



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ  
ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Π.Μ.Σ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Διατροφή Και Κατάθλιψη Των Ηλικιωμένων Στο Νομό  
Λακωνίας**

**ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΟΥΡΛΑΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ**

Ιούλιος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ  
ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Π.Μ.Σ. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Διατροφή Και Κατάθλιψη Των Ηλικιωμένων Στο Νομό Λακωνίας**

**ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΟΥΡΛΑΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

Επιβλέπων: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Σοφία Ζυγά, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χίλ, Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιούλιος 2015

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΟΥΡΛΑΣ, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλείας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

## Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

.....  
**Μαρία Τσιρώνη**

.....  
**Σοφία Ζυγά**

.....  
**Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χίλ**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου, Δρ Μαρία Τσιρώνη για την ανάθεση της διπλωματικής αυτής εργασίας και για την πολύτιμη βοήθειά της για την διεκπεραίωσή της καθώς και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, Δρ Σοφία Ζυγά και Δρ Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χίλ.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Σαχλά Αθανάσιο, επιστημονικό συνεργάτη του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την πολύτιμη βοήθειά του πάνω στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό των ΚΑΠΗ του νομού Λακωνίας για την συνεργασία τους καθώς και τους ηλικιωμένους που δέχτηκαν να πάρουν μέρος στη παρούσα μελέτη.

Αφιερώνω αυτή την μελέτη στη γυναίκα μου Κωνσταντίνα χωρίς την βοήθεια και κατανόηση της οποίας τίποτα από αυτά δεν θα ήταν εφικτό.

## Περίληψη

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης του Μεσογειακού Διατροφικού Προτύπου και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε δείγμα ηλικιωμένων ατόμων, κατοίκων του νομού Λακωνίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Η παρούσα έρευνα διεξήχθη από τον Οκτώβριο του 2013 έως τον Δεκέμβριο του 2014. Οι διατροφικές συνήθειες εκτιμήθηκαν με βάση ένα ημι-ποσοτικοποιημένο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, το MedDietScore. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκτιμήθηκε με βάση τη σύντομη μορφή της γηριατρικής ψυχομετρικής κλίμακας κατάθλιψης, Geriatric Depression Scale( GDS, εύρους 0-15).

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 101 άτομα άνδρες και γυναίκες άνω των 65 ετών μόνιμοι κάτοικοι του νομού Λακωνίας οι οποίοι προσεγγίστηκαν στα ΚΑΠΗ του νομού. 74,3% των ηλικιωμένων δεν παρουσίαζαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. 17,8% παρουσίαζε μετρίου βαθμού καταθλιπτική συμπτωματολογία και 7,9% των ατόμων παρουσίαζε σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία από τους άνδρες. Η κακή οικονομική κατάσταση σχετίζεται θετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία( $p<0,001$ ) και η χηρεία το ίδιο( $p=0,033$ ). Ο βαθμός υιοθέτησης του MedDietScore<sup>®</sup> ( $p=0,238$ ) δεν συσχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, συσχετίζεται όμως με την ηλικία ( $p=0,034$ ) και το επάγγελμα ( $p=0,030$ ). Η συσχέτιση των επιμέρους τροφών με την καταθλιπτική συμπτωματολογία έδειξε ότι τα άτομα που κατανάλωναν λιγότερες μερίδες λαχανικών( $p=0,045$ ) καθώς και τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερες μερίδες κόκκινου κρέατος και προϊόντων του( $p=0,019$ ), εμφάνιζαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

**Συμπεράσματα:** Ο βαθμός υιοθέτησης συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών δε δύναται να συσχετιστεί με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι επιμέρους όμως διατροφικές προτιμήσεις φαίνεται να έχουν μια συσχέτιση. Σε ένα κόσμο που η ηλικιακή πυραμίδα αναστρέφεται ραγδαία κάθε στοιχείο που μπορεί να βοηθήσει στην κατεύθυνση της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού είναι πολύτιμο και πρέπει να ληφθεί υπόψη για τον μελλοντικό σχεδιασμό δράσεων για την πρόληψη νοσηρών καταστάσεων.

**Λέξεις κλειδιά:** μεσογειακή διατροφή, ηλικιωμένοι, κατάθλιψη, ενεργός γήρανση, υγιής γήρανση

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The purpose of this research was to investigate the association between the Mediterranean dietary pattern and the depressive symptomatology in a sample of elderly residents in the county of Laconia.

**Material and methods:** The survey was conducted from October 2013 until December 2014. Dietary habits were assessed by a semi-quantified food frequency questionnaire the MedDietScore. Depressive symptomatology was assessed using the short form of psychometric geriatric depression scale, Geriatric Depression Scale (GDS, range 0-15).

**Results:** 101 people were enrolled, men and women, over 65 years old, residents of Laconia who were reached at the Open Care Centers for the Elderly of the county. 74.3% of older people showed no depressive symptomatology. 17.8% presented moderate depressive symptomatology and 7.9% of them had severe depressive symptomatology. Women appeared to have higher depressive symptomatology than men. The poor economic situation was positively associated with depressive symptomatology ( $p < 0,001$ ) and the vacancy the same ( $p = 0,033$ ). The degree of adoption of MedDietScore ( $p = 0,238$ ) has no direct association with the emergence of depressive symptomatology, however there is correlation among age ( $p=0,034$ ) and occupation ( $p=0,030$ ). The correlation of individual foods to the depressive symptomatology showed that people who consumed fewer servings of vegetables ( $p = 0,045$ ) and those that consumed more servings of red meat and meat products ( $p = 0,019$ ), showed higher depressive symptomatology than the general population.

**Conclusions:** The adherence to specific dietary habits may not be associated with depressive symptomatology. However the individual food preferences appear to have a correlation. In a world where the age pyramid is inverted rapidly, any evidence that can lead in the direction of healthy aging is valuable and should be taken into consideration in future planning of actions for the prevention of morbid situations.

**Key words:** Mediterranean diet, elderly, depression, active aging, healthy aging



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- 1.1. Ορισμός γήρατος .....σελ 1
- 1.2. Γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού .....σελ 2
- 1.3. Γήρανση του πληθυσμού και κοινωνιολογικές επιπτώσεις .....σελ 9
- 1.4. Εξάρτηση των υπερηλίκων και προστασίας τους .....σελ 13

### 2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

- 2.1. Διαγνωστικά κριτήρια της καταθλιπτικής συνδρομής .....σελ 15
- 2.2. Κλινικές μορφές της καταθλιπτικής συνδρομής .....σελ 16
- 2.3. Αιτιολογία Της Καταθλιπτικής συνδρομής .....σελ 17
- 2.4. Νευροχημικοί Παράγοντες .....σελ 18
- 2.5. Άλλες υποθέσεις σχετιζόμενες με την καταθλιπτική συνδρομή .....σελ 19
- 2.6. Η θεραπεία της καταθλιπτικής συνδρομής-Φαρμακευτική αγωγή .....σελ 21
- 2.7. Επιδημιολογικά στοιχεία .....σελ 22

### 3. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ 3<sup>η</sup> ΗΛΙΚΙΑ

- 3.1. Παράγοντες κινδύνου .....σελ 23

### 4. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- 4.1. Διαταραχές στη λήψη τροφής .....σελ 26
- 4.2. Διατροφή και καταθλιπτική συνδρομή .....σελ 27
  - 4.2.1. Διαταραχές θρεπτικών στοιχείων .....σελ 28
- 4.3. Μεσογειακή διατροφή .....σελ 30

### 5. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- 5.1. Σκοπός .....σελ 34
- 5.2. Πληθυσμός Μελέτης .....σελ 34
- 5.3. Εργαλεία Μελέτης .....σελ 34
- 5.4. Στατιστική Ανάλυση .....σελ 38

### 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....σελ 39

### 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....σελ 57

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της αναστροφής της ηλικιακής πυραμίδας και οι επιπτώσεις του δεν είναι πουθενά αλλού στον κόσμο τόσο έντονο, όσο στην Ευρώπη . Η λεγόμενη και «γηραιά» ήπειρος δεν θα λέγετε ποια έτσι μόνο λόγω της ιστορίας της.

Η ανάπτυξη των κρατών σε κάθε επίπεδο έχει οδηγήσει στη βελτιστοποίηση των συνθηκών διαβίωσης και κατ' επέκταση στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ενώ αντίθετα οι γεννήσεις των παιδιών έχουν μειωθεί καθώς τα νέα ζευγάρια δεν έχουν ως πρώτη προτεραιότητα την απόκτηση οικογένειας. Άλλες δραστηριότητες, όπως ταξίδια, καριέρα, καθώς και η απαίτηση των ανθρώπων να προσφέρουν όσο το δυνατόν περισσότερα στους απογόνους τους, καθυστερούν πολύ την απόκτηση οικογένειας και περιορίζουν τον αριθμό των απογόνων.

Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων δημιουργεί με τη σειρά της τροποποιήσεις στα κονδύλια και τον προγραμματισμό των κρατών. Οι αυξημένες ανάγκες αυτής της πληθυσμιακής ομάδας απαιτούν τεράστια κονδύλια προς τον τομέα της υγείας καθώς και μεγάλα κονδύλια για την απόδοση των θεσμοθετημένων συνταξιοδοτικών προγραμμάτων. Καθώς λοιπόν οι εισροές των προϋπολογισμών των κρατών από το εργατικό δυναμικό δεν φτάνουν για να καλύψουν τις χρηματοδοτικές ανάγκες του πληθυσμού που γηράσκει, τα κράτη προσπαθούν να βρουν τρόπους να εξομαλύνουν τις αποκλίσεις.

Με το σκεπτικό αυτό δημιουργήθηκαν οι όροι «υγιείς γήρανση»(healthy aging) και «ενεργός γήρανση» (active aging). Οι ηλικιωμένοι είναι μια ευπαθής ομάδα η οποία όμως μπορεί να προσφέρει πολλά με την κατάλληλη υποστήριξη και προστασία. Για το λόγο αυτό τα κράτη κινούνται προς τον άξονα της πρόληψης για τη βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και δίνουν κίνητρα για την παραμονή στην εργασία.

Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι ήταν κάποτε αναπόσπαστο μέρος της οικογένειας και προσέφεραν πολλά, κυρίως στην ανατροφή των παιδιών και τη συντήρηση του

νοικοκυριού. Με την πάροδο των ετών, όμως, η δομή της οικογένειας ομοίασε περισσότερο με την ευρωπαϊκή με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να περιθωριοποιηθούν. Ένα τροχοπέδη προς την κατεύθυνση της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού είναι μία διαταραχή του συναισθήματος κοινή σε όλες της ηλικιακές ομάδες με διαφορετική όμως αιτιολογία σε κάθε μια από αυτές. Η διαταραχή αυτή ονομάζεται καταθλιπτική συνδρομή και έχει μια ευρεία γκάμα συμπτωμάτων που κυμαίνονται από παντελή έλλειψη δραστηριότητας έως και υπερβολική παρουσία αυτής. Τα αίτια διαφέρουν τόσο ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες όσο και ανάμεσα στα άτομα ξεχωριστά, από ορμονολογικές αλλαγές στην εφηβεία, σε έλλειψη θρεπτικών συστατικών στους ηλικιωμένους.

Ο συσχετισμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διάφορων ομάδων τροφών έχει μελετηθεί στην παγκόσμια βιβλιογραφία ανεξάρτητα την πληθυσμιακή ομάδα και έχουν εξαχθεί σωρεία αποτελεσμάτων που διαφέρουν από γεωγραφική περιοχή σε γεωγραφική περιοχή και από ηλικιακή ομάδα σε ηλικιακή ομάδα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών και της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό του Νομού Λακωνίας.

# 1.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1.1. Ορισμός γήρατος

Το γήρας είναι μία έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές. Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49. Ο Laslet ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

Το γήρας ως φυσική- βιολογική ακολουθία συνδυάζει πάντα ένα μείγμα αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων. Το μυστήριο αλλά και κακό συνάμα της φυσικής και πνευματικής παρακμής συνυπήρχε πάντα με το σεβάσμιο, σοφό και αγαθό, αλλά και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που προκαλούσε η τελευταία ηλικιακή φάση της ζωής ( Μωυσίδης και συν, 2002). Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική πρόσληψη της έννοιας της γήρανσης υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνική θέση αλλά και το φύλο του καθενός. Εξαρτάται, επίσης, και από την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων (Μωυσίδης, 2001). Οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, καθώς και οι κοινωνικές/ταξικές διαφοροποιήσεις, προσδίδουν κάθε φορά και ένα καινούριο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων (Μωυσίδης και συν, 2002).

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley et. al., 1996). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του

ίδιου του ατόμου. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης. (Δαρδαβέσης Ι., 1999 )

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί για το γήρας, καθώς όμως αφορούν σε μία πολύ μεγάλη και ανομοιογενή ομάδα ανθρώπων δεν υπάρχει ένας που να συνοψίζει ικανοποιητικά τα στοιχεία εκείνα που βοηθούν στο να χαρακτηριστεί κάποιος ηλικιωμένος σε μία συγκεκριμένη ηλικία. Για το λόγο αυτό, από τους περισσότερους, θεωρείται ως αρχή του γήρατος το εξηκοστό πέμπτο έτος το οποίο συμπίπτει μέχρι στιγμής με τη συνταξιοδότηση των ατόμων στα περισσότερα κράτη του δυτικού κόσμου. (Δαρδαβέσης Ι., 1999)

## **1.2 Γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού**

Το ανθρώπινο σώμα φθίνει με την πάροδο του χρόνου. Η φυσιολογική αυτή φθορά που συντελείται σε όλους τους οργανισμούς πάνω σε αυτό τον πλανήτη έχει τελική κατάληξη τον θάνατο του οργανισμού. Οι αλλαγές αυτές ξεκινούν σε ακαθόριστο χρονικό σημείο για το κάθε άτομο. Οι κυριότερες αλλαγές που παρουσιάζονται με την αύξηση της ηλικίας είναι: η ελάττωση της μυϊκής μάζας του σώματος , η απώλεια οστικής μάζας, η μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η μειωμένη λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, η επιδείνωση της λειτουργίας των νεφρών και η ελάττωση της ικανότητας του καρδιαγγειακού συστήματος. Πολλά από αυτά τα προβλήματα προκύπτουν λόγω μεταβολών πρόσληψης ή απορρόφησης θρεπτικών συστατικών. Για το λόγο αυτό με την πάροδο του χρόνου χρειάζεται τροποποίηση του διαιτολογίου για την αύξηση πρόσληψης κάποιων συστατικών και τον περιορισμό κάποιων άλλων.

Αναλυτικότερα οι αλλαγές που συντελούνται είναι οι εξής:

## ❖ Γαστρεντερικό Σύστημα

Στα άτομα τρίτης ηλικίας παρατηρείται μια σταδιακή απώλεια των αισθήσεων της γεύσης (δυσγευσία) και της οσμής (υποσμία) ( Mahan L. Kathleen, Sylvia Escott, 2003) . Η απώλεια αυτή μπορεί να είναι αποτέλεσμα πληθώρας παραγόντων όπως φυσιολογικής γήρανσης, ασθενειών, φαρμακευτικής αγωγής, μετεγχειρητικών επιπλοκών (Schiffman S. ,1993). Η ελάττωση του αισθήματος της γεύσης και της οσμής αρχίζει στην ηλικία των 60 ετών και επιδεινώνεται η εμφάνισή τους στην ηλικία των 70 ετών και άνω( Dr. Caroline Horwath, 1996). Η μειωμένη ικανότητα των ηλικιωμένων να ανιχνεύουν την οσμή και να αναγνωρίζουν τη γεύση των φαγητών που καταναλώνουν είναι πολύ σημαντική, γιατί έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της όρεξης και της ευχαρίστησης που προσφέρει το φαγητό. Επιπλέον η μειωμένη αίσθηση γεύσης και οσμής αποτελεί παράγοντα κινδύνου τροφικής και περιβαλλοντικής δηλητηρίασης( Ferris AM, Duffy VB, 1989). Αλλαγές στη μεταβολική διαδικασία όπως στην έκκριση σιέλου, γαστρικού οξέος και παγκρεατικών ενζύμων και αύξηση της ινσουλίνης του πλάσματος επηρεάζονται από την μειωμένη διέγερση των αισθήσεων της γεύσης και της οσμής (Ahmed T., Haboubi N., 2010).

Ωστόσο, μια μελέτη , που έγινε στις Η.Π.Α. (Baltimore Longitudinal Study of Aging) στην οποία συμμετείχαν 387 εθελοντές που ζούσαν σε κοινότητα, υπέδειξε ότι επέρχεται μείωση της αίσθησης της οσμής με τη γήρανση άσχετα με την παρουσία ασθένειας ή τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Οι συμμετέχοντες όμως οι οποίοι ακολουθούσαν κάποια φαρμακευτική αγωγή ανέφεραν πιο έντονα δυσγευσία και υποσμία σε σχέση με αυτούς που δεν λάμβαναν φάρμακα. Αυτές οι διαφορές όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. (Ship JA, and Weiffenbach JM,1993)

Η ξηροστομία αποτελεί κοινό πρόβλημα των ηλικιωμένων και εμφανίζεται εξαιτίας της μειωμένης έκκρισης σιέλου. Στην πραγματικότητα η ξηροστομία είναι μια κατάσταση η οποία επηρεάζει τη διατροφή ενός ηλικιωμένου ανθρώπου εφόσον προκαλεί δυσκολίες στη μάσηση και στη κατάποση με αποτέλεσμα την αποφυγή συγκεκριμένων φαγητών (τραγανά, ξηρά και σκληρά τρόφιμα). (Binova PL. ,1998)

Επιπλέον, η απώλεια δοντιών είναι συχνό φαινόμενο στα άτομα τρίτης ηλικίας. Η μάσηση μειώνεται κατά 75% με 85% στα άτομα με τεχνητή οδοντοστοιχία σε σύγκριση με άτομα με φυσική οδοντοστοιχία, με αποτέλεσμα τη μείωση της κατανάλωσης κρέατος και φρέσκων φρούτων και λαχανικών. Συνεπώς, παρατηρείται μείωση στην προσλαμβανόμενη ενέργεια και ανεπάρκειες σε βιταμίνες και σίδηρο και άλλα μέταλλα και ιχνοστοιχεία. (Martin W. ,1991)

Στους ηλικιωμένους τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B12 είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο. Η έλλειψη της βιταμίνης B12 οδηγεί όχι μόνο σε μεγαλοβλαστική αναιμία και μη αντιστρεπτές νευρολογικές διαταραχές αλλά και σε ασθένειες που σχετίζονται με την γήρανση όπως καρδιαγγειακή νόσος, άνοια και οστεοπόρωση. Τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B12 οφείλονται κυρίως στην ελλιπή απορρόφηση της B12 από το γαστρεντερικό σύστημα και λιγότερο από την διαιτητική πρόσληψη. (17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ, 2014)

Η απορρόφηση της B12 είναι μία περίπλοκη διαδικασία η οποία εξαρτάται από την καλή λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος η οποία όμως υφίσταται έκπτωση κατά την γήρανση. Η δυσαπορρόφηση της B12 της τροφής είναι αποτέλεσμα δομικών και λειτουργικών διαταραχών του στομάχου και του λεπτού εντέρου οι οποίες παρατηρούνται πολύ συχνά σε άτομα >65 ετών (π.χ. ατροφική γαστρίτιδα, εντερική εκκολπωμάτωση, νόσοι του ειλεού κ.α.). Η ατροφική γαστρίτιδα οδηγεί σε υποχλωρυδρία (μειωμένη έκκριση υδροχλωρικού οξέος και πεψίνης) με αποτέλεσμα αφενός μεν την μη δυνατότητα απελευθέρωσης της B12 από τις πρωτεΐνες της τροφής αφετέρου δε την αυξημένη ανάπτυξη βακτηριδίων που καταναλώνουν την B12. (17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ, 2014)

Αρκετές μελέτες δείχνουν επίσης μειωμένα επίπεδα φυλλικού οξέως σε ηλικίες >65 ετών. Το φυλλικό οξύ απορροφάται από το αρχικό τμήμα της νήστιδας. Τα αποθέματα του φυλλικού οξέως στον οργανισμό είναι πολύ λίγα σε σχέση με αυτά της βιταμίνης B12. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι οι συνήθεις διαταραχές που παρατηρούνται στο γήρας όπως, πρόσληψη (κακή διατροφή), δυσαπορρόφησης και φλεγμονώδεις νόσοι οδηγούν μέσα σε λίγες εβδομάδες σε ανεπάρκεια φυλλικού οξέως.(17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ, 2014) .

Σε αρκετές μελέτες φαίνεται η συγκέντρωση του ασβεστίου να παραμένει σταθερή είτε να εμφανίζει μία οριακή αύξηση στο ηλικιακό εύρος 60-90 έτη. (Sonja L.Rosen, et.al., 2011) Σε ηλικίες  $\geq 90$  ετών μειώνεται σημαντικά. Η ελάττωση του ασβεστίου στις πολύ μεγάλες ηλικίες ( $\geq 90$ ) αποδίδεται στον εγκλεισμό των ατόμων αυτών εντός του χώρου διαμονής τους με αποτέλεσμα μειωμένη σύνθεση της 25-OH-βιταμίνης D, μηδαμινή έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία αφενός και αφετέρου μειωμένη μετατροπή της σε 1,25-(OH)<sub>2</sub> βιταμίνη D λόγω νεφρικής ανεπάρκειας. Η ελάττωση τελικά της 1,25-(OH)<sub>2</sub> βιταμίνης D στην κυκλοφορία οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου από το έντερο. (Milne AC, et.al., 2009) Όλα τα παραπάνω αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης στην τρίτη ηλικία.

Γαστρεντερικές διαταραχές, όπως ναυτία και δυσκοιλιότητα, εμφανίζονται σε αυξημένη συχνότητα, και η εμφάνισή τους σχετίζεται με κακές διατροφικές συνήθειες και παρενέργειες φαρμακευτικών αγωγών. Ο όρος δυσκοιλιότητα σημαίνει καθυστέρηση της προώθησης των κοπράνων μέσα στο παχύ έντερο η οποία οφείλεται κυρίως στη μειωμένη πρόσληψη υγρών και διαιτητικών ινών καθώς επίσης και στην καθιστική ζωή. (Frank H. Netter, 2009)

Συχνό είναι το φαινόμενο της δυσανεξίας σε κάποια ένζυμο, με αποτέλεσμα τα άτομα να αποφεύγουν την κατανάλωση κάποιων τροφίμων. Αυξημένο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που εμφανίζουν δυσανεξία στη λακτόζη, ένζυμο το οποίο συναντάται στο γάλα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελαττωμένη χρήση του γάλακτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου που πιθανά να οδηγεί σε οστεοπόρωση. (Courtney, M.M., 2005)

Μακροπρόθεσμα, πολλές πρωτοπαθείς παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος μπορούν να οδηγήσουν σε υποσιτισμό και έλλειψη θρεπτικών συστατικών. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτές οι παθήσεις προκαλούν δυσαπορρόφηση ενός ή περισσότερων απαραίτητων θρεπτικών συστατικών της προσλαμβανόμενης τροφής. Επιπλέον μειώνονται οι γευστικοί κάλυκες στο στόμα και παρατηρείται ελαττωμένη κινητικότητα και μυϊκός τόνος στο έντερο. Μερικές από αυτές τις αλλαγές οδηγούν σε μειωμένη όρεξη και πρόσληψη τροφής γνωστή ως «ανορεξία του γήρατος». (17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ, 2014) .



## ❖ Νεφρική Λειτουργία

Παρατηρείται μία μέτρια αλλά σταθερή αύξηση της ουρίας στα άτομα >65 ετών. Αντίθετα τα επίπεδα κρεατινίνης δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την ηλικία. Είναι γνωστό όμως ότι με την πρόοδο της ηλικίας παρατηρείται έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας κατά 30 με 50% η οποία οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως μείωση του αριθμού των νεφρώνων, ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR), στένωση των νεφρικών αγγείων, μειωμένη ροή αίματος στους νεφρούς. (Gray C.Len and Newbury W.Jonathan, 2004).

Η ουρία και η κρεατινίνη χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας. Ωστόσο τα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης τείνουν να υπερεκτιμούν την νεφρική λειτουργία στο γήρας. Η ουρία δεν αντικατοπτρίζει με ακρίβεια τη νεφρική λειτουργία γιατί επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Αυξημένος καταβολισμός λευκωμάτων, σημαντικά αυξημένη ποσότητα λευκωμάτων στο διαιτολόγιο, γαστρεντερική αιμορραγία, αφυδάτωση και λήψη διουρητικών αυξάνουν την τιμή της ουρίας στο αίμα. Αντίθετα, η κακή διατροφή, ο μειωμένος καταβολισμός λευκωμάτων, λόγω ελάττωσης της μάζας σώματος στους ηλικιωμένους και η σοβαρή ηπατική νόσος ελαττώνουν την τιμή της ουρίας. Τέλος, το ουρικό οξύ επηρεάζεται από την νεφρική λειτουργία και επομένως ακολουθεί την έκπτωση της με την πρόοδο της ηλικίας. Η μεγαλύτερη αύξηση του ουρικού οξέως παρατηρείται σε ηλικίες  $\geq 90$  ετών (Gray C.Len and Newbury W.Jonathan, 2004).

## ❖ Ανοσοποιητικό Σύστημα

Η φυσική ανοσία αποτελεί την πρώτη γραμμή άμυνας του οργανισμού έναντι των ξένων εισβολέων. Συχνά το γήρας συσχετίζεται με ελαττωμένη λειτουργία των επιθηλιακών φραγμών του δέρματος και των βλεννογόνων, αναπνευστικής, γαστρεντερικής και ουροποιογεννητικής οδού, διευκολύνοντας έτσι την διείσδυση των παθογόνων μικροοργανισμών. Ταυτόχρονα επηρεάζονται τα φαγοκύτταρα (ουδετερόφιλα, μακροφάγα, δενδριτικά κύτταρα), τα φυσικά κυτταροκτόνα κύτταρα καθώς και οι φυσικοί μεσολαβητές (κυτταροκίνες, χημειοκίνες, ορμόνες και ελεύθερες ρίζες οξυγόνου) που επίσης αποτελούν σημαντικά συστατικά της φυσικής ανοσοαπάντησης. (17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ, 2014) .

Προκειμένου να επιτευχθεί η ανάπτυξη μιας επαρκούς ανοσοαπάντησης έναντι ενός ευρέως φάσματος παθογόνων κατά τη διάρκεια τη ζωής, απαιτούνται ομοιοστατικοί μηχανισμοί, οι οποίοι εγγυώνται επαρκή ανοσολογική μνήμη, σε συνδυασμό με μια δεξαμενή παρθένων κυττάρων που θα εξασφαλίζουν την επιβίωση των μνημονικών κυττάρων. Η υποστροφή του θύμου, που οδηγεί σε διαταραχή της λειτουργίας και της ισορροπίας παρθένων, δραστικών και μνημονικών κυττάρων, σε συνδυασμό με χρόνιες εμμένουσες ιογενείς λοιμώξεις (από κυτταρομεγαλοϊό ή ιό Epstein-Barr) έχουν ως συνέπεια απώλεια της ικανότητας για έλεγχο των λοιμώξεων και μειωμένη απάντηση στους εμβολιασμούς.

Οι λοιμώξεις που προσβάλλουν τα ηλικιωμένα άτομα είναι βαρύτερες, συχνά θανατηφόρες και εμφανίζονται με άτυπα συμπτώματα που δυσχεραίνουν τη διάγνωση και συχνά την καθυστερούν. Αφορούν δε λοιμώξεις κυρίως από ενδοκυττάριους μικροοργανισμούς που απαιτούν για την αντιμετώπιση τους το κυτταρικό σκέλος της ανοσοαπάντησης, που είναι αυτό που επηρεάζεται κυρίως με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι, οι ηλικιωμένοι προσβάλλονται συνήθως από μικροβιακές λοιμώξεις (ουρολοιμώξεις, γρίπη, πνευμονία, φυματίωση, ενδοκαρδίτιδα, λοιμώξεις του δέρματος και των μαλακών μορίων), αναζωπύρωση χρόνιων ιογενών λοιμώξεων (ιός του απλού έρπητα, ιός έρπητα ζωστήρα-ανεμοβλογιάς), μυκητιασικές (Candida) ή παρασιτικές λοιμώξεις και σπανιότερα από ευκαιριακές λοιμώξεις από Clostridium ή Staphylococcus. Ειδικότερα, η αυξημένη ευαισθησία των ηλικιωμένων στη γρίπη, που συχνά είναι θανατηφόρος, αποδίδεται σε σημαντικό ποσοστό σε διαταραχές της φυσικής ανοσίας. (17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ, 2014)

#### ❖ Μυοσκελετικό Σύστημα

Καθώς η ηλικία αυξάνει, παρατηρούνται έντονες μεταβολές στη σύσταση σώματος, στην οστική πυκνότητα και στη φυσική κατάσταση των ατόμων. Στην πραγματικότητα η μειωμένη φυσική δραστηριότητα αποτελεί την κύρια αιτία μεταβολής της μυϊκής μάζας και του σωματικού λίπους καθώς επίσης και της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Συγκεκριμένα η έλλειψη σωματικής εξάσκησης προκαλεί απώλεια μυϊκής μάζας, γνωστή ως σαρκοπενία που είναι κύριος λόγος της αστάθειας, της ανικανότητας και της έλλειψης ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων.(Morley JE, 2001)

Η σαρκοπενία επιφέρει μείωση στο βασικό ρυθμό μεταβολισμού κατά 20% μέχρι το 90ο έτος της ηλικίας, ελάττωση της μυϊκής δύναμης καθώς επίσης και ελάττωση της μέγιστης κατανάλωσης οξυγόνου. Η απώλεια μυϊκής μάζας ανέρχεται στο 23% για τους άνδρες και 22% για τις γυναίκες. Η τακτική σωματική άσκηση προλαμβάνει την απώλεια αυτή. (Morley JE ,2001)

Όσον αφορά στο σωματικό λίπος, με το πέρας του χρόνου παρατηρείται βαθμιαία μεταβολή προς αύξηση αυτού (για τους άντρες από 18% στην ηλικία των 18 ετών, σε 36% στην ηλικία των 85 ετών και για τις γυναίκες από 33% στην ηλικία των 18 ετών, σε 44% στην ηλικία των 85 ετών). Επιπλέον γίνεται μια αναδιανομή της αποθήκευσης λίπους. Μετακινείται από τα επιφανειακά στρώματα, από κάτω από το δέρμα προς τα βαθύτερα μέρη. Στους άνδρες το λίπος μαζεύεται στην κοιλιακή χώρα και στις γυναίκες αποθηκεύεται στους γοφούς και στους μηρούς. Η αύξηση σωματικού λίπους είναι και αυτό αποτέλεσμα της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας και αυξάνει τον κίνδυνο υπερχοληστερολαιμίας, αθηροσκλήρωσης, υπερινσουλιναϊμίας, ινσουλινοαντοχής, διαβήτη τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενο) και υπέρτασης. ( Horwath C., 1996)

#### ❖ Νεοπλασίες

Ο καρκίνος αποτελεί την δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου στον ηλικιακό πληθυσμό >65 ετών.( T.Bohnert, L.S.Gan,2013) Η επίπτωση των πιο συχνών τύπων καρκίνου αυξάνει με την ηλικία γεγονός που οφείλεται κυρίως στην πολυσταδιακή ανάπτυξη της παθογένειας του καρκίνου.

Ωστόσο στην εκτεταμένη βιβλιογραφία του καρκίνου, η ηλικιακή ομάδα >65 ετών (για την γηριατρική ογκολογία >70 ετών) υποαντιπροσωπείται στις κλινικές μελέτες, με αποτέλεσμα να παρατηρείται ασυμφωνία ως προς το ποσοστό των μη φυσιολογικών τιμών καρκινικών δεικτών σε γηράσκοντες πληθυσμούς φαινομενικά υγιών, «ικανών» ατόμων. Έχει αναφερθεί ότι το ποσοστό των αυξημένων τιμών καρκινικών δεικτών είναι σημαντικά υψηλότερο από τον ρυθμό επίπτωσης νεοπλασματικής νόσου στους ηλικιωμένους. Η αύξηση αυτή των τιμών των καρκινικών δεικτών στους ηλικιωμένους δεν φαίνεται να αντικατοπτρίζει την ύπαρξη όγκων, η ερμηνεία δε του φαινομένου αυτού είναι δυνατόν να αποτελεί η ίδια η διαδικασία της ογκογένεσης, λόγω της αύξησης των πολυεστιακών υπερπλαστικών

φαινομένων που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία.( L P Hinson, T J Davern, W M Lee, 2009)

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης είναι μία από τις παθήσεις που εμφανίζονται κυρίως στη μέση και τρίτη ηλικία, με την διάμεση ηλικία διαγνώσεως τα 69 έτη για τους άνδρες και τα 71 έτη για τις γυναίκες. Η νόσος είναι σημαντικά συχνότερη στους άνδρες με τον λόγο συχνότητας ανδρών-γυναικών να βρίσκεται στο 3,8:1. Η νόσος ευθύνεται για περισσότερους από 100.000 θανάτους ετησίως. Οι πιθανότητες εμφάνισης της νόσου αυξάνονται με την ηλικία και επιβαρύνονται απ' την μη ισορροπημένη διατροφή. (Παυλόπουλος Μ.Π, 2013)

### **1.3 Γήρανση του πληθυσμού και κοινωνιολογικές επιπτώσεις**

Τόσο ο αριθμός, όσο και το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή ατόμων μεγαλύτερων των 65 ετών, φαίνεται πως αυξάνονται σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η αυξητική τάση των γηραιών ατόμων συνεχίζει αμείωτη σε παγκόσμια κλίμακα. Μάλιστα, φαίνεται πως ενισχύεται από τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας αλλά και την αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης, που οφείλονται στην πρόοδο της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης καθώς και στη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής. (Morley JE, Thomas DR., 2007)

Το αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης και η πτώση του αριθμού των γεννήσεων οδηγούν στη γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού. Σε κάθε περίοδο, οι περισσότερο ανεπτυγμένες χώρες είχαν γηραιότερους πληθυσμούς από ότι οι λιγότερο αναπτυγμένες, αν και προβλέπεται ότι και οι τελευταίες θα ακολουθήσουν αυτήν την τάση. Οι λιγότερο αναπτυγμένες χώρες θα υποστούν τις ίδιες μεταβολές στην ηλικιακή κατανομή, αλλά περίπου μισό αιώνα αργότερα. Η πλέον δραματική αλλαγή αφορά στους υπερήλικες (δηλαδή εκείνα τα άτομα που έχουν υπερβεί τα ογδόντα έτη ζωής). Το 1950, οι υπερήλικες στα πιο αναπτυγμένα κράτη αντιστοιχούσαν στο 13% του συνόλου των ατόμων άνω των 65 ετών, όμως το ποσοστό αυτό αναμένεται να αγγίξει το 32% έως το 2050. Παρομοίως, στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες οι υπερήλικες αποτελούσαν το 8%, του συνόλου των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών

το 1950, ποσοστό που προβλέπεται ότι θα φτάσει το 20% έως το 2050.( Gelder M. , Lopez-Ibor, Andreasen, 2007).

Υπολογίζεται πως τα 380 εκατομμύρια ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σήμερα στον πλανήτη θα φτάσουν τα 690 εκατομμύρια έως το 2020. Μάλιστα, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω υπολογίζεται πως θα αγγίξει τα 2 δισεκατομμύρια το 2050. Για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων θα είναι μεγαλύτερος από τον πληθυσμό των παιδιών (0-14 έτη). Έτσι ενώ το 2000 ένα 10% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών μέχρι το 2050 αναμένεται το ποσοστό αυτό να έχει διπλασιαστεί. Και ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι τώρα υψηλότερο στις αναπτυγμένες χώρες ο ρυθμός αύξησης φαίνεται να είναι ραγδαίος στις αναπτυσσόμενες χώρες. Βάσει εκτιμήσεων των σχετικών τάσεων, αυτό σημαίνει, πως, μόλις 400 εκατομμύρια ηλικιωμένοι θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες ενώ αντίθετα 1,5 δισεκατομμύριο θα απαντάται στον λιγότερο αναπτυγμένο κόσμο . (Morley JE, Thomas DR. , 2007)

Στην Ελλάδα σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή το 1870 τα άτομα άνω των 65 ετών αντιπροσώπευαν μόνο το 3% του πραγματικού πληθυσμού της Ελλάδας ενώ το 2001 το 17%. Με δεδομένο ότι το 1870 τα παιδιά μέχρι 14 χρονών αποτελούσαν το 38% του πραγματικού πληθυσμού της Ελλάδας ενώ σήμερα αποτελούν μόνο το 15% γίνεται αντιληπτό πόσο έντονη είναι η αναστροφή της ηλικιακής πυραμίδας. (ΕΛ.ΣΤΑΤ,2009-2010).

Όπως και οι άλλες ηλικίες, έτσι και το γήρας αρχίζει να «απασχολεί» ως κοινωνική κατηγορία από μια περίοδο και μετά. Είναι η περίοδος μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, κατά την οποία η μεγάλη ηλικία παύει να συνδέεται νομοτελειακά με την αυθεντία και την ισχύ ,τον έλεγχο του πλούτου και την εξουσία και αρχίζει να αμφισβητείται η παραδοσιακή πρωτοκαθεδρία των γερόντων. Η αμφισβήτηση ήταν φυσικό αποτέλεσμα των βαθύτατων μεταβολών που συνδέθηκαν με την εκβιομηχάνιση και των εξαστισμό. Η βιολογική μελέτη του γήρατος απασχολεί μόλις στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, οπότε και εμφανίζεται ο όρος «γεροντολογία» - ενώ η κοινωνιολογική μελέτη του γήρατος, η κοινωνιολογία του γήρατος ή κοινωνική γεροντολογία, απασχολεί μετά το 1950.(Levet-Gautrat, Fontaine, 1987)

Στο πλαίσιο των σύγχρονων βιομηχανικών-αστεακών κοινωνιών και των ταχύρυθμων μεταβολών που τις χαρακτηρίζουν, η ηλικία μεταβάλλεται από κοινωνικό πλεονέκτημα σε μειονέκτημα. « Η καπιταλιστική εκβιομηχάνιση με τη συνεχώς ανανεωμένες τεχνολογίες παραγωγής, οδήγησε και στην μεταβολή της οικιακής παραγωγής και κατανάλωσης. Εξιδανίκευσε τη νεότητα ενώ ουσιαστικά αποδυνάμωσε την αξία της συσσωρευμένης εμπειρίας ζωής, τόσο καθεαυτή όσο και ως παράγοντα καθορισμού της κοινωνικής θέσης» (Featherstone and Wernick, 1995). Οι μεταβολές αυτές δεν δικαιολογούν, ωστόσο, γιατί η «ανακάλυψη» της γεροντικής ηλικίας ως κοινωνικά σημαντικό στάδιο του ανθρώπινου βίου και η «ανακάλυψη» των ηλικιωμένων ως κοινωνικής κατηγορίας είναι τόσο πρόσφατες.

Η Hareven δίνει μία πειστική εξήγηση για την παραπάνω «ανακάλυψη» (Featherstone and Wernick, 1995). Η «ανακάλυψη» μιας ηλικιακής κατηγορίας, κατά τη συγγραφέα περνάει από διάφορα στάδια. Σε πρώτο στάδιο κάποιοι αντιλαμβάνονται ότι μια συγκεκριμένη ηλικιακή κατηγορία έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που την κάνουν να ξεχωρίζει. Σε δεύτερο στάδιο, η αντίληψη αυτή δημοσιοποιείται και μέσα από μελέτες, μέτρα πολιτικής και δημόσιο διάλογο γίνεται, σε τρίτο στάδιο, μέρος της πολιτισμικής πραγματικότητας. Εάν η κατηγορία αυτή συνδέεται με κάποιο κοινωνικό πρόβλημα, τότε, σε τέταρτο στάδιο, το πρόβλημα δημοσιοποιείται και αντιμετωπίζεται νομοθετικά : θεσπίζονται μέτρα και θεσμοί που αποβλέπουν στη θεραπεία αλλά και την πρόληψη του προβλήματος και την κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών της ηλικιακής αυτής κατηγορίας. Ωστόσο, το κοινωνικό πρόβλημα είναι και παραμένει επικίνδυνο: μπορεί να υποσκάψει την τάξη και τη συνοχή της κοινωνίας, να ανατρέψει τις υπάρχουσες ισορροπίες. Έτσι, η καθυστέρηση «ανακάλυψης» της γεροντικής ηλικίας οφείλεται στο ότι «οι ηλικιωμένοι ελάχιστα απασχολούσαν καθώς δεν θεωρούνταν επικίνδυνοι για την κοινωνική τάξη. Το επιχείρημα εναντίον της παραμέλησης των παιδιών ήταν ότι θα μεγάλωναν και θα γίνονταν κοινωνικά επικίνδυνοι ενήλικες. Κανένα αντίστοιχο επιχείρημα δεν υπήρχε για τους ηλικιωμένους. Σε μία κοινωνία η οποία δεν φοβόταν τι συμβαίνει μετά θάνατον και στην οποία δεν αποτελούσα πια μέρος της καθημερινότητας ούτε η αίσθηση του θανάτου ούτε η σχέση μ' αυτόν, δεν υπήρχε λόγος να φοβάται κανείς κάποια ενδεχόμενη εκδίκηση των ηλικιωμένων» (Featherstone, Wernick, 1995). Ωστόσο, στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, αρχίζει να ενδιαφέρει έντονα η βιομηχανική παραγωγή και παραγωγικότητα και, στο πλαίσιο

του ενδιαφέροντος αυτού έκαναν ιατρικές και ψυχολογικές μελέτες σχετικές με τη φυσική και πνευματική εξασθένηση στις μεγαλύτερες ηλικίες και κυρίως, την επίδραση της εξασθένησης αυτής στην παραγωγικότητα. Από την άλλη μεριά , καθώς η μειωμένη παραγωγικότητα δικαιολογεί την ‘αναγκαστική’ έξοδο από την εργασία, οι κοινωνικοί μεταρρυθμιστές της εποχής εκείνης επισήμαναν την ανάγκη εξασφάλισης των υπερηλίκων, οι οποίοι δυστυχούν λόγω του συνδυασμού φτώχειας, δηλαδή οικονομικής εξάρτησης, και ανημποριάς δηλαδή φυσικής εξάρτησης. (Μουσούρου, 2005a)

Η «πολιτισμική» αντιμετώπιση του γήρατος συμβάλλει στον προσδιορισμό της θέσης των ηλικιωμένων στην κοινωνία όσο και στον αυτοπροσδιορισμό τους. Υποβαθμίζεται συχνά η σημασία της βιωμένης εμπειρίας της γήρανσης , της υποκειμενικής πρόσληψης των οικονομικό-κοινωνικών παραμέτρων που με την ηλικία μεταβάλλουν την επαγγελματική αλλά και την οικογενειακή ζωή. Και αυτή η βιωμένη εμπειρία έχει υποστεί σημαντικές μεταβολές από την προβιομηχανική εποχή έως τις μέρες μας. Έτσι, στην προβιομηχανική κοινωνία τα πρόσωπα είχαν την εμπειρία μιας ενιαίας ζωής, μιας ζωής που δεν περιελάμβανε περίοδο συνταξιοδότησης ούτε και μεταγονεϊκή φάση του κύκλου οικογενειακής ζωής. Βεβαίως, παρά την ενιαία αυτή εμπειρία όπως και την διατήρηση από τους ηλικιωμένους της εξουσίας και του ελέγχου της οικογενειακής περιουσίας, τα άτομα βίωναν την ανασφάλεια της μεγάλης ηλικίας : η εθιμική εξασφάλιση των γηρατειών επιτυγχάνεται μέσα από στρατηγικές καταγεγραμμένες και πολλαπλά ενδιαφέρουσες.(Μουσούρου , 2005a )

Η μεταβολή της κοινωνικής θέσης των υπερηλίκων συνδέεται με την κοινωνική τους απομόνωση. Σημαντικό στοιχείο της απομόνωσης αυτής υπήρξαν οι μεταβολές στη δομή και δυσλειτουργίες της οικογένειας( Μουσούρου,2005b). Όπως και η εξασθένηση των σχέσεων του ζευγαριού με την ευρεία οικογένεια. Στο πλαίσιο των μεταβολών αυτών, η θέση του υπερήλικα αποσυνδέθηκε από τις καθημερινές οικογενειακές πρακτικές: οι συναισθηματικές σχέσεις που συνδέουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους όχι απλώς υπερίσχυσαν αλλά και σταδιακά υποκαταστάθηκαν από τις πραγματιστικές ( Featherstone, Wernick, 1995). Έτσι, καθώς οι δυνάμεις συνοχής της οικογένειας εξατομικεύτηκαν , η θέση των υπερηλίκων έγινε πιο ανασφαλής και, επομένως, περισσότερο ευάλωτη. Εξάλλου, κάτω από την επίδραση της ανάπτυξης του κράτους πρόνοιας (Μουσούρου, 2002)

πολλές από τις λειτουργίες της οικογένειας και ιδιαίτερα οι προνοιακές πέρασαν στην ευθύνη άλλων, εξειδικευμένων, φορέων. Η ευθύνη της οικογένειας για την φροντίδα των ηλικιωμένων σχεδόν περιορίστηκε στην συναισθηματική τους στήριξη. Μια στήριξη που πλέον εξαρτάται από τις ικανότητες, τις δυνατότητες και την επιθυμία των προσώπων να την παράσχουν.

#### **1.4 Εξάρτηση των υπερηλίκων και προστασία τους**

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες του υπόλοιπου πληθυσμού και συνοψίζονται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής, συναισθηματικές σχέσεις και σχέσεις στοργής, συντροφιά και παρέα, προσφορά και ενδιαφέρουσες δραστηριότητες, υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, διασκέδαση και ψυχαγωγία, σεβασμό της προσωπικότητας και διαφύλαξη της αξιοπρέπειας. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999)

Η προοδευτική απώλεια της δυνατότητας αυτοτελούς διαβίωσης και αυτοεξυπηρέτησης σημαίνει την προοδευτική απώλεια της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας- δηλαδή των χαρακτηριστικών του ενήλικα. Επιπλέον, η εξάρτηση σημαίνει απώλεια ιδιοτήτων της «ατομικότητας» του κοινωνικού ατόμου. Και τούτο γιατί «τα μέλη της δυτικής κοινωνίας είναι άτομα. Ανεξαρτησία και εξάρτηση που, βιολογικά και κοινωνικά, είναι σημεία σε ένα κυμαινόμενο συνεχές το οποίο αφορά όλους, νοούνται κοινωνικά ως αντίθετοι πόλοι». (Hockey and James, 1993)

Όπως και η παιδική ηλικία και η νεότητα νοούνται ως στάδια της διαδικασίας ανεξαρτησίας, ωρίμανσης, ενηλικίωσης, έτσι και τα γηρατειά νοούνται ως διαδικασία εξάρτησης και απώλειας των φυσικών, πνευματικών, κοινωνικών, οικονομικών χαρακτηριστικών του ώριμου ατόμου, του ενήλικα. Η εξάρτηση αυτή, ιδιαίτερα όταν οφείλεται σε απώλεια της δυνατότητας αυτονομίας και αυτοεξυπηρέτησης, είναι οδυνηρή και εξευτελιστική για τον υπερήλικα. «Σε μια ατομικιστική κοινωνία, όπου αποδίδεται μεγάλη αξία στην προσωπική αυτονομία, η μονόπλευρη οικειότητα της σχέσης εκείνου που παρέχει φροντίδα με εκείνον που την λαμβάνει, μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια κοινωνικής δύναμης και προσωπικής επιβολής εκ μέρους του εξαρτημένου προσώπου. Μια άνιση σχέση έχει δημιουργηθεί μεταξύ δύο ατόμων που είναι και τα δύο ενήλικα» (Hockey and James, 1993).



Το πρόβλημα της εξάρτησης που συνοδεύει το γήρας συνδέεται με το ζήτημα της προστασίας του υπερήλικα και της εξασφάλισης των δικαιωμάτων του ως ατόμου. Θεωρούμε συνήθως ότι η εξασφάλιση αυτή αφορά την ποιότητα ζωής και ταυτίζουμε την ποιότητα ζωής του υπερήλικα με την εξασφάλιση υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης. Ταυτόχρονα, όμως, αφορά την ελευθερία του δηλαδή την δυνατότητα του να επιλεγεί για τον εαυτό του, την αξιοπρέπεια του η οποία συνδέεται και με την εξασφάλιση μιας ελάχιστης οικονομικής ανεξαρτησίας και την ίση μεταχείριση αλλά και την έλλειψη διακρίσεων λόγω ηλικίας. Αφορά, επίσης, την αποτελεσματική προστασία του από πράξεις που αποβλέπουν ή οδηγούν στην σωματική ή ψυχική κακοποίηση του και την εκμετάλλευσή του καθώς και την προστασία του από μια μεταχείριση που μειώνει τον υπερήλικα ως άτομο.

Το πρόβλημα της εξάρτησης συνδέεται με το ζήτημα της ύπαρξης δύο κατηγοριών υπερηλικών: τους βιολογικά νέους ηλικιωμένους με καλή σωματική και πνευματική υγεία, που έχουν ενδιαφέροντα, κοινωνική ζωή και οικονομική παρουσία ως καταναλωτές και τους βιολογικά γερασμένους υπερήλικες με αυξανόμενα προβλήματα σωματικής και πνευματικής υγείας, που εξαρτώνται προοδευτικά όλο και περισσότερο από άλλους προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα ποιοτικά ανεκτό επίπεδο ζωής. Η νομοτελειακή μετάβαση από την μια κατηγορία στην άλλη δεν ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες και εξαρτάται από πολλούς υποκειμενικούς παράγοντες.

Το πρόβλημα της προστασίας των υπερηλικών και της εξασφάλισης των ατομικών τους δικαιωμάτων έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με το αντίστοιχο πρόβλημα προστασίας της παιδικής ηλικίας, αλλά απασχολεί λιγότερο ή, τουλάχιστον, απασχολούσε λιγότερο μέχρι πριν από λίγα χρόνια. Σήμερα υπάρχει προβληματισμός αλλά και στοιχεία κυρίως για την οικονομική ανεξαρτησία ή εξάρτηση των ηλικιωμένων και τις διακρίσεις εις βάρος τους. (Μουσούρου, 2005a )

## 2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακολουθούσε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα. Ιστορικές πηγές, ιατρικά κείμενα (Ιπποκράτης , Αρεταίος ), τα Ομηρικά Έπη, η Βίβλος (π.χ ο Βασιλιάς Σαούλ), το Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο (π.χ. «Αίας» του Σοφοκλή), μαρτυρούν για του λόγου το αληθές. Εκατομμύρια ανθρώπων σ' όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους 11 ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτή. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 2005)

Ο όρος «κατάθλιψη» μπορεί να εκφράζει εξίσου καλά ένα συναίσθημα, μια διάθεση, μια διαταραχή ή ένα σύνδρομο ή μια ειδική οντότητα.(Gelder G., Juan J.Lopez-Ibor, Nancy Andreasen, 2007)

### 2.1 Διαγνωστικά κριτήρια της καταθλιπτικής συνδρομής

Λόγω της πολυμορφίας και της ετερογένειας των καταθλιπτικών διαταραχών η διάγνωση της κατάθλιψης δεν είναι εύκολη . Ωστόσο έχει γίνει μία προσπάθεια ομαδοποίησης των πολυάριθμων πράγματι συμπτωμάτων και σημείων της κατάθλιψης αναλύονται σύντομα παρακάτω .

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της καταθλιπτικής συνδρομής σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα ακόλουθα :

1. Καταθλιπτικό συναίσθημα
2. Μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης από ασχολίες που προηγουμένως ευχαριστούσαν τον ασθενή
3. Μείωση της όρεξης ( και απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 5% σε ένα μήνα ) ή αντίθετα , αύξηση της όρεξης ( και του βάρους μεγαλύτερη από 5% σε ένα μήνα )
4. Αϋπνία ή αντίθετα , υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική ανησυχία (νευρικότητα) ή αντίθετα, ψυχοκινητική επιβράδυνση (βραδύτητα)
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
7. Συναισθήματα απαξίας ή ενοχής
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψης , αναποφασιστικότητα
9. Αυτοκαταστροφικός ιδεασμός

Από τα κριτήρια αυτά ( σύμφωνα με το διαγνωστικό σύστημα DSM-IV ) πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 5 κατά την ίδια 15ήμερη χρονική περίοδο . Μέσα στα 5 αυτά συμπτώματα πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον το υπ αριθμό 1 ή το υπ αριθμό 2.

Για να καταλήξουμε στην διάγνωση της καταθλιπτικής συνδρομής θα πρέπει επιπροσθέτως τα παραπάνω συμπτώματα:

- ✚ Να προκαλούν σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην λειτουργικότητα του ασθενούς ( κοινωνική ,επαγγελματική )
- ✚ Να μην οφείλονται σε δράση ουσιών , φαρμάκων ( π.χ ρεσερπίνη ) ή νόσου (π.χ υποθυρεοειδισμός)
- ✚ Να μην οφείλονται σε πένθος (Χριστοδούλου Γ. , 2000)

## 2.2 Κλινικές μορφές της καταθλιπτικής συνδρομής

Οι τρεις βασικές μορφές της καταθλιπτικής συνδρομής είναι οι παρακάτω (3):

1. Κατάθλιψη στα πλαίσια μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής ( μείζων κατάθλιψη) ή διπολικής συναισθηματικής διαταραχής ( μανιοκατάθλιψη)
2. Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη
3. Δυσθυμική διαταραχή

### *1. Κατάθλιψη στα πλαίσια μονοπολικής ή διπολικής διαταραχής*

Έχει τα κλινικά χαρακτηριστικά που ήδη περιγράψαμε . Η κατάθλιψη που συμβαίνει στα πλαίσια μονοπολικής διαταραχής διαφέρει από αυτή που συμβαίνει στα πλαίσια διπολικής διαταραχής ως προς την πορεία και το χρόνο. Στη μονοπολική ή μείζονα κατάθλιψη υπάρχει στερεότυπη επανάληψη της καταθλιπτικής φάσης ,ενώ στην διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη υπάρχει εναλλαγή φάσεων κατάθλιψης με φάσεις μανίας.

### *2. Ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη*

Τα συμπτώματα της είναι πιο ήπια από αυτά της προηγούμενης . Το κύριο και πιο αποφασιστικής σημασίας διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο των δύο διαταραχών είναι

ότι, ενώ η ήπια κατάθλιψη έχει συνεχή πορεία στο χρόνο ,η μείζων κατάθλιψη έχει φασική πορεία.

### 3. Δυσθυμική διαταραχή

Όταν η ήπια ή ελάσσων κατάθλιψη χρονίζει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των δύο ετών , μεταπίπτει σε δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία. Εκτός από τους τρεις βασικούς τύπους κατάθλιψης έχουν περιγραφεί και διάφοροι άλλοι τύποι , που αποτελούν ποιοτικές παραλλαγές, είτε χαρακτηρίζονται από τονισμό ενός συγκεκριμένου χαρακτηριστικού της κατάθλιψης. Οι τύποι αυτοί είναι οι εξής :

- ✚ Αγχώδης κατάθλιψη
- ✚ Κατάθλιψη με ψυχοκινητική επιβράδυνση
- ✚ Καταθλιπτική εμβροντησία
- ✚ Ενδογενής κατάθλιψη
- ✚ Ψυχωσική (παραληρητική) κατάθλιψη
- ✚ Νευρωσική κατάθλιψη
- ✚ Βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη
- ✚ Άτυπη κατάθλιψη
- ✚ Μελαγχολία
- ✚ Πρωτογενής και δευτερογενής κατάθλιψη
- ✚ Εποχιακή κατάθλιψη
- ✚ Υποστροφική κατάθλιψη
- ✚ Γεροντική κατάθλιψη

(Χριστοδούλου Γ. , 2000)

### 2.3 Αιτιολογία της καταθλιπτικής συνδρομής

Η αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική . Δεν υπάρχει δηλαδή ένα μοναδικό αίτιο που να ενοχοποιείται για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που, με την διαπλοκή και την αλληλεπίδρασή τους , συμμετέχουν στην αιτιολογία της κατάθλιψης είναι οι παρακάτω :

- ✚ Γενετικοί παράγοντες
- ✚ Νευροχημικοί παράγοντες
- ✚ Νευροενδοκρινικοί παράγοντες
- ✚ Προσωπικότητα - σωματότυπος

- ✚ Οικογενειακοί παράγοντες
- ✚ Ψυχοπιεστικά γεγονότα
- ✚ Προδιαθεσικές καταστάσεις
- ✚ Σωματικά νοσήματα
- ✚ Ψυχολογικοί παράγοντες

(Χριστοδούλου Γ. , 2000)

## 2.4 Νευροχημικοί παράγοντες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι , τουλάχιστον οι πιο βαριές καταθλίψεις , συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου. Δεν γνωρίζουμε με βεβαιότητα όμως ποιες από τις διαταραχές αυτές σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη .

Η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε τρεις νευροδιαβιαστικές ουσίες:

- 1.Σεροτονίνη ( 5-υδροξυτρυπταμίνη , 5-HT )
2. Νοραδρεναλίνη ( NA )
- 3.Ντοπαμίνη (DA )

(Χριστοδούλου Γ. , 2000)

### **Νοραδρεναλίνη**

Τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα συνηγορούν για υπολειτουργία του νευροδιαβιαστή αυτού. Η εκδοχή αυτή είναι σύμφωνη με τον τρόπο δράσης πολλών τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων , που παρεμποδίζουν την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης στον προσυναπτικό νευρώνα αυξάνοντας έτσι την συγκέντρωση της ενεργού νοραδρεναλίνης. Οι αναστολείς της MAO εμποδίζουν τον καταβολισμό της νοραδρεναλίνης από την μονοαμινοξειδάση , αυξάνοντας και αυτοί την συγκέντρωση της νοραδρεναλίνης. Ωστόσο , η υπόθεση της υποδραστηριότητας της νοραδρεναλίνης στην κατάθλιψη αμφισβητείται από δεδομένα που δείχνουν ότι , τα αντικαταθλιπτικά , μετά από το αρχικό στάδιο της αύξησης της συγκέντρωσης της νοραδρεναλίνης , προκαλούν μείωση της συγκέντρωσης. Φαίνεται λοιπόν ότι ο ρόλος της νοραδρεναλίνης στην κατάθλιψη αν και σημαντικός δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. (Χριστοδούλου Γ. , 2000)

### **Ντοπαμίνη**

Έχει διατυπωθεί η υπόθεση της ντοπαμινεργικής υποδραστηριότητας σε ορισμένες καταθλίψεις . Φαίνεται ότι η ντοπαμίνη συνδέεται με την κατάθλιψη με τρόπο έμμεσο, αλληλεπιδρώντας με άλλους νευροδιαβιβαστές . (Χριστοδούλου Γ. , 2000)

### **Σεροτονίνη (5-υδροξυτριπταμίνη, 5-HT)**

Η νευροδιαβιβαστική αυτή ουσία υπεισέρχεται στην αιτιοπαθογένεια της καταθλιπτικής συνδρομής και υπάρχουν αρκετές ενδείξεις που συνηγορούν σε αυτό.

Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- ❖ Η συγκέντρωση του 5-υδροξυ-ινδολεϊκού οξέος (5-HIAA ) που είναι ο κύριος μεταβολίτης της 5-HT , στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό πασχόντων από κατάθλιψη είναι μειωμένη .
- ❖ Η συγκέντρωση και ο αριθμός των υποδοχέων σεροτονίνης τύπου 2 ( 5-HT<sub>2</sub> ) σε εγκεφάλους ατόμων που αυτοκτόνησαν βρέθηκαν σε χαμηλότερο επίπεδο από το αναμενόμενο.
- ❖ Νευροενδοκρινικές λειτουργίες επιτελούνται μέσω σεροτονινεργικών ( 5-HT ) νευροδιαβιβάσεων είναι μειωμένες σε καταθλιπτικούς ασθενείς .
- ❖ Πολλά φάρμακα με αντικαταθλιπτική δράση αυξάνουν την σεροτονινεργική λειτουργία.
- ❖ Κατά τα τελευταία χρόνια σχεδιάστηκαν ειδικά φάρμακα , οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης ( SSRI ), με ειδικό στόχο την αύξηση της σεροτονινεργικής δραστηριότητας και τα φάρμακα αυτά αποδείχτηκαν αποτελεσματικά. Ωστόσο υπάρχουν πολλές επιφυλάξεις για πολλές από τις παραπάνω ενδείξεις . (Χριστοδούλου Γ. , 2000)

## **2.5 Άλλες υποθέσεις σχετιζόμενες με την καταθλιπτική συνδρομή**

### **🚦 Μονοαμινεργική Ανεπάρκεια**

Σύμφωνα με αυτήν την υπόθεση , η κατάθλιψη οφείλεται σε υπολειτουργία των νοραδρενεργικών (NA) και των σεροτονινεργικών (5-HT) συνάψεων λόγω μείωσης της συγκέντρωσης νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης στο μεσοσυναπτικό διάστημα . Η υπόθεση αυτή είναι συμβατή με τον υποτιθέμενο τρόπο δράσης των φαρμάκων με τα οποία αντιμετωπίζεται η κατάθλιψη. Τόσο οι αναστολείς της MAO όσο και τα ετεροκυκλικά αντικαταθλιπτικά ( τρικυκλικά και τετρακυκλικά ) προκαλούν , με

διαφορετικούς μηχανισμούς , αύξηση της συγκέντρωσης των μονοαμινών NA και 5-HT στο μεσοσυναπτικό διάστημα . (Corpen A ,1967)

### Βιολογικές Μεταβολές Των Υποδοχέων

Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή , η κατάθλιψη οφείλεται στις μακροχρόνιες επιπτώσεις της μειωμένης συγκέντρωσης NA και 5-HT στις αντίστοιχες συνάψεις. Αποτέλεσμα της μείωσης αυτής είναι η αντιροπιστική υπερευαισθητοποίηση των β-αδρενεργικών υποδοχέων της NA και των 5-HT<sub>2</sub> υποδοχέων της σεροτονίνης υπερευαισθητοποίηση των υποδοχέων σημαίνει αύξηση του αριθμού και της δραστηριότητας των υποδοχέων ( up-regulation ). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δρουν προκαλώντας καταστολή της υπέρ-ευαισθητοποίησης ή υποευαισθητοποίηση (down –regulation ) των υποδοχέων . (Χριστοδούλου Γ. , 2000)

### Κατεχολαμίνες

Στη δεκαετία του 1960 είχε διατυπωθεί η λεγόμενη κατεχολαμινική υπόθεση των συναισθηματικών διαταραχών. Η υπόθεση αυτή ,η οποία αποτελούσε την κυριαρχούσα άποψη , υποστήριζε ότι η κατάθλιψη οφείλεται σε μείωση ενός ή περισσοτέρων κατεχολαμινικών νευροδιαβιβαστών σε ορισμένες συνάψεις του εγκεφάλου. Η υπόθεση αυτή ήταν λογική και συμβατή με την κλινική πραγματικότητα, αλλά αποδείχτηκε πολύ εξαπλουστευτική και σε πολλά σημεία της ασύμβατη με τα ερευνητικά δεδομένα. Από τους κατεχολαμινικούς νευροδιαβιβαστές , αυτοί με την μεγαλύτερη σημασία είναι η νοραδρεναλίνη και η ντοπαμίνη. (Schildkraut JJ. ,1965)

### Ακετυλοχολίνη

Η σχέση της κατάθλιψης στην χολινεργική δραστηριότητα έχει υποστηριχθεί από ορισμένους ερευνητές. Η ακετυλοχολίνη έχει αντίστροφη σχέση με τις εγκεφαλικές μονοαμίνες. Αύξηση του χολινεργικού τόνου οδηγεί σε μείωση της δραστηριότητας των μονοαμινών, ενώ αύξηση του τόνου του μονοαμινεργικού συστήματος οδηγεί σε μείωση του χολινεργικού τόνου. Οι απόψεις αυτές υποστηρίζονται από την παρατήρηση ότι χορήγηση χολινεργικών αγωνιστών προκαλεί καταθλιπτική συμπτωματολογία (π.χ. δυσφορικό συναίσθημα, ψυχοκινητική επιβράδυνση). (Χριστοδούλου Γ. , 2000).

## 2.6 Η θεραπεία της καταθλιπτικής συνδρομής- Φαρμακευτική αγωγή

Η θεραπεία της καταθλιπτικής συνδρομής αποβλέπει σε τρεις στόχους:

- Προστασία του ασθενούς από το ενδεχόμενο αυτοκαταστροφής
- Καταπολέμηση της φάσης της κατάθλιψης (βραχυπρόθεσμη αντιμετώπιση )
- Ανατροπή προσεχών φάσεων ( μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση )

Όλα τα κλινικώς χρήσιμα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενισχύουν άμεσα ή έμμεσα της δράσης της νορεπινεφρίνης , της ντοπαμίνης ή /και της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Οι κατηγορίες των αντικαταθλιπτικών που χρησιμοποιούνται σήμερα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ( ΤΚΑ ), οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς της ΜΑΟ.

### Τρικυκλικά / Πολυκυκλικά Αντικαταθλιπτικά

Τα ΤΚΑ λειτουργούν με τους εξής μηχανισμούς δράσης:

Αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης στο άκρο του προσυναπτικού νευρώνα, με αποτέλεσμα την αύξηση της συγκέντρωσης των μονοαμινών στο συναπτικό χάσμα , γεγονός που συντελεί στην αντικαταθλιπτική τους αποτελεσματικότητα. Τα ΤΚΑ επίσης αποκλείουν τους μουσκαρινικούς , α-αδρενεργικούς , ισταμινικούς υποδοχείς .

### Αναστολείς Της ΜΑΟ

Οι ΑΜΑΟ αναστέλλουν τη μονοαμινοξειδάση (ΜΑΟ), ένα ένζυμο απαραίτητο για την αποικοδόμηση της τυραμίνης, της σεροτονίνης, της ντοπαμίνης και της νοραδρεναλίνης. Ο αποκλεισμός αυτής της ενζυματικής διεργασίας οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων αυτών των μονοαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι αναστολείς της ΜΑΟ σήμερα δεν χρησιμοποιούνται ευρέως εξαιτίας των παρενεργειών και των διαιτητικών περιορισμών που απαιτούνται από τους ασθενείς.



### ✚ Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Της Σεροτονίνης (SSRIs)

Οι SSRIs είναι μία νέα κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με εντελώς διαφορετική χημική δομή που αναστέλλουν επιλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης . Οι SSRIs στερούνται σε μεγάλο βαθμό τις ανεπιθύμητες ενέργειες των ΤΚΑ. (Donald W. Black, Nancy C. Andreasen, 2011)

## 2.7 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή. Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους νοσεί σε κάποια περίοδο της ζωής του από καταθλιπτική διαταραχή. Ωστόσο μόνο το 10-25% των πασχόντων υποβάλλονται σε θεραπεία . Η μελέτη της επιδημιολογίας της κατάθλιψης έχει εγγενείς δυσκολίες που προκύπτουν από την πολυμορφία και ετερογένεια των καταθλιπτικών συνδρομών, την ύπαρξη μορφών κατάθλιψης που εκφράζονται με σωματικά συμπτώματα και υποδύονται σωματικά νοσήματα ( λανθάνουσες καταθλίψεις ) και την ετερογένεια και σύγχυση των επιδημιολογικών μελετών ,δηλαδή άλλες μελέτες αφορούν την νόσο κατάθλιψη και άλλες το σύμπτωμα κατάθλιψη. (Kessler Rc, McGonagle KA, Zhao S. 1994)

Η ετήσια επίπτωση του συνόλου των συναισθηματικών διαταραχών είναι περίπου 1,5 %. Η επικράτηση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 2% ( για 1 μήνα) μέχρι περίπου 6% για όλη την ζωή. Είναι περίπου διπλάσια στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. (Kessler Rc, McGonagle KA, 1994)

Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κυμαίνεται ( ανάλογα με την έρευνα) από 9-20 %. Στον Ελληνικό χώρο το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 17-27 %. Το πρώτο ποσοστό αναφέρεται σε έρευνα του 1978 και το δεύτερο σε έρευνα του 1984 (Γ. Χριστοδούλου , 2000). Πιο πρόσφατα σε έρευνα που διεξήχθη το 2005 και δημοσιεύτηκε το 2014 τα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον Ελλαδικό χώρο ήταν 17.5% για τις γυναίκες και 14,6% για τους άνδρες.(Stylianidis et. al., 2014)

## 3.ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ 3<sup>η</sup> ΗΛΙΚΙΑ

### 3.1 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στη γεροντική ηλικία είναι παρόμοιοι με τους αντίστοιχους παράγοντες στις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Αυτό που διαφέρει είναι η συχνότητα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου, με μερικούς να γίνονται συχνότεροι με την πάροδο της ηλικίας και άλλους λιγότερο συχνοί. Υπάρχουν επαρκή στοιχεία που αναδεικνύουν τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου.(Jorm, A.F.,1995 ).

#### Φύλο

Οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο. Ωστόσο, η διαφορά στα δύο φύλα είναι λιγότερο έντονη στα ηλικιωμένα άτομα από ότι στους νεότερους ενήλικες.

#### Σωματική υγεία και αναπηρία

Τα προβλήματα της σωματικής υγείας και η σχετιζόμενη αναπηρία αποτελούν σοβαρούς παράγοντες κινδύνου. Έχουν ιδιαίτερη σημασία για τα ηλικιωμένα άτομα λόγω της απότομης αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων και της αναπηρίας με την πάροδο της ηλικίας. Ένα πρόβλημα υγείας που αξίζει να αναφέρουμε είναι η άνοια, η οποία εμφανίζει μια πολύπλοκη σχέση με την κατάθλιψη. Ορισμένα καταθλιπτικά συμπτώματα επιτείνονται με την άνοια, ειδικά εκείνα που αντανακλούν διαταραχές της κινητοποίησης. Στη νόσο του Alzheimer ,τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται ότι σχετίζονται με απώλεια νοραδρενεργικών νευρώνων.

#### Ιδρυματική περίθαλψη

Η διαμονή σε γηροκομείο ή άλλο παρόμοιο υποστηρικτικό περιβάλλον γίνεται πολύ συχνότερη με την πάροδο της ηλικίας και σχετίζεται με υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης. Ωστόσο , υπάρχουν ενδείξεις ότι η συσχέτιση αυτή οφείλεται στον υψηλό βαθμό αναπηρίας που συνοδεύει τη διαμονή σε ίδρυμα , παρά στο ίδιο το περιβάλλον στο οποίο ζει το ηλικιωμένο άτομο.

#### Δυσάρεστα γεγονότα ζωής

Τα γεγονότα της ζωής συνιστούν μείζονα παράγοντα κινδύνου σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Ωστόσο , η συχνότητα των δυσάρεστων γεγονότων ζωής είναι πολύ χαμηλότερη στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τους νέους ενήλικες. Τα ηλικιωμένα άτομα βιώνουν λιγότερα δυσάρεστα γεγονότα ζωής που αφορούν στις σχέσεις, την

επαγγελματική κατάσταση , την οικονομική κατάσταση και ενδεχόμενα νομικά προβλήματα. Οι κατηγορίες γεγονότων ζωής που δεν ποικίλλουν με την ηλικία είναι η στέρηση αγαπημένου προσώπου και η νόσος / τραυματισμός / ατύχημα.

#### ✚ Κοινωνική υποστήριξη

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προσδιοριστεί με βάση είτε τον αριθμό των κοινωνικών σχέσεων που έχει ένα άτομο είτε με το πόσο επαρκείς θεωρούνται οι σχέσεις αυτές. Η θεωρούμενη επάρκεια των κοινωνικών σχέσεων είναι σημαντικότερη από τον αριθμό όταν πρόκειται για τον προσδιορισμό του κινδύνου κατάθλιψης. Παρόλο που τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν λιγότερες κοινωνικές σχέσεις σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες (κυρίως λόγω της χηρείας), η εκλαμβανόμενη επάρκεια των σχέσεων αυτών εμφανίζεται υψηλότερη.

#### ✚ Ιστορικό κατάθλιψης

Άτομα που έχουν εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή ή έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα στο παρελθόν εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο.

#### ✚ Προσωπικότητα

Το χαρακτηριστικό στοιχείο του νευρωτισμού, που αφορά σε μια προδιάθεση στα αρνητικά συναισθήματα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για όλες τις ηλικίες. Ωστόσο, τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν χαμηλές βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια για νευρωτισμό, στοιχείο που συμφωνεί με τον χαμηλότερο επιπολασμό της κατάθλιψης που αναφέρεται σε πολλές μελέτες.

#### ✚ Παροχή φροντίδας

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι συχνά υποχρεωμένα να φροντίζουν τους συζύγους τους που πάσχουν από νόσο και αναπηρία. Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι οι φροντιστές ατόμων με αναπηρίες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Εντούτοις, πολλά από τα στοιχεία αυτά έχουν ληφθεί από φροντιστές που έχουν προσφύγει σε υπηρεσίες υποστήριξης. Οι φροντιστές αυτοί δεν είναι αντιπροσωπευτικοί, διότι η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να τους οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας. Οι λίγες μελέτες που έχουν εξετάσει φροντιστές σε πληθυσμιακές έρευνες διαπιστώνουν λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα, αν και τα επίπεδα είναι ακόμα αυξημένα.

## 4.ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η λήψη τροφής είναι απαραίτητη για κάθε έμβιο οργανισμό. Η ποιότητα και η ποσότητα αυτής καθορίζουν κατά πολύ τη σωστή ανάπτυξη και λειτουργία του. Ιδιαίτερα κατά τα πρώιμα στάδια ανάπτυξης ενός οργανισμού έχει γίνει μεγάλη αναφορά για τη λήψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών που θα οδηγήσουν στην ομαλή εξέλιξη της ανάπτυξής του. Υπάρχουν δεκάδες συστάσεις προς τις εγκύους για τη λήψη όλων των απαραίτητων συστατικών είτε μέσω της τροφής είτε μέσω σκευασμάτων που υπόσχονται ταχύτερη απορρόφηση. Κατά τα ίδια πρότυπα και οι ηλικιωμένοι λόγω της αδυναμίας απορρόφησης αλλά και της ταυτόχρονης αύξησης των αναγκών τους σε θρεπτικά συστατικά απαιτούν τα βέλτιστα διαιτητικά πρότυπα.

Τα διαιτητικά πρότυπα του κάθε λαού αποτελούν μέρος της πολιτιστικής και εθνικής του ταυτότητας. Οι τροφές που καταναλώνονται ανά γεωγραφική περιοχή περιορίζονταν κάποτε από το κλίμα και τα όρια των εμπορικών συνδιαλλαγών μεταξύ των λαών αλλά και από παράγοντες όπως η θρησκεία . Οι λαοί που κατοικούν στα παράλια της Μεσογείου μοιράζονται κοινές διατροφικές συνήθειες όπως συμβαίνει και με τους λαούς που κατοικούν στην νοτιοανατολική Ασία, στη Μέση Ανατολή, στην Πολυνησία και σε άλλες περιοχές. Με το σκεπτικό αυτό δημιουργήθηκαν διάφορα διατροφικά πρότυπα όπως το Μεσογειακό διατροφικό πρότυπο, το Ασιατικό διατροφικό πρότυπο και πληθώρα άλλων διατροφικών προτύπων που σκοπό έχουν να δώσουν ένα εργαλείο συσχέτισης των διατροφικών επιλογών των ανθρώπων και πληθώρας άλλων γεγονότων όπως η συχνότητα της εμφάνισης διαφόρων τύπων καρκίνου.

Στη σύγχρονη εποχή το διεθνές εμπόριο και η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχουν καταργήσει τους γεωγραφικούς περιορισμούς και έχουν εισάγει μέσω του marketing πληθώρα τροφών που υπόσχονται μακροβιότητα, υγεία και ευεξία, από φυσικές υπερτροφές όπως το goji berry ή το υποφαές για αναπλήρωση πληθώρας βιταμινών και άλλων στοιχείων, μέχρι κόκκους καφέ για αδυνάτισμα. Τα ω3 λιπαρά των ψαριών έχουν εδώ και χρόνια γίνει φαρμακευτικό προϊόν για προστασία από τις καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η αξία της σωστής διατροφής στη βάση της είναι αδιαμφισβήτητη και κανένα πρόσθετο δεν μπορεί να αντικαταστήσει μία ισορροπημένη διατροφή.

#### 4.1 Διαταραχές στη λήψη τροφής

##### **Απώλεια βάρους**

Η ανορεξία είναι μια πολύ μυστικοπαθής ασθένεια και είναι ευκολότερο να «κρυφτεί» στα μη κοινωνικά και καταθλιπτικά άτομα, τα οποία είναι κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας( Millar et al , 2005). Η πλειοψηφία των καταθλιπτικών ασθενών 60 – 80 % εμφανίζει ανορεξία με συνακόλουθη απώλεια βάρους που μπορεί να φτάσει τα 5-10 kg σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών (Kendell Re, Zealley Ak, 1983). Τέλος, η μέση ηλικία θανάτου από νευρογενή ανορεξία στις ηλικιωμένες γυναίκες είναι στα 69 και για τους άνδρες είναι στα 80 (Millar, et.al. , 2005)

Με την χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής και σε ορισμένες επείγουσες περιπτώσεις με την χρήση ηλεκτροσπασμοθεραπείας , παράλληλα με τα υπόλοιπα συμπτώματα αποκαθίσταται και η όρεξη του ασθενή. Επειδή τα θεραπευτικά αποτελέσματα επέρχονται σε διάστημα μερικών εβδομάδων ή μηνών , η διατροφική υποστήριξη του ατόμου παρουσιάζει ορισμένες δυσκολίες .( Stunkard AJ, 1990)

Η διατροφική υποστήριξη του ατόμου δεν συνίσταται σε ειδική αγωγή , αλλά στην ίδια τακτική που ακολουθείται για την ενίσχυση ατόμων με μειωμένη όρεξη (Tayke JA., Bistran BR., Blackburn GL., 1988). Δηλαδή:

- Παροχή μικρών και συχνών γευμάτων ανάλογα με τις γευστικές προτιμήσεις του ασθενή.
- Ενίσχυση της γευστικότητας της τροφής.
- Χορήγηση ενδιάμεσων γευμάτων υψηλής θερμιδικής περιεκτικότητας όπως επιδόρπια, γλυκά.
- Παροχή διατροφικών συμπληρωμάτων, δεδομένου ότι την κατά την διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου μειώνονται οι ψυχοκινητικές λειτουργίες , η σίτιση με στερεά τροφή φαίνεται να απαιτεί περισσότερη προσπάθεια για ορισμένα άτομα. Τα διατροφικά συμπληρώματα αποτελούν καλή

εναλλακτική λύση γιατί γίνονται πιο εύκολα αποδεκτά από ένα κανονικό συμβατικό γεύμα.

- Παρακολούθηση των μεταβολών του βάρους και της όρεξης του ασθενή.
- Ενθάρρυνση του ατόμου για επαρκή κατανάλωσης τροφής και υγρών.

### **Παχυσαρκία**

Η αύξηση της όρεξης ,ιδιαίτερα για κατανάλωση υδατανθράκων με την μορφή γλυκών και η συνακόλουθη αύξηση του βάρους , αποτελεί μία από τις βασικές παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κυρίως με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της MAO σε αντίθεση με τους SSRIs που ελαττώνουν την όρεξη . Πρέπει να σημειωθεί ότι μία παράδοξη αύξηση της όρεξης με συνακόλουθη αύξηση βάρους παρατηρείται και σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης τις λεγόμενες άτυπες καταθλίψεις και τις εποχικές καταθλίψεις που συνοδεύονται από έντονη επιθυμία πρόσληψης υδατανθράκων (carbohydrate craving). (Alexey B. , 2006)

## **4.2 Διατροφή και καταθλιπτική συνδρομή**

Η διαταραχή της όρεξης στα καταθλιπτικά άτομα είναι συνήθης. Η κατάθλιψη φαίνεται πως πλήττει όχι μόνο την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής αλλά και την ποιότητά της.( Παγοροπούλου Α. 2000, Blazer, D.G. 2002) Το καταθλιπτικό συναίσθημα σχετίζεται με κακή θρέψη που μπορεί να συνοδεύεται είτε από μείωση στην ενεργειακή πρόσληψη και ανορεξία είτε από αύξηση στην ενεργειακή πρόσληψη και υπερφαγία. (Huffman JB. ,2002)

Η κακή θρέψη εκδηλώνεται με πρωτεϊνικό-ενεργειακό υποσιτισμό (protein-energy malnutrition \_PEM) ή/και ανεπάρκεια απαραίτητων για την υγεία θρεπτικών συστατικών όπως κάποιων αμινοξέων, απαραίτητων λιπαρών οξέων, βιταμινών και μετάλλων. (Hickson M, 2006) Η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη αποτελούν νευροδιαβιβαστές-κλειδιά στη σχέση κατάθλιψης-διατροφής (Shepherd GM., 1994). Η έρευνα έχει δείξει πως πιθανότατα συγκεκριμένοι διατροφικοί παράγοντες, όπως κάποια μακροθρεπτικά και μικροθρεπτικά συστατικά επηρεάζουν τη σύνθεση, το μεταβολισμό και τη λειτουργικότητα των νευροδιαβιβαστών αυτών, επιδρώντας

έμμεσα σε μεταβολές της διάθεσης και του συναισθήματος (Morley JE, Thomas DR, 2007 ,Young SN,1993 , Benton D, Donohoe RT, 1999).

#### 4.2.1 Διαταραχές θρεπτικών στοιχείων

##### Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες προάγουν την σύνθεση σεροτονίνης, ορμόνη που ευθύνεται για την καλή διάθεση και την ευεξία. Πειράματα που έχουν γίνει σε αρουραίους, έδειξαν ότι η κατανάλωση υδατανθράκων αυξάνει την αναλογία της τρυπτοφάνης πλάσματος και τη σύνθεση σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Με βάση αυτά τα συμπεράσματα έχει προταθεί ότι η μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων από τους ασθενείς με καταθλιπτική συνδρομή προκαλεί μια αυτοϊαση που ανακουφίζει λίγο απ' τα συμπτώματα της νόσου (Moller SE. 1989, 1992).

##### Αμινοξέα

Ορισμένα αμινοξέα όπως η τυροσίνη, η φαινυλαλανίνη και η τρυπτοφάνη αποτελούν πρόδρομες ουσίες για την παραγωγή νευροδιαβιβαστών (συμβάλλουν στην καλή διάθεση και ευεξία του ατόμου). Οι χαμηλές συγκεντρώσεις ορισμένων νευροδιαβιβαστών, κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτική συνδρομή. Ένα αμινοξύ που φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η ομοκυστεΐνη, το οποίο μετατρέπεται φυσιολογικά σε μεθιονίνη και κυστεΐνη. Τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης προκαλούν εγκεφαλική αγγειακή δυσλειτουργία στους ασθενείς με αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικής συνδρομής (Folstein M, et. al., 2007). Τα αμινοξέα αυτά απαντώνται σε πρωτεϊνούχες τροφές, όπως είναι το γάλα, το κρέας, το ψάρι και το τυρί. Επίσης η φαινυλαλανίνη περιέχεται σε τροφές που περιέχουν το γλυκαντικό ασπαρτάμη. (Moreno FA et. al., 2000)

##### Βιταμίνες

Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B6 (πυριδοξίνη), μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτική συνδρομή. Όταν γίνεται χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης B6 τότε μπορεί να προκληθούν αλλαγές στην συμπεριφορά λόγω χαμηλής παραγωγής σεροτονίνης από τον εγκέφαλο

και χαμηλής παραγωγής νοραδρεναλίνης. Η χορήγηση πυριδοξίνης μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της καταθλιπτικής συνδρομής. Βασικές πηγές της βιταμίνης B6 είναι το ρύζι, το σιτάρι, το συκώτι, τα όσπρια, τα δημητριακά, τα αυγά. (Hvas AM, et al, 2004).

Η βιταμίνη B12 και το φυλλικό οξύ έχει παρατηρηθεί πως έχουν αντίστροφη συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η βιταμίνη B12 φαίνεται να εμποδίζει την συσσώρευση της ομοκυστεΐνης η οποία μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικής συνδρομής. Πλούσιες πηγές βιταμίνης B12 είναι τα ψάρια, τα αυγά, το κρέας, τα πουλερικά, το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. (Hin H, et al , 2006).

Σε 115 ασθενείς με σοβαρή μορφή καταθλιπτικής συνδρομής που έπαιρναν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, μέτρησαν στο αίμα τα επίπεδα βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος. Παρακολούθησαν την εξέλιξη των ασθενών για 6 μήνες και συσχέτισαν τα αποτελέσματα με τα επίπεδα των βιταμινών στο αίμα πριν, κατά και μετά από τη θεραπεία. Οι ασθενείς που είχαν υψηλότερα επίπεδα βιταμίνης B12, τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος της φαρμακευτικής αντικαταθλιπτικής θεραπείας, είχαν καλύτερη εξέλιξη από τους υπόλοιπους. (Hintikka J. et. al., 2003)

Η ανεπάρκεια βιταμίνης D, πέρα από τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία των οστών, φαίνεται να συνδέεται με μειωμένη διάθεση και κατάθλιψη (Berk M., et al ,2007).

Όσον αφορά στην βιταμίνη C, αυτή συμμετέχει ως συνένζυμο στην παραγωγή της σεροτονίνης από το αμινοξύ τρυπτοφάνη. Η πρόσληψη βιταμίνης C σε ασθενείς με καταθλιπτική συνδρομή βελτιώνει την κατάσταση υγείας τους (Μπαζαΐος Κ. 2010).

#### Μέταλλα

Υπάρχουν μέταλλα τα οποία σχετίζονται με την μεταβολή της διάθεσης και την καταθλιπτική συνδρομή. Μερικά από αυτά είναι το ασβέστιο, ο σίδηρος, το μαγνήσιο, ο φώσφορος , το σελήνιο και ο ψευδάργυρος. (Μπαζαΐος Κ. 2010).

Πραγματοποιήθηκε μελέτη που εξέτασε τη συσχέτιση της καταθλιπτικής συνδρομής και των επιπέδων της φερριτίνης ορού. Το μέσο επίπεδο φερριτίνης σε άτομα που



πάσχουν από καταθλιπτική συνδρομή ήταν σημαντικά χαμηλότερο από τους υγιείς ανθρώπους. (Vahdat Shariatpanaahi M, et. al., 2007)

#### ✚ Ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα

Η έλλειψη των ω3 λιπαρών οξέων φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση της καταθλιπτικής συνδρομής σύμφωνα με ανασκόπηση επιδημιολογικών μελετών στο πανεπιστήμιο ψυχιατρικής της Νέας Ουαλίας το 2006. Εξετάστηκαν τα ποσοστά των ω3 λιπαρών οξέων σε ασθενείς με καταθλιπτική συνδρομή και διαπιστώθηκε έλλειψη αυτών. Αυτό τους οδήγησε στη συμπληρωματική χορήγηση των ω-3 λιπαρών οξέων με τη μορφή ιχθυελαίων και το αποτέλεσμα ήταν η μείωση της συχνότητας και της έντασης των καταθλιπτικών επεισοδίων (Parker G. et al, 2006).

Τα ω3 λιπαρά οξέα βρίσκονται σε φυτικές τροφές (π.χ. σογιέλαιο, καρυδέλαιο, καρύδια, λιναρόσποροι, λινοροσπορέλαιο), καθώς επίσης σε ψάρια, θαλασσινά και σαλιγκάρια, (π.χ. ρέγκα, σκουμπρί, μπακαλιάρος, σαρδέλα, γατόψαρο, σολομός, ξιφίας, τόνος, λυθρίνι, κολιός, στρείδια, αστακός, γαρίδες). Τα ω6 λιπαρά οξέα βρίσκονται κυρίως στο κρέας ελεύθερης βοσκής, αλλά και στα πουλερικά, στα αυγά, στο ψωμί, στα δημητριακά και σε πολλά φυτικά έλαια όπως το καλαμποκέλαιο και το σογιέλαιο (Conklin et al, 2007)

### 4.3 Μεσογειακή διατροφή

Ο όρος Μεσογειακή Διατροφή χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά για να περιγράψει τις διατροφικές συνήθειες των λαών της Μεσογείου στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές του 1960, όταν οι συνέπειες του Β' Παγκοσμίου Πολέμου δεν ήταν πλέον εμφανείς, ενώ η «δυτικοποίηση» του τρόπου ζωής (διάδοση έτοιμου φαγητού-fast food) βρίσκονταν στα αρχικά ακόμη στάδια. (Trichoroulou A., Lagiou P., 1997)

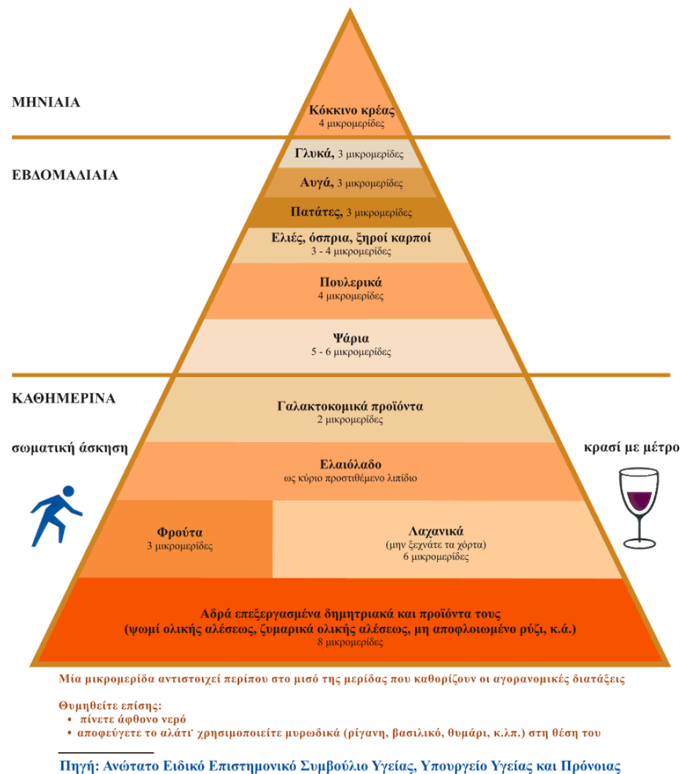
Το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, κοινά ανάμεσα στους μεσογειακούς λαούς, όπως το σιτάρι, η ελιά και τα παράγωγά τους. Ωστόσο, εμφανίζεται με παραλλαγές ανάμεσα στις χώρες της

Μεσογείου αντανακλώντας την ιδιαίτερη κουλτούρα, τη θρησκεία και τη γεωγραφική θέση κάθε λαού.(Trichoroulou A. 1997, Simopoulos PA. ,2001)

Τα 8 χαρακτηριστικά γνωρίσματα του διατροφικού προτύπου της Μεσογειακής Διατροφής είναι ο υψηλός λόγος μονοακόρεστα/κορεσμένα λιπαρά οξέα (>2), η καθημερινή κατανάλωση φρούτων (2-3 μερίδες/ημέρα), λαχανικών (4-6 μερίδες/ημέρα), αμυλούχων τροφίμων μη επεξεργασμένων (ρύζι, μακαρόνια, δημητριακά) (8 μερίδες/ημέρα), ελαιολάδου (ως το κυριότερο προστιθέμενο λίπος) και πλήρως ή μερικώς αποβουτυρωμένων γαλακτοκομικών προϊόντων (γάλα, γιαούρτι, τυρί) (1-2 μερίδες/ημέρα), η εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών (4-5 μερίδες/εβδομάδα), πουλερικών (1-3 μερίδες/εβδομάδα), ελιών, οσπρίων και ξηρών καρπών (>4 μερίδες/εβδομάδα) και σπανιότερα πατάτας (1-3 μερίδες/εβδομάδα), αυγών και γλυκών (1-3 μερίδες/εβδομάδα), παράλληλα με τη μηνιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος και παραγώγων αυτού (4-5 μερίδες/μήνα). (Trichoroulou A. , Lagiou P. ,1997a)

Το πρότυπο απεικονίζεται με τη μορφή πυραμίδας, χωρισμένης σε τρία επίπεδα, τα οποία υποδηλώνουν την προτεινόμενη συχνότητα κατανάλωσης των διαφόρων ομάδων τροφίμων σε μηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινή βάση. Στη βάση της βρίσκονται τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε σημαντικές ποσότητες, ενώ αντίθετα στην κορυφή της βρίσκονται οι τροφές που πρέπει να καταναλώνονται αραιά και σε μικρότερες ποσότητες.

## ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Σχήμα 1 Μεσογειακή Πυραμίδα Διατροφής

Αξίζει να σημειωθεί ότι η Μεσογειακή Διατροφή δεν αποτελεί μία «χορτοφαγική διατροφή», καθώς συστήνει την κατανάλωση μέτριων ποσοτήτων τροφίμων ζωικής προέλευσης (κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά), με σκοπό την κάλυψη της συνιστώμενης διαιτητικής πρόσληψης όσον αφορά στην κοβαλαμίνη (B12) και το σίδηρο, παράλληλα με τη μειωμένη πρόσληψη κορεσμένων λιπών. Ωστόσο σημειώνεται ότι το ποσοστό των ανθρώπων τη δεκαετία του 1960 στη Μεσογειακή λεκάνη είχαν αυξημένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, γεγονός που δεν αντικατοπτρίζει τα σημερινά δεδομένα (Willett, et al, 1995).

Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής κατασκευάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) σε συνεργασία με τον κλάδο της Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Harvard, ενώ η συνεισφορά των Ελλήνων επιστημόνων ήταν μείζονος σημασίας. Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής παρουσιάζεται παραπάνω και αποτελεί ένα σημαντικό διατροφικό οδηγό όσον αφορά στο γενικό πληθυσμό, παρέχοντας μία αδρή πληροφόρηση σχετικά με τις αναλογίες και τη συχνότητα κατανάλωσης διαφόρων ομάδων τροφίμων.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης των Επτά Χωρών του Ancel Keys και συνεργατών στα τέλη της δεκαετίας του 1960, ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών νοσημάτων και του καρκίνου ήταν σημαντικά μειωμένος σε άνδρες που ζούσαν στα ορεινά χωριά της Κρήτης, παράλληλα με το προσδόκιμο επιβίωσης που ήταν ιδιαίτερα υψηλό, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας των παραπάνω ασθενειών καθώς και της ολικής θνησιμότητας ήταν σημαντικά μειωμένα στην Κρήτη και την Κέρκυρα συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της μελέτης (Φιλανδία, Ιταλία, Ιαπωνία, Γιουγκοσλαβία, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Ολλανδία), γεγονός που αποδόθηκε στη μεγαλύτερη υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής (Keys, A., et al., 1984). Μάλιστα στην παραπάνω μελέτη του Keys και συνεργατών, στα 25 έτη επαναξιολόγησης του δείγματος, η αθροιστική ολική θνησιμότητα στην περίπτωση της Ελλάδας και της Ιταλίας ήταν 35,3% και 48,3% αντίστοιχα, δηλαδή παρουσίαζαν τις μικρότερες τιμές από το σύνολο των 16 διαφορετικών περιοχών που συμμετείχαν (Dontas, A.S., et al. , 1998)

## **5.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **5.1 Σκοπός**

Η παρούσα επιδημιολογική μελέτη έλαβε χώρα στα όρια του Νομού Λακωνίας κατά την χρονική περίοδο Οκτώβριος 2013 έως Δεκέμβριος 2014 και έχει ως σκοπό να καταδείξει την συσχέτιση των καταθλιπτικών διαταραχών με το πρότυπο διατροφής που ακολουθούν οι ηλικιωμένοι στο νομό.

### **5.2. Πληθυσμός Μελέτης**

Το δείγμα που συλλέχθηκε ήταν τυχαίο και ανάλογο με τον πληθυσμό. Επιλέχθηκαν άτομα (άνδρες και γυναίκες) άνω των 65 ετών, μόνιμοι κάτοικοι του νομού Λακωνίας οι οποίοι γνώριζαν και κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα.. Τα άτομα έλαβαν μέρος αβίαστα και δόθηκαν διευκρινήσεις όπου ζητήθηκαν. Άτομα που ζούσαν σε οίκους ευγηρίας ή είχαν κατ' οίκον φροντίδα από τρίτους αποκλείστηκαν από την έρευνα. Τα άτομα προσεγγίστηκαν στα ΚΑΠΗ του νομού Λακωνίας μετά τις σχετικές άδειες που ελήφθησαν από τους δήμους και σε συνεργασία με τους υπεύθυνους των ΚΑΠΗ.

Συνολικά υπήρξαν 15 επισκέψεις στα ΚΑΠΗ του νομού Λακωνίας. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν ήταν 101. Συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκαν οκτώ επισκέψεις στο ανδρικό ΚΑΠΗ της Σπάρτης σε τυχαίες ώρες και ημερομηνίες και τέσσερις επισκέψεις στο γυναικείο ΚΑΠΗ της Σπάρτης σε τυχαίες ώρες και ημερομηνίες. Στο μεικτό ΚΑΠΗ των Μολάων πραγματοποιήθηκαν τρεις επισκέψεις λόγω απόστασης και οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν ημέρα Κυριακή καθώς τότε παρουσίαζε την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα το ΚΑΠΗ λόγω της Κυριακάτικης λειτουργίας, οι επισκέψεις δεν ήταν διαδοχικές.

### **5.3. Εργαλεία Μελέτης**

Τα δεδομένα της μελέτης συλλέχθηκαν με την χρήση ενός ειδικού ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα). Κάθε άτομο που λάμβανε μέρος στην έρευνα, έδινε την συγκατάθεσή του, ενώ δεν ήταν υποχρεωτική η χρήση του ονόματος. Το ερωτηματολόγιο διακρίνονταν σε τρία μέρη:

**A) Γενικά Στοιχεία** που περιλάμβαναν δημογραφικά χαρακτηριστικά που αφορούν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο, τα χρόνια συνταξιοδότησης.

**B) Διατροφικές Συνήθειες (MedDietScore).** Ακολούθησε η διατροφική αξιολόγηση μέσω ενός ημι-ποσοτικοποιημένου ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων με κλίμακα από 0-55. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα για πρώτη φορά από τον κύριο Δημοσθένη Β. Παναγιωτάκο, ο οποίος έχει επιτρέψει τη χρήση αυτού του ερωτηματολογίου στη παρούσα μελέτη. Αυτό περιλάμβανε 11 βασικές ομάδες τροφίμων ( δημητριακά ολικής άλεσης, πατάτες, φρούτα και χυμούς, λαχανικά και σαλάτες, όσπρια, ψάρι και σούπες, κόκκινο κρέας και προϊόντα τους, πουλερικά, γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά, ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική και αλκοολούχα ποτά σε ml/ ημέρα).

### **Αναλυτικότερα:**

#### **1. Δημητριακά ολικής άλεσης:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες δημητριακών ολικής άλεσης (ψωμί ολικής άλεσης, φρυγανιές και παξιμάδια ολικής άλεσης, ζυμαρικά ολικής άλεσης, καστανό ρύζι) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= ποτέ, 1= 1-6 μερίδες/εβδ, 2= 7-12 μερίδες/εβδ, 3= 13-18 μερίδες/εβδ, 4= 19-31 μερίδες/εβδ, 5= >32 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε 1 φέτα ψωμί (μεγέθους ψωμί του τοστ), 2 φρυγανιές, 1 μικρό παξιμάδι, μισό μεγάλο παξιμάδι, μισό φλιτζάνι τσαγιού ρύζι ή μακαρόνια. Τέλος αν ο συμμετέχων δεν καταναλώνει δημητριακά ολικής άλεσης, παρά μόνο επεξεργασμένα – λευκά δημητριακά τότε η απάντηση είναι 0= ποτέ.

#### **2. Πατάτες**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες πατάτας (όλα τα είδη μαγειρέματος) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= ποτέ, 1= 1-4 μερίδες/εβδ, 2= 5-8 μερίδες/εβδ, 3= 9-12 μερίδες/εβδ, 4= 13-18 μερίδες/εβδ, 5= >18 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε μισό φλιτζάνι βραστές πατάτες, μισό φλιτζάνι πουρέ, σε μισή μέτρια πατάτα (100 γραμμάρια), 1 φλιτζάνι (60 γραμμάρια) τηγανητές πατάτες.

#### **3. Φρούτα και χυμοί:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες φρούτων και χυμών που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= ποτέ, 1= 1-4 μερίδες/εβδ, 2= 5-8 μερίδες/εβδ, 3= 9-15 μερίδες/εβδ,

4= 16-21 μερίδες/εβδ, 5= >22 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε 1 μέτριο φρούτο – μεγέθους παρόμοιο με μπάλα του τένις. Παραδείγματα: 1 μικρό μήλο (80 γραμμάρια), 1 μικρή μπανάνα (60 γραμμάρια), 1 μέτριο πορτοκάλι (100 γραμμάρια), 2 μικρά βερίκοκα, 1 μέτριο ροδάκινο, 1 και ¼ φλιτζάνι φράουλες, 12 κεράσια, 17 μικρά σταφύλια, 1 λεπτή φέτα καρπούζι ή πεπόνι (200 γραμμάρια)

#### **4. Λαχανικά και σαλάτες:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες λαχανικών (όλα τα είδη λαχανικών, ωμά και βραστά) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= ποτέ, 1= 1-6 μερίδες/εβδ, 2= 7-12 μερίδες/εβδ, 3= 13-20 μερίδες/εβδ, 4= 21-32 μερίδες/εβδ, 5= >33 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε ένα φλιτζάνι φυλλώδη λαχανικά ωμά και μισό φλιτζάνι από τα υπόλοιπα λαχανικά ή βραστά λαχανικά (περίπου 100 γραμμάρια)

#### **5. Όσπρια:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες οσπρίων που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= ποτέ, 1= <1 μερίδα/εβδ, 2= 1-2 μερίδες/εβδ, 3= 3-4 μερίδες/εβδ, 4= 5-6 μερίδες/εβδ, 5= >6 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε 1 φλιτζάνι οσπρίων.

#### **6. Ψάρι και σούπες:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες ψαριού (όλα τα είδη μαγειρέματος) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= ποτέ, 1= <1 μερίδα/εβδ, 2= 1-2 μερίδες/εβδ, 3= 3-4 μερίδες/εβδ, 4= 5-6 μερίδες/εβδ, 5= >6 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε περίπου 120 γραμμάρια μαγειρεμένου ψαριού (περίπου αντιστοιχεί σε μέγεθος 4 σπιρτόκουτων)

#### **7. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες κρέατος και προϊόντων του (όλα τα είδη μαγειρέματος) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= >10 μερίδες/εβδ, 1= 8-10 μερίδες/εβδ, 2= 6-7 μερίδες/εβδ, 3= 4-5 μερίδες/εβδ, 4= 2-3 μερίδες/εβδ, 5= <1 μερίδα/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε περίπου 120 γραμμάρια μαγειρεμένου κρέατος (περίπου αντιστοιχεί σε μέγεθος 4 σπιρτόκουτων)

#### **8. Πουλερικά:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες πουλερικών (κοτόπουλο και γαλοπούλα - όλα τα είδη μαγειρέματος) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= >10 μερίδες/εβδ, 1= 9-10 μερίδες/εβδ, 2= 7-8 μερίδες/εβδ, 3= 5-6 μερίδες/εβδ, 4= 4-5 μερίδες/εβδ, 5= <3 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε περίπου 120 γραμμάρια μαγειρεμένου κρέατος (περίπου αντιστοιχεί σε μέγεθος 4 σπιρτόκουτων)

### **9. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσες είναι μερίδες γαλακτοκομικών με πλήρη περιεκτικότητα σε λιπαρά (γάλα, γιαούρτι, τυρί) που καταναλώνει την εβδομάδα. (0= >30 μερίδες/εβδ, 1= 29-30 μερίδες/εβδ, 2= 21-28 μερίδες/εβδ, 3= 16-20 μερίδες/εβδ, 4= 11-15 μερίδες/εβδ, 5= <10 μερίδες/εβδ). Μία μερίδα αντιστοιχεί σε 1 ποτήρι γάλα, 1 κεσεδάκι γιαούρτι (180 γραμμάρια), 30 γραμμάρια τυρί (μέγεθος σπυρτόκουτου). Αν ο συμμετέχων καταναλώνει **μόνο** ημίπαχα ή άπαχα γαλακτοκομικά να σημειωθεί η επιλογή 5=<10 μερίδες/εβδ)

### **10. Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική:**

Ο συμμετέχων απαντά πόσο συχνά, πόσες μέρες την εβδομάδα καταναλώνει ελαιόλαδο. (0= ποτέ, 1= σπάνια, 2= <1 φορά/εβδ, 3= 1-3 φορές/εβδ, 4= 3-5 φορές/εβδ, 5= καθημερινά).

### **11. Αλκοόλ:**

Ο συμμετέχων αναφέρει την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει την ημέρα. 100 ml κρασιού = 1 ποτήρι 12%. (0= >700 ml ή 0, 1= 600 ml, 2= 500 ml, 3= 400 ml, 4= 300 ml, 5= <300 ml) ( Panagiotakos, et. al., 2006a)

Γ) Το τρίτο μέρος κλείνει με την **ψυχολογική αξιολόγηση των ηλικιωμένων**. Για την εκτίμηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους συμμετέχοντες, χρησιμοποιήθηκε η 15-βαθμη, σύντομης μορφής, ψυχομετρική κλίμακα κατάθλιψης «**Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης**» ή «**GDS\_15**» (**Geriatric Depression Scale**). Το ψυχομετρικό αυτό τεστ, ειδικά σχεδιασμένο για ηλικιωμένο πληθυσμό, αποτελείται από 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου κάθε μια από τις απαντήσεις παίρνει βαθμό (0 ή 1) , που αξιολογούν την ψυχολογική κατάσταση των ερωτώμενων για το χρονικό διάστημα των τελευταίων 90 ημερών από την πραγματοποίηση της συμπλήρωσης. Έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα σε ηλικιωμένο πληθυσμό από τους Fountoulakis et al και ως καλύτερο διαγνωστικό όριο της κατάθλιψης ορίστηκε η βαθμολογία 6–7, με ευαισθησία 92% , ειδικότητα 95% και με δείκτη Cronbach's alpha= 0,94. Για τη βαρύτητα της κατάθλιψης ακολουθήθηκε η κατηγοριοποίηση σύμφωνα με την ελληνική στάθμιση της «Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης», όπου 0–5 βαθμοί αντιστοιχούν σε «απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων», 6–10 σε «μέτρια κατάθλιψη» και 11–15 σε «σοβαρή κατάθλιψη» .Τα συμπτώματα της κατάθλιψης που αξιολογήθηκαν είναι :



- ✚ Το άγχος
- ✚ Η έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή
- ✚ Η μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που παλαιότερα προκαλούσαν ικανοποίησης
- ✚ Η έλλειψη κινήτρων
- ✚ Τα αισθήματα μοναξιάς, απελπισίας και απόγνωσης
- ✚ Η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης( fountoulakis et. al., 1999)

## 5.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την παρουσίαση των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίσθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Για τις ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται οι απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών υπολογίσθηκε ο παραμετρικός συντελεστής  $r$  του Pearson. Για την αξιολόγηση της σχέσης μιας ποσοτικής και μιας ποιοτικής μεταβλητής εφαρμόσθηκε ο έλεγχος  $t$  για ανεξάρτητα δείγματα (στην περίπτωση ποιοτικής μεταβλητής με δυο κατηγορίες) και η ανάλυση διασποράς (ANOVA) στην περίπτωση ποιοτικής μεταβλητής με περισσότερες από δυο κατηγορίες. Στην περίπτωση που δεν ίσχυε η κανονικότητα των δεδομένων, εφαρμόσθηκαν οι αντίστοιχοι μη παραμετρικοί έλεγχοι. Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics v22 for Windows ενώ για όλους τους ελέγχους χρησιμοποιήθηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%.

## 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Περιγραφή του δείγματος

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 101 άτομα, εκ των οποίων 50,5% ήταν άνδρες και 49,5% ήταν γυναίκες (Πίνακας 1). 43,6% των ατόμων είχε ηλικία μεταξύ των 65 και 75 ετών, 42,6% των ατόμων είχε ηλικία μεταξύ των 76 και 85 ετών και 13,9% των ατόμων είχε ηλικία μεταξύ 86 και 95 ετών.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	50	49,5
	Γυναίκα	51	50,5
Ηλικία	65 - 75	44	43,6
	76 - 85	43	42,6
	86 - 95	14	13,9

**Πίνακας 1: Φύλο και ηλικία των ατόμων του δείγματος**

Από τα 101 άτομα που έλαβαν μέρος 64,4% ήταν έγγαμοι, 33,7% ήταν χήροι, 1% ήταν άγαμοι και 1% διαζευγμένοι.(Πίνακας 2). 57,4% των ατόμων διαμένουν σε αγροτική περιοχή ενώ 42,6% σε αστική περιοχή. Στην ερώτηση αν μένετε με τα παιδιά σας 64,4% απάντησε αρνητικά ενώ 35,6% θετικά. Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 92,1% μένει σε ιδιόκτητη κατοικία σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό 7,9% που δεν μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	1	1,0
	<b>Έγγαμος</b>	<b>65</b>	<b>64,4</b>
	Διαζευγμένος	1	1,0
	<b>Χήρος</b>	<b>34</b>	<b>33,7</b>
Διαμονή	Αγροτική περιοχή	58	57,4
	Αστική περιοχή	43	42,6
Μένετε με παιδιά;	Ναι	36	35,6
	<b>Όχι</b>	<b>65</b>	<b>64,4</b>
Ιδιόκτητη κατοικία;	<b>Ναι</b>	<b>93</b>	<b>92,1</b>
	Όχι	8	7,9

**Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση και χαρακτηριστικά διαμονής**

69,3% των ατόμων του δείγματος της παρούσας μελέτης ήταν απόφοιτοι ή τελειόφοιτοι δημοτικού, 5,9% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, 16,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου και 7,9% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.(Πίνακας 3). Όσο αφορά στην επαγγελματική τους δραστηριότητα 57,4% ήταν αγρότες, 16,8% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, 12,9% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και 12,9% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι.

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έτη σπουδών	<b>έως 6 χρόνια</b>	<b>70</b>	<b>69,3</b>
	έως 9 χρόνια	6	5,9
	έως 12 χρόνια	17	16,8
	περισσότερα από 12 χρόνια	8	7,9
Επάγγελμα	<b>Αγρότης</b>	<b>58</b>	<b>57,4</b>
	Ελεύθερος επαγγελματίας	17	16,8
	Ιδιωτικός υπάλληλος	13	12,9
	Δημόσιος υπάλληλος	13	12,9

**Πίνακας 3: Έτη σπουδών και επάγγελμα των ατόμων του δείγματος**

Από τον παρακάτω πίνακα διαπιστώνουμε ότι 20,8% των ατόμων του δείγματος έχουν από 11 έως 15 χρόνια συνταξιοδότησης, 20,8% των ατόμων από 16 έως 20 χρόνια, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 28,7% έχουν πάνω από 20 χρόνια συνταξιοδότησης, 19,8% των ατόμων έχουν έως 5 χρόνια που έχουν συνταξιοδοτηθεί και 9,9% των ατόμων από 6 έως 10 χρόνια συνταξιοδότησης.(Πίνακας 4)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έτη συνταξιοδότησης	0 – 5	20	19,8
	6 – 10	10	9,9
	11 – 15	21	20,8
	16 – 20	21	20,8
	> 20	29	28,7

**Πίνακας 4: Έτη συνταξιοδότησης των ατόμων του δείγματος**

Όσον αφορά στην οικονομική κατάσταση του δείγματος, 57,4% πίστευε ότι ήταν σε μέτρια κατάσταση, 20,8% πίστευε ότι ήταν σε καλή κατάσταση, 15,8% των ατόμων σε κακή κατάσταση, 3% των ατόμων σε πολύ κακή κατάσταση και τέλος 3% του δείγματος θεωρούσε ότι ήταν σε πολύ καλή οικονομική κατάσταση. (Πίνακας 5)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Οικονομική κατάσταση	Πολύ καλή	3	3,0
	Καλή	21	20,8
	<b>Μέτρια</b>	<b>58</b>	<b>57,4</b>
	Κακή	16	15,8
	Πολύ κακή	3	3,0

**Πίνακας 5: Οικονομική κατάσταση των ατόμων του δείγματος**

### Διατροφικές συνήθειες

Από τον Πίνακα 6 παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του MedDietScore βρέθηκε ίση με 31,70 ( $\pm 4,625$ ) μονάδες.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
GDS	31,70	4,625

**Πίνακας 6: Χαρακτηριστικά του MedDietScore**

- **Δημητριακά ολικής αλέσεως**

Από τα 101 άτομα του δείγματος 13,9% δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε δημητριακά ολικής αλέσεως ανά εβδομάδα, 38,6% των ατόμων κατανάλωνε 1 έως 6 μερίδες ανά εβδομάδα, 30,7% των ατόμων κατανάλωνε 7 έως 12 μερίδες ανά εβδομάδα, 10,9% των ατόμων κατανάλωνε 13 έως 18 μερίδες ανά εβδομάδα, 5% των ατόμων κατανάλωνε 19 έως 31 μερίδες ανά εβδομάδα και 1% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε πάνω από 32 μερίδες δημητριακών ολικής αλέσεως ανά εβδομάδα. (Πίνακας 7)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Δημητριακά ολικής αλέσεως	Ποτέ	14	13,9
	<b>1 – 6</b>	<b>39</b>	<b>38,6</b>
	<b>7 – 12</b>	<b>31</b>	<b>30,7</b>
	13 – 18	11	10,9
	19 – 31	5	5,0
	> 32	1	1,0

**Πίνακας 7: Μερίδες κατανάλωσης δημητριακών ολικής αλέσεως ανά εβδομάδα**

- **Πατάτες**

1% των ατόμων δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε πατάτες ανά εβδομάδα, 65,3% των ατόμων κατανάλωνε 1 έως 4 μερίδες ανά εβδομάδα, 17,8% των ατόμων κατανάλωνε 5 έως 8 μερίδες ανά εβδομάδα, 12,9% των ατόμων κατανάλωνε 9 έως 12 μερίδες ανά εβδομάδα και 3% των ατόμων κατανάλωνε 13 έως 18 μερίδες πατάτες ανά εβδομάδα.(Πίνακας 8)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Πατάτες	Ποτέ	1	1,0
	<b>1 – 4</b>	<b>66</b>	<b>65,3</b>
	5 – 8	18	17,8
	9 – 12	13	12,9
	13 - 18	3	3,0

**Πίνακας 8: Μερίδες κατανάλωσης πατάτας ανά εβδομάδα**

- **Φρούτα και Χυμοί**

1% του δείγματος δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε φρούτα και χυμούς ανά εβδομάδα, 39,6% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 1 έως 4 μερίδες ανά εβδομάδα, 24,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 5 έως 8 μερίδες ανά εβδομάδα, 21,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 9 έως 15 μερίδες ανά εβδομάδα, 8,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 16 έως 21 μερίδες ανά εβδομάδα και 4% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε πάνω από 21 μερίδες φρούτα και χυμούς ανά εβδομάδα.(Πίνακας 9)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φρούτα και Χυμούς	Ποτέ	1	1,0
	<b>1 – 4</b>	<b>40</b>	<b>39,6</b>
	<b>5 – 8</b>	<b>25</b>	<b>24,8</b>
	9 -15	22	21,8
	16 - 21	9	8,9
	> 21	4	4,0

**Πίνακας 9: Μερίδες κατανάλωσης φρούτων και χυμών ανά εβδομάδα**

- **Λαχανικά και Σαλάτες**

3% του δείγματος δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε λαχανικά και σαλάτες ανά εβδομάδα, 26,7% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 1 έως 6 μερίδες ανά εβδομάδα, 39,6% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 7 έως 12 μερίδες ανά εβδομάδα, 15,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 13 έως 20 μερίδες ανά εβδομάδα, 11,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 21 έως 32 μερίδες ανά εβδομάδα και τέλος 3% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε πάνω από 33 μερίδες λαχανικά και σαλάτες ανά εβδομάδα.(Πίνακας 10)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Λαχανικά και Σαλάτες	Ποτέ	3	3,0
	<b>1 - 6</b>	<b>27</b>	<b>26,7</b>
	<b>7 - 12</b>	<b>40</b>	<b>39,6</b>
	13 - 20	16	15,8
	21 - 32	12	11,9
	> 33	3	3,0

**Πίνακας 10: Μερίδες κατανάλωσης λαχανικών και σαλάτες ανά εβδομάδα**

- **Όσπρια**

Στον παρακάτω πίνακα διαπιστώνουμε ότι 2% του δείγματος δεν κατανάλωνε όσπρια ανά εβδομάδα. 10,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε κάτω από μια μερίδα ανά εβδομάδα όσπρια, 58,4% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 1 έως 2 μερίδες ανά εβδομάδα, 22,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 3 έως 4 μερίδες ανά εβδομάδα, 5% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 5 έως 6 μερίδες ανά εβδομάδα

και 1% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε πάνω από 6 μερίδες ανά εβδομάδα.  
(Πίνακας 11)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Όσπρια	Ποτέ	2	2,0
	< 1	11	10,9
	<b>1 - 2</b>	<b>59</b>	<b>58,4</b>
	3 - 4	23	22,8
	5 - 6	5	5,0
	> 6	1	1,0

**Πίνακας 11: Μερίδες κατανάλωσης όσπριων ανά εβδομάδα**

- **Ψάρι και Σούπες**

2% του δείγματος δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε ψάρι και σούπες ανά εβδομάδα, 22,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε κάτω από μια μερίδα ανά εβδομάδα, 56,4% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 1 έως 2 μερίδες ανά εβδομάδα, 11,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 3 έως 4 μερίδες ανά εβδομάδα, 6,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 5 έως 6 μερίδες ανά εβδομάδα και τέλος 1% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε πάνω από 6 μερίδες ψάρι και σούπες ανά εβδομάδα.(Πίνακας 12)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Ψάρι και Σούπες	Ποτέ	2	2,0
	< 1	23	22,8
	<b>1 - 2</b>	<b>57</b>	<b>56,4</b>
	3 - 4	12	11,9
	5 - 6	7	6,9
	> 6	1	1,0

**Πίνακας 12: Μερίδες κατανάλωσης ψαριού και σουπών ανά εβδομάδα**

- **Κόκκινο κρέας και προϊόντα του**

Από τα 101 άτομα του δείγματος 6,9% δήλωσε ότι κατανάλωνε 8 έως 10 μερίδες κόκκινο κρέας και προϊόντα του ανά εβδομάδα, 12,9% των ατόμων κατανάλωνε 6 έως 7 μερίδες ανά εβδομάδα, 11,9% των ατόμων κατανάλωνε 4 έως 5 μερίδες ανά εβδομάδα, 44,6% των ατόμων κατανάλωνε 2 έως 3 μερίδες ανά εβδομάδα και 23,8%

των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε λιγότερο ή ίσο με μια μερίδα ανά εβδομάδα κόκκινο κρέας και προϊόντα του. (Πίνακας 13)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	8 - 10	7	6,9
	6 - 7	13	12,9
	4 - 5	12	11,9
	<b>2 - 3</b>	<b>45</b>	<b>44,6</b>
	<= 1	24	23,8

**Πίνακας 13: Μερίδες κατανάλωσης κόκκινου κρέατος και προϊόντων του ανά εβδομάδα**

- **Πουλερικά**

3% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε 9 έως 10 μερίδες πουλερικά ανά εβδομάδα, 5,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 7 έως 8 μερίδες ανά εβδομάδα, 11,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 5 έως 6 μερίδες ανά εβδομάδα, 32,7% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 4 έως 5 μερίδες ανά εβδομάδα και τέλος 46,5% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε κάτω από 3 μερίδες πουλερικών ανά εβδομάδα. (Πίνακας 14)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Πουλερικά	9 - 10	3	3,0
	7 - 8	6	5,9
	5 - 6	12	11,9
	<b>4 - 5</b>	<b>33</b>	<b>32,7</b>
	<b>&lt; 3</b>	<b>47</b>	<b>46,5</b>

**Πίνακας 14: Μερίδες κατανάλωσης πουλερικών ανά εβδομάδα**

- **Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά**

2% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε 29 έως 30 μερίδες γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά ανά εβδομάδα, 7,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 21 έως 28 μερίδες ανά εβδομάδα, 12,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 16 έως 20 μερίδες ανά εβδομάδα, 20,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 11 έως 15 μερίδες ανά εβδομάδα και τέλος 56,4% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε



λιγότερο ή ίσο με 10 μερίδες γαλακτοκομικών πλήρη σε λιπαρά ανά εβδομάδα.  
(Πίνακας 15)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	29 – 30	2	2,0
	21 – 28	8	7,9
	16 – 20	13	12,9
	11 – 15	21	20,8
	<b>&lt;= 10</b>	<b>57</b>	<b>56,4</b>

**Πίνακας 15: Μερίδες κατανάλωσης γαλακτοκομικών πλήρη σε λιπαρά ανά εβδομάδα**

- **Ελαιόλαδο**

Από τα 101 άτομα που έλαβαν μέρος στη παρούσα έρευνα 1% δήλωσε ότι κατανάλωνε λιγότερο από μια μερίδες ελαιόλαδο ανά εβδομάδα. 5% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε 1 έως 3 μερίδες ελαιόλαδο ανά εβδομάδα, 16,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 3 έως 5 μερίδες ανά εβδομάδα και τέλος μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων 77,2% δήλωσε ότι κατανάλωνε ελαιόλαδο καθημερινά. (Πίνακας 16)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Ελαιόλαδο	< 1	1	1,0
	1 - 3	5	5,0
	3 - 5	17	16,8
	<b>Καθημερινά</b>	<b>78</b>	<b>77,2</b>

**Πίνακας 16: Μερίδες κατανάλωσης ελαιολάδου ανά εβδομάδα**

- **Αλκοολούχα ποτά**

23,8% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε πάνω από 700ml ή 0ml αλκοολούχων ποτών καθημερινά. 4% του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε 600ml αλκοολούχων ποτών καθημερινά, 4% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 400ml καθημερινά, 12,9% των ατόμων δήλωσε ότι κατανάλωνε 300ml καθημερινά και τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι κατανάλωνε λιγότερο από 300ml αλκοολούχων ποτών καθημερινά. (Πίνακας 17)

		Συχνότητα	Ποσοστό
Αλκοολούχα ποτά ml/ημέρα	> 700 ή 0	24	23,8
	600	4	4,0
	400	4	4,0
	300	13	12,9
	<b>&lt; 300</b>	<b>56</b>	<b>55,4</b>

**Πίνακας 17: Κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (ml/ημέρα)**

### Ανάλυση της Geriatric depression scale

Από τον Πίνακα 18 παρατηρούμε ότι η μέση τιμή της κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης (GDS) βρέθηκε ίση με 3,92 ( $\pm$  3,475) μονάδες. 74,3% των ατόμων είχε τιμή μεταξύ 0 και 5, 17,8% είχε τιμή 6 έως 10 και το υπόλοιπο 7,9 είχε τιμή μεταξύ του 11 και του 15.

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
GDS	3,92	3,475
Συχνότητα		
	Συχνότητα	Ποσοστό
0 – 5	75	74,3
6 – 10	18	17,8
11 – 15	8	7,9

**Πίνακας 18: Χαρακτηριστικά της κλίμακας GDS**

## Στατιστικές Συσχετίσεις

### Αξιολόγηση της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην GDS

Από τον Πίνακα 19 παρατηρούμε ότι το φύλο των ατόμων επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p = 0,018$ ). *Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία από τους άντρες.*

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Άνδρας	50	3,10	3,183	0,018
	Γυναίκα	51	4,73	3,589	

**Πίνακας 19: Σχέση μεταξύ του φύλου και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 20 παρατηρούμε ότι η ηλικία των ατόμων του δείγματος δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p=0,213$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Ηλικία	65 - 75	44	3,30	3,174	0,213
	76 - 85	43	4,35	3,715	
	86 - 95	14	4,57	3,546	

**Πίνακας 20: Σχέση μεταξύ της ηλικίας και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 21 παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p=0,033$ ). *Επιπλέον τα άτομα που βρίσκονταν σε χηρεία παρουσιάζουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία από τους έγγαμους.*

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	65	3,43	3,221	0,033
	Χήρος	34	5,00	3,798	

**Πίνακας 21: Σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 22, 23, 24, 25, 26 παρατηρούμε ότι η περιοχή κατοικίας των ατόμων, αν τα άτομα μένουν ή όχι με τα παιδιά τους, τα έτη σπουδών, το επάγγελμα, τα έτη συνταξιοδότησης δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Διαμονή	Αγροτική περιοχή	58	3,52	3,550	0,176
	Αστική περιοχή	43	4,47	3,333	

**Πίνακας 22: Σχέση μεταξύ της διαμονής και της γηριατρικής κατάθλιψης**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Μένετε με παιδιά;	Ναι	36	4,25	3,714	0,481
	Όχι	65	3,74	3,351	

**Πίνακας 23: Σχέση μεταξύ της διαμονής με παιδιά και της γηριατρικής κατάθλιψης**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Έτη σπουδών	έως 6 χρόνια	70	4,07	3,700	0,371
	έως 9 χρόνια	6	3,50	3,209	
	έως 12 χρόνια	17	4,35	3,121	
	περισσότερα από 12 χρόνια	8	2,00	1,690	

**Πίνακας 24: Σχέση μεταξύ των ετών σπουδών και της γηριατρικής κατάθλιψης**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Επάγγελμα	Αγρότης	58	4,26	3,772	0,883
	Ελεύθερος επαγγελματίας	17	3,29	2,443	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	13	3,62	3,501	
	Δημόσιος υπάλληλος	13	3,54	3,382	

**Πίνακας 25: Σχέση μεταξύ του επαγγέλματος και της γηριατρικής κατάθλιψης**

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Έτη συνταξιοδότησης	0 - 5	20	4,15	3,407	0,965
	6 - 10	10	3,50	2,550	
	11 - 15	21	3,76	2,700	
	16 - 20	21	3,95	4,283	
	> 20	29	4,00	3,836	

**Πίνακας 26: Σχέση μεταξύ των ετών συνταξιοδότησης και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 27 παρατηρούμε ότι η οικονομική κατάσταση των ατόμων του δείγματος επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p < 0,001$ ). Ειδικότερα *τα άτομα που δήλωσαν ότι βρίσκονταν σε κακή ή πολύ κακή οικονομική κατάσταση (N=19) εμφανίζουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία* σε σχέση με τα άτομα που δήλωσαν ότι βρίσκονταν σε μέτρια (N=58) και καλή ή πολύ καλή οικονομική κατάσταση (N=24).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Οικονομική κατάσταση	Καλή ή πολύ καλή	24	2,58	2,827	<0,001
	Μέτρια	58	3,12	2,860	
	Κακή ή πολύ κακή	19	8,05	2,915	

**Πίνακας 27: Σχέση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της γηριατρικής κατάθλιψης**

### **Αξιολόγηση της σχέσης του MedDietScore με το GDS**

Από τον Πίνακα 28 παρατηρούμε ότι *το MedDietScore δεν συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης (Pearson's  $r = -0,118$ ;  $p = 0,238$ ).*

		GDS
MedDietScore	Pearson r	-0,118
	p-value	0,238
	N	101

**Πίνακας 28: Συσχέτιση μεταξύ του MedDietScore και της γηριατρικής κατάθλιψης**

## Αξιολόγηση της επίδρασης των διατροφικών συνηθειών στην GDS

Από τον Πίνακα 29 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p = 0,300$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Δημητριακά ολικής άλεσης	<12	84	4,06	3,514	0,300
	>12	17	3,24	3,289	

**Πίνακας 29: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης δημητριακών και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 30 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση πατατών δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p = 0,273$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πατάτες	<4	67	4,16	3,587	0,273
	>4	34	3,44	3,240	

**Πίνακας 30: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης πατάτας και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 31 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση φρούτων και χυμών δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p = 0,111$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Φρούτα και χυμοί	<8	66	4,42	3,779	0,111
	>8	35	2,97	2,606	

**Πίνακας 31: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης φρούτων, χυμών και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 32 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση λαχανικών και σαλατών επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS ( $p=0,045$ ). Συγκεκριμένα **τα άτομα (N=70) που δήλωσαν ότι κατανάλωναν λιγότερο από 12 μερίδες λαχανικών και σαλατών, παρουσιάζουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία** σε σχέση με τα άτομα (N=31) που δήλωσαν ότι κατανάλωναν περισσότερο από 12 μερίδες την εβδομάδα.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Λαχανικά και σαλάτες	<12	70	4,40	3,657	<b>0,045</b>
	>12	31	2,84	2,782	

**Πίνακας 32: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης λαχανικών ,σαλατών και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 33 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση οσπρίων δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS(p=0,237).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Όσπρια	<2	72	3,65	3,370	0,237
	>2	29	4,59	3,699	

**Πίνακας 33: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης όσπριων και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 34 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση ψαριού και σουπών δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS(p=0,606).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Ψάρι και σουπές	<2	82	3,77	3,323	0,606
	>2	19	4,58	4,100	

**Πίνακας 34: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης ψαριού, σουπών και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 35 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση κόκκινου κρέατος και προϊόντων του επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS (p=0,019). Συγκεκριμένα *τα άτομα (N=69) που δήλωσαν ότι κατανάλωναν περισσότερο από 3 μερίδες κόκκινου κρέατος και προϊόντων του ανά εβδομάδα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία* σε σχέση με τα άτομα (N=32) που δήλωσαν ότι κατανάλωναν λιγότερο από 3 μερίδες την εβδομάδα.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	<3	32	2,69	2,571	<b>0,019</b>
	>3	69	4,49	3,701	

**Πίνακας 35: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος, προϊόντων του και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 36 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση πουλερικών δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS( $p=0,976$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πουλερικά	<4	21	3,95	3,500	0,976
	>4	80	3,91	3,490	

**Πίνακας 36: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης πουλερικών και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 37 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών πλήρη σε λιπαρά δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS( $p=0,783$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	<10	44	3,82	3,419	0,783
	>10	57	4,00	3,546	

**Πίνακας 37: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης γαλακτοκομικών πλήρη σε λιπαρά και της γηριατρικής κατάθλιψης**

Από τον Πίνακα 38 παρατηρούμε ότι η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών(ml/ημέρα) δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την τιμή της GDS( $p=0,951$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Αλκοολούχα ποτά ml/ημέρα	<300	45	4,04	3,692	0,951
	>300	56	3,82	3,320	

**Πίνακας 38: Σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (ml/ημέρα) και της γηριατρικής κατάθλιψης**



## Αξιολόγηση της επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων στο MedDietScore

Από τον Πίνακα 39 παρατηρούμε ότι το φύλο των ατόμων δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,738$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Άνδρας	50	31,86	5,226	0,738
	Γυναίκα	51	31,55	3,997	

**Πίνακας 39: Σχέση μεταξύ του φύλου και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 40 παρατηρούμε ότι *η ηλικία των ατόμων του δείγματος επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,034$ )*. Από τους post-hoc ελέγχους προέκυψε ότι διαφέρουν τα άτομα ηλικίας 65 – 75 από τα άτομα ηλικίας 86 – 95 ( $p = 0,028$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Ηλικία	<b>65 - 75</b>	<b>44</b>	<b>30,52</b>	<b>4,693</b>	<b>0,034</b>
	76 - 85	43	32,26	4,593	
	<b>86 - 95</b>	<b>14</b>	<b>33,71</b>	<b>3,667</b>	

**Πίνακας 40: Σχέση μεταξύ της ηλικίας και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 41 παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,952$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος	65	31,65	4,642	0,952
	Χήρος	34	31,59	4,425	

**Πίνακας 41: Σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 42 παρατηρούμε ότι η περιοχή κατοικίας των ατόμων του δείγματος δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,973$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Διαμονή	Αγροτική περιοχή	58	31,69	4,449	0,973
	Αστική περιοχή	43	31,72	4,905	

**Πίνακας 42: Σχέση μεταξύ της διαμονής και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 43 παρατηρούμε ότι η διαμονή ή όχι με τα παιδιά τους δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,484$ ) των ατόμων.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Μένετε με παιδιά;	Ναι	36	32,14	4,486	0,484
	Όχι	65	31,46	4,717	

**Πίνακας 43: Σχέση μεταξύ της διαμονής με παιδιά και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 44 παρατηρούμε ότι τα έτη σπουδών των ατόμων του δείγματος δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,838$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Έτη σπουδών	έως 6 χρόνια	70	31,61	4,923	0,838
	έως 9 χρόνια	6	32,00	3,162	
	έως 12 χρόνια	17	32,24	4,176	
	περισσότερα από 12 χρόνια	8	31,13	4,291	

**Πίνακας 44: Σχέση μεταξύ των ετών σπουδών και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 45 παρατηρούμε ότι *το επάγγελμα των ατόμων του δείγματος επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,030$ )*. Από τους post-hoc ελέγχους προέκυψε ότι διαφέρουν μεταξύ τους οι αγρότες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ( $p = 0,042$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Επάγγελμα	<b>Αγρότης</b>	<b>58</b>	<b>30,93</b>	<b>3,824</b>	0,030
	Ελεύθερος επαγγελματίας	17	30,82	5,187	
	<b>Ιδιωτικός υπάλληλος</b>	<b>13</b>	<b>35,08</b>	<b>5,545</b>	
	Δημόσιος υπάλληλος	13	32,92	4,924	

**Πίνακας 45: Σχέση μεταξύ του επαγγέλματος και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 46 παρατηρούμε ότι τα έτη συνταξιοδότησης των ατόμων του δείγματος δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p = 0,075$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Έτη συνταξιοδότησης	0 - 5	20	31,15	4,440	0,075
	6 - 10	10	29,60	3,718	
	11 - 15	21	31,10	4,369	
	16 - 20	21	30,86	3,864	
	> 20	29	33,86	5,180	

**Πίνακας 46: Σχέση μεταξύ των ετών συνταξιοδότησης και του MedDietScore**

Από τον Πίνακα 47 παρατηρούμε ότι η οικονομική κατάσταση των ατόμων του δείγματος δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το MedDietScore ( $p=0,146$ ).

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Οικονομική κατάσταση	Καλή ή πολύ καλή	24	31,04	4,144	0,146
	Μέτρια	58	32,36	4,708	
	Κακή ή πολύ κακή	19	30,53	4,823	

**Πίνακας 47: Σχέση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και του MedDietScore**



## 7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το επίπεδο υγείας και ευζωίας του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η χώρα διαμονής, η οργάνωση τους συστήματος υγείας (προσβασιμότητα, ισότητα, γεωγραφική και πληθυσμιακή κάλυψη, παροχές) και τους συστήματος ασφάλισης και συνταξιοδότησης (Καλογιάννη, 2011).

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μεγάλο επίτευγμα ως αποτέλεσμα της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και των ιατρικών επιτευγμάτων που έχουν μειώσει την πρόωγη θνησιμότητα. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι η ταχεία γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού αποτελεί κοινωνική πρόκληση. Η δημογραφική αλλαγή μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία μόνο μέσω μιας θετικής προσέγγισης που θα εστιάζει στην ενεργό γήρανση. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να αποκτήσουν τη δυνατότητα να παραμείνουν ενεργοί ως εργαζόμενοι, καταναλωτές, φροντιστές, εθελοντές και πολίτες.(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012).

Ο όρος ‘ενεργός γήρανση’ (active ageing) ή ‘υγιής γήρανση’ (healthy ageing) αναφέρεται στη διαδικασία βελτιστοποίησης της υγείας της συμμετοχής και της ασφάλειας ώστε να ενισχυθεί η ποιότητα ζωής των ανθρώπων καθώς μεγαλώνουν. Αυτό ισχύει για τον καθένα ξεχωριστά καθώς και για ηλικιακές ομάδες. Η λέξη ‘ενεργός’ αναφέρεται στη συνέχιση της συμμετοχής στην κοινωνική, οικονομική, πολιτιστική, πνευματική και πολιτική ζωή. Η ενεργός γήρανση έχει ως στόχο να επεκτείνει το προσδόκιμο υγιούς ζωής και της ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους, καθώς γερνούν. Ο όρος ‘υγιής’ αναφέρεται στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία όπως αυτό απορρέει από τον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία. Η διατήρηση της αυτονομίας και ανεξαρτησίας για τους ηλικιωμένους είναι ένας βασικός στόχος στο πλαίσιο της πολιτικής για την ενεργό γήρανση. (WHO,2015)

Μερικοί βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ‘υγιή γήρανση’ του πληθυσμού όπως αναφέρονται στο EuroHealthNet είναι οι εξής:

-  Εργασία και εθελοντισμός
-  Σωματική άσκηση

- ✚ Κατ' οίκον φροντίδα
- ✚ Διατροφή και θρέψη
- ✚ Νέες τεχνολογίες
- ✚ Περιβάλλον και προσβασιμότητα
- ✚ Κοινωνική ένταξη και συμμετοχή
- ✚ Δια βίου μάθηση
- ✚ Πρόσβαση σε υπηρεσίες (EuroHealthNet, Healthy Ageing, 2015)

Στη παρούσα μελέτη ασχοληθήκαμε με τη διατροφή και τη συσχέτιση αυτής με την παρουσία ή όχι καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ο κύριος ανασταλτικός παράγοντας, το αίτιο και συνάμα το αιτιατό που αποτρέπει τους ηλικιωμένους να έχουν ενεργό ρόλο στη ζωή μετά την συνταξιοδότησή τους.

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα βρέθηκαν τα εξής ποσοστά: ένα ποσοστό μεταξύ 3,6% και 5,4% των ατόμων πάσχουν από καταθλιπτικά επεισόδια, και ένα ποσοστό 7% πάσχουν από νευρωσική καταθλιπτική συνδρομή. (Madianos, Stefanis, 1992, Madianos, Gefou-Madianou, Stefanis, 1994). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο λεκανοπέδιο Αττικής με δείγμα ηλικιωμένων έδειξε ότι περίπου το 36% των ατόμων της τρίτης ηλικίας εμφάνιζε καταθλιπτική συμπτωματολογία. (Parashos IA, et. al., 2002) Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Αθηναϊκούς δήμους με ηλικιωμένους 65 ετών και άνω, έδειξε ότι όσα άτομα ανήκουν σε χαμηλή κοινωνική τάξη, είναι χήροι ή χήρες, έχουν ψυχολογικά προβλήματα, εμφανίζουν έντονα τα σημάδια της κατάθλιψης. (Γ.Ν Χριστοδούλου, 2005b).

Σύμφωνα με άλλες επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ σε ηλικιωμένα άτομα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα καταθλιπτικής συνδρομής. Από αυτούς ένα ποσοστό του 2,2%-3,5% πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική συνδρομή και ένα ποσοστό 2,1%-3,8% πάσχουν από δυσθυμία (Myers, et al., 1984).

Είναι αξιοπρόσεκτο το γεγονός ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο 2% των ηλικιωμένων ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, το οποίο δεν αντιπροσωπεύει επιτυχώς την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Αυτή η διαφορά

οφείλεται στην δυσκολία αναγνώρισης και διάγνωσης της καταθλιπτικής συνδρομής λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, στην προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων και στην υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης. (Blazer D.G., Abou-Saleh M.T. 1994).

Από την στατιστική ανάλυση διαπιστώσαμε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία από τους άνδρες. Αυτό το αποτέλεσμα μας το επιβεβαιώνει και η βιβλιογραφία κατά την οποία οι γυναίκες εμφανίζουν νωρίτερα καταθλιπτική συμπτωματολογία και σε διπλάσια αναλογία από τους άνδρες. (Παγοροπούλου, 2000, Stylianidis et. al., 2014, Μωραΐτη, 2004)

Όσο αφορά στα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρατηρούμε ότι η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία και πιο συγκεκριμένα τα άτομα που βρίσκονταν σε χηρεία εμφάνιζαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία από τους έγγαμους, γεγονός που συμφωνεί με το Χριστοδούλου ΓΝ (2005). Επιπρόσθετα συχνότερη και με στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα τα οποία βρίσκονταν σε κακή ή πολύ κακή οικονομική κατάσταση σε σύγκριση με τα άτομα που βρίσκονταν σε μέτρια ή καλή ή πολύ οικονομική κατάσταση ( $p < 0,001$ ).

Αναφορικά με τη διατροφή, σύμφωνα με ανασκοπική μελέτη του Παναγιωτάκου και συνεργατών υπάρχουν 23 διαφορετικοί διατροφικοί δείκτες αποτίμησης της ποιότητας διατροφής. ( Arvaniti F, and D.B. Panagiotakos , 2008)

Ένας σημαντικός αριθμός επιστημόνων προσανατολίστηκε στη κατασκευή δεικτών που ενσωματώνουν την ποικιλία τροφίμων που καταναλώνονται, όπως ο Diet Variety Score δεδομένου του γεγονότος ότι κανένας άνθρωπος δεν τρέφεται μόνο με ένα είδος τροφής. (La Vecchia C<sup>1</sup>, et al, 1997)

Η πλειοψηφία των διατροφικών δεικτών έχει κατασκευαστεί χρησιμοποιώντας ως σημείο αναφοράς διάφορες διατροφικές συστάσεις όπως οι συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας . Ωστόσο ένας σημαντικός αριθμός δεικτών έχει αναπτυχθεί λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά της Μεσογειακής Διατροφής,

εξαιτίας της συσχέτισης ανάμεσα στο Μεσογειακό Πρότυπο και διάφορα χρόνια νοσήματα, όπως η στεφανιαία νόσος. (Panagiotakos D.B, et al, 2015)

Σύμφωνα με ευρήματα μελέτης που διεξήχθη στην Ελλάδα της Τριχοπούλου και συνεργατών και αφορούσε άτομα τρίτης ηλικίας προερχόμενα από 3 διαφορετικές αγροτικές περιοχές, η αύξηση κατά μία μονάδα του διατροφικού σκορ (1 / 8) (8 συστατικά συνιστούσαν το διατροφικό δείκτη: φρούτα, λαχανικά, όσπρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά, αιθανόλη, κρέας και παράγωγα αυτών, λόγος μονοακόρεστα/κορεσμένα λιπαρά οξέα) σχετίστηκε με σημαντική μείωση της ολικής θνησιμότητας κατά 17%, παρόλο που οι συσχετίσεις μεταξύ των επιμέρους συστατικών της διατροφής και της επιβίωσης δεν έφθασαν ικανοποιητικό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (Trichoroulou, A., et al., 1995). Παρόμοια ευρήματα είχε και άλλη έρευνα του Lasheras και συνεργατών που αφορούσε άτομα τρίτης ηλικίας-μη καπνιστές (65-95 ετών) προερχόμενα από την Ισπανία, στην οποία φάνηκε ότι διατροφικό σκορ  $\geq 4$  (8 συστατικά συνιστούσαν το διατροφικό δείκτη: φρούτα, λαχανικά, όσπρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά, αιθανόλη, κρέας και παράγωγα αυτών, λόγος μονοακόρεστα/κορεσμένα λιπαρά οξέα) σχετιζόνταν με σημαντική μείωση της ολικής θνησιμότητας κατά 31% σε άτομα ηλικίας  $< 80$  ετών συγκριτικά με διατροφικό σκορ  $< 3$ , κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώθηκε για άτομα ηλικίας  $\geq 80$  ετών (Lasheras C.S. et.al., 2000).

Επιπλέον σύμφωνα με έρευνα της Kouris-Blazos και συνεργατών που διεξήχθη στη Μελβούρνη της Αυστραλίας και αφορούσε άτομα τρίτης ηλικίας ( $> 70$  έτη) η αύξηση κατά μία μονάδα του διατροφικού σκορ (1 / 8) (8 συστατικά συνιστούσαν το διατροφικό δείκτη: φρούτα, λαχανικά, όσπρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά, αιθανόλη, κρέας και παράγωγα αυτών, λόγος μονοακόρεστα/κορεσμένα λιπαρά οξέα) σχετίστηκε με σημαντική μείωση της ολικής θνησιμότητας κατά 17% (Kouris-Blazos A., et.al., 1999) παρόμοια με άλλη μελέτη του Osler και συνεργατών που πραγματοποιήθηκε στη Δανία (άτομα τρίτης ηλικίας) και κατέληξε στην προστατευτική δράση της Μεσογειακής Διατροφής απέναντι σε κάθε αιτία θανάτου (διατροφικό σκορ  $\geq 4$  σχετιζόνταν με σημαντική μείωση της ολικής θνησιμότητας κατά 21% (7 συστατικά συνιστούσαν το διατροφικό δείκτη: φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά, αιθανόλη, κρέας και παράγωγα αυτών, λόγος μονοακόρεστα/κορεσμένα λιπαρά οξέα) (Osler, M. and M. Schroll, 1997).

Τέλος μία ακόμη προοπτική μελέτη με δείγμα 182 ηλικιωμένων ατόμων στον Ελλαδικό χώρο, ανέδειξε το ρόλο της υιοθέτησης δίαιτας μεσογειακού τύπου στη μείωση της θνητότητας κατά τη διάρκεια των 5 ετών παρακολούθησης (Trichoroulou A, et.al , 2003).

Η πιο εξελιγμένη μορφή του δείκτη αποτίμησης του βαθμού υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής (MedDietScore), όπως προτάθηκε από τον Παναγιωτάκο και συνεργάτες, φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά με την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης, υπερχοληστερολαιμίας και σακχαρώδους διαβήτη τύπου II σε υγιή πληθυσμό, ενώ η διαγνωστική ακρίβεια του δείκτη είναι υψηλή.(Panagiotakos D.B, et al, 2007a). Επιπρόσθετα ο παραπάνω δείκτης φαίνεται να σχετίζεται αρνητικά με ποικίλους δείκτες ομοιόστασης της γλυκόζης, όπως η ινσουλίνη, η γλυκόζη και ο δείκτης ινσουλινοαντίστασης HOMA-IR (Panagiotakos D.B, et.al., 2007b).

Ο δείκτης MedDietScore παρουσιάζει υψηλή διαγνωστική ακρίβεια και επαναληψιμότητα, όσο αφορά στις επιμέρους ομάδες τροφίμων που περιλαμβάνονται στη Μεσογειακή Πυραμίδα (Panagiotakos D.B, et al, 2006b).

Διενεργώντας την στατιστική ανάλυση στη σχέση διατροφής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας διαπιστώσαμε ότι το καταθλιπτικό συναίσθημα σχετίζεται και συνυπάρχει με την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών, ενώ αθροιστικά το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής( MedDietScore<sup>®</sup> )(p=0,238) δεν συσχετίζεται όπως καταδεικνύεται και από άλλες μελέτες.( Tourlouki E, et. al., 2010).

Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι τα άτομα που κατανάλωναν λιγότερες μερίδες λαχανικών και σαλατών εμφάνισαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερες μερίδες.

Τα λαχανικά περιέχουν φυλλικό οξύ, μέταλλα και βιταμίνες, κυρίως του συμπλέγματος Β συστατικά που είναι αποδεδειγμένο ότι έχουν αντικαταθλιπτική δράση. Επιπλέον οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β, το φυλλικό οξύ και η βιταμίνη C καθώς και μέταλλα, όπως ο ψευδάργυρος, ο σίδηρος, ο χαλκός, το μαγνήσιο, και το



μαγγάνιο παίζουν το ρόλο συνενζύμων-συμπαράγοντων στις μεταβολικές βιοσυνθετικές αντιδράσεις της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. (D. Benton and R.T. Donohoe , 1999).

Η βιταμίνη B1 διαμορφώνει τη γνωστική απόδοση στους ηλικιωμένους και η βιταμίνη B9 (φυλλικό οξύ) συντηρεί τον εγκέφαλο κατά τη διάρκεια της γήρανσης. Επίσης, η βιταμίνη B12 καθυστερεί τα πρώτα σημάδια της άνοιας. Η κοβαλαμίνη (B12) βελτιώνει τις εγκεφαλικές και γνωστικές λειτουργίες στους ηλικιωμένους, βελτιώνει τη λειτουργία των παραγόντων σχετικών με το μετωπιαίο λοβό, καθώς επίσης και τη γλωσσική λειτουργία σε άτομα με γνωστικές διαταραχές. (Bourre JM. 2006).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Banbury της Αγγλίας, όπου συμμετείχαν 1.000 άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω, οι χαμηλές συγκεντρώσεις βιταμίνης B12 που προσδιορίστηκαν σε 13% των ηλικιωμένων συνδέθηκαν με την εξασθένιση της μνήμης και την καταθλιπτική συνδρομή. (Hin H, et. al., 2006)

Μια ακόμη μελέτη (SALSA Study) έδειξε πως η έλλειψη βιταμίνης B12 είναι πιο συχνή σε ηλικιωμένες γυναίκες συγκριτικά με άλλες ομάδες πληθυσμού και μπορεί να αποτελέσει αιτία εμφάνισης της καταθλιπτικής συνδρομής. Οι γυναίκες που παρουσίαζαν έλλειψη βιταμίνης B12 είχαν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτική συνδρομή από εκείνες που δεν παρουσίαζαν έλλειψη στη συγκεκριμένη βιταμίνη. ( Ramos MI, 2004)

Έτσι, ανεπάρκεια φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12 (η οποία είναι ιδιαίτερα συχνή στην τρίτη ηλικία) σχετίζεται με αλλαγές στην προσωπικότητα και στο συναίσθημα. ( Ζαμπελάς Α. , 2003).

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερες μερίδες κόκκινου κρέατος και προϊόντων του εμφάνιζαν μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τα άτομα που κατανάλωναν λιγότερες μερίδες. Αυτό ίσως θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι έχουμε μικρή κατανάλωση ψαριών τα οποία περιέχουν ωμέγα-3 λιπαρά ενώ το κρέας περιέχει ωμέγα-6 λιπαρά και ως εκ τούτου η αναλογία ωμέγα-3 προς ωμέγα-6 δεν προσομοιάζει την συνιστώμενη.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η αναλογία ωμέγα-3 προς ωμέγα-6 πρέπει να είναι περίπου 1:3 ώστε να υπάρχει το προστατευτικό αποτέλεσμα των ωμέγα-3.(Tourlouki E., et al., 2010). Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τη συσχέτιση των ω3 λιπαρών οξέων και της καταθλιπτικής συνδρομής, κατέδειξε ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία που υποστηρίζουν την υπόθεση συσχέτισης μεταξύ των χαμηλών ποσοστών καταθλιπτικής συνδρομής ή/και αυτοκτονίας και μιας δίαιτας υψηλής περιεκτικότητας σε ψάρι. Επίσης παρατηρήθηκε επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων όταν το επίπεδο των ω3 λιπαρών οξέων ήταν χαμηλό ή όταν υπήρχε χαμηλή αναλογία ω3/ω6.( Colin A. et al , 2003).

Τέλος, φαίνεται ο βαθμός υιοθέτησης του MedDietScore να επηρεάζεται από το επάγγελμα και από την ηλικία με τους γηραιότερους να υιοθετούν σε μεγαλύτερο βαθμό το πρότυπο δείχνοντας την σταδιακή απομάκρυνση των μικρότερων γενεών από το μεσογειακό τρόπο διατροφής.

Η παρούσα μελέτη εκτίθεται σε ένα εύρος περιορισμών κυρίως λόγω της φύσης του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι δύσκολο να απαντήσουν με ακρίβεια για το είδος διατροφής που ακολουθούν και είναι ακόμα πιο δύσκολο να προσεγγιστούν και να εμπιστευθούν τον ερευνητή ώστε να απαντήσουν με ειλικρίνεια στο Geriatric Depression Scale.

Επιπροσθέτως σε όλη την έκταση του νομού υπάρχουν μόνο δυο επίσημα ΚΑΠΗ τα οποία δεν είναι δυνατόν να αντιπροσωπεύουν το σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων του νομού. Ωστόσο οι γεωγραφικές αυτές περιοχές φέρουν την μεγαλύτερη συγκέντρωση πληθυσμού στο νομό και μας επιτρέπουν την διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Γίνεται κατανοητό πως χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να διερευνηθούν με ακρίβεια οι συσχετίσεις που αφορούν γηριατρικό πληθυσμό καθώς ένας ευαίσθητος πληθυσμός σαν και αυτόν υπόκειται άμεσα σε διαφοροποιήσεις εξαιτίας των ραγδαίων αλλαγών των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και της αλλαγής του βιοτικού επιπέδου ζωής με την προοδευτική εξάρτισή τους από άλλους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ahmed T., Haboubi N., (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health, *Clinical Interventions in Aging* Aug 9; 5 207–216
- Alexey B. Kampov-Polevoy, Arthur Alterman, et. al. (2006). Sweet preference predicts mood altering effect of and impaired control over eating sweet foods. *Eating Behaviors*, 7, 181-187.
- Arvaniti F. and D.B Panagiotakos. Healthy indexes in public health practice and research: a review. *Crit Rev Food Sci Nutr*2008. 48(4): p. 317-27
- Benton D, Donohoe RT. The effects of nutrients on mood. *Public Health Nutr*1999; 2:403-409.
- Berk, M., Sanders, M.K., Pasco, A.J., Jacka, N.F., Williams, J.L., Hayles L.A. & Dodd S. (2007). Vitamin D deficiency may play a role in depression. *Med Hypotheses*. 69(6):1316-1319.
- Binova PL. Xerostomia. (1998). A common problem among the elderly. *NYS Dent J* 64: 46.
- Blazer, D.G. (2002). *Depression in late life* (3rd ed). St. Louis: Mosby Year Book
- Blazer, D.G. & Abou-Saleh, M.T. (1994a). Epidemiology of Depression: Prevalence and Incidence. In Copeland JRM, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* Chichester: John Wiley & Sons Ltd, pp 519-522.
- Bohnert T., LS Gan. (2013). Plasma protein binding: from discovery to development. *J Pharm Sci*. 102, 2953-94.
- Bourre, J.M. (2006). Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients. *J NutrHealth Aging*. 10(5):377-85.

- Cauley, J.A., Dorman, J.S., & Ganguli, M. (1996). Genetic and aging epidemiology. The merging of two disciplines. *Neurologic Clinics*, 14,467-475.
- Colin, A., Reggers, J., Castronovo, V. & Anseau, M. (2003). Lipids, depression and suicide. *Encephale*. 29(1):49-58.
- Conklin, S.M., Manuck, S.B., Yao, J.K., Flory, J.D., Hibbeln, J.R., Muldoon, M.F. (2007). High omega-6 and low omega-3 fatty acids are associated with depressive symptoms and neuroticism. *Psychosom Med*. 69(9):932-4.
- Copen A. (1967). The biochemistry of affective disorders. *Br J Psychiatry* , 113:1237-64.
- Courtney M.M., (2005). *Διαιτολόγια* . Τρίτη έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Dontas AS, Menotti A, Aravanis C, Ioannidis P, Seccareccia F. (1998). Comparative total mortality in 25 years in Italian and Greek middle aged rural men. *J Epidemiol Community Health*, 52(10): p. 638-44.
- Donald W. Black, Nancy C. Andreasen (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, εκδόσεις Παρισιάνου , p 580-598.
- Dr. Caroline Horwath (1996). *Food and Nutrition Guidelines for Healthy Older People. A Background Paper*. Ministry of Health Manatu Hauoua. New Zealand. 2<sup>nd</sup> Edition, June: p.8
- Featherstone M. and Wernick A., (1995). *Images of aging. Cultural representations of later life*, London, Routledge, p.7, 123,121-125, 130
- Ferris A.M, and Duffy VB. (1989). Effect of olfactory deficits on nutritional status. Does age predict persons at risk? *Annals of the New York Academy of Science*, 561: 113-23.
- Folstein M., Liu T., Peter I., Buell J., Arsenault L., Scott T., Qiu W.W. (2007). The homocysteine hypothesis of depression. *Am J Psychiatry*. 164(6):861-7.
- Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A , Ierodiakonou C (1999). The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Greece. *Aging(Milano)*. Dec; 11(6) :367–372.

- Frank H. Netter (2009). Παθολογία Βασικές Αρχές, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ Αθήνα, Τόμος 1 p 340-345.
- Gray C. Len and Newbury W. Jonathan. (2004) Australian Family Physician. Malnutrition in older people, Screening and management strategies, October; 33(10):795-7.
- Gelder G. Michael, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen (2007). Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης: τόμος 1 p. 931, τόμος3, p. 2230.
- Hickson M. (2006). Malnutrition and Ageing. Postgrad Med J. Jan; 82(963):2-8.
- Hin H., Clarke R., Sherliker P., Atoyebi W., Emmens K., Birks J., Schneede J., Ueland P.M., Nexo E., Scott J., Molloy A., Donaghy M., Frost C., Evans J.G. (2006). Clinical relevance of low serum vitamin B12 concentrations in older people: the Banbury B12 study. Epub 35(4):416-22.
- Hinson L.P., T.J Davern, W.M Lee. (2009). Pharmacokinetics of acetaminophen – protein adducts with acetaminophen overdose and acute liver failure. Drug Metab Dispos. 37, 1779-84.
- Hintikka J., Tolmunen T., Tanskanen A., Viinamäki H. (2003) High vitamin B12 level and good treatment outcome may be associated in major depressive disorder. BMC Psychiatry. Dec 2;3:17
- Hockey J. and A. James, (1993). Growing up and growing old: ageing and dependency in the life course. p. 114.
- Huffman JB. (2002). Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. Am Fam Physician; 65:640-650.
- Hvas A.M., Juul S., Bech P., Nexo E. (2004). Vitamin B6 level is associated with symptoms of depression. Psychother Psychosom; 73(6):340-3.
- Jorm A.F. (1995). The epidemiology of depressive states in the elderly: implications for recognition, intervention and prevention. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 30: 53-9.
- Kessler Rc, McGonagle KA, Zhao S. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the Unites States. Arch Gen Psychiatry; 51:8-19.

- Kendell Re, Zealley A.K (1983). *Companion to Psychiatric Studies*. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone.
- Keys A., Menotti A., Aravanis C., Blackburn H., Djordevic BS., Buzina R., Dontas AS., Fidanza F., Karvonen MJ., Kimura N. (1984). The seven countries study: 2,289 deaths in 15 years. *Prev Med*, Mar; 13(2): p. 141-54.
- Kouris-Blazos A., Gnardellis C., Wahlqvist ML., Trichopoulos D., Lukito W., Trichopoulou A.(1999). Are the advantages of the Mediterranean diet transferable to other populations? A cohort study in Melbourne, Australia. *Br J Nutr*, Jul; 82(1): p. 57-61.
- Lasheras C., Fernandez S., Patterson A.M. (2000). Mediterranean diet and age with respect to overall survival in institutionalized, nonsmoking elderly people. *Am J Clin Nutr*; 71(4): p. 987-92.
- La Vecchia C, Muñoz SE, Braga C, Fernandez E, Decarli A. (1997). Diet diversity and gastric cancer. *Int J Cancer*. Jul 17;72(2):255-7
- Levet-Gautrat M., Fontaine A., (1987). *Gerontologie sociale*, PUF/Que sais-je? p. 3.
- Madianos M., Gefou-Madianou D. , Stefanis, C. (1994). Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nation-wide general population survey. *Acta Psychiatrica Scandianavica*; 89, 159-166
- Madianos M., Stefanis C. (1992). Changes in the prevalence of depressive symptoms and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 27, 211-219.
- Mahan L. Kathleen, Sylvia Escott – Stump (2003). *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*, Saunders Publishing, 10th edition
- Martin W. (1991). Oral health in the elderly. In: Chernoff R(ed). *Geriatric Nutrition: The Health Professional's Handbook*. Gaithensburg, MD: Aspen Publishers, Inc.
- Millar, H.R., Wardell, F., Vyvyan, J.P., Naji, S.A., Prescott, G.J. (2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. *Am J Psychiatry*. 162(4):753-7.

- Milne AC., Potter J., Vivanti A., Avenell A. (2009). Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*; 15 (2): CD003288.
- Moller S.E. (1992) Serotonin, carbohydrates and atypical depression. *Pharmacol Toxicol. Suppl* 1:61-71.
- Moller, SE. (1989). Carbohydrates and depression. *Ugeskr Laeger. Sep* 4; 151(36):2250-2.
- Moreno FA. , Heninger GR., McGahuey CA., Delgado PL. (2000). Tryptophan depletion and risk of depression relapse: a prospective study of tryptophan depletion as a potential predictor of depressive episodes. *Biol Psychiatry Aug* 15; 48(4):327-329.
- Morley JE, Thomas DR. (2007). *The Ageing Society and Nutrition Epidemiology: Geriatric Nutrition*. United States of America: CRC Press, p.1-9,
- Morley JE, Thomas DR. (2007). *Nutrition and Depression: Geriatric Nutrition*. United States of America: CRC Press, p.373-396
- Morley JE. Anorexia, sarcopenia, and aging. *Nutrition* 2001; 17:660–3.
- Myers J.K., Weissman M.M., Tischler G.L., Holzer I.C.E., Leaf P.J. , Orvaschel H., Antony J.C., Boyd J.H., Burke J.D., Kramer M., Stoltzman R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, 41(10):959-967.
- Osler M., Schroll M., (1997). Diet and mortality in a cohort of elderly people in a north European community. *Int J Epidemiol*, 26(1): p. 155-9.
- Panagiotakos DB, Georgousopoulou EN, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas I, Pitaraki E, Georgiopoulos GA, Nertimani M, Christou A, Stefanadis C., ATTICA Study Group.(2015). Exploring the path of Mediterranean diet on 10-year incidence of cardiovascular disease: the ATTICA study (2002-2012). *Nutr Metab Cardiovasc Dis. Mar*;25(3):327-35.
- Panagiotakos D.B, Pitsavos C, Arvaniti F, Stefanidis C.(2007a) Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Prev Med*, 44(4): p.335-40

- Panagiotakos D.B, Tzima N, Pitsavos C, Chrysohoou C, Zampelas A, Toussoulis D, Stefanadis C.(2007b) The association between adherence to the Mediterranean diet and fasting indices of glucose homeostasis: the ATTICA Study. *J. Am Coll Nutr*, 26(1): p.32-8
- Panagiotakos D.B, Pitsavos C, Stefanadis C. (2006a) Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. Dec; 16(8):559-68.
- Panagiotakos D.B, Arapi S, Pitsavos C, Antonoulas A, Mantas Y, Zombolos S, Stefanidis C.(2006b) The relationship between adherence to the Mediterranean diet and the severity and short-term prognosis of acute coronary syndromes (ACS): The Greek Study of ACS (The GREECS). *Nutrition*, 22(7-8): p. 722-30
- Parashos IA, Stamouli S, Rogakou E, Theodotou R, Nikas I, Mougias A. ( 2002). Recognition of depressive symptoms in the elderly: what can help the patient and the doctor. *Depress Anxiety*. 15(3):111-6.
- Parker G., Gibson N.A., Brotchie H., Heruc G., Rees A.M., Hadzi-Pavlovic D. (2006). Omega-3 fatty acids and mood disorders. *Am J Psychiatry*. 163(6):969-78.
- Ramos MI, Allen LH, Haan MN, Green R, Miller JW, (2004). Plasma folate concentrations are associated with depressive symptoms in elderly Latina women despite folic acid fortification. *Am J Clin Nutr*. Oct; 80(4): 1024-8
- Schiffman S. (1993). Perception of taste and smell in elderly persons. *Critical Reviews in food science and Nutrition*. 33 (1) :17-26
- Schildkraut JJ. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am J Psychiatry* ; 122:509-22
- Shepherd GM. (1994). *Neurobiology*. 3rd edition: Oxford University Press, New York.
- Ship JA. , Weiffenbach JM. (1993). Age, gender, medical treatment, and medication effects on smell identification. *J Gerontol Jan*; 48(1): M26 –32
- Simopoulos PA. (2001). The Mediterranean Diets: What Is So Special about the Diet of Greece? The Scientific Evidence. *J Nutr* 131: 3065S–3073S.



- Sonja L. Rosen MD., David B. Reuben MD, (2011). Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine* Jul11; 78:489–497
- Stylianidis S, Pantelidou S, Chondros P, Roelandt JL, Barbato A. (2014). Prevalence of mental disorders in a Greek island. *Psychiatriki*. Jan-Mar; 25(1):19-26.
- Stunkard AJ, Fernstrom MH, Price A, Frank E, Kupfer DJ. (1990). Direction of weight change in recurrent depression. Consistency across episodes. *Arch Gen Psychiatry* Sep; 47(9):857-860
- Tayke JA, Bistrrian BR, Blackburn GL. (1988). Improved food intake and weight gain in adult patients following electroconvulsive therapy for depression. *J AM Diet Assoc* Jan; 88(1) :63-5
- Turlouki E, Polychronopoulos E, Zeimbekis A, Tsakountakis N, Bountziouka V, Lioliou E, Papavenetiou E, Polystiopi A, Metallinos G, Tyrovolas S, Gotsis E, Matalas AL, Lionis C, Panagiotakos DB. (2010). The 'secrets' of the long lived in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Eur J Public Health*. Dec; 20(6):659-64.
- Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*, 348:2599-608.
- Trichopoulou, A., Lagiou P.(1997). Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history, and lifestyle. *Nutr Rev*, Nov55 (11 Pt 1): p. 383-9.
- Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, Vassilakou T, Lipworth L, Trichopoulos D. (1995). Diet and overall survival in elderly people. *BMJ*, Dec 2; 311(7018):1457-60
- Vahdat Shariatpanaahi M, Vahdat Shariatpanaahi Z, Moshtaaghi M, Shahbaazi SH, Abadi A, (2007). The relationship between depression and serum ferritin level. *Eur J Clin Nutr*. 61(4):532-5.

- Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E, Trichopoulos D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr*, Jun; 61(6 Suppl): 1402S-1406S
- Young SN. (1993). The use of diet and dietary components in the study of Factors controlling affect in humans: *J Psychiatry Neurosci*. Nov; 18(5):235-44
- <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=el&pubId=6920&type=2&furtherPubs=yes>
- <http://www.healthyageing.eu/steps-healthy-ageing>
- [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/), 2015

### Ελληνική Βιβλιογραφία

- Δαρδαβέσης Ι. (1999). Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας. Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα p.33-4
- ΕΛΣΤΑΤ, Στατιστική Επετηρίδα της Ελλάδος, 2009-2010
- Ζαμπελάς Α. (2003). Η Διατροφή στην Τρίτη Ηλικία: Η Διατροφή στα Στάδια της ζωής. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. p. 326-380
- Καλογιάννη Π. (2011). «Διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ υγείας, χρήσης φαρμάκων και κοινωνικοοικονομικών δεικτών σε ηλικιωμένους, στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Πειραιά.
- Μπαζαίος Κ. (2010). Συνδυασμοί βιταμίνες. Αθήνα: εκδόσεις Μπαζαίος.
- Μουσούρου, (2005a). Εισαγωγή στην κοινωνιολογία των ηλικιών και των γενεών, Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg p. 104-106, 129-13
- Μουσούρου, (2005b). Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική, Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg
- Μουσούρου, (2002). Οικογένεια και κράτος πρόνοιας τάσεις και προοπτικές Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg, p. 23-33
- Μωραΐτου Μ. (2004). Η εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική περίοδο . *Focus* 9 ,8, 39-44

- Μωυσίδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν., (2002). Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα: εκδόσεις Gutenberg
- Μωυσίδης Α.(2001) Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων. Αθήνα εκδόσεις Gutenberg p. 125
- Παγοροπούλου Α.(2000). Η Γεροντική Κατάθλιψη. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παπανικολάου, Γ. (2002). Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι
- Παυλόπουλος Π.Μ (2013). Εφαρμογή νέων μεθόδων κατατμήσεως ψηφιακής εικόνας στην μελέτη του καρκινώματος της ουροδόχου κύστεως p. 20-26.
- Πουλοπούλου- Έμκε Ή. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: εκδόσεις Έλλην
- Χριστοδούλου Γ.(2005). Κατάθλιψη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ p1, 26-30
- Χριστοδούλου Γ. (2000).Ψυχιατρική Α τόμος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ Αθήνα, p31, 315-319, 325-326, 333-336
- 17ο Σεμινάριο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – ΕΕΚΧ-ΚΒ ΘΕΜΑ: «ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»,(2014) p. 14-15, 36-37, 39, 58-59 [www.eekx-kb.gr/pdf/17o\\_dialexeis.pdf](http://www.eekx-kb.gr/pdf/17o_dialexeis.pdf) ,

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ –ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### A. Γενικά Στοιχεία

1.Ονοματεπώνυμο (προαιρετικό)

2.Περιοχή μόνιμης διαμονής (> 5 τελευταία έτη)

- Αγροτική περιοχή
- Αστική περιοχή

3.Έτος γέννησης

4.Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

5.Έτη σπουδών

6.Επάγγελμα τα τελευταία 5 έτη πριν την συνταξιοδότηση

7.Έτη συνταξιοδότησης:

8.Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος
- Έγγαμος
- Διαζευγμένος
- Χήρος

9.Μένετε με τα παιδιά σας;

- Ναι
- Όχι

## 10.Οικονομική κατάσταση

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

## 11.Κατοικείτε σε ιδιόκτητη κατοικία

- Ναι
- Όχι

## B. Διατροφικές Συνήθειες

Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;	Συχνότητα Κατανάλωσης (μερίδες/εβδομάδα)					
	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
1. Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κλπ)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
2. Πατάτες	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
3. Φρούτα και χυμούς	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
4. Λαχανικά και σαλάτες	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
5. Όσπρια	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
6. Ψάρι και σούπες	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6

7. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
8. Πουλερικά	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
9. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
10. Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	καθημερινά
11. Αλκοολούχα ποτά (ml/ημέρα, 100 ml = 1 ποτήρι 12%)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0

### Γ. Ψυχολογική Εκτίμηση- Κλίμακα GDS

1	Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;	Ναι Όχι
2	Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	Ναι Όχι
3	Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	Ναι Όχι
4	Βαριέστε συχνά;	Ναι Όχι
5	Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;	Ναι Όχι
6	Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	Ναι Όχι
7	Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;	Ναι Όχι

8	Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	Ναι Όχι
9	Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;	Ναι Όχι
10	Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι;	Ναι Όχι
11	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;	Ναι Όχι
12	Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;	Ναι Όχι
13	Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;	Ναι Όχι
14	Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;	Ναι Όχι
15	Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;	Ναι Όχι