



ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»



ΧΡΙΣΤΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΣΤΑΪΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΔΕΛΙΓΑΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των προβλημάτων που βιώνουν τα άτομα με κατάθλιψη.

Μεθοδολογία: Για την υλοποίησή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από έλληνες νοσηλευτές και αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών είχε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη και με τάσεις αυτοκτονίας. Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών και οδηγεί σε κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών.

Λέξεις κλειδιά: κατάθλιψη, διαταραχή, καταθλιπτική διαταραχή, καταθλιπτικό επεισόδιο

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study is to study the problems experienced by people with depression.

Methodology: A structured questionnaire was used to implement the study. The data were collected by Greek nurses and analyzed with the SPSS statistical program.

Results: Most nurses had a case of a depressed and suicidal patient. Nurses believe that depression brings about a multitude of psychosomatic changes and leads to abuse of alcohol and substances.

Key words: depression, disorder, depressive disorder, depressive episode

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 6 |
| ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 6 |
| 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ | 6 |
| 1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ | 6 |
| 1.3 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 7 |
| 1.3.1 Μείζων κατάθλιψη..... | 7 |
| 1.3.2 Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή | 8 |
| 1.3.3 Διπολική διαταραχή..... | 8 |
| 1.3.4 Επιλόχειος κατάθλιψη | 10 |
| 1.3.5 Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή..... | 10 |
| 1.3.6 Ψυχωτική κατάθλιψη | 10 |
| 1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 12 |
| ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ..... | 12 |
| 2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ | 12 |
| 2.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ..... | 12 |
| 2.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ | 13 |
| 2.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ | 13 |
| 2.5 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 14 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 16 |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ..... | 16 |
| 3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ..... | 16 |
| 3.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ..... | 17 |
| 3.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ..... | 17 |
| 3.4 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ..... | 18 |
| 3.5 ΑΝΕΡΓΙΑ..... | 20 |
| 3.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ..... | 21 |
| 3.7 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ..... | 21 |

| | |
|--|-----------|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 23 |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ | 23 |
| 4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ | 23 |
| 4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 25 |
| 4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ | 26 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 28 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 28 |
| 5.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 28 |
| 5.2 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 28 |
| 5.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ | 28 |
| 5.4 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ | 28 |
| 5.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | 30 |
| ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ | 30 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 64 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 65 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 68 |
| ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ | 68 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη είναι κάτι περισσότερο από μια χαμηλή διάθεση - είναι μια σοβαρή κατάσταση που επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική εταιρεία «η κατάθλιψη (μείζων καταθλιπτική διαταραχή) είναι μια κοινή και σοβαρή ιατρική ασθένεια που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που αισθάνεται το άτομο, τον τρόπο που σκέφτεστε και τον τρόπο που δραστηριοποιείται» (American Psychiatric Association, 2013)

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το 2016, περίπου 35 εκατομμύρια ενήλικες ηλικίας 18 ετών και άνω (14,4% των ενηλίκων) έλαβαν ψυχική φροντίδα. Μεταξύ των 44,7 εκατομμυρίων ενηλίκων με κάποια ψυχική ασθένεια τα 19,2 εκατομμύρια (43,1%) έλαβαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το προηγούμενο έτος.

Η καταθλιπτική διαταραχή είναι μια ασθένεια που θεωρείται η κύρια αιτία για μείζονα προβλήματα υγείας σε ολόκληρο τον κόσμο. Όταν οι θάνατοι που σχετίζονται με την κατάθλιψη οφείλονται σε αυτοκτονία και εγκεφαλικό επεισόδιο, η κατάθλιψη έχει το τρίτο υψηλότερο παγκόσμιο βάρος της νόσου. Η κατάθλιψη έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας ζωής και τον υψηλό κίνδυνο αυτοκτονικών τάσεων.

Μια επιδημιολογική μελέτη για την κατάθλιψη μπορεί να συγκεντρώνει βασικά δεδομένα για τον εντοπισμό ενός προγράμματος ψυχικής υγείας που μπορεί να ταξινομήσει την ομάδα υψηλού κινδύνου και να παράσχει μια κατάλληλη θεραπεία για τους ασθενείς. Επομένως, μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες διεξάγονται παγκοσμίως προκειμένου να αξιολογηθεί η σοβαρότητα της κατάστασης. Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας κλίμακες διάγνωσης της κατάθλιψης ανέφεραν ότι ο επιπολασμός στις δυτικές χώρες κυμάνθηκε από 12,8% έως 16,2%.. Στις ασιατικές χώρες, ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν σχετικά χαμηλότερος από εκείνο των δυτικών χωρών. Για παράδειγμα, μια ταϊβανική έρευνα σε εθνικό επίπεδο

υπολόγισε ότι ο επιπολασμός ήταν 1,2%. (Ferrari et al., 2013, Liao et al., 2012, Reeves et al., 2011)

Μεταξύ του 1990 και του 2010 στον Καναδά, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή παρουσίασε αύξηση κατά 75%, τη δεύτερη μεγαλύτερη αύξηση του επιπολασμού μετά την ασθένεια Alzheimer. Σε σύγκριση, η αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν 43%. Ταυτόχρονα, η αναλογία γυναικών: ανδρών της μείζονος κατάθλιψης παγκοσμίως παρέμεινε αμετάβλητη στο 1,7:1. Οι διαφορές στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης, της εκπαίδευσης και του εισοδήματος, μπορεί να επηρεάσουν το υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης στις γυναίκες. (Kocalevent et al., 2013)

Το 2016, το 12,8% των εφήβων ηλικίας 12-17 ετών (3,1 εκατομμύρια) και 10,9% των νέων ενηλίκων ηλικίας 18 έως 25 ετών (3,7 εκατομμύρια) παρουσίασαν μείζονα καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα ποσοστά των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων το 2016 που είχαν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το 2015 ήταν υψηλότερα από τα αντίστοιχα ποσοστά προηγούμενα έτη. Μεταξύ των 3,1 εκατομμυρίων εφήβων και 3,7 εκατομμυρίων νεαρών ενηλίκων το 2016 με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, 1,2 εκατομμύρια έφηβοι (40,9 τοις εκατό) και 1,6 εκατομμύρια νέοι ενήλικες (44,1 τοις εκατό) έλαβαν θεραπεία για κατάθλιψη. Το ποσοστό των εφήβων το 2016 που έλαβαν θεραπεία για την κατάθλιψή τους ήταν παρόμοιο με τα ποσοστά στα περισσότερα προηγούμενα έτη. (N-MHSS, 2017)

1.3 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

1.3.1 Μείζων κατάθλιψη

Η μείζων κατάθλιψη περιλαμβάνει τουλάχιστον πέντε από τα συμπτώματα που παρατίθενται παρακάτω για μια περίοδο δύο εβδομάδων. Ένα τέτοιο επεισόδιο επηρεάζει το άτομο στην εργασία, στο σπίτι. Σημαντικά καταθλιπτικά επεισόδια μπορεί να εμφανιστούν μία ή δύο φορές στη ζωή του ατόμου ή μπορεί να επαναλαμβάνονται συχνά. Μπορούν επίσης να εμφανιστούν αιφνίδια ή μετά από ένα πολύ δυσάρεστο γεγονός ή με την εμφάνιση κάποιας ιατρικής ασθένειας.

Τα συμπτώματα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι:

- Αισθήματα θλίψης το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σε καθημερινή βάση.

- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και συμπτώματα ανηδονίας
- Συναισθήματα ενοχής
- Μειωμένη ενέργεια, κόπωση
- Δυσκολία συγκέντρωσης, μνήμης, λήψης αποφάσεων
- Αϋπνία, πρόωμη πρωινή αφύπνιση ή υπερβολική υπνηλία
- Χαμηλή όρεξη και απώλεια βάρους ή υπερκατανάλωση και αύξηση βάρους
- Αυτοκτονικές τάσεις, απόπειρες αυτοκτονίας
- Ανησυχία ή ευερεθιστότητα (American Psychiatric Association, 2013)

1.3.2 Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή

Η επίμονη καταθλιπτική διαταραχή είναι μια μορφή κατάθλιψης που συνήθως συνεχίζεται για τουλάχιστον δύο χρόνια. Αν και είναι λιγότερο σοβαρή από τη μείζων κατάθλιψη, περιλαμβάνει τα ίδια συμπτώματα: Αισθήματα θλίψης σε συνδυασμό με χαμηλή ενέργεια, απώλεια όρεξης ή υπερβολική κατανάλωση φαγητού, και αϋπνία. Μπορεί να εμφανιστεί ως άγχος, ευερεθιστότητα και ήπια ανηδονία. (American Psychiatric Association, 2013)

1.3.3 Διπολική διαταραχή

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η Διπολική Διαταραχή, αποτελεί μια χρόνια ψυχική ασθένεια η οποία παρουσιάζει συχνές υποτροπές και έχει σαν κύριο χαρακτηριστικό τις συναισθηματικές διαταραχές. Αξίζει να αναφερθεί ότι στα παλαιότερα χρόνια η συγκεκριμένη ασθένεια ήταν γνωστή με την ονομασία «μανιοκατάθλιψη».

Ο τρόπος που εκδηλώνεται είναι κατά κύριο λόγο με ακραίες εναλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση προκαλώντας διαταραχές στη σκέψη και στις δραστηριότητες. Το βασικότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης νόσου είναι η εναλλαγή φάσεων μανίας με φάσεις κατάθλιψης, ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν χρονικά διαστήματα τα οποία παρουσιάζουν φυσιολογική διάθεση. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα είναι γνωστό με την ονομασία «νορμοθυμία».

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ζωής τους παρουσιάζουν εναλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση τους οι οποίες προκαλούνται κατά κύριο λόγο από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος τους. Αυτές οι εναλλαγές θεωρούνται φυσιολογικές και τα συναισθήματα τα οποία παρουσιάζονται ανάλογα με την κατάσταση είναι χαράς και λύπης.

Συγκρίνοντας τις προαναφερθέντες φυσιολογικές εναλλαγές με τις εναλλαγές που παρουσιάζονται στη συγκεκριμένη νόσο θα πρέπει να αναφερθεί ότι παρουσιάζουν ακραία χαρακτηριστικά και επίσης διαφορετικότητα και στην ένταση αλλά και στη διάρκεια. Αυτό σημαίνει ότι στα συναισθήματα χαράς υπάρχουν μεταβολές σε συμπτώματα μανίας και από τα συναισθήματα της θλίψης υπάρχουν μεταβολές σε συμπτώματα κατάθλιψης. (American Psychiatric Association, 2013)

Παρόλα αυτά, η σύγχρονη ιατρική έχει παρουσιάσει πολύ σημαντικά βήματα το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα η συγκεκριμένη νόσος να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά και το άτομο να είναι σε θέση να ζήσει φυσιολογικά και δημιουργικά.

Κατά τη διάρκεια της μανιακής φάσης, ένα άτομο μπορεί να παρουσιάσει μη φυσιολογικό ή υπερβολικό ενθουσιασμό, ευερεθιστότητα, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, μεγαλοπρεπείς εντυπώσεις, αυξημένη ομιλία, αυξημένη σεξουαλική επιθυμία, αυξημένη ενέργεια και ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά. Ένα μανιακό επεισόδιο διαγιγνώσκεται αν εμφανιστεί υπερβολικός ενθουσιασμός με τρία ή περισσότερα συμπτώματα που παρουσιάζονται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για τουλάχιστον μία εβδομάδα. Με διάθεση ευερεθιστότητας, πρέπει να υπάρχουν τέσσερα επιπλέον συμπτώματα για μια διάγνωση.

Κατά τη διάρκεια της καταθλιπτικής φάσης, ένα άτομο βιώνει τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο διαγιγνώσκεται όταν πέντε ή περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα διαρκούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για μια περίοδο δύο εβδομάδων ή περισσότερο.

Σημεία και συμπτώματα ενός καταθλιπτικού επεισοδίου μπορεί να περιλαμβάνουν το ακόλουθο:

- Διαρκές αίσθημα θλίψης
- Συναισθήματα απελπισίας ή απαισιοδοξίας
- Αίσθημα ενοχής
- Απώλεια ενδιαφέροντος

- Μειωμένη ενέργεια, αίσθημα κόπωσης
- Δυσκολία συγκέντρωσης, μνήμης, λήψης αποφάσεων
- Ανησυχία ή ευερεθιστότητα
- Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος
- Απώλεια όρεξης και απώλεια βάρους
- Αυτοκτονικές τάσεις
- Προσπάθειες αυτοκτονίας (American Psychiatric Association, 2013)

1.3.4 Επιλόχειος κατάθλιψη

Οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά την παράδοση (κατάθλιψη μετά τον τοκετό).

1.3.5 Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή

Η Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή αποτελεί έναν τύπο κατάθλιψης ο οποίος επηρεάζει τα άτομα ανάλογα με την εποχή. Για παράδειγμα το χειμώνα που δεν υπάρχει πολύ ήλιος και ιδιαίτερα στις χώρες που είναι μακριά από τον ισημερινό επηρεάζεται ιδιαίτερα το βιολογικό ρολόι των ατόμων με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα. (American Psychiatric Association, 2013)

1.3.6 Ψυχωτική κατάθλιψη

Αυτός ο τύπος κατάθλιψης συμβαίνει όταν ένα άτομο έχει σοβαρή κατάθλιψη σε συνδυασμό με κάποια μορφή ψύχωσης, όπως την ύπαρξη ψευδαισθήσεων ή παραισθήσεων. (American Psychiatric Association, 2013)

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η θλίψη είναι μόνο ένα μικρό κομμάτι της κατάθλιψης. Μερικοί άνθρωποι με κατάθλιψη μπορεί να μην αισθάνονται λυπημένοι καθόλου. Η κατάθλιψη έχει πολλά άλλα συμπτώματα. Μερικά από αυτά είναι:

- Αίσθημα απελπισίας, απαισιοδοξία
- Συναισθήματα ενοχής, αστάθειας, αδυναμίας
- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστηση σε χόμπι και δραστηριότητες
- Μειωμένη ενέργεια, κόπωση, "επιβραδύνεται"
- Δυσκολία συγκέντρωσης, μνήμης, λήψης αποφάσεων

Τα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον δύο εβδομάδες για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Επίσης, οι ιατρικές παθήσεις (π.χ. προβλήματα θυρεοειδούς, όγκος στον εγκέφαλο ή έλλειψη βιταμινών) μπορούν να μιμηθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, οπότε είναι σημαντικό να αποκλειστούν τα γενικά ιατρικά αίτια.

Πολλές φορές η κατάθλιψη μπερδεύεται με το αίσθημα της θλίψης. Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια εργασίας ή η λήξη μιας σχέσης είναι μια δύσκολη εμπειρία για ένα άτομο. Είναι φυσιολογικό να αναπτύσσονται τα συναισθήματα θλίψης ως απάντηση σε τέτοιες καταστάσεις. Εκείνοι που βιώνουν απώλεια συχνά περιγράφουν τον εαυτό τους ως "καταθλιπτικοί". Το αίσθημα της θλίψης όμως δεν είναι το ίδιο με την κατάθλιψη. Η διαδικασία θλίψης είναι φυσική και μοναδική για κάθε άτομο και μοιράζεται μερικά από τα ίδια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Και η θλίψη και η κατάθλιψη μπορεί να περιλαμβάνουν έντονη θλίψη και απόσυρση από τις συνήθεις δραστηριότητες. (American Psychiatric Association, 2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

2.1 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η θεραπεία της κατάθλιψης παρουσιάζει επιτυχία σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που αγγίζει το 80 με 90%. Το σύνολο των ασθενών λαμβάνοντας μια θεραπεία ανακουφίζεται ενώ οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να διεξάγουν συγκεκριμένες εξετάσεις ώστε να αξιολογήσουν τον ασθενή και να μπορούν να υπογραφθούν περιπτώσεις παθολογικών αιτιών (Goldberg, Blackwell, 2012)

2.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Τα συμπτώματα των καταθλιπτικών διαταραχών ανταποκρίνονται σε διαφορετικές κατηγορίες φαρμάκων. Ο εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) και τα φάρμακα αναστολής επαναπρόσληψης νορεπινεφρίνης σεροτονίνης (SNRI) είναι η θεραπεία επιλογής. Τα SSRI και τα SNRIs έχουν λιγότερες παρενέργειες από ό, τι πολλά από τα φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί στο παρελθόν. Αυτά τα φάρμακα πρέπει να ληφθούν για τουλάχιστον δύο έως τέσσερις εβδομάδες για να βιώσουν την πλήρη επίδρασή τους και μπορεί να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες για να προσαρμοστεί το φάρμακο στη σωστή δοσολογία. Να είστε βέβαιος να συζητήσετε με το γιατρό σας οποιαδήποτε αλληλεπίδραση με άλλες συνταγές, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου των γεννήσεων και των αντιβιοτικών. (Goldberg, Blackwell, 2012)

Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να παράγουν κάποια βελτίωση μέσα στην πρώτη ή δύο χρήση. Τα πλήρη οφέλη μπορεί να μην φαίνονται για δύο έως τρεις μήνες. Εάν ένας ασθενής αισθάνεται ελάχιστη ή καθόλου βελτίωση μετά από μερικές εβδομάδες, ο ψυχίατρος του / της μπορεί να αλλάξει τη δόση του φαρμάκου ή να προσθέσει ή να αντικαταστήσει άλλο αντικαταθλιπτικό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμα. Είναι σημαντικό να ενημερωθεί ο γιατρός εάν ένα φάρμακο δεν λειτουργεί ή αν παρουσιαστούν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Οι ψυχίατροι συνήθως συνιστούν ότι οι ασθενείς συνεχίζουν να παίρνουν φάρμακα για έξι ή περισσότερους μήνες μετά την βελτίωση των συμπτωμάτων. Μπορεί να

προταθεί μακροπρόθεσμη θεραπεία συντήρησης για τη μείωση του κινδύνου μελλοντικών επεισοδίων για ορισμένα άτομα υψηλού κινδύνου. (Iyer, Khan, 2012)

2.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι ιατρική θεραπεία που χρησιμοποιείται συχνότερα σε ασθενείς με σοβαρή μείζονα κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή που δεν έχουν ανταποκριθεί σε άλλες θεραπείες. Περιλαμβάνει μια σύντομη ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου ενώ ο ασθενής είναι υπό αναισθησία. Ένας ασθενής συνήθως λαμβάνει ECT δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα για συνολικά έξι έως δώδεκα θεραπείες. Η ECT έχει χρησιμοποιηθεί από τη δεκαετία του 1940 και πολλά χρόνια έρευνας έχουν οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις. Διαχειρίζεται συνήθως μια ομάδα εκπαιδευμένων επαγγελματιών του τομέα της ιατρικής, συμπεριλαμβανομένου ενός ψυχίατρου, ενός αναισθησιολόγου και ενός βοηθού νοσοκόμου ή ιατρού. (Goldberg, Blackwell, 2012)

2.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι οποιαδήποτε εναλλακτική θεραπεία ή θεραπεία στο σπίτι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρή κατάθλιψη. Ωστόσο, μερικοί άνθρωποι με ήπια κατάθλιψη μπορεί να βρουν όφελος από τις θεραπείες στο σπίτι μέσω αυξημένης χαλάρωσης. Η χαλάρωση μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις αιτίες της κατάθλιψης, όπως η θλίψη, το άγχος, οι μεταβαλλόμενοι ρόλοι και ακόμη και ο φυσικός πόνος. Εάν έχετε κατάθλιψη και σκέφτεστε να χρησιμοποιήσετε μια εναλλακτική μορφή θεραπείας, είναι σημαντικό να ζητήσετε τη συμβουλή του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης. (Iyer, Khan, 2012)

Παραδείγματα εναλλακτικών θεραπειών περιλαμβάνουν:

Βελονισμός, Αρωματοθεραπεία, Βιοανάδραση, Χειροπρακτικές θεραπείες, Καθοδηγημένες εικόνες, Βότανα, Ύπνωση, Μασαζοθεραπεία, Διαλογισμός, Χαλάρωση, Γιόγκα κλπ. Ο διαλογισμός περιγράφεται μερικές φορές ως μεταβαλλόμενη κατάσταση συνείδησης. Ο διαλογισμός συνήθως ασκείται τακτικά για τουλάχιστον 10 λεπτά κάθε μέρα. Ενώ το σώμα είναι σε κατάσταση ηρεμίας, το

μυαλό καθαρίζεται εστιάζοντας σε μια σκέψη - μερικές φορές μια λέξη, μια φράση ή μια συγκεκριμένη σκηνή.

Η χαλάρωση ως εναλλακτική θεραπεία χαρακτηρίζεται από μειωμένη ένταση και αναπνοή των μυών, χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και καρδιακό ρυθμό και βελτιωμένη κυκλοφορία. Η απόκριση χαλάρωσης που προκαλείται από το διαλογισμό επιβραδύνει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Εκτός από την επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού και τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, αυτή η αντίδραση μπορεί επίσης να οδηγήσει σε:

- i. Μειωμένη παραγωγή ιδρώτα,
- ii. Μειωμένη κατανάλωση οξυγόνου,
- iii. Μειωμένη παραγωγή κατεχολαμινών (χημικές ουσίες που σχετίζονται με την ανταπόκριση στο στρες).
- iv. Μειωμένη παραγωγή κορτιζόλης (ορμόνη στρες).

Διαφορετικές μορφές άσκησης μπορούν να μειώσουν το στρες. Η άσκηση μπορεί επίσης να αυξήσει την ενέργεια, την ισορροπία και την ευελιξία. Σε γενικές γραμμές, η άσκηση είναι ένας ασφαλής, αποτελεσματικός και εύκολος τρόπος για να βελτιώσετε την ευημερία σας. (Iyer, Khan, 2012)

2.5 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα αντικαταθλιπτικά είναι ζωτικής σημασίας για τη θεραπεία των καταθλιπτικών επεισοδίων στην οξεία φάση, όταν τα συμπτώματα είναι σε έξαρση. Ο εγκέφαλος προσπαθεί να αποκαταστήσει τη συνηθισμένη ισορροπία παραγωγής, απελευθέρωσης και επαναπρόσληψης των νευροδιαβιβαστών - όπως κάνει κάθε σύστημα του σώματος όταν έχει διαταραχθεί η κανονική λειτουργία του. Η ιδέα είναι ότι εάν η φαρμακευτική αγωγή τεχνητά αυξάνει το επίπεδο του εγκεφάλου της σεροτονίνης ή της νορεπινεφρίνης, η νευροβιολογία του συστήματος αντιδρά με τη μείωση της δικής του παραγωγής του νευροδιαβιβαστή. Στην ουσία, εάν η χρήση αντικαταθλιπτικών συνεχίσει για καιρό, ο εγκέφαλος θα δημιουργήσει ένα σύστημα για να ακυρώσει την επίδρασή του. Υπάρχει πιθανότητα η ίδια η αντικαταθλιπτική χρήση να μπορούσε να προκαλέσει το πρόβλημα. Υπάρχουν ειδικές νευροβιολογικές αντιδράσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην εμφάνιση υψηλότερων επιπέδων αντοχής στη θεραπεία. Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις ότι η διακοπή των

αντικαταθλιπτικών σε άτομα που δεν ανταποκρίνονται πλέον σε αυτά μπορεί να οδηγήσει σε αναστροφή των συμπτωμάτων καθώς ο εγκέφαλος αντισταθμίζει και πάλι αυτή τη φορά την απόσυρση των φαρμάκων. Για μερικούς ανθρώπους, ωστόσο, η διακοπή του φαρμάκου δεν έχει καμία επίδραση. Συνεχίζουν να έχουν επαναλαμβανόμενη κατάθλιψη. Αν η αντικαταθλιπτική θεραπεία αποκατασταθεί ως ανταπόκριση, αυτοί οι ασθενείς μπορούν να αναπτύξουν μια μόνιμα επαναλαμβανόμενη ασθένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε - ακόμα και ένα άτομο που φαίνεται να ζει σε σχετικά ιδανικές συνθήκες. Ορισμένοι από τους παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση και τα προβλήματα που δημιουργούνται στους ασθενείς με κατάθλιψη παρουσιάζονται στη συνέχεια.

3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι κληρονομική. Για παράδειγμα, εάν ένα πανομοιότυπο δίδυμο έχει κατάθλιψη, το άλλο έχει 70% πιθανότητα να έχει την ίδια ασθένεια κάποια στιγμή στη ζωή του. Διάφοροι ερευνητές της συγκεκριμένης ασθένειας κατάφεραν να προσδιορίσουν ότι σε κάποιο βαθμό οι καταθλιπτικές ασθένειες μπορούν να κληρονομηθούν. Αυτό σημαίνει ότι εάν υπάρχουν στενοί συγγενείς που έχουν κλινική κατάθλιψη, υπάρχει μια τάση να εμφανιστεί η ασθένεια. (Williams et al. 2008)

Από τις καταθλιπτικές διαταραχές η διπολική διαταραχή έχει ισχυρή γενετική επίδραση. Όταν μια μητέρα ή ο πατέρας έχει διπολική διαταραχή, το παιδί τους θα έχει 25% πιθανότητα εμφάνισης κάποιου τύπου κλινικής κατάθλιψης. Εάν ένας από τους δύο γονείς έχουν διπολική διαταραχή, η πιθανότητα του παιδιού τους να αναπτύξει διπολική διαταραχή είναι μεταξύ 50% και 75%. (Iyer, Khan, 2012)

Όσον αφορά τα πανομοιότυπα δίδυμα είναι πολύ χρήσιμα για τους ερευνητές δεδομένου ότι και οι δύο έχουν ακριβώς τον ίδιο γενετικό κώδικα. Έχει βρεθεί ότι όταν ένα πανομοιότυπο δίδυμο εμφανίζει κατάθλιψη το άλλο θα αναπτύξει επίσης κλινική κατάθλιψη κατά προσέγγιση 76%. Ωστόσο, επειδή ο ρυθμός και των δύο ταυτόσημων δίδυμων που αναπτύσσουν κατάθλιψη δεν είναι πιο κοντά στο 100%, αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν και άλλα πράγματα που επηρεάζουν την τάση ενός ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως εμπειρίες παιδικής ηλικίας, τρέχοντες παράγοντες άγχους, τραυματικά συμβάντα, έκθεση σε ουσίες, ιατρικές ασθένειες κ.λπ. (Iyer, Khan, 2012)

3.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι οποίοι είναι κυριευμένοι από το άγχος ή που είναι γενικά απαισιόδοξοι φαίνεται να είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη. (Iyer, Khan, 2012)

3.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι περιβαλλοντικές αιτίες της κατάθλιψης περιλαμβάνουν συμβάντα όπως άγχος, τραυματικά γεγονότα και δυσκολίες παιδικής ηλικίας. Αυτά είναι γεγονότα που μπορούν να συμβούν σε οποιονδήποτε και συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής. Μερικοί ερευνητές αναφέρονται σε αυτά τα γεγονότα ως κοινωνιολογικοί ή ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επειδή είναι ένας «συνδυασμός» γεγονότων που συμβαίνουν στην κοινωνία και τη λειτουργία του ανθρώπινου νου. (Williams et al. 2008)

Μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει παρατηρηθεί ότι οι εμπειρίες (γεγονότα) που παρουσιάζονται στη ζωή ενός ατόμου μπορούν και επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές των ανθρώπων επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες στη ζωή τους. Αυτές οι εμπειρίες μπορούν να περιλαμβάνουν προηγούμενες σχέσεις, παιδική ανάπτυξη και παρελθόντες κρίσεις. Η συνεχής έκθεση σε βία, παραμέληση, κακοποίηση ή φτώχεια μπορεί να κάνει τα άτομα πιο ευάλωτα στην εμφάνιση της κατάθλιψης. (Williams et al. 2008)

Όσον αφορά το στρες φαίνεται να υπάρχει μια πολύ σύνθετη σχέση μεταξύ των αγχωτικών καταστάσεων, της αντίδρασης του μυαλού και του σώματος του ατόμου στο άγχος και της εξέλιξης της κατάθλιψης. Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν ότι για μερικούς ανθρώπους υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ ενός αγχωτικού γεγονότος και της ανάπτυξης της κατάθλιψης. Αυτό που είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί είναι ότι αυτό το στρες μπορεί να είναι αρνητικό ή θετικό. Παραδείγματα αρνητικού άγχους είναι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια εργασίας, η απώλεια μιας σχέσης και το διαζύγιο. Παραδείγματα θετικού στρες είναι ο προγραμματισμός ενός γάμου, η προετοιμασία για μια νέα δουλειά και η μετακίνηση σε μια νέα πόλη. Τόσο αρνητικό όσο και θετικό στρες από περιβαλλοντικά συμβάντα μπορεί να προηγηθούν της ανάπτυξης της κατάθλιψης. (Pincus et al., 2007, Blair-West et al., 2010)

Όσον αφορά τα τραυματικά συμβάντα είναι γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός πριν από την ανάπτυξη της κατάθλιψης. Τα τραυματικά γεγονότα στη ζωή των ανθρώπων περιλαμβάνουν την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μια σοβαρή ιατρική ασθένεια, το τέλος ενός γάμου ή σοβαρή οικονομική αποτυχία. Αυτοί οι τύποι συμβάντων μπορούν να καταστρέψουν την αίσθηση του ελέγχου και της σταθερότητας στη ζωή ενός ατόμου, που συχνά οδηγούν σε συναισθηματική δυσφορία. (Blair-West et al., 2010)

Μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα με σοβαρές δυσκολίες στην παιδική ηλικία έχουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης. Οι πιο συχνές παιδικές δυσκολίες περιλαμβάνουν τη σεξουαλική, συναισθηματική ή σωματική κακοποίηση, δυσλειτουργική ανατροφή, γονικό διαχωρισμό και ψυχική ασθένεια σε έναν ή και στους δύο γονείς. Ένα από τα πιο δύσκολα συναισθηματικά γεγονότα για ένα παιδί είναι ο χωρισμός ή ο θάνατος ενός γονέα πριν από την ηλικία των έντεκα ετών. Τα παιδιά που έχουν βιώσει αυτό το γεγονός επιδεικνύουν επίσης υψηλότερη πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης. (Blair-West et al., 2010, Iyer, Khan, 2012)

Η ηχορύπανση έχει συνδεθεί με επιθετικότητα, υπέρταση, αυξημένα επίπεδα στρες, εμβοές, απώλεια ακοής και διαταραχές στον ύπνο. Συγκεκριμένα, η εμβοή συνδέεται με σοβαρή κατάθλιψη, κρίσεις πανικού και απώλεια μνήμης. Η συνεχής έκθεση σε ηχορύπανση έχει επίσης συνδεθεί με καρδιαγγειακές παθήσεις και αυξημένη αρτηριακή πίεση. Ένα άτομο με πιθανές καταθλιπτικές τάσεις θα γίνει ακόμη πιο επιρρεπές σε κατάθλιψη με συνεχή και παρατεταμένη έκθεση σε ηχορύπανση.

Οι φυσικές καταστροφές όπως τυφώνες, σεισμοί ή πυρκαγιές, ακόμη και ανθρωπογενείς καταστροφές όπως βομβιστικές επιθέσεις και πόλεμοι μπορούν να ωθήσουν ένα ήδη ευαίσθητο άτομο σε μια σοβαρή μείζον κατάθλιψη. (Iyer, Khan, 2012)

3.4 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ο οικονομικός αντίκτυπος της κατάθλιψης στους ασθενείς και την κοινωνία είναι καλά τεκμηριωμένος. Το μέσο ετήσιο κόστος υγείας για τους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών, φαρμακευτικών και αναπηρικών δαπανών, μπορεί να είναι 4,2 φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού

πληθυσμού. Αυτοί οι ασθενείς έχουν περισσότερη επαφή με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τους ψυχιάτρους δευτεροβάθμιας φροντίδας και άλλους ειδικούς. Η επιτυχής θεραπεία και, ως εκ τούτου, η διακοπή της θεραπείας με αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα σημαντική εξοικονόμηση κόστους για την υγειονομική υπηρεσία. Το κόστος της θεραπείας συχνά αντισταθμίζεται εντελώς από τη μείωση του αριθμού των ημερών απουσίας και της παραγωγικότητας που χάνονται ενώ δεν εργάζονται. (Byford et al., 2011)

Οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την οικονομική επιβάρυνση της κατάθλιψης εστιάστηκαν στο αυξημένο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι τα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης που συνδέονται με την κατάθλιψη είναι σημαντικά, με αύξηση της χρήσης όλων των τομέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης. (Byford et al., 2011, Murray et al., 2010)

Μια μελέτη το 2010 κατέδειξε ότι η σοβαρότητα των καταθλιπτικών διαταραχών συνδέεται σημαντικά με την αυξημένη χρήση / κόστος θεραπείας, την επάρκεια της θεραπείας, την ανεργία και τη μειωμένη εργασιακή απόδοση. Η αυξημένη συμμόρφωση με τα αντικαταθλιπτικά συσχετίζεται σημαντικά με το μειωμένο κόστος στο χώρο εργασίας. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με τον αντίκτυπο της θεραπείας κατά της κατάθλιψης στο κόστος παραγωγικότητας των εργαζομένων υποδηλώνει ότι τα κέρδη που προκύπτουν από τη μειωμένη απουσία και τη βελτίωση της παραγωγικότητας στην εργασία μπορούν να αντισταθμίσουν το κόστος της κατάθλιψης. (Birnbaum et al., 2010)

Μερικοί ασθενείς αναφέρονται επανειλημμένα από την πρωτοβάθμια στη δευτεροβάθμια φροντίδα με ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα. Ορισμένες μελέτες αποσκοπούσαν στην εκτίμηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης που προκαλούν αυτές οι παραπομπές και στη σύγκρισή τους με εκείνες που υποβλήθηκαν από άλλους αναφερόμενους ασθενείς από το ίδιο καθορισμένο δείγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αυτές οι μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι ασθενείς που έχουν επανειλημμένα αναφερθεί με MUS έχουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών και άγχους διαταραχών, οι οποίες συχνά δεν θεραπεύονται. Η επανειλημμένη παραπομπή ασθενών με MUS στη δευτεροβάθμια ιατρική περίθαλψη συνεπάγεται σημαντικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η καλύτερη και έγκαιρη διάγνωση και η θεραπεία της κατάθλιψης θα μπορούσε ως εκ τούτου να προσφέρει δυνητική εξοικονόμηση κόστους. Οι μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα κόστους των προσπαθειών βελτίωσης της

ποιότητας έχουν ρίξει φως στην επίδραση του επιπέδου της κατάθλιψης στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και, σε μικρότερο βαθμό, στο κόστος παραγωγικότητας.

Τα έτη ζωής που είναι προσαρμοσμένα στην ποιότητα (QALY) είναι μια κοινώς χρησιμοποιούμενη μετρική για τη σύγκριση των θεραπειών και των ιατρικών τεχνολογιών με την σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Το κόστος ανά QALY που σχετίζεται με βελτιωμένη φροντίδα κατάθλιψης κυμαίνεται από τουλάχιστον 2.519 δολάρια ΗΠΑ έως μέγιστο 49.500 δολάρια ΗΠΑ και είναι παρόμοιο με άλλες συνήθεις ιατρικές τεχνολογίες, συμπεριλαμβανομένων των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος, φαρμακοθεραπεία για υπέρταση ή υπερχοληστερολαιμία και θεραπεία χρόνια πνευμονική νόσο. (Burton et al., 2012, Murray et al., 2010)

3.5 ANERGIA

Η ανεργία προκαλεί κακή ψυχική υγεία εξαιτίας της οικονομικής πίεσης και της απουσίας των περαιτέρω πλεονεκτημάτων που παρέχει η δουλειά κάποιου, όπως η κοινωνική κατάσταση, η αυτοεκτίμηση, η σωματική και πνευματική δραστηριότητα.

Οι κύριες βραχυπρόθεσμες συνέπειες για την υγεία από την αυξανόμενη ανεργία στην Ευρώπη είναι η παρουσία καταθλιπτικών διαταραχών, η κατάχρηση οινόπνεύματος και οι αυτοκτονίες. Μελέτες δείχνουν ότι η ανεργία έχει αιτιακή επίδραση στην κατάθλιψη και την αυτοκτονική σκέψη. Οι άνεργοι έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονικών τάσεων. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές κινδυνεύουν περισσότερο να χάσουν τη δουλειά τους, αλλά ακόμη και μεταξύ των ατόμων που δεν έχουν καταγραφεί σοβαρές ψυχικές ασθένειες, η ανεργία εξακολουθεί να συνδέεται με περίπου 70% μεγαλύτερο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας.

Οι νέοι διατρέχουν κίνδυνο ψυχικών προβλημάτων μετά από απώλεια θέσεων εργασίας. Ο κίνδυνος αυτός για τους άνεργους νέους είναι κατά 51% υψηλότερος σε σύγκριση με τους νέους που δεν είναι άνεργοι ή δεν απολύθηκαν. Τα ποσοστά ανεργίας των νέων φαίνεται να σχετίζονται με ποσοστά αυτοκτονίας. (Lewis, Leeder, 2009, Weehuizen, 2008)

Η οικονομική ύφεση μπορεί να είναι εξίσου αγχωτική για όσους ακόμα βρίσκονται στο χώρο εργασίας. Οι άνθρωποι φοβούνται να χάσουν τη δουλειά τους και να αντιμετωπίσουν οικονομικές δυσκολίες. Η ανασφάλεια της εργασίας συνδέεται με την αύξηση του κινδύνου κοινών ψυχικών διαταραχών κατά 33%. Επιπλέον, μπορεί

να αυξηθεί ο φόρτος εργασίας όσων εργάζονται μετά από περικοπές προσωπικού. (Stansfeld, Candy, 2006)

3.6 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Έρευνες έδειξαν ότι τα άτομα με κατάθλιψη έχουν δυσμενείς φυσικές, κοινωνικές και εργασιακές λειτουργίες σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς και ότι η επίδραση της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής σχετίζεται με τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τις καθημερινές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η κατάθλιψη είναι οικονομικά η πιο δαπανηρή ασθένεια στον κόσμο λόγω του γεγονότος ότι προκαλεί άλλα προβλήματα υγείας και συχνά πηγαίνει ανεπεξέργαστα. Σε αντίθεση με τις συναισθηματικές εμπειρίες της θλίψης, της απώλειας και της διάθεσης των συνθηκών διάθεσης, η κλινική κατάθλιψη είναι επίμονη και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί. Πολλοί εξακολουθούν να πιστεύουν ότι τα παρατεταμένα και συντριπτικά συμπτώματα της κατάθλιψης δεν είναι "αληθινά" ή ότι το άτομο θα πρέπει να "προσπαθήσει σκληρότερα" και να «ξεπεράσει».

Αν το άτομο που ζει με κατάθλιψη ή άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας αισθάνεται ότι δεν αξίζει βοήθεια ή ότι δεν έχει αξία, δεν είναι πιθανό να μιλήσει και να αναζητήσει τη βοήθεια που χρειάζεται. Δυστυχώς, τα συμπτώματα της κατάθλιψης συχνά αναγκάζουν ένα άτομο να φέρει αυτές τις σκέψεις για τον εαυτό του.

3.7 ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Το στίγμα της κατάθλιψης και του στιγματισμού της ψυχικής υγείας είναι ο πρωταρχικός λόγος που το 80% των ατόμων που υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας δεν μιλούν και δεν ζητούν βοήθεια. Σαράντα εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες υποφέρουν από κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι περίπου 25 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη χωρίς να το αναφέρουν. Με τη σειρά του, αυτός είναι ο λόγος που περίπου 40.000 άνθρωποι ετησίως προσπαθούν να αυτοκτονήσουν.

Για όσους ζουν με κατάθλιψη ή άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας χωρίς να το αναφέρουν, πιθανότατα φοβούνται ορισμένες επιπτώσεις όπως:

- Περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης
- Διακρίσεις στον εργασιακό χώρο
- Αποκλεισμός από τους κοινωνικούς κύκλους
- Απώλεια συζύγου / συντρόφου

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας εκδηλώνεται με δύο τρόπους που μπορεί να αποβεί επιζήμιο για την ευημερία των ατόμων που ζουν με ψυχικές ασθένειες. Αυτοί οι τρόποι είναι το δημόσιο στίγμα και το εσωστρεφές στίγμα. Το δημόσιο στίγμα αναφέρεται στις αρνητικές πεποιθήσεις, συμπεριφορές και αντιλήψεις σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες του γενικού πληθυσμού, οι οποίες οδηγούν σε στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις σε βάρος ατόμων με διαταραχές ψυχικής υγείας. Το εσωστρεφές στίγμα αναφέρεται στις πεποιθήσεις που έχουν τα μέλη μιας στιγματισμένης ομάδας για τον εαυτό τους. Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις του κοινού για τους ψυχικά ασθενείς μπορεί να σχετίζονται με την απροθυμία των ασθενών με κατάθλιψη να αναζητηθεί θεραπεία. (Ritsher et al., 2003)

Έρευνες δείχνουν ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να συμβάλλει στην αποφυγή των ασθενών να αναζητήσουν θεραπεία με δύο τρόπους: (α) μέσω του δημόσιου στίγματος, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορούν να αποφύγουν τη δημόσια ετικέτα και τον στιγματισμό των ψυχικών ασθενειών επιλέγοντας να μην αναζητήσουν θεραπεία ή να διακόψουν τη θεραπεία πρόωρα · και (β) μέσω του εσωτερικού στίγματος, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες μπορούν να προσπαθήσουν να αποφύγουν τα αρνητικά συναισθήματα ντροπής και ενοχής για τον εαυτό τους επιλέγοντας να μην αναζητήσουν θεραπεία. (Vogel et al., 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν σαν αντικείμενο την ολόπλευρη φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές με συμμετέχοντες περισσότερους από έναν επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέσα από τη συνεργασία και την προσπάθεια που καταβάλλουν στοχεύουν στην βελτίωση της κατάστασης των ατόμων που έχουν νοσήσει. (Rayner et al., 2009)

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας επικεντρώνεται στην πρόληψη η οποία αποτελείται από τρία στάδια:

- Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στην πρωτοβάθμια πρόληψη που αφορά την προαγωγή και διατήρηση της υγείας.
- Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει τη δευτεροβάθμια πρόληψη η οποία αφορά την παροχή φροντίδας και τη θεραπεία.
- Το τρίτο στάδιο αφορά την τριτοβάθμια πρόληψη η οποία αφορά την αποκατάσταση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχει αποκτήσει διαφορετικά καθήκοντα, πιο υπεύθυνα καθώς εκπαιδεύεται και εξειδικεύεται ώστε να παρέχει περισσότερη υποστήριξη και φροντίδα στους ασθενείς.

Οι αρχές οι οποίες πρεσβεύουν την νοσηλευτική της ψυχικής υγείας, η οποία αποτελεί μια σημαντική επιστήμη που στηρίζεται στην έρευνα και στην κλινική άσκηση, είναι:

- Η προσέγγιση του ατόμου υγιούς και μη ως μια μοναδική και ξεχωριστή οντότητα.
- Η προσκόλληση στα προσωπικά ιδεώδη μέσα από το πρίσμα της υγείας και της ζωής του.
- Η παροχή φροντίδας του ατόμου σε όλους τους τομείς με σεβασμό και ενδιαφέρον.

Για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας θα πρέπει εκτός από την υιοθέτηση των προαναφερθέντων αρχών να εφαρμόζονται οι επιστημονικές γνώσεις αλλά και να χρησιμοποιείται η κλινική πείρα του εξειδικευμένου προσωπικού. (Rayner et al., 2009)

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας συμβάλλει στην εξατομικευμένη φροντίδα των ατόμων και εντός αλλά και εκτός νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις οποίες παρέχεται φροντίδα είναι:

Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο

- Ο ψυχιατρικός τομέας γενικού νοσοκομείου
- Τα κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής
- Τα εξωτερικά ιατρεία,
- Οι ιατροπαιδαγωγικοί σταθμοί
- Οι διασυνδεδεμένες υπηρεσίες
- Οι μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύκτας)
- Η κινητή μονάδα ψυχικής υγείας
- Οι μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας/μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα)
- Οι μονάδες αποκατάστασης
- Οι ανάδοχες οικογένειες (Rayner et al., 2009)

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας λειτουργούν με σωστό σχεδιασμό και σαφήνεια τότε γίνεται πιο αποτελεσματική η φροντίδα των ασθενών. Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να ταραζονται από τις απότομες προσαρμογές ή να κατακλύζονται από το φόβο απρόβλεπτων καταστάσεων αλλά θα πρέπει να παρακινούνται ώστε να διαθέτουν την ψυχική τους ενέργεια και προσοχή για να μαθαίνουν διαπροσωπικές δεξιότητες και τρόπους λύσης προβλημάτων της ζωής τους. Γι αυτό το λόγο ο νοσηλευτής διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο λειτουργώντας υπεύθυνα και φροντίζοντας ώστε οι ασθενείς να καταλαβαίνουν ότι συμβαίνει και γιατί συμβαίνει σε κάθε στιγμή και περίπτωση. (Regnard, 2004)

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι πληροφορίες που χρειάζεται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με κατάθλιψη αφορούν:

- Την παρούσα ψυχική κατάσταση (δηλαδή την παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, τις διαταραχές συμπεριφοράς και διάθεσης, τη διεργασία και το περιεχόμενο της σκέψης, την εμφάνιση, το λόγο, τον προσανατολισμό, τη διατήρηση ή μη της βλεμματικής επαφής, τη δυνατότητα εκφραστικότητας, την προσοχή, τη μνήμη και τη συγκέντρωση)
- Το ιστορικό της παρούσας κατάστασης (όπως είναι η έναρξη και το εκλυτικό αίτιο)
- Το οικογενειακό ιστορικό (όπως προβλήματα υγείας στην οικογένεια, τρόπος καθημερινής ζωής και συνήθειες)
- Το ψυχιατρικό ιστορικό του ασθενούς (προηγούμενες νοσηλείες, παρακολούθηση από ψυχίατρο)
- Το κοινωνικό ιστορικό
- Τα σημαντικά προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει ο ασθενής
- Τον προσδιορισμό από τον ίδιο τον ασθενή της παρούσας κατάστασής του καθώς και πως τη βιώνει
- Τους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάστασή του
- Τον τρόπο αντιμετώπισης από τον ασθενή με κατάθλιψη
- Το επίπεδο κατανόησης του ασθενούς για την αναγκαιότητα της νοσηλείας του σε ψυχιατρική κλινική. (Shugart et al., 2002)

Η προσεκτική εκτίμηση από το νοσηλευτή όλων των συμπεριφορών του ασθενούς είναι αναγκαία, για να διαμορφωθεί η συνολική εικόνα των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, για να εντοπίσει τα προβλήματα που βιώνει ο ασθενής, τόσο από τη καταθλιπτική διάθεση, όσο και από την προσαρμογή και ένταξή του στο περιβάλλον της κλινικής. Τα προβλήματα και οι ανάγκες διατυπώνονται σε νοσηλευτικές διαγνώσεις, που ο νοσηλευτής αναφοράς καταγράφει στα έντυπα νοσηλείας του νοσηλευόμενου. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να γνωρίζει με λεπτομέρεια τα προβλήματα και τις ανάγκες του παιδιού καθώς και τον εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, που οι νοσηλευτές της κλινικής με τρόπο συστηματικό καλούνται να εφαρμόσουν. Τις

βασικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής φροντίδας τις διαμορφώνει ο νοσηλευτής αναφοράς, που έχει τη συνολική ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού. (Shugart et al., 2002)

Εκτός από την αρχική εκτίμηση, ο νοσηλευτής αναφοράς συλλέγει καθημερινά πληροφορίες, για την τρέχουσα ψυχική κατάσταση του ασθενούς, μέσω της διαρκούς νοσηλευτικής παρατήρησης και καταγραφής της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του εκδηλώσεων. Ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες του ασθενούς αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ασθενείς με κατάθλιψη, επειδή ασχολούνται με όλο το φάσμα της φροντίδας τους. (Shugart et al., 2002)

4.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει την πολιτισμικά ευαίσθητη παροχή ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν έναν μοναδικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών. Με τη δημιουργία διαλόγου με ασθενείς, οι νοσηλευτές μπορούν να αρχίσουν να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς θεωρούν τους εαυτούς τους ως άτομα, τι είναι σημαντικό για αυτούς και τον τρόπο με τον οποίο η σχέση τους με άλλους μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις τους και την ικανότητά τους να ζουν με αυτές τις αποφάσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και πέραν αυτών. Οι καλές δεξιότητες επικοινωνίας και αξιολόγησης είναι απαραίτητες για την οικοδόμηση μιας σχέσης με τους ασθενείς και μπορούν να βοηθήσουν το νοσηλευτή να αναπτύξει μια κλινική σχέση με τον ασθενή και την οικογένειά του. (Rayner et al., 2009)

Οι νοσηλευτές προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τους ασθενείς ξεχωριστά, καθώς κάθε ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένη φυσική, συμπτωματική και ψυχοκοινωνική φροντίδα. Η παροχή καλής ψυχοκοινωνικής φροντίδας έχει αποδειχθεί ότι είναι επωφελής για τους ασθενείς με τη μείωση τόσο της ψυχολογικής δυσφορίας όσο και των σωματικών συμπτωμάτων μέσω της αύξησης της ποιότητας ζωής, την ενίσχυση της αντιμετώπισης και τη μείωση των επιπέδων των συμπτωμάτων.

Η σχέση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης με τους ασθενείς βασίζεται στην εμπιστοσύνη, είναι ανοιχτή και ειλικρινής, στηρίζεται στην κατανόηση και το

σεβασμό. Αυτή η σχέση μπορεί να αποτελέσει σημαντική υποστήριξη για ασθενείς κατάθλιψη που αντιμετωπίζουν ψυχολογική δυσφορία. (Rayner et al., 2009)

Η λεκτική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για την οικοδόμηση και διατήρηση αυτής της σχέσης, τη μετάδοση πληροφοριών, την παροχή υποστήριξης και τη διαπραγμάτευση αποφάσεων θεραπείας. Η οικοδόμηση των σχέσεων των νοσηλευτών με τους ασθενείς μπορεί επίσης να ποικίλλει μεταξύ των ασθενών. Η ηλικία και το φύλο του ασθενούς μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην οικοδόμηση της σχέσης. Μπορεί να υπάρξει μια διαφορά στην τακτική όταν συζητώνται τα ίδια πολύπλοκα ζητήματα με ασθενείς διαφορετικών ηλικιών. Είναι σημαντικό να παρέχεται ενημερωτική υποστήριξη η οποία συνίσταται στη διαθεσιμότητα και την παροχή συγκεκριμένων και κατάλληλων πληροφοριών για την ηλικία.

Οι νοσηλευτές καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας πρέπει να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής αισθάνεται άνετα και ασφαλής. Αυτή η θεραπευτική σχέση διαδραματίζει ζωτικό ρόλο για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και εξαρτώνται από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί η ασθένεια τους. (Regnard, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων και το απόψεων που διατηρούν οι νοσηλευτές που εργάζονται στα Ελληνικά νοσοκομεία σχετικά με την κατάθλιψη των ασθενών.

5.2 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας μοιράστηκαν σε νοσηλευτές του ΠΓΝΠ και του νοσοκομείου Άγιος Ανδρέας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τις 15 Μαΐου του 2018 έως 30 Ιουλίου του ίδιου έτους.

5.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ωστε να πραγματοποιηθεί η συλλογή δεδομένων για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας έγινε χρήση ενός ερωτηματολογίου αποτελούμενο από 17 ερωτήσεις (Παράρτημα της έρευνας). Οι ερωτηθέντες μπορούσαν να σταματήσουν να απαντούν ανά πάσα στιγμή το ερωτηματολόγιο ενώ οι απαντήσεις τους ήταν προσωπικές και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανώνυμη.

5.4 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Αναφορικά με το μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας αυτό ισούται 138 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες. Όπως αναφέρθηκε ο πληθυσμός που ευρυνόταν ήταν οι νοσηλευτές των ελληνικών νοσοκομείων, ενώ τα νοσοκομεία από τα οποία λήφθηκαν απαντήσεις ήταν της περιοχής της Πάτρας.

Το δείγμα πιο συγκεκριμένα αποτελούταν κατά 19,6% από άνδρες και κατά 80,4% από γυναίκες. Ως προς την ηλικία τους οι νοσηλευτές-τριες διαχωρίζονται κατά 4,3% σε άτομα που η ηλικία τους δεν υπερέβαινε τα 30 έτη, κατά 25,4% από άτομα ηλικίας 31 έως 40 ετών, ταυτόχρονα το 53,6% του δείγματος ήταν από 41 έως 50 ετών και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 16,7% ήταν άνω των 50 ετών.

Ταυτόχρονα στο δείγμα υπήρξαν κατά 16,7% νοσηλευτές-τριες ΔΕ, κατά 43,5% νοσηλευτές-τριες ΤΕ, κατά 31,2% νοσηλευτές-τριες ΠΕ και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 8,7% ήταν νοσηλευτές-τριες με κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο. Αναφορικά με την προϋπηρεσία του δείγματος παρατηρήθηκε πως κατά 7,2% απαρτίζεται από

νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία έως 5 έτη ενώ κατά 31,2% από νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία σε νοσοκομείο από 6 έως 10 έτη. Ταυτόχρονα το μισό δείγμα ήταν νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία από 11 έως 15 έτη και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 11,6% ήταν νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία από 16 έως 20 έτη. Τέλος το δείγμα κατά 63% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 37% δεν είχε παρακολουθήσει σεμινάρια..

5.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν επεξεργάστηκαν στατιστικά μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS. Προέκυψαν 17 μεταβλητές οι οποίες επεξεργάστηκαν και παρουσιάζονται μέσω διαγραμμάτων και πινάκων συχνοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

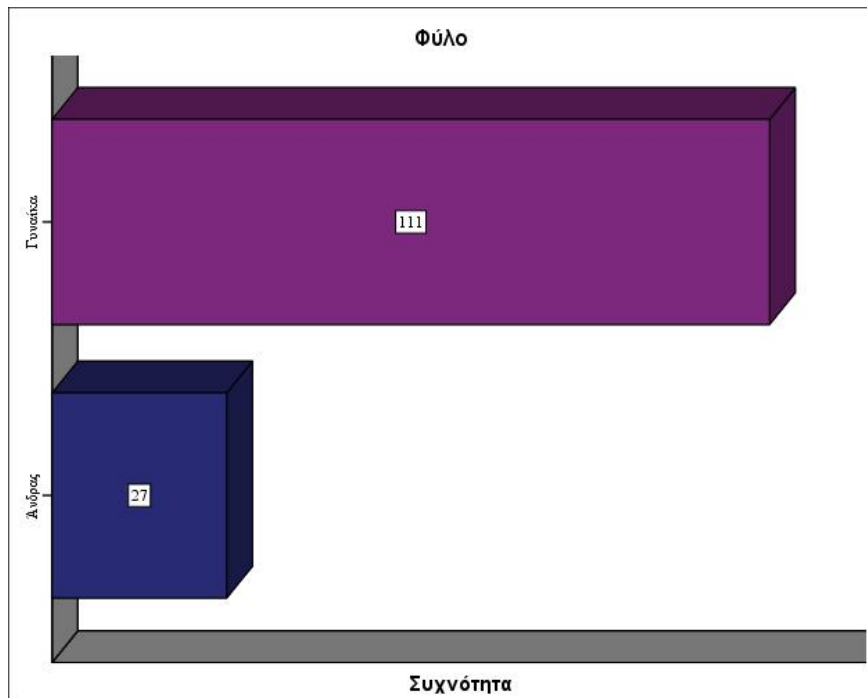
Πρώτη ερώτηση: Φύλο

Προκειμένου να παρουσιαστεί το φύλο των ερωτηθέντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών πρέπει να παρατηρηθεί ο πρώτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 19,6% απαρτίζεται από άνδρες και κατά 80,4% από γυναίκες.

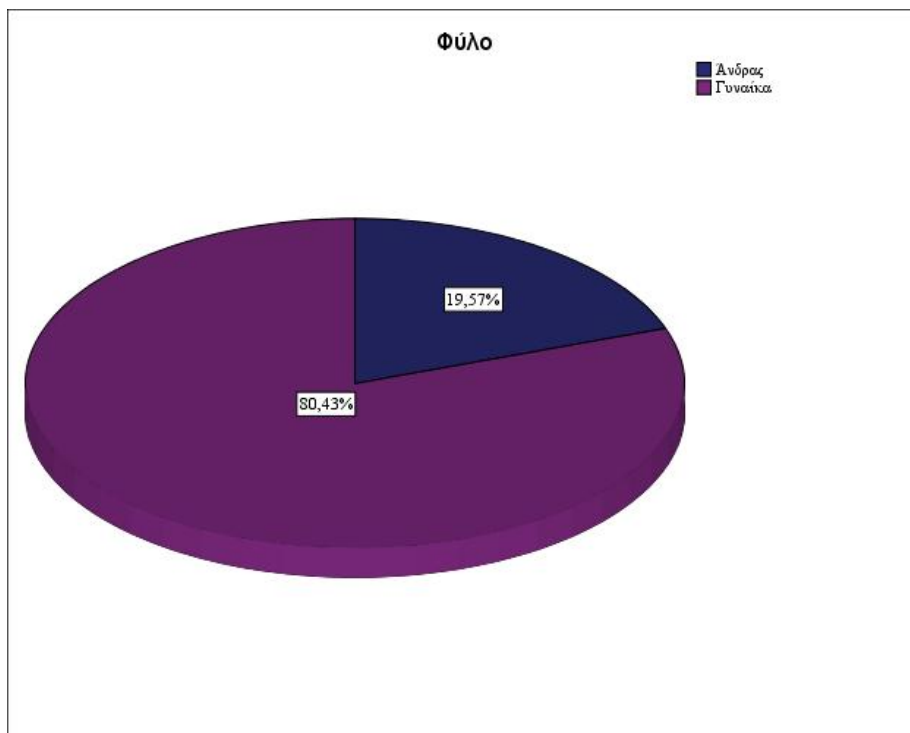
Πρώτος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το φύλο τους.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|----------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Άνδρας</i> | <i>27</i> | <i>19,6</i> |
| | <i>Γυναίκα</i> | <i>111</i> | <i>80,4</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Πρώτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το φύλο τους.



Πρώτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το φύλο τους.



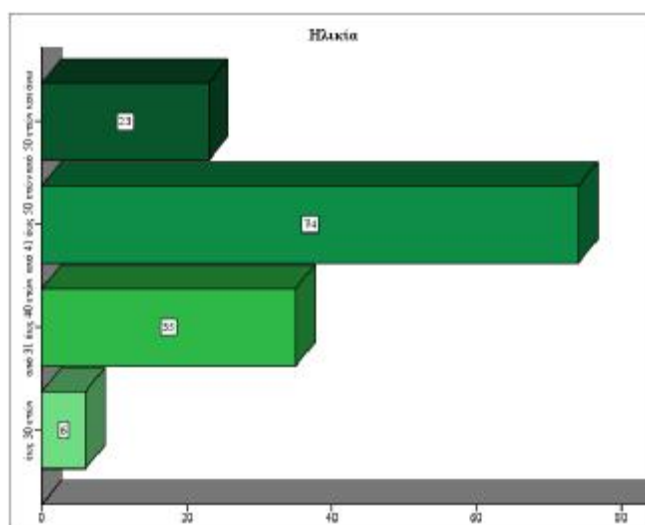
Δεύτερη ερώτηση: Ηλικία

Προκειμένου να παρουσιαστεί η ηλικία των ερωτηθέντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών πρέπει να παρατηρηθεί ο δεύτερος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 4,3% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που η ηλικία τους δεν υπερέβαινε τα 30 έτη, κατά 25,4% από νοσηλευτές-τριες ηλικίας από 31 έως 40 ετών, ταυτόχρονα το 53,6% του δείγματος ήταν νοσηλευτές-τριες από 41 έως 50 ετών και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 16,7% ήταν νοσηλευτές-τριες ηλικίας άνω των 50 ετών.

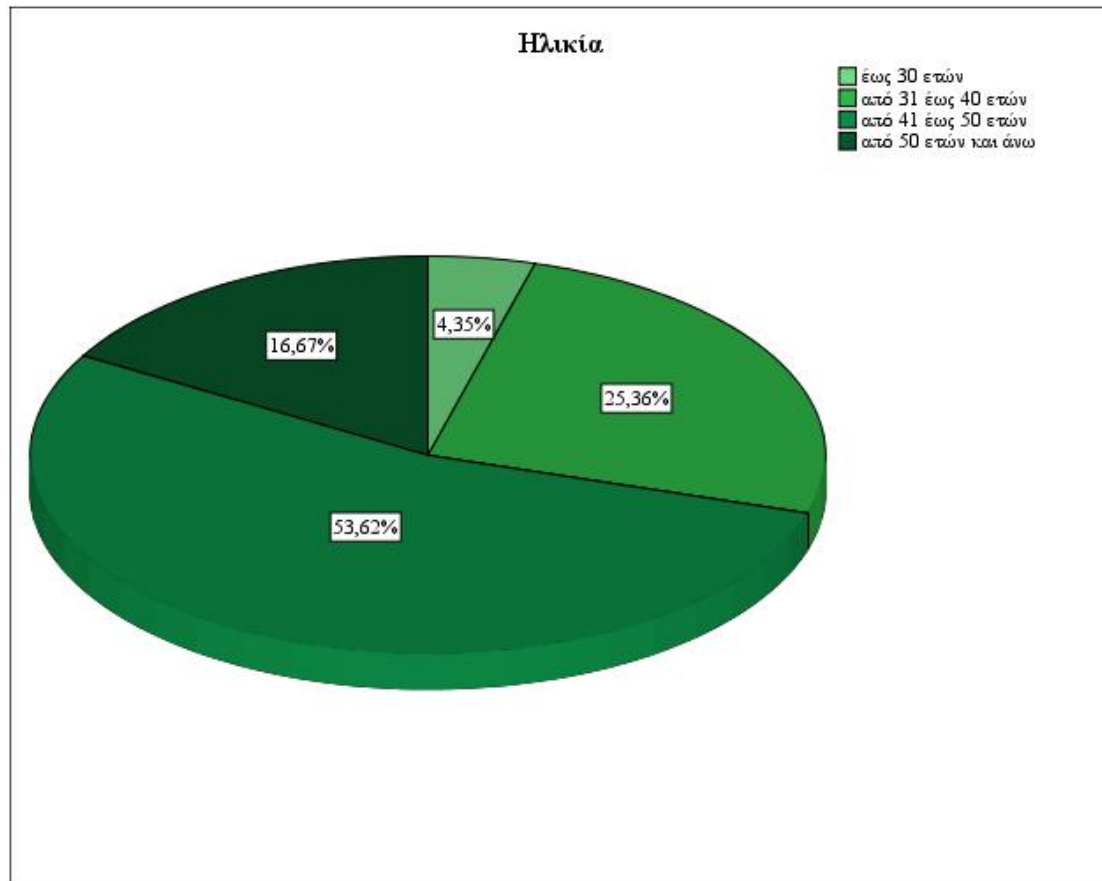
Δεύτερος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για την ηλικία τους.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|----------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>έως 30 ετών</i> | 6 | 4,3 |
| | <i>από 31 έως 40 ετών</i> | 35 | 25,4 |
| | <i>από 41 έως 50 ετών</i> | 74 | 53,6 |
| | <i>από 50 ετών και άνω</i> | 23 | 16,7 |
| <i>Total</i> | | 138 | 100,0 |

Δεύτερο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για την ηλικία τους.



Δεύτερο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για την ηλικία τους.



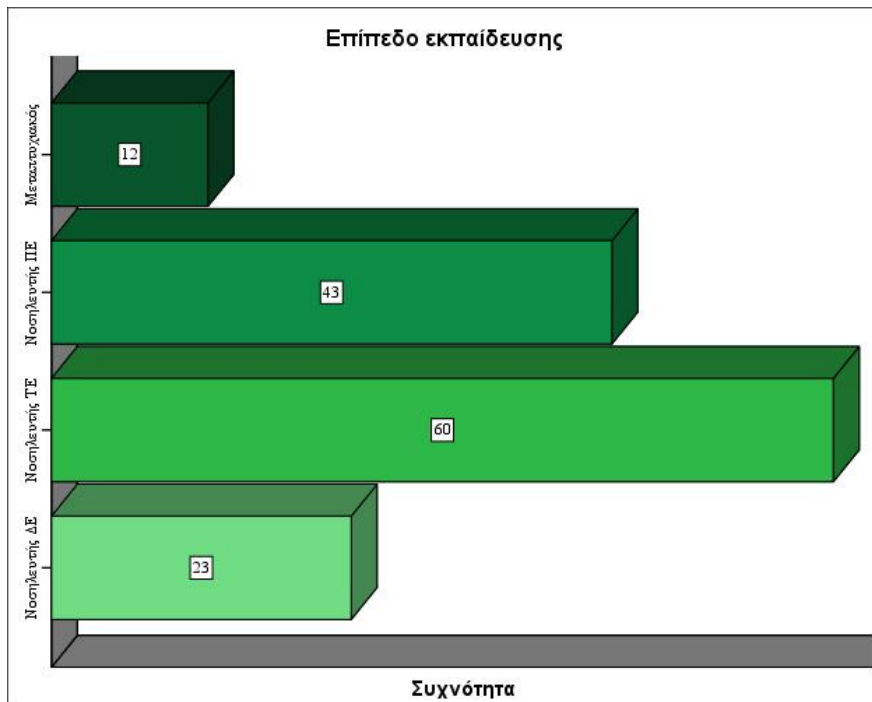
Τρίτη ερώτηση: Επίπεδο εκπαίδευσης

Προκειμένου να παρουσιαστεί το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών πρέπει να παρατηρηθεί ο τρίτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 16,7% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες ΔΕ, κατά 43,5% από νοσηλευτές-τριες ΤΕ, ταυτόχρονα το 31,2% του δείγματος ήταν νοσηλευτές-τριες ΠΕ και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 8,7% ήταν νοσηλευτές-τριες με κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο.

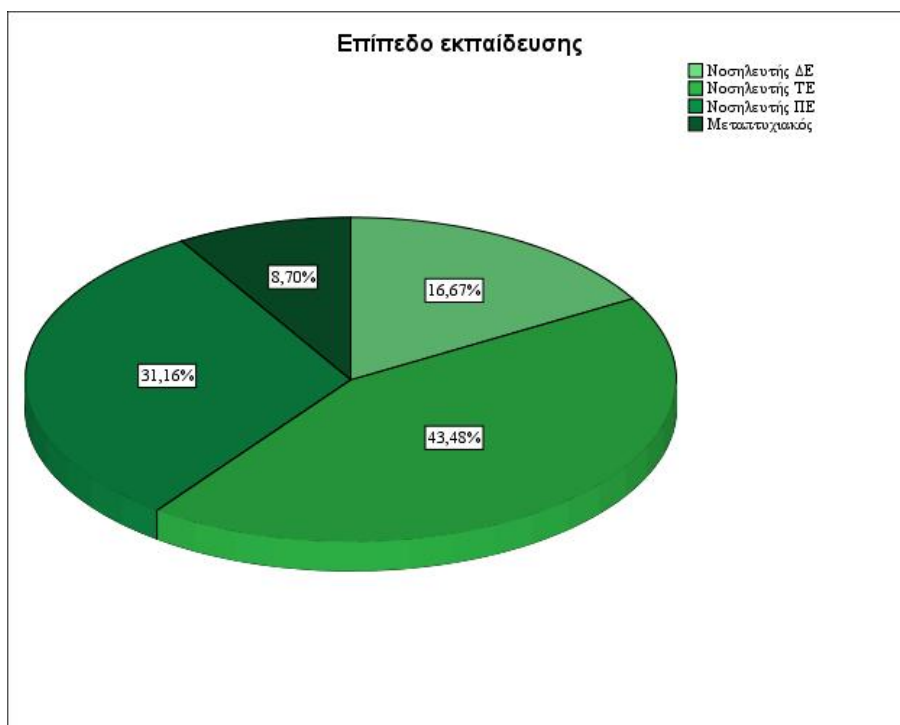
Τρίτος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το επίπεδο εκπαίδευσης τους.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|----------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Νοσηλευτής ΔΕ</i> | 23 | 16,7 |
| | <i>Νοσηλευτής ΤΕ</i> | 60 | 43,5 |
| | <i>Νοσηλευτής ΠΕ</i> | 43 | 31,2 |
| | <i>Μεταπτυχιακός</i> | 12 | 8,7 |
| | <i>Total</i> | 138 | 100,0 |

Τρίτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το επίπεδο εκπαίδευσης τους.



Τρίτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το επίπεδο εκπαίδευσης τους.



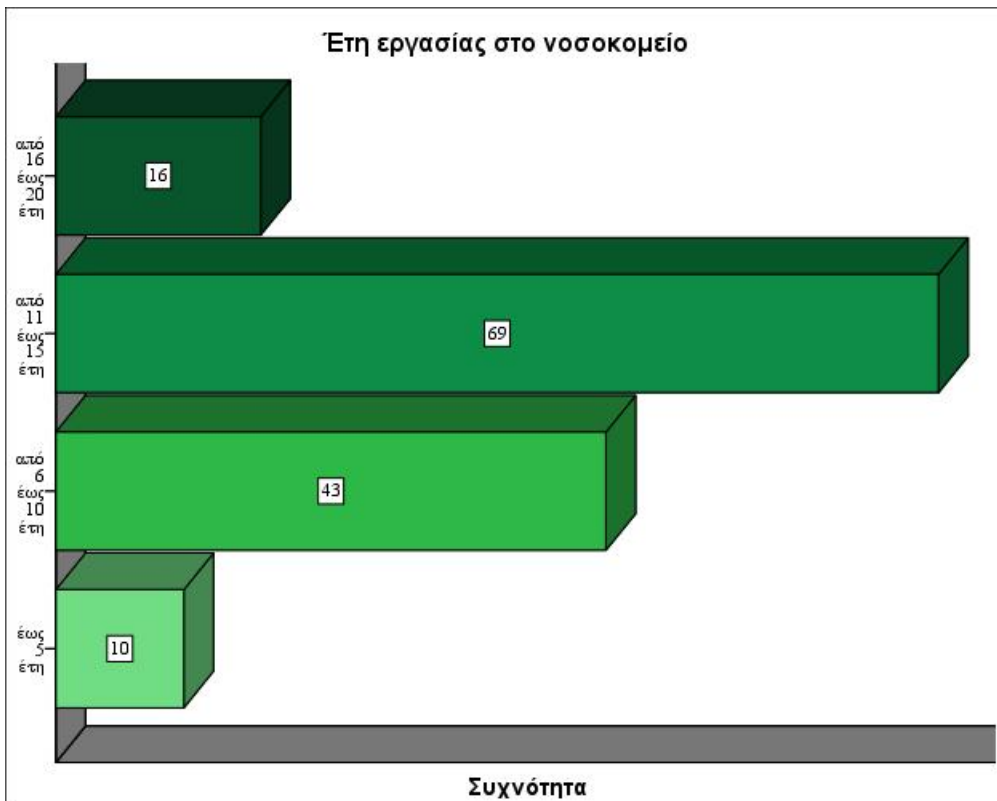
Τέταρτη ερώτηση: Έτη εργασίας στο νοσοκομείο

Προκειμένου να παρουσιαστεί τα έτη εργασίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών και νοσηλευτριών πρέπει να παρατηρηθεί ο τέταρτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 7,2% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία έως 5 έτη ενώ κατά 31,2% από νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία σε νοσοκομείο από 6 έως 10 έτη. Ταυτόχρονα το μισό δείγμα ήταν νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία από 11 έως 15 έτη και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 11,6% ήταν νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία από 16 έως 20 έτη.

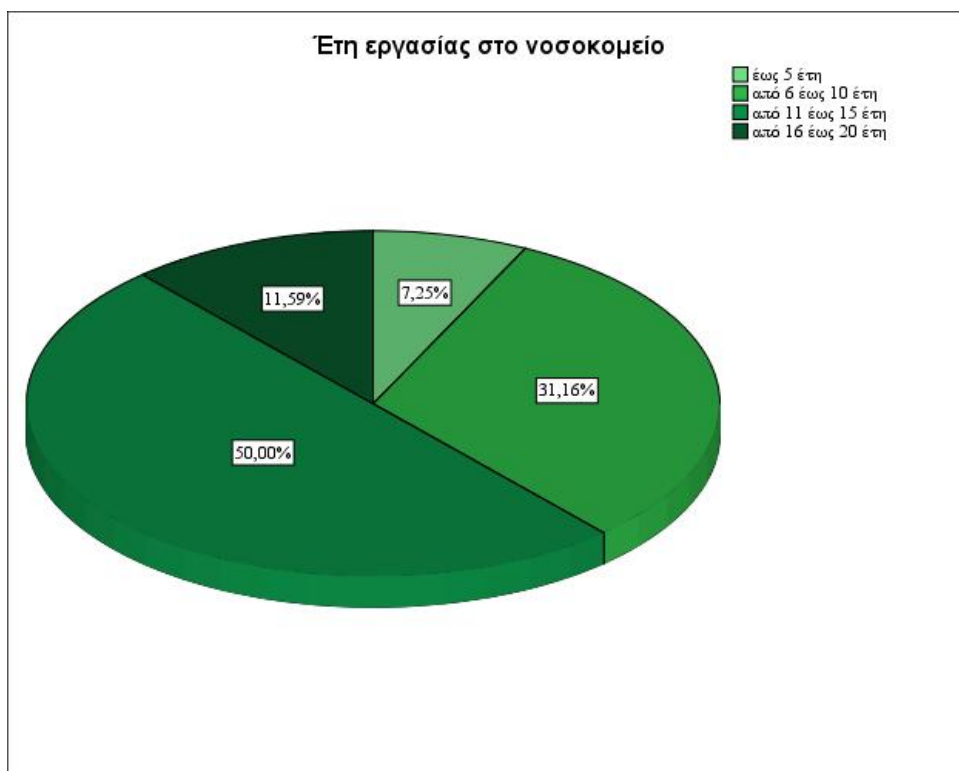
Τέταρτος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για έτη εργασίας τους στο νοσοκομείο.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|--------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>έως 5 έτη</i> | <i>10</i> | <i>7,2</i> |
| | <i>από 6 έως 10 έτη</i> | <i>43</i> | <i>31,2</i> |
| | <i>από 11 έως 15 έτη</i> | <i>69</i> | <i>50,0</i> |
| | <i>από 16 έως 20 έτη</i> | <i>16</i> | <i>11,6</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Τέταρτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για έτη εργασίας τους στο νοσοκομείο.



Τέταρτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για έτη εργασίας τους στο νοσοκομείο.



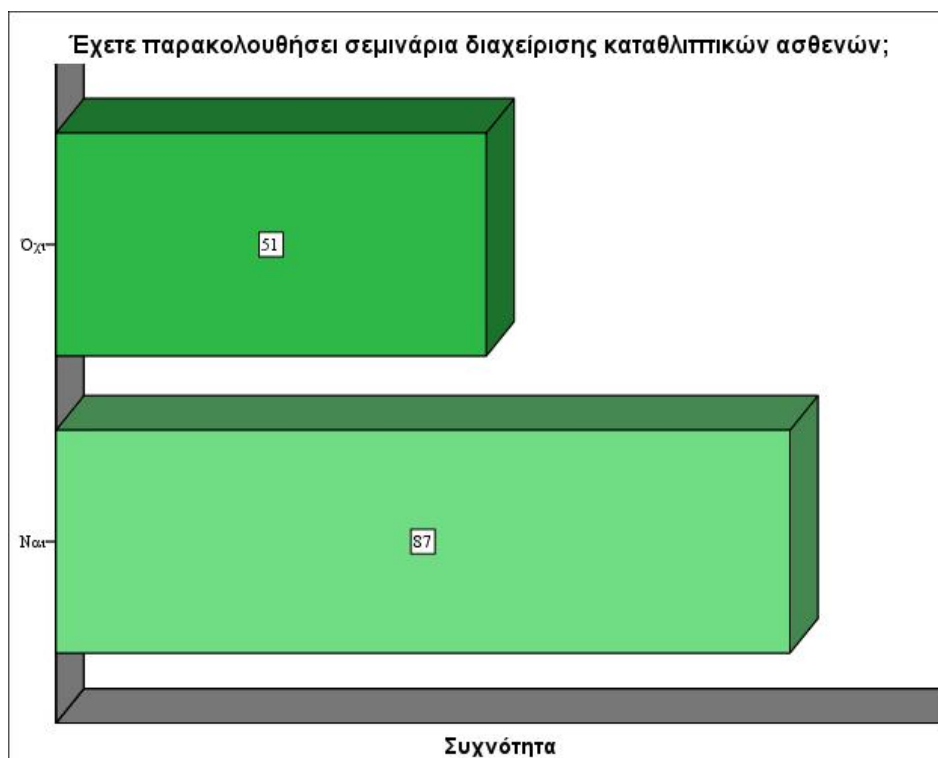
Πέμπτη ερώτηση: Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών;

Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν έχουν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών, πρέπει να παρατηρηθεί ο πέμπτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 63% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 37% δεν είχε παρακολουθήσει σεμινάρια.

Πέμπτος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|--------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Ναι</i> | 87 | 63,0 |
| | <i>Όχι</i> | 51 | 37,0 |
| | <i>Total</i> | 138 | 100,0 |

Πέμπτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών.



Πέμπτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών.



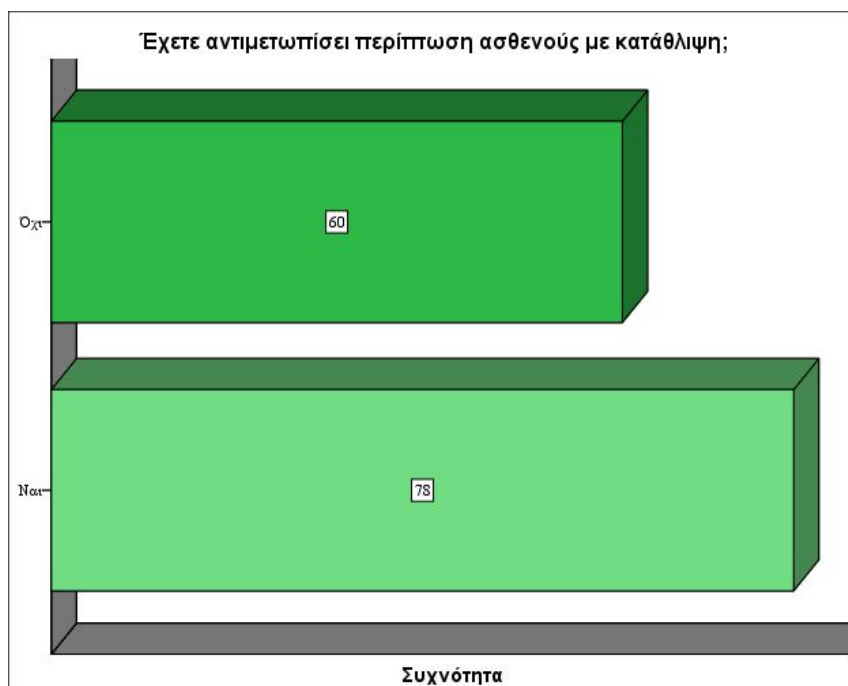
Έκτη ερώτηση: Έχετε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη;

Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν έχουν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη, πρέπει να παρατηρηθεί ο έκτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 56,5% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 43,5% δεν είχε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη.

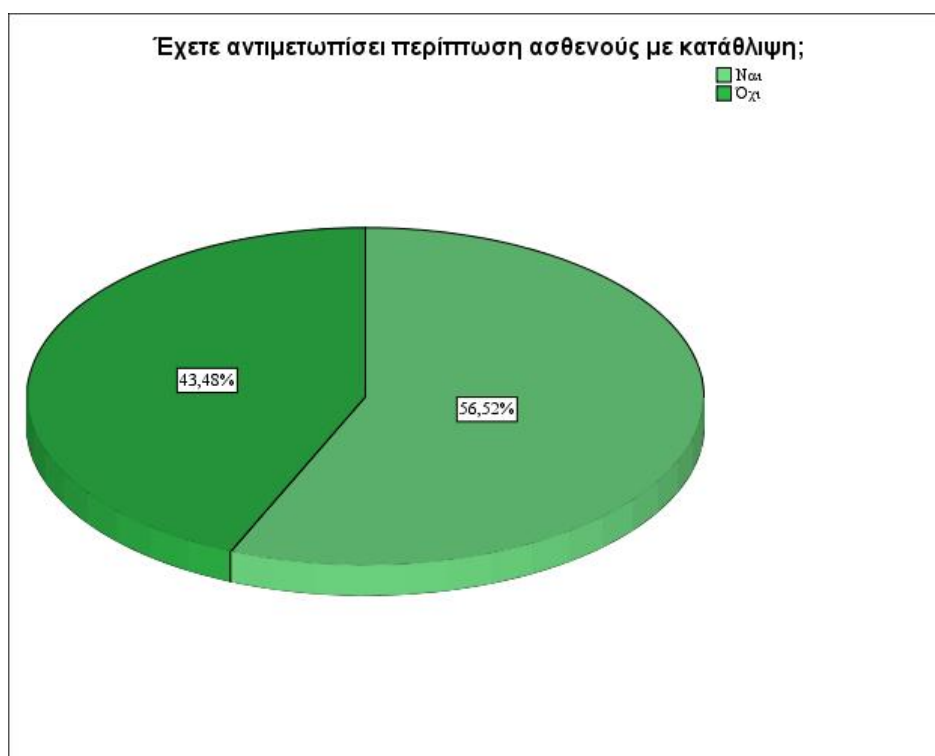
Εκτός πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|--------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Nαι</i> | 78 | 56,5 |
| | <i>Όχι</i> | 60 | 43,5 |
| | <i>Total</i> | 138 | 100,0 |

Έκτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη.



Έκτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη.



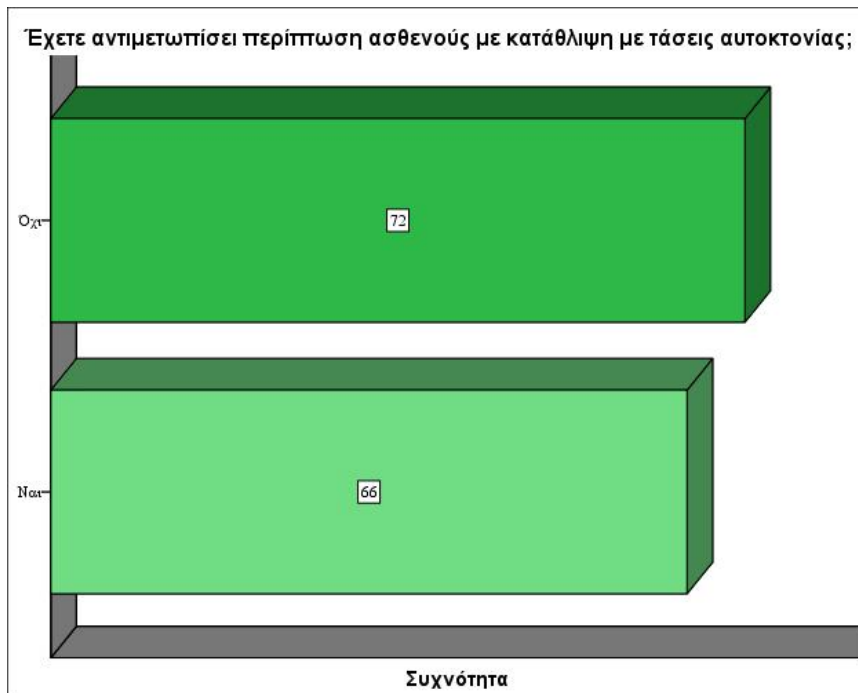
Έβδομη ερώτηση: Έχετε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας;

Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν έχουν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας, πρέπει να παρατηρηθεί ο έβδομος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 47,8% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 52,2% δεν είχε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας.

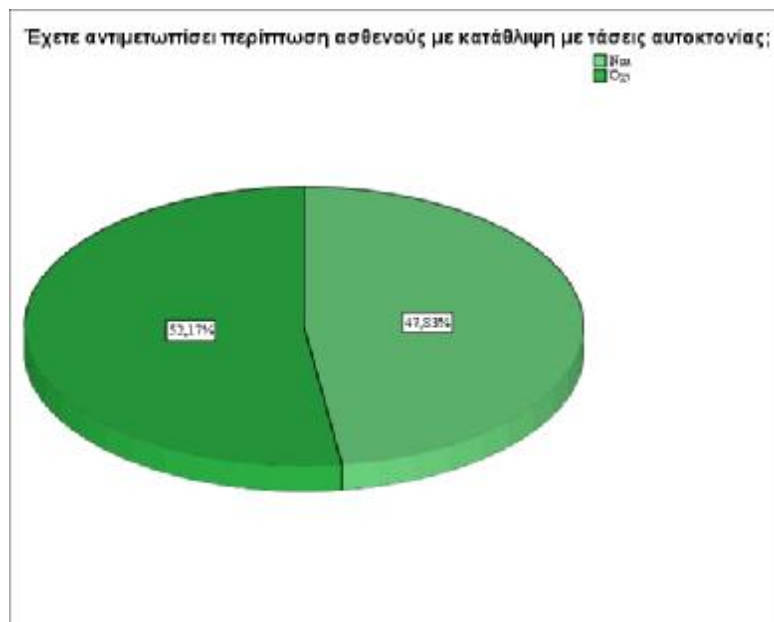
Έβδομος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|--------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Ναι</i> | 66 | 47,8 |
| | <i>Όχι</i> | 72 | 52,2 |
| | <i>Total</i> | 138 | 100,0 |

Έβδομο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας.



Έβδομο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν έχουν αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας.



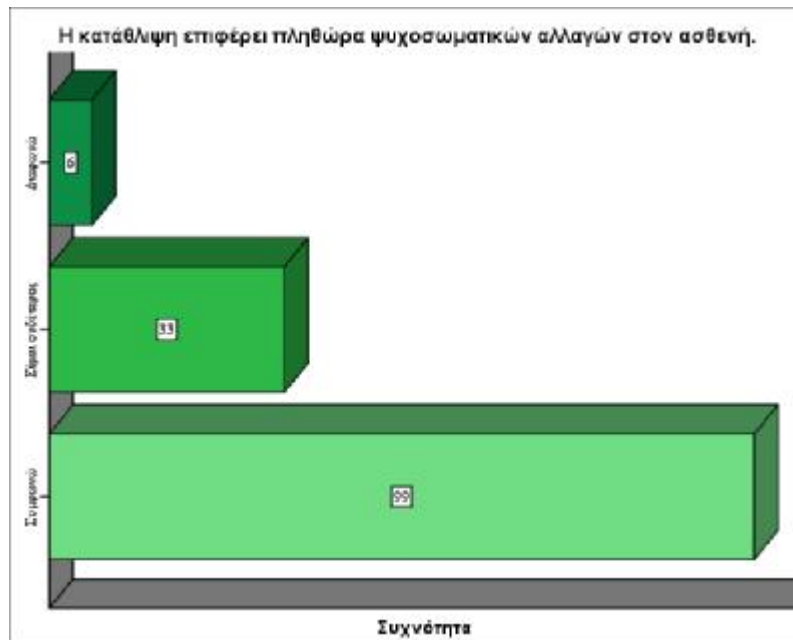
Όγδοη ερώτηση: Η κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή;

Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή, πρέπει να παρατηρηθεί ο όγδοος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 71,7% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 23,9% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος μόλις το 4,3% του δείγματος διαφώνησε με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή.

Όγδοος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | 99 | 71,7 |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | 33 | 23,9 |
| | <i>Διαφωνώ</i> | 6 | 4,3 |
| <i>Total</i> | | 138 | 100,0 |

Όγδοο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή.



Όγδοο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή.



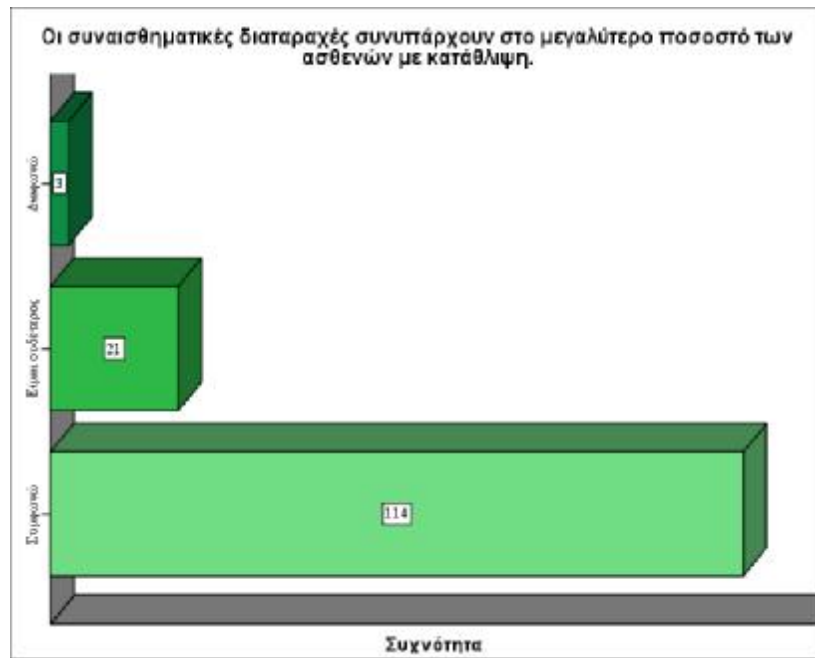
Ένατη ερώτηση: Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη;

Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη, πρέπει να παρατηρηθεί ο ένατος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 82,6% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 15,2% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος μόλις το 2,2% του δείγματος διαφώνησε με το ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη.

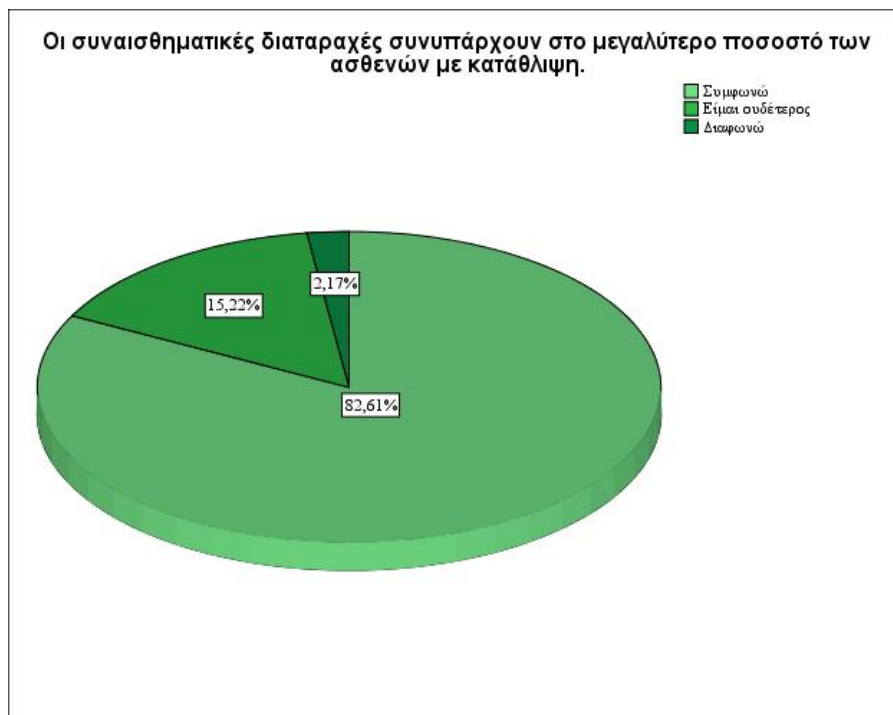
Ένατος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | <i>114</i> | <i>82,6</i> |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | <i>21</i> | <i>15,2</i> |
| | <i>Διαφωνώ</i> | <i>3</i> | <i>2,2</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Ένατο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη.



Ένατο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη.



Δέκατη ερώτηση: Η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη;

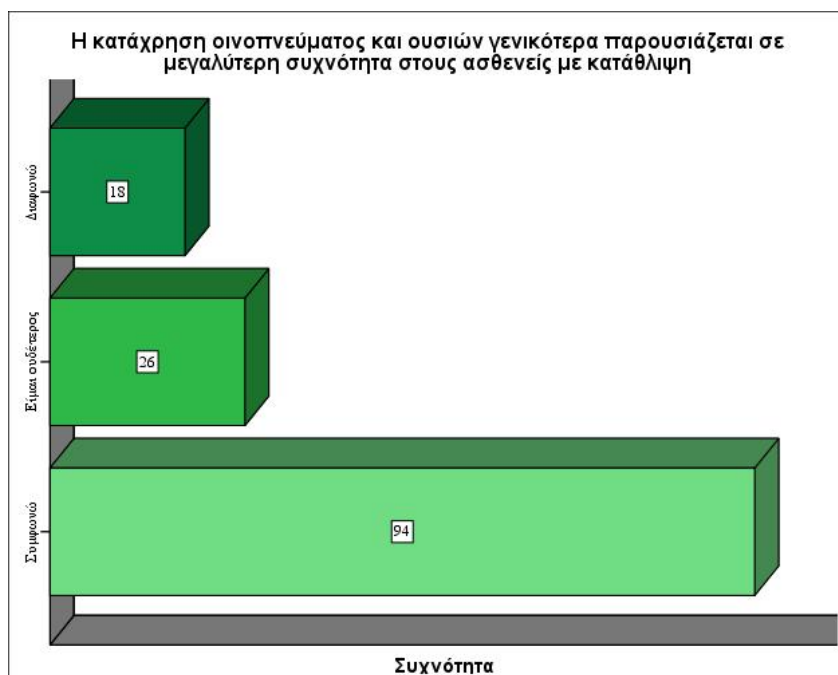
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη, πρέπει να παρατηρηθεί ο δέκατος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 68,1% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 18,8% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος το 13% του δείγματος διαφώνησε με το ότι η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη.

Δέκατος πίνακας ανάλυσης συχνότητων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη.

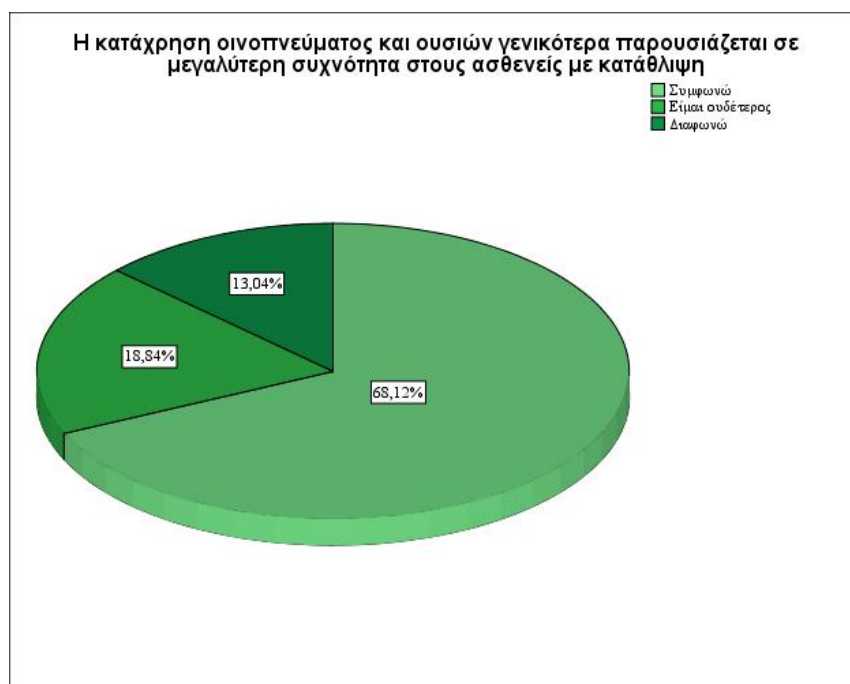
Η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | 94 | 68,1 |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | 26 | 18,8 |
| | <i>Διαφωνώ</i> | 18 | 13,0 |
| | <i>Total</i> | 138 | 100,0 |

Δέκατο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη.



Δέκατο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάχρηση οινόπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη.



Ενδέκατη ερώτηση: Η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

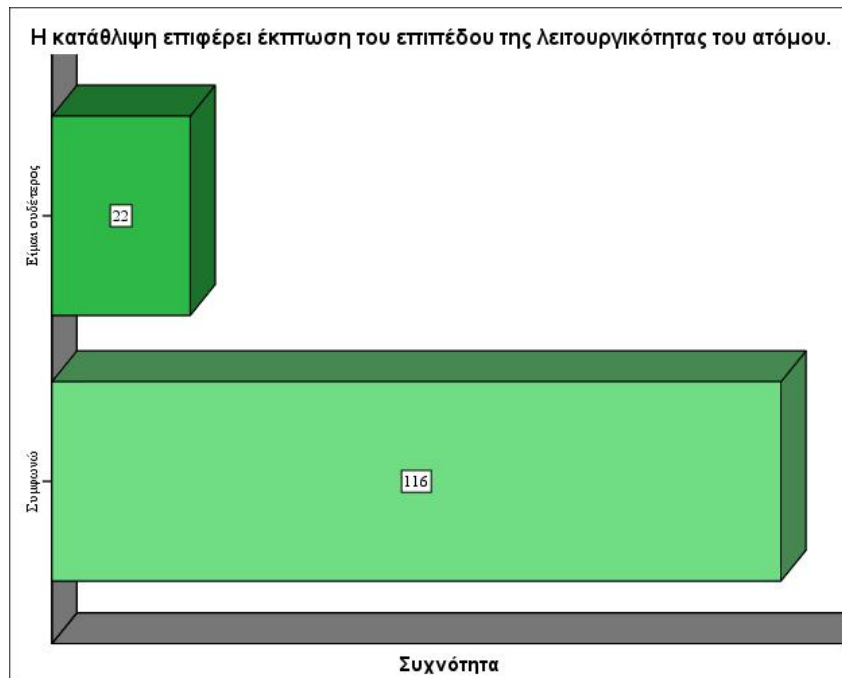
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου, πρέπει να παρατηρηθεί ο ενδέκατος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 84,1% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 15,9% παρέμεινε ουδέτερο.

Ενδέκατος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

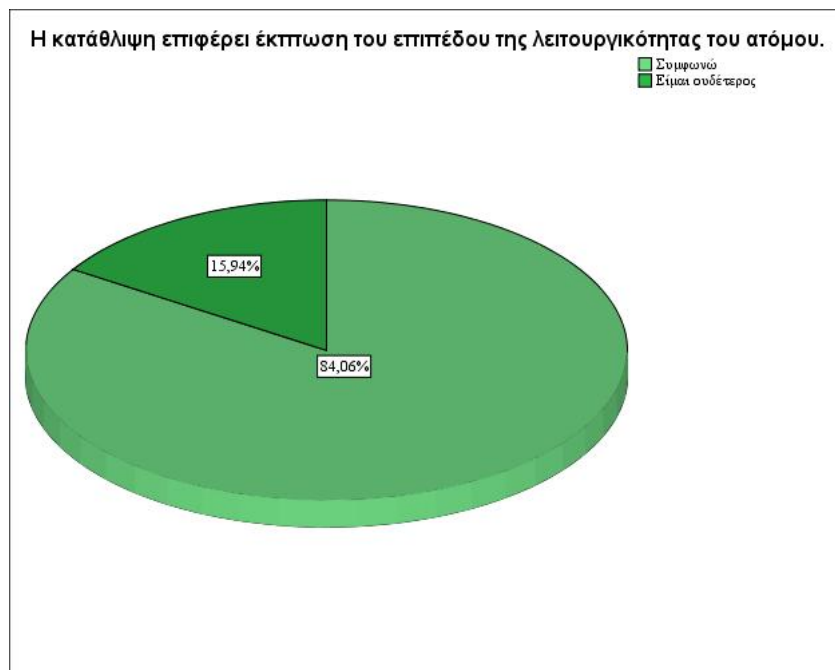
Η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | <i>116</i> | <i>84,1</i> |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | <i>22</i> | <i>15,9</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Ενδέκατο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.



Ενδέκατο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.



Δωδέκατη ερώτηση: Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

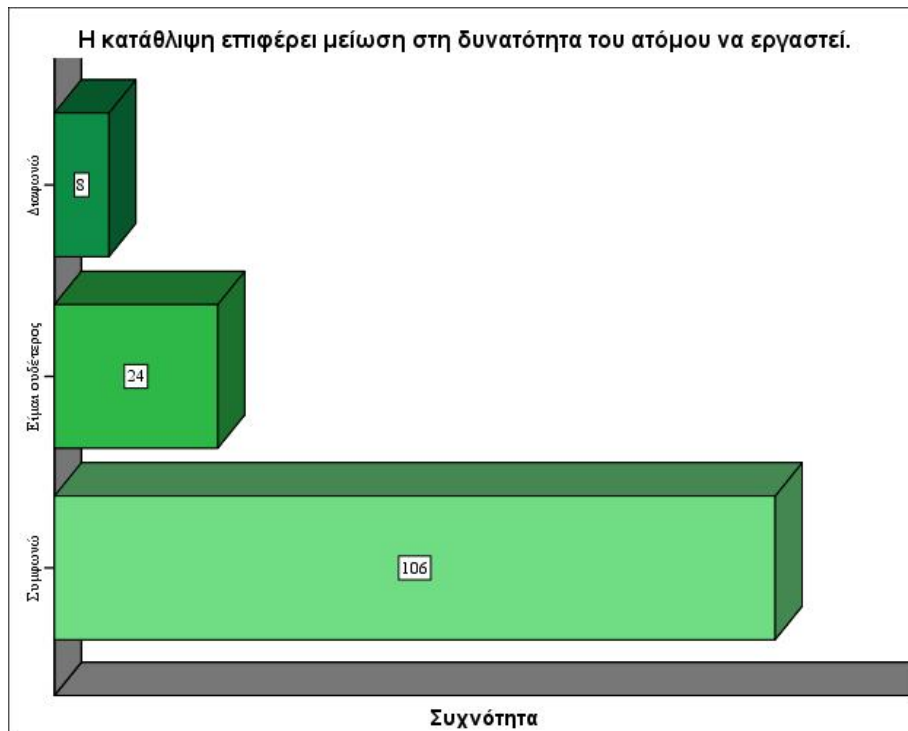
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί, πρέπει να παρατηρηθεί ο δωδέκατος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 76,8% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του να εργαστεί ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 17,4% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος μόλις το 5,8% του δείγματος διαφώνησε με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

Δωδέκατος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

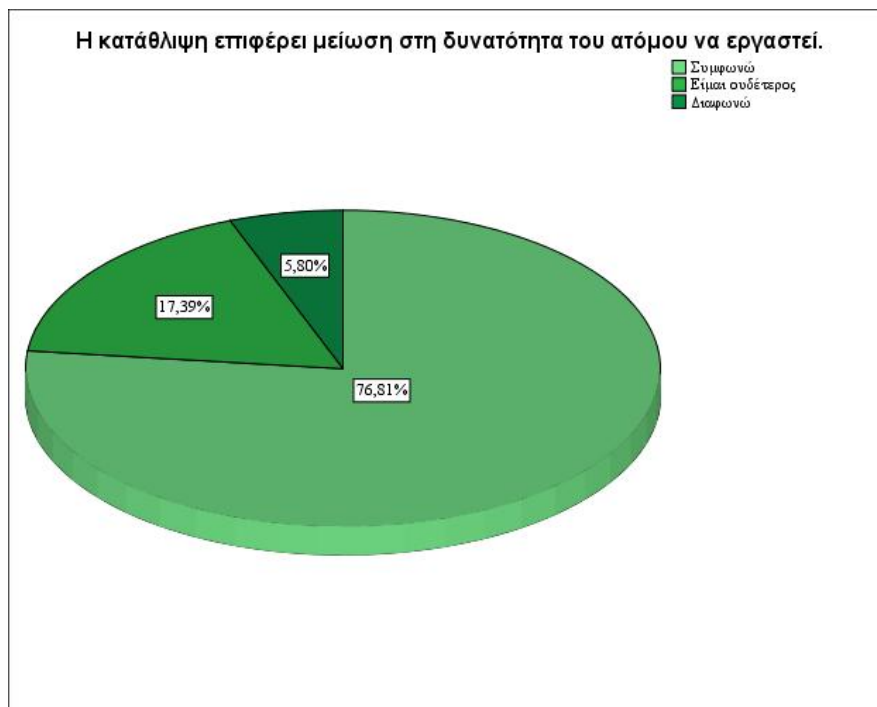
Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | <i>106</i> | <i>76,8</i> |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | <i>24</i> | <i>17,4</i> |
| | <i>Διαφωνώ</i> | <i>8</i> | <i>5,8</i> |
| <i>Total</i> | | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Δωδέκατο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.



Δωδέκατο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.



Δέκατη τρίτη ερώτηση: Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.

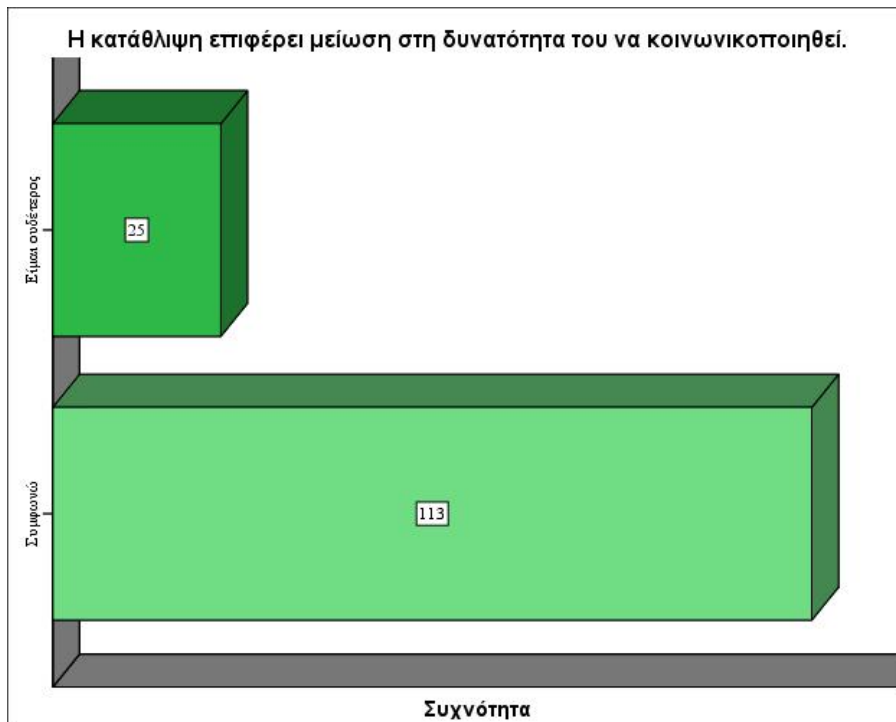
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί, πρέπει να παρατηρηθεί ο δέκατος τρίτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 81,9% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του να κοινωνικοποιηθεί ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 18,1% παρέμεινε ουδέτερο.

Δέκατος τρίτος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.

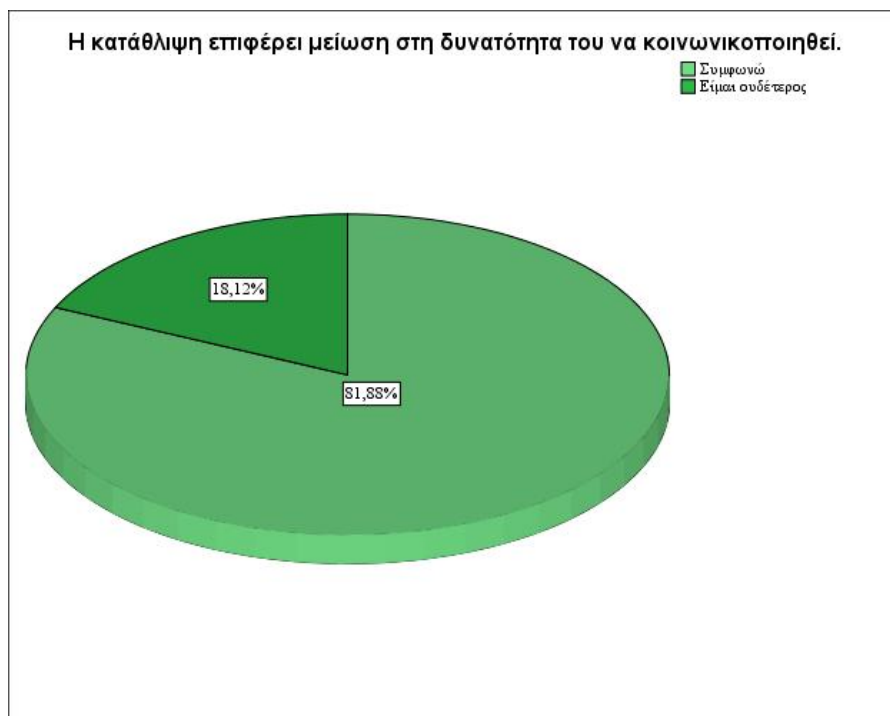
Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του να κοινωνικοποιηθεί.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | <i>113</i> | <i>81,9</i> |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | <i>25</i> | <i>18,1</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Δέκατο τρίτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.



Δέκατο τρίτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.



Δέκατη τέταρτη ερώτηση: Οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

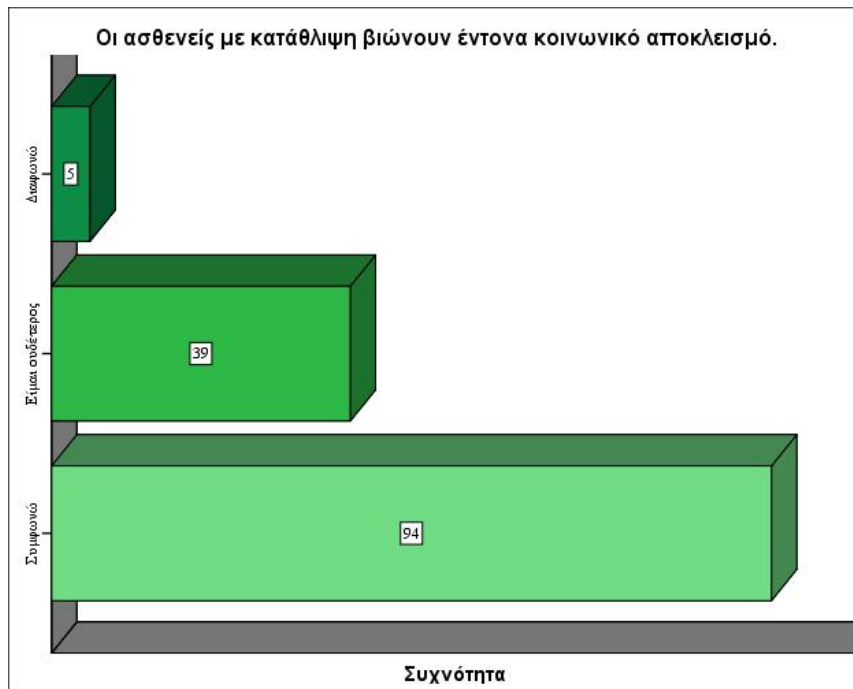
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό, πρέπει να παρατηρηθεί ο δέκατος τέταρτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 68,1% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 28,3% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος μόλις το 3,6% του δείγματος διαφώνησε με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

Δέκατος τέταρτος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

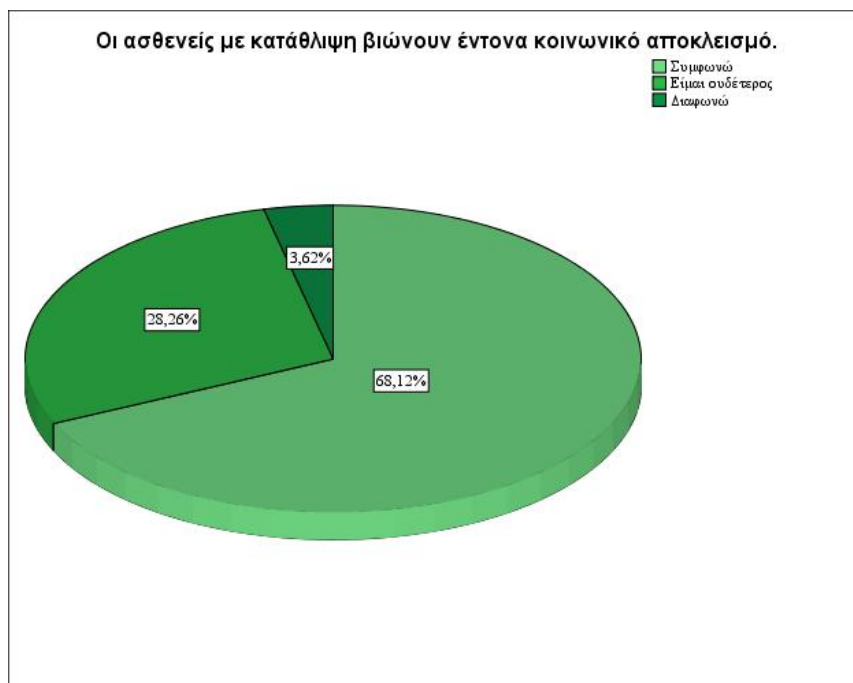
Οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | 94 | 68,1 |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | 39 | 28,3 |
| | <i>Διαφωνώ</i> | 5 | 3,6 |
| <i>Total</i> | | 138 | 100,0 |

Δέκατο τέταρτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.



Δέκατο τέταρτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.



Δέκατη πέμπτη ερώτηση: Οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

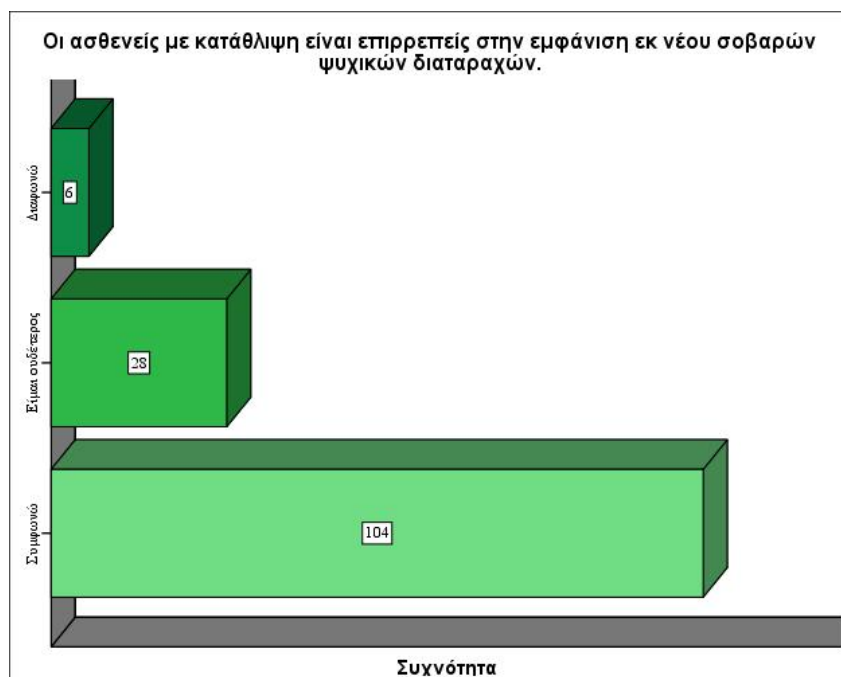
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών, πρέπει να παρατηρηθεί ο δέκατος πέμπτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 75,4% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 20,3% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος μόλις το 4,3% του δείγματος διαφώνησε με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

Δέκατος πέμπτος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

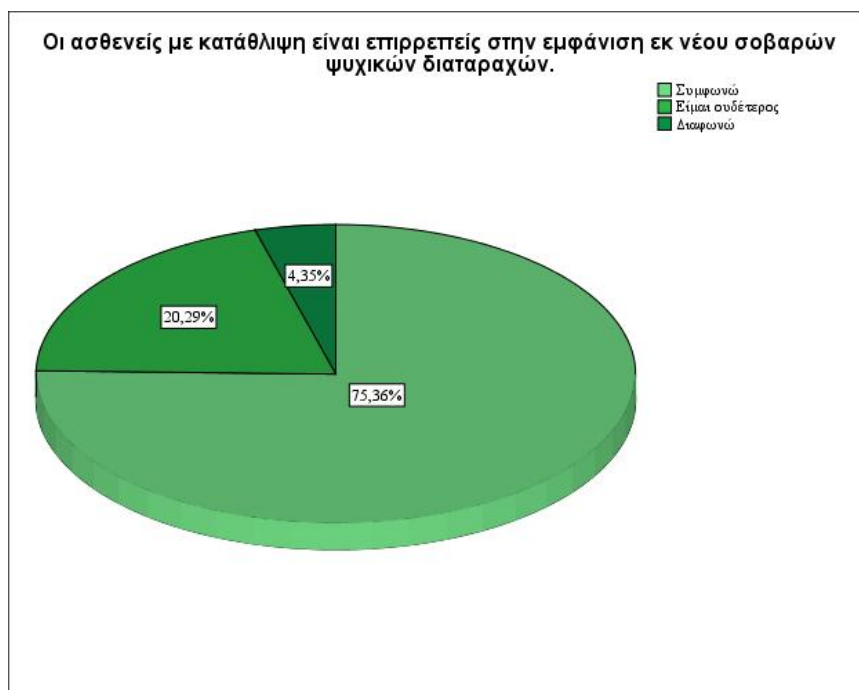
Οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | 104 | 75,4 |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | 28 | 20,3 |
| | <i>Διαφωνώ</i> | 6 | 4,3 |
| | <i>Total</i> | 138 | 100,0 |

Δέκατο πέμπτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.



Δέκατο πέμπτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.



Δέκατη έκτη ερώτηση: Οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων.

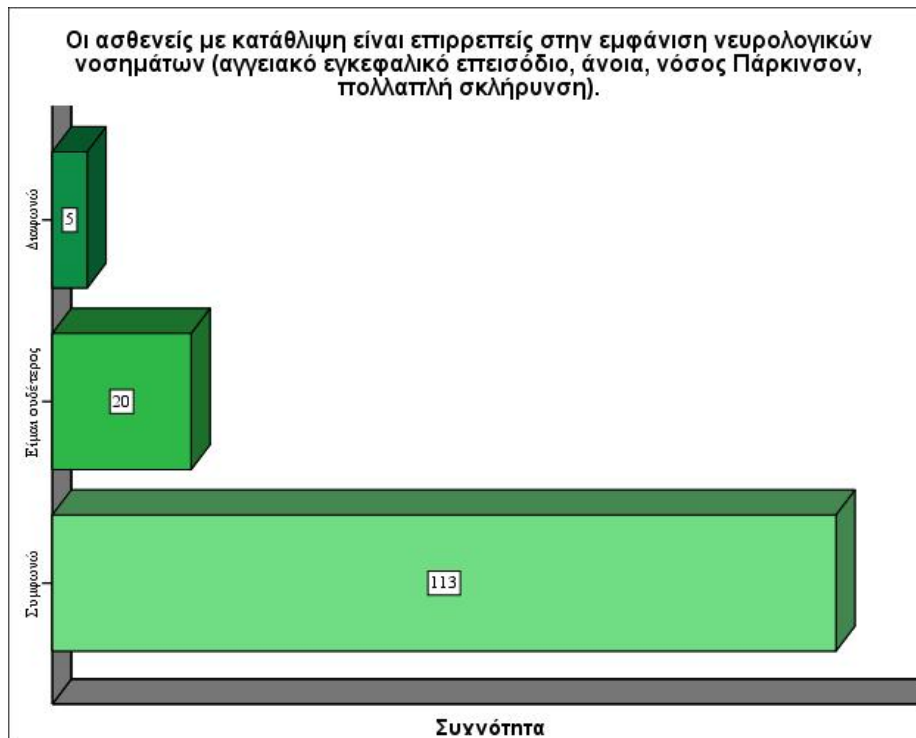
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων, πρέπει να παρατηρηθεί ο δέκατος έκτος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 81,9% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 14,5% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος μόλις το 3,6% του δείγματος διαφώνησε με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων.

Δέκατος έκτος πίνακας ανάλυσης συχνότητας: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων.

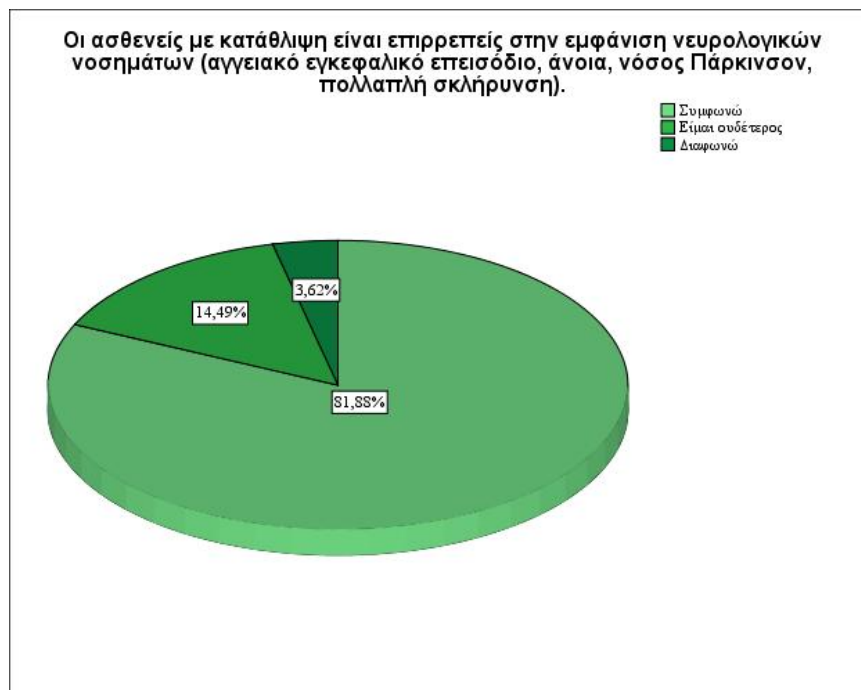
Οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, άνοια, νόσος Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση).

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | <i>113</i> | <i>81,9</i> |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | <i>20</i> | <i>14,5</i> |
| | <i>Διαφωνώ</i> | <i>5</i> | <i>3,6</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Δέκατος έκτο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων.



Δέκατος έκτο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων.



Δέκατη έβδομη ερώτηση: Οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

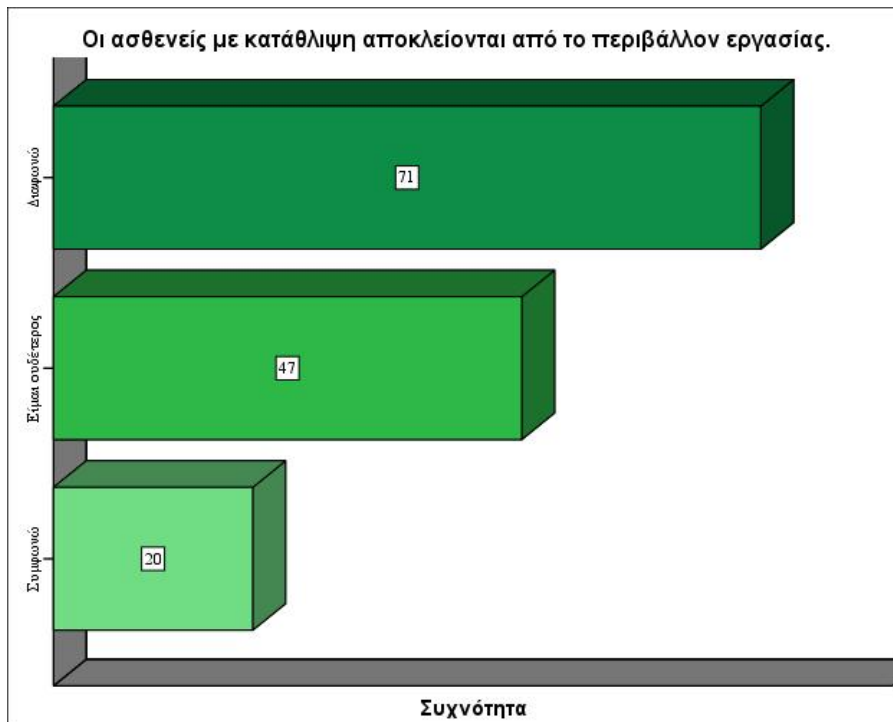
Προκειμένου να παρουσιαστεί το εάν οι ερωτηθέντες νοσηλευτές και νοσηλεύτριες πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας, πρέπει να παρατηρηθεί ο δέκατος έβδομος πίνακας και τα γραφήματα που τον συνοδεύουν. Έτσι είναι εμφανές ότι το δείγμα κατά 14,5% απαρτίζεται από νοσηλευτές-τριες που συμφωνούν με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 34,1% παρέμεινε ουδέτερο. Τέλος το 51,4% του δείγματος διαφώνησε με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

Δέκατος έβδομος πίνακας ανάλυσης συχνοτήτων: Στον πίνακα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες και τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

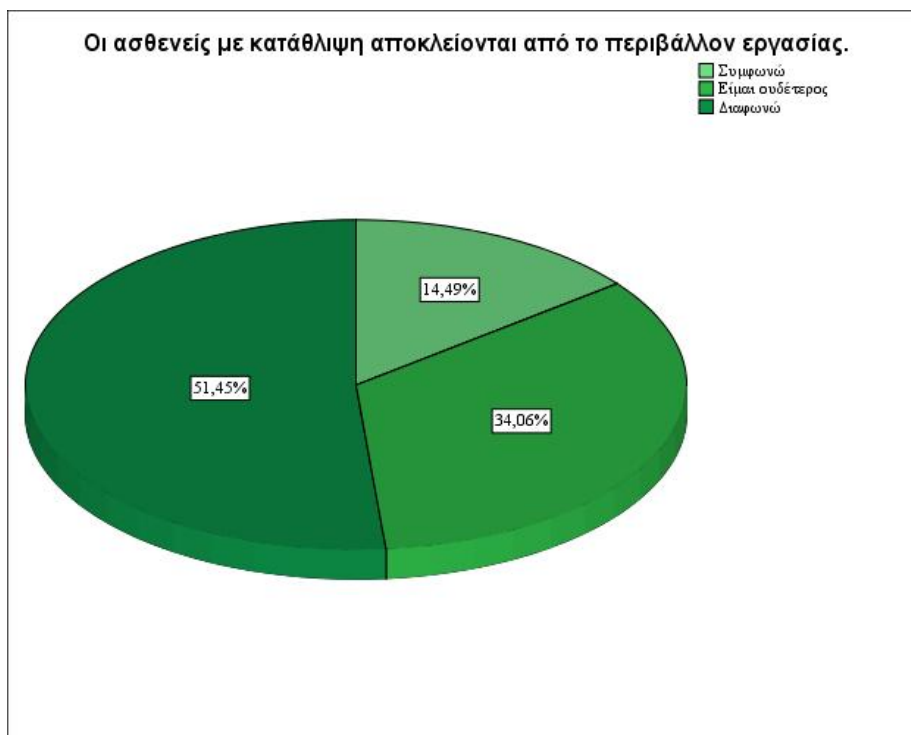
Οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

| | | <i>Frequency</i> | <i>Percent</i> |
|--------------|------------------------|------------------|----------------|
| <i>Valid</i> | <i>Συμφωνώ</i> | <i>20</i> | <i>14,5</i> |
| | <i>Είμαι ουδέτερος</i> | <i>47</i> | <i>34,1</i> |
| | <i>Διαφωνώ</i> | <i>71</i> | <i>51,4</i> |
| | <i>Total</i> | <i>138</i> | <i>100,0</i> |

Δέκατος έβδομο γράφημα ράβδων: Στο ραβδόγραμμα που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται οι συχνότητες των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.



Δέκατος έβδομο γράφημα πίτας: Στο γράφημα πίτας που παρουσιάζεται στη συνέχεια αναφέρονται τα ποσοστά επί τοις εκατό των απαντήσεων των νοσηλευτών για το εάν πιστεύουν πως οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την μελέτη των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας φαίνεται πως πάνω από το μισό δείγμα των νοσηλευτών είχε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη ενώ εξίσου μεγάλος αριθμός νοσηλευτών είχε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε πως 7 στους 10 νοσηλευτές φάνηκε να συμφωνεί με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή, ενώ 8 στους 10 νοσηλευτές συμφώνησαν και με το ότι οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη. Την ίδια στιγμή παρατηρήθηκε πως το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας φάνηκε σύμφωνο με το ότι γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη η κατάχρηση οινόπνευματος και ουσιών.

Επιπλέον 8 στους 10 νοσηλευτές θεωρούν ότι η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου, λιγότεροι νοσηλευτές πιστεύουν πως η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του να εργαστεί, ενώ 8 στους 10 νοσηλευτές συμφώνησαν και με το ότι η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του να κοινωνικοποιηθεί. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως η πλειοψηφία των νοσηλευτών θεωρεί πως οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό. Ταυτόχρονα τα $\frac{3}{4}$ του δείγματος πιστεύει ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών και 8 στους 10 νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων. Τέλος πάνω από το μισό δείγμα διαφώνησε με το ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. (2013). .Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition.

Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *Med*; 10: e1001547

Liao SC, Chen WJ, Lee MB, Lung FW, Lai TJ, Liu CY, Lin CY, Yang MJ, Chen CC. (2012). Low prevalence of major depressive disorder in Taiwanese adults: possible explanations and implications. *Psychol Med*; 42: 1227-37

Kocalevent RD, Hinz A, Brähler E. (2013). Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*; 35: 551-5.

Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dhingra SS, McKnight-Eily LR, Harrison L, D'Angelo DV, Williams L, et al. (2011). Mental illness surveillance among adults in the United States. *MMWR Suppl*; 60: 1-29.

National Mental Health Services Survey (N-MHSS) (2017). Data on Mental Health Treatment Facilities. Department of Health and Human Services. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/2017_National_Mental_Health_Services_Survey.pdf

Iyer K., Khan Z.A. (2012). Depression – A Review *Research Journal of Recent Sciences* Vol. 1(4), 79-87.

Blair-West G.W., Mellsoy G.W. and Eyeson-Annan M.L., (2010). Down-rating lifetime suicide risk in major depression, *Acta Psychiatr Scand*, 95, 259-263

Williams J.W. Jr, Kerber C.A., Mulrow C.D., Medina A. and Aguilar C. (2008). Depressive disorders in primary care: prevalence, functional disability and identification, *J Gen Intern Med.*, 10, 7-12

Pincus H.A., Tanielian T.L. and Marcus S.C., et al., (2007). Prescribing trends in psychotropic medications, primary care, psychiatry and other medical specialties, *JAMA*, 279, 526-531

Goldberg D.P. and Blackwell B., (2012). Psychiatric illness in general practice, A detailed study using a new method of case identification, *BMJ.*, 1, 439-443

Weehuizen R (2008). *Mental Capital. The economic significance of mental health.* Maastricht, the Netherlands: Universitaire Pers Maastricht.

Stansfeld S, Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32:443-62

Burton C, McGorm K, Richardson G, Weller D, Sharpe M. (2012) Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: a cost of illness study. *J Psychosom Res*;72(3):242-247.

Birnbaum HG, Ben-Hamadi R, Kelley D, Hsieh M, Seal B, Kantor E, et al. (2010) Assessing the relationship between compliance with antidepressant therapy and employer costs among employees in the United States. *J Occup Environ Med* Feb;52(2):115-124

Byford S, Barrett B, Despiegel N, Wade A. (2011) Impact of treatment success on health service use and cost in depression: longitudinal database analysis. *Pharmacoeconomics* Feb;29(2):157-170.

Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. (2010). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 380(9859):2197-2223.

Vogel DL, Wade NG, Hackler AH. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*. ;54:40–50.

Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*. ;121:31–49.

Regnard, C. (2004). Helping the person to share their problems. in Regnard, C. *Helping the patient with advanced disease: A workbook*. Chapter 2, Radcliffe Medical Press, Oxon.

Rayner L, Loge JH, Wasteson E, Higginson IJ. (2009). The detection of depression in palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*;3:55–60.

Rayner L, Loge JH, Wasteson E, Higginson IJ. (2009). The detection of depression in palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*;3:55–60.

Shugart MA, Lopez EM. (2002). Depression in children and adolescents when moodiness merits special attention. *Postgrad Med*, 112:53–63

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερώτηση 1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ερώτηση 2. Ηλικία

- έως 30 ετών
- από 31 έως 40 ετών
- από 41 έως 50 ετών
- από 50 ετών και άνω

Ερώτηση 3. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Νοσηλευτής ΔΕ
- Νοσηλευτής ΤΕ
- Νοσηλευτής ΠΕ
- Μεταπτυχιακός

Ερώτηση 4. Έτη εργασίας στο νοσοκομείο

- έως 5 έτη
- από 6 έως 10 έτη
- από 11 έως 15 έτη

- από 16 έως 20 έτη

Ερώτηση 5. Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια διαχείρισης καταθλιπτικών ασθενών;

- Ναι
- Όχι

Ερώτηση 6. Έχετε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη;

- Ναι
- Όχι

Ερώτηση 7. Έχετε αντιμετωπίσει περίπτωση ασθενούς με κατάθλιψη με τάσεις αυτοκτονίας;

- Ναι
- Όχι

Ερώτηση 8. Η κατάθλιψη επιφέρει πληθώρα ψυχοσωματικών αλλαγών στον ασθενή;

- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος
- Διαφωνώ

Ερώτηση 9. Οι συναισθηματικές διαταραχές συνυπάρχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη;

- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος
- Διαφωνώ

Ερώτηση 10. Η κατάχρηση οινόπνεύματος και ουσιών γενικότερα παρουσιάζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς με κατάθλιψη;

- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος
- Διαφωνώ

Ερώτηση 11. Η κατάθλιψη επιφέρει έκπτωση του επιπέδου της λειτουργικότητας του ατόμου.

- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος
- Διαφωνώ

Ερώτηση 12. Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να εργαστεί.

- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος
- Διαφωνώ

Ερώτηση 13. Η κατάθλιψη επιφέρει μείωση στη δυνατότητα του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί.

- Συμφωνώ
- Είμαι ουδέτερος
- Διαφωνώ

Ερώτηση 14. Οι ασθενείς με κατάθλιψη βιώνουν έντονα κοινωνικό αποκλεισμό.

- Συμφωνώ

Είμαι ουδέτερος

Διαφωνώ

Ερώτηση 15. Οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση εκ νέου σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

Συμφωνώ

Είμαι ουδέτερος

Διαφωνώ

Ερώτηση 16. Οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση νευρολογικών νοσημάτων.

Συμφωνώ

Είμαι ουδέτερος

Διαφωνώ

Ερώτηση 17. Οι ασθενείς με κατάθλιψη αποκλείονται από το περιβάλλον εργασίας.

Συμφωνώ

Είμαι ουδέτερος

Διαφωνώ