

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 50+ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Έλενα Μπαμίχα

Διπλωματική Εργασία

που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής
Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των
απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού
Διπλώματος Ειδίκευσης στην Εφαρμοσμένη Στατιστική.

**ΠΕΙΡΑΙΑΣ,
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2018**

UNIVERSITY OF PIRAEUS



**DEPARTMENT OF STATISTICS AND INSURANCE
SCIENCE**

**POSTGRADUATE PROGRAM IN
APPLIED STATISTICS**

**EMPLOYMENT AND DEPRESSION
AMONG PERSONS AGED 50+
IN GREECE AND EUROPE**

BY

Elena Bamiha

MSc Dissertation

submitted to the Department of Statistics and Insurance
Science of the University of Piraeus in partial fulfilment of
the requirements for the degree of Master of Science in
Applied Statistics.

**PIRAEUS, GREECE
FEBRUARY 2018**

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίσθηκε από τη ΓΣΕΣ του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμ. συνεδρίασή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Εφαρμοσμένη Στατιστική

Τα μέλη της Επιτροπής ήταν:

- Γ. Βερροπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)
- Γ. Τζαβελάς, Επίκουρος Καθηγητής
- Χ. Μπάγκαβος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

*Στον πατέρα μου, Αντρέα
και την γιαγιά μου, Ειρήνη*

*«Κατάθλιψη είναι η ανικανότητα
σύλληψης κάποιου μέλλοντος»
Rollo May, Αμερικανός Ψυχολόγος*

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιοδήποτε τρόπο στην πραγματοποίησή της. Τίς θερμότερες και καθ' όλα ειλικρινείς ευχαριστίες μου οφείλω στην επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου, κ. Γεωργία Βερροπούλου, για το χρόνο που διέθεσε απλόχερα, την προθυμία της να με βοηθήσει σε οποιοδήποτε πρόβλημα αντιμετώπιζα κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας, τις ιδιαίτερες σημαντικές συμβουλές της, καθώς και για τις εύστοχες παρατηρήσεις της. Χωρίς την πολύτιμη βοήθειά της σε επιστημονικά και διαδικαστικά ζητήματα, τη συνεχή πρακτική και ηθική υποστήριξή της και την εμπιστοσύνη της, η ολοκλήρωση της συγκεκριμένης εργασίας θα ήταν αδύνατη.

Επιπροσθέτως, ένα εξίσου μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον πατέρα μου, Αντρέα, και στην γιαγιά μου, Ειρήνη, οι οποίοι υπήρξαν ανεκτίμητο στήριγμα για εμένα, σε κάθε στάδιο της ζωής μου, και στους οποίους οφείλω όλη τη διαδρομή των σπουδών μου μέχρι σήμερα. Η πίστη τους στις δυνατότητές μου, η στήριξη όλων των επιλογών μου, αλλά και η αμέριστη συμπαράστασή τους συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην επιτυχή διεκπεραίωση της διπλωματικής μου.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους οικείους μου και ιδιαίτερα δύο πολυαγαπημένα μου πρόσωπα, τον σύντροφό μου, Γιάννη, για την ανοχή, την κατανόηση και την έμπρακτη υποστήριξη που επέδειξε στο δύσκολο διάστημα της εκπόνησης της διπλωματικής μου και τη συμφοιτήτριά και πολυαγαπημένη μου φίλη, Στέλλα, που με τις επίμονες παροτρύνσεις της, με ευθάρρυνε καθημερινά, συμβάλλοντας με το δικό της ξεχωριστό τρόπο στην ολοκλήρωση της συγγραφής.

Περίληψη

Η Κατάθλιψη αποτελεί τη σημαντικότερη ψυχική νόσο της σημερινής εποχής. Ενώ η ύπαρξή της είναι διαδεδομένη από αρχαιοτάτων χρόνων, σύμφωνα με ιστορικές πηγές, σήμερα ταλανίζει εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, ενώ αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας στην τρίτη ηλικία επηρεάζοντας την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων και οδηγώντας τους στην περιθωριοποίηση και το στιγματισμό. Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στην κατάθλιψη, ορισμένους επαγγελματικούς/εργασιακούς, δημογραφικούς, καθώς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, αλλά και μεταβλητές νοσηρότητας (δείκτες υγείας) σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Η ανάλυσή μας βασίζεται στο δεύτερο κύμα συλλογής στοιχείων της διεπιστημονικής και διαχρονικής Έρευνας για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE). Στο 1^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται σημαντικές πληροφορίες για τους διάφορους τύπους κατάθλιψης, έτσι όπως αυτοί έχουν προκύψει μέσω της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-IV), ενώ στο 2^ο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την κατάθλιψη στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Ειδικότερα, αναφέρονται οι παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, η συμπτωματολογία, ο επιπολασμός, οι συνέπειες, όπως επίσης και οι τρόποι αντιμετώπισης της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου. Παράλληλα, πραγματοποιείται μία συνοπτική αναφορά σε όλους εκείνους τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κλινικής κατάθλιψης. Στο 3^ο κεφάλαιο διαχωρίζονται οι έννοιες «εργασιακό άγχος» και «επαγγελματική εξουθένωση», ενώ δίνεται έμφαση στις επιπτώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (job burnout) σε όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου και κυρίως στην ψυχική του υγεία. Το 4^ο κεφάλαιο περιλαμβάνει την περιγραφική ανάλυση των στοιχείων που μας παρέχονται μέσω του δεύτερου κύματος του SHARE. Η ανάλυση περιλαμβάνει στο σύνολό της δεκατέσσερις χώρες, ενώ κύριο εύρημα αυτής αποτελεί ότι η πλειοψηφία του δείγματος που συμμετείχε στη συγκεκριμένη έρευνα, αισθάνεται υγιής κρίνοντας το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής της υγείας ως ικανοποιητικό, γεγονός που σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα, κινητικό περιορισμό ή ψυχική ασθένεια που να παρεμποδίζει την αυτονομία και τη λειτουργικότητά της. Προχωρώντας στο 5^ο κεφάλαιο, εξετάζεται εάν και σε τι βαθμό συσχετίζεται η κατάθλιψη με ποικίλους δημογραφικούς, κοινωνικο-οικονομικούς και εργασιακούς παράγοντες, καθώς και με παράγοντες νοσηρότητας, διαπιστώνοντας ότι η κακή σωματική υγεία, η ύπαρξη δηλαδή χρόνιων παθήσεων, κινητικών περιορισμών κ.α., συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην εμφάνιση κατάθλιψης. Τέλος, στο 6^ο κεφάλαιο διερευνάται η επίδραση όλων των προαναφερθέντων παραγόντων στην εμφάνιση ή όχι κατάθλιψης με τα σημαντικότερα αποτελέσματα να περιλαμβάνονται στο 7^ο κεφάλαιο όπου φαίνεται ότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ικανοποίηση ή όχι που αντλεί ένα άτομο από το εργασιακό του περιβάλλον, καθώς και η επιθυμία του για πρόωρη συνταξιοδότηση είναι ορισμένοι μόνο από τους παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου.

Abstract

Depression is the most important mental illness in this day and age. While its existence has been widespread since ancient times, according to historical sources, today millions of people worldwide are being afflicted with depressive disorders. In addition, it is known that depression tends to be a major cause of morbidity in the elderly, affecting their daily lives and leading them to marginalization and stigmatization. The aim of this thesis is to investigate the associations of certain occupational and demographic factors, health related variables and socio-economic level with depression, among people who are 50 years or more across Greece and Europe. Our analysis is based on data of the second wave of the interdisciplinary and longitudinal Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE). The first chapter includes important information on the different types of depression as they emerged through the fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), while the second chapter presents the depression disorder among the elderly. In particular, in chapter 2 are mentioned the risk factors, the symptomatology, the prevalence, the consequences, as well as the appropriate ways the older adults can deal with depression. At the same time, a concise reference is made to all those factors that contribute to the emergence of clinical depression. The third chapter separates the concepts of "work anxiety" and "professional burnout", while emphasizing the impact of the burnout syndrome on all aspects of a person's life and especially on mental health. Chapter 4 contains the descriptive analysis of the data provided through the second wave of SHARE. The analysis includes fourteen countries and its main finding is the one described above: the majority of the sample that has taken part in this research feels healthy, judging the level of its physical and mental health as satisfactory. That means that it does not suffer from a serious chronic disease, mobility restriction or mental illness which impedes its autonomy and functionality. The fifth chapter investigates whether and to what extent depression is associated with a variety of demographic, socio-economic, occupational factors and morbidity factors, noting that poor physical health, chronic illnesses, mobility constraints etc., contribute in a significant way to the onset of depression. Last but not least, chapter 6 explores the effect of all the aforementioned factors on the appearance or not of depression with the most important results being included in the seventh chapter where it appears that gender, marital status, the satisfaction or not that a person draws from his working environment, as well as his desire for early retirement are only some of the factors that affect the occurrence of this mental illness.

Πίνακας περιεχομένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Η κατάθλιψη από την αρχαιότητα έως και σήμερα	27
1.2 Η κατάθλιψη και τα συμπτώματά της	28
1.3 Τύποι ψυχικών διαταραχών και αντίστοιχα διαγνωστικά κριτήρια βάσει του DSM-IV	33
1.3.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα)	35
1.3.2 Καταθλιπτικά επεισόδια Διπολικής Διαταραχής (Διπολικές Διαταραχές Τύπου I και Τύπου II)	37
1.3.3 Δυσθυμική Διαταραχή.....	42
1.3.4 Κυκλοθυμική Διαταραχή.....	44
1.3.5 Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς – Άτυπη Κατάθλιψη	47
Προεμμηνόρρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή	49
Ελάσσων Καταθλιπτική Διαταραχή.....	53
Υποτροπιάζουσα Βραχεία Καταθλιπτική Διαταραχή	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία	61
2.2 Παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εμφάνιση κατάθλιψης.....	61
2.3 Συμπτωματολογία κατάθλιψης.....	67
2.4 Επιπολασμός κατάθλιψης.....	70
2.5 Συνέπειες κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα.....	71
2.6 Τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης.....	72
2.7 Τα αίτια της κατάθλιψης	74
2.7.1 Γενετικοί Παράγοντες	74
2.7.2 Βιολογικοί Παράγοντες.....	75
2.7.3 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	77
2.7.4 Φύλο	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Κατάθλιψη και εργασία.....	79
3.2 Παράγοντες επικινδυνότητας που συμβάλλουν στην εμφάνιση εργασιακού άγχους	79
3.3 Συνέπειες εργασιακού άγχους	81
3.4 Ορίζοντας την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (job burnout)	82

3.5 Συμπτωματολογία συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	83
3.6 Επιπτώσεις συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.....	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Η έρευνα SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe).....	88
4.2 Περιγραφικά στοιχεία και μεταβλητές ενδιαφέροντος	90
4.2.1 Δημογραφικά στοιχεία	90
4.2.2 Κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία.....	98
4.2.3 Στοιχεία για την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων.....	104
4.2.4 Στοιχεία που αφορούν στο επάγγελμα	114
4.2.5 Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αντλούν από τη ζωή τους οι ερωτώμενοι	121

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Πίνακες συνάφειας και στατιστικοί έλεγχοι ανεξαρτησίας.....	124
5.2 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και την τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση	125
5.2.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και cjs	125
5.2.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep007.....	128
5.2.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep026.....	129
5.2.4 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep028.....	132
5.2.5 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep029	134
5.2.6 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep030.....	137
5.2.7 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep031	139
5.2.8 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep033.....	141
5.2.9 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep036.....	144
5.3 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη νοσηρότητα.....	147
5.3.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και sphus	147
5.3.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και chronic_1.....	149
5.3.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και mobility_1	152
5.3.4 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και symptoms_1	154
5.4 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις σημαντικότερες δημογραφικές μεταβλητές	157
5.4.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και country	157

5.4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και gender.....	160
5.4.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και age_1	162
5.5 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις σημαντικότερες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές	164
5.4.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και yedu_1	164
5.4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και fdistress	166

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Η λογιστική παλινδρόμηση και η σημασία της.....	169
6.2 Έλεγχοι μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης	171
6.2.1 Έλεγχος καλής προσαρμογής – Hosmer-Lemeshow Test.....	171
6.2.2 Πίνακας ταξινόμησης – Classification Table.....	172
6.3 Μοντέλα δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης.....	172
6.3.1 Πρώτο Μοντέλο (1 ^ο): Δημογραφικές μεταβλητές	172
Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το πρώτο μοντέλο	173
Ερμηνεία των συντελεστών του πρώτου μοντέλου	175
6.3.2 Δεύτερο Μοντέλο (2 ^ο): Δημογραφικές και Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές.....	177
Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το δεύτερο μοντέλο	178
Ερμηνεία των συντελεστών του δεύτερου μοντέλου	180
Σύγκριση αποτελεσμάτων των στηλών Sig. και Exp(B) μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης	181
Σχολιασμός των στηλών Sig. και Exp(B) για τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές	182
Σύγκριση αποτελεσμάτων των Hosmer Lemeshow Tests και των Classification Tables ανάμεσα στο πρώτο και το δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης	182
6.3.3 Τρίτο Μοντέλο (3 ^ο): Δημογραφικές, Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές και μεταβλητές Νοσηρότητας	183
Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το τρίτο μοντέλο	184
Σχολιασμός του πίνακα «Case Processing Summary» για το τρίτο μοντέλο.....	187
Σχολιασμός του πίνακα «Hosmer and Lemeshow Test» για το τρίτο μοντέλο	187
Σχολιασμός του πίνακα «Classification Table» για το τρίτο μοντέλο.....	187
Ερμηνεία των συντελεστών του τρίτου μοντέλου	188
Σύγκριση αποτελεσμάτων των στηλών Sig. και Exp(B) μεταξύ	

του δεύτερου και του τρίτου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης	188
Σχολιασμός των στηλών Sig. και Exp(B) για τις μεταβλητές νοσηρότητας/υγείας	190
Σύγκριση αποτελεσμάτων των Hosmer Lemeshow Tests και των Classification Tables ανάμεσα στο δεύτερο και το τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.....	191
6.3.4 Τέταρτο Μοντέλο/Βέλτιστο Μοντέλο (4 ^ο): Δημογραφικές, Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, μεταβλητές Νοσηρότητας και Εργασίας/Επαγγέλματος	191
Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το τέταρτο μοντέλο.....	194
Ερμηνεία των συντελεστών του τέταρτου μοντέλου	197
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : Συμπεράσματα έρευνας.....	202
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	206

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 4.2.1.1 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender	Σελ.90
Πίνακας 4.2.1.2 : Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή age	Σελ.91
Πίνακας 4.2.1.3 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή age_1	Σελ.92
Πίνακας 4.2.1.4 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή mstat	Σελ.95
Πίνακας 4.2.1.5 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή mstat_1	Σελ.96
Πίνακας 4.2.1.6 : Χώρες στις οποίες κατηγοριοποιείται η μεταβλητή country	Σελ.97
Πίνακας 4.2.1.7 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή country	Σελ.97
Πίνακας 4.2.2.1 : Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή yedu	Σελ.99
Πίνακας 4.2.2.2 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu_1	Σελ.100
Πίνακας 4.2.2.3 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdistress	Σελ.101
Πίνακας 4.2.2.4 : Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή hhinc	Σελ.102
Πίνακας 4.2.3.1 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic_1	Σελ.106
Πίνακας 4.2.3.2 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή symptoms_1	Σελ.107
Πίνακας 4.2.3.3 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή mobility_1	Σελ.108
Πίνακας 4.2.3.4 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus	Σελ.110
Πίνακας 4.2.3.5 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurodcat	Σελ.114
Πίνακας 4.2.4.1 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cjs	Σελ.116
Πίνακας 4.2.4.2 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή ep026	Σελ.118
Πίνακας 4.2.5.1 : Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifehap	Σελ.122
Πίνακας 5.2.1.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και cjs	Σελ.126
Πίνακας 5.2.1.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και cjs	Σελ.126
Πίνακας 5.2.1.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και cjs	Σελ.127
Πίνακας 5.2.2.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep007	Σελ.128
Πίνακας 5.2.3.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep026	Σελ.129
Πίνακας 5.2.3.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep026	Σελ.130
Πίνακας 5.2.3.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep026	Σελ.131
Πίνακας 5.2.4.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep028	Σελ.132

Πίνακας 5.2.4.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep028	Σελ.132
Πίνακας 5.2.4.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep028	Σελ.133
Πίνακας 5.2.5.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep029	Σελ.135
Πίνακας 5.2.5.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep029	Σελ.135
Πίνακας 5.2.5.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep029	Σελ.136
Πίνακας 5.2.6.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep030	Σελ.137
Πίνακας 5.2.6.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep030	Σελ.138
Πίνακας 5.2.6.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep030	Σελ.138
Πίνακας 5.2.7.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep031	Σελ.140
Πίνακας 5.2.7.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep031	Σελ.140
Πίνακας 5.2.7.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep031	Σελ.141
Πίνακας 5.2.8.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep033	Σελ.142
Πίνακας 5.2.8.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep033	Σελ.142
Πίνακας 5.2.8.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep033	Σελ.143
Πίνακας 5.2.9.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep036	Σελ.145
Πίνακας 5.2.9.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep036	Σελ.145
Πίνακας 5.2.9.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep036	Σελ.146
Πίνακας 5.3.1.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και sphus	Σελ.147
Πίνακας 5.3.1.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και sphus	Σελ.148
Πίνακας 5.3.1.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και sphus	Σελ.148
Πίνακας 5.3.2.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και chronic_1	Σελ.150

Πίνακας 5.3.2.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και chronic_1	Σελ.150
Πίνακας 5.3.2.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και chronic_1	Σελ.151
Πίνακας 5.3.3.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1	Σελ.153
Πίνακας 5.3.3.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1	Σελ.153
Πίνακας 5.3.3.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1	Σελ.153
Πίνακας 5.3.4.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1	Σελ.155
Πίνακας 5.3.4.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1	Σελ.155
Πίνακας 5.3.4.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1	Σελ.156
Πίνακας 5.4.1.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και country	Σελ.157
Πίνακας 5.4.1.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και country	Σελ.158
Πίνακας 5.4.1.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και country	Σελ.159
Πίνακας 5.4.2.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και gender	Σελ.160
Πίνακας 5.4.2.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και gender	Σελ.161
Πίνακας 5.4.2.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και gender	Σελ.161
Πίνακας 5.4.3.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και age_1	Σελ.162
Πίνακας 5.4.3.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και age_1	Σελ.162
Πίνακας 5.4.3.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και age_1	Σελ.163
Πίνακας 5.5.1.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1	Σελ.164
Πίνακας 5.5.1.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1	Σελ.165
Πίνακας 5.5.1.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1	Σελ.165

Πίνακας 5.5.2.1 : Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και fdistress	Σελ.167
Πίνακας 5.5.2.2 : Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και fdistress	Σελ.167
Πίνακας 5.5.2.3 : Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και fdistress	Σελ.168
Πίνακας 6.3.1.1 : Case Processing Summary για το πρώτο μοντέλο	Σελ.173
Πίνακας 6.3.1.2 : Προσαρμογή του πρώτου μοντέλου στα δεδομένα	Σελ.174
Πίνακας 6.3.1.3 : Classification Table για το πρώτο μοντέλο	Σελ.174
Πίνακας 6.3.1.4 : Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο πρώτο μοντέλο	Σελ.175
Πίνακας 6.3.2.1 : Case Processing Summary για το δεύτερο μοντέλο	Σελ.178
Πίνακας 6.3.2.2 : Προσαρμογή του δεύτερου μοντέλου στα δεδομένα	Σελ.179
Πίνακας 6.3.2.3 : Classification Table για το δεύτερο μοντέλο	Σελ.179
Πίνακας 6.3.2.4 : Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο δεύτερο μοντέλο	Σελ.179
Πίνακας 6.3.3.1 : Case Processing Summary για το τρίτο μοντέλο	Σελ.184
Πίνακας 6.3.3.2 : Προσαρμογή του τρίτου μοντέλου στα δεδομένα	Σελ.185
Πίνακας 6.3.3.3 : Classification Table για το τρίτο μοντέλο	Σελ.185
Πίνακας 6.3.3.4 : Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο τρίτο μοντέλο	Σελ.185
Πίνακας 6.3.4.1 : Case Processing Summary για το τέταρτο μοντέλο	Σελ.194
Πίνακας 6.3.4.2 : Προσαρμογή του τέταρτου μοντέλου στα δεδομένα	Σελ.194
Πίνακας 6.3.4.3 : Classification Table για το τέταρτο μοντέλο	Σελ.195
Πίνακας 6.3.4.4 : Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο τέταρτο μοντέλο	Σελ.195

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.2.1 : Ποσοστά ανταπόκρισης Ελλήνων συμμετεχόντων ηλικίας 50+ ανά φύλο στα καταθλιπτικά συμπτώματα της EURO-D κλίμακας	Σελ.66
Διάγραμμα 4.1.1 : Χώρες που συμμετέχουν στα 6 κύματα του SHARE	Σελ.89
Διάγραμμα 4.2.1.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender	Σελ.91
Διάγραμμα 4.2.1.2 : Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age	Σελ.92
Διάγραμμα 4.2.1.3 : Πίτα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age_1	Σελ.93
Διάγραμμα 4.2.1.4 : Πυραμίδα ηλικίας – φύλου	Σελ.94
Διάγραμμα 4.2.1.5 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή mstat	Σελ.95
Διάγραμμα 4.2.1.6 : Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή mstat_1	Σελ.96
Διάγραμμα 4.2.1.7 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή country	Σελ.98
Διάγραμμα 4.2.2.1 : Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu	Σελ.99
Διάγραμμα 4.2.2.2 : Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu_1	Σελ.100
Διάγραμμα 4.2.2.3 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdistress	Σελ.102
Διάγραμμα 4.2.2.4 : Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή hhinc	Σελ.103
Διάγραμμα 4.2.2.5 : Θηκόγραμμα οικογενειακού εισοδήματος όπως αυτό κατανέμεται στις χώρες που συμμετέχουν στο δεύτερο κύμα του SHARE	Σελ.104
Διάγραμμα 4.2.3.1 : Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic_1	Σελ.106
Διάγραμμα 4.2.3.2 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή symptoms_1	Σελ.107
Διάγραμμα 4.2.3.3 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή mobility_1	Σελ.109
Διάγραμμα 4.2.3.4 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus	Σελ.110
Διάγραμμα 4.2.3.5 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurodcat	Σελ.114
Διάγραμμα 4.2.4.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cjs	Σελ.116
Διάγραμμα 4.2.4.2 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ep026	Σελ.119
Διάγραμμα 4.2.5.1 : Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifehap	Σελ.123
Διάγραμμα 5.2.1.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και cjs	Σελ.127

Διάγραμμα 5.2.3.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep026	Σελ.131
Διάγραμμα 5.2.4.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep028	Σελ.134
Διάγραμμα 5.2.5.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep029	Σελ.136
Διάγραμμα 5.2.6.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep030	Σελ.139
Διάγραμμα 5.2.7.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep031	Σελ.141
Διάγραμμα 5.2.8.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep033	Σελ.143
Διάγραμμα 5.2.9.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep036	Σελ.146
Διάγραμμα 5.3.1.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και sphus	Σελ.149
Διάγραμμα 5.3.2.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και chronic_1	Σελ.151
Διάγραμμα 5.3.3.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1	Σελ.154
Διάγραμμα 5.3.4.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1	Σελ.156
Διάγραμμα 5.4.1.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και country	Σελ.159
Διάγραμμα 5.4.2.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και gender	Σελ.161
Διάγραμμα 5.4.3.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και age_1	Σελ.163
Διάγραμμα 5.5.1.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1	Σελ.166
Διάγραμμα 5.5.2.1 : Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και fdistress	Σελ.168

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η κατάθλιψη από την αρχαιότητα έως και σήμερα

Το συναίσθημα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης φύσης. Η θλίψη, η χαρά, η έκσταση, ο ψυχικός πόνος, η οδύνη, όλα αυτά είναι συναισθήματα που όλοι οι άνθρωποι βιώνουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ειδικότερα, η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα που ακολουθεί ορισμένες ψυχοτραυματικές καταστάσεις (Χριστοδούλου, 2005). Με άλλα λόγια, η θλίψη μπορεί να οριστεί ως η φυσιολογική αντίδραση σε ένα δυσάρεστο συμβάν. Για παράδειγμα, νιώθουμε θλίψη όταν πεθαίνει ένα αγαπημένο μας πρόσωπο, όταν απολυόμαστε από την εργασία μας ή όταν χωρίζουμε με τον/την σύντροφό μας. Τα γεγονότα αυτά συνήθως χαρακτηρίζονται από τάση για κλάμα και μειωμένη όρεξη για διάφορες δραστηριότητες ή ψυχαγωγία, συμπτώματα, τα οποία είναι παροδικά και υποχωρούν, υποχωρώντας κατά αυτόν τον τρόπο με τη σειρά της και η θλίψη. Εάν όμως τα συμπτώματα αυτά επιμένουν με αποτέλεσμα το συναίσθημα της θλίψης να είναι εξαιρετικά έντονο και να διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα έχοντας επιπτώσεις στη λειτουργικότητα και στην καθημερινότητα ενός ατόμου, τότε κάνουμε λόγο για κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης, τον 5^ο αιώνα π.Χ., έκανε λόγο για τη μελαγχολία αναφέροντας χαρακτηριστικά: «*Εάν η δυσθυμία και ο φόβος έχουν μεγάλη διάρκεια, μία τέτοια κατάσταση είναι μελαγχολική*». Η μελαγχολία, σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, προκύπτει από τον χυμό που ονομάζεται μέλαινα χολή, προκύπτει δηλαδή από τη μαύρη χολή ή αλλιώς από το μαύρο υγρό (Τσαλίκογλου, 2011). Πιο συγκεκριμένα, στην αρχαία Ελλάδα πίστευαν ότι η μελαγχολία είναι αποτέλεσμα της κακής ισορροπίας των τεσσάρων υγρών (του φλέγματος, του αίματος, του κίτρινου και του μαύρου υγρού), τα οποία σύμφωνα με τον Ιπποκράτη ονομάζονταν ιάματα και υπήρχαν μέσα στο ανθρώπινο σώμα. Ο ίδιος ο Ιπποκράτης μάλιστα προκειμένου να μειώσει την αυξημένη μαύρη χολή που υπήρχε στη σπλήνα ενός μελαγχολικού ατόμου ώστε να επανέλθει η απαραίτητη ισορροπία των τεσσάρων υγρών στο σώμα του και κατά συνέπεια να θεραπευτεί η μελαγχολία, χρησιμοποίησε μία θεραπευτική μέθοδο, ονόματι αφαιμάξη, η οποία αφαιρούσε αίμα από το σώμα σε συνδυασμό με μπάνιο, άσκηση και δίαιτα (Nemade & Reiss, 2007).

Σε αντίθεση με την άποψη που ο Ιπποκράτης διαμόρφωσε σχετικά με τη μελαγχολία, στη Ρώμη ο Μάρκος Τύλλιος Κικέρων, γνωστός Ρωμαίος φιλόσοφος και ρήτορας, υποστήριξε ότι η μελαγχολία ήταν αποτέλεσμα φόβου, θλίψης και θυμού. Κατά τον Κικέρωνα δηλαδή, η μελαγχολία οφειλόταν σε πνευματικούς λόγους κι όχι σε σωματικούς. Όσο περνούσαν τα

χρόνια τόσο περισσότερο υπερίσχυε η άποψη ότι η μελαγχολία οφείλεται σε δαιμονική κατοχή ή είναι αποτέλεσμα της οργής των θεών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η άποψη του Αύλου Κορνήλιου Κέλσου, μεγάλου Λατίνου συγγραφέα και βαθύ μελετητή της αρχαίας ελληνικής ιατρικής, κατά τον οποίο κατάλληλες, για τη μελαγχολία, θεραπείες αποτελούσαν η στέρση τροφής, το ξυλοκόπημα και οι σιδερένιες χειροπέδες στα πόδια (Nemade & Reiss, 2007).

Βάσει όλων των παραπάνω στοιχείων λοιπόν, είναι εμφανές ότι η κατάθλιψη ακολουθεί την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι και σήμερα. Κρίνουμε ιδιαιτέρως χρήσιμο στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι, οι ψυχικές διαταραχές, που για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκαλούνταν μελαγχολία, απέκτησαν την ονομασία κατάθλιψη για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ονομασία, η οποία άρχισε να χρησιμοποιείται ευρύτερα τον 19^ο αιώνα μ.Χ. (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Ειδικά στις μέρες μας, λόγω της οικονομικής κρίσης με την οποία έχουν έρθει αντιμέτωπες οι περισσότερες χώρες του κόσμου, λόγω του έντονου ρυθμού ζωής και της απαιτητικής καθημερινότητας, η κατάθλιψη αποτελεί μία πολύ σοβαρή κατάσταση και αφορά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Εκτιμάται ότι δέκα στους εκατό ανθρώπους του γενικού πληθυσμού, αναμένεται να νοσήσουν στη διάρκεια της ζωής τους από κατάθλιψη (Χριστοδούλου, 2005). Αναμφισβήτητα, η εν λόγω ψυχιατρική διαταραχή εμφανίζεται σε μεγάλη συχνότητα στην εποχή μας προσελκύνοντας κατά αυτόν τον τρόπο το ενδιαφέρον ολοένα και περισσότερων επιστημών, όπως είναι για παράδειγμα οι επιστήμες Υγείας και οι κοινωνικές επιστήμες, αλλά και πολλών ερευνών που έχουν ως στόχο την ολοένα και καλύτερη κατανόηση της ίδιας της νόσου, των αιτιών που οδηγούν σε αυτήν, των συμπτωμάτων, αλλά και του αντίκτυπου που αυτή έχει στους διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής των πασχόντων.

1.2 Η κατάθλιψη και τα συμπτώματά της

Η λέξη κατάθλιψη έχει διαφορετικές σημασίες. Άλλη σημασία έχει όταν την χρησιμοποιούμε καθημερινά και διαφορετική σημασία έχει όταν την χρησιμοποιούμε προκειμένου να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο για το οποίο απαιτείται θεραπεία. Για παράδειγμα, μπορεί να ειπωθεί η φράση «Έχω κατάθλιψη» όταν στην πραγματικότητα θα έπρεπε να ειπωθεί η φράση «Είμαι ενοχλημένος, επειδή διαπληκτίστηκα, απέτυχα στις εξετάσεις ή έχασα τη δουλειά μου». Εξάλλου, οι εναλλαγές εξάρσεων και καταπτώσεων είναι συνήθεις και φυσιολογικές στη ζωή και τα περισσότερα άτομα αναρρώνουν αρκετά γρήγορα (Medical Pharmaquality, 2011). Έτσι λοιπόν, μπορεί τη μία στιγμή να είμαστε χαρούμενοι και ευδιάθετοι και την επόμενη στιγμή να είμαστε θλιμμένοι και σε μεγάλο βαθμό στεναχωρημένοι εξαιτίας ενός δυσάρεστου συμβάντος που προέκυψε· η στεναχώρια αυτή όμως είναι παροδική

και περνώντας οι ημέρες εξαφανίζεται, χωρίς να επηρεάζει τη λειτουργικότητά μας ή τις δραστηριότητες που συνηθίζουμε να πραγματοποιούμε στην καθημερινότητά μας.

Ωστόσο, ο όρος κατάθλιψη στην Ψυχιατρική Ορολογία αποτελεί κλινικό σύνδρομο, το οποίο συγκροτεί διάφορα συμπτώματα, όπου θα αναφερθούμε εκτενέστερα παρακάτω, με προέχων χαρακτηριστικό την ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης, υπερβολικής και παρατεταμένης θλίψης. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός σύμφωνα με το οποίο οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν δομή συνδρόμου που περιλαμβάνει όχι μόνο το σχηματισμό σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους, αλλά επίσης έχει συγκεκριμένη χρονική πορεία και έκβαση. Πιο συγκεκριμένα, η δομική συγκρότηση της κατάθλιψης επιβάλλει την κατανομή των επιμέρους συμπτωμάτων στις ακόλουθες πέντε βασικές διαστάσεις (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013):

- **Συναισθηματική/Βιωματική διάσταση:** Η συναισθηματική διάσταση αφορά το πώς νιώθει ένα άτομο που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. Στην εν λόγω διάσταση μπορούν να παρατηρηθούν: καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση, άγχος, το οποίο παρατηρείται ορισμένες φορές με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας και φόβου, ευερεθιστότητα, ένταση, θυμός, εκνευρισμός σε κάθε αντιξοότητα, απελπισία, απόγνωση. Επίσης, συχνά υπάρχει απώλεια ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες και ανηδονία, έλλειψη δηλαδή ικανότητας να αντλούμε ευχαρίστηση από την ζωή. Σε γενικές γραμμές, ο πάσχων από καταθλιπτική διαταραχή σταματά πλέον να δίνει αξία στα ευχάριστα γεγονότα, ενώ αντιθέτως αρχίζει να υπερεκτιμά τα δυσάρεστα γεγονότα. Ιδιαίτερα σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη, υπάρχει πλήρης απώλεια του ενδιαφέροντος και αδυναμία βίωσης συναισθημάτων ακόμα και απέναντι στα πιο τραγικά συμβάντα.

Βάσει των παραπάνω συμπτωμάτων είναι εμφανές ότι οι αλλαγές στη συναισθηματική διάθεση περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα διαβαθμίσεων, ενώ η ίδια η καταθλιπτική διάθεση παρουσιάζει διακυμάνσεις ως προς τον χρόνο. Για παράδειγμα, μπορεί να είναι εντονότερη το πρωί και βελτιωμένη το βράδυ, να είναι συνεχής, να διαρκεί δηλαδή το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, ή να παρουσιάζεται εντονότερη σε περιόδους τις οποίες ο ασθενής βιώνει ως δύσκολες. Τέλος, είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι η συναισθηματική διάσταση της καταθλιπτικής διαταραχής και τα συμπτώματα που αυτή περιλαμβάνει επιδρούν σημαντικά σε όλη τη λειτουργικότητα του πάσχοντος, με αποτέλεσμα να οδηγούν σε έκπτωση της λειτουργικότητας σε πολλούς τομείς της ζωής του (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

- **Συμπεριφορική διάσταση:** Η συμπεριφορική διάσταση αναφέρεται στο πώς συμπεριφέρεται ένα άτομο που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. Στη διάσταση αυτή, ο ασθενής δυσκολεύεται ακόμα και να κινητοποιηθεί για να κάνει τις πιο απλές

πράξεις, συχνά χρονοτριβεί, ενώ δυσκολεύεται στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013). Η ενασχόληση με την καταθλιπτική σκέψη είναι τόσο έντονη και επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό τη συγκέντρωση ώστε συχνά άτομα με κατάθλιψη αναφέρουν δυσκολία στο διάβασμα ή στην παρακολούθηση ακόμη και τηλεόρασης (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006).

- **Σωματική διάσταση:** Η σωματική διάσταση αφορά τις σωματικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει ένα άτομο, το οποίο πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. Ειδικότερα, οι κυριότερες σωματικές εκδηλώσεις σχετίζονται με διαταραχές της όρεξης όπως είναι η ανορεξία, η απώλεια δηλαδή της όρεξης με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους. Σε σοβαρές περιπτώσεις, η ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υποσιτισμό και ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Οι συγκεκριμένες διαταραχές αφορούν τις διαταραχές των ηλεκτρολυτών και ιδιαίτερα του νατρίου (Na^+) και του καλίου (K^+) που αποτελούν τις πιο συχνά παρατηρούμενες ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Αναλυτικότερα, η υπονατριαιμία συνοδεύεται από σοβαρά νευρολογικά συμπτώματα, ενώ η υπερνατριαιμία, η οποία συγκριτικά με την υπονατριαιμία είναι σοβαρότερη αλλά εμφανίζεται με μικρότερη συχνότητα, αφορά κυρίως στη διαταραχή της ισορροπίας του νερού και λιγότερο του νατρίου έχοντας ως αποτέλεσμα την αφυδάτωση των εγκεφαλικών κυττάρων και την πρόκληση μικρών ή μεγάλων αιμορραγιών και θρομβώσεων. Από τη άλλη πλευρά, η υποκαλιαίμια και η υπερκαλιαίμια παρουσιάζουν συμπτώματα στο καρδιακό, στο μυϊκό και στο γαστρεντερολογικό σύστημα. Πάντως, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών είναι γενικά μία δευτερογενής εκδήλωση άλλης πρωτογενούς νόσου και για το λόγο αυτό η τελική αντιμετώπισή τους αφορά στην αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου (Μουστάκη και Φρετζάγιας, 2008).

Αντιθέτως, σε ηπιότερες καταστάσεις η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της προσλαμβανόμενης τροφής και αύξηση του σωματικού βάρους, γεγονός που επιδεινώνει άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, όπως υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου 2013).

Άλλες σωματικές εκδηλώσεις που μπορεί να εμφανίσει ο πάσχων από κατάθλιψη είναι η κόπωση και η εξάντληση. Ο ασθενής σε αυτές τις περιπτώσεις αισθάνεται ότι δεν έχει ενέργεια και μπορεί να παραμείνει αδρανής για όλη τη διάρκεια της ημέρας. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές ως προς την αρχιτεκτονική και την επάρκεια του ύπνου. Έτσι, μερικοί άνθρωποι με κατάθλιψη κοιμούνται πάρα πολλές ώρες, μερικοί δυσκολεύονται αρκετά να κοιμηθούν, ενώ άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο με συχνές αφυπνίσεις (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006).

Πονοκέφαλοι, ίλιγγος, εφίδρωση, μυϊκό άλγος, αναπνευστικά προβλήματα όπως η δυσφορία και η πίεση, καρδιακές διαταραχές όπως είναι η ταχυκαρδία, αλλά και

γαστρεντερικές διαταραχές όπως η ναυτία, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, η νευρώση στομάχου και το ευερέθιστο έντερο αποτελούν επιπρόσθετα πιθανά συμπτώματα της κατάθλιψης. Οι εν λόγω σωματικές ενοχλήσεις ενδέχεται ορισμένες φορές να είναι εξαιρετικά έντονες, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η διάγνωση των συγκεκριμένων, από τα σωματικά συμπτώματα, ψυχικών παθήσεων. Σε τέτοιες περιπτώσεις κάνουμε λόγο για συγκεκριαλλυμένη ή αλλιώς για λανθάνουσα κατάθλιψη, η οποία συχνά παραπλανεί τους μη ειδικούς ιατρούς (Keck, 2010). Επιπλέον, συχνά υπάρχει μειωμένη ή ανύπαρκτη σεξουαλική επιθυμία και σε ορισμένες γυναίκες προσωρινή αμηνόρροια. Βέβαια, η συχνότητα και η σοβαρότητα όλων των προαναφερθέντων συμπτωμάτων αυξάνονται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάθλιψης και την ηλικία του εκάστοτε ασθενούς (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Αναφέρουμε ακόμη ότι, η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου και για την εμφάνιση αγγειακών παθήσεων, όπως είναι για παράδειγμα οι καρδιακές παθήσεις και το εγκεφαλικό, έχοντας σχεδόν παρόμοιο αντίκτυπο στην υγεία του πάσχοντος με το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και την έλλειψη κίνησης (Keck, 2010). Τέλος τονίζουμε ότι, το ποσοστό των ασθενών που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή και εμφανίζει σωματικά ή σωματοποιημένα συμπτώματα αγγίζει έως και το 60% (Καλλιακμάνης, 2017).

- **Γνωστική διάσταση:** Η γνωστική διάσταση επικεντρώνεται στο πώς σκέπτεται και εκτιμά τη ζωή ο πάσχων από καταθλιπτική διαταραχή. Ο ασθενής που πάσχει από κατάθλιψη πραγματοποιεί αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενώ συχνά βιώνει αισθήματα αναξιοσύνης, αποτυχίας και ήττας, γεγονότα τα οποία οφείλονται στην ίδια τη λειτουργία της σκέψης του. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τη λειτουργία της σκέψης, υπάρχουν μηχανισμοί γνωστικής διαστρέβλωσης με τάση για ανεύρεση αποδείξεων που να στηρίζουν την αρνητική εκτίμηση του εαυτού και με εκλεκτική επιλογή των δεδομένων ώστε να απαρτίζουν την αρνητική εικόνα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το έντονο αίσθημα απαισιοδοξίας και η απώλεια ελπίδας που συχνά κατακλύζουν τον πάσχοντα, σχετίζονται με ιδέες θανάτου και αυτοκτονικό ιδεασμό ως μία προσπάθεια απαλλαγής από τα βάσανα (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013). Η σκέψη του ασθενή επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στο πόσο άσχημα περνάει και στο πόσο δυσοίωνα φαντάζει το μέλλον με αποτέλεσμα να δημιουργεί αυτοκτονικές σκέψεις. Σε άλλες περιπτώσεις, ενδέχεται ο πάσχων να έχει σοβαρές διαταραχές που να σχετίζονται με τις αισθήσεις του, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις. Ο ασθενής στις συγκεκριμένες περιπτώσεις νομίζει ότι ακούει φωνές ή ομιλίες που συνήθως σχετίζονται με το θεματικό της κατάθλιψής του ή μπορεί να ακούει καρφώματα, τα οποία ερμηνεύει σαν καρφιά που μπαίνουν στο φέρετρό του ή και ακόμη να ακούει μία

διαδικασία που ο ίδιος πιστεύει ότι οδηγεί στον απαγχονισμό του (Χριστοδούλου, 2005).

- **Λειτουργική διάσταση:** Η λειτουργική διάσταση αναφέρεται στο πώς λειτουργεί ο πάσχων στην εργασία του και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Σε αυτή τη διάσταση υπάρχει διαταραχή της συνολικής λειτουργικότητας του ασθενή τόσο στον εργασιακό του χώρο όσο και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Όσον αφορά τον εργασιακό χώρο παρατηρείται ελάττωση της αποδοτικότητας και της δημιουργικότητας, ενώ στις διαπροσωπικές σχέσεις παρατηρείται κακή επικοινωνία, ένταση, συγκρούσεις ρόλων ή δυσκολία ανάληψης νέων ρόλων (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Ειδικότερα, η κατάθλιψη έχει επιπτώσεις για την οικογένεια του πάσχοντος διότι το αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης που βιώνει ο ασθενής, διαταράσσει την επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας και ιδιαίτερα μεταξύ του πάσχοντα και των παιδιών του (Χριστοδούλου, 2015). Ο γονιός που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή συνηθίζει να απομονώνεται, να κλείνεται στον εαυτό του χωρίς να θέλει να συμμετέχει σε παλαιότερες οικογενειακές δραστηριότητες με αποτέλεσμα τα παιδιά να λαμβάνουν την αποξένωση αυτή ως αδιαφορία από τον «πάσχοντα γονιό».

Εάν κληθούμε λοιπόν να αναφέρουμε ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα αναφορικά με την κατάθλιψη, αυτό θα είναι η πολυμορφία. Βάσει όλων των προαναφερθέντων συμπτωμάτων, δεν χωράει καμία αμφιβολία σχετικά με το ότι η κατάθλιψη είναι μία πάθηση που έχει πολυμορφία και εκφράζεται με μία διόλου ευκαταφρόνητη ποικιλία τρόπων (Χριστοδούλου, 2005). Άλλωστε, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής διακρίνονται σε πέντε διαφορετικές διαστάσεις.

Ωστόσο, προκειμένου να προχωρήσουμε σε διάγνωση ενός από τα πολλά είδη καταθλιπτικής διαταραχής που υπάρχουν, είναι απαραίτητο να συμβουλευτούμε τα κοινώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια. Στα νεότερα, διεθνώς αποδεκτά συστήματα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών ανήκουν:

- η αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών, DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-Text Revision) που προτείνεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association, APA) και
- η αναθεωρημένη δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων, ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems), η οποία έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Στη συνέχεια της παρούσας εργασίας, θα αναφερθούμε αναλυτικά στο DSM-IV σύστημα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών δεδομένου ότι χρησιμοποιείται συχνότερα στις περισσότερες ερευνητικές εργασίες (Λιόνης κ.α., 2014).

1.3 Τύποι ψυχικών διαταραχών και αντίστοιχα διαγνωστικά κριτήρια βάσει του DSM-IV

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, το οποίο εν συντομία αναφέρεται ως DSM, κατατάσσει σε διάφορες κατηγορίες τις νοητικές διαταραχές και χρησιμοποιείται ευρέως από κλινικούς ψυχολόγους, ερευνητές, φαρμακευτικές εταιρείες, όπως επίσης και από το νομικό σύστημα. Ειδικότερα, η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) πραγματοποιήθηκε το 1952 στοχεύοντας στην ύπαρξη μίας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών, ενώ το 1968 ακολούθησε το DSM-II, το οποίο αποτέλεσε αναθεώρηση του DSM-I. Εντούτοις, τόσο στο DSM-I όσο και στο DSM-II η ταυτοποίηση των διαταραχών, τα διαγνωστικά δηλαδή κριτήρια όπου αντιστοιχούν τα διάφορα είδη κατάθλιψης, στηρίζονταν περισσότερο στη γενική συναίνεση των ειδικών παρά σε ερευνητικά δεδομένα (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Αλλαγές στον τομέα αυτόν επέφερε το DSM-III, το οποίο εκδόθηκε το 1980 και στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών αναφορικά με τον προσδιορισμό των διαταραχών. Επιπλέον, όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών κι εισήγαγε την πολυαξονική διάγνωση, η οποία εκτός από τις κλινικές-διαγνωστικές κατηγορίες περιλάμβανε και παράλληλους άξονες σχετικούς με την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη, τις σωματικές νόσους, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες, αλλά και τη γενική λειτουργικότητα του πάσχοντος. Τα γνωρίσματα αυτά της ψυχιατρικής ταξινόμησης διατηρήθηκαν και στην επόμενη έκδοση του εγχειριδίου, DSM-IV (1994), στην οποία και θα βασιστούμε προκειμένου να παρουσιάσουμε τα διάφορα είδη κατάθλιψης καθώς και θα αναφέρουμε, όπως ήδη προαναφέραμε, η συγκεκριμένη έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για τις πιο πολλές ερευνητικές εργασίες (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι, τον Μάιο του 2013 κυκλοφόρησε η πέμπτη έκδοση του DSM συστήματος ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών όπου ενώ διατηρούνται τα περιγραφικά-κατηγορικά διαγνωστικά κριτήρια, εισάγονται ορισμένα εξειδικευμένα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία βασίζονται στη βαρύτητα της διαταραχής ή άλλων κλινικών χαρακτηριστικών της καθώς και στην πορεία των συμπτωμάτων της διαταραχής. Ωστόσο, οι περισσότεροι ερευνητές σχετικά με το τι πρέπει να περιλαμβάνει ένα διαστασιακό σύστημα ταξινόμησης, όπως είναι άλλωστε το DSM-5, δέχονται μόνο τη διάσταση της βαρύτητας, ενώ λίγοι προτείνουν και τη

διάσταση της πορείας, με αποτέλεσμα οι περισσότερες μελέτες να ταξινομούν τα διάφορα είδη κατάθλιψης κατά μήκος μίας συνεχούς και βαθμιαία αυξανόμενης κλίμακας βαρύτητας και μόνο (Παναγιωτακοπούλου και Κονταξάκη, 2007).

Μία πρόσθετη διαφοροποίηση που προκάλεσε το DSM-5 συγκριτικά με τις προηγούμενες εκδόσεις, σχετίζεται με ορισμένες διαταραχές, οι οποίες ομαδοποιούνται πλέον σε ευρύτερες κατηγορίες που καλούνται «φάσματα». Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το «φάσμα σχιζοφρένειας» (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015). Για να γίνουμε μάλιστα πιο συγκεκριμένοι, χρησιμοποιώντας τον όρο «φάσμα» καταθλιπτικών διαταραχών αναφερόμαστε σε ένα σύνολο τυπικών και άτυπων συμπτωμάτων που περιλαμβάνονται μέσα σε αυτό, όπως είναι για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την προσωπικότητα του πάσχοντος (Παναγιωτακοπούλου και Κονταξάκη, 2007).

Κλείνοντας την αναφορά μας στις σημαντικές αλλαγές που επέφερε το DSM-5 στην ιστορία της ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών, σημειώνουμε ότι ο αριθμός των διαγνώσεων που περιγράφονται στο DSM-5 είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν του DSM-IV. Πιο συγκεκριμένα, από τις 383 διαγνώσεις που περιλάμβανε το DSM-IV, στο DSM-5 ο αριθμός αυτός αυξήθηκε κατά πολύ φτάνοντας τις 541 διαγνώσεις. Η συγκεκριμένη αύξηση οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε διαχωρισμούς και εξειδικεύσεις προϋπαρχουσών διαταραχών, ενώ εισάγεται μεταξύ των άλλων κι ένας σημαντικός αριθμός νέων διαταραχών, όπως είναι για παράδειγμα η διαταραχή κρίσεων υπερφαγίας (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Παρ' όλα αυτά, οι καινοτόμες, κατά τα άλλα, διαφοροποιήσεις που προκάλεσε στην ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών η πέμπτη έκδοση του DSM, συνοδεύτηκαν από αρκετές αντιπαραθέσεις και δέχτηκαν πολλές κριτικές. Ορισμένοι από τους επικριτές του DSM-5 υποστηρίζουν ότι η αντιστοίχιση ιατρικών συμπτωμάτων με συμπεριφορές που παλαιότερα θεωρούνταν φυσιολογικές, μετατρέπει εν τέλει φυσιολογικά συναισθήματα σε ψυχικές παθήσεις, γεγονός που επρόκειτο να οδηγήσει σε υπερβολές στη διάγνωση και κατά συνέπεια σε λάθος θεραπείες (Cossins, 2013). Για παράδειγμα, η νέα έκδοση του DSM καταργεί την «εξαίρεση του πένθους» στη διάγνωση της κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, το DSM-IV υποστηρίζει ότι ένα άτομο, το οποίο έχει χάσει πρόσφατα κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο, δεν χρειάζεται να προχωρήσει σε διάγνωση που να αφορά πιθανή ύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής, εφόσον συμπτώματα όπως είναι η παρατεταμένη θλίψη, η απουσία ενέργειας και ευχαρίστησης, η αϋπνία και οι αλλαγές βάρους, οφείλονται στο πένθος και διαρκούν λιγότερο από δύο μήνες. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα αποτελούν απλώς μία τυπική και παροδική απόκριση στην απώλεια του αγαπημένου προσώπου και δεν απαιτούν φαρμακευτική αγωγή, καθώς δεν οφείλονται σε κάποια καταθλιπτική διαταραχή (Jabr, 2013). Αντίθετα με το DSM-IV, το DSM-5 χαρακτηρίζει το πένθος ως ένα σοβαρό ψυχοπνευστικό

παράγοντα που δύνανται να υποκινήσει κάποιου τύπου καταθλιπτική διαταραχή ακόμη και λίγο μετά την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου (Stetka & Correll, 2013).

Κατά αυτόν τον τρόπο λοιπόν μπορούν να διαγνωστούν ως καταθλιπτικά ακόμη και άτομα που δεν εμφανίζουν σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ή, σε περίπτωση που τα εμφανίζουν, ακόμη και όταν τα συγκεκριμένα συμπτώματα είναι παροδικά. Με άλλα λόγια, υπάρχει κίνδυνος να παθολογικοποιηθεί μία φυσιολογική ανθρώπινη διαδικασία, όπως είναι η θλίψη (Stetka & Correll, 2013). Όπως υποστηρίζει μάλιστα ο Allen Frances, ψυχίατρος στο Duke University, επικεφαλής της ομάδας εργασίας για την έκδοση του DSM-IV κι ένας από τους πιο κάθετους επικριτές της νέας έκδοσης του DSM, η χαλάρωση των διαγνωστικών κριτηρίων οδηγεί σε ενίσχυση της ήδη υπάρχουσας υπερδιάγνωσης με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υπερβολικής χρήσης φαρμάκων στους «ανήσυχους-υγιείς», γεγονός που ωφελεί σε σημαντικό βαθμό τις φαρμακευτικές εταιρείες. Οι τελευταίες, σύμφωνα με τον Frances, εκμεταλλεύονται την ελάττωση της αυστηρότητας των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-5 προωθώντας μία συγκεκριμένη παραπλανητική ιδέα κατά την οποία τα προβλήματα της καθημερινής ζωής αποτελούν στην πραγματικότητα μη διαγνωσμένες ψυχιατρικές διαταραχές που προκαλούνται από μία χημική ανισορροπία και απαιτούν κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή για να αντιμετωπιστούν. Ο ίδιος συμβουλεύει τους ψυχιάτρους για τους παραπάνω λόγους και όχι μόνο, να χρησιμοποιούν με προσοχή το νέο εγχειρίδιο, αν όχι καθόλου (Frances, 2013).

Πάντως, ίσως το πιο ενδιαφέρον και προχωρημένο στοιχείο που διακρίνει το DSM-5 είναι η συνεχής και τακτική ενημέρωσή του για τα νέα δεδομένα στον χώρο της Ψυχιατρικής, γεγονός που θα οδηγήσει σε ταχύτερες και συνεχιζόμενες αναθεωρήσεις του, όπως θα είναι το DSM-5.1, DSM-5.2 και ούτω καθεξής. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο ο λατινικός αριθμός στις προηγούμενες εκδόσεις έχει αντικατασταθεί από τον αραβικό αριθμό 5. Είναι καιρός πλέον η σύγχρονη Ψυχιατρική να βρει το συντομότερο δρόμο προς την κατεύθυνση που συνδυάζει την πιο έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση με την εξατομικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες (Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος, 2015).

Επανερχόμενοι στο σημείο αυτό στο DSM-IV σύστημα ταξινόμησης ψυχικών διαταραχών και βασιζόμενοι στα διαγνωστικά του κριτήρια, οι ψυχικές διαταραχές διαχωρίζονται κυρίως στις παρακάτω κατηγορίες:

1.3.1 Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (μοναδικό επεισόδιο ή υποτροπιάζουσα)

Η μείζων κατάθλιψη είναι μία συχνή και σοβαρή ψυχική διαταραχή, η οποία διαβρώνει σημαντικά τον ψυχισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινή του ζωή. Το άτομο που εξετάζεται για μείζων καταθλιπτική διαταραχή πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα εννιά συμπτώματα κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων, ενώ τουλάχιστον

ένα από αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η ανηδονία. Αναλυτικά, στα εννιά συμπτώματα περιλαμβάνονται:

1. η καταθλιπτική διάθεση
2. η ανηδονία
3. οι αλλαγές βάρους (σημαντική απώλεια βάρους ή πρόσληψη βάρους)
4. ο ανήσυχος ύπνος (αϋπνία ή υπερυπνία)
5. η ψυχοκινητική επιβράδυνση ή η ευερεθιστότητα
6. η κούραση ή η έλλειψη ενέργειας
7. τα αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής
8. η ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης
9. οι επιμένουσες ιδέες θανάτου ή ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Λιόνης κ.α., 2014).

Βέβαια, ο βαθμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ενδέχεται να διαφέρει από άτομο σε άτομο ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων που παρουσιάζει ο πάσχων. Έτσι λοιπόν η εν λόγω διαταραχή ταξινομείται σε:

- **Ήπια:** Η μείζων κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως ήπια, εφόσον υπάρχουν λίγα ή και κανένα επιπλέον, πέραν της καταθλιπτικής διάθεσης ή της ανηδονίας, από τα πέντε απαιτούμενα για τη διάγνωσή της συμπτώματα και εφόσον τα υφιστάμενα συμπτώματα καταλήγουν σε μικρό βαθμό έκπτωσης της λειτουργικότητας του πάσχοντος (Λιόνης κ.α., 2014).
- **Μέτρια:** Οι πάσχοντες μέτριας μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θα πρέπει να συγκεντρώνουν περισσότερα από πέντε εκ των προαναφερόμενων συμπτωμάτων, τα οποία είναι απαραίτητα για τη διάγνωση της κατάθλιψης αυτής. Επιπλέον, τα συμπτώματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν την ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης και ανηδονίας, ενώ η σοβαρότητά τους καθώς και η επιρροή τους στον καθημερινό τρόπο ζωής θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ ήπιων και σοβαρών (Medical Pharmaquality, 2011).
- **Σοβαρή:** Τα περισσότερα συμπτώματα στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να είναι παρόντα και να επηρεάζουν απόλυτα τον καθημερινό τρόπο ζωής των πασχόντων (Medical Pharmaquality, 2011).

Τονίζουμε ότι η παραπάνω συμπτωματολογία δεν θα πρέπει να οφείλεται σε πένθος λόγω χαμού ενός αγαπημένου προσώπου που συνέβη στο χρονικό διάστημα των δύο προηγούμενων μηνών (Λιόνης κ.α., 2014), ενώ σημειώνουμε ότι ένα τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης, ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο δηλαδή, υπάρχει περίπτωση να συμβεί μόνο μία φορά στην ζωή του ασθενούς (μοναδικό επεισόδιο), αλλά συνήθως συμβαίνει περισσότερες φορές (υποτροπιάζουσα κατάθλιψη) με το ποσοστό να κυμαίνεται μεταξύ 50-85% (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006).

Αναφέραμε αρχικά ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί συχνή ψυχική διαταραχή. Αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά της, τα οποία φτάνουν έως και το 17% στο γενικό πληθυσμό με τις γυναίκες να νοσούν δύο φορές συχνότερα συγκριτικά με τους άντρες. Η έναρξη της μείζονος κατάθλιψης τοποθετείται κατά μέσο όρο στην ηλικία των 30 ετών, ωστόσο υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστεί για πρώτη φορά στην εφηβική ή ακόμα και στην παιδική ηλικία αλλά και στους ηλικιωμένους, με μέση διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου τους έξι μήνες. Εκτός αυτού όμως, υπάρχει και ένα ποσοστό που προσεγγίζει το 20% των πασχόντων, το οποίο μεταπίπτει σε χρόνια κατάθλιψη με διάρκεια μεγαλύτερη των δύο ετών. Αν και υπάρχουν κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, το μεγαλύτερο ποσοστό των πασχόντων δεν λαμβάνει την απαραίτητη θεραπεία, με αποτέλεσμα να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου από αυτοκτονία, ατυχήματα και καρδιαγγειακά νοσήματα. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι καμία άλλη ιατρική κατάσταση δεν προκαλεί τόση αναπηρία σε ανθρώπους μέσης ηλικίας, σε άτομα δηλαδή που βρίσκονται στην πιο παραγωγική φάση της ζωής τους, γεγονός που υποδεικνύει την επικινδυνότητα της μείζονος κατάθλιψης (Γούσης, χ.χ.).

1.3.2 Καταθλιπτικά επεισόδια Διπολικής Διαταραχής της διάθεσης (Διπολικές Διαταραχές Τύπου I και Τύπου II)

Η διπολική διαταραχή ή μανιοκαταθλιπτική νόσος είναι μία από τις πιο σοβαρές ψυχικές παθήσεις, κατά τη διάρκεια της οποίας παρουσιάζονται εναλλαγές της διάθεσης ανάμεσα σε δύο «πόλους». Πιο συγκεκριμένα, είναι μία χρόνια νόσος του εγκεφάλου που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες και έντονες μεταπτώσεις στη συναισθηματική διάθεση, τη σκέψη, τη συμπεριφορά και την κινητική δραστηριότητα (Γούσης, χ.χ.).

Ξεκινώντας με τη διπολική διαταραχή τύπου I, αναφέρουμε ότι το βασικό της στοιχείο είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων Μανιακών ή Μεικτών επεισοδίων (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006). Ένα άτομο εμφανίζει μανιακό επεισόδιο όταν συγκεντρώνει τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα συμπτώματα σε μία περίοδο τουλάχιστον μίας εβδομάδας. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα ακόλουθα:

1. διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
2. μειωμένη ανάγκη για ύπνο
3. μεγαλύτερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως
4. φυγή ιδεών
5. εύκολη περίσπαση της προσοχής
6. γενική αύξηση της δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση
7. υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες (υπερβολικές αγορές, συχνή επιθυμία για σεξουαλική επαφή, άσκοπες επιχειρησιακές επενδύσεις κ.α.).

Από την άλλη, ένα άτομο παρουσιάζει μεικτό επεισόδιο όταν πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια τόσο του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου όσο και του μανιακού επεισοδίου σχεδόν καθημερινά για τουλάχιστον μία εβδομάδα (Αυγουστάτος, 2008).

Συνεχίζοντας με τη διπολική διαταραχή τύπου II, αναφέρουμε ότι το συγκεκριμένο είδος κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα υπομανιακό επεισόδιο. Τα συμπτώματα του υπομανιακού επεισοδίου είναι παρόμοια με εκείνα του μανιακού επεισοδίου, αλλά πιο ήπια χωρίς να προκαλούν έντονη επίπτωση στην επαγγελματική και την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς. Αντιθέτως, η συμπεριφορά των ατόμων που πάσχουν από τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή ως προβληματική, αλλά εντούτοις τα άτομα αυτά μπορεί να θεωρηθούν ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006).

Παρ' όλα αυτά, η διπολική διαταραχή έχει σημαντικές επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα, όχι μόνο για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για την οικογένειά του και την κοινωνία γενικότερα. Ορισμένες από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις αναλύονται ακολούθως:

1. Εμφανίζει αυξημένα ποσοστά αυτοκτονίας, αλκοολισμού και χρήσεως ουσιών μέχρι και 7 φορές περισσότερο συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Γαρύφαλλος, 2006). Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, μελέτες αναφερόμενες στις συναισθηματικές διαταραχές συμπεραίνουν ότι, ασθενείς με συν-νοσηρότητα τόσο διπολικής όσο και μονοπολικής συναισθηματικής διαταραχής και αλκοολισμού πραγματοποιούν σε υψηλότερα ποσοστά απόπειρες αυτοκαταστροφής, καταλήγοντας σε ορισμένες περιπτώσεις σε βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας. Σε γενικές γραμμές, οι καταθλιπτικοί ασθενείς λειτουργούν βάσει παρορμητικών συμπεριφορών, συμπεριφέρονται δηλαδή χωρίς επαρκή σκέψη των πιθανών συνεπειών των πράξεων τους, αδιαφορώντας για το τι πρόκειται να συμβεί τόσο στους ίδιους όσο και στους άλλους, γεγονός που «αιτιολογεί» εν μέρει γιατί τα άτομα αυτά οδηγούνται σε κατάχρηση ή εξάρτηση από το αλκοόλ ή άλλες ουσίες ή ακόμα και στην αυτοκτονία (Πάμπλος κ.α., 2002).
2. Συνοδεύεται από αυξημένη συν-νοσηρότητα, η οποία εκφράζεται μέσω διαφόρων σωματικών ασθενειών, όπως είναι η υπέρταση, το άσθμα, καθώς επίσης και οι καρδιαγγειακές νόσοι (Γαρύφαλλος, 2006). Ιδιαίτερα η συν-νοσηρότητα στην κατάθλιψη συνεπάγεται βαρύτερη συμπτωματολογία, χειρότερη πρόγνωση, πορεία με μεγαλύτερη διάρκεια, λιγότερο καλή κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα, μεγαλύτερο κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας, μεγαλύτερη πιθανότητα για νοσοκομειακή νοσηλεία, πιο παρατεταμένο χρόνο ανάρρωσης (Γαρύφαλλος, 2008). Είναι αναντίρρητο λοιπόν το γεγονός σύμφωνα με το οποίο και

η συν-νοσηρότητα κατάθλιψης και σωματικών ασθενειών οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικών συμπεριφορών.

3. Οδηγεί σε αυξημένη εγκληματική συμπεριφορά (Γαρούφαλλος, 2006). Σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη σύμφωνα με την οποία η κατάθλιψη συσχετίζεται αρνητικά με την παραβατικότητα, αποτελέσματα ποικίλων ερευνών υποδεικνύουν ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εγκληματικότητας και βίαιης συμπεριφοράς σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική ή μονοπολική κατάθλιψη. Η αλήθεια εντούτοις είναι ότι ενώ οι πάσχοντες από κατάθλιψη εμπλέκονται σπανιότερα σε παραβάσεις, όταν αυτό συμβεί διαπράττουν στην πλειοψηφία τους βίαια εγκλήματα-ανθρωποκτονίες (Δουζένης, Φερεντίνος και Λύκουρας, 2005).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση μίας ψυχικά διαταραγμένης ασθενούς, η οποία σκότωσε τον σύζυγό της κόβοντας το κεφάλι του ενώ εκείνος κοιμόταν· έγκλημα εξαιρετικά βίαιο. Η τριανταεννιάχρονη γυναίκα που διέπραξε τον συγκεκριμένο φόνο έπασχε από μανιοκατάθλιψη ή αλλιώς από διπολική διαταραχή, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη ψυχικής «αστάθειας», σε συνδυασμό με αμνησία καθόσον υπήρχαν πολλά κενά κατά την αφήγηση της ζωής της από την ηλικία των είκοσι ετών και μετά. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι στην ηλικία των είκοσι ετών η κατηγορούμενη χτυπήθηκε από αστραπή και βρισκόταν ανείσθητη για ένα ολόκληρο εικοσιτετράωρο, ενώ στη συνέχεια υπέφερε από ζαλάδες, πονοκεφάλους, νοητικές περιπλανήσεις και κατά καιρούς από μερική παράλυση. Επιπλέον, τόσο ο πατέρας της όσο και η μητέρα της ήταν ψυχικά ασθενείς, όπως επίσης κι ένα ακόμη μέλος της οικογένειάς της (Jau Don Ball & Kidd, 1921). Παρατηρούμε λοιπόν ότι η συγκεκριμένη γυναίκα εκδήλωσε παραβατική συμπεριφορά ενώ έπασχε ταυτόχρονα από διπολική διαταραχή, αμνησία, μερική παράλυση, ζαλάδες, νοητικές περιπλανήσεις και είχε οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών.

Πράγματι, έχει αναφερθεί ότι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση παραβατικότητας σε ασθενείς με κατάθλιψη αποτελούν η συν-νοσηρότητα με διαταραχές προσωπικότητας, με κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών και με διαταραχή αγωγής κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία (Δουζένης, Φερεντίνος και Λύκουρας, 2005). Στην περίπτωση που παραθέσαμε προηγουμένως φαίνεται να βρίσκονται σε ισχύ δύο από τους προαναφερόμενους παράγοντες κινδύνους:

- α. η συν-νοσηρότητα κατάθλιψης και διαταραχών προσωπικότητας. Όπως επισημάναμε η κατηγορούμενη έπασχε από διπολική διαταραχή στην οποία οφειλόταν η ψυχική αστάθεια που την χαρακτήριζε. Καταθλιπτικές περιόδους κατά τις οποίες αισθανόταν απελπισμένη, υπέφερε από το αίσθημα της μελαγχολίας και οι δραστηριότητές της ήταν περιορισμένες εναλλάσσονταν με

μανιακές περιόδους γεμάτες από χαρά, υπέρμετρο ενθουσιασμό, έντονη δραστηριότητα, ασυνήθιστα γρήγορη ροή ιδεών, οι λεγόμενες νοητικές περιπλανήσεις, και ασταθή συναισθηματική δραστηριότητα (Jau Don Ball & Kidd, 1921).

- β.** η συν-νοσηρότητα κατάθλιψης και διαταραχής της αγωγής κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία. Υπενθυμίζουμε ότι οι γονείς της καθώς και ένα επιπλέον οικογενειακό πρόσωπο υπήρξαν ψυχικά ασθενείς, γεγονός που μας υποδεικνύει ότι η κατηγορούμενη δεν ανατράφηκε σε ένα υγιές οικογενειακό περιβάλλον.

Σε γενικά πλαίσια πάντως, μεγαλύτερο κίνδυνο για διάπραξη ανθρωποκτονίας (ακολουθούμενης ή μη από απόπειρα αυτοκτονίας) διατρέχουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή παράνομων ουσιών, κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας και με συν-νοσηρή διαταραχή προσωπικότητας καθώς και εκείνοι για τους οποίους ο εκλυτικός παράγοντας της κατάθλιψης είναι η σεξουαλική απιστία (πραγματική ή φαντασιωσική) του ερωτικού συντρόφου. Από τη μέχρι στιγμής ανάλυση λοιπόν καταλήγουμε στο ότι είναι απαραίτητη η ακριβέστερη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην κατάθλιψη και την παραβατικότητα με σκοπό να βελτιωθεί η ευστοχία και η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών πρόληψης και των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Δουζένης, Φερεντίνος και Λύκουρας, 2005).

Κλείνοντας την αναφορά μας στη διπολική διαταραχή, θα προχωρήσουμε σε μία σύντομη μνεία σχετική με την επιδημιολογία του συγκεκριμένου τύπου κατάθλιψης. Η συχνότητα λοιπόν με την οποία εμφανίζεται η μανιοκαταθλιπτική νόσος κυμαίνεται περίπου στο 1-2%, ποσοστό το οποίο αυξάνεται στο 5-6% εάν ληφθούν υπόψιν άτομα με λιγότερο σοβαρά ή λιγότερο συχνά συμπτώματα που μόλο ταύτα ταλαιπωρούνται και δυσλειτουργούν στην καθημερινότητά τους (Γούσης, χ.χ.). Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται κυρίως στον ενήλικο πληθυσμό με την ίδια περίπου συχνότητα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, η μέση ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής τοποθετείται περίπου στα 30 έτη με το πρώτο επεισόδιο στους άντρες να είναι συνήθως μανιακό και στις γυναίκες συνήθως καταθλιπτικό. Στους άντρες μάλιστα ο συνολικός αριθμός των μανιακών/υπομανιακών επεισοδίων είναι ίσος ή υπερβαίνει τον αριθμό των καταθλιπτικών, ενώ στις γυναίκες φαίνεται να υπερέχουν τα καταθλιπτικά επεισόδια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός σύμφωνα με το οποίο πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι άτομα με ομοφυλοφιλικό σεξουαλικό προσανατολισμό, και ιδιαίτερα οι άντρες, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά διπολικής I και II διαταραχής, αλλά και άλλα είδη διαταραχών όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις προχωρούν μέχρι και σε κατάχρηση ουσιών (Γαρύφαλλος, 2006).

Επιπρόσθετα, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό κληρονομικότητας στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής, το οποίο φτάνει έως και το 80% όσον αφορά τα δίδυμα αδέρφια, ενώ μειώνεται στο 6% όσον αφορά τους συγγενείς πρώτου βαθμού. Παρ' όλα αυτά, η εκδήλωση και η πορεία της ψυχικής αυτής νόσου επηρεάζεται έντονα όχι μόνο από βιολογικούς αλλά και από ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα τα ψυχικά τραύματα που πιθανώς να προέκυψαν στην πρώιμη παιδική και εφηβική ηλικία των ασθενών, η κατάχρηση αλκοόλ ή η χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών (Goodwin, 2016).

Όσον αφορά τη σχέση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με τη μανιοκατάθλιψη, φαίνεται να είναι σύνθετη. Έτσι λοιπόν, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή τύπου I ανήκουν συνήθως σε κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις έχοντας κατώτερο μορφωτικό επίπεδο, μικρότερο εισόδημα, μεγαλύτερη ανεργία και φτωχικές συνθήκες διαβίωσης, ενώ οι ασθενείς με διπολική διαταραχή τύπου II και οι πρώτου βαθμού συγγενείς τους ανήκουν συνήθως σε υψηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις και έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Εξίσου σύνθετη εμφανίζεται να είναι και η σχέση της οικογενειακής κατάστασης με τη διπολική διαταραχή. Έχει βρεθεί ότι σε ασθενείς που πάσχουν από διπολική διαταραχή, τα ποσοστά των χωρισμένων ή των ανύπαντρων είναι ιδιαίτερος υψηλά. Είναι φανερό λοιπόν ότι ο γάμος λειτουργεί αποτρεπτικά όσον αφορά την εμφάνιση της διπολικής διαταραχής σε ένα άτομο, ενώ αντίθετα ο χωρισμός αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάδυση ενός επεισοδίου μανιοκατάθλιψης (Γαρούφαλλος, 2006).

Τέλος, τονίζουμε ότι η διπολική διαταραχή είναι μία από τις σημαντικότερες αιτίες πρόωρου θανάτου και αναπηρίας στις σύγχρονες κοινωνίες καθώς οι πάσχοντες έχουν κατά μέσο όρο 15 χρόνια μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, γεγονός που οφείλεται στα καρδιαγγειακά νοσήματα και στα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας που «συνοδεύουν» την ψυχική αυτή νόσο (Γούσης, χ.χ.). Αναφορικά με τη σχέση φύλου και αυτοκτονικής συμπεριφοράς στη διπολική διαταραχή τα αποτελέσματα που προκύπτουν από διάφορες μελέτες είναι αντικρουόμενα. Έτσι, ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι αν και οι άντρες πάσχοντες έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με τις γυναίκες και οι γυναίκες πάσχουσες έχουν διπλάσια ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας σε σύγκριση με τους άντρες, γεγονός που υποδεικνύει μεγαλύτερη θνησιμότητα στους άντρες λόγω αυτοκτονικών ενεργειών, εντούτοις καταλήγουν στο ότι οι γυναίκες ασθενείς είναι εκείνες, οι οποίες συγκριτικά με τους άντρες ασθενείς, διατρέχουν μακροπρόθεσμα μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου οφειλόμενο στον αυτοκτονικό ιδεασμό που τις διακατέχει. Άλλες μελέτες πάλι διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στο φύλο και την αυτοκτονική συμπεριφορά αφού τα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας βρέθηκαν να είναι παρόμοια τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες και με τον ίδιο μάλιστα βαθμό βιαιότητας (Gonda et al., 2012). Εκτός από αυτό, έχει επιπλέον βρεθεί ότι το 20-25% των ασθενών, αντρών και γυναικών, πραγματοποιούν απόπειρες

αυτοκτονίας κυρίως όταν βρίσκονται στην φάση της κατάθλιψης. Ωστόσο, και κατά την φάση της μανίας, ο ασθενής ενδέχεται να βάλει την ζωή του σε κίνδυνο μέσω κατάχρησης ουσιών, ανεξέλεγκτης σεξουαλικής συμπεριφοράς, οδήγησης με υπερβολική ταχύτητα, πρόκλησης ατυχημάτων κ.α. (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2011).

Όλα όσα αναφέραμε παραπάνω υποδεικνύουν τη σημαντικότητα και την επικινδυνότητα της διπολικής διαταραχής για τους πάσχοντες και καθιστούν απαραίτητη τη λήψη κατάλληλης θεραπείας. Σίγουρα ο δρόμος για την οριστική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής δεν είναι βατός, ωστόσο υπάρχουν αρκετοί τρόποι που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να βελτιώσει την κατάστασή του, ανάλογοι με τη βαρύτητα της περίπτωσης του.

1.3.3. Δυσθυμική Διαταραχή

Ο όρος δυσθυμία μπορεί να ανιχνευθεί ιστορικά στην Αρχαία Ελλάδα. Πρόκειται για έναν ελληνικό όρο, ο οποίος στην αρχαιότητα χρησιμοποιούνταν προκειμένου να περιγράψει ένα άτομο που ήταν οξύθυμο και κατηφές, ένα άτομο δηλαδή που έδειχνε να έχει μονίμως κακή ψυχική διάθεση. Αν και στην αρχαιότητα ο συγκεκριμένος όρος χρησιμοποιήθηκε με σκοπό να σκιαγραφήσει την προσωπικότητα ενός ατόμου, στις μέρες μας χρησιμοποιείται για να δηλώσει την ύπαρξη μίας χρόνιας ψυχικής νόσου, της δυσθυμικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα, η δυσθυμική διαταραχή εισήχθη το 1980 στην τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) χαρακτηρίζοντας μία ήπια, αλλά χρόνια καταθλιπτική διαταραχή (Rhebergen et al., 2012).

Η δυσθυμική διαταραχή δηλώνει μία χρόνια κατάθλιψη που είναι λιγότερο σοβαρή από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Κύριο χαρακτηριστικό της αποτελεί η ύπαρξη μίας χρονίως καταθλιπτικής διάθεσης, η οποία διαρκεί το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και τις περισσότερες ημέρες σε διάστημα τουλάχιστον 2 ετών (Πολυζόπουλος, χ.χ.) χωρίς όμως να καθιστά το άτομο ανίκανο, αλλά ωστόσο εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης που ο πάσχων βιώνει να μην του επιτρέπει να αισθάνεται ευχάριστα και να λειτουργεί με ευδιάθετο τρόπο (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006). Σημειώνουμε στο σημείο αυτό ότι, όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους που πάσχουν από δυσθυμική διαταραχή η διάθεσή τους μπορεί να είναι ιδιαιτέρως ευερέθιστη με διάρκεια τουλάχιστον 1 έτους (Πολυζόπουλος, χ.χ.).

Σύμφωνα μάλιστα με τα κριτήρια του DSM-IV ένας ασθενής, είτε αυτός είναι παιδί είτε έφηβος είτε ενήλικας, θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα συμπτώματα, με την προϋπόθεση βέβαια ότι η διάθεσή του είναι καταθλιπτική ως επί το πλείστο, προκειμένου να διαγνωσθεί με δυσθυμική διαταραχή. Τα συμπτώματα αυτά είναι τα εξής:

1. μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
2. αϋπνία ή υπερυπνία

3. μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση
4. χαμηλή αυτοεκτίμηση
5. μειωμένη συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
6. αίσθημα απελπισίας (Αυγουστάτος, 2008).

Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε, οι άνθρωποι που πάσχουν από δυσθυμική διαταραχή είναι ευερέθιστοι, έχουν συχνά άσχημη διάθεση και ως εκ τούτου είναι κακόκεφοι, δεν μπορούν να χαρούν, είναι απαθείς, αισθάνονται ότι δεν έχουν κίνητρα για να δραστηριοποιηθούν με αποτέλεσμα να παραμένουν αδρανείς, είναι αναποφάσιστοι, απαισιόδοξοι και κατασκευάζουν μία κακή εικόνα για τον εαυτό τους έχοντας κατά συνέπεια χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αξίζει να τονίσουμε στο σημείο αυτό ότι όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, καθώς και τα προαναφερθέντα συμπτώματα, μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις να οδηγήσουν στην εμφάνιση ενός πλήρους επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης, γεγονός που μας δείχνει ότι οι πάσχοντες από δυσθυμική διαταραχή έχουν σημαντικές πιθανότητες να αναπτύξουν μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Harvard Medical School, 2000).

Σχετικά με τις γνώσεις και τις πληροφορίες για τη δυσθυμική διαταραχή, οι περισσότερες από αυτές προέρχονται από κλινικές μελέτες. Έρευνες που έχουν λάβει χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής έδειξαν ότι οι γυναίκες ηλικίας κάτω των 65 ετών, τα άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ή είναι χήροι, αλλά και τα νεαρά άτομα με χαμηλό εισόδημα παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης δυσθυμικής διαταραχής. Ειδικότερα, το γυναικείο φύλο φαίνεται να προσβάλλεται συχνότερα από δυσθυμία συγκριτικά με το αντρικό όπως ακριβώς συμβαίνει και με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Επιπροσθέτως, άτομα ηλικίας 45 έως 64 ετών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης δυσθυμικής διαταραχής σε σχέση με άτομα ηλικίας 18 έως 29 ετών. Αντίστοιχα αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης δυσθυμίας φαίνεται να παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, χαμηλό προσωπικό ή οικογενειακό εισόδημα και είτε έχουν χάσει κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο είτε είναι ανύπαντρα και μόνα τους (Blanco et al., 2010).

Σημαντικούς μάλιστα παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην εμφάνιση της δυσθυμικής διαταραχής αποτελούν οι ακόλουθοι:

1. η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών
2. η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας
3. το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
4. η χαμηλή αυτοεκτίμηση
5. η πρόωπη έναρξη μίας αγχώδους διαταραχής
6. η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης κατά την ενηλικίωση.

Βάσει των παραπάνω λοιπόν παρατηρούμε ότι, η δυσθυμία συνήθως συν-εμφανίζεται με άλλες διαταραχές, όπως είναι οι διαταραχές άγχους και προσωπικότητας, καθώς και με καταχρήσεις αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Κλείνοντας το κεφάλαιο «δυσθυμική διαταραχή» είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία ενός ατόμου, όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής του, όσο ισχυρότερη είναι η αγχώδης διαταραχή από την οποία ταλαιπωρείται, όσο σοβαρότερο είναι το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης και το ιστορικό σεξουαλική κακοποίησης κατά την παιδική του ηλικία, τόσο μεγαλύτερη προβλέπεται να είναι η σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατά συνέπεια τόσο χειρότερη πρόκειται να είναι η ψυχική του υγεία επηρεάζοντας κατά αυτόν τον τρόπο τις διαπροσωπικές του σχέσεις (Blanco et al., 2010).

1.3.4 Κυκλοθυμική Διαταραχή

Η κυκλοθυμία, γνωστή ως κυκλοθυμική διαταραχή, είναι μία χρόνια συναισθηματική διαταραχή που παρουσιάζει έντονες και συνεχείς διακυμάνσεις στη διάθεση (Κουλουβάρη και Ευθυμίου, 2006). Ειδικότερα, διακρίνεται από δύο ακραίες συναισθηματικές αντιδράσεις: την έξαρση (υπομανιακά επεισόδια) και την κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να μοιάζει σε μεγάλο βαθμό με τη διπολική διαταραχή, πράγμα το οποίο όμως δεν είναι απόλυτο σωστό. Διπολική και κυκλοθυμική διαταραχή διαφέρουν μεταξύ τους με την κύρια διαφορά τους να έγκειται στην ένταση. Ένα άτομο δηλαδή με κυκλοθυμία βιώνει συμπτώματα υπομανίας και όχι μανίας. Η μανία, όπως αναφέραμε και κατά την ανάλυση της διπολικής διαταραχής, περιέχει έξαρση, υπερκινητικότητα, διέγερση, επιταχυνόμενο ρυθμό ομιλίας, διαταραγμένη σκέψη κ.α. Αντίθετα, ο όρος υπομανία μπορεί από τη μία πλευρά να αναφέρεται σε παρόμοια συμπτώματα, αλλά από την άλλη πλευρά τα συμπτώματα αυτά χαρακτηρίζονται από μικρότερη ένταση, διάρκεια και λειτουργική έκπτωση (Φρεγγίδου, 2016).

Βάσει των κριτηρίων του DSM-IV, ως πάσχον από κυκλοθυμική διαταραχή μπορεί να θεωρηθεί ένα άτομο στο οποίο τα υπομανιακά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα εναλλάσσονται μεταξύ τους για τουλάχιστον 1 χρόνο, όσον αφορά παιδιά και εφήβους, ή για τουλάχιστον 2 χρόνια, όσον αφορά ενήλικες, διάστημα κατά το οποίο το άτομο δεν έχει νιώσει καλά, δεν δύναται, με άλλα λόγια, να απελευθερωθεί από τα συμπτώματα της νόσου που το ταλαιπωρεί, για παραπάνω από 2 μήνες (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012). Για να είμαστε πιο ακριβείς, ο πάσχων από κυκλοθυμική διαταραχή παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

- επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση κατά την διάρκεια των οποίων διαθέσεων τουλάχιστον 3 από τα παρακάτω συμπτώματα επιμένουν (4 αν η διάθεση είναι μόνο ευερέθιστη) και είναι παρόντα σε σημαντικό βαθμό:
 1. επαυξημένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
 2. μειωμένη ανάγκη για ύπνο

3. περισσότερη ομιλητικότητα από ότι συνήθως
 4. υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλύπτουν
 5. απόσπαση της προσοχής από ασήμαντα ερεθίσματα
 6. αύξηση των δραστηριοτήτων και ψυχοκινητική διέγερση
 7. υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες
- καταθλιπτική διάθεση, η οποία συνοδεύεται από:
 1. λυπημένη διάθεση
 2. κούραση ή απώλεια ενέργειας
 3. διαταραχές ύπνου (υπερβολικός ύπνος ή ανεπαρκής ύπνος με συχνά ξυπνήματα)
 4. διαταραχές στη διατροφή (είτε αξιοπρόσεκτη αύξηση στην όρεξη είτε σημαντική απώλεια βάρους ανεξαρτήτως από το εάν κάνει δίαιτα ή όχι το άτομο)
 5. μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων
 6. σωματική αναταραχή ή εμφανώς στατική συμπεριφορά
 7. συναισθήματα ενοχής, απαισιοδοξίας, ανικανότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης
 8. απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στη ζωή (Πολύζου, 2016).

Σε περίπτωση που τα προαναφερθέντα συμπτώματα διάθεσης από ήπια γίνουν πιο σοβαρά κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων ετών και μάλιστα τόσο σοβαρά ώστε να ικανοποιούν πλήρως τα κριτήρια μανίας ή κατάθλιψης τότε ο ασθενής θα διαγνωσθεί ως πάσχων από διπολική διαταραχή τύπου I ή II και όχι ως πάσχων από κυκλοθυμική διαταραχή. Αν μάλιστα τα παραπάνω συμπτώματα γίνουν αρκετά σοβαρά μετά το πέρας των 2 πρώτων ετών τότε ο ασθενής μπορεί να διαγνωσθεί ως πάσχων τόσο από κυκλοθυμική όσο και από διπολική τύπου I ή II διαταραχή ταυτόχρονα (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012). Βέβαια, η διάκριση των διαφορών των δύο προαναφερθέντων συναισθηματικών διαταραχών μπορεί να είναι δύσκολη για τον απλό κόσμο, ωστόσο η γνώση και η εμπειρία ενός ειδικού ψυχιάτρου είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει στην κατάλληλη διάγνωση και θεραπεία της εκάστοτε νόσου, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την «παρέμβασή» του.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι η κυκλοθυμική διαταραχή δεν εμφανίζεται με ένα συγκεκριμένο μοτίβο, αλλά με μία ποικιλία μοτίβων. Έτσι, ενώ ορισμένοι από τους πάσχοντες μπορεί να είναι δυσθυμικοί ολόκληρη σχεδόν τη διάρκεια του έτους εμφανίζοντας για λίγες μόνο ημέρες συμπτώματα υπομανίας ενώ όλες τις υπόλοιπες ημέρες παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, άλλοι μπορεί να εμφανίζουν συμπτώματα υπομανίας και κατάθλιψης πολλές φορές μέσα στην ίδια μέρα (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012). Αυτή η εναλλαγή ανάμεσα στα υπομανιακά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα πλήττει

πολλούς, αν όχι όλους, τους τομείς της ζωής του ασθενούς, τον κοινωνικό, τον προσωπικό αλλά και τον επαγγελματικό του τομέα (Φρεγγίδου, 2016). Με άλλα λόγια, αυτή η αστάθεια της διάθεσης έχει σοβαρές συνέπειες για την ποιότητα της ζωής του ασθενούς και τη λειτουργικότητά του, ιδιαιτέρως στην περίπτωση που τα συμπτώματα είναι χρόνια (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012).

Πρόσφατες μελέτες σχετικές με την κυκλοθυμική διαταραχή αναφέρουν ότι τα ποσοστά κυκλοθυμίας κυμαίνονται από 0,4% έως 2,5% στον γενικό πληθυσμό, ενώ οι γυναίκες είναι εκείνες οι οποίες εμφανίζουν σε υψηλότερα ποσοστά την εν λόγω ψυχική νόσο (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012). Όσον αφορά την ηλικία έναρξης της κυκλοθυμικής διαταραχής, αυτή τοποθετείται νωρίς στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή. Έναρξη της νόσου αργά στην ενήλικη ζωή, μετά δηλαδή την ηλικία των 50 ετών, κάνει τον κλινικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο να σκεφτεί την πιθανότητα ύπαρξης μίας γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως είναι παραδείγματος χάριν η πολλαπλή σκλήρυνση, ο όγκος στο κεντρικό νευρικό σύστημα κ.α. (Φρεγγίδου, 2016).

Έχει επίσης βρεθεί ότι, η κυκλοθυμική διαταραχή χαρακτηρίζεται από κληρονομική προδιάθεση. Βάσει αυτού λοιπόν, εάν κάποιο από τα στενά μέλη της οικογένειας ενός ατόμου, και ιδίως κάποιος από τους συγγενείς πρώτου βαθμού, νοσήσει από κυκλοθυμική διαταραχή, τότε είναι πιθανό και το άτομο αυτό να εμφανίσει την ίδια νόσο μελλοντικά. Άρα μπορούμε να πούμε ότι το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου που μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση κυκλοθυμικής διαταραχής. Άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην εμφάνιση κυκλοθυμίας είναι οι ακόλουθοι:

1. η κατανάλωση υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ
2. η χρήση ναρκωτικών ουσιών (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012)
3. το άγχος. Ιδιαίτερα, η ύπαρξη κλινικών συμπτωμάτων άγχους, όπως είναι για παράδειγμα η αποφυγή των ρόλων που χρειάζεται να «υποδυθεί» στην καθημερινή του ζωή το άτομο και η αποφυγή των κοινωνικών προκλήσεων, μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη συναισθηματική αστάθεια. Έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς που έπασχαν όχι μόνο από αγχώδη διαταραχή αλλά και από κυκλοθυμική διαταραχή έδειξαν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν πάσχουν μόνο από συναισθηματική αστάθεια, αλλά πάσχουν επίσης και από το άγχος του αποχωρισμού και της απόρριψης, καθώς και από την παρορμητικότητα (Tombs et al., 2012)
4. η διαταραχή προσωπικότητας. Έχει αποδειχθεί ότι μία αλλαγή στη συμπεριφορά, η οποία συνοδεύει την αλλαγή της διάθεσης, αποτελεί έναν περισσότερο ακριβή δείκτη παρουσίας της κυκλοθυμικής διαταραχής (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012).

Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε ότι οι ενήλικες που πάσχουν από κυκλοθυμική διαταραχή τείνουν να είναι συχνά παρορμητικοί, γεγονός που τους καθιστά πιο επιρρεπείς σε αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες. Μάλιστα, πλήθος ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τη μείζονα κατάθλιψη και τη σχέση της με την αυτοκτονία διαπίστωσαν ότι η κυκλοθυμική ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου συνδέεται σε σημαντικό βαθμό με τις αυτοκτονικές απόπειρες. Είναι εμφανές λοιπόν ότι οι γρήγορες και απότομες εναλλαγές της διάθεσης οδηγούν σε αύξηση αποπειρών αυτοκτονίας (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012).

Ολοκληρώνοντας την αναφορά μας στην κυκλοθυμική διαταραχή δεν μπορούμε να αφήσουμε ασχολίαστο το γεγονός σύμφωνα με το οποίο, ενώ οι περισσότερες μελέτες βρίσκουν σχετικά υψηλό επιπολασμό της συγκεκριμένης νόσου, εντούτοις τα ποσοστά της κλινικής διάγνωσης είναι χαμηλά. Ποιοι είναι λοιπόν οι παράγοντες στους οποίους οφείλονται τα χαμηλά ποσοστά της κλινικής διάγνωσης της κυκλοθυμικής διαταραχής; Πρώτα πρώτα, οι πάσχοντες από κυκλοθυμική διαταραχή μπορεί να μην αντιλαμβάνονται ορισμένες φορές, και κυρίως σε περιόδους στις οποίες εμφανίζουν υπομανιακά συμπτώματα, ότι δυσλειτουργούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην καταλαβαίνουν ότι πάσχουν από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή και να μην αναζητούν τη βοήθεια κάποιου ειδικού με σκοπό να αντιμετωπίσουν με κατάλληλο τρόπο τη διαταραχή τους. Δεδομένου μάλιστα ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κυκλοθυμίας δεν είναι αρκετά έντονη, τα συμπτώματά της δεν γίνονται αντιληπτά ούτε από τα άτομα του κοντινού οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος του πάσχοντος, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει κανένα άτομο προκειμένου να προτρέψει τον πάσχοντα να ζητήσει βοήθεια (Van Meter, Youngstrom & Findling, 2012).

Ωστόσο, εάν ο ίδιος ο ασθενής αντιληφθεί ότι πάσχει από κάποια διαταραχή διάθεσης, και στην περίπτωση μας από κυκλοθυμική διαταραχή, είναι αναγκαίο να ζητήσει βοήθεια για την αντιμετώπιση της διαταραχής του ώστε να βελτιωθεί και να ομαλοποιηθεί η συναισθηματική του διάθεση, να αυξηθεί η λειτουργικότητά του και να μειωθεί η πιθανότητα μετάπτωσής του σε σοβαρότερες συναισθηματικές διαταραχές όπως είναι η διπολική διαταραχή τύπου I ή II. Το ίδιο βέβαια πρέπει να συμβεί και στην περίπτωση που κάποιο πρόσωπο από το στενό του, είτε συγγενικό είτε φιλικό, περιβάλλον αντιληφθεί ότι ο ασθενής πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή. Κρίνεται απαραίτητο να ενημερώσει άμεσα τον ασθενή για τα συμπτώματα που παρατήρησε και να τον προτρέψει να ζητήσει την κατάλληλη βοήθεια.

1.3.5 Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς – Άτυπη Κατάθλιψη

Ως άτυπη καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται ο τύπος κατάθλιψης, ο οποίος διαθέτει τα δικά του ξεχωριστά συμπτώματα χωρίς να πληροί τα κριτήρια καμίας άλλης καταθλιπτικής διαταραχής, ενώ παράλληλα διαθέτει και δική του ξεχωριστή ανταπόκριση σε θεραπείες, οι

οποίες στηρίζονται σε φάρμακα, αφού μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί διαπίστωσαν ότι η άτυπη κατάθλιψη δεν ανταποκρίνεται στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται συνήθως για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία των προηγούμενων τύπων κατάθλιψης που αναφέραμε, αλλά αντιθέτως τείνουν να ανταποκρίνονται σε μία διαφορετική ουσία, και πιο συγκεκριμένα στους αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ). Ωστόσο, εκτός από την προαναφερθείσα διαφορά που εμφανίζει η άτυπη κατάθλιψη συγκριτικά με τους υπόλοιπους τύπους κατάθλιψης στην απόκριση της θεραπείας, η άτυπη καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζει και μία επιπλέον διαφορά. Βάσει ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν από τον συγκεκριμένο τύπο κατάθλιψης διαφέρουν από τους υπόλοιπους καταθλιπτικούς ασθενείς ως προς:

1. το μοτίβο των ψυχιατρικών συμπτωμάτων
2. το βιολογικό τους προφίλ
3. τα χαρακτηριστικά του ύπνου
4. την ηλικία έναρξης
5. την αναλογία ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες (Martza et al., 2003).

Ξεκινώντας με μία αρκετά συνοπτική αναφορά στο ιστορικό πλαίσιο της άτυπης κατάθλιψης αναφέρουμε ότι, η ενσωμάτωσή της στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών έλαβε χώρα μέσα από την τέταρτη έκδοσή του (DSM-IV) το 1994, μετά από μία σειρά δοκιμών σχετικών με τη δράση και την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε μία ομάδα ασθενών που παρουσίαζαν συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά, στην αναφορά των οποίων πρόκειται να προχωρήσουμε (Thuile et al., 2009). Βασικό λοιπόν χαρακτηριστικό της εν λόγω νόσου με βάση το DSM-IV είναι η αντιδραστικότητα της διάθεσης, το να είναι δηλαδή ο ασθενής ικανός να βιώνει βελτίωση της διάθεσής του όταν προκύπτουν ευχάριστα γεγονότα. Προκειμένου μάλιστα να πληρούνται τα κριτήρια της άτυπης καταθλιπτικής διαταραχής, την αντιδραστικότητα της διάθεσης είναι απαραίτητο να τη συνοδεύουν τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα συμπτώματα:

1. το αίσθημα ότι τα χέρια ή τα πόδια του ασθενούς είναι πολύ βαριά
2. η υπερυπνία
3. η αύξηση βάρους ή η αυξημένη όρεξη για πρόσληψη φαγητού
4. η ευαισθησία ως προς τη διαπροσωπική απόρριψη.

Εντούτοις υπογραμμίζουμε ότι η εγκυρότητα των προαναφερθέντων κριτηρίων συνεχίζει να συζητείται και να αξιολογείται έως και σήμερα, κρίνοντας απαραίτητη την περαιτέρω μελέτη τους (Ohayon & Weiss Roberts, 2015).

Όσον αφορά τον επιπολασμό της άτυπης κατάθλιψης, πλήθος επιδημιολογικών ερευνών εκτιμά ότι κυμαίνεται από 0,7% έως και 4% στον γενικό πληθυσμό, ενώ φαίνεται να εμφανίζεται μέχρι και 3 φορές περισσότερο σε γυναίκες παρά σε άντρες (70% έναντι 30% αντίστοιχα). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι γυναίκες, οι οποίες πάσχουν από κοινωνική φοβία, αγοραφοβία, απλή φοβία, διαταραχή πανικού, εμφανίζουν υπέρμετρη όρεξη για φαγητό και λαμβάνουν ναρκωτικές ουσίες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άτυπη κατάθλιψη. Μάλιστα, συγκριτικά με το αντρικό φύλο, οι γυναίκες φαίνονται να εμφανίζουν σχεδόν όλα τα συμπτώματα της άτυπης καταθλιπτικής διαταραχής σε υψηλότερα ποσοστά. Έτσι, ενώ το 11% των αντρών παρουσιάζει αυξημένη όρεξη για φαγητό το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες αγγίζει το 29%, ενώ όταν μόλις το 5% των αντρών φαίνεται να κερδίζει βάρος το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει έως και το 22% για τις γυναίκες. Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι τα ποσοστά ανάμεσα στα φύλα διαφέρουν κατά πολύ. Επιπροσθέτως, ενώ το 32% των γυναικών με άτυπη κατάθλιψη αντιμετωπίζει προβλήματα στην καθημερινή του ζωή τα οποία οφείλονται στο άγχος, φαίνεται ότι αντίστοιχα προβλήματα αντιμετωπίζει ένα μικρότερο ποσοστό των αντρών που προσεγγίζει το 24%. Ωστόσο, οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά και άλλα συμπτώματα, όπως είναι η αντιδραστικότητα της διάθεσης, η υπερυπνία και το αίσθημα ότι τα χέρια τους ή τα πόδια τους είναι βαριά. Τέλος, επισημαίνουμε ότι η άτυπη κατάθλιψη δείχνει να προσβάλλει κυρίως άτομα νεαρής ηλικίας με μεγαλύτερες λειτουργικές διαταραχές, οι οποίες οφείλονται στην χρόνια δυσφορία που τα άτομα αυτά παρουσιάζουν (Halbreich & Kahn, 2007).

Συνεχίζοντας την ανάλυσή μας σχετικά με την άτυπη καταθλιπτική διαταραχή κρίνεται αναγκαίο να σημειώσουμε για ακόμη μία φορά ότι η συγκεκριμένη ψυχική νόσος περιλαμβάνει ένα πλήθος διαταραχών με καταθλιπτικά στοιχεία, οι οποίες, όπως αναφέραμε άλλωστε και στην αρχή της ανάλυσής μας, δεν πληρούν τα κριτήρια καμίας άλλης καταθλιπτικής διαταραχής. Παρακάτω, παρουσιάζουμε ορισμένες από τις πιο σημαντικές ψυχικές διαταραχές που περιλαμβάνονται στην κατηγορία της καταθλιπτικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς ή διαφορετικά της άτυπης κατάθλιψης:

- **ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΡΡΥΣΙΑΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο αφορά ήπια συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται στις περισσότερες γυναίκες κατά τη διάρκεια 1 ή 2 εβδομάδων πριν από την έμμηνο ρύση. Αν και μπορεί να προκαλέσουν σημαντική δυσφορία, δεν είναι τόσο σοβαρά ως συμπτώματα. Συνήθως τα συμπτώματα αυτά συνίστανται σε:

1. πονοκέφαλο
2. ευαίσθητο/επίπονο στήθος
3. κοιλιακό φούσκωμα

4. πρήξιμο στα άνω ή στα κάτω άκρα
5. αίσθημα κόπωσης
6. ξεσπάσματα θυμού
7. εναλλαγές διάθεσης
8. ευερεθιστότητα
9. σύγχυση
10. κοινωνική απομόνωση (Μίλεσης, 2011).

Στον αντίποδα, βρίσκεται η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή κατά τη διάρκεια της οποίας παρουσιάζονται σοβαρότερα προεμμηνορρυσιακά σύνδρομα. Σε αυτήν την περίπτωση τα συναισθηματικά και σωματικά συμπτώματα είναι πολύ πιο έντονα έως αφόρητα. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών τα κλινικά χαρακτηριστικά της προεμμηνορρυσιακής δυσφορικής διαταραχής είναι τα ακόλουθα:

- A.** Στους περισσότερους εμμήνους κύκλους, τα συμπτώματα που ακολουθούν πρέπει να είναι παρόντα την τελευταία εβδομάδα που προηγείται της έναρξης της εμμήνου ρύσεως, να επέρχεται βελτίωσή τους μέσα σε λίγες ημέρες μετά την εμφάνιση της εμμήνου ρύσεως και να ελαχιστοποιούνται ή να εκλείπουν στην εβδομάδα που ακολουθεί μετά τα πέρασ της εμμήνου ρύσεως. Σημειώνουμε ότι προκειμένου να διαγνωσθεί ένα άτομο ως πάσχον από προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή θα πρέπει να εμφανίσει τουλάχιστον 1 από τέσσερα πρώτα συμπτώματα, ενώ συνολικά θα πρέπει να εμφανίσει τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα:
1. Αξιοσημείωτη συναισθηματική αστάθεια, όπως είναι για παράδειγμα οι εναλλαγές της διάθεσης, το αίσθημα ξαφνικής θλίψης ή αυξημένης ευαισθησίας σε πιθανή απόρριψη.
 2. Αξιοσημείωτη ευερεθιστότητα ή επίμονος θυμός ή αυξημένες διαπροσωπικές συγκρούσεις.
 3. Αξιοσημείωτη καταθλιπτική διάθεση, αίσθημα απελπισίας ή σκέψεις αυτό-αποδοκίμασίας.
 4. Αξιοσημείωτη ανησυχία, ένταση.
 5. Μειωμένο ενδιαφέρον για συνήθεις δραστηριότητες, όπως είναι οι δραστηριότητες οι οποίες σχετίζονται με την εργασία, το σχολείο, τους φίλους ή τα ενδιαφέροντα.
 6. Υποκειμενική αίσθηση δυσκολίας όσον αφορά τη συγκέντρωση.
 7. Λήθαργος, εύκολη κόπωση ή αξιοσημείωτη έλλειψη ενέργειας.
 8. Αξιοσημείωτη αλλαγή στην όρεξη, υπερφαγία ή αναζήτηση συγκεκριμένων τροφίμων.
 9. Υπερυπνία ή αϋπνία.
 10. Υποκειμενική αίσθηση έλλειψης ελέγχου ή εξουθένωσης ή ασφυξίας.

- 11. Σωματικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα διόγκωση και ευαισθησία μαστών, μυϊκοί ή αρθρικοί πόνοι, αίσθημα πρηξίματος ή αύξηση σωματικού βάρους.**
- B.** Τα προαναφερθέντα συμπτώματα σχετίζονται με κλινικά αξιοσημείωτη θλίψη ή δυσχεραίνουν σε σημαντικό βαθμό την απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, στις συνήθεις κοινωνικές συναναστροφές και σχέσεις με τρίτα άτομα.
- Γ.** Η διαταραχή δεν αποτελεί έξαρση συμπτωμάτων κάποιας άλλης διαταραχής, όπως είναι η κατάθλιψη ή η διαταραχή πανικού για παράδειγμα.
- Δ.** Τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στο κριτήριο A πρέπει να επιβεβαιώνονται σε τουλάχιστον 2 συνεχόμενους εμμήνους κύκλους.
- Ε.** Τα συμπτώματα δεν πρέπει να οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας ή σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση, όπως είναι φερ' ειπείν ο υπερθυρεοειδισμός (Ann Yonkers & Simoni, 2017).

Βασιζόμενοι σε πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία αναφέρουμε ότι, το 85% περίπου του γυναικείου πληθυσμού έρχεται αντιμέτωπο με τουλάχιστον ένα ήπιο προεμμηνορροϊκό σύμπτωμα, ενώ το 20% με 25% εμφανίζει μέτρια έως σοβαρά προεμμηνορροϊκά συμπτώματα. Συμπληρωματικά, το 5% περίπου των γυναικών ικανοποιεί τα διαγνωστικά κριτήρια της προεμμηνορρυσιακής δυσφορικής διαταραχής και κατά συνέπεια παρουσιάζει το εν λόγω σύνδρομο. Όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες που πάσχουν από προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, φαίνεται ότι οι έφηβες είναι εκείνες που παρουσιάζουν σχετικά υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες με αποτέλεσμα να επικρατούν αυτών (Lanza di Scalea & Pearlstein, 2017).

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε ότι η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή αποτελεί ένα σοβαρό σύνδρομο καθόσον σχετίζεται τόσο με καταθλιπτικές όσο και με αγχώδεις διαταραχές. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο πρόσφατα όσο και στο παρελθόν, κατέληξαν στο ότι τα ποσοστά συννοσηρότητας μεταξύ της προεμμηνορρυσιακής δυσφορικής διαταραχής και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών είναι υψηλά με τις διαταραχές άγχους να επικρατούν με ποσοστό 47,4% στο γυναικείο πληθυσμό και τις διαταραχές της διάθεσης να ακολουθούν με ποσοστό 29,8%, οδηγώντας σε ορισμένες περιπτώσεις σε σημαντική λειτουργική ανεπάρκεια και μειωμένη ποιότητα ζωής, συμπτώματα συγκρίσιμα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και της δυσθυμίας. Άλλες έρευνες πρότειναν την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή και κάποια παρελθοντική τραυματική εμπειρία, τονίζοντας ότι έφηβες αλλά και ενήλικες γυναίκες, οι οποίες ήρθαν αντιμέτωπες με τραυματικά περιστατικά κάποια στιγμή στη ζωή τους, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν αντιμετωπίσει κανένα τραυματικό γεγονός στη μέχρι τώρα ζωή τους (Lanza di Scalea & Pearlstein, 2017).

Σχετικά με τις διαταραχές προσωπικότητας, η βιβλιογραφία φαίνεται να μην είναι ακριβής. Σε γενικές γραμμές πάντως, οι διαταραχές προσωπικότητας δεν δείχνουν να εμφανίζονται σε σημαντικά ποσοστά σε γυναίκες με υγιή χαρακτηριστικά, οι οποίες όμως πάσχουν από προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή. Ωστόσο, πρόσφατη μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που νοσηλεύονται αφότου διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας, δείχνει ότι οι συγκεκριμένες γυναίκες χαρακτηρίζονταν από παρορμητικότητα, ευερεθιστότητα και συναισθηματική αστάθεια, χαρακτηριστικά τα οποία φαίνονται να συνδέονται σε σημαντικό βαθμό με την εμφάνιση της προεμμηνορρυσιακής δυσφορικής διαταραχής (Lanza di Scalea & Pearlstein, 2017). Έχει αποδειχθεί μάλιστα ότι οι αυτοκτονικές τάσεις σε γυναίκες με κατάθλιψη είναι πιο πιθανόν να εκδηλωθούν κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του εμμηνορροϊκού κύκλου τους, δηλαδή δύο ή μία εβδομάδα πριν από την έμμηνο ρύση. Όπως έχει παρατηρήσει και ο δόκτωρ Ulla Botha, ψυχίατρος και λέκτορας του τμήματος Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Stellenbosch, είναι πολύ πιθανό οι γυναίκες που πάσχουν ήδη από κατάθλιψη και, ενδεχομένως, έχουν ήδη σκέψεις αυτοκτονίας, να εμφανίσουν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους, ως αποτέλεσμα των διακυμάνσεων της διάθεσης που προκαλείται από την περίοδό τους (Θερμόπουλος, 2016).

Από όλα τα παραπάνω λοιπόν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της προεμμηνορρυσιακής δυσφορικής διαταραχής είναι το άγχος και το ιστορικό κατάθλιψης. Άλλοι παράγοντες που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο, περιλαμβάνουν:

1. την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ
2. τις διαταραχές του θυρεοειδούς
3. το υπερβολικό βάρος
4. την έλλειψη άσκησης
5. ένα ιστορικό παρόμοιων διαταραχών στην οικογένεια (Θερμόπουλος, 2016).

Ωστόσο, έναν επιπλέον αρκετά σημαντικό παράγοντα φαίνεται να αποτελούν τα ίδια τα γονίδια των γυναικών. Επιστημονική ομάδα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, ανακάλυψε την ύπαρξη ενός συμπλέγματος γονιδίων, το οποίο δρα διαφορετικά στις γυναίκες με προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή συγκριτικά με τις γυναίκες, οι οποίες δεν πάσχουν από το εν λόγω σύνδρομο. Όπως τόνισε ο δόκτωρ Peter Schmidt, επικεφαλής της προαναφερθείσας επιστημονικής ομάδας, «για πρώτη φορά έχουμε αποδείξεις σε κυτταρικό επίπεδο για τη μη φυσιολογική σηματοδότηση στα κύτταρα των γυναικών με προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή και μία πιθανή βιολογική αιτία για τη μη φυσιολογική συμπεριφορική ευαισθησία των γυναικών αυτών στα οιστρογόνα και στην προγεστερόνη». Ολοκληρώνοντας, ο δόκτωρ Schmidt δήλωσε ότι η περαιτέρω μελέτη σχετικά με το συγκεκριμένο ζήτημα μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση μίας βελτιωμένης θεραπείας

παρόμοιων διαδεδομένων συνδρόμων, ενώ ο δόκτωρ David Goldman, ο οποίος συμμετείχε στην ερευνητική ομάδα, συμπλήρωσε ότι «αυτή είναι μία μεγάλη στιγμή για την υγεία των γυναικών, διότι εδραιώνεται πλέον η άποψη σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες με προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή διαθέτουν διακριτή διαφορά ως προς τη μοριακή κατασκευή τους και δεν πρόκειται απλώς για συναισθηματικές διαταραχές που μπορούν να ελεγχθούν» (National Institute of Mental Health, 2017).

Κλείνοντας, υπογραμμίζουμε τη σημαντικότητα της θεραπείας που έχει ως στόχο την αντιμετώπιση ή έστω την ανακούφιση των συναισθηματικών και σωματικών συμπτωμάτων που προκαλούνται από την προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή. Όσες γυναίκες πάσχουν από τα σοβαρά συμπτώματα του εν λόγω συνδρόμου είναι απαραίτητο να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα, ιδιαιτέρως μάλιστα σε περίπτωση που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και οι τάσεις αυτοκτονίας τείνουν να αποτελέσουν κομμάτι του εμμήνου κύκλου τους (Θερμόπουλος, 2016). Ο ειδικός ιατρός αφού λάβει υπόψιν του τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την ανταπόκριση σε προηγούμενες θεραπείες, τις ανάγκες αντισύλληψης, τα σχέδια σύλληψης και τις προτιμήσεις των ασθενών όσον αφορά τους τρόπους θεραπείας θα καταλήξει στην κατάλληλη, για την εκάστοτε περίπτωση, θεραπεία (Lanza di Scalea & Pearlstein, 2017).

• ΕΛΑΣΣΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί έναν τύπο κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του οποίου ο πάσχων παρουσιάζει τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, τα οποία χαρακτηρίζονται ωστόσο από μικρότερη βαρύτητα (Κουλουβάρη & Ευθυμίου, 2006). Κατά αυτόν τον τρόπο λοιπόν, ο ασθενής μπορεί να βρίσκει μειωμένο το ενδιαφέρον του για δραστηριότητες που παλαιότερα απολάμβανε, να αισθάνεται συχνά μία ασυνήθιστη ευερεθιστότητα ή να μην βρίσκει πλέον σημαντικά τα κίνητρα που συνήθιζαν να τον δραστηριοποιούν τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε οικογενειακό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο, χωρίς ωστόσο η λειτουργικότητά του να επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Ο ασθενής συνεχίζει να λειτουργεί σε κανονικά πλαίσια, βέβαια όχι τόσο καλά όσο θα λειτουργούσε εάν ήταν απόλυτα υγιής, αλλά σίγουρα πολύ καλύτερα από ότι θα λειτουργούσε σε περίπτωση που έπασχε από μείζονα κατάθλιψη (depressionNet.org.au, n.d.).

Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, τα συμπτώματα από τα οποία χαρακτηρίζεται η ελάσσων ή, αλλιώς, η ήπια κατάθλιψη, και επομένως τη διαφοροποιούν από τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, είναι τα ακόλουθα:

1. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι πιο ήπιο.
2. Συνυπάρχουν «νευρωσιακά» συμπτώματα όπως άγχος, ευερεθιστότητα, υπερβολική ενασχόληση με σωματικά συμπτώματα.

3. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής είναι πολύ μικρότερος ή απουσιάζει τελείως.
4. Υπάρχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και το άτομο τα «βάζει με τους άλλους».
5. Δεν σημειώνεται απώλεια σωματικού βάρους.
6. Δεν διαταράσσεται η σεξουαλική σφαίρα.
7. Σε γενικές γραμμές, η εμφάνιση και η συμπεριφορά του ατόμου δεν θυμίζουν καταθλιπτικό ασθενή, καθώς το άτομο δεν εμφανίζει για παράδειγμα βραδύτητα στις σωματικές κινήσεις, λυπημένη έκφραση ή παραμελημένη αμφίεση (Καλλιακμάνης, χ.χ.).

Ωστόσο, επειδή τα συμπτώματα αυτά είναι αρκετά ήπια και δεν προϊδεάζουν για ύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής, η ήπια κατάθλιψη πολλές φορές δεν διαγιγνώσκεται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επιδεινώνεται σε ορισμένες περιπτώσεις η εν λόγω κατάθλιψη και να μετατρέπεται από ήπια σε μέτρια ή ακόμα και σε σοβαρή (depressionNet.org.au, n.d.).

Όπως έχει τονίσει η δόκτωρ Deborah Serani, κλινική ψυχολόγος η οποία ειδικεύεται στη θεραπεία των διαταραχών της διάθεσης, μερικές φορές η ήπια καταθλιπτική διαταραχή ενδέχεται να είναι εφήμερη, να διαρκεί δηλαδή για ένα μικρό χρονικό διάστημα, και στη συνέχεια να βελτιώνεται, αφού αρχικά υποχωρήσει ή έχει έστω αρχίσει να βελτιώνεται το στρεσογόνο γεγονός στο οποίο οφείλεται η κατάθλιψη αυτή. Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ήπια καταθλιπτική διαταραχή, όπως υπογράμμισε η δόκτωρ Serani, μπορεί να προκύπτει κατόπιν ενός διαζυγίου, μίας ασθένειας, ενός οικονομικού ζητήματος ή κατόπιν ανεργίας. Άλλες φορές, η ήπια κατάθλιψη ενδέχεται να είναι χρόνια και να διαρκεί για πολλούς μήνες ή ακόμα και για πολλά χρόνια, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως προαναφέραμε, μπορεί να μετατραπεί σε μέτρια ή σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή, επιφυλάσσοντας κατά αυτόν τον τρόπο σημαντικούς κινδύνους για την υγεία του πάσχοντος, συμπεριλαμβανομένων των καρδιακών προβλημάτων και της πρόωρης θνησιμότητας. Ωστόσο, όποια και αν είναι η μορφή με την οποία εμφανίζεται η ήπια καταθλιπτική διαταραχή, είτε δηλαδή είναι εφήμερη είτε είναι χρόνια, η διάγνωσή της και στη συνέχεια η εύρεση κατάλληλης θεραπείας κρίνονται απαραίτητες προκειμένου να αποφευχθεί κάποια πιθανή επιδείνωσή της (Tartakovsky, 2015).

• ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΒΡΑΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή είναι μία διαταραχή διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από ήπια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα που διαρκούν λιγότερο από 2 εβδομάδες και εμφανίζονται περίπου μία φορά τον μήνα. Συμπεριλήφθηκε για πρώτη φορά το 1993 στην πιο πρόσφατη ταξινόμηση ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (ICD-10 F38.1) από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ τα διαγνωστικά της κριτήρια βασίστηκαν κυρίως στα στοιχεία που προέκυψαν από τις επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποίησαν ο Jules Angst και οι συνεργάτες του στην Ζυρίχη (Andersson, Lövdahl & Malt, 2010).

Ο Jules Angst και οι συνεργάτες του κατά τη διεξαγωγή της έρευνάς τους, παρατήρησαν την ύπαρξη ενός διαφορετικού τύπου κατάθλιψης συγκριτικά με τους υπόλοιπους, ο οποίος χαρακτηριζόταν από υποτροπιάζοντα, αλλά σύντομα (κυρίως ημερών) συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Εντούτοις αν και μικρής διάρκειας, τα καταθλιπτικά επεισόδια του νέου τύπου διαταραχών της διάθεσης είχαν παρόμοιο βαθμό σοβαρότητας και παρόμοιες λειτουργικές συνέπειες με εκείνες των ασθενών που έπασχαν από μείζονα κατάθλιψη. Μάλιστα, ο Angst και οι συνεργάτες του παρατήρησαν ότι η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή μπορούσε να εξελιχθεί σε μείζονα κατάθλιψη και η μείζονα κατάθλιψη σε υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή στο ίδιο περίπου ποσοστό των περιπτώσεων, ενώ κατέληξαν στο ότι η συγκεκριμένη διαταραχή διάθεσης σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την αυτοκτονία και τη συννοσηρότητα με τις αγχώδεις διαταραχές, γεγονός που καθιστά αναγκαία την άμεση θεραπεία της (Lövdahl et al., 2009).

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν, ο Angst και οι συνεργάτες του έκαναν λόγο για μία διαφορετική από τις υπόλοιπες διαταραχή της διάθεσης, ονόματι υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από μείζονα υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν λιγότερο από 14 ημέρες. Αυτό αποτέλεσε και ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια της υποτροπιάζουσας βραχείας κατάθλιψης, το οποίο συμπεριλαμβάνεται στο ICD-10 F38.1. Άλλα σημαντικά κριτήρια, τα οποία επίσης συμπεριλαμβάνονται στο ICD-10 F38.1 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σχετικά με τη διάγνωση της υποτροπιάζουσας βραχείας καταθλιπτικής διαταραχής είναι τα εξής:

1. Τα υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια θα πρέπει να έχουν εμφανιστεί περίπου μία φορά τον κάθε μήνα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους με διάρκεια μικρότερη των 2 εβδομάδων, συνήθως 2 ή 3 ημερών, και με πλήρη ανάρρωση μεταξύ των επεισοδίων.
2. Τα υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια θα πρέπει να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των ήπιων, μέτριων ή σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων.
3. Όσον αφορά τις γυναίκες, τα υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια δεν πρέπει να συγχέονται με τα συμπτώματα που προκύπτουν από τον έμμηνο κύκλο τους (Andersson, Lövdahl & Malt, 2010).

Επιπροσθέτως, η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή συμπεριλήφθηκε και στην τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-IV), το οποίο όμως παρέχει μόνο προσωρινά κριτήρια για τα υποτροπιάζοντα καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν λιγότερο από 14 ημέρες, ενώ παράλληλα περιορίζει την αναφορά του μόνο σε ασθενείς που δεν έχουν υποστεί κάποιο μείζον καταθλιπτικό ή υπομανιακό επεισόδιο (Andersson, Lövdahl & Malt, 2010). Παρακάτω, παραθέτουμε,

βασιζόμενοι σε βιβλιογραφικές αναφορές, τα διαγνωστικά κριτήρια της υποτροπιάζουσας βραχείας καταθλιπτικής διαταραχής:

1. Δυσφορική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.
2. Διάρκεια μικρότερη των 2 εβδομάδων.
3. Ύπαρξη 4 εκ των ακόλουθων συμπτωμάτων:
 - α. ελάττωση όρεξης ή σημαντική απώλεια βάρους (όταν το άτομο δεν βρίσκεται σε δίαιτα) ή αυξημένη όρεξη ή αξιοσημείωτη αύξηση βάρους
 - β. αϋπνία ή υπερυπνία
 - γ. ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση
 - δ. απώλεια ενδιαφέροντος ή απώλεια ενέργειας ή συχνή κόπωση
 - ε. αισθήματα ανικανότητας, δυσαρέσκειας ή υπερβολική ή ακατάλληλη ενοχή
 - στ. μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης
 - ζ. επιβράδυνση σκέψης ή αναποφασιστικότητα
 - η. επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας
4. Προβληματική συμπεριφορά ή μη ικανοποιητική απόδοση στις συνήθειες επαγγελματικές δραστηριότητες.
5. Εμφάνιση τουλάχιστον 1 ή 2 επεισοδίων ανά μήνα για διάστημα 1 έτους (Angst et al., 1990).

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή έδειξαν ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη διαφοροποίηση, όσον αφορά την εμφάνιση της συγκεκριμένης καταθλιπτικής διαταραχής, στο αντρικό και το γυναικείο φύλο. Αντιθέτως, η παρουσία της τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες, φαίνεται να κυμαίνεται σε παρόμοια επίπεδα, ενώ η μέση διάρκεια των υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων της φαίνεται να προσεγγίζει τις 3 περίπου ημέρες. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας αγγίζουν υψηλά ποσοστά στην υποτροπιάζουσα βραχεία κατάθλιψη. Μελέτη που έλαβε χώρα στην Ζυρίχη έδειξε ότι τα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας έφταναν έως και το 10,2%, ενώ έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Παρίσι έδειξε ότι τα αντίστοιχα ποσοστά αγγίζουν μέχρι και το 23,3%, ποσοστό ιδιαίτερος αξιοσημείωτο (Pezawas et al., 2003). Τα υψηλά αυτά ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας καθιστούν την υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή ιδιαίτερος επικίνδυνη για τον πάσχοντα. Συνεπώς, κρίνονται απαραίτητες η διάγνωση και η λήψη κατάλληλης θεραπείας της εν λόγω ψυχικής νόσου από έναν ειδικό ιατρό.

Στο σημείο αυτό, ολοκληρώνουμε την εκτενή αναφορά μας στις πιο σημαντικές ψυχικές διαταραχές που περιλαμβάνονται στην κατηγορία της καταθλιπτικής διαταραχής μη προσδιοριζόμενης αλλιώς, παραθέτοντας ακολούθως, ονομαστικά, ορισμένες επιπλέον

ψυχικές νόσους που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία. Οι ψυχικές αυτές διαταραχές είναι οι εξής:

- η Μεταψυχωτική Καταθλιπτική Διαταραχή στη Σχιζοφρένεια και
- το Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο Επικαθήμενο σε Ψυχωτικές Διαταραχές (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Μέχρι στιγμής αναλύσαμε διεξοδικά ορισμένες από τις κατηγορίες στις οποίες διαχωρίζει τις συναισθηματικές διαταραχές η τέταρτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών. Εκτός όμως από τις προαναφερθείσες κατηγορίες το DSM-IV περιλαμβάνει και ορισμένες άλλες κατηγορίες, όπως είναι:

- η Καταθλιπτική Διαταραχή λόγω Σωματικής Νόσου
- η Καταθλιπτική Διαταραχή προκαλούμενη από Χρήση Ουσιών και
- η Διαταραχή Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Από όλα όσα αναφέραμε παραπάνω μπορούμε να καταλήξουμε στο γεγονός ότι οι διαταραχές της διάθεσης δεν είναι μόνο από τις πιο συχνές νόσους, αλλά και από τις πιο σύνθετες, καθιστώντας κατά αυτόν τον τρόπο αναγκαία την άμεση και πλήρη θεραπεία τους από τα πρώτα κιόλας στάδια, γεγονός που αποσκοπεί στην αποφυγή της χρονιότητάς τους και στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης των πιο ανθεκτικών επεισοδίων που παρουσιάζονται σε επόμενα στάδια. Ωστόσο, δυστυχώς τις περισσότερες φορές, η άρνηση και η απροθυμία του ίδιου του πάσχοντα να κατανοήσει την ανάγκη για βοήθεια, η πίεση που υφίσταται ο πάσχων από τα μέλη της οικογένειάς του, τα οποία μπορεί εξίσου να πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο και η αποδοχή μίας καλής αλλά όχι πλήρους ύφεσης της διαταραχής, δυσκολεύουν τους ασθενείς που βρίσκονται στα αρχικά στάδια μίας συναισθηματικής διαταραχής να κατανοήσουν τη σοβαρότητα της νόσου και να προχωρήσουν στη λήψη κατάλληλης θεραπείας (Πολυζόπουλος, χ.χ.).

Ένα επιπλέον ατυχές γεγονός που σχετίζεται με τις ψυχικές νόσους και πιο συγκεκριμένα με την κατάθλιψη αφορά επίσης το ζήτημα της διάγνωσης, αφού στην ιατρική πρακτική μόνο το 1/4 των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται και παραπέμπεται στον ψυχίατρο με το υπόλοιπο των περιπτώσεων να παραμένει συχνά αδιάγνωστο για ποικίλους λόγους. Τους λόγους αυτούς αναφέρουμε ακολούθως:

1. Ορισμένες φορές, η κατάθλιψη μπορεί να μην εκδηλώνεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο.

2. Άλλες πάλι φορές, οι επαγγελματίες υγείας μη-ψυχιατρικής ειδικότητας αδυνατούν να κατανοήσουν τη συμπτωματολογία της νόσου λόγω έλλειψης εξοικείωσης ή εκπαίδευσης. Όταν μάλιστα η κατάθλιψη συμπορεύεται με άλλο νόσημα, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν την προσοχή τους στην αντιμετώπιση της εν δυνάμει νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία ως συνέπεια.
3. Τέλος, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με εχθρότητα προς το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, αδιαφορία και κακή συμμόρφωση προς τις οδηγίες (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Επιπροσθέτως, ανησυχητικό είναι το γεγονός βάσει του οποίου οι περισσότερες περιπτώσεις κατάθλιψης στην εφηβεία δεν εντοπίζονται, όπως έχει δείξει ένας σημαντικός αριθμός μελετών. Αυτό συνήθως οφείλεται στους δύο ακόλουθους λόγους:

1. Η κακή επικοινωνία, σε ορισμένες περιπτώσεις, ανάμεσα στον γονέα και το παιδί του έχει ως αποτέλεσμα ο γονιός να μην αντιλαμβάνεται ότι το παιδί του νοσεί από κατάθλιψη και να μην αναζητά εξειδικευμένη βοήθεια.
2. Τα προειδοποιητικά σημάδια της κατάθλιψης, όπως είναι οι επίμονες εναλλαγές της διάθεσης, η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης από δραστηριότητες που συνήθιζαν να απολαμβάνουν οι έφηβοι-ασθενείς, καθώς και η επαναστατική τους συμπεριφορά, μπορούν μερικές φορές να θεωρηθούν ως «εφηβική συμπεριφορά» (Midgley et al., 2015).

Ωστόσο, ένας από τους σημαντικότερους λόγους στον οποίο οφείλεται η μη διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι ο φόβος και η ανησυχία που αισθάνονται οι καταθλιπτικοί ασθενείς στο σύνολό τους, δηλαδή όχι μόνο οι έφηβοι και οι οικογένειές τους αλλά και οι ενήλικες, του κοινωνικού στιγματισμού και αποκλεισμού, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να ζητούν βοήθεια από ειδικούς μη αντιμετωπίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την ψυχική τους νόσο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κλείνονται ολοένα και περισσότερο στον εαυτό τους περιορίζοντας τις κοινωνικές τους συναναστροφές, ενώ παράλληλα τα συμπτώματα της νόσου τους συνεχίζουν να επιδεινώνονται (Καραστέργιου, 2008).

Βάσει όλων όσων προαναφέραμε καταλήγουμε στο ότι είναι αναγκαίο να περιοριστεί ο στιγματισμός που υφίστανται οι καταθλιπτικοί ασθενείς. Ο καλύτερος ίσως τρόπος αντιμετώπισης των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο και του στιγματισμού των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα είναι να αποδεχτούμε και να στηρίξουμε αυτή τη βασική αρχή που αποτελεί και επιστημονική αλήθεια. Ότι η σωματική και η ψυχική αρρώστια δεν διαφέρουν σε τίποτα μεταξύ τους και για αυτό πρέπει να αντιμετωπίζουμε τους σωματικά και ψυχικά πάσχοντες με τον ίδιο σεβασμό, την ίδια προσοχή και την ίδια υπευθυνότητα

(Χριστοδούλου, 2005). Άλλοι τρόποι που μπορούν να συμβάλλουν στον περιορισμό του στίγματος της ψυχικής ασθένειας είναι οι εξής:

- Η αγωγή της κοινότητας μέσω της διάδοσης έγκυρων πληροφοριών για την ψυχική νόσο.
- Η αντίκρουση των εσφαλμένων αντιλήψεων που παρουσιάζονται μερικές φορές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.
- Η χρήση θετικών εικόνων κατά την αναφορά μας σε ανθρώπους που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο και η απόδοση έμφασης στην πραγματικότητα σύμφωνα με την οποία η ψυχική νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί.
- Η ανοιχτή συζήτηση, η οποία βοηθάει να έρθει το θέμα των συναισθηματικών διαταραχών στην επιφάνεια φεύγοντας κατά συνέπεια από τα στενά προσωπικά όρια (Καραστέργιου, 2008).

Εν κατακλείδι, ο περιορισμός του στιγματισμού των καταθλιπτικών ασθενών είναι απαραίτητος καθώς μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της διάγνωσης της κατάθλιψης, αφού οι πάσχοντες δεν θα ντρέπονται πλέον να ζητούν την κατάλληλη βοήθεια.

Τέλος, όσον αφορά τη διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών, αποτελεί ιατρική διαδικασία, η οποία βασίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια της εκάστοτε καταθλιπτικής διαταραχής, αλλά και στη λήψη ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού) του ασθενούς, το οποίο συμβάλει εξίσου σε σημαντικό βαθμό στη διάγνωση. Για παράδειγμα, η λήψη κάποιων φαρμάκων ή και ψυχοτρόπων ουσιών που επηρεάζουν το συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και αμφεταμίνες, μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα. Στη συνέχεια, παρουσιάζουμε εν συντομία τα σημαντικότερα βήματα που ακολουθούνται κατά τη διάγνωση της κατάθλιψης.

- Είναι σημαντικό ο ειδικός ιατρός να αναγνωρίσει ότι η κατάθλιψη που παρουσιάζει ένας ασθενής είναι πρωτοπαθής και δεν οφείλεται σε άλλους οργανικούς παράγοντες.
- Εξίσου σημαντικό βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάθλιψης προκειμένου να καθοριστεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας, όπως είναι για παράδειγμα η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, η ψυχοθεραπεία και η συμμόρφωση του ασθενούς προς τις θεραπευτικές οδηγίες (Πολυκανδριώτη και Στεφανίδου, 2013).

Κλείνοντας, οφείλουμε να τονίσουμε ότι η κατάθλιψη αν και βαριά, είναι μία ιάσιμη ασθένεια. Συνεπώς, ο πάσχων οφείλει να εξοπλιστεί με αποφασιστικότητα και να ζητήσει βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την ψυχική νόσο από την οποία ταλαιπωρείται, έχοντας πάντα στο νου του ότι με την πάροδο του χρόνου και τη βοήθεια που επρόκειτο να δεχθεί, θα νιώσει καλύτερα. Απαραίτητες προϋποθέσεις αποτελούν η υπομονή

και η στήριξη από το στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του πάσχοντα στον απαιτητικό, αλλά καθοριστικό, για την ψυχική του και όχι μόνο υγεία, δρόμο που θα διαβεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων (>65), των υπερήλικων (>90) αλλά και των αιωνόβιων (>100) είναι ιδιαίτερα εμφανής τόσο στις βιομηχανικά ανεπτυγμένες όσο και στις υπό ανάπτυξη χώρες. Το 1950, 23 ηλικιωμένοι αντιστοιχούσαν σε 100 νέους, ενώ το 2050 προβλέπεται ότι 110 ηλικιωμένοι θα αντιστοιχούν σε 100 νέους (Πολίτης, 2011). Ειδικότερα, στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 19% του πληθυσμού, ενώ στις απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές, ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αγγίζει έως και το 30-32%, γεγονός που μας υποδεικνύει ότι το δημογραφικό μέλλον της χώρας μας διαγράφεται μελανό, ιδιαίτερα στις ακριτικές περιοχές. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο μάλιστα υπολογίζεται ότι τα επόμενα πενήντα χρόνια, θα τριπλασιαστεί ο αριθμός των ατόμων που είναι πάνω από 80 ετών και θα διπλασιαστεί ο πληθυσμός των ατόμων που είναι άνω των 65 ετών (iefimerida, 2016). Παράλληλα όμως με τις αλλαγές στον πληθυσμό των ηλικιωμένων, σήμερα υπάρχουν και αλλαγές στον οικογενειακό ιστό, με ιδιαίτερη έμφαση στη νεότητα, την καλή σωματική κατάσταση και την παραγωγικότητα, ενώ ταυτόχρονα η κοινωνία απωθεί τους ηλικιωμένους στο περιθώριο της ζωής με αποτέλεσμα οι ίδιοι να αισθάνονται συχνά ανεπιθύμητοι, ξένοι σε έναν κόσμο που προορίζεται μόνο για τους νέους, καθώς απορρίπτονται ως μη παραγωγικά άτομα (Πολίτης, 2011).

2.2 Παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την εμφάνιση κατάθλιψης

Οι ηλικιωμένοι ωστόσο δεν έρχονται αντιμέτωποι μόνο με τις προαναφερθέντες δυσκολίες, αλλά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αντιμετωπίζουν παράλληλα και προβλήματα που σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με ψυχική τους υγεία, τομείς οι οποίοι, όπως γνωρίζουμε, συνυπάρχουν και δεν δύναται να λειτουργούν ξεχωριστά (Πολίτης, 2011). Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας που βασανίζει τους ηλικιωμένους είναι η κατάθλιψη. Είναι γνωστό ότι, στην περίοδο της τρίτης ηλικίας συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου, αλλαγές οι οποίες όμως αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση κλινικής κατάθλιψης. Παρακάτω αναφέρουμε ορισμένους από αυτούς τους παράγοντες:

1. Χρόνια νοσήματα, ιδιαίτερα όσα προκαλούν χρόνιο πόνο (Μούγιας, 2016). Η ύπαρξη παθολογίας επηρεάζει κατά πολύ την εμφάνιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, όπως

ακριβώς συμβαίνει και με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, και για το λόγο αυτό αποτελεί ένα θέμα που έχει απασχολήσει κατά πολύ τη βιβλιογραφία, κάτι που φαίνεται εξάλλου από τον μεγάλο αριθμό ερευνών που είναι διαθέσιμες (Ζήντρου κ.α., 2014). Μέσω διεθνών ερευνών, έχει αποδειχθεί ότι

- η παρουσία οξείας ή χρόνιας νόσου
- η παρουσία αναπηρίας
- ορισμένες σωματικές παθήσεις όπως είναι ο υπο/υπερθυρεοειδισμός, η νόσος του Parkinson, η αγγειακή νόσος, ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος κ.α.

μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση της καταθλιπτικής νόσου στα ηλικιωμένα άτομα (Γουρνέλλης, 2011) και να προκαλέσουν σημαντικές διαταραχές στη φυσιολογική τους ζωή. Αναλυτικότερα, η αναπηρία, οι χρόνιες παθήσεις και η λειτουργική παρακμή που χαρακτηρίζουν ορισμένα άτομα στην ύστερη ζωή τους αντανακλούν ένα συνδυασμό σωματικών, γνωστικών και ψυχολογικών βλαβών. Ειδικότερα, τόσο οι νέες όσο και οι χρόνιες αναπηρίες οδηγούν στην απώλεια ανεξαρτησίας και παραγωγικότητας, οδηγώντας τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναπτύσσουν και να εκφράζουν συναισθήματα αυτό-αναξιότητας που σχετίζονται, όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν, με την ανικανότητά τους να εκτελούν δραστηριότητες που συνήθιζαν παλαιότερα να εκτελούν με μεγάλη ευκολία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να περιορίζουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες ή τις δραστηριότητες αναψυχής, να κλείνονται ολοένα και περισσότερο στον εαυτό τους, να απομονώνονται και εν τέλει να περιθωριοποιούνται οι ίδιοι από το κοινωνικό σύνολο. Είναι λοιπόν εμφανές ότι, η αναπηρία και η φθίνουσα λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων συνδέονται με τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ή επιδείνωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συμβάλλοντας στη μειωμένη ποιότητα της ζωής τους (Bruce, 2002).

Όσον αφορά τις χρόνιες ιατρικές παθήσεις, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι αγγειακές νόσοι κ.α., έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη μπορεί να περιπλέξει την πορεία τους. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα αφότου αρχικά υπέστησαν έμφραγμα του μυοκαρδίου, έδειξε ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς ήταν πολύ πιο πιθανό να πεθάνουν τους πρώτους τέσσερις μήνες μετά το επεισόδιο. Άλλη μελέτη έδειξε ότι, η κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω συσχετίζεται με τη μείωση της πυκνότητας της οστικής μάζας, ενώ τέλος διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία συμβάλλει στην κακή αυτό-αξιολόγηση της υγείας των ηλικιωμένων (Blazer, 2003).

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και ορισμένες από τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία ζουν στην Ελλάδα. Μία από αυτές τις έρευνες έδειξε ότι, η ύπαρξη πολλαπλής παθολογίας επηρεάζει την κατάθλιψη, ενώ

νοσήματα όπως οι νεοπλασίες, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η νόσος του Parkinson, η νόσος του Alzheimer, ο διαβήτης, καθώς και η υπέρταση σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Εντούτοις, η συγκεκριμένη έρευνα δεν ανέδειξε την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην καρδιακή νόσο και την καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε αντίθεση με τις περισσότερες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και έρευνες από τις οποίες φαίνεται ότι η στεφανιαία νόσος επηρεάζει κατά πολύ την εμφάνιση της κατάθλιψης και το αντίστροφο. Ωστόσο, το εύρημα αυτό δεν αποκλείεται να οφείλεται στο μικρό δείγμα των ηλικιωμένων ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα και ανέφερε ότι έπασχε από κάποιο καρδιακό πρόβλημα. Ένα εξίσου αξιοσημείωτο εύρημα που προέκυψε από την εν λόγω έρευνα έχει να κάνει με το κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει την κατάθλιψη. Όπως φάνηκε, οι μη καπνίζοντες δείχνουν να επηρεάζονται περισσότερο από την κατάθλιψη, αποτέλεσμα που μπορεί να οφείλεται στις άμεσες επιδράσεις της νικοτίνης στον εγκέφαλο, οι οποίες προκαλούν το αίσθημα της ανταμοιβής και της απόλαυσης. Για αυτό εξάλλου πολλά είναι τα άτομα εκείνα τα οποία αναζητούν την ανακούφιση των προβλημάτων τους μέσα από το τσιγάρο, καθώς πιστεύουν ότι το κάπνισμα αποτελεί λύση για τα προβλήματά τους, ενώ αδιαφορούν για τις βλαπτικές του επιδράσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Το εύρημα αυτό όμως έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών σχετικών με τη σχέση κατάθλιψης και καπνίσματος, δίνοντας έτσι το έναυσμα για μετέπειτα έρευνες (Ζήντρου κ.α., 2014).

Μία άλλη έρευνα που έλαβε χώρα στην Ελλάδα έδειξε ότι, η κακή σωματική υγεία των ατόμων άνω των 50 ετών συνδέεται στενά με την κακή ψυχική υγεία. Το να νοσεί μάλιστα ένα άτομο από δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις, σχεδόν διπλασιάζει τις πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη στο μέλλον (Verropoulou & Tsimbos, 2007). Για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητο να παροτρύνουμε και να βοηθάμε τους ηλικιωμένους να κρατάνε ένα μοντέλο άσκησης, να κρατάνε δηλαδή το σώμα τους ενεργό, ώστε να προλαμβάνουν τα νοσήματα και ιδιαιτέρως τα καρδιαγγειακά (iefimerida, 2016), αφού η ενασχόληση με διάφορες φυσικές δραστηριότητες αποσπά την προσοχή του πάσχοντα από ανησυχίες, έγνοιες και δυσάρεστες σκέψεις. Κατά συνέπεια, η άσκηση φαίνεται να δρα θετικά στην καταπολέμηση της κατάθλιψης και καλό είναι να αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (Ζήντρου κ.α., 2014). Τέλος, είναι αναγκαίο να παροτρύνουμε τους ηλικιωμένους να κρατάνε, εκτός από το σώμα τους, και του μυαλό τους ενεργό. Μπορούμε μάλιστα να συμβάλλουμε σε αυτό παίζοντας μαζί τους ένα επιτραπέζιο παιχνίδι ή κάνοντας οτιδήποτε άλλο τους ευχαριστεί (iefimerida, 2016), προλαμβάνοντας κατά αυτόν τον τρόπο νόσους όπως είναι το Alzheimer.

2. Θάνατος κοντινού προσώπου (Μούγιας, 2016). Ο θάνατος του/της συζύγου ή κάποιου άλλου αγαπημένου προσώπου φαίνεται να επηρεάζει σε έντονο βαθμό την εμφάνιση της κατάθλιψης ή την αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, όπως υποστηρίζουν και οι περισσότερες

μελέτες. Σύμφωνα με την έρευνα των Βερροπούλου και Τσίμπου (2007) οι χήροι, καθώς και οι διαζευγμένοι αλλά και τα άτομα που βρίσκονται σε διάσταση έχουν 43% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με τους παντρεμένους και τα άτομα που δεν βρίσκονται σε σχέση. Ιδιαίτερα οι παντρεμένοι φαίνεται να ζουν πολύ καλύτερα από τους αδέσμευτους, καθότι ο γάμος αποτελεί πηγή συναισθηματικής και οικονομικής υποστήριξης και κατά συνέπεια δρα προστατευτικά έναντι της κατάθλιψης. Ωστόσο, μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα τρίτης ηλικίας έδειξε ότι, οι χήροι και οι έγγαμοι είναι εκείνοι οι οποίοι εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, με τους άγαμους και τους διαζευγμένους να ακολουθούν με αρκετά υψηλά ποσοστά. Εν κατακλείδι, το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε, βάσει των ανωτέρω, είναι ότι η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σε αρκετά μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της κατάθλιψης (Ζήντρου κ.α., 2014).

3. Ανεξαρτητοποίηση τέκνων με επακόλουθο την απομόνωση του ατόμου.

4. Συνταξιοδότηση (Μούγιας, 2016). Ειδικότερα, ο Πολίτης (2011) αναφέρει «Οι ηλικιωμένοι αποξενώνονται από τον παραδοσιακό ρόλο με τη γρήγορη μετάβαση από τον ενεργό/παραγωγικό ρόλο στη συνταξιοδότηση, χωρίς κάποια προετοιμασία που να περιλαμβάνει επαναπροσδιορισμό των προσωπικών ρόλων, στόχων και προσδοκιών» με αποτέλεσμα να αισθάνονται ότι δεν είναι πλέον χρήσιμοι και να εμφανίζουν τα πρώτα καταθλιπτικά συμπτώματα. Προκειμένου να προλάβουμε ένα τέτοιο γεγονός καλό θα ήταν να τους βοηθάμε να διατηρούν έναν ενεργό ρόλο μέσα στην οικογένεια ώστε να μην αισθάνονται ότι ανήκουν στο περιθώριο. Έτσι, θα μπορούσαμε, επί παραδείγματι, να τους αναθέτουμε κάποιες δουλειές που θα μπορούσαμε να κάνουμε οι ίδιοι προκειμένου να βγαίνουν έξω, να περπατάνε και να συναναστρέφονται με κόσμο. Με άλλα λόγια, χρήζει μεγάλης σημασίας να τους δίνουμε ένα σημαντικό ρόλο στην κοινωνία μας, ώστε να αποφευχθεί, στον βαθμό που είναι δυνατόν, η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (iefimerida, 2016).

5. Απώλεια λειτουργικότητας (αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, οδήγησης κτλ.).

6. Αλλαγή κατοικίας, ιδιαίτερα η μεταφορά σε οίκο ευγηρίας.

7. Φροντίδα αγαπημένου προσώπου, συνήθως του/της συζύγου, το οποίο πάσχει από χρόνια νόσο (Μούγιας, 2016).

Εκτός όμως από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, υπάρχουν και ορισμένοι επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Παρακάτω αναφέρουμε τους εν λόγω παράγοντες:

8. Ανυπαρξία υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου (Μούγιας, 2016).

9. Ηλικία (Παναγιωτουνάκου, 2014). Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων, χωρίς ωστόσο η συσχέτιση μεταξύ

ηλικίας και κατάθλιψης να είναι πάντα ξεκάθαρη (Verropoulou & Tsimbos, 2007). Για παράδειγμα, η έρευνα της Ζήντρου και συν. (2014) έδειξε ότι η ηλικιακή ομάδα 75-84 ετών παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης. Στα ίδια περίπου συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Βερροπούλου και Τσίμπου (2007), η οποία έδειξε ότι τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 ετών έχουν 40% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα συγκριτικά με τα άτομα που είναι κάτω των 65 χρόνων, ενώ τα άτομα άνω των 75 ετών φαίνεται να έχουν πολύ πιο έντονη τάση να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα κάτω των 65 ετών. Εντούτοις, υποστηρίζουν «Η άποψη αυτή όμως μπορεί να είναι ψευδής, δεδομένου ότι τα ηλικιωμένα άτομα, και πιο συγκεκριμένα τα άτομα άνω των 65 ετών, υποφέρουν σε μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες, από αναπηρία καθώς και από διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, όπως είναι παραδείγματος χάριν το πένθος». Η χηρεία, οι σωματικές παθήσεις, η αναπηρία και τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης που τις περισσότερες φορές υπολειπονται, αποτελούν γεγονότα, τα οποία είναι όλο και πιο πιθανό να προκύψουν καθώς τα άτομα μεγαλώνουν και γηράσκουν. Οι προαναφερθέντες παράγοντες δηλαδή αντικατοπτρίζουν τις εμπειρίες και τις συνθήκες που επικρατούν σε υψηλό βαθμό σε άτομα μεγάλων ηλικιών (Bruce, 2002). Κατά συνέπεια, τα καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων μπορεί να μην οφείλονται μόνο στην ηλικία, αλλά να οφείλονται κυρίως στις συνθήκες που επικρατούν, καθώς και στα γεγονότα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

10. Ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης (Παναγιωτουνάκου, 2014) ή προηγούμενο ατομικό ιστορικό κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, το γεγονός κατά το οποίο ένα άτομο έχει νοσήσει από κατάθλιψη στο παρελθόν, αποτελεί έναν ιδιαίτερος σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Άτομα, τα οποία στο παρελθόν εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα και έλαβαν κατάλληλη θεραπεία, έχουν υψηλές πιθανότητες να εμφανίσουν για ακόμη μία φορά κατάθλιψη (Verropoulou & Tsimbos, 2007).

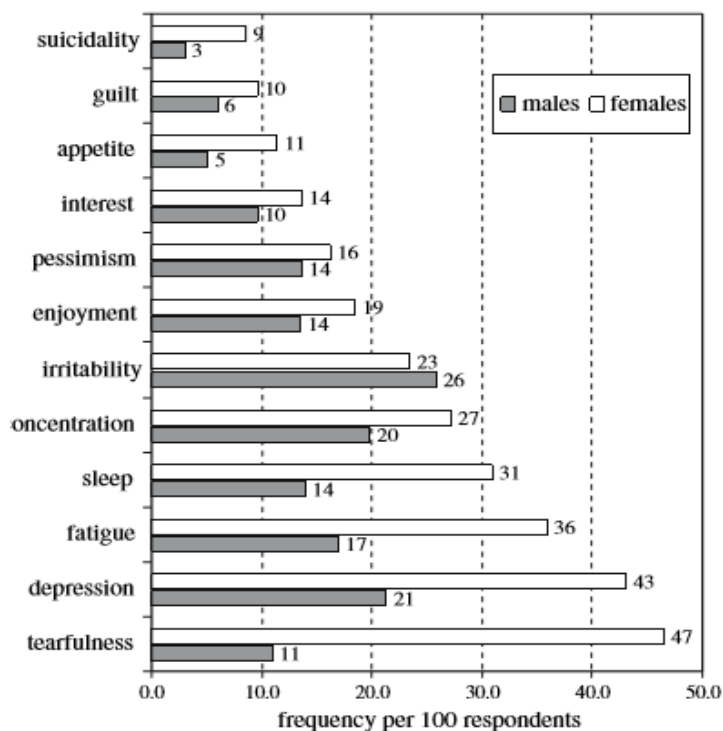
11. Ύπαρξη ιστορικού γνωστικών εκπτώσεων.

12. Ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων.

13. Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Παναγιωτουνάκου, 2014). Σύμφωνα με τη μελέτη των Βερροπούλου και Τσίμπου (2007) προκύπτει ότι άτομα, τα οποία έχουν τουλάχιστον 13 έτη εκπαίδευσης, έχουν λιγότερες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τα λιγότερο μορφωμένα άτομα. Όπως αναφέρουν «Έχει διαπιστωθεί ότι τα έτη εκπαίδευσης έχουν σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία, αφού το υψηλό μορφωτικό επίπεδο προσφέρει ένα υψηλό εισόδημα, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο στο να καταλάβει προνομιακές θέσεις στο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον».

14. Φύλο (Παναγιωτουνάκου, 2014). Είναι γνωστό ότι οι γυναίκες υποφέρουν σε υψηλότερα ποσοστά από κατάθλιψη συγκριτικά με τους άντρες, δείχνοντας συνεπώς πιο ευάλωτες όσον αφορά την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ειδικότερα έχει βρεθεί ότι, οι γυναίκες έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες, με την κατάθλιψη να εμφανίζεται μέσω διαφορετικών συμπτωμάτων στα δύο φύλα. Έτσι, η δακρύρροια, η κόπωση και τα προβλήματα ύπνου πρωταγωνιστούν στις γυναίκες, ενώ η ευερεθιστότητα φαίνεται να είναι το μόνο καταθλιπτικό σύμπτωμα που υπερσχύει στους άντρες (Verroroulou & Tsimbos, 2007). Ενδεικτικά στο σχήμα που ακολουθεί, παρουσιάζονται, ανά φύλο, τα ποσοστά των Ελλήνων συμμετεχόντων, ηλικίας 50 ετών και άνω, σε έρευνα της SHARE σύμφωνα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα της EURO-D κλίμακας που δήλωσαν ότι παρουσιάζουν.

Διάγραμμα 2.2.1 Ποσοστά ανταπόκρισης Ελλήνων συμμετεχόντων ηλικίας 50+ ανά φύλο στα καταθλιπτικά συμπτώματα της EURO-D κλίμακας (Verroroulou & Tsimbos, 2007)



15. Βίωση αρνητικών γεγονότων ζωής (Παναγιωτουνάκου, 2014).

16. Χρήση αρκετών φαρμάκων (π.χ. αγχολυτικά, αντιφλεγμονώδη) ή κατάχρηση αλκοόλ.

17. Φόβος θανάτου (Αντωνάτος, χ.χ.).

Εν κατακλείδι, αναφορικά με τους επιβαρυντικούς παράγοντες της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, οι απώλειες παντός είδους φαίνεται να κυριαρχούν, σύμφωνα με τον Πολίτη, ο οποίος αναφέρει «Όχι μόνο οι φυσικές απώλειες, όπως είναι για παράδειγμα το να χάσει κάποιος τον

σύντροφό του ή ένα φίλο ή συγγενή του, που αρχίζουν να αποτελούν συχνό φαινόμενο μετά από μία ηλικία, αλλά και οποιοδήποτε γεγονός σηματοδοτεί μία απώλεια, όπως το να φύγουν τα παιδιά από το σπίτι ή η ύπαρξη μίας οικονομικής δυσπραγίας, μπορούν να παίξουν ένα ρόλο αρκετά σημαντικό στο να δημιουργηθεί μία καταθλιπτική συμπτωματολογία. Με άλλα λόγια, η οποιαδήποτε απώλεια στην τρίτη ηλικία μπορεί να πυροδοτήσει την ήδη έτοιμη βιολογία του ατόμου και να οδηγήσει σε εμφάνιση κατάθλιψης. Σε γενικές γραμμές, θεωρείται ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι πιο πολύ βιολογικό φαινόμενο και λιγότερο ψυχολογικό» (iefimerida, 2016), αφού οι συχνές σωματικές ασθένειες, τα χρόνια νοσήματα και η χρόνια χρήση διαφόρων φαρμάκων μπορούν από μόνα τους να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

2.3 Συμπτωματολογία κατάθλιψης

Όσον αφορά τα συμπτώματα μέσω των οποίων εμφανίζεται η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, αναφέρουμε τα σημαντικότερα εξ αυτών ακολούθως:

1. Αίσθημα θλίψης το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας (Μούγιας, 2016).
2. Συναισθήματα απόγνωσης ή και απαισιοδοξίας.
3. Αισθήματα ενοχής, αναξιότητας ή και ανικανότητας (Παπαδημητριάδης, 2017). Ο καταθλιπτικός ασθενής συχνά εκφράζει αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτομομφής όμως είναι υπερβολικός, κάτι το οποίο φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινής σημασίας είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη από ότι του αναλογεί (Ζήντρου κ.α., 2014).
4. Ευερεθιστότητα, ανησυχία.
5. Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες ή χόμπι που στο παρελθόν πρόσφεραν ευχαρίστηση.
6. Κόπωση και μειωμένη ενέργεια.
7. Συναισθηματική απάθεια.
8. Δυσκολία συγκέντρωσης, δυσκολία στην ανάκληση λεπτομερειών και στη λήψη αποφάσεων.
9. Αϋπνία, πρόωρη αφύπνιση ή υπερβολικός ύπνος (Παπαδημητριάδης, 2017). Ο καταθλιπτικός ασθενής παρουσιάζει κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία. Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε:
 - δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί,
 - αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί,
 - αφύπνιση νωρίς το πρωί.

Ο ασθενής αισθάνεται ότι ο ύπνος δεν είναι αρκετός, δεν τον ξεκουράζει και είναι επιφανειακός (Ζήντρου κ.α., 2014).

10. Υπερκατανάλωση τροφής ή απώλεια όρεξης.

11. Σκέψεις αυτοκτονίας ή απόπειρες αυτοκτονίας.

12. Επίμονα άλγη ή πόνοι, όπως πονοκέφαλοι, κράμπες ή πεπτικά ενοχλήματα που δεν παρέρχονται ακόμη και με θεραπείες, οι οποίες απευθύνονται σε αυτά. Μάλιστα, η παρουσία των σωματικών επακόλουθων της κατάθλιψης, όπως η σοβαρή αυχεναλγία και η επίμονη οσφυαλγία είναι προειδοποιητικά συμπτώματα που υποεκτιμούνται κατά κανόνα (Παπαδημητριάδης, 2017).

Προκειμένου να διαγνωσθεί ένα ηλικιωμένο άτομο με κατάθλιψη, πρέπει τα παραπάνω συμπτώματα να προκαλούν έκπτωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας και να είναι παρόντα για τουλάχιστον 2 συνεχόμενες εβδομάδες (Μούγιας, 2016).

Επιπροσθέτως μπορούμε να πούμε ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές των ηλικιωμένων, αναφορικά με τα προεξέχοντα κλινικά χαρακτηριστικά τους, μπορεί να ανήκουν στις παρακάτω ομάδες:

- Βιολογική Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την πρώιμη έναρξή της. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους που έχουν ιστορικό μανιοκατάθλιψης με συμπτωματολογία μελαγχολίας.
- Ψυχο-αντιδραστική Καταθλιπτική Διαταραχή. Πυροδοτείται από γεγονότα που σχετίζονται με απώλειες, επίμονες αγχογόνες καταστάσεις όπως είναι η απομόνωση ή η σωματική ανικανότητα, και σοβαρές σωματικές παθήσεις.
- Μικτή, Οργανική και Ψυχολογική Καταθλιπτική Διαταραχή. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι διάφοροι τύποι κατάθλιψης, οι οποίοι παρουσιάζονται μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή οφείλονται στη μεταβολή των νευρομεταβιβαστών του εγκεφάλου μετά από χορήγηση φαρμάκων ή μεταβολικές ανεπιθύμητες ενέργειες από πολυφαρμακία ή προκύπτουν στα αρχικά στάδια της άνοιας ή της νόσου Parkinson.
- Καταθλιπτική Ψευδοάνοια. Ένας μάλλον απρόσφορος ορισμός αλλά χρήσιμος κλινικά, όπου προεξέχουν συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με διαταραχές της μνήμης και άλλων ανώτερων γνωστικών λειτουργιών, συμπτώματα που είναι όμως προσωρινά και αντιστρεπτά κατόπιν λήψεως κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής (Αντωνάτος, χ.χ.).
- Συγκαλυμμένη Καταθλιπτική Διαταραχή. Η συγκεκριμένη μορφή κατάθλιψης χαρακτηρίζεται από την άρνηση της θλίψης και την παρουσία σωματικών και γνωστικών αιτιάσεων (Μούγιας, 2016).

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό, να αναφέρουμε ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους παρουσιάζει κάποιες ποιοτικές διαφορές σε σχέση με την κατάθλιψη στα άτομα νεότερης

ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα της τρίτης ηλικίας (και κυρίως οι γυναίκες) αναφέρονται πιο συχνά στα σωματικά συμπτώματα, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου και το έντονο αίσθημα κόπωσης. Η κατάθλιψη, δηλαδή, γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως μία σωματική εμπειρία, ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει -στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό- στα άτομα νεότερης ηλικίας. Εκτός αυτού, η αποτελεσματική αντιμετώπιση μίας σωματικής πάθησης στην τρίτη ηλικία, επιτυγχάνεται συνήθως δυσκολότερα σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες με αποτέλεσμα να επιτείνεται μαζί της και η καταθλιπτική συμπτωματολογία (Παναγιωτουνάκου, 2014). Πέραν όμως, της κακής σωματικής υγείας, το άγχος που συχνά συνοδεύεται από μία συμπεριφορά διαταραγμένη, είναι σε μεγάλο βαθμό κυρίαρχο στην κλινική εικόνα συγκριτικά με τη θλίψη (Μούγιας, 2016). Με άλλα λόγια, ένας επιπλέον παράγοντας που προϋδεάζει σχετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας και τα διαφοροποιεί από τα άτομα νεότερων ηλικιακών ομάδων που πάσχουν από κατάθλιψη, δεν είναι τόσο η θλίψη όσο το άγχος.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός κατά το οποίο, η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να μοιάζει σε ορισμένες περιπτώσεις με αυτήν της άνοιας (Μούγιας, 2016). Αναλυτικότερα, τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της άνοιας ξεκινούν με τα «4Α»:

1. αμνησία (ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου, ο ασθενής επαναλαμβάνει την ίδια ερώτηση συνεχώς, ενώ συνηθίζει να χάνει τα προσωπικά του αντικείμενα),
2. αφασία (ο ασθενής δυσκολεύεται να επικοινωνήσει με τους άλλους και να καταλάβει τι του λένε),
3. απραξία (αδυνατεί να εκτελέσει τις καθημερινές δραστηριότητες: δεν μπορεί να πλυθεί, να ντυθεί, να χτενιστεί, να ανάψει την τηλεόραση, να κόψει ψωμί, κλπ.),
4. αγνωσία (δυσκολεύεται να αναγνωρίσει αυτό που βλέπει, δεν αναγνωρίζει αντικείμενα), για αυτό και ως άνοια ορίζουμε μία γενική διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών της μνήμης, της κατανόησης και της κρίσης (Πολίτης, 2011).

Βέβαια, εκτός από τα προβλήματα μνήμης, κατά τη διάρκεια της άνοιας κυριαρχούν και οι διαταραχές της συγκέντρωσης, ενώ παράλληλα προκύπτουν διάφορα επεισόδια σύγχυσης και άγχους που οδηγούν όχι μόνο στην κοινωνική απομόνωση αλλά και στη σωματική και ψυχική εξάντληση.

Το γεγονός αυτό όμως εγκυμονεί έναν αρκετά σοβαρό κίνδυνο. Δεδομένου ότι τα συμπτώματα της άνοιας μοιάζουν σε σημαντικό βαθμό με εκείνα της κατάθλιψης, είναι πολύ πιθανό τα περισσότερα περιστατικά κατάθλιψης να θεωρηθούν ως περιστατικά άνοιας με αποτέλεσμα ο ασθενής να ακολουθήσει λανθασμένη θεραπεία (iefimerida, 2016). Σε αυτό ακριβώς μάλιστα οφείλεται το ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται ως «σύνδρομο του χαμαιλέοντα». Το γεγονός δηλαδή ότι στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης

στους ηλικιωμένους δεν προεξάρχουν οι διαταραχές του συναισθήματος αλλά κυρίως οι διαταραχές της συμπεριφοράς και των γνωστικών λειτουργιών, οδήγησε στο να της δοθεί ο ανωτέρω χαρακτηρισμός (Πολίτης, 2011). Από τα παραπάνω λοιπόν γίνεται αντιληπτό ότι, η αναγνώριση των συμπτωμάτων της εν λόγω νόσου είναι δύσκολη όχι μόνο για τους οικείους των ασθενών, αλλά και για ορισμένους Επαγγελματίες Υγείας (Μούγιας, 2016).

Ωστόσο, η δυσκολία διάγνωσης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία δεν έγκειται μόνο στα παρόμοια συμπτώματα της συγκεκριμένης νόσου με άλλες παθήσεις, αλλά και στο στίγμα που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια και την ψυχιατρική θεραπεία. Το λεγόμενο «κοινωνικό στίγμα» είναι ικανό να αποτρέψει τους ηλικιωμένους από την αναγνώριση του προβλήματος και να τους απομακρύνει από την παραδοχή του (Παπαδημητριάδης, 2017). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι φαίνονται να δείχνουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις νόσους, οι οποίες εκδηλώνονται διαμέσου σωματικών συμπτωμάτων παρά για αυτές που εκδηλώνονται με ψυχολογικά συμπτώματα, χωρίς να αντιλαμβάνονται κατά αυτόν τον τρόπο ότι πάσχουν από κατάθλιψη και συνεπώς, να μην αναζητούν την κατάλληλη θεραπεία (Ζήντρου κ.α., 2014). Εκτός αυτών, συμβαίνει τις περισσότερες φορές οι ηλικιωμένοι άνθρωποι και οι οικογένειές τους να αποδίδουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε «κανονικές» αντιδράσεις στο στρες της ζωής ή στο γήρας. Επειδή το αίσθημα της κόπωσης, η απώλεια της όρεξης και οι δυσκολίες στον ύπνο αποτελούν κοινά συμπτώματα με τη διαδικασία της γήρανσης ή τις σωματικές ασθένειες, είναι εύκολο να αγνοηθεί μία αρχόμενη κατάθλιψη ή να παρεξηγηθεί με τη γήρανση (Παπαδημητριάδης, 2017). Δυστυχώς, όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα, σχεδόν οι μισοί ασθενείς με γεροντική κατάθλιψη να παραμένουν αδιάγνωστοι (Ζήντρου κ.α., 2014).

2.4 Επιπολασμός κατάθλιψης

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έδειξαν ότι, σχεδόν το 20% των ατόμων πάνω από την ηλικία των 65 χρόνων εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ περίπου το 40% των ηλικιωμένων πάνω από τα 85 χρόνια προσβάλλεται από κάποια μορφή κατάθλιψης (Ζήντρου κ.α., 2014). Μία μεγάλη μελέτη που έλαβε χώρα από μία μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας κατέληξε στο ότι το 12,4% των ηλικιωμένων ασθενών που φιλοξενούσε, έπασχε από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ το 35% εμφάνισε αξιοσημείωτα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μία άλλη μεγάλη μελέτη, η οποία έλαβε χώρα σε μία άλλη μονάδα μακροχρόνιας υγείας έδειξε ότι το 14,4% των ηλικιωμένων υπέφερε από μείζονα κατάθλιψη, ενώ από ελάσσονα καταθλιπτική διαταραχή έπασχε το 17%. Εντούτοις, λιγότερες από τις μισές περιπτώσεις αναγνωρίστηκαν ως καταθλιπτικά περιστατικά από το νοσηλευτικό προσωπικό (Blazer, 2013).

Όσον αφορά τον επιπολασμό της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία στην χώρα μας, έχει αποδειχθεί μέσω διαφόρων ερευνών ότι σχεδόν ένας στους τρεις ηλικιωμένους πάσχει από

αυτήν. Όπως αναφέρει, πιο συγκεκριμένα, ο Πολίτης «Από μελέτες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, έχουμε δει ότι το 27% των ηλικιωμένων εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό διαφοροποιεί πολύ την κατάθλιψη από τη θλίψη, που είναι μία φυσιολογική αντίδραση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα. Δεδομένα σε σχέση με την κρίση των τελευταίων ετών στην χώρα μας δεν έχουμε, γνωρίζουμε όμως ότι η κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό τα τελευταία έξι χρόνια έχει αυξηθεί από μελέτες που παρουσίασε πρόσφατα η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία» (iefimerida, 2016). Ωστόσο, ένα μικρό μόνο ποσοστό ηλικιωμένων διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη και ακολουθεί την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Βάσει των παραπάνω επιδημιολογικών στοιχείων λοιπόν, επιβεβαιώνεται το συμπέρασμα σύμφωνα με το οποίο, η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αποτελεί μία συχνή νόσο και ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας, το οποίο όμως δεν γίνεται εύκολα αντιληπτό ούτε από τους συγγενείς των ηλικιωμένων, αλλά ούτε και από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Παναγιωτουνάκου, 2014).

2.5 Συνέπειες κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα

Σχετικά με τις συνέπειες της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα, δύο είναι οι σοβαρότερες, ο πρόωρος θάνατος και τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας. Είναι ευρέως διαδεδομένο ότι, η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αποτελεί έναν αρκετά σημαντικό παράγοντα κινδύνου που οδηγεί σε πρόωρη θνησιμότητα, ακολουθώντας το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Μέσω ερευνών έχει προκύψει ότι, οι ασθενείς που εμφάνισαν καταθλιπτικά συμπτώματα κατόπιν ενός εγκεφαλικού επεισοδίου είχαν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν εμφάνισαν κανένα καταθλιπτικό σύμπτωμα μετά από το εγκεφαλικό επεισόδιο. Επίσης, έχει προκύψει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που διαμένουν σε γηροκομεία και πάσχουν από κατάθλιψη έχουν τρεις φορές υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς που διαμένουν σε αυτά, αλλά δεν παρουσιάζουν κάποια καταθλιπτική διαταραχή (Gottfries, 2001). Είναι αξιοσημείωτο ότι σε μία ανασκόπηση 61 μελετών που πραγματοποιήθηκαν από το 1997 έως το 2001 το 72%, ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό, έδειξε ότι η πρόωρη θνησιμότητα και η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία συσχετίζονται θετικά (Blazer, 2003).

Σε περιστάσεις μάλιστα που η κατάθλιψη δεν αναγνωρίζεται, οι περιπτώσεις αυτοκαταστροφής αποτελούν έναν πολύ σοβαρό κίνδυνο. Έχει βρεθεί ότι, οι ασθενείς άνω των 65 ετών με κατάθλιψη παρουσιάζουν εντονότερη αυτοκαταστροφικότητα σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών (Πολίτης, 2011). Όσο αυξάνεται δηλαδή η ηλικία φαίνεται ότι αυξάνονται και τα ποσοστά αυτοκτονίας, καθώς η αυτοκτονική συμπεριφορά στους ηλικιωμένους υποδηλώνει πραγματική επιθυμία θανάτου και όχι μία απλή ή φευγαλέα σκέψη

(Γουρνέλλης, 2011). Έχει προκύψει ότι, η συχνότητα ολοκληρωμένων αυτοκτονιών για τους άντρες ξεπερνάει κατά πολύ την αντίστοιχη για τις γυναίκες, ενώ πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι ολοκληρωμένες αυτοκτονίες σχετίζονται πολύ στενά με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Lebowitz & Olin, 2004). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που προσπαθούν να αυτοκτονήσουν, που πραγματοποιούν δηλαδή απόπειρα αυτοκτονίας, είναι πιθανότερο να είναι χήροι ή χήρες, να ζουν μόνοι τους, να έχουν άσχημη αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους, να βιώνουν κακή ποιότητα ύπνου, να μην έχουν κάποιο πρόσωπο εμπιστοσύνης και να έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνα γεγονότα, όπως είναι οι οικονομικές δυσκολίες και οι διαπροσωπικές αντιπαραθέσεις (Blazer, 2003).

Ωστόσο ανησυχία προκαλεί το γεγονός σύμφωνα με το οποίο προκύπτει ότι, οι ηλικιωμένοι που προχώρησαν σε ολοκληρωμένες αυτοκτονίες όχι μόνο δεν φαίνεται να είχαν περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά αντιθέτως τις είχαν επισκεφτεί χωρίς όμως να διαγνωσθεί η καταθλιπτική διαταραχή από την οποία υπέφεραν. Συγκεκριμένα, το συντριπτικό ποσοστό των ασθενών αυτών είχε επισκεφτεί κάποια ιατρική ειδικότητα τον τελευταίο μήνα της ζωής του, το 39% την τελευταία εβδομάδα και το 20% την ημέρα που έδωσε τέλος στην ζωή του (Lebowitz & Olin, 2004).

Είναι εμφανές ότι τα παραπάνω γεγονότα δεν μπορούν παρά να μας οδηγήσουν σε ένα και μόνο συμπέρασμα: η πρόωμη διάγνωση της κατάθλιψης και ιδίως η πρόληψη αυτής είναι άκρως σημαντικές για την έκβαση της πορείας της. Στα πλαίσια της πρόληψης μάλιστα, είναι σημαντικό οι ειδικοί ιατροί να εστιάζουν σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπως σε:

- άτομα με πρόσφατη έναρξη σωματικής νόσου (τους προηγούμενους 3 μήνες),
- άτομα με χρόνια νόσο που προκαλεί αναπηρία,
- ηλικιωμένοι που βίωσαν πρόσφατο πένθος (τους τελευταίους 3 με 6 μήνες),
- απομονωμένα κοινωνικά άτομα και
- ασθενείς, οι οποίοι παραπονιούνται για χρόνια προβλήματα αϋπνίας (Πολίτης, 2011).

2.6 Τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης

Κλείνοντας την ανάλυσή μας για την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, θα αναφερθούμε στους τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας αυτής. Είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι η καταθλιπτική διαταραχή στους ηλικιωμένους ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της, αντιμετωπίζεται με διαφορετικό είδος θεραπείας κάθε φορά. Οι κύριοι, πάντως, τρόποι θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία, η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία και ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας. Όσον αφορά τις σοβαρότερες περιπτώσεις κατάθλιψης, αυτές αντιμετωπίζονται μέσω της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, η οποία μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα αποτελεσματική (Ζήντρου κ.α., 2014). Πρόκειται για μία μη

φαρμακευτική, βιολογική θεραπεία που εφαρμόζεται κυρίως στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους, οι οποίοι εμφανίζουν συχνές υποτροπές της νόσου, συνοδά ψυχωσικά στοιχεία, στοιχεία δηλαδή που επηρεάζουν τον εγκέφαλο προκαλώντας απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, με παραληρητικές ιδέες σύντονες ή όχι με το συναίσθημα, εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, εξάντληση, καχεξία, αφυδάτωση, καθώς και ανθεκτικότητα στην φαρμακοθεραπεία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν αποτελεί μόνο μία αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση, αλλά θεωρείται και ασφαλής ιδιαίτερα σε περιπτώσεις μη ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και σε ηλικιωμένα άτομα με ιστορικό φαρμακευτικών αποπειρών αυτοκαταστροφής. Τέλος, αξίζει να τονίσουμε ότι σχετικά με την αντιμετώπιση των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων εμφανίζει ταχύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία, αποτελέσματα τα οποία μπορούν να εκδηλωθούν από τις πρώτες κιόλας συνεδρίες (Παπαδημητρίου κ.α., 2007).

Ωστόσο, εκτός από τις προαναφερθέντες θεραπευτικές μεθόδους για την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, υπάρχουν και ορισμένες επιπρόσθετες, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να είναι εξίσου ή και περισσότερο αποτελεσματικές στη βελτίωση της ποιότητας του ασθενούς. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

- Λίστα με δραστηριότητες, άτομα ή μέρη, στα οποία ο ασθενής χαίρεται να πηγαίνει ή να βλέπει και προγραμματισμός των εν λόγω δραστηριοτήτων όσο πιο συχνά γίνεται.
- Υποβοήθηση του ατόμου να ασκείται καθημερινά, ειδικά το πρωί.
- «Εορτασμός» μικρών επιτυχιών.
- Ανεύρεση τρόπων, με τους οποίους ο ασθενής μπορεί να συνεισφέρει στην οικογενειακή ζωή και συνεχή επιβράβευση για τη συνεισφορά του.
- Παροχή συνεχούς διαβεβαίωσης ότι το άτομο είναι αγαπητό, αξιοσέβαστο και εκτιμάται ως μέλος της οικογένειας και όχι μόνο για το τι μπορεί να κάνει.
- Διαβεβαίωση του ατόμου ότι δεν πρόκειται να παραγκωνιστεί ή να εγκαταλειφθεί.
- Βοήθεια στο να αναγνωρίσει ο φροντιστής και να αποδεχτεί την ανησυχία ή τη θλίψη του ασθενούς, ενώ συνεχίζει να τους εκφράζει την ελπίδα ότι σύντομα θα βελτιωθούν τα συμπτώματα και θα αισθάνεται καλύτερα (Καραλής, 2017). Αναλυτικότερα, ο νοσηλευτής που φροντίζει έναν καταθλιπτικό ηλικιωμένο ασθενή, φροντίζει ταυτόχρονα και τα οργανικά αλλά και τα συναισθηματικά προβλήματα που συνδέονται με τη συγκεκριμένη φάση της ζωής του. Για αυτό φροντίζει πρώτα από όλα για τη διατήρηση της υγείας ή και την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης του γηριατρικού ασθενούς με την καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων στον ασθενή, την εκπαίδευση και την ενθάρρυνση απόκτησης υγιεινών έξεων, καθώς και την έγκαιρη διάγνωση οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων (Κυζιρίδης, 2000).

Εν κατακλείδι, η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση στο πέρασμα του χρόνου, αλλά μία σοβαρή συναισθηματική διαταραχή που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης. Άλλωστε, το δικαίωμα για μία καλής ποιότητας ζωή θα πρέπει να το απολαμβάνουν τα άτομα κάθε ηλικίας (Παναγιωτουνάκου, 2014).

2.7 Τα αίτια της κατάθλιψης

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα πραγματοποιήσουμε μία σύντομη αναφορά στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Όπως είδαμε μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ένα μοναδικό αίτιο στο οποίο οφείλεται η παρουσία της καταθλιπτικής νόσου, αλλά αντιθέτως τα αίτια ποικίλουν. Ωστόσο, πολύ συχνά ακούγεται ότι η καταθλιπτική διάθεση είναι αποτέλεσμα χημικής ανισορροπίας, χωρίς όμως αυτό να αναδεικνύει την πολυπλοκότητα της εν λόγω νόσου. Έρευνες που έχουν λάβει χώρα κατά καιρούς, έδειξαν ότι η κατάθλιψη δεν πηγάζει απλά από την ύπαρξη υπερβολικής ή ελάχιστης ποσότητας συγκεκριμένων χημικών ουσιών στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Αναμφισβήτητα, οι χημικές αυτές ουσίες εμπλέκονται και παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης, αλλά η καταθλιπτική νόσος δεν οφείλεται απλά και μόνο σε μία χημική ουσία, η οποία είτε είναι υψηλότερη είτε είναι χαμηλότερη από το κανονικό (Harvard Medical School, 2017). Πάντως, σε γενικές γραμμές η κατάθλιψη φαίνεται να είναι νόσος της εγκεφαλικής λειτουργίας που σχετίζεται με τις διαταραχές των νευρομεταβιβαστικών συστημάτων, οι οποίες οφείλονται σε γενετικούς, βιολογικούς, αλλά και περιβαλλοντικούς/ψυχοκοινωνικούς συντελεστές (Αυγουστάτος, 2008).

2.7.1 Γενετικοί Παράγοντες

Κάθε μέρος του σώματός μας, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου μας, ελέγχεται από γονίδια, τα οποία δημιουργούν πρωτεΐνες που εμπλέκονται σε διάφορες βιολογικές διεργασίες. Κατά τη διάρκεια της ζωής μας τα διαφορετικά γονίδια που διαθέτουμε, είτε ενεργοποιούνται είτε απενεργοποιούνται αποσκοπώντας στην κατασκευή των κατάλληλων και αναγκαίων πρωτεϊνών την εκάστοτε στιγμή. Εντούτοις, σε περίπτωση που τα γονίδια κατασκευάσουν τις λάθος πρωτεΐνες, τότε η βιολογία μας αλλάζει και η διάθεσή μας γίνεται ασταθής. Έτσι, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα σε ένα γενετικά ευάλωτο και ασταθές άτομο, κάθε αγχώδης κατάσταση, όπως είναι για παράδειγμα μία χαμένη προθεσμία στον εργασιακό χώρο ή μία ιατρική πάθηση, να ωθήσει το βιολογικό του σύστημα εκτός ισορροπίας (Harvard Medical School, 2017).

Εκτός όμως από το βιολογικό μας σύστημα, τα γονίδια επηρεάζουν και τη διάθεσή μας. Υπάρχουν δεκάδες γονίδια που ασκούν επιρροή στα συναισθήματά μας και κατά συνέπεια στη διάθεσή μας. Για αυτό το λόγο υποστηρίζεται ότι, ο κίνδυνος να πάθει κάποιο άτομο κατάθλιψη

αυξάνεται, από τη στιγμή που το συγκεκριμένο άτομο έχει οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης. Με άλλα λόγια, έχει αποδειχθεί μέσω πολλών και σημαντικών ερευνών ότι η κατάθλιψη οφείλεται και σε κληρονομικούς γενετικούς παράγοντες. Έχει βρεθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού ενός ατόμου που πάσχει από διπολική διαταραχή εμφανίζουν κίνδυνο νόσησης αυξημένο κατά 7,6% για διπολική διαταραχή και κατά 12,3% για μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς πάσχουν από μανιοκατάθλιψη εμφανίζουν υψηλό ποσοστό κινδύνου να εκδηλώσουν την εν λόγω διαταραχή. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 44% έως και 74% (Αυγουστάτος, 2008).

Ωστόσο, υπάρχουν και μη γενετικοί παράγοντες που διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης στους οποίους αναφερόμαστε ακολούθως.

2.7.2 Βιολογικοί Παράγοντες

Ιατρικά προβλήματα/Συννοσηρότητα: Ορισμένα ιατρικά προβλήματα, είτε αυτά είναι μη ψυχιατρικές παθήσεις είτε ενδοκρινολογικές παθήσεις συνδέονται με μακροχρόνιες και σημαντικές διαταραχές της διάθεσης (Harvard Medical School, 2017). Ο συνδυασμός μάλιστα κατάθλιψης και σωματόμορφων διαταραχών αγγίζει εξαιρετικά υψηλά ποσοστά, τα οποία ξεκινούν από το 61% και φτάνουν μέχρι το 87% (Γαρυφαλλος, 2008).

Από τις πιο γνωστές ενδοκρινολογικές παθήσεις που συνήθως συνυπάρχουν με την κατάθλιψη είναι οι ανισορροπίες των ορμονών του θυρεοειδούς. Από τη μία πλευρά, ο υπερθυρεοειδισμός, η υψηλή δηλαδή παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών, μπορεί να προκαλέσει μανιακά συμπτώματα και από την άλλη πλευρά, ο υποθυρεοειδισμός, η χαμηλή δηλαδή παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, οι καρδιακές παθήσεις φαίνεται να συνδέονται εξίσου με την καταθλιπτική διαταραχή. Πάνω από το 50% των ασθενών που κατάφεραν να επιζήσουν κατόπιν μίας καρδιακής προσβολής αναφέρουν ότι αισθάνονται πεσμένοι, ενώ αρκετοί έχουν κατάθλιψη. Επιπλέον, η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει σημαντικά προβλήματα στους καρδιακούς ασθενείς αφού έχει συνδεθεί με τη βραδύτερη αποκατάσταση του προβλήματος υγείας τους μέσω της εμφάνισης περιπλοκότερων μελλοντικών καρδιαγγειακών προβλημάτων, ενώ υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος θανάτου μέσα σε ένα διάστημα περίπου 6 μηνών. Άλλες ιατρικές παθήσεις που επίσης συνδέονται με τις διαταραχές της διάθεσης είναι οι ακόλουθες:

- ορισμένες νευρολογικές παθήσεις, όπως είναι η νόσος Parkinson, η νόσος Alzheimer και η σκλήρυνση κατά πλάκας
- το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- ορισμένες διατροφικές ελλείψεις, όπως η έλλειψη βιταμίνης B12
- ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα όπως είναι ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

- ορισμένοι ιοί και κάποιες λοιμώξεις, όπως η λοιμώδης μονοπυρήνωση, η ηπατίτιδα και ο ιός HIV
- ο καρκίνος
- η στυτική δυσλειτουργία στους άντρες (Harvard Medical School, 2017).

Φάρμακα: Μερικές φορές τα συμπτώματα της κατάθλιψης ή της μανίας αποτελούν παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων, όπως είναι τα στεροειδή ή τα φάρμακα για την αρτηριακή πίεση. Σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητο οι πάσχοντες που τα λαμβάνουν να έρθουν σε επικοινωνία με τον ιατρό τους, καθόσον η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να μην προέρχεται από τα ίδια τα φάρμακα, αλλά να οφείλεται σε άλλους παράγοντες (Harvard Medical School, 2017).

Χρόνιο άγχος: Μία σύγχρονη υπόθεση της κατάθλιψης προτείνει την ευαλωτότητα του νευρικού κυττάρου που προκαλείται από το χρόνιο άγχος (Αυγουστάτος, 2008). Αποτέλεσμα αυτού είναι η κατάθλιψη να συνυπάρχει συχνά με διαφόρων ειδών αγχώδεις διαταραχές, όπως είναι για παράδειγμα η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Σύμφωνα με μία μεγάλη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας βρέθηκε ότι, το 40% των ασθενών με κατάθλιψη έπασχε παράλληλα και από κάποια αγχώδη διαταραχή, ενώ η ύπαρξη κατάθλιψης εμφανιζόταν στο 45% των ασθενών που παρουσίαζε κάποια αγχώδη διαταραχή. Αντίστοιχα φαίνονται να είναι τα δεδομένα που προκύπτουν από έρευνες, οι οποίες αναφέρονται σε ασθενείς που προσέρχονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Βάσει αυτών, η ύπαρξη οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής σε καταθλιπτικούς ασθενείς κυμαίνεται από 42% έως 57% (Γαρύφαλλος, 2008).

Αλκοόλ: Στενή σχέση υπάρχει επίσης μεταξύ κατάθλιψης και αλκοολισμού. Σε παλαιότερη επιδημιολογική μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής αναφέρεται ότι, το 30% των ατόμων με διάγνωση κατάθλιψης ήταν εξαρτημένο από το αλκοόλ, ενώ φαίνεται ότι το 40% των ατόμων με διάγνωση εξάρτησης από το αλκοόλ υπέφερε παράλληλα από κάποια καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, μέσα από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε κλινικά δείγματα προκύπτει ότι τα ποσοστά αλκοολισμού σε καταθλιπτικούς ασθενείς κυμαίνονται μεταξύ 8% και 25% (Γαρύφαλλος, 2008).

Χρήση ουσιών: Αυξημένη φαίνεται να είναι και η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με την χρήση ουσιών. Μερικοί ασθενείς με εξάρτηση αναφέρουν ότι τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα προηγούνταν της κατάχρησης ουσιών. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό ενδεχομένως σημαίνει ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα προκάλεσαν την κατάχρηση ουσιών. Σε άλλες περιπτώσεις, η ηλικία εμφάνισης των ψυχιατρικών διαταραχών είναι μικρότερη της ηλικίας έναρξης της χρήσης ουσιών, γεγονός που σημαίνει ότι η χρήση ουσιών είχε ως συνέπεια την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Εντούτοις, υπάρχουν ορισμένοι ερευνητές που

τονίζουν ότι μερικά από τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών τα οποία προκαλούνται από την κατάχρηση ουσιών είναι προσωρινά. Αξίζει πάντως να τονίσουμε στο σημείο αυτό ότι τα στοιχεία που προκύπτουν μέσα από έρευνες για τους εφήβους είναι ιδιαίτερος ανησυχητικά. Μία μεγάλη επιδημιολογική έρευνα, η οποία αφορούσε σε νέους ηλικίας 18 έως 30 ετών έδειξε ότι ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό εφήβων τοξικομανών εμφάνιζε καταθλιπτικά συμπτώματα, είτε αυτά ήταν προσωρινά είτε όχι. Το συγκεκριμένο ποσοστό άγγιζε το 47% (Θανοπούλου κ.α., 2015).

Διαταραχές προσωπικότητας: Συχνή είναι η συννοσηρότητα της κατάθλιψης και με τις διαταραχές προσωπικότητας. Μελέτες σε κλινικά δείγματα αναφέρουν ποσοστά συννοσηρότητας μείζονος κατάθλιψης και διαταραχών προσωπικότητας, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 39% και 50%. Ωστόσο, όπως άλλωστε προκύπτει από διάφορες έρευνες, η δυσθυμία είναι εκείνη που συνδυάζεται πιο συχνά με τις διαταραχές προσωπικότητας σε σύγκριση με τη μείζονα κατάθλιψη, με ποσοστά που φτάνουν έως και το 70% (Γαρούφαλος, 2008).

2.7.3 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι οι ακόλουθοι:

Θάνατος γονιού/Χωρισμός γονιών: Τα άτομα που στην παιδική τους ηλικία βίωσαν κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη ως ενήλικοι (Αυγουστάτος, 2008).

Κακοποίηση: Μία σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετέπειτα.

Σύγκρουση/Διαμάχη: Σε ένα άτομο, το οποίο είναι βιολογικά επιρρεπές ως προς την ανάπτυξη κατάθλιψης μπορεί να αρχίσουν να εμφανίζονται τα πρώτα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από κάποιες προσωπικές διαμάχες ή συγκρούσεις με μέλη της οικογένειάς του ή φίλους του.

Περιθωριοποίηση: Η κοινωνική αποξένωση, η οποία μπορεί να οφείλεται σε μία ψυχική ασθένεια ή σε διάφορους άλλους λόγους ή η απόρριψη ενός ατόμου από την ίδια του την οικογένεια ή από κάποια κοινωνική ομάδα, είναι γεγονότα που συμβάλλουν στον κίνδυνο ανάπτυξης κλινικής κατάθλιψης (Jaliman, 2016).

Αλλαγές και Αγχωτικά γεγονότα: Δεν προκαλεί καμία έκπληξη το γεγονός κατά το οποίο οι άνθρωποι, τις περισσότερες φορές, αισθάνονται λυπημένοι ή άκεφοι κατά τη διάρκεια στρεσογόνων περιόδων, όπως για παράδειγμα όταν πρόκειται να πάρουν διαζύγιο, όταν φροντίζουν έναν άρρωστο συγγενή τους, όταν αντιμετωπίζουν ένα σοβαρό οικονομικό

πρόβλημα, όταν χάνουν τη δουλειά τους ή όταν συνταξιοδοτούνται. Ωστόσο, όχι μόνο οι αρνητικές αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις, και οι θετικές αλλαγές, όπως ο γάμος ή η έναρξη μίας νέας δουλειάς, μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση ενός κλινικού καταθλιπτικού συνδρόμου.

Πένθος: Η θλίψη που ακολουθεί τον θάνατο ενός φίλου, συγγενή ή ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί ένα φυσιολογικό συναίσθημα, αν και ορισμένες φορές μπορεί να οδηγήσει στην παρουσία κλινικής κατάθλιψης (Goldberg, 2015), η οποία μπορεί να γίνει αντιληπτή μέσα από τα εξής συμπτώματα:

- προβλήματα ύπνου
- μειωμένη όρεξη
- κόπωση
- έλλειψη ενέργειας
- αισθήματα αυτό-λύπησης, μοναξιάς και ανησυχίας (Goldberg, 2016).

Αντιλήψεις/Τρόπος σκέψης: Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις τη δημιουργία κατάθλιψης (Αυγουστάτος, 2008).

2.7.4 Φύλο

Οι γυναίκες εμφανίζουν κατάθλιψη σχεδόν 2 φορές πιο συχνά από τους άντρες. Η διαφορά αυτή δεν έχει εξηγηθεί πλήρως. Ένα μέρος της μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες παραδέχονται πιο εύκολα από τους άντρες τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα. Παράλληλα, ο συνδυασμός βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων παίζει σημαντικό ρόλο στη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο. Τέτοιοι παράγοντες είναι η έμμηνος ρύση, η εγκυμοσύνη, οι αποβολές, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, η εμμηνόπαυση, καθώς και οι αυξημένες υπευθυνότητες στο εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Κατάθλιψη και εργασία

Η εργασία αποτελεί απαραίτητο μέσο για την επιβίωση ενός ατόμου, αφού συμβάλλει στην απόκτηση ενός αξιοπρεπούς τρόπου ζωής, ενώ παράλληλα αποτελεί πηγή ικανοποίησης. Εντούτοις στο σύγχρονο κόσμο, το επαγγελματικό περιβάλλον, και κατ' επέκτασιν η εργασία, αποτελούν μία από τις σημαντικότερες πηγές άγχους. Οι σχέσεις που αναπτύσσει το άτομο μέσα στο εργασιακό του περιβάλλον, η ίδια η φύση της εργασίας και τα ενδεχόμενα προβλήματα που αντιμετωπίζει σε αυτή, επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα και την ποιότητα της ζωής του (Στάγια και Ιορδανίδης, 2014), χωρίς ωστόσο να του δίνεται η ουσιαστική ευκαιρία να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις συγκεκριμένες καταστάσεις. Με άλλα λόγια, η αντιμετώπιση του άγχους που προέρχεται από το εργασιακό περιβάλλον είναι δύσκολη γιατί συνήθως δεν υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει κάποιος προκειμένου να τροποποιήσει το περιβάλλον εργασίας του, με αποτέλεσμα να συνεχίζει να λειτουργεί υπό στρεσογόνες συνθήκες (Iacovides et al., 2003).

3.2 Παράγοντες επικινδυνότητας που συμβάλλουν στην εμφάνιση εργασιακού άγχους

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα και σημαντικά στρεσογόνα γεγονότα που να οδηγούν απαραίτητως στην παραγωγή του εργασιακού άγχους. Μόνο και μόνο η συσσώρευση μικρών καθημερινών περιστατικών θα μπορούσε κάλλιστα να οδηγήσει σε σημαντική παραγωγή άγχους (Iacovides et al., 2003). Ωστόσο, ορισμένοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του εργασιακού άγχους, όπως έχουν προκύψει μέσω διαφόρων ερευνών και μελετών, είναι οι ακόλουθοι:

- Παράγοντες που σχετίζονται με το σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας: άσχημες περιβαλλοντικές συνθήκες, πολύωρη εργασία, πολύς φόρτος ή/και ελάχιστος φόρτος, εργασία υπό χρονικές πιέσεις, μη προγραμματιζόμενο ωράριο.
- Παράγοντες που έχουν σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας: ασήμαντα και ασαφή καθήκοντα, ασαφής ρόλος, συνεχής επαφή με άλλους ανθρώπους και με τα προβλήματά τους, έλλειψη προοπτικών εξέλιξης, θέση ευθύνης και συντονισμού άλλων ανθρώπων, χαμηλό κύρος και μισθός.

- Παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον: κακές σχέσεις με συναδέλφους, έλλειψη υποστήριξης από τον προϊστάμενο, ασαφείς οδηγίες και κατευθύνσεις, υπέρμετρος ανταγωνισμός, απομόνωση, ανασφάλεια, μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου, ασάφεια στους στόχους και τη δομή της επιχείρησης, ασαφές σύστημα αξιολόγησης της απόδοσης, μη αναγνώριση ή ανταμοιβή της καλής απόδοσης, αποτροπή της ανάληψης πρωτοβουλιών.
- Προσωπικοί παράγοντες: οικογενειακές δυσκολίες, ψυχικές ή/και σωματικές ασθένειες, οικονομικά προβλήματα (Στεργίου, χ.χ.).

Κρίνεται αναγκαίο όμως, στο σημείο αυτό, να τονιστεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των προαναφερθέντων παραγόντων και του εργασιακού άγχους καθορίζεται σε υψηλό βαθμό από την ξεχωριστή προσωπικότητα του κάθε ατόμου, αλλά και από τη θέση που διαθέτει η ίδια η εργασία στην ζωή του ατόμου, από τη σημαντικότητα δηλαδή που έχει για το άτομο η εργασία του (Iacovides et al., 2003). Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι, η βίωση του άγχους διατηρεί έναν υποκειμενικό χαρακτήρα. Αυτό σημαίνει πως οι ίδιες εργασιακές συνθήκες μπορεί σε μερικούς ανθρώπους να προκαλέσουν άγχος, ενώ σε κάποιους άλλους να μην έχουν καμία στρεσογόνο επίπτωση (Στεργίου, χ.χ.).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, το επαγγελματικό άγχος αποτελεί ένα ιδιαίτερα επίκαιρο αντικείμενο μελέτης κι έρευνας, καθώς η οικονομική κρίση που αντιμετωπίζουν αρκετά κράτη σε παγκόσμιο επίπεδο από το 2008 και εξής έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές στον χώρο της εργασίας, με κύρια χαρακτηριστικά την ανασφάλεια, τη μείωση των αποδοχών και των παροχών, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, καταστάσεις δηλαδή που επιτείνουν την εμφάνισή του. Για παράδειγμα, στη Μεγάλη Βρετανία υπολογίζεται ότι το 40% των επαγγελματιών ασθενειών και το 50-60% των απουσιών από την εργασία οφείλονται στο εργασιακό άγχος, ενώ η Ελλάδα φαίνεται να είναι εκείνη που καταλαμβάνει την πρωτιά στην Ευρώπη όσον αφορά το εργασιακό άγχος με ποσοστό που φτάνει έως και το 55% (Στάγια και Ιορδανίδης, 2014). Βάσει μίας μεγάλης έρευνας μάλιστα που πραγματοποιήθηκε το 2013 στην Ευρώπη προέκυψε ότι η Ελλάδα συνεχίζει να διατηρεί την πρώτη θέση όσον αφορά το επαγγελματικό άγχος. Αναλυτικότερα βρέθηκε ότι, το 81% των εργαζομένων στην Ελλάδα, ποσοστό που ισοδυναμεί σε 8 στους 10 εργαζόμενους, ισχυρίζεται ότι το εργασιακό άγχος είναι κοινό στον επαγγελματικό του χώρο, με μόνο το 17% των εργαζομένων να αναφέρει ότι ένα τέτοιο γεγονός είναι σπάνιο. Ιδιαίτερα, το εργασιακό άγχος φάνηκε να αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας ή της περίθαλψης στην Ελλάδα, οι οποίοι παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά εργασιακού άγχους συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών. Παρόλα αυτά όμως, πάνω από το ήμισυ του συνόλου των εργαζομένων στην Ελλάδα (56%) δηλώνουν ότι το εργασιακό άγχος αντιμετωπίζεται επαρκώς στο χώρο εργασίας

τους, ενώ τέσσερις στους δέκα (42%) φαίνεται να διαφωνούν με τη συγκεκριμένη άποψη (European Agency for Safety and Health at Work, 2013).

3.3 Συνέπειες εργασιακού άγχους

Όσον αφορά τις συνέπειες του επαγγελματικού άγχους, δε μπορεί παρά να είναι αρνητικές και να αφορούν τόσο τον ίδιο τον εργαζόμενο, όσο και την επιχείρηση στην οποία απασχολείται. Ορισμένες από αυτές αναφέρονται ακολούθως:

A. Συνέπειες για τον εργαζόμενο

- Επιβάρυνση της σωματικής και ψυχικής του υγείας (Στεργίου, χ.χ.). Έχει βρεθεί ότι οι πολλές ώρες εργασίας, σχετίζονται με έναν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης του εμφράγματος του μυοκαρδίου, του σακχαρώδους διαβήτη και της υπέρτασης, ενώ η χρήση νέων τεχνολογιών μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης και λιπιδίων του ορού. Επιπλέον, ορισμένοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του εργασιακού άγχους, όπως είναι για παράδειγμα οι υψηλές απαιτήσεις των πνευματικών επαγγελματιών, παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση με την εμφάνιση διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών, όπως είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Iacovides et al., 2003).
- Εκνευρισμός, αδυναμία χαλάρωσης και συγκέντρωσης.
- Θυμός, κούραση, απογοήτευση, απόγνωση.
- Χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και δέσμευση.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Μειωμένη απόδοση και αποτελεσματικότητα.
- Κακές σχέσεις με συναδέλφους.
- Διατάραξη της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.
- Κατανάλωση αλκοόλ, χρήση φαρμάκων-ουσιών, κάπνισμα.

B. Συνέπειες για την επιχείρηση

- Αύξηση απουσιών προσωπικού και λήψης αναρρωτικών αδειών.
- Ανάγκη συχνής αλλαγής/αντικατάστασης προσωπικού.
- Χαμηλή απόδοση και παραγωγικότητα.
- Αρνητικό κλίμα και μειωμένο ηθικό εργαζομένων.
- Αρνητική εικόνα της επιχείρησης ως ένας «κακός» εργοδότης.
- Κακή ποιότητα προϊόντων/παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Αύξηση παραπόνων πελατών (Στεργίου, χ.χ.).

Είναι αναντίρρητο το γεγονός ότι το παρατεταμένο εργασιακό άγχος οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (job burnout). Ωστόσο, πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι που βιώνουν το εργασιακό άγχος ενώ αισθάνονται αρκετά πιεσμένοι, θεωρούν ότι εάν καταφέρουν να θέσουν τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις υπό έλεγχο πρόκειται να αισθανθούν καλύτερα. Έτσι, λαμβάνουν κατευθείαν δράση αποσκοπώντας στην ολοκλήρωση των εργασιακών τους καθηκόντων. Αντιθέτως, οι εργαζόμενοι που υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση αισθάνονται αβοήθητοι, απελπισμένοι και ανήμποροι να φέρουν εις πέρας τις εργασιακές τους υποχρεώσεις, χάνοντας εν συνεχεία το ενδιαφέρον τους για αυτές (Smith et al., 2017).

3.4 Ορίζοντας την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (job burnout)

Αναλυτικότερα, το σύνδρομο της «επαγγελματικής εξουθένωσης» εισήχθη για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger, Αμερικανό ψυχολόγο, ο οποίος επικεντρώθηκε κυρίως στην κατανόηση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Freudenberger κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και της ψυχικής εξουθένωσης τόσο στους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας όσο και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007). Πιο συγκεκριμένα, ως επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού άγχους, κατά τη διάρκεια του οποίου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους και πιεστικούς παράγοντες της εργασίας του. Αυτή η μακροχρόνια έκθεση και η εμπλοκή σε ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα σωματικής, συναισθηματικής αλλά και ψυχικής κόπωσης καθώς και αίσθημα αποτυχίας, κυρίως στα άτομα που θέτουν ανέφικτα ιδανικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών, με συνέπεια να αποκτούν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ειδικά όταν αποτυγχάνουν να φανούν αντάξιοι αυτών των προσδοκιών. Όλες αυτές οι ενδείξεις εξουθένωσης φαίνεται ότι δεν έχουν αντίκτυπο μόνο στην άσκηση της εργασίας, αλλά και στην προσωπική και την κοινωνική ζωή των εργαζομένων (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

Ο Freudenberger περιγράφει το άτομο που «πάσχει» από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως άκαμπτο, ξεροκέφαλο και ανελαστικό, το οποίο εμποδίζει την πρόοδο και τις δομικές αλλαγές επειδή οι αλλαγές αυτές απαιτούν προσπάθεια για προσαρμογή, ενώ προτείνει ότι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση είναι τα αφοσιωμένα και απορροφημένα από την εργασία τους άτομα, εκείνα δηλαδή που αισθάνονται τόσο μία

εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και μία εξωτερική πίεση να αποδώσουν (Φουντουλάκης, 2010). Με λίγα λόγια, ο όρος επαγγελματική εξουθένωση σημαίνει αυτό ακριβώς που δηλώνει η ετυμολογία της στην αγγλική γλώσσα: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των έδων μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Κουτελέκος και Πολυκανδριώτη, 2007).

Η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από τρεις επιμέρους διαστάσεις, οι οποίες αναλύονται ακολούθως:

1. Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion): Η συναισθηματική εξάντληση αναφέρεται στο συναίσθημα ψυχικής κόπωσης που βιώνει ο εργαζόμενος, αλλά και στην έλλειψη συγκέντρωσης σχετικά με τα εργασιακά του καθήκοντα (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).
2. Αποπροσωποποίηση (depersonalization): Η αποπροσωποποίηση αναφέρεται στην αρνητική και συχνά κυνική αντιμετώπιση των αποδεκτών των υπηρεσιών του εργαζομένου, ο οποίος τους αντιμετωπίζει πολλές φορές ως αντικείμενα στην προσπάθειά του να απεγκλωβιστεί από την φόρτιση. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί η αναφορά στους ασθενείς, από τους ιατρούς ή τους νοσηλευτές, με την ονομασία της ασθένειάς τους (Δεληγά, Τούκα και Σπυρούλη, 2012).
3. Αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment): Η συγκεκριμένη διάσταση αναφέρεται στο μειωμένο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008).

3.5 Συμπτωματολογία συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Όσον αφορά τα συμπτώματά της, η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία, με αποτέλεσμα να εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώρισή της. Εντούτοις, οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των εργαζομένων, που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο ή και επίπεδο συμπεριφοράς (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008), τα οποία σταδιακά επιδεινώνονται έως ότου ξεφύγουν από τον έλεγχο του ατόμου. Παρακάτω, αναφέρουμε ορισμένα από τα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης:

A. Οργανικά Συμπτώματα

- Μυϊκοί πόνοι / υπερένταση
- Έλκος / γαστρεντερικά προβλήματα
- Σωματική κόπωση / εξάντληση, υπερκόπωση
- Πονοκέφαλοι
- Διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος)

- Αναπνευστικά προβλήματα
- Αύξηση ή μείωση βάρους
- Παρατεταμένη ασθένεια / συχνές ασθένειες
- Αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, σακχάρου / αυξημένη αρτηριακή πίεση

B. Συναισθηματικά / Ψυχολογικά Συμπτώματα

- Εκνευρισμός, θυμός και σύγχυση
- Άγχος / δυσκαμψία στις αλλαγές και έλλειψη ελαστικότητας
- Έλλειψη ενδιαφέροντος στην εργασία, αποτυχία διεκπεραίωσης υπευθυνοτήτων
- Συναισθήματα ανεπάρκειας, ενοχής και αποτυχίας
- Κατάθλιψη, ανία
- Συχνές αλλαγές στη διάθεση / κυνισμός
- Καχυποψία / ανησυχία για το μέλλον
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη αυτοπεποίθηση / υπερβολική αυτοπεποίθηση, ανάληψη πολύ υψηλών ρίσκων

Γ. Συμπεριφορικά Συμπτώματα

- Συναισθηματικές εκρήξεις
- Χαμηλή απόδοση, μείωση εργασιακής ικανότητας
- Απομάκρυνση από οικογένεια και φίλους
- Έλλειψη ικανότητας για κριτική αξιολόγηση
- Ανικανότητα συγκέντρωσης
- Συχνές απουσίες
- Χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών (Δεληγά, Τούκα και Σπυρούλη, 2012).

3.6 Επιπτώσεις συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

Με βάση τα ανωτέρω συμπτώματα είναι εμφανές ότι οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή (Δημητρόπουλος και Φιλίππου, 2008). Ειδικότερα, στο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται τριών ειδών επιπτώσεις:

1. Στην ψυχική και σωματική υγεία. Τα άτομα παρουσιάζουν ευερεθιστότητα, πονοκεφάλους, αίσθημα κόπωσης ή γαστρεντερικά προβλήματα, ενώ σε γνωστικό επίπεδο χαρακτηρίζονται από έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπολήσεις και σκέψεις απόρριψης.

2. Στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι σχέσεις των ατόμων, τα οποία υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση, τόσο με τους συναδέλφους τους στον εργασιακό χώρο όσο και με τους συγγενείς ή φίλους τους σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο είναι πιθανό να επιδεινωθούν.
3. Στην εργασιακή συμπεριφορά. Τα άτομα είναι πιθανό να εμφανίσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας, μεγαλύτερο αριθμό απουσιών, μεγαλύτερη τάση για αλλαγή θέσης εργασίας και επαγγέλματος, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα (Δεληγά, Τούκα και Σπυρούλη, 2012).

Πέραν από τις παραπάνω επιπτώσεις όμως, ενδέχεται, τα άτομα που υφίστανται επαγγελματική εξουθένωση, να εμφανίσουν κατάθλιψη, ακόμα και να οδηγηθούν σε απόπειρα αυτοκτονίας (Δεληγά, Τούκα και Σπυρούλη, 2012). Ωστόσο, προτού αναφερθούμε στις συγκεκριμένες περιπτώσεις καλό θα ήταν να προχωρήσουμε σε μία πρώτη επισήμανση. Έρευνες έχουν δείξει ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και η κλινική κατάθλιψη αποτελούν δύο ξεχωριστές καταστάσεις, αν και μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Με άλλα λόγια, τόσο τα συμπτώματα της κατάθλιψης όσο και τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης φαίνεται ότι μοιράζονται παρόμοια «ποιοτικά» χαρακτηριστικά (Iacovidis et al., 2003). Ακολουθώς, αναφέρουμε τα συμπτώματα που προκύπτουν όχι μόνο στους επαγγελματίες που πάσχουν από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά και στα άτομα, τα οποία υποφέρουν από κάποιο είδος κλινικής κατάθλιψης:

- αξιοσημείωτη εξάντληση / σημαντικού βαθμού υπερκόπωση
- συναισθήματα θλίψης, απογοήτευσης και απαισιοδοξίας
- μειωμένη απόδοση (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2017).

Δεδομένου ότι τα παραπάνω συμπτώματα είναι παρόμοια για δύο διαφορετικές καταστάσεις, ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να διαγνωσθούν με επαγγελματική εξουθένωση, ενώ στην πραγματικότητα πάσχουν από κατάθλιψη. Για αυτόν ακριβώς το λόγο, οι άνθρωποι πρέπει να είναι πολύ προσεκτικοί ως προς τη συγκεκριμένη διάγνωση, διότι μία λανθασμένη διάγνωση οδηγεί αναπόφευκτα στη χορήγηση μίας εξίσου λανθασμένης θεραπείας. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να παροτρυνθεί να πάρει άδεια μεγαλύτερης διάρκειας από το εργασιακό του περιβάλλον συγκριτικά με τη διάρκεια της άδειας που συνήθιζε να παίρνει, ή να αυξήσει τις ημέρες των διακοπών και της ξεκούρασής του. Κατά αυτόν τον τρόπο, εάν το συγκεκριμένο άτομο όντως πάσχει από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θα μπορέσει να ανακάμψει αν ακολουθήσει τις συμβουλές αυτές. Εάν όμως, αυτό το άτομο δεν νοσεί από επαγγελματική εξουθένωση, αλλά από κλινική κατάθλιψη, σε περίπτωση που ακολουθήσει τις παραπάνω οδηγίες θα κάνει τα πράγματα χειρότερα, επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο την

κατάστασή του, ακριβώς επειδή το είδος της βοήθειας που χρειάζεται είναι πολύ διαφορετικό από εκείνο που λαμβάνει (Institute for Quality and Efficiency in Health Care, 2017).

Εντούτοις, υπάρχει μία ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στο διαχωρισμό τους: τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν αφορούν μόνο στο εργασιακό περιβάλλον του ατόμου, αλλά αντιθέτως αφορούν και σε άλλους τομείς της ζωής του, όπως είναι το οικογενειακό ή φιλικό του περιβάλλον. Επιπλέον, σε αντίθεση με τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης, έχει βρεθεί ότι τα συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης παρουσιάζουν μία ποικιλία «προφίλ», η οποία ενδεχομένως να οφείλεται στην ποικιλία των παραγόντων κινδύνου/αιτιών που συμβάλλουν στην εμφάνισή της (Aholá et al., 2014). Τονίζουμε στο σημείο αυτό ότι, οι ποιοτικές διαφορές που έχουν βρεθεί μεταξύ των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης προέκυψαν από την εικόνα που έχουν διαμορφώσει οι ίδιοι οι ασθενείς για τους εαυτούς τους (Aholá et al., 2005).

Ωστόσο, όπως έχει προκύψει από διάφορες έρευνες, η επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσε να οδηγήσει στην εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και κατά συνέπεια στην παρουσία της κλινικής κατάθλιψης. Η πιθανότητα αυτή, το να εμφανίσει, δηλαδή, ένα άτομο μία καταθλιπτική διαταραχή αυξάνεται βάσει της σοβαρότητας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης που το εν λόγω άτομο υφίσταται. Διαφορετικά, όσο σοβαρότερο είναι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης από το οποίο υποφέρει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να αναπτύξει το άτομο αυτό κάποια καταθλιπτική διαταραχή. Επί παραδείγματι, μία μελέτη που έλαβε χώρα στην Φιλανδία κατά το χρονικό διάστημα 2000-2001 έδειξε ότι, οι μισοί περίπου από τους συμμετέχοντες που εμφάνιζαν σοβαρά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσίαζαν παράλληλα και καταθλιπτική διαταραχή, η οποία μάλιστα είχε διαγνωσθεί βάσει των κριτηρίων του DSM-IV (Aholá et al., 2005). Μέσω μίας άλλης μελέτης μάλιστα προέκυψε ότι, το να είναι ένα άτομο άνεργο, σε ορισμένες περιπτώσεις, αποδεικνύεται ότι είναι λιγότερο επιβλαβές, από το να είναι ένας δυσαρεστημένος και πιεσμένος εργαζόμενος, ο οποίος υφίσταται επαγγελματική εξουθένωση (Middeldorp, Cath & Boomsma, 2005).

Εν κατακλείδι, η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται ότι έχει σοβαρό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο, αφού αρκετοί εργαζόμενοι παραιτούνται πρόωρα λόγω εξουθένωσης, ενώ ακόμη περισσότεροι χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας. Αναντίρρητα, οι καταστάσεις αυτές δε μπορούν παρά να μας οδηγήσουν σε ένα και μόνο συμπέρασμα: η πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αναγκαία. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της υπερκόπωσης και του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, βελτιώνει όχι μόνο την ποιότητα της ζωής των υπαλλήλων και των επαγγελματιών, αλλά συμβάλλει, επιπροσθέτως, και στην ικανοποιητική αποδοτικότητα των

εργοδοτικών οργανισμών (Πολύζου, 2017) βελτιώνοντας μακροπρόθεσμα την οικονομία μίας χώρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η έρευνα SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) αποτελεί ένα μείζον επιστημονικό εγχείρημα, το οποίο εξετάζει την υγεία (Health, Health Care), τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις (Social Networks), τις διαδικασίες αποχώρησης από την εργασία, το εισόδημα, την περιουσία και την ευημερία (Economics) των ατόμων ηλικίας 50+ ετών (Börsch-Supan, 2009) σε 28 διαφορετικές χώρες και πιο συγκεκριμένα, σε 27 Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και στο Ισραήλ. Μέχρι στιγμής, στις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί από το SHARE έχουν συμμετάσχει παραπάνω από 120.000 άτομα, ενώ οι συνεντεύξεις που τα άτομα αυτά έχουν δώσει αγγίζουν έως και τις 297.000 (SHARE, 2016). Οι συγκεκριμένες συνεντεύξεις είναι διαχρονικές και λαμβάνουν χώρα κάθε δύο χρόνια, αναδεικνύοντας κατά αυτόν τον τρόπο τη διαγενεακή – μακροσκοπική διάσταση των ερευνών του SHARE, οι οποίες παρακολουθούν τα ίδια άτομα σε βάθος χρόνου, καθώς αποσύρονται από την εργασία τους, συνταξιοδοτούνται και γηράσκουν, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στους μελετητές να εξετάζουν τους τρόπους με τους οποίους οι ερευνώμενοι αντιδρούν σε πολιτικές αλλαγές, όπως είναι οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα συντάξεων και περίθαλψης που έχουν προωθηθεί εν όψει της γήρανσης του πληθυσμού σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και στην Ελλάδα (Börsch-Supan, 2009).

Το SHARE περιλαμβάνει συνολικά 6 κύματα δεδομένων.

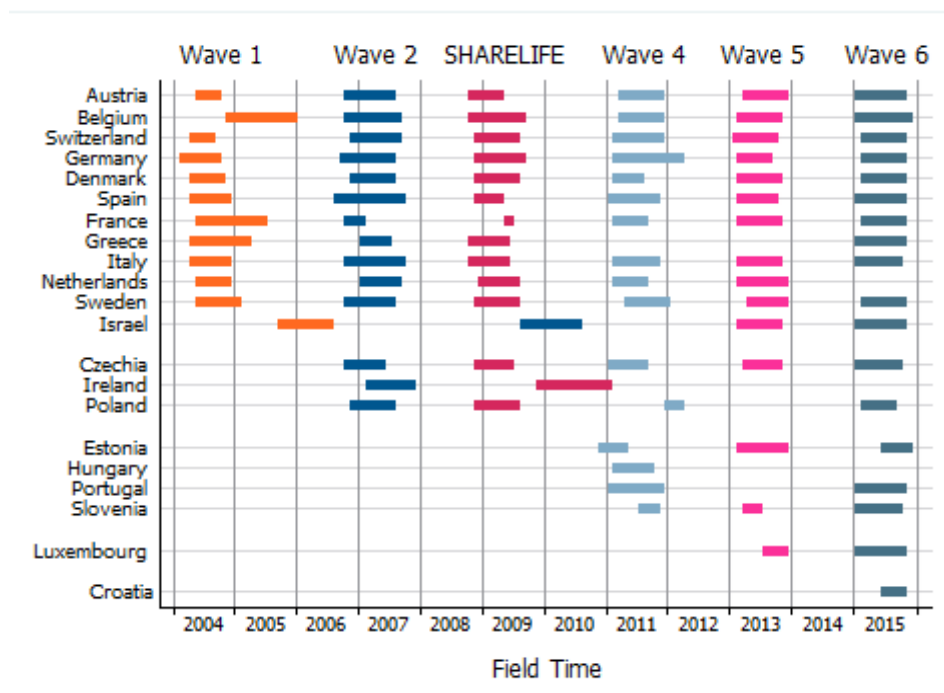
1. Η διεξαγωγή του πρώτου κύματος δεδομένων πραγματοποιήθηκε το 2004-2005, όπου συμμετείχαν 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Πρόκειται, ουσιαστικά, για μία ισορροπημένη εκπροσώπηση των διαφόρων περιοχών της Ευρώπης, από τη Σκανδιναβία (Δανία και Σουηδία) και την Κεντρική Ευρώπη (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο και Ολλανδία) έως τη Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Το Ισραήλ εντάχθηκε στα πλαίσια του SHARE στα τέλη του 2004, αποτελώντας την πρώτη χώρα της Μέσης Ανατολής που ξεκίνησε τη συστηματική μελέτη του γηράσκοντος πληθυσμού της.
2. Στο δεύτερο κύμα, το οποίο έλαβε χώρα το 2006-2007, συμμετείχαν όλες οι χώρες του πρώτου κύματος, ενώ παράλληλα εισήλθαν δύο νέα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Τσεχία και η Πολωνία, καθώς και η Ιρλανδία.
3. Το τρίτο κύμα, με τίτλο SHARELIFE, επικεντρώνεται στις αναδρομικές διαδρομές-ιστορίες ζωής 28.836 ατόμων. Το συγκεκριμένο κύμα συνέλεξε στοιχεία από 14 Ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Ελβετία, Γερμανία, Δανία, Ισπανία, Γαλλία,

Ελλάδα, Ιταλία, Ολλανδία, Σουηδία, Τσεχία, Πολωνία και Ιρλανδία) και διεξήχθη το 2008-2009.

4. Το 2010, η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Πορτογαλία και η Σλοβενία εντάχθηκαν στο τέταρτο κύμα του SHARE, ενώ η Ελλάδα και η Ιρλανδία δεν συμμετείχαν σε αυτό. Η έρευνα του τέταρτου κύματος ολοκληρώθηκε το 2011.
5. Το πέμπτο κύμα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 2012-2013 και συνέλεξε στοιχεία από τις ακόλουθες χώρες: Αυστρία, Βέλγιο, Ελβετία, Τσεχία, Γερμανία, Δανία, Εσθονία, Ισπανία, Γαλλία, Ισραήλ, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Σουηδία και Σλοβενία.
6. Τέλος, στο έκτο κύμα, το οποίο διεξήχθη το 2014-2015, συμμετείχαν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Κροατία (εντάχθηκε για πρώτη φορά στο SHARE), η Τσεχία, η Δανία, η Εσθονία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, το Ισραήλ, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Ελβετία και η Σλοβενία (SHARE, 2016).

Στο σχήμα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι χώρες που συμμετείχαν και στα 6 κύματα του SHARE.

Διάγραμμα 4.1.1 Χώρες που συμμετέχουν στα 6 κύματα του SHARE (SHARE, 2016)



Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα χρησιμοποιήσουμε τα στοιχεία του δεύτερου κύματος SHARE.

4.2 Περιγραφικά στοιχεία και μεταβλητές ενδιαφέροντος

4.2.1 Δημογραφικά στοιχεία

Οι δημογραφικές μεταβλητές περιλαμβάνουν βασικές δημογραφικές πληροφορίες που αφορούν το δείγμα και σχετίζονται με

- την χώρα διαμονής (*country*)
- το φύλο (*gender*)
- την ηλικία (*age*) και
- την οικογενειακή κατάσταση (*mstat*) των ερωτηθέντων.

Αρχικά, θα μελετήσουμε τη μεταβλητή **gender**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή αναφέρεται στο φύλο των ερωτηθέντων, καθορίζει δηλαδή εάν ο εκάστοτε ερωτηθείς είναι άντρας (*male*) ή γυναίκα (*female*). Με άλλα λόγια, η δημογραφική μεταβλητή *gender* είναι δίτιμη και παίρνει τις ακόλουθες τιμές:

- 1 ← **male**
- 2 ← **female**.

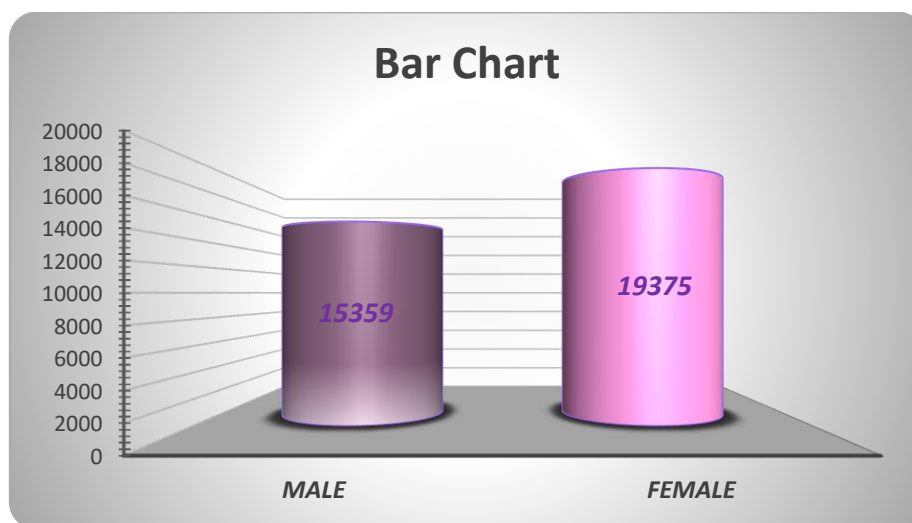
Τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τη συγκεκριμένη μεταβλητή, παρουσιάζονται στον πίνακα συχνοτήτων που ακολουθεί.

Πίνακας 4.2.1.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *gender*

		Gender			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	15359	44,2	44,2	44,2
	Female	19375	55,8	55,8	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Από τον ανωτέρω πίνακα παρατηρούμε ότι, το δείγμα που μελετάμε αποτελείται συνολικά από 34.734 άτομα με τον αριθμό των γυναικών να υπερिशύει συγκριτικά με εκείνον των αντρών. Αναλυτικότερα, οι άντρες που συμμετέχουν στην έρευνα του δεύτερου κύματος SHARE ανέρχονται στους 15.359 (44,2%), ενώ ο αριθμός των γυναικών ισούται με 19.375 (55,8%). Το ποσοστό των γυναικών δηλαδή είναι μεγαλύτερο κατά 11,6% δίνοντας έτσι στις γυναίκες ένα μικρό προβάδισμα σε σχέση με τους άντρες, κάτι που φαίνεται εξάλλου και στο ραβδόγραμμα της ακόλουθης σελίδας.

Διάγραμμα 4.2.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender



Στη συνέχεια, θα προχωρήσουμε στην εξέταση της μεταβλητής **age**, η οποία αποτελεί μία συνεχή μεταβλητή και δηλώνει την ηλικία των ερωτώμενων.

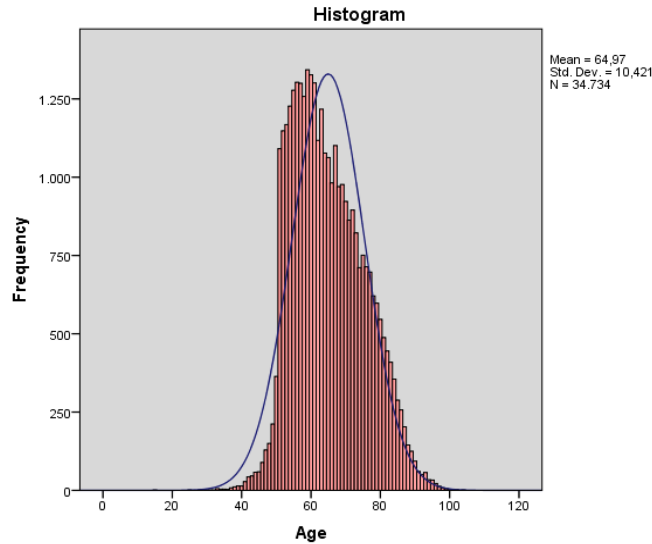
Πίνακας 4.2.1.2 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή age

Statistics		
N	Valid	34734
	Missing	0
Mean		64,97
Median		64,00
Mode		59
Std. Deviation		10,421
Minimum		15
Maximum		104

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4.2.1.2, στην ερώτηση που αφορά την ηλικία των ερωτηθέντων έχουν απαντήσει όλοι οι, εις την έρευνα, συμμετέχοντες με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καμία ελλείπουσα τιμή (*missing value*). Επίσης παρατηρούμε ότι, ο μέσος όρος (*mean*) της ηλικίας των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι 64,97 έτη, δηλαδή 65 περίπου χρόνια. Η πιο συνηθισμένη ηλικία (*mode*), η ηλικία δηλαδή που εμφανίζεται τις περισσότερες φορές, είναι τα 59 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν 59 ετών, ενώ το εύρος των ηλικιών κυμαίνεται από τα 15 έτη, που είναι η μικρότερη ηλικία (*minimum*), και φτάνει έως τα 104 έτη, που είναι η υψηλότερη ηλικία (*maximum*). Τέλος μας γνωστοποιείται ότι, η τυπική απόκλιση (*std. deviation*), η διασπορά δηλαδή των παρατηρήσεων γύρω από το μέσο όρο, είναι 10,421.

Παρακάτω, παρουσιάζουμε το ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age, όπου επιβεβαιώνονται και σχηματικά οι ανωτέρω παρατηρήσεις.

Διάγραμμα 4.2.1.2 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age



Ωστόσο, τη μεταβλητή age δεν τη κρατήσαμε μόνο στη συνεχή της μορφή, αλλά τη μετατρέψαμε και σε δίτιμη, διατάξιμη μεταβλητή, ονόματι **age_1**. Η age_1 λοιπόν μεταβλητή λαμβάνει τις ακόλουθες δύο τιμές:

- 1 ← στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι ερωτηθέντες των οποίων οι ηλικίες κυμαίνονται από τα **50 έως και τα 64 έτη**
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία βρίσκονται οι ερωτηθέντες, οι οποίοι είναι **65 ετών και άνω**.

Ο πίνακας συχνοτήτων που λαμβάνουμε για τη μεταβλητή age_1 εμφανίζεται ακολούθως

Πίνακας 4.2.1.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή age_1

		age_1			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	50-64	17520	50,4	51,8	51,8
	65+	16331	47,0	48,2	100,0
	Total	33851	97,5	100,0	
Missing	System	883	2,5		
Total		34734	100,0		

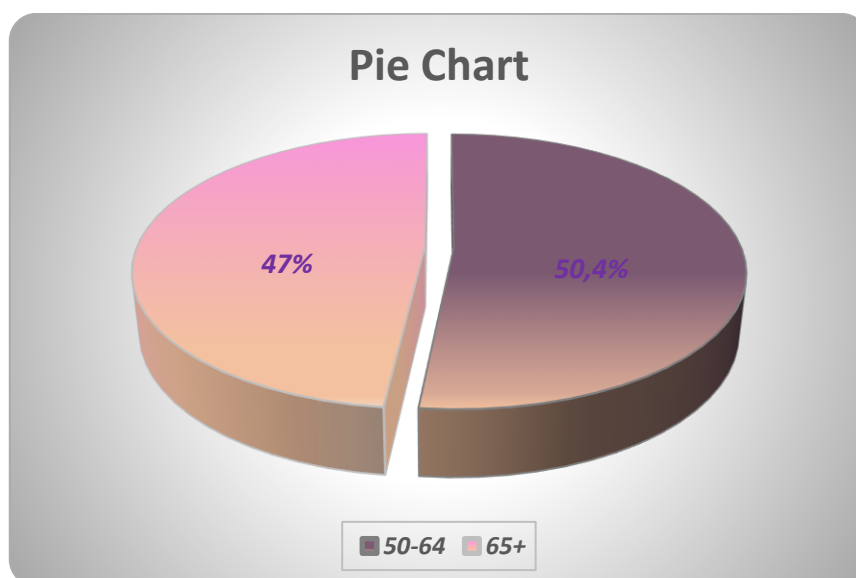
και μας δείχνει ότι έχουμε συνολικά 883 (2,5%) ελλείπουσες τιμές (*missing values*), ενώ το δείγμα μας από τα 34.734 άτομα έχει πλέον μειωθεί στα 33.851 άτομα. Από αυτά, τα 17.520

(50,4%) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 50 έως και των 64 ετών, ενώ τα υπόλοιπα 16.331 (47,0%) είναι 65 ετών και άνω. Έτσι παρατηρούμε ότι, η διαφορά ανάμεσα στις δύο προαναφερθείσες ηλικιακές ομάδες είναι αρκετά μικρή, μόλις 3,4%, με την πρώτη κατηγορία (άτομα 50-64 ετών) να υπερσχύει της δεύτερης (άτομα 65+).

Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφέρουμε ότι, η μετατροπή της συνεχούς μεταβλητής age σε δίτιμη, διατάξιμη μεταβλητή (age_1) οφείλεται στο ότι επιθυμούμε να επικεντρωθούμε, να εξετάσουμε και να χρησιμοποιήσουμε στα λογιστικά μας μοντέλα μόνο τα άτομα που είναι 50 ετών και άνω.

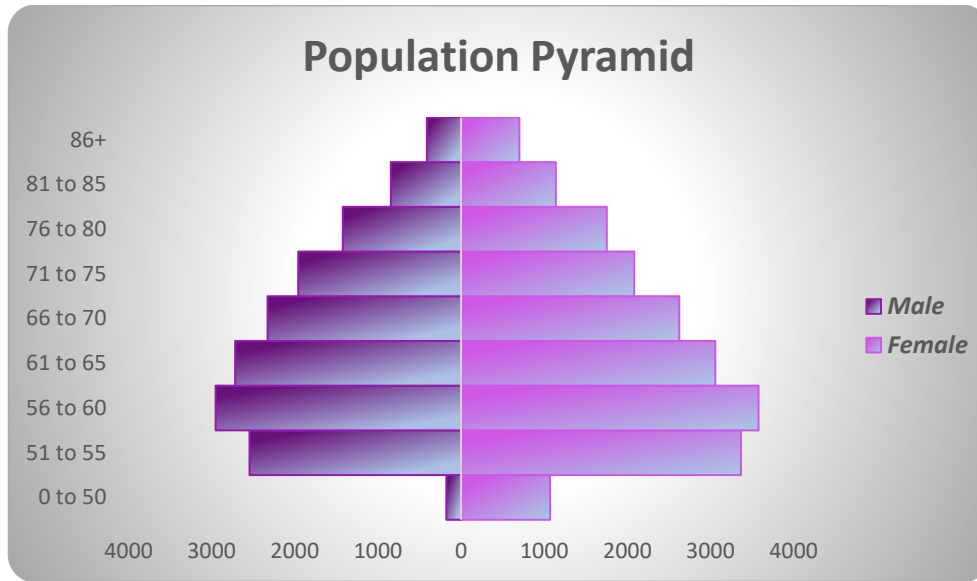
Ακολούθως, παρουσιάζουμε διαγραμματικά, και πιο συγκεκριμένα σε μορφή πίτας, τα ποσοστά που καταλαμβάνουν οι δύο ηλικιακές ομάδες στις οποίες διακρίνεται η μεταβλητή age_1.

Διάγραμμα 4.2.1.3 Πίτα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age_1



Στο σημείο αυτό και προτού προχωρήσουμε στην εξέταση της επόμενης δημογραφικής μεταβλητής, θα παρουσιάσουμε την πληθυσμιακή πυραμίδα ή αλλιώς την πυραμίδα ηλικίας-φύλου, η οποία αποτελεί μία γραφική αναπαράσταση που κατανέμει το δείγμα μας με το διπλό κριτήριο της ηλικίας και του φύλου. Απεικονίζει δηλαδή, το φύλο των ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία τους. Έτσι, η ηλικία των ερωτηθέντων εμφανίζεται στον κάθετο άξονα, ενώ στον οριζόντιο άξονα εμφανίζονται ο πληθυσμός των αντρών (αριστερά) και των γυναικών (δεξιά). Οι νεαρές ηλικίες απεικονίζονται στη βάση και οι μεγαλύτερες στην κορυφή. Στο διάγραμμα 4.2.1.4 παρουσιάζουμε την πληθυσμιακή πυραμίδα όπως αυτή προκύπτει στην περίπτωση μας.

Διάγραμμα 4.2.1.4 Πυραμίδα ηλικίας – φύλου



Συνεχίζουμε τη μελέτη των δημογραφικών μεταβλητών, αναλύοντας, αυτήν την φορά, τη μεταβλητή **mstat/marital status**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή μας πληροφορεί για την έγγαμη ή μη κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ερωτώμενοι, είναι κατηγορική και διακρίνεται σε 6 κατηγορίες:

- 1 ← έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο
- 2 ← συμβίωση σε μόνιμη βάση με τον/την σύντροφο
- 3 ← παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύντροφο (σε διάσταση)
- 4 ← ποτέ παντρεμένος/η (άγαμος/η)
- 5 ← διαζευγμένος/η
- 6 ← χήρος/α.

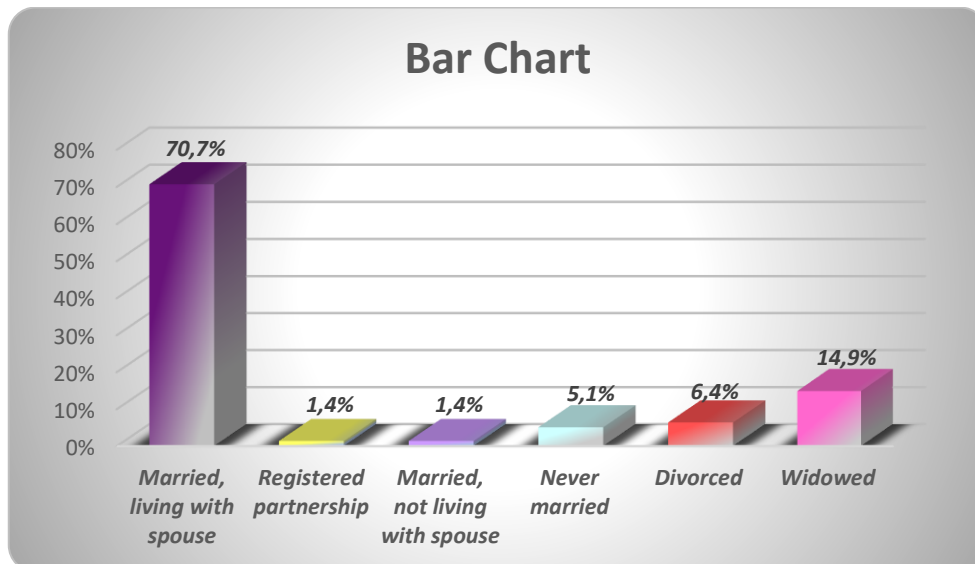
Από τον πίνακα 4.2.1.4 πληροφορούμαστε ότι, από τα 34734 άτομα του δείγματος, τα περισσότερα (24573) και πιο συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία αυτών (70,7%) είναι παντρεμένα και ζουν με τον/την σύζυγό τους. Μόλις το 1,4% εξ αυτών συμβιώνει σε μόνιμη βάση με τον/την σύντροφό του, ενώ ένα εξίσου μικρό ποσοστό (1,4%) είναι παντρεμένο, αλλά βρίσκεται σε διάσταση, ζει δηλαδή χωριστά από τον/την σύντροφό του. Το 5,1% του δείγματος δεν έχει παντρευτεί ποτέ, το 6,4% είναι διαζευγμένο και το 14,9%, το δεύτερο κατά σειρά υψηλότερο ποσοστό όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, έχει χάσει τον/την σύζυγό του ή τον/την σύντροφό του.

Πίνακας 4.2.1.4 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *mstat*

		Marital status			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Married, living with spouse	24573	70,7	70,7	70,7
	Registered partnership	502	1,4	1,4	72,2
	Married, not living with spouse	482	1,4	1,4	73,6
	Never married	1772	5,1	5,1	78,7
	Divorced	2232	6,4	6,4	85,1
	Widowed	5173	14,9	14,9	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Στο διάγραμμα 4.2.1.5 απεικονίζονται σε ράβδους τα ανωτέρω ποσοστά.

Διάγραμμα 4.2.1.5 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή *mstat*



Όπως είναι εμφανές και από τον πίνακα αλλά και από το διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή *mstat*, υπάρχει μία αρκετά μεγάλη απόκλιση μεταξύ των ποσοστών των κατηγοριών της εν λόγω μεταβλητής. Προκειμένου λοιπόν, να αμβλυνθεί η απόκλιση αυτή προχωρήσαμε στην κατασκευή μίας νέας μεταβλητής, την οποία ονομάσαμε **mstat_1**. Η μεταβλητή *mstat_1* περιλαμβάνει τις 4 ακόλουθες κατηγορίες:

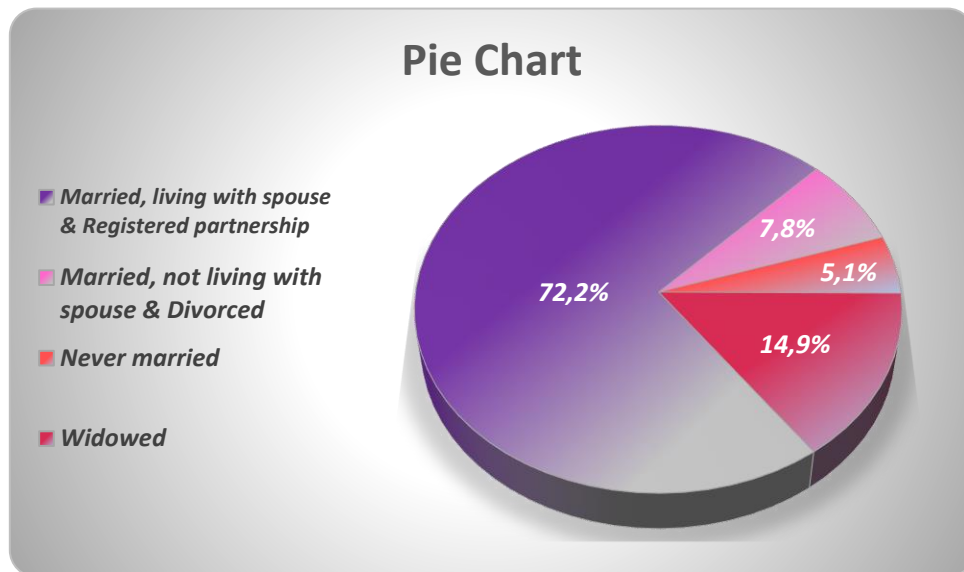
- 1 ← έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο & Συμβίωση σε μόνιμη βάση
- 2 ← παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύντροφο (σε διάσταση) & Διαζευγμένος/η
- 3 ← ποτέ παντρεμένος/η (άγαμος/η)
- 4 ← χήρος/α

Ο πίνακας συχνοτήτων καθώς και το τομεόγραμμα που αντιστοιχούν στη μεταβλητή *mstat_1* παρουσιάζονται παρακάτω.

Πίνακας 4.2.1.5 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *mstat_1*

		mstat_1			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Married, living with spouse" & " Registered partnership	25075	72,2	72,2	72,2
	Married, not living with spouse" & "Divorced	2714	7,8	7,8	80,0
	Never married	1772	5,1	5,1	85,1
	Widowed	5173	14,9	14,9	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4.2.1.6 Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή *mstat_1*



Η τελευταία δημογραφική μεταβλητή που θα αναλύσουμε, είναι η μεταβλητή **country**, η οποία περιγράφει την χώρα διαμονής των ερωτηθέντων. Αποτελεί μία κατηγορική μεταβλητή και περιλαμβάνει τις χώρες του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 4.2.1.6 Χώρες στις οποίες κατηγοριοποιείται η μεταβλητή *country*

11 ← Αυστρία	18 ← Δανία	30 ← Ιρλανδία
12 ← Γερμανία	19 ← Ελλάδα	31 ← Λουξεμβούργο
13 ← Σουηδία	20 ← Ελβετία	32 ← Ουγγαρία
14 ← Ολλανδία	23 ← Βέλγιο	33 ← Πορτογαλία
15 ← Ισπανία	25 ← Ισραήλ	34 ← Σλοβενία
16 ← Ιταλία	28 ← Τσεχία	35 ← Εσθονία
17 ← Γαλλία	29 ← Πολωνία	47 ← Κροατία

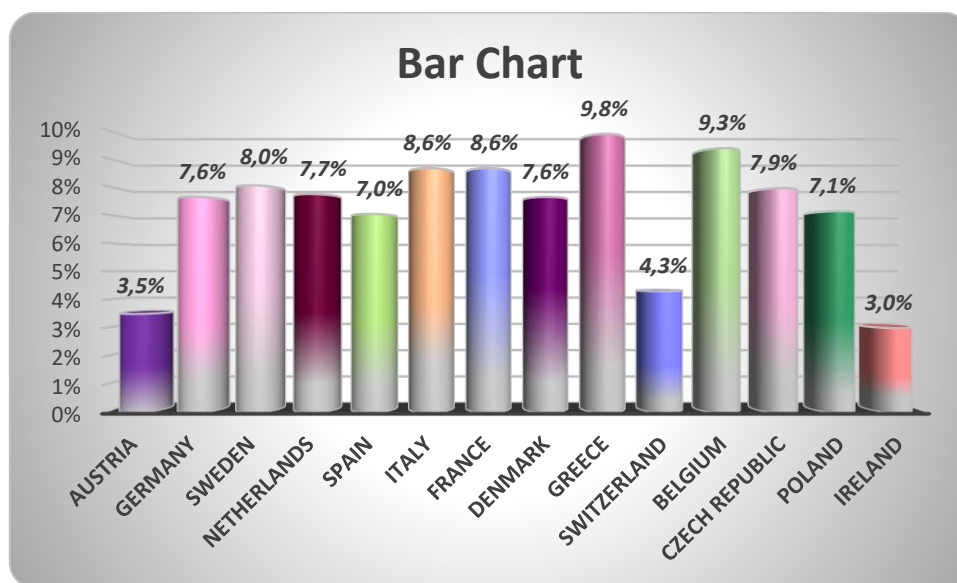
Εντούτοις, από τις παραπάνω χώρες εμείς θα μελετήσουμε μόνο εκείνες που συμπεριλαμβάνονται στο δεύτερο κύμα του SHARE. Οι χώρες αυτές παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα συχνοτήτων, από τον οποίο μάλιστα παρατηρούμε ότι τα περισσότερα δείγματα που συλλέχθηκαν από αυτές είναι σχεδόν ισομερή μεταξύ τους. Ωστόσο όπως βλέπουμε, τα μικρότερα ποσοστά προέρχονται από την Ιρλανδία (3%), την Αυστρία (3,5%) και την Ελβετία (4,3%), ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά προέρχονται από την Ελλάδα (9,8%) και το Βέλγιο (9,3%).

Πίνακας 4.2.1.7 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *country*

		Country identifier			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Austria	1200	3,5	3,5	3,5
	Germany	2630	7,6	7,6	11,0
	Sweden	2796	8,0	8,0	19,1
	Netherlands	2683	7,7	7,7	26,8
	Spain	2430	7,0	7,0	33,8
	Italy	2986	8,6	8,6	42,4
	France	2989	8,6	8,6	51,0
	Denmark	2630	7,6	7,6	58,6
	Greece	3412	9,8	9,8	68,4
	Switzerland	1498	4,3	4,3	72,7
	Belgium	3228	9,3	9,3	82,0
	Czech Republic	2750	7,9	7,9	89,9
	Poland	2467	7,1	7,1	97,0
	Ireland	1035	3,0	3,0	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Τα ανωτέρω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται ακολούθως και διαγραμματικά.

Διάγραμμα 4.2.1.7 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή country



4.2.2 Κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία

Οι κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές χρησιμοποιούνται προκειμένου να περιγράψουν το μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Σε αυτές περιλαμβάνονται

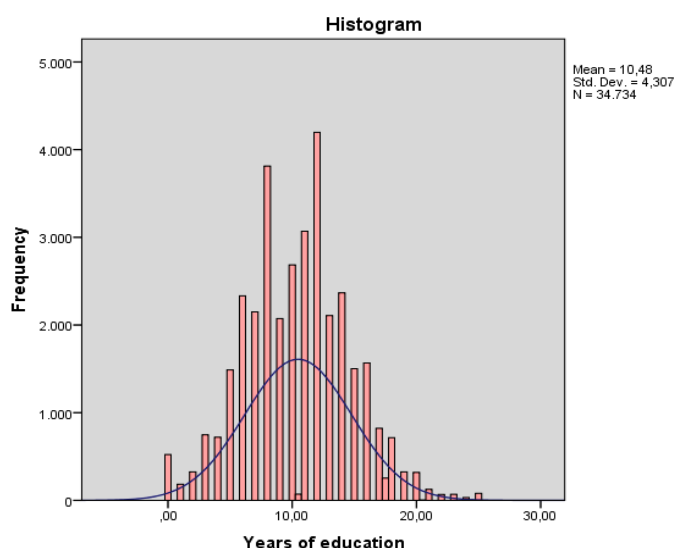
- τα έτη εκπαίδευσης των ερωτώμενων (*yedu*)
- η ικανότητα των νοικοκυριών που συμμετέχουν στο δείγμα να ανταπεξέρχονται στις οικονομικές τους υποχρεώσεις (*fdistress*) και
- το εισόδημα του εκάστοτε νοικοκυριού (*hhinc*).

Για αρχή, θα ξεκινήσουμε την ανάλυση των κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών με τη συνεχή μεταβλητή **yedu/years of education**, η οποία αναφέρεται στα έτη εκπαίδευσης που έχουν συμπληρώσει τα άτομα του δεύτερου κύματος του SHARE. Όπως μπορούμε να δούμε από τον πίνακα 4.2.2.1 τα λιγότερα (*minimum*) έτη εκπαίδευσης που έχει παρακολουθήσει ένα άτομο είναι 0, ενώ τα περισσότερα (*maximum*) έτη εκπαίδευσης που έχουν συμπληρωθεί ισούνται με 25. Ο μέσος όρος (*mean*) είναι 10,48, υποδεικνύοντάς μας ότι κατά μέσο όρο τα άτομα του δείγματος έχουν παρακολουθήσει 10 περίπου έτη εκπαίδευσης, και η τυπική απόκλιση (*std. deviation*) 4,31. Τέλος, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έχουν παρακολουθήσει έως και 12 εκπαιδευτικά έτη καθώς ο αριθμός 12 είναι εκείνος, ο οποίος εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Με άλλα λόγια, η επικρατέστερη τιμή (*mode*) όσον αφορά τα εκπαιδευτικά έτη είναι το 12.

Πίνακας 4.2.2.1 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή *yedu*

Statistics		
N	<i>Valid</i>	34734
	<i>Missing</i>	0
Mean		10,4759
Median		11,0000
Mode		12,00
Std. Deviation		4,30652
Minimum		,00
Maximum		25,00

Διάγραμμα 4.2.2.1 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή *yedu*



Στο σημείο αυτό αναφέρουμε ότι, προχωρήσαμε σε μετατροπή της μεταβλητής *yedu* από συνεχή σε διατάξιμη, διακρίνοντάς τη σε 3 ισόποσες κατηγορίες. Στη νέα μεταβλητή που κατασκευάσαμε δώσαμε την ονομασία **yedu_1**, ενώ οι κατηγορίες από τις οποίες αποτελείται παρουσιάζονται ακολούθως.

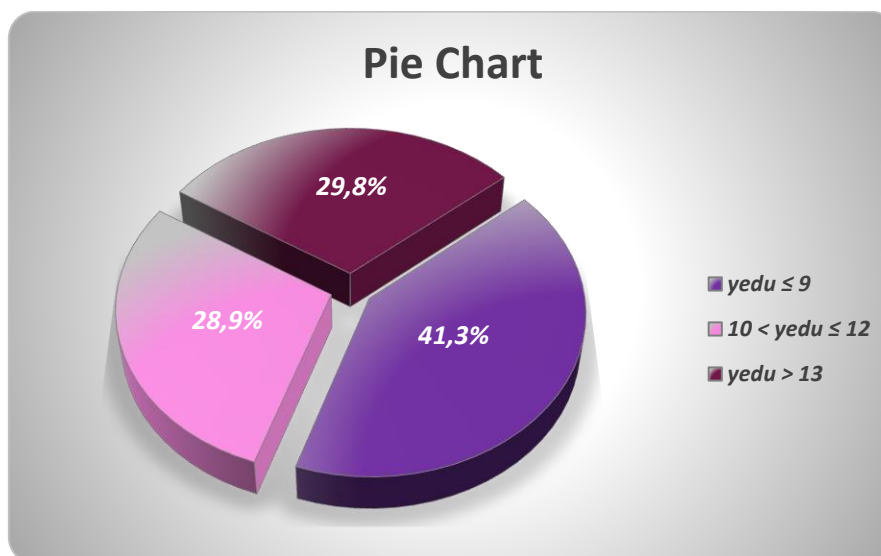
- 1 ← η πρώτη κατηγορία αποτελείται από τους ερωτηθέντες που συμπλήρωσαν έως και **9 έτη εκπαίδευσης**
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία βρίσκονται οι ερωτηθέντες, οι οποίοι παρακολούθησαν **από 10 έως και 12 έτη εκπαίδευσης**
- 3 ← η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει όλα εκείνα τα άτομα που ολοκλήρωσαν παραπάνω από **13 εκπαιδευτικά έτη**.

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.2.2.2. παρατηρούμε ότι από τους 34.734 συμμετέχοντες, οι 14.355 (41,3%), η πλειοψηφία δηλαδή των συμμετεχόντων, έχουν παρακολουθήσει έως και 9 εκπαιδευτικά έτη, αποκτώντας κατά αυτόν τον τρόπο απολυτήριο Δημοτικού και Γυμνασίου. Οι 10.023 (28,9%) ερωτηθέντες από το συνολικό μας δείγμα φαίνεται ότι, έχουν συμπληρώσει από 10 έως και 12 έτη εκπαίδευσης. Αυτό σημαίνει ότι έχουν παρακολουθήσει κάποιες τάξεις Λυκείου ή ότι έχουν στην κατοχή τους απολυτήριο Λυκείου, ενώ οι υπόλοιποι 10.356 (29,8%) συμμετέχοντες έχουν ολοκληρώσει παραπάνω από 13 έτη εκπαίδευσης. Το γεγονός αυτό μας δείχνει ότι, τα συγκεκριμένα άτομα είτε έχουν στην κατοχή τους πτυχίο από κάποιο Τεχνολογικό ή Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, είτε ότι διαθέτουν κάποιον Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό Τίτλο Σπουδών, είτε ότι έχουν φοιτήσει σε κάποιο πανεπιστήμιο χωρίς να έχουν πάρει πτυχίο.

Πίνακας 4.2.2.2 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή yedu_1

		yedu_1			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	yedu ≤ 9	14355	41,3	41,3	41,3
	10 < yedu ≤ 12	10023	28,9	28,9	70,2
	yedu > 13	10356	29,8	29,8	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4.2.2.2 Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνότητων για τη μεταβλητή yedu_1



Συνεχίζουμε την ανάλυσή μας με τη μεταβλητή **fdistress/household able to make ends meet**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διατάξιμη, διακρίνεται σε 4 κατηγορίες και χρησιμοποιείται προκειμένου να περιγράψει εάν το νοικοκυριό που συμμετέχει στη

συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να τα βγάλει πέρα οικονομικά. Οι κατηγορίες στις οποίες διακρίνεται η μεταβλητή *fdistress* είναι οι παρακάτω:

- 1 ← στην πρώτη κατηγορία ανήκουν τα νοικοκυριά που **δυσκολεύονται σε σημαντικό βαθμό** να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται τα νοικοκυριά, τα οποία εξίσου **δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις**, αντιμετωπίζοντας όμως έναν μικρότερο βαθμό δυσκολίας συγκριτικά με αυτόν που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά της πρώτης κατηγορίας
- 3 ← η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει τις οικογένειες εκείνες που **μπορούν να τα βγάλουν πέρα σχετικά εύκολα** όσον αφορά τα οικονομικά τους ζητήματα
- 4 ← η τέταρτη κατηγορία αποτελείται από τις οικογένειες που **μπορούν να τα βγάλουν πέρα εύκολα** όσον αφορά τις οικονομικές τους υποχρεώσεις, αλλά όχι τόσο εύκολα όσο μπορούν οι οικογένειες που βρίσκονται στην τρίτη κατηγορία.

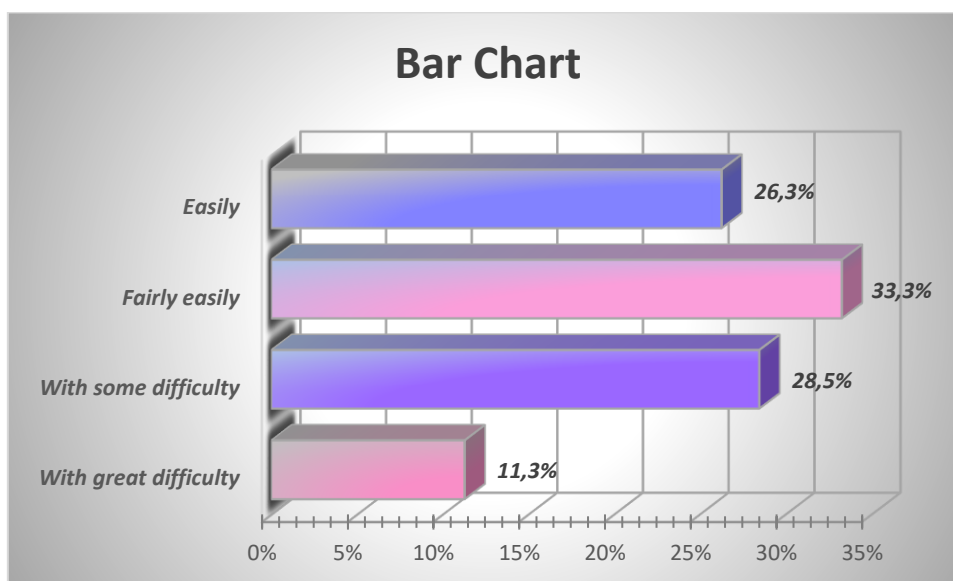
Ακολούθως, παρουσιάζουμε τον πίνακα συχνοτήτων για τη μεταβλητή *fdistress* από τον οποίο παρατηρούμε ότι από τα 34.734 νοικοκυριά που συμμετείχαν συνολικά στο δεύτερο κύμα του SHARE, στην ερώτηση που τους τέθηκε σχετικά με το πόσο εύκολα ή δύσκολα ανταπεξέρχονται στα οικονομικά τους καθήκοντα, απάντησαν 34.500 νοικοκυριά, προκύπτοντας κατά αυτόν τρόπο 234 ελλείπουσες τιμές (*missing values*), οι οποίες αποτελούν ουσιαστικά τα νοικοκυριά που δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 4.2.2.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *fdistress*

Household able to make ends meet					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	With great difficulty	3912	11,3	11,3	11,3
	With some difficulty	9901	28,5	28,7	40,0
	Fairly easily	11559	33,3	33,5	73,5
	Easily	9128	26,3	26,5	100,0
	Total	34500	99,3	100,0	
Missing	System	234	,7		
<i>Total</i>		34734	100,0		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα 4.2.2.3 οι 11.559 (33,3%) οικογένειες, οι περισσότερες δηλαδή οικογένειες, απάντησαν ότι καταφέρνουν με σχετική ευκολία να τα βγάλουν πέρα οικονομικά, ενώ οι 3.912 (11,3%) οικογένειες δήλωσαν ότι ανταπεξέρχονται με μεγάλη δυσκολία στις οικονομικές τους υποχρεώσεις.

Διάγραμμα 4.2.2.3 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdistress

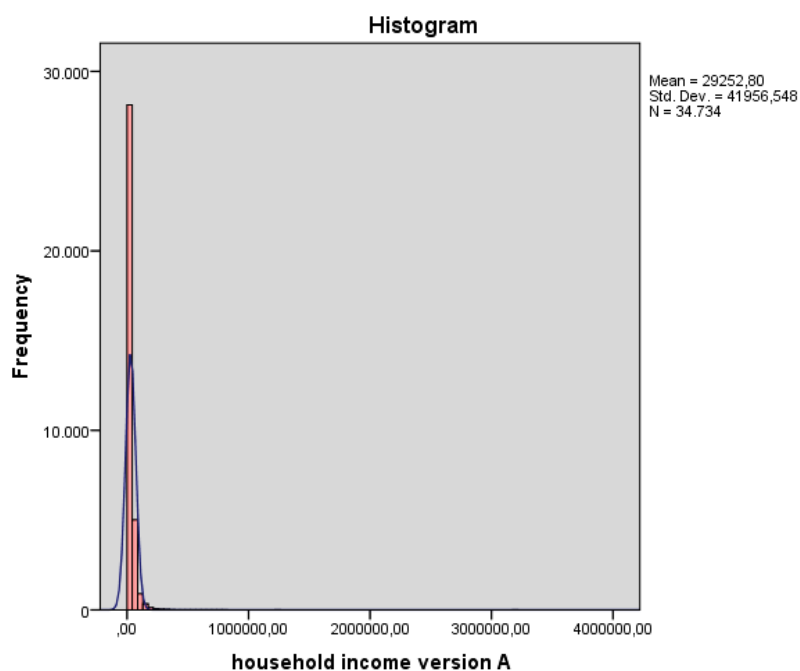


Κλείνοντας την ανάλυση των κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών, θα αναφερθούμε στη μεταβλητή hhinc/household income version A. Η μεταβλητή hhinc είναι συνεχής, αναφέρεται στο εισόδημα του νοικοκυριού και μας επιτρέπει όχι μόνο να παρατηρήσουμε αλλά και να συγκρίνουμε το οικογενειακό εισόδημα μεταξύ των χωρών που λαμβάνουν μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα. Παρακάτω παρουσιάζουμε ορισμένα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της εν λόγω μεταβλητής.

Πίνακας 4.2.2.4 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή hhinc

Statistics		
N	<i>Valid</i>	34734
	<i>Missing</i>	0
Mean		29252,8038
Median		19577,7959
Mode		,00
Std. Deviation		41956,54788
Minimum		,00
Maximum		3185624,50
Percentiles	25	9159,8003
	50	19577,7959
	75	36278,2041
	95	83700,3984
	99	171417,6203

Διάγραμμα 4.2.2.4 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή hhinc

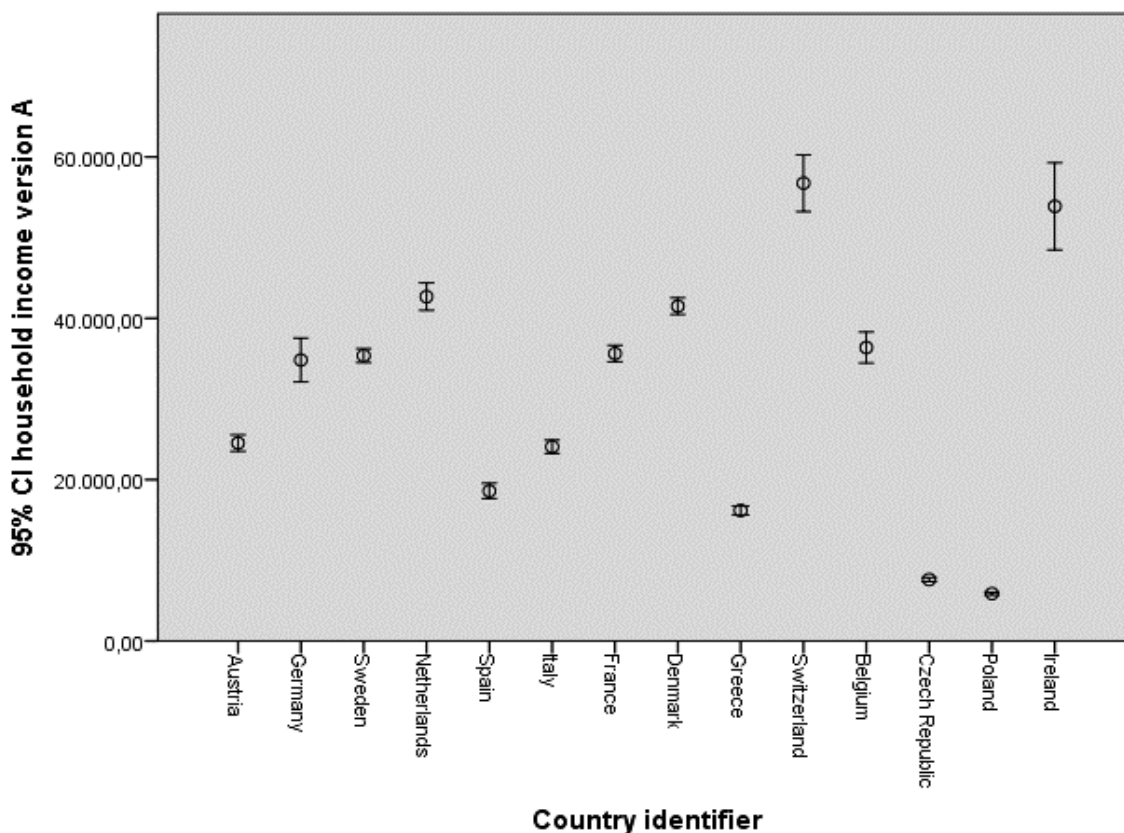


Παρατηρώντας τον πίνακα 4.2.2.4 βλέπουμε ότι, το ελάχιστο (*minimum*) εισόδημα που δήλωσαν ορισμένα νοικοκυριά ισούται με 0 χρηματικές μονάδες, ενώ το μέγιστο (*maximum*) εισόδημα είναι ίσο με 3.185.624,50 χρηματικές μονάδες, γεγονός που μας καθιστά εμφανή την ύπαρξη ακραίων τιμών. Το μέσο (*mean*) οικογενειακό εισόδημα είναι 29.252,80 χρηματικές μονάδες και η τυπική απόκλιση (*std.deviation*) ισούται με 41.956,55. Είναι εμφανές ότι η διασπορά των παρατηρήσεων γύρω από το μέσο όρο είναι αρκετά μεγάλη, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα οικογενειακά εισοδήματα απλώνονται πάνω από ένα αρκετά ευρύ φάσμα χρηματικών μονάδων.

Επιπλέον με βάση τον πίνακα 4.2.2.4 παρατηρούμε ότι, το 75% των νοικοκυριών του δείγματος έχουν εισόδημα μέχρι και 36.278,20 χρηματικές μονάδες, ενώ το ανώτερο 1% των νοικοκυριών, και πιο συγκεκριμένα, μόλις 347 νοικοκυριά, έχουν εισόδημα πάνω από 171.417,62 χρηματικές μονάδες.

Εν συνεχεία, παρουσιάζουμε το θηκόγραμμα που προκύπτει για το εισόδημα των νοικοκυριών σε σχέση με τις χώρες που συμμετέχουν στο δεύτερο κύμα του SHARE. Όπως φαίνεται, η Τσεχία και η Πολωνία έχουν το χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, ενώ η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Αυστρία παρουσιάζουν υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα σε σχέση με την Πολωνία και τη Τσεχία. Μέτριο οικογενειακό εισόδημα φαίνεται ότι διαθέτουν η Γερμανία, η Σουηδία, η Γαλλία και το Βέλγιο, ενώ η Ολλανδία και η Δανία εμφανίζουν υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα. Τέλος, το υψηλότερο οικογενειακό εισόδημα παρουσιάζεται στην Ελβετία και την Ιρλανδία.

Διάγραμμα 4.2.2.5 Θηκόγραμμα οικογενειακού εισοδήματος όπως αυτό κατανέμεται στις χώρες που συμμετέχουν στο δεύτερο κύμα του SHARE



4.2.3 Στοιχεία για την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων

Οι μεταβλητές που επρόκειτο να εξετάσουμε στη συγκεκριμένη ενότητα αποτελούν μεταβλητές υγείας ή νοσηρότητας και αναφέρονται στην ψυχική και τη σωματική υγεία των ερωτηθέντων. Σκοπός τους είναι η συλλογή πληροφοριών σχετικών όχι μόνο με την ψυχική αλλά και τη συναισθηματική υγεία των ερωτώμενων, καθώς και η μελέτη της σωματικής τους ικανότητας και λειτουργίας. Ακολουθώς αναφέρουμε και αναλύουμε την καθεμία μεταβλητή υγείας ξεχωριστά.

Για αρχή, ξεκινάμε από τη μεταβλητή **chronic/number of chronic diseases**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι συνεχής και εκφράζει τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων από τις οποίες μπορεί να πάσχουν ή όχι οι ερωτώμενοι. Βάσει του ερωτηματολογίου του δεύτερου κύματος του SHARE τα χρόνια ή μακράς διάρκειας προβλήματα υγείας που είναι πιθανό να εμφανίζουν κάποιοι από τους ερωτηθέντες είναι τα εξής:

1. Έμφραγμα, Καρδιακή προσβολή, Θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
2. Υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή Υπέρταση

3. Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου
5. Σακχαρώδης διαβήτης
6. Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα
7. Άσθμα
8. Αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά»
9. Οστεοπόρωση
10. Καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένων της λευχαιμίας και του λεμφώματος, αλλά εξαιρώντας «μικρά» νεοπλάσματα δέρματος
11. Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος
12. Νόσος του Πάρκινσον
13. Καταρράκτης
14. Κάταγμα ισχίου ή μηρού
15. Άλλα κατάγματα
16. Αλτσχάιμερ, άνοια, οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο, γεροντική άνοια ή άλλη σοβαρή εξασθένηση της μνήμης
17. Καλοήθης όγκος (ίνωμα, πολύποδας, αγγείωμα)
96. Καμία πάθηση
97. Άλλες παθήσεις που δεν έχουν αναφερθεί ακόμη (SHARE, 2006)

Ωστόσο εμείς προχωρήσαμε στην κατασκευή της μεταβλητής **chronic_1**, καθώς δεν ενδιαφερόμαστε να μελετήσουμε τη μεταβλητή **chronic** στη συνεχή της μορφή. Έτσι, η μεταβλητή **chronic_1**, με την οποία και επρόκειτο να ασχοληθούμε, είναι δίτιμη, διατάξιμη και μας δείχνει εάν κάποιος από τους ερωτηθέντες έχει λιγότερες ή περισσότερες από 2 χρόνιες ασθένειες. Οι κατηγορίες όπου διακρίνεται η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι οι ακόλουθες:

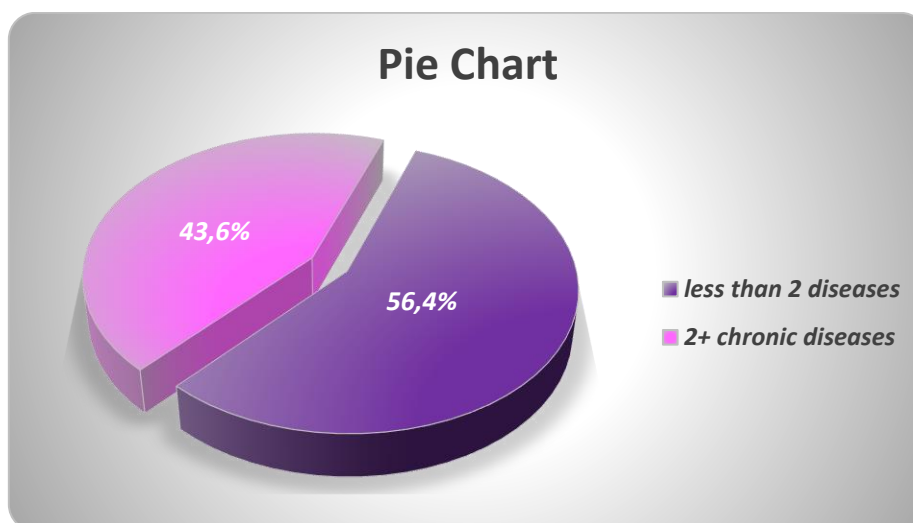
- 1 ← στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται τα άτομα που πάσχουν από **λιγότερες από 2 χρόνιες παθήσεις**
- 2 ← η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που πάσχουν από **2 και άνω χρόνιες παθήσεις**.

Παρατηρώντας τον πίνακα συχνοτήτων της μεταβλητής **chronic_1**, βλέπουμε ότι από τους 34.734 ερωτηθέντες, οι 19.593 (56,4%) πάσχουν από μία ή από καμία χρόνια πάθηση, ενώ οι 15.141 (43,6%) ταλαιπωρούνται από 2 ή περισσότερες μακράς διάρκειας ασθένειες. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι, αρκετά είναι τα άτομα εκείνα, τα οποία πάσχουν από 2 και άνω χρόνιες παθήσεις, γεγονός που μας υποδεικνύει ότι οι χρόνιες παθήσεις είναι ήδη αυξημένες απειλώντας κατά αυτόν τον τρόπο, σε σημαντικό βαθμό, την υγεία του πληθυσμού.

Πίνακας 4.2.3.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *chronic_1*

chronic_1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	less than 2 diseases	19593	56,4	56,4	56,4
	2+ chronic diseases	15141	43,6	43,6	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4.2.3.1 Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή *chronic_1*



Συνεχίζουμε με τη μεταβλητή **symptoms/number of symptoms**, η οποία είναι επίσης συνεχής και αναφέρεται στον αριθμό των σωματικών συμπτωμάτων που μπορεί να παρουσιάζει ένα άτομο. Τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στη συγκεκριμένη μεταβλητή είναι τα ακόλουθα:

1. Πόνος στη μέση, στα γόνατα, στα ισχία ή σε οποιαδήποτε άλλη άρθρωση
2. Καρδιακό πρόβλημα ή στηθάγχη, θωρακικός πόνος κατά την άσκηση
3. Δύσπνοια, δυσκολία στην αναπνοή
4. Επίμονος βήχας
5. Πρησμένα πόδια
6. Προβλήματα ύπνου
7. Πτώσεις ή πεσίματα
8. Φόβος για πτώσεις
9. Ζάλη, λιποθυμίες ή σκοτοδίνη
10. Προβλήματα στομάχου ή εντέρου, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, του μετεωρισμού (πρήξιμο), των διαρροιών
11. Ακράτεια ούρων ή ακούσια απώλεια ούρων

12. Κόπωση

96. Κανένα σύμπτωμα

97. Άλλα συμπτώματα που δεν αναφέρθηκαν ακόμη (SHARE, 2006)

Όμως, όπως συνέβη στην περίπτωση της μεταβλητής chronic έτσι και εδώ, δεν θα ασχοληθούμε με τη συνεχή μεταβλητή symptoms, αλλά θα κατασκευάσουμε μία δίτιμη, διατάξιμη μεταβλητή, ονόματι **symptoms_1**, την οποία και θα χρησιμοποιήσουμε στα στατιστικά μας μοντέλα. Οι κατηγορίες λοιπόν από τις οποίες αποτελείται η μεταβλητή symptoms_1 αναφέρονται παρακάτω.

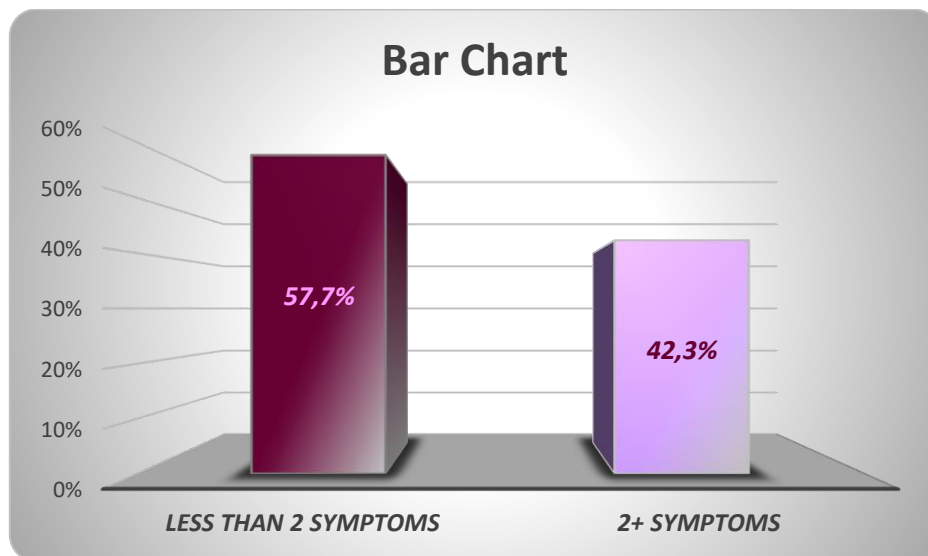
- 1 ← στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι ερωτηθέντες που παρουσιάζουν **το πολύ 1 από τα προαναφερθέντα συμπτώματα**
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία βρίσκονται οι ερωτώμενοι, οι οποίοι εμφανίζουν **από 2 και πάνω συμπτώματα**.

Πίνακας 4.2.3.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή symptoms_1

symptoms_1					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	less than 2 symptoms	20045	57,7	57,7	57,7
	2+ symptoms	14689	42,3	42,3	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4.2.3.2 οι 20.045 (57,7%) ερωτώμενοι από τους 34.734 εμφανίζουν λιγότερα από 2 συμπτώματα, ενώ οι υπόλοιποι 14.689 (42,3%) ερωτώμενοι παρουσιάζουν από 2 και πάνω συμπτώματα.

Διάγραμμα 4.2.3.2 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή symptoms_1



Η επόμενη μεταβλητή που θα μελετήσουμε ονομάζεται **mobility/mobility limitations**, είναι και αυτή συνεχής και εκφράζει τις κινητικές δυσκολίες και τους περιορισμούς με τους οποίους έρχονται αντιμέτωποι ορισμένοι από τους ερωτηθέντες εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας ή ενός σωματικού προβλήματος από το οποίο ταλαιπωρούνται. Παρακάτω αναφέρουμε τους εν λόγω κινητικούς περιορισμούς:

1. Περπάτημα 100 μέτρων
2. Ορθοστασία για δύο περίπου ώρες
3. Σήκωμα από καρέκλα, αφού το άτομο ήταν καθισμένο σε αυτή για μεγάλες χρονικές περιόδους
4. Ανέβασμα αρκετών σειρών σκαλοπατιών χωρίς ανάπαυση
5. Ανέβασμα μίας σειράς σκαλοπατιών χωρίς ανάπαυση
6. Σκύψιμο ή γονάτισμα
7. Έκταση των χεριών πάνω από το επίπεδο των ώμων
8. Τράβηγμα ή σπρώξιμο μεγάλων αντικειμένων, όπως είναι μία καρέκλα καθιστικού
9. Σήκωμα ή σπρώξιμο βαρών άνω των 5 κιλών, όπως είναι για παράδειγμα μία βαριά σακούλα από το μανάβικο
10. Το να πιάσει ένα άτομο ένα μικρό νόμισμα από ένα τραπέζι
96. Κανένα από τα παραπάνω (SHARE, 2006)

Εντούτοις, αν και η μεταβλητή *mobility* είναι συνεχής, θα ακολουθήσουμε και με αυτήν την ίδια «τακτική» που ακολουθήσαμε με τις δύο προηγούμενες μεταβλητές, *chronic* και *symptoms*, μετατρέποντάς την σε δίτιμη, διατάξιμη μεταβλητή και δίνοντάς της την ονομασία **mobility_1**. Οι κατηγορίες της συγκεκριμένης μεταβλητής είναι οι εξής:

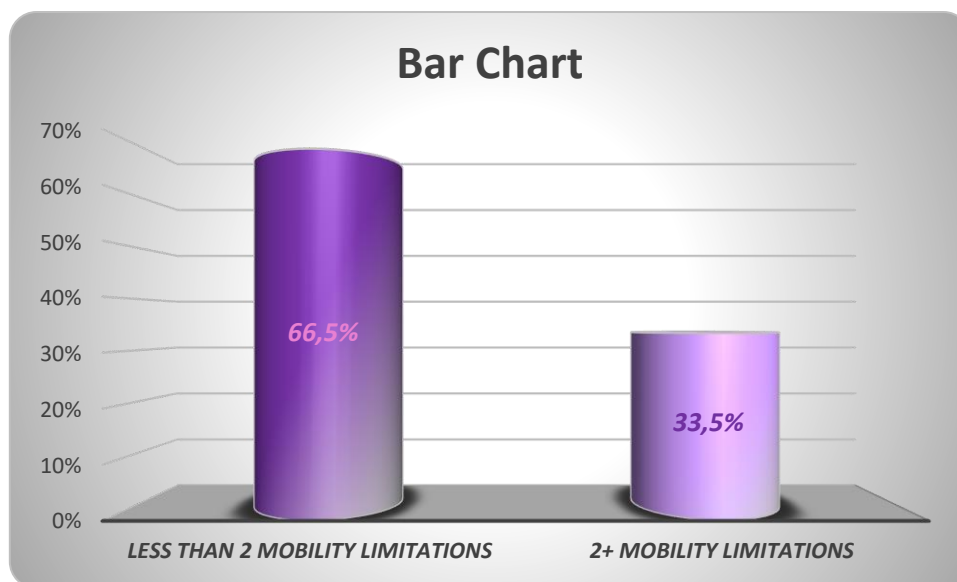
- 1 ← στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι ερωτηθέντες που αντιμετωπίζουν λιγότερους από 2 κινητικούς περιορισμούς
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται οι ερωτώμενοι, οι οποίοι παρουσιάζουν από 2 και πάνω κινητικούς περιορισμούς.

Πίνακας 4.2.3.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *mobility_1*

		mobility_1			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	less than 2 mobility limitations	23100	66,5	66,5	66,5
	2+ mobility limitations	11634	33,5	33,5	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Με βάση τον πίνακα 4.2.3.3 είναι εμφανές ότι, το 66,5% των ερωτηθέντων (23.100 ερωτώμενοι) εμφανίζει το πολύ 1 από τις προαναφερθείσες κινητικές δυσκολίες, ενώ το 33,5% (11.634 ερωτώμενοι) υποφέρει από 2 και πάνω κινητικούς περιορισμούς.

Διάγραμμα 4.2.3.3 Ραβδόγραμμα συχνότητας για τη μεταβλητή *mobility_1*



Σειρά στην ανάλυση και τη μελέτη των μεταβλητών υγείας, έχει η μεταβλητή **sphus/self-perceived health-US scale**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή χρησιμοποιείται προκειμένου να μας δείξει τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν οι ίδιοι οι ερωτηθέντες την υγεία τους, το τι άποψη δηλαδή έχουν σχηματίσει οι ερωτώμενοι σχετικά με επίπεδο στο οποίο βρίσκονται η ψυχική και σωματική τους υγεία. Είναι μία διατάξιμη μεταβλητή και διακρίνεται στις ακόλουθες πέντε κατηγορίες:

- 1 ← η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους ερωτηθέντες που υποστηρίζουν ότι το επίπεδο της υγείας τους είναι **άριστο**
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι ερωτώμενοι, οι οποίοι πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι **πολύ καλή**
- 3 ← στην τρίτη κατηγορία βρίσκονται όσοι ερωτώμενοι κρίνουν ότι η υγεία του είναι **καλή**
- 4 ← η τέταρτη κατηγορία αποτελείται από τους ερωτηθέντες εκείνους που θεωρούν ότι το επίπεδο της υγείας τους είναι **μέτριο**
- 5 ← στην πέμπτη κατηγορία κατατάσσονται όσα άτομα κρίνουν ως **κακό** το επίπεδο της υγείας τους.

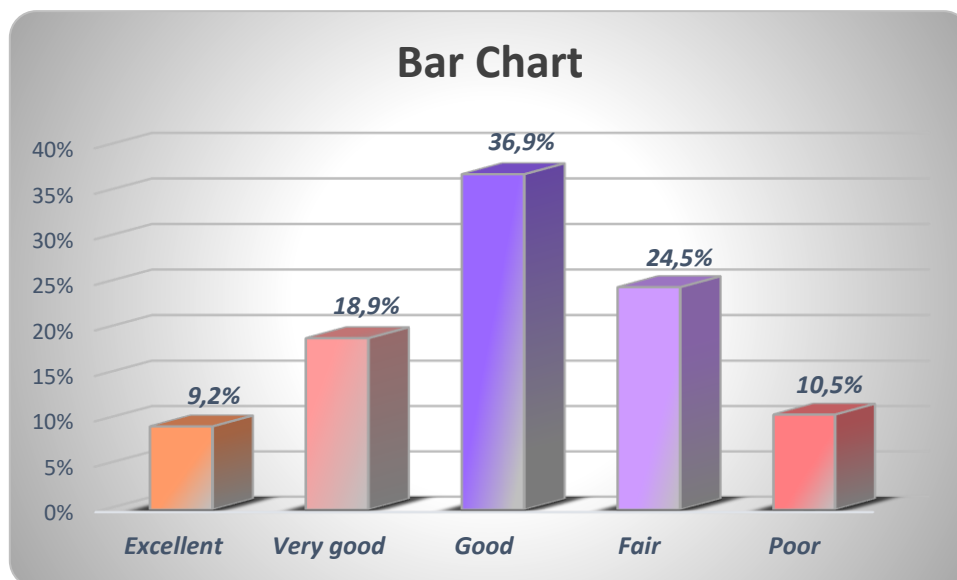
Παρατηρώντας μάλιστα τον πίνακα 4.2.3.4 βλέπουμε ότι από τους 34.734 ερωτώμενους, οι 12.825 (36,9%), η πλειονότητα δηλαδή αυτών, πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι καλή, ενώ

αμέσως μετά ακολουθούν εκείνοι, οι οποίοι θεωρούν ότι το επίπεδο της υγείας τους είναι μέτριο με ποσοστό 24,5% (8.512 ερωτώμενοι). Δυστυχώς η μειοψηφία των ερωτηθέντων είναι εκείνη, η οποία κρίνει ότι η υγεία της είναι άριστη με ποσοστό που αγγίζει μόλις το 9,2% (3.199 ερωτώμενοι), κάτι το οποίο μας δείχνει ότι είτε τα σωματικά είτε τα ψυχικά προβλήματα, αλλά είτε και ο συνδυασμός αυτών των δύο ταλαιπωρούν ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού.

Πίνακας 4.2.3.4 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή *sphus*

Self-perceived health - US scale					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	3199	9,2	9,2	9,2
	Very good	6558	18,9	18,9	28,1
	Good	12825	36,9	36,9	65,0
	Fair	8512	24,5	24,5	89,5
	Poor	3640	10,5	10,5	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4.2.3.4 Ραβδόγραμμα συχνότητων για τη μεταβλητή *sphus*



Παρακάτω, αναφέρουμε τις υπόλοιπες μεταβλητές νοσηρότητας που θα χρησιμοποιήσουμε στα στατιστικά μας μοντέλα. Οι μεταβλητές αυτές είναι οι εξής:

ADL/LIMITATIONS IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING: Η μεταβλητή *adl* αναφέρεται στις δυσκολίες και τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν ορισμένοι από τους

ερωτηθέντες του δείγματός μας όσον αφορά τις βασικές καθημερινές δραστηριότητές τους, λόγω κάποιου σωματικού, ψυχικού ή συναισθηματικού προβλήματος ή ακόμη και εξαιτίας ενός προβλήματος μνήμης. Οι βασικές καθημερινές δραστηριότητες στις οποίες δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν κάποια άτομα είναι οι ακόλουθες:

1. Ντύσιμο, συμπεριλαμβανομένου του να βάζει ένα άτομο τα παπούτσια και τις κάλτσες του
 2. Περπάτημα σε ένα δωμάτιο
 3. Το να κάνει μπάνιο ή ντους
 4. Το να τρώει, όπως για παράδειγμα η προσπάθεια που καταβάλει προκειμένου να κόψει το φαγητό του
 5. Ξάπλωμα και σήκωμα από το κρεβάτι
 6. Χρήση τουαλέτας, συμπεριλαμβανομένων του να σηκώνεται από αυτήν ή του να κάθεται σε αυτή
- 96. Κανένα από τα παραπάνω (SHARE, 2006)**

Η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι διατάξιμη, δίτιμη και παίρνει τις τιμές

- 0 ← όταν ο ερωτώμενος δεν αντιμετωπίζει **κανέναν περιορισμό** όσον αφορά τις παραπάνω δραστηριότητες
- 1 ← όταν ο ερωτώμενος αντιμετωπίζει **τουλάχιστον έναν περιορισμό** σε μία από τις προαναφερθέντες δραστηριότητες.

IADL/LIMITATIONS WITH INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING:

Η μεταβλητή **iadl** είναι συνεχής και εκφράζει τις δυσκολίες και τους περιορισμούς με τους οποίους έρχονται αντιμέτωποι ορισμένοι από τους ερωτηθέντες όσον αφορά τις δευτερεύουσες, αυτή τη φορά, καθημερινές τους δραστηριότητες, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

1. Χρήση χάρτου για εύρεση προσανατολισμού σε ένα άγνωστο μέρος
 2. Προετοιμασία ενός ζεστού γεύματος
 3. Ψώνια από ένα μπακάλικο
 4. Χρήση τηλεφώνου
 5. Λήψη φαρμάκων
 6. Δουλειές στο σπίτι ή στον κήπο
 7. Διαχείριση χρημάτων, όπως η πληρωμή λογαριασμών ή το κράτημα σημειώσεων με τους λογαριασμούς δαπανών
- 96. Κανένα από τα παραπάνω (SHARE, 2006)**

PHINACT/PHYSICAL INACTIVITY: Η μεταβλητή **phinact** μας δείχνει εάν οι ερωτώμενοι επιδίδονται ή όχι σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα, από έντονη

δραστηριότητα μέχρι πιο ήπια όπως πότισμα κήπου και πλύσιμο αυτοκινήτου. Αποτελεί μία διατάξιμη, δίτιμη μεταβλητή, ενώ οι τιμές που λαμβάνει είναι οι εξής

- 0 ← όταν ο ερωτηθέντας **πραγματοποιεί κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα**
- 1 ← όταν ο ερωτηθέντας **δεν πραγματοποιεί κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα.**

EUROD/EURO DEPRESSION SCALE: Η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι συνεχής και χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της συναισθηματικής υγείας των ερωτηθέντων, καθώς η **eurod** κλίμακα αποτελεί την ευρωπαϊκή κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε 21 ερωτήσεις διευκρινίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο το πώς αισθάνονται για πράγματα και καταστάσεις που συμβαίνουν γύρω τους. Για να γίνουμε μάλιστα πιο συγκεκριμένοι, οι ερωτήσεις στις οποίες υποβάλλονται οι ερωτηθέντες αφορούν στην ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένων συμπτωμάτων κατάθλιψης και είναι οι ακόλουθες:

1. Τον τελευταίο μήνα, ήσασταν λυπημένος ή καταθλιπτικός; (*Sad or depressed last month*)
2. Τι ελπίζετε για το μέλλον; (*Hopes for the future*)
3. Τον τελευταίο μήνα, νοιώσατε ότι θα ήταν καλύτερα να είχατε πεθάνει; (*Felt would rather be dead*)
4. Τείνετε να κατηγορείτε τον εαυτό σας ή να αισθάνεστε ένοχος/η για κάτι; (*Feels guilty*)
5. Για ποιον λόγο κατηγορείτε τον εαυτό σας; (*Blame for what*)
6. Είχατε προβλήματα ύπνου πρόσφατα; (*Trouble sleeping*)
7. Τον τελευταίο μήνα, ποιο ήταν το ενδιαφέρον σας για το τι συμβαίνει γύρω σας; (*Less or same interest in things*)
8. Διατηρείτε τα ενδιαφέροντά σας; (*Keeps up interest*)
9. Ήσασταν περισσότερο ευέξαπτος πρόσφατα; (*Irritability*)
10. Πώς ήταν η όρεξή σας; (*Appetite*)
11. Τρώτε περισσότερο ή λιγότερο από ότι συνήθως; (*Eating more or less*)
12. Τον τελευταίο μήνα, έχετε ελαττωμένη διάθεση για να κάνετε τα πράγματα που θέλατε; (*Fatigue*)
13. Πώς είναι η ικανότητα συγκέντρωσής σας; Για παράδειγμα, μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε ένα πρόγραμμα τηλεόρασης, ταινία ή πρόγραμμα ραδιοφώνου; (*Concentration on entertainment*)
14. Μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που διαβάζετε; (*Concentration on reading*)
15. Τι κάνατε πρόσφατα που σας ευχαρίστησε; (*Enjoyment*)
16. Τον τελευταίο μήνα, κλάψατε καθόλου; (*Tearfulness*)
17. Έχει υπάρξει κάποια φορά ή φορές που υποφέρατε από συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία διήρκησαν για τουλάχιστον δύο εβδομάδες; (*Depression ever*)

18. Πόσο χρονών ήσασταν όταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνέβησαν για πρώτη φορά; (*Age depression symptoms first time*)
19. Υποβλήθήκατε σε θεραπεία για κατάθλιψη από οικογενειακό γιατρό ή από ψυχίατρο; (*Ever treated for depression by doctor or psychiatrist*)
20. Εισαχθήκατε σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρική κλινική; (*Ever admitted to mental hospital or psychiatric ward*)
21. Σας έχει πει ποτέ ένας γιατρός πως υποφέρετε από άλλες παθήσεις ή συναισθηματικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων του άγχους, νευρολογικών ή ψυχιατρικών διαταραχών; (*Ever told affective or emotional disorders*) (SHARE, 2006)

Από τις ανωτέρω ερωτήσεις προκύπτουν τα ακόλουθα 12 καταθλιπτικά συμπτώματα από τα οποία πάσχουν ή όχι οι ερωτώμενοι και από τα οποία αποτελείται η κλίμακα eurod.

1. Θλίψη ή κατάθλιψη (*Depression*)
2. Πesiμιστική διάθεση (*Pessimism*)
3. Τάσεις αυτοκτονίας (*Suicidality*)
4. Ενοχές (*Guilt*)
5. Αϋπνία ή υπερυπνία (*Trouble sleeping*)
6. Έλλειψη ενδιαφέροντος (*Loss of interest*)
7. Ευερεθιστότητα (*Irritability*)
8. Μείωση ή αύξηση όρεξης για κατανάλωση φαγητού (*Eating more or less*)
9. Προβλήματα κόπωσης (*Fatigue*)
10. Έλλειψη συγκέντρωσης (*Loss of concentration*)
11. Έλλειψη διάθεσης για διασκέδαση (*Loss of enjoyment*)
12. Δακρύρροια (*Tearfulness*)

Συμπερασματικά, η κλίμακα **eurod** προκύπτει ως άθροισμα των παραπάνω συμπτωμάτων με τις τιμές της να κυμαίνονται από 0 (*not depressed*, το άτομο δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα κατάθλιψης με αποτέλεσμα να είναι μη καταθλιπτικό) έως 12 (*very depressed*, το άτομο εμφανίζει και τα 12 καταθλιπτικά συμπτώματα με αποτέλεσμα να πάσχει από έντονη καταθλιπτική διαταραχή).

EURODCAT/BEING OR NOT BEING DEPRESSED: Η μεταβλητή **euroidcat** προκύπτει ως σύμπτυξη της μεταβλητής euroid σε δύο κατηγορίες, είναι διατάξιμη, δίτιμη μεταβλητή και παίρνει τις παρακάτω τιμές:

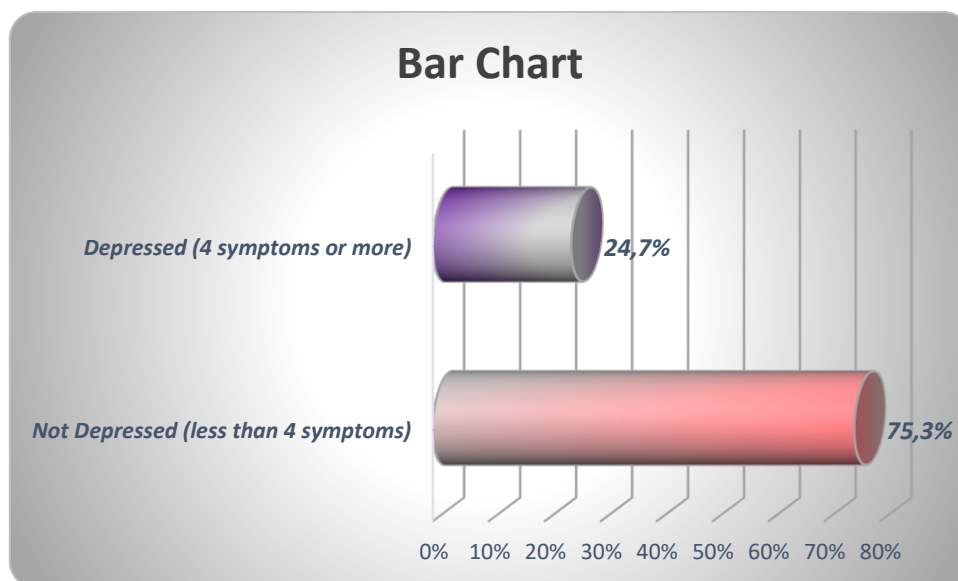
- 0 ← όταν οι ερωτώμενοι έχουν δηλώσει ότι παρουσιάζουν **έως και 3 καταθλιπτικά συμπτώματα, μη έχοντας κατά αυτόν τον τρόπο κατάθλιψη**
- 1 ← όταν οι ερωτώμενοι έχουν δηλώσει ότι εμφανίζουν **από 4 και άνω καταθλιπτικά συμπτώματα, πάσχοντας έτσι από κλινική κατάθλιψη.**

Από τον πίνακα 4.2.3.5 είναι εμφανές ότι, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, και για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, οι 26.160 (75,3%) από τους 34.734 συνολικά ερωτώμενους, δεν πάσχουν από κατάθλιψη αφού παρουσιάζουν λιγότερα από 4 καταθλιπτικά συμπτώματα. Με άλλα λόγια, η πρώτη κατηγορία, η κατηγορία δηλαδή η οποία αποτελείται από τα άτομα που παρουσιάζουν από 0 έως και 3 συμπτώματα κατάθλιψης, έχει με διαφορά τη μεγαλύτερη συχνότητα.

Πίνακας 4.2.3.5 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurodcat

		Being or Not Depressed			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not Depressed (less than 4 symptoms)	26160	75,3	75,3	75,3
	Depressed (4 symptoms or more)	8574	24,7	24,7	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4.2.3.5 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurodcat



4.2.4 Στοιχεία που αφορούν στο επάγγελμα

Προχωράμε στη μελέτη των μεταβλητών εργασίας. Οι εν λόγω μεταβλητές αναφέρονται στην παρούσα κατάσταση απασχόλησης των ερωτηθέντων, παρέχοντας πληροφορίες σχετικές με

- τις τρέχουσες εργασιακές τους δραστηριότητες,
- το εισόδημα που προκύπτει από αυτές καθώς και από άλλες πηγές εισοδήματος και
- τα παρελθοντικά ή τρέχοντα επιδόματα που τα άτομα δικαιούνται.

Σχετικά με τους ερωτώμενους που έχουν συνταξιοδοτηθεί και λαμβάνουν σύνταξη, μας ενδιαφέρει ο αριθμός και το είδος των συντάξεων, καθώς και το ποσό που λαμβάνουν (SHARE, 2017). Ωστόσο αξίζει να αναφέρουμε ότι, στη συγκεκριμένη εργασία δεν θα μας απασχολήσουν τα άτομα που έχουν συνταξιοδοτηθεί, παρά μόνο εκείνα τα οποία εργάζονται.

Παρακάτω αναφέρουμε τις μεταβλητές που αφορούν στην τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, καλύπτοντας μέσω συγκεκριμένων ερωτήσεων ένα ευρύ φάσμα της.

CJS/CURRENT JOB SITUATION: Η μεταβλητή *cjs* είναι κατηγορική και ζητάει από τους ερωτώμενους να επιλέξουν την κατηγορία εκείνη που περιγράφει ακριβέστερα τη σημερινή κατάσταση απασχόλησής τους. Οι κατηγορίες που περιλαμβάνει η συγκεκριμένη μεταβλητή αναφέρονται ακολούθως:

1. Το άτομο αποσύρθηκε-συνταξιοδοτήθηκε από την εργασία του, συμπεριλαμβανομένων της μερικής συνταξιοδότησης, της πρόωρης συνταξιοδότησης κτλ. (*Retired*)
2. Το άτομο εργάζεται ή είναι αυτοαπασχολούμενο. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την αμειβόμενη εργασία, την άμισθη απασχόληση σε μία οικογενειακή επιχείρηση, καθώς και τους εργαζομένους που δεν αμείβονται προσωρινά (*Employed or self-employed*)
3. Το άτομο είναι άνεργο, έχει δηλαδή απολυθεί από την εργασία του ή βρίσκεται προσωρινά χωρίς δουλειά (*Unemployed*)
4. Ο ερωτηθέντας είναι μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος. Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται και οι μερικώς ανάπηροι ή όσοι κρίνονται ανίκανοι για εργασία (*Permanently sick*)
5. Στην πέμπτη κατηγορία βρίσκονται τα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα του σπιτιού ή της οικογένειάς τους, καθώς και τα άτομα που λαμβάνουν σύνταξη χηρείας από τον/την σύζυγό τους, ενώ δεν έχουν εργαστεί στον παρελθόν και δεν φροντίζουν το σπίτι (*Homemaker*)
97. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν τα άτομα που δεν κατατάσσονται σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες (*Other*) (SHARE, 2006).

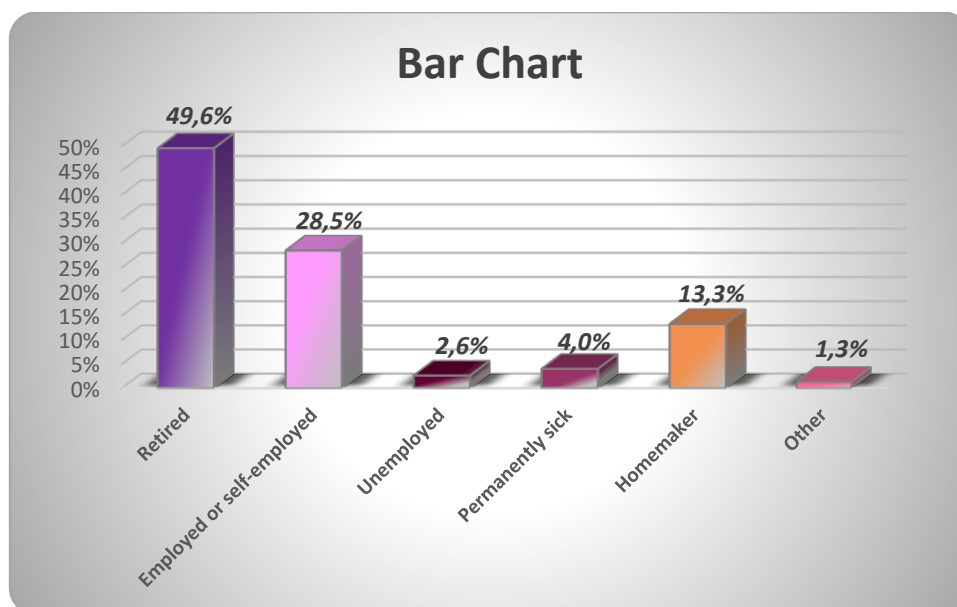
Παρατηρώντας τον πίνακα συχνοτήτων για τη μεταβλητή *cjs* βλέπουμε ότι, 234 από τους 34.734 ερωτηθέντες δεν απάντησαν στην ερώτηση που αφορά στην τρέχουσα επαγγελματική τους κατάσταση (*missing values*), με αποτέλεσμα το σύνολο των ερωτηθέντων να μειώνεται

στους 34.500. Από αυτούς, οι 17.231 (49,6%) είναι συνταξιούχοι, ενώ οι 9.916 (28,5%) είναι απασχολούμενοι ή αυτοαπασχολούμενοι. Σχετικά με τους άνεργους, το ποσοστό που καταλαμβάνουν είναι από τα μικρότερα και ισούται με 2,6% (907 άνεργοι), ενώ οι μόνιμα ασθενείς ή οι ανάπηροι καταλαμβάνουν ένα εξίσου μικρό ποσοστό, το οποίο είναι ίσο με 4,0% (1.381 μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι).

Πίνακας 4.2.4.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *cjs*

		Current job situation			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Retired	17231	49,6	49,9	49,9
	Employed or self-employed	9916	28,5	28,7	78,7
	Unemployed	907	2,6	2,6	81,3
	Permanently sick	1381	4,0	4,0	85,3
	Homemaker	4626	13,3	13,4	98,7
	Other	439	1,3	1,3	100,0
	Total	34500	99,3	100,0	
Missing	System	234	,7		
Total		34734	100,0		

Διάγραμμα 4.2.4.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή *cjs*



EP007/CURRENTLY MORE THAN ONE JOB: Η μεταβλητή **ep007** είναι δίτιμη, διατάξιμη και αναφέρεται στο εάν οι ερωτηθέντες έχουν ή όχι δεύτερη εργασία εκτός της κύριας. Οι τιμές που παίρνει είναι οι εξής:

- 1 ← όταν οι ερωτώμενοι έχουν δηλώσει ότι **διαθέτουν και δεύτερη εργασία πλην της κύριας**
- 5 ← όταν οι ερωτώμενοι έχουν δηλώσει ότι **δεν διαθέτουν δεύτερη εργασία παρά μόνο μία.**

EP012/TOTAL CONTRACTED HOURS PER WEEK IN THIS JOB: Η μεταβλητή **ep012** είναι συνεχής και χρησιμοποιείται προκειμένου να μας δείξει ποιες είναι συνολικά οι βασικές ή οι συμφωνημένες ώρες των ερωτώμενων στην τρέχουσα εργασία τους ανά εβδομάδα, εκτός των διαλειμμάτων για τα γεύματα και της κάθε αμειβόμενης ή μη αμειβόμενης υπερωρίας (SHARE, 2006).

EP013/TOTAL HOURS USUALLY WORKING PER WEEK: Η μεταβλητή **ep013** είναι και αυτή μία συνεχής μεταβλητή και μας δείχνει πόσες ώρες την εβδομάδα, ανεξαρτήτως των βασικών συμφωνημένων ωρών, εργάζονται οι ερωτώμενοι στο τρέχον επάγγελμά τους, πλην των διαλειμμάτων για τα γεύματα, αλλά συμπεριλαμβανομένων των αμειβόμενων ή των μη αμειβόμενων υπερωριών (SHARE, 2006).

EP016/NAME OR TITLE OF JOB: Η **ep016** μεταβλητή είναι κατηγορική και ζητάει από τους ερωτώμενους να επιλέξουν το είδος της απασχόλησης που περιγράφει καλύτερα την τρέχουσα εργασία τους. Διαθέτει δέκα συνολικά κατηγορίες, τις οποίες παρουσιάζουμε παρακάτω:

1. Το άτομο είναι βουλευτής, ανώτερο στέλεχος του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (*Legislator, senior official or manager*)
2. Το άτομο είναι επιστήμονας, καλλιτέχνης ή ανήκει σε κάποιο συναφές επάγγελμα (*Professional*)
3. Ο ερωτώμενος εργάζεται ως τεχνολόγος, τεχνικός βοηθός ή απασχολείται σε κάποιο συναφές επάγγελμα (*Technician or associate professional*)
4. Ο ερωτώμενος εργάζεται ως υπάλληλος γραφείου ή απασχολείται σε κάποιο συναφές επάγγελμα (*Clerk*)
5. Το άτομο απασχολείται στην παροχή υπηρεσιών ή εργάζεται ως πωλητής σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές (*Service worker and shop and market sales worker*)
6. Ο ερωτηθέντας είναι γεωργός, κτηνοτρόφος, δασοκόμος ή αλιέας (*Skilled agricultural or fishery worker*)
7. Ο ερωτηθέντας εργάζεται ως ειδικευμένος τεχνίτης ή ανήκει σε κάποιο συναφές επάγγελμα (*Craft and related trades worker*)
8. Ο ερωτώμενος είναι χειριστής μηχανημάτων και εξοπλισμού ή συναρμολογητής/μονταδόρος (*Plant and machine operator or assembler*)

9. Το άτομο είναι ανειδίκευτος εργάτης, χειρονάκτης ή μικροεπαγγελματίας (*Elementary occupation*)

10. Το άτομο ανήκει στις ένοπλες δυνάμεις (*Armed forces*) (SHARE, 2006).

EP026/SATISFIED WITH (MAIN) JOB: Η μεταβλητή **ep026** καλεί τους ερωτηθέντες, μέσω της κατάλληλης ερώτησης, να μας γνωστοποιήσουν εάν, συνεκτιμώντας τις άσχημες και τις καλές καταστάσεις που επικρατούν στο εργασιακό τους περιβάλλον, είναι σε γενικά πλαίσια ικανοποιημένοι με την εργασία τους (SHARE, 2006). Η μεταβλητή ep026 είναι διατάξιμη και αποτελείται από τις εξής τέσσερις κατηγορίες:

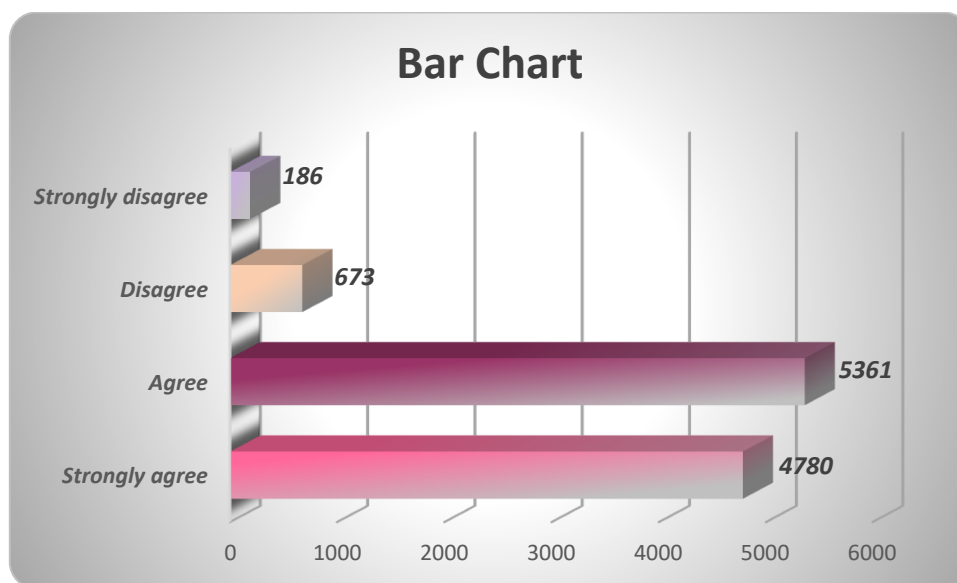
- 1 ← στην πρώτη κατηγορία ανήκουν όλα εκείνα τα άτομα, τα οποία είναι **σε σημαντικό βαθμό ικανοποιημένα με την εργασία τους** (*Strongly agree*)
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία βρίσκονται όσοι είναι **ικανοποιημένοι με το επάγγελμά τους** (*Agree*)
- 3 ← στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνονται τα άτομα που **δεν είναι ευχαριστημένα με το επάγγελμά τους** (*Disagree*)
- 4 ← στην τέταρτη κατηγορία ανήκουν τα άτομα εκείνα που **δεν είναι καθόλου ευχαριστημένα με την εργασία τους** (*Strongly disagree*).

Πίνακας 4.2.4.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή ep026

Satisfied with (main) job					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Strongly agree	4780	13,8	43,5	43,5
	Agree	5361	15,4	48,7	92,2
	Disagree	673	1,9	6,1	98,3
	Strongly disagree	186	,5	1,7	100,0
	Total	11000	31,7	100,0	
Missing	System	23734	68,3		
Total		34734	100,0		

Βλέποντας τον πίνακα 4.2.4.2 παρατηρούμε για αρχή ότι το ποσοστό των ελλειπουσών τιμών (*missing values*) είναι αρκετά υψηλό, αγγίζοντας έως και το 68,3%. Αυτό σημαίνει ότι 23.734 άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση που σχετίζεται με το εάν είναι ή όχι ικανοποιημένα με την εργασία τους δεδομένου ότι δεν εργάζονται πλέον (είναι πιθανώς είτε συνταξιούχοι είτε άνεργοι). Έτσι, από τα 34.734 άτομα μόνο τα 11.000 απάντησαν στην εν λόγω ερώτηση. Από τα άτομα αυτά, τα 5.361 (15,4%) δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένα με την εργασία τους, ενώ μόλις 186 άτομα (0,5%) δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από αυτήν.

Διάγραμμα 4.2.4.2 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή ep026



EP027/(MAIN) JOB PHYSICALLY DEMANDING: Η μεταβλητή ep027 είναι διατάξιμη και αναφέρεται στο εάν η εργασία των ερωτηθέντων είναι ή όχι σωματικά απαιτητική. Πιο συγκεκριμένα, στους ερωτώμενους δίνεται η ακόλουθη πρόταση «Η εργασία μου είναι σωματικά απαιτητική» και τους τίθεται η εξής ερώτηση «Θα λέγατε ότι συμφωνείτε απόλυτα, συμφωνείτε, διαφωνείτε ή διαφωνείτε απόλυτα με την προαναφερθείσα πρόταση;» (SHARE, 2006). Οι παραπάνω επιλογές που δίνονται στους ερωτώμενους αποτελούν τις τέσσερις κατηγορίες στις οποίες διακρίνεται η ep027 μεταβλητή.

EP028/TIME PRESSURE DUE TO A HEAVY WORKLOAD: Η μεταβλητή ep028 είναι διατάξιμη και χρησιμοποιείται με σκοπό να μας δείξει εάν οι ερωτηθέντες βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας. Η διαδικασία που χρησιμοποιείται στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι παρόμοια με εκείνη της μεταβλητής ep027. Δηλαδή, δίνεται στους ερωτηθέντες η πρόταση «Είμαι κάτω από διαρκή πίεση χρόνου εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας» και καλούνται να απαντήσουν εάν συμφωνούν απόλυτα, συμφωνούν, διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με τη συγκεκριμένη πρόταση. Οι τέσσερις επιλογές που έχουν στη διάθεσή τους οι ερωτώμενοι αποτελούν τις τέσσερις κατηγορίες της μεταβλητής ep028.

Στο σημείο αυτό αναφέρουμε ότι, οι μεταβλητές, τις οποίες επρόκειτο να παρουσιάσουμε παρακάτω, είναι και αυτές διατάξιμες και αποτελούνται από τέσσερις κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές μάλιστα είναι οι ίδιες με τις κατηγορίες των μεταβλητών ep027 και ep028 (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα), ενώ ακολουθείται και σε αυτές η διαδικασία που ακολουθείται στις δύο προαναφερθέντες μεταβλητές. Δηλαδή δίνεται μία

πρόταση στους ερωτηθέντες κι εκείνοι καλούνται να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν με αυτήν.

EP029/LITTLE FREEDOM TO DECIDE HOW I DO MY WORK: Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν εάν συμφωνούν απόλυτα, συμφωνούν, διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με την πρόταση «Έχω πολύ περιορισμένη ελευθερία να αποφασίσω πώς θα κάνω τη δουλειά μου».

EP030/I HAVE AN OPPORTUNITY TO DEVELOP NEW SKILLS: Δίνεται η ακόλουθη πρόταση «Έχω την ευκαιρία να αναπτύξω νέες ικανότητες ή δεξιότητες» και τίθεται η ερώτηση «Θα λέγατε ότι συμφωνείτε απόλυτα, συμφωνείτε, διαφωνείτε ή διαφωνείτε απόλυτα με την παραπάνω πρόταση;».

EP031/RECEIVE SUPPORT IN DIFFICULT SITUATIONS IN (MAIN) JOB: Ζητείται από τους ερωτηθέντες να δηλώσουν αν συμφωνούν απόλυτα, συμφωνούν, διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με την πρόταση «Δέχομαι επαρκή υποστήριξη σε δύσκολες καταστάσεις».

EP032/RECEIVE RECOGNITION FOR WORK IN (MAIN) JOB: «Βρίσκω στην εργασία μου την αναγνώριση που μου αξίζει». Σε αυτήν την ερώτηση, οι ερωτώμενοι μπορούν να δώσουν την απάντηση τους επιλέγοντας μία από τις ακόλουθες απαντήσεις: συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα.

EP033/SALARY OR EARNINGS ARE ADEQUATE IN (MAIN) JOB: «Λαμβάνοντας υπόψη τις προσπάθειες και τα επιτεύγματά μου, ο μισθός μου ή οι αποδοχές μου είναι ικανοποιητικός/ες». Ζητείται από τους ερωτηθέντες να συμφωνήσουν απόλυτα, να συμφωνήσουν, να διαφωνήσουν ή να διαφωνήσουν απόλυτα ως προς την προαναφερθείσα πρόταση.

EP034/POOR PROSPECTS FOR (MAIN) JOB ADVANCEMENT: Δίνεται η δυνατότητα στους ερωτώμενους να απαντήσουν εάν συμφωνούν απόλυτα, συμφωνούν, διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με την εξής πρόταση «Οι προοπτικές προαγωγής μου/Οι προοπτικές προόδου στην εργασία μου είναι ελάχιστες».

EP035/POOR (MAIN) JOB SECURITY: Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν εάν συμφωνούν απόλυτα, συμφωνούν, διαφωνούν ή διαφωνούν απόλυτα με την πρόταση «Έχω περιορισμένη προστασία από απόλυση» (SHARE, 2006).

EP036/LOOK FOR EARLY RETIREMENT IN (MAIN) JOB: Η μεταβλητή ep036 είναι δίτιμη, διατάξιμη και αναφέρεται στο εάν οι ερωτώμενοι επιθυμούν ή όχι να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα από την τρέχουσα επαγγελματική τους κατάσταση. Παρακάτω, παρουσιάζουμε τις δύο κατηγορίες στις οποίες διακρίνεται:

- 1 ← η πρώτη κατηγορία αποτελείται από τους ερωτώμενους που **επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα** από την τρέχουσα εργασία τους (*Yes*)
- 5 ← η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει όλους εκείνους τους ερωτώμενους που **δεν επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα** από την τρέχουσα εργασία τους (*No*)

EP037/AFRAID HEALTH LIMITS ABILITY TO WORK BEFORE REGULAR RETIREMENT IN (MAIN) JOB: Η ep037 μεταβλητή χρησιμοποιείται με σκοπό να δείξει εάν οι ερωτώμενοι φοβούνται ή όχι ότι η υγεία τους θα περιορίσει την ικανότητά τους να εργάζονται στο τρέχον επαγγελματικό τους περιβάλλον πριν την κανονική συνταξιοδότησή τους. Είναι μία δίτιμη, διατάξιμη μεταβλητή, η οποία αποτελείται από τις ακόλουθες κατηγορίες:

- 1 ← στην πρώτη κατηγορία ανήκουν όσοι ερωτώμενοι **φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει την ικανότητά τους να εργάζονται πριν την κανονική συνταξιοδότηση** (*Yes*)
- 5 ← στη δεύτερη κατηγορία βρίσκονται όσοι ερωτώμενοι **δεν φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει την ικανότητά τους να εργάζονται πριν την κανονική συνταξιοδότηση** (*No*)

EP051/EMPLOYEE OR A SELF EMPLOYED IN LAST JOB: Η μεταβλητή ep051 είναι κατηγορική και μας δείχνει εάν οι ερωτώμενοι στην τελευταία εργασία τους υπήρξαν μισθωτοί ή αυτοαπασχολούμενοι. Η συγκεκριμένη μεταβλητή αποτελείται από τις εξής κατηγορίες:

- 1 ← η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους **μισθωτούς** (*Employee*)
- 2 ← η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους **δημόσιους υπαλλήλους** (*Civil servant*)
- 3 ← η τρίτη κατηγορία αποτελείται από τους **αυτοαπασχολούμενους** (*Self-employed*).

4.2.5 Στοιχεία που αφορούν στην ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αντλούν από τη ζωή τους οι ερωτώμενοι

Στη συγκεκριμένη ενότητα, θα αναφερθούμε συνοπτικά σε δύο μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με την ικανοποίηση και την χαρά που αντλούν από τη ζωή τους οι ερωτηθέντες. Οι συγκεκριμένες μεταβλητές είναι οι ακόλουθες

- βαθμός ικανοποίησης (*lifesat*)
- βαθμός χαράς (*lifehap*),

και είναι και οι δύο διατάξιμες.

Ειδικότερα, η μεταβλητή **lifesat/life satisfaction** χρησιμοποιείται προκειμένου να δείξει εάν οι ερωτηθέντες είναι ή όχι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους και αποτελείται από έντεκα κατηγορίες, οι οποίες ξεκινούν από την κατηγορία με την τιμή 0, στην οποία περιλαμβάνονται τα άτομα που είναι **εξ ολοκλήρου δυσαρεστημένα** με τη ζωή τους (*completely dissatisfied*), και φτάνουν έως και την κατηγορία με την τιμή 10 όπου βρίσκονται τα άτομα εκείνα τα οποία είναι **απολύτως ικανοποιημένα** με τη ζωή τους (*completely satisfied*).

Εν συνεχεία, η μεταβλητή **lifehap/life happiness** αναφέρεται στο εάν οι ερωτηθέντες είναι χαρούμενοι ή όχι με τη ζωή τους και διακρίνεται στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες:

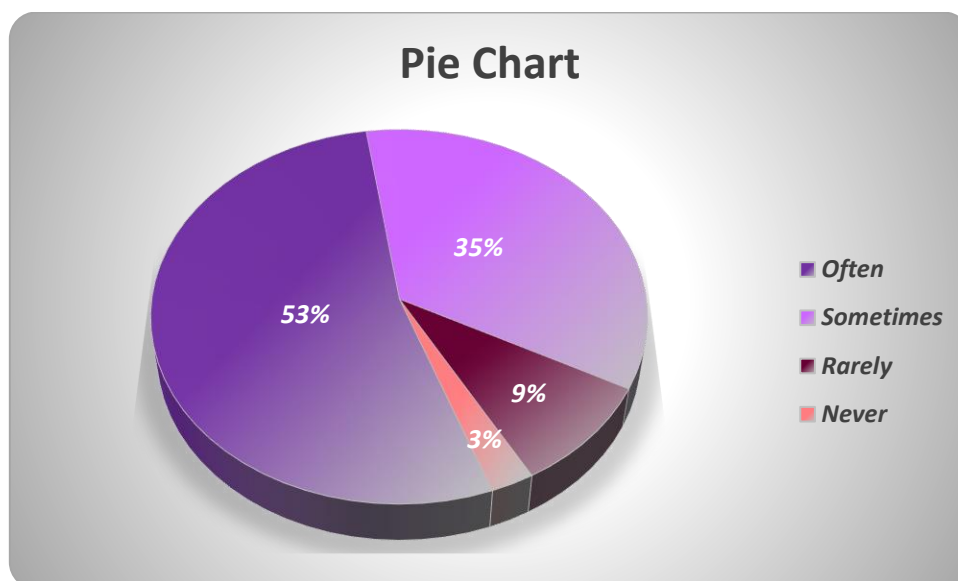
- 1 ← στην πρώτη κατηγορία ανήκουν όσοι ερωτώμενοι αντλούν **συχνά ευχαρίστηση** από τη ζωή τους (*Often*)
- 2 ← στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται όσοι ερωτώμενοι αισθάνονται **μερικές φορές χαρούμενοι** με τη ζωή τους (*Sometimes*)
- 3 ← η τρίτη κατηγορία αποτελείται από τους ερωτηθέντες που είναι **σπανίως χαρούμενοι** με τη ζωή τους (*Rarely*)
- 4 ← η τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει τους ερωτηθέντες εκείνους που δεν αντλούν **ποτέ ευχαρίστηση** από τη ζωή τους (*Never*).

Παρατηρώντας μάλιστα τον πίνακα 4.2.4.3 βλέπουμε ότι από τους 34.734 ερωτώμενους, οι 18.492 (53,2%), οι περισσότεροι δηλαδή ερωτώμενοι, είναι συχνά χαρούμενοι με τη ζωή τους, ενώ μόλις οι 893 (2,6%) δεν αντλούν ποτέ χαρά από τη ζωή τους.

Πίνακας 4.2.5.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή *lifehap*

Life happiness					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Often	18492	53,2	53,2	53,2
	Sometimes	12160	35,0	35,0	88,2
	Rarely	3189	9,2	9,2	97,4
	Never	893	2,6	2,6	100,0
	Total	34734	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4.2.5.1 Τομέγραμμα ποσοσטיαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή *lifehar*



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Πίνακες συνάφειας και στατιστικοί έλεγχοι ανεξαρτησίας

Η στατιστική ανάλυση συνήθως δεν περιορίζεται στη μελέτη μίας μεταβλητής, αλλά συχνά επιδιώκει την εξέταση της ύπαρξης ή όχι σχέσης μεταξύ δύο ή και περισσότερων μεταβλητών. Ειδικότερα, έναν τρόπο που συμβάλλει στην εύρεση πιθανής συσχέτισης μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών αποτελεί η κατασκευή πινάκων συνάφειας (*crosstabulation or contingency table*). Κάθε πίνακας συνάφειας είναι δισδιάστατος με ν το πλήθος γραμμές, όσες οι κατηγορίες της μίας ποιοτικής μεταβλητής και μ το πλήθος στήλες, όσες οι κατηγορίες της άλλης ποιοτικής μεταβλητής. Στην τομή κάθε γραμμής με κάθε στήλη παρατίθενται οι από κοινού συχνότητες (απόλυτες ή σχετικές) που αντιστοιχούν σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς των κατηγοριών των δύο μεταβλητών. Ένας άλλος τρόπος που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της ύπαρξης ή όχι ανεξαρτησίας μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών είναι το X^2 στατιστικό τεστ ή έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 ή, αλλιώς, έλεγχος καλής προσαρμογής (*Chi-Square Goodness of Fit*), ο οποίος προτάθηκε το 1900 από τον Karl Pearson.

Στη συνέχεια του συγκεκριμένου κεφαλαίου θα κατασκευάσουμε και θα ερμηνεύσουμε πίνακες συνάφειας, ενώ θα χρησιμοποιήσουμε και τον X^2 στατιστικό έλεγχο προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν δύο ποιοτικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες ή όχι. Για να γίνουμε μάλιστα πιο συγκεκριμένοι, οι μεταβλητές που θα θέσουμε προς έλεγχο ανεξαρτησίας είναι η eurodcac, η οποία μας ενημερώνει για το εάν ένα άτομο πάσχει ή όχι από κλινική κατάθλιψη, σε σχέση με

- βασικές μεταβλητές που αφορούν στην εργασία,
- βασικές μεταβλητές που αφορούν στην υγεία (μεταβλητές νοσηρότητας),
- μεταβλητές που μας παρέχουν δημογραφικές πληροφορίες,
- μεταβλητές που διαμορφώνουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

Σημειώνουμε ότι πριν την εφαρμογή του X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας, είναι απαραίτητη η διατύπωση του εκάστοτε ελέγχου υποθέσεων. Η γενική μορφή των υποθέσεων του εν λόγω ελέγχου είναι η ακόλουθη

H_0 : Οι δύο ποιοτικές μεταβλητές που εξετάζουμε είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι δύο ποιοτικές μεταβλητές που εξετάζουμε δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους,

ενώ όλοι οι έλεγχοι που θα ακολουθήσουν θα πραγματοποιηθούν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$ προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη ανεξαρτησίας.

Τέλος, αναφέρουμε ότι ο χ^2 στατιστικός έλεγχος ανεξαρτησίας διαθέτει ορισμένες προϋποθέσεις εφαρμογής. Οι παραδοχές που πρέπει να ισχύουν για να είναι αξιόπιστος ο έλεγχος αυτός παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Τα δεδομένα μας θα πρέπει να προέρχονται από τυχαία δειγματοληψία από τον πληθυσμό, η κάθε παρατήρηση δηλαδή θα πρέπει να έχει ίση πιθανότητα επιλογής.
2. Οι παρατηρήσεις πρέπει να είναι πάντα ανεξάρτητες η μία από την άλλη, κάθε παρατήρηση δηλαδή πρέπει να προέρχεται από διαφορετικό υποκείμενο (ερωτώμενο).
3. Οι μεταβλητές πρέπει να είναι ποιοτικές.
4. Η μικρότερη αναμενόμενη συχνότητα στα κελιά να είναι μεγαλύτερη ή ίση με 1.
5. Θα πρέπει το πολύ το 20% των κελιών να έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση από 5.

Σε περίπτωση που έχουμε 2×2 πίνακες συνάφειας και δεν ικανοποιούνται οι δύο τελευταίες προϋποθέσεις θα πρέπει να εφαρμόσουμε τον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher. Σε κάθε άλλη περίπτωση πρέπει να γίνει συγχώνευση γειτονικών κελιών, κατά τέτοιο τρόπο ώστε να εξαλείφεται το παραπάνω πρόβλημα, αλλά ταυτόχρονα να υπάρχει φυσική ερμηνεία των νέων κατηγοριών-κελιών. Η συγχώνευση των κελιών επιτυγχάνεται με επανακωδικοποίηση (εντολή *Recode*) μίας εκ των δύο ποιοτικών μεταβλητών.

5.2 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και την τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση

Στην ενότητα αυτή θα προσπαθήσουμε να ελέγξουμε εάν και κατά πόσο, σε ποιο δηλαδή βαθμό, εξαρτώνται η μεταβλητή *eurodcat* και βασικές μεταβλητές που αφορούν στο τρέχον επάγγελμα των ερωτηθέντων. Με άλλα λόγια, θα προσπαθήσουμε να διαπιστώσουμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται ή όχι από ορισμένες μεταβλητές εργασίας.

5.2.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών *eurodcat* και *cjs*

Όπως αναφέραμε νωρίτερα, προτού προχωρήσουμε στην εφαρμογή του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, καλό θα ήταν να διατυπώσουμε τον έλεγχο υποθέσεων που θα πραγματοποιήσουμε. Έτσι λοιπόν, ο έλεγχος υποθέσεων για τις δύο μεταβλητές που επιλέξαμε, διατυπώνεται ως εξής

H_0 : Οι μεταβλητές *eurodcat* και *cjs* είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές *eurodcat* και *cjs* δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Ο πίνακας Chi-Square Tests που ακολουθεί, είναι εκείνος που μας πληροφορεί για το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Όπως μπορούμε να δούμε, η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης (Στήλη *Asymptotic Significance 2-sided*) ισούται με 0 ($p\text{-value}=0,000$) και είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου, το οποίο θέσαμε ίσο με 0,05 ($\alpha=0,05$). Σε αυτή την περίπτωση η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Επομένως, οι μεταβλητές *eurodcat* και *cjs* δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Αυτό σημαίνει ότι η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από την τρέχουσα απασχόληση του ερωτηθέντα.

Πίνακας 5.2.1.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *cjs*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1045,819 ^a	5	,000
Likelihood Ratio	1020,051	5	,000
Linear-by-Linear Association	21,838	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	34500		
<i>a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 107,88.</i>			

Από τη στιγμή που διαπιστώσαμε ότι οι δύο μεταβλητές που εξετάζουμε έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους και δεν είναι ανεξάρτητες, θα προσπαθήσουμε να βρούμε το είδος της σχέσης που τις συνδέει. Αυτό θα το πετύχουμε μέσω του συντελεστή συνάφειας **Cramer's V**, ο οποίος είναι κατάλληλος για τη διερεύνηση της έντασης και της φύσης της σχέσης μίας ονομαστικής (*nominal*) και μίας διατάξιμης (*ordinal*) μεταβλητής που δεν διαθέτουν ίδιο αριθμό κατηγοριών. Για παράδειγμα, στην περίπτωση μας η μεταβλητή *eurodcat* είναι διατάξιμη και αποτελείται από 2 κατηγορίες, ενώ η μεταβλητή *cjs* είναι ονομαστική και αποτελείται από 6 κατηγορίες.

Πίνακας 5.2.1.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές *eurodcat* και *cjs*

Symmetric Measures			
		Value	Approximate Significance
<i>Nominal by Nominal</i>	Phi	,174	,000
	Cramer's V	,174	,000

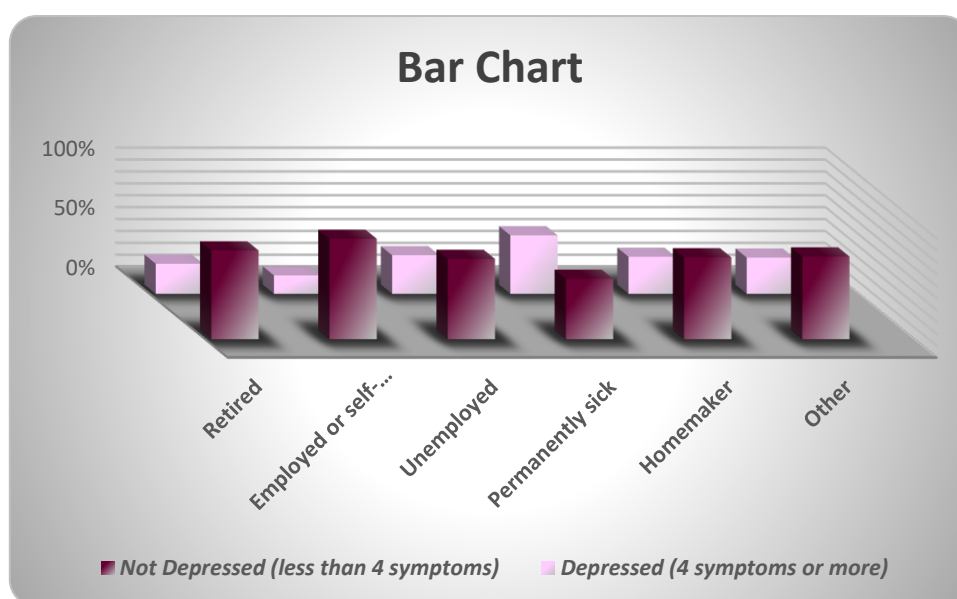
<i>N of Valid Cases</i>	34500
-------------------------	-------

Ο ανωτέρω πίνακας μας πληροφορεί ότι η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Cramer's V είναι ίση με 0,174. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των μεταβλητών μας, η οποία όμως δεν είναι ιδιαίτερα ισχυρή αν και στατιστικά σημαντική, δεδομένου ότι το p-value του συγκεκριμένου συντελεστή ισούται με μηδέν. Αναλυτικότερα, η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και cjs μας υποδεικνύει ότι η εμφάνιση ή όχι κατάθλιψης διαφοροποιείται ανάλογα με την εργασιακή κατάσταση του ερωτώμενου.

Πίνακας 5.2.1.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και cjs

			<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
<i>Current job situation</i>	Retired	<i>Count</i>	12849	4382	17231
		<i>% within Current job situation</i>	74,6%	25,4%	100,0%
	Employed or self-employed	<i>Count</i>	8374	1542	9916
		<i>% within Current job situation</i>	84,4%	15,6%	100,0%
	Unemployed	<i>Count</i>	612	295	907
		<i>% within Current job situation</i>	67,5%	32,5%	100,0%
	Permanently sick	<i>Count</i>	701	680	1381
		<i>% within Current job situation</i>	50,8%	49,2%	100,0%
	Homemaker	<i>Count</i>	3181	1445	4626
		<i>% within Current job situation</i>	68,8%	31,2%	100,0%
	Other	<i>Count</i>	305	134	439
		<i>% within Current job situation</i>	69,5%	30,5%	100,0%
	<i>Total</i>	<i>Count</i>	26022	8478	34500
		<i>% within Current job situation</i>	75,4%	24,6%	100,0%

Διάγραμμα 5.2.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και cjs



Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον πίνακα 5.2.1.3 παρατηρείται ότι από το 100% των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι είναι μόνιμα ασθενείς ή ανάπηροι (*Permanently sick*), το 49,2%, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό, φαίνεται να εμφανίζει κλινική κατάθλιψη, ενώ το υπόλοιπο 50,8% δεν δείχνει να εμφανίζει κλινική κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι 1 στους 2 ερωτηθέντες που είναι μόνιμα ασθενής ή ανάπηρος, υποφέρει από κλινική κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό μας δείχνει ότι τα προβλήματα υγείας, είτε αυτά είναι σωματικά είτε ψυχικά, συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης. Όσον αφορά την κατηγορία των ανέργων (*Unemployed*) το 32,5%, ένα εξίσου υψηλό ποσοστό, υποφέρει από κατάθλιψη σε σύγκριση με το 67,5% που δεν πάσχει από κατάθλιψη. Σχετικά με την κατηγορία αυτή, μπορούμε να πούμε ότι το άγχος και τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από την απουσία ή την απώλεια δουλειάς, οδηγούν στην παρουσία της κατάθλιψης.

5.2.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep007

Συνεχίζουμε ελέγχοντας την ύπαρξη ή μη ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep007 (*currently more than one job*). Θέλουμε δηλαδή, στο σημείο αυτό, να ελέγξουμε εάν η ύπαρξη ή μη κατάθλιψης επηρεάζεται από το γεγονός ότι ο ερωτηθείς, εκτός από την κύρια εργασία του, διαθέτει ή όχι και μία δεύτερη. Ο έλεγχος υποθέσεων στον οποίο θα προχωρήσουμε, στη συγκεκριμένη περίπτωση, είναι ο εξής

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep007 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep007 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Ο πίνακας αποτελεσμάτων που λαμβάνουμε παρουσιάζεται ακολούθως

Πίνακας 5.2.2.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep007

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,184 ^a	1	,668		
Continuity Correction ^b	,139	1	,710		
Likelihood Ratio	,183	1	,669		
Fisher's Exact Test				,649	,351
Linear-by-Linear Association	,184	1	,668		
N of Valid Cases	9841				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 97,23.
b. Computed only for a 2x2 table

και όπως μπορούμε να δούμε, περιλαμβάνει τον ακριβή έλεγχο του Fisher (*Fisher's Exact Test*). Αυτό συμβαίνει διότι εξετάζουμε δύο ποιοτικές μεταβλητές, οι οποίες έχουν από δύο κατηγορίες η καθεμία. Κατά συνέπεια, ο πίνακας συνάφειας που πρόκειται να προκύψει θα είναι ένας πίνακας 2×2 . Σε περίπτωση που δεν ικανοποιούνται οι δύο τελευταίες από τις πέντε προαναφερθείσες προϋποθέσεις εφαρμογής του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, τότε δεν χρειάζεται να χρησιμοποιήσουμε το Pearson Chi-Square για να ελέγξουμε την ανεξαρτησία ανάμεσα στις μεταβλητές μας, αλλά αντιθέτως πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher. Ωστόσο, στην περίπτωσή μας ικανοποιούνται όλες οι παραδοχές εφαρμογής του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας και για αυτό βασιζόμαστε και ερμηνεύουμε το Pearson Chi-Square. Με άλλα λόγια, βασιζόμαστε στο χ^2 έλεγχο ανεξαρτησίας.

Παρατηρώντας λοιπόν την τιμή του, διαπιστώνουμε ότι πρέπει να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση, διότι το p-value ισούται με 0,668 σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, δηλαδή το p-value του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας που έχουμε ορίσει ($p\text{-value} = 0,668 > 0,005 = \alpha$). Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές eurodcat και ep007 είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, με αποτέλεσμα η παρουσία ή μη κλινικής κατάθλιψης να μην επηρεάζεται από το γεγονός ότι ο ερωτηθείς διαθέτει ή όχι δεύτερη δουλειά, εκτός της κύριας.

5.2.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep026

Ο επόμενος έλεγχος υποθέσεων στον οποίο θα προχωρήσουμε είναι ο ακόλουθος,

$$H_0 : \text{Οι μεταβλητές eurodcat και ep026 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους}$$

$$H_1 : \text{Οι μεταβλητές eurodcat και ep026 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους}$$

μέσω του οποίου θα ελέγξουμε εάν και κατά πόσο η μεταβλητή ep026 (*satisfied with (main) job*), εάν δηλαδή η ικανοποίηση που αποκομίζει ο ερωτώμενος από την επαγγελματική του κατάσταση, επιδρά ή όχι στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Τρέχοντας τον χ^2 στατιστικό έλεγχο ανεξαρτησίας, παρατηρούμε ότι η υπόθεση H_0 απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, αφού $p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$. Επομένως οι δύο μεταβλητές που εξετάζουμε έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους. Αυτό σημαίνει ότι η ύπαρξη ή μη κλινικής κατάθλιψης εξαρτάται από την ικανοποίηση που λαμβάνει ή δεν λαμβάνει ο ερωτηθέντας από το επάγγελμά του.

Πίνακας 5.2.3.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep026

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	204,448 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	184,194	3	,000
Linear-by-Linear Association	188,532	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	11000		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,35.

Ωστόσο, ποια είναι η σχέση που χαρακτηρίζει τις δύο αυτές μεταβλητές; Απάντηση στο ερώτημα αυτό θα δώσουν τα **διατακτικά μέτρα συνάφειας** που περιλαμβάνονται στον πίνακα 5.2.3.2. Αναλυτικότερα, τα διατακτικά μέτρα συνάφειας **Gamma**, **Kendall's tau-b** και **Kendall's tau-c** χρησιμοποιούνται, όπως δηλώνει και το όνομά τους, για την εύρεση της σχέσης που χαρακτηρίζει δύο διατάξιμες μεταβλητές, όπως είναι οι μεταβλητές eurodcat και ep026 που μας απασχολούν σε αυτήν την ενότητα.

Έτσι, σύμφωνα με τις τιμές των προαναφερθέντων συντελεστών συνάφειας, μπορούμε να πούμε ότι η σχέση που συνδέει τις μεταβλητές μας είναι θετική. Συνεπώς, αυξανόμενης της μεταβλητής «*Satisfied with (main) job*» από την κατηγορία 1 «*Strongly agree*» προς την κατηγορία 4 «*Strongly disagree*», αυξανόμενης δηλαδή της δυσαρέσκειας που νιώθει ο ερωτώμενος για τη δουλειά του, αναμένεται αύξηση της πιθανότητας να εμφανίσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, η ικανοποίηση ή μη που αποκομίζει το άτομο από την εργασία του συμβάλλει στην εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης. Παρατηρώντας προσεκτικά τις τιμές των διατακτικών μέτρων συνάφειας μπορούμε να πούμε ότι η συσχέτιση των μεταβλητών eurodcat και ep026 δεν είναι ισχυρή, αλλά αντιθέτως, φαίνεται να είναι μέτρια.

Πίνακας 5.2.3.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep026

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	,116	,009	12,100	,000
	Kendall's tau-c	,090	,007	12,100	,000
	Gamma	,286	,022	12,100	,000
<i>N of Valid Cases</i>		11000			

a. Not assuming the null hypothesis.

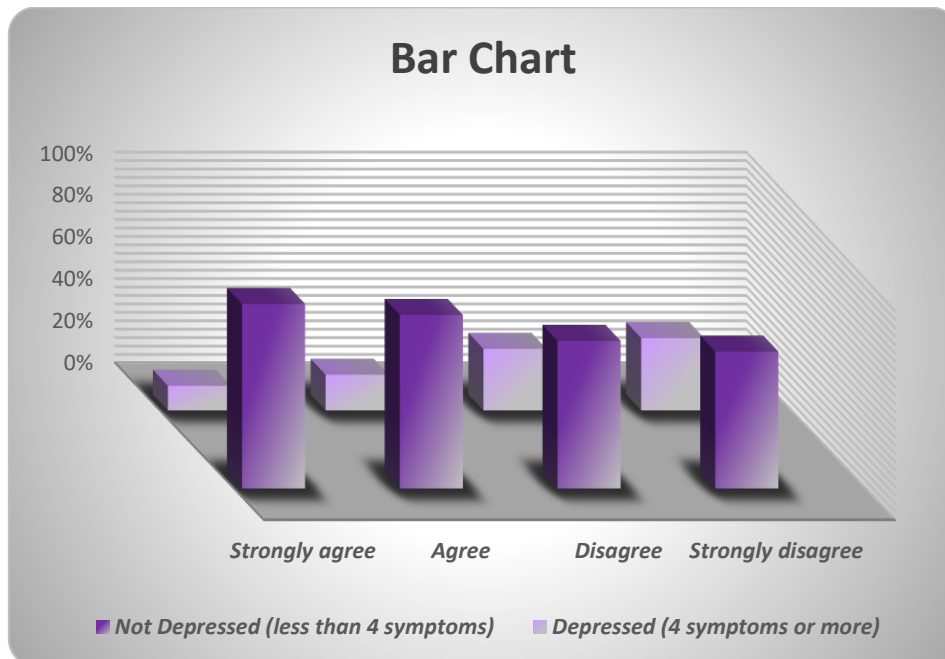
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Ιδιαίτερα, μέσω του πίνακα 5.2.3.3, παρατηρούμε ότι από το σύνολο των ατόμων, τα οποία δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένα με τη δουλειά τους (*Strongly disagree*), το 34,4% φαίνεται ότι πάσχει από κλινική κατάθλιψη συγκριτικά με το υπόλοιπο 65,6% που δεν φαίνεται να εμφανίζει κλινική κατάθλιψη. Αντίθετα, από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι λαμβάνουν αρκετή ευχαρίστηση από το επάγγελμά τους (*Strongly agree*), μόνο το 11,8% πάσχει από κατάθλιψη, με το υπόλοιπο 88,2% να μην εμφανίζει την εν λόγω ψυχιατρική νόσο.

Πίνακας 5.2.3.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep026*

		eurodcat		Total	
		Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)		
Satisfied with (main) job	Strongly agree	Count	4217	563	4780
		% within Satisfied with (main) job	88,2%	11,8%	100,0%
	Agree	Count	4449	912	5361
		% within Satisfied with (main) job	83,0%	17,0%	100,0%
	Disagree	Count	476	197	673
		% within Satisfied with (main) job	70,7%	29,3%	100,0%
	Strongly disagree	Count	122	64	186
		% within Satisfied with (main) job	65,6%	34,4%	100,0%
Total	Count	9264	1736	11000	
	% within Satisfied with (main) job	84,2%	15,8%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.3.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep026*



5.2.4 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep028

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep028 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep028 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Παραπάνω διατυπώσαμε τις υποθέσεις ελέγχου με τις οποίες θα ασχοληθούμε εν συνεχεία, εξετάζοντας εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από το εάν ο ερωτώμενος βρίσκεται ή όχι υπό διαρκή πίεση χρόνου εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας (*Time pressure due to a heavy workload in (main) job*).

Με βάση τους πίνακες 5.2.4.1 και 5.2.4.2 διαπιστώνουμε ότι, σύμφωνα με το p-value του X^2 στατιστικού ελέγχου, η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη διαρκή πίεση χρόνου που οφείλεται στον αυξημένο φόρτο εργασίας απορρίπτεται, εφόσον η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ισούται με 0 ($p\text{-value}=0,000$) και είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου, το οποίο θέσαμε ίσο με 0,05 ($\alpha=0,05$). Έτσι, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep028, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως αρνητική και ασθενής. Η πίεση δηλαδή χρόνου που μπορεί να υφίσταται ή να μην υφίσταται ένα άτομο επηρεάζει την εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης.

Πίνακας 5.2.4.1 Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep028

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	95,597 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	89,464	3	,000
Linear-by-Linear Association	63,902	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	10995		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 207,86.			

Πίνακας 5.2.4.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep028

Symmetric Measures

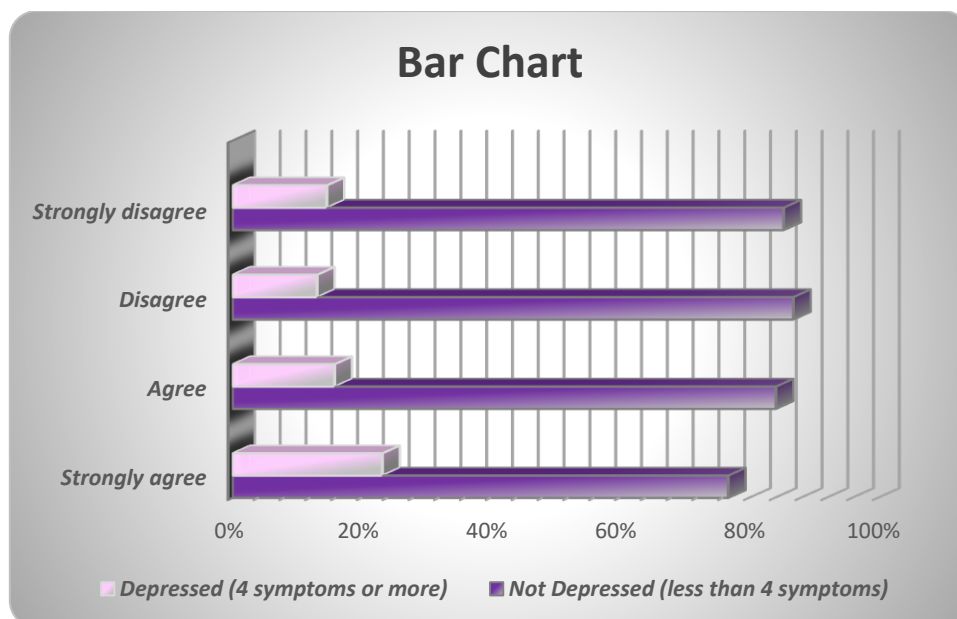
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	-,070	,009	-7,544	,000
	Kendall's tau-c	-,060	,008	-7,544	,000
	Gamma	-,159	,021	-7,544	,000
<i>N of Valid Cases</i>		10995			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Παρατηρώντας τον πίνακα 5.2.4.3 πληροφορούμαστε ότι οι ερωτώμενοι, οι οποίοι δεν βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου καθόσον ο φόρτος εργασίας τους δεν είναι ιδιαίτερος αυξημένος παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, τα οποία ισούνται με 13,1% για την κατηγορία *Disagree* και με 14,6% για την κατηγορία *Strongly disagree*. Αντιθέτως, όσοι ερωτώμενοι βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας φαίνεται ότι υποφέρουν από υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης που είναι ίσα με 15,8% για την κατηγορία *Agree* και 23,2% για την κατηγορία *Strongly agree*.

Πίνακας 5.2.4.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep028

		<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>	
		Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)		
<i>Time pressure due to a heavy workload in (main) job</i>	Strongly agree	<i>Count</i>	1326	400	1726
		<i>% within Time pressure due to a heavy workload in (main) job</i>	76,8%	23,2%	100,0%
	Agree	<i>Count</i>	3083	580	3663
		<i>% within Time pressure due to a heavy workload in (main) job</i>	84,2%	15,8%	100,0%
	Disagree	<i>Count</i>	3726	562	4288
		<i>% within Time pressure due to a heavy workload in (main) job</i>	86,9%	13,1%	100,0%
	Strongly disagree	<i>Count</i>	1126	192	1318
		<i>% within Time pressure due to a heavy workload in (main) job</i>	85,4%	14,6%	100,0%
<i>Total</i>	<i>Count</i>	9261	1734	10995	
	<i>% within Time pressure due to a heavy workload in (main) job</i>	84,2%	15,8%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.4.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep028



5.2.5 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep029

Διατυπώνεται ο ακόλουθος έλεγχος υποθέσεων

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep029 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep029 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

σύμφωνα με τον οποίο θα διερευνήσουμε εάν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την ελευθερία αποφάσεων που δίνεται ή μη στους ερωτώμενους σχετικά με το πώς θα κάνουν τη δουλειά τους (*Little freedom to decide how I do my work in (main) job*).

Παρακάτω παρουσιάζουμε τις παρατηρήσεις στις οποίες καταλήξαμε βασιζόμενοι στους πίνακες 5.2.5.1, 5.2.5.2 και 5.2.5.3:

- Δεδομένου ότι $p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$ τότε η H_0 απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές eurodcat και ep029 συσχετίζονται.
- Η μεταξύ τους σχέση μάλιστα φαίνεται ότι είναι αρνητική και ασθενής. Έτσι λοιπόν, καθώς αυξάνεται η μεταβλητή «*Little freedom to decide how I do my work in (main) job*» από την κατηγορία 1 «*Strongly agree*» προς την κατηγορία 4 «*Strongly disagree*», καθώς δηλαδή αυξάνεται η ελευθερία αποφάσεων που έχει ένας ερωτώμενος σχετικά με το πώς θα κάνει τη δουλειά του, αναμένεται μείωση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο ερωτώμενος αυτός, συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης.

- Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, μέσω του πίνακα συνάφειας των δύο μεταβλητών μας, παρατηρούμε ότι τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρουσιάζονται στους ερωτηθέντες, οι οποίοι δεν διαθέτουν καμία ελευθερία αποφάσεων ή διαθέτουν περιορισμένη ελευθερία αποφάσεων σχετικά με το πώς θα κάνουν τη δουλειά τους, με τα ποσοστά αυτά να αγγίζουν το 22,2% για την κατηγορία *Strongly agree* και το 18,9% για την κατηγορία *Agree*. Ωστόσο, μπορούμε να δούμε ότι τα άτομα, τα οποία διαθέτουν κάποια ελευθερία αποφάσεων, είτε αυτή είναι απεριόριστη είτε περιορίζεται σε μικρό βαθμό, όσον αφορά στον τρόπο με τον οποίο θα κάνουν τη δουλειά τους εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά κλινικής κατάθλιψης. Τα συγκεκριμένα ποσοστά είναι ίσα με 14,6% για την κατηγορία *Disagree* και με 13,7% για την κατηγορία *Strongly disagree*. Πράγματι, εάν παρατηρήσουμε τη στήλη όπου αναγράφονται τα ποσοστά των ατόμων που δεν πάσχουν από κλινική κατάθλιψη, θα διαπιστώσουμε ότι από την εν λόγω κατηγορία ατόμων, εκείνα που δεν διαθέτουν καμία ελευθερία αποφάσεων ή διαθέτουν περιορισμένη ελευθερία αποφάσεων αγγίζουν το 77,8% για την κατηγορία *Strongly agree* και το 81,1% για την κατηγορία *Agree*, ενώ όσα άτομα διαθέτουν κάποια ελευθερία αποφάσεων για το πώς θα κάνουν τη δουλειά τους φτάνουν το 85,4% για την κατηγορία *Disagree* και το 86,3% για την κατηγορία *Strongly Disagree*. Συμπερασματικά, είναι εμφανές ότι η έλλειψη ελευθερίας αποφάσεων στον εργασιακό χώρο είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.

Πίνακας 5.2.5.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep029*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	60,562 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	57,562	3	,000
Linear-by-Linear Association	53,632	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	10998		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 147,95.			

Πίνακας 5.2.5.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep029*

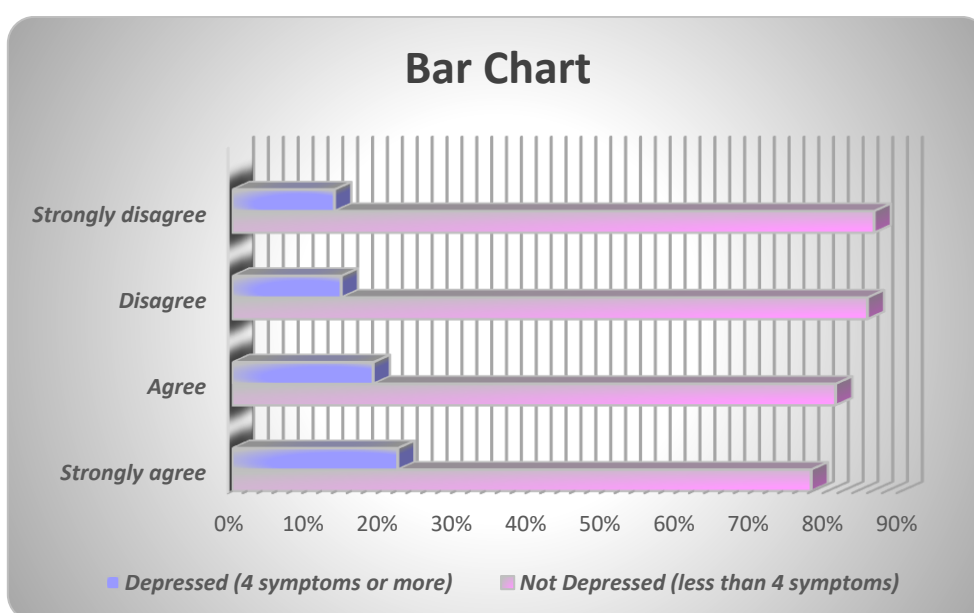
Symmetric Measures				
	Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance

Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,061	,009	-6,660	,000
	Kendall's tau-c	-,052	,008	-6,660	,000
	Gamma	-,140	,021	-6,660	,000
N of Valid Cases		10998			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Πίνακας 5.2.5.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep029

			eurodcat		Total
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
Little freedom to decide how I do my work in (main) job	Strongly agree	Count	731	209	940
		% within Little freedom to decide how I do my work in (main) job	77,8%	22,2%	100,0%
	Agree	Count	1617	377	1994
		% within Little freedom to decide how I do my work in (main) job	81,1%	18,9%	100,0%
	Disagree	Count	4060	692	4752
		% within Little freedom to decide how I do my work in (main) job	85,4%	14,6%	100,0%
	Strongly disagree	Count	2859	453	3312
		% within Little freedom to decide how I do my work in (main) job	86,3%	13,7%	100,0%
Total	Count	9267	1731	10998	
	% within Little freedom to decide how I do my work in (main) job	84,3%	15,7%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.5.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep029



5.2.6 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep030

Στο σημείο αυτό, θα ελέγξουμε σε επίπεδο σημαντικότητας 5% εάν η κατάθλιψη σχετίζεται με το εάν οι ερωτηθέντες έχουν ή όχι τη δυνατότητα να αναπτύξουν νέες δεξιότητες στον τρέχον επαγγελματικό τους περιβάλλον. Διαφορετικά, επιθυμούμε να ελέγξουμε εάν και σε τι βαθμό σχετίζονται οι μεταβλητές eurodcat και ep030 (*Opportunity to develop new skills in (main) job*). Οι υποθέσεις του ελέγχου στον οποίο θα προχωρήσουμε είναι οι εξής,

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep030 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep030 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

ενώ τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε με γνώμονα τους πίνακες 5.2.6.1, 5.2.6.2 και 5.2.6.3 παρουσιάζονται ακολούθως.

Αρχικά, μέσω του πίνακα 5.2.6.1, διαπιστώνουμε ότι οι μεταβλητές που εξετάζουμε δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Εφόσον το p-value του χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας ισούται με 0,000 και είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας που θέσαμε ($\alpha=0,05$), τότε η μηδενική υπόθεση που προηγουμένως διατυπώσαμε απορρίπτεται.

Πίνακας 5.2.6.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep030

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	71,889 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	68,985	3	,000
Linear-by-Linear Association	64,304	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	10984		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 153,97.

Στη συνέχεια και βάσει του πίνακα 5.2.6.2, βλέπουμε ότι η σχέση που συνδέει τις μεταβλητές eurodcat και ep030 είναι θετική, αλλά ασθενής. Αυτό σημαίνει ότι πιθανή μείωση της μεταβλητής «*Opportunity to develop new skills in (main) job*» από την κατηγορία 4 «*Strongly disagree*» προς την κατηγορία 1 «*Strongly agree*», πιθανή δηλαδή αύξηση των ευκαιριών που παρέχονται σε έναν ερωτώμενο με σκοπό να αναπτύξει νέες ικανότητες ή δεξιότητες στον εργασιακό του χώρο, αναμένεται να οδηγήσει σε μείωση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, κλινική κατάθλιψη.

Πίνακας 5.2.6.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep030

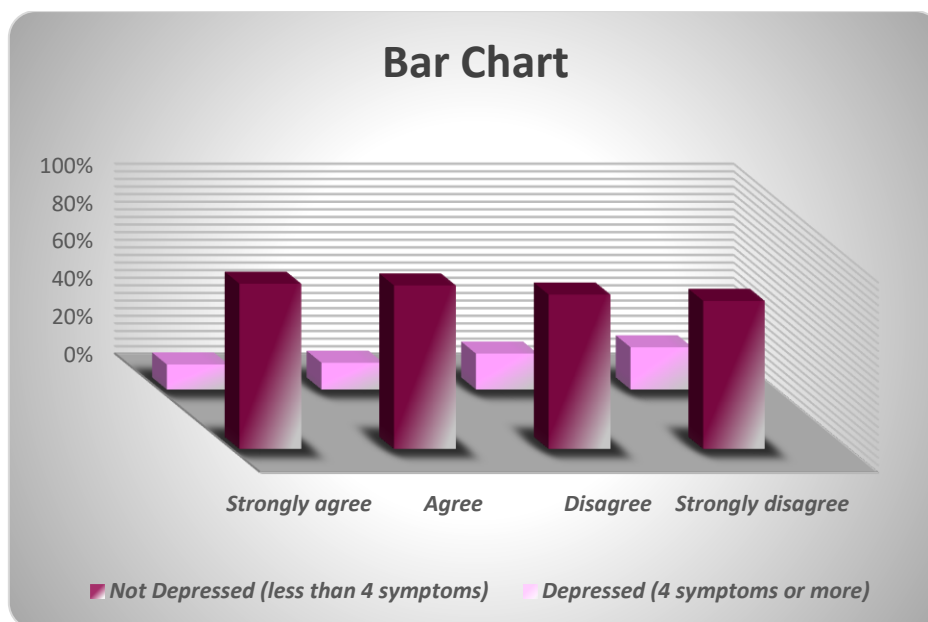
Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,070	,009	7,613	,000
	Kendall's tau-c	,059	,008	7,613	,000
	Gamma	,161	,021	7,613	,000
N of Valid Cases		10984			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Τέλος, παρατηρώντας τον πίνακα 5.2.6.3, καταλήγουμε στα εξής: Τα ποσοστά των ερωτηθέντων, οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη και δεν τους παρέχονται ευκαιρίες για να αναπτύξουν νέες δεξιότητες και να εξελιχθούν, κατά συνέπεια, περαιτέρω στην εργασία τους είναι μικρότερα συγκριτικά με τα ποσοστά των ερωτηθέντων, οι οποίοι πάσχουν επίσης από κατάθλιψη και δεν τους δίνεται καμία ευκαιρία ή τους δίνονται ελάχιστες ευκαιρίες προκειμένου να αναπτύξουν νέες ικανότητες. Αναλυτικότερα, τα ποσοστά των ατόμων, τα οποία πάσχουν από κλινική κατάθλιψη, αλλά έχουν παράλληλα τη δυνατότητα να εξελίξουν τις δεξιότητές τους στον εργασιακό τους χώρο φτάνουν το 13,2% για την κατηγορία *Strongly agree* και το 14,1% για την κατηγορία *Agree*, ενώ τα ποσοστά των ατόμων που δεν έχουν καμία ευκαιρία ή τους δίνονται ελάχιστες ευκαιρίες προκειμένου να αναπτύξουν τις ικανότητές τους και ταυτόχρονα υποφέρουν από κλινική κατάθλιψη αγγίζουν το 18,9% για την κατηγορία *Disagree* και το 22,2% για την κατηγορία *Strongly disagree*.

Πίνακας 5.2.6.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep030

			eurodcat		Total
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
Opportunity to develop new skills in (main) job	Strongly agree	Count	1985	301	2286
		% within Opportunity to develop new skills in (main) job	86,8%	13,2%	100,0%
	Agree	Count	4459	734	5193
		% within Opportunity to develop new skills in (main) job	85,9%	14,1%	100,0%
	Disagree	Count	2049	479	2528
		% within Opportunity to develop new skills in (main) job	81,1%	18,9%	100,0%
	Strongly disagree	Count	760	217	977
		% within Opportunity to develop new skills in (main) job	77,8%	22,2%	100,0%
Total	Count	9253	1731	10984	
	% within Opportunity to develop new skills in (main) job	84,2%	15,8%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.6.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep030



5.2.7 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep031

Ο επόμενος έλεγχος υποθέσεων με τον οποίο θα ασχοληθούμε, διατυπώνεται ως εξής

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep031 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep031 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

και θα μας βοηθήσει να διαπιστώσουμε εάν η ύπαρξη ή μη επαρκούς υποστήριξης σε δύσκολες καταστάσεις (*Receive support in difficult situations in (main) job*) επηρεάζει ή όχι την εμφάνιση συμπτωμάτων κλινικής κατάθλιψης.

Σύμφωνα λοιπόν με τους πίνακες 5.2.7.1 και 5.2.7.2, διαπιστώνουμε ότι οι μεταβλητές eurodcat και ep031 έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους, αφού $p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε την H_0 . Πιο συγκεκριμένα, η σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών φαίνεται ότι είναι θετική μεν, ασθενής δε. Το γεγονός αυτό μας δείχνει ότι αυξανόμενης της μεταβλητής «*Receive support in difficult situations in (main) job*» από την κατηγορία 1 «*Strongly agree*» προς την κατηγορία 4 «*Strongly disagree*», μειούμενης δηλαδή της υποστήριξης που παρέχεται σε έναν ερωτώμενο με σκοπό να αντιμετωπίσει τις δύσκολες καταστάσεις που παρουσιάζονται στο εργασιακό του περιβάλλον, αναμένεται αύξηση της πιθανότητας να εμφανίσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης. Με άλλα λόγια η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται εν τέλει, από την ύπαρξη ή μη επαρκούς υποστήριξης σε δύσκολες επαγγελματικές καταστάσεις.

Το ανωτέρω συμπέρασμα μάλιστα, επιβεβαιώνεται και από τον πίνακα 5.2.7.3 από τον οποίο βλέπουμε ότι όσοι ερωτηθέντες δεν διαθέτουν καμία υποστήριξη ή διαθέτουν ελάχιστη υποστήριξη σε δύσκολες καταστάσεις που παρουσιάζονται στην εργασία τους, εμφανίζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, τα οποία αγγίζουν το 19,6% για την κατηγορία *Disagree* και το 25,2% για την κατηγορία *Strongly disagree*. Εν αντιθέσει, οι ερωτώμενοι, οι οποίοι διαθέτουν επαρκή υποστήριξη σε δύσκολες καταστάσεις φαίνεται ότι εμφανίζουν κλινική κατάθλιψη σε μικρότερα ποσοστά. Τα ποσοστά αυτά αγγίζουν το 13,4% για την κατηγορία *Strongly agree* και το 13,9% για την κατηγορία *Agree*. Συνεπώς μπορούμε να πούμε ότι η ανυπαρξία επαρκούς υποστήριξης στον εργασιακό χώρο όσον αφορά στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, επηρεάζει την παρουσία κλινικής κατάθλιψης.

Πίνακας 5.2.7.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep031*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	100,996 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	94,022	3	,000
Linear-by-Linear Association	82,919	1	,000
N of Valid Cases	10939		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 121,42.			

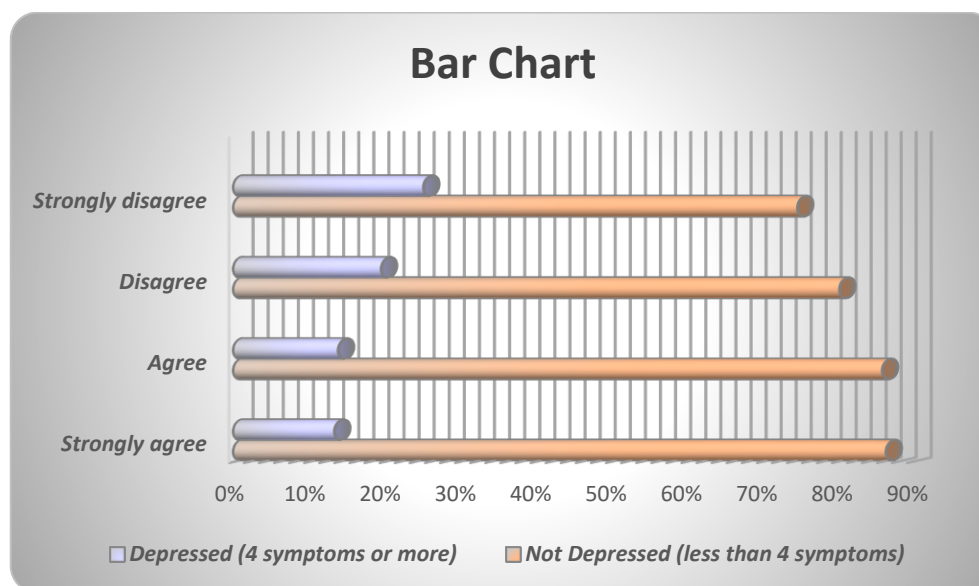
Πίνακας 5.2.7.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep031*

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,077	,009	8,198	,000
	Kendall's tau-c	,063	,008	8,198	,000
	Gamma	,182	,022	8,198	,000
N of Valid Cases		10939			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Πίνακας 5.2.7.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep031

			eurodcat		Total
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
Receive support in difficult situations in (main) job	Strongly agree	Count	1798	279	2077
		% within Receive support in difficult situations in (main) job	86,6%	13,4%	100,0%
	Agree	Count	5039	812	5851
		% within Receive support in difficult situations in (main) job	86,1%	13,9%	100,0%
	Disagree	Count	1801	440	2241
		% within Receive support in difficult situations in (main) job	80,4%	19,6%	100,0%
	Strongly disagree	Count	576	194	770
		% within Receive support in difficult situations in (main) job	74,8%	25,2%	100,0%
Total	Count	9214	1725	10939	
	% within Receive support in difficult situations in (main) job	84,2%	15,8%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.7.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep031



5.2.8 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep033

Ακολούθως θα εξετάσουμε την ύπαρξη ή όχι συσχέτισης ανάμεσα στη μεταβλητή eurodcat και τη μεταβλητή ep033 (*Salary or earnings are adequate in (main) job*) με τη βοήθεια του χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας, του οποίου οι υποθέσεις παρουσιάζονται παρακάτω

H_0 : Οι μεταβλητές *eurodcat* και *ep033* είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
 H_1 : Οι μεταβλητές *eurodcat* και *ep033* δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Σκοπός μας είναι να διαπιστώσουμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης εξαρτάται από το εάν οι μισθοί ή οι αποδοχές των ερωτηθέντων ανταποκρίνονται ή όχι στις προσπάθειες και τα επιτεύγματά τους.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα Chi-Square Tests, οι δύο μεταβλητές που εξετάζουμε έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους κι αυτό διότι, παρατηρώντας την τιμή του p-value του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 , η οποία είναι μικρότερη του επιπέδου σημαντικότητας που ορίσαμε ($p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$), καταλήγουμε στο ότι πρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση. Η σχέση μάλιστα που χαρακτηρίζει τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep033*, σύμφωνα με τα διατακτικά μέτρα συνάφειας που περιλαμβάνονται στον πίνακα 5.2.8.2, είναι θετική, αλλά ασθενής. Συνεπώς το γεγονός ότι ο μισθός ή οι αποδοχές του ερωτώμενου δεν ανταποκρίνονται στις προσπάθειες και τα επιτεύγματά του στον τρέχοντα εργασιακό του χώρο επηρεάζει το ενδεχόμενο να παρουσιάσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, κλινική κατάθλιψη.

Πίνακας 5.2.8.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep033*

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	144,610 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	135,244	3	,000
Linear-by-Linear Association	131,254	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	10973		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 197,21.			

Πίνακας 5.2.8.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep033*

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	,099	,009	10,710	,000
	Kendall's tau-c	,083	,008	10,710	,000
	Gamma	,229	,020	10,710	,000
<i>N of Valid Cases</i>		10973			
a. Not assuming the null hypothesis.					

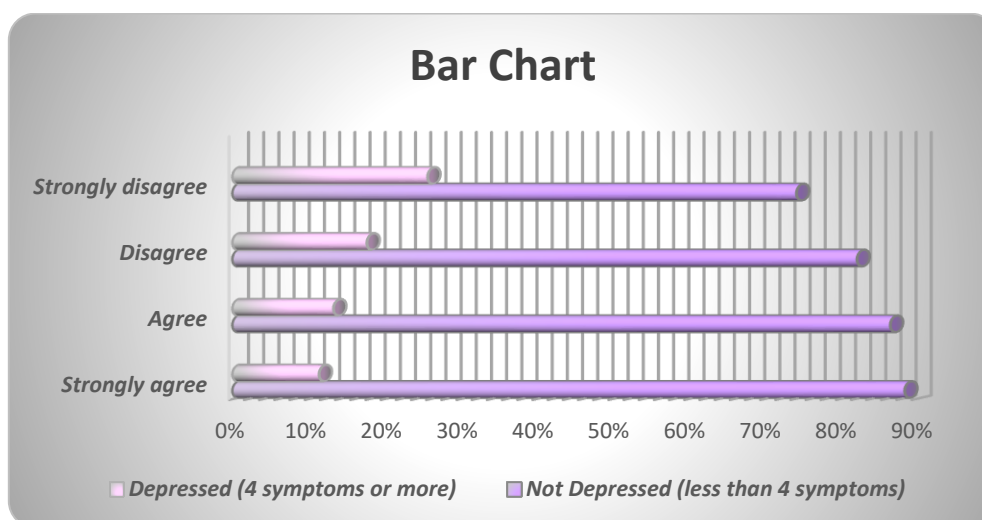
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Βάσει του πίνακα 5.2.8.3 βλέπουμε ότι τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης χαρακτηρίζουν τα άτομα των οποίων οι μισθοί ή οι αποδοχές δεν ανταποκρίνονται στις προσπάθειες και τα επιτεύγματά τους στον τρέχοντα εργασιακό χώρο. Τα ποσοστά αυτά αγγίζουν το 17,7% για την κατηγορία *Disagree* και το 25,7% για την κατηγορία *Strongly disagree*. Εν αντιθέσει, τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρουσιάζονται στα άτομα εκείνα, των οποίων οι μισθοί ή οι αποδοχές ανταποκρίνονται στις προσπάθειες και τα επιτεύγματά τους. Τα εν λόγω ποσοστά φτάνουν το 11,4% για την κατηγορία *Strongly agree* και το 13,3% για την κατηγορία *Agree*.

Πίνακας 5.2.8.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep033*

			<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
<i>Salary or earnings are adequate in (main) job</i>	Strongly agree	<i>Count</i>	1137	146	1283
		<i>% within Salary or earnings are adequate in (main) job</i>	88,6%	11,4%	100,0%
	Agree	<i>Count</i>	4492	689	5181
		<i>% within Salary or earnings are adequate in (main) job</i>	86,7%	13,3%	100,0%
	Disagree	<i>Count</i>	2683	578	3261
		<i>% within Salary or earnings are adequate in (main) job</i>	82,3%	17,7%	100,0%
	Strongly disagree	<i>Count</i>	927	321	1248
		<i>% within Salary or earnings are adequate in (main) job</i>	74,3%	25,7%	100,0%
Total	<i>Count</i>	9239	1734	10973	
	<i>% within Salary or earnings are adequate in (main) job</i>	84,2%	15,8%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.8.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές *eurodcat* και *ep033*



5.2.9 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και ep036

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep036 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και ep036 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Ο ανωτέρω έλεγχος υποθέσεων αποσκοπεί στο να ελέγξουμε εάν η επιθυμία ή όχι για πρόωρη συνταξιοδότηση (*Look for early retirement in (main) job*) συμβάλει στην εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης.

Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε μέσω των πινάκων 5.2.9.1, 5.2.9.2 και 5.2.9.3 παρουσιάζονται ακολούθως:

- Αρχικά, παρατηρούμε ότι στον πίνακα 5.2.9.1 περιλαμβάνεται ο ακριβής έλεγχος του Fisher (*Fisher's Exact Test*), αφού οι μεταβλητές που εξετάζουμε είναι και οι δύο ποιοτικές, ενώ διαθέτουν από δύο κατηγορίες η καθεμία, με αποτέλεσμα ο πίνακας συνάφειας που θα προκύψει να είναι ένας πίνακας 2×2 . Όπως όμως έχουμε αναφέρει και προηγουμένως, σε περίπτωση που δεν ικανοποιούνται δύο από τις πέντε προϋποθέσεις εφαρμογής του X^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, όταν δηλαδή η μικρότερη αναμενόμενη συχνότητα στα κελιά είναι μικρότερη του 1 και όταν τα κελιά που έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη ή ίση από 5 ξεπερνούν το 20%, τότε δεν πρέπει να χρησιμοποιήσουμε το Pearson Chi-Square για να ελέγξουμε την ανεξαρτησία ανάμεσα στις μεταβλητές μας, αλλά αντιθέτως πρέπει να χρησιμοποιήσουμε τον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher. Ωστόσο, στην περίπτωσή μας ικανοποιούνται όλες οι παραδοχές εφαρμογής του X^2 ελέγχου ανεξαρτησίας και για αυτό βασιζόμαστε και ερμηνεύουμε το Pearson Chi-Square. Με άλλα λόγια, βασιζόμαστε στο X^2 έλεγχο ανεξαρτησίας, του οποίου το p-value ισούται με 0, όντας μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου ($p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$). Επομένως οι μεταβλητές eurodcat και ep036 δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες, αλλά συσχετίζονται.
- Στη συνέχεια, βλέποντας τον πίνακα 5.2.9.2 διαπιστώνουμε ότι σύμφωνα με τις τιμές των διατακτικών μέτρων συνάφειας, η σχέση που συνδέει τις μεταβλητές που εξετάζουμε είναι αρνητική και ασθενής. Αυτό σημαίνει ότι πιθανή μείωση της μεταβλητής «*Look for early retirement in (main) job*» από την κατηγορία 5 «*No*» προς την κατηγορία 1 «*Yes*», πιθανή δηλαδή επιθυμία του ερωτώμενου να συνταξιοδοτηθεί πρόωρα από το τρέχον επάγγελμα, αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης. Διαφορετικά, η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από την επιθυμία να συνταξιοδοτηθεί ή όχι πρόωρα ο ερωτηθέντας από το τρέχον επάγγελμα.

- Τέλος, σύμφωνα με τον πίνακα 5.2.9.3, είναι εμφανές ότι τα άτομα που θέλουν να λάβουν πρόωρα σύνταξη ώστε να φύγουν από την τρέχουσα εργασία τους παρουσιάζουν κλινική κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τα άτομα που δεν επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα. Πιο συγκεκριμένα, το 20,1% των ατόμων που υποφέρει από κατάθλιψη, επιθυμεί να συνταξιοδοτηθεί πρόωρα, ενώ το ποσοστό αυτό για τα άτομα που δεν θέλουν να λάβουν πρόωρα σύνταξη, αλλά αντιθέτως επιθυμούν να συνεχίζουν να εργάζονται, αγγίζει μόλις το 12,1%.

Πίνακας 5.2.9.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και ep036

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	116,184 ^a	1	.000		
Continuity Correction^b	115,579	1	,000		
Likelihood Ratio	115,156	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	116,172	1	,000		
<i>N of Valid Cases</i>	9774				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 662,40.					
b. Computed only for a 2x2 table					

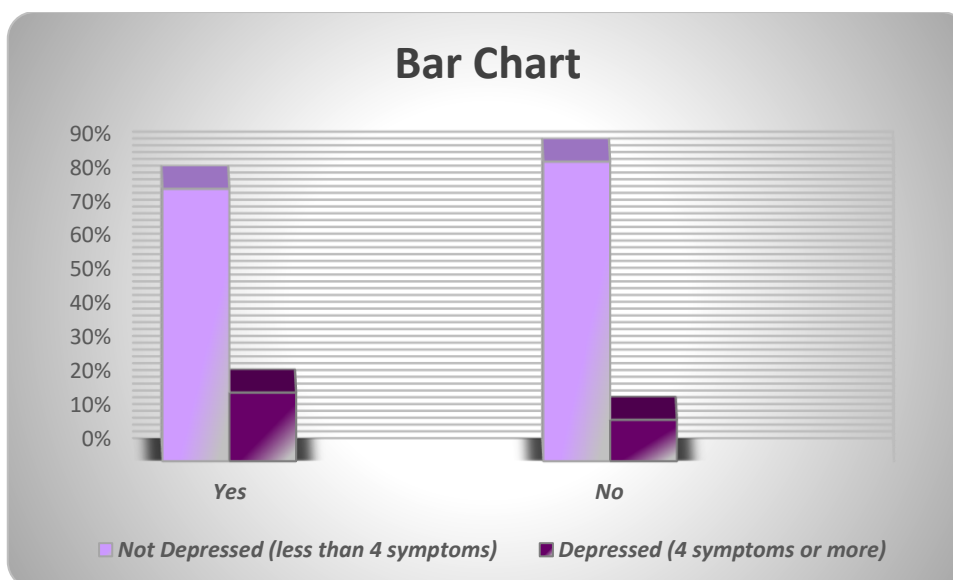
Πίνακας 5.2.9.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και ep036

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	-,109	,010	-10,557	,000
	Kendall's tau-c	-,078	,007	-10,557	,000
	Gamma	-,292	,026	-10,557	,000
<i>N of Valid Cases</i>		9774			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Πίνακας 5.2.9.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και ep036

			eurodcat		Total
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
Look for early retirement in (main) job	Yes	Count	3397	854	4251
		% within Look for early retirement in (main) job	79,9%	20,1%	100,0%
	No	Count	4854	669	5523
		% within Look for early retirement in (main) job	87,9%	12,1%	100,0%
Total	Count	8251	1523	9774	
	% within Look for early retirement in (main) job	84,4%	15,6%	100,0%	

Διάγραμμα 5.2.9.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και ep036



Κλείνοντας την ενότητα στην οποία εξετάσαμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται ή μη από κάποιες βασικές μεταβλητές εργασίας, μεταβλητές δηλαδή που αναφέρονται στο τρέχον επάγγελμα των ερωτηθέντων, διαπιστώσαμε ότι υπάρχει, εν τέλει, κάποια σχέση μεταξύ των προαναφερθέντων μεταβλητών, η οποία άλλοτε είναι θετική και άλλοτε αρνητική, αλλά πάντα ασθενής. Η ένταση δηλαδή της σχέσης ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις μεταβλητές εργασίας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί σε καμία περίπτωση ως ισχυρή, αλλά αντιθέτως μπορεί να χαρακτηριστεί ως αδύναμη αν και είναι σε όλες τις περιπτώσεις στατιστικά σημαντική. Τέλος, παρατηρήσαμε ότι μόνο μία μεταβλητή και πιο συγκεκριμένα η μεταβλητή ep007 (*Currently more than one job*) δεν εμφανίζει κανενός είδους συσχέτιση με τη μεταβλητή eurodcat, γεγονός που καθιστά τις δυο αυτές μεταβλητές ανεξάρτητες, υποδεικνύοντάς μας ότι η παρουσία ή μη κλινικής κατάθλιψης δεν επηρεάζεται από το γεγονός ότι ο ερωτώμενος διαθέτει ή όχι δεύτερη δουλειά, πλην της κύριας.

5.3 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τη νοσηρότητα

Η συγκεκριμένη ενότητα στοχεύει στον έλεγχο ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ της μεταβλητής eurodcat και βασικών μεταβλητών που αφορούν στην υγεία των ερωτηθέντων. Με άλλα λόγια, σκοπεύουμε να διερευνήσουμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται ή μη από ορισμένες μεταβλητές νοσηρότητας.

5.3.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και sphus

Παρακάτω διατυπώνουμε τον έλεγχο υποθέσεων για τις μεταβλητές eurodcat και sphus (*Self-perceived health – US scale*), τη σχέση των οποίων θα ελέγξουμε σε αυτήν την υπο-ενότητα.

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και sphus είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και sphus δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Παρατηρώντας τον πίνακα 5.3.1.1 βλέπουμε ότι η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης (Στήλη *Asymptotic Significance 2-sided*) ισούται με 0 ($p\text{-value}=0,000$) και είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου, το οποίο θέσαμε ίσο με 0,05 ($\alpha=0,05$). Σε αυτή την περίπτωση λοιπόν η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Επομένως, οι μεταβλητές eurodcat και sphus δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Αυτό σημαίνει ότι η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από την άποψη που έχουν διαμορφώσει οι ερωτώμενοι σχετικά με το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται τόσο η σωματική όσο και η ψυχική τους υγεία .

Πίνακας 5.3.1.1 Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και sphus

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5348,192 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	5133,902	4	,000
Linear-by-Linear Association	4604,272	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	34734		
<i>a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 789,67.</i>			

Ποια είναι, όμως, η σχέση που χαρακτηρίζει τις δύο αυτές μεταβλητές; Απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα θα μας βοηθήσει να δώσουμε ο πίνακας 5.3.1.2, βάσει του οποίου

μπορούμε να πούμε ότι η σχέση που συνδέει τις μεταβλητές μας είναι θετική. Συνεπώς, αυξανόμενης της μεταβλητής «*Self-perceived health – US scale*» από την κατηγορία 1 «*Excellent*» προς την κατηγορία 5 «*Poor*», αυξανόμενης δηλαδή της άσχημης αντίληψης που έχει διαμορφώσει ο ερωτώμενος για τη σωματική και ψυχική του υγεία, αναμένεται αύξηση της πιθανότητας να εμφανίσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, ο τρόπος με τον οποίο αξιολογεί ο ερωτώμενος τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική του υγεία επηρεάζει την εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης. Παρατηρώντας μάλιστα προσεκτικά τις τιμές των διατακτικών μέτρων συνάφειας του πίνακα 5.3.1.2 θα λέγαμε ότι η συσχέτιση των μεταβλητών *eurodcat* και *sphus* δεν είναι ασθενής, αλλά αντιθέτως, φαίνεται να είναι καλή.

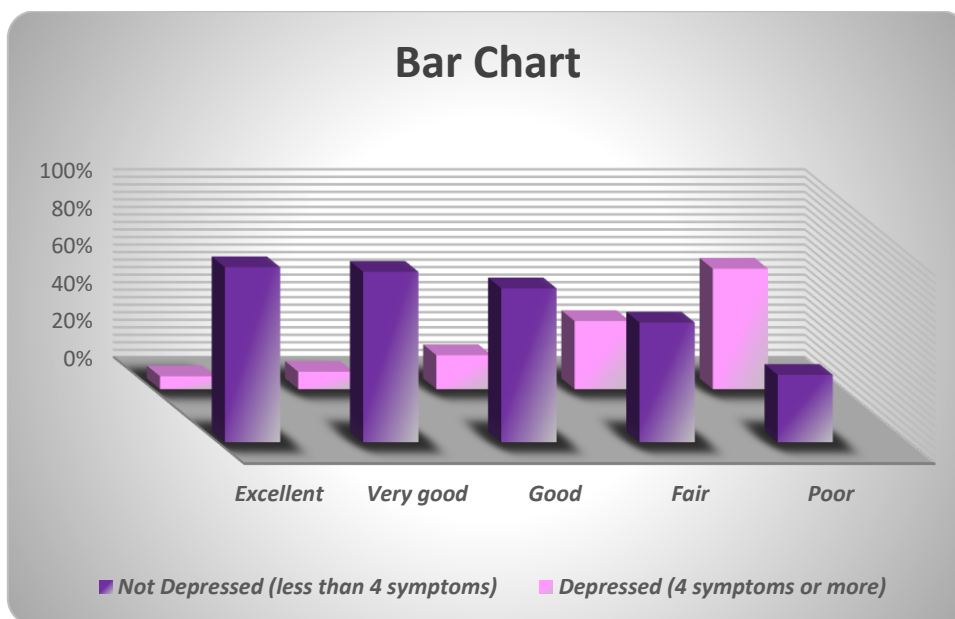
Πίνακας 5.3.1.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές *eurodcat* και *sphus*

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	,331	,004	70,182	,000
	Kendall's tau-c	,331	,005	70,182	,000
	Gamma	,599	,007	70,182	,000
<i>N of Valid Cases</i>		34734			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Πίνακας 5.3.1.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *sphus*

			<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>
			Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
<i>Self-perceived health - US scale</i>	Excellent	<i>Count</i>	2979	220	3199
		<i>% within Self-perceived health - US scale</i>	93,1%	6,9%	100,0%
	Very good	<i>Count</i>	5947	611	6558
		<i>% within Self-perceived health - US scale</i>	90,7%	9,3%	100,0%
	Good	<i>Count</i>	10509	2316	12825
		<i>% within Self-perceived health - US scale</i>	81,9%	18,1%	100,0%
	Fair	<i>Count</i>	5419	3093	8512
		<i>% within Self-perceived health - US scale</i>	63,7%	36,3%	100,0%
	Poor	<i>Count</i>	1306	2334	3640
		<i>% within Self-perceived health - US scale</i>	35,9%	64,1%	100,0%
	<i>Total</i>	<i>Count</i>	26160	8574	34734
		<i>% within Self-perceived health - US scale</i>	75,3%	24,7%	100,0%

Διάγραμμα 5.3.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και sphus



Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον πίνακα 5.3.1.3 είναι εμφανές ότι τα άτομα, τα οποία έχουν διαμορφώσει κακή αντίληψη για την κατάσταση της σωματικής και της ψυχικής τους υγείας διαθέτουν ένα αρκετά μεγάλο προβάδισμα όσον αφορά στην εμφάνιση της κλινικής κατάθλιψης. Ειδικότερα, το 64,1% των ερωτηθέντων που νοσεί από κλινική κατάθλιψη, αξιολόγησε ως κακή (*Poor*) τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική του υγεία, ενώ το ποσοστό αυτό για τους ερωτηθέντες που αξιολόγησαν ως άριστη (*Excellent*) τη σωματική και ψυχική τους υγεία, αγγίζει μόλις το 6,9%. Αναμφίβολα λοιπόν ο τρόπος με τον οποίο οι ερωτηθέντες αξιολογούν την υγεία τους επηρεάζει, και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό, την εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης.

5.3.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και chronic_1

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και chronic_1 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και chronic_1 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Παραπάνω διατυπώσαμε τις υποθέσεις ελέγχου με τις οποίες θα ασχοληθούμε εν συνεχεία, εξετάζοντας εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από τον εάν ο ερωτώμενος έχει λιγότερα ή περισσότερα από δύο χρόνια νοσήματα (*Less than 2 or more than 2 chronic diseases*).

Με βάση τους πίνακες 5.3.2.1 και 5.3.2.2 διαπιστώνουμε ότι, σύμφωνα με το p-value του χ^2 στατιστικού ελέγχου, η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας ανάμεσα στην κατάθλιψη και τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, ο οποίος είναι είτε μεγαλύτερος είτε μικρότερος του 2, που

ταλαιπωρούν ή όχι τους ερωτώμενους απορρίπτεται, εφόσον η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ισούται με 0 ($p\text{-value}=0,000$) και είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου, το οποίο θέσαμε ίσο με 0,05 ($\alpha=0,05$)¹. Έτσι, φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και chronic_1, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως θετική και μέτρια. Αυτό σημαίνει ότι, αυξανόμενης της μεταβλητής «Less than 2 or more than 2 chronic diseases» από την κατηγορία 1 «Less than 2 diseases» προς την κατηγορία 2 «2+ chronic diseases», αυξανόμενων δηλαδή των χρόνιων ασθενειών από τις οποίες νοσεί ο ερωτώμενος, αναμένεται αύξηση της πιθανότητας να εμφανίσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, κλινική κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, το αν ο ερωτώμενος πάσχει από 2 ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες φαίνεται ότι επηρεάζει το ενδεχόμενο να παρουσιάσει περισσότερα συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης και κατά συνέπεια να έχει υψηλότερη τιμή στην κλίμακα της κατάθλιψης.

Πίνακας 5.3.2.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και chronic_1

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1672,196 ^a	1	,000		
Continuity Correction^b	1671,170	1	,000		
Likelihood Ratio	1667,323	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	1672,174	1	,000		
<i>N of Valid Cases</i>	34734				
<i>a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3737,52.</i>					
<i>b. Computed only for a 2x2 table</i>					

Πίνακας 5.3.2.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και chronic_1

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	,219	,005	40,520	,000
	Kendall's tau-c	,188	,005	40,520	,000
	Gamma	,474	,010	40,520	,000
<i>N of Valid Cases</i>		34734			

¹ Αναφέρουμε ότι δεν λαμβάνουμε υπόψιν μας τον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher (*Fisher's Exact Test*) που περιλαμβάνεται στον πίνακα 5.3.2.1 καθότι ισχύουν όλες οι παραδοχές εφαρμογής του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας.

a. Not assuming the null hypothesis.

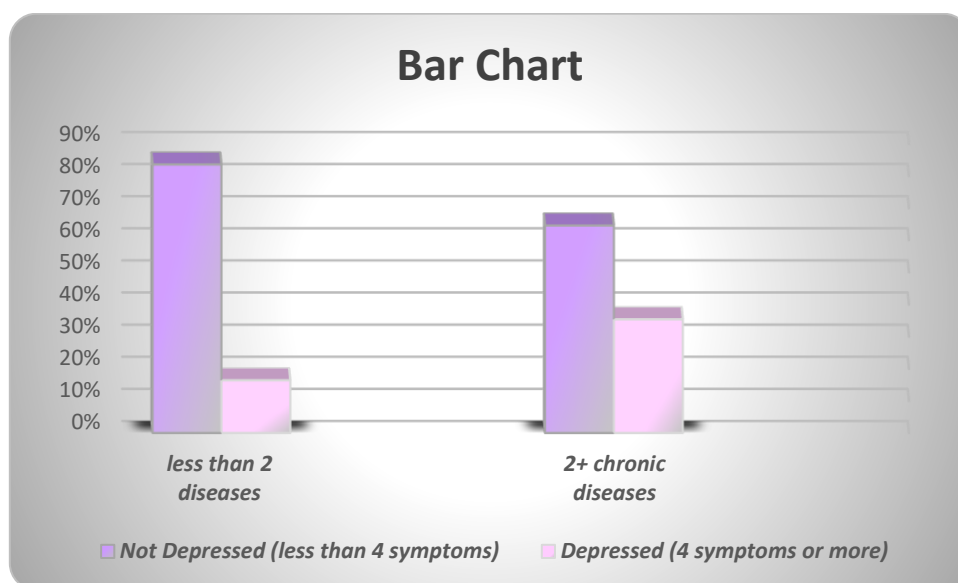
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Παρατηρώντας τον πίνακα 5.3.2.3 πληροφορούμαστε ότι οι ερωτώμενοι, οι οποίοι εμφανίζουν λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις, εμφανίζουν δηλαδή τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια ή καμία (*Less than 2 diseases*), διαθέτουν το χαμηλότερο ποσοστό κατάθλιψης, το οποίο ισούνται με 16,4%. Αντιθέτως, όσοι ερωτώμενοι παρουσιάζουν από δύο και άνω χρόνιες παθήσεις (*2+ chronic diseases*) φαίνεται ότι υποφέρουν από ένα αρκετά υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης που είναι ίσο με 35,4%.

Πίνακας 5.3.2.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *chronic_1*

		<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>	
		Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)		
<i>chronic_1</i>	less than 2 diseases	<i>Count</i>	16386	3207	19593
		<i>% within chronic_1</i>	83,6%	16,4%	100,0%
	2+ chronic diseases	<i>Count</i>	9774	5367	15141
		<i>% within chronic_1</i>	64,6%	35,4%	100,0%
<i>Total</i>	<i>Count</i>	26160	8574	34734	
	<i>% within chronic_1</i>	75,3%	24,7%	100,0%	

Διάγραμμα 5.3.2.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές *eurodcat* και *chronic_1*



5.3.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και mobility_1

Διατυπώνεται ο ακόλουθος έλεγχος υποθέσεων

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και mobility_1 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και mobility_1 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

σύμφωνα με τον οποίο θα διερευνήσουμε εάν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και το εάν ο ερωτώμενος εμφανίζει λιγότερους ή περισσότερους από δύο κινητικούς περιορισμούς (*Less than 2 or more than 2 mobility limitations*).

Παρακάτω παρουσιάζουμε τις παρατηρήσεις στις οποίες καταλήξαμε βασιζόμενοι στους πίνακες 5.3.3.1, 5.3.3.2 και 5.3.3.3:

- Δεδομένου ότι $p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$ τότε η H_0 απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές eurodcat και mobility_1 συσχετίζονται.²
- Η μεταξύ τους σχέση μάλιστα φαίνεται ότι είναι θετική και σχετικά ισχυρή, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε εάν παρατηρήσουμε κυρίως το διατακτικό μέτρο συνάφειας Gamma, το οποίο είναι ίσο με 0,628. Έτσι λοιπόν, καθώς αυξάνεται η μεταβλητή «*Less than 2 or more than 2 mobility limitations*» από την κατηγορία 1 «*Less than 2 mobility limitations*» προς την κατηγορία 2 «*2+ mobility limitations*», καθώς δηλαδή αυξάνεται ο αριθμός των κινητικών περιορισμών που αντιμετωπίζει ο ερωτώμενος και ανέρχεται άνω των 2, αναμένεται αύξηση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο ερωτώμενος αυτός, συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης.
- Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, μέσω του πίνακα συνάφειας των δύο μεταβλητών μας, παρατηρούμε ότι το υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης παρουσιάζεται στους ερωτηθέντες, οι οποίοι εμφανίζουν από δύο και πάνω κινητικούς περιορισμούς (*2+ mobility limitations*), με το ποσοστό αυτό να αγγίζει το 43,7%, το οποίο αποτελεί ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό. Ωστόσο, μπορούμε να δούμε ότι τα άτομα, τα οποία εμφανίζουν λιγότερους από δύο κινητικούς περιορισμούς (*Less than 2 mobility limitations*), παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό κλινικής κατάθλιψης. Το συγκεκριμένο ποσοστό είναι ίσο με 15,1%.

Πράγματι, εάν παρατηρήσουμε τη στήλη όπου αναγράφονται τα ποσοστά των ατόμων που δεν πάσχουν από κλινική κατάθλιψη, θα διαπιστώσουμε ότι από την εν λόγω

² Και στη συγκεκριμένη περίπτωση, δεν λαμβάνουμε υπόψιν μας τον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher (*Fisher's Exact Test*), ο οποίος βρίσκεται στον πίνακα 5.3.3.1 διότι ισχύουν όλες οι προϋποθέσεις εφαρμογής του X^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, με αποτέλεσμα ο τελευταίος έλεγχος να είναι αξιόπιστος.

κατηγορία ατόμων, εκείνα που αντιμετωπίζουν παραπάνω από δύο κινητικούς περιορισμούς αγγίζουν το 56,3%, ενώ όσα άτομα αντιμετωπίζουν λιγότερους από δύο κινητικούς περιορισμούς φτάνουν το 84,9%.

Συμπερασματικά, είναι εμφανές ότι η εμφάνιση περισσότερων από δύο κινητικών περιορισμών είναι υπεύθυνη για την παρουσία κλινικής κατάθλιψης.

Πίνακας 5.3.3.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3411,291 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction^b	3409,752	1	,000		
Likelihood Ratio	3272,094	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3411,193	1	,000		
<i>N of Valid Cases</i>	34734				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2871,82.					
b. Computed only for a 2x2 table					

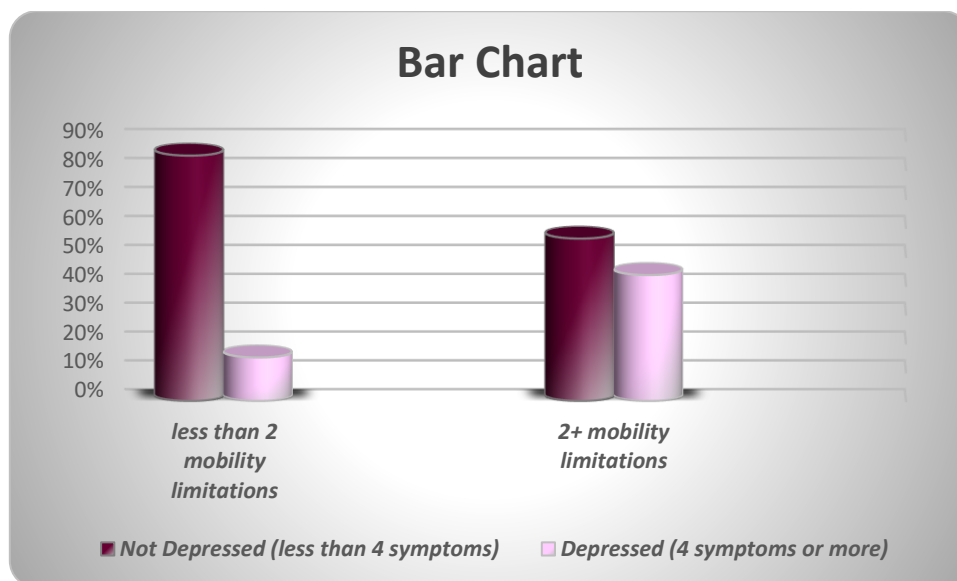
Πίνακας 5.3.3.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	,313	,005	54,248	,000
	Kendall's tau-c	,255	,005	54,248	,000
	Gamma	,628	,008	54,248	,000
<i>N of Valid Cases</i>		34734			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Πίνακας 5.3.3.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1

		eurodcat		Total	
		Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)		
<i>mobility_1</i>	less than 2 mobility limitations	Count	19613	3487	23100
		% within mobility_1	84,9%	15,1%	100,0%
	2+ mobility limitations	Count	6547	5087	11634
		% within mobility_1	56,3%	43,7%	100,0%
Total		Count	26160	8574	34734
		% within mobility_1	75,3%	24,7%	100,0%

Διάγραμμα 5.3.3.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και mobility_1



5.3.4 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και symptoms_1

Στο σημείο αυτό, θα ελέγξουμε σε επίπεδο σημαντικότητας 5% εάν η κατάθλιψη σχετίζεται με το εάν οι ερωτηθέντες εμφανίζουν λιγότερα ή περισσότερα από δύο σωματικά συμπτώματα.³ Διαφορετικά, επιθυμούμε να ελέγξουμε εάν και σε τι βαθμό σχετίζονται οι μεταβλητές eurodcat και symptoms_1 (*Less than 2 or more than 2 symptoms*). Οι υποθέσεις του ελέγχου στον οποίο θα προχωρήσουμε είναι οι εξής,

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και symptoms_1 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και symptoms_1 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

ενώ τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγουμε με γνώμονα τους πίνακες 5.3.4.1, 5.3.4.2 και 5.3.4.3 παρουσιάζονται ακολούθως.

Αρχικά, μέσω του πίνακα 5.3.4.1, διαπιστώνουμε ότι οι μεταβλητές που εξετάζουμε δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Εφόσον το p-value του X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας ισούται με 0,000 και είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας που θέσαμε ($\alpha=0,05$), τότε η μηδενική υπόθεση που προηγουμένως διατυπώσαμε απορρίπτεται.⁴

³ Τα σωματικά συμπτώματα για τα οποία κάνουμε λόγο αναφέρονται αναλυτικά στην υπο-ενότητα 4.2.3.

⁴ Όπως και στις δύο προηγούμενες υπο-ενότητες, έτσι και εδώ δεν θα χρησιμοποιήσουμε τον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher (*Fisher's Exact Test*), αλλά τον X^2 στατιστικό έλεγχο ανεξαρτησίας καθώς πληρούνται και οι 5 προϋποθέσεις εφαρμογής του.

Πίνακας 5.3.4.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4217,257 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction^b	4215,622	1	,000		
Likelihood Ratio	4245,859	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4217,136	1	,000		
<i>N of Valid Cases</i>	34734				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3625,94.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Στη συνέχεια και βάσει του πίνακα 5.3.4.2, βλέπουμε ότι η σχέση που συνδέει τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1 είναι θετική και ισχυρή, ιδίως εάν λάβουμε υπόψιν μας το συντελεστή Gamma, η τιμή του οποίου ισούται με 0,690. Αυτό σημαίνει ότι πιθανή μείωση της μεταβλητής «*Less than 2 or more than 2 symptoms*» από την κατηγορία 2 «*2+ symptoms*» προς την κατηγορία 1 «*Less than 2 symptoms*», πιθανή δηλαδή μείωση των συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε έναν ερωτώμενο, αναμένεται να οδηγήσει σε μείωση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης.

Πίνακας 5.3.4.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και symptoms_1

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
<i>Ordinal by Ordinal</i>	Kendall's tau-b	,348	,005	64,737	,000
	Kendall's tau-c	,297	,005	64,737	,000
	Gamma	,690	,007	64,737	,000
<i>N of Valid Cases</i>		34734			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

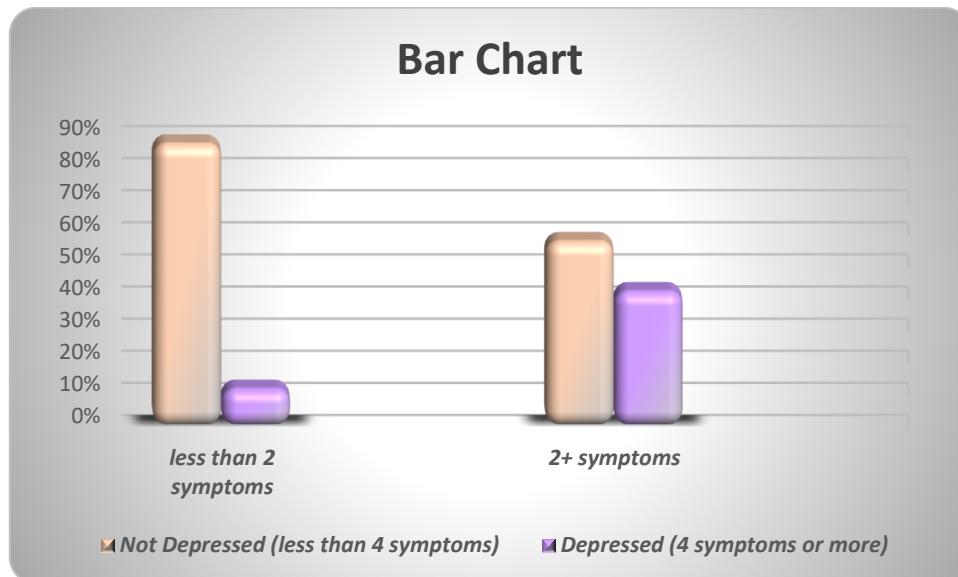
Τέλος, παρατηρώντας τον πίνακα 5.3.4.3, καταλήγουμε στα εξής: Τα ποσοστά των ερωτηθέντων, οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη και δεν εμφανίζουν παραπάνω από ένα σύμπτωμα (*Less than 2 symptoms*) είναι μικρότερα συγκριτικά με τα ποσοστά των ερωτηθέντων, οι οποίοι πάσχουν επίσης από κατάθλιψη και εμφανίζουν παραπάνω από 2 σωματικά συμπτώματα (*2+ symptoms*). Αναλυτικότερα, το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κλινική κατάθλιψη και παρουσιάζουν λιγότερα από δύο σωματικά συμπτώματα φτάνει το

11,8%, ενώ το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζουν παραπάνω από δύο σωματικά συμπτώματα και ταυτόχρονα υποφέρουν από κλινική κατάθλιψη αγγίζει το 42,2%.

Πίνακας 5.3.4.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *symptoms_1*

		<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>
		Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
<i>symptoms_1</i>	less than 2 symptoms	<i>Count</i>	17675	20045
		<i>% within symptoms_1</i>	88,2%	11,8%
	2+ symptoms	<i>Count</i>	8485	14689
		<i>% within symptoms_1</i>	57,8%	42,2%
<i>Total</i>	<i>Count</i>	26160	8574	34734
	<i>% within symptoms_1</i>	75,3%	24,7%	100,0%

Διάγραμμα 5.3.4.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές *eurodcat* και *symptoms_1*



Ανακεφαλαιώνοντας και έχοντας ως γνώμονα τα αποτελέσματα που λάβαμε από τη συγκεκριμένη ενότητα στην οποία διερευνήσαμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται ή μη από κάποιες βασικές μεταβλητές υγείας (δείκτες νοσηρότητας), μεταβλητές δηλαδή που αναφέρονται τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία των ερωτηθέντων, διαπιστώσαμε ότι υπάρχει, τελικά, στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των προαναφερθέντων μεταβλητών, η οποία είναι, σε όλες τις περιπτώσεις, θετική και αρκετά καλή έως ισχυρή, πλην της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών *eurodcat* και *chronic_1* (*Less than 2 or more than 2 chronic diseases*), η οποία φαίνεται να είναι θετική μεν, μέτρια δε.

5.4 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις σημαντικότερες δημογραφικές μεταβλητές

Σκοπός μας στο συγκεκριμένο σημείο είναι η διερεύνηση ύπαρξης ή μη συσχέτισης μεταξύ της μεταβλητής eurodcat και των σημαντικότερων δημογραφικών μεταβλητών, όπως είναι η χώρα διαμονής, το φύλο και η ηλικία των ερωτηθέντων. Διαφορετικά, ενδιαφερόμαστε να μελετήσουμε εάν οι προαναφερθείσες δημογραφικές μεταβλητές συμβάλλουν ή όχι στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.

5.4.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και country

Σε αυτή την υπο-ενότητα θα εξετάσουμε εάν υπάρχει ή όχι κάποια σχέση μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και country (*Country identifier*) με τη βοήθεια του χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας, του οποίου οι υποθέσεις, για τη συγκεκριμένη περίπτωση, παρουσιάζονται παρακάτω

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και country είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και country δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Στόχος μας είναι να διαπιστώσουμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης εξαρτάται από την χώρα διαμονής των ερωτηθέντων που συμμετέχουν στο δεύτερο κύμα του SHARE.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα Chi-Square Tests, οι δύο μεταβλητές που εξετάζουμε έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους κι αυτό διότι, παρατηρώντας την τιμή του p-value του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 , η οποία είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας που ορίσαμε ($p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$), καταλήγουμε στο ότι πρέπει να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση. Η σχέση μάλιστα που χαρακτηρίζει τις μεταβλητές eurodcat και country, σύμφωνα με το δείκτη **Cramer's V** που περιλαμβάνεται στον πίνακα 5.4.1.2, είναι θετική, αλλά ασθενής.⁵ Συνεπώς η χώρα διαμονής ενός ερωτώμενου επηρεάζει το ενδεχόμενο να παρουσιάσει, ο ερωτώμενος αυτός, κλινική κατάθλιψη.

Πίνακας 5.4.1.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και country

Chi-Square Tests

⁵ Προκειμένου να εξετάσουμε την ένταση και τη φύση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και country χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συνάφειας **Cramer's V**, διότι οι μεταβλητές μας δεν διαθέτουν τον ίδιο αριθμό κατηγοριών. Ειδικότερα, η μεταβλητή eurodcat είναι διατάξιμη και αποτελείται από 2 κατηγορίες, ενώ η μεταβλητή country είναι ονομαστική και αποτελείται από 14 κατηγορίες.

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1549,929 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	1471,949	3	,000
Linear-by-Linear Association	221,015	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	34734		
<i>a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 255,49.</i>			

Πίνακας 5.4.1.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές *eurodcat* και *country*

Symmetric Measures			
		Value	Approximate Significance
<i>Nominal by Nominal</i>	Phi	,221	,000
	Cramer's V	,221	,000
<i>N of Valid Cases</i>		34734	

Βάσει του διαγράμματος 5.4.1.1 βλέπουμε ότι οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης για τα έτη 2006-2007 είναι:

- η Πολωνία (*Poland*) με ποσοστό κατάθλιψης που αγγίζει το 48,2% δείχνοντάς μας ότι σχεδόν 1 στα 2 άτομα που διαμένουν σε αυτήν νοσούν από κλινική κατάθλιψη,
- η Ιταλία (*Italy*) με ποσοστό 33,8%,
- η Γαλλία (*France*) και η Ισπανία (*Spain*) με ποσοστό 32,4% η καθεμία και
- το Βέλγιο (*Belgium*) με ποσοστό που φτάνει το 26,5%.

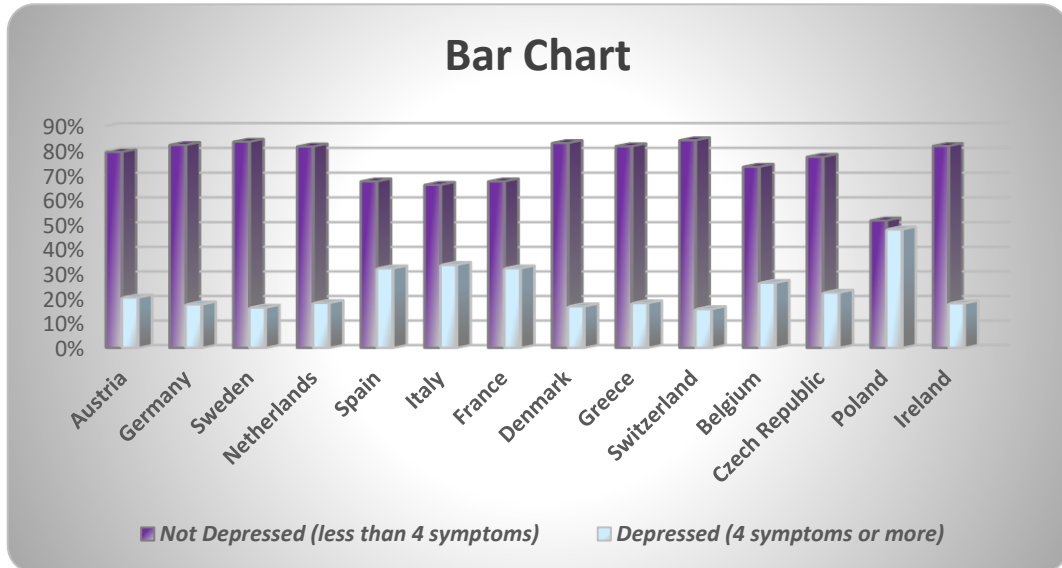
Αντιθέτως, οι χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης για τα ίδια έτη είναι:

- η Ελβετία (*Switzerland*) με ποσοστό κατάθλιψης 15,8%,
- η Σουηδία (*Sweden*) με το ποσοστό της να αγγίζει το 16,4% και
- η Δανία (*Denmark*) με ποσοστό 16,9%.

Όσον αφορά την χώρα μας παρατηρούμε ότι το ποσοστό κατάθλιψης που εμφανίζει, ισούται με 18,2% όντας ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά. Βέβαια, οφείλουμε να τονίσουμε ότι το συγκεκριμένο ποσοστό έχει αλλάξει. Η οικονομική κρίση που έπληξε σε σημαντικό βαθμό την χώρα μας και τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, ως βασικό επακόλουθό της, οδήγησαν σε υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Αρκεί μόνο να αναφέρουμε ότι η ανεργία από το 7,8% που βρισκόταν εν έτει 2008 εκτοξεύτηκε στο 27,5% το 2013 για να μειωθεί μόλις κατά 1% και να φτάσει στο 26,5% το 2014 (Economou et al., 2016). Αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής ήταν να αυξηθεί η κατάθλιψη κατά 80,8% από το 2009 έως το 2014 (ΕΛΣΤΑΤ, 2014). Τρανταχτό

παράδειγμα αποτελεί η αύξηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, το ποσοστό της οποίας άγγιξε μόλις το 3,3% το 2008 και έφτασε να αγγίζει το 12,3% το 2013 (Economou et al., 2016).

Διάγραμμα 5.4.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και country



Πίνακας 5.4.1.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και country

			eurodcat		Total
			Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
Country identifier	Austria	Count	954	246	1200
		% within Country identifier	79,5%	20,5%	100,0%
	Germany	Count	2165	465	2630
		% within Country identifier	82,3%	17,7%	100,0%
	Sweden	Count	2337	459	2796
		% within Country identifier	83,6%	16,4%	100,0%
	Netherlands	Count	2192	491	2683
		% within Country identifier	81,7%	18,3%	100,0%
	Spain	Count	1643	787	2430
		% within Country identifier	67,6%	32,4%	100,0%
	Italy	Count	1976	1010	2986
		% within Country identifier	66,2%	33,8%	100,0%
	France	Count	2022	967	2989
		% within Country identifier	67,6%	32,4%	100,0%
	Denmark	Count	2186	444	2630
		% within Country identifier	83,1%	16,9%	100,0%
	Greece	Count	2792	620	3412
		% within Country identifier	81,8%	18,2%	100,0%
	Switzerland	Count	1262	236	1498
		% within Country identifier	84,2%	15,8%	100,0%
	Belgium	Count	2374	854	3228
		% within Country identifier	73,5%	26,5%	100,0%
	Czech Republic	Count	2132	618	2750
		% within Country identifier	77,5%	22,5%	100,0%
	Poland	Count	1277	1190	2467
		% within Country identifier	51,8%	48,2%	100,0%
	Ireland	Count	848	187	1035
		% within Country identifier	81,9%	18,1%	100,0%
Total	Count	26160	8574	34734	
	% within Country identifier	75,3%	24,7%	100,0%	

5.4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και gender

Ο επόμενος έλεγχος υποθέσεων με τον οποίο θα ασχοληθούμε, διατυπώνεται ως εξής

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και gender είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και gender δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

και θα μας βοηθήσει να διαπιστώσουμε εάν το φύλο των ερωτηθέντων (*Gender*) επηρεάζει ή όχι την εμφάνιση συμπτωμάτων κλινικής κατάθλιψης.

Σύμφωνα λοιπόν με τους πίνακες 5.4.2.1 και 5.4.2.2, διαπιστώνουμε ότι οι μεταβλητές eurodcat και gender έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους, αφού $p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε την H_0 .⁶ Πιο συγκεκριμένα, η σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών φαίνεται ότι είναι θετική μεν, ασθενής δε.⁷ Αυτό σημαίνει ότι η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται εν τέλει, από το φύλο.

Το παραπάνω συμπέρασμα μάλιστα, επιβεβαιώνεται και από τον πίνακα 5.4.2.3 από τον οποίο βλέπουμε ότι το ποσοστό κατάθλιψης είναι σχεδόν διπλάσιο για το γυναικείο φύλο (*Female*), σε σύγκριση με το αντρικό, αγγίζοντας το 30,9%. Αναφέρουμε ότι το ποσοστό των αντρών (*Male*) που ταλαιπωρείται από κλινική κατάθλιψη ισούται με 16,9%.

Πίνακας 5.4.2.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και gender

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	904,566 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	903,812	1	,000		
Likelihood Ratio	928,834	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000

⁶Δεδομένου ότι τηρούνται όλες οι παραδοχές εφαρμογής του χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας, θα βασιστούμε σε αυτόν προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν οι μεταβλητές που βρίσκονται υπό εξέταση είναι ή όχι μεταξύ τους ανεξάρτητες και όχι στον ακριβή στατιστικό έλεγχο του Fisher (*Fisher's Exact Test*).

⁷Για τη μελέτη της έντασης και της φύσης της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και gender, χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συνάφειας **Phi**, ο οποίος προτείνεται όταν από τις δύο μεταβλητές που εξετάζονται η μία είναι ονομαστική και η άλλη κατηγορική, ενώ και οι δύο μεταβλητές διαθέτουν ίσο αριθμό κατηγοριών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, η μεταβλητή eurodcat είναι διατάξιμη και αποτελείται από 2 κατηγορίες, ενώ η μεταβλητή gender είναι ονομαστική και αποτελείται επίσης από 2 κατηγορίες.

Linear-by-Linear Association	904,540	1	,000	
<i>N of Valid Cases</i>	34734			
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3791,33.				
b. Computed only for a 2x2 table				

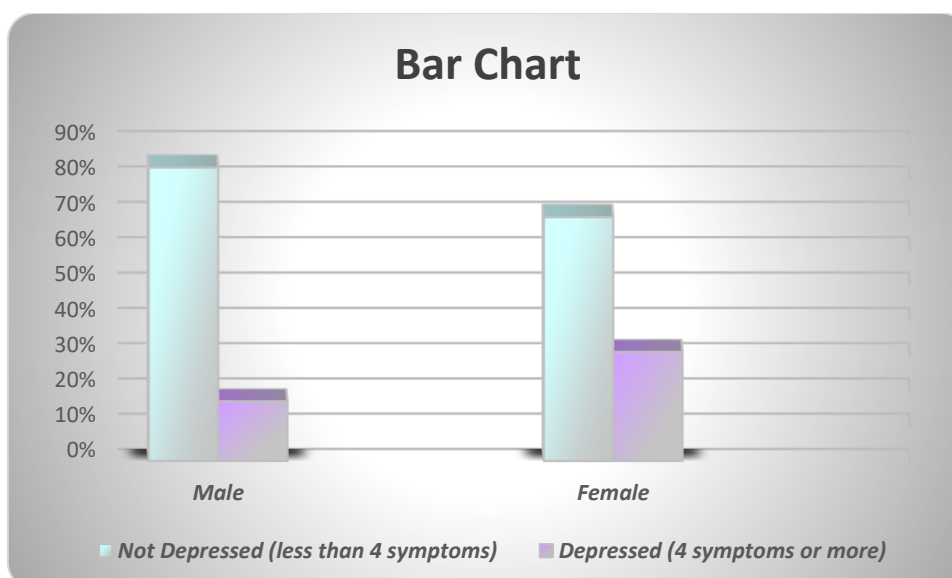
Πίνακας 5.4.2.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και gender

Symmetric Measures			
		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,161	,000
	Cramer's V	,161	,000
N of Valid Cases		34734	

Πίνακας 5.4.2.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και gender

			eurodcat		Total
			Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
Gender	Male	Count	12768	2591	15359
		% within Gender	83,1%	16,9%	100,0%
Gender	Female	Count	13392	5983	19375
		% within Gender	69,1%	30,9%	100,0%
Total		Count	26160	8574	34734
		% within Gender	75,3%	24,7%	100,0%

Διάγραμμα 5.4.2.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και gender



5.4.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και age_1

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και age_1 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και age_1 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Παραπάνω διατυπώσαμε τις υποθέσεις ελέγχου με τις οποίες θα ασχοληθούμε εν συνεχεία, εξετάζοντας εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από το εάν ο ερωτώμενος ανήκει σε νεότερη ή μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (*Age in categories*).

Με βάση τους πίνακες 5.4.3.1 και 5.4.3.2 διαπιστώνουμε ότι, σύμφωνα με το p-value του χ^2 στατιστικού ελέγχου, η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας ανάμεσα στην κατάθλιψη και την ηλικία απορρίπτεται, εφόσον η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ισούται με 0 ($p\text{-value}=0,000$) και είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου, το οποίο θέσαμε ίσο με 0,05 ($\alpha=0,05$).⁸ Έτσι, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και age_1, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως θετική και ασθενής. Κατά συνέπεια, καθώς αυξάνεται η μεταβλητή «*Age in categories*» από την κατηγορία 1 «50-64» προς την κατηγορία 2 «65+», καθώς δηλαδή αυξάνεται η ηλικία που διαθέτει ο ερωτώμενος, αναμένεται αύξηση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο ερωτώμενος αυτός, συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης.

Πίνακας 5.4.3.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και age_1

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	182,583 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	182,243	1	,000		
Likelihood Ratio	182,604	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	182,578	1	,000		
N of Valid Cases	33851				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4044,76.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Πίνακας 5.4.3.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και age_1

Symmetric Measures

⁸ Εφόσον πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις εφαρμογής του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, προχωράμε σε χρήση του συγκεκριμένου ελέγχου προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν οι μεταβλητές μας έχουν κάποια σχέση ή όχι.

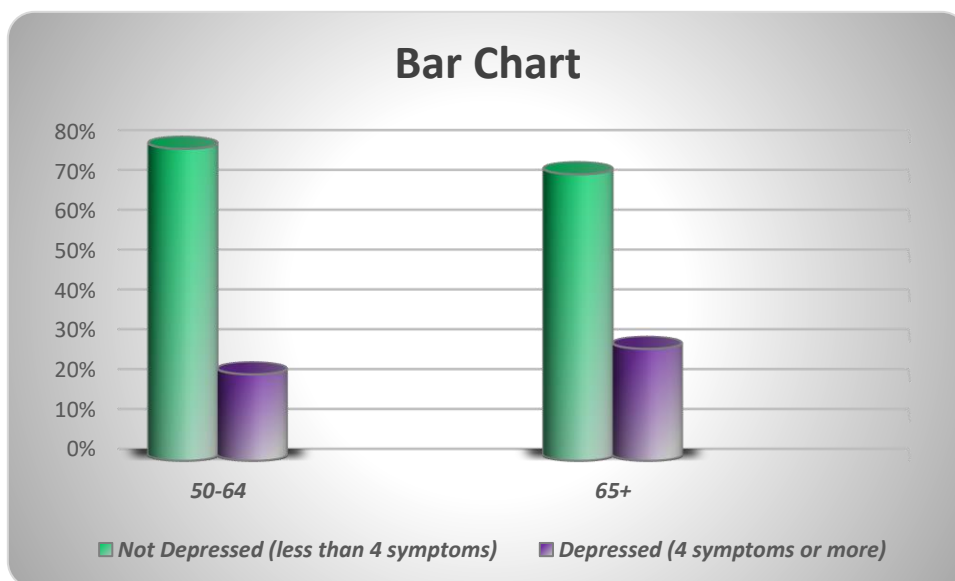
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,073	,005	13,508	,000
	Kendall's tau-c	,063	,005	13,508	,000
	Gamma	,169	,012	13,508	,000
N of Valid Cases		34734			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

Παρατηρώντας τον πίνακα 5.4.3.3 πληροφορούμαστε ότι οι ερωτώμενοι, οι οποίοι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 50-64 ετών παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό κατάθλιψης που ισούται με 21,7%, συγκριτικά με τους ερωτώμενους που είναι 65 ετών και άνω και φαίνεται ότι υποφέρουν από υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης, το οποίο που είναι ίσο με 28,1%.

Πίνακας 5.4.3.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και age_1

		eurodcat		Total	
		Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)		
age_1	50-64	Count	13717	3803	17520
		% within age_1	78,3%	21,7%	100,0%
65+	Count	11750	4581	16331	
	% within age_1	71,9%	28,1%	100,0%	
Total	Count	25467	8384	33851	
	% within age_1	75,2%	24,8%	100,0%	

Διάγραμμα 5.4.3.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές eurodcat και age_1



Λαμβάνοντας υπόψιν μας τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στους πίνακες της συγκεκριμένης ενότητας, μπορούμε να καταλήξουμε στο ακόλουθο συμπέρασμα: Η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από την χώρα, το φύλο και την ηλικία των ερωτηθέντων (δημογραφικές μεταβλητές) σε αδύναμο, όμως, βαθμό. Υπάρχει δηλαδή κάποια σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και των σημαντικότερων δημογραφικών μεταβλητών, η οποία είναι θετική, αλλά εντούτοις αδύναμη.

5.5 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις σημαντικότερες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές

Παρακάτω ελέγχουμε εάν υπάρχει ή όχι κάποια σχέση ανάμεσα στην μεταβλητή eurodcat και τις σημαντικότερες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές. Διαφορετικά, διερευνούμε εάν η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται ή όχι από μεταβλητές, οι οποίες διαμορφώνουν τόσο το βιοτικό όσο και το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων.

5.5.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών eurodcat και yedu_1

Ο έλεγχος υποθέσεων για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1 (*Education in categories*), τη σχέση των οποίων επιλέξαμε να διερευνήσουμε ακολούθως, διατυπώνεται ως εξής

H_0 : Οι μεταβλητές eurodcat και yedu_1 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι μεταβλητές eurodcat και yedu_1 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Ο πίνακας Chi-Square Tests που ακολουθεί, είναι εκείνος που μας πληροφορεί για το αποτέλεσμα του ελέγχου της ανεξαρτησίας. Όπως μπορούμε να δούμε, η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης (Στήλη *Asymptotic Significance 2-sided*) ισούται με 0 ($p\text{-value}=0,000$) και είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου, το οποίο θέσαμε ίσο με 0,05 ($\alpha=0,05$). Σε αυτή την περίπτωση η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται. Επομένως, οι μεταβλητές eurodcat και yedu_1 δεν είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες. Αυτό σημαίνει ότι η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο του ερωτηθέντα.

Πίνακας 5.5.1.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	590,654 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	592,749	2	,000

Linear-by-Linear Association	571,962	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	34734		
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2474,15.			

Από τη στιγμή που διαπιστώσαμε ότι οι δύο μεταβλητές που εξετάζουμε έχουν κάποια σχέση μεταξύ τους και δεν είναι ανεξάρτητες, θα προσπαθήσουμε να βρούμε το είδος της σχέσης που τις συνδέει. Με βάση λοιπόν τον πίνακα 5.5.1.2, βλέπουμε ότι η σχέση που συνδέει τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1 είναι αρνητική και ασθενής. Κατά συνέπεια πιθανή μείωση της μεταβλητής «Education in categories» από την κατηγορία 3 «yedu>13» προς την κατηγορία 1 «yedu≤9», πιθανή δηλαδή μείωση των εκπαιδευτικών ετών του ερωτώμενου, αναμένεται να οδηγήσει σε αύξηση της πιθανότητας να παρουσιάσει, ο συγκεκριμένος ερωτώμενος, κλινική κατάθλιψη.

Πίνακας 5.5.1.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,122	,005	-24,443	,000
	Kendall's tau-c	-,121	,005	-24,443	,000
	Gamma	-,248	,010	-24,443	,000
<i>N of Valid Cases</i>		34734			
a. Not assuming the null hypothesis.					
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.					

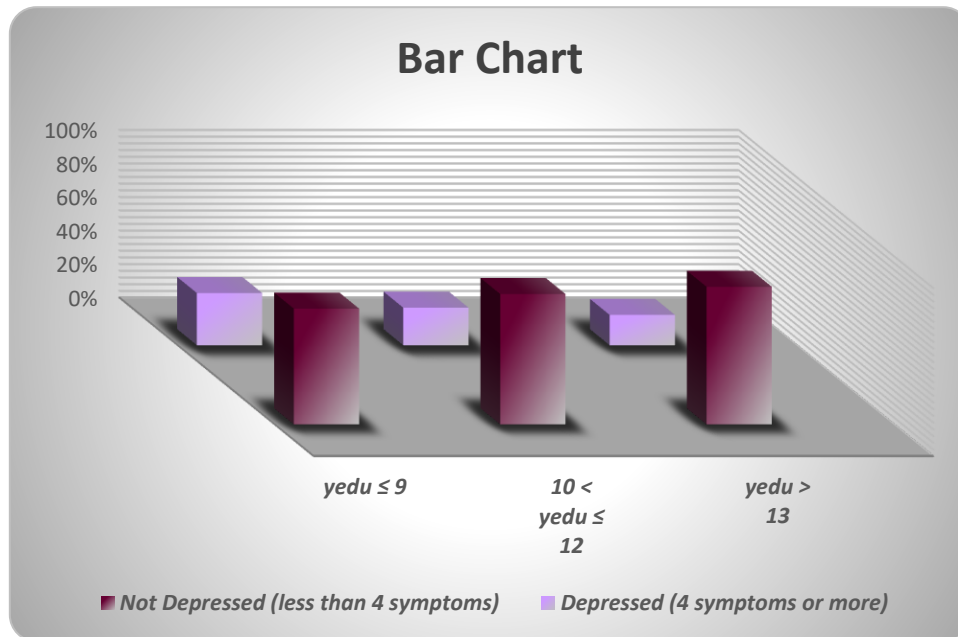
Πίνακας 5.5.1.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές eurodcat και yedu_1

		eurodcat		Total
		Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
yedu<=9	Count	9892	4463	14355
	% within yedu_1	68,9%	31,1%	100,0%
yedu_1 10<yedu<=12	Count	7782	2241	10023
	% within yedu_1	77,6%	22,4%	100,0%
yedu>13	Count	8486	1870	10356
	% within yedu_1	81,9%	18,1%	100,0%
Total	Count	26160	8574	34734
	% within yedu_1	75,3%	24,7%	100,0%

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον πίνακα 5.5.1.3 είναι εμφανές ότι τα άτομα που έχουν παραπάνω χρόνια εκπαίδευσης και πιο συγκεκριμένα, παραπάνω από 13 εκπαιδευτικά έτη,

νοσούν σε μικρότερο ποσοστό από κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα που έχουν λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης, από 9 δηλαδή και κάτω. Αναλυτικότερα, το ποσοστό των ερωτηθέντων που πάσχει από κατάθλιψη και έχει παρακολουθήσει έως και 9 εκπαιδευτικά έτη ισούται με 31,1%, ενώ το ποσοστό των ατόμων εκείνων που πάσχουν επίσης από κατάθλιψη και ολοκλήρωσαν παραπάνω από 13 εκπαιδευτικά έτη είναι ίσο με 18,1%.

Διάγραμμα 5.5.1.1 Ραβδόγραμμα συχνότητων για τις μεταβλητές *eurodcat* και *yedu_1*



5.5.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών *eurodcat* και *fdistress*

Διατυπώνεται ο ακόλουθος έλεγχος υποθέσεων

$$H_0 : \text{Οι μεταβλητές } eurodcat \text{ και } fdistress \text{ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους}$$

$$H_1 : \text{Οι μεταβλητές } eurodcat \text{ και } fdistress \text{ δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους}$$

σύμφωνα με τον οποίο θα διερευνήσουμε εάν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και το εάν τα νοικοκυριά που συμμετέχουν στη συγκεκριμένη έρευνα μπορούν να ανταπεξέλθουν με ευκολία ή όχι στις οικονομικές τους υποχρεώσεις (*Household able to make ends meet*).

Παρακάτω παρουσιάζουμε τις παρατηρήσεις στις οποίες καταλήξαμε βασιζόμενοι στους πίνακες 5.5.2.1, 5.5.2.2 και 5.5.2.3:

- Δεδομένου ότι $p\text{-value} = 0,000 < 0,005 = \alpha$ τότε η H_0 απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές eurodcat και fdistress συσχετίζονται.
- Η μεταξύ τους σχέση μάλιστα φαίνεται ότι είναι αρνητική και μέτρια, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε εάν παρατηρήσουμε κυρίως το διατακτικό μέτρο συνάφειας Gamma, το οποίο είναι ίσο με -0,337. Έτσι λοιπόν, καθώς αυξάνεται η μεταβλητή «Household able to make ends meet» από την κατηγορία 1 «With great difficulty» προς την κατηγορία 4 «Easily», καθώς δηλαδή μειώνεται η δυσκολία με την οποία το νοικοκυριό ανταπεξέρχεται στις οικονομικές του υποχρεώσεις, αναμένεται μείωση της πιθανότητας να παρουσιαστεί στο συγκεκριμένο νοικοκυριό, κλινική κατάθλιψη.
- Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, μέσω του πίνακα συνάφειας των δύο μεταβλητών μας, παρατηρούμε ότι το υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης παρουσιάζεται στα νοικοκυριά, τα οποία ανταπεξέρχονται στα οικονομικά τους καθήκοντα με μεγάλη δυσκολία (With great difficulty), με το ποσοστό αυτό να αγγίζει το 43,5%, το οποίο αποτελεί ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό. Ωστόσο, μπορούμε να δούμε ότι τα νοικοκυριά, τα οποία ανταπεξέρχονται με ευκολία στις οικονομικές τους υποχρεώσεις (Easily), παρουσιάζουν το χαμηλότερο ποσοστό κλινικής κατάθλιψης, το οποίο είναι ίσο με 15,4%.

Πίνακας 5.5.2.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές eurodcat και fdistress

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1427,787 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	1378,424	3	,000
Linear-by-Linear Association	1359,573	1	,000
<i>N of Valid Cases</i>	34500		
<i>a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 961,33.</i>			

Πίνακας 5.5.2.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές eurodcat και fdistress

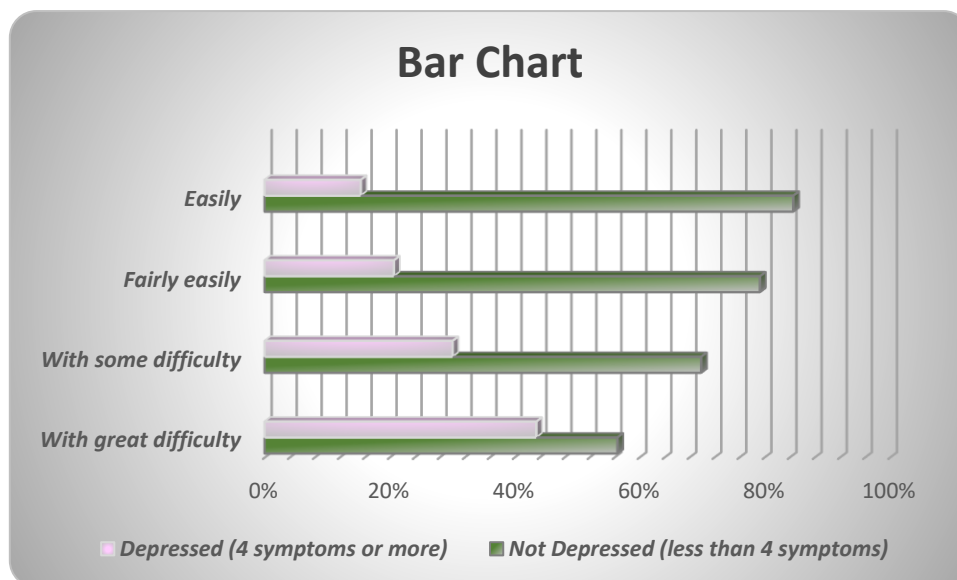
Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,179	,005	-35,983	,000
	Kendall's tau-c	-,185	,005	-35,983	,000
	Gamma	-,337	,009	-35,983	,000

<i>N of Valid Cases</i>	34500		
a. Not assuming the null hypothesis.			
b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.			

Πίνακας 5.5.2.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές *eurodcat* και *fdistress*

		<i>eurodcat</i>		<i>Total</i>	
		Not Depressed (Less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)		
<i>Household able to make ends meet</i>	With great difficulty	<i>Count</i>	2209	1703	3912
		<i>% within Household able to make ends meet</i>	56,5%	43,5%	100,0%
	With some difficulty	<i>Count</i>	6923	2978	9901
		<i>% within Household able to make ends meet</i>	69,9%	30,1%	100,0%
	Fairly easily	<i>Count</i>	9170	2389	11559
		<i>% within Household able to make ends meet</i>	79,3%	20,7%	100,0%
	Easily	<i>Count</i>	7720	1408	9128
		<i>% within Household able to make ends meet</i>	84,6%	15,4%	100,0%
	<i>Total</i>	<i>Count</i>	26022	8478	34500
		<i>% within Household able to make ends meet</i>	75,4%	24,6%	100,0%

Διάγραμμα 5.5.2.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές *eurodcat* και *fdistress*



Εν κατακλείδι, διαπιστώνουμε ότι η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται τόσο από το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων όσο και από το βαθμό ευκολίας ή δυσκολίας με τον οποίο ανταπεξέρχονται στα οικονομικά τους καθήκοντα τα νοικοκυριά σε αδύναμο και μέτριο βαθμό αντίστοιχα. Φαίνεται δηλαδή ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και των σημαντικότερων κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών, η οποία είναι αρνητική, αδύναμου και μέτριου βαθμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η λογιστική παλινδρόμηση και η σημασία της

Η λογιστική παλινδρόμηση (*Logistic Regression*) αποτελεί μία αρκετά χρήσιμη και ευρέως διαδεδομένη μεθοδολογία τόσο στις κοινωνικές επιστήμες όσο και στις επιστήμες υγείας όπου τις περισσότερες φορές η εξαρτημένη μεταβλητή (*Dependent Variable*) είναι κατηγορική και δίτιμη (*Binary-Dichotomous Variable*) (Mood, 2009) με τιμές 0 και 1, οι οποίες συμβολίζουν αντίστοιχα την έλλειψη (αποτυχία) ή την ύπαρξη (επιτυχία) του χαρακτηριστικού που εξετάζεται στην εκάστοτε περίπτωση. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι με την τιμή 1 συνηθίζεται να συμβολίζεται κάθε φορά η ύπαρξη, η επιτυχία δηλαδή, του συμβάντος που μελετά η καθεμία έρευνα (Hible, 2011). Με άλλα λόγια, η λογιστική παλινδρόμηση και πιο συγκεκριμένα, η δίτιμη ή δυαδική λογιστική παλινδρόμηση (*Binary Logistic Regression*), η οποία χρησιμοποιείται πιο συχνά συγκριτικά με τους υπόλοιπους τύπους λογιστικής παλινδρόμησης, είναι χρήσιμη σε καταστάσεις στις οποίες επιθυμούμε την πρόβλεψη της ύπαρξης ή της απουσίας του χαρακτηριστικού ή του συμβάντος που ερευνούμε.

Οι τύποι στους οποίους διακρίνεται η λογιστική παλινδρόμηση είναι οι ακόλουθοι τρεις:

- 1. Η δίτιμη ή δυαδική λογιστική παλινδρόμηση (*Binary Logistic Regression*):** Στον εν λόγω τύπο παλινδρόμησης, η εξαρτημένη μεταβλητή είναι κατηγορική και συνίσταται από δύο κατηγορίες. Παραδείγματα δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης αποτελούν τα εξής:
 - Η ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης ή άλλου προβλήματος υγείας.
 - Εάν ένα παιδί θα γεννηθεί λιποβαρές ή όχι.
 - Εάν μία γυναίκα θα επιδιώξει ή όχι τη γέννηση ενός επιπλέον παιδιού.
- 2. Η ονομαστική (*Nominal*) ή πολυωνυμική (*Multinomial*) λογιστική παλινδρόμηση:** Η πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση αποτελεί μία απλή επέκταση της δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης στην οποία η εξαρτημένη μεταβλητή είναι συνήθως κατηγορική (*Nominal*) και περιέχει όχι δύο, αλλά τρεις ή περισσότερες κατηγορίες χωρίς αυτές να διαθέτουν κάποια φυσική διαβάθμιση/διάταξη. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα πολυωνυμικής παλινδρόμησης είναι ο αριθμός των παιδιών που έχει μία γυναίκα, ο οποίος μπορεί να κυμαίνεται από 0, η γυναίκα δηλαδή δεν έχει κανένα παιδί, έως 3+, η γυναίκα δηλαδή έχει τρία ή παραπάνω από τρία παιδιά.
- 3. Η διατεταγμένη λογιστική παλινδρόμηση (*Ordinal Logistic Regression*):** Στη διατεταγμένη λογιστική παλινδρόμηση η εξαρτημένη μεταβλητή είναι κατηγορική

και αποτελείται από τρεις ή περισσότερες κατηγορίες των οποίων η φύση είναι διατεταγμένη. Η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου η οποία διακρίνεται σε αρκετά καλή, καλή, μέτρια, κακή και αρκετά κακή αποτελεί παράδειγμα μίας διατεταγμένης μεταβλητής.

Όσον αφορά τις ανεξάρτητες μεταβλητές που συμμετέχουν στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης μπορούν να είναι είτε κατηγορικές με δύο ή παραπάνω από δύο κατηγορίες είτε συνεχείς είτε συνδυασμός αυτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη λογιστική παλινδρόμηση δίνεται έμφαση μόνο στη μεταβλητή απόκρισης, αφού βάσει αυτής επιλέγεται ο κατάλληλος τύπος λογιστικής παλινδρόμησης.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, εξαρτημένη μεταβλητή αποτελεί η ύπαρξη ή μη κατάθλιψης (*eurodcats*) στα άτομα ηλικίας 50+ στην Ελλάδα, αλλά και σε Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ θα διερευνηθεί η σχέση που εμφανίζει με σημαντικούς δημογραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, δείκτες υγείας και μεταβλητές εργασίας. Όπως είναι εμφανές, η εξαρτημένη μας μεταβλητή είναι κατηγορική και δίτιμη, ενώ οι τιμές που παίρνει εμφανίζονται παρακάτω:

- 0 ← όταν οι ερωτώμενοι έχουν δηλώσει ότι παρουσιάζουν **έως και 3 καταθλιπτικά συμπτώματα, μη έχοντας** κατά αυτόν τον τρόπο **κατάθλιψη** (αποτυχία)
- 1 ← όταν οι ερωτώμενοι έχουν δηλώσει ότι εμφανίζουν **από 4 και άνω καταθλιπτικά συμπτώματα, πάσχοντας** έτσι **από κλινική κατάθλιψη** (επιτυχία).

Κατά συνέπεια, ο τύπος λογιστικής παλινδρόμησης που θα χρησιμοποιήσουμε στη συνέχεια της εργασίας μας θα είναι η δίτιμη λογιστική παλινδρόμηση.

Η εξίσωση της λογιστικής παλινδρόμησης που θα εφαρμόσουμε μπορεί να γραφεί ως εξής:

$$\log(odds) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k \quad (1)$$

όπου $odds = \frac{p(x)}{1-p(x)}$ με το $p(x)$ να εκφράζει την πιθανότητα τους συμβάντος του γεγονότος, την πιθανότητα δηλαδή να εμφανίσει κάποιο άτομο κατάθλιψη (επιτυχία) και το $1-p(x)$ να εκφράζει την πιθανότητα να μην συμβεί το γεγονός που εξετάζουμε, να μην εμφανίσει δηλαδή κάποιο άτομο κατάθλιψη (αποτυχία).

Αν προχωρήσουμε σε απολογαρίθμηση της εξίσωσης (1) θα πάρουμε τη σχέση (2) μέσω της οποίας προκύπτει η πιθανότητα επιτυχίας του χαρακτηριστικού που μελετάμε, η πιθανότητα δηλαδή να εμφανιστούν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης σε ένα άτομο. Η εν λόγω σχέση γράφεται ως εξής:

$$p(x) = \frac{\exp(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k)}{1 + \exp(\alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k)} \quad (2)$$

Σχετικά με την εξίσωση (1) το δεξί της μέρος δημιουργείται από ένα γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών που συμμετέχουν στο μοντέλο παλινδρόμησης. Το αριστερό της μέρος περιέχει τις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής με τη μορφή του φυσικού λογαρίθμου των odds δηλαδή, του λογαρίθμου της σχέσης: $odds = \frac{prob}{(1 - prob)}$. Το odds εναλλακτικά

ονομάζεται logit ενώ ως *prob* ορίζεται η πιθανότητα να συμβεί το γεγονός που έχει ορισθεί σαν επιτυχία του πειράματος, ενώ ως $(1 - prob)$ ορίζεται η πιθανότητα να συμβεί το γεγονός που έχει ορισθεί σαν αποτυχία του πειράματος. Οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξίσωση της παλινδρόμησης εκτιμώνται με βάση τη μέθοδο της Μεγίστης Πιθανοφάνειας (*Maximum Likelihood*) και όχι με βάση τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (*Least Squares Estimators*) που χρησιμοποιείται στην γραμμική παλινδρόμηση.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι για να εφαρμοστεί σωστά η λογιστική παλινδρόμηση θα πρέπει να έχουμε στη διάθεσή μας μεγάλο δείγμα δεδομένων. Ένας εμπειρικός κανόνας αναφέρει ότι το δείγμα μας θα πρέπει να είναι 30 φορές μεγαλύτερο από τον αριθμό των παραμέτρων που εκτιμά το μοντέλο, γεγονός που στη δική μας περίπτωση ισχύει. Συνακόλουθα, η συγκεκριμένη μέθοδος δεν έχει αυστηρές προϋποθέσεις στην εφαρμογή της όπως συμβαίνει με την γραμμική παλινδρόμηση αφού, η σχέση μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητων μεταβλητών δεν είναι απαραίτητο να είναι γραμμική. Ωστόσο, θα πρέπει οι ανεξάρτητες μεταβλητές να έχουν γραμμική σχέση με το logit της εξαρτημένης μεταβλητής. Τέλος, οι υποθέσεις περί ομοσκεδαστικότητας και κανονικής κατανομής (*κανονικότητας*) των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν είναι απαραίτητο να ισχύουν, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της γραμμικής παλινδρόμησης.

6.2 Έλεγχοι μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης

6.2.1 Έλεγχος καλής προσαρμογής - Hosmer-Lemeshow Test

Έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι για τον έλεγχο της ολικής επάρκειας ενός μοντέλου δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης. Ο συνηθέστερος, όμως, έλεγχος που χρησιμοποιείται είναι ο έλεγχος Hosmer-Lemeshow (*HL Test*). Πιο συγκεκριμένα, το Hosmer-Lemeshow Test υπολογίζει ένα δείκτη για τη συνολική προσαρμογή του μοντέλου ελέγχοντας την υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των εκτιμώμενων και των παρατηρούμενων τιμών. Ειδικότερα, ο έλεγχος υποθέσεων που πραγματοποιείται είναι ο ακόλουθος:

H_0 : Οι παρατηρηθείσες τιμές της Y δε διαφέρουν από τις εκτιμώμενες τιμές

H_1 : Οι παρατηρηθείσες τιμές της Y διαφέρουν από τις εκτιμώμενες τιμές

Απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης δηλώνει ότι το μοντέλο μας είναι ανεπαρκές για το συγκεκριμένο επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου που ορίσαμε. Προκειμένου να έχουμε καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα μας, προκειμένου δηλαδή το μοντέλο μας να είναι επαρκές, επιθυμούμε η σημαντικότητα (*Sig*) που θα προκύψει να είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο σημαντικότητας που θα έχουμε ορίσει.

Εντούτοις, είναι απαραίτητο να σημειώσουμε ότι από τη στιγμή που προτάθηκε για πρώτη φορά το Hosmer-Lemeshow Test μία πλειοψηφία άρθρων και ερευνών το έκρινε ως αναξιόπιστο καθώς παρουσιάζει αρκετά προβλήματα, προτείνοντας άλλες μεθόδους για τον έλεγχο της ολικής επάρκειας ενός μοντέλου δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης (Allison, 2014). Έτσι λοιπόν, προκειμένου να κρίνουμε εάν ένα μοντέλο είναι ή όχι επαρκές, θα δώσουμε μεγαλύτερη έμφαση στον επόμενο έλεγχο.

6.2.2 Πίνακας ταξινόμησης - *Classification Table*

Ο πίνακας ταξινόμησης δείχνει το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέπεται σωστά βάσει του μοντέλου. Επιθυμητό είναι το συγκεκριμένο ποσοστό να είναι όσο το δυνατόν μεγαλύτερο, έτσι ώστε να κριθεί επιτυχημένο το μοντέλο μας. Πάντως, εάν τα ποσοστά των Classification Tables κυμαίνονται από 70% και άνω, τότε τα μοντέλα που εξετάζονται θεωρούνται ικανοποιητικά.

6.3 Μοντέλα δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης

6.3.1 Πρώτο Μοντέλο (1^ο): Δημογραφικές μεταβλητές

Το πρώτο μοντέλο που θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε μας δείχνει τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν οι δημογραφικές μεταβλητές στην εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης. Διαφορετικά, μέσω του πρώτου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης θα εξετάσουμε τη στατιστική σημαντικότητα των δημογραφικών μεταβλητών, εάν δηλαδή οι συγκεκριμένες μεταβλητές επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μας μεταβλητή που είναι η **eurocat** (*Being or Not Being Depressed*). Αναλυτικότερα, οι δημογραφικοί παράγοντες που θα συμπεριληφθούν στο πρώτο μας μοντέλο είναι οι ακόλουθοι:

- η **χώρα διαμονής** (*country*) με κατηγορία αναφοράς την Αυστρία (*Austria*),
- το **φύλο** (*gender*) με κατηγορία αναφοράς τις γυναίκες (*Female*),

- η ηλικία (*age*) και
- η οικογενειακή κατάσταση (*marital status/mstat_1*) με κατηγορία αναφοράς τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μόνιμα με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους (*Married, living with spouse & Registered partnership*).

Σημειώνουμε ότι ο τρόπος επιλογής της κατηγορίας αναφοράς, αν θα είναι η πρώτη ή η τελευταία από τις υπάρχουσες κατηγορίες μίας μεταβλητής, εξαρτάται από τη συχνότητα των παρατηρήσεων που διαθέτει η κάθε κατηγορία. Γενικά, αποφεύγουμε να θέτουμε ως κατηγορία αναφοράς κατηγορίες με μικρές συχνότητες.

Η μορφή του πρώτου μοντέλου έχει ως εξής:

$$\log(\text{odds}) = \log\left(\frac{p(x)}{1-p(x)}\right) = a + \beta_1 * \text{country} + \beta_2 * \text{gender} + \beta_3 * \text{age} + \beta_4 * \text{mstat_1} \quad (3)$$

Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το πρώτο μοντέλο

Ο πίνακας 6.3.1.1 μας πληροφορεί για το πόσες παρατηρήσεις έλαβαν μέρος στην ανάλυση και πόσες παρατηρήσεις εξαιρέθηκαν ως ελλείπουσες τιμές (*missing values*). Όπως μπορούμε να δούμε, από το συνολικό μας πληθυσμό (34.734 παρατηρήσεις) έγκυρες παρατηρήσεις είναι μόνο οι 33.851, ενώ οι υπόλοιπες 883 αποτελούν ελλείπουσες τιμές. Συνεπώς το δείγμα μας από τους 34.734 ερωτώμενους μειώθηκε στους 33.851 και με βάση αυτές τις παρατηρήσεις θα εξαχθούν τα αποτελέσματα για το πρώτο μοντέλο.

Πίνακας 6.3.1.1 *Case Processing Summary* για το πρώτο μοντέλο

Case Processing Summary			
<i>Unweighted Cases^a</i>		<i>N</i>	<i>Percent</i>
<i>Selected Cases</i>	Included in Analysis	33851	97,5
	Missing Cases	883	2,5
	Total	34734	100,0
<i>Unselected Cases</i>		0	,0
<i>Total</i>		34734	100,0
a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.			

Ακολουθεί ο πίνακας Hosmer and Lemeshow Test, ο οποίος μας δίνει ένα στατιστικό τεστ καλής προσαρμογής για το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης που προσαρμόσαμε και αξιολογεί εάν οι παρατηρηθείσες τιμές της *Y* συμφωνούν ή όχι με τις εκτιμώμενες τιμές, καθιστώντας το μοντέλο μας επαρκές ή ανεπαρκές αντίστοιχα.

Πίνακας 6.3.1.2 Προσαρμογή του πρώτου μοντέλου στα δεδομένα

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	16,154	8	.040

Παρατηρώντας την τιμή που παίρνει ο έλεγχος Hosmer Lemeshow, η οποία ισούται με 0,040 και είναι μικρότερη του επιπέδου σημαντικότητας που έχουμε ορίσει ίσο με 5% ($\text{sig}=0,040 < 0,05 = \alpha$), καταλήγουμε σε απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, γεγονός που σημαίνει ότι οι παρατηρηθείσες τιμές της Y διαφέρουν από τις εκτιμώμενες τιμές και κατά συνέπεια το μοντέλο που προσαρμόσαμε είναι ανεπαρκές καθώς δεν έχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα μας.

Ωστόσο, η χαμηλή τιμή των Hosmer and Lemeshow δεν θα πρέπει να μας προϋδεάσει αρνητικά για το μοντέλο μας καθότι χρειάζεται να συγκριθεί με τον πίνακα ταξινόμησης (*Classification Table*) που παρουσιάζεται ακολούθως. Όπως εξάλλου προαναφέραμε το HL Test θεωρείται από πολλούς αναξιόπιστο. Έτσι λοιπόν, βλέποντας τον πίνακα ταξινόμησης που ακολουθεί προκύπτει ότι το συνολικό ποσοστό ορθής ταξινόμησης με τις μεταβλητές που προσθέσαμε στο μοντέλο μας ισούται με 76,1% και μπορεί να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητικό.

Πίνακας 6.3.1.3 *Classification Table* για το πρώτο μοντέλο

Observed		Predicted		
		eurodcat		Percentage Correct
		Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
eurodcat	Not Depressed (less than 4 symptoms)	25378	782	97,0
	Depressed (4 or more than 4 symptoms)	7504	1070	12,5
Overall Percentage				76,1

Αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να προχωρήσουμε σε περαιτέρω ανάλυση του μοντέλου μας ώστε να διαπιστώσουμε εάν οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μας μεταβλητή (*eurodcat*).

Στον πίνακα που ακολουθεί πληροφορούμαστε για το ποιες μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές με τη χρήση της συνάρτησης Wald. Γνωρίζουμε ότι όσο πιο μεγάλη είναι η τιμή του Wald τόσο πιο σημαντική είναι η μεταβλητή, ενώ δεν επιθυμούμε οι μεταβλητές μας να έχουν μεγάλα τυπικά σφάλματα (*Standard Errors*). Σε περίπτωση που συμβαίνει κάτι τέτοιο,

σε περίπτωση δηλαδή που κάποια από τις μεταβλητές μας εμφανίζει μεγάλα τυπικά σφάλματα, τότε καλούμαστε να την αφαιρέσουμε από το μοντέλο μας διότι τα αποτελέσματα που παρουσιάζει η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι αναξιόπιστα.

Πίνακας 6.3.1.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο πρώτο μοντέλο

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
Αυστρία (κατηγορία αναφοράς)			1519,068	13	,000	
Γερμανία	-,039	,090	,192	1	,661	,961
Σουηδία	-,158	,090	3,112	1	,078	,853
Ολλανδία	,027	,089	,092	1	,762	1,027
Ισπανία	,744	,086	75,151	1	,000	2,105
Ιταλία	,866	,084	107,345	1	,000	2,376
Γαλλία	,746	,084	79,749	1	,000	2,109
Δανία	-,121	,090	1,795	1	,180	,886
Ελλάδα	-,037	,086	,184	1	,668	,964
Ελβετία	-,227	,103	4,900	1	,027	,797
Βέλγιο	,471	,084	31,550	1	,000	1,602
Τσεχία	,216	,087	6,206	1	,013	1,242
Πολωνία	1,488	,084	310,699	1	,000	4,430
Ιρλανδία	-,027	,110	,061	1	,805	,973
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
Άντρες	-,781	,028	763,471	1	,000	,458
ΗΛΙΚΙΑ						
	,019	,001	205,168	1	,000	1,020
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο & Συμβίωση σε μόνιμη βάση με τον/την σύντροφο (κατηγορία αναφοράς)			128,487	3	,000	
Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύντροφο (σε διάσταση) & Διαζευγμένος/η	,329	,048	46,382	1	,000	1,389
Ποτέ παντρεμένος/η (άγαμος/η)	,249	,059	17,900	1	,000	1,283
Χήρος/α	,365	,038	90,740	1	,000	1,441
CONSTANT	-2,560	,115	497,245	1	,000	,077

Ερμηνεία των συντελεστών του πρώτου μοντέλου

Προτού προχωρήσουμε σε λεπτομερή ερμηνεία των συντελεστών του πρώτου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης, αναφέρουμε ότι καμία από τις μεταβλητές μας δεν πρέπει να αφαιρεθεί από το τρέχον μοντέλο καθότι όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν, σύμφωνα με τη

στήλη *S.E.*, μικρά τυπικά σφάλματα και κατά συνέπεια μπορούμε να προχωρήσουμε στην ερμηνεία των συντελεστών τους.

Αρχικά, ελέγχουμε τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στη στήλη *Sig.*, αφού αυτά μας υποδεικνύουν εάν οι κατηγορίες που περιλαμβάνει μία μεταβλητή διαφέρουν ή όχι στατιστικά σημαντικά, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, από την κατηγορία αναφοράς/επίπεδο αναφοράς που έχουμε θέσει για τη κάθε μεταβλητή ξεχωριστά. Προκειμένου να είναι μία μεταβλητή στατιστικά σημαντική θα πρέπει η τιμή που εμφανίζει στη στήλη *Sig.* να είναι μικρότερη από την τιμή του επιπέδου σημαντικότητας που έχει οριστεί. Έπειτα, παρατηρούμε τη στήλη *Exp(B)*, η οποία δείχνει την αναμενόμενη πιθανότητα να εμφανίσει ένα άτομο κλινική κατάθλιψη. Επισημαίνουμε ότι τα αποτελέσματα που βρίσκονται στην εν λόγω στήλη αναλύονται μόνο εάν οι μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές, εάν δηλαδή τα αποτελέσματα της στήλης *Sig.* είναι μικρότερα από το 0,05. Παρακάτω, παρουσιάζουμε αναλυτικά τις παρατηρήσεις μας για την κάθε παράμετρο, για την κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή δηλαδή, που βρίσκεται στο πρώτο μοντέλο.

- 1. Χώρα διαμονής:** Ως κατηγορία αναφοράς έχουμε ορίσει την Αυστρία με την οποία πρόκειται να συγκρίνουμε τις υπόλοιπες χώρες. Με άλλα λόγια, η Αυστρία είναι η «χώρα αναφοράς» και συνεπώς οι υπόλοιπες χώρες θα συγκριθούν με αυτήν. Με μία πρώτη ματιά βλέπουμε ότι η Γερμανία, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Δανία, η Ελλάδα και η Ιρλανδία δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση με την Αυστρία ως προς την κατάθλιψη καθώς οι τιμές που εμφανίζουν στη στήλη *Sig.* είναι μεγαλύτερες από το επίπεδο σημαντικότητας που ισούται με 5%. Ωστόσο, για τις υπόλοιπες χώρες παρατηρούμε τα εξής:
 - Τα άτομα που διαμένουν στην Τσεχία και το Βέλγιο έχουν 24,2% και 60,2% μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες αντίστοιχα να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που διαμένουν στην Αυστρία.
 - Όσοι διαμένουν σε Ισπανία, Γαλλία και Ιταλία έχουν 110,5%, 110,9% και 137,6% μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να νοσήσουν από κατάθλιψη συγκριτικά με εκείνους που διαμένουν στην Αυστρία.
 - Οι κάτοικοι της Πολωνίας σε σύγκριση με τους κατοίκους της Αυστρίας έχουν αρκετά μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα, η οποία αγγίζει το 343%, να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη.
 - Μόνο τα άτομα που διαμένουν στην Ελβετία παρουσιάζουν μικρότερη σχετική πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης συγκριτικά με τα άτομα που διαμένουν στην Αυστρία. Πιο συγκεκριμένα, οι κάτοικοι της Ελβετίας έχουν 20,3% μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σχέση με τους κατοίκους της Αυστρίας.

2. **Φύλο:** Όσον αφορά στο φύλο, είναι εμφανές ότι οι άντρες έχουν 54,2% μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τις γυναίκες. Οι γυναίκες δηλαδή έχουν διπλάσια πιθανότητα να υποφέρουν από κλινική κατάθλιψη, γεγονός που τις καθιστά πιο επιρρεπείς στις καταθλιπτικές διαταραχές. Στο σημείο αυτό, βλέπουμε ότι τα ευρήματα της έρευνάς μας συμφωνούν με τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάσαμε στα αρχικά κεφάλαια.
3. **Ηλικία:** Ακολουθώντας, σχετικά με την ηλικία παρατηρούμε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία ενός ερωτώμενου κατά ένα έτος, αναμένεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας κατά 2% να εμφανίσει ο συγκεκριμένος ερωτώμενος κατάθλιψη.
4. **Οικογενειακή κατάσταση:** Τέλος, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, για ένα παντρεμένο άτομο, το οποίο ζει χωριστά από τον/την σύντροφό του και για ένα διαζευγμένο άτομο η σχετική πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι 38,9% μεγαλύτερη από την αντίστοιχη πιθανότητα για τα άτομα που είναι έγγαμοι και ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και για τα άτομα που συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους. Σχετικά με τα άτομα που είναι άγαμοι ή έχουν χηρέψει η σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που είναι παντρεμένα και ζουν μαζί ή συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους είναι κατά 28,3% και 44,1% αντίστοιχα, μεγαλύτερη.

6.3.2 Δεύτερο Μοντέλο (2^ο): Δημογραφικές και Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές

Στο δεύτερο κατά σειρά μοντέλο που θα αναλύσουμε επιθυμούμε να διερευνήσουμε πώς επιδρούν όχι μόνο οι δημογραφικές μεταβλητές, αλλά και ορισμένες κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές ως προς την εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης. Παρακάτω, αναφέρουμε όλους εκείνους τους παράγοντες από τους οποίους αποτελείται το δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης :

- η **χώρα διαμονής** (*country*) με κατηγορία αναφοράς την Αυστρία (*Austria*),
- το **φύλο** (*gender*) με κατηγορία αναφοράς τις γυναίκες (*Female*),
- η **ηλικία** (*age*),
- η **οικογενειακή κατάσταση** (*marital status/mstat_1*) με κατηγορία αναφοράς τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μόνιμα με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους (*Married, living with spouse & Registered partnership*),
- το **εκπαιδευτικό επίπεδο** (*years of education/yedu_1*) με κατηγορία αναφοράς τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει έως και 9 έτη εκπαίδευσης και

- η ευκολία ή δυσκολία με την οποία τα νοικοκυριά ανταποκρίνονται στις οικονομικές τους υποχρεώσεις (*household able to make ends meet/fdistress*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα νοικοκυριά που ανταπεξέρχονται με ευκολία στα οικονομικά τους καθήκοντα (*easily*).

Σημειώνουμε στο σημείο αυτό ότι από την «ομάδα» των κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών δεν προχωρήσαμε σε προσθήκη των εισοδημάτων των νοικοκυριών (*household income version/hhinc*) στο δεύτερο μοντέλο, καθώς η συγκεκριμένη μεταβλητή αποδείχθηκε ως μη στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5% στα διάφορα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης που εφαρμόσαμε.

Εν συνεχεία, παρουσιάζουμε τη μορφή του δεύτερου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης:

$$\log(\text{odds}) = \log\left(\frac{p(x)}{1-p(x)}\right) = a + \beta_1 * \text{country} + \beta_2 * \text{gender} + \beta_3 * \text{age} + \beta_4 * \text{mstat}_1 + \beta_5 * \text{yedu}_1 + \beta_6 * \text{fdistress} \quad (4)$$

Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το δεύτερο μοντέλο

Με βάση τον πίνακα 6.3.2.1 πληροφορούμαστε ότι ο αριθμός των έγκυρων παρατηρήσεων ισούται με 34.500 και ότι οι ελλείπουσες τιμές είναι ίσες με 234,

Πίνακας 6.3.2.1 *Case Processing Summary* για το δεύτερο μοντέλο

Case Processing Summary			
Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34500	99,3
	Missing Cases	234	,7
	Total	34734	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		34734	100,0
a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.			

ενώ με βάση τον πίνακα 6.3.2.2, ο οποίος περιλαμβάνει το Hosmer and Lemeshow Test, διαπιστώνουμε ότι το μοντέλο που αυτή τη φορά εφαρμόσαμε είναι επαρκές και έχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα. Αυτό σημαίνει ότι αποδεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση, αποδεχόμαστε δηλαδή ότι οι παρατηρηθείσες τιμές της Y δε διαφέρουν από τις εκτιμώμενες, αφού $\text{sig}=0,727 > 0,05 = \alpha$.

Πίνακας 6.3.2.2 Προσαρμογή του δεύτερου μοντέλου στα δεδομένα

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	5,279	8	.727

Ο παρακάτω πίνακας μας δίνει την πληροφορία για το Overall Percentage, ενημερώνοντάς μας ουσιαστικά κατά πόσο το συγκεκριμένο μοντέλο είναι επιτυχημένο, αφού υπολογίζει κατά πόσο οι παρατηρηθείσες τιμές της Y συμπίπτουν με τις εκτιμώμενες τιμές. Όπως φαίνεται, το ποσοστό ορθής ταξινόμησης που επιτυγχάνεται μέσω του δεύτερου μοντέλου ισούται με 76,6% όντας ικανοποιητικό και επιτρέποντάς μας κατά συνέπεια να προχωρήσουμε σε περαιτέρω ανάλυση του μοντέλου μας.

Πίνακας 6.3.2.3 Classification Table για το δεύτερο μοντέλο

Observed		Predicted		
		eurodcat		Percentage Correct
		Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
eurodcat	Not Depressed (less than 4 symptoms)	25030	992	96,2
	Depressed (4 or more than 4 symptoms)	7072	1406	16,6
Overall Percentage				76.6

Πίνακας 6.3.2.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο δεύτερο μοντέλο

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
Αυστρία (κατηγορία αναφοράς)			967,112	13	,000	
Γερμανία	,075	,093	,657	1	,418	1,078
Σουηδία	-,001	,092	,000	1	,990	,999
Ολλανδία	,152	,091	2,765	1	,096	1,164
Ισπανία	,508	,088	33,341	1	,000	1,663
Ιταλία	,592	,086	47,514	1	,000	1,807
Γαλλία	,766	,086	80,122	1	,000	2,152
Δανία	,134	,094	2,019	1	,155	1,143
Ελλάδα	-,378	,089	18,081	1	,000	,685
Ελβετία	-,048	,105	,209	1	,647	,953
Βέλγιο	,550	,086	40,631	1	,000	1,734

Τσεχία	,128	,090	2,017	1	,156	1,136
Πολωνία	1,169	,087	179,575	1	,000	3,220
Ιρλανδία	,011	,113	,010	1	,921	1,011
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
Άντρες	-,769	,029	709,363	1	,000	,464
ΗΛΙΚΙΑ	,018	,001	148,607	1	,000	1,018
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο & Συμβίωση σε μόνιμη βάση με τον/την σύντροφο (κατηγορία αναφοράς)			61,865	3	,000	
Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύντροφο (σε διάσταση) & Διαζευγμένος/η	,172	,050	11,911	1	,001	1,188
Ποτέ παντρεμένος/η (άγαμος/η)	,199	,060	10,801	1	,001	1,220
Χήρος/α	,280	,093	50,621	1	,000	1,323
ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ						
yedu_1 ≤ 9 (κατηγορία αναφοράς)			50,417	2	,000	
10 < yedu_1 ≤ 12	-,205	,035	34,766	1	,000	,815
yedu_1 > 13	-,231	,037	38,370	1	,000	,794
ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΤΑ ΒΓΑΖΕΙ ΠΕΡΑ						
Εύκολα (κατηγορία αναφοράς)			642,625	3	,000	
Με μεγάλη δυσκολία	1,172	,050	544,086	1	,000	3,230
Με σχετική δυσκολία	,633	,041	234,015	1	,000	1,884
Με σχετική ευκολία	,232	,039	35,085	1	,000	1,261
CONSTANT	-2,678	,126	451,565	1	,000	,069

Ερμηνεία των συντελεστών του δεύτερου μοντέλου

Για αρχή, παρατηρούμε προσεκτικά τη στήλη που περιλαμβάνει τα τυπικά σφάλματα των μεταβλητών που συμμετέχουν στο δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, συμπεραίνοντας ότι δεν χρειάζεται να προχωρήσουμε σε αφαίρεση καμίας μεταβλητής από το συγκεκριμένο μοντέλο διότι οι τιμές των τυπικών σφαλμάτων όλων των μεταβλητών είναι μικρές. Στη συνέχεια, συγκρίνουμε τα αποτελέσματα των στηλών *Sig.* και *Exp(B)* μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν υπάρχουν διαφοροποιήσεις όσον αφορά στη στατιστική σημαντικότητα των δημογραφικών μεταβλητών και εάν κατά συνέπεια διαφοροποιούνται οι αναμενόμενες πιθανότητες να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη οι ερωτώμενοι. Κατόπιν, σχολιάζουμε τις στήλες *Sig.* και *Exp(B)* για τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, οι οποίες προστέθηκαν στο δεύτερο μοντέλο. Τέλος, συγκρίνουμε τα αποτελέσματα τόσο του ελέγχου Hosmer Lemeshow όσο και του πίνακα ταξινόμησης ανάμεσα στα δύο μοντέλα, διακρίνοντας το καλύτερο μοντέλο. Σημειώνουμε ότι προκειμένου να καταλήξουμε στο προτιμότερο μοντέλο, δίνουμε έμφαση

κυρίως στους πίνακες ταξινόμησης, ενώ κάνουμε μόνο μία απλή αναφορά στους ελέγχους των Hosmer and Lemeshow καθώς τα αποτελέσματά τους, όπως έχουμε προαναφέρει, δεν είναι ιδιαίτερος αξιόπιστα.

Σύγκριση αποτελεσμάτων των στηλών Sig. και Exp(B) μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης

1. **Χώρα διαμονής:** Ως χώρα αναφοράς και στο δεύτερο μοντέλο, όπως και στα υπόλοιπα μοντέλα που θα ακολουθήσουν, παραμένει η Αυστρία με την οποία πρόκειται να συγκριθούν οι υπόλοιπες χώρες. Εξαρχής παρατηρούμε ότι οι χώρες, οι οποίες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά με την Αυστρία ως προς την κατάθλιψη είναι σχεδόν οι ίδιες για τα δύο μοντέλα, παρουσιάζοντας ελάχιστες μόνο διαφορές. Πιο συγκεκριμένα, ενώ στο πρώτο μοντέλο οι χώρες αυτές ήταν η Γερμανία, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Δανία, η Ελλάδα και η Ιρλανδία, στο δεύτερο μοντέλο οι μη στατιστικά σημαντικές χώρες αυξάνονται από 6 σε 7 περιλαμβάνοντας την Γερμανία, τη Σουηδία, την Ολλανδία, τη Δανία, την Ελβετία, η οποία στο πρώτο μοντέλο ήταν η μόνη στατιστικά σημαντική χώρα που αναμενόταν να εμφανίσει μικρότερη σχετική πιθανότητα κατάθλιψης σε σχέση με την Αυστρία, την Τσεχία, η οποία στο προηγούμενο μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντική και μάλιστα παρουσίαζε μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης συγκριτικά με την Αυστρία, και την Ιρλανδία. Σχετικά με τις υπόλοιπες χώρες συμπεραίνουμε ότι:
 - Τα άτομα που διαμένουν σε Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Βέλγιο και Πολωνία συνεχίζουν και στο δεύτερο μοντέλο να έχουν μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που διαμένουν στην Αυστρία.
 - Από τις χώρες που προηγήθηκαν, φαίνεται ότι οι κάτοικοι της Πολωνίας, για μία ακόμη φορά, σε σύγκριση με τους κατοίκους της Αυστρίας έχουν αρκετά μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα, η οποία αγγίζει το 222%, να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη.
 - Όσον αφορά στα άτομα που κατοικούν στην Ελλάδα, αυτά φαίνονται να εμφανίζουν, στο δεύτερο μοντέλο, 31,5% μικρότερη σχετική πιθανότητα νόσησης από κατάθλιψη σε σχέση με τους κατοίκους της Αυστρίας.
5. **Φύλο:** Οι άντρες και στο δεύτερο μοντέλο είναι εμφανές ότι έχουν μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τις γυναίκες, η οποία ισούται με 53,6%.
6. **Ηλικία:** Σχετικά με την ηλικία παρατηρούμε ότι και στο εν λόγω μοντέλο όπως και σε εκείνο που προηγήθηκε, η αύξηση της ηλικίας ενός ερωτώμενου κατά ένα έτος

έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της σχετικής πιθανότητας κατά 1,8% να εμφανίσει ο συγκεκριμένος ερωτώμενος κατάθλιψη.

7. **Οικογενειακή κατάσταση:** Και στην οικογενειακή κατάσταση δεν παρατηρείται καμία διαφορά ανάμεσα στα δύο υπό μελέτη μοντέλα, καθώς οι παντρεμένοι/ες που βρίσκονται σε διάσταση με τους/τις συζύγους τους μαζί με τους/τις διαζευγμένους/ες, οι άγαμοι/ες και οι χήροι/ες έχουν και στο μοντέλο αυτό μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους, οι οποίες ισούνται με 18,8%, 22% και 32,2% αντίστοιχα.

Σχολιασμός των στηλών Sig. και Exp(B) για τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές

1. **Έτη εκπαίδευσης:** Όσον αφορά στα έτη εκπαίδευσης, βλέπουμε ότι όσα άτομα παρακολούθησαν από 10 έως και 12 εκπαιδευτικά έτη έχουν 18,5% λιγότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα εκείνα που έχουν συμπληρώσει έως και 9 εκπαιδευτικά έτη. Επιπροσθέτως, τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει παραπάνω από 13 έτη εκπαίδευσης σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς μας, σε σχέση δηλαδή με τα άτομα που κατάφεραν να συμπληρώσουν έως και 9 έτη εκπαίδευσης, έχουν 20,6% μικρότερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη.
2. **Ευκολία ή δυσκολία ανταπόκρισης στις οικονομικές υποχρεώσεις:** Τέλος, σχετικά με το εάν ένα νοικοκυριό καταφέρνει να ανταπεξέλθει ή όχι στα οικονομικά του καθήκοντα φαίνεται ότι όσο πιο δύσκολα τα βγάζει πέρα τόσο περισσότερο αυξάνεται η σχετική πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με μεγάλη δυσκολία συγκριτικά με ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με ευκολία κινδυνεύει να εμφανίσει κατάθλιψη έχοντας 223% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα, ενώ ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με σχετική ευκολία έχει μόλις 26,1% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσει από κατάθλιψη σε σχέση με ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα εύκολα.

Σύγκριση αποτελεσμάτων των Hosmer Lemeshow Tests και των Classification Tables ανάμεσα στο πρώτο και το δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης

Το αποτέλεσμα του HL Test για το πρώτο μοντέλο ισούται με 0,040, ενώ για το δεύτερο μοντέλο είναι ίσο με 0,727. Αυτό σημαίνει ότι, με βάση τον έλεγχο των Hosmer and Lemeshow, το πρώτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης δεν είναι επαρκές, ενώ αντίθετα το δεύτερο κατά σειρά μοντέλο είναι επαρκές έχοντας καλή προσαρμογή στα δεδομένα. Όσον αφορά στους πίνακες ταξινόμησης, παρατηρούμε ότι το ποσοστό ορθής ταξινόμησης για το

πρώτο μοντέλο είναι 76,1% και για το δεύτερο μοντέλο 76,6%. Με άλλα λόγια, το ποσοστό ορθής ταξινόμησης είναι μεγαλύτερο για το δεύτερο μοντέλο.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψιν μας τόσο τα αποτελέσματα των Hosmer Lemeshow Tests όσο και τα ποσοστά που εμφανίζονται στους πίνακες ταξινόμησης, στους οποίους δίνουμε ιδιαίτερη βαρύτητα, συμπεραίνουμε ότι το δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης είναι καλύτερο.

6.3.3 Τρίτο Μοντέλο (3^ο): Δημογραφικές, Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές και μεταβλητές Νοσηρότητας

Στο τρίτο μοντέλο εξετάζουμε εάν η εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται ή όχι από ένα σύνολο δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών μεταβλητών, καθώς επίσης και μεταβλητών νοσηρότητας/υγείας. Ακολουθώντας, παρουσιάζουμε αναλυτικά τις μεταβλητές που περιλαμβάνονται στο τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης:

- η **χώρα διαμονής** (*country*) με κατηγορία αναφοράς την Αυστρία (*Austria*),
- το **φύλο** (*gender*) με κατηγορία αναφοράς τις γυναίκες (*Female*),
- η **ηλικία** (*age*),
- η **οικογενειακή κατάσταση** (*marital status/mstat_1*) με κατηγορία αναφοράς τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μόνιμα με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους (*Married, living with spouse & Registered partnership*),
- το **εκπαιδευτικό επίπεδο** (*years of education/yedu_1*) με κατηγορία αναφοράς τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει έως και 9 έτη εκπαίδευσης,
- η **ευκολία ή δυσκολία με την οποία τα νοικοκυριά ανταποκρίνονται στις οικονομικές τους υποχρεώσεις** (*household able to make ends meet/fdistress*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα νοικοκυριά που ανταπεξέρχονται με ευκολία στα οικονομικά τους καθήκοντα (*easily*),
- η **άποψη που έχουν σχηματίζει οι ίδιοι οι ερωτηθέντες σχετικά με το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται τόσο η ψυχική όσο και η σωματική τους υγεία** (*self-perceived health-US scale/sphus*) με κατηγορία αναφοράς τους ερωτηθέντες εκείνους που κρίνουν ως κακό το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής τους υγείας (*poor*),
- οι **δυσκολίες και οι περιορισμοί που αντιμετωπίζουν ορισμένοι από τους ερωτηθέντες του δείγματός μας όσον αφορά τις βασικές καθημερινές δραστηριότητές τους** λόγω κάποιου σωματικού, ψυχικού ή συναισθηματικού προβλήματος ή ακόμα και εξαιτίας ενός προβλήματος μνήμης (*limitations in activities of daily living/adl*) με κατηγορία αναφοράς τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν κανέναν περιορισμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες (*not limited*),

- οι δυσκολίες και οι περιορισμοί με τους οποίους έρχονται αντιμέτωποι ορισμένοι από τους ερωτηθέντες όσον αφορά τις δευτερεύουσες καθημερινές τους δραστηριότητες (*limitations with instrumental activities of daily living/iadl*),
- το ενδεχόμενο να έχουν κάποιοι από τους ερωτώμενους λιγότερες ή περισσότερες από δύο χρόνιες ασθένειες (*number of chronic diseases/chronic_1*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα άτομα που πάσχουν από λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις (*less than 2 diseases*),
- το ενδεχόμενο να έρχονται αντιμέτωποι ορισμένοι από τους ερωτώμενους με λιγότερους ή παραπάνω από δύο κινητικούς περιορισμούς (*mobility limitations/mobility_1*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα άτομα που παρουσιάζουν λιγότερους από δύο κινητικούς περιορισμούς (*less than 2 mobility limitations*),
- το ενδεχόμενο να εμφανίζουν μερικοί από τους ερωτηθέντες λιγότερα ή περισσότερα από δύο σωματικά συμπτώματα (*number of symptoms/symptoms_1*), τα οποία παρουσιάζονται λεπτομερώς στην υποενότητα 4.2.3, με κατηγορία αναφοράς τα άτομα που εμφανίζουν ένα μόνο σωματικό σύμπτωμα (*less than 2 symptoms*) και
- το ενδεχόμενο κατά το οποίο κάποιοι από τους ερωτώμενους επιδίδονται ή όχι σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα, από έντονη μέχρι πιο ήπια (*physical inactivity/phinct*) με κατηγορία αναφοράς τα άτομα εκείνα που πραγματοποιούν κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα (*no*).

Η μορφή που θα έχει το τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης είναι η ακόλουθη:

$$\log(\text{odds}) = \log\left(\frac{p(x)}{1-p(x)}\right) = a + \beta_1 * \text{country} + \beta_2 * \text{gender} + \beta_3 * \text{age} + \beta_4 * \text{mstat}_1 + \beta_5 * \text{yedu}_1 + \beta_6 * \text{fdistress} + \beta_7 * \text{spshus} + \beta_8 * \text{adl} + \beta_9 * \text{iadl} + \beta_{10} * \text{chronic}_1 + \beta_{11} * \text{mobility}_1 + \beta_{12} * \text{symptoms}_1 + \beta_{13} * \text{phinct} \quad (5)$$

Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το τρίτο μοντέλο

Παρακάτω παρουσιάζουμε για αρχή τους πίνακες που περιλαμβάνουν τα απαραίτητα αποτελέσματα για το σχολιασμό του τρίτου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης, ενώ στη συνέχεια αναλύουμε λεπτομερώς τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 6.3.3.1 Case Processing Summary για το τρίτο μοντέλο

Case Processing Summary			
Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	34500	99,3
	Missing Cases	234	,7
	Total	34734	100,0

Unselected Cases	0	,0
Total	34734	100,0
a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.		

Πίνακας 6.3.3.2 Προσαρμογή του τρίτου μοντέλου στα δεδομένα

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	34,912	8	,000

Πίνακας 6.3.3.3 Classification Table για το τρίτο μοντέλο

Observed		Predicted		
		eurodcat		Percentage Correct
		Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
eurodcat	Not Depressed (less than 4 symptoms)	24251	1771	93,2
	Depressed (4 or more than 4 symptoms)	5091	3387	40,0
Overall Percentage				80,1

Πίνακας 6.3.3.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο τρίτο μοντέλο

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
Αυστρία (κατηγορία αναφοράς)			500,609	13	,000	
Γερμανία	-,042	,100	,171	1	,679	,959
Σουηδία	,059	,100	,348	1	,555	1,061
Ολλανδία	,257	,099	6,759	1	,009	1,293
Ισπανία	,586	,096	37,045	1	,000	1,798
Ιταλία	,711	,094	57,459	1	,000	2,035
Γαλλία	,797	,093	73,186	1	,000	2,218
Δανία	,197	,102	3,715	1	,054	1,217
Ελλάδα	-,018	,097	,035	1	,852	,982
Ελβετία	,286	,113	6,373	1	,012	1,332
Βέλγιο	,598	,094	40,613	1	,000	1,818
Τσεχία	-,071	,098	,524	1	,469	,932
Πολωνία	,786	,096	67,771	1	,000	2,196

Ιρλανδία	,295	,124	5,686	1	,017	1,343
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
Άντρες	-,679	,032	456,389	1	,000	,507
ΗΛΙΚΙΑ	-,016	,002	91,856	1	,000	,984
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο & Συμβίωση σε μόνιμη βάση με τον/την σύντροφο (κατηγορία αναφοράς)			41,975	3	,000	
Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύντροφο (σε διάσταση) & Διαζευγμένος/η	,108	,055	3,930	1	,047	1,114
Ποτέ παντρεμένος/η (άγαμος/η)	,148	,066	5,073	1	,024	1,160
Χήρος/α	,269	,043	38,526	1	,000	1,308
ΕΤΗ ΣΠΟΥΔΩΝ						
yedu_1 ≤ 9 (κατηγορία αναφοράς)			7,859	2	,020	
10 < yedu_1 ≤ 12	-,072	,038	3,623	1	,057	,930
yedu_1 > 13	,038	,041	,875	1	,350	1,039
ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΤΑ ΒΓΑΖΕΙ ΠΕΡΑ						
Εύκολα (κατηγορία αναφοράς)			170,337	3	,000	
Με μεγάλη δυσκολία	,670	,055	146,898	1	,000	1,954
Με σχετική δυσκολία	,333	,045	55,031	1	,000	1,395
Με σχετική ευκολία	,122	,042	8,357	1	,004	1,130
ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ						
Κακό επίπεδο (κατηγορία αναφοράς)			659,346	4	,000	
Άριστο επίπεδο	-1,727	,092	355,979	1	,000	,178
Πολύ καλό επίπεδο	-1,564	,069	507,361	1	,000	,209
Καλό επίπεδο	-1,147	,053	465,098	1	,000	,317
Μέτριο επίπεδο	-,650	,048	184,754	1	,000	,522
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (κατηγορία αναφοράς ΚΑΝΕΝΑΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ)						
Τουλάχιστον ένας περιορισμός	,262	,037	50,215	1	,000	1,299
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΙΣ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	,157	,015	109,579	1	,000	1,170
ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (κατηγορία αναφοράς ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 2 ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ)						
2 και άνω χρόνια παθήσεις	,004	,034	,015	1	,904	1,004

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ (κατηγορία αναφοράς ΛΙΓΟΤΕΡΟΙ ΑΠΟ 2 ΚΙΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ)						
2 και άνω κινητικοί περιορισμοί	,230	,037	38,456	1	,000	1,258
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (κατηγορία αναφοράς ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 2 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ)						
2 και άνω σωματικά συμπτώματα	,908	,035	691,000	1	,000	2,478
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ (κατηγορία αναφοράς ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ)						
Μη συμμετοχή	,225	,047	22,831	1	,000	1,252
CONSTANT	-,293	,151	3,744	1	,053	,746

Σχολιασμός του πίνακα «Case Processing Summary» για το τρίτο μοντέλο

Βάσει του πίνακα 6.3.3.1 διαπιστώνουμε ότι οι έγκυρες παρατηρήσεις αγγίζουν τις 34.500, ενώ οι ελλείπουσες τιμές φτάνουν τις 234.

Σχολιασμός του πίνακα «Hosmer and Lemeshow Test» για το τρίτο μοντέλο

Ο πίνακας 6.3.3.2 μας πληροφορεί ότι το τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης δεν έχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα όντας ανεπαρκές διότι $\text{sig}=0,00 < 0,05 = \alpha$. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα πρέπει να απορρίψουμε το εν λόγω μοντέλο και να μην προχωρήσουμε σε περαιτέρω ανάλυσή του. Όμως, προτού συμβεί κάτι τέτοιο, προτού δηλαδή απορρίψουμε το τρίτο μοντέλο, θα πρέπει να ελέγξουμε το ποσοστό που δίνεται από τον πίνακα ταξινόμησης που ακολουθεί. Εάν το ποσοστό αυτό δεν είναι ικανοποιητικό τότε προχωράμε σε απόρριψη του τρίτου μοντέλου, σε περίπτωση, όμως, που το ποσοστό του Classification Table είναι ικανοποιητικό τότε κρατάμε το μοντέλο και συνεχίζουμε στη διαδικασία ανάλυσής του.

Σχολιασμός του πίνακα «Classification Table» για το τρίτο μοντέλο

Από τον πίνακα 6.3.3.3 φαίνεται ότι το ποσοστό ορθής ταξινόμησης που επιτυγχάνεται μέσω του τρίτου μοντέλου είναι ίσο με 80,1% και ενώ κρίνεται αρκετά ικανοποιητικό έρχεται σε αντίθεση με την τιμή που μας έδωσε το HL Test, το οποίο έκρινε το μοντέλο ως ανεπαρκές. Ωστόσο, επειδή έχουμε τονίσει ουκ ολίγες φορές ότι ο έλεγχος των Hosmer and Lemeshow είναι αναξιόπιστος και κατά συνέπεια πρέπει να δίνεται έμφαση στον πίνακα ταξινόμησης, στη συγκεκριμένη περίπτωση θα προχωρήσουμε σε περαιτέρω ανάλυση του μοντέλου που εφαρμόσαμε καθώς το ποσοστό που προέκυψε από το Classification Table κρίθηκε ικανοποιητικό.

Ερμηνεία των συντελεστών του τρίτου μοντέλου

Προτού προχωρήσουμε στην ερμηνεία των συντελεστών του τρίτου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης, αναφέρουμε ότι καμία μεταβλητή δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί από αυτό καθώς οι τιμές των τυπικών σφαλμάτων όλων των μεταβλητών είναι αρκετά χαμηλές.

Σύγκριση αποτελεσμάτων των στηλών Sig. και Exp(B) μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης

- 1. Χώρα διαμονής:** Αρχικά, θα αναφερθούμε στις μη στατιστικά σημαντικές χώρες, στις χώρες δηλαδή που δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης σε σχέση με την Αυστρία σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, ενώ στη συνέχεια θα κάνουμε λόγο για τις χώρες που διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Αυστρία. Ξεκινώντας λοιπόν, διακρίνουμε ότι οι μη στατιστικά σημαντικές χώρες στο τρίτο μοντέλο είναι η Γερμανία, η Σουηδία, η Δανία, η Ελλάδα και η Τσεχία. Οι χώρες αυτές περιορίστηκαν από 7 που ήταν στο δεύτερο μοντέλο σε 5. Έτσι, η Ολλανδία, η Ελβετία και το Βέλγιο που στο δεύτερο μοντέλο δεν παρουσίαζαν σημαντική διαφορά συγκριτικά με την Αυστρία ως προς την κατάθλιψη, στο τρίτο μοντέλο φαίνεται ότι διαφοροποιούνται, ενώ η Ελλάδα, η οποία στο δεύτερο μοντέλο αποτελούσε τη μοναδική χώρα που είχε μικρότερη σχετική πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης, στο τρίτο μοντέλο αποτελεί μία από τις μη στατιστικά σημαντικές χώρες. Σχετικά με τις χώρες που διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά από την Αυστρία αναφέρουμε ότι:
 - Η Ισπανία, η Ιταλία, η Γαλλία, το Βέλγιο και η Πολωνία συνεχίζουν και στο τρίτο μοντέλο να έχουν μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη σε σχέση με την Αυστρία, ενώ στις χώρες αυτές έρχονται να προστεθούν η Ολλανδία και η Ιρλανδία. Πιο συγκεκριμένα, οι κάτοικοι της Ολλανδίας και της Ιρλανδίας έχουν 29,3% και 34,3% μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες, αντίστοιχα, να νοσήσουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τους κατοίκους της Αυστρίας.
 - Από τις χώρες που προαναφέρθηκαν, φαίνεται ότι οι κάτοικοι που διαμένουν στην Γαλλία έχουν αρκετά μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους κατοίκους της Αυστρίας, η οποία αγγίζει το 121,8%. Η χώρα που στο δεύτερο μοντέλο, όπως και στο πρώτο, εμφάνιζε την υψηλότερη σχετική πιθανότητα νόσησης από κατάθλιψη ήταν η Πολωνία.
 - Σημειώνουμε ότι καμία από τις χώρες που συμμετέχουν στο τρίτο μοντέλο δεν έχει μικρότερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη. Υπενθυμίζουμε ότι στο δεύτερο μοντέλο η εν λόγω χώρα ήταν η Ελλάδα, ενώ στο πρώτο η Ελβετία.

2. **Φύλο:** Το αντρικό φύλο συνεχίζει να έχει μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσει από κατάθλιψη σε σύγκριση με το γυναικείο. Η σχετική αυτή πιθανότητα στην περίπτωση μας ισούται με 49,3%.
3. **Ηλικία:** Σχετικά με την ηλικία παρατηρούμε ότι στο τρίτο μοντέλο τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται αρκετά, καθώς αύξηση της ηλικίας ενός ερωτώμενου κατά ένα έτος έχει σαν αποτέλεσμα, αυτή τη φορά, να μειωθεί και όχι να αυξηθεί, όπως συνέβαινε τόσο στο πρώτο όσο και στο δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, η σχετική πιθανότητα εμφάνισης κλινικής κατάθλιψης στο συγκεκριμένο ερωτώμενο κατά 1,6%. Ωστόσο, το αποτέλεσμα αυτό δεν πρέπει να μας φέρει σε σύγχυση καθώς έχει αποδειχθεί ότι δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο μοτίβο όσον αφορά στην ηλικία και την κατάθλιψη. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι η κατάθλιψη αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων, ενώ αρχίζει να μειώνεται από μία ηλικία και μετά. Για παράδειγμα, στις περισσότερες μελέτες φαίνεται ότι η κατάθλιψη αυξάνεται έως και τα 64 έτη, ενώ παρουσιάζει πτώση από την ηλικία των 65 ετών και μετά. Άλλες πάλι μελέτες δείχνουν ότι η κατάθλιψη αυξάνεται έως και τα 69 έτη, ενώ αρχίζει να μειώνεται από τα 70 έτη και μετά (Jorm, 2000). Συνεπώς, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι δεν υπάρχει συνέπεια αποτελεσμάτων μεταξύ κατάθλιψης και ηλικίας.
4. **Οικογενειακή κατάσταση:** Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση δεν παρατηρείται καμία διαφορά ανάμεσα στα δύο τελευταία μοντέλα που εξετάσαμε, καθώς οι παντρεμένοι/ες που βρίσκονται σε διάσταση με τους/τις συζύγους τους μαζί με τους/τις διαζευγμένους/ες, οι άγαμοι/ες και οι χήροι/ες συνεχίζουν, και στο τρέχον μοντέλο, να έχουν μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους, οι οποίες ισούται με 11,4%, 16% και 30,8% αντίστοιχα.
5. **Έτη εκπαίδευσης:** Τα εκπαιδευτικά έτη αν και στο δεύτερο μοντέλο, όπως και στο πρώτο, αποτελούσαν μία στατιστικά σημαντική μεταβλητή, στο τρίτο μοντέλο στο οποίο προστέθηκαν επιπλέον μεταβλητές, εμφανίζονται ως μία μη στατιστικά σημαντική μεταβλητή σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Το γεγονός αυτό, πιθανώς μας δείχνει ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης όπως συμβαίνει με κάποιες άλλες μεταβλητές. Οι μεταβλητές αυτές μπορεί να είναι είτε δημογραφικές είτε μεταβλητές υγείας.
6. **Ευκολία ή δυσκολία ανταπόκρισης στις οικονομικές υποχρεώσεις:** Σχετικά με το εάν ένα νοικοκυριό καταφέρνει να ανταπεξέλθει ή όχι στα οικονομικά του καθήκοντα φαίνεται ότι τα πράγματα παραμένουν ίδια και για το τρίτο μοντέλο, χωρίς να παρουσιάζεται κάποια ιδιαίτερη διαφορά όσον αφορά στα αποτελέσματα που προκύπτουν για τη μεταβλητή *fdistress*. Με άλλα λόγια, και στο τρίτο μοντέλο

λογιστικής παλινδρόμησης παρατηρούμε ότι όσο πιο δύσκολα τα βγάζει πέρα ένα νοικοκυριό τόσο περισσότερο αυξάνεται η σχετική πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Επί παραδείγματι, ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με μεγάλη δυσκολία συγκριτικά με ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με ευκολία κινδυνεύει να εμφανίσει κατάθλιψη έχοντας 95,4% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα, ενώ ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με σχετική ευκολία έχει μόλις 13% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσει από κατάθλιψη σε σχέση με ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα εύκολα.

Σχολιασμός των στηλών Sig. και Expr(B) για τις μεταβλητές νοσηρότητας/υγείας

- 1. Αυτοαντίληψη για το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας:** Σημαντική επίδραση στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης παρουσιάζει και η αυτοαντίληψη των ερωτηθέντων σχετικά με το επίπεδο τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας διότι όσο καλύτερη κρίνει την υγεία του ένας ερωτώμενος τόσο μικρότερη φαίνεται να είναι η σχετική πιθανότητα να νοσήσει ο συγκεκριμένος ερωτώμενος από κλινική κατάθλιψη. Για να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι, όσοι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι το επίπεδο της συνολικής τους υγείας είναι άριστο έχουν 82,2% μικρότερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα που έκριναν την υγεία τους ως κακή, ενώ όσοι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι βρίσκουν το επίπεδο της συνολικής τους υγείας μέτριο έχουν 47,8% μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που βρήκαν το επίπεδο της υγείας τους κακό.
- 2. Περιορισμοί στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες:** Ένα άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει έναν τουλάχιστον περιορισμό στις βασικές καθημερινές δραστηριότητές του, όπως είναι το ντύσιμο, το περπάτημα σε ένα δωμάτιο, η χρήση τουαλέτας έχει 29,9% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη σε σύγκριση με ένα άτομο που δεν αντιμετωπίζει κανέναν περιορισμό στις βασικές καθημερινές δραστηριότητές του.
- 3. Περιορισμοί στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες:** Αύξηση των περιορισμών στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες κατά έναν περιορισμό οδηγεί σε αύξηση της σχετικής πιθανότητας να εμφανιστεί κλινική κατάθλιψη κατά 17%.
- 4. Αριθμός χρόνιων παθήσεων:** Τα άτομα που παρουσιάζουν από δύο και πάνω χρόνιες παθήσεις δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο σημαντικότητας

5% από τα άτομα που παρουσιάζουν λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις ως προς την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.⁹

5. **Αριθμός κινητικών περιορισμών:** Όσα άτομα αντιμετωπίζουν από δύο και άνω κινητικούς περιορισμούς έχουν 25,8% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα εκείνα που δεν αντιμετωπίζουν κανέναν κινητικό περιορισμό.
6. **Αριθμός σωματικών συμπτωμάτων:** Όσοι ερωτηθέντες εμφανίζουν από δύο και άνω σωματικά συμπτώματα, τα οποία αναφέρονται στην υποενότητα 4.2.3, έχουν 147,8% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τους ερωτηθέντες που δεν εμφανίζουν κανένα σωματικό σύμπτωμα.
7. **Συμμετοχή σε κάποιου είδους σωματική δραστηριότητα:** Τέλος, η σωματική δραστηριότητα στα άτομα ηλικίας 50+ φαίνεται ότι επηρεάζει με τη σειρά της την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης, αφού τα άτομα, τα οποία δεν πραγματοποιούν καμία σωματική δραστηριότητα έχουν 25,2% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα που πραγματοποιούν κάποια σωματική δραστηριότητα.

Σύγκριση αποτελεσμάτων των Hosmer Lemeshow Tests και των Classification Tables ανάμεσα στο δεύτερο και το τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των ελέγχων Hosmer and Lemeshow μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου μοντέλου διαπιστώνουμε ότι το δεύτερο μοντέλο είναι επαρκές καθώς η τιμή του HL Test ισούται με 0,727, ενώ το τρίτο μοντέλο δεν είναι επαρκές αφού η τιμή του HL Test είναι ίση με 0. Εντούτοις, μη λαμβάνοντας υπόψιν τα αποτελέσματα των HL Tests, αλλά δίνοντας βαρύτητα στους πίνακες ταξινόμησης παρατηρούμε ότι το ποσοστό ορθής ταξινόμησης για το τρίτο μοντέλο αυξήθηκε κατά 3,5%, φτάνοντας από το 76,6% που ήταν στο δεύτερο μοντέλο στο 80,1%. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στο εξής συμπέρασμα: Το τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης είναι προτιμότερο από το δεύτερο διότι το ποσοστό ορθής ταξινόμησης που εμφανίζει είναι υψηλότερο.

6.3.4 Τέταρτο Μοντέλο/Βέλτιστο Μοντέλο (4^ο): Δημογραφικές, Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, μεταβλητές Νοσηρότητας και Εργασίας/Επαγγέλματος

Στο τέταρτο και τελευταίο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης περιλαμβάνονται όλοι εκείνοι οι δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, καθώς και οι παράγοντες

⁹ Όπως είδαμε στην υποενότητα 5.3 η εμφάνιση ή όχι κλινικής κατάθλιψης επηρεάζεται σε μικρότερο βαθμό από τη μεταβλητή chronic_1 σε σύγκριση με τις υπόλοιπες μεταβλητές νοσηρότητας που εξετάστηκαν στην υποενότητα αυτή.

νοσηρότητας και εργασίας, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψη χαρακτηρίζοντας το συγκεκριμένο μοντέλο ως βέλτιστο. Σημειώνουμε στο σημείο αυτό ότι με την προσθήκη των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών εργασίας, ορισμένοι από τους παράγοντες που υπήρχαν στα δύο προηγούμενα μοντέλα, και πιο συγκεκριμένα στο δεύτερο και στο τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, δεν βρίσκονται πλέον στο τέταρτο αφού σταμάτησαν να είναι στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.¹⁰ Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- το **εκπαιδευτικό επίπεδο** (*years of education/yedu_1*),
- οι **δυσκολίες και οι περιορισμοί που αντιμετωπίζουν ορισμένοι από τους ερωτηθέντες του δείγματός μας όσον αφορά τις βασικές καθημερινές δραστηριότητές τους** λόγω κάποιου σωματικού, ψυχικού ή συναισθηματικού προβλήματος ή ακόμα και εξαιτίας ενός προβλήματος μνήμης (*limitations in activities of daily living/adl*) και
- το **ενδεχόμενο κατά το οποίο κάποιιοι από τους ερωτώμενους επιδίδονται ή όχι σε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα**, από έντονη μέχρι πιο ήπια (*physical inactivity/phinact*).¹¹

Παρακάτω, αναφέρουμε τους παράγοντες εκείνους από τους οποίους αποτελείται το τέταρτο και βέλτιστο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης:

- η **χώρα διαμονής** (*country*) με κατηγορία αναφοράς την Αυστρία (*Austria*),
- το **φύλο** (*gender*) με κατηγορία αναφοράς τις γυναίκες (*Female*),
- η **ηλικία** (*age*),
- η **οικογενειακή κατάσταση** (*marital status/mstat_1*) με κατηγορία αναφοράς τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μόνιμα με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους (*Married, living with spouse & Registered partnership*),
- η **ευκολία ή δυσκολία με την οποία τα νοικοκυριά ανταποκρίνονται στις οικονομικές τους υποχρεώσεις** (*household able to make ends meet/fdistress*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα νοικοκυριά που ανταπεξέρχονται με ευκολία στα οικονομικά τους καθήκοντα (*easily*),

¹⁰ Εξαιρέση αποτελεί η μεταβλητή *yedu_1*, η οποία σταμάτησε να είναι στατιστικά σημαντική ήδη από το τρίτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

¹¹ Στο τέταρτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, περιλαμβάνονται δύο μόνο μη στατιστικά σημαντικές μεταβλητές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Πρόκειται για τις μεταβλητές *chronic_1* και *mobility_1*. Η μεταβλητή *chronic_1* δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σε κανένα από τα υπάρχοντα μοντέλα, ενώ η μεταβλητή *mobility_1* σταματά να είναι στατιστικά σημαντική στο τέταρτο μοντέλο. Εντούτοις, επιλέγουμε να μην αφαιρέσουμε τις εν λόγω μεταβλητές από το τέταρτο μοντέλο καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μας, είναι σημαντικές και επιδρούν στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.

- η άποψη που έχουν σχηματίσει οι ίδιοι οι ερωτηθέντες σχετικά με το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται τόσο η ψυχική όσο και η σωματική τους υγεία (*self-perceived health-US scale/sphus*) με κατηγορία αναφοράς τους ερωτηθέντες εκείνους που κρίνουν ως κακό το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής τους υγείας (*poor*),
- οι δυσκολίες και οι περιορισμοί με τους οποίους έρχονται αντιμέτωποι ορισμένοι από τους ερωτηθέντες όσον αφορά τις δευτερεύουσες καθημερινές τους δραστηριότητες (*limitations with instrumental activities of daily living/iadl*),
- το ενδεχόμενο να έχουν κάποιοι από τους ερωτώμενους λιγότερες ή περισσότερες από δύο χρόνιες ασθένειες (*number of chronic diseases/chronic_1*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα άτομα που πάσχουν από λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις (*less than 2 diseases*),
- το ενδεχόμενο να έρχονται αντιμέτωποι ορισμένοι από τους ερωτώμενους με λιγότερους ή παραπάνω από δύο κινητικούς περιορισμούς (*mobility limitations/mobility_1*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα άτομα που παρουσιάζουν λιγότερους από δύο κινητικούς περιορισμούς (*less than 2 mobility limitations*),
- το ενδεχόμενο να εμφανίζουν μερικοί από τους ερωτηθέντες λιγότερα ή περισσότερα από δύο σωματικά συμπτώματα (*number of symptoms/symptoms_1*), τα οποία παρουσιάζονται λεπτομερώς στην υποενότητα 4.2.3, με κατηγορία αναφοράς τα άτομα που εμφανίζουν ένα μόνο σωματικό σύμπτωμα (*less than 2 symptoms*),
- η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια που αντλούν οι εργαζόμενοι από το εργασιακό τους περιβάλλον (*satisfied with (main) job/ep026*) με κατηγορία αναφοράς τα άτομα εκείνα που είναι σε σημαντικό βαθμό ικανοποιημένα με την εργασία τους (*strongly agree*),
- το ενδεχόμενο να βρίσκονται ή όχι κάποιοι από τους ερωτηθέντες υπό διαρκή πίεση χρόνου εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας (*time pressure due to a heavy workload/ep028*) με κατηγορία αναφοράς τους εργαζόμενους που βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας (*strongly agree*),
- η επιθυμία ή μη των εργαζομένων να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα από την τρέχουσα επαγγελματική τους κατάσταση (*look for early retirement in (main) job/ep036*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τα άτομα που δεν επιθυμούν να λάβουν πρόωρη σύνταξη (*no*) και
- ο φόβος ή όχι των ερωτώμενων σχετικά με τον εάν η υγεία τους θα περιορίσει ή όχι την ικανότητά τους να εργάζονται στο τρέχον επαγγελματικό τους περιβάλλον πριν την κανονική συνταξιοδότησή τους (*afraid health limits ability to work before regular retirement in (main) job/ep037*) έχοντας ως κατηγορία αναφοράς τους ερωτώμενους εκείνους που δεν φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει την ικανότητά τους να συνεχίσουν να εργάζονται πριν την κανονική συνταξιοδότηση (*no*).

Η μορφή του τέταρτου και βέλτιστου μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης παρουσιάζεται ακολούθως :

$$\log(\text{odds}) = \log\left(\frac{p(x)}{1-p(x)}\right) = a + \beta_1 * \text{country} + \beta_2 * \text{gender} + \beta_3 * \text{age} + \beta_4 * \text{mstat_1} + \beta_5 * \text{fdistress} + \beta_6 * \text{sphus} + \beta_7 * \text{iadl} + \beta_8 * \text{chronic_1} + \beta_9 * \text{mobility_1} + \beta_{10} * \text{symptoms_1} + \beta_{11} * \text{ep026} + \beta_{12} * \text{ep028} + \beta_{13} * \text{ep036} + \beta_{14} * \text{ep037} \quad (6)$$

Αποτελέσματα μέσω του SPSS για το τέταρτο μοντέλο

Όπως πληροφορούμαστε μέσω του πίνακα 6.3.4.1, από το συνολικό μας πληθυσμό (34.734 παρατηρήσεις) έγκυρες παρατηρήσεις αποτελούν μόνο οι 9.652, ενώ οι υπόλοιπες 25.082 αποτελούν ελλείπουσες τιμές.¹² Συνεπώς το δείγμα μας από τους 34.734 ερωτώμενους μειώθηκε στους 9.652 και με βάση αυτές τις παρατηρήσεις θα εξαχθούν τα απαραίτητα αποτελέσματα για το τέταρτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

Πίνακας 6.3.4.1 Case Processing Summary για το τέταρτο μοντέλο

Case Processing Summary			
Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	9652	27,8
	Missing Cases	25082	72,2
	Total	34734	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		34734	100,0
a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.			

Παρατηρούμε ότι το Sig.=0,001 < 0,05=α (όπου α=0,05 είναι το επίπεδο σημαντικότητας που έχουμε ορίσει). Συνεπώς, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, το ότι δηλαδή δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ παρατηρούμενων και αναμενόμενων τιμών για την εξαρτημένη μεταβλητή, γεγονός που υποδηλώνει ότι η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα μας δεν είναι καλή.

Πίνακας 6.3.4.2 Προσαρμογή του τέταρτου μοντέλου στα δεδομένα

Hosmer and Lemeshow Test			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	25,197	8	,001

¹² Φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων απέφυγε να απαντήσει στις επαγγελματικές ερωτήσεις που τέθηκαν.

Σε αντίθεση με τον έλεγχο των Hosmer and Lemeshow, ο οποίος έκρινε ως ανεπαρκές το μοντέλο μας, ο πίνακας Classification Table μας δείχνει ότι το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέπεται σωστά από το τέταρτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης είναι αρκετά ικανοποιητικό αφού αγγίζει το 85,4%. Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο μας είναι αξιόπιστο, έχοντας, συγκριτικά με τα μοντέλα που προηγήθηκαν, το υψηλότερο ποσοστό ορθής ταξινόμησης.

Πίνακας 6.3.4.3 Classification Table για το τέταρτο μοντέλο

Observed		Predicted		
		eurodcat		Percentage Correct
		Not Depressed (less than 4 symptoms)	Depressed (4 symptoms or more)	
eurodcat	Not Depressed (less than 4 symptoms)	7930	224	97,3
	Depressed (4 or more than 4 symptoms)	1183	315	21,0
Overall Percentage				85,4

Πίνακας 6.3.4.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών που συμμετέχουν στο τέταρτο μοντέλο

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						
Αυστρία (κατηγορία αναφοράς)			169,792	13	,000	
Γερμανία	,074	,270	,075	1	,784	1,077
Σουηδία	,273	,265	1,062	1	,303	1,314
Ολλανδία	,366	,269	1,850	1	,174	1,441
Ισπανία	,270	,281	,928	1	,335	1,310
Ιταλία	,896	,268	11,150	1	,001	2,449
Γαλλία	,973	,258	14,227	1	,000	2,646
Δανία	,610	,263	5,388	1	,020	1,840
Ελλάδα	-,306	,274	1,248	1	,264	,737
Ελβετία	,565	,278	4,126	1	,042	1,760
Βέλγιο	,835	,262	10,192	1	,001	2,305
Τσεχία	-,231	,272	,724	1	,395	,793
Πολωνία	1,018	,273	13,878	1	,000	2,769
Ιρλανδία	,416	,301	1,909	1	,167	1,516
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
Άντρες	-,832	,068	147,736	1	,000	,435
ΗΛΙΚΙΑ						
	-,024	,007	11,041	1	,001	,976

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο & Συμβίωση σε μόνιμη βάση με τον/την σύντροφο (κατηγορία αναφοράς)			19,726	3	,000	
Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/την σύντροφο (σε διάσταση) & Διαζευγμένος/η	,013	,102	,015	1	,901	1,013
Ποτέ παντρεμένος/η (άγαμος/η)	,255	,125	4,181	1	,041	1,290
Χήρος/α	,593	,147	16,346	1	,000	1,810
ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΤΑ ΒΓΑΖΕΙ ΠΕΡΑ						
Εύκολα (κατηγορία αναφοράς)			32,640	3	,000	
Με μεγάλη δυσκολία	,724	,134	29,412	1	,000	2,063
Με σχετική δυσκολία	,385	,096	16,240	1	,000	1,470
Με σχετική ευκολία	,285	,083	11,852	1	,001	1,329
ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑ						
Κακό επίπεδο (κατηγορία αναφοράς)			98,953	4	,000	
Άριστο επίπεδο	-1,644	,210	61,509	1	,000	,193
Πολύ καλό επίπεδο	-1,404	,191	54,143	1	,000	,246
Καλό επίπεδο	-1,087	,179	36,952	1	,000	,337
Μέτριο επίπεδο	-,622	,180	11,921	1	,001	,537
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΙΣ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ						
ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (κατηγορία αναφοράς ΛΙΓΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ 2 ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ)						
2 και άνω χρόνια παθήσεις	,044	,076	,331	1	,565	1,045
ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΩΝ (κατηγορία αναφοράς ΛΙΓΟΤΕΡΟΙ ΑΠΟ 2 ΚΙΝΗΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ)						
2 και άνω κινητικοί περιορισμοί	,145	,091	2,518	1	,113	1,156
ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ (κατηγορία αναφοράς ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 2 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ)						
2 και άνω σωματικά συμπτώματα	1,050	,071	221,602	1	,000	2,858
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						
(κατηγορία αναφοράς ΑΤΟΜΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΣΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΒΑΘΜΟ)			34,311	3	,000	
Ικανοποιημένα άτομα	,226	,072	9,999	1	,002	1,254
Άτομα μη ικανοποιημένα	,663	,123	28,987	1	,000	1,940
Καθόλου ικανοποιημένα άτομα	,652	,214	9,262	1	,002	1,919

ΔΙΑΡΚΗΣ ΠΙΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΛΟΓΩ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΦΟΡΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ						
<i>(κατηγορία αναφοράς ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΜΕΓΑΛΟ ΒΑΘΜΟ ΥΠΟ ΔΙΑΡΚΗ ΠΙΕΣΗ ΧΡΟΝΟΥ)</i>			26,913	3	,000	
<i>Άτομα που βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου</i>	-,291	,088	10,810	1	,001	,748
<i>Άτομα που δεν βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου</i>	-,466	,090	26,887	1	,000	,627
<i>Άτομα που δεν βρίσκονται καθόλου υπό διαρκή πίεση χρόνου</i>	-,316	,126	6,335	1	,012	,729
ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΠΡΟΩΡΗΣ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ						
<i>(κατηγορία αναφοράς ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΘΕΛΟΥΝ ΝΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΘΟΥΝ ΠΡΟΩΡΑ)</i>						
<i>Άτομα που επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα</i>	,152	,068	4,963	1	,026	1,165
ΦΟΒΟΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΕΑΝ Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΘΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΕΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΝΑ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ <i>(κατηγορία αναφοράς ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΦΟΒΟΥΝΤΑΙ ΟΤΙ Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥΣ ΘΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΕΙ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ ΝΑ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΡΕΧΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ)</i>						
<i>Άτομα που φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει την ικανότητά τους να εργάζονται στο τρέχον επαγγελματικό περιβάλλον πριν την κανονική συνταξιοδότηση</i>	,355	,071	24,930	1	,000	1,426
CONSTANT	-,188	,515	,133	1	,715	,829

Ερμηνεία των συντελεστών του τέταρτου μοντέλου

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα που μας δίνονται από τον πίνακα 6.3.4.4 διαπιστώνουμε ότι καμία μεταβλητή δεν είναι απαραίτητο να αφαιρεθεί από το τέταρτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, καθώς οι τιμές των τυπικών σφαλμάτων όλων των μεταβλητών είναι χαμηλές. Κατά συνέπεια μπορούμε να προχωρήσουμε στην ερμηνεία των συντελεστών του εν λόγω μοντέλου.

Χώρα διαμονής:

- Οι κάτοικοι της Γερμανίας, της Σουηδίας, της Ολλανδίας, της Ισπανίας, της Ελλάδας, της Τσεχίας και της Ιρλανδίας δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ως προς την εμφάνιση κατάθλιψη συγκριτικά με τους κατοίκους της Αυστρίας.
- Εντούτοις, οι κάτοικοι της Ιταλίας, της Γαλλίας, της Δανίας, της Ελβετίας, του Βελγίου και της Πολωνίας εμφανίζουν διαφορές όσον αφορά στην κατάθλιψη σε σύγκριση με τους κατοίκους της Αυστρίας. Πιο συγκεκριμένα, όσοι διαμένουν σε Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελβετία, Βέλγιο και Πολωνία έχουν, αντίστοιχα, 144,9%, 164,6%, 84%, 76%, 130,5% και 176,9% μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με όσους διαμένουν στην Αυστρία.
- Από τις προαναφερθείσες χώρες, είναι εμφανές ότι οι κάτοικοι της Πολωνίας έχουν αρκετά μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κλινική κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους κατοίκους της Αυστρίας, η οποία αγγίζει, όπως είδαμε, το 176,9%.
- Αναφέρουμε ότι καμία από τις χώρες που συμμετέχουν στο τέταρτο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης δεν έχει μικρότερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη συγκριτικά με την Αυστρία.

Φύλο:

- Οι άντρες έχουν 56,5% μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σύγκριση με τις γυναίκες. Συμπερασματικά, το γυναικείο φύλο διαθέτει τα πρωτεία ως προς την εμφάνιση κατάθλιψης, αφού εμφανίζει σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο να νοσήσει από κλινική κατάθλιψη συγκριτικά με το αντρικό φύλο.

Ηλικία:

- Σχετικά με την ηλικία διαπιστώνουμε ότι αύξηση της ηλικίας των ερωτηθέντων κατά ένα έτος οδηγεί σε μείωση της σχετικής πιθανότητας να εμφανίσουν, οι ερωτηθέντες, κλινική κατάθλιψη κατά 2,4%.

Οικογενειακή κατάσταση:

- Για την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι οι παντρεμένοι/ες που βρίσκονται σε διάσταση με τους/τις συζύγους τους μαζί με τους/τις διαζευγμένους/ες, συγκριτικά με τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους δεν παρουσιάζουν καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

- Ωστόσο, οι άγαμοι/ες έχουν 29% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους.
- Τέλος, οι χήροι/ες εμφανίζουν 81% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σύγκριση με την κατηγορία αναφοράς μας, σε σύγκριση δηλαδή με τους/τις έγγαμους/ες που ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και όσους/όσες συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους.

Ευκολία ή δυσκολία ανταπόκρισης στις οικονομικές υποχρεώσεις:

- Σχετικά με το εάν ένα νοικοκυριό καταφέρνει να ανταπεξέλθει ή όχι στα οικονομικά του καθήκοντα διαπιστώνουμε ότι όσο πιο δύσκολα τα βγάζει πέρα τόσο μεγαλύτερη είναι και η σχετική πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη.
- Πιο συγκεκριμένα, ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με μεγάλη δυσκολία συγκριτικά με ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με ευκολία κινδυνεύει να εμφανίσει κατάθλιψη έχοντας 106,3% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα.
- Επιπροσθέτως, ένα νοικοκυριό που ανταποκρίνεται στα οικονομικά του καθήκοντα με σχετική δυσκολία έχει 47% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσει από κατάθλιψη σε σχέση με ένα νοικοκυριό που καταφέρνει να ανταπεξέλθει στις οικονομικές του υποχρεώσεις με ευκολία.
- Από την άλλη πλευρά, ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα με σχετική ευκολία παρουσιάζει 32,9% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσει από κατάθλιψη σε σχέση με ένα νοικοκυριό που τα βγάζει πέρα εύκολα.

Αυτοαντίληψη για το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας:

- Όσον αφορά στην αυτοαντίληψη του επιπέδου τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας που έχουν διαμορφώσει οι ίδιοι οι ερωτώμενοι του δείγματός μας, φαίνεται πως όλες οι κατηγορίες έχουν στατιστικά σημαντικές μικρότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που δηλώνουν ότι το επίπεδο της υγείας τους είναι κακό (κατηγορία αναφοράς).
- Αναλυτικότερα, όσοι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι το επίπεδο της συνολικής τους υγείας είναι άριστο, πολύ καλό ή καλό έχουν 80,7%, 75,4% ή 66,3% μικρότερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα που έκριναν την υγεία τους ως κακή.
- Αντίθετα, όσοι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι βρίσκουν το επίπεδο της συνολικής τους υγείας μέτριο έχουν 46,3% μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που έκριναν το επίπεδο της υγείας τους ως κακό.

Περιορισμοί στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες:

- Αύξηση των περιορισμών στις δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες κατά έναν περιορισμό οδηγεί σε αύξηση της σχετικής πιθανότητας να εμφανιστεί κλινική κατάθλιψη κατά 39%.

Αριθμός χρόνιων παθήσεων:

- Τα άτομα που παρουσιάζουν από δύο και πάνω χρόνιες παθήσεις δεν διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% από τα άτομα που παρουσιάζουν λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις ως προς την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.

Αριθμός κινητικών περιορισμών:

- Όσα άτομα αντιμετωπίζουν από δύο και άνω κινητικούς περιορισμούς δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ως προς την εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης συγκριτικά με τα άτομα εκείνα που δεν αντιμετωπίζουν κανέναν κινητικό περιορισμό.

Αριθμός σωματικών συμπτωμάτων:

- Όσοι ερωτηθέντες εμφανίζουν από δύο και άνω σωματικά συμπτώματα, τα οποία αναφέρονται στην υποενότητα 4.2.3, έχουν 185,8% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τους ερωτηθέντες που δεν εμφανίζουν κανένα σωματικό σύμπτωμα.

Ικανοποίηση με το τρέχον επάγγελμα:

- Η ικανοποίηση που αντλούν οι ερωτώμενοι από το τρέχον εργασιακό τους περιβάλλον φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης, αφού τα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα με την τρέχουσα απασχόλησή τους έχουν υψηλότερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα που είναι ικανοποιημένα σε σημαντικό βαθμό με την τρέχουσα απασχόλησή τους.
- Αξίζει μόνο να αναφέρουμε ότι τα άτομα, τα οποία δεν αντλούν κάποια ικανοποίηση από το επάγγελμά τους έχουν 94% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να υποφέρουν από κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που είναι σε μεγάλο βαθμό ευχαριστημένα με το επάγγελμά τους.
- Από την άλλη μεριά, τα άτομα που είναι ικανοποιημένα με την απασχόλησή τους έχουν μόνο 25,4% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σύγκριση με τα άτομα που είναι σε σημαντικό βαθμό ικανοποιημένα με την απασχόλησή τους.

Διαρκής πίεση χρόνου λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας:

- Και η διαρκής πίεση χρόνου εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας συμβάλλει στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.
- Έτσι, όσοι εργαζόμενοι δεν βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας έχουν 37,3% μικρότερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη συγκριτικά με τους εργαζόμενους που βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό υπό διαρκή πίεση χρόνου.
- Αντίθετα, τα άτομα εκείνα που βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας έχουν 25,2% μικρότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό υπό διαρκή πίεση χρόνου.

Επιθυμία πρόωρης συνταξιοδότησης:

- Όσοι ερωτηθέντες επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα και να αποσυρθούν από το τρέχον εργασιακό τους περιβάλλον εμφανίζουν 16,5% υψηλότερη σχετική πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες που δεν επιθυμούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα.

Φόβος σχετικά με το εάν η υγεία των ερωτώμενων θα περιορίσει την ικανότητά τους να εργάζονται στο τρέχον επάγγελμα πριν την κανονική συνταξιοδότηση:

- Τέλος, όσα άτομα φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει εν τέλει την εργασιακή τους ικανότητα πριν από τη συνταξιοδότησή τους έχουν 42,6% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα εκείνα που δεν φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει την εργασιακή τους ικανότητα πριν την κανονική συνταξιοδότησή τους.

Κλείνοντας το συγκεκριμένο κεφάλαιο, είναι απαραίτητο να αναφέρουμε ότι σε κανένα από τα τέσσερα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης που εφαρμόσαμε δεν συμπεριλάβαμε τις μεταβλητές **lifesat** (*life satisfaction*) και **lifehap** (*life happiness*). Οι μεταβλητές αυτές αναφέρονται, αντίστοιχα, στην ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αντλούν ή όχι οι ερωτηθέντες από τη ζωή τους. Αυτό σημαίνει ότι δεν αποτελούν αξιόπιστες μεταβλητές διότι όσα άτομα πάσχουν από κλινική κατάθλιψη είναι πολύ πιθανό να δηλώσουν ότι σπανίως αντλούν ή δεν αντλούν καμία ικανοποίηση ή ευχαρίστηση από τη ζωή τους και το αντίστροφο, όσα δηλαδή άτομα δηλώνουν ότι σπανίως αντλούν ή δεν αντλούν καμία ικανοποίηση ή ευχαρίστηση από τη ζωή τους πιθανότατα να υποφέρουν από κλινική κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, η αμφίδρομη σχέση που συνδέει τις προαναφερθείσες μεταβλητές με την κατάθλιψη, τις καθιστά μη κατάλληλες για τα μοντέλα μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συμπεράσματα έρευνας

Μέσω της επεξεργασίας των στοιχείων του δεύτερου κύματος της έρευνας SHARE, δόθηκαν κάποιες καίριες απαντήσεις στο βασικό ερώτημα της παρούσας εργασίας: κατά πόσον η κατάθλιψη στα άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω που διαμένουν στην Ελλάδα και την Ευρώπη συσχετίζεται με την απασχόληση, με εργασιακούς δηλαδή παράγοντες, καθώς και με δημογραφικούς, αλλά και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, όπως επίσης και με παράγοντες νοσηρότητας.

Με μία πρώτη ματιά, διαπιστώνουμε ότι τα περισσότερα άτομα του δείγματός μας αισθάνονται υγιή αφού κρίνουν ότι το επίπεδο τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας είναι ικανοποιητικό, γεγονός που σημαίνει ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό χρόνιο νόσημα, κινητικό περιορισμό ή ψυχική ασθένεια που να παρεμποδίζει την αυτονομία και τη λειτουργικότητά τους. Πράγματι, όσον αφορά στην ψυχική υγεία των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω φαίνεται ότι ένα συντριπτικά μεγάλο ποσοστό δεν πάσχει από κλινική κατάθλιψη, ενώ σχετικά με τη σωματική υγεία, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι αντιμετωπίζει μόνο ένα ή κανένα χρόνιο νόσημα ή/και κινητικό περιορισμό, έχοντας έτσι την ικανότητα να αυτοεξυπηρετείται σε βασικές, αλλά και σε δευτερεύουσες καθημερινές δραστηριότητες.

Επιπροσθέτως, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων που έλαβαν μέρος στο δεύτερο κύμα του SHARE δεν φαίνεται να είναι ιδιαιτέρως υψηλό καθώς η πλειοψηφία των ατόμων αυτών έχει συμπληρώσει έως και εννέα εκπαιδευτικά έτη, αποκτώντας κατά αυτόν τον τρόπο απολυτήριο Δημοτικού και Γυμνασίου. Σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση, φαίνεται ότι αυτή διαφέρει από άτομο σε άτομο, παρουσιάζοντας ένα αρκετά μεγάλο εύρος τιμών, αλλά και από χώρα σε χώρα. Όσον αφορά στην επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, οι περισσότεροι από αυτούς έχουν συνταξιοδοτηθεί, ενώ η πλειονότητα των ατόμων που εργάζονται δείχνει ότι είναι ικανοποιημένη με το τρέχον επάγγελμα που ασκεί.

Προχωρώντας παρακάτω και αναλύοντας περαιτέρω τη σχέση που χαρακτηρίζει την κλινική κατάθλιψη με τους παράγοντες που προαναφέραμε καταλήγουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα.

Κατάθλιψη και Δημογραφικοί Παράγοντες: Η κατάθλιψη φαίνεται ότι αποτελεί χαρακτηριστικό του γυναικείου φύλου. Ειδικότερα, οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσιο σχεδόν

κίνδυνο να νοσήσουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τους άντρες, με αποτέλεσμα να διαθέτουν τα πρωτεία ως προς την εμφάνιση της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου. Η ηλικία επίσης επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης, χωρίς να ακολουθεί, ωστόσο, ένα συγκεκριμένο μοτίβο αφού η κατάθλιψη εμφανίζεται να αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων, αρχίζοντας να μειώνεται από μία ηλικία και μετά, η οποία συνήθως τοποθετείται γύρω στα 65 με 70 έτη. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, μπορούμε να πούμε ότι ο γάμος δρα προστατευτικά, μειώνοντας την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης κλινικής κατάθλιψης συγκριτικά με τους έγγαμους/ες που ζουν μαζί με τους/τις συζύγους τους και τα άτομα που συμβιώνουν σε μόνιμη βάση με τους/τις συντρόφους τους, έχουν οι άγαμοι/ες και οι χήροι/ες.

Κατάθλιψη και Κοινωνικο-Οικονομικοί Παράγοντες: Σχετικά με τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες συμπεραίνουμε ότι η ευκολία ή η δυσκολία ανταπόκρισης ενός νοικοκυριού στις οικονομικές του υποχρεώσεις διαδραματίζει έναν αρκετά σημαντικό ρόλο στην παρουσία κλινικής κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, όσο πιο δύσκολα ανταπεξέρχεται ένα νοικοκυριό στα οικονομικά του καθήκοντα τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτό. Εντούτοις, το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν φαίνεται να συμβάλλει ιδιαίτερα στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης.

Κατάθλιψη και Παράγοντες Νοσηρότητας: Η αντίληψη που έχουν διαμορφώσει οι ίδιοι οι ερωτώμενοι σχετικά με το επίπεδο της σωματικής και της ψυχικής τους υγείας παρουσιάζει σημαντική επίδραση στην εμφάνιση κατάθλιψης καθώς όσο καλύτερη κρίνει την υγεία του ένας ερωτώμενος τόσο μικρότερη είναι και η πιθανότητα να νοσήσει ο συγκεκριμένος ερωτώμενος από κλινική κατάθλιψη. Ωστόσο, παρατηρούμε ότι η κακή σωματική υγεία, όπως είναι για παράδειγμα η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων και κινητικών περιορισμών, δεν σχετίζεται, τουλάχιστον στη δική μας περίπτωση, με υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Εντούτοις, διαπιστώνουμε ότι όσα άτομα αντιμετωπίζουν έναν ή περισσότερους περιορισμούς στις δευτερεύουσες καθημερινές τους δραστηριότητες ή εμφανίζουν από δύο και άνω σωματικά συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα η δύσπνοια, ο επίμονος βήχας, τα προβλήματα ύπνου, η ζάλη, η κόπωση κ.α., παρουσιάζουν υψηλότερες πιθανότητες να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη.

Κατάθλιψη και Επαγγελματικοί Παράγοντες: Η ικανοποίηση που αντλούν ή όχι οι ερωτώμενοι από την τρέχουσα απασχόληση καθώς και η διαρκής πίεση χρόνου που υφίστανται ή μη εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας φαίνεται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης. Αναλυτικότερα, τα άτομα που δεν είναι ικανοποιημένα με το εργασιακό τους περιβάλλον έχουν υψηλότερη πιθανότητα να υποφέρουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τα άτομα που είναι ικανοποιημένα σε σημαντικό βαθμό με το τρέχον επαγγελματικό τους περιβάλλον, ενώ οι εργαζόμενοι που δεν βρίσκονται υπό διαρκή πίεση χρόνου λόγω αυξημένου

φόρτου εργασίας έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους εργαζόμενους που βρίσκονται σε μεγάλο βαθμό υπό διαρκή πίεση χρόνου. Τέλος, όσα άτομα επιθυμούν να αποσυρθούν από την τρέχουσα απασχόληση και να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα, καθώς επίσης και όσα άτομα φοβούνται ότι η υγεία τους θα περιορίσει την εργασιακή τους ικανότητα οδηγώντας τους σε πρόωρη συνταξιοδότηση, εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από κλινική κατάθλιψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αντωνάτος, Σ. (χ.χ.) Κατάθλιψη και Τρίτη Ηλικία. *euMEDLINE*

[Online] Available from <http://www.eumedicine.eu/post/Katathlipsh-kai-Trith-Hlikia>

Αυγουστάτος, Γ. (2008) Επεισόδια της διάθεσης και ταξινόμηση DSM-IV. *Ψυχοσύνθεση*, 10 Μαΐου

[Online] Available from <http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/e-dsm-iv.html>

Αυγουστάτος, Γ. (2008) Τα αίτια της κατάθλιψης. *Ψυχοσύνθεση*, 11 Μαΐου

[Online] Available from <http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/ta-aitia-th.html>

Γαρύφαλλος, Γ. (2006) Επιδημιολογία της διπολικής διαταραχής. *Ψυχιατρική*, 17(3), 209-223

[Online] Available from <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/17.3-GR-2006-209.pdf>

Γαρύφαλλος, Γ. (2008) Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες, *Μείζων κατάθλιψη*. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, 8-11 Μαρτίου, Θεσσαλονίκη: Hellenic Psychiatry General Hospital, 37-46

[Online] Available from <http://drvidalis.gr/wp-content/uploads/2016/08/080709192336.pdf>

Γαρύφαλλος, Γ. (2008) Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry General Hospital*, 5(1), 37-46

[Online] Available from <http://drvidalis.gr/wp-content/uploads/2016/08/080709192336.pdf>

Γουρνέλλης, Ρ. (2011) Κατάθλιψη στους Ηλικιωμένους: Σύγχρονα Δεδομένα. *Εγκέφαλος*, 48, 141-142

[Online] Available from <http://www.encephalos.gr/48-4-01g.htm>

Γούσης, Δ. (χ.χ.) Μείζων κατάθλιψη. *Δημήτρης Γούσης: Ψυχίατρος*

[Online] Available from <http://www.dgousis.gr/διαταραχές/μείζων-κατάθλιψη/>

Γούσης, Δ. (χ.χ.) Διπολική διαταραχή. *Δημήτρης Γούσης: Ψυχίατρος*

[Online] Available from <http://www.dgousis.gr/διαταραχές/διπολική-διαταραχή/>

Δεληγά, Μ., Τούκα, Δ. και Σπυρούλη, Α. (2012) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out). *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 50, 5-12

[Online] Available from http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/teuxos%2050%2011%20teliko.1351851588875.pdf

Δημητρόπουλος, Χ. και Φιλίππου, Ν. (2008) Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 642-647

[Online] Available from <http://www.mednet.gr/archives/2008-5/pdf/642.pdf>

Δουζένης, Α., Φερεντίνος, Π. και Λύκουρας, Ε. (2005) Κατάθλιψη και παραβατικότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(6), 535-543

[Online] Available from <http://www.mednet.gr/archives/2005-6/pdf/535.pdf>

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014) *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*, Πειραιάς

[Online] Available from <http://www.statistics.gr/documents/20181/1845c3bc-b9d5-41f6-89df-a5436ad3dc23>

Ζήντρου, Γ., Βασιλοπούλου, Γ., Βακάλη, Χ., Γερογιάννη, Γ., Καμπά, Ε. και Μπαμπάτσικου, Φ. (2014) Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton. *Περιοδικό το βήμα του Ασκληπιού*, 13(2), 144-159

[Online] Available from http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2014/VOLUME%202014/VA_OP_1_13_02_14.pdf

Θανοπούλου, Κ., Καμπά, Ε., Τσιρώνη, Μ., Τζιαφέρη, Σ., Παπαπέτρου, Σ., Αλικάρη, Β. και Ζυγά, Σ. (2015) Διερεύνηση άγχους και κατάθλιψης σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(1), 36-44

[Online] Available from <http://www.mednet.gr/archives/2015-1/pdf/36.pdf>

Θερμόπουλος, Μ. (2016) Τι συνδέει κατάθλιψη και αυτοκτονικές σκέψεις με την περίοδο της γυναίκας. *iatropedia.gr*, 23 Δεκεμβρίου

[Online] Available from <http://www.iatropedia.gr/psychiki-ygeia/proemminorroiki-dysforiki-diatarachi-ti-syndeei-katathlipsi-kai-aftoktonikes-skepseis-tin-periodo-tis-gynaikas/58754/>

Καλλιακμάνης, Ν. (χ.χ.) Κατάθλιψη: Μια απειλή της σύγχρονης ζωής μας. *Ελεύθερη Ζώνη*

[Online] Available from <http://elzoni.gr/html/ent/187/ent.36187.asp>

- Καραλής, Φ. (2017) Κατάθλιψη και άνοια. *doctoranytime*, 12 Απριλίου
 [Online] Available from <https://blog.doctoranytime.gr/katathlipsi-anoia/>
- Καραστέργιου, Κ. (2008) Στίγμα και ψυχική ασθένεια. *iatronet*, 19 Αυγούστου
 [Online] Available from <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/5712/stigma-kai-psychiki-astheneia.html>
- Κονταξάκης, Β. και Κωνσταντακόπουλος, Γ. (2015) Από το DSM-I στο DSM-5. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία*, 26(1), 13
 [Online] Available from http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=792&Itemid=133&lang=el
- Κουλουβάρη, Μ. και Ευθυμίου, Κ. (2006) Κατάθλιψη, στο Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Α., Παυλάτου, Ε. και Καλατζή-Αζίζι Α., *Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους με το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο ψυχοθεραπείας*, 53-68, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κουτελέκος, Ι. και Πολυκανδριώτη, Μ. (2007) Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn out Syndrome). *Το βήμα του Ασκληπιού*, 2, 1-7
 [Online] Available from http://www.vima-asklpiou.gr/volumes/2007/VOLUME%2001_07/VA_REV_2_06_01_07.pdf
- Κυζιρίδης, Θ. (2000) Γενική Νοσηλευτική Προσέγγιση της Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους. *Νοσηλευτική*, 39(1), 33-42
 [Online] Available from <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/16016/%20.pdf?sequence=1>
- Λιόνης, Χ., Αργυριάδου, Σ., Δισλιάν, Β. και Μουτζούρη Μ. (2014) Νόσημα: Κατάθλιψη. «*Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*», Κωδικός έργου MIS: 46437. Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
 [Online] Available from <http://www.greekphcguidelines.gr/wordpress/wp-content/uploads/2014/09/κατάθλιψη-11.pdf>
- Μίλεσης, Γ. (2011) Προεμμηνορρυσιακές διαταραχές. *Enet.gr: Ελευθεροτυπία*, 12 Φεβρουαρίου
 [Online] Available from <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=250704>

Μούγιας, Α. (2016) Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία: Ένας πρακτικός οδηγός για καλύτερη ζωή. *Πρώτο Θέμα*, 29 Απριλίου

[Online] Available from <http://www.protothema.gr/zoi/article/574176/katathlipsi-stin-triti-ilikia-enas-praktikos-odigos-gia-kaluteri-zoi/>

Μουστάκη, Μ. και Φρετζάγιας, Α. (2008) Διαταραχή ηλεκτρολυτών και αντιμετώπιση (II). *Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 55(1), 35-48

[Online] Available from http://www.iatrikionline.gr/Deltio_55a_2008/03.pdf

Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ. (2011) Διπολική διαταραχή. *Enet.gr: Ελευθεροτυπία*, 8 Οκτωβρίου

[Online] Available from <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=316223>

Πάμπλος, Κ.Γ., Χαβάκη-Κονταξάκη, Μ.Ι., Κονταξάκης, Β.Π. και Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2002) Παρορμητικότητα και ψυχικές διαταραχές. *Ψυχιατρική*, 13(3), 209-221

[Online] Available from http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=62&lang=el

Παναγιωτακοπούλου, Α. και Κονταξάκη, Μ.Ε. (2007) Οι υποθέσεις του «συνεχούς» και του «φάσματος» των καταθλιπτικών διαταραχών. *Ψυχιατρική*, 18(3), 27-38

[Online] Available from <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/18.3-GR-2007-239.pdf>

Παναγιωτουνάκου, Ε. (2014) Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία: Ποιοι παράγοντες επιβαρύνουν τη διάθεση. *iatronet*, 28 Μαΐου

[Online] Available from <http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/26952/katathlipsi-stin-triti-ilikia-poiioi-paragontes-epivarynoyn-ti-diathesi.html>

Παπαδημητριάδης, Δ. (2017) Μελαγχολία στους ηλικιωμένους. *doctoranytime*, 29 Ιουνίου

[Online] Available from <https://blog.doctoranytime.gr/melagxolia-katathlipsi-triti-hlikia/>

Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Ζέρβας, Ι.Μ., Πολίτης, Α.Μ., Κανατάς, Γ.Ι., Παπακώστας, Ι.Γ. και Σολδάτος, Κ.Ρ. (2007) Η κατάθλιψη στον ηλικιωμένους και η αντιμετώπιση της με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(6), 583-589

[Online] Available from <http://www.mednet.gr/archives/2007-6/pdf/583.pdf>

Πολίτης, Α.Μ. (2011) Ψυχική υγεία στην τρίτη ηλικία, στο Κολίσης, Φ., Παπαδημητρίου, Γ., Λύκουρας, Ε., Δουζένης, Α., Θελερίτης, Χ., Κάττουλας, Ε., Γκαράνη-Παπαδάτου, Τ., Πολίτης, Α., Σκαλτσή, Π., Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ., Καρύδη, Μ.Β., Χειλάκος, Ι., Νομίδου, Ν.Ε., Σκόρδος, Λ., Τερζίδου, Μ., Τσακλακίδου, Δ., Λιάππας, Ι.Α., Κοκκέβη, Α., Τζινιέρη-Κοκκώση,

Μ., Μανουσέλης, Σ., Σάλλα, Τ. και Λεωνίδου-Σακαλή, Ε.Α., Ψυχική Υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί, 71-74, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών

[Online] Available from <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8701/1/m010550.pdf>

Πολυζόπουλος, Ε. (χ.χ) Συναισθηματικές Διαταραχές. *Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων*

[Online] Available from <http://www.inpsy.gr/el/digital-library/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>

Πολύζου, Β. (2016) Διπολική διαταραχή με μεταπτώσεις διάθεσης, κυκλοθυμία, μανία, κατάθλιψη. Αιτίες και τρόποι αντιμετώπισης. *medlabnews.gr: Ιατρικά Νέα*, 19 Αυγούστου,

[Online] Available from http://medlabgr.blogspot.com/2013/07/blog-post_29.html

Πολύζου, Β. (2017) Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή σύνδρομο burnout. Ποιες οι αιτίες και τα συμπτώματα που προκαλεί; *medlabnews.gr*, 10 Απριλίου

[Online] Available from http://medlabgr.blogspot.com/2015/03/burnout_30.html

Πολυκανδριώτη, Μ. και Στεφανίδου, Σ. (2013) Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *Περιοδικό το βήμα του Ασκληπιού*, 12(4), 397-408

[Online] Available from http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2013/VOLUME%2004_13/VA_SP_1_12_04_13.pdf

Στάγια, Δ. και Ιορδανίδης, Γ. (2014) Το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών στην εποχή της οικονομικής κρίσης. *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*, 7, 56-82

[Online] Available from <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/jret/article/view/855>

Στεργίου, Ν. (χ.χ.) Εργασιακό άγχος: Όταν η εργασιακή καθημερινότητα γίνεται δυσβάστακτη. *e-psychology*

[Online] Available from <https://www.e-psychology.gr/work-psychology/452-stress-work-occupational-psychology.html>

Τσαλίκου, Φ. (2011) Οι ελληνικές ρίζες της μελαγχολίας. *Το Βήμα*, 11 Δεκεμβρίου

[Online] Available from <http://www.tovima.gr/culture/article/?aid=434264>

Φουντουλάκης, Κ. (2010) Επαγγελματική Εξουθένωση. *psychiatryonline*, 21 Απριλίου

[Online] Available from http://www.psychiatry.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=15:2010-04-21-20-04-49&catid=2:admin&Itemid=16

Φρεγγίδου, Ε. (2016) Κυκλοθυμική διαταραχή. *Μαχητής.gr*, 12 Απριλίου

[Online] Available from <http://maxitis.gr/kilklothemiki-diataraxi/>

Χριστοδούλου, Γ.Ν. (2005) Η κλινική έκφραση των συναισθηματικών διαταραχών, στο *Κοινωνία και υγεία IV*, 231-237

[Online] Available from <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/handle/10442/1689>

Börsch-Supan, A. (2009) Η Ελλάδα και η Ευρωπαϊκή Έρευνα για τη γήρανση, στο Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Π., Φιλαλήθης, Τ., Richardson, C., O' Donnell, O., Bago d' Uva, T., Δεληπάλλα, Σ., Τσίμπος, Κ., Βερροπούλου, Γ., Μπορμπουδάκη, Α., Αλεγκάκης, Α., Κομνηνός, Ι., Λαμπρέλλη, Δ., Νεκτάριος, Μ., Γεωργιάδης, Θ., Παπαδούδης, Γ. και Βοζικάκη, Μ., *Ζωή 50+: Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*, 19-21, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική

iefimerida (2016) Σε κατάθλιψη ένας στους τρεις ηλικιωμένους – Πώς να σταθούμε δίπλα τους, 1 Οκτωβρίου

[Online] Available from <http://www.iefimerida.gr/news/291823/se-katathlipsi-enas-stoys-treis-ilikiomenoys-pos-na-stathoyme-dipla-toys>

Medical Pharmaquality (2011) *Κατάθλιψη*.

[Online] Available from http://medicalpq.gr/nevrologia_psixiatriki_cat/katathlipsi/

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R. & Mutanen, P. (2014) Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. *Burnout Research*, 1(1), 29-37

[Online] Available from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000060#sec0055>

Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. (2005) The relationship between job-related burnout and depressive disorders - results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of affective disorders* 88(1), 55-62

[Online] Available from

https://www.researchgate.net/publication/7706505_The_relationship_between_job-related_burnout_and_depressive_disorders-Results_from_the_Finnish_Health_2000_Study

Allison, P. (2014) Alternatives to the Hosmer-Lemeshow Test, *Statistical Horizons*, 9 April
[Online] Available from <https://statisticalhorizons.com/alternatives-to-the-hosmer-lemeshow-test>

Andersson, S., Lövdahl, H. & Malt, U.F. (2010) Neuropsychological function in unmedicated recurrent brief depression. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 155-164
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710000029>

Angst, J., Merikangas, K., Scheidegger, W. & Wicki, W. (1990) Recurrent brief depression: a new subtype of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 19(2), 87-98
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016503279090013X>

Ann Yonkers, K. & Simoni, M.K. (2017) Premenstrual disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 29 May
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937817306749>

Blanco, C., Okuda, M., Markowitz, J.C., Shang-Min Liu, Grant, B.F. & Hasin, D.S. (2010) The Epidemiology of Chronic Major Depressive Disorder and Dysthymic Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(12), 1645-1656
[Online] Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202750/pdf/nihms329100.pdf>

Blazer, D.G. (2003) Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), M249-M265
[Online] Available from <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/58/3/M249/684130/Depression-in-Late-Life-Review-and-Commentary>

Bruce, M.L. (2002) Psychological risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 175-184
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322302014105>

Cossins, D. (2013) DSM-5 Rewrites Normal. A psychiatrist argues that the newly revised manual of mental disorders is part of a dangerous trend toward the medicalization of normal behavior. *The Scientist*, 20 May

[Online] Available from <http://www.the-scientist.com/?articles.view/articleNo/35631/title/DSM-5-Rewrites-Normal/>

depressionNet.org.au (n.d.) *Types of Depression*

[Online] Available from <http://depressionnet.org.au/types-of-depression/>

Economou, M., Angelopoulos, E., Peppou, L.E., Souliotis, K. & Stefanis, C. (2016) Major depression amid financial crisis in Greece: Will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of the disorder in Greece?, *Psychiatry Research*, 242, 260-261

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178116300415>

European Agency for Safety and Health at Work (2013). European Opinion Poll on Occupational Safety and Health

[Online] Available from <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/european-opinion-polls-safety-and-health-work/european-opinion-poll-occupational-safety-and-health-2013>

Frances, A. (2013) The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis. *Annals of Internal Medicine*, 6 August

[Online] Available from <http://annals.org/aim/article/1722526/new-crisis-confidence-psychiatric-diagnosis>

Goldberg, J. (2015) Common Causes of Depression. *WebMD*, 18 May

[Online] Available from <http://www.webmd.com/depression/common-causes>

Goldberg, J. (2016) Grief and Depression. *WebMD*, 25 April

[Online] Available from <http://www.webmd.com/depression/guide/depression-grief#3>

Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Montebovi, F., Campi, S., Dome, P., Duleba, T., Giradi, P. & Rihmer, Z. (2012) Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 16-26

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712003977>

Goodwin, G.M. (2016) Bipolar disorder. *Medicine*, 44(11), 661-663
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303916301682>

Gottfries, C.G. (2001) Late life depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(2), 57-61
[Online] Available from https://link.springer.com/article/10.1007%2F978-3-642-04898-2_344

Halbreich, U. & Kahn, L.S. (2007) Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: Are they gender-preferred phenotypes? *Journal of Affective Disorders*, 102(1-3), 245-258
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032706004241>

Harvard Medical School: Harvard Health Publications (2000) Dysthymia. What Is It?
[Online] Available from http://www.health.harvard.edu/newsletter_article/Dysthymia

Harvard Medical School: Harvard Health Publications (2017) What causes depression?
[Online] Available from <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/what-causes-depression>

Hible, J.M. (2011) Logistic Regression in Lovric, M. (Ed.) *International Encyclopedia of Statistical Science*, 755-158
[Online] Available from https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-642-04898-2_344

Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Kaprinis, St. & Kaprinis, G. (2003) The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221
[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702001015>

Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2017) Depression: What is burnout? *U.S. National Library of Medicine*, 12 January
[Online] Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072470/>

Jabr, F. (2013) The Newest Edition of Psychiatry's "Bible", the DSM-5, Is Complete. The APA has finished revising the DSM and will publish the manual's fifth edition in May 2013. Here's what to expect. *ScientificAmerican*, 28 January
[Online] Available from <https://www.scientificamerican.com/article/dsm-5-update/>

Jaliman, D. (2016) Causes of Depression. *WebMD*, 26 August

[Online] Available from <http://www.webmd.com/depression/guide/causes-depression#1>

Jau Don Ball & Kidd, A.M. (1921) The Relation of Law and Medicine in Mental Diseases (Concluded). *California Law Review*, 9(4), 276-305

[Online] Available from <http://www.jstor.org/tc/accept?origin=/stable/pdf/3473627.pdf?refreqid=excelsior%3A9542418ef438f3e551780deb769fde7d>

Jorm, A.F. (2000) Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30(1), 11-22

[Online] Available from <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/does-old-age-reduce-the-risk-of-anxiety-and-depression-a-review-of-epidemiological-studies-across-the-adult-life-span/FE266B8E486E7D7641762A4AFA2429B9/core-reader>

Lanza di Scalea, T. & Pearlstein, T. (2017) Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2) 201-216

[Online] Available from <https://www.clinicalkey.com/#!/content/journal/1-s2.0-S0193953X17300059>

Lebowitz, B.D. & Olin, J.T. (2004) The Social and Financial Burden of Late-Life Depression to Society and Individuals, in Roose, S.P. & Sackeim H.A. (Ed.) *Late-Life Depression*. New York: Oxford University Press

[Online] Available from https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=6VUSDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR11&dq=late+life+depression&ots=U0V8s9-A3k&sig=rj_ErNs2SIIFrD3DYCaACjF6o80&redir_esc=y#v=onepage&q=late%20life%20depression&f=false

Lövdahl, H., Andersson, S., Hynnekleiv, T. & Malt, U.F. (2009) The phenomenology of recurrent brief depression with and without hypomanic features. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 151-164

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032708001705>

Martza, L.S., Revicki, D.A., Davidson, J.R. & Steward, J.W. (2003) Depression With Atypical Features in the National Comorbidity Survey: Classification, Description and Consequences. *Archives of General Psychiatry*, 60, 817-826

[Online] Available from <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/207708>

Middeldorp, C.M., Cath, D.C., & Boomsma, D.I. (2005) A twin-family study of the association between employment, burnout and anxious depression. *Journal of affective disorders* 90(2-3), 163-169

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032705003381>

Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V. & Target, M. (2015) Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of Adolescence*, 44, 269-279

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197115001980#sec>

Mood, C. (2009) Logistic Regression: Why We Cannot Do What We Think We Can Do, and What We Can Do About It, *European Sociological Review*, 26(1), 67-82

[Online] Available from <https://academic.oup.com/esr/article/26/1/67/540767>

National Institute of Mental Health (2017) Sex Hormone-Sensitive Gene Complex Linked to Premenstrual Mood Disorder: Dysregulated cellular response to estrogen and progesterone suspected. *National Institute of Mental Health*, 3 January

[Online] Available from <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2017/sex-hormone-sensitive-gene-complex-linked-to-premenstrual-mood-disorder.shtml>

Nemade, R. & Reiss, N.S. (2007) Historical Understandings of Depression. *MentalHelp.net*, 19 September

[Online] Available from <https://www.mentalhelp.net/articles/historical-understandings-of-depression/>

Ohayon, M.M. & Weiss Roberts, L. (2015) Challenging the validity of the association between oversleeping and overeating in atypical depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 52-57

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399914003493>

Pezawas, L., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D. & Rössler, W. (2003) Recurrent brief depression-past and future. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 75-83

[Online] Available from https://www.researchgate.net/publication/10930537_Recurrent_brief_depression_-_Past_and_future

Rhebergen, D., Graham, R., Hadzi-Pavlovic, D., Stek, M., Friend, P., Barrett, M. & Parker, G. (2012) The categorization of dysthymic disorder: Can its constituents be meaningfully apportioned? *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 179-186

[Online] Available from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712004247>

SHARE (2006) *Share w2 Questionnaire version 2.7*

[Online] Available from http://www.share-project.org/t3/share/fileadmin/pdf_questionnaire_wave_2/country_specific_questionnaire/Greece/GR_Share_w2_Questionnaire.pdf

SHARE (2016) *The Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*

[Online] Available from <http://www.share-project.org/home0.html>

SHARE (2017) *SHARE Release Guide 6.0.0*

[Online] Available from http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_documentation/SHARE_release_guide_6-0-0.pdf

Smith, M., Segal, J., Robinson, L. & Segal, R. (2017) Burnout Prevention and Treatment: Techniques for Dealing with Overwhelming Stress. *HelpGuide.org*, July

[Online] Available from <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.htm?pdf=true>

Stetka, B.S. & Correll, C.U. (2013) A Guide to DSM-5. *Medscape*, 21 May

[Online] Available from <http://www.medscape.com/viewarticle/803884>

Tartakovsky, M. (2015) What Mild Depression Really Is and What Can Help. *World of Psychology*, 3 August

[Online] Available from <https://psychcentral.com/blog/archives/2015/08/03/what-mild-depression-really-is-and-what-can-help/>

Thuile, J., Even, C., Musa, C., Friedman, S. & Rouillon, F. (2009) Clinical correlates of atypical depression and validation of the French version of the Scale for Atypical Symptoms (SAS). *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 113-117

[Online] Available from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032709000743>

Tomba, E., Rafanelli, C., Grandi, S., Guidi, J. & Fava, G.A. (2012) Clinical configuration of cyclothymic disturbances. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 244-249

[Online] Available from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032712000390>

Van Meter, A.R., Youngstrom, E.A. & Findling, R.L. (2012) Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 229-243

[Online] Available from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812000232>

Verropoulou, G. & Tsimbos, C. (2007) Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population in later life: an analysis using SHARE data. *European Journal of Ageing*, 4(3), 171-181

[Online] Available from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-007-0060-6>