



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία:

**Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΙΣ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.**

των

Γρηγοράκη Αρετή (4678), Χαλκίδου Ιωάννα(4470)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μιχελή Αικατερίνη

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής
Εργασίας.

Απρίλιος 2017
ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ

**Copyright@ 2017 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Κρήτης.
<http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>**

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε.(Η κατάθλιψη ηλικιωμένων και η σχέση με την οικογένεια τους) αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων Αρετής Γρηγοράκης και Χαλκίδου Ιωάννας, του επιβλέπουσα καθηγήτρια Μιχελή Αικατερίνη και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης όπου και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ως φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης, Γρηγοράκη Αρετή και Χαλκίδου Ιωάννα

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

« Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ

ΟΙ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ»

Είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να αποδώσουμε ευχαριστίες σε όσους προσέφεραν την πολύτιμη βοήθεια τους καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της.

Κατ' αρχήν ευχαριστούμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κα Μιχελή Αικατερίνη η οποία μας προσέφερε τις εξαιρετικές γνώσεις της κατά την διάρκεια της συγγραφής της παρούσας μελέτης.

Ακόμη, ευχαριστίες θέλουμε να αποδώσουμε στους υπευθύνους των ΚΑΠΗ, γιατί χωρίς την συνεργασία και την συγκατάθεση τους δεν θα ήταν εφικτή η διεξαγωγή της έρευνας μας.

Κυρίως ευχαριστούμε όλους τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν στην έρευνα με την συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Τέλος, ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την κατανόηση και την υπομονή που μας έδειξαν όλον αυτόν τον καιρό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος εργασίας: Κατάθλιψη ηλικιωμένων και οι σχέσεις με τις οικογένειες τους.

Των: Γρηγοράκη Αρετής, Ιωάννας Χαλκίδου

Υπό την επίβλεψη της : Μιχελή Αικατερίνης

Ημερομηνία: Απρίλιος 2017

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας καθώς μειώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η οικογένεια έχει σημαντικό ρόλο στην ζωή των ηλικιωμένων.

Σκοπός Μελέτης: Σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση της σχέσης των οικογενειακών δεσμών με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων .

Υλικά και Μέθοδοι: Τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν 200 ηλικιωμένοι, ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας 65 χρονών και άνω, μέλη των ΚΑΠΗ της Δυτικής Θεσσαλονίκης και της Πτολεμαΐδας. Συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε κοινωνικό - δημογραφικά στοιχεία καθώς και η κλίμακα G.D.S. Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνισε το 34% του δείγματος (28,5% «μέτρια» και 5,5% «σοβαρή» κλινικού τύπου κατάθλιψη). Επίσης, σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν τα άτομα με κακή σωματική υγεία, οι χήροι, αυτοί που ζουν μόνοι όπως και οι ηλικιωμένοι που ζουν μακριά από τα παιδιά τους. Από τον έλεγχο της λογιστικής παλινδρόμησης προέκυψε πως οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι (OR 3,07) καθώς και η ηλικιωμένοι που ζουν σε απόσταση από τα παιδιά τους (OR 2,7) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκφράσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία

Συμπεράσματα: Οι χαμηλές οικογενειακές σχέσεις που εκφράζονται μέσα από μοναξιά και απόσταση από την οικογένεια μπορούν να συμβάλουν στην καταθλιπτική συμπτωματολογία του ηλικιωμένου.

✓ **Λέξεις κλειδιά:** Κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, οικογένεια.

ABSTRACT

Assignment' s title : Depression of the elderly and the relationships with their families.

Student: Grigoraki Areti, Chalkidou Ioanna

Responsible professor: Micheli Aikaterini

Date: April 2017

Introduction: Depression is one of the most serious conditions of elderly people due to the fact that it affects dramatically their quality of life. Family plays a crucial role in the life of aged.

Aim of survey: Aim this survey is the investigation of the connection between family bonds and depression among elderly people.

Materials and methods: The people who were involved in the survey were 200 elderly ones, regardless of sex, aged above 65 years old who were members the elderly community club of West Thessaloniki and Ptolemaida. They completed a questionnaire which included socio-demographic facts as well as the G.D.S scale. The statistic programme SPSS was used for the analysis of the questionnaire.

Results: Depressive symptoms exhibited 34% of the sample (28, 5% «moderate ones» and 5,5%« serious» depression). In addition, critically higher depression symptomatology developed individuals with poor health, widowers who live alone, as well as elderly people who live far away from their kids. The results of logistic regression have shown who older people who live alone (OR 3,07) but also those who live far away from their children (OR 2,7) are more likely to show symptoms of depression.

Conclusions: Inadequate family relationships which are expressed through loneliness and distance from the family may contribute to symptoms of depression in older people.

✓ Keywords: depression, elderly, family

Πίνακας περιεχομένων

| | |
|--|----|
| ΔΗΛΩΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ | 2 |
| ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ | 3 |
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ | 4 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 9 |
| ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | 11 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο..... | 11 |
| 1,1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 11 |
| 1,2 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 12 |
| 1,3 ΑΙΤΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 15 |
| 1,4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 18 |
| 1,5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ..... | 23 |
| 1,6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ..... | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο..... | 29 |
| 2,1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ..... | 29 |
| 2,2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ..... | 31 |
| 2,3 ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 33 |
| 2,4 ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ..... | 35 |
| 2,5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ..... | 41 |
| 2,6 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ –ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ | 43 |
| 2,7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο..... | 48 |
| <i>Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ</i> <i>ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....</i> | 48 |
| 3,1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ..... | 48 |
| 3,2 Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ, ΔΟΜΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ..... | 49 |

| | |
|--|-----|
| 3,3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΥΝΩΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | 51 |
| 3,4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 52 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο..... | 54 |
| 4,1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ | 54 |
| ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ | 60 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο..... | 60 |
| 5,1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 60 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο..... | 68 |
| 6,1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ..... | 68 |
| 6,2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: | 69 |
| 6,3 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: | 76 |
| 6,4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: | 80 |
| 6,5 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ: | 87 |
| 6,6 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ. | 92 |
| 6,7 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ. | 97 |
| 6,8 ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΓΧΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ. | 98 |
| 6,8 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ | 100 |
| 6,9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 101 |
| 6,10 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 104 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 108 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι αληθές πως η γήρανση αποτελεί για τον άνθρωπο μια μη αναστρέψιμη διαδικασία (Taqui et al.,2007). Όμως η γήρανση, δεν αποτελεί ασθένεια αλλά συνδυάζεται με το γεγονός πως οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι σε μακροχρόνιες ασθένειες λόγω ηλικίας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με στατιστικές μελέτες, υπολογίζεται πως μεταξύ των ετών 2000 και 2050, το παγκόσμιο ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών αναμένεται να διπλασιαστεί από το σημερινό 6,9% στο 16,4%(Taqui et al.,2007).

Μας είναι γνωστό επίσης ,πως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας είναι η εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη λοιπόν, απασχολεί ένα σημαντικό κομμάτι της δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι ίσως η πιο συχνή αιτία συναισθηματικού πόνου για τους ηλικιωμένους , καθώς μειώνει σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, συναντάται ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο ρόλο της οικογένειας και των οικογενειακών δεσμών, ως προστατευτικού παράγοντα στην παρουσία κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Σκοπός της μελέτης μας είναι η μέτρηση του επιπολασμού της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ηλικιωμένους συνάμα και η διερεύνηση της σχέσης των στενών οικογενειακών δεσμών με την ύπαρξη ή μη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ηλικιωμένους.

Με αφορμή τα παραπάνω, προχωρήσαμε στην εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας. Παρακάτω, πρόκειται να αναφερθούμε επιγραμματικά στο αντικείμενο του κάθε κεφαλαίου που περιλαμβάνει η εργασία μας.

Στο πρώτο κεφάλαιο ,προσεγγίζεται εννοιολογικά ο ορισμός της κατάθλιψης με αναφορά στα είδη και τις αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης, στα συμπτώματα, στη διάγνωση καθώς και στην θεραπεία της κατάθλιψης.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται το θέμα της κατάθλιψης των ηλικιωμένων και πιο συγκεκριμένα γίνεται σημαντική αναφορά στην επιδημιολογία της κατάθλιψης των

ηλικιωμένων, στα είδη γηριατρικής κατάθλιψης, στις αιτίες της , στην διάγνωση και στις αρνητικές συνέπειες της καθώς και στις επιπτώσεις και την θεραπεία της.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ρόλος της οικογένειας με τον ηλικιωμένο , δίνοντας έκταση με σημαντικές αναφορές στην σχέση μεταξύ των δύο , αναλύοντας την σημαντικότητα που η οικογένεια κατέχει στην ζωή του ηλικιωμένου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στα άτομα της Τρίτης ηλικίας.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την μεθοδολογία. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται ο στόχος της μελέτης, οι ερευνητικές υποθέσεις και ο σχεδιασμός αυτής, η εκτίμηση των δυσκολιών για την πραγματοποίησή της μελέτης, τα ηθικά ζητήματα και τέλος περιλαμβάνεται το ερωτηματολόγιο.

Το έκτο κεφάλαιο, πραγματεύεται την ανάλυση των ερευνητικών αποτελεσμάτων , τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της έρευνας, τα συμπεράσματα και τις προτάσεις που προέκυψαν από την ολοκλήρωση της έρευνας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1,1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή ήδη από τα αρχαία χρόνια και ειδικότερα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια σημαντική αύξηση της. Η συχνότητά της τις τελευταίες δεκαετίες θα μπορούσαμε να πούμε πως παίρνει σημαντικές διαστάσεις. Γενικότερα όμως, την λέξη «κατάθλιψη», μπορούμε να την χρησιμοποιήσουμε μιλώντας είτε για παθολογικές είτε για φυσιολογικές συναισθηματικές καταστάσεις (Κλεφταράς Γ., 1998).

Τα συχνότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα συναισθήματα λύπης, αναξιότητας και πολλές φορές απάθειας. Επιπλέον, αισθητά σε μεγάλο βαθμό είναι τα συμπτώματα έλλειψης ευχαρίστησης αλλά και έντονη οξυθυμία στην καθημερινότητα. Συχνά τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου, μειωμένη όρεξη και έλλειψη συγκέντρωσης. Εντούτοις, λόγω της έλλειψης ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού η κατάθλιψη ορίζεται από ψυχολογικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

1,2 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα βασικά είδη της κατάθλιψης σύμφωνα με τον Μάνου Ν.(1997) είναι τρία:

- **Μείζον καταθλιπτική διαταραχή:** Η μείζον καταθλιπτική διαταραχή αποτελεί μια κλινική πορεία που προσδιορίζεται από ένα ή και περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια χωρίς την ύπαρξη μανιακού, μεικτού, ή υπομανιακού επεισοδίου που στην περίπτωση τους μπορεί να μετατραπεί σε διπολική διαταραχή. Τα άτομα που βρίσκονται σε μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν την τάση για εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό νοιάξιμο και στεναχώρια για την σωματική τους υγεία, πόνους στην κοιλιά, πονοκεφάλους ή και άλλου είδους σωματικούς πόνους ακόμη και προσβολές πανικού, που μπορεί να οδηγήσει για Διαταραχή Πανικού. Το διάστημα που μεσολαβεί για την ανάπτυξη ενός επεισοδίου μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κυμαίνεται από ημέρες έως και εβδομάδες. Μπορεί να αναπτύσσονται ξαφνικά ή απότομα μετά από κάποιο έντονο στρες της ζωής όπως θάνατος, χωρισμός, διαζύγιο ή οποιοδήποτε άλλο επεισόδιο μπορεί έντονα να ταραξεί την ψυχική διάθεση. Στις περισσότερες περιπτώσεις της μείζον καταθλιπτικής διαταραχής τα επεισόδια αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πρόγνωση και χωρίς κάποτε την ύπαρξη ειδικής θεραπείας. Άτομα με αυτού του είδους τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από μειωμένη ενεργητικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης και ενδιαφέροντος, μειωμένη απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνικές συναναστροφές. Η πιο σοβαρή επιπλοκή της διαταραχής αυτής είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα που έχουν οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών αλλά και προηγούμενων αποπειρών, σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζουν μόνα τους ή βρίσκονται σε διάσταση (Μάνου Ν., 1997).
- **Δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη:** Αποτελεί μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση όπου το άτομο για 2 χρόνια παρουσιάζει τα συμπτώματα της στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας

τις περισσότερες ώρες. Η διαφορά τους με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βρίσκεται στον αριθμό και στην διάρκεια των συμπτωμάτων. Προκειμένου να διαγνωσθεί η δυσθυμία, απαιτείται κακή διάθεση και τρία από τα συμπτώματα που αναφέρονται αναφορικά με αυτήν (σε αντίθεση με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή όπου για να διαγνωσθεί απαιτούνται κακή διάθεση και τέσσερα συμπτώματα). Τα συμπτώματα της διαταραχής αποτελούνται από το αίσθημα ανεπάρκειας, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής, θυμός, ευερεθιστότητα, ελαττωμένη δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Η κλινική της εικόνα αρχίζει να φαίνεται νωρίς και ύπουλα από την παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Ο ασθενής, καθώς η διαταραχή είναι χρόνια συνήθως ζητάει θεραπεία (Μάνου Ν., 1997).

- **Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς : διαταραχές με συμπτώματα :** Ονομάζονται οι διαταραχές με συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Διαταραχή της Διάθεσης και επίσης είναι δύσκολο ο κλινικός να επιλέξει ανάμεσα σε Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Γερογιαννάκη Α. & Ζερβουδάκη Α., 2010).

Επιπλέον είδη κατάθλιψης :

- **Επιλόχειος κατάθλιψη :** Η εμφάνισή της γίνεται μετά την γέννα. Οι ορμονικές αλλαγές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό της διάθεση της γυναίκας και στην προκειμένη περίπτωση, την περίοδο δηλαδή μετά την γέννα, οι ορμονικές αλλαγές είναι μεγάλες. Η μητέρα υπάρχει περίπτωση να χρειαστεί εκτός από την φροντίδα του νεογνού μωρού να έχει και ενός επιπλέον παιδιού και να εμφανιστεί η αμφιβολία και ο φόβος μήπως δεν είναι καλή μητέρα το διάστημα που έχει αναλάβει τόσους ρόλους όπως αυτή της εργασίας και της νοικοκυράς. Το σκεπτικό της μητέρας πως πρέπει να είναι οι «τέλειες μητέρες» γεγονός πως δεν είναι ρεαλιστικό προσθέτει μεγαλύτερο άγχος που οδηγεί και αυτό με την σειρά τους στην κατάθλιψη. Φοβικά αισθήματα απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν το μωρό αποτελούν συχνό φαινόμενο της επιλόχειας κατάθλιψης. Φόβοι απώλειας ελέγχου του μητρικού

ρόλου, φόβοι μη δεν είναι ελκυστική από την αλλαγή του σώματός της μετά την εγκυμοσύνη διατρέχουν ανησυχητικά στο μυαλό της νέας μητέρας. Η ανάγκη ανατροφής του παιδιού και ταυτόχρονη παραμονή στο σπίτι φαντάζουν σαν εγκλωβισμός για την νέα μητέρα με ο,τι αυτό συνεπάγεται δηλαδή μείωση χρόνου από την εργασία καθώς και διασκέδασης. Το 50-75% των γυναικών μετά την γέννα νιώθει μελαγχολία, το μεγαλύτερο ποσοστό το ξεπερνάει όμως το 5-7,5% το ξεπερνάει με θεραπεία κατάλληλη για το συγκεκριμένο είδος κατάθλιψης. Δεν αποτελεί ασήμαντη ασθένεια. Υπάρχουν οι πιθανότητες να μην υπάρξουν τα ακόλουθα συναισθήματα ενός νέου μωρού που είναι η χαρά και η ευτυχία, οι σχέσεις με το παιδί να μην υπάρξουν ποτέ ιδανικές, το ίδιο και με τις υπόλοιπες οικογενειακές σχέσεις. Χείριστη περίπτωση , η μητέρα να εγκαταλείψει το παιδί ακόμα και να φτάσει σε σημείο να το σκοτώσει (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

1.3 ΑΙΤΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η καταθλιπτική διαταραχή, μολονότι σαν φαινόμενο ενισχύεται διαρκώς, οι αιτίες που οδηγούν στην εμφάνισή της δεν μπορούν να γνωστοποιηθούν με επάρκεια, καθώς αποτελούν ένα σύνολο πολλών και ποικίλων παραγόντων που εκτείνονται από τους βιολογικούς, ψυχολογικούς, μέχρι και κοινωνικούς, δείγμα των οποίων παρατίθενται παρακάτω (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

- 1. Βιολογικοί παράγοντες:** Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες σύμφωνα με τις νευροεπιστήμες είναι πως η διαταραχή της κατάθλιψης σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου. Οι νευροδιαβιβαστές οι οποίοι παράγονται από τους ίδιους τους νευρώνες με την βοήθεια κάποιων ενζύμων , είναι υπεύθυνοι για την μεταφορά ηλεκτρικών ερεθισμάτων από το ένα νευρικό κύτταρο στο άλλο. Πιο συγκεκριμένα, η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη όταν χάνουν τα επίπεδα ισορροπίας τους μπορούν να οδηγήσουν σε διάφορα είδη διαταραχών τόσο καταθλιπτικών όσο και αγχωδών καθώς αλλάζουν τη διάθεση, τη σεξουαλική δραστηριότητα και την όρεξη (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).
- 2. Γενετικοί παράγοντες :** Μεταξύ άλλων παραγόντων που οδηγούν στην καταθλιπτική διαταραχή περιλαμβάνονται και οι γενετικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για την ύπαρξη της νόσου, σε περίπτωση που είναι αυξημένες, σοβαρές ή χρόνιες μορφές της στο στενό οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα. Ένα μέρος τους οφείλεται στην κληρονομικότητα, σχετίζεται δηλαδή με τα διάφορα γονίδια που καθορίζουν τόσο την προσωπικότητα όσο και τα βιολογικά χαρακτηριστικά , αυξάνοντας την προδιάθεση για την εμφάνισή της , σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες του περιβάλλοντος (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

3. Ασθένειες : Άλλοι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτερογενώς, σχετίζονται με κάποιες μη ψυχιατρικές παθήσεις οι οποίες αν και κάποτε διαφοροποιούνται μεταξύ τους έχουν ως κοινό σημείο τους τη δράση τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα η οποία επηρεάζει εκείνες τις περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Τέτοιου είδους παθήσεις είναι η νόσος του Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας, και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Παράλληλα, ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υπεθυρεοειδισμός και η νόσος του Cushing επηρεάζουν συστηματικά. Τέλος, τόσο το AIDS όσο και η λοιμώδης μονοπυρήνωση, η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος είναι κάποιοι από τους παράγοντες που ενισχύουν τις καταθλιπτικές διαταραχές (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

4. Ψυχολογικοί παράγοντες:

➤ **Προσωπικότητα :** Συχνοί παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες της κατάθλιψης αποτελούν και κάποιοι ιδιαίτεροι τύποι προσωπικοτήτων όπως για παράδειγμα άτομα με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης , οι τελειομανείς. (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

➤ **Stress:** Στα πλαίσια της συγκεκριμένης κατηγορίας μπορούν να ενταχθούν τόσο τα στρεσογόνα γεγονότα που δρουν στην πρόιμη φάση της ζωής του ατόμου, τα οποία κατ' επέκταση αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης, όσο και στον μεταγενέστερο βίο του. Οι στρεσογόνες αιτίες , αποτελούν οι σημαντικές απώλειες συγγενικών προσώπων που οφείλονται στον θάνατο, το διαζύγιο και συνάμα οι κοινωνικοί με προέκταση τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εκτείνονται από τα οικονομικά προβλήματα, τις συνθήκες διαμονής, την απώλεια εργασίας και τα φαινόμενα μετανάστευσης (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

➤ **Τρόπος σκέψης :** Είναι σημαντικό να τονιστεί πως ο τρόπος σκέψης και αντίληψης των ατόμων για τα προβλήματα της καθημερινότητας μπορεί να ενισχύσει την εμφάνιση της κατάθλιψης. Πολλοί άνθρωποι λοιπόν, λόγω του τρόπου που

ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους , βασιζόμενοι σε παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές, διαστρεβλώνουν την εικόνα της πραγματικότητας τους έχοντας σαν αποτέλεσμα να μην την ερμηνεύουν αλλά να βρίσκονται σε σύγχυση , αυξάνοντας την λανθασμένη υποκειμενικότητα, παραμερίζοντας την αντικειμενική θεώρηση των πραγμάτων (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

- **Άλλοι παράγοντες** :Πολλές είναι οι έρευνες που απέδειξαν ότι ο τοκετός, η εμμηνόπαυση και οι αλλαγές των εποχών είναι μερικοί επιπρόσθετοι και εξίσου ενισχυτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

1,4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο Κλεφταράς Γ. (1998) επισημάνει ότι η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από τα συμπτώματα της, που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο ψυχολογικό, όσο και οργανικό. Βεβαίως, όλα τα συμπτώματα δεν πρέπει απαραίτητα να είναι παρόντα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Πολλά εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια τους σε σχέση πάντα με τη συγκεκριμένη κλινική κατάσταση στην οποία αναφερόμαστε (Κλεφταράς Γ. , 1998). Ο Μάνου Ν. (1997) επισημάνει σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα (μολονότι φυσικά είναι η πιο συχνή εμπειρία) και άλλα συμπτώματα, π.χ. από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κτλ. Να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία (Μάνου Ν. ,1997) . Ποια είναι λοιπόν τα συμπτώματα της κατάθλιψης;

Σύμφωνα με τον Μάνου Ν. (1997) τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

Συναίσθημα:

➤ Καταθλιπτική διάθεση:

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεση του σαν λυπημένη, λέγοντας ότι νιώθει θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, ακεφιά κτλ. Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου. Συχνά είναι έτσι και τα εύκολα κλάματα, χωρίς ιδιαίτερη αιτία και λόγο. Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεση του και με τα λόγια όπως «δεν με νοιάζει πια » ή μπορεί ακόμη να μας λέει ότι δεν νιώθει θλίψη. Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό στα παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπο τους. Όπως, ήδη τονίσαμε, ψάχνουμε και για άλλα συμπτώματα πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, σε άτομα που δεν την παρουσιάζουν αλλά πιστεύουμε ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Επίσης, όπως στη συνέντευξη με κάποιο σχιζοφρενικό ασθενή που δεν έχει χαρακτηριστικά συμπτώματα η αίσθηση παράξενου στον κλινικό εξεταστή μπορεί να βοηθήσει, έτσι και στην επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή, ο εξεταστής μπορεί να νιώσει θλίψη, πολλές φορές αφόρητη, ενώ ο ασθενής δεν αναφέρει θλίψη (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Ανηδονία:**

Απώλεια της ευχαρίστησης (= ανηδονία) σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό. Η οικογένεια του μπορεί όμως να το προσέξει. Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις. Ανάλογη προς την ανηδονία είναι και η απώλεια ενδιαφέροντος σε διάφορες δραστηριότητες (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Άγχος:**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. Η συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης μπορεί να κάνει δύσκολη τη διάκριση ποιο από τα δύο αποτελεί τη βασική διαταραχή (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Διαταραχή του ύπνου:**

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, που συνήθως εκφράζεται με αϋπνία, όμως μερικές φορές και υπερυπνία. Η αϋπνία είτε συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (επέλευση ύπνου) , είτε σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (διατήρηση ύπνου) και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Διαταραχή της όρεξης:**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή. Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σημαντικού βάρους (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Κόπωση, εξάντληση (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 φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες

διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και εξάντληση το πρωί και μείωση και των δύο καθώς προχωρά η ημέρα (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido):**

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άνδρες καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμη περισσότερο την αυτοεκτίμηση τους (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Ψυχοκινητική επιβράδυνση:**

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς, το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει την κατατονία (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Ψυχοκινητική διέγερση:**

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς – ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα – παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διαίρεση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, στριφογυρνούν τα έρια τους, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν (Μάνου Ν. ,1997).

Κινητοποίηση:

➤ **Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες:**

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σόλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κτλ. Χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα – διάθεση να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας:**

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του ακόμη και απλά καθήκοντα – μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνιση

του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάσταση του (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας:**

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Κι 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 τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει (Μάνου Ν. ,1997).

Σκέψη – Αντίληψη:

➤ **Αισθήματα – σκέψεις ενοχής ή / και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση:**

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής και αναξιότητας για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπαρκείας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις (που είναι όμως και μειωμένη), αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Δυσκολία στη συγκέντρωση:**

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι τόσο έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης, παραπονούνται για έκπτωση της μνήμης ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθεια τους να διαβάσουν, να δουν τηλεόραση κτλ. Επειδή τα *ανοϊκά* άτομα ουσιαστικά έχουν δυσκολία με τη μνήμη και τη συγκέντρωση, μερικές φορές είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνώσει κανείς την κατάθλιψη από την άνοια στα ηλικιωμένα άτομα. Οι

καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επίσης συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα (Μάνου Ν. ,1997).

Σωματικά ενοχλήματα:

Εκτός από τα κλασικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, παθολόγοι, γενικοί γιατροί κ.α. βομβαρδίζονται με τέτοια ενοχλήματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.α. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα αυτά ήταν « ψυχολογικά ». Ο όρος « κεκαλυμμένη κατάθλιψη » έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές. Δεν πρόκειται, όμως, για άλλου είδους κατάθλιψη. Απλά, ο γιατρός πρέπει να σκεφτεί ότι το άτομο με τέτοια συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη, οπότε ρωτώντας για άλλα συμπτώματα κατάθλιψης – εκτός των πόνων κτλ. – οδηγείται στην διάγνωσή της (Μάνου Ν. ,1997).

1,5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια. Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να προσδιορισθεί είτε με βάση το τρέχον ή το πιο πρόσφατο Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, είτε με βάση την πορεία της (Μάνου Ν. ,1997).

Τα διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM – III – R (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) είναι τα ακόλουθα:

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, ξεκινάει με ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Μιλάμε για μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο αν τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανιστούν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και συμβαίνουν τις περισσότερες ημέρες, σχεδόν ολόκληρη την ημέρα και σηματοδοτούν μία αλλαγή στη λειτουργικότητα του ατόμου. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα αυτά πρέπει να είναι η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Τα συμπτώματα αυτά είναι(<http://www.choustoulakis.gr>).

1. Καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, που αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. αίσθημα θλίψης ή κενού), ή από παρατηρήσεις τρίτων (π.χ. φαίνεται δακρυσμένος). Στα παιδιά και τους έφηβους μπορεί να είναι η ευερέθιστη διάθεση.
2. Έκδηλα μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη ευχαρίστηση για όλες ή για σχεδόν όλες τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα.
3. Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους.
4. Αϋπνία ή υπεραϋπνία σχεδόν κάθε μέρα.
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, σχεδόν κάθε μέρα (μπορεί να γίνει αντιληπτό και από τρίτους, δεν αποτελεί υποκειμενικό αίσθημα νευρικότητας ή νωθρότητας).
6. Κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα .

7. Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ή αναιτιολόγητης ενοχής σχεδόν κάθε ημέρα.
8. Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή έλλειψη πρωτοβουλίας σχεδόν κάθε μέρα (είτε υποκειμενική αναφορά, είτε από παρατηρήσεις τρίτων).
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας. (<http://www.choustoulakis.gr>).

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να μην οφείλονται σε πένθος από την απώλεια αγαπημένου προσώπου ή στις φυσιολογικές δράσεις μίας ουσίας (φάρμακα) ή μίας σωματικής αρρώστιας (υποθυρεοειδισμός). Πρέπει όλα τα παραπάνω συμπτώματα να προκαλούν σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας του ατόμου (<http://www.choustoulakis.gr>).

1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (Μάνου Ν. ,1997).
Βασικές Θεραπευτικές Προσεγγίσεις:

➤ **Θεραπεία επειγουσών καταστάσεων:**

Το πρώτο μέλημα του κλινικού είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η αυτοκτονία αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών, επικίνδυνο οδήγημα κτλ (Μάνου Ν. ,1997).

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία με τη συνεπακόλουθη απίσχνανση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία. Γενικότερα οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι (Μάνου Ν. ,1997) :

- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας (Μάνου Ν. ,1997).
- Σοβαρός κίνδυνος της ανθρωποκτονίας (Μάνου Ν. ,1997) .
- Απώλεια της ικανότητας για φροντίδα του εαυτού είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης (Μάνου Ν. ,1997).
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για τη ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (π.χ. ανορεξία, αφυδάτωση) (Μάνου Ν. ,1997) .
- Συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. σοβαρή καρδιακή νόσος) που απαιτούν ειδική διάγνωση και θεραπεία(Μάνου Ν. ,1997) .

➤ **Σωματικές θεραπείες:**

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών – κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα άμα υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα (Μάνου Ν. ,1997).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα καταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO) και νεότερα καταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (EAEΣ) (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Ψυχοθεραπείες:**

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές – ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία – είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει εμφανή στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθείται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνη προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής εναισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή – ασθενή (Μάνου Ν. ,1997).

Τα παραπάνω, όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος) (Μάνου Ν. ,1997).

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 έως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και ν' ακολουθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να

χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία (Μάνου Ν. ,1997).

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η διαπροσωπική θεραπεία, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12 – 16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως το πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη (Μάνου Ν. ,1997).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση (Μάνου Ν. ,1997).

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Συνδυασμός θεραπευτικών μεθόδων:**

Σήμερα, έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, 'όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική – επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας (Μάνου Ν. ,1997).

➤ **Οικογένεια και φίλοι.**

Επιπλέον, η συμμετοχή και η στήριξη της οικογένειας και των φίλων μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στη βοήθεια του ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη. Μπορούν να

το ενθαρρύνουν να παραμείνει στη θεραπεία και να εξασκεί τις τεχνικές και τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων που μαθαίνει στη ψυχοθεραπεία (www.mazi.org).

Η συμβίωση με ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να είναι πολύ δύσκολη και στρεσογόνα για την οικογένεια και τους φίλους. Ο πόνος που νιώθουν όταν βλέπουν το αγαπημένο τους πρόσωπο να υποφέρει από κατάθλιψη, μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα απελπισίας και απώλειας. Η οικογενειακή ή η θεραπεία γάμου μπορεί να είναι αποτελεσματικές στο να φέρουν μαζί όλα τα άτομα που επηρεάζονται από τη κατάθλιψη και να τους βοηθήσει να μάθουν πώς να αλληλεπιδρούν πιο λειτουργικά (www.mazi.org).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι αλλαγές και εξελίξεις στην ποιότητα ζωής έχουν βελτιώσει το μέσο προσδόκιμο ζωής, αυξάνοντας τον αριθμό των ηλικιωμένων και κατ' επέκταση τον αριθμό των προβλημάτων τους. Στις χώρες οι οποίες υπάγονται στον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ), το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω 65 ετών αυξήθηκε από 9% περίπου που ήταν το 1960, σε 15% το 2010 και σχεδόν διπλασιάστηκε στις επόμενες τέσσερις δεκαετίες και το 2050 θα ανέλθει στο 27%. Στα δύο τρίτα περίπου των χωρών του ΟΟΣΑ, τουλάχιστον το 25% του πληθυσμού θα είναι ηλικίας άνω 65 ετών το 2050 (Αλεφαντίνου Α. κ.α. ,2015).

Το κύριο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η επιδείνωση της υγείας. Τα πιο συνηθισμένα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η φτώχεια και τα χαμηλά εισοδήματα, οι αλλαγές στις πολιτικές για την κοινωνική ασφάλιση, οι ακατάλληλες συνθήκες κατοικίας, η μείωση της φροντίδας από πλευράς της οικογένειας και οι αρνητικές γνώμες σχετικά με το γήρας. Τα παραπάνω δεν αποτελούν τις μόνες αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων. Η ψυχολογία τους αντιμετωπίζει εξίσου σημαντικά προβλήματα, τα οποία προέρχονται κυρίως από τη συσσωρευμένη λύπη που αισθάνονται για διάφορες απώλειες τις οποίες έχουν υποστεί κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η μείωση της αυτοεκτίμησης και των ενδιαφερόντων τους καθώς και η ελάττωση της διάθεσης για δράση τους οδηγεί σε κατάθλιψη (Αλεφαντίνου Α. κ.α. ,2015) .Όπως επισημαίνει και η Roza K. & Vesna P. G. (2010) η κατάθλιψη δεν είναι αναπόφευκτη έκβαση της γήρανσης αλλά είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου που προκύπτει στο πλαίσιο των ιατρικών ασθενειών και ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων που συνοδεύουν τη γήρανση (Roza K. & Vesna P. -G.,2010).

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι σχεδόν ίδια με των ενηλίκων. Σε πολλές περιπτώσεις βέβαια, λόγω της συχνότητας με την οποία εμφανίζεται στις ηλικίες αυτές , λανθασμένα έχει θεωρηθεί ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια όπως είναι η άνοια ή και τα ρευματικά νοσήματα. Σπουδαίο είναι βέβαια, να τονιστεί πως αν ένας ηλικιωμένος ο

οποίος υποφέρει από προβλήματα υγείας έχει και συμπτώματα κατάθλιψης θα πρέπει να λάβει την αρμόζουσα αγωγή και για την διαταραχή αυτή. Παράγοντες όπως, η φθίνουσα υγεία, ο πόνος, το αίσθημα της ανικανότητας και της αναξιότητας καθώς επίσης και η μοναξιά που βιώνουν λόγω της απώλειας είτε του συντρόφου τους είτε κατ' επέκταση της κοινωνικής τους απομόνωσης μπορούν να τους οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανίσουν σωματικά προβλήματα, άγχος, ή προβλήματα συγκέντρωσης και μνήμης σε αντίθεση με τα τυπικά συμπτώματα της ψυχολογικής αυτής διαταραχής (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008). Παράλληλα, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες του παρελθόντος, απώλεια της όρεξης και του βάρους, αϋπνία ή υπερυπνία, εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας, ιδέες ενοχής και αναξιότητας, δυσκολία στη συγκέντρωση, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής (www.vima-asklipiou.gr). Για αυτό τον λόγο λοιπόν, καθίσταται αναγκαία η αναγνώρισή της και η θεραπεία της (Μπαλαγούρα Α. & Χατζογιαννάκη Γ., 2008).

Η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, όπου και εκτιμάται να επηρεάζει ένα στα επτά άτομα (Αργυρόπουλος Κ., 2012). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) αποτελεί σήμερα την 4^η συχνότερη αιτία αναπηρίας και προβλέπεται ότι μέχρι το 2020 θα κατακτήσει τη 2^η θέση (www.vima-asklipiou.gr). Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι η γεροντική κατάθλιψη είναι μία από τις πιο υπο – διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες παθήσεις (Αργυρόπουλος Κ., 2012).

Για μια ενδιάμεση προσέγγιση, διαγνωστικά βοηθήματα όπως είναι η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (15 σημείων) ή οι BASDEC (Brief Assessment Schedule Depression Cards = Κάρτες Απογραφής Σύντομης Εκτίμησης της Κατάθλιψης) είναι χρήσιμα. Οι κάρτες, οι οποίες δημιουργήθηκαν για την κλινική εκτίμηση κυρίως σε γηροκομεία, έχουν γραμμένες τις ερωτήσεις με μεγάλα γράμματα ώστε να μην χρειάζεται να φωνάζετε δυνατά τη φράση « έχετε τέτοια κατάθλιψη που σκέφτεστε να αυτοκτονήσετε; » σε έναν βαρήκοο ασθενή παρουσία και άλλων ανθρώπων (Coni C. et al., 2006).

Η κατάθλιψη ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της, θεραπεύεται με διαφορετικό είδος θεραπείας κάθε φορά. Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία, η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία, ο συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας και άλλες θεραπείες (<http://www.vima-asklipiou.gr/>).

2,2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Στη βιβλιογραφία έχουν γίνει εκτενείς μελέτες για τον επιπολασμό της κατάθλιψης. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η κατάθλιψη προσβάλλει το 10 – 15 % των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, με το 3% να προσβάλλεται σοβαρά (Coni C. et al. ,2006). Στην Ελλάδα οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών ποικίλουν. Το ποσοστό της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυμαίνεται από 6% έως 70%. Οι εν λόγω διακυμάνσεις πιθανότατα να διαφοροποιούνται όσο μεταβάλλεται η παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ή ύπαρξη/έλλειψη κοινωνικών σχέσεων, οι προκαταλήψεις για τα προβλήματα ψυχικής φύσης και η καταλληλότητα των διαθέσιμων χώρων στέγασης (Αργυρόπουλος Κ. κ.α. , 2012) . Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε είκοσι τέσσερις γυναίκες νοσηλεύμενες ασθενείς με μονοπολική συναισθηματική διαταραχή επισημαίνεται ότι ο επιπολασμός είναι αυξημένος στον ελληνικό πληθυσμό με 27% μέτριου και σοβαρού βαθμού κατάθλιψης και 12% ήπιου βαθμού κατάθλιψης (Ζέρβας Ι.Μ. κ.α. , 2006). Επιπλέον στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Βελεστίνο, μια αγροτική πόλη στην Κεντρική Ελλάδα αναφέρεται ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στο συγκεκριμένο δείγμα κυμαινόταν μεταξύ 3% και 57% (Anastasiou A.,2004). Από μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων της Αττικής προέκυψε ότι το ένα τρίτο (30,28%) των ηλικιωμένων του δείγματος εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα, δείχνοντας ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην ομάδα των ηλικιωμένων είναι αρκετά υψηλός (www.vima-asklipiou.gr). Τέλος σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε αστικές περιοχές φάνηκε πως το 30,3% εμφάνισε καταθλιπτικά συμπτώματα υποδεικνύοντας τον υψηλό βαθμό κατάθλιψης που επικρατεί στους έλληνες ηλικιωμένους των αστικών περιοχών (Babatsikou F. et al. ,2012) . Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στις αναφερόμενες έρευνες μπορεί να αποδοθούν στους διαφορετικούς πληθυσμούς ηλικιωμένων σε αγροτικές, αστικές και νησιώτικες περιοχές, επίσης στα εργαλεία ή και στα σημεία τομής που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της γεροντικής κατάθλιψης ή και σε άλλα χαρακτηριστικά που δεν μετρήθηκαν (Αργυρόπουλος Κ. , 2012).

Εκτός από τον υψηλό επιπολασμό διαπιστώθηκε επίσης σε μια μελέτη στην Πάτρα ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων δεν γνωρίζει ότι μπορεί να πάσχει από κατάθλιψη και δεν του έχει γίνει ποτέ σχετική διάγνωση. Μόλις ένας στους τέσσερις (20,5%) έχει διαγνωστεί με κατάθλιψη. Φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι πλέον υπο – διαγνωσμένη νόσος στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) , καθότι δεν ανιχνεύεται εύκολα, κυρίως όταν οι ασθενείς βρίσκονται σε πρώιμα στάδια της νόσου (Αργυρόπουλος Κ. , 2012).

2.3 ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα κριτήρια του DSM για τις ψυχικές διαταραχές σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι ίδια με εκείνα που ισχύουν για τους νεότερους ενήλικες. Αυτό συμβαίνει επειδή θεωρείται ότι οι ψυχικές διαταραχές έχουν τα ίδια συμπτώματα στην ενήλικη ζωή και στην Τρίτη ηλικία, αν και η υπόθεση αυτή βασίζεται σε ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα (Kring A.M. et al., 2010)

Η κατηγοριοποίηση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς ακολουθεί τον διαγνωστικό οδηγό DSM - IIIr , σύμφωνα με τον οποίο η κατάθλιψη διακρίνεται σε μείζονα κατάθλιψη και σε ελάσσονα κατάθλιψη(Αβεντισιαν – Παγοροπούλου ,2008) . Το ηλικιωμένο άτομο που έχει προσβληθεί από μείζονα κατάθλιψη, εμφανίζει πιο σοβαρά συμπτώματα, και είναι μάλλον απίθανο η αιτιολογία της κατάθλιψης του να εντοπίζεται μόνο σε εξωτερικές, περιβαλλοντικές αιτίες. Στην περίπτωση αυτή οι περιβαλλοντικές αιτίες απλώς συνηγορούν στην εμφάνιση της νόσου, ενώ η αιτιολογία εντοπίζεται στη γνήσια φυσιολογική προδιάθεση που έχει το άτομο ώστε να γίνει καταθλιπτικό (Αβεντισιαν – Παγοροπούλου ,2008).

Η μείζων κατάθλιψη έχει τις περισσότερες φορές κληρονομική βάση, συνδέεται με τη βιοχημεία του σώματος, και αντιμετωπίζεται κατά κύριο λόγο με φαρμακευτική αγωγή. Σπάνια συνδέεται με εξωτερικά καταλυτικά γεγονότα (Αβεντισιαν - Παγοροπούλου Α.,2008).

Τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής παίζουν, αντίθετα, τον κυριότερο ρόλο στις ελάσσονες καταθλίψεις. Στις περιπτώσεις αυτές απουσιάζουν οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού και επίσης δεν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Εάν απομακρυνθούν τα περιβαλλοντικά και περιστασιακά αίτια που προκαλούν την κατάθλιψη, το άτομο είναι πιθανό να τροποποιήσει τον τρόπο σκέψης του που του προκαλεί κατάθλιψη. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί παροδικά να ωφελήσει, αλλά η ασφαλέστερη βοήθεια προέρχεται από συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία (Αβεντισιαν - Παγοροπούλου Α.,2008).

Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται πως πρέπει να γίνει ξεκάθαρος ο διαχωρισμός ανάμεσα στην μείζονα κατάθλιψη και στην ελάσσονα κατάθλιψη στους ηλικιωμένους που υποφέρουν από κάποιας μορφής κατάθλιψη, ώστε να αποφασιστεί η ενδεικνύομενη θεραπεία. Ωστόσο, οι καταστάσεις της πραγματικής ζωής συχνά αποδεικνύουν ότι δεν είναι πάντα

ευχερής ο διαχωρισμός, και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν εντάσσονται στις δικές μας κατηγοριοποιήσεις. Συχνή είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων που ανήκουν σε διαφορετικούς αστερισμούς συμπτωματολογίας. Πολλοί ηλικιωμένοι κατέχουν χαρακτηριστικά που τους κατατάσσουν ταυτόχρονα στις μείζονες και στις ελάσσονες καταθλίψεις. Εξάλλου, κάθε ηλικιωμένος είναι μια ατομική περίπτωση η οποία εμφανίζει ένα ιδιαίτερο κράμα συμπτωμάτων, τα οποία ενδέχεται να ανήκουν σε διαφορετικούς αστερισμούς (Αβεντισιαν-Παγοροπούλου Α.,2008).

2.4 ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αρκετά άτομα εμφανίζουν κατάθλιψη για πρώτη φορά στην Τρίτη ηλικία. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε βιολογικούς παράγοντες, καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι νευρολογικές αλλαγές επέρχονται με την κανονική γήρανση ή με τις νόσους που συνδέονται με αυτή την ηλικία. Λαμβάνοντας υπόψη μας το παραπάνω, τίθεται το εξής ερώτημα: « γιατί ενώ όλοι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν ασθένειες, ένα μικρό ποσοστό μόνο εμφανίζει κατάθλιψη » ; Ο λόγος είναι ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης σχετίζεται με την αλληλεπίδραση γενετικών παραγόντων και της γνωστικής προδιάθεσης. Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Μπορμπουδάκη Α. , 2015).

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων θεωρείται μια ετερογενής κατάσταση, που προκύπτει ως αποτέλεσμα επίδρασης διαφόρων παραγόντων(Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες ,2000). Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στους ηλικιωμένους παίζουν ρόλο αρκετοί κοινωνικοί, ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες, στην αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Οι κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι συχνά συνδέονται με την κατάθλιψη, είναι η απομόνωση, που οφείλεται στη μειωμένη κινητικότητα του ατόμου, η δυσκολία κατά την μετακίνηση και η απώλεια της εργασίας. Απ' όλους τους ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την κατάθλιψη, η απώλεια, γενικά, παίζει το μεγαλύτερο ρόλο. Οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι προδιαθέτουν τα γηραιά άτομα για κατάθλιψη, έχουν ως βάση τους πρόσφατη ανακάλυψη του ρόλου των νευροδιαβιβαστών των κατεχολαμινών στην κατάθλιψη (Cope D. T.R. & RossmanI. ,1990).

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία είναι παρόμοιοι με τους αντίστοιχους παράγοντες στις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Αυτό που διαφέρει είναι η συχνότητα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου, με μερικούς να γίνονται συχνότεροι με την πάροδο της ηλικίας και άλλους λιγότερο συχνόι (Celder Gt. M. et al., 2007).

Οι κυριότεροι παράγοντες κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία αναφέρονται παρακάτω:

➤ **Φύλο:**

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται πως οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν από κατάθλιψη (Celder Gt. M. et. al , 2007). Από τον έλεγχο συσχέτισης κατάθλιψης και φύλου που πραγματοποιήθηκε σε μια έρευνα, επιβεβαιώθηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης (70,6%) σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους άνδρες. Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε όλες τις χώρες του κόσμου δύο φορές συχνότερα από τους άντρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους το 20% των γυναικών και το 12% των ανδρών θα εμφανίσει καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσει μέσα σε ένα έτος (www.vima-askliriou.gr). Το σταθερό αυτό εύρημα του γυναικείου φύλου ως επιβαρυντικού παράγοντα στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας θα μπορούσε να αποδοθεί στο υψηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες (Αργυρόπουλος Κ. κ.α. , 2012). Στην πραγματικότητα δεν είναι το φύλο που επιδρά, αλλά η ηλικία, αφού σε μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης Ψυχικών Διαταραχών. Ένας άλλος λόγος, αυτή τη φορά κοινωνικός , θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι παραδοσιακά, οι άνδρες δέχονται την φροντίδα των συζύγων τους (www.vima-askliriou.gr). Ωστόσο, η διαφορά στα δύο φύλα είναι λιγότερο έντονη στα ηλικιωμένα άτομα από ότι στους νεότερους ενήλικές (Celder Gt. M. et al. ,2007).

➤ **Ηλικία:**

Υπάρχει έντονη διαμάχη σχετικά με τις ηλικιακές διαφορές στον επιπολασμό της κατάθλιψης. Μια συχνή στερεότυπη θέση είναι ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλός σε προχωρημένη ηλικία. Η άποψη αυτή ωστόσο, αμφισβητήθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης ECA στις Ηνωμένες Πολιτείες, η οποία έδειξε ότι τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης 65 ετών εμφάνιζαν το χαμηλότερο επιπολασμό σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου και δυσθυμίας. Πολλές άλλες επιδημιολογικές μελέτες, σε διάφορες χώρες, έχουν επίσης καταγράψει χαμηλό επιπολασμό καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους (Celder Gt. M. et al. ,2007).

➤ **Οικογενειακή κατάσταση:**

Τα αποτελέσματα μιας έρευνας στο ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων της Αττικής έδειξαν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που ήταν χήροι, διαζευγμένοι ή σε διάσταση ήταν σημαντικά υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη (56,9%), σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν κατάθλιψη(23,1%).Οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ότι οι παντρεμένοι (www.vima-asklipiou.gr) . Μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη έχουν οι έγγαμοι σε σχέση με τους διαζευγμένους, χήρους ή μοναχικά άτομα, όπως διαπιστώθηκε και σε άλλη την έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ της Πάτρας. (Αργυρόπουλος Κ. κ.α. , 2012). Οι ηλικιωμένοι, στην μελέτη που διεξήχθη στην Κρήτη, οι οποίοι ήταν χήροι(ες), άγαμοι ή διαζευγμένοι(ες) παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό γηριατρικής κατάθλιψης καθώς είχαν περισσότερα συμπτώματα απομόνωσης, άγχους, απελπισίας και δυστυχίας, σε σχέση με τους έγγαμους. Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι συνήθως διατηρούν επαφές με τα παιδιά τους ή το φιλικό τους περιβάλλον, παρουσιάζοντας μικρότερη κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά από τους διαζευγμένους και τους χήρους, καθώς η παρουσία του συντρόφου παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας.(Αλεφαντίνου Α. κ.α. ,2015).

➤ **Ύπαρξη παιδιών:**

Στην ίδια έρευνα που διεξήχθη στην Κρήτη ,όσοι είχαν αποκτήσει παιδιά έδειξαν να έχουν μικρότερη δυστυχία σε σχέση με εκείνους που δεν απέκτησαν (Αλεφαντινου Α. κ.α. , 2015). Στην έρευνα στο ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων της Αττικής το ποσοστό των ηλικιωμένων χωρίς παιδιά (13%) ήταν υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη , συγκριτικά με όσους δεν είχαν (3,6%)(www.vima-asklipiou.gr)

➤ **Σωματική υγεία και αναπηρία:**

Τα προβλήματα της σωματικής υγείας και η σχετιζόμενη αναπηρία, αποτελούν σοβαρούς παράγοντες κινδύνου (CelderGt. M. et al. ,2007). Η συσσώρευση χρόνιων παθήσεων έχει ιδιαίτερη σημασία για τα ηλικιωμένα άτομα λόγω της απότομης αύξησης του επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων και της αναπηρίας με την πάροδο της ηλικίας. Στη

βιβλιογραφία έχει παρατηρηθεί πως για τους άνδρες, η απώλεια της καλής φυσικής κατάστασης της υγείας τους, φαίνεται να αποτελεί το πιο σημαντικό γεγονός πυροδότησης καταθλιπτικής διάθεσης (CopeDT.R. & MCoeR. & RossmanI. ,1990). Ένα πρόβλημα υγείας που αξίζει να αναφέρουμε ιδιαίτερος είναι η άνοια, η οποία εμφανίζει μία πολύπλοκη σχέση με την κατάθλιψη. Ορισμένα καταθλιπτικά συμπτώματα επιτείνονται με την άνοια, ειδικά εκείνα που αντανακλούν διαταραχές της κινητοποίησης. Στη νόσο του Alzheimer, τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται ότι χρειάζονται με απώλεια νοραδρενεργικών νευρώνων (CopeDT.R. &MCoeR. & RossmanI. ,1990). Αρκετές άλλες σωματικές παθήσεις σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ηλικιωμένους, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η νόσος του Cushing, οι ιογενείς λοιμώξεις, υο λέμφωμα, ο καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος, η τύφλωση, η κώφωση κ.α. Εξάλλου, πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα ,μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτικά σύνδρομα, όπως η ρεζερπίνη, η κλονιδίνη, η α- μεθυλντόπα, η προπρανολόλη, η σιμετιδίνη, τα στεροειδή, τα οιστρογόνα, η κωδεΐνη κ.α (Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες ,2000). Συχνότερη με στατιστικά σημαντική διάφορα εμφανίζεται η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφανίζουν νοσηρότητα, με ποσοστό 50,8% έναντι 27,5% (Αργυρόπουλος Κ. ,2012).

➤ **Ιδρυματική Περίθαλψη:**

Η διαμονή σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων κλειστής περίθαλψης ή άλλο παρόμοιο υποστηρικτικό σχετίζεται με υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι η συσχέτιση αυτή οφείλεται στον υψηλό βαθμό αναπηρίας που συνοδεύει τη διαμονή σε ίδρυμα, παρά στο ίδιο το περιβάλλον στο οποίο ζει το ηλικιωμένο άτομο(CelderGt. M. et al. ,2007).

➤ **Εκπαίδευση:**

Μια άλλη έρευνα σε ΚΑΠΗ στην Κρήτη έδειξε ότι οι αναλφάβητοι βίωναν μέτρια προς σοβαρή κατάθλιψη σε ποσοστό 46,2%. Η εκπαίδευση είναι μια βασική ανάγκη και μια σημαντική φιλοδοξία των ανθρώπων, η οποία επιδρά σημαντικά στην ευημερία τους (Αλεφαντίνου Α. κ.α. ,2015). Μια άλλη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ της Πάτρας δείχνει ότι τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχει ποσοστό 52,6% εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών (Αργυροπουλος Κ. κ.α. , 2012). Τα ποσοστά κατάθλιψης

μειώνονται ελαφρά όσο αυξάνεται το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο (<http://www.vima-asklipiou.gr/>).

➤ **Δυσάρεστα γεγονότα ζωής:**

Τα διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν στην ζωή μας επηρεάζουν την ψυχική μας υγεία. Τα ηλικιωμένα άτομα βιώνουν λιγότερα δυσάρεστα γεγονότα στην διάρκεια της ζωής τους σε σχέση με τους νέους. Όπως για παράδειγμα με τις σχέσεις, την επαγγελματική κατάσταση, την οικονομική κατάσταση και ενδεχόμενα νομικά προβλήματα. Οι κατηγορίες γεγονότων που δεν ποικίλουν με την ηλικία είναι η στέρηση αγαπημένου προσώπου , μια νόσος ή ένας τραυματισμός από ατύχημα(CelderGt. M. et al. ,2007).

➤ **Κοινωνική υποστήριξη:**

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προσδιοριστεί με βάση είτε τον αριθμό των κοινωνικών σχέσεων που έχει βάση είτε τον αριθμό των κοινωνικών σχέσεων που έχει το άτομο είτε με το πόσο επαρκείς θεωρούνται οι σχέσεις αυτές. Η θεωρούμενη επάρκεια των κοινωνικών σχέσεων είναι σημαντικότερη από τον αριθμό όταν πρόκειται για τον προσδιορισμό του κινδύνου κατάθλιψης. Παρόλο που τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν λιγότερες κοινωνικές σχέσεις σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες (κυρίως λόγω της χηρείας), η εκλαμβανόμενη επάρκεια των σχέσεων αυτών εμφανίζεται υψηλότερη(Celder Gt. M. et al. ,2007).

➤ **Ιστορικό κατάθλιψης:**

Άτομα που έχουν εμφανίσει καταθλιπτική διαταραχή ή έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα στο παρελθόν εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ή να νοσήσουν από κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία (Celder Gt. M. et al. ,2007).

➤ **Παροχή φροντίδας:**

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι συχνά υποχρεωμένα να φροντίζουν τους συζύγους τους που πάσχουν από κάποια νόσο και αναπηρία και χρειάζονται αυξημένη επίβλεψη. Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι οι φροντιστές ατόμων με αναπηρίες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανόμενων των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Εντούτοις, πολλά από τα στοιχεία αυτά έχουν ληφθεί από φροντιστές που έχουν προσφύγει σε υπηρεσίες υποστήριξης. Οι φροντιστές αυτοί δεν είναι αντιπροσωπευτικοί, διότι η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να τους οδηγήσει στην αναζήτηση βοήθειας. Οι λίγες μελέτες που έχουν εξετάσει φροντιστές σε πληθυσμιακές έρευνες διαπιστώνουν λιγότερα ψυχολογικά προβλήματα, αν και τα επίπεδα είναι ακόμη αυξημένα. (CelderGt. M. et al. ,2007).

➤ **Μοναξιά:**

Οι ηλικιωμένοι που μένουν μόνοι εμφανίζουν ποσοστό 62% καταθλιπτικά συμπτώματα(Αργυροπουλος Κ. , 2012) Το επιβεβαιώνει και μια άλλη έρευνα η οποία διεξήχθη στο ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίων Αναργύρων της Αττικής όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων της έρευνας αυτής που ζούσαν μόνοί ήταν σημαντικά υψηλότερο ανάμεσα στους έχοντες κατάθλιψη (58,4%) σε σύγκριση με τους μη έχοντες τη νόσο 22,8% (www.vima-asklipiou.gr).

➤ **Κοινωνικές δραστηριότητες:**

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες φαίνεται να λειτουργεί επίσης ως προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι ηλικιωμένοι που δεν πραγματοποιούν εκδρομές και δεν πηγαίνουν βόλτα στον ελεύθερο τους χρόνο , έχουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων (www.vima-asklipiou.gr).

Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά. Στοχεύοντας στην πρόληψη και την έγκαιρη αναγνώριση της γεροντικής κατάθλιψης, θεωρείται επιθυμητή και αναγκαία η δημιουργία ενός ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου και η ενίσχυση του υπάρχοντος (ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο σπίτι, Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων) στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Αργυρόπουλος Κ. κ.α. , 2012).

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη αν και αποτελεί μια ιάσιμη ασθένεια , εάν δεν διαγνωστεί εγκαίρως μπορεί να επηρεάσει τη ζωή και την υγεία του ασθενή. Ειδικότερα, εάν συνδυάζεται και με κάποια άλλη νόσο τότε η κατάσταση γίνεται δυσκολότερη. Όσον αφορά τη διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών θεωρείται πάντα κλινική λόγω του επικουρικού ρόλου που παρουσιάζουν τόσο ψυχομετρικές διαδικασίες όσο και οι βιολογικοί δείκτες. Πρόκειται λοιπόν, για μια διάγνωση φαινομενολογικού και όχι περιγραφικού και αιτιολογικού χαρακτήρα (www.vima-asklipiou.gr).

Στην εμφάνιση της κατάθλιψης μπορούμε να συμπεριλάβουμε τα αισθήματα της έντονης λύπης, της απαισιοδοξίας, της χαμηλής αυτοεκτίμησης καθώς και τα προβλήματα μνήμης και αυτοσυγκέντρωσης (Παγοροπούλου Α. ,2000). Επιπροσθέτως, σύμφωνα με έρευνες , σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης διαδραματίζει και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, εάν είναι χήροι ή χήρες και βιώνουν ψυχοπιεστικά προβλήματα ή εάν ζούνε απομονωμένοι (Μαρτζακλή Η. , 2008). Επιπλέον, άλλη μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε απέδειξε πως το 71% των ηλικιωμένων σε περιοχή της Αττικής , εκτός από κατάθλιψη , έπασχε και από κάποια χρόνια σωματική νόσο.(Μαρτζακλή Η. , 2008).

Συνάμα, συναισθηματικές διαταραχές, αλλαγές στον τρόπο σκέψης, έλλειψη κινήτρων καθώς και ψυχοφυσιολογικές διαταραχές αποτελούν κατηγορίες που μπορούμε να ανιχνεύσουμε την κατάθλιψη σύμφωνα με τον AaronBeck (Μαρτζακλή Η. , 2008).

Η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία έχει καταγράψει τα συμπτώματα ανίχνευσης της κατάθλιψης. Στο σύνολό τους είναι 10 εκ των οποίων εάν το ηλικιωμένο άτομο εκδηλώσει για μεγάλο χρονικό διάστημα 4 από αυτά και επιμένουν χρειάζεται να λάβει αγωγή. Το 80%-90% ανταποκρίνεται άμεσα στην θεραπεία η οποία περιλαμβάνει φάρμακα, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση ή τον συνδυασμό αυτών (www.neakriti.gr).

Τα 10 συμπτώματα είναι :

1. Αλλαγές στην όρεξη για φαγητό που συνοδεύεται είτε από αύξηση είτε από μείωση του σωματικού βάρους.
 2. Σημαντικές αλλαγές στον ύπνο. Ανήσυχος ύπνος , αϋπνία ,ή υπεραϋπνία και υπνηλία στην διάρκεια της μέρας.
 3. Μειωμένη ευχαρίστηση από τις δραστηριότητες που παλιότερα ικανοποιούσαν τον ηλικιωμένο.
 4. Συνεχής και ανεξήγητη αίσθηση κόπωσης.
 5. Αίσθηση πως δεν αξίζει σαν άνθρωπος.
 6. Αίσθηση καθημερινής ανημποριάς.
 7. Αίσθημα ενοχής για δυσάρεστα γεγονότα του παρελθόντος.
 8. Έλλειψη στην συγκέντρωση της προσοχής καθώς και αναβλητικότητα στη λήψη αποφάσεων.
 9. Τάσεις αυτοκτονίας ή σκέψεις θανάτου.
 10. Απώλεια ενδιαφέροντος του ηλικιωμένου να ασχοληθεί με τα εγγόνια του.
- (www.neakriti.gr)

2.6 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ –ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ

ΗΛΙΚΙΑ

Η κατάθλιψη είναι η πάθηση που οδηγεί συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη στην:

➤ Τάση αυτοκτονίας:

Ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους της γηριατρικής κατάθλιψης αποτελεί η αυτοκτονία. Η Τρίτη ηλικία σε σύγκριση με ασθενείς που υποφέρουν από μείζονα κατάθλιψη, παρουσιάζει δυσανάλογα υψηλή συχνότητα αυτοκτονίας η οποία υπολογίζεται περίπου στο τετραπλάσιο. Σύμφωνα με υπολογισμούς της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης Κλίμακα, η μείζον κατάθλιψη προσβάλλει σχεδόν το 2% των ηλικιωμένων, η δυσθυμία το 2% και η διπολική διαταραχή το 0,2%. Εξαιρούνται στους συγκεκριμένους υπολογισμούς, ασθενείς που πάσχουν από διαταραχή προσαρμογής ή πένθος. Σχετικά με την μείζονα κατάθλιψη, η συχνότητα της είναι μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία ή ιδρύματα και κυμαίνεται από 10-20% (<http://www.boro.gr>).

Ο ηλικιωμένος συχνά νιώθει έντονη λύπη και ενοχές γι αυτά που του συμβαίνουν και πολλές φορές φτάνει στο σημείο να αδιαφορεί για την αξία της ύπαρξής του. Θεωρεί πως όσο ζει ταλαιπωρεί τα άτομα που βρίσκονται γύρω του και τον φροντίζουν, αισθάνεται πως τους είναι βάρος ενώ συχνές και έντονες είναι οι σκέψεις να βάλει τέλος στην ζωή του με οποιοδήποτε τρόπο. Στην περίπτωση αυτή, αναγκαία είναι η ιατρική περίθαλψη που θα αναλάβει ένας ψυχίατρος (www.health.in.gr)

➤ Αδράνεια και μειωμένη κινητικότητα:

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την συμπεριφορική διάθεση, ο ηλικιωμένος βρίσκεται σε αδράνεια το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Αποφεύγει να κινητοποιηθεί προκειμένου να κάνει το πιο απλό πράγμα. Ακόμη, αποφεύγει να λάβει ευθύνες, χρονοτριβεί και αδυνατεί να πάρει μέχρι και αποφάσεις. Επίσης, έντονη είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση λόγω της οποίας λείπουν οι αυθόρμητες κινήσεις, το σώμα βρίσκεται σε σκυφτή στάση με χαμηλωμένο

βλέμμα, ο λόγος είναι μειωμένος, οι απαντήσεις γίνονται με αισθητή καθυστέρηση ενώ παράλληλα οι σκέψεις του βρίσκονται σε επιβράδυνση ή με σταμάτημα του χρόνου (www.vima-asklipiou.gr).

➤ **Διαταραχή ύπνου:**

Συνακόλουθα, στα ήδη υπάρχοντα σωματικά προβλήματα η διαταραχή του ύπνου έρχεται να προσθέσει άλλο ένα. Ένα από τα εμφανέστερα συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης για τον ηλικιωμένο αποτελεί η ανικανότητα του να κοιμηθεί. Η έλλειψη ύπνου, την οποία προκαλούν είτε προσωπικά προβλήματα του ατόμου είτε κάποια σωματική ασθένειά του, μπορεί να χειροτερέψει την κατάθλιψη. Επιπλέον, σημαντική ένδειξη ότι το άτομο παρουσιάζει κατάθλιψη αποτελεί η έλλειψη ύπνου που διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Πιο συγκεκριμένα, ο ηλικιωμένος εμφανίζει δυσκολία στην έλευση του ύπνου ή κοιμάται σε ακατάλληλες ώρες. Οι συχνότερες διαταραχές του ύπνου στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι η αϋπνία, οι υπερυπνίες, οι διαταραχές κικαδίου ρυθμού του ύπνου, και οι διαταραχές αναπνοής κατά τον ύπνο (Ζιώγου Θ. κ.α., 2015).

➤ **Απώλεια ενδιαφέροντος για σεξουαλική επαφή:**

Εμφανές σύμπτωμα της κατάθλιψης του ηλικιωμένου αποτελεί η απώλεια ενδιαφέροντος για ερωτική διάθεση. Πιο συγκεκριμένα όμως, το παραπάνω αναφέρεται στην διάθεση που έχει ο ηλικιωμένος για ερωτική επαφή και όχι στο αν συμβαίνει γενικά η ερωτική πράξη. Δηλαδή, μπορεί το ηλικιωμένο ζευγάρι να έρχεται σε ερωτική επαφή αλλά ουσιαστικά λόγω της κατάθλιψης να μην έχει την διάθεση ή πρόθεση να το κάνει (<http://www.dimitrismpoukouras.gr>).

➤ **Αισθήματα αναξιότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης:**

Προχωρώντας στην γνωστική διάσταση, θα αναφέρουμε πως ο ηλικιωμένος με καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζει χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς και αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του, σκέψεις πως είναι ανάξιος και αποτυχημένος. Έπειτα, η απαισιοδοξία και η σκέψη πως δεν υπάρχει ελπίδα για τίποτα αυξάνουν τις αυτοκτονικές του τάσεις θεωρώντας

πως με αυτό τον τρόπο θα απαλλαγεί από τα βάσανά του. Αναφορικά με τις νοητικές λειτουργίες , παρουσιάζει έλλειψη προσοχής και συγκέντρωσης καθώς και διαταραχές στην μνήμη (απώλεια μνήμης, αδυναμία να ανακαλέσει μνήμες). Τέλος, αδυνατεί να επεξεργαστεί πληροφορίες και να καταστρώσει λύσεις για κάποιο πρόβλημα (www.vima-asklippiou.gr).

2,7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με επιτυχία σε μεγάλο ποσοστό. Ο κατάλληλος τρόπος παρέμβασης προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι ένας συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία αφορά και τις οικογένειες των ηλικιωμένων στην περίπτωση που έχουν αναλάβει εξολοκλήρου την φροντίδα του ίδιου(www.evrytanika.gr).

➤ Φαρμακευτική θεραπεία:

Πιο συγκεκριμένα, για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζεται να τονιστεί το γεγονός πως λαμβάνονται από τον πάσχοντα προκειμένου να αποκαταστήσουν τα ελλείμματα των νευροδιαβιβαστών. Είναι φάρμακα που λαμβάνονται αυστηρά και μόνο μέσω ιατρικής χορήγησης και δεν είναι υπνωτικά χάπια ούτε διεγερτικά. Την φαρμακευτική αγωγή απαρτίζουν τρεις κατηγορίες φαρμάκων, 1. τα αντικαταθλιπτικά, 2. οι βενζοδιαζεπίνες, 3. τα αντιψυχωσικά φάρμακα. Συγκεκριμένα, για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα τονίζεται πως διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος καθώς και τη συχνότητα χορήγησης τους λόγω διάφορων σκευασμάτων των φαρμάκων(www.evrytanika.gr).

Με την βοήθεια των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ο ηλικιωμένος αισθάνεται μια άμεση ανακούφιση. Επιπλέον, καθίσταται απαραίτητο στους ηλικιωμένους των οποίων η διάθεση συνδέεται με πόνο, να ελέγχεται και να εξετάζεται σε μεγάλη συχνότητα η ένταση του πόνου ή κάποιων άλλων ασθενειών που δυσκολεύουν την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (www.evrytanika.gr).

➤ Ψυχοθεραπεία:

Από την άλλη πλευρά, απαραίτητο εργαλείο για την αντιμετώπιση της γηριατρικής κατάθλιψης αποτελεί η ψυχοθεραπεία. Πιο αναλυτικά, η ψυχοθεραπεία απαρτίζεται από τον σύμβουλο ψυχικής υγείας δηλαδή, είτε ψυχολόγο, είτε ψυχίατρο είτε κοινωνικό λειτουργό, και από τον ασθενή ο οποίος παρουσιάζει συναισθηματικά κάποιο πρόβλημα στην συμπεριφορά

του. Η θεραπεία περιλαμβάνει μια συζήτηση μεταξύ των δύο προκειμένου ο ασθενής να συνειδητοποιήσει τις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα καθώς και τις δυσλειτουργικές συμπεριφορές του. Ταυτόχρονα, μέσω της ψυχοθεραπείας καταφέρνει στις περισσότερες των περιπτώσεων της κινητοποίηση για να συμμετέχει σε κοινωνικές και ευχάριστες δραστηριότητες δεδομένου πως με αυτό τον τρόπο θα ενισχυθεί η ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του. Μέσω αυτών των κινήσεων θα καταφέρει να συνειδητοποιήσει τις καταστάσεις που τον οδήγησαν στην ασθένεια της κατάθλιψης, να διαχειριστεί σωματικά συμπτώματα και πόνο. Τέλος, η ψυχοθεραπεία επιφέρει θετικά αποτελέσματα τόσο στους νέους όσο και στους ηλικιωμένους (www.evrytanika.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια είναι η κυρία πηγή στήριξης και βοήθειας, που δρα ως προστατευτικός παράγοντας για τα πιο αδύναμα μέλη της, όπως τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Αποτελεί την κεντρική μονάδα για την υγειονομική περίθαλψη και παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στη φροντίδα, δεδομένου ότι είναι υπεύθυνος για τα μέλη του. Επιπλέον, είναι ένα κοινωνικό κατασκεύασμα το οποίο επηρεάζεται από τον πολιτισμό, συνώνυμο της αγάπης, της συντροφικότητας και της αλληλεγγύης. Δουλεύει εσωτερικά μέσα από τρεις συνιστώσες: τη δομή, την ανάπτυξη και προσαρμογή (Souza,A. et al., 2014).

3.2 Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ, ΔΟΜΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑΣ

Παλαιότερα οι ηλικιωμένοι ζούσαν μαζί με τα δύο ενήλικα παιδιά τους και τα εγγόνια τους με αποτέλεσμα να γνωρίσουν ένα ευνοϊκό περιβάλλον. Μετέπειτα, η ανεξάρτητη διαβίωση των παιδιών ήταν επιζήμια για την συναισθηματική υγεία των ηλικιωμένων γονέων (Silverstein M. et al. , 2006) .Όπως είναι γνωστό, στις αναπτυσσόμενες χώρες, η αστικοποίηση οδήγησε στην δημιουργία οικογενειών με πυρηνικό σύστημα, πράγμα που προκάλεσε την μείωση της στήριξης των ηλικιωμένων. Στη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη από εκείνους που ζουν σε ένα κοινό οικογενειακό σύστημα. Μια κοινή οικογένεια είναι περισσότερο ικανή να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη στους ηλικιωμένους (Silverstein et al. , 2006) .

Παράλληλα, μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ένα κοινό οικογενειακό σύστημα επηρεάζονται θετικά. Σε ένα κοινό οικογενειακό σύστημα, οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες αλληλεπιδράσεις με τους ανθρώπους στο σπίτι. Αυτές οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις παρουσιάζονται λιγότερο σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας. Η πυρηνική οικογένεια στερείται τη συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται στους ηλικιωμένους σε ένα κοινό οικογενειακό σύστημα. Σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας υπάρχουν λιγότεροι φροντιστές για την παροχή υλικής υποστήριξης και αυτό μπορεί να συμβάλει στην κατάθλιψη, επειδή οι παθολογίες που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες μπορεί να επιδεινωθούν, αν δεν υπάρχει επαρκής σωματική υποστήριξη. Συνεπώς οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ένα σύστημα πυρηνικής οικογένειας είναι ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη. (Taqui, A. et al. ,2007).

Μια ακόμη αλλαγή της δομής της οικογένειας που συμβάλει στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι η αλλαγή του ρόλου της γυναίκας και η έξοδος της στην αγορά εργασίας. Οι γυναίκες πλέον δεν μένουν στο σπίτι, επειδή εργάζονται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί η δυνατότητα να προσφέρουν στους ηλικιωμένους την υποστήριξη και την προσοχή που χρειάζονται. (Souza, A. et al. ,2014).

Η Οικογενειακή δυσλειτουργία οδηγεί σε δυσκολία επίλυσης των προβλημάτων της καθημερινής ζωής, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένταση και δυσαρμονία. Ο αγώνας για την επιβίωση επηρεάζει την δυναμική της οικογένειας, ενώ παράλληλα η οικογένεια είναι εκτεθειμένη σε κοινωνικές αδικίες. Μια πιθανή συνέπεια αυτών των συνθηκών είναι η απόσταση μεταξύ των μελών της οικογένειας. Υπάρχουν οικογένειες που είναι έτοιμες να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες ενός ηλικιωμένου ατόμου και λόγω προβληματικών σχέσεων δεν του παρέχουν αγάπη και την προστασία που χρειάζεται. Υπάρχουν όμως κι εκείνες οι οποίες έχουν διαφορετικές υποχρεώσεις και παραμελούν τη φροντίδα των γερόντων τους (Souza,A.et al. ,2014).

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΥΝΩΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΓΙΑ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ανθρώπους που ζούσαν μόνοι. Άρα αποτελεί γεγονός ότι η μοναξιά επηρεάζει την ψυχολογία των ατόμων. Σε μία άλλη έρευνα οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με τα παιδιά τους δήλωσαν ότι είχαν ικανοποιητικό οικογενειακό περιβάλλον σε σχέση με αυτούς που δεν ζούσαν με τα παιδιά τους (Munshi, Y. et al., 2007). Συμφώνα με μια άλλη έρευνα το 70% των ηλικιωμένων ήθελαν να ζουν μόνοι καθώς αποδέχονταν τις αλλαγές ενός πολιτιστικού πρωτοτύπου. Παρ' όλες αυτές τις αλλαγές στην οργάνωση της ζωής, τα ενήλικα παιδιά εξακολουθούσαν να είναι οι κύριες πηγές υποστήριξης, παρέχοντας τόσο καθοριστική όσο και συναισθηματική υποστήριξη στους ηλικιωμένους. (Lee Y. – M. & Holm K., 2011). Όπως αναφέρει και μια άλλη μελέτη, οι ηλικιωμένοι που ζούσαν μόνοι δεν εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς δεν υπήρχαν συγκρουσιακές οικογενειακές σχέσεις. Ωστόσο, είχαν ισχυρά οικογενειακά δίκτυα (Roza K. & Vesna P. -G., 2010).

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η απόσταση της οικογένειας από τον ηλικιωμένο. Οδηγώντας τον ηλικιωμένο σε καταστάσεις μοναξιάς, συναισθηματικής απομόνωσης και συναισθηματικής εγκατάλειψης (Oliveira, S. et al., 2014). Όπως και σε μια άλλη έρευνα, ζώντας σε μια δυσλειτουργική οικογένεια μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική δυσφορία, απομόνωση, επιδείνωση προβλημάτων ή εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Επιπρόσθετα, ένα κύριο αίτιο της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, είναι η αποδυνάμωση της δυναμικής της οικογένειας ασκώντας αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων (Souza, A. et al., 2014).

Στην κατάθλιψη, η έλλειψη φροντίδας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την κατάσταση της υγείας. Σε μια άλλη μελέτη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ύπαρξη ενός ηλικιωμένου ατόμου στο σπίτι με καταθλιπτικά συμπτώματα απαιτείται η συμμετοχή της οικογένειας στην φροντίδα του ηλικιωμένου. Ο ηλικιωμένος έχοντας καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να παραμελήσει την αυτοεξυπηρέτησή του. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να θέσει σε κίνδυνο την κατάσταση της υγείας του και να οδηγηθεί σε αυξημένη νοσηρότητα (Souza, A. et al., 2014).

3,4 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι ηλικιωμένοι που είναι ικανοποιημένοι με το οικογενειακό τους περιβάλλον έχουν χαμηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης (Ekinçi ,M. et al., 2004). Οι στενές οικογενειακές σχέσεις μπορεί να είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας στην παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Munshi, Y. et al. , 2007).

Οι οικογένειες ατόμων χωρίς παρουσία κατάθλιψης, χαρακτηρίζονται από αρμονικότητα, ενώ αντίθετα, οι οικογένειες ατόμων με καταθλιπτική συμπτωματολογία, χαρακτηρίζονται από έλλειψη ενδιαφέροντος, απέχθεια και μόνιμες συγκρουσιακές σχέσεις. Σε πολλές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας φαίνεται πως οι συγκρουσιακές οικογενειακές σχέσεις, το αίσθημα της κακής φροντίδας και η παραμέληση ήταν πιο συχνή σε ασθενείς με καταθλιπτικά συμπτώματα. (Roza K. & Vesna P .-G., 2010) Ενώ, η οικογενειακή συνοχή, η καθημερινή επαφή με τα μέλη της οικογένειας, μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες που μπορεί να μειώσουν τόσο την τάση κατάθλιψης, όσο και τις αρνητικές συνέπειες της κατάθλιψης όπως η αυτοκτονία. (Roza K. & Vesna P .-G., 2010, Lyberg et al. 2013, Lajjie, 2015). επιπλέον η συχνή επαφή με τα μέλη της οικογένειας, . Συμπεραίνεται έτσι πως , η στήριξης της οικογένειας είναι πολύ σημαντική και επηρεάζει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Lajjie, 2015).

Η στήριξη της οικογένειας, δεν παίζει σημαντικό ρόλο μόνο στην προστασία της ψυχικής κατάστασης του ηλικιωμένου, αλλά φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο σε κάθε πρόβλημα της καθημερινότητας και όχι μόνο. Όπως επισημαίνεται , άλλα προβλήματα όπως ο συζυγικός θάνατος, ένα ατύχημα, προβλήματα υγείας ή οικονομικά βάρη είναι πολύ πιο υποφερτά από τους ηλικιωμένους, αν υπάρχει η στήριξη της οικογένειας. (Taqui, A. et al., 2007). Στην ίδια μελέτη φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι με καταθλιπτικά συμπτώματα είναι δυσαρεστημένοι και μοναχικοί επειδή στερούνται το είδος της σχέσης που επιθυμούν. Ωστόσο, η πλειοψηφία θεωρεί ότι τα ενήλικα παιδιά τους θα είναι διαθέσιμα για να τους βοηθήσουν την ώρα που τους έχουν ανάγκη. (Roza K. & Vesna P .-G., (2010).

Συμπερασματικά, οι θετικές οικογενειακές σχέσεις και η οικογενειακή υποστήριξη μπορούν να βελτιώσουν την κακή ψυχική υγεία. Αντίθετα, τα χαμηλά επίπεδα οικογενειακής

υποστήριξης συνδέονται με την έναρξη των συμπτωμάτων κατάθλιψης, καθυστέρηση της ανάκαμψης, και μια τάση προς χρόνια κατάθλιψη (Lyberg et al. 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Πρωταρχική επιδίωξη του κοινωνικού λειτουργού στην εργασία με ηλικιωμένους που πάσχουν από κατάθλιψη, είναι να πετύχει μια καλύτερη αμοιβαία προσαρμογή των ατόμων, των οικογενειών, των ομάδων και του κοινωνικού περιγύρου μέσα στο οποίο ζουν (Πετράκη Ι. ,2004). Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ α) των θεραπευμένων και των θεραπευμένων και των θεραπευτών β) των οικογενειακών και των θεραπευμένων και γ)της Κοινότητας.

Πιο συγκεκριμένα ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι :

➤ Αρμόδιος για λήψη ιστορικού:

Βασικός στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι να κάνει μια σωστή εκτίμηση για την κλινική εικόνα της κατάθλιψης του ηλικιωμένου, την σοβαρότητα του προβλήματος καθώς να ψάξει και τον τρόπο για την αντιμετώπιση του. Επιπρόσθετα, είναι επαγγελματικά εκπαιδευμένος ώστε να θέσει τα σωστά ερωτήματα για την περαιτέρω επίλυση των προβλημάτων του ασθενή (www.healthworkscollective.com). Σπουδαίο για τέτοιου είδους έρευνα είναι τις περισσότερες φορές να γίνεται η λήψη ιστορικού, πράγμα που φυσικά βοηθάει στο να γίνει μια προετοιμασία σωστή και ολοκληρωμένη που θα οδηγήσει στην επικοινωνία η οποία πρέπει να κατευθύνεται ορθά και από τις δυο πλευρές, ενώ παράλληλα θα απομακρύνει καθετί αρνητικό οδηγώντας σε σωστά αποτελέσματα (Δημητρίου Χ &Μπελιμπασάκη Σ. 2007). Θα βοηθήσει να εκφραστούν με δικά τους λόγια τι λειτούργει σωστά και τι όχι στην ζωή τους (www.healthworkscollective.com).

Το κοινωνικό ιστορικό αποτελεί ένα από τους σπουδαιότερους παράγοντες για την ορθή αποτίμηση συμπερασμάτων για ένα κοινωνικό λειτουργό. Αρχικά, απαραίτητο στοιχείο είναι να μελετηθεί το ιστορικό του προβλήματος, δηλαδή τόσο η έναρξή του όσο και τα γεγονότα εκείνα που συντέλεσαν στο να εμφανιστεί πιο γρήγορα το πρόβλημα. Ακόμα, σπουδαίο ρόλο παίζουν και οι ενέργειες του ατόμου ή και των συγγενών του και κατ' επέκταση των σημαντικών ανθρώπων που θα βοηθήσουν στην επίλυση του προβλήματος και

συνάμα και οι απόψεις τους. Παράλληλα, σημαντικά κρίνονται και τα ατομικά στοιχεία, που αφορούν όχι μονάχα την ηλικία και την εμφάνιση του ατόμου αλλά προεκτείνονται και στην εκπαίδευση του, το επάγγελμα του, την οικονομική του κατάσταση με απολήξεις στο γονικό, συζυγικό ή και άλλο ρόλο που σχετίζεται με το πρόβλημα και τέλος τις συνθήκες κατοικίας. Επιπλέον, σπουδαίο είναι και τα οικογενειακά στοιχεία που μπορεί να αφορούν τόσο τη δομή της οικογένειας, την προέλευση του ατόμου, τα παιδιά τους, τους συντρόφους και γενικότερα του γονείς και τα αδέρφια τους μελετώντας επίσης την ψυχοσωματική τους υγεία, τις σχέσεις και τις αντιλήψεις του ατόμου, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση και τέλος η στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στο πρόβλημα (Επιτροπή ΠΕΑ ΠΑ, χ. χ.).

➤ **Δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης:**

Όταν ο ασθενής έρθει στον κοινωνικό λειτουργό για βοήθεια, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει πρώτα να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον εξυπηρετούμενο. Στην συνέχεια να του δώσει βοήθεια να εκφράσει το πρόβλημα του και τέλος να καταφέρουν μαζί να εξασφαλίσουν λύση για το πρόβλημα (Πετράκη Ι., 2004). Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να σέβεται τον ηλικιωμένο, να τον εκτιμάει, να είναι ευγενικός μαζί του και να τον αποδέχεται με ενσυναίσθηση (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007).

➤ **Διευκολυντής στην επίτευξη στόχων:**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί δημιουργούν μια ποικιλία από θεραπείες μέσω της λεκτικής επικοινωνίας η οποία ποικιλία περιλαμβάνει ατομική συμβουλευτική, υπηρεσίες παρέμβασης σε κρίση καθώς και κινητοποίηση των υποστηρικτικών δικτύων. Επιπλέον, εκτελούν λειτουργίες διαχείρισης των υποθέσεων που αφορούν την παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής καθώς και τα ιατρικά ραντεβού των ηλικιωμένων όπου είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους θεραπευόμενους των οποίων η κατάθλιψη αποτελεί μια υποτροπιάζουσα ασθένεια (www.socialworkpolicy.org). Επόμενο στάδιο εργασίας είναι η βοήθεια στην αποκατάσταση του ασθενή καθώς επίσης και η βοήθεια στο περιβάλλον του να αποδεχθεί το πρόβλημα του ηλικιωμένου (Πετράκη Ι., 2004). Ένας κοινωνικός λειτουργός λοιπόν παρέχει βοήθεια με σκοπό την βελτίωση τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής κατάστασης του ηλικιωμένου με κατάθλιψη. Μια τέτοια βοήθεια οδηγεί τον ηλικιωμένο στο να αντιμετωπίζει το πρόβλημα που προκύπτει σαν κάτι συνολικό και όχι ως μια ξεχωριστή παράμετρο που επηρεάζει αρνητικά το άτομο (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007).

➤ **Συνήγορος υπέρ της αλλαγής:**

Είναι αναμφισβήτητο πως μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι, να παροτρύνει το ίδιο το άτομο να ενδιαφερθεί ξανά για την ζωή. Σπουδαία για αυτό είναι αφενός η επιμέλεια για την εξωτερική εμφάνιση και αφετέρου η ενίσχυση του αυτοαισθήματος και αυτοπροστασίας που θα οδηγήσει στην εμπιστοσύνη για τον εαυτό του (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007). Στον ασθενή που υποφέρει από κατάθλιψη όλες οι δραστηριότητες της ημέρας μπορεί να φαίνονται δύσκολες. Άρα το πιο σημαντικό βήμα είναι να πείσουμε τον ασθενή να ολοκληρώσει κάποιες δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ημέρας. Αυτό μπορεί να γίνει σταδιακά αρχίζοντας με κάποιες ευχάριστες δραστηριότητες. Ορισμένα άτομα νιώθουν πλήξη, κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση, μοναξιά και έλλειψη κινήτρων. Ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει το άτομο να σκεφθεί πράγματα που θα ήθελε να κάνει και στη συνέχεια να πραγματοποιήσει ορισμένα από αυτά. Στην κατάθλιψη τα άτομα τείνουν να σκέπτονται συνεχώς αρνητικά. Στην περίπτωση αυτή ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να κάνει το άτομο να σκεφθεί θετικά (Πετράκη Ι., 2004). Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντικό είναι ο κοινωνικός λειτουργός να μπορέσει να παροτρύνει τον ηλικιωμένο να συμφιλιωθεί με την ηλικία του και τις χαρές που τις συνοδεύουν και έτσι να κοινωνικοποιηθεί ή και να αναπτύξει περισσότερες σχέσεις με τους συνανθρώπους του. Το συναίσθημα της αυτοεκτίμησης για τον ηλικιωμένο κρίνεται απαραίτητο ώστε να νιώσει μέλος μιας δημιουργικής ομάδας στο πλαίσιο μιας κοινωνίας ώστε να μην νιώθει ανεπιθύμητος και άχρηστος. Παράλληλα σ αυτό, μπορεί να βοηθήσει η παρότρυνση του κοινωνικού λειτουργού να συναναστραφεί με άτομα νεαρής ηλικίας που οδηγεί στον αλληλοσεβασμό και κατανόηση και μειώνει την μεταξύ τους απόσταση (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007).

Συμφωνά, με τα Γηριατρικά Κέντρα Εκπαίδευσης, οι παρεμβάσεις των κοινωνικών λειτουργών που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους απευθύνονται στην ενίσχυση της αξιοπρέπειας και της αυτό διάθεσης τους, την προσωπική ολοκλήρωση και την ποιότητα ζωής τους. Βασική προτεραιότητα των κοινωνικών λειτουργών που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους είναι να διατηρούν και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των θεραπευμένων τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει όχι μόνο τις φυσικές επιπλοκές της γήρανσης του πληθυσμού, αλλά και την ψυχική υγεία, τα πολιτικά εμπόδια καθώς και τις οργανωτικές προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι (www.healthworkscollective.com). Ακόμη, έχοντας αξιοποιήσει τις ικανότητες του κάθε

ηλικιωμένου μπορεί να του προσφέρει ψυχολογική τόνωση, σωματική ευεξία και να μεγιστοποιήσει την αποδοτικότητά του. (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007).

➤ **Οικογενειακός σύμβουλος:**

Για τις οικογένειες, ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί ανεκτίμητη αξία. Βοηθάει τις οικογένειες σχετικά με την ποικιλία των υπηρεσιών που έχουν στην διάθεση τους, τον συντονισμό φροντίδας σε διάφορα συστήματα υγείας, την διευκόλυνση της οικογενειακής στήριξης καθώς τους παρέχει άμεση συμβουλευτική υπηρεσία και βοήθεια (www.healthworkscollective.com). Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να προετοιμάσει την οικογένεια για τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει με τη συμβίωση του ασθενή. Πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός και προστατευτικός σε ασθενείς που έχουν τάση αυτοκτονίας (Πετράκη Ι. ,2004). Υποστηρίζοντας την οικογένεια και αφού ασχοληθεί μαζί τους είναι σε θέση να διαχειριστεί καθώς και να επιλύσει τυχόν συγκρούσεις που υπάρχουν. Πιο συγκεκριμένα , κατέχει τον ρόλο του διαμεσολαβητή όπου διαπραγματεύεται μεταξύ των μελών της οικογένειας ασκώντας τους την κατάλληλη κατά την γνώμη του , θεραπεία. Στην περίπτωση της θεραπείας με οικογένεια του ηλικιωμένου που αναφερόμαστε ο κοινωνικός λειτουργός είναι αρμόδιος να συγκρατεί τον κοινωνικό έλεγχο για θέματα που αφορούν την κακοποίηση των ηλικιωμένων, την ενδοοικογενειακή βία καθώς και τις διαδικασίες της τυχόν απομάκρυνσης του ηλικιωμένου από το οικογενειακό του περιβάλλον (www.iasw.ie). Επιπροσθέτως, ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκπαιδευμένος ώστε να εφαρμόσει και την οικογενειακή ψυχοθεραπεία μέσω της καλλιέργειας μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης των μελών της οικογένειας. Ο θεραπευόμενος παίρνει θάρρος να εκφράσει τα συναισθήματα ενοχής , ανημποριάς ή ακόμη και ανεπάρκειας που τον περικλείουν. Με αυτόν τον τρόπο τα μέλη της οικογένειας ενημερώνονται σχετικά με τα συναισθήματα τους ειδικότερα στην περίπτωση είναι αρμόδιοι για την θεραπεία του ηλικιωμένου. Σ αυτό το σημείο καταφέρνουν και οι δύο πλευρές να αλληλεπιδρούν και να δημιουργούν διαντιδράσεις. Μέσω αυτής της ενέργειας , τα μέλη συνυπάρχουν σε ένα ευέλικτο περιβάλλον όπου ο ηλικιωμένος μέσω αυτού θα καταφέρει να βγει ακέραιος από την κατάσταση αποσταθεροποίησης που ζούσε με αποτέλεσμα να επαναπροσαρμοστεί πιο εύκολα στις καινούργιες καταστάσεις που αυτές απαιτούν. Συμπερασματικά , η οικογενειακή θεραπεία χρήζει αμεσότητα καθώς και ενεργητικότητα μέσω των θεραπευτών, συμπεριλαμβανομένων και των απαραίτητων παρεμβάσεων, συμβουλών, σχολίων καθώς και

τη διδασκαλία καινούργιων δεξιοτήτων και νέων προτύπων διαπροσωπικής συμπεριφοράς (Μαρτζακλή Η. ,2008).Η οικογένεια παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη γρήγορη θεραπεία του (Πετράκη Ι, 2004).

➤ **Σχεδιαστής και Συντονιστής ομάδας:**

Εκτός από την εργασία με άτομα, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με ομάδες. Στόχος του είναι να δημιουργήσει ομάδες που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια ή το ίδιο πρόβλημα. Στην περίπτωση αυτή δημιουργεί ομάδες με καταθλιπτικούς ασθενείς με σκοπό να εκφράσουν τους φόβους και τα συναισθήματα που νιώθουν. Τέτοιες ομάδες μπορεί να δημιουργήσει και με τις οικογένειες των ασθενών (Πετράκη Ι, 2004)

➤ **Ενθαρρύνει την πρόσβαση σε πόρους και υπηρεσίες:**

Πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί ενεργούν ως συνδετικός κρίκος των πελατών τους με τα πολυάριθμα δημόσια ή ιδιωτικά προγράμματα που υπάρχουν για τους ηλικιωμένους. Τους βοηθάνε να επιλέξουν την κατάλληλη υπηρεσία, συμπεριλαμβανομένων και των αντίστοιχων προγραμμάτων αυτή, ώστε μέσω αυτής να μπορέσουν να λύσουν τα προβλήματα τους (www.healthworkscollective.com).Μπορεί επίσης να βοηθήσει τον ασθενή σε θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών που προβλέπονται για τη νόσο αυτή (Πετράκη Ι , 2004).

➤ **Υπεύθυνος για την κατ' οίκον φροντίδα υγείας.**

Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί και στο περιβάλλον όπου ζει ο ηλικιωμένος δηλαδή στο σπίτι του, παρέχοντας του φροντίδα υγείας. Αυτές οι υπηρεσίες φροντίδας περιλαμβάνουν κατ' οίκον επισκέψεις προκειμένου να διαπιστωθεί πως ο εξυπηρετούμενος είναι ασφαλής στο περιβάλλον του. Επίσης, γίνεται εκτίμηση της κατάστασης και των αναγκών του ασθενούς στο περιβάλλον του. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι υπεύθυνος να κρίνει αν είναι απαραίτητο να απομακρυνθεί από το σπίτι του και να μεταφερθεί σε κάποια Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων. Ακόμη, ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκπαιδευμένος να αναγνωρίσει και να εκτιμήσει την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου και αν κριθεί απαραίτητο θα κανονίσει επίσκεψη με έναν γιατρό ώστε να

εκτιμηθεί η κατάσταση του ασθενούς και από ιατρικής απόψεως (www.healthworkscollective.com).

➤ **Αποτελεί μέλος θεραπευτικής ομάδας (συμβάλει στην πρόληψη):**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν στην εξεύρεση λύσεων των ηλικιωμένων οι οποίοι αντιμετωπίζουν προσωπικές, κοινωνικές και περιβαλλοντολογικές προκλήσεις λόγω γήρανσης(<http://www.healthworkscollective.com>). Γίνεται λοιπόν με τη σειρά του μέρος της έρευνας για την Τρίτη ηλικία τόσο με προγράμματα πρωτοβάθμιας μα και δευτεροβάθμιας μονάδας που βοηθούν στην πρόληψη και περίθαλψη κάτι που με την σειρά του ευνοεί και το γενικότερο πλαίσιο της επιστημονικής μελέτης (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007).Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί σημαντικό μέλος της θεραπευτικής ομάδας για την θεραπεία της κατάθλιψης του ηλικιωμένου (<http://www.socialworkpolicy.org>).Χρησιμοποιεί ως «συνοδοιπόρος» του ,μέσα από τα πολύπλοκα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικών υπηρεσιών(www.healthworkscollective.com).

Καταλυτικά, συμπεραίνεται πως η βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού είναι χρήσιμη και απαραίτητη για όλα τα πλαίσια και τις φάσεις τις τρίτης ηλικίας. Μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του τόσο στο ίδιο το άτομο (κοινωνική εργασία με άτομα) όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον (κοινωνική εργασία με οικογένεια), ενώ παράλληλα είναι σε θέση και να εκπαιδεύσει άτομα που λειτουργούν εθελοντικά φτάνοντας μέχρι και τις ομάδες αυτοβοήθειας (Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. 2007).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1.α Στόχος μελέτης:

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των στενών οικογενειακών δεσμών με την ύπαρξη ή μη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ηλικιωμένους.

5.1.β Οι Ερευνητικές υποθέσεις:

- Το ποσοστό της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.
- Οι ηλικιωμένοι που έχουν χηρέψει εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό της τρίτης ηλικίας.
- Η κακή σωματική υγεία ενός ηλικιωμένου ατόμου αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών.
- Οι στενοί οικογενειακοί συναισθηματικοί δεσμοί επιδρούν ως προστατευτικοί παράγοντες στην παρουσία κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.
- Η ουσιαστική βοήθεια από την μεριά της οικογένειας προς τον ηλικιωμένο συμβάλει στην αποφυγή καταθλιπτικών διαταραχών.
- Η καθημερινή επαφή της οικογένειας με τον ηλικιωμένο συμβάλει στην αποφυγή καταθλιπτικών διαταραχών.

5.2 Σχεδιασμός μελέτης:

5.2.α Πληθυσμός μελέτης /Κριτήρια εισαγωγής αποκλεισμού:

Η ερευνά μας πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ της Δυτικής Θεσσαλονίκης και της Πτολεμαΐδας κατά το διάστημα από τις 1 Μάιου του 2015 έως τον Ιούλιο του 2015, τις πρωινές ώρες. Το συνολικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 200 άτομα ηλικίας 65 χρονών και άνω, από άνδρες και γυναίκες που είτε συχνάζουν είτε παρευρίσκονται σε αυτά

τα μέρη τα οποία και αποτελούν χώρο φιλοξενία τους . Τα κριτήρια αποκλεισμού αποτελούσαν άτομα κάτω από 65 χρονών και ασθενείς με άνοια καθώς δεν απαντούν αντικειμενικά.

5.2.β Τεχνικές συλλογής στοιχείων - Εργαλείο έρευνας :

Το δείγμα μας επιλέχθηκε με την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Απλή τυχαία δειγματοληψία είναι όταν η επιλογή του δείγματος γίνεται στην τύχη και κάθε μονάδα του πληθυσμού έχει ίδια πιθανότητα να συμπεριλαμβάνεται στο δείγμα (ClaudeJaveau, 2000) .

5.2.γ Εργαλείο Έρευνας

Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της ποσοτικής αυτής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Η συλλογή των απαντήσεων έγινε μέσω της απευθείας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μετά τη διανομή τους. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και τα στοιχεία που απορρέουν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Στην περίπτωση της δικής μας έρευνας τα ερωτηματολόγια έφταναν και συμπληρώνονταν από τους ερωτώμενους μέσω της φυσικής μας παρουσίας προς αποφυγήν κάθε υπηρεσιακής οδού, η αποστολή δηλαδή των ερωτηματολογίων μέσω των «προϊσταμένων» ή κάθε είδους εμπλεκόμενων. Η πρώτη θεματική του ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήματα που καθρέφτιζαν κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας και αποτελούνταν από 15 ερωτήσεις . Στην δεύτερη θεματική χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο Geriatric Depression Scale (G.D.S). Σύμφωνα, με τον Φουντουλάκη ΚΝ. κ.α. (1999) το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήσαμε είναι το Geriatric Depression Scale (G.D.S) το οποίο είναι από τα λίγα που έχει σχεδιαστεί ειδικά σε ηλικιωμένους και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά. Είναι αυτοσυμπληρούμενο, αν και πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να την διαβάσει εξεταστής στον ασθενή (<http://www.psychiatry.gr>). Παράλληλα, υπήρχαν ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου οι οποίες απαντήθηκαν. Οι ερωτήσεις περιλάμβαναν δημογραφικά στοιχεία, οικογενειακή, οικονομική κατάσταση, μόρφωση, υγεία , εργασία, στέγαση αλλά και τη σχέση με την οικογένεια τους.

Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων και την διεξαγωγή συμπερασμάτων θα χρησιμοποιήσουμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για την καλύτερη και αποτελεσματική ανάλυση των δεδομένων.

5.3.α Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης και ενέργειες για την άρση των δυσκολιών:

Κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας προέκυψε στην δυσκολία ανάγνωσης του ερωτηματολογίου μας. Αναλυτικότερα, ο λόγος αφορά τους ηλικιωμένους των οποίων ο αριθμός αναλόγων είναι μεγάλος. Για τον λόγο αυτό, οι ερωτήσεις χρειάστηκε να διαβαστούν και να απαντηθούν με την βοήθεια μας. Επίσης, λόγω καλοκαιρινών διακοπών, όπως ήταν αναμενόμενο, σημαντικό δείγμα των ηλικιωμένων απουσίαζε λόγω αυτού και για την παραπάνω αιτία θεωρήσαμε σημαντικό να επιλέξουμε τυχαίο δείγμα ηλικιωμένων από πόλη της Δυτικής Μακεδονίας την Πτολεμαΐδα.

5.3.β Ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν:

Κάθε έρευνα που πραγματοποιείται είναι απαραίτητο να δεσμεύεται για το απόρρητο των απαντήσεων των ερωτηθέντων. Δεσμευόμαστε λοιπόν από το απόρρητο του κώδικα δεοντολογίας, με κύριο μέλημά μας οι προσωπικές απαντήσεις των ερωτηθέντων να μην χρησιμοποιηθούν, ούτε να διαρρεύσουν παρά μόνο να χρησιμοποιηθούν για την διεξαγωγή αποτελεσμάτων στην έρευνα μας με σεβασμό προς αυτόν. Παράλληλα, στις απαντήσεις που δόθηκαν θα λέγαμε ότι δε διακρίθηκαν σε σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

6.1.α. Στατιστική επεξεργασία:

Στη στατιστική ανάλυση της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 21. Η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων του δείγματος για να ελεγχθούν οι πιθανές διαφορές στις κατανομές των συχνοτήτων των μεταβλητών, πραγματοποιήθηκε με τον έλεγχο χ^2 (Pearson's Chi-square test).

Για να μελετηθούν οι επιδράσεις των οικογενειακών σχέσεων στην παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων εφαρμόστηκαν μοντέλα πολυπαραγοντικής λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression, multivariable logistic regression), λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες.

Για όλες τις αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p > 0,05$, ενώ υπολογίστηκαν και τα διαστήματα εμπιστοσύνης 95% (Confidence Intervals C.I.)

7. Ερωτηματολόγιο:

A. Κοινωνικό - Δημογραφικά στοιχεία:

1. Φύλο:

- Άνδρας Γυναίκα

2. Έτος Γέννησης:

3. Οικογενειακή Κατάσταση:

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η ή να συζεί με σύντροφο
- Σε διάσταση
- Διαζευγμένος/η
- Χειρός/η

4. Μόρφωση:

- Αναλφάβητος/η
- Μερικές τάξεις Δημοτικού
- Απόφοιτος/η Δημοτικού
- Μερικές τάξεις Γυμνασίου
- Απόφοιτος/η Γυμνασίου
- Μερικές τάξεις Λυκείου
- Απόφοιτος/η Λυκείου
- Απόφοιτος/η ΑΕΙ/ΤΕΙ

5. Οικονομική κατάσταση:

- Δύσκολη
- Ικανοποιητική

Πολύ Καλή

6. Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε πως η υγεία σας είναι:

Κακή

Μέτρια

Καλή

Πολύ Καλή

7. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια;

Ναι

Όχι

8. Εργάζεστε;

Ναι

Είμαι συνταξιούχος/α

Δεν εργάστηκα ποτέ

9. Ζείτε :

Μόνος/η

Με τον/την σύζυγο/σύντροφο

Με τα παιδιά σας

Με άλλα συγγενικά πρόσωπα

Άλλο

10. Έχετε παιδιά;.....

- Ναι
- Όχι

11. Πόσα παιδιά έχετε;..... (αν δεν έχετε παιδιά πηγαίετε στην 14 ερώτηση)

12. Α, ναι πόσο συχνά τα βλέπετε; (αν δεν έχετε παιδιά πηγαίετε στην 14 ερώτηση)

- Κάθε μέρα
- 1- 2 φορές την εβδομάδα
- 1- 2 φορές το μήνα
- 1- 2 φορές το χρόνο
- Καθόλου

13. Κατοικία παιδιών : (αν δεν έχετε παιδιά πηγαίετε στην 14 ερώτηση)

- στο ίδιο σπίτι ή κτίριο
- ανάμεσα σε 5 και 25 χιλ
- ανάμεσα σε 50 και 100 χιλ
- ανάμεσα σε 100 και 500 χιλ

14. Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθάει στις καθημερινές σας λειτουργίες:

- Σύζυγος
- Παιδιά
- Συγγενείς

Φίλοι

Γείτονες

Αμειβόμενο Πρόσωπο

Άλλο

15. Πόσο συχνά επικοινωνείτε με τα παιδιά και τους συγγενείς σας;

Κάθε μέρα έως κάθε εβδομάδα

Λιγότερο από εβδομάδα

Κάθε μήνα ή λιγότερο

Ποτέ

| Ερωτήσεις | Ναι | Όχι |
|---|------------|------------|
| 1. Είσαστε ευχαριστημένοι με την ζωή σας; | | |
| 2. Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας; | | |
| 3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια; | | |
| 4. Αισθάνεστε συχνά ανία; | | |
| 5. Είσαστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό ; | | |
| 6. Φοβάστε ότι θα γίνει κάτι κακό; | | |
| 7. Αισθάνεστε ευτυχισμένος/η το περισσότερο καιρό; | | |
| 8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος/η; | | |
| 9. Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να ασχολείστε με καινούργια πράγματα; | | |
| 10. Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων; | | |

| | | |
|---|--|--|
| 11. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός/η τώρα; | | |
| 12. Αισθάνεστε άχρηστος/η όπως είστε τώρα; | | |
| 13. Αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια; | | |
| 14. Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική; | | |
| 15. Πιστεύεται ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας; | | |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

6.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ακολούθως αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας κατόπιν του στατιστικού έλεγχου μέσω του προγράμματος SPSS. Στη βάση του εν λόγω προγράμματος καταχωρήθηκαν αποτελέσματα σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτημάτων και απαντήσεων μας του δείγματος σύμφωνα των ερωτημάτων που λήφθηκαν υπόψη για τις ανάγκες της έρευνας μας και τα συμπεράσματα που θεωρούνταν αναγκαία να εκτεθούν με απώτερο στόχο την κάλυψη μελλοντικών αναγκών όπως μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας. Συνεχίζουμε στην αναλυτική επεξεργασία της ανάλυσης των δεδομένων.

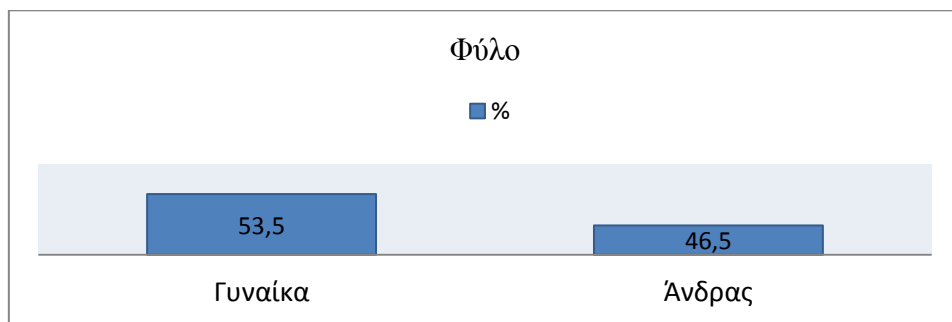
6,2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:

Κοινωνικό-Δημογραφικά στοιχεία:

6.2.α Φύλο:

Η πλειοψηφία των ατόμων της έρευνας ήταν γυναίκες με ποσοστό 53,5%, (107) ενώ οι άνδρες αποτελούσαν το 46,5% (93). Στο διάγραμμα (1) και στον πίνακα (1) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 1:



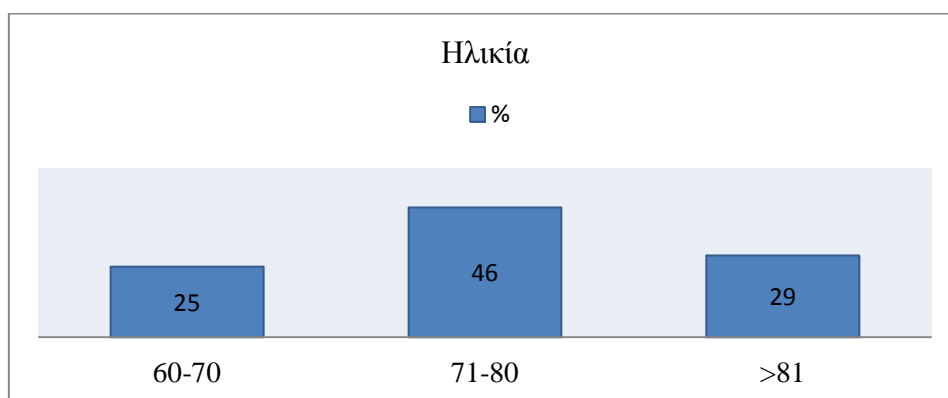
Πίνακας 1:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|-----------|
| Φύλο | |
| Άντρες | 93(46,5) |
| γυναίκες | 107(53,5) |

6.2.β Ηλικία:

Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας απαντήθηκε από άτομα που ηλικιακά ανήκαν μεταξύ 71-80 ετών σε ποσοστό 46% (92), ενώ το 29% (58) αποτελούνταν από άτομα ηλικίας 81 ετών και άνω, ακολουθούσε ένα ποσοστό 25% (50) ατόμων ηλικίας 60-70 ετών. Στο διάγραμμα (2) και στον πίνακα (2) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 2:



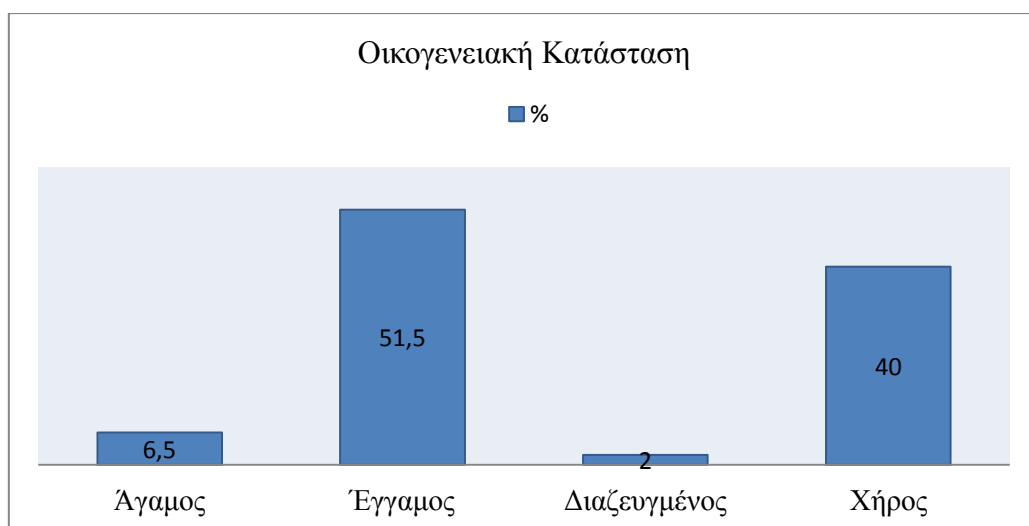
Πίνακας 2:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|---------|
| Ηλικία | |
| 60-70 | 50 (25) |
| 71-80 | 92 (46) |
| >81 | 58(29) |

6.2.γ Οικογενειακή κατάσταση:

Το 51,5% (103) του ερευνητικού μας δείγματος ήταν έγγαμοι. Ακολούθησαν οι χήροι με ποσοστό 40% (80), οι άγαμοι σε ποσοστό 6,5% (13) και τέλος οι διαζευγμένοι με 2% (4). Στο διάγραμμα (3) και στον πίνακα (3) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 3:



Πίνακας 3:

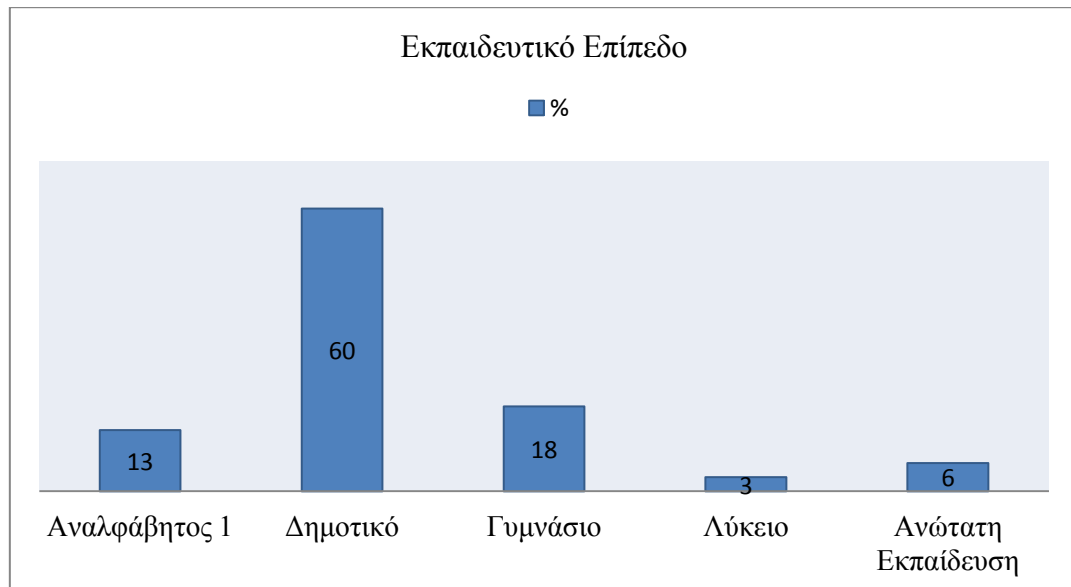
| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|-----------|
| Οικογενειακή κατάσταση | |
| Άγαμος | 13(6,5) |
| Έγγαμος | 103(51,5) |
| Διαζευγμένος | 4(2) |

| | |
|-------|--------|
| Χήρος | 80(40) |
|-------|--------|

6.2.δ Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Όπως έδειξε το συντριπτικό ποσοστό 60% (120) δήλωσαν ότι ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού. Το 18% (36) αποτελούσαν οι απόφοιτοι του γυμνασίου, ενώ οι αναλφάβητοι ακολουθούν με μικρή διαφορά ποσοστό 13% (26) . Η ανωτάτη εκπαίδευση άγγιζε το 6% (12) ενώ οι απόφοιτοι λυκείου το 3% (6). Στο διάγραμμα (4) και στον πίνακα (4) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 4:



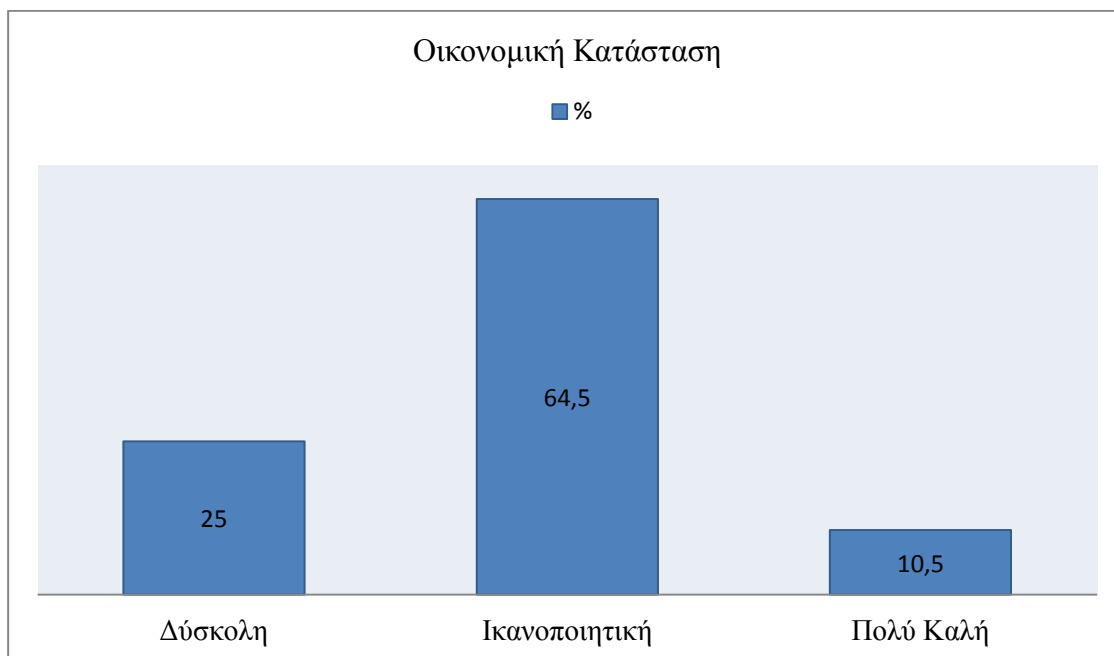
Πίνακας 4:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|---------|
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | |
| Αναλφάβητος | 26(13) |
| Δημοτικό | 120(60) |
| Γυμνάσιο | 36(18) |
| Λύκειο | 6(3) |

6.2.ε Οικονομική κατάσταση:

Όσον αφορά το ποσοστό των ηλικιωμένων σε σχέση με οικονομική τους κατάσταση, παρατηρείται ότι από όσους απάντησαν στο ερώτημα, το 64,5% (129) αισθανόταν ικανοποιημένοι, ενώ το 25% (50) αισθανόταν ότι η κατάσταση τους είναι δύσκολη. Αντιθέτως το 10,5% (21) του δείγματος ήταν σε πολύ καλή οικονομική κατάσταση. Στο διάγραμμα (5) και στον πίνακα (5) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 5:



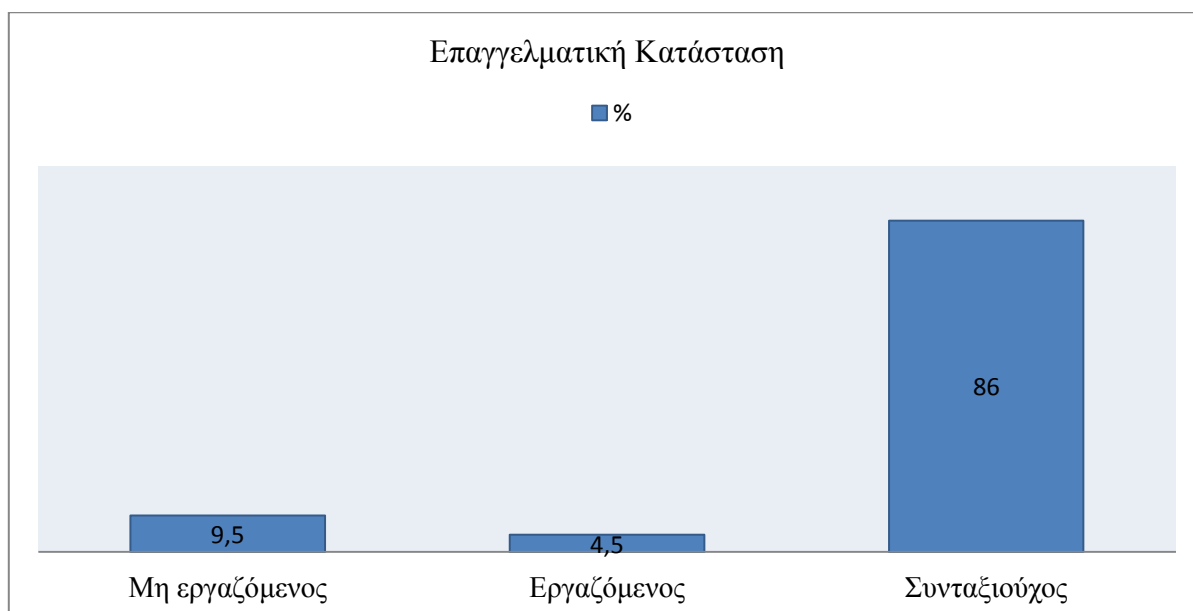
Πίνακας 5:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|------------|
| Οικονομική κατάσταση | |
| Δύσκολη | 50 (25) |
| Ικανοποιητική | 129 (64,5) |
| Πολύ καλή | 21 (10,5) |

6.2.στ Επαγγελματική Κατάσταση:

Σχετικά με το εργασιακό καθεστώς των ερωτηθέντων το 86% (172) ήταν συνταξιούχοι, το 9,5% (19) δεν εργάστηκαν ποτέ ενώ σε ποσοστό 4,5% εξακολουθούν να εργάζονται. Στο διάγραμμα (6) και στον πίνακα (6) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 6:



Πίνακας 6:

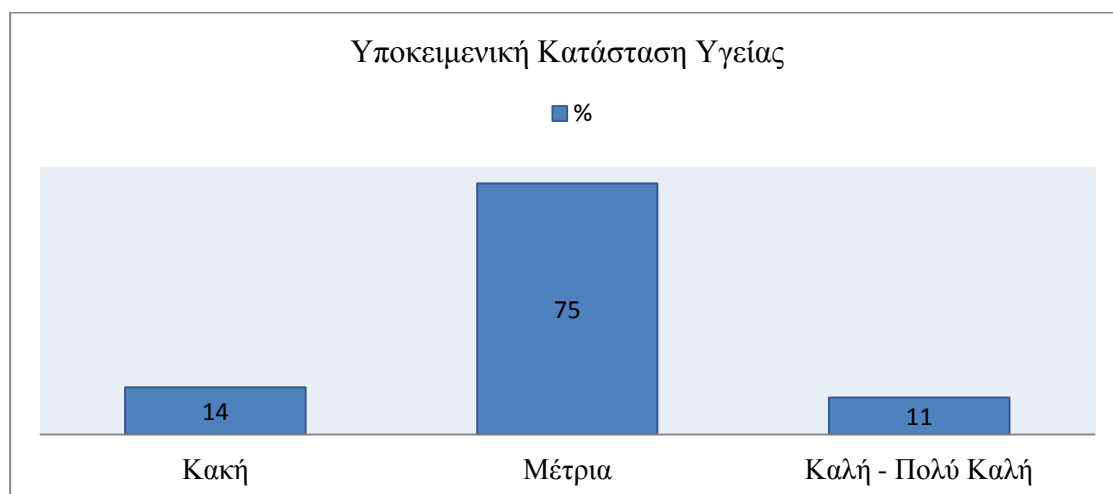
| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|----------|
| Επαγγελματική κατάσταση | |
| Μη εργαζόμενος | 19(9,5) |
| Εργαζόμενος | 9 (4,5) |
| Συνταξιούχος | 172 (86) |

6.3 ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:

6.3.α Υποκειμενική κατάσταση Υγείας:

Από τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν στην διαδικασία το 75% (150) δήλωσε ότι έχουν μέτρια υγεία, το 14% (28) κακή ενώ το 11% (22) είχαν καλή έως πολύ καλή κατάσταση υγείας. Στο διάγραμμα (7) και στον πίνακα (7) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 7:



Πίνακας 7:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|-------------------------------|----------|
| Υποκειμενική κατάσταση υγείας | |
| κακή | 28 (14) |
| Μέτρια | 150 (75) |
| Καλή-πολύ καλή | 22 (11) |

6.3.β Χρόνια Ασθένεια:

Ακολούθως ,το ποσοστό του 65,5% (131) πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια ενώ το 34,5% (69) δεν πάσχει. Στο διάγραμμα (8) και στον πίνακα (8) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 8:



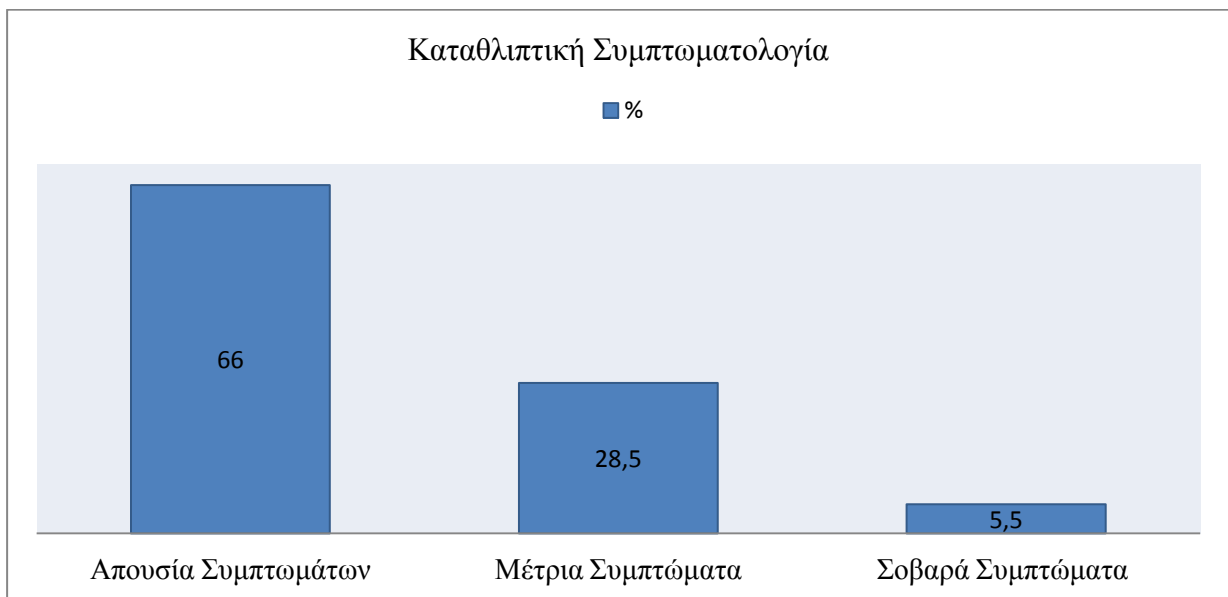
Πίνακας 8:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|------------|
| Χρόνια ασθένεια | |
| Όχι | 69 (34,5) |
| Ναι | 131 (65,5) |

6.3.γ Καταθλιπτική συμπτωματολογία:

Όσον αφορά τα ποσοστά του δείγματος που παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα, συνολικά το 66% (132) του δείγματος δεν παρουσίασε καταθλιπτικά συμπτώματα. Το 28,5% (57) εμφάνισε μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα, και με μεγάλη διαφορά σε ποσοστό 5,5% (11) παρουσίασε σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα. Στο διάγραμμα (9) και στον πίνακα (9) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 9:



Πίνακας 9:

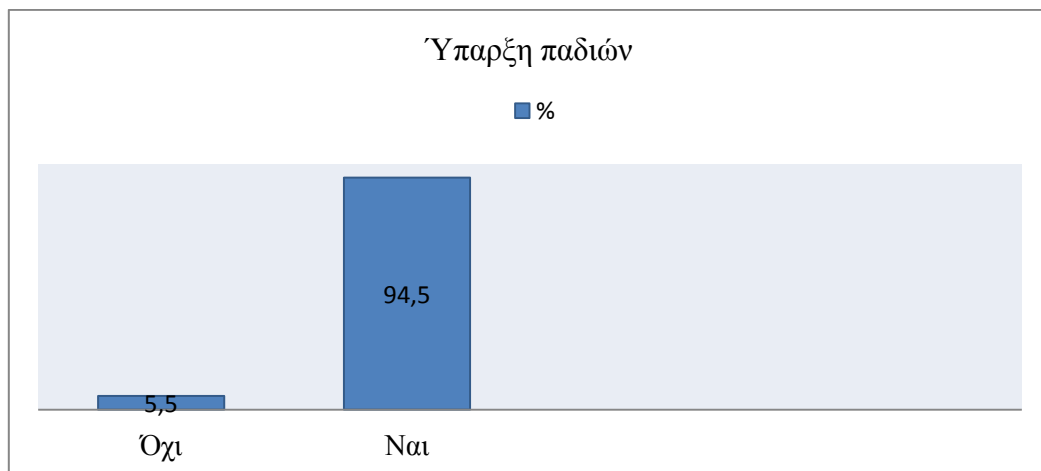
| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|-------------------------------------|--------------|
| Καταθλιπτική συμπτωματολογία | |
| Απουσία συμπτωμάτων | 132 (66) |
| Μέτρια συμπτώματα | 57 (28,5) |
| Σοβαρά συμπτώματα | 11 (5,5) |

6,4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ:

6.4.α Ύπαρξη παιδιών:

Στο ερευνητικό κομμάτι σχετικά με το ερώτημα για την ύπαρξη παιδιών, αναφέρουμε τα ακόλουθα. Το 5,5% (11) των ερωτηθέντων δεν έχουν παιδιά σε αντίθεση με το 94,5% που έχουν παιδιά (189). Επιπλέον, ο μέσος όρος των παιδιών έχει δύο παιδιά (2 ± 0.9). Στο διάγραμμα (10) και στον πίνακα (10) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 10:



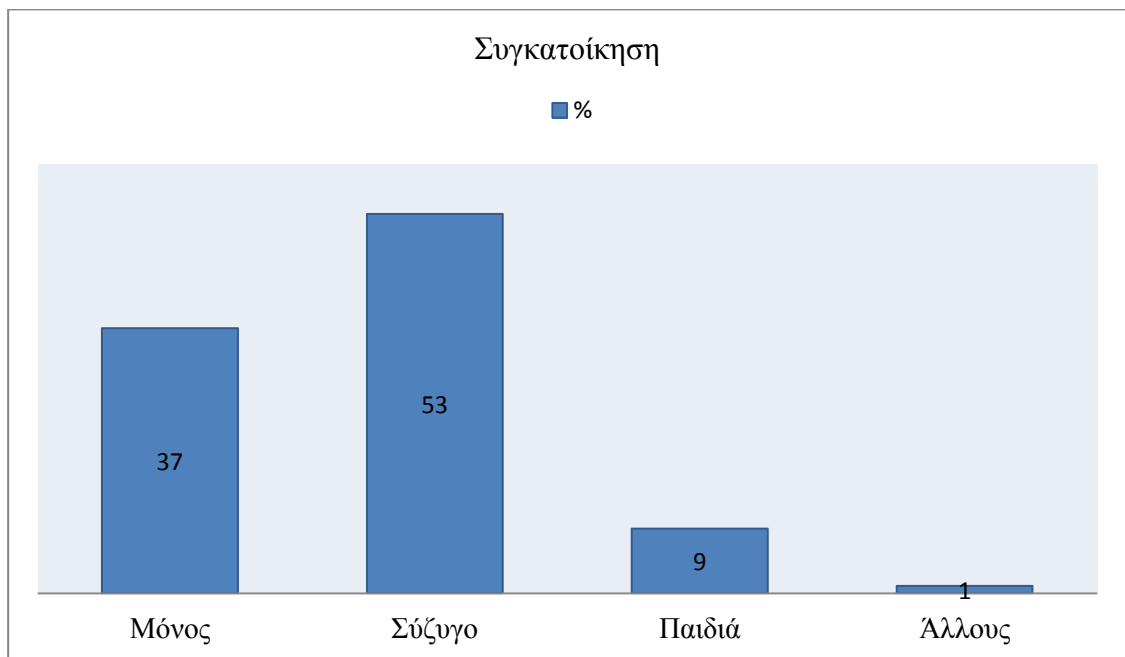
Πίνακας 10:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|------------------------------------|----------------|
| Ύπαρξη παιδιών | |
| Όχι | 11 (5,5) |
| Ναι | 189 (94,5) |
| Αριθμός παιδιών (mean \pm SD) | (2 ± 0.9) |

6.4.β Συγκατοίκηση:

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι 53% (106) μένουν με τον σύζυγο τους, το 37% (74) μένουν μόνοι, το 9% (18) των ερωτηθέντων μένουν με τα παιδιά τους ενώ το 1% (2) με άλλους. Στο διάγραμμα (11) και στον πίνακα (11) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 11:



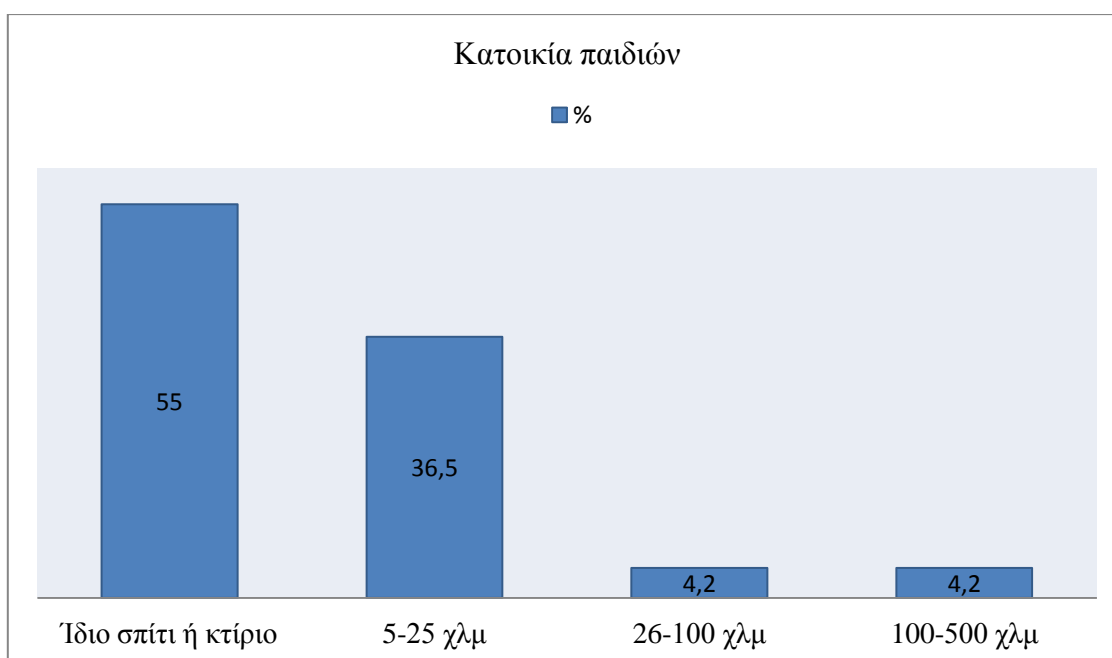
Πίνακας 11:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|----------|
| Συγκατοίκηση | |
| Μόνος | 74 (37) |
| Σύζυγο | 106 (53) |
| Παιδιά | 18(9) |
| Άλλους | 2(1) |

6.4.γ Κατοικία των παιδιών:

Ως προς την ανωτέρω διερεύνηση αναφέρεται ότι, το 55%(104) των ηλικιωμένων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο έμεναν στο ίδιο σπίτι ή κτήριο με τα παιδιά τους. Επιπρόσθετα, το 36,5% (69) κατοικούν 5-25 χλμ μακριά από τα παιδιά τους, το 4,2% (8) η κατοικία τους βρίσκεται σε απόσταση 26 – 100 χλμ. Το ίδιο ποσοστό σημείωνε και στην περίπτωση που η κατοικία των ηλικιωμένων ως προς την κατοικία των παιδιών τους ήταν 100- 500 χλμ. Στο διάγραμμα (12) και στον πίνακα (12) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 12:



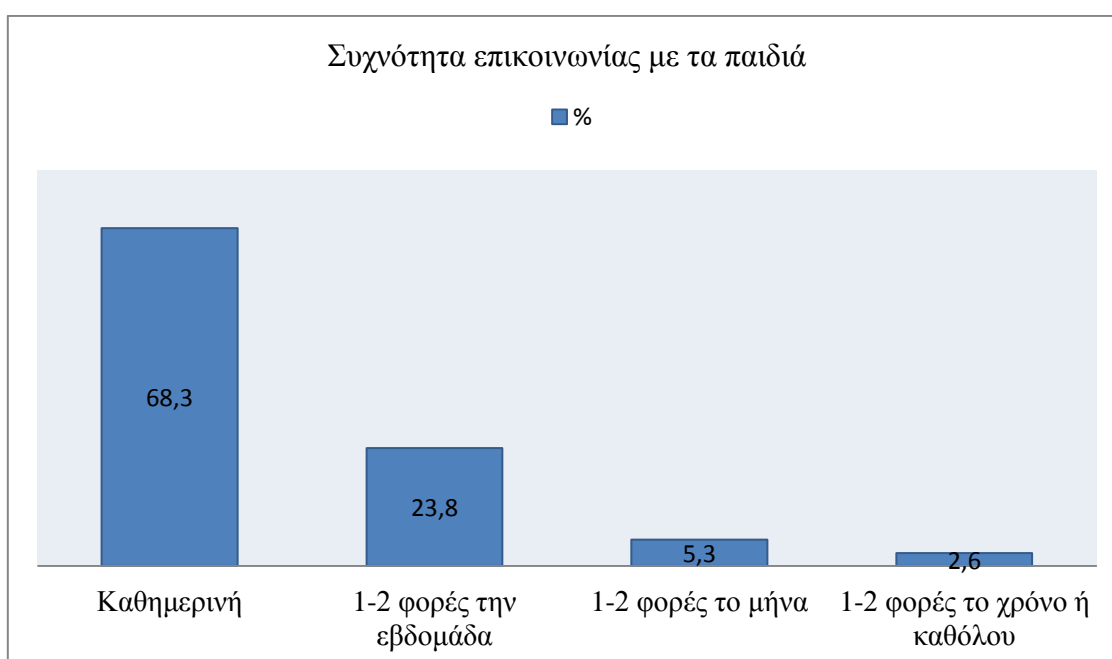
Πίνακας 12:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|----------|
| Κατοικία παιδιών | |
| Ίδιο σπίτι ή κτήριο | 104 (55) |
| 5-25χλμ | 69(36,5) |
| 26-100χλμ | 8 (4,2) |
| 100-500χλμ | 8 (4,2) |

6.4.δ Συχνότητα επικοινωνίας με τα παιδιά :

Διερευνώντας τη συχνότητα επικοινωνίας των ηλικιωμένων ατόμων με τα παιδιά τους αναφέρουμε ότι το 68,3% (129) του δείγματος έχει καθημερινή επικοινωνία με τα παιδιά του. Το ποσοστό 23,8% (45) επικοινωνεί 1-2 φορές την εβδομάδα με τα παιδιά του, το 5,3% (10) 1-2 φορές το μήνα ενώ 1-2 φορές το χρόνο ή καθόλου, αγγίζει το ποσοστό 2,6% (5). Στο διάγραμμα (13) και στον πίνακα (13) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 13:



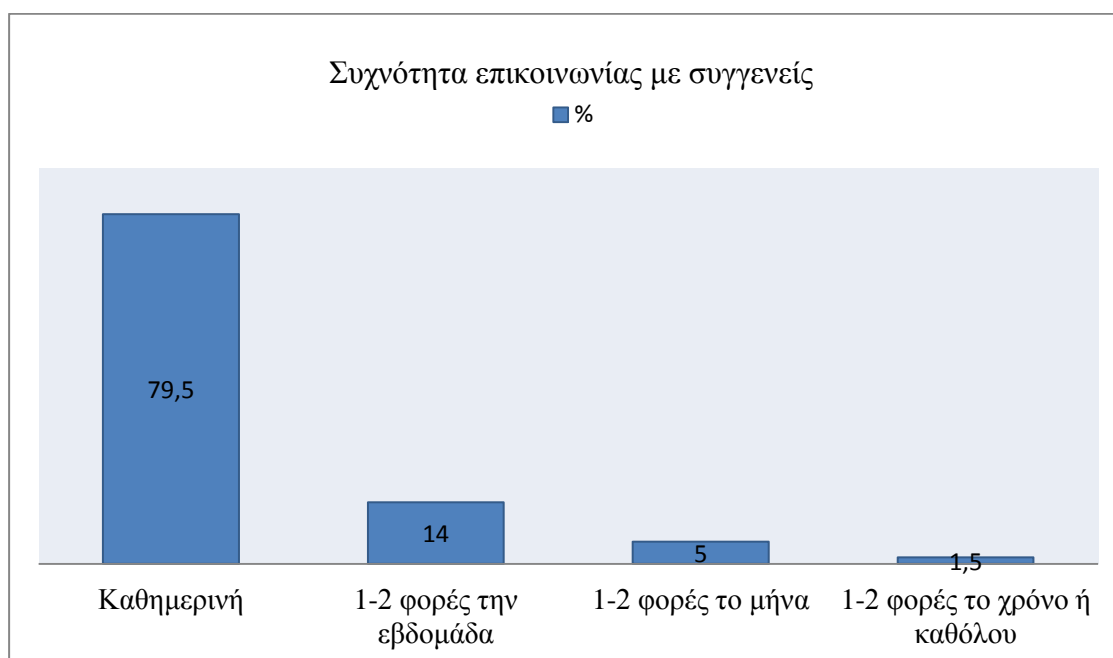
Πίνακας 13:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|-------------------------------------|------------|
| Συχνότητα επικοινωνίας με τα παιδιά | |
| Καθημερινή | 129 (68,3) |
| 1-2 φορές την εβδομάδα | 45 (23,8) |
| 1-2 φορές το μήνα | 10 (5,3) |
| 1-2 φορές το χρόνο ή καθόλου | 5 (2,6) |

6.4.ε Συχνότητα επικοινωνίας με συγγενείς:

Σχετικά με τις σχέσεις των ηλικιωμένων ατόμων με συγγενείς, θα λέγαμε ότι όσον αφορά την συχνότητα επικοινωνίας με συγγενείς, οι απαντήσεις των ηλικιωμένων συμπλήρωσαν ποσοστό το 79,5% (159) έχοντας καθημερινή επικοινωνία, το 14% (28) αποτελούσαν αυτούς που είχαν επικοινωνία 1-2 φορές την εβδομάδα, το 5% (10) 1-2 φορές το μήνα ενώ το 1,5% (3), 1-2 φορές το χρόνο ή καθόλου. Στο διάγραμμα (14) και στον πίνακα (14) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 14:



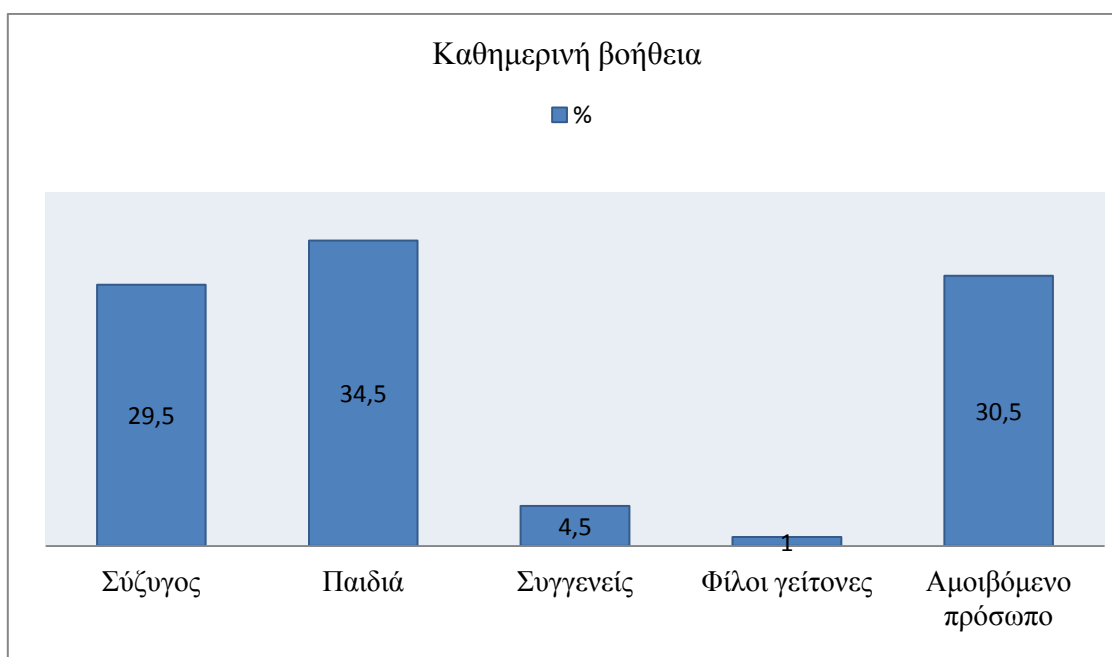
Πίνακας 14:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|-------------------------------------|------------|
| Συχνότητα επικοινωνίας με συγγενείς | |
| Καθημερινή | 159 (79,5) |
| 1-2 φορές την εβδομάδα | 28(14) |
| 1-2 φορές το μήνα | 10(5) |
| 1-2 φορές το χρόνο ή καθόλου | 3 (1,5) |

6.4.στ Καθημερινή Βοήθεια:

Στο ερώτημα μας, ως προς τη βοήθεια που τους προσφέρεται θα λέγαμε ότι σε ποσοστό 34,5% (69) παρατηρήθηκε ότι τους ηλικιωμένους τους βοηθούν τα παιδιά τους, το 30,5% (61) απάντησαν ότι έχουν βοήθεια από ένα αμοιβόμενο πρόσωπο και το 29,5% (59) από το/τη σύζυγο τους. Αντίθετα ένα μικρό ποσοστό αντλούν βοήθεια από τους συγγενείς 4,5% (9) και από τους φίλους 1% (2). Στο διάγραμμα (15) και στον πίνακα (15) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 15:



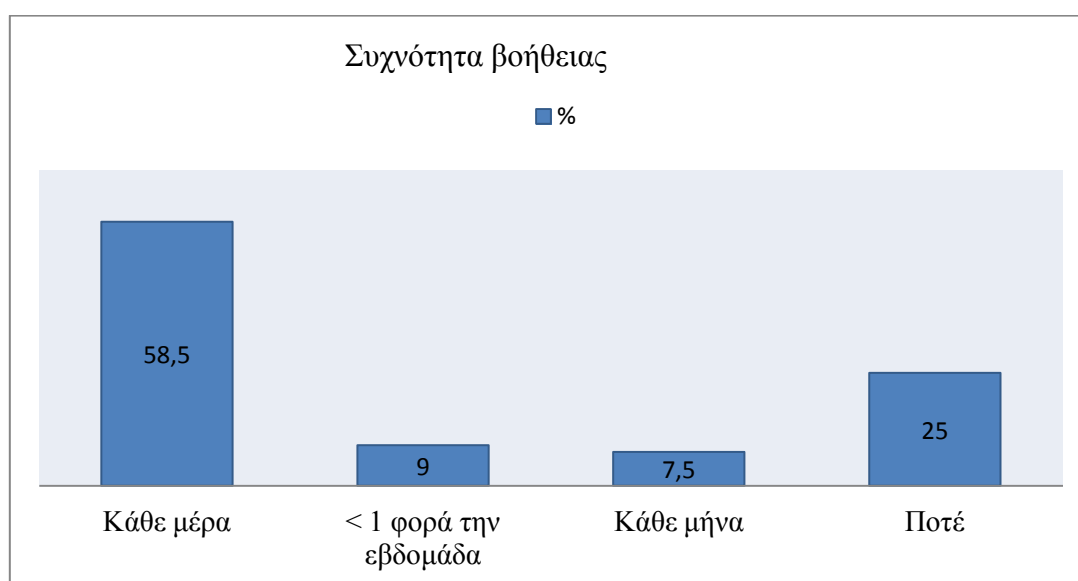
Πίνακας 15:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|-----------|
| Καθημερινή βοήθεια | |
| Σύζυγος | 59 (29,5) |
| Παιδιά | 69 (34,5) |
| Συγγενείς | 9(4,5) |
| Φίλοι γείτονες | 2 (1) |
| Αμοιβόμενο πρόσωπο | 61 (30,5) |

6.4.ζ Συχνότητα Βοήθειας :

Αναφορικά με την συχνότητα που τους προσφερόταν η βοήθεια ,το ποσοστό 58,5% (117) δήλωσαν ότι έχουν βοήθεια στο σπίτι τους κάθε μέρα ενώ το 25% (50)των ηλικιωμένων δεν έχουν ποτέ. Ακόμη, το ποσοστό 9% των ηλικιωμένων έχουν μια φορά την εβδομάδα βοήθεια ή και λιγότερο και σε ποσοστό 7,5% (15) κάθε μήνα. Στο διάγραμμα (16) και στον πίνακα (16) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Διάγραμμα 16:



Πίνακας 16:

| Χαρακτηριστικά πληθυσμού | N (%) |
|--------------------------|------------|
| Συχνότητα βοήθειας | |
| Κάθε μέρα | 117 (58,5) |
| <1 φορά την εβδομάδα | 18 (9) |
| Κάθε μήνα | 15 (7,5) |
| Ποτέ | 50 (25) |

6,5 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ:

6.5.α Οικογενειακή Κατάσταση:

Από τους ηλικιωμένους του δείγματος που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 60,3% είναι χήροι, το 33 % είναι έγγαμοι και το 5,9% άγαμοι, σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p < 0,001$). Άρα αποτελεί γεγονός ότι η χηρεία, η έλλειψη συντρόφου λόγω πένθους επηρεάζει την ψυχολογία των ατόμων. Στον πίνακα (18) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 18:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------|------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | P VALUE |
| Οικογενειακή Κατάσταση | | | |
| Άγαμος | 6,8% | 5,9% | 0,001 |
| Έγγαμος | 60,6% | 33,8% | |
| Χήρος | 32,6% | 60,3% | |

6.5.γ Συγκατοίκηση:

Όσο αφορά την συγκατοίκηση από τους ερωτηθέντες οι οποίοι αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, το 54,4% ζουν μόνοι τους, το 35,3% με σύζυγο ή σύντροφο και το 8,8% ζουν με τα παιδιά τους, σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p > 0,02$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (19) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 19:

| Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | | |
|---|-----------------------|----------------------|--------------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | P VALUE |
| Συγκατοίκηση | | | |
| Μόνος | 28% | 54,4% | 0,02 |
| Σύζυγος | 62,1% | 35,3% | |
| Παιδιά | 9,1% | 8,8% | |
| Άλλοι | 0,8% | 1,5% | |

6.5.δ Έπαρξη παιδιών:

Από τους ηλικιωμένους που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 91,2 % αναφέρει πως έχει παιδιά σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία όμως το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να υπάρχουν είτε έχοντας παιδιά ή μη έχοντας ($p < 1,161$). Στον πίνακα (20) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 20:

| Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | | |
|---|-----------------------|----------------------|--------------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | P VALUE |
| Έπαρξη παιδιών | | | |
| Όχι (N 69) | 3,8% | 8,8% | 1,161 |
| Ναι (N131) | 96,2% | 91,2% | |

6.5.ε Συχνότητα επαφής με τα παιδιά:

Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, βλέπουν τα παιδιά τους καθημερινά σε ποσοστό 69,4%, 29% μια με δυο φορές εβδομαδιαίως και με ποσοστό 1,6% μια φορά μηνιαίως ή καθόλου σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p = 0,05$). Στον πίνακα (21) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 21:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | |
|--|---------------------------------|--------------|------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | P VALUE |
| Συχνότητα επαφής με τα παιδιά | | | |
| Κάθε μέρα (N129) | 67,7% | 69,4% | 0,05 |
| 1-2 φορές εβδομαδιαίως (N45) | 21,3% | 29% | |
| 1 φορά μηνιαίως ή καθόλου (N) | 11% | 1,6% | |

6.5.στ Εγγύτητα Κατοικίας παιδιών:

Από τους ηλικιωμένους με συμπτώματα κατάθλιψης, το 51,6% μένουν στο ίδιο σπίτι ή στην ίδια πολυκατοικία, το 45,2% μένουν έως 25 χιλιόμετρα μακριά από τα παιδιά τους, το 3,2% ζουν 26 χιλιόμετρα μακριά από τα παιδιά τους ή σε άλλη πόλη σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. ($p < 0,079$). Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Η απομακρυσμένη κατοικία δεν επηρεάζει την κατάθλιψη. Στον πίνακα (22) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 22:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--------------|------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | P VALUE |
| Εγγύτητα κατοικίας παιδιών | | | |
| Στο ίδιο σπίτι (N104) | 56,7% | 51,6% | 0,079 |
| Έως 25 χιλ Ν | 32,3% | 45,2% | |
| >26χιλ ή άλλη πόλη | 11% | 3,2% | |

6.5.ζ Επικοινωνίας με συγγενείς:

Από τους ηλικιωμένους που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης το 77,9% βλέπουν κάθε μέρα τους συγγενείς τους , 13,2% βλέπουν μια με δύο φορές εβδομαδιαίως τους συγγενείς τους ενώ το 1,8% μια φορά μηνιαίως ή καθόλου σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία($p < 0,290$) Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα η επικοινωνία με τους συγγενείς δεν επηρεάζει την κατάθλιψη. Στον πίνακα (23) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 23:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------|------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | P VALUE |
| Επικοινωνία με συγγενείς | | | |
| Κάθε μέρα (N154) | 80,3% | 77,9% | 0,290 |
| 1-2 φορές εβδομαδιαίως (N 28) | 14,4% | 13,2% | |
| 1 φορά μηνιαίως ή | 5,3% | 8,8% | |

καθόλου (N 13)

6.5.Καθημερινής Βοήθειας:

Από τους ηλικιωμένους που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 61.8% δήλωσε πως λαμβάνει καθημερινά βοήθεια από τον/ην σύζυγο ή τα παιδιά, το 32,4% λαμβάνει βοήθεια από αμειβόμενο πρόσωπο ενώ το 5,9% λαμβάνει βοήθεια από φίλους ή συγγενείς ($p<0,894$).Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα η λήψη καθημερινής βοήθειας δεν επηρεάζει την κατάθλιψη. Στον πίνακα (24)που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 24:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | P VALUE |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------|---------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | |
| Λήψη καθημερινής Βοήθειας | | | |
| Από σύζυγο ή παιδιά (N128) | 65,2% | 61,8% | 0,894 |
| Φίλοι ή συγγενείς (N11) | 5,3% | 5,9% | |
| Αμειβόμενο πρόσωπο (N61) | 29,5% | 32,4% | |

6.6 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΜΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.

Οι ακόλουθες αναλύσεις παρουσιάζουν αποτελέσματα του δείγματος ως προς τη σχέση κατάθλιψης με τα κοινωνικό - δημογραφικά δεδομένα.

6.6.α Χρόνια ασθένεια:

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 72,9% του δείγματος αναφέρει κάποια ασθένεια ενώ το 24,9% δεν αναφέρει ασθένεια, σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p>0,04$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (25) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 25:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | P VALUE |
|-----------------|---------------------------------|--------------|---------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | |
| Ασθένεια | | | 0,04 |
| Όχι | 37,9% | 24,9% | |
| Ναι | 62,1% | 72,9% | |

6.6.β Φύλο

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 64,7% είναι γυναίκες και το 35,3% είναι άνδρες σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p>0,023$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης. Στον πίνακα (26) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 26:

| | Καταθλιπτική Συμπτωματολογία | | PVALUE |
|-------------|---------------------------------|--------------|--------|
| | ΌΧΙ (N132) | ΝΑΙ (N68) | |
| Φύλο | | | |
| Άνδρας | 52,3% | 35,3% | 0,023 |
| Γυναίκα | 47,7% | 64,7% | |

6.6.γ Εκπαιδευτικό επίπεδο:

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 55,9% αποφοίτησε το δημοτικό, το 23,5% είναι αμόρφωτοι, το 14,7% αποφοίτησε το γυμνάσιο και 2,9% ενώ αυτοί που αποφοίτησαν το λύκειο ή κάποια ανώτατη σχολή σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p > 0,01$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (27) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 27:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | PVALUE |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------|--------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | |
| Εκπαιδευτικό επίπεδο | | | |
| Αμόρφωτος | 7,6% | 23,5% | 0,023 |
| Δημοτικό | 62,1% | 55,9% | |
| Γυμνάσιο | 19,7% | 14,7% | |
| Λύκειο | 3% | 2,9% | |
| Ανώτατη | 7,6% | 2,9% | |

6.6.δ Οικονομική κατάσταση:

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 57,47% δήλωσε ότι έχει ικανοποιητική κατάσταση, το 35,3% δήλωσε δύσκολη οικονομική κατάσταση και το 7,47% δήλωσε πολύ καλή σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p > 0,046$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (28) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 28:

| | Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | PVALUE |
|---------------------------------|---------------------------------|--------------|--------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | |
| Οικονομική κατάσταση | | | |
| Δύσκολη | 19,7% | 35,3% | 0,046 |
| Ικανοποιητική | 68,2% | 57,47% | |
| Πολύ καλή | 12,1% | 7,47% | |

6.6.ε Υποκειμενική κατάσταση Υγείας:

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 80,9% δήλωσε ότι έχει μέτρια κατάσταση στην υγεία τους, το 19,9% δήλωσε ότι έχει κακή και το 0% δήλωσε ότι έχει καλή-πολύ καλή σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p > 0,001$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (29) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 29:

| Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | | |
|--|-----------------------|----------------------|---------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | PVALUE |
| Υποκειμενική κατάσταση υγείας | | | |
| Κακή | 11,4% | 19,1% | 0,001 |
| Μέτρια | 72% | 80,9% | |
| Καλή/πολύ καλή | 16,7% | 0% | |

6.6.στ Κατάσταση εργασίας:

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 79,4% είναι συνταξιούχοι, το ποσοστό 17,6% δεν δουλεύουν και το 2,9% δουλεύει σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p>0,016$). Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (30)που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 30:

| Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | | |
|---|-----------------------|----------------------|---------------|
| | OXI (N132) | NAI (N68) | PVALUE |
| Κατάσταση εργασίας | | | |
| OXI | 5,3% | 17,6% | 0,016 |
| NAI | 5,3% | 2,9% | |
| Συνταξιούχος | 89,9% | 79,4% | |

6.6.ζ Ηλικία:

Από τα άτομα που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 69,1% ήταν 71-85 χρονών, το 23,5% ήταν 60-70 χρονών και το 7,4% πάνω από 86 χρονών σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία ($p < 0,583$). Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Στον πίνακα (31) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 31:

| Καταθλιπτική συμπτωματολογία | | | |
|------------------------------|---------------|--------------|--------|
| | ΌΧΙ (N132) | ΝΑΙ (N68) | PVALUE |
| Ηλικία | | | |
| 60-70 | 25,8% | 23,5% | 0,583 |
| 71-85 | 62,9% | 69,1% | |
| >86 | 11,4% | 7,4% | |

6,7 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις που αφορούν τη σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις οικογενειακές σχέσεις. Τα άτομα που ανέφεραν πως ζουν μόνα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (OR 3,01 P<0.000) όπως και τα άτομα που ζουν σε μακρινή απόσταση από τα παιδιά τους (OR 4,78 P<0.05) Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν έδειξαν κάποιο στατιστικά σημαντικό κίνδυνο. Στον πίνακα (32) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 32:

| | OR | 95% CI | P VALUE |
|--------------------------------------|---------------------|----------------|---------|
| Οικογενειακή κατάσταση | | | |
| Έγγαμος | Κατηγορία αναφοράς | | |
| Μόνος | 3,01 | 1.6-5.6 | 0.000 |
| Κατοικία Παιδιών | | | |
| Ίδιο σπίτι | Κατηγορία αναφοράς | | |
| έως 25 χιλ | 3,11 | 0,7-14,5 | NS |
| >26 χιλ | 4,78 | 1,07-22,6 | 0.04 |
| Συχνότητα επαφής με τα παιδιά | | | |
| Κάθε μέρα | Κατηγορίας αναφοράς | | |
| 1-2 φορές εβδομαδιαίως | 0,42 | 0,6-2,60,9-1,1 | NS |
| Μια φορά το μήνα ή ποτέ | 0,64 | | NS |
| Συχνότητα επαφής με συγγενείς | | | |
| Κάθε μέρα | Κατηγορία αναφοράς | | |
| 1-2 φορές εβδομαδιαίως | 1 | 0,4-2,2 | NS |
| Μια φορά το μήνα ή ποτέ | 1,7 | 0,5-5,3 | NS |
| Συχνότητα βοήθειας | | | |
| Κάθε μέρα | Κατηγορία αναφοράς | | |
| 1 φορά εβδομαδιαίως | 0,65 | 0,3-1,2 | NS |
| Αριθμός παιδιών | | | |
| Κανένα | Κατηγορία αναφοράς | | |
| 1-2 | 0,4 | 0,1-1,4 | NS |
| >3 | 0,4 | 0,1-1,6 | NS |

6,8 ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΣΥΓΧΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις που αφορούν τη σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις οικογενειακές σχέσεις κατόπιν έλεγχο συγχυτικών παραγόντων. Οι συγχυτικοί παράγοντες είναι οι εξής: ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, συνοσηρότητα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας τα άτομα που ζουν μόνα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (OR 3,01 P<0.000) όπως και τα άτομα που ζουν σε μακρινή απόσταση από τα παιδιά τους (OR 2,07 P<0.05) Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν έδειξαν κάποιο στατιστικά σημαντικό κίνδυνο. Στον πίνακα (33) που ακολουθεί είναι πιο εμφανή τα αποτελέσματα των δεδομένων.

Πίνακας 33:

| Οικογενειακή κατάσταση | OR | 95% CI | P VALUE |
|--------------------------------------|--------------------|---------------|----------------|
| Έγγαμος | Κατηγορία αναφοράς | | |
| Μόνος | 3,07 | 1.4-6,7 | 0.000 |
| Κατοικία παιδιών | | | |
| Ίδιο σπίτι | Κατηγορία αναφοράς | | |
| έως 25 χιλ | 2,7 | 1,2-6,2 | 0,02 |
| >26 χιλ | 0,7 | 0,1-4,8 | NS |
| Συχνότητα επαφής με συγγενείς | | | |
| Κάθε μέρα | Κατηγορία αναφοράς | | |
| 1-2 φορές εβδομαδιαίως | 1,0 | 0,3-3,2 | NS |
| Μια φορά το μήνα ή ποτέ | 3,3 | 0,2-2.2 | NS |
| Συχνότητα επαφής με τα παιδιά | | | |
| Κάθε μέρα | Κατηγορία αναφοράς | | |
| 1-2 φορές εβδομαδιαίως | 1,2 | 0,4-2,8 | NS |
| Μια φορά το μήνα ή ποτέ | 0,9 | 0,5-1,4 | NS |
| Συχνότητα βοήθειας | | | |
| Κάθε μέρα | Κατηγορία αναφοράς | | |
| 1 φορά εβδομαδιαίως | 0,62 | 0,4-1,8 | NS |
| Αριθμός παιδιών | | | |

| Κανένα | Κατηγορία αναφοράς | | |
|--------|--------------------|---------|----|
| >1 | 0.1 | 0.5-2.4 | NS |

6,8 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Συγγράφοντας την πτυχιακή μας εργασία δεν έλειψαν κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν. Πιο αναλυτικά:

Το δείγμα της έρευνας μας ήταν μικρό (200 ερωτηματολόγια). Επίσης, λόγω καλοκαιρινών διακοπών, όπως ήταν αναμενόμενο, σημαντικό δείγμα των ηλικιωμένων απουσίαζε και λόγω αυτού θεωρήσαμε σημαντικό να επιλέξουμε τυχαίο δείγμα ηλικιωμένων και από πόλη της Δυτικής Μακεδονίας την Πτολεμαΐδα, και όχι μόνο από την πόλη της Θεσσαλονίκης όπως είχαμε αρχικά ορίσει, ώστε να συμπληρώσουμε έναν επαρκή αριθμό ερωτηματολογίων.

Σχετικά με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου να διευκρινίσουμε πως ήταν αυτοαναφερούμενες. Οι αυτοαναφερούμενες ερωτήσεις μπορεί να προκαλέσουν σφάλμα μεθόδου μέτρησης.

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε ως συγχρονική. Φωτογραφίζοντας το τώρα, δηλαδή την κατάσταση που επικρατεί αυτή τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο που πραγματοποιείται η έρευνα και τα αποτελέσματα που καταγράψαμε δε γενικεύονται και για τον υπόλοιπο πληθυσμό. Παράλληλα, στην συγχρονική μελέτη τα αποτελέσματα δεν παρουσιάζουν κάποια σχέση αιτιότητας και γι' αυτό δεν μπορούν να γενικευθούν.

Οι οικογενειακές σχέσεις περιγράφηκαν μέσα από αυτοαναφερούμενες ερωτήσεις που αφορούσαν ποσοτικά χαρακτηριστικά για την εγγύτητα και την επικοινωνία των ηλικιωμένων και δεν υπήρχε κάποιο ερωτηματολόγιο που να μετράει την ποιότητα των σχέσεων.

Σχετικά με τα πλεονεκτήματα, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως χρησιμοποιήσαμε έγκυρη κλίματα μέτρησης της κατάθλιψης, την κλίμακα GDS η οποία είναι αξιόπιστη και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Έπειτα, στη λογιστική παλινδρόμηση λάβαμε υπ όψιν συγχυτικούς παράγοντες (Ηλικία, φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, συνοσυρότητα. Τέλος, στην έρευνα μας αποκλείσαμε άτομα που πάσχουν από την ασθένεια της άνοιας καθώς δεν απαντούν αντικειμενικά.

6,9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στενών οικογενειακών δεσμών με την ύπαρξη ή μη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ηλικιωμένους στις πόλεις Θεσσαλονίκη και Πτολεμαΐδα. Από την περιγραφική ανάλυση της έρευνας μας φαίνεται ότι το ποσοστό 28,5% (n=57) του δείγματος μας παρουσίασε μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα και το ποσοστό 5,5% (n=11) παρουσίασε σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα. Στη διεθνή βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι η κατάθλιψη προσβάλλει το 10 – 15 % των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, με το 3% να προσβάλλεται σοβαρά (ConiC. Et al ,2006). Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι αυξημένος με ποσοστά 27% μέτριου και σοβαρού βαθμού κατάθλιψης και 12% ήπιου βαθμού κατάθλιψης (Ζέρβας Ι.Μ. κ.α. , 2006). Σε μελέτη στον ελληνικό χώρο με πληθυσμό ανάλογο της δικής μας μελέτης ο επιπολασμός της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν 30,3% (BabatsikouF. etal. ,2012). Παρατηρούμε ότι οι παραπάνω έρευνες σχετίζονται με τα αποτελέσματα της δική μας έρευνας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας επιβεβαιώνουν κάποιες από τις ερευνητικές μας υποθέσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας οι ηλικιωμένοι που έχουν χηρέψει εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό της τρίτης ηλικίας. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση σε σχέση με την κατάθλιψη , το 60,3% ήταν χήροι(ες). Άρα γεγονός αποτελεί ότι η χηρεία, η έλλειψη συντρόφου λόγω πένθους ή όταν κάποιος δεν έχει κάνει ποτέ οικογένεια, επηρεάζουν την ψυχολογία των ατόμων. Τα αποτελέσματα μας τα επιβεβαιώνουν και άλλες έρευνες. Ο Αργυρόπουλος Κ. κ.α. (2012) επιβεβαιώνουν ότι μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη έχουν οι έγγαμοι σε σχέση με τους διαζευγμένους, χήρους ή μοναχικά άτομα (Αργυρόπουλος Κ. κ.α. , 2012). Ακόμα, τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας έδειξαν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που ήταν χήροι, διαζευγμένοι ή σε διάσταση ήταν σημαντικά υψηλότερο στους έχοντες κατάθλιψη (56,9%),). Οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη απ ' ό τι οι παντρεμένοι (www.vima-asklipiou.gr) . Οι ηλικιωμένοι, στην μελέτη που διεξήχθη στην Κρήτη, οι οποίοι ήταν χήροι(ες), άγαμοι ή διαζευγμένοι(ες) παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό γηριατρικής κατάθλιψης καθώς είχαν περισσότερα

συμπτώματα απομόνωσης, άγχους, απελπισίας και δυστυχίας, σε σχέση με τους έγγαμους (Αλεφαντίνου Α. κ.α. ,2015). Οι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, βλέπουν τα παιδιά τους καθημερινά σε ποσοστό 69,4%, 29% μια με δυο φορές εβδομαδιαίως και με ποσοστό 1,6% μια φορά μηνιαίως ή καθόλου σε σχέση με αυτούς που δεν αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Επιπλέον από τα αποτελέσματα μας προέκυψε πως η κακή σωματική υγεία ενός ηλικιωμένου ατόμου αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών. Από τα άτομα που παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το 72,9% του δείγματος αναφέρει κάποια ασθένεια παρόμοια ποσοστά επιβεβαιώνονται και σε μια μελέτη στον ελληνικό χώρο (Αργυρόπουλος Κ. ,2012) . Στην ερευνά μας επίσης προέκυψε ότι περισσότεροι ηλικιωμένοι με καταθλιπτικά συμπτώματα (80,9%) δήλωσαν ότι έχουν μέτρια κατάσταση στην υγεία τους, σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς κατάθλιψη.

Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις που αφορούν τη σχέση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις οικογενειακές σχέσεις κατόπιν ελέγχου συγχυτικών παραγόντων δείχνουν ότι τα άτομα που ζουν μόνοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (OR 3,01 P<0.000), όπως και τα άτομα που ζουν σε μακρινή απόσταση από τα παιδιά τους (OR 2,07 P<0.05). Οι υπόλοιπες μεταβλητές (συχνότητα επαφής με συγγενείς, συχνότητα επαφής με τα παιδιά, συχνότητα βοήθειας, αριθμός παιδιών) δεν έδειξαν κάποιο στατιστικά σημαντικό. Όπως επιβεβαιώνει και ο Αργυρόπουλος Κ. (2012) οι ηλικιωμένοι που μένουν μόνοι εμφανίζουν ποσοστό 62% καταθλιπτικά συμπτώματα (ΑργυροπουλοςΚ. , 2012). Παρόμοιο ποσοστό επιβεβαιώνεται και σε άλλη έρευνα στη διεθνή βιβλιογραφία όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων της έρευνας αυτής που ζούσαν μόνοι ήταν σημαντικά υψηλότερο ανάμεσα στους έχοντες κατάθλιψη (58,4%) σε σύγκριση με τους μη έχοντες τη νόσο (22,8%) (www.vima-asklipiou.gr). Όπως και στην δική μας έρευνα η συγκατοίκηση φάνηκε να δρα ως επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς βρέθηκε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι (54,4%) ήταν υψηλότερο ανάμεσα στους καταθλιπτικούς.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων με καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που έχουν χηρέψει εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό της τρίτης ηλικίας. Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι συνήθως διατηρούν επαφές με τα παιδιά τους ή το φιλικό τους περιβάλλον, παρουσιάζοντας μικρότερη κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά από τους

διαζευγμένους και τους χήρους, καθώς η παρουσία του συντρόφου παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας(Αλεφαντίνου Α. κ.α. ,2015). Επιπλέον, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η κακή σωματική υγεία ενός ηλικιωμένου ατόμου αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών. Επιπρόσθετα, η έρευνα μας καταδεικνύει το γεγονός ότι αυτοί μένουν μόνοι ή μακριά από τα παιδιά τους επηρεάζονται στην ποιότητα της ζωής τους, γιατί πιθανον δεν έχουν ουτε συναισθηματική ούτε υλική στήριξη.

Σημαντική επίδραση σε όλα τα προηγούμενα δε παύει να έχει και η επικοινωνία και η σχέση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους, τους συγγενείς και τους φίλους. Είναι σημαντικό για αυτούς να νιώθουν συντροφικότητα, φιλικότητα, έλλειψη μοναξιάς. Να νιώθουν πως κάποιιοι τους νοιάζονται, ότι δεν είναι μόνοι, συναισθήματα τα οποία διατηρούν ανεβασμένο το ηθικό τους.

Ακολούθως, θα επισημάνουμε κάποιες γενικές προτάσεις κατόπιν αυτής της ερευνητικής μας προσπάθειας, βάζοντας και το δικό μας λιθαράκι στην προστασία αυτού του άμαχου πληθυσμού, που ακόμη και σήμερα και σε αυτή την ηλικία πολλά είναι αυτά που περιμένει από όλους εμάς.

6,10 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την παρουσίαση της εργασίας μας και έχοντας αναλογιστεί τα συμπεράσματα της έρευνας μας, κρίνουμε απαραίτητο να προσθέσουμε τις προτάσεις μας για μελλοντικές έρευνες.

- Ως προς τους επαγγελματίες υγείας:

Ένας κοινωνικός λειτουργός, χρειάζεται να είναι πλήρως ενημερωμένος για να αναγνωρίζει αμέσως τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ένα άτομο. Επιπρόσθετα, κρίνεται αναγκαίο από το λειτούργημα που ασκεί να ενημερώνεται συνεχώς για προγράμματα που έχουν άλλες χώρες περισσότερο ανεπτυγμένες από τη δική μας , να παίρνει ιδέες και να τις εφαρμόζει και στη δική μας.

Παράλληλα, θα ήταν πολύ σημαντικό από τον κοινωνικό λειτουργό ή τον ψυχολόγο ο οποίος δουλεύει είτε σε γηροκομείο είτε σε ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ να δημιουργήσει ομάδα με καταθλιπτικούς ηλικιωμένους με σκοπό να εκφράσουν τους φόβους και τα συναισθήματα που νιώθουν κάνοντας τους να αρχίσουν να σκέφτονται θετικά και παροτρύνοντας τους να ξεκινήσουν κάποιες δραστηριότητες που τους αρέσουν. Επιπλέον, οι ομάδες υποστήριξης για την κατάθλιψη θα συνδέσουν μεταξύ τους ηλικιωμένους με τις ίδιες ανησυχίες όπου θα είναι ένα ασφαλές μέρος , να μοιραστούν τις εμπειρίες τους, να πάρουν συμβουλές και να αναπτύξουν καλύτερες δεξιότητες αντιμετώπισης. Τέτοιες ομάδες μπορεί να δημιουργήσει και με τις οικογένειες των ασθενών για να προσεγγίσει και την οικογένεια.

Μια άλλη εναλλακτική θα ήταν να δημιουργήσει ομάδα στο κέντρο η οποία θα είναι με όλους του ηλικιωμένους συζητώντας διάφορα θέματα της καθημερινότητας τους. Με αυτόν τον τρόπο θα μάθει ο κοινωνικός λειτουργός ποιοι έχουν πρόβλημα για να τους ενεργοποιήσει. Παράλληλα, οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι συναναστραφέντας με τους άλλους ηλικιωμένους θα κινητοποιηθούν και θα νιώσουν ότι ανήκουν κάπου σε περίπτωση που νιώθουν περιθωριοποιημένοι. Όπως είχαμε αναφέρει παραπάνω έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι να ωθήσει τον ηλικιωμένο να συγχρωτιστεί με άτομα νεαρής ηλικίας, κάτι που θα μπορέσει να τους οδηγήσει στον αλληλοσεβασμό, την κατανόηση και κατ' επέκταση μειώνει την μεταξύ τους απόσταση (Δημητρίου Χ &Μπελιμπασάκη Σ. 2007). Σπουδαίο λοιπόν, για την περίπτωση αυτή , θα ήταν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα νέοι ή

φοιτητές να έρχονται στα ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ, ώστε να πραγματοποιούν ομάδες μαζί με τους ηλικιωμένους με θέματα που αφορούν την ζωή, τις εμπειρίες των ηλικιωμένων αλλά και τις παλιές ιστορίες. Με αυτό τον τρόπο οι ηλικιωμένοι μέσα από την σχέση που θα αναπτύξουν με τους νέους, θα αισθανθούν σημαντικοί και αυτό θα είναι κάτι που θα ανεβάσει την ψυχολογία τους.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν οι μονάδες επείγουσας τηλεφωνικής βοήθειας όπως η τηλεφωνική γραμμή άμεσης κοινωνικής βοήθειας (-197-) που αποτελείται από εθελοντές. Οι εθελοντές είναι αναγκαίο να έχουν σωστή εκπαίδευση. Και αυτό για να μπορούν εύκολα να παραπέμπουν στους σωστούς ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή σε κάποια αρμόδια υπηρεσία.

➤ Ως προς την πλευρά του υπόλοιπου πληθυσμού:

Στην Ελλάδα ήδη λειτουργούν προγράμματα υποστήριξης και φροντίδας ηλικιωμένων. Τέτοια προγράμματα είναι το Βοήθεια στο σπίτι, η Τηλεβοήθεια στο σπίτι, τα ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ, ΚΗΦ, Μονάδες κοινωνικής έρευνας, τα γηροκομεία αλλά και οι Λέσχες Φιλίας. Οι Λέσχες Φιλίας υπάρχουν μόνο στην Αθήνα, οπότε θα ήταν πολύ καλό να δημιουργηθούν και σε άλλες πόλεις. Καθώς σε αυτήν την λέσχη μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία. Επιπρόσθετα ο θεσμός των ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ θα έπρεπε να ενισχυθεί σε θέματα ψυχικής υγείας, καθώς και να ενθαρρυνθούν οι ηλικιωμένοι να συμμετέχουν στα προγράμματα τους. Στα ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ ο ηλικιωμένος κινητοποιείται να συμμετέχει σε ομαδικές και άλλες ευχάριστες δραστηριότητες όπως ταξίδια, περίπατοι, εκδηλώσεις, κατασκήνωση του ΚΕΚΟΙΦΑΠΗ το καλοκαίρι (στην Θεσσαλονίκη υπάρχει κατασκήνωση η οποία λειτουργεί τον Αύγουστο στην Χαλκιδική), χορωδίες, γυμναστική και άλλες δημιουργικές ομάδες.

Ο ρόλος της οικογένειας θεωρούμε ότι είναι από τους πιο σημαντικούς. Είναι αναγκαίο, να δοθεί μια ιδιαίτερη έμφαση στην άτυπη φροντίδα (Δεμέτζου Σ. κ.α.,2012). Έπειτα, τα άτομα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους χρειάζεται να ενημερώνονται συνεχώς από τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να τους δώσουν τις κατάλληλες συμβουλές

προσφέροντας τους λύσεις για διάφορες περιπτώσεις που τους ενδιαφέρουν (Δεμέτζου Σ. κ.α.,2012).

Για αυτό τον λόγο, θα ήταν καλό να πραγματοποιούνται στην κοινότητα δωρεάν σεμινάρια από το κράτος σχετικά με την κατάθλιψη των ηλικιωμένων αλλά και τις ανάγκες των ηλικιωμένων γενικότερα. Ο λόγος είναι ότι ηλικιωμένοι είναι σημαντικό κομμάτι της ζωής μας και της κοινωνίας μας, καθώς αγγίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού. Με αυτόν τον τρόπο θα γίνεται η καλύτερη και σωστή ενημέρωση της οικογενείας των ηλικιωμένων, ούτως ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει έγκαιρα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι όταν ο ηλικιωμένος υποτροπιάσει η οικογένεια του θα μπορέσει να του προσφέρει ψυχοκοινωνική υποστήριξη και δεν θα δικαιολογήσει τα συμπτώματα του ως κάποιο σύμπτωμα γήρατος.

Όπως επίσης θα ήταν αναγκαίο να υπάρχουν σεμινάρια για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι ασχολούνται με τους ηλικιωμένους. Στην Κύπρο το κράτος χρηματοδοτεί επιμορφωτικά σεμινάρια σχετικά με τους ηλικιωμένους για τους εργαζόμενους και αυτό έχει φέρει θετικά αποτελέσματα στις στέγες Ηλικιωμένων. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν ειδικά προγράμματα για τα άτομα που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους. Στην Ελλάδα τα πρόγραμμα αυτά είναι ελλιπή θα πρέπει να αναπτυχθούν.

Επιπρόσθετα, τα ΜΜΕ να ενημερώνουν τον κόσμο σχετικά με αυτήν την νόσο για να εξοικειώνεται και να αναγνωρίζει γύρω του στοιχεία της διαταραχής. Στην Ελλάδα η τηλεόραση παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή μας. Θα ήταν ελπιδοφόρο να δημιουργηθεί ένα κανάλι το οποίο θα μιλάει αποκλειστικά για την υγεία όπως και για την κατάθλιψη. Με αυτό τον τρόπο οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειες τους θα ενημερώνονται, θα ενεργοποιούνται και θα είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν κάθε κατάσταση.

Το κράτος επιπροσθέτως, κρίνεται ως επιτακτική του ανάγκη να συμμεριστεί τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και να συμβάλει οικονομικά προκειμένου η διαβίωση τους να είναι αξιοπρεπής είτε μέσω κάποιων οικονομικών ελαφρύνσεων ή βοηθημάτων. Επίσης, θα μπορούσε να παρέχει δωρεάν ή το 50 τις εκατό έκπτωση σε εισιτήρια για το κρατικό θέατρο αλλά και κάποια συγκεκριμένα μέρα σε κάποιο κινηματογράφο ή έκπτωση σε ταξίδια. Όπως είδαμε στην έρευνα μας η οικονομική τους κατάσταση είναι μέτρια και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την συναισθηματική επιβάρυνση. Έχοντας μια αξιοπρεπή ζωή έχουν λιγότερες πιθανότητες να προκληθούν από κατάθλιψη. Απαιτείται με λίγα λόγια ένα καλά οργανωμένο κράτος κοινωνικής πρόνοιας.

Αν και η κατάθλιψη των ηλικιωμένων έχει εξεταστεί σε αρκετές έρευνες, περιορισμένες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί που να συσχετίζουν την κατάθλιψη με τους οικογενειακούς δεσμούς. Κρίνεται χρήσιμο, στη Ελληνική επιστημονική κοινότητα να πραγματοποιηθούν ερευνητικές εργασίες οι οποίες θα μελετούν τους οικογενειακούς δεσμούς και την συσχέτιση με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε άτομα της Τρίτης ηλικίας. Ενδιαφέρον θα ήταν να πραγματοποιηθεί μια έρευνα σε ολόκληρη την περιφέρεια της χώρας, διότι με τον τρόπο αυτό θα υπήρχαν ποιοτικότερες πληροφορίες για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων . Επιπλέον, ενδιαφέρον θα ήταν να πραγματοποιηθεί μια έρευνα συγκρίνοντας άτομα Τρίτης ηλικίας τα οποία μένουν με την οικογένεια τους , σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους , με στόχο την συσχέτιση των δύο με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βιβλία:

1. Αβεντισιαν- Παγοροπούλου Α. (2008) , «Ψυχολογία τρίτης ηλικίας» Αθήνα: Χ.Ε.
2. Κλεφταράς Γ. (1998) ,«*Η κατάθλιψη σήμερα, περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*» Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
3. Μάνου Ν. (1997) , «*Κλινικής ψυχιατρικής*» Θεσσαλονίκη : UniversityStudioPress
4. Παγοροπούλου Α. (2000) , «*Γεροντική Κατάθλιψη*». Χ.Τ. : Ελληνικά Γράμματα.
5. Χριστοδούλου Γ.Ν. & συνεργάτες (2000) , «*Ψυχιατρική*», τόμος. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα
6. CelderGt.M.&Lopez – IborJ.J.&AudreassenN. (2007), «*Σύγχρονη ΨυχιατρικήOxford* » ,Αγγελόπουλος Ν. &Καπρίνης Γ. &Λειβαδείτης Μ. &Λύκουρας Ε. &Μαυρέας Β. &ΣολδάτοςΚ.Πανεπιστήμιο Κρήτης : Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
7. ClaudeJaveau (2000) , «*Η έρευνα με ερωτηματολόγιο, το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*», Δαρδάνος Γ , Αθήνα: Τυπωθητό
8. ConiC&NicholiC&WebsterS.&WilsonK.J. (2006), «*Γηριατρική*»,Βέμμο Ν. Κ. , στί έκδοση.Αθήνα: Επιστημονικές ΕκδόσειςΠαρισιού Α.Ε.
9. CopeD.T.R. &MCoeR. &RossomanI. (1990) , «*Βασικές αρχές της Γηριατρικής*», Ιμπριάλος Κ. Π. Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress
10. Kring A.M. –Davison G.C. & Neale J.M. - Johnson. (2010) , «*Ψυχοπαθολογία*» , Αυδή Ε. & Ρούσση Π. Αθήνα: Gutenberg

Επιστημονικά άρθρα:

1. Αλεφαντίνου Α., ΒλασιάδηςΚ.,Φιλαλήθης Α. (2015), «*Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα-μέλη Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων ορεινού χωριού της Κρήτης* ».http://www.mednet.gr/archives/2016-3/pdf/368.pdf
2. Αργυρόπουλος, Κ.ΓούρζηςΦ.,Γελαστοπούλου Ε. (2012), «*Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων*».http://www.psych.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2012-39.pdf

3. Ζέρβας I.M.,ΚανάταςI.Γ.,Παπαδητρίου Γ.N., Παπακώστας I.Γ.,ΠολίτηςA.M.,Σολδάτος K.P. (2006), « *Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η αντιμετώπιση της με ηλεκροσπασμοθεραπεία*». <http://www.mednet.gr/archives/2007-6/pdf/583.pdf>
4. Anastasiou A., Argyropoulou S., Dessypris N.,Katsiardani K.P., Kontxakis V., Lyketsos C., Petridou E.,Trichopoulos D. (2004), « *Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town*». https://www.researchgate.net/publication/7937111_Prevalence_and_correlates_of_depression_in_late_life_A_population_based_study_from_a_rural_Greek_town
5. Babatsikou F., Carayanni V., Koulierakis G., Koutis C., Stylianopoulou C. (2012), « *Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factor? The case of open care centers for older people in Greece*». <http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/8525/art%253A10.1007%252Fs10433-012-0216-x.pdf?sequence=1>
6. Ekinci M.,Tortumluoglu G.,Okanli A.,SezginS.(2004), «*The prevalence of depression in elderly living at home in Eastern Turkey : Erzurum* (ISSN :1303-5134).International Journal of Human Sciences». <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/70>
7. JIajieC.(2015). « *Social Support and family Support for Geriatric Depression in China: A systematic Review*. The University of Hong Kong». <http://hub.hku.hk/handle/10722/221742>
8. LybergA.,HolmA.,LasseniusE.,Berggren I.,SeverinssonE.(2013). «*Older Person's Experiences of Depressive Ill-Health and family support* (Volume 2013, Article ID 837529, 8 pages) Hindawi Publishing Corporation, Nursing Research and Practice». <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/837529/abs/>
9. MunshiY.,Iqbal M.,RefiqueH.,AhmadZ.,(2007). «*Geriatric Morbidity Pattern and Depression in Relation to Family Support in Aged Population ok Kashmir Valley* (Volume 4 Number 1).The Internet Journal ok Geriatrics and Gerontology». <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/70/69>
10. OliveiraS.,Santos. A,PavariniS. (2014) «*The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly*, Department of gerontologist, University of Sao Carlos,Brazil». http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100065

11. Roza K. & Vesna P. -G., (2010). «*Family Relationships as a risk factor for late life depression*. Psychiatric Hospital & Psychiatric Clinic, Faculty of Medicine, Skopje, R. Macedonia». <http://manu.edu.mk/prilozi/18kr.pdf>
12. Silverstein M., Cong Z. & Li S. (2006) «*Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural china: consequences for psychological well – being*. Andrus Gerontology Center, University of Southern California, Los Angeles & Population Research Institute, Xi' an Jiaotong University, Xi' an, China». <http://psychogerontology.oxfordjournals.org/content/61/5/S256.full.pdf+html>
13. Souza A., Costa G., Yamashita C., Amendola F., Gaspar J., Alvarenga M., Faccenda O., Oliveira M. (2014). «*Family functioning of elderly with depressive symptoms (Extracted from the dissertation "Vulnerabilidade social e funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos")*. Graduate Nursing Program, School of Nursing». http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300469&script=sci_arttext
14. Taqui A., Itrat A., Qidwai W., Qadri Z., (2007). «*Depression in the elderly: Does family play a role? A cross-sectional study (BioMed Central)*. BMC Psychiatry». <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-7-57>

Επιστημονικές εργασίες:

1. Ζιώγου Θ., Ηλιάδης Χ., Κουρκούτα Λ. (2015). «*Διαταραχές ύπνο στην τρίτη ηλικία*», Σχολή Επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.
2. Επιτροπή ΠΑΕ ΠΑ (χ.χ.) «*Φάκελος φοιτητή για πρακτική εργαστηριακή άσκηση*», Σχολή Σχολή Επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας Τμήμα Κοινωνική εργασία

Ηλεκτρονικές πηγές:

1. www.boro.gr , « *Τι προκαλεί κατάθλιψη στους ηλικιωμένους;* ».[14 Μαρτίου 2017]
2. www.dimitrismproukouras.gr, « *Κατάθλιψη*» . [14 Μαρτίου]
3. <http://www.choustoulakis.gr>, «*Κατάθλιψη: Διαγνωστικά κριτήρια* ». [16 Μαρτίου 2017]
4. www.evrytanika.gr , « *Τρίτη ηλικία και κατάθλιψη. Άρθρο με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα των Ηλικιωμένων* ».[24 Ιανουαρίου 2017]
5. www.health.in.gr ,«*Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία: Πρακτικός οδηγός για καλύτερη ζωή* ».[24 Ιανουαρίου 2014]
6. www.healthworkscollective.com, «*What does a Geriatric Social Worker Do?*» [» 25 Ιανουαρίου 2017]
7. www.iasw.ie, « *The role of the Social Worker with Older Persons .Prepared by: The Irish Association of Social Workers' (IASW) Special Interest Group on Ageing (SIGA)* »,[23 Ιανουαρίου 2017]
8. www.helpstartshere.org , « *Caregiving: Depression in the Elderly*» [25 Ιανουαρίου 2017]
9. www.mazi.gr, « *Θεραπεία Κατάθλιψης* ». [24 Ιανουαρίου 2017]
10. www.neakriti.gr , «*Απόμαχοι σε κατάθλιψη- Σοβαρό το πρόβλημα και στην Κρήτη*» [24 Ιανουαρίου 2017]
11. www.psychiatry.gr, « *Η Συντομευμένη Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης –Ελληνική Μετάφραση* » [25 Ιανουαρίου 2017]
12. www.socialworkpolicy.org , « *Depression* » [25 Ιανουαρίου 2017]
13. www.vima-asklipiou.gr ,« *Συγκριτική μελέτη εμφάνισης της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία σε κλειστή και ανοιχτή δομή φροντίδας ηλικιωμένων με την κλίμακα Hamilton* ».[25 Ιανουαρίου 2017]
14. www.vima-asklipiou.gr , « *Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)* ». [14 Δεκεμβρίου]

Πτυχιακές εργασίες:

1. Γερογιαννάκη Α. & Ζερβουδάκη Α. (2010), « *Επιβάρυνση και επιπτώσεις στην υγεία φροντιστών ασθενών με ψυχικές διαταραχές ενός Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής*», Σχολή Επαγγελματιών Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.
2. Δεμετζου Σ., Κριτσωτάκη Μ., Κυδωνάκη Μ. (2012), « *Βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την ποιότητα φροντίδας που τους παρέχει η οικογένεια τους. Συγκριτική μελέτη δυο διαφορετικών κοινοτήτων (Ορεινή – πεδινή)* », Σχολή Επαγγελματιών Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.
3. Δημητρίου Χ & Μπελιμπασάκη Σ. (2007), « *Η διερεύνηση της γνωστικής λειτουργίας στα μέλη άνω των 65 ετών των εργαστηρίων δημιουργικής απασχόλησης και προστασίας ενήλικων του Δήμου Κορυδαλλού* » , Σχολή Επαγγελματιών Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.
4. Μαρίνη Μ. & Ματζίρη Β. (2015), « *Μέτρηση και συσχέτιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της κατάστασης θρέψης σε πληθυσμό τρίτης και τέταρτης ηλικίας* » , Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας και Τεχνολογίας Τροφίμων, ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.
5. Μαρτζακλή Η. (2008) , « *Η κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία* » , Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας Διοίκησης, ΤΕΙ Καλαμάτας.
6. Μπαλαγουρα Α. , Χατζογιαννακή Γ. (2008) , « *Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι* », Σχολή Επαγγελματιών Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.
7. Πετράκη Ι. , Χαντζιάρα Β. (2004) , « *Κατάθλιψη* », Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας , ΤΕΙ Καλαμάτας.