



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

---

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία και Νοσηλευτικές  
Διεργασίες  
ΤΩΝ

Θεόφιλου Σταμούλη (Α.Μ:15228)

Δημήτριου Τζοβάρα (Α.Μ:15290)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, Φεβρουάριος του 2017

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b> .....	1
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	3
<b>ABSTRACT</b> .....	4
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	5
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	7
<b><i>ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</i></b> .....	8
1.1 Ιστορική αναδρομή της κατάθλιψης.....	9
1.2 Ορισμός κατάθλιψης.....	11
1.2.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας.....	11
1.3 Επιδημιολογία-επιπολασμός της κατάθλιψης.....	12
1.3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία-επιπολασμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία....	13
1.4 Μορφές καταθλιπτικών διαταραχών και η κλινική τους εικόνα.....	14
1.5 Αίτια-προδιαθεσικοί και προστατευτικοί παράγοντες της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.....	20
1.6 Διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.....	23
1.7 Θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.....	26
1.8 Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία και αυτοκτονικός ιδεασμός.....	30
1.9 Κατάθλιψη και άνοια στην τρίτη ηλικία.....	31
<b><i>ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</i></b> .....	33
2.1 Νοσηλευτική φροντίδα τρίτης ηλικίας.....	34
2.2 Νοσηλευτικές διεργασίες σε ηλικιωμένα άτομα με καταθλιπτικές διαταραχές..	36

<b>ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>: ΠΟΙΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ</b> .....	47
<b>3.1</b> Ερευνητικά ερωτήματα και σκοπός παρούσας μελέτης.....	49
<b>3.2</b> Μεθοδολογία προσέγγισης ερευνητικού ερωτήματος.....	49
<b>3.3</b> Παρουσίαση του ιστορικού των συμπτωμάτων.....	49
<b>3.4</b> Παρουσίαση του κοινωνικού ιστορικού.....	50
<b>3.5</b> Αναπαράσταση για των αιτιών της νόσου.....	50
<b>3.6</b> Στόχοι φροντίδας.....	51
<b>3.7</b> Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	52
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	53

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η κατάθλιψη αποτελεί μια σοβαρή ψυχική διαταραχή η οποία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του ατόμου και ειδικότερα αυτού της τρίτης ηλικίας, οδηγώντας το στην περιθωριοποίηση και τον στιγματισμό.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση των καταθλιπτικών διαταραχών στα ηλικιωμένα άτομα, η ανασκόπηση των τύπων και η κλινική συμπτωματολογία αυτών, καθώς και η διερεύνηση νέων τρόπων αντιμετώπισης και θεραπείας μέσω νοσηλευτικών διεργασιών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το υλικό συλλέχθηκε κυρίως από το internet στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar και Pubmed. Οι περιορισμοί που τέθηκαν για την επιλογή των κατάλληλων άρθρων αφορούσαν την γλώσσα δημοσίευσης ( Ελληνικά και Αγγλικά), καθώς και η πρόσφατη χρονική τους δημοσίευσή.

**Αποτελέσματα:** Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως οι καταθλιπτικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία αποτελούνται από μια «ποικιλία» μορφών κλινικών εικόνων, τρόπων διαγνώσεων και θεραπειών. Δυστυχώς στις μέρες μας δεν διαγιγνώσκονται έγκυρα και αυτό έχει σαν συνέπεια το άτομο να κλονίζεται από τα συμπτώματα και να τον οδηγήσει μέχρι και την αυτοκτονία.

**Συμπεράσματα:** Η κατάθλιψη αποτελεί στις μέρες μας μία από τις συχνότερες και σοβαρότερες ψυχικές νόσους, ιδιαίτερα όσον αφορά τα ηλικιωμένα άτομα. Είναι αρκετά σημαντικό για την υγεία των ασθενών να διαγιγνώσκεται και να αντιμετωπίζεται έγκαιρα και έγκυρα. Κύρια χαρακτηριστικά της είναι το αίσθημα θλίψης, η απώλεια του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης, η εύκολη κόπωση, οι διαταραχές της όρεξης, του ύπνου, και οι αρνητικές σκέψεις που μπορεί να φθάσουν μέχρι και σε ιδέες αυτοκτονίας. Ένας συνδυασμός φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής θεραπείας φαίνεται να είναι από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με προσαρμογή στα εκάστοτε νέα δεδομένα φαίνεται να παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην θεραπεία.

**Λέξεις- κλειδιά:** Κατάθλιψη, Τρίτη ηλικία, Ψυχοθεραπεία, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κατάθλιψη.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Depression is a very serious mental disorder which affects to a great degree a person's quality of life and specifically that of elderly people leading them to marginalization and stigmatization.

**Purpose:** The purpose of this project is the presentation of depressive disorders in elderly people, the systematic review of their types and the clinical symptoms of them, as well as the research of new ways of treatment and finally through nursing procedures.

**Material and Method:** The material was collected mainly via websites and more specifically the Google Scholar and Pubmed databases. The limitations that were confronted for the selection of the appropriate articles were mainly about the language of publication (Greek and English) as well as their recent date of publication.

**Results:** The results of the review of the bibliography show that the depression disorders in elderly people consist of a "variety" of clinical types, treatments and therapies. Unfortunately, even in our era, they are not diagnosed on time and as a result, the patient suffers from the symptoms that can lead someone to commit suicide.

**Conclusions:** Nowadays, depression is one of the most frequent and severe mental illnesses, especially in connection to the elderly. It is of utmost importance for the health of the patients to be diagnosed and treated on time and accurately. The main characteristics of depression are a feeling of sadness, loss of interest and pleasure, easy fatigue, appetite and sleeping disorders and finally negative thoughts that can end up in suicidal thoughts. One of the most effective methods of treatment is a combination of medication and psychotherapy. However, nursing intervention with adjustments to the new data seems to play an equally crucial role in therapy

**Key words:** Depression, Older people, Psychotherapy, Nursing interventions for depression.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε με σκοπό να ολοκληρωθεί επιτυχώς ο κύκλος της τετραετούς φοίτησης μας στο τμήμα νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Ηπείρου.

Επιλέξαμε το θέμα που ασχολείται με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ανθρώπων, διότι όλοι μας λίγο έως πολύ, έχουμε μέσα στην οικογένεια μας ένα ηλικιωμένο άτομο, το οποίο πολλές φορές μπορεί να φαίνεται μελαγχολικό, όμως κανείς μας δεν μπορεί να καταλάβει τι πραγματικά του συμβαίνει. Επιπλέον, ένας άλλος λόγος για τον οποίο ασχοληθήκαμε με το θέμα αυτό, είναι με αφορμή κάποια περιστατικά τα οποία συναντήσαμε κατά την διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης, και θα θέλαμε να εμβαθύνουμε σε αυτά τα περιστατικά, αναζητώντας τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, και με ποιον τρόπο θα παρέμβουμε εμείς σαν νοσηλευτές προωθώντας την υγεία.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλουμε να εκφράσουμε στην επιβλέπουσα και αναπληρώτρια καθηγήτρια μας, κ. Μαίρη Γκούβα, για την ανιδιοτελή προσφορά της, για τον σημαντικό χρόνο που αφιέρωσε και τις πολύτιμες πληροφορίες που μας μετέδωσε κατά την διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής εργασίας μας γιατί χωρίς την ανεκτίμητη βοήθεια της δεν θα ήταν εφικτή η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής.

Επίσης, ευχαριστούμε θερμά το διδακτικό προσωπικό του τμήματος νοσηλευτικής του ΤΕΙ Ηπείρου που αυτά τα τέσσερα χρόνια μας καθοδήγησε και μας προετοίμασε για την επόμενη μέρα στη ζωή μας ως καταρτισμένους, υπεύθυνους και πλήρως συνειδητοποιημένους νοσηλευτές.

Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τις ευχαριστίες μας στο προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας και του Γενικού νοσοκομείου Αθηνών “Ευαγγελισμός” για την ευκαιρία να συνεργαστούμε μαζί τους, να αποκομίσουμε καινούργιες γνώσεις στο αντικείμενο που σπουδάσαμε, να εφαρμόσουμε στην πράξη όσα διδαχθήκαμε και κυρίως να πραγματώσουμε εν μέρει την συγκεκριμένη εργασία.

*Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από καταθλιπτικά επεισόδια, ήπιας, ή βαριάς μορφής!*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καταθλιπτική διαταραχή είναι μια από τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κατέχει σήμερα την τέταρτη θέση στις συχνότερες αιτίες αναπηρίας, ενώ το 2020 θα κατέχει την πρώτη θέση. Εμφανίζεται κυρίως σε άγαμους, διαζευγμένους, γυναίκες και ηλικιωμένα άτομα (Ζήντρου και συν., 2014).

Ο όρος κατάθλιψη έχει περιγραφεί από τους αρχαίους χρόνους και φαίνεται να υπάρχει σε κάθε κοινωνία στην οποία αναζητήθηκε. Χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων, η ίδια αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και χαρακτηρίζεται από διακύμανση στην διάθεση ή ένα συναίσθημα (Σικλαφίδου και συν., 2011)

Μέσα από την παρούσα πτυχιακή εργασία μας δίνεται η ευκαιρία, τόσο σε εμάς σαν συγγραφείς της όσο και στους αναγνώστες της να κατανοήσουμε, να εμβιάθουνομε και μετέπειτα να μεταλαμπαδεύουνομε όσο το δυνατόν περισσότερες γνώσεις για μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές στις ηλικίες άνω των 65 ετών.

Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή, οι ορισμοί, η επιδημιολογία-επιπολασμός, οι τύποι, η κλινική εικόνα, τα αίτια, η διάγνωση, η θεραπεία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία καθώς και η σχέση της με την άνοια. Στο δεύτερο μέρος δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων ενώ στο τρίτο μέρος ακολουθεί μια ποιοτική έρευνα-μελέτη περίπτωσης σε ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη.

Ελπίζουνομε μέσα από την παρούσα εργασία να γίνει αντιληπτή η σοβαρότητα της ψυχικής αυτής ασθένειας που δεν κάνει διακρίσεις στο φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα, την οικονομική και κοινωνική θέση. Κυρίως όμως να γίνει αντιληπτό το πώς (δυστυχώς) στις μέρες μας η ίδια δεν διαγιγνώσκειται έγκαιρα και έγκυρα ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα αλλά και η σημασία της πρόληψης και της θεραπείας της.

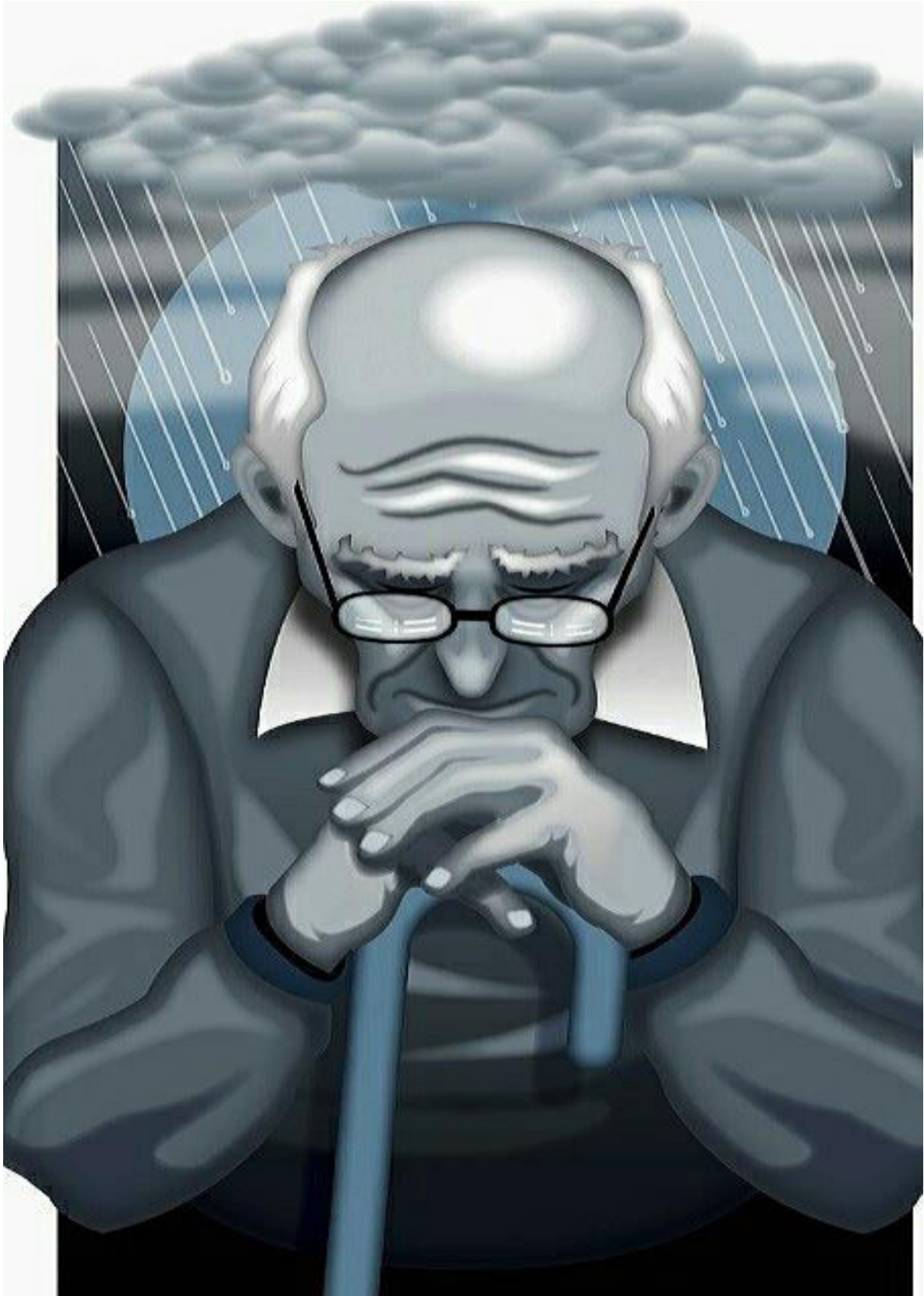
**Here I am an old man in a dry month**

T.S. Eliot



## ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

### ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



## 1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη αποτελούσε ένα διαχρονικό πρόβλημα υγείας από αρχαιοτάτων χρόνων. Ιστορικά έγγραφα γραμμένα από φιλοσόφους, συγγραφείς, θεραπευτές επισημαίνουν την μακροχρόνια ύπαρξη της και τους συνεχείς αγώνες ευρηματικών ανθρώπων να βρουν τρόπο να την θεραπεύσουν.

Η κατάθλιψη αρχικά ονομαζόταν μελαγχολία και τις πρώτες αναφορές αυτές της έννοιας τις βρίσκουμε στην αρχαία Μεσοποταμία από κείμενα της δεύτερης χιλιετίας π.Χ. Τόσο οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι όσο και οι Κινέζικοι, Βαβυλώνιοι και Αιγύπτιοι πολιτισμοί απέδωσαν τις ψυχικές ασθένειες ως μια μορφή δαιμονικής κατοχής, χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές ξορκισμού.

Ο Ιπποκράτης (4<sup>ος</sup>-5<sup>ος</sup> αιώνας π.Χ.) ισχυρίστηκε πως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και ψυχικές ασθένειες σχετίζονταν με την ισορροπία ή μη ισορροπία τεσσάρων υγρών-χυμών του σώματος, της κίτρινης χολής, της μαύρης χολής, του φλέγματος και του αίματος. Ο ίδιος πίστευε πως η μαύρη (μέλαινα) χολή λόγω υπερβολικής της δόσης στο σπλήνα προκαλούσε την μελαγχολία (Dombeck et al., 2007).

Στην εποχή του Μεσαίωνα η κατάθλιψη θεωρήθηκε σαν τιμωρία από τους θεούς στον άνθρωπο λόγω των αμαρτημάτων του και οι ίδιοι στιγματιζόταν με την ταμπέλα της απιστίας στους θεούς.

Στην περίοδο της Αναγέννησης που ξεκίνησε από την Ιταλία τον 14<sup>ο</sup> αιώνα και διαδόθηκε σε ολόκληρη την Ευρώπη τον 16<sup>ο</sup> και 17<sup>ο</sup> αιώνα αρκετοί γιατροί ενστερνίστηκαν τις απόψεις του Ιπποκράτη και θεώρησαν πως οι ψυχικές ασθένειες οφειλόταν σε φυσικά αίτια, οι οποίες μάλιστα έβρισκαν έδαφος κυρίως σε καλλιτεχνικής φύσης άτομα.

Το 1621 μ.Χ. ο Robert Burton δημοσίευσε την ανατομία της μελαγχολίας περιγράφοντας τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια της και πρότεινε την δίαιτα, τα ταξίδια, τα βότανα κ.α. ως θεραπεία για της (Ban, 2014).

Κατά την διάρκεια του Διαφωτισμού η κατάθλιψη θεωρήθηκε πως ήταν μια κληρονομική, αμετάβλητη αδυναμία της ιδιοσυγκρασίας η οποία οδηγεί στην κοινή σκέψη και οι άνθρωπο θα πρέπει να την αποφεύγουν.

Ο όρος κατάθλιψη (depression) εμφανίστηκε για πρώτη φορά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα στην αγγλική γλώσσα ως περιγραφή της κακής διάθεσης και πέρασε σε κοινή χρήση στον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Ο Kraepelin στην πρώτη έκδοση του βιβλίου του το 1883 επηρεασμένος από τον Heinroths (1818) που αντιλήφθηκε την μελαγχολία ως “μερική παραφροσύνη” και “κατάθλιψη του συναισθήματος” αναγνώρισε τέσσερις διαφορετικές μορφές μελαγχολίας εκ των οποίων οι δύο (η απλή μελαγχολία και

παραληρητική μελαγχολία) ταξινομήθηκαν ως κατάθλιψη.

Το 1908 στις Η.Π.Α η θεωρία του Kraepelin για την μελαγχολία απορρίφτηκε από τον Adolf Meyer ο οποίος πρότεινε ένα φάσμα συναισθηματικών αντιδράσεων και αντικατέστησε τον όρο μελαγχολία με τον όρο κατάθλιψη.

Το 1952 η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία με στόχο την υιοθέτηση μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών ενέταξε την κατάθλιψη στις ψυχικές διαταραχές της διάθεσης και την κατηγοριοποίησε. Στην συνέχεια ακολούθησαν και άλλες επανεκδόσεις του εγχειριδίου αυτού σαφώς πιο βελτιωμένες καθώς και επανεκδόσεις του διαγνωστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Ban, 2014).

## 1.2 Ορισμός κατάθλιψης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη ψυχική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου ή όρεξης, αίσθημα κόπωσης και κακή συγκέντρωση. Η ίδια μπορεί να αποτελέσει μακράς διάρκειας ή επαναλαμβανόμενη αλλοιώνοντας ουσιαστικά την ικανότητα ενός ατόμου να αποδώσει στην εργασία, ή στο σχολείο και γενικότερα να στην καθημερινή ζωή. (WHO, 2016)

### 1.2.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας

Τα άτομα άνω των 65 ετών μπορούν να διαχωριστούν σε τρεις ομάδες/στάδια:

- Οι νέοι-ηλικιωμένοι (65-75 ή 80 ετών)
- Οι μεγάλοι-ηλικιωμένοι (75 ή 80 με περίπου 90 ετών)
- Οι υπερήλικες (85-90 ετών και άνω) (Rana & Upton, 2009)

Ως γήρανση προσδιορίζεται η σταδιακή έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας κάθε οργανισμού (Οικονομίδης, 2005). Παρόλα αυτά δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη συμφωνία, ούτε ακριβείς δείκτες για τον προσδιορισμό της διαδικασίας γήρανσης ενός ατόμου για αυτό και **το να διατυπωθούν διάφορα κριτήρια που να προσδιορίζουν την τρίτη ηλικία είναι αρκετά δύσκολο**. Η γήρανση μέσα σε φυσιολογικά πλαίσια χαρακτηρίζεται από βαθμιαίες και αμετάβλητες με την πάροδο του χρόνου αλλαγές στην δομή και την λειτουργικότητα του κάθε ανθρώπινου οργανισμού. Δεν μπορεί επομένως να οριοθετηθεί κάποιο συγκεκριμένο χρονικά σημείο πέραν αυτού που το οποίο το άτομο θα μπορούσε να <<εισέλθει επίσημα>> στην τρίτη ηλικία. Οι όποιες αλλαγές προκύπτουν (σταδιακή γήρανση) διαφέρουν πληθυσμιακά και δεν είναι αποτέλεσμα πάντα κάποιας νόσου.

Συμπερασματικά μπορούμε να κατανοήσουμε λοιπόν, πως τόσο η χρονολογική ηλικία (προσδιορίζει την χρονική διάρκεια που έχει ζήσει ο άνθρωπος) που βρίσκεται στους ορισμούς της τρίτης ηλικίας, όσο και γενικότερα οποιοδήποτε ορισμοί της τρίτης ηλικίας είναι γενικά αυθαίρετοι και ρευστοί καθώς σπάνια βασίζονται σε βιολογικά κριτήρια. Στηρίζονται αντιθέτως σε πολιτισμικά πρότυπα, κουλτούρες, αξίες και γενικότερα διαφέρουν ανάλογα τον πολιτισμό, και την ιστορία κάθε κοινωνίας και κυρίως ανταποκρίνονται σε αυτό που πιστεύει το εκάστοτε κοινωνικό σύνολο για την γήρανση (Victor, 2006).

### 1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ-ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές! Σύμφωνα με το δείκτη DALYs, η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την τέταρτη θέση.

Υπολογίζεται ότι το 6%-8% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 450-500 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο. Στην Ευρώπη ένα στα δεκαπέντε άτομα υποφέρει από κάποιου είδους καταθλιπτική διαταραχή. Οι **γυναίκες** υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου είναι 10%-20% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες. (WHO, 2015).

Στην Ελλάδα στοιχεία που προέκυψαν από την Εθνική μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (Ε.ΜΕ.ΝΟ.) σε πρόσφατη έρευνα συμμετοχής 5.000 ατόμων, ηλικίας 18 ετών και άνω που επιλέχθηκαν τυχαία βάση της απογραφής του 2011 το ποσοστό κατάθλιψης κυμαίνεται περίπου στο 16% (Φυντανίδου, 2015).

Το 2015 επίσης υπολογίζεται πως υπάρχουν πάνω από 500.000 ασθενείς με κατάθλιψη στην Ελλάδα όπως σημείωσε ο καθηγητής ψυχιατρικής Πανεπιστημίου. Ιωαννίνων Πέτρος Σκαπινάκης στο πλαίσιο του 2<sup>ου</sup> συνεδρίου ψυχικής υγείας στην Αθήνα.

Σύμφωνα με στοιχεία του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ) οι διάφορες καταθλιπτικές διαταραχές έχουν την τάση να εμφανίζονται στην ζωή του άνδρα στην ηλικία μεταξύ 40-60 ετών ενώ στις γυναίκες εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία και στην δεκαετία μεταξύ 20-30 ετών.

### 1.3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ-ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο παγκόσμιος πληθυσμός τείνει να αυξάνεται με ρυθμό 1,7% ενώ παράλληλα ο ηλικιωμένος πληθυσμός (65> ετών) αυξάνεται με ετήσιο ρυθμό 2,7% (Ραφτόπουλος 2006).

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 18<sup>η</sup> θέση το 2007 στην σχετική λίστα των κρατών μελών του ΟΟΣΑ με προσδόκιμο ζωής 80,7έτη για τις γυναίκες και 75,4% για τους άνδρες (Ραφτόπουλος 2006).

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία η Ελλάδα είναι ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρώπης με τον υψηλότερο ποσοστό γήρανσης του πληθυσμού. Εκτιμάται πως το 27% του πληθυσμού της σήμερα είναι άνω των 65 ετών, ενώ το 2050 θα φτάσει το 40,08%\* (Μπουλούτζα, 2015).

Σε έρευνα που διενεργήθηκε το 2005 στην Ελλάδα παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στα ποσοστά ηλικιωμένων που έπασχαν από κατάθλιψη μεταξύ ανδρών (41,8%) και γυναικών (58,2%) (Hughes, 2006)

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αποτελεί μια ιδιαίτερα σοβαρή ασθένεια, η οποία έχει αρνητικές συνέπειες στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των ηλικιωμένων ατόμων. Στην Ελλάδα το 15%-30% των ηλικιωμένων ασθενών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μόνο το 30% αυτού του ποσοστού διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη και ένα ακόμα μικρότερο ποσοστό λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία (Κούκια, 2002)

Σε διαχρονική μελέτη που διεξήχθη από τον Κ. Αργυρόπουλο και συν. με σκοπό την εκτίμηση της συχνότητας και κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης σε 239 άτομα αποδέκτες υπηρεσιών κέντρων ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων(Κ.Α.Π.Η.) του δήμου Πάτρας και την χρήση της γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης (GDS-15) εκτιμήθηκε ότι: το 45,2% (108 άτομα) εμφάνισαν σημάδια κατάθλιψης εκ των οποίων το 36% (86 άτομα) εκτιμήθηκαν να πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη ενώ το 9,2% (22 άτομα) από σοβαρή (κλινικού τύπου) κατάθλιψη. Επίσης από τους ελέγχους συσχέτισης προέκυψε ότι η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν συχνότερη στις γυναίκες (54,6%) έναντι στους άντρες (37,4%) (Αργυρόπουλος και συν., 2012).

#### 1.4 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥΣ ΕΙΚΟΝΑ

Οι διάφοροι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών και τα συμπτώματα που τις προσδιορίζουν είναι πλέον σήμερα ευρέως αναγνωσμένοι από την επιστημονική κοινότητα. Πολλά από τα συμπτώματα που προσδιορίζουν την κατάθλιψη σε ένα άτομο οποιαδήποτε ηλικίας περιγράφονται τόσο στο ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (πλαίσιο 1.2) όσο στο εναλλακτικό σύστημα ταξινόμησης της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας DSM-IV-TR™ (Hughes, 2006).

❖ **Μείζων καταθλιπτική διαταραχή:** Γενικότερα στην μείζων κατάθλιψη κυριαρχεί σχεδόν σε καθημερινή βάση και με διακύμανση μια καταθλιπτική διάθεση, με αισθήματα απώλειας ενδιαφέροντος, μειωμένης ενέργειας, ύπαρξη αρνητικών σκέψεων, απουσία ύπνου κ.ά. (Hughes, 2006).

Ορίζεται από την παρουσία πέντε η περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα [τονίζεται πως για την διάγνωση της είναι απαραίτητη η παρουσία είτε της καταθλιπτικής διάθεσης (1) είτε της απώλειας ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης (2)] κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου (δύο εβδομάδων), και έχουν επιφέρει μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα:

1. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της μέρας σχεδόν καθημερινά
2. Έντονη μείωση ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο κομμάτι της ημέρας, σχεδόν καθημερινά
3. Σημαντική απώλεια ή αύξηση βάρους (μεταβολή πάνω από 5% του σωματικούς βάρους μέσα σε ένα μήνα) με ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σε καθημερινή βάση.
4. Αϋπνία ή υπερυπνία σε καθημερινή βάση.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν σε καθημερινή βάση κυρίως παρατηρούμενη από άλλους.
6. Αίσθημα κόπωσης ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν σε καθημερινή βάση.
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής σχεδόν σε καθημερινή βάση τα οποία υπάρχει περίπτωση να είναι παραληρητικά.
8. Ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή παρουσία αναποφασιστικότητας σχεδόν σε καθημερινή βάση.
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος να επέλθει) ή επανερχόμενοι ιδεασμοί αυτοκτονίας χωρίς να υπάρχει πάντα απαραίτητα κάποιο σχέδιο.

Το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο και πιθανόν το μέτριο θεωρούνται ισοδύναμα με το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (American Psychiatric Association, 2000).

Διάφορες άλλες ηπιότερες καταθλίψεις, οι οποίες παρουσιάζονται πιο συχνά από την μείζων κατάθλιψη, δεν εκπληρώνουν απολύτως τα κριτήρια της, και το άτομο που διακατέχεται από αυτές έχει κάποια από τα συμπτώματα και απώλεια της λειτουργικότητας του είναι:

➤ Με βάση την χρονική παράμετρο

❖ **Μοναδικό επεισόδιο:** ύπαρξη μόνο ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου που δεν εξηγείται καλύτερα με κάποια σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και δεν έχει υπάρξει ποτέ κάποιο μανιακό, μικτό ή υπομανιακό επεισόδιο.

❖ **Υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή:** παρουσία δύο ή περισσότερων μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων που δεν εξηγούνται καλύτερα με κάποια σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και δεν έχει υπάρξει ποτέ κάποιο μανιακό, μικτό ή υπομανιακό επεισόδιο.

❖ **Επιλόχεια καταθλιπτική διαταραχή:** επέρχεται σε μικρό διάστημα μετά τον τοκετό, (έναρξη του επεισοδίου μέσα στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες της λοχείας) με ήπια ή σοβαρή εικόνα. Μπορεί να εφαρμοσθεί στο τρέχον ή τελευταίο μείζον καταθλιπτικό, μανιακό ή μεικτό επεισόδιο, σε μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, διπολική διαταραχή I & II ή σε βραχεία ψυχωτική διαταραχή.

❖ **Ταχυφασική καταθλιπτική διαταραχή:** τουλάχιστον τέσσερα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης τους προηγούμενους δώδεκα μήνες που πληρούν τα κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού, μανιακού, μικτού ή υπομανιακού επεισοδίου.

❖ **Εποχιακή καταθλιπτική διαταραχή :** αποτελεί μια υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη με τα επεισόδια να σχετίζονται με αλλαγές των εποχών( κανονική εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου το φθινόπωρο ή το χειμώνα). Απαραίτητο να έχει υπάρξει μια κανονική σχέση μεταξύ της έναρξης των μείζονων καταθλιπτικών επεισοδίων σε διπολική διαταραχή I & II, μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή υποτροπιάζουσα, οι πλήρεις υφέσεις ( ή η εναλλαγές από κατάθλιψη σε μανία και υπομανία) να εμφανίζονται μια χαρακτηριστική εποχή του έτους και τα δύο τελευταία χρόνια να έχουν εμφανιστεί δύο μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που να πληρούν τις προηγούμενες προϋποθέσεις σε μια χρονική εποχιακή σχέση .

❖ **Διπλή καταθλιπτική διαταραχή:** κατάθλιψη που εμφανίζεται σε ασθενή που ήδη έπασχε από δυσθυμία.

❖ **Χρόνια καταθλιπτική διαταραχή:** προϋποθέτει να πληρούνται τα κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου συνεχώς τα δύο τελευταία χρόνια. (American Psychiatric Association, 2000).



➤ Με βάση την ένταση και την ποιότητα των συμπτωμάτων

❖ **Ψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή:** μια μείζων κατάθλιψη, σοβαρής κλινικής εικόνας με συνύπαρξη ψυχωτικών συμπτωμάτων όπως παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις ( π.χ. ακουστικές ψευδαισθήσεις),

❖ **Κατατονική καταθλιπτική διαταραχή:** επίσης βαριά κλινικής εικόνας με τον ασθενή να μην αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα. Η κλινική της εικόνα κυριαρχείται με τουλάχιστον δύο από τα συμπτώματα όπως κινητική ακαμψία (με εμφάνιση καταληψίας ή εμβροντησίας), υπερβολική κινητική δραστηριότητα ( άστοχη κυρίως χωρίς να επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα), υπερβολική αρνητική στάση (αντίσταση με εμφανή έλλειψη κινήτρων), ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων και ηχολαλία ή ηχοκινησία

❖ **Μελαγχολική καταθλιπτική διαταραχή:** αποτελεί την πιο βαριά μορφή κατάθλιψης με έντονα ποιοτικά και ποσοτικά συμπτώματα. Προϋποθέτει κατά την διάρκεια της βαρύτερης περιόδου την ύπαρξη ενός από τα συμπτώματα όπως απώλεια ευχαρίστησης σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες ή απώλεια αντίδρασης σε ευχάριστα νέα. Επίσης προϋποθέτει τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα όπως η κατάθλιψη να είναι χειρότερη κατά κανόνα τις πρωινές ώρες, διακριτή ποιότητα καταθλιπτικής διάθεσης, ανορεξία ή απώλεια βάρους, υπερβολική ή ανατιολόγητη ενοχή, έντονη ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση.

❖ **Άτυπη καταθλιπτική διαταραχή:** με άτυπα στοιχεία όπως απαντητικότητα της διάθεσης (η διάθεση να βελτιώνεται ως απάντηση σε υπαρκτά ή πιθανά θετικά γεγονότα) και την ύπαρξη τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα όπως αύξηση βάρους ή όρεξης, υπερυπνία, μολυβδώδης παράλυσης, πρότυπο υπερευαισθησίας στη διαπροσωπική απόρριψη που υπάρχει από μακρού και το οποίο προκαλεί σημαντική κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση. (American Psychiatric Association, 2000).

➤ Άλλες καταθλιπτικές διαταραχές

❖ **Δυσθυμία:** ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες για τουλάχιστον δύο χρόνια. Προϋποθέτει την παρουσία δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα όπως μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, χαμηλή ενεργητικότητα ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων, αίσθημα απελπισίας. Επίσης το άτομο κατά την περίοδο των δύο χρόνων δεν έχει μείνει ελεύθερο συμπτωμάτων για περισσότερους από δύο συνεχόμενους μήνες.

❖ **Ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή:** καταθλιπτικά επεισόδια ήπιων συμπτωμάτων (λιγότερα δηλαδή από τα πέντε σημεία που απαιτούνται για την μείζων κατάθλιψη) διάρκειας τουλάχιστον δύο εβδομάδων.

❖ **Προεμνηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή:** καταθλιπτικά επεισόδια μικρής έντασης με συμπτώματα όπως καταθλιπτική διάθεση, άγχος, συναισθηματική αστάθεια, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες, αρκετά βαριά ώστε να εμποδίζουν σε σημαντικό βαθμό την εργασία, το σχολείο κ.α. δραστηριότητες. Εμφανίζονται στους περισσότερους εμμηνορρυσιακούς κύκλους, κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους και πιο συγκεκριμένα τακτικά κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας του κύκλου.

❖ **Υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή:** καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από δύο ημέρες έως δύο εβδομάδες το μέγιστο και εμφανίζονται μια φορά κάθε μήνα επί δώδεκα μήνες.

❖ **Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση:** η καταθλιπτική διάθεση εμφανίζεται μετά από μια περίοδο προσαρμογής μετά από κάποια σημαντική αλλαγή στην ζωή (π.χ. μετακίνηση ηλικιωμένου σε οίκο ευγηρίας).

❖ **Μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διάθεση:** απαιτείται η έντονη ύπαρξη άγχους και καταθλιπτικής διάθεσης.

❖ **Δευτεροπαθής κατάθλιψη:** προκαλείται από διάφορες σωματικές νόσους, χρήση διάφορων φαρμακευτικών ουσιών, χρήση αλκοόλ καθώς και απαγορευμένων ουσιών. Αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα να προκαλούν νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο (American Psychiatric Association, 2000).

Παράδειγμα δευτεροπαθούς κατάθλιψης είναι η **οργανική καταθλιπτική διαταραχή** που μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη συστηματικής νόσου ή σε φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σε σωματικά προβλήματα αλλά και η **αγγειακή κατάθλιψη**. Η αγγειακή καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μια νέα κατηγορία που έχει προταθεί σύμφωνα με την οποία η βλάβη στις τελικές αρτηρίες που αρδεύουν τις υποφλοιώδεις δομές υπάρχει περίπτωση να διαταράξει την διάταξη των νευροδιαβιβαστών που παίζουν ρόλο στην ρύθμιση της διάθεσης, προκαλώντας έτσι για ένα άτομο την προδιάθεση ή ύπαρξη κατάθλιψης. Χαρακτηριστικά αυτής είναι η κατάθλιψη όψιμης έναρξης (όχι πάντα όμως), μειωμένη διορατικότητα, μειωμένος καταθλιπτικός ιδεασμός, αυξημένη απάθεια και ψυχοκινητική επιβράδυνση κ.α. (Hughes, 2006).

Διάφορα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούμε να διακρίνουμε και σε μέρος άλλων ψυχικών διαταραχών όπως για παράδειγμα σε διπολική διαταραχή I & II(με την ύπαρξη μανιακών-υπομανιακών επεισοδίων με εναλλαγή τους σε μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια), σχιζοφρένεια (μεταψυχωσική καταθλιπτική διαταραχή ή μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο που βρίσκει έδαφος στην ενεργό φάση της σχιζοφρένειας), και κυκλοθυμική διαταραχή (για τουλάχιστον δύο χρόνια παρουσία πολυάριθμων περιόδων με υπομανιακά επεισόδια και εναλλαγή σε καταθλιπτικά συμπτώματα που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

Στο πλαίσιο της επόμενης παρουσιάζονται οι καταθλιπτικές διαταραχές με όψιμη έναρξη, που εμφανίζονται δηλαδή πιο συχνά στην μεγάλη ηλικία (Hughes, 2006).

#### Κατηγορίες καταθλιπτικής διαταραχής στην μεγάλη ηλικία

- *Μείζων κατάθλιψη*
- *Έλασσον κατάθλιψη*
- *Δυσθυμία*
- *Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση*
- *Μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή*
- *Οργανική καταθλιπτική διαταραχή*
- *Διπολική διαταραχή*
- *Αγγειακή διαταραχή*

Πλαίσιο 1.1

Τα κριτήρια του ICD-10 για τον χαρακτηρισμό της κατάθλιψης (Hughes, 2006).

### Κατευθυντήριες οδηγίες του ICD-10 για τον χαρακτηρισμό του καταθλιπτικού επεισοδίου

- 1) Καταθλιπτική διάθεση
- 2) Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης
- 3) Μειωμένη ενέργεια που οδηγεί σε αυξημένη κόπωση και μειωμένη δραστηριότητα
- 4) Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή
- 5) Μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση
- 6) Ιδέες ενοχής και αναξιότητας
- 7) Ζοφερές και απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον
- 8) Ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας
- 9) Διαταραγμένος ύπνος
- 10) Μειωμένη όρεξη

Ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο: απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον δύο από τα **(1), (2), (3)** συν τουλάχιστον δύο από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά.

Μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο: απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον δύο από τα **(1), (2), (3)** συν τουλάχιστον τρία (προτιμότερο τέσσερα) από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά.

Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο: απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον δύο από τα **(1), (2), (3)** συν τουλάχιστον τέσσερα από τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά.

Πλαίσιο 1.2

## 1.5 ΑΙΤΙΑ-ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του περίγυρο, έτσι λοιπόν καμία θεωρία από μόνη της δεν εξηγεί την ανάπτυξή της. Διάφοροι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη όπως γενετικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί δεν αντικρούονται μεταξύ τους αλλά αλληλοσυμπληρώνονται στην εμφάνιση της (Σκαπινάκης, 2003)

Σύμφωνα με τον Σκαπινάκη (2003), συνοπτικά μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλουν στην κατάθλιψη γενικότερα είναι:

- Γενετικοί παράγοντες: Οι καταθλιπτικές διαταραχές φαίνονται να βρίσκουν έδαφος να εμφανιστούν προδιαθεσικά μέσω γονιδίων που μεταβιβάζουν χαρακτηριστικά τα οποία σε συνδυασμό με τους άλλες παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση κάποιας μορφής κατάθλιψης.)

- Βιολογικοί παράγοντες: Οι βιολογικοί παράγοντες, μη ψυχιατρικές παθήσεις δηλαδή όπως για παράδειγμα νόσος Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, υποθυρεοειδισμός κ.α. μπορούν να αποτελέσουν μέρος της αιτίας ή η αιτία για εμφάνιση κατάθλιψης. Επίσης από την δεκαετία του '50 υπάρχει πληθώρα ενδείξεων πως οι καταθλιπτικές διαταραχές οφείλονται στην μη φυσιολογική λειτουργία των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου.

- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: α) Διάφοροι παράγοντες-γεγονότα που επηρεάζουν ένα άτομο σε νεαρή ηλικία (παιδικό τραύμα) όπως για παράδειγμα ο θάνατος κάποιου γονιού ή διαζύγιο μεταξύ γονιών

και β) παράγοντες-γεγονότα που επηρεάζουν το άτομο στην μετέπειτα ζωή (π.χ. θάνατος αγαπημένου προσώπου, ανεργία, μετανάστευση).

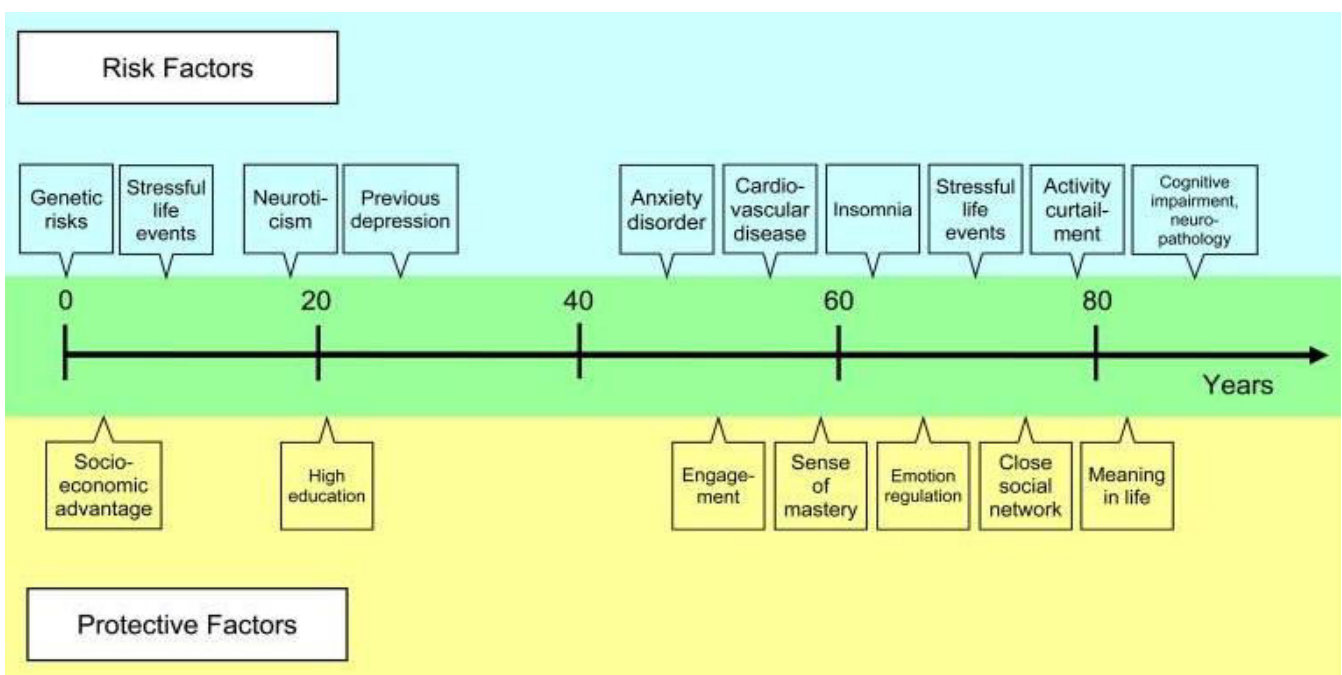
Παράγοντες κίνδυνου\* που μπορεί να θεωρηθούν προδιαθεσικοί παράγοντες ή παράγοντες ευπάθειας για άτομα όπως για παράδειγμα αυτά στην τρίτη ηλικία είναι: Το γυναικείο φύλλο (π.χ. απώλεια παραδοσιακού γυναικείου ρόλου. συνταξιοδότηση). Το ιστορικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης (αν και γενικά θεωρείται πως οι γενετικοί παράγοντες όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μικρότερο ρόλο παίζουν τα ηλικιωμένα άτομα με ιστορικό κατάθλιψης είναι πιο ευάλωτα σε υποτροπές). Η χρηρεία/ διαζύγιο, η φτώχεια, η διαμονή σε οίκο φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων και έλλειψη κοινωνικού πλαισίου υποστήριξης (η διαμονή σε αυτές τις δομές συχνά συνδέεται με κάποια μορφή αναπηρίας, έλλειψη αυτοβουλίας και ελευθερίας επιλογών). Τα οργανικά προβλήματα υγείας\*\*, η προσωπικότητα και ο

τρόπος ζωής (για παράδειγμα υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο νευρωτισμό και την κατάθλιψη). Τα φάρμακα/ αλκοόλ (χρόνια υπερκατανάλωση αλκοόλ, αντιυπερτασικά, στεροειδή ή αναλγητικά φάρμακα). Οι αλλαγές στη εγκεφαλική λειτουργία (δομικές αλλαγές του εγκεφάλου που αυξάνουν την ευπάθεια κάποιων ηλικιωμένων όπως παραδείγματος χάριν, βλάβες λευκής ουσίας, μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή κ.α.) (Hughes, 2006).

Παράγοντες κινδύνου που μπορούν να θεωρηθούν εκλυτικοί παράγοντες και περιλαμβάνουν έναν αριθμό από ξαφνικά γεγονότα στην ζωή για άτομα όπως για παράδειγμα αυτά στην τρίτη ηλικία είναι: Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου λόγω θανάτου ή χωρισμού (αποτελεί τον πιο ισχυρό προγνωστικό παράγοντα αντιδραστικής κατάθλιψης). Η ασθένεια ή απειλητικές καταστάσεις για την ζωή κάποιου κοντινού προσώπου, η αρνητική αλληλεπίδραση με κάποιο μέλος της οικογένειας ή φίλο, η οικονομική κρίση ή κλοπή, κάποια ξαφνική αρρώστια.

Περιλαμβάνουν επίσης κάποιους χρόνιους στεσσογόνους παράγοντες όπως για παράδειγμα εξασθένηση της σωματικής υγείας και αναπηρία, απώλεια κάποιας αίσθησης (π.χ. κάποια βλάβη στην ακοή ή στην όραση), προβλήματα στην εργασία, στην στέγαση, συνταξιοδότηση, συζυγικά προβλήματα, κοινωνική απομόνωση και αίσθημα μοναξιάς (θάνατος αγαπημένων προσώπων όπως συγγενείς, φίλοι, απόσταση και χάσμα γενεών με τα παιδιά τους και τα εγγόνια κ.α.) (Hughes, 2006).

\*Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες κατάθλιψης, κατά την διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.



Πηγή: Annual Review of Psychology

Προστατευτικοί παράγοντες όσο αφορά τις καταθλιπτικές διαταραχές φαίνονται να είναι έως το 20 έτος της ηλικίας η καλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση του ατόμου και η υψηλή μόρφωση, ενώ μετά τα 40 έτη η συζυγική αποκατάσταση και η αίσθηση κατάρτισης της δουλειάς του. Μετά τα 60 έτη και χωρίς φυσικά να ακυρώνονται οι προηγούμενοι προστατευτικοί παράγοντες που αναφέραμε, ρόλο για την αποφυγή κατάθλιψης παίζει ο έλεγχος των συναισθημάτων, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το κοντινό κοινωνικό περιβάλλον αλλά το άτομο να έχει βρει μια σημασία, ένα νόημα στην ζωή του (Fiske et al., 2009).

**\*\*Πίνακας 1.1:** Διάφορα οργανικά προβλήματα υγείας και η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτά.

<b>Ασθένειες</b>	<b>Ποσοστά</b>
Καρδιοπάθεια	Πάνω από 30%
Καρκίνος	Περίπου 60%
Χρόνιος πόνος	Έως 65%
Διαβήτης	10%-30%
Νόσος του Πάρκινσον	Περίπου 40%
Εγκεφαλικά επεισόδια	40%
Άνοια	30%-50%
Σκλήρυνση κατά πλάκας	50%

Πηγή: Περιοδικό Υγεία

## 1.6 Διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κυρίως κλινική και όχι εργαστηριακή. Τον πιο σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των καταθλίψεων στην τρίτη ηλικία παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού κυρίως γιατί οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζουν συνήθως μια άτυπη συμπτωματολογία. Έτσι λοιπόν προτείνεται μια πλήρης οργανική νευρολογική και ψυχιατρική εκτίμηση για να αποκλειστούν τυχόν άλλα νοσήματα (π.χ. άνοια, νόσος Parkinson κ.α.) και εάν αυτό κριθεί απαραίτητο η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, όπως για παράδειγμα εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH), βιταμίνη B12, ταχύτητα καθίζησης κ.α. (Anstey & Brodaty, 1995).

Οι νοσηλευτές/τριες θα χρειαστεί να αξιολογήσουν την ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης σε διάφορους χώρους ( π.χ. νοσοκομεία, σπίτια, κέντρα και διάφορες γενικά δομές φροντίδας ηλικιωμένων.) τόσο με την **χρήση έγκυρων διαγνωστικών εργαλείων** όσο και με διάφορες εκτιμήσεις που θα πρέπει να περιλαμβάνουν τους βασικούς τομείς όπως: (Hughes, 2006)

- Σοβαρότητα του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου (με την χρήση παραδείγματος χάριν διαγνωστικών κριτηρίων DSM ή ICD-10)

- Διάρκεια και παράγοντες που το συντηρούν
- Τρέχοντα παρουσία συμπτωμάτων
- Προηγούμενο ιστορικό διαταραχής της διάθεσης και ανταπόκρισης στην θεραπεία
- Οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης
- Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενή
- Αξιολόγηση κινδύνου που ενέχει το επεισόδιο της κατάθλιψης
- Κύριοι παράγοντες στην ζωή του ηλικιωμένου που του δημιουργούν προβλήματα
- Κοινωνικό και υποστηρικτικό πλαίσιο
- Τρέχοντα και παρελθόντα οργανικά προβλήματα υγείας
- Αξιολόγηση επιπέδου αντίληψης
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή και συμμόρφωση με αυτήν
- Πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου/ πένθος

Οι νοσηλευτές/τριες μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν την ύπαρξη κατάθλιψης στους ηλικιωμένους με την χρήση έγκυρων διαγνωστικών εργαλείων όπως για παράδειγμα η κλίμακα Beck Depression Inventory του Aaron Beck, η κλίμακα του Hamilton κ.α. Αρκετές από τις κλίμακες αυτές με το πέρασμα των χρόνων φάνηκε να



παρουσιάζουν προβλήματα αλλά και δυνατά και αδύναμα σημεία ως προς την εκτίμηση της γηριατρικής κατάθλιψης.

Ένα αξιόλογο εργαλείο της εκτίμησης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αποτελεί η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale –GDS).

### Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (σύντομη μορφή)

Επιλέξτε την καλύτερη απάντηση για το πώς έχετε αισθανθεί κατά την περασμένη εβδομάδα:

1. Είστε βασικά ευχαριστημένος/η με τη ζωή σας;  
Ναι/Όχι
2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;  
Ναι/Όχι
3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;  
Ναι/Όχι
4. Βαριέστε συχνά;  
Ναι/Όχι
5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;  
Ναι/Όχι
6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;  
Ναι/Όχι
7. Αισθάνεστε χαρούμενος/η την περισσότερη ώρα;  
Ναι/Όχι
8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η;  
Ναι/Όχι
9. Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να δοκιμάζεται καινούργια πράγματα;  
Ναι/Όχι
10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ότι άλλοι;  
Ναι/Όχι
11. Πιστεύετε πως είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η;  
Ναι/Όχι
12. Αισθάνεστε άχρηστος/η έτσι όπως είστε τώρα;  
Ναι/Όχι
13. Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια;  
Ναι/Όχι
14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;  
Ναι/Όχι
15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;  
Ναι/Όχι

Οι απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις βαθμολογούνται έναν (1) βαθμό:

- Όχι στις 1,5,7,11,13
- Ναι στις 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15.

Συνολικό αποτέλεσμα:

- 0-4 φυσιολογική λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, την εκπαίδευση, την δυσaráεσκεια του εξεταζόμενου.
- 5-8 ήπιας
- 8-11 μέτριας
- 12-15 σοβαρή

**Πλαίσιο 1.3**

(Sheik & Yesavage, 1986)

Η κλίμακα αυτή ουσιαστικά αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο τριάντα (30) ερωτήσεων στις οποίες οι εξεταζόμενοι καλούνται να απαντήσουν με ένα <<ναι>> ή <<όχι>> σχετικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα που βίωσαν την περασμένη εβδομάδα. Η σύντομη μορφή της (πλαίσιο 1.3) κατασκευάστηκε το 1986 από τους Sheik&Yasavage και αποτελείται από δεκαπέντε (15) ερωτήσεις από τις τριάντα (30) της πλήρους μορφής, επιλεγόμενες λόγω της υψηλής συσχέτισης με καταθλιπτικά συμπτώματα σε προηγούμενες έρευνες. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης της φόρμας αυτής είναι '5-'7 λεπτά καθιστώντας την έτσι εύχρηστη και ευανάγνωστη στα ηλικιωμένα άτομα (Sheik &Yasavage, 1986).

Σύμφωνα με έρευνα που διενεργήθηκε στον Ελληνικό πληθυσμό η βαθμολογία 6-7 βαθμούς στην ΓΚΚ φαίνεται να είναι το καλύτερο διαγνωστικό όριο με ευαισθησία 92,3% και εξειδίκευση 92,2% (Fountoulakis et al., 1999).

## 1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οποιαδήποτε θεραπεία πρέπει να έχει ως σκοπό την επανένταξη των ηλικιωμένων. Οι δύο βασικοί στόχοι που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την θεραπεία της κατάθλιψης είναι α) η υποχώρηση της και β) η μείωση του κινδύνου υποτροπής και επανεμφάνισης της (Frederick, 1998).

Η θεραπεία θα μπορούσε να ταξινομηθεί σε θεραπεία με **αντικαταθλιπτικά φάρμακα** (φαρμακοθεραπεία), **ηλεκτροσπασμοθεραπεία**, και **ψυχολογική θεραπεία**. Στην αρχή του δεύτερου κεφαλαίου της εργασίας παρουσιάζεται και ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία και την φροντίδα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

**A**ντικαταθλιπτικά **Φάρμακα**: Η φαρμακευτική θεραπεία της κατάθλιψης ακολουθεί τρία στάδια, αυτά της οξείας φάσης, της φάσης συντήρησης που ακολουθεί και της φάσης συντήρησης. Μια επιτυχής θεραπεία της κατάθλιψης στην οξεία φάση θα πρέπει να ακολουθηθεί από μια δωδεκάμηνη συνέχιση της θεραπείας προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή (Hughes, 2006).

Οι νοσηλευτές/τριες αποτελούν ιδιαίτερα σημαντικό κομμάτι της φροντίδας ενός ηλικιωμένου ( και όχι μόνο) ατόμου που λαμβάνει αντικαταθλιπτικές ουσίες. Οφείλουν να έχουν λάβει υπόψη τους πως τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να χρειαστεί από 4-6 εβδομάδες για να γίνουν αντιληπτά τα αποτελέσματα τους και επομένως όλο αυτό το διάστημα πρέπει να υποστηρίξουν τους ασθενείς και να τους προϊδεάσουν για τυχόν παρενέργειες που θα αντιμετωπίσουν. Επίσης οφείλουν να ενημερώσουν την οικογένεια των ασθενών για την δράση τους, τον τρόπο λήψη τους και τις τυχόν παρενέργειες που προκύπτουν (Hughes, 2006).

Συνοπτικά οι Baldwin et al. (2002) παρουσιάζουν τις παρακάτω οδηγίες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης:

- ο Για την ψυχωσική κατάθλιψη: αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα.
- ο Για τη σοβαρή κατάθλιψη: αντικαταθλιπτικά και εάν είναι δυνατό ψυχολογική θεραπεία.
- ο Για τη μέτρια κατάθλιψη: αντικαταθλιπτικά ή ψυχολογική θεραπεία.
- ο Για τη δυσθυμία: αντικαταθλιπτικά.
- ο Για την ελάχιστο κατάθλιψη πρόσφατης έναρξης αγωγή υγείας, υποστήριξη και επανεκτίμηση.
- ο Για πένθος ή απώλεια: παρόμοια με την μέτρια κατάθλιψη.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία βασίζεται κυρίως σε αντικαταθλιπτικά όπως:

- SSRIS: selective serotonin reuptake inhibitors (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης) όπως για παράδειγμα η παροξετίνη (paroxetine), σερτραλίνη (sertraline), σιταλοπράμη (citalopram), φλουοξετίνη (fluoxetine). **Δρουν** σταματώντας την επαναπρόσληψη (επαναρρόφηση) του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη από το κύτταρο που την ελευθέρωσε, συνεπώς αυξάνοντας την ποσότητα της ελεύθερης σεροτονίνης στην σύναψη. Η βασική **ένδειξη** των SSRIS είναι η μείζων κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική) και αποτελούν την νέα γενιά φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Συχνές παρενέργειες είναι η ναυτία (15%), διάρροια (10%), αϋπνία (10%), ανησυχία (2-15%), κεφαλαλγία, πρόσληψη βάρους και υπονατριαιμία

- SNRIS: selective serotonin and noradrenaline (norepinephrine) reuptake inhibitors (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης) όπως για παράδειγμα η βενλαφαξίνη (venlafaxine) και η ντουλοξετίνη (duloxetine). **Ενεργούν** επάνω σε δύο νευροδιαβιβαστές, τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη, σε αντίθεση με (SSRIs) αναστολείς, οι οποίοι έχουν επιπτώσεις μόνο στη σεροτονίνη. Συχνές παρενέργειες είναι η ξηροστομία, η θολή όραση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ορθοστατική υπόταση, ζάλη, πτώσεις.

- 5HT: 5-hydroxytryptamine (serotonin) ( 5 υδροξυτρυπταμίνη-σεροτονίνη) όπως για παράδειγμα η τραζοδόνη (trazodone) και η νεφαζοδόνη (nefazodone). Συντίθεται στους σεροτονινεργικούς νευρώνες του κεντρικού νευρικού συστήματος και στα εντεροχρωμιόφυλλα κύτταρα του γαστρεντερικού σωλήνα και αποτελεί έναν νευροδιαβιβαστή του εγκεφάλου δρώντας ως αγγειοδιασταλτικός παράγοντας ενισχύοντας την έτσι την φυσιολογική λειτουργία του.

Συχνές παρενέργειες μπορεί να είναι η ορθοστατική υπόταση, ζάλη, πτώσεις, και κυρίως η καταστολή και η πρόσληψη βάρους.

- **NaSSA: noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (νοραδρενεργικό και ειδικό σεροτονινεργικό αντικαταθλιπτικό)** όπως για παράδειγμα η **μιρταζεπίνη (mirtazapine)**. Συνδυάζει αντιισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική **δράση**. Σε χαμηλή δοσολογία, υπερισχύει η αντιισταμινική δράση και προκαλεί καταστολή και αύξηση του σωματικού βάρους. Σε υψηλότερες δόσεις δρα περισσότερο ως νοραδρενεργικό και κινητοποιεί τον ασθενή. Συχνές παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει είναι καταστολή και η πρόσληψη βάρους.

- RIMA: reversible inhibitor monoamine oxidase (αντιστρεπτός αναστολέας της μονοαμινοξειδάσης) όπως για παράδειγμα η μοκλοβεμίδη (moclobemide). Αποτελεί έναν νέο τύπο των **αναστολών της μονοαμινοξείδωσης (monoamine**

**oxidase inhibitors – MAOIS).** Οι αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη εμποδίζοντας την διάσπαση τους από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοοξειδάση. Αυτό γίνεται αναστέλλοντας την δράση του ενζύμου. Το ένζυμο αυτό όμως έχει και άλλες σημαντικές λειτουργίες όπως η διάσπαση μιας χημικής ένωσης που ονομάζεται **τυραμίνη** και περιέχεται σε ένα μεγάλο αριθμό τροφών (τυρί, παστά ψάρια και κρέατα, φασόλια, κόκκινο κρασί, γιαούρτι και άλλα). Η μεγάλη ποσότητα τυραμίνης μπορεί να προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία με την σειρά της προκαλεί έντονη κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και πιθανώς εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο. Όσοι παίρνουν MAOI πρέπει να ακολουθούν αυστηρή δίαιτα και να προσέχουν πολύ στην χρήση άλλων φαρμάκων. Υπάρχουν δύο τύποι μονοαμινοοξειδάσης: ο τύποι Α και Β. Οι αναστολείς RIMA αναστέλλουν μόνο τον ένα τύπο και δεν καταστρέφουν εντελώς το ένζυμο (το αναστέλλουν μόνο). Έτσι, το πρόβλημα με τις τροφές που περιέχουν τυραμίνη είναι μικρότερο και η δίαιτα (παρόλο που είναι και πάλι απαραίτητη) είναι λιγότερο αυστηρή. Η δράση των RIMA παρέрχεται μία ημέρα μετά την διακοπή τους. Συχνές παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσει είναι ξηροστομία, η θολή όραση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, εφίδρωση, σύγχυση κ.α.

- Νεότερο τρικυκλικό όπως η λοφεπραμίνη (lofepramine) μια ψυχοαναλγητική, αντικαταθλιπτική ουσία που ανήκει στους μη επιλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμίνης. Τα παλιότερα φάρμακα όπως τα τρικυκλικά **δρουν** ενισχύοντας τη μετάδοση σημάτων στον εγκέφαλο μέσω σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης. έχουν πιο επικίνδυνες παρενέργειες. Εξαιτίας όμως των πιο επικινδύνων παρενεργειών που έχουν όπως ναυτία, εμετοί, υπνηλία, εφιδρώσεις, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας ενώ σε υψηλές δόσεις μπορεί να εμφανίσουν καρδιακά προβλήματα και επιληπτικές κρίσεις (Hughes, 2006).

**Η** **λεκτροσπασμοθεραπεία:** Όπως αναφέρει συνοπτικά και η Hughes (2006), η εφαρμογή της ενδείκνυται σε περίπτωση μιας σοβαρής μορφής κατάθλιψης, όπου η φαρμακευτική θεραπεία αποτυγχάνει, με ποσοστά επιτυχίας 70-80%. Η διαδικασία της ηλεκτροσπασμοθεραπείας περιλαμβάνει την δίοδο χαμηλής συχνότητας ρεύματος δια μέσου του εγκεφάλου, είτε κατά μήκος δια μέσου του μη επικρατούς ημισφαιρίου (μονόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία) ή κατά πλάτος του εγκεφάλου δια μέσου και των δύο ημισφαιρίων (αμφοτερόπλευρη ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί θεραπεία εκλογής για ασθενείς που έχουν ιστορικό μη ανταπόκρισης στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, σε άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας καθώς και άρνησης λήψης τροφής και υγρών.

Συχνές παρενέργειες είναι πονοκέφαλοι, μυαλγίες, ανορεξία, υπνηλία, ναυτία.

## Ψ

**ψυχολογική θεραπεία:** Δεδομένα που προκύπτουν σαν αποτελέσματα από διάφορες ερευνητικές εργασίες μας παρέχουν πληροφορίες για τις κατάλληλες ψυχολογικές παρεμβάσεις στους ηλικιωμένους όπως για παράδειγμα, γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική θεραπεία, σύντομη ψυχοδυναμική θεραπεία, θεραπεία επίλυσης προβλημάτων (ιδιαίτερα αποτελεσματική για την ελάσσονα κατάθλιψη) και ανασκόπηση ζωής. Άλλες ψυχολογικές προσεγγίσεις είναι η εργασία πένθους, η μη καθοδηγητική πελατοκεντρική συμβουλευτική και η θεραπεία (εργασία) οικογένειας.

Από τις θεραπείες αυτές περισσότερα ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητά τους στα ηλικιωμένα άτομα προκύπτουν από την διαπροσωπική και γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (Hughes, 2006).

Η διαπροσωπική θεραπεία στηρίζεται στην αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν από τους διαταραγμένους κοινωνικούς ρόλους και διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή. Η θεραπεία χωρίζεται σε δύο φάσεις, την αρχική που στοχεύει στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και την κύρια που στοχεύει στην βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής προσαρμογής του ασθενούς ( Μάνος, 1997)

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία στηρίζεται στην θεραπεία και την ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μέσω της παρεμπόδισης των αρνητικών-διαστρεβλωμένων σκέψεων του ασθενή για τον εαυτό του και τον κόσμο. Οι σκέψεις αυτές δεν προκαλούν την κατάθλιψη αλλά είναι σημαντικές για την περαιτέρω εξέλιξη της. Σε πρώιμο στάδιο χρησιμοποιούνται και κάποιες συμπεριφορικές τεχνικές (π.χ. προγραμματισμός δραστηριοτήτων και ταξινόμηση τους) για την αντιμετώπιση της αδράνειας και της έλλειψης κινήτρου που διακατέχει τον ασθενή (Hughes, 2006).

## 1.8 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΣ ΙΔΕΑΣΜΟΣ

Ένας από τους κύριους λόγους που η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία δεν θα πρέπει να περάσει απαρατήρητη, είναι και ότι συχνά συνδέεται από αυτοκτονικές τάσεις και σκέψεις. Η συσχέτιση αυτή κάνει την αναγκαιότητα ίασης ακόμα πιο επιβεβλημένη, και καθιστά απαραίτητη την έγκυρη-έγκαιρη διάγνωση αλλά και την αντιμετώπιση της ψυχικής αυτής νόσου.

Στον δυτικό κόσμο ο αυτοκτονικός ιδεασμός συναντάται σε μεγαλύτερο βαθμό στα ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες, ενώ η αναλογία των πιθανοτήτων αυτοκτονίας ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών είναι 53:1 αντίστοιχα. Επίσης, αν και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι λιγότερες στα ηλικιωμένα άτομα, έχουν ωστόσο μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχημένων αυτοκτονιών (Κυριακίδης και συν., 2011).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε κάποιο άτομο με καταθλιπτικό επεισόδιο, καθώς και η πλειοψηφία (87%) των ηλικιωμένων που αποπειρώνται αυτοκτονίας υπέφερε από κάποια καταθλιπτική διαταραχή πριν τον θάνατο (Hughes, 2006).

Παράγοντες κινδύνου για τις αυτοκτονικές τάσεις των ηλικιωμένων είναι κατά κύριο λόγο η μείζονα κατάθλιψη, οι ιατρικές ασθένειες- κάποια μορφή αναπηρίας, και η κοινωνική απομόνωση. Άλλοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την αξιολόγηση του αυτοκτονικού ρίσκου στα ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη είναι: η ευθεία λεκτική προειδοποίηση, διάφοροι υπαινιγμοί και εκφράσεις τύπου «πρόκειται να φύγω», δημιουργία διαθήκης, προηγούμενες απόπειρες, υπέρμετρη κατάχρηση αλκοόλ, αίσθημα μοναξιάς και απόγνωσης, πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου, διάφορα στρεσογόνα γεγονότα, ανεργία ή συνταξιοδότηση.

Επομένως λοιπόν, είναι εμφανές ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη, στην διάγνωση και στην αντιμετώπιση των επικίνδυνων αυτών παραγόντων που συνδέονται με την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Κυριακίδης και συν., 2011).

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν καταθλιπτικά ηλικιωμένα άτομα, οφείλουν πάντα να τα αξιολογούν για τυχόν αυτοκτονικούς ιδεασμούς, κυρίως ασθενείς που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου που εμφανίζουν τους παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Συμπερασματικά η κατάθλιψη θα πρέπει να αντιμετωπιστεί. Οποιαδήποτε οργανικά προβλήματα να επανεκτιμηθούν, η οικογένεια, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας και ο οικογενειακός γιατρός να ενημερωθούν για τους παράγοντες κινδύνου, οι φαρμακευτικές θεραπείες να αξιολογούνται προσεχτικά και κυρίως το

καταθλιπτικό άτομο να αποτελέσει εστία προσοχής και κατάλληλης αντιμετώπισης από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

### 1.9 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη και η άνοια αποτελούν στις μέρες μας δυστυχώς δύο συνήθης διαταραχές συνυφασμένες κυρίως με την τρίτη ηλικία. Ο επιπολασμός της άνοιας είναι περίπου 5% σε άτομα > 65 ετών, ενώ ο αντίστοιχος επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι 1-3% (Πολίτης, 2005).

Η συννοσηρότητα καταθλιπτικής διαταραχής και άνοιας εκτιμάται κατά μέσο όρο στο 20% των ασθενών και είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική για αυτούς (Καπρίνης, 2005).

Η σχέση μεταξύ τους είναι πολύπλοκη και η διαφοροδιάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή, καθώς η παρουσία κατάθλιψης χωρίς άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται συχνά από γνωσιακή δυσλειτουργία. Από την άλλη μεριά η παρουσία νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων όπως οι διαταραχές ύπνου, απάθεια μπορούν εσφαλμένα να διαγνωστούν ως χαρακτηριστικά καταθλιπτικής διαταραχής. Βλέπουμε λοιπόν, πως εμφανίζεται συχνά όχι μόνο συνύπαρξη αλλά και λάθος διάγνωση( λόγω σχετικά παρόμοιων συμπτωμάτων) μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών. Υπάρχει ένας μικρός αριθμός μελετών σχετικά με την θεραπεία της κατάθλιψης στην άνοια, η θεραπεία ωστόσο μοιάζει με αυτή των καταθλιπτικών διαταραχών. Ενδείκνυται οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης , η σιταλοπράμη, η σερτραλίνη και δραστηριότητες που επιφέρουν ευχαρίστηση αλλά και βοήθεια στην επίλυση προβλημάτων στους ασθενείς (Πολίτης, 2005).

Η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ (Alzheimer) αποτελεί μία βραδέως επιδεινούμενη εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου χαρακτηριζόμενη από προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Η κλινική εικόνα αυτής της ψυχικής και συμπεριφορικής διαταραχής χαρακτηρίζεται από νοητικές και μη νοητικές (ψυχικές διαταραχές, ψευδαισθήσεις, ιδεασμός, άγχος) νευροψυχικές διαταραχές. Είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικό πως η κατάθλιψη είναι εντονότερη στα πρώιμα στάδια άνοιας τύπου Αλτσχάιμερ (ΑΤΑ) όταν ο ψυχικός κόσμος του ασθενούς είναι ακόμη σχετικά ανέπαφος, αλλά και ότι ένα ποσοστό ασθενών της τάξεως του 30% με άνοια και κατάθλιψη δείχνει να ξεπερνά την κατάθλιψη, λόγω της προοδευτικής αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και της επιστράτευσης δυνάμεων των



ασθενών προκειμένου να συνεργαστούν αποτελεσματικότερα με τους θεράποντες ιατρούς. Η αντιμετώπιση-θεραπεία της κατάθλιψης σε έναν ασθενή με ΑΤΑ περιλαμβάνει φαρμακευτικά, εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης συνεπικουρούμενα από αγχολυτικά (π.χ. βενζοδιαζεπίνες), και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους όπως η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ψυχοεκπαίδευση και οι διάφορες παρεμβάσεις στην οικογένεια για την προσαρμογή τους στα νέα δεδομένα (Καπρίνης, 2005).

#### **Κριτήρια για την διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια**

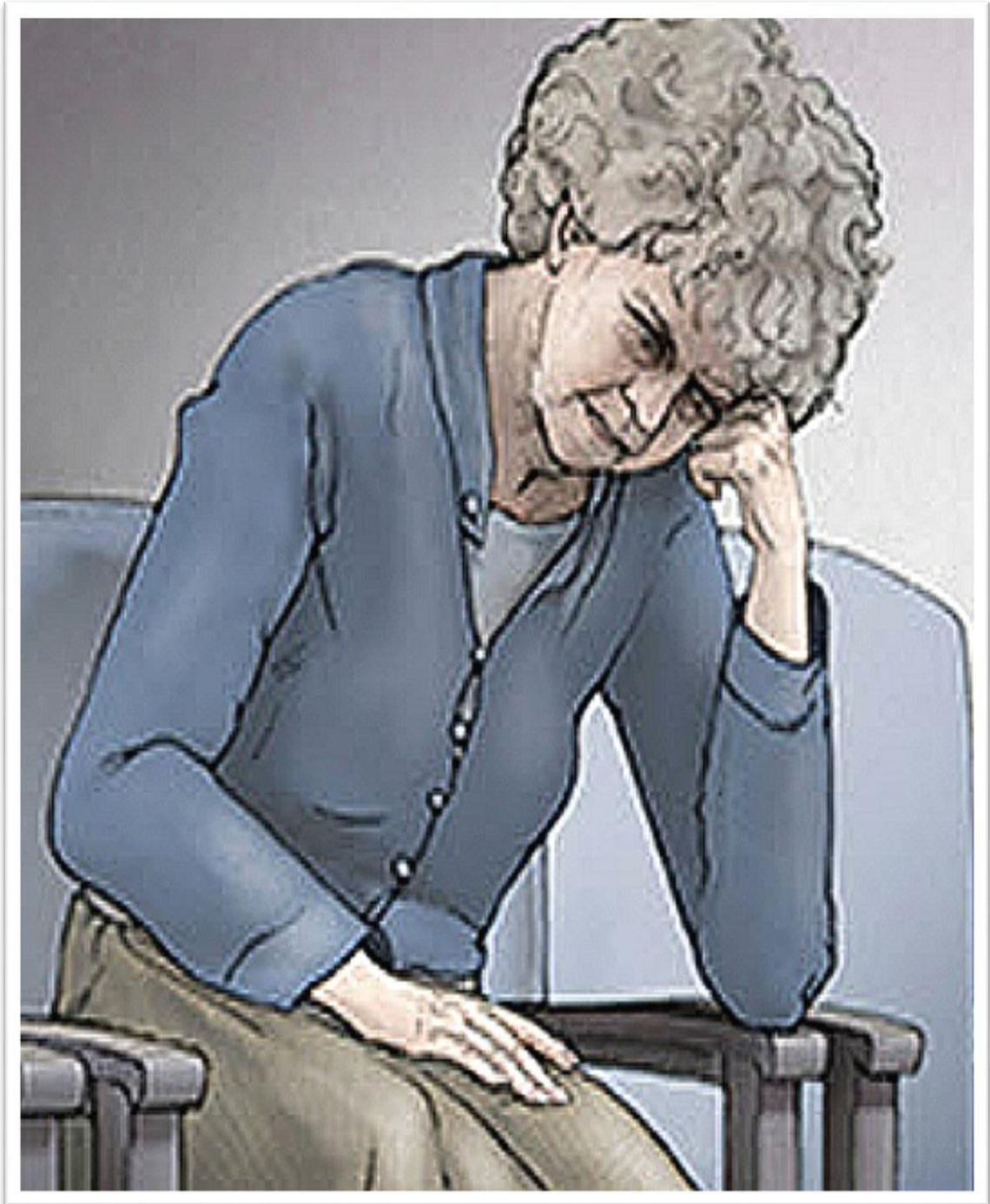
1. Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο DSM-IV, πλήρωση κριτηρίων για διάγνωση της ΑΤΑ.
2. Παρουσία τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων όπως: καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη άντληση ευχαρίστησης σε απάντηση σε κοινωνικές συναντήσεις και στις καθημερινές δραστηριότητες, κοινωνική απόσυρση, διαταραχές της όρεξης, αλλαγές στην ψυχοκινητικότητα, ευερεθιστότητα, κόπωση, μη ρεαλιστικές ενοχές, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός και σχεδιασμός.
3. Τα κριτήρια που προστέθηκαν είναι η παρουσία ευερεθιστότητας, κοινωνικής απόσυρσης, αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική επαφή.
4. Τα κριτήρια δεν προϋποθέτουν την παρουσία κατάθλιψης κάθε ημέρα, όπως αυτό ισχύει για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αλλά την παρουσία της στη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

**Πλαίσιο 1.3**

Πηγή: Πολίτης, 2005

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ



## 2.1 Νοσηλευτική φροντίδα τρίτης ηλικίας

Η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί ειδικές γνώσεις που δεν τη διδάσκονται όλοι οι νοσηλευτές στις σχολές τους. Η γηριατρική νοσηλευτική ή η νοσηλευτική φροντίδα για τους ηλικιωμένους είναι ένας ειδικός τύπος φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενούς που δεν απαιτεί μόνο δεξιότητες αλλά συμπόνια και κατανόηση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν συνήθως ιατρικά προβλήματα που απαιτούν την αφοσίωση των νοσηλευτών. (Cahoon, 2012).

Κοινά σημάδια της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι:

- Κούραση
- Αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου
- Απώλεια βάρους
- Αλλαγές στην όρεξη
- Απόσυρση
- Απομόνωση
- Απώλεια ενδιαφέροντος για χόμπι
- Μειωμένη προσοχή στην προσωπική τους υγιεινή (Cahoon, 2012).

Οι περιπτώσεις κατάθλιψης στον πληθυσμό των ηλικιωμένων υποδιαγιγνώσκονται και ως εκ τούτου υποθεραπεύονται. Έτσι, το πρώτο βήμα για την καταπολέμησή της είναι να συμβουλευτούν ένα γιατρό. Η θεραπεία της κατάθλιψης με τη βοήθεια ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι μια ομαλότερη και ευκολότερη διαδικασία από ό, τι ο ασθενής να μάχεται μόνος του.

Οι Νοσηλευτές μέσα από ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα νοσηλευτική φροντίδας για τους ηλικιωμένους, μπορούν να εμπλουτίσουν τη ζωή τους και να τους βοηθήσουν στην πρόληψη της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, οι φροντιστές στα γηροκομεία να βεβαιώνονται ότι οι ασθενείς τους πάνε βόλτες σε τακτική βάση, να φροντίζουν την διατροφή τους με υγιεινούς τρόπους και να κρατάνε ένα πλήρες διατροφικό χρονοδιάγραμμα, τέλος να τους βοηθάνε να ανακαλύψουν νέες ψυχαγωγικές δεξιότητες ή χόμπι όπως το πλέξιμο, το διάβασμα κ.α (Ell, 2006).

Επίσης, διατηρώντας τακτική επαφή με τους φίλους, τους γείτονες και τα μέλη της οικογένειας μπορεί να επηρεαστεί θετικά η γήρανση του ατόμου και η συνολική του ευημερία. Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι αισθάνονται χαρούμενοι κάνοντας και τους άλλους ανθρώπους χαρούμενους, με τον εθελοντισμό και τη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες που ωφελούν τις ζωές των άλλων μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε σαν πρόσθετα εργαλεία για την καταπολέμηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Επιπλέον, η συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όπως παιχνίδια ή την ανάγνωση μπορεί να αυξήσει ή τουλάχιστον να διατηρήσει, την εγκεφαλική τους δραστηριότητα. Ως αποτέλεσμα, η συμμετοχή αυτή έχει τη δυνατότητα να δώσει στους ηλικιωμένους εμπιστοσύνη στις γνωστικές ικανότητες τους (Ell, 2006) .

Η νοσηλευτική φροντίδα για τους ηλικιωμένους ή γηριατρική νοσηλευτική μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ποικίλους τρόπους για να εξασφαλίσει την ικανοποίηση και ένα υγιές περιβάλλον για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, το να έχουν έναν προσωπικό φροντιστή για να τους βοηθάει στις δουλειές και στις καθημερινές δραστηριότητες τους ή ένα σύντροφο για να μοιράζονται τα αγαπημένα τους χόμπι μπορεί να είναι επωφελής και να τους κάνει και χαρούμενους. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων με κατάθλιψη τις περισσότερες φορές προσέρχεται για την θεραπεία φυσικών προβλημάτων και όχι για τις διαταραχές της διάθεσης. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογούν αυτές τις διαταραχές ανεξάρτητα από το αν οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν συμπτωματολογία και αυτό πρέπει να γίνεται επειδή η διάθεση επηρεάζει τις καθημερινές λειτουργίες και μπορεί να παρεμποδίζει και τη θεραπεία άλλων συνοδών νοσημάτων (Ell, 2006).

Η κατάθλιψη μπορεί να συγχέεται με παραλήρημα, ήπια γνωστική εξασθένηση και άνοια. Σε αντίθεση με τα εγχειρίδια, όπου στο ευρετήριο τα κεφάλαια είναι σαφή στο διαχωρισμό διάφορων ψυχικών διαταραχών, συχνά στην πράξη υπάρχει λιγότερη σαφήνεια. Τα συμπτώματα αλληλεπικαλύπτονται και διάφορες προϋποθέσεις μπορεί να συνυπάρχουν. Μερικοί ασθενείς δεν αποκαλύπτουν τα συμπτώματα για το φόβο του χαρακτηρισμού ως "ψυχικά ασθενείς".

Πολλά σημάδια της κατάθλιψης μπορεί να φαίνεται ότι είναι φυσικά συμπτώματα, όπως η χρόνια κόπωση, το σύνδρομο ανεξήγητου πόνου και δυσανάλογα παράπονα που σχετίζονται με διάφορες σωματικές διαταραχές. Είναι σημαντικό για τους μη ψυχιατρικούς νοσηλευτές να γνωρίζουν και να κατανοούν τι είναι η κατάθλιψη, η άνοια, το παραλήρημα και τα συμπτώματα που σχετίζονται με το καθένα, έτσι ώστε να μπορούν να διακρίνουν τις διαφορές μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.

Μετά από την αρχική εξέταση, η περαιτέρω αξιολόγηση και παραπομπή σε ειδικό θα εξαρτηθεί από την κατάσταση του ηλικιωμένου. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναφέρουν τα συμπτώματα στον γιατρό, ο οποίος στη συνέχεια διεξάγει μια πιο εκτεταμένη αξιολόγηση (Hywel, 2013).

## 2.2 Νοσηλευτικές διεργασίες σε άτομα τρίτης ηλικίας με καταθλιπτικές διαταραχές

Οι συνήθεις νοσηλευτικές διαγνώσεις ασθενών με κατάθλιψη περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται στις ακόλουθες.

- Κόπωση σχετιζόμενη με ψυχοκινητική επιβράδυνση.
- Απελπισία σχετιζόμενη με αποτυχία πραγματοποίησης των στόχων.
- Πνευματικό αδιέξοδο σχετιζόμενο με βαθύ προβληματισμό για το νόημα της ζωής.
- Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση σχετιζόμενη με παλιότερες αποτυχίες.
- Έλλειμμα αυτοφροντίδας: μπάνιο/ατομική υγιεινή, ένδυση/ περιποίηση, σίτιση σχετιζόμενη με την έλλειψη των κινήτρων.
- Κίνδυνος για βία προς τον εαυτό τους και τους άλλους, σχετιζόμενη με την καταπιεσμένη οργή και το θρήνο.

### Σχεδιασμός

Οι αναμενόμενες εκβάσεις αφορούν την κάθε μία νοσηλευτική διάγνωση, που έχει επιλεγεί για την επίλυση των προβλημάτων σε συγκεκριμένο ασθενή (Dewit, 2009). Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας θα παρουσιαστούν κάποιες νοσηλευτικές διαγνώσεις μαζί με τις παρεμβάσεις τους και την τελική τους αξιολόγηση.

1. Κίνδυνος για αυτοκτονία: Ο ασθενείς διατρέχουν κίνδυνο για εμφάνιση συμπεριφορών οι οποίες μπορεί να αποδειχτούν επιβλαβείς για αυτούς.

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της είναι:

- Οικογενειακό ιστορικό
- Ανηδονία
- Ανικανότητα
- απελπισία
- Μοναξιά
- Κοινωνική απομόνωση
- Σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας / κατάθλιψη / ψύχωση
- Αλκοολισμός
- Νόσος τελικού σταδίου.

Αυτό αποδεικνύεται από προηγούμενες απόπειρες για αυτοκαταστροφή όπως:

- Αυτοκτονικό σχέδιο (σαφές, συγκεκριμένο, θανατηφόρο μεθοδευμένο με τα διαθέσιμα μέσα).
- Αυτοκτονική συμπεριφορά (απόπειρες, ιδεασμός).

- Όταν η κατάθλιψη αρχίζει να βαθαίνει, οι ασθενείς μπορεί να πραγματοποιήσουν το σχέδιο τους (Martin, 2016).

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
Προσδιορίστε το επίπεδο προφύλαξης κατά της αυτοκτονίας. Εάν ο κίνδυνος είναι υψηλός, τότε απαιτείται νοσηλεία. Αν ο κίνδυνος είναι χαμηλός, οι ασθενείς θα είναι ασφαλείς στο σπίτι τους με την επίβλεψη από ένα μέλος της οικογένειας ή ένα φίλο.	Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου απαιτούν συνεχή εποπτεία και ασφαλές περιβάλλον. Επικοινωνήστε με την οικογένεια και φροντίστε για την παροχή συμβουλών αντιμετώπισης της κρίσης.
Ενεργοποιήστε τη σύνδεση με τις ομάδες αυτοβοήθειας.	Οι ασθενείς χρειάζονται ένα δίκτυο που θα τους βοηθήσει να μειώσουν το αίσθημα απελπισίας, αναξιοτήτας και την απομόνωση.
Ενθαρρύνετε τους ασθενείς να εκφράσουν τα συναισθήματά τους (θυμό, θλίψη, ενοχή) και συμβουλευτείτε τους για εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων.	Οι ασθενείς μπορούν να μάθουν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των συναισθημάτων και να αποκτήσουν μια αίσθηση ελέγχου πάνω στη ζωή τους.
Εάν οι ασθενείς νοσηλεύονται ακολουθήστε τα πρωτόκολλα της κλινικής.	Υπάρχουν διαφορετικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενών στο νοσοκομείο και στην κοινότητα(Martin, 2016) .

#### **Επιθυμητά αποτελέσματα:**

- Να ζητούν βοήθεια όταν αντιμετωπίζουν αυτοκαταστροφικές τάσεις.
- Να εκδηλώνουν με τη συμπεριφορά τους απουσία της κατάθλιψης.
- Να αισθάνονται ικανοποίησή από τις κοινωνικές συνθήκες και από τα επιτεύγματα των στόχων τους.
- Να εντοπίσουν τουλάχιστον δύο-τρία άτομα που θα μπορούν να αναζητήσουν για υποστήριξη και συναισθηματική καθοδήγηση, όταν θα νιώθουν απόρριψη.
- Αποφυγή πρόκλησης βλάβης στον εαυτό τους ή στους γύρω τους.

- Να αρχίσουν να κάνουν σχέδια για το μέλλον.

### **Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:**

- Να αποδείξουν τη συμμόρφωσή τους με τη φαρμακευτική αγωγή ή το σχέδιο της θεραπείας μέσα στις επόμενες δύο εβδομάδες.
- Να καταδείξουν τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης των αρνητικών συναισθημάτων (Martin, 2016).

2. Διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες οφείλονται στην ανεπαρκή ή υπερβολική ποσότητα ή στην αναποτελεσματική ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων.

Οι οποίες μπορεί αν σχετίζονται με:

- Αλλαγή στη διαδικασία σκέψης
- Έλλειψη ενέργειας και κινήτρων
- Αίσθημα απαξίωσης
- Φόβος απόρριψης
- Έλλειψη περιβάλλοντος υποστήριξης
- Διαταραχή αυτό-αντίληψης.

Αυτά αποδεικνύονται από:

- Τη δυσλειτουργική αλληλεπίδραση με την οικογένεια και το υπόλοιπο περιβάλλον.
- Από την αναφορά της οικογένειας στην αλλαγή της συμπεριφοράς.
- Λεκτική τλαιπωρία σε κοινωνικές συναντήσεις.
- Παραμονή στο συναίσθημα απομόνωσης, αποφυγή επαφής με κόσμο, αποφυγή επαφής με τα μάτια (Martin, 2016).

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
Αρχικά, να παρέχονται δραστηριότητες που απαιτούν ελάχιστη συγκέντρωση (π.χ συμμετοχή σε απλά επιτραπέζια παιχνίδια).	Οι καταθλιπτικοί ασθενείς στερούνται συγκέντρωσης και μνήμης. Δραστηριότητες που δεν έχουν «σωστό ή λάθος», «νικητής ή ηττημένος» ελαχιστοποιούν της πιθανότητες να τους κάνουν να νιώσουν ότι θέτουν τον εαυτό τους ποιο χαμηλά.

Συμπεριλάβετε στην καθημερινότητα τους ακαθόριστες κινητικές δραστηριότητες που απαιτούν μικρή συγκέντρωση (π.χ περπάτημα).	Τέτοιες δραστηριότητες θα βοηθήσουν στην ανακούφιση των εντάσεων και την ανύψωση της διάθεσης.
Όταν ο ασθενής είναι σε καταθλιπτική κατάσταση εμπλέξτε τον με το καιρό σε δραστηριότητες.	Μεγιστοποιεί την πιθανότητα αλληλεπίδρασης και παράλληλα ελαχιστοποιεί τα επίπεδα του άγχους.
Ωθήστε τους ασθενείς να συμμετάσχουν σε ομαδικές δραστηριότητες.	Η κοινωνικοποίηση ελαχιστοποιεί τα συναισθήματα απομόνωσης. Η σχέση με άλλους ανθρώπους μπορεί να αυξήσει το αίσθημα της αυτό-εκτίμησης.
Μεγιστοποιήστε τις επαφές των ασθενών με τους άλλους (πρώτα με ένα άτομο, μετά με άλλο ένα κ.τ.λ.).	Η επικοινωνία με άλλα άτομα αποσπά τους ασθενείς από τη συνεχή ενασχόληση με τον εαυτό τους.
Ενημερώστε αν υπάρχουν ομάδες αυτοβοήθειας στην περιοχή που διαμένει ο ασθενής.	Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους μπορούν να αποκομίσουν μεγάλη εμπειρία και βοήθεια από τους ανθρώπους που μοιράζονται τις εμπειρίες τους (Martin, 2016).

#### **Επιθυμητά αποτελέσματα:**

- Οι ασθενείς να είναι σε θέση να προσδιορίσουν τα συναισθήματα που τους οδηγούν στην κοινωνική απομόνωση.
- Οι ασθενείς να συμμετάσχουν σε ορισμένες δραστηριότητες της περιοχής τους (π.χ να γίνουν μέλη της εκκλησίας).
- Οι ασθενείς να εξετάσουν και να συμπεριλάβουν δύο τρεις εναλλακτικούς τρόπους που θα τους λαμβάνουν όταν αισθάνονται την ανάγκη απόσυρσης.
- Οι ασθενείς να προσδιορίσουν μια δύο προσωπικές συμπεριφορές που θα μπορούσαν να αποθαρρύνουν τους άλλους να επιδιώξουν την επαφή μαζί τους.
- Να παρίστανται ενδεχομένως εθελοντικά σε θεραπευτικές συναντήσεις μέσα σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον είτε, στην κοινότητα είτε, στο νοσοκομείο.



### **Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:**

- Οι ασθενείς να είναι σε θέση να απολαμβάνουν και πάλι τις δραστηριότητες τους με τους άλλους και τις κατά μονάς συναντήσεις όπως πριν την κατάθλιψη.
  - Να δηλώσουν και να αποδείξουν την πρόοδο της διατήρησης των σχέσεων με τους φίλους και τους συγγενείς(Martin, 2016).
3. Πνευματική δυσχέρεια: που προέρχεται από τη μειωμένη ικανότητα να βιώσουν και να ενσωματώσουν το νόημα και το σκοπό της ζωής μέσω της συνεκτικότητας με τον εαυτό τους, τους άλλους, την τέχνη, τη λογοτεχνία, τη φύση ή μια δύναμη ανώτερη από αυτούς.

Μπορεί να σχετίζεται με:

- Χρόνια ασθένεια
- Θάνατο
- Έλλειψη σκοπού στη ζωή
- Αλλαγές στη ζωή τους
- Πόνο
- Απόσυρση
- Στέρση επαφών.

Αυτά αποδεικνύονται από:

- Την έκφραση έντονων συναισθημάτων ενοχής.
- Την έκφραση συναισθημάτων απόγνωσης και απελπισίας.
- Την έκφραση εγκατάλειψης από το Θεό.
- Την έκφραση ανησυχίας για το νόημα της ζωής και του θανάτου.
- Την έκφραση έλλειψης ελπίδας, σκοπού της ζωής, της συγχώρεσης του εαυτού τους, ειρήνης, γαλήνης και αποδοχής.
- Την αδυναμία να προσευχηθούν.
- Ανικανότητα έκφρασης της δημιουργικότητας τους.
- Αδυναμία συμμετοχής σε θρησκευτικές δραστηριότητες.
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για την τέχνη.
- Ερωτήσεις για την έννοια της ύπαρξής τους.
- Άρνηση για την αλληλεπίδραση με τους φίλους, την οικογένεια ή με τους ιερείς.

- Αναζήτηση μιας πηγής πνευματικής δύναμης(Martin, 2016).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολόγηση
Αξιολογήστε τις πνευματικές πρακτικές που πρόσφεραν νόημα στη ζωή των ασθενών πριν την ασθένεια.	Εκτιμάτε τους παραμελημένους τομείς της ζωής των ατόμων, που αν επανενεργοποιηθούν μπορούν να προσφέρουν άνεση και νόημα κατά τη διάρκεια μιας νέας έξαρσης της νόσου.
Ενθαρρύνεται τους ασθενείς να κρατάνε ένα καθημερινό ημερολόγιο.	Αυτό θα βοηθήσει στον προσδιορισμό σημαντικών προσωπικών ζητημάτων, σκέψεων και συναισθημάτων γύρω από τα πνευματικά θέματα.
Αν κάποιος ασθενής δεν ξέρει να γράφει, εφοδιάστε τον με κάποιο κασετόφωνο.	Μιλώντας δυνατά το άτομο βοηθά τον εαυτό του να διευκρινίσει τις σκέψεις του και να διερευνήσει τα ζητήματα του.
Συζητήστε με τους ασθενείς τι τους ανακούφιζε και έδινε νόημα στο παρελθόν.	Οι ασθενείς με κατάθλιψη συνήθως δυσκολεύονται ψάχνοντας το παρελθόν τους για το ποιο ήταν το νόημα της ζωής τους και αυτό τους αποκαρδιώνει.
Υποδείξτε στον ιερωμένο του ιδρύματος να επισκεφθεί τον ασθενή. Σε περίπτωση που ο ασθενής πιστεύει σε άλλη θρησκεία κάντε προσπάθεια να έρθετε σε επαφή με τον αντίστοιχο ιερωμένο.	Οι ιερείς είναι εξοικειωμένοι με την αντιμετώπιση της πνευματικής αγωνίας και μπορούν να αντιμετωπίσουν τους συγκεκριμένους ασθενείς πολύ καλά.
Δώστε πληροφορίες για τη θρησκευτική και πνευματική παραπομπή όταν αυτό χρειαστεί (π.χ τα προγράμματα της εκκλησίας)	Στο νοσοκομείο η ανάγνωση διαφόρων πνευματικών συγγραμμάτων μπορεί να είναι χρήσιμη, στην κοινότητα οι ασθενείς μπορεί να εκφράσουν και άλλες ανάγκες (Martin, 2016).

### Επιθυμητά αποτελέσματα

- Οι ασθενείς να αισθάνονται τη συνεκτικότητα με τους γύρω τους και να μπορούν να μοιραστούν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις τους.
- Οι ασθενείς να αισθάνονται την σύνδεση με τον εσωτερικό τους κόσμο.
- Οι ασθενείς να είναι σε θέση να συμμετάσχουν σε πνευματικές τελετές.

- Οι ασθενείς να διατηρούν ένα ημερολόγιο παρακολούθησης των σκέψεων και των συναισθημάτων τους για μία εβδομάδα.
- Οι ασθενείς να δηλώσουν ότι αισθάνονται το αίσθημα της συγχώρεσης.
- Να δηλώσουν ότι αισθάνονται έτοιμοι να συμμετάσχουν στις προηγούμενες για αυτούς δημιουργικές δραστηριότητες.
- Να δηλώσουν ότι απέκτησαν ανακούφιση από της προηγούμενες πνευματικές πρακτικές.

#### **Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:**

- Να είναι σε θέση να συζητήσουν με τις νοσηλεύτριες 2 από τα πράγματα που τους έδιναν νόημα πριν στη ζωή του, μέσα σε 3 ημέρες.
- Να είναι σε θέση να μιλήσουν με τη νοσηλεύτρια ή τον ιερωμένο για τις πνευματικές συγκρούσεις και ανησυχίες, μέσα σε 3 ημέρες (Martin, 2016).

4. Χαμηλή αυτοεκτίμηση: προέρχεται από το μακροχρόνιο συναίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης και τον δυνατοτήτων του.

Μπορεί να σχετίζεται με:

- Βιοχημικές / νευροφυσιολογικές ανισορροπίες.
- Συναισθήματα ντροπής και ενοχής.
- Μειωμένη νοητική αυτό-αξιολόγησης.
- Επαναλαμβανόμενες αποτυχίες κατά το παρελθόν.
- Μη ρεαλιστικές προσδοκίες.

Αποδεικνύεται από:

- Την αρνητική αξιολόγηση προς τον εαυτό τους ότι αδυνατούν να ασχοληθούν με τα γεγονότα.
- Την αδυναμία να αναγνωρίσουν τα δικά τους επίτευγμα.
- Την αρνητική άποψη για τον εαυτό και τις ικανότητες τους.
- Την επανειλημμένη έκφραση της αναξιοσύνης τους.
- Την απόρριψη της θετικής ανάδρασης (Martin, 2016).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αιτιολογία
Διδάξτε τους ασθενείς τεχνικές που μπορεί να τους βοηθήσουν να αντικαταστήσουν την αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους.	Οι τεχνικές αυτές προωθούν μια ποιοτική και ρεαλιστική εικόνα του εαυτού, βοηθώντας τους ασθενείς να επιλέξουν πιο θετικές σκέψεις και δράσεις.

Ενθαρρύνεται τους ασθενείς να συμμετάσχουν σε ομαδική θεραπεία, όπου τα μέλη μοιράζονται τις ίδιες καταστάσεις και συναισθήματα.	Ελαχιστοποιεί τα συναισθήματα απομόνωσης και παρέχει μια ατμόσφαιρα όπου η θετική ανάδραση και η πιο ρεαλιστική εκτίμηση του αυτού τους θα είναι διαθέσιμες.
Συμπεριλάβετε τους ασθενείς σε δραστηριότητες που αυτοί επιθυμούν να βελτιώσουν με τη χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση των προβλημάτων.	Εκτιμήστε αν χρειάζεται περισσότερη διδασκαλία σε κάποιο τομέα, τα συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης παρεμβαίνουν συνήθως στην ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.
Συνεργαστείτε με τους ασθενείς για των εντοπισμό των γνωστικών στρεβλώσεων που ενθαρρύνουν την χαμηλή αυτοεκτίμηση. π.χ προεξόφληση θετικών χαρακτηριστικών, υπεργενίκευση, αυτοενοχοποίηση.	Οι γνωστικές στρεβλώσεις ενισχύουν την αρνητική και ανακριβή αντίληψη του εαυτού των ασθενών και του κόσμου. Επικεντρώνονται σε αρνητικές ιδιότητες. Υποθέτοντας ότι οι άλλοι δεν τους συμπαθούν χωρίς καμία πραγματική απόδειξη αυτής της υπόθεσης(MartinP., 2016).

### Επιθυμητά αποτελέσματα:

- Οι ασθενείς να εκφράσουν την πίστη στον εαυτό του.
- Να διατηρήσουν τον αυτοσεβασμό τους.
- Να παρουσιάσουν όρεξη για ζωή και τη δυνατότητα να απολαύσουν το παρόν.
- Οι ασθενείς να εντοπίσουν δύο ρεαλιστικές αυτο-προσδοκίες και να αναδιατυπώσουν πιο ρεαλιστικούς στόχους για τη ζωή τους στους νοσηλευτές στο τέλος της ημέρας.
- Οι ασθενείς να προσδιορίσουν τρεις επικριτικές απόψεις (π.χ., "είμαι τεμπέλης») που χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό και να προσδιορίσουν αντικειμενικά την αντικατάστασή τους (π.χ., «δεν αισθάνομαι κίνητρο να...).
- Οι ασθενείς να διατηρούν ημερήσιο ημερολόγιο και να εντοπίσουν σε μια κλίμακα από το 1 έως το 10 (1 είναι το χαμηλότερο, το 10 είναι το υψηλότερο) τα αισθήματα ενοχής, ντροπής, και μίσους προς τον εαυτό τους.

### Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:

- Οι ασθενείς να καταγράψουν πόσο μειωθήκαν τα αισθήματα ενοχής, ντροπής και μίσους προς τον εαυτό τους, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα από 1 έως 10 (1 είναι το χαμηλότερο, το 10 είναι το υψηλότερο) μέσα σε αν μήνα.
  - Οι ασθενείς να αποδείξουν τη δυνατότητα να τροποποιήσουν τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες τους σε διάστημα ενός μήνα.
  - Οι ασθενείς να δώσουν ακριβή και χωρίς να επίκριση τέσσερις θετικές ιδιότητες τους, καθώς και τον εντοπισμό δύο τομέων που αυτοί επιθυμούν να βελτιώσουν σε διάστημα ενός μήνα (Martin, 2016).
5. Έλλειμμα αυτοφροντίδας: είναι η μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης ατομικής υγιεινής, ντυσίματος, περιποίησης, διατροφής και τουαλέτας.

Μπορεί να οφείλεται:

- Μείωση ή έλλειψη κινήτρων.
- Διαταραχές της αντίληψης.
- Σοβαρό άγχος.
- Μεγάλη ανησυχία.

Αποδεικνύεται συνήθως από:

- Διαταραχές στην αφύπνιση
- Την οσμή του σώματος π.χ άλουστα μαλλιά
- Δυσκοιλιότητα που σχετίζεται με την έλλειψη σωματικής άσκησης, πρόσληψη ακατάλληλων τροφών και κακή πρόσληψη υγρών.
- Μειωμένη ικανότητα και λειτουργικότητα από την έλλειψη ύπνου.
- Αδυναμία οργάνωσης απλών βημάτων για την προσωπική καθημερινή υγιεινή.
- Επίμονη αϋπνία ή υπερυπνία.
- Απώλεια βάρους (Martin, 2016).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ατομική υγιεινή	Αιτιολογία
Ενθαρρύνετε τη χρήση ειδών ατομικής υγιεινής.	Οι ασθενείς όταν είναι καθαροί και περιποιημένοι αυξάνεται η

	αυτοπεποίθηση τους.
Υπενθυμίστε βήμα-βήμα πώς να βουρτσίζουν π.χ τα δόντια τους.	Η επιβραδυνόμενη σκέψη και η δυσκολία συγκέντρωσης κάνει τις απλές εργασίες δύσκολες.
Δυσκοιλιότητα	
Παρακολούθηση της απόδοσης του εντέρου.	Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ενσφήνωση κοπράνων.
Ενθαρρύνεται την πρόσληψη 6-8 ποτηριών την ημέρα μη αλκοολούχων και μη καφεϊνούχων ποτών και ροφημάτων.	Τα υγρά βοηθάνε στην δυσκοιλιότητα.
Εντάξτε στο διαιτολόγιο τους τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες και άσκηση.	Οι φυτικές ίνες και η άσκηση διεγείρουν τον περισταλτισμό του εντέρου και την εκκένωση του.
Εκτιμήστε την ανάγκη για υποκλυσμό.	Αποτρέπει την εμφάνιση ενσφήνωσης.
Διαταραχές του ύπνου	
Παρέχετε περιόδους ανάπαυσης μετά από κάθε δραστηριότητα.	Η κόπωση εντείνει τα συναισθήματα κατάθλιψης.
Εφαρμόστε μέτρα χαλάρωσης πριν τον ύπνο π.χ ζεστό λουτρό, μασάζ, λήψη γάλακτος.	Τα μέτρα αυτά προκαλούν χαλάρωση και ύπνο.
Ενθαρρύνεται τους ασθενείς να μην είναι κλινήρης κατά τη διάρκεια της ημέρας.	Η ελαχιστοποίηση των ωρών του ύπνου την ημέρα αυξάνει την πιθανότητα του ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας.
Μειώστε τους θορύβους και τη χορήγηση ροφημάτων με καφεΐνη κατά τις βραδινές ώρες. Σερβίρεται γάλα, μειώστε το φωτισμό προτείνεται δραστηριότητες που χαλαρώνουν.	Η μείωση των επιπέδων καφεΐνης και επινεφρίνης αυξάνουν την πιθανότητα ύπνου.
Ισορροπημένη διατροφή	
Προτείνεται εβδομαδιαίο διατροφικό πρόγραμμα και ελέγξτε μια φορά την εβδομάδα αν το τηρούν.	Δώστε τις απαραίτητες πληροφορίες για την αναθεώρηση της παρέμβασης.
Ενθαρρύνεται τους ασθενείς να τρώνε	Αυξάνει την κοινωνικοποίηση, μειώνει την

μαζί με άλλους.	έμφαση στο φαγητό.
Σερβίρεται στους ασθενείς φαγητά που οι ίδιοι επιθυμούν.	Οι ασθενείς είναι πιθανόν να τρώνε μόνο τα φαγητά που τους αρέσουν.
Ενθαρρύνεται τη συχνή λήψη γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας καθ' όλη την ημέρα σε περίπτωση απώλειας βάρους.	Ελαχιστοποιείται η απώλεια βάρους, η δυσκοιλιότητα και η αφυδάτωση

(Martin, 2016).

#### **Επιθυμητά αποτελέσματα:**

- Οι ασθενείς να είναι σε θέση να ντυθούν με τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού ή των οικείων τους.
- Οι ασθενείς να ανακτήσουν τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου τους με τη βοήθεια της διατροφής και της άσκησης.
- Οι ασθενείς να μπορέσουν να κοιμηθούν 4-6 ώρες με τη βοήθεια των νοσηλευτικών μέτρων.
- Οι ασθενείς να κερδίσουν ένα κιλό κάθε εβδομάδα με την παρότρυνση των οικείων τους ή του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Να αποδείξουν την πρόοδο τους στην διατήρηση επαρκούς ατομικής υγιεινής και καλλωπισμού.

#### **Αξιολόγηση αποτελεσμάτων:**

- Οι ασθενείς να έχουν κανονικές κενώσεις με τη βοήθεια της διατροφής και της άσκησης μέσα σε 3 εβδομάδες.
- Οι ασθενείς να κοιμούνται μεταξύ 6-8 ώρες ανά νύχτα μέσα σε ένα μήνα.
- Οι ασθενείς να επανέλθουν στο κανονικό βάρος τους για το ύψος και την ηλικία τους πριν την έναρξη της ασθένειας (Martin, 2016).

ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ





## ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί (Hitchcock & Hughes, 1989).

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική μας φοιτητική «εμπλοκή» σε νοσηλευτικές διεργασίες στις ψυχιατρικές κλινικές (του Γενικού νοσοκομείου Άρτας-Γ.Ν.Α και Γενικού νοσοκομείου Αθηνών “Ευαγγελισμός”) που κάναμε την πρακτική μας άσκηση έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Πιο συγκεκριμένα, στην ψυχιατρική κλινική του Γ.Ν.Α, όπου ήταν μία κλινική στην οποία βρέθηκα, στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης, η προσοχή μου στράφηκε σε έναν ασθενή ο οποίος μου έκανε ιδιαίτερη εντύπωση, διότι ήταν μελαγχολικός. Εξαιτίας αυτού λοιπόν, έψαξα το ιστορικό αυτού του ασθενούς, και διαπίστωσα πώς ο ασθενής αυτός, ήταν διαγνωσμένος με κατάθλιψη. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία. Στην πορεία και μέσα απ’ την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία, δεν υπάρχουν ωστόσο πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μας να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μας εργασίας.

### **3.1 Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης**

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

### **3.2 Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος**

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας του ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής του. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Bowling, 2014). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Denzin & Lincoln, 1998).

### **3.3 Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων**

Ο κ. Γιάννης, τις τελευταίες έξι εβδομάδες νοσηλεύεται στην ψυχιατρική κλινική έχοντας διαγνωστεί να πάσχει από δυσθυμία, μια χρόνια ήπια κατάθλιψη. Πριν από περίπου ένα χρόνο διαγνώστηκε πως έπασχε από οστεοαρθρίτιδα στα δάκτυλα του χεριού του. Στο διάστημα των δύο τελευταίων χρόνων απομονώθηκε στον εαυτό του, δεν απολάμβανε πια την ασχολία με τον κήπο και τα λουλούδια, γιατί αισθανόταν κουρασμένος καθώς και πόνο και πρήξιμο στα δάκτυλά του. Επίσης αισθανόταν μια καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για την οποία δεν ήθελε να συζητήσει, ένιωθε όμως καλύτερα όταν έβρισκε κουράγιο να βρεθεί με τους φίλους του στο χωριό ή όταν στο σπίτι βρισκόταν τα παιδιά και τα εγγόνια του. Επιπλέον ο κ. Γιάννης ανέφερε πως αρκετές φορές έχει αϋπνίες ενώ και η όρεξη του για φαγητό ήταν μειωμένη λόγω σκέψεων και άγχους για την οικονομική του κατάσταση. Τα παιδιά του βλέποντας την κατάσταση αυτή να γίνεται καθημερινά ολοένα και πιο ανησυχητική αποφάσισαν να συζητήσουν μαζί του για να βρουν μια λύση από κοινού, η οποία και ήταν να νοσηλευτεί για ένα διάστημα στην ψυχιατρική κλινική. Η

κατάστασή του ωστόσο δείχνει συνεχώς βελτίωση καθώς δείχνει θετικός και πρόθυμος σε κάθε μορφή θεραπείας που του παρέχεται. Ο ίδιος αναφέρθηκε στον εαυτό του ως μοντέρνο παππού για αυτό και δέχθηκε την ψυχοθεραπεία.

### **3.4 Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού**

Ο κ. Γιάννης, ένας άνδρας 72 ετών έχασε πριν από δύο χρόνια την σύζυγό του. Έχει δύο ενήλικα παιδιά, τα οποία έχουν παντρευτεί και διαμένουν σε διαφορετικές πόλεις, έχοντας αντίστοιχα από δύο παιδιά το καθένα. Μορφωμένος από νεαρή ηλικία εξάσκησε το επάγγελμα του δασκάλου στο χωριό του για 32 χρόνια, χήρος πλέον τα τελευταία δυο έτη έμενε μόνος στο σπίτι. Ο ίδιος είναι χαμηλό-συνταξιούχος πια όπως χαρακτηριστικά ανέφερε και αισθανόταν άσχημα που δεν μπορούσε πια να δώσει λεφτά στα εγγόνια όταν τον επισκεπτόταν. Με τους φίλους του στο χωριό βρισκόταν λιγότερο συχνά στο καφενείο που συνήθιζαν να βρίσκονται για να παίξουν χαρτιά και να βλέπουν αγώνες, ενώ είχε παραμελήσει σε μεγάλο βαθμό το κήπο του, που πάντα αγαπούσε.

### **3.5 Αναπαράσταση των αιτιών της νόσου**

Ο κ. Γιάννης, φαίνεται μέσα από τα λεγόμενα του να πιστεύει πως για την τωρινή του κατάσταση, ευθύνεται η απώλεια της συζύγου του, την οποία έχασε μετά από 30 χρόνια γάμου. Καθημερινά, αντιμέτωπος με την μοναξιά και με περισσότερες ευθύνες έχει να επιμεληθεί το σπίτι και να τα βγάλει πέρα με έναν μισθό. Στην όλη αυτή κατάσταση που βιώνει έρχεται να προστεθεί και ο καθημερινός πόνος που ένιωθε στα δάκτυλα του λόγω της οστεοαρθρίτιδας, και η κόπωση που κατά τον ίδιο οφείλετε στις αϋπνίες που έχει, αποτρέποντας να ασχοληθεί τις πιο βαριές δουλειές αλλά και να βρει κουράγιο να δει τους φίλους του.

### 3.6 Στόχοι φροντίδας

Ο ασθενής έχει ήδη διαγνωστεί πως πάσχει από δυσθυμία και η παραμονή του στην ψυχιατρική κλινική θα διαρκέσει για λίγες μέρες ακόμα εφόσον συνεχίσει να ανταποκρίνεται θετικά στην φαρμακευτική θεραπεία και στις συναντήσεις με τον ψυχοθεραπευτή του. Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία για την θεραπεία της κατάθλιψης στο πρώτο μέρος αλλά και αυτή του δεύτερου μέρους της εργασίας θέσαμε ορισμένους στόχους τόσο σε επίπεδο αυτοφροντίδας όσο και σε επίπεδο θεραπευτικής φροντίδας για τον ασθενή οι οποίοι είναι:

- Η οικογένεια του ασθενούς να ενημερωθεί πλήρως από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάστασή του, την περίπτωση δυσθυμίας που του διαγνώστηκε, την φαρμακευτική αγωγή που θα ακολουθήσει και τις τυχόν παρενέργειες της, την σημασία της ψυχοθεραπείας και τον ρόλο τους στην βοήθεια αντιμετώπισης της διαταραχής αυτής.

- Ο ασθενής να εκδηλώσει μείωση του άγχους, να είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει τόσο από μόνος του όσο και μέσω τεχνικών που θα βρει με τον ψυχοθεραπευτή του διάφορα για αυτόν στρεσογόνα γεγονότα, κάθε φορά που αυτά προκύπτουν.

- Ο ασθενής να ξεπεράσει την κατάσταση εσωστρέφειας που τον διακατέχει, εκφράζοντας τα συναισθήματά του μέσω της συζήτησης στον ψυχοθεραπευτή του, το νοσηλευτικό προσωπικό, την οικογένεια του και γενικότερα στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.

- Ο ασθενής να κοιμάται το λιγότερο 6 με 7 ώρες συνεχόμενα, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος και να τρώει υγιεινά γεύματα που θα του αρέσουν τρεις έως έξι φορές την ημέρα σε μικρότερες μερίδες. Σημαντικό είναι όσο διαμείνει στην κλινική να τηρηθεί αυστηρά το ωράριο κοινής ησυχίας για να αναπαύεται και τα γεύματα του να σερβίρονται με ελκυστικό τρόπο λαμβάνοντας υπόψη το διαιτολόγιο που θα προταθεί αλλά και τις διατροφικές του προτιμήσεις.

- Ο ασθενής να αρχίσει ξανά να επικοινωνεί με τον περιβάλλον του (φίλους, συγγενείς,) και με και καινούργια άτομα που πιθανώς γνωρίσει έτσι ώστε να πάρει μέρος σε κοινωνικές εκδηλώσεις και συζητήσεις μαζί τους. Να νιώσει δηλαδή το αίσθημα ένταξης και συμμετοχής σε κάποια ομάδα.

- Ο ασθενής να αναπομονεί να συναντήσει τον ψυχοθεραπευτή του, να προγραμματίζουν μαζί την επόμενη συνεδρίαση και να ακολουθήσει αυστηρά την φαρμακευτική θεραπεία που θα του προτείνει.

- Ο ασθενής να επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους. Επίσης να του δοθούν σταδιακά ευκαιρίες από το υποστηρικτικό του περιβάλλον ώστε να νιώσει ξανά υπεύθυνος, αυτόνομος και ικανός.
- Ο ασθενής να επισκεφτεί ξανά κάποιον ορθοπεδικό γιατρό για την περίπτωση οστεοαρθρίτιδας στα δάκτυλα του χεριού του.

### 3.7 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Μέσα από τη συζήτηση και την καθημερινή επαφή με τον ασθενή έγινε αντιληπτό ότι έχει κατανοήσει σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση της ψυχικής του υγείας, τα πραγματικά αίτια που τον ώθησαν στην τωρινή κατάσταση αλλά και την σημασία της θεραπείας του. Έχει θέσει ο ίδιος όπως είπε σαν στόχο να γυρίσει σπίτι του πιο χαρούμενος και να ξαναδεί τα εγγόνια και τους φίλους του που του έλειπαν. Με την βοήθεια του ψυχοθεραπευτή του φαίνεται να κατανοεί τις τεχνικές αντιμετώπισης της καταθλιπτικής του διάθεσης και να ξεπερνάει με τον καιρό τις αγχωτικές για αυτόν σκέψεις που του επέφεραν αϋπνίες και ανορεξία, Επιπλέον το διάστημα που βρίσκεται στην κλινική λαμβάνει τακτικά την φαρμακευτική του θεραπεία χωρίς να έχει παραπονεθεί ιδιαίτερα για κάποια παρενέργεια παρά μόνο για λίγους και αραιούς πονοκεφάλους. Η συναίνεσή του να εισέλθει για ένα μικρό χρονικό διάστημα στην ψυχιατρική κλινική και η όλη θετική του στάση αλλά και ανταπόκριση στις διάφορες μεθόδους θεραπείας έχουν λειτουργήσει καταλυτικά υπέρ του. Ο ίδιος μάλιστα φαίνεται να έχει συναινέσει και στην συνέχεια της φαρμακευτικής του και ψυχοθεραπευτικής του θεραπείας και μετά την έξοδο από την κλινική.

Κατά την διάρκεια των συζητήσεων με τον ασθενή τέθηκαν και οι σκέψεις της συμμετοχής σε ομάδες αυτοβοήθειας ηλικιωμένων ατόμων αλλά και συμμετοχής στα πολιτισμικά δρώμενα του χωριού του. Στην πρώτο θέμα απάντησε αρνητικά λέγοντας πως δεν του φαίνεται καλή ιδέα παρά τις όποιες επεξηγήσεις του έγιναν για την σημασία και την προσφορά των ομάδων αυτών. Στο δεύτερο θέμα φάνηκε να ανταποκρίνεται θετικά καθώς πάντα του άρεσαν οι πολιτισμικές εκδηλώσεις του τόπου του.

Το πιο σημαντικό κομμάτι των συζητήσεων με τον ασθενή και την οικογένειά του, ήταν να γίνει αντιληπτό η δυσθυμία σαν μια ψυχική διαταραχή. Μια διαταραχή που με τις κατάλληλες μεθόδους, με την συχνότερη επαφή μεταξύ τους, αλλά και την κατανόηση του ρόλου τους σε όλο αυτό το κομμάτι θα αποτελέσει παρελθόν η όποια καταθλιπτική διάθεση, η εσωστρέφεια, το αίσθημα μοναξιάς, οι αγχωτικές σκέψεις και ότι επιπλέον αυτά προκαλούσαν εις βάρος της υγείας του κ. Γιάννη.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κ. Γκοτζομάνης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
2. Anstey, K. & Brodaty, H. 1995. Antidepressants and the elderly: double blind trials 1987-1992. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), p.265-279.
3. Ban, T.A., 2014. *From melancholia to Depression: A History of diagnosis and Treatment*. [E-book] International Network for the History of Neuropsychopharmacology. Available at: <http://inhn.org/e-books/thomas-a-ban-from-melancholia-to-depression-a-history-of-diagnosis-and-treatment.html> [Accessed 19 June 2016].
4. Bowling, A., 2014. *Research Methods in Health Investigation health and health services*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Σαμπατάκου- Κάντζολα, Α. & Αβραμιώτης, Ν. 3<sup>η</sup> έκδοση. Κύπρος : Broken Hill Publication Ltd.
5. Cahoon, C.G., 2012. Depression in Older Adults. *American Journal OF Nursing*, 112(11), p.22-30
6. Denzin, N. & Lincoln, Y., 1998. *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage Publications.
7. Dewit C.S., 2009. *Παθολογική χειρουργική νοσηλευτική. Έννοιες και πρακτική*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λαμπρινού Κ. & Λεμονίδου Χ. 1<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης
8. Dombek, M. et al., 2007. *Historical Understanding Of Depression*. Available at: <http://www.mentalhelp.net/articles/historical-understanding-of-depression> [Accessed: 11 July 2016].

9. Ell, K., 2006. Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Services Quarterly*, 25(1-2), p.115–148.
10. Fiske, A. et al., 2009. Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, p. 363-389.
11. Fountoulakis, K. et al., 1999. The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) In Greece. *Aging*, 11(6), p.367-372.
12. Frederic, F.F., 1998. *The secret strength of depression*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Βελεντίνη. Αθήνα: Εκδόσεις Δίοδος.
13. Hitchcock, G. & Hughes, D., 1989. «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*». London: Routledge.
14. Howel, T., 2013. Assessing and managing depression in older people. *Nursing Times*, 109 (43), p.16-18
15. Hughes, C., 2006. Depression in older people. In: S. J. Redfern & F. M. Ross, eds. 2006. *Nursing Older People*. 4<sup>nd</sup> edition. London: Elsevier Inc. p. 538-564.
16. Martin, P., 2016. *Major Depression Nursing Care Plans*. Available at: <https://nurseslabs.com/major-depression-nursing-care-plans/> [Accessed: 19 July 2016].
17. Rana, D. & UPTON, D., 2009. *Psychology for Nurses*. Harlow: Pearson Education Limited.
18. Sheikh, JI., & Yesavage, JA., 1986. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, p.165-173.

19. Victor, C. R. 2006. What is old age? In: S. J. Redfern & F. M. Ross, eds. 2006. *Nursing Older People*. 4<sup>nd</sup> edition. London: Elsevier Inc. p. 7-22.
20. WHO, 2012. *Diagnosing Depression*. Available at: <http://www.searo.who.int> [Accessed: 8 July 2016].
21. WHO, 2016. *Depression*. Available at: <http://www.searo.who.int> [Accessed: 11 July 2016].
22. Αργυρόπουλος, Κ. και συν., 2012. Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων. *Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρία*, 23(1), σελ. 39-44.
23. Ζήντρου, Γ. και συν., 2014. Συγκριτική μελέτη εμφάνισης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton. *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 13(2), σελ.145-146.
24. Καπρίνης, Σ., 2005. Η κατάθλιψη στην Άνοια τύπου Alzheimer – Ψευδάνοια. Στην Μ. Τσολάκη & Α. Κάζης, έκδοση, 2005. *Άνοια: Ιατρική Και Κοινωνική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress. σελ. 173-176.
25. Κούκια, Ε., 2002. *Η Αναγνώριση Της Κατάθλιψης Της Τρίτης Ηλικίας Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. Διαθέσιμο από: <http://hypatia.teiath.gr> [Έγινε πρόσβαση στις 18 Ιουλίου 2016].
26. Κυριακίδης, Σ. και συν., 2011. *Ανάπτυξη Στην Τρίτη Ηλικία*. Αθήνα: ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΔΙΑΡΚΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.
27. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: University Studio Press.
28. Μπουλούτζα, Π., 2015. Χώρα Γερόντων Η Ελλάδα Έως Το 2050. *Καθημερινή*, [internet] 16 Νοεμβρίου Διαθέσιμο από: <http://www.kathimerini.gr/875382>. [Έγινε πρόσβαση 23 Ιουλίου 2016].



29. Οικονομίδης, Δ., 2005. Φυσιολογικό γήρας. Στην: Μ. Τσολάκη & Α. Κάζης, έκδοση, 2005. *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University studio press. σελ. 111-121.
30. Περιοδικό ΥΓΕΙΑ: δράση+ζωή, (2008), *Η διάγνωση είναι το μυστικό για την κατάθλιψη*. Ειδική έκδοση.
31. Πολίτης, Α., 2005. Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια. Στην Μ. Τσολάκη & Α. Κάζης, έκδοση, 2005. *Άνοια: Ιατρική Και Κοινωνική Προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress. σελ. 169-172.
32. Σκαπινάκης, Π., 2003. *Αίτια Της Κατάθλιψης*. Διαθέσιμο από: <http://web4health.info/gr/answers/bipolar-cau-depr.html> [Έγινε πρόσβαση στις 29 Ιουλίου 2016].
33. Σικλαφίδου, Π. και συν., 2011. Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και Κατάθλιψη. *Περιοδικό Εγκέφαλος*, 48, σελ. 146-150.
34. Φυντανίδου, Ε. 2015. Ανησυχητικά Υψηλά Ποσοστά Κατάθλιψης Και Άγχους Στους Έλληνες. *ΤΟ ΒΗΜΑ*. [internet]. 16 Νοεμβρίου. Διαθέσιμο από: <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=757042> [Έγινε πρόσβαση: 22 Ιουλίου 2016].

## ΓΡΑΜΜΕΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ:



Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

☎ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **1034**

✉ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.epipsi.gr/index.php>

Η γραμμή προσφέρει 24 ώρες το 24ωρο-365 μέρες το έτος ψυχολογική υποστήριξη, συμβουλές, ενημέρωση για την κατάθλιψη και παραπομπή στις διαθέσιμες δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας που βρίσκονται στην περιοχή διαμονής του ενδιαφερομένου.



☎ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **116123**

✉ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.lifelinehellas.gr>

Συμβάλει θετικά σε περιστατικά ψυχολογικής στήριξης ενηλίκων ιδιαίτερος δε ηλικιωμένων.



☎ ΤΗΛΕΦΩΝΟ: **801 110 2822**

✉ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.annousakeio.gr>

Αποσκοπεί στο να μην εγκαταλείπονται οι ηλικιωμένοι από την κοινωνία μας.

