



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

---

Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»

**« Η ΑΥΤΟΧΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ- ΠΡΟΛΗΨΗ »**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της φοιτήτριας/του φοιτητή

**ΜΠΕΚΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**A. M. 202124**

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΕΡΗΦΑΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ ΛΕΚΤΟΡΑΣ

ΚΕΣΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ ΕΔΙΠ

Αθήνα Ιούνιος 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Π.Μ.Σ. ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών: «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»

**« Η ΑΥΤΟΧΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ- ΠΡΟΛΗΨΗ »**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της φοιτήτριας/του φοιτητή

**ΜΠΕΚΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**A. M. 202124**

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	ΜΠΑΡΜΠΟΥΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
	ΠΕΡΗΦΑΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ	ΛΕΚΤΟΡΑΣ	
	ΚΕΣΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	ΕΔΙΠ	

Αθήνα Ιούνιος 2022

## **ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ΜΠΕΚΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ του ΔΙΟΝΥΣΙΟΥ, με αριθμό μητρώου Α.Μ.202124 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ» του Τμήματος ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ της Σχολής ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 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 ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Δεν επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου.

Ο/Η Δηλών/ούσα

*ΜΠΕΚΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ*

## Περίληψη

**Θεωρητικό υπόβαθρο:** Η αυτοκτονία αποτελεί ένα διαχρονικά σημαντικό κοινωνικό ζήτημα. Η ηλικία είναι ένας από κύριους παράγοντες ο οποίος επηρεάζει τους δείκτες αυτοκτονίας. Σε παγκόσμιο επίπεδο τα ποσοστά αυτοκτονικότητας είναι υψηλότερα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η πρόληψη της αυτοκτονίας στο τέλος της ζωής διαφέρει από τις άλλες ηλικιακές ομάδες όπως διαπιστώνεται από τη βιβλιογραφία.

**Στόχος:** Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των στρατηγικών πρόληψης της αυτοκτονίας στη τρίτη ηλικία και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης που απευθύνονται στην ηλικιακή αυτή ομάδα.

**Μεθοδολογία:** Τα στάδια αναζήτησης για τις μελέτες που περιλαμβάνονται στη παρούσα ανασκόπηση, έγιναν βάσει του διαγράμματος ροής PRISMA. Η αναζήτηση του υλικού έγινε από τον Απρίλιο του 2022 έως και το Μάιο του 2022 και οι μελέτες που επιλέχθηκαν για την ανασκόπηση εντοπίστηκαν μέσω ηλεκτρονικής αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων pubmed και science direct, για άρθρα που δημοσιεύθηκαν την περίοδο της τελευταίας πενταετίας. Επιλέξιμες θεωρήθηκαν μελέτες που οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (πλην μίας μελέτης που ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 63 έτη ) και που αφορούσαν τη πράξη ή τον κίνδυνο της αυτοχειρίας.

**Αποτελέσματα:** Συμπεριλήφθηκαν 10 μελέτες, 6 ερευνητικές και 4 ανασκοπήσεις. Η σύνθεσή των μελετών απέδωσε παρεμβάσεις που στόχευαν στους κύριους παράγοντες που συνδέονται με την αυτοκτονία στη τρίτη ηλικία. Ανάλογα με το περιεχόμενό τους και την παρέμβαση στην οποία αναφέρονταν κατηγοριοποιήθηκαν σε: ●εθνικά προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας, ●μελέτες που αναφέρονται σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ●παρεμβάσεις με στόχο τη πρόληψη της αυτοκτονίας σε ασθενείς με γνωστική εξασθένηση και ευθραυστότητα, ●πρόληψη μέσω τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας, ●πρόληψη μέσω της χρήσης της τεχνολογία, ●μελέτες με πολυεπίπεδες προσεγγίσεις και με βάση την κοινότητα.

**Συμπεράσματα:** Σχεδόν όλα τα προγράμματα είχαν θετικές επιδράσεις στους συμμετέχοντες, και μείωσαν τις αυτοκτονικές τάσεις και συμπεριφορές τους. Υπάρχουν υποσχόμενες στρατηγικές παρέμβασης για την πρόληψη των αυτοκτονιών είναι όμως ανάγκη για την περαιτέρω αξιολόγηση και ανάπτυξή τους.

**Λέξεις κλειδιά:** τρίτη ηλικία, αυτοκτονία, παράγοντες κινδύνου, παρεμβάσεις, προληπτικά προγράμματα.

## **Abstract**

**Theoretical background:** Suicide is considered to be an important social issue over time, and age is one of the main factors influencing suicide rates. The latter are higher for senior people worldwide. Suicide prevention for the aforementioned age group differs from all the other age groups, as evidenced.

**Aim:** The aim of the present assignment is to investigate the suicide prevention strategies in senior people and to evaluate the effectiveness of prevention programmes directed to this age group.

**Methodology:** The research stages for the studies included in the present review have been realised via PRISMA flow chart. The material pursuit took place from April 2022 to May 2022 and the studies submitted for review were collected through online search of Pubmed and ScienceDirect databases for articles published during the last five years. Studies involving participants aged 65 and over concerning the practice or the risk of suicide were viewed eligible, except for a study in which the average age of the participants was 63.

**Results:** In the present review, 10 studies, 6 research and 4 reviews were embraced. The composition of the studies administered interventions targeting the main factors associated with senior people suicides. Depending on their content and the intervention to which they refer, the studies were classified as following: ●national suicide prevention programmes, ●studies referring to psychotherapeutic interventions, ●interventions aiming at preventing suicide in patients with cognitive impairment and fragility, ●prevention via helpline, ●prevention via technology use, ●studies with multilevel approaches and community-based.

**Conclusions:** Almost all programmes had positive impact to the participants and reduced suicidal tendencies and behaviours. There are promising intervention strategies to prevent suicides; however, there is a need for their further evaluation and development.

**Keywords:** elderly, suicide, risk factors, interventions, prevention programs

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	σελ.4
abstract.....	σελ.5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.7
<b>ΜΕΡΟΣ Α</b>	
1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....	σελ.9
1.1 Ορισμός της αυτοκτονίας .....	σελ.9
1.2 Η αυτοχειρία από την αρχαιότητα έως σήμερα.....	σελ.10
1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	σελ.11
2. Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας στην 3 <sup>η</sup> ηλικία.....	σελ.14
2.1 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	σελ.14
2.1. α. Κατάθλιψη.....	σελ.15
2.1.β. Κοινωνική απομόνωση.....	σελ.16
2.1.γ. Ψυχική υγεία στην περίοδο της πανδημίας covid-19.....	σελ.16
2.2 Ασθένειες και σωματικός πόνος.....	σελ.17
2.3 Γνωστική εξασθένηση.....	σελ.18
2.4 Η ορθολογική αυτοκτονία στους ηλικιωμένους.....	σελ.19
<b>ΜΕΡΟΣ Β</b>	
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	σελ. 21
3.1Συστηματική ανασκόπηση – μετα-ανάλυση.....	σελ. 21
3.2 Οι λόγοι επιλογής της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα εργασία....	σελ. 23
3.3 Στρατηγική αναζήτησης βιβλιογραφίας της ανασκόπησης.....	σελ. 24
3.4 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών.....	σελ. 25
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	σελ. 27
4.1 Εθνικά προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας.....	σελ. 27
4.2 Μελέτες που αναφέρονται σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις.....	σελ. 29
4.3 Παρεμβάσεις με στόχο τη πρόληψη της αυτοκτονίας σε ασθενείς με γνωστική εξασθένηση και ευθραυστότητα.....	σελ. 32
4.4 Πρόληψη μέσω τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας.....	σελ. 35
4.5 Πρόληψη μέσω της χρήσης της τεχνολογίας.....	σελ. 36
4.6 Μελέτες με πολυεπίπεδες προσεγγίσεις και με βάση την κοινότητα.....	σελ. 37
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ. 43
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	σελ. 45
<b>ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ/ ΠΙΝΑΚΕΣ/ΧΑΡΤΕΣ</b>	
Χάρτης 1. Ποσοστό αυτοκτονίας ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες του κόσμου Πηγή: WHO, 2018 .....	σελ.12
Πίνακας 1. Αιτίες θανάτου κατά τα έτη 2014 – 2019. Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.....	σελ.13
Διάγραμμα 1. Αιτίες θανάτου κατά το έτος 2019. Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ .....	σελ.13
Γράφημα1. Διάγραμμα ροής αποτελεσμάτων αναζήτησης.....	σελ.26
Πίνακας 2. Ερευνητικές μελέτες της ανασκόπησης.....	σελ.39
Πίνακας 3. Ανασκοπήσεις που περιλαμβάνονται στην εργασία.....	σελ.42
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>σελ.47</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόοδος της ιατρικής στη δημόσια υγεία άνοιξε το δρόμο για την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και ως εκ τούτου και για την αύξηση του πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Τα ποσοστά αυτοκτονιών και η θνησιμότητα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι υψηλότερα σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα σε όλες τις περιοχές του κόσμου (Sakashita & Oyama 2022). Όπως έχουν δείξει επιδημιολογικές μελέτες, τα άτομα άνω των 65 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία απ' ό,τι οι άλλες ηλικιακές ομάδες, ενώ οι άνδρες άνω των 85 ετών είναι η ηλικιακή κατηγορία με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό.

Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, ψυχιατρικές καταστάσεις, αισθήματα απελπισίας, κατάθλιψη ή προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις που σχετίζονται με την ηλικία, όπως φτωχότερη σωματική και ψυχική υγεία, πόνο, γνωστικά ελλείμματα, αυξημένη αδυναμία και περιορισμένη κοινωνική σύνδεση. Ένας επιπλέον σημαντικός παράγοντας είναι η παρουσία σωματικών συννοσηροτήτων που μπορεί να ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους, όπως νευρολογικές παθήσεις, πόνος και ογκολογικές ασθένειες, που έχει βρεθεί ότι εμφανίζονται συχνότερα σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά. Ιδιαίτερα οι νευρολογικές ασθένειες προκαλούν βιολογικές βλάβες καθώς και αισθήματα σοβαρής απελπισίας, που συνδέονται και τα δύο με αυξημένη ευαλωτότητα στην αυτοκτονική συμπεριφορά. Η αυτοκτονική συμπεριφορά σε ηλικιωμένους είναι αποτέλεσμα πολυάριθμων αλληλεπιδράσεων που αλλάζουν δυναμικά καθώς οι άνθρωποι γερνούν. Αυτό καθιστά την ανίχνευση και την ανάπτυξη αποτελεσματικών προληπτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση αυτής της συμπεριφοράς, ως πρόκληση (Laflamme et al., 2022).

Στόχος της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση μέσω της βιβλιογραφίας της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης αυτοκτονίας στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Για τη διερεύνηση αυτή επιλέχθηκε η μέθοδος της συστηματικής ανασκόπησης καθώς οι συστηματικές ανασκοπήσεις αποτελούν σημαντικά εργαλεία για την αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας, τη σύνθεση και κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών και συμβάλλουν εξαιρετικά στην αποσαφήνιση θεμάτων και την αναζήτηση νέων ερευνητικών κατευθύνσεων. Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεραπεία και την αποτελεσματικότητα της πρόληψης της αυτοκτονίας είναι θεμελιώδης για την

αξιολόγηση των υφιστάμενων υπηρεσιών και την ανάπτυξη νέων προγραμμάτων και προτύπων πρακτικής (Wallace et al., 2021).

Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τελικά 10 μελέτες που κατηγοριοποιήθηκαν ανάλογα με το περιεχόμενό τους και την παρέμβαση την οποία αφορούσαν. Όλες οι μελέτες υπέδειξαν ότι οι παρεμβάσεις ή και ο συνδυασμός τους απέφεραν σημαντικές μειώσεις της αυτοκτονίας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας σε αυτή τη διαδικασία.

Είναι ανάγκη για συνεχή ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης στην αυτοκτονία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η ανάγκη αυτή για παρεμβάσεις που μειώνουν τις αυτοκτονίες στους ηλικιωμένους είναι επιτακτική και ιδιαίτερα επίκαιρη στην εποχή της πανδημίας του Covid-19.



# ΜΕΡΟΣ Α

## 1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Στο πρώτο μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στον ορισμό της αυτοκτονίας, μία αναδρομή στο χρόνο από την αρχαιότητα έως και σήμερα αφού η αυτοκτονία είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ιστορία και παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων. Καταγράφονται οι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο της τρίτης ηλικίας σε αυτοκτονία, από τους οποίους οι συχνότεροι και κυριότεροι είναι οι κοινωνικοδημογραφικοί, οι ψυχοκοινωνικοί, οι σωματικές ασθένειες και ο πόνος, η γνωστική εξασθένηση.

### 1.1 Ορισμός της αυτοκτονίας

Η λέξη αυτοκτονία έχει τις ρίζες της στην αρχαία Ελληνική γλώσσα (αυτός- + -κτείνω, αυτός που φονεύει τον εαυτό του) (Wikipedia). Η αυτοχειρία θεωρείται πως είναι το αποτέλεσμα πολύπλοκων νοητικών και συναισθηματικών διεργασιών και αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών και όχι μόνο πεδίων όπως η ψυχολογία, η ψυχιατρική, η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, η νευρολογία και η γενετική, η θεολογία, και η φιλοσοφία. Πρόκειται για παγκόσμιο φαινόμενο που διαφοροποιείται ανά εποχή και από πολιτισμό σε πολιτισμό.

Έχουν δοθεί κατά καιρούς διάφοροι ορισμοί για την αυτοχειρία. Ο κοινωνιολόγος Durkheim στο βιβλίο του «suicide» (1897) αφού συνέλεξε δεδομένα από διάφορες χώρες, που αφορούσαν 26.000 περιπτώσεις αυτοκτονιών, τις ταξινόμησε με βάση κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι το θρήσκευμα, η οικογενειακή και η εργασιακή κατάσταση. Απέδωσε την πράξη της αυτοκτονίας σε κοινωνιολογικούς παράγοντες, και την όρισε ως «κάθε περίπτωση θανάτου που προέρχεται έμμεσα ή άμεσα από μια θετική ή αρνητική πράξη του θύματος που γνωρίζει το αποτέλεσμα που θα επιφέρει». Ο ψυχολόγος και θανατολόγος Schneidman στο βιβλίο του «Definition of suicide» (1985) θεωρεί πως «η αυτοκτονία είναι μία πράξη αυτοεξαφάνισης που γίνεται συνειδητά στα πλαίσια μιας πολυδιάστατης διαταραχής ενός ατόμου» ενώ ο Μπελεγρίνος στο άρθρο του «Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο» (2014) θεωρεί την αυτοκτονία «μια πράξη απελπισίας ενός ανθρώπου που τη συγκεκριμένη στιγμή, τη βλέπει ως τη μόνη λύση και διέξοδο στον αφόρητο ψυχικό πόνο που βιώνει».

Στη πραγματικότητα δεν υπάρχει ένας αποδεκτός ορισμός για την πράξη της αυτοκτονίας πέρα από αυτόν που δόθηκε από τον WHO το 1998 και που ορίζει την αυτοκτονία ως «πράξη αυτοκαταστροφής που πραγματοποιείται με πρωτοβουλία του ατόμου γνωρίζοντας ή προσδοκώντας τη θανατηφόρο της έκβαση». Ο WHO ήταν επίσης αυτός που το 1903

κυκλοφόρησε για πρώτη φορά το ταξινομητικό σύστημα νόσων και θανάτων (ICD-I) και συμπεριέλαβε την αυτοκτονία στην ενότητα «θνησιμότητα οφειλόμενη σε εξωτερικά αίτια». Το 1948 (ICD-6) η αυτοκτονία υπάγεται στη κατηγορία «ατυχήματα, δηλητηριάσεις και βία» ενώ το 1975 (ICD-9) στην ενότητα «βλάβες και δηλητηριάσεις» και για πρώτη φορά περιλαμβάνονται και οι απόπειρες αυτοκτονίας όπως και οι εκ προθέσεως αυτοπροκαλούμενες βλάβες. Το 1992 στο ICD-10 η αυτοχειρία εμφανίζεται στην ενότητα «εκ προθέσεως αυτοπροκαλούμενες βλάβες» περιλαμβάνοντας τις σκόπιμες αυτοπροκαλούμενες δηλητηριάσεις και άλλες βλάβες, τις απόπειρες αυτοκτονίας και τις αυτοκτονίες. (Κονταξάκης κ.ά. 2013)

## 1.2 Η αυτοχειρία από την αρχαιότητα έως σήμερα

Η ιστορία της αυτοχειρίας είναι συνυφασμένη με την ιστορία της ανθρωπότητας. Πρόκειται για φαινόμενο που απαντάται σε όλη την πορεία της ανθρώπινης ιστορίας, σε όλες τις εποχές και σε όλους τους πολιτισμούς. Οι αντιλήψεις και τα πιστεύω των ατόμων για την αυτοκτονία καθώς και η απόδοση νοήματος στην πράξη αυτή εξαρτώνται πάντα από τις κοινωνικές, πολιτιστικές και θρησκευτικές επιρροές.

Στην Αρχαία Ελλάδα συναντάμε για πρώτη φορά την αυτοκτονία στη μυθολογία μέσα από την οποία αναδύονται τα πιστεύω, τα ιδανικά και αξίες της εποχής. Έτσι οι μυθολογικές γυναικείες μορφές αυτοκτονούν από έρωτα, μετά από απώλεια δικού τους ανθρώπου, ή από ατίμωση. Η Άλκηστη αυτοδηλητηριάζεται ανταλλάσσοντας τη ζωή της με αυτή του άντρα της, η Ευρυδίκη βάζει τέλος στη ζωή της όταν μαθαίνει το θάνατο του γιού της και της Αντιγόνης, η Ιοκάστη αυτοκτονεί όταν μαθαίνει πως ο σύζυγός της Οιδίποδας είναι γιός της. Οι ανδρικές μορφές της μυθολογίας αυτοκτονούν από θρήνο, οργή, αυτοθυσία ή ηρωισμό. Ο Αιγέας πέφτει στη θάλασσα νομίζοντας το γιο του Θησέα νεκρό, ο Ευρώτας πνίγεται στο ποτάμι που πήρε το όνομά του όταν νιώθει πως ατιμώθηκε από την ήττα του στον πόλεμο (Ασωμάτου κ.ά. 2016).

Στην φιλοσοφία, οι Πυθαγόρειοι και οι Ορφικοί φιλόσοφοι τάσσονται κατά της αυτοκτονίας και την θεωρούν ασέβεια κατά των θεών. Ο Αριστοτέλης τη θεωρεί πράξη δειλίας και ο Πλάτωνας έγκλημα κατά της πόλης. Αντίθετα οι Κυνικοί και οι Στωικοί, οι οποίοι επηρέασαν και τη Ρωμαϊκή κοινωνία, αποδέχονται την αυτοχειρία ιδιαίτερα μάλιστα αν είναι αποτέλεσμα ανυπόφορου πόνου, θλίψης ή ανίατης ασθένειας. Ο Στωικός φιλόσοφος Ζήνωνας αυτοκτονεί κρατώντας την αναπνοή του όταν σπάει το δάχτυλό του και ο μαθητής του Κλεάνθης πεθαίνει από θεληματική αστία. (Δημητρόπουλος, 1965).

Στους επόμενους αιώνες μετά την επικράτηση της Χριστιανικής θρησκείας στον Ελλαδικό χώρο, η αυτοκτονία θεωρείται απαγορευμένη και αντίθετη στην ιερότητα της ζωής. «Ουκ εστέ

εαυτών ηγοράσθητε γαρ τιμής · δοξάσατε δη τον Θεόν εν τω σώματι υμών και εν τω πνεύματι υμών, άτινα εστί του Θεού» Τονίζει ο απόστολος Παύλος στη προς Κορινθίους επιστολή (Α΄ Κορ. 6, 19- 20). Εξαίρεση του κανόνα σύμφωνα με τη χριστιανική διδασκαλία η αυτοθυσία για ιερούς σκοπούς και ιδανικά όπως υπήρξε η θυσία του Ζαλόγγου ή το ολοκαύτωμα του Αρκαδίου, ή η προσφορά της ζωής κάποιου προκειμένου να σώσει τη ζωή του συνανθρώπου του. Σε περίπτωση αυτοκτονίας απαγορεύεται από τους κανόνες της Ορθόδοξης εκκλησίας να τελεστεί οποιαδήποτε ακολουθία ή τελετή κηδείας (Κοντογιάννης, 2016).

Στην Ευρώπη του μεσαιώνα η αυτοκτονία θεωρείται ειδικό έγκλημα κατά της φύσης και της κοινωνίας. Στην περίοδο του διαφωτισμού φιλόσοφοι όπως ο Μοντεσκιέ, ο Βολταίρος , ο Σοπενχάουερ τάσσονται υπέρ της αυτοκτονίας και υποστηρίζουν πως θα πρέπει να επιτρέπεται εφόσον πρόκειται για πράξη ανδρείας και ηρωισμού, ενώ ο Κάντ, ο Ρουσσώ την αποδοκιμάζουν. ( Δημητρόπουλος, 1965). Παρόμοια με την Ορθόδοξη και η Καθολική εκκλησία καταδικάζει την αυτοκτονία.

Στον υπόλοιπο κόσμο οι απόψεις για την αυτοκτονία επηρεάζονται από τις επικρατούσες θρησκείες που γενικά τάσσονται κατά της αυτοκτονίας αφού η ζωή κατ' αυτές ανήκει και καθορίζεται από το θεϊκό στοιχείο. Στον Ιουδαϊσμό η πράξη της αυτοκτονίας καταδικάζεται έμμεσα μέσω της εντολής «ού φονεύσεις», με εξαίρεση και εδώ τις πράξεις ηρωισμού και αυτοθυσίας. Στον Ινδουισμό ο εκούσιος τερματισμός της ζωής δεν γίνεται αποδεκτός αφού διακόπτεται η πνευματική πορεία της μετενσάρκωσης και η ψυχή επιστρέφει στην αρχή της εξέλιξής της. Ανεκτή γίνεται και εδώ για το καλό του κοινωνικού συνόλου. Στον Μουσουλμανισμό ο νόμος είναι ιδιαίτερα αυστηρός εφόσον σύμφωνα με τη διδασκαλία του η μεγαλύτερη αρετή είναι η υποταγή στο θείο νόμο. Τέλος στον Βουδισμό η αυτοκτονία έρχεται σε αντίθεση με το κάρμα και την εμπύχωση. Όταν όμως καθιερώνεται σαν θρησκεία στην Ιαπωνία συνδέεται με τις παραδόσεις της χώρας και τον κώδικα τιμής των Σαμουράι που θεωρούσαν το χαρακίρι έναν τρόπο έντιμου θανάτου παρά τις απαγορεύσεις που καθιερώθηκαν για αυτόν τον τρόπο αυτοκτονίας (Ζιάκα, 2016).

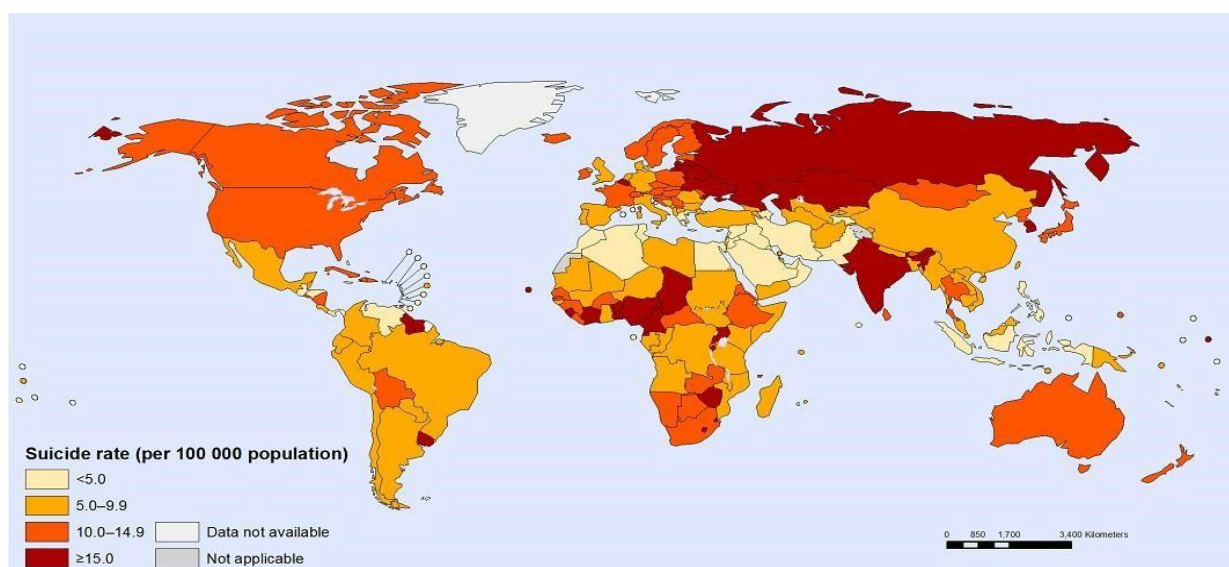
### **1.3 Επιδημιολογικά δεδομένα**

Η αυτοκτονία δεν κάνει διακρίσεις. Μπορεί να αγγίζει οποιονδήποτε, οπουδήποτε και ανά πάσα στιγμή. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Εκτιμάται ότι γενικά πάνω από 800.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από αυτοκτονία ενώ ένας

άνθρωπος χάνει τη ζωή του κάθε 40 δευτερόλεπτα. Το 79% των περιπτώσεων καταγράφεται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (WHO, 2016).

Σε κάποιες χώρες της Ασίας, της Ανατολικής Ευρώπης και της Αφρικής το ποσοστό ξεπερνά τα 15 άτομα ανά 100.000 κατοίκους. Η αυτοκτονία είναι η 10η κύρια αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (WHO, 2018). Περίπου 45.000 Αμερικανοί αυτοκτόνησαν το 2016, αριθμός διπλάσιος από τα θύματα των ανθρωποκτονιών που διεπράχθησαν την ίδια χρονιά. Η Λιθουανία είναι η πρώτη χώρα στην Ευρώπη σε ποσοστά αυτοκτονιών (WHO, 2018). Περίπου 25 άνθρωποι αυτοκτονούν καθημερινά στη Γερμανία με τον αριθμό των απόπειρων αυτοκτονίας να εκτιμάται ότι είναι περίπου 10 έως 20 φορές υψηλότερος (Dreier et al., 2021). Στη Γαλλία, λίγο λιγότερο από ένα τέταρτο των αυτοκτονιών ανήκει σε άτομα άνω των 60 ετών (Kopp-Bigault & Walte, 2019). Επί 1.849.110 ατόμων (1990-2009) στη Δανία βρέθηκε ότι οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, συγκρινόμενοι με άτομα που είχαν διαγνωσθεί για ψυχική νόσο την τελευταία τριετία, να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για αυτοκτονία (Erlangsen, 2015).

Οι άνδρες άνω των 85 ετών είναι η ηλικιακή κατηγορία με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό σε αρκετές χώρες. Η σχέση ηλικίας και αυτοκτονικότητας διαφέρει από χώρα σε χώρα, υπο-πληθυσμό, φύλο και χρόνο (Snowdon et al., 2017). Όπως έχουν δείξει επιδημιολογικές μελέτες, τα άτομα άνω των 65 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία απ' ό,τι οι άλλες ηλικιακές ομάδες, ενώ οι άνδρες άνω των 85 ετών είναι η ηλικιακή κατηγορία με το μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό.

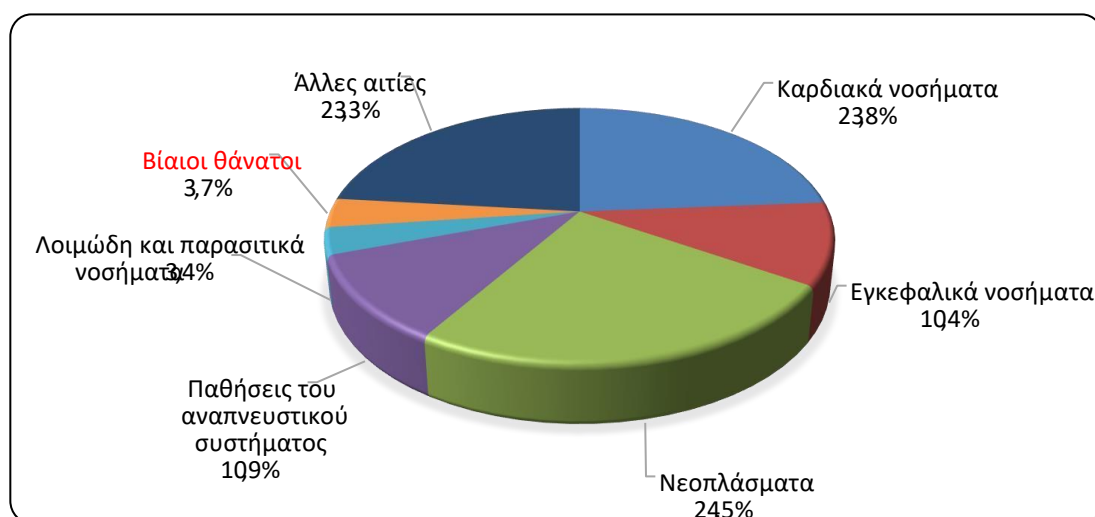


Χάρτης 1. Ποσοστό αυτοκτονίας ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες του κόσμου Πηγή: WHO, 2018

Στην Ελλάδα ο υψηλότερος δείκτης αυτοκτονιών των ανδρών εμφανίζεται στη περιφέρεια του Ιονίου και αντίστοιχα των γυναικών στη Θεσσαλία. Οι πιο συχνοί μέθοδοι αυτοκτονίας ήταν ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος και ο αυτοπυροβολισμός. Η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες αυτοκτονίες ήταν των υπερηλικών (άνω των 80 ετών). Ιδιαίτερα ο **δείκτης θνησιμότητας των αντρών ηλικίας από 80 έως 84 ετών** είναι ένας από τους υψηλότερους δείκτες που έχουν καταγραφεί για την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα από το 2012 και έπειτα. Τα στοιχεία είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά αφού η Ελλάδα είναι η δεύτερη χώρα μετά την Ιταλία με το μεγαλύτερο ποσοστό (σχεδόν 22%) ηλικιωμένων ατόμων στην Ε.Ε. (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2019)

Αιτίες θανάτου (ICD-10, έκδοση 2008)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Εξωτερικές αιτίες θνησιμότητας - Βίαιοι θάνατοι</b>	3.554	3.946	4.062	4.391	4.518	4.604
Ατυχήματα μεταφοράς	1.025	956	1.013	917	865	840
Πτώσεις	421	584	658	902	918	1.063
Τυχαίος πνιγμός και εμβύθιση	349	350	405	347	367	363
Τυχαία δηλητηρίαση από και έκθεση σε επιβλαβείς ουσίες	184	284	238	268	268	276
Λοιπά ατυχήματα	421	677	704	888	923	848
Αυτοκτονία	565	529	484	523	567	530
Ανθρωποκτονία, επίθεση	121	99	87	89	109	93
Άλλες εξωτερικές αιτίες θνησιμότητας	468	467	473	457	501	591

Πίνακας 1. Αιτίες θανάτου κατά τα έτη 2014 – 2019. Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ



Διάγραμμα 1. Αιτίες θανάτου κατά το έτος 2019. Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ

## 2. Παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας στην 3<sup>η</sup> ηλικία

Η αυτοκτονικότητα περιλαμβάνει τις απόπειρες αυτοκτονίας, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και τις επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίες. Στους ηλικιωμένους, τα επίπεδα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε αρκετές χώρες του κόσμου και μάλιστα με διαφορετικό πολιτισμικό υπόστρωμα, είναι υψηλότερα από κάθε άλλη ηλικιακή κατηγορία.

Στους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία ανήκουν:

- Το φύλο, (η πλειοψηφία των αυτοχειρών το 2017 ήταν άνδρες σε ποσοστό 80%)
- Η ηλικία (η ηλικιακή ομάδα με τις περισσότερες αυτοκτονίες για το 2017 ήταν εκείνη των ατόμων άνω των 80 ετών)
- Η οικογενειακή κατάσταση, (παρότι ο γάμος θεωρείται προστατευτικός παράγοντας, η πλειοψηφία των αυτοχειρών το 2019 ήταν έγγαμοι)
- Η συνταξιοδότηση, ( το 41% των αυτοκτονιών σε άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας το 2017 ήταν συνταξιούχοι)
- Το οικογενειακό ιστορικό,
- Οι προηγούμενες απόπειρες,
- Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής
- Τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις. (Γουρνέλης, Ευσταθίου, 2019. ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2017).

Πέρα από τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες οι παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες.

- Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες
- Τις σωματικές ασθένειες, τον χρόνιο πόνο και τη λειτουργική αναπηρία
- Και τη γνωστική εξασθένηση

### 2.1 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Με το πέρασμα του ατόμου στην 3<sup>η</sup> ηλικία συμβαίνουν σημαντικές και μεγάλες αλλαγές στη προσωπική και κοινωνική ζωή του, οι οποίες είτε αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών είτε προκαλούν την επιδείνωση των ήδη υπαρχόντων. Οι ψυχικές διαταραχές και τα κοινωνικά προβλήματα παίζουν σταθερό ρόλο στην αυτοκτονία των ηλικιωμένων ενηλίκων.

Σε παγκόσμιο επίπεδο αναφέρθηκαν αποδόσεις σωματικής δυσφορίας στο 34% των ασθενών και ψυχολογικός πόνος στο 60% των ανθρώπων της 3ης ηλικίας που αυτοκτονούν (Conejero et al., 2018). Μελέτες ψυχολογικής αυτοψίας δείχνουν ότι ψυχιατρικές διαταραχές είναι παρούσες στο 85% έως 90% των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν (Van Orden & Conwell, 2011). Οι ψυχιατρικές διαταραχές με τις ισχυρότερες συσχετίσεις με την αυτοκτονία ήταν η διπολική διαταραχή, η κατάθλιψη, οι διαταραχές χρήσης ουσιών (τόσο αλκοόλ όσο και ναρκωτικά), η σχιζοφρένεια και οι αγχώδεις και ψυχωτικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Rihmer, 2017). Οι αγχώδεις διαταραχές, σε συννοσηρότητα με την κατάθλιψη, εμπλέκονται σε έναν στους έξι θανάτους ηλικιωμένων από αυτοκτονία. Ιδιαίτερα η μείζονα κατάθλιψη, είναι οι πιο συχνή διαταραχή μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων που αυτοκτονούν και είναι παρούσα στο 54% έως 87% των περιπτώσεων. (Conejero et al., 2018).

### **2.1.a. Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη είναι μια κοινή ασθένεια παγκοσμίως, με περίπου 3,8% του πληθυσμού να επηρεάζεται, συμπεριλαμβανομένου του 5,0% μεταξύ των ενηλίκων και του 5,7% των ενηλίκων άνω των 60 ετών. Περίπου 280 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο έχουν κατάθλιψη (Π.Ο.Υ., 2017). Στην τρίτη ηλικία το συναισθηματικό φορτίο των συσσωρευμένων αρνητικών εμπειριών και των αλλαγών μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη η οποία μπορεί άτυπα να προκαλέσει πληθώρα σωματικών συμπτωμάτων (Zis et al., 2017).

Πολλές φορές η ύπαρξη της κατάθλιψης θεωρείται από το περιβάλλον του πάσχοντος ως φυσικό επακόλουθο της γήρανσης ή αποτέλεσμα χρόνιων σωματικών ασθενειών με αποτέλεσμα η κατάθλιψη στην 3<sup>η</sup> ηλικία να υποτιμάται και να υποδιαγνώσκεται. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι καλύπτουν τα συναισθήματά τους, κρύβοντάς τα κάτω από διαμαρτυρίες για άλλα προβλήματα υγείας που έχουν με αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση. Οι ηλικιωμένοι, συχνά δεν παραπονιούνται για πεσμένη διάθεση, αλλά εκφράζουν σωματικά παράπονα, όπως πόνο και αδυναμία και είναι ευερέθιστοι. Η δυσθυμία η έλλειψη ευχαρίστησης και η απώλεια ενδιαφερόντων, οι διαταραχές θρέψης, η παραμέληση του εαυτού, η απάθεια και η αϋπνία αποτελούν κλινικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης στην 3<sup>η</sup> ηλικία.

Αρκετές φορές η κλινική εικόνα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να μοιάζει με αυτήν της άνοιας, όταν κυριαρχούν τα προβλήματα μνήμης, οι διαταραχές της συγκέντρωσης, η κοινωνική απομόνωση και επεισόδια σύγχυσης και άγχους. Μια άλλη μορφή κατάθλιψης είναι η δευτερογενής, στο πλαίσιο κάποιας οργανικής νόσου (αγγειακή κατάθλιψη, κατάθλιψη στο

πλαίσιο της άνοιας, κ.α.). Τέλος, ορισμένα φάρμακα, που λαμβάνονται συχνά από ηλικιωμένους μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

### **2.1.β. Κοινωνική απομόνωση**

Ένα σύνολο της βιβλιογραφίας συνδέει αρκετούς δείκτες κοινωνικής αποσύνδεσης με θανάτους από αυτοκτονία στη μετέπειτα ζωή, συμπεριλαμβανομένης της μοναξιάς, της απώλειας συγγενή, της αλλαγής κοινωνικών ρόλων και της χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης. Πολλοί έχουν τεκμηριώσει ότι η κοινωνική αποσύνδεση σχετίζεται με θανατηφόρες και μη θανατηφόρες απόπειρες (Van Orden & Conwell, 2011).

Η μοναξιά αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας και συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού (Beutel, 2017). Η απώλεια των κοινωνικών ρόλων (εργασία, δραστηριότητες, αλλαγή κατοικίας ιδιαίτερα η μεταφορά σε οίκο ευγηρίας), η ανεξαρτητοποίηση των τέκνων, η απώλεια της λειτουργικότητας, η φροντίδα αγαπημένου προσώπου που πάσχει από χρόνια νόσο και ο θάνατος κοντινού προσώπου οδηγεί τα ηλικιωμένα άτομα στην κοινωνική απομόνωση.

Ο θάνατος ενός στενού συγγενή αποτελεί ένα εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός της ζωής. Η διαδικασία του πένθους μπορεί να περιλαμβάνει θυμό, ενοχή και απόγνωση που συχνά βιώνεται στο πλαίσιο της κοινωνικής απομόνωσης. Μελέτες που διερευνούν το βάρος της θλίψης έχουν αναφέρει αυξημένο κίνδυνο δυσμενών αποτελεσμάτων για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας μετά την απώλεια. Μία από αυτές τις μελέτες έδειξε αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας μετά το θάνατο ενός στενού συγγενή μέσα στον πρώτο χρόνο μετά την απώλεια. Διαπιστώθηκε επίσης ένας σημαντικά αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας εντός έξι μηνών μετά την απώλεια ενός παιδιού (Mogensen, 2016). Η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη σε αυτές τις περιπτώσεις συσχετίζεται άμεσα με την αυτοκτονική συμπεριφορά (Rodrigues et al., 2022).

### **2.1.γ. Ψυχική υγεία στην περίοδο της πανδημίας covid-19**

Ο αντίκτυπος του ιού covid-19 στην ψυχική υγεία των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας σχετίζεται με τη φύση του ιού. Για τους ηλικιωμένους, η πανδημία του κορωνοϊού λειτούργησε ως στρεσογόνος παράγοντας, με επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική τους υγεία, εξαιτίας του αντίκτυπου σε διάφορους τομείς, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Steinman et al., 2020).

Τα άτομα της ηλικιακής ομάδας των 65 ετών και άνω, ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου που παρουσίασαν υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ένα από τα επιβαρυντικά



στοιχεία για την υγεία των ενήλικων ηλικιωμένων, υπήρξε η συννοσηρότητα από χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, οι παθήσεις της καρδιάς, των νεφρών, του αναπνευστικού κ.ά. Ο φόβος θανάτου λοιπόν που προκάλεσε η ευαλωτότητα των ηλικιωμένων, το αίσθημα του στίγματος και η έλλειψη ικανοποιητικών πληροφοριών σχετικά με τη φύση του ιού αποτέλεσαν πολύ ισχυρούς παράγοντες για πρόκληση πλήγματος στην ψυχική τους υγεία. (Khademi, et al., 2021).

Επιπλέον η κοινωνική απομόνωση από την επιβολή της καραντίνας και η μοναξιά υπήρξαν παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα αφού ο αποχωρισμός από οικογένεια και στενούς φίλους προκάλεσαν μια σειρά αρνητικών επιδράσεων όπως θυμό, σύγχυση, φόβο, υπερβολικό στρες, διαταραχές ύπνου και συμπτώματα μετατραυματικού στρες (Brooks, 2020). Για όσους είχαν στενότερες σχέσεις, η επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα λειτούργησε θετικά, ως προστατευτικός παράγοντας (Starke, 2020)

## 2.2 Ασθένειες και σωματικός πόνος

Η λειτουργική αναπηρία και μια σειρά από συγκεκριμένες σωματικές νόσους έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με αυτοκτονική συμπεριφορά σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Fässberg, 2015). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας που προκύπτει από μεμονωμένες ασθένειες στα τέλη της ζωής βρέθηκε να είναι της τάξης του 1,5 έως 4 φορές υψηλότερο σε σύγκριση με τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας χωρίς την υπό μελέτη ασθένεια (Van Orden & Conwell, 2011).

Συστηματική ανασκόπηση που έγινε σε ενήλικες 65 ετών και άνω έδειξε ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζεται με ασθένειες όπως ο καρκίνος, οι νευρολογικές διαταραχές, η ΧΑΠ, παθήσεις του ήπατος, η αρθρίτιδα και ο προστάτης. Σε αυτά, μεταξύ των παραγόντων της αυτοκτονικής πράξης, αναφέρθηκαν κυρίως η απογοήτευση από την αναπηρία, η ασθένεια και ο πόνος, μαζί με την απώλεια αυτονομίας, αίσθησης χρησιμότητας, αξιοπρέπειας και ευχαρίστησης στη ζωή. Οι γυναίκες αναφέρονταν συχνότερα στο ότι «δεν θέλουν να επιβαρύνουν τους άλλους». (Conejero, 2018).

Στις Η.Π.Α., συγκρίθηκαν ηλικιωμένοι αυτοκτονικοί, με και χωρίς σωματικά προβλήματα ως παράγοντα αυτοκτονίας. Τα σωματικά προβλήματα αντιπροσώπευαν την αυτοκτονία στο 50% των περιπτώσεων. Σε μια μεγάλη μελέτη κοόρτης βασισμένη σε μητρώα της Δανίας, η συσχέτιση μεταξύ 39 σωματικών ασθενειών και θανάτου από αυτοκτονία εξετάστηκε σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (ηλικίας 65 ετών και άνω) που ζούσαν κατά την περίοδο 1990 - 2009. Αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας αναφέρθηκε για διαφορετικούς τύπους καρκίνου (πνεύμονα, γαστρεντερικό, μαστό, γεννητικά όργανα, κύστη, λεμφαδένες) και για

εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, καρδιακές παθήσεις, γαστρεντερική νόσο, ηπατική νόσο, αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, διαταραχές του προστάτη, καρκίνο στα ανδρικά γεννητικά όργανα, επιληψία, καταρράκτη και κάταγμα σπονδυλικής στήλης σε σύγκριση με άτομα χωρίς αυτές τις διαγνώσεις τα τελευταία 3 χρόνια (Conejero, 2018).

Σε μια ανασκόπηση σχετικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ ασθενών με καρκίνο του ουρογεννητικού συστήματος. Οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη αντιπροσώπευαν τη σημαντικότερη ομάδα κινδύνου για αυτοκτονία, μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του ουρογεννητικού συστήματος. Άλλοι παράγοντες κινδύνου ήταν το αρσενικό φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, η λευκή φυλή, η προχωρημένη νόσος, η μοναξιά και οι συνυπάρχουσες ψυχολογικές συννοσηρότητες. (De Lima & Machado 2017).

Μέσα από τη βιβλιογραφία τεκμηριώνεται η συσχέτιση μεταξύ σωματικών ασθενειών και κινδύνου αυτοκτονίας στα άτομα της τρίτης ηλικίας, με έμφαση στο μηχανισμό της σχέσης μεταξύ της πρόκλησης οξέος άγχους από τη διάγνωση της νόσου, τον χρόνιο πόνο, και τη λειτουργική έκπτωση που επιβαρύνουν την ψυχική υγεία.

### 2.3 Γνωστική εξασθένηση

Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας η αυτοκτονία συνδέεται έντονα με τη γνωστική εξασθένηση. Η απώλεια της ικανότητας της εκτελεστικής λειτουργίας και της επίλυσης προβλημάτων, στην βιβλιογραφία αναφέρεται ως παράγοντας κινδύνου. Ιδιαίτερα όταν τα ελλείμματα στη ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και στην εκτελεστική λειτουργία μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικά (Kulak-Bejda et al., 2021).

Μεταξύ των νευρογνωστικών διαταραχών, η άνοια αντιπροσωπεύει παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονικές συμπεριφορές, η νόσος Αλτσχάιμερ συσχετίστηκε με μέτριο κίνδυνο αυτοκτονίας και η νόσος του Huntington επίσης συνδέθηκε με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (Conejero, 2018).

Η άνοια είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από προοδευτική γνωστική εξασθένηση και αλλαγές συμπεριφοράς. Η άνοια είναι ένας γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να αναφέρεται σε ασθένειες όπως η νόσος του Alzheimer, η αγγειακή άνοια, η άνοια με σώμα Lewy, η μετωποκροταφική άνοια και η μεικτή άνοια. Τα δεδομένα έχουν δείξει ότι περίπου το 50% του συνόλου της άνοιας σχετίζεται με τη νόσο του Αλτσχάιμερ. Γενικά, οι ασθενείς με άνοια παρουσιάζουν τα ακόλουθα συμπτώματα: προοδευτικές βλάβες στη μνήμη, τη σκέψη και τη συμπεριφορά, που έχουν ισχυρή αρνητική επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες. Άλλα κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολίες στη γλώσσα, μειωμένα κίνητρα και

συναισθηματικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, ψυχωτικές ψευδαισθήσεις, αυταπάτες, απάθεια, άγχος ή επιθετικότητα. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι με άνοια είχαν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν άνοια. Παρόμοια συμπεράσματα ισχύουν και για την πρόδρομη άνοια (Kuřak-Bejda et al., 2021). Οι ηλικιωμένοι με πρόσφατη διάγνωση άνοιας φαίνεται να διατρέχουν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας από τους συνομηλικούς τους χωρίς άνοια. Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με άνοια έχουν 54% αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας μέσα στον 1ο χρόνο μετά τη διάγνωση. Ο κίνδυνος είναι εξαιρετικά υψηλός μεταξύ των ατόμων ηλικίας 74 ετών και κάτω (Ji Hyun An et al., 2019). Η αυτοκτονία εμφανίζεται ακόμα και πολλά χρόνια μετά τη διάγνωση και οι ασθενείς που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν μία φορά διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο να πεθάνουν από αυτοκτονία.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις από την είσοδο ασθενών με άνοια σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, η αυτοκτονία είναι πιο σπάνια. Οι αναφερόμενες συσχετίσεις των σκέψεων αυτοκτονίας είναι: κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση, μοναξιά και λειτουργική έκπτωση. Τα χαρακτηριστικά οργανωτικού επιπέδου των εγκαταστάσεων φροντίδας φάνηκε να έχουν επίσης αντίκτυπο (εναλλαγή προσωπικού, μέγεθος εγκατάστασης) (Serafini et al., 2016).

## **2.4 Η ορθολογική αυτοκτονία στους ηλικιωμένους**

Ορθολογικότητα σημαίνει να είναι κανείς ικανός να σκέπτεται, χωρίς εξαναγκασμό, σύμφωνα με τις δικές του αξίες και σκοπούς στη ζωή. Η ορθολογική αυτοκτονία μπορεί να οριστεί ως μια λογική, καλά μελετημένη και σταθερή πράξη ενός ατόμου που είναι διανοητικά ικανό και ικανό να συλλογιστεί και να επιλέξει την καλύτερη εναλλακτική από τις πολλές διαθέσιμες λύσεις χωρίς αμφιθυμία (Gramaglia et al., 2019). Η ορθολογική αυτοκτονία σε ηλικιωμένους ενήλικες παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον, ωστόσο είναι ένα θέμα που σπάνια συζητείται στη γηριατρική.

Η επιρροή των κοινωνικών και οικονομικών τάσεων, καθώς και η κατάσταση της υγείας τους στην ορθολογική αυτοκτονία σε ηλικιωμένους είναι τεράστια. Η διαταραχή της κοινωνικής ισορροπίας και η μείωση της οικονομικής ευημερίας που σαν αποτέλεσμα έχουν τη εξασθενημένη κοινωνική συνοχή και την αδυναμία κάλυψης των βασικών τους αναγκών, αυξάνουν τον κίνδυνο των αυτοκτονιών. Η τάση της εποχής να προσδιορίζει τα άτομα σαν καταναλωτές και η εκτίμηση τους με βάση την αγορά περνά σε όλες τις πτυχές της ζωής. Σε συνδυασμό με τη συνταξιοδότηση, τις απώλειες και τις μειώσεις στις πνευματικές και σωματικές ικανότητες έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας που

θεωρούν πως δεν έχουν αξία για την κοινωνία ( Dzeng & Pantilat, 2018 ). Επιπλέον η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά που συνεπάγεται, έχει συμβάλει στην αύξηση των ψυχικών ασθενειών και των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες. Η μοναξιά έχει βαθιές συνέπειες για την υγεία, συμπεριλαμβανομένου αυξημένου κινδύνου γνωστικής έκπτωσης, άνοιας, κατάθλιψης, καρδιακών παθήσεων και εγκεφαλικού (Van Orden & Conwell, 2011).

Η επικρατούσα άποψη της εποχής πως η γήρανση είναι κάτι που πρέπει να νικηθεί παρά μια φυσική ανθρώπινη εμπειρία, αλλά και οι ανησυχία για το τέλος της ζωής όπου η φροντίδα μπορεί να γίνει με επιθετικές ιατρικές παρεμβάσεις που θα προκαλέσουν παρατεταμένη ταλαιπωρία και όχι ανακούφιση, έκαναν τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας να θεωρούν πως μόνο μέσω του πρόωρου αυτοπροκαλούμενου θανάτου μπορούν να λυτρωθούν. Η αυτοκτονία σε αυτές τις καταστάσεις μπορεί να θεωρηθεί ως μια προσπάθεια του ατόμου να ανακτήσει και να ασκήσει έλεγχο και αυτονομία μπροστά σε μια άθλια υπαρξιακή κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από πόνο και ταλαιπωρία, πριν από την προοδευτική επιδείνωση της φυσικής κατάστασης, βρίσκοντας έτσι μια διαφυγή από μια ζωή που δεν αξίζει να ζεις (Dzeng & Pantilat, 2018 ).

Προκειμένου να μειωθούν οι ορθολογικές αυτοκτονίες, είναι σημαντικό οι ηλικιωμένοι και οι φροντιστές τους, να αποκτήσουν επίγνωση του ζητήματος αυτού και να κατανοήσουν τις επιρροές που δέχονται σε ατομικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο ώστε να υποστηριχθούν και να αποφευχθούν τέτοιου είδους επιθυμίες.

## ΜΕΡΟΣ Β

### 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται αναφορά στο τι είναι ανασκόπηση και ποια είναι τα πλεονεκτήματά της καθώς και γιατί επιλέχθηκε αυτό το είδος μελέτης για την παρούσα εργασία. Περιγράφεται η στρατηγική αναζήτησης της βιβλιογραφίας για την ανασκόπηση, τα αποτελέσματα της αναζήτησης, τα κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού των άρθρων, τα αποτελέσματα από τη μελέτη των περιλαμβανόμενων άρθρων και η κατηγοριοποίησή τους ανάλογα με το περιεχόμενο της κάθε μελέτης.

#### 3.1 Συστηματική ανασκόπηση – μετα-ανάλυση

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις στον τομέα της υγείας αρχικά εμφανίστηκαν σαν δημοσιεύσεις τις δεκαετίες του 1970 και 1980. Μετά τη δεκαετία του 1990 οι ανασκοπήσεις απέκτησαν δημοτικότητα και εκτινάχθηκαν ως προς τον αριθμό τους. Σήμερα διενεργούνται για ένα ευρύ φάσμα σκοπών, σε διάφορα πεδία έρευνας, για διαφορετικούς τύπους αποδεικτικών στοιχείων και για διαφορετικές ερωτήσεις (Munn et al., 2018). Χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για να συνοψίσουν την ιατρική βιβλιογραφία και να εντοπίσουν τομείς στους οποίους απαιτείται επιπλέον έρευνα για ένα θέμα, καθώς και για να υποστηρίξουν την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών κλινικής πρακτικής και να ενημερώσουν την λήψη κλινικών αποφάσεων (Moher et al., 2015).

Η συστηματική ανασκόπηση χρησιμοποιεί συστηματικές μεθόδους για τη συλλογή δεδομένων, την κριτική αξιολόγηση των ερευνών και τη σύνθεση των μελετών. Περιλαμβάνει τυπικά ένα λεπτομερές και ολοκληρωμένο στρατηγικό σχέδιο και μια στρατηγική αναζήτησης η οποία δημιουργείται εκ των προτέρων, με στόχο τη μείωση της μεροληψίας. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο του διεθνούς οργανισμού Cochrane Collaboration, η συστηματική ανασκόπηση θα πρέπει χρησιμοποιεί σαφείς, συστηματικές μεθόδους που επιλέγονται με σκοπό την ελαχιστοποίηση της μεροληψίας, ώστε να παρέχει έτσι πιο αξιόπιστα ευρήματα από τα οποία θα είναι δυνατό να εξαχθούν συμπεράσματα και να ληφθούν αποφάσεις. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις ακολουθούν μια δομημένη και προκαθορισμένη διαδικασία που απαιτεί αυστηρές μεθόδους για να διασφαλιστεί ότι τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα και ουσιαστικά για τους τελικούς χρήστες. Αυτές οι ανασκοπήσεις μπορεί να θεωρηθούν ο πυλώνας της υγειονομικής

περίθαλψης που βασίζεται σε στοιχεία και χρησιμοποιούνται ευρέως για την ενημέρωση της ανάπτυξης αξιόπιστων κλινικών οδηγιών και τη δημιουργία πρωτοκόλλων (Munn et al., 2018 ).

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις χαρακτηρίζονται από αντικειμενικότητα, συστηματικότητα, διαφάνεια και ικανότητα αναπαραγωγής. Διατυπώνουν ερευνητικά ερωτήματα που έχουν ένα ευρύ ή περιορισμένο πεδίο εφαρμογής και συνθέτουν μελέτες που σχετίζονται άμεσα με το ερευνητικό ερώτημα. Σ' αυτό το είδος των ανασκοπήσεων η έρευνα πραγματοποιείται με συστηματικό δομημένο τρόπο και όχι αυθαίρετο, μέσω σύνοψης, ταξινόμησης, ομαδοποίησης, σύγκρισης και σύνθεσης. Το βασικό πλεονέκτημα αυτής της μεθοδολογίας είναι ότι περιορίζει τη μεροληψία με τη χρήση μιας αναπαραγωγίσιμης επιστημονικής διαδικασίας, για την αναζήτηση βιβλιογραφίας και την αξιολόγηση της ποιότητας των μεμονωμένων μελετών.

Δημοσιευμένο άρθρο του Π. Γαλάνη στα «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής» αναφέρει πως τα βήματα μιας συστηματικής ανασκόπησης είναι: η προσεκτική διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος, η αναζήτηση και επιλογή των μελετών με σαφή και ακριβή διατύπωση των κριτηρίων επιλογής ή αποκλεισμού τους, η δημιουργία διαγράμματος ροής και συγκεντρωτικού πίνακα των επιλεγμένων μελετών που θα έχουν επιλεγθεί και η αξιολόγηση της ποιότητάς τους. Συχνά, οι συστηματικές ανασκοπήσεις περιλαμβάνουν μια συνιστώσα μετα-ανάλυσης. Στην πράξη, η μετα-ανάλυση είναι μια μαθηματική διαδικασία που χρησιμοποιεί τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης, ενώ η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων μέσω της μεταανάλυσης είναι αδύνατη χωρίς προηγουμένως να έχει πραγματοποιηθεί η κατάλληλη συστηματική ανασκόπηση (Γαλάνης 2009). Οι Muka et. al. στο άρθρο τους «A 24-step guide on how to design, conduct, and successfully publish a systematic review and meta-analysis in medical research» προτείνει ένα οδηγό 24 βημάτων ο οποίος 1) απλοποιεί τη μεθοδολογία διεξαγωγής μιας συστηματικής ανασκόπησης, 2) παρέχει σε επαγγελματίες υγείας και ερευνητές μεθοδολογικά σωστά εργαλεία για τη διεξαγωγή συστηματικών ανασκοπήσεων και μετααναλύσεων και 3) μπορεί να βελιώσει την ποιότητα των υπαρχόντων στοιχείων. Αυτός ο οδηγός βοηθά τους αναγνώστες του να κατανοήσουν καλύτερα την πολυπλοκότητα της διαδικασίας, να εκτιμήσουν την ποιότητα των δημοσιευμένων συστηματικών ανασκοπήσεων και να κατανοήσουν καλύτερα (και να χρησιμοποιήσουν) στοιχεία από την ιατρική βιβλιογραφία (Muka et al., 2020).

Ενδείξεις για συστηματική ανασκόπηση αποτελούν: η ανακάλυψη των διεθνών στοιχείων, ο εντοπισμός νέων πρακτικών, ο προσδιορισμός μελλοντικών ερευνών, ο προσδιορισμός

αντικρουόμενων αποτελεσμάτων και η δημιουργία δηλώσεων που θα καθοδηγούν τη λήψη αποφάσεων ( Munn et al., 2018 ).

Το τελικό αποτέλεσμα μιας συστηματικής ανασκόπησης είναι ένας αριθμός μελετών, που στη βέλτιστη περίπτωση κάθε μια παρέχει ένα σταθμισμένο «βάρος» για τον υπολογισμό του συγκεντρωτικού αποτελέσματος μέσω της εφαρμογής της μετα-ανάλυσης.

Η μετα-ανάλυση περιλαμβάνει όλα τα βήματα της συστηματικής ανασκόπησης καθώς και δύο επιπλέον βήματα που είναι η στατιστική σύνθεση των δεδομένων των επιμέρους μελετών και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η πρώτη μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε από τον Karl Pearson το 1904, ενώ ο όρος «μετα-ανάλυση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1976 από τον ψυχολόγο Gene Glass. Στη δεκαετία του 1970 αναπτύχθηκαν στατιστικές τεχνικές μεταανάλυσης ενώ από τη δεκαετία του 1980 και μετά ο αριθμός των συστηματικών ανασκοπήσεων/μετα-αναλύσεων αυξάνει με ταχύτατους ρυθμούς (Πατελάρου, Μπροκαλάκη, 2010).

### **3.2 Οι λόγοι επιλογής της συστηματικής ανασκόπησης για την παρούσα εργασία**

Όπως προαναφέρθηκε οι συστηματικές ανασκοπήσεις βασίζονται σε επιστημονικές αρχές και κανόνες που οι συγγραφείς τους θα πρέπει να ακολουθούν αυστηρά με στόχο τη μείωση των λαθών και της μεροληψίας. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις αποτελούν επίσης σημαντικά εργαλεία για την αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας καθώς και τη σύνθεση και κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών. Συμβάλλουν εξαιρετικά στην αποσαφήνιση θεμάτων και την αναζήτηση νέων ερευνητικών κατευθύνσεων. Η διεξαγωγή τους είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, στη λήψη κλινικών αποφάσεων, στη διατύπωση νέων ερευνητικών υποθέσεων και στον άρτιο σχεδιασμό πρωτοκόλλων. Από τις συστηματικές ανασκοπήσεις εξάγονται έγκυρα συμπεράσματα για ένα συγκεκριμένο θέμα και η ποιότητα του τελικού αποτελέσματος βελτιστοποιείται. Επιπλέον το κόστος είναι ελάχιστο, συγκρινόμενο με αυτό της βασικής έρευνας.

Για όλους αυτούς του λόγους η συστηματική ανασκόπηση υπήρξε η πρώτη επιλογή για την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

### 3.3 Στρατηγική αναζήτησης βιβλιογραφίας της ανασκόπησης

Τα στάδια αναζήτησης για τις μελέτες της παρούσας ανασκόπησης έγιναν βάσει του διαγράμματος ροής PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Πρόκειται για μια κατευθυντήρια γραμμή, που βοηθά τους ερευνητές να ετοιμάσουν πρωτόκολλα για προγραμματισμένες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις. Στόχος του PRISMA είναι να βελτιώσει την ποιότητα των πρωτοκόλλων συστηματικής ανασκόπησης, βοηθώντας τους συγγραφείς να καταγράψουν ένα a priori οδικό χάρτη της συστηματικής ανασκόπησης τους (Moher et al., 2015).

Η αναζήτηση του υλικού έγινε μέσα σε χρονικό διάστημα δύο μηνών, από τον Απρίλιο του 2022 έως και το Μάιο του 2022 και οι μελέτες που επιλέχθηκαν για την ανασκόπηση εντοπίστηκαν μέσω ηλεκτρονικής αναζήτησης στις βάσεις δεδομένων pubmed και science direct. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν στην Αγγλική γλώσσα: suicide, elderly, risk factors, prevention programs, intervention. Η αναζήτηση αφορούσε έγκυρες μελέτες, γραμμένες στην Αγγλική ή Ελληνική γλώσσα, που είχαν δημοσιευθεί τα τελευταία πέντε χρόνια. Επιλέξιμες θεωρήθηκαν οι μελέτες που οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (πλην μίας μελέτης που ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 63 έτη), και που αφορούσαν τη πράξη ή τον κίνδυνο της αυτοχειρίας.

Στη βάση δεδομένων pubmed, οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν στην Αγγλική γλώσσα και συνδυάστηκαν χρησιμοποιώντας τους λογικούς τελεστές Boolean (AND, OR, NOT) [(elderly people) AND (suicide) AND (prevention program)]. Η αναζήτηση αρχικά έδωσε σαν αποτέλεσμα 1551 άρθρα, ωστόσο με φίλτρο τα τελευταία 5 έτη προέκυψαν 622 άρθρα, ενώ με τη πρόσθεση φίλτρου για την ηλικία των συμμετεχόντων στις μελέτες τα 65+ έτη, έμειναν 229 άρθρα. Μετά τον έλεγχο εκ νέου του τίτλου και της περίληψης, όσες μελέτες δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης αποκλείστηκαν. Μετά την εξέταση των συγκεκριμένων εργασιών παρέμειναν για την πραγματοποίηση της ανασκόπησης 7 μελέτες.

Με τις ίδιες λέξεις κλειδιά πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση και στη βάση δεδομένων science direct. Αρχικά ανευρέθηκαν 1915 άρθρα. Με περιορισμούς το χρονικό όριο των 5 τελευταίων ετών και την ανοιχτή πρόσβαση στα άρθρα προέκυψαν 337, ενώ με περιορισμό τα 65+ έτη των συμμετεχόντων στις μελέτες, δόθηκε το αποτέλεσμα των 201 μελετών. Μετά τον έλεγχο του τίτλου και της περίληψης και με τα κριτήρια συμπερίληψης, παρέμειναν 3 μελέτες.



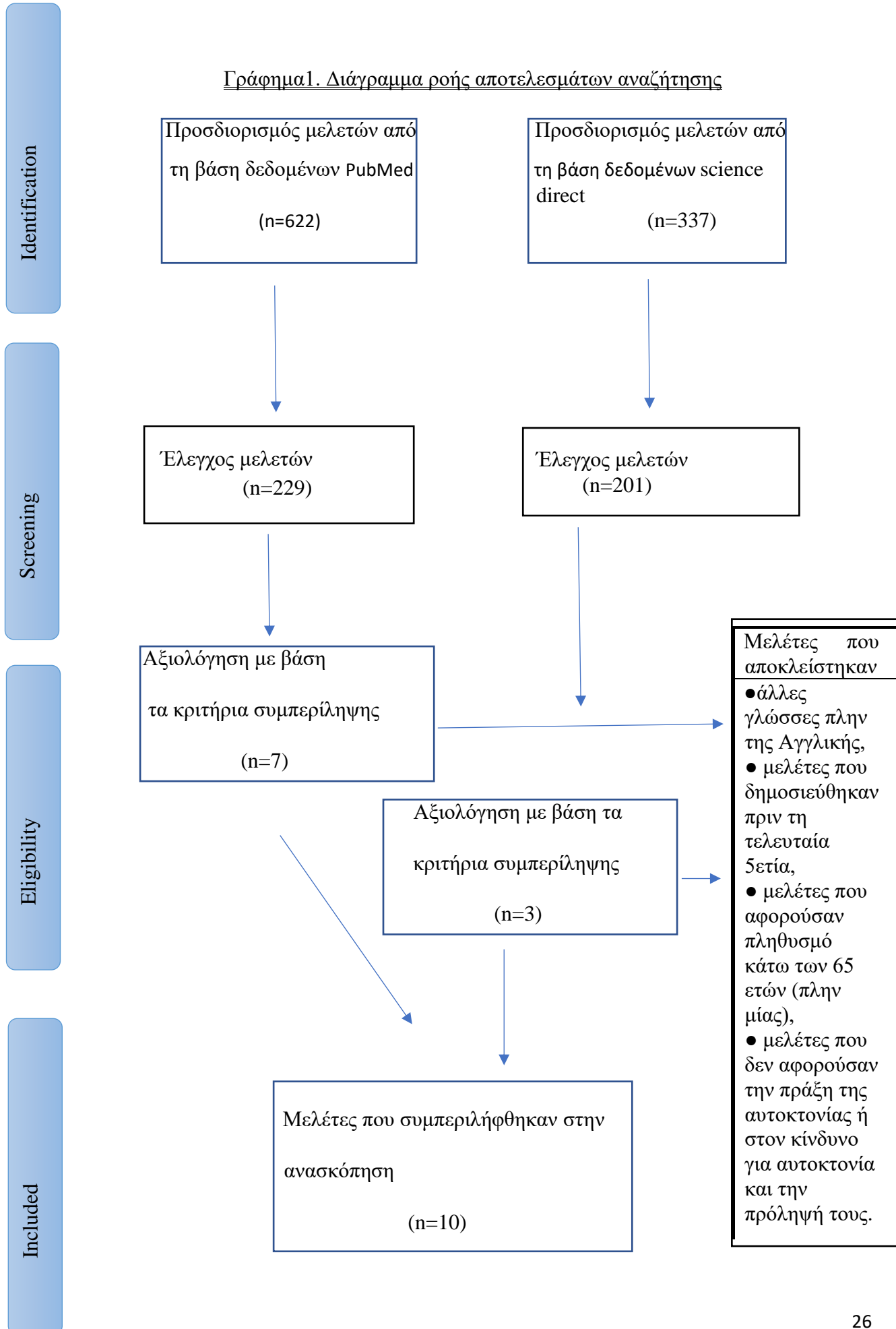
Μια προσέγγιση μετα-ανάλυσης δεν ήταν δυνατό να ακολουθηθεί δεδομένου ότι οι παρεμβάσεις για την πρόληψη της αυτοκτονίας, είναι πολλές και διαφορετικές, ενώ υπάρχει επίσης σημαντική μεταβλητότητα στα μέτρα έκβασης. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι υπάρχουν διαφορετικές παρεμβάσεις πρόληψης στον τομέα αυτό, οι οποίες δεν μπορούν να ενταχθούν όλες σε μια κατηγορία. Επιπρόσθετα, η προσέγγιση της μετα-ανάλυσης δεν ήταν δυνατό να ακολουθηθεί, επειδή η μέτρηση αξιολογείται με διαφορετικά μέτρα, στις διάφορες έρευνες.

### **3.4 Κριτήρια αποκλεισμού μελετών**

Κριτήρια αποκλεισμού των μελετών που δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση ήταν:

- άλλες γλώσσες πλην της Αγγλικής,
- μελέτες που δημοσιεύθηκαν πριν τη τελευταία 5ετία,
- μελέτες που αφορούσαν πληθυσμό κάτω των 65 ετών, (πλην μίας μελέτης που η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 63 έτη)
- μελέτες που δεν αφορούσαν τη πράξη ή το κίνδυνο της αυτοχειρίας.

Γράφημα1. Διάγραμμα ροής αποτελεσμάτων αναζήτησης



## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν δέκα (N=10) άρθρα. Από αυτά τα έξι (N=6) ήταν ερευνητικές μελέτες και τα τέσσερα (N=4) ήταν ανασκοπήσεις. Η σύνθεση των N=6 ερευνητικών μελετών απέδωσε 5 διαφορετικές παρεμβάσεις για την πρόληψη της αυτοκτονίας, ενώ οι 2 από τις N=4 μελέτες ανασκοπήσεις περιλαμβάνουν άρθρα που αναφέρονται σε 17 παρεμβάσεις. Οι περισσότερες από τις παρεμβάσεις αυτές επικεντρώνονται στη θεραπεία της κατάθλιψης και στην αύξηση της κοινωνικότητας, στοχεύοντας έτσι δύο από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονικότητα στη τρίτη ηλικία. Μόνο μία μελέτη αναφέρεται σε φαρμακευτική θεραπεία και αυτή όμως σε συνδυασμό με άλλες παρεμβάσεις. Τρεις από τις μελέτες εκτιμούν πως οι συμμετοχή της οικογένειας, των φίλων και των φροντιστών των αυτοκτονικών ηλικιωμένων είναι πρωτεύουσας σημασίας. Καμία δεν αναφέρεται στο κίνδυνο αυτοκτονίας από κατάχρηση ουσιών ενώ μόνο μία αναφέρει σαν παράγοντα κινδύνου την πρόσβαση στα πυροβόλα όπλα.

Ανάλογα με το περιεχόμενό τους και την παρέμβαση στην οποία αναφέρονταν κατηγοριοποιήθηκαν σε:

- ◆ Εθνικά προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας,
- ◆ Μελέτες που αναφέρονται σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις,
- ◆ Παρεμβάσεις με στόχο τη πρόληψη της αυτοκτονίας σε ασθενείς με γνωστική εξασθένηση και ευθραυστότητα,
- ◆ Πρόληψη μέσω τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας,
- ◆ Πρόληψη μέσω της χρήσης της τεχνολογίας,
- ◆ Μελέτες με πολυεπίπεδες προσεγγίσεις και με βάση την κοινότητα.

### 4.1 Εθνικά προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας

Οι καθολικές στρατηγικές πρόληψης αυτοκτονίας εφαρμόζονται σε έναν ολόκληρο πληθυσμό (Sakashita & Oyama 2022). Στοχεύουν στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης νέων περιπτώσεων σε ολόκληρους πληθυσμούς, όπως ένα έθνος ή μια τοπική κοινότητα (Lapierre et

al., 2011). Τα εθνικά προγράμματα πρόληψης αυτοκτονίας (NSPP) ξεκίνησαν τη δεκαετία του 1990 με στόχο να υιοθετήσουν μια ολιστική προσέγγιση για την καταπολέμηση της αυτοκτονίας. Υπάρχουν 28 χώρες που διαθέτουν εθνικές στρατηγικές για την πρόληψη των αυτοκτονιών (Lewitzka et al., 2019). Τα προγράμματα πρόληψης έχουν σχεδιαστεί για τον εντοπισμό ευάλωτων ομάδων, τη βελτίωση της αξιολόγησης και της φροντίδας των ατόμων με αυτοκτονική συμπεριφορά και τη βελτίωση της έρευνας. Στοχεύουν επίσης στην ευαισθητοποίηση μέσω της βελτίωσης της δημόσιας εκπαίδευσης. Τα NSPPs προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το στίγμα προς τα άτομα που εκδηλώνουν αυτοκτονική συμπεριφορά και εκείνα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η Διεθνής Ένωση για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (IASP) έχουν αναπτύξει κοινές κατευθυντήριες γραμμές και τις ακόλουθες συστάσεις για τη θέσπιση στρατηγικών πρόληψης της αυτοκτονίας.

#### Η συγκριτική μελέτη των (Lewitzka et al., 2019)

Η συγκριτική μελέτη των (Lewitzka et al., 2019) είχε σαν στόχο την ανάλυση της αποτελεσματικότητας των Εθνικών Προγραμμάτων Πρόληψης Αυτοκτονιών. Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκαν η Φινλανδία, η Νορβηγία, η Σουηδία και η Αυστραλία για την ομάδα *verum* και ως χώρες ελέγχου επιλέχθηκαν ο Καναδάς, η Αυστρία, η Ελβετία και η Δανία. Τα δεδομένα σχετικά με τις αυτοκτονίες και τα δημογραφικά στοιχεία διαχωρισμένα ανά ηλικία και φύλο, συλλέχθηκαν από στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Αξιολογήθηκαν τα ποσοστά αυτοκτονιών πριν από το NSPP για να εντοπιστούν τυχόν διαφορές. Η περίοδος μετά την εφαρμογή του NSPP χαρακτηρίστηκε ως η περίοδος ανάλυσης. Στη σύγκριση εφαρμόστηκε ανάλυση τμηματικής παλινδρόμησης δεδομένων διακεκομμένων χρονοσειρών και η περίοδος παρατήρησης χωρίστηκε σε τμήματα πριν και μετά την επέμβαση. Όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν χωριστά για άνδρες και γυναίκες και χωρίστηκαν σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες.

#### Αποτελέσματα

Οι άνδρες ηλικίας άνω των 65 ετών εμφάνισαν σημαντικές αλλαγές στα ποσοστά αυτοκτονιών μετά από 3 χρόνια ( $p = 0,011$ ), 4 χρόνια ( $p = 0,005$ ) και 5 χρόνια ( $p = 0,007$ ) NSPP. Παρόμοια με τους άνδρες, οι γυναίκες άνω των 65 ετών εμφάνισαν σημαντικές αλλαγές

στα ποσοστά αυτοκτονιών μετά από 2 χρόνια ( $p = 0,020$ ), 3 χρόνια ( $p = 0,012$ ), 4 χρόνια ( $p = 0,015$ ) και 5 χρόνια ( $p = 0,025$ ).

Η μελέτη καταδεικνύει ότι τα Εθνικά Προγράμματα Πρόληψης Αυτοκτονιών είναι αποτελεσματικά, αλλά αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να συσχετίζεται με την ηλικία και το φύλο.

#### 4.2 Μελέτες που αναφέρονται σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι μία κατάσταση που υποδιαγνώσκεται και υποτιμάται. Οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανό από τους νεότερους να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης ως ασθένεια και να ειδοποιήσουν τον πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αφού συνήθως την θεωρούν επακόλουθο της γήρανσης ή των σωματικών ασθενειών. Η κατάθλιψη προδιαθέτει σε σωματικές ασθένειες και η σχέση είναι αμφίδρομη. Η παρουσία κατάθλιψης και η κοινωνική αποσύνδεση είναι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας (Ding & Kennedy, 2021; Bejda, 2021; Butcher & Ingram, 2018; Zis et al., 2017).

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων ενηλίκων που κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν είναι η κοινωνική απομόνωση. Από 20 έως πάνω από 40% των ενηλίκων ηλικίας 60 ετών και άνω αναφέρουν συχνή ή έντονη μοναξιά και οι ηλικιωμένοι που είναι κοινωνικά αποσυνδεδεμένοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για μειωμένη ποιότητα ζωής, σωματικές ασθένειες και κίνδυνο αυτοκτονίας (Conwell, 2016). Η μοναξιά συνδέεται άμεσα με τη κατάθλιψη και με την αυτοκτονική συμπεριφορά τόσο σε θεωρητική όσο και σε εμπειρική βάση. Μελέτες ελέγχου περιπτώσεων έχουν βρει σημαντικές σχέσεις μεταξύ της αυτοκτονίας και των δεικτών κοινωνικής αποσύνδεσης της ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης, και της αποδέσμευσης από κοινωνικές δραστηριότητες στο δεύτερο μισό της ζωής (Van Orden & Conwell, 2011). Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται, τόσο θα αυξάνεται και ο αριθμός που ζει σε απομόνωση, βιώνει τη μοναξιά και πεθαίνει από αυτοκτονία (Rodrigues et al., 2022; Conejero et al., 2018; Beutel, 2017; Bejda, 2021; Okolie et al., 2017; Rihmer, 2017).

Οι έρευνες των (Arslanoglou et al., 2019), των (Van Orden et al., 2021) και η ανασκόπηση των (Orden & Deming 2018) αναφέρονται σε προγράμματα ψυχοθεραπείας με στόχο τη μείωση της κατάθλιψης, της γνωστικής εξασθένησης και του αισθήματος της μοναξιάς. Αναφορά γίνεται και στην εκπαίδευση για την γήρανση με σκοπό να μειωθούν οι διακρίσεις, οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που αφορούν την τρίτη ηλικία.

### α) Μελέτη των (Arslanoglou et al., 2019)

Η τυχαιοποιημένη αυτή ελεγχόμενη δοκιμή εξέτασε τη σχέση των αρνητικών συναισθημάτων με τα μη συναισθηματικά συμπτώματα (ψυχοσωματικά) και με την πορεία της κατάθλιψης σε αυτοκτονικούς ηλικιωμένους με μείζονα κατάθλιψη και γνωστική εξασθένηση που αντιμετωπίζονται με δύο κατ' οίκον ψυχοθεραπείες. Περιλάμβανε δύο ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, της Θεραπείας Προβληματικής Προσαρμογής (PATH) και της Υποστηρικτικής Θεραπείας για Γνωστικά Εξασθενημένους (ST-CI). Εξήντα τρεις (n=63) ηλικιωμένοι με μείζονα κατάθλιψη, γνωστική έκπτωση και αναπηρία έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα οι οποίοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία 12 εβδομάδων. Οι ηλικιωμένοι δεν λάμβαναν καμία αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Η σοβαρότητα της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού αξιολογήθηκαν κατά την είσοδο, και την εβδομάδα 4, 8 και 12 με την Κλίμακα κατάθλιψης Hamilton (24 στοιχείων). Η αναπηρία αξιολογήθηκε με το Πολυεπίπεδο Μέσο Αξιολόγησης – Ενεργειακές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (MAI-IADL) και το Στοιχείο 12 της Αξιολόγησης Αναπηρίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHODAS-II). Η συνολική γνωστική λειτουργία και η μνήμη αξιολογήθηκαν με Mini-Mental State Exam και Hopkins Verbal Learning Test – Revised (HVLT) αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε μία από τις δύο κατ' οίκον παρεμβάσεις, PATH ή ST-CI, που πραγματοποιήθηκαν σε 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες. Οι εξήντα τρεις (n=63) τυχαιοποιημένοι συμμετέχοντες είχαν μέση ηλικία 80,52 ετών (τυπική απόκλιση [SD] = 7,7). Είχαν μέτρια κατάθλιψη (μέσος όρος Ham-D σύνολο = 21,2, SD = 3,5), γνωστική εξασθένηση που κυμαινόταν από ήπια γνωστικά ελλείμματα έως μέτρια άνοια (μέσος όρος DRS σύνολο = 118,2), (SD = 12) και έντονη αναπηρία (μέσος όρος WHODAS-II σύνολο = 3), (SD = 6,2).

### Αποτελέσματα

Είκοσι έξι (n=26) συμμετέχοντες (41%) είχαν αυτοκτονικές τάσεις κατά την είσοδο στη μελέτη (ακριβώς πριν από την έναρξη της θεραπείας) ή στο τέλος της θεραπείας. Μεταξύ των συμμετεχόντων με τάσεις αυτοκτονίας υπήρξε σημαντική μείωση των μη συναισθηματικών συμπτωμάτων κατάθλιψης στις εβδομάδες 4, 8 και 12 ( $p = 0,002$ ) ενώ δεν υπήρξε σημαντική μείωση στους μη αυτοκτονικούς ασθενείς, ( $p = 0,790$ ). Η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων από την έναρξη στην εβδομάδα 4, την εβδομάδα 4 στην εβδομάδα 8 και την εβδομάδα 8 στην

εβδομάδα 12 συσχετίστηκε σημαντικά με μείωση της συνολικής σοβαρότητας της κατάθλιψης στις εβδομάδες 4, 8 και 12 ( $p < 0,0001$ )

Τα θετικά αποτελέσματα μπορεί να καθοδηγήσουν την ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και τη βελτίωση της πρόληψης των αυτοκτονιών σε αυτόν τον πληθυσμό των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, ο οποίος διατρέχει υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.

#### β) Μελέτη των (Van Orden et al., 2021)

Μια τυχαιοποιημένη δοκιμή ελέγχου που εξέτασε την αποδοχή και την αποτελεσματικότητα της Engage Psychotherapy, μιας θεραπείας συμπεριφοράς που έχει σχεδιαστεί για την αύξηση της κοινωνικής δέσμευσης και κατά συνέπεια τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης και της κατάθλιψης που συνδέονται με τις αυτοκτονίες στην τρίτη ηλικία. Οι ερευνητές στρατολόγησαν ένα δείγμα εξήντα δύο ( $n=62$ ) ηλικιωμένων ενηλίκων με μέση ηλικία τα 72 έτη που ανέφεραν ότι αισθάνονταν μοναξιά ή ότι γίνονται βάρος. Στη συνέχεια ανατέθηκαν τυχαία σε 10 συνεδρίες Engage Psychotherapy ( $n = 32$ ) ή συνηθισμένης φροντίδας ( $n = 30$ ). Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στα σπίτια των συμμετεχόντων, με αξιολογήσεις παρακολούθησης στις 3, 6 και 10 εβδομάδες. Για την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο διαπροσωπικών αναγκών (INQ), με το 16 θεμάτων ερωτηματολόγιο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (QIDS-C) και με το ερωτηματολόγιο του γηριατρικού αυτοκτονικού ιδεασμού

#### Αποτελέσματα

Το Social Engage ήταν αποτελεσματικό στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης ( $p=0,002$ ) και στη βελτίωση της κοινωνικο-συναισθηματικής ποιότητας ζωής ( $p=0,015$ ) όμως δεν μείωσε σημαντικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ( $p=0,726$ ).

#### γ) Η ανασκόπηση των (Orden & Deming 2018)

Οι Orden & Deming στην ανασκόπησή τους αναφέρουν πως η πρόληψη της αυτοκτονίας στη τρίτη ηλικία διαφέρει από τη πρόληψη που αφορά άλλες ηλικίες, και πως η αυτοκτονία στα τέλη της ζωής λαμβάνει λιγότερης προσοχής. Εντοπίζουν πως: α) όταν οι ηλικιωμένοι εσωτερικεύουν μηνύματα από το περιβάλλον γύρω τους ότι αποτελούν βάρος για τις οικογένειες

και την κοινωνία και όταν η γήρανση συμβαδίζει με την κατάθλιψη και τη μοναξιά, η θέλησή τους για ζωή μειώνεται β) Ο γνωστικός έλεγχος συνεισφέρει στον κίνδυνο αυτοκτονίας και αποτελεί στόχο παρέμβασης και γ) τα ελλείμματα γνωστικού ελέγχου σε συνδυασμό με την πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα όπως τα πυροβόλα όπλα μπορεί να είναι ένας ολέθριος συνδυασμός στη μετέπειτα ζωή.

Σαν υποσχόμενες στρατηγικές παρέμβασης αναφέρουν:

- τα μοντέλα συνεργατικής φροντίδας για την κατάθλιψη στο τέλος της ζωής που περιλαμβάνουν ψυχοθεραπείες όπως η PST, είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης και μπορεί να μειώσουν την αυτοκτονική σκέψη και την αυτοκτονική συμπεριφορά,
- την εκπαίδευση για τη γήρανση π.χ. το μοντέλο PEACE (Positive Education about Aging and Contact Experiences) που προτείνει στρατηγικές που μπορεί να μειώσουν τις διακρίσεις, τις προκαταλήψεις, τα στερεότυπα και το άγχος που σχετίζονται με την ηλικία και μπορεί να προάγουν την ψυχική ευεξία και την κοινωνικοποίηση,
- την υψηλής ποιότητας γηριατρική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν μικτά. Αυτού του είδους οι μελέτες είναι ιδιαίτερα επίκαιρες κατά τη διάρκεια της πανδημίας του Covid-19.

#### **4.3 Παρεμβάσεις με στόχο τη πρόληψη της αυτοκτονίας σε ασθενείς με γνωστική εξασθένηση και ευθραυστότητα**

Η έννοια της ευθραυστότητας έχει αναδειχθεί τα τελευταία 15 χρόνια. Περίπου ένας στους δέκα ανθρώπους άνω των 65 ετών, και περίπου οι μισοί από αυτούς της ηλικίας άνω των 85 ετών, ζουν με ευθραυστότητα (Crocker et al., 2019). Εκτεταμένη έρευνα έχει δείξει ότι η αδυναμία, μια κατάσταση αυξημένης ευπάθειας με δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία, είναι ευρέως διαδεδομένη στους ηλικιωμένους. Η γνωστική αδυναμία είναι ένας νέος όρος που επινοήθηκε από τη Διεθνή Ομάδα Συναίνεσης (IANA/IAGG) που συνδυάζει τη σωματική αδυναμία με τη γνωστική εξασθένηση. Η άνοια είναι μια ασθένεια όπου ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι σημαντικός. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι με άνοια είχαν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με εκείνους που δεν είχαν. Ο κίνδυνος ήταν εξαιρετικά υψηλός μεταξύ των ατόμων ηλικίας 74 ετών και κάτω Ένας αριθμός μικρών δειγμάτων συγχρονικών μελετών εξέτασε συγκεκριμένα τις νευρογνωστικές βλάβες ως διάθεση στην αυτοκτονία στα τέλη της



ζωής, υποδηλώνοντας ότι η εκτελεστική δυσλειτουργία, η αλλαγή στη λήψη αποφάσεων, ο εξασθενημένος έλεγχος των ενοχλητικών σκέψεων και η μειωμένη αναγνώριση των κοινωνικών συναισθημάτων αποτελούν τη βάση της μειωμένης ικανότητας επίλυσης προβλημάτων η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό (Conejero et al., 2018; Bejda, 2021; Ding & Kennedy, 2021; Holm & Severinsson, 2015; Okolie et al., 2017; Proietti et al., 2020).

Η έρευνα των (Kim & Yang 2017) και η ανασκόπηση των (Shah et al., 2022) διαπιστώνουν τους ισχυρούς δεσμούς της άνοιας και της ευθραυστότητας με την αυτοκτονία και αναφέρονται σε τρόπους πρόληψης μέσω ενός προγράμματος παρέμβασης και μιας πολυεπίπεδης προσέγγισης.

#### α) Η μελέτη των (Kim & Yang, 2017)

Η μελέτη των Kim & Yang εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος παρέμβασης με δραστηριότητες μικρών ομάδων, για την πρόληψη της αυτοκτονίας σε ηλικιωμένους με άνοια πρώιμου σταδίου. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν ηλικιωμένοι που είχαν διαγνωστεί με άνοια από την Υπηρεσία Ασφάλισης Μακροχρόνιας Φροντίδας της Κορέας και λάμβαναν φροντίδα σε 9 κέντρα ημέρας στο J City της Κορέας. Η συμμετοχή τους αξιολογήθηκε από τη βαθμολογία τους στη κλίμακα Mini-Mental Status Exam, (MMSE-KC), στη Κλίμακα του

Αυτοκτονικού Ιδεασμού (SIS), και στη Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης σε Σύντομη Μορφή (GDSSF-K). Η πειραματική ομάδα και η ομάδα ελέγχου προσδιορίστηκαν τυχαία χρησιμοποιώντας ζυγούς και περιττούς αριθμούς. Το πρόγραμμα γινόταν δύο φορές την εβδομάδα για 5 εβδομάδες και κάθε συνεδρία διαρκούσε 90 λεπτά. Κάθε εβδομάδα, η ομάδα χωριζόταν σε τέσσερις μικρότερες ομάδες. Οι συμμετέχοντες ήταν κυρίως στα 80 τους (54,8%), αλλά μια σημαντική μειοψηφία ήταν κάτω των 80 ετών (27,4%). Η μέση ηλικία (SD) ήταν 82,45 ( $\pm 6,55$ ) έτη. Από τους εξήντα δύο ( $n=62$ ) συμμετέχοντες, το 22,6% ήταν άνδρες και το 77,4% ήταν γυναίκες. Οι συμμετέχοντες ζούσαν συχνότερα με τα παιδιά τους (54,8%), με σύζυγο (24,2%) και μόνοι (21,0%). Οι μορφές της άνοιας αφορούσαν Αλτσχάιμερ (48,4%) και αγγειακή άνοια (51,6%).

## Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων MANOVA στην αλληλεπίδραση μεταξύ χρονικής παρέλευσης και ομάδας έδειξαν:

- στην αντιληπτή κατάσταση υγείας, σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων ( $F=6,39$ ,  $p=0,003$ )
- σημαντικές διαφορές επίσης μεταξύ των ομάδων ως προς τον βαθμό αυτοκτονικού ιδεασμού ( $F=18,34$ ,  $p < 0,001$ ).
- στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής δεν εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές ( $F=0,99$ ,  $p < 0,375$ ).
- σημαντικές διαφορές βρέθηκαν και στην κοινωνική υποστήριξη με αποτελέσματα ( $F=7,28$ ,  $p= 0,001$ ).
- τέλος ως προς τον βαθμό κατάθλιψης υπήρξαν σημαντικές διαφορές τόσο αρχικά ( $F=14,04$ ,  $p < 0,001$ ) όσο και με την πάροδο του χρόνου ( $F=29,19$ ,  $p < ,001$ ).

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης στη μελέτη Kim & Yang είχαν θετικές επιπτώσεις στη φροντίδα και αγωγή υγείας, ειδικά μεταξύ ηλικιωμένων με άνοια πρώιμου σταδίου. Θεωρήθηκε όμως απαραίτητο να ενσωματώθουν παράγοντες κινδύνου, και προστατευτικοί παράγοντες σε ένα πρόγραμμα πρόληψης της αυτοκτονίας για πιο αποτελεσματικά αποτελέσματα.

### β) Η ανασκόπηση των (Shah et al., 2022)

Οι (Shah et al., 2022) στην ανασκόπηση τους, αναφέρονται στον ισχυρό όπως αποδεικνύεται από τη βιβλιογραφία συσχετισμό αδυναμίας και αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους και με ποιες παρεμβάσεις μπορούν να προληφθούν. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι παρεμβάσεις όπως η βελτίωση της διατροφής, η γνωστική εκπαίδευση, τα ψυχοκοινωνικά προγράμματα και η φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη θα μπορούσαν να μειώσουν τη σοβαρότητα της αδυναμίας και της αυτοκτονίας, με τη σωματική άσκηση να είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση. Τα συνδυασμένα προγράμματα με πολλαπλές παρεμβάσεις μπορούν να έχουν ακόμη μεγαλύτερο αντίκτυπο στη πρόληψη της αυτοκτονικότητας στη τρίτη ηλικία.

Οι συγγραφείς καταλήγουν στο ότι οι μελλοντικές αναλύσεις θα πρέπει να διερευνήσουν άλλους κοινωνικούς και υγειονομικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον ιδεασμό αυτοκτονίας που σχετίζεται με την αδυναμία

#### 4.4 Πρόληψη μέσω τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας

##### Περιεχόμενο προγράμματος στη μελέτη των (Chan et al., 2018)

Σ' αυτή τη μελέτη διερευνήθηκε αν μια τηλεφωνική γραμμή βοήθειας στο Χονγκ Κονγκ μπορεί να είναι μια χρήσιμη πλατφόρμα για την πρόληψη της αυτοκτονίας των ηλικιωμένων. Η γραμμή βοήθειας ήταν η Υπηρεσία Φροντίδας και Κλήσης ("CCS") που διαχειρίστηκε η Ένωση Ηλικιωμένων Ασφαλείας στο Σπίτι ("SCHSA") στο Χονγκ Κονγκ. Τα άτομα που χρησιμοποίησαν τη γραμμή βοήθειας CCS μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 2012 και 31ης Δεκεμβρίου 2015 ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω. Κατά την εγγραφή στην υπηρεσία, αντλήθηκαν και συλλέχθηκαν πληροφορίες από το μηχανογραφικό σύστημα της υπηρεσίας, που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία των χρηστών και τα ιατρικά τους αρχεία. Για τον υπολογισμό των ποσοστών αυτοκτονιών, λήφθηκαν στατιστικά στοιχεία πληθυσμού των ηλικιωμένων στο Χονγκ Κονγκ από το Τμήμα Απογραφής και Στατιστικής ("C&SD"). Τα ποσοστά αυτοκτονίας αυτής της κοινότητας γραμμής βοήθειας συγκρίθηκαν με τον γενικό πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας στο Χονγκ Κονγκ. Μεταξύ 1ης Ιανουαρίου 2012 και 31ης Δεκεμβρίου 2015, υπήρχαν n=106.583 ηλικιωμένοι ηλικίας 65 ετών και άνω που χρησιμοποίησαν την υπηρεσία γραμμής βοήθειας. Μεταξύ όλων των ηλικιωμένων χρηστών, περίπου τα δύο τρίτα ήταν γυναίκες (65,6%, n = 69.957) και σχεδόν οι μισοί από τους χρήστες που εγγράφηκαν στην υπηρεσία είχαν ηλικία μεταξύ 75-84 ετών.

##### Αποτελέσματα

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία από το Coroner's Court, μεταξύ 2012 και 2015, υπήρξαν συνολικά 1.006 γνωστές αυτοκτονίες ηλικιωμένων στο Χονγκ Κονγκ. Μεταξύ αυτών, το 14,4% n = 145 ήταν χρήστες της γραμμής. Το ποσοστό αυτοκτονιών των ηλικιωμένων χρηστών της γραμμής βοήθειας ήταν πολύ υψηλότερο από το γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων ενηλίκων του Χονγκ Κονγκ. Η μελέτη έδειξε ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών ανδρών

και γυναικών χρηστών της γραμμής ήταν 2,6 φορές μεγαλύτερα από τον αντίστοιχο ηλικιωμένο πληθυσμό στο Χονγκ Κονγκ.

Η μελέτη ενίσχυσε τις ευκαιρίες χρήσης τηλεφωνικών γραμμών βοήθειας για τη προσέγγιση ενός μεγάλου πληθυσμού ηλικιωμένων που κατοικούν στη κοινότητα με σχετικά υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονιών και τόνισε την ανάγκη για αξιοποίηση της πλατφόρμας με πρωτόκολλα έγκαιρης ανίχνευσης κινδύνου, αλλά και για εκπαίδευση των συμβούλων πρώτης γραμμής

#### 4.4 Πρόληψη μέσω της χρήσης της τεχνολογίας

Οι νέες τεχνολογίες έχουν φέρει επανάσταση στο χώρο της υγείας ,συμβάλλοντας στη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία των ασθενειών. Μέσω του e-Health γίνεται καλύτερη διαχείριση της υγείας από τους χρήστες του, ενισχύεται η προσβασιμότητα σε πληροφορίες, πρακτικές, συμβουλευτική και μειώνεται το κόστος. Η στάση των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, όσον αφορά τη χρήση της τεχνολογίας αποδεικνύεται θετική και τους βοηθά στην προαγωγή της υγείας τους. Περιορίζεται ο κοινωνικός τους αποκλεισμός και αναλαμβάνουν ξανά ρόλους που έχουν χάσει. Το σημαντικότερο είναι πως νιώθουν ανεξαρτησία και ασφάλεια και πως η ζωή τους γίνεται ποιοτικότερη. (Ζηλίδης και Ζηλίδου 2018).

Η ερευνητική μελέτη των (Kiosses et al., 2022) έχει σαν στόχο τη διερεύνηση ή όχι της αποδοχής μιας εφαρμογής για τάμπλετ που δημιουργήθηκε για να βοηθήσει ηλικιωμένους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά.

#### Περιεχόμενο προγράμματος των (Kiosses et al 2022)

Η έρευνα αφορούσε το αν θα γινόταν δεκτή η εφαρμογή για τάμπλετ WellPATH, που στοχεύει να βοηθήσει τους αυτοκτονικούς ασθενείς σε καταστάσεις συναισθηματικής φόρτισης σε συνδυασμό με συνεδρίες ψυχοθεραπείας. Η εφαρμογή WellPATH αποτέλεσε μέρος της ψυχοθεραπείας 12 εβδομάδων CRISP ( Cognitive Reappraisal Intervention for Suicide Prevention) για μεσήλικες και ηλικιωμένους ενήλικες μετά την έξοδό τους από νοσηλεία που σχετιζόταν αυτοκτονία. Η χρήση του WellPATH περιλάμβανε τρία στάδια: προετοιμασία, ενσωμάτωση και πραγματική χρήση. Δώδεκα (n=12) συμμετέχοντες στη μελέτη και τρεις (n= 3) ασθενείς στις μελέτες περίπτωσης χρησιμοποίησαν την εφαρμογή WellPATH ως μέρος του CRISP. Η αποδοχή ή όχι της εφαρμογής

μετρήθηκε με τη συνολική χρήση του WellPATH για 12 εβδομάδες και με τα τρία στοιχεία του Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Πελατών.

### Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν αποδοχή του WellPATH. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη και οι θεραπευτές ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση με το WellPATH. Οι ασθενείς στις μελέτες περιπτώσεων ανέφεραν μείωση των αρνητικών συναισθημάτων και αύξηση στη ρύθμιση των συναισθημάτων (δηλαδή, ικανότητα γνωστικής επανεκτίμησης) μετά τη χρήση τεχνικών στην εφαρμογή WellPATH..

Η χρήση τεχνολογικών εφαρμογών όπως η εφαρμογή WellPATH είναι εφικτή και αποδεκτή από μεσήλικες και ηλικιωμένους ενήλικες με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας

#### **4.6 Μελέτες με πολυεπίπεδες προσεγγίσεις και με βάση την κοινότητα**

Στις ανασκοπήσεις των (Sakashita & Oyama 2022) και των (Wallace et al., 2021), περιλαμβάνονται άρθρα για την πρόληψη της αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία, που οι παρεμβάσεις τους σχετίζονται με στρατηγικές που βασίζονται στη κοινότητα και τη πρωτοβάθμια περίθαλψη. Περιλαμβάνουν ομαδικές δραστηριότητες, έλεγχο της κατάθλιψης, υποστήριξη από επαγγελματίες και συμβουλευτική, και πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική, την Ιαπωνία, και τη Ν. Κορέα.

#### Ανασκοπήσεις των (Sakashita & Oyama 2022) και των (Wallace et al., 2021)

Η ανασκόπηση των (Sakashita & Oyama 2022) περιέλαβε εννέα (N=9) μελέτες που περιέγραφαν διαφορετικές πολυεπίπεδες προσεγγίσεις για την πρόληψη της αυτοκτονίας στα ηλικιωμένα άτομα. Ένα (N=1) πρόγραμμα Tele-Help/Tele-Check στην Ιταλία τηλεφωνικής βοήθειας, ένα (N=1) Πρόγραμμα Πρόληψης της Αυτοκτονίας Ηλικιωμένων (ESPP) στο Χονγκ Κονγκ, με κοινοτική υποστήριξη, ένα (N=1) πρόγραμμα με ομαδικές δραστηριότητες στο Γιούρι στην Ιαπωνία με έδρα την κοινότητα, τρία (N=3) προγράμματα στην Ιαπωνία, τα οποία αποτελούνταν όλα από κοινοτικό έλεγχο κατάθλιψης (CDS), και τρία (N=3) προγράμματα πρόληψης αυτοκτονιών, επίσης στην Ιαπωνία, που περιλάμβαναν έλεγχο κατάθλιψης με βάση την κοινότητα (CDS) και επακόλουθη υποστήριξη από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Όλες οι μελέτες υποδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις της κοινότητας είναι σημαντικές για τη μείωση της αυτοκτονίας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και ότι η ενσωμάτωση καθολικών, επιλεκτικών και ενδεικνυόμενων παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας σε αυτή τη διαδικασία.

Στο άρθρο τους οι (Wallace et al., 2021) παρουσιάζουν ευρήματα από μια συστηματική ανασκόπηση άρθρων που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2009 και 2021, εστιάζοντας στο ποιοι τύποι εμπειρικά αξιολογημένων προγραμμάτων πρόληψης της αυτοκτονίας αποτρέπουν και μειώνουν αποτελεσματικά την αυτοκτονία σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Το τελικό δείγμα της ανασκόπησης περιλάμβανε οκτώ άρθρα ( $N = 8$ ). Τρεις ( $N=3$ ) μελέτες αφορούσαν στρατηγικές παρέμβασης πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατ' οίκον, τρία ( $N=3$ ) άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα προσδιόρισαν μελέτες που σχετίζονται με στρατηγικές που βασίζονται στη κοινότητα για τη πρόληψη της αυτοκτονίας ηλικιωμένων ενηλίκων, και δύο ( $N=2$ ) μελέτες χρησιμοποίησαν συμβουλευτικές στρατηγικές για τη πρόληψη της αυτοκτονίας μεταξύ των ηλικιωμένων. Έτσι τα άρθρα κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις τύπους προγραμμάτων: 1) στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη φροντίδα στο σπίτι 2) στη προσέγγιση με βάση τη κοινότητα, και 3) στη συμβουλευτική. Σχεδόν όλες οι μελέτες περιλάμβαναν μια μέτρηση για την κατάθλιψη. Μετά από μια περιγραφή των άρθρων, οι συγγραφείς αξιολογούν κάθε μελέτη χρησιμοποιώντας το σύστημα αξιολόγησης GRADE.

Νέα και αναδυόμενη έρευνα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία στη μετέπειτα ζωή μπορεί να προσφέρει κρίσιμες γνώσεις για πιο στοχευμένα προγράμματα πρόληψης αυτοκτονιών για ηλικιωμένους.

Πίνακας 2. Ερευνητικές μελέτες της ανασκόπησης

Ερευνητές / έτος / χώρα	Σχεδιασμός	Δείγμα	Παρέμβαση	Στόχος μελέτης	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Lewitzka et al. (2019) ΓΕΡΜΑΝΙΑ	Συγκριτική μελέτη	Δεδομένα που συλλέχθηκαν από στατιστικές του Π.Ο.Υ.	<u>Ομάδα παρέμβασης</u> Σουηδία, Νορβηγία, Φιλανδία, Αυστραλία <u>Ομάδα ελέγχου</u> Καναδάς, Αυστρία, Ελβετία, Δανία	Μελέτη της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων.	Σημαντική μείωση αυτοκτονικότητας στα 5 χρόνια εφαρμογής: Άνδρες >65 ετών (p=0,007) Γυναίκες >65 ετών (p=0,025).	Τα εθνικά προγράμματα πρόληψης αυτοκτονιών αποτελούν σημαντικό εργαλείο για τη μείωση των ποσοστών αυτοκτονιών.
Kim & Yang (2017) Ν. ΚΟΡΕΑ	Πειραματική μελέτη	n=62 άτομα με πρώιμη άνοια μέση ηλικία 82,45 έτη n=31 ομάδα παρακολούθησης, n=31 ομάδα ελέγχου.	Το πρόγραμμα βασίστηκε σε δραστηριότητες μικρών ομάδων. Διάρκεια 5 εβδομάδων, 2 φορές την εβδομάδα για 90΄	Πρόληψη της αυτοκτονικότητας σε άτομα με πρώιμη άνοια.	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Μείωση των σκέψεων αυτοκτονίας (p&lt;0,001),</li> <li>●Μείωση της κατάθλιψης (p&lt;0,001).</li> </ul>	Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έχουν θετικές επιπτώσεις στη γηριατρική φροντίδα και αγωγή υγείας ειδικά μεταξύ ηλικιωμένων με άνοια πρώιμου σταδίου.
Chan et al. (2018) ΚΙΝΑ	Ερευνητική εργασία	n=106.583 χρήστες ηλικίας >65 ετών τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας.	Υπηρεσία τηλεφωνικής γραμμής βοήθειας την περίοδο 2012-2015.	Εξετάστηκε η χρησιμότητα της γραμμής βοήθειας.	Στις 1006 αυτοκτονίες που έλαβαν χώρα στο Χονγκ Κονγκ το 14,4% ήταν χρήστες της τηλεφωνικής γραμμής. Το ποσοστό αυτοκτονίας ήταν 2,5 μεγαλύτερο για τους χρήστες	Ανάγκη αξιοποίησης της πλατφόρμας με <ul style="list-style-type: none"> <li>●Πρωτόκολλα έγκαιρης ανίχνευσης κινδύνου,</li> <li>●Εκπαίδευση συμβούλων πρώτης γραμμής.</li> </ul>

<p>Arslanoglou et al. (2019) HΠΑ</p>	<p>Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή</p>	<p>n=63 άτομα &gt;65 ετών με Μείζονα κατάθλιψη (χωρίς αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή) και με γνωστική εξασθένηση 26 (41%) άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό.</p>	<p>2 ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις διάρκειας 12 εβδομάδων: ●Θεραπεία προβληματικής προσαρμογής, ●Υποστηρικτική θεραπεία για γνωστική εξασθένηση.</p>	<p>Η μελέτη εξετάζει τη σχέση των αρνητικών συναισθημάτων με τα μη συναισθηματικά συμπτώματα και με την πορεία της κατάθλιψης σε αυτοκτονικούς ηλικιωμένους με μείζονα κατάθλιψη και γνωστική εξασθένηση που αντιμετωπίζονται με κατ' οίκον ψυχοθεραπείες.</p>	<p>●Μείωση στους αυτοκτονικούς με μη συναισθηματικά συμπτώματα κατάθλιψης (p=0,002), ●Μη σημαντική συσχέτιση στους μη αυτοκτονικούς (p=0,079).</p>	<p>Τα ευρήματα είναι σημαντικά επειδή μπορούν να καθοδηγήσουν τη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό για να βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας.</p>
<p>Van Orden et al (2021) HΠΑ</p>	<p>Πιλοτική τυχαιοποιημένη δοκιμή</p>	<p>n=62 άτομα με ηλικία &gt; των 60 ετών και μέση ηλικία τα 72 έτη που ανέφεραν αίσθημα μοναξιάς ή αίσθημα ότι γίνονται βάρος.</p>	<p>n=32 άτομα έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα Engage Psychotherapy και n=30 στη συνηθισμένη φροντίδα. Το πρόγραμμα αποτελούνταν από 10 κατ' οίκον συνεδρίες και έγιναν αξιολογήσεις την 3<sup>η</sup>, 6<sup>η</sup>, και 10<sup>η</sup> εβδομάδα.</p>	<p>Εξέταση της αποτελεσματικότητας της Engage Psychotherapy, μιας θεραπείας συμπεριφοράς που σχεδιάστηκε για την αύξηση της κοινωνικής δέσμευσης και τη μείωση των αυτοκτονικών τάσεων.</p>	<p>●Μείωση της κατάθλιψης (p=0,002), ●Αύξηση της κοινωνικότητας (p=0,015), ●Καμιά επίδραση στην αυτοκτονικότητα (p=0,726).</p>	<p>●Το πρόγραμμα υπόσχεται βελτίωση στην ποιότητα ζωής ●Απαιτείται πρόσθετη έρευνα</p>
<p>Kiosses et al (2022) NEA YOPKH</p>	<p>Ερευνητική μελέτη</p>	<p>●n=12 άτομα μετά την έξοδο τους από νοσηλεία για</p>	<p>Η εφαρμογή για tablet wellPATH που σχεδιάστηκε για τη ρύθμιση</p>	<p>Ο στόχος της μελέτης ήταν αν θα γίνει αποδεκτή η εφαρμογή από</p>	<p>Η αποδοχή ή όχι της εφαρμογής μετρήθηκε με το Ερωτηματολόγιο</p>	<p>Η χρήση τεχνολογικών εφαρμογών όπως η εφαρμογή</p>



		<p>απόπειρα αυτοκτονίας</p> <p>●n=3 άτομα με case study μέση ηλικία 63 έτη.</p>	<p>συναισθημάτων σε κατάσταση συναισθηματικής φόρτισης σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία 12 εβδομάδων.</p>	<p>ηλικιωμένα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας.</p>	<p>Ικανοποίηση Πελατών</p> <p>Συμμετέχοντες και θεραπευτές ανέφεραν συναισθήματα υψηλής ικανοποίησης, μείωση του άγχους και μείωση της κατάθλιψης.</p>	<p>WellPATHείναι εφικτή και αποδεκτή από μεσήλικες και ηλικιωμένους ενήλικες με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αξιολόγηση της σκοπιμότητας, της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας του WellPATH σε αυτόν τον πληθυσμό υψηλού κινδύνου.</p>
--	--	---	---	---	--	---

Πίνακας 3. Ανασκοπήσεις που περιλαμβάνονται στην εργασία

Συγγραφέας/έτος συγγραφής	Στόχος	Παρέμβαση	Αποτελέσματα
Sakashita & Oyama (2022) ΙΑΠΩΝΙΑ	Να εξετάσει την επίδραση των πολυεπίπεδων προσεγγίσεων στα ποσοστά των αυτοκτονιών.	Η μελέτη περιλάμβανε εννέα (N=9) άρθρα με: (N=1) πρόγραμμα τηλ. βοήθειας (ΙΤΑΛΙΑ) (N=1) πρόγραμμα ψυχοθεραπείας (ΧΟΝΓ ΚΟΝΓΚ), (N=1) πρόγραμμα με ομαδικές δραστηριότητες (ΙΑΠΩΝΙΑ), και (N=6) προγράμματα για έλεγχο της κατάθλιψης με βάση την κοινότητα (ΙΑΠΩΝΙΑ).	Οι μελέτες υπέδειξαν πως οι πολυεπίπεδες παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές για την μείωση των αυτοκτονιών.
Wallace et al. (2021) ΗΠΑ	Παρουσίαση ευρημάτων συστηματικής ανασκόπησης άρθρων.	Η μελέτη περιλάμβανε οκτώ (N=8) άρθρα που κατηγοριοποιήθηκαν σε: α) προγράμματα που αναφέρονταν στη φροντίδα κατ' οίκον (N=3) β) προγράμματα που αναφέρονταν σε προσέγγιση με βάση την κοινότητα (N=3) γ) προγράμματα συμβουλευτικής(N=2).	Είναι ανάγκη για συνεχή ανάπτυξη και αξιολόγηση των προγραμμάτων πρόληψης αυτοκτονίας που αφορούν την τρίτη ηλικία.
Chah et al. (2022) ΗΠΑ	Να εξετάσει την επίδραση των συνδυασμένων προγραμμάτων στην αυτοκτονική συμπεριφορά ατόμων της τρίτης ηλικίας με ευθραυστότητα.	Η ανασκόπηση πραγματεύεται τα συγκεντρωμένα στοιχεία σχετικά με τη σχέση μεταξύ αυτοκτονίας και αδυναμίας στους ηλικιωμένους πληθυσμούς, διερευνά τα τελευταία ευρήματα, σταθμίζει την αποτελεσματικότητα διάφορων στρατηγικών παρέμβασης και σκιαγραφεί πιθανές μελλοντικές έρευνες σε αυτόν τον τομέα.	Οι παρεμβάσεις, και ο συνδυασμός τους, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση της αδυναμίας και της αυτοκτονίας μεταξύ των ηλικιωμένων.
Van Orden & Deming (2018) ΗΠΑ	Αναφορά βασικών ερευνητικών ευρημάτων των τελευταίων ετών, και των λύσεων που προτείνουν για τον περιορισμό των αυτοκτονιών στην τρίτη ηλικία.	Η ανασκόπηση εστιάζει: <ul style="list-style-type: none"> <li>• στον ηλικιασμό</li> <li>• στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις</li> <li>• στην πρόσβαση στα πυροβόλα όπλα.</li> </ul>	Υποσχόμενες στρατηγικές παρέμβασης για την πρόληψη των αυτοκτονιών αποτελούν: η υψηλής ποιότητας γηριατρική φροντίδα, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, η μείωση στερεοτύπων που αφορούν την ηλικία και ο περιορισμός πρόσβασης σε όπλα.

## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αυτοκτονία στα τέλη της ζωής λαμβάνει λιγότερη προσοχή από τις νεότερες ηλικίες. Η αυτοκτονική συμπεριφορά σε ηλικιωμένους είναι αποτέλεσμα πολυάριθμων αλληλεπιδράσεων που αλλάζουν δυναμικά καθώς οι άνθρωποι γερνούν. Αυτό καθιστά την ανίχνευση και την ανάπτυξη αποτελεσματικών προληπτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση αυτής της συμπεριφοράς προκλητική.

Η ανασκόπηση αυτή είχε σαν στόχο τη διερεύνηση των στρατηγικών πρόληψης της αυτοκτονίας στην τρίτη ηλικία και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων πρόληψης της αυτοκτονίας που απευθύνονται στα άτομα της ηλικιακής αυτής ομάδας.

Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην εργασία εφάρμοσαν μια προσέγγιση σε ατομικό, ομαδικό ή πληθυσμιακό επίπεδο και έδειξαν πως οι παρεμβάσεις που αναφέρουν συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των ποσοστών της αυτοκτονικότητας τόσο σε επίπεδο εθνικών προγραμμάτων όσο και σαν παρεμβάσεις με βάση την κοινότητα.

Οι παρεμβάσεις με βάση τη κοινότητα είναι σημαντικές και η ενσωμάτωση καθολικών, επιλεκτικών και ενδεικνυόμενων παρεμβάσεων πρόληψης μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας. Τα προγράμματα πρόληψης της αυτοκτονίας που βασίζονται στην κοινότητα έχουν σχεδιαστεί για να μειώνουν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυτοκτονία ενώ αυξάνουν την υποστήριξη και την προστασία από την αυτοκτονία. Περιέλαβαν ψυχοκοινωνικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και είχαν θετικές επιπτώσεις στην αυτοκτονική τάση και σκέψη των ατόμων στην τρίτη ηλικία. Μείωσαν τα συναισθήματα κατάθλιψης και μοναξιάς, ενισχύοντας την κοινωνική ένταξη. Οι πολυεπίπεδες και οι συνδυασμένες παρεμβάσεις αποδείχθηκαν πιο αποτελεσματικές στην αυτοκτονική τάση των ηλικιωμένων με ευθραυστότητα και πρώιμη άνοια. Ολοκληρωμένα, πολυδιάστατα προγράμματα που ενσωματώνουν κοινωνική ένταξη (κοινωνική υποστήριξη) και ψυχολογικούς παράγοντες (κατάθλιψη) είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματικά για τους ηλικιωμένους με άνοια πρώιμου σταδίου και ευθραυστότητα.

Οι περισσότερες από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην εργασία επικεντρώθηκαν στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, με στόχο τη θεραπεία και τον έλεγχο της κατάθλιψης που

αποτελεί τον κύριο παράγοντα κινδύνου και στην ενίσχυση της κοινωνικότητας. Ένα από τα προγράμματα, αυτό της (Van Orden et al., 2021) δεν είχε επίδραση στην αυτοκτονικότητα, ωστόσο μείωσε τα επίπεδα κατάθλιψης και αύξησε την κοινωνικότητα στα άτομα της τρίτης ηλικίας που συμμετείχαν συμβάλλοντας στη βελτίωση της κοινωνικό-συναισθηματικής ποιότητας ζωής.

Η τηλεφωνική γραμμή βοήθειας συμβάλλει επίσης στην μείωση των ποσοστών αυτοκτονίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ίσως για κάποια άτομα η επικοινωνία που δεν βασίζεται στην προσωπική επαφή, η τακτική και εμπιστευτική σχέση με ένα πρόσωπο και η 24ωρη ανοιχτή πρόσβαση σε βοήθεια, να έχει θετικές επιδράσεις. Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει η ανάγκη αξιοποίησης της πλατφόρμας. Σημαντικό εύρημα θα μπορούσε να είναι το συμπέρασμα πως η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο ίσως να μην απαιτείται για επιτυχημένες παρεμβάσεις.

Η αξιολόγηση του προγράμματος WellPATH στη μελέτη του (Kiosses et al., 2022) και η δοκιμή της αποτελεσματικότητάς του στον πληθυσμό υψηλού κινδύνου υπήρξε θετική. Είναι σημαντικό οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν μέσα από προγράμματα προαγωγής υγείας ώστε να μπορούν να χρησιμοποιούν με ευχέρεια την τεχνολογία που σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας (εφαρμογές, πλατφόρμες, μέσα κοινωνικής δικτύωσης). Μέσω του e-Health μπορεί να γίνει καλύτερη διαχείριση της υγείας από τους χρήστες του, ενισχύεται η προσβασιμότητα σε πληροφορίες, πρακτικές, συμβουλευτική, και μειώνεται το κόστος.

Σε 3 από τις μελέτες αναφέρεται η σημαντικότητα της συμμετοχής της οικογένειας, των φίλων και των φροντιστών στη πρόληψη της αυτοκτονίας των ηλικιωμένων. Είναι τα πρόσωπα που μπορούν να έχουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το πλαίσιο της ζωής και τον κίνδυνο αυτοκτονίας που δε γνωρίζουν οι επαγγελματίες υγείας. Η συμμετοχή τους επίσης στη θεραπευτική διαδικασία κρίνεται απαραίτητη. Οι φροντιστές και τα μέλη της οικογένειας χρειάζονται υποστήριξη και εκπαίδευση, προκειμένου να βοηθηθούν τόσο οι ίδιοι, όσο και οι αυτοκτονικοί ασθενείς. Η πρόληψη της αυτοκτονίας μπορεί να διασφαλιστεί, όταν είναι βασισμένη στην σωστή και με σεβασμό, επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας – οικογένειας.

Η μελέτη των (Van Orden & Deming, 2018) είναι η μόνη που αναφέρεται και εστιάζει στον ηλικιακό ρατσισμό και στο περιορισμό πρόσβασης σε θανατηφόρα μέσα όπως τα πυροβόλα όπλα. Τα εσωτερικευμένα ηλικιακά στερεότυπα συνδέονται με μειωμένη θέληση για ζωή. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει υπογραμμίσει τη σοβαρότητα του προβλήματος και τονίζει ότι σε αντίθεση με άλλες μορφές διακρίσεων, συμπεριλαμβανομένου του σεξισμού και του ρατσισμού, ο ηλικιακός ρατσισμός είναι κοινωνικά αποδεκτός, έντονα θεσμοθετημένος, σε μεγάλο βαθμό απαρατήρητος και αδιαμφισβήτητος. Μόνο η εκπαίδευση σύμφωνα με τους συγγραφείς του άρθρου μπορεί να προσφέρει στρατηγικές που μπορούν να μειώσουν τις διακρίσεις, τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που σχετίζονται με την ηλικία. Η πρόσβαση στα πυροβόλα όπλα είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου, επειδή οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν πυροβόλα όπλα σε απόπειρες αυτοκτονίας. Οι παρεμβάσεις για τη μείωση της θνησιμότητας από πυροβόλα όπλα μπορεί να σώσουν ζωές.

## **6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα ευρήματα που προκύπτουν από τη παρούσα ανασκόπηση μπορούν να καθοδηγήσουν και να βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας και να συμβάλλουν στη θεραπεία ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη και αυτοκτονική συμπεριφορά.

Οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ψυχοθεραπεία και εκπαίδευση και στοχεύουν στους παράγοντες κινδύνου όπως η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση αποδεικνύονται αποτελεσματικές και θα πρέπει να αποτελούν το πρωταρχικό σκοπό της πρόληψης της αυτοκτονίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Παρεμβάσεις όπως η τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, παρά τη φυσική απόσταση αποδεικνύονται αποτελεσματικές, ωστόσο απαιτούν τη δημιουργία πρωτοκόλλων έγκαιρης ανίχνευσης κινδύνου, καθώς και προγράμματα εκπαίδευσης των συμβούλων της πρώτης γραμμής.

Είναι σημαντικό οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας να εκπαιδευτούν μέσα από προγράμματα προαγωγής υγείας ώστε να μπορούν να χρησιμοποιούν την τεχνολογία που σχετίζεται με τις υπηρεσίες υγείας . Παρόλα αυτά η χρήση της τεχνολογίας απαιτεί περαιτέρω έρευνα για την αξιολόγηση της σκοπιμότητας, της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητάς των εφαρμογών της.

Πολλά υποσχόμενες στρατηγικές πρόληψης της αυτοκτονίας στη τρίτη ηλικία, θεωρούνται η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή που θα περιλαμβάνει τη συμμετοχή της οικογένειας ή των φροντιστών του, δεδομένου ότι αποτελούν σημαντικό μέρος της ζωής των ηλικιωμένων.

Η υψηλής ποιότητας γηριατρική φροντίδα, η συνεχής εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες πρόληψης χρόνιας και οξείας φροντίδας θα πρέπει να έχουν το πρώτο ρόλο στη πρόληψη της αυτοχειρίας των ηλικιωμένων.

Είναι ανάγκη για συνεχή ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης της αυτοκτονικότητας μέσω της αναζήτησης νέων ερευνητικών κατευθύνσεων, που θα συντελέσουν στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, στη λήψη κλινικών αποφάσεων, και στον άρτιο σχεδιασμό πρωτοκόλλων.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alexopoulos GS., Reynolds CF., Bruce ML., Katz IR., Raue PJ., Mulsant BH., Oslin D. & Have TT., and the PROSPECT Group (2009). *Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the prospect study*. Am J Psychiatry. 166(8): 882–890. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121779>
- Almeida OP., Pirkis J., Kerse N., Sim M., Flicker L., Snowdon J., Draper B., Byrne G., Goldney R., Lautenschlager NT., Stocks N., Alfonso H. & Pfaff JJ., (2012). *A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients*. Ann Fam Med 10(4):347-56. <https://doi.org/10.1370/afm.1368>.
- An GH. , Lee KE., JeonHG., , Son SJ., Kim DY. & Hong JP., (2019). *Risk of suicide and accidental deaths among elderly patients with cognitive impairment Alzheimers*. Res Ther 11(1):32. <https://doi.org/10.1186/s13195-019-0488-x>.
- Arias SA., Boudreaux ED., Segal, DL., Miller, I., Camargo Jr. CA. & Betz ME., (2017). *Disparities in Treatment of Older Adults with Suicide Risk in the Emergency Department*. J Am Geriatr Soc. 65(10): 2272–2277. <https://doi.org/10.1111/jgs.15011>
- Arslanoglou E. , Banerjee S., Pantelides J., Evans L.& Kiosses D. (2019). *Negative Emotions and the Course of Depression During Psychotherapy in Suicidal Older Adults With Depression and Cognitive Impairment*. Am J Geriatr Psychiatry 27(12):1287-1295. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.08.018>
- Beutel ME, Klein EM., Brähler E., Reiner I., Jünger C., Michal M., Wiltink J., Wild PS., Münzel T., Lackner KJ & Tibubos AN., (2017). *Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health*. Beutel et al. BMC Psychiatry 17:97 <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Brooks SK. , Webster RK. , Smith LE. , Woodland L., Wessely S., Greenberg N., & Rubin GJ., (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet 395(10227):912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Butcher HK. & Ingram TN (2018). *Evidence-Based Practice Guideline: Secondary Prevention of Late-Life Suicide*. J Gerontol Nurs 44(11):20-32. <https://doi.org/10.3928/00989134-20180907-01>

- Chan C., Wong H. & Siu-Fai Yip P. (2018). *Exploring the use of telephone helpline pertaining to older adult suicide prevention: A Hong Kong experience*. *J Affect Disord*. 236:75-79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.093>
- Christodoulou C., Papadopoulos I., Douzenis A., Kanakaris N., Leukidis C., Gournellis R., Vlachos K., Papadopoulos F. & Lykouras L. (2009). *Seasonality of violent suicides in the Athens greater area*. *Suicide Life Threat Behavior* 39(3): 321-331. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.321>
- Conejero I., Olié E., Courtet P. & Calati R., (2018). *Suicide in older adults: current perspectives*. *Clin Interv Aging* 13:691-699. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>
- Conwell Y. & Thompson C., (2008). *Suicidal Behavior in Elders*. *Psychiatr Clin North Am*. 31(2): 333–356. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.01.004>
- Crocker TF., Brown L., Clegg A., Farley K., Franklin M., Simpkins S. & Young J., (2019). *Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: systematic review and meta-analysis*. *Qual Life Res* 28(8):2041-2056. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02149-1>
- D'Anci K., Uhl S., Giradi G. & Martin C., (2019). *Treatments for the Prevention and Management of Suicide: A Systematic Review*. *Ann Intern Med* 171(5):334-342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- De Lima MM Jr. & Machado MT., (2017). *Suicide in patients with genitourinary malignancies*. *Eur J Cancer care* <https://doi.org/10.1111/ecc.12635>
- Ding OJ. & Kennedy GJ., (2021). *Understanding Vulnerability to Late-Life Suicide*. *Current Psychiatry Reports* 23:58 <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01268-2>
- Dreier M., Ludwig J., Baumgardt J., Härter M., Knesebeck O., Bock T. & Liebherz S. (2022). *Entwicklung einer Onlineintervention zum Thema Suizidalität – Vermittlung von Wissen und Reduzierung von Suizidstigma*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 65:47–57 <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03471-1>
- Duberstein PR., Conwell Y., Conner KR., Eberly S., Evinger JS. & Caine ED., (2004). *Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study*. *Psychol Med* 34(7):1331-7. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002600>



- Dzeng E. & Pantilat S. (2018). *Social Causes of Rational Suicide in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 66(5):853-855. <https://doi.org/10.1111/jgs.15290>
- Erlangsen A., Stenager E. & Conwell E., (2015). *Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 50(9):1427-39. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1051-0>
- Fässberg MM., Cheung G., Canetto SS., Erlangsen A., Lapierre S., Lindner R., Draper B., Gallo GG., Wong C., Wu J., Duberstein P. & Wærn M.,(2016). *A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults*. Aging Ment Health . 20(2):166-94. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>
- Fernandez-Rodrigues V., Sanchez-Carro Y., Lagunas LN., Rico-Urbe, Andres Pemau LA., Diaz-Carracedo P., Diaz-Marsa M., Hervas G. & De la Torre A., (2022). *Risk factors for suicidal behaviour in late-life depression: A systematic review*. World J Psychiatry 12(1): 187-203. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.187>
- Galanis Petros (2009). *Systematic review and meta-analysis Abstract at the end of the article*. archives of hellenic medicine, 26(6):826-841
- Gramaglia C., Calati R. & Zeppegno P. (2019.) *Rational Suicide in Late Life: Systematic Review of the Literature*. Medicina 29;55(10):656 . <https://doi.org/10.3390/medicina55100656>
- Gramaglia C., Martelli M., Scotti L., Bestagini L., Gambaro E., Romero M. & Zeppegno P. (2022). *Attempted Suicide in the Older Adults: A Case Series From the Psychiatry Ward of the University Hospital Maggiore Della Carità, Novara, Italy*. frontiers in public health <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732284>
- HawkinsEM., Coryell W., Leung S., ParikhSV., Weston C., Nestadt P., Nurnberger JI., Kaplin A. , Kumar A., Farooqui A. & El-Mallakh RS., (2021). *Effects of somatic treatments on suicidal ideation and completed suicides*. Brain Behav 11(11):e2381. <https://doi.org/10.1002/brb3.2381>
- Heisel MJ., Talbot NL, King DA., Tu XM.& Duberstein PR., (2015). *Adapting Interpersonal Psychotherapy for Older Adults at Risk for Suicide*. Am J Geriatr Psychiatry. 23(1): 87–98. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.03.010>
- Herrmann N., SzalaiJP., Kopp A. & Redelmeier DA., (2004). *Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly*. Arch Intern Med. 164(11):1179-1184. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.11.1179>

- Holm A., Salemonsens E., & Severinsson E. (2021). *Suicide prevention strategies for older persons-An integrative review of empirical and theoretical papers*. *Nurs Open* (5):2175-2193. <https://doi.org/10.1002/nop2.789>
- Kay DB, Dombrovski AY., Buysse DJ., Reynolds CF., Begley A. & Szanto K., (2016). *Insomnia is Associated with Suicide Attempt in Middle-Aged and Older Adults with Depression*. *Int Psychogeriatr*. 28(4): 613–619. <https://doi.org/10.1017/S104161021500174X>
- Khademi F., Moayedi S., Golitaleb M. & Karbalaie N., (2020). *The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly*. *Int J Ment Health Nurs* 10.1111/inm.12824. <https://doi.org/10.1111/inm.12824>
- Kim JP. & Yang J.,(2017). *Effectiveness of a community-based program for suicide prevention among elders with early-stage dementia: A controlled observational study*. *Geriatr Nurs* 38(2):97-105. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.08.002>
- Kiosses D., Monkovic J., Stern A., Czaja GC., Alexopoulos G., Arslanoglou E., Ebo T., Pantelides J., Yu H., Dunefsky J., Smeragliuolo A. & Putrino D., (2022). *An Emotion Regulation Tablet App for Middle-Aged and Older Adults at High Suicide Risk: Feasibility, Acceptability, and Two Case Studies*. *Am J Geriatr Psychiatry* 30(5):575584. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.08.015>
- Kopp-Bigault C. & Walter M (2019). *Prevention of suicide of the elderly in France. To a multimodal strategy against depression and isolation: CQFDi*. *Encephale* <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.010>
- Krysinska K. & Lester D. (2010). *Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review*. *Arch Suicide Res*. 14(1):1–23. <https://doi.org/10.1080/13811110903478997>
- Kułał-Bejda A., Bejda G., & Waszkiewicz N. (2021). *Mental Disorders, Cognitive Impairment and the Risk of Suicide in Older Adults*. *Front Psychiatry* 12:695286. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695286>
- Lapierre S., Erlangsen A., Waern M., De Leo D., Oyama H., Scocco P., Gallo J, Szanto K., s Conwell Y., Draper B., Quinnett P., & the International Research Group for Suicide among the Elderly (2001). *A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs Crisis*. 32(2): 88–98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>

- Leo D., Padoani W., Scocco P., Lie D., Bille-Brahe U., Arensman E., Hjelmeland H., Crepet P., Haring C., Hawton K., Lonnqvist J., Michel K., Pommereau X., Querejeta I., Phillippe J., Salander-Renberg E., Schmidtke A., Fricke S., Weinacker B., Tamesvary B., Wasserman D. & Faria S., (2001). *Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour*. *Int J Geriatr Psychiatry* 16: 300-310
- McLaren S., Gomez R., Gill P. & Chesler J., (2015). *Marital status and suicidal ideation among Australian older adults: the mediating role of sense of belonging*. *Int Psychogeriatr.* 27(1):145–154. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001501>
- Miller M., Mogun H., Azrael D., Hempstead K. & Solomon DH., (2008). *Cancer and the risk of suicide in older Americans*. *J Clin Oncol* 26(29):4720-4. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.3990>
- Misono S., Weiss NS., Fann JR., Redman M. & Yue B., (2008). *Incidence of Suicide in Persons With Cancer*. *journal of clinical oncology* 26(29):4731-8. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.13.8941>
- Mogensen H., Möller J., Hultin H. & Mittendorfer-Rutz E., (2016). *Death of a Close Relative and the Risk of Suicide in Sweden-A Large Scale Register-Based Case-Crossover Study*. *PLoS One* . 11(10):e0164274. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164274>
- Moher D., Shamseer L., Clarke M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew M., & Stewart, L. A. (2015). *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols*. (PRISMA-P) statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1
- Muka T., Glisic C., Milic J., Verhoog S., Bohlius J., Bramer W., Chowdhury R. & Franco OH., (2020). *GUIDELINES A 24-step guide on how to design, conduct, and successfully publish a systematic review and meta-analysis in medical research*. *European Journal of Epidemiology* 35:49–60 <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00576-5>
- Munn Z., Peters MDJ., Stern C., Tufanaru C., McArthur A. & Aromataris E., (2018). *Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach*. *BMC Medical Research Methodology* 18:143 <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Nicholas A., Rossetto A., Jorm A., Pirkis J., & Reavley N. (2018). *Importance of Messages for a Suicide Prevention*. *Media Campaign Crisis* 39(6):438-450. <https://doi.org/10.1027/02275910/a000517>

- Ono, Y., Sakai A., Otsuka K., Uda H., Oyama H., Ishizuka N., Awata S., Ishida Y., Iwasa H., Kamei H., Motohashi Y., Nakamura J., Yotsumoto T., Nakagawa, Suzuki YA., Tajima M., Tanaka E., Sakai H. & Yonemoto N., (2013). *Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study* *Clinical Trial*. PLoS One 8(10):e74902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074902>
- Panagioti M., Gooding PA. & Tarrier N., (2012). *A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression*. *Compr Psychiatry*. 53(7):915–930. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.009>
- Razai D., Ghadirzadeh MR., Mahdavi SA., Hasani J. & Nazari SH., (2020). *The Suicide Rate in the Elderly Population of Iran between 2008 and 2014*. *J Res Health Sci* 24;20(1):e00471. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2020.06>
- Richard-Devantoy S., Jollant F. & Kefi Z., (2012). *Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk*. *J Affect Disord*. 140(2):193– 199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.006>
- Rihmer Z., Németh A., Kurimay T., Perczel-Forintos D., Purebl G. & Döme P., (2017). *Recognition, care and prevention of suicidal behaviour in adult*. *Psychiatr Hung* 32 (1): 4-40. PMID: 28424378
- Sakashita T. & Oyama H., (2022). *Suicide Prevention Interventions and Their Linkages in Multilayered Approaches for Older Adults: A Review and Comparison*. *Front Public Health* 10:842193. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.842193>
- Serafini G., Calcagno P., Lester D., Girardi P., Amore M. & Pompili M. (2016). *Suicide Risk in Alzheimer's Disease: A Systematic Review*. 13(10):1083-99. <https://doi.org/10.2174/1567205013666160720112608>
- Shah J., Kandil OA., Mortagy M., Abdelhameed A., Shah A., Kuron M. & Abdellatif YO., (2022). *Frailty and Suicidality in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis*. *Gerontology* 68(5):571-577. <https://doi.org/10.1159/000523789>
- Snowdon J., Phillip J., Zhong B., Yamauchi T., ChiucH. & Conwell Y., (2017). *Changes in age patterns of suicide in Australia, the United States, Japan and Hong Kong*. *J Affect Dis* 211:12-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.007>

- Starke KR., Petereit-Haack G., Schubert M., Kämpf D., Schliebner A., Hegewald J. & Seidler A. (2020). *The Age-Related Risk of Severe Outcomes Due to COVID-19 Infection: A Rapid Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression*. *Int J Environ Res Public Health* 17(16):5974. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165974>
- Steinman MA., Perry L. & Perissinotto CM., (2020). *Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic*. *Intern Med* 2020 J180(6):819-820. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1661>
- Van Orden K. & Conwell Y., (2011). *Suicides in late life*. *Curr Psychiatry Rep* 13(3):234-41. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0193-3>
- Van Orden K. & Conwell Y., (2016). *Issues in Research on Aging and Suicide*. *Aging Ment Health*. 20(2): 240–251. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1065791>
- Van Orden K., Areán P. & Conwell Y., (2021). *A Pilot Randomized Trial of Engage Psychotherapy to Increase Social Connection and Reduce Suicide Risk in Later Life*. *Am J Geriatr Psychiatry* 29(8):789-800. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.03.009>
- Van Orden K. & Deming C., (2018). *Late-life suicide prevention strategies: current status and future directions*. *Curr Opin Psychol* 22:79-83. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.033>
- Waern M., Rubenowitz E., Runeson B., Skoog I., Wilhelmson K. & Allebeck P., (2002). *Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study*. *BMJ* 324 <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1355>
- Wallace M., Miller VJ., Fields NL., Xu L. & Mercado-Sierra MA., (2021). *Empirically Evaluated Suicide Prevention Program Approaches for Older Adults: A Review of the Literature from 2009-2021*. *J Gerontol Soc Work* 64(5):480-498. <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1907495>
- Conwell Y., Van Orden K. & Caine ED., (2011). *Suicide in Older Adults*. *Psychiatr Clin* 34(2): 451–468. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Youn HM., Kang SH., Jang SI. & Park EC., (2020). *Association between social participation and mental health consultation in individuals with suicidal ideation*. *BMC Psychiatry* 20:305 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02724-8>
- Zis P., Daskalaki A., Bountouni I., Sykioti P., Varrassi G. & Paladini P., (2017). *Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges*. *Clinical Interventions in Aging* <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S113576> 21 4

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Minois G., (2006). *Ιστορία της Αυτοκτονίας: Η δυτική κοινωνία αντιμέτωπη με τον εκούσιο*

*θάνατο*. Εκδ. Ιστορία-Πολιτισμός Πολύτροπον, σελ. 71

Αριστοτέλους, *Ηθικά Νικομάχεια*, (2006) 5, 1138 α ( εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: Δημήτριος Λυπούλης), εκδόσεις Ζήτηρος, Αθήνα

Ασωμάτου Α., Τσελέμπης Α., Μπράτης Δ., Σταυριανάκος Κ., Ζαφειρόπουλος Γ., Πάχη Α. & Μούσσας Μ., (2016). *Οι αυτό μυθολογία*. Εγκέφαλος 53, 76-88

Γουρνέλης Ρ. & Ευσταθίου Β. (2019). *Αυτοκτονικότητα στην Τρίτη Ηλικία: Επιδημιολογία, Παράγοντες Κινδύνου και Παρεμβάσεις Βραχεία Ανασκόπηση*. Εγκέφαλος 56, 86-90,

Δημητρόπουλος Χ. Π., (1965). «*Αυτοκτονία*», *Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαίδεια*. Α.Π. Λυγγούρης, επιμ. έκδ. Τόμ. 3, Αθήναι, Εκδόσεις Αθαν. Μαρτίνοσ

Ζηλίδης, Γ., & Ζηλίδου, Β. (2028). *Η χρήση νέων τεχνολογιών αντιμετώπισης του κοινωνικού αποκλεισμού και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας , Τόμ. 10 Τεύχος 4, σ10-16. 7π.

Κονταξάκης Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ. & Λύκουρας Λ., (2013). *Αυτοκτονικότητα: εισαγωγή, ορισμοί, επιδημιολογικά δεδομένα «αυτοκαταστροφική συμπεριφορά»*. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

Κρανιδιώτη Γ., (2018 ). «*Ευθανασία. Ιστορική ανασκόπηση σημασιών, ιδεών και πρακτικών*». Αρχεία ελληνικής ιατρικής, τόμος 35, τεύχος 4, σ. 530

Μπελεγρίνος Σ., Ζάχαρης Θ. & Φραδέλος Ε., (2014). *Η αυτοκτονία ως κοινωνικό και ψυχολογικό φαινόμενο*. Επιστημονικά Χρονικά 19(4): 370-379

Νηματούδη ΙΑ., (2006). *Παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία και απόπειρα αυτοκτονίας*. Αρχαιολογία και τέχνες, τεύχος 101, σ. 8

Οικονόμου Μ., Παπασλάνης Θ., Χαρίτση Μ., Διέτη Ε. & Σουλιώτης Κ., (2018). *Αυτοκτονικότητα και οικονομική ύφεση: διεθνή και Ελληνικά δεδομένα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής ( συμπλ. 1): 27-35

Πατελάρου Ε. & Μπροκαλάκη Η., (2010). *Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-ανάλυσης*. Νοσηλευτική, 49(2): 122–130

Πλάτωνος *Νόμοι* 873C, (1992), (εισαγωγή, μετάφραση, σχόλια: φιλολογική ομάδα κάκτου), εκδόσεις Οδυσσέας Χατζόπουλος, Αθήνα

Στεφανής, Σολδάτος & Μαύρας, (1997). *ICD – 10* απόδοση στα ελληνικά Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Ζιάκα Α., *Ευθανασία, Θρησκεία και Πολιτισμοί*. Ανακτήθηκε από:  
<http://users.auth.gr/ziaka/pdf/euthanasia.pdf>

Κοντογιάννης Σ., *Η αυτοκτονία και η θέση της Ορθόδοξης Εκκλησίας*. Ανακτήθηκε από:  
[http://www.apostolikiadiakonia.gr/gr\\_main/catehism/theologia\\_zoi/themata.asp?contents=eclesia\\_kosmos/contents\\_texts.asp&main=EK\\_texts&file=3.htm](http://www.apostolikiadiakonia.gr/gr_main/catehism/theologia_zoi/themata.asp?contents=eclesia_kosmos/contents_texts.asp&main=EK_texts&file=3.htm)

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2016) *Κατάθλιψη*. Ανακτήθηκε από:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Παπανικολάου Ι., (2019) *Το «παράδειγμα» του Ιούδα: Μια Πρόταση για τη Διδασκαλία της Χριστιανικής Ηθικής στο Λύκειο*. (Μεταπτυχιακή εργασία). Ανακτήθηκε από:  
<https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo>

WHO (2018). *Suicide rates (per 100.000 population)*.

Retrieved from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4664>

WHO (World Health Organization) (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*, update 2017. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>

WHO (World Health Organization). (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Geneva: WHO. Retrieved from:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208895>

Αυτοκτονία – Wikipedia. Ανακτήθηκε από: <https://el.wikipedia.org/wiki/Αυτοκτονία>