

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Αξιολόγηση στάσεων, γνώσεων και πρακτικών των
γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας ως προς την αναγνώριση
και αντιμετώπιση της γηριατρικής κατάθλιψης*

ΟΝΟΜΑ

Μάζη Χριστίνα

Αθήνα, 2019

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	5
Abstract	6
Μορφές κατάθλιψης.....	7
Αιτίες ανάπτυξης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία	8
Συμπτώματα της νόσου σε γηριατρικούς ασθενείς.....	11
Επιπολασμός	13
Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στους γηριατρικούς ασθενείς.....	17
Σημασία έγκαιρης ανίχνευσης κατάθλιψης και παραπομπή για θεραπεία.....	19
Ο ρόλος των γιατρών στην ανίχνευση της κατάθλιψης.....	20
Ανίχνευση και διαχείριση της γηριατρικής κατάθλιψης από τους γιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	23
Εργαλεία ανίχνευσης κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.....	25
Εμπόδια ανίχνευσης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία	27
1 Εμπόδια ανίχνευσης από τους ασθενείς	28
2 Εμπόδια ανίχνευσης από τους γιατρούς	30
Προτεινόμενες μορφές θεραπείας της κατάθλιψης.....	32
Ερευνητικά Ερωτήματα.....	35
Μεθοδολογία	35
1 Πληθυσμός Μελέτης	35
2 Είδος μελέτης	35
3 Δειγματοληψία.....	36
4 Εργαλείο Μέτρησης	36
5 Στατιστική Ανάλυση	38
Κώδικας Ηθικής και Δεοντολογίας.....	39
Αποτελέσματα.....	39
1 Περιγραφικά Αποτελέσματα.....	39
1.1 Δημογραφικά στοιχεία και προηγούμενη εμπειρία	39
1.2 Τρέχουσες Πρακτικές Ανίχνευσης.....	40
1.3 Περιγραφή στάσεων και των αντιλήψεων των γιατρών απέναντι στην κατάθλιψη.....	43
1.4 Περιγραφή Εμποδίων.....	46
1.5 Περιγραφή αναγκών και οδηγιών για τη διευκόλυνση των ιατρών.....	48
2) Αποτελέσματα δι-μεταβλητών αναλύσεων.....	49
2.1 Συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης.....	49
2.1.1 Το φύλο των συμμετεχόντων επηρεάζει τις στάσεις τους απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης.	49

2.1.2 Η ηλικία επηρεάζει τις στάσεις των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς.	49
2.1.3 Ο τομέας εργασίας επηρεάζει τις στάσεις των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης.....	50
2.1.4 Πως η ύπαρξη ψυχολόγου ή συμβούλου στον τομέα εργασίας των γιατρών επηρεάζει τις στάσεις τους.	50
2.2 Προηγούμενη Εμπειρία και στάσεις των γιατρών απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη	51
2.3 Συσχέτιση μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη και των συμπεριφορών που εφαρμόζουν για την ανίχνευση και θεραπείας αυτής.	52
2.3.1 Αν γίνεται ανίχνευση κατάθλιψης και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε αυτή.	52
2.3.2 Συσχέτιση ανάμεσα στο αν οι γιατροί δίνουν εκπαιδευτικό υλικό στους ασθενείς τους με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης και στις στάσεις αυτών απέναντι στην κατάθλιψη.	54
2.3.3 Συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις των γιατρών για την ανίχνευση της κατάθλιψης και στο αν χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς.	54
2.4 Συσχέτιση μεταξύ των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας για την επαρκή διάγνωση και θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος	56
2.4.1 Συσχέτιση φύλου και εμποδίων.....	56
2.4.2 Συσχέτιση ηλικίας και εμποδίων.....	57
2.4.3 Τομέας εργασίας και Εμπόδια.	57
2.4.4 Συσχέτιση ειδικότητας επαγγελματιών υγείας και εμποδίων.....	58
2.4.5 Συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ψυχολόγου ή συμβούλου που να εργάζεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και των εμποδίων.	58
2.4.6 Συσχέτιση εκπαίδευσης των γιατρών για τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών με κατάθλιψη και μεταξύ εμποδίων.....	59
Συζήτηση	59
Ελλείψεις.....	63
Προτάσεις.....	65
Βιβλιογραφία	70
Παράρτημα.....	79

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας εμφανίζεται σε άτομα άνω των 65 χρονών και το 7% του ηλικιωμένου πληθυσμού στον κόσμο φαίνεται ότι πάσχει από αυτή. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις θεωρείται ότι μπορεί να θεραπευτεί το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα δε γίνεται συστηματική ανίχνευση για την ύπαρξη της από τους επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη την καθιστά μη θεραπεύσιμη. Σε αυτή την έρευνα γίνεται αξιολόγηση των στάσεων, των εμποδίων και των αναγκών που έχουν οι γιατροί υγείας σχετικά με τη διάγνωση και θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης.

Ερευνητικό Σχέδιο: Στην έρευνα συμμετείχαν 70 γιατροί οι οποίοι εργάζονται στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε Αθήνα και Τρίπολη. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην καταγραφή και αξιολόγηση των στάσεων των γιατρών απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη, τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην ανίχνευσή της και στις ανάγκες που έχουν προκειμένου να βελτιώσουν την ανίχνευση και θεραπεία της στα πλαίσια της πρακτικής τους.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 70 επαγγελματίες υγείας (38% άνδρες και 32% γυναίκες). Οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι το 45,16% των γηριατρικών ασθενών τους πάσχει από κατάθλιψη. Το 25,7 % των συμμετεχόντων συνηθίζει να κάνει διάγνωση για την κατάθλιψη. Οι γιατροί υποστήριξαν ότι πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στη σύνδεση της ψυχικής και της σωματικής υγείας κατά την ιατρική τους εκπαίδευση και ανέφεραν ως πολύ βοηθητικό το να υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Συμπεράσματα: Γενικά, οι γιατροί φάνηκε να χρησιμοποιούν μεθόδους για ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς χωρίς όμως να νιώθουν σιγουριά στο να διαχειριστούν το θέμα της θεραπείας.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, γηριατρική κατάθλιψη, πρωτοβάθμια περίθαλψη

Abstract

Introduction: Depression in the elderly occurs in people over the age of 65 and 7% of the elderly population in the world seems to suffer from it. Although in the most cases it is believed that it can be cured that this age group does not systematically detect its existence by healthcare professionals in primary care, it makes it untreatable. This research evaluates the attitudes, barriers and needs of healthcare professionals in the diagnosis and treatment of geriatric depression.

Research Project: The survey involved 70 physicians working in the public and private sectors in primary care in Athens and Tripoli. The research focused on the recording and assessment of doctors' attitudes towards geriatric depression, the obstacles they encounter in detecting them and their needs in order to improve their detection and treatment in their practice.

Results: The survey involved a total of 70 health professionals (38% men and 32% women). Participants replied that 45.16% of their geriatric patients suffered from depression. 25.7% of participants are used to diagnosing depression. Physicians argued that greater emphasis should be placed on the link between mental and physical health in their medical education and said it was very helpful to have mental health services in primary care.

Conclusions: Generally, physicians seemed to use methods to detect depression in geriatric patients without however being confident about managing the treatment issue.

Key words: depression, geriatric depression, primary care

Ορισμός Κατάθλιψης

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση η κατάθλιψη (μείζων καταθλιπτική διαταραχή) ορίζεται ως μια κοινή και σοβαρή ιατρική ασθένεια που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που τα άτομα αισθάνονται, τον τρόπο που σκέφτονται και που ενεργούν., Είναι, επίσης, θεραπεύσιμη. Η κατάθλιψη προκαλεί θλίψη ή / και απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που τα άτομα απολάμβαναν κάποτε. Μπορεί να οδηγήσει σε μια ποικιλία από συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα και μπορεί να μειώσει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (Murphy & Byrne, 2012).

Μορφές κατάθλιψης

Υπάρχουν πολλά είδη κατάθλιψης . Ορισμένες μορφές έχουν κάποιες διαφορές ή μπορεί να αναπτυχθούν υπό διαφορετικές συνθήκες. Τέτοιου είδους είναι η ψυχωτική κατάθλιψη, κατά την οποία ένα άτομο παρουσιάζει και κάποιας μορφής ψύχωση, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, η οποία επηρεάζει πολλές γυναίκες μετά τον τοκετό λόγω ορμονικών ή σωματικών αλλαγών και η Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή (SAD), η οποία εμφανίζεται κατά τους χειμερινούς μήνες όταν υπάρχει μικρότερη έκθεση στο φυσικό ηλιακό φως.

Τα πιο κοινά είδη της κατάθλιψης με τα οποία ασχολείται και η παρούσα έρευνα είναι:

- *Μείζων κατάθλιψη.* Τα συμπτώματα της είναι σοβαρά κι επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να κοιμηθεί, να συγκεντρωθεί, να τρώει και να απολαμβάνει τη ζωή. Μερικοί άνθρωποι βιώνουν μόνο ένα επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους αλλά το πιο συχνό είναι ένα άτομο να βιώσει πολλαπλά επεισόδια.
- *Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία).* Τα συμπτώματα της είναι λιγότερο σοβαρά σε σχέση με αυτά της μείζονος κατάθλιψης, αλλά έχουν μεγαλύτερη διάρκεια. Η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να διαρκεί για τουλάχιστον 2 έτη. Συνήθως συνυπάρχουν περίοδοι με επεισόδια μείζονος κατάθλιψης με περιόδους με λιγότερο έντονα συμπτώματα (NIMH,2015).

Αιτίες ανάπτυξης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο όριο ηλικίας στο οποίο να γίνονται αποδεκτοί οι άνθρωποι ως ηλικιωμένοι. Ωστόσο, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες έκαναν υποχρεωτικό τον καθορισμό του (π.χ. κοινωνική ασφάλιση, συνταξιοδότηση). Σύμφωνα λοιπόν με τον WHO οι άνθρωποι μπαίνουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα όταν μειώνεται η ικανότητα τους να προσαρμόζονται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ηλικία που συμβαίνει αυτό φαίνεται να είναι το λιγότερο στα 65 έτη και σε ορισμένες περιπτώσεις τα 60 έτη. Παρά τον ορισμό αυτό η προσωπική μετάβαση φαίνεται να γίνεται στα 75 έτη (Sözeri-Varma, 2012).

Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας εμφανίζεται σε άτομα άνω των 65 χρονών κι η ηλικία έναρξης της ποικίλει. Οι επιδράσεις της μπορεί να είναι σημαντικές κι η αποτελεσματικότητα των επιλογών για θεραπεία μπορεί να είναι απαιτητική (Blackburn et al., 2017). Ωστόσο, θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η εμφάνιση της δεν αποτελεί φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης (NIMH, 2015). Η γήρανση είναι μία μη παθολογική βιολογική διαδικασία που επηρεάζει το ανθρώπινο σώμα, αλλά είναι διαφορετική για το κάθε άτομο (Xiao et al., 2017). Οι περισσότεροι ενήλικες στην τρίτη ηλικία παρά τις αυξημένες ασθένειες και τα έντονα σωματικά τους προβλήματα νιώθουν ικανοποιημένοι από την ποιότητα της ζωής τους (NIMH, 2015). Από την άλλη πλευρά, ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου όπως είναι η επιδείνωση της σωματικής υγείας, η γνωστική παρακμή και το μειωμένο κοινωνικό δίκτυο αυξάνεται με την ηλικία επομένως οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη λόγω των αλλαγών που παρουσιάζονται (Vink et al., 2008).

Χαρακτηριστικά ασθενών που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι όσοι μπορεί να έχουν κακή σωματική υγεία, οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, όσοι έχουν ηλικία πάνω από 80 χρονών κι όσοι εμφανίζουν γνωστική δυσλειτουργία λόγω κάποιας νευροεκφυλιστικής ασθένειας όπως είναι η νόσος Alzheimer ή η νόσος του Parkinson. Παράλληλα, πιο επιρρεπείς θεωρούνται ασθενείς με διατροφικές ελλείψεις, καρδιαγγειακά επεισόδια και με τρόπο ζωής που σχετίζεται με το κάπνισμα, το αλκοόλ και τη χρήση πολλαπλών ιατροφαρμακευτικών αγωγών. Τέλος, χαρακτηριστικό αποτελεί και το αν κάποιος είναι ανύπαντρος ή ακόμα και χήρος/α (Van Damme et al., 2018).

Δεν υπάρχει ξεκάθαρη απάντηση για το τι προκαλεί την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Οι παράγοντες που συμβάλλουν μπορεί να είναι ψυχολογικοί, βιολογικοί και κοινωνικοί.

Ορισμένοι άνθρωποι φαίνονται να είναι πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη λόγω κληρονομικότητας ενώ και ορισμένες χημικές ουσίες του εγκεφάλου όπως είναι η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη όταν δεν ισορροπούν στον εγκέφαλο εμπλέκονται άμεσα με την ασθένεια αυτή (Duckworth, 2009). Συχνά είναι δύσκολο να γίνουν διακριτές οι φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν λόγω της γήρανσης από εκείνες που προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες (Xiao et al., 2017). Η εικόνα της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα χαρακτηρίζεται από σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές (Fiske et al., 2009).

Βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την γηριατρική κατάθλιψη είναι η ηλικία και το φύλο. Το γεγονός ότι ένας άνθρωπος μεγαλώνει ηλικιακά οδηγεί στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Επίσης, οι γυναίκες παρατηρείται έντονα να είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση της νόσου. Στο γεγονός αυτό φαίνεται να παίζει ρόλο το ότι απευθύνονται περισσότερο στις δομές υγείας σε σχέση με τους άντρες (Sözeri-Varma, 2012). Γυναίκες οι οποίες έχουν μεγαλύτερη αντίληψη για την ύπαρξη οικονομικού προβλήματος στην οικογένεια, νιώθουν χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή και χαμηλή λειτουργικότητα φαίνεται να είναι πιο καταθλιπτικές από άλλες στις οποίες δεν παρατηρούνται αυτά τα χαρακτηριστικά (Fiske et al., 2009).

Κοινωνικοί παράγοντες που αποτελούν αιτίες πρόκλησης της ασθένειας αυτής μπορεί να είναι νευρωτικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, κάποια απώλεια και το πένθος που προκαλείται από αυτή, οι αλλαγές της κοινωνικής θέσης και η μείωση της συμμετοχής του σε σωματικές δραστηριότητες που του προκαλούσαν ευχαρίστηση, η συνταξιοδότηση ακόμα και μία μετακόμιση (Harris et al., 2011). Επιπλέον, ένα διαζύγιο μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για εμφάνιση της νόσου, οικονομικά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στην οικογένεια και η μείωση της ικανότητας του ατόμου να φροντίζει τον ίδιο του τον εαυτό (Sözeri-Varma, 2012). Ακόμα, το επίπεδο μόρφωσης κι εκπαίδευσης έχει φανεί ότι παίζει ρόλο στην εμφάνιση της γηριατρικής κατάθλιψης (Chang-Quan et al., 2010). Τέλος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται να συνδέονται με τη μείωση των πνευματικών δεξιοτήτων, με τη μείωση της κοινωνικής δραστηριότητας και με μεταλλαγές στη συναισθηματική σταθερότητα του ατόμου (Wongpakaran et al., 2012).

Από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι η απώλεια και το πένθος από το θάνατο του/ της συντρόφου (Harris et al., 2011). Σύμφωνα με τη ανασκόπηση των Vink et al., οι ηλικιωμένοι είναι σε ένα συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο όπου αντιμετωπίζουν συχνές απώλειες και μπορεί να είναι πιο προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά σε σύγκριση με τα

νεότερα άτομα (Vink et al., 2008). Το πένθος αποτελεί μία φυσιολογική διαδικασία αντίδρασης και δεν απαιτεί επαγγελματική ψυχολογική θεραπεία. Ωστόσο, όταν η περίοδος της θλίψης είναι παρατεταμένη μετά από μία απώλεια τότε μπορεί να απαιτηθεί η απαραίτητη θεραπεία. Είναι πολύ συνηθισμένο ορισμένες φορές να μην μπορεί να γίνει εύκολα διάκριση ανάμεσα στη θλίψη λόγω πένθους και της μείζονος κατάθλιψης (NIMH, 2015).

Η συνταξιοδότηση αποτελεί την πιο μεταβατική περίοδο της μεταγενέστερης ζωής κι επηρεάζει πολλούς τομείς της ζωής των ανθρώπων (Van Solinge & Henkens, 2008). Η κατάσταση αυτή φαίνεται να έχει επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, στις κοινωνικές σχέσεις και συναναστροφές, στο εισόδημα ακόμα και στη συνολική γενική υγεία και την ευημερία (Coe & Zamarro, 2011). Από τη μία μεριά, για κάποιον που η δουλειά του ήταν αγχωτική και απαιτητική, τη συνταξιοδότηση μπορεί να ακολουθήσει ένα αίσθημα ευημερίας ενώ από την άλλη μεριά, μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της ευημερίας καθώς ο συνταξιοδοτημένος χάνει τις επαγγελματικές του διασυνδέσεις και τις κοινωνικές του επαφές από τον εργασιακό του χώρο (Davey et al., 2013). Η ηλικία συνταξιοδότησης διαφέρει από χώρα σε χώρα με μέσο όρο ηλικίας από τα 61 έως τα 67 έτη. Παράγοντες που μπορεί να ωθήσουν κάποιον στην πρόωρη συνταξιοδότηση αποτελούν το αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον, η ποιότητα της εργασίας, η χαμηλή κοινωνική στήριξη στην εργασία και η μεγάλη σωματική καταπόνηση. Από την άλλη, παράγοντες για να παραμείνει κάποιος στην εργασία του αποτελούν η κοινωνική οικονομική κατάσταση, η ατομική οικονομική κατάσταση και οι ποικίλες επιλογές για σύνταξη (Heller-Sahlgren, 2012).

Μία ακόμα έννοια που συνδέεται με την εμφάνιση της γηριατρικής κατάθλιψης είναι η αδυναμία. Χαρακτηριστικά της αδυναμίας αποτελούν η απώλεια βάρους, η μειωμένη ικανότητα να κρατήσει κάποιος κάτι, η βραδύτητα, η εξάντληση και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα. Η αδυναμία οδηγεί στη μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς, όχι μόνο στη σωματική λειτουργία, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της αποθεματικής ικανότητας για την αντιμετώπιση παραγόντων που προκαλούν άγχος. Η σωματική αδυναμία συνδέεται με χρόνιες φλεγμονές και με γηριατρική κατάθλιψη (Soysal et al., 2016). Ακόμα και το γεγονός ότι ένα άτομο θα σταματήσει να ζει μόνο και ανεξάρτητο και θα χρειαστεί ξαφνικά να εξαρτηθεί από κάποιον άλλον είναι ένας ακόμα λόγος που επηρεάζει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Australian Institute of Health and Welfare, 2015).

Επιπλέον, η κατάθλιψη σε αυτή την ηλικία σχετίζεται και με τον παράγοντα της συννοσηρότητας ορισμένων ασθενειών, την περιορισμένη σωματική υγεία, τη γνωστική δυσλειτουργία και με δομικές αλλαγές που μπορεί να εμφανιστούν στον εγκέφαλο. Προβλήματα υγείας όπως καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα και εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω των φαρμάκων που χορηγούνται προκαλούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (NIMH, 2015). Η ψυχολογική ή σωματική προσαρμογή σε μία χρόνια ασθένεια προωθούν την κατάθλιψη. Το 20-25% των ασθενών που έχουν υποστεί εγκεφαλικό είναι πολύ συνηθισμένο να εμφανίσουν κατάθλιψη γι' αυτό και μετά το επεισόδιο θα πρέπει να εξετάζονται για αυτή (Harris et al., 2011)

Επιπροσθέτως, ορισμένες φορές το αίσθημα σύγχυσης και τα προβλήματα προσοχής που παρουσιάζονται και προέρχονται από την κατάθλιψη, συνδέονται με τη νόσο Alzheimer ή με άλλες εγκεφαλικές διαταραχές (NIMH, 2015). Η ασθένεια του Parkinson, ενδοκρινικές διαταραχές όπως ο διαβήτης και ο θυρεοειδής και οι διαταραχές του ύπνου κι η αϋπνία σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Ακόμα και η φαρμακευτική αγωγή που επιλέγεται μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει την κατάθλιψη. Τέτοια φάρμακα είναι όσα περιέχουν βενζοδιαζεπίνες ή άλλου είδους κατασταλτικά του νευρικού συστήματος, τα οπιοειδή αναλγητικά που συνταγογραφούνται για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, αντιψυχωσικά φάρμακα και η αγωγή κατά της ασθένειας του Parkinson (Harris et al., 2011)

Τέλος, ηλικιωμένοι οι οποίοι είχαν παρουσιάσει κατάθλιψη και σε νεότερη ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη στα τέλη της ζωής τους συγκριτικά με ηλικιωμένους που δεν είχαν εμφανίσει και παλιότερα (NIMH, 2015). Η παρουσία κάποιου καταθλιπτικού επεισοδίου σε νεότερη ηλικία μπορεί να συνδέεται με οικογενειακό ιστορικό ψυχικών ασθενειών. Το γεγονός όμως ότι δεν έχει εμφανίσει κάποιος καταθλιπτικό επεισόδιο νεότερος δε σημαίνει ότι αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία (Harris et al., 2011).

Συμπτώματα της νόσου σε γηριατρικούς ασθενείς

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες λόγω του υψηλού ποσοστού της συνύπαρξης πολλών σωματικών ασθενειών, της εξασθενημένης λειτουργικότητας τους και του αυξημένου κινδύνου που υπάρχει για αυτοκτονία. Συνήθως το 50% των ηλικιωμένων εμφανίζουν το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο μετά την ηλικία των 60 χρονών (Djukanovic, 2017). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα

συχνά αναφέρονται ως «οργανικά», «δευτερεύοντα» ή «καλυμμένα» λόγω του ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν γνωστικές αλλαγές, σωματικά συμπτώματα και απώλεια ενδιαφέροντος σε σχέση με νεότερους ηλικιακά ενήλικες (Fiske et al., 2009).

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση και το DSM 5 το κυριότερο σύμπτωμα της μείζονος κατάθλιψης για έναν ηλικιωμένο είναι η ανηδονία, δηλαδή η έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που συνήθιζε να κάνει και του προκαλούσε ευχαρίστηση σε συνδυασμό με καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Για να μπορέσουμε να πούμε ότι ένας ηλικιωμένος πάσχει από επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης θα πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον ένα καρδιακό σύμπτωμα και τέσσερα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Τα συμπτώματα αυτά είναι η σημαντική μείωση ή αύξηση σωματικού βάρους ή όρεξης, η αϋπνία ή η υπερευαισθησία κι η κόπωση. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, συναισθήματα αναξιότητας ή ανεξήγητης ενοχής και επαναλαμβανόμενες σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Van Damme et al., 2018). Σημαντική μπορεί να είναι και η επιδείνωση της μνήμης των ατόμων αυτών. Η μείζον κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με έλλειψη προσοχής και κακή γνωστική λειτουργία (Hammar & Årdal, 2009).

Στους ηλικιωμένους τα καταθλιπτικά συναισθήματα συχνά συμβαίνει να καλύπτονται από ανεξήγητα σωματικά παράπονα όπως π.χ. είναι η κούραση, ο πόνος στην πλάτη, οι κεφαλαλγίες, το θωρακικό άλγος γεγονός που έχει σα συνέπεια να φαίνεται ότι τα κριτήρια του DSM 5 φαίνεται να αποτυγχάνουν όσον αφορά τη διάγνωση της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (Van Damme et al., 2018). Γενικότερα, τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιο πιθανό, πέρα από τη μειωμένη όρεξη και την απώλεια βάρους να εμφανίσουν αισθήματα υπερβολικής ενοχής, να γίνουν υπερβολικά υποχόνδρια και να παρουσιάσουν ψυχοκινητική επιβράδυνση όπως το να κοιμούνται υπερβολικά πολλές ώρες, χαρακτηριστικό που υποδηλώνει την ύπαρξη κατάθλιψης σε νεότερους ενήλικες (Johnco, 2014).

Οι γιατροί θα πρέπει να είναι υποψιασμένοι ακόμα κι όταν οι ηλικιωμένοι αναφέρουν συμπτώματα όπως είναι ο πόνος και τα πολλαπλά ανεξήγητα ιατρικά συμπτώματα, η απόσυρση από την κοινωνική τους ζωή και πέρα από την άρνηση του για τη λήψη τροφής, η άρνηση να πίνει και η άρνηση να ακολουθήσει τη φαρμακευτική του αγωγή. Ακόμα, ενδείξεις αποτελούν τυχόν προβλήματα που θα παρουσιάσουν σχετικά με την αυτό-

φροντίδα τους, η αυξανόμενη χρήση ηρεμιστικών σε ορισμένες περιπτώσεις, ή φαρμάκων ή αλκοόλ (APA, 2013).

Ωστόσο, η έγκαιρη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης έχει σωτήρια αποτελέσματα όταν εντοπιστεί και αντιμετωπιστεί καθώς το 70% των γηριατρικών ασθενών αναρρώνουν από ένα αντικαταθλιπτικό επεισόδιο όταν τους χορηγούνται αντικαταθλιπτικά (Ribeiz et al., 2013). Τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν διάρκεια για τουλάχιστον δύο εβδομάδες για να μπορέσει να γίνει διάγνωση για κατάθλιψη. Επίσης, υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις όπως είναι ο θυρεοειδής ή κάποια κακοήθεια, τα συμπτώματα των οποίων μοιάζουν αρκετά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να αποκλειστούν τα γενικά ιατρικά αίτια και μετά να γίνει η οποιαδήποτε διάγνωση (APA, 2018).

Επιπολασμός

Παγκόσμιο επίπεδο

Έρευνες έχουν δείξει πως πάνω από το 20% των ενηλίκων ηλικίας άνω των 65 ετών πάσχουν από ψυχική ή νευρολογική διαταραχή και το 6,6% όλων των αναπηριών σε άτομα άνω των 65 ετών αποδίδεται σε διανοητικές και νευρολογικές διαταραχές. Αυτές οι διαταραχές σε ηλικιωμένους αντιπροσωπεύουν το 17,4% των ατόμων που ζουν με αναπηρίες. Οι πιο συνηθισμένες διανοητικές και νευρολογικές διαταραχές σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι η άνοια και η κατάθλιψη, οι οποίες επηρεάζουν περίπου το 5% και το 7% του ηλικιωμένου πληθυσμού στον κόσμο, αντίστοιχα. Τέλος ένα 3,8% του ηλικιωμένου πληθυσμού επηρεάζεται από διαταραχές άγχους (WHO, 2017).

Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης κυμαίνεται από 0,9% έως 9,4% για ηλικιωμένα άτομα που ζουν στα σπίτια τους, από 14% έως 42% για ηλικιωμένους που μπορεί να ζουν σε κάποιο ίδρυμα και από 1% έως 16% μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν στα σπίτια τους ή σε ορισμένα ιδρύματα. Παράλληλα, τα κλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης σε παρόμοιες συνθήκες κυμαίνονται μεταξύ 7,2% και 49%. Οι κύριοι προβλεπτικοί παράγοντες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι: το γυναικείο φύλο, οι σωματικές ασθένειες, οι γνωστικές διαταραχές, οι λειτουργικές διαταραχές, έλλειψη ή απώλεια στενών κοινωνικών επαφών και ιστορικό κατάθλιψης. Συμπερασματικά, φαίνεται πως η κατάθλιψη είναι συχνή στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Οι μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών εμποδίζουν τη διαμόρφωση συμπερασμάτων σχετικά με τις γεωγραφικές και διαπολιτισμικές

διακυμάνσεις του επιπολασμού και των προβλεπτικών παραγόντων της κατάθλιψης (Djernes, 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι περίπου το 5% των ενηλίκων ηλικίας 65 ετών και άνω που διαμένει σε κάποιο κοινοτικό ίδρυμα πληροί τα κριτήρια διάγνωσης για μείζονα κατάθλιψη. Πρόσφατα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι τα συνολικά ποσοστά της κατάθλιψης είναι παρόμοια μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών (5,5%) και των αναπτυσσόμενων χωρών (5,9%), αλλά τα ποσοστά κατάθλιψης τείνουν να μειώνονται με την ηλικία στις ανεπτυγμένες χώρες ενώ τείνουν να αυξάνονται με την ηλικία στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σε ηλικιωμένους στις ανεπτυγμένες χώρες φάνηκε ότι υπάρχουν σχετικά χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης (2,6%), ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες ο μέσος όρος ήταν σχεδόν τριπλάσιος (7,5%) (Kessler et al., 2010). Τα ποσοστά της γηριατρικής κατάθλιψης φτάνουν το 12-30% και έως και το 50% σε ηλικιωμένους που κατοικούν σε δομές μακροχρόνιας περίθαλψης. Περίπου 5-10% των ηλικιωμένων ενηλίκων που εμφανίζονται στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν κατάθλιψη (Park & Unützer, 2011).

Ενώ η μείζονα κατάθλιψη αφορά μόνο το 1% έως 2% των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω τα κλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο συνηθισμένα. Συχνά τα κλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης αναφέρονται ως «καταθλιπτική διάθεση» ή απλά ως «κατάθλιψη» και φαίνεται να επηρεάζουν το 8% έως και 20% του πληθυσμού αυτού (Blazer, 2003). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνδέονται με τα αυξημένα κόστη υγειονομικής περίθαλψης (Katon et al., 2003) και τα αρνητικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της επιδείνωσης των συνυπάρχουσων ιατρικών ασθενειών, της αναπηρίας στις καθημερινές δραστηριότητες και της θνησιμότητας (Barry et al., 2012).

Στους ανθρώπους άνω των 65 ετών η κατάθλιψη αποτελεί την πιο κοινή ψυχική διαταραχή και φαίνεται ότι επηρεάζει έναν στους επτά ηλικιωμένους (Borza et al., 2015). Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της υπολογίζεται στο 13,3% για τα ηλικιωμένα άτομα (Van Damme et al., 2018). Η συνολική επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης και της δυσθυμίας ποικίλλει ευρέως από 2%- 25% μεταξύ ηλικιωμένων άνω των 65 χρονών. Σε συστηματική θεώρηση ερευνών βρέθηκε ότι η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών ήταν στο 7,2%. Τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης βρίσκονται στη Βόρεια Αμερική και το υψηλότερο στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lurra et al., 2012).

Η κατάθλιψη φαίνεται ότι εξακολουθεί να υπάρχει σε μεγαλύτερες ηλικίες με αποτέλεσμα να αυξάνεται και ο επιπολασμός της. Σε μελέτη που έγινε σε άτομα άνω των 75 ετών

φάνηκε ότι η σημειακή επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης ήταν 7,2%. Τα ποσοστά για τις γυναίκες κυμαίνονταν μεταξύ 4% έως 10,3% και για τους άνδρες 2,8% και 6,9%. Η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 10% και 20% στον γενικό ηλικιωμένο πληθυσμό και περίπου το 5% και το 17% σημειώνεται σε ηλικιωμένους ασθενείς σε εγκαταστάσεις της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Aziz & Steffens, 2013).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης σε ενήλικες άνω των 70 ετών έφτανε το 11,9%. Στις γυναίκες φάνηκε να υπάρχει μεγαλύτερη επικράτηση της κατάθλιψης αφού η αναλογία ήταν 11,44% γι' αυτές σε σχέση με τους άνδρες που ήταν 10,81%. Σε ηλικιωμένους άνω των 80 ετών το ποσοστό αυτό έφτασε το πάνω από το 12% (Steffens et al., 2009). Στην Αυστραλία φαίνεται ότι το 10-15% των ηλικιωμένων πάσχουν από άγχος ή κατάθλιψη. Αυτό το ποσοστό φαίνεται να αλλάζει ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων ενηλίκων. Για παράδειγμα, το 52% των ηλικιωμένων που ζουν μόνιμα σε γηροκομεία παρουσιάζουν ήπια, μέτρια ή μείζονα συμπτώματα κατάθλιψης (Haralambous et al., 2009).

Συνήθως ηλικιωμένοι με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης φαίνεται να είναι γυναίκες, άγαμοι, όσοι ζουν μόνοι και αυτοί με κάποια σωματική αναπηρία ή ασθένεια (Choi et al., 2008). Σημαντικές διαφορές σημειώνονται όσον αφορά το φύλο. Οι τιμές για τις γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να κυμαίνονται από το 4.8% έως το 15.4% και για τους άντρες από το 4.5.% έως το 6.9% (Luppa et al., 2012).

Ευρωπαϊκό επίπεδο

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο το ποσοστό των ηλικιωμένων το 2010 ήταν 20% κι εκτιμάται ότι μέχρι το 2030 θα έχει φτάσει το 25%. Στην έρευνα EURODEP, η οποία πραγματοποιήθηκε σε οχτώ ευρωπαϊκές χώρες βρέθηκε ότι το χαμηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης είχε η Ισλανδία με ποσοστό να φτάνει στο 8.8%, στη συνέχεια ήταν το Λίβερπουλ με ποσοστό 10,0%, η Σαραγόσα 10,7%, το Δουβλίνο 11,9%, το Άμστερνταμ 12,0%, το Βερολίνο 16,5%. Στη συνέχεια το Λονδίνο 17,3%, η Βερόνα 18,3% και τέλος το Μόναχο 23,6% (Copeland et al., 2004).

Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ευρώπη σε ηλικιωμένους ασθενείς φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό επικράτησης της κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα καταγράφηκε στη Νότιο Ευρώπη με ποσοστό 35% κι ακολουθούσε η Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη με ποσοστό 32%. Στη Δυτική Ευρώπη το ποσοστό αυτό έφτανε το 26% ενώ το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στη Σκανδιναβία με ποσοστό επικράτησης 17%

(Horackova et al., 2019). Στην Πορτογαλία το ποσοστό της κατάθλιψης φάνηκε να φτάνει το 18%. Το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλό συγκριτικά με άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία) στις οποίες το ποσοστό φάνηκε να φτάνει το 24% και μπορεί και παραπάνω (Gonçalves-Pereira et al., 2019).

Σε έρευνα που έγινε σε δέκα ευρωπαϊκές χώρες βρέθηκαν οι διαφορές ανάμεσα στη «Δύση» και την «Ανατολή». Η κατάθλιψη φάνηκε να είναι ως και τρεις φορές πιο διαδομένη στους ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες στην Ανατολική Ευρώπη συγκριτικά με τους συνομήλικους τους στη Βορειοδυτική Ευρώπη. Για τις γυναίκες, τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 25% και 41% στην Ανατολή έναντι 14% έως 25% στη Δύση. Για τους άνδρες, αυτή η αντίθεση είναι 14% έως 21% έναντι 7% έως 10% (Hansen & Slagsvold, 2017).

Ελλάδα

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2012 στην Ελλάδα το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν το 18% ενώ μέχρι το 2020 το ποσοστό αυτό εκτιμάται ότι θα φτάσει το 24%. Σε μία ελληνική έρευνα ένα σημαντικό ποσοστό των ηλικιωμένων του πληθυσμού αναφέρουν καταθλιπτικά συμπτώματα (27,1%) αλλά μόνο το 9,5% του ποσοστού αυτών εκπληρώνουν τα διαγνωστικά κριτήρια (Madianos et al., 1992).

Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες με σκοπό να καθοριστεί ο επιπολασμός του γηριατρικού πληθυσμού με κατάθλιψη. Οι έρευνες αυτές έχουν διεξαχθεί σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές της χώρας. Ανάλογα με το σχεδιασμό της κάθε μελέτης και τις πληθυσμιακές ομάδες που μελετήθηκαν παρατηρήθηκε μεγάλη μεταβλητότητα στον επιπολασμό της κατάθλιψης σε άτομα 65 χρονών κι άνω που κυμαινόταν από 6% μέχρι και 70% (Stylianopoulou et al., 2010). Η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης στους ηλικιωμένους σε αστικές περιοχές της Ελλάδας φάνηκε να φτάνει το 30,3%, γεγονός που δείχνει ότι η κατάθλιψη ήταν ιδιαίτερα υψηλή (Carayanni et al., 2012). Σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί στο Βελεστίνο Μαγνησίας το 2005 σε ηλικιωμένους ο επιπολασμός της ήπιας κατάθλιψης έφτανε το 27%, ενώ ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης έφτανε το 12% (Paradopoulos et al., 2005). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Κ.Α.Π.Η. Τρίπολης και Πάτρας τα καταθλιπτικά συμπτώματα φάνηκαν πάλι να είναι πιο συχνά στις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες. Στην Πάτρα οι γυναίκες από τα τρία Κ.Α.Π.Η. που έλαβαν μέρος στην έρευνα φάνηκε να παρουσιάζουν κατά 54,6% καταθλιπτικά συμπτώματα έναντι 37,4% των ανδρών. Στην Τρίπολη και πάλι οι γυναίκες παρουσίαζαν συχνότερα

καταθλιπτικά συμπτώματα κατά 62,9% σε αντίθεση με τους άνδρες στους οποίους το ποσοστό έφτανε το 45,5% (Argyropoulos et al., 2015).

Η κατάθλιψη αυξάνεται παγκοσμίως. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ο αριθμός των συνταξιούχων (≥ 65 ετών) θα υπερδιπλασιαστεί μέχρι το 2050 (από 16,6% το 2000 σε 32,1% το 2050) προκαλώντας και αυξημένη αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Eurostat, 2008; Babatsikou, 2017). Ηλικιωμένες γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές φαίνεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο. Αντίθετα, η διαβίωση στην επαρχία κι η ύπαρξη παιδιών φαίνεται να λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης. Η συσχέτιση μεταξύ φύλου και κατάθλιψης αποδεικνύει ότι οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες σε καταθλιπτικά συμπτώματα και γι' αυτό η επικράτηση της κατάθλιψης σε αυτές είναι μεγαλύτερη (56,92%) συγκριτικά με τους άνδρες (43,08%) (Babatsikou, 2017).

Επιπλέον, η διαμονή σε ημιαστικές περιοχές φαίνεται να δρα ως προστατευτικός παράγοντας για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι το 28% των ηλικιωμένων που ζουν σε ημιαστικές περιοχές δεν εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με το 3,3% των ηλικιωμένων που ζουν στην Αθήνα. Ακόμα, φαίνεται ότι η συμβίωση έχει θετικές επιρροές όχι μόνο για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων αλλά και για την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με παρέα ή είχαν παιδιά εμφάνισαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με όσους ζούσαν μόνοι τους. Έρευνα που διεξήχθη στα Κ.Α.Π.Η στην Αθήνα έδειξε ότι χήροι, άνθρωποι που ζουν μόνοι, με πολλαπλή παθολογία και με ανεπίσημους φροντιστές παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Babatsikou, 2017).

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στους γηριατρικούς ασθενείς

Από όλες τις ασθένειες, η καταθλιπτική διαταραχή προκαλεί το μεγαλύτερο ποσοστό μη θανατηφόρας επιβάρυνσης στα άτομα που ζουν με αναπηρία παγκοσμίως. Τα άτομα αυτά φαίνεται να περνούν το 12% του συνόλου των ετών που ζουν με καταθλιπτική διαταραχή (Schoevers et al., 2006). Η μη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς τρίτης ηλικίας έχει πολλές σοβαρές συνέπειες. Στα άτομα αυτά παρατηρείται αυξημένη σωματική αναπηρία, μειωμένη δραστηριότητα στην διεκπεραίωση καθημερινών τους συνηθειών, μειωμένο αίσθημα ευεξίας και ικανοποίησης από τη ζωή (Johnco, 2014). Παράλληλα, φαίνεται να

μειώνει την ποιότητα της ζωής των ασθενών, να αυξάνει τη λειτουργική ανικανότητα, να αυξάνει τον κίνδυνο της γνωστικής λειτουργίας και την εμφάνιση άνοιας (Gao et al., 2013).

Η αναγνώριση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους γηριατρικούς ασθενείς είναι σημαντική εξαιτίας της σύνδεσής της με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Hammami et al., 2012). Όταν δε γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης στους γηριατρικούς ασθενείς υπάρχουν ορισμένες συνέπειες όπως είναι η κακή ποιότητα ζωής, η επιδείνωση των χρόνιων ασθενειών και πολλές φορές και η αυτοκτονία (Unützer, 2007). Η εμφάνιση της κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση ιατρικών ασθενειών και αλλοίωση της γνωστικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους (Duckworth, 2009). Επίσης, ευθύνεται για την επιβάρυνση της υγείας σε μεγάλο βαθμό χωρίς θανατηφόρα αποτελέσματα για το άτομο (Moussavi et al., 2007). Οι ασθενείς με συνυπάρχουσες ασθένειες φαίνεται να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο επίπεδο ανικανότητας και άγχους εξαιτίας των ψυχολογικών τους προβλημάτων. Ακόμα, παρουσιάζουν αυξημένες χρόνιες σωματικές ασθένειες, αυτοκτονικό ιδεασμό, χαμηλή κοινωνική λειτουργία και η γνωστική τους λειτουργία παρακμάζει με ταχύτερους ρυθμούς συγκριτικά με άτομα που πάσχουν από μία μόνο διαταραχή (Mohlman et al., 2012).

Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας στους οποίους συνυπάρχουν ασθένειες είναι πιο πιθανό να είναι και πιο ανθεκτικοί στις προσπάθειες θεραπείας της κατάθλιψης. Η συννοσηρότητα φαίνεται να είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, που θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν κατά την εξέταση γηριατρικών ασθενών για την ύπαρξη κατάθλιψης, καθώς φαίνεται να επηρεάζει τη σοβαρότητα των γνωστικών διαταραχών που συνδέονται με το άγχος και την κατάθλιψη. Το συναισθηματικό άγχος και η κατάθλιψη είναι παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης άνοιας (Johnco, 2014).

Η κατάθλιψη είναι άμεσα συνδεδεμένη με αυξημένο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο, για καρδιακή ανεπάρκεια και κάταγμα ισχίου. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι αποτελεί ανεξάρτητη αιτία αναπηρίας καθώς κι ότι συνεισφέρει στην εμφάνιση αναπηρίας από μία πρωτογενή σωματική ασθένεια (Hammami et al., 2012). Στις περιπτώσεις που δεν αναγνωρίζεται μπορεί να έχει και θανατηφόρα κατάληξη αφού αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία στην τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με έρευνες το 20% των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν έχουν δει το γιατρό τους την ίδια μέρα, το 40% την ίδια εβδομάδα ενώ το 70% μέσα στον ίδιο μήνα. Τα άτομα αυτά δεν είναι σύνηθες να ζητούν βοήθεια για την κατάθλιψη όσο σύνηθες είναι να ζητούν για άλλα θέματα υγείας (Duckworth, 2009). Η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία της νόσου αυτής μειώνει τα επιπρόσθετα ιατρικά έξοδα

στους καταθλιπτικούς ασθενείς και αποφεύγουν να επιβαρύνουν σημαντικά τον φροντιστή τους (Hammami et al., 2012).

Σημασία έγκαιρης ανίχνευσης κατάθλιψης και παραπομπή για θεραπεία

Η ανίχνευση της κατάθλιψης από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα για τη μετέπειτα πορεία της ασθένειας στα άτομα που πάσχουν από αυτή. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να γίνει λανθασμένη διάγνωση της νόσου με αποτέλεσμα να εφαρμοστεί περιττή θεραπεία και συνεπώς να υπάρξουν και οι ανεπιθύμητες παρενέργειες ανάλογα με την εφαρμοσμένη θεραπεία κι ακόμα υπάρχει και η επίπτωση του στιγματισμού του ασθενούς χωρίς να νοσεί στην πραγματικότητα (Evans et al., 2005). Η ανίχνευση της κατάθλιψης και η θεραπεία της σε άτομα τα οποία ήδη έχουν διαγνωστεί με τη νόσο δεν αποτελούν όφελος για την υγείας του ατόμου από μόνα τους. Το πραγματικό όφελος προκύπτει από την πρόωρη ανίχνευση της κατάθλιψης και την επιτυχημένη θεραπεία της σύμφωνα με την οποία τα οφέλη της θα είναι περισσότερα από τις επιπτώσεις της (Joffres et al., 2013).

Κατά την ανίχνευση της κατάθλιψης νέων περιπτώσεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν αρχικά η αποτελεσματικότητα των εργαλείων προ-συμπτωματικού ελέγχου που είναι διαθέσιμα προκειμένου να αποφεύγεται η λανθασμένη διάγνωση. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες άτομα τα οποία πάσχουν από μέτρια μορφή κατάθλιψης μπορεί να μην ωφεληθούν από τη θεραπεία, γεγονός που υποδηλώνει ότι ορισμένες εφαρμογές θεραπείας είναι όντως περιττές. Τέλος, ορισμένοι ασθενείς ενδεχομένως να εγκαταλείψουν τη θεραπεία πριν την ολοκλήρωσή της ή δε θα θελήσει να την εφαρμόσει από την αρχή. Οι γιατροί που θεωρούν κατά τον προ-συμπτωματικό έλεγχο ότι οι ασθενείς τους θα έχουν θετικά αποτελέσματα από την εφαρμογή θεραπείας μπορούν να προχωρήσουν σε διάγνωση της νόσου σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι θα ήταν πιο επιβλαβής η εφαρμογή της (Joffres et al., 2013).

Δεν υπάρχουν βέλτιστες πρακτικές για επαγγελματίες υγείας οι οποίες να αναφέρονται στην ανίχνευση και την θεραπεία της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς αλλά, υπάρχουν κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες μέσω οδηγιών που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες. Τέτοιος είναι και ο NICE στην Αγγλία ο οποίος προτείνει οι επαγγελματίες υγείας να μην μεταβάλλουν συχνά τη θεραπευτική στρατηγική που ακολουθούν για την κατάθλιψη είτε με αυτή που θα ακολουθούσαν σε άλλους τύπους κατάθλιψης (όπως για παράδειγμα στην εποχιακή κατάθλιψη) είτε με βάση τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενή (όπως

για παράδειγμα με βάση το φύλο ή την εθνικότητα) γιατί υπάρχουν λίγα στοιχεία που να υποστηρίζουν τη συνταγογράφηση με βάση αυτά τα χαρακτηριστικά (NICE, 2018).

Παράλληλα, οι γιατροί θα πρέπει κατά τη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών σε ηλικιωμένους να προτείνουν μία δόση κατάλληλη για την ηλικία τους λαμβάνοντας υπ' όψιν την επίδραση που θα έχουν αυτά στη γενική σωματική τους υγεία και σε συνδυασμό με τη γενικότερη φαρμακευτική αγωγή που μπορεί να ακολουθούν λόγω άλλων ασθενειών που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να παρακολουθούν τις παρενέργειες που μπορεί να παρουσιαστούν. Η φαρμακευτική αγωγή είναι πιθανό να είναι πιο αποτελεσματική όταν εφαρμόζεται στα πλαίσια μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας. Άτομα με μείζον ή μέτρια κατάθλιψη θα ήταν ωφέλιμο να παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις οποίες θα εφαρμόζονται συντονισμένα προγράμματα πολύ-επαγγελματικής φροντίδας. Σημαντική θα ήταν η εφαρμογή συνεργατικής φροντίδας ειδικά στις περιπτώσεις που η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια μίας χρόνιας σωματικής ασθένειας του ατόμου (NICE, 2018).

Η έγκαιρη ανίχνευση και παραπομπή των γηριατρικών ασθενών με κατάθλιψη οδηγεί στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών αυτών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ποιότητα ζωής ορίζεται η αντίληψη του ατόμου για τη θέση της ζωής του στο σύστημα αξιών και στην κουλτούρα που ζει καθώς και με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες που σχετίζονται με τη ζωή του (Group, 1998). Η ποιότητα της ζωής αποτελεί ένα σχετικά πρόσφατο ζήτημα το οποίο έχει προκύψει λόγω των δημογραφικών αλλαγών που έχουν προκύψει εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού (Netuveli & Blane, 2008). Η ψυχική υγεία αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων ασθενών. Ένας τρόπος για να εκτιμηθεί το πόσο επηρεάζει η κατάθλιψη την ποιότητα της ζωής είναι μέσα από την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών (Cao et al., 2016).

Ο ρόλος των γιατρών στην ανίχνευση της κατάθλιψης

Αρχικά, οι γιατροί θα πρέπει να είναι σε επαγρύπνηση όταν συναντούν στην πρακτική τους ηλικιωμένους ασθενείς με συμπτώματα όπως είναι η αϋπνία, η πεσμένη διάθεση, η έλλειψη ευχαρίστησης και αυτοκτονικές σκέψεις αφού δεν συνίσταται κάποια προληπτική συνηθισμένη εξέταση για την ύπαρξη κατάθλιψης σε ενήλικες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Joffres et al., 2013). Έρευνες έχουν δείξει ότι μόνο το 40-50% της κατάθλιψης

σε γηριατρικούς ασθενείς ανιχνεύεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ποσοστό μικρότερο από την ανίχνευση της κατάθλιψης στους νεότερους ενήλικες. Από τους ηλικιωμένους στους οποίους γίνεται διάγνωση κατάθλιψης μόνο ένας στους πέντε λαμβάνει αποτελεσματική θεραπεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Mitchell et al., 2010).

Κατά την αξιολόγηση ενός γηριατρικού ασθενούς για την ύπαρξη μείζονος κατάθλιψης θα πρέπει αρχικά να αποκλειστούν σωματικές αιτίες πρόκλησης της κατάθλιψης μέσα από το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς και μέσα από κλινικές εξετάσεις (Glover & Srinivasan, 2013). Οι γιατροί που ξέρουν καλά την προσωπικότητα ενός ασθενούς τους μπορεί να έχουν μία ευκολία στο να εντοπίσουν μη λεκτικά στοιχεία και αλλαγές ύποπτες στη συμπεριφορά του οι οποίες να υποδηλώνουν προβλήματα διάθεσης. Ακόμα, έρευνες έχουν υποδείξει ότι συμπεριφορές των γιατρών, όπως είναι η παρουσία της ενσυναίσθησης, η προσεκτική ακρόαση και οι ερωτήσεις σχετικά με κοινωνικά και συναισθηματικά θέματα του ασθενούς αυξάνουν την προθυμία τους να μοιραστούν τις ανησυχίες τους (Wittink et al., 2006).

Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να παίρνουν το ιστορικό του ασθενούς με σκοπό να διευκρινίζουν αν υπάρχει η κατάθλιψη ή κάποια άλλη ψυχική ασθένεια. Παράλληλα, θα πρέπει να γίνεται και σωματική εξέταση των ασθενών και να συμπεριλαμβάνονται στην εξέταση και στην αξιολόγηση άλλες ιατρικές παθήσεις και φάρμακα που δίνονται στον ασθενή τα οποία μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, συμπτώματα όπως είναι η κόπωση ή η αύξηση βάρους συναντώνται και στον υποθυρεοειδισμό γι' αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η οποιαδήποτε μορφής πάθηση πριν γίνει η διάγνωση για κατάθλιψη. Περιπτώσεις στις οποίες γίνεται χρήση ουσιών ή αλκοόλ θα πρέπει να έχουν διαφορετική μεταχείριση όσον αφορά την διαχείριση της κατάθλιψης (Unützer, 2007).

Σε ασθενείς με συνύπαρξη πολλών ασθενειών μαζί θα ήταν ωφέλιμο να γίνεται μία πιο ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση. Η συνολική γηριατρική αξιολόγηση είναι μία συστηματική αξιολόγηση των ευπαθών, ηλικιωμένων ασθενών από επαγγελματίες υγείας η οποία αξιολογεί πολλαπλά θέματα. Στα θέματα που συμπεριλαμβάνονται ανήκουν η αξιολόγηση των γνώσεων, της διάθεσης και της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων ασθενών. Παράλληλα, εξετάζεται η πολυφαρμακία των ασθενών, η διατροφικές τους συνήθειες και συμπεριφορές και η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν. Στόχος των αξιολογήσεων αυτών είναι η ανάπτυξη ενός συντονισμένου σχεδίου για θεραπεία και μακροχρόνια παρακολούθηση του εκάστοτε ασθενούς. Τέτοιου είδους αξιολογήσεις έχουν φανεί αποτελεσματικές όσον αφορά τη βελτίωση της επιβίωσης και της λειτουργικότητας

των ηλικιωμένων ασθενών και πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει και στη μείωση την πολυφαρμακίας (Sergi et al., 2011).

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο σχεδιασμό της θεραπείας της κατάθλιψης των γηριατρικών ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας είναι η έλλειψη κοινωνικών επαφών. Η συμμετοχή λοιπόν, των μελών της οικογένειας στο στη φροντίδα των ηλικιωμένων λειτουργεί καταλυτικά στην προσκόλληση της θεραπείας και μπορεί να βελτιώσει την κατάθλιψη (Kok & Reynolds, 2017). Εκτός από τη συμβολή των μελών της οικογένειας των ασθενών, πολύ βοηθητική είναι και η συμβολή των φροντιστών, αν υπάρχουν, αφού μπορούν να δώσουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά τους, τη διάθεσή τους, τη λειτουργικότητα τους και έτσι ώστε να γίνει αξιολόγηση των γηριατρικών ασθενών σχετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης. Δεν υπάρχει κάποιο πρότυπο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Παίζει πολύ μεγάλο ρόλο ο γιατρός και είναι αρκετά χρήσιμο να εξηγείται στον ασθενή ότι για την παρουσία της ασθένειας ευθύνεται η αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Niven & Miles, 2013).

Λόγω του ότι πολλοί ηλικιωμένοι δεν αναφέρουν το ότι μπορεί να αισθάνονται λυπημένοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι πιο προσεκτικοί και να ψάχνουν για σημάδια όπως η ανηδονία, τα ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, η χαμηλή ενέργεια και η κόπωση. Οι γηριατρικοί ασθενείς με κατάθλιψη μπορεί να αποδίδουν τα συμπτώματα σε σωματικά αίτια ή σε αγχωτικές καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους. Συχνά μπορεί να απαντούν «δεν ξέρω» σε ερωτήσεις που να απαιτείται η κατανόηση των καταθλιπτικών συναισθημάτων που μπορεί να παρουσιάζουν. Επιπλέον, εκφράσεις όπως «Δεν μπορώ να το κάνω αυτό» ή «Δεν είμαι απαραίτητος» ή «Κανείς δε με χρειάζεται» μπορεί να υποδηλώνουν μειωμένη αυτοπεποίθηση του ασθενούς, μειωμένη ικανότητα της συμμετοχής του στην αυτό- φροντίδα λόγω κατάθλιψης ή ακόμα και αισθήματα μοναξιάς του. Όλα αυτά είναι ενδείξεις τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται κατάλληλα έτσι ώστε να μπορούν να τις αναγνωρίζουν και να τις διαχειρίζονται καταλλήλως (Park & Unützer, 2011).

Ανίχνευση και διαχείριση της γηριατρικής κατάθλιψης από τους γιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Μελέτη που έγινε στη Σιγκαπούρη πάνω στην ψυχική υγεία έδειξε ότι ο ενδιάμεσος χρόνος μεταξύ της εμφάνισης της ασθένειας και της αναζήτησης βοήθειας από τον ασθενή είναι πέντε χρόνια (Chong et al., 2017). Η αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία συνδέεται με βελτίωση της συναισθηματικής, κοινωνικής και σωματικής λειτουργίας του ατόμου και της ποιότητας της ζωής του. Ακόμα, είναι άμεσα συνδεδεμένη με καλύτερη αυτό-φροντίδα των χρόνιων σωματικών ασθενειών που μπορεί να συνυπάρχουν και έχει συνδεθεί και με μειωμένη θνησιμότητα των ασθενών αυτών (Unützer, 2007).

Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί σχετικά με την ύπαρξη της νόσου σε άτομα με ιστορικό κατάθλιψης ή με χρόνια σωματική ασθένεια. Ένας τρόπος για να εξετάσουν το ενδεχόμενο να πάσχει κάποιος ασθενής από κατάθλιψη είναι μέσα από την διατύπωση δύο ερωτήσεων. Η πρώτη είναι: « Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα πόσο συχνά έχετε νιώσει πεσμένος συναισθηματικά, καταθλιπτικός ή απελπισμένος;» και η δεύτερη « Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα πόσο συχνά έχετε αισθανθεί ενόχληση σχετικά με το γεγονός ότι έχετε ελάχιστη ευχαρίστηση ή ενδιαφέρον στο να κάνετε πράγματα;». Αν η απάντηση τους είναι θετική τότε θα πρέπει να είναι σε θέση να παραπέμψουν τον εκάστοτε ασθενή στον κατάλληλο επαγγελματία (NICE, 2018).

Αν και οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν πρόσβαση και να λαμβάνουν επαρκή φροντίδα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη για ψυχικές ασθένειες η γηριατρική κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί με τις κατάλληλες ψυχοκοινωνικές και φαρμακολογικές παρεμβάσεις. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και οι ψυχοθεραπεία συνιστώνται ως η πρώτη γραμμή θεραπειών για την κατάθλιψη σε γηριατρικούς ασθενείς. Παράλληλα, έχει αποδειχθεί ότι και η σωματική άσκηση αποτελεί σημαντική και βιώσιμη επιλογή θεραπείας για την κατάθλιψη σε αυτή την κατηγορία ανθρώπων (Park & Unützer, 2011). Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει τόσο τα αντικαταθλιπτικά όσο και οι ψυχοθεραπείες φαίνονται να έχουν κατά προσέγγιση την ίδια αποτελεσματικότητα στη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Για την αντιμετώπιση πιο σοβαρών μορφών κατάθλιψης και της χρόνιας κατάθλιψης ιδανικά προτείνεται ο συνδυασμός των δύο αυτών θεραπειών (Unützer, 2007).

Ο σχεδιασμός της θεραπείας θα πρέπει να βασίζεται στο τι επιθυμεί ο κάθε ασθενής, στο ιστορικό των θεραπειών που μπορεί να έχουν προηγηθεί και είχαν αποτέλεσμα στο

παρελθόν και φυσικά θα πρέπει να μπορούν να συνυπάρχουν οι φαρμακευτικές με τις ψυχιατρικές καταστάσεις. Παράλληλα, οι γιατροί θα πρέπει να είναι ενήμεροι για όλες τις διαθέσιμες μορφές θεραπείας και για τις παρενέργειες καθεμίας από αυτές έτσι ώστε να είναι σε θέση να ενημερώσουν τους ασθενείς τους γι' αυτές. Σημαντικός είναι και ο ρόλος τους όσον αφορά το ότι θα πρέπει να είναι καθησυχαστικοί σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών περί εξάρτησης τους αν επιλέξουν τη φαρμακοθεραπεία. Οι γιατροί θα πρέπει να τους εξηγούν ότι αυτό δεν αποτελεί ρεαλιστική ανησυχία κι ότι τα φάρμακα δεν πρόκειται να εμποδίσουν οποιαδήποτε κανονική συναισθηματική αντίδραση όπως μπορεί να είναι το πένθος. Θα ήταν ωφέλιμο να εκπαιδεύονται συνεχώς έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειριστούν την οποιαδήποτε ανησυχία καθενός ασθενή (Unützer, 2007).

Η σημαντικότερη προτεραιότητα των γιατρών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη προκειμένου να διαχειριστούν όσο το δυνατόν καλύτερα την γηριατρική κατάθλιψη θα πρέπει να είναι η κατάρτιση κι εκπαίδευσή τους. Θα ήταν ωφέλιμο να μάθουν να συνεργάζονται με αποτελεσματικά με αρμόδιους φορείς ψυχικής υγείας έτσι ώστε να επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη θεραπεία των ηλικιωμένων. Ακόμα και η εκπαίδευση των εργαζομένων στην ψυχική υγεία όπως είναι οι ψυχίατροι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι θα μπορούσε να επικεντρωθεί και σε νέες μεθόδους αντιμετώπισης και διαχείρισης της κατάθλιψης. Στα πλαίσια αυτά ίσως χρειαζόταν να αποκτήσουν νέες δεξιότητες όπως είναι η διαχείριση φαρμάκων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κι η συμβουλευτική βασιζόμενη σε σύντομες ψυχοκοινωνικές θεραπείες η οποία θα μπορεί να δοθεί και στους φροντιστές ή τα μέλη των οικογενειών που λαμβάνουν αυτό το ρόλο (Park & Unützer, 2011).

Η φροντίδα των γηριατρικών ασθενών με κατάθλιψη θα πρέπει να συνδέεται με παροχή πληροφοριών και ενημέρωση έτσι ώστε να υπάρχει κι απαραίτητη συναίνεση με σκοπό την εφαρμογή της αποτελεσματικότερης θεραπείας. Οι γιατροί που εργάζονται με τους ίδιους τους ασθενείς ή με το οικογενειακό περιβάλλον τους ή με τους φροντιστές τους θα πρέπει να οικοδομήσουν μία σχέση εμπιστοσύνης για να δουλέψουν με έναν δεσμευτικό αλλά όχι επικριτικό τρόπο. Θα πρέπει να είναι σε θέση να βρουν όλες τις διαθέσιμες θεραπευτικές μεθόδους δημιουργώντας ένα κλίμα αισιοδοξίας, εξηγώντας παράλληλα ότι η πορεία της κατάθλιψης διαφέρει από ασθενή σε ασθενή αλλά η ανάκαμψη είναι εφικτή. Επίσης, θα πρέπει να επισημαίνουν στους γηριατρικούς ασθενείς τους ότι ο στιγματισμός κι οι διακρίσεις μπορούν να συνδεθούν με τη διάγνωση της νόσου αλλά, θα πρέπει να

διευκρινίζεται ότι μέσα στη δική τους σχέση διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα, προστατεύεται η ιδιωτική τους ζωή κι η αξιοπρέπεια τους (NICE, 2018).

Επιπλέον, θα ήταν πολύ βοηθητικό οι πληροφορίες οι οποίες παρέχονται να είναι κατάλληλα διατυπωμένες ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης του ασθενούς ή του φροντιστή ή του μέλους της οικογένειας το οποίο θα αναλάβει να φροντίσει τον ασθενή. Οι διατύπωση των πληροφοριών θα πρέπει να αφορά τη φύση της κατάθλιψης και το φάσμα των διαθέσιμων θεραπειών αλλά όλα αυτά θα πρέπει να διατυπώνονται όσο το δυνατόν πιο απλά. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι κλινικοί ορισμοί ή αν δε γίνεται να αποφευχθούν να δίνεται κι η απαραίτητη επεξήγηση στην πορεία. Επίσης, θα ήταν πολύ βοηθητικό αν οι οδηγίες που δίνονται θα υπήρχαν σε γραπτή και ακουστική μορφή και να παρέχονται σε περιπτώσεις που θεωρείται απαραίτητο. Θα ήταν πολύ ωφέλιμο αν δινόταν κι ενημέρωση για ομάδες αυτό-βοήθειας, ομάδες υποστήριξης κι άλλες τοπικές ή εθνικές πηγές βοήθειας όπου υπάρχουν. Η συγκατάθεση των ασθενών σχετικά με την προτεινόμενη θεραπεία θα πρέπει να βασίζεται στην παροχή σαφών οδηγιών σχετικά με το τι περιλαμβάνει, τις παρενέργειες και το τι πρέπει να κάνει το άτομο που θα την ακολουθήσει (NICE, 2018).

Εργαλεία ανίχνευσης κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη

Ένα από τα πιο σύντομα εργαλεία ανίχνευσης το οποίο μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της επίσκεψης του ασθενούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) το οποίο αποτελείται από δύο ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό ρωτά για την καταθλιπτική διάθεση του ασθενούς α) «Τις τελευταίες εβδομάδες πόσο συχνά έχετε ενοχλεί από πεσμένη διάθεση, καταθλιπτική ή από αίσθημα απελπισίας;» και β) «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα πόσο συχνά νιώσατε έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στο να κάνετε κάποια πράγματα;» (Kroenke et al., 2003). Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι αρκετά χρήσιμο στο να εντοπίζονται ασθενείς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Η ευαισθησία του φτάνει το 100%, η εξειδίκευσή του το 77%, ενώ έχει 14% θετική προγνωστική αξία σε ενηλικιωμένους ενήλικες (Li et al., 2007).

Μία επιπλέον κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης είναι αυτή που έχει δημιουργηθεί είναι το The Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) η οποία είναι μία ευρέως γνωστή και χρησιμοποιούμενη κλίμακα αυτό-αξιολόγησης (Radloff, 1977). Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα όργανο αναφοράς το οποίο δημιουργήθηκε για να εκτιμά τα συμπτώματα της

κατάθλιψης χωρίς να επηρεάζονται τα αποτελέσματα από αυτόν που θα τη διαχειρίζεται. Τα στοιχεία αυτής της κλίμακας βοηθούν τον ίδιο τον ασθενή να ξεκινήσει να μιλά για τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιάζει όπως είναι ο πονοκέφαλος ή η αϋπνία. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 20 στοιχεία τα οποία καλύπτουν συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα της νόσου κι ο ασθενής αναφέρει τη συχνότητα καθενός από αυτά βάσει της δικής του εμπειρίας. Η συχνότητα αυτή μπορεί να είναι λίγο, μερικές φορές, αρκετό διάστημα του χρόνου και τις περισσότερες φορές (Fountoulakis et al., 2001).

Ακόμα η κλίμακα The Geriatric Depression Scale (GDS) αποτελείται από δύο εκδόσεις. Η μία έχει 30 ερωτήσεις, ενώ η δεύτερη αποτελείται από 15. Έχει σχεδιαστεί με μορφή έτσι ώστε να απαντώνται όλες οι ερωτήσεις με ναι ή όχι κι αυτό την καθιστά εύκολη στη διαχείριση είτε από τον φροντιστή είτε από το ίδιο το άτομο. Έχει μειωμένες ερωτήσεις σχετικά σωματικά συμπτώματα τα οποία μπορεί να επικαλύπτονται από συμπτώματα τα οποία μπορεί να οφείλονται σε συνυπάρχουσα ασθένεια. Στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ηλικιωμένων πιο συχνά χρησιμοποιείται η έκδοση με τις 15 ερωτήσεις. Η ευαισθησία της κυμαίνεται από 79%-100% και η ειδικότητα της από 67%-80% (Watson & Pignone, 2003).

Η Hospital Anxiety and Depression Scale δημιουργήθηκε από τους Zigmond και Snaith το 1983. Ο σκοπός του εργαλείου αυτού ήταν να δώσει στους κλινικούς γιατρούς ένα αξιόπιστο, έγκυρο και εύκολο στη χρήση πρακτικό εργαλείο το οποίο θα αναγνωρίζει και θα ποσοτικοποιεί την κατάθλιψη και το άγχος. Ο ρόλος της κλίμακας αυτής δεν είναι να κάνει διάγνωση για την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών αλλά να γίνεται ταυτοποίηση των ασθενών ενός γενικού νοσοκομείου οι οποίοι χρειάζονται περαιτέρω ψυχιατρική αξιολόγηση και να τους δίνεται η αντίστοιχη βοήθεια (Michopoulos et al., 2008).

Το εργαλείο καταγραφής The Major Depression Inventory είναι μία σύντομη κλίμακα αυτό – αξιολόγησης της κατάθλιψης (Bech & Wermuth, 1998). Η κλίμακα αυτή θεωρείται ότι είναι έγκυρη γιατί βασίζεται στα παγκόσμια συμπτώματα της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM-IV. Οι ερωτήσεις που έχει μετρώνται με βάση τη συχνότητα που μπορεί να παρουσιάστηκαν μέσα στις προηγούμενες δύο εβδομάδες. Περιέχει 12 ερωτήσεις καθώς η ερώτηση 8 και 10 αποτελούνται από δύο υπό-ερωτήματα. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 (σε καμία περίπτωση) έως και 5 (όλες τις ώρες). Διάγνωση για την ύπαρξη μείζονος κατάθλιψης γίνεται αν τα συμπτώματα παρουσιάζονται καθημερινά τις τελευταίες δύο εβδομάδες (Fountoulakis et al., 2003).

Η κλίμακα The Zung Depression Rating Scale αποτελεί κι αυτή ένα εργαλείο αυτό-αξιολόγησης και αρχικά δημιουργήθηκε έτσι ώστε να αξιολογεί τα συμπτώματα της κατάθλιψης χωρίς να επηρεάζεται από τις προκαταλήψεις αυτού που τη διαχειρίζεται και χωρίς να επηρεάζονται τα αποτελέσματα (Zung, 1965). Κι αυτή η κλίμακα μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να μιλήσουν για τυχόν συμπτώματα που μπορεί να έχουν ειδικά για τα σωματικά που μπορεί να παρουσιάζουν. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται επιτυχώς πολλά χρόνια στην πρωτοβάθμια περίθαλψη με σκοπό τον εντοπισμό ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία που συγκεντρώνει κανείς τόσο πιο σοβαρή είναι η κατάθλιψη. Οι ερωτήσεις που περιέχει αναφέρονται σε σωματικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Ο ασθενής σύμφωνα με την εμπειρία του καθορίζει τη συχνότητα που εμφανίζεται το καθένα από το 1-4 όπου 1= λίγο, 2= μερικές φορές, 3= ένα μέρος του χρόνου και 4= τον περισσότερο καιρό (Fountoulakis et al., 2001).

Εμπόδια ανίχνευσης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία

Η αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης των γηριατρικών ασθενών μπορεί να μην πραγματοποιηθεί εξαιτίας των εμποδίων που μπορεί να εμφανιστούν σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Σε ένα πρώτο επίπεδο μπορεί να ευθύνεται ο ίδιος ο ασθενής. Επίσης, μπορεί να ευθύνεται αυτός που παρέχει βοήθεια σε κάποιον ηλικιωμένο αλλά και το ίδιο το σύστημα. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν σωματικά και όχι συναισθηματικά προβλήματα, μειώνοντας την πιθανότητα διάγνωσης της κατάθλιψης. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να αποδίδουν τα συμπτώματά τους σε σωματικές αιτίες ή σε «φυσιολογική γήρανση» προκειμένου να αποφύγουν τη διάγνωση της κατάθλιψης (Unützer et al., 2006). Οι ασθενείς συχνά έχουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη και τις διαθέσιμες θεραπείες (Park & Unützer, 2011).

Τα εμπόδια των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν βοήθεια σε καταθλιπτικούς ασθενείς περιλαμβάνουν ανησυχίες σχετικά με τον στιγματισμό των ασθενών με ψυχιατρική διάγνωση, τον περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο που έχουν με τον κάθε ασθενή, τις ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές επιλογές, την έλλειψη ψυχοκοινωνικού προσανατολισμού και την ανεπαρκή αντίληψη για διαφορετικές πολιτισμικές παρουσιάσεις ψυχικών διαταραχών. Η έλλειψη συστηματικών προσεγγίσεων για την ανίχνευση και τη διαχείριση της κατάθλιψης και η

ανεπαρκής συνέχιση της περίθαλψης των καταθλιπτικών ασθενών αποτελούν κι αυτά εμπόδια (Park & Unützer, 2011).

Τέλος, οι πολιτικές που ρυθμίζουν τα περιβάλλοντα στα οποία παρέχεται η απαιτούμενη βοήθεια σε καταθλιπτικούς ασθενείς και η ελλιπής πρόσβαση των ασθενών σε δομές για την περίθαλψη της κατάθλιψης μπορούν να δημιουργήσουν σημαντικά εμπόδια στην αποτελεσματική θεραπεία (Park & Unützer, 2011).

1 Εμπόδια ανίχνευσης από τους ασθενείς

Η γηριατρική κατάθλιψη είναι μία από τις λιγότερο διαγνωσμένες και ανεπαρκώς αντιμετωπίσιμες ασθένειες η οποία όμως, έχει σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες για το άτομο (Singh & Misra, 2009). Ο λόγος που μπορεί η κατάθλιψη πολλές φορές να μην εντοπιστεί ή να μην διαγνωστεί σωστά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι επειδή τα συμπτώματά της μπορεί να μην είναι τόσο εμφανή ή να εμφανίζονται με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (NIMH, 2015).

Οι ασθενείς σε αυτή την ηλικία συχνά παραπονιούνται για σωματικά συμπτώματα παρά για συναισθηματικά (Büchtemann et al., 2012). Γενικά, η κατάθλιψη παρουσιάζει παρόμοια συμπτώματα τόσο σε ηλικιωμένους όσο και σε νεότερους ασθενείς. Παρόλο που μπορεί να υπάρχουν μικρές διαφορές στην παρουσίαση των συμπτωμάτων, τα κριτήρια σύμφωνα με τον DSM-5 για τον καθορισμό της διάγνωσης της κατάθλιψης είναι τα ίδια για τους ηλικιωμένους και νεότερους ασθενείς. Όταν θα εμφανιστεί ο ασθενής στις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δε θα αναφέρει ότι έχει καταθλιπτική διάθεση αλλά θα αναφερθεί σε σωματικά συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζει όπως είναι η κόπωση, η απώλεια βάρους, κάποιος πόνος, πολλαπλά ανεξήγητα ιατρικά συμπτώματα, η αδυναμία μνήμης, η κοινωνική του απόσυρση, η άρνησή του να φάει, να πίνει και να ακολουθεί τη φαρμακευτική του αγωγή, προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν με την αυτόφροντίδα του και τυχόν νέα ή αυξανόμενη χρήση ηρεμιστικών φαρμάκων ή αλκοόλ. Οι ασθενείς μπορεί να μην συσχετίζουν αυτά τα συμπτώματα με κατάθλιψη, αλλά οι κλινικοί γιατροί πρέπει να έχουν υψηλό δείκτη υποψίας ότι η κατάθλιψη είναι η υποκείμενη αιτία αυτών των καταγγελιών ηλικιωμένων ασθενών (Karpfhammer, 2006).

Επιπροσθέτως, ένας λόγος που δεν εκφράζονται είναι το ότι φοβούνται ότι θα στιγματιστούν αν αποκαλύψουν τα συμπτώματα άγχους που μπορεί να παρουσιάζουν

(Mohlman et al., 2012). Το στίγμα ορίζεται ως μία ανεπιθύμητη ετικέτα η οποία διαχωρίζει ένα άτομο από τους άλλους, το συνδέει με ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά και το οδηγεί σε απόρριψη ή αποφυγή από την κοινωνία (Link & Phelan, 1999) κι αυτό αποτελεί κοινή θέση και για τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές (Angermeyer et al., 2013). Ο στιγματισμός και ο φόβος ότι μπορεί να χαρακτηριστούν τα άτομα αυτά ως «διανοητικά άρρωστα» αναστέλλει την απόφασή τους να αναζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ακόμα κι αν οι δημόσιες αρνητικές αντιδράσεις απέναντι σε άτομα με κατάθλιψη είναι λιγότερες σε σχέση με αυτές ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν παύουν να αντιμετωπίζουν κι αυτοί αρκετές διακρίσεις (Lasalvia et al., 2013).

Η έλλειψη γνώσεων που μπορεί να έχουν οι ασθενείς σχετικά με τα ψυχιατρικά συμπτώματα και τα προβλήματα ψυχικής υγείας και οι πεποιθήσεις τους σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές συνδέουν άμεσα τις στάσεις τους απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας. Αν για παράδειγμα κάποιος θεωρεί ότι η κατάθλιψη δεν είναι μια πραγματική ιατρική κατάσταση κι ότι προκαλείται λόγω προσωπικής αδυναμίας δε θα αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια. Αντιθέτως, θα προτιμήσει να το διαχειριστεί ο ίδιος μόνος του (Economou et al., 2016).

Παράλληλα, οι ίδιοι οι ασθενείς μπορεί να κάνουν δύσκολη την ανίχνευση της ασθένειας γιατί δυσκολεύονται να μιλήσουν και να εκφράσουν τις καταθλιπτικές τους διαθέσεις. Η καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος και η έλλειψη ευχαρίστησης μπορούν να θεωρηθούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ηλικίας τους (Sözeri-Varma, 2012). Ακόμα, ένας ανασταλτικός παράγοντας είναι η πεποίθηση ότι η φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά θα τους οδηγήσει στον εθισμό. Επίσης, μπορεί να συνδέουν τα συμπτώματα με το γήρας τους, με την ύπαρξη άλλων ασθενειών ή και με το γεγονός ότι μπορεί να βιώνουν πένθος (Burroughs, et al., 2006). Επιπροσθέτως, ο περιορισμένος χρόνος που μπορεί να νιώθουν ότι έχουν κατά τη συνάντηση με το γιατρό τους παρεμποδίζει την πλήρη αποκάλυψη των προβλημάτων τους (Mitchell et al., 2009).

Οι ασθενείς πολλές φορές παρουσιάζουν στους γιατρούς τους τα σωματικά κι όχι τα συναισθηματικά τους συμπτώματα με αποτέλεσμα να μειώνεται η πιθανότητα διάγνωσής της και τα συμπτώματα της να αποδίδονται σε φυσικές αιτίες. Η μη διαγνωσμένη κατάθλιψη έχει επιπτώσεις στη ζωή των γηριατρικών ασθενών αφού δε θεραπεύεται και μπορεί να διαρκέσει χρόνια έχοντας σαν αποτέλεσμα την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών, δυσκολεύει την κοινωνική και σωματική λειτουργία, δε διευκολύνει τη

συμμόρφωση στη θεραπεία, οδηγεί στην επιδείνωση των χρόνιων ιατρικών παθήσεων και αυξάνει τη θνησιμότητα από αυτοκτονία ή από άλλες αιτίες (Unützer, 2007).

2 Εμπόδια ανίχνευσης από τους γιατρούς

Οι γιατροί φαίνεται να αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην ανίχνευση της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους. Το ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί τροχοπέδη στην ανίχνευση της νόσου καθώς είναι σχετικά χαμηλό αφού κυμαίνεται από το 10% έως 20%. Όσο χαμηλότερη είναι η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης τόσο περισσότερο ευνοείται η μη ταυτοποίηση των περιπτώσεων που έχουν προσβληθεί από αυτή, ενώ όσο υψηλότερο είναι το ποσοστό εμφάνισης της νόσου τόσο πιο εύκολη γίνεται και η ανίχνευση των περιστατικών που την έχουν παρουσιάσει. Ένα επιπλέον ζήτημα είναι το ότι οι γιατροί δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις έτσι ώστε να κατατάξουν τη σοβαρότητα της κατάθλιψης σε μία συγκεκριμένη κατηγορία με αποτέλεσμα να βαθμολογούν το 1/3 των διαγνώσεων τους ως μη οριστικές (Mitchell et al., 2009).

Συχνές είναι και οι περιπτώσεις που μπορεί τα συμπτώματα της νόσου να διαγνωστούν αλλά εξαιτίας λανθασμένων εκτιμήσεων μπορεί να κριθούν ως κλινικά ασήμαντα (Balestrieri et al., 2007). Για παράδειγμα, μπορεί μη καταθλιπτικοί ενήλικες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη που τους γίνεται λανθασμένη διάγνωση και πιστεύουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο μέσα στο επόμενο έτος συγκριτικά με τα μη καταθλιπτικά άτομα δεν είχαν διαγνωστεί ως καταθλιπτικά. Έτσι φαίνεται ότι οι πιο σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης διαγιγνώσκονται πιο αξιόπιστα από τις λιγότερο σοβαρές μορφές (Mitchell et al., 2009).

Έχει παρατηρηθεί ότι λιγότερο από το μισό των ασθενών με κατάθλιψη αναγνωρίζονται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ακόμα και μετά από πέντε χρόνια παρακολούθησης από τους ίδιους (Jackson et al., 2007). Σε πολλές έρευνες φαίνεται ότι γιατροί όλων των ειδικοτήτων έχουν δυσκολία αναγνώρισης ψυχικών διαταραχών (Mitchell et al., 2009). Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θεωρούν ότι τα εμπόδια στη διάγνωση και συνεπώς στη θεραπεία της κατάθλιψης είναι κατά κύριο λόγο επικεντρωμένα στις στάσεις και στις πεποιθήσεις των ασθενών σχετικά με την κατάθλιψη (Wittink et al., 2006). Το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι αρνούνται να μιλούν για την πεσμένη διάθεσή τους περιπλέκει ακόμα τα πράγματα. Από την άλλη μεριά, οι γιατροί συχνά

αισθάνονται αρκετά απασχολημένοι για να βρουν χρόνο να ρωτήσουν τους ασθενείς τους σχετικά με τα συναισθήματά τους ή ακόμα μπορεί να υστερούν σε εμπειρία και ικανότητες σχετικά με τη διάγνωση της κατάθλιψης (Dennis et al., 2012). Ακόμα και οι ίδιοι λόγω έλλειψης γνώσεων φοβούνται μήπως στιγματίσουν κάποιο ασθενή κάνοντας λανθασμένη διάγνωση για την ύπαρξη ψυχιατρικής νόσου (Park & Unützer, 2011).

Ένα επιπλέον εμπόδιο θεωρείται το γεγονός ότι κατά τη διαδικασία της γήρανσης παρουσιάζονται πολλές οργανικές αλλαγές οι οποίες καταλήγουν και σε συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές αλλαγές με αποτέλεσμα να θεωρούνται μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης (Padayachey et al., 2017). Επιπλέον, στην κατάθλιψη περιλαμβάνονται πολλά ψυχικά προβλήματα τα οποία παρουσιάζονται με συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφοριστικά συμπτώματα. Στην τρίτη ηλικία τα συμπτώματα αυτά συνδέονται πολλές φορές με τα συμπτώματα άλλων ιατρικών παθήσεων που μπορεί να συνυπάρχουν καθιστώντας δύσκολη τη διάγνωση της νόσου (Penninx et al., 2013). Τέτοιου είδους παθήσεις μπορεί να είναι η άνοια ή η νόσος του Parkinson. Φαίνεται ότι το 35% των ασθενών με κατάθλιψη πάσχει από τη νόσο Parkinson (Even & Weintraub, 2012). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης που συνδέονται με τη νόσο αυτή είναι η μη ανταπόκριση τουλάχιστον μία φορά σε αντικαταθλιπτική αγωγή, απουσία αυτοκτονικής συμπεριφοράς, απουσία αισθήματος ανοχής και μη ύπαρξη προσωπικού ιστορικού κατάθλιψης (Van Damme et al., 2018).

Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ενδεχομένως να μη διαθέτουν τις απαραίτητες συμβουλευτικές δεξιότητες ή να μην έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους για σωστή διάγνωση της κατάθλιψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Παράλληλα, μπορεί να δυσκολεύονται και λόγω του ότι οι θεραπευτικές επιλογές που μπορεί να έχουν είναι περιορισμένες ή ακόμα και λόγω του ότι αν οι ασθενείς προέρχονται από διαφορετικό πολιτιστικό πλαίσιο να μη γνωρίζουν τον τρόπο που εκφράζονται στο πλαίσιο αυτό οι ψυχικές διαταραχές (Park & Unützer, 2011). Επίσης, ο χρόνος που έχουν με τους ασθενείς είναι περιορισμένος για να μπορέσουν να εφαρμόσουν κάποιου είδους συμβουλευτική. Επιπροσθέτως, αν το βιοτικό επίπεδο των ασθενών είναι χαμηλό συχνά οι γιατροί μπορεί να συνδέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης με τυχόν δύσκολες συνθήκες της ζωής τους ή με την ύπαρξη κάποιας ασθένειας κι έτσι γίνεται υποεκτίμηση της ύπαρξης της νόσου (Burroughs et al., 2006).

Ακόμα κι αν τα εμπόδια αυτά ξεπεραστούν ένα πρόβλημα που συναντάται σε πολλές περιπτώσεις είναι το ότι σε πολλά συστήματα υγείας δεν καλύπτονται οι ψυχικές

ασθένειες. Επίσης, υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις από ειδικούς γιατρούς για την αντιμετώπιση ψυχικών νοσημάτων ή και έλλειψη επιστημονικά τεκμηριωμένων μεθόδων ψυχοθεραπειών. Συστηματική προσέγγιση για την ανίχνευση και τη διαχείριση της κατάθλιψης δε γίνεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αλλά ακόμα και στις περιπτώσεις που θα γίνει η συνέχεια της περίθαλψης των ασθενών αυτών είναι πολύ περιορισμένη και ανεπαρκής (Park & Unützer, 2011).

Οι γιατροί θα πρέπει επίσης να μπορούν να εντοπίσουν τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη συμμόρφωση των ασθενών τους με την προτεινόμενη θεραπεία. Παράγοντες όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη, η εκπαίδευση, η φυλή κι η εθνικότητα, οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο στα ποσοστά και τα πρότυπα της κατάθλιψης. Προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών σχετικά με την θεραπεία της κατάθλιψης οι οποίες μπορεί να προέρχονται από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον τους και οι διαθέσιμες θεραπείες ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες σχετικά με τη δέσμευση του καθενός απέναντι στη συνιστώμενη θεραπεία (Park & Unützer, 2011).

Για τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι αρκετά πιο δύσκολο το να ακολουθήσουν με συνέπεια τη φαρμακολογική ή την ψυχοκοινωνική θεραπεία της κατάθλιψης (Weinberger et al., 2009). Σημαντικό ρόλο επίσης, παίζουν και τα μέλη της οικογένειας όσον αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία τους. Περισσότερο από το μισό ποσοστό των καταθλιπτικών γηριατρικών ασθενών αποτυγχάνει στο να ακολουθήσει τη συνταγογραφούμενη φαρμακοθεραπεία που του έχει προταθεί. Η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί έναν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα σχετικά με την ακολουθία της θεραπείας. Στην κλινική πρακτική και η δέσμευση του θεράποντος επαγγελματία υγείας βελτιώνει επιπλέον σημαντικά τη δέσμευση του ασθενούς ως προς τη θεραπεία (Park & Unützer, 2011).

Προτεινόμενες μορφές θεραπείας της κατάθλιψης

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως μία σύνθετη λειτουργία κοινωνικοδημογραφικών, κλινικών και άλλων μεταβλητών. Παράγοντες όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη, η εκπαίδευση, η φυλή και η εθνικότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα ποσοστά και στα πρότυπα αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Επιπλέον, παράγοντες σχετίζονται με τον τρόπο τον οποίο που εκφράζονται τα συμπτώματα και η συσχέτιση αυτών με άλλες ιατρικές ασθένειες. Η προηγούμενη εμπειρία

των ασθενών και των μελών της οικογένειας και των φίλων με τη θεραπεία της κατάθλιψης σε διαφορετικά πλαίσια παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο και μπορεί και να αποτελούν καλούς προγνωστικούς παράγοντες για τη δέσμευση και τη συμμόρφωση των ασθενών με τη θεραπεία (de Figueiredo et al., 2006).

Σύμφωνα με τη Sirey και τους συνεργάτες της οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ενήλικες μπορεί να δυσκολευτούν να ακολουθήσουν επαρκώς την πορεία της φαρμακολογικής ή ψυχοκοινωνικής θεραπείας για την κατάθλιψη (Sirey et al., 2005). Ο Αλεξόπουλος πρότεινε διάφορα συγκεκριμένα βήματα για την αύξηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη. Αρχικά προτάθηκε προώθηση της προσκόλλησης κάνοντας προσωποποιημένη τη θεραπεία της κατάθλιψης. Επίσης, προτάθηκε η αντιμετώπιση των απειλών και των κοινωνικών περιορισμών για την περίθαλψη και η δημιουργία αλγόριθμων περιεκτικής φροντίδας με στόχο τόσο τους παράγοντες πρόβλεψης όσο και τα οργανωτικά εμπόδια στην περίθαλψη (Alexopoulos, 2008).

Τα μέλη της οικογένειας διαδραματίζουν συχνά σημαντικό ρόλο στη δέσμευση της θεραπείας και στην συμμόρφωση των ασθενών. Μέχρι και το 50% των ηλικιωμένων που πάσχουν από κατάθλιψη δεν λαμβάνουν σημαντικό ποσοστό συνταγογραφημένων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η αντιληπτή συναισθηματική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους είναι ένας κρίσιμος παράγοντας πρόβλεψης της συμμόρφωσης των ασθενών αυτών στην προτεινόμενη θεραπεία. Στην κλινική πρακτική το μήνυμα δέσμευσης για τη βελτίωση του ασθενούς είναι ένα σημαντικό βήμα για την εμπλοκή του ασθενούς και την αύξηση της προσκόλλησής του στη θεραπεία (Park & Unützer, 2011).

Μία μορφή θεραπείας είναι γνωστή ως σταδιακή. Η φροντίδα των ασθενών θα πρέπει να ξεκινάει όσο γίνεται πιο απλά και ομαλά κι αν δεν ανταποκρίνονται να γίνεται πιο εντατική. Σαν πρώτο βήμα θα μπορούσε να προταθεί ο ασθενής και τα υποστηρικτικά μέλη της οικογένειας να δοκιμάσουν μόνοι τους να οργανώσουν ευχάριστες δραστηριότητες είτε σωματικές είτε κοινωνικές. Αν τέτοιου είδους προσπάθειες αποτύχουν και δεν υπάρξει κάποια βελτίωση της κατάθλιψης θα μπορούσε να γίνει πιο εντατική προσπάθεια μέσα από παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου. Θα μπορούσε να γίνει συνδυασμός κάποιου εγχειριδίου αυτοβοήθειας και μερικών σύντομων θεραπευτικών συνεδριών. Στη συνέχεια θα μπορούσαν να εφαρμοστούν πιο εντατικές συνεδρίες, ίσως και ημερήσιες θεραπείες κι αν κι αυτές δεν έχουν αποτέλεσμα τότε θα μπορούσε και να προταθεί και κάποια νοσηλεία. Η εφαρμογή ενός μοντέλου σταδιακής θεραπείας

ξεκινώντας από θεραπείες που θα μπορούσαν να προσφέρονται από την πρωτοβάθμια περίθαλψη θα βελτίωνε την πρόσβαση στην περίθαλψη, να μειώσει τη ζήτηση για εξειδικευμένους τρόπους θεραπείας ψυχικών διαταραχών και να αντιμετωπίσει τις προτιμήσεις των ασθενών για λιγότερο στιγματισμένες μορφές θεραπείας (Park & Unützer, 2011).

Μία ακόμα μορφή θεραπείας της κατάθλιψης είναι η συνεργατική φροντίδα. Σύμφωνα με αυτήν οι γιατροί που παρέχουν βοήθεια στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να συνεργάζονται στενά με τον ασθενή και μαζί με έναν εξειδικευμένο ψυχολόγο για την αντιμετώπιση και θεραπεία της κατάθλιψης. Τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών παρακολουθούνται μέσα από δομημένες κλίμακες κατάθλιψης ανάλογα με τον τρόπο που οι θεράποντες έχουν επιλέξει να παρακολουθούν όπως συμβαίνει και με άλλες θεραπείες άλλων ασθενειών όπως είναι για παράδειγμα η θεραπεία για την πίεση του αίματος στην υπέρταση. Οι θεραπείες προσαρμόζονται για τους ασθενείς που δεν έχουν την αναμενόμενη βελτίωση και μπορεί να οδηγήσουν στη φαρμακοθεραπεία ή και στην ψυχοθεραπεία (Park & Unützer, 2011).

Ο υπεύθυνος φροντίδας της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ο οποίος μπορεί να είναι συνήθως μία νοσηλεύτρια, κάποιος κοινωνικός λειτουργός ή κάποιος ψυχολόγος, είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς κι είναι αυτός ο οποίος προτείνει την κατάλληλη θεραπεία, βοηθά τον ασθενή να προσαρμοστεί σε αυτή και αξιολογεί την αποτελεσματικότητά της. Αυτού του είδους η προσέγγιση για τη φροντίδα των γηριατρικών καταθλιπτικών ασθενών εξασφαλίζει τη στενή παρακολούθηση και επαφή προσφέροντας υποστήριξη στις πολύπλευρες ανάγκες τους. Παράλληλα, δίνει τη δυνατότητα στους υπεύθυνους φροντίδας να ενσωματώσουν τις απόψεις των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τη διαχείριση της κατάθλιψης (Park & Unützer, 2011).

Στις αρμοδιότητες του φροντιστή είναι να εκπαιδεύσει τον ασθενή για την κατάθλιψη, να τον προτρέπει να συμμετέχει σε ευχάριστες δραστηριότητες και να του προσφέρει σύντομης διάρκειας ψυχοθεραπείες (Park & Unützer, 2011). Μία φορά την εβδομάδα ένας ψυχίατρος ενημερώνεται για την κατάσταση των ασθενών που λαμβάνουν θεραπεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κι επικεντρώνεται κυρίως σε αυτούς που αντιμετωπίζουν διαγνωστικές ή και θεραπευτικές προκλήσεις. Αυτού του είδους προγράμματα μπορούν μέχρι και να διπλασιάσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της κατάθλιψης στους γηριατρικούς ασθενείς (Unützer et al., 2006).

Ερευνητικά Ερωτήματα

- 1) Ποιες είναι οι στάσεις, τα εμπόδια και οι ανάγκες των επαγγελματιών υγείας απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς τρίτης ηλικίας.
- 2) Ποια είναι η σχέση ανάμεσα σε δημογραφικά χαρακτηριστικά και επαγγελματική εμπειρία και σε στάσεις, εμπόδια και πρακτικές που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης.

Μεθοδολογία

1) Πληθυσμός Μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε γιατρούς οι οποίοι εργάζονται σε φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην πόλη της Τρίπολης και της Αθήνας. Η επιλογή τους έγινε με βάση την ειδικότητα τους. Στόχος ήταν να πάρουν μέρος επαγγελματίες οι οποίοι έρχονται σε επαφή με γηριατρικούς ασθενείς στα πλαίσια της πρακτικής τους. Οι ειδικότητες οι οποίες επιλέχθηκαν ήταν παθολόγοι, ενδοκρινολόγοι, καρδιολόγοι, ορθοπαιδικοί, γαστρεντερολόγοι, διαβητολόγοι και γενικοί ιατροί. Ο αρχικός αριθμός των γιατρών που προσεγγίστηκε με σκοπό να συμμετάσχει στη μελέτη ήταν 116. Από αυτούς οι 77 δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και εν τέλη 70 γιατροί το επέστρεψαν συμπληρωμένο. Συνεπώς το ποσοστό απόκρισης ήταν περίπου 60%.

2) Είδος μελέτης

Το είδος της μελέτης που επιλέχθηκε είναι η συγχρονική. Βασικό χαρακτηριστικό της μελέτης αυτής είναι το ότι η μέτρηση γίνεται μία και μόνο δεδομένη χρονική στιγμή. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Τα ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν από επαγγελματίες υγείας στο δυτικό τομέα Αττικής και από ιδιώτες γιατρούς στην Τρίπολη καθώς και από τους γιατρούς που εργάζονται στην Τοπική Ομάδα Υγείας (TOMY) της Τρίπολης. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2019 κι η διαδικασία ολοκληρώθηκε τον Φεβρουάριο του ίδιου έτους. Η

συμμετοχή των γιατρών ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μετά από λεπτομερή ενημέρωση για τη φύση και το σκοπό της έρευνας και κατόπιν της συγκατάθεσής τους.

3) Δειγματοληψία

Η επιλογή των γιατρών έγινε με βάση την ειδικότητά τους. Αρχικά, έγινε καταγραφή των ιδιωτών γιατρών στην Τρίπολη μέσα από τις λίστες του ιατρικού συλλόγου της πόλης. Επιλέχθηκαν όσοι ανήκαν στις κατηγορίες των ειδικοτήτων οι οποίες ήταν κατάλληλες για τον σκοπό της έρευνας. Αφού καταγράφηκαν ξεκίνησε η χορήγηση των ερωτηματολογίων. Γινόταν επίσκεψη στον καθένα στις ώρες λειτουργίας των ιατρείων τους. Ενημερώνονταν για το σκοπό της έρευνας κι αν επιθυμούσαν απαντούσαν. Υπήρξαν αρκετοί οι οποίοι δεν ήταν πρόθυμοι να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο κι αρνούνταν να συμμετέχουν. Για τη συμμετοχή των εργαζόμενων γιατρών στην Τοπική Ομάδα Υγείας στην Τρίπολη ζητήθηκε αρχικά, από τον φορέα η συμπλήρωση ενός εγγράφου προκειμένου να καταγραφεί ο σκοπός της έρευνας. Η διαδικασία ξεκίνησε αφού πρώτα δόθηκε η απαραίτητη άδεια στην ερευνήτρια από τη διευθύντρια της δομής.

Αντίστοιχα, ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία και για τους ιδιώτες γιατρούς του δυτικού τομέα Αττικής. Καταγράφηκαν αρκετοί γιατροί ιδιώτες βάσει της ειδικότητάς τους. Κάποιες φορές η προσέγγιση μπορεί σε αυτή την περίπτωση πρώτα να γινόταν τηλεφωνικά προκειμένου να οριστεί ένα ραντεβού. Πρωταρχικά προσεγγίστηκαν οι γνωστοί γιατροί, οι οποίοι διευκόλυναν την επαφή και με άλλους γιατρούς. Ορισμένοι ζητούσαν να τους σταλεί ηλεκτρονικά το ερωτηματολόγιο στα προσωπικά τους e-mails προκειμένου να το συμπληρώσουν σε κάποιο κενό τους. Το ερωτηματολόγιο υπήρχε και σε ηλεκτρονική μορφή οπότε γινόταν η αποστολή του ηλεκτρονικά. Από τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια που στάλθηκαν ελάχιστα ήταν αυτά που συμπληρώθηκαν και στάλθηκαν πάλι πίσω.

4) Εργαλείο Μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας βασίστηκε σε προηγούμενη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Glasser & Gravdal, 1997) και προσαρμόστηκε έτσι ώστε να αντιπροσωπεύει την πρόσφατη βιβλιογραφία σχετικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αυτής που σχετίζεται με τους ηλικιωμένους ενήλικες (Glasser et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε

για την συγκεκριμένη έρευνα ήταν αυτό- αναφοράς κι ο χρόνος που χρειαζόταν για τη συμπλήρωσή του ήταν περίπου 10-15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο όπως δόθηκε αναφέρεται στο παράρτημα.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Το πρώτο μέρος αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι ερωτήσεις αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα, τον τομέα εργασίας και το αν υπήρχε συνεργασία με ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση για το ποιο πιστεύουν ότι είναι το ποσοστό των γηριατρικών ασθενών τους με κατάθλιψη καθώς και σχετικά με το αν είχαν περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα κατάθλιψης.

Τρέχουσες πρακτικές.

Το δεύτερο μέρος αφορά πληροφορίες σχετικά με το ποιές πρακτικές εφαρμόζουν για την ανίχνευση και διαχείριση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Οι ερωτήσεις πιο συγκεκριμένα αφορούσαν το αν κάνουν ανίχνευση για γηριατρική κατάθλιψη, αν χρησιμοποιούν διαγνωστικά εργαλεία για την ανίχνευσή της ή ακόμα κι αν στηρίζονται σε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για να κάνουν ανίχνευση και θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης. Τέλος ρωτήθηκαν και για το αν συνηθίζουν να δίνουν κάποιο εκπαιδευτικό υλικό σε ασθενείς με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης.

Πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις και τις αντιλήψεις των ασθενών.

Στη συνέχεια μετρήθηκαν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γιατρών σχετικά με την ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Οι γιατροί καλούνταν να απαντήσουν για το αν συμφωνούν ή όχι σε δηλώσεις που σχετίζονταν με τη διάγνωση και τη θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης στην Ελλάδα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη χρησιμοποιώντας κλίμακα Likert 4 σημείων (όπου 1= Διαφωνώ Απόλυτα και 4= Συμφωνώ Απόλυτα).

Καθορισμός εμποδίων.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τα εμπόδια τα οποία μπορεί να συναντήσουν στα πλαίσια της διάγνωσης της γηριατρικής κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένου του στίγματος που μπορεί να προκληθεί από τη θεραπεία, την

πρόσβαση στις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και του γεγονότος ότι θέματα ψυχικής υγείας δεν καλύπτονται από τα δημόσια ταμεία.

Καταγραφή των περεταίρω αναγκών και οδηγιών των γιατρών.

Τέλος, καταγράφηκαν οι ανάγκες και οι οδηγίες που έχουν οι γιατροί έτσι ώστε να βελτιώσουν τη φροντίδα των καταθλιπτικών γηριατρικών ασθενών τους. Μέσα σε αυτά υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με την αύξηση του χρόνου που περνούν με τους ασθενείς τους, καλύτερη πρόσβαση σε ψυχολόγους και για την αποζημίωση σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που υπάρχουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Πολιτισμική προσαρμογή ερωτηματολογίου

Σε μία πρώτη φάση η μετάφραση έγινε από την ίδια την ερευνήτρια ενώ παράλληλα μεταφράστηκε κι από άτομο το οποίο δεν έχει καμία ανάμειξη με το χώρο της υγείας και το οποίο έχει μητρική γλώσσα τα αγγλικά. Ακόμα, το εργαλείο μεταφράστηκε κι από ένα άτομο το οποίο εργάζεται στη δημόσια υγεία και έχει πολύ καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας. Αφού έγινε κι από τους δύο η μετάφραση δόθηκαν τα δύο έγγραφα και συγκρίθηκαν με σκοπό να φανεί αν υπήρχαν λάθη κι αν υπήρχε κάποια αποκλίνουσα ερμηνεία μεταξύ διφορούμενων στοιχείων από το πρωτότυπο.

Στην πορεία το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε πιλοτικά σε έξι επαγγελματίες υγείας των ειδικοτήτων που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα προκειμένου να ελεγχθεί αν είναι κατανοητές οι ερωτήσεις κι αν είναι νοηματικά ισοδύναμες με αυτές του αρχικού ερωτηματολογίου. Επίσης, σκοπός της πιλοτικής χορήγησης ήταν το να φανεί αν υπήρχαν κάποιες άλλες εναλλακτικές μετάφρασης κάποιων ερωτήσεων οι οποίες μπορεί να μην είχαν βρεθεί και για να ελεγχθεί μήπως υπήρχαν ερωτήσεις οι οποίες δεν ταίριαζαν με το εννοιολογικό επίπεδο και μπορεί να μπερδεύουν τους συμμετέχοντες. Αφού εξετάστηκαν τα αποτελέσματα ολοκληρώθηκε η μετάφραση του ερωτηματολογίου και ξεκίνησε η χορήγησή του.

5) Στατιστική Ανάλυση

Όσον αφορά τη στατιστική ανάλυση η οποία έγινε το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το PASW Statistics 18. Για την παρουσίαση των περιγραφικών στατιστικών δεδομένων υπολογίστηκαν οι σχετικές συχνότητες για τις ποιοτικές μεταβλητές. Η μόνη ποσοτική

μεταβλητή ήταν η ηλικία η οποία μετατράπηκε σε ποιοτική με τις εξής κατηγορίες: 1) 25-34, 2) 35-44, 3) 45-54, 4) 55-64 και 5) 65+.

Για τις διμεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο χ^2 . Για τη διευκόλυνση των αναλύσεων δημιουργήσαμε νέες μεταβλητές για τις στάσεις, τα εμπόδια και τις οδηγίες στις οποίες υπήρχε τετραβάθμια κλίμακα Likert. Πιο συγκεκριμένα ομαδοποιήσαμε την απάντηση 1 με τη 2 και την απάντηση 3 με την 4.

Κώδικας Ηθικής και Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ερευνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Μετέπειτα, κατά τη συγκέντρωση των δεδομένων, η ερευνήτρια ενημέρωσε όλους τους συμμετέχοντες για τη φύση και το σκοπό της μελέτης. Επιπλέον, τους διαβεβαίωσε ότι τα ερωτηματολόγια θα διατηρηθούν σε ασφαλές περιβάλλον, θα κωδικοποιηθούν και θα επεξεργαστούν από την ίδια την ερευνήτρια, ενώ όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Τέλος, δόθηκε η δυνατότητα σε όποιον συμμετέχοντα επιθυμούσε να του γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα της μελέτης.

Αποτελέσματα

1 Περιγραφικά Αποτελέσματα

1.1 Δημογραφικά στοιχεία και προηγούμενη εμπειρία

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 70 άτομα. Από αυτά το 38% ήταν άνδρες, ενώ το 32% ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 49,43 χρονών. Οι περισσότεροι γιατροί που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν παθολόγοι με ποσοστό συμμετοχής 24%. Οι ενδοκρινολόγοι αποτέλεσαν το 13% των συμμετεχόντων, οι καρδιολόγοι το 12%, ενώ οι ορθοπαιδικοί, οι γαστρεντερολόγοι και οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν το 6% του δείγματος. Τέλος, το 3% που συμμετείχε ήταν διαβητολόγοι.

Το 41% των συμμετεχόντων δουλεύει στον ιδιωτικό τομέα, ενώ το 29% αυτών δουλεύει στο δημόσιο τομέα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παράλληλα, από αυτούς το 12%

συνεργάζεται με ψυχολόγους ή συμβούλους ενώ το 58% δεν έχει στο χώρο εργασίας του ειδικότητες ψυχικής υγείας. Ο Πίνακας 1.1. δείχνει αναλυτικά τα στοιχεία αυτά.

Ακόμα , οι γιατροί που συμμετείχαν ρωτήθηκαν σχετικά με το αν έχουν κάποια εκπαίδευση για τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών. Το 22,9% των επαγγελματιών απάντησε θετικά. Από αυτό το ποσοστό το 11,1% είχε εκπαίδευση από 1-4 ώρες, το 33,3% από 5-10 ώρες και το 55,6% είχε πάνω από 11 ώρες εκπαίδευσης. Το 77,1% των συμμετεχόντων δεν είχε καθόλου εκπαίδευση σχετικά με τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών. Τέλος, οι γιατροί ρωτήθηκαν σχετικά με το ποιο ποσοστό περίπου των ηλικιωμένων ασθενών τους πίστευαν ότι πάσχει από κατάθλιψη ο μέσος όρος των γιατρών απάντησε ότι το 45,16% αυτών πάσχει από κατάθλιψη ($\pm 23, 94$).

(Πίνακας 1.1) Δημογραφικά Στοιχεία και προηγούμενη εμπειρία

		N (%)	M. όρος (τυπική απόκλιση)
Φύλο	Άνδρας	38 (54,3)	49,43 (9,48007)
	Γυναίκα	32 (45,7)	
Ηλικία			
Ειδικότητα	Παθολόγος	24 (34,3)	
	Ενδοκρινολόγος	13 (18,6)	
	Καρδιολόγος	12 (17,1)	
	Ορθοπεδικός	6 (8,6)	
	Γαστρεντερολόγος	6 (8,6)	
	Διαβητολόγος	3 (4,3)	
	Γενικός Ιατρός	6 (8,6)	
Τομέας Εργασίας	Ιδιωτικός	41 (58,6)	
	Πρωτοβάθμια	29 (41,4)	
Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;	Ναι	12 (17,1)	
	Όχι	58 (82,9)	
Έχετε κάποια εκπαίδευση για τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών;	Ναι	22,9%	
	Όχι	77,1%	
Αν ΝΑΙ παρακαλούμε αναφέρετε τις ώρες εκπαίδευσης	1-4	11,1%	
	5-10	33,3%	
	>11	55,6%	

1.2 Τρέχουσες Πρακτικές Ανίχνευσης

Οι γιατροί που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη κλήθηκαν, ακόμα, να απαντήσουν σχετικά με το αν χρησιμοποιούν κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία

της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Μόλις το 7,1% των γιατρών απάντησε θετικά για τη χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών σε αντίθεση με το 92,9% που απάντησε αρνητικά. Χαμηλό ήταν και το ποσοστό όσων απάντησαν θετικά στο αν συνηθίζουν να δίνουν στους ασθενείς με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης εκπαιδευτικά υλικά (4,3%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά (95,7%). Τέλος, ρωτήθηκαν σχετικά με το αν χρησιμοποιούν κάποιο εργαλείο ανίχνευσης ή συνέντευξη για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και φάνηκε ότι το 25,7% κάνει ανίχνευση για κατάθλιψη συγκριτικά με το 74,3% των συμμετεχόντων που δεν κάνει. Ο πίνακας 1.2 δείχνει τα παραπάνω στοιχεία.

(Πίνακας 1.2) *Τρέχουσες Πρακτικές*

		N (%)
Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους	Ναι	7,1%
	Όχι	92,9%
Συνηθίζετε να δίνετε στους ασθενείς με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης εκπαιδευτικά υλικά	Ναι	4,3%
	Όχι	95,7%
Χρησιμοποιείτε κάποιο εργαλείο ανίχνευσης ή συνέντευξη για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους κατά την πρακτική σας	Ναι	25,7%
	Όχι	74,3%

25,7 % των συμμετεχόντων απάντησε θετικά στο ότι συνηθίζει να κάνει διάγνωση για την κατάθλιψη. Το 21,1% για το σκοπό αυτό χρησιμοποιεί το εργαλείο καταγραφής BDI. Το 26,3% χρησιμοποιεί την κλίμακα μέτρησης της γηριατρικής κατάθλιψης (GDS), το 10,5% χρησιμοποιεί την κλίμακα μέτρησης HADS και το 15,8% την κλίμακα CES-D. Τέλος, το 42,1% συνηθίζει να χρησιμοποιεί κάποιο μη σταθμισμένο εργαλείο. Τα στοιχεία αυτά αναγράφονται στον πίνακα 1.3.

(Πίνακας 1.3) Χρήσης Εργαλείων Ανίχνευσης

		N (%)	Ποσοστό
Εργαλεία ανίχνευσης	Εργαλείο καταγραφής κατάθλιψης Beck (BDI)	4	21,1%
	Κλίμακα μέτρησης γηριατρικής κατάθλιψης (GDS)	5	26,3%
	Κλίμακα μέτρησης άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο (HADS)	2	10,5%
	Κλίμακα μέτρησης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών Κατάθλιψης (CES-D)	3	15,8%
	Μη σταθμισμένο τεστ	8	42,1%

Όσον αφορά τα συμπτώματα που οδηγούν τους γιατρούς να πραγματοποιήσουν διαδικασία ανίχνευσης για την κατάθλιψη σε ηλικιωμένο ασθενή, η λυπημένη διάθεση επιλέχθηκε από το 89,7%, ο ακαθόριστος πόνος από το 38,2%, η μειωμένη ενέργεια από το 66,2%, το άγχος/ ευερεθιστότητα από το 70,6%. Επίσης, η διαδικασία ανίχνευσης της κατάθλιψης φάνηκε ότι πραγματοποιείται κατά 32,4 % όταν αναφέρονται παράπονα για τη σεξουαλική δραστηριότητα, 57,4% για απώλεια ή αύξηση βάρους και κατά 91,2% μόλις εντοπιστεί απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης. Τέλος, το 63,2% απάντησε ότι κάνει ανίχνευση κατάθλιψης μόλις εντοπίσει δυσλειτουργία στην εργασία και τις σχέσεις και το 79,4% όταν αναφερθούν διαταραχές στον ύπνο (Πίνακας 1.4). Το 41,4 % απάντησε ότι συνηθίζει να κάνει ανίχνευση για πιθανή κατάθλιψη στην πρακτική του, ενώ το 58,6% ανέφερε ότι δε συνηθίζει να κάνει ανίχνευση.

Πίνακας 1.4 Συμπτώματα Διάγνωσης

	N	Ποσοστό
Λυπημένη διάθεση	61	89,7%
Ακαθόριστος πόνος (π.χ. πονοκέφαλος, πονόκοιλος)	26	38,2%
Μειωμένη ενέργεια	45	66,2%
Άγχος / Ευερεθιστότητα	48	70,6%
Παράπονα για τη σεξουαλική δραστηριότητα	22	32,4%
Απώλεια βάρους/ Αύξηση βάρους	39	57,4%
Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης	62	91,2%
Δυσλειτουργία στην εργασία ή στις σχέσεις	43	63,2%
Διαταραχές στον ύπνο	54	79,4%

1.3 Περιγραφή στάσεων και των αντιλήψεων των γιατρών απέναντι στην κατάθλιψη

Όσον αφορά τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν σχετικά με τις απόψεις και τις αντιλήψεις για την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία οι γιατροί καλούνταν να απαντήσουν σε δηλώσεις σχετικές με τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στα πλαίσια της πρακτικής τους. Οι επαγγελματίες καλούνταν να απαντήσουν σχετικά με το πόσο διαφωνούν ή συμφωνούν με αυτές τις δηλώσεις μέσω μίας κλίμακας Likert με τέσσερις διαβαθμίσεις.

Οι γιατροί είχαν πιο θετικές στάσεις ως προς ορισμένες δηλώσεις ενώ πιο αρνητικές στάσεις ως προς κάποιες άλλες. Πιο συγκεκριμένα θετικές ήταν οι στάσεις του ως προς τις παρακάτω δηλώσεις: «Το να βοηθώ ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη είναι σημαντικό για εμένα» με το 85,7% των συμμετεχόντων να συμφωνεί με τη δήλωση αυτή. Επιπλέον, μεγάλη συμφωνία υπήρξε με τη δήλωση «Η θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη είναι μια πτυχή της ιατρικής που νοιώθω πως με ανταμείβει» με το 67,2% να συμφωνεί, με τη δήλωση «Ακόμα και όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με την άνοια, η κατάθλιψη θα πρέπει να θεραπεύεται» με το 88,6% να συμφωνεί και με τη δήλωση «Πιστεύω πως η ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει τους ηλικιωμένους ασθενείς μου με κατάθλιψη» με ποσοστό συμφωνίας από τους συμμετέχοντες 75,4%. Τέλος, θετική ανταπόκριση υπήρξε και με τις άποψη «Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η

θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου» αφού το 42,8% συμφώνησε και με την άποψη «Οι ηλικιωμένοι προσδοκούν από το γιατρό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να ασχοληθεί με το θέμα της κατάθλιψης» με το 72,9% να συμφωνεί.

Από την άλλη φάνηκε κι ότι μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων συμφωνούσε με κάποιες αρνητικές δηλώσεις όπως ήταν «Η κατάθλιψη είναι φυσικό συνακόλουθο της γήρανσης» καθώς το 51,4% φάνηκε σύμφωνο όπως και το 62,9% συμφώνησε με την άποψη «Δεδομένων των χρόνιων ασθενειών από τις οποίες υποφέρουν οι ηλικιωμένοι, η κατάθλιψη είναι λογική».

Παράλληλα, το 71,5% διαφώνησε με τη δήλωση «Το να κάνω διάγνωση της κατάθλιψης αυτόματα με δεσμεύει με την υποχρέωση της θεραπείας» και το 91,4% φάνηκε να διαφωνεί με την άποψη «Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη με απογοητεύουν». Τέλος, το 65,7% διαφώνησε με την άποψη «Η ψυχοθεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Ο πίνακας 1.5 δείχνει αναλυτικά τα ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων με την καθεμία δήλωση ξεχωριστά.

Πίνακας 1.5 Πληροφορίες σχετικά με τις Στάσεις και τις Αντιλήψεις

	Διαφωνώ απόλυτα	Κάπως διαφωνώ	Κάπως συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Το να βοηθώ ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη είναι σημαντικό για εμένα.	2,9%	11,4%	30,0%	55,7%
Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.	24,3%	30,0%	38,6%	7,1%
Η θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη είναι μια πτυχή της ιατρικής που νοιώθω πως με ανταμείβει.	11,4%	21,4%	38,6%	28,6%
Δεν εστιάζω στην κατάθλιψη μέχρι να αποκλείσω οποιοδήποτε άλλο οργανικό πρόβλημα.	7,1%	8,6%	32,9%	51,4%
Συμπεριλαμβάνω τα μέλη της οικογένειας στις αποφάσεις και στα πλάνα μου σχετικά με τη θεραπεία και τη διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη.	12,9%	17,1%	27,1%	42,9%
Με πιέζει πολύ ο χρόνος για να κάνω διαδικασία ανίχνευσης για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.	27,1%	32,9%	20,0%	20,0%

	Διαφωνώ απόλυτα	Κάπως διαφωνώ	Κάπως συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Νοιώθω σιγουριά για την ικανότητά μου να συνταγογραφώ αντικαταθλιπτικά στους ηλικιωμένους.	47,1%	20,0%	24,3%	8,6%
Ακόμα και όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με την άνοια, η κατάθλιψη θα πρέπει να θεραπεύεται.	4,3%	7,1%	30,0%	58,6%
Νοιώθω ότι εισβάλλω στην προσωπική ζωή των ηλικιωμένων ασθενών μου όταν τους ρωτάω για τις συναισθηματικές τους ανησυχίες.	41,4%	32,9%	20,0%	5,7%
Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες.	21,4%	30,0%	47,1%	1,4%
Οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με την κατάθλιψη.	37,1%	25,7%	30,0%	7,1%
Πιστεύω πως η ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει τους ηλικιωμένους ασθενείς μου με κατάθλιψη.	5,7%	18,6%	34,3%	41,4%
Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου.	30,0%	27,1%	31,4%	11,4%
Θα προτιμήσω να παραπέμψω έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιον ψυχίατρο, παρά να κάνω εγώ τη διάγνωση και τη θεραπεία.	0,0%	12,9%	37,1%	50,0%
Οι ηλικιωμένοι προσδοκούν από το γιατρό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να ασχοληθεί με το θέμα της κατάθλιψης.	7,1%	20,0%	52,9%	20,0%
Γενικά δεν μπορεί να γίνει τίποτα για τους ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη.	62,9%	27,1%	7,1%	2,9%
Η κατάθλιψη είναι φυσικό συνακόλουθο της γήρανσης.	21,4%	27,1%	44,3%	7,1%
Η προτεραιότητά μου είναι να θεραπεύσω πρώτα τα ιατρικά προβλήματα και στη συνέχεια, να διερευνήσω για ψυχολογικά προβλήματα .	8,6%	18,6%	45,7%	27,1%
Δεδομένων των χρόνιων ασθενειών από τις οποίες υποφέρουν οι ηλικιωμένοι, η κατάθλιψη είναι λογική.	11,4%	25,7%	44,3%	18,6%
Οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη πιθανότατα να είχαν εμφανίσει επεισόδια κατάθλιψης και όταν ήταν νεότεροι.	11,4%	20,0%	57,1%	11,4%

	Διαφωνώ απόλυτα	Κάπως διαφωνώ	Κάπως συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Το να κάνω διάγνωση της κατάθλιψης αυτόματα με δεσμεύει με την υποχρέωση της θεραπείας.	32,9%	38,6%	18,6%	10,0%
Αισθάνομαι άνετα να αλληλεπιδρώ με τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη.	12,9%	25,7%	38,6%	22,9%
Η διαχείριση ηλικιωμένων με κατάθλιψη είναι διαφορετική από τη διαχείριση νεότερων ενηλίκων.	7,1%	7,1%	48,6%	37,1%
Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη με απογοητεύουν.	67,1%	24,3%	7,1%	1,4%
Είναι προτιμότερο να μην χρησιμοποιείται ο όρος "κατάθλιψη" για να αποφευχθεί ο στιγματισμός του ασθενούς.	32,9%	28,6%	27,1%	11,4%
Η ψυχοθεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική για τους ηλικιωμένους ασθενείς	18,6%	47,1%	24,3%	10,0%
Σε πέντε χρόνια από τώρα το να φροντίζω γηριατρικούς ασθενείς με «κατάθλιψη» θα είναι πιο σημαντικό για την πρακτική μου από ό, τι είναι τώρα.	22,9%	38,6%	31,4%	7,1%
Από την εμπειρία μου, οι πληροφορίες που δίνουν τα μέλη της οικογένειας είναι χρήσιμες για την αναγνώριση και τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς.	1,4%	8,6%	60,0%	30,0%

1.4 Περιγραφή Εμποδίων

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε και δηλώσεις σχετικά με τα εμπόδια που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι γιατροί όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους γηριατρικούς ασθενείς. Το μεγαλύτερο εμπόδιο θεωρήθηκε η δήλωση «Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής» αφού το 77,1% φάνηκε να συμφωνεί. Αμέσως μετά πιο συχνά φάνηκε να αποτελούν εμπόδιο οι απόψεις: «Η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρουσιάζει προβλήματα στην κοινότητα μας» καθώς το 74,3% των γιατρών φάνηκε να το θεωρεί εμπόδιο και η άποψη «Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανησυχούν για τις παρενέργειες των φαρμάκων» με το 70% να συμφωνεί με αυτή τη δήλωση.

Ακολούθησαν οι απόψεις «Η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς» και το ότι οι ίδιοι οι γιατροί νιώθουν «Χαμηλή αυτοπεποίθηση στη θεραπεία της

κατάθλιψης με συμβουλευτική» αφού το 65,7% φάνηκε να συμφωνεί και με τις δύο αυτές απόψεις. Το αμέσως επόμενο εμπόδιο φάνηκε να είναι κατά 62,8% η άποψη «Οι ηλικιωμένοι ασθενείς θα απορρίψουν την ψυχοθεραπεία». Τέλος και η άποψη «Ο χρόνος του ραντεβού είναι πολύ σύντομος φάνηκε να αποτελεί εμπόδιο για το 58,6%.

Από την άλλη μεριά ως μικρότερα εμπόδια φάνηκε να είναι η δήλωση «Η ψυχιατρική θεραπεία αποτελεί στίγμα» αφού το 51,5% δε το δήλωσε ως εμπόδιο και τέλος η άποψη «Απροθυμία να συζητήσουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς συναισθηματικά προβλήματα» με το 47,2% να μη το θεωρεί ως εμπόδιο. Στον πίνακα 1.6 φαίνονται οι δηλώσεις των γιατρών αναλυτικά.

Πίνακας 1.6 Περιγραφή Εμποδίων

	Καθόλου εμπόδιο	Πιθανό εμπόδιο	Συχνά εμπόδιο	Μεγάλο εμπόδιο
Η ψυχιατρική θεραπεία αποτελεί στίγμα.	12,9%	38,6%	28,6%	20,0%
Οι ηλικιωμένοι ασθενείς θα απορρίψουν την ψυχοθεραπεία.	7,1%	30,0%	47,1%	15,7%
Η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς.	7,1%	27,1%	48,6%	17,1%
Απροθυμία να συζητήσουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς συναισθηματικά προβλήματα.	2,9%	44,3%	32,9%	20,0%
Η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρουσιάζει προβλήματα στην κοινότητα μας.	7,1%	18,6%	41,4%	32,9%
Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής.	10,0%	12,9%	31,4%	45,7%
Χαμηλή αυτοπεποίθηση στη θεραπεία της κατάθλιψης με συμβουλευτική.	2,9%	31,4%	51,4%	14,3%
Ο χρόνος του ραντεβού είναι πολύ σύντομος.	12,9%	28,6%	34,3%	24,3%
Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανησυχούν για τις παρενέργειες των φαρμάκων	4,3%	25,7%	41,4%	28,6%

1.5 Περιγραφή αναγκών και οδηγιών για τη διευκόλυνση των ιατρών

Στους επαγγελματίες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ζητήθηκε επιπλέον να απαντήσουν σχετικά με το τι θα ήταν βοηθητικό ώστε να βελτιώσουν την ικανότητά τους να φροντίζουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τα πιο βοηθητικά για τους ίδιους τους επαγγελματίες θα ήταν το να υπήρχαν «Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη» αφού το 94,2% του δείγματος φάνηκε σύμφωνο με αυτή τη δήλωση. Επιπλέον το 91,3% αυτών θεώρησε πού βοηθητική την άποψη «Καλύτερη διαθεσιμότητα ψυχιάτρων/συμβούλων». Παράλληλα, το 89,9% ανέφερε την ανάγκη για «Μεγαλύτερη έμφαση στη σύνδεση της ψυχικής και της σωματικής υγείας κατά την ιατρική εκπαίδευση» ενώ το 89,8% την άποψη «Περισσότερη εκπαίδευση/εστίαση προπτυχιακά». Ως λιγότερο βοηθητικό θεωρήθηκε η άποψη «Αύξηση των απολαβών για παροχή συμβουλών» με το 50,7% να συμφωνεί με αυτή τη δήλωση. Στον πίνακα 1.7 αναγράφονται αναλυτικά τα ποσοστά συμφωνίας ή διαφωνίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 1.7 Περιγραφή Αναγκών και Οδηγιών

	Καθόλου βοηθητικό	Πιθανόν βοηθητικό	Βοηθητικό	Πολύ βοηθητικό
Να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος για κάθε ασθενή.	4,3%	14,5%	40,6%	40,6%
Αύξηση απολαβών για παροχή συμβουλών.	17,4%	31,9%	33,3%	17,4%
Περισσότερο υποστηρικτικό προσωπικό στη μονάδα υγείας.	1,4%	11,6%	39,1%	47,8%
Καλύτερες σχέσεις με τους συναδέλφους στους οποίους θα μπορούσαν να παραπεμφθούν τα περιστατικά.	4,3%	20,3%	46,4%	29,0%
Περισσότερα συνέδρια για τη γηριατρική κατάθλιψη.	4,3%	15,9%	40,6%	39,1%
Περισσότερα άρθρα / ενημερωτικά φυλλάδια σχετικά με την κατάθλιψη.	0,0%	23,2%	36,2%	40,6%
Ευκολότερη πρόσβαση σε διαδικτυακές πληροφορίες για τους επαγγελματίες.	4,3%	33,3%	27,5%	34,8%
Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης επικοινωνίας / συμβουλευτικής υπηρεσίας.	2,9%	14,5%	31,9%	50,7%
Περισσότερη εκπαίδευση/εστίαση προπτυχιακά	2,9%	7,2%	36,2%	53,6%

	Καθόλου βοηθητικό	Πιθανόν βοηθητικό	Βοηθητικό	Πολύ βοηθητικό
Μεγαλύτερη έμφαση στη σύνδεση της ψυχικής και της σωματικής υγείας κατά την ιατρική εκπαίδευση	1,4%	8,7%	20,3%	69,6%
Καλύτερη διαθεσιμότητα ψυχιάτρων/συμβούλων	0,0%	8,7%	36,2%	55,1%
Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	0,0%	5,8%	21,7%	72,5%

2) Αποτελέσματα δι-μεταβλητών αναλύσεων

Όσον αφορά τα αποτελέσματα των δι-μεταβλητών αναλύσεων της έρευνας θα παρουσιαστούν αναλυτικά σε πίνακες οι συσχετίσεις οι οποίες φάνηκε να έχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μεταξύ τους.

2.1 Συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης

2.1.1 Το φύλο των συμμετεχόντων επηρεάζει τις στάσεις τους απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης.

Σε ένα πρώτο επίπεδο έγινε ανάλυση ώστε να φανεί αν υπάρχει το φύλο των συμμετεχόντων επηρεάζει τις στάσεις που έχουν για την ανίχνευση της κατάθλιψης. Η συσχέτιση αυτή δεν έδειξε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Επομένως, το φύλο δεν επιδρά στις στάσεις που κρατούν οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στην κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία.

2.1.2 Η ηλικία επηρεάζει τις στάσεις των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς.

Στη δι-μεταβλητή ανάλυση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των στάσεων των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση της κατάθλιψης και της ηλικίας τους με το στατιστικό κριτήριο χ^2 φάνηκε ότι η ηλικία δεν επιδρά στις στάσεις των επαγγελματιών. Δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

2.1.3 Ο τομέας εργασίας επηρεάζει τις στάσεις των γιατρών απέναντι στην ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης.

Κάνοντας αυτή την ανάλυση θέλαμε να δούμε αν το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να εργάζεται σε δημόσια υπηρεσία ή είναι ιδιώτης γιατρός θα επηρέαζε τις στάσεις των επαγγελματιών. Και πάλι όμως δεν υπήρξε κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Άρα, και πάλι δεν μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των μεταβλητών.

2.1.4 Πως η ύπαρξη ψυχολόγου ή συμβούλου στον τομέα εργασίας των γιατρών επηρεάζει τις στάσεις τους.

Σχετικά με την ύπαρξη ψυχολόγου ή συμβούλου στον τομέα εργασίας και στις στάσεις των γιατρών απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη φάνηκε να επηρεάζονται δύο από τις στάσεις που αποτυπώνονταν στο ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην άποψη «Νοιώθω σιγουριά για την ικανότητα μου να συνταγογραφώ αντικαταθλιπτικά στους ηλικιωμένους» και στο αν υπάρχει ψυχολόγος στον τομέα εργασίας των γιατρών ($P = 0,006$). Όλοι οι γιατροί που έχουν ψυχολόγους που εργάζονται στην εργασία τους διαφωνούν με το ότι νιώθουν σιγουριά για την ικανότητα τους να συνταγογραφούν αντικαταθλιπτικά στους ηλικιωμένους. Από την άλλη μεριά, το 60,3% αυτών που δεν έχουν ψυχολόγους ή συμβούλους στην εργασία τους διαφωνούν με τη δήλωση αυτή (Πίνακας 1.9).

Πίνακας 1.9 «Νοιώθω σιγουριά για την ικανότητα μου να συνταγογραφώ αντικαταθλιπτικά στους ηλικιωμένους» * Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;

	Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;			p-value
	Ναι	Όχι		
Διαφωνώ	100,0%	60,3%		0,006
Συμφωνώ	0,0%	39,7%		

Παράλληλα, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην άποψη «Αισθάνομαι άνετα να αλληλεπιδρώ με τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη» και με το αν υπήρχαν ψυχολόγοι ή σύμβουλοι που εργάζονται στην εργασία των γιατρών ($p = 0,048$). Με την άποψη αυτή συμφωνούσαν περισσότερο όσοι γιατροί δεν

είχαν σχέση με ψυχολόγους στην εργασία τους κατά 66,7% και αντίστοιχα διαφωνούσαν περισσότερο αυτοί που είχαν ψυχολόγους κατά 32,8% (Πίνακας 1.10).

Πίνακας 1.10 «Αισθάνομαι άνετα να αλληλεπιδρώ με τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη» * Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;

		Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;		p-value
		Ναι	Όχι	
	Διαφωνώ	66,7%	32,8%	0,048
	Συμφωνώ	33,3%	67,2%	

2.2 Προηγούμενη Εμπειρία και στάσεις των γιατρών απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη

Οι επόμενες αναλύσεις έγιναν ανάμεσα στην προηγούμενη εμπειρία των γιατρών που αφορούσε το αν είχαν κάποια εκπαίδευση για τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών και στις στάσεις τους απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη. Μέσα από αυτή την ανάλυση φάνηκε ότι η περαιτέρω εκπαίδευση επηρέαζε μόνο την άποψη «Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου» ($p = 0,017$). Αναλυτικότερα το 68,8% των γιατρών που είχε περαιτέρω εκπαίδευση συμφωνούσε με το ότι είναι ευθύνη τους η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς τους, ενώ το 64,8% αυτών που δεν είχαν καθόλου εκπαίδευση διαφωνούσαν με την άποψη αυτή (Πίνακας 1.11).

Πίνακας 1.11 Εκπαίδευση* Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου

		Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου		p-value
		Διαφωνώ	Συμφωνώ	
Εκπαίδευση	Ναι	31,3%	68,8%	0,017
	Όχι	64,8%	35,2%	

2.3 Συσχέτιση μεταξύ των στάσεων των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη γηριατρική κατάθλιψη και των συμπεριφορών που εφαρμόζουν για την ανίχνευση και θεραπείας αυτής.

Οι συμπεριφορές που μετρήθηκαν στο ερωτηματολόγιο αφορούσαν αρχικά το αν οι γιατροί που έλαβαν μέρος κάνουν ανίχνευση για κατάθλιψη στους γηριατρικούς ασθενείς τους. Στην πορεία ερωτήθηκαν αν δίνουν εκπαιδευτικό υλικό όπως φυλλάδια ενημέρωσης σε ασθενείς με υποψία κατάθλιψης και τέλος, ρωτήθηκαν αν χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία.

2.3.1 Αν γίνεται ανίχνευση κατάθλιψης και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε αυτή.

Μέσα από τις αναλύσεις που έγιναν φάνηκε ότι υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην άποψη «Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία» και στην ανίχνευση της κατάθλιψης ($p=0,038$). Συγκεκριμένα το 37,5% των γιατρών που νιώθουν σιγουριά ότι μπορούν να κάνουν με ακρίβεια διάγνωση κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία κάνουν ανίχνευση για κατάθλιψη ενώ, το 15,8% των γιατρών που δε νιώθουν σιγουριά να κάνουν με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία κάνουν όντως ανίχνευση αυτής (Πίνακας 1.12).

Πίνακας 1.12 Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία *
Χρήση_screening

		Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία		
		Διαφωνώ	Συμφωνώ	p-value
Χρήση εργαλείων	Ναι	15,8%	37,5%	0,038
διαλογής	Όχι	84,2%	62,5%	

Η δεύτερη στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε ανάμεσα στην άποψη «Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες» και στην ανίχνευση της κατάθλιψης ($p=0,001$). Το 44,1% των γιατρών που είναι σύμφωνοι με αυτή την άποψη κάνουν ανίχνευση για την ύπαρξη και τη θεραπεία της κατάθλιψης ενώ, μόνο το 8,3% όσων θεωρούσαν ότι οι γνώσεις τους για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης δεν είναι επίκαιρες φαίνεται να πραγματοποιεί διαδικασία ανίχνευσης για την κατάθλιψη. κατάθλιψη (Πίνακας 1.13).

Πίνακας 1.13 Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες *

Χρήση_screening

		Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες		
		Διαφωνώ	Συμφωνώ	p-value
Χρήση εργαλείων	Ναι	8,3%	44,1%	0,001
διαλογής	Όχι	91,7%	55,9%	

Επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στη δήλωση «Οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με την κατάθλιψη» και την ανίχνευση της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς ($p = 0,001$). Το 38% των συμμετεχόντων που διαφωνούσαν με την άποψη αυτή φάνηκε ότι κάνει ανίχνευση για την ύπαρξη κατάθλιψης. Αντίθετα μόνο το 3,8% που συμφωνούσαν με τη δήλωση ότι οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με την κατάθλιψη κάνει ανίχνευση για την κατάθλιψη (Πίνακας 1.14).

Πίνακας 1.14 Οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με την κατάθλιψη *

Χρήση_screening

		Οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με την κατάθλιψη		
		Διαφωνώ	Συμφωνώ	p-value
Χρήση_screening	Ναι	38,6%	3,8%	0,001
	Όχι	61,4%	96,2%	

Τέλος, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη στάση των γιατρών «Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου» και στην ανίχνευση της κατάθλιψης ($p = 0,018$). Συγκεκριμένα οι γιατροί που συμφωνούν με την άποψη αυτή κάνουν ανίχνευση για κατάθλιψη κατά 40% αντιθέτως το 15% όσων διαφωνεί με αυτή τη δήλωση κάνει ανίχνευση της κατάθλιψης (Πίνακας 1.15).

Πίνακας 1.15 Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου * Χρήση_screening

Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου		Διαφωνώ	Συμφωνώ	p-value
Χρήση_screening	Ναι	15,0%	40,0%	0,018
	Όχι	85,0%	60,0%	

2.3.2 Συσχέτιση ανάμεσα στο αν οι γιατροί δίνουν εκπαιδευτικό υλικό στους ασθενείς τους με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης και στις στάσεις αυτών απέναντι στην κατάθλιψη.

Όσον αφορά τη συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση δεν υπήρξε καμία στατιστική διαφορά ανάμεσα σε καμία από τις στάσεις και το αν δίνεται εκπαιδευτικό υλικό. Έτσι φαίνεται ότι καμία στάση για την κατάθλιψη δεν επηρεάζει το αν οι επαγγελματίες υγείας θα δώσουν κάποιο εκπαιδευτικό υλικό σε ασθενείς με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης.

2.3.3 Συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις των γιατρών για την ανίχνευση της κατάθλιψης και στο αν χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Ανάμεσα στις συσχετίσεις που έγιναν στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε ανάμεσα στην άποψη «Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία» και στο αν χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς ($p = 0,017$). Όλοι οι γιατροί οι οποίοι δήλωσαν ότι κάνουν χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών δήλωσαν κι ότι αισθάνονται σιγουριά ότι μπορούν να κάνουν με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία (Πίνακας 1.16)

Πίνακας 1.16 Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία * Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία		Διαφωνώ	Συμφωνώ	p-value
Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη	Ναι	0,0%	15,6%	0,017

διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους	Όχι	100,0%	84,4%
--	-----	--------	-------

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ανάμεσα στη δήλωση «Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες» και στο αν χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες ($p = 0,023$). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 14,7% αυτών που χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες συμφωνούν με την άποψη αυτή ενώ, κανένας από τους επαγγελματίες που διαφωνεί με αυτή την άποψη δεν κάνει χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (Πίνακας 1.17).

Πίνακας 1.17 Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες *
Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

		Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες		p-value
		Διαφωνώ	Συμφωνώ	
Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους	Ναι	0,0%	14,7%	0,023
	Όχι	100,0%	85,3%	

Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στη δήλωση «Θα προτιμήσω να παραπέμψω έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιον ψυχίατρο, παρά να κάνω εγώ τη διάγνωση και τη θεραπεία» και το αν γίνεται χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών ($p = 0,001$). Φάνηκε ότι είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες αυτοί που διαφωνούν με τη δήλωση αυτή. Πιο συγκεκριμένα το 44,4% των γιατρών που διαφωνούν ότι θα προτιμήσουν να παραπέμψουν έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιον ψυχίατρο, παρά να κάνουν αυτοί τη διάγνωση και τη θεραπεία χρησιμοποιούν κατευθυντήριες οδηγίες σε σύγκριση με το μόλις 1,6% όσων συμφωνούν με αυτή τη δήλωση και χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες (Πίνακας 1.18).

Πίνακας 1.18 Θα προτιμήσω να παραπέμψω έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιον ψυχίατρο, παρά να κάνω εγώ τη διάγνωση και τη θεραπεία * Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους

		Θα προτιμήσω να παραπέμψω έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιον ψυχίατρο, παρά να κάνω εγώ τη διάγνωση και τη θεραπεία		
		Διαφωνώ	Συμφωνώ	p-value
Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους	Ναι	44,4%	1,6%	0,001
	Όχι	55,6%	98,4%	

2.4 Συσχέτιση μεταξύ των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας για την επαρκή διάγνωση και θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος .

2.4.1 Συσχέτιση φύλου και εμποδίων.

Σύμφωνα με αυτή την ανάλυση φαίνεται ότι οι άνδρες είναι πιο πιθανό να θεωρούν εμπόδιο τη χαμηλή αυτοπεποίθηση στη θεραπεία της κατάθλιψης με συμβουλευτική ($p=0,045$). Συγκεκριμένα το 44,7% των ανδρών επέλεξε τη δήλωση αυτή ως εμπόδιο έναντι του 21,9% των γυναικών (Πίνακας 1.19).

Πίνακας 1.19 Χαμηλή αυτοπεποίθηση στη θεραπεία της κατάθλιψης με συμβουλευτική * Φύλο

		Χαμηλή αυτοπεποίθηση στη θεραπεία της κατάθλιψης με συμβουλευτική		p-value
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Άνδρας	17 44,7%	21 55,3%	0,045
		70,8%	45,7%	
Γυναίκα		7 21,9%	25 78,1%	
		29,2%	54,3%	

2.4.2 Συσχέτιση ηλικίας και εμποδίων.

Στη συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των γιατρών που έλαβαν μέρος και των εμποδίων στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε στο εμπόδιο σχετικά με την άποψη ότι η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής ($P= 0,015$). Σύμφωνα με αυτή την ανάλυση φαίνεται ότι οι 65+ είναι πιο πιθανό να θεωρούν εμπόδιο ότι η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής. Το 83,3% αυτής της ηλικιακής ομάδας το δήλωσε ως εμπόδιο σε αντίθεση με τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες που συμφωνούν λιγότερο (Πίνακας 1.20).

Πίνακας 1.20 Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής * Ηλικία

		Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής		p-value
		Ναι	Όχι	
Ηλικία Κατηγορίες	25-34	0,0%	100,0%	0,015
	35-44	13,6%	86,4%	
	45-54	20,8%	79,2%	
	55-64	20,0%	80,0%	
	>65	83,3%	16,7%	

2.4.3 Τομέας εργασίας και Εμπόδια.

Αρχικά, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του τομέα εργασίας και των εμποδίων βρέθηκε με το εμπόδιο «Η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς» ($p= 0,012$). Όπως φαίνεται στον ιδιωτικό τομέα το 46,3% θεωρεί ως εμπόδιο τη συννοσηρότητα των ηλικιωμένων ασθενών συγκριτικά με το 17,2% των γιατρών που εργάζονται στον δημόσιο (Πίνακας 1.21).

Πίνακας 1.21 Η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς * Τομέας εργασίας

		Η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς		p-value
		Ναι	Όχι	
	Ιδιωτικός	46,3%	53,7%	0,012
	Δημόσιος	17,2%	82,8%	

Επίσης, όσον αφορά τον τομέα εργασίας και τα εμπόδια στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε με το εμπόδιο «Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής»

($p = 0,007$). Το 34,1% των εργαζομένων γιατρών στον ιδιωτικό τομέα θεωρεί την ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη ως εμπόδιο ενώ, το 12,5% των εργαζομένων στο δημόσιο φορέα δε το θεωρεί ως εμπόδιο (Πίνακας 1.22).

Πίνακας 1.22 Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής * Τομέας εργασίας

Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής				p-value
		Ναι	Όχι	
Ιδιωτικός		34,1%	65,9%	0,007
Δημόσιος		6,9%	93,1%	

Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρξε με το εμπόδιο «ο χρόνος του ραντεβού είναι πολύ σύντομος» ($p = 0,014$). Οι περισσότεροι που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα θεωρούν εμπόδιο τον περιορισμένο χρόνο του ραντεβού. Πιο συγκεκριμένα το 53,7% του ιδιωτικού τομέα το θεωρεί εμπόδιο έναντι του 24,1% των γιατρών του δημοσίου τομέα (Πίνακας 1.23).

Πίνακας 1.23 Ο χρόνος του ραντεβού είναι πολύ σύντομος * Τομέας εργασίας

		ο χρόνος του ραντεβού είναι πολύ σύντομος		
		Ναι	Όχι	p-value
Τομέας Εργασίας	Ιδιωτικός	53,7%	46,3%	0,014
	Πρωτοβάθμια	24,1%	75,9%	

2.4.4 Συσχέτιση ειδικότητας επαγγελματιών υγείας και εμποδίων.

Μεταξύ αυτής της συσχέτισης δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά. Επομένως, η ειδικότητα δεν επηρεάζει τα αντιληπτά εμπόδια των γιατρών.

2.4.5 Συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ψυχολόγου ή συμβούλου που να εργάζεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και των εμποδίων.

Και στα πλαίσια αυτής της συσχέτισης δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά. Και πάλι λοιπόν η ύπαρξη ή όχι ψυχολόγου ή συμβούλου δεν επηρεάζει τα εμπόδια.

2.4.6 Συσχέτιση εκπαίδευσης των γιατρών για τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών με κατάθλιψη και μεταξύ εμποδίων.

Και σε αυτή την περίπτωση δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά. Άρα, το αν οι επαγγελματίες υγείας είχαν περαιτέρω εκπαίδευση σε θέματα γηριατρικής κατάθλιψης δεν επηρέαζε το πώς αντιλαμβάνονταν τα εμπόδια που αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο.

Συζήτηση

Αρχικός στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να καταγραφούν οι στάσεις, τα εμπόδια και οι ανάγκες που υπάρχουν στους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να κάνουν ανίχνευση για την ύπαρξη και για την θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς τρίτης ηλικίας. Το δείγμα μας ήταν γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ιδιώτες με σκοπό να δούμε αν και πώς κάνουν ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς. Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους οι ίδιοι οι γιατροί θεωρούν ότι το 45,16% των ηλικιωμένων ασθενών τους πάσχει από κατάθλιψη, ποσοστό αρκετά υψηλό. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αστικές και ημιαστικές περιοχές της Ελλάδας φάνηκε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων με καταθλιπτικά συμπτώματα έφτανε το 84,3% εκ των οποίων το 5,03% έπασχε από μείζονα κατάθλιψη (Babatsikou et al.,2017). Συμπερασματικά το δείγμα των γιατρών της παρούσας μελέτης φαίνεται να έχει υπερεκτιμήσει το ποσοστό. Αυτό μπορεί να δικαιολογείται από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης με αποτέλεσμα συχνά να τη συγχέουν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Glasser et al., το ποσοστό των καταθλιπτικών γηριατρικών ασθενών σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των συμμετεχόντων ήταν σχεδόν ίδιο με το αντίστοιχο της παρούσας μελέτης (47,4%).

Από τους συμμετέχοντες το 22,9% απάντησαν θετικά στο ότι έχει εκπαίδευση στη φροντίδα γηριατρικών ασθενών. Το 25,7% του δείγματος κάνει ανίχνευση για την ύπαρξη κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Η πλειοψηφία των γιατρών δε χρησιμοποιεί κάποιο συγκεκριμένο εργαλείο ανίχνευσης. Όπως φάνηκε το 36,4% χρησιμοποιεί κάποιο μη σταθμισμένο εργαλείο ενώ, το 22,7% χρησιμοποιεί την κλίμακα μέτρησης της γηριατρικής κατάθλιψης. Παρ' όλα αυτά το 41,4 % απάντησε ότι συνηθίζει να κάνει ανίχνευση για πιθανή κατάθλιψη στην πρακτική του, αλλά και όσοι απάντησαν πως δε συνηθίζουν να κάνουν ανέφεραν αρκετά από τα συμπτώματα για τα οποία θα έκαναν ανίχνευση για ύπαρξη κατάθλιψης.

Ακόμα, απάντησαν σχετικά με το αν χρησιμοποιούν κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Μόλις το 7,1% των γιατρών απάντησε θετικά για τη χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών σε αντίθεση με 92,9% που απάντησε αρνητικά. Σε αντίστοιχη έρευνα διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των γιατρών που χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση της γηριατρικής κατάθλιψης ήταν ελάχιστα μεγαλύτερο, δηλαδή 13%. Με μία πρώτη ματιά το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι χαμηλό, ωστόσο συνάδει με τα ως τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα. Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα αποτελέσματα της μελέτης των Feldman et al., στην οποία διαπιστώθηκε ότι ενώ το 90,5% των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που συναντούν γηριατρικούς ασθενείς με κατάθλιψη, μόνο το 13,1% ανέφερε ότι έκανε χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (Feldman et al., 1998).

Το ποσοστό όσων απάντησαν θετικά στο αν συνηθίζουν να δίνουν στους ασθενείς με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης εκπαιδευτικά υλικά ήταν 4,3%. Η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με την ασθένεια βοηθάει στην διευκρίνιση τυχόν παρανοήσεων σχετικά με αυτή. Σε αντίθεση με τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης στην έρευνα των Glasser et al., το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 40%. Πιθανόν, η διαφορά αυτή να οφείλεται στο γεγονός ότι στη δεύτερη έρευνα το ποσοστό των γιατρών που είχαν παρακολουθήσει κάποιο σχετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα ήταν το διπλάσιο συγκριτικά με την παρούσα και όλοι οι γιατροί ανέφεραν ότι πραγματοποιούν διαδικασία ανίχνευσης για την ύπαρξη γηριατρικής κατάθλιψης (Glaser et al., 2009).

Υπήρξαν αρκετά θετικά αποτελέσματα στην έρευνα. Αρχικά, όσον αφορά τις στάσεις φάνηκε ότι το φύλο, η ηλικία και ο τομέας εργασίας των συμμετεχόντων δεν επηρεάζει τις στάσεις τους απέναντι στην ανίχνευση και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Υπήρξε 100% ταύτιση των ενδοκρινολόγων, ορθοπεδικών, γαστρεντερολόγων και των γενικών ιατρών με την αυτή τη δήλωση. Με βάση τη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αποτελέσματα ερευνών που να αναφέρουν ειδικότητες γιατρών οι οποίες συμφωνούν ή διαφωνούν με αυτή την άποψη καθώς όλοι οι γιατροί αναφέρονται ως γενικοί γιατροί ή απλά ως γιατροί χωρίς να διευκρινίζονται οι ειδικότητες τους. Επομένως, δεν μπορεί να γίνει κάποια περαιτέρω σύγκριση.

Παράλληλα, κι η ύπαρξη ψυχολόγων στον τομέα εργασίας του καθένα συμμετέχοντα φάνηκε να επηρεάζει ορισμένες από τις στάσεις των γιατρών. Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει σιγουριά ως προς την συνταγογράφηση. Με βάση τη βιβλιογραφία οι

επαγγελματίες υγείας υπάρχει περίπτωση να μη διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες όχι μόνο για να εφαρμόζουν τις απαραίτητες συμβουλευτικές διαδικασίες αλλά να μη γνωρίζουν και τις διαθέσιμες μορφές θεραπείας. Επομένως, δεν έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητα τους να κάνουν οποιαδήποτε συνταγογράφηση ή παραπομπή. Για το λόγο αυτό ίσως θα ήταν ωφέλιμο το να αποκτήσουν νέες δεξιότητες στη διαχείριση φαρμάκων και στη συμβουλευτική μέσα από σύντομες ψυχοκοινωνικές θεραπείες (Park & Unützer, 2011).

Ακόμα, σχετικά με το αν αισθάνονται άνετα οι γιατροί να αλληλεπιδρούν με τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη φάνηκε ότι συμφωνούσε το 38,6% του δείγματος. Η βιβλιογραφία έχει δείξει ότι στη θεραπεία της κατάθλιψης παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο τα μέλη της οικογένειας ή ο φροντιστής του ασθενούς στις περιπτώσεις που υπάρχει. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να δώσουν αρκετές χρήσιμες πληροφορίες στους γιατρούς σχετικά με τη διάθεση και τη συμπεριφορά των ασθενών οπότε θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στα πλαίσια της θεραπείας (Kok & Reynolds, 2017). Επομένως, οι γιατροί θα πρέπει να είναι σε θέση να αλληλεπιδρούν όσο το δυνατόν πιο άνετα με τα μέλη της οικογένειας των ασθενών.

Πολλοί από τους συμμετέχοντες φάνηκε να συμφωνούν με τη δήλωση ότι οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με την κατάθλιψη. Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας πράγματι είναι πολύ πιθανό να πάσχουν κι από άλλες ασθένειες γεγονός που κάνει πιο δύσκολη την ανίχνευση της κατάθλιψης. Κατά την εξέτασή τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ο παράγοντας αυτός αφού έχει φανεί ότι επηρεάζει σοβαρά διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη (Johnco, 2014).

Το 44,1% των γιατρών που θεωρούν ότι οι γνώσεις τους είναι επίκαιρες σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης συνηθίζουν να κάνουν και ανίχνευση για την ύπαρξη της νόσου και το 14,7% αυτών χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της. Αυτό σημαίνει ότι οι γιατροί αυτοί μπορεί όντως να έχουν εκπαιδευτεί κι έχουν περαιτέρω κατάρτιση στη διαχείριση γηριατρικών ασθενών. Επιπλέον, μπορεί έχουν αποκτήσει δεξιότητες σχετικά με τη γηριατρική φροντίδα όπως είναι η διαχείριση φαρμάκων ή και η παραπομπή στον αρμόδιο γιατρό. Ακόμα, το 37,5% των γιατρών που δήλωσαν ότι νιώθουν σιγουριά ότι μπορούν να κάνουν με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία όντως εφαρμόζουν μεθόδους ανίχνευσης και παράλληλα όλοι δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Πολλοί οδηγοί δίνουν οδηγίες για το πώς οι ίδιοι οι γιατροί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορούν να εξετάσουν το ενδεχόμενο αν

κάποιος ασθενής τους πάσχει από κατάθλιψη ακόμα και μέσα από τη διατύπωση δύο απλών ερωτήσεων (NICE,2018).

Παράλληλα, το 40% των γιατρών θεωρεί πως είναι ευθύνη του η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς του. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη των γιατρών σχετικά με το αν θα προτιμούσαν να παραπέμπουν έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιο ψυχίατρο, παρά να κάνουν αυτοί τη διάγνωση και τη θεραπεία. Στην απάντηση αυτή φαίνεται να διαφωνεί το 44,4% των γιατρών που χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες ενώ συμφωνεί μόλις το 1,6% αυτών που χρησιμοποιούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες. Όσο οι γιατροί εργάζονται με βάση κάποιον κλινικό οδηγό μπορεί να νιώθουν μεγαλύτερη σιγουριά για τον εαυτό τους όσον αφορά την ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης. Έτσι μπορεί να μη θεωρούν απαραίτητη την παραπομπή των ασθενών σε κάποιο ψυχίατρο. Ακόμα, είναι πιθανό να μην συνεργάζονται με κάποιον αντίστοιχο γιατρό με αποτέλεσμα να αποφεύγουν την παραπομπή του. σύμφωνα όμως με τη βιβλιογραφία η αποτελεσματική συνεργασία με αρμόδιους γιατρούς και φορείς ψυχική υγείας βοηθά στην επίτευξη μιας ολοκληρωμένης θεραπείας για τον ασθενή (Park & Unützer, 2011).

Σχετικά με τα εμπόδια που συναντούν οι γιατροί στην ανίχνευση της κατάθλιψης και στη θεραπεία της φάνηκε ότι το φύλο επηρεάζει την αυτοπεποίθηση που αισθάνονται σχετικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης μέσω της συμβουλευτικής. Οι άντρες είναι αυτοί που φαίνεται να νιώθουν χαμηλή αυτοπεποίθηση να εφαρμόσουν οι ίδιοι συμβουλευτική αφού το 44,7% αυτών το ανέφερε ως εμπόδιο. Από την άλλη η ηλικία φάνηκε να επηρεάζει την άποψη ότι η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής. Την άποψη αυτή φάνηκε να την εκλαμβάνουν ως εμπόδιο οι γιατροί του δείγματος που ήταν από την ηλικία 65+ ετών. Συγκεκριμένα το 83,3% αυτής της ηλικιακής ομάδας το δήλωσε ως εμπόδιο. Και στην έρευνα από την οποία πάρθηκε το ερωτηματολόγιο για τη δική μας έρευνα βρέθηκε ότι οι γιατροί 65+ ετών αντιλαμβάνονταν την έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης για την ψυχική φροντίδα ως εμπόδιο (Glasser et al., 2009). Πράγματι σε πολλά συστήματα υγείας οι ψυχικές ασθένειες φαίνεται να μην καλύπτονται με αποτέλεσμα πολλές από αυτές να μην αντιμετωπίζονται επαρκώς. Πέρα από το ότι δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία υπάρχουν και μεγάλες ελλείψεις ειδικών γιατρών για την αντιμετώπιση ψυχικών νοσημάτων. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δε γίνεται συστηματική ανίχνευση και διαχείριση της κατάθλιψης ακόμα όμως κι αν γίνει η ανίχνευση η συνέχεια της περίθαλψης των ασθενών αυτών είναι περιορισμένη (Park & Unützer, 2011).

Ο τομέας εργασίας των γιατρών του δείγματος της έρευνας φαίνεται να επηρεάζει την άποψη πως η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς αποτελεί εμπόδιο. Το 46,3% των γιατρών που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δήλωσε τη συννοσηρότητα ως εμπόδιο. Οι εργαζόμενοι γιατροί στο δημόσιο δήλωσαν ότι αποτελεί εμπόδιο κατά 17,2%. Τα ποσοστά εμφάνισης της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν ξεπερνούν το 10-20%. Αυτό αποτελεί εμπόδιο στην ανίχνευσή της. Έχει παρατηρηθεί ότι λιγότερο από το μισό των ασθενών με κατάθλιψη αναγνωρίζονται από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ακόμα και μετά από πέντε χρόνια παρακολούθησης από τους ίδιους (Mitchell et al., 2009). Στο γεγονός αυτό μπορεί και να οφείλεται το ότι οι εργαζόμενοι στο δημόσιο δε θεωρούν την συνύπαρξη ασθενειών ως εμπόδιο για την ανίχνευση της κατάθλιψης. Οι γιατροί στο δημόσιο δεν είναι εξοικειωμένοι με την κατάθλιψη επομένως δεν έχουν ούτε τις κατάλληλες γνώσεις ούτε τις κατάλληλες δεξιότητες για ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης. Στον ιδιωτικό τομέα οι γιατροί έχοντας καλύτερη εικόνα του ιστορικού του ασθενούς τους ή έχοντας αναπτύξει χρόνια σχέση με τον ασθενή τους και ίσως γνωρίζοντας καλύτερα και την προσωπικότητα του είναι σε θέση και να παρατηρήσουν αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς και να κατανοήσουν από πού προέρχονται οι αλλαγές αυτές.

Εμπόδιο φαίνεται να αποτελεί και ο σύντομος χρόνος του κάθε ραντεβού. Το 53,7% των γιατρών του ιδιωτικού τομέα θεωρούν ως εμπόδιο τον περιορισμένο χρόνο που έχουν με τον ασθενή τους έναντι του 24,1% των γιατρών του δημοσίου τομέα. Ο περιορισμένος χρόνος του ραντεβού έχει επισημανθεί και από τους ίδιους τους ασθενείς ως εμπόδιο γιατί δεν νιώθουν άνετα να μιλήσουν ανοιχτά και να αποκαλύψουν όλα τους τα προβλήματα (Mitchell et al., 2009). Μέσα στο χρονικό διάστημα του ραντεβού και οι ασθενείς μπορεί να αποκρύψουν πράγματα στον γιατρό τους όπως μπορεί να είναι η πεσμένη τους διάθεση αλλά ακόμα κι αν οι γιατροί έχουν καταλάβει κάποια αλλαγή στη συμπεριφορά και τη διάθεση τους ασθενούς τους ο περιορισμένος χρόνος που έχουν μαζί τους δε τους αφήνει να εφαρμόσουν καμία δεξιότητα συμβουλευτικής. Επίσης, οι ιδιώτες γιατροί ίσως νιώθουν μεγαλύτερη πίεση χρόνου να δουν όλους τους ασθενείς που μπορεί να τους περιμένουν στις ώρες λειτουργίας των ιατρείων τους και γι' αυτό μπορεί να μην αφιερώνουν τον απαραίτητο χρόνο στον κάθε ασθενή τους.

Ελλείψεις

Οι περισσότερες έρευνες οι οποίες έχουν γίνει στην Ελλάδα με σκοπό την γηριατρική κατάθλιψη εστιάζουν κυρίως στον επιπολασμό των συμπτωμάτων της. Έρευνες έχουν

πραγματοποιηθεί και στην Αθήνα και σε άλλες πόλεις της χώρας στις οποίες το δείγμα ήταν άτομα ηλικίας 60 χρονών και άνω. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα ερωτηματολόγια που δίνονταν να συμπληρώνονται από τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Οπότε, δε βρέθηκε κάποια έρευνα στην οποία να δίνονται ερωτηματολόγια σε επαγγελματίες υγείας ή γιατρούς. Έτσι δεν μπορούμε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με αυτά αντίστοιχων ερευνών στην Ελλάδα.

Επίσης, το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε ήταν αυτό- αναφοράς κι αυτό μπορεί να έχει οδηγήσει σε σφάλματα. Το δείγμα της δικής μας έρευνας δεν ήταν αρκετά μεγάλο με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να κάνουμε γενικεύσεις ανά τον πληθυσμό κι επειδή η μελέτη είναι συγχρονική και με τόσο μικρό δείγμα δεν μπορεί να φανεί κάποια σχέση αιτίου- αποτελέσματος. Ακόμα, στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν υπήρχε ερώτηση η οποία να αναφέρεται στην πόλη εργασίας των γιατρών με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να δούμε ποιο ποσοστό αυτών εργάζεται στην Τρίπολη και ποιο στην Αθήνα.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ορισμένες ανάγκες που έχουν σχετικά με την διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Πέρα από τον παραπάνω χρόνο που χρειάζεται να αφιερώνεται στον κάθε ασθενή οι ίδιοι οι γιατροί ανέφεραν την ανάγκη που υπάρχει για παραπάνω υποστηρικτικό προσωπικό στις μονάδες υγείας και την ύπαρξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ακόμα, ανέφεραν την ανάγκη που υπάρχει για να δίνεται έμφαση στη σύνδεση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας κατά την ιατρική τους εκπαίδευση. Αυτοί είναι παράγοντες οι οποίοι αν αντιμετωπιστούν από το σύστημα υγείας θα μπορούσαν ενδεχομένως να βοηθήσουν στη βελτίωση της ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι πολύ σημαντικό οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να προετοιμάζονται κατά την εκπαίδευσή τους για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση της γηριατρικής κατάθλιψης αλλά και για άλλα θέματα ψυχικής υγείας. Θα ήταν ωφέλιμο να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση τους για τη σύνδεση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας μέσα από την κατάρτισή τους για χρήσιμες πρακτικές εντοπισμού και διαχείρισης της νόσου. Σε αυτό θα μπορούσαν γηριατρικές ή ψυχιατρικές εταιρείες να διοργανώνουν περισσότερα συνέδρια ή εκπαιδεύσεις προκειμένου να δίνουν στους επαγγελματίες τη δυνατότητα να αποκτούν παραπάνω γνώσεις και δεξιότητες για την καλύτερη διαχείριση γηριατρικών ασθενών με κατάθλιψη.

Η μελέτη αυτή εντόπισε τα εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη διάγνωση και θεραπεία της γηριατρικής κατάθλιψης κι έτσι αναδεικνύεται η ανάγκη που υπάρχει έτσι ώστε να δοθεί παραπάνω προσοχή σε θέματα ψυχικής περίθαλψης. Σύμφωνα και με ένα άρθρο «η ψυχική υγεία πρέπει να είναι μία από τις βασικές προτεραιότητες σε κάθε περίπτωση της κλινικής και της δημόσιας υγείας της χώρας» (Lancet, 2009).

Προτάσεις

Το 10-16% των ηλικιωμένων ατόμων αν των 65 ετών επηρεάζονται από κατάθλιψη της οποίας η εμφάνιση είναι ένας συνδυασμός κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων (Unützer, 2007). Αυτή η πολυπλοκότητα της ασθένειας αυτής δημιουργεί την ανάγκη για τη δημιουργία συνδυαστικών παρεμβάσεων οι οποίες θα περιλαμβάνουν πτυχές όπως είναι η φαρμακοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία, στρατηγικές αυτοβοήθειας, κοινωνικές στρατηγικές και συντονισμό φροντίδας (Aakhus et al., 2014).

Οι παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη θα μπορούσαν να χωριστούν σε έξι διαφορετικούς άξονες. Αρχικά, ο πρώτος άξονας αφορά την κοινωνική επαφή. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και άλλοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συζητούν με τους ηλικιωμένους ασθενείς τους και να τους συστήνουν δράσεις οι οποίες να στοχεύουν στην ενεργή τους συμμετοχή σε δραστηριότητες ειδικά σε όσους έχουν περιορισμένες κοινωνικές επαφές. Ακόμη, θα ήταν ωφέλιμο να υπάρχουν ομάδες εκπαιδευμένων εθελοντών οι οποίοι θα προσλαμβάνονται από κέντρα εθελοντικών οργανώσεων, από δομές της κοινότητας ή από κέντρα ημερήσιας φροντίδας οι οποίοι θα παρέχουν κοινωνική επαφή σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη. Τέλος, και οι συγγενείς τους ασθενούς θα πρέπει να συμμετέχουν στα σχέδια για τη βελτίωση της κοινωνικής επαφής του όπου είναι δυνατό. Για την πραγματοποίηση τέτοιου είδους παρεμβάσεων απαιτείται αρχικά η συνειδητοποίηση της τοπικής κοινότητας και των κοινωνικών υπηρεσιών για την κοινωνική απόσυρση των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη. Αφού γίνει αυτό θα πρέπει να γίνει εξεύρεση εθελοντών κι οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης να οργανωθούν έτσι ώστε να γίνεται η σύνδεση των ασθενών με τους εθελοντές αυτούς. (Aakhus et al., 2015).

Μία δεύτερη κατηγορία αφορά στο σχέδιο συνεργατικής φροντίδας. Κάθε δήμος θα μπορούσε να αναπτύξει ένα σχέδιο για συνεργατική περίθαλψη των ηλικιωμένων ασθενών του με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Το σχέδιο θα πρέπει να περιγράφει τις ευθύνες που

έχουν οι επαγγελματίες υγείας και το πώς θα επικοινωνούν κατά την επαφή τους με τους καταθλιπτικούς ασθενείς τους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και το πώς θα γίνεται η παραπομπή τους από την πρωτοβάθμια περίθαλψη σε εξειδικευμένες μορφές φροντίδας. Επιπλέον, μέσα από το σχέδιο θα πρέπει να οριστούν διευθυντές περιπτώσεων κατάθλιψης οι οποίοι έχουν την ευθύνη για την παρακολούθηση του ασθενούς. Και πάλι είναι απαραίτητος ο συντονισμός των δήμων έτσι ώστε να γίνεται η σύνδεση μεταξύ των γιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και άλλων δημοτικών υπηρεσιών (Aakhus et al., 2015).

Μία τρίτη προτεινόμενη περίπτωση είναι η ύπαρξη κάποιου διαχειριστή περιπτώσεων κατάθλιψης. Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρουν σε ασθενείς με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη την τακτική επαφή με έναν διαχειριστή περιπτώσεων κατάθλιψης. Οι διαχειριστές των ασθενών θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς προκειμένου να υπάρχει συνεννόηση για το πώς θα κινηθούν απέναντι στον ασθενή αλλά και με τους ασθενείς τους ιδιαίτερα όταν αυτοί δεν έχουν κάποια άλλη βοήθεια στη φροντίδα τους.

Παράλληλα, οι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν συμβουλευτική σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη για θέματα που σχετίζονται με την ύπαρξη προγραμμάτων αυτοβοήθειας και για τη διαθέσιμη βιβλιογραφία ή για τα προγράμματα που βασίζονται στις αρχές της συμπεριφοριστικής θεραπείας. Ακόμα θα πρέπει να είναι ενήμεροι για την ύπαρξη δομημένων προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας είτε μεμονωμένα είτε σε ομάδες όπου αυτά υπάρχουν και για τις σωστές συνήθειες ύπνου που θα πρέπει να υιοθετήσουν και να τους εκπαιδεύουν σε διαθέσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους. Πολλοί βέβαια επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι τέτοιου είδους προγράμματα δεν είναι κατάλληλα για τους γηριατρικούς ασθενείς με κατάθλιψη ή πολλές φορές δεν υπάρχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες έτσι ώστε να παραπέμπουν τους ασθενείς τους. Ο χρόνος τους είναι περιορισμένος σε κάθε επίσκεψη και σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν την απαραίτητη εμπειρία για να παρέχουν οι ίδιοι συμβουλές (Aakhus et al., 2015).

Στις περιπτώσεις που οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αντιμετωπίζουν ασθενείς με ήπιας μορφής κατάθλιψη δε θα πρέπει να συνταγογραφούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε ασθενείς με ήπια κατάθλιψη θα πρέπει να εξετάζεται στις περιπτώσεις που οι ίδιοι ασθενείς μπορεί στο παρελθόν να είχαν ανταποκριθεί σε αγωγή μέσω αντικαταθλιπτικών όταν η κατάστασή τους είχε γίνει πιο σοβαρή. Οι ασθενείς θα πρέπει να πληροφορούνται ότι τα φάρμακα δεν είναι και τόσο

βοηθητικά στην περίπτωση της ήπιας κατάθλιψης αλλά σε περιπτώσεις που έχουν ήδη συνταγογραφηθεί και δοθεί ως θεραπεία είναι δύσκολο η κατάσταση αυτή να αντιστραφεί (Aakhus et al., 2015).

Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να έχουν στη διάθεση τους μία κλίμακα ανίχνευσης της κατάθλιψης οι οποίοι να απευθύνεται σε γενικούς ιατρούς. Είναι δύσκολο για τους ίδιους να είναι σε θέση να προσφέρουν στους ασθενείς τους με κατάθλιψη φροντίδα η οποία να βασίζεται στο συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Οι γιατροί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν έχουν αυτή την τεχνογνωσία κι υπάρχει έλλειψη επαγγελματιών υγείας στον τομέα αυτό που μπορούν να παρέχουν αυτού του είδους την υπηρεσία. Οι γιατροί δεν έχουν εκπαιδευτεί για να παρέχουν στον ασθενή ψυχοθεραπεία γι' αυτό θα πρέπει να γίνεται παραπομπή των ασθενών σε κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας (Aakhus et al., 2015). Η συμβουλευτική επομένως, θα πρέπει να παρέχεται από όλες τις μη ιατρικές ειδικότητες προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματική. Η αύξηση των γνώσεων σχετικά με την αποτελεσματική εφαρμογή στρατηγικών που βασίζονται σε κλινικά κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να οδηγήσει στο χάσμα που υπάρχει μεταξύ των επιστημονικών στοιχείων και των κλινικών πρακτικών. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα οδηγήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση των γηριατρικών ασθενών με κατάθλιψη.

Όσο πιο εκπαιδευμένοι είναι οι γιατροί σε θέματα ανίχνευσης και διαχείρισης της γηριατρικής κατάθλιψης τόσο περισσότερο θα θεωρούν ότι είναι ευθύνη τους η διάγνωση και η θεραπεία της και θα πραγματοποιούν τη διαδικασία ανίχνευσης της. Η συνεχής εκπαίδευσή τους θα τους δίνει τη δυνατότητα να νιώθουν μεγαλύτερη σιγουριά για τις γνώσεις που απαιτούνται έτσι ώστε να προχωρούν σε διαδικασία ανίχνευσης της νόσου. Η χρήση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να ενισχύσει τις γνώσεις των επαγγελματιών. Γηριατρικές εταιρείες όπως είναι η Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία θα μπορούσαν να μεταφράσουν και να προσαρμόσουν στα ελληνικά δεδομένα κάποιον οδηγό κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών ο οποίος θα είναι διαθέσιμος για τους επαγγελματίες υγείας.

Αν κι έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στις θεραπείες κατάθλιψης τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει μεγάλη δουλειά προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά τα εκατομμύρια των ηλικιωμένων ενηλίκων και των μελών της οικογένειάς τους που αγωνίζονται με την κατάθλιψη. Γι' αυτό το λόγο υπάρχουν ευκαιρίες για μείωση της επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας που συνδέεται με την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της

ζωής σε διάφορους τομείς: οι οποίοι αφορούν την ενεργοποίηση των ίδιων των ασθενών, τη καταρτισμένη παροχή υγειονομικής περίθαλψης και ευρύτερες αλλαγές στο σύστημα υγείας (Park & Unützer, 2011).

Όσον αφορά την ενεργοποίηση των ίδιων των ασθενών πολλοί είναι αυτοί οι οποίοι δε γνωρίζουν τι συνιστάται ως αποτελεσματική φροντίδα για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης με αποτέλεσμα να μην την αποζητούν. Οι περισσότεροι ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία κατά της κατάθλιψης λαμβάνουν ελάχιστες πληροφορίες σχετικά με τη φύση και τους στόχους αυτής. Κατά τη διάρκεια των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αφιερώνεται ελάχιστος χρόνος προκειμένου να συζητηθούν οι επιλογές που μπορεί να έχει κάποιος ασθενής για τη θεραπεία της κατάθλιψης και τους στόχους της θεραπείας τους όταν οι ασθενείς θα ξεκινήσουν τη φαρμακευτική αγωγή τους. Αυτό φυσικά είναι αντίθετο με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται άλλες κλινικές καταστάσεις όπως μπορεί να είναι η υπέρταση στην οποία μετράται η αρτηριακή πίεση σε κάθε επαφή του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης. Στους καταθλιπτικούς ασθενείς σπάνια θα γίνει αξιολόγηση για την απόκριση της θεραπείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα θεραπείες είτε αποτελεσματικές είτε αναποτελεσματικές να συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα κι έτσι πολλοί ασθενείς να σταματούν την αγωγή νιώθοντας απογοητευμένοι και χωρίς να έχουν θεραπευτεί (Park & Unützer, 2011).

Οι προσπάθειες που γίνονται για τη βελτίωση της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών όπως είναι ο διαβήτης έχουν αποδείξει τη σημασία που έχει το να βοηθά κανείς τους ασθενείς να αποκτήσουν γνώσεις και να συμμετέχουν ενεργά στη δική τους φροντίδα. Μαζί με τους ίδιους τους ασθενείς είναι απαραίτητο να αποκτούν γνώσεις και οι οικογένειές των ασθενών ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν και να συμμετάσχουν αποτελεσματικά στη θεραπευτική αγωγή (Park & Unützer, 2011).

Παράλληλα, η κατάρτιση στην αξιολόγηση και διαχείριση της κατάθλιψης σε γηριατρικούς ασθενείς θα πρέπει να αποτελεί σημαντική εκπαιδευτική προτεραιότητα για τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στα πλαίσια της συνεργατικής φροντίδας στις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά την οποία υπάρχει αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους να μαθαίνουν πώς να εξασκούν μία τέτοια διεπιστημονική φροντίδα. Οι ρόλοι των ψυχιάτρων σε αυτές τις ομάδες συχνά διαφέρουν από την παραδοσιακή πρακτική ή τη διαβούλευση στα εξωτερικά ιατρεία και απαιτούν κατάρτιση σε νέες

δεξιότητες όπως η παροχή συμβουλών και η υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την κατάθλιψη διάφορα ιατρικά περιβάλλοντα (Park & Unützer, 2011).

Οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία που εκπαιδεύονται ως ψυχιατρικοί νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί ή σύμβουλοι μπορεί να χρειαστεί να αποκτήσουν νέες δεξιότητες, όπως η υποστήριξη της διαχείρισης φαρμάκων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η δέσμευση και η παρακολούθηση των ασθενών χρησιμοποιώντας δομημένες βαθμολογικές κλίμακες για την κατάθλιψη και η παροχή σύντομων ψυχοκοινωνικών θεραπειών, ενεργοποίηση της συμπεριφοράς ή θεραπεία αντιμετώπισης προβλημάτων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι αποτελεσματικές ομάδες συνεργατικής φροντίδας μπορούν να περιλαμβάνουν μέλη από ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων με ποικίλους βαθμούς κατάρτισης. Η κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σε τέτοιες νέες δεξιότητες θα πρέπει να συνδυαστεί με μηχανισμούς υποστήριξης που βασίζονται στην πρακτική, όπως τα ηλεκτρονικά μητρώα υγείας και τα μητρώα ασθενών που μπορούν να διευκολύνουν την προορατική συστηματική, βασισμένη στη μέτρηση περίθαλψη και την αποτελεσματική ομαδική εργασία (Unützer et al., 2002).

Ακόμη και με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας και ενεργούς ασθενείς και μέλη της οικογένειας, οι επαγγελματίες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συχνά θεωρούν ότι είναι δύσκολο να εφαρμόσουν προγράμματα συνεργατικής φροντίδας που μπορούν να προσεγγίσουν έναν μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ενηλίκων που παρουσιάζουν κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι πολιτικές που παρέχουν οικονομική στήριξη για προγράμματα συνεργατικής περίθαλψης βασισμένα σε έρευνες όπως το πρόγραμμα DIAMOND στη Μινεσότα είναι απαραίτητες για τις ιατρικές ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και για την εφαρμογή και υποστήριξη τέτοιων προγραμμάτων (Korsen & Pietruszewski, 2009). Για τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης τα κίνητρα θα μπορούσαν να είναι οικονομικά προκειμένου να εκπαιδευτούν να διαχειρίζονται την κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Αυτό θα μπορούσε να προκύψει στο πλαίσιο της μετάβασης του συστήματος υγείας επικεντρωμένου στον ασθενή όπως συμβαίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες ή μέσω πρωτοβουλιών αμοιβής των επαγγελματιών υγείας που εφαρμόζουν αυτό το πρόγραμμα στο Ηνωμένο Βασίλειο στο οποίο οι γενικοί ιατροί ανταμείβονται οικονομικά για την ανίχνευση και τη διαχείριση της κατάθλιψης (Park & Unützer, 2011).

Βιβλιογραφία

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Aakhus, E., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. (2014). Determinants of adherence to recommendations for depressed elderly patients in primary care: a multi-methods study. *Scandinavian journal of primary health care*, 32(4), 170-179.
- Aakhus, E., Granlund, I., Oxman, A. D., & Flottorp, S. A. (2015). Tailoring interventions to implement recommendations for the treatment of elderly patients with depression: a qualitative study. *International journal of mental health systems*, 9(1), 36.
- Alexopoulos, G. S. (2008). Personalizing the care of geriatric depression.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publishing; Washington, DC:2013.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty: results from three population surveys in Germany. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(9), 1513-1518.
- Argyropoulos, K., Bartsokas, C., Argyropoulou, A., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2015). Depressive symptoms in late life in urban and semi-urban areas of South-West Greece: An undetected disorder?. *Indian journal of psychiatry*, 57(3), 295.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2015). *Australia 's welfare 2015*.
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression?. *Psychiatric Clinics*, 36(4), 497-516
- Balestrieri, M., Baldacci, S., Bellomo, A., Bellantuono, C., Conti, L., Perugi, G., ... & Vieg, G. (2007). Clinical vs. structured interview on anxiety and affective disorders by primary care physicians. Understanding diagnostic discordance. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 16(2), 144-151.
- Barry, L. C., Abou, J. J., Simen, A. A., & Gill, T. M. (2012). Under-treatment of depression in older persons. *Journal of affective disorders*, 136(3), 789-796.
- Bech, P. E. R., & Wermuth, L. (1998). Applicability and validity of the Major Depression Inventory in patients with Parkinson's disease. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52(4), 305-310.

- Blackburn, P., Wilkins-Ho, M., & Wiese, B. S. (2017). Depression in older adults: Diagnosis and management. *British Columbia Medical Journal*, 59(3).
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249-M265.
- Borza, T., Engedal, K., Bergh, S., Benth, J. Š., & Selbæk, G. (2015). The course of depression in late life as measured by the Montgomery and Asberg Depression Rating Scale in an observational study of hospitalized patients. *BMC psychiatry*, 15(1), 191.
- Büchtemann, D., Lupp, M., Bramesfeld, A., & Riedel-Heller, S. (2012). Incidence of late-life depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 142(1), 172-179.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369-377.
- Cao, W., Guo, C., Ping, W., Tan, Z., Guo, Y., & Zheng, J. (2016). A community-based study of quality of life and depression among older adults. *International journal of environmental research and public health*, 13(7), 693.
- Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulirakis, G., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European journal of ageing*, 9(2), 177-186.
- Chang-Quan, H., Zheng-Rong, W., Yong-Hong, L., Yi-Zhou, X., & Qing-Xiu, L. (2010). Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(1), 109-124.
- Choi, N. G., Ransom, S., & Wyllie, R. J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging and Mental health*, 12(5), 536-547.
- Chong, S. A., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Heng, D., Sherbourne, C., Yap, M., ... & Subramaniam, M. (2017). A population-based survey of mental disorders in Singapore.
- Chua, H. C., Chan, L. L., Chee, K. S., Chen, Y. H., Chin, S. A., Chua, P. L., ... & Lim, E. C. (2017). Ministry of Health clinical practice guidelines: Depression.

- Coe, N. B., & Zammaro, G. (2011). Retirement effects on health in Europe. *Journal of health economics*, 30(1), 77-86.
- Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... & Magnusson, H. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3(1), 45.
- Davey, A., Malmberg, B., & Sundström, G. (2013). Aging in Sweden: Local variation, local control. *The Gerontologist*, 54(4), 525-532.
- de Figueiredo, John M., Heidi Boerstler, and Gheorghe Doros. "Recent treatment history vs clinical characteristics in the prediction of use of outpatient psychiatric services." *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 41.2 (2006): 130-139.
- Dennis, M., Kadri, A., & Coffey, J. (2012). Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age and ageing*, 41(2), 148-154.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372-387.
- Djukanovic, I. (2017). *Depression in late life-prevalence and preventive intervention* (Doctoral dissertation, Linnaeus University Press).
- Duckworth, K. (2009). Depression in older persons fact sheet. *National Organization On Mental Illness, NAMI*.
- Economou, M., Bergiannaki, J. D., Peppou, L. E., Karayanni, I., Skalkotos, G., Patelakis, A., ... & Stefanis, C. (2016). Attitudes towards depression, psychiatric medication and help-seeking intentions amid financial crisis: Findings from Athens area. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 243-251.
- Eurostat, (2008). Methodologie Demographic outlook-National reports on the demographic developments in 2009. Available February 2017 from <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITYOFFPUB/KS-RA-08-013/EN/KS-RA-08-013-EN.PDF>.
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R. R., ... & Delong, M. R. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological psychiatry*, 58(3), 175-189.

Even, C., & Weintraub, D. (2012). Is depression in Parkinson's Disease (PD) a specific entity?. *Journal of affective disorders*, 139(2), 103-112.

Feldman, E. L., Jaffe, A., Galambos, N., Robbins, A., Kelly, R. B., & Froom, J. (1998). Clinical practice guidelines on depression: awareness, attitudes, and content knowledge among family physicians in New York. *Archives of family medicine*, 7(1), 58.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.

Fotoula Babatsikou, R. N., Venetia Notara, R. H. V., Sofia Zyga, R. N., & Charilaos Koutis, M. D. (2017). Depression in the Elderly: A Descriptive Study of Urban and Semi-Urban Greek Population. *International Journal of Caring Sciences*, 10(3), 1286-1295.

Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. G., Sitzoglou, K., ... & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC psychiatry*, 1(1), 3.

Fountoulakis, K. N., Samolis, S., Kleanthous, S., Kaprinis, S. G., St Kaprinis, G., & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC psychiatry*, 1(1), 6.

Fountoulakis, K. N., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Gougoulas, K., Tsiptsios, I., ... & Bech, P. (2003). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Major Depression Inventory. *BMC psychiatry*, 3(1), 2.

Gao, Y., Huang, C., Zhao, K., Ma, L., Qiu, X., Zhang, L., ... & Tang, Y. (2013). Retracted: Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(5), 441-449.

Glasser M, Gravdal JA. Assessment and treatment of geriatric depression in primary care settings. *Archives of Family Medicine*. 1997; 6:433–438. [PubMed: 9305685]

Glasser, M., Vogels, L., & Gravdal, J. (2009). Geriatric depression assessment by rural primary care physicians. *Rural and remote health*, 9(4), 1180.

Glover, J., & Srinivasan, S. (2013). Assessment of the person with late-life depression. *Psychiatric Clinics*, 36(4), 545-560.

- Gonçalves-Pereira, M., Prina, A. M., Cardoso, A. M., da Silva, J. A., Prince, M., & Xavier, M. (2019). The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *Journal of affective disorders*, 246, 674-681.
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Hammami, S., Hajem, S., Barhoumi, A., Koubaa, N., Gaha, L., & Laouani, C. K. (2012). Screening for depression in an elderly population living at home. Interest of the mini-geriatric depression scale. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 60(4), 287-293.
- Hammar, Å., & Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression-a summary. *Frontiers in human neuroscience*, 3, 26.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2017). The East–West divide in late-life depression in Europe: Results from the Generations and Gender Survey. *Scandinavian Psychologist*, 4.
- Haralambous, B., Lin, X., Dow, B., Jones, C., Tinney, J., & Bryant, C. (2009). Depression in older age: A scoping study (Final Report). Melbourne: National Ageing Research Institute (prepared by Ms Betty Haralambous, Ms Xiaoping Lin, Dr Briony).
- Harris, R., Caswell, M., Woods, D., Gibbs, M., Mackay, J., Maloney-moni, J., & Pye, S. (2011). Assessment and management of Depression in Older Adults. *Best Practice Journal*.
- Heller-Sahlgren, G. (2012). Work 'til you drop: short-and longer-term health effects of retirement in Europe.
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57, 19-25.
- Jackson, J. L., Passamonti, M., & Kroenke, K. (2007). Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 270-276.
- Joffres, M., Jaramillo, A., Dickinson, J., Lewin, G., Pottie, K., Shaw, E., ... & Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2013). Recommendations on screening for depression in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 185(9), 775-782.

- Johnco, C. (2014). Learning cognitive restructuring in later life: the role of cognitive flexibility on cognitive restructuring skill acquisition in older adults with anxiety and depression.
- Kapfhammer, H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 227.
- Korsen, N., & Pietruszewski, P. (2009). Translating evidence to practice: two stories from the field. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), 47-57.
- Katon, W. J., Lin, E., Russo, J., & Unützer, J. (2003). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 897-903.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ... & Haro, J. M. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety*, 27(4), 351-364.
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of depression in older adults: a review. *Jama*, 317(20), 2114-2122.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, 1284-1292.
- Lancet, T. (2009). Movement for global mental health gains momentum.
- Lasalvia, A., Zoppei, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., Wahlbeck, K., ... & Germanavicius, A. (2013). ASPEN/INDIGO Study Group: Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9860), 55-62.
- Li, C., Friedman, B., Conwell, Y., & Fiscella, K. (2007). Validity of the Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2) in identifying major depression in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 596-602.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (1999). The labeling theory of mental disorder (II): The consequences of labeling.
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 136(3), 212-221.

McNicoll, G. (2005). United Nations, Department of Economic and Social Affairs: World Economic and Social Survey 2004: International Migration. *Population and Development Review*, 31(1), 183-185.

Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., ... & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry*, 7(1), 4.

Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690), 609-619.

Mohlman, J., Bryant, C., Lenze, E. J., Stanley, M. A., Gum, A., Flint, A., ... & Craske, M. G. (2012). Improving recognition of late life anxiety disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: observations and recommendations of the Advisory Committee to the Lifespan Disorders Work Group. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(6), 549-556.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.

Murray, J., Banerjee, S., Byng, R., Tylee, A., Bhugra, D., & Macdonald, A. (2006). Primary care professionals' perceptions of depression in older people: a qualitative study. *Social science & medicine*, 63(5), 1363-1373.

Murphy, J. A., & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 139(2), 172-180.

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British medical bulletin*, 85(1), 113-126.

Niven, K., & Miles, E. (2013). Affect Arousal. In *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 50-52). Springer, New York, NY.

Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*, 59(2), 61-66.

Papadopoulos, F. C., Petridou, E., Argyropoulou, S., Kontaxakis, V., Dessypris, N., Anastasiou, A., ... & Lyketsos, C. (2005). Prevalence and correlates of depression in late life: a population

based study from a rural Greek town. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(4), 350-357.

Park, M., & Unützer, J. (2011). Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 469–487. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2011.02.009>

Penninx, B. W., Milaneschi, Y., Lamers, F., & Vogelzangs, N. (2013). Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC medicine*, 11(1), 129.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.

Ribeiz, S. R., Duran, F., Oliveira, M. C., Bezerra, D., Castro, C. C., Steffens, D. C., ... & Bottino, C. M. (2013). Structural brain changes as biomarkers and outcome predictors in patients with late-life depression: a cross-sectional and prospective study. *PloS one*, 8(11), e80049.

Salazar, L. F., Crosby, R. A., & DiClemente, R. J. (2006). Qualitative research strategies and methods for health promotion. *Research methods in health promotion*, 150-198.

Schoevers, R. A., Smit, F., Deeg, D. J., Cuijpers, P., Dekker, J., van Tilburg, W., & Beekman, A. T. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin?. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1611-1621.

Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly. *Drugs & aging*, 28(7), 509-518.

Shaw, J. (2016). THE INQUIRY IS COMMISSIONED BY THE HEALTHCARE QUALITY IMPROVEMENT PARTNERSHIP (HQIP).

Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal*, 18(1), 51.

Sirey, Jo Anne, Martha L. Bruce, and George S. Alexopoulos. "The Treatment Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults." *American Journal of Psychiatry* 162.1 (2005): 184-186.

Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: clinical features and risk factors. *Aging and disease*, 3(6), 465.

- Soysal, P., Stubbs, B., Lucato, P., Luchini, C., Solmi, M., Peluso, R., ... & Maggio, M. (2016). Inflammation and frailty in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, 31, 1-8.
- Steffens, D. C., Fisher, G. G., Langa, K. M., Potter, G. G., & Plassman, B. L. (2009). Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *International Psychogeriatrics*, 21(5), 879-888.
- Stylianopoulou, C., Koulterakis, G., Karagianni, V., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2010). Prevalence of depression among elderly on open care centers for older people. *Rostrum of Asclepius*, 9(4), 490-504.
- Unützer, J. (2007). Late-life depression. *New England Journal of Medicine*, 357(22), 2269-2276.
- Van Damme, A., Declercq, T., Lemey, L., Tandt, H., & Petrovic, M. (2018). Late-life depression: issues for the general practitioner. *International journal of general medicine*, 11, 113.
- Unützer, J., Choi, Y., Cook, I. A., & Oishi, S. (2002). Clinical computing: a web-based data management system to improve care for depression in a multicenter clinical trial. *Psychiatric services*, 53(6), 671-678.
- Unützer, J., Schoenbaum, M., Druss, B. G., & Katon, W. J. (2006). Transforming mental health care at the interface with general medicine: report for the presidents commission. *Psychiatric services*, 57(1), 37-47.
- van Solinge, H., & Henkens, K. (2008). Adjustment to and satisfaction with retirement: Two of a kind? *Psychology and aging*, 23(2), 422-434. doi:10.1037/0882-7974.23.2.422.
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of affective disorders*, 106(1-2), 29-44.
- Watson, L. C., & Pignone, M. P. (2003). Screening accuracy for late-life depression in primary care: a systematic review. *Journal of Family Practice*, 52(12), 956-965.
- Weinberger, M. I., Mateo, C., & Sirey, J. A. (2009). Perceived barriers to mental health care and goal setting among depressed, community-dwelling older adults. *Patient preference and adherence*, 3, 145.

Wittink, M. N., Barg, F. K., & Gallo, J. J. (2006). Unwritten rules of talking to doctors about depression: integrating qualitative and quantitative methods. *The Annals of Family Medicine*, 4(4), 302-309.

World Health Organization (WHO). 2015. Mental Health and Older Adults. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.

Xiao, H., Yoon, J. Y., & Bowers, B. (2017). Quality of life of nursing home residents in China: a mediation analysis. *Nursing & health sciences*, 19(2), 149-156.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Το παρόν ερωτηματολόγιο δίνεται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας του ΠΜΣ «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και μελετά την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.

Σκοπός είναι να καταγραφούν οι υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασθενείς στις διάφορες δομές υγείας στη χώρα μας (π.χ. κέντρα υγείας και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης).

Το ερωτηματολόγιο είναι εντελώς ανώνυμο κι εμπιστευτικό.

Τα αποτελέσματα αναμένεται να είναι έτοιμα τον Ιούνιο του 2019 και θα χαρούμε πολύ να σας ενημερώσουμε.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση παρακαλώ να μη διστάσετε.

Η ερευνήτρια: Μάξη Χριστίνα (6979591982)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Φύλο: ____ Άντρας ____ Γυναίκα **Ηλικία:** _____

Ειδικότητα:

- ☐ Παθολόγος
- ☐ Ενδοκρινολόγος
- ☐ Καρδιολόγος
- ☐ Ορθοπεδικός
- ☐ Γαστρεντερολόγος
- ☐ Διαβητολόγος
- ☐ Γυναικολόγος
- ☐ Νοσηλεύτης/τρια
- ☐ Άλλο:

Τομέας εργασίας:

- ☐ Ιδιωτικός
- ☐ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ☐ Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ☐ Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;

____ Ναι ____ Όχι

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1. Περίπου ποιο ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών σας πιστεύετε ότι πάσχει από κατάθλιψη; _____%
2. Έχετε κάποια εκπαίδευση για τη φροντίδα γηριατρικών ασθενών; ___ΝΑΙ ___ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ παρακαλούμε αναφέρετε τις ώρες εκπαίδευσης

- ☐ 1-4
☐ 5- 10
☐ 11 και άνω

3. Ποιο/α από τα παρακάτω συμπτώματα θα σας έκανε να πραγματοποιήσετε διαδικασία ανίχνευσης για την κατάθλιψη σε έναν ηλικιωμένο ασθενή.

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Λυπημένη διάθεση	1	2
2	Ακαθόριστος πόνος (π.χ. πονοκέφαλος, πονόκοιλος)	1	2
3	Μειωμένη ενέργεια	1	2
4	Άγχος / Ευερεθιστότητα	1	2
5	Παράπονα για τη σεξουαλική δραστηριότητα	1	2
6	Απώλεια βάρους/ Αύξηση βάρους	1	2
7	Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης	1	2
8	Δυσλειτουργία στην εργασία ή στις σχέσεις	1	2
9	Διαταραχές στον ύπνο	1	2
10	Δε συνηθίζω στην πρακτική μου να ανιχνεύω για πιθανή κατάθλιψη	1	2
11	Άλλο: Παρακαλώ προσδιορίστε:		

4. Αν χρησιμοποιείτε κάποιο εργαλείο ανίχνευσης ή συνέντευξη για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, ποιο είναι αυτό;

Επιλέξτε όσα από τα παρακάτω ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Εργαλείο καταγραφής κατάθλιψης Beck (BDI)	1	2
2	Εργαλείο καταγραφής μείζονος κατάθλιψης (MDI)	1	2
3	Κλίμακα μέτρησης γηριατρικής κατάθλιψης (GDS)	1	2

4	Κλίμακα μέτρησης άγχους και κατάθλιψης στο νοσοκομείο (HADS)	1	2
5	Κλίμακα μέτρησης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών Κατάθλιψης (CES-D)	1	2
6	Άλλο. Παρακαλώ καταγράψτε:		
7	Μη σταθμισμένο τεστ:		

5. Χρησιμοποιείτε κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους;

_____ ΝΑΙ _____ ΟΧΙ

Εάν

«ΝΑΙ», παρακαλώ προσδιορίστε: _____

6. Συνηθίζετε να δίνετε στους ασθενείς με υποψία ή με διάγνωση κατάθλιψης εκπαιδευτικά υλικά(π.χ. φυλλάδια ενημέρωσης για την κατάθλιψη) σχετικά με αυτό;

_____ Ναι _____ Όχι

Εάν «ΝΑΙ», παρακαλώ προσδιορίστε: _____

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ: Παρακαλείσθε να δηλώσετε το κατά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις κυκλώνοντας ένα νούμερο από το 1-4
(1.= διαφωνώ απόλυτα 2.= κάπως διαφωνώ 3.= κάπως συμφωνώ 4.= συμφωνώ απόλυτα)**

		Διαφωνώ Απόλυτα	Κάπως διαφωνώ	Κάπως συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
1	Το να βοηθώ ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη είναι σημαντικό για εμένα.	1	2	3	4
2	Νοιώθω σιγουριά ότι μπορώ να κάνω με ακρίβεια διάγνωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.	1	2	3	4
3	Η θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη είναι μια πτυχή της ιατρικής που νοιώθω πως με ανταμείβει.	1	2	3	4
4	Δεν εστιάζω στην κατάθλιψη μέχρι να αποκλείσω οποιοδήποτε άλλο οργανικό πρόβλημα.	1	2	3	4
5	Συμπεριλαμβάνω τα μέλη της οικογένειας στις αποφάσεις και στα πλάνα μου σχετικά με τη θεραπεία και τη διαχείριση των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη.	1	2	3	4
6	Με πιέζει πολύ ο χρόνος για να κάνω διαδικασία ανίχνευσης για την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.	1	2	3	4

7	Νοιώθω σιγουριά για την ικανότητά μου να συνταγογραφώ αντικαταθλιπτικά στους ηλικιωμένους.	1	2	3	4
8	Ακόμα και όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με την άνοια, η κατάθλιψη θα πρέπει να θεραπεύεται.	1	2	3	4
9	Νοιώθω ότι εισβάλλω στην προσωπική ζωή των ηλικιωμένων ασθενών μου όταν τους ρωτάω για τις συναισθηματικές τους ανησυχίες.	1	2	3	4
10	Θεωρώ ότι οι γνώσεις μου για τη διάγνωση και τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι επίκαιρες.	1	2	3	4
11	Οι ηλικιωμένοι έχουν τόσα προβλήματα που δεν έχω χρόνο να ασχοληθώ με την κατάθλιψη.	1	2	3	4
12	Πιστεύω πως η ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει τους ηλικιωμένους ασθενείς μου με κατάθλιψη.	1	2	3	4
13	Θεωρώ πως είναι ευθύνη μου η διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς μου.	1	2	3	4
		Διαφωνώ Απόλυτα	Κάπως διαφωνώ	Κάπως συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
14	Θα προτιμήσω να παραπέμψω έναν ηλικιωμένο ασθενή με κατάθλιψη σε κάποιον ψυχίατρο, παρά να κάνω εγώ τη διάγνωση και τη θεραπεία.	1	2	3	4
15	Οι ηλικιωμένοι προσδοκούν από το γιατρό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να ασχοληθεί με το θέμα της κατάθλιψης.	1	2	3	4
16	Γενικά δεν μπορεί να γίνει τίποτα για τους ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη.	1	2	3	4
17	Η κατάθλιψη είναι φυσικό συνακόλουθο της γήρανσης.	1	2	3	4
18	Η προτεραιότητά μου είναι να θεραπεύσω πρώτα τα ιατρικά προβλήματα και στη συνέχεια, να διερευνήσω για ψυχολογικά προβλήματα .	1	2	3	4
19	Δεδομένων των χρόνιων ασθενειών από τις οποίες υποφέρουν οι ηλικιωμένοι, η κατάθλιψη είναι λογική.	1	2	3	4
20	Οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη πιθανότατα να είχαν εμφανίσει επεισόδια κατάθλιψης και όταν ήταν νεότεροι.	1	2	3	4
21	Το να κάνω διάγνωση της κατάθλιψης αυτόματα με δεσμεύει με την υποχρέωση της θεραπείας.	1	2	3	4
22	Αισθάνομαι άνετα να αλληλοεπιδρώ με τα μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη.	1	2	3	4
23	Η διαχείριση ηλικιωμένων με κατάθλιψη είναι διαφορετική από τη διαχείριση νεότερων ενηλίκων.	1	2	3	4
24	Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με κατάθλιψη με απογοητεύουν.	1	2	3	4

25	Είναι προτιμότερο να μην χρησιμοποιείται ο όρος "κατάθλιψη" για να αποφευχθεί ο στιγματισμός του ασθενούς.	1	2	3	4
26	Η ψυχοθεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική για τους ηλικιωμένους ασθενείς σε σύγκριση με τους νεότερους ασθενείς.	1	2	3	4
27	Σε πέντε χρόνια από τώρα το να φροντίζω γηριατρικούς ασθενείς με «κατάθλιψη» θα είναι πιο σημαντικό για την πρακτική μου από ό, τι είναι τώρα.	1	2	3	4
28	Από την εμπειρία μου, οι πληροφορίες που δίνουν τα μέλη της οικογένειας είναι χρήσιμες για την αναγνώριση και τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους ασθενείς.	1	2	3	4

<u>ΕΜΠΟΔΙΑ:</u> Παρακαλείσθε να υποδείξετε σε ποιο βαθμό θεωρείτε ότι οι παρακάτω δηλώσεις αποτελούν εμπόδιο στην επαρκή διάγνωση και θεραπεία των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη. Κυκλώστε έναν από τους αριθμούς 1-4. (1.= καθόλου εμπόδιο 2.= κατά κάποιο τρόπο εμπόδιο 3.= συχνά εμπόδιο 4.=μεγάλο εμπόδιο)					
		Καθόλου εμπόδιο	Κατά κάποιο τρόπο εμπόδιο	Συχνά εμπόδιο	Μεγάλο εμπόδιο
1	Η ψυχιατρική θεραπεία αποτελεί στίγμα.	1	2	3	4
2	Οι ηλικιωμένοι ασθενείς θα απορρίψουν την ψυχοθεραπεία.	1	2	3	4
3	Η συννοσηρότητα στους καταθλιπτικούς ηλικιωμένους ασθενείς.	1	2	3	4
4	Απροθυμία να συζητήσουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς συναισθηματικά προβλήματα.	1	2	3	4
5	Η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρουσιάζει προβλήματα στην κοινότητα μας.	1	2	3	4
6	Η ασφαλιστική κάλυψη για την ψυχική φροντίδα είναι ανεπαρκής.	1	2	3	4
7	Χαμηλή αυτοπεποίθηση στη θεραπεία της κατάθλιψης με συμβουλευτική.	1	2	3	4

8	Ο χρόνος του ραντεβού είναι πολύ σύντομος.	1	2	3	4
9	Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανησυχούν για τις παρενέργειες των φαρμάκων	1	2	3	4
Ποια από τις παραπάνω επιλογές θεωρείτε το σημαντικότερο εμπόδιο; (Παρακαλώ επιλέξτε έναν αριθμό 1-9): ____					
Ποια άλλα εμπόδια αντιμετωπίζετε; (παρακαλώ αναφέρατε): _____					

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακαλείσθε να υποδείξετε εάν κάθε ένα από τα ακόλουθα θα ήταν βοηθητικό ώστε να βελτιώσετε την ικανότητά σας στο να φροντίζεται ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη, κυκλώνοντας από το 1-4. (“1” = καθόλου βοηθητικό, “2” = πιθανόν βοηθητικό, “3” = βοηθητικό, “4” = πολύ βοηθητικό)					
		Καθόλου βοηθητικό	Πιθανόν βοηθητικό	Βοηθητικό	Πολύ βοηθητικό
1	Να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος για κάθε ασθενή.	1	2	3	4
2	Αύξηση απολαβών για παροχή συμβουλών.	1	2	3	4
3	Περισσότερο υποστηρικτικό προσωπικό στη μονάδα υγείας.	1	2	3	4
4	Καλύτερες σχέσεις με τους συναδέλφους στους οποίους θα μπορούσαν να παραπεμφθούν τα περιστατικά.	1	2	3	4
		Καθόλου βοηθητικό	Πιθανόν βοηθητικό	Βοηθητικό	Πολύ βοηθητικό
5	Περισσότερα συνέδρια για τη γηριατρική κατάθλιψη.	1	2	3	4
6	Περισσότερα άρθρα / ενημερωτικά φυλλάδια σχετικά με την κατάθλιψη.	1	2	3	4
7	Ευκολότερη πρόσβαση σε διαδικτυακές πληροφορίες.	1	2	3	4
8	Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης επικοινωνίας /	1	2	3	4

	συμβουλευτικής υπηρεσίας.				
9	Περισσότερη εκπαίδευση/εστίαση προπτυχιακά	1	2	3	4
10	Μεγαλύτερη έμφαση στη σύνδεση της ψυχικής και της σωματικής υγείας κατά την ιατρική εκπαίδευση	1	2	3	4
11	Καλύτερη διαθεσιμότητα ψυχιάτρων/συμβούλων	1	2	3	4
12	Υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	1	2	3	4
	Ποια από τις παραπάνω επιλογές θεωρείτε την πιο βοηθητική (παρακαλώ επιλέξτε έναν αριθμό από 1-15):_____				
	Άλλες προτάσεις για τη βελτίωση της φροντίδας (παρακαλώ καταγράψτε):_____				