



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ :

Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία -

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΓΑΝΙΤΟΥ ΣΑΒΒΑΤΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΠΡΕΝΤΖΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – 2016

Αντί προλόγου....

*Ring the bells that still can ring,
forget your perfect offering.
There is a crack in everything,
that's how the light gets in.*

Leonard Cohen

“Anthem”

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Γενική εικόνα κατάθλιψης

1.1 Η κατάθλιψη.....	10
1.2 Συμπτώματα κατάθλιψης.....	11
1.3 Αιτιολογία κατάθλιψης.....	12
1.4 Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία.....	13

Κεφάλαιο 2: Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία

2.1 Η έννοια της τρίτης ηλικίας.....	14
2.1.1 Χαρακτηριστικά τρίτης ηλικίας.....	15
2.1.2 Αλλαγές στην τρίτη ηλικία.....	17
2.2 Ορισμός και μορφές κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.....	19
2.3 Αιτιολογικοί παράγοντες κατάθλιψης.....	20
2.3.1 Κατάθλιψη και συννοσηρότητα.....	21
2.3.2 Κατάθλιψη και οικονομική κρίση.....	22
2.4 Συσχέτιση Κατάθλιψης – Άνοιας.....	23
2.5 Κατάθλιψη και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους.....	24
2.5.1 Κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα.....	25
2.5.2 Πένθος και απώλεια στην τρίτη ηλικία.....	26

Κεφάλαιο 3: Διάγνωση και θεραπεία κατάθλιψης

3.1 Διαγνωστικά εργαλεία.....	27
3.2 Τρόποι θεραπείας.....	31

Κεφάλαιο 4: Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κατάθλιψη	
4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας.....	34
4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	35
4.2.1 Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση.....	36
4.2.2 Σχεδιασμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων και εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου.....	38
4.2.3 Αξιολόγηση του αποτελέσματος.....	39
4.3 Προαγωγή της υγείας – Πρόληψη κατάθλιψης.....	40

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Νέα δεδομένα στην κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας	
1.1 Υλικό και μέθοδος μελέτης.....	43
1.2 Αποτελέσματα έρευνας.....	44
Συμπεράσματα.....	72
Βιβλιογραφία.....	75

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή με πολυδιάστατες αλλαγές στο άτομο και παρατηρείται με μεγάλη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Πρόκειται για μια ασθένεια, η οποία λόγω της πολυπλοκότητας της στην τρίτη ηλικία υπό-διαγιγνώσκεται και υπό-θεραπεύεται.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η διερεύνηση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, οι μορφές της, οι αιτίες, οι παράγοντες ανάπτυξης της και η περιγραφή της στη διεθνή επιστημονική κοινότητα με στόχο την ανάδειξη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «κατάθλιψη» (depression), «ηλικιωμένοι» (elderly), «γηριατρική» (geriatric), «νοσηλευτική» (nursing), «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» (primary health care), «ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη» (the role of the nurse in depression), «καταθλιπτικά συμπτώματα» (depressive symptoms) κ.ο.κ.

Αποτελέσματα: Η μελέτη σχετικά με την κατάθλιψη επιτρέπει την οριοθέτηση της ως μια πολύ σοβαρή ασθένεια με μεγάλη συχνότητα και επιπτώσεις στην ψυχική-σωματική υγεία του ατόμου ή ακόμα και την θνησιμότητα των ηλικιωμένων. Επίσης, παρατηρείται μεγάλο ποσοστό δυσκολίας στην διάγνωση της γεγονός που συνεπάγεται με ανάγκη για περισσότερη πρόληψη και διάκριση των συμπτωμάτων από τους επαγγελματίες υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η νόσος έχει ιδιαίτερη σημασία στην νοσηλευτική επιστήμη που δικαιολογείται από την φροντίδα που απαιτείται στα ηλικιωμένα άτομα και την προαγωγή της υγείας τους διότι ανευρίσκονται σε χώρους παροχής φροντίδας όπως είναι τα νοσοκομεία, τα ιδρύματα κ.ο.κ.

Συμπεράσματα: Για την προαγωγή και την διατήρηση της υγείας καταθλιπτικών ατόμων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ποιότητα ζωής τους, η συννοσηρότητα της κατάθλιψης με οργανικές νόσους, τα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και η ψυχική τους κατάσταση. Στη συνέχεια απαιτούνται παρεμβάσεις για την βελτίωση της αντίληψης της νόσου, ενημέρωση των συγγενών και των ίδιων των ασθενών ενώ τέλος ιδιαίτερη κινητοποίηση πρέπει να γίνει στην εκπαίδευση των νοσηλευτών καθώς αποτελούν κομβικό σημείο στην αντιμετώπιση της ασθένειας.

Λέξεις ευρετηρίου: κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, γηριατρική, νοσηλευτική, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Abstract

Background: Depression is a mental disorder that affects a person in multiple levels and is most commonly observed in the elderly. It is a disease, which is very complex in the elderly and due to this factor they are under-diagnosed and under-treated.

Purpose: The purpose of this retrospective study is to investigate depression in old age, specifically the forms it takes, its causes, the growth factors, and finally to present it to the international scientific community in order to promote nursing interventions.

Materials and Method: There was a review of Greek and international literature in electronic databases and in the library of T.E.I of Epirus. The material of this study were selected books and articles published mainly in the last decade and the material was collected after a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies. There was a restriction concerning the language of published books and articles and in this study were only used those that were published in Greek and English. Words that were used in combination in the search were "depression», «elderly», «geriatric», «nursing», «primary health care», «the role of the nurse in depression», «depressive symptoms» etc.

Results: Studying depression allows us to define it as a very serious disease with high occurrence and impact on the mental and physical health that even concludes in mortality amongst the elderly. Also, the diagnostic rate is very low, which implies a need for more prevention and recognition of the symptoms by health professionals and the whole community. This disease is particularly important in the nursing community due to the fact that the care that is required for the elderly in order to ensure their good health, is upon the hands of professionals in care facilities such as hospitals, institutions etc.

Conclusion: In order to ensure and maintain the health of people with depression, factors as the quality of life, the comorbidity of depression with organic diseases, the socio-economic problems and the mental state of the elderly should be taken into account. There should be more attempts to improve disease detection, more attempts to inform relatives and patients themselves and finally particular attention should be paid in the education of nurses as they are a focal point in treating the disease.

Key words: depression, elderly, geriatrics, nursing, primary health care.

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία περικλείει το μείζον θέμα της κατάθλιψης στο ηλικιακό φάσμα της τρίτης ηλικίας καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας. Γίνεται προσπάθεια για να αναλυθεί η νόσος μέσα από την διερεύνηση των συμπτωμάτων, των αιτιολογικών παραγόντων, των διαγνωστικών εργαλείων και την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων και των επιμέρους παραμέτρων. Κύριος στόχος της ακόλουθης μελέτης είναι η αναγνώριση και η επεξεργασία των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στα καταθλιπτικά ηλικιωμένα άτομα, πράγμα που μπορεί να γίνει μόνο εφόσον αποκτηθεί η γνώση και μια επαρκής εικόνα για την συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή.

Πιο αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην έννοια της κατάθλιψης, της ψυχικής υγείας του ατόμου και της ποιότητας ζωής σε γενικά πλαίσια. Στο δεύτερο κεφάλαιο, περιγράφονται εκτεταμένα τα χαρακτηριστικά της τρίτη ηλικίας, οι μορφές κατάθλιψης, οι διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου, η συννοσηρότητα όπως και η θνησιμότητα – αυτοκτονικότητα στην τρίτη ηλικία. Έπειτα, στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και οι τρόποι θεραπείας της ψυχικής διαταραχής. Τέλος, στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ο ρόλος ενός νοσηλευτή ψυχικής υγείας και η προαγωγή της υγείας μέσω της πρόληψης. Έτσι, ολοκληρώνεται το πρώτο μέρος της εργασίας.

Στο δεύτερο μέρος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ερευνών που προέκυψαν από νέα δεδομένα της νοσηλευτικής κοινότητας. Αυτό έχει ως σκοπό την ανάδειξη εφαρμοσμένων ερευνών, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ώστε να αξιολογηθούν τα δεδομένα στην πράξη. Ενδεικτικά κάποια από τα θέματα που παρατίθενται είναι: η συχνότητα της κατάθλιψης, το επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη, η σχέση της κατάθλιψης με παράγοντες όπως η μοναξιά, η αυτοκτονία, το άγχος, η συννοσηρότητα, η συσχέτιση κατάθλιψης-άνοιας κ.α.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι :
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 : Γενική εικόνα κατάθλιψης

1.1 Η κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια παθολογική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από το αίσθημα της θλίψης σε υπερβολικό και επίμονο βαθμό (Carignan et al., 1998). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πρόκειται για μία πάθηση ιδιαίτερα συνηθισμένη στην σύγχρονη εποχή, καθώς εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από κάποια μορφή της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη κατέχει την τέταρτη θέση ενώ υπολογίζεται ότι έως το 2020 θα ανέρθει στην δεύτερη θέση κατάταξης των πιο συχνών παθήσεων (WHO, 2012). Στην κατάθλιψη, το άτομο βιώνει συμπεριφορικές, οργανικές, γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές, ενώ ο βαθμός που κυμαίνεται μια κατάθλιψη είναι από ήπιος, μέτριος και σοβαρός (Osborn et al., 2010).

Ιστορικά, πρόκειται για μια νοσολογική οντότητα, όπου ο Ιπποκράτης έκανε αναφορές στους όρους της μελαγχολίας και της μανίας, αποδίδοντας στις έννοιες αυτές τις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και τις λειτουργικές ψυχώσεις αντίστοιχα, ενώ απέδιδε την κατάθλιψη στις ανθρώπινες βιολογικές μεταβολές. Επιπλέον, στην Ιλιάδα αναφέρεται από τον Όμηρο η αυτοκτονία του Αίαντα ως αντίτυπο της κατάθλιψης του. Ο όρος «κατάθλιψη» δόθηκε το 1660 μ.Χ. και τον 19^ο αιώνα μ.Χ. επικράτησε ο όρος αυτός με την ευρεία χρήση που έχει έως και σήμερα (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013). Στην διάρκεια των χρόνων, πολλοί ασχολήθηκαν με την κατάθλιψη. Σημαντική αναφορά αποτελεί, κατά την διάρκεια των Βυζαντινών χρόνων, η κατάθλιψη ως Ακήδια (έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια) ή Ακήδεια (από το κήδος, που σημαίνει φροντίδα, ενδιαφέρον αλλά και άγχος ή πένθος).

Μεταγενέστερη άποψη, αποδίδει τη διαταραχή αυτή στις αρνητικές προσδοκίες του ατόμου για τον εαυτό του λόγω των αλλαγών στις αντιλήψεις του, αυτό διατυπώθηκε από τον Beck. Η δεκαετία του 1950, τελικά, αποτέλεσε σταθμό στην αντιμετώπιση και τη θεραπεία της κατάθλιψης διότι είναι το χρονικό διάστημα στο οποίο ανακαλύφθηκαν τα ψυχοφάρμακα (με αντικαταθλιπτικές ιδιότητες) αφήνοντας πίσω, τις μέχρι τότε θεραπευτικές προσεγγίσεις (Πλατή, 2000). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η κατάθλιψη έχει ως κύριο αίσθημα τη λύπη και την απόγνωση, προκύπτει η διαπίστωση ότι δεν είναι μόνο ένα συναίσθημα αλλά μια κατάσταση, η οποία οδηγεί το άτομο σε αδυναμία της λειτουργικότητας του στην καθημερινή ζωή, καθώς νιώθει

άδειος, μόνος και αβοήθητος (Peacock, 2000). Τέλος, στην κλινική κατάθλιψη, όπου οι ασθενείς βιώνουν έντονα τα συναισθήματα της ενοχής και της απελπισίας, μη έχοντας ελπίδα για το μέλλον και με την αντίληψη των προβλημάτων τους ως αδιέξοδο, αποτελεί θεραπεία και παρέμβαση από ειδικούς, διότι τα άτομα αυτά καταφεύγουν στην αυτοκτονία ώστε να πάντων να υποφέρουν (Πολυκανδριώτη & Στεφανίδου, 2013).

1.2 Συμπτώματα κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σύνολο από ποικίλα συμπτώματα, τα οποία αλληλεπιδρούν αλλά και παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις κατά περίπτωση. Ωστόσο, παρά τις όποιες διαφορές, το αποτέλεσμα παραμένει μία δυσάρεστη κατάσταση, όπου το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει ομαλά την καθημερινότητα του (Gatz, 1995).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να διαχωριστούν σύμφωνα με τέσσερις ευρύτερες κατηγορίες στο κάθε άτομο (Δρακόπουλος, 2014). Αναλυτικότερα, είναι τα συμπτώματα αυτά που επικεντρώνονται *στο συναίσθημα*, δηλαδή τη καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης (=ανηδονία), αίσθημα ενοχής, ανησυχίας και απαισιοδοξίας (Μάνος, 1997). Ένα κυρίαρχο συναίσθημα είναι το άγχος και η αδυναμία ελέγχου της ζωής όπως επίσης και η συναισθηματική αμβλύτητα όπου το άτομο δεν μπορεί να εξωτερικεύσει απόλυτα τα συναισθήματα του (Μενεδιάτου, 2010). Ενώ παράλληλα, παρουσιάζεται απότομη αλλαγή στη διάθεση, θυμός, απόγνωση, ευερεθιστότητα και αναμφίβολα έντονα το αίσθημα της λύπης (Δρακόπουλος, 2014). Τα συμπτώματα αυτά είναι σε τέτοιο βαθμό που κυριαρχούν και συμπαρασύρουν όλο τον ψυχισμό του ασθενή (Καπρίνης και συν., 2009).

Ακόμη, υπάρχουν τα συμπτώματα σύμφωνα με *τη σκέψη*, τα οποία είναι η εξασθένιση της μνήμης και της συγκέντρωσης, η αυτοκριτική, οι σκέψεις ενοχής και οι έντονες σκέψεις αρνητισμού σχετικά με το μέλλον, οι οποίες δημιουργούν τη σκέψη του θανάτου και κατ' επέκταση πιθανές προθέσεις του ατόμου για αυτοκτονία (Keck, 2010). Συγκεκριμένα η σκέψη του ατόμου είναι επηρεασμένη και στην ροή αλλά και στο περιεχόμενο της. Ο λόγος του χαρακτηρίζεται από μια επιβράδυνση, η οποία οφείλεται σε αδυναμία επεξεργασίας των σκέψεων του και μπορεί να οδηγήσει και στην πλήρη διακοπή της σκεπτικής του διεργασίας (Καπρίνης και συν., 2009).

Επίσης, αναγνωρίζονται σημεία που αφορούν την συμπεριφορά, όπως το ξέσπασμα σε κλάματα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για την εξωτερική εμφάνιση, η κοινωνική απομάκρυνση, η απώλεια κινήτρων, η παραμέληση των ευθυνών και η ανησυχία (Δρακόπουλος, 2014). Όπως ακόμη και η διακοπή δραστηριοτήτων που συνήθιζε να απολαμβάνει, το αίσθημα της ανημποριάς και η παντελής έλλειψη ελπίδας για το μέλλον ή της κατάστασης του (Μενεδιάτου, 2010).

Εν κατακλείδι, υπάρχουν και *σωματικά συμπτώματα*. Αυτά είναι η μειωμένη ή η αυξημένη όρεξη για φαγητό, η απώλεια/αύξηση του σωματικού βάρους, ο υπερβολικός ή ελάχιστος χρόνος ύπνου, η ψυχοκινητική διέγερση ή η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η κόπωση, η απώλεια ενέργειας, η απουσία ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη και οι ανεξήγητοι σωματικοί πόνοι (Barker, 2009). Τέλος, στον καταθλιπτικό ασθενή ο ουδός του πόνου μειώνεται, γεγονός που τον καθιστά πιο επιρρεπή στο αίσθημα του πόνου εξαιτίας των νευροδιαβιβαστικών διαταραχών (Καπρίνης και συν., 2009).

1.3 Αιτιολογία κατάθλιψης

Στην κατάθλιψη υπάρχουν διάφοροι παράγοντες ή ακόμη και συνδυασμοί παραγόντων που ενδέχεται να αυξήσουν τις πιθανότητες να εκδηλωθεί η διαταραχή αυτή. Συνεπώς, δεν ευθύνεται ένας και μοναδικός λόγος στην εκδήλωσή της, ενώ αντίστοιχα ο βαθμός βαρύτητας μπορεί να ποικίλει (Beck & Alford, 2009).

Στην προσπάθεια να εμβαθύνουν στην αιτιολογία της κατάθλιψης, μετά από έρευνες, έχουν οριοθετηθεί τρεις παράγοντες που σχετίζονται περισσότερο. Αυτοί είναι οι γενετικοί, οι βιολογικοί και οι ψυχοκοινωνικοί (ΕΠΨΥ, 2010).

Πιο αναλυτικά, οι γενετικοί παράγοντες αφορούν την κληρονομικότητα της νόσου. Κατά τη μεταβίβαση των χαρακτηριστικών από γενιά σε γενιά, όπου υπάρχουν γονίδια που μπορούν να αυξήσουν την προδιάθεση για κατάθλιψη. Ωστόσο, τονίζεται ότι η εκδήλωση θα προκύψει μόνο όταν θα συνυπάρξουν και άλλοι παράγοντες (Dewit, 2001). Έπειτα, υπάρχουν οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν κάποια φάρμακα και ουσίες, παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, Parkinson, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο), ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις και συστηματικές διαταραχές (Beck & Alford, 2009). Ακόμη, η κατάθλιψη συνδέεται με δύο νευροδιαβιβαστές, την

σεροτονίνη και την νοραδρεναλίνη, καθώς και με τα επίπεδα αυτών στον οργανισμό (Χαράτση - Γιωτάκη, 2010). Πρόκειται για τις ουσίες που ρυθμίζουν το συναίσθημα, ενώ ακόμη μια σημαντική παράμετρος, η οποία μπορούμε να λάβουμε υπόψη, είναι το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποσκοπούν στην αύξηση της συγκέντρωσή τους (Μαρτζακλή, 2008).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, από την άλλη, είναι μια ευρεία κατηγορία η οποία ενοχοποιεί καταστάσεις από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου μέχρι και τη χρονική περίοδο που θα εκδηλωθεί η νόσος (Μάνος, 1997). Συγκεκριμένα, το ιστορικό σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης, προσωπικές συγκρούσεις ή διαφωνίες, έντονα γεγονότα ζωής είτε ευχάριστα είτε δυσάρεστα και επίσης η απώλεια ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου είναι κάποιοι από τους παράγοντες αυτών (Goldberg, 2016). Άλλοι παράγοντες είναι το άγχος, τα παιδικά τραύματα και τα στρεσογόνα γεγονότα. Όλα τα παραπάνω, αφορούν εξατομικευμένες καταστάσεις, όπου αντιμετωπίζονται και εκλαμβάνονται διαφορετικά από άτομο σε άτομο. Παρόμοιες συνθήκες διαβίωσης και βιώματα μπορεί σε κάποιον να οδηγήσουν στην κατάθλιψη ενώ σε κάποιον άλλον όχι (N.I.M.H., 2013). Τέλος, σημαντικό κομμάτι αποτελεί ο τρόπος που ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη ζωή και την πραγματικότητα του. Κατά συνέπεια μια στάση ζωής με απαισιοδοξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονα το αίσθημα του άγχους, είναι σαφώς πιο επιρρεπής στην εμφάνιση της κατάθλιψης (ΕΠΨΥ, 2010).

1.4 Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει την ψυχική υγεία του ατόμου ως *«Μία κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δραστηριότητες του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει κοινωνικά»*. Η ψυχική υγεία του ανθρώπου είναι αλληλένδετη και βασική για την υγεία του, η οποία ορίζεται ως *«Μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (ΠΟΥ, 2016). Κατά συνέπεια, η ψυχική υγεία ενός ατόμου επηρεάζεται και αλληλεπιδρά με την ποιότητα ζωής του, όπως επιπρόσθετα αναφέρεται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία και υποβαθμισμένη ποιότητα ζωής είναι δύο ίδιες καταστάσεις (Οικονόμου και συν, 2001).

Η εννοιολογία της Ποιότητας Ζωής (ΠΖ) χρησιμοποιείται στους χώρους της υγείας με καθορισμένο τρόπο στον οποίο υπάρχει η ποιότητας της ζωής σε συνάρτηση με την υγεία (Health Related Quality of Life). Παράλληλα, στην αξιολόγηση της ασθένειας και της θεραπείας συνυπολογίζεται και η ποιότητα ζωής του ατόμου, η ψυχική και κοινωνική του ευεξία ενώ ακόμη και η ικανοποίηση ή μη από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2010).

Στην φροντίδα των ασθενών με ψυχικές διαταραχές, η ανάλυση και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους αποτελεί ένα πολύ βασικό σημείο αναφοράς (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Οι δείκτες που λαμβάνονται υπόψη σχετικά την ποιότητα ζωής είναι οι ακόλουθοι: το φυσικό περιβάλλον, η κατοικία, οι συνθήκες διαβίωσης, η υγεία, η οικονομική δυνατότητα κάλυψης των αναγκών, η χρήση του ελεύθερου χρόνου, η κοινωνική ένταξη, η ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους και το αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή (Τζινιέρη – Κοκκώση, 2010).

Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής, αντίστοιχα, πραγματοποιείται με διάφορα συστήματα και εργαλεία μέτρησης. Στην κατάθλιψη το εργαλείο αυτό είναι η Κλίμακα Ποιότητας Ζωής για την Κατάθλιψη (Quality of Life in Depression Scale), όπου ελέγχονται έξι τομείς: η κοινωνική ζωή, οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, οι οικιακές δραστηριότητες, η γνωστική λειτουργικότητα, η προσωπική υγιεινή, ο ελεύθερος χρόνος του και η ψυχαγωγία του (Οικονόμου και συν, 2001).

Κεφάλαιο 2 : Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία

2.1 Η έννοια της τρίτης ηλικίας

Η τρίτη ηλικία ορίζεται ως ‘μια φυσιολογική διακριτή περίοδος ή στάδιο της ζωής’ ή ως ‘η διαδικασία ανάπτυξης ή ωρίμανσης’. Ωστόσο, ο ορισμός αυτός είναι ελλιπής και όχι σαφής, διότι δεν αναφέρονται τα χαρακτηριστικά και τα κριτήρια που την διακρίνουν από τα άλλα στάδια της ζωής του ανθρώπου (Redfern & Ross, 2011).

Αντίστοιχα, ο όρος «γήρανση» προέρχεται από τη λέξη «senex», η οποία στα λατινικά σημαίνει γήρας, γέρος ή προχωρημένη ηλικία. Η εννοιολογία της περιλαμβάνει την φυσιολογική εξέλιξη κάθε ανθρώπινου οργανισμού, κατά την οποία

-αναπτυξιακή διαδικασία- όλες οι διαδικασίες και τα συστήματα, φθείρονται σταδιακά και καταλήγουν στον θάνατο του οργανισμού (Κικίλιας και συν, 2001). Κατά συνέπεια, το σύνολο όλων των αλλαγών που πραγματοποιούνται με το πέρασμα του χρόνου σε ένα πρόσωπο, αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία όντας φυσικό επακόλουθο στη ζωή του ανθρώπου (Stanhope & Lancaster, 2006).

Παρ' όλα αυτά η διαδικασία της γήρανσης διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο, όπως και περιγράφεται από τον Hayflick, εξ' αιτίας ορισμένων παραγόντων. Αυτοί είναι το οικογενειακό περιβάλλον, η ατομική συμπεριφορά, η κοινωνική προσαρμογή, η ψυχοσύνθεση, η κληρονομικότητα και η υγιεινή διαβίωση του ατόμου (Κωσταρίδου & Ευκλείδη, 1999).

Στην προσπάθεια τους να βελτιώσουν την προσέγγιση αυτού του σταδίου της ζωής, ο Neugarten (1974) και ο Laslett (1996), διατύπωσαν τους όρους «τρίτη» και «τέταρτη» ηλικία. Ο δεύτερος συγκεκριμένα, περιέγραψε την τρίτη ηλικία ως την περίοδο ευκαιρίας και ενεργούς δραστηριότητας, στην οποία τα άτομα ορίζονται ως ώριμοι ενήλικες. Τα χαρακτηριστικά αυτών είναι η απαλλαγή από την ευθύνη των παιδιών, η συνταξιοδότηση και ο ελεύθερος χρόνος για την αξιοποίηση του σε δραστηριότητες της αρεσκείας τους. Αντιθέτως, η τέταρτη ηλικία συμπεριλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της εξάρτησης, της αδυναμίας, του έσχατου γήρατος και του θανάτου (Redfern & Ross, 2011). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαχωρίζει την τρίτη ηλικία σε άτομα 60-79 ετών και την τέταρτη ηλικία σε άτομα 80 ετών και άνω.

2.1.1 Χαρακτηριστικά τρίτης ηλικίας

Η γήρανση του ανθρώπου δεν επιδέχεται πολλές γενικεύσεις, καθώς υπάρχουν πολλοί παράμετροι που καθορίζουν την ομαλή προσαρμογή στην τρίτη ηλικία, οι οποίοι είναι υποκειμενικοί.

Αναλυτικότερα, υπάρχουν διαφορές σχετικά με την προσωπικότητα του ατόμου, του τρόπου σκέψης, των γεγονότων (θετικών ή αρνητικών) της ζωής παράλληλα με το στρες που τα βιώνουν ενώ ακόμη η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποδοχή του. Σημαντική επισήμανση μια επιτυχούς γήρανσης είναι ενεργή διατήρηση του ατόμου σε σώμα και πνεύμα (Redfern and Ross, 2011).

Σύμφωνα με τον Murtagh (2011), η γήρανση έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Ελάττωση της μεταβολικής μάζας
- Μείωση της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων
- Περιορισμένη ικανότητα προσαρμογής στο στρες
- Αυξημένη ευπάθεια στις ασθένειες
- Αυξημένα ποσοστά θανάτου

Οι Tierney, Melhee και Papadakis (2002) περιέγραψαν συνοπτικά τις χρόνιες καταστάσεις που μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην εμπειρία γήρανσης, ως εξής: 1. Διανοητική εξασθένιση, 2. Ακινησία, 3. Αστάθεια, 4. Ακράτεια, 5. Ιατρογενείς αντιδράσεις φαρμάκων. Επιπλέον, ο Tierney κατονόμασε τα τρία στάδια της διανοητικής εξασθένισης, τα οποία είναι: η Άνοια (προοδευτική διανοητική εξασθένιση), η Κατάθλιψη (αναταραχή διάθεσης) και το Παραλήρημα (οξεία σύγχυση) (Stanhope & Lancaster, 2006).

Επιπρόσθετα, για την απλούστερη κατανόηση της λειτουργίας της γήρανσης και λόγω της πολυπλοκότητας των παραγόντων που την επηρεάζουν γίνεται αναφορά σε μια διάκριση πρωτογενούς και δευτερογενούς γήρατος.

Στα χαρακτηριστικά του πρωτογενούς περιλαμβάνονται οι δομικές και λειτουργικές αλλαγές που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου και μειώνουν την λειτουργικότητα του οργανισμού. Οι μεταβολές αυτές είναι προοδευτικές, δεν αναστέλλονται ούτε ανατρέπονται, λειτουργούν αθροιστικά με τα υπόλοιπα προβλήματα υγείας και ακόμη πραγματοποιείται η σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα, κατά την οποία η κατάληξη -χωρίς διακρίσεις- είναι ο θάνατος. Από την άλλη, η δευτερογενής γήρανση αποτελείται από τις μεταβολές εκείνες που είναι παθολογικές. Απορρέουν δηλαδή από εξωτερικά ερεθίσματα και ενδεχομένως να είναι η προσωπικότητα - συμπεριφορά του ατόμου, η αυτό-εικόνα του, οι περιβαλλοντικές επιδράσεις όπως επίσης και οι τυχόν ασθένειες (Δαρδαβέσης, 2011). Το γήρας, λοιπόν, ταυτίζεται με τη μειωμένη βιολογική ικανότητα του ανθρώπου. Πρόκειται για μία διεργασία που λαμβάνει χώρα σε όλα τα χρόνια της ζωής του ανθρώπου και αντανακλά σε πολλούς εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες (Redfern & Ross, 2011).

Η χρονολογική ηλικία, δηλαδή η χρονική διάρκεια ζωής του ανθρώπου, συντελεί τον βασικό δείκτη γήρατος όπως και προαναφέρθηκε. Ωστόσο, είναι μια αυθαίρετη έννοια χωρίς να μπορεί να εκτιμηθεί απόλυτα, πέρα από προσεγγίσεις (Δαρδαβέσης,

2011). Γι' αυτό το λόγο, πέρα από τη χρονολογική έννοια, η ηλικία διακρίνεται και σε βιολογική, κοινωνική, ψυχολογική και ιατρική (Παγοροπούλου, 2000).

Η *βιολογική ηλικία* καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις σώματος, οι οποίες μπορεί να είναι η φυσική κατάσταση του ατόμου, η εγρήγορση, η σωματική δύναμη, η οξύτητα των αισθήσεων, το χρώμα και η ποιότητα των μαλλιών του ή και η κατάσταση του δέρματος (Κανούτος, 2016). Η *ψυχολογική ηλικία* αφορά τις μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών, όπως είναι η μνήμη, η ευελιξία καθώς και η στάση των ηλικιωμένων ατόμων σε διάφορα κοινωνικά θέματα. Η *κοινωνική ηλικία* σχετίζεται με το επίπεδο ωριμότητας και τη χρονολογική ηλικία και καθορίζει τις κοινωνικές προσδοκίες, οι οποίες καλλιεργούνται για τα άτομα (Παγοροπούλου, 2000). Και τέλος, η *ιατρική ηλικία* είναι αυτή κατά την οποία εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα που παρουσιάζει το άτομο ώστε να μπορεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες (Κανούτος, 2016).

2.1.2 Αλλαγές στην τρίτη ηλικία

Οι αλλαγές που προκύπτουν στο φυσιολογικό γήρας σχετίζονται με διάφορους λόγους. Παρακάτω γίνεται αναφορά σε αυτούς εκτενέστερα.

Οι βιολογικές αλλαγές, που παρουσιάζονται σταδιακά με το πέρασμα των χρόνων είναι ιδιαίτερα καθοριστικές στα ηλικιωμένα άτομα και είναι οι εξής:

- Η επιβράδυνση του βασικού μεταβολισμού
- Η ελάττωση του μυϊκού ιστού/αύξηση λιπώδη ιστού
- Μειωμένη ανθεκτικότητα οστών (οστεοπόρωση)
- Βραδύτερη βάδιση και κινήσεις
- Περιορισμός στην ελαστικότητα των αγγείων
- Χαμηλότερη αιμάτωση των περιφερειακών ιστών
- Επιβράδυνση της λειτουργικότητας των νεφρών
- Μείωση στην ελαστικότητα του δέρματος
- Έκπτωση οπτικής και ακουστικής οξύτητας
- Αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου (Καπρίνης και συν, 2009).

Τα πιο συνηθισμένα σωματικά – οργανικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι η βλάβη της κινητικότητας, οι διαταραχές στη θρέψη, οι διαταραχές στις

κενώσεις, τα ελλείμματα στις αισθήσεις (ακοή, όραση) και η πολυφαρμακία (Dewit, 2001). Στις βιοσωματικές αλλαγές, παρατηρούνται συνεπώς χρόνιες παθήσεις, οι οποίες προκύπτουν από τη σωματική αποδυνάμωση και προκαλούν στο άτομο την μειωμένη κοινωνική του δραστηριότητα, τον περιορισμό των μετακινήσεων και ενοχλήσεις λόγω του πόνου, τα οποία μακροπρόθεσμα οδηγούν στην εξάρτησή τους από άλλους και στην κατάθλιψη (Tucker, 1999).

Οι ψυχολογικές αλλαγές εστιάζονται κυρίως στους λειτουργικούς περιορισμούς και στα εξωτερικά αίτια. Οι λειτουργικοί περιορισμοί του ατόμου παρουσιάζονται ως επί το πλείστον στις βλάβες της γνωστικής λειτουργίας και στα προβλήματα της σωματικής φροντίδας, ενώ στους εξωτερικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι οικονομικοί και οι περιβαλλοντικοί (Dewit, 2001). Παράλληλα, η ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων σχετίζεται με το γεγονός ότι βιώνουν μια περίοδο ενδοσκόπησης και αποτίμησης της μέχρι τότε ζωής τους δημιουργώντας ένα ισοζύγιο επιτευγμάτων και αποτυχιών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές να μένουν ανικανοποίητοι από τα όσα έχουν ζήσει και έτσι να δημιουργούνται αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις. Ακόμη, το άγχος του επικείμενου θανάτου, οι σωματικές ασθένειες, η αίσθηση ανημποριάς και μια πιθανή αναπηρία μπορούν να επιφορτίσουν στην άσχημη ψυχολογική κατάσταση των ατόμων της τρίτης ηλικίας (Καπρίνης και συν, 2009).

Τέλος, οι κοινωνικές αλλαγές επίσης παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην υπόσταση του ηλικιωμένου ατόμου και βασικό σημείο τους είναι ότι πολλές από αυτές έχουν αλληλένδετη σχέση με τις ψυχολογικές αλλαγές. Μία από αυτές είναι το πένθος που κατά πάσα πιθανότητα πρέπει να διαχειριστεί το άτομο, διότι βιώνει πολλές απώλειες στο κοινωνικό του περιβάλλον με κορυφαία αυτή του/της συζύγου. Σε συνδυασμό με την κακή σωματική κατάσταση, το ηλικιωμένο άτομο οδηγείται στην απομόνωση και τον αποκλεισμό από δραστηριότητες. Επιπλέον, η οικονομική κατάσταση που διαφοροποιείται λόγω του μειωμένου εισοδήματος (συνταξιοδότηση) αναγκάζει τα άτομα να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους με ένα χαμηλότερο επίπεδο διαβίωσης. Τέλος, εξ' αιτίας της ευαλότητας των ηλικιωμένων πολλές φορές συμβαίνει το απάνθρωπο φαινόμενο της κακοποίησης, είτε σωματικής είτε ψυχολογικής, μέσα από τις σχέσεις αναγκαστικής εξάρτησης που δημιουργούν (Καπρίνης και συν, 2009).

2.2 Ορισμός και μορφές κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία είναι ένα συχνό φαινόμενο, καθώς αποτελεί την πιο κοινή λειτουργική – πνευματική ασθένεια, παρ' όλα αυτά αναγνωρίζεται δύσκολα διότι τα συμπτώματα της μπορεί να αποδοθούν στη φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης (Dewit, 2001). Η κλινική κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια διαταραχή της διάθεσης, η οποία εκδηλώνεται με συναισθήματα θλίψης, απώλειας, απογοήτευσης, απόγνωσης, μελαγχολίας ή και θυμού. Ακόμη, στα σημεία των καταθλιπτικών ασθενών περιλαμβάνεται η ελαττωμένη συγκέντρωση και ενεργητικότητα, οι διαταραχές του ύπνου, της διατροφής και τα γενικευμένα σωματικά ενοχλήματα. Βασικό στοιχείο ωστόσο, είναι ότι τα παραπάνω συμπτώματα παραμένουν στο άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν είναι παροδικά (Kaplan et al., 2005).

Οι μορφές κατάθλιψης που εκδηλώνονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι οι εξής: Μείζων κατάθλιψη, ελάσσον κατάθλιψη, δυσθυμία, διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, μικτή αγχώδης ή καταθλιπτική διαταραχή, οργανική διαταραχή διάθεσης, διπολική διαταραχή και αγγειακή κατάθλιψη (Redfern & Ross, 2011).

Επιπροσθέτως, οι μορφές κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία ενδέχεται να είναι πρωτογενείς ή δευτερογενείς. Ωστόσο, παρά την διαχώριση των μορφών, σε κάθε τύπο κατάθλιψης ενδέχεται να υπάρξουν διαφοροποιήσεις ως προς τα χαρακτηριστικά, την εμμονή και την σοβαρότητα στο κάθε άτομο (Μαντζαβίνου, 2008). Πιο αναλυτικά, η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

1. Μείζων κατάθλιψη, η οποία είναι και η πιο συνήθης και χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζοντα επεισόδια. Ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα, DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας και το ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, σύμφωνα με τα οποία υπάρχει η παρουσία συγκεκριμένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τουλάχιστον δυο εβδομάδες.
2. Δυσθυμία, η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα παρόμοια της μείζονος κατάθλιψης, τα οποία όμως δεν έχουν την ίδια βαρύτητα και τον ίδιο μεγάλο αριθμό εκδήλωσής τους. Παράλληλα, θα πρέπει να παρουσιάζονται το λιγότερο για δυο χρόνια τις πιο πολλές ημέρες.

3. Άτυπες μορφές, οι οποίες ορίζονται ως συγκαλυμμένη κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει διότι χαρακτηρίζονται από την άρνηση του καταθλιπτικού επεισοδίου, καθώς εμφανίζεται μέσα από σωματικά και γνωστικά συμπτώματα. Κάποια από αυτά είναι τα γαστρεντερικά ενοχλήματα, η κόπωση, τα διάχυτα άλγη και η μειωμένη ενεργητικότητα (Σουρτζή, 2007).

Ενώ η δευτερογενής κατάθλιψη, δύο ειδών:

1. Οργανική κατάθλιψη, η οποία είναι αντίκτυπο όλων των βιολογικών μεταβολών του ηλικιωμένου και μπορεί να προέρχονται από μια νόσο του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ή από την λήψη φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Παραδείγματα τέτοιων ασθενειών είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, ενδοκρινικά νοσήματα, νεοπλάσματα και η νόσος του Πάρκινσον ενώ αντίστοιχα φάρμακα είναι τα αντιυπερτασικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα κορτικοστεροειδή και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.
2. Καταθλιπτικές αντιδράσεις, οι οποίες λειτουργούν ως αποτέλεσμα σωματικών ασθενειών. Η αδυναμία της προσαρμογής του ατόμου σε μια νόσο σε συνδυασμό με όλες τις απώλειες που βιώνει μπορεί να οδηγήσει στη κατάθλιψη ιδιαίτερα σε ένα ηλικιωμένο άτομο, στο οποίο κάθε σωματική νόσος κατά πάσα πιθανότητα είναι χρόνια και με αυξητική επιδείνωση.

2.3 Αιτιολογικοί παράγοντες κατάθλιψης

Η αιτιολογία της γεροντικής κατάθλιψης θεωρείται πολυπαραγοντική και είναι αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Σουρτζή, 2007). Επιπλέον, ενοχοποιούνται λόγοι όπως η προδιάθεσή, η αντίδραση σε φάρμακα, εκλυτικοί παράγοντες και τα χρόνια νοσήματα (Redfern & Ross, 2006).

Αναλυτικότερα,

A. Βιολογικοί παράγοντες: ενδοκρινικοί, καρδιαγγειακοί, φλεγμονώδεις και νευροανατομικοί είναι οι παράγοντες που συνδέονται με την κατάθλιψη (Fiske et al., 2009). Ακόμη, υπάρχει ανισορροπία των νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη) με αποτέλεσμα τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα να υπολειτουργούν, δεδομένου ότι η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη συντελούν σημαντικά στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης (ΕΠΨΥ, 2010).

Β. Προδιαθεσικοί παράγοντες: οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, παλαιότερο ιστορικό κατάθλιψης γυναικείο φύλο, φτώχεια, χηρεία, διαζύγιο, διαμονή σε οικοφροντίδας ηλικιωμένων, οργανικά προβλήματα υγείας, έλλειψη κοινωνικού πλαισίου υποστήριξης, προσωπικότητα, φάρμακα, κατανάλωση αλκοόλ και αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία (Redfern & Ross, 2006). Ωστόσο, όσον αφορά την κληρονομικότητα, έχει επικρατήσει η άποψη ότι κληρονομείται μια ευαισθησία για τη νόσο όπου είναι δυνατόν να εκδηλωθεί σε περιπτώσεις που θα επιδράσουν και άλλοι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες (Μενεδιάτου, 2008).

Γ. Αντίδραση σε φάρμακα: Οι εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) και φάρμακα όπως αντιυπερτασικά, αντισταμινικά, υπογλυκαιμικά, ορμόνες, βαρβιτουρικά, βενζοδιαζεπίνες, νευροληπτικά, σιμετιδίνη, ρανιτιδίνη, λεβοντόπα και αλκοόλ (Carignan et al., 1998).

Δ. Κοινωνικοί – Ψυχολογικοί παράγοντες: Η χαμηλή αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με κάποιο αρνητικό γεγονός αποτελεί έναν υψηλής σημασίας παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Εκλυτικοί παράγοντες είναι τα ξαφνικά γεγονότα της ζωής, η απώλεια αγαπημένου προσώπου, η έλλειψη κοινωνική υποστήριξης, η οικονομική δυσχέρεια, η συνταξιοδότηση, η αιφνίδια απώλεια της κατοικίας ή η υποχρεωτική μετακίνηση σε κάποιο ίδρυμα αλλά και επιπρόσθετα χρόνια στρεσογόνα γεγονότα όπως η εξασθένηση της σωματικής υγείας, τυχόν αναπηρία, απώλεια κάποια αίσθησης, εξασθένηση της ικανότητας αντίληψης, η μοναξιά και τέλος η γενικευμένη αντίληψη για την ζωή (Redfern & Ross, 2006).

Ε. Χρόνιες ασθένειες: Διαστολική υπόταση, αγγειακή νόσος, διαβήτης τύπου II, άνοια, Alzheimer, Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας (Fiske et al., 2009).

2.3.1 Κατάθλιψη και συννοσηρότητα

Η κατάθλιψη, όπως και κάθε ασθένεια, ενδέχεται να παρουσιάζει συννοσηρότητα δηλαδή να συνυπάρχει και με άλλες σωματικές ασθένειες ή και ψυχικές διαταραχές (Μαρτζακλή, 2008). Στην τρίτη ηλικία συγκεκριμένα, όπου πρόκειται για ένα στάδιο της ζωής πιο ευάλωτο και επιρρεπές στις ασθένειες, η συννοσηρότητα είναι σχεδόν βέβαιη. Έτσι η εμφάνιση κατάθλιψης αποκτά μια σχέση αλληλεπίδρασης με τις ασθένειες που ήδη αντιμετωπίζει το άτομο, καθώς τις επιδεινώνει και γι αυτό το λόγο χρήζει αναγκαιότητα αναγνώρισης και θεραπείας ώστε να επιτευχθεί μια καλύτερη

ποιότητα ζωής (Ηγούμενου, 2003).

Μια παράμετρος που ευνοεί την ύπαρξη συννοσηρότητας είναι η αύξηση του μέσου όρου ζωής τα τελευταία χρόνια, διότι οι συνθήκες που επιτρέπουν αυτά τα επιπλέον χρόνια συμβαδίζουν με την αντίστοιχη αύξηση των χρόνιων παθήσεων και των ανικανοτήτων που υπάρχουν στα ηλικιωμένα άτομα. Από την μία λοιπόν υπάρχουν πιθανώς οι σωματικές ασθένειες που συνοδεύονται από την κατάθλιψη στα άτομα τρίτης ηλικίας οι οποίες είναι αγγειακές νόσοι (υπέρταση, στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), ασθένειες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (άνοια, νόσος του Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας), ορμονικές διαταραχές (υπερθυρεοειδισμός, σύνδρομο Cushing) όπως και άλλες ασθένειες ή διαταραχές (διαβήτης, χρόνιος πόνος, καρκίνος) δημιουργώντας μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ σωματικής ασθένειας και κατάθλιψης (Μαντζαβίνου, 2008). Ενώ από την άλλη υπάρχει μεγάλο ποσοστό πιθανοτήτων (60-76%) η κατάθλιψη να συνυπάρχει, επίσης, με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ενδεχομένως να είναι διαταραχές στη θρέψη, αγχώδεις διαταραχές, δυσθυμία, σωματόμορφες διαταραχές, αλκοολισμό και κατάχρηση-εξάρτηση ουσιών (Γαρυφαλλός, 2008).

Τέλος, η συννοσηρότητα με την κατάθλιψη επιβαρύνει σε σημαντικό βαθμό τη συνολική υγεία του ατόμου, καθώς διαμορφώνεται μια γενικευμένη συμπεριφορά άρνησης κατά την οποία δεν υπάρχει συνεργασία και συμμόρφωση ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου ενώ παράλληλα υιοθετούνται ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η πολυφαγία κ.ο.κ (Μαρτζακλή, 2008).

2.3.2 Κατάθλιψη και οικονομική κρίση

Η οικονομική κατάσταση του κάθε ατόμου κατέχει ιδιαίτερη επιρροή στους δείκτες υγείας και κατά συνέπεια στην πρόσβαση που έχει στις υπηρεσίες υγείας, στη θνησιμότητα, την νοσηρότητα αλλά και το προσδόκιμο επιβίωσης του (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012). Όπως αποδεικνύεται σύμφωνα με μελέτες η οικονομική κρίση πέρα από την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής συσχετίζεται και με τη γενική νοσηρότητα του πληθυσμού, την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα (Γιωτάκος, 2010).

Επιπλέον, η αρνητική συσχέτιση που εντοπίζεται ανάμεσα στην ψυχική υγεία του ατόμου και στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, η οποία οφείλεται στην ανεργία, στο μέσο εισόδημα και την κοινωνική τάξη (Ευθυμίου και συν., 2013), ενώ ακόμη,

μιλώντας για την τρίτη ηλικία, όπου πέρα από τον περιορισμό της εισοδηματικής κατάστασης λόγω συνταξιοδότησης, συμβάλλει η έλλειψη της στέγασης, οι περεταίρω οικονομικές υποχρεώσεις και η αδυναμία εργασίας οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και στην εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών όπως είναι η κατάθλιψη (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Στην χώρα μας, λαμβάνοντας υπόψη την δυσχερή οικονομική κατάσταση λόγω της κρίσης, γίνεται αναφορά στη προσφυγή των ανθρώπων στα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας ώστε να καλύψουν βασικές ανάγκες όπως είναι η σίτιση, η στέγαση, η ιατρική και φαρμακευτική τους περίθαλψη. Ακόμη, στο φαινόμενο αυτό παρατηρείται ότι η ηλικιακή σύνθεση των ανθρώπων κυμαίνεται από ηλικίες άνω των πενήντα ετών (Μπούρας & Λύκουρας, 2011). Το γεγονός αυτό σηματοδοτεί μια κατάσταση ευαλωτότητας στα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία βρίσκονται σε μη παραγωγική ηλικία, δεν λαμβάνουν την πρέπουσα μέριμνα, έχουν μειωμένο εισόδημα και χαμηλή ποιότητα ζωής οδηγώντας έτσι την τρίτη ηλικία σε ομάδα υψηλού κινδύνου στο να εμφανίσουν κατάθλιψη (Γιωτάκος, 2010).

2.4 Συσχέτιση Κατάθλιψης - Άνοιας

Η κατάθλιψη όπως προαναφέρθηκε αλλά και η άνοια είναι δυο ασθένειες, οι οποίες ενώ πλήττουν μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων υποδιαγιγνώσκονται ή/και υποθεραπεύονται μέχρι και σήμερα. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό οφείλεται τόσο στα ηλικιωμένα άτομα εξ' αιτίας της σύνθετης φαρμακευτικής αγωγής και της συννοσηρότητας τους όσο και στους ιατρούς που δεν παρέχουν τον χρόνο που απαιτείται στην διερεύνηση της νόσου ή ακόμη και στο γεγονός ότι η εκπαίδευση τους στο συγκεκριμένο αντικείμενο είναι ελλιπής (Αργυριάδου, 2002).

Η άνοια αποτελεί μια νόσο που εκδηλώνεται με έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας. Τα ελλείμματα που εμφανίζονται στο άτομο αφορούν την μνήμη, την κρίση του λόγου, την προσωπικότητα αλλά υπάρχουν και επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργικότητα και επίλυση των προβλημάτων. Κατά συνέπεια, προκύπτει πολλές φορές τα συμπτώματα της άνοιας να συμπίπτουν ή/και να καλύπτουν αυτά της κατάθλιψης ενώ παράλληλα ενδέχεται και το αντίθετο (Dewit, 2001). Για παράδειγμα, σε ένα καταθλιπτικό άτομο, το οποίο έχει γνωσιακή δυσλειτουργία, υπάρχει πιθανότητα να διαγνωστεί εσφαλμένα ως άνοια ενώ αντίστοιχα συμπτώματα

όπως η ευερεθιστότητα, η απάθεια, οι διαταραχές του ύπνου κ.α. μπορεί να διαγνωστούν ως κατάθλιψη (Μαρτζακλή, 2008).

Η διαφοροποίηση τους χρήζει μεγάλης και ιδιαίτερης προσοχής όπως επίσης είναι σημαντική και η εξατομικευμένη διάγνωση των δυο ασθενειών. Παρακάτω θα αναφερθούν συγκεκριμένα οι διαφοροποιήσεις που παρουσιάζουν (Άνοια-Κατάθλιψη) σύμφωνα με τον Dewit (2001):

Άνοια: Η *έναρξη* της είναι σταδιακή. Δεν υπάρχει *σωστός προσανατολισμός*. Η *διάθεση* είναι ευμετάβλητη και ακατάλληλη. Στη *συμπεριφορά* υπάρχει απάθεια ή διέγερση, ενώ κατά τις καθημερινές δραστηριότητες παρατηρείται ανικανότητα. Ο *λόγος* είναι επαναλαμβανόμενος και σποραδικός. Η *πρόγνωση* είναι πτωχή και η νόσος μη ανατρέψιμη. Η μνήμη παρουσιάζει ιδιαίτερα ελλείμματα στο κοντινό παρελθόν σε σχέση με το μακρινό.

Κατάθλιψη: Η *έναρξη* εδώ είναι είτε σταδιακή είτε ταχεία. Το άτομο μπορεί να είναι *προσανατολισμένο ή αποπροσανατολισμένο*. Η *διάθεση* χαρακτηρίζεται από απόγνωση και ανησυχία. Στη *συμπεριφορά* υπάρχει απάθεια ή διέγερση, αλλαγή στην όρεξη και παραμέληση του εαυτού. Ο *λόγος* είναι ορθός ωστόσο ενδέχεται να μην επιθυμεί να συζητά. Η *πρόγνωση* μπορεί να επιλυθεί με την θεραπεία της αιτίας ή την θεραπεία της κατάθλιψης. Η μνήμη είναι ελαφρώς διαταραγμένη, με μειωμένη ικανότητα στην συγκέντρωση.

2.5 Κατάθλιψη και θνησιμότητα στους ηλικιωμένους

Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας από το γενικό πληθυσμό. Αντίστοιχα, η αναλογία αυτή τετραπλασιάζεται όταν αφορά ηλικιωμένα άτομα. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερο ηλικιακά είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος θανάτου, καθώς συμβάλουν και άλλοι παράγοντες (Μενεδιάτου, 2010).

Η παράμετρος που προμηνύει την αυξημένη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες είναι η αύξηση της νοσηρότητας. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα στην εμφάνιση μιας ασθένειας, επιβράδυνση στην ίαση της όποιας νόσου και πολλαπλή νοσηρότητα λαμβάνοντας υπόψη τις ασθένειες που προκύπτουν λόγω γήρατος. Κατά συνέπεια, η κατάθλιψη όταν συνδυάζεται με παθήσεις που οδηγούν σε επίπεδα γρήγορης και

επιταχυνόμενης έκπτωσης καταλήγουν πιο εύκολα στον θάνατο, καθώς η διακύμανση του προσδόκιμου επιβίωσης σχετίζεται με την λειτουργική κατάσταση του ατόμου (Μίσσιου και συν, 2015).

Στον αντίποδα των παραπάνω, εκφράζεται η άποψη κατά την οποία είναι μεν αποδεκτό ότι η διάρκεια και το προσδόκιμο επιβίωσης έχει βιολογικά όρια, ωστόσο υπάρχουν και οι αντίστοιχες ιατρικές παρεμβάσεις και θεραπευτικές προσεγγίσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της υγείας του ηλικιωμένου και την μακροβιότητα του. Δεχόμενοι την γήρανση του πληθυσμού ως μια φυσική και καθολική διαδικασία και κατανοώντας παράλληλα τους μηχανισμούς και τις επιπτώσεις της, οι επιστήμονες της υγείας επιδιώκουν την αντιμετώπιση της πολυνοσηρότητας, της ευπάθειας και της ανικανότητας ώστε να εκπληρωθεί η προσδοκία του ανθρώπου για μακροζωία και ευζωία (Αναστασιάδου, 2015).

2.5.1 Κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα

Η κατάθλιψη είναι ένα συχνό φαινόμενο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με μεγάλα ποσοστά θανάτου λόγω αυτοκτονιών. Υπολογίζεται ότι από το 60% αυτών που έχουν κατάθλιψη, περίπου το 10% των καταθλιπτικών ασθενών οδηγείται στην αυτοκτονία (Δρακόπουλος, 2014). Ωστόσο η συχνότητα θανάτου, όπως ήδη προαναφέρθηκε, είναι τετραπλάσια όταν η ηλικιακή ομάδα που νοσεί απευθύνεται σε ασθενείς από 55 ετών και άνω (Μαντζαβίνου, 2008). Ενώ ακόμη στην τρίτη ηλικία η συχνότητα και η επιτυχής ολοκλήρωση της απόπειρας είναι διπλάσια γεγονός που σηματοδοτεί την αποφασιστικότητα και την επιθυμία για την πράξη αυτή, λαμβάνοντας υπόψη ότι η μέθοδος που επιλέγουν είναι συνήθως βίαιη ώστε να είναι και αποτελεσματική (Καπρίνης και συν., 2009). Παρ' όλα αυτά η θνησιμότητα στην τρίτη ηλικία δεν παρουσιάζεται με τον ίδιο τρόπο σε όλους διότι το κάθε άτομο έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα (Μαρτζακλή, 2008).

Σχετικά, λοιπόν, με τα ηλικιωμένα άτομα οι αυτοκτονικές πράξεις είναι συνήθως προσχεδιασμένες και όχι παρορμητικές. Έχοντας φτάσει σε ένα σημείο απελπισίας, απαισιοδοξίας και κούρασης, ο θάνατος φαντάζει σε αυτούς ως απελευθέρωση και διέξοδο από μια δυσμενή καθημερινότητα (Παπαγεωργίου, 2004). Τα κύρια αίτια που οδηγούν στην αυτοκτονία είναι η μοναξιά, η κακή κατάσταση της υγείας, οι απώλειες, τα οικονομικά προβλήματα και η κατάθλιψη. Ακόμη, όσων αφορά τις

αυτοκτονικές σκέψεις που έχουν πολλές φορές τις αναφέρουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Kaplan et al., 2005). Τέλος, στα στοιχεία επικινδυνότητας πιο συγκεκριμένα αναφέρεται η μη ανατρέψιμη καταθλιπτική διάθεση, η εγκατάλειψη, οι σωματικές ή ψυχικές ασθένειες, το αίσθημα μοναξιάς, η εξάρτηση από το αλκοόλ ή φαρμακευτικά σκευάσματα και η γήρανση (Παπαγεωργίου, 2004).

2.5.2 Πένθος και απώλεια στην τρίτη ηλικία

Η πορεία μέχρι τον θάνατο σχετίζεται και με άλλους παράγοντες στους ηλικιωμένους, οι οποίοι συμβάλλουν στην θνησιμότητα. Πέρα από τις σωματικές ασθένειες, την αδυναμία και τη γενικότερη αυξανόμενη σωματική και ψυχοκοινωνική καταπόνηση υπάρχουν κάποια ακόμη στοιχεία που είναι σημαντικό να αξιολογήσουμε για την ορθότερη κατανόηση αυτών που σχετίζονται με την θνησιμότητα. Συγκεκριμένα θα γίνει αναφορά στο πένθος και την απώλεια (Redfern & Ross, 2011).

Η απώλεια συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την κατάθλιψη. Πρόκειται για μια έννοια που εκφράζει την απώλεια ενός ατόμου, αντικειμένου ή κατάστασης και χαρακτηρίζεται από την στέρηση αυτών. Στα ηλικιωμένα άτομα έχει ιδιαίτερη σημασία, διότι κατά τη διάρκεια της ζωής τους και τα περισσότερα χρόνια που έχουν διανύσει, έχουν υποστεί και πιο πολλές απώλειες (Redfern & Ross, 2011). Οι απώλειες αυτές μπορεί να αφορούν άτομα που έχουν πεθάνει στο οικείο περιβάλλον, την κοινωνική τους θέση, την εργασία μετά τη συνταξιοδότηση ή ακόμα και σωματικές απώλειες λόγω ασθένειας.

Αντίστοιχα, με κάθε απώλεια υπάρχουν και μηχανισμοί ή θεσμοί, οι οποίοι εξομαλύνουν την κατάσταση και επιτρέπουν την εκδήλωση των συναισθημάτων. Ένας τέτοιος θεσμός είναι το πένθος, το οποίο εκδηλώνεται με άγχος και αισθήματα όπως η υπερένταση, ο εκνευρισμός, η ανησυχία, το κλάμα, η οδύνη, η διαρκή ενασχόληση με την απώλεια ή η απόσυρση (Σικλαφίδου και συν, 2011). Πιο συγκεκριμένα το πένθος πρόκειται για μια διεργασία που ακολουθείται της απώλειας και καθορίζεται από την κουλτούρα και τις κοινωνικές δομές του πολιτισμού, τον τρόπο σύνδεσης του με την απώλεια καθώς και τα χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου εξατομικευμένα (Ζαρταλούδη, 2010).

Επιπλέον, τα στοιχεία που εμπλέκονται στην έκβαση της ψυχικής υγείας λόγω απώλειας είναι η παρουσία ή μη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ο χρόνος και ο

τρόπος προσαρμογής του ηλικιωμένου ατόμου στη νέα κατάσταση. Ενώ ακόμη, η πορεία του πένθους εξαρτάται από τη φύση της προσκόλλησης στον εκλιπόντα, ο τρόπος και οι συνθήκες του θανάτου, ιστορικό προηγούμενων θανάτων και τέλος κοινωνικές, θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις (Redfern & Ross, 2011).

Κεφάλαιο 3 : Διάγνωση και θεραπεία κατάθλιψης

3.1 Διαγνωστικά εργαλεία

Για την διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται διάφορα μέσα, τα οποία και θα αναλυθούν παρακάτω. Αρχικά, αξιολογείται η κατάσταση του ατόμου, η εξωτερική του εμφάνιση, οι αντιδράσεις, η ομιλία, η αντίληψη, οι σκέψεις του καθώς επίσης και η λήψη ενός ιστορικού από το ίδιο το άτομο και το οικογενειακό του περιβάλλον. Έπειτα, υπάρχουν ψυχολογικές δοκιμασίες και ερωτηματολόγια, μερικά εκ των οποίων είναι τα τεστ προσωπικότητας, οι ψυχιατρικές κλίμακες και τα ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης. Ενώ τέλος, υπάρχουν και εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται έτσι ώστε να αποκληθεί η πιθανότητα ύπαρξης κάποιων συμπτωμάτων που οφείλονται σε καταστάσεις γενικής ιατρικής (Μενεδιάτου, 2010).

Το διαγνωστικό μέσο επιλογής και εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο ονομάζεται Γηριακή Κλίμακα Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale). Σύμφωνα με αυτή την κλίμακα, αξιολογείται η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια μίας εβδομάδας. Οι ερωτήσεις της κλίμακας είναι δεκαπέντε και απαντώνται με «ναι ή όχι». Η βαθμολογία από 0-5 θεωρείται φυσιολογική ενώ οι 6 βαθμοί και πάνω συνεπάγονται με κατάθλιψη. Η κλίμακα βαθμολογείται με ένα βαθμό για κάθε απάντηση με κεφαλαία γράμματα (Σταματίου, 2009). Η Γηριακή Κλίμακα Κατάθλιψης είναι η εξής:

Γηριακή Κλίμακα Κατάθλιψης(GDS)

Επιλέξτε την καλύτερη απάντηση για το πως έχετε αισθανθεί κατά την περασμένη

εβδομάδα:

1.Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας; Ναι / ΟΧΙ
2.Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας; ΝΑΙ/Όχι
3.Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια; ΝΑΙ/Όχι
4.Βαριέστε συχνά; ΝΑΙ/Όχι
5.Είστε σε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό; Ναι/ΟΧΙ
6.Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό; ΝΑΙ/Όχι
7.Αισθάνεστε χαρούμενος/η την περισσότερη ώρα; Ναι/ΟΧΙ
8.Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η; ΝΑΙ/Όχι
9.Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούργια πράγματα; ΝΑΙ/Όχι
10.Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι οι άλλοι; ΝΑΙ/Όχι
11.Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα; Ναι/ΟΧΙ

12. Αισθάνεστε ανάξιος/η έτσι όπως είστε τώρα; ΝΑΙ/Όχι
13. Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια; Ναι/ΟΧΙ
14. Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι χωρίς ελπίδα βελτίωσης; ΝΑΙ/Όχι
15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς; ΝΑΙ/Όχι

Αποτέλεσμα

0-5: φυσιολογική

6-8: ήπια

9-11: μέτρια

12-15: σοβαρή

Κάτι ακόμα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης, τα οποία προκύπτουν από τα παρακάτω Ταξινομικά Κριτήρια:

1. DSM-IV Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), το οποίο εκδίδεται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία.
2. Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical description and diagnostic guidelines, το οποίο εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Σύμφωνα με το πρώτο εγχειρίδιο (DSM-IV), η κατάθλιψη διαγιγνώσκεται όταν τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα του ατόμου είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η έλλειψη ενδιαφέροντος και συνυπάρχει ή συνυπάρχουν με τουλάχιστον αλλά τέσσερα ή παραπάνω, από τα συμπτώματα που ακολουθούν, κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων εβδομάδων. Τα συμπτώματα αυτά είναι:

1. Έντονη καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
2. Μείωση ή αύξηση του σωματικού βάρους
3. Αϋπνία ή υπερυπνία
4. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
5. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
6. Αίσθημα αναξιότητας ή αδικαιολόγητης ενοχής
7. Κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας
8. Ελαττωμένη αίσθηση ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικός ιδεασμός (Blazer, 2003).

Αντίστοιχα το δεύτερο διαγνωστικό εγχειρίδιο (ICD-10), αφορά κατευθυντήριες οδηγίες μέσα από 10 στοιχεία, τα υποδηλώνουν το καταθλιπτικό επεισόδιο. Αυτά είναι:

1. Η καταθλιπτική διάθεση
2. Η απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης
3. Μειωμένη ενέργεια που οδηγεί σε αυξημένη κόπωση και μειωμένη δραστηριότητα
4. Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή
5. Μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση
6. Ιδέες απαξίας και ενοχής
7. Ζοφερές και απαισιόδοξες απόψεις για το μέλλον
8. Ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας
9. Διαταραγμένος ύπνος
10. Μειωμένη όρεξη

Το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο προκύπτει από την παρουσία των 1,2,3 συν τουλάχιστον τεσσάρων από τα υπόλοιπα δηλαδή πρέπει να υπάρχουν το λιγότερο επτά από τα δέκα συμπτώματα. Στο μέτριο επεισόδιο παρουσιάζονται τουλάχιστον δυο από τα 1,2,3 και συνολικά πέντε από τα δέκα συμπτώματα. Και τέλος, το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο έχει δυο από τα 1,2,3 ενώ τα λιγότερα που υπάρχουν είναι τέσσερα στα δέκα (Redfern & Ross, 2011).

3.2 Τρόποι θεραπείας

Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει δυο στάδια: την αντιμετώπιση του οξέως σταδίου και την συντηρητική θεραπεία στο δεύτερο στάδιο. Πιο αναλυτικά, στο πρώτο στάδιο υπάρχει η εκδήλωση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου, όπου δίνεται φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ώστε το άτομο να αισθάνεται καλά και να πραγματοποιεί τις δραστηριότητες του και στη συνέχεια λαμβάνει μια συντηρητική θεραπεία για να μην παρουσιάσει υποτροπή. Οι κύριοι τρόποι θεραπείας είναι: φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής με ψυχοθεραπείας και άλλες θεραπείες (Μαντζαβίνου, 2008).

Όσον αφορά τα ηλικιωμένα άτομα η ψυχοθεραπεία είναι η ίδια που ακολουθείται για όλους όσους έχουν κατάθλιψη, πάντα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή εξατομικευμένα. Ωστόσο, η φαρμακοθεραπείας είναι πιο πολύπλοκη και διαφοροποιείται στο ηλικιακό φάσμα των υπερηλίκων, και η φαρμακοκινητική αλλά και η φαρμακοδυναμική είναι επηρεασμένη σε όλα τα φάρμακα (Καπρίνης και συν., 2009). Οι διαφοροποιήσεις που υπάρχουν αφορούν αλλαγές στην τρίτη ηλικία όπως:

- Η πληθώρα φαρμάκων που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για τις διάφορες σωματικές παθήσεις, η οποία μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει την αποτελεσματικότητα των ψυχιατρικών φαρμάκων.
- Η μειωμένη πιθανώς ηπατική και νεφρική λειτουργία που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, κατά την οποία πρέπει να γίνεται εκτενέστερος έλεγχος στην δόση των φαρμάκων που μεταβολίζονται στο ήπαρ και τους νεφρούς.
- Ο χαμηλότερος βασικός μεταβολισμός, που συνεπάγεται με την παραμονή του φαρμάκου στον οργανισμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Έτσι, μια δόση θεραπευτική, στο ηλικιωμένο άτομο μπορεί να γίνει τοξική.
- Ο αυξημένος λιπώδης ιστός, που σημαίνει την αποθήκευση των λιποδιαλυτών φαρμάκων στον οργανισμό των ηλικιωμένων για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.
- Η μείωση της ποσότητας νερού στον οργανισμό, με αποτέλεσμα τα υδατοδιαλυτά φάρμακα να δεσμεύονται δυσκολότερα (Καπρίνης και συν., 2009).

Αναλυτικότερα σε ότι αφορά την φαρμακοθεραπεία, υπάρχουν πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα οποία μπορούν να διακριθούν ανάλογα με τον χημικό τους τύπο και τον μηχανισμό δράσης τους. Αυτά που χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι: α) τα τρικυκλικά (TCA), β) οι εκλεκτοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), γ) οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) (Dewit, 2001). Ωστόσο, τα τρικυκλικά καταθλιπτικά έχουν και αντιχολινεργικές δράσεις, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο να εμφανιστεί δυσκοιλιότητα στα άτομα της τρίτης ηλικίας ενώ οι εκλεκτοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης ενδέχεται να προκαλέσουν κεφαλαλγία, άγχος, ευερεθιστότητα, τρόμο και διαταραχές ύπνου (Simonsen et al., 2009). Τα κλινικά αποτελέσματα γίνονται εμφανή μετά το πέρας 6-8 εβδομάδων στα ηλικιωμένα άτομα, σε αντίθεση με τα νεαρά άτομα όπου οι 4 εβδομάδες είναι αρκετές (Σταματίου, 2009). Εντούτοις, ενδέχεται να υπάρξουν παρενέργειες, φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις, συννοσηρότητες και ελλιπής συμμόρφωση στη θεραπεία για αυτό το λόγο πρέπει η φαρμακοθεραπεία να χειρίζεται με ιδιαίτερη προσοχή (Nies & McEwen, 2001).

Λόγω της πολυπλοκότητας στην φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική της ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας επιδέχεται λεπτομερή επεξήγηση. Ξεκινώντας, λοιπόν, από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται οι δευτεροταγείς αμίνες, νορτριπυλίνη και δεσιπραμίνη. Πρόκειται για φάρμακα με αντιχολινεργικές και κατασταλτικές ενέργειες, με τα οποία οι ηλικιωμένοι αναπτύσσουν θεραπευτικές συγκεντρώσεις πλάσματος λαμβάνοντας μικρές δόσεις. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς της τρίτης ηλικίας, οι οποίοι λαμβάνουν νορτριπυλίνη ή δεσιπραμίνη, πρέπει να ελέγχονται σχετικά με τις υψηλές νοητικές λειτουργίες, το ηλεκτροκαρδιογράφημα τους και την αρτηριακή πίεση σε όρθια θέση. Αντίστοιχα, οι εκλεκτοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης όπως η φλουοξετίνη και η παροξετίνη αποτελούν φάρμακα στην βραχυπρόθεσμη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής με σταδιακή αύξηση των δόσεων. Διαθέτουν τις λιγότερες καρδιολογικές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και είναι φάρμακο εκλογής σε ήπιες καταθλίψεις. Επίσης, πρέπει να εξετάζονται οι αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και να ελέγχεται η δόση ανάλογα με τα επίπεδα του πλάσματος των τρικυκλικών, αντιψυχωτικών και αντιαρρυθμικών φαρμάκων. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών είναι η αϋπνία, η ναυτία, η ανορεξία, ο ψευδοπαρκινισμός και η απρόσφορη έκκριση

αντιδιουρητικής ορμόνης. Τέλος, *οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης* είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί στη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή με επεισόδια πανικού. Κάποιοι από τους αναστολείς είναι η φαινελζίνη και η τρανυλκυπρομίνη, χορηγούνται σε μικρές δόσεις ενώ η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η ορθοστατική υπόταση που ενδεχομένως να οδηγήσει και σε πτώσεις. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αύξηση του βάρους, η υπνηλία ή αϋπνία με έλλειψη ενεργητικότητας, η εφίδρωση και η νευρικότητα (Kaplan et al., 2005).

Αντίστοιχα, σε ότι αφορά την ψυχοθεραπεία υπάρχουν διάφοροι τύποι, οι οποίοι επιλέγονται και προσαρμόζονται στον εκάστοτε ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του και την πορεία της νόσου. Τα είδη ψυχοθεραπείας, λοιπόν, είναι η ατομική, η ομαδική, η οικογενειακή, η γνωστική – συμπεριφοριστική και η ψυχαναλυτική. Η γνωσιακή – συμπεριφοριστική μέθοδος είναι αυτή που έχει δείξει τα πιο πολλά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Τέλος, άλλες θεραπευτικές μέθοδοι για την κατάθλιψη είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η φωτοθεραπεία (ΕΠΨΥ, 2010). Συγκεκριμένα, η θεραπεία με ηλεκτροσόκ πραγματοποιείται σε περιπτώσεις, σοβαρών μορφών καταθλίψεως οι οποίες δε ανταποκρίθηκαν θετικά σε ποικίλες φαρμακευτικές αγωγές (Dewit, 2001). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, αποτελεί ακόμη μια θεραπευτική μέθοδο με τον μικρότερο κίνδυνο επιπλοκών στα ηλικιωμένα άτομα, καθώς δεν εμπλέκονται οι συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις ούτε υπάρχει ο κίνδυνος αλληλεπίδρασης των φαρμάκων. Συνεπώς, προσφέρει ταχεία ανταπόκριση ζωτικής σημασίας με τον ίδιο βαθμό ασφάλειας με τα φάρμακα όταν πρόκειται για εξουθενωμένους ηλικιωμένους ασθενείς (Kaplan et al., 2005).

Εν κατακλείδι, η θεραπεία της καταθλίψεως είναι ιδιαίτερα σημαντική και απαραίτητη καθώς έχει τη δυνατότητα να μειώσει τον χρόνο και την ένταση της ασθένειας. Επιπροσθέτως, στην επίτευξη αυτού σημαντικό ρόλο έχουν διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, εκ των οποίων είναι ψυχίατροι, ψυχολόγοι, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.α. Στόχος των παραπάνω είναι η αντιμετώπιση της κακής ψυχικής υγείας καθώς και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των καταθλιπτικών ασθενών (Μαντζαβίνου, 2008). Τέλος, το σχέδιο φροντίδας στηρίζεται στα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου και χρήζει αναγκαία η προσοχή στην χορηγούμενη δόση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, δεδομένου ότι υπάρχουν πολλοί πιθανοί κίνδυνοι (π.χ. αφυδάτωση, ορθοστατική υπόταση, διέγερση, σύγχυση κ.α).

Κεφάλαιο 4 : Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις στην κατάθλιψη

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος: α) Παρατηρητής, β) Υποστηρικτής, γ) Δημιουργός θετικού θεραπευτικού περιβάλλοντος, δ) Θεραπευτής – Πρόσωπο Αναφοράς, στ) Επόπτης νοσηλευτικής εργασίας και ζ) Εκπαιδευτής. Έτσι, ως πάρομο τα χαρακτηριστικά ενός νοσηλευτή ψυχικής υγείας από την αρχή. Ως παρατηρητής, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής έχει υπευθυνότητα, αντικειμενικότητα, πληρότητα στη συλλογή των δεδομένων και ακρίβεια, καθώς η εκτίμηση της πορείας μια νόσου είναι σημαντικό σημείο αναφοράς. Ακόμη, είναι αυτός που υποστηρίζει τον ασθενή δημιουργώντας ένα θετικό περιβάλλον ώστε να νιώθει ασφάλεια και εποπτεύει την θεραπευτική πορεία κάνοντας συνεχή κριτική στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, ο ρόλος του ως εκπαιδευτής δημιουργεί μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, με την οποία στοχεύει στην εκμάθηση και τη συμμόρφωση εκείνου αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντος (Δαμίγος, 2003). Κάποια ακόμη χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα να συνοδεύουν τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η τήρηση της εχεμύθειας σε όα αφορά τους ασθενείς, η αποστασιοποίηση σε προσωπικό επίπεδο, η ελαστικότητα στον χειρισμό του ασθενή και η ενημέρωση αυτού χωρίς να υποδεικνύει ή να αποτρέπει (Ιεροδιακόνου & Ιακωβίδης, 1997).

Ωστόσο, η θεραπευτική σχέση με έναν ασθενή τρίτης ηλικίας έχει ορισμένες επιπρόσθετες ιδιαιτερότητες. Σε πρώτη φάση πρέπει να ξεπεραστούν οι πολιτισμικές στάσεις απέναντι στους ηλικιωμένους και τα γηρατειά ώστε να δίνεται η πρέπουσα προσοχή, η οποία θα βελτιώσει την έκβαση της νοσηλείας αλλά και θα προσφέρει σιγουριά και ασφάλεια στους ασθενείς. Έπειτα, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και αντιμετωπίζονται κατάλληλα πρακτικές δυσκολίες των ηλικιωμένων ατόμων όπως η έκπτωση της ακοής και η δυσκολία στην άρθρωση του λόγου. Επιπλέον, μια δυσκολία που προκύπτει από την μορφωτική διαφορά είναι η δυσμενής κατανόηση των ιατρικών ορών όπως επίσης και η δυσκολία στην διεκπεραίωση των ψυχομετρικών διαδικασιών. Κατά συνέπεια, οι φροντιστές υγείας οφείλουν να ξεπερνούν τις δυσκολίες αυτές, αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο σύμφωνα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων (Καπρίνης και συν., 2009).

4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας ξεκινά από τη διάγνωση της νόσου. Ακριβώς, επειδή πρόκειται για μια πολύπλοκη διαδικασία ο νοσηλευτής έχοντας τις γνώσεις σχετικά με την συμπτωματολογία οφείλει να διακρίνει και να αναγνωρίσει τα σημεία σε έναν καταθλιπτικό ασθενή. Παρόλα αυτά, εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος του κατά την παροχή φροντίδας στην θεραπεία της κατάθλιψης (Πλατή, 2000). Στόχος στον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ανασυγκρότηση της καθημερινότητας και η αντιμετώπιση των αναγκών ανώτερου επιπέδου, ο οποίος στηρίζεται στην ιεράρχηση των ανθρωπίνων αναγκών κατά Maslow, όπου στο υψηλότερο επίπεδο βρίσκεται η αυτοεκτίμηση. Έτσι, ο νοσηλευτής οφείλει να ενθαρρύνει το ηλικιωμένο άτομο μέσα από τις διαπροσωπικές του δεξιότητες ώστε να αποκτήσει αυτονομία, αυτοσεβασμό και εμπιστοσύνη στη μεταξύ τους σχέση για ένα θεραπευτικό διάλογο (Παγοροπούλου, 2000).

Το πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή σε ένα καταθλιπτικό άτομο είναι να τον προστατέψει από κάθε μορφή αυτό-τραυματισμού κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής της του αγωγής, όπου ο ασθενής αποκτά ξανά την ενέργεια του. Αυτό συμβαίνει όπως μπορούμε να καταλάβουμε επειδή η διατήρηση της ζωής είναι το μείζον ζήτημα για να αναλύσουμε τα περαιτέρω. Σε έναν ηλικιωμένο, λοιπόν, που πάσχει από κατάθλιψη θα πρέπει να εστιαστεί η προσοχή στον εντοπισμό τυχόν σημείων που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν την πρόθεση του καταθλιπτικού ατόμου να αυτοκτονήσει. Τα σημεία αυτά είναι: ο λεπτομερής διακανονισμός των προσωπικών ζητημάτων, η αιφνίδια ευφορία ή ακόμα και η ίδια η επιθυμία του για το θάνατο (Dewit, 2001).

Σχετικά με το έργο του νοσηλευτή, γενικότερα, είναι γεγονός ότι αναπτύσσεται από την κλινική έως την κοινότητα. Συγκεκριμένα αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στον καταθλιπτικό ασθενή και την θεραπευτική ομάδα, διότι είναι το πρόσωπο κλειδί που βρίσκεται τις περισσότερες ώρες με τον ασθενή και του δίνεται η δυνατότητα να συγκεντρώσει στοιχεία του χαρακτήρα, τις πληροφορίες για τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον και να παρατηρήσει τις διαφοροποιήσεις που ενδεχομένως να υπάρξουν στην πορεία της νόσου. Τα στοιχεία αυτά ευνοούν στην βελτίωση του νοσηλευτικού πλάνου αλλά της ευρύτερης θεραπείας του καταθλιπτικού ασθενή (Μαδιανός, 2000).

Ακόμη, ιδιαίτερα σημαντική είναι η επικοινωνία του νοσηλευτή με το καταθλιπτικό άτομο, η όποια ενδεχομένως να μην είναι εύκολη εξ' αιτίας των αρνητικών σκέψεων και συμπεριφορών του. Μία αναγκαία παρέμβαση του επαγγελματία υγείας είναι να βοηθήσει το άτομο να θέσει ρεαλιστικούς και πραγματοποιήσιμους στόχους, οι οποίοι σταδιακά θα αφορούν πιο περίπλοκες διαδικασίες. Γνωρίζοντας ότι κάθε διαδικασία απαιτεί ανάλογη συγκέντρωση και ενέργεια, τις οποίες το άτομο που πάσχει δεν θα είναι διατεθειμένο να καταβάλει, ο νοσηλευτής πρέπει να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης και να παρέχει ένα περιβάλλον και συνθήκες όσο το δυνατόν πιο κοντά στην αρέσκεια του πάσχοντα (Dewit, 2001).

Κάποιες βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για ένα ηλικιωμένο άτομο είναι : Η εξασφάλιση ενός κατάλληλου και άνετου χώρου, η επαρκής διατροφική πρόσληψη και κατανάλωση υγρών, ο έλεγχος της κατάποσης των φαρμάκων, η φροντίδα της στοματικής υγιεινής, η ενθάρρυνση / βοήθεια στην προσωπική καθαριότητα και η ψυχολογική υποστήριξη (Stanhope & Lancaster, 2009). Τέλος, πρέπει να προσθέσουμε ότι σημαντικό για κάθε νοσηλευτική παρέμβαση είναι ο νοσηλευτής να γνωρίζει την συνύπαρξη άλλων ασθενειών ή άλλων επεισοδίων στο ιστορικό του ασθενή. Η ορθή και ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασης θα οδηγήσει στις κατάλληλες ενέργειες και τα μέτρα, τα οποία θα εφαρμοστούν (Παπαγεωργίου, 2004).

Παρακάτω θα αναλύσουμε το νοσηλευτικό πλάνο σύμφωνα με το οποίο πραγματοποιούνται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε έναν ασθενή που πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή. Τα μέρη του πλάνου είναι τα εξής:

- Η νοσηλευτική διάγνωση και εκτίμηση
- Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής παρέμβασης
- Η εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου
- Η αξιολόγηση του αποτελέσματος (Dewit, 2001).

4.2.1 Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση

Αρχικά, ο νοσηλευτής ολοκληρώνει την εκτίμηση της γενικότερης κατάστασης του ασθενή, συλλέγοντας δεδομένα με βάση τα ακόλουθα βήματα. Είναι σημαντική η υιοθέτηση κοινού τρόπου προσέγγισης του ηλικιωμένου ατόμου από όλη τη θεραπευτική ομάδα (Redfern & Ross, 2011).

1. Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, η οποία περιλαμβάνει: το ιατρικό και το οικογενειακό ιστορικό, τα πιθανά προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια, την κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, την μόρφωση του ασθενή, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής του, πρόσφατη απώλεια, κοινωνική απομόνωση και τέλος τα γηροψυχιατρικά εργαλεία εκτίμησης της κατάθλιψης.
2. Η καταγραφή των συμπτωμάτων, την γνωσιακή, συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές. Αξιολόγηση σοβαρότητας του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου.
3. Η εκτίμηση των αυτοκτονικών συμπεριφορών που ενδεχομένως να έχει το άτομο, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στον θάνατο αναγνωρίζοντας τα σημεία που την υποδηλώνουν.
4. Η διερεύνηση του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή. Κατ' επέκταση, ποία είναι τα άτομα αυτά, οι γνώσεις τους σχετικά με την διαταραχή, αν είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα και τις υποτροπές και τέλος κατά πόσο είναι υποστηρικτικοί στην όλη κατάσταση (Redfern & Ross, 2011).

Αντίστοιχα, κατά τη διάγνωση της κατάθλιψης ο νοσηλευτής ελέγχει την βαρύτητα των συμπτωμάτων, τα επίπεδα του άγχους, την επικρατέστερη διάθεση, τον βαθμό αυτοελέγχου και της επικινδυνότητας για αυτοκτονία. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται εξατομικευμένη νοσηλευτική διεργασία του καταθλιπτικού ατόμου, ιεραρχώντας τα παρακάτω σημεία:

- i. Άγχος
- ii. Αντιμετώπιση αποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση
- iii. Αντιμετώπιση στην αποτελεσματικότητα της προσωπικότητας του ατόμου
- iv. Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας
- v. Λύπη, δυσλειτουργία
- vi. Έλλειψη ελπίδας
- vii. Ελλειμματική γνώση
- viii. Διαταραχή της διατροφής
- ix. Καταβολή των δυνάμεων
- x. Έλλειψη αυτοεκτίμησης
- xi. Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς

- xii. Διαταραχή του ύπνου
- xiii. Κοινωνική απομόνωση
- xiv. Πνευματικές ανησυχίες
- xv. Μειωμένη κριτική ικανότητα
- xvi. Κίνδυνος για άσκηση βίας στον ίδιο ή σε άλλους (Ορφανού, 2016).

4.2.2 Σχεδιασμός νοσηλευτικών παρεμβάσεων και εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου

Κατά τον σχεδιασμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, ο νοσηλευτής θέτει τους στόχους ώστε να διαχειριστεί κατάλληλα τον καταθλιπτικό ασθενή και την οικογένεια του (Dewit, 2001).

Συγκεκριμένα, επιδιώκει από *το άτομο* να μειωθεί το άγχος του ασθενή, να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα στρεσογόνα γεγονότα, να αποκτήσει ελπίδα και αυτοεκτίμηση, να εκφράζει τα συναισθήματα του στα οικεία πρόσωπα, να αποκαταστήσει τις διαταραχές του ύπνου και της διατροφής, να κάνει αισιόδοξες σκέψεις που βασίζονται στην πραγματικότητα, να συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, και από *το οικογενειακό περιβάλλον* να εκπαιδευτεί σχετικά με την κατάθλιψη, τον τρόπο της θεραπείας, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, την αναγνώριση των υποτροπών αλλά επίσης και την υποστήριξη με την έκφραση του ενδιαφέροντος προς τον πάσχοντα.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας, σε συνεργασία με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα, εφαρμόζεται στον καταθλιπτικό ασθενή σύμφωνα με το εξής πλάνο:

- i. Αποδεχόμαστε τον ασθενή ως ολότητα.
- ii. Δημιουργούμε ένα καθημερινό πρόγραμμα στον ασθενή ώστε να προσαρμοστεί ευκολότερα.
- iii. Εξασφαλίζουμε την επαρκή διατροφή του ασθενή, συμπεριλαμβάνοντας τροφές της αρεσκείας του.
- iv. Επιδιώκουμε την βελτίωση του ύπνου παρέχοντας ένα κατάλληλο περιβάλλον
- v. Προτρέπουμε την συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες.
- vi. Προσπαθούμε να αποβάλλουμε τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις που έχει για τον εαυτό του.
- vii. Θέτουμε εύκολους στόχους στην αρχή και σταδιακά πιο περίπλοκους.

- viii. Αποδεχόμαστε όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- ix. Βοηθούμε στην αποβολή της ελαττωμένης αυτοεκτίμησης.
- x. Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα σε συνθήκες αυτοκτονικών τάσεων.
- xi. Διαχειριζόμαστε ορθά την φαρμακευτική αγωγή ανάλογα με τις εργαστηριακές εξετάσεις.
- xii. Παρακολουθούμε τα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις πιθανές επιπλοκές.
- xiii. Ενθαρρύνουμε την συμμετοχή σε θεραπευτικές δραστηριότητες για την καλύτερη εκδήλωση των συναισθημάτων αλλά και στην ομαδική ψυχοθεραπεία ώστε να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή.
- xiv. Εκπαιδεύουμε τον ασθενή σύμφωνα με την ασθένεια με στόχο τον αυτοέλεγχο.
- xv. Χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές στην εκδήλωση παραισθήσεων.

4.2.3 Αξιολόγηση του αποτελέσματος

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

1. Ο ασθενής εκφράζει τη μείωση του άγχους και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.

9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.

10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση (Happell, et al., 2008).

4.3 Προαγωγή της υγείας – Πρόληψη της κατάθλιψης

Η προαγωγή της δημόσιας υγείας περιλαμβάνει την ενδυνάμωση της ψυχικής ευεξίας των ατόμων, των οικογενειών και κατ' επέκταση των κοινοτήτων. Ακόμη, βασίζεται στην άποψη ότι το πως αισθάνονται οι άνθρωποι επιδρά σημαντικά στην υγεία του. Δίνοντας έμφαση στη σημασία που έχει η διατήρηση της σωματικής υγείας για την καθολική ευεξία των ηλικιωμένων, παρατηρείται ότι τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα προαγωγής της υγείας και πρόληψης των νοσημάτων (Redfern & Ross, 2011).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση σχετικά με τις παρεμβάσεις καθώς και ενθάρρυνση για τη συμμετοχή τους σε αυτές. Αναφορικά, οι ηλικιωμένοι θα ωφεληθούν από δράσεις όπως είναι η προώθηση της άσκησης, η ισορροπημένη διατροφή, οι στρατηγικές για την πρόληψη των πτώσεων και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και τέλος στην διαχείριση της γρίπης (Redfern & Ross, 2011). Παράλληλα, τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο ευάλωτα σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες όσον αφορά οργανικά, συναισθηματικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Κατά συνέπεια, πιθανόν να απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα προκειμένου να καταστεί δυνατή η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας τους (Taylor et al., 1997).

Οι βασικές και κύριες πτυχές της πρόληψης στην κατάθλιψη εστιάζονται:

1. Στην προαγωγή της ψυχικής υγείας για όλο τον πληθυσμό.
2. Στην αντιμετώπιση της κακής ψυχικής υγείας μέσω της προληπτικής δράσης.
3. Στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με κακή ψυχική υγεία ή αναπηρία μέσω της κοινωνικής ένταξης και της προστασίας των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειάς τους.
4. Στην ανάπτυξη ενός συστήματος ενημέρωσης, έρευνας και επιμόρφωσης σχετικά με την ψυχική υγεία (Μαντζαβίνου, 2008).

ΕΝΟΤΗΤΑ II :

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 : Νέα δεδομένα στην κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας

Λαμβάνοντας υπόψη το πρώτο μέρος της εργασίας, η κατάθλιψη αποτελεί ένα μείζον ζήτημα για την ψυχική υγεία του ανθρώπου και συγκεκριμένα η νόσος αυτή στην τρίτη ηλικία είναι μια κατάσταση που απαιτεί προσοχή λόγω της πολυπλοκότητας και της δυσκολίας στον εντοπισμό της στα ηλικιωμένα άτομα διότι συχνά παρερμηνεύεται. Η συχνότητα και η θνησιμότητα που την χαρακτηρίζει διαμορφώνει την έκτακτη ανάγκη για την αντιμετώπιση της καθώς και την παρέμβαση από επαγγελματίες υγείας. Κατά συνέπεια, το θέμα αυτό υπήρξε αντικείμενο προβληματισμού και αφορμή για περαιτέρω μελέτη και έρευνες ώστε να εμβαθύνουν σε επιστημονικό επίπεδο με στόχο την εξειδικευμένη γνώση.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία και η περιγραφή της ερευνητικής εφαρμογής της στη διεθνή επιστημονική κοινότητα με στόχο την ανάδειξη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

1.1 Υλικό και μέθοδος μελέτης

Η μέθοδος μελέτης, κατά την οποία τα στοιχεία της έρευνας έχουν συλλεχθεί από προηγούμενες δημοσιευμένες έρευνες -με συσχετιζόμενα θέματα- ονομάζεται δευτερογενή έρευνα (Watson et al., 2008). Με τον τρόπο αυτό έχουμε την δυνατότητα μιας σφαιρικής εικόνας του θέματος από διαφορετικές προσεγγίσεις.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε από ηλεκτρονικές βάσεις όπως το Google Scholar, το Pubmed, το Iatrotek κ.α. Επιλέχθηκαν άρθρα δημοσιευμένα κατά τα τελευταία έτη, τα οποία είχαν προκύψει από ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες ή και γενικά άρθρα. Τέθηκε περιορισμός στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και επιλέχθηκαν όσα ήταν στην αγγλική είτε από ελληνικές είτε από ξένες πηγές. Τέλος, οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς στην αναζήτηση ήταν: Κατάθλιψη, Τρίτη ηλικία, ηλικιωμένοι, συμπτώματα, αιτιολογία.

1.2 Αποτελέσματα έρευνας

Prevalence of depression among the elderly

K. Argyropoulos, P. Gourzis, E. Jelastopulu.

Psychiatriki 2012, 23: 39-45

Abstract

Depression is the most common mental health problem among older people, posing a critical impact on their well-being and the quality of life. The objective of the present study was to estimate the prevalence of depression in elderly population of an urban area and to investigate the association with various aggravating or protective factors. The sample consisted of 239 subjects, aged >60 years, members of “daycare centers for older people” (KAPI) in the municipality of Patras, W-Greece. A questionnaire was developed to collect basic demographic and socioeconomic data, including three questions from the “European Health Interview Survey” (EHIS), regarding self-reported and/or by a physician diagnosed depression. Moreover, to all participants the Greek validated version of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) was applied, to screen the elderly for depressive symptoms. The scores of the GDS were a) compared to the corresponding answers of the EHIS questions and b) associated to the various recorded basic parameters. Statistical analyses were performed using the SPSS v. 17.0. The results of the GDS indicated 45% of the studied population having depressive symptoms (36% moderate, 9% severe), while having ever been affected with chronic depression reported 49 (20.5%) and out of them 34 (66.8%) stated to have been diagnosed by a medical doctor. In detail, out of the 162 (67.8%) subjects reporting never have been affected by a depression, 37 (22.8%) and 8 (4.9%) screened positive for moderate and severe depressive symptoms, respectively. In 27 individuals who reported not to know if they have depression, 16 revealed depressive symptoms using the GDS. Depressive symptoms were more frequent in women (54.6% vs 37.4%, $p=0.027$), in not married, including divorced and widowed, compared to married (55.6% vs 38.9%, $p=0.038$) and in subjects living alone at home (62% vs 38.1%, $p=0.003$). Depressive symptoms were more frequent in elderly with chronic diseases compared to elderly without comorbidity (50.8% vs 27.5%, $p=0.02$). High

prevalence of depressive symptoms in elderly population is evident, but rarely recognized. The systematic use of short GDS versions in Primary Care may increase detection rates of depression among the elderly.

Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων.

Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή, με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, είναι η κατάθλιψη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της συχνότητας κατάθλιψης σε κοινοτικό αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων, η διερεύνηση της συσχέτισης της με επιβαρυντικούς ή προστατευτικούς παράγοντες και η διερεύνηση πιθανής υποδιάγνωσης της. Διεξήχθη διαχρονική μελέτη, όπου πληθυσμό-στόχο, αποτέλεσαν 239 ηλικιωμένα άτομα, οι οποίοι είναι αποδέκτες των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ του Δήμου Πάτρας. Σχεδιάστηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των βασικών δεδομένων, συμπεριλαμβάνοντας τρεις ερωτήσεις του “European Health Interview Survey” (EHIS) με τις οποίες επιχειρείται να προσδιοριστεί το ποσοστό ατόμων που εμφανίζει χρόνια κατάθλιψη, είτε αυτό-αναφερόμενη είτε από ιατρό διαγνωσμένη. Επίσης εφαρμόστηκε σε όλους τους συμμετέχοντες η ελληνική έκδοση της επικυρωμένης <<Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης>> (GDS-15) για την εκτίμηση καταθλιπτικών διαταραχών. Συμπτώματα κατάθλιψης βάσει του διαγνωστικού εργαλείου GDS-15 εμφανίζει το 45% (36% μέτρια και 9% σοβαρά) του υπό μελέτη πληθυσμού, ενώ στην ερώτηση του EHIS αν έχουν/είχαν κατάθλιψη απαντά θετικά το 20,5% (49), εκ των οποίων 34 άτομα δηλώνουν να έχει γίνει διάγνωση από ιατρό. Συγκεκριμένα, από τους 162 (67,8%) που δηλώνουν απουσία κατάθλιψης, σε 37 (22,8%) και 8 (4,9%) άτομα ανιχνεύθηκε μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη και σε 27 άτομα τα οποία δήλωσαν να μην γνωρίζουν εάν πάσχουν/έπασχαν, 16 ανιχνεύθηκαν με καταθλιπτικές διαταραχές. Συχνότερη εμφανίζεται η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφανίζουν συννοσηρότητα (50,8% έναντι 27,5%, $p=0,02$), σε γυναίκες (54,6% έναντι 37,4%, $p=0,027$), στους χήρους ή διαζευγμένους σε σύγκριση με τους παντρεμένους (55,6% έναντι 38,9%, $p=0,038$) και σε άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι (62% έναντι 38,1%, $p=0,003$). Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αναδεικνύεται ως υπό-διαγνωσμένη νόσος. Η εφαρμογή της εύχρηστης και σύντομης κλίμακας GDS-15 από ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας

υγείας ενδέχεται να αυξήσει τα ποσοστά έγκαιρης αναγνώρισης και αντιμετώπισής της σε ηλικιωμένο πληθυσμό.

**Rostrum of Asclepius® - “To Vima tou Asklipiou” Journal Volume 13, Issue 2
(April – June 2014)**

Comparative study of occurrence of depression in the third age in closed and open structures of elderly care according to the Hamilton depression scale

**Zintrou Georgia, Vasilopoulou Georgia, Vakali Christina, Gerogianni Georgia,
Kaba Evrydiki, Babatsikou Fotoula**

Abstract

Depression is a serious mental disorder that is a leading cause of morbidity in the elderly and affects the daily lives of the elderly leading to the marginalization and stigmatization.

Purpose: The purpose of this study was to investigate the prevalence of depression in the elderly, both in the community and in closed structures and identify possible differences between these two groups.

Material and Method: The studied population consisted of 200 elderly people. One hundred of them came from closed structure care (nursing home) and the remaining 100 by Open Care Centres (KAPI). For data collection, a specially designed questionnaire that included demographic data, information about their health and their daily habits and Depression Scale Hamilton, were used.

Results: The majority of the sample (50.5%) was men. Depressive symptomatology was showed by 44% (31% mild and 13% moderate). The men of the nursing home had greater depression than men of KAPI and showed a greater percentage of women (27.3 % mild and 12.1 % moderate), with women of the nursing home outweighing the percentages of those in KAPI. Depressive symptomatology exhibited by widowers, people with multiple pathology and

those who did not exercise, with rates of 61.5%, 34.6% and 73.1% respectively. Big difference appeared between closed and open structure, where the elderly in nursing home seemed to show greater depression by 53%, versus 35% of those in KAPI.

Conclusions: Gender, marital status, presence of pathology, exercise and living in closed structures of care, seem to influence the occurrence of depression in the elderly.

Συγκριτική μελέτη εμφάνισης κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, που αποτελεί κύρια αιτία νοσηρότητας στην τρίτη ηλικία και επηρεάζει την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων οδηγώντας τους στην περιθωριοποίηση και τον στιγματισμό.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους, τόσο στην κοινότητα όσο και σε κλειστές δομές και να καταγραφούν πιθανές διαφοροποιήσεις μεταξύ αυτών των δύο ομάδων.

Υλικό και Μέθοδος: Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 200 ηλικιωμένοι. Οι 100 προήλθαν από κλειστή δομή φροντίδας (γηροκομείο) και οι υπόλοιποι 100 από Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Για τη συλλογή των δεδομένων συμπληρώθηκε ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους και τις καθημερινές τους συνήθειες καθώς και η σταθμισμένη σε Ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό κλίμακα για την κατάθλιψη, Hamilton.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος (50,5%) ήταν άντρες. Καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνισε το 44% (31% ήπια και 13% μέτρια). Οι άντρες του γηροκομείου παρουσίασαν μεγαλύτερη κατάθλιψη από τους άντρες των ΚΑΠΗ, σε ποσοστό μεγαλύτερο από τις γυναίκες (27,3% ήπια και 12,1% μέτρια), με τις γυναίκες του γηροκομείου να υπερτερούν στα ποσοστά έναντι αυτών των ΚΑΠΗ. Καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν οι χήροι, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και αυτοί που δεν ασκούνται με ποσοστά 61,5%, 34,6% και 73,1% αντίστοιχα. Μεγάλη διαφορά φάνηκε μεταξύ κλειστής και ανοιχτής δομής, όπου οι

ηλικιωμένοι του γηροκομείου φάνηκε να εμφανίζουν μεγαλύτερη κατάθλιψη με ποσοστό 53% , έναντι του 35% των ηλικιωμένων των ΚΑΠΗ.

Συμπεράσματα: Το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παθολογίας, η άσκηση καθώς και η διαμονή σε κλειστές δομές φροντίδας φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

The incidence of depression in primary health care

M. LOTTI-LYKOUSA, A. A. PARADOPOULOS, I. VRETTOS, K. KAMPOSIORAS, E. PAPPA, P. ANDRIOPOULOS, D. NIAKAS

Archives of Hellenic Medicine 2012, 29(1):77–84

Abstract

OBJECTIVE: To estimate the incidence of depression in a population sample of convenience consisting of patients that visited primary health care facilities, and to identify relationships between the development of depression and demographic characteristics and the presence of chronic diseases.

METHOD: The survey was conducted in the Health Center (HC) of Gythion between November and December 2009 on 500 persons (280 women) with a mean age of 67.8 +/- 13.05 years who attended the HC on a regular basis. The patients were asked to complete the self-evaluation Zung depression scale (SDS Zung), supplemented by demographic and health-related information.

RESULTS: Depressive symptoms (SDS Zung score >50) were revealed in 163 (32.6%) patients, 52 of whom were already receiving some kind of antidepressant treatment. Among the remaining patients, 111 persons (22.2% of the total population), mainly women (70%) presented various degrees of depression: 80 (16%, 22 men, 58 women) had SDS Zung score 50–59, 23 (4.6%, 8 men, 15 women) had Zung score 60–89 and 8 (1.6%) had moderate to severe depression. Subjects with chronic arthritis and those with chronic obstructive pulmonary disease presented statistically higher mean SDS Zung scores ($p < 0.001$ and $p = 0.009$, respectively).

CONCLUSIONS: Depressive symptoms are present in a significant percentage of the subjects that attend primary health care facilities. The early detection of their depression could help towards the better support of these patients.

Εκτίμηση συχνότητας της κατάθλιψης σε ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίπτωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα που επισκέπτονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να εξετάσει αν η συχνότητα της κατάθλιψης επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες και από την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Η έρευνα διεξήχθη στο Κέντρο Υγείας Γυθείου κατά το χρονικό διάστημα Νοεμβρίου - Δεκεμβρίου 2009. Σε 500 ασθενείς (220 άνδρες και 280 γυναίκες) μέσης ηλικίας 67,8 έτη, συν-πλην 13,05 που προσήλθαν σε τακτική βάση στο Κέντρο Υγείας καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες από το ιατρικό ιστορικό και συμπληρώθηκε η εγκυροποιημένη για τον ελληνικό πληθυσμό κλίμακα αυτό-αξιολόγηση της κατάθλιψης κατά Zung.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταθλιπτική συμπτωματολογία βρέθηκε σε 163 (32,6%) άτομα που είχαν τιμές SDS Zung ≥ 50 . Από αυτούς, οι 52 ελάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή. Τα υπόλοιπα 111 άτομα (22,2% επί του συνόλου), καθ' υπερουχί γυναίκες (70%), εμφάνιζαν διαφορετικής βαρύτητας κατάθλιψη. Καταγράφηκαν 80 (16%) άτομα με τιμή SDS Zung μεταξύ 50–59 (22 άνδρες και 58 γυναίκες), 23 (4,6%) άτομα με SDS Zung μεταξύ 60–69 (8 άνδρες και 15 γυναίκες) και 8 άτομα (1,6% επί του συνόλου) με σοβαρή έως βαριά κατάθλιψη. Τα άτομα με χρόνια αρθρίτιδα, καθώς και τα άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια εμφάνιζαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα SDS Zung, $p=0,000$ και $p=0,009$, αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταθλιπτική συμπτωματολογία ανιχνεύεται σε σημαντικό ποσοστό στους προσερχόμενους σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η έγκαιρη ανίχνευση θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενών.

Caring for Depression in Older Home Health Patients

Martha L. Bruce, PhD, MPH

Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services

November 2015 - Volume 53 · Issue 11: 25-30

Posted November 4, 2015

DOI: 10.3928/02793695-20151021-01

Abstract

Depression is common in older home health patients and increases their risk of adverse outcomes. Depression screening is required by Medicare's Outcome and Assessment Information Set. The Depression Care for Patients at Home (CAREPATH) was developed as a feasible strategy for home health nurses to manage depression in their patients. The protocol builds on nurses' existing clinical skills and is designed to fit within routine home visits. Major components include ongoing clinical assessment, care coordination, medication management, education, and goal setting. In a randomized trial, Depression CAREPATH patients had greater improvement in depressive symptoms compared to usual care. The difference between groups was significant at 3 months, growing larger and more clinically meaningful over 1 year. The intervention had no impact on patient length of stay, number of home visits, or duration of visits. Thus, nurses can play a pivotal role in the long-term course and outcomes of patients with depression.

Φροντίδα σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη στο σπίτι

Η κατάθλιψη είναι συχνή στους ηλικιωμένους κατ' οίκον ασθενείς και αυξάνει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων. Η φροντίδα σε ασθενείς με κατάθλιψη στο σπίτι (CAREPATH) αναπτύχθηκε ως μια εφικτή στρατηγική για τους κατ' οίκον νοσηλευτές υγείας να διαχειριστούν την κατάθλιψη στους ασθενείς τους. Το πρωτόκολλο βασίζεται σε υπάρχουσες κλινικές δεξιότητες των νοσηλευτών και έχει σχεδιαστεί για να ταιριάζει στην ρουτίνα των επισκέψεων στο σπίτι. Τα σημαντικά συστατικά περιλαμβάνουν τη συνεχή κλινική αξιολόγηση, την συντονισμένη φροντίδα, τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, της εκπαίδευσης καθώς και τον

καθορισμό του στόχου. Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη, οι ασθενείς με κατάθλιψη και η φροντίδα στο σπίτι είχαν μεγαλύτερη βελτίωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση που αυτούς που είχαν τη συνήθη φροντίδα. Η διαφορά μεταξύ των ομάδων ήταν σημαντική σε τρεις μήνες με μεγαλύτερη και σημαντικότερη αύξηση μετά από ένα χρόνο. Η επέμβαση αυτή, ήταν ανεξάρτητη της παραμονής του ασθενούς, του αριθμού των επισκέψεων στο σπίτι και της διάρκειας των επισκέψεων αυτών. Έτσι, οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν καίριο ρόλο στην μακρόχρονη πορεία και την έκβαση των ασθενών με κατάθλιψη.

**Rostrum of Asclepius® - “To Vima tou Asklipiou” Journal Volume 12, Issue 4
(October – December 2013)**

The role of level of functioning, life satisfaction and leisure activities in elderly depressive symptomatology.

Tzonichaki Ioanna, Malikiosi-Loizos Maria, Kleftaras George

Abstract

Today’s elderly people make up a large part of the population and depressive symptoms they show requires specialized intervention health professionals.

Purpose: The purpose of the present research was to study the phenomenon of elderly depressive symptomatology and its relationship with their quality of life as judged by the performance of daily life activities, perceived life satisfaction and leisure activities.

Method and material: The studied sample consisted of 107 elderly, 62 men and 45 women, who lived in the community, members of Open Care Centres for the Elderly (K.A.P.I.) and the Friendship Club of the wider area of Attica.

They completed the Questionnaire of Depressive Symptomatology, the Life Satisfaction Index, the Satisfaction with Performance Scale Questionnaire and the Leisure Time Activities Questionnaire. The statistical analysis of the results was done with SPSS-v. 20, and more specifically with the method of correlation.

Results: The results showed that there is a statistically significant negative correlation between the level of life satisfaction of the elderly and depressive symptomatology. They also showed a statistically significant negative correlation between the ability to solve social problems and depressive symptomatology. Not statistically significant relationship between the capacity to manage the home and depressive symptomatology was recorded. Of the areas related to leisure, only activities relaxing the person, social and personal hobbies related negatively with depressive symptomatology but not the physical activities, a finding which supports previous results regarding the efficiency in managing the home.

Conclusions: Thus, according to the results of the present study the health professionals working with older people with depressive symptomatology should, in their interventions initially encourage activities that give life satisfaction and then focus their program on strengthening the individual to perform social activities, leisure activities and personal hobbies.

Ο ρόλος του επιπέδου λειτουργικότητας, της ικανοποίησης ζωής και των δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν σήμερα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζουν απαιτούν την εξειδικευμένη παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η μελέτη του φαινομένου της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ηλικιωμένων και η σχέση του με την ποιότητα ζωής τους έτσι, όπως αυτή εκτιμάται από την εκτέλεση των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, την αντιλαμβανόμενη ικανοποίηση ζωής και τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.

Υλικό και μέθοδος: Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 107 ηλικιωμένα άτομα, 62 άνδρες και 45 γυναίκες, που ζούσαν στην κοινότητα και ήταν μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) και των Λεσχών Φιλίας της ευρύτερης περιοχής της Αττικής. Συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο της Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας, την Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής, την Κλίμακα Ικανοποίησης από την απόδοση στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής και την

Κλίμακα Δραστηριοτήτων Ελεύθερου Χρόνου. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το SPSS-v.20 και συγκεκριμένα με τη μέθοδο της συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου ικανοποίησης ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επίσης, έδειξαν μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανότητας επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ικανότητας διαχείρισης του σπιτιού και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Από τους τομείς που αφορούσαν στον ελεύθερο χρόνο, μόνο οι δραστηριότητες που χαλάρωναν το άτομο, οι κοινωνικές δραστηριότητες και οι προσωπικές ενασχολήσεις συνδέονταν αρνητικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία και όχι οι σωματικές δραστηριότητες, γεγονός που ενίσχυσε και τα προηγούμενα αποτελέσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση σπιτιού.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ηλικιωμένα άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία, θα πρέπει στις παρεμβάσεις τους να ενθαρρύνουν σε πρώτη φάση τις δραστηριότητες που δίνουν ικανοποίηση ζωής και στη συνέχεια να επικεντρώνουν το πρόγραμμά τους στην ενίσχυση του ατόμου για εκτέλεση των κοινωνικών δραστηριοτήτων του, των δραστηριοτήτων χαλάρωσης και των προσωπικών ενασχολήσεων.

Am J Psychiatry 2002; 159:1119–1126

Executive Dysfunction in Geriatric Depression

Kathryn A. Lockwood, Ph.D., George S. Alexopoulos, M.D., Wilfred G. van Gorp, Ph.D.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to characterize the neuropsychological presentation of geriatric depression and to determine whether depression-related executive dysfunction is more pronounced during advanced age.

Method: The attention and executive functioning of 40 adults with major depression were compared with those of 40 healthy comparison subjects; 20 subjects were 20–60 years old, and 20 were ≥ 61 years. It was hypothesized that depressed subjects, regardless of age, would perform more poorly than comparison subjects on both attention and executive tasks but that the older depressed adults would evidence significantly greater impairment on executive measures.

Results: A significant interaction between age and depressive status was noted for tasks of executive functioning, while no age-depression interaction was found for tasks of selective or sustained attention. Older depressed adults demonstrated the slowest psychomotor speed and the poorest performance on tasks requiring set shifting, problem solving, and initiation of novel responses.

Conclusions: Patients with late-life depression have significant impairment in executive functioning. These findings can guide the development of stimulated functional neuroimaging paradigms that may clarify the pathophysiology of geriatric depression. Timely identification of attentional and executive processes fundamental to the daily functioning of depressed older adults may lead to compensatory strategies that will improve the outcomes of late-life depression.

Εκτελεστική δυσλειτουργία σε κατάθλιψη στους ηλικιωμένους

Στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να χαρακτηρίσει την νευροψυχολογική παρουσία της γηριατρικής κατάθλιψης και να διαπιστωθεί αν η κατάθλιψη που

σχετίζεται με την εκτελεστική δυσλειτουργία είναι πιο έντονη κατά τη διάρκεια της προχωρημένης ηλικίας.

Μέθοδος: Η προσοχή και η εκτελεστική λειτουργία 40 ενηλίκων με μείζονα κατάθλιψη συγκρίθηκαν με εκείνες 40 υγιών ατόμων. 20 άτομα ήταν 20-60 ετών, και 20 ήταν ≥ 61 ετών. Υποθετικά, οι καταθλιπτικοί ασθενείς, ανεξάρτητα από την ηλικία, θα έχουν χειρότερη απόδοση στα αντικείμενα σύγκρισης και στην προσοχή και στην εκτέλεση των καθηκόντων αλλά οι καταθλιπτικοί ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας θα εμφανίσουν σημαντικά μεγαλύτερη απομείωση σε εκτελεστικά μέτρα.

Αποτελέσματα: Σημαντική αλληλεπίδραση σημειώθηκε ανάμεσα στην ηλικία και την καταθλιπτική κατάσταση σχετικά με τα καθήκοντα της εκτελεστικής λειτουργίας, ενώ καμία αλληλεπίδραση δεν βρέθηκε με την ηλικία για τα καθήκοντα της επιλεκτικής ή συνεχούς προσοχής. Οι καταθλιπτικοί ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσίασαν πιο αργή ψυχοκινητική ταχύτητα και χαμηλότερη απόδοση σε εργασίες που απαιτούνταν σύνολο μετατόπιση, την επίλυση προβλημάτων και την έναρξη νέων απαντήσεων.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με κατάθλιψη στα τέλη της ζωής τους έχουν σημαντική απομείωση στην εκτελεστική λειτουργία. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της διεγερτικής λειτουργίας. Η νευροαπεικόνιση για παράδειγμα μπορεί να αποσαφηνίσει την παθοφυσιολογία της γηριατρικής κατάθλιψης. Η έγκαιρη αναγνώριση της προσοχής και των εκτελεστικών θεμελιωδών διεργασιών για την λειτουργικότητα των καταθλιπτικών ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να οδηγήσει σε αντισταθμιστικές στρατηγικές που θα βελτιώσουν τα αποτελέσματα της κατάθλιψης στο πέρασμα της ζωής.

Journal of clinical nursing, 17 – 18 p. 2562 – 70 First published: 19 May 2015

DOI: 10.1111/jocn.12863

A qualitative study of nurses' clinical experience in recognising low mood and depression in older patients with multiple long-term conditions

Susan Waterworth, Bruce Arroll, Deborah Raphael , John Parsons, Merryn Gott

Abstract

Aims and objectives

To explore how nurses' recognise depression in older patients with multiple long-term conditions and the strategies they use to support the patient.

Background

Depression decreases an older person's quality of life and sense of wellness, and increases functional impairment. The positive role of nurses working with patients with long-term conditions is now being recognised internationally; however, there is a gap in the research about how nurses recognise depression in older patients and how this impacts on their practice.

Design

This is a qualitative study informed by a constructivist grounded theory approach.

Methods

In-depth telephone interviews were conducted with 40 nurses working in geographically diverse areas in New Zealand.

Results

Having the conversation with older patients about their low moods, or specifically about depression was not something that all the nurses had, or felt they could have. While some nurses knew they could provide specific advice to patients, others believed this was not their responsibility, or within the scope of their role.

Conclusion

Faced with an increasing number of older people with long-term conditions, one of which maybe depression itself or as a result of living with other long-term conditions, ongoing monitoring and support pathways are necessary to prevent further decline in the older person's quality of life and well-being.

Relevance to clinical practice

Nurses in primary health care can build on current knowledge and skills to increase their capability to promote 'ageing well' with older people who have long-term conditions and depression.

Μια ποιοτική έρευνα νοσηλευτών με κλινική εμπειρία στην αναγνώριση χαμηλής διάθεσης και κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλές μακροχρόνιες συνθήκες

Σκοπός

Να διερευνήσουν πως οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλές μακροχρόνιες συνθήκες και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να στηρίξουν τους ασθενείς.

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη ελαττώνει την ποιότητα ζωής και την αίσθηση της ευεξίας των ηλικιωμένων και αυξάνει τη λειτουργική ανεπάρκεια. Ο θετικός ρόλος των νοσηλευτών που εργάζονται με ασθενείς με μακροχρόνιες συνθήκες είναι παγκοσμίως αναγνωρισμένος. Ωστόσο, υπάρχει ένα κενό στην έρευνα σχετικά με το

πώς οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ασθενείς και πως αυτό αντανακλάται στην πρακτική παρέμβαση.

Σχέδιο

Είναι μια ποιοτική μελέτη, θεμελιωμένη στη θεωρία της προσέγγισης.

Μέθοδος

Τηλεφωνικές συνεντεύξεις διεξήχθησαν σε 40 νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές της Ν. Ζηλανδίας.

Αποτελέσματα

Έχοντας μια συζήτηση με ηλικιωμένους ασθενείς, σχετικά με την χαμηλή διάθεση τους ή συγκεκριμένα για την κατάθλιψη, η οποία δεν ήταν κάτι που όλοι οι νοσηλευτές μπορούσαν να κάνουν. Ενώ μερικοί νοσηλευτές ήξεραν τι μπορούσαν να παρέχουν και συγκεκριμένες συμβουλές στους ασθενείς, άλλοι πίστευαν ότι αυτό δεν ήταν δική τους ευθύνη ή μέσα στην εμβέλεια του ρόλου τους.

Συμπεράσματα

Αντιμέτωποι με έναν αύξοντα αριθμό ηλικιωμένων ατόμων με μακροχρόνιες συνθήκες, η μια εκ των οποίων μπορεί να είναι η κατάθλιψη με αποτέλεσμα τη συννοσηρότητα είναι γεγονός ότι η αύξηση της παρακολούθησης ή και της υποστήριξης είναι απαραίτητα για να αποφευχθούν περαιτέρω αρνητικές προοπτικές στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και να αναπτυχθεί η ευεξία τους.

Εφαρμογή στη κλινική πρακτική

Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορούν να βασιστούν στις τωρινές γνώσεις και ικανότητες για να αυξήσουν την ικανότητα να προάγουν την «καλή γήρανση» με ηλικιωμένα άτομα που έχουν μακροχρόνιες συνθήκες και κατάθλιψη.

The impact of sense of coherence in mental health of elderly.

Interscientific Health Care (2011) Vol 3, Issue 3, 98-105

Togas C., Gouva M., Lachana E. , Kotrotsiou E.

Abstract

BACKGROUND: Sense Of Coherence" (SOC) is the central idea of Aaron Antonovsky's concept of salutogenesis. It is used to explain why some people become ill under stress and others stay healthy. **OBJECTIVE:** To specify sense of coherence (SOC) and the degree of its correlation with mental health in elderly.

METHODS: We conducted cross-sectional study in Health Center of Megalopolis. The number of the participants was 100 elderly (n=100). We excluded old suffering from dementia and psychosis. We used 2 questionnaires (SCL-90-R and Sense of Coherence). Data were analyzed using SPSS 18.0.

FINDINGS: Socio-demographic characteristics of the sample : mean age 71,68 years, 70% women, 50% married, 52% had received mandatory education. Mean score of sense of coherence (SOC): $137 \pm SD:26,49$. Mean score of SCL-90 : $66,89 \pm 6,146$, Positive Symptom Total: $0,76 \pm 0,51$, Global Severity Index: $6,82 \pm 17,76$, Positive Symptom Distress Index: $1,56 \pm 0,51$. Sense of coherence score and SCL-90 score are negatively correlated ($r = -0,657$, $p < 0,05$). SOC score and SCL-90 indexes score (Positive Symptom Total: $r = 0,663$, $p < 0,05$, Global Severity Index $r = -0,639$, $p < 0,05$, Positive Symptom Distress Index $r = -0,634$ $p < 0,05$) are negatively correlated. There is weak or strong association between sense of coherence score and SCL-90 sub-climaxes score. The strongest correlation is between SOC and Depression ($r = -0,665$, $p < 0,05$).

CONCLUSION: Strong sense of coherence strengthens resilience and drives in prevention of psychological problems in elderly.

Η επίδραση της αίσθησης συνοχής στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων

Εισαγωγή: Η αίσθηση συνοχής (Sense Of Coherence-SOC) είναι η κεντρική ιδέα του «μοντέλου προαγωγής υγείας» του Antonovsky. Το μοντέλο προσπαθεί να εξηγήσει γιατί κάποιοι αρρωσταίνουν υπό συνθήκες στρες, ενώ άλλοι παραμένουν υγιείς.

Σκοπός: Να προσδιορισθεί η αίσθηση συνοχής και η επίδρασή της στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Υλικό - μέθοδος: Έγινε συγχρονική μελέτη (cross-sectional study) σε δείγμα 100 ηλικιωμένων (n=100) στο Κ.Υ. Μεγαλόπολης. Αποκλείστηκαν ηλικιωμένοι με άνοια, και ψυχώσεις. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια SCL-90-R και η αίσθηση συνοχής. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 18.0.

Αποτελέσματα: Μέση ηλικία δείγματος 71,68 έτη, 70% γυναίκες, 50% έγγαμοι, 52% απόφοιτοι δημοτικού. Μ.Ο. SOC: $137 \pm 26,49$ Μέση βαθμολογία στο SCL-90: $66,89 \pm 6,146$, Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων: $0,76 \pm 0,51$, Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων: $36,82 \pm 17,76$, Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων: $1,56 \pm 0,51$. Υπάρχει μεγάλη αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων, (δηλαδή όσο αυξάνει η αίσθηση συνοχής μειώνεται η ψυχοπαθολογία, $r = -0,657$) και μεταξύ αίσθησης συνοχής- επιμέρους δεικτών του SCL-90 (Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων $r = -0,66$, Δείκτης Θετικών Συμπτωμάτων $r = -0,639$, Δείκτης Ενόχλησης Θετικών Συμπτωμάτων $r = -0,63$). Όλες οι υποκλίμακες του SCL-90 έχουν μέτρια ή μεγάλη αρνητική συσχέτιση με την αίσθηση συνοχής. Μεγαλύτερη συσχέτιση υπάρχει μεταξύ SOC - κατάθλιψης ($r = -0,665$).

Συμπεράσματα: Η αίσθηση συνοχής ενδυναμώνει την αντίσταση στο στρες και οδηγεί στην πρόληψη των ψυχολογικών προβλημάτων των ηλικιωμένων.

Archives of Gerontology and Geriatrics

Volume 55, Issue 3

November–December 2012, Pages 548–554

Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors

Aylaza, R., Akturkb, U., Ercia, B., Ozturkb, H. & Asland, H.

Abstract

This study was planned and conducted for the purpose of examining the relationship between depression and loneliness in elderly people and the influencing factors. The study was a descriptive and correlational study and its population consisted of 17,080 older individuals aged sixty and over who were registered at six Family Healthcare Centers (FHCs) located in the provisional center of Malatya. The sample of the study comprised of 913 elderly people who were chosen from the elderly people registered at the FHCs first by cluster sampling and then by simple random sampling from the clusters in proportion to the population. The data was collected between April and June 2011 using a questionnaire developed by the investigators in line with the literature, the Geriatric Depression Scale (GDS) and the UCLA Loneliness Scale (ULS). They had a mean score of 13.83 ± 7.4 from the GDS and 40.50 ± 12.1 from the ULS. A positive correlation was found between Geriatric Depression and loneliness ($r = 0.608, p < 0.001$). It was observed that there was a significant correlation between loneliness and depression in the elderly people living in a community, presence of social security and higher income, on the other hand, led to lower mean scores. In view of these results, it can be advised that a minimum income should be secured for elderly people whether they have social security or not, their families and the society should be trained not to leave elderly people alone.

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και μοναξιάς στην τρίτη ηλικία και η εξέταση των παραγόντων επιρροής

Περίληψη: Αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε και διεξήχθη με σκοπό την εξέταση της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και της μοναξιάς σε ηλικιωμένα άτομα και τους παράγοντες που επηρεάζουν. Είναι μια περιγραφική και συσχετική μελέτη και ο πληθυσμός της αποτελείται από 17.080 άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, οι οποίοι είχαν εγγραφεί σε έξι Οικογενειακά Κέντρα Υγείας (FHCs) που βρίσκονται στο προσωρινό κέντρο της Μαλάτια. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 913 ηλικιωμένους που επιλέχθηκαν από τους εγγεγραμμένους των FHCs, για πρώτη φορά από το δειγματολογικό σύμπλεγμα και στη συνέχεια με απλή τυχαία δειγματοληψία. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μεταξύ Απριλίου και Ιουνίου του 2011, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους ερευνητές, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (GDS) και η κλίμακα UCLA Κλίμακα Μοναξιάς (ULS). Είχαν μία μέση βαθμολογία των $13,83 \pm 7,4$ από την GDS και $40,50 \pm 12,1$ από την ULS. Μια θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της Γηριατρικής Κατάθλιψης και της Μοναξιάς ($r=0,608$, $p<0,001$). Παρατηρήθηκε ότι υπήρχε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που ζουν σε μία κοινότητα με παρουσία κοινωνικής ασφάλισης και υψηλότερου εισοδήματος. Από την άλλη πλευρά οδήγησαν και σε χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες. Εν όψει αυτών των αποτελεσμάτων, γίνεται κατανοητό ότι θα έπρεπε να εξασφαλίζεται ένα ελάχιστο εισόδημα για τους ηλικιωμένους είτε έχουν κοινωνική ασφάλιση είτε όχι και η οικογένεια και η κοινωνία θα έπρεπε να εκπαιδεύονται ώστε να μην αφήνουν μόνους τους, τους ηλικιωμένους.

**Rostrum of Asclepius® - “To Vimatou Asklipiou” Journal Volume 15, Issue 3
(July – September 2016)**

**Dementia and Third Age: Cross sectional study in urban and semi-urban
population**

**Babatsikou Fotoula, Notara Venetia, Kouri Marianna, Kaba Evridiki, Zyga
Sofia, Koutis Charilaos**

Abstract

Introduction: In Greece, population ageing consists one of the most important public health issue with dementia being listed among the top five commonest illnesses. The total direct and indirect health care costs are estimated to exceed 6 billion€, annually.

Aim: This study aimed to examine the prevalence and the risk factors of dementia among the elderly, in urban and semi-urban population.

Material and Method: The studied sample consisted of 300 subjects, of whom 171 were women and 129 were men, aged ≥ 60 years, all members of the Open Care Centers for Older People (OCCFOP; KAPI in Greek) of Prefectures of Attica (Municipality of Agios Dimitrios) and Fokida, during the period July 2012- December 2012. A questionnaire of socio-demographic data was used and the Mini Mental State Examination (MMSE), validated in Greek elderly population, was used to evaluate dementia.

Results: The results of the study revealed that 15,3% of the sample presented dementia (13% moderate and 2,3% serious dementia). Moderate dementia prevalence appeared to be highest among women as compared to men. Additionally, the “unstandardized coefficients B” showed that the age group of 70-74 years old had an increase of 0,048 points, in the MMSE, in relation to the reference group (≥ 75 years old) ($B= 0,048$, 95% CI -0,308,0,404, $p=0,010$); equally, in the MMSE scale, and cohabitation had an increase of 0,037 points, in relation to the reference group (Living alone) ($B= 0,037$, 95% CI -0,251,0,325, $p=0,024$).

Conclusions: The results of the study revealed that elderly people who cohabit or participate in creative activities develop lower levels of cognitive disorders. Consequently, it becomes apparent that there is a strong need for the dementia

prevention programs to be strengthened with appropriately tailored psychosocial support network.

Άνοια και Τρίτη Ηλικία: Συγχρονική μελέτη σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό

Εισαγωγή: Στην Ελλάδα, με δεδομένη τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, οι γνωσιακές διαταραχές στους ηλικιωμένους, όπως αγγειακή άνοια και η νόσος Alzheimer, αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, με το συνολικό κόστος της άμεσης και έμμεσης περίθαλψης των ασθενών να ανέρχεται στα 6 δις ευρώ, ετησίως.

Σκοπός: Η αξιολόγηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου που συντελούν στην παθογενετική διαδικασία εμφάνισης της άνοιας, σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων.

Υλικό και μέθοδος: Κατά το χρονικό διάστημα από Ιούλιο 2012- Δεκέμβριο 2012 συμμετείχαν 300 άτομα (171 γυναίκες και 129 άντρες) ηλικίας ≥ 60 ετών, μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίου Δημητρίου Αττικής και των ΚΑΠΗ του Νομού Φωκίδας. Εξετάσθηκαν, μέσω ερωτηματολογίου, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μελών και για τον προσδιορισμό της άνοιας χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένη και σταθμισμένη, σε ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό, η κλίμακα αξιολόγησης γνωσιακής λειτουργίας, Mini Mental State Examination (MMSE).

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 15,3% του δείγματος παρουσίασε γνωσιακή έκπτωση (13% «μέτρια» και 2,3% «σοβαρή»). Στη «μέτρια γνωσιακή έκπτωση» παρατηρήθηκε υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών με σχεδόν διπλάσιο ποσοστό (16,4% έναντι 8,5%, αντίστοιχα). Επιπλέον, φάνηκε ότι η ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών έχει στην κλίμακα της άνοιας 0,048 μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς (≥ 75 ετών) ($B= 0,048, 95\%CI -0,308,0,404, p=0,010$) και αντίστοιχα η συγκατοίκηση έχει στην κλίμακα της άνοιας 0,037 μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς (Μόνος/η) ($B= 0,037, 95\%CI -0,251,0,325, p=0,024$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας που συγκατοικούν ή συμμετέχουν σε δομές δημιουργικής απασχόλησης παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα νοητικών διαταραχών. Κατά συνέπεια,

διαφαίνεται η ανάγκη ενίσχυσης των προγραμμάτων πρόληψης της γεροντικής άνοιας με κατάλληλα προσαρμοσμένο ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο.

Anxiety and depression among elderly in the community.

Interscientific Health Care . 2009, Vol. 1 Issue 2, p61-66. 6p.

Roupa, Z.; Tatsiou, I.; Tsiklitara, A.; Koulouri, A.; Nikas, M.; Mpiskini, I.; Sotiropoulou, P.

Abstract

Anxiety and depression disorders are a serious problem among elders and its frequency is often underestimated. The aim of this study was to record the frequency of anxiety and depression in a sample of elderly people, such as those who visit the KAPI community centers in the provincial town of Lamia. 165 elders were initially enrolled in the study, 20 women, 121 men , while 20 persons refused to state their gender and age. 4 persons refused participation at all. The questionnaire of Bedford & Foulds was administered. The mean age of the respondents was 75.59+/-6.29 yrs. High frequency of anxiety and depression symptoms was found, statistically higher in comparison to the general population. Women slightly surpassed men in scoring on both scales, however not statistically significant. There is a great necessity of interventions towards the treatment of anxiety and depression in community - dwelling elderly.

Άγχος και κατάθλιψη μεταξύ ηλικιωμένων στην κοινότητα

Το άγχος και η κατάθλιψη είναι διαταραχές και ένα σοβαρό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους και η συχνότητα τους συχνά υποτιμάται. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της συχνότητας του άγχους και της κατάθλιψης σε δείγμα ηλικιωμένων ατόμων, που επισκέπτονταν τα κοινοτικά κέντρα (ΚΑΠΗ) στην επαρχιακή πόλη της Λάρισας. 165 ηλικιωμένοι είχαν αρχικά εγγραφεί στη μελέτη, 20 γυναίκες και 120 άνδρες ενώ 20 άτομα αρνήθηκαν να δηλώσουν το φύλο και την

ηλικία, και 4 άτομα αρνήθηκαν τη συμμετοχή. Χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο του Bedford και Foulds. Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ήταν 75,59 +/- 6,29 χρονών. Η υψηλή συχνότητα των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης ήταν υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι γυναίκες πέρασαν ελαφρώς τους άνδρες και τις δύο κλίμακες ωστόσο δεν υπήρχε ιδιαίτερη σημαντικότητα στα στατιστικά. Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης στην κοινότητα για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Suicidal Behaviour and Primary Health Care Services

Nosileutiki, Jul 2009, Vol. 48 Issue 3, p 292-299. 8p.

Kolouri Agoritsa

Abstract

Self-destructive behaviour is a most complex phenomenon in humans, with psychiatric, psychological, philosophical and social dimensions. In the 15 - 44 years age group, suicide is among the three most common causes of death. This does not include cases of attempted suicide, which are 20 times greater than the incidence of successful suicide. Suicide is rare in childhood and early adolescence but its incidence increases gradually between 12 and 14 years of age, and dramatically between 15 and 19 years, particularly in girls. Risk factors for suicidal behaviour include demographic factors (sex, family status), psychiatric factors (physical and mental health status, previous suicide attempts), biological factors, stressful life events, cultural features and religious beliefs. Nurses and the other health care professionals of the multi-disciplinary Primary Health Care (PHC) services are often the first who deal with suicidal behaviour. They may be called upon to prevent a patient from committing suicide or they may be required to treat a patient who has already made a suicidal attempt. Preventing suicide is one of the most challenging tasks for society. Community nurses in collaboration with other health care professionals should be skilled in the prevention of suicidal behaviour, taking initiative and developing a strategic plan in order to identify those individuals who are at risk. In addition, the

PHC services should implement a crisis intervention plan which ensures appropriate and timely care for patients who are having a suicidal crisis. These services should help these people to establish their own personal perspectives in life with the aim of permanently overcoming the problem of self-destructive behaviour.

Αυτοκτονική συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Αυτό-καταστροφική συμπεριφορά είναι ένα πιο σύνθετο φαινόμενο στους ανθρώπους, με ψυχιατρικές, ψυχολογικές, φιλοσοφικές και κοινωνικές διαστάσεις. Στην ηλικιακή ομάδα 15-44 χρονών, η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις πιο κοινές αιτίες θανάτου. Αυτό δεν περιλαμβάνει την περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας, η οποία είναι 20 φορές μεγαλύτερη από τη συχνότητα της επιτυχούς αυτοκτονίας. Η αυτοκτονία είναι σπάνια στην παιδική ηλικία και την πρώιμη εφηβεία αλλά η συχνότητα της αυξάνεται σταδιακά μεταξύ 12 και 14 ετών, και δραματικά μεταξύ 15 και 19 ετών, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Οι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά περιλαμβάνουν δημογραφικά στοιχεία (φύλο, οικογενειακή κατάσταση), ψυχιατρικούς παράγοντες (σωματική και ψυχική κατάσταση της υγείας, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας), βιολογικούς παράγοντες, στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, πολιτιστικά χαρακτηριστικά και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Νοσηλευτές και οι άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγείας από τις διεπιστημονικές υπηρεσίες, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) είναι συχνά η πρώτη που ασχολούνται με την αυτοκτονική συμπεριφορά. Μπορεί να κληθούν να εμποδίσουν έναν ασθενή από τη διάπραξη αυτοκτονίας ή μπορεί να απαιτηθεί για τη θεραπεία ενός ασθενούς ο οποίος έχει ήδη κάνει μια απόπειρα αυτοκτονίας. Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι μια από τις πιο ενδιαφέρουσες εργασίες για την κοινωνία. Κοινοτικοί νοσηλευτές σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, λαμβάνοντας την πρωτοβουλία και την ανάπτυξη ενός στρατηγικού σχεδίου, προκειμένου να εντοπίζονται εκείνα τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο. Επιπλέον, οι υπηρεσίες ΠΦΥ θα πρέπει να εφαρμόσουν ένα σχέδιο παρέμβασης, το οποίο να εξασφαλίζει την κατάλληλη και έγκαιρη περίθαλψη για τους ασθενείς που έχουν μια αυτοκτονική κρίση. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να βοηθήσουν αυτούς τους ανθρώπους να δημιουργήσουν τη δική τους προσωπική προοπτική στη ζωή, με στόχο την μόνιμη αντιμετώπιση του προβλήματος και της αυτό-καταστροφικής συμπεριφοράς.

International Psychogeriatrics (2016), 28:4, 613–619

International Psychogeriatric Association 2015

doi:10.1017/S104161021500174X

**Insomnia is associated with suicide attempt in middle-aged
and older adults with depression**

**Daniel B. Kay, Alexandre Y. Dombrowski, Daniel J. Buysse, Charles F. Reynolds
III, Amy Begley and Katalin Szanto**

Abstract

Background: Insomnia increases in prevalence with age, is strongly associated with depression, and has been identified as a risk factor for suicide in several studies. The aim of this study was to determine whether insomnia severity varies between those who have attempted suicide ($n = 72$), those who only contemplate suicide ($n = 28$), and those who are depressed but have no suicidal ideation or attempt history ($n = 35$).

Methods: Participants were middle-aged and older adults (age 44–87, $M = 66$ years) with depression. Insomnia severity was measured as the sum of the early, middle, and late insomnia items from the Hamilton Rating Scale for Depression. General linear models examined relations between group status as the independent variable and insomnia severity as the dependent variable.

Results: The suicide attempt group suffered from more severe insomnia than the suicidal ideation and non suicidal depressed groups ($p < 0.05$). Differences remained after adjusting for potential confounders including demographics, cognitive ability, alcohol dependence in the past month, severity of depressed mood, anxiety, and physical health burden. Moreover, greater insomnia severity in the suicide attempt group could not be explained by interpersonal difficulties, executive functioning, benzodiazepine use, or by the presence of post-traumatic stress disorder.

Conclusions: Our results suggest that insomnia may be more strongly associated with suicidal behavior than with the presence of suicidal thoughts alone. Accordingly, insomnia is a potential treatment target for reducing suicide risk in middle-aged and older adults.

Η συσχέτιση της αϋπνίας με την απόπειρα αυτοκτονίας στους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους με κατάθλιψη

Εισαγωγή: Η αϋπνία αυξάνεται σύμφωνα με το επιπολασμό της ηλικίας όπου συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και έχει αναγνωριστεί ως ένας παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονίες σε ορισμένες μελέτες. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καθοριστεί αν η αϋπνία κυμαίνεται αυστηρά μεταξύ εκείνων που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν (n=72), σε εκείνους που μόνο έχουν σκεφτεί την αυτοκτονία (n=28) και σ' αυτούς που πάσχουν από κατάθλιψη αλλά δεν έχουν αυτοκτονικές τάσεις ή ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας (n=35).

Μέθοδοι: Οι συμμετέχοντες ήταν μεσήλικες και ηλικιωμένοι (ηλικίας 44-87, Μ.Ο. 66 ετών) με κατάθλιψη. Η σοβαρότητα της αϋπνίας υπολογίστηκε συνολικά ανάλογα με το πόσο ελαφριά, μεσαία και έντονα ήταν τα φαινόμενα αϋπνίας σύμφωνα με την κλίμακα βαθμολόγησης Hamilton για την κατάθλιψη. Γενικά γραμμικά μοντέλα εξέτασαν τις σχέσεις ανάμεσα στην κατάσταση της ομάδας ως ανεξάρτητη μεταβλητή και τη σοβαρότητα της αϋπνίας ως εξαρτημένη μεταβλητή.

Αποτελέσματα: Η ομάδα ανθρώπων που είχαν ήδη προσπαθήσει να αυτοκτονήσουν είχαν πιο έντονα φαινόμενα αϋπνίας από αυτούς που είχαν αυτοκτονικό ιδεαλισμό και από αυτούς με κατάθλιψη, οι οποίοι όμως δεν είχαν αυτοκτονικές τάσεις ($p < 0.05$). Οι διαφορές παρέμειναν και μετά την προσαρμογή των πιθανών συσχετικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων τα δημογραφικά στοιχεία, τη γνωστική ικανότητα, την εξάρτηση από το αλκοόλ τον περασμένο μήνα, τη σοβαρότητα της καταθλιπτικής διάθεσης, το άγχος και τη σωματική επιβάρυνση της υγείας. Επιπλέον, τα πιο σοβαρά φαινόμενα αϋπνίας στην ομάδα με τις αυτοκτονικές τάσεις δεν μπορούσαν να εξηγηθούν από διαπροσωπικές δυσκολίες, την εκτελεστική λειτουργία, τη χρήση βενζοδιαζεπινών ή από την παρουσία μετατραυματικού στρες.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι η αϋπνία μπορεί να συσχετίζεται περισσότερο με αυτοκτονική συμπεριφορά απ' ό,τι μόνο με την παρουσία αυτοκτονικών σκέψεων. Κατά συνέπεια, η αϋπνία είναι ένας πιθανός θεραπευτικός στόχος για τη μείωση των αυτοκτονικών κινδύνων στους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους.

Interscientific Health Care (2010) Vol 2, Issue 2, 55-63

Transcultural exploration of bereavement and grief

Zartaloudi A.1

Abstract

BACKGROUND: Grief is an innate and natural reaction of people to the death of a loved one. Many studies related to the manifestations of grief in different cultures recognize a variety of different approaches and responses to loss.

AIM: The purpose of this study is to explore different grief manifestations across cultures in order to be able to approach and interpret people's responses to death more easily.

METHOD: A critical review of this body of literature was carried out. Evidence was collected through Medline database.

RESULTS: Are grief manifestations similar or different across cultures? Grief and pain constitute a universal phenomenon, although the obvious manifestations of grief can be influenced by cultural norms and values. There are obvious cultural differences.

CONCLUSION: Each culture has its own way to deal with grief. The way individuals react to a loss depends on the cultural environment they live and grow, the way they contact with other people and the meanings they give to life and death. The first step for health professionals in order to be able to help people from other cultures, experiencing the process of bereavement, is to explore their real needs and beliefs.

Διαπολιτισμική διερεύνηση του πένθους και του θρήνου

Εισαγωγή: Ο θρήνος θεωρείται η έμφυτη και φυσιολογική αντίδραση των ανθρώπων στο θάνατο ενός αγαπημένου τους. Η μελέτη των εκδηλώσεων του θρήνου σε διάφορες πολιτισμικές ομάδες φανερώνει ποικίλους τρόπους αντίδρασης στην απώλεια.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσουμε τις διαφορετικές για κάθε πολιτισμό εκδηλώσεις θρήνου ώστε να μπορέσουμε να προσεγγίσουμε και να ερμηνεύσουμε πιο εύκολα τις αντιδράσεις ατόμων από άλλους πολιτισμούς μπροστά στο θάνατο.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πηγή συλλογής υλικού ήταν η βάση δεδομένων MEDLINE.

Αποτελέσματα: Είναι άραγε οι εκδηλώσεις θρήνου όμοιες σε όλους τους πολιτισμούς ή διαφέρουν μεταξύ τους; Ο θρήνος και ο πόνος είναι παγκόσμιο φαινόμενο, παρόλο που η φανερή έκφρασή του μπορεί να επηρεάζεται από πολιτισμικούς κανόνες και αξίες. Υπάρχουν εμφανείς πολιτισμικές διαφορές.

Συμπεράσματα: Ο κάθε πολιτισμός έχει τον δικό του τρόπο να αντιμετωπίζει το θρήνο. Ο τρόπος που τα άτομα αντιδρούν σε μια απώλεια εξαρτάται από το πολιτισμικό περιβάλλον που ζουν, τους τρόπους με τους οποίους σχετίζονται με τους συνανθρώπους τους και τα νοήματα που δίνουν στη ζωή και το θάνατο. Για να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν άτομα που πενθούν από άλλες κουλτούρες, το πρώτο βήμα είναι να μάθουν τις πραγματικές τους ανάγκες και πεποιθήσεις.

Geriatric Psychiatry and Neurology, 19 (1), p. 26 -31

A Comparison of Depressive Mood of Older Adults in a Community, Nursing Homes, and a Geriatric Hospital: Factor Analysis of Geriatric Depression Scale

Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki Umegaki, Hidetoshi Endo, Takashi Kawamura, Akihisa Iguchi

Abstract

The Geriatric Depression Scale (GDS)-15 was used in 607 adults aged 65+ years living in a community, nursing homes, and a general hospital to explore characteristics of depressive mood in different care settings. Factor analysis of GDS-

15 extracted 4 factors labeled unhappiness, apathy and anxiety, loss of hope and morale, and energy loss. The scale scores labeled unhappiness, apathy and anxiety, and loss of hope and morale were negatively correlated with the Barthel Index and the Mini-Mental State Examination scores. The results classified the depressive patterns into 2 types, one fitting the nursing home residents and the other fitting the hospital patients. The dominant factors of the nursing-home type were unhappiness and loss of hope and morale, and the hospital type was highly related with apathy and anxiety. The results indicate an extended utility of the GDS-15 for a deeper understanding of depressive mood in various care settings.

Η σύγκριση της καταθλιπτικής διάθεσης των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα, στο σπίτι και στο νοσοκομείο : Σύμφωνα με την ανάλυση της Γηριακής Κλίμακας Κατάθλιψης

Η Γηριακή Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS) – 15, χρησιμοποιήθηκε σε 607 ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών που ζουν σε κοινότητα, γηροκομείο και γενικό νοσοκομείο ώστε να διερευνηθούν τα χαρακτηριστικά της καταθλιπτικής διάθεσης σε διαφορετικά πλαίσια ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η παραγοντική ανάλυση της GDS – 15 έδειξε 4 ταξινομικούς παράγοντες την δυστυχία, την απάθεια και το άγχος, την απώλεια της ελπίδας και του ηθικού και τέλος την απώλεια ενέργειας. Τα αποτελέσματα ταξινόμησαν την δυστυχία, την απάθεια και το άγχος και την απώλεια ενέργειας και ηθικού στα αρνητικά σκορ. Τα αποτελέσματα διαχωρίστηκαν με βάση τα καταθλιπτικά μοτίβα σε δύο τύπους, όσους μένουν σε γηροκομείο και αυτούς που μένουν σε νοσοκομεία. Οι κυρίαρχοι παράγοντες του τύπου σε γηροκομείο ήταν η δυστυχία και η απώλεια ελπίδας και ηθικού και ο τύπος του νοσοκομείου ήταν σχετικός με την απάθεια και το άγχος. Τα αποτελέσματα δείχνουν μια εκτεταμένη χρησιμότητα του GDS – 15 για την βαθύτερη κατανόηση της καταθλιπτικής διάθεσης στις διάφορες θέσεις φροντίδας.

Συμπεράσματα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αποτελεί ένα ιδιαίτερο θέμα μελέτης. Η ψυχική υπόσταση κάθε ανθρώπου συντελεί τη βάση της υγείας και της ποιότητας ζωής ενώ συγκεκριμένα στην ευάλωτη ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων χρήζει ιδιαίτερης προσοχής διότι δεν δίνεται η ανάλογη σημασία, παραγκωνίζεται, με πολύ αρνητικές συνέπειες. Η ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης δεν είναι φυσικό επακόλουθο της τρίτης ηλικίας, αναλογιζόμενοι λοιπόν ότι κατά προσέγγιση όλοι οι άνθρωποι θα μεταβούν σε αυτό το στάδιο ζωής, δεν θα πρέπει να προσπερνάμε αλλά να αντιλαμβανόμαστε την σπουδαιότητα της αντιμετώπισης της.

Ως διαταραχή της διάθεσης, η κατάθλιψη επηρεάζει την εικόνα του εαυτού του, την αίσθηση για ικανοποίηση και μειώνει την ικανότητα για χαρά και αισιοδοξία. Ωστόσο, η πολυμορφία στην εμφάνιση της νόσου δεν επιτρέπει την απόλυτη διάγνωση της. Αν και υπάρχουν πολλά συμπτώματα εκδήλωσης, άλλοτε δεν γίνονται αντιληπτά από το οικογενειακό περιβάλλον αν και εφόσον υπάρχει, άλλοτε παραφράζονται ακόμη και από ειδικούς είτε λόγω της ηλικίας είτε άλλων συνυπαρχουσών ασθενειών. Σε περιπτώσεις μάλιστα, όπου αναγνωρίζονται τα συμπτώματα θεωρείται ως μια μη αναστρέψιμη και μη αντιμετωπίσιμη κατάσταση. Γεγονός που δεν στηρίζεται στην αλήθεια, καθώς υπάρχει θεραπεία για την κατάθλιψη των ηλικιωμένων παρόλο που οι περιπτώσεις στις οποίες επιζητούν βοήθεια είναι σπάνιες. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει την φαρμακοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία, συνδυασμό αυτών ή άλλων τρόπους θεραπείας. Στο σημείο αυτό έχει σημασία να προσθέσουμε ότι βασικό ρόλο στη διάγνωση της κατάθλιψης διαδραματίζουν τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται δηλαδή οι εργαστηριακές εξετάσεις, οι ψυχολογικές δοκιμασίες, τα ερωτηματολόγια, οι διάφορες κλίμακες και τέλος η κλινική εικόνα του ατόμου σε συνδυασμό με την λήψη του ιστορικού του.

Όπως προκύπτει με τα νέα δεδομένα, η καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να ανιχνευτεί σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Όσο πιο έγκαιρη είναι η ανίχνευση, τόσο καλύτερη μπορεί να είναι η αντιμετώπιση της. Γίνεται δε κατανοητό ότι η εμφάνιση της νόσου ενδέχεται να οφείλεται αλλά και να επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες. Αυτοί είναι ψυχολογικοί, κοινωνικοί, γενετικοί, βιολογικοί, αντίδρασεις σε φάρμακα, αλλαγές κατά την τρίτη ηλικία κ.α.

Αναφορικά, κάποιιοι εξ αυτών που περιγράφονται στην παραπάνω μελέτη εκτενέστερα και παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό είναι: το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ποιότητα ζωής, ο τόπος διανομής, οι συνθήκες διαβίωσης, το μορφωτικό επίπεδο, η άσκηση, η οικονομική και κοινωνική ευημερία, η συννοσηρότητα, στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως απώλεια συντρόφου ή τέκνου, η συνταξιοδότηση, η μοναξιά, η ύπαρξη παθολογίας με κάποια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία κ.α.

Ένα επιπρόσθετο σημείο αναφοράς στην κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας είναι η αυτοκτονικότητα. Πρόκειται για ένα μείζον ζήτημα, το οποίο έχει τετραπλάσια συχνότητα σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Τα ηλικιωμένα άτομα που αυτοκτονούν είναι πιο αποφασισμένα από τα νεότερα γι' αυτό και ακολουθούν πιο αποτελεσματικές μεθόδους ενώ ακόμη ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι προσδιορισμένος με ένα οργανωμένο σχέδιο απόπειρας. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών δείχνουν ορισμένα δείγματα προτού προβούν σε αυτή τη πράξη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι νοσηλευτές μπορούν να έχουν καίριο ρόλο στην αναγνώριση, την πορεία αλλά και την έκβαση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων ασθενών. Στόχος είναι μέσα από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις να διεκπεραιωθούν όλες οι υποχρεώσεις και να επιλυθούν τα προβλήματα που αφορούν την νόσο.

Συμπερασματικά από την μελέτη αναδείχθηκαν τα συμπτώματα που πρέπει να ιεραρχηθούν ώστε να κατανοηθεί η βαρύτητα της κατάθλιψης του ασθενή και στην συνέχεια να σχεδιαστεί εξατομικευμένα το πλάνο σύμφωνα με τις ανάγκες του. Αναφορικά, οι πράξεις του νοσηλευτή εστιάζονται στα εξής: Την αποδοχή του ασθενή ως ολότητα, την δημιουργία ενός καθημερινού προγράμματος προσαρμογής, την επιδίωξη απλών στόχων στην αρχή και σταδιακά πιο περίπλοκων, την διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής με παράλληλο έλεγχο επιπλοκών, την εξασφάλιση σωστής θρέψης και ικανοποιητικού ύπνου, την ενθάρρυνση του ατόμου για τη συμμετοχή σε κοινωνικές και θεραπευτικές δραστηριότητες, την εκπαίδευση του ώστε να αποβάλει τις αρνητικές σκέψεις και την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση του εαυτού του και να αποκτήσει αυτοέλεγχο. Ακόμη, ένα σημαντικό στάδιο σε κάθε καταθλιπτικό ασθενή με κατάθλιψη είναι ο έλεγχος των σημείων που υποδηλώνουν την πρόθεση για αυτοκτονία. Κατά συνέπεια, εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα σε συνθήκες αυτοκτονικών τάσεων.

Επιπλέον, ο ρόλος του νοσηλευτή έχει ιδιαίτερη σημασία στην επικοινωνία που θα αποκτηθεί με τον ασθενή. Αφορά μια σχέση αλληλεξάρτησης, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και από αλληλοσεβασμό. Ωστόσο, ο φροντιστής δεν επιβαρύνεται μόνο από το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη αλλά και από το οικογενειακό του περιβάλλον. Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα εδώ αφορούν σε πρώτη φάση την εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος σχετικά με την κατάθλιψη. Αυτά που πρέπει να γνωρίζουν είναι οι τρόποι θεραπείας και πως μπορούν να συμβάλουν, η αναγνώριση των συμπτωμάτων όταν το καταθλιπτικό άτομο τις εκδηλώνει και τέλος η αντιμετώπιση των υποτροπών. Επίσης, σπουδαία παράμετρος σε όλα τα παραπάνω αποτελεί η υποστήριξη – ενθάρρυνση του ατόμου από τα οικεία του πρόσωπα. Η εκδήλωση του ενδιαφέροντος προς τον πάσχοντα μπορεί να συμβάλει καταλυτικά στην πορεία της ασθένειας του.

Καταλήγοντας, πρωταρχικός σκοπός στην επιστημονική κοινότητα είναι η προαγωγή της υγείας κάθε ανθρώπου. Στην προκειμένη περίπτωση λοιπόν, βασική επιδίωξη αποτελεί η πρόληψη της γεροντικής κατάθλιψης με στρατηγικές περιορισμού. Οι στρατηγικές αυτές σχετίζονται με την διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας μέσω της καλής προσαρμογής τους στην φάση του γήρατος. Συνεπώς οι ηλικιωμένοι επιβάλλεται να έχουν την δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα προαγωγής της υγείας και πρόληψης νοσημάτων, λαμβάνοντας υπόψη ότι είναι μια ευάλωτη ομάδα σε προβλήματα οργανικά, συναισθηματικά και κοινωνικοοικονομικά. Πιο συγκεκριμένα, οι δράσεις αυτές θα πρέπει να παρέχονται ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση ή τον τόπο κατοικίας και να παρέχονται αναλογιζόμενοι το πιθανό χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή όποιων άλλων παραγόντων επιβαρύνουν την τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση τέτοιες δράσεις θα εστιάζονται στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής, στην κοινωνική τους ένταξη, στην προστασία των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας τους και στην επιμόρφωση σχετικά με την ψυχική υγεία. Αντίστοιχα, όσων αφορά την προαγωγή της σωματικής υγείας των ηλικιωμένων, οι στρατηγικές θα έχουν στόχο την πρόληψη των πτώσεων και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, την προώθηση της άσκησης και της ισορροπημένης διατροφής και γενικότερα του υγιεινού τρόπου ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Αναστασιάδου, Β.**, 2015. Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων Ατόμων. *Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της γηριατρικής οδοντιατρικής*. [e-βιβλίο] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο από: <http://hdl.handle.net/11419/3356> [Έγινε πρόσβαση 10 Οκτωβρίου 2016].
- **Αργυριάδου, Σ.**, 2002. Άνοια και κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία: Η παρέμβαση του Γενικού/Οικογενειακού γιατρού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών*. Διαθέσιμο από: <http://hdl.handle.net/10442/hedi/15832>.
- **Barker, P.**, 2009. *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring*. London: Edward Arnold Ltd.
- **Beck, A.T. & Alford, B.A.**, 2009. *Depression Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- **Blazer, D.G.**, 2003. Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58 (3), p.249-265.
- **Carignan, A.M., Sharron, A.B. & Webb, W.M.**, 1998. *Gerontologic Nursing*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Δ. Μαστρογιάννη. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- **Γαρυφαλλός, Γ.**, 2008. Κατάθλιψη και συννοσηρότητα: Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry*, 5 (1).
- **Γιωτάκος, Ο.**, 2010. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 21 (3), σελ. 195-204.
- **Δαμίγος, Δ.**, 2003. *ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- **Δαρδαβέσης, Ι.Α. και συν.**, 2011. *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Πεδίο.
- **Dewit, S.C.**, 2001. *Fundamental Concepts and Skills for Nursing*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Γ. Σακοράφας και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Δ. Λαγός.
- **Δρακόπουλος, Β.**, 2014. *ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ*. Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

- **Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.**, 2010. Ενημέρωση για την κατάθλιψη. *Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής*.
- **Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε. & Μακρή, Α.**, 2013. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 50, σελ. 22-30.
- **Fiske, A., Wetherell, J.K. & Gatz, M.**, 2009. Depression in older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*, 5, p. 363-389.
- **Ζαρταλούδη, Α.**, 2010. Διαπολιτισμική διερεύνηση του πένθους και του θρήνου. *Interscientific Health Care*, 2 (2), σελ. 55-63.
- **Gatz, M.**, 1995. *Mental health & aging*. USA: American Psychological Association.
- **Goldberg, J.**, 2016. Causes of Depression. *WebMD Medical Reference*, 27 Feb.
- **Happell, B., Cowin L., Roper C., Foster, K. & McMaster, R.**, 2008. Introducing Mental Health Nursing: A consumer oriented approach. *Melbourne: Allen & Unwin*, 6 (3), p.324-328.
- **Ηγούμενου, Α.**, 2003. Συννόσηση: Κατάθλιψη με νευρολογικές παθήσεις. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 42 (3), σελ. 316- 323.
- **Ιεροδιακόνου, Χ.Σ. & Ιακωβίδης, Α.Ι.**, 1997. *Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδη.
- **Κανούτος, Φ.**, 2009. Η γήρανση του πληθυσμού. *The Web Power*, [internet]. Διαθέσιμο από: <http://www.pneumonologist.gr>. [Έγινε πρόσβαση στις 10 Οκτωβρίου 2016].
- **Kaplan, I.H., Sadock, J.B. & Grebb, A.J.**, 2005. SYNOPSIS OF PSYCHIATRY: Clinical Psychiatry. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Καπρίνης, Στ.Γ. και συν.**, 2009. *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- **Keck, M.E.**, 2010. *Depression*. Schweiz: Lundbeck AG.
- **Κικίλιας, Η., Μπάγκαβος, Χ., Τήνιος, Π. & Χλέτσος, Μ.**, 2001. Δημογραφική γήρανση, Αγορά Εργασίας & Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις & Πολιτικές. Αθήνα: Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας.
- **Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α.**, 1999. *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- **Μαδιανός, Μ.,** 2000. *Κοινοτική Ψυχιατρική: Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- **Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης, Π.,** 2011. Οικονομική κρίση: Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 11 (1).
- **Μάνος, Ν.,** 1997. *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- **Μαντζαβίνου, Κ.,** 2008. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την κατάθλιψη. *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. Αθήνα: Δημόσια Διαβούλευση.
- **Μαρτζακλή, Η.,** 2008. Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. *Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Πελοποννήσου*, [internet]. Διαθέσιμο από: <http://nestor.teipel.gr/xmlui/handle/123456789/12721>.
- **Μενεδιάτου, Α.,** 2010. Συμπτώματα και διάγνωση της κατάθλιψης. *Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης*, [internet] 23 Σεπτεμβρίου. Διαθέσιμο από: <http://mazi.org.gr>. [Έγινε πρόσβαση στις 11 Οκτωβρίου 2016].
- **Μίσσιου, Α., Τατσιώνη, Α. & Καραθάνος, Β.,** 2015. Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α., Έκδοση. 2015. *Εισαγωγή στη γενική ιατρική*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. σελ. 95-111.
- **Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Λ.,** 2011. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 48, σελ. 54-61.
- **NIMH.,** 2013. National Institute of Mental Health. *Depression U.S. Department of Health and Human services*.
- **Nies, M.A. & McEwen, M.,** 2001. *Community Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Γ. Σακοράφας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Δ. Λαγός.
- **Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ.,** 2001. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), σελ. 239-253.
- **Ορφανού, Ε.,** 2016. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη. *Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου*.

- **Osborn, S.K., Wraa, E.C. & Watson, B.A., 2010.** *Medical – Surgical Nursing: Preparation for Practice*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Κ. Αγγελόπουλος και συν, Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- **Παγοροπούλου, Α., 2000.** *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- **Παπαγεωργίου, Ε., 2004.** Ψυχιατρικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. *Focus*, 1 (8).
- **Peacock, J. & Casey, T., 2000.** *Depression: Perspectives on Mental Health Series*. USA: Capstone Press
- **Πλατή, Χ.Δ., 2000.** *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.
- **Πολυκανδριώτη, Μ. & Στεφανίδου, Σ., 2013.** Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 12 (4).
- **Π.Ο.Υ., 2016.** Mental health: strengthening our response.
- **Redfern, J.S. & Ross, M.F., 2011.** *Nursing Older People*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Ε. Γιαννούλη και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- **Σικλαφίδου, Π., Ζελένη, Δ. & Λειβαδίτης., 2011.** Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και κατάθλιψη. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 48, σελ. 146-150.
- **Simonsen, T. et al., 2009.** *Illustrated Pharmacology for nurses*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Μ. Τσιρώνη. Κύπρος: Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD.
- **Σουρτζή, Π., 2007.** Υγιεινή και Ασφάλεια στο Νοσοκομείο. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 19, σελ. 13-14.
- **Σταματίου, Κ., 2009.** ΓΗΡΙΑΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ. *Research Gate*, [internet] Ιανουάριος. Διαθέσιμο από: <https://www.researchgate.net/publication/236163547>. [Έγινε πρόσβαση 14 Σεπτεμβρίου 2016].
- **Stanhope, M. & Lancaster, J., 2006.** *Foundations of Nursing in the Community: Community – Oriented Practice*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Γ. Αγγελόπουλος και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- **Taylor, C., 1997.** *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Συντονισμός Μετάφρασης: PGCP enterprises Ltd. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

- **Τζινιέρη – Κοκκώση, Μ.**, 2010. Η ποιότητα ζωής στον αντίποδα της ψυχικής νόσου. *Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών*.
- **Turker, N.**, 1999. *Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη ηλικία*. Μεταφράστηκε από αγγλικά από Ε. Γαλανάκη. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- **Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ.**, 2001. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3), σελ. 218-229.
- **Χαράτση – Γιωτάκη, Ε.**, 2010. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα: Ιατρικές & Επιστημονικές Εκδόσεις Σιώκης.
- **WHO.**, 2012. DEPRESSION: A Global Crisis, World Mental Health Day. *World Federation for Mental Health*.