



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»

Διευθυντής Σπουδών: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τρόπος εισαγωγής, αιτία εισαγωγής, μέσος χρόνος νοσηλείας καθώς και διάγνωση εξόδου των ψυχογηριατρικών ασθενών στο Ψ.Ν.Α Δρομοκαΐτειο και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών για το έτος 2019.

ΠΕΤΣΟΥΛΗ ΑΓΑΠΗ

Επιβλέπων

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική κλινική ΠΓΝ Αττικών

ΑΘΗΝΑ

Μάρτιος 2021

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τρόπος εισαγωγής, αιτία εισαγωγής, μέσος χρόνος νοσηλείας καθώς και διάγνωση εξόδου των ψυχογηριατρικών ασθενών στο Ψ.Ν.Α Δρομοκαΐτειο και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών για το έτος 2019.

ΠΕΤΣΟΥΛΗ ΑΓΑΠΗ

Α.Μ.: 20180606

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική κλινική ΠΓΝ Αττικών

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική κλινική ΠΓΝ Αττικών

Γουρνέλης Ρωσσέτος , Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική κλινική ΠΓΝ Αττικών

Μιχόπουλος Ιωάννης , Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, Β΄ Ψυχιατρική κλινική ΠΓΝ Αττικών

Μάρτιος 2021

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Ονοματεπώνυμο Πετσούλη Αγάπη
- Όνομα Πατρός Νικόλαος
- Ημερομηνία Γέννησης 24/10/1989
- Τόπος Γέννησης Πτολεμαΐδα
- Διεύθυνση Κατοικίας Νικουσθένους 18, 11635 Αθήνα
- Τηλέφωνα Επικοινωνίας 6930417809
- E-mail agaripe89@gmail.com

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΣΠΟΥΔΕΣ

2008-2014 Ιατρική σχολή universitatea de medicină și farmacie “IULIU HAȚIEGANU”
din Cluj-Napoca Romania

Με βαθμολογική αντιστοιχία: 6,89 <<Λίαν Καλώς>>

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΤΤΙΚΗΣ «Δρομοκαΐτειο»
Από 22/01/2018 έως σήμερα
- ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΟ Γ.Ν ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «Θριάσιο»
Από 06/03/2017 έως 17/01/2018
- ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ ΠΕΔΥ-Π.Ι Βλάστης του ΠΕΔΥ –Κέντρου Υγείας Σιάτιστας
Από 4/11/2015 έως 10/02/2017

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract	8
1 ^ο ΜΕΡΟΣ	11
Εισαγωγή.....	11
1.1 Ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσουν σε αναγκαστική νοσηλεία.....	15
Συναισθηματικές διαταραχές.....	15
Άνοιες.....	19
Ψυχωσικές διαταραχές	20
Αλκοόλ και άλλες ουσίες	22
Αγχώδεις διαταραχές.....	24
Διαταραχές προσωπικότητας.....	26
Αυτοκτονικότητα.....	27
2.1 Ακούσια νοσηλεία	30
2.2 Νομοθεσία	31
2.3 Εκούσια νοσηλεία	35
2.4 Συνέπειες νοσηλείας.....	35
2.5 Διάρκεια νοσηλείας	37
3 ^ο ΜΕΡΟΣ	39
3.1.1 Σκοπός της έρευνας.....	39
3.1.2 Σχεδιασμός της έρευνας	39
3.1.3 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	40
3.1.4 Εργαλεία	40
4 ^ο ΜΕΡΟΣ	41
4.1 Αποτελέσματα	41
4.2 Συζήτηση	49
4.3 Συμπεράσματα.....	55
4.4 Περιορισμοί.....	56
Βιβλιογραφία.....	57

Περίληψη

Εισαγωγή : Η ηλικιακή ομάδα των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω συνεχώς αυξάνεται σε παγκόσμιο επίπεδο. Η ανάγκη για σωστή διαχείριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά οδήγησε στην δημιουργία της ψυχογηριατρικής. Στην Ελλάδα, οι δομές που διαθέτουν κλίνες για άτομα τρίτης ηλικίας που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές είναι περιορισμένες. Η άνοια, οι ψυχωτικές διαταραχές, οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές κατάχρησης ουσιών, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας και η αυτοκτονικότητα είναι οι πιο συχνές διαταραχές που μπορούν να οδηγήσουν σε αναγκαστική νοσηλεία. Η νομοθεσία και τα ποσοστά της ακούσιας νοσηλείας διαφέρουν μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Ελλάδα, η ακούσια νοσηλεία ορίζεται από το νόμο 2071/92. Η ακούσια νοσηλεία μπορεί να οδηγήσει σε καταπάτηση των δικαιωμάτων και της ελευθερίας τους ασθενούς, σε μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας, αυξάνει τον κίνδυνο επανασειγωγής, επηρεάζει την σχέση του ασθενούς με το οικογενειακό περιβάλλον και τον θεράποντα ιατρό, αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονικότητας και συμβάλει στην μείωση λειτουργικότητας. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που νοσηλεύονται ακουσίως, δεν διαφέρουν σημαντικά ως προς την ψυχοπαθολογία με τους ασθενείς που νοσηλεύονται εκουσίως, ενώ παρατηρούνται διαφορές ως προς την συμμόρφωση με την αγωγή. Ενώ, σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την διάρκεια νοσηλείας είναι η διαγνωστική κατηγορία, η μεγαλύτερες ηλικίες, η σωματική και ψυχιατρική συννοσηρότητα η παρουσία φροντιστή, οι φαρμακευτικές παρενέργειες και οι πτώσεις κατά την διάρκεια της νοσηλείας.

Σκοπός : Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να διερευνήσει, για την χρονική περίοδο ενός έτους, όλες τις εισαγωγές των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω, σε δύο νοσοκομεία του νομού αττικής που διαθέτουν κλίνες για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Έτσι ώστε να διερευνηθούν οι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε ακούσια νοσηλεία και κατά συνέπεια μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας.

Μεθοδολογία : πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη σε 321 ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω , που νοσηλεύτηκαν στο τμήμα Γεμέλειο του ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο και στην ψυχιατρική κλινική του ΠΓΝΑ Αττικών, με την διαδικασία της ακούσιας ή εκούσιας νοσηλείας για το έτος 2019. Έγινε καταγραφή της διαγνωστικής κατηγορίας στην οποία ανήκαν, η διάρκεια νοσηλείας, η ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού και η ύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Για την ανάλυση, χρησιμοποιήθηκαν τα 2x2 Pearson chi-square test, 2x5 Pearson chi-square test και η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση : α) για την συσχέτιση φύλου και τρόπου εισαγωγής, β) για την συσχέτιση μεταξύ διαγνωστικής κατηγορίας και τρόπου εισαγωγής, γ) για την συσχέτιση μεταξύ νοσοκομείου εισαγωγής και τρόπου εισαγωγής, δ) για την διερεύνηση του τρόπου νοσηλείας ως των ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα για την διάρκεια νοσηλείας, σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, το νοσοκομείο, την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, την ψυχιατρική συννοσηρότητα , την διαγνωστική κατηγορία κατά ICD-10.

Αποτελέσματα : από τους 298 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο το 61,7% νοσηλεύτηκε με την διαδικασία της ακουσίας νοσηλείας, ενώ από το σύνολο των 23 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο ΠΓΝΑ Αττικών, το 26,1% νοσηλεύτηκε ακουσίως. Ακόμη τα αποτελέσματα έδειξαν, πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής και του φύλου. Από τους 111 ασθενείς που ανήκαν στην διαγνωστική κατηγορία κατά ICD-10 σχιζοφρένεια,

σχιζότυπη και παραληρητική διαταραχή το 72,1% νοσηλεύτηκε ακουσία. Επίσης, από τους 104 ασθενείς που ανήκαν στην διαγνωστική κατηγορία των οργανικών διαταραχών το 71,2% νοσηλεύτηκε ακουσίως. Αντίθετα από 84 ασθενείς που ανήκαν στην διαγνωστική κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών το 64,3% νοσηλεύτηκε εκουσίως. Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ακουσία η μέση διάρκεια νοσηλείας του ήταν 53,41 ($SD=111,01$) ημέρες, ενώ οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν εκουσίως η μέση διάρκεια νοσηλείας τους ήταν 27,50 ($SD=60,7$) ημέρες. Τέλος ο τρόπος νοσηλείας, βρέθηκε ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την διάρκεια νοσηλείας των ψυχογηριατρικών ασθενών σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την διαγνωστική κατηγορία, το νοσοκομείο, την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, την ψυχιατρική συννοσηρότητα.

Συμπεράσματα : Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν στην παρούσα έρευνα, συμβαδίζουν με τις περισσότερες υποθέσεις που διερευνήθηκαν καθώς και με την βιβλιογραφία για την αναγκαστική νοσηλεία. Ενώ η υπόθεση που διερευνούσε την σχέση μεταξύ του φύλου και τρόπου εισαγωγής απορρίφθηκε. Διαφαίνεται σημαντική η διερεύνηση των παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν σε ακουσία νοσηλεία στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, όπως επίσης και τα αποτελέσματα μιας αναγκαστικής νοσηλείας σε αυτούς τους ασθενείς.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ : ακουσία νοσηλεία, ψυχογηριατρική, συνέπιες ακουσίας νοσηλείας, νομοθεσία ακουσίας νοσηλείας, παράγοντες διάρκειας νοσηλείας.

Abstract

Introduction: the age group of people that are 65 years old and over is constantly growing worldwide. The need for proper management and treatment of the mental health problems that these individuals face has led to the creation of psychiatric geriatrics. In Greece, the infrastructure with beds for the elderly that suffer from mental disorders is limited. Dementia, psychotic disorders, emotional disorders, substance abuse disorders, anxiety disorders, personality disorders and suicidal ideation are the most common disorders that can lead to compulsory hospitalization. The legislation and the rates of involuntary hospitalization vary between European Union countries. In Greece, involuntary admission is defined by law 2071/92. Involuntary admission can lead to a violation of the patient's rights and freedom, in a longer hospital stay, increases the risk of re-admission, affects the patient's relationship with the family environment and the treating physician, increases the risk of suicide and contributes to reduced functionality. In addition, patients who are hospitalized involuntarily do not differ significantly in psychopathology from patients who are hospitalized voluntarily, but there are differences in compliance with treatment. Important prognostic factors for the duration of hospitalization are the diagnostic category, the older ages, the physical and psychiatric comorbidity, the presence of a caregiver, the drug side effects and the falls during hospitalization.

Scope: the purpose of this research is to investigate, for a period of one year, all the admissions of patients aged 65 and over, in two hospitals in the prefecture of Attica that admit patients of this age group. Thus, the factors that can lead to involuntary hospitalization and consequently longer hospitalization time can be investigated.

Methodology: a retrospective study was performed on 321 patients aged 65 and over, who were hospitalized with the procedure of involuntary or voluntary admission for the year 2019. In the Gemelio department of Attica's psychiatric hospital, named Dromokaitio and in the psychiatric clinic of University General Hospital Attikon. The diagnostic category to which the patients belonged, the duration of hospitalization, the existence of suicidal ideation and the existence of psychiatric comorbidity were recorded. As part of the analysis, the 2x2 Pearson chi-square test, the 2x5 Pearson chi-square test and the multiple linear regression were used: a) for the correlation between sex and method of admission, b) for the correlation between diagnostic category and method of admission, c) for the correlation between hospital admission and method of admission, d) to investigate the method of admission as the strongest prognostic factor for the duration of hospitalization, in relation to age, gender, hospital, the presence of suicidal ideation, psychiatric comorbidity and diagnostic category according to ICD-10.

Results: out of the 298 patients who were treated at Dromokaitio, 61.7% were treated by the involuntary hospitalization procedure, while out of the total of 23 patients treated at Attikon, 26.1% were treated involuntarily. The results also showed that there is no statistically significant relationship between the method of admission and the gender. Out of the 111 patients in the ICD-10 diagnostic category for schizophrenia, schizotypal and delusional disorder, 72.1% were hospitalized involuntarily. Moreover, out of the 104 patients who belonged to the diagnostic category of organic disorders, 71.2% were involuntarily hospitalized. In contrast, 84 patients who belonged to the diagnostic category of emotional disorders, 64.3% were voluntarily hospitalized. Patients who were involuntarily hospitalized had a mean length of stay 53.41 days ($SD= 111.01$), while patients who were voluntarily hospitalized had an average of

27.50 days ($SD= 60.7$). Finally, the method of hospitalization was found to be the most important prognostic factor for the duration of hospitalization of psychiatric geriatric patients in relation to gender, age diagnostic category, hospital, the presence of suicidal ideation and psychiatric comorbidity.

Conclusion: the results found in the present study are in line with most of the cases investigated as well as with the literature about involuntary admission. However, the hypothesis which investigates the relationship between sex and the method of hospitalization was rejected. Last but not least, the investigation of the factors that can lead to involuntary admission in this age group, as well as the results of involuntary hospitalization in these patients is important.

KEY WORDS: involuntary admission, psychiatric geriatrics, consequences of involuntary admission, legislation of involuntary admission, predictors of length of stay.

1° ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Όλα τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ανήκουν τυπικά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το όριο αυτό είναι αυθαίρετο και καθιερώθηκε από τον Γερμανό καγκελάριο Bismarck πριν από ένα αιώνα ο οποίος επέλεξε την ηλικία των 65 ετών ως την ηλικία κατά την οποία θα μπορούσαν οι πολίτες να ενταχθούν στο εθνικό συνταξιοδοτικό σύστημα της χώρας (Orimo et al., 2006).

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζούνε περισσότερο και ο ρυθμός γήρανσης του πληθυσμού είναι πολύ πιο γρήγορος από ότι ήταν στο παρελθόν. Μεταξύ του 2015 και του 2050 το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού των ατόμων άνω των 60 ετών θα διπλασιαστεί σχεδόν από το 12% σε 22%. Μέχρι το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω αναμένεται να ανέλθει σε 2 δισεκατομμύρια, από 900 εκατομμύρια που ήταν το 2015. Αυτή η δημογραφική αλλαγή έχει ως συνέπεια μια νέα πρόκληση μεταξύ των χωρών για την διασφάλιση των κοινωνικών δομών και των συστημάτων υγείας τους για την αντιμετώπιση αυτής της αλλαγής (World Health Organization 2018). Ακόμη ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας αναφέρει πως η Ευρωπαϊκή Ένωση το 2000 διέθετε το 15% του πληθυσμού της σε ηλικίες 65 ετών και άνω και το 7% σε ηλικίες 75 ετών και άνω. Μέχρι το 2030 αναμένεται αυτά τα ποσοστά να αυξηθούν σε 24% και 12% αντίστοιχα (“What is the effectiveness of old-age mental health services?,” 2007).

Καθώς το όριο ηλικίας του πληθυσμού αυξάνεται, παρατηρείται δημιουργία νέων αναγκών για την αντιμετώπιση αυτής της δημογραφικής αλλαγής. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συνεχίζουν να παραμένουν σε καλή φυσική και ψυχική

υγεία και να συνεισφέρουν στην οικογένεια τους και στην κοινωνία. Παρόλα αυτά ορισμένες ψυχικές ασθένειες όπως οι άνοιες και η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα συχνές στους ηλικιωμένους , παρουσιάζοντας ποικιλία όσον αφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά, κάποιες ιδιαιτερότητες ως προς την διαχείριση, κοινωνικές δυσκολίες και συνύπαρξη με πολλαπλά σωματικά προβλήματα. Η κατάλληλη αντιμετώπιση και η ειδικευμένη γνώση για την προσέγγιση των ασθενών αυτών οδήγησε στην δημιουργία της ψυχογηριατρικής. Έτσι η ψυχογηριατρική , αποτελώντας κλάδο της ψυχιατρικής εστιάζει στην προαγωγή της ενημέρωσης σε θέματα ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων, αποσκοπώντας στο να εγκαινιάσει ή να βελτιώσει υπηρεσίες ψυχικής υγείας για αυτούς και να ενθαρρύνει την εκπαίδευση και την ερευνα στο αντικείμενο της (Wertheimer, 1997).

Οι πιο μελετημένες διαταραχές ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω είναι η άνοια και η κατάθλιψη, φαίνεται όμως πως οι ασθενείς αυτοί έχουν αυξημένα ποσοστά επικράτησης πολλών άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Οι Andreas et al., αναφέρουν πως σε δείγμα 3142 ασθενών ηλικίας 65-84 σε διαφορετικές ευρωπαϊκές πόλεις, βρέθηκε πως ένα στους δύο ασθενείς είχαν νοσήσει ψυχικά έστω μια φορά στην ζωή τους ,ένας στους τρεις τον τελευταίο χρόνο και σχεδόν ένας στους τέσσερις κατά την διάρκεια της μελέτης φαίνεται πως αντιμετώπιζε κάποια ψυχική διαταραχή, με επικρατέστερες τις αγχώδεις διαταραχές, στην συνέχεια τις συναισθηματικές διαταραχές και τέλος τις διαταραχές κατάχρησης ουσιών (Andreas et al., 2017). Ο Skoog., αναφέρει πως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι ψυχώσεις είναι πιο συχνές σε ηλικιωμένους ασθενείς χωρίς διαταραχές μνήμης σε αντίθεση με ό,τι πίστευαν μέχρι τώρα οι ερευνητές. Οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικής διαταραχής όσο αυξάνεται η ηλικία είναι η απώλεια συγγενών, το περιορισμένο κοινωνικό περιβάλλον, το προηγούμενο κοινωνικό status,

οι αισθητηριακές ικανότητες, η λειτουργικότητα και η γενικότερη κατάσταση υγείας, καθώς και παράγοντες οργανικότητας όπως η ατροφία εγκεφάλου, εγκεφαλική αγγειακή νόσος, η μειωμένη σεροτονινεργική λειτουργία, η υπερέκκριση κορτιζόλης και τα χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης. Επιπρόσθετα η αύξηση της συχνότητας των ψυχικών διαταραχών με την ηλικία επηρεάζεται από παράγοντες όπως η συννοσηρότητα μεταξύ των ψυχικών διαταραχών, η άνοια και οι διαφορές στις κλινικές τους εκδηλώσεις σε σχέση με νεότερους ασθενείς. Έχει παρατηρηθεί πως η συννοσηρότητα μεταξύ της κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών βρίσκεται σε ποσοστά που κυμαίνονται από 50%-90%. Ακόμη οι κλινικές εκδηλώσεις των ψυχικών διαταραχών μπορεί να διαφέρουν στους ηλικιωμένους σε σχέση με νεότερους. Για παράδειγμα στις διαταραχές άγχους φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζουν λιγότερα σωματικά συμπτώματα όπως και συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, λιγότερη αποφυγή στη έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα, περισσότερη ευερεθιστότητα και ψυχοκινητική διέγερση, αύξηση της ομιλίας και της έντασης. Επίσης υπάρχει δυσκολία στον διαχωρισμό των συμπτωμάτων από εκείνα που συμβαίνουν στην φυσιολογική γήρανση και αυτό να έχει ως συνέπεια την λανθασμένη διάγνωση, την υπερδιάγνωση ή ακόμη και την μη διάγνωση της νόσου στους ασθενείς αυτούς. Ένας ακόμη λόγος για τα μειωμένα ποσοστά εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε ηλικιωμένους μπορεί να είναι η χρήση των διαγνωστικών εργαλείων όπως το DSM το οποίο αναφέρει πως για την διάγνωση ψυχικής νόσου θα πρέπει να αποκλειστεί η οργανικότητα και αυτό έχει ως συνέπεια αρκετοί ασθενείς που πάσχουν από άνοια και κάποια άλλη διαταραχή να μην έχουν διαγνωστεί με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν θεραπεία (Skoog, 2011).

Μετά από βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε βρέθηκε περιορισμένος αριθμός εργασιών που αφορούσαν στη νοσηλεία ηλικιωμένων

ασθενών σε ψυχιατρικές κλινικές. Ο Greenwald et al., σε μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2004 παρατήρησαν πως σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε ψυχογηριατρική κλινική πραγματοποιήθηκε πλήρης έλεγχος οργανικότητας, δομημένη γνωστική αξιολόγηση, καλύτερη παρακολούθηση παρενεργειών από τα φάρμακα που έλαβαν, πιο προσεκτική αξιολόγηση επιπέδων φαρμάκων σε σχέση με γηριατρικούς ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρική κλινική (Greenwald et al., 2004). Ακόμη τριετής έρευνα που διεξήχθη στην νότιο Αφρική έδειξε πως το 97,1 % των εισαγωγών σε μια ψυχογηριατρική κλινική εισήχθη ακουσίως, το 57% ήταν γυναίκες και η κυριότερη διαταραχή ήταν η γνωστική έκπτωση (Aartsma et al., 2019). Επιπρόσθετα σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελβετία μελετήθηκαν όλες οι ακούσιες και εκούσιες νοσηλείες για το έτος 2015 έδειξε πως οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ακουσίως ήταν μεγαλύτεροι σε σχέση με τους εκούσιους ασθενείς, ήταν κυρίως χήροι έπασχαν από κάποια ψυχική διαταραχή που οφειλόταν σε οργανικότητα, σχιζοφρένεια, παραληρητική διαταραχή ή σχιζότυπη διαταραχή (Silva et al., 2018). Στην χώρα μας βρέθηκε μία μόνο μελέτη του Douzenis et al., όπου σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε τρία γενικά νοσοκομεία και σε ένα πανεπιστημιακό γενικό νοσοκομείο για τον τρόπο νοσηλείας των ψυχογηριατρικών ασθενών παρατήρησαν πως η πιο συχνή αιτία για ακούσια νοσηλεία είναι το delirium. Οι ασθενείς αυτοί κατά τις πρώτες μέρες νοσηλείας τους παρουσίαζαν ευερεθιστότητα ή και ψυχοκινητική διέγερση, κανένας από αυτούς δεν είχε πραγματοποίηση απόπειρα αυτοκαταστροφής, ενώ οι ασθενείς που εισήχθησαν εκουσίως έπασχαν κυρίως από διαταραχές της διάθεσης ήταν ψυχοκινητικά ήρεμοι και κάποιοι από αυτούς είχαν πραγματοποίηση απόπειρα αυτοκαταστροφής λίγες μέρες πριν την εισαγωγή τους (Douzenis et al., 2013).

Μετά από αναζήτηση βρέθηκε πως στο νομό Αττικής διατίθενται συγκεκριμένες κλίνες για ψυχογηριατρικούς ασθενείς. Η Β ψυχιατρική κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αττικών που ιδρύθηκε το 2003, από το 2008 άρχισε να λειτουργεί και το τμήμα νοσηλείας, η δύναμη της κλινικής περιλαμβάνει 20 κλίνες από τις οποίες οι τρεις διατίθενται για την νοσηλεία ψυχογηριατρικών ασθενών με μείζονα ψυχοπαθολογία (*ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ - Μονάδες*, n.d.). Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δρομοκαΐτειο ιδρύθηκε το 1887, από το 1988 λειτουργεί το ψυχογηριατρικό τμήμα Γεμέλειο διαθέτει 40 κλίνες και εφημερεύει στα πλαίσια της γενικής εφημερίας του νοσοκομείου (*Γεμέλειο – Ψυχογηριατρικό Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας*, n.d.). Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο του πανεπιστημίου Αθηνών το οποίο ιδρύθηκε το 1904 και στεγάζει την Α΄ ψυχιατρική κλινική διαθέτει 5 κλίνες για ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω (Paris et al., 2020).

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως καθώς το όριο ηλικίας αυξάνεται οι ειδικοί που ασχολούνται με την ψυχική υγεία έρχονται αντιμέτωποι με αυτήν την δημογραφική αλλαγή και τα αυξημένα ποσοστά ψυχικών διαταραχών που παρουσιάζουν. Συνεπώς μια πιο εξειδικευμένη εκπαίδευση θα βοηθούσε την βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων και τον φροντιστών τους .

1.1 Ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να οδηγήσουν σε αναγκαστική νοσηλεία.

Συναισθηματικές διαταραχές

Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι ίσως από τις πιο συχνές και μελετημένες από τις συναισθηματικές διαταραχές στους ηλικιωμένους ασθενείς. Παρ' όλα αυτά παρατηρείται υποδιάγνωση και υποθεραπεία της κατάθλιψης και αυτό έχει ως συνέπεια την μειωμένη ποιότητα ζωής των ίδιων των ασθενών όσο και των φροντιστών τους αλλά και τον πρόωρο θάνατο. Η αιτιολογία της παρουσιάζει ετερογένεια σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι η φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης, γενετικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, διάφορες φαρμακευτικές αγωγές που λαμβάνουν, ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών και η συννοσηρότητα με νευροεκφυλιστικές, καρδιολογικές και ενδοκρινολογικές νόσους όπως και νεοπλασίες. Τα ποσοστά κατάθλιψης για ηλικιωμένους ασθενείς σε διάφορες έρευνες ποικίλουν ανάλογα με το δείγμα πληθυσμού, τον αριθμό των ατόμων, τον ορισμό της κατάθλιψης, την μέθοδο και το διαγνωστικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε (McCall, 2013).

Οι Conde-sala et al., σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε 14 ευρωπαϊκές χώρες σε 31,491 άτομα ηλικίας 65 ετών στην κοινότητα για το 2013 και το 2015 αντίστοιχα βρήκαν το ποσοστό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κυμαινόταν από 29,8% για το 2013 και σε 31,5% το 2015. Ακόμη αναφέρουν πως οι βόρειες χώρες έχουν μικρότερα ποσοστά καταθλιπτικών ασθενών σε σχέση με τις νότιες χώρες. Παράγοντες όπως οι χρόνιες ασθένειες, η μοναξιά, το γυναικείο φύλο, οικονομικές δυσκολίες, το μορφωτικό επίπεδο (Conde-Sala et al., 2019) και η κακή φυσική κατάσταση (Sjöberg et al., 2017) αυξάνουν τον κίνδυνο.

Στην Ελλάδα σε έρευνα που διενεργήθηκε σε κέντρα ημέρας (ΚΑΠΗ) σε δυο επαρχιακές πόλεις διαπιστώθηκε πως από τους 378 συμμετέχοντες το 48,1% βρέθηκε να έχει καταθλιπτική συμπτωματολογία, στο 38,6% από αυτούς τα

συμπτώματα ήταν μέτριου βαθμού ενώ στο 9,5% η συμπτωματολογία ήταν βαριάς μορφής (Argyropoulos et al., 2015). Σε συγκριτική μελέτη σε ασθενείς που ζούσαν σε οίκο ευγηρίας και σε ασθενείς που παρακολουθούσαν ανοιχτό κοινοτικό κέντρο παρακολούθησης διαπιστώθηκε πως σημαντικός αριθμός ανθρώπων που διέμεναν στον οίκο ευγηρίας κατοικούσαν εκεί περισσότερο από ένα χρόνο, είχαν λιγότερο από έξι χρόνια εκπαίδευσης, ήταν ανύπαντροι και ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων αυτών δεν είχαν ποτέ επαφή με τον έξω κόσμο και στις δύο ομάδες σύγκρισης επικρατέστερες ψυχικές διαταραχές ήταν η καταθλιπτική διαταραχή και οι αγχώδεις διαταραχές, οι ασθενείς όμως του οίκου ευγηρίας φάνηκε πως είχαν βαρύτερη συμπτωματολογία και υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού (Arvaniti et al., 2005).

Επιπρόσθετα φαίνεται πως υπάρχουν διαφορές στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης ανάλογα με την ηλικία. Ο Brodaty et al., αναφέρει πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν μελαγχολία, ψυχωτική συμπτωματολογία μειωμένη όρεξη και απώλεια βάρους σε σχέση με νεότερους (Brodaty et al., 1997), ψυχοκινητική διέγερση, ιδέες ενοχής και υποχονδρίασης (Brodaty et al., 2005). Επιπρόσθετα στους ηλικιωμένους που πάσχουν από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικές εκδηλώσεις ανιχνεύεται πιο σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία, παραληρητικές ιδέες κυρίως παρανοϊκού και υποχονδριακού τύπου, επικείμενης καταστροφής, ενοχής, φτώχειας, μηδενισμού, αρκετά συχνά ιστορικό ψυχωτικού επεισοδίου στο παρελθόν και μεγαλύτερη ψυχοκινητική επιβράδυνση (Gournellis et al., 2001). Μία ακόμη σημαντική διαφορά σε σχέση με τους ηλικιωμένους ασθενείς είναι τα διάφορα κλινικά υποσύνδρομα στα πλαίσια των ιατρικών και νευρολογικών διαταραχών που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά (Alexopoulos, 2005).

Η διερεύνηση και η θεραπεία της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική για τους ασθενείς της τρίτης ηλικίας γιατί τόσο η συννοσηρότητα σωματικών παθήσεων, η έκπτωση της λειτουργικότητας και οι διαταραχές μνήμης μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από την κατάθλιψη. Και η κατάθλιψη όμως μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τους παραπάνω παράγοντες και την αύξηση της θνησιμότητας, την αύξηση στην χρήση παροχών υγείας και την αύξηση του κινδύνου αυτοκτονικότητας (Blazer, 2009).

Διπολική διαταραχή

Οι Vasudev et al., αναφέρουν πως τα ποσοστά διπολικής διαταραχής στην κοινότητα είναι πολύ μικρά (0,1%) σε σχέση με οίκους ευγηρίας και νοσοκομεία όπου εκεί φθάνουν το 10%. Επίσης είναι πολύ σημαντική η κατηγοριοποίηση της διπολικής διαταραχής σε πρώιμης και όψιμης έναρξης, με τους ασθενείς όψιμης έναρξης να έχουν ηπιότερη μανιακή συμπτωματολογία με συχνότερη όμως ιατρική και νευρολογική συννοσηρότητα (Vasudev & Thomas, 2010).

Η όψιμη έναρξης διπολική διαταραχή είναι συχνότερη στο γυναικείο φύλο, σε αντίθεση με τους πρώιμους έναρξης διπολικούς ασθενείς το θετικό οικογενειακό ιστορικό συνήθως απουσιάζει. Στους ηλικιωμένους διπολικούς ασθενείς παρατηρείται μια ετερογένεια καθώς κάποιοι από αυτούς είχαν διαγνωστεί σε νεότερη ηλικία και κατάφεραν να επιβιώσουν, κάποιοι παρουσίασαν μανιακό επεισόδιο σε μεγάλη ηλικία με πολλά καταθλιπτικά επεισόδια στο παρελθόν και κάποιοι εμφάνισαν συναισθηματική διαταραχή σε προχωρημένη ηλικία η οποία οφείλεται κυρίως σε αγγειακές και εγκεφαλικές αλλοιώσεις (Depp C & Jeste D, 2004). Ο Bartels et al., περιγράφει την διπολική διαταραχή στους ηλικιωμένους ως το πρώτο μανιακό επεισόδιο που παρατηρείται σε μεγάλη ηλικία με διαφορετικές αιτίες

έναρξης όπως φαρμακευτικές , λοιμώδεις , παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, μεταβολικές αιτίες και για αυτό το λόγο οι ασθενείς με δευτερογενή μανία έχουν αυξημένη θνητότητα σε σχέση με τους διπολικούς ασθενείς πρώιμης έναρξης και τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα (Bartels et al., 2000) νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική σε σχέση με ασθενείς που πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη.

Άνοιες

Καθώς το όριο ηλικίας του πληθυσμού αυξάνεται, εκτιμάται πως το 2015 τα άτομα που έπασχαν από άνοια έφταναν τα 46,8 εκατομμύρια, ενώ το 2050 αναμένεται αυτός ο αριθμός να φτάσει τα 131,5 εκατομμύρια (Prince & Comas-Herrera, 2016). Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας είναι η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το γυναικείο φύλο, η φυλή , το θετικό οικογενειακό ιστορικό και η ύπαρξη 1-2 αλληλόμορφων APOE- e4. Σε επιδημιολογική μελέτη στην χώρα μας όπου συμμετείχαν 1792 ηλικιωμένοι ο επιπολασμός της άνοιας βρέθηκε στο 5% με το 75,3% των περιπτώσεων αυτών να είναι άνοια τύπου Alzheimer. Οι πιθανότητες για την εμφάνιση άνοιας βρέθηκαν να είναι 15,8% αυξημένες για κάθε έτος ηλικίας και 9,4% μειωμένες για κάθε έτος εκπαίδευσης (Kosmidis et al., 2018).

Ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κάποια νευροεκφυλιστική νόσο πολύ συχνά εμφανίζει διαταραχές στην συμπεριφορά , την αντίληψη και την διάθεση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη επιβάρυνση των φροντιστών τους, μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση , χειρότερη ποιότητα ζωής, χειρότερη πρόγνωση της νόσου και πρόωρο θάνατο και υψηλότερους νευροπαθολογικούς δείκτες άνοιας (Ismail et al., 2016). Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα ανιχνεύονται στο 90% των ασθενών που πάσχουν από κάποιο ανοϊκό σύνδρομο και περιλαμβάνουν κινητικές διαταραχές, ευερεθιστότητα,

άγχος, άρση αναστολών, απάθεια, κατάθλιψη, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, παραληρητικές ιδέες συνήθως μη οργανωμένες και λιγότερο περίπλοκες. Το περιεχόμενο τους είναι συνήθως παραμέλησης καχυποψίας και εσφαλμένης αναγνώρισης (Cerejeira et al., 2012). Το 25% των ασθενών με άνοια με σωμάτια Lewy και το 10% των ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer εμφανίζουν το σύνδρομο Capgras (Barrelle & Luauté, 2017).

Σύμφωνα με τους (Brodaty et al., 2015) σε μια μελέτη παρατήρησης 970 ασθενών με ήπιες γνωστικές διαταραχές και άνοια βρέθηκε πως νευροψυχιατρικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, άγχος, απάθεια, άρση αναστολών, ευερεθιστότητα και διαταραχές κινητικότητας αυξήθηκαν με την πάροδο του χρόνου ενώ συμπτώματα όπως κατάθλιψη, ευφορία, διαταραχές συμπεριφοράς κατά την διάρκεια της νύχτας και η όρεξη δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές με την πάροδο του χρόνου. Οι διαταραχές συναισθήματος και συμπεριφοράς σε ασθενείς με νευροεκφυλιστικές νόσους συχνά αποτελούν παράγοντες για των εγκλεισμό τους σε κάποια δομή (Brodaty et al., 2014). Επίσης σημαντικός αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται σε κλινικές γενικών νοσοκομείων για την αντιμετώπιση κάποιος οργανικής νόσου φαίνεται πως ενώ αντιμετωπίζουν γνωστικά ελλείμματα δεν αξιολογείται από τους κλινικούς ιατρούς και αυτό έχει ως συνέπεια να μην τους τίθεται η διάγνωση (Douzenis et al., 2010).

Ψυχωσικές διαταραχές

Η ψυχωσική διαταραχή είναι μια αρκετά διαδεδομένη διαταραχή στους ηλικιωμένους. Ανιχνεύεται σε ποσοστά από 5% έως 15% σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε γηροψυχιατρικά τμήματα και 10%- 62% σε ασθενείς που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας. Οι πιθανότητες εμφάνισης ψυχωσικής συμπτωματολογίας στους

ηλικιωμένους είναι 23% με σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου την άνοια. Αν και δεν υπάρχουν παθογνωμονικά εργαλεία για τον διαχωρισμό της ψυχωσικής διαταραχής σε πρωτοπαθή ψυχωσική διαταραχή που οφείλεται σε ψυχική νόσο και δευτεροπαθή που οφείλεται σε παθολογική ή νευρολογική νόσο, η πρωτοπαθής ψύχωση στους ηλικιωμένους ασθενείς φαίνεται να είναι μια διάγνωση αποκλεισμού έπειτα από τον αποκλεισμό των δευτερογενή αιτιών που προκαλούν ψυχωσική συμπτωματολογία στους ασθενείς αυτούς. Οι αιτίες εμφάνισης δευτερογενούς ψύχωσης είναι λοιμώξεις, μεταβολικές αιτίες, νευρολογικές αιτίες, φάρμακα, ουσίες και ενδοκρινολογικές αιτίες. Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ψυχωσικής διαταραχής στους ηλικιωμένους ασθενείς είναι τα αισθητηριακά και γνωστικά ελλείμματα, η κοινωνική απομόνωση, η ιατρική συννοσηρότητα, η πολυφαρμακία, οι αλλαγές στην φαρμοκοδυναμική και φαρμακοκινητική των φαρμάκων που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά, η ψυχιατρική συννοσηρότητα, οι αλλαγές στην δομή και στην νευροχημεία του εγκεφάλου. (Reinhardt & Cohen, 2015).

Όπως αναφέρουν οι Casey et al., επειδή η σχιζοφρένεια είναι μια πολύπλοκη διαταραχή με σημαντικές ψυχιατρικές, ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις τα ποσοστά των ηλικιωμένων ασθενών με σχιζοφρένεια φαίνεται να μην είναι τόσο αυξημένα λόγω της αυξημένης θνητότητας των ασθενών αυτών (Casey et al., 2011). Επιπρόσθετα το 20% έως 25% των ασθενών με σχιζοφρένεια νοσούν μετά την ηλικία των 40 ετών. Το 2000 μια ομάδα μελετητών πρότεινε τον διαχωρισμό της όψιμης σχιζοφρένειας σε δύο ομάδες η μία είναι η όψιμη έναρξης σχιζοφρένεια που αφορά την έναρξη της νόσου σε άτομα ηλικίας 40 έως 60 ετών ενώ η δεύτερη είναι η ομάδα της πολύ όψιμης έναρξης σχιζοφρενικόμορφης ψύχωσης όπου συμπεριλαμβάνει άτομα με έναρξη της νόσου μετά την ηλικία των 60 ετών. Η πολύ όψιμη έναρξης σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση είναι συχνότερη στο γυναικείο φύλλο, παρουσιάζει

μικρότερη γενετική επιβάρυνση, τα ποσοστά οπτικών, οσφρητικών και απτικών ψευδαισθήσεων είναι πιο αυξημένα, παρατηρούνται παραληρητικές ιδέες διαμελισμού, η αρνητική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας συνήθως απουσιάζει και το ποσοστό θνητότητας είναι πιο αυξημένο σε σχέση με την πρόιμης έναρξης σχιζοφρένεια (Cohen et al., 2018).

Ο Karim et al., αναφέρει πως οι ασθενείς με σχιζοφρένεια διαχωρίζονται σε δύο ομάδες, σε αυτούς που εμφάνισαν συμπτώματα στην μετέπειτα ζωή και σε αυτούς που διαγνώστηκαν με την νόσο σε νεαρή ηλικία και κατάφεραν να επιβιώσουν. Οι ασθενείς αυτοί με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν λιγότερα θετικά συμπτώματα και περισσότερο αρνητικά συμπτώματα, γνωστικά ελλείμματα, κατάθλιψη και ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνουν όπως και διάφορα άλλα ιατρικά προβλήματα αυτό έχει ως συνέπεια την κοινωνική απομόνωση και την κακή ποιότητα ζωής με αποτέλεσμα αυξημένη θνητότητα (Karim et al., 2005).

Αλκοόλ και άλλες ουσίες

Το 1% έως 3% των ατόμων τρίτης ηλικίας παρουσιάζει διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ και αυτό έχει ως συνέπεια την ιατρική, ψυχική συννοσηρότητα όπως και την κοινωνική δυσφορία που παρουσιάζεται στα άτομα αυτά. Επιπλέον το 30% των ατόμων αυτών που νοσηλεύονται σε διάφορες κλινικές και τον 50% των ατόμων που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές εμφανίζουν διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ. Σχεδόν το 20% των ατόμων 65 ετών και άνω που διαγνώστηκαν με κατάθλιψη συνυπάρχει και διαταραχή κατάχρησης αλκοόλ. Σε αντίθεση το 90% των αλκοολικών φαίνεται πως έχουν ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής. Επιπρόσθετα οι πιθανότητες εμφάνισης άνοιας είναι πέντε φορές μεγαλύτερη στους

ηλικιωμένους αλκοολικούς σε αντίθεση με τους μη αλκοολικούς (Caruto et al., 2012).

Οι διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ πολύ συχνά δεν διαγιγνώσκονται σε ηλικιωμένους λόγω των κοινωνικών στερεοτύπων, την απόκρυψη κατανάλωση αλκοόλ από τους ίδιους τους ασθενείς της αναξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης, της ομοιότητας της συμπτωματολογίας μεταξύ διαφόρων ψυχιατρικών διαταραχών και ότι τα διαγνωστικά εργαλεία για την κατάχρηση ουσιών και κυρίως του αλκοόλ δεν είναι προσαρμοσμένα σε ηλικιωμένους. Αυτό έχει ως συνέπεια την μη λήψη θεραπείας, αύξηση των παραγόντων κινδύνου για διάφορες ασθένειες και την χειρότερη πρόγνωση για τις ήδη υπάρχουσες ασθένειες, την αλληλεπίδραση μεταξύ διαφόρων φαρμακευτικών αγωγών καθώς και τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας ειδικά των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη (Dar, 2006).

Η χρήση βενζοδιαζεπινών προκαλεί διαταραχές μνήμης, συμπεριφοράς, διαταραχές ψυχοκινητικότητας και επιπέδου συνείδησης όπως και εξάρτηση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο ευάλωτοι στην χρήση βενζοδιαζεπινών λόγω αλλαγών στην φαρμακοδυναμική και φαρμοκοκινητική τους. Επιπρόσθετα αυξάνονται οι πιθανότητες πτώσης και κατά συνέπεια κατάγματος στα άτομα αυτά, τα γνωστικά ελλείμματα γεγονός που πιθανότατα θα οδηγήσει στην εμφάνιση άνοιας, οι παράδοξες αντιδράσεις, delirium καθώς και οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια. Σε μία συγκριτική μελέτη για την χρήση βενζοδιαζεπινών που συμμετείχαν 176 ηλικιωμένοι το 35,2% βρέθηκε να παρουσιάζει εξάρτηση στα φάρμακα αυτά (Gérardin et al., 2014). Ακόμη η χρήση βενζοδιαζεπινών αυξάνει την αυτοκτονικότητα κυρίως στους ηλικιωμένους με αυξημένο κίνδυνο πραγματοποίησης απόπειρας. Επίσης ένα ποσοστό από 10 έως 42% συνεχίζει την κατανάλωση των ουσιών αυτών έπειτα από δεκαετίες ως συνήθεια. Οι κυριότερες αιτίες για την χρήση τους είναι οι διαταραχές

ύπνου, η αγχώδης (Canham et al., 2014). Μεμονωμένοι παράγοντες για την χρήση βενζοδιαζεπινών είναι το γυναικείο φύλο, η πολυφαρμακία, ο χρόνιος πόνος, οι σωματικές αναπηρίες, η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, η κοινωνική απομόνωση και η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών (Airagnes et al., 2016). Οι Rikala et al., σε μελέτη που πραγματοποίησαν για την χρήση ψυχοτρόπων ουσιών σε άτομα άνω των 75 ετών βρέθηκε πως το 31% λάμβανε βενζοδιαζεπίνες και ήταν κυρίως γυναίκες που ζούσαν μόνες (Rikala et al., 2011).

Αγχώδεις διαταραχές

Αν και οι διαταραχές άγχους στους ηλικιωμένους ασθενείς δεν έχουν μελετηθεί σημαντικά όπως οι συναισθηματικές διαταραχές και οι διαταραχές μνήμης, τα ποσοστά επικράτησης του διαφέρουν ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που μελετήθηκε και του διαγνωστικού εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε για την μελέτη, καθώς οι κλίμακες διερεύνησης των αγχώδη διαταραχών δεν έχουν προσαρμοστεί σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες ούτε σε ασθενείς με νευροεκφυλιστικές διαταραχές. Οι επιπτώσεις του άγχους στα άτομα τρίτης ηλικίας οδηγεί σε αίσθηση δυσφορίας, μειωμένη αίσθηση ικανοποίησης, αυξάνει τον κίνδυνο αναπηρίας ακόμη και σε λειτουργικά άτομα καθώς και τον κίνδυνο θνητότητας τόσο από αυτοκτονίες όσο και από άλλα παθολογικά αίτια (Bryant et al., 2008).

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, το 17,2% των ηλικιωμένων πάσχει από κάποια αγχώδη διαταραχή με πιο συχνές την αγοραφοβία (4,9%), την διαταραχή πανικού (3,8%) και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (3,1%), με το γυναικείο φύλο να υπερισχύει στις αγχώδεις διαταραχές (Canuto et al., 2018). Ο Flint αναφέρει πως τα ποσοστά γενικευμένης αγχώδους διαταραχής μαζί με κάποια άλλη ψυχική νόσο αγγίζουν το 4% στην κοινότητα, ενώ η αγχώδης διαταραχή χωρίς κάποια

ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι στο 1%. Οι ψυχικές διαταραχές που συνυπάρχουν μαζί με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι κυρίως οι συναισθηματικές διαταραχές με επικρατέστερη την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμία άλλες αγχώδεις διαταραχές και η κατάχρηση ουσιών, ασθένειες όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η νόσος του Parkinson. Περίπου το 5% των ασθενών με νόσο Parkinson πάσχουν από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Flint, 2005).

Τα ποσοστά επικράτησης για την ειδική φοβία φαίνεται πως είναι χαμηλά στους ηλικιωμένους καθώς οι φοβίες μειώνονται με το πέρασ του χρόνου και η έναρξης της διαταραχής μετά την ηλικία των 50 ετών είναι σπάνια. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία σε 558 (334 γυναίκες, 224 άνδρες) ηλικίας 70 ετών τα άτομα που πληρούσαν τα κριτήρια για να πάσχουν από ειδική φοβία ήταν 13,4% για τις γυναίκες και 4,5% για τους άνδρες, το ένα τρίτο αυτών έπασχε και από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (Sigström et al., 2011). Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ειδικής φοβίας στους ηλικιωμένους είναι τα πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα. Ακόμη φαίνεται πως η μείωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένους που πάσχουν από ειδική φοβία έχει ως συνέπεια την εμφάνιση ταχυκαρδίας υπέρτασης και συχνά συνυπάρχει με κατάθλιψη (Chou, 2009). Μία άλλη ειδική φοβία που συναντάται στους ηλικιωμένους είναι το post fall syndrome με ποσοστά από 29% έως 54% στην κοινότητα (Bryant et al., 2008)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι σπάνια στους ηλικιωμένους ασθενείς με ποσοστά που κυμαίνονται από 0,2 % έως 3,2% με συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες. Η ηλικία έναρξης της διαταραχής είναι συνήθως στην ηλικία των 20 ετών. Κάποιοι μελετητές αναφέρουν και μια όψιμη έναρξη στην μετέπειτα ζωή που ίσως σχετίζεται με τις διαταραχές μνήμης και συγκέντρωσης που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά στα πλαίσια γνωστικής έκπτωσης ή κατάθλιψης . Σε μία μελέτη 900 ατόμων 70

ετών και άνω, το ποσοστά ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής βρέθηκε 2,9% με επικρατέστερο φύλο το γυναικείο. Η έναρξης της διαταραχής ήταν σε νεανική ηλικία με ένα σημαντικό ποσοστό να παρουσίασε συμπτώματα σε μεγάλη ηλικία το πιο συχνό σύμπτωμα αναφέρεται πως ήταν ο έλεγχος πραγμάτων (Klenfeldt et al., 2014).

Διαταραχές προσωπικότητας

Το DSM-V ορίζει ως διαταραχή προσωπικότητας ένα σταθερό πρότυπο εσωτερικών εμπειριών και συμπεριφοράς που αποκλίνει σημαντικά από το αναμενόμενο πολιτισμικά για το άτομο. Η καταλληλότητα του ορισμού της διαταραχής προσωπικότητας φαίνεται να είναι περιορισμένη στους γηριατρικούς πληθυσμούς, καθώς είναι συχνά πολύ δύσκολο να εντοπιστούν οι αλλαγές στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός μεσήλικα. Επιπρόσθετα πολλά κριτήρια σχετίζονται με της κοινωνικές επαφές και την εργασία δεν έχουν προσαρμοστεί στην συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Ο επιπολασμός της διαταραχής προσωπικότητας στους ηλικιωμένους ασθενείς στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 3% έως 13%. Σύμφωνα με την έρευνα NESARC μεταξύ 8205 ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα το ποσοστό για την διάγνωση τουλάχιστον μιας διαταραχής προσωπικότητας βρέθηκε να είναι στο 8% με επικρατέστερη διαταραχή την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (van Alphen et al., 2014). Οι Abrams et al., αναφέρουν πως οι διαταραχές προσωπικότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς συχνά δεν λαμβάνουν την απαιτούμενη προσοχή κι αυτό έχει ως συνέπεια να περιπλέξουν την πορεία και την θεραπεία άλλων ψυχιατρικών διαταραχών και να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής του ασθενή. Τα ποσοστά διαταραχής προσωπικότητας σε γηριατρικές μελέτες φαίνεται να είναι αυξημένα στις συναισθηματικές διαταραχές με το 31% αυτών να πάσχουν είτε από μείζονα

κατάθλιψη είτε από δυσθυμία. Επίσης πολλοί ασθενείς με όψιμη έναρξης σχιζοφρένεια ή παραληρητική διαταραχή έχουν μια προνοσηρή διαταραχή προσωπικότητας της ομάδας A υποδηλώνοντας έτσι πως η δομή της προσωπικότητας ενός ατόμου θα μπορούσε να θεωρηθεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση όψιμης έναρξης ψύχωση (Abrams & Bromberg, 2006).

Αυτοκτονικότητα

Η αμερικανική επιτροπή για τις αυτοκτονίες εκτιμά πως μεταξύ του γενικού πληθυσμού υπάρχει ένας θάνατος σε κάθε 25 απόπειρες αυτοκτονίας. Μεταξύ των νέων η αναλογία είναι ένας θάνατος για κάθε 100 με 200 απόπειρες ενώ μεταξύ των ηλικιωμένων η αναλογία θανάτου και απόπειρας είναι 1:4. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας τονίζει πως μεταξύ των ηλικιωμένων οι απόπειρες αυτοκτονίας συνιστούν ένα σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την απόπειρα αυτοκαταστροφής είναι η κατάθλιψη. Συμπτώματα κατάθλιψης σε συνδυασμό με χρόνια σωματική νόσο, απουσία φίλων, συγγενών, αϋπνία, διαταραχή της όρασης και της ακοής συνιστούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η μη διαγνωσμένες διαταραχές προσωπικότητας σε συνδυασμό με χρόνιες και εκφυλιστικές νόσους, οι οποίες οδηγούν σε περιορισμό της ανεξαρτησίας ενός ατόμου και κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης, οι οικονομικές δυσκολίες, η κατάθλιψη σε συνδυασμό με κατάχρηση αλκοόλ, η παρουσία αγγειογκεφαλικής νόσου, οι διαταραχές πανικού σε συνδυασμό με την χρήση αγχολυτικών και το ιστορικών προηγούμενων αποπειρών αυτοκαταστροφής (De Minayo & Cavalcante, 2015).

Οι Kiosses et al., αναφέρουν πως το φύλο και η φυλή επηρεάζουν διαφορετικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας και την αυτοκτονική συμπεριφορά. Το ανδρικό φύλο κάνει λιγότερες αλλά περισσότερο σοβαρές απόπειρες, παρουσιάζει ισχυρότερη πρόθεση και χρησιμοποιεί πιο θανατηφόρα μέσα για την τέλεση της πράξης όπως κρέμασμα και όπλα. Επιπρόσθετα η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται πως επηρεάζει την πρόθεση ενός ατόμου να δώσει τέλος στην ζωή του. Οι χήροι άνδρες έχουν 3.3 φορές περισσότερο αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με τους έγγαμους άνδρες. Αντίθετα οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο ρίσκο για απόπειρα αυτοκαταστροφής όταν είναι χωρισμένες. Όσον αφορά τη φυλή οι λευκοί έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. 42% ηλικιωμένων ασθενών με μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο εκφράζουν ευχές θανάτου, το 25% σκέφτεται την απόπειρα ενώ 4,7% πραγματοποίησε απόπειρα. Παράλληλα αναφέρουν πως η χρήση αντικαταθλιπτικών μειώνει τα ποσοστά αυτοκτονιών σε 2% έως 3% ανεξάρτητα από το φύλο και την ηλικία.

Ένας ακόμη παράγοντας κινδύνου για τους ηλικιωμένους που εκφράζεται πιο σπάνια όπου τους ηλικιωμένους ασθενείς στους επαγγελματίες υγείας είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Στους ηλικιωμένους που πάσχουν από κατάθλιψη η παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού συσχετίζεται με σοβαρότερη κατάθλιψη, προηγούμενες απόπειρες αυτοκαταστροφής και μεγαλύτερη ψυχιατρική και σωματική συννοσηρότητα, κοινωνική απομόνωση και μειωμένη κοινωνική υποστήριξη.

Επίσης παρατηρείτε μειωμένη αυτοκτονικότητα σε ασθενείς με προχωρημένα γνωστικά ελλείμματα αν και η πρόσφατη διάγνωση γνωστικής έκπτωσης θεωρείται παράγοντας κινδύνου από κάποιους μελετητές πιθανότατα στα πλαίσια καταθλιπτικής διαταραχής. Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονικότητας σε ανοικούς ασθενείς είναι η

λευκή φυλή, η κατάθλιψη, οι ψυχιατρικές νοσηλείες, η χρήση αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών ενώ φαίνεται πως οι οίκοι ευγηρίας λειτουργούν προστατευτικά. Η πρόθεση αυτοκτονίας σε ασθενείς με γνωστικά ελλείμματα θα μπορούσε να θεωρηθεί και η παθητική συμπεριφορά αυτοκαταστροφής όπως η άρνηση λήψης τροφής και ύδατος ή άρνηση λήψης θεραπείας (Kiosses et al., 2014).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε χρονική περίοδο δέκα ετών σε 1066 ασθενείς με σχιζοφρένεια με μέσο όρο ηλικίας 67,4 έτη το 4.6% αυτών νοσηλεύτηκαν για απόπειρα αυτοκαταστροφής το 57% ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 67,5 έτη, ενώ 77% των ασθενών είχαν νοσηλευτεί και στο παρελθόν. Παράγοντες κινδύνου για απόπειρα σε ψυχωτικούς ασθενείς είναι η ψυχωτική συμπτωματολογία, η διάρκεια της νόσου και ο αριθμός νοσηλείων, ηλικία έναρξης της διαταραχής, ο τύπος σχιζοφρένειας, διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η περίοδος μετά την λήψη εξιτηρίου από νοσηλεία, ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, διαταραχές χρήσης αλκοόλ (Barak et al., 2004)

Ο Schmutte et al., αναφέρει πως ο αυτοτραυματισμός είναι ο πιο ισχυρός γνωστός παράγοντας κινδύνου για την θνησιμότητα των αυτοκτονιών ιδιαίτερα στους γηριατρικούς ασθενείς. Το 75% έως 85% των αυτοτραυματισμών σε ηλικιωμένους ασθενείς είναι απόπειρες αυτοκαταστροφής σε αντίθεση με ο,τι συμβαίνει σε νεότερους. Ακόμη ένας παράγοντας είναι οι ελλείψεις σε παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για ψυχογηριατρικούς ασθενείς. Σε ένα δείγμα 50,472 γηριατρικών ασθενών που αυτοτραυματίστηκαν ή εξέφρασαν αυτοκτονικό ιδεασμό το 81,9% έχρηζε νοσηλείας το 62,8% απ αυτούς νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική με τα ποσοστά πιο αυξημένα για αυτούς που αυτοτραυματίστηκαν και παρουσίαζαν και αυτοκτονικό ιδεασμό 94,7% (Schmutte et al., 2019).

2° ΜΕΡΟΣ

2.1 Ακούσια νοσηλεία

Σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα κριτήρια, η νομοθεσία καθώς και τα ποσοστά της ακούσιας νοσηλείας για τους ανθρώπους που πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο διαφέρουν σημαντικά. Ωστόσο όλα τα κράτη μέλη έχουν ως κοινό στόχο την συμμόρφωση τους με τις οδηγίες της ευρωπαϊκής σύμβασης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της θεμελιώδους ελευθερίας (1950), η οποία ορίζει πως κάθε άτομο που κρατείται παρά την θέληση του θα πρέπει να έχει δικαστικό έλεγχο (O'Donoghue et al., 2010). Επιπρόσθετα και με τις οδηγίες του παγκόσμιου οργανισμού υγείας που επισημαίνει πως στα κριτήρια κράτησης ενός ατόμου παρά την θέληση του θα πρέπει να περιλαμβάνεται πως ο ασθενής θα πρέπει να πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή και η υποχρεωτική θεραπεία είναι προς το συμφέρον της υγείας του ή της ασφάλειας του ασθενούς ή της προστασίας άλλων ατόμων. Αν και η ακούσια νοσηλεία και θεραπεία είναι γενικά ένα αποδεκτό μέτρο τόσο για την προστασία του ίδιου του ασθενή όσο και των υπόλοιπων μελών της κοινωνίας, ωστόσο παραμένει ένα περίπλοκο νομικό και ηθικό ζήτημα και κάποιες φορές υπάρχει δυσκολία στην εξισορρόπηση των δικαιωμάτων του ασθενούς με τα δικαιώματα των υπολοίπων μελών μιας κοινωνίας. Για τον λόγο αυτό διάφορα διεθνή έγγραφα όπως οι αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχική ασθένεια (1991), η ευρωπαϊκή σύμβαση για την προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιώδη ελευθεριών (1950), η συνθήκη της Χαβάη (1983) και οι δέκα βασικές αρχές για τον νόμο για την ψυχική υγεία που δημοσιεύθηκε από τον WHO έχουν συνταχθεί με σκοπό των προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων (Zhang et al., 2015)

2.2 Νομοθεσία

Το καθεστώς της αναγκαστικής νοσηλείας καθορίζεται από νομοθεσία η οποία διαφέρει μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον νόμο 2071/92 που έχει τον τίτλο "εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας", ως ακούσια νοσηλεία ορίζεται η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας αποτελούν:

- i) Ο ασθενής πρέπει να πάσχει από ψυχική διαταραχή
- ii) Παράλληλα να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του
- iii) Η μη νοσηλεία του να συνεπάγεται ή την μη θεραπεία του ή την επιδείνωση της υγείας του ή να είναι απαραίτητη προκειμένου να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων

Η ελληνική νομοθεσία εξαιρεί από την ακούσια νοσηλεία την φύλαξη ασθενή με άρθρο 69 του Π.Κ, την αντιμετώπιση τοξικομανών όπου διέπεται ειδική νομοθεσία και την αδυναμία ή την άρνηση του ατόμου να προσαρμοστεί στις κοινωνικές, ηθικές και πολιτικές αξίες που επικρατούν στην κοινωνία καθώς δεν αποτελεί καθαυτή ψυχική διαταραχή. Την αίτηση για αναγκαστική νοσηλεία μπορεί να ζητήσει ο σύζυγος ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι και το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου ή σε επείγουσα περίπτωση, εάν δεν υπάρχει κανένα από αυτά τα πρόσωπα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή αυτεπάγγελα. Την αίτηση πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων οι οποίες αναφέρονται στις προαναφερθέντες προϋποθέσεις της ακούσιας νοσηλείας αν οι γνωματεύσεις συμφωνούν ο εισαγγελέας

πρωτοδικών διατάσει τον εγκλεισμό του ασθενή (Δουζένης & Λύκουρας, 2008 ; Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1992).

Το νομοθετικό πλαίσιο που ορίζει την αναγκαστική νοσηλεία παρουσιάζει σημαντικές διαφορές σε περισσότερους από έναν τομείς τόσο μεταξύ των χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης όσο και παγκοσμίως. Βασικό κριτήριο για ακουσία νοσηλεία σε όλες τις χώρες είναι το άτομο να πάσχει από ψυχική διαταραχή, αλλά ο τύπος και η σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής που πληροί της προϋποθέσεις για ακουσία εισαγωγή ποικίλει ανάλογα με την κάθε νομοθεσία. Κάποιες χώρες επιτρέπουν την ακουσία εισαγωγή μόνο για σοβαρή ψυχική ασθένεια, άλλες ορίζουν συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές όπως ψυχωτική διαταραχή ενώ οι περισσότερες χρησιμοποιούν ένα ευρύτερο ορισμό της ψυχικής διαταραχής. Σπάνια απαιτείται συγκεκριμένη διάγνωση κατά ICD-10 τις περισσότερες φορές χρησιμοποιούνται λέξεις που καλύπτουν μια ποικιλία ψυχιατρικών φαινομένων που σχετίζονται κυρίως με τη ευρεία έννοια της ψύχωσης. Το κατά πόσο τα κριτήρια πρέπει να περιλαμβάνουν την νοητική υστέρηση, την κατάχρηση ουσιών και τις διαταραχές προσωπικότητας είναι αμφιλεγόμενο.

Ο νόμος του 2007 για την ψυχική υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο ορίζει την ψυχική διαταραχή ως οποιαδήποτε διαταραχή ή αναπηρία του νου. Ωστόσο το Royal College of psychiatrists αναφέρει πως η διαταραχή προσωπικότητας από μόνη της δεν είναι κριτήριο για ακουσία νοσηλεία λόγω της μη ανταπόκρισης στις διαθέσιμες θεραπείες. Η νομοθεσία της Αυστρίας, Γερμανίας και Αγγλίας αναφέρεται στην ψυχική διαταραχή με μια πιο ευρεία έννοια παρόλο αυτά ψυχικές διαταραχές χωρίς παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλικές διαταραχές εξαιρούνται από τα κριτήρια ακουσίας νοσηλείας. Στην Νορβηγία ο όρος σοβαρή ψυχική διαταραχή όπως ορίζεται από το ανώτατο δικαστήριο περιλαμβάνει ενεργό

ψύχωση ή αποκλίνουσες καταστάσεις ψυχικής ανεπάρκειας όπου υπάρχει σημαντική μείωση λειτουργικότητας παρόμοια με αυτή που παρατηρείται στην ψύχωση.

Το κριτήριο της επικινδυνότητας (απειλή η πραγματικός κίνδυνος τόσο προς το ίδιο το άτομο η προς τρίτους) αποτελεί το πιο κοινό πρόσθετο κριτήριο, ενώ σε ορισμένα νομοθετικά πλαίσια επαρκή σαν μοναδικό κριτήριο που δικαιολογεί η επιτρέπει σε κάποιον να υφίσταται ακούσια μεταχείριση. Τα κριτήρια της επικινδυνότητας είναι από μόνα τους επαρκή για την ακούσια νοσηλεία σε χώρες όπως η Φιλανδία, Ιρλανδία, Πορτογαλία. Σε αντίθεση σε χώρες όπως η Ιταλία, Ισπανία και Σουηδία η επικινδυνότητα ως προς εαυτό η άλλους δεν θεωρείται κριτήριο για ακούσια εισαγωγή.

Επιπρόσθετα η ανάγκη θεραπείας σε αρκετές χώρες αποτελεί κριτήριο. Στην Ιταλία ένα κάποιος ασθενείς χρήζει επείγουσας θεραπείας και η θεραπεία δεν μπορεί να του παραχθεί εξωνοσοκομειάκα τότε επιτρέπεται η ακούσια νοσηλεία. Σε αντίθεση στην Αγγλία ο ασθενής δεν μπορεί να τεθεί υπό αναγκαστική θεραπεία εκτός εάν υπάρχει κατάλληλη θεραπεία. Επίσης η Ισπανία και η Σουηδία ορίζουν την ανάγκη για θεραπεία ως κριτήριο για αναγκαστική νοσηλεία.

Αν και όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης επισημάνουν πως η αξιολόγηση του ασθενή πριν εισαχθεί σε ψυχιατρική κλινική πρέπει να διενεργείται από ψυχίατρο και συνήθως περισσότερους από έναν, οι κανονισμοί για την προκαταρκτική αξιολόγηση η την ανάγκη έκτακτης αξιολόγησης διαφέρουν από χώρα σε χώρα. Σε χώρες όπως η Αυστρία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο είναι απαραίτητη προϋπόθεση η αρχική αξιολόγηση να γίνεται από ειδικευμένο ψυχίατρο, ενώ σε χώρες όπως η Γαλλία και σε ορισμένα ομοσπονδιακά κριτήρια της Γερμανίας η αξιολόγηση επιτρέπεται σε

κάθε ιατρό. Στην Νορβηγία οι γενικοί ιατροί ή άλλοι ιατροί που δεν εργάζονται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο έχουν την δυνατότητα αξιολόγησης του ασθενούς για την πραγματοποίηση ακούσιας νοσηλείας, ωστόσο ένας ψυχίατρος ή ένας ιατρός και ένας κλινικός ψυχολόγος εγκεκριμένος για αυτό θα λάβουν την απόφαση εάν η εισαγωγή του ασθενούς θα πρέπει να είναι εκούσια ή ακούσια στην οξεία ψυχιατρική μονάδα (Zhang et al., 2015)

Ο απαιτούμενος χρόνος για να ληφθεί η απόφασή για το εάν μια ακούσια νοσηλεία είναι απαραίτητη ή όχι, ποικίλλει από 24- 72 ώρες μέχρι και τέσσερις μήνες στην Σουηδία, ενώ η ακρόαση από την πλευρά του δικαστηρίου γίνεται σε δύο έως δέκα ημέρες. Η νοσηλεία κυμαίνεται από μία εβδομάδα στην Ιταλία και έως έξι μήνες στην Αγγλία, Ισπανία, Ελλάδα. Η δυνατότητα παράτασης της αναγκαστικής νοσηλείας κυμαίνεται από μία εβδομάδα έως και ένα χρόνο ενώ κάποιες χώρες δεν ορίζουν συγκεκριμένο χρόνο παράτασης. Μόνο η Γερμανία ορίζει μέγιστο χρονικό όριο παράτασης της νοσηλείας από 12 έως 24 μήνες ανάλογα με τον νόμο στον οποίο έγκειται η υπόθεση. Η Ελλάδα είναι η μοναδική χώρα στην οποία απαιτείται γνωμάτευση τριών ψυχιάτρων για παράταση νοσηλείας πέραν τον έξι μηνών, ο ένας μάλιστα ψυχίατρος πρέπει να εργάζεται στο νοσοκομείο νοσηλείας του ασθενούς οι άλλοι δύο διορίζονται από τον εισαγγελέα.

Οι διαφορές μεταξύ των χωρών για το ποιοι έχουν δικαίωμα αίτησης για ακούσια νοσηλείας είναι επίσης σημαντικές. Το δικαίωμα αυτό παραχωρείται σε συγγενείς, ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς έως και οποιονδήποτε γνωρίζει τον ασθενή. Η Αγγλία είναι η μόνη χώρα που επιτρέπει στους κοινωνικούς λειτουργούς να προβούν σε αίτηση για ακούσια νοσηλεία, η Τσεχία παρέχει το δικαίωμα αίτησης για ακούσια νοσηλεία μόνο σε ιατρούς η Ισπανία παραχωρεί αυτό το δικαίωμα τόσο σε γονείς, συγγενικά πρόσωπα, ιατρούς αλλά και σε διάφορους νομικούς εκπροσώπους της

πολιτείας. Η Ελλάδα ορίζει με σαφήνεια τα άτομα που μπορούν να κάνουν αίτηση για ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή.

Ο ρόλος για την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς συνήθως αναλαμβάνεται από το δικαστήριο, την εισαγγελία και τους ιατρούς σε κάποιες χώρες. Οι διαδικασίες αυτές συνήθως είναι χρονοβόρες, πολύπλοκές και με αρκετή γραφειοκρατία (Kallert et al., 2005).

Η μεγάλη ανομοιογένεια που υπάρχει στην νομοθεσία για την ακούσια νοσηλεία αντανακλά την δυσκολία στις έρευνες αναφορικά με την επιδημιολογία, την αποτελεσματικότητα και τα συμπεράσματα της ακούσιας νοσηλείας

2.3 Εκούσια νοσηλεία

Η εκούσια νοσηλεία είναι η με την συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται εκούσια έχουν όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών τους ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής. Η εκούσια νοσηλεία περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 1992).

2.4 Συνέπειες νοσηλείας

Η πλειοψηφία των ακούσιως νοσηλευόμενων ασθενών παρουσιάζει βελτίωση όσον αφορά την ψυχοπαθολογία και την λειτουργικότητα έως και τέσσερις μήνες μετά την λήψη του εξιτηρίου, με το 31% -81% αυτών να θεωρεί ότι η νοσηλεία ήταν ωφέλιμη και απαραίτητη. Ωστόσο ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 28%- 48%

φαίνεται να διατηρεί αρνητική στάση απέναντι στην ακουσία νοσηλεία θεωρώντας πως δεν ήταν απαραίτητη και η στάση αυτή δεν αλλάζει με την πάροδο του χρόνου (C. Katsakou & Priebe, 2006). Το 27.5% αναφέρει πως η σχέση τους με την οικογένεια επηρεάστηκε αρνητικά ως αποτέλεσμα τη ακούσιας νοσηλείας και το 26.6% αναφέρει αρνητική επίδραση της ακουσίας νοσηλείας στην θεραπευτική σχέση με τον ιατρό (O'Donoghue et al., 2010). Σε επανεκτίμηση έως και τρεις μήνες μετά το 46%-86% αυτών που εισήχθησαν ακουσίως φαίνεται να πιστεύει πως η ακουσία νοσηλεία ήταν απαραίτητη (Priebe et al., 2010). Οι αρνητικές απόψεις των ασθενών σχετικά με την ακουσία νοσηλεία σχετίζονται με την έλλειψη αυτονομίας που βιώνουν, την μη συμμετοχή στην θεραπεία που τους χορηγείται, στον ελάχιστο χρόνο ενασχόλησης από το προσωπικό της κλινικής, στην έλλειψη ιδιωτικού χώρου στα νοσοκομειακά πλαίσια και στην αίσθηση που νιώθουν ότι τιμωρούνται καθώς συνοδεύονται συχνά από αστυνομικούς στην κλινική και αυτό έχει ως συνέπεια τον στιγματισμό τους (Christina Katsakou & Priebe, 2007).

Ο Kallert et al., σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν για τις διαφορές στους ασθενείς της ακούσιας και εκούσιας νοσηλείας αναφέρουν πως ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ακουσίως φαίνεται να είναι ίσος ή μεγαλύτερος με εκείνων που νοσηλεύτηκαν εκούσια. Η πιθανότητα επανεισαγωγής με ακουσία νοσηλεία είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας με τους ασθενείς αυτούς να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικότητας. Επιπρόσθετα παρουσιάζουν μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα τόσο κατά την είσοδο όσο και στην έξοδο τους από το νοσοκομείο. Επίσης οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί παρά την θέληση τους δεν διαφέρουν σημαντικά στην ψυχοπαθολογία σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύονται εκουσίως αντιμετωπίζουν όμως τραυματικό στρες συσχετιζόμενο με την θεραπευτική εμπειρία.

Ως προς την θεραπεία οι ακούσιοι παρουσιάζουν λιγότερη συμμόρφωση και ικανοποίηση (Kallert et al., 2008).

2.5 Διάρκεια νοσηλείας

Μετά από βιβλιογραφική αναζήτηση βρέθηκαν ελάχιστες μελέτες που αναφέρονται στο χρόνο νοσηλείας των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω που νοσηλεύονται για ψυχικές διαταραχές.

Όπως αναφέρει ο Chung et al., από την δεκαετία του 1960 στην Βόρειο Αμερική και στην Ευρώπη έχει μειωθεί η διάρκεια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών καθώς έχουν αναπτυχθεί υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης η μέση διάρκεια νοσηλείας για ψυχικές ασθένειες κυμαίνεται σε 22 ημέρες. Σε αναδρομική μελέτη που πραγματοποίησαν στην Κορέα από τον Ιανουάριο του 2005 έως τον Ιούνιο του 2006 σε δείγμα 26,712 ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 128,16 ημέρες και ήταν κυρίως άνδρες. Επίσης αναφέρουν πως οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσική διαταραχή νοσηλεύονται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύονται λόγω οργανικής ψυχικής διαταραχής (Chung et al., 2010). Σύμφωνα με μελέτη του Jacobs et al., σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την διάρκεια νοσηλείας ασθενών με ψυχικές διαταραχές είναι η διάγνωση, οι μεγαλύτερες ηλικίες, η αναγκαστική νοσηλεία, η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές ή σωματικές παθήσεις, οι προηγούμενες νοσηλείες καθώς και η παρουσία φροντιστή (Jacobs et al., 2015). Επίσης παράγοντες κινδύνου για μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σε ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, οι πτώσεις κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και η

επιβαρυνόμενη κλινική τους εικόνα (Laks & Engelhardt, 2010). Ακόμη ο Harold et al., σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και σε ασθενείς χωρίς μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βρήκαν πως οι ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή νοσηλεύονται διπλάσιες ημέρες σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς , παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας καθώς και αυξημένο ρίσκο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο (Rawson, 1998).

Ένα άλλο φαινόμενο που παρατηρείται στους ηλικιωμένους ασθενείς λόγω των ελλείψεων στα κοινωνικά και στα συστήματα υγείας είναι το σύνδρομο της περιστρεφόμενης πόρτας. Σε μελέτη κοόρτης σε 1204 νοσηλευόμενους γηριατρικούς ασθενείς ηλικίας 70 ετών και άνω, το 38% αυτών είχαν τουλάχιστον μια επανεισαγωγή τους τελευταίους 6 μήνες ενώ 18% τις τελευταίες 28 ημέρες (Leung, 2006).

Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται δημιουργείται πλήθος ιατρικών, νομικών και ηθικών διλημάτων. Τα παραπάνω στοιχεία υπογραμμίζουν πως υπάρχει επιτακτική ανάγκη διερεύνησης των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την διαδικασία της αναγκαστικής νοσηλείας. Καθώς η ακούσια νοσηλεία μπορεί να οδηγήσει στον στιγματισμό, την καταπάτηση των δικαιωμάτων και της ελευθερίας του ασθενούς , σε μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, σε αύξηση του κινδύνου επανεισαγωγής, σε αύξηση της αυτοκτονικότητας και σε μείωση της λειτουργικότητας. Τέλος η μελέτη θα συντελέσει στην ανάδειξη της ανάγκης για εξειδίκευση στον τομέα της ψυχιατρικής όπως στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν οι ψυχογηριατρικοί ασθενείς

3° ΜΕΡΟΣ

3.1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης που πραγματοποιήθηκε είναι να αντιμετωπιστεί αυτό το κενό στο τομέα της έρευνας που υπάρχει μελετώντας τα αποτελέσματα των εισαγωγών των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω σε δύο από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία του Νομού Αττικής που διαθέτουν εξειδικευμένες μονάδες ψυχογηριατρικής.

Πιο συγκεκριμένα η παρούσα εργασία θα εξετάσει τις παρακάτω υποθέσεις:

- Υπόθεση 1: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής (ακούσια/εκούσια) και του φύλου.
- Υπόθεση 2: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής (ακούσια/εκούσια) και της διαγνωστικής κατηγορίας βάση ICD-10.
- Υπόθεση 3: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής (ακούσια/εκούσια) και του νοσοκομείου εισαγωγής.
- Υπόθεση 4: Ο τρόπος εισαγωγής θα είναι ο ισχυρότερος παράγων που προβλέπει την διάρκεια νοσηλείας.

3.1.2 Σχεδιασμός της έρευνας

Για την έρευνα συλλέχθηκαν στοιχεία από 1/1/2019 έως 31/12/2019 από δύο νοσοκομεία, συγκεκριμένα από το ΠΓΝ Αττικών και από το Ψ.Ν.Α Δρομοκαΐτειο τμήμα Γεμέλειο. Καταγράφηκαν οι ασθενείς και των δύο φύλων ηλικίας 65 ετών και άνω ο τρόπος εισαγωγής τους ακουσίως ή εκουσίως, η αιτία εισαγωγής, η

ημερομηνία εισαγωγής, η ημερομηνία που έλαβαν εξιτήριο καθώς και η διάγνωση εξόδου. Για την συλλογή των δεδομένων μελετήθηκαν τα βιβλία μητρώου των ΤΕΠ, οι ατομικοί φάκελοι των ασθενών, επίσης συλλέχθηκαν δεδομένα από το μητρώο κίνησης ασθενών του κάθε νοσοκομείου.

Από το δείγμα εξαιρούνται ασθενείς που νοσηλεύθηκαν και στα δύο νοσοκομεία πριν το 2019 και η νοσηλεία του συνεχίστηκε κατά την περίοδο συλλογής του δείγματος. Οι ασθενείς που διακομίσθηκαν σε άλλη κλινική ή νοσοκομείο για αντιμετώπιση οργανικότητας που δεν μπορούσε να αντιμετωπιστεί στο τμήμα όπου νοσηλεύτηκαν και με το πέρας της νοσηλείας τους έγινε εισαγωγή εκ νέου. Ακόμη εξαιρούνται από τις εισαγωγές οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο ημέρας.

3.1.3 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Στην παρούσα μελέτη η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει με νόμιμο τρόπο κατόπιν σχετικής αίτησης από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του κάθε νοσοκομείου, τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για συγκεκριμένους λόγους με ακρίβεια και σεβασμό στα δικαιώματα του ατόμου και στην διασφάλιση της ανωνυμίας των ατόμων που συμμετείχαν.

3.1.4 Εργαλεία

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS.

4° ΜΕΡΟΣ

4.1 Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 1 παραθέτει τις περιγραφικές στατιστικές για τις μεταβλητές του δείγματος. Από τους 321 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν και έλαβαν μέρος στην έρευνα το 92,8% ήταν από το ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο και το 7,2% από το Αττικόν, το 53,3% ήταν γυναίκες και το 59,5% εισήχθη με την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Η μέση ηλικία του συνόλου των συμμετεχόντων ήταν 76.04 έτη ($SD=7.44$). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στο ΨΝΑ Δρομοκαΐτειο ήταν 76.15 έτη ($SD=7.42$) ενώ στο ΠΓΝ Αττικόν ήταν 73.76 έτη ($SD= 7.47$). Η συχνότερη διαγνωστική κατηγορία κατά το διαγνωστικό εγχειρίδιο International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) ήταν η κατηγορία που περιελάμβανε Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές.

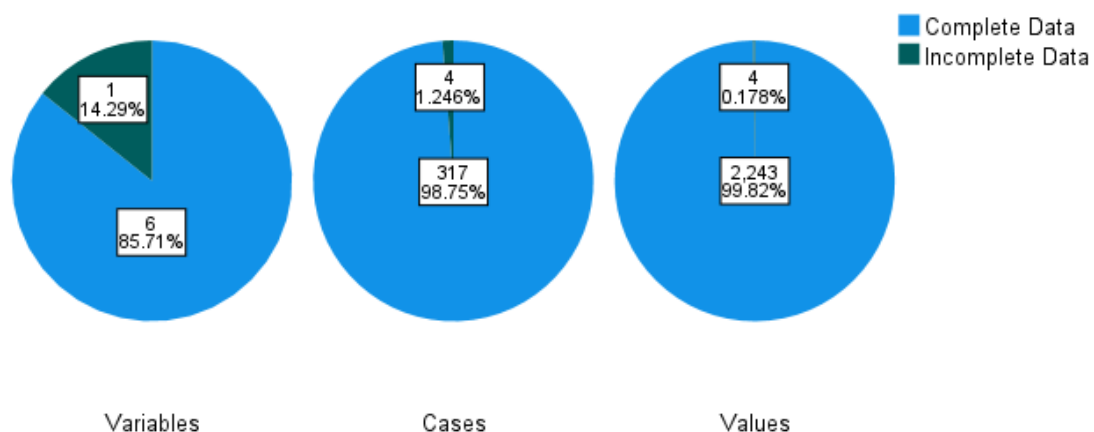
Πίνακας 1. Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών της μελέτης ($N=321$)

Μεταβλητή	Επίπεδα μεταβλητής	N	%
Νοσοκομείο	Δρομοκαΐτειο	298	92.8%
	Αττικό	23	7.2%
Φύλο	Ανδρες	150	46.7%
	Γυναίκες	171	53.3%
Τύπος νοσηλείας	Ακούσια	191	59.5%
	Εκούσια	130	40.5%
Αυτοκτονικός ιδεασμός	Ναι	27	8.4%
	Όχι	294	91.6%
Πολλαπλές διαγνώσεις	Ναι	28	8.7%
	Όχι	293	91.3%
Διαγνωστική κατηγορία	Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη και παραληρητική διαταραχή,	111	34.6%
	Οργανικές(συμπεριλαμβάνονται και οι συμπτωματικές) ψυχικές Διαταραχές.	104	32.4%
	Συναισθηματικές διαταραχές.	84	26.2%

Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται στην χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.	10	3.1%
Νευρωτικές σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές.	6	1.9%
Διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς.	4	1.2%
Νοητική υστέρηση.	1	0.3%
Διάφορες νοητικές διαταραχές.	1	0.3%

Από τους 321 συμμετέχοντες, δύο συμμετέχοντες (ο ένας με απροσδιόριστη διάγνωση και ο άλλος με νοητική υστέρηση) δεν συμπεριελήφθησαν στις επαγωγικές στατιστικές αναλύσεις που είχαν ως ανεξάρτητη η εξαρτημένη μεταβλητή την διαγνωστική κατηγορία. Η εικόνα στο Γράφημα 1 δείχνει την περίληψη των ελλειπουσών τιμών μελέτης, που ήταν ένα πολύ μικρό μέρος (0,178%) του συνόλου δεδομένων.

Γράφημα 1. Περίληψη των μεταβλητών που λείπουν για τις μεταβλητές της μελέτης (N=321)

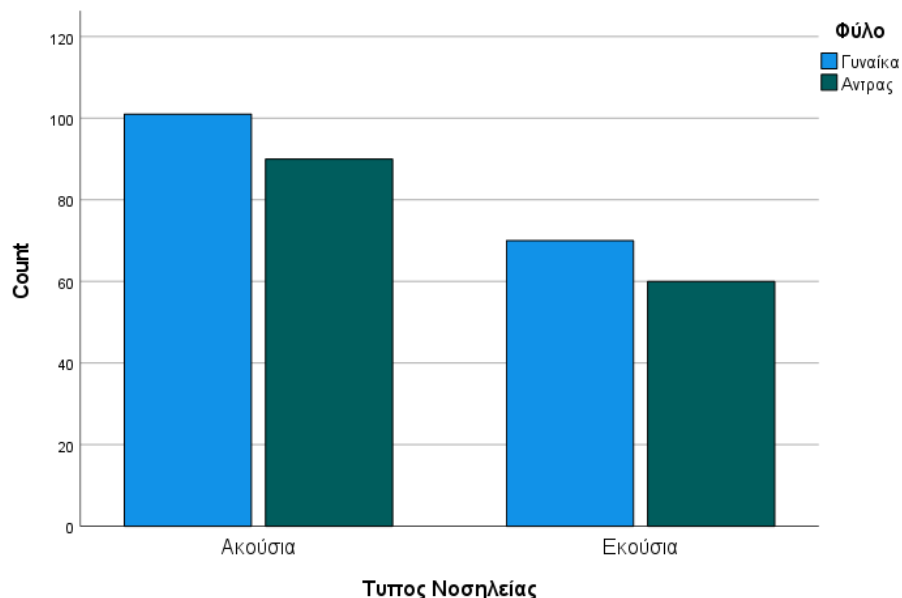


Η υπόθεση 1 διερευνήθηκε με 2x2 Pearson chi-square test το οποίο έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του τρόπου εισαγωγής $\chi^2(1, 321) = .029, p = .865$, ισχύς Cramer's $V = .010$. Η υπόθεση 1 απορρίφθηκε. Οι συχνότητες των μεταβλητών φαίνονται στον Πίνακα 2 και το διάγραμμα ράβδων φαίνεται στην εικόνα 1.

Πίνακας 2. Συσχέτιση συχνότητας τύπου νοσηλείας και φύλου.

		Φύλο				Σύνολο	
		Γυναίκα		Άνδρας		N	%
Τύπος	Νοσηλείας	N	%	N	%		
	Εκούσια	70	40.9%	60	40.0%	130	40.5%
	Ακούσια	101	59.1%	90	60.0%	191	59.5%
Σύνολο		171	100.0%	150	100.0%	321	100.0%

Εικόνα 1. Ραβδόγραμμα σχέσης Τύπου νοσηλείας και Φύλου

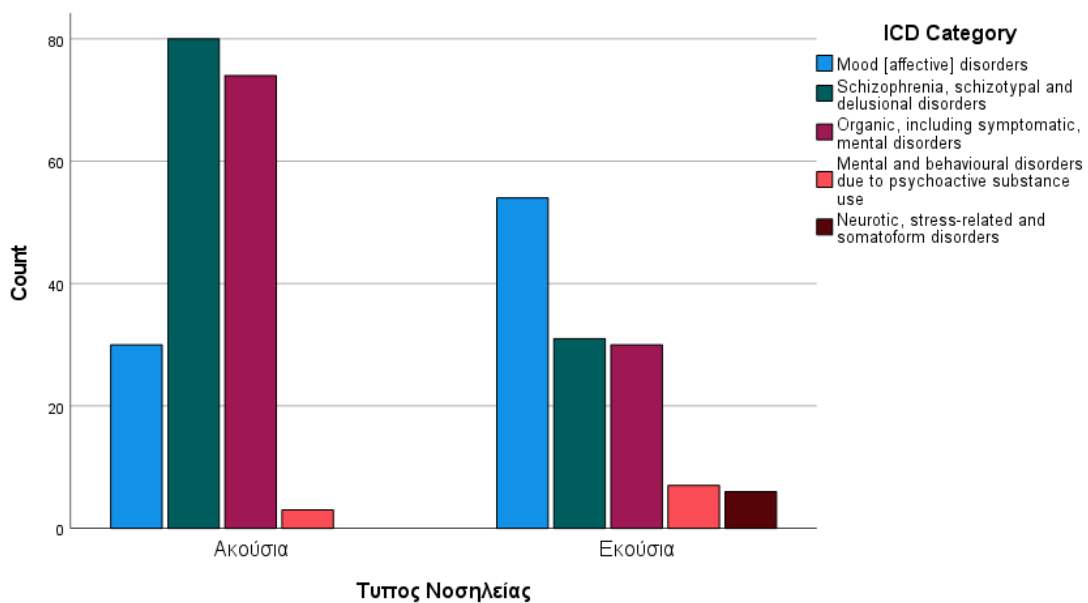


Το 2x5 Pearson chi-square test για την υπόθεση 2 έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ διαγνωστικής κατηγορίας και τρόπου εισαγωγής $\chi^2(4, 321) = 45.239, p < .001$, με μέτριο μέγεθος ισχύος Cramers $V = .379$. Η υπόθεση 2 επιβεβαιώθηκε. Οι συχνότητες παρουσιάζονται στον πίνακα 3 και το γράφημα ράβδων στην εικόνα 2.

Πίνακας 3. Συσχέτιση συχνότητας τρόπου εισαγωγής και ICD-10 Διαγνωστικής κατηγορίας.

Τρόπος νοσηλείας	Εκούσια Ακούσια	ICD-10 Διαγνωστική κατηγορία										Σύνολο	
		Διαταραχές διάθεσης		Σχιζοφρένεια		Οργανικές		Ουσίες		Αγχώδεις		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Εκούσια	54	64.3%	31	27.9%	30	28.8%	7	70.0%	6	100.0%	128	40.6%	
Ακούσια	30	35.7%	80	72.1%	74	71.2%	3	30.0%	0	0.0%	187	59.4%	
Σύνολο	84	100.0%	111	100.0%	104	100.0%	10	100.0%	6	100.0%	315	100.0%	

Εικόνα 1. Ραβδόγραμμα σχέσης τρόπου νοσηλείας και ICD-10 διαγνωστικής κατηγορίας.



Πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις post hoc για να διαπιστωθεί ποιες σχέσεις ήταν σημαντικές, υπολογίζοντας τις τετραγωνικές τιμές των προσαρμοσμένων υπολοίπων και στη συνέχεια αξιολογώντας τις τιμές p που σχετίζονται με αυτά τα υπόλοιπα (Sharpe, 2015). Εφαρμόστηκε προσαρμογή Bonferroni στην τιμή άλφα με βάση τον αριθμό των συγκρίσεων post-hoc που δοκιμάστηκαν (πέντε στην περίπτωση). Οι προσαρμοσμένες τιμές p εμφανίζονται στην τελευταία στήλη του γραφήματος έκτακτης ανάγκης. Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής και της διαγνωστικής κατηγορίας των διαταραχών διάθεσης.

Πίνακας 4. Συσχέτιση τρόπου νοσηλείας και ICD-10 Διαγνωστικής κατηγορίας.

			Τύπος νοσηλείας		Σύνολο	P
			Εκούσια	Ακούσια		
ICD-10 Διαγνωστική κατηγορία	Συναισθηματικές διαταραχές	N	54	30	84	.00
		%	64.3%	35.7%	100.0%	
		AdResidual	5.2	-5.2		
	Σχιζοφρένεια, σχιζότυπη Και παραληρητική διαταραχή.	N	31	80	111	.11
		%	27.9%	72.1%	100.0%	
		Ad Residual	-3.4	3.4		
	Οργανικές ψυχικές διαταραχές.	N	30	74	104	.31
		%	28.8%	71.2%	100.0%	
		AdResidual	-3.0	3.0		
	Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς που οφείλονται σε ψυχοδραστικές ουσίες.	N	7	3	10	2.25
		%	70.0%	30.0%	100.0%	
		AdResidual	1.9	-1.9		
	Νευρωτικές σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές.	N	6	0	6	.31
		%	100.0%	0.0%	100.0%	
		AdResidual	3.0	-3.0		
Σύνολο		N	128	187	315	
		%	40.6%	59.4%	100.0%	

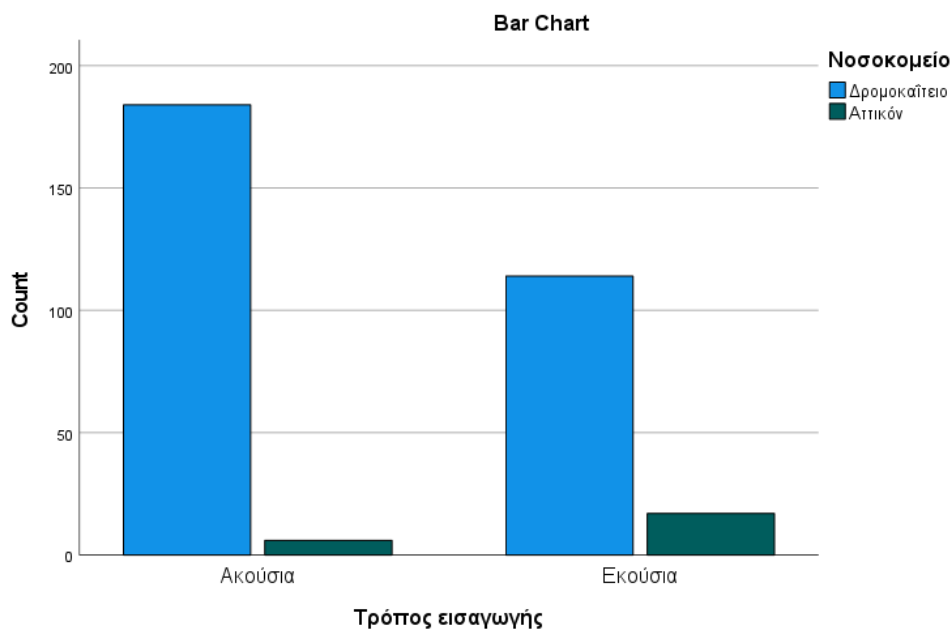
Σημείωση 1. Ad residual= προσαρμοσμένο υπόλοιπο.

Το 2x2 Pearson chi-square test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής και του νοσοκομείου εισαγωγής $\chi^2 (1, 321) = 11.239, p < .001$, με μικρό μέγεθος ισχύος Cramer V = .187. Η υπόθεση 3 επιβεβαιώθηκε. Οι συχνότητες φαίνονται στον πίνακα 5 και το γράφημα ράβδων στην εικόνα 3.

Πίνακας 5. Συσχέτιση συχνότητων τρόπου νοσηλείας και νοσοκομείου.

		Νοσοκομείο				Σύνολο	
		Αττικόν		Δρομοκαίτειο		N	%
		N	%	N	%		
Τρόπος εισαγωγής	Εκούσια	17	73.9%	114	38.3%	131	40.8%
	Ακούσια	6	26.1%	184	61.7%	190	59.2%
Σύνολο		23	100.0%	298	100.0%	321	100.0%

Εικόνα 3. Ραβδόγραμμα σχέσης τρόπου νοσηλείας και νοσοκομείου.



Τέλος, χρησιμοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για να διερευνηθεί η υπόθεση ότι ο τρόπος εισαγωγής θα είναι ο ισχυρότερος παράγοντας πρόβλεψης για την Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο από τις δημογραφικές και τις κλινικές μεταβλητές στο σύνολο των δεδομένων. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές πρόβλεψης ήταν η Ηλικία, το Φύλο, το νοσοκομείο, ο Αυτοκτονικός ιδεασμός, η ICD-10 Κατηγορία διάγνωσης (με χρήση ψευδομεταβλητών) και η Παρουσία πολλαπλών διαγνώσεων. Το διάγραμμα μήτρας συσχετίσεων (correlation matrix) ελέγχθηκε για πολυγραμμικότητα. Καμία εξαρτημένη δεν συσχετίστηκε ισχυρά μεταξύ τους. Έγινε επίσης έλεγχος των Collinearity Statistics: η μεγαλύτερη τιμή VIF ήταν μικρότερη από 2, καμία τιμή ανοχής δεν ήταν κάτω από 0,1 και καμία τιμή της απόστασης του Cook δεν ήταν πάνω 1 (Tabachnick&Fidell, 2007). Ωστόσο δεν πληρούνται όλες οι παραμετρικές εκδοχές και η εξαρτημένη μεταβλητή είχε μη συμμετρική κατανομή. Συνεπώς, προχωρήσαμε με έναν λογαριθμικό μετασχηματισμό της μεταβλητής LOS. Το νέο μοντέλο παλινδρόμησης πληρούσε όλες τις παραμετρικές προϋποθέσεις και εξήγησε 10% της μεταβλητότητας της διάρκειας παραμονής $F(11,306) = 3,283, p < .001$. Ο τύπος νοσηλείας ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας από τις ανεξάρτητες μεταβλητές του μοντέλου. Η υπόθεση 4 επιβεβαιώθηκε. Επιπρόσθετα, το μοντέλο επιβεβαιώθηκε με stepwise regression σε δύο blocks (block 1: Ηλικία, φύλο, νοσοκομείο, αυτοκτονικός ιδεασμός, ICD-10 κατηγορία, παρουσία πολλαπλών διαγνώσεων, block 2: τρόπος νοσηλείας). Οι περιγραφικές στατιστικές για την διάρκεια νοσηλείας ως προς τον τύπο νοσηλείας φαίνονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 6. Συντελεστές μερικής εξάρτησης της διάρκειας παραμονής στο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	p	95.0% όρια εμπιστοσύνης για B	
	B	SE				Lower	Upper
1 (Constant)	2.076	.392		5.295	.000	1.304	2.847
Τύπος νοσηλείας	-.233	.062	-.223	-3.770	.000	-.354	-.111
Φύλο	-.063	.057	-.062	-1.117	.265	-.175	.048
Ηλικία	-.005	.004	-.066	-1.080	.281	-.013	.004
Νοσοκομείο	.120	.114	.060	1.050	.295	-.105	.344
Αυτοκτονικότητα	-.067	.108	-.036	-.615	.539	-.280	.147
Πολλές διαγν	.015	.104	.008	.147	.883	-.189	.220
SchizVSMood	-.073	.077	-.068	-.948	.344	-.226	.079
OrganicVSMood	-.207	.085	-.189	-2.447	.015	-.374	-.041
MentalVSMood	-.505	.170	-.172	-2.966	.003	-.839	-.170
PersonVSMood	-.286	.263	-.062	-1.089	.277	-.803	.231
NeuroVSMood	-.006	.215	-.001	-.026	.979	-.429	.418

Πίνακας 7. Περιγραφική ανάλυση της Διάρκειας νοσηλείας ανά Τύπο νοσηλείας

Τύπος νοσηλείας		Τιμή	SE	
Διάρκεια νοσηλείας	Ακούσια	<i>M</i>	53.41	
		95.0% όρια		
		Lower	37.56	
		Upper	69.25	
		<i>Mdn</i>	21.00	
		<i>SD</i>	111.01	
		Skewness	3.74	
		Kurtosis	13.65	
		Εκούσια	<i>M</i>	27.50
		95.0% όρια		
	Lower	16.97		
	Upper	38.03		
	<i>Mdn</i>	17.00		
	<i>SD</i>	60.67		
	Skewness	9.26		
	Kurtosis	96.71		

4.2 Συζήτηση

Σύμφωνα με τις μελέτες για τις προβλέψεις πληθυσμού για την Ελλάδα, η ηλικιακή ομάδα των ατόμων 65 ετών και άνω προβλέπεται ότι θα αυξηθεί από 17,07% το 2001 σε 36,5% το 2050 (*Eurydice* |, n.d.). Παρόλα αυτά, στο εθνικό σύστημα υγείας, οι δομές, που απευθύνονται στην ηλικιακή ομάδα των 65 ετών και άνω, που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή είναι περιορισμένες (Paris et al., 2020). Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει τις εισαγωγές σε δύο νοσοκομεία του νομού Αττικής για το έτος 2019, που διαθέτουν κλίνες για ψυχογηριατρικούς ασθενείς.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων που μελετήθηκαν και του τρόπου εισαγωγής. Στο σύνολο των 298 ασθενών, που νοσηλεύτηκαν στο ψυχιατρικό νοσοκομείο αττικής Δρομοκαΐτειο το 2019 , το 61,7% νοσηλεύτηκε με την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, σε αντίθεση με το γενικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αττικών, όπου από το συνολικό αριθμό των 23 ασθενών, που νοσηλεύτηκαν μόλις το 26,1% νοσηλεύτηκε ακούσια, ενώ το 73,9% νοσηλεύτηκε εκουσίως. Οι διαφορές αυτές ίσως οφείλονται στον περιορισμένο αριθμό κλινών για γηριατρικούς ασθενείς, που διαθέτει το νοσοκομείο αττικό, όπως επίσης και στο σύστημα εφημεριών.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η ακούσια νοσηλεία διαφέρει μεταξύ των χωρών στην Ευρώπη από 12,4/100.000 κατοίκους στην Ιταλία έως 232,5/100.000 στην Φινλανδία (Fiorillo et al., 2011). Ενώ στον Καναδά φαίνεται πως οι ακούσιες νοσηλείες έχουν αυξητική τάση με την πάροδο του χρόνου (Lebenbaum et al., 2018). Στην Ελλάδα, υπάρχει δυσκολία στο να εκτιμηθεί το ποσοστό των ακούσιων

νοσηλειών ανά 100.00 κατοίκους, καθώς δεν υπάρχει επίσημος φορέας καταγραφής τους (Salize & Dressing, 2004).

Οι έρευνες για την ακούσια νοσηλεία σε ψυχογηριατρικούς ασθενείς είναι περιορισμένες. Στην παρούσα μελέτη, για τη χρονική περίοδο ενός έτους, από το σύνολο των 321 ασθενών, που νοσηλεύτηκαν το 59,5% εισήχθη στο νοσοκομείο με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Τα αποτελέσματα φαίνεται να επιβεβαιώνει πενταετή έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στη Νότιο Αφρική (Aartsma et al., 2019). Ακόμη, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα ποσοστά της ακούσιας νοσηλείας στην Ελλάδα είναι αυξημένα, γεγονός που τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δείχνουν να το επιβεβαιώνουν (Douzenis et al., 2012; Stylianidis et al., 2017).

Σύμφωνα με την παγκόσμια βιβλιογραφία, φαίνεται πως δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τον φύλο και την αναγκαστική νοσηλεία. Σε μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία, βρέθηκε πως παράγοντας κινδύνου για ακούσια νοσηλεία, σε ασθενείς άνω των 70 ετών είναι το γυναικείο φύλο, πράγμα που πιθανότατα οφείλεται στο μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής των γυναικών (Hoffmann et al., 2017). Παρόμοια, και σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, τα αποτελέσματα έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας στο γυναικείο φύλο (Smith et al., 2010). Ενώ σε συγκριτική μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Νορβηγία σε ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι άνδρες, χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής νόσου, είναι πιθανότερο να νοσηλευτούν παρά τη θέληση τους, γεγονός που ίσως οφείλεται σε πιο επιθετική συμπεριφορά (Lund-Heimark et al., 2020). Στην παρούσα μελέτη, τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του τρόπου εισαγωγής.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε, από τους 84 ασθενείς που άνηκαν στην διαγνωστική κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών κατά ICD-10, το 64,3 % νοσηλεύτηκε εκουσίως, τα αποτελέσματα συμφωνούν με παρόμοιες μελέτες (Douzenis et al., 2013). Αντίθετα, από το συνολικό αριθμό των 111 ασθενών, που άνηκαν στην διαγνωστική κατηγορία σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές, το 72,1% νοσηλεύτηκε ακούσια και μόλις το 27,9% νοσηλεύτηκε εκουσίως. Αυξημένα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας παρατηρήθηκαν και στη διαγνωστική κατηγορία των οργανικών διαταραχών. Από το συνολικό αριθμό των 104 ασθενών, το 71,2 % νοσηλεύτηκε με τη διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας. Τα αποτελέσματα φαίνεται πως συμφωνούν με την παγκόσμια βιβλιογραφία. Οι ασθενείς, που πάσχουν από διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος, (Smith et al., 2010), όπως επίσης, και από οργανικές διαταραχές, είναι πιθανότερο να νοσηλευτούν ακούσια (Aartsma et al., 2019; Douzenis et al., 2013; Silva et al., 2018). Παράγοντες κινδύνου για αναγκαστική νοσηλεία των ασθενών, που πάσχουν από οργανική διαταραχή είναι η ψυχωτική συμπτωματολογία, η επιθετικότητα και η ελλιπής λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (Silva et al., 2018).

Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη, τα αποτελέσματα έδειξαν πως όλοι οι ασθενείς, που άνηκαν στην διαγνωστική κατηγορία των αγχωδών διαταραχών νοσηλεύτηκαν εκουσίως, αποτελέσματα που φαίνεται πως συμφωνούν με τη βιβλιογραφία (Myklebust et al., 2012).

Ακόμη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα, που δείχνουν πως σε σχέση με το φύλο, τη διαγνωστική κατηγορία, το νοσοκομείο, την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, την ηλικία και την ψυχιατρική συννοσηρότητα, ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για τη διάρκεια νοσηλείας των ψυχογηριατρικών ασθενών είναι ο τρόπος νοσηλείας. Τα αποτελέσματα φαίνεται να

συμφωνούν με παρόμοιες μελέτες (Hoffmann et al., 2017; Jacobs et al., 2015; Smith et al., 2010). Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν ακουσίως η μέση διάρκεια νοσηλείας του ήταν 53,41 ημέρες ($SD=111,01$), ενώ για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν με την θέληση τους η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 27,50 ημέρες ($SD= 60,67$). Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν πως προγνωστικός παράγοντας για εκτεταμένη διάρκεια νοσηλείας είναι η διάγνωση μείζονος κατάθλιψης και το stress των φροντιστών (Draper & Luscombe, 1998). Ενώ κάποιοι ερευνητές αναφέρουν πως παράγοντες για την πρόγνωση της νοσηλείας είναι η σχιζοφρένεια, ο αριθμός προηγούμενων νοσηλειών, η πρώτη διάγνωση διαταραχής της διάθεσης, η ηλικία και η συννοσηρότητα με κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών (Huntley et al., 1998).

Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος, όπως επίσης και οργανικές διαταραχές, είναι πιθανότερο να νοσηλευτούν παρά τη θέληση τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ακούσια νοσηλεία φαίνεται πως έχει αρνητικές επιπτώσεις για τον ασθενή. Καθώς αυξάνει τον κίνδυνο καταπάτησης των δικαιωμάτων και της ελευθερίας του, επηρεάζει αρνητικά την σχέση του ασθενούς με το θεράποντα ιατρό και το οικογενειακό του περιβάλλον, προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητάς του, αυξάνει τον κίνδυνο επανεισαγωγής, αυξάνει τον κίνδυνο μετατραυματικής διαταραχής και της αυτοκτονικότητας (Kallert et al., 2008; O'Donoghue et al., 2010). Ενώ η διάρκεια νοσηλείας των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ακουσίως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, αλλά και τις παγκόσμιας βιβλιογραφίας είναι μεγαλύτερη σε σχέση με την διάρκεια νοσηλείας των εκούσιων ασθενών (Jacobs et al., 2015; Kallert et al., 2008). Μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας συνεπάγεται με αύξηση του κινδύνου

ιδρυματοποίησης, μεγαλύτερη έκπτωση των νοητικών λειτουργιών (Eth et al., 1999; Kunik et al., 2001; Lutwak, 2012). Επιπρόσθετα οι ασθενείς που πάσχουν από άνοια έχουν αυξημένες πιθανότητες κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους να εμφανίσουν delirium, με αποτέλεσμα να παρουσιάσουν περαιτέρω επιδείνωση της γνωστικής τους έκπτωσης, μεγαλύτερη αύξηση της διάρκειας νοσηλείας τους, αυξημένα ποσοστά θνητότητας και ιδρυματοποίησης (Fick et al., 2013).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ενδέχεται να δυσκολεύονται στην συμμόρφωση με την αγωγή, λόγω γνωστικών ελλειμμάτων, απουσίας οικογενειακού περιγύρου και πολυφαρμακίας (Lasser et al., 2004). Ως μεθόδους πρόληψης, η θεραπεία με αντιψυχωτικά μακράς δράσης μειώνει τον κίνδυνο νοσηλείας και βελτιώνει τη συμμόρφωση με την αγωγή (Howard & Levy, 1992; Masand & Gupta, 2003). Επιπρόσθετα, η χρήση μακράς δράσης αντιψυχωσικών προσφέρει μια πιο σταθερή συγκέντρωση της φαρμακευτικής ουσίας στο πλάσμα, πιο τακτική επαφή με τον θέρáποντα και μειώνει τον κίνδυνο επανεισαγωγής (Lin et al., 2020). Τα τελευταία χρόνια, η θεραπεία με αντιψυχωσικά μακράς δράσης, που ανήκουν στην ομάδα των πρώτης γενιάς αντιψυχωσικών στους ηλικιωμένους ασθενείς αποφεύγεται λόγω των ανεπιθύμητων παρενεργειών που παρατηρούνται στα φάρμακα αυτά. Η ρισπεριδόνη, φαίνεται πως είναι ασφαλής για ηλικιωμένους ασθενείς, σε κάθε περίπτωση όμως η από του στόματος χορήγηση (από 0,5 mg/day έως 3 mg/day) πριν την έναρξη της μακράς διάρκειας θεραπεία είναι απαραίτητη (Gareri et al., 2014; Lasser et al., 2004). Ενώ η χρήση της ολανζαπίνης αντενδείκνυται σε ασθενείς που πάσχουν από δυσλιπιδαιμία, διαβήτη ή παχυσαρκία (Gareri et al., 2014). Όσον αφορά τις νευροεκφυλιστικές διαταραχές, η έγκυρη διάγνωση και η θεραπεία με αναστολείς της χολινεστεράσης, μπορεί να έχουν αξία στην πρόληψη αλλά και στη θεραπεία των νευροψυχιατρικών διαταραχών (Livingston et al., 2020). Σε ασθενείς με νόσο

Parkinson και ψυχωτική συμπτωματολογία η κλοζαπίνη είναι η πιο ευρέως μελετημένη αντιψυχωτική αγωγή, φαίνεται όμως πως και η δονεπεξίλη και η ριβαστιγμίνη βελτιώνουν τόσο την ψυχωτική συμπτωματολογία όσο και τα γνωστικά ελλείμματα (Karim & Byrne, 2005). Ακόμη σε ασθενείς με άνοια η λήψη, αριπιπραζόλης και ρισπεριδόνης φαίνεται να βελτιώνει τα ψυχιατρικά συμπτώματα και να επιβραδύνει την γνωστική έκπτωση (Tan et al., 2015). Η κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαίδευση και οι ομάδες στήριξης των φροντιστών, η πρωτοβάθμια ψυχιατρική φροντίδα, οι μονάδες ψυχογηριατρικής στην κοινότητα, η ειδικευση του ιατρικού κλάδου στην ψυχογηριατρική και στη γηριατρική, η στενή συνεργασία αυτών των δύο ειδικοτήτων, ίσως να δρουν προστατευτικά ως προς την ανάγκη για νοσηλεία των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω κυρίως στην διαδικασία της αναγκαστικής νοσηλείας, καθώς και στη διάρκεια της (Bartels et al., 2004; Chiu et al., 2009; Draper, 2000). Επίσης, λόγω έλλειψης υποδομών, οι ασθενείς που εμφανίζουν νευροψυχιατρικές διαταραχές, που οφείλονται στην άνοια συχνά νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές. Η δημιουργία προγραμμάτων για την έγκυρη διάγνωση και για την αντιμετώπιση της άνοιας, σύμφωνα με τις στρατηγικές που εφαρμόζονται σε διάφορες χώρες (Nakanishi & Nakashima, 2014), θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των ποσοστών της ακούσιας νοσηλείας στους ασθενείς αυτούς.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται πως υποστηρίζουν τα επιχειρήματα για αλλαγές στα κριτήρια για την ακούσια νοσηλεία. Ενισχύουν τις απόψεις για αλλαγή, κυρίως ως προς το κριτήριο, που προϋποθέτει πως για τη διενέργεια αναγκαστικής νοσηλείας θα πρέπει κάποιος να πάσχει από ψυχική διαταραχή, χωρίς να διευκρινίζεται ακριβώς το είδος της ψυχικής διαταραχής, με

αποτέλεσμα να υπάρχουν αυξημένα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας, σε ασθενείς που πάσχουν από οργανικές διαταραχές, από την νοσηλεία των οποίων δεν αναμένεται βελτίωση για τον ασθενή.

Επίσης, σε μελλοντικές έρευνες, θα ήταν χρήσιμο να μελετηθούν τα ποσοστά των ακούσιων νοσηλείων των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω και σε άλλα νοσοκομεία, που διαθέτουν ψυχογηριατρικά τμήματα, καθώς και σε νοσοκομεία που δε διαθέτουν κλίνες για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, όπως επίσης και σε άλλες περιοχές της χώρας. Όστε να μπορέσουν να μελετηθούν οι παράγοντες, που μπορούν να οδηγήσουν σε αναγκαστική νοσηλεία, αλλά και οι παράγοντες που δρουν προστατευτικά. Επιπρόσθετα, θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί η ικανότητα των γηροψυχιατρικών ασθενών στη συναίνεση της εκούσιας νοσηλείας, διότι η αδυναμία κατανόησης και συναίνεσης ίσως να είναι σημαντικός παράγοντας για αναγκαστική νοσηλεία.

Ακόμη ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη παρακολούθησης των ασθενών αυτών μετά το εξιτήριο τους, για να διερευνηθούν τα αποτελέσματα της νοσηλείας σε μακροχρόνια βάση και το φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας λόγω έλλειψης υποδομών.

4.3 Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα τις παρούσας μελέτης ενισχύουν τις έρευνες που αναφέρουν πως τα ποσοστά αναγκαστικής νοσηλείας στην Ελλάδα είναι αυξημένα, φαίνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου εισαγωγής και του νοσοκομείου εισαγωγής, ενώ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και του τρόπου εισαγωγής. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα δείχνουν πως ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών ηλικίας 65 ετών και άνω που νοσηλεύονται ακουσίως

είναι πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύονται εκουσίως. Ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την διάρκεια νοσηλείας, σε σχέση με το φύλο, το νοσοκομείο εισαγωγής, την ηλικία, την διαγνωστική κατηγορία κατά ICD-10, την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού και την ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι ο τρόπος νοσηλείας. Ακόμη, βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά ακούσιας νοσηλείας σε ασθενείς που πάσχουν από οργανικές διαταραχές και διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος. Επίσης, τα αποτελέσματα δείχνουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τρόπου νοσηλείας και των διαταραχών της διάθεσης. Τα παραπάνω ευρήματα υποστηρίζουν το επιχείρημα για αλλαγές στην νομοθεσία σχετικά με τις ακούσιες νοσηλείες, την ανάγκη για ειδίκευση στην ψυχογηριατρική όπως επίσης και την δημιουργία προγραμμάτων έγκυρης διάγνωσης για άνοια.

4.4 Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη ήταν αναδρομική, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να μελετηθούν τα πλήρη δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Επίσης, δε μελετήθηκε η συμπτωματολογία των ασθενών κατά την εισαγωγή και τα πιθανά περιοριστικά μέτρα που χρησιμοποιήθηκαν, όπως επίσης κι η κατάσταση εξόδου εάν ήταν στάσιμη ή βελτιωμένη. Ακόμη, το μικρό δείγμα από το πανεπιστημιακό νοσοκομείο Αττικό - καθώς διαθέτει μόνο 3 κλίνες - ίσως επηρεάζει τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης για τα ποσοστά της ακούσιας νοσηλείας.

Βιβλιογραφία

- Aartsma, D. P., Groenewald, E., Koen, L., Potocnik, F., & Niehaus, D. J. (2019). A clinical profile of inpatient admissions to the psychogeriatric unit at stikland hospital. *South African Journal of Psychiatry*, *25*, 1–5. <https://doi.org/10.4102/sajpsy psychiatry.v25i0.1344>
- Abrams, R. C., & Bromberg, C. E. (2006). Personality disorders in the elderly: A flagging field of inquiry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(11), 1013–1017. <https://doi.org/10.1002/gps.1614>
- Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., & Limosin, F. (2016). Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Current Psychiatry Reports*, *18*(10). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, *365*(9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis-ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Argyropoulos, K., Bartsokas, C., Argyropoulou, A., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2015). Depressive symptoms in late life in urban and semi-urban areas of South-West Greece: An undetected disorder? *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(3), 295–300. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.166617>
- Arvaniti, A., Livaditis, M., Kanioti, E., Davis, E., Samakouri, M., & Xenitidis, K. (2005). Mental health problems in the elderly in residential care in Greece - A pilot study. *Aging and Mental Health*, *9*(2), 142–145. <https://doi.org/10.1080/13607860412331336869>
- Barak, Y., Knobler, C. Y., & Aizenberg, D. (2004). Suicide attempts amongst elderly schizophrenia patients: A 10-year case-control study. *Schizophrenia Research*, *71*(1), 77–81. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2003.12.001>
- Barrelle, A., & Luauté, J. P. (2017). Capgras Syndrome and Other Delusional Misidentification Syndromes. *Frontiers of Neurology and Neuroscience*, *42*, 35–43. <https://doi.org/10.1159/000475680>
- Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Areán, P. A., Alexopoulos, G. S., & Jeste, D. V. (2004). Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care. *Focus*, *2*(2), 268–281. <https://doi.org/10.1176/foc.2.2.268>
- Bartels, S. J., Forester, B., Miles, K. M., & Joyce, T. (2000). Mental health service use by elderly patients with bipolar disorder and unipolar major depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *8*(2), 160–166. <https://doi.org/10.1097/00019442-200005000-00011>
- Blazer, D. G. (2009). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Focus*, *7*(1), 118–136. <https://doi.org/10.1176/foc.7.1.foc118>
- Brodaty, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M. P., & Mitchell, P. (1997). Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age.

- Psychological Medicine*, 27(5), 1205–1213.
<https://doi.org/10.1017/S0033291797005436>
- Brodaty, Henry, Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., & Ames, D. (2014). Predictors of institutionalization in dementia: A three year longitudinal study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 40(1), 221–226. <https://doi.org/10.3233/JAD-131850>
- Brodaty, Henry, Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., & Ames, D. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in Dementia: A 3-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(5), 380–387.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.018>
- Brodaty, Henry, Cullen, B., Thompson, C., Mitchell, P., Parker, G., Wilhelm, K., Austin, M. P., & Malhi, G. (2005). Age and gender in the phenomenology of depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(7), 589–596. <https://doi.org/10.1097/00019442-200507000-00007>
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Canham, S. L., Gallo, J., & Simoni-Wastila, L. (2014). Perceptions of Benzodiazepine Dependence Among Women Age 65 and Older. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(8), 872–888. <https://doi.org/10.1080/01634372.2014.901470>
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Crawford, M. J., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., ... Härter, M. (2018). Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 174–185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: A brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology*, 47(6), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2012.03.019>
- Casey, D. A., Rodriguez, M., Northcott, C., Vickar, G., & Shihabuddin, L. (2011). Schizophrenia: Medical illness, mortality, and aging. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(3), 245–251. <https://doi.org/10.2190/PM.41.3.c>
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, MAY(May), 1–22.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>
- Chiu, A., Nguyen, H. V., Reutens, S., Grace, D., Schmidtman, R., Shen, Q., Chen, J., & Chan, D. K. Y. (2009). Clinical outcomes and length of stay of a co-located psychogeriatric and geriatric unit. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 233–236.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.08.008>
- Chou, K. L. (2009). Specific phobia in older adults: Evidence from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 376–386. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181943214>
- Chung, W., Oh, S. M., Suh, T., Lee, Y. M., Oh, B. H., & Yoon, C. W. (2010). Determinants of length of stay for psychiatric inpatients: Analysis of a national database covering the entire Korean elderly population. *Health Policy*, 94(2), 120–128.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.09.004>

- Cohen, C. I., Freeman, K., Ghoneim, D., Vengassery, A., Ghezelaigh, B., & Reinhardt, M. M. (2018). Advances in the Conceptualization and Study of Schizophrenia in Later Life. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*(1), 39–53. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.004>
- Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., Turró-Garriga, O., & Vilalta-Franch, J. (2019). Course of depressive symptoms and associated factors in people aged 65+ in Europe: A two-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *245*(July 2018), 440–450. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.358>
- Dar, K. (2006). Alcohol use disorders in elderly people: Fact or fiction? *Advances in Psychiatric Treatment*, *12*(3), 173–181. <https://doi.org/10.1192/apt.12.3.173>
- De Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2015). Suicide attempts among the elderly: A review of the literature (2002/2013). *Ciencia e Saude Coletiva*, *20*(6), 1751–1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014>
- Depp C, & Jeste D. (2004). Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disorders*, *6*(8), 343–367.
- Douzenis, Athanasios, Michopoulos, I., Gournellis, R., Christodoulou, C., Kalkavoura, C., Michalopoulou, P. G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K., & Lykouras, L. (2010). Cognitive decline and dementia in elderly medical inpatients remain underestimated and underdiagnosed in a recently established university general hospital in Greece. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *50*(2), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.03.001>
- Douzenis, Athanasios, Michopoulos, I., Gournellis, R., Christodoulou, C., Rizos, E. N., Sakkas, D., Karkanias, A., Rontos, I., Bouras, G., & Lykouras, L. (2013). Differences between elderly voluntary and involuntary admitted psychiatric patients in Greece. *International Psychogeriatrics*, *25*(1), 25–33. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001408>
- Douzenis, Athanasios, Michopoulos, I., Economou, M., Rizos, E., Christodoulou, C., & Lykouras, L. (2012). Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, *58*(2), 172–177. <https://doi.org/10.1177/0020764010387477>
- Δουζένης, Α. & Λύκουρας, Λ. (2008). ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ. Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Draper, B. (2000). The effectiveness of old age psychiatry services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(8), 687–703. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200008\)15:8<687::AID-GPS181>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200008)15:8<687::AID-GPS181>3.0.CO;2-K)
- Draper, B., & Luscombe, G. (1998). Quantification of factors contributing to length of stay in an acute psychogeriatric ward. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(1), 1–7. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199801\)13:1<1::AID-GPS716>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199801)13:1<1::AID-GPS716>3.0.CO;2-V)
- Eth, S., Johnstone, P., & Zolse, G. (1999). Effectiveness of planned short hospital stays for mental health care. *Bmj*, *319*(7211), 711–711. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7211.711b>
- Eurydice* |. (n.d.). Retrieved December 19, 2020, from https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/home_en

- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (1992). Νόμος υπ' αριθμόν 2071/1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο.
- Fick, D. M., Steis, M. R., Waller, J. L., & Inouye, S. K. (2013). Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *Journal of Hospital Medicine*, 8(9), 500–505. <https://doi.org/10.1002/jhm.2077>
- Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., Alexiev, S., Raboch, J., Kalisova, L., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Solomon, Z., Dembinskas, A., Raskauskas, V., Nawka, P., Nawka, A., Kiejna, A., Hadrys, T., Torres-Gonzales, F., ... Kallert, T. (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry*, 26(4), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.013>
- Flint, A. J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs and Aging*, 22(2), 101–114. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522020-00002>
- Gareri, P., Segura-García, C., Manfredi, V. G. L., Bruni, A., Ciambrone, P., Cerminara, G., De Sarro, G., & De Fazio, P. (2014). Use of atypical antipsychotics in the elderly: A clinical review. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1363–1373. <https://doi.org/10.2147/CIA.S63942>
- Gérardin, M., Victorri-Vigneau, C., Guerlais, M., Guillou-Landreat, M., Grall-Bronnec, M., & Jolliet, P. (2014). Benzodiazepines consumption: Does dependence vary with age? *Substance Use and Misuse*, 49(11), 1417–1425. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.912226>
- Gournellis, R., Lykouras, L., Fortos, A., Oulis, P., Roumbos, V., & Christodoulou, G. N. (2001). Psychotic (delusional) major depression in late life: A clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 1085–1091. <https://doi.org/10.1002/gps.483>
- Greenwald, B. S., Kremen, N. J., Strach, J., Kramer-ginsberg, E., & D, P. (2004). Inpatient Treatment of the Elderly Method. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, February, 352–355.
- Hoffmann, K., Haussleiter, I. S., Illes, F., Jendreyeschak, J., Diehl, A., Emons, B., Armgart, C., Schramm, A., & Juckel, G. (2017). Preventing involuntary admissions: Special needs for distinct patient groups. *Annals of General Psychiatry*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0125-z>
- Howard, R., & Levy, R. (1992). Which factors affect treatment response in late paraphrenia? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(9), 667–672. <https://doi.org/10.1002/gps.930070908>
- Huntley, D. A., Cho, D. W., Christman, J., & Csernansky, J. G. (1998). Predicting length of stay in an acute psychiatric hospital. In *Psychiatric Services* (Vol. 49, Issue 8, pp. 1049–1053). <https://doi.org/10.1176/ps.49.8.1049>
- Ismail, Z., Smith, E. E., Geda, Y., Sultzer, D., Brodaty, H., Smith, G., Agüera-Ortiz, L., Sweet, R., Miller, D., & Lyketsos, C. G. (2016). Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimer's and Dementia*, 12(2), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.05.017>

- Jacobs, R., Gutacker, N., Mason, A., Goddard, M., Gravelle, H., Kendrick, T., & Gilbody, S. (2015). Determinants of hospital length of stay for people with serious mental illness in England and implications for payment systems: A regression analysis. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1107-6>
- Kallert, T. W., Glöckner, M., & Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission: A systematic literature review on outcome diversity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *258*(4), 195–209. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0777-4>
- Kallert, T. W., Rymaszewska, J., & Torres-González, F. (2005). Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve european countries: Implications for clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, *6*(2), 197–207. <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471263>
- Karim, S., & Byrne, E. J. (2005). Treatment of psychosis in elderly people. *Advances in Psychiatric Treatment*, *11*(4), 286–296. <https://doi.org/10.1192/apt.11.4.286>
- Karim, S., Overshott, R., & Burns, A. (2005). Older people with chronic schizophrenia. *Aging and Mental Health*, *9*(4), 315–324. <https://doi.org/10.1080/13607860500114167>
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission - A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(4), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x>
- Katsakou, Christina, & Priebe, S. (2007). Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: A review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *16*(2), 172–178. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00004802>
- Kiosses, D. N., Szanto, K., & Alexopoulos, G. S. (2014). Suicide in older adults: The role of emotions and cognition topical collection on geriatric disorders. *Current Psychiatry Reports*, *16*(11). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0495-3>
- Klenfeldt, I. F., Karlsson, B., Sigström, R., Bäckman, K., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D., & Skoog, I. (2014). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in relation to depression and cognition in an elderly population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*(3), 301–308. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.09.004>
- Kosmidis, M. H., Vlachos, G. S., Anastasiou, C. A., Yannakoulia, M., Dardiotis, E., Hadjigeorgiou, G., Sakka, P., Ntanasi, E., & Scarmeas, N. (2018). Dementia Prevalence in Greece: The Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAD). *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, *1*(1), 7. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000249>
- Kunik, M. E., Edwards, M., Molinari, V. A., Hale, D. D., & Orengo, C. A. (2001). Outcomes of decreased length of hospital stay among geriatric patients with dementia. *Psychiatric Services*, *52*(3), 376–377. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.376>
- Laks, J., & Engelhardt, E. (2010). Peculiarities of geriatric psychiatry: A focus on aging and depression. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, *16*(6), 374–379. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2010.00196.x>
- Lasser, R. A., Bossie, C. A., Zhu, Y., Gharabawi, G., Eerdeken, M., & Davidson, M. (2004). Efficacy and safety of long-acting risperidone in elderly patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(9), 898–905. <https://doi.org/10.1002/gps.1184>

- Lebenbaum, M., Chiu, M., Vigod, S., & Kurdyak, P. (2018). Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open*, *4*(2), 31–38. <https://doi.org/10.1192/bjo.2017.4>
- Leung, A. C. T. (2006). Case management for at-risk elderly patients: a review. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, *1*(3), 150–156.
- Lin, C. H., Chen, F. C., Chan, H. Y., & Hsu, C. C. (2020). A Comparison of Long-Acting Injectable Antipsychotics With Oral Antipsychotics on Time to Rehospitalization Within 1 Year of Discharge in Elderly Patients With Schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.08.005>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, *396*(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Lund-Heimark, H., Kjelby, E., Mehlum, L., Gjestad, R., Selbæk, G., Kroken, R. A., Johnsen, E., Oedegaard, K. J., & Mellesdal, L. S. (2020). Elderly patients with no previous psychiatric history: suicidality and other factors relating to psychiatric acute admissions. *BJPsych Open*, *6*(4), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.45>
- Lutwak, N. (2012). Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons. *Neurology*, *79*(5), 486. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182653b05>
- Masand, P. S., & Gupta, S. (2003). Long-Acting Injectable Antipsychotics in the Elderly. *Drugs & Aging*, *20*(15), 1099–1110. <https://doi.org/10.2165/00002512-200320150-00003>
- McCall, W. V. (2013). Late life depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, *36*(4), 57–61.
- Myklebust, L. H., Sorgaard, K., Rotvold, K., & Wynn, R. (2012). Factors of importance to involuntary admission. *Nordic Journal of Psychiatry*, *66*(3), 178–182. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.611252>
- Nakanishi, M., & Nakashima, T. (2014). Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health- and social-care systems? *Alzheimer's and Dementia*, *10*(4), 468-476.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.06.005>
- O'Donoghue, B., Lyne, J., Hill, M., Larkin, C., Feeney, L., & O'Callaghan, E. (2010). Involuntary admission from the patients' perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*(6), 631–638. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0104-7>
- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly.” *Geriatrics and Gerontology International*, *6*(3), 149–158. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x>
- Paris, D., Publique-, A., Sud, P., El, A., & Ait, K. (2020). *Accepted Manuscript : Authors ' Copy Accepted Manuscript : Authors ' Copy*. May, 1–6.
- Pigott, T. D. (2001). A review of methods for missing data. *International Journal of Phytoremediation*, *21*(1), 353–383. <https://doi.org/10.1076/edre.7.4.353.8937>

- Priebe, S., Katsakou, C., Glöckner, M., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Karastergiou, A., Kiejna, A., Kjellin, L., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schuetzwohl, M., Solomon, Z., Torres-González, F., Wang, D., & Kallert, T. (2010). Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: Prospective study in 11 European countries. *British Journal of Psychiatry*, *196*(3), 179–185. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.068916>
- Prince, M., & Comas-Herrera, A. (2016). *World Alzheimer Report 2016*. <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2016sheet.pdf>
- Rawson, N. S. B. (1998). Health care utilization databases. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, *5*(4), 203–204.
- Reinhardt, M. M., & Cohen, C. I. (2015). Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, *17*(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0542-0>
- Rikala, M., Korhonen, M. J., Sulkava, R., & Hartikainen, S. (2011). Psychotropic drug use in community-dwelling elderly people - Characteristics of persistent and incident users. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *67*(7), 731–739. <https://doi.org/10.1007/s00228-011-0996-5>
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, *184*(FEB.), 163–168. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.163>
- Schmutte, T., Olfson, M., Xie, M., & Marcus, S. C. (2019). National study of emergency department disposition for high suicide risk geriatric patients. *General Hospital Psychiatry*, *58*(March), 67–70. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.03.005>
- Sharpe, D. (2015). Your chi-square test is statistically significant: Now what? *Practical Assessment, Research and Evaluation*, *20*(8), 1–10.
- Sigström, R., Östling, S., Karlsson, B., Waern, M., Gustafson, D., & Skoog, I. (2011). A population-based study on phobic fears and DSM-IV specific phobia in 70-year olds. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(1), 148–153. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.014>
- Silva, B., Golay, P., & Morandi, S. (2018). Factors associated with involuntary hospitalisation for psychiatric patients in Switzerland: A retrospective study. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1966-6>
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A. R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H. X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, *221*, 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.011>
- Skoog, I. (2011). Psychiatric disorders in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(7), 387–397. <https://doi.org/10.1177/070674371105600702>
- Smith, B., Hassett, A., Harrigan, S., & Fortune, T. (2010). A profile of inpatient admissions to an aged psychiatry service in Victoria. *Australasian Psychiatry*, *18*(2), 146–151. <https://doi.org/10.3109/10398560903314112>
- Stylianidis, S., Peppou, L. E., Drakonakis, N., Douzenis, A., Panagou, A., Tsikou, K., Pantazi, A., Rizavas, Y., & Saraceno, B. (2017). Mental health care in Athens: Are compulsory admissions in Greece a one-way road? *International Journal of Law and Psychiatry*, *52*, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.04.001>

- Tan, L., Tan, L., Wang, H. F., Wang, J., Tan, C. C., Tan, M. S., Meng, X. F., Wang, C., & Yu, J. T. (2015). Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimer's Research and Therapy*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13195-015-0102-9>
- van Alphen, S. P. J., van Dijk, S. D. M., Videler, A. C., Rossi, G., Dierckx, E., Bouckaert, F., & Voshaar, R. C. O. (2014). Personality Disorders in Older Adults: Emerging Research Issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(1). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0538-9>
- Vasudev, A., & Thomas, A. (2010). “Bipolar disorder” in the elderly: What’s in a name? *Maturitas*, 66(3), 231–235. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.02.013>
- Wertheimer, J. (1997). Psychiatry of the elderly: A consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 432–435. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199704\)12:4<432::AID-GPS1576>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199704)12:4<432::AID-GPS1576>3.0.CO;2-S)
- What is the effectiveness of old-age mental health services? (2007). *Journal of Health Services Research and Policy*, 12(2), 127. <https://doi.org/10.1258/135581907780279602>
- World Health Organization. (1993). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research (vol.2). World Health Organization.
- Zhang, S., Mellsop, G., Brink, J., & Wang, X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience Bulletin*, 31(1), 99–112. <https://doi.org/10.1007/s12264-014-1493-5>
- Γεμέλειο – Ψυχογηριατρικό Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας. (n.d.). Retrieved December 26, 2020, from <https://www.dromokaiteio.gr/υπηρεσίες/διατομεακά-τμήματα/γεμέλειο-ψυχογηριατρικό-τμήμα-βραχε/>
- ΠΓΝ ΑΤΤΙΚΟΝ - Μονάδες. (n.d.). Retrieved December 26, 2020, from <http://www.attikhospital.gr/index.php/iatriki-ypiresia/panepistimiakes-klinikes/b-psyxiatriki/116-iatriki-ypiresia/panepistimiakes-klinikes/b-psyxiatriki/245-monades>

