



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ
ΗΛΙΚΙΑ»**

Συγγραφέας

Αικατερίνη Παπαδημητροπούλου

ΑΜ :202127

Επιβλέπουσα

Ευαnθία Σακελλάρη

Αθήνα, Μάρτιος, 2022



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT PUBLIC HEALTH AND COMMUNITY
HEALTH
TITLE OF POSTGRADUATE PROGRAM (MSc/MBA)
“HEALTH PROMOTION IN ELDERLY”**

Diploma Thesis

Title

“Depression and Suicide in Elderly”

Student name and surname:

Aikaterini Papadimitropoulou

Registration Number:

202127

Supervisor name and surname:

Evanthia Sakellari

Athens, March, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τίτλος εργασίας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΕΥΑΝΘΙΑ ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	Digitally signed by Evanthia Sakellari Date: 2022.05.06 09:46:52 +03'00'
2	ΑΡΕΤΗ ΛΑΓΙΟΥ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	Digitally signed by Areti Lagiou Date: 2022.05.10 13:21:27 +03'00'
3	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	Digitally signed by Anastasia Barmpouni Date: 2022.05.11 13:15:34 +03'00'

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

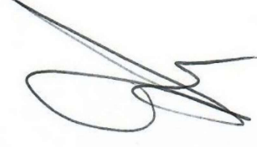
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αικατερίνη Παπαδημητροπούλου του Ηλία, με αριθμό μητρώου ΑΜ: 202127 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προαγωγή υγείας στην Τρίτη ηλικία του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί λόγος για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι τις 27-03-2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλύσα

Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα

Evanthia / Digitally signed by
Sakellari / Evanthia Sakellari
Date: 2022.05.06
09:47:58 +03'00



Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέπουσας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ψυχική υγεία αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της υγιούς γήρανσης. Οι ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ο προσδιορισμός της σχέσης κατάθλιψης και αυτοκτονίας είναι σημαντικός για αποτελεσματικές παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας.

Σκοπός: Η συστηματική ανασκόπηση εξέτασε μελέτες για τον προσδιορισμό της σχέσης κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία. **Μέθοδοι:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση μέσω της βάσης δεδομένων Pubmed και της μηχανής αναζήτησης Google Scholar για να συλλεχθούν μελέτες σχετικά με τον προσδιορισμό της σχέσης κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία μεταξύ 2011- 2021.

Αποτελέσματα: οι 9 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης χρησιμοποιήσαν διαφορετικές μεθόδους συλλογής δεδομένων. Η ηλικία των ατόμων 65 και άνω και η κατάθλιψη αποτελούν παράγοντες συσχέτισης στατιστικά με την αυτοκτονία. Σημαντικό ρόλο παίζουν κλινικοί, ψυχοκοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με την αυτοκτονία με μεγαλύτερο ποσοστό στις ηλικιωμένες γυναίκες. Πολλές προσεγγίσεις παρέμβασης φανερώουν δείγματα αποτελεσματικότητας στην μείωση της αυτοκτονικότητας στους ηλικιωμένους.

Συμπεράσματα: Οι παρεμβάσεις θα πρέπει πρωτίστως να ανταποκρίνονται και να είναι αποτελεσματικές στην σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία με στόχο την καταπολέμηση της κατάθλιψης και κατά συνέπεια του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονίας. Επιπρόσθετα, σε δεύτερο επίπεδο πρέπει να αποσκοπούν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Γενικότερα επιβάλλεται η βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Λέξεις-κλειδιά: “elderly”, “depression”, “suicide”, “suicidal ideation” and “primary health care”.

ABSTRACT

Introduction: Mental health is the cornerstone of healthy aging. Mental disorders, such as depression, negatively affect the quality of life of elderly. Identifying the relationship is important for effective mental health promotion. **Aim:** The systematic review looked at studies to determine the relationship between depression and suicide in elderly. **Methods:** A systematic review was conducted through electronic database Pubmed and Google Scholar to collect studies on determining the relationship between depression and suicide in elderly between 2011- 2021. **Results:** the 9 studies that fulfilled the inclusion criteria used different data collection methods. Age 65 and older and depression are statistically correlated with suicide. Clinical, psychosocial and demographic factors play an important role. Depressive symptoms are associated with a higher rate of suicide in older women. Many intervention approaches show signs of effectiveness in reducing suicide in the elderly. **Conclusions:** Interventions should primarily respond to and be effective in the relationship between depression and suicide in old age with the aim of combating depression and consequently suicidal ideation and suicide. In addition, at the second level should aim at promoting the mental health of the elderly. Generally, it is necessary to improve the quality of health care systems.

Keywords: “elderly”, “depression”, “suicide”, “suicidal ideation” and “primary health care”.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ιδέα για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος: «Κατάθλιψη και Αυτοκτονία στην Τρίτη ηλικία», προέκυψε κατά τη διάρκεια διεξαγωγής του μαθήματος «Ψυχική υγεία και Τρίτη ηλικία». Το μάθημα αυτό μου προκάλεσε έντονα το ενδιαφέρον σχετικά με την θεματολογία της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους. Ταυτόχρονα, αναρωτήθηκα σε μια τέτοια πραγματικότητα, ποιος είναι ο ρόλος μου, ως επαγγελματίας υγείας και συγκεκριμένα ως Κοινωνική Λειτουργός. Γενικότερα προβληματίστηκα για το ρόλο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, ξεκίνησα να αναζητώ με ιδιαίτερο ενδιαφέρον βιβλιογραφία σχετικά με το παραπάνω θέμα, διαβάζοντας διάφορες μελέτες, οι οποίες κατέληγαν σε κάποια συμπεράσματα. Πιστεύω ότι η εργασία μου μπορεί να συμβάλει στην ενημέρωση και περαιτέρω εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας σχετικά με την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης αλλά και του κινδύνου αυτοκτονίας των ηλικιωμένων.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κυρία Ευανθία Σακελλάρη για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής για τη βοήθειά τους στην ολοκλήρωση της εργασίας μου. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μεταλαμπαδέυσαν κατά τη διάρκεια αυτού του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ	14
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	14
<i>1.1 Ενεργός γήρανση</i>	14
<i>1.2 Τρίτη ηλικία</i>	14
<i>1.3 Ψυχική υγεία</i>	14
<i>1.4 Γηριατρική κατάθλιψη</i>	15
<i>1.5 Τύποι κατάθλιψης</i>	16
<i>1.6 Σύνπτωματα κατάθλιψης</i>	17
<i>1.7 Αιτίες κατάθλιψης</i>	18
<i>1.8 Κατάθλιψη, αυτοκτονία και τρίτη ηλικία</i>	20
<i>1.9 Αυτοκτονικός ιδεασμός και τρίτη ηλικία</i>	21
<i>1.10 Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19</i>	22
<i>1.11 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας</i>	24
<i>1.12 Ιστορική αναδρομή</i>	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	27
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ	27
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	27
<i>2.1 Επιδημιολογία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία</i>	27
<i>2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης</i>	29
<i>2.2.1 Η χηρεία</i>	29
<i>2.2.2 Η μη ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος</i>	29
<i>2.2.3 Οικονομικό, επαγγελματικό και μορφωτικό επίπεδο</i>	30
<i>2.2.4 Σημαντική αλλαγή συνθηκών διαβίωσης</i>	31
<i>2.2.5 Κοινωνικά στερέωτα</i>	31
<i>2.3 Προστατευτικοί παράγοντες της κατάθλιψης</i>	32
<i>2.4 Αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας</i>	35
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ	38
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	39
<i>4.1 Σύστηματική ανασκόπηση</i>	39
<i>4.2 Εξαγωγή δεδομένων και αναλύσεις</i>	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ	41
ΠΛΗΡΟΥΣΑΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	41
<i>5.1 Χαρακτηριστικά δημοσιεύσεων</i>	41
<i>5.2 Στόχοι δημοσιεύσεων</i>	41
<i>5.3 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων</i>	42
<i>5.4 Ενρήματα δημοσιεύσεων</i>	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΣΥΖΗΤΗΣΗ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7° ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα έτη 2020-2030 έχουν χαρακτηριστεί ως έτη υγιούς γήρανσης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με σκοπό την συνεργασία κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών, επαγγελματιών, κοινωνιών και πολιτών στοχεύοντας στην εξασφάλιση της ποιότητας ζωής στα γηρατειά (World Health Organization, 2020). Ο ρυθμός της γήρανσης του πληθυσμού είναι πολύ πιο γρήγορος συγκριτικά με το παρελθόν και αυτό αποτελεί πρόκληση για όλες τις χώρες, για την διασφάλιση της ετοιμότητας των συστημάτων υγείας αλλά και των κοινωνικών συστημάτων να ανταποκριθούν σε αυτή την δημογραφική αλλαγή. Δύο από τους τομείς προτεραιότητας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μέσα από το σχεδιασμό δράσης για την γήρανση και την υγεία είναι α) η ευθυγράμμιση των συστημάτων υγείας σε σχέση με τις ανάγκες των ηλικιωμένων πληθυσμών και β) η ανάπτυξη συστημάτων για παροχή μακροχρόνιας περίθαλψης. Στον πρώτο τομέα σκοπός είναι η ενημέρωση των ηλικιωμένων από όλους τους παρόχους περίθαλψης ενώ στον δεύτερο τομέα η ανάπτυξη συστημάτων διακυβέρνησης, υποδομών και κατάλληλου - εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού. Και στους δύο τομείς επίκεντρο αποτελεί το συμφέρον του ηλικιωμένου (World Health Organization, 2018). Σύμφωνα με την Eurostat ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση στα 141 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Θα αντιπροσωπεύει το 28,7% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης έως το 2080 συγκριτικά με 18,5% το 2014 (Zelko et al., 2016).

Ένα από τα κριτήρια υγιούς γήρανσης αποτελεί και η ψυχική υγεία (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Όλοι μπορούν να επιτύχουν το μέγιστο δυνατό επίπεδο ψυχικής ευεξίας, να είναι αυτόνομοι και να έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν στις αποφάσεις εκείνες που επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία και συνολικά τη ζωή τους (World Health Organization, 2015). Όταν η ψυχική υγεία προάγεται, τα άτομα μπορούν να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα με σκοπό την επίτευξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου υγείας και την συμμετοχή τους στην κοινωνία (World Health Organization, 2012, 2013).

Οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν τους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα την μειωμένη ποιότητα ζωής καθώς και τον στιγματισμό τους. Σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 15%, οι ηλικιωμένοι πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή με συχνότερη την κατάθλιψη σε ποσοστό 7%. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν το στρες και το άγχος που

σχετίζονται με την ηλικία αυτή, π.χ. μειωμένη κινητικότητα, χρόνιος πόνος, προβλήματα υγείας. Άλλοι παράγοντες κινδύνου είναι η παραμέληση, η εγκατάλειψη, η μοναξιά, η απομόνωση, η κακοποίηση (σωματική, ψυχολογική, λεκτική, σεξουαλική, οικονομική) καθώς και το πένθος με μακροχρόνιες ψυχολογικές συνέπειες, όπως η κατάθλιψη (World Health Organization, 2017).

Η λειτουργική δυσλειτουργία στους ηλικιωμένους συνδέεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Για παράδειγμα, όταν κάποιοι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι τους και δεν έχουν βοήθεια από κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο. Οι χρόνιες ασθένειες (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια – ΧΑΠ, νεφρική ανεπάρκεια, διαταραχές όρασης, κ.λπ.) συνδέονται εξίσου με τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Fiske et al., 2013). Δεδομένου του αυξανόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων, υπάρχει πιθανότητα ο αριθμός των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν να αυξηθεί (Conwell, Y., 2014). Τα ποσοστά αυτοκτονιών στους ηλικιωμένους λευκούς άνδρες είναι υψηλότερα. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που παίζουν σημαντικό ρόλο δεν έχουν διασαφηνιστεί. Αγνωούνται έτσι, αν κάποια συγκεκριμένα προφίλ της προσωπικότητας έχουν σχέση με ποικίλους παράγοντες που προκαλούν στρες στα γηρατιά, προκαλώντας αυτοκτονική συμπεριφορά. Τα δυσάρεστα χαρακτηριστικά αφορούν τόσο σε νεότερους ενήλικες όσο και σε ηλικιωμένους και συνδέονται με τους στρεσογόνους παράγοντες της γήρανσης (Szucs et al., 2018).

Τα ποσοστά αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους είναι μεγαλύτερα συγκριτικά με άλλες ηλικιακές ομάδες. Τα γηρατιά συνδέονται με οικονομικές, κοινωνικές μεταβολές, γνωστικές εκπώσεις, και σωματικές ασθένειες. Ως εκ τούτου, δύναται να αποτελέσουν απειλητικούς παράγοντες για τον κίνδυνο έναρξης κατάθλιψης και κατά συνέπεια αύξησης των ποσοστών αυτοκτονίας (Rostani et al., 2018). Οι καταθλιπτικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία συσχετίζονται με αυτοκτονική συμπεριφορά και με διαταραχές προσωπικότητας. Η μειωμένη γνωστική λειτουργία μπορεί να κάνει τους ηλικιωμένους πιο ευαίσθητους σε στρεσογόνους παράγοντες (Szucs et al., 2018).

Η εθνική στρατηγική του 2012 έχει βάλει ως στόχο την μείωση των αυτοκτονιών έως 40% μέχρι το 2022. Αυτό θα επιτευχθεί με τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μιλούν για την αυτοκτονία και την πρόληψη αυτής, την πρόληψη της αυτοκτονίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την αλλαγή των συστημάτων της

πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την πρόληψη. Ακόμη και με την απόκτηση περισσότερων δεδομένων (αιτιών) σχετικά με την αυτοκτονική συμπεριφορά με σκοπό τις αποτελεσματικότερες προσπάθειες πρόληψης (Raue et al., 2014).

Έχουν εφαρμοστεί προγράμματα ελέγχου και αντιμετώπισης της κατάθλιψης στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτά είναι παρεμβάσεις θεραπευτικές, όπως φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία. Επιπλέον, συμβουλευτική μέσω τηλεφώνου στα άτομα τρίτης ηλικίας αλλά και κοινοτικά προγράμματα, διάφορες ομαδικές δραστηριότητες καθώς αν κριθεί απαραίτητο και παραπομπή σε ειδικό για θεραπεία. Τα παραπάνω μπορεί να έχουν θετική επίδραση στους ηλικιωμένους που ήδη βρίσκονται σε κίνδυνο, στην πρόληψη αυτοκτονικής συμπεριφοράς ή και στην μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού (Okolie et al., 2017).

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ

ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1.1 Ενεργός γήρανση

Ως ενεργός γήρανση (Active Healthy Ageing – ΑΗΑ) ορίζεται η προσέγγιση εκείνη που λαμβάνει υπόψη της την ικανότητα των ανθρώπων όλων των ηλικιών να ζουν με υγεία, ασφάλεια και με έναν τρόπο ζωής που δεν θα τους οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό, αναγνωρίζοντας την συνεισφορά όλων των παραγόντων στην υγεία (World Health Organization, 2018).

1.2.Τρίτη ηλικία

Κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι οι περισσότεροι ορισμοί για την τρίτη ηλικία είναι ρευστοί και αυθαίρετοι. Το γεγονός ότι χρησιμοποιούνται πολλά κριτήρια (βιολογικά, κοινωνικά, πολιτισμικά) για τον προσδιορισμό της, η απουσία ενός σαφούς σημείου έναρξης της και η ύπαρξη ατομικών διαφορών στον βαθμό και τον ρυθμό της γήρανσης, αποτελούν βασικούς λόγους απουσίας ενός εννοιολογικού προσδιορισμού (Redfern & Ross, 2011).

Ωστόσο, ως τρίτη ηλικία ονομάζονται οι ενήλικες άνω των 65 ετών, ενώ συχνά πραγματοποιείται επιμέρους κατηγοριοποίηση σε υπο-ομάδες: 65-70 έως 80 ετών: οι νέοι ηλικιωμένοι, 75-80 έως 90 ετών: οι μεγάλοι ηλικιωμένοι και 85-95 και άνω: υπερήλικες (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 2011).

1.3 Ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας –Π.Ο.Υ. (2018) « Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευημερίας στην οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίζει τις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και είναι σε θέση να συμβάλλει στην κοινότητα του». Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της υγείας και καθορίζεται από βιολογικούς, περιβαλλοντικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η βία αποτελεί κίνδυνο για την ψυχική υγεία. Οι γρήγορες κοινωνικές αλλαγές, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η σωματική ασθένεια, οι αγχωτικές συνθήκες

εργασίας, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία (World Health Organization, 2018).

Στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Quality of Life – QOL) από τους άνδρες και η ποιότητα ζωής επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Οι μεταβλητές που επιδρούν στην ποιότητα ζωής είναι ο μεγάλος αριθμός τόσο σωματικών όσο και ψυχολογικών συμπτωμάτων, οι οικονομικές δυσκολίες και οι ψυχιατρικές διαταραχές. Οι σωματικές και ψυχιατρικές διαταραχές έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Επίσης, η παρουσία ενός μεγάλου αριθμού ψυχολογικών συμπτωμάτων, χωρίς απαραίτητα να πληρούνται τα κριτήρια μιας ψυχικής διαταραχής, αποτελεί μια προγνωστική μεταβλητή χειρότερης ποιότητας ζωής. Η ψυχική υγεία επιβαρύνει την ποιότητα ζωής των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, η οποία είναι τόσο σημαντική όσο και η σωματική υγεία. Ακόμη και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίζονται με χαμηλή ποιότητα ζωής. Όταν κάποιος ηλικιωμένος πάσχει από ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας, η ποιότητα της ζωής του επιδεινώνεται (Ausin et al., 2020).

1.4 Γηριατρική κατάθλιψη

Η γηριατρική κατάθλιψη (Geriatric Depression – GD) - γνωστή ως κατάθλιψη στο τέλος της ζωής - αναφέρεται στην καταθλιπτική διαταραχή που εμφανίζεται μετά την ηλικία των 60 ετών (Grover et al., 2019). Η εμφάνιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί τμήμα της υγιούς γήρανσης αλλά ανεξάρτητη κλινική οντότητα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων προσαρμόζεται επιτυχώς στις αλλαγές που συνδέονται με την είσοδο τους σε αυτό το εξελικτικό στάδιο (Barcelos-Ferreira et al., 2013). Για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από κατάθλιψη, θα πρέπει να έχει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, δηλαδή καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις καθημερινές του δραστηριότητες για τουλάχιστον δύο εβδομάδες (Αγγελόπουλος, 2009).

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχιατρική διαταραχή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αίσθημα ενοχής ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές ύπνου ή όρεξης καθώς και έλλειψη συγκέντρωσης.

Τα ανωτέρω συνοδεύονται από άγχος, μπορεί να διαρκούν χρόνια και να λειτουργούν αρνητικά στον τρόπο ζωής του ατόμου με χειρότερη περίπτωση την αυτοκτονία (Kessing et al., 2010).

Η κατάθλιψη χρειάζεται να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί από τους επαγγελματίες υγείας. Μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια χωρίς την κατάλληλη θεραπεία (Γαρούφαλλος, 2008). Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο κοινή διαταραχή και τον σημαντικότερο παράγοντα που σχετίζεται με την αυτοκτονία στους ηλικιωμένους. Υπάρχει υψηλός κίνδυνος μια ψυχιατρική διαταραχή να μην έχει αναγνωρισθεί-διαγνωστεί και κατά συνέπεια να μην έχει αντιμετωπιστεί (Cramaglia et al., 2019).

1.5 Τύποι κατάθλιψης

Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή: τα συμπτώματα διαρκούν τουλάχιστον τρεις εβδομάδες, εμποδίζοντας το άτομο στην καθημερινότητα του.

Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή: ορίζεται και ως δυσθυμία, διαρκεί περισσότερο από δύο έτη. Ωστόσο το άτομο μπορεί να ολοκληρώσει τις καθημερινές του εργασίες.

Καταθλιπτική διαταραχή: προκαλείται από χρήση φαρμάκων ή αλκοόλ. Επίσης παρουσιάζεται από την ύπαρξη κάποιου ιατρικού προβλήματος, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις. Υπάρχουν κι άλλοι τύποι κατάθλιψης, όπως η εποχιακή και η ψυχωτική. Η πρώτη εμφανίζεται συνήθως το χειμώνα και συνδέεται με το λιγότερο ηλιακό φως. Η δεύτερη είναι σοβαρή κατάθλιψη και εμφανίζεται μαζί με μια μορφή ψύχωσης, όπως οι ψευδαισθήσεις (National Institute on Aging, 2021).

Λανθάνουσα κατάθλιψη: το άτομο παρουσιάζει συμπεριφορά αποφυγής σε αντικατάσταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αρκετοί μελετητές θεωρούν ότι είναι μηχανισμοί άμυνας προκειμένου να αποφύγουν την έκδηλη κατάθλιψη (Joyce, 2009). Η μείζονα κατάθλιψη αποτελεί την πιο διαδεδομένη ψυχική διαταραχή στα άτομα τρίτης ηλικίας (Abe et al., 2012).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών- 5^η έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual Disorders-fifth edition - DSM-5), η

μείζονα καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από αισθήματα θλίψης, ενοχής, απώλεια ενδιαφέροντος, για δραστηριότητες και διαταραχές ύπνου. Στα περισσότερα άτομα παρατηρείται σημαντική αλλαγή του βάρους τους. Όταν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Το DSM-5 προβλέπει ότι το άτομο θα πρέπει να βιώνει τα συναισθήματα κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, καθημερινά, για μια περίοδο δύο εβδομάδων. Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν απώλεια ενέργειας και προβλήματα συγκέντρωσης στο σπίτι και στην εργασία, μετακινούνται και αντιδρούν πολύ πιο αργά από το κανονικό. Αρκετοί ηλικιωμένοι διακατέχονται από καταθλιπτικές σκέψεις, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. Ωστόσο, αν τα συμπτώματα σχετίζονται με κάποια απώλεια, τότε αυτά δεν αποτελούν σημάδια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής αλλά σημάδια θλίψης. Οι γυναίκες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να βιώσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (American Psychiatric Association, 2013).

1.6 Συμπτώματα κατάθλιψης

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association -APA, 2013) τα βασικά συμπτώματα είναι:

1. η καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
2. σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ικανοποίηση από όλες σχεδόν τις δραστηριότητες
3. σημαντική απώλεια ή προσθήκη βάρους (αλλαγή της τάξης του 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα)
4. αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα
5. ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
6. κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα
7. αισθήματα ανασιότητας ή υπερβολικής ενοχής
8. μειωμένη συγκέντρωση
9. επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου

Η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ενήλικες ποικίλλει ως προς την εμφάνιση της:

- α) μπορεί να εμφανιστεί ως επαναλαμβανόμενη ασθένεια που προέρχεται από νοσηρότητα σε νεότερη ηλικία, δηλαδή κατάθλιψη πρώιμης έναρξης.
- β) ως κατάθλιψη νέας έναρξης, δηλαδή κατάθλιψη όψιμης έναρξης.

- γ) ως δευτερεύουσα διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε μια γενική ιατρική κατάσταση.
- δ) ως συμπτώματα διάθεσης που οφείλονται στη χρήση ουσιών ή φαρμάκων (Aziz & Steffens, 2013).

Έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας για την αυτοκτονικότητα σε ηλικιωμένους, καθώς πολλές έρευνες έχουν επισημάνει ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων που εκδήλωσαν αυτοκτονική συμπεριφορά, έπασχαν από μείζονα κατάθλιψη (Oop-arom et al., 2019). Συχνά η κατάθλιψη στον γηράσκοντα πληθυσμό δεν διαγιγνώσκεται, καθώς τα συμπτώματα της παρερμηνεύονται και λαμβάνονται ως φυσιολογικά χαρακτηριστικά που συνοδεύουν το γήρας ή τις σωματικές παθήσεις (γνωστική έκπτωση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, απώλεια ενέργειας, μειωμένη όρεξη, λειτουργική έκπτωση) ή περιπλέκονται συχνά με την διεργασία του πένθους (Nair et al., 2013).

1.7 Αιτίες κατάθλιψης

Πληθώρα εμπειρικών ερευνών, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αιτιολογία της κατάθλιψης δεν είναι μονοπαραγοντική. Φαίνεται, δηλαδή, ότι πολλοί παράγοντες, ο συνδυασμός και η αλληλεπίδραση τους οφείλονται για την εκδήλωση της διαταραχής και του συνόλου των συμπτωμάτων που την αποτελούν (Christodoulou et al., 2012). Όταν υπάρχουν συμπτώματα μιας ψυχιατρικής διαταραχής, υπάρχει 65% πιθανότητα να συνυπάρχουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Hatch et al., 2018). Η έναρξη της κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικά αίτια, που σχετίζονται με το γήρας (IOM, 2012).

Οι βασικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης, διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες :

- Γενετικοί παράγοντες: Έρευνες για την επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της κατάθλιψης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επιρρέπεια και η ευαλωτότητα στην νόσο αυτή, αποτελεί απόρροια των γενετικών παραγόντων με τους οποίους κληροδοτείται στο άτομο από τους βιολογικούς προγόνους του (Almeida et al, 2014).

- Βιολογικοί παράγοντες: Διακρίνονται σε δύο γενικές κατηγορίες:

α) **Νευροχημικοί**: Η εύρυθμη λειτουργία του εγκεφάλου βασίζεται στην ορθή λειτουργία των νευροχημικών παραγόντων. Εάν διαταραχθεί η ισορροπία τους, μπορεί να προκληθούν ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κατάθλιψη. Οι κύριες ουσίες που έχουν μελετηθεί και ανήκουν στην κατηγορία των νευροδιαβιβαστών και έχουν σχέση με την κατάθλιψη είναι η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη και η νοραδρεναλίνη. Στην κατάθλιψη έχει διαπιστωθεί ότι τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν (Christodoulou et al., 2012).

β) **Νευροενδοκρινικοί (ορμόνες)**: Παρομοίως με τους νευροχημικούς παράγοντες, η διατάραξη της ισορροπίας των επιπέδων τους μπορεί να επηρεάσει την φυσική βιοχημεία του εγκεφάλου και την λειτουργία των μηχανισμών του. Πολλές ενδοκρινικές διαταραχές φαίνεται να παρουσιάζουν συγγρόνως κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός, η νόσος Cushing και Addison και διάφορες άλλες ορμονικές διαταραχές (Gold et al., 2010).

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από συννοσηρότητα με ορμονικές διαταραχές, όπως είναι η μείωση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης που συμβαίνουν πριν την εμμηνόπαυση, κατά την εμμηνόπαυση και την λοχεία. Αντίστοιχα, έχει παρατηρηθεί στους άνδρες ότι η μείωση της τεστοστερόνης με το πέρασμα των χρόνων, φαίνεται να συνοδεύεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την γνωστική έκπτωση (Baldwin, 2010).

- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Δυσμενείς περιβαλλοντικές συνθήκες και χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, οδηγούν συχνά στην πυροδότηση της κατάθλιψης, ειδικά όταν αλληλεπιδρούν με τους γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες. Ως ψυχοπιεστικές και στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να θεωρηθούν οι παρακάτω: χωρισμός/διαζύγιο γονέων, χωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, αποτυχία ή απώλεια εργασίας, παρατεταμένη ανεργία, μοναξιά, οικονομικά προβλήματα, κακές διαπροσωπικές σχέσεις, φυσικές καταστροφές (σεισμοί-θεομηνίες) που οδηγούν σε ατομικές απώλειες, θάνατος αγαπημένων προσώπων, διάφορες υλικές ζημιές, σοβαρή ασθένεια, σωματική και ψυχολογική βία, σεξουαλική κακοποίηση, προσβολή της αξιοπρέπειας, χρόνια σοβαρά νοσήματα, εγχειρήσεις, βαριά ατυχήματα και παρατεταμένες νοσηλείες (Christodoulou et al., 2012).

-Δημογραφικά- κοινωνικά χαρακτηριστικά: το γυναικείο φύλο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η διαμονή σε αστικές περιοχές και η οικονομική δυσχέρεια είναι πιθανοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την γηριατρική κατάθλιψη (Park et al., 2015).

- Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας: Ο νευρωτισμός και η εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας είναι δύο ιδιοσυγκρασιακά στυλ που έχουν αναγνωριστεί ως συνετείς και σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την έναρξη της κατάθλιψης (Royall et al., 2020).

- Αιτίες που σχετίζονται με την γήρανση

- οι νευροεκφυλιστικές νόσοι (νόσος Parkinson), το ιστορικό ισχαιμικού επεισοδίου, η ατροφία εγκεφαλικών περιοχών που εμπλέκονται στην κατάθλιψη (ιππόκαμπος, αμυγδαλή, βασικά γάγγλια)
- χρόνια νοσήματα (υπερπλασία του προστάτη, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, διαβήτης)
- η μειωμένη κοινωνική εμπλοκή- περιορισμός δραστηριοτήτων
- η φθίνουσα ευεξία
- η απουσία διαπροσωπικών σχέσεων, η απώλεια συντρόφου (Congetal., 2015).

1.8 Κατάθλιψη, αυτοκτονία και τρίτη ηλικία

Η αυτοκτονία αφορά μια εσκεμμένη πράξη προκειμένου να τερματίσει κάποιος τη ζωή του (Pisani et al., 2016). Η αυτοκτονία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας στους ηλικιωμένους και οφείλεται σε παράγοντες φυσικούς (κάπνισμα, συννοσηρότητα), κοινωνικούς (διαβιούν μόνοι τους) και διανοητικούς (υπερυπνία, αγχώδεις διαταραχές, απελπισία, απόπειρα αυτοκτονίας). Η αυτοκτονία περιλαμβάνει τον ιδεασμό, την πρόθεση και το σχέδιο (Rozzini, 2009). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν ή αυτοκτονούν, πάσχουν από κατάθλιψη. Ωστόσο, δεν αποκλείονται κι άλλοι παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονίας, όπως για παράδειγμα η συννοσηρότητα, σοβαρές ασθένειες (π.χ. νεφρική νόσος τελικού σταδίου, καρκίνος), κατάχρηση ουσιών ή ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού (Raue et al., 2014).

Οι άνθρωποι από φτωχές χώρες έχουν κατάθλιψη και πολλοί οδηγούνται στην αυτοκτονία. Θεωρούν τον εαυτό τους εκτός ζωής κι έτσι οδηγούνται στην αυτοκτονία. Υπολογίζεται ότι ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο παγκοσμίως. Οι χώρες με την μεγαλύτερη επιρροή της Ανατολικής Ασίας, πολιτιστικά και οικονομικά είναι η Ιαπωνία, η Νότια Κορέα και η Κίνα. Η ανασφάλεια και το άγχος είναι οι κύριες αιτίες που οδηγούν κάποιον στην αυτοκτονία. Κάποιοι ηλικιωμένοι ασθενείς θεωρούν την αυτοκτονία ως μέσο απαλλαγής από την ζωή εξαιτίας ορισμένων ασθενειών που οδηγούν στο θάνατο (Kanwall et al., 2017).

Σε μια μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής που εξέτασε εάν η αξία που δίνεται στην αυτονομία ενισχύει την σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας διαφορετικά για ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα: Μεταξύ ανδρών, τα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίστηκαν με τον κίνδυνο αυτοκτονίας στην περίπτωση που η αυτονομία ήταν αυξημένη. Μεταξύ γυναικών, τα συμπτώματα κατάθλιψης συσχετίστηκαν με τον κίνδυνο αυτοκτονίας σε όλα τα επίπεδα αυτονομίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν αυξημένος στους άνδρες. Οι ηλικιωμένοι που δίνουν μεγάλη αξία στην αυτονομία, αγγώνονται με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η επίτευξη των στόχων τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με άτομα που δίνουν μικρότερη αξία στην αυτονομία. Για παράδειγμα, κάποιο ηλικιωμένο άτομο με σωματική αναπηρία μπορεί να μην είναι σε θέση να ασχοληθεί με τις δουλειές του σπιτιού. Έτσι, αντί να στηρίζεται στη βοήθεια τρίτων, μειώνοντας τους στόχους του, μπορεί να προχωρήσει σε δουλειές, κινδυνεύοντας να τραυματιστεί. Ακόμη, είναι πιθανό να υποστεί και τις συναισθηματικές συνέπειες της συνεχούς «αποτομής» προκειμένου να ανταποκριθεί στους στόχους του (Bamonti et al., 2014).

1.9 Αυτοκτονικός ιδεασμός και τρίτη ηλικία

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Suicidal Ideation - SI) είναι ένας όρος που αναφέρεται σε μια σειρά σκέψεων, ανησυχιών και επιθυμιών με την αυτοκτονία και το τέλος της ζωής. Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, το έτος 2017 αποτυπώθηκε ότι δέκα εκατομμύρια άτομα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής βίωσαν σκέψεις αυτοκτονίας. Ωστόσο, καμιά κλίμακα μέτρησης του αυτοκτονικού ιδεασμού και του κινδύνου αυτοκτονίας ή της κατάθλιψης δεν παρέχει μια χρήσιμη

και αξιόπιστη βαθμολογία, προκειμένου να καταστεί δυνατή η πρόγνωση των ατόμων που ο θάνατος από αυτοκτονία είναι επικείμενος. Μελέτες έχουν δείξει ότι το 80-90% που είχαν αυτοκτονική συμπεριφορά και τελικά αυτοκτόνησαν, είχαν επαφή με επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Harper, 2021).

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός περιλαμβάνει παθητικές επιθυμίες, οι οποίες μπορεί να εξελιχθούν σε πράξεις αυτοκτονίας ή ακόμη και την κατάσταση ενός σχεδίου με απόλυτη λεπτομέρεια με σκοπό την υλοποίησή του. Ενώ η αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται ως πράξεις με τις οποίες το άτομο θέλει να βάλει τέλος στη ζωή του. Οι πράξεις αυτές μπορεί να είναι ολοκληρωμένες ή να έχει γίνει μόνο απόπειρα αυτοκτονίας (Raue et al., 2014).

1.10 Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19

Από το Δεκέμβριο του 2019 η ανθρωπότητα αντιμετώπιζε την νόσο COVID-19, μια σοβαρή μολυσματική ασθένεια, η οποία προκαλείται από τον κορωνοϊό Sars-Cov-2. Τα πιο σοβαρά συμπτώματα παρατηρούνται στα άτομα της τρίτης ηλικίας και σε εκείνα με χρόνιες ασθένειες. Οι ηλικιωμένοι με ψυχικές διαταραχές δύνανται να εμφανίσουν μια επίμονη φλεγμονώδη κατάσταση. Μοναδικός τρόπος και ασφαλής για την αποφυγή της μόλυνσης θεωρείται η κοινωνική απομόνωση, γεγονός που επιδεινώνει την ψυχική υγεία. Τα σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια εκτιμάται ότι μειώνουν το προσδόκιμο ζωής, λόγω φλεγμονωδών και νευρολογικών επιπλοκών που έχουν σχέση με τη νόσο. Οι έχοντες κάποια ψυχική διαταραχή είναι πιο επιρρεπείς σε επιδείνωση προηγούμενων καταστάσεων ψυχικής υγείας. Οι κοινωνικές αλλαγές της πανδημίας προκαλούν συναισθήματα απογοήτευσης σε ηλικιωμένους με ψυχικές διαταραχές. Η δε παρακολούθησή τους είναι πιθανό να διακοπεί εξαιτίας της επιβάρυνσης των συστημάτων υγείας. Η διακοπή της σωματικής δραστηριότητας καθίσταται επιβλαβής για την υγεία. Επιπρόσθετα, η απομόνωση προκαλεί συναισθηματική επιβάρυνση. Όλα τα παραπάνω μπορούν να προκαλέσουν πρόωρο θάνατο στους ηλικιωμένους (Groli, R. et al., 2021).

Η Γουχάν, η μεγαλύτερη πόλη της κεντρικής Κίνας επλήγη σοβαρά από την COVID-19. Τα μέτρα καραντίνας που ελήφθησαν σε όλα τα χωριά και τις κοινότητες της συγκεκριμένης πόλης, επηρέασαν ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους. Υπήρξαν ανεπαρκείς υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης για τα ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν μόνο τους.

Κατά την κορύφωση της πανδημίας κάποιοι ηλικιωμένοι δεν λάμβαναν έγκαιρες ιατρικές υπηρεσίες για τα χρόνια προβλήματα υγείας τους, καθώς οι υπηρεσίες ακυρώθηκαν σε πολλά γενικά νοσοκομεία και αυξήθηκε η ανησυχία για απόκτηση της λοίμωξης στα νοσοκομεία. Αυτά είχαν ως αποτέλεσμα την υποτροπή ψυχικών ασθενειών αυξάνοντας τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Εξαιτίας του μεγαλύτερου ποσοστού θανάτων των ηλικιωμένων, οι τελευταίοι αυξάνουν το φόβο τους ότι θα προσβληθούν από την λοίμωξη και θα καταλήξουν (Yang et al, 2020).

Στα πλαίσια της πανδημίας COVID-19, οι ηλικιωμένοι μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στον αυτοκτονικό ιδεασμό μέσω μιας αυξημένης αίσθησης αποσύνδεσης από τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και του μεγαλύτερου άγχους και της κατάθλιψης. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να συντελέσουν σε αυτοκτονικές συμπεριφορές των ηλικιωμένων (Wand et al, 2020). Οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την καραντίνα περιλαμβάνουν πλήξη, απογοήτευση, ανεπαρκείς πληροφορίες και φόβο, επηρεάζοντας αρνητικά τους ηλικιωμένους (Brooks et al, 2020).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν υψηλά. Η κακή γνώση της πανδημίας συσχετίστηκε με συμπτώματα άγχους, επηρεάζοντας την σωματική υγεία οδηγώντας σε αυτοκτονικό ιδεασμό. Με την αύξηση της ηλικίας ο κίνδυνος αντιμετώπισης της πανδημίας μειώνεται και κάνει τα άτομα της τρίτης ηλικίας να ανησυχούν περισσότερο και να οδηγούνται στην κατάθλιψη. Το ιατρικό ιστορικό συσχετίστηκε με αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης. Η έλλειψη υποστήριξης και η μοναξιά αποτελούν παράγοντες στους οποίους οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε συμπτώματα κατάθλιψης μετά από ένα αγχωτικό γεγονός (Jemal, K. et al., 2021).

Η κοινωνική αλληλεπίδραση και οι ομάδες θεραπείας αποτελούν βασικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών. Η κοινωνική συναναστροφή συνδέεται άμεσα με ορμονικούς μηχανισμούς. Η μοναξιά έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της διάθεσης και της γνωστικής λειτουργίας, μεταβάλλοντας τη ρύθμιση των φλεγμονωδών αντιδράσεων στο σώμα, η οποία βλάπτει το ανοσοποιητικό σύστημα, τις συνήθειες ύπνου και την ικανότητα συγκέντρωσης. Η καθοδήγηση από επαγγελματίες υγείας για φαρμακολογικές και μη θεραπείες, η σωματική δραστηριότητα στο σπίτι καθώς και η επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους με τη βοήθεια της τεχνολογίας βοηθούν στην διατήρηση

της ψυχικής υγείας. Καλές πρακτικές θεωρούνται επίσης η μουσική, η ζωγραφική και η λογοτεχνία, προκειμένου τα άτομα της τρίτης ηλικίας να παραμένουν δραστήρια και υγιή (Groli, R. et al., 2021).

Η ίδια η καραντίνα έχει συνδυαστεί με ψυχολογική δυσφορία, ιδίως μετά την λήψη μέτρων. Η ψυχιατρική ασθένεια μπορεί να αποτελέσει τροχπέδη στην πρόσβαση των ατόμων της τρίτης ηλικίας για ψυχιατρική θεραπεία. Η Αυστραλιανή Ψυχολογική Εταιρεία έχει εκδώσει συμβουλές για τους ηλικιωμένους σχετικά με την αντιμετώπιση του άγχους κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το γεγονός αυτό μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Η χρήση τηλεδιασκέψεων, τηλεφωνικών κλήσεων και ηλεκτρονικού ταχυδρομείου με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα από τους ηλικιωμένους, τους παρέχει πρόσβαση αντικαθιστώντας τη φυσική παρουσία. Αυτό μειώνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας, αποκτώντας παράλληλα τα άτομα αυτά νέες δεξιότητες. Επίσης τους δίνεται η δυνατότητα με αυτό τον τρόπο να έχουν πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες (Wand et al, 2020).

Από την άλλη πλευρά, μελέτες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να απομονωθούν από τις επιπτώσεις που σχετίζονται με τον COVID-19 στη ψυχική υγεία. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι πιθανό να έχουν τόσο συλλογικές όσο και ατομικές τραυματικές εμπειρίες, όπως η δικτατορία, ο πόλεμος, οι φυσικές καταστροφές και οι οικονομικές κρίσεις. Κατά συνέπεια μπορεί να είναι σε θέση να εξετάσουν την πανδημία υπό ένα διαφορετικό και ευρύτερο πρίσμα, υπολογίζοντας τον αντίκτυπο που έχει και να δείξουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στις δυσμενείς επιπτώσεις της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα επιδείνωσης της κατάστασης της ψυχικής υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας μπορεί να δείχνουν μια αντίδραση στρες που θα μπορούσε να είναι παροδική. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να αντέχουν την συναισθηματική πίεση της πανδημίας. Η ικανότητά τους να προσαρμόζονται στις εκάστοτε αντιξοότητες μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το οικονομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό υπόβαθρο αλλά και τους ατομικούς παράγοντες σε διάφορες χώρες (Parlapani, E. et al., 2021).

1.11 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη (Primary Health Care - PHC) ορίζεται ως η προσέγγιση εκείνη που στοχεύει στην εξασφάλιση του καλύτερου δυνατού επιπέδου

υγείας και ευημερίας. Αφετηρία της αποτελεί η εκτίμηση των αναγκών των ανθρώπων. Επίσης στόχος της είναι η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, η πρόληψη των διαφόρων ασθενειών, η θεραπεία, η αποκατάσταση και η παρηγορητική ποιοτική φροντίδα (World Health Organization, 2021).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη βάση για την ενίσχυση ενός ισχυρού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας την καλύτερη υγεία και το χαμηλότερο κόστος (Ferreira et al., 2016). Αποτελεί τον πιο κατάλληλο χώρο για την ανάγνωση του κινδύνου αυτοκτονίας. Είθισται οι ηλικιωμένοι να μην επισκέπτονται ιατρούς ψυχικής υγείας. Αντιθέτως, τα άτομα τρίτης ηλικίας προτιμούν να συζητούν το πρόβλημα τους με το γιατρό τους, τον οποίο εμπιστεύονται. Το 45% από αυτούς που αυτοκτονούν, θα επισκεφθούν το γιατρό τους ένα μήνα πριν την αυτοκτονία, ενώ μόνο το 20% θα δει ιατρό ψυχικής υγείας. Τα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού είναι μεγαλύτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συγκριτικά με τα ποσοστά στην κοινότητα. Αυτό σχετίζεται κάποιες φορές με τα άσχημα ιατρικά αποτελέσματα. Όσοι αυτοκτονούν επισκέπτονται τον ιατρό τους συνήθως ένα μήνα πριν. Τα παραπάνω συνιστούν την αναγκαιότητα ελέγχου για τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Μεταξύ των ατόμων με σωματικές ασθένειες, ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια της θεραπείας σοβαρών ασθενειών, όπως η έναρξη αμφοκάθαρσης (Raue et al., 2014).

1.12 Ιστορική αναδρομή

Η κατάθλιψη αποτελούσε ένα πρόβλημα υγείας για τον άνθρωπο. Ο Ιπποκράτης, ο μεγάλος Έλληνας ιατρός, υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι ψυχικές ασθένειες σχετίζονταν με ισορροπημένα ή μη υγρά του σώματος, τα οποία ονόμασε χυμούς. Αυτοί οι χυμοί ήταν: η κίτρινη χολή, η μέλαινα χολή, το φλέγμα και το αίμα. Ο ίδιος ταξινόμησε τις ψυχικές ασθένειες σε κατηγορίες που περιελάμβαναν την μανία, την μελαγχολία (κατάθλιψη) και τη φρενίτιδα (εγκεφαλικός πυρετός). Πρέσβευε ότι η μελαγχολία προκαλείται από την υπερβολική μαύρη χολή στον σπλήνα. Εφάρμοζε την αιματοχυσία (μια δίθην θεραπευτική τεχνική κατά την οποία αφαιρούνταν αίμα από το σώμα), την γυμναστική, την κολύμβηση και τη δίαιτα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Αντίθετα, ο Ρωμαίος φιλόσοφος και πολιτικός Κικέρων, υποστήριξε ότι η μελαγχολία προκαλούνταν από οργή, φόβο και θλίψη, μια διανοητική εξήγηση και όχι φυσική (Minois, 2010).

Κάποιοι ιατροί θεώρησαν την επιθετικότητα αιτία της κατάθλιψης. Για το λόγο αυτό συνέστησαν φαρμακευτική αγωγή, άσκηση, διατροφή, μουσική καθώς και την σημασία της συζήτησης με ένα ιατρό ή φίλο. Άλλοι πίστευαν ότι η κατάθλιψη είναι απόρροια μιας εσωτερικής σύγκρουσης μεταξύ των μη παραδεκτών παρορμήσεων και της συνείδησης του ατόμου. Ωστόσο, η εξέλιξη της επιστήμης ώθησε πολλούς επιστήμονες να αναζητήσουν βιολογικές αιτίες της κατάθλιψης (Burton, 2011).

Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις, η κατάθλιψη δύναται να προκαλείται τόσο από σωματικές όσο και από ψυχικές αιτίες. Οι αιτίες της κατάθλιψης είναι πολλαπλές, βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές. Έτσι, πολλοί επαγγελματίες υγείας αλλά και διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων με κατάθλιψη (Ancibure et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο που είναι αποτέλεσμα της επίδρασης τόσο των βιολογικών όσο και των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Επιδημιολογικές μελέτες σε ηλικιωμένους κατέγραψαν ένα ποσοστό 10-25% να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς, περίπου το 6% πάσχει από δυσθυμία ενώ περίπου το 4% πάσχει από μείζονα κατάθλιψη (Major Depressive Disorder - MDD).

2.1 Επιδημιολογία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών είναι ιδιαίτερα εμφανής στις βιομηχανικές χώρες. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το ποσοστό των ηλικιωμένων το 2010 ήταν 20% και εκτιμάται πως το 2030 θα αγγίξει ποσοστά της τάξης του 25%. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2012 το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 18% με προοπτική για το 2020 να φτάνει το 24% (Παπαδημητρίου, 2013).

Η κατάθλιψη, ως η πιο συχνή διαταραχή ψυχικής υγείας μπορεί να φτάσει το 16% στους ηλικιωμένους (World Health Organization, 2012). Η ίδια διαταραχή στους οίκους ευγηρίας αγγίζει το 35% (Παπαδημητρίου, Γ.Ν., 2013). Εκτιμάται πως η κατάθλιψη επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (The Swedish National Institute of Public Health, 2007).

Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης σε διπλάσια αναλογία συγκριτικά με τους άνδρες, πιθανόν λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου επιβίωσης σε σχέση με τους ηλικιωμένους άνδρες (Kurpiowicz, 2007). Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των ατόμων τρίτης ηλικίας και εκτιμάται πως το 2050, οι γυναίκες θα αποτελούν το 75% του συνολικού πληθυσμού των ηλικιωμένων (Παπαδημητρίου, Γ.Ν., 2013).

Ο επιπολασμός μείζονος κατάθλιψης σε άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας είναι 12-14% αν και 17-35% των ατόμων που δέχονται περίθαλψη μακροπρόθεσμα έχουν ελάσσονα κατάθλιψη ή κλινικώς σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Σε γενικές γραμμές η συννοσηρότητα και η γνωστική έκπτωση παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και αποτελούν την αιτία για την κατά τρεις φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της γεροντικής κατάθλιψης στα γηροκομεία και νοσηλευτικά ιδρύματα σε σύγκριση με την κοινότητα (Παπαδημητρίου, Γ.Ν., 2013).

Σε κοινοτικούς χώρους, ο επιπολασμός της καταθλιπτικής διαταραχής στα άτομα 65 ετών και άνω κυμαίνεται στο 1-5% περίπου. Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν πως τα ποσοστά κατάθλιψης στο σύνολό τους σχετίζονται με ταξύ των αναπτυγμένων χωρών (5,5%) και των αναπτυσσόμενων χωρών (5,9%) αλλά τείνουν να μειώνονται με την ηλικία στις αναπτυγμένες χώρες και να αυξάνονται με την ηλικία στις αναπτυσσόμενες. Οι ηλικιωμένοι στις αναπτυγμένες χώρες παρουσιάζουν θα έλεγε κάποιος χαμηλά ποσοστά μέσης κατάθλιψης (2,6%), ενώ οι αναπτυσσόμενες χώρες έχουν μέσο ποσοστό το τριπλάσιο περίπου (7,5%).

Παρατηρείται αύξηση του ποσοστού της γηριατρικής κατάθλιψης σε 12-30% σε θεσμικούς χώρους και έως 50% για τις εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης. Σύμφωνα με έρευνες, το 5-10% περίπου των ηλικιωμένων που εξυπηρετούνται στους χώρους της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσιάζουν κλινικά σημαντική κατάθλιψη (Park, M.& Unutzer, J., 2011) (Fiske, A., Wetherell, J.L. & Gatz, M., 2009).

Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι υπο-θεραπευόμενες και δεν ακολουθούν τα διεθνή ιατρικά πρότυπα (Manea, L., Gilbody, S. & McMillan, D., 2012). Μόνο το 17% των ψυχιατρικών ασθενών αναγνωρίζονται από ιατρούς μη ψυχιάτρους (Παπαδημητρίου, Γ.Ν., 2013). Σε εννέα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και δυνατότητα να χειριστεί ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα (Scheerder, G.et al., 2010).

2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση κατάθλιψης

2.2.1 Η ηλικία

Η τρίτη ηλικία για τον ηλικιωμένο χαρακτηρίζεται από απώλεια φίλων και συγγενών και φυσικά του/της συζύγου. Αυτές οι απώλειες οδηγούν σε ελάττωση δραστηριοτήτων με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση του ατόμου (Καπρίνης, 2009). Από έρευνες διαπιστώθηκε ότι όσοι ηλικιωμένοι ζούσαν υπό κατάσταση χηρείας ή ήταν διαζευγμένοι ή βρίσκονταν σε διάσταση, παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό κατάθλιψης (56,9%) ενώ όσοι ήταν έγγαμοι το ποσοστό άγγιζε το 23,1%. Παρατηρήθηκε ότι κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους του θανάτου του συζύγου, το 10-20% των συζύγων που έμειναν μόνοι, εκδήλωσαν συμπτώματα κατάθλιψης (Χαραλάμπους κ.α., 2012).

Ακόμη η απουσία παιδιών συνέβαλε αρνητικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης αφού οι ηλικιωμένοι που δεν είχαν παιδιά εμφάνιζαν κατάθλιψη σε ποσοστό 13% σε αντίθεση με το 3,6% των ηλικιωμένων που ενώ είχαν παιδιά, εμφάνιζαν κατάθλιψη (Κοτταρίδη, 2007). Επιπρόσθετα οι ηλικιωμένοι που φρόντιζαν είτε το σύζυγό τους είτε τα παιδιά τους εμφάνιζαν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό, στο 11% συγκριτικά με όσους ανθρώπους βρίσκονταν στην τρίτη ηλικία και είχαν ελεύθερο χρόνο για τους εαυτούς τους, ώστε να πραγματοποιήσουν βόλτες και εκδρομές που δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη (89%). Μάλιστα οι ηλικιωμένοι που δεν φρόντιζαν τα εγγόνια τους παρουσίαζαν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό (81,7%) συγκριτικά με την ομάδα των ηλικιωμένων που φρόντιζαν τα εγγόνια τους και δεν παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης (71,7%) (Κοτταρίδη, 2007).

2.2.2 Η μη ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος

Οι κίνδυνοι για την υγεία που σχετίζονται με την απομόνωση και τη μοναξιά είναι ισοδύναμοι με τις καθιερωμένες επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος και της παχυσαρκίας (Holt et al., 2010). Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά είναι ιδιαίτερα επιβλαβής στα γηρατειά λόγω της μείωσης των οικονομικών και κοινωνικών πόρων, των λειτουργικών περιορισμών, του θανάτου συγγενών και συζύγων και των αλλαγών στις οικογενειακές δομές και την κινητικότητα (Stertoe et

al., 2013). Η επιβλαβής επίδραση της μοναχικής ζωής στην κατάθλιψη είναι πιο έντονη στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Park et al., 2013).

Η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας ισχυρός εκλυτικός παράγοντας εμφάνισης κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι που είναι μοναχικοί είναι πιο καταθλιπτικοί και βιώνουν λιγότερη συνένωση από εκείνους που δεν είναι μόνοι. Ο κίνδυνος κατάθλιψης που προκαλείται από έλλειψη επαφής με φίλους εκτιμάται ότι είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος και ο κίνδυνος κατάθλιψης που προκαλείται από τη μοναξιά υπολογίστηκε ότι είναι 3,6 φορές μεγαλύτερος (Cherry et al., 2016).

Μελέτη έχει δείξει ότι η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες βελτιώνει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Οι κοινωνικά ενεργοί ηλικιωμένοι έχουν καλύτερα ποσοστά θνησιμότητας και υψηλότερη γνωστική λειτουργία (Wilson et al., 2007). Μία άλλη μελέτη στο πλαίσιο της διερεύνησης της σχέσης μεταξύ εθελοντισμού και μείωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ ηλικιωμένων έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Η απουσία της εργασίας και η συνεχής απομόνωση στο σπίτι που βιώνουν οι ηλικιωμένοι και ειδικά όσοι είχαν συνηθίσει να εργάζονται και έχουν συνταξιοδοτηθεί, τους κάνει να νιώθουν απομονωμένοι χωρίς να έχουν κάποιο σκοπό στη ζωή τους με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν ψυχικά προβλήματα και να εμφανίζουν κατάθλιψη (Sugihara et al., 2008).

2.2.3 Οικονομικό, επαγγελματικό και μορφωτικό επίπεδο

Μία άλλη παράμετρος που μελετήθηκε ήταν το χαμηλό οικονομικό επίπεδο των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα όσων αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσχέρειες που οφείλονταν είτε στη χαμηλή σύνταξη, είτε στην αδυναμία αποταμίευσης κατά τη διάρκεια των προηγούμενων ετών με αποτέλεσμα την πρόκληση εμφάνισης της κατάθλιψης. Παράλληλα το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων δεν τους βοηθά να ενημερωθούν για τα συμπτώματα της κατάθλιψης από το διαδίκτυο με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την νόσο και να βρουν τρόπο να την ξεπεράσουν (Χαραλάμπους κ.α., 2012). Το εισόδημα, ένας ισχυρός δείκτης της τρέχουσας κοινωνικοοικονομικής θέσης, αναφέρθηκε ότι σχετίζεται με μειωμένη εμφάνιση κατάθλιψης σε πολλές μελέτες. Η εκπαίδευση, ένας σημαντικός

παράγοντας που συμβάλλει στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έχει συχνά συνδεθεί με την κατάθλιψη. Η εκπαίδευση μπορεί να παρακινήσει και να διευκολύνει τα άτομα να επιδιώξουν θεμελιώδη αποτελέσματα που περιλαμβάνουν συναισθηματική ευεξία. Επίσης επηρεάζει και άλλους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα και το επάγγελμα (Bjelland et al., 2008).

2.2.4 Σημαντική αλλαγή συνθηκών διαβίωσης

Παράδειγμα, η μετάβαση από την ανεξάρτητη ζωή σε ένα περιβάλλον φροντίδας (οίκο ευγηρίας): σε έρευνα που έγινε σε οίκους ευγηρίας διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό περίπου 10% των ατόμων που διαμένουν εκεί πάσχει από μείζονα κατάθλιψη ενώ ένα άλλο 30% εμφανίζει κλινική εικόνα συνοδευόμενη από συμπτώματα όπως διαταραχές όρεξης και ύπνου, μελαγχολία και δυσφορία. Σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε σε άτομα της τρίτης ηλικίας που νοσηλεύονταν σε γενικό νοσοκομείο διαπιστώθηκαν παρόμοια περίπου αποτελέσματα με τους οίκους ευγηρίας. Μόνο το 2% των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονταν σε γενικό νοσοκομείο αξιολογείται ψυχιατρικά. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους: α) δίνουν προτεραιότητα στην ίαση των σωματικών ενοχλημάτων και β) δυσκολία στη διάγνωση της νόσου (Zhao et al., 2018).

2.2.5 Κοινωνικά στερεότυπα

Το κοινωνικό σύστημα είναι έτσι δομημένο στις αναπτυγμένες χώρες, ώστε οι ηλικιωμένοι, να θεωρούνται αρνητικά στερεότυπα, δηλαδή υπάρχει η αντίληψη στην κοινωνία ότι είναι άρρωστοι και ανάπηροι, εξασθενημένοι και αδύναμοι, απαθείς, ασταθείς και ιδιόρρυθμοι, χαμηλής ευφυΐας, άκαμπτοι και ανικανοποίητοι. Έμμεσα αυτή η αντίληψη τους οδηγεί στην απόσυρση από την κοινωνική ζωή. Αυτή η αντιμετώπιση δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στα συστήματα περίθαλψης, γιατί μεγαλώνει την αναγκαιότητα συμμετοχής της κοινωνίας σε πόρους. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που παραμένουν ανεξάρτητοι και, επομένως, δυναμικά ενεργοί στο κοινωνικό σύνολο ανάλογα με τις δυνατότητές τους, συμβάλλουν σημαντικά στην καλύτερη διαχείριση των ανθρώπινων και των άλλων πόρων με την εμπειρία και τη σοφία τους (Sánchez et al., 2009).

Συνολτικά οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση κατάθλιψης είναι το μορφωτικό επίπεδο, η νοσηρότητα (ύπαρξη σωματικών νόσων, γενικά ύπαρξη προβλημάτων υγείας) μαζί με τη χηρεία και την απώλεια γενικά αγαπημένου προσώπου. Επιπρόσθετα, η αντίληψη του επιπέδου υγείας, οι καθημερινές δραστηριότητες, παράγοντες που συνδέονται με την προσωπικότητα του ηλικιωμένου, η κατάθλιψη των φροντιστών, το φύλο, η σωματική άσκηση, η πολυφαρμακία, το νόημα της ζωής, η διατροφή και οι γενετικοί παράγοντες.

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο θεωρείται ως το σημαντικότερο δικαστικό όργανο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μόνο το 1-2% του ετήσιου Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου αντιμετωπίζει τα δικαιώματα των ηλικιωμένων. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, η απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου υποστήριξε τα δικαιώματα των ηλικιωμένων. Σημαντικά ζητήματα, όπως η υγειονομική περίθαλψη, η μακροχρόνια φροντίδα, η στέγαση και η απασχόληση είναι σχεδόν ανύπαρκτα (Doron, 2013).

2.3 Προστατευτικοί παράγοντες της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για τους ηλικιωμένους, αφού οι τελευταίοι με συμπτώματα κατάθλιψης είναι λιγότερο πιθανό να υποστηρίξουν συναισθηματικά συμπτώματα και πιο πιθανό να εμφανίσουν γνωστικές αλλαγές, συναισθηματικά συμπτώματα και απώλεια ενδιαφέροντος. Η αυτοκριτική σκέψη μπορεί να επιδεινώσει ή να διατηρήσει μια καταθλιπτική κατάσταση. Ο συμψηφισμός του αυξανόμενου επιπολασμού ορισμένων παραγόντων κινδύνου έχει σχέση με τη ψυχική ανθεκτικότητα που σχετίζεται με την ηλικία. Άλλοι προστατευτικοί παράγοντες αποτελούν η εκπαίδευση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η συμμετοχή σε αξιόλογες δραστηριότητες και η θρησκευτική συμμετοχή. Η βελτίωση στη ρύθμιση των συναισθημάτων με την ηλικία, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία από την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους. Τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι λιγότερο αντιδραστικά στους στρεσογόνους παράγοντες συγκριτικά με νεότερους ενήλικες. Επικεντρώνονται περισσότερο σε θετικές και συναισθηματικές σημαντικές εμπειρίες, καταφέρνοντας καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων σε σχέση με την γήρανση. Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα στα γηρατειά περιλαμβάνουν μια θετική αυτο-εικόνα, μια αίσθηση μαεστρίας ή αυτο-αποτελεσματικότητας. Η αίσθηση ελέγχου και αυτοεκτίμησης

μεσοβαθεί στην σχέση μεταξύ δυσλειτουργικότητας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ενώ ο περιορισμός των δραστηριοτήτων συνδέεται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων με λειτουργική δυσλειτουργία, η αντικατάσταση αυτών μπορεί να οδηγήσει σε εξομάλυνση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλλά μόνο με δραστηριότητες που τους ικανοποιούν. Η κοινωνική υποστήριξη παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία των αγχωτικών γεγονότων για τους ηλικιωμένους μέσω της ενθάρρυνσης να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που τους αρέσουν. Η θρησκευτική συμμετοχή μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Ακόμη, η σωματική άσκηση συνδέεται με μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης αλλά και με μειωμένη έκκριση της ορμόνης του στρες (Fiske et al., 2009). Η σωματική δραστηριότητα, το περπάτημα, η γνωστική δραστηριότητα και η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες της κατάθλιψης των ηλικιωμένων (Maier, A. et al., 2021).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένης της αυτονομίας και της αυτοεκτίμησης, η υποστήριξη από την οικογένεια (ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί), η συναισθηματική υποστήριξη και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες. Για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι που έχασαν τους συζύγους τους και δεν παντρεύτηκαν ξανά, είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Συνεπώς, η συντροφικότητα μεταξύ των μελών της οικογένειας και των φίλων έχει σημασία όσον αφορά στην προσαρμογή στη ζωή μεταξύ των ηλικιωμένων χήρων. Η κοινωνική συμμετοχή δρα προστατευτικά, αυξάνοντας την κοινοτική στήριξη, η οποία με την σειρά της μειώνει την κατάθλιψη. Η σωματική υγεία, οι οικονομικές δυνατότητες των ηλικιωμένων, οι καθημερινές δραστηριότητες έχουν σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη. Με την συνταξιοδότηση, τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν λιγότερες κοινωνικές επαφές και περισσότερο ελεύθερο χρόνο. Ως εκ τούτου επβάλλεται να συμμετέχουν σε κοινοτικές δραστηριότητες προκειμένου να είναι ευτυχισμένοι. Η ενεργός συμμετοχή μπορεί να προωθήσει τη φυσική υγεία, μειώνοντας τα καταθλιπτικά συναισθήματα και αυξάνοντας τα θετικά συναισθήματα. Η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες μπορεί να καθυστερήσει τη γήρανση των φυσιολογικών λειτουργιών, να αυξήσει την αλληλοβοήθεια μεταξύ των κατοίκων και να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση. Με αυτό τον τρόπο θα αποκατασταθεί ο κοινωνικός ρόλος του ηλικιωμένου και θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του. Επίσης, οι ηλικιωμένοι με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις

γνώσεις και δεξιότητες με εύκαμπτο τρόπο για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε σύγκριση με εκείνους που έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Οι προστατευτικοί παράγοντες συντελούν όχι μόνο στη βελτίωση των στρατηγικών αντιμετώπισης των ατόμων της τρίτης ηλικίας που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά συμβάλουν και στην μείωση του βάρους των φροντιστών (Li, Y.T. & Tung, T-H., 2020).

Ο συνδυασμός διάφορων βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων φαίνεται να αναχαιτίζουν τις καταθλιπτικές διαταραχές των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Βασικό προστατευτικό παράγοντα αποτελεί η καλή φυσική κατάσταση, η οποία σε συνδυασμό με τις προληπτικές εξετάσεις συντελεί στη διατήρηση της ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, οι τροφές που πρέπει να καταναλώνει ο ηλικιωμένος επιβάλλεται να είναι θρεπτικές και υγιεινές. Αυτό είναι σημαντικό, διότι χωρίς τις απαραίτητες βιταμίνες και τα μεταλλικά άλατα, η φαρμακοθεραπεία που ενδέχεται να χρειαστεί, δεν θα λειτουργήσει σωστά. Επίσης, καλό είναι οι ηλικιωμένοι να περπατούν για μισή ώρα περίπου, τέσσερις τουλάχιστον φορές την εβδομάδα για προληπτικούς λόγους. Ωστόσο, εάν υπάρχουν καρδιαγγειακές παθήσεις, επιβάλλεται η ήπια φυσική άσκηση. Ακόμη κάποιες ενδοκρινολογικές διαταραχές, όπως οι διαταραχές του θυρεοειδή αλλά και αισθητηριακές βλάβες, όπως η βαρηκοΐα και ο καταρράκτης είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να δίνεται η σωστή φαρμακευτική αγωγή. Η αποφυγή της πολυφαρμακίας είναι κάτι για το οποίο απαιτείται η συνεχής ενημέρωση του ηλικιωμένου. Η συννοσηρότητα επιβάλλει την χορήγηση πολλών σκευασμάτων, παραγνωρίζονται όμως οι παρενέργειες και οι τοξικοεξαρτήσεις που δημιουργούνται στον οργανισμό των ατόμων αυτών. Επιπλέον, η φυσιοθεραπεία και η εργασιοθεραπεία μπορούν να παίξουν προστατευτικό ρόλο κατά της κατάθλιψης, όταν ο ηλικιωμένος πείθεται να ακολουθήσει τα κατάλληλα προγράμματα για το πρόβλημά του. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνει τη διατήρηση της ακεραιότητας και την συγκρότηση της προσωπικότητάς του. Τέλος, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη προϋποθέτει τη διαφύλαξη της ψυχικής του υγείας και αποτρέπει την εμφάνιση της κατάθλιψης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τους ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς, τους φίλους αλλά και τους φορείς της κοινότητας στην οποία ζει (Παγοροπούλου, Α., 1999).

2.4 Αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας

Η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη. Η χρήση διαφόρων μορφών ψυχοθεραπείας, οι σωματικές και φαρμακολογικές θεραπείες, η σωματική άσκηση, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, τα προγράμματα για μείωση της κοινωνικής απομόνωσης και η τηλεφωνική υποστήριξη συντελούν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αποτρέποντας τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Θεραπείες, όπως η συμπεριφορική θεραπεία, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, η γνωστική βιβλιοθεραπεία, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, η ψυχοδυναμική θεραπεία και η θεραπεία ανασκόπησης/αναπόλησης ζωής είναι αποτελεσματικές αλλά σπάνια χρησιμοποιούνται σε ηλικιωμένους. Δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι βιώνουν διάφορα αγωγικά γεγονότα και αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία, στα διάφορα βιολογικά συστήματα, οι περισσότεροι δεν βιώνουν κατάθλιψη. Οι εμπειρίες της ζωής τους έχουν διδάξει ψυχολογικές στρατηγικές και τρόπους χρήσης κοινωνικής στήριξης για τη διαχείριση των πιέσεων με την ηλικία. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν η ουσιαστική συμμετοχή σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες και η εθελοντική εργασία (Fiske et al., 2009).

Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ίδιων των ηλικιωμένων καθώς και των οικογενειών τους σε θέματα προσαρμογής σχετικά με τα γηρατιά, θα έχει ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη θεραπευτική αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που συμμετέχουν σε υποστηρικτικές ομάδες, ενθαρρύνονται να αναπτύσσουν ενσυναίσθηση και αλληλεγγύη προς τους άλλους. Η συμβουλευτική που λαμβάνουν τους κάνει πιο δυνατούς ψυχικά. Εκτός από την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, εξίσου σημαντική είναι και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία. Οι διάφορες προσεγγίσεις προς την οικογένεια επibάλλεται, αφού κάποιι θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι φυσιολογική συνέπεια των γηρατειών, παραμελώντας πολλές φορές τους ηλικιωμένους. Η υποστήριξη του καταθλιπτικού ηλικιωμένου ξεκινά με τη δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της οικογένειας, ιδιαίτερα αν επιτελούν το ρόλο του φροντιστή. Η γνωστική-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία βοηθάει τον ηλικιωμένο να αναπτύξει την αυτοεκτίμησή του. Για παράδειγμα, ηλικιωμένοι που συνήθιζαν να κάνουν δραστηριότητες εκτός σπιτιού, ενθαρρύνονται από το θεραπευτή να ξεκινήσουν μικρούς περιπάτους (Παγοροπούλου, Α., 1999).

Είναι απαραίτητη η χρόνια φροντίδα για τη θεραπεία ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις, προκειμένου να βελτιωθεί η θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών και η πρόληψη αυτοκτονικών σκέψεων. Επιβάλλεται η καλύτερη συμμετοχή των γενικών ιατρών στην πρόληψη της αυτοκτονικής συμπεριφοράς των ηλικιωμένων, αφού είναι οι πρώτοι που απευθύνονται οι ασθενείς, λόγω των σωματικών ασθενειών. Είναι αναγκαίο να ληφθεί υπόψη το αίσθημα της κοινωνικής αποσύνδεσης και η κακή ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων, τα οποία έχουν σχέση με χρόνια προβλήματα υγείας, καθώς τα προβλήματα αυτά συνδέονται με αυτοκτονική συμπεριφορά. Η ισχυρή κοινωνική υποστήριξη δρα προστατευτικά στην αυτοκτονία. Η αντιληπτή συμμετοχή των ηλικιωμένων στην κοινότητα είναι δείκτης κοινωνικής ένταξης και σχετίζεται με την αυτοκτονία. Η ποιότητα της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με την παγκόσμια κατάσταση υγείας. Επειδή η κατάθλιψη συνδέεται συχνά με την αυτοκτονία, η θεραπεία των ψυχιατρικών παθήσεων επιβάλλεται να βελτιωθεί. Καλό είναι να λαμβάνονται υπόψη δύσκολες καταστάσεις, όπως η απώλεια συζύγου. Ακόμη, επιβάλλεται η βελτίωση του συστήματος υγείας και συντονισμός των επαγγελματιών υγείας (Conejero, I. et al., 2018).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι σημαντική για την επίτευξη της υγιούς γήρανσης (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας και η κατάθλιψη, ως η πιο κοινή διαταραχή μπορεί να φτάσει σε ποσοστό 16% στους ηλικιωμένους (World Health Organization, 2012). Η κατάθλιψη εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (The Swedish National Institute of Public Health, 2007). Επειδή τα γηρατεία συνδέονται με σωματικές ασθένειες, γνωστικές εκπτώσεις και κοινωνικο-οικονομικές μεταβολές, μπορεί να αποτελέσουν απειλητικούς παράγοντες για τον κίνδυνο έναρξης κατάθλιψης και κατά συνέπεια αύξησης των ποσοστών αυτοκτονίας (Rostani et al., 2018). Οι καταθλιπτικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία συσχετίζονται με αυτοκτονική συμπεριφορά (Szues et al., 2018).

Ο σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι να εντοπίσει τις μελέτες που προσδιορίζουν τη σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία. Να εντοπίσει τις διάφορες μεθόδους και τα διαθέσιμα εργαλεία αξιολόγησης και να παρουσιάσει τα κύρια ευρήματα των μελετών. Απώτερος στόχος είναι η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών σχετικά με τον προσδιορισμό της σχέσης κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία και αλλά και γενικότερα την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σύστηματική ανασκόπηση

Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση κατά τα έτη 2011-2021, μέσω της βάσης δεδομένων Pubmed και της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, προκειμένου να συλλεχθούν μελέτες σχετικά με τον προσδιορισμό της σχέσης κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία. Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση ήταν: “elderly”, “depression”, “suicide”, “suicidal ideation”, “primary health care”, “older adults”, “people 65”, “adults 65 and over”. Τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

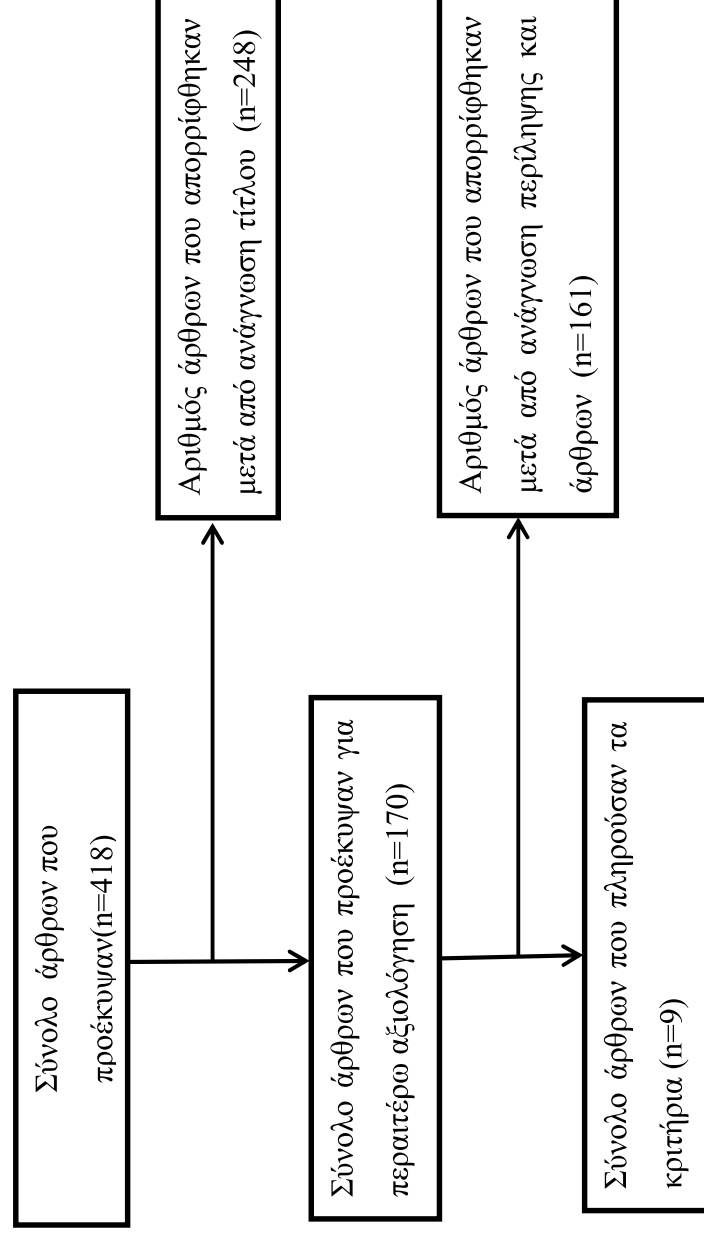
Πίνακας 4.1 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ	ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ
Ηλικία: 65 ετών και άνω	Ηλικία: κάτω των 65 ετών
Γλώσσα συγγραφής μελετών: αγγλικά	Άλλες γλώσσες, πλην αγγλικής
Δημοσιεύσεις: από το 2011 έως το 2021	Δημοσιεύσεις πριν το 2011
(συστηματικές) ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και εμπειρικές μελέτες	

4.2 Εξαγωγή δεδομένων και αναλύσεις

Από την αναζήτηση προέκυψαν 418 άρθρα που είχαν σχέση με το υπό μελέτη θέμα. Μετά την ανάλυση του τίτλου απορρίφθηκαν 248. Αυτά που παρέμειναν για περαιτέρω αξιολόγηση ήταν 170. Στη συνέχεια μετά την ανάγνωση της περιλήψης και των άρθρων απορρίφθηκαν 161. Αυτά που πληρούσαν τα κριτήρια ήταν 9. Οι υπόλοιπες μελέτες που απορρίφθηκαν περιελάμβαναν διάφορες ηλικιακές ομάδες,

εφήβους, ενήλικες κάτω των 65 ετών και δεν αναφέρονταν στο υπό μελέτη θέμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο παρακάτω Διάγραμμα.



Διάγραμμα 4.2 Διάγραμμα ροής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣΑΝ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

5.1 Χαρακτηριστικά δημοσιεύσεων

Οι τρεις διατομειακές μελέτες περιελάμβαναν μελέτες από την περιοχή του Μέσου Ατλαντικού των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (Fiske et al., 2013), την Κορέα (Nam & Lee, 2019) και την Τουρκία (Aslan et al., 2019). Η οικολογική μελέτη περιελάμβανε μελέτες από την Ιαπωνία (Nakamura et al., 2019) ενώ η μελέτη κοόρτης από το Χονγκ Κονγκ (Sun, W.J. et al., 2011). Η τυχαιοποιημένη μελέτη διεξήχθη σε Πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα, Κέντρο Έρευνας Υπηρεσιών Weill-Cornell, Πανεπιστήμιο Καλλιφόρνιας, ερευνητικές ομάδες του Σαν Φρανσίσκο (Gustavson, K.A. et al., 2016). Οι δύο ανασκοπήσεις περιελάμβαναν μελέτες από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Raue et al., 2014) και 7 μεγάλες πόλεις και 10 επαρχίες από την Κορέα, αντίστοιχα (Lee & Atteraya, 2019). Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση περιελάμβανε μελέτες από την Αγγλία, Τουρκία, Μεγάλη Βρετανία, Βέλγιο, Ολλανδία, Βουλγαρία, Γαλλία, Βόρεια Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ισπανία, Ελλάδα, Φινλανδία, Σουηδία και Λετονία (Carrasco – Barrios et al., 2020).

Ο αριθμός των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 50 έως 135.294 και όσον αφορά την ηλικία από 65 ετών και άνω (έως και 94 ετών) (Raue et al., 2014, Lee & Atteraya, 2019, Fiske et al., 2013, Nam & Lee, 2019, Aslan et al., 2019, Carrasco - Barriosetal., 2020, Nakamura et al., 2019, Sun, W.J. et al., 2011 & Gustavson, K.A. et al., 2016).

5.2 Στόχοι δημοσιεύσεων

Από τις τρεις διατομειακές μελέτες, η πρώτη εξέτασε τις στρατηγικές ελέγχου και αυτοκτονικότητας σε ηλικιωμένους ασθενείς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με λειτουργικούς περιορισμούς (Fiske et al., 2013), η δεύτερη τις επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε ευάλωτους ηλικιωμένους Κορεάτες με υπέρταση που διαβιών μόνιμοι (Nam & Lee, 2019) και η τρίτη τον αυτοκτονικό ιδεασμό μεταξύ των ηλικιωμένων και το ψυχολογικό προφίλ στην Τουρκία (Aslan et al., 2019). Η οικολογική μελέτη αποσαφήνισε την συσχέτιση στα ποσοστά αυτοκτονιών, στο κοινωνικό κεφάλαιο και

στα καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ ηλικιωμένων στην Ιαπωνία (Nakamura et al., 2019) ενώ η μελέτη κοόρτης εξέτασε την συσχέτιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και της αυτοκτονίας σε ηλικιωμένους Κινέζους (Sun et al., 2011). Η τυχοιοποιημένη μελέτη εξέτασε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας επίλυσης προβλημάτων συγκριτικά με την υποστηρικτική θεραπεία στην μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού σε ηλικιωμένους με μείζονα κατάθλιψη και εκτελεστική δυσλειτουργία (Gustavson et al., 2016). Από τις δύο μελέτες ανασκόπησης, η μία αξιολόγησε την αυτοκτονικότητα (Raue et al., 2014) ενώ η άλλη την κατάθλιψη, την φτώχεια και την εμπειρία κατάχρησης στην ιδέα αυτοκτονίας μεταξύ των ηλικιωμένων Κορεατών (Lee & Atteraya, 2019). Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση εξέτασε τους καθοριστικούς παράγοντες αυτοκτονικότητας στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό (Carrasco – Barrios et al., 2020).

5.3 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Οι 9 μελέτες χρησιμοποιήσαν ερωτηματολόγιο δομημένο (Nam & Lee, 2019, ερωτηματολόγιο (Fiske et al., 2013), ερωτηματολόγιο adhoc (Carrasco – Barrios et al., 2020), ερωτηματολόγιο υγείας ασθενών (Raue et al., 2014), ερωτήσεις (Nakamura et al., 2019), κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης (Carrasco – Barrios et al., 2020, Aslan et al., 2019, Lee & Atteraya, 2019, Nam & Lee, 2019, Raue et al., 2014), κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού (Aslan et al., 2019), κλίμακα απελπισίας Beck(Aslan et al., 2019), κλίμακα αντιληπτής κοινωνικής στήριξης (Nam & Lee, 2019), κορεάτικης κλίμακας αυτοκτονικού ιδεασμού (Nam & Lee, 2019), κλίμακα Hamilton (Gustavson, K.A. et al., 2016), κλίμακα άνοιας Mattis (Gustavson, K.A. et al., 2016), κλίμακα κινέζικης γηριατρικής κατάθλιψης (Sun, W.J. et al., 2011), χρήση καρτών (Carrasco – Barrios et al., 2020), δομημένη συνέντευξη, προσοπική με βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, τηλεφωνική συνέντευξη με βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή, συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο, συνέντευξη με χαρτί και μολύβι (Carrasco – Barrios et al., 2020), δομημένη κλινική συνέντευξη (Gustavson, K.A. et al., 2016), κλινική συνέντευξη (Raue et al., 2014).

5.4 Ευρήματα Δημοσιεύσεων

Τα κύρια ευρήματα των μελετών παρουσιάζονται με χρονολογική σειρά στον πίνακα

5.1. Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την τρίτη ηλικία. Διαπιστώθηκε ότι τα κατάθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με την αυτοκτονία στους ηλικιωμένους ηλικίας 65 ετών και άνω (Raue et al., 2014, Fiske et al., 2013, Carrasco – Barrios et al., 2020, Lee & Atteraya, 2019, Nakamura et al., 2019, Sun, W.J. et al., 2011, Nam & Lee, 2019 & Aslan et al., 2019, Gustavson, K.A. et al., 2016).

Στις ηλικιωμένες γυναίκες παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονίας. Οι διάφοροι παράγοντες συσχετίζονται με την αυτοκτονικότητα με το υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης για κλινικούς παράγοντες που ακολουθούνται από ψυχοκοινωνικούς και δημογραφικούς (Carrasco – Barrios et al., 2020). Το 10,9% ηλικιωμένων 65 ετών και άνω έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό (Lee & Atteraya, 2019). Διαπιστώθηκαν διαφορές αυτοκτονίας. Περίπου 3,5 φορές για τους άνδρες (από 39,29 σε 138,96) και 6 φορές περίπου για τις γυναίκες (από 26,11 σε 154,98) (Nakamura et al., 2019).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι πιθανό να αποτελούν έναν χωριστό παράγοντα αυτοκτονίας. Τα άτομα τρίτης ηλικίας με χαμηλότερη βαθμολογία Geriatric Depression Scale, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Οι ηλικιωμένοι με υψηλότερη βαθμολογία χρήζουν επείγουσας παρέμβασης (Sun, W.J. et al., 2011). Η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων αποτελεί μια αποτελεσματική παρέμβαση σε ηλικιωμένα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό (Gustavson, K.A. et al., 2016).

Η κοινωνική στήριξη μεσολαβεί στην σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού (Nam & Lee, 2019). Η κοινωνική στήριξη μεσολαβεί στην επίδραση της κατάθλιψης στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Αυτό δείχνει ότι η κατάθλιψη έχει έμμεσο, αποτέλεσμα μέσω της κοινωνικής στήριξης. Η τελευταία είναι σημαντική στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους, είναι εύαλωτοι και έχουν χρόνιες ασθένειες. Κατά συνέπεια οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν κοινωνική στήριξη μπορούν να μειώσουν την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Nam & Lee, 2019).

Πίνακας 5.1 Σύνοτμη περιγραφή των άρθρων που πληρούσαν τα κριτήρια

Είδος δημοσίευσης	Συγγραφείς Έτος/Χώρα	Σκοπός	Συμμετέχοντες ηλικία/αριθμός	Μέθοδοι / εργαλεία	Περιεχόμενο εργαλείων	Αποτελέσματα
Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση	Carrasco – Barrios et al., 2020. Αγγλία, Τουρκία, Μεγάλη Βρετανία, Βέλγιο, Ολλανδία, Βουλγαρία, Γαλλία, Βόρεια Ιρλανδία, Ιταλία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ισπανία, Ελλάδα, Φινλανδία, Σουηδία, Λετονία	Εξέταση καθοριστικών παραγόντων αυτοκτονικότητας στον Ευρωπαϊκό πληθυσμό	Ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω (n=26 μελέτες)	Εργαλεία αξιολόγησης κλινικών παραγόντων: Clinical Interview Schedule Revised-CIS-R, Structured Clinical Interviewforthe DSM IV Axis Disorders-SCID-I, General Anxiety Disorder-GAD-7, Patient Health Questionnaire-PHQ-9, Composite International DiagnosticInterview-CIDI, ερωτηματολόγιο ad hoc, Geriatric Depression Scale-GDS, Beck Depression Inventory-BDI, προσωπική συνέντευξη με τη βοήθεια Η/Υ, συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο. Εργαλεία αξιολόγησης ψυχοκοινωνικών παραγόντων: Ερωτηματολόγιο ad hoc, χρήση καρτών με επιλογές και συνέντευξη, Composite International Diagnostic Intervie- CIDI, Medical Abbreviation Meaning-MOS, Systematic Lupus Erythematosus-SLE. Εργαλεία αξιολόγησης δημογραφικών παραγόντων: Δομημένη συνέντευξη με τη χρήση προσωπικών συνεντεύξεων και βοήθεια Η/Υ, ερωτηματολόγιο ad hoc, συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο, συνέντευξη με χαρτί και μολύβι, τηλεφωνική συνέντευξη με βοήθεια Η/Υ.	Παράγοντες στατιστικής συσχέτισης: γυναικείο φύλο, άνω των 65 ετών, ανεργία, χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, αντιξοότητες ενηλικίωσης, οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής, οποιαδήποτε συναισθηματική διαταραχή, μείζονα κατάθλιψη, άγχος, σωματομορφικές διαταραχές, χρήση καπνού και ουσιών, οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή, δείκτης μάζας σώματος.	Παράγοντες συσχέτισης με αυτοκτονία: ηλικία 65 και άνω, κατάθλιψη. Μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονίας γυναικών. Υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης κατά σειρά, κλινικών, ψυχοκοινωνικών, δημογραφικών παραγόντων.

Διατομεακή μελέτη	Aslan et al., 2019. Τουρκία	Εξέταση αυτοκτονικού ιδεασμούτων ηλικιωμένων και ψυχολογικού προφίλ.	Ηλικιωμένοι ασθενείς, 65-68 ετών με ψυχιατρικά συμπτώματα (n=150, 72,7% γυναίκες, 27,3% άνδρες).	Κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale), κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού (Suicidal Ideation), λόγοι για την ζωντανή απογραφή και την κλίμακα απελπισίας Beck (Beck Hopelessness scale - BHS).	Ερωτήσεις σχετικά με ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση. Αξιολόγηση στάσης ατόμων για σκέψεις αυτοκτονικού ιδεασμού, βαθμός πρόθεσης πραγματοποίησης αυτών και καθοριστικοί παράγοντες πρόθεσης και αποφασιστικότητας.	Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών με αυτοκτονικό ιδεασμό.
Ανασκόπηση	Lee & Atteraya, 2019. Διεξήχθη σε 7 μεγάλες πόλεις και 10 επαρχίες της Κορέας.	Εξέταση του βαθμού κατάθλιψης, φτώχειας, κακοποίησης ηλικιωμένων Κορεατών που επηρεάζουν τον αυτοκτονικό ιδεασμό.	Ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω (n=10.279)	Κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης.	Εξαρτώμενες μεταβλητές, ανεξάρτητες μεταβλητές, μεταβλητές ελέγχου.	Σωστή προσέγγιση πρόληψης αυτοκτονίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ο εστιασμός οικονομικών δυσκολιών, εμπειρίας κακοποίησης σε οικογενειακό επίπεδο και ψυχικής υγείας. Το 10,9% ηλικιωμένων 65 ετών και άνω έχουν αυτοκτονικό ιδεασμό.
Οικολογική μελέτη	Nakamura et al., 2019. Ιαπωνία	Αποσαφήνιση συσχέτισης ποσοστών αυτοκτονιών στο κοινωνικό κεφάλαιο και στα καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ ηλικιωμένων.	Ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω (n=135.294, εκ των οποίων 63.026 άνδρες και 72.268 γυναίκες, από 81 Δήμους).	Ερωτηματολόγιο	Ποσοστό πασχόντων από καταθλιπτικά συμπτώματα όσοι απάντησαν ΝΑΙ σε δύο ή περισσότερες από τις πέντε ερωτήσεις που τέθηκαν.	Διαπίστωση διαφορών αυτοκτονίας. Περίπου 3,5 φορές για τους άνδρες (από 39,29 σε 138,96) και 6 φορές περίπου για τις γυναίκες (από 26,11 σε 154,98). Συσχέτιση κοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης με την ανακούφιση των συμπτωμάτων της αυτοκτονίας.

<p>Διατομεακή μελέτη</p>	<p>Nam & Lee, 2019. Κορέα</p>	<p>Εξέταση επιδράσεων κοινωνικής υποστήριξης στη σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού σε ευάλωτους ηλικιωμένους Κορεάτες με υπέρταση που διαβιούν μόνοι.</p>	<p>Ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω (n=162)</p>	<p>Δομημένο ερωτηματολόγιο, κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης, πολυδιάστατη κλίμακα αντιληπτής κοινωνικής στήριξης, κορεάτικη κλίμακα αυτοκτονικού ιδεασμού.</p>	<p>Παροχή πληροφοριών δημογραφικών χαρακτηριστικών, κατάστασης υγείας και οικονομικής κατάστασης. Χρήση περιγραφικών αναλύσεων και αναλύσεων συσχέτισης για την συσχέτιση μεταβλητών.</p>	<p>Αρνητική συσχέτιση κατάθλιψης - κοινωνικής στήριξης, θετική συσχέτιση κατάθλιψης - αυτοκτονικού ιδεασμού. Αρνητική συσχέτιση κοινωνικής στήριξης- αυτοκτονικού ιδεασμού. Μεσολάβηση κοινωνικής στήριξης στην σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού.</p>
<p>Τυχαιοποιημένη μελέτη</p>	<p>Gustavson, K.A. et al., 2016. Πανεπιστημιακά ιατρικά κέντρα. Κέντρο Έρευνας Υπηρεσιών Weill-Cornell, Πανεπιστήμιο Καλλιφόρνιας, ερευνητικές ομάδες του Σαν Φρανσίσκο</p>	<p>Εξέταση αποτελεσματικότητας της θεραπείας επίλυσης προβλημάτων συγκριτικά με την υποστηρικτική θεραπεία στην μείωση αυτοκτονικού ιδεασμού σε ηλικιωμένους με μείζονα κατάθλιψη και εκτελεστική δυσλειτουργία.</p>	<p>Ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω (n=221)</p>	<p>Δομημένη κλινική συνέντευξη, κλίμακα άνοιας Mattis, κλίμακα Hamilton.</p>	<p>Επίλυση προβλημάτων και υποστηρικτικές θεραπείες, συζήτηση θεμάτων με τους συμμετέχοντες. Εξέταση πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων κάθε λύσης σε ένα πρόβλημα πριν οι ηλικιωμένοι οριστικοποιήσουν την απόφασή τους.</p>	<p>Αναφορά αυτοκτονικού ιδεασμού από ποσοστό 61%. Μεγαλύτερη μείωση αυτοκτονικού ιδεασμού ηλικιωμένων που έλαβαν θεραπεία επίλυσης προβλημάτων στις 12 και στις 36 εβδομάδες.</p>

Ανασκόπηση	Raue et al., 2014 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Αξιολόγηση της αυτοκτονικότητας	Ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω (n=1226)	Κλινική συνέντευξη, ερωτηματολόγιο υγείας ασθενών (Patient Healthy Questionnaire), κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης.	Συχνότητα συμπτωμάτων κατάθλιψης, διαφορετικά επίπεδα κινδύνου, κλινική κρίση, αναγκαιότητα υπηρεσιών.	Προσδιορισμός παθητικού /ενεργού ιδεασμού. Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου.
Διατομεακή μελέτη	Fiske et al., 2013 Περιοχή Μέσου Ατλαντικού Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής	Εξέταση στρατηγικών ελέγχου και αυτοκτονικότητας ηλικιωμένων με λειτουργικούς περιορισμούς που σχετίζονται με την υγεία.	Ηλικιωμένοι 65 έως 94 ετών (n=50)	Ερωτηματολόγιο (ύπνο, λειτουργία, διάθεση)	Χρήση αντισταθμιστικών πρωτογενούς και δευτερογενούς ελέγχου.	Συσχέτιση αντισταθμιστικών στρατηγικών πρωτογενούς ελέγχου με χαμηλότερα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού. Συσχέτιση στρατηγικών δευτερογενούς ελέγχου με υψηλότερα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού. Η υψηλότερη βαθμολογία αντικατοπτρίζει την καλύτερη λειτουργία. Οι ασθενείς που δεν προσπαθούν να επιτύχουν τους στόχους τους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής σκέψης.

Μελέτη κοόρτης	Sun, W.J. et al., 2011. Χονγκ Κονγκ	Εξέταση συσχέτισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αυτοκτονίας και τροποποιήσεων των επιπτώσεων του φύλου, της ηλικίας και της κατάστασης της υγείας σε 56.000 ηλικιωμένους Κινέζους.	Ηλικιωμένοι Κινέζοι 65 ετών και άνω (n=55.946, εκ των οποίων 18.669 άνδρες και 37.277 γυναίκες)	Κινέζικη έκδοση κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης.	Συσχέτιση συμπτωμάτων κατάθλιψης με αυτοκτονίες.	Διαπίστωση συσχέτισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων - αυτοκτονίας ηλικιωμένων. Τα άτομα τρίτης ηλικίας με χαμηλότερη βαθμολογία Geriatric Depression Scale, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Οι ηλικιωμένοι με υψηλότερη βαθμολογία χρήζουν επείγουσας παρέμβασης.
----------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συστηματική ανασκόπηση εξέτασε μελέτες για τον προσδιορισμό της σχέσης της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία. Η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία με υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζουν οι γυναίκες. Η αυτοκτονία σχετίζεται με ψυχικές διαταραχές τον κοινωνικό αποκλεισμό, την μοναξιά, την γνωστική έκπτωση και τις σωματικές ασθένειες. Η θεραπεία και η υλοστήριξη βοηθά στην μείωση των ποσοστών κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού. Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με ψυχοθεραπεία, ψυχοκοινωνική συμβουλευτική, διαπροσωπική επαφή, σωματική δραστηριότητα, φαρμακοθεραπεία και συνεργασία των επαγγελματιών υγείας.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν εκφράζουν εύκολα σκέψεις αυτοκτονίας ή δεν μπορούν να τις προσδιορίσουν. Ωστόσο, μέσα από ερωτήσεις μπορεί να προσδιοριστεί τόσο ο «παθητικός ιδεασμός», όπως για παράδειγμα, αν κάποιος έχει σκεφθεί ότι θα ήταν καλύτερα να πεθάνει, όσο και ο «ενεργός ιδεασμός», όπως για παράδειγμα, εάν κάποιος έχει σκεφθεί να βιάσει τον εαυτό του τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Τόσο τα ποσοστά αυτοκτονικού ιδεασμού όσο και της κατάθλιψης αποδείχθηκαν υψηλότερα σε εκείνους με χαμηλό εισόδημα. Συμπληρωματικά, η προσωπικότητα (αισιόδοξος, απαισιόδοξος) αποτελούν παράγοντες αυτοκτονικής συμπεριφοράς λόγω κατάθλιψης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου αυτοκτονίας. Ωστόσο, ο αυτοκτονικός ιδεασμός δύναται να υπάρχει και μεταξύ των μη καταθλιπτικών ατόμων (Raue et al., 2014).

Ο προσωρινός αυτοκτονικός ιδεασμός δεν οδηγεί σε μια παρορμητική απόπειρα αυτοκτονίας αλλά ο επίμονος αυτοκτονικός ιδεασμός αποτελεί άμεσο και υψηλό κίνδυνο. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται όταν υπάρχουν συγκεκριμένα σχέδια από τους ηλικιωμένους που έχουν μεγάλη χρονική διάρκεια. Επιπλέον, υψηλοί δείκτες κινδύνου θεωρούνται το σημείωμα και η διαθήκη. Τα συμπτώματα κατάθλιψης συνιστούν αιτία αυτοκτονίας στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Επίσης, το συνεχόμενο αίσθημα απελπισίας που δεν έχει σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και η έλλειψη του νοήματος για την συνέχιση της ζωής είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονίας. Υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών και βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνθηκών των ηλικιωμένων (Raue et al., 2014).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μελέτης που διεξήχθη σε ηλικιωμένους σε γηροκομείο στο Ιράν, η κατάθλιψη ήταν μέτρια έως υψηλή, η οποία μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία, επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής. Ο επιπολασμός άγγιζε το 52% (Jafari et al., 2021). Μελέτη που διεξήχθη σε διάφορα ελληνικά νησιά και στην Κύπρο, σε 553 άνδρες και 637 γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω την περίοδο 2005-2007, κατέγραψε υψηλά ποσοστά κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, 25% για τους άνδρες και 35% για τις γυναίκες σοβαρή κατάθλιψη και 54% για τους άνδρες και 70% για τις γυναίκες μέτρια κατάθλιψη (Mamplouk, E. et al., 2010). Τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι γυναίκες (Mamplouk, E. et al., 2010, Stylianopoulou, C., et al., 2010).

Σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, όπως τα γηροκομεία, οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι κοινές μεταξύ των ηλικιωμένων, αν και η ολοκληρωμένη αυτοκτονία είναι σπάνια. Οι σκέψεις σχετίζονται με την κατάθλιψη, την λειτουργική παρακμή, την απομόνωση και την μοναξιά. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στις δομές αυτές είναι άγνωστος σε μεγάλο βαθμό (Mezuk et al., 2014). Μελέτες έχουν δείξει ότι η αυτοκτονία σχετίζεται με ψυχικές διαταραχές, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την μοναξιά, το πένθος, τις σωματικές ασθένειες και τον σωματικό πόνο καθώς και τη γνωστική εξασθένηση (Conjero et al., 2018).

Σε διάφορες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν δύο στρατηγικές συνεργατικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η στρατηγική IMPACT (βελτίωση της διάθεσης-προώθηση της πρόσβασης σε συνεργατική θεραπεία για την κατάθλιψη) και η στρατηγική PROSPECT (πρόληψη αυτοκτονιών σε ηλικιωμένους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: συνεργατική δοκιμή). Τα αποτελέσματα είναι τα ακόλουθα: στην πρώτη, κατόπιν παρακολούθησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, των παρενεργειών των φαρμάκων και υποστήριξης των συμμετεχόντων από κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους, οι οποίοι προσέφεραν εκπαίδευση όσον αφορά στην επιλογή θεραπείας, παρατηρήθηκαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης. Επίσης, αυξήθηκε η ποιότητα ζωής τους με μακροπρόθεσμα οφέλη, όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα και η μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση στην αντιμετώπιση του προβλήματός τους. Στη δεύτερη παρατηρήθηκε μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού (Cramaglia et al., 2021).

Συγκεντρώθηκαν δεδομένα από τρεις μελέτες παρέμβασης για την αξιολόγηση δώδεκα εβδομάδων θεραπείας κατάθλιψης με χρήση φαρμάκων με ή χωρίς ατομική συνεδρία ψυχοθεραπείας. Στόχος ήταν η σύγκριση του αντίκτυπου παρέμβασης στον αυτοκτονικό ιδεασμό και κατάθλιψης σύμφωνα με το επίπεδο αυτοκτονίας των ασθενών: υψηλός, μέτριος, χαμηλός κίνδυνος. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός επλύθηκε. Οι ασθενείς με υψηλό κίνδυνο χρειάστηκαν έξι εβδομάδες να ανταποκριθούν στη θεραπεία συγκριτικά με εκείνους με χαμηλό κίνδυνο, οι οποίοι χρειάστηκαν τρεις εβδομάδες. Από κλινική θεραπεία με ή χωρίς ψυχοθεραπεία διαπιστώθηκε μείωση του αυτοκτονικού ιδεασμού τόσο σε ηλικιωμένους άνδρες όσο και σε γυναίκες. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ενίσχυση της ουσιαστικής θεραπευτικής συνεργασίας (Cramaglia et al., 2021).

Δύο προγράμματα επικεντρώθηκαν στην ενίσχυση προστατευτικών παραγόντων σχετικά με την βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ατόμων της τρίτης ηλικίας στην αυτοκτονία. Το πρώτο περιελάμβανε ένα εργαστήριο έντεκα εβδομάδων βασισμένο σε γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση σε μικρές ομάδες συνταξιούχων που αντιμετώπιζαν πρόβλημα προσαρμογής στην συνταξιοδότηση. Στόχος ήταν να βοηθηθούν να σχεδιάσουν και να υλοποιήσουν πραγματικούς προσωπικούς στόχους αλλά και η ζωή τους να αποκτήσει νόημα. Το δεύτερο εξασφάλιζε ατομική ψυχοθεραπεία έξι εβδομάδων για ηλικιωμένους με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας για τη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και των δεξιοτήτων τους, προκειμένου να ενδυναμωθεί η κοινωνική υποστήριξη και συνεπώς η ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών τους. Παρατηρήθηκε μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, ευελιξία και θετική στάση για τη ζωή (Cramaglia et al., 2021).

Σχετικά με τα προγράμματα στην κοινότητα διάφορες ιαπωνικές μελέτες έχουν εφαρμόσει κοινοτικά προγράμματα σε αγροτικές περιοχές, όπως εργαστήρια ψυχικής υγείας από νοσηλευτές. Σκοπός ήταν η προώθηση ευαισθητοποίησης για την κατάθλιψη και τον κίνδυνο αυτοκτονίας αλλά και κλινική συνέντευξη από ψυχίατρο. Σε άλλες μελέτες το πρόγραμμα ήταν διαφορετικό: δραστηριότητες ομαδικές (σωματικές, ψυχαγωγικές, κοινωνικές) με σκοπό την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης (Cramaglia et al., 2021).

Έχουν μελετηθεί διαφορετικά είδη φαρμακευτικών προσεγγίσεων σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων, όπως τα γηροκομεία. Στα παραπάνω είδη

συμπεριλαμβάνονται η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, η γνωστική βιβλιοθεραπεία, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων, η σύντομη ψυχοδυναμική θεραπεία καθώς και η θεραπεία επανεξέτασης/αναπόλησων ζωής. Στόχος της συγκεκριμένης ανασκόπησης ήταν η επανεξέταση των μη φαρμακευτικών θεραπειών που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των ηλικιωμένων με κατάθλιψη, χωρίς ή με ήπια γνωστική εξασθένηση και διαβιούν στις ανωτέρω δομές. Οι μελέτες ομαδοποιήθηκαν στους εξής τομείς: κηπουρική (επικεντρωμένη στην σωματική ευεξία και στην κοινωνική αλληλεπίδραση), θεραπεία κατοικίδιων ζώων, σωματική άσκηση, ψυχοεκπαίδευση (ατομική ή ομαδική), ψυχοθεραπεία και αναπόληση/ανταλλαγή ιστοριών ζωής (Cramaglia et al., 2021). Οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένο κίνδυνο αυτοκτονικών συμπεριφορών κατά τη διάρκεια αντικαταθλιπτικής θεραπείας (Connor et al., 2009).

Στα άτομα της τρίτης ηλικίας, 65 ετών και άνω με διάγνωση μείζονας κατάθλιψης, ο έλεγχος για αντιληπτό στρες μπορεί να επιτρέψει τη βελτίωση του ελέγχου της πρόληψης της αυτοκτονίας (Bickford, et al., 2020). Οι ηλικιωμένοι αυτοκτονούν δύο φορές συχνότερα από τους ανθρώπους του γενικού πληθυσμού. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που είναι γυναίκες ή πρώην καπνιστές και έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, καρδιαγγειακές παθήσεις ή κανένα εισόδημα, θα πρέπει να ενημερώνονται για τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Chan et al., 2011).

Η θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους συχνά παρεμποδίζεται από κακή αναγνώριση και αυξημένο επιπολασμό των παρενεργειών του φαρμάκου, την πολυφαρμακία και την κακή τήρηση της θεραπείας. Βασικές αρχές θεραπείας, οι οποίες περιλαμβάνουν την εξατομίκευση του σχεδίου θεραπείας, την προετοιμασία του ασθενούς για πιθανή μακροχρόνια θεραπεία, την παροχή φροντίδας βάσει μετρήσεων και τη θεραπεία σε ύφεση. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να συνεργαστούν για να αναπτύξουν κυρίως πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις που είναι αποτελεσματικές στη στόχευση συστηματικών παραγόντων κινδύνου και που μπορούν εύκολα να υιοθετηθούν στην κλινική πρακτική (Wilkinson & Izmeth, 2016).

Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί ακόμη και αν είναι σοβαρή. Οι μορφές θεραπείας είναι οι ακόλουθες:

Ψυχοθεραπεία: Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι θεραπείες πρώτης γραμμής για ήπια έως μέτρια κατάθλιψη. Η ήπια κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη διαφορά στις συστάσεις θεραπείας. Μπορεί να επιλυθεί με άσκηση ή προσεκτική αναμονή, αλλά η ψυχοθεραπεία ή τα αντικαταθλιπτικά θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν εάν αποτύχουν οι αρχικές προσπάθειες. Οι συστάσεις θεραπείας πρώτης γραμμής για μέτρια ή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή περιλαμβάνουν αντικαταθλιπτική μονοθεραπεία, ψυχοθεραπεία και συνδυασμό και των δύο. Η σοβαρή κατάθλιψη μπορεί να απαιτεί το συνδυασμό αντικαταθλιπτικού και αντιψυχωσικής, ηλεκτροσπαστικής θεραπείας ή συνδυασμού αντικαταθλιπτικού και ψυχοθεραπείας. Οι βενζοδιαζεπίνες παίζουν πολύ περιορισμένο ρόλο στη θεραπεία της κατάθλιψης, εάν ο ασθενής έχει κατατονική κατάθλιψη (Davidson, 2013). Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βραχυπρόθεσμη θεραπεία οξείας φάσης της κατάθλιψης (συνήθως έως 16 συνεδρίες) ή ως θεραπεία συντήρησης με συνεδρίες ευρύτερα σε διάστημα μηνών. Η χρήση της θεραπείας συντήρησης επιτρέπει έναν μεγαλύτερο αριθμό θεραπευτικών εστιών, συμπεριλαμβανομένων των μακροχρόνιων προτύπων διαπροσωπικής συμπεριφοράς που μπορεί να συμβάλουν στην υποτροπή. Η γνωστική θεραπεία που βασίζεται στη νοημοσύνη είναι μια παρέμβαση που συνδυάζει τη διδασκαλία στο γνωστικό μοντέλο της κατάθλιψης με ασκήσεις διαλογισμού, να βοηθήσουν το άτομο να αναγνωρίσει τότε η διάθεσή του αρχίζει να είναι χαμηλή, και να αναπτύξει την ικανότητα να επιτρέψει τη δυσάρεστη διάθεση, τις σκέψεις και τις αισθήσεις να έρχονται και να φεύγουν χωρίς να ασχολούνται με αυτά. Η ψυχοδυναμική θεραπεία για την κατάθλιψη βασίζεται σε ένα μοντέλο ευπάθειας που προκύπτει από τις εμπειρίες της πρώιμης ζωής και από τη διακοπή της προσκόλλησης στην παιδική ηλικία. Η σχέση με τον θεραπευτή έχει καίρια σημασία για τον εντοπισμό και την ενίσχυση της γνώσης των μηχανισμών ψυχολογικής άμυνας. Η ψυχοδυναμική θεραπεία με το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη μιας μακροχρόνιας αίσθησης ικανοποίησης και αποδοχής των απωλειών και των αλλαγών που σχετίζονται με τη γήρανση (Wilkinson & Izmeth, 2016).

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει να εντοπίσει τα συναισθήματα, την συμπεριφορά ή τις σκέψεις και να τα αλλάξει μέσω της συμβουλευτικής (National Institute on Aging, 2021).

Φαρμακοθεραπεία: Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι ο βασικός παράγοντας της θεραπείας για την κατάθλιψη. Για μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη, τα φάρμακα περιλαμβάνουν γενικά εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης,

αναστολείς επαναρδόσλησης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης, βουπροπιδόνης και μιρταζαπίνης. Η επιλογή ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου εξαρτάται από τις ανεπιθύμητες ενέργειες καθώς και από τις συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές του ασθενούς, συγκεκριμένα συμπτώματα και ιστορικό θεραπείας. Ένας στόχος πρέπει να είναι η ελαχιστοποίηση των αρνητικών επιπτώσεων, ιδίως εκείνων που μπορεί να επιδεινώσουν τα υπάρχοντα συμπτώματα ή άλλες ιατρικές παθήσεις. Η επιλογή της θεραπείας θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει την εξέταση του προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού του ασθενούς σχετικά με την ανταπόκριση και τις παρενέργειες του φαρμάκου, την προτίμηση του φαρμάκου, το κόστος και την προσβασιμότητα. Οι δοκιμές φαρμακευτικής αγωγής ξεκινούν γενικά με χαμηλή δοσολογία, με προσαρμογές της δόσης που συμβαίνουν συνήθως κάθε 2 εβδομάδες. Αν και η βελτίωση μπορεί να σημειωθεί ήδη από 2 εβδομάδες, η πλήρης ανακούφιση των συμπτωμάτων μπορεί να μην παρατηρηθεί για 8 έως 12 εβδομάδες (σε επαρκή δόση). Εάν η αρχική δοκιμή δεν αποφέρει ουσιαστική βελτίωση, η εναλλαγή σε άλλο αντικαταθλιπτικό της ίδιας ή διαφορετικής κατηγορίας είναι κατάλληλη. Εάν παρατηρηθεί μερική βελτίωση στη μέγιστη ανεκτή δόση, η προσθήκη αντικαταθλιπτικού διαφορετικής κατηγορίας ή η στόχευση υπολειμμάτων συμπτωμάτων με άλλες θεραπείες μπορεί να είναι το κατάλληλο επόμενο βήμα. Μόλις επιτευχθεί ύφεση, η αντικαταθλιπτική θεραπεία συντήρησης για τη μείωση του κινδύνου υποτροπής θα πρέπει γενικά να συνεχιστεί για τουλάχιστον 6 μήνες (Park & Zarate, 2019). Με αυτή την μορφή θεραπείας επιτυγχάνεται η εξισορρόπηση ορμονών, οι οποίες επηρεάζουν τη διάθεση, όπως η σεροτονίνη (National Institute on Aging, 2021).

Ηλεκτροσπαστική θεραπεία: με την τοποθέτηση ηλεκτροδίων στο κεφάλι του ατόμου πραγματοποιείται η μεταφορά ήπιου ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο. Αυτή η μορφή θεραπείας εφαρμόζεται στην περίπτωση μόνο που ο ασθενής δεν έχει παρουσιάσει βελτίωση από άλλες θεραπείες (National Institute on Aging, 2021). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ψυχικές παρενέργειες. Μερικοί ηλικιωμένοι βιώνουν μια σύγχυση μετά τη θεραπεία μερικών λεπτών έως μερικών ωρών αμέσως μετά τη θεραπεία. Σπανίως μπορεί να διαρκέσει για κάποιες ημέρες. Αυτή η παρενέργεια μπορεί να καταστήσει αδύνατη την λήψη ευθυνών μετά τη θεραπεία (Beloncif, 2013). Μια άλλη παρενέργεια είναι η απώλεια μνήμης σε πράγματα μερικών ημερών ή εβδομάδων πριν ή να θυμηθούν γεγονότα μετά το τέλος της θεραπείας. Ωστόσο μελέτες δείχνουν ότι τα προβλήματα αυτά που σχετίζονται με

την απώλεια τη μνήμης βελτιώνονται σε μερικούς μήνες (Campbell, 2013). Λόγω του κινδύνου των ανωτέρω παρενεργειών, η ηλεκτροψαμοθεραπεία θεωρείται μια θεραπεία υψηλού κινδύνου από κάποιους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, τα οφέλη μπορεί να υπερτερούν των κινδύνων για τους ηλικιωμένους ου ζουν με εξουθενωτική διαταραχή στη θεραπεία (Kala, 2013).

Η σωματική δραστηριότητα έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην κατάθλιψη. Βρέθηκε ότι έχει ισχυρές επιδράσεις στον καταθλιπτικό φαινότυπο καθώς και ευεργετικές επιδράσεις στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι παρεμβάσεις σωματικής δραστηριότητας βρέθηκαν να έχουν πολλές επιδράσεις στις νευροανοσολογικές διεργασίες. Οι τύποι άσκησης μπορούν να περιλαμβάνουν αερόβια, αντίσταση, νευροκινητήρες (που περιλαμβάνουν ισορροπία, ευκινησία και συντονισμό) και τύπους ευελιξίας (Eyte et al., 2013). Τα προπονητικά προγράμματα μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και τη συνέπεια του έλεγχου κατάθλιψης. Το διαδίκτυακό μάθημα “Εκπαίδευση στην Αξιολόγηση Κατάθλιψης” αναπτύχθηκε για τη βελτίωση της ανήνευσης κατάθλιψης και της φροντίδας που παρέχεται σε καταθλιπτικούς και ιατρικά άρρωστους ενήλικες που λαμβάνουν υπηρεσίες κατ’ οίκον φροντίδας. Παρέχει πληροφορίες σχετικά με την κατάθλιψη ηλικιωμένων ενηλίκων, τις τεχνικές συνέντευξης ασθενών και οδηγίες σχετικά με τον τρόπο διευκόλυνσης της παραπομπής μιας θόνης θετικής κατάθλιψης. Προσφέρεται σε νοσηλευτές και θεραπευτές στο σπίτι για να βελτιώσουν την ικανότητά τους να εντοπίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και να κάνουν κατάλληλες παραπομπές για περαιτέρω αξιολόγηση. Περιλαμβάνει εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης ιδεών αυτοκτονίας και εργαλείων κατάθλιψης. Παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη χρήση αντικαταθλιπτικών σε ηλικιωμένους ενήλικες, προτάσεις για το πώς να πραγματοποιείται η παραπομπή κατάθλιψης και η εκπαίδευση ασθενών (Vieira et al., 2014).

Απαιτούνται εντατικά προγράμματα συμπεριλαμβανομένης της ψυχοκοινωνικής συμβουλευτικής για τους ηλικιωμένους και τις οικογένειες τους, δίνοντας έμφαση στον έλεγχο της κατάθλιψης και σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, όπως τα γηροκομεία (Jafari et al., 2021). Ο ηλικιωμένος μπορεί να επισκεφθεί υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες όπως Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων-Κ.Α.Π.Η. Μια καλή προσέγγιση είναι η χρήση της γλώσσας του ασθενούς (π.χ. «αίσθημα χαμηλής ή κάτω» αντί «κατάθλιψης»). Η συμμετοχή των μελών της οικογένειας στη

συζήτηση είναι χρήσιμη, διότι το να περνάς χρόνο με ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να είναι απογοητευτικό και μπερδεμένο. Στα μέλη της οικογένειας πρέπει να παρέχονται πληροφορίες σχετικά με την ιατρική ασθένεια της κατάθλιψης και τη θεραπεία της, ώστε να ξέρουν τί να περιμένουν και να παρέχουν υποστήριξη. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας η χρήση κατάλληλου εκπαιδευτικού υλικού σχετικά με την κατάθλιψη και την ανάγκη παραπομπής για περαιτέρω αξιολόγηση. Οι ασθενείς συχνά χρειάζονται μεγάλη ενθάρρυνση και υποστήριξη για να ακολουθήσουν ραντεβού (Vieira et al. 2014).

Μολονότι οι διάφοροι τύποι κατάθλιψης δεν δύνανται να προληφθούν, οι υγιείς αλλαγές στον τρόπο διαβίωσης, μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στην ψυχική υγεία. Αυτές οι αλλαγές είναι καλό να περιλαμβάνουν υγιεινή και εξισορροπημένη διατροφή, επαρκή ύπνο (7-9ώρες), σωματική άσκηση και διαπροσωπική και κοινωνική επαφή (National Institute on Aging, 2021).

Η χρήση των κατάλληλων οθονών και η κλινική συνέντευξη μπορούν να βοηθήσουν τους γιατρούς να εντοπίζουν τους ασθενείς και να συμβάλλουν στην λήψη κατάλληλης απόφασης, παραπομπής και θεραπείας. Πολλές προσεγγίσεις παρέμβασης, συμπεριλαμβανομένης των μοντέλων συνεργατικής φροντίδας φανερώνουν δείγματα αποτελεσματικότητας στην μείωση της αυτοκτονικότητας στους ηλικιωμένους (Raue et al., 2014).

Μεταξύ των ηλικιωμένων με περιορισμούς που σχετίζονται με την υγεία που χαρακτηρίζονται είτε από την αναζήτηση βοήθειας από άλλους είτε από μεγαλύτερη επιμονή εκείνων που δεν επιδιώκουν την αναζήτηση βοήθειας, συσχέτιστηκε με χαμηλότερα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού, ανεξαρτήτως των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με λειτουργικούς περιορισμούς που δεν προσαθούν να επιτύχουν τους στόχους τους, είτε μέσω επιμονής είτε ζητώντας βοήθεια από άλλους, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικής σκέψης (Fiske et al., 2013).

Για την αποτροπή της αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους, καθίσταται απαραίτητη και αναγκαία η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά σε αυτοκτονικές συμπεριφορές και σκέψεις. Επίσης η εκπαίδευση σχετικά με τον εντοπισμό του κινδύνου αυτοκτονίας και την διαχείριση αυτού, μετά την εκδήλωση των

συμπτωμάτων στον ασθενή (Hamper, 2021). Μολονότι η οικονομική κρίση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και την αύξηση της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονίας, αποτελεί ευκαιρία για την μεταρρύθμιση της φροντίδας της ψυχικής υγείας αλλά και την προώθηση ενός ψυχικά υγιούς τρόπου ζωής (WHO Regional Office for Europe, 2011).

Δεδομένου ότι οι μελέτες περιελάμβαναν διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, είναι δύσκολο να οριστεί η πιο αποτελεσματική μέθοδος. Η τρέχουσα συστηματική ανασκόπηση περιορίστηκε σε μελέτες στην αγγλική γλώσσα. Ως εκ τούτου ενδέχεται να υπάρχουν περισσότερες μελέτες για το συγκεκριμένο θέμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ποιότητα ζωής επιδεινώνεται με την αύξηση της ηλικίας και κάποιες φορές είναι χειρότερη για τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Η ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντική όσο και η σωματική υγεία και αποτελεί σημαντικό κριτήριο υγιούς γήρανης. Όταν η ψυχική υγεία προάγεται, τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορούν να επιτύχουν ένα καλύτερο γενικά επίπεδο υγείας.

Ωστόσο, οι ψυχικές διαταραχές με συχνότερη την κατάθλιψη, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Παράγοντες κινδύνου, όπως ο χρόνιος πόνος, οι σωματικές ασθένειες, η αναπηρία, το κάπνισμα, οι γνωστικές εκπτώσεις, η κακοποίηση (λεκτική, ψυχολογική, σωματική), η μοναξιά, η χηρεία, η απώλεια συγγενών και φίλων, η συνταξιοδότηση, οι οικονομικές, οι κοινωνικές μεταβολές, η αλλαγή συνθηκών διαβίωσης (π.χ. οίκοι ευγηρίας) καθώς και τα κοινωνικά στερεότυπα (π.χ. ότι είναι άρρωστοι, αδύναμοι, ιδιόρρυθμοι και με χαμηλή αντίληψη) επηρεάζουν τους ηλικιωμένους με συνέπεια την εμφάνιση της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας.

Η κατάθλιψη είναι πολυπαραγοντική. Σε αυτό συμβάλλει περαιτέρω και η αλληλεπίδραση των διαφόρων παραγόντων, όπως γενετικοί, βιολογικοί, ψυχοκοινωνικοί, χρόνια νοσήματα, συννοσηρότητα, δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, μορφωτικό επίπεδο. Σε αυτά προστίθενται και οι διάφορες πανδημίες, όπως η COVID-19 που συνδέονται άμεσα με ψυχολογική δυσφορία, κατάθλιψη και πιθανή αυτοκτονία. Η κατάθλιψη για τα άτομα 65 ετών και άνω αποτελεί την πιο κοινή διαταραχή και το βασικότερο παράγοντα που σχετίζεται με αυτοκτονικό ιδεασμό ή κίνδυνο αυτοκτονίας. Ακόμη, παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία αποτελεί σε κάποιες περιπτώσεις και η ύπαρξη ιστορικού αυτοκτονικού ιδεασμού. Η κατάθλιψη και η αυτοκτονία παρατηρείται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες.

Ωστόσο, η κατάθλιψη αρκετές φορές δεν διαγιγνώσκεται για δύο λόγους. Πρώτον, επειδή γίνεται παρερμηνεία των συμπτωμάτων και λαμβάνεται ως φυσιολογική εξέλιξη του γήρατος ή των διαφόρων παθήσεων. Τέτοιες θα μπορούσαν να είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση και η γνωστική έκπτωση. Δεύτερον, αρκετές φορές τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιπλέκονται με τη θλίψη, η οποία προκύπτει από

διάφορες δυσάρεστες καταστάσεις, όπως η κατάσταση πένθους. Κάποιοι ηλικιωμένοι με αυτοκτονική συμπεριφορά, έχουν επισκεφθεί επαγγελματίες υγείας ενώ άλλοι όχι. Κάποιοι, αν και είχαν επισκεφθεί κάποιον ειδικό υγείας, μετά από ένα μήνα αυτοκτόνησαν.

Είναι αναγκαίες περισσότερες επισκέψεις των ασθενών στο γιατρό με σκοπό την αξιολόγηση των ηλικιωμένων από το γιατρό, ιδίως αν ο ασθενής λαμβάνει αντικαταθλιπτικά σκευάσματα ή αν έχει αλλάξει τη δοσολογία. Ακόμη οι ασθενείς που μιλούν για αυτοκτονία, ακόμη κι αν δεν αυτοκτονήσουν, χρήζουν άμεσης αξιολόγησης και παραπομπή σε ιατρούς ψυχικής υγείας. Επίσης, οι ασθενείς που σχεδιάζουν να βλάψουν τον εαυτό τους, απαιτούν άμεση αξιολόγηση και παραπομπή σε ιατρούς ψυχικής υγείας για συνεχή παρακολούθηση και θεραπεία (Raue et al., 2014).

Είναι αναγκαίο να αξιολογηθούν τα σωματικά, κοινωνικά, ψυχολογικά και οικονομικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Απαιτείται περαιτέρω εξέταση του αυτοκτονικού ιδεασμού, διάγνωση και θεραπεία χρόνιων ασθενειών και ψυχιατρικών διαταραχών (Aslan et al., 2019).

Η κατάθλιψη μπορεί να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί από τους επαγγελματίες υγείας. Χρειάζεται να γίνει καταγραφή και αξιολόγηση των προβλημάτων των ηλικιωμένων (σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά, οικονομικά, κ.λπ.) από τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου οι τελευταίοι να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο εξοικουμεμένα και συστηματικά. Οι ηλικιωμένοι, είτε έχουν χαμηλή βαθμολογία (Geriatric Depression Scale) είτε υψηλή, έχουν ανάγκη από την προσοχή των επαγγελματιών υγείας με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση του βαθμού κινδύνου των ατόμων αυτών.

Μπορούν να λειτουργήσουν προγράμματα με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και με καλύτερη οργάνωση σε πρωτογενές επίπεδο για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, προλαμβάνοντας έτσι την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, μπορεί να γίνει συμβουλευτική από μια διεπιστημονική ομάδα, η οποία θα μπορούσε να αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτη υγείας, νοσηλεύτη και ψυχολόγο. Θα μπορούσε να γίνει συμβουλευτική χωριστά με άτομο και με ομάδα και να διασφαλίζεται η ισότιμη συμμετοχή τόσο του επιστημονικού προσωπικού όσο και των

ενδιαφερομένων, μέσω συζήτησης. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει πρωτίτως να ανταποκρίνονται και να είναι αποτελεσματικές στην σχέση κατάθλιψης και αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία με στόχο την καταπολέμηση της κατάθλιψης και κατά συνέπεια του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονίας. Επιπρόσθετα, σε δεύτερο επίπεδο πρέπει να αποσκοπούν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Γενικότερα, είναι αναγκαία η βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Προτείνεται η επίσκεψη των ηλικιωμένων σε δομές, όπως τα Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ή τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων -Κ.Α.Π.Η, αποφεύγοντας τις καταθλιπτικές σκέψεις μέσα από τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα στις δομές αυτές. Ιδανικά προτείνεται η συνύπαρξη παιδικού σταθμού και κέντρου απασχόλησης των ηλικιωμένων στο ίδιο κτίριο με σκοπό την συνάντηση και συνύπαρξη των δύο αυτών ηλικιών, γεγονός που θα βοηθούσε πολύ στην βελτίωση της ψυχικής υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Συμπληρωματικά ένα πρόγραμμα σωματικής άσκησης, ενασχόλησης με ο,τιδήποτε ευχαριστεί τον κάθε ηλικιωμένο, θα είχε θετική επίδραση στην ψυχική του υγεία. Σε συνθήκες πανδημίας, όπως η COVID-19, καλό είναι να υπάρχει τηλεφωνική επικοινωνία τόσο από συγγενικά και φιλικά πρόσωπα όσο και από επαγγελματίες υγείας.

Επίσης, προτείνεται η εφαρμογή προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής συμβουλευτικής που θα απευθύνονται τόσο σε ασθενείς, όσο και στο οικογενειακό, συγγενικό περιβάλλον, ενισχύοντας και ενδυναμώνοντας την οικογένεια και τους συγγενείς ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στους ασθενείς. Σε κάποιες περιπτώσεις θα ήταν καλό να συνδυάζεται η ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία. Επίσης, θα μπορούσε να γίνει ευαισθητοποίηση μέσω καμπάνιας για την επίδραση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους καθώς και για τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή την αυτοκτονία. Η κοινωνική στήριξη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο αφού μεσολαβεί στην επίδραση της κατάθλιψης, στον αυτοκτονικό ιδεασμό ή στην αυτοκτονία. Επομένως, οι κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν την κατάθλιψη και την αυτοκτονία.

Για την επίτευξη όλων των παραπάνω είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την κατάθλιψη και την αυτοκτονία αλλά και τον εντοπισμό τους. Επίσης, η βελτίωση της ποιότητας του συστήματος υγειονομικής

περίθαλψης θα βοηθήσει σημαντικά. Επιπλέον, η εφαρμογή όλων των παραπάνω θα συντελέσει στην μείωση της κατάθλιψης, του αυτοκτονικού ιδεασμού, της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αλλά και της αυτοκτονίας. Όλοι μπορούμε να συμβάλουμε, επαγγελματίες και μη, συμπεριλαμβανομένων και των ίδιων των ηλικιωμένων στις εκάστοτε αποφάσεις, για την επίτευξη ενός καλύτερου επιπέδου ψυχικής ευεξίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Αυτό θα έχει θετικό αντίκτυπο φυσικά και σε όλη την κοινωνία και συγκεκριμένα στην εύρυθμη λειτουργία και συνύπαρξη των μελών της.

Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που μας ανέθρεψαν και μας γαλούχησαν και την επίτευξη των στόχων μας την οφείλουμε και σε αυτούς. Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι κι εμείς θα έρθουμε κάποια στιγμή στη θέση τους με τις ιδιαίτερες ανάγκες που έχουν και εκείνοι. Η αγάπη, η ανθρωπιά και το πραγματικό ενδιαφέρον θα πρέπει να μας χαρακτηρίζει στη ζωή μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλωσση

- Abe, Y., Fujise, N., Fukunaga, R., Nakagawa, Y., & Ikeda, M. (2012). Comparisons of the prevalence of and risk factors for elderly depression between urban and rural populations in Japan. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1235–1241.
- Almeida, O. (2014). Prevention of depression in older age. *Maturitas*, 74(2), 136-141.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). *Arlington, VA: American Psychiatric Publishing*.
- Anchibure, F., Anchibure, M., G., & Sauret.M.,J. (2010). Κατάθληση. Αθήνα:Νόβολι.
- Aslan, M., Hocaoglu, C., & Bahceci, B. (2019). Description of suicide ideation among older adults and a psychological profile: a cross-sectional study in Turkey. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.14232017>
- Ausin, B., Zamorano, A. & Munoz, M. (2020). Relationship between Quality of Life and Sociodemographic, Physical and Mental Health Variables in People over 65 in the Community of Madrid. *Int J Environ Res Public Health*.
- Aziz, P. & Steffens, D. (2013). What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497-516.
- Baldwin, R. (2010). Preventing late-life depression: a clinical update. *International psychogeriatrics*, 22(8), 1216-1224.
- Bamonti, P.M., Price, E.C., & Fiske, A. (2014). Depressive symptoms and suicide risk in older adults: value placed on autonomy as a moderator for men but no women. *National Library of Medicine*. 2014 Apr;44(2):188-99 doi:10.1111/sltb.12062.
- Barcelos-Ferreira, R., Nakano, E.Y., Steffens, D.C. & Bottino, C.M.C. (2013). Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community dwelling elderly subjects from Sao Paulo. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 616–622.
- Beloncif, S. (2013). “Informed consent for special procedures electroconvulsive therapy and psychosurgery”. *Curr Opin Anaesthesiol*, 26, pp. 182-5.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A.A., Tell, G.S. and Tams, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social science & medicine* (1982), [online] 66(6), pp.1334–45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18234406>
- Bickford, D., Morin, R.T., Nelson, J.C. & Mackin, R.S. (2020). Determinants of suicide-related ideation in Late Life Depression: Associations with perceived stress. *Clin Gerontol*. Doi: 10.1080/07317115.2019.1666442.

- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.L. (2020). *Lancet* 2020;395:912-20.
- Burton, R. (2011). Η ανατομική μελαγχολία. Αθήνα: Ηριδανός.
- Campbell, L., Norcross, J., Vasquez, M., & Kaslow, N. (2013). "Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution". *Psychotherapy (Chic)*, 50 (1), pp. 98-101.
- Carrasco-Barrios, M.T., Huertas, P., Martin, P., Martin, C., Castillegos C., Petkari, E., Moreno-Kustern, B. (2020). Determinants of Suicidality in the European General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*.
- Centers for Disease Control and Prevention-CDC, (2017). Healthy Aging: Promoting well-being in Older Adults.
- Chan, H.L., Liu, C.Y., Chan, Y.L. & Chang, C.M. (2011). Prevalence and Association of Suicide Ideation among Taiwanese Elderly – A Population based Cross-sectional study.
- Cherry, K.E., Brown, J.S., Kim, S. and Jazwinski, S.M. (2016). Social Factors and Healthy Aging: Findings from the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS). *Kinesiology Review*, [online] 5(1), pp.50–56. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4811626/>
- Christodoulou, C., Douzenis, A., Papadopoulos, F.C., Papadopoulou, A., Bouras, G., Gournelis, R., Lykouras, L., (2012). Suicide and seasonality. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 127-146.
- Cong, L., Dou, P. & Cai, L. (2015). Depression and Associated Factors in the Elderly Cadres in Fuzhou, China: A Community-based Study. *International Journal of Gerontology*, 9(1), 29-33.
- Conjero, I., Olie, E., Calati, R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. Review. *Clinical intervention in aging*.
- Connor, E.A., Whitlock, E.P., Gayney, B., Beil, T.L. (2009). Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systemic Review.
- Conwell, Y. (2014). Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. Doi:10.1016/j.amepre.2014.05.040.
- Cramaglia, C., Calati, R., Zeppegno, P. (2019). Rational Suicide in Late Life: A Systematic Review of the Literature. Doi: 10.3390/medicina 55200656.
- Davidson J. (2013). Major Depressive Disorder Treatment Guidelines in America and Europe.

- Doron, I. (2013). Older Europeans and the European Court of Justice. <https://academic.oup.com/ageing/article/42/5/604/18131>
- Eyre H., Papps E., Baune B. (2013). Treating depression and depression-like behavior with physical activity: an immune perspective. 4,3,1-27.
- Ferreira, L.,M., Kulbok, P., A., & Bruno, C., A.(2016). Improving Primary Health Care: A Systematic Review. *Journal of Family Medicine & Community Health*. <https://www.jscimecentral.com/FamilyMedicine>
- Fiske, A., Bamonti, P.M., Nadorff, M.R., Petts, R.A., Sperry, J.A., 2013. Control strategies and Suicidal Ideation in Older Primary Care Patients with Functional Limitations. *Int Psychiatry Med*.
- Fiske, A., Wetherell, J.L. & Gatz, M. (2009).Depression in older adults. *National Institute of Health. Annu Rev Clin Psychol*.S:363-389
doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408153621.
- Gold, S.M., O' Connor, M.F., Montag M.J., Kim, A, Yoo, Y.S., Giesser, B.S. & Sicotte, N.L., (2010).Smaller cornuammonis 2-3/dentate gyrus volumes and elevated cortisol in multiple sclerosis patients with depressive symptoms. *Biological Psychiatry*,68, 553-559.
- Groli, R., Mingoti, M., Bertollo, A., Luzardo, A., Quevedo, J., Reus, G. & Ignatio, Z.(2021). Impact of COVID-19 in the mental health in elderly: psychological and biological updates. *Molecular Neurobiology*. <https://doi.org/10.1007/s12035-020-02249-x>
- Grover, S., Sahoo S., Chakrabarti, S. & Avasthi A. (2019). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 66-72.
- Gustavson, K.A., Alexopoulos, G.S., Niu, G.C., McCulloch, C., Meade, T., Arcan, P.A. (2016). Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation in Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *Am J Geriatr Psychiatry*.
Doi:10.1016/j.jagp.2015.07.010.
- Harmer, B., Lee. S., Duong, T.-X., & Saadabadi, A.(2021). Suicidal ideation. *National Library of Medicine*.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33351435>
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D.A., Watkinson, P. (2018).Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B. and Layton, J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), p.e1000316.

IOM (Institute of Medicine) (2012). The mental health and substance use workforce for older adults: in whose hands? Washington, DC: *The National Academies Press*.

Jafari, H., Ghasemi-Semestandeh, D., Goudarzian, A., H., Heidari, T., Jafari, - Koulaee, A. (2021). Depression in the Iranian Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1155/2021/9305624>.

Jemal, K., Geleta, T., Deriba, B. & Awol, M. (2021). Anxiety and depression symptoms in older adults during coronavirus disease 2019 pandemic: A community-based cross-sectional study. Original research article. Doi:10.1177/20503121211040050.

Joyce, P. (2009). "Epidemiology of mood disorder" In M. A.-I.-Gelder, "The New Oxford textbook of Psychiatry" (pp.645-650). Oxford: Oxford University Press.

Kala, A. (2013). Time to face new realities; mental health care bill. *Indian J Psychiatry*, 55(3), pp.216-9.

Kanwall, S., Perveen, S., Sumbal, Y. (2017). Causes and severity of suicide in developed nations of Asia. A Systematic Review.

Kessing, L., Bukh, J., Bock, C., et al. (2010). Does bereavement – related first episode depression differ from other kinds of first depressions? *Soc Psychiatry, Psychiatr Epidemiol*, 45, pp. 802-808.

Kurlowicz, L. & Greenberg S.A. (2007). The Geriatric Depression Scale (GDS). Hartford Institute for Geriatric Nursing.

Lee, S.Y. & Atteraya, M.S. (2019). Depression, Poverty and Abuse Experience in Suicide Ideation Among Older Koreans. <https://doi.org/10.1177/0091415018768256>

Li, Y.-T. & Tung, T.-H. (2020). Effects of protective factors on the depressive status of elderly people in Taiwan.

Maier, A., Heler, S., Pabst, A. & Lupp, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. Doi: 10.1371/journal.pone.0251326.

Mamplakou, E., Bountziouka, V., Psaltopoulou, T., Zeimbekis, A., Tsakoundakis, N., Papaevangelou, N., ... et Panagiotakos, D. (2010). Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (Mediterranean Islands Elderly) study. *J Nutr Health Aging*. 2010 14(6):449-55. Doi: 10.1007/s12603-010-0091-0.

- Manea, L., Gilbody, S. & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*, 184(3):E191-6.
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M., Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: A systematic review. *IntGeriatr Psychiatry*. Doi:10.1002/gps.4142.
- Minois, G. (2010). Η ιστορία της κατάθλιψης, μετ. Βάλια Σερέτη-Γ'έκδοση Αθήνα: Νάρκισσος.
- Nair, S., Hiremath S., Ramesh, P., & Nair, S. (2013). Depression among geriatrics : prevalence and associated factors. *International Journal of Current Research and Review*, 5(8), 110-112.
- Nakamura, T., Tsuji, T., Nagamine, Y., Ide, K., Jeong, S., Najaguni, Y., Kondo, K. (2019). Suicide Rates, Social capital and Depressive Symptoms among older adults in Japan: An Ecological study.
- Nam, E.J. and Lee, J.E. (2019). Mediating Effects of Social Support on Depression and Suicidal Ideation in Older Korean Adults With Hypertension Who Live Alone. *The Journal of Nursing Research*.
- National Institute on Aging (2021). Depression and Older Adults. <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>
- Okolie, C., Dennis, M., Simon, E., Thomas, S., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, <https://www.cambridge.org/core/journals>
- Oon-arom, A., Wongpakaran, T., Sathapit, S., Saisavoey, N., Kuntawong, P., Wongpakaran, N. (2019). Suicidality in the elderly: role of adult attachment. *Asian Journal of Psychiatry*, 44, 8–12.
- Park, J., Lee, Y., Kim, S., Kim, W., Chae, H., & Cho, M. (2015). Above moderate physical activity reduces both incident and persistent late-life depression in rural Koreans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(7), 766–775.
- Park, L. & Zarate C. (2019). Depression in the Primary Care Setting. 380(6): 559–568.
- Park, M. & Unutzer, J. (2011). Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am*. 34(2): 469-487.
- Park, N.S., Jang, Y.R., Lee, B.S., Haley, W.E. & Chiriboga, D.A. (2013). The mediating role of loneliness in the relation between social engagement and depressive symptoms among older Korean Americans: do men and women differ?

- Parlapani, E., Holeva, V., Nikolopoulou, V., Kaprinis, S., Nouskas, I. & Diakogiannis, I. (2021). A review on the COVID-19-related psychological impact on older adults: vulnerable or not? *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01873-4>
- Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM. (2016). Reforming Suicide Risk Formulation: From Prediction to Prevention. *Acad Psychiatry* 2016; 40: 623-9. Doi:10.1007/s40596-015-0434-6.
- Raue, P.T., Chesquiere, A.R., Bruce, M.L. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *National Institute of Health*. Doi: 10.1007/s 11920-014-0466-8.
- Redfern, J.S., & Ross, M.F. (2011). Nursing Older People, Μετάφραση: Γιαννούλα Ε. και συν.Αθήνα: Εκδόσεις Πασχάλιδης Π.Χ.
- Rostani, M., Younesi, S., J., Shahboulaghi, F., M., Molakouti, S., K., & Foroughan, M. (2018). Models of suicide in elderly: a protocol for a systematic review. *BMJ Open* , doi:10.1136/bmjopen-2018-022087.
- Royall, R., Schillerstrom E., Piper, K. (2020). Depression and mortality in elders referred for geriatric psychiatry consultation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(5), 318–21.
- Rozzini, L., Chilovi, B., Peli, M., et al.(2009).Anxiety, symptoms in mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24, pp. 300-305.
- Sánchez Palacios, C., Trianes Torres, M.V. and Blanca Mena, M.J. (2009). Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, [online] 48(3), pp.385–390. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494308000721>
- Scheerder, G., Andenhove, C.V., Arensman, E., Bernik, B., Giupponi, G., Horel, ...et Hegerl, U.(2010). Community and health professionals attitude towards depression. A pilot study in nine EADD countries Katholieke Universiteit Leuven, Belgium. Doi:10.1177/0020764009359742.
- Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P. and Wardle, J. (2013).Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110 (15), pp 5797–5801.

Stylianopoulou, C., Koulterakis, G, Karagianni, V., Babatsikou, F., and Koutis, S. (2010). Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Vima Asklipiou 2010*, 9(4):490-504.

Sugihara, Y., Sugisawa, H., Shibata, H. and Harada, K. (2008). Productive Roles, Gender, and Depressive Symptoms: Evidence From a National Longitudinal Study of Late-Middle-Aged Japanese. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(4), pp.227-234.

Sun, W.J., Xu, L., Chan, W.M., Lam, T.H., Schooling, C.M. (2011). Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study. Doi:10.1007/s00127-011-0362-z.

Szucs, A., Szanto, K., Aubry, J.-M., Dombrowski, A., Y. (2018). Personality and Suicidal Behavior in Old Age: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*, doi:10.3389/psy/2018.00128.

The Swedish National Institute of Public Health (2007). Healthy Ageing-A Challenge for Europe. A SHORT VERSION Stockholm.

Vieira E., Brown E., Raue P. (2014). Depression in older adults: screening and referral. 37(1):24-30.

Wand, A., P., F., Zhong, B., L., Chiu, H., F., K., Draper, B., & Leo D. (2020). COVID-19: the implications for suicide in older adults. National Library of Medicine (NIH) *International Psychogeriatrics*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32349837>. Doi: 10.1017/S1041610220000770.

World Health Organization, 2012, 2013.

World Health Organization (2012). Mental Health Disorders Management Depression. https://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en

World Health Organization (2018). Mental health: strengthening our response. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail>

World Health Organization internshipship (2020). <https://www.who.int/ageing/en>

World Health Organization Regional Office for Europe (2011). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

World Health Organization (2021). Primary health care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020.

Wilkinson P., & Izmeth Z. (2016). Continuation and maintenance treatments for depression in older people.

Wilson, R.S., Krueger, K.R., Arnold, S.E., Schneider, J.A., Kelly, J.F., Barnes, L.L., Tang, Y. and Bennett, D.A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry*, [online] 64(2), pp.234–40. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17283291>

Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheun, T., Xiang, Y-T. (2020). Mental health services for older adults in China during the CONIV-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 2020 Apr;7(4):e19.

Zelko, E., Klemenc Ketis, Z. and Tusek Bunc, K. (2016). Medication Adherence in Elderly with Polypharmacy Living at Home: a Systematic Review of Existing Studies. *Materia Socio Medica*, 28(2), σ 129. doi: 10.5455/msm.2016.28.129-132.

Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., Jia, J. and Su, Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, pp.143–151.

Ελληνική

Αγγελόπουλος, Ν. (2009). Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία (τόμος Α) Αθήνα :Βήτος

Γαρούφαλλος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. Ελληνικό Ψυχιατρικό Γενικό Νοσοκομείο, 5, pp. 37-46.

Καπρίνης, Γ. (n.d.). Κλινική Ψυχιατρική Α τόμος.

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

Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (2011). Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας. Αθήνα.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2018). Γήρανση και υγεία.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(2017).Ψυχική Υγεία Ηλικιωμένων Ενηλίκων. Διατίθεται on line στη <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

Παγοροπούλου, Α. (1999). Η γεροντική κατάθλιψη. Εκδόσεις Gutenberg.

Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α., Λυκούρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.

Χαραλάμπους, Γ., Αργυρόπουλος, Κ., Παντέλης, Γ., Γελαστοπούλου, Ε. (2012).
Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων στην Κύπρο. 8ο
Επιστημονικό Συμπόσιο Γενικής Ιατρικής, Αθήνα 27-30 Σεπτεμβρίου 2012.