

ΤΕΙ Πατρών
ΣΕΥΠ
Τμήμα: Νοσηλευτικής

Πτυχιακή εργασία

**Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία – στάσεις και γνώσεις των
Νοσηλευτών στην πρόληψη της κατάθλιψης**

Φοιτήτριες:

Βασιλείου Αγγελική
Σταυρίδη Φωτεινή

Καθηγήτρια:

Σαλάτα Αποστολία
Καθηγήτρια Εφαρμογών MSC

Πάτρα 2010

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Πρόλογος.....	8
Εισαγωγή.....	10
Ιστορική αναδρομή.....	12

Κεφάλαιο 1

Διάκριση της κατάθλιψης

1.1 Τι είναι κατάθλιψη.....	15
1.2 Γήρανση πληθυσμού.....	15
1.3 Τι είναι γεροντική κατάθλιψη.....	16
1.4 Διάγνωση – εργαστηριακές εξετάσεις.....	17
1.5 Μορφές κατάθλιψης.....	18
1.6 Παράγοντες που συμβάλλουν στην έναρξη και εξέλιξη της γεροντικής κατάθλιψης.....	22
1.6.1 Ανασφάλεια.....	22
1.6.2 Ιδρύματα.....	23
1.6.3 Η εγκατάλειψη των δυνάμεων.....	24
1.6.4 Προσδοκία του θανάτου.....	27
1.6.5 Πένθος.....	28
1.6.6 Η υποχρεωτική συνταξιοδότηση.....	30
1.6.7 Κληρονομικότητα.....	30
1.7 Οι κυριότερες νευρολογικές και συστηματικές διαταραχές.....	31
1.8 Επιδημιολογία της κατάθλιψης.....	35

Κεφάλαιο 2

Κλινική εικόνα της γεροντικής κατάθλιψης

2.1 Κλινική εικόνα της γεροντικής κατάθλιψης.....	37
2.2 Συναίσθημα.....	38
2.2.1 Καταθλιπτική διάθεση.....	38
2.2.2 Ανηδονία.....	39
2.2.3 Άγχος.....	39
2.3 Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό Σύστημα.....	39
2.3.1 Διαταραχή του ύπνου.....	39
2.3.2 Διαταραχή της όρεξης.....	40
2.3.3 Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας.....	40
2.3.4 Ψυχοκινητική επιβράδυνση.....	41
2.3.5 Ψυχοκινητική διέγερση.....	41
2.4 Κινητοποίηση.....	42
2.4.1 Απώλεια ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες.....	42
2.4.2 Ανημποριά έλλειψη ελπίδας.....	42
2.4.3 Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας.....	42
2.4.4 Σκέψη – αντίληψη.....	44
2.4.5 Δυσκολία στη συγκέντρωση.....	45
2.4.6 Ψύχωση.....	45
2.5 Σωματικά ενοχλήματα.....	46
2.6 Διαφοροποίηση μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης.....	46
2.7 Διάκριση της γεροντικής κατάθλιψης από την γεροντική άνοια.....	48

Κεφάλαιο 3

Πρόληψη Υποτροπής της Γεροντικής Κατάθλιψης

Είδη πρόληψης.....	50
--------------------	----

Κεφάλαιο 4

Θεραπεία

4.1 Θεραπεία Γεροντικής Κατάθλιψης.....	53
4.2 Σωματικές Θεραπείες.....	54
4.2.1 Τρικυκλικά Πολυκυκλικά Αντικαταθλιπτικά.....	56
4.2.2 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ).....	59
4.2.3 Άλατα λιθίου.....	61
4.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ECT.....	67
4.3.1 Ενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας.....	69
4.3.2 Αντενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας.....	70
4.3.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες.....	70
4.3.4 Η νοσηλευτική στη γενική προετοιμασία για το ηλεκτροσόκ.....	71
4.4 Ψυχοθεραπεία.....	72
4.4.1 Ατομική ψυχοθεραπεία.....	72
4.4.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	73
4.4.3 Θεραπεία συμπεριφοράς.....	74
4.6 Γνωστική θεραπεία.....	74

Κεφάλαιο 5

Έρευνα

5.1 Διατύπωση του προβλήματος.....	76
5.2 Σκοπός και στόχοι.....	76
5.3 Μεθοδολογία έρευνας.....	76
5.4 Υλικό - Μέθοδος.....	78
5.5 Δείγμα.....	78
5.6 Τόπος και Χρόνος διεξαγωγής.....	79
5.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	79
5.8 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία και αντιμετώπιση.....	79
5.9 Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	79
5.10 Δομή ερωτηματολογίου.....	80
5.11 Μονομεταβλητή ανάλυση.....	81
5.12 Ερευνητικά ερωτήματα.....	84
5.13 Διμεταβλητή ανάλυση.....	101
5.14 Συζήτηση και σχολιασμός των αποτελεσμάτων της έρευνας - Συμπεράσματα.....	122
Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	126
Βιβλιογραφία.....	129

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το θέμα της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας - στάσεις και γνώσεις των Νοσηλευτών στην αποκατάσταση της κατάθλιψης. Ιστορικά, σύμφωνα με περιγραφές της καταθλιπτικής διαταραχής που υπάρχουν από τότε που άρχισε να καταγράφεται η ανθρώπινη ιστορία, ο Ιπποκράτης την ονόμασε «μελαγχολία».

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες φαίνεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει από κατάθλιψη σε κάποια περίοδο της ζωής του. Αυτό την κατατάσσει ανάμεσα στα συχνότερα νοσήματα στο χώρο της ΠΦΥ. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή στο γήρας και είναι νόσημα με υψηλή νοσηρότητα και υψηλό κόστος σε υπηρεσίες Υγείας.

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών (ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών) μπορεί να προκαλέσει την κατάθλιψη και οι κλινικές εκδηλώσεις της είναι παρόμοιες. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί άρρωστοι με οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μία ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Η κατάθλιψη συχνά εκδηλώνεται τόσο με τρόπο ψυχολογικό όσο και οργανικό. Στα ηλικιωμένα άτομα προκαλεί δυσφορία και οδηγεί σε ψυχοσωματικές διαταραχές και κοινωνική απομόνωση. Αν και σύνηθες φαινόμενο, η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα συχνά δεν τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής, δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ή αντιμετωπίζεται πλημμελώς διότι, καθώς το άτομο γηράσκει, τα σημεία της κατάθλιψης είναι πιθανό να εκλαμβάνονται ως «ιδιοτροπία».

Η θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η πρόληψή της. Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σε όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της Νοσηλευτικής.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η παρουσίαση της νόσου «κατάθλιψης» σε όλες της τις διαστάσεις, η γενική νοσηλευτική προσέγγιση της αρρώστιας, καθώς επίσης και οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αυτή στους ηλικιωμένους. Επίσης αναφέρεται και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της γεροντικής κατάθλιψης με διάφορες μεθόδους όπως π.χ. οι σωματικές θεραπείες (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, Ηλεκτροσπασμοθεραπεία) και οι ψυχοθεραπείες (ομαδική, ατομική, συμπεριφοράς και γνωστική).

Τέλος, για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε νοσηλευτές. Η έρευνά μας έχει ως στόχο την ανίχνευση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σχετικά με την πρόληψη της κατάθλιψης των ανθρώπων τρίτης ηλικίας με σκοπό την καταγραφή της αναγκαιότητας επιμόρφωσης των νοσηλευτών για περιορισμό του προβλήματος.

Πρόλογος

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο κοινές ψυχιατρικές διαταραχές με υψηλό κόστος σε υπηρεσίες υγείας¹. Αυτή η ψυχιατρική διαταραχή σχετίζεται με το γήρας δηλαδή το στάδιο εξέλιξης της ζωής που προηγείται του φυσιολογικού θανάτου. Μελέτες που έγιναν πάνω στα στάδια της ζωής του ανθρώπου απέδειξαν ότι κατά την διάρκεια της ζωής εξελίσσεται μία προοδευτική, ανατομική, λειτουργική, ψυχική ανάπτυξη, αλλά συγχρόνως και μία φθοροποιός δράση η οποία οδηγεί στο φαινόμενο του γήρατος και κατά συνέπεια στον θάνατο². Παρόλο που όλοι μπορούμε να αναγνωρίσουμε έναν ηλικιωμένο σε σχέση με τα άτομα νεότερης ή μέσης ενήλικης ζωής είναι συχνά δύσκολο να δώσει κάποιος έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης και του γήρατος^{3,4}. Συνήθως, το γήρας εκδηλώνεται στον μέσο άνθρωπο, με το άσπρισμα των μαλλιών, το πέσιμό τους, την ελάττωσή ύψους, το πέσιμο των δοντιών, την ελάττωση της όρασης και της ζωτικότητας γενικότερα².

Η κατάθλιψη απαντάται πολύ συχνά στη Γενική Ιατρική. Εξάλλου, η διάγνωση της είναι χρήσιμη, τόσο επειδή υπάρχουν πολύ αποτελεσματικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της, όσο και επειδή οι συνέπειές της μπορεί να είναι σοβαρότερες (πχ. κίνδυνος αυτοκτονίας). Η διαπίστωση της κατάθλιψης δεν είναι δυσχερής, απαιτεί όμως μια διαγνωστική διαδικασία, η οποία επιβάλλει ενεργητική αναζήτηση συμπτωμάτων και σημείων⁵. Ιδιαίτερα στην ιατρική, η κατάθλιψη με την ποικιλία των της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα, γι' αυτό και οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι συγγενείς πρέπει να αναγνωρίζουν τα συμπτώματά της. Σημειώνουμε από την αρχή, ότι σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανείς ή ακόμη και παρούσα άλλα συμπτώματα πχ. από το αυτόνομο νευρικό

σύστημα, τη σκέψη κτλ. να μας οδηγήσουν στη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν μία γκάμα βιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών δυσλειτουργιών που ποικίλουν σε σοβαρότητα και διάρκεια. Στην καλύτερη περίπτωση συναντάται η «φυσιολογική» κατάθλιψη, όπου ένα άτομο βιώνει μία μεταβατική περίοδο θλίψης, που συνήθως δεν διαρκεί περισσότερο από μια εβδομάδα και αποτελεί αντίδραση σε κάποιο συγκεκριμένο και αναγνωρίσιμο στρεσογόνο γεγονός. Όταν η κατάθλιψη φτάσει σε κλινικά επίπεδα, τα συμπτώματα είναι μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας, με κύρια χαρακτηριστικά την ψυχολογική επιβράδυνση, την απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης από συνήθεις δραστηριότητες, τα συναισθήματα απελπισίας, αδυναμίας, αναξιότητα, χαμηλής αυτοεκτίμησης και ενοχών. Στην πιο σοβαρή της μορφή η κατάθλιψη αγγίζει τα ψυχωσικά όρια και το άτομο συνήθως παρουσιάζει υπερβολική θλίψη, ενοχές και απελπισία, πλήρη ανηδονία, ενώ ενδέχεται και να χάσει την επαφή του με την πραγματικότητα και να αναπτύξει παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες και σοβαρή κινητική και ψυχολογική επιβράδυνση⁶.

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία⁷ γιατί είναι νόσημα με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Μέτρο της οδύνης του καταθλιπτικού ασθενή είναι ότι συχνά βλέπει το θάνατο ως λύτρωση, έτσι λοιπόν, η πάθηση αυτή οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη πάθηση σε αυτοκτονία⁸. Τα κυριότερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας είναι ο τόπος και ο τρόπος διαβίωσης . Τόσο η συνταξιοδότηση, όσο και το χάσιμο του συντρόφου ή της συντρόφου , είναι αφορμές για ψυχική ένταση⁹. Επίσης, πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι γίνονται πιο εσωστρεφείς με την πάροδο της ηλικίας, καθώς με τη θέληση τους απομακρύνονται από τις κοινωνικές δραστηριότητες και προτιμούν να παραμένουν στο σπίτι. Αλλά για ορισμένους από αυτούς, έχει ακόμη σημασία να διατηρούν τους δεσμούς τους με την ευρύτερη κοινότητα, να παραμένουν ενεργά μέλη της και να αντλούν ικανοποίηση από συνεχείς κοινωνικές επαφές με τους άλλους.

Στις περιπτώσεις αυτές, μια υποστηρικτική κοινότητα, που προσφέρει ένα μεγάλο εύρος ευκαιριών, μπορεί να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να ζήσει χαρούμενα και δημιουργικά. Εάν όμως τέτοιου είδους υπηρεσίες – καταφύγια είναι περιορισμένες και οι ηλικιωμένοι φοβούνται να βγουν έξω λόγω της μεγάλης εγκληματικότητας, το φυσικό επακόλουθο μπορεί να είναι η κατάθλιψη¹⁰. Γι' αυτό το λόγο σήμερα, η παράταση της ζωής έχει δημιουργήσει έναν ικανό αριθμό ηλικιωμένων και η αντιμετώπισή τους έχει γίνει ένα κοινωνικό και ψυχολογικό μέλημα : Ειδικοί γιατροί (οι Γεροντολόγοι ή Γηρίατροι), ειδικά πρόσωπα (Κοινωνικοί Λειτουργοί), Ειδικά Ιδρύματα (Γηροκομεία, Οίκοι Ευγηρίας κλπ), Ειδικά ξενοδοχεία, Ειδικά Προγράμματα ψυχαγωγίας και απασχόλησης (Κ.Α.Π.Η)

Οι ειδικοί επισημαίνουν τη σημασία που πρέπει να δοθεί παράλληλα με τη φροντίδα των ηλικιωμένων (από την οικογένεια, κοινότητα και πολιτεία), στην κοινωνική τους αξιοποίηση ως άτομα που είναι παρακαταθήκες σοφίας και αξιών ζωής, ζωντανές μνήμες που ρίχνουν φως στη συνέχεια που υπάρχει στους δεσμούς ανάμεσα στις γενιές⁹. Η σοφία που έχει αποκτήσει ένας μεγάλης ηλικίας άτομο από τις εμπειρίες της ζωής το βοηθά να αντισταθμίσει τη μειωμένη σωματική του δύναμη. Τα νεότερα σε ηλικία άτομα καταφεύγουν συχνά στους μεγαλύτερους τους για συμβουλές, ενώ οι μεγαλύτεροι επηρεάζονται λιγότερο από τις γνώμες των άλλων, καθώς προτιμούν να διαμορφώνουν τις δικές τους κρίσεις και να ενεργούν σύμφωνα με αυτές.

Ιδιαίτερα για όσους ασχολούνται με τη γηριατρική ή την ψυχιατρική νοσηλευτική, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων αποτελεί μια επιστημονική πρόκληση. Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία παίρνει τη μορφή της κινητικής αδράνειας που οικοδομείται πάνω σ' ένα υπόβαθρο μελαγχολικής διάθεσης, που συνοδεύεται και από ψυχική επιβράδυνση². Η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα σε συνδυασμό με τις προσπάθειες των άλλων μελών της ομάδας υγείας μπορεί να φέρει σημαντικά αποτελέσματα στην κατάσταση του ασθενούς και να βελτιώσει αισθητά την ποιότητα της ζωής του. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται αφενός η παρουσίαση της κατάθλιψης, αφετέρου η γενική νοσηλευτική προσέγγιση της ασθένειας με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει αυτή στους ηλικιωμένους¹⁰.

Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα)¹¹. Υπάρχουν επίσης, πολλά τεκμήρια ότι στην αρχαία Αίγυπτο, Ινδίες και Κίνα από το 2000 π.χ γνωρίζουν τις ψυχικές ασθένειες και τις περιγράφουν και τις θεραπεύουν είτε με εξορκισμούς, είτε με φάρμακα είτε με ψυχοθεραπεία τραγουδιού (Ινδία) ή βελονισμό (Κίνα)⁶.

Ο Ιπποκράτης θεωρήθηκε ο πατέρας ολόκληρης της ιατρικής γιατί τον 4^ο αιώνα π.χ περιέγραψε με λεπτομέρεια την κατάθλιψη¹². Συγκεκριμένα ονόμασε την κατάθλιψη μελαγχολία, επειδή πίστευε ότι την προκαλούσε η επίδραση της «μαύρης χολής» στο μυαλό¹³. Ο Ιπποκράτης ο Κώος εισήγαγε την πρωτοποριακή ιδέα ότι τα αίτια της ασθένειας και της υγείας βρίσκονται μέσα στο ίδιο το άτομο και δεν είναι αποτέλεσμα θεϊκής παρέμβασης¹⁴.

Αν και η ενασχόληση με τη μαγεία άρχισε στον μεσαίωνα, εντούτοις έφθασε στο αποκορύφωμά της στην Αναγέννηση (16ος αιώνας). Έτσι κάτω από το επώνυμο του αιρετικού η εκκλησία (η Ιερά Εξέταση) αφάνισε ένα μεγάλο αριθμό «μάγων» και «μαγισσών» (100.000 περίπου στη Γερμανία κι άλλους τόσους στη Γαλλία), μερικοί από τους οποίους με βάση τις περιγραφές ήταν οπωσδήποτε ψυχοπαθείς. Η ουσία, όμως, είναι ότι οι ψυχικοί ασθενείς θεωρούνται βασικά ότι κατέχονται από δαίμονες και ότι «θαύματα» μόνον μπορούν να τους σώσουν⁶. Υπήρξε παρόμοια άποψη στην αρχαιότητα, όπου μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Τα όνειρα χρησίμευαν ως

μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή όνειρα που αντανακλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου, υποδεικνύοντας συγχρόνως τη μυστική της αιτιολογία¹³.

Ο Αρεταίος είναι ο πρώτος που περιέγραψε τις ψυχικές διαταραχές της γεροντικής ηλικίας. Διαχώρισε επίσης τη σχιζοφρένεια από την μανία, την οποίαν ο Κρέπελιν και η ψυχιατρικά του 20ού αιώνα συσχέτισε με την κατάθλιψη. Έτσι, ο Αρεταίος, προσπάθησε να συνδέσει τη διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής με την εξέλιξη και την πρόγνωσή της. Ο Μέγας Βασίλειος ασχολήθηκε με τη φύση και τα αίτια της νόσου, ενώ κατά τους Βυζαντινούς χρόνους η κατάθλιψη αναφέρεται ως ακηδία ή ακήδεια (από το κήδος, που σημαίνει φροντίδα, ενδιαφέρον αλλά και άγχος ή πένθος). Ακηδία σημαίνει έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια. Από την περίοδο της αναγεννήσεως μέχρι το 19^ο αιώνα ο όρος μελαγχολία σήμαινε ψυχιατρικές καταστάσεις, από τις οποίες μπορούσαν να απουσιάζουν οι διαταραχές των νοητικών λειτουργιών ή και του σηναισθήματος όπως ψυχαναγκαστικές ή υποχονδριακές καταστάσεις συνοδευόμενες από καταδιωκτικά παραληρήματα¹⁵.

Η παρουσία παραληρητικών ιδεών σε βαριές μορφές κατάθλιψης έχει περιγραφεί από τον προηγούμενο αιώνα. Ωστόσο, πριν από 60 χρόνια η προγνωστική τους σημασία έγινε αντικείμενο επιστημονικής έρευνας. Η κατανόηση των ερευνητικών προσπαθειών της εποχής εκείνης με τα δεδομένα της σύγχρονης ψυχιατρικής δυσχαιρένεται από το γεγονός ότι δεν είχαν διαμορφωθεί ακόμη ικανοποιητικά συστήματα ταξινόμησης⁸.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μία αύξηση του ενδιαφέροντος για την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές της διάθεσης. Αυτή η αλλαγή

ενδιαφέροντος τόσο των ειδικών και επαγγελματιών υγείας όσο και του κοινού αντανακλά ενδεχομένως μία ιστορική τάση, που ο Klermann (1978,1987) αποκαλεί ανάδυση μίας νέας «εποχής της μελαγχολίας» σε αντίθεση με την «εποχή του άγχους» που όπως υποστηρίζει, ακολούθησε τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Τι είναι κατάθλιψη

Κατάθλιψη είναι μια ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα, λύπης, μοναξιάς, αποθάρρυνσης, απόγνωσης, ανημποριάς, απελπισίας, χαμηλής αυτοεκτίμησης ή και αυτομομφής.¹⁶

Πρόκειται για συνηθισμένο συναίσθημα που επέρχεται συχνά στους ανθρώπους σαν αποτέλεσμα άτυχων καταστάσεων της ζωής τους. Ορισμένες φορές η κατάθλιψη δεν συμβαδίζει με τα ατυχή συμβάντα ή μπορεί να μην υπάρχει εμφανής αιτιολογία.⁵⁹

Η Κατάθλιψη εμφανίζεται κυρίως σε μεγαλύτερα άτομα κυρίως ανώτερων κοινωνικών τάξεων.¹⁷ Ο όρος **κατάθλιψη** επίσης περιλαμβάνει ένα συνεχές ή ένα φάσμα φαινομένων. Στη μία του άκρη τοποθετείται ένα φυσιολογικό φαινόμενο συναίσθημα που είναι συνηθισμένο και συμβαίνει σχεδόν στον καθένα μας από καιρό σε καιρό ενώ στην άλλη του άκρη τοποθετείται μια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή. Αυτό το καταθλιπτικό συναίσθημα επομένως μπορεί να εμφανισθεί σε όλες τις δυνατές διακυμάνσεις του, από δυσφορία μέχρι και βαθιά μελαγχολία¹⁸.

1.2 Γήρανση πληθυσμού

Η γήρανση, γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και στη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού, είναι γενικό φαινόμενο και παρατηρείται σε όλα τα είδη των ζώων και των φυτών, χωρίς να εξαιρείται από

αυτά και ο άνθρωπος, το τελειότερο δημιούργημα πάνω στη γη. Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα, για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος¹⁵.

Πολλές προσπάθειες έγιναν κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων για τον ακριβή καθορισμό του γήρατος και τον χαρακτηρισμό του “ηλικιωμένου” ατόμου. Απεδείχθη όμως ότι δεν είναι καθόλου εύκολο να δοθεί ένας σαφής, περιεκτικός και συγκεκριμένος ορισμός του όρου “ηλικιωμένος”, ο οποίος να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις περιπτώσεις και να καλύπτει όλους τους τομείς και τις διαστάσεις του ατόμου¹⁹. Γι’ αυτό το λόγο η ηλικία, στην οποία οι άνθρωποι θεωρούνται ότι γίνονται ηλικιωμένοι, ποικίλλει από χώρα σε χώρα και ακόμη από άτομο σε άτομο. Πολλές χώρες χρησιμοποιούν ως όριο το 65^ο έτος και άνω. Το διεθνές σχέδιο δράσης των Ηνωμένων Εθνών χαρακτηρίζει ηλικιωμένους τους ανθρώπους των 60 ετών και άνω²⁰.

1.3 Τι είναι γεροντική κατάθλιψη

Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες²¹.

Η κατάθλιψη περιγράφεται ως ένα σύνδρομο, το οποίο συμπεριλαμβάνει ομάδα φυσιολογικών και ψυχοκοινωνικών εκδηλώσεων. Η εμφάνιση είναι βραδεία και στους γέροντες τα συμπτώματα μπορεί να μην αναγνωρίζονται όταν υπάρχουν παράλληλα φυσικά προβλήματα. Τα καταθλιπτικά άτομα

αισθάνονται μόνα τους και απομονωμένα και διάγουν με μία μεγάλη διαταραχή την ποιότητα της ζωής τους²².

1.4 Διάγνωση – εργαστηριακές εξετάσεις

Η διάγνωση της Κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ευρήματα από το εργαστήριο, αλλά τα ευρήματα αυτά δεν είναι ειδικά για την νόσο. Ούτε και όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα είναι απαραίτητα για να τεθεί η διάγνωση, ενώ πλήθος άλλων συμπτωμάτων που δεν γίνεται να αναφερθούν όλα, μπορεί να συνυπάρχουν²³. Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου.

Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι :

- Εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)
- B12 και φολικό οξύ πλάσματος
- Ηλεκτρολύτες

- Γλυκόζη
- Ηπατικές Δοκιμασίες
- Ταχύτητα Καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του ΚΝΣ. Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση²⁴.

1.4 Μορφές Κατάθλιψης

Η Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μίας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής²¹.

A) Η Πρωτογενής Κατάθλιψη είναι τριών ειδών :

- 1) Μείζων Κατάθλιψη :** Η μείζων κατάθλιψη, η οποία ξεκινάει με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο . Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, μιλάμε για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο αν τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανιστούν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και σηματοδοτούν μία αλλαγή από την προηγούμενη ψυχική κατάσταση που συνοδεύεται απο κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας²⁵:

- Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
- Ψυχοκινητικές Διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
- Γνωστικές Διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές , αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή της μνήμης και της συγκέντρωσης)
- Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, την σεξουαλική επιθυμία) και
- Κοινωνική απόσυρση²¹

2) Δυσθυμία : Είναι μια μέτρια σε βαρύτητα μορφή χρόνιας κατάθλιψης, η οποία όμως διαρκεί πολύ και δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση, ότι είναι "ανάξιος". Ο ασθενής με δυσθυμία ανταπεξέρχεται μεν στις καθημερινές του δραστηριότητες αλλά βασανίζεται από ένα λιγότερο ή περισσότερο μόνιμο συναίσθημα "ανικανοποίητου". Η δυσθυμία δεν είναι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (όπως πιστεύαν παλαιότερα), αλλά μια μορφή κλινικής κατάθλιψης²⁶. χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

3) Άτυπες Μορφές : παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression), γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με την μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονιούνται αυτοί οι ασθενείς είναι :

κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελλειπωμένη ενεργητικότητα²⁷.

Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνόςκεται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί των πλείστων πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊακός καταθλιπτικός απαντά συνήθως “ δεν ξέρω “δείχνοντας μια αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με το οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματα του. Ας σημειωθεί ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σε αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο²¹.

B) Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών :

1) Οργανική κατάθλιψη :

Είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μιας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (αφυδάτωση), αναιμία κ.α. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα) , τα μη στερεοειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή²⁷.

2) Καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων :

Η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι το άγχος ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή

δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία²¹.

1.6 Παράγοντες που συμβάλουν στην έναρξη και εξέλιξη της γεροντικής κατάθλιψης

Όταν κάποιος εργάζεται ή έχει επαφή με ηλικιωμένους, τότε συνειδητοποιεί ακόμη περισσότερο πόσο πολλοί και πόσο αλληλένδετοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο, την ψυχολογική και σωματική του υγεία αλλά και τη συμπεριφορά του. Τέτοιοι παράγοντες είναι γνωστικοί (ιδέες, στάσεις, πεποιθήσεις που έχει το άτομο), συναισθηματικοί (κατάθλιψη, άγχος), ψυχοκοινωνικοί (όπως η σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον), οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί. Έτσι, πριν εμφανιστεί ένα πρόβλημα υγείας, βλέπουμε συχνά ότι προηγούνται δυσμενείς, μη οργανικοί παράγοντες και συνθήκες που επηρεάζουν την πορεία τις ασθένειας. Στην συνέχεια το πρόβλημα υγείας με την σειρά του δημιουργεί συνθήκες που επηρεάζουν την ψυχολογική και όλη την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου²⁸.

1.6.1 Ανασφάλεια

Η αίσθηση ασφάλειας που έχει ένα ηλικιωμένο άτομο, μπορεί εύκολα να υπονομευτεί. Δεν είναι καν ανάγκη να συμβεί κάτι τρομερό. Η ίδια η αναμονή ότι η βασική αίσθηση της ασφάλειάς του θα κλονισθεί ανεπανόρθωτα, δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Ας πάρουμε για παράδειγμα το άτομο που έχει συνηθίσει να καθορίζει με τη γνώμη του και τις επιθυμίες του τη ζωή της οικογένειάς του. Όταν έρθει η μέρα όπου κανένας πια δεν θα υπακούει στις προσταγές του, ίσως μάλιστα να μην τις ακούει, τότε σίγουρα θα νοιώσει σαν εκθρονισμένος μονάρχης. Η αίσθηση της ασφάλειας του πήγαξε από την

ικανότητα του να ελέγχει ή να επηρεάζει σημαντικά τη ζωή των γύρω του. Οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια αυτού του διαπροσωπικού ελέγχου, δημιουργεί πανικό. Οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια²⁹.

Άλλοι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν με τρόμο τους περιορισμούς της σωματικής τους κινητικότητας. Εκείνοι ιδιαίτερα που είχαν την τάση να απομακρύνονται όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με αγχωτικές καταστάσεις, στερούνται ξαφνικά τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν αυτό τον αμυντικό μηχανισμό. Αναγκάζονται να παραμείνουν μέσα σε αυτές τις καταστάσεις πέρα ίσως από τα όρια της ψυχολογικής τους αντοχής. Σαν αποτέλεσμα, άλλοτε γίνονται αγχώδεις σε βαθμό παραλογισμού και άλλοτε βυθίζονται σε καταθλιπτική αποστέρηση.

Μερικοί άνθρωποι επενδύουν την ασφάλεια τους στην δουλειά και τη δραστηριότητα τους. Όταν λοιπόν χάνουν την δουλειά τους νιώθουν απειλή γιατί στερούνται κάθε διέξοδο αυτοέκφρασης και εποικοδομητικής δραστηριότητας. Το άτομο δεν μπορεί πια να καθορίσει τον εαυτό του με βάση το επάγγελμα του. Το κάποτε ήμουν δεν είναι δυνατό να αναπληρώσει το «είμαι». Ακόμα και η ανησυχία μήπως χάσει τη δουλειά του ή κάποια άλλη δραστηριότητα είναι αρκετή για να επισπεύσει μια εσωτερική κρίση³⁰.

1.6.2 Ιδρύματα

Το φαινόμενο που σήμερα παρατηρείται είναι ότι όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι, με ή χωρίς τη θέλησή τους, κάνουν εισαγωγή σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας, στα οποία διαμένουν και για το υπόλοιπο της ζωής τους. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στις αλλαγές που έχουν επέλθει στη δομή και λειτουργία της οικογένειας, καθώς επίσης και στο παγκόσμιο φαινόμενο της

αύξησης του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου, μεγεθύνοντας σταδιακά τον αριθμό της πληθυσμιακής ομάδας αυτής³¹.

Στα περισσότερα γηροκομεία, η επιτήρηση, ο έλεγχος και η φύλαξη των ηλικιωμένων ατόμων τείνει να αποτελεί τον καθιερωμένο κανόνα. Η περίθαλψη στο γηροκομείο συνήθως περιλαμβάνει την παροχή κάθε είδους φροντίδας για τον ηλικιωμένο πελάτη. Για παράδειγμα, τα μέλη του προσωπικού τον λούζουν, τον ντύνουν και τον τρέφουν. Ωστόσο, η παροχή αυτών των υπηρεσιών ενδέχεται να μην αποβαίνει πάντοτε προς όφελός του. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που είναι σε θέση να διατηρήσει την ανεξαρτησία του σε επίπεδο αυτοφροντίδας (πχ. να ντύνεται, να λούζεται και να τρέφεται μόνος του) είναι δυνατόν να σταματήσει να ασχολείται με αυτές τις δραστηριότητες αφού τις αναλαμβάνει κάποιος άλλος. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από την παροχή πλήρους φροντίδας, ο ηλικιωμένος μπορεί να μάθει να μένει αδρανής και παθητικός και τελικά να εμφανίσει κατάθλιψη³².

Πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακρά περίοδο ιδρυματοποίησης νοιώθουν μοναξιά και κοινωνική απομόνωση. Άλλωστε όπως λένε και οι ηλικιωμένοι σ' ένα ίδρυμα αναγκάζονται να προσαρμοσθούν σ' ένα «κόσμο γεμάτο αρρώστια και θάνατο». Ένας ηλικιωμένος γεμάτος ζωντάνια μπορεί να νοιώθει κατάθλιψη ακόμα κι όταν η προσαρμογή του στο ίδρυμα είναι επιτυχημένη³⁰.

1.6.3 Η εγκατάλειψη των δυνάμεων:

A) Σωματική αδυναμία : Είναι φυσικό ύστερα από μια ορισμένη ηλικία που διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και ποικίλει από τα 50 τα 60 ή τα 70 χρόνια ή και παραπάνω, οι φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού να πάψουν να γίνονται κανονικά και να σημειώνονται ορισμένες, λίγες στην αρχή, αλλά περισσότερες αργότερα ανωμαλίες που οδηγούν σε μια βαθμιαία

κατάπτωση. Φανερό είναι η ελάττωση των φυσικών δυνάμεων. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος το άτομο αναγκάζεται να εγκαταλείψει καθημερινές του συνήθειες που πολλές φορές είναι ζωτικές, στην περίπτωση κυρίως που το επάγγελμα ή τα «hobbies» του ατόμου συνδέονται με έντονες σωματικές δραστηριότητες.

Η γήρανση επηρεάζει τον ανθρώπινο οργανισμό, αλλά οι μεταβολές που προκαλούνται ποικίλλουν κατά πολύ από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, υπάρχει ένας γενικός μηχανισμός, ο οποίος περιγράφεται παρακάτω:

Οστά: Τα οστά, αφού σχηματιστούν, δεν μεταβάλλονται ως προς το σχήμα και το μέγεθός τους με εξαίρεση την περίπτωση σοβαρών νόσων. Ωστόσο, η ποιότητα των οστών σταδιακά επιδεινώνεται με τη γήρανση. Το κύριο συστατικό των οστών, που καθορίζει τη σκληρότητα και το επιθυμητό σχήμα, είναι το ασβέστιο. Στον οργανισμό διατηρείται ένα ισοζύγιο ασβεστίου, πχ. Το ασβέστιο των οστών αποβάλλεται από τον οργανισμό μέσω της κυκλοφορίας του αίματος και της νεφρικής αποβολής και αντικαθίσταται από καινούργιο ασβέστιο, που προσλαμβάνεται με τη διατροφή. Με την πάροδο της ηλικίας, ειδικά στα μη σωματικά ενεργά άτομα, που επιπλέον έχουν κακή κυκλοφορία του αίματος και περιορισμένη διατροφική πρόσληψη, η απώλεια του ασβεστίου από τα οστά είναι πολύ μεγαλύτερη από την ανανέωση του. Εξαιτίας της συνεχούς μείωσης του ασβεστίου, τα οστά καθίστανται λιγότερο πυκνά και πιο εύθραυστα, μία κατάσταση γνωστή ως οστεοπόρωση³³.

Επίσης, η οστεοπόρωση μπορεί να είναι τα αποτέλεσμα της ακινησίας, της μειωμένης απορροφήσεως του ασβεστίου, της περίσσειας απώλειας του καλίου από τα έντερα ή τους νεφρούς ή άλλων ενδοκρινών διαταραχών. Εντούτοις από τα αναφερθέντα κανένα δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αιτία για την οστεοπόρωση των ηλικιωμένων. Η λέπτυνση του οστού προδιαθέτει σε κατάγματα, με προτίμηση της κεφαλής του μηριαίου οστού, της κεφαλής του

βραχιονίου και του άκρου της κερκίδας. Σοβαρότερα είναι του ισχίου, τα οποία οδηγούν σε ακινησία με όλες τις συνέπειες που αυτή συνεπάγεται. Ο αθροιστικός κίνδυνος των καταγμάτων σε άτομα ηλικίας 90 ετών υπολογίστηκε σε 32% στις γυναίκες και 17% στους άνδρες.

Σωματική κυτταρική και μυϊκή μάζα: Χαρακτηριστικό της προχωρημένης ηλικίας είναι η προοδευτική μείωση της μυϊκής μάζας¹⁵. Οι μύες και τα όργανα του ανθρώπινου σώματος αποτελούνται από κύτταρα, τα οποία δεν είναι μόνιμα, αλλά δημιουργούνται, ζουν για κάποιο χρονικό διάστημα, φέρουν σε πέρας τη λειτουργία τους και πεθαίνουν. Αμέσως μετά, νέα κύτταρα δημιουργούνται στην θέση τους και τα αντικαθιστούν. Με την πρόοδο της ηλικίας, αυτή η διαδικασία της εκφύλισης και ανάπλασης ειδικών κυττάρων σταδιακά επιβραδύνεται. Ο αριθμός των κυττάρων ενός οργάνου είναι κατά πολύ μικρότερος σε ένα ηλικιωμένο άτομο απ' ό τι σε ένα νεότερο. Η διαδικασία αυτή λαμβάνει χώρα σε όλα τα βασικά όργανα του σώματος, π.χ. Στη καρδιά, το ήπαρ, το σπλήνα, τους νεφρούς κ.α. Τα τελικό αποτέλεσμα είναι η μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού που εξαρτάται από αυτά τα όργανα, π.χ. έκπτωση της λειτουργίας του ήπατος, των νεφρών και της καρδιάς³³.

Αλλά καθένας δεν μπορεί για πολύ χρόνο να αγνοήσει τις μεταβολές που γίνονται στο σώμα του. Ο γέροντας αισθάνεται χρόνο με το χρόνο πως τον εγκαταλείπουν οι δυνάμεις του. Αυτό είναι μεγάλο συναισθηματικό χτύπημα. Προσπαθεί να αντιδράσει με τη συχνή επίσκεψη στο γιατρό, φαρμακοθεραπεία, ειδική δίαιτα και σωματικές ασκήσεις, με την ελπίδα πως με τον τρόπο αυτό θα ενδυναμωθεί σωματικά. Το ενηλικιωμένο άτομο τελικά παραδέχεται τις φυσικές του αδυναμίες και τη σωματική του μειονεκτικότητα. Αυτό είναι αιτία να περιορίζει σιγά σιγά τη δραστηριότητα του και να διαμορφωθεί η παραγωγική του δύναμη έτσι ώστε τα προϊόντα της δουλειάς του να είναι διαφοριστικότερα από τα προηγούμενα, τόσο σε ποιότητα όσο και σε ποσότητα³⁰.

B) Πνευματική αδυναμία : Στην ψυχοδιανοητική σφαίρα η έκπτωση των λειτουργιών αναφέρεται κυρίως στις λειτουργίες μνήμης της, της προσοχής, της συγκέντρωσης και της νοημοσύνης. Η ικανότητα για μάθηση μειώνεται, ο χρόνος αντιδράσεως επιβραδύνεται και η προσωπικότητα μεταβάλλεται. Η κυριότερη μεταβολή που συμβαίνει στην προσωπικότητα που γερνάει, αφορά την έξαρση των βασικών χαρακτηριστικών. Ο ομιλητικός γίνεται φλύαρος, ο οικονόμος τσιγκούνης, ο επίμονος πεισματάρης, ο συνεπής σχολαστικός κ.ο.κ. Οι διαπροσωπικές σχέσεις του ηλικιωμένου προσώπου είναι περιορισμένες αλλά στενές. Οι γέροντες σύζυγοι αισθάνονται ζωνή εξάρτηση ο ένας από τον άλλο, γι' αυτό είναι μεγάλη η κατάθλιψη εκείνου που ζει ύστερα από το θάνατο του άλλου. Οι ηλικιωμένοι υστερούν σε πρωτοβουλία, ζωτικότητα και ταχύτητα, υπερτερούν όμως σε σύνεση, πείρα και γνώση, πράγμα που δεν έχει περάσει απαρατήρητο από το λαό μας³⁰.

1.6.4 Προσδοκία του θανάτου

Για το ηλικιωμένο πρόσωπο οι πιθανότητες θανάτου είναι πολλές και ο χρόνος ζωής που μένει, ακόμα άγνωστος. Το ηλικιωμένο πρόσωπο φθάνει το «τερματικό στάδιο» όταν συνειδητοποιήσει και πιστέψει πως ο θάνατος μπορεί να έλθει «κάθε στιγμή» εξαιτίας φυσικών λόγων και όταν η συμπεριφορά του επηρεάζεται από το γεγονός αυτό. Η συμπεριφορά και οι στάσεις των υπερηλίκων στο τερματικό αυτό στάδιο, δεν έχουν όπως πρέπει μελετηθεί. Μερικοί γέροντες υποφέρουν και βρίσκονται σε διαρκή ψυχική ένταση, εξαιτίας του προσδοκώμενου θανάτου, άλλα πρόσωπα είναι ήρεμα – κυρίως τα θρησκευόμενα που πιστεύουν στη μετά θάνατο ζωή, που είναι η «αληθινή ζωή» και άλλα αντιμετωπίζουν τον θάνατο με χιούμορ.

Οι γέροντες που διατηρούν μέχρι τέλους την πνευματική διαύγεια έχουν επίγνωση του επερχόμενου θανάτου. Πολλοί από τους φίλους και συγγενείς τους έχουν πεθάνει πριν από αυτούς και καταλαβαίνουν πως στην ηλικία τους υπάρχει πάντα η περίπτωση μοιραίας ασθένειας ή ατυχήματος. Επομένως ο θάνατος αυτός καθαυτός δεν φοβίζει όσο φοβίζουν ο πόνος και η εξάντληση που μπορεί να τον συνοδεύουν ιδιαίτερα όταν κάποιος είναι μόνος³⁰.

1.6.5 Πένθος

Το πένθος αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση κατά την οποία το άτομο "παλεύει" για να διατηρήσει το συναισθηματικό δεσμό, ενώ, ταυτόχρονα, αντιμετωπίζει ρεαλιστικά την πραγματικότητα, δηλαδή την απώλεια. Είναι μια πολύπλοκη, ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει τον αποχωρισμό από το θανόντα, την εκ νέου προσαρμογή σε ένα κόσμο χωρίς αυτόν και τη δημιουργία νέων δεσμών ή την ενδυνάμωση δεσμών που προϋπήρχαν. Με άλλα λόγια έχει σκοπό την επανένταξη του ατόμου σε μια καθημερινότητα χωρίς αυτόν που έφυγε³⁴.

Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονιστεί ιδιαίτερα από τον Freud και τους οπαδούς του που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος (που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που επακολουθεί την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου, είτε κάποιας σημαντικής για το άτομο διάστασης (π.χ. ο θάνατος αγαπημένου ατόμου)⁷.

Και το πένθος και η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθούν με λύπη, κλάμα και ένταση που εκφράζεται είτε με ψυχοκινητική επιβράδυνση είτε με ψυχική ανησυχία. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει μείωση της όρεξης, απώλεια βάρους, αϋπνία, μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον και απόσυρση από

εξωτερικές δραστηριότητες. Άτομα που έχουν προηγούμενη εμπειρία κατάθλιψης είναι πιθανότερο να βιώσουν κατάθλιψη και όχι πένθος μετά από κάποια σημαντική απώλεια. Έτσι το κλινικό ιστορικό ενός ατόμου βοηθάει στην εκτίμηση μιας τωρινής αντίδρασης. Άτομα σε κατάθλιψη απειλούν με αυτοκτονία συχνότερα από άτομα που πενθούν, τα οποία εκτός από ασυνήθιστες περιπτώσεις (π.χ. φυσικά εξαρτώμενα και ηλικιωμένα άτομα δεν επιθυμούν να πεθάνουν πραγματικά ακόμη και όταν ισχυρίζονται ότι η ζωή είναι αβάσταχτη).

Διακρίνοντας το πένθος από τη μείζονα κατάθλιψη¹⁹		
Διάρκεια	Πένθος	Μείζονα κατάθλιψη
	Έντονα συμπτώματα < 1-2 μηνών	Μεγαλύτερη
Αυτοκτονικός Ιδεασμός	Συνήθως απουσιάζει	Συχνά παρών
Ψυχωτικά συμπτώματα	Μόνο παροδικά οράματα ή τη φωνή του νεκρού	Μπορεί να υπάρχουν επίμονες καταθλιπτικές παραληρητικές ιδέες
Συμπτώματα από το συναίσθημα	Κρίσεις θλίψης και ενοχών μαζί με φυσιολογικά	Συνεχής και διάχυτη καταθλιπτική διάθεση
Αυτομορφές	Σε σχέση με το νεκρό	Εστιασμένες στον εαυτό
Ανταπόκριση στην υποστήριξη και	Καλύτερη όσο περνάει ο καιρός	Καμία αλλαγή ή χειροτέρευση

1.6.6 Η υποχρεωτική συνταξιοδότηση

Είναι ένα ορόσημο στην κοινωνική ζωή του ανθρώπου. Από τη μία μέρα στην άλλη το άτομο είναι υποχρεωμένο να αλλάξει τρόπο ζωής, να αλλάξει κοινωνική θέση, να διακόψει φιλικούς δεσμούς, να περιορίσει ή να σταματήσει τελείως κοινωνικές εκδηλώσεις, να χάσει εξουσία και τιμές που του έδινε το επάγγελμά του και αρκετές φορές να περιορίσει τα εισοδήματά του. Αυτή η αλλαγή στη ζωή δημιουργεί στο νέο συνταξιούχο πλήθος προβλημάτων προσαρμογής. Η μη ορθή αντιμετώπιση τους θα είναι πηγή σοβαρών κινδύνων για την ψυχική του υγεία.

Ο συνταξιοδοτούμενος καλείται από τη ζώσα πραγματικότητα, να προσαρμοσθεί στην αλλαγή τρόπου ζωής, σε μια ηλικία που αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο και καταρχήν αζεπέραστο. Στο σημείο αυτό, παρατηρείται η πιο συνηθισμένη αντίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις που είναι η καταθλιπτική κατάσταση. Αυτή επεκτείνεται από την επίγνωση ότι ανήκει στα μη ενεργά μέλη της κοινωνίας και ότι χάθηκε η σημαντικότητα που είχε λόγω της πρότερης υπεύθυνης θέσης.

Για πολλούς ηλικιωμένους, η συνταξιοδότηση είναι χρόνος άνεσης και ελευθερίας από τις ευθύνες της δουλειάς. Για άλλους είναι χρόνος έντασης, ιδιαίτερα αν η συνταξιοδότηση έχει σαν αποτέλεσμα οικονομικά προβλήματα ή απώλεια της αυτοεκτίμησης. Κάτω από ιδανικές συνθήκες η εργασιακή απασχόληση μετά τα 65 θα πρέπει να είναι θέμα επιλογής³⁰.

1.6.7 Κληρονομικότητα

Είναι φανερό ότι η κατάθλιψη, όπως και άλλες σοβαρές ασθένειες επηρεάζονται από την κληρονομικότητα. Ο κίνδυνος να πάθει κάποιος

κατάθλιψη όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό, καταθλιπτικού συγγενή είναι ιδιαίτερα αυξημένος³⁵.

Παρουσιάζεται σε αναλογία 12% στους συγγενείς των ασθενών. Αναλυτικότερα η μελαγχολία παρουσιάζεται σε ποσοστό 23% στους αδερφούς, 17% στους εξαδέλφους και 9% στα παιδιά των αρρώστων. Ο Kallman βρήκε ότι η ασθένεια βρίσκεται σε αναλογία 96% στους μονοζυγωτικούς διδύμους, ενώ η υποστροφική μελαγχολία παρουσιάζεται σε αναλογία μόνο 61%³⁶.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρά τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης λόγω κληρονομικότητας, πολλοί άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης δεν εμφάνισαν ποτέ αυτή τη διαταραχή, ακόμα και κάτω από δύσκολες καταστάσεις. Επίσης πολλοί άνθρωποι που υποφέρουν από τη νόσο δεν είχαν θετικό οικογενειακό ιστορικό³⁵.

1.7 Οι κυριότερες νευρολογικές και συστηματικές διαταραχές που προκαλούν κατάθλιψη :

A) Νευρολογικές διαταραχές

- Εξωπυραμιδικά νοσήματα
- Νόσος Parkinson
- Νόσος Huntington
- Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση
- Αγγειοεγκεφαλική νόσος (ιδιαίτερα οι πρόσθιες ημισφαιρικές βλάβες)
- Εγκεφαλικά νεοπλάσματα
- Εγκεφαλικό τραύμα
- Λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ.

- Σκλήρυνση κατά πλάκας
- Επιληψία
- Ναρκοληψία
- Υδροκέφαλος

B) Συστηματικές διαταραχές

- Λοιμώξεις
- Ιογενείς
- Βακτηριακές

Γ) Ενδοκρινικές διαταραχές

- Υπερθυρεοειδισμός
- Υποθυρεοειδισμός
- Υπερπαραθυρεοειδισμός
- Υποπαραθυρεοειδισμός
- Σύνδρομο Cushing
- Νόσος του Addison
- Υπεραλδοστερονισμός
- Προεμμηνοερρυσιακή κατάθλιψη

Δ) Φλεγμονώδεις διαταραχές

- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Κροταφική αρτηρίτιδα

E) Ανεπάρκειες βιταμινών

- Φιλικού οξέος
- Βιταμίνης B12
- Νιασίνης
- Βιταμίνης C³²

ΣΤ) Οργανικά νοσήματα

Κατάθλιψη πιθανόν να προκαλέσουν και οι σωματικές ασθένειες. Το σοκ της διαπίστωσης ότι πάσχετε από κάποια σοβαρή ασθένεια μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της εμπιστοσύνης και της αυτοεκτίμησης και, ως εκ τούτου, σε κατάθλιψη. Οι λόγοι, όμως είναι πολύπλοκοι: η κατάθλιψη, για παράδειγμα, είναι αρκετά συνήθης ύστερα από μία καρδιακή προσβολή, ενδεχομένως διότι τα άτομα νιώθουν ότι γλίτωσαν την τελευταία στιγμή και αυτό τους φέρνει αντιμέτωπους με τη θνητότητά τους ή ίσως διότι αποκτούν, ξαφνικά, κάποια αναπηρία. Στα πιο ηλικιωμένα άτομα η σωματική ασθένεια είναι ένα από τα πιο συνήθη αίτια κατάθλιψης⁵³. Επίσης, αρκετά οργανικά νοσήματα όπως εγκεφαλικό, καρκίνος, χρόνιος πόνος, διαβήτης, ορμονικές διαταραχές συχνά οδηγούν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Άτομα που πάσχουν από οργανικά νοσήματα και αισθάνονται απάθεια και ανικανότητα για τις φυσικές τους ανάγκες πρέπει να το συζητούν με τον ιατρό τους³⁵.

Τέλος, ορισμένες ασθένειες ενδεχομένως να προκαλέσουν κατάθλιψη λόγω του τρόπου με τον οποίο επηρεάζουν το σώμα. Η κατάθλιψη μπορεί να συνοδεύει τη νόσο του Πάρκινσον και τη σκλήρυνση κατά πλάκας λόγω, εν μέρει, των επιπτώσεών τους στον εγκέφαλο. Υπάρχει επίσης μία συσχέτιση με τις ιογενείς ασθένειες: μία επιδημία γρίπης ακολουθείται συχνά από μία επιδημία κατάθλιψης και πολλοί από εμάς γνωρίζουμε κάποιον που εκδήλωσε

κατάθλιψη ύστερα από μία κρίση λοιμώδους μονοπυρήνωσης. Ο τρόπος με τον οποίο προκαλεί ένας ιός κατάθλιψη δεν είναι σαφής, αλλά μία θεωρία υποστηρίζει ότι οι ιοί εξαντλούν τα αποθέματα του σώματος σε βιταμίνες και έτσι το αποδυναμώνουν³⁷.

Φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη

Υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που διατίθενται με ιατρική συνταγή και μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη, τα φάρμακα αυτά είναι:

- Αντιεπιληπτικά
- Αντιυπερτασικά
- Αντιπαρκινσονικά φάρμακα
- Δακτυλίτιδα
- Διουρητικά
- Ισχυρά ηρεμιστικά
- Θεραπεία με στεροειδή (για το άσθμα, την αρθρίτιδα κλπ)

Τα φάρμακα αυτά δεν προκαλούν πάντα κατάθλιψη και πιθανόν να υπάρχει κάποιος άλλος λόγος που οδήγησε σ' αυτήν. Επίσης, κατάθλιψη πιθανόν να προκαλέσουν και ορισμένα φάρμακα που διατίθενται χωρίς ιατρικά συνταγή. Τέλος, το αλκοόλ επιδρά άμεσα στον εγκέφαλο και μπορεί να σας κάνει να νιώσετε κατάθλιψη. Ο αλκοολισμός μπορεί επίσης να προκαλέσει κατάθλιψη λόγω της αρνητικής επίπτωσης που έχει στη ζωή σας. Με τον ίδιο τρόπο, τα ναρκωτικά που προκαλούν ευφορία μπορεί να επιφέρουν κατάθλιψη λόγω των άμεσων συνεπειών και της επίπτωσης που έχουν στον τρόπο ζωής σας³⁷.

1.8 Επιδημιολογία

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων αποτελεί θέμα προβληματισμού και αμφισβήτησης. Στις περισσότερες επιδημιολογικές έρευνες η καταθλιπτική συμπτωματολογία στους ηλικιωμένους είναι εξαιρετικά συχνή, ενώ η νοσηρότητα από κατάθλιψη (ως ψυχιατρική οντότητα) είναι ίση ή και χαμηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού³². Επίσης, φαίνεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια περίοδο της ζωής του. Αυτό την κατατάσσει ανάμεσα στα συχνότερα νοσήματα στο χώρο της ΠΦΥ. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στην τρίτη ηλικία.

Μιλώντας για ένα θέμα όπως η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους που τα τελευταία χρόνια λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις αρκεί να γνωρίζει κανείς ότι στην κοινότητα τα ποσοστά ατόμων που νοσούν κυμαίνονται από 10-25%, στο γενικό νοσοκομείο 20-35%, ενώ σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας όπως τα γηροκομεία ή οι οίκοι ευγηρίας τα ποσοστά είναι ακόμη υψηλότερα²¹. Οι γιατροί διαγιγνώσκουν κατάθλιψη στις γυναίκες δύο φορές πιο συχνά από όσο στους άνδρες. Αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Πιθανόν οι γυναίκες να αποδέχονται πιο εύκολα από τους άνδρες ότι υποφέρουν από κατάθλιψη ή οι γιατροί να αναγνωρίζουν πιο εύκολα την κατάθλιψη στις γυναίκες. Υπάρχουν επίσης κάποιες ορμονικές μεταβολές που γίνονται κατά τη διάρκεια του εμμηνορροϊκού κύκλου, της κύησης, του τοκετού και της εμμηνόπαυσης, οι οποίες μπορεί να κάνουν τις γυναίκες πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη ή να «πυροδοτήσουν» μία κρίση καταθλιπτικής νόσου³⁷.

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι το 10-25% εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχει από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχει από δυσθυμία²¹. Επιπλέον, εκτιμάται ότι

60 – 70% των ηλικιωμένων ατόμων με κατάθλιψη δεν έχουν ζητήσει ποτέ ψυχιατρική βοήθεια, ενώ 60% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων που ζήτησαν βοήθεια από τον οικογενειακό τους ιατρό είτε παρέμειναν αδιάγνωστοι ή υποθεραπεύτηκαν (ανεπαρκής δοσολογία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων)³⁸.

Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ 30% αυτών εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων 5-10% εμφάνισαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης ενώ 15-25% παρουσίασαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία³⁹. Από πολλές πλευρές οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν πολύ μεγαλύτερα κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα, συγκριτικά με τους νεότερους. Το γεγονός αυτό αφ' ενός αυξάνει τον κίνδυνο της κατάθλιψης και μπορεί να καταστήσει πολύ πιο δύσκολη την ανάρρωση συγκριτικά με ένα νεότερο άτομο. Αφ' ετέρου όμως τα άτομα που έχουν επιβιώσει και έχουν αντιμετωπίσει τις αντιξοότητες της ζωής, χωρίς να πέσουν θύματα κατάθλιψης, μέχρι αργά στη ζωή τους, μπορεί να έχουν σχετικά ασθενή γενετική συνιστώσα της νόσου και σχετικά εύρωστο χαρακτήρα. Είναι λοιπόν γεγονός ότι και οι δύο αυτοί παράγοντες αποτελούν καλά προγνωστικά σημεία⁴⁰.

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτά τα ιδρύματα. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι η δυσκολία της εμφάνισης της κατάθλιψης κ.α.³⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Κλινική εικόνα της γεροντικής κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια πολύ συχνή πάθηση της Τρίτης ηλικίας η οποία συχνά εκδηλώνεται τόσο με τρόπο ψυχολογικό όσο και οργανικό¹². Στα ηλικιωμένα άτομα προκαλεί δυσφορία και οδηγεί σε ψυχοσωματικές διαταραχές και κοινωνική απομόνωση. Αν και σύνηθες φαινόμενο, η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα συχνά δεν τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής, δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ή αντιμετωπίζεται πλημμελώς διότι, καθώς το άτομο γηράσκει, τα σημεία της κατάθλιψης είναι πιθανό να εκλαμβάνονται ως «ιδιοτροπία»²². Επίσης, η αναγνώριση της νόσου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα.

Συγκεκριμένοι παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τον ασθενή, με την οικογένειά του και την πρωτοβάθμια φροντίδα επηρεάζουν την αναγνώριση της νόσου. Μερικοί από τους παράγοντες που εμποδίζουν την διάγνωση της νόσου είναι η απόδοση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο γήρας και στις φυσιολογικές μεταβολές που αυτό συνεπάγεται με την άρνηση, το στίγμα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια, αλλά και η άγνοια και η ελλιπής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός και αφορά στην αναγνώριση της ασθένειας, στην ενημέρωση των συγγενών, και στη στήριξη και παρακολούθηση του ασθενούς⁴¹.

Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

Τα συμπτώματα της γεροντικής κατάθλιψης είναι :

- 1) Συμπτώματα σχετικά με το συναίσθημα : καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, άγχος

- 2) Συμπτώματα από το φυτικό νευρικό σύστημα : διαταραχή του ύπνου, διαταραχή της όρεξης, κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας), ψυχοκινητική επιβράδυνση, ψυχοκινητική διέγερση
- 3) Κινητοποίηση : απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημποριά και έλλειψη ελπίδας, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας
- 4) Σκέψη – Αντίληψη : αίσθημα και σκέψεις ενοχής, ή αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία στην συγκέντρωση, ψύχωση (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κ.τ.λ.)
- 5) Σωματικά ενοχλήματα ⁶ .

2.2 Συναίσθημα

2.2.1 Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διάθεση συνήθως νιώθει λύπη, απαισιοδοξία, απελπισία, απόγνωση, αίσθημα αναξιότητας, και ενοχής για πραγματικά ή νομιζόμενα λάθη και σφάλματα και χαμηλή αυτοεκτίμηση²⁰. Οι καταθλιπτικοί θεωρούν την κατάστασή τους μη αναστρέψιμη και μπορεί να κλαίνει συχνά. Συνήθως οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο : οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε σχετική πτώση, τα μάτια είναι κόκκινα και πρησμένα από το κλάμα, το βλέμμα είναι απλανές και η έκφραση είναι θλιμμένη.

Στα αρχικά στάδια, πάντως, μερικοί είναι δυνατό να μην εμφανίζουν τέτοια χαρακτηριστικά, να φαίνονται ευδιάθετοι και να χαμογελούν, παρά την εσωτερική τους θλίψη ή και απόγνωση¹².

2.2.2 Ανηδονία

Ανηδονία είναι η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγουμένως ήταν ευχάριστες, αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει αισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένειά του όμως μπορεί να το έχει προσέξει⁶. Πολλοί καταθλιπτικοί φαίνεται να χάνουν την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από δραστηριότητες που συνήθιζαν να θεωρούν ευχάριστες, όπως το φαγητό, οι έξοδοι, οι φίλοι, τα σπόρ, κλπ. Επιπλέον, σοβαρά καταθλιπτικοί ασθενείς μπορούν να βιώσουν μία ολοκληρωτική «παράλυση της βούλησης» που εκδηλώνεται με την αδυναμία να κάνουν και το πιο απλό πράγμα, όπως για παράδειγμα να σηκωθούν από το κρεβάτι¹².

2.2.3 Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος, με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και επεισοδίων πανικού με σύννοδα φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ.⁶. Ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 60% και 70% των καταθλιπτικών αναφέρει ότι αισθάνεται έντονο άγχος και μερικές φορές υπερβολική ανησυχία¹².

2.3 Φυτικό (Αυτόνομο) νευρικό σύστημα

2.3.1 Διαταραχή του ύπνου

Η αϋπνία είναι ένα ιδιαίτερα συνηθισμένο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Το άτομο συνήθως που αισθάνεται εξαντλημένο και δεν έχει πρόβλημα να κοιμηθεί, ξυπνά μετά από μερικές ώρες και του είναι αδύνατον να

ξανακοιμηθεί¹². Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνάει στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί^{12,6}. Η αρχική αϋπνία συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη. Σε μερικές περιπτώσεις η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να κοιμάται δεκαπέντε και πλέον ώρες την ημέρα¹².

2.3.2 Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Αρνούνται να φάνε ή τρώνε ελάχιστα ακόμη και όταν πρόκειται για το αγαπημένο τους φαγητό. Ένα μεγάλο ποσοστό καταθλιπτικών, που κυμαίνεται μεταξύ 70% και 80% υποφέρουν από ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Αντίθετα ένα σημαντικά μικρότερο ποσοστό καταθλιπτικών παρουσιάζει αύξηση της όρεξης και παίρνει βάρος λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφών κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας^{12,6}.

2.3.3 Αίσθηση κόπωσης και απώλεια ενέργειας

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει⁶. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας. Έτσι, παραπονιούνται για αδυναμία, πόνους και εξάντληση. Έχουν δυσκολία να ξεκινήσουν μία δραστηριότητα και συχνά δεν μπορούν να την ολοκληρώσουν¹². Το αίσθημα της εξάντλησης και της κόπωσης, που πολλές

φορές είναι ανυπόφορο μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση – εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωράει η μέρα⁶.

2.3.4 Ψυχοκοινωνικοί επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Συνήθως μιλούν πολύ αργά, σε σημείο που πολλές φορές η συνέντευξη μαζί τους είναι δύσκολη. Επίσης, αργούν πολύ να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους γίνονται και όταν απαντήσουν, αυτό γίνεται συχνά μονολεκτικά και με πολλά κενά. Μοιάζουν να βρίσκονται στα όρια της εξάντλησης και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φτάσει να μοιάζει με κατατονία^{12,6}.

2.3.5 Ψυχοκινητική διέγερση

Οι καταθλιπτικοί μερικές φορές παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία, ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Κινούνται συνέχεια, βηματίζουν πάνω κάτω στριφογυρνούν τα χέρια τους, κάνουν απότομες κινήσεις κλπ. Όμως, αυτές οι δραστηριότητες δεν προσφέρουν καμία ανακούφιση και δεν εκτονώνουν την ένταση¹².

2.4 Κινητοποίηση

2.4.1 Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μία απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μία ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπόρ κτλ. Χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νοιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα – διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες⁶.

2.4.2 Ανημποριά – έλλειψη ελπίδας

Ο κόσμος όπως τον αντιλαμβάνονται οι καταθλιπτικοί, είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος και αισθάνονται ανήμποροι και απελπισμένοι μέσα σε αυτό¹². Τα άτομα που νοιώθουν ανήμπορα δεν μπορούν να φέρουν σε πέρας τις υποχρεώσεις τους, ακόμη και απλά καθήκοντα όπως είναι η φροντίδα της εμφάνισής τους και η υγιεινή. Ακόμη νοιώθουν χωρίς ελπίδα για το μέλλον ‘η για την κατάστασή τους⁶.

2.4.3 Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Έχει τεκμηριωθεί ότι η κατάθλιψη είναι ο πρώτιστος παράγοντας κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ρυθμοί αυτοχειρίας αυξάνουν με την ηλικία⁴². Το ποσοστό των αυτοκτονιών στα άτομα άνω των 65 ετών είναι τρεις φορές περισσότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό των αυτοκτονιών στους άνδρες κορυφώνεται περίπου στα ογδόντα, στις γυναίκες κορυφώνεται στα πενήντα και μετά μειώνεται. Ο θάνατος του/της συζύγου, η εισαγωγή σε ίδρυμα, μία σοβαρή ασθένεια, η απώλεια της εργασίας ή το διαζύγιο, όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή κατάθλιψη, η οποία

σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγεί στην αυτοκτονία¹⁰. Έτσι, πολλοί καταθλιπτικοί σκέφτονται τον θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Μάλιστα, συχνά λένε : «θα ήθελα να ξεφύγω από όλα αυτά», «δεν έχω λόγους να θέλω να ζω», «εύχομαι να μην είχα γεννηθεί ποτέ», «θα ήθελα να έχω πεθάνει»¹².

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με αυτοκτονικότητα περιλαμβάνει, κυρίως, τις παρακάτω παραμέτρους : αίσθημα απελπισίας και αδιεξόδου, ιδέες υποτίμησης, αναξιότητας, διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής, διαταραχές του ύπνου, μείωση των ενδιαφερόντων, παραμέληση εαυτού, κοινωνική απομόνωση, απώλεια βάρους, άγχος, ανησυχία, αισθήματα εχθρικότητας. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι, ειδικότερα τα αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου, διαδραματίζουν καθοριστικό και αποφασιστικό ρόλο στην πραγματοποίηση αυτοκαταστροφικών πράξεων. Επιπρόσθετα, η συνύπαρξη διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως επιθετικότητα, παρορμητικότητα, διαταραχής προσωπικότητας, καθώς επίσης, η κατάχρηση οιοπνευματωδών ή άλλων ουσιών, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας του καταθλιπτικού αρρώστου⁸.

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον πρώτο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Όποιος σκέφτηκε το σχέδιο είναι πιο πιθανό να το εκτελέσει²⁰. Επίσης, υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοχειρίας τον έκτο με ένατο μήνα μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων του ασθενούς και αυτό, αν και φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι στην περίοδο αυτή ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να

ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της ζωής του, που την θεωρεί αρκετά αρνητική⁶. Εκείνην την περίοδο ο καταθλιπτικός μπορεί να εκδηλώσει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα. Ακόμη, μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας²⁰.

2.4.4 Σκέψη - Αντίληψη

Αισθήματα – Σκέψεις ενοχής ή και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας όμως είναι υπερβολικός και φαίνεται είτε από τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά, είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη απ' ότι του αναλογεί⁴. Οι καταθλιπτικοί μοιάζουν να παραιτούνται από την ζωή. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως προβληματικό σε σχέση με όλες εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά με τα οποία οι ίδιοι αξιολογούν ως τα πιο σημαντικά (νοημοσύνη, ομορφιά, υγεία). Επίσης, το αίσθημα αναξιότητας το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εμφανίζονται όταν φτάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα καθώς επίσης και παραληρητικές ιδέες¹².

2.4.5 Δυσκολία στη συγκέντρωση

Η νοητική διαδικασία και δραστηριότητα των καταθλιπτικών επιβραδύνεται, και συχνά αυτό συνοδεύεται και από προβλήματα μνήμης. Τείνουν να είναι αναποφάσιστοι και να έχουν δυσκολίες συγκέντρωσης. Μερικές φορές μάλιστα, κυριολεκτικά «κολλούν» σε κάποιες σκέψεις, σε σημείο να παρουσιάζουν μερικές φορές ψυχαναγκαστική συμπεριφορά¹. Τέλος, πρέπει να τονίσουμε ότι είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα. Αυτό συμβαίνει διότι, τα ανοϊκά άτομα έχουν δυσκολία με την μνήμη και τη συγκέντρωση, κάτι που συμβαίνει και στην γεροντική κατάθλιψη⁶.

2.4.6 Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών συνήθως είναι σύντονο με την κατάθλιψη (ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες σύμφωνες με τη συναισθηματική διάθεση). Για παράδειγμα το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή ανεπαρκές ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να εμφανισθούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις καρκίνου ή άλλης σοβαρής ασθένειας, παραληρητικές ιδέες φτώχειας⁶. Στην ψυχωτική κατάθλιψη οι παραισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες ή η σοβαρού βαθμού απόσυρση μπλοκάρουν στην ουσία τις διόδους επικοινωνίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του και αποκλείουν μια λειτουργικότητα που βοηθάει τη γενικότερη προσαρμογή του¹².

2.5 Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού ατόμου. Αυτά τα ενοχλήματα είναι : πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.α.⁶ .

2.6 Διαφοροποίηση μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης

Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοπαιστικές συνθήκες. Τέτοια γεγονότα όπως π.χ. η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάψευση μιας σημαντικής προσδοκίας, η κοινωνική ή επαγγελματική υποβάθμιση ή ακόμη και η απώλεια υλικών αγαθών, είναι φυσικό να προκαλούν θλίψη. Δεν υπάρχει άνθρωπος που δεν αισθάνεται θλίψη σε αρκετές στιγμές ή φάσεις της ζωής του. Παθολογικό θα ήταν εάν κάτι τέτοιο δεν συνέβαινε. Σε αντίθεση όμως με την θλίψη, η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα, δηλαδή είτε μη αναμενόμενο με βάση τις συνθήκες, είτε υπερβολικό σε ένταση ή διάρκεια. Αποτελεί δε το βασικό σύμπτωμα της ομώνυμης νόσου («καταθλιπτική διαταραχή»). Κάτι που δημιουργεί σύγχυση είναι το γεγονός ότι η θλίψη και η κατάθλιψη αποτελούν, σε βιωματικό επίπεδο, ταυτόσημες συναισθηματικές εμπειρίες. Από αυτή την ταύτιση απορρέει η εσφαλμένη εντύπωση ότι οφείλονται στα ίδια αίτια και κατ' επέκταση υπακούουν στους ίδιους θεραπευτικούς χειρισμούς⁴³ .

Οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκουν γενικά ότι οι περίοδοι κατά τις οποίες αισθάνονται κατάθλιψη περνούν σχετικά γρήγορα και δεν περιμένουν από τους εαυτούς τους αλλά και από τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να

μην επιτρέψουν στις δύσκολες εμπειρίες που βιώνουν να τους «πάρουν από κάτω». Στο δικό μας πολιτισμικό πλαίσιο, μάλιστα, αναμένεται ότι ο καθένας θα πρέπει να ελέγχει αρκετά καλά τις διαθέσεις και τα συναισθήματα του. Γι' αυτό και συνήθως αντιμετωπίζεται με ερωτηματικά το γεγονός ότι κάποιος «βρίσκεται σε κατάθλιψη» ή ότι «είναι δυσλειτουργικός» για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα. Αναμένεται, λοιπόν, ότι οι δύσκολες αυτές περιόδους και εμπειρίες θα πρέπει να ξεπεραστούν σχετικά γρήγορα μέσα από τη δραστηριότητα, την προσπάθεια και τη θέληση. Όταν λοιπόν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, προκαλεί αδυναμία ή και δυσκολίες στην καθημερινή λειτουργία του ατόμου, τότε μιλάμε για κλινικά σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης.

Όσο και αν αυτό φαίνεται ίσως περίεργο, η διαφοροποίηση μεταξύ της φυσιολογικής λύπης και θλίψης από την κλινική κατάθλιψη δεν είναι πάντα εύκολη. Φαίνεται πάντως, ότι τις περισσότερες φορές τουλάχιστον οι δύο αυτές συναισθηματικές καταστάσεις διαφέρουν. Έτσι λοιπόν, ενώ η θλίψη φαίνεται να χαρακτηρίζεται ουσιαστικά από μια επώδυνη απώλεια που βιώνει ένα άτομο, αντίθετα η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μία «άτονη» και «χωρίς χρώμα» διάθεση, που έχει περιγραφεί και ως «επώδυνη αναισθησία» (Wender & Klein, 1981): «επώδυνη» γιατί το άτομο έχει συνείδηση του ότι η ζωή ήταν κάποτε ευχάριστη και «αναισθησία» λόγω του γενικού μούδιασματος και της καθήλωσης που νοιώθει¹². Επίσης, η κατάθλιψη έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι του σημείου να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή²⁰.

2.7 Διάκριση της γεροντικής κατάθλιψης από την γεροντική άνοια

Ελάχιστα πράγματα είναι πιο τρομακτικά από ότι η πιθανότητα ότι κάποια μέρα δεν θα γνωρίζεται αυτούς που αγαπάτε, ότι δεν θα μπορείτε να κάνετε ακόμη και τα πιο απλά πράγματα και ότι θα έχετε επίγνωση αυτής της κατάστασης. Η άνοια είναι η γνωστική διαταραχή που κάνει τους φόβους πραγματικότητα. Σε ηλικιωμένα άτομα μπορεί μερικές φορές να είναι δύσκολη η διαφορική διάγνωση μεταξύ Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και Άνοιας λόγω των γνωστικών συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν και τις δύο αυτές διαταραχές¹². Έτσι, πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα Άνοιας με έκπτωση της μνήμης, δυσκολία στη συγκέντρωση, συνολική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, που να οφείλονται όμως σε κατάθλιψη, να έχουν δηλαδή ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Την εικόνα αυτή την ονομάζουμε «ψευδοάνοια» ή «το ανοιακό σύνδρομο της κατάθλιψης». Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί η Κατάθλιψη από την Άνοια, αν παρθεί όμως προσεκτικά το ιστορικό από συγγενείς και φίλους είναι πιθανό να αποδειχθεί η ψευδοάνοια αυτή αναπτύχθηκε μέσα σε λίγες εβδομάδες⁶. Πρέπει να τονίσουμε ότι στην Άνοια υπάρχει ιστορικό προοδευτικής γνωστικής έκπτωσης, ενώ στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή η προνοσηρή γνωστική λειτουργία είναι φυσιολογική και παρατηρείται απότομη γνωστική έκπτωση με την εμφάνιση της κατάθλιψης¹².

Κλινική διάκριση άνοιας από ψευδοάνοια κατάθλιψης⁴⁴

ΑΝΟΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (ΨΕΥΔΟΑΝΟΙΑ)
Προϊούσα έναρξη	Ταχεία έναρξη
Μακράς διάρκειας συμπτώματα	Βραχείας διάρκειας συμπτώματα
Διακύμανση διάθεσης	Σταθερά καταθλιπτική διάθεση
Προσπάθεια για απάντηση	Απαντήσεις τύπου «Δεν ξέρω»
Συγκάλυψη αμνησίας	Τονισμός αμνησίας
Σταθερή γνωστική έκπτωση	Κυμαινόμενη γνωστική έκπτωση
Ανώτερη φλοιϊκή δυσλειτουργία παρούσα	Ανώτερη φλοιϊκή δυσλειτουργία απύσασα.

Επίσης, στη διάγνωση θα βοηθήσει η ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης ή οικογενειακού ιστορικού Διαταραχής της Διάθεσης. Καθώς, όμως, μπορεί ανοικοί ασθενείς να αντιδρούν με κατάθλιψη στην άνοια τους και καταθλιπτικοί ασθενείς να αναπτύξουν άνοια, η διαφοροδιάγνωση γίνεται πολύ δύσκολη. Γι'αυτό οποτεδήποτε κανείς υποψιάζεται καταθλιπτική συμμετοχή σε ανοική εικόνα, πρέπει να δίνει αντικαταθλιπτική αγωγή ή και ηλεκτροσπασμοθεραπεία, γιατί η βελτίωση της ψευδοάνοιας είναι δραματική⁶.

Κεφάλαιο 3

Πρόληψη υποτροπής της γεροντικής κατάθλιψης

Η θεραπεία οποιασδήποτε κατάστασης δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η πρόληψή της. Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Σημαίνει να νιώσεις την κατάθλιψη παρά να την αρνείσαι και να τη διοχετεύεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς ή άλλους τομείς συμπεριφοράς. Σημαίνει την εξουδετέρωση μέσα στο άτομο και το περιβάλλον του, των συγκρούσεων που τον κάνουν καταθλιπτικό ενώ δεν πρέπει³⁰.

Η πρόληψη της ασθένειας και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι πάντοτε παρόντες σε όλες τις εκδηλώσεις, δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της νοσηλευτικής. Η πρόληψη της ψυχικής ή ψυχοσωματικής ασθένειας περιλαμβάνει την παρεμπόδιση της εμφάνισης και ανάπτυξης της ασθένειας. Εξαρτάται:

1. Από την κατανόηση και τον έλεγχο των παραγόντων που συντελούν στη δημιουργία της ασθένειας.
2. Από τη διαθεσιμότητα των μεθόδων για την εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και παρεμπόδιση της προσβολής του ανθρώπινου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

Όταν παρουσιαστεί η ψυχική νόσος, τότε δίνεται έμφαση στην πρόληψη των επιπλοκών και την έγκαιρη ανεύρεση και ριζική θεραπεία ή την επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας. Από τα παραπάνω, γίνεται σαφές ότι ο Νοσηλευτής κινούμενος σε οποιαδήποτε βαθμίδα της φροντίδας υγείας κατέχει την θέση – κλειδί για να κάνει τα παραπάνω να συμβούν. Οι πολλές ώρες

επαφής με το άτομο εκτελώντας σε αυτό από την απλούστερη έως τη σημαντικότερη για την πορεία της υγείας του νοσηλεία, του επιτρέπουν να παρατηρήσει και να αντιληφθεί³².

Η πρόληψη της κατάθλιψης, αφού αυτή θεωρείται πρόβλημα υγείας, μπορεί να καταταχθεί σε τρεις Βαθμούς πρόληψης: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη.

Η «Πρωτοβάθμια πρόληψη» έχει δύο σημαντικούς στόχους: πρώτα, να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον να διδάξει το άτομο να αποφύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον¹⁴.

Η «Δευτερογενής πρόληψη» συνίσταται στην έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ψυχικής ασθένειας. Στα πλαίσια αυτά ο νοσηλευτής λειτουργεί ως δίοδος (είτε δουλεύοντας σε κέντρα υγείας, είτε σε γενικό νοσοκομείο) από την οποία ο ασθενής θα παραπέμψει σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό έγκειται και η προσφορά της δευτερογενούς πρόληψης, δηλαδή:

- a) η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή και
- b) η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών. Έτσι μπορεί να εντοπίσει από τη μία την συλλογή στο συναίσθημα, τη συμπεριφορά για τη λειτουργικότητα του ατόμου και αφετέρου, τη συνεργασία με άλλους ειδικούς φορείς να εξαλείψει τους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Το έργο του νοσηλευτή στους χρόνιους ασθενείς, περιγράφει ακριβέστερα ο όρος «Τριτογενής πρόληψη». Αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη

ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξης τους στην κοινότητα. Ειδικότερα η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς γιατί αυτός:

- Ø Ζητάει αληθινές πληροφορίες
- Ø Βασανίζεται από την σκέψη του μέλλοντος
- Ø Πρέπει να μάθει να καταπολεμά ανώμαλες εμπειρίες
- Ø Χρειάζεται φάρμακα και παρακολούθηση
- Ø Χρειάζεται οικονομική κάλυψη
- Ø Αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα³².

Κεφάλαιο 4

4.1 Θεραπεία γεροντικής κατάθλιψης

Η θεραπεία των αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης θα πρέπει να κατευθύνεται προς ορισμένους στόχους:

- Û Θα πρέπει να διαφυλάσσεται η ασφάλεια του αρρώστου,
- Û Θα πρέπει να γίνεται πλήρης διαγνωστική εκτίμηση του αρρώστου,
- Û Θα πρέπει να σχεδιάζεται και να τίθεται σε εφαρμογή θεραπεία η οποία να αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση ανακούφιση των τρεχόντων συμπτωμάτων του αρρώστου, αλλά και σε μία γενικότερη μελλοντική κατάσταση ευεξίας.

Αν και αυτή την εποχή η έμφαση δίδεται στην φαρμακοθεραπεία και στην ψυχοθεραπεία του αρρώστου ως ατόμου, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχουν επίσης συσχετισθεί με την αύξηση των υποτροπών μεταξύ αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης. Έτσι η θεραπεία θα πρέπει να μειώνει το πλήθος και τη βαρύτητα των στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή των αρρώστων³⁰.

Τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες γιατί το ένα συμπληρώνει το άλλο. Τα φάρμακα ανακουφίζουν πολλά από τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, ενώ η ψυχοθεραπεία βοηθά στην ανακούφιση του συναισθηματικού πόνου και βελτιώνει τη λειτουργικότητα του καταθλιπτικού. Μελέτες σε εξωτερικούς ασθενείς με ήπια κατάθλιψη έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας είναι περισσότερο αποτελεσματικός από ότι οποιαδήποτε θεραπεία μόνη της⁶.

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις έχοντας ως κύριο άξονα την επαγγελματική και θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και στον θεραπευμένο με την χρήση του λόγου στοχεύουν όχι μόνο στη θεραπεία και μείωση της συμπτωματολογίας, αλλά κυρίως την προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας. Στην ψυχοθεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης, θεραπευτής και πελάτης συνεργάζονται από κοινού με στόχο την τροποποίηση των δυσλειτουργικών τρόπων σκέψης και αντιλήψεων εστιαζόμενα στον εαυτό, στον κόσμο και στο μέλλον. Στόχος της γνωσιακής επεξεργασίας είναι η υιοθέτηση λειτουργικών μοντέλων σκέψεων, εναλλακτικών μορφών συμπεριφοράς (μέσω προγράμματος δραστηριοτήτων και κινητοποίησης για την επαναφορά της κοινωνικής λειτουργικότητας) με κύριο αποτέλεσμα και αντίκτυπο την συναισθηματική αλλαγή⁴⁵.

4.2 Σωματικές θεραπείες

Ψυχοφαρμακοθεραπεία – Νοσηλευτική παρέμβαση

Τα ψυχοφάρμακα επικράτησαν στο χώρο της ψυχιατρικής θεραπευτικής και διαμορφώθηκαν οι ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις τους ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν. Ήδη χρησιμοποιούνται σ' όλη την κλίμακα των ψυχικών παθήσεων από τις βαρύτερες ψυχώσεις μέχρι και τις πιο ελαφρές νευρώσεις¹⁷. Όσον αφορά τα αποτελέσματα η ευρεία τους χρήση επί σειρά ετών απέδειξε ότι η θεραπεία έχει αξιόλογα «θετικά» και «αρνητικά στοιχεία»⁴⁶.

Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης είναι:

- 1) Τα τρικυκλικά (TKA) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά: Αμιτριπτυλίνη, Κλομιπραμίνη, Νορτριπτυλίνη, Μαπροτιλίνη, Μιανσερίνη.
- 2) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης: Phenzelzine
- 3) Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's): Σιταλοπράμη, Φλουοξετίνη, Παροξετίνη, Φλουβοξαμίνη.
- 4) Τετρακυκλικά: μιανσερίνη, μαπροτιλίνη

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών στην γεροντική κατάθλιψη είναι η ίδια. Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών³⁹.

Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

Η χορήγηση φαρμάκων αποτελεί την ευρύτερη χρησιμοποιημένη θεραπευτική πρακτική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων, με την ορθή εφαρμογή της φαρμακευτικής θεραπείας επιτυγχάνεται μέσα σε διάστημα λίγων εβδομάδων η επαναφορά του καταθλιπτικού ασθενούς στην προνοσηρή του κατάσταση, όσον αφορά τόσο την υποχώρηση των συμπτωμάτων του όσο και την πλήρη αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας³⁹. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής²⁰.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που είναι πολύ πιθανό να ανακουφιστούν από τα αντικαταθλιπτικά είναι τα φυτικά συμπτώματα: διαταραχή στην όρεξη

και απώλεια βάρους, διαταραχή στον ύπνο (ιδίως πολύ πρωινό ξύπνημα), ελαττωμένη ενεργητικότητα, ελαττωμένη libido, έντονη ανηδονία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση και μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης στην διάρκεια της ημέρας (πχ. κατάθλιψη χειρότερη το πρωί).

Τα συμπτώματα που είναι λιγότερο πιθανό να ανακουφιστούν από τα αντικαταθλιπτικά είναι εκείνα που είναι πιο υποκειμενικά και ψυχολογικά όπως: απώλεια του ηθικού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ελπίδας. Αυτά τα αισθήματα απαντούν περισσότερο στις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις⁶.

Αρνητικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

1. Πέρα από την άμβλυνση και ή την καθυσύχηση των συμπτωμάτων καμία επίδραση δεν ασκείτε στην νόσο.
2. Αν διακοπεί η θεραπεία, η ασθένεια επανέρχεται ανέπαφη ή και προχωρημένη.
3. Βλαπτικές συνέπειες πάνω σε συστήματα και όργανα από τη μακροχρόνια χρήση τους π.χ. εξωπυραμιδικό σύνδρομο.
4. Η συνέχιση της θεραπείας γίνεται χωρίς διακοπή.
5. Τοξικομανίες που καλλιεργούνται από ορισμένα ηρεμιστικά.

4.2.1 Τρικυκλικά – πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά

Στην οικογένεια με τα **τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** (και τα συγγενή τεταρτοκυκλικά), βασίστηκε η **Ψυχιατρική** για να θεραπεύσει την **κατάθλιψη**, τις προηγούμενες δεκαετίες. Παρόλο που έχουν πλέον εμφανιστεί στην ψυχιατρική, αρκετές επόμενες γενιές φαρμάκων πχ, ντουλοξετίνη, Remeron - μιρταζαπίνη, η σύγχρονη Ψυχιατρική εξακολουθεί ακόμα να χρησιμοποιεί (αλλά σαν δεύτερη ή τρίτη επιλογή) φάρμακα αυτής της παλαιάς φαρμακευτικής οικογένειας των τρικυκλικών⁶. Τα φάρμακα αυτά λειτουργούν

εν μέρει εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη ειδικών νευροδιαβιβαστών, επιτρέποντάς τους να παραμείνουν στη σύναψη και, τελικά να απευαισθητοποιούν ή να απορυθμίζουν την απελευθέρωση του ειδικού νευροδιαβιβαστή (με τρόπο ώστε να μειώνεται η απελευθέρωση της νευροχημικής ουσίας). Το κυριότερο αποτέλεσμα των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαίνεται να είναι η απορύθμιση της νορεπινεφρίνης, αν και επιρεάζονται και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών, ιδιαίτερα εκείνο της σεροτονίνης. Τα αποτελέσματα της δράσης των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών καθυστερούν να εκφραστούν καθώς η διαδικασία της απορύθμισης χρειάζεται συχνά ένα διάστημα μεταξύ δύο και οχτώ εβδομάδων για να ολοκληρωθεί⁴⁷.

Παρόλο που η θεραπευτική αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά είναι δεδομένη, οι πολλές παρενέργειες περιορίζουν τη χρήση τους και τα οδηγούν στην εφεδρεία της ψυχοφαρμακολογίας, όχι όμως και στην εξαφάνιση⁴⁸. Οι βασικότερες παρενέργειες των τρικυκλικών είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα (συγχυτικό σύνδρομο), περιφερική αντιχολινεργική δράση, αντιαδρενεργική δράση (α1 υποδοχείς, πρόκληση ορθοστατικής υπότασης) και από την καρδιά (αρρυθμογόνος δράση)³⁹.

Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Ήπιες αντιχολινεργικές παρενέργειες όπως ξηροστομία, θαμπή όραση και δυσκοιλιότητα είναι συνηθισμένες και υποχωρούν από μόνες τους (ή με συμπτωματική θεραπεία). Μπορεί επίσης να υπάρχει εφίδρωση. Λιγότερο συνηθισμένες είναι η κατακράτηση ούρων, ο παραλυτικός ειλεός και η οξεία παρόξυνση γλαυκώματος της κλειστής γωνίας, που απαιτούν, όμως, ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χορήγηση τρικυκλικών σε ηλικιωμένα άτομα.

Παρενέργειες από το ΚΝΣ. Η καταστολή είναι μία ιδιότητα πολλών τρικυκλικών. Η υπνηλία που προκαλείται από αυτά μπορεί να είναι

ανεπιθύμητη ή καλοδεχούμενη, ανάλογα με την συμπτωματολογία του ασθενούς. Ακόμη μπορεί να υπάρξει διέγερση, λεπτός τρόμος, ευερεθιστότητα, μανία και ψύχωση.

Καρδιαγγειακές παρενέργειες. Η ορθοστατική υπόταση είναι μία δυνητικά επικίνδυνη παρενέργεια των τρικυκλικών, καθώς μπορεί να προκαλέσει πτώση του ατόμου, κάταγμα του ισχίου ή υποδόριο αιμάτωμα. Όλα τα τρικυκλικά προκαλούν επιμήκυνση του χρόνου αγωγής στην καρδιά, οπότε μπορεί να επιδεινώσουν προϋπάρχουσες διαταραχές της αγωγιμότητας. Έτσι, ασθενείς με πρώτου βαθμού κολποκοιλιακό αποκλεισμό ή αποκλεισμό του δεξιού δεματίου πρέπει να χρησιμοποιούν τα φάρμακα αυτά προσεχτικά και κάτω από ΗΚΓ έλεγχο. Άτομα με βαρύτερο αποκλεισμό (πχ. δευτέρου βαθμού) δεν πρέπει να πάρουν τρικυκλικά⁶.

Στους ηλικιωμένους οι παρενέργειες είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές, γιατί συνήθως οι άνθρωποι αυτοί πάσχουν και από άλλα σωματικά νοσήματα τα οποία είναι δυνατόν να επιδεινωθούν, όπως επίσης παίρνουν και άλλα φάρμακα με τα οποία τα τρικυκλικά μπορούν να αλληλεπιδράσουν. Συγκεκριμένα, σε ασθενείς με προστάτη, η αντιχολινεργική δράση αυξάνει το πρόβλημα της δυσουρίας, σε ασθενείς με δυσκοιλιότητα, επίσης η αντιχολινεργική δράση αυξάνει τη δυσκινησία του εντέρου με αποτέλεσμα ακόμη και ειλεό, σε ασθενείς με γλαύκωμα μπορεί να προκαλέσουν οξύ επεισόδιο και απώλεια της όρασης, σε ασθενείς με καρδιακά νοσήματα είναι δυνατόν να προκαλέσουν επικίνδυνες διαταραχές στην αγωγιμότητα και τέλος είτε από μόνα τους είτε σε συνδυασμό με αντιυπερτασικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια υπότασης και πτώσεις που συχνά είναι αίτιο καταγμάτων του μηρού και της λεκάνης. Σε κλινικές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός αυτών των καταγμάτων είναι τριπλάσιος σε ασθενείς που παίρνουν τρικυκλικά σε σύγκριση με ασθενείς που δεν παίρνουν τέτοια φάρμακα³⁹.

Η πιο επικίνδυνη παρενέργεια των τρικυκλικών είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα το οξύ συγγυτικό σύνδρομο που προκαλούν λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης. Η δράση αυτή είναι εντονότερη στους ηλικιωμένους, αφού μία από τις βιοχημικές μεταβολές της διαδικασίας της γήρανσης είναι η εκφύλιση των χολινεργικών συστημάτων του εγκεφάλου.

Το κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια:

1. Συμπτώματα που μιμούνται κατάθλιψη: καταθλιπτικό θυμικό, ελάττωση της συγκέντρωσης, λήθαργος, κοινωνική απόσυρση.
2. Κινητικά συμπτώματα: τρόμος, αταξία, επιληπτικοί σπασμοί.
3. Ψυχωσικά συμπτώματα: ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, διαταραχές της σκέψης.
4. Οργανικά συμπτώματα: διαταραχή του προσανατολισμού, διαταραχή της μνήμης, διέγερση και σύγχυση⁴⁰.

4.2.2 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)

Η ΜΑΟ βρίσκεται στα μιτοχόνδρια του νευρικού ιστού το εντέρου και του ήπατος⁴⁹. Οι αναστολείς της ΜΑΟ λειτουργούν με πολύ διαφορετικό τρόπο. Όπως υποδεικνύει το όνομά τους, εμποδίζουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση που αποδομεί νευροδιαβιβαστές, όπως είναι η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη. Το αποτέλεσμα είναι ισοδύναμο με εκείνο των τρικυκλικών. Επειδή δεν διασπώνται, οι νευροδιαβιβαστές συσσωρεύονται στη σύναψη, γεγονός που οδηγεί τελικά στην απορύθμιση ή στην απευαισθητοποίηση⁷. Οι αναστολείς της ΜΑΟ έχουν μικρή χρησιμότητα, διότι θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά και διότι μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τροφές και φάρμακα. Οι νεώτεροι όμως αναστολείς με την εκλεκτική και αναστρέψιμη αναστολή της μονοαμινοξειδάσης (μοκλοβεμίδη)

θεωρούνται ασφαλείς και δεν παρουσιάζουν τις ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις των κλασικών αναστολέων της MAO⁵⁰.

Οι κλασικοί αναστολείς της MAO δεν κυκλοφορούν πλέον, λόγω της δυνητικά θανατηφόρου υπερτασικής κρίσης που συνόδευε την ταυτόχρονη χρήση τους με συμπαθητικομιμητικές ή σεροτονινεργικές ουσίες ή τη διαιτητικός προσλαμβανόμενη τυραμίνη⁵. Επειδή η τυραμίνη δεν διασπάται από τη MAO, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απελευθέρωση μεγάλων ποσοτήτων νορεπινεφρίνης, βαριά υπέρταση και σπάνια θάνατο ή εγκεφαλικό επεισόδιο^{6,51}. Οι τροφές που έχουν τυραμίνη είναι τα οινοπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες,, αβοκάντο, σταφίδες, παστή ρέγγα κ.ά. Η αντίδραση συμβαίνει συνήθως 20 λεπτά έως μία ώρα μετά την πρόσληψη της τροφής και χαρακτηρίζεται από έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία / εμέτους, αυχενική δυσκαμψία, σημαντική αύξηση της Α.Π., ανησυχία, σποραδικά ρήγη, εφίδρωση, στηθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή και κώμα^{20,52}.

Η ορθοστατική υπόταση είναι η πιο κοινή παρενέργεια των φαρμάκων αυτών, που μπορεί να αποβεί προβληματική σε ηλικιωμένα άτομα και σε άτομα με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Οι αναστολείς της MAO δεν επηρεάζουν την καρδιακή αγωγιμότητα ή τον καρδιακό ρυθμό και έχουν ελάχιστες αντιχολινεργικές παρενέργειες. Επίσης, η αύξηση του βάρους είναι αρκετά κοινή παρενέργεια όπως και η υπερδιέγερση και η αϋπνία.

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που δημιουργούν τοξική διαντίδραση με τους αναστολείς της MAO. Τα κυριότερα είναι φάρμακα για το κοινό κρυολόγημα και τον ρινικό κατάρρου, παυσίπονα, αμφεταμίνες, αλκοόλ, ναρκωτικά και ιδιαίτερα η μεπεριδίνη, διουρητικά, αντιυπερτασικά, υπογλυκαιμικά. Ο συνδυασμός των φαρμάκων αυτών με τους αναστολής της MAO μπορεί να προκαλέσει σοβαρή υπέρταση, υπόταση ή καταστολή του ΚΝΣ. Ακόμα, τοπική

αναισθησία για οδοντική εργασία πρέπει να γίνει χωρίς επινεφρίνη. Γενικά, γιατροί, οδοντίατροι και χειρουργοί πρέπει να ενημερωθούν ότι ο ασθενείς παίρνει αναστολείς της ΜΑΟ, ώστε να αποφευχθεί επικίνδυνη αλληλεπίδραση φαρμάκων⁶.

4.2.3 Άλατα λιθίου

Εκτός από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, στη μακροχρόνια πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται και τα θυμορρυθμιστικά φάρμακα (σταθεροποιητικά του συναισθήματος). Οι ευρύτερα χρησιμοποιούμενες ουσίες είναι τα άλατα λιθίου⁴. Συνήθη σκευάσματα που περιέχουν λίθιο είναι: Esqualith, Lithane, Lithobid, Carbolith και Lithonate²⁴. Το λίθιο είναι ένα κοινό άλας που βρίσκεται σε αφθονία στο φυσικό περιβάλλον. Βρίσκεται στο πόσιμο νερό, σε ποσότητες όμως πολύ μικρές για να έχει οποιαδήποτε αντίδραση⁴⁷. Τα φάρμακα αυτά συνήθως χορηγούνται εφόρου ζωής και προσφέρουν επαρκή προφύλαξη από τις υποτροπές, με σχετικά λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η πρακτική της χορήγησής τους περιλαμβάνει μετρήσεις των επιπέδων τους στο πλάσμα⁵. Το συνηθισμένο εύρος της θεραπευτικής του συγκέντρωσης στον ορό του αίματος είναι 0.5 – 1.5mEq/L. Πρέπει να γίνεται μέτρηση των επιπέδων του λιθίου στο αίμα μια με δύο φορές κατά την πρώτη εβδομάδα μέχρι ότου η δόση και τα επίπεδα στο αίμα είναι σταθερά.

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης του είναι άγνωστος. Επικρατεί ωστόσο η άποψη ότι το ανθρακικό λίθιο προωθεί την επαναπρόσληψη των βιογενών αμινών στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων τους στον οργανισμό. Άλλη θεωρία συσχετίζει την αποτελεσματικότητα του λιθίου με μία αλλαγή στον μεταβολισμό του νατρίου μέσα στα νεύρα και τους μύς²⁰. Επίσης, μπορεί να περιορίζει την διαθεσιμότητα της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης,

αλλά μπορεί να έχει σημαντικότερες επιδράσεις σε ορισμένες νευροορμόνες του ενδοκρινικού συστήματος, ιδιαίτερα σε εκείνες που επηρεάζουν την παραγωγή και τη διαθεσιμότητα του νατρίου και του καλίου, ηλεκτρολύτες που εντοπίζονται στα σωματικά υγρά.

Οι πρώιμες ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας με λίθιο, που είναι πολύ συχνές και συνήθως υποχωρούν σε λίγες ημέρες, περιλαμβάνουν: γαστρεντερική δυσφορία όπως ναυτία, έμετο, διάρροια, στομαχικό πόνο. Μυϊκή αδυναμία και υποκειμενική εμπειρία ζάλης ή κούρασης⁵³. Τρόμος των χεριών (πρόκειται για λεπτό τρόμο, σε αντίθεση με τον παρκινσονικό τρόμο που είναι πιο αδρός). Αύξηση της δίψας και συχνουρία.

Οι όψιμες ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν: επίμονο τρόμο των χεριών. Πολυουρία και πολυδιψία που μπορεί να είναι σοβαρές και να επιμένουν. Θεραπεύονται με τη διακοπή του φαρμάκου ή προσθέτοντας με προσοχή ένα διουρητικό πχ. μία θειαζίδη (παράδοξη ενέργεια). Αύξηση του σωματικού βάρους ή και οίδημα. Εκδήλωση υποθυρεοειδισμό ή πρόκληση μη τοξικής βρογχοκήλης. Λευκοκυττάρωση ($>12000/\text{mm}^3$) που είναι συχνή και σχετικά καλοήθης. Διαταραχές στο ΗΚΓ (κοινές), όπου περιλαμβάνονται πτώση του T και διεύρυνση των συμπλεγμάτων QRS.

Ένα μικρό ποσοστό ασθενών αναπτύσσουν νεφρογενή άποιο διαβήτη με δυσκολία στη συμπύκνωση των ούρων και παραγωγή μεγάλου όγκου ούρων. Σπάνια μπορεί να αναπτυχθεί και ένα νεφρωτικό σύνδρομο, οφειλόμενο σε τοξική διάμεση νεφρίτιδα που μπορεί να μην είναι πάντα αναστρέψιμο. Για την πρόληψη τέτοιας μη αναστρέψιμης νεφρικής βλάβης, είναι σοφό να ελέγχει ο γιατρός τα επίπεδα κρεατινίνης του ορού κάθε 3 μήνες⁶.

Οι παρενέργειες των θεραπευτικών δόσεων του λιθίου είναι δυνητικά σοβαρότερες από εκείνες των άλλων αντικαταθλιπτικών. Η θεραπευτική δοσολογία πρέπει να υπολογίζεται προσεκτικά ώστε να αποφευχθεί η τοξικότητα (δηλητηρίαση) και η μείωση της θυρεοειδικής λειτουργίας, που μπορεί να επιδεινώσει την μειωμένη ενεργητικότητα που σχετίζεται με την κατάθλιψη⁴⁷. Η τοξικότητα από λίθιο είναι συνηθισμένη. Συμβαίνει όταν το ποσό του λιθίου στο αίμα είναι μόνο 50% πάνω από τα θεραπευτικά επίπεδα. Ήπια τοξικότητα από λίθιο μπορεί να αποκατασταθεί απλά με την παράλειψη αρκετών δόσεων. Η σοβαρή τοξικότητα, όμως, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί σε νοσοκομείο, συνήθως με ωσμωτική διούρηση⁶. Τα συμπτώματα της τοξικότητας του λιθίου αρχίζουν να φαίνονται, όταν τα επίπεδα τους στο αίμα είναι μεγαλύτερα από 1.5mEq/L, και είναι: θαμπή όραση, αταξικό βάδισμα, εμβοές αυτιών, επίμονη ναυτία, έμετοι και έντονη διάρροια. Αν δεν αντιμετωπισθούν και συνεχίσουν να αυξάνουν τα επίπεδα λιθίου στο αίμα, ο άρρωστος ενδέχεται να παρουσιάσει σπασμούς, κώμα, και βαθμιαία κατάληξη στο θάνατο.

Το λίθιο στη χημική του δομή είναι όμοιο με το νάτριο, συμπεριφέρεται στον οργανισμό κατά τον ίδιο τρόπο και συναγωνίζεται με το νάτριο σε διάφορες περιοχές του σώματος. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου ή αν το σώμα χάσει το φυσιολογικό του νάτριο πχ. λόγω υπερβολικών εφιδρώσεων, πυρετού και αυξημένης διούρησης, τότε το λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης. Συνεπώς, έχει μεγάλη σημασία ο άρρωστος να παίρνει επαρκή ποσότητα νατρίου με τα γεύματά του και να πίνει 2500 με 3000 ml υγρά ημερησίως²⁰.

Νοσηλευτική φροντίδα

Αρχικά ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να διακρίνει ανάμεσα σε κατάθλιψη αρρώστου που θλίβεται για μία απώλεια και σε νευρωσικές ή ψυχωσικές αντιδράσεις κατάθλιψης. Επίσης ο νοσηλευτής χρειάζεται να εκτιμήσει αλλαγές οι οποίες μπορεί να είναι ενδεικτικές κατάθλιψης, όπως απώλεια όρεξης, μειωμένο ενδιαφέρον για το περιβάλλον, μειωμένη ικανότητα αλληλεπίδρασης με άλλους και αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, απελπισίας ή ανικανότητας. Εξίσου σημαντική είναι η ενθάρρυνση του ηλικιωμένου να συμμετέχει σε δραστηριότητες που τον ενδιαφέρουν και εξασφάλιση μέσων που θα βοηθήσουν στην μείωση απομόνωσης και απόσυρσης⁵⁴.

Προκειμένου ο νοσηλευτής να χορηγήσει ψυχοφάρμακα σε ψυχικά ασθενείς πρέπει να έχει υπόψη του:

- a) Τις ενέργειες του φαρμάκου
- b) Τις παρενέργειές του
- c) Την ακριβή δόση, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
- d) Τον τρόπο και χρόνο χορήγησης.

Είναι σημαντικό η φύση των σωματικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων να καταγράφεται προσεκτικά πριν από την αρχή της θεραπείας, έτσι ώστε η εμφάνιση των παρενεργειών να μπορεί να τεκμηριωθεί για κάθε μεμονωμένο ασθενή⁵².

Ο γενικός κανόνας που ισχύει είναι ότι στους γηριατρικούς ασθενείς χορηγούμε ελαττωμένη δοσολογία. Ο πιο ασφαλής κανόνας είναι ότι αρχίζουμε με χαμηλή δοσολογία και προχωρούμε αργά στην αύξησή της. Τα πολλά προβλήματα που υπάρχουν σ' όλα σχεδόν τα συστήματα επηρεάζουν την φαρμακοκινητική του φαρμάκου και τη φαρμακολογική απάντηση του οργανισμού⁴⁵.

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλλεται ώστε οι ασθενείς να πάρουν τα φάρμακά τους. Πολλοί ασθενείς αποφεύγουν τη λήψη, είτε γιατί συνειδητοποιούν τις παρενέργειες, είτε γιατί επηρεάζονται από διάφορες ψευδαισθήσεις, είτε γιατί έχουν ένα δυσάρεστο συναίσθημα μετά τη λήψη. Βρίσκουν ποικίλους τρόπους για να ξεγελάσουν το νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα τους, στον ουρανίσκο, μέσα στα δόντια, κάνοντας πως πίνουν νερό τα ρίχνουν στο ποτήρι, τα κρύβουν στα ρούχα τους ή μπορεί να τα πάρουν και κατόπιν να προκαλέσουν εμετό. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει τα φάρμακα ο ίδιος στον ασθενή και να ελέγχει σχολαστικά εάν τα πήρε. Κάθε απροσεξία και επιπολαιότητα σ' αυτό το θέμα ίσως να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την υγεία του ασθενούς, γιατί, εφόσον δεν παίρνει τα φάρμακα, δεν έχουμε το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Ακόμη μπορεί οι ασθενείς να συγκεντρώσουν τα φάρμακα και να τα χρησιμοποιήσουν για αυτοκτονία⁴⁶. Όταν αρνούνται επίμονα να τα πάρουν, χορηγούνται σε ενέσιμη μορφή. Υπάρχουν φάρμακα που έχουν δυσάρεστη γεύση ή άλλα που προκαλούν δυσπεπτικά ενοχλήματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή δίνοντας μαζί με το φάρμακο λίγο γάλα ή μία πορτοκαλάδα¹⁷.

Άλλα φάρμακα προκαλούν ξηρότητα στόματος και μερικές φορές δίψα. Απαραίτητη είναι εδώ η επίβλεψη της υγιεινής του στόματος, χορήγηση βιταμινών κυρίως του συμπλέγματος Β για πρόληψη στοματίτιδας και παράλληλα μπορούν να χορηγηθούν άγλυκες καραμέλες, παγάκια και πολλά υγρά²⁰.

Παρενέργειες, όπως η πτώση της αρτηριακής πίεσης, η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα πρέπει να αντιμετωπίζονται δραστικά¹⁶. Η δυσκοιλιότητα υποβοηθάτε με λήψη τροφών με άφθονες ίνες, αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών²⁰. Η

τάση για πρόκληση ορθοστατικής υπότασης είναι επίσης μια σοβαρή παρενέργεια, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Με τον αυξημένο κίνδυνο των πτώσεων και των επακόλουθων καταγμάτων στους ηλικιωμένους, αυτό μπορεί να είναι ένας σοβαρός κίνδυνος για την υγεία. Ένας αριθμός από μεθόδους όπως η εκπαίδευση των ασθενών στην αργή έγερση από την ύπτια θέση, η προς τα άνω κλίση του κρεβατιού, και η ικανοποιητική πρόσληψη υγρών μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψή της. Ωστόσο, άλλα νεώτερα, και το ίδιο αποτελεσματικά, αντικαταθλιπτικά προκαλούν πολύ λιγότερες παρενέργειες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν με μεγαλύτερη ασφάλεια στους ηλικιωμένους⁵².

Συχνά οι σοβαρότερες τοξικές δράσεις είναι αποτέλεσμα υπερδοσολογίας. Δεδομένου ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, υπάρχει πάντα η πιθανότητα οι καταθλιπτικοί ασθενείς που σκέφτονται την αυτοκτονία να πάρουν υπερβολική δόση αντικαταθλιπτικού. Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό ζήτημα και πρέπει να αξιολογείται προσεκτικά κατά την συνταγογράφηση των αντικαταθλιπτικών. Τα συμπτώματα και η φυσική πορεία των γεγονότων που ακολουθούν μετά από την οξεία υπερδοσολογία με αντικαταθλιπτικά είναι σύνθετα και μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση, εκτός αν επιτευχθεί η λήψη σαφούς ιστορικού της υπερδοσολογίας. Στην περίπτωση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, αρχικά παρατηρείται ανησυχία και διέγερση με πιθανές μυοκλονίες και δυστονία, καθώς και σπασμοί που μπορεί να οδηγήσουν σε κώμα. Οι σοβαρά εκτεθειμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν αναπνευστική καταστολή με υποξία, κατεσταλμένα αντανακλαστικά, υπέρταση και υποθερμία. Η λήψη αντικαταθλιπτικών σε υπερδοσολογία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς και επιβάλλεται η άμεση διακομιδή του σε τμήμα επειγόντων περιστατικών. Σε κάθε περίπτωση υποψίας υπερδοσολογίας με αντικαταθλιπτικά πρέπει να γίνεται επαφή με το τοπικό κέντρο δηληριάσεων⁵².

Υπάρχουν περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή επιφέρει μία επιφανειακή καλυτέρευση, ενώ στο βάθος ο ασθενής διατηρεί την κατάθλιψη. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί στενά αυτούς τους ασθενείς, γιατί είναι μια περίοδος πολύ επικίνδυνη για αυτοκτονία. Να συζητάει φιλικά μαζί τους και να αξιολογεί τις ενέργειές τους και τις εκδηλώσεις τους, ώστε να μπορεί να κατατοπισθεί για τον τρόπο σκέψης του ασθενούς και για τα αισθήματά του⁴⁶.

Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει θετικά στην πορεία της θεραπείας, αν ύστερα από κάθε αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής παρακολουθεί στενά τον ασθενή. Κάθε άμβλυνση ή επίταση των συμπτωμάτων πρέπει να παρακολουθείται και να αναφέρεται λεπτομερώς στο γιατρό. Η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον και ευθύνη του νοσηλευτού¹⁶.

4.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ECT

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι ένας τύπος σωματικής θεραπείας, κατά την οποία ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους κροτάφους. Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει ία μεγάλη επιληπτική κρίση, από την όποια προέρχεται το ποθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα²⁰.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (επίσης γνωστή σαν ηλεκτροσόκ), που πρωτοεφαρμόστηκε το 1938 από τους Cerletti και Bini, ίσως είναι η πιο κακοδιαφημισμένη θεραπεία στην ιατρική⁶. Το είδος αυτό της θεραπείας προκαλεί πάντα έντονες συζητήσεις μεταξύ ψυχιάτρων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Άλλοι το υποστηρίζουν και άλλοι το αμφισβητούν²⁰. Αυτή η θεραπεία έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ανθρώπους ως μία βάρβαρη και απάνθρωπη

θεραπεία. Όμως η ECT δεν είναι απάνθρωπη και οπωσδήποτε έχει συγκεκριμένες ενδείξεις με σημαντικά αποτελέσματα. Η «κακή εντύπωση» οφείλεται κυρίως στην έλλειψη σύγχρονης ενημέρωσης για το πώς εφαρμόζεται σωστά και στη δημόσια αντίδραση για τις εξουσιαστικές πλευρές του συστήματος της ψυχικής υγείας⁶.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι ένας τύπος σωματικής θεραπείας, κατά την οποία ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους κροτάφους. Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει μία μεγάλη επιληπτική κρίση, από την οποία προέρχεται το ποθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα²⁰. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία αρχικά γινόταν ενώ ο ασθενείς ήταν ξύπνιος και χωρίς προηγούμενη φαρμακευτική κάλυψη. Αυτό βέβαια προκαλούσε φόβο στους ασθενείς πριν την εφαρμογή της θεραπείας, καθώς και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων και εξαρθρώσεων στη διάρκεια των σπασμών⁶. Σήμερα οι ασθενείς υποβάλλονται σε αναισθησία, ώστε να μειωθεί η ταλαιπωρία τους, και να τους, και τους χορηγούνται μυοχαλαρωτικά φάρμακα, για να αποφευχθεί η θλάση των οστών από τους σπασμούς κατά την διάρκεια των κρίσεων⁴⁷. Αποτελεσματική θεωρείται συνεδρία ECT με διάρκεια σπασμών μεγαλύτερη από 20 sec. Όσον αφορά τον αριθμό των συνεδριών κατά εβδομάδα, στην κλινική πράξη εφαρμόζονται δύο ή τρεις συνεδρίες, χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις διαφοράς στη θεραπευτική απάντηση. Από τους περισσότερους ερευνητές θεωρείται παραδεκτό ότι 6 – 12 συνεδρίες αρκούν για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης⁵. Αν και η ιδέα μίας τέτοιας επιθετικής επεμβάσεως στον εγκέφαλο και στο σώμα γενικά δημιουργεί ενδοιασμούς, ιδίως όταν δεν είμαστε βέβαιοι για τον τρόπο με τον οποίον ενεργεί, τα αποτελέσματά της σε τέτοιες βαριές και επικίνδυνες περιπτώσεις μπορεί να είναι σωτήρια⁵⁵.

4.3.1 Ενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας ECT

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σε βαριά κατάθλιψη με παραληρητικά στοιχεία, όταν αποτύχει η φαρμακοθεραπεία ή σε συνδυασμό μ' αυτή, όταν είναι ανάγκη να επίσπευση η ανάρρωση του καταθλιπτικού αρρώστου²⁰. Η χρήση της ΗΣΘ πρέπει να εξετάζεται επίσης, στην περίπτωση οξείας έναρξης μίας συναισθηματικής διαταραχής, όταν οι μεταβολές στο συναίσθημα, στην σκέψη, και στην κινητική δραστηριότητα είναι έντονες, όταν η διαταραχή θεωρείται βιοχημικής ή παθοφυσιολογικής αιτιολογίας, όταν η διαταραχή συγκρούεται με την καθημερινή ζωή του ασθενούς, ή όταν οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει. Είναι αποτελεσματική θεραπεία για την αντιμετώπιση του ψυχωσικού ασθενούς και του ασθενούς με συναισθηματική διαταραχή, μανία ή κατάθλιψη, ανεξάρτητα απ' την αιτία ή την σοβαρότητα της κατάστασης⁵².

Επίσης, έχει σημαντικά πλεονεκτήματα στη θεραπεία των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων καθώς: 1) δίνει αποτελέσματα πολύ πιο γρήγορα από τα αντικαταθλιπτικά (ανακουφίζει τα συμπτώματα συχνά μέσα σε λίγες ημέρες και έτσι αποτελεί ένδειξη σε σοβαρό κίνδυνο αυτοκτονίας), 2) είναι ασφαλέστερη μέθοδος για εύθραυστα ηλικιωμένα άτομα, που έχουν ιστορικό καρδιακής νόσου και 3) πιθανόν είναι και περισσότερο αποτελεσματική από ό,τι τα αντικαταθλιπτικά σε κατάθλιψη που συνοδεύεται από μηδενιστικές, παρανοϊκές ή σωματικές παραληρητικές ιδέες ή από έντονη «κατατονική» μελαγχολία.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει αποδείξει ότι είναι εξίσου αποτελεσματική στη θεραπεία της οξείας μανίας όπως και στη σοβαρή κατάθλιψη. Ειδικά σε ασθενείς που δεν απαντούν στην φαρμακοθεραπεία και κινδυνεύουν να βλάψουν τον εαυτό τους ή να εξαντληθούν ολοκληρωτικά, η

ECT μπορεί να φέρει ταχεία βελτίωση⁶. Τέλος, σε σχιζοφρενικούς ασθενείς, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν έχουν αποτύχει οι άλλες θεραπείες και μερικές φορές σε οξεία σχιζοφρενικά επεισόδια με συναισθηματικά ή κατατονικά συμπτώματα^{6,20}.

4.3.2 Αντενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας ECT

1. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν:

- a) Όγκος εγκεφάλου
- b) Θρομβοφλεβίτιδα
- c) Εξόφθαλμος Βρογχοκήλη
- d) Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

2. Σχετικές αντενδείξεις:

- a) Μεγάλη ηλικία
- b) Πνευμονικές παθήσεις
- c) Σπονδυλοαρθροπάθεια
- d) Πεπτικό έλκος⁵⁶

4.3.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Η κύρια ανεπιθύμητη ενέργεια είναι μια παροδική διαταραχή της πρόσφατης μνήμης που αφορά τη θεραπευτική περίοδο και τις ημέρες που ακολουθούν, ο βαθμός της οποίας σχετίζεται με τον αριθμό των συνεδριών⁵⁷.

Η πιο κοινή και πιο γνωστή από τις ανεπιθύμητες ενέργειες της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι το οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο (δηλ. η απώλεια μνήμης). Αυτό το σύνδρομο συνιστάται σε μία συγχυτική κατάσταση, ποικίλου βαθμού διανοητική βλάβη και αμνησία και μπορεί να επιμένει για αρκετούς

μήνες μετά την θεραπεία. Η αμνησία περιλαμβάνει αμνησία για πρόσφατα γεγονότα πριν το ηλεκτροσόκ (παλίνδρομη αμνησία). Η αμνησία προοδευτικά μειώνεται στις επόμενες εβδομάδες και αποκαθίσταται πλήρως σε 6 με 12 μήνες⁶. Επίσης, πιθανές παρενέργειες είναι η κεφαλαλγία, παροδική υπόταση και κολπική ταχυκαρδία²⁰.

4.3.4 Η νοσηλευτική στη γενική προετοιμασία για το ηλεκτροσόκ

Η υπογραφή του ασθενούς, αν είναι σε θέση και των συνοδών είναι απαραίτητη πριν από την έναρξη της θεραπείας. Να εξηγήσει κάποιος τη θεραπεία στον ασθενή είναι πολύ δύσκολο, εκτός αν γνωρίζει αρκετά σχετικά με τους φόβους και τις εμπειρίες του ασθενούς. Υπάρχουν ασθενείς, οι οποίοι φοβούνται όταν ακούσουν ότι προκαλείται απώλεια μνήμης μετά το ηλεκτροσόκ. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται να διαβεβαιώσουμε τον ασθενή ότι η απώλεια της μνήμης είναι παροδική και δεν υπάρχει κίνδυνος να ξεχάσει σπουδαία πράγματα ή περιστατικά της ζωής του. Συνήθως επανέρχεται η μνήμη ανέπαφη μετά τη συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών. Όσο και αν προετοιμασθεί ο ασθενής, την ημέρα της θεραπείας αισθάνεται μεγάλο φόβο και χρειάζεται συμπαράσταση⁵⁸.

Πέρα από την ψυχολογική ενίσχυση χρειάζεται, από οργανικής πλευράς, να έχει γίνει έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και, αν είναι δυνατόν, της σπονδυλικής στήλης. Ο ασθενής μένει νηστικός για 12 περίπου ώρες πριν το ηλεκτροσόκ. Πριν από τη νοσηλεία πρέπει να ελευθερωθεί ο ασθενής από τα ενδύματα, να αφαιρεθούν οι ξένες οδοντοστοιχίες, τα τσιμπιδάκια, καθώς επίσης να εκκενωθεί η ουροδόχος κύστη²⁰.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας μία σχετική ακινητοποίηση είναι απαραίτητη. Ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται συνήθως κάτω από τη μέση του

ασθενούς και ασκείται ελαφρά πίεση πάνω στους ώμους και τους γλουτούς, για αποφυγή τραυματισμού κατά τη διάρκεια των συσπάσεων, εκτός αν γίνει με νάρκωση.

Μετά τη θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται σταδιακά και αργά και χρειάζεται γύρω του γνωστά πρόσωπα. Δεν γνωρίζει που βρίσκεται και δεν θυμάται ότι έχει κάνει ηλεκτροσόκ. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι άμεσο. Συνήθως μετά τις πρώτες 2-3 συνεδρίες οι ασθενείς γίνονται πιο ενεργητικοί και πιο ικανοί να σκεφθούν και να πραγματοποιήσουν αυτά που θέλουν. Γι' αυτό και κατά την περίοδο αυτή ο ασθενής είναι πιο ικανός να θέσει σε ενέργεια σχέδια αυτοκτονίας και χρειάζεται στενή παρακολούθηση⁵⁸.

4.4 Ψυχοθεραπεία

4.4.1 Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές (δίνει έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητών κινήτρων στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς)⁵⁹.

Είναι η κατ' εξοχήν ψυχοθεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιείται στις ψυχωτικές διαταραχές. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τη σχέση εμπιστοσύνης με τον θεραπευόμενο για να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τα επίκαιρα και μελλοντικά του προβλήματα. Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία είναι επικεντρωμένη στο «παρόν» του ασθενή και ασχολείται ελάχιστα ή καθόλου με ψυχοδυναμικές ερμηνείες γεγονότων του παρελθόντος.

Η ψυχοθεραπεία προσφέρει στο άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη την ευκαιρία να απελευθερωθεί από την κατάθλιψη του και ταυτόχρονα να αποκτήσει σημαντικές και χρήσιμες διοράσεις. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων αυτή η διεργασία έχει αυξηθεί με τη βοήθεια των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων³⁰.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες την εβδομάδα από 30-50 λεπτά κάθε φορά. Η διάρκεια είναι από δυο χρόνια μέχρι 25 χρόνια και μπορεί να προσφερθεί σαν μια σειρά εντατικής ψυχοθεραπείας ή σαν υποστηρικτική ψυχοθεραπεία⁴⁶.

4.4.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Στην θεραπεία αυτή η ομάδα αντιπροσωπεύει ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κοινωνίας, όπου οι άρρωστοι μπορούν να επικοινωνούν και να εξωτερικεύονται με ασφάλεια²⁰. Η θεραπεία ομάδας βοηθάει στον έλεγχο και την εξημέρωση μιας επιθετικής ανάγωγης συμπεριφοράς. Η συναισθηματική μεταβίβαση είναι πιο ήπια και πιο ευκολοχείριστη οδηγώντας πιο σπάνια σε επικίνδυνες παρεκτροπές συμπεριφοράς ή σε έναν πρόωρο τερματισμό της θεραπείας. Συνιστάται η παράλληλη χρήση ομαδικής και ατομικής υποστηρικτικής θεραπείας κατά προτίμηση με τον ίδιο ψυχοθεραπευτή για να αποφευχθεί ο διχασμός που προκαλεί η μεταβίβαση⁵⁵.

Είναι η πιο διαδεδομένη μέθοδος ψυχοθεραπείας ψυχωτικών ασθενών ενδό και εξωνοσοκομειακά. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου δεν είναι μόνο οικονομικά και χρονικά αλλά σ' αυτό περιλαμβάνονται και οι κατ' εξοχήν θεραπευτικοί παράγοντες της ομάδας όπως η παροχή πληροφοριών, η αλληλεγγύη και ο αλτρουισμός, η δοκιμασία της πραγματικότητας³⁰.

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να είναι συμπεριφορικού, ψυχοδυναμικού ή αναισθητικού τύπου. Είναι αρκετά αποτελεσματική για τη βελτίωση της κοινωνικής απομόνωσης των αρρώστων και την απόκτηση διαπροσωπικών δεσμών μέσα από τη συνεκτικότητα των ομάδων³⁶.

4.4.3 Θεραπεία συμπεριφοράς

Είναι προσπάθεια θεραπείας της κατάθλιψης με αλλαγή της συμπεριφοράς του αρρώστου. Βασίζεται στις θεωρίες της εξαρτημένης μάθησης, ασχολείται με τα παρόντα και τα συνειδητά προβλήματα και εφαρμόζει συγκεκριμένες τεχνικές και οδηγίες διόρθωσης ή νέας μάθησης²⁰.

Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα έχουν ως αποτέλεσμα τον σημαντικό περιορισμό της θετικής ανατροφοδότησης, που λαμβάνει το άτομο από την κοινωνία και ίσως να γίνεται δέκτης μιας σαφούς απόρριψης. Αντιμετωπίζοντας με τη θεραπεία της δυσπροσαρμοστικής τους συμπεριφοράς οι άρρωστοι μαθαίνουν να λειτουργούν μέσα στον κόσμο έτσι ώστε να εισπράττουν θετική ανατροφοδότηση. Χρησιμοποιείται κατά την υπολειμματική φάση και σε χρόνιους αρρώστους ενώ σημαντική είναι η συμβολή της σε προγράμματα αποκατάστασης³⁶.

4.4.4 Γνωστική θεραπεία

Η γνωστική θεραπεία την οποία πρώτος ανέπτυξε ο Aaron Beck εστιάζεται στην αντιμετώπιση των γνωσιακών παραμορφώσεων οι οποίες όπως υποστηρίζει υπάρχουν στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Στόχος της γνωστικής θεραπείας είναι να αποτρέψει την επανεμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων, βοηθώντας με αυτόν τον τρόπο τον ασθενή³⁰.

Η γνωστική ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης είναι μια σύντομη μορφή θεραπείας της τάξεως των 15-25 συνολικών συνεδριών διάρκειας περίπου 50' η καθεμία και με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα. Ιδιαίτερα όμως στις αρχές της θεραπείας και ανάλογα με την περίπτωση και τις ανάγκες της, η συχνότητα επισκέψεων μπορεί να είναι μεγαλύτερη π.χ. 2 και 3 φορές την εβδομάδα. Στις αρχές, όταν επικρατούν τα βιολογικά, τα βουλητικά και τα συναισθηματικά στοιχεία, οι θεραπευτικές επεμβάσεις αποσκοπούν στην άμεση δραστηριοποίηση και βελτίωση ή ανακούφιση του ασθενούς. Στις όψιμες φάσεις η θεραπευτική επέμβαση παίρνει έναν άλλο και μεγαλύτερο γνωσιακό χαρακτήρα. Στην τελική φάση το άτομο προετοιμάζεται ώστε να λειτουργήσει χωρίς την βοήθεια του θεραπευτή για την αντιμετώπιση των υποτροπών¹⁸.

Υπάρχουν πολλοί που υποστηρίζουν ότι οι αρνητικές γνωσίες είναι μάλλον το αποτέλεσμα παρά η αιτία της κατάθλιψης, ενώ άλλοι εκφράζουν την άποψη ότι η όποια θεραπευτική αποτελεσματικότητα αυτής της προσέγγισης δεν οφείλεται στην τροποποίηση των γνωσιών αλλά στην καλή συναισθηματική σχέση γιατρού – αρρώστου. Όπως και να έχουν τα πράγματα, η θεραπευτική αυτή μέθοδος έχει αξιολογικά αποτελέσματα⁵⁹.

A. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 Διατύπωση του προβλήματος:

Η κατάθλιψη στην εποχή μας αποτελεί μια από τις συνηθέστερες νόσους με τάση συνεχώς αυξανόμενη. Ιδιαίτερα παρατηρείται στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας, γεγονός που καθιστά επιτακτικότερη την ανάγκη για επαρκή γνώση και θετική στάση των νοσηλευτών, ώστε να συμβάλουν τα μέγιστα στην πρόληψή της. Επειδή, είναι βιβλιογραφικά καταγεγραμμένο ότι, στη χώρα μας τα προγράμματα πρόληψης γενικώς δεν επαρκούν, είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε κατά πόσο οι νοσηλευτές έχουν επαρκή γνώση αλλά και θετική στάση στην πρόληψη της κατάθλιψης των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας.

5.2 Σκοπός :

Η έρευνά μας έχει σκοπό την διερεύνηση των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών σχετικά με την πρόληψη της κατάθλιψης των ανθρώπων τρίτης ηλικίας με σκοπό την καταγραφή της αναγκαιότητας ή μη περαιτέρω επιμόρφωσης των νοσηλευτών για περιορισμό του προβλήματος.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΙ ΑΞΟΝΕΣ – ΣΤΟΧΟΙ :

Η επίτευξη του παραπάνω σκοπού θα είναι δυνατή με τους επιμέρους στόχους :

- Βαθμός γνώσης των νοσηλευτών σχετικά με την πρόληψη της κατάθλιψης.
- Βαθμός αξιοποίησης των γνώσεων που έχουν οι νοσηλευτές στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
- Να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών για την επιμόρφωση τους και για τον περιορισμό του προβλήματος.

5.3 Μεθοδολογία έρευνας:

Η έρευνά μας είναι ποσοτική (χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο) και έγινε στα πλαίσια της περιγραφικής με μονομεταβλητή αλλά και διμεταβλητή ανάλυση προκειμένου να προσδιορισθούν οι κυριότερες στατιστικά σημαντικές διαφορές με $p < 0.05$. Η μονομεταβλητή ανάλυση παρουσιάζεται με μορφή πιτών και ραβδογραμμάτων. Στη συνέχεια επειδή τα δεδομένα που προκύπτουν από μία έρευνα, έχουν περισσότερες από μία **ποιοτικές μεταβλητές**, παρουσιάζουμε συνοπτικά σε πίνακα την κοινή κατανομή δύο τέτοιων μεταβλητών, έτσι ώστε στη συνέχεια, να μπορούμε να ελέγξουμε **πιθανή συσχέτιση** μεταξύ τους. Αρχικά, κατασκευάσουμε τον κοινό πίνακα κατανομής συχνοτήτων των ποιοτικών μεταβλητών (έστω A και B), ένας τέτοιος πίνακας ονομάζεται **πίνακας συνάφειας** (*contingency table*) των μεταβλητών A και B και έχει την παρακάτω γενική μορφή.

	Μεταβλητή B			
Μεταβλητή A	B_1	...	B_j	Σύνολα γραμμών
A_1	n_{11}	...	n_{1j}	r_1
...
A_i	N_{i1}	...	N_{ij}	R_i
Σύνολα στηλών	c_1	...	C_j	n

Ο κάθε συνδυασμός των τιμών A_i και B_j σχηματίζει ένα στοιχείο του πίνακα που ονομάζεται **κελί** (*cell*), όπου καταγράφονται οι κοινές συχνότητες των τιμών A_i και B_j . Η τελευταία στήλη του πίνακα με τίτλο "**Σύνολα γραμμών**" περιέχει τα αθροίσματα των συχνοτήτων κάθε γραμμής ενώ αντίστοιχα, η τελευταία γραμμή με τίτλο "**Σύνολα στηλών**" περιέχει τα αθροίσματα των συχνοτήτων κάθε στήλης.

Αφού κατασκευάσαμε τον πίνακα συνάφειας των δύο ποιοτικών μεταβλητών, είναι ώρα να εξετάσουμε αν οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη. Ο έλεγχος της ανεξαρτησίας θα γίνει με το στατιστικό χ^2 (chi-square, χ^2 του Pearson).

Το στατιστικό χ^2 είναι ουσιαστικά ένα μέτρο της απόστασης των αναμενόμενων συχνοτήτων από τις πραγματικές συχνότητες. Οι αναμενόμενες συχνότητες E_{ij} για κάθε κελί υπολογίζονται από τον τύπο:

$$E_{ij} = (\text{άθροισμα } i \text{ γραμμής}) \times (\text{άθροισμα } j \text{ στήλης}) / (\text{γενικό άθροισμα } n)$$

και το χ^2 από τον τύπο:

$$\chi^2 = \sum_i \sum_j \frac{(n_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Απαραίτητη επίσης παράμετρος που πρέπει να υπολογιστεί είναι οι βαθμοί ελευθερίας (*degrees of freedom*). Για πίνακα συνάφειας με i γραμμές και j στήλες, οι βαθμοί ελευθερίας είναι $(i-1)(j-1)$.

Τέλος, υπολογίζεται η σημαντικότητα (*significance*) του ελέγχου, που ουσιαστικά είναι η πιθανότητα λάθους όταν απορρίπτουμε την υπόθεση οι μεταβλητές μας να είναι ανεξάρτητες. Η σημαντικότητα αυτή πρέπει να είναι αρκετά μικρή, ώστε η απόρριψη της συγκεκριμένης υπόθεσης να είναι ασφαλής. Ένα γενικά αποδεκτό όριο σφάλματος είναι το **0.05**, άρα για **σημαντικότητα μικρότερη από 0.05** οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες.

5.4 Υλικό-Μέθοδος:

Χρησιμοποιήθηκε **ερωτηματολόγιο** αυτοαναφοράς με ερωτήσεις κυρίως, διχοτομικές, πολλαπλής επιλογής και αριθμητικής κλίμακας. Χρησιμοποιήθηκε **δειγματοληψία ευκολίας**.

5.5 Δείγμα:

Το δείγμα μας αποτέλεσαν $n=100$ νοσηλευτές, εκ των οποίων 87 γυναίκες και 13 άνδρες, αναλογία που θεωρείται σχετικά αντιπροσωπευτική της γενικότερης αναλογίας γυναικών νοσηλευτών σε σχέση με άνδρες νοσηλευτές που εργάζονται στο χώρο της υγείας.

5.6 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής:

Η έρευνά μας διεξήχθη στα νοσοκομεία Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και Ασκληπιείο Βούλας στην Αθήνα και έγινε κατά το χρονικό διάστημα από Νοέμβριο μέχρι Δεκέμβριο του 2009.

5.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων:

Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων τα μέλη της ερευνητικής ομάδας πήραν άδεια για να συναντηθούν με τους ερωτώμενους, τους οποίους συνάντησαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και Ασκληπιείο Βούλας στην Αθήνα αντίστοιχα.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία μας ώστε να δοθούν όπου χρειάστηκε εξηγήσεις.

5.8 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την ερευνητική διαδικασία και αντιμετώπιση αυτών:

Προκειμένου να διευκολυνθεί το έργο μας και να γίνει όσο το δυνατό γρηγορότερα η συγκέντρωση των στοιχείων, (λόγω του περιορισμένου χρόνου για ολοκλήρωση της πτυχιακής), χρησιμοποιήσαμε δειγματοληψία ευκολίας, με

αποτέλεσμα, η άρνηση κάποιων νοσηλευτών να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγιά μας δεν εμπόδισε ιδιαίτερα την πορεία μας, λόγω του ότι εύκολα απευθυνθήκαμε στον επόμενο διαθέσιμο νοσηλευτή.

5.9 Αξιοπιστία και Εγκυρότητα:

Προς διαφύλαξη της εγκυρότητας και αξιοπιστίας:

- χρήση της ποσοτικής έρευνας διαφυλάσσει και ενισχύει την εγκυρότητα της έρευνάς μας
- το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις ίδιου περιεχομένου διατυπωμένες με διαφορετικό τρόπο
- υπάρχουν ομάδες ερωτήσεων για το ίδιο ζητούμενο.

Επιχειρήσαμε επίσης:

- να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες προσδιοριστικές μεταβλητές, ή κριτήρια αξιολόγησης για την εκτίμηση κάθε έννοιας
- να προσδιορίσουμε αρκετές μεταβλητές/κριτήρια σε κάθε άξονα αξιολόγησης, ώστε να μας εξασφαλισθεί η ευχέρεια διαγραφής αν χρειασθεί μερικών (χαμηλής αξιοπιστίας), προκειμένου να πετύχουμε μεγάλη τιμή του συντελεστή αξιοπιστίας, χωρίς να αλλοιώσουμε το πλαίσιο διεξαγωγής της αξιολόγησης

5.10 Δομή Ερωτηματολογίου:

Η δυνατότητα συλλογής στοιχείων από μεγάλο αριθμό ατόμων για τα ίδια θέματα και κατά συνέπεια η συγκρισιμότητα, η δυνατότητα ποσοτικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που συλλέγονται, το καθιστούν *κύριο εργαλείο* της ποσοτικής έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο είναι *ανώνυμο*, (ώστε να διασφαλισθεί η αμεροληψία των απαντήσεων). Οι *ερωτήσεις* είναι κυρίως *κλειστού τύπου*, ώστε να εξασφαλιστεί η συγκριτικότητα των απαντήσεων και να διευκολυνθεί η ανάλυση και οι

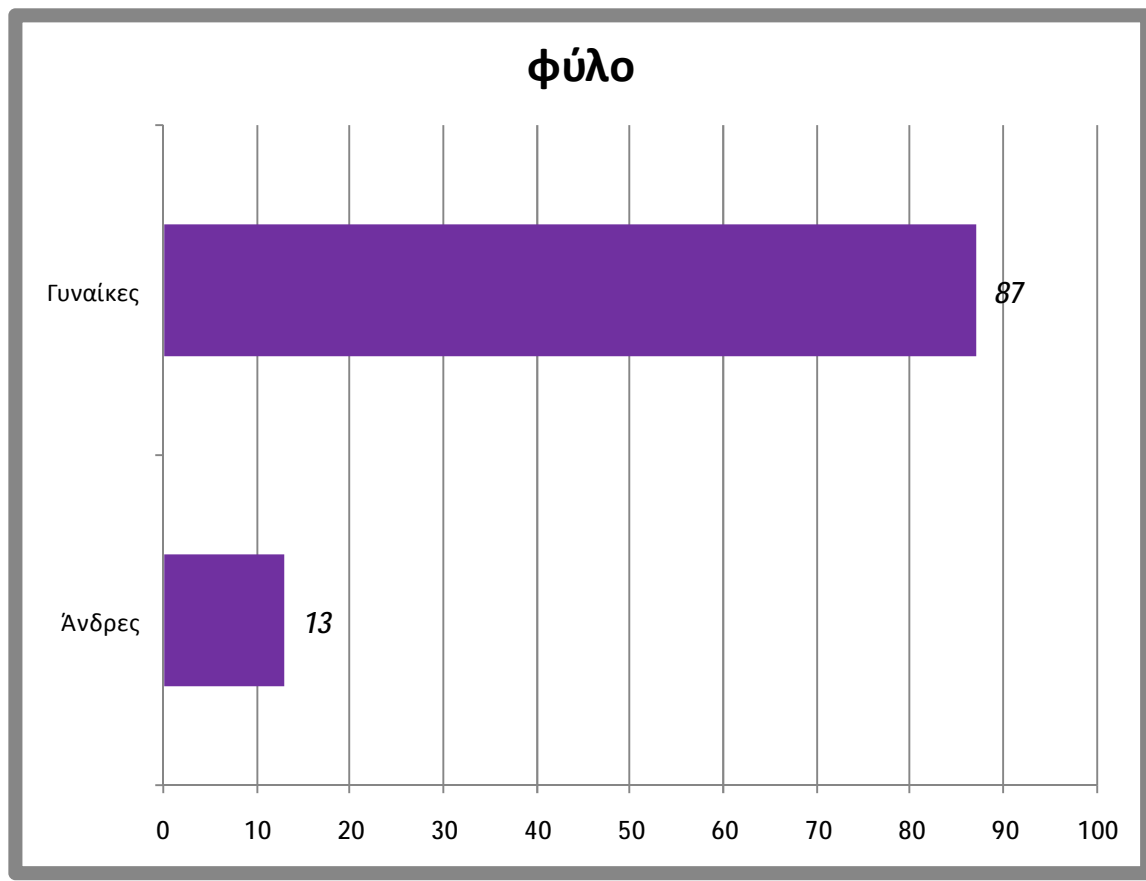
ερωτήσεις είναι κυρίως, διχοτομικές, πολλαπλής επιλογής και αριθμητικής κλίμακας.

B. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ- (ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ)

5.11 Μέρος Πρώτο – ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

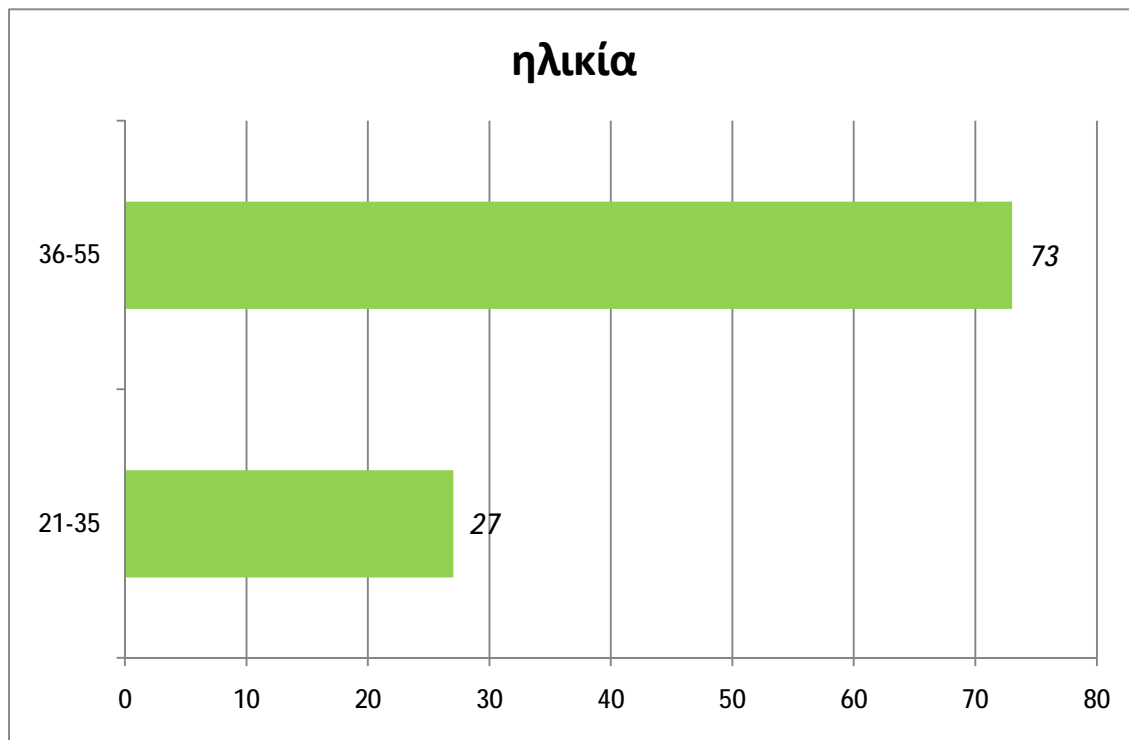
Δημογραφικά Στοιχεία:

Ερώτηση 1:



Υπερέχουν οι γυναίκες σε ποσοστό 87%.

Ερώτηση 2:



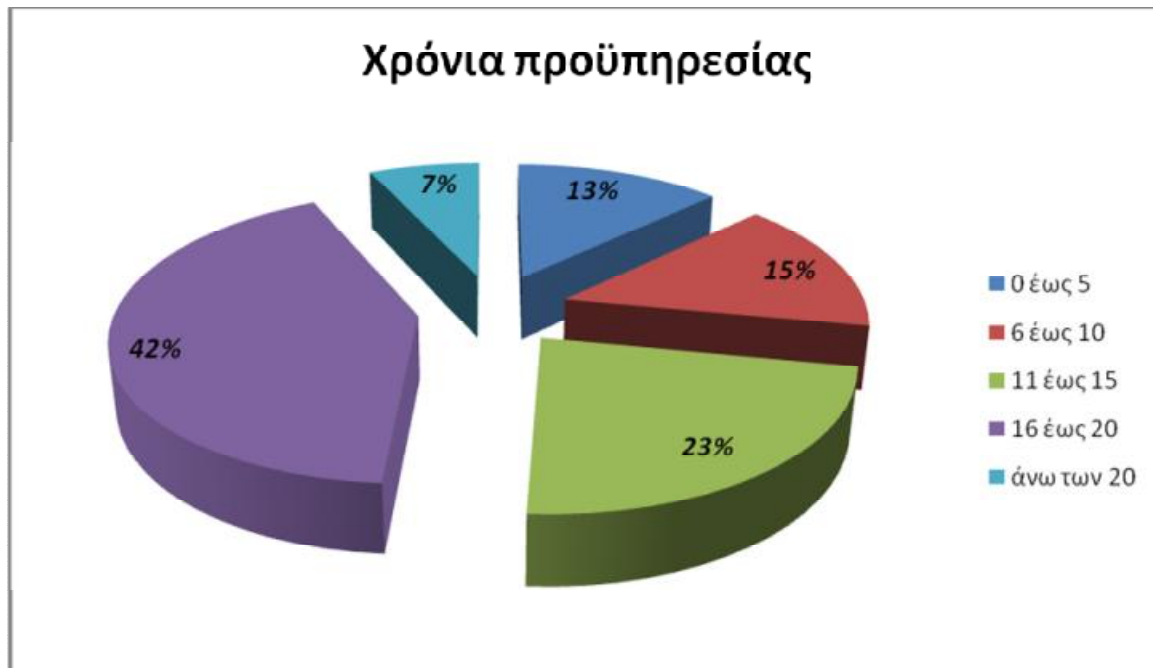
Οι περισσότεροι έχουν ηλικία από 36-55 ετών σε ποσοστό 73%.

Ερώτηση 3:



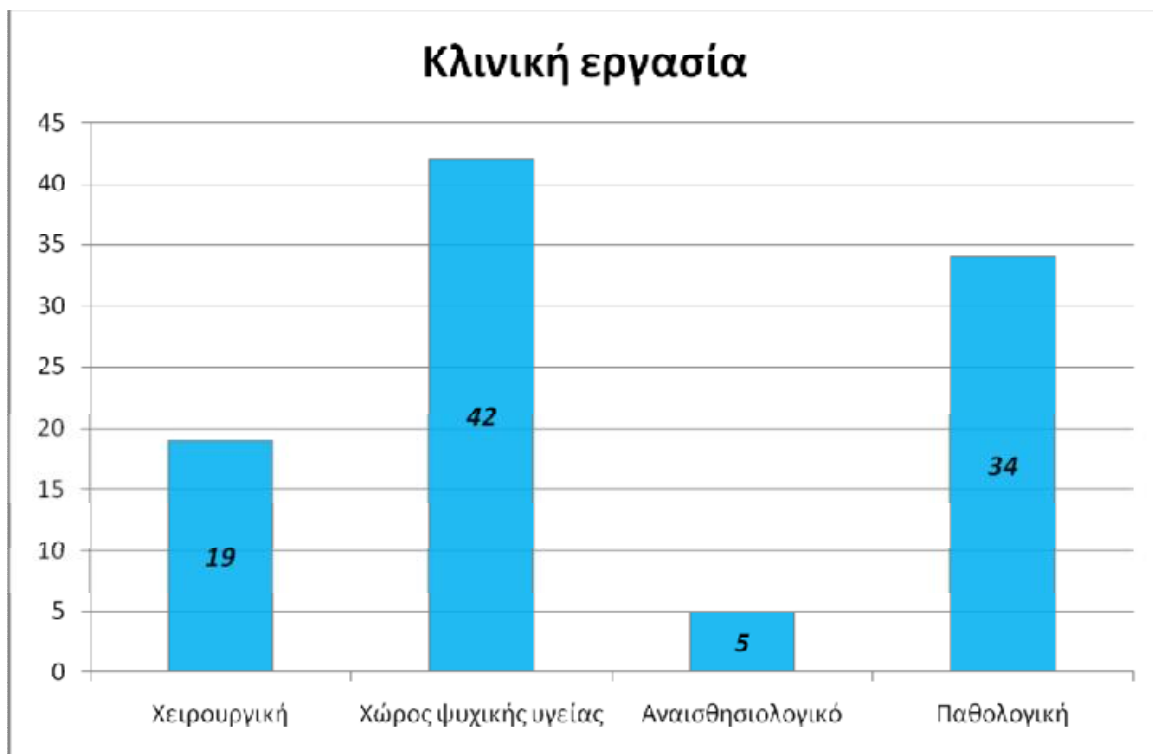
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ, σε ποσοστό 52%.

Ερώτηση 4:



Οι περισσότεροι έχουν προϋπηρεσία από 16 έως 20 χρόνια (42 άτομα).

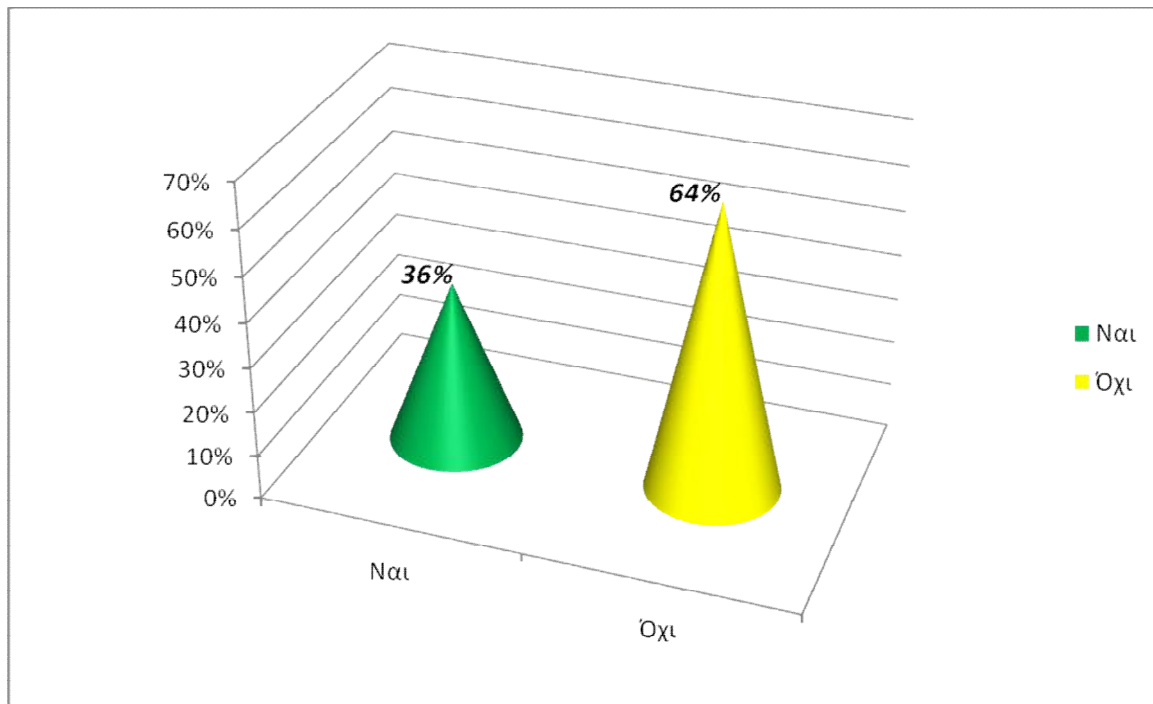
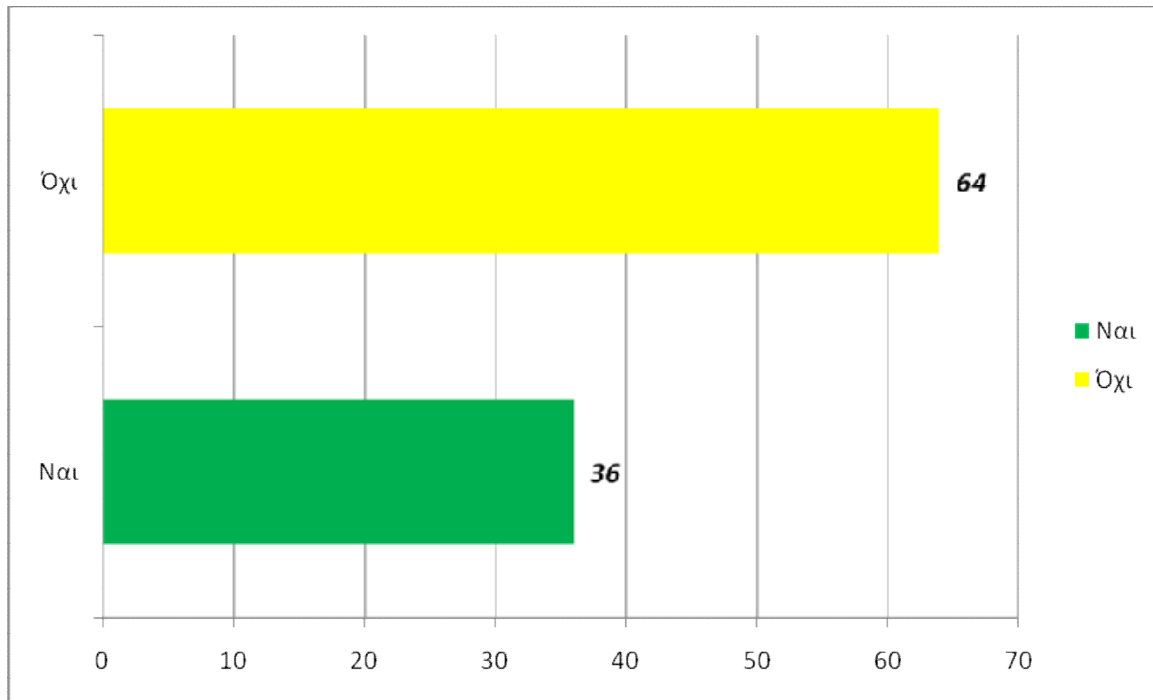
Ερώτηση 5:



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει κλινική εργασία σε χώρο ψυχικής υγείας (ποσοστό 42%).

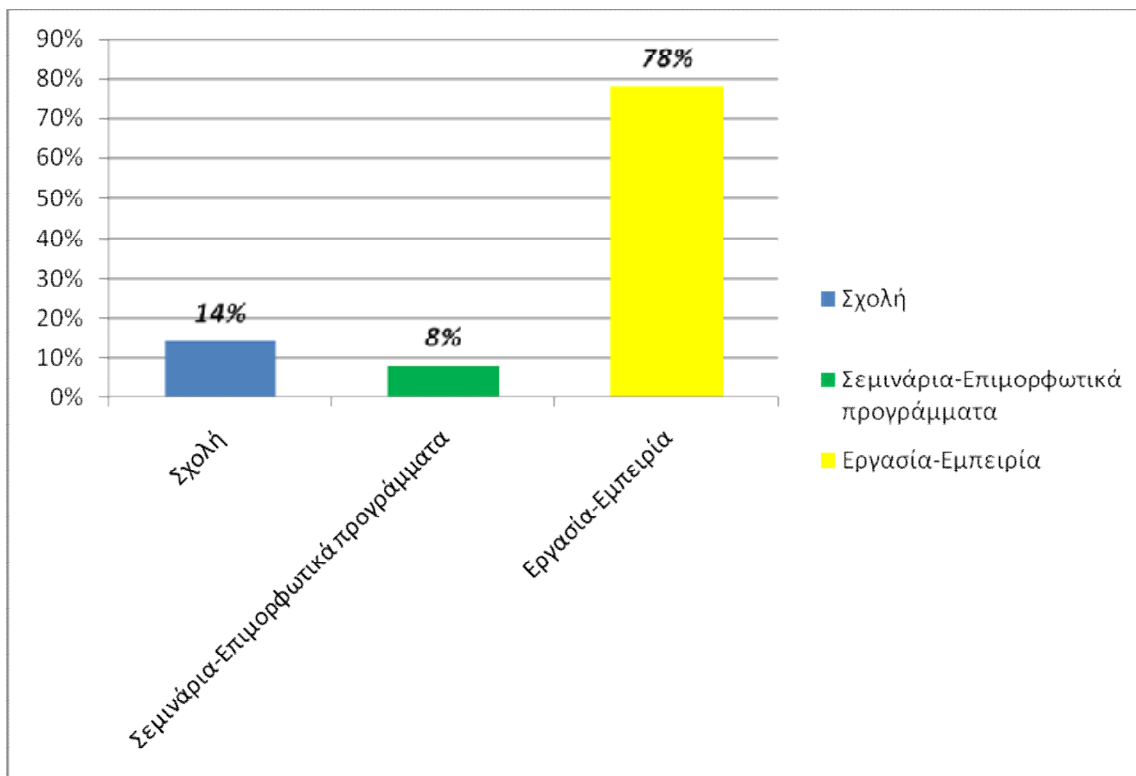
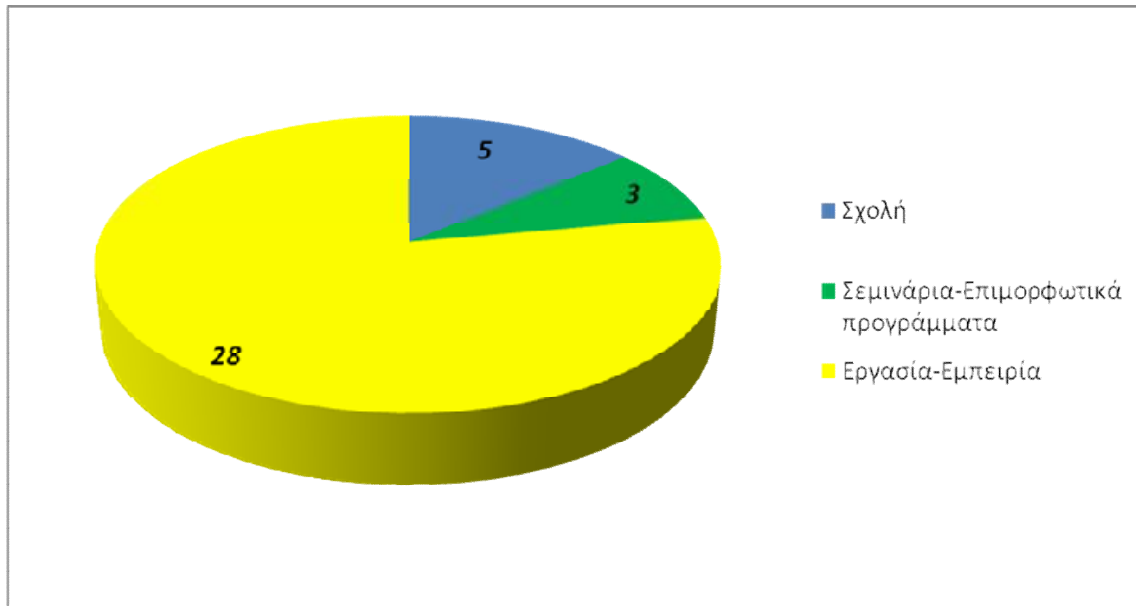
5.12 Ερευνητικά ερωτήματα:

Ερώτηση 6: Θεωρείτε ότι έχετε επαρκείς γνώσεις Ψυχιατρικής?



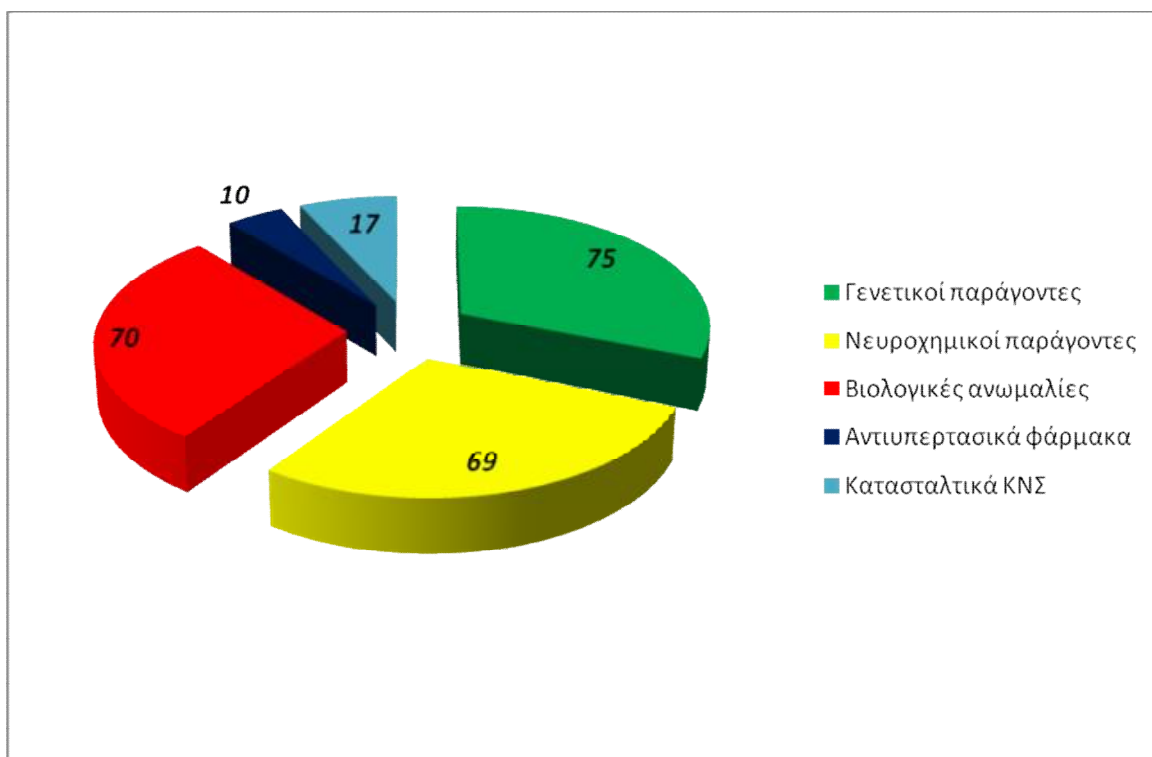
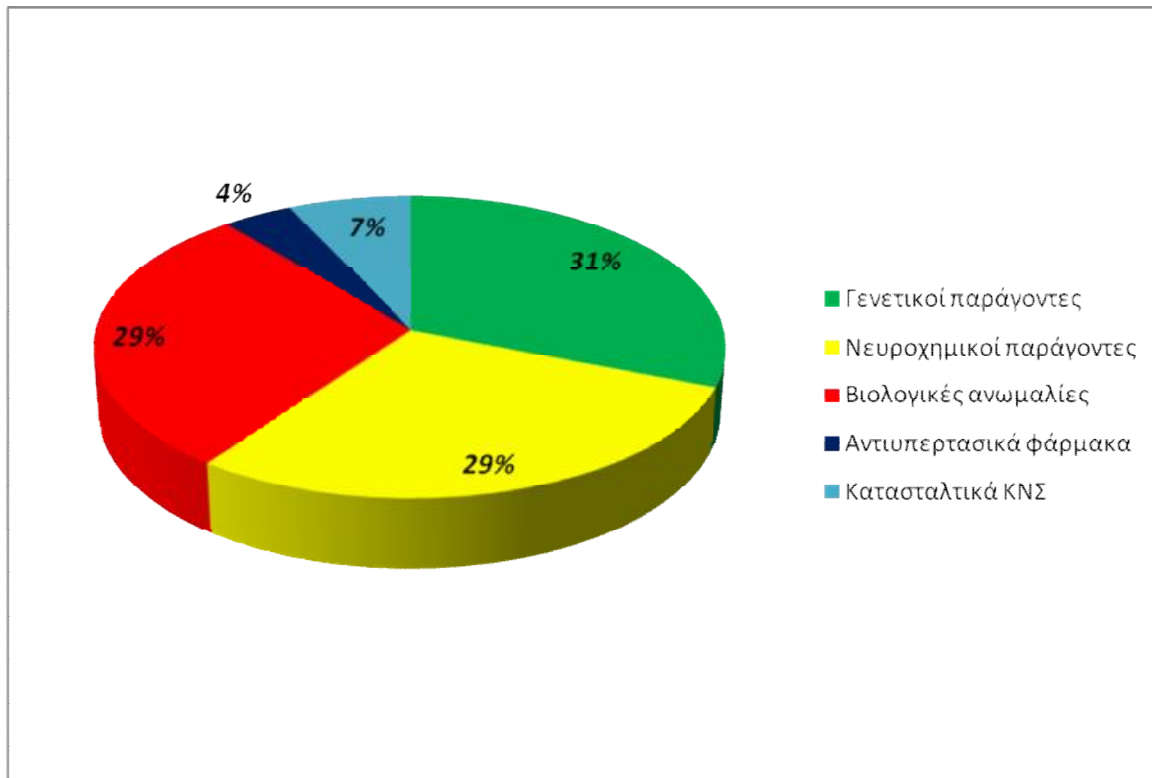
Το 64% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι γνώσεις του πάνω στην Ψυχιατρική είναι περιορισμένες.

Ερώτηση 6α: Αν ναι πώς τις αποκτήσατε?



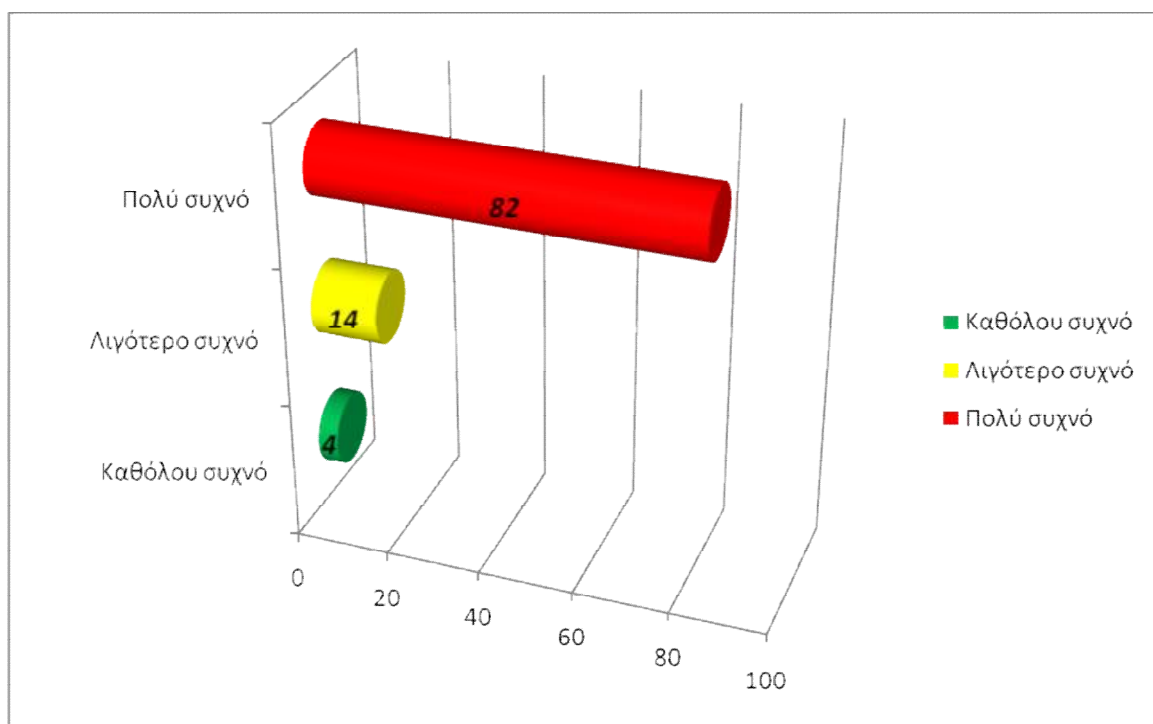
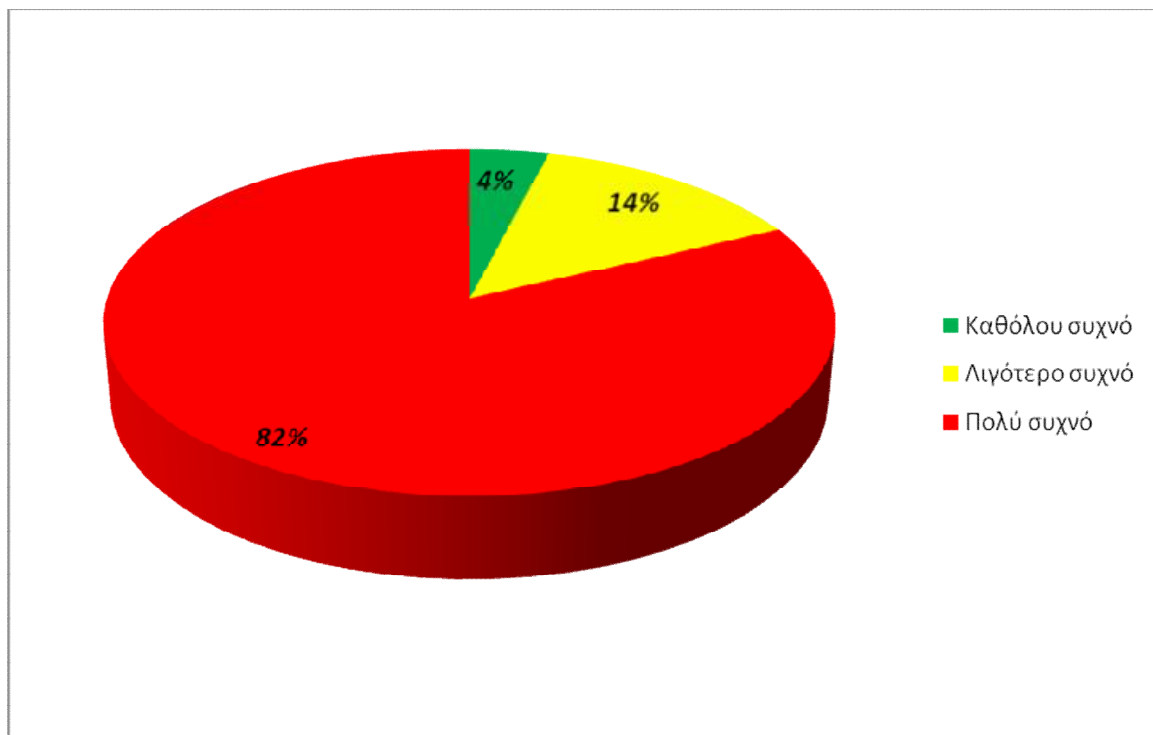
Οι 28 από τους 36 ερωτηθέντες (ποσοστό 78%) απέκτησαν τις γνώσεις τους πάνω στην Ψυχιατρική μέσω της εμπειρίας και της εργασίας τους.

Ερώτηση 7: Ποιοί από τους παρακάτω λόγους μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη?



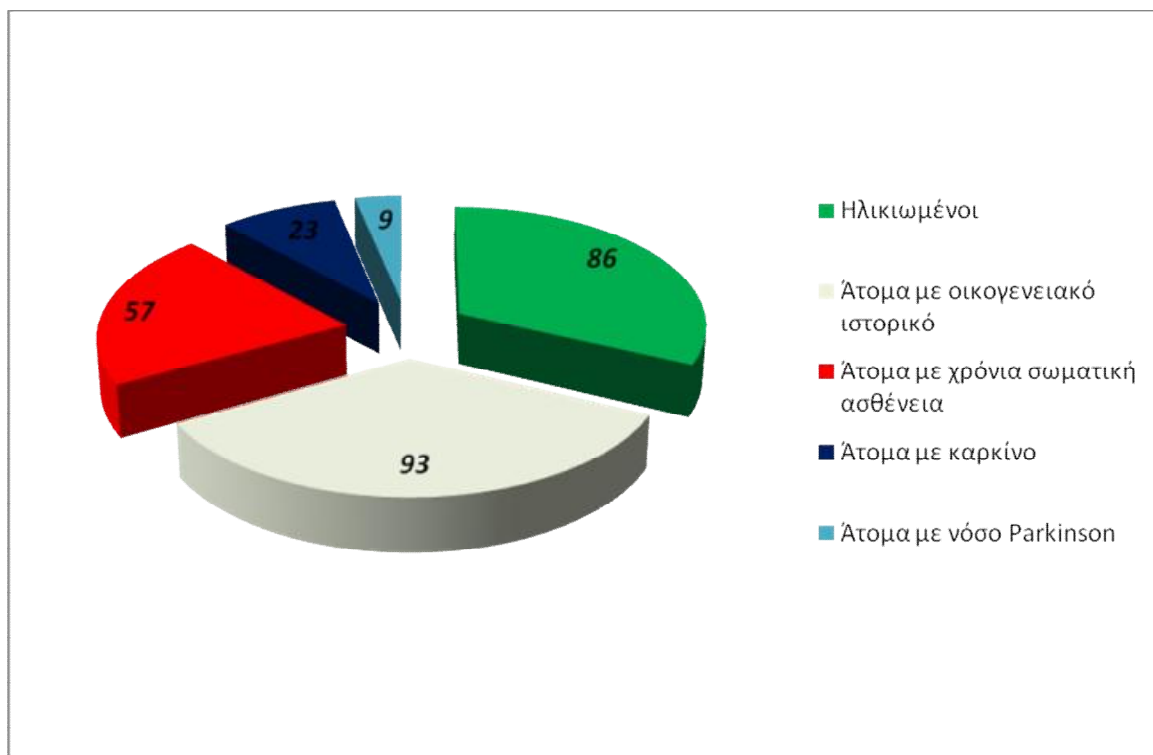
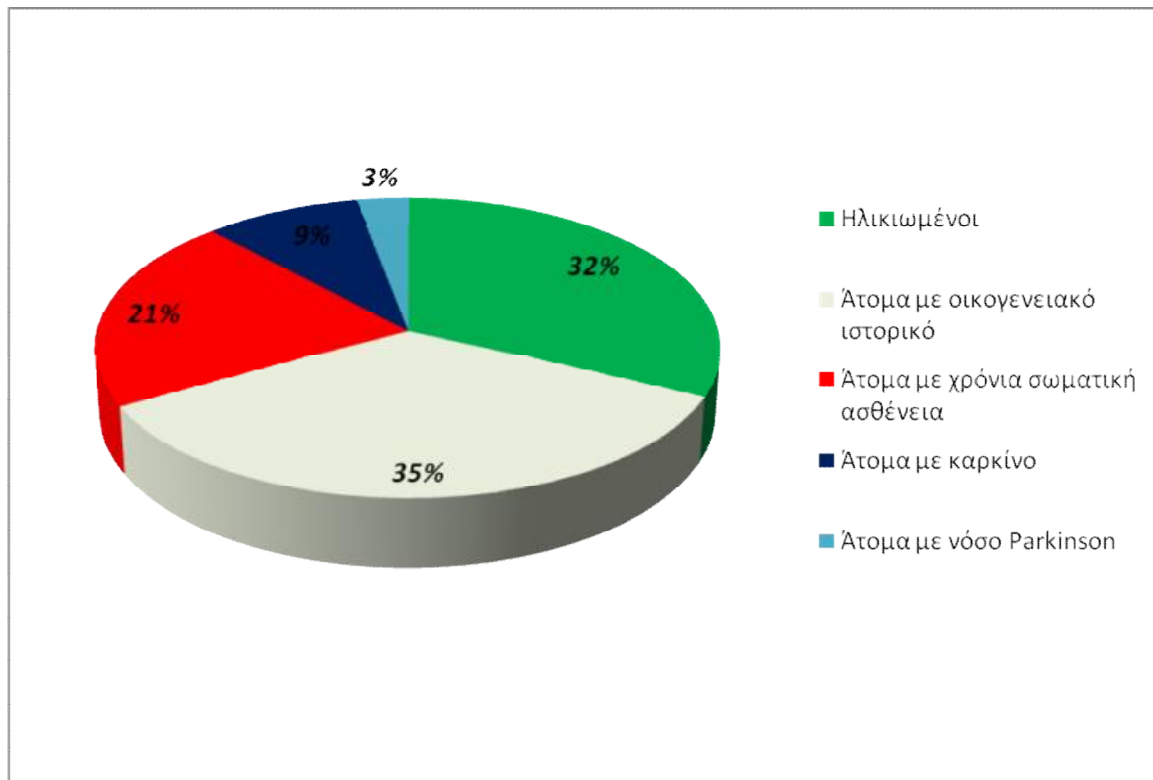
Οι γενετικοί παράγοντες (ποσοστό 31%, 75 απαντήσεις) αποτελούν τον επικρατέστερο λόγο προκλήσεως κατάθλιψης, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες.

Ερώτηση 8: Πόσο συχνό φαινόμενο είναι η κατάθλιψη?



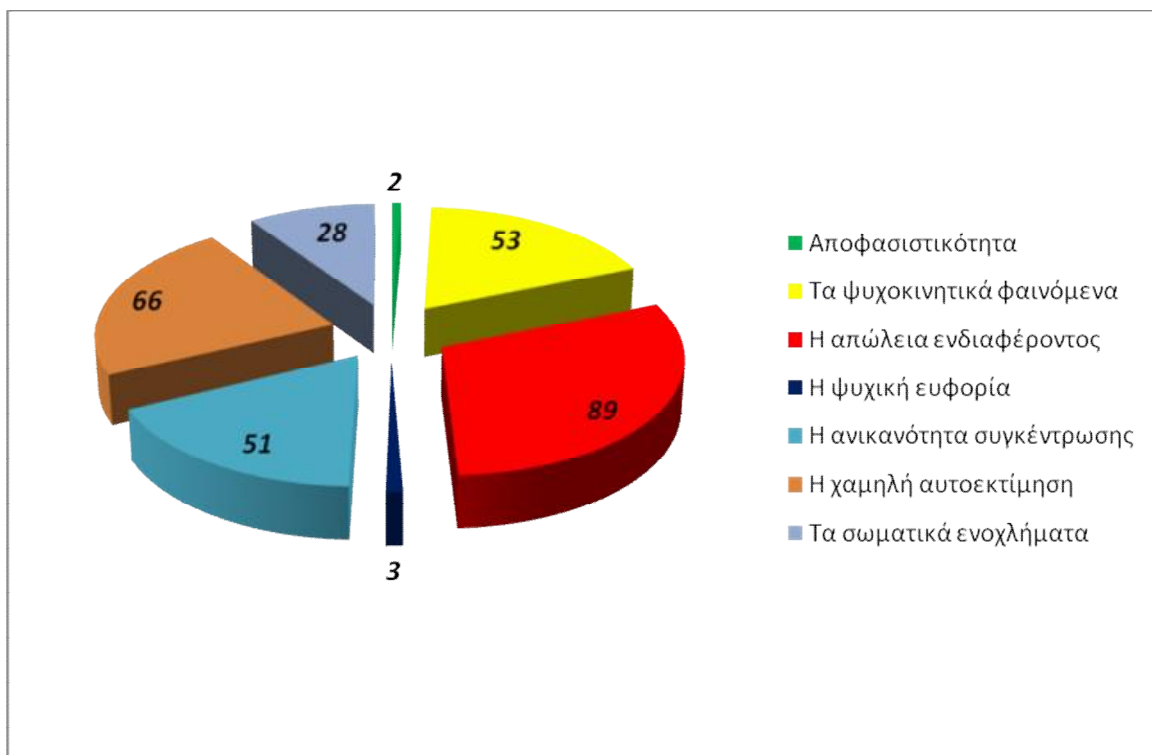
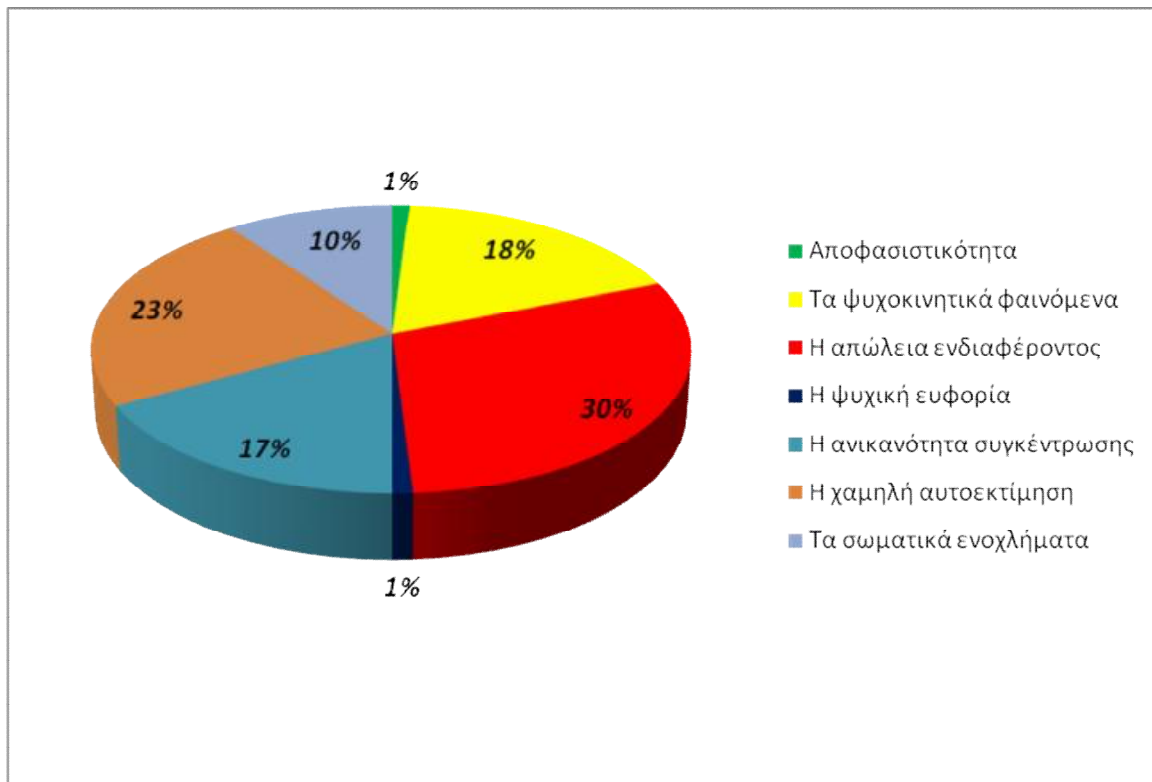
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 82%) θεωρεί την κατάθλιψη πολύ συχνό φαινόμενο.

Ερώτηση 9: Ποιοί από τους παρακάτω είναι πιθανοί καταθλιπτικοί?



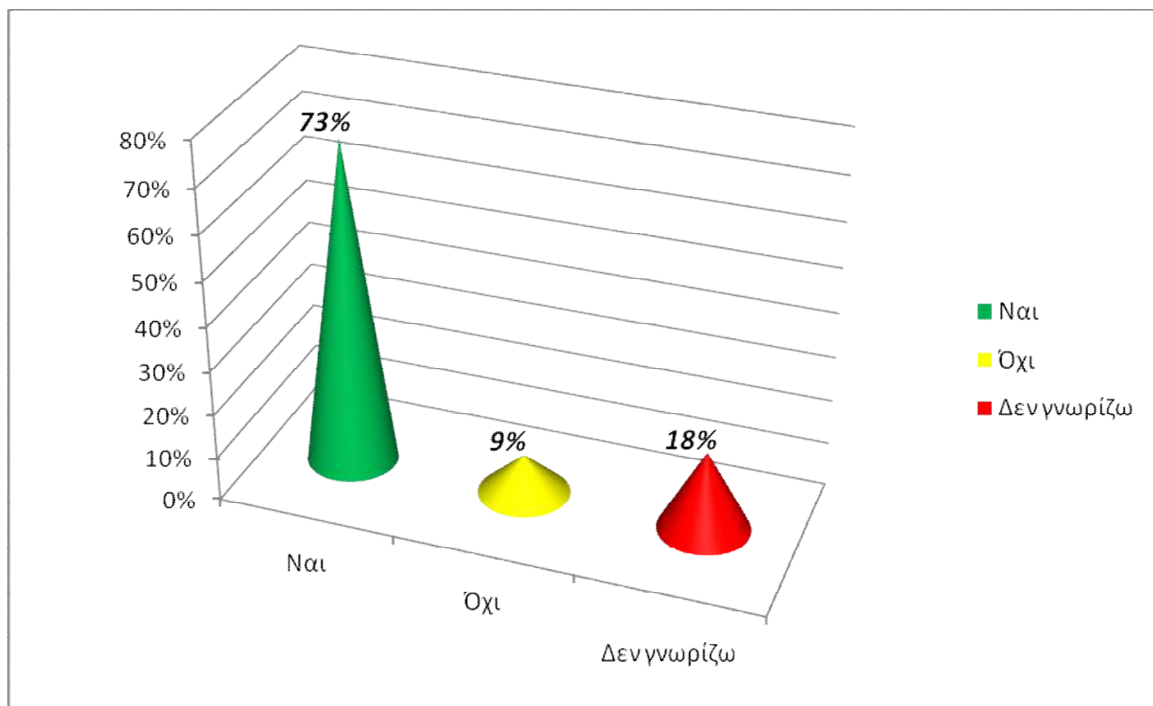
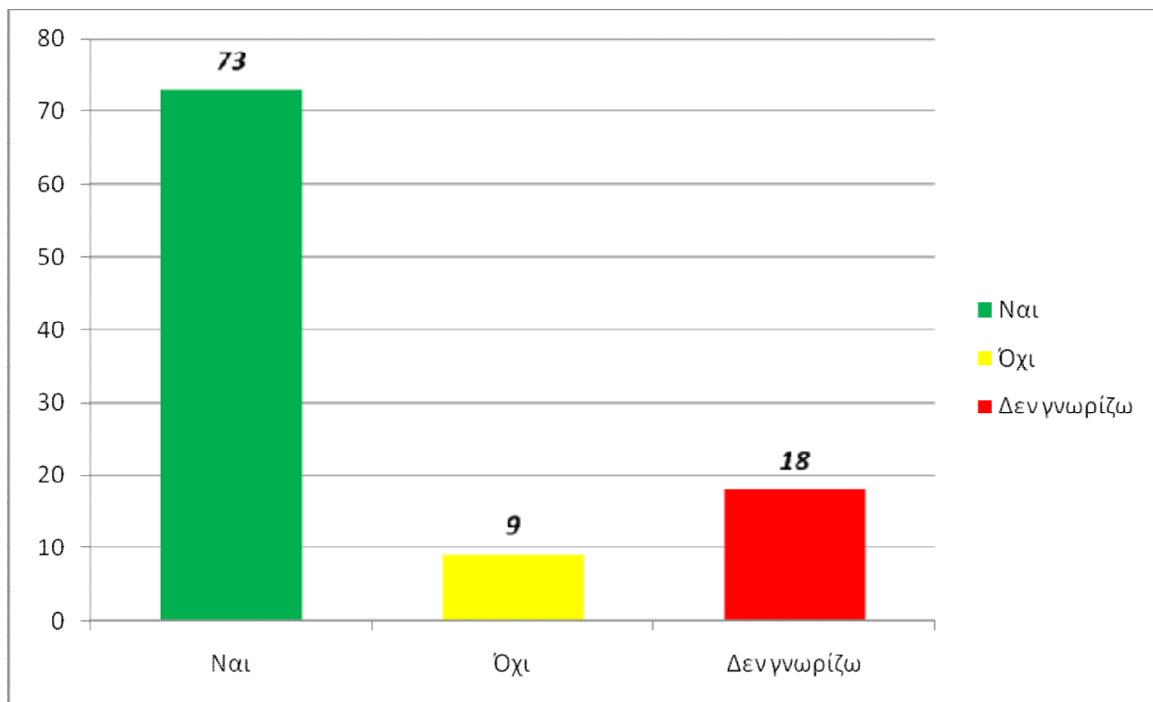
Τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό (ποσοστό 35%, 93 απαντήσεις) είναι πρώτα στη λίστα εμφάνισης κατάθλιψης.

Ερώτηση 10: Τι χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό?



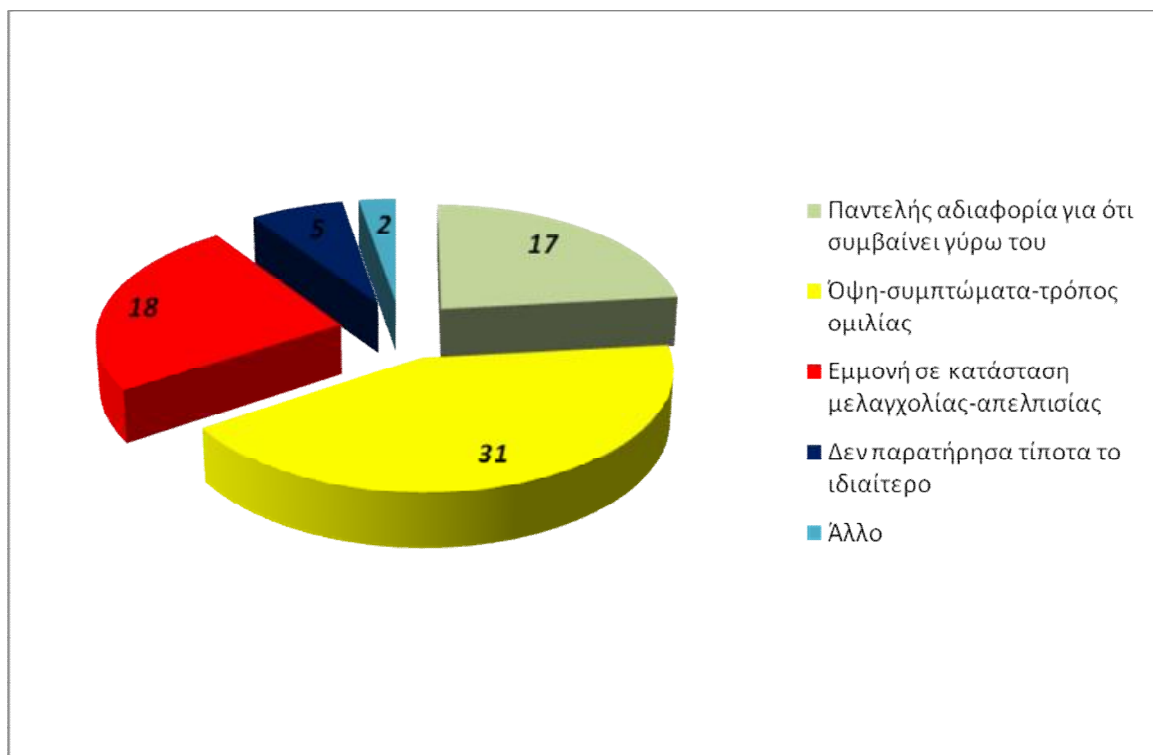
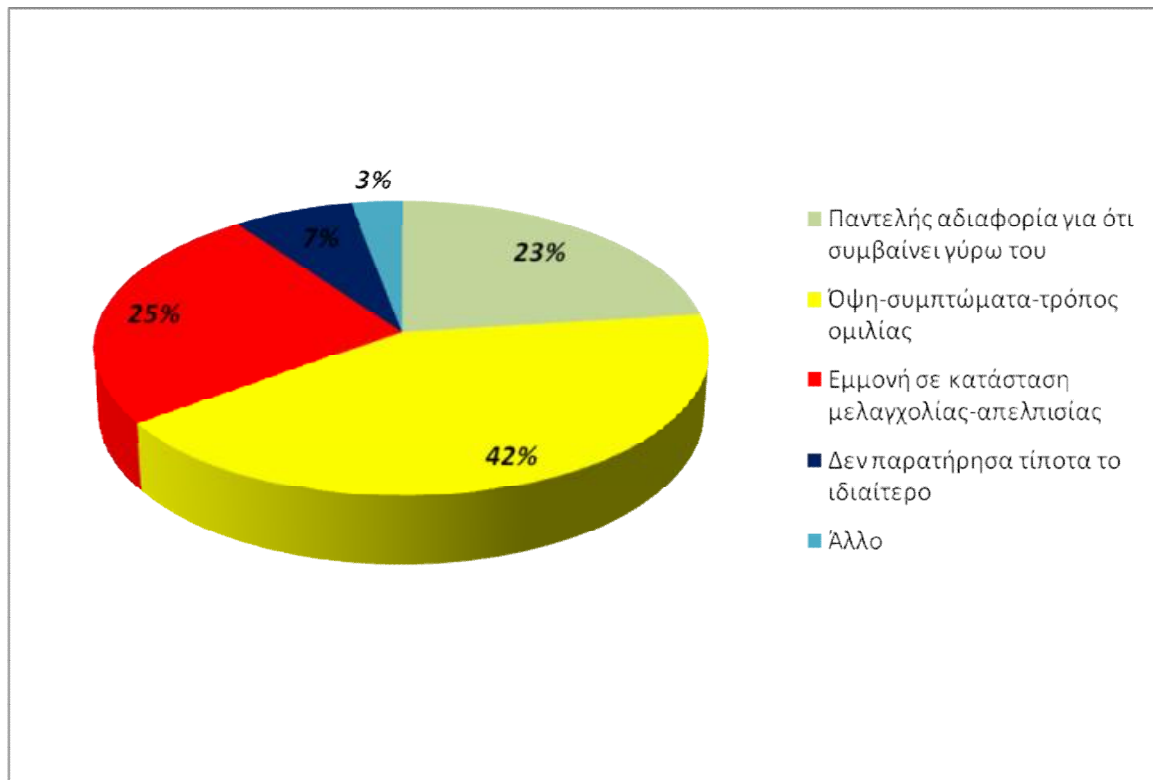
Η απώλεια ενδιαφέροντος (ποσοστό 30%, 89 απαντήσεις) είναι το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός καταθλιπτικού.

Ερώτηση 11: Έχετε νοσηλεύσει ποτέ καταθλιπτικό ασθενή?



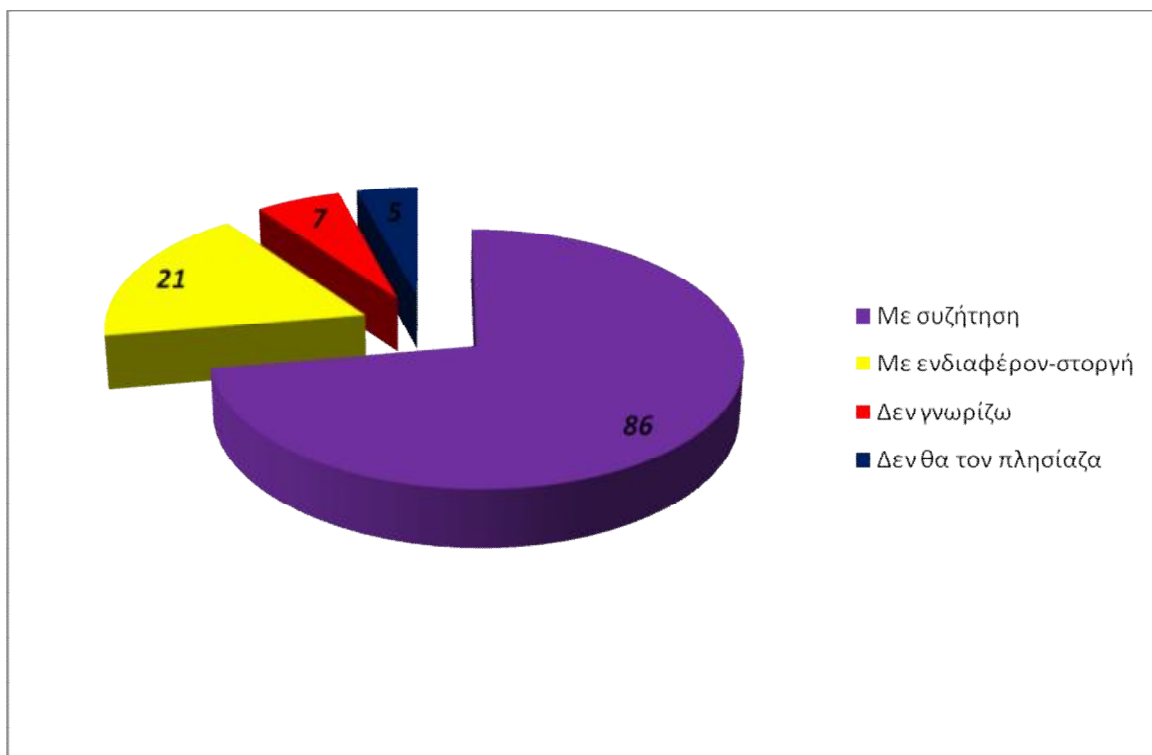
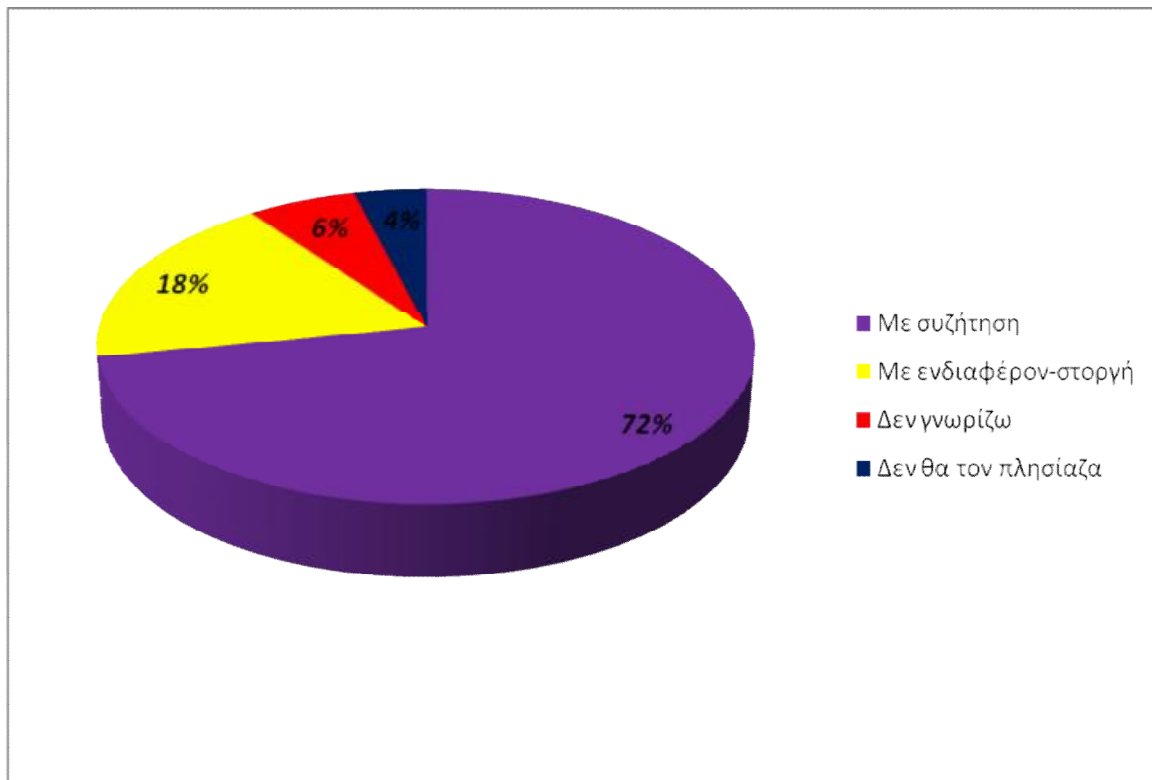
Το 73% των ερωτηθέντων έχει νοσηλεύσει καταθλιπτικό ασθενή.

Ερώτηση 11α: Εάν νοσηλεύσατε τι παρατηρήσατε?



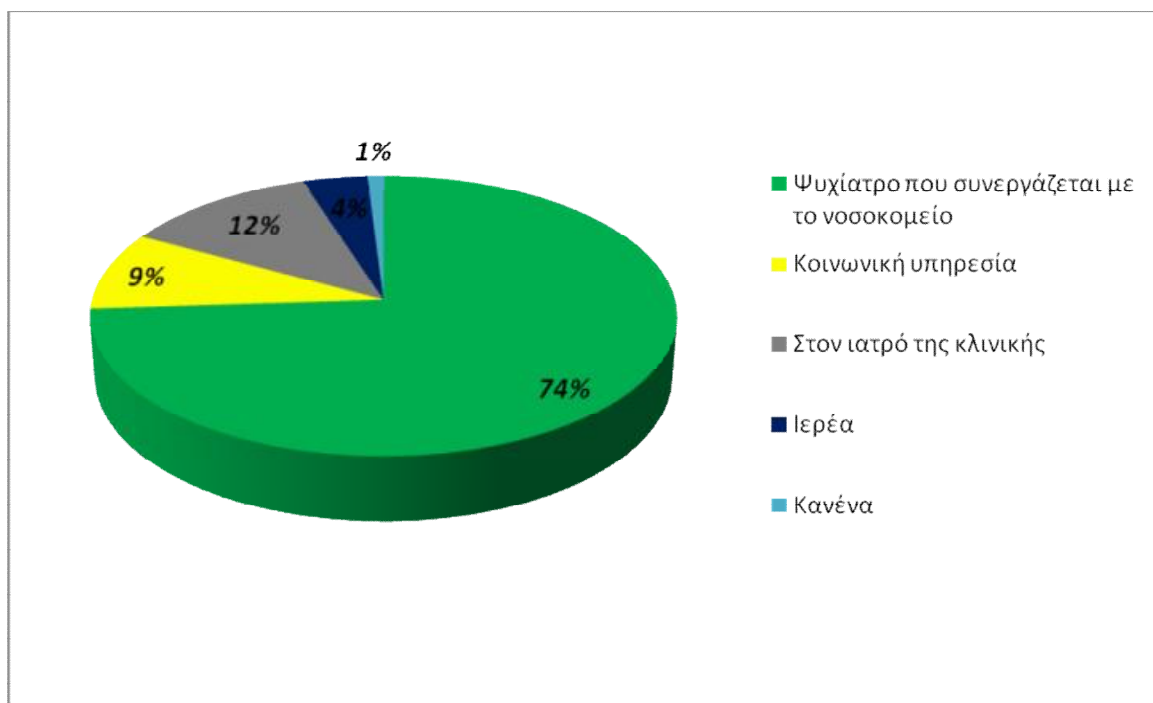
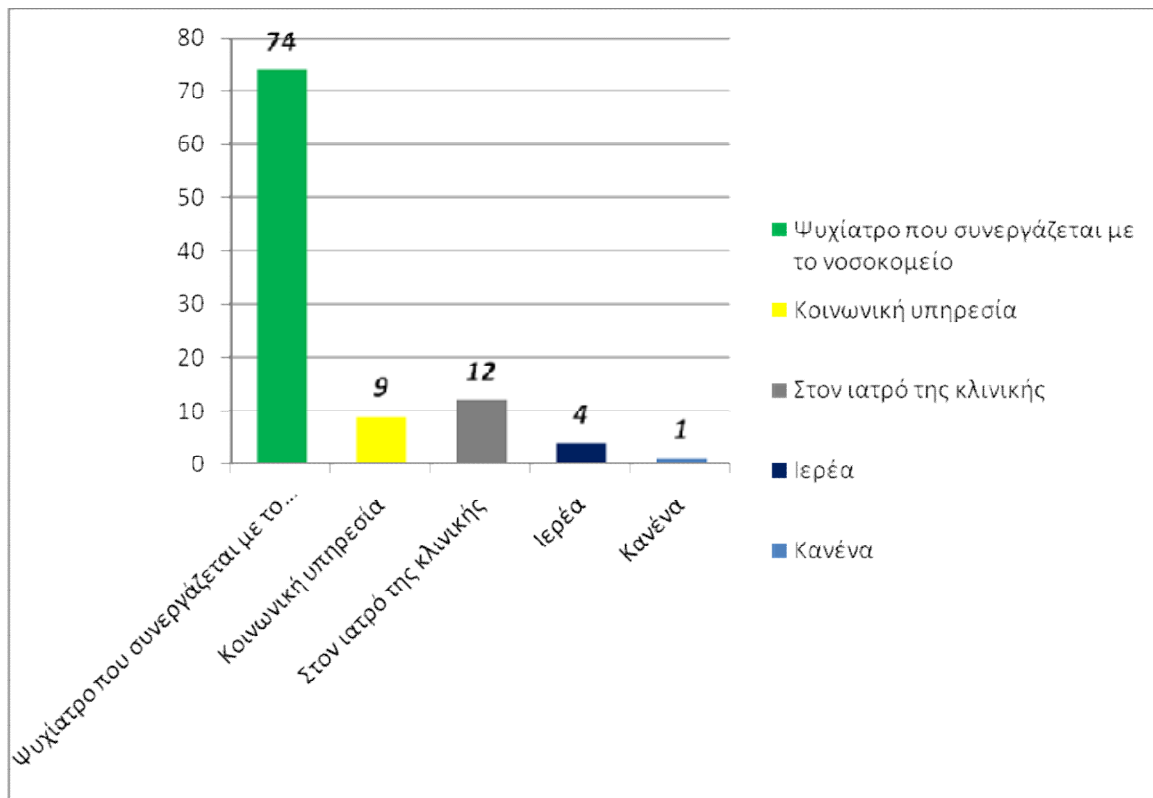
Η όψη, ο τρόπος ομιλίας και κάποια άλλα συμπτώματα (ποσοστό 42%, 31 απαντήσεις) έκαναν εντύπωση στους ερωτηθέντες νοσηλευτές, όσον αφορά τους καταθλιπτικούς ασθενείς που έχουν νοσηλεύσει.

Ερώτηση 12: Με ποιόν τρόπο θα πλησιάζατε έναν καταθλιπτικό ασθενή?



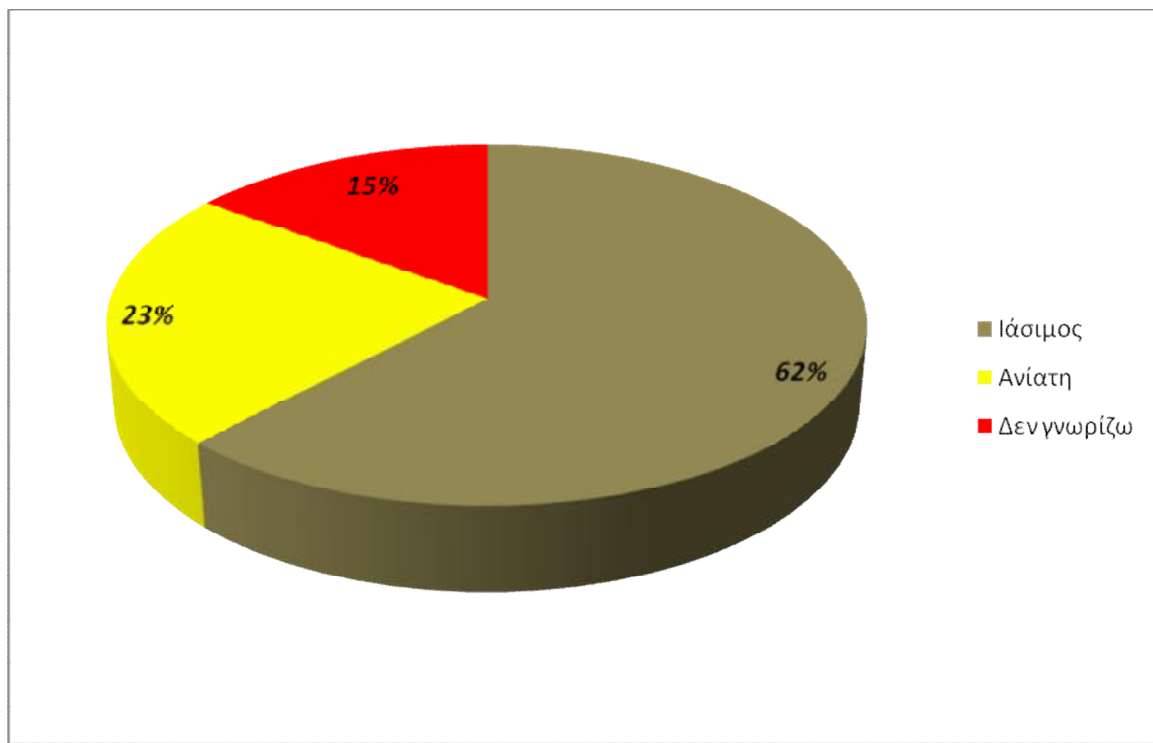
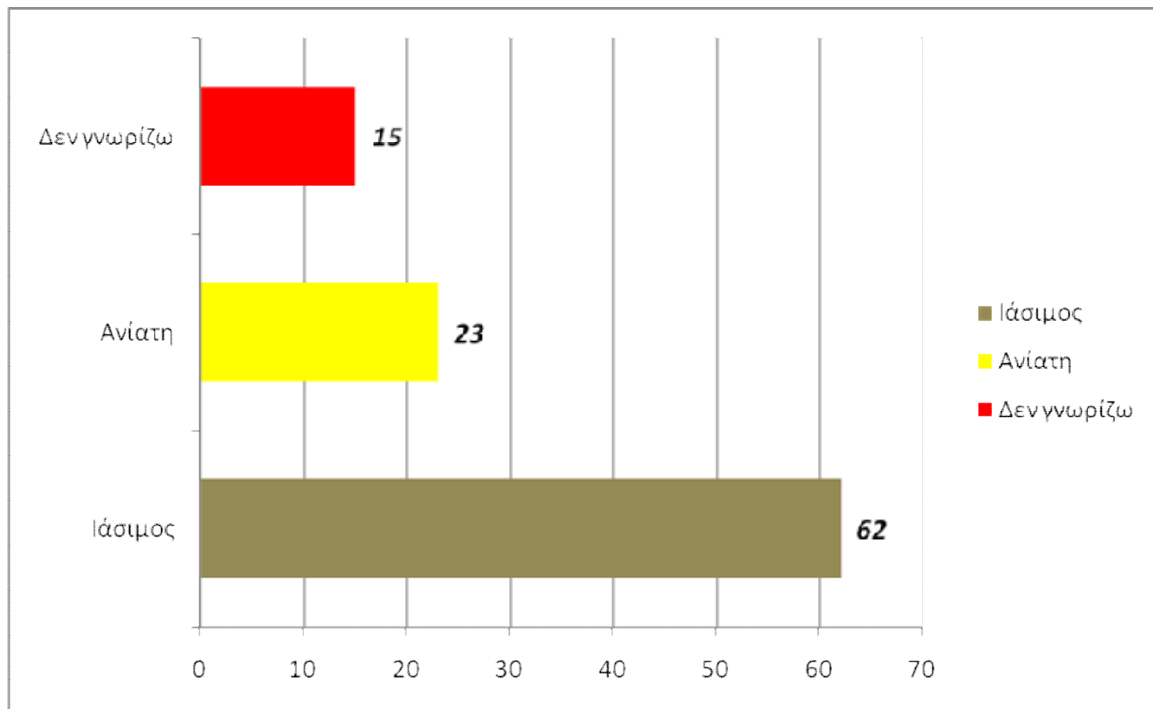
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 72%, 86 απαντήσεις) θα χρησιμοποιούσε το διάλογο ως μέσο προσέγγισης ενός καταθλιπτικού ασθενή.

Ερώτηση 13: Αν αντιλαμβανόσασταν ότι ο ασθενής έχει κατάθλιψη σε ποιόν θα απευθυνόσασταν?



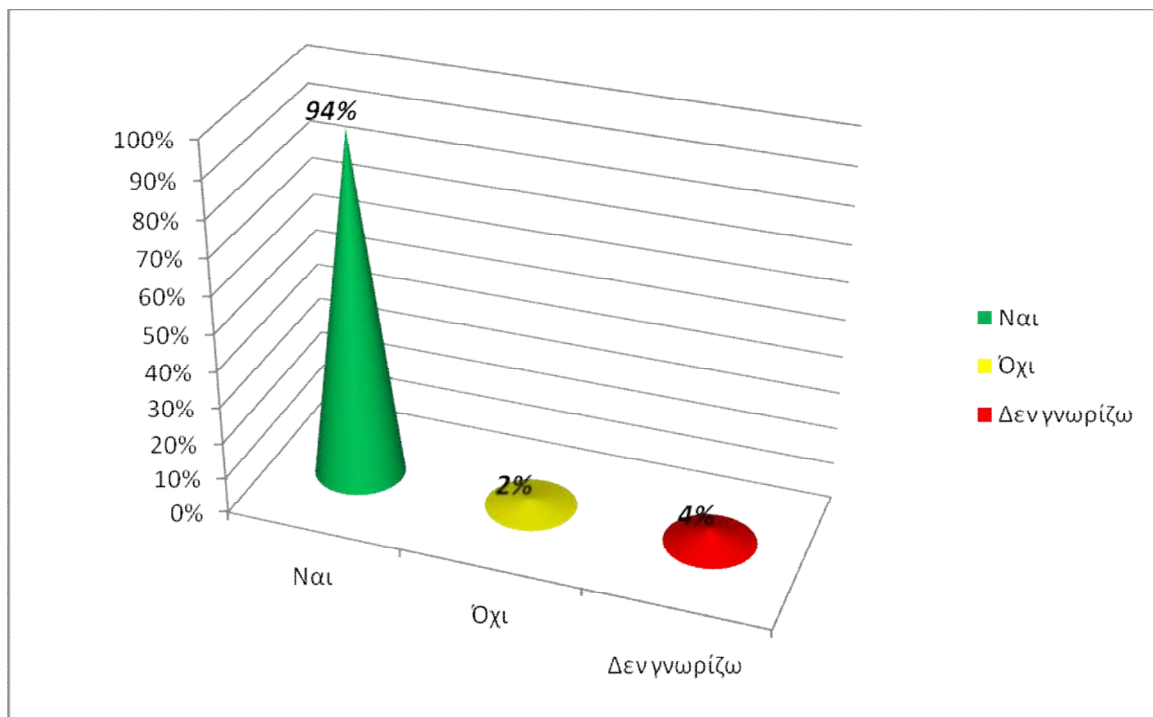
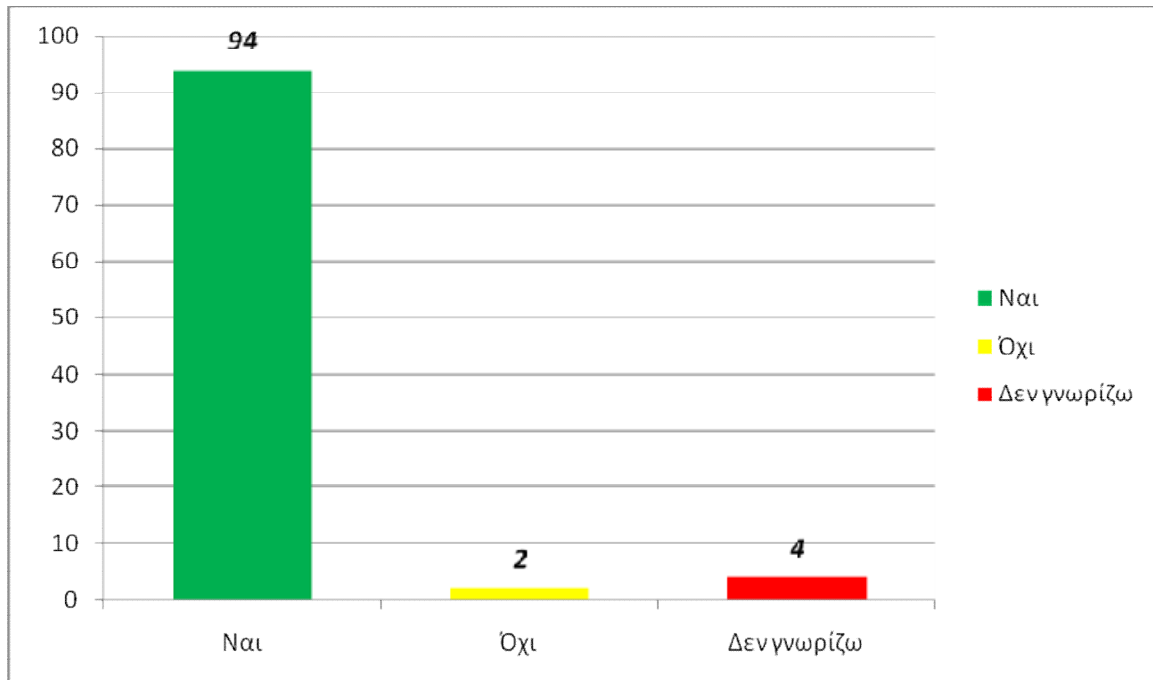
Το 74% αναφέρει ότι θα απευθυνόταν στον ψυχίατρο εάν αντιλαμβανόταν ότι ο ασθενής έχει κατάθλιψη.

Ερώτηση 14: Ποια είναι η πρόγνωση μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο?



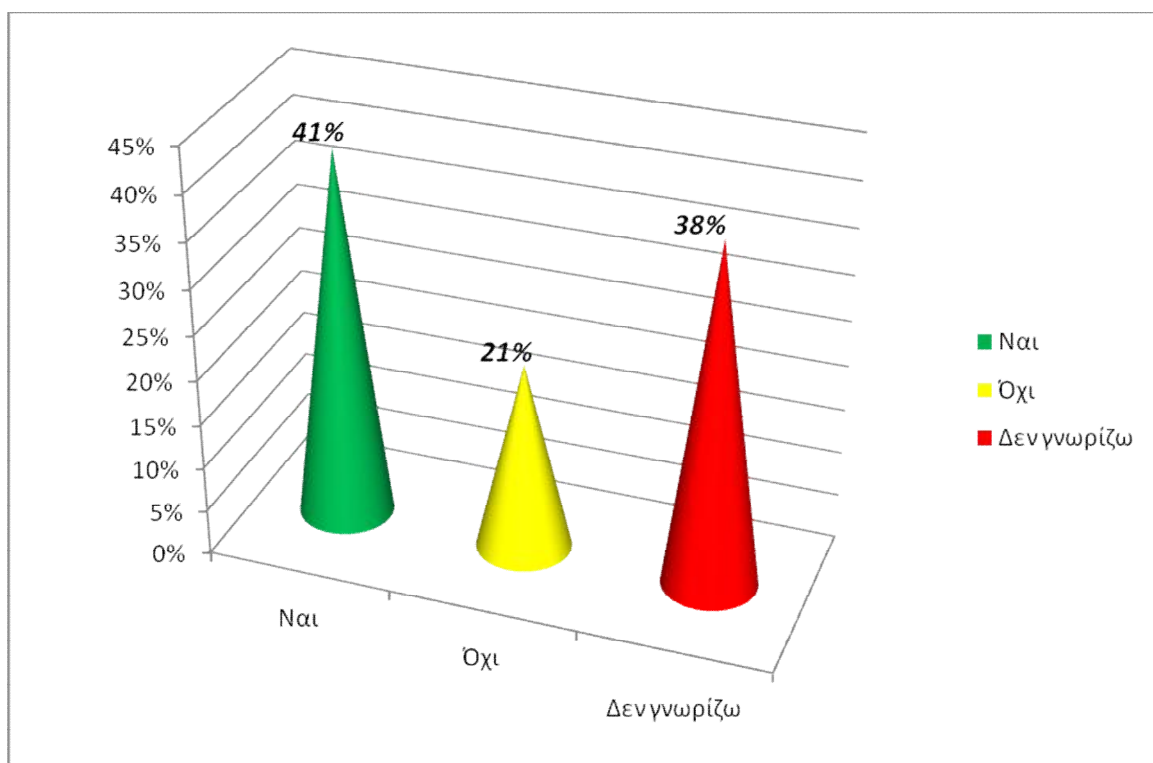
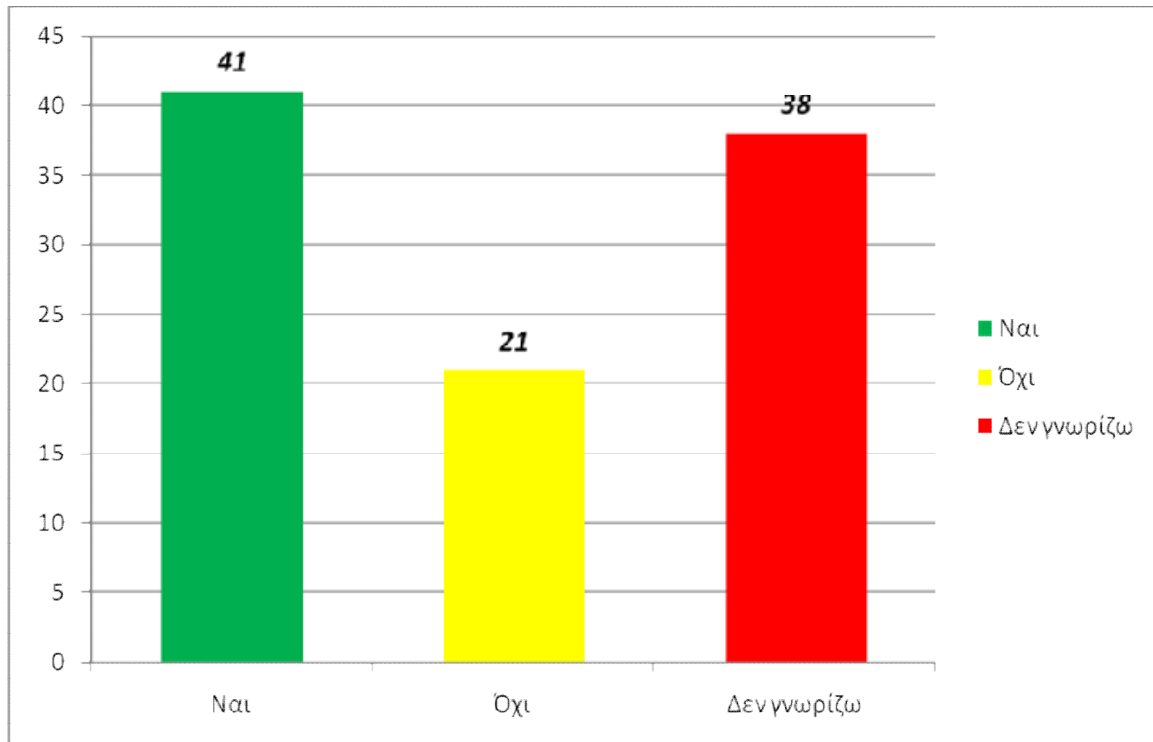
Το 62% αναφέρει ότι μετά από ένα επεισόδιο, η κατάθλιψη είναι ιάσιμη.

Ερώτηση 15: Η εξέλιξη ενός <<παραμελημένου>> καταθλιπτικού είναι η μεγέθυνση των συμπτωμάτων?



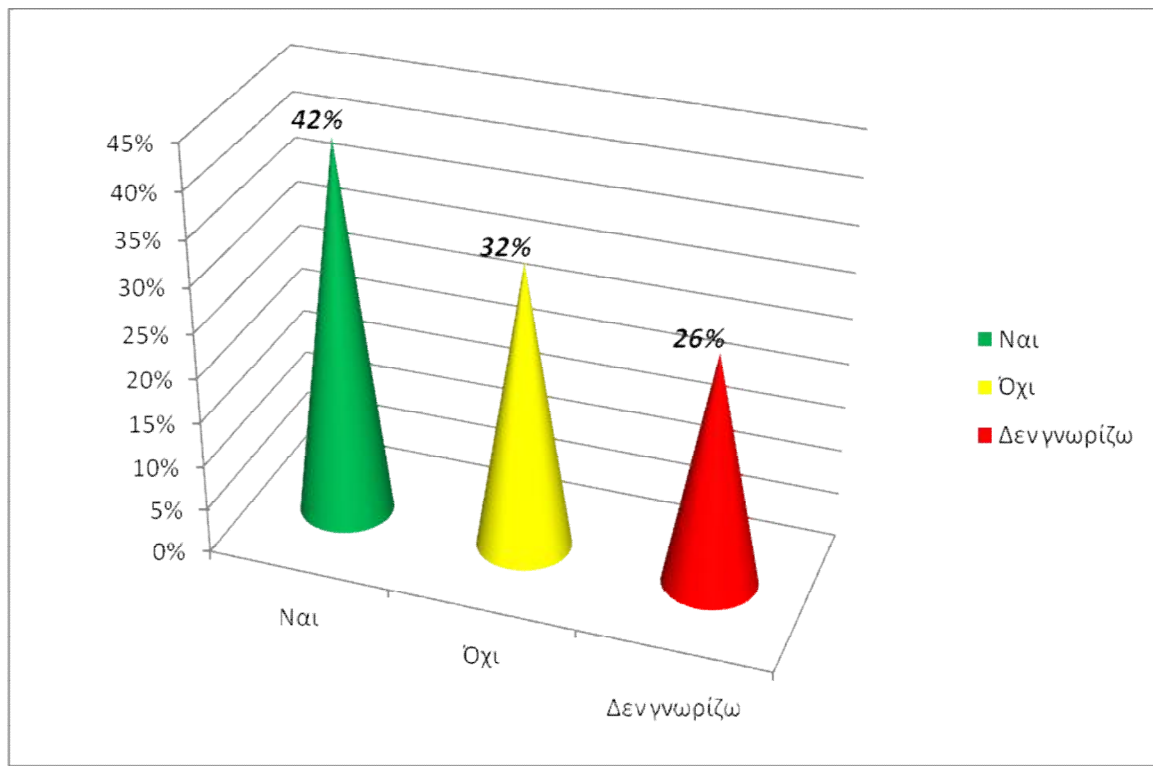
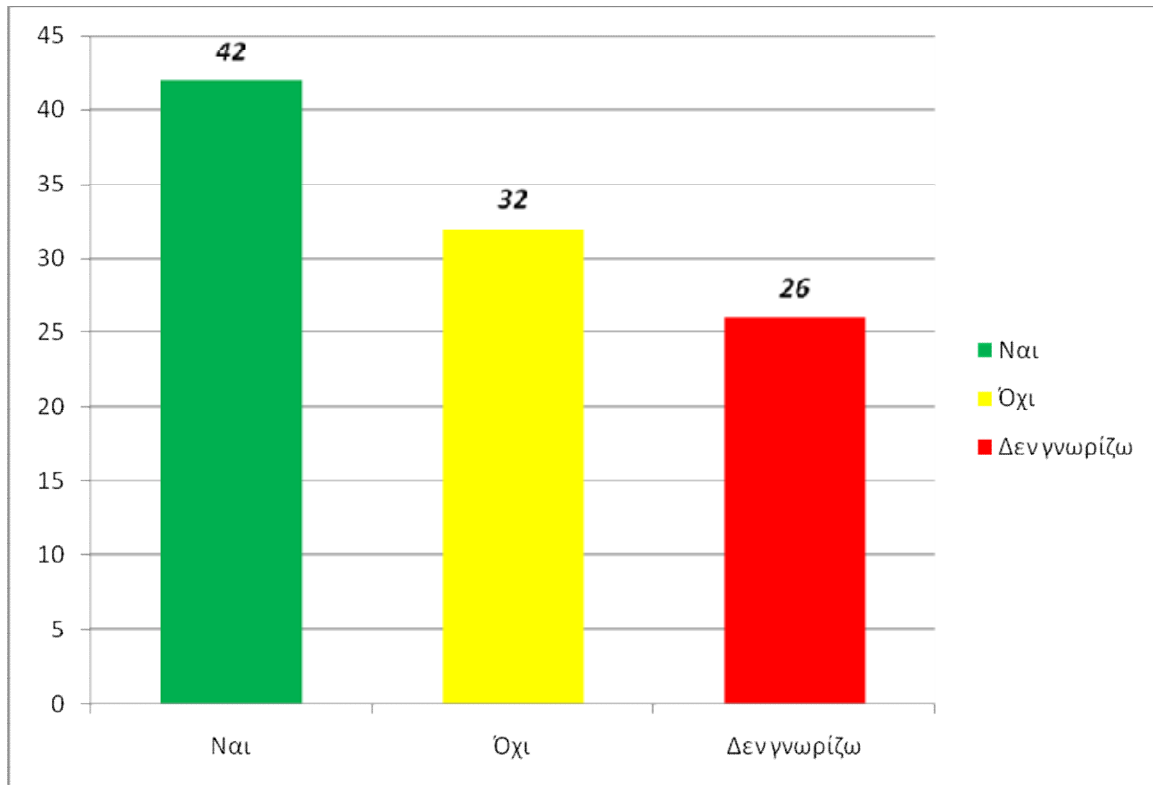
Το 94% θεωρεί ότι ένας <<παραμελημένος>> καταθλιπτικός θα παρουσιάσει σοβαρότερα συμπτώματα.

Ερώτηση 16: Η εξέλιξη ενός <<παραμελημένου>> καταθλιπτικού είναι η αυτοχειρία?



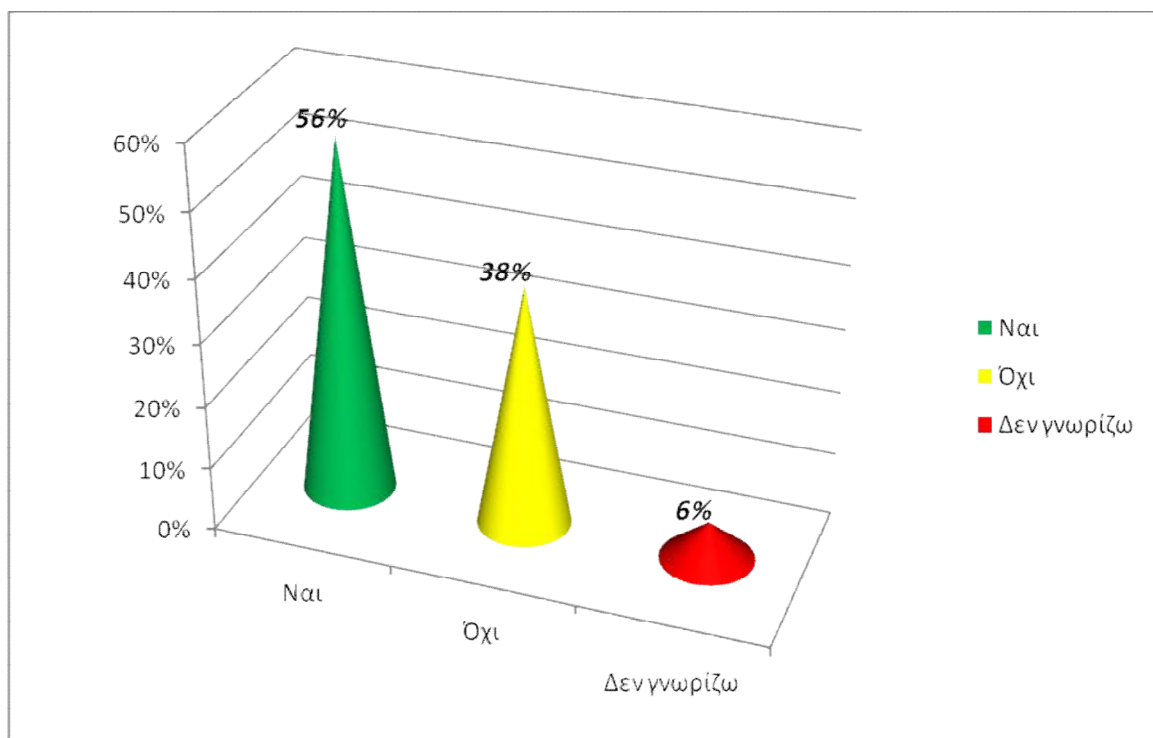
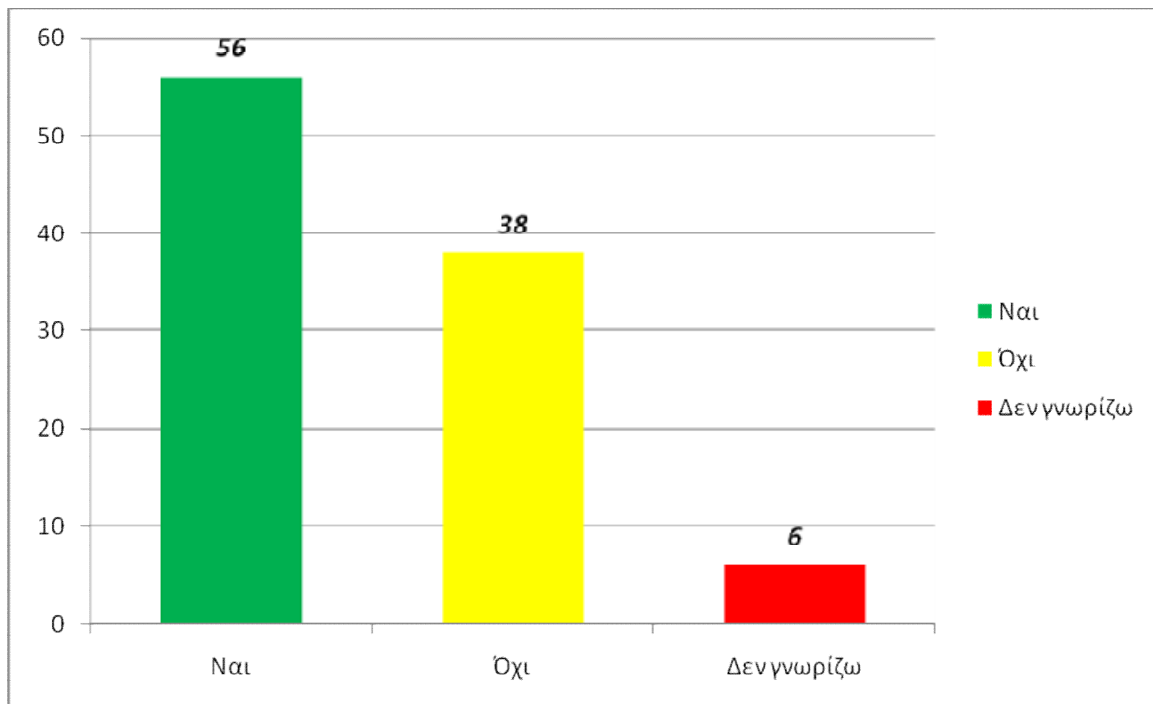
Το 41% πιστεύει ότι ένας <<παραμελημένος>> καταθλιπτικός οδηγείται στην αυτοχειρία.

Ερώτηση 17: Υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας μετά την βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ασθενή?



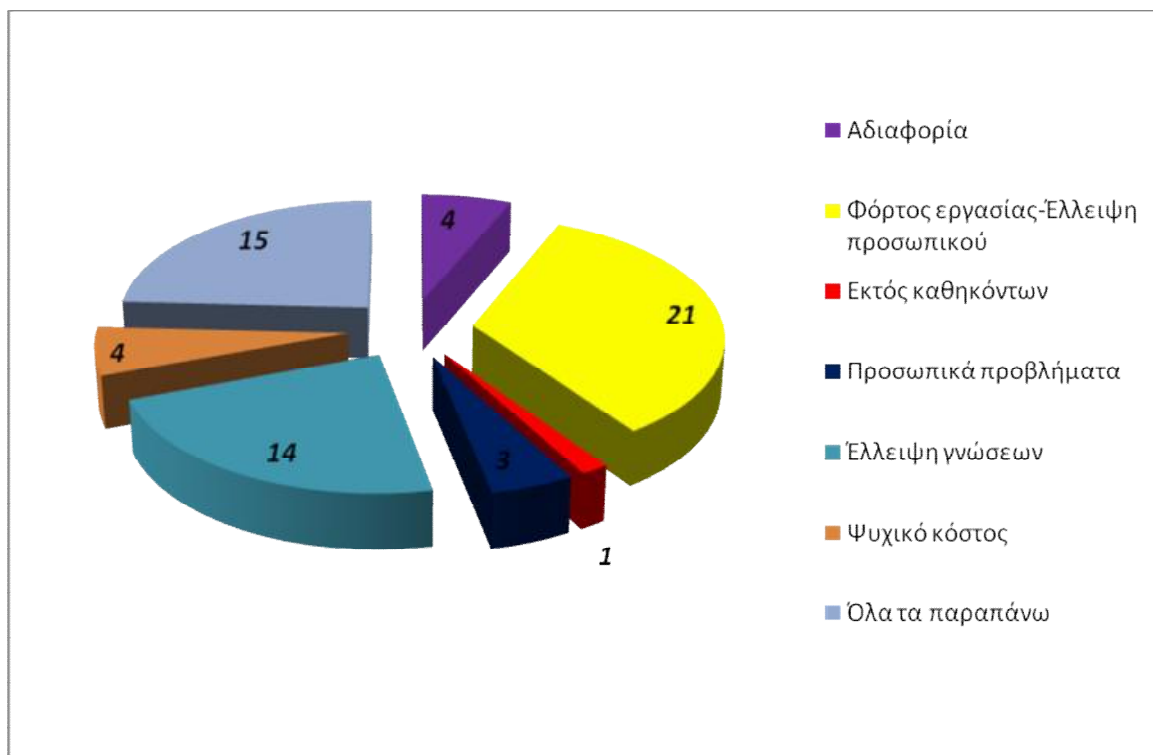
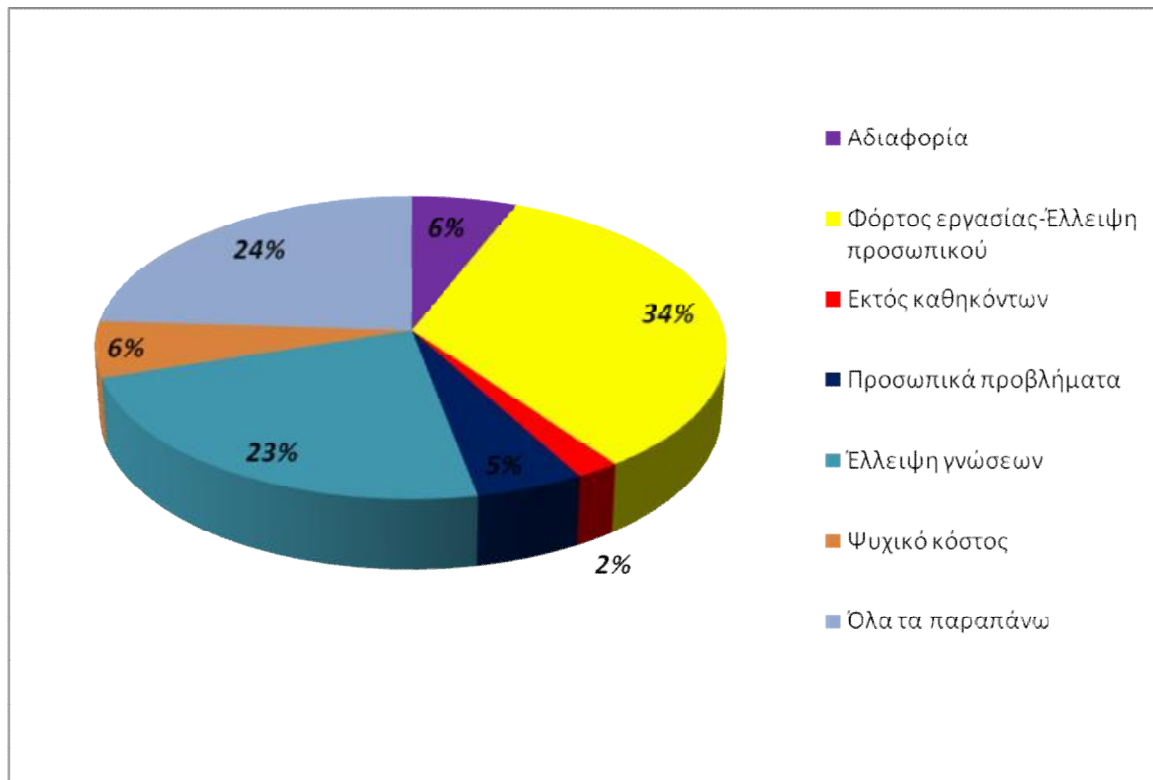
Το 42% πιστεύει ότι δεν εξαλείφεται ο κίνδυνος της αυτοκτονίας μετά την βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ασθενή.

Ερώτηση 18: Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή?



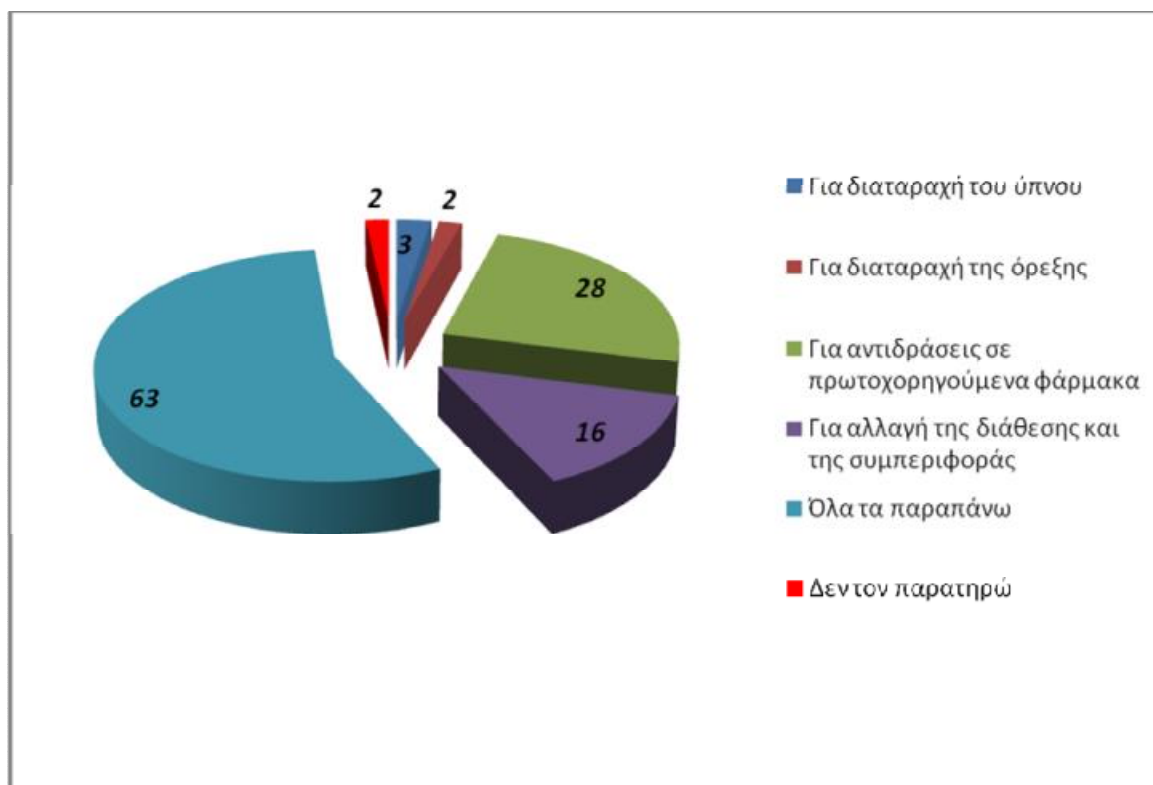
Το 56% των ερωτηθέντων δείχνει το ανάλογο ενδιαφέρον για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.

Ερώτηση 18α: Αν απαντήσατε όχι για ποιους λόγους δεν ενδιαφέρεται?



Ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού (ποσοστό 34%, 21 απαντήσεις) έχουν ως αποτέλεσμα την έλλειψη ενδιαφέροντος για την ψυχολογική κατάσταση των καταθλιπτικών ασθενών, από την πλευρά των νοσηλευτών.

Ερώτηση 19: Παρατηρείτε τον ασθενή?



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 55%, 63 απαντήσεις) παρατηρεί τον ασθενή για διάφορους λόγους.

5.13 Μέρος Δεύτερο – ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί τα αποτελέσματα της έρευνας και των ερωτήσεων μας εξετάζονται σε σχέση με την ανεξάρτητη μεταβλητή του φύλου και του επιπέδου σπουδών. Ο κάθε πίνακας συνάφειας περιλαμβάνει τις χαρακτηριστικές παραμέτρους χ^2 (chi square), βαθμούς ελευθερίας (Df) και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Μία διαφορά θεωρείται στατιστικώς σημαντική, αν και μόνο αν οδηγούμαστε σε μια πιθανότητα (probability) $p < 0.05$.

Με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο:

Ερώτηση 6: Θεωρείτε ότι έχετε επαρκείς γνώσεις Ψυχιατρικής?

	Ναι	Όχι	Σύνολο	
Άνδρας	7	6	13	
Γυναίκα	29	58	87	
Σύνολο	36	64	100	
X²	2.07	Βαθμοί Ελευθερίας	1	p =0.151

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 6α: Αν ναι πώς τις αποκτήσατε?

	Σχολή	Σεμινάρια- Επιμόρφωση	Εργασία- Εμπειρία	Σύνολο
Άνδρας	2	1	4	7
Γυναίκα	3	2	24	29
Σύνολο	5	3	28	36
X2	2.19	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.334

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 7: Ποιοί από τους παρακάτω λόγους μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη?

	Γενετικοί παράγοντες	Νευροχημικοί παράγοντες	Βιολογικές ανωμαλίες	Αντιυπερτασικά Φάρμακα	Κατασταλτικά ΚΝΣ	Σύνολο
Άνδρας	5	9	8	1	1	24
Γυναίκα	70	60	62	9	16	217
Σύνολο	75	69	70	10	17	241
X2	2.12	Βαθμοί Ελευθερίας	4			p =0.713

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 8: Πόσο συχνό φαινόμενο είναι η κατάθλιψη?

	Καθόλου συχνό	Λιγότερο συχνό	Πολύ συχνό	Σύνολο
Άνδρας	0	5	8	13
Γυναίκα	4	9	74	87
Σύνολο	4	14	82	100
X²	7.75	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.021

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το φύλο του ερωτηθέντα, με τις γυναίκες να θεωρούν στη συντριπτική τους πλειοψηφία πολύ συχνό φαινόμενο την κατάθλιψη, ενώ οι άνδρες εμφανίζονται πιο μοιρασμένοι.

Ερώτηση 9: Ποιοί από τους παρακάτω είναι πιθανοί καταθλιπτικοί?

	Ηλικιωμένοι	Άτομα με οικογενειακό ιστορικό	Άτομα με χρόνια σωματική ασθένεια	Άτομα με καρκίνο	Άτομα με νόσο Parkinson	Σύνολο
Άνδρας	13	8	6	1	0	28
Γυναίκα	73	85	51	22	9	240
Σύνολο	86	93	57	23	9	268
X²	4.31	Βαθμοί Ελευθερίας	4			p =0.366

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 10: Τι χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό?

	Αποφασιστικότητα	Ψυχοκινητικά φαινόμενα	Απώλεια ενδιαφέροντος	Ψυχική ευφορία	Ανικανότητα συγκέντρωσης	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Σωματικά κενόχληματα	Σύνολο
Άνδρας	0	4	12	0	4	7	1	28
Γυναίκα	2	49	77	3	47	59	27	264
Σύνολο	2	53	89	3	51	66	28	292
X²	3.77	Βαθμοί Ελευθερίας	6					p =0.708

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 11: Έχετε νοσηλεύσει ποτέ καταθλιπτικό ασθενή?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο	
Άνδρας	9	1	3	13	
Γυναίκα	64	8	15	87	
Σύνολο	73	9	18	100	
X²	0.271	Βαθμοί Ελευθερίας	2		p=0.873

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 11α: Εάν νοσηλεύσατε τι παρατηρήσατε?

	Παντελής αδιαφορία	Όψη- συμπτώματα- τρόπος ομιλίας	Εμμονή σε κατάσταση μελαγχολίας	Δεν παρατήρησα τίποτα το ιδιαίτερο	Άλλο	Σύνολο	
Άνδρας	3	5	1	0	0	9	
Γυναίκα	14	26	17	5	2	64	
Σύνολο	17	31	18	5	2	73	
X2	2.61	Βαθμοί Ελευθερίας	4				p=0.626

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 12: Με ποιόν τρόπο θα πλησιάζατε έναν καταθλιπτικό ασθενή?

	Με συζήτηση	Με ενδιαφέρον- στοργή	Δεν γνωρίζω	Δεν θα τον πλησιάζα	Σύνολο
Άνδρας	11	4	0	0	15
Γυναίκα	75	17	7	5	104
Σύνολο	86	21	7	5	119
X2	2.52	Βαθμοί Ελευθερίας	3	p =0.471	

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 13: Αν αντιλαμβανόσασταν ότι ο ασθενής έχει κατάθλιψη σε ποιόν θα απευθυνόσασταν?

	Ψυχίατρος νοσοκομείου	Κοινωνική υπηρεσία	Ιατρός κλινικής	Ιερέας	Κανένα	Σύνολο	
Άνδρας	9	4	0	0	0	13	
Γυναίκα	65	5	12	4	1	87	
Σύνολο	74	9	12	4	1	100	
X2	10.5	Βαθμοί Ελευθερίας	4				p=0.033

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το φύλο του ερωτηθέντα, με τις γυναίκες να θεωρούν σημαντικότερο τον ρόλο του ψυχιάτρου του νοσοκομείου, ενώ κανένας από τους άνδρες δεν θα απευθυνόταν στον ιατρό κλινικής ή στον ιερέα.

Ερώτηση 14: Ποια είναι η πρόγνωση μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο?

	Ιάσιμος	Ανίατη	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Άνδρας	8	1	4	13
Γυναίκα	54	22	11	87
Σύνολο	62	23	15	100
X2	4.00	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.135

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 15: Η εξέλιξη ενός <<παραμελημένου>> καταθλιπτικού είναι η μεγέθυνση των συμπτωμάτων?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Άνδρας	12	0	1	13
Γυναίκα	82	2	3	87
Σύνολο	94	2	4	100
X2	0.813	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.666

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 16: Η εξέλιξη ενός <<παραμελημένου>> καταθλιπτικού είναι η αυτοχειρία?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Άνδρας	7	2	4	13
Γυναίκα	34	19	34	87
Σύνολο	41	21	38	100
X2	1.03	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.597

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 17: Υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας μετά την βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ασθενή?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Άνδρας	3	6	4	13
Γυναίκα	39	26	22	87
Σύνολο	42	32	26	100
X2	2.34	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.310

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 18: Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
Άνδρας	7	3	3	13
Γυναίκα	49	35	3	87
Σύνολο	56	38	6	100
X2	8.15	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.017

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το φύλο του ερωτηθέντα, με τους άνδρες να είναι πιο πεπεισμένοι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου οι απαντήσεις είναι σχεδόν μοιρασμένες.

Ερώτηση 18α: Αν απαντήσατε όχι για ποιους λόγους δεν ενδιαφέρεται?

	Αδιαφορία	Φόρτος εργασίας-έλλειψη προσωπικού	Εκτός καθηκόντων	Προσωπικά προβλήματα	Έλλειψη γνώσεων	Ψυχικό κόστος	Όλα τα παραπάνω	Σύνολο
Άνδρας	0	3	0	1	0	0	1	5
Γυναίκα	4	18	1	2	14	4	14	57
Σύνολο	4	21	1	3	14	4	15	62
X²	5.74	Βαθμοί Ελευθερίας	6					p =0.453

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 19: Παρατηρείτε τον ασθενή?

	Για διαταραχή του ύπνου	Για διαταραχή της όρεξης	Για αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα	Για αλλαγή της διάθεσης και της συμπεριφοράς	Όλα τα παραπάνω	Δεν τον παρατηρώ	Σύνολο
Άνδρας	0	0	2	1	11	0	14
Γυναίκα	3	2	26	15	52	2	100
Σύνολο	3	2	28	16	63	2	114
X²	3.78	Βαθμοί Ελευθερίας	5				p =0.582

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$

Με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο σπουδών:

Ερώτηση 6: Θεωρείτε ότι έχετε επαρκείς γνώσεις Ψυχιατρικής?

	Ναι	Όχι	Σύνολο	
ΔΕ	8	23	31	
ΑΤΕΙ	25	27	52	
ΠΕ	3	14	17	
Σύνολο	36	64	100	
X²	7.18	Βαθμοί Ελευθερίας	2	p =0.028

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το επίπεδο σπουδών του ερωτηθέντα, με τους μισούς σχεδόν απόφοιτους των ΑΤΕΙ να είναι ενημερωμένοι πάνω σε θέματα Ψυχιατρικής σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες ΔΕ και ΠΕ, όπου το ποσοστό είναι σαφώς μικρότερο.

Ερώτηση 6α: Αν ναι πώς τις αποκτήσατε?

	Σχολή	Σεμινάρια- Επιμόρφωση	Εργασία- Εμπειρία	Σύνολο
ΔΕ	0	0	8	8
ΑΤΕΙ	5	2	18	25
ΠΕ	0	1	2	3
Σύνολο	5	3	28	36
X²	5.78	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.216

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 7: Ποιοί από τους παρακάτω λόγους μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη?

	Γενετικοί παράγοντες	Νευροχημικοί παράγοντες	Βιολογικές ανωμαλίες	Αντιυπερτασικά Φάρμακα	Κατασταλτικά ΚΝΣ	Σύνολο
ΔΕ	20	18	23	5	7	73
ΑΤΕΙ	45	37	38	5	10	135
ΠΕ	10	14	9	0	0	33
Σύνολο	75	69	70	10	17	241
X²	9.17	Βαθμοί Ελευθερίας	8			p =0.328

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 8: Πόσο συχνό φαινόμενο είναι η κατάθλιψη?

	Καθόλου συχνό	Λιγότερο συχνό	Πολύ συχνό	Σύνολο
ΔΕ	0	8	23	31
ΑΤΕΙ	2	3	47	52
ΠΕ	2	3	12	17
Σύνολο	4	14	82	100
X²	10.5	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.033

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το επίπεδο σπουδών του ερωτηθέντα, με τους απόφοιτους των ΑΤΕΙ να θεωρούν την κατάθλιψη πολύ συχνό φαινόμενο στην συντριπτική τους πλειοψηφία, ενώ οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ΠΕ και ΔΕ είναι πιο μοιρασμένες.

Ερώτηση 9: Ποιοί από τους παρακάτω είναι πιθανοί καταθλιπτικοί?

	Ηλικιωμένοι	Άτομα με οικογενειακό ιστορικό	Άτομα με χρόνια σωματική ασθένεια	Άτομα με καρκίνο	Άτομα με νόσο Parkinson	Σύνολο
ΔΕ	27	23	20	12	7	89
ΑΤΕΙ	44	57	25	9	2	137
ΠΕ	15	13	12	2	0	42
Σύνολο	86	93	57	23	9	268
X²	18.1	Βαθμοί	8			p
		Ελευθερίας				=0.020

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το επίπεδο σπουδών του ερωτηθέντα, με τους απόφοιτους των ΑΤΕΙ να θεωρούν πιο πιθανούς καταθλιπτικούς τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό, ενώ οι ερωτηθέντες ΠΕ και ΔΕ έχουν πρώτους στην λίστα τους ηλικιωμένους.

Ερώτηση 10: Τι χαρακτηρίζει έναν καταθλιπτικό?

	Αποφασιστικότητα	Ψυχοκινητικά φαινόμενα	Απώλεια ενδιαφέροντος	Ψυχική ευφορία	Ανικανότητα συγκέντρωσης	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Σωματικά ενοχλήματα	Σύνολο
ΔΕ	0	15	27	0	17	17	6	82
ΑΤΕΙ	2	29	50	3	27	40	20	171
ΠΕ	0	9	12	0	7	9	2	39
Σύνολο	2	53	89	3	51	66	28	292
X²	7.44	Βαθμοί Ελευθερίας	12					p = 0.82'

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 11: Έχετε νοσηλεύσει ποτέ καταθλιπτικό ασθενή?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο	
ΔΕ	23	3	5	31	
ΑΤΕΙ	40	4	8	52	
ΠΕ	10	2	5	17	
Σύνολο	73	9	18	100	
X²	2.33	Βαθμοί Ελευθερίας	4		p=0.675

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 11α: Εάν νοσηλεύσατε τι παρατηρήσατε?

	Παντελής αδιαφορία	Όψη- συμπτώματα- τρόπος ομιλίας	Εμμονή σε κατάσταση μελαγχολίας	Δεν παρατήρησα τίποτα το ιδιαίτερο	Άλλο	Σύνολο	
ΔΕ	7	4	9	2	1	23	
ΑΤΕΙ	7	21	8	3	1	40	
ΠΕ	3	6	1	0	0	10	
Σύνολο	17	31	18	5	2	73	
X2	10.9	Βαθμοί Ελευθερίας	8				p=0.210

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 12: Με ποιόν τρόπο θα πλησιάζατε έναν καταθλιπτικό ασθενή?

	Με συζήτηση	Με ενδιαφέρον- στοργή	Δεν γνωρίζω	Δεν θα τον πλησιάζα	Σύνολο
ΔΕ	30	7	0	0	37
ΑΤΕΙ	42	11	7	5	65
ΠΕ	14	3	0	0	17
Σύνολο	86	21	7	5	119
X2	11.2	Βαθμοί Ελευθερίας	6	p =0.083	

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 13: Αν αντιλαμβανόσασταν ότι ο ασθενής έχει κατάθλιψη σε ποιόν θα απευθυνόσασταν?

	Ψυχίατρος νοσοκομείου	Κοινωνική υπηρεσία	Ιατρός κλινικής	Ιερέας	Κανένα	Σύνολο	
ΔΕ	20	5	6	0	0	31	
ΑΤΕΙ	41	0	6	4	1	52	
ΠΕ	13	4	0	0	0	17	
Σύνολο	74	9	12	4	1	100	
X2	19.0	Βαθμοί Ελευθερίας	8				p=0.015

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το επίπεδο σπουδών του ερωτηθέντα, με τους απόφοιτους των ΑΤΕΙ και του Πανεπιστημίου να θεωρούν πιο ενδεδειγμένο άτομο για να απευθυνθούν τον Ψυχίατρο του νοσοκομείου, ενώ οι ερωτηθέντες ΔΕ δίνουν έμφαση εκτός από τον Ψυχίατρο, στον Ιατρό κλινικής και στην κοινωνική υπηρεσία.

Ερώτηση 14: Ποια είναι η πρόγνωση μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο?

	Ιάσιμος	Ανίατη	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
ΔΕ	20	5	6	31
ΑΤΕΙ	30	17	5	52
ΠΕ	12	1	4	17
Σύνολο	62	23	15	100
X2	7.54	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.110

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$

Ερώτηση 15: Η εξέλιξη ενός <<παραμελημένου>> καταθλιπτικού είναι η μεγέθυνση των συμπτωμάτων?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
ΔΕ	30	0	1	31
ΑΤΕΙ	49	1	2	52
ΠΕ	15	1	1	17
Σύνολο	94	2	4	100
X2	2.19	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.701

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 16: Η εξέλιξη ενός <<παραμελημένου>> καταθλιπτικού είναι η αυτοχειρία?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
ΔΕ	18	2	11	31
ΑΤΕΙ	19	11	22	52
ΠΕ	4	8	5	17
Σύνολο	41	21	38	100
X2	13.0	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.011

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το επίπεδο σπουδών του ερωτηθέντα, με τους απόφοιτους των ΑΤΕΙ και του Πανεπιστημίου να παρουσιάζονται πιο διχασμένοι στις απαντήσεις τους, σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες ΔΕ που θεωρούν ότι ένας <<παραμελημένος>> καταθλιπτικός θα καταλήξει στην αυτοχειρία.

Ερώτηση 17: Υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας μετά την βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ασθενή?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
ΔΕ	13	10	8	31
ΑΤΕΙ	22	19	11	52
ΠΕ	7	3	7	17
Σύνολο	42	32	26	100
X²	3.41	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.492

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 18: Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή?

	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	Σύνολο
ΔΕ	19	9	3	31
ΑΤΕΙ	24	26	2	52
ΠΕ	13	3	1	17
Σύνολο	56	38	6	100
X2	7.91	Βαθμοί Ελευθερίας	4	p =0.095

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 18α: Αν απαντήσατε όχι για ποιους λόγους δεν ενδιαφέρεται?

	Αδιαφορία	Φόρτος εργασίας-έλλειψη προσωπικού	Εκτός καθηκόντων	Προσωπικά προβλήματα	Έλλειψη γνώσεων	Ψυχικό κόστος	Όλα τα παραπάνω	Σύνολο
ΔΕ	3	5	0	3	5	0	1	17
ΑΤΕΙ	1	13	1	0	7	4	13	39
ΠΕ	0	3	0	0	2	0	1	6
Σύνολο	4	21	1	3	14	4	15	62
X2	20.9	Βαθμοί Ελευθερίας	12					p =0.051

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p > 0.05$.

Ερώτηση 19: Παρατηρείτε τον ασθενή?

	Για διαταραχή του ύπνου	Για διαταραχή της όρεξης	Για αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα	Για αλλαγή της διάθεσης και της συμπεριφοράς	Όλα τα παραπάνω	Δεν τον παρατηρώ	Σύνολο
ΔΕ	0	0	4	4	22	0	30
ΑΤΕΙ	3	2	23	10	26	2	66
ΠΕ	0	0	1	2	15	0	18
Σύνολο	3	2	28	16	63	2	114
X²	19.6	Βαθμοί Ελευθερίας	10				p =0.033

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, άρα η συγκεκριμένη απάντηση εξαρτάται από το επίπεδο σπουδών του ερωτηθέντα, με τους απόφοιτους των ΑΤΕΙ να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην παρατήρηση του ασθενή για αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα.

5.14Γ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το δείγμα μας αποτελείται από 87 γυναίκες και 13 άνδρες, ηλικίας κυρίως μεγαλύτερης των 35 ετών (73 άτομα).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ σε ποσοστό 52%, και ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου με ποσοστό 31%.

Το 42% του δείγματος έχει 16-20 χρόνια προϋπηρεσίας και το 23% 11-15 χρόνια.

Το 42% έχει κλινική εργασία σε χώρο ψυχικής υγείας, ενώ το 34% σε παθολογική κλινική.

Οι περισσότεροι δηλώνουν ότι έχουν ανεπαρκείς γνώσεις Ψυχιατρικής ποσοστό 64%, ενώ το 78% αυτών που κατέχουν τις συγκεκριμένες γνώσεις, τις απέκτησαν με την εργασία και την εμπειρία.

Ο Καλογερόπουλος αναφέρει στη σελίδα 30 ότι οι γενετικοί παράγοντες (ποσοστό 31%) αποτελούν τον επικρατέστερο λόγο προκλήσεως κατάθλιψης, και ακολουθούν οι βιολογικές ανωμαλίες (ποσοστό 29%) και οι νευροχημικοί παράγοντες (ποσοστό 29%).

Για τη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 82%), η κατάθλιψη είναι πολύ συχνό φαινόμενο.

Πρώτα στη λίστα εμφάνισης κατάθλιψης είναι τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό (ποσοστό 35%) όπως αναφέρεται από τον Καλογερόπουλο στη σελίδα 30 και έπονται οι ηλικιωμένοι (ποσοστό 32%).

Ο Μάνος στη σελίδα 42 αναφέρει ότι το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός καταθλιπτικού είναι η απώλεια ενδιαφέροντος (ποσοστό 30%) και ακολουθεί η χαμηλή αυτοεκτίμηση. (ποσοστό 23%).

Το 42% του δείγματος έχει 16-20 χρόνια προϋπηρεσίας και το 23% 11-15 χρόνια.

Το 73% του δείγματος έχει νοσηλεύσει καταθλιπτικό ασθενή, παρατηρώντας διαφορές στην όψη, στα συμπτώματα και στον τρόπο ομιλίας (ποσοστό 42%).

Το 72% του δείγματος θα πλησίαζε έναν καταθλιπτικό ασθενή με τη συζήτηση και το 74% θα απευθυνόταν στον Ψυχίατρο που συνεργάζεται με το νοσοκομείο.

Για το 62% των ερωτηθέντων η κατάθλιψη είναι ιάσιμη.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 94%), πιστεύει ότι η εξέλιξη ενός παραμελημένου καταθλιπτικού είναι η μεγέθυνση των συμπτωμάτων του όπως έχει αναφέρει ο Κλεφτάρας στη σελίδα 42. Το 41% θεωρεί ότι η εξέλιξη αυτή θα τον οδηγήσει στην αυτοκτονία, το δε 42% ισχυρίζεται ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας συνεχίζει να υπάρχει ακόμα και μετά την βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων του ασθενή.

Το 56% των ερωτηθέντων ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, ενώ ο κύριος λόγος αδιαφορίας για την εν λόγω κατάσταση είναι ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού (ποσοστό 34%).

Το 55% του δείγματος παρατηρεί τον ασθενή για διάφορους λόγους, όπως η διαταραχή του ύπνου και της όρεξης, οι αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα και η αλλαγή της διάθεσης και της συμπεριφοράς.

Όσον αφορά τη **διμεταβλητή ανάλυση** διαπιστώσαμε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε 3 ερωτήματα με ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο και σε 6 ερωτήματα με ανεξάρτητη μεταβλητή το επίπεδο σπουδών. Πιο συγκεκριμένα:

Οι γυναίκες θεωρούν πολύ συχνό φαινόμενο την κατάθλιψη, ενώ οι άνδρες εμφανίζονται πιο μοιρασμένοι.

Οι γυναίκες θεωρούν σημαντικότερο τον ρόλο του ψυχιάτρου του νοσοκομείου, ενώ κανένας από τους άνδρες δεν θα απευθυνόταν στον ιατρό κλινικής ή στον ιερέα.

Οι άνδρες εμφανίζονται πιο πεπεισμένοι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρεται για την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή, σε αντίθεση με τις γυναίκες όπου οι απαντήσεις είναι σχεδόν μοιρασμένες.

Οι μισοί σχεδόν απόφοιτοι των ΑΤΕΙ είναι πιο ενημερωμένοι πάνω σε θέματα Ψυχιατρικής σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες ΔΕ και ΠΕ, όπου το ποσοστό είναι σαφώς μικρότερο.

Οι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ θεωρούν την κατάθλιψη πολύ συχνό φαινόμενο στην συντριπτική τους πλειοψηφία, ενώ οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ΠΕ και ΔΕ είναι πιο μοιρασμένες.

Οι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ θεωρούν πιο πιθανούς καταθλιπτικούς τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό, ενώ οι ερωτηθέντες ΠΕ και ΔΕ έχουν πρώτους στην λίστα τους ηλικιωμένους.

Οι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ και του Πανεπιστημίου θεωρούν πιο ενδεδειγμένο άτομο για να απευθυνθούν τον Ψυχίατρο του νοσοκομείου, ενώ οι ερωτηθέντες

ΔΕ δίνουν έμφαση εκτός από τον Ψυχίατρο, στον Ιατρό κλινικής και στην κοινωνική υπηρεσία.

Ενώ οι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ και του Πανεπιστημίου παρουσιάζονται πιο διχασμένοι στις απαντήσεις τους, οι ερωτηθέντες ΔΕ πιστεύουν ότι ένας <<παραμελημένος>> καταθλιπτικός θα καταλήξει στην αυτοχειρία.

Οι απόφοιτοι των ΑΤΕΙ δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην παρατήρηση του ασθενή για αντιδράσεις σε πρωτοχορηγούμενα φάρμακα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την παρούσα εργασία έχουμε συμπεράνει ότι:

- Η Τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος σημαντικών αλλαγών τόσο βιολογικών (ελλειψείς σωματικές δυνάμεις, δυσλειτουργίες των αισθητήριων οργάνων), όσο και ψυχολογικών που επηρεάζουν την συμπεριφορά και την ικανότητα προσαρμογής του ηλικιωμένου ανθρώπου.
- Ο ηλικιωμένος αρχίζει να νοιώθει απομόνωση, κατάπτωση και μελαγχολία εξαιτίας κάποιων καταστάσεων, όπως οι απώλεια αγαπημένων προσώπων, η συνταξιοδότηση, η εγκατάλειψη των δυνάμεων. Νοιώθουν ότι είναι περιθωριοποιημένοι και ότι είναι ανήμποροι να προσφέρουν οτιδήποτε, με αποτέλεσμα το φυσικό επακόλουθο να είναι η κατάθλιψη.
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη, υποφέρουν πραγματικά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής τους. Βέβαια με την βοήθεια των ειδικών ιατρών, του ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, και τα μέσα που έχουμε στην διάθεσή μας σήμερα, μπορεί να θεραπευτεί.
- Η αυτοκτονία αποτελεί την πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Γι' αυτό οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με την αυτοχειρία των καταθλιπτικών.

Û Η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία βασίζεται κυρίως στην φαρμακοθεραπεία ωστόσο σημαντικό ρόλο έχει και η ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στο να αλλάξει τις παράλογες και αρνητικές σκέψεις που προκαλούνται από τα αρνητικά συμβάντα της ζωής και να αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Û Σε γενικές γραμμές οι γνώσεις των νοσηλευτών στην πρόληψη της κατάθλιψης μπορούν να χαρακτηριστούν επαρκείς. Πρέπει εντούτοις να επισημάνουμε το μικρό ποσοστό (μόλις 36%) των νοσηλευτών που θεωρούν ότι έχουν επαρκείς γνώσεις ψυχιατρικής, ένα καλύτερο γνωστικό επίπεδο πάνω σε τέτοια θέματα θα ήταν ευεργετικό στην αντιμετώπιση ενός καταθλιπτικού ασθενή.

Û Επίσης, είναι εμφανής η αναγκαιότητα αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικές και νοσοκομεία, έτσι ώστε να ενδιαφέρεται στο σύνολό του για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και όχι μόνο το 56%.

Τι πρέπει να γίνει λοιπόν;

1. Απαραίτητο συμπλήρωμα μα και αρχή της φροντίδας των ασθενών αυτών, είναι η συνεργασία προσωπικού και καταθλιπτικού. Όλα τα καταθλιπτικά άτομα πρέπει να είναι σε συνεχή αλληλοϋποστήριξη και ενημέρωση. Γι' αυτό οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν δυνατό ψυχισμό και θέληση.

2. Ως νοσηλευτές πρέπει να μάθουμε να ανανεώνουμε και να αυξάνουμε τις γνώσεις μας, γιατί τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πάρα πολλά και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο ψυχολογικό, όσο και οργανικό.
3. Η ειδίκευση στην ψυχιατρική νοσηλευτική, για όσους εργάζονται σε ανάλογους χώρους να είναι απαραίτητη.
4. Όλοι όσοι εργάζονται στο χώρο της φροντίδας υγείας, πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια και να ενημερώνονται για τις καινούριες ιατρικές μεθόδους γύρο απ' αυτή την ψυχιατρική νόσο.
5. Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ένας κλάδος, επίσης μη αναπτυγμένος, πρέπει να αναλάβει την εκπαίδευση και παρακολούθηση των ψυχιατρικών ασθενειών μετά την έξοδο τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα.
6. Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι πολύ σημαντική και οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για την καταθλιπτική συμπτωματολογία που σχετίζεται με την αυτοκτονία. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία.
7. Είναι αναγκαία η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικές και νοσοκομεία, έτσι ώστε να ενδιαφέρεται στο σύνολό του για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών.

Βιβλιογραφία

1. Ian, H., Gotlib & Constance, L. Nammen. Handbook of depression. Αθήνα: The guil rond press (2002) . σελ.21
2. Γκούμας & Κωτσιόπουλος, εγκυκλοπαίδεια Υδρόγειος, Αθήνα: Εκδόσεις Δομή, τόμος δ' (1993) . σελ.330
3. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α.. Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα (1999) . σελ.71
4. Κυριακίδου, Ε. Θ. Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις η Ταβίθα, έκδοση στ' (2005) . σελ. 311
5. Χριστοδούλου, Γ.Ν., Λιαππάς Ι., Τομαράς Β. & Βασιλειάδου Μ. Η ψυχιατρική στη γενική ιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις βήτα (2003) . σελ. 55, 58 – 60
6. Μάνου, Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις university studio press (1997) . σελ. 17 – 20, 23, 188 – 193, 487, 768 – 769, 776 – 779, 782, 791 -792, 795
7. Καπάρος, Σ. Το συναίσθημα στην Τρίτη ηλικία. [http: Health in.gr](http://Health.in.gr) (10-09-09).
8. Χριστοδούλου, Ν. Κατάθλιψη. Αθήνα: Εκδόσεις βήτα. Έκδοση β'. (2001) σελ.93
9. Ιωαννίδης, Ι.Δ. Παιδαγωγική ψυχολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Κορφή. Τόμος β' (1996) . σελ. 230 -231
- 10.Trucker, Ν. Εφηβεία, ωριμότητα και Τρίτη ηλικία, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα. Έκδοση γ'(1999) . σελ. 35, 39 – 40
- 11.Αυγουστάτος Γ. κατάθλιψη: Γενικά- ιστορική αναδρομή- επιδημιολογία. http://psycosynthesis.blogspot.com/2008/05/blog-post_09.html
- 12.Κλεφτάρας, Π. Η κατάθλιψη σήμερα, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα (1998) . σελ. 23, 32 – 40, 52, 91 – 92

- 13.Χαρτοκόλης, Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις θεμέλιο (1991). σελ. 31, 35, 208
- 14.Ζαφειρόπουλος, Β. Οι 100 μεγαλύτεροι επιστήμονες του κόσμου. Αθήνα: Εκδόσεις Πήγασος (2009) . σελ.6
- 15.Πλατή, Χ. Δ. Γεροντολογική νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε. Έκδοση ζ' (2006). σελ. 16, 68 – 70, 346 – 347
- 16.Μάνου, Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Βητα. Έκδοση ε' (1985). σελ. 80- 82, 166
- 17.Γιαννοπούλου, Λ. Ψυχιατρική νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις η Ταβηθα (1996). σελ. 143, 198, 230, 234, 236, 239 – 240, 271 – 279
- 18.Παπακώστας, Κ. Γνωσιακή ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εκδόσεις Ινστιτούτο έρευνας και συμπεριφοράς (1994) . σελ. 284, 293, 335 – 336
- 19.Κυριακίδου, Ε. Θ. Κατάθλιψη. Αθήνα: Εκδόσεις η Ταβηθα. Έκδοση Πέμπτη (2004). σελ. 311
- 20.Ραγιά, Α.Χ. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε. Έκδοση ΣΤ'(2007). σελ. 294 – 295, 304 – 305
21. Παγοροπούλου, Α. Η γεροντική κατάθλιψη. Αθήνα: εκδόσεις ελληνικά γράμματα (2000) . σελ. 19 – 20, 111 – 112, 228
- 22.Needham, J. F. Γεροντολογική νοσηλευτική φροντίδα. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην (1999) . σελ. 247
- 23.Κοκώλης, Κ. Κατάθλιψη : Αίτια και αντιμετώπιση <http://iatronet.gr/article.asp?art-id=155> (19-10-04) .
- 24.Σκαπινάκης, Π. Η ψυχιατρική [http:// web4health.info/el/answers/bipolar-dia-eld.htm](http://web4health.info/el/answers/bipolar-dia-eld.htm) (2004).
- 25.Δασκαλόπουλος, Θ. (2009). Κλινικές μορφές κατάθλιψης: Μέρος Α'. <http://psi-gr.tripod.com/depression.html> (11-10-09).
- 26.Δασκαλόπουλος, Θ. (2009). Κλινικές μορφές κατάθλιψης: Μέρος Β' <http://psi-gr.tripod.com/depression2.html> (10-10-09).

27. Gilbert, P. Ξεπερνώντας την κατάθλιψη. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα (1999) . σελ. 47 – 48
28. Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. Γηροψυχολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα (1999) . σελ. 92 – 93
29. Wright, S. G. Νοσηλευτική υπερηλίκων. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην (1998) . σελ. 299
30. Παπασπυρόπουλος, Σ. Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης (1991). σελ. 13, 15 -17
31. Μαυραντωνάκης, Α. Στυλιανίδης, Κ. & Τσίγλα Δ. Οι απόψεις των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας του νομού Ηρακλείου για τις συνθήκες ζωής τους. <http://nefeli.lib.teicret.gr/browse/sev/kep/2003/maurantonakis/document.tkl> (10/9/2003)
32. Nies, M.A. & Mcauen, M. Κοινωνική Νοσηλευτική προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Αθήνα: Εκδόσεις ιατρικές (2001) . σελ. 501 – 502
33. Robin, M.D. & Martin, L.R. Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα (2006) . σελ. 3, 693-694
34. Παντζιαράς, Γ. Πένθος και κατάθλιψη: Το τίμημα του «δώρου» της αυτοσυνείδησης. http://pantziaras.blogspot.com/2006/05/blog-ost_11.html (10-10-09)
35. Καλογερόπουλος, Α. Τι είναι κατάθλιψη. <http://agiafotini-clinic.gr> (9-10-09)
36. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. & Σουρτζή, Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα (2005) . σελ 143, 144
37. Makenzi, K. Οικογενειακός ιατρικός οδηγός κατάθλιψη. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα (2000) . σελ. 25,28-30
38. Χριστοδούλου , Γ.Ν.. Σημειώσεις ψυχιατρικής. Αθήνα: Έκδοση γ'. Εκδόσεις Βήτα (1998) . σελ. 3, 20, 41 – 42

- 39.Κονταξάκης, Β.Π. Χαβάκη – Κονταξάκη, Μ.Ι & Χριστοδούλου, Γ.Ν. Προληπτική ψυχιατρική και ψυχωτική υγιεινή. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα (2005). σελ. 527 – 528
- 40.Παράσχος, Ι.Α. Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία. <http://www.mednet.gr/psycho/elderty> (2007).
- 41.Σολδάτος, Κ.Ρ. & Σακκάς, Π. Ψυχιατρική. Αθήνα: εκδόσεις Παρισιανού (2005). σελ.13
- 42.Κουκιά, Ε. Η αναγνώριση της τρίτης ηλικίας στη Π.Φ.Υ. www.iatronet.gr (14/5/2002)
- 43.Κανταρτζής, Σ. Κατάθλιψη. <http://www.kantartzis-sotirios.gr/html/katathlipsi.html> (10-10-09)
- 44.Μεϊμάρης, Γ. Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία. <http://www.alzheimer-hellas.gr/seminaria/dimotiki%20vivliothiki%202008-9/meimaris.pdf> (10-10-09)
- 45.Παπαδόπουλος, Δ. Κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία. www.epasyblogspot.com (12/5/2003)
- 46.Katchaudourian, Η. Στα Πενήντα : Εξετάζοντας τα προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας. Αθήνα: Εκδόσεις Κάτοπτρο (1993) . σελ.9, 29 – 30, 37, 41, 43, 50, 71, 100,118
- 47.Durand, Β. Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά: μία συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην (2001). τόμος β΄. σελ.31 – 35
- 48.Δασκαλόπουλος, Θ. Τρυκικλικά καταθλιπτικά φάρμακα στην ψυχιατρική. www.tripod.com/tricyclic.htm (5/5/2009)
- 49.Τσοχα, Κ.Α. & Χατζηγηρήστου, Ε. Θ. Κλινική φαρμακολογία 2. Αθήνα: εκδόσεις Λύχνος (2006) . σελ. 31
- 50.Κυριάκου, Κ. Αντικαταθλιπτικά. <http://night-slightspblogs.gr/tays/antikathliptica.gr.html> (17/3/2004)

- 51.Γαλανοπούλου – Κούβαρη, Π. & Λιάπη, Χ. Φαρμακολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης (2000). σελ. 109 - 112,
- 52.Gelder, M.G. Lopez – Ibor, J.J. & Andreasen, N. Σύγχρονη ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης. Τόμος 2 (2008). σελ. 1774 – 1776, 1835
- 53.Trounce, J. & Gould, D. Κλινική φαρμακολογία για νοσηλευτές. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανού (1993). Σελ.89, 92
54. Σαχίνη – Καρδάση, Α. & Πάνου, Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα. Έκδοση β΄. Τόμος γ΄ (2004). σελ. 500 – 501
- 55.Χαρτοκόλλης, Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο. Έκδοση β΄ (1991). σελ. 219
- 56.Μάνου, Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: εκδόσεις University Studio Press (1997) . σελ. 190 - 195
- 57.Maurice, V. & Rooper, A.H. Νευρολογία 3. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης. Έκδοση β΄ (2004) . σελ. 1877
- 58.Bames, F. H. & Auderson, A. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία συντηρήσεως και γνωσιακή λειτουργία. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαϊάνδρος. Τεύχος δ΄ (1999). σελ.45- 46
- 59.Χριστοδούλου, Γ.Ν. Ψυχιατρική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα. Έκδοση γ. Τόμος α΄ (2004) . σελ. 345 – 346