνα με το Φύλο

		ΦΥΛΟ	
		ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
MUST	Χαμηλός Κίνδυνος	60,71%	39,29%
	Μέτριος Κίνδυνος	66,67%	33,33%
	Υψηλός Κίνδυνος	36,67%	63,33%
Pearson Chi-Square	5,994	p-value	0,049

Τα αποτελέσματα του Δείκτη Κινδύνου διαφοροποιούνται σύμφωνα μεταξύ των δύο φύλων ($X^2=5,994$, $p\text{-value}<5\%$). Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο, ενώ οι άντρες εμφανίζουν χαμηλότερο.

6.2.6 Σχέση δείκτη MUST και ηλικίας

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη MUST και την ηλικία, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 12: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη MUST σύμφωνα με την Ηλικία

		ΗΛΙΚΙΑ	
		65-79	≥80
MUST	Χαμηλός Κίνδυνος	60,71%	39,29%
	Μέτριος Κίνδυνος	80,00%	20,00%
	Υψηλός Κίνδυνος	48,28%	51,72%
Pearson Chi-Square	6,339	p-value	0,019

Τα αποτελέσματα του Δείκτη Κινδύνου διαφοροποιούνται σύμφωνα με την ηλικία ($X^2=6,339$, $p\text{-value}>5\%$). Τα άτομα Τέταρτης ηλικίας εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τα άτομα Τρίτης ηλικίας.

6.2.7 Σχέση δείκτη BMI και φύλου

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη BMI και το φύλο, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 13: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI σύμφωνα με το Φύλο

		ΦΥΛΟ	
		ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
BMI	<18,5	0,00%	100,00%
	18,5-24,9	45,24%	54,76%
	25-29,9	68,52%	31,48%
	>30	60,00%	40,00%
Pearson Chi-Square		11,984	
p-value		0,007	

Τα αποτελέσματα του Δείκτη Μάζας Σώματος διαφοροποιούνται σύμφωνα με το φύλο ($X^2=11,984$, $p\text{-value}<5\%$). Οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερο Δείκτη Μάζας Σώματος σε σχέση με τους άνδρες.

6.2.8 Σχέση δείκτη BMI και ηλικίας

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη BMI και την ηλικία, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 14: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI σύμφωνα με την Ηλικία

		ΗΛΙΚΙΑ	
		65-79	≥80
BMI	<18,5	40,00%	60,00%
	18,5-24,9	69,05%	30,95%
	25-29,9	59,26%	40,74%
	>30	60,00%	40,00%
Pearson Chi-Square		2,131	
p-value		0,546	

Τα αποτελέσματα του Δείκτη Μάζας Σώματος δεν διαφοροποιούνται σύμφωνα με το φύλο ($X^2=2,131$, $p\text{-value}>5\%$).

6.2.9 Σχέση δείκτη GDS και φύλου

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη GDS και το φύλο, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 15: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS σύμφωνα με το Φύλο

		ΦΥΛΟ	
		ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
GDS	Καθόλου καταθλιπτική συμπτωματολογία	60,00%	40,00%
	Ελαφριά καταθλιπτική συμπτωματολογία	63,79%	36,21%
	Σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία	31,82%	68,18%
Pearson Chi-Square		6,964	
p-value		0,031	

Τα αποτελέσματα του Ψυχολογικής Κατάστασης (GDS) διαφοροποιούνται σύμφωνα με το φύλο ($X^2=6,964$, $p\text{-value}<5\%$). Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη τάση για κατάθλιψη.

6.2.10 Σχέση δείκτη GDS και ηλικίας

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη GDS και την ηλικία, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 16: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS σύμφωνα με την Ηλικία

		ΗΛΙΚΙΑ	
		65-79	≥80
GDS	Καθόλου καταθλιπτική συμπτωματολογία	78,00%	22,00%
	Ελαφριά καταθλιπτική συμπτωματολογία	55,17%	44,83%
	Σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία	40,91%	59,09%
Pearson Chi-Square		10,673	
p-value		0,005	

Τα αποτελέσματα του Ψυχολογικής Κατάστασης (GDS) διαφοροποιούνται σύμφωνα με την ηλικία ($X^2=10,673$, $p\text{-value}<5\%$). Τα άτομα που ανήκουν στην Τέταρτη ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση για βαριά κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα Τρίτης ηλικίας.

6.2.11 Συσχέτιση του δείκτη GDS και του δείκτη MNA

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη GDS και του δείκτη MNA, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 17: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS και του δείκτη MNA

		GDS		
		Καθόλου καταθλιπτική συμπτωματολογία	Ελαφριά καταθλιπτική συμπτωματολογία	Σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία
MNA	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	48,53%	47,06%	4,41%
	ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ	37,78%	46,67%	15,56%
	ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΕΝΟΣ	0,00%	33,33%	66,67%
Pearson Chi-Square		42,329		
p-value		0,000		

Τα αποτελέσματα του MNA συσχετίζονται σημαντικά με το δείκτη GDS ($X^2=42,329$, p-value<5%). Τα άτομα που πάσχουν από βαριά κατάθλιψη εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση να εμφανίσουν υποσιτισμό.

6.2.12 Συσχέτιση του δείκτη BMI και του δείκτη MNA

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη BMI και του δείκτη MNA, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 18: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI και του δείκτη MNA

		BMI			
		<18,5	18,5-24,9	25-29,9	>30
MNA	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	2,90%	26,09%	44,93%	26,09%
	ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΥ	2,22%	31,11%	44,44%	22,22%
	ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΕΝΟΣ	11,11%	55,56%	16,67%	16,67%
Pearson Chi-Square		10,472			
p-value		0,106			

Τα αποτελέσματα του MNA δεν διαφοροποιούνται σημαντικά σύμφωνα με το δείκτη BMI ($X^2=10,472$, p-value>5%).

6.2.13 Συσχέτιση του δείκτη GDS και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη GDS και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ., πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 19: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.

		GDS		
		Καθόλου καταθλιπτική συμπτωματολογία	Ελαφριά καταθλιπτική συμπτωματολογία	Σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία
Σ.Μ.Τ.Μ.	0-20 (ΧΑΜΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	0,00%	0,00%	100,00%
	21-35 (ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	27,16%	46,91%	25,93%
	36-55 (ΥΨΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	42,86%	0,00%	57,14%
Pearson Chi-Square		24,514		
p-value		0,000		

Τα αποτελέσματα του Σ.Μ.Τ.Μ. συσχετίζονται σημαντικά με το δείκτη GDS ($X^2=24,514$, $p\text{-value}<5\%$). Τα άτομα που πάσχουν από βαριά κατάθλιψη εμφανίζουν χαμηλότερη συμμόρφωση.

6.2.14 Συσχέτιση του δείκτη BMI και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη BMI και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ., πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 20: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη BMI και του δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ.

		BMI			
		<18,5	18,5-24,9	25-30	>30
Σ.Μ.Τ.Μ.	0-20 (ΧΑΜΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	0.00%	0.00%	100.00%	0.00%
	21-35 (ΜΕΤΡΙΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	4.88%	32.93%	36.59%	25.61%
	36-55 (ΥΨΗΛΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ)	2.04%	30.61%	46.94%	20.41%
Pearson Chi-Square		3,316			
p-value		0,768			

Τα αποτελέσματα του Σ.Μ.Τ.Μ. δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα το δείκτη BMI ($X^2=3,316$, p-value>5%).

6.2.15 Συσχέτιση του δείκτη GDS και του δείκτη MUST

Για να διερευνηθεί η σχέση που συνδέει το δείκτη GDS και του δείκτη MUST, πραγματοποιείται έλεγχος συνάφειας Pearson Chi-Square.

Πίνακας 21: Ανάλυση Συσχέτισης του δείκτη GDS και του δείκτη MUST

		GDS		
		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΛΑΦΡΩΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ	ΒΑΡΕΩΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ
MUST	Χαμηλός Κίνδυνος	43.37%	46.99%	9.64%
	Μέτριος Κίνδυνος	46.67%	46.67%	6.67%
	Υψηλός Κίνδυνος	20.00%	36.67%	43.33%
Pearson Chi-Square		19,651		
p-value		0,001		

Τα αποτελέσματα του δείκτη κινδύνου MUST συσχετίζονται σημαντικά με το δείκτη GDS ($X^2=19,651$, $p\text{-value}<5\%$). Τα άτομα που πάσχουν από βαριά κατάθλιψη εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο.

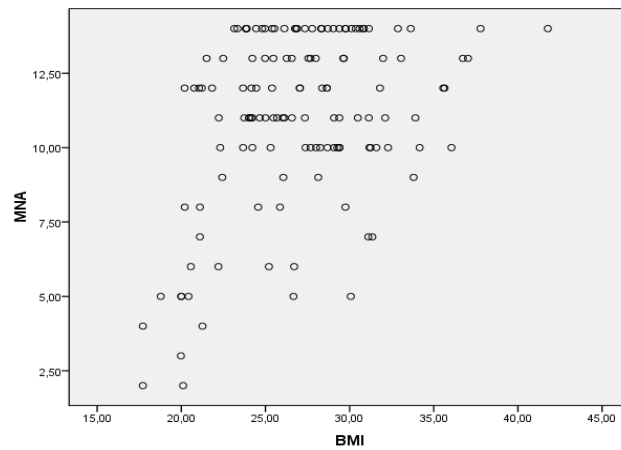
6.2.16 Συντελεστές Συσχέτισης ποσοτικών μεταβλητών

Πραγματοποιώντας ανάλυση συσχέτισης στις ποσοτικές μεταβλητές που μετρήθηκαν στην έρευνα μας όπως είναι ο δείκτης MNA, ο Δείκτης Μέτρησης Μάζας (BMI), ο Σ.Μ.Τ.Μ., ο δείκτης MUST και η περίμετρος του βραχίονα.

Πίνακας 22: Ανάλυση Συσχέτισης Pearson

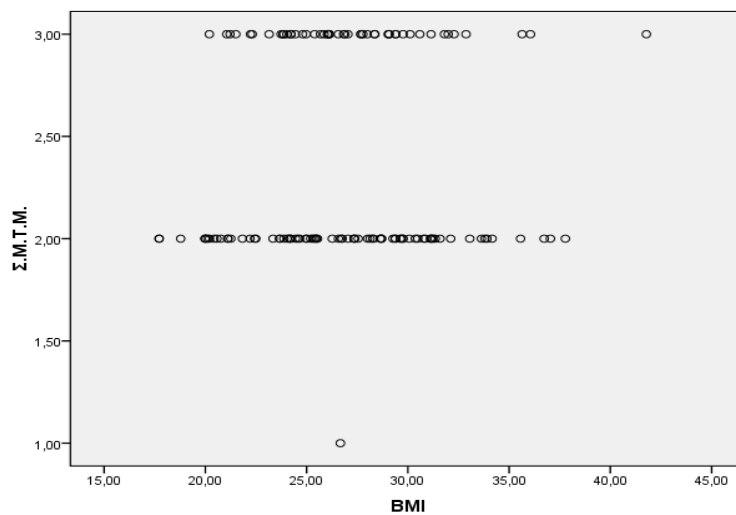
<i>Μεταβλητή 1</i>	<i>Μεταβλητή 2</i>	<i>Συντελεστής Συσχέτισης</i>	<i>p-value</i>
MNA	BMI	0,396	0,000
Σ.Μ.Σ.Τ.	BMI	0,046	0,597
MUST	BMI	-0,358	0,100
MNA	Περίμετρος Βραχίονα	0,115	0,197
Σ.Μ.Τ.Μ	Περίμετρος Βραχίονα	-0,106	0,233
MUST	Περίμετρος Βραχίονα	-0,111	0,258

Από την Ανάλυση Συσχέτισης και τον υπολογισμό του δείκτη Pearson διαπιστώνεται ότι υπάρχει μέτρια σημαντική στατιστικά συσχέτιση θετική ανάμεσα στο δείκτη MNA και στο δείκτη BMI ($r=0,396$, $p\text{-value}<5\%$).



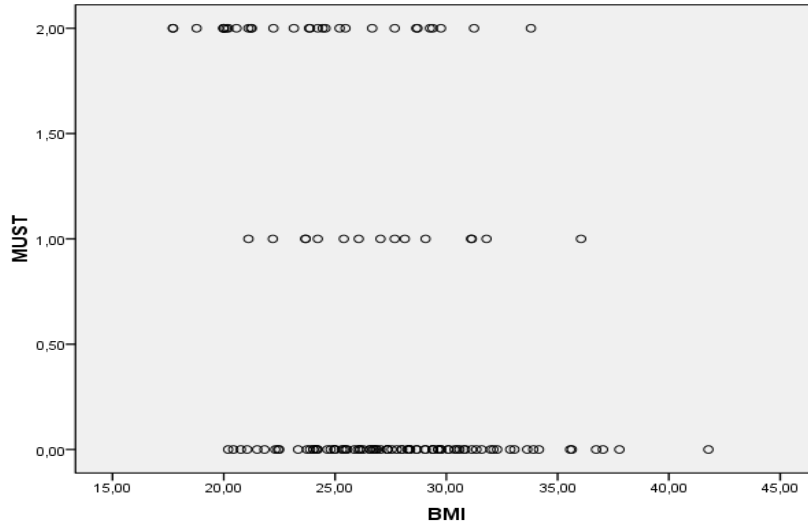
Εικόνα 4: Scatter Plot δείκτη MNA και δείκτη BMI

Ανάμεσα στις μεταβλητές δείκτη BMI και δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντικά συσχέτιση ($p\text{-value} > 5\%$).



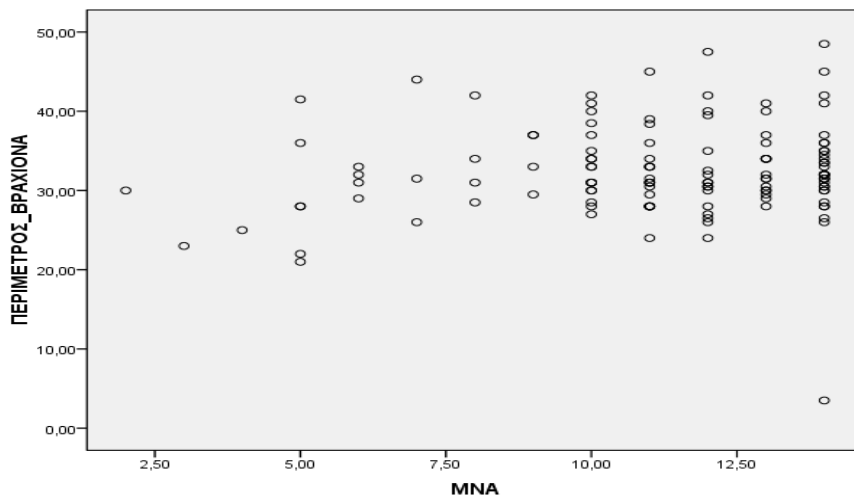
Εικόνα 5: Scatter Plot δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ. και δείκτη BMI

Ανάμεσα στις μεταβλητές δείκτη BMI και δείκτη MUST δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντικά συσχέτιση ($p\text{-value}>5\%$).



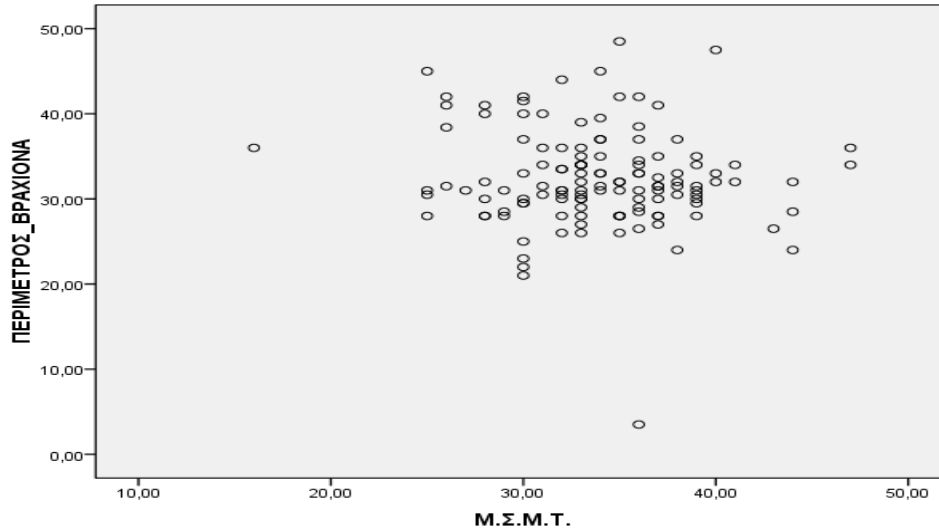
Εικόνα 6: Scatter Plot δείκτη MUST και δείκτη BMI

Ανάμεσα στις μεταβλητές δείκτη MNA και στην περίμετρο του βραχίονα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντικά συσχέτιση ($p\text{-value}>5\%$).



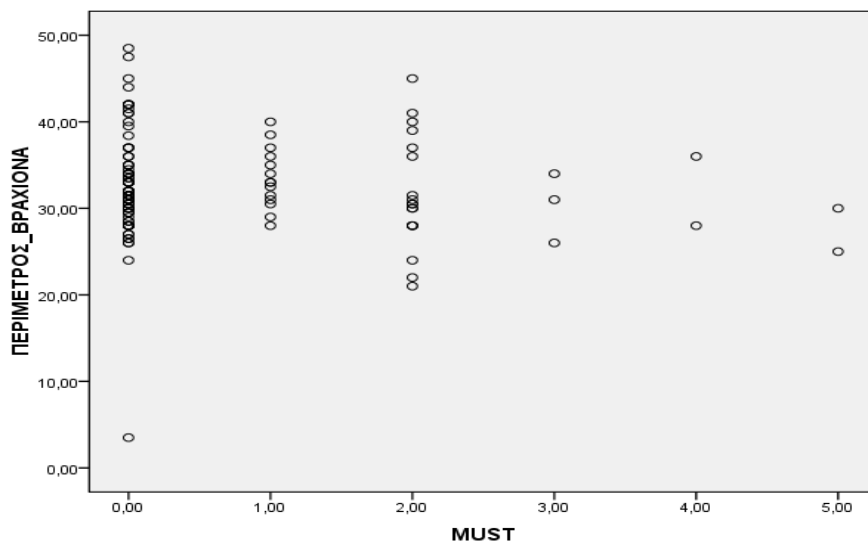
Εικόνα 7: Scatter Plot δείκτη MNA και της περιμέτρου βραχίονα

Ανάμεσα στις μεταβλητές δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ. και της περιμέτρου του βραχίονα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value}>5\%$).



Εικόνα 8: Scatter Plot δείκτη Σ.Μ.Τ.Μ. και της περιμέτρου βραχίονα

Ανάμεσα στις μεταβλητές δείκτη MUST και της περιμέτρου του βραχίονα δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p\text{-value}>5\%$).



Εικόνα 9: Scatter Plot δείκτη MUST και της περιμέτρου βραχίονα

Κεφάλαιο 7^ο: Συζήτηση

Η γήρανση του πληθυσμού είναι μια από τις σημαντικότερες κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις του 21ου αιώνα για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Η πρόκληση αυτή, αφορά όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τους περισσότερους τομείς της πολιτικής. Μέχρι το 2025 ποσοστό πάνω από το 20% των Ευρωπαίων θα είναι άνω των 65 ετών, ενώ ιδιαίτερη αύξηση αναμένεται να καταγραφεί στον αριθμό των ατόμων άνω των 80 ετών. Επειδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν διαφορετικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα και τα συστήματα υγείας, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτές, αλλά να είναι και οικονομικά βιώσιμα.

Η θρέψη είναι συχνά ανεπαρκής στους ηλικιωμένους ασθενείς για πολλούς λόγους (κατάθλιψη, ανορεξία, έλλειψη οδοντοστοιχίας, λειτουργική ή και γνωστική εξασθένηση, έλλειψη επαρκούς υποστήριξης κ.α.). Η υποθρεψία μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ανοσολογική επάρκεια και στην ανοχή του ηλικιωμένου. Η αποκατάσταση σχετικών προβλημάτων και η εφαρμογή κατάλληλης διαίτας είναι απλά μέτρα που μπορούν να βελτιώσουν ουσιαστικά την κλινική έκβαση και την ποιότητα ζωής του. Υπάρχουν διάφοροι δείκτες και μέθοδοι εκτίμησης της θρέψης. Συνήθως αξιολογούνται ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index), η ποσοστιαία απώλεια βάρους τους τελευταίους 6 μήνες και το mini nutritional assessment (MNA) test.

Με την πάροδο των ετών η υποθρεψία μπορεί να οδηγήσει τους ηλικιωμένους σε κόπωση και αυξημένο κίνδυνο πάθησης από το γαστρεντερικό σύστημα, τους πνεύμονες με λοιμώξεις-βρογχοπνευμονία κ.α. και από το καρδιαγγειακό σύστημα, μάλιστα σε σοβαρές περιπτώσεις χρόνιου υποσιτισμού, αυτός οδηγεί στο θάνατο. Πέραν αυτών, στους ηλικιωμένους λόγω της υποθρεψίας παρατηρείται μείωση της πνευματικής διαύγειας, ελάττωση της μνήμης. Επιπλέον η έλλειψη τροφής οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα ερυθρών κυττάρων (αναιμία) και μυϊκή αδυναμία, αστάθεια βαδίσματος με κίνδυνο για κατάγματα. Τέλος η ανεπαρκής τροφή μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα με θρόμβους στις αρτηρίες με καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια.

Από την άλλη πλευρά, η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, καθώς η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης είναι 8-15% για τους ηλικιωμένους πληθυσμούς και 30% στους ιδρυματοποιημένους πληθυσμούς. Το πολύ υψηλό ποσοστό νοσηρότητας από κατάθλιψη στην κοινωνία δημιουργεί μείζονα προσωπικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της εργασίας επιδιώκεται να προσδιοριστεί η σχέση που συνδέει τα δύο προβλήματα που μπορούν να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι, δηλαδή τη σχέση που συνδέει την κατάθλιψη και την υποθρεψία.

7.1 Υποθρεψία ηλικιωμένων και φύλο

Στην ανασκόπηση των μελετών που διερευνάται η υποθρεψία των ηλικιωμένων, σε λίγες από αυτές διερευνάται αν υπάρχουν ποσοστά της νόσου ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες. Στην παρούσα εργασία, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ο κίνδυνος υποθρεψίας είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (με κριτήριο το δείκτη MUST, Σ.Μ.Τ.Μ., BMI).

Στα ίδια συμπεράσματα οδηγήθηκαν και οι Ferdous et al. (2009), στα πλαίσια της έρευνας που πραγματοποίησαν στο Μπαγκλαντές. Στη χώρα αυτή οι γυναίκες αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα σε σχέση με τους άνδρες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες εμφανίζουν στατιστικά σε σημαντικότερο βαθμό χαμηλότερο εισόδημα ($p\text{-value} < 0.01$), μεγαλύτερο ποσοστό αναλφαριθμητισμού ($p\text{-value} < 0.01$) και δεν λαμβάνουν σε τακτικό βαθμό οικονομική στήριξη ($p\text{-value} < 0.05$). Στα ίδια συμπεράσματα οδηγήθηκαν οι Prakash et al. (2003) στην έρευνα που πραγματοποίησαν στην Ινδία.

Πίνακας 23: Υποθρεψία και δημογραφικοί παράγοντες. **Πηγή:** Ferdous et al., 2009.

Variables	μ (S.E.)	p value	Odds Ratio	95% Confidence Interval
Age	0.131 (0.036)	0.000	1.14	1.063-1.22
Gender: female	1.065 (0.475)	0.025	2.90	1.14-7.36
Illiteracy	1.195 (0.488)	0.014	3.30	1.27-8.60
Nutritional deficit	1.89 (0.645)	0.003	6.62	1.87-23.45
Depression	1.221 (0.483)	0.000	3.39	1.32-8.74
Constant	-17.48 (3.476)	0.000	0.000	-

MMSE = Mini-Mental State Examination; MoCA = Montreal Cognitive Assessment.

7.2 Σχέση υποθρεψίας και ηλικίας

Η επιστημονική κοινότητα έχει απασχοληθεί σε σημαντικό βαθμό για να διερευνήσει τη σχέση που συνδέει την ηλικία και το σκορ MNA, καθώς με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται να προσδιοριστεί αν η συχνότητα εμφάνισης υποθρεψίας διαφοροποιείται στα ηλικιωμένα άτομα με κριτήριο την ηλικία τους.

Σε πολλές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι ο δείκτης MNA διαφοροποιείται με κριτήριο την ηλικία. Στην έρευνα των Chung et al. (2013), οποίος είχε διακρίνει τους συμμετέχοντες τρίτης ηλικίας σε δυο ομάδες, σε άτομα μικρότερης ή μεγαλύτερης και ίσης ηλικίας από τα 75 έτη, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με μεγαλύτερη ηλικία παρουσιάζουν δυσκολίες πρόσληψης τροφής, ειδικότερα τροφών που περιλαμβάνουν πρωτεΐνη (p -value=0,016<5%). Στην παραπάνω μελέτη βρέθηκε επίσης, ότι η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος κατοικίας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες εμφάνισης της υποθρεψίας. Στα ίδια αποτελέσματα οδηγήθηκαν και οι Kabir et al. (2006) με έρευνα που πραγματοποίησαν σε 850 τυχαία επιλεγμένους ηλικιωμένους (με ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών) για τους οποίους μετρήθηκαν τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και αξιολογήθηκε η κλίμακα MNA. Οι Kabir et al. διερεύνησαν αν οι παράγοντες ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, έξοδα οικογένειας για τη διατροφή και τα αυτο-αναφερόμενα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων και η ανάλυση παλινδρόμησης που εφάρμοσαν έδειξε ότι οι παράγοντες αυτοί είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες. Όσον αφορά την ηλικία οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας

παρουσιάζουν μικρότερο σκορ στην κλίμακα αξιολόγησης MNA, οπότε και μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης υποθρεψίας.

Πίνακας 24: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. **Πηγή:** Chung et al., (2013)

		MNA		Total	RR (95% C.I.)	p-value
		<23.5	>23.5			
		n (%)	n (%)			
Age Group	<75	134 (45.1)	28 (63.6)	162 (47.5)	0.9 (0.84, 0.99)	0.016
	≥75	163 (54.9)	16 (36.4)	179 (52.5)		
Gender					1.0 (0.95, 1.13)	0.268
<75	male	47 (35.1)	6 (21.4)	53 (32.7)	1.1 (0.97, 1.27)	0.118
	female	87 (64.9)	22 (78.6)	109 (67.3)		
≥75	male	52 (31.9)	6 (37.5)	58 (32.4)	1.0 (0.88, 1.08)	0.420
	female	111 (68.1)	10 (62.5)	121 (67.6)		
Financial status					0.9 (0.81, 0.94)	0.001
<75	Independent	88 (65.7)	26 (92.9)	114 (70.4)	0.8 (0.72, 0.90)	0.002
	Depend on allowances	46 (34.3)	2 (7.1)	48 (29.6)		
≥75	Independent	80 (49.1)	10 (62.5)	90 (50.3)	1.0 (0.87, 1.05)	0.223
	Depend on allowances	83 (50.9)	6 (37.5)	89 (49.7)		
Social Participation					1.0 (0.88, 1.05)	0.248
<75	Engaged	101 (75.9)	24 (85.7)	125 (77.6)	0.9 (0.79, 1.05)	0.192
	Unengaged or Potentially unengaged	32 (24.1)	4 (14.3)	36 (22.4)		
≥75	Engaged	109 (66.9)	10 (62.5)	119 (66.5)	1.0 (0.92, 1.13)	0.460
	Unengaged or Potentially unengaged	54 (33.1)	6 (37.5)	60 (33.5)		
Marital status					1.0 (0.92, 1.08)	0.506
<75	Single/widowed/separated/divorced	60 (44.8)	12 (42.9)	72 (44.4)	1.0 (0.88, 1.17)	0.511
	Married	74 (55.2)	16 (57.1)	90 (55.6)		
≥75	Single/widowed/separated/divorced	85 (52.1)	10 (62.5)	95 (53.1)	1.0 (0.88, 1.06)	0.300
	Married	78 (47.9)	6 (37.5)	84 (46.9)		
Residency					1.0 (0.87, 1.11)	0.442
<75	Private housing	24 (19.5)	6 (21.4)	30 (19.9)	1.0 (0.80, 1.19)	0.500
	Public housing	99 (80.5)	22 (78.6)	121 (80.1)		
≥75	Private housing	22 (14.9)	2 (14.3)	24 (14.8)	1.0 (0.88, 1.15)	0.657
	Public housing	126 (85.1)	12 (85.7)	138 (85.2)		
Relationship with family members					1.0 (0.97, 0.87)	0.372
<75	Good	63 (68.5)	18 (75.0)	81 (69.8)	0.9 (0.78, 1.14)	0.362
	Fair or poor	29 (31.5)	6 (25.0)	35 (30.2)		
≥75	Good	88 (80.7)	6 (100.0)	116 (100.0)	0.9 (0.89, 0.99)	0.289
	Fair or Poor	21 (19.3)	0 (0.0)	94 (81.7)		

Οι Soini et al. (2004) για να αξιολογήσουν την διατροφική κατάσταση χρησιμοποίησαν την κλίμακα MNA σε 178 ασθενείς ηλικίας 75-94 ετών. Επίσης, μέτρησαν τα

ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και προσδιόρισαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν το 3% έπασχε από σοβαρή υποθρεψία, το 48% παρουσίαζε σοβαρό κίνδυνο υποθρεψίας και τα αποτελέσματα της έρευνας του κατέληξαν στο ότι η ηλικία σχετίζεται σημαντικά με τον κίνδυνο εμφάνισης της υποθρεψίας (p-value<5%).

Πίνακας 25: *Ανάλυση Παλινδρόμησης. Πηγή: Kabir et al. (2006)*

Predictors	β	F	P-value	R ² change	Significance of R ² change
1. Demographic indicators					
Age in years	-0.122	6.6	0.01		
Sex (Men = 1; Women = 2)	-0.133	7.9	0.005	0.032	0.001
2. Socio-economic indicators					
Years of schooling	0.177	11.9	0.001		
Per capita daily household expenditure in Taka*	0.109	5.4	0.021	0.043	0.000
3. Health indicators					
Respiratory problem	-0.108	5.4	0.021		
Stomach problem	-0.119	6.6	0.011		
Pain	0.035	0.5	0.491		
Sensory problem	-0.171	12.8	0.000		
Sleeping problem	-0.142	9.8	0.002	0.093	0.000
Total R ² change				0.168	

*Taka 57 = \$US 1 during the study period.

Από την άλλη πλευρά σε αντίστοιχη έρευνα των Elmadbouly et al. (2013) διαπιστώθηκε ότι τα αποτελέσματα της αξιολόγησης MNA δεν διαφοροποιούνται με κριτήριο την ηλικία (p-value=0,14>5%), αλλά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης του αποτελέσματος της αξιολόγησης είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, το ενδεχόμενο να ζουν μόνοι τους και να λαμβάνουν πολλά χάπια λόγω φαρμακευτικών αγωγών που τους έχουν συσταθεί.

Στα ίδια αποτελέσματα οδηγήθηκαν και οι Gazzotti et al. (2000), οι οποίοι πραγματοποίησαν την έρευνα τους σε 175 άτομα τρίτης ηλικίας που νοσηλεύονταν εξαιτίας κάποιας οξείας ασθένειας και τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων που συγκέντρωσαν έδειξαν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην κλίμακα μέτρησης MNA και άρα στον κίνδυνο υποθρεψίας, σε άτομα διαφορετικά ηλικίας και διαφορετικού φύλου.

Πίνακας 26: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πηγή: Elmadbouly et al. (2013)

Demographic data	M (n = 23)		RM (n = 59)		A (n = 20)		Total (n = 102)		*p-value
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Age groups									
60+	11	47.8	30	50.8	13	65	54	52.9	0.14
70+	5	21.7	21	35.6	3	15	29	28.5	
≥80+	7	30.5	8	13.6	4	20	19	18.6	
Gender									
Male	15	65.2	32	54.2	15	75	62	60.8	0.23
Female	8	34.8	27	45.8	5	25	40	39.2	
Level of education									
None	17	73.9	32	54.2	7	35	56	54.9	0.01
Primary/preparatory	5	21.7	23	39	7	35	35	34.3	
Secondary school/university	1	4.4	4	6.8	6	30	11	10.8	
Work status									
Working	13	56.5	41	69.5	10	50	64	62.7	0.23
Not working	10	43.5	18	30.5	10	50	38	37.3	
Marital status									
Married	17	73.9	41	69.5	15	75	73	71.6	0.85
Not married	6	26.1	18	30.5	5	25	29	28.4	
General assessment variables									
Live independently									
Yes	15	65.2	53	89.8	17	85	85	83.3	0.03
No	8	34.8	6	10.2	3	15	17	16.7	
Take > 3 prescription drugs per day									
Yes	18	78.3	41	69.5	6	30	65	63.7	0.00
No	5	21.7	18	30.5	14	70	37	36.3	
Pressure sore or skin ulcer									
Yes	9	39.1	13	22	2	10	24	23.5	0.07
No	14	60.9	46	78	18	90	78	76.5	
Mobility									
Bed or chair bound	8	34.8	10	16.9	2	10	20	19.7	0.17
Does not go out	5	21.7	15	25.5	3	15	23	22.5	
Goes out	10	43.5	34	57.6	15	75	59	57.8	
Psychological stress or acute disease									
Yes	10	43.5	12	20.3	4	20	26	25.5	0.08
No	13	56.5	47	79.7	16	80	76	74.5	
Neuropsychological problems									
Severe dementia or depression	5	21.7	0	0.0	0	0	5	4.9	0.00
Mild dementia	6	26.1	15	25.4	0	0	21	20.6	
None	12	52.2	44	74.6	20	100	76	74.5	

M = Malnutrition, RM = Risk of Malnutrition, A = Adequate nutrition. *p-value according to MNA, by the test Chi-square

Οι Lizaka et al. (2008) επιδίωξαν να αξιολογήσουν την κατάσταση θρέψης σε 1030 άτομα τρίτης ηλικίας, διερευνώντας κατά πόσο δημογραφικοί, ψυχολογικοί και φυσικοί παράγοντες επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης υποθρεψίας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι η ηλικία δεν είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας καθορισμού του δείκτη MNA και διαμόρφωσης του κινδύνου υποθρεψίας.

Η διατροφική κατάσταση των ατόμων αξιολογείται από την κλίμακα MNA και ένα σύνολο ερευνών έχουν καταλήξει στο ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο και επομένως υψηλότερο σκορ MNA. Σε αρκετές έρευνες όμως έχει διαπιστωθεί ότι η ηλικία δεν μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης της υποθρεψίας (Lizaka et al., 2008).

Πίνακας 27: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πηγή: Gazzotti et al. (2000)

	MNA category			P
	Malnourished (<17)	At risk of malnutrition (17-24)	Well-nourished (≥24)	
n	38 (21.7%)	85 (48.6%)	52 (29.7%)	
Age (years)	78.9±8.2	80.2 ±9.1	79.6±7.7	.708
Gender (M/F)	14/24	27/58	21/31	.580
Height (cm)	157±10	156±8.0	160±9.0	.025
Weight (kg)	55.8±13.0	62.9±12.4	71±13.8	<.001
BMI (kg/m ²)	22.5±4.8	26.0±4.8	27.8±5	<.001
Origin				
private home	24 (63.2%)	65 (76.5%)	47 (90.4%)	
nursing home/ward	14 (36.8%)	20 (23.5%)	5 (9.6%)	.009
Destination				
private home	14 (45.2%)	37 (45.7%)	33 (63.5%)	
nursing home /ward	17 (54.8%)	44 (54.3%)	19 (36.5%)	.102
No. of drugs	6.1±2.5	5.1±3.0	4.6±2.7	.049
No of presenting diseases	2.53±1.16	2.39±0.95	2.12±1.23	.176
MNA	12.8±3.2	20.7±2.0	25.8±1.5	-
Katz score				
admission	23.6±5.9	20.7±6.5	17.2±7.5	<.001
hospital discharge	21.3±7.2	16.0±7.4	10.7±5.3	<.001
Cognitive function				
admission	2.68±1.14	2.15±1.06	1.81±1.09	.001
hospital discharge	2.68±1.16	1.89±.99	1.35±.74	<.001
Outcome (% death)	7 (18.4)	4 (4.7)	0 (0)	.001

Στην παρούσα εργασία διαπιστώσαμε ότι ο δείκτης MNA συσχετίζεται σημαντικά με την ηλικία (p -value<5%), με τα άτομα τέταρτης ηλικίας να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά υποσιτισμού, αφού τα άτομα τέταρτης ηλικίας εμφανίζουν συχνότητα υποσιτισμού περίπου σε ποσοστό 72% και τα άτομα τρίτης ηλικίας σε ποσοστό 28% περίπου.

Ο δείκτης BMI είναι ένα από τα πιο κοινά ανθρωπομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την κατάσταση θρέψης του ηλικιωμένου και την κατάσταση υγείας του. Σύμφωνα, με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί διαπιστώνεται ότι ο δείκτης BMI αποτελεί ένδειξη του κινδύνου υποθρεψίας. Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Vrdoljak et al. (2014) έχει διαπιστωθεί ότι όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης BMI τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος υποθρεψίας. Στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε όμως διαπιστώσαμε ότι ο δείκτης BMI δεν συσχετίζεται με την ηλικία (p -value>5%).

Πίνακας 28: Αποτελέσματα ανάλυσης συσχετίσεων του MNA σκορ με δημογραφικά, ψυχολογικά και φυσικά χαρακτηριστικά. Πηγή: Lizaka et al. (2008)

Variables	Correlation coefficient [†]	P-value	Multiple regression model [‡]	
			Standardized β	P-value
Age	0.05	0.58	0.02	0.82
Sex	0.11	0.25	0.11	0.20
Living arrangement	-0.02	0.85	0.07	0.46
Economic status	-0.17	0.06	0.07	0.41
Charlson index	-0.27	0.003	-0.13	0.14
1 km mobility	0.11	0.22	Not included [§]	
Frontal Assessment Battery	0.11	0.23	Not included	
Dental status	-0.23	0.009	-0.15	0.09
Number of dental and oral problems	-0.11	0.21	Not included	
Depression (GDS, ≥2)	-0.37	<0.001	-0.27	0.005
Perceived Health Competence Scale	0.48	<0.001	0.25	0.009
Attitudes toward health	0.23	0.01	0.21	0.02
TMIG index total score	0.30	0.001	Not selected [§]	
Instrumental self-maintenance	0.14	0.12	Not selected	
Intellectual activity	0.22	0.02	Not selected	
Social role	0.25	0.007	Not selected	
Public health service knowledge	0.16	0.09	Not selected	
Difficulty with meal preparation	-0.23	0.01	-0.18	0.03
Dissatisfaction with meal preparation	-0.16	0.08	Not selected	

Πίνακας 29: Προβλεπτική ικανότητα του BMI και του MNA-SF στον προσδιορισμό προβλημάτων θρέψης σε άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών. Πηγή: Vrdoljak et al. (2014)

		AUC	95% CI	Std. Error	P	Best cut-off	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Malnutrition according to MNA-SF	BMI, cut-off 26	0.807	0.702-0.913	0.054	<0.001	26.5	67%	69%
	BMI, cut-off 24	0.807	0.702-0.913	0.054	<0.001	24.5	50%	86%

7.3 Αξιολόγηση κατάστασης θρέψης με βάση το δείκτη BMI, MNA, MUST

Οι ερευνητές και οι επαγγελματίες υγείας συχνά προβληματίζονται για το ποιο είναι το κατάλληλο εργαλείο για την ανίχνευση των προβλημάτων θρέψης σε ηλικιωμένα άτομα. Το κατάλληλο εργαλείο πέρα από την ευαισθησία και την ακρίβεια, πρέπει να είναι εύκολο στη χρήση και να μπορεί να το εφαρμόσει και κάποιος με μικρή εμπειρία. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι ανθρωπομετρικά ή ειδικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για την συγκεκριμένη αξιολόγηση (Vrdoljak et al., 2014).

Σύμφωνα με το δείκτη MNA το 13,6% των συμμετεχόντων είναι υποσιτισμένοι και το 34,1% βρίσκονται σε κίνδυνο υποσιτισμού. Με κριτήριο το δείκτη BMI το 14% των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα μας είχαν σοβαρή υποθρεψία. Με κριτήριο το δείκτη MUST 23,3% των ηλικιωμένων έχει υψηλό κίνδυνο να πάθει υποθρεψία (Vrdoljak et al., 2014).

7.4 Υποθρεψία και Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Το βασικό ερευνητικό ζητούμενο της παρούσας εργασίας όπως ήδη αναφέραμε είναι η συσχέτιση της υποθρεψίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ηλικιωμένους 3ης και 4ης ηλικίας. Το δείγμα της παρούσας έρευνας ανέρχεται σε 132 άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας τροφίμους σε ΚΑΠΗ του Βόλου. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο MNA (Mini Nutritional Assessment) για τη διερεύνηση της διατροφικής κατάστασης, το ερωτηματολόγιο GDS (Geriatric Depression Scale) για τη διερεύνηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η κλίμακα MEDITERRANEAN DIET SCORE (MDS), το εργαλείο αξιολόγησης MUST και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών. Επιπλέον έγινε ανθρωπομετρική αξιολόγηση με τη μέτρηση δερματικών πτυχών και περιμέτρων και του δείκτη BMI. Τα

αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων και στα προβλήματα υποθρεψίας που παρουσιάζουν.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες. Συγκεκριμένα, μέσα από την ανασκόπηση ερευνών φαίνεται ότι η υποθρεψία απαντάται συχνά σε ηλικιωμένα άτομα, τροφίμους προνοιακών ιδρυμάτων, οδηγώντας σε έκπτωση της υγείας τους. Η κατάθλιψη είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες που σχετίζεται με επίπεδα κακής θρέψης στον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Το γήρας από μόνο του δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα εμφάνισης της υποθρεψίας, θα πρέπει να συνδυάζεται με άλλους παράγοντες όπως είναι οι κοινωνικοί, σωματικοί ή ψυχολογικοί (Cabreza et al., 2007). Αν απομονωθούν οι υπόλοιποι παράγοντες για να διαπιστωθεί ο τρόπος που συνδέεται η εμφάνιση υποθρεψίας στην τρίτη και τέταρτη ηλικία με την κατάθλιψη, διαπιστώνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση (Mokhber et al., 2011). Οι Μαρριαν et al. (2013) έδειξαν ότι η σχέση που συνδέει την υποθρεψία και την κατάθλιψη είναι αμφίδρομη. Ο ισχυρισμός αυτό στηρίζεται στο ότι η κακή διατροφική κατάσταση επιδεινώνει τη δριμύτητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, ενώ από την άλλη μεριά διατυπώνεται η άποψη ότι η ανορεξία ως καταθλιπτικό σύμπτωμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση υποθρεψίας.

Δεδομένου ότι η αναλογία ηλικιωμένου/νεανικού πληθυσμού αυξάνεται, η υποθρεψία και οι επερχόμενοι κίνδυνοι αυτής αναμένεται να αυξηθούν. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η εφαρμογή πολιτικών και δράσεων δημόσιας υγείας για τη βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης και του επιπέδου ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων με βασικό στόχο την επίτευξη υγιούς γήρανσης.

Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε έρευνα, στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά υποθρεψιάς. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από υποθρεψία ή βρίσκονται σε κατάσταση υψηλού κινδύνου προσεγγίζουν το 50%. Επίσης, το 16,8% των συμμετεχόντων πάσχει από βαριά κατάθλιψη και το 45% από ελαφριά κατάθλιψη. Η κατάθλιψη και η υποθρεψία είναι δύο σοβαρά προβλήματα που αλληλοσυνδέονται. Σε κάποιες περιπτώσεις ηλικιωμένων η υποθρεψία μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη, εξαιτίας της έλλειψης κάποιων συστατικών από τον οργανισμό που ευθύνονται για την καλή ψυχική υγεία. Αντίστοιχα, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δυσχεραίνει τη σωστή διατροφική πρόσληψη αυτών (Mokhber et al., 2011).

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι για όλους, ανεξαρτήτως ηλικίας. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων προστατεύονται μόνο υπό μία γενική έννοια και έχουν ιδιαίτερη σημασία. Σύμφωνα με τη «*Διακήρυξη για τη Γήρανση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ*» (1992) τα δικαιώματα που εξασφαλίζονται για τους ηλικιωμένους είναι τα εξής (Δαρδαβέσης και συν., 2011):

- Κατάλληλες εθνικές πολιτικές και προγράμματα για τους ηλικιωμένους που θεωρούνται μέρος της συνολικής στρατηγικής για την ανάπτυξη.
- Πολιτικές που ενισχύουν το ρόλο της κυβέρνησης και που επεκτείνουν και υποστηρίζουν τον εθελοντικό τομέα και τις ιδιωτικές ομάδες.
- Όλες οι γενιές συνεργάζονται για τη δημιουργία μίας ισορροπίας όσο αφορά την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη.
- Ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων που ανταποκρίνονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τις ανάγκες και τις ικανότητες των ηλικιωμένων γυναικών.
- Επαρκής υποστήριξη των ηλικιωμένων γυναικών για την συμβολή τους στην οικονομία και την ευημερία της κοινωνίας.
- Ενθάρρυνση των ηλικιωμένων ανδρών να αναπτύξουν τις κοινωνικές, πολιτιστικές και συναισθηματικές δυνατότητές τους που μπορεί να μην είχαν την ευκαιρία να κάνουν όταν εργάζονταν.

- Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και συμμετοχή όλων για τη διαμόρφωση και υλοποίηση των προγραμμάτων και των έργων που περιλαμβάνουν τους ηλικιωμένους.

Σύμφωνα με το «Διεθνές Σχέδιο Δράσης της Μαδρίτης για τη Γήρανση» (2002) προωθούνται τρεις τομείς προτεραιότητας: τα πρόσωπα και την ανάπτυξη, την προώθηση της υγείας και της ευημερίας των ηλικιωμένων, τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους ηλικιωμένους. Τον Δεκέμβριο του 2011, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε την πρώτη σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση (ΕΣΚ ΕΥΓ) με πρωταρχικό στόχο έως το 2020 να αυξηθεί κατά δύο ο αριθμός των ετών υγιούς ζωής στην Ευρώπη. Το στρατηγικό σχέδιο υλοποίησης της σύμπραξης (ΣΣΥ), καθορίζει τρεις άξονες εργασίας: Ομάδες δράσεις, Τόποι αναφοράς, ψηφιακή αγορά για καινοτόμες ιδέες (Boccardi et al., 2013).

Η υγιής γήρανση είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η Ευρώπη. Οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης σε ένα πληθυσμό που γηράσκει θα επηρεάσουν αισθητά την οικονομία, την ιατρική φροντίδα, την κοινωνική ανάπτυξη, και την κοινωνική πρόνοια, καθώς και την ευημερία των κοινωνιών της Ευρώπης. Κατά συνέπεια, χρειάζεται περισσότερη γνώση σε ότι αφορά τη διασφάλιση της καλής υγείας των ηλικιωμένων και τη ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας, έτσι ώστε να προληφθούν οι αρνητικές επιπτώσεις υψηλού κόστους στο σύνολο του πληθυσμού (Mokhber et al., 2011).

Η υγιής ισορροπία μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των στόχων του περιλαμβάνει τις διαδικασίες της προσαρμογής και της αποδοχής των αλλαγών που επέρχονται στη ζωή. Η υγιής γήρανση εξαρτάται επίσης σε μεγάλο βαθμό από την αυτονομία, η οποία ουσιαστικά αντικατοπτρίζει το γεγονός ότι οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν το δικαίωμα να αυτοπροσδιορίζονται (Mokhber et al., 2011).

Οι ενεργειακές απαιτήσεις των ηλικιωμένων είναι μικρότερες από εκείνες των νεότερων ανθρώπων, αλλά οι ανάγκες τους σε βασικές θρεπτικές ουσίες είναι εξίσου μεγάλες. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται να δίνεται στο ισοζύγιο μεταξύ ενέργειας και θρεπτικών συστατικών. Η διατήρηση του σωματικού βάρους στους ηλικιωμένους θεωρείται δείκτης

καλής υγείας. Η κατάθλιψη και η απώλεια του/της συζύγου ή φίλων μπορεί να οδηγήσει στο αίσθημα της μοναξιάς, το οποίο περαιτέρω μπορεί να οδηγήσει σε κακές διατροφικές συνήθειες (Kadushin, 2004).

Έχει δρομολογηθεί ψηφιακή αγορά για καινοτόμες ιδέες με σκοπό να συμμετάσχουν περισσότεροι ενδιαφερόμενοι φορείς στη διαδικασία καινοτομίας. Επιπλέον έχουν δημιουργηθεί διεθνείς συνδέσεις με την πρωτοβουλία του ΟΟΣΑ και με την ΠΟΥ (συνεργασία σε διάφορους τομείς που συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού και συγκεκριμένα στο πλαίσιο της ομάδας δράσης για φιλικά προς τους ηλικιωμένους περιβάλλοντα και πόλεις). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε την πρώτη σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση (ΕΣΚ ΕΥΓ) με πρωταρχικό στόχο έως το 2020 να αυξηθεί κατά δύο ο αριθμός των ετών υγιούς ζωής στην Ευρώπη (Boccardi et al., 2013).

Το στρατηγικό σχέδιο υλοποίησης της σύμπραξης (ΣΣΥ), καθορίζει τρεις άξονες εργασίας: Ομάδες δράσης, Τόποι αναφοράς και ψηφιακή αγορά για καινοτόμες ιδέες. Οι τόποι αναφοράς είναι συνασπισμοί από περιφέρειες, πόλεις, ενοποιημένα νοσοκομεία ή οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης που έχουν ως στόχο να παρέχουν συγκεκριμένα παραδείγματα καινοτόμων υπηρεσιών με αποδεδειγμένη προστιθέμενη αξία για τους πολίτες και τα συστήματα περίθαλψης στις περιφέρειες της ΕΕ. Ορισμένοι από αυτούς έχουν συμβάλει στην ανάπτυξη και τη δημιουργία θέσεων εργασίας στις περιοχές τους, και πολλοί έχουν επεκτείνει στοιχεία βέλτιστων πρακτικών από τοπικό σε περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο (Busse et al., 2004).

Η Ελλάδα παρόλο που αντιμετωπίζει μια σειρά από δυσκολίες, είναι σημαντικό να μην χάσει το κοινωνικό της πρόσωπο απέναντι στις ευαίσθητες ομάδες, όπως είναι οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά. Μέσω της εφαρμογής πολιτικών υγιούς γήρανσης καθώς και της συμμετοχής στα ευρωπαϊκά προγράμματα και της προώθησης του εθελοντισμού μπορεί να συμβάλει σε σημαντικό βαθμό στα υγιή γηρατειά.

Η παρούσα κοινωνικο-οικονομική κατάσταση απαιτεί τον επαναπροσδιορισμό των πρακτικών των δομών προκειμένου οι ωφελούμενοι να έχουν μια αξιοπρεπή διαβίωση. Πέραν της προφανούς απαίτησης για ιατρική και οικονομική υποστήριξη, η φροντίδα στους ηλικιωμένους μπορεί να επεκταθεί και στους ακόλουθους τομείς, παίρνοντας σαν πρότυπα αντίστοιχα προγράμματα του εξωτερικού (Δαρδαβέσης και συν., 2011).

- Ανάπτυξη προγραμμάτων για ηλικιωμένους που θα συνδέονται με άλλα κοινωνικά προγράμματα, ώστε να προσφέρονται οικονομική βοήθεια, ταξίδια, εκδρομές κτλ.
- Ενίσχυση προγραμμάτων που συνδέονται άμεσα με δίκτυα ιατρικής -νοσηλευτικής φροντίδας που θα βελτιώσουν την υγεία, καθώς και την ψυχολογία των ηλικιωμένων.
- Αξιοποίηση της τεχνολογίας στον τομέα επικοινωνιών και δημιουργία καναλιών τηλε-συμβουλευτικής, τηλε-προαγωγής της υγείας – προσωπικής φροντίδας ή και ακόμη τηλειατρικής προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια των μακρινών αποστάσεων σε προγράμματα που αφορούν τη βοήθεια των ηλικιωμένων.
- Εκμετάλλευση της πληροφορικής στα προγράμματα που έχουν ήδη αναπτυχθεί για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, έτσι ώστε να είναι διαρκής η αξιολόγηση τους και να σχεδιάζονται πολιτικές που θα είναι στοχευόμενες σε κάθε δομή.

Περιορισμοί της έρευνας

Αρχικός στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να προσδιορισθεί αν η κατάσταση υποθρεψίας και η κατάθλιψη συσχετίζονται σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Συνήθως, ολόκληρος ο πληθυσμός της περιοχής που επιδιώκεται να ερευνηθεί είναι υπερβολικά μεγάλος. Ένα μικρό αλλά πολύ προσεκτικά επιλεγμένο δείγμα μπορεί να αντιπροσωπεύσει το σύνολο. Η δειγματοληψία χρησιμοποιείται για να πάρει κανείς πληροφορίες από έναν στοχευόμενο πληθυσμό μειώνοντας το κόστος και τη προσπάθεια. Ο αριθμός των ατόμων που συμμετέχουν θα πρέπει να είναι αρκετά μεγάλος ώστε τα αποτελέσματα να είναι έγκυρα, αξιόπιστα και αντιπροσωπευτικά της ομάδας στόχου με ελάχιστο περιθώριο για σφάλμα και θα πρέπει να μην περιορίζεται σε κάποιες συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

Στην παρούσα εργασία το μέγεθος του δείγματος θεωρείται ικανοποιητικό, ωστόσο το γεγονός ότι ο πληθυσμός-στόχος προέρχεται μόνο από μια συγκεκριμένη περιοχή, Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Βόλου, αυτό συνεπάγεται ότι δεν είναι εφικτό να υπάρξει γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας για όλο των πληθυσμό τρίτης και τέταρτης ηλικίας στη χώρα.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Αν και τα αίτια και οι επιδράσεις της υποθρεψίας και της κατάθλιψης των ηλικιωμένων μεμονωμένα έχουν εξεταστεί σε αρκετές έρευνες, περιορισμένες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί που να συσχετίζουν την κατάθλιψη και τις διατροφικές διαταραχές. Κρίνεται χρήσιμο στην ελληνική επιστημονική κοινότητα να πραγματοποιηθούν ερευνητικές εργασίες οι οποίες θα μελετούν τη διατροφική εκτίμηση και τη συσχέτιση με εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

Συγκεκριμένα προτείνεται να πραγματοποιηθεί μια αντίστοιχη έρευνα σε άτομα που διαβιούν με τις οικογένειες τους και μόνα τους, ώστε να αποτελέσματα να μπορούν να συγκριθούν με την τρέχουσα έρευνα ή με αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε Κ.Α.Π.Η. Ενδιαφέρον επίσης, θα παρουσίαζε να πραγματοποιηθεί μια σχετική έρευνα σε αγροτικό και αστικό πληθυσμό. Επίσης χρήσιμα αποτελέσματα θα παρείχε μια έρευνα σε όλη την περιφέρεια της χώρας, διότι με τον τρόπο αυτό θα υπήρχαν ποιοτικότερες πληροφορίες για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων και θα μπορούσαν να υλοποιηθούν καταλληλότερα μέτρα διασφάλισης υγιούς γήρανσης.

Βιβλιογραφία

Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365:1961–70

Andrew DH, Dulin PL. The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: Experiential avoidance as a moderator. *Aging Ment. Health*. 2007;11:596–603.

Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis J, Lionis C: Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Fam Practice* 2001, 18:87-91

Atlantis, E., Browning, C., Sims, J., Kendig, H., (2009) Diabetes incidence associated with depression and antidepressants in the Melbourne Longitudinal Studies on Healthy Ageing (MELSHA). *Int J Geriatr Psychiatry*.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, 249–265.

Boccardi V, Esposito A, Rizzo MR, Marfella R, et al. (2013) Mediterranean Diet, Telomere Maintenance and Health Status among Elderly. *PLoS ONE* 8(4)

Busse R, Riesberg A. Health care system in transition: Germany. *European Observatory on Health Care Systems*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004

Butters MA, Becker JT, Nebes RD, Zmuda MD, Mulsant BH, et al. Changes in cognitive functioning following treatment of late life depression. *Am. J. Psychiatry*. 2000;157:1949–54.

Butterworth P, Gill SC, Rodgers B, Anstey KJ, Villamil E, Melzer D. Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Soc. Sci. Med.* 2006;62:1179–91.

Cabrera M. A. S., Mesas A. E., Garcia André Ricardo Lopes, Maffei de Andrade Selma, Malnutrition and Depression among Community-dwelling Elderly People, *Journal of the American Medical Directors Association*, Volume 8, Issue 9, November 2007, Pages 582-584

Carney RM, Freedland KE. Depression, mortality, and medical morbidity in patients with coronary heart disease. *Biol Psychiatry.* 2003;54(3):241–247

Chumlea WC, Guo SS, Wholihan K, Cockram D, Kuczmarski RJ, Johnson CL. 1998. Stature prediction equations for elderly non-Hispanic white, non-Hispanic black and Mexican-American persons developed from NHANES III data. *J Am Diet Assoc* 98:137–142

Copeland J, Beekman A, Braam A, Dewey M, Delespaul P, Fuhrer R, Hooijer C, Lawlor B, Kivela S, Lobo A, Magnusson H, Mann A, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Wilson K (2004) “Depression among older people in Europe: the EURODEP studies”, *World Psychiatry*, 3(1): 45–49.

Davison, J, Bond, J, Dawson, P, Steen, IN, Kenny, RA, (2005) Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention--a randomised controlled trial. *Age Ageing.*;34(2):162-8.

Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372–387.

Ehrt U, Brønnick K, Leentjens AF, Larsen JP, Aarsland D. Depressive symptom profile in Parkinson's disease: A comparison with depression in elderly patients without Parkinson's disease. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2006;21:252–8.

Fiske A, Wetherell J, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009, 5:363–389

Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A, Ierodiakonou C. The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Greece. *Aging: Clin Exp Res* 1999; 11(6):367-372.

Hrnciarikova, D, Juraskova, B, Zadak, Z, Hronek, M, (2006) Present state of evaluating malnutrition in the elderly - analysing indicators. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*; 150(2):217-21.

Jorm AF. History of depression as a risk factor for dementia: An updated review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:776–81.

Kadushin G, Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work, *Health & Social Work*, Vol.29, Num 3, 2004.

Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, Pedersen NL. Personality and major depression: A Swedish longitudinal population-based twin study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2006;63:1113–20.

Krishnan, K. (2002). Biological risk factors in late life depression. *Biological Psychiatry* 52, 185–192.

Kurlowic, L. & Greenberg, S. 2007. The Geriatric Depression Scale (GDS). In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults*. Issue number 4.

Li, S. C., Schmiedek, F., Huxhold, O., Rocke, C., Smith, J., & Lindenberger, U. (2008). Working memory plasticity in old age: Transfer and maintenance. *Psychology and Aging*, 23, 731–742.

Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur Heart J* 2007, 28 (24): 2972–2984.

Madianos MG, Gournas G, Stefanis CN. (1992) “Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens”, *Acta Psychiatr Scand*, 86(4):320-6.

Maraldi, C., Harris, T. B., Newman, A. B., Kritchevsky, S. B., Pahor, M., Koster, A., et al. (2009). Moderate alcohol intake and risk of functional decline: The health, aging, and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(10), 1767-1775.

Marian A.E. van Bokhorst- de van der Schueren, Lonterman-Monasch, S., Oscar J. de Vries, Sven A. Danner, Kramer M. H.H., Muller M., Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients *Clinical Nutrition*, Volume 32, Issue 6, December 2013, Pages 1007-1011

Mestheneos E, Antoniadou K (2004) GREECE NATIONAL REVIEW for MERI, Athens, European Commission – Contract N° QLAM-2001-00372

Mokhber, N., MR Majdi, M Ali-Abadi, MT Shakeri, M Kimiagar, R Salek, P Ahmadi, Moghaddam, A Sakhdari, M Azimi-Nezhad, M Ghayour-Mobarhan⁵, SS Soluti, (2011) Association between Malnutrition and Depression in Elderly People in Razavi Khorasan: A Population Based-Study in Iran. *Iranian J Publ Health*, Vol. 40, No.2, pp.1-8

Murtagh, F.E., Sheerin, N.S., Addington-Hall, J., & Higginson, I.J. (2011). Trajectories of illness in stage 5 chronic kidney disease: a longitudinal study of patient symptoms and concerns in the last year of life. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(7), 1580–1590

Naarding P, Schoevers RA, Janzing JG, Jonker C, Koudstaal PJ, Beekman AT. A study on symptom profiles of late-life depression: The influence of vascular, degenerative and inflammatory risk-indicators. *J. Affect. Disord.* 2005;88:155–62

Nolen-Hoeksema S, Ahrens C. Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychol. Aging.* 2002;17:116–24.

Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2002;10:125–8.

Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2005;20(4):350–357.

Paradiso S, Vaidya J, Tranel D, Kosier T, Robinson RG. Nondysphoric depression following stroke. *Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* 2008;20:52–61

Park JH, Lee SB, Lee TJ, Lee DY, Jhoo JH, et al. Depression in vascular dementia is quantitatively and qualitatively different from depression in Alzheimer's disease. *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.* 2007;23:67–73.

Peeters A, Barendregt JJ, Willekens F, Mackenbach JP, Al Mamun A, Bonneux L; (2003) Obesity in adulthood and its consequences for life expectancy: a life-table analysis. NEDCOM, the Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group. *Ann Intern Med.* 2003 Jan 7;138(1):24-32.

Prakash R, Choudhary SK & Singh US (2004) A study of morbidity pattern among geriatric population in an urban area of Udaipur Rajasthan. *Indian J Community Med* XXIX, 35–40.

Solias A (2010) “25th International Conference of Alzheimer’s Disease International (ADI)”, The annotated MMSE median score by Age and Educational Level (The Ilios – Byron – Heliopolis Municipality Hellenic Study), Thessaloniki, Greece.

Stini, WA., (1973) Reduced sexual dimorphism in upper arm circumference associated with a protein deficit diet in a South American population. *American Journal of Physical Anthropology*, 36:341-352

Tiemeier H, van Tuijl HR, Hofman A, Kiliaan AJ, Breteler MM., (2003) Plasma fatty acid composition and depression are associated in the elderly: the Rotterdam Study. *Am J Clin Nutr.*;78(1):40-6.

Vrdoljak, D., Bergman B., Ksenija M., Vučak J Lalić ,D., (2014) Short form of the mini nutritional assessment is a better proxy for nutritional status in elderly than the body mass index: cross-sectional study. *Healthy Aging Research* | www.har-journal.com, p.3-9

WHO (2012) DEPRESSION: A Global Crisis, World Mental Health Day, October 10 2012, World Federation for Mental Health

Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α., (2000) *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Ιδιωτική Έκδοση

Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε. (2012) «Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων», *Psychiatriki*, 23:39–45

Δαρδαβέσης, Θ., Ι., Χουσιάδας, Λ., Β., Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α., Νούσκας, Ι., Χατζηχρήστου, Δ., Κώστα - Τσολάκη, Μ., Μπένος, Α., (2011) *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Εκδόσεις Πεδίο

Κικίλιας, Ηλ., Μπάγκαβος, Χ., Τήνιος, Π. και Χλέτσος, Μ. (2001) (επιμ.). *Δημογραφική Γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνική Προστασία: Τάσεις Προκλήσεις & Πολιτικές*, Αθήνα: Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α., (1999) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Ελληνικά Γράμματα.

Λυμπεράκη, Α., Π. Τήνιος, Τ. Φιλαλήθης, (2009) «Βελτίωση συγκρισιμότητας στοιχείων βασισμένων σε υποκειμενικές απαντήσεις χρησιμοποιώντας προτυποποιημένες vignettes: Μια εφαρμογή σε κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην υγεία ανάμεσα σε ηλικιωμένους Έλληνες», στο Ζωή 50+ Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Κριτική

Πλατή, Χρ., (1993) Γεροντολογική Νοστιλευτική. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

Στυλιανοπούλου Χ, Κουλιεράκης Γ, Καραγιάννη Β, Μπαμπάτσικου Φ, Κουτής Χ (2010) «Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)», ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ , Τόμος 9ος, Τεύχος 4ο

Σουρτζή Π (2007): Υγιεινή και Ασφάλεια στο Νοσοκομείο. Άρθρο Σύνταξης. Νοσηλεία και Έρευνα, 19, 13-14.