



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΤΙΚΑ ΧΡΥΣΗ
Νοσηλεύτρια ΠΕ

Σεπτέμβριος 2013
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΤΟΥ
ΝΟΜΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΤΙΚΑ ΧΡΥΣΗ
Νοσηλεύτρια ΠΕ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια
Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής
Μέλος: Τζιαφέρη Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια

Σεπτέμβριος 2013
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΤΙΚΑ ΧΡΥΣΗ 2013
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 δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Τίκα Χρυσή

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ.....	12
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ).....	13
1.1.1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	13
1.1.2. ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	14
1.2. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ).....	16
1.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
1.2.2. ΟΞΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	17
1.2.3. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	21
1.2.4. ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	23
2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ.....	23
2.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	25
2.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	27
2.4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	31
2.5. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	33
2.6. ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ.....	33
2.7. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	35
3.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	35

3.2. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	37
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	40
1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	41
1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	41
1.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	42
1.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	42
1.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	43
1.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	46
1.7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	47
1.8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	48
2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	48
2.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	48
2.1.2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	52
2.1.3. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	60
2.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	75
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	90

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη βοήθειά της, τη συμπαράστασή της και την καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Επίσης, εκφράζω θερμές ευχαριστίες στον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Πρεζεράκο Παναγιώτη και στην Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Τζιαφέρη Στυλιανή, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Επιπλέον θέλω να ευχαριστήσω θερμά την Δρ Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτική Α΄ του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Αθήνας, καθώς και τον Δρ Μερκούρη Αναστάσιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα, τη διεύθυνση του οίκου ευγηρίας Ιωαννίνων για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της έρευνας και όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένεια μου για την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν, καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής τους και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων ενός οίκου ευγηρίας, η διερεύνηση των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων, καθώς επίσης και η καταγραφή των αντιλήψεων των ηλικιωμένων για τη νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται.

Υλικό και μέθοδος: Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 180 ηλικιωμένα άτομα, 108 γυναίκες και 72 άνδρες, ηλικίας άνω των 60 ετών, μέλη ενός οίκου ευγηρίας του νομού Ιωαννίνων. Για τη συλλογή των πρωτογενών στοιχείων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών δεδομένων, η τυποποιημένη και σταθμισμένη σε Ελληνικό γεροντικό πληθυσμό κλίμακα για τη γεροντική κατάθλιψη, GDS-15 και η τροποποιημένη για τις ανάγκες της έρευνας κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα (MPSS). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το IBM SPSS Statistics Version 19.

Αποτελέσματα: Καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε 42,2% του δείγματος. Από τους στατιστικούς ελέγχους προέκυψε ότι οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη (75%) σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, έναντι των ανδρών (25%). Επίσης, σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν οι κληήρεις ηλικιωμένοι, οι ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά και επισκεπτήριο, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και οι ηλικιωμένοι που δεν συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες. Τέλος, οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Συμπεράσματα: Η διαπίστωση σημαντικού ποσοστού επικράτησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο συγκεκριμένο πληθυσμό ηλικιωμένων και χαμηλού ποσοστού ικανοποίησης μεταξύ των καταθλιπτικών ηλικιωμένων επιβεβαιώνει την ανάγκη για επανασχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, για παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και για βελτίωση της ποιότητας ζωής των καταθλιπτικών ηλικιωμένων.

Λέξεις - κλειδιά: Κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, ικανοποίηση, οίκος ευγηρίας.

«PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG ELDERLY POPULATION OF A NURSING HOME IN IOANNINA AND THEIR SATISFACTION FROM THE CARE PROVIDED»

ABSTRACT

Introduction: Depression in the elderly is considered an important public health issue. Depression is the most common mental health problem among older people. It poses a critical impact on satisfaction and the quality of life of elderly and it is related with high expenses and great demand of health care services.

Purpose: Of this research study was to estimate the prevalence of depression among the elderly population of a nursing home, to investigate the aggravating and protective factors and to record the perceptions among older people of the nursing care provided to them.

Material and Methods: The sample consisted of 180 individuals, 108 women and 72 men, aged 60 years or older, members of a nursing home in Ioannina. A questionnaire for demographics factors was used, whereas depression was probed through Geriatric Depression Scale, (Short Form - GDS-15), which has been standardized and adapted in a Greek elderly population, and satisfaction through modified for the purpose of research evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS). For the statistical analysis was used the IBM SPSS Statistics Version 19.

Results: 42,2% of the sample had depressive symptoms (23,9% moderate and 18,3% serious-clinical type depression). It was also shown that depression at women (75%) appeared in a percentage over than the double against men (25%). The symptomatology of depression occurred widely among the bedridden elderly, elderly without children and visits, those with multiple pathologies and elderly who did not participate in social activities. Finally, elderly with depression symptoms were less satisfied with the health care provided.

Conclusions: The ascertainment high percentage of depression symptoms in our sample of elderly population and low percentage of satisfaction among elderly people with depression confirms the emergency of redesigning of nursing care, providing individualized care and improving quality of life among elderly people with depression.

Key words: Depression, elderly, satisfaction, nursing home.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος “κατάθλιψη” μπορεί να εκφράζει εξίσου καλά ένα συναίσθημα, μια διάθεση, μια διαταραχή ή ένα σύνδρομο ή μια ειδική οντότητα.^{3,4,8} Το καταθλιπτικό συναίσθημα συνήθως προκαλείται ως αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και θα ήταν καλύτερο να ορίζεται ως μια σχετικά παροδική κατάσταση “λύπης” ή “στενοχώριας”. Ενώ η καταθλιπτική “κατάσταση” (μια διαταραχή, ένα σύνδρομο ή μια ειδική νοσολογική οντότητα) διακρίνεται από την μεγαλύτερη διάρκειά της, από την παρουσία σημαντικών κλινικών χαρακτηριστικών και από τις σημαντικές δυσκολίες που επιφέρει στο κοινωνικό επίπεδο.^{3-5,7,8} Τέτοιες “καταστάσεις” αποτελούν η “μείζων καταθλιπτική διαταραχή”, η “ήπια” ή “ελάσσων κατάθλιψη”, η “δυσθυμική διαταραχή” και οι “διπολικές διαταραχές”, που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, σύμφωνα με το ICD-10¹ και με το DSM-IV² στις “Διαταραχές της διάθεσης”.^{3,4}

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και πιο πιεστικά προβλήματα στον τομέα της δημόσιας υγείας.⁵ Είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική, που επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως.⁶⁻⁸ Η πιθανότητα εμφάνισης 2ου μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μετά το 1ο είναι 50-60%, 3ου μετά το 2ο είναι 70% και 4ου μετά το 3ο είναι 90%.² Υπολογίζεται ότι έως το 2020 θα αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη αιτία νοσηρότητας, σε παγκόσμιο επίπεδο, για όλες τις ηλικίες και για τα δύο φύλα, μετά την ισχαιμική καρδιακή νόσο.⁶⁻⁸ Είναι μια νόσος σοβαρή, με επιπτώσεις στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, χειρότερες από τις επιπτώσεις πολλών χρόνιων σωματικών παθήσεων, και γι’ αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια πάθηση.⁸

Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία και σχετίζεται με ανικανότητα, νοσηρότητα και θνησιμότητα.¹⁰⁻¹² Εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία.^{4,6,13} Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η γεροντική κατάθλιψη είναι μια από τις πιο υπο-διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες παθήσεις.⁴ Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων.^{7,14} Οι κύριοι

επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους φαίνεται να είναι το φύλο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η φτωχή υγεία, η χηρεία, η συννοσηρότητα, η ανικανότητα, η προγενέστερη κατάθλιψη, και η ηλικία.¹⁵⁻¹⁷ Από την άλλη πλευρά, προστατευτικοί παράγοντες στη γεροντική κατάθλιψη αποτελούν η ύπαρξη συζύγου και οικογένειας και το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον, ειδικά με την μορφή φίλων, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η σωματική υγεία και η άσκηση.^{7,16,17}

Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αποτελώντας πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία.^{7,11,14-15} Επίσης, η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές καταστάσεις που αντιμετωπίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ηλικιωμένοι προτιμούν να λαμβάνουν την θεραπεία τους για την κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, καθώς εκεί δεν τους παρέχεται φροντίδα μόνο για προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά και για οξείες και χρόνιες ιατρικές καταστάσεις, που είναι συχνές σε ανθρώπους αυτής της ηλικίας, και συννοσηρούν με την κατάθλιψη.¹⁸⁻²⁰

Η σπουδαιότητα της ποιότητας στον τομέα της φροντίδας υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα έχουν αναγνωριστεί σχετικά πρόσφατα, αλλά έχουν γίνει πολλές μελέτες για την καταγραφή τους κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, λόγω της ανάπτυξης προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας και της αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών.²¹⁻²³ Τα παραπάνω δεδομένα καθιστούν σαφή την ολοένα και αυξανόμενη ανάγκη για ποιοτική και ποσοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στη συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού ενός οίκου ευγηρίας και αποτελούν πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές λόγω της φύσης της εργασίας τους έρχονται σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς με φυσικό επακόλουθο η φροντίδα που παρέχουν να είναι καθοριστικής σημασίας για την ποιότητα ζωής και την εξέλιξη της νόσου τους. Η σημαντικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια σε αύξηση του ενδιαφέροντος για αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας της.²¹⁻²³ Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή ερευνητικά δεδομένα που να καταγράφουν τις απόψεις των ηλικιωμένων που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και για το πώς αυτοί εννοούν την παροχή φροντίδας. Τα δεδομένα που υπάρχουν αφορούν σε ηλικιωμένους που διαμένουν εκτός γηροκομείων και οίκων ευγηρίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

Οι διαταραχές της διάθεσης μεγεθύνουν τις εμπειρίες του ανθρώπου σε διαστάσεις μεγαλύτερες των πραγματικών. Μεταξύ των συμπτωμάτων τους περιλαμβάνονται υπερβολές της φυσιολογικής θλίψης και κόπωσης, της χαράς και της πληρότητας, του αισθησιασμού και της σεξουαλικότητας, της ευερεθιστότητας και της οργής, της ενεργητικότητας και της δημιουργικότητας.^{2,3} Στις διάφορες μορφές τους, οι διαταραχές της διάθεσης προσβάλλουν ένα μεγάλο αριθμό ανθρώπων – ο ακριβής αριθμός εξαρτάται από το πώς ορίζονται αυτές οι ασθένειες και την ακρίβεια με την οποία επιβεβαιώνεται η ύπαρξή τους.^{3,8,9} Το πρότυπο των διαταραχών της διάθεσης, η μανιοκαταθλιπτική νόσος, πρωτοπεριγράφηκε πριν από χιλιάδες χρόνια και απαντάται σε εξαιρετικά διαφορετικούς πολιτισμούς. Για τους πάσχοντες μπορεί να είναι τόσο επώδυνη, που η αυτοκτονία μοιάζει ο μόνος τρόπος διαφυγής – ένας στους πέντε μανιοκαταθλιπτικούς που δεν λαμβάνουν αγωγή διαπράττει αυτοκτονία.²⁴

1.1.1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Τι είναι η κατάθλιψη και η μανία; Ιδανικό θα ήταν πρώτα να περιγράψαμε την “κανονική” η μέση διάθεση. Αν και αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο, ένας χρηστικός ορισμός θα περιέγραφε την “κανονική” ή μέση διάθεση ως την κατάσταση κατά την οποία το άτομο δε νιώθει ιδιαίτερα ευφορικό ή λυπημένο παρά μόνο όταν βρίσκεται στις κατάλληλες συνθήκες για να νιώσει έτσι.^{3,26-28} Για παράδειγμα, αν συμβεί κάτι καλό, θα νιώσουμε χαρούμενοι για κάποιο διάστημα και αν συμβεί κάτι κακό για διάστημα θα είμαστε λυπημένοι ή στενοχωρημένοι. Οι περισσότεροι από μας κατανοούν αυτόν τον ορισμό. Σε ένα πρώτο επίπεδο, η κατάθλιψη και η υπομανία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως οι ακραίες μορφές αυτής της διακύμανσης της διάθεσης.³⁻⁶ Όμως η κλινική κατάθλιψη (ή μανία) είναι πέραν του φάσματος της φυσιολογικής διάθεσης. Αποτελούν σύνδρομα κατά τα οποία, πλην της διάθεσης, παρουσιάζονται διαταραχές στη σκέψη, την ψυχοκινητική κατάσταση, τη συμπεριφορά, τη βούληση, τη φυσιολογία και τη ψυχοκοινωνική λειτουργία.^{3-6,8}

Οι καταθλιπτικές καταστάσεις συχνά γίνονται ευκολότερα κατανοητές λόγω της ομοιότητάς τους με την μη παθολογική κατάθλιψη και το πένθος.⁴ Η διάθεση είναι ψυχρή, απαισιόδοξη και απέλπιδα. Συχνά συνυπάρχει μια βαθιά αίσθηση ματαιότητας της οποίας ενίοτε προηγείται η πεποίθηση ότι έχει απωλεσθεί μόνιμα η ικανότητα βίωσης ευχαρίστησης.⁷ Σχεδόν όλες οι πλευρές του συναισθήματος και της συμπεριφοράς επιβραδύνονται ή μειώνονται, όπως ο ρυθμός της σκέψης και του λόγου, η ενεργητικότητα, η σεξουαλικότητα και η ικανότητα βίωσης ευχαρίστησης. Επηρεάζονται επίσης βασικές “νευροφυτικές” δραστηριότητες, όπως η πρόσληψη τροφής, ο ύπνος και η ατομική υγιεινή.^{3,8} Η βαρύτητα της κατάστασης ποικίλει σημαντικά, κυμαινόμενη από την ήπια σωματική και διανοητική επιβράδυνση έως της σοβαρή ψύχωση, με αυτό-υποτίμηση, βαθιά καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.³

1.1.2. ΧΡΗΣΙΜΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

➤ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο όρος «κατάθλιψη» μπορεί να εκφράζει εξίσου καλά ένα συναίσθημα, μια διάθεση, μια διαταραχή ή ένα σύνδρομο ή μια ειδική οντότητα. Το καταθλιπτικό συναίσθημα συνήθως προκαλείται ως αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και θα ήταν καλύτερο να ορίζεται ως μια σχετικά παραδοσιακή κατάσταση «κατάθλιψης, λύπης ή στενοχώριας».^{4,6,8,9}

Η καταθλιπτική «διάθεση» είναι κάτι περισσότερο εκτεταμένο, και είναι περισσότερο πιθανό να βιώνεται ως κάτι ασυνήθιστο ή άτυπο που συνοδεύεται από αρνητικές ιδέες (π.χ. απελπισία, αίσθηση αβοήθητου, απαισιοδοξία για το μέλλον και αίσθημα παραίτησης) και μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά.³

Η καταθλιπτική «κατάσταση» (μια διαταραχή, ένα σύνδρομο ή μια ειδική νοσολογική οντότητα) διακρίνεται από την μεγαλύτερη διάρκειά της, από την παρουσία σημαντικών κλινικών χαρακτηριστικών και από τις σημαντικές δυσκολίες που επιφέρει στο κοινωνικό επίπεδο. Το κριτήριο της διάρκειας διασφαλίζει ότι μια παροδική καταθλιπτική διάθεση (ακόμα και αν είναι βαριά) δεν εκλαμβάνεται ως ψυχιατρική νόσος, καθώς τα διάφορα διαγνωστικά κριτήρια για όλες τις παθήσεις πλην των επονομαζόμενων «διαταραχών της

προσαρμογής» συνήθως απαιτούν ελάχιστη διάρκεια δύο τουλάχιστον εβδομάδων.³ Η προσθήκη περαιτέρω κλινικών χαρακτηριστικών μας δίνει πληροφορίες για την βαρύτητα (π.χ. «μείζονες» και «ελάσσονες» καταθλιπτικές διαταραχές) και την υποκατηγορία της διαταραχής, ενώ το κριτήριο περί κοινωνικής ανικανότητας επικουρεί τη διάκριση μεταξύ των «φυσιολογικών» αλλαγών της διάθεσης και της ψυχιατρικής νόσου.^{3,4}

Κάποιες φορές οι καταθλιπτικές καταστάσεις περιγράφονται ως πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς.⁴ Ο διαχωρισμός αυτός είναι εκ των πραγμάτων ανακριβής. Συνάγουμε, έτσι, την παρουσία μιας δευτεροπαθούς κατάθλιψης όταν η κατάθλιψη εμφανιστεί στα πλαίσια μιας γνωστής ψυχιατρικής (π.χ. σχιζοφρένεια) ή σωματικής πάθησης, ή μετά από κάποιες καταστάσεις που είναι γνωστό ότι μπορούν να αποτελέσουν αίτια κατάθλιψης (π.χ. οργανικές παθήσεις, χρήση ουσιών, συμπεριλαμβανομένου του αλκοολισμού). Καθώς, η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (π.χ. σοβαρές αγχώδεις καταστάσεις, διαταραχές της προσωπικότητας) ίσως να ήταν λογικό να θεωρηθούν δευτεροπαθείς και αυτές οι περιπτώσεις καταθλιπτικής διαταραχής.³ Αν και κάποιοι συγγραφείς²⁵ χρησιμοποιούν τον όρο «δευτεροπαθής» σύμφωνα με τα παραπάνω, τα επίσημα διαγνωστικά συστήματα λειτουργούν με βάση τον πιο περιορισμένο ορισμό.

➤ ICD – 10

International Classification of Diseases: Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD)

Η Διεθνής Ταξινόμηση των Νόσων (ICD) είναι το πρότυπο διαγνωστικό εργαλείο για την επιδημιολογία, τη διαχείριση της υγείας και τους κλινικούς σκοπούς. Αυτό περιλαμβάνει την ανάλυση της γενικής κατάστασης της υγείας των πληθυσμιακών ομάδων. Χρησιμοποιείται για να παρακολουθεί τη συχνότητα εμφάνισης και τον επιπολασμό των ασθενειών και άλλων προβλημάτων υγείας.¹

➤ DSM – IV

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DMS)

Επίσης γνωστό και ως DSM-IV-TR, είναι ένα εγχειρίδιο που δημοσιεύθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) που περιλαμβάνει όλες τις αναγνωριζόμενες μέχρι σήμερα διαταραχές της ψυχικής υγείας. Το σύστημα κωδικοποίησης που χρησιμοποιείται από το DSM-IV έχει σχεδιαστεί για να ανταποκρίνεται με κωδικούς από τη διεθνή ταξινόμηση των νόσων, γνωστή ως ICD. Από τις αρχές της έκδοσής του το DSM δεν σχετίζεται με τους κώδικες του ICD και οι ενημερώσεις των εκδόσεων για το ICD και το DSM δεν είναι ταυτόχρονες. Ορισμένες διακρίσεις στα συστήματα κωδικοποίησης μπορεί ακόμα να είναι παρούσες.²

1.2. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ)

1.2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Και στο DSM-IV² και στο ICD-10¹, ο όρος “συναισθηματικός” αντικαταστάθηκε από τον επιθετικό προσδιορισμό της “διάθεσης” για να τονίζει την διάρκεια των επεισοδίων κλινικής κατάθλιψης ή μανίας. Ο όρος “συναισθηματικός” συχνά αναφέρεται σε συναισθηματικές καταστάσεις μικρότερης διάρκειας απ’ ότι η “διάθεση” ή σε σύμπτωμα ηπιότερου βαθμού. Η διάρκεια της καταθλιπτικής διάθεσης ποικίλει ευρέως από λιγότερο από ένα μήνα σε δύο περίπου χρόνια.²⁶

Η διάγνωση των οξέων μορφών εστιάζει στην βαρύτητα των συμπτωμάτων του καθατού επεισοδίου. Όμως, όπως δείχνει η Εικόνα 1.1, υπάρχουν και μικτές καταστάσεις κατάθλιψης και μανίας. Όταν υποτροπιάζουν, οι μικτές αυτές καταστάσεις ακολουθούν το πρότυπο της διπολικής νόσου.³



Εικόνα 1.1. Το μανιοκαταθλιπτικό φάσμα

Πηγή: Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (2008)

Οι μη μικτές καταστάσεις κατάθλιψης και μανίας έχουν αντίθετες κλινικές εικόνες. Περίπου 10% των ασθενών θα εμφανίζουν υποτροπές και καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων, ενώ και ο όρος “διπολικός”, παραδοσιακά αναφέρεται σε υποτροπιάζοντα επεισόδια και κατάθλιψης και μανίας. (Δεν θα πρέπει να κατατάσσονται ως διαταραχές της διάθεσης όλες οι ψυχικές διαταραχές που ακολουθούν επεισοδιακή πορεία). Υπάρχουν επίσης και χρονικές διαταραχές της διάθεσης. Ο όρος χρόνια μείζονα

κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει την παραμονή των συμπτωμάτων για πάνω από δύο χρόνια, χρονικό σημείο που σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10 είναι η μέγιστη χρονική διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου.³

1.2.2. ΟΞΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Κλινικές έρευνες με τη βοήθεια κλιμάκων βαθμολόγησης συμπτωμάτων, όπως η Κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη (HAM-D) έδειξαν ότι περίπου 10 συμπτώματα είναι αρκετά για να χαρακτηρίσουν το σύνδρομο των περισσότερων οξέων καταθλιπτικών καταστάσεων.²⁷ Ο Πίνακας 1.1. (παράρτημα) παρουσιάζει αυτά τα δέκα συμπτώματα της οξείας καταθλιπτικής διαταραχής, όπως αυτά εμφανίζονται στο DSM-IV και το ICD-10. Η μόνη διαφορά μεταξύ των 2 συστημάτων είναι ότι η “απώλεια της αυτοεκτίμησης” είναι διακριτό σύμπτωμα στο ICD-10, ενώ στο DSM-IV περιλαμβάνεται το σύμπτωμα “αίσθημα αναξιοσύνης και απρόσφορης ενοχής”. Έτσι, για την αξιολόγηση της βαρύτητας των καταθλιπτικών καταστάσεων το DSM-IV ελέγχει εννέα συμπτώματα και το ICD-10 δέκα.³

Και οι τρεις ακόλουθες διαγνωστικές κατηγορίες ήπια, μέτρια (μείζονα) και βαριά (ψυχωσική) κατάθλιψη θα περιγραφούν με βάση τον Πίνακα 1.1. (παράρτημα), έτσι ώστε να καταδειχθεί η εξέλιξη της κατάθλιψης από ήπια σε μείζονα.³

➤ ΗΠΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Συχνά το πρώτο σύμπτωμα της κατάθλιψης είναι η μείωση της ευζωίας ή η έλλειψη ενδιαφέροντος. Πολλοί ασθενείς με ήπια κατάθλιψη περιγράφουν τους εαυτούς τους περισσότερο ως “στενάχωρους” παρά ως ασθενείς. Όταν οι άνθρωποι περιγράφουν τα αισθήματα που αναπτύσσουν ως αντίδραση στο άγχος της ζωής, συχνά μιλούν για άγχος και κατάθλιψη.²⁸ Όμως, η πτώση της διάθεσης στη στενοχώρια διακυμαίνεται πολύ περισσότερο από ότι στην ήπια κατάθλιψη και διαρκεί λιγότερο από μια εβδομάδα. Τα τρία πρώτα συμπτώματα του Πίνακα 1.1. (παράρτημα) αποτελούν τα κεντρικά συμπτώματα της ήπιας κατάθλιψης. Παρατηρούνται καθ’ όλη τη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για τουλάχιστον 2 εβδομάδες, και οι ασθενείς με ήπια κατάθλιψη συχνά δυσκολεύονται να εξακολουθήσουν τη συνήθεις δραστηριότητές τους. Η διάγνωση της ήπιας κατάθλιψης κατά το ICD-10 απαιτεί τουλάχιστον τα δύο από τα τρία πρώτα συμπτώματα του Πίνακα 1.1. (παράρτημα), όπως και τουλάχιστον δύο από τα υπόλοιπα 7 συμπτώματα. Συχνές επίσης είναι και η αϋπνία και η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης.²⁸

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ήπια κατάθλιψη μπορεί να νιώσουν κόπωση, αϋπνία και δυσκολία συγκέντρωσης, που περισσότερο έχουν να κάνουν με τη γήρανση παρά με τη νόσο. Μόνο οι μισοί από τους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη συμβουλευονται τους οικογενειακούς τους ιατρούς και αυτοί είναι συνήθως οι βαρύτερα καταθλιπτικοί. Οι ασθενείς που λαμβάνουν αντικαταθλιπτική θεραπεία έχουν πολύ καλύτερη έκβαση από αυτούς που δεν συμβουλευονται τους γιατρούς τους.²⁹

➤ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ

Η χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων στην κατάθλιψη είναι: συμπτώματα από το συναίσθημα, ψυχοκινητικά συμπτώματα και αρνητικές πεποιθήσεις. Όπως αναμένεται, η τριάδα αυτή είναι προφανέστερη στην μείζονα, παρά στην ήπια κατάθλιψη. Η διάγνωση της μείζονας κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV απαιτεί τουλάχιστον 5 από τα 9 συμπτώματα του Πίνακα 1.1. (παράρτημα), ενώ η διάγνωση κατά το ICD - 10 απαιτεί 6 από τα 10 συμπτώματα του Πίνακα 1.1. (παράρτημα). Οι αρνητικές πεποιθήσεις όπως “απώλεια αυτοεκτίμησης” ή η “απρόσφορη ενοχή” είναι κεντρικά συμπτώματα της μείζονας

κατάθλιψης. Η απρόσφορη ενοχή βιώνεται ως τιμωρία για τα παραπτώματα του παρελθόντος (προ του τρέχοντος επεισοδίου κατάθλιψης). Κεντρικό χαρακτηριστικό των αρνητικών πεποιθήσεων είναι μια αίσθηση απώλειας, η οποία σχετίζεται με μειωμένη αυτοπεποίθηση που βιώνεται αναδρομικά.³⁰ Το σύμπτωμα που βοηθά στην ασφαλέστερη διάκριση των αγχωδών καταστάσεων και της μείζονας καταθλιπτικής διαταραχής είναι η ενοχή.³¹

Η ψυχοκινητική επιβράδυνση είναι συνηθέστερη στους νεότερους καταθλιπτικούς ασθενείς, ενώ η ψυχοκινητική διέγερση είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η ψυχοκινητική επιβράδυνση εκδηλώνεται όχι μόνο με μείωση κινητικής δραστηριότητας (π.χ. καθηλωμένη έκφραση του προσώπου, μείωση των χειρονομιών, και βραδείες κινήσεις), αλλά και με μείωση της λεκτικής δραστηριότητας, δυσκολία στη συγκέντρωση και συναισθηματική απόσυρση. Η ψυχοκινητική διέγερση μπορεί να κυμαίνεται από εφίδρωση των χεριών και ανησυχία μέχρι το σχεδόν αδιάληπτο βηματισμό.^{3,31}

Και στο DSM-IV και στο ICD-10, οι μείζονες καταθλιπτικές καταστάσεις είναι δυνατό να συγκεκριμενοποιηθούν περαιτέρω ως μελαγχολικό ή σωματικό σύνδρομο. Στις παλαιότερες περιγραφές (συμπεριλαμβανομένου του “Πένθους και Μελαγχολία”³² του Freud), η ενδογενής ή σωματική κατάθλιψη διακρίνεται από την ψυχογενή ή αντιδραστική κατάθλιψη από την “πρώιμη πρωινή αφύπνιση” και από το ότι η “διάθεση είναι σταθερά το πρωί”. Τα δυο αυτά σημεία είναι τα μόνα χαρακτηριστικά της σωματικής ή μελαγχολικής κατάθλιψης που δεν περιλαμβάνονται στη λίστα συμπτωμάτων του Πίνακα 1.1. (παράρτημα). Για να είμαστε ακριβείς, η ημερησία διακύμανση των συμπτωμάτων δεν αποτελεί ένα καθαυτό σύμπτωμα αλλά μια περιγραφή της πορείας τους. Το περισσότερο “σωματικό” σύμπτωμα του Πίνακα 1.1. (παράρτημα) είναι η αλλαγή του βάρους του σώματος.³³

Μετρήσεις της κοινωνικής συμπεριφοράς και της υποκειμενικής κατάστασης έχουν δείξει πως η οξεία μείζονα κατάθλιψη ανήκει στις ιατρικές παθήσεις που επιφέρουν τη μεγαλύτερη ανικανότητα και δυσφορία.³³ Το σταθερό ψυχικό άλγος και τα αυτοκτονικά συμπτώματα επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη μείζονα κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα υψηλός όταν, με τη βοήθεια της θεραπείας βελτιώνεται η ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ο θεράπων ιατρός ή οι συγγενείς συνήθως παρατηρούν τη βελτίωση των

καταθλιπτικών συμπτωμάτων πριν από τους ασθενείς, καθώς η ψυχοκινητική επιβράδυνση βελτιώνεται πριν την καταθλιπτική διάθεση ή την απελπισία.³³

Ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα υψηλός στους ανθρώπους σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης. Η μείζονα κατάθλιψη έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από όλες τις ψυχικές διαταραχές, και όλοι οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη θα πρέπει να αξιολογούνται ως προς την αυτοκτονικότητά τους.³

Οι παλαιότερες εκδόσεις του DSM και του ICD περιλάμβαναν τη “μελαγχολία της ανεπίξεως” η οποία θεωρούνταν διακριτή οντότητα μεταξύ των καταθλίψεων όψιμης έναρξης. Πλέον θεωρείται ως μια τυπική μείζονα κατάθλιψη.^{1,2}

➤ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΕ ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σύμφωνα με το ICD-10 ή το DSM-IV ο όρος “ψυχωσική κατάθλιψη” δεν είναι συνώνυμος της ενδογενούς ή μελαγχολικής κατάθλιψης. Αυτό συνάδει με τις απόψεις του Kraepelin³⁴ και του Hamilton³⁵, οι οποίοι χρησιμοποίησαν τον όρο “ψύχωση” για να αναφερθούν στη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Όπως σημείωσε ο Hamilton³⁵: “...ένας σχιζοφρενής που έχει παραληρητικές ιδέες δεν είναι κατ’ ανάγκη χειρότερα από έναν που δεν έχει, όμως ένας καταθλιπτικός με παραληρητικές ιδέες είναι σημαντικά χειρότερα από έναν καταθλιπτικό που δεν παραληρεί...”.

Τα σύντονα προς το συναίσθημα ψυχωτικά χαρακτηριστικά θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως συμπτώματα σοβαρού βαθμού όπως η ενοχή και η υποχονδρίαση. Μεταξύ των περιστατικών που επιλέχθηκαν για να επιδείξουν τις διαγνώσεις του ICD-10, αυτή του 35χρονου καταθλιπτικού που αναφέρεται ως ο «ο Υπνοβάτης» περιγράφει την βαριά κατάθλιψη με σύντονα προς το συναίσθημα ψυχωτικά συμπτώματα.³⁶

....μιλούσε με χαμηλή φωνή και φάνηκε να πιστεύει ότι πάσχει από μια θανατηφόρα νόσο, η οποία θα τον σκότωνε. Έλεγε ότι μόλυνε και άλλους και ότι ένοχος για το θάνατο ενός μακρινού συγγενή... Ήταν κακός άχρηστος και δεν του άξιζε να ζει... Η φυσική και νευρολογική εξέταση δεν ανέδειξαν κάποιο εύρημα πλην της προφανούς απώλειας βάρους....

1.2.3. ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

➤ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Περίπου το 85% των ασθενών που εμφανίζουν ένα πρώτο επεισόδιο μείζονας κατάθλιψης θα εμφανίσουν θα εμφανίσουν υποτροπιάζοντα επεισόδια.³⁷ Αν και το πρώτο επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης συχνά προκαλείται από ένα δυσάρεστο συμβάν όπως η απώλεια της εργασίας, η συνταξιοδότηση, ή ένα διαζύγιο, τα επόμενα επεισόδια συχνά δεν ακολουθούν κάποιο εκλυτικό συμβάν (ευχάριστα γεγονότα μπορεί επίσης να προκαλέσουν κατάθλιψη). Καθώς επιστρέφουν, τα καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως αυξάνουν σε συχνότητα και διάρκεια.²⁴ Το φαινόμενο αυτό εξηγείται από το φαινόμενο kindling (επαγωγή), κατά το οποίο ο επαναλαμβανόμενος ερεθισμός προκαλεί μια κλιμακούμενη αντίδραση.³⁸ Συνήθως, τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επεισοδίων εμφανίζουν δυσθυμία. Οι περιπτώσεις αυτές έχουν ονομαστεί “διπλή κατάθλιψη”.³⁹

➤ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΒΡΑΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα συμπτώματα της υποτροπιάζουσας βραχείας κατάθλιψης, η οποία πρωτοπεριγράφηκε από τον Angst,⁴⁰ μοιάζουν με αυτά της μείζονας κατάθλιψης (Πίνακας 1.1. - παράρτημα) όσον αφορά και τον αριθμό τους και τη βαρύτητά τους. Όμως, δεν πληρούν το κριτήριο που ορίζει πως το επεισόδιο πρέπει να διαρκεί για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Η διάγνωση της υποτροπιάζουσας βραχείας κατάθλιψης δεν υιοθετείται πλήρως από το DSM-IV, περιλαμβάνεται όμως στο ICD-10. Πρέπει να διακριθεί από την υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά, για παράδειγμα σε ασθενείς με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας.

Υποτροπιάζουσα βραχεία κατάθλιψη παρατηρείται σε ορισμένους ασθενείς με νόσο του Parkinson. Αντιθέτως, η κατάθλιψη που εμφανίζεται μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μοιάζει με μείζονα κατάθλιψη.⁴¹

➤ ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η εποχιακή κατάθλιψη απαντάται συχνότερα το χειμώνα και λιγότερο συχνά το καλοκαίρι. Στο DSM-IV η εποχιακή κατάθλιψη έχει υιοθετηθεί ως προσδιορισμός (και όχι ως διαγνωστική κατηγορία), ο οποίος μπορεί να απευθύνεται όχι μόνο στην υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, αλλά και στην διπολική διαταραχή. Τα εποχιακά επεισόδια (π.χ. χειμερινή κατάθλιψη) σε κάθε συγκεκριμένο ασθενή πρέπει να υπερτερούν αριθμητικά των μη εποχιακών. Στο ICD-10 η εποχιακή κατάθλιψη αναφέρεται μόνο σύντομα, και αυτό σε ένα παράρτημα όπου παρατίθενται οι διαταραχές που βρίσκονται υπό συζήτηση.³

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα συμπτώματα της εποχιακής κατάθλιψης είναι παρόμοια με αυτά της μείζονας κατάθλιψης. Όμως, οι Kasper και Rosenthal⁴² επανέλαβαν ότι τα συμπτώματα διαφέρουν από αυτά της μείζονας κατάθλιψης, καθώς περιλαμβάνουν υπερυπνία, υπερφαγία επιθυμία για κατανάλωση υδατανθράκων και πρόσληψη βάρους.

Σε μία μετανάλυση των 61 μελετών περί εποχιακού προτύπου αυτοκτονίας, οι Goodwin και Jamison²⁴ έδειξαν ότι η αυτοκτονία είναι 10 έως 20 φορές συνηθέστερη την άνοιξη (με κορύφωση το Μάιο), παρά το χειμώνα ή το καλοκαίρι. Μια μικρή κορύφωση παρατηρείται και τον Οκτώβριο. Αυτό το πρότυπο συνάδει με τους χρόνους κορύφωσης των εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της άποψης⁴² ότι η εποχιακή χειμερινή κατάθλιψη είναι μια άτυπη μορφή μείζονας κατάθλιψης.

1.2.4. ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Και στο DSM-IV και στο ICD-10, ο επιθετικός προσδιορισμός “χρόνια” αναφέρεται σε επεισόδια διάρκειας άνω των 2 ετών. Η «διπλή κατάθλιψη» είναι εξ ορισμού μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης, καθώς η δυσθυμία ορίζεται ότι πρέπει να διαρκεί πάνω από δυο χρόνια.¹⁻³

➤ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στο DSM-IV αλλά όχι στο ICD-1 η μείζονα κατάθλιψη προσδιορίζεται ως χρόνια αν τα κριτήρια της μείζονας κατάθλιψης πληρούνται αδιάλειπτα για τουλάχιστον τα 2 τελευταία χρόνια. Η ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη δεν συνιστά συγκεκριμένη διάγνωση, αλλά έναν όρο που περιγράφει πολλές χρόνιες μείζονες καταθλίψεις.³

➤ ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Και στο DSM-IV και στο ICD-10 η δυσθυμία αναφέρεται σε συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης που διαρκούν για τουλάχιστον δυο χρόνια. Τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά του Πίνακα 1.1. (παράρτημα), πλην της “υπερβολικής ενοχής”, των “ψυχοκινητικών αλλαγών” και των “αυτοκτονικών σκέψεων”. Η ένταση των συμπτωμάτων αλλάζει περισσότερο απ’ ότι στη μείζονα κατάθλιψη και (σε αντίθεση με την εποχιακή κατάθλιψη) είναι «τυπικά», περιλαμβάνοντας την αυπνία, την μείωση της όρεξης, ή την αδυναμία συγκέντρωσης. Στο ICD-10, αλλά όχι στο DSM-IV, το σύμπτωμα της κοινωνικής απόσυρσης αποτελεί χαρακτηριστικό σύμπτωμα της δυσθυμίας. Η κατηγορία «καταθλιπτική νεύρωση», η οποία εμφανίζεται σε παλαιότερες εκδόσεις των ταξινομητικών συστημάτων περιελάμβανε ένα αντίστοιχο σύμπτωμα, το οποίο ονομάζονταν εσωστρέφεια.²⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η γήρανση είναι μία σειρά από διαδικασίες, οι οποίες ξεκινούν με τη ζωή και συνεχίζουν μέσω του κύκλου της ζωής. Αντιπροσωπεύει την τελευταία περίοδο στη διάρκεια της ζωής, μια περίοδο που ο καθένας ανακαλεί τις πρώτιστες στιγμές της ζωής του και τα κατορθώματα του παρελθόντος και αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι πλησιάζει η ολοκλήρωση του κύκλου της ζωής του. Ο κάθε ηλικιωμένος αρχίζει να προσαρμόζεται στις αλλαγές που συνοδεύουν τη γήρανση, πράγμα που απαιτεί να είναι ευέλικτος και να αναπτύσσει καινούργιες δεξιότητες, ώστε να καταφέρει να ανταπεξέλθει στις αλλαγές που είναι τόσο κοινές σε αυτή την περίοδο της ζωής.^{43,44}

Ο ορισμός της “υγείας” όταν σχετίζεται με τη γήρανση είναι ένα θέμα προς συζήτηση. Υπάρχει ομοφωνία ότι “υγεία” κατά τη διάρκεια των γηρατειών δεν μπορεί, ουσιαστικά, να προσδιοριστεί ως η απουσία ασθένειας επειδή η συχνότητα εμφάνισης διαγνώσιμων διαταραχών σε αυτών τον πληθυσμό είναι μεγάλη. Από την άλλη μεριά η υγεία θεωρείται πολυδιάστατη: Η διάγνωση της ασθένειας πρέπει να συμπληρωθεί με την αξιολόγηση της δυσφορίας που σχετίζεται με τα συμπτώματα (π.χ. πόνος), την απειλή για τη ζωή, τις συνέπειες της θεραπείας (π.χ. παρενέργειες των φαρμάκων), την λειτουργική ικανότητα και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις της υγείας.^{43,45} Επιπλέον, οι Rowe & Khan⁴⁶ πρότειναν ότι η υγεία των υποομάδων των ηλικιωμένων θα πρέπει να ορίζεται με βάση την κατάστασή τους σε σχέση με την ηλικία τους και τα πρότυπα της ομάδας.⁴⁶

Υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι οι ψυχολογικοί και κοινωνιολογικοί παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στο πόσο καλά γερνάει ο καθένας. Έρευνες για την γήρανση έχουν δείξει μια θετική συσχέτιση των θρησκευτικών πεποιθήσεων ενός ατόμου, των κοινωνικών σχέσεων, της αντίληψης για την υγεία, της αυτο-αποτελεσματικότητας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της ανάπτυξης δεξιοτήτων, μεταξύ άλλων, με την ικανότητά του να γεράζει με μεγαλύτερη επιτυχία.⁴³

Η κατάθλιψη ή η εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι μια κυρίαρχη κατάσταση μεταξύ των ηλικιωμένων, με σημαντικές επιπτώσεις στην ευημερία και την ποιότητα ζωής. Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνεται με την ηλικία.⁴⁷ Τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν έχουν μόνο μια σημαντική θέση ως δείκτες της ψυχολογικής ευημερίας, αλλά αναγνωρίζονται επίσης ως σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της λειτουργικής υγείας και της μακροζωίας. Διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι σημαντικά αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με αυξημένες δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.⁴⁸ Έρευνες που βασίζονται σε στοιχεία της κοινότητας δείχνουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.⁴⁹ Υπάρχουν επίσης μελέτες που προτείνουν ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές μπορούν να συνδέεται με μια μείωση των γνωστικών λειτουργιών.⁵⁰

Αν και παραμένει η πεποίθηση ότι η κατάθλιψη είναι συνώνυμη με τη γήρανση και ότι είναι στην πραγματικότητα αναπόφευκτη, υπήρξε πρόσφατη έρευνα που διέλυσε την ελαττωματική αυτή αντίληψη. Η κατάθλιψη έχει αιτιώδη συνάφεια με πολλά κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι δυσκολίες αυτές συχνά εμφανίζονται στην ενήλικη ζωή, αυξάνοντας την πιθανότητα της κατάθλιψης. Ακόμη, η κατάθλιψη δεν είναι ένα φυσιολογικό επακόλουθο αυτών των προβλημάτων. Μελέτες έχουν δείξει ότι η ηλικία δεν είναι πάντα σημαντικά συσχετιζόμενη με το επίπεδο της κατάθλιψης, καθώς και οι πιο ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν ακόμη καλύτερες δεξιότητες αντιμετώπισης της κατάθλιψης, καθιστώντας έτσι τα καταθλιπτικά συμπτώματα πιο συχνά, αλλά όχι σε τόσο σοβαρή μορφή όπως στους νεότερους πληθυσμούς.⁴³

2.2. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Υπάρχει έντονη διαμάχη σχετικά με τις ηλικιακές διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης. Μια συχνή στερεότυπη θέση είναι ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλός σε προχωρημένη ηλικία. Η άποψη αυτή, ωστόσο, αμφισβητήθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης ECA στις Ηνωμένες πολιτείες, η οποία έδειξε ότι τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών εμφάνιζαν τον χαμηλότερο επιπολασμό σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου και δυσθυμίας. Πολλές άλλες επιδημιολογικές μελέτες, σε διάφορες χώρες, έχουν επίσης καταγράψει χαμηλό επιπολασμό καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους.⁵¹ Αν και αυτός ο χαμηλός επιπολασμός μπορεί να είναι πραγματικός, είναι επίσης πιθανό ότι κάποιας μορφής σφάλματος μελέτης (artifact) ευθύνεται για αυτόν. Πιθανές πηγές artifact είναι τα διαγνωστικά κριτήρια του σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου ή προτυποποιημένες συνεντεύξεις που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο του ICD-10 όσο και του DSM-IV περιλαμβάνουν τη δυσφορική διάθεση ως κεντρικό σύμπτωμα, όμως τα ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν δυσφορία. Ωστόσο, ακόμα και όταν το κριτήριο της δυσφορίας αγνοείται, τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν και πάλι χαμηλό επιπολασμό.⁵² Είναι επίσης πιθανό ότι οι διαγνωστικές συνεντεύξεις που χρησιμοποιούνται στις επιδημιολογικές μελέτες, όπως το Diagnostic Interview Schedule και το Composite International Diagnostic Interview, παρέχουν εσφαλμένες διαγνώσεις όταν εφαρμόζονται σε ηλικιωμένα άτομα. Οι συνεντεύξεις αυτές συχνά παραβλέπουν συμπτώματα κατάθλιψης στα

ηλικιωμένα άτομα διότι τα συμπτώματα αυτά αποδίδονται από τον εξεταζόμενο σε σωματικές παθήσεις. Εντούτοις, ακόμα εάν οι αποδόσεις στις σωματικές παθήσεις αγνοηθούν, ο επιπολασμός των σωματικών διαταραχών δεν αυξάνεται σημαντικά.⁵³

Υπάρχουν επίσης επιδημιολογικές μελέτες που εξετάζουν τις βαθμολογίες σε δοκιμασίες μέτρησης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών είναι σύνθετα. Ενώ μερικές δοκιμασίες υποδεικνύουν ελάττωση των συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους, άλλες καταδεικνύουν είτε καμία επίδραση της ηλικίας είτε αύξηση.⁴³ Μία ερμηνεία των συγχετικών αυτών ευρημάτων είναι ότι οι δοκιμασίες που παρουσιάζουν αύξηση με την ηλικία περιλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό σωματικών παραμέτρων ευαίσθητων στον υψηλότερο επιπολασμό των σωματικών νοσημάτων στους ηλικιωμένους. Σε περιπτώσεις που τα σωματικά στοιχεία αποκλείονται ή ελέγχονται οι ηλικιακές διαφορές στη σωματική υγεία, τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι γενικά λιγότερα στους ηλικιωμένους.³

Οποιαδήποτε ηλικιακή διακύμανση στον επιπολασμό της κατάθλιψης μπορεί να οφείλεται είτε σε προστατευτική επίδραση του γήρατος είτε σε φαινόμενο κοορτής, σύμφωνα με το οποίο οι μεγαλύτερες γενιές είναι λιγότερο ευπαθείς στην κατάθλιψη από ό,τι οι νεότερες. Υπάρχει η άποψη ότι οι γενιές που γεννήθηκαν μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, όμως τα στοιχεία προέρχονται μόνο από συγκριτικές μελέτες κατά τις οποίες ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να ανακαλέσουν επεισόδια κατάθλιψης σε διάφορα στάδια της ζωής τους.⁵⁴ Δεν προκαλεί βέβαια έκπληξη το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι άνθρωποι είναι λιγότερο πιθανό να ανακαλέσουν επεισόδια κατάθλιψης που συνέβησαν την περίοδο της νεότητας τους. Για να διαπιστωθεί εάν οι ηλικιακές διαφορές οφείλονται στην επίδραση του γήρατος ή στο φαινόμενο της κοορτής απαιτούνται μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης διάρκειας δεκαετιών. Δυστυχώς, λίγα μακροχρόνια στοιχεία υπάρχουν προς το παρόν.³

2.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

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.⁵⁵

➤ Φύλο

Οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο. Έχουν υπάρξει ουσιαστικά στοιχεία που να δείχνουν ότι το φύλο επηρεάζει άμεσα τον επιπολασμό των συμπτωμάτων κατάθλιψης και την έρευνα έχει βεβαιώσει το γεγονός ότι η διαφορά στα δύο φύλα είναι λιγότερο έντονη στα ηλικιωμένα άτομα από ό,τι στους νεότερους ενήλικες.¹⁶ Τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση της κατάθλιψης, αλλά είναι απίθανο να λογοδοτήσουν για τις διαφορές των φύλων στη νοσηρότητα.⁵⁶ Επίσης, οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν ήδη αναφερθεί στη βιβλιογραφία ως παράγοντες κινδύνου του επιπολασμού των συμπτωμάτων κατάθλιψης.⁴³ Κατασκευασμένοι λόγοι έχουν επίσης διερευνηθεί, αλλά δεν ευθύνονται εξ ολοκλήρου για τις διαφορές ανάμεσα στα φύλα στην κατάθλιψη.⁵⁷

Ερευνητές σε όλο τον κόσμο έχουν επανειλημμένα αναφερθεί στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να εκτεθούν σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη: χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, χαμηλότερο εισόδημα, λιγότερο ειδικευμένα επαγγέλματα, μεγαλύτερη πιθανότητα της χηρείας, υψηλότερη κοινωνική απομόνωση, μεγαλύτερη νοσηρότητα και περισσότερους λειτουργικούς περιορισμούς.⁵⁸⁻⁶⁰

➤ Σωματική υγεία και αναπηρία

Όταν η έναρξη της κατάθλιψης συμβεί πρώτα σε νεαρή ηλικία, είναι πιο πιθανό ότι υπάρχουν γενετικοί παράγοντες και παράγοντες που σχετίζονται με την προσωπικότητα και τις εμπειρίες από τη ζωή ενός ατόμου, που συνέβαλαν στην κατάθλιψη. Ενώ, η κατάθλιψη που αρχικά αναπτύσσεται αργότερα στη ζωή του καθενός είναι πιο πιθανό να έχει κάποια σχέση με σωματικά προβλήματα υγείας. Ένα ηλικιωμένο άτομο με καλή σωματική υγεία έχει ένα σχετικά χαμηλό κίνδυνο κατάθλιψης. Η σωματική υγεία είναι πράγματι η κύρια αιτία της κατάθλιψης στο τέλος της ζωής ενός ατόμου.^{10,12} Υπάρχουν πολλοί λόγοι για αυτό, οι οποίοι περιλαμβάνουν:

- ❖ τις ψυχολογικές επιπτώσεις της ζωής έχοντας μια ασθένεια και μια αναπηρία
- ❖ τις επιπτώσεις του χρόνιου πόνου
- ❖ τις βιολογικές επιδράσεις ορισμένων καταστάσεων και φαρμάκων που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη με άμεσες επιπτώσεις στον εγκέφαλο
- ❖ τους κοινωνικούς περιορισμούς που υφίστανται κάποια άτομα στο στίλ της ζωής τους λόγω κάποιων ασθενειών με αποτέλεσμα την απομόνωση και τη μοναξιά⁶¹

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 χρονίων παθήσεων και της αναπηρίας με την πάροδο της ηλικίας. Ένα πρόβλημα υγείας που αξίζει να αναφέρουμε ιδιαίτερος είναι η άνοια, η οποία εμφανίζει μία 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.¹¹²

➤ Ιδρυματική περίθαλψη

Η διαμονή σε οίκο ευγηρίας 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.³

➤ 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.⁵⁶⁻⁶⁰

➤ 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.³

➤ Ιστορικό κατάθλιψης

Άτομα που έχουν εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή ή έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα στο παρελθόν, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο.³

➤ 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.³

➤ 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 ακόμη αυξημένα.^{103,113-116}

➤ Συννοσηρότητα

Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η κατάθλιψη είναι μια νοσολογική οντότητα που εμφανίζει υψηλή συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.^{25,62-64} Η κατάθλιψη συνδυάζεται, επίσης, με διάφορες σωματόμορφες διαταραχές⁶⁵⁻⁶⁶ και διαταραχές της προσωπικότητας.⁶⁷⁻⁷⁰ Τέλος, υπάρχει στενή σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αλκοολισμού ή χρήσης ουσιών.⁷¹⁻⁷²

Η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων κλινικών συνδρόμων έχει σημαντικές επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα. Το ίδιο ισχύει και για την κατάθλιψη. Η συννοσηρότητα στην κατάθλιψη συνεπάγεται βαρύτερη συμπτωματολογία, χειρότερη πρόγνωση, χρονιότερη πορεία, λιγότερο καλή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, μεγαλύτερο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας, μεγαλύτερη πιθανότητα για νοσοκομειακή νοσηλεία και πιο παρατεταμένο χρόνο ανάρρωσης.⁷³⁻⁷⁴

2.4. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Όταν συγκρίνονται οι ασθενείς με κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας, με τους νεότερους καταθλιπτικούς, βρίσκουμε λίγα κλινικά χαρακτηριστικά που τους διαχωρίζουν. Ο Gurland⁷⁵ βρήκε ότι τα υποχονδριακά ενοχλήματα ήταν το μόνο σύμπτωμα, που ήταν συχνότερο στους ηλικιωμένους καταθλιπτικούς. Οι Musetti και συν.⁷⁶ ήταν επίσης ανίκανοι να αναγνωρίσουν οποιαδήποτε ειδικά κλινικά χαρακτηριστικά, τα οποία θα μπορούσαν να διαφοροποιήσουν τους νεότερους από τους ηλικιωμένους εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Οι Brodaty και συν.⁷⁷ βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς ήταν περισσότερο ανήσυχοι και είχαν περισσότερες καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες. Ωστόσο, όταν οι ομάδες χωρίστηκαν ανάλογα με το αν ικανοποιούσαν τα κριτήρια για κάποιον ειδικό υποτύπο “μελαγχολίας”, σχεδόν όλες οι διαφορές εξαφανίστηκαν.

Πίνακας 2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα

Αλληλοκάλυψη της σωματικής διαταραχής και σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης
Τάση των ηλικιωμένων ατόμων να ελαχιστοποιούν τη λύπη ενώ αντίθετως γίνονται υποχονδριακοί
Νευρωσικά νεοεμφανιζόμενα συμπτώματα (σοβαρό άγχος, ιδεοψυχαστασιακά συμπτώματα, υστερία) τα οποία καλύπτουν την κατάθλιψη
Κάθε εκούσια αυτοκαταστροφική πράξη, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών ασημαντων υπερδοσολογιών
"Ψευδοάνοια"
Διαταραχές της συμπεριφοράς όπως είναι η κατάχρηση του οινοπνεύματος ή η κλεπτομανία

Πηγή: Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική (2008)

Υπάρχει λοιπόν κάποια αλήθεια στο απόφθεγμα “η κατάθλιψη είναι κατάθλιψη σε οποιαδήποτε ηλικία”. Την έκφραση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία επηρεάζουν κυρίως οι παθοφυσιολογικές συνέπειες της γήρανσης και η κακή υγεία (Πίνακας 2.1.).

Η συγκάλυψη των συμπτωμάτων λόγω της σχετικά κακής φυσικής κατάστασης, μπορεί να οδηγήσει σε διαγνωστικές δυσκολίες. Στην κατάταξη του βορειοαμερικανικού DSM-IV, ο κλινικός θα πρέπει πρώτα να

αποφασίσει εάν θα αποδώσει ένα σύμπτωμα, την ανορεξία για παράδειγμα, σε οποιαδήποτε σχετική σωματική διαταραχή. Εάν ισχύει κάτι τέτοιο, τότε δεν μπορεί να θεωρηθεί καταθλιπτικό σύμπτωμα. Έχουν εκφραστεί σκέψεις ότι αυτό μπορεί να οδηγήσει στην υποδιάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η προσέγγιση αυτή δουλεύει καλά στην πράξη, με την προϋπόθεση, ότι το προσωπικό που εμπλέκεται είναι εκπαιδευμένο.⁷⁸

Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να ελαχιστοποιούν τα συναισθήματα λύπης και αντιθέτως να γίνονται υποχονδριακοί (με ευκολία ασχολούνται υπερβολικά με τον φόβο της ασθενείας).⁷¹ Στην τρίτη ηλικία, τα νεοεμφανιζόμενα νευρωσικά συμπτώματα (έντονο άγχος, φοβίες, ιδεοψυχαναγκαστικά φαινόμενα, ή υστερία) είναι σπανίως οι κύριες διαγνώσεις, αλλά αντιθέτως είναι συνήθως δευτεροπαθή αποτελέσματα της κατάθλιψης. Κάθε εκούσια αυτοκαταστροφική πράξη υποδεικνύει κατάθλιψη, καθώς οι ηλικιωμένοι σπανίως λαμβάνουν “χειριστικές” υπερβολικές δόσεις. Όταν ένα ηλικιωμένο άτομο λαμβάνει υπερβολική δόση ενός φαρμάκου δεν θα πρέπει να παίρνει εξιτήριο ακόμα και αν τα αποτελέσματα της υπερβολικής δόσης, από αμιγώς ιατρική άποψη, είναι “ασήμαντα”. Ενώ ένα νέο άτομο μπορεί από απροσεξία να υποστεί σοβαρή βλάβη ή ακόμη και θάνατο λαμβάνοντας υπερβολική δόση χωρίς πρόθεση να αυτοκτονήσει, ένα γηραιότερο καταθλιπτικό άτομο μπορεί να πιστεύει ότι διπλασιάζοντας τη δόση ενός υπνωτικού για παράδειγμα μπορεί να έχει μηραία αποτελέσματα. Όλα απαιτούν ψυχιατρική εκτίμηση. Η σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να μιμηθεί άνοια. Η “ψευδοάνοια” είναι ένας αμφιλεγόμενος όρος. Χρησιμοποιείται συχνά όταν αναφερόμαστε σε έναν ηλικιωμένο καταθλιπτικό ασθενή, ο οποίος κατά την εξέταση εμφανίζεται πολύ συγχυτικός. Οι απαντήσεις του τύπου “δεν γνωρίζω” είναι συχνές όταν γίνονται ερωτήσεις σχετικά με τη μνήμη και τον προσανατολισμό. Ωστόσο, η έναρξη της σύγχυσης είναι οξεία και οι ασθενείς εκφράζουν την απελπισία τους μη-λεκτικά και, σε αντίθεση με τα άτομα με εκφυλιστική άνοια, παραπονιούνται για τη μνήμη τους με κραυγαλέο τρόπο. Τα σημεία από τον φλοιό (αφασία, απραξία, κτλ) αποκλείουν την καταθλιπτική ψευδοάνοια (αλλά όχι την άνοια που επιπλέκεται με κατάθλιψη).

Τέλος, μπορεί μια ασυνήθιστη διαταραχή της συμπεριφοράς να αποτελεί το σημαντικότερο σύμπτωμα της κατάθλιψης. Παραδείγματα αποτελούν η έναρξη ακράτειας σε ηλικιωμένο άτομο, που αισθάνεται εγκλωβισμένο σε μία κατάσταση εξάρτησης την οποία απεχθάνεται, σε οίκο ευγηρίας ή σε γηροκομείο, καθώς επίσης η όψιμης έναρξης κατάχρηση οινόπνευματων ή, σπανίως, η κλεπτομανία.

Ένας νέος όρος η “αγγειακή κατάθλιψη” έχει επινοηθεί προσφάτως.⁷⁹ Αυτό υποδηλώνει ότι η όψιμης έναρξης κατάθλιψη σχετίζεται με υψηλού βαθμού αγγειακή εγκεφαλική νόσο η οποία φαίνεται στην κλινική εξέταση. Η “αγγειακή κατάθλιψη” χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική

επιβράδυνση, περιορισμένο καταθλιπτικό ιδεασμό, για παράδειγμα ενοχές, μικρή εναισθησία, απάθεια και επιδείνωση της ανικανότητας του ασθενούς.⁷⁹⁻⁸⁰

2.5. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η καταθλιπτική διαταραχή δεν είναι καλοήθης νόσος, αλλά με την κατάλληλη θεραπεία οι περισσότεροι ασθενείς αναρρώνουν. Οι Cole και Bellavance⁸¹ διεξήγαγαν μια ευρεία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία κάλυπτε την περίοδο από 1955 έως 1993 με 16 νοσοκομειακές μελέτες (n = 1487) και πέντε μελέτες της κοινότητας (n = 249). Επέλεξαν μόνο τις μελέτες που περιλάμβαναν τουλάχιστον 20 ασθενείς και μια περίοδο παρακολούθησης τουλάχιστον 12 μηνών.

Υπολογίζοντας συνολικά, είτε σε βραχεία (24 μήνες ή λιγότερο), είτε σε μακροχρόνια βάση (πάνω από 14 μήνες), το 60% είτε παρέμειναν καλά, είτε είχαν και κάποιες ιάσιμες υποτροπές. Ένας στους πέντε περίπου ασθενείς αναμένεται να αναπτύξει χρόνια συμπτωματολογία. Τα αναφερθέντα αποτελέσματα είναι καλύτερα από αυτά των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στην κοινότητα και από των ασθενών σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, όπου μόνο ένας στους πέντε ασθενείς αναρρώνει.⁸⁰ Τα χαμηλά ποσοστά διάγνωσης και η ελλιπής θεραπεία αναφέρονται συνεχώς σε αυτές τις ομάδες, γεγονός που μπορεί να ερμεινεύσει μέρος αυτής της ασυμφωνίας.^{74,83}

Συγκριτικά αποτελέσματα

Μια συνηθισμένη παρανόηση είναι ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία έχει χειρότερη πρόγνωση σε σχέση με τις άλλες περιόδους της ζωής. Συγκριτικά αποτελέσματα από έξι πρόσφατες μελέτες⁸⁴⁻⁸⁹ εμφανίζουν όλα την ίδια ή και καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με τους νεότερους καταθλιπτικούς ασθενείς.

2.6. ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

Ένας αριθμός μελετών⁹⁰⁻⁹³ έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν διπλάσια ή τριπλάσια αύξηση της αναμενόμενης θνητότητας, σε περιόδους 1 έως 4 έτη, με αύξηση των

θανάτων λόγω καρδιαγγειακών νοσών. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στο ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν γενικά κακή υγεία.⁹³

Οι O' Brien και Ames⁹⁴ πρότειναν πολλούς πιθανούς μηχανισμούς για την αυξημένη θνητότητα στην κατάθλιψη:

1. Οι συνυπάρχουσες σωματικές ασθένειες
2. Τα λανθάνοντα νοσήματα (π.χ. ένα καρκίνωμα)
3. Τα αποτελέσματα της ίδιας της ασθένειας (π.χ. όταν οφείλεται σε πνευμονία που είναι δευτεροπαθής σε ψυχοκινητική επιβράδυνση)
4. Παρενέργειες της θεραπείας
5. Βιολογικές επιδράσεις, όπως είναι ανωμαλία του υποθάλαμο-υποφυσιακού-αδρενεργικού άξονα ή ενδοκρινικών ανωμαλιών, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν το ανοσοποιητικό σύστημα
6. Ελλιπής θεραπεία

2.7. ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πορεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους εξαρτάται λιγότερο από τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες από ότι στις υπόλοιπες ηλικίες και διαγράφει μια πιο “αυτόνομη” πορεία.^{87,89} Τα κλινικά χαρακτηριστικά που φαίνεται ότι σχετίζονται με χειρότερη πρόγνωση είναι:

1. η βραδεία αρχική ανάρρωση
2. η πολύ μεγάλη ένταση της αρχικής κατάθλιψης
3. η διάρκεια της ασθένειας πάνω από δύο χρόνια
4. όταν υπάρχουν τρία ή περισσότερα προηγούμενα επεισόδια
5. όταν υπάρχει ιστορικό δυσθυμίας
6. τα ψυχωσικά συμπτώματα
7. κάποιες μορφές εγκεφαλικής βλάβης

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την πρόγνωση είναι:

- το χρόνιο άγχος που σχετίζεται με περιβάλλον ανέχειας
- η εγκληματικότητα και η φτώχεια

- μια καινούργια σωματική ασθένεια
- ο βιασμός
- η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη

Το πρακτικό μήνυμα είναι ότι για να βελτιωθεί η πρόγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει να αντιμετωπίζει κανείς τα επεισόδια νωρίς και αποφασιστικά και να φροντίζει για την κοινωνική υποστήριξη και το περιβάλλον του ασθενούς.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η καταγραφή της άποψης του ασθενή αναφορικά με την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται στο χώρο του νοσοκομείου, αποτελεί ίσως την μοναδική «επιχειρησιακή» επιλογή στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η εστίαση του ενδιαφέροντος στην άποψη των ηλικιωμένων ασθενών, συνιστά μια εξειδίκευση της παραπάνω επιλογής η οποία αποκτά ιδιαίτερη αξία αν σκεφτούμε ότι είναι οι μοναδικοί ασθενείς που έχουν μια ολοκληρωμένη και διαχρονική εικόνα για την εξέλιξη του Συστήματος Περίθαλψης στη χώρα μας.²¹⁻²³

Η επικοινωνία με τον ηλικιωμένο ασθενή που συνιστά τον τελικό συντελεστή στην προσπάθεια προσέγγισης των εννοιών ποιότητα και ικανοποίηση, αποτελεί τις περισσότερες φορές μια ευχάριστη και συνάμα δύσκολη στην διαχείριση, συγκυρία. Ίσως αυτός ήταν και ο λόγος που υπάρχουν ελάχιστες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών.²¹⁻²³

3.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

➤ Ποιότητα

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση

τους». Από την διατύπωση αυτού του ορισμού της ποιότητας, διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του χρήστη των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους.⁹⁵

Σε 2 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, στις οποίες σταθμίστηκαν 2 κλίμακες που εκτιμούν τι θεωρούν οι Έλληνες ασθενείς ως «ποιότητα» της φροντίδας, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

- ❖ στην *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει πάνω απ' όλα να τον σέβεται όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να προστατεύει η νοσηλεύτρια την αξιοπρέπειά του όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να αφιερώνει χρόνο ο γιατρός για να του εξηγήσει την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει και να αισθάνεται ο ασθενής ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του.⁹⁶
- ❖ Στο *Νοσοκομείο*: για τον ηλικιωμένο ασθενή, ποιότητα σημαίνει να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές σέβονται την προσωπικότητά του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές ξέρουν καλά την δουλειά τους, να τον φροντίζει ο γιατρός χωρίς να του ζητά χρήματα και να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρει.⁹⁷

➤ Ικανοποίηση

Ο όρος ικανοποίηση εμπεριέχει μια δυναμική η οποία ίσως προέρχεται και από την ετυμολογία της λέξης: το «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα «ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός» και το «ποιώ» που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις προσδοκίες ή τις απαιτήσεις.

Η Williams και οι συνεργάτες της ισχυρίζονται ότι το κλειδί για την αποκωδικοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, συνίσταται στην ερμηνεία των λέξεων: καθήκον (duty) και ενοχή (culpability).⁹⁸ Η λέξη καθήκον, αναφέρεται στις υποχρεώσεις της συγκεκριμένης υπηρεσίας φροντίδας υγείας έναντι του ασθενή και η ενοχή, σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ο επαγγελματίας υγείας ή ο Οργανισμός, ευθύνεται για το δυσμενές γεγονός. Διατυπώθηκαν

δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους:

- η πρώτη θεωρία, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, εάν η προσδοκία τους βρίσκεται εκτός καθήκοντος του προμηθευτή-επαγγελματία υγείας.
- η δεύτερη θεωρία, υποστηρίζει πως ακόμα και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο προμηθευτής-επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται, εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές περιστάσεις.

3.2. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μετά την ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές:⁹⁹⁻¹⁰⁰

- Συνολική ικανοποίηση(overall satisfaction).
- Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).
- Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).
- Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).
- Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness): που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.
- Ικανοποίηση από την ικανότητα/απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence): αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας: που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες: όπως ο χρόνος αναμονής.
- Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή: όπως το πάρκινγκ και η καταλληλότητα του εξοπλισμού και των εργαστηρίων.

- Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.
- Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.
- Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.

Μέσα από την ανασκόπηση αυτή, διαπιστώνει κανείς ότι στην κορυφή της πυραμίδας, ανήκουν ο ανθρωπισμός, η τεχνική διάσταση της φροντίδας και η συνολική εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Στην βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι παράμετροι που αντιπροσωπεύουν την προσοχή σε μη σωματικές ανάγκες του ασθενή και την σχέση του ασθενή με το ίδιο το σύστημα (προσβασιμότητα, κόστος και γραφειοκρατία). Η μια ερμηνεία αυτού του φαινομένου, θα μπορούσε να είναι ότι η ικανοποίηση από τις διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας, στοιχειοθετεί την τρέχουσα απόδοση του συστήματος φροντίδας υγείας.⁹⁶ Υπό αυτό το πρίσμα, το γεγονός ότι η μεγαλύτερη –ποσοστιαία- ικανοποίηση σχετίζεται με την τεχνική διάσταση της ποιότητα της φροντίδας, θα μπορούσε να σημαίνει πως τα συστήματα φροντίδας υγείας δίνουν έμφαση την τεχνική απόδοση, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ανάγκες των ασθενών, που δεν εμπίπτουν στον «βιοϊατρικό» ορισμό της υγείας, όπως είναι οι συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και η ανάγκη τους να λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα χωρίς αναβολές και καθυστερήσεις. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι οι ασθενείς, δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην τεχνική διάσταση της ποιότητα της φροντίδας, είτε γιατί αισθάνονται πως δεν μπορούν να την αξιολογήσουν πολύ καλά, είτε διότι είναι παρακινδυνευμένο να ισχυριστούν ότι η φροντίδα που επιλέγουν δεν είναι υψίστης ποιότητας.

Οι Abdellah και Levine προχώρησαν πρώτες σε μια κατηγοριοποίηση των συστατικών διαστάσεων της ικανοποίησης, που είναι:¹⁰¹

- η αποτελεσματικότητα της δομής της φροντίδας,
- οι επαγγελματικές δεξιότητες,
- η ανταπόκριση του προσωπικού και
- το αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή.

Στην Ελλάδα στην ΠΦΥ, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ είναι:⁹²

- ο σεβασμός από τη νοσηλεύτρια,
- ο σεβασμός από τον γιατρό,
- οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
- οι παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού, άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής),
- εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και
- επάρκεια του ρόλου του γιατρού.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης των ηλικιωμένων σε οίκο ευγηρίας στην πόλη των Ιωαννίνων και η συσχέτισή της με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Πιο συγκεκριμένα, οι ειδικοί στόχοι της έρευνας ήταν:

- ❖ Η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.
- ❖ Η διερεύνηση του ρόλου των επιβαρυντικών (π.χ. φύλο, πολλαπλή παθολογία, μη ύπαρξη επισκεπτηρίου, μοναχικότητα, κλινήρεις ασθενείς) και προστατευτικών (χρόνος επίσκεψης και διαμονής με την οικογένεια, συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες) παραγόντων, στην εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.
- ❖ Η καταγραφή των αντιλήψεων των ηλικιωμένων για τη νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται.
- ❖ Ο προσδιορισμός του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.
- ❖ Η συσχέτιση της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στους ηλικιωμένους με την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στη παρούσα κοινωνική έρευνα έλαβαν μέρος 180 άτομα τα οποία αποτέλεσαν το συνολικό δείγμα της έρευνας, που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να εκτιμηθεί η συχνότητα της κατάθλιψης ηλικιωμένων σε οίκο ευγηρίας στην πόλη των Ιωαννίνων και η συσχέτισή της με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δόθηκε ένα συνολικό ερωτηματολόγιο που κατέγραφε τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και που περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και ερωτήσεις που συνέθεταν την κλίμακα κατάθλιψης των ηλικιωμένων.

Σημειώνεται πως η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Ιουνίου - Σεπτεμβρίου 2012 και είχε τη μορφή αυτοσυμπλήρωσης. Εξηγήθηκαν

στους συμμετέχοντες οι σκοποί της έρευνας, το προαιρετικό της συμμετοχής τους, η εξασφάλιση της ανωνυμίας και η τήρηση του απορρήτου καθώς και η μη χρήση των στοιχείων σε άλλες έρευνες ή άλλους σκοπούς.

Ειδικότερα, όσο αφορά στο ερωτηματολόγιο, το πρώτο μέρος περιείχε 14 ερωτήσεις που κατέγραφαν βασικά κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από 18 ερωτήσεις-προτάσεις 5-βάθμιας απάντησης, που συνέθεταν την κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα. Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε 15 κλειστού τύπου ερωτήσεις «ΝΑΙ – ΟΧΙ» οι οποίες χρησιμοποιούνται στην κλινική εκτίμηση της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης.

1.3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σχεδιασμός ήταν διερευνητικός, περιγραφικός. Προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα έρευνα, είχε ήδη διενεργηθεί μία περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση, η οποία και χρησιμοποιήθηκε στην ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας. Στη συλλογή των βιβλιογραφικών αναφορών, είχε τεθεί γλωσσικός περιορισμός, με την επιλογή δημοσιευμένων άρθρων στα αγγλικά και ελληνικά. Η βάση δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν το IBM SPSS Statistics Version 19. Τέλος, οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, ικανοποίηση και οίκος ευγηρίας και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά τη χρονική περίοδο Ιουνίου - Σεπτεμβρίου 2012.

1.4. ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας έρευνας να αποτελέσουν ηλικιωμένοι του οίκου ευγηρίας που βρίσκεται στην πόλη των Ιωαννίνων. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας.

1.5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Το ερωτηματολόγιο αρχικά αποτύπωσε τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, την εθνικότητα, τη συχνότητα επισκέψεων και την κατάσταση υγείας) και εν συνεχεία, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερωτηματολόγια:

1ο Μέρος: Ερωτηματολόγιο για την κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα (MPSS).

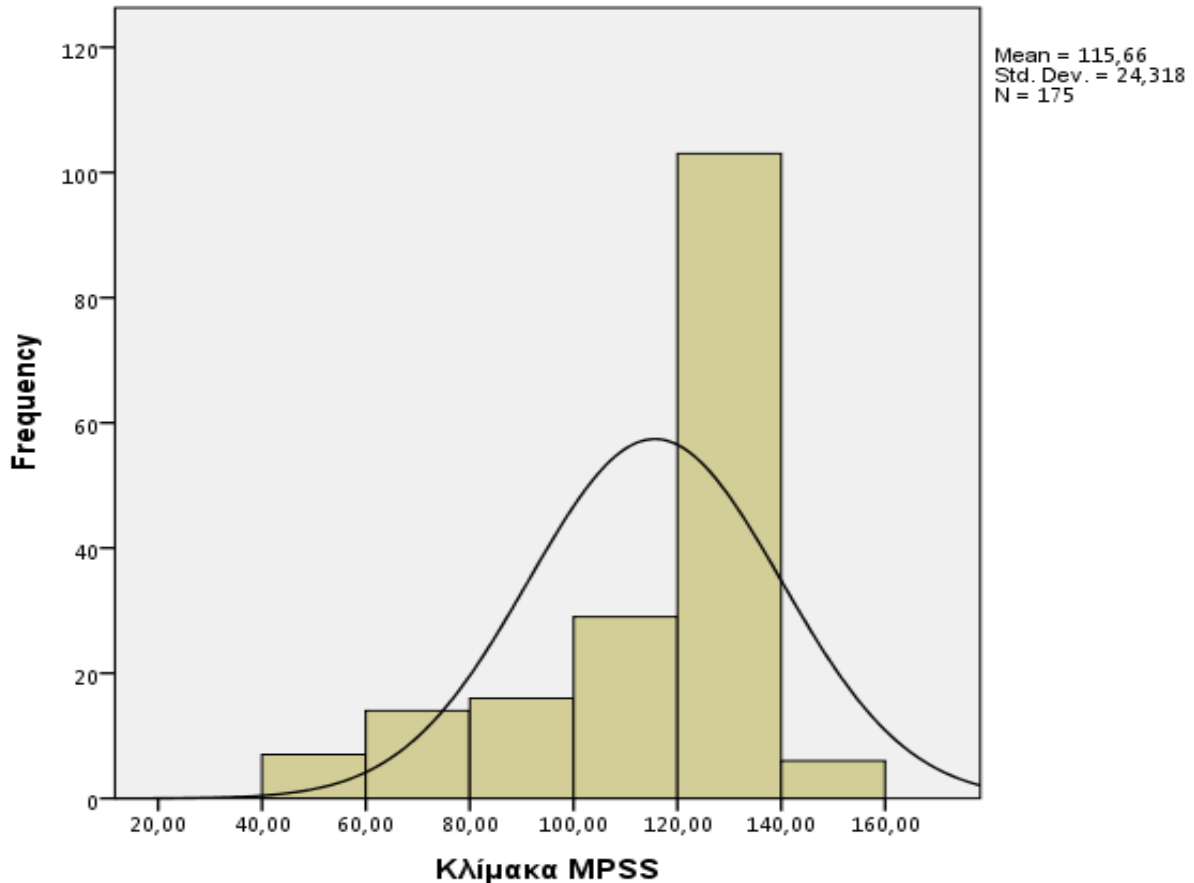
Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί από τον Merkouris et al. (2011) και περιέχει 18 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το βαθμό της ικανοποίησής τους ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα. Οι απαντήσεις τους βαθμολογούνται σύμφωνα με την πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (1 - 2 - 3 - 4 - 5) ως εξής:

- 1 = Καθόλου Ικανοποιημένος
- 2 = Λίγο Ικανοποιημένος
- 3 = Αρκετά Ικανοποιημένος
- 4 = Πολύ Ικανοποιημένος
- 5 = Πάρα πολύ ικανοποιημένος

Η κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα καταρτίζεται από την άθροιση του συνόλου των ερωτήσεων-προτάσεων. Σημειώνεται πως υψηλά σκορ στην κλίμακα υποδεικνύουν και υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται στον οίκο ευγηρίας. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι ίσος με 0,98 που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία. Ο μέσος όρος της κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι 115,7 με τυπική απόκλιση 24,32 μονάδες και ελάχιστη τιμή 43 και μέγιστη τιμή 145.

Στο Σχήμα 1.1. απεικονίζεται η κατανομή της κλίμακας της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Σχήμα 1.1. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



2^ο Μέρος: Ερωτηματολόγιο για την κλίμακα μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15).

Η τυποποιημένη Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15), είναι ένα έγκυρο και εύχρηστο εργαλείο διαλογής, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην κλινική εκτίμηση της γεροντικής κατάθλιψης. Έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα σε ηλικιωμένο πληθυσμό από τον Fountoulakis et al.¹¹⁷ και με βαθμολογία 6/7 βρέθηκε να είναι το καλύτερο διαγνωστικό όριο της κατάθλιψης, με ευαισθησία = 92,23 και εξειδίκευση = 95.

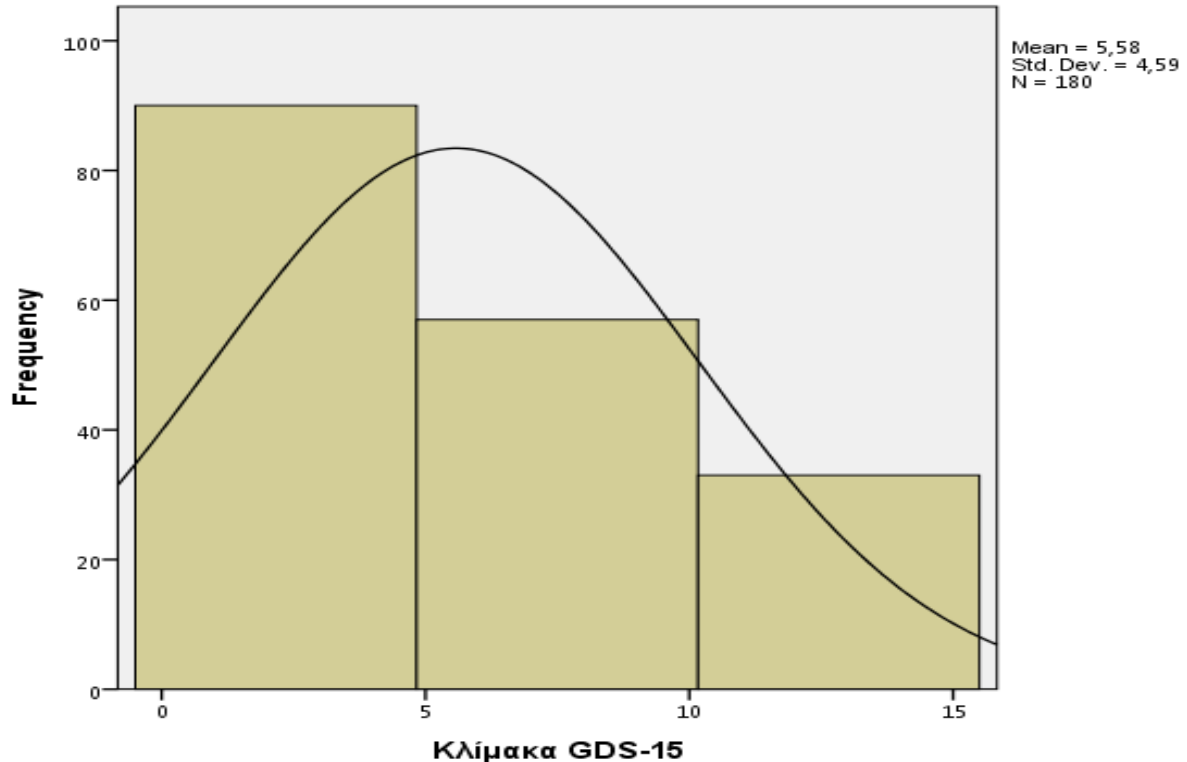
Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιέχει 15 ερωτήσεις και οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν τις απαντήσεις τους με Ναι ή Όχι. Συνολικά καταρτίζεται η κλίμακα μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που φέρουν το πρόσημο «-» αντιστρέφονται στην τελική διαδικασία βαθμολόγησης, έτσι ώστε υψηλά σκορ να υποδεικνύουν ότι ο συμμετέχων πάσχει από σοβαρότερη κατάθλιψη. Επιπλέον, για την έκφραση της εκτίμησης της γεροντικής κατάθλιψης γίνεται κατηγοριοποίηση του σκορ ως εξής:

- 0 - 5 = απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων
- 6 - 10 = μέτρια κατάθλιψη
- 11 - 15 = σοβαρή κατάθλιψη
- 6 - 15 = παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη)

Κλίμακα Γεροντικής Κατάθλιψης: (-) 1, 2, 3, 4, (-) 5, 6, (-) 7, 8, 9, 10, (-) 11, 12, (-) 13, 14, 15

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha είναι ίσος με 0,90 που δηλώνει εξαιρετική αξιοπιστία. Ο μέσος όρος της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης είναι 5,58 με τυπική απόκλιση 4,59 μονάδες και ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 15. Στο Σχήμα 1.2. απεικονίζεται η κατανομή της κλίμακας της γεροντικής κατάθλιψης.

Σχήμα 1.2. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της κλίμακας συναισθηματικής νοημοσύνης, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



1.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων περί ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και των ερωτήσεων που συνθέτουν την κλίμακα γεροντικής κατάθλιψης. Στη συνέχεια, για τη στατιστική αξιολόγηση των ερευνητικών υποθέσεων εφαρμόστηκε ο έλεγχος συσχέτισης δύο ποιοτικών μεταβλητών X^2 ή όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις, ο αντίστοιχος έλεγχος Fisher's exact test. Για τη στατιστική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Pearson r και η ανάλυση διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (ANOVA).

Τα p-value που αναφέρονται βασίζονται σε αμφίπλευρους ελέγχους. Οι τιμές p-value που ήταν μικρότερες από 0,05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS Statistics Version 19.

1.7. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή μίας έρευνας. Ειδικότερα, αρχικά εξασφαλίστηκε η απαιτούμενη άδεια από τη διεύθυνση του οίκου ευγηρίας για την πραγματοποίηση της έρευνας (παράρτημα). Επιπλέον, τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού. Τέλος, κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

1.8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Βασικοί περιορισμοί της μελέτης υπήρξαν το μέγεθος του πληθυσμού της μελέτης και ο γεωγραφικός περιορισμός στο νομό Ιωαννίνων, που μπορεί να μην επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

2.1.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων στη συγκεκριμένη έρευνα περιελάμβανε την καταγραφή βασικών δημογραφικών και κοινωνικών δεδομένων των ηλικιωμένων, όπως για το φύλο, την ηλικία, αν πρόκειται για κλινήρη άτομο, αν οι ηλικιωμένοι έχουν δραστηριότητες και εκτός του οίκου ευγηρίας, για τα έτη εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση, την απόκτηση παιδιών, για την εθνικότητα, για το επάγγελμα που ασκούσαν οι ηλικιωμένοι, για τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο ανήκουν, για τη συχνότητα επισκέψεων από συγγενείς, όπως και για τη συχνότητα διαμονής με τους συγγενείς και τέλος για τον αριθμό των χρόνιων ασθενειών.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα στατιστικά μέτρα των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ατόμων του συνολικού δείγματος. Έτσι, από τον Πίνακα 2.1. προκύπτει πως το 40% των συμμετεχόντων είναι άντρες και το υπόλοιπο 60% γυναίκες. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων του δείγματος, το 57,8% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 80+. Το 30% του δείγματος βρίσκεται μεταξύ των 70 με 79 ετών και το 12,2% μεταξύ των 60 με 69 ετών. Το 67,8% των ηλικιωμένων δεν είναι κλινήρεις, αλλά μόνο το 32,2% έχει δραστηριότητες και εκτός του οίκου ευγηρίας. Όσο αφορά στα χρόνια εκπαίδευσης, το 49,4% των ηλικιωμένων έχει 2 έως και 7 έτη εκπαίδευσης, το 31,7% είναι αναλφάβητοι, το 13,9% των ηλικιωμένων έχει 8 έως και 13 χρόνια εκπαίδευσης, ενώ μόνο το 5% έχει λάβει άνω των 13 ετών εκπαίδευση. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 63,9% του δείγματος είναι χήροι/ες, το 20,6% άγαμοι, το 10,6% διαζευγμένοι και μόλις το 5% έγγαμοι. Το 58,3% του δείγματος έχει αποκτήσει παιδιά, σε σχέση με το 41,7% που δεν έχει παιδιά. Το 97,8% των ηλικιωμένων έχει ελληνική εθνικότητα. Όσο αφορά στο επάγγελμα, το 42,8% των ηλικιωμένων ήταν αγρότες, το 23,3% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 17,2% είχαν μη χειρωνακτικό επάγγελμα και το 16,7% ασκούσε χειρωνακτικό επάγγελμα. Ακόμα, το 68,9% έχει δημόσιο ασφαλιστικό φορέα, σε αντίθεση με το 31,1% που έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Στη συνέχεια, από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων προκύπτει ότι 29,4%

δεν έχει καθόλου επισκέψεις από συγγενείς, το 25% δηλώνει ότι οι συγγενείς τους επισκέπτονται αρκετά συχνά, το 23,3% καθημερινά, το 11,7% συχνά και το 10,6% απαντά ότι δέχονται ελάχιστες επισκέψεις από τους συγγενείς τους. Αναφορικά με τη συχνότητα διαμονής των ηλικιωμένων με συγγενείς κατά τη διάρκεια του έτους, το 72,8% απαντά ότι δεν φιλοξενείται καθόλου, το 11,7% ότι διαμένει συχνά με τους συγγενείς τους, το 7,8% πολύ συχνά και το 7,8% ελάχιστα. Τέλος, το 55% των ηλικιωμένων πάσχει από 3 και άνω χρόνιες ασθένειες, σε σχέση με το 45% που πάσχει από λιγότερες από 3.

Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.1. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.1. (παράρτημα).

Πίνακας 2.1. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως αποτυπώνονται από το ερωτηματολόγιο, για το σύνολο των 180 ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Δημογραφικά Στοιχεία	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Φύλο		
<i>Άντρας</i>	72	40,0
<i>Γυναίκα</i>	108	60,0
Ηλικιακή Ομάδα (έτη)		
<i>60-69</i>	22	12,2
<i>70-79</i>	54	30,0
<i>80+</i>	104	57,8
Κλινήρης Ηλικιωμένος		
<i>Όχι</i>	122	67,8
<i>Ναι</i>	58	32,2

Δραστηριότητες εκτός Οίκου		
Ευγηρίας		
<i>Όχι</i>	122	67,8
<i>Ναι</i>	58	32,2

Χρόνια Εκπαίδευσης		
<i>>13</i>	9	5,0
<i>8 – 13</i>	25	13,9
<i>2 – 7</i>	89	49,4
<i>0</i>	57	31,7

Οικογενειακή Κατάσταση		
<i>Άγαμος</i>	37	20,6
<i>Έγγαμος</i>	9	5,0
<i>Διαζευγμένος</i>	19	10,6
<i>Χήρος</i>	115	63,9

Απόκτηση Παιδιών		
<i>Όχι</i>	75	41,7
<i>Ναι</i>	105	58,3

Εθνικότητα		
<i>Ελληνική</i>	176	97,8
<i>Άλλη</i>	4	2,2

Επάγγελμα		
<i>Μη Χειρώνακτας</i>	31	17,2
<i>Χειρώνακτας</i>	30	16,7
<i>Αγρότης</i>	77	42,8
<i>Οικιακά</i>	42	23,3

Ασφαλιστικός Φορέας		
<i>Δημόσιος</i>	124	68,9
<i>Ιδιωτικός</i>	56	31,1

Συχνότητα Επισκέψεων από Συγγενείς		
<i>Καθημερινά</i>	42	23,3
<i>Αρκετά Συχνά</i>	45	25,0
<i>Συχνά</i>	21	11,7
<i>Ελάχιστα</i>	19	10,6
<i>Καθόλου</i>	53	29,4

Συχνότητα Διαμονής με Συγγενείς το Χρόνο		
<i>Πολύ Συχνά</i>	14	7,8
<i>Συχνά</i>	21	11,7
<i>Ελάχιστα</i>	14	7,8
<i>Καθόλου</i>	131	72,8

Αριθμός Χρόνων Ασθενειών		
< 3	81	45,0
3+	99	55,0

Σύνολο	180	100,0
---------------	------------	--------------

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, όπως προκύπτει από το δείγμα της παρούσας έρευνας, το θεωρητικά τυπικό προφίλ του ηλικιωμένου που φιλοξενείται στον οίκο ευγηρίας είναι το εξής:

- Ηλικίας άνω των 80 ετών
- Μη κλινήρης
- Δεν έχει δραστηριότητες εκτός του οίκου ευγηρίας
- Έχει λάβει 2 έως και 7 χρόνια εκπαίδευσης (επίπεδο δημοτικού)

- Είναι χήρος/α
- Έχει αποκτήσει παιδιά
- Είναι ελληνικής εθνικότητας
- Ήταν αγρότης/τισσα
- Έχει δημόσια ασφάλιση
- Δεν δέχεται επισκέψεις από συγγενείς
- Δεν διαμένει καθόλου με συγγενείς κατά τη διάρκεια του χρόνου
- Πάσχει από χρόνια συνοδά νοσήματα

2.1.2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Στη συνέχεια, ακολουθούν τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (συχνότητες και σχετικές συχνότητες) των ερωτήσεων που αποτυπώνουν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη νοσηλευτική φροντίδα. Από τον Πίνακα 2.2. φαίνεται ότι το 43,3% του δείγματος είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από τη βοήθεια που τους παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό για τις καθημερινές ανάγκες του. Η πλειοψηφία του δείγματος, το 38,3% δηλώνει «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από τις νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις, όσο αφορά στην επιδεξιότητα με την οποία εκτελούν τις διαδικασίες ή πράξεις (όπως τη χορήγηση φαρμάκων, την περιποίηση πληγών κλπ). Όμοια, το 39,4% των ηλικιωμένων απαντά ότι είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από τη συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω διαδικασίες ή πράξεις. Το 43,9% του δείγματος δηλώνει ότι είναι «πολύ» ικανοποιημένο από την εφαρμογή των μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου. Η επόμενη ερώτηση αφορά στην πληροφόρηση που τους δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, το 43,3% απαντά ότι είναι «πολύ» ικανοποιημένο από την πληροφόρηση για τον προσανατολισμό στους χώρους του οίκου ευγηρίας την πρώτη ημέρα που έρχεται κάποιος ηλικιωμένος. Παράλληλα, το 41,1% είναι «πολύ» ικανοποιημένο από την πληροφόρηση για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες. Επίσης, το 40,6% του δείγματος είναι «πολύ» ικανοποιημένο από την πληροφόρηση των συγγενών ή άλλων κοντινών προσώπων του ηλικιωμένου. Αναφορικά με την εκπαίδευση – οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για την απαιτούμενη φροντίδα, το 47,2% είναι «πολύ» ικανοποιημένο. Σχετικά με την

ανταπόκριση – ταχύτητα, το 46,1% και το 50% των ηλικιωμένων απαντά ότι είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από το πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα για βοήθεια και από το πόσο γρήγορα κάνει κάτι για να βοηθήσει αντίστοιχα. Ακολουθεί η ερώτηση αναφορικά με το χρόνο που διαθέτει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα γενικά των ηλικιωμένων. Έτσι, το 62,2% είναι «πολύ» και «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από τον χρόνο που αφιερώνει σε σχέση με αυτόν που οι ίδιοι πιστεύουν ότι θα ήταν αρκετός. Το 52,2% του δείγματος δηλώνει «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από τη συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, το 56,7% είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από την εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για τη μείωση του θορύβου, ώστε να έχουν επαρκή χρόνο για ξεκούραση και ύπνο. Παράλληλα, το 58,1% είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από την επιλογή της κατάλληλης ώρας για το ξύπνημα του ηλικιωμένου από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ακολουθεί ερώτηση για την καθαριότητα των χώρων. Έτσι, το 73,3% και το 75% του δείγματος είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από την καθαριότητα στο ιατρείο και στους κοινόχρηστους χώρους αντίστοιχα. Η επόμενη ερώτηση αφορά στο φαγητό. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 44,7% είναι «πολύ» ικανοποιημένο από την ποιότητα του φαγητού, το 39,4% «πολύ» ικανοποιημένο από την επιλογή του φαγητού, το 43%, το 42,2% και το 40,6% «πολύ» ικανοποιημένο από την θερμοκρασία του φαγητού, τον τρόπο και ώρα σερβιρίσματος και την βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα. Όσο αφορά στην ευγένεια που επιδεικνύει το νοσηλευτικό προσωπικό, το 52,8% είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο. Επιπλέον, το 57,2% των ηλικιωμένων είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από το σεβασμό που δείχνει το νοσηλευτικό προσωπικό προς τους τροφίμους του οίκου ευγηρίας. Το 39,7% του δείγματος δηλώνει «πολύ» ικανοποιημένο από το χρόνο που αφιερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ηλικιωμένους για να συζητήσει, να ακούσει, να κατανοήσει τα προβλήματά τους και να συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές τους. Σχετικά με το κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες των ηλικιωμένων, το 53,1% απαντά «πολύ» ικανοποιημένο. Ακολουθεί ερώτηση αναφορικά με τη συμμετοχή στη φροντίδα. Έτσι, το 37,4% και το 40,8% των ηλικιωμένων είναι «πολύ» ικανοποιημένοι από τις ευκαιρίες που τους δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό για να αποφασίσουν για τη φροντίδα τους και από το γεγονός ότι ζητά την άδεια του ηλικιωμένου για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετική με τη φροντίδα του αντίστοιχα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις, το 45,8% του δείγματος είναι «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από τον

επαγγελματισμό που δείχνει το νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, το 54,7% δηλώνει συνολικά «πάρα πολύ» ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και τη συνεισφορά του προσωπικού στην καλύτερευση της κατάστασης υγείας τους.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα παραπάνω προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων του δείγματος απαντά ότι είναι «πολύ» και «πάρα πολύ» ικανοποιημένο από την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.2. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.2. (παράρτημα).

Πίνακας 2.2. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των ερωτήσεων που καταγράφουν την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα, για το σύνολο των 180 ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Ικανοποίηση Ασθενών με Νοσηλευτική Φροντίδα (MPSS)	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)	
1. Βοήθεια για τις καθημερινές ανάγκες. <i>Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος.</i>	<i>Καθόλου</i>	1	0,6
	<i>Λίγο</i>	17	9,4
	<i>Αρκετά</i>	32	17,8
	<i>Πολύ</i>	52	28,9
	<i>Πάρα πολύ</i>	78	43,3
2. Νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις. <i>Όπως: χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, φλεβοκεντήσεις, αλλαγή ορών, περιποίηση πληγών ή τραυμάτων, αλλαγή επιδέσμων κ.τ.λ. Βαθμολογήστε αναφορικά με:</i> <i>α. την επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω</i>	<i>Καθόλου</i>	5	2,8
	<i>Λίγο</i>	7	3,9
	<i>Αρκετά</i>	42	23,3
	<i>Πολύ</i>	57	31,7
	<i>Πάρα πολύ</i>	69	38,3

διαδικασίες ή πράξεις.			
β. τη συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω διαδικασίες ή πράξεις.	Καθόλου	2	1,1
	Λίγο	10	5,6
	Αρκετά	42	23,3
	Πολύ	55	30,6
	Πάρα πολύ	71	39,4

3. Ανακούφιση του πόνου. Εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου, (π.χ. αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον ηλικιωμένο, αλλαγή θέσης, χορήγηση φαρμάκων, κ.τ.λ.).	Καθόλου	4	2,2
	Λίγο	19	10,6
	Αρκετά	33	18,3
	Πολύ	79	43,9
	Πάρα πολύ	45	25,0

4. Πληροφόρηση. Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό: α. για τον προσανατολισμό στους χώρους του οίκου ευγηρίας την πρώτη μέρα που έρχεται ο ηλικιωμένος (χώρος, ρουτίνα, κουδούνι).	Καθόλου	4	2,2
	Λίγο	13	7,2
	Αρκετά	23	12,8
	Πολύ	78	43,3
	Πάρα πολύ	62	34,4
β. για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα).	Καθόλου	4	2,2
	Λίγο	15	8,3
	Αρκετά	21	11,7
	Πολύ	74	41,1
	Πάρα πολύ	66	36,7
γ. των συγγενών ή άλλων κοντινών προσώπων του ηλικιωμένου (π.χ. για τον τρόφιμο και τι περιμένει από αυτούς).	Καθόλου	3	1,7
	Λίγο	14	7,8
	Αρκετά	24	13,3
	Πολύ	73	40,6
	Πάρα πολύ	66	36,7

5. Εκπαίδευση - Οδηγίες. <i>Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για την απαιτούμενη φροντίδα.</i>	<i>Καθόλου</i>	5	2,8
	<i>Λίγο</i>	17	9,4
	<i>Αρκετά</i>	37	20,6
	<i>Πολύ</i>	85	47,2
	<i>Πάρα πολύ</i>	36	20,0

6. Ανταπόκριση - ταχύτητα. <i>α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα για βοήθεια (κουδούνι - σήμα).</i>	<i>Καθόλου</i>	3	1,7
	<i>Λίγο</i>	20	11,1
	<i>Αρκετά</i>	22	12,2
	<i>Πολύ</i>	52	28,9
	<i>Πάρα πολύ</i>	83	46,1
<i>β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να βοηθήσει.</i>	<i>Καθόλου</i>	4	2,2
	<i>Λίγο</i>	17	9,4
	<i>Αρκετά</i>	23	12,8
	<i>Πολύ</i>	46	25,6
	<i>Πάρα πολύ</i>	90	50,0

7. Διαθέσιμος χρόνος. <i>Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για τη φροντίδα, σε σχέση με εκείνον που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.</i>	<i>Καθόλου</i>	8	4,4
	<i>Λίγο</i>	23	12,8
	<i>Αρκετά</i>	37	20,6
	<i>Πολύ</i>	56	31,1
	<i>Πάρα πολύ</i>	56	31,1

8. Συνέχεια νοσηλευτικής φροντίδας. <i>Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια, πληροφορείται έγκαιρα για τυχόν αλλαγές που προκύπτουν σε σχέση με την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων.</i>	<i>Καθόλου</i>	2	1,1
	<i>Λίγο</i>	7	3,9
	<i>Αρκετά</i>	16	8,9
	<i>Πολύ</i>	61	33,9
	<i>Πάρα πολύ</i>	94	52,2

9. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο. <i>α. εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για μείωση του θορύβου (από άλλους ασθενείς, επισκέπτες, προσωπικό).</i>	<i>Καθόλου</i>	5	2,8
	<i>Λίγο</i>	12	6,7
	<i>Αρκετά</i>	14	7,8
	<i>Πολύ</i>	47	26,1
	<i>Πάρα πολύ</i>	102	56,7
<i>β. επιλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό της κατάλληλης ώρας ή επιλογή από τον ηλικιωμένο της ώρας για το ζόπνημα.</i>	<i>Καθόλου</i>	4	2,2
	<i>Λίγο</i>	11	6,1
	<i>Αρκετά</i>	12	6,7
	<i>Πολύ</i>	48	26,8
	<i>Πάρα πολύ</i>	104	58,1

10. Καθαριότητα χώρων <i>α. ιατρείο</i>	<i>Καθόλου</i>	1	0,6
	<i>Λίγο</i>	1	0,6
	<i>Αρκετά</i>	14	7,8
	<i>Πολύ</i>	32	17,8
	<i>Πάρα πολύ</i>	132	73,3
<i>β. κοινόχρηστων χώρων</i>	<i>Καθόλου</i>	1	,6
	<i>Λίγο</i>	1	,6
	<i>Αρκετά</i>	14	7,8
	<i>Πολύ</i>	29	16,1
	<i>Πάρα πολύ</i>	135	75,0

11. Φαγητό. <i>α. ποιότητα</i>	<i>Καθόλου</i>	7	3,9
	<i>Λίγο</i>	14	7,8
	<i>Αρκετά</i>	36	20,1
	<i>Πολύ</i>	80	44,7
	<i>Πάρα πολύ</i>	42	23,5
<i>β. επιλογή φαγητού (ικανοποίηση προσωπικών προτιμήσεων)</i>	<i>Καθόλου</i>	9	5,0
	<i>Λίγο</i>	16	8,9
	<i>Αρκετά</i>	47	26,1
	<i>Πολύ</i>	71	39,4

	<i>Πάρα πολύ</i>	37	20,6
<i>γ. θερμοκρασία</i>	<i>Καθόλου</i>	2	1,1
	<i>Λίγο</i>	11	6,1
	<i>Αρκετά</i>	26	14,5
	<i>Πολύ</i>	77	43,0
	<i>Πάρα πολύ</i>	63	35,2
<i>δ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος</i>	<i>Καθόλου</i>	5	2,8
	<i>Λίγο</i>	11	6,1
	<i>Αρκετά</i>	16	8,9
	<i>Πολύ</i>	76	42,2
	<i>Πάρα πολύ</i>	72	40,0
<i>ε. βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό</i>	<i>Καθόλου</i>	6	3,3
	<i>Λίγο</i>	21	11,7
	<i>Αρκετά</i>	17	9,4
	<i>Πολύ</i>	73	40,6
	<i>Πάρα πολύ</i>	63	35,0

12. Ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.	<i>Καθόλου</i>	2	1,1
	<i>Λίγο</i>	15	8,3
	<i>Αρκετά</i>	15	8,3
	<i>Πολύ</i>	53	29,4
	<i>Πάρα πολύ</i>	95	52,8

13. Σεβασμός. <i>Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό (π.χ. τρόπος ομιλίας, προστασία της έκθεσης του σώματος, σεβασμός της διαφορετικότητας κ.τ.λ.).</i>	<i>Καθόλου</i>	2	1,1
	<i>Λίγο</i>	13	7,2
	<i>Αρκετά</i>	19	10,6
	<i>Πολύ</i>	43	23,9
	<i>Πάρα πολύ</i>	103	57,2

14. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. <i>Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει στους ηλικιωμένους για να συζητήσει, να ακούσει, να κατανοήσει τα προβλήματά τους και να συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές τους.</i>	<i>Καθόλου</i>	9	5,0
	<i>Λίγο</i>	21	11,7
	<i>Αρκετά</i>	43	24,0
	<i>Πολύ</i>	71	39,7
	<i>Πάρα πολύ</i>	35	19,6

15. Προσωπικές προτιμήσεις. <i>Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες (π.χ. ώρα φαγητού, καθαριότητας, επισκεπτηρίου κ.τ.λ.).</i>	<i>Καθόλου</i>	9	5,0
	<i>Λίγο</i>	17	9,5
	<i>Αρκετά</i>	34	19,0
	<i>Πολύ</i>	95	53,1
	<i>Πάρα πολύ</i>	24	13,4

16. Συμμετοχή στη φροντίδα. <i>α. ευκαιρίες που σας δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό για να αποφασίσετε για τη φροντίδα σας.</i>	<i>Καθόλου</i>	12	6,7
	<i>Λίγο</i>	26	14,5
	<i>Αρκετά</i>	59	33,0
	<i>Πολύ</i>	67	37,4
	<i>Πάρα πολύ</i>	15	8,4
<i>β. το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά την άδεια του ηλικιωμένου για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετική με τη φροντίδα</i>	<i>Καθόλου</i>	12	6,7
	<i>Λίγο</i>	25	14,0
	<i>Αρκετά</i>	50	27,9
	<i>Πολύ</i>	73	40,8
	<i>Πάρα πολύ</i>	19	10,6

17. Επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού.	<i>Καθόλου</i>	6	3,4
	<i>Λίγο</i>	7	3,9
	<i>Αρκετά</i>	30	16,8
	<i>Πολύ</i>	54	30,2
	<i>Πάρα πολύ</i>	82	45,8

18. Αποτελεσματικότητα. <i>Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είσαστε από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας.</i>	<i>Καθόλου</i>	5	2,8
	<i>Λίγο</i>	7	3,9
	<i>Αρκετά</i>	26	14,5
	<i>Πολύ</i>	43	24,0
	<i>Πάρα πολύ</i>	98	54,7

2.1.3. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Παρακάτω ακολουθούν τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (συχνότητες και σχετικές συχνότητες) των ερωτήσεων που συνολικά συνθέτουν την κλίμακα γεροντικής κατάθλιψης. Από τον Πίνακα 2.3. προκύπτει ότι το 66,1% των ηλικιωμένων του δείγματος είναι βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή τους. Το 53,9% απαντά ότι δεν έχει εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά τους. Ακόμα, το 57,8% δεν αισθάνεται ότι η ζωή του είναι άδεια, όπως και το 57,8% απαντά ότι δεν αισθάνεται να βαριέται συχνά. Επίσης, η πλειοψηφία του δείγματος, το 61,7% δηλώνει ότι βρίσκεται στα κέφια του τον περισσότερο καιρό. Το 79,4% των ηλικιωμένων δεν φοβάται ότι θα τους συμβεί κάτι κακό. Το 63,8% απαντά ότι αισθάνεται ευτυχισμένο τον περισσότερο καιρό. Η πλειοψηφία του δείγματος, το 77,2% δεν αισθάνεται αβοήθητο. Επιπλέον, το 71,1% των ηλικιωμένων απαντά ότι προτιμά να μένει στον οίκο ευημερίας παρά να βγαίνει έξω και να κάνει καινούργια πράγματα. Το 68,9% δεν αισθάνεται ότι έχει περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη τους από ότι οι υπόλοιποι. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ηλικιωμένων, το 75% πιστεύει ότι είναι υπέροχο πράγμα που είναι ζωντανοί τώρα. Το 65,6 % δεν αισθάνεται άχρηστο στην παρούσα του κατάσταση. Από την άλλη, το 51,1% δηλώνει ότι δεν αισθάνεται γεμάτο ενέργεια, σε σχέση με το 48,9% που αισθάνεται διαφορετικά. Ακόμα, το 80% του δείγματος δεν αισθάνεται ότι η κατάσταση στην οποία βρίσκεται είναι απελπιστική. Τέλος, το 56,1% των ηλικιωμένων δεν πιστεύει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από αυτούς, σε σύγκριση με το 43,9% που πιστεύει κάτι ανάλογο.

Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.3. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.3. (παράρτημα).

Πίνακας 2.3. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα γεροντικής κατάθλιψης, για το σύνολο των 180 ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS-15)	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Είστε βασικά ευχαριστημένος/η με τη ζωή σας;		
<i>Όχι</i>	61	33,9
<i>Ναι</i>	119	66,1
Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;		
<i>Όχι</i>	97	53,9
<i>Ναι</i>	83	46,1
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;		
<i>Όχι</i>	104	57,8
<i>Ναι</i>	76	42,2
Βαριέστε συχνά;		
<i>Όχι</i>	104	57,8
<i>Ναι</i>	76	42,2
Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;		
<i>Όχι</i>	69	38,3
<i>Ναι</i>	111	61,7
Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;		
<i>Όχι</i>	143	79,4
<i>Ναι</i>	37	20,6

Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;		
<i>Όχι</i>	67	37,2
<i>Ναι</i>	113	62,8

Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;		
<i>Όχι</i>	139	77,2
<i>Ναι</i>	41	22,8

Προτιμάτε να μένετε στον οίκο ευημερίας παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;		
<i>Όχι</i>	52	28,9
<i>Ναι</i>	128	71,1

Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι;		
<i>Όχι</i>	124	68,9
<i>Ναι</i>	56	31,1

Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;		
<i>Όχι</i>	45	25,0
<i>Ναι</i>	135	75,0

Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;		
<i>Όχι</i>	118	65,6
<i>Ναι</i>	62	34,4

Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;		
	<i>Όχι</i>	92 51,1
	<i>Ναι</i>	88 48,9

Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;		
	<i>Όχι</i>	144 80,0
	<i>Ναι</i>	36 20,0

Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;		
	<i>Όχι</i>	101 56,1
	<i>Ναι</i>	79 43,9

Στον Πίνακα 2.4. παρουσιάζεται αναλυτικά η κατηγοριοποίηση της βαθμολογίας της κλίμακας της γεροντικής κατάθλιψης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 57,8% του δείγματος των ηλικιωμένων δεν παρουσιάζουν συμπτώματα γεροντικής κατάθλιψης, το 23,9% έχει μέτρια κατάθλιψη και το 18,3% των ηλικιωμένων πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη. Αν αθροιστούν οι 2 τελευταίες κατηγορίες, προκύπτει ότι το 42,2% των ηλικιωμένων του δείγματος παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα.

Πίνακας 2.4. Κατηγοριοποίηση της βαθμολογίας της κλίμακας της γεροντικής κατάθλιψης, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη	Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα (%)
Απουσία Συμπτωμάτων (0-5)	104	57,8
Μέτρια (6-10)	43	23,9
Σοβαρή (11-15)	33	18,3

2.2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

- **1η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Οι γυναίκες θα εμφανίσουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους άντρες".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης μεταξύ του φύλου, εφαρμόστηκε ο έλεγχος X^2 . Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γεροντικής κατάθλιψης και του φύλου. Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη", το 72,1% είναι γυναίκες, σε αντίθεση με μόλις το 21,2% των αντρών του δείγματος. Επιπλέον, μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 78,8% είναι επίσης γυναίκες, σε αντίθεση με το 21,2% που είναι άντρες. Η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης και του φύλου είναι στατιστικά σημαντική ($X^2 = 12,68$ και $p\text{-value} = 0,002 < 0,05$).

Επομένως, ικανοποιείται η 1η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "οι γυναίκες θα εμφανίσουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους άντρες". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.5. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.4. (παράρτημα).

Πίνακας 2.5. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και του φύλου, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη					
n (%)					
Δημογραφικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Φύλο					$X^2 = 12,68$ $p = 0,002^*$
<i>Ανδρας</i>	53 (51,0)	12 (27,9)	7 (21,2)	72 (40,0)	
<i>Γυναίκα</i>	51 (49,0)	31 (72,1)	26 (78,8)	108 (60,0)	

Σύνολο	104 (100,0)	43 (100,0)	33 (100,0)	180 (100,0)	
---------------	-------------	------------	------------	----------------	--

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

- **2η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών με κατάθλιψη θα είναι υψηλότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων αντρών με κατάθλιψη δε θα σχετίζεται με την ηλικία".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη και το φύλο, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Fisher's exact test. Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, το 56,6% είναι άνω των 80 ετών. Επίσης, μεταξύ των ανδρών που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη" το 41,7% είναι ηλικίας μεταξύ 70 και 79 ετών. Ακόμα, μεταξύ των ανδρών που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 42,9% είναι άνω των 80 ετών. Ωστόσο, η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης στους άνδρες και της ηλικιακής ομάδας δεν είναι στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test p-value = 0,146 > 0,05).

Όσο αφορά στις γυναίκες, μεταξύ αυτών που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη", το 54,8% είναι άνω των 80 ετών. Παράλληλα, μεταξύ των γυναικών που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 61,5% είναι άνω των 80 ετών. Ωστόσο, το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης είναι επίσης υψηλό (68,6%). Έτσι, η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης στις γυναίκες και της ηλικιακής ομάδας δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test p-value = 0,676 > 0,05).

Συνεπώς, η 2η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών με κατάθλιψη θα είναι υψηλότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων αντρών με κατάθλιψη δε θα σχετίζεται με την ηλικία", ικανοποιείται στο δεύτερο σκέλος της (δηλαδή όσο αφορά στους άνδρες). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.6. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.5. (παράρτημα).

Πίνακας 2.6. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της ηλικιακής ομάδας, λαμβάνοντας υπόψη και το φύλο, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη n (%)					
Δημογραφικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Ανδρες					Fisher's exact p= 0,146
Ηλικιακή Ομάδα					
60-69 ετών	6 (11,3)	4 (33,3)	2 (28,6)	12 (16,7)	
70-79 ετών	17 (32,1)	5 (41,7)	2 (28,6)	24 (33,3)	
80+ ετών	30 (56,6)	3 (25,0)	3 (42,9)	36 (50,0)	
Σύνολο	53 (100,0)	12 (100,0)	7 (100,0)	72 (100,0)	

Γυναίκες					Fisher's exact p= 0,676
Ηλικιακή Ομάδα					
60-69 ετών	3 (5,9)	4 (12,9)	3 (11,5)	10 (9,3)	
70-79 ετών	13 (25,5)	10 (32,3)	7 (26,9)	30 (27,8)	
80+ ετών	35 (68,6)	17 (54,8)	16 (61,5)	68 (63,0)	
Σύνολο	51 (100,0)	31 (100,0)	26 (100,0)	108 (100,0)	

- **3η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων χωρίς παιδιά θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που δεν θα έχουν".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που έχουν παιδιά ή όχι, εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 . Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γεροντικής κατάθλιψης και της απόκτησης παιδιών. Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των

ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη", το 60,5% δεν έχει παιδιά. Μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 51,5% επίσης δεν έχει παιδιά. Από την άλλη, μεταξύ των ατόμων που δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, το 69,2% έχουν παιδιά. Η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης και της απόκτησης παιδιών είναι στατιστικά σημαντική ($X^2 = 12,65$ και $p\text{-value} = 0,002 < 0,05$).

Επομένως, ικανοποιείται η 3η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων χωρίς παιδιά θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που δεν θα έχουν". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.7. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.6. (παράρτημα).

Πίνακας 2.7. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της απόκτησης παιδιών, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη					
n (%)					
Δημογραφικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Παιδιά					
<i>Όχι</i>	32 (30,8)	26 (60,5)	17 (51,5)	75 (41,7)	$X^2 = 12,65$ $p = 0,002^*$
<i>Ναι</i>	72 (69,2)	17 (39,5)	16 (48,5)	105 (58,3)	
Σύνολο	104 (100,0)	43 (100,0)	33 (100,0)	180 (100,0)	

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

- **4η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θα εμφανίσουν πολλαπλή παθολογία θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού των ηλικιωμένων που θα εμφανίσουν πολλαπλή παθολογία μεταξύ των κατηγοριών της γεροντικής κατάθλιψης, εφαρμόστηκε ο έλεγχος X^2 . Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι

υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γεροντικής κατάθλιψης και της πολλαπλής παθολογίας. Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη", το 69,8% εμφανίζει πολλαπλή παθολογία. Παράλληλα, μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 81,8% πάσχει από 3 και άνω χρόνιες ασθένειες. Αντίθετα, μεταξύ των ηλικιωμένων που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, το 59,6% δεν εμφανίζει πολλαπλή παθολογία. Η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης και της πολλαπλής παθολογίας είναι στατιστικά σημαντική ($X^2 = 22,354$ και $p\text{-value} < 0,001$).

Επομένως, ικανοποιείται η 4η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων που θα εμφανίσουν πολλαπλή παθολογία θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.7. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.8. (παράρτημα).

Πίνακας 2.8. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της πολλαπλής παθολογίας, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη					
n (%)					
Ιστορικό Υγείας	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Αριθμός Χρόνιων Ασθενειών					$X^2 = 22,354$ $p < 0,001^*$
<3	62 (59,6)	13 (30,2)	6 (18,2)	81 (45,0)	
3+	42 (40,4)	30 (69,8)	27 (81,8)	99 (55,0)	
Σύνολο	104 (100,0)	43 (100,0)	33 (100,0)	180 (100,0)	

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

- **5η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν δέχεται επισκέψεις από συγγενείς ή δέχεται ελάχιστες, θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους μη έχοντες."

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που δέχονται συχνές ή ελάχιστες επισκέψεις από συγγενείς, εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 . Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γεροντικής κατάθλιψης και της συχνότητας των επισκέψεων από συγγενείς. Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη", το 67,4% δέχεται ελάχιστες ή καθόλου επισκέψεις από συγγενείς. Παράλληλα, μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 72,7% δέχεται ελάχιστες ή καθόλου επισκέψεις από συγγενείς. Αντίθετα, μεταξύ των ηλικιωμένων που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, το 81,7% δέχεται συχνές επισκέψεις από τους συγγενείς του. Η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης και της συχνότητας των επισκέψεων από τους συγγενείς είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 48,683$ και $p\text{-value} < 0,001$).

Επομένως, ικανοποιείται η 5η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν δέχεται επισκέψεις από συγγενείς ή δέχεται ελάχιστες, θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους μη έχοντες". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.8. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.9. (παράρτημα).

Πίνακας 2.9. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της συχνότητας των επισκέψεων, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη					
n (%)					
Κοινωνικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Επισκέψεις από Συγγενείς					

<i>Συχνά</i>	85 (81,7)	14 (32,6)	9 (27,3)	108 (60,0)	X ² = 48,683 p< 0,001*
<i>Ελάχιστα ή Καθόλου</i>	19 (18,3)	29 (67,4)	24 (72,7)	72 (40,0)	
Σύνολο	104 (100,0)	43 (100,0)	33 (100,0)	180 (100,0)	

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

- **6η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν είναι κλινήρεις και διαμένουν με τους συγγενείς τους το χρόνο από «ελάχιστα» έως «πολύ συχνά» θα είναι υψηλότερο στους μη έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους που έχουν κατάθλιψη".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης των ηλικιωμένων που δεν είναι κλινήρης και της συχνότητας διαμονής τους με συγγενείς κατά τη διάρκεια του χρόνου, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Fisher's exact test. Από τον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι μεταξύ των ηλικιωμένων (μη κλινήρης) που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, το 33,3% και το 38,1% κατά τη διάρκεια του χρόνου μένει με τους συγγενείς τους "συχνά" και "πολύ συχνά" αντίστοιχα. Από την άλλη, το ποσοστό των μη κλινήρη ηλικιωμένων όσο αφορά στην παρουσία "μέτριας" ή "σοβαρής" κατάθλιψης στο παρόν δείγμα είναι πολύ μικρό. Έτσι, η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης και της συχνότητας διαμονής με τους συγγενείς, για τους μη κλινήρης ηλικιωμένους δεν είναι στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test p-value = 0,350 > 0,05).

Συνεπώς, η 6η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν είναι κλινήρεις και διαμένουν με τους συγγενείς τους το χρόνο από «ελάχιστα» έως «πολύ συχνά» θα είναι υψηλότερο στους μη έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους που έχουν κατάθλιψη", δεν ικανοποιείται. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.10. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.9. (παράρτημα).

Πίνακας 2.10. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της συχνότητας διαμονής με συγγενείς για τους μη κλινήρης, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη n (%)					
Κοινωνικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Διαμονή με Συγγενείς					Fisher's exact p= 0,350
<i>Πολύ Συχνά</i>	14 (33,3)	0 (0)	0 (0)	14 (28,6)	
<i>Συχνά</i>	16 (38,1)	4 (66,7)	1 (100,0)	21 (42,9)	
<i>Ελάχιστα</i>	12 (28,6)	2 (33,3)	0 (0)	14 (28,6)	
Σύνολο	42 (100,0)	6 (100,0)	1 (100,0)	49 (100,0)	

- **7η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων που είναι κλινήρης θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σύγκριση με τους μη έχοντες".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που είναι κλινήρης ή όχι, εφαρμόστηκε ο έλεγχος χ^2 . Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γεροντικής κατάθλιψης και της συχνότητας των επισκέψεων από συγγενείς. Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των ηλικιωμένων που δεν είναι κλινήρης, το 70,5% δεν παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Από την άλλη, μεταξύ των ηλικιωμένων που είναι κλινήρης, το 46,6% έχει "μέτρια κατάθλιψη" και το 22,4% έχει "σοβαρή κατάθλιψη". Η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που είναι ή όχι κλινήρης, είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 29,768$ και p-value < 0,001).

Επομένως, ικανοποιείται η 7η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων που είναι κλινήρης θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σύγκριση

με τους μη έχοντες". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.11. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.10. (παράρτημα).

Πίνακας 2.11. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της κλινικής ή όχι κατάστασης των ηλικιωμένων, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη n (%)					
Κοινωνικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Κλινικής					X ² = 29,768 p< 0,001*
Όχι	86 (70,5)	16 (13,1)	20 (16,4)	122 (100,0)	
Ναι	18 (31,0)	27 (46,6)	13 (22,4)	58 (100,0)	
Σύνολο	104 (57,8)	43 (100,0)	33 (100,0)	180 (100,0)	

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

- **8η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν πραγματοποιούν δραστηριότητες εκτός του οίκου ευγηρίας θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του ποσοστού κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων που πραγματοποιούν ή όχι δραστηριότητες εκτός του οίκου ευγηρίας, εφαρμόστηκε ο έλεγχος X². Από τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γεροντικής κατάθλιψης και της δραστηριότητας εκτός του οίκου ευγηρίας. Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "μέτρια κατάθλιψη", το 81,4% δεν έχει δραστηριότητες εκτός του οίκου ευγηρίας. Μεταξύ των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν "σοβαρή κατάθλιψη", το 93,9% επίσης δεν δραστηριοποιείται εκτός του Οίκου ευγηρίας. Η διαφορά των αναλογιών της γεροντικής κατάθλιψης και της δραστηριότητας εκτός του οίκου ευγηρίας είναι στατιστικά σημαντική (X² = 23,236 και p-value < 0,001).

Επομένως, ικανοποιείται η 8η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν πραγματοποιούν δραστηριότητες εκτός του οίκου ευγηρίας θα είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.11. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.12. (παράρτημα).

Πίνακας 2.12. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της δραστηριότητας εκτός Οίκου ευγηρίας, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Γεροντική Κατάθλιψη					
n (%)					
Κοινωνικό Στοιχείο	Απουσία Συμπτωμάτων	Μέτρια	Σοβαρή	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
Δραστηριότητες εκτός Οίκου ευγηρίας					$\chi^2 = 23,236$ $p < 0,001^*$
Όχι	56 (53,8)	35 (81,4)	31 (93,9)	122 (67,8)	
Ναι	48 (46,2)	8 (18,6)	2 (6,1)	58 (32,2)	
Σύνολο	104 (100,0)	43 (100,0)	33 (100,0)	180 (100,0)	

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

- **9η Ερευνητική Υπόθεση:**

"Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης".

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της γεροντικής κατάθλιψης, υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r και επιπλέον εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης κατά μια κατεύθυνση (One-way ANOVA). Αρχικά, από τον συντελεστή συσχέτισης προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των 2 υπό μελέτη μεταβλητών ($r = -0,339$ και $p\text{-value} < 0,001$). Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνει ο

βαθμός της ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τη νοσηλευτική φροντίδα, τόσο μειώνεται ο βαθμός στην κλίμακα εκτίμησης της γεροντικής κατάθλιψης. Επιπλέον, από τον έλεγχο ANOVA προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης τιμής ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα μεταξύ των 3 κατηγοριών της γεροντικής κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, οι ηλικιωμένοι με "σοβαρή κατάθλιψη" παρουσιάζουν χαμηλότερη μέση ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα. Από την άλλη, όσοι δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης έχουν και υψηλότερη μέση ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα. Η διαφορά των μέσων τιμών της ικανοποίησης μεταξύ των 3 κατηγοριών της γεροντικής κατάθλιψης είναι στατιστικά σημαντική (ANOVA F-test = 8,66 και p-value < 0,001).

Επομένως, δεν ικανοποιείται η 9η ερευνητική υπόθεση που αναφέρει ότι "δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης". Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.13. και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.12. (παράρτημα).

Πίνακας 2.13. Αποτελέσματα της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

Ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική Φροντίδα				
Γεροντική Κατάθλιψη	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	Στατιστικός Έλεγχος
<i>Απουσία Συμπτωμάτων</i>	120,6	21,65	(116 - 125)	F-test= 8,66 p-value<0,001*
<i>Μέτρια</i>	115,0	21,13	(108 - 122)	
<i>Σοβαρή</i>	101,7	29,97	(91 - 112)	
Σύνολο	115,7	24,32	(112 - 119)	

* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επιβάρυνση του ελληνικού πληθυσμού των ηλικιωμένων από την κατάθλιψη είναι σημαντική και αναμένεται να αυξηθεί καθώς, σύμφωνα με τις τελευταίες διαθέσιμες προβολές πληθυσμών, στην Ελλάδα, το 2050, η ομάδα των συνταξιούχων (65 ετών και άνω) θα διπλασιαστεί, σε σχέση με το 2000 (από 16,6 %, σε 32,1%).¹⁰²

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι σχεδόν το ένα δεύτερο (42,2%) των ηλικιωμένων του δείγματος εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα («μέτρια» και «σοβαρή» κατάθλιψη), δείχνοντας ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην ομάδα των ηλικιωμένων που μελετήθηκε είναι αρκετά υψηλός.

Τα ευρήματα της έρευνας διαφέρουν σημαντικά από τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών, τα οποία καταδεικνύουν χαμηλότερα ποσοστά γεροντικής κατάθλιψης σε παρόμοιους πληθυσμούς ηλικιωμένων στην Ελλάδα.^{7,103-106} Η έρευνα των Stylianopoulou et al. (2010), όπου ο υπό μελέτη πληθυσμός ήταν ανάλογος του δικού μας πληθυσμού στόχου, καταδεικνύει με 30,3% επιπολασμό χαμηλότερο ποσοστό καταθλιπτικών συμπτωμάτων.⁷ Στα ίδια αποτελέσματα κυμαίνεται και η έρευνα του Σπυρόπουλου και των συνεργατών του (2004), οι οποίοι βρήκαν πως 31% των ηλικιωμένων που μελέτησαν παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα.¹⁰⁶ Ακόμα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στην έρευνα των Argyriadou et al. (2001), όπου η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε γυναίκες και άνδρες εκτιμήθηκε με 29,9% και 19,6% αντίστοιχα.¹⁰³ Επιπλέον, ακόμη πιο χαμηλά ποσοστά παρατηρήθηκαν στην έρευνα του Μιχαλίδη και συν. (2000) σε αστικό κοινοτικό ηλικιωμένο πληθυσμό.¹⁰⁵

Υψηλότερα ποσοστά, τόσο για τη μέτρια όσο και τη σοβαρή κατάθλιψη, κατέγραψε η έρευνα των Mamplekou et al. (2010) σε ηλικιωμένο νησιωτικό πληθυσμό Ελλάδος και Κύπρου.¹⁰⁷ Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματά μας συνάδουν με αυτά της έρευνας των Αργυρόπουλου και συν. (2012),⁴ οι οποίοι βρήκαν πως 45,2% των ηλικιωμένων που μελέτησαν παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα.

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στις αναφερόμενες έρευνες μπορεί να αποδοθούν στους διαφορετικούς πληθυσμούς ηλικιωμένων σε αγροτικές, αστικές και νησιώτικες περιοχές, επίσης στα εργαλεία ή και στα σημεία «τομής» που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της γεροντικής κατάθλιψης ή και σε άλλα χαρακτηριστικά που δεν μετρήθηκαν. Κυρίως, όμως, αποδίδονται στο γεγονός ότι ο πληθυσμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι ιδρυματοποιημένος, οπότε είναι λογικό να εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

Διαχωρίζοντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως προς τη βαρύτητά της, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ποσοστά της τάξης του 23,9% και 18,3% για «μέτρια» και «βαριά» (κλινικού τύπου) κατάθλιψη. Και σε αυτή την περίπτωση, τα ευρήματά μας διαφέρουν σημαντικά από αυτά προηγούμενων ερευνών, όπως των Stylianopoulou et al. (2010)⁷ και του Σπυρόπουλου και των συνεργατών (2004),¹⁰⁶ καθώς και των Papadopoulos et al (2005),¹⁰⁴ κυρίως ως προς τη «βαριά» κατάθλιψη. Τέλος, τα ευρήματα της έρευνας βρίσκονται προς την ίδια κατεύθυνση με τα αποτελέσματα της έρευνας του Αργυρόπουλου και των συνεργατών του (2012),⁴ τόσο ως προς τη «μέτρια», όσο και ως προς τη «βαριά» κατάθλιψη.

Από τον έλεγχο για συσχέτιση κατάθλιψης και φύλου που πραγματοποιήθηκε στην έρευνά μας, επιβεβαιώθηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (75%) σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες (25%), όπως έχει ήδη επισημανθεί και στη βιβλιογραφία στο παρελθόν, στην Ελλάδα και διεθνώς.^{14-15,103,105,106} Το σταθερό αυτό εύρημα του φύλου ως επιβαρυντικού παράγοντα στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε βάρος των γυναικών, θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών σε σχέση με αυτό των ανδρών. Αυτό σημαίνει πως δεν είναι στην πραγματικότητα το φύλο που επιδρά, αλλά η ηλικία, αφού σε μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης Ψυχικών Διαταραχών. Ένας άλλος λόγος, αυτή τη φορά κοινωνικός, θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι παραδοσιακά, οι άνδρες δέχονται την φροντίδα των συζύγων τους.^{108,109}

Η πολλαπλή παθολογία ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση της κατάθλιψης βρέθηκε και στην παρούσα έρευνα, καθώς, σύμφωνα με τα αποτελέσματά, οι ηλικιωμένοι με καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά πολλαπλής παθολογίας σε σχέση

με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη, όπως βρέθηκε σε προγενέστερη έρευνα (Παγοποπούλου - Αβεντισιάν 2002)¹¹⁰ και τονίζεται στη βιβλιογραφία.^{10,15,111}

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, η μη ύπαρξη παιδιών και η μη ύπαρξη επισκεπτηρίου φάνηκαν, επίσης, να επιβαρύνουν τους ηλικιωμένους, καθώς τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανίστηκαν σε υψηλότερα ποσοστά στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους. Και αυτό είναι ένα σταθερό εύρημα σε προηγούμενες έρευνες.¹⁰⁸⁻¹¹¹

Τέλος η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες εκτός οίκου ευγηρίας φαίνεται να λειτουργεί επίσης ως προστατευτικός παράγοντας στην κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν πραγματοποιούν βόλτες και εκδρομές στον ελεύθερο χρόνο τους είναι σημαντικά υψηλότερο στους καταθλιπτικούς.

Όσον αφορά την συσχέτιση της κατάθλιψης με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ήταν λιγότερο ευχαριστημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα από τους μη καταθλιπτικούς ηλικιωμένους. Βέβαια σε αυτών των τομέα υπάρχει μεγάλη έλλειψη από έρευνες με τις οποίες θα μπορούσαν να συγκριθούν τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας.

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα είναι κατά βάση περιγραφική και πραγματοποιήθηκε για να αποτυπώσει τον επιπολασμό και όχι την επίπτωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, δυσχεραίνοντας με τον τρόπο αυτό την εύρεση και ερμηνεία σχέσεων αιτιότητας, παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την πιο κοινή διαταραχή ψυχικής υγείας της μεγάλης ηλικίας, και για τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή της. Σε μελλοντικές έρευνες, θα είχε ενδιαφέρον να επανεξεταστούν οι ερευνητικές υποθέσεις σε δείγμα από το γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων και με στατιστικές μεθόδους περισσότερο αυστηρές (π.χ. παλινδρομικές αναλύσεις).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 180 ηλικιωμένα άτομα και αποτελούν το συνολικό δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να εκτιμηθεί η συχνότητα της κατάθλιψης ηλικιωμένων σε οίκο ευγηρίας στην πόλη των Ιωαννίνων. Σκοπός της έρευνας ήταν η αποτύπωση της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και η συσχέτισή της με την ικανοποίηση από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και ο προσδιορισμός παραγόντων που παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος, δόθηκε στους συμμετέχοντες της έρευνας ένα συνολικό ερωτηματολόγιο που αποτυπώνει βασικά κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία. Επίσης, καταγράφει την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και τέλος διερευνά την εμφάνιση συμπτωμάτων της γεροντικής κατάθλιψης.

Αρχικά, διερευνήθηκαν οι συχνότητες και σχετικές συχνότητες των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν την αποτύπωση της ικανοποίησης και εμφάνισης κατάθλιψης. Στη συνέχεια, εξετάστηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ επιλεγμένων δημογραφικών και κοινωνικών στοιχείων και της εμφάνισης γεροντικής κατάθλιψης. Τέλος, έγινε έλεγχος της συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της γεροντικής κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω αναλύσεων συγκριτικά με τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους άντρες. Επίσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων χωρίς παιδιά είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν. Ακόμα, το ποσοστό των ηλικιωμένων που εμφανίζουν πολλαπλή παθολογία είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη. Παράλληλα, το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν δέχεται επισκέψεις από συγγενείς ή δέχεται ελάχιστες, είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους μη έχοντες. Επιπλέον, το ποσοστό των ηλικιωμένων που είναι κληήρεις είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σύγκριση με τους μη έχοντες. Ακόμα, το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν πραγματοποιούν

δραστηριότητες εκτός του οίκου ευγηρίας είναι υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη. Σημειώνεται ότι οι ερευνητικές υποθέσεις που αναφέρονται παραπάνω είναι όσες ικανοποιούνται με τη χρήση των στατιστικών ελέγχων. Στην ανάλυση της ερευνητικής υπόθεσης πως το ποσοστό των ηλικιωμένων γυναικών με κατάθλιψη είναι υψηλότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων αντρών με κατάθλιψη δε σχετίζεται με την ηλικία ικανοποιείται μόνο το δεύτερο σκέλος, το οποίο αναφέρεται στους άνδρες. Η διερεύνηση της υπόθεσης ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν είναι κλινήρεις και διαμένουν με τους συγγενείς τους το χρόνο από «ελάχιστα» έως «πολύ συχνά» είναι υψηλότερο στους μη έχοντες κατάθλιψη σε σχέση με τους ηλικιωμένους που έχουν κατάθλιψη, δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά σημαντικά. Τέλος, σε αντίθεση με το αναμενόμενο αποτέλεσμα, η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης έδειξε πως υπάρχει σημαντική αντίστροφη σχέση μεταξύ των 2 κλιμάκων μέτρησης.

Συμπερασματικά λοιπόν, με την παρούσα έρευνα έγινε προσδιορισμός των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται σε οίκο ευγηρίας, τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα συγκεκριμένα στοιχεία είναι δυνατό να συμβάλλουν ουσιαστικά στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών των ηλικιωμένων που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, αυτά τα στοιχεία προβάλλουν την αναγκαιότητα για επανασχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες των ηλικιωμένων που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Παράλληλα, είναι δυνατό να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας που θα στηρίζεται στις απόψεις και στις προτιμήσεις των ίδιων των ηλικιωμένων. Τέλος, η μελέτη τους μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) World Health Organization (WHO) 2007. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2006.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- 3) Celder M, López-Ibor J, Andreasen N. Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική. Τόμος Ι, 2008; Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- 4) Αργυρόπουλος Κ, Γουρζής Φ, Γελαστοπούλου Ε. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. Ψυχιατρική, 2012; 23:39-45.
- 5) Hastin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B. Epidemiology of major depressive disorder. Arch. Gen. Psychiatry 2006; 62: 1097-1106.
- 6) World Health Organization (WHO). Depression 2009. Available from http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- 7) Stylianopoulou C, Koulierakis G, Karagianni V, Babatsikou F, Koutis C. Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. Vima-Asklipiou 2010; 9:490-504 (in Greek).
- 8) Γαρύφαλλος Γ. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου 2008; 5:37-46.
- 9) European Communities. Consensus Paper: Mental Health in Older People. 2008. Διαθέσιμο από http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- 10) Chapman DP, Perry GS. Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. Prev Chronic Dis 2008; 5(1):A22.
- 11) Snowden M, Steinman L, Frederick J. Treating Depression in Older Adults: Challenges to Implementing the Recommendations of an Expert Panel. Prev Chronic Dis 2008; 5(1):A26.
- 12) Licht-Strunka E, Windta D, Marwijk H, Haana M, Beekmanb A. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. Fam Pract 2007; 24:168-180.
- 13) Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. Acta Psychiatr Scandinav 2003; 108:163-174.

- 14) Παπαδημητρίου ΓΝ, Ζέρβας ΙΜ, Πολίτης Μ, Κανατάς ΓΙ, Παπακώστας ΙΓ, Σολδάτος ΚΡ. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η αντιμετώπισή της με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2007; 24(6):583–589.
- 15) Kathleen E. Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Serv Q* 2006; 25:115-148.
- 16) Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1147-1156.
- 17) Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, Van Tilburg W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Dis* 2000; 59:127–137.
- 18) Park M, Unutzer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34:469-87.
- 19) Harman JS, Veazie PJ, Lyness JM. Primary Care Physician Office Visits for Depression by Older Americans. *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21(9):926–930.
- 20) Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. Evidence-Based Models of Integrated Management of Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America* 2005; 28(4):1061–1077.
- 21) Raftopoulos V. Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients. *Icus Nurs Web J* 2005; Issue 20.
- 22) Raftopoulos V. Assessment of users' expectations, perceived quality and satisfaction with primary care in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2010; Vol 3 Issue 3.
- 23) Raftopoulos V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs Web J*. 2005; Issue 22.
- 24) Goodwin FK, Jamison KR. Manic depressive illness. Oxford University Press 1990; New York.
- 25) Kessler RC, Nelcon CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Co-morbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population; results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168:17-30.
- 26) Angst J, Bastrup P, Grof P, Hippins H, Poldinger W, Weis P. The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* 1993; 76:489-500.

- 27) Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. Springer Verlag 1993; Berlin.
- 28) Veroff J, Douran E, Kuka RA. The inner American. Basic Books 1981; New York.
- 29) Angst J. Treated versus untreated major depressive episodes. *Psychopathology* 1998; 31:37-44.
- 30) Beck AT. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. University of Pennsylvania Press 1967; Philadelphia, PA.
- 31) Breslau N, Davis GG. Redefining DSM-III criteria in depression. An assessment of the descriptive validity of criterion symptoms. *Journal of Affective Disorders* 1985; 9:199-206.
- 32) Freud S. Mourning and melancholia. In *Collected papers*, Basic Books 1959; 4:152-70.
- 33) Bech P. Quality of life in the psychiatric patient. Mosby-Wolfe 1998; London.
- 34) Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. Livingstone 1921; Edinburgh.
- 35) Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23:56-62.
- 36) Ustun TB, Bertelsen A, Dilling H. The many faces of mental disorder. Adult case histories according to ICD-10. American Psychiatric Press 1996; Washmgton, DC.
- 37) Angst J. Course of unipolar depressive, bipolar manic-depressive and schizo-affective disorders and psychoses. *Fortschift Neurologische Psychiatrie* 1980; 48:3-30.
- 38) Post RM, Uhde TW, Putman PW. Kindling and carbsmazepne in affective illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1982; 170:717-21.
- 39) Keller MB, Lavori PW, Endicott J. 'Double-depression'. Two year follow-up. *American Journal of Psychiatry* 1983; 140:689-94.
- 40) Angst J. Recurrent brief depression: a new concept of depression. *Pharmacopsychiatry* 1990; 23:63-6.
- 41) Wermuth L, Sorensen, PS, Timm S. Depression in idiopathic Parkinson's disease treated with citalopram. *Nordic Journal of Psychiatry* 1998; 52:163-9.
- 42) Kasper S, Rosenthal NE. Anxiety and depression in seasonal affective disorders. In *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features* (ed. P.C. Kendall and D. Watson). Academic Press 1989; 341-75.

- 43) Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Ind Psychiatry* 2009; 18(1):51–55.
- 44) Warnick J. *Listening with different ears: Counseling people over sixty*. Ft. Bragg CA: QED Press 1995.
- 45) Borchelt M, Gilberg R, Horgas AI, Geiselmann B. On the significance of morbidity and disability in old age. In: Baltes PB, Mayer KU, editors. *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press 1999; 403-429.
- 46) Rowe JW, Khan RL. Human aging: Usual and successful. *Science* 1987; 237:143-149.
- 47) Kennedy GJ. The epidemiology of late-life depression. In: Kennedy GJ, editor. *Suicide and depression in late life: Critical issues in treatment, research and public policy*. New York: John Wiley and Sons 1996; 23–37.
- 48) Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *Journal of the American Medical Association* 1998; 127:1720–1726.
- 49) Bruce ML, Seeman T, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of successful aging. *American Journal of Public Health* 1994; 84:1796–1799.
- 50) Speck CE, Kukull WA, Brenner DE, Bowen JD, McCormick WC, Teri WC, Pfanschmidt ML, Thompson JD, Larson EB. History of depression as a risk factor for Alzheimer’s disease. *Epidemiology* 1995; 6:366–369.
- 51) Ernst C, Angst J. Depression in old age: is there a real decrease in prevalence? A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995; 245:272-87.
- 52) Henderson AS. Does ageing protect against depression? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29:108-9.
- 53) Heithoff K. Does the EGA underestimate the prevalence of late-life depression? *Journal of the American Geriatrics Society* 1995; 43:2-6.
- 54) Simon G.E, Von Korff M, Ustun IB, Gater R, Gureje O, Sartorius N. Is the lifetime risk of depression actually increasing? *Journal of Clinical Epidemiology* 1995; 48:1109-18.
- 55) Jorm AF. The epidemiology of depressive states in the elderly: implications for recognition, intervention and prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1995; 30:53-9.

- 56) Gutierrez-Lobos K, Schmid-Siegel B, Haubenstock E. Is depression a women's disease? *Wien Med Wochenschr* 1999; 149(7):168–171.
- 57) Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177:486-492.
- 58) Barefoot JC, Mortensen EL, Helms MJ, Avlund K, Schroll M. A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychol Aging* 2001; 16(2):342–345.
- 59) Sonnenberg CM, Beekman ATF, Deeg DJH. Sex-differences in late-life depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:286–292.
- 60) Van Grootheest DS, Beekman ATF, Broese van Groenou MI, Deeg DJ. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34:391–398.
- 61) Carayanni V, Stylianopoulou C, Koulierakis G, Babatsikou F, Koutis C. Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European Journal of Ageing* 2012; 9:177-186.
- 62) Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine* 1999; 161:6–17.
- 63) Kessler R, Chin W, Demler O, Walters E. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 2005; 62:617-622.
- 64) MeIartin T, Rytsala H, Keskela U. Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder in psychiatry care in the Vantaa Depression Study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:126-134.
- 65) Zimmerman M, Chelminski I, McDermet W. Major depressive disorder and Axis I diagnostic comorbidity. *J. Clin. Psychiatry* 2002; 63:187-193.
- 66) Rief W, Schaefer S, Hiller W, Fichter M. Lifetime diagnosis in patients with somatoform disorders: which care first? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1992; 241:236-240.
- 67) Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Ikonomidis N, Donias S, Giouzepas J, Dimitriou E. Somatoform disorders: Comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Compr. Psychiatry* 1999; 40:299-307.

- 68) Jackson H, Burgess P. Personality disorders in the community: Results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2002; 37:251-260.
- 69) Sanderson W, Wetzler S, Beck A, Betz F. Prevalence of personality disorders in patients with major depression and dysthymia. *Psychiatry Res.* 1992; 42:93-99.
- 70) Pepper C, Klein D, Anderson R, Riso LP, Quimette PC, Lizardi H. DSM-III-R Axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *Am. J. Psychiatry* 1995; 152:239-246.
- 71) Garyfallos G, Adarnopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, Giouzepas J, Paraschos A. Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatr. Scand* 1999; 99:332-340.
- 72) Regier D, Farmer M, Rae D, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. *JAMA* 1990; 264:2511-2518.
- 73) Patten S, Charney D. Alcohol consumption and major depression in the Canadian population. *Can. J. Psychiatry* 1998; 43:502-506.
- 74) Enn M, Swenson R, McIntyre R, Swinson RP, Kennedy SH; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII comorbidity. *Can. J. Psychiatry* 2001; 46(suppl 1):77-90.
- 75) Zimmerman M. Anxiety disorders in depressed outpatients: prevalence, detection and clinical significance. *J. Clin Psychiatry* 2006; 67:482-485.
- 76) Gurland BJ. The comparative frequency of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology* 1976; 31:283-92.
- 77) Musetti L, Perugi G, Soriani A, Rossi VM, Cassano GB, Akiskal HP. Depression before and after age 65: a re-examination. *British Journal of Psychiatry* 1989; 155:330-6.
- 78) Brodaty H, Peters K, Boyce P, Hickie I, Parker G, Mitchell P, Wilhelm K. Age and depression. *Journal of Affective Disorders* 1991; 23:137-49.
- 79) Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medically ill hospitalised older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154:1376-83.
- 80) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54:915-22.

- 81) Krishnan KRR, Hays JC, Tupler LA, George LK, Blazer DG. Clinical and phenomenological comparisons of late-onset and early-onset depression. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:785-8.
- 82) Cole M, Bellavance F. The prognosis of depression in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1997; 5:4-14.
- 83) Cole MG Bellavance F. Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcome. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 157:1055-60.
- 84) Jackson RJ, Baldwin RC. Detecting depression in elderly medically-ill patients: the use of the Geriatric Depression Scale compared with medical and nursing observations. *Age and Ageing* 1993; 22:349-53.
- 85) Meats P, Timol M, Jolley O. Prognosis of depression in the elderly. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159:659-63.
- 86) Brodaty H, Harris L, Peters K, Wilhelm K, Hickie I, Boyce P, Mitchell P, Parker G, Eyers K. Prognosis of depression in the elderly: a comparison with younger patients. *British Journal of Psychiatry* 1993; 163:589-96.
- 87) Hinrichsen GA. Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149:1574-9.
- 88) Hughes DC, DeMalie O, Blazer OG. Does age make a difference in the effects of physical health and social support on the outcome of the major depressive episode. *American Journal of Psychiatry* 1993; 150:728-33.
- 89) Reynolds CJ, Frank E, Perel JM, Miller MD, Cornes C, Rifai AH, Pollock BG, Mazumdar S, George CJ, Houck PR. Treatment of consecutive episodes of major depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry* 1994; 150:728-33.
- 90) Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Feder M, Einhorn A, Rosendahl E. Recovery in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53:305-12.
- 91) Murphy E. The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 1983; 142:111-19.
- 92) Baldwin RC, Jolley OJ. The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149:574-83.
- 93) Rabins PV, Harvis K, Koven S. High fatality rates of late-life depression associated with cardiovascular disease. *Journal of Affective Disorders* 1985; 9:165-7.

- 94) Murphy E, Amith R, Lindsay J, Slattery J. Increased mortality rates in late-life depression. *British Journal of Psychiatry* 1988; 152:347-53.
- 95) O'Brien JT, Ames O. Why do the depressed elderly die? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1994; 9:689-93.
- 96) International Organization for Standardization (1990). *Quality Management and Quality System Elements. Part 2: Guidelines for Services*. Geneva: ISO.
- 97) Ραφτόπουλος Β, Πολυχρονοπούλου Ό, Ευαγγέλου Ε, Λέκκα Δ, Λούκα Ν, Τζήμα Δ. Αξιολόγηση της ποιότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. 3-5 Μαΐου 2001.
- 98) Θεοδοσοπούλου Ε, Ραφτόπουλος Β, Τζαβέλας Γ, Κοτρώτσιου Ε, Zarzycka D, Gorajek-Jozwik J. Διακρατική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Πολωνία (πρώτα αποτελέσματα). 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. Λήμνος. 3-5 Μαΐου 2001. Διαθέσιμο από www.nurs.uoa.gr/theod/
- 99) Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine* 1998; 47(9):1351-1359.
- 100) Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:185-210.
- 101) Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:247-263.
- 102) Abdellah FG, Levine E. *Better patient care through nursing research*. Macmillan 1965; New York.
- 103) Argyriadou S, Melissopoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lionis C. (2001). Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece *Family Practice*. *Family Practice*: 18: 87-91.
- 104) Papadopoulos FC, Petridou E, Argyropoulou S, Kontaxakis V, Dessypris N, Anastasiou A, Katsiardani KP, Trichopoulos D, Lyketsos C. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20:350-357.
- 105) Μιχαηλίδης Ε, Παπανικολάου Ν, Καυγά-Παλτόγλου, Μπέλλος Γ. Ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό με αυξημένη συχνότητα επισκέψεων στα τακτικά ιατρεία Κέντρου Υγείας. Πρακτικά 6^{ου} Πανελλήνιου Συνεδρίου για Θέματα Γεροντολογίας

και Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία. Σύνοδρον, Αθήνα 2000; 276-277.

106) Σπυρόπουλος Α, Παλιώση Ν, Λεοντάρη Α, Τόγια Β, Καρύδη Τ, Παπακωνσταντίνου Μ. Ερευνητική εργασία για την παρουσία των ανοιτών και της κατάθλιψης σε εκατό (100) ηλικιωμένα άτομα των πέντε Ε.Δ.Α.Π.Ε. (Κ.Α.Π.Η.) του δήμου Κορυδαλλού. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, (Επιμ.) Σύγχρονες διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις στη Γεροντολογία και Γηριατρική. Σύνοδρον, Αθήνα 2004; 209-212.

107) Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N, Gotsis E, Metallinos G, Pounis G, Polychronopoulos E, Lionis C, Panagiotakos D. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. J Nutr Health Aging 2010; 14:449-455.

108) Frasure-Smith N, Lesperance F, Jumeau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender depression, and one year prognosis after myocardial infarction. Psychosom Med 1999; 61:26–27.

109) Rabheru K. Special issues in the management of depression in older patients. Can J Psychiatry 2004; 49(Suppl 1):41S–50S.

110) Παγοροπούλου - Αβεντισιάν Α, Θεοτοκά Ι, Λιάππας Ι. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας μετά τη συνταξιοδότηση: Υγειογενετικοί παράγοντες. Στο: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία. (Επιμ.) Σύγχρονη Γεροντολογία και Γηριατρική. Σύνοδρον, Αθήνα 2002; 81-88.

111) Φούκα Γ, Βαρδάκη Ζ, Μπαμπάτσικου Φ. Παράγοντες που επηρεάζουν την κατανάλωση φαρμάκων στους ηλικιωμένους. Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής 2004; 22(1):33-39.

112) Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. Prev Chronic Dis 2005; 2(1):A14.

113) Bruce M, McAvay G, Rane P, Brown E, Meyers B, Keohane D, Jagoda D, Weber C. Major depression in older people home health care patients. AmJ Psychiatry 2002; 159:1367-1373.

114) Κοτταρίδη Γ. Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια: ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Στο: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. (Επιμ.) Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας το 2006–Ενότητα 3. ΕΚΚΕ, Αθήνα 2007; 157-164.

- 115) Ιορδάνου Π, Μπαμπάτσικου Φ, Κωνσταντού Ε, Κτενάς Ε, Κυρίτση Φ, Μπέκα Μ. Επισκεπτήριο ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας. Νοσηλευτική 2001; 40(2):64-69.
- 116) Ιορδάνου Π, Μπαμπάτσικου Φ, Κωνσταντού Ε, Βρούζου Ε, Γκαραγκούνη Β. Απόψεις των ηλικιωμένων σε ιδρύματα φροντίδας για την ανεξαρτησία και την αυτονομία. Ιατρικά Χρονικά 2000; 23(12):625-628.
- 117) Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A, Ierodiakonou C. The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Greece. Aging: Clin Exp Res 1999; 11(6):367-372.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

➤ Πίνακες

Πίνακας 1.1. Οξεία κατάθλιψη κατά DSM-IV και ICD-10

Συμπτώματα κατάθλιψης	DSM-IV	ICD-10
1. Καταθλιπτική διάθεση τη μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα	+	+
2. Σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης που αντλείται από όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες κατά τη μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα	+	+
3. Απώλεια ενεργητικότητας ή κόπωση σχεδόν κάθε μέρα	+	+
4. Απώλεια αυτοπεποίθησης ή αυτοεκτίμησης		+
5. Παράλογο αίσθημα αυτομομφής ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής σχεδόν κάθε μέρα	+	+
6. Επανειλημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής, ή οποιαδήποτε αυτοκτονική συμπεριφορά	+	+
7. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε μέρα	+	+
8. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα	+	+
9. Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα	+	+
10. Αλλαγές στην όρεξη (μείωση ή αύξηση με αντίστοιχη αλλαγή του βάρους)	+	+

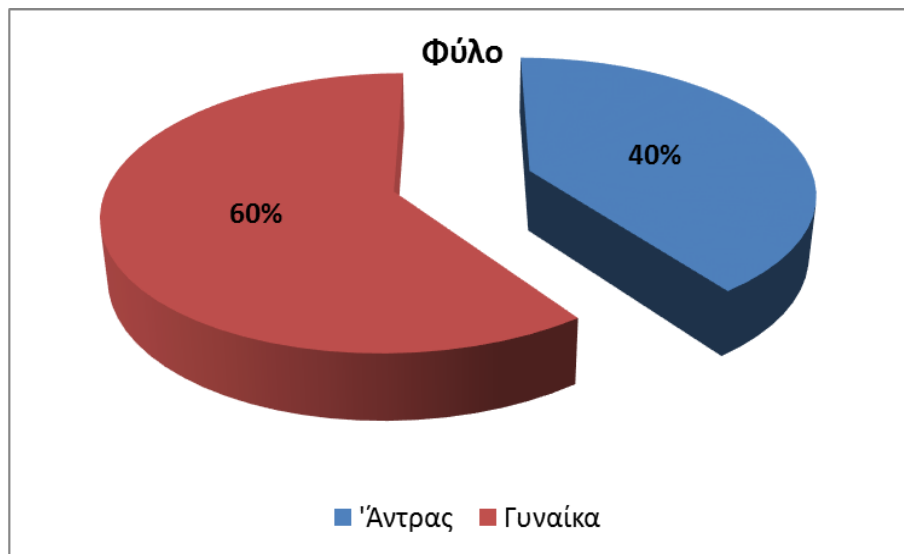
+ δείχνει ότι το σύμπτωμα περιλαμβάνεται

Πηγή: Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική 2008

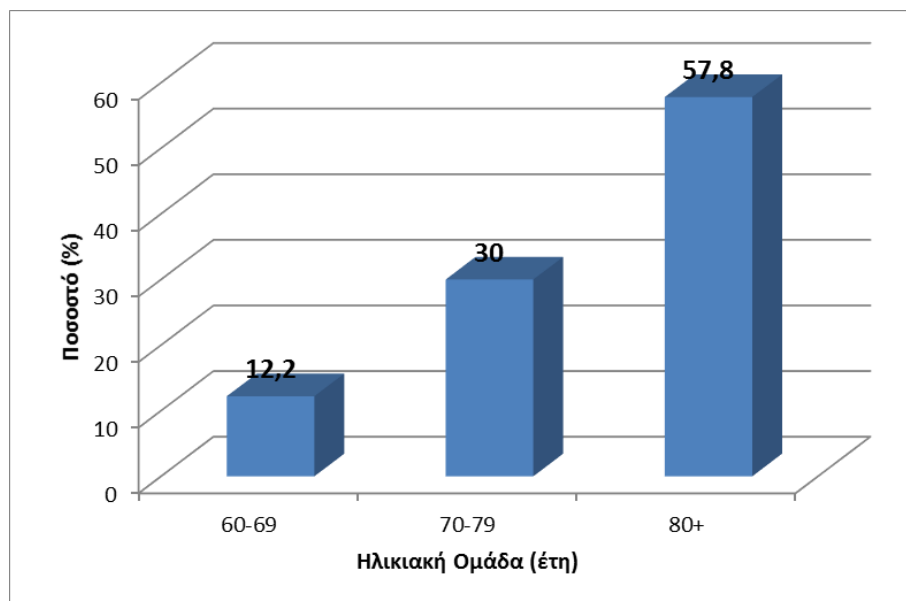
➤ Γραφήματα

Σχήμα 2.1. Γραφήματα των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών, όπως αποτυπώνονται από το ερωτηματολόγιο, για το σύνολο των 180 ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

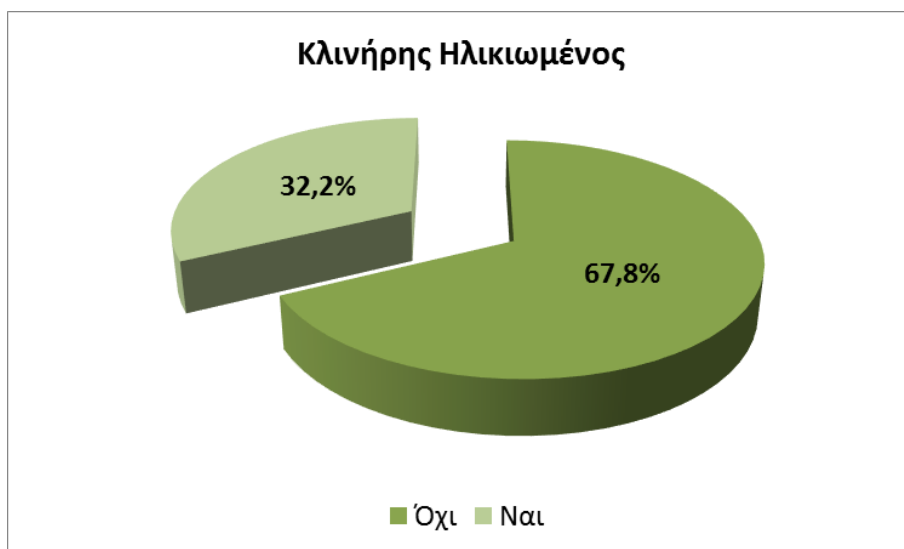
i.



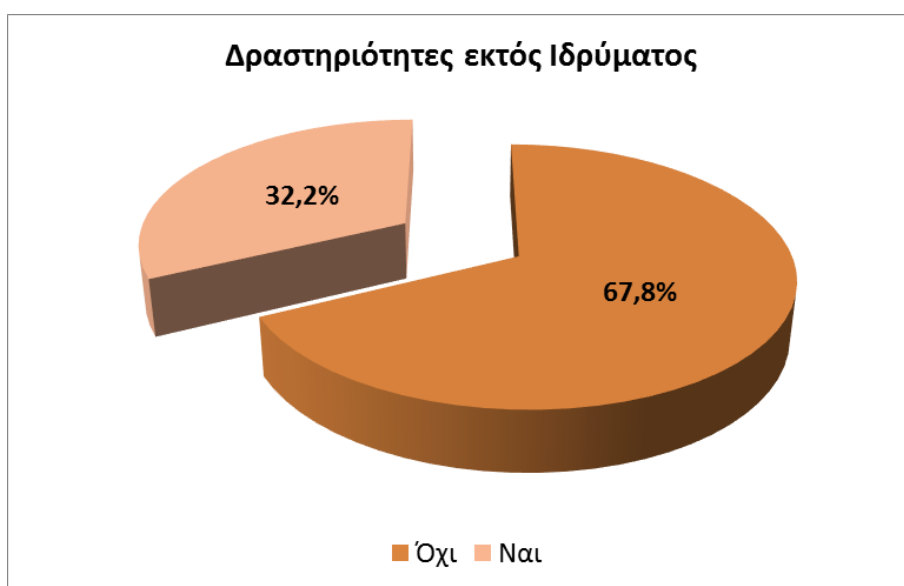
ii.



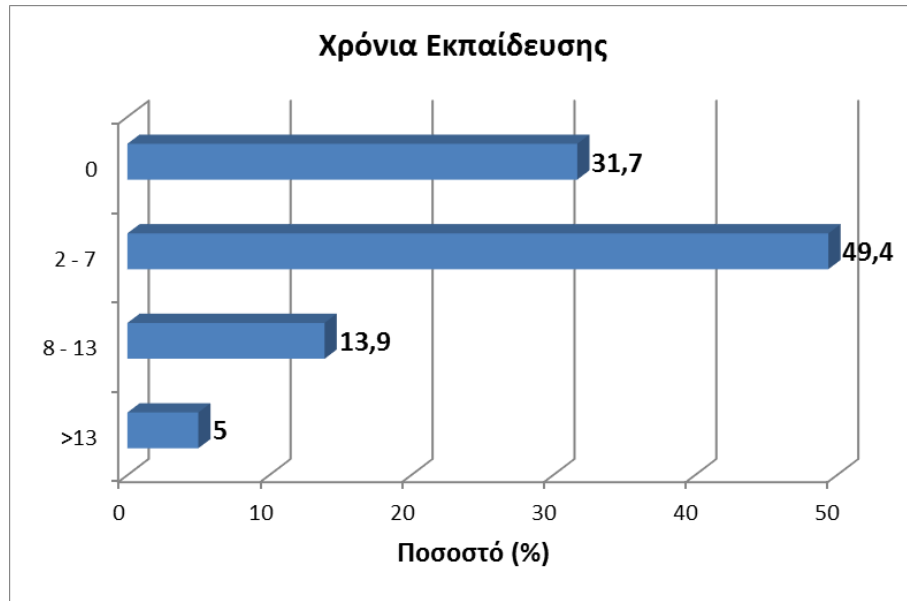
iii.



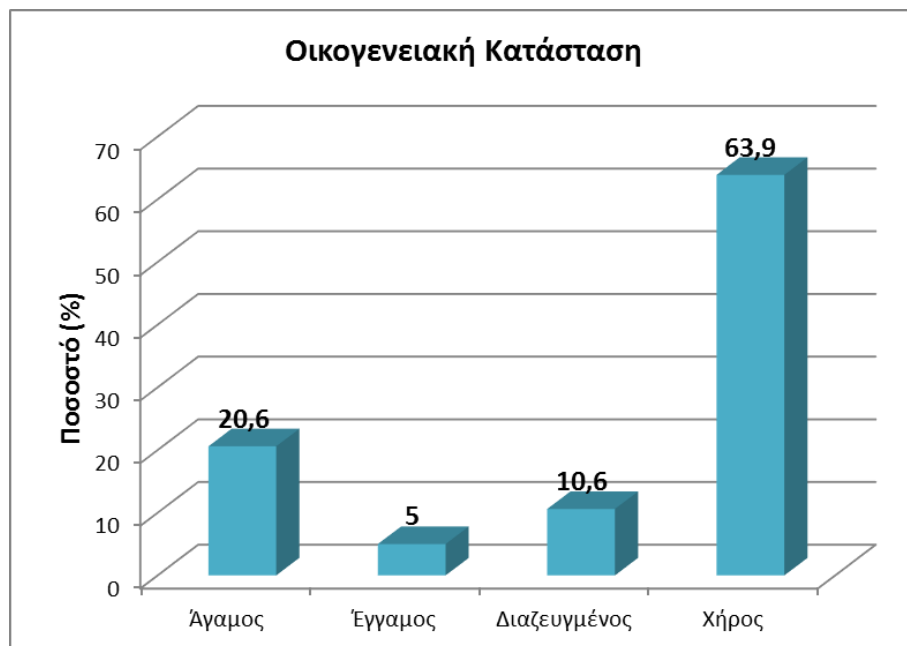
iv.



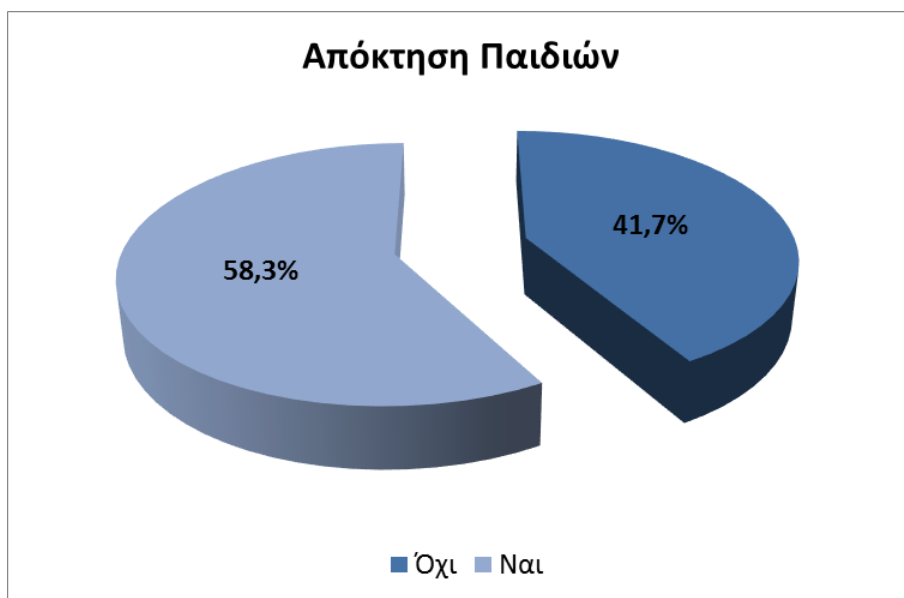
v.



vi.



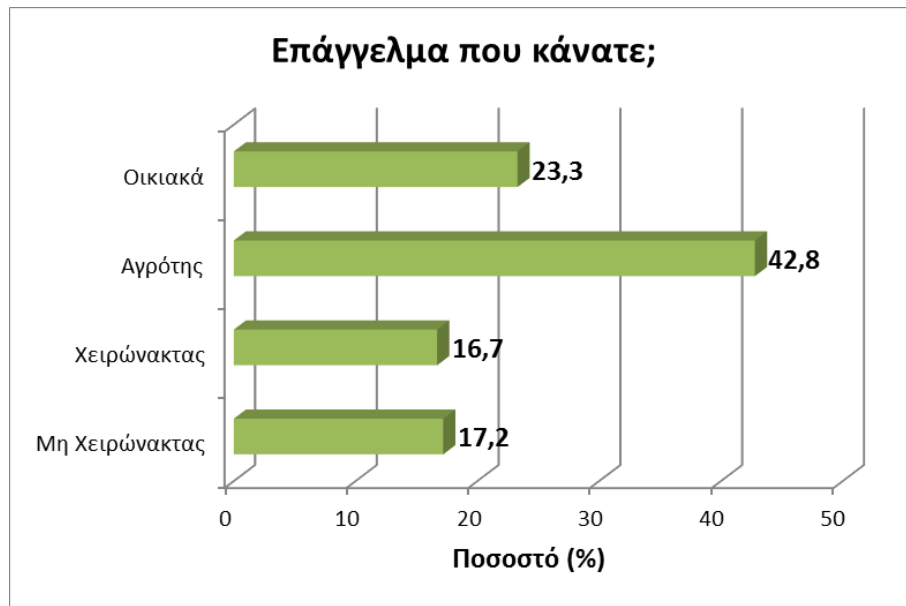
vii.



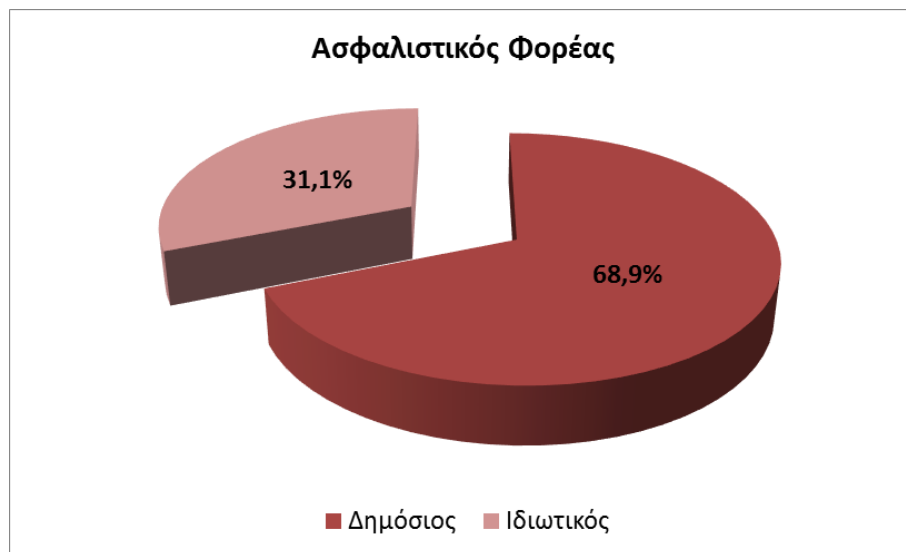
viii.



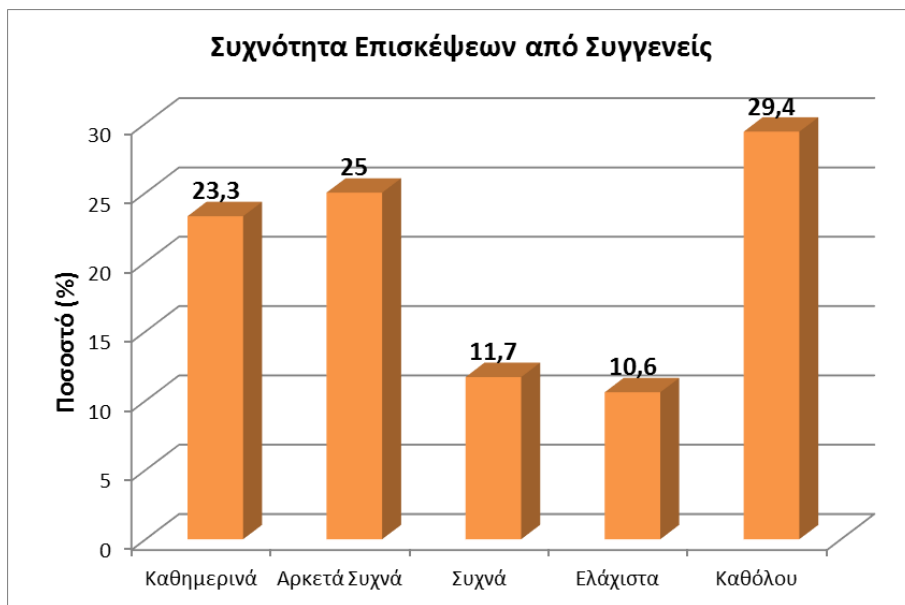
ix.



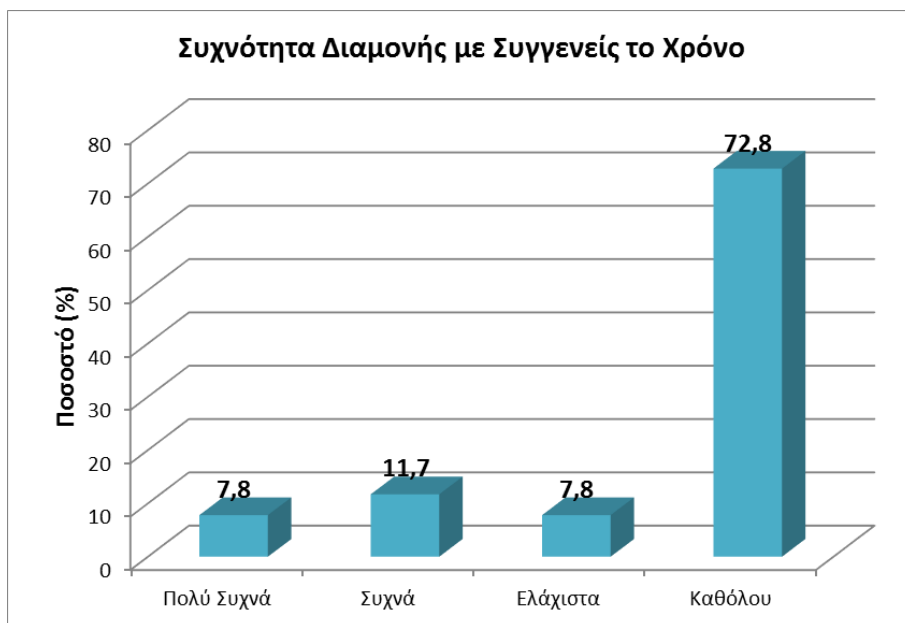
x.



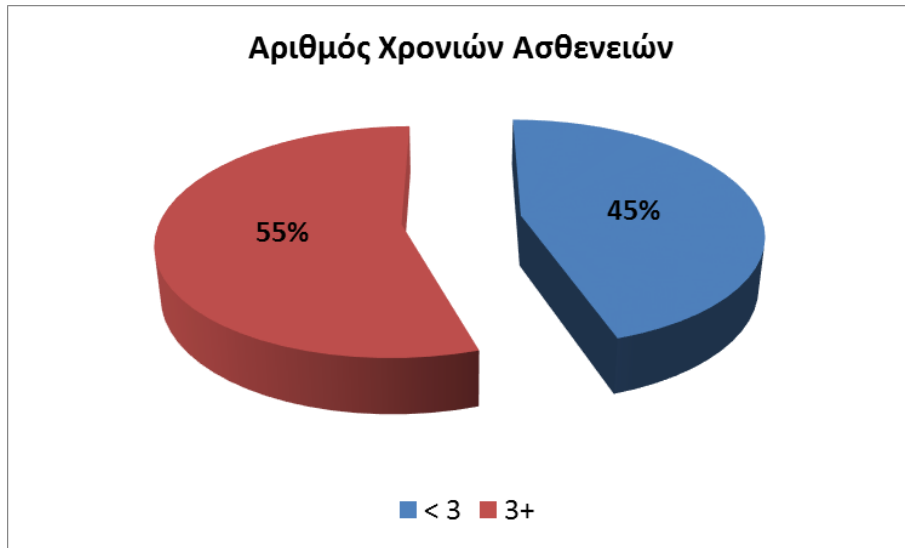
xi.



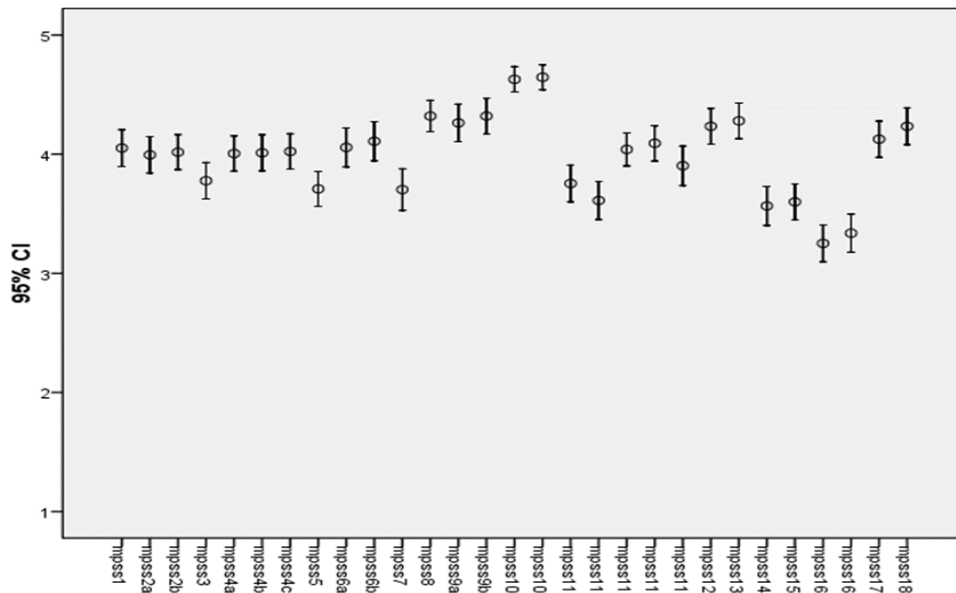
xii.



xiii.

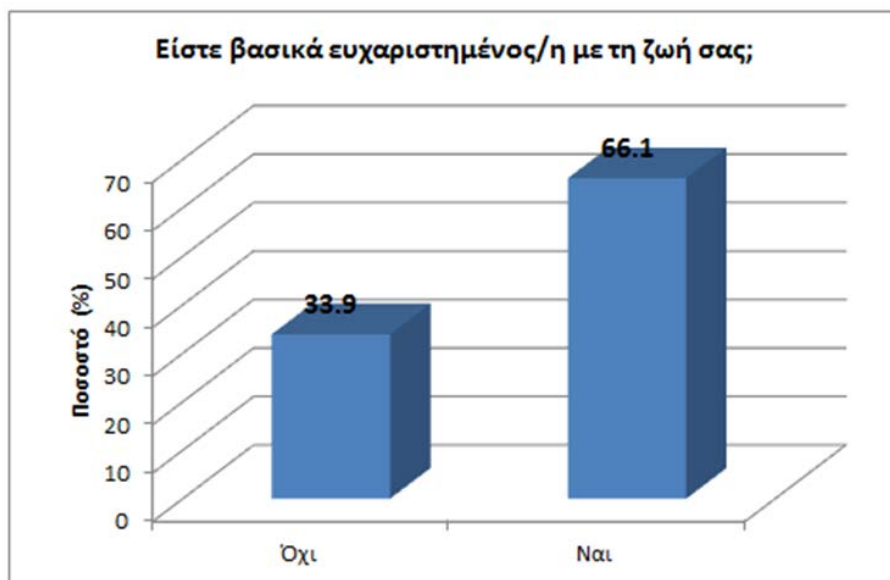


Σχήμα 2.2. Γράφημα της μέσης τιμής και των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης γύρω από τη μέση τιμή για το σύνολο των 18 ερωτήσεων που απαρτίζουν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού (1= καθόλου, 2= λίγο, 3= αρκετά, 4= πολύ και 5= πάρα πολύ ικανοποιημένος).

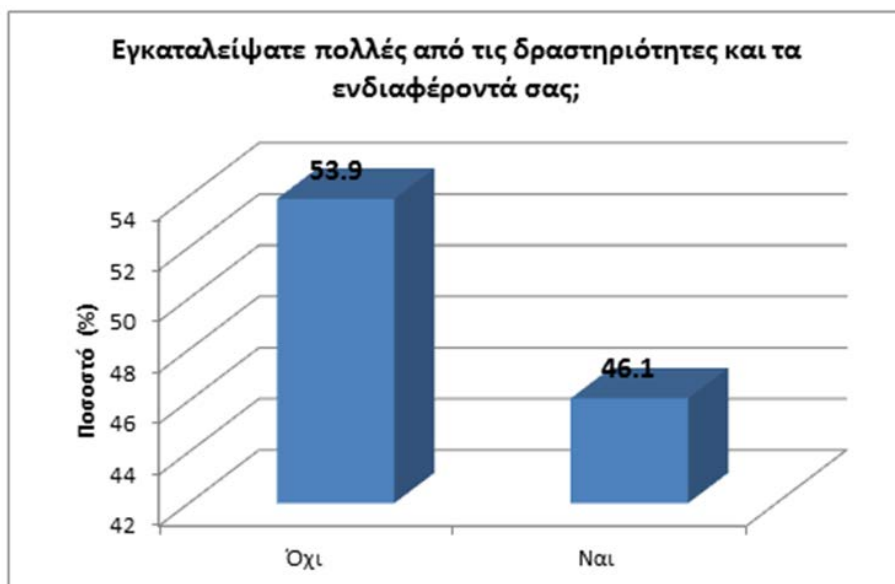


Σχήμα 2.3. Γράφημα των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που συνθέτουν την κλίμακα γεροντικής κατάθλιψης, για το σύνολο των 180 ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

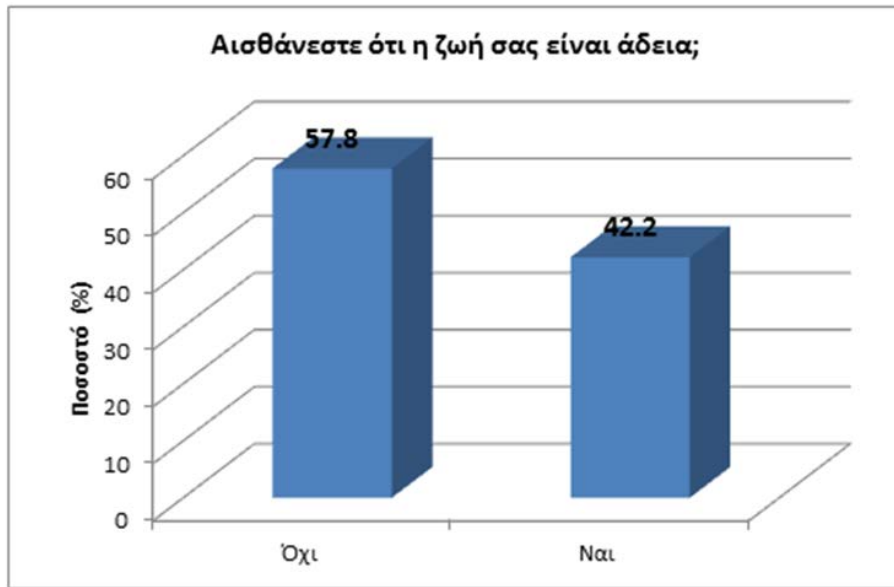
i.



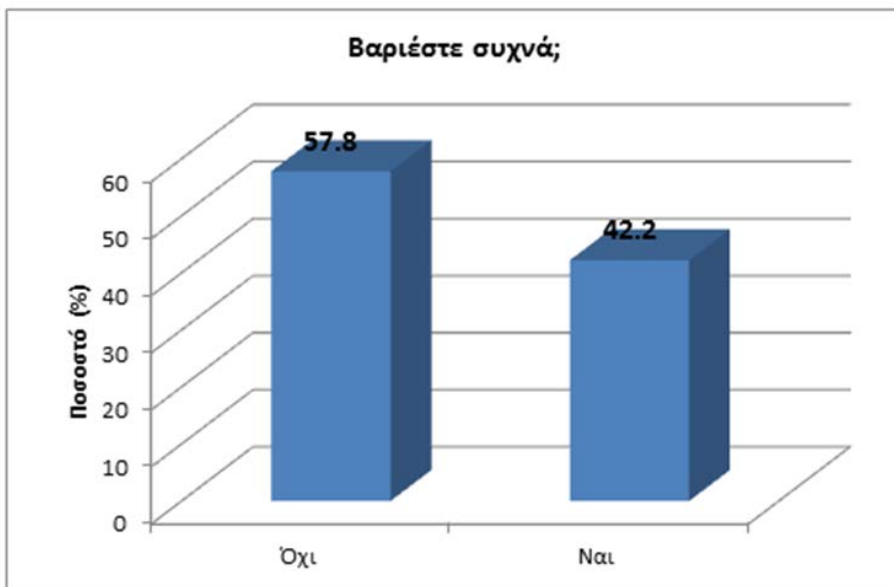
ii.



iii.



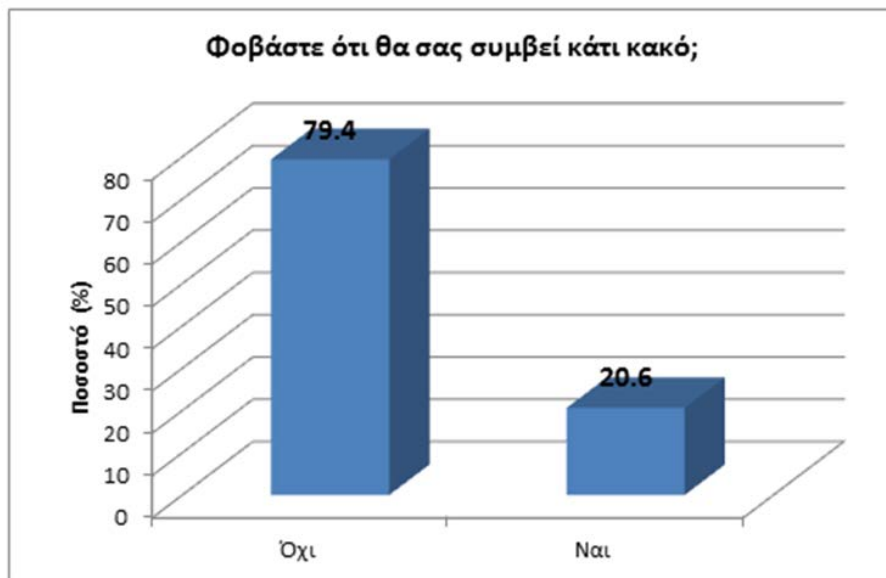
iv.



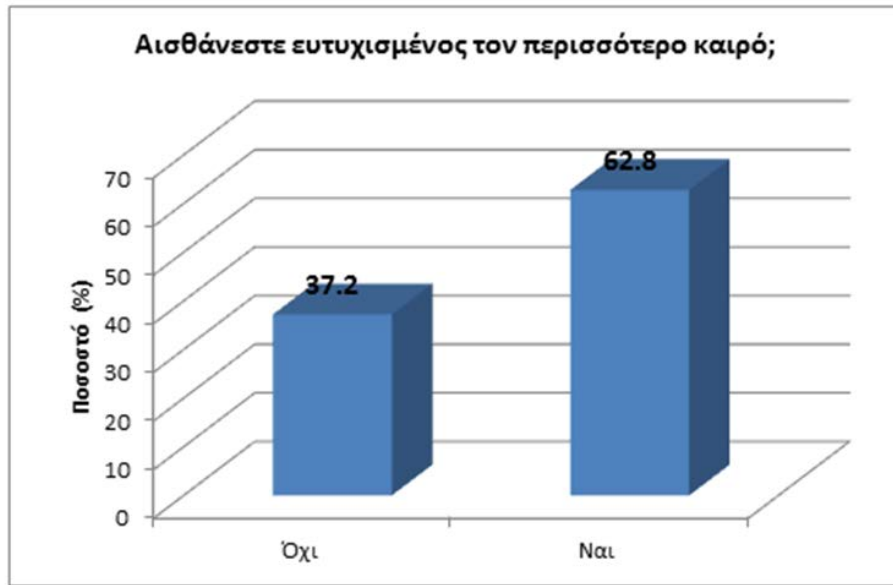
v.



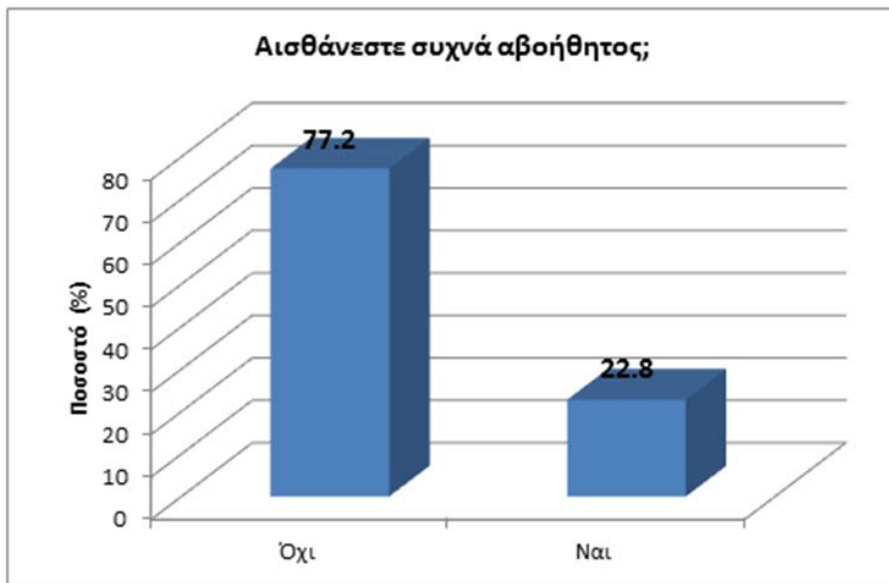
vi.



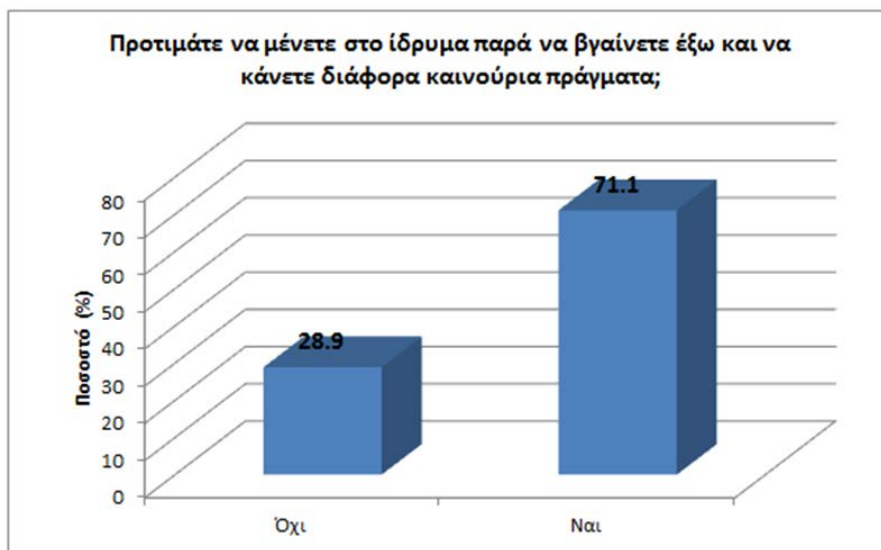
vii.



viii.



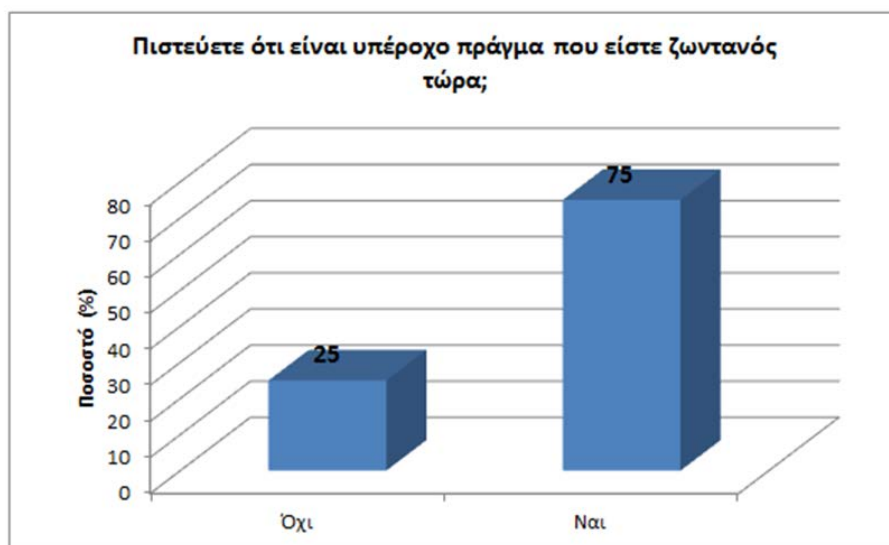
ix.



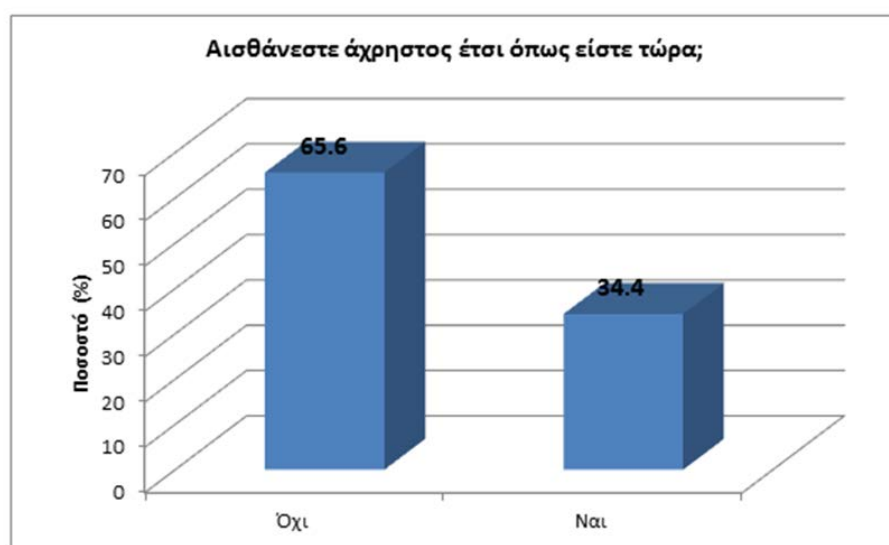
x.



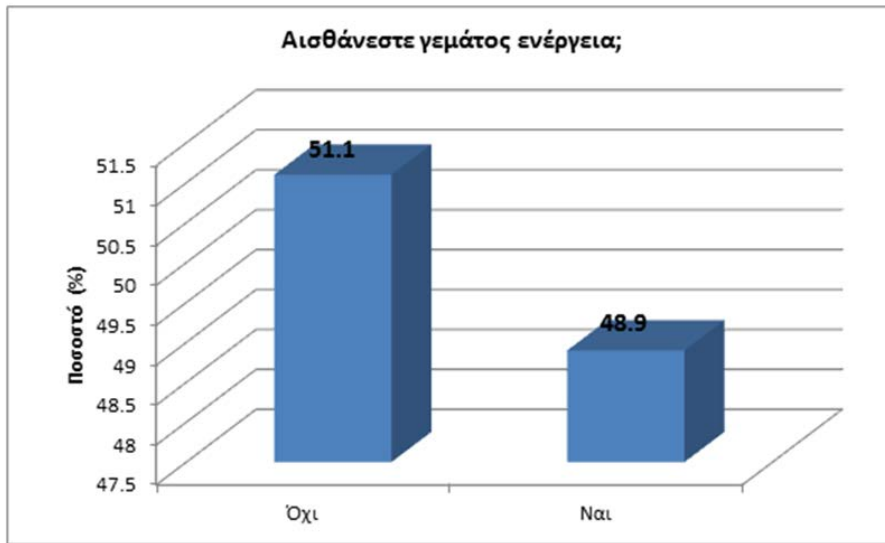
xi.



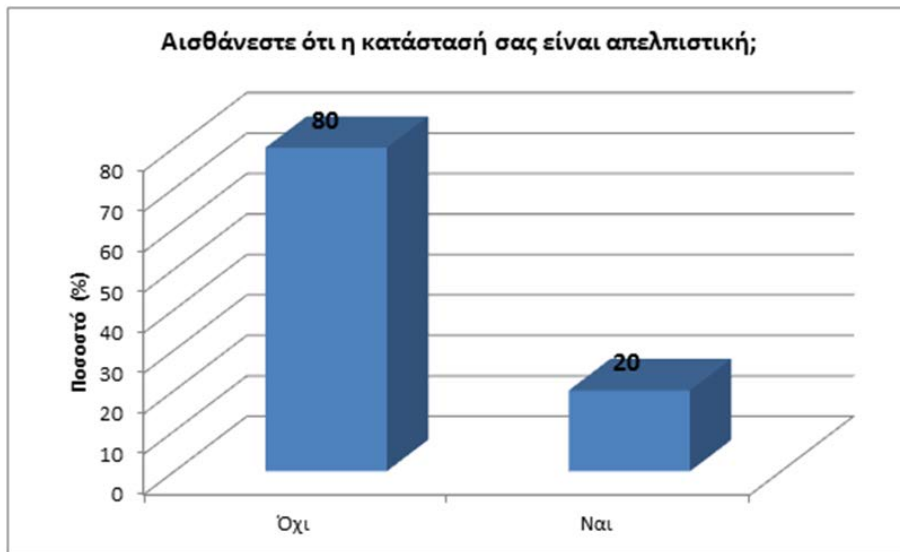
xii.



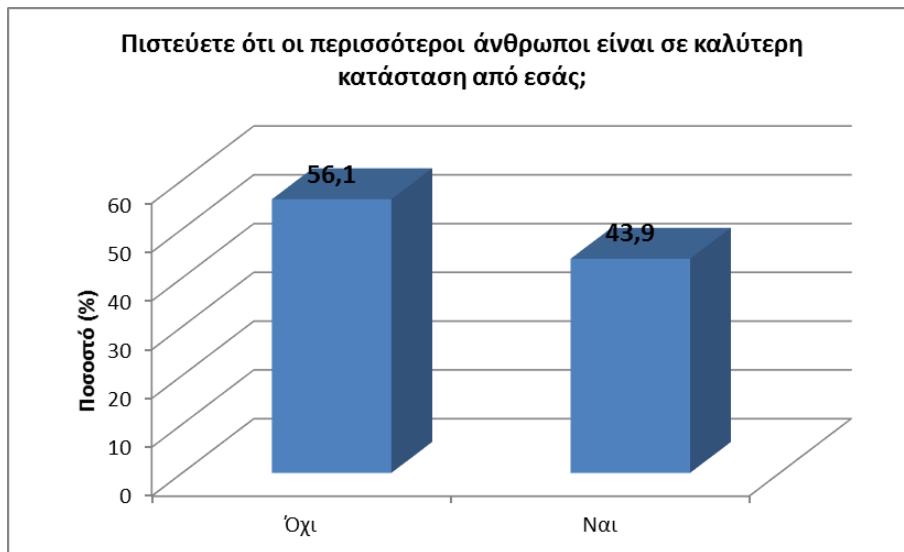
xiii.



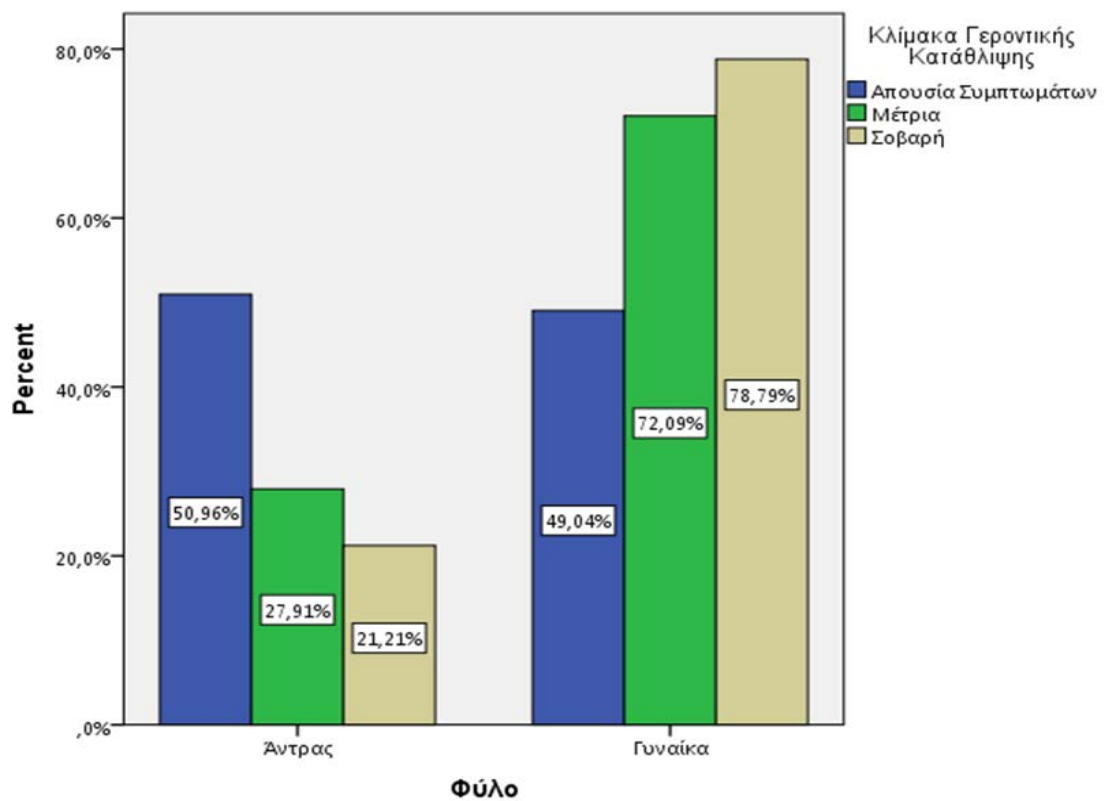
xiv.



XV.

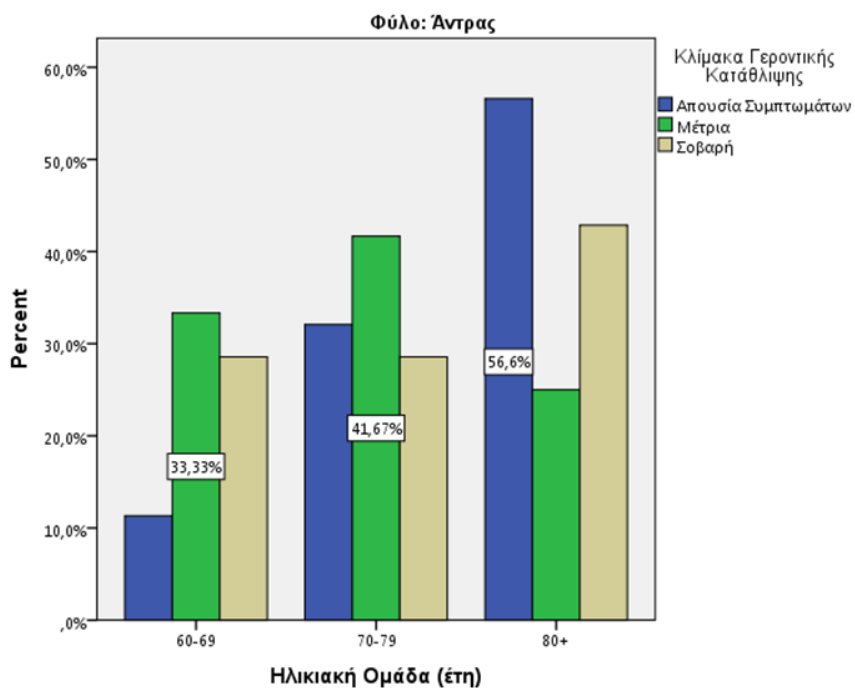


Σχήμα 2.4. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ του φύλου για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

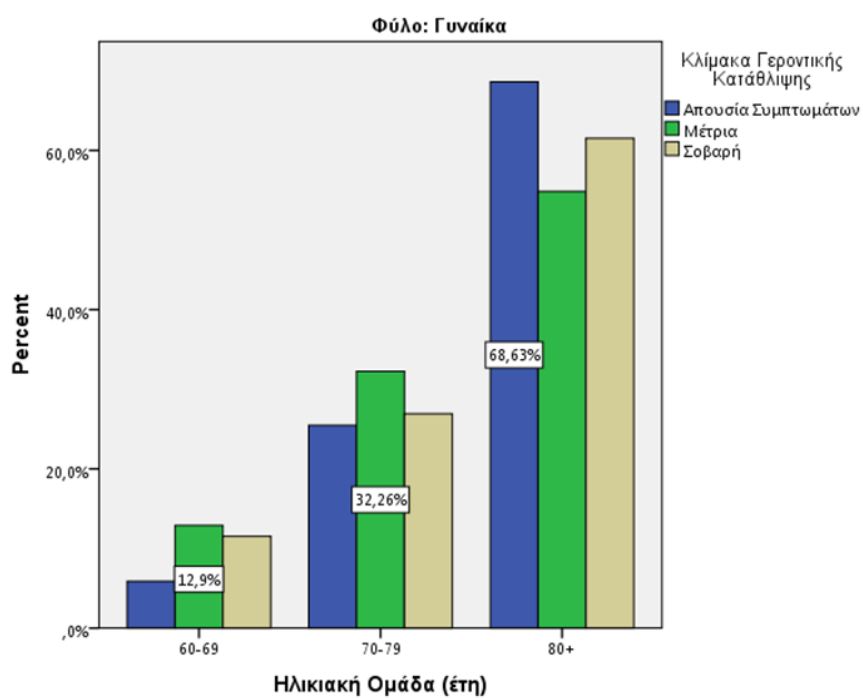


Σχήμα 2.5. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ των ηλικιακών ομάδων για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.

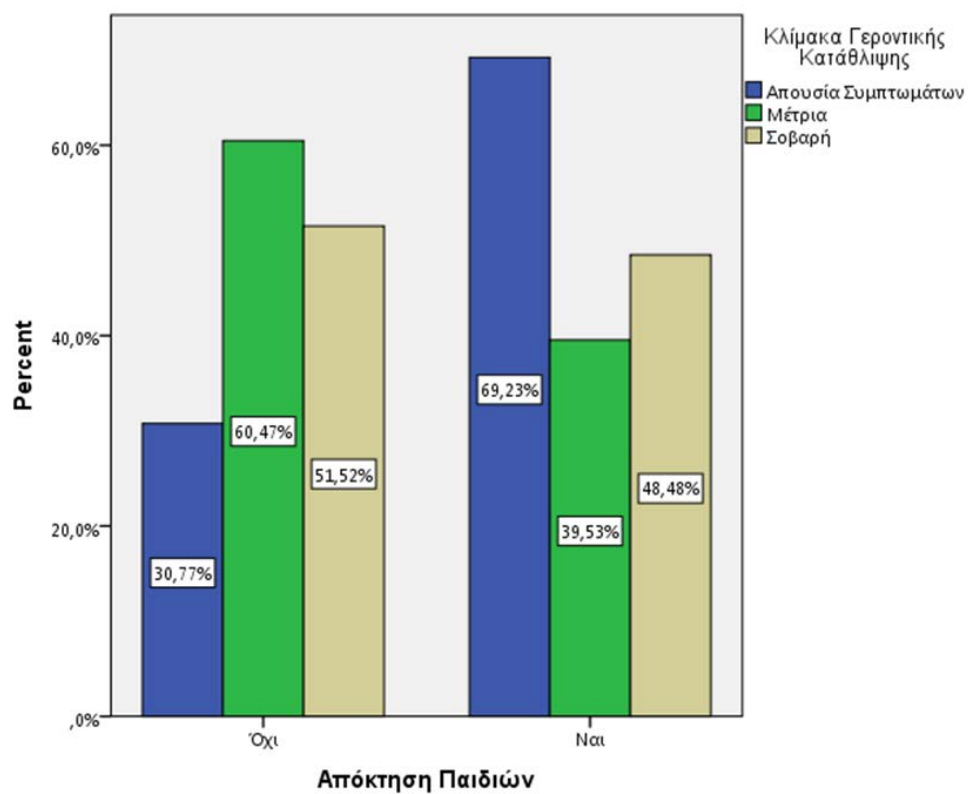
a)



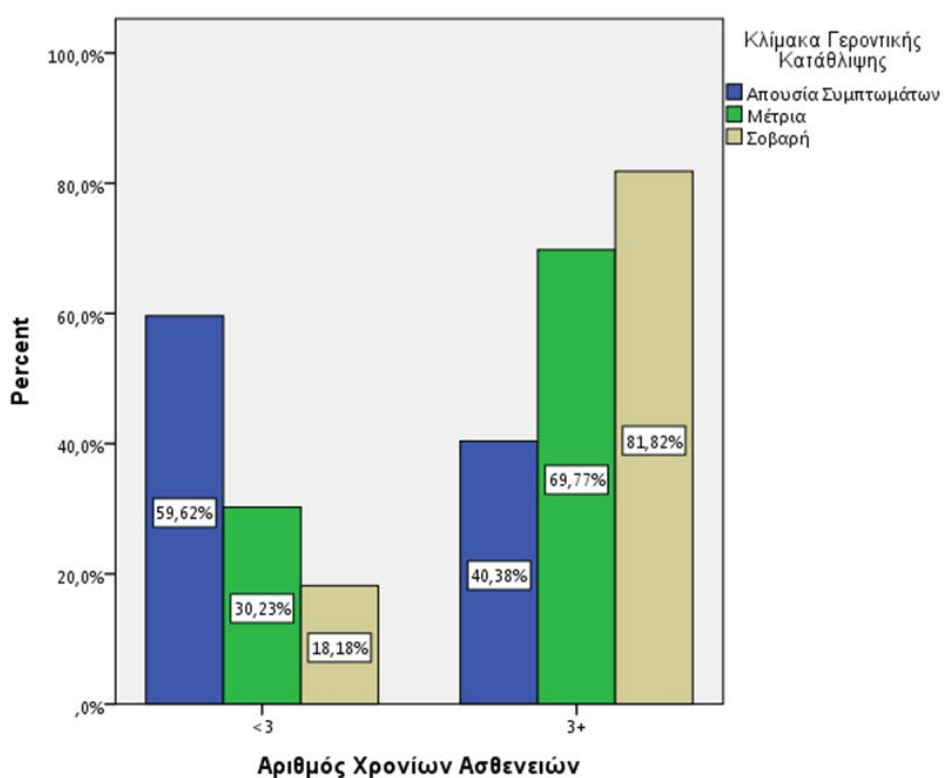
b)



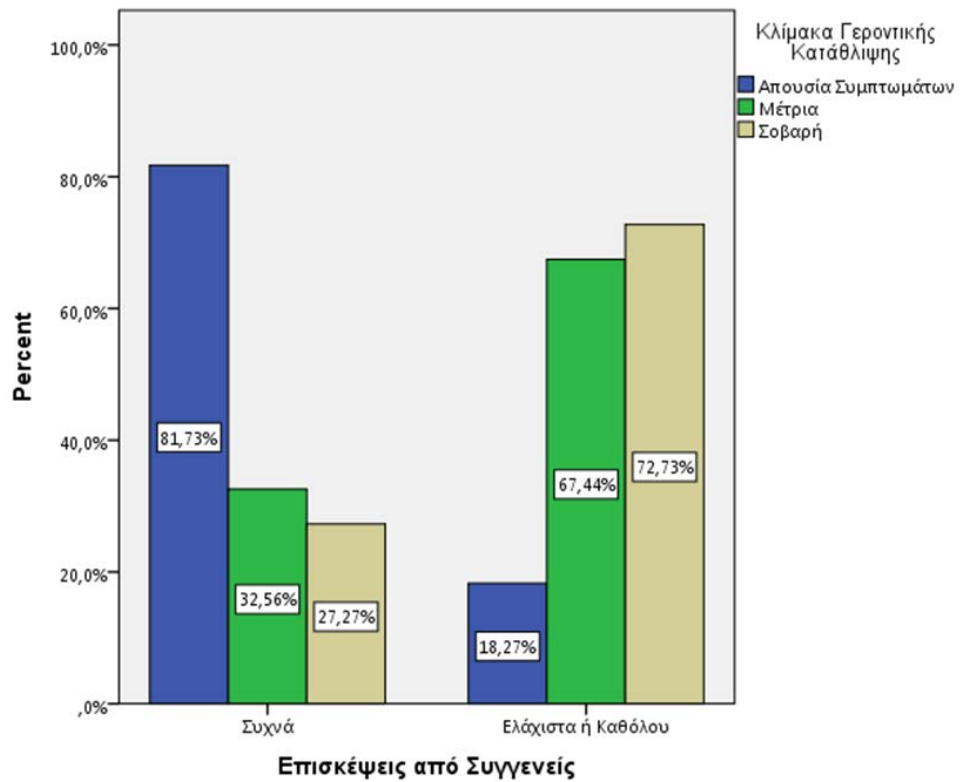
Σχήμα 2.6. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ της απόκτηση παιδιών ή όχι, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



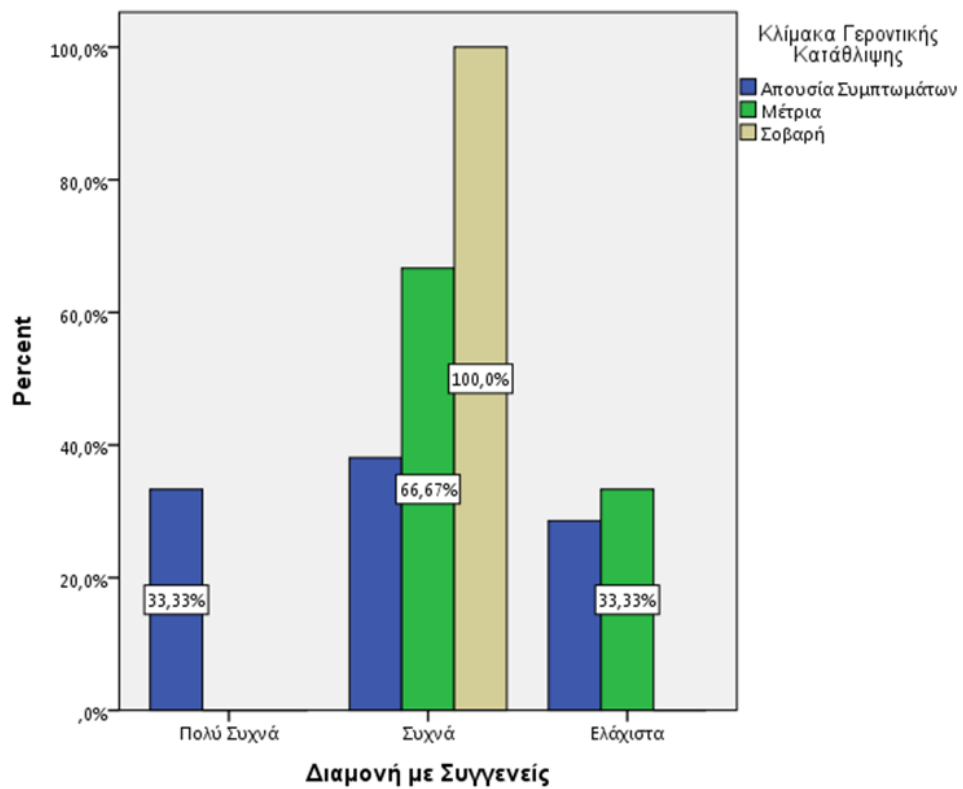
Σχήμα 2.7. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ της παρουσίας πολλαπλής παθολογίας, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



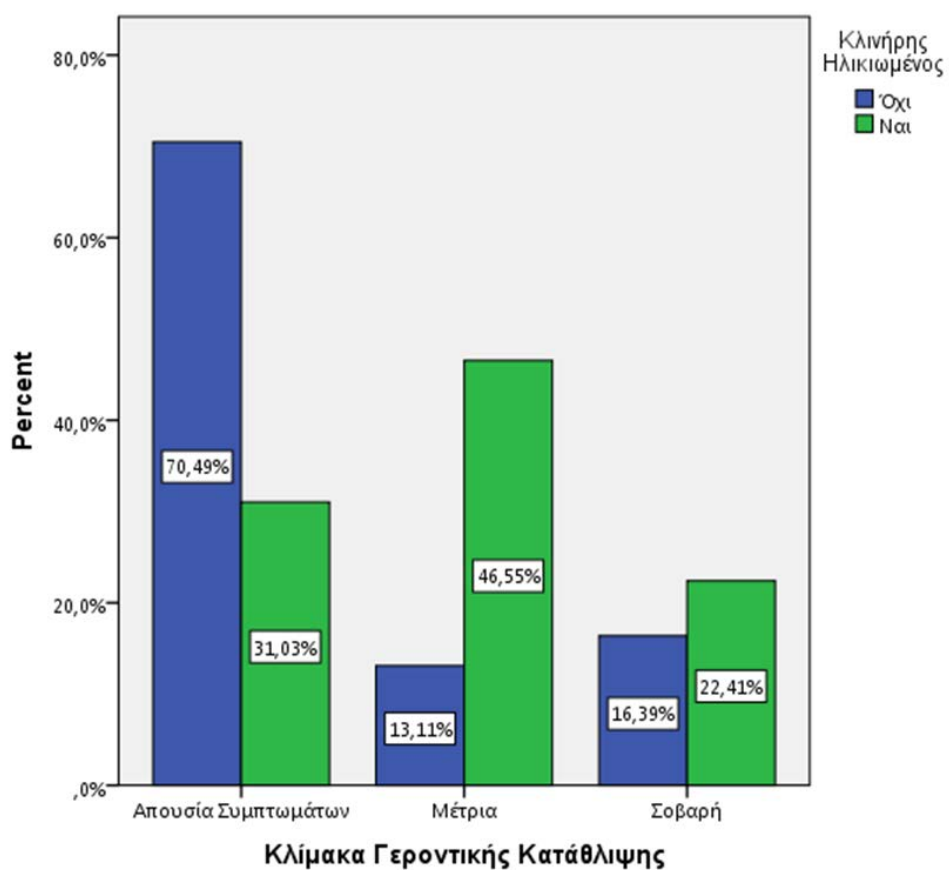
Σχήμα 2.8. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ της συχνότητας των επισκέψεων, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



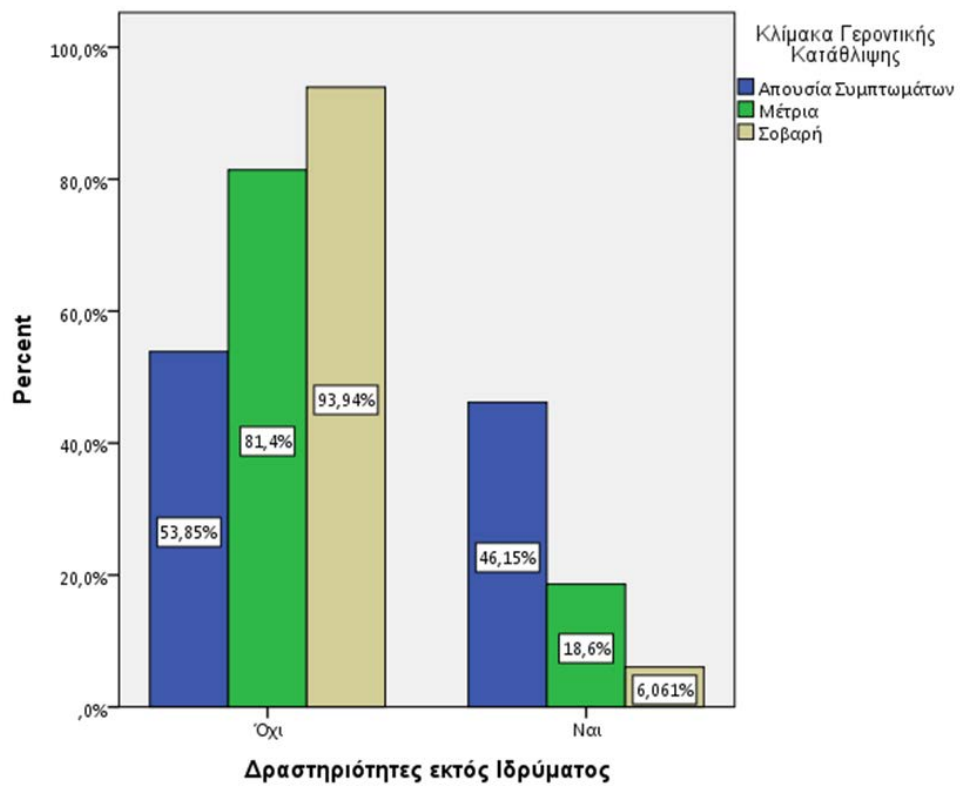
Σχήμα 2.9. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ της διαμονής με τους συγγενείς (μη κλινήρης), για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



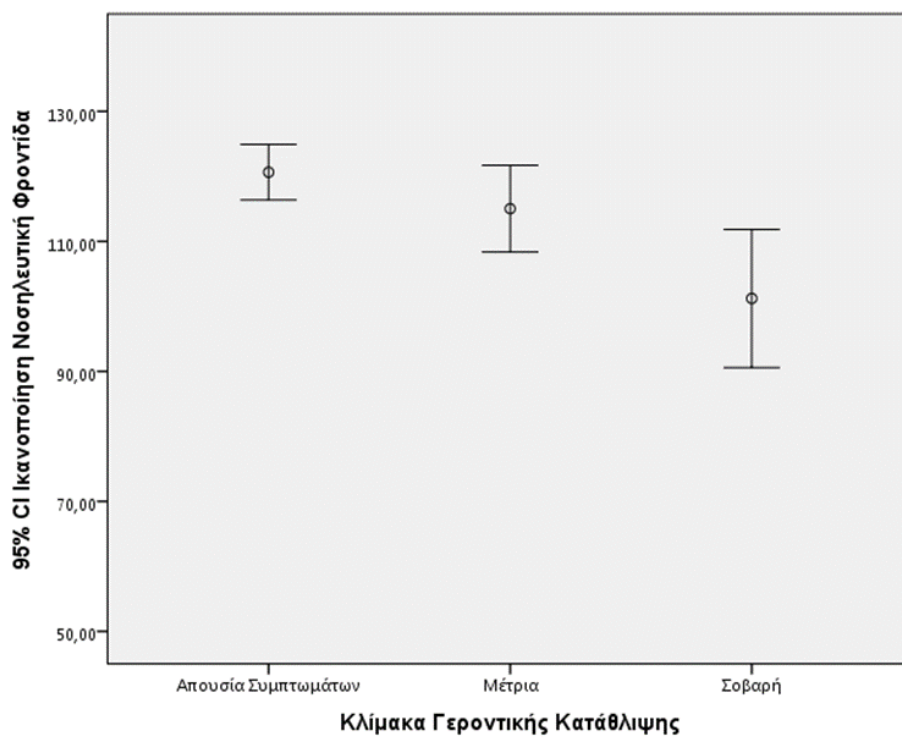
Σχήμα 2.10. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ της κλίμακας μέτρησης της γεροντικής κατάθλιψης και της κλινήρης ή όχι κατάστασης των ηλικιωμένων, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



Σχήμα 2.11. Κατανομή της κλίμακας γεροντικής κατάθλιψης, μεταξύ της δραστηριότητας εκτός Οίκου ευγηρίας, για το σύνολο των ατόμων που συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα.



Σχήμα 2.12. Γράφημα της μέσης τιμής και των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα, μεταξύ των κατηγοριών της κατάθλιψης.



➤ Υπόδειγμα ερωτηματολογίου και άδειες

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ:

Ανδρας

Γυναίκα

2. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

3. ΗΛΙΚΙΑ:..... (έτη)

4. ΚΛΙΝΗΡΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ : ΝΑΙ Ο ΧΙ

5. ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

>13

8-13

2-7

0 (Αναλφάβητος)

6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

Ανύπαντρος

Παντρεμένος

Χωρισμένος

Χήρος

7. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

4

3

2

1

Κανένα

8. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:

Ελληνική

Άλλη

9. Επάγγελμα που κάνατε;

Μη χειρώνακτας

Χειρώνακτας

Αγρότης

Οικιακά

10. ΠΟΣΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: _____

11. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ:

Δημόσιος Ασφαλιστικός φορέας

Ιδιωτικός Ασφαλιστικός φορέας

12. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ:

Καθημερινά

10 – 20 φορές/μήνα

5 - 10 φορές/μήνα

< 5 φορές/μήνα

Καθόλου

13. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΤΟ ΧΡΟΝΟ:

Πολύ συχνά

Αρκετά συχνά

Συχνά

Ελάχιστα

Καθόλου

14. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

**ΚΑΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ (MPSS)**

Θα σας αναφέρω λοιπόν κάποιες προτάσεις που σχετίζονται με τη νοσηλευτική φροντίδα και θα ήθελα αφού σκεφθείτε τη φροντίδα που παρέχεται στο ίδρυμα (σε εσάς ή / και σε άλλους ηλικιωμένους) να μας πείτε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το βαθμό της ικανοποίησής σας με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Καθόλου ικανοποιημένος	Λίγο ικανοποιημένος	Αρκετά ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πάρα πολύ ικανοποιημένος
1	2	3	4	5

1. Βοήθεια για τις καθημερινές ανάγκες. Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος.	1	2	3	4	5
2. Νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις. Όπως: χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, φλεβοκεντήσεις, αλλαγή ορών, περιποίηση πληγών ή τραυμάτων, αλλαγή επιδέσμων κ.τ.λ. Βαθμολογήστε αναφορικά με: <i>α. την επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω διαδικασίες ή πράξεις.</i>	1	2	3	4	5
<i>β. τη συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω διαδικασίες ή πράξεις.</i>	1	2	3	4	5
3. Ανακούφιση του πόνου. Εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου, (π.χ. αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον ηλικιωμένο, αλλαγή θέσης, χορήγηση φαρμάκων, κ.τ.λ.).	1	2	3	4	5
4. Πληροφόρηση. Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό: <i>α. για τον προσανατολισμό στους χώρους του ιδρύματος την πρώτη μέρα που έρχεται ο ηλικιωμένος (χώρος, ρουτίνα, κουδούνι).</i>	1	2	3	4	5
<i>β. για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες (προετοιμασία, τότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα).</i>	1	2	3	4	5
<i>γ. των συγγενών ή άλλων κοντινών προσώπων του ηλικιωμένου (π.χ. για τον τρόφιμο και τι περιμένει από αυτούς).</i>	1	2	3	4	5

5. Εκπαίδευση - Οδηγίες. Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για την απαιτούμενη φροντίδα.	1	2	3	4	5
6. Ανταπόκριση - ταχύτητα.					
α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα για βοήθεια (κουδούνι - σήμα).	1	2	3	4	5
β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να βοηθήσει.	1	2	3	4	5
7. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για τη φροντίδα, σε σχέση με εκείνον που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.	1	2	3	4	5
8. Συνέχεια νοσηλευτικής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια, πληροφορείται έγκαιρα για τυχόν αλλαγές που προκύπτουν σε σχέση με την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων.	1	2	3	4	5
9. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.					
α. εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για μείωση του θορύβου (από άλλους ασθενείς, επισκέπτες, προσωπικό).	1	2	3	4	5
β. επιλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό της κατάλληλης ώρας ή επιλογή από τον ηλικιωμένο της ώρας για το ζύπνημα	1	2	3	4	5
10. Καθαριότητα χώρων					
α. ιατρείο	1	2	3	4	5
β. κοινόχρηστων χώρων	1	2	3	4	5
11. Φαγητό.					
α. ποιότητα	1	2	3	4	5
β. επιλογή φαγητού (ικανοποίηση προσωπικών προτιμήσεων)	1	2	3	4	5
γ. θερμοκρασία	1	2	3	4	5
δ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος	1	2	3	4	5
ε. βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό	1	2	3	4	5
12. Ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4	5
13. Σεβασμός. Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό (π.χ. τρόπος ομιλίας, προστασία της έκθεσης του σώματος, σεβασμός της διαφορετικότητας κ.τ.λ.)	1	2	3	4	5

14. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει στους ηλικιωμένους για να συζητήσει, να ακούσει, να κατανοήσει τα προβλήματά τους και να συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές τους.	1	2	3	4	5
15. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες (π.χ. ώρα φαγητού, καθαριότητας, επισκεπτηρίου κ.τ.λ.)	1	2	3	4	5
16. Συμμετοχή στη φροντίδα. <i>α. ευκαιρίες που σας δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό για να αποφασίσετε για τη φροντίδα σας.</i>	1	2	3	4	5
<i>β. το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά την άδεια του ηλικιωμένου για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετική με τη φροντίδα</i>	1	2	3	4	5
17. Επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4	5
18. Αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είσαστε από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας.	1	2	3	4	5

GERIATRIC DEPRESSION SCALE-15 (GDS-15)

1. Είστε βασικά ευχαριστημένος/η με τη ζωή σας;

NAI OXI

2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

NAI OXI

3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

NAI OXI

4. Βαριέστε συχνά;

NAI OXI

5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Προτιμάτε να μένετε στο ίδρυμα παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ό τι οι άλλοι;

ΝΑΙ ΟΧΙ

11. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;

ΝΑΙ ΟΧΙ