



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ

ΓΡΙΝΤΕΛΑ ΕΛΕΝΗ
ΔΡΑΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ
ΔΡΕΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΖΕΝΑΛΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ - 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στο ευχάριστο αυτό το σημείο της πραγματοποίησης αυτής της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν και βοήθησαν σε αυτήν.

Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπων καθηγητή της πτυχιακής μας εργασίας κ. Τζεναλή Αναστάσιο για τον προσωπικό χρόνο που διέθεσε καθώς επίσης και την ενθάρρυνση καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας.

Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την τριμελή επιτροπή αξιολόγησης της πτυχιακής μας εργασίας που αποτελείται από τον κύριο Τζεναλή Αναστάσιο, την κυρία Αλμπάνη Ελένη και την κυρία Μπέχλου Λαμπρινή.

Παράλληλα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους φίλους και την οικογένειά μας για την υποστήριξη σε πρακτικό αλλά και σε ψυχολογικό επίπεδο καθ' όλη τη διάρκεια της ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε από καρδιάς όλους τους φοιτητές/τριες του τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι φοιτητές συμμετείχαν εθελοντικά στην έρευνα και η συνεισφορά τους ήταν σημαντική καθώς διέθεσαν χρόνο ώστε να μας βοηθήσουν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή μας εργασία δημιουργήθηκε με στόχο να εξετάσει δύο από τα συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως στους φοιτητές της νοσηλευτικής, το άγχος και την κατάθλιψη. Όπως είναι αποδεδειγμένο από πολλούς ερευνητές, ο πληθυσμός των φοιτητών της νοσηλευτικής, θεωρείται ομάδα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. Η ύπαρξη του άγχους και της κατάθλιψης στους φοιτητές, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην ψυχική και σωματική υγεία τους, καθώς και στις ακαδημαϊκές επιδόσεις τους και στο χώρο εργασίας μετέπειτα. Επομένως, είναι αναγκαία η ισορροπημένη ψυχολογική κατάσταση του φοιτητή νοσηλευτικής για να μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του επαγγέλματός του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πατρών. Το άγχος αποτελεί μια κατάσταση η οποία βιώνεται όλο και πιο έντονα στην σημερινή πραγματικότητα των κοινωνιών που δραστηριοποιούμαστε. Ο γρήγορος ρυθμός ζωής, οι μεγάλες απαιτήσεις και η έλλειψη χρόνου αποσυμπίεσης, συντελούν στην διόγκωση του φαινομένου. Επίσης, μια ακόμα ψυχοσυναισθηματική ασθένεια της οποίας τα ποσοστά στην σημερινή κοινωνική πραγματικότητα έχουν αυξηθεί σημαντικά είναι η κατάθλιψη. Έτσι, στα όρια της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας θα προσεγγιστούν αυτές οι δυο ψυχοσυναισθηματικές ασθένειες σε σχέση με τους φοιτητές νοσηλευτικής.

ABSTRACT

The present work was carried out as part of the completion of our studies in the nursing department of the University of Patras. Stress is a situation that is increasingly experienced in the present reality of the societies in which we operate. The fast pace of life, the high demands and the lack of time decompression contribute to the growth of the phenomenon. Also another mental-emotional disorder whose rates in today's social reality are increasing significantly is depression. Thus within the limits of the present research effort we will approach these two psycho-emotional disorders in relation to nursing students.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	9
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	16
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΓΧΟΥΣ.....	19
1.4 ΤΥΠΟΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	22
1.5 ΑΙΤΙΑ ΑΓΧΟΥΣ.....	24
1.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΓΧΟΥΣ.....	27
1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ.....	29
1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ.....	30
1.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΧΟΥΣ.....	32
1.10 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	41
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	41
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	41
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	43
2.4 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	44
2.5 ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	46
2.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	49
2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	51

2.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	53
2.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	55
2.10 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	60
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	62
3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	64
4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	69
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	69
5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	92

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη αίσθηση απειλής της προσωπικής ακεραιότητας, φυσικής ή ηθικής. Μια ψυχική στεναχώρια που πηγάζει από την οδυνηρή αναμονή ενός κινδύνου, μιας επικείμενης ζημίας, που δεν είναι γνωστή, όμως, από που θα προέλθει, τότε θα μας χτυπήσει και εάν υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπιστεί πολεμώντας ή παραμένοντας το. Το άγχος συνδέεται με ένα παρόμοιο συναίσθημα, το φόβο. Και τα δύο προκαλούν τις ίδιες συναισθηματικές καταστάσεις και έχουν την ίδια νευροφυσιολογική βάση.

Από την άλλη η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή του συναισθήματος με ανησυχητικά αυξανόμενη επίπτωση στο δυτικό κόσμο και μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, με επιπτώσεις τόσο στο κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και σωματικά. Ερευνητικές προσπάθειες από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών συντέλεσαν στην ανάπτυξη της θεωρίας των μονοαμινών ή βιογενών αμινών για τη βιολογική ερμηνεία της κατάθλιψης, που προσδιορίζει ως κύριο αιτιολογικό παράγοντα την ασθενή νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Έτσι, όλες οι επικρατούσες φαρμακευτικές θεραπείες της κατάθλιψης με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινών, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς μονοαμινοξειδάσης, επικεντρώνονται στην ενίσχυση της μονοαμινεργικής νευροδιαβίβασης, ενώ παρουσιάζουν σημαντικά μειονεκτήματα στη χρησιμοποίησή τους, όπως καθυστέρηση στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες και μεγάλα ποσοστά μη αποκρινόμενων ασθενών.

Στην παρούσα έρευνα θα προσεγγιστεί το ζήτημα των δύο αυτών καταστάσεων και τον τρόπο που τις βιώνουν οι φοιτητές νοσηλευτικής και θα προσδιοριστούν οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη και παρουσία τους, αλλά και η αλληλεπίδραση αυτών μεταξύ τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος προσδιορίζει μια φυσιολογική αντίδραση κάθε ανώτερου ζωντανού οργανισμού και περιγράφεται ως μια ειδική ανταλλαγή μεταξύ σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος, αυτού του άτομο-κοινωνία, και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος (Αργυροπούλου 1999). Το άγχος χαρακτηρίζεται ως μία κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας (Ποταμιάνος 1995). Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση (stress), η οποία ακολούθως προσδιορίζεται ως μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία αναφέρεται από μία προσδοκία φόβου για ένα γεγονός δυσάρεστο που θα προκύψει μελλοντικά. Είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι ο ορισμός του άγχους διακρίνεται από συμβατικότητα και δεν αποσαφηνίζει πιθανές εννοιολογικές αντιφάσεις που συνδέονται με το άγχος ως ψυχική κατάσταση, αλλά και ως ένα μηχανισμό ψυχικής άμυνας.

Ως μηχανισμός άμυνας και ως ψυχική κατάσταση, το άγχος διακρίνεται από πολυπαραγοντική βάση. Αρχικά περιγράφεται ως αντίδραση κάθε έμβιου όντος σε εξωτερικούς παρόντες, η οποία διακρίνεται από παροδικές μεταβολές στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Ένα ερέθισμα που μπορεί να είναι απειλητικό, με βάση την ένταση και τη φύση του, προκαλεί αρκετά αρνητικά συναισθήματα, όπως αγωνία, πανικό και θυμό. Είναι πιθανόν ακόμα να προκαλέσει έμμονες σκέψεις, ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης και ένα σύνολο επιπλέον διαταραχών της γνωστικής λειτουργίας. Επιπλέον συμπτώματα είναι η μερική αδεξιότητα σε σχέση με τις κινήσεις, η συγκινητικότητα αλλά και η κοινωνική απομόνωση (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1999).

Το άγχος, επιπλέον δημιουργείται στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεξάρτησης ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μία ασυμφωνία ή αντίφαση, πραγματική ή φανταστική, μεταξύ των απαιτήσεων που προβάλλει μία κατάσταση και στα αποθέματα, βιολογικά, ψυχολογικά, και κοινωνικά, που έχει για να την αντιμετωπίσει, τότε προκύπτουν συναισθήματα άγχους και στρες. Η

ένταση του άγχους σχετίζεται όχι μόνο από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από ενδογενείς στοιχεία, όπως η προσωπικότητα, η εμπειρία από προηγούμενα αρχέγονα γεγονότα που λειτουργούν αθροιστικά στη βίωμα μιας καινούργιας απειλής, τον τρόπο με τον οποίο το κάθε άτομο αντιδρά στο εξωτερικό ερέθισμα, καθώς και τους τρόπους που διαθέτει για την αντιμετώπιση του (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1999).

Συμπληρωματικά, με την έννοια άγχος, προσδιορίζεται μία πνευματική κατάσταση ανησυχίας που προκαλεί σωματικές αντιδράσεις και διακρίνεται σε τέσσερις κατηγορίες (Spielberger 1966, Morris et al. 1981, Martens, Vealey & Burton 1990):

1. Χαρακτηριστικό άγχος, (η γενικότερη προδιάθεση),
2. Περιστασιακό άγχος, (μια παροδική κατάσταση)
3. Γνωστικό άγχος που συνδέεται με τη νοητική δραστηριότητα, και
4. Σωματικό άγχος που σχετίζεται με τη σωματική δραστηριότητα

Σύμφωνα με τους Cox et al. (2002), αναφέρουν ότι το σύνολο των ανθρώπων κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν νοιώσει άγχος ή φόβο. Ειδικότερα, πιστεύουν ότι το άγχος και ο φόβος που βιώνουν οι άνθρωποι, παρουσιάζεται σε διαστήματα που φτάνουν την μία εβδομάδα. Σε αυτό το σημείο, εύλογος είναι ο προσδιορισμός των εννοιών φόβος και άγχος. Αρχικά, ο φόβος περιγράφεται ως «μία αντίδραση σε έναν άμεσο κίνδυνο που θα δημιουργηθεί ή που το άτομο πιστεύει ότι θα προκύψει». Αντίστοιχα, το άγχος ορίζεται ως «ανησυχία γύρω από ένα πρόβλημα που το άτομο προσδοκά ότι θα προκύψει» Cox et. al. (2002).

Τόσο το άγχος όσο και ο φόβος μπορεί να σχετίζονται με την *διέγερση*, δηλαδή από αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Το άγχος συχνά σχετίζεται με την μέτρια διέγερση, ενώ ο φόβος από τη μεγαλύτερη. Όσον αφορά την ένταση της διέγερσης, ένα άτομο που βιώνει άγχος μπορεί να αισθάνεται απλώς νευρική ενέργεια και ένταση σε σωματικό επίπεδο, ενώ ένας άνθρωπος σε κατάσταση

φόβου μπορεί να ιδρώνει υπερβολικά, να αναπνέει γρήγορα και να νιώθει ότι πρέπει οπωσδήποτε να διαφύγει.

Και τα δύο συναισθήματα που προαναφέρθηκαν είναι ουσιαστικά και προσαρμοστικά, υπό την έννοια ότι στις σωστές συνθήκες τα συναισθήματα αυτά μπορεί να έχουν θετική επίδραση ακόμα και να προστατέψουν τη ζωή του ατόμου που τα αισθάνεται. Για παράδειγμα, εάν κάποιος βρεθεί σε κίνδυνο και δεν αισθανθεί άγχος ή φόβο, στοιχεία τα οποία τον κινητοποιούν να βρει λύση, να δράσει ή να προστατευθεί, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι αρνητικά ή επιβλαβή για αυτόν. Αντίθετα, το συναίσθημα του φόβου που θα νοιώθει σε αυτήν την περίπτωση, θα τροφοδοτήσει τους αναγκαίους μηχανισμούς για την επίλυση του ζητήματος του.

Συνεχίζοντας την παράθεση ορισμών για το άγχος αυτό ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης φυγής, φόβου ή ακόμη και τρόμου ως απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι ως επί το πλείστον άγνωστη και μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος καλείται ως δυναμική αλληλεπίδραση ατόμου και περιβάλλοντος, όταν το άτομο νοιώθει μια ασυμφωνία ανάμεσα στις σωματικές και ψυχολογικές του ικανότητες του και των αναγκών του περιβάλλοντος όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Stathopoulou et al. (2011).

Ο Shiri το 2012 αναφέρεται σε αυτό ως ένα διάχυτο συναίσθημα, το οποίο ορίζεται ακόμα ως μια αυτόματη νευροφυσιολογική κατάσταση συναγερμού, προσδιοριζόμενη από μια αντίδραση “πάλης ή φυγής” σε μια γνωστική εκτίμηση του παρόντος ή επικείμενου κινδύνου (πραγματικού ή αντιληπτού). Το άγχος είναι πιθανόν να περιγράφεται και ως ένας προσαρμοστικός μηχανισμός του οργανισμού σε ερεθίσματα ή σε απειλές και το κάθε άτομο το υιοθετεί ουσιαστικά για την επιβίωσή του. Όμως, σε περιπτώσεις στις οποίες το άτομο πιθανόν να αισθάνεται μεγάλη ανησυχία ή μπορεί να βιώνει ένα γεγονός δυσανάλογα σε σύγκριση με την πραγματική του διάσταση, τότε πιθανόν το άγχος αυτό να μετατραπεί σε μια παθολογική κατάσταση με ένα σύνολο αρνητικών ψυχοσωματικών επιπτώσεων (Shiri 2012). Επιπλέον, παρουσιάζεται και ως μια κατάσταση

διάθεσης που περιλαμβάνει ένα πολύπλοκο γνωστικό, συναισθηματικό, φυσιολογικό και συμπεριφορικό σύστημα απόκρισης, που συνδέεται με την προετοιμασία για τα πιθανά γεγονότα ή τις περιστάσεις που χαρακτηρίζονται απειλητικές ή μη (Chand & Whitten 2018).

Παρά τις προσπάθειες που πραγματοποιήθηκαν τον τελευταίο μισό αιώνα, δεν έχει προκύψει ικανοποιητικός ορισμός του άγχους. Το άγχος αποτελεί την απάντηση των ατόμων σε διάφορα ερεθίσματα που εκτίθενται και αναφέρεται σε συνθήκες όπου η ευημερία των ατόμων σχετίζεται έντονα με τα καταστροφικά αποτελέσματα και την αποτυχία τους να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις ανάγκες των γύρω τους (Erkutlu & Chafra, 2006). Οι Laposa et al. (2003) προσδιορίζουν το άγχος ως ψυχοαντίδραση του σώματος σε φυσικές ή ψυχολογικές ανάγκες που απειλούν ή αμφισβητούν την ατομική τους ευημερία (Laposa 2003).

Σύμφωνα με τους Welbourne et al. (2007), αναφέρονται στο άγχος ως την συναισθηματική και σωματική απάντηση που ζει το άτομο όταν καταλαβαίνει μια ανισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων και πόρων του ατόμου. Σε κάποιους ορισμούς, η κεντρική ιδέα είναι ότι το στρες συνδέεται τόσο με την αντίληψη των αναγκών του ατόμου όσο και με την αντίληψη της ικανότητάς τους να ανταποκριθούν σε αυτές τις ανάγκες (Welbourne et. al. 2007).

Μια διαφορετική προσέγγιση σε σχέση με το άγχος είναι αυτό που προκύπτει σε ένα άτομο, ως παράγοντας μιας αντίδραση (Clancy & McVicar 2002). Η HSE (Health and Safety Executive 2001) ορίζει το άγχος ως τις δυσμενείς αντιδράσεις των ανθρώπων έναντι σε υπερβολικές πιέσεις ή άλλους τύπους απαιτήσεων στους οποίους πρέπει αυτά να ανταποκριθούν. Το άγχος, σύμφωνα με το γνωστικό ορισμό των Palmer et al. (2003:2) , συμβαίνει όταν το αναμενόμενο άγχος ξεπερνά την ικανότητα ενός ατόμου να έρθει αντιμέτωπο με την κατάσταση. Οι Blaug et al. (2007) συμπερασματικά κατέληξαν ότι το άγχος αποτελεί μια προσωπική εμπειρία που προκαλείται από τις απαιτήσεις του ατόμου και επιδρούν στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Το «Eustress» είναι ένας όρος που συνήθως μεταχειρίζεται σε περιπτώσεις

θετικής ψυχολογικής αντίδρασης σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, όπως υποδεικνύεται από την παρουσία της θετικής ψυχολογικής κατάστασης, ενώ ο όρος «Distress» προσδιορίζει μία αρνητική ψυχολογική αντίδραση σε μία στρεσογόνο κατάσταση, όπως υποδεικνύεται από την παρουσία της αρνητικής ψυχολογικής κατάστασης (Simmons & Nelson 2001).

Οι Cohen et al. (1997) αναφέρονται στην αντίδραση του στρες ως μια διαδικασία κατά την οποία ο οργανισμός ξεπέρνα την ικανότητα προσαρμογής του, με αποτέλεσμα την παρουσία τεσσάρων βιο-ψυχολογικών αλλαγών που μπορεί να θέσουν τα άτομα. Οι Williams και Cooper (2002:16-17) περιγράφουν τρεις μεταβολές που πιθανόν να υποδηλώνουν ότι κάποιος πάσχει από άγχος:

- Η πρώτη μεταβολή είναι η διαφορετική εμφάνιση που κάνει το άτομο να δείχνει εξαντλημένο, νευρικό και ταραγμένο.
- Η δεύτερη μεταβολή συνδέεται με την αλλαγή των καθημερινών συνθηκών του ατόμου, όπως για παράδειγμα κατανάλωση μεγαλύτερης ή λιγότερης ποσότητας τροφής, κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας αλκοόλ, κάπνισμα περισσότερων τσιγάρων κ.α.
- Η τρίτη μεταβολή είναι η αλλαγή στη συμπεριφορά που κάνει το άτομο ευερέθιστο, επιθετικό, κυκλοθυμικό και με απουσία ή περιορισμένη συγκέντρωση. Οι Cartwright και Cooper (1997: 13-14) ανέφεραν σημεία και συμπτώματα του στρες που συνδέονται με το χώρο εργασίας: υψηλό ποσοστό απουσιών, υψηλός κύκλος εργασιών, κακές σχέσεις και ανεπαρκής έλεγχος της ποιότητας.

Υπάρχουν αρκετά μοντέλα και θεωρίες του εργασιακού άγχους (El Shikieri & Musa 2012). Καθένα έχει τα δικά του ζητήματα και ανεπάρκειες σε ορισμένο βαθμό.

Στη συνέχεια περιγράφονται τέσσερα μοντέλα εργασιακού άγχους:

- Η Παράδοση CannonSelye.
- Η θεωρία Άτομο-Περιβαλλοντική Προσαρμογή.

- Το μοντέλο Απαιτήσεις εργασίας.
- Έλεγχος και η Συναλλακτική Θεωρία του στρες και η αντιμετώπιση.

Η λέξη «άγχος» (Γεμενετζής 1991) έχει κοινή ετυμολογική ρίζα με τους όρους «anxiety» και «angst» που προέρχονται από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις «ΑΓΧΙ», «ΑΓΧΟΥ». Το άγχι συναντάται στην αγχιστεία και στην αγχόνη. Η αγχόνη προέρχεται από το ρήμα «άγχω» που σημαίνει σφίγγω ή πνίγω και ορίζεται ως η εκτέλεση με την διαδικασία του απαγχονισμού, δηλαδή η θανατική ποινή, ενώ αγχιστεία σημαίνει η συνάντηση του ξένου και του οικείου μαζί, δηλαδή η σχέση συγγένειας. Στα αποσπάσματα του Ηράκλειτου σώζεται άλλη μια λέξη από την ίδια ρίζα ΑΓΧ- η οποία έχει παραδοθεί μεμονωμένη, δίχως συμφραζόμενα και η οποία θα ήταν πιθανόν να ονομάζει το προκείμενο. Ως άγχος ορίζεται σύμφωνα με τον (Μάνος, 1997) η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σημαντικό βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη (Μάνος 1997).

Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Το άγχος χαρακτηρίζεται ένα σύνθετο συναίσθημα που συναντάται αργότερα στην ανάπτυξη του ατόμου και κάνει την εμφάνιση του χωρίς σαφή ή σημαντική για τη ζωή απειλή. Η κινητοποίηση του άγχους περιλαμβάνει αρκετές παραμέτρους που έχουν να σχετίζονται με τη συνολική ψυχική ζωή (συνειδητή και μη), τη σχέση με τον εαυτό και με τον περίγυρο, το σύστημα αξιών μας, τον τρόπο που έχουμε αντιλαμβανόμαστε και ερμηνεύουμε τα πράγματα, τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και τη δυνατότητά μας να ανταπεξερχόμαστε σε αυτές, αλλά και με ποικίλους βιολογικούς παράγοντες. Το άγχος (αγωνία, anxiety, Angst) είναι, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και αποτελεί χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις διογκώνονται και ενδυναμώνονται (Barlow 2000). Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρυπνότητα και

προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση επιδρά στην ψυχοσωματική συγκρότησή του. Σε υπερβολικό βαθμό, όμως, το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου. Για την κατανόηση του άγχους, ένας σημαντικός αριθμός μελετητών προτιμούν να κάνουν χρήση του όρου ειδικού χαρακτήρα, όπως είναι για παράδειγμα, οι έννοιες «απειλή» (Lazarus 1966), «ακραία κατάσταση» (Bettelheim 1960), «σύγκρουση» (Epstein 1962), «απουσία ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων (απροσδόκητες και ανεξέλεγκτες καταστάσεις, σημαντικές αλλαγές, καταστάσεις με ακραίο ή υπερβολικό επίπεδο και ένταση ερεθισμάτων, εσωτερικευμένες αξίες κ.λπ.), που πιθανόν να είναι αντικειμενικές ή υποκειμενικές, και τις ικανότητες του ατόμου να τις αντιμετωπίσει» (McGrath 1970, Krohne & Laux 1982, Schulz & Schonpflug 1982, Strelau 1988, Ratajczak & Adamied 1989), «διαδικασίες διαχείρισης ή απειλής για την απώλεια των ενεργειακών αποθεμάτων ή μέσων» (Schulz & Schonpflug 1982, Hobfoll 1988, 1989, 1991, Schonpflug 1993) κ.ά.

Ο Lazarus (1966) υποστηρίζει ότι η έννοια του άγχους στην ψυχολογία περιλαμβάνεται στον τομέα της «παρώθησης», γεγονός που σημαίνει ότι προσδιορίζει ένα μεγαλύτερο ερευνητικό πεδίο το οποίο συμπεριλαμβάνονται τόσο τα ζητήματα του βιολογικού άγχους όσο και τα ζητήματα της ματαίωσης, των αρνητικών συγκινήσεων, καθώς και ζητήματα που συνδέονται με την ψυχοσωματική ιατρική. Γενικά, ορισμένοι ερευνητές μελετούν το άγχος επικεντρώνοντας την προσοχή τους στην ένταση των στρεσογόνων παραγόντων, άλλοι εστιάζουν στην εσωτερική κατάσταση που χαρακτηρίζεται κυρίως από αρνητική συγκινησιακή ένταση (αγχογόνος κατάσταση), άλλοι εστιάζονται στους τρόπους αντιμετώπισης του άγχους και άλλοι στις συνέπειες των καταστάσεων άγχους όπως αυτές παρουσιάζονται στις μεταβολές της συμπεριφοράς τόσο από την πλευρά των ικανοτήτων όσο και από την πλευρά της σωματικής έκφρασης, ή με τις κατηγορίες του ψυχοφυσιολογικού και του ψυχολογικού κόστους.

Ο Funkenstein et al. (1957), για παράδειγμα, αντιλαμβάνονται τις καταστάσεις επίλυσης ζητημάτων όπου παρουσιάζονται διαταραχές στη συμπεριφορά ως καταστάσεις που δημιουργούν άγχος, ενώ τις συγκινήσεις και τις φυσιολογικές αντιδράσεις που προκύπτουν ως αποτέλεσμα αυτών των καταστάσεων τις εκλαμβάνουν ως κατάσταση άγχους. Σύμφωνα με τον Mechanic (1962), μια βασική εξέταση ή ένα διαγώνισμα στο σχολείο παράγει στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ οι συνοδευτικές σ' αυτή την κατάσταση αρνητικές συγκινήσεις αποτελούν το άγχος ή - μιλώντας με μεγαλύτερη ακρίβεια την κατάσταση άγχους. Σε μια από τις πρώτες σημαντικές εργασίες τους για το άγχος, που έχει τίτλο Men under Stress (1945), οι Grinker και Spiegel αναφέρονται στο άγχος ως το σύνολο των παραγόντων που επιδρούν στον άνθρωπο ο οποίος λαμβάνει μέρος στις πολεμικές επιχειρήσεις.

Η προσέγγισή τους εστιάζει στην έννοια της απειλής της ζωής και της υγείας, στην πλήρη εξάρτηση από τους ανωτέρους, στην κατάργηση των προσωπικών αναγκών και προτιμήσεων, στην απομάκρυνση και απομόνωση από τους συγγενείς και φίλους, στην απουσία ποσότητας ύπνου που είναι επαρκής κ.λπ. (Βασιλάκη και συν. 2001).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος προήλθε πριν από χιλιάδες χρόνια, στην εποχή που οι πρόγονοι ζούσαν ακόμα στα δάση και τις σπηλιές. Εξαιτίας των τότε συνθηκών, υπήρχε πάντα η απειλή να τους επιτεθούν και να τους σκοτώσουν τα άγρια ζώα. Προφανώς, κάτω από αυτές τις συνθήκες, έπρεπε να βρουν ένα τρόπο για να μπορούν να προστατευτούν και να επιζήσουν. Έπρεπε, λοιπόν, να βρεθεί κάποιος τρόπος για να μπορούν να δαισιθάνονται τον κίνδυνο και να δρουν με τον καλύτερο τρόπο - είτε να σκοτώσουν το ζώο και να το κάνουν τροφή, είτε να τραπούν σε φυγή (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Το άγχος συντέλεσε ώστε οι προγόνι να αντιμετωπίζουν τουσ κινδύνουσ. Προετοιμάζε το σώμα τουσ για "δράση". Χωρίσ αυτό, πιθανόν και να μην είχαν επιβιώσει. Ευτυχώς, οι κίνδυνοι που έχουμε να αντιμετωπιστούν σήμερα δεν είναι ανάλογοι. Παρόλο όμως που δεν υπάρχουν ανάλογα προβλήματα με τουσ προγόνουσ, το σώμα δεν έχει μεταβληθεί από τότε. Ακόμα υπάρχουν τα ίδια συναισθήματα και φυσικά το άγχουσ. Το ζήτημα μπορεί να διακρίνεται διαφορετικά, αλλά ακόμα και σήμερα είναι καλό να νοιώθουμε άγχουσ, ιδιαίτερα σε καινούργιεσ καταστώσει. Το λίγο άγχουσ μπορεί να είναι δημιουργικό. Στην ψυχολογία, το άγχουσ αποτελεί βασικό σύμπτωμα στισ αγχώδεισ διαταραχέσ. Σύμφωνα με την ψυχολογία, το άγχουσ αποτελεί είναι σημάδι για επερχόμενο κίνδυνο. Σε αντίθεση όμως με το φόβο που αποτελεί απάντηση σε απειλή γνωστή, εξωτερική, ορισμένη και μη συγκρουσιακή στη φύση τησ, το άγχουσ είναι απάντηση σε απειλή άγνωστη ή αμελητέα, εσωτερική, ασαφή ή συγκρουσιακή στη φύση τησ. Στην ψυχολογία, το άγχουσ, όπωσ και ο φόβοσ, εκτόσ τησ ψυχολογικήσ διάστασησ τησ αίσθησησ τάσησ, φόβου, τρόμου, περιλαμβάνει και φυσιολογική διάσταση και γνωσιακή. Αυτό στην ψυχολογία προσδιορίζεται ωσ διέγερση του συμπαθητικού ανώτερου νευρικού συστήματοσ με συμπτώματα ταχυκαρδία, ιδρώτα, τρόμο, δυσκολία στην αναπνοή, ναυτία, ζάλη και επηρεάζει τη σκέψη, την αντίληψη και τη μάθηση.

Ο Φρόνιτ στην πρώτη θεωρία του για το άγχουσ πίστευε ότι το άγχουσ πηγάζει από απωθημένες σεξουαλικέσ ενορμήσεισ, όπωσ φοβίεσ, υστερίεσ, ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, ή αποτελεί το αποτέλεσμα τησ προσπάθειασ του ατόμου να μεταχειριστεί τη λίμπιντο, με διακοπτόμενο οργασμό, αποχή, όπωσ και νευρασθένεια, υποχονδρίαση, αγχώδησ νεύρωση. Όταν δηλαδή η λίμπιντο δεν εκτονώνεται με σεξουαλική επαφή, αλλά με αποχή ή άλλεσ σεξουαλικέσ πρακτικέσ όπωσ ο ανεσταλμένος οργασμόσ, και η απώθηση αδυνατίζει περισσότερο από τισ ενορμήσεισ, τότε αυτέσ εισβάλουν στη συνείδηση με τη μορφή άγχουσ (Μαδιανόσ & Σχιζοφρένεια 2004).

Στη δεύτερη θεωρία του υποστήριξε ότι το άγχουσ λειτουργεί σε ένα πρώτο επίπεδο ωσ προειδοποίηση προς το «εγώ» ότι μια μη αποδεκτή

παρόρμηση απειλεί να γίνει συνειδητή (προειδοποιητικό άγχος). Αν λειτουργήσει η απώθηση αποτελεσματικά η ψυχική ισορροπία αποκαθίσταται, αν αποτύχει κινητοποιούνται άλλοι μηχανισμοί άμυνας και προκύπτουν τα συμπτώματα των διαταραχών. Οι κρίσεις πανικού προκύπτουν ως απορία ανεπιτυχούς άμυνας ενάντια σε ενορμήσεις που προκαλούν άγχος, όταν σε ένα άτομο αναζωπυρωθούν άγχη της παιδικής ηλικίας. Το άγχος αποτελεί έναν από τους όρους που έχουν από καιρό αποδράσει από τα λεξικά των ειδικών. Αποτελεί πια μια έκφραση του καθημερινού λόγου. Έχω άγχος, λέμε, όταν αντιλαμβανόμαστε ότι οι απαιτήσεις της ζωής μας υπερβαίνουν. Το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη συγκίνηση, όπως ο θυμός ή η θλίψη, με τη διαφορά ότι σχετίζεται με τον κίνδυνο. Μοιάζει με τη φοβία και τον τρόμο ως προς τον τρόπο που παρουσιάζεται. Όμως στην περίπτωση της φοβίας, υπάρχει ένα χαρακτηριστικό αντικείμενο που προκαλεί φόβο, για παράδειγμα το σκοτάδι, τα ταξίδια, ένα ζώο. Αντίθετα, με το άγχος υπάρχει αγνεία για το τι φοβάται κάποιος. Από την άλλη μεριά, ο τρόμος έχει να κάνει με το ξαφνικό, το απρόσμενο. Το βασικό γνώρισμα του άγχους είναι λοιπόν ότι έχει να κάνει με ένα κίνδυνο απροσδιόριστο (Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Η μελέτη της ψυχολογίας σε ένα φιλοσοφικό πλαίσιο χρονολογείται από τους αρχαίους πολιτισμούς της Αιγύπτου, της Ελλάδας, της Κίνας, της Ινδίας, της Περσίας κ.τ.λ.. Οι ιστορικοί επισημαίνουν τα γραπτά των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, όπως ο Θαλής ο Μιλήσιος, ο Πλάτων και ο Αριστοτέλης και ιδιαίτερα η πραγματεία του τελευταίου *«Περί ψυχής»*, ως το πρώτο σημαντικό «σώμα» εργασίας στη Δύση, πλούσιο σε ψυχολογική σκέψη. Ήδη από τον 4ο αιώνα π.Χ., ο Έλληνας ιατρός Ιπποκράτης διατύπωσε τη θεωρία ότι οι διάφορες ψυχικές διαταραχές είναι περισσότερο φυσικής, παρά θεϊκής, προέλευσης (Παπαγεωργίου & Βασιλοπούλου 2012).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελεί μια κατάσταση συχνή. Εντούτοις, με τα αυστηρά κριτήρια του DSM-V ανιχνεύεται σε μικρότερα ποσοστά από ό,τι με τα κριτήρια του DSM-IV. Υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός ενός χρόνου της διαταραχής κυμαίνεται ανάμεσα στο 3-8%. Είναι η διαταραχή που συνυπάρχει πιο συχνά από σε σχέση με άλλες διαγνωστικές κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών, συνήθως με μια άλλη αγχώδη διαταραχή ή με μια διαταραχή της διάθεσης. Ίσως, το 50% των ασθενών με αγχώδη διαταραχή υποφέρει ταυτόχρονα και από άλλη ψυχική διαταραχή.

Υπολογίζεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές προσβάλλουν 5 έως 7% του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας και ότι το 29 % του πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια αγχώδη διαταραχή τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής του. Σε μελέτη που υλοποιήθηκε η ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων υπό των Σκαπινάκη και συν. (2013), ερευνήθηκαν τα επιδημιολογικά στοιχεία των ψυχικών διαταραχών στη χώρα μας. Συχνότερη ψυχική διαταραχή στον ελληνικό πληθυσμό είναι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή με ποσοστό εμφάνισης 4,1%. Σε άλλη έρευνα του Παγκράτη (2013) στις γυναίκες εμφανίζεται πιο συχνά, 5,62% έναντι 2,55% των ανδρών, ενώ στο 47,8% του δείγματος παρατηρήθηκε ότι η διαταραχή εξακολουθούσε να υπάρχει μετά την έλευση ενός έτους από την εμφάνισή της.

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μια από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες απαντούν στο γενικό πληθυσμό. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η διάγνωσή τους και η έγκαιρη αντιμετώπιση, για την αποφυγή χρονιότητας, της σημαντικής ανικανότητας και του υψηλού κόστους (προσωπικού και κοινωνικού) που προκαλούν. Σε σχέση με το οικονομικό κόστος αυτών των διαταραχών, έχει προσδιοριστεί ότι στη Μ. Βρετανία, ότι το κόστος των αγχωδών διαταραχών στην ΠΦΥ ήταν μεγαλύτερο από το κόστος της υπέρτασης, ενώ το κόστος υπηρεσιών ΠΦΥ στις ΗΠΑ ήταν διπλάσιο σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές

διαταραχές σε σχέση με ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές (Αυγουστάτος 2008).

Λόγω του σωματικού χαρακτήρα πολλών από τα αγχώδη συμπτώματα, ο ασθενής καταφεύγει επανειλημμένα σε διάφορες ιατρικές υπηρεσίες, που υπερφορτώνονται και υποβάλλεται σε πολυάριθμες περιττές εξετάσεις ή ακόμα και επεμβάσεις. Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα έρευνα στην ΠΦΥ υλοποιήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών και σε αυτή έλαβαν μέρος 26.000 ασθενείς των υπηρεσιών αυτών.

Σύμφωνα με τον Αυγουστάτο (2008) τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής ανέφεραν ότι το 24% των ασθενών των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές, συνήθως καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Ακόμα, το 9 % των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ, ανέφεραν σημαντική ψυχοπαθολογία αυτού του τύπου, αν και δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών. Στο γενικό πληθυσμό της Αθήνας οι αγχώδεις διαταραχές υπερτερούν σε συχνότητα της κατάθλιψης. Παρόμοια υψηλή συχνότητα αγχωδών διαταραχών παρατηρήθηκε στα Λατινο-αμερικανικά κέντρα της έρευνας (Σαντιάγκο, Ρίο Ντ' Ιτζανέϊρο). Παρά την αυξημένη συχνότητα στο κέντρο της Αθήνας, μόνο το 13,4 % των ασθενών με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή . Το αντίστοιχο παγκόσμιο ήταν 64,1 %. Σε ένα άρθρο της Telegraph τόνισε, πρόσφατες μελέτες σε άγχος στο επιδημιολογικό επίπεδο έχουν αναφέρει ότι η διάγνωση των διαταραχών άγχους, συχνά σχετίζεται με χρόνια στρες και έχουν αυξηθεί σημαντικά από την έναρξη της πιστωτικής κρίσης, με συνταγές για Valium έως 13%, και για αντικαταθλιπτικά, ένα εντυπωσιακό 38%, με 43 εκατομμύρια συνταγές μόλις πέρυσι. Και αυτό είναι μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο(Lied et al. 2005).

Τα ποσοστά στις ΗΠΑ είναι συγκριτικά τεράστια, διακρίνονται 40 εκατομμύρια ενήλικες που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, σύμφωνα με τις εκθέσεις Aada. Ένα ποσοστό κοντά 18% του πληθυσμού, σε σύγκριση με 13% στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα. Ο αριθμός

αυτός ταυτοποιείται επίσης και από την Εθνική Μελέτη Συν νοσηρότητα Έρευνα αναπαραγωγής, η οποία αναφέρει ότι 18,1% των αμερικανικών ατόμων υποφέρουν από συμπτώματα άγχους σε οποιοδήποτε δεδομένο έτος και 5,7% την εμπειρία διαταραχή γενικευμένου άγχους (GAD) (Kessler et al. 2005)

Η ΓΑΔ (Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή) επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες και υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό ζωής περίπου 5% (3% επιπολασμό έτους). Λίγοι από τους ασθενείς με ΓΑΔ επιζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Πολλοί από αυτούς επισκέπτονται παθολόγους, καρδιολόγους ή πνευμονολόγους. Σε σύγκριση με τη διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη η ΓΑΔ είναι σχετικά ήπια διαταραχή. Περίπου 10%-12% των αγχωδών ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους έχουν ΓΑΔ. Για όλες τις αγχώδεις διαταραχές διακρίνεται ένα εύρος επικράτησης ενός μηνός από 2,5 % - 8,2 %. Επικράτηση έτους αρκετά υψηλή : 17,2 % και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής φθάνει το 24,9 %. Σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούσαν τη συχνότερη και στην Ελλάδα είναι η δεύτερη σε συχνότητα, μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές, ομάδα ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών αυτών στο γυναικείο φύλο είναι σημαντικά υψηλότερη απ' ότι στο ανδρικό, με μια αναλογία 2/1 έως και 3/1. Ακόμα, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχωδών με μεταβλητές όπως το εισόδημα, την εκπαίδευση και την εργασία. Παρόλα αυτά, είναι εξαιρετικά δύσκολο στις διάφορες έρευνες να πιστοποιηθεί η κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, δηλαδή εάν οι κοινωνικές μεταβλητές επιδρούν στη διαταραχή, ή αν αντίθετα αυτές οφείλονται στα εμπόδια και περιορισμούς που βάζει η ψυχική διαταραχή στα άτομα που πάσχουν από αυτήν. Όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες, δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία. Είναι όμως γνωστό ότι η συχνότητά τους είναι πολύ μικρότερη στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Έχει ακόμα αναφερθεί ότι ορισμένες ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών, όπως είναι οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις και τα άστεγα άτομα που διαβιούν στο περιθώριο, σε συνθήκες φτώχειας (Παπαδάκη 2014)

1.4 ΤΥΠΟΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι αγχώδεις διαταραχές διακρίνονται από ένα φάσμα κλινικών συνδρόμων που προσδιορίζεται από νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και ποικίλα σωματικά συμπτώματα (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 2000). Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές και επηρεάζουν ένα ποσοστό από 13,6% έως 28,8% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια ζωής τους (Kessler et al. 2005)

Η διαταραχή γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ) είναι μια συχνή και εξουθενωτική αγχώδης διαταραχή που περιγράφεται από υπερβολικό άγχος και ανησυχία (Ballenger 2001). Παρόλο που η παθολογική ανησυχία είναι το κεντρικό χαρακτηριστικό της ΔΓΑ, οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν πολλαπλά σωματικά συμπτώματα και αυτά είναι συχνά τα συμπτώματα εκδήλωσης (Wittchen, et al. 2002).

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνονται μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών με το μεγαλύτερο επιπολασμό και κόστος και συντελούν σε σημαντική λειτουργική εξασθένηση και εξαιρετικά διογκωμένη χρήση πόρων υγειονομικής περίθαλψης (Wittchen, et al. 2002), (Lieb et al. 2005).

Η ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών

Δύο συστήματα έχουν δημιουργηθεί για την ταξινόμηση και διάγνωση ψυχικών διαταραχών βάσει κριτηρίων, τα οποία συχνά γίνονται χρήση τους στο σύνολο του πληθυσμού:

- το σύστημα που δημιουργήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) και παρουσιάζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 4η έκδοση, αναθεώρηση κειμένου (DSM-IV-TR)

- το σύστημα που δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και παρουσιάζεται στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, 10η έκδοση (ICD-10) (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 1992).

Η ICD-10 ταξινομεί το σύνολο των τύπων της νόσου και των διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών, ενώ το DSM-IV ταξινομεί μόνο ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που διακρίνονται κάποιες διαφορές ανάμεσα στα 2 συστήματα σε σχέση με την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, οι δημιουργοί τους συνεργάστηκαν και έτσι οι ορισμοί και τα κριτήρια στις περισσότερες περιπτώσεις διακρίνονται από σημαντικές ομοιότητες. Ενώ η ICD-10 είναι το επίσημο σύστημα ταξινόμησης στο οποίο γίνεται χρήση στην Ευρώπη και σε αρκετά ακόμα μέρη του κόσμου, η ταξινόμηση DSM-IV γίνεται χρήση της συχνά σε ερευνητικές μελέτες (Sadock & Sadock 2000).

Κατά το προηγούμενο χρονικό διάστημα ταυτοποιήθηκαν αρκετοί τύποι αγχώδων διαταραχών. Το DSM-IV ταυτοποιεί 12 κατηγορίες αγχώδων διαταραχών, οι οποίες υπάρχουν επίσης στην ICD-10. Ως κατηγορία, οι αγχώδεις διαταραχές είναι εξίσου συχνές με ή ακόμη πιο συχνές από τις διαταραχές διάθεσης (που περιλαμβάνουν τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή - ΜΚΔ). Η συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια ζωής οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής είναι περίπου 13,6% έως 28,8%, όπως προαναφέρθηκε στην αρχή της παραγράφου ενώ η αντίστοιχη συχνότητα των διαταραχών διάθεσης είναι 14,0% έως 20,8% (Alonso et al. 2004), (Kessler et al. 2005).

1.5 ΑΙΤΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό μέρος της καθημερινότητας ένα άτομου και προκύπτει όταν το σώμα και το μυαλό μας αντιμετωπίζουν απαιτήσεις οι οποίες ξεπερνούν την ικανότητα μας να ανταποκριθούμε. Η διάγνωση του παθολογικού άγχους είναι σχετικά απλή, αλλά είναι συχνά δύσκολο να προσδιοριστούν οι αιτίες του. Το παθολογικό άγχος μπορεί να προσδιοριστεί σε πρωτογενές άγχος, όταν δεν έχει εμφανή αιτία και σε δευτερογενές άγχος, όταν αυτά πηγάζουν από περιβαλλοντικό, σωματικό ή ψυχολογικό stress. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θεραπεία επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της αιτίας του άγχους. Το δευτερογενές άγχος είναι πιθανόν να προκαλείται από οργανικές διαταραχές όπως για παράδειγμα άνοια, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές από χρήση ουσιών και ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και σχιζοφρένεια (Αλεβίζος 2008).

Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες υγείας δεν το εντοπίζουν και αποτέλεσμα αυτού είναι να μην αντιμετωπίζεται το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς. Αρκετά συχνά τα άτομα που υποφέρουν από άγχος εκδηλώνουν ασαφή, μεταβαλλόμενα και αρκετές φορές συγκεχυμένα συμπτώματα, τα οποία εσφαλμένα σχετίζονται είτε με σωματικά νοσήματα είτε με άλλες ψυχικές διαταραχές. Τα συμπτώματα αυτά πιθανόν να είναι χρόνια και να έχουν προκαλέσει μερική ή μόνιμη ανικανότητα στο άτομο ή να εκδηλώνονται ως μέρος μιας ξεχωριστής ψυχικής διαταραχής ή ακόμα να περιλαμβάνουν άλλες οργανικές ή μη καταστάσεις. Έτσι η καθιέρωση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων, όπως οριοθετούνταν στα δυο γνωστά ταξινομικά συστήματα (ICD-10 και DSM-IV), και η ανάπτυξη κλιμάκων για την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική εκτίμηση του άγχους, διευκολύνουν τις προσπάθειες των γιατρών να τοποθετούν τα συμπτώματα της κάθε αγχώδους διαταραχής σε σαφή διαγνωστικά όρια (Αλεβίζος 2008). Η λήψη ιστορικού και η ψυχιατρική αξιολόγηση του ασθενούς προσφέρει σημαντικές πληροφορίες. Για την αξιολόγηση του άγχους είναι αναγκαίο να διερευνώνται οι ακόλουθη παράμετροι:

- α) οι βιολογικές αιτίες.
- β) οι ψυχιατρικές αιτίες.

γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί του ατόμου.

δ) οι κοινωνικές αιτίες.

Η συνέντευξη αποτελεί τον κεντρικό στοιχείο και η σημασία της ορθής αξιολόγησης είναι πολύ σημαντική. Ο άρρωστος είναι αναγκαίο να μπορέσει μέσα στα περιορισμένα χρονικά πλαίσια της συνέντευξης να ικανοποιήσει τις ανάγκες του με το να αναφερθεί όπως αυτός επιθυμεί στο ζήτημα του. Αρκετά συχνά η βασική αιτία της διαταραχής δεν είναι από τα πρώτα ζητήματα που θα συζητήσει ο άρρωστος με τον γιατρό του. Συνεπώς ενιαία αναγκαίο να αποφεύγεται επιμελώς εκ μέρους του μια οργανικά προσανατολισμένη διαγνωστική προσέγγιση της διαταραχής, γιατί το άγχος θα πρέπει να αξιολογηθεί αντικειμενικά και αφού αποκλειστούν όλα τα πιθανά σωματικά νοσήματα που εκδηλώνουν παρόμοια συμπτωματολογία. Αν ο γιατρός αντιλαμβάνεται ότι ο ασθενής συνειδητά ή ασυνείδητα, αποκρύπτει στοιχεία σχετικά με τη συμπτωματολογία του, τότε οφείλει να επιδιώξει μια καινούργια συνάντηση μαζί του, η οποία θα έχει ως στόχο να καλυτέρευση τη μεταξύ τους σχέση και να βοηθήσει περισσότερο ουσιαστικά προς την κατεύθυνση της σωστής διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας (Χατζημανώλης 2008).

Σε σχέση με τα βιολογικά αίτια, οι βασικότερες ασθένειες που πιθανόν να προκαλέσουν ή να επιβαρύνουν συμπτώματα άγχους, αδρά ταξινομημένες είναι: τα νευρολογικά νοσήματα κατά 25%, οι ενδοκρινικές παθήσεις κατά 25%, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 12%, τα ανοσολογικά νοσήματα κατά 12%, τα λοιμώδη νοσήματα κατά 12%, όπως επίσης και άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβανομένων και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής κατά 14%. Όταν υπάρχει σωματική νόσος όπως για παράδειγμα άσθμα η ίδια η νόσος αλλά και η θεραπεία της είναι πιθανόν να πυροδοτήσουν άγχος. Οι συνηθέστερες οργανικές αιτίες άγχους είναι οι αρρυθμίες, οι παθήσεις του θυρεοειδούς, η κατάχρηση καφέ και τσιγάρων, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια, όπως επίσης η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (βενζοδιαπίνες) ή ουσιών (αλκοόλ, αμφεταμίνες, κοκαΐνη).

Επόμενο βήμα για την τεκμηρίωση της διάγνωσης μιας αγχώδους διαταραχής, είναι ο αποκλεισμός άλλων ψυχιατρικών παθήσεων. Όπως για παράδειγμα, στο 50% των ατόμων με κατάθλιψη συνυπάρχει αγχώδης διαταραχή. Επί εγκατεστημένης ψυχιατρικής διαταραχής, εξίσου σημαντική είναι η μελέτη της πιθανότητας το άγχος να αποτελεί εκδήλωση αποδιοργάνωσης λόγω της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η διάγνωση της ψυχιατρικής διαταραχής, της οποίας το άγχος αποτελεί σύμπτωμα συντελεί σημαντικά στην αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

Μετά τη διερεύνηση των βιολογικών και ψυχιατρικών αιτιών, είναι σημαντικό να μελετώνται οι εξής παράμετροι :

- α) το προσωπικό νόημα που δίνει ο ίδιος ο ασθενής στη νόσο
- β) οι κοινωνικές αιτίες του άγχους και
- γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί που κινητοποιούν τα άτομα με στόχο να αντιμετωπίσουν το άγχος δηλαδή τις κοινωνικές, νοητικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πρακτικές που ακολουθούν όταν νοιώθουν απειλή (Αλεβίζος 2008).

Ως μηχανισμοί διαχείρισης περιγράφονται οι συνειδητές στρατηγικές που ακολουθούν τα άτομα για τον έλεγχο προβληματικών ή δυνητικά ζημιογόνων καταστάσεων για την ψυχική ισορροπία ενώ ως μηχανισμοί άμυνας, προσδιορίζονται οι μη συνειδητές στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την ανακούφιση δυσάρεστων συναισθημάτων τα οποία αποκτούν μια 'μη ελέγξιμη' κατάσταση. Οι μεν μηχανισμοί διαχείρισης σχετίζονται με την προσαρμογή του οργανισμού στις εξωτερικές συνθήκες ενώ οι μηχανισμοί άμυνας συνδέονται με τον εσωτερικό ψυχικό κόσμο. Με σκοπό εαυτών των μηχανισμών είναι η επαναφορά της ομοιοστασίας (Αλεβίζος 2008).

Υπάρχει ένα σύνολο από γεγονότα και μεταβολές στην ζωή των ανθρώπων που πιθανόν να τους προκαλέσουν άγχος. Τέτοια γεγονότα είναι σίγουρα τα δυσάρεστα, αλλά και πολλά ουδέτερα ή ακόμα και τα ευχάριστα. Το άγχος λόγω των παραποιήσεων της σκέψης πολύ συχνά διαμορφώνεται σε μία τελείως φυσιολογική αντίδραση σε μια αγχώδη κατάσταση πρόβλημα επειδή το άτομο συνδέεται και μπαίνει σε ένα

φαύλο κύκλο που διαιωνίζει την ψυχολογική πίεση. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που συντελούν στην διαμόρφωση του φαύλου κύκλου συνίστανται σε παραποιήσεις της σκέψης. Σαν συνολικές συμβουλές αντιμετώπισης του άγχους με ή χωρίς την βοήθεια ψυχολόγου είναι σημαντικό το άτομο να αποκτά μία καλή αυτογνωσία και ετοιμότητα ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει όσο γίνεται πιο ανώδυνα, ακόμα και εποικοδομητικά, τα αναπόφευκτα στρεσογόνα που προκύπτουν στην ζωή.

Στην προσέγγιση του ασθενούς με άγχος είναι αναγκαίο σε ένα πρώτο επίπεδο να μελετηθεί το άγχος και αν υπάρχουν οργανικά, ψυχιατρικά ή κάποια άλλη αγχώδης διαταραχή. Η ηλικία άνω των 35 ετών, η απουσία ιστορικού αγχώδους διαταραχής, η απουσία ιστορικού μεγάλου άγχους ή φοβιών στην παιδική ηλικία, η απουσία σημαντικών γεγονότων ζωής που να πυροδοτούν τα αγχώδη συμπτώματα και η φτωχή ανταπόκριση σε φάρμακα που περιορίζουν την ένταση των κρίσεων πανικού είναι παράγοντες που συνδέονται με το οργανικό άγχος. Ακόμα είναι αναγκαίο να συνυπολογιστεί η αλληλεπίδραση της βιολογίας και περιβάλλοντος κατανοώντας ότι η ανταπόκριση του κάθε ατόμου στις μεταβολές της φυσιολογίας που σχετίζονται με το άγχος και το φόβο και συνδέεται με παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων ως επικίνδυνων και καταστροφικών με τη συστηματική γνωσιακή προκατάληψη υπέρ τα απειλής αποδίδεται στο εγγενές χαρακτηριστικό κάθε ατόμου.

1.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΓΧΟΥΣ

Η πρόληψη του άγχους αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στάδια στην αντιμετώπιση του και είναι αναγκαίο να είναι στις προτεραιότητες οποιασδήποτε οργανισμού από τη στιγμή που προκαλεί τόσο σημαντικά ζητήματα στον άνθρωπο και γενικότερα στο κοινωνικό σύνολο. Η πρόληψη είναι προαπαιτούμενη για τον περιορισμό των συμπτωμάτων άγχους και την ανάρρωση των ατόμων που εμφανίζουν έντονο άγχος στον χώρο που δραστηριοποιούνται ή πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές (Munoz et al. 2010).

Η στοχευόμενη πρόληψη ειδικά στα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο μπορεί να περιορίσει το κόστος και πιθανόν να εφαρμοστεί με τη μέγιστη αποτελεσματικότητα όταν γίνεται χρήση των κατάλληλων πόρων στην κατάλληλη στιγμή. Συστήματα πρόληψης άγχους μεταχειρίζονται για παράδειγμα ήδη σε εταιρείες κρατών όπως το Ηνωμένο Βασίλειο (NICE 2009), όπου γίνεται εφαρμογή συγκεκριμένων κάνουν σε ξεχωριστά βήματα για την αντιμετώπιση ζητημάτων άγχους (NICE 2009).

Στο πρώτο βήμα εντάσσεται η παρατήρηση όπου ο/η εργαζόμενος παρατηρεί τον εαυτό του και τους συνεργάτες του και την ίδια στιγμή παρατηρείται από επόπτες έτσι ώστε να προσδιοριστούν τα οποιαδήποτε συμπτώματα άγχους το συντομότερο δυνατόν. Αυτή η τακτική καθίσταται πολύ πιο ισχυρή όταν το άτομο έχει λάβει μία ελάχιστη ενημέρωση από κάποιον ειδικό σύμβουλο όσον αφορά συμπτώματα και μεθόδους αντιμετώπισής τους. Στην περίπτωση που κάποιο άτομο νιώσει ότι βιώνει υπερβολικό άγχος, το επόμενο βήμα είναι η συζήτηση με κάποιον ειδικό. Ο/Η ειδικός στην περίπτωση αυτή θα προσπαθήσει σε ένα πρώτο επίπεδο να αντιληφθεί το πρόβλημα, να καταπραΰνει τα συμπτώματά του αλλά κυρίως να του δώσει τις ανάλογες γνώσεις αυτοβοήθειας που του είναι αναγκαίες στην μελλοντική καταπολέμηση αγχογόνων συμπτωμάτων (Minuchin et al. 2007).

Η εκπαίδευση αυτή είναι αναγκαίο να προσδιορίζεται από ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο και διαρκεί μία ή δύο φορές την εβδομάδα στην βάση των αναγκών του εργαζομένου και έχει ως ανώτατο όριο τις 6 συνεδρίες. Στις τηλεφωνικές συζητήσεις υλοποιείται μία πρώτη «διάγνωση» των συμπτωμάτων και παραδίδεται το ιστορικό του ατόμου έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό αν υπάρχουν ασθένειες ή άλλοι βιολογικοί ή φαρμακευτικοί λόγοι που πιθανόν να έχουν επίδραση στα αγχώδη συμπτώματα. Ακόμα είναι αναγκαίο να συζητηθούν και τα όποια κοινωνικά προβλήματα που πιθανόν να προκαλούν το άγχος και τέλος γίνεται μία συζήτηση για τα συναισθηματικά συμπτώματα που μπορεί να ζει το άτομο (Minuchin et al. 2007).

Στην περίπτωση που το άγχος δεν εξαλείφεται μετά τις τηλεφωνικές συνεδρίες, είναι αναγκαία η προσφύγει σε κάποιον ειδικό ώστε να γίνει από τον ειδικό αντιληπτή η φύση των συμπτωμάτων, να ταυτοποιηθούν οι πιθανές περιοχές προβληματισμού που μπορεί να συνδέονται με το άγχος, να προσφερθούν μέσω της συζήτησης πιθανές λύσεις και να συσταθεί ένα σχέδιο το οποίο θα περιλαμβάνει βήματα που θα πρέπει ο εργαζόμενος να υλοποιήσει. Σε κάθε συνάντηση θα εξετάζεται η πρόοδος του ατόμου και οι λύσεις που προτείνονται θα μεταλλάσσονται έτσι ώστε να του εστιάζουν καλύτερα (Hatcher et al. 2011, Kottler 2002). Στην περίπτωση που το άτομο συνεχίσει να βιώνει αγχώδη συμπτώματα είναι αναγκαίο να συμβουλευτεί κάποιον γιατρό ή ψυχολόγο οπότε και περνάει από το στάδιο της πρόληψης στο στάδιο της θεραπείας.

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM- 5 που έχει κατασκευάστηκε και εκδόθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το Μάιο του 2013, η διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής προσδιορίζεται ως:

(Α) Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που εμφανίζονται για περισσότερες από μία ημέρες σε περίοδο 6 μηνών τουλάχιστον, και σε έναν αριθμό περιστάσεων ή δραστηριοτήτων όπως είναι η εργασία, η σχολική απόδοση κ.α.

(Β) Το άτομο δυσκολεύεται να έχει υπό έλεγχο την ανησυχία.

(Γ) Το άγχος και η ανησυχία είναι σχετικά με τρία η ακόμα και περισσότερα από τα παρακάτω έξι συμπτώματα, με τουλάχιστον κάποια συμπτώματα παρόντα για περισσότερες της μίας ημέρες για τους προηγούμενους έξι μήνες:

- Κινητική ανησυχία ή το άτομο νιώθει τεταμένο και γενικότερα σε μια διαρκή ανησυχία.

- Εύκολη κόπωση.
- δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους.
- ευερεθιστότητα.
- Μυϊκή ένταση.
- Αναστάτωση του ύπνου δυσκολία να κοιμηθεί ακόμα και να παραμείνει κοιμισμένος.
- Ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος.

(Δ) Το επίκεντρο του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται στα χαρακτηριστικά μίας διαταραχής του Άξονα Γ' για παράδειγμα, το άγχος ή η ανησυχία του ατόμου δεν σχετίζεται στο μήπως πάθει μια προσβολή πανικού. Για παράδειγμα, στη διαταραχή πανικού, μήπως νιώσει αδυναμία σε δημόσιο χώρο όπως σε μια κοινωνική φοβία, μήπως μολυνθεί όπως στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, μήπως βρεθεί μακριά από το σπίτι ή τους κοντινούς συγγενείς όπως είναι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, μήπως πάρει βάρος όπως στη περίπτωση ψυχογενής ανορεξίας. Έτσι, το άγχος και η ανησυχία δεν εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες.

(Ε) Το άγχος, η ανησυχία, ή τα φυσικά συμπτώματα προκαλούν μια κλινικά σημαντική δυσκολία ή αδυναμία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς.

(ΣΤ) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας όπως για παράδειγμα στην κατάχρηση ναρκωτικής ουσίας, στην επίδραση λήψης φαρμάκου ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός), και δεν παρουσιάζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, ή βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης (Katzman 2009).

1.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ

Σε αυτό το σημείο της εργασίας κρίνεται αναγκαίο να αναφερθούν τα συμπτώματα του άγχους. Αρχικά, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η

έκφραση του άγχους πιθανόν να υλοποιηθεί πραγματοποιηθεί με αρκετούς τρόπους. Παρακάτω αναφέρονται τα συνηθεστέρα και ενδεικτικά συμπτώματα έντονου άγχους, τα οποία πιθανόν να παρουσιαστούν μόνα τους ή σε συνδυασμό.

- *Σωματικές Ενδείξεις:* πονοκέφαλοι, μυϊκοί πόνοι, ζαλάδες, δυσκολία στην αναπνοή, αϋπνία, αλλεργίες, πόνοι στο στομάχι, απώλεια/αύξηση βάρους, αύξηση αρτηριακής πίεσης.
- *Συναισθηματικές Ενδείξεις:* ευερεθιστότητα, κυκλοθυμία, θυμός, έλλειψη ελέγχου, αντίδραση στην εποικοδομητική κριτική, Έλλειψη κινητοποίησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση. ψυχολογικές ενδείξεις: δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, μειωμένη δημιουργικότητα, αρνητικές σκέψεις, ανησυχία, εκνευρισμός, κατάθλιψη.
- *Ενδείξεις στη Συμπεριφορά:* έλλειψη χρόνου για ξεκούραση / αναψυχή, πολλές ώρες εργασίας, κακή διαχείριση χρόνου, απομόνωση, προβλήματα στις κοντινές σχέσεις. υπερβολικός θυμός/Φυσική βία, αφηρημάδα, εξάρτηση από το τσιγάρο, τον καφέ, το αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά.

Ο ανθρώπινος οργανισμός, με την «σοφία» που τον διακρίνει, έχει την δυνατότητα να προειδοποιεί όταν και πότε είμαστε αγχωμένοι. Η ακανόνιστη αναπνοή, το αίσθημα «φλογισμένου» προσώπου ή σφιγμένων μυών, όταν νοιώθουμε την ανάγκη να φωνάξουμε δυνατά ή να σπάσουμε κάτι, η ταχυκαρδία και το αίσθημα του κόμπου στον λαιμό είναι συμπτώματα. Ο έστω λίγος χρόνος χαλάρωσης όταν αντιλαμβανόμαστε άγχος είναι τις περισσότερες φορές η καλύτερη λύση. Το να νοιώθουμε άγχος και να το εκφράζουμε είναι διαφορετικό από την άμεση δράση κάτω από το καθεστώς του άγχους. Ο διαχωρισμός αυτός θα είναι αναγκαίος να υλοποιείται να γίνεται αντιληπτό και να συνοδεύει το άτομο, γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο θα σταματήσει να φοβάται το άγχος και θα μπορέσει να ωφεληθεί από το «δώρο» της ύπαρξής του (Elahi & Aroorva 2012).

1.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Όταν το άγχος είναι φυσιολογικό, προσδιορίζεται από ευεργετικό χαρακτήρα διότι συντελεί στην κινητοποίηση του άτομου για δράση και την ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του. Διακρίνεται αποτελεσματική η αντιμετώπιση μέσω της ενημέρωσης και καθοδήγησης του ασθενή ενώ η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν έχει ανάγκη από φαρμακευτική ή ψυχολογική θεραπεία. Σε σχέση με το οργανικό άγχος, αυτό είναι αναγκαίο να αντιμετωπισθεί αιτιολογικά ενώ στις περιπτώσεις ψυχιατρικής νοσηρότητας, η αναγνώριση και η θεραπεία της ψυχιατρικής διαταραχής είναι σημαντική. Όσον αφορά τους νοσηλευόμενους ασθενείς, η φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση του άγχους διακρίνεται από έντονη αποτελεσματικότητα. Οι ανησυχίες για εθισμό διακρίνονται πιθανόν από υπερβολές δεδομένου ότι στο χώρο του νοσοκομείου τόσο η χορήγηση όσο και η χρονική διάρκειά της είναι μικρή (Αλεβίζος 2008, Brown 2009, Σολδάτος 2005).

Οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς. Ακόμα γίνεται χρήση και μη-βενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά, όπως τα νευροληπτικά και η βουσπιρόνη. Οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν θεραπεία εκλογής για τη συμπτωματική αντιμετώπιση του οξέος άγχους και επιδρούν μέσω ειδικών υποδοχέων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Είναι διαφορετικά ως προς την ισχύ, το χρόνο έναρξης της δράσης τους, τη διάρκειά της και τις κατασταλτικές ιδιότητες.

Αντικαταθλιπτικά: Χορηγούνται στην περίπτωση που συνυπάρχει κατάθλιψη ή διαταραχή μετατραυματικού στρες. Συνηθέστερα παρέχονται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Πάντα όμως είναι αναγκαίο να συγχρησιμοποιούνται βενζοδιαζεπίνες για την άμεση ανακούφιση του ασθενή, διότι η δράση των αντικαταθλιπτικών παρουσιάζεται συνήθως μετά από εβδομάδες. **Βαναστολείς:** Χορηγούνται για τη θεραπεία του περιστασιακού άγχους

που σχετίζεται με σωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδίες, εφιδρώσεις, τρόμος των άκρων).

Συνολικότερα, τα φάρμακα αυτά διακρίνονται από έντονη αποτελεσματικότητα όταν είναι αναγκαίος ο έλεγχος της υπερδραστηριότητας του συμπαθητικού συστήματος και τα σωματικά συμπτώματα είναι ενοχλητικά. Άλλα μηβενζοδιαζεπινικά αγχολυτικά: Τα βασικότερα είναι τα ισταμινικά όπως η υδροξυζίνη, τα οποία δεν έχουν αγχολυτικές ιδιότητες, ωστόσο προσφέρουν ανακούφιση από το άγχος. Η βουσπιρόνη χορηγείται σε περίπτωση γενικευμένης διαταραχής του άγχους, ενώ δεν συστήνεται ως αποτελεσματικό φάρμακο στον πανικό. Η αϋπνία που συχνά σχετίζεται με το άγχος, είναι αναγκαίο να αντιμετωπίζεται διότι η παρατεταμένη αϋπνία και γενικά η κακή ποιότητα του ύπνου, επιδεινώνουν την ψυχοπαθολογία του ασθενή(Brown 2009) (Σολδάτος 2005).

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συνιστωσών του άγχους έχει σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση από τα συμπτώματα, στην αποδοχή της νόσου και στην επανένταξη στις προηγούμενες δραστηριότητες. Αναγκαία προϋπόθεση για την επιτυχή αντιμετώπιση του άγχους είναι η διαμόρφωση μιας στενής, θετικής και σταθερής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενή, η οποία είναι σημαντική για την διασφάλιση της συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες. Αναλυτικότερα, στον μη ψυχιατρικό ασθενή, οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγκαίο να επικεντρώνονται στις εξής δυνητικές πηγές άγχους που αντιμετωπίζει ο ασθενής: την αποξένωση, την απώλεια ελέγχου, τη σωματική αναπηρία και το φόβο του επικείμενου θανάτου. Η ενθάρρυνση της έκφρασης σκέψεων, η επεξήγηση του συνόλου των αποριών, η διάθεση χρόνου και η δημιουργία κλίματος ηρεμίας έχουν ευεργετικά αποτελέσματα διότι προσφέρουν στους ασθενείς τη δυνατότητα συζήτησης των ανησυχιών τους και φόβους και να δέχονται απαντήσεις. Ακόμα, η θέση εξάρτησης που έχει ανάγκη η νόσος στον ασθενή παράγει έντονο συναίσθημα απώλειας ελέγχου που πυροδοτεί το άγχος (Σεφεριάδης 2013), (Χριστοδούλου 2005).

Άλλες μορφές αντιμετώπισης του άγχους είναι η ψυχοθεραπεία, που απαρτίζεται από τον πάσχοντα και το θεράποντα και στηρίζεται σε συγκεκριμένες τεχνικές. Τα βασικότερα είδη ψυχοθεραπειών, είναι η ψυχαναλυτική, η συμπεριφοριστική, η γνωστική, η διαπροσωπική, η οικογενειακή, η συμβουλευτική, η υποστηρικτική θεραπεία, κ.ά (Χριστοδούλου 2005). Ψυχοθεραπεία είναι αναγκαία αμέσως μετά από μια βαριά διάγνωση, πριν το χειρουργείο, στη φάση της αποκατάστασης, στους ασθενείς που αρνούνται τη διάγνωση, σε χρόνιες νόσους, (ογκολογικά περιστατικά, ενδοκρινολογικά, καρδιολογικά, αναπνευστικά, κ.ά.) και στο περιβάλλον του ασθενή (Σεφεριάδης 2013).

Άλλες εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες που συνεπικουρούν στην αντιμετώπιση του άγχους είναι η μουσικοθεραπεία. Για παράδειγμα, έχει μελετηθεί ότι, η μουσική έχει ευεργετικά αποτελέσματα στο περιορισμό της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και στη μείωση του άγχους σε ασθενείς με έμφραγμα του μυοκαρδίου (Bradt & Dileo 2009). Ακόμα, ο κατευθυνόμενος οραματισμός συμβάλει στον περιορισμό του άγχους και στην ανάπτυξη θετικής σκέψης. Άλλες εναλλακτικές θεραπείες είναι η αρωματοθεραπεία, η θεραπεία μέσω της τέχνης, οι τεχνικές ελέγχου της αναπνοής, η προοδευτική νευρομυϊκή χαλάρωση, η ύπνωση και η σωματική άσκηση (Everly & Lating 2002).

Η γρήγορη διάγνωση και αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών συντελεί στην αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, στο περιορισμό των επανεισαγωγών και συνεπώς του κόστους νοσηλείας (Χριστοδούλου 2005, Λυκούρας και συν. 2009).

1.10 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ως δεξιότητες περιγράφονται ως οι ακριβείς ενέργειες και οι πολύπλευρες γνώσεις, οι οποίες συνδυαζόμενες συντελούν με

αποτελεσματικό στην ακριβή εκτέλεση και εφαρμογή των νοσηλευτικών σκοπών. Ακόμα, οι δεξιότητες είναι οι συγκεκριμένες ικανότητες που είναι αναγκαίες για να εκφράσει και να βελτιώσει στάσεις, απόψεις, συναισθήματα. Για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή, καθώς και τις διάφορες καταστάσεις που ανακύπτουν κάθε φορά με επιείκεια, ευγένεια, σταθερότητα, σοβαρότητα, συναισθηματική ουδετερότητα, φιλική διάθεση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του αρρώστου, με σεβασμό και αποδοχή της προσωπικότητας του (Παπαγεωργίου 1991).

Οι στόχοι που βάζει κάθε επαγγελματίας υγείας που υποστηρίζει έναν ασθενή με αγχώδη διαταραχή είναι η μεγάλθυμη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, η κατανόηση των χαρακτηριστικών της αγχώδους διαταραχής, η εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, η συμβολή των θετικών συμπεριφορών, η ενίσχυση της αλληλεπίδρασης του ασθενούς με το κοινωνικό και υποστηρικτικό του δίκτυο, η συνεργασία με αποτελεσματικότητα με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, η επαγωγή τεχνικών αυτό-φροντίδας για τις οικογένειες και τα ίδια τα άτομα.

Κάθε άνθρωπος νοιώθει την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο όπου ορισμένοι, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν ανάλογες σχέσεις. Άλλοι χάνουν την ικανότητα αυτή, λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δραστηριοποιούνται με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στη κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην έχουν τη δυνατότητα να φύγουν από το νοσοκομείο ή όταν φύγουν να παθαίνουν γρήγορα νευρικό κλονισμό και να επιστρέφουν πίσω. Για να αντιληφτεί ο ασθενής πως θα δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, είναι αναγκαίο να του παρασχεθεί η ευκαιρία για αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Αρκετοί νοσηλευτές τον εκτελούν οδηγούμενοι από το ένστικτο τους. Μερικοί το καταφέρνουν καλά, άλλοι πολύ άσχημα. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν προσφέρει στους ασθενείς ευκαιρίες

να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές του σχέσεις, όταν συμβάλει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να προγραμματίσουν και να λάβουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. Ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να αναλάβει το ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς έχουν ανάγκη κάποιον να ακούσει με κατανόηση και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν. Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να διαδραματίζει ο νοσηλευτής σε ορισμένες περιπτώσεις, συμβάλει ουσιαστικά τους ασθενείς να αντιληφθούν και να ζουν με περισσότερο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο. Η ακρόαση είναι μια άλλη είναι μια πολύ σημαντική πλευρά πόσο μάλλον όταν ακούς τον ασθενή με συμπάθεια και με ένα θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να προσφέρει συμβουλές, να εκφέρεις γνώμη ή να κάνεις υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να αντιλαμβάνεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα πολύ σημαντικό για αυτόν. Τον βοηθάει να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Του προσφέρει τη βεβαιότητα ότι ο νοσηλευτής πραγματικά φροντίζει για αυτόν και αυτού του είδους η ακρόαση έχει ανάγκη από μέρος του νοσηλευτή χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Αναλυτικότερα ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο:

1. Να είναι ήρεμος, δεν πρέπει να εκνευρίζεται ή και να θυμώνει με τις απαιτήσεις ανήσυχων ασθενών, ιδίως αυτών που έχουν μια δραματική συμπεριφορά ή που ζητούν διαρκώς έναν γιατρό.

2. Να διαθέτει χρόνο. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής θέλει να τον βοηθήσει πραγματικά. Δεν πρέπει να νοιώθει ότι θέλει να τελειώνει γρήγορα μαζί του, για να ασχοληθεί με άλλη δουλειά. Ο νοσηλευτής πρέπει να θυμάται ότι αρκετά εξαρτώνται από αυτό το χρόνο που διαθέτει για τον ασθενή και ότι αν δεν τον χειρισθεί καλά πιθανόν ο ασθενής να γίνει χειρότερα από ότι ήταν, όταν μπήκε στο νοσοκομείο.

3. Να ακούει τον ασθενή. Ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να ενδιαφέρεται και να νοιώθει τον ασθενή, αλλά παράλληλα να είναι

αρκετά αποκομμένος από αυτόν, ώστε να έχει την δυνατότητα να σχηματίσει μια αντικειμενική γνώμη για όσα λέει ο ασθενής.

4. Να καθησυχάζει τον ασθενή. Στην κανονική ψυχοθεραπεία αποφεύγεται η καθησύχηση, γιατί έχει τάση να ενθαρρύνει τον ασθενή σε νευρωτική συμπεριφορά, αλλά, όταν έχουμε μια οξεία κρίση είναι αναγκαίο να τον καθησυχάσουμε. Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να του εξηγήσει με απλά λόγια την αιτία των συμπτωμάτων του, ιδίως αν το άγχος προκαλεί στον ασθενή οργανικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα ταχυπαλμία.

5. Να φροντίζει για απασχόληση του ασθενούς. Αφού ακούσει και μιλήσει με τον ασθενή, πιθανόν να μπορέσει να του βρει μια απασχόληση που θα τον βοηθήσει να ξεφύγει από τα προβλήματα του.

6. Να ηρεμεί τον ασθενή. Η παρακολούθηση του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει έναν υπολογισμό εκτίμηση των καταστάσεων που δημιουργούν το άγχος και την αναστάτωση του ασθενούς καθώς και των καταστάσεων που ο ασθενής φαίνεται να είναι καλύτερα. Οι παρατηρήσεις αυτές φωτίζουν τους παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια.

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή πιθανόν να είναι πολύ μεγάλης σημασίας για τη θεραπεία του ασθενούς. Ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να μην προκαλεί όλο και μεγαλύτερη εξάρτηση του ασθενούς από εκείνον, αλλά παράλληλα δεν πρέπει να προσφέρει στον ασθενή την εντύπωση ότι τον απωθεί. Μια από τις σπουδαιότερες όψεις της νοσηλείας είναι να προγραμματίζεται η ημέρα του ασθενούς με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του (Αλεβίζος 2008).

Αρκετά από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών πιθανόν να αντιμετωπιστούν μέσα στη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή με την χρήση θεραπευτική επικοινωνία.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντικός καθώς περιλαμβάνει πολλούς ρόλους. Αρχικά συντελεί και βοηθά με τις γνώσεις του τον άρρωστο, αποτελεί κλινικό συνεργάτη των ειδικών ή ακόμη και σύμβουλο ψυχικής υγείας για την οικογένεια. Αυτό το υλοποιείται μέσα από την προθυμία του να ακούσει και να εξυπηρετήσει οποιονδήποτε έχει ανάγκη τη βοήθεια του, με την ευγένεια του, την συναισθηματική σταθερότητα του χαρακτήρα του με το θάρρος του και την υπομονή του.

Ακόμα, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η βασική έννοια των νοσηλευτών είναι να παρέχουν στον άρρωστο άνεση και ελευθερία να εκφράσει τα συναισθήματά του, τις επιθυμίες του και να δημιουργήσει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Προσδιορίζουν το έμφυχο θεραπευτικό περιβάλλον της κλινικής με στόχο ο ασθενής άρρωστος να αισθάνεται προστασία, εμπιστοσύνη, αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτοκατανόηση. Στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου νοσηλεύονται άρρωστοι που παραπέμπονται από τις άλλες ειδικότητες είτε γιατί έχουν αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα και παρουσιάζουν ένα πρόσθετο παθολογικό ή χειρουργικό σύμπτωμα, ή γιατί εκδήλωσαν συμπτώματα μετά από το στρες της αρρώστιας τους ή τέλος γιατί επέδρασαν διάφοροι βιοχημικοί παράγοντες (Κουτούπη 1994).

Ο νοσηλευτής στη βάση των απαιτήσεων της ολοκληρωμένης φροντίδας καλείται να αντιμετωπίσει και το σωματικό πρόβλημα. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίο να διαθέτει ορισμένες τεχνικές και γνώσεις τις οποίες έχει αποκομίσει από τη σπουδή του και την κλινική εμπειρία της άσκησης της γενικής νοσηλευτικής όπως για παράδειγμα περιποίηση τραύματος, κατακλίσεως, τραχειοστομίας (Παπαγεωργίου 1991).

Σημαντικό στοιχείο είναι και αυτό της συνεργασίας με τους συναδέλφους ειδικούς και ψυχιάτρους. Κυρίως, η συνεργασία με τον ψυχίατρο είναι αναγκαίο να είναι στενή σαν αμφίδρομη χημική αντίδραση. Οι παρατηρήσεις και οι ενέργειες του ενός και του άλλου είναι αναγκαίο να έχουν ένα κοινό αποτέλεσμα: την γρήγορη αποκατάσταση

του αρρώστου και την επανένταξη στην κοινωνία όπως για παράδειγμα το εάν αναφερθεί στον γιατρό ότι ο άρρωστος ακολουθεί κάποιες ιεροτελεστίες κατά το πλύσιμο του ή το φαγητό του, ενδεχομένως να τροποποιηθεί η αρχική πιθανή διάγνωση και η θεραπεία. Εάν αναφερθούν από την πλευρά των νοσηλευτών άλλες μεταβολές για τυχόν παρενέργειες ή τοξικές επιδράσεις των φαρμάκων, η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής από τους γιατρούς θα είναι σωτηρία για τον άρρωστο.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της άσκησης του νοσηλευτικού του έργου είναι αναγκαίο να τηρεί εχεμύθεια. Δεν παρέχει πληροφορίες που σχετίζονται με τον άρρωστο, εάν δεν διαθέτει τη συγκατάθεση του. Δεν εμπλέκει προσωπικά βιώματα. Δέχεται τα γεγονότα και τους ανθρώπους όπως ακριβώς είναι. Αναγνωρίζει το δικαίωμα στον άρρωστο να διαθέτει τα δικά του πιστεύω, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις του. Ενημερώνει με πολύ λεπτότητα για τους κινδύνους μίας ενέργειας ή μίας σχέσης, χωρίς να υποδεικνύει ή να αποτρέπει. Η συνεργασία με το σύνολο των συμμετεχόντων γίνεται σε επίπεδο ενημέρωσης και όχι με την έννοια της υπόδειξης. Όταν όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας λειτουργούν αρμονικά ο άρρωστος διαισθάνεται την αγάπη και το ενδιαφέρον του έμψυχου θεραπευτικού περιβάλλοντος και αισθάνεται ασφάλεια (Κουτούπη 1994).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί, πως ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι σημαντικό να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως:

1. Σεβασμός του ψυχικά αρρώστου.
2. Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
3. Ικανότητα διαμόρφωσης θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
4. Διάθεση να συμβάλει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος.
5. Πρόσφορα χρόνου για να τους ακούσει με προσοχή.

6. Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο.
7. Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.
8. Αίσθημα υπευθυνότητας.
9. Ψυχική υγεία.
10. Πίστη και αγάπη στις ενέργειες του ψυχιατρικού νοσηλευτή.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου είναι οι ακόλουθες:

1. Παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους και συνεργασία με τους οικείους τους.
2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας στην περίπτωση που αν έχει εξειδίκευση γι' αυτή.
3. Άσκηση κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με στόχο την πρόληψη αλλά και την παρακολούθηση των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
4. Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας.
5. Συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα και το υπόλοιπο προσωπικό.
6. Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και εφαρμογή μεταβολών στις υπηρεσίες υγείας.
7. Έρευνα σε θέματα ψυχικής υγείας.
8. Συμβολή στην εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής στην κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική (Παπαγεωργίου 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Όταν γίνεται επιστημονικά χρήση του όρο κατάθλιψη υπάρχει αφορά σε ένα κλινικό σύνδρομο που αποτελείται από ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων, όπως η διαρκής θλίψη, η απώλεια ενέργειας και η εξάντληση, η περιορισμένη όρεξη για φαγητό, η αύξηση ή μείωση του ύπνου, η τάση για απομόνωση και κοινωνική απόσυρση, το άγχος, η ανησυχία και η αναποφασιστικότητα, η απογοήτευση, η απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος και η περιορισμένη σεξουαλική ενέργεια, τα αισθήματα ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας, η κακή διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα, η απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης στο σύνολο των δραστηριοτήτων, η απαισιοδοξία για το μέλλον και η εμφάνιση σκέψεων για το θάνατο και την αυτοκτονία (Beekman et al. 1999, Preising 2001).

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η άποψη του αρχαίου κόσμου ως προς την κατάθλιψη, ήταν πολύ κοντά σε αυτήν που ασπάζόμαστε εμείς για την κατάθλιψη (HiCow 2011). Ο Ιπποκράτης αναφερόταν στη μελαγχολία ως μια νόσος του εγκεφάλου που θεραπεύεται με ιάματα που λαμβάνονται από την στοματική κοιλότητα, οι γιατροί που τον ακολούθησαν αυτή την άποψη εστίαζαν στη σύσταση των υγρών του εγκεφάλου και στην δημιουργία αποτελεσματικών ιαμάτων (HiCow 2011). Στον Μεσαίωνα, η κατάθλιψη χαρακτηριζόταν ως εκδήλωση της θείκης δυσμένειας, δηλαδή ήταν ένδειξη πως ο πάσχων είχε αποκλειστεί από την θεία σωτηρία, λόγω αμαρτημάτων. Την χρονική περίοδο αυτή, οι άρρωστοι στιγματίζονταν και η αρρώστια αποκαλούνταν ως θεία τιμωρία, οι ασθενείς αυτή την εποχή σε ακραίες περιπτώσεις, αντιμετώπιζονταν και ως άπιστοι (Kennedy et al. 2001).

Κατά την Αναγέννηση, δημιουργήθηκε ένας πιο ρομαντικός ορισμός της κατάθλιψης. Ο καταθλιπτικός προβαλλόταν σαν πρότυπο του μελαγχολικού ιδιοφυούς, γεννημένου κάτω από το άστρο του Κρόνου, που η δυσθυμία του ήταν ενόραση και ο ευάλωτος ψυχισμός του ήταν το τίμημα για την καλλιτεχνική ευαισθησία και το πολυσύνθετο της ψυχής του (Katon et al. 2009).

Με την εξέλιξη της επιστήμης, από τον 17ο αιώνα έως τον 19ο αιώνα, οι επιστήμονες μέσα από πειραματισμούς προσπάθησαν να προσδιορίσουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και προσπάθησαν να επεξεργαστούν βιολογικές και κοινωνικές στρατηγικές ώστε να περιθωριοποιήσουν το μυαλό έτσι ώστε να μην ξεφεύγει από τις φυσιολογικές λειτουργίες του και την υγιή σκέψη (HiCow 2011). Ο Σίγκμουντ Φρόιντ και τον Karl Abraham, στις αρχές του 20ου αιώνα, εκκινούν την σύγχρονη εποχή. Οι ψυχαναλυτικές ιδέες, αυτών των δύο σημαντικών για την ανθρωπότητα ανθρώπων, για το νου και τον εαυτό πλούτισαν σημαντικά το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα, για να προσδιοριστεί η κατάθλιψη και τις πηγές της. Αυτή η εξέλιξη σε αυτό τον τομέα συνεχίστηκε με δημοσιεύματα του Εμίλ Κρέπελιν, ο οποίος πρότεινε μια καινούργια βιολογική θεώρηση της ψυχικής αρρώστιας (HiCow 2011). Οι ψυχικές διαταραχές για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκαλούνταν μελαγχολία, σήμερα περιγράφονται με την παράδοξα παραστατική λέξη κατάθλιψη, η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα αγγλικά για την περιγραφή της κακής ψυχικής διάθεσης το 1660 και πέρασε σε κοινή χρήση στα μέσα του 19ου αιώνα (Grohol 2010).

Στην αρχαία Ελλάδα ο Εμπεδοκλής προσδιόρισε τη μελαγχολία ως συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής (μέλαινα χολή-μελαγχολία) και ο Ιπποκράτης ως νεωτεριστής, είχε προσεγγίσει ένα είδος σωματικής θεραπείας στα τέλη του 5ου αιώνα πχ., όταν ακόμα η ίδια η ιδέα της νόσου και του γιατρού μόλις αναδυόταν (HiCow 2011). Ο Ιπποκράτης εντόπισε την πηγή του συναισθήματος, της σκέψης και της ψυχικής νόσου στον εγκέφαλο. Ακόμα, είχε την άποψη ότι στη μελαγχολία αναμειγνύονται

εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και ξεχώριζε την αρρώστια που παρουσιαζόταν μετά από φοβερά συμβάντα από την αρρώστια που δεν είχε προφανές αίτιο (Medlook 2011).

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη ασκούσε ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης ασπάστηκε την ιδέα της θείας παραφροσύνης από τον Πλάτωνα και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία (Grohol 2010).

Ο Αριστοτέλης καθώς αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν αναγκαία για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας» (HiCow 2011).

Εν κατακλείδι, οι προσπάθειες να γίνει αντιληπτή η κατάθλιψη χρονολογούνται από τον 4ο αιώνα π.χ., όταν ο Ιπποκράτης έκανε χρήση του όρου μελαγχολία (μέλαινα χολή - μαύρη χολή) για να εξηγήσει την κατάθλιψη και την μελαγχολική προσωπικότητα (Happell et al. 2008).

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η επικράτηση της κατάθλιψης στην κοινωνία είναι 9% έως και 20%, αλλά όταν συνυπολογίστηκε το ακριβέστερο κριτήριο για τον υπολογισμό της ώριμης κατάθλιψης, η επικράτησή της είναι 3% στους άντρες και 4,9% στις γυναίκες (Kaplan & Sandock 2001). Η πιθανότητα να ασθενήσει κάποιος από κατάθλιψη στη διάρκεια της ζωής του, για τις γυναίκες φτάνει περίπου το 20% και για τους άνδρες 10% και αυτός μόνο 20% έως 2% των ανθρώπων έχει τα κριτήρια της κατάθλιψης που έχουν θεραπευτεί. Η επικράτηση της κατάθλιψης είναι στις γυναίκες δύο φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους άντρες και η ηλικία της αρχής της κατάθλιψης διαφέρει από την παιδική ηλικία μέχρι την ηλικία της

αποχώρησης αλλά σε 50% των περιπτώσεων η ασθένεια εκκινεί μεταξύ των ηλικιών 20 έως 50. Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι η ηλικία των 40 ετών (Kaplan & Sandock 2001).

Υπάρχει μια άμεση σχέση ανάμεσα στην αρχής της κατάθλιψης και του άγχους. Σε ένα περιβάλλον εργασίας τα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα μπορούν να διογκώσουν το άγχος (Kalimo 2000). Στους νοσηλευτές-τριες ποικίλοι παράγοντες άγχους, παράγουν την κατάσταση της χρόνιας κόπωσης και η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της απελπισίας (Gallagher 2003). Οι νοσηλευτές-τριες όχι μόνο υιοθετούν το ρόλο των φροντιστών αλλά είναι επιπλέον διοικητές και επόπτες ασθενών (Korn 1998). Εκτελούν το ρόλο του συμβούλου σε σχέση με το ζήτημα της υγιεινής και είναι μέλη μιας ομάδας που εκπαιδεύεται για να είναι αρμόδιοι για τη Δημόσια Υγεία, την πρόληψη ασθενειών, τους συνηγόρους για την πλήρη υγεία των ατόμων, των οικογενειών και της κοινωνίας (Dugas 2002).

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα, όπου η κατάθλιψη είναι προφανές και τεκμηριωμένο ζήτημα (Faulkner & Mackay 2000). Η εγκατάλειψη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και ο περιορισμός στον αριθμό εθελοντών σε αυτόν τον τομέα πηγάζει από ποικίλους λόγους, με μια έλλειψη ικανοποίησης της εργασίας. Εάν οι προσδοκίες μιας σταδιοδρομίας στο επάγγελμα της νοσηλευτικής, επαγγελματικής και προσωπικής δεν ικανοποιούνται, η αποθάρρυνση και η απομυθοποίηση συντελούν σε μια εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Ostooie et al. 2003).

2.4 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Κρίνεται αναγκαίο σε αυτό το σημείο να πραγματοποιηθεί μια εννοιολογική στην διαφορά ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και στην κατάθλιψη ως ψυχική διαταραχή. Αρνητικά αισθήματα θλίψης, στενοχώριας και απογοήτευσης, για παράδειγμα, παρουσιάζονται στην

καθημερινότητα και είναι κοινά στο σύνολο των ατόμων. Το άτομο αισθάνεται απογοήτευση μετά από μια αποτυχία ή θλίψη μετά από ένα χωρισμό ή μια απώλεια. Η θλίψη σκληραγωγεί και εκπαιδεύει ώστε να αντιμετωπιστούν δυναμικά οι αντιξοότητες που πιθανόν προκύψουν στην διάρκεια του βίου. Η αυτογνωσία που προκύπτει μέσα από τις αρνητικές εμπειρίες μας, συμβάλει στο να υλοποιήσουμε προσπάθειες να μεταβάλουμε τον εαυτό μας, ώστε να αποφεύγουμε στο μέλλον τις αρνητικές συνέπειες των ανώριμων συμπεριφορών. Όταν η θλίψη, αντί να περιορίζεται με το πέρασμα του χρόνου, γίνεται πιο έντονη και διαρκεί περισσότερο από δύο εβδομάδες, εμποδίζοντας τις φυσιολογικές δραστηριότητες και καθημερινή λειτουργικότητα, όπως στη δουλειά, στη διατροφή, στον ύπνο και στις διαπροσωπικές σχέσεις, τότε ξεκινά να υπάρχουν υπόνοιες για τη διάγνωση της κατάθλιψης, όπως αυτή περιγράφεται διαγνωστικά βάσει DSM-IV R και χρησιμοποιείται επιστημονικά (American Psychiatric Association 1994), (Beekman et al. 1999).

Η κατάθλιψη διακρίνεται σε δύο κύριους τύπους, τον πρωτοπαθή και το δευτεροπαθή τύπο. Η βασική διαφορά τους είναι ότι στο δευτεροπαθή η κατάθλιψη παρουσιάζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος, σε μια χρόνια νόσο. Ακόμα η κατάθλιψη πιθανόν να αναπτυχθεί και πάνω σε κάποιου άλλου ψυχιατρικού νοσήματος, για παράδειγμα μιας αγοραφοβικής νεύρωσης. Η πρακτική σημασία της ταξινόμησης αυτής είναι συχνά είναι αρκετά σημαντική, διότι σε κάποιες περιπτώσεις η κατάθλιψη είναι η πρώτη εκδήλωση ενός άλλου νοσήματος, το οποίο έχει ανάγκη ειδικής θεραπείας. Η διάγνωση της πρωτοπαθούς κατάθλιψης πρέπει να μπαίνει αφού έχουν αποκλειστεί το σύνολο όλων των άλλων νοσημάτων νοσήματα που πιθανόν εμφανίσουν ως μια από τις εκδηλώσεις τους κατάθλιψη. Ανάλογα με την σοβαρότητά της ταξινομείται από κλινική άποψη σε σοβαρή - μέτρια - ελαφριά.

Η σημασία της ταξινόμησης αυτής έχει να κάνει τόσο με πρακτικά θεραπευτικά ζήτημα που πιθανόν να σχετίζονται τόσο με το είδος θεραπείας, όπως για παράδειγμα την ανάγκη νοσηλείας όσο και με την πρόγνωση. Στη σοβαρή μορφή ο ασθενής παρουσιάζει όλα σχεδόν τα

συμπτώματα και η κατάθλιψη έχει επηρεάσει σχεδόν όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, με αποτέλεσμα το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή να είναι σε μεγάλο βαθμό περιορισμένη. Έρευνες ετών έχουν προσδιορίσει ορισμένους παράγοντες που διακρίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Είναι πιθανόν κάποιος να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυγκρασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν παρατηρήσουμε την κατάθλιψη με αυτόν τον τρόπο, τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να διακρίνονται και αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη (Baker et al. 2010).

2.5 ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αιτιοπαθογένεια κατάθλιψης

- 1) Γενετικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος να εισέρθει κάποιος σε κατάθλιψη, προκύπτει στην περίπτωση όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι πηγάζει από σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από διάφορα γονίδια που εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών που διογκώνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με κάποιο άλλο να πάθει κατάθλιψη, όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες όπως βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί του περιβάλλοντος (Μάνος 1997).

2) Βιολογικοί παράγοντες. Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχει ερευνηθεί ότι πιθανόν να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επιδρούν στην λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που προσδιορίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν:

- Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις, όπως ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ., όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Συστηματικές διαταραχές, όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος.
- Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό αλφα-μεθυλ-ντόπα και το αλκοόλ (Cuijpers & Schoavers 2004).

Η αποκάλυψη ορισμένων από τους βιολογικούς μηχανισμούς που λαμβάνουν μέρος στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε αδιαμφισβήτητα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής συνολικότερα τον προηγούμενο αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους (Ranga & Krishnan 2002).

Την ίδια περίπου χρονική περίοδο αναφέρθηκε ότι ασθενείς που λάμβαναν κάποια φάρμακα για τη ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης παρουσίαζαν ως παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό

χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι επηρέαζαν τους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο περιόριζαν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που δημιουργούσαν αύξηση στη συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 έως και τις μέρες μας πολλά έχουν ανακαλυφτεί για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι εφετικό να αναφερθούν στην παρούσα εργασία, στις μέρες μας είναι βέβαιο ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται σημαντικά στην δημιουργία της κατάθλιψης και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας, αποσκοπούν στο να αυξήσουν τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά στο σύνολο των μορφών κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συντελούν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

Εικόνα 1: Νευροδιαβιβαστές



Πηγή: <https://www.therapia.gr/ti-einai-i-serotonini/>

3) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Ορισμένες έρευνες αναφέρουν ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας όπως θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών, έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι. Ακόμα, μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών όπως θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο, είτε κοινωνικών οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής είτε ακόμη

ψυχοκοινωνικών απώλεια εργασίας, μετανάστευση, που συμβαίνουν στην ενήλικη ζωή φαίνεται να διογκώνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Bemporad 1999).

Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους ζητήματα δείχνει φαίνεται να ευνοεί σε ορισμένες περιπτώσεις τη δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να «παραμορφώνουν» τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Στηριζόμενοι σε αυτή την γενική αρχή έχει δημιουργηθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο αντίληψης και να συμβάλει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (Pikhart et al. 2004).

2.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η πρόληψη οποιασδήποτε κατάστασης αποτελεί μια προτιμότερη κατάσταση από τη θεραπεία. Έτσι, και στην περίπτωση της κατάθλιψης, αποτελεί μια πολυπλοκότερη κατάσταση σε σχέση με την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών. Με την πρόληψη γίνεται αναφορά της αποφυγής της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να διαμορφώσει. Οι καταθλιπτικοί είναι αναγκαίο να γνωρίζουν πως και που να βρίσκουν επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζονται και να το κάνουν το ταχύτερο δυνατό. Η κατάθλιψη προσδιορίζεται ως πρόβλημα υγείας, άρα η πρόληψή της είναι εφικτό να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: τρίτο, δεύτερο και πρώτο. Η τρίτου βαθμού πρόληψη έχει ανάγκη από τη λήψη μέτρων του ατόμου που γιατρεύτηκε από την κατάθλιψη για α μην επανέλθει πάλι σε αυτήν.

Ο καταθλιπτικός αναβάλλει να αντιμετωπίσει μόνος του καταστάσεις που είναι δύσκολες ή δυσάρεστες. Ένα καταθλιπτικό άτομο για να αναρρώσει και να απομακρυνθεί από την κατάθλιψη, έχει ανάγκη

από συνεργασία και ειλικρίνεια από τα μέλη της οικογένειάς τους. Σε κάποιες περιπτώσεις η κατάθλιψη πηγάζει από κάποια σημαντική μεταβολή στη ζωή μας. Τότε η ανάρρωση και η αναπροσαρμογή έχουν ανάγκη από έναν καινούργιο προσανατολισμό και τρόπο ζωής. Η επαφή με άτομα που έχουν παρόμοιο πρόβλημα μπορεί να συμβάλει το θεραπευόμενο να καταλάβει τις ευκαιρίες που υπάρχουν και πώς να τις εκμεταλλευτεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ανάγκη από διαρκή επιμόρφωση των επιστημών που ασχολούνται με καταθλιπτικούς ασθενείς. Απαραίτητη είναι η αφύπνιση του κοινού για τη φύση της κατάθλιψης ώστε εκείνοι που έχουν ανάγκη βοήθειας να την βρίσκουν όσο πιο γρήγορα γίνεται. Το σοβαρότερο εμπόδιο στη δευτεροβάθμια πρόληψη είναι οι περιορισμένες γνώσεις ψυχιατρικής που προσφέρονται στη πλαίσιο της ιατρικής εκπαίδευσης.

Η διαρκής επιμόρφωση του ψυχιάτρου και των άλλων επιστημών που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι μείζονος σημασίας. Ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί συχνά έχουν ανάγκη επιπρόσθετη εκπαίδευση στις μεθόδους της σύντομης ψυχοθεραπείας και στη γνώση των κριτηρίων για χρησιμοποίηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ηρεμιστικών. Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει δύο στόχους: να μεγανθείς την επίγνωση του κοινού για καλύτερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και να διδάξει το άτομο πώς να αποφεύγει την παγίδευση στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον. Η μάθηση σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την ποιότητα του δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού κατά τη διάρκεια βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Η σωστή επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας αναφέρεται την βιβλιογραφία ως από τα σημαντικότερα μέτρα για την πρόληψη της κατάθλιψης. Η πρόληψη έχει ανάγκη τρόπων με τους οποίους το άτομο θα αντιληφτεί να αντιμετωπίζει την ένταση της ζωής του. Αυτό πιθανόν να το μάθει διδαχθεί στο σπίτι, στη δουλειά, στο σχολείο (First & Pincus 1999).

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Παρά το γεγονός, ότι η κατάθλιψη προσδιορίζεται ως ιάσιμη νόσο, παρόλα αυτό εάν δεν ανιχνευτεί και θεραπευτεί εγκαίρως είναι πιθανόν να επιδράσει σε μεγάλο βαθμό στη ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης. Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα διογκώνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και αποτελεί δυσμενή προγνωστικό παράγοντα για την πορεία και την έκβαση της εν δυνάμει νόσου. Οι πιο συχνές νόσοι που πιθανόν να προκύψουν με την καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, τα νεοπλάσματα (κυρίως καρκίνοι του πεπτικού και του παγκρέατος), η ένδεια βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος (αλκοολισμός) και η κατάθλιψη που συνδέεται με αγγειακού τύπου άνοια. Ακόμα, κινητικές διαταραχές όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Huntington. Δυστυχώς στην ιατρική πρακτική, μόνο το ¼ των καταθλιπτικών ασθενών διαγιγνώσκεται και παραπέμπεται στον ψυχίατρο, ενώ το υπόλοιπο των περιπτώσεων συχνά παραμένει αδιάγνωστο για αρκετούς και ποικίλους λόγους. Συνήθως, η κατάθλιψη μπορεί να μην παρουσιάζεται με καταθλιπτικό συναίσθημα αλλά με άτυπη συμπτωματολογία όπου κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα τα άτομα να καταφεύγουν σε άλλες ειδικότητες ιατρών και όχι στον ψυχίατρο. Συνήθως, οι επαγγελματίες υγείας μη-ψυχιατρικής ειδικότητας δεν έχουν την δυνατότητα να αντιληφθούν τη συμπτωματολογία της νόσου λόγω έλλειψης εξοικείωσης ή εκπαίδευσης.

Όταν η κατάθλιψη συνυπάρχει με άλλο νόσημα, πολύ συχνά οι επαγγελματίες υγείας επικεντρώνουν την προσοχή τους στην αντιμετώπιση της εν δυνάμει νόσου θεωρώντας την καταθλιπτική συμπτωματολογία αποτελεί φυσικό επακόλουθο. Ακόμα, η κατάθλιψη παρουσιάζεται με εχθρότητα προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αδιαφορία απόσυρση και κακή συμμόρφωση προς τις οδηγίες. Η διάγνωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πάντοτε κλινική καθώς οι ψυχομετρικές διαδικασίες και οι βιολογικοί δείκτες έχουν μόνο επικουρικό ρόλο. Συνεπώς, η διάγνωση είναι φαινομενολογική – περιγραφική και όχι αιτιολογική. Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι μια ιατρική διαδικασία, η οποία στηρίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια μιας

καταθλιπτικής διαταραχής, στη δομική συγκρότηση της καταθλιπτικής διαταραχής και στην ποιοτική διαφορά σε σχέση με τη δυσλειτουργικότητα του ατόμου συγκριτικά με την προηγούμενη. Αρχικά είναι σημαντικό να προσδιοριστεί ότι η κατάθλιψη που παρουσιάζει ένας ασθενής είναι πρωτοπαθής και δεν οφείλεται σε άλλους οργανικούς παράγοντες. Επόμενο πολύ σημαντικό βήμα είναι η αξιολόγηση της βαρύτητας της κατάθλιψης προκειμένου να προσδιοριστεί το είδος της προτεινόμενης θεραπείας, όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχοθεραπεία και η συμμόρφωση του ασθενή προς τις θεραπευτικές οδηγίες. Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού (ατομικού και οικογενειακού) συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό σημαντικά στη διάγνωση. Για παράδειγμα, η λήψη κάποιων φαρμάκων ή και ψυχοτρόπων ουσιών που επιδρούν στο συναίσθημα, με κυριότερες το αλκοόλ και το σύνδρομο στέρησης από κοκαΐνη και αμφεταμίνες μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα (Σολδάτος 2005, Christensen et al. 2011, Thompson et al. 2000).

2.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη παρουσιάζεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων που επιδρούν σε αρκετούς τομείς της ζωής του ατόμου. Δεν είναι αναγκαίο κάποιος που έχει κατάθλιψη να εμφανίσει το σύνολο των συμπτωμάτων της διαταραχής. Ορισμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν πολλά, ορισμένοι λιγότερα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι διαφορετική σε κάθε άτομο, αλλά διαφοροποιείται και στο ίδιο άτομο με το πέρασμα του χρόνου. Ειδικότερα, τα βασικά συμπτώματα που πιθανόν να εμφανίσει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη, είναι τα ακόλουθα:

1. *Καταθλιπτική διάθεση:* που διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, για ένα διάστημα δύο βδομάδων.
2. *Απώλεια της ευχαρίστησης και μείωση του ενδιαφέροντος:* για δραστηριότητες που στο παρελθόν το άτομο επεδίωκε, και απολάμβανε να κάνει.
3. *Άγχος:* διακρίνεται σε ορισμένες περιπτώσεις με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου.
4. *Διαταραχές στον ύπνο:* Το σύμπτωμα αυτό εμφανίζεται με διάφορους τρόπους. Έτσι ορισμένοι άνθρωποι με κατάθλιψη κοιμούνται αρκετές ώρες, ενώ μερικοί δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, ενώ άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, δηλαδή ξυπνούν αρκετές φορές στη διάρκεια της νύχτας ή δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή του ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση, στην οποία το άτομο αφυπνίζεται πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.
5. *Διαταραχές της όρεξης:* Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης, με πιθανό επακόλουθο την μείωση του βάρους. Ωστόσο πιθανόν σε μικρότερη συχνότητα να παρατηρηθεί το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αυξημένη όρεξη για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και κρίσεις βουλιμίας με υπερφαγικά επεισόδια.

6. *Κόπωση, εξάντληση, απώλεια ενεργητικότητας:* Συχνά το άτομο παραπονιέται ότι αισθάνεται κόπωση ή εξάντληση, σαν όλη η ενέργεια ή η ζωτικότητα του να έχει χαθεί. Μπορεί να παραμείνει σε αδράνεια για το σύνολο της ημέρας.
7. *Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης:* Ακόμα και αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές, δεν το επιθυμεί και δεν του προκαλεί καμία ευχαρίστηση.
8. *Ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον:* Το άτομο τα βλέπει όλα σκοτεινά και πιστεύει πως έτσι θα είναι για πάντα.
9. *Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη σκέψη, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων:* Η ενασχόληση με τις καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονη και επιδρά σε σημαντικό βαθμό στη συγκέντρωση ώστε συχνά τα άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν δυσκολία στο διάβασμα ή στην παρακολούθηση μιας ταινίας.
10. *Αισθήματα και σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση:* Σωματικά συμπτώματα που δεν ερμηνεύονται από ιατρικές εξετάσεις και δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία όπως για παράδειγμα πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, κράμπες, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος κ.α.
11. *Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας:* Σε ορισμένες περιπτώσεις το άτομο που έχει κατάθλιψη νιώθει τόσο απελπισμένο που κάνει σκέψεις αυτοκτονίας. Η απόπειρα αυτοκτονίας αποτελεί μια σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Σε άτομα με βαριά κατάθλιψη ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα διωκόμενος.

Για να προκύψει η διάγνωση της κατάθλιψης είναι αναγκαίο να εντοπιστούν πέντε από τα προαναφερθέντα συμπτώματα. Σε αυτά θα

πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνεται το σύμπτωμα ένα ή το σύμπτωμα δύο (Ευθυμίου και συν. 2006).

2.9 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ψυχοθεραπεία

Η κατάθλιψη δείχνει ότι μέσα στον άνθρωπο διακρίνονται ζητήματα σε ένα βαθύτερο επίπεδο που είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν. Δεν πρόκειται για μια απλή ασθένεια αλλά για μια μορφή ψυχικής επικοινωνίας, ένα μήνυμα που είναι επιτακτικό να αποκωδικοποιηθεί. Ο ψυχοθεραπευτής έχει τη δυνατότητα να συμβάλει βοηθήσει να γίνουν αντιληπτή οι ψυχολογικοί λόγοι οι οποίοι συμβάλλουν στη παράγωγη των καταθλιπτικών αισθημάτων και να υποστηρίξει την πορεία της θεραπευτικής μεταβολής (Karasu 2000).

Η ψυχοθεραπεία βοηθά στην ανακάλυψη και εμβάθυνση σε εκείνες τις σκέψεις και συμπεριφορές που προάγουν τη δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, μειονεκτικότητας και ενοχής τα οποία συνοδεύουν ή βρίσκονται στη ρίζα της κατάθλιψης. Ο ψυχοθεραπευτής θα βοηθήσει τον πάσχοντα να κάνει χρήση τεχνικών ή στρατηγικές «λύσης» προβλημάτων και να προσδιορίσει μαζί με τον πάσχοντα ποιο από τα ζητήματα μπορεί να επιλέξει για να συμβιώσει αρμονικά μαζί του, αν δεν μπορεί να εφαρμόσει μια πιο δραστική και ολοκληρωτική επίλυσή του (Pikhart et al. 2004).

Εικόνα 2: ψυχολογική υποστήριξη



Πηγή:<https://gr.depositphotos.com/227515018/stock-illustration-psychotherapy><https://gr.depositphotos.com/227515018/stock-illustration-psychotherapy-treatment-concept.html>treatment-concept.html

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία αποσκοπεί στη καλύτερευση των σχέσεων του πάσχοντα με αγαπημένα πρόσωπα, στο να έχει τη δυνατότητα το άτομο να ασχολείται και να βιώνει ευχάριστα συναισθήματα. Ακόμα του μαθαίνει να θέτει στόχους, να κάνει σταδιακά δραστηριότητες που τον ευχαριστούν, και να μπορεί να παρουσιάζει τα αληθινά συναισθήματά του, όταν το θελήσει, ακόμη και αν αυτά είναι αρνητικά, όπως ο θυμός, η πλήξη, η επιθετικότητα, η θλίψη. Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάθλιψη, τόσο πιο μακροχρόνια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση έχει ανάγκη.

Συνήθως, αν η κατάθλιψη είναι σοβαρής μορφής, τότε το άτομο δεν μπορεί να βοηθηθεί από την οικογένειά του ή φίλους, καθώς σε μια τέτοια παρέμβαση αντιδρά αρνητικά, τείνοντας να επηρεάζει και να βλέπει την κακή πλευρά των γεγονότων. Εδώ ο ψυχοθεραπευτής είναι αναγκαίος, γιατί δεν θέλει απλά να παρηγορήσει, όπως οι οικείοι του πάσχοντα, αλλά να βοηθήσει να αλλάξει κανείς τον εαυτό του. Υπάρχει περίπτωση, αν η κατάθλιψη είναι μια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, να χρειαστεί αρχικά, παράλληλα με την ψυχοθεραπεία, η έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής από ψυχίατρο. Το αντικαταθλιπτικό πιθανόν να παράξει τις προϋποθέσεις για διάθεση και δύναμη για ψυχοθεραπευτική δουλειά. Μπορεί άμεσα να περιορίσει το άγχος και να βελτιώσει τη διάθεση, ώστε παράλληλα με την ψυχοθεραπεία να έχει τη δυνατότητα ο πάσχοντας να ξεκινήσει μια πορεία θεραπευτικής αλλαγής στην ψυχολογική και κοινωνική του ζωή (Cuijpers & Schoevers 2004).

Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Ειδικότερα μεταβάλλουν τη δράση των χημικών ουσιών

(νευροδιαβιβαστών), στις οποίες γίνεται χρήση για να επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Σημαντικοί νευροδιαβιβαστές τους οποίους γίνεται προσπάθεια να επηρεαστούν να για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι, όπως προαναφέρθηκε, η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Δεν προκαλούν εξάρτηση, δεν έχουν έντονες παρενέργειες και είναι πολύ πιθανόν να μας προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια. Για τη ρύθμιση των αντικαταθλιπτικών αποφασίζει ο ιατρός και ενημερώνει για τη δράση των φαρμάκων. Αν κάποιος τύπος αντικαταθλιπτικού φέρει στο άτομο κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια ή δεν τον βοηθά αρκετά, ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να προτείνει εναλλακτικά άλλη φαρμακευτική θεραπεία. Μια κατάλληλη ένδειξη, για να καταλάβει κανείς εάν έχει απευθυνθεί στον κατάλληλο θεραπευτή είναι το αίσθημα ασφάλειας και σεβασμού στην προσωπικότητα και το αίσθημα που νιώθει κανείς μαζί του (Zeidan et al. 2010).

Εικόνα 3: νευροδιαβιβαστές και φαρμακευτική αγωγή



Πηγή: <https://el.onlinemedicineinfo.com/faster-acting-antidepressants-may-soon-be-reality-59889>

Τα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία της κατάθλιψης ανήκουν σε δύο σημαντικές κατηγορίες:

- (1) τα τρικυκλικά (TCA's) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως αμιτριπτυλίνη, κλομιπραμίνη, νοτριπτυλίνη, μαπροτιλίνη, μιανσερίνη, και

(2) οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's), όπως η σιταλοπράμη, φλουοξετίνη, παροξετίνη, φλουβοξαμίνη.

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων των δύο αυτών κατηγοριών στην κατάθλιψη είναι παρόμοια, όπως έχει αποδειχθεί σε διπλές τυφλές, ελεγχόμενες μελέτες και όπως αναφέρεται και από τις υπάρχουσες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο ζήτημα. Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι SSRI's πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών (Baumann & Bertschy 1993).

Στην συνέχεια παραθέτονται πρακτικές οδηγίες

Τι δεν πρέπει να ειπωθεί σε κάποιον που είναι αντιμέτωπος με αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη (Fergusson et al. 2005).

- Πάψε να νοιώθεις άσχημα
- Προσπάθησε περισσότερο
- Πήγαινε να διασκεδάσεις-ψυχαγωγηθείς
- Κανείς δεν σου φταίει για ό,τι αισθάνεσαι
- Αφού δεν είσαι ευχαριστημένος, γιατί δεν κάνεις κάτι να αλλάξεις τον εαυτό σου;
- Δε έχει ανάγκη βοήθεια από ψυχολόγο
- Μην πάρεις φάρμακα, γιατί θα εξαρτηθείς από αυτά
- Σκέψου πιο ώριμα και με περισσότερη λογική.
- Δεν αντέχω άλλο να σε βλέπω σε αυτή την κατάσταση
- Έτσι που το πας, θα μας τρελάνεις όλους • Δεν το περίμενα να είσαι τόσο αδύναμος-η
- Έλα...χαμογέλασε περισσότερο.
- Το μόνο που καταφέρνεις είναι να προκαλείς βλάβη στον εαυτό σου.
- Άδικα βασανίζεσαι, δεν έχεις τίποτα.

- Προσπάθησε να εργαστείς ή κάποιο χόμπι.
- Μια ζωή σε θυμάμαι να δημιουργείς ζητήματα.
- Μπορεί να μην το κάνεις επίτηδες αλλά δεν μπορώ άλλο.

Τι θα ήθελε να ακούσει κάποιος που είναι αντιμέτωπος με μια αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη:

1. Είμαι δίπλα σου και θα προσπαθήσω να σε συμβάλω με οποιοδήποτε τρόπο.
2. Σ' αγαπώ.
3. Ενδιαφέρομαι πολύ για σένα και επιδιώκω να αντιληφθώ αυτό που αισθάνεσαι.
4. Σε αυτή τη φάση της ζωής σου είναι απόλυτα φυσικό να αισθάνεσαι άσχημα.
5. Είναι βέβαιο ότι σε λίγο καιρό θα αισθάνεσαι πολύ καλύτερα
6. Μαζί θα το αντιμετωπίσουμε.
7. Είσαι πολύ σημαντικός/ή για μένα.
8. Αν μου ζητήσεις κάτι, θα το κάνω με χαρά.
9. Έχω εμπιστοσύνη σ' εσένα! Είμαι σίγουρος ότι θα τα καταφέρεις (Fergusson et. al., 2005).

Στην συνέχεια περιγράφονται οι καταστάσεις για το πότε υπάρχει ανάγκη νοσηλείας;

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη λαμβάνουν θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί νοσηλεία. Μερικές από τις ενδείξεις ότι αυτό είναι αναγκαίο είναι οι ακόλουθες:

1. Υπάρχει έντονα η ιδέα της αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι αρκετά διογκωμένος όπως για παράδειγμα αν ο ασθενής έχει κάνει μια αποτυχημένη απόπειρα.
2. Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που έχουν ανάγκη παρακολούθησης σε νοσοκομείο.

3. Είναι αναγκαίο να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας όπως για παράδειγμα ο ασθενής λαμβάνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν παρουσιάζει βελτίωση.

4. Είναι αναγκαίο να γίνει θεραπεία που πιθανόν να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο όπως για παράδειγμα ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Angst 2000).

2.10 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο νοσηλευτής σε περιπτώσεις που πρέπει να παρέχει φροντίδα σε κάποιον που έχει εμφανίσει κατάθλιψη είναι αναγκαίο να του παρέχονται πληροφορίες που χρειάζεται ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας για να σχεδιάσει τη νοσηλευτική φροντίδα για παιδιά 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 παρουσίαση, 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:* προηγούμενες νοσηλείες, παρακολούθηση από ψυχίατρο κλπ.
- *Το κοινωνικό ιστορικό*
- *Τα σημαντικά προβλήματα υγείας που έχει αντιμετωπίσει ο ασθενής.*

- *Τον προσδιορισμό από το ίδιο τον ασθενή της τωρινής παρούσας κατάστασής του καθώς και πως τη βιώνει*
- *Τους παράγοντες που συνδέονται με την κατάστασή του.*
- *Τον τρόπο αντιμετώπισης από τον ασθενή αυτών των παραγόντων.*
- *Το επίπεδο κατανόησης του ασθενή της αναγκαιότητας της νοσηλείας του σε παιδοψυχιατρική κλινική.*

Η προσεκτική εκτίμηση από το νοσηλευτή του συνόλου των συμπεριφορών του παιδιού είναι αναγκαία, για να προσδιοριστεί η συνολική εικόνα των προβλημάτων του. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τη μέθοδο της νοσηλευτικής θεραπείας, για να προσδιορίσει τα προβλήματα που βιώνει, τόσο από τη καταθλιπτική διάθεση, όσο και από την προσαρμογή και ένταξή του στο νέο διαμορφούμενο πλαίσιο. Τα ζητήματα και οι ανάγκες διατυπώνονται σε νοσηλευτικές διαγνώσεις, που ο νοσηλευτής αναφοράς αναφέρει στα έντυπα νοσηλείας του νοσηλευόμενου παιδιού. Έτσι προσφέρεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να αντιλαμβάνεται με λεπτομέρεια τα ζητήματα και τις ανάγκες του παιδιού καθώς και τον εξατομικευμένο θεραπευτικό σχεδιασμό, που οι νοσηλευτές της κλινικής με τρόπο συστηματικό καλούνται να εφαρμόσουν.

Οι κεντρικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής φροντίδας τις διαμορφώνει ο νοσηλευτής αναφοράς, που έχει τη συνολική ευθύνη για την εφαρμογή του νοσηλευτικού σχεδιασμού. 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 καταθλιπτικού παιδιού αναπροσαρμόζεται και ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής του φροντίδας. Η παρουσία των νοσηλευτών είναι αρκετά σημαντική για τον ασθενή, επειδή ασχολούνται με όλο το φάσμα της φροντίδας του και αυτό τους δίνει τη δυνατότητα της προσομοίωσης ενός κοινωνικού περιβάλλοντος, αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Ουζούνη & Νακάκης 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σημαντικότητα ζητήματος

Ο πληθυσμός των φοιτητών νοσηλευτικής έχει αναδειχθεί από πολλούς ερευνητές ως ομάδα "υψηλού κινδύνου" για την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό φοιτητών της ίδιας ηλικίας. Έτσι, στην παρούσα έρευνα προσεγγίστηκε το ζήτημα που αφορά το άγχος και την κατάθλιψη των φοιτητών στο τμήμα της νοσηλευτικής. Και αυτό διότι το επάγγελμα του νοσηλευτή ως ανθρωπιστικό επάγγελμα προσδίδει σημαντική ψυχολογική πίεση σε αυτόν. Από την άλλη, είναι πολύ σημαντικό μια ισορροπημένη ψυχολογική κατάσταση του νοσηλευτή για να έχει τη δυνατότητα να μπορεί να ανταποκριθεί στην απαιτήσεις του επαγγέλματός του.

Σκοπός της έρευνας

Ο βασικός σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστεί το εύρος των ποσοστών του άγχους και της κατάθλιψης των φοιτητών νοσηλευτικής και να δώσει επαρκή ερεθίσματα για την περαιτέρω ενασχόληση με τα θέματα αυτά.

Υλικό - Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω της συμπλήρωσης δύο έτοιμων ερωτηματολογίων από εκατό προπτυχιακούς φοιτητές των χειμερινών εξαμήνων του τμήματος Νοσηλευτικής σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών. Αυτά τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ισόποσα στα τέσσερα εξάμηνα. Κάθε φοιτητής κλήθηκε να απαντήσει σε δύο

διαφορετικά ερωτηματολόγια καθώς και να συμπληρώσει τα δημογραφικά του στοιχεία. Όσον αφορά το άγχος χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Beck το οποίο περιέχει 21 ερωτήσεις, ενώ για την μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο CESD (Center for Epidimiologic Studies Depression Scale) που αποτελείται από 20 ερωτήσεις. Αναλυτικότερα, για το ερωτηματολόγιο που αφορά το άγχος η βαθμολόγηση είναι η εξής: 0-11 ελάχιστο άγχος (minimal stress), 12-19 ήπιο άγχος (mild stress), 20-35 μέτριο άγχος (moderate stress), 36-47 έντονο άγχος (severe stress). Για το ερωτηματολόγιο που αφορά την κατάθλιψη, εάν το συνολικό αποτέλεσμα είναι ίσο ή μεγαλύτερο του 16, τότε το άτομο είναι σε κίνδυνο για εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης. Εάν το συνολικό αποτέλεσμα είναι μικρότερο του 16, τότε το άτομο δεν παρουσιάζει καμία κλινική σημασία.

Στατιστική ανάλυση

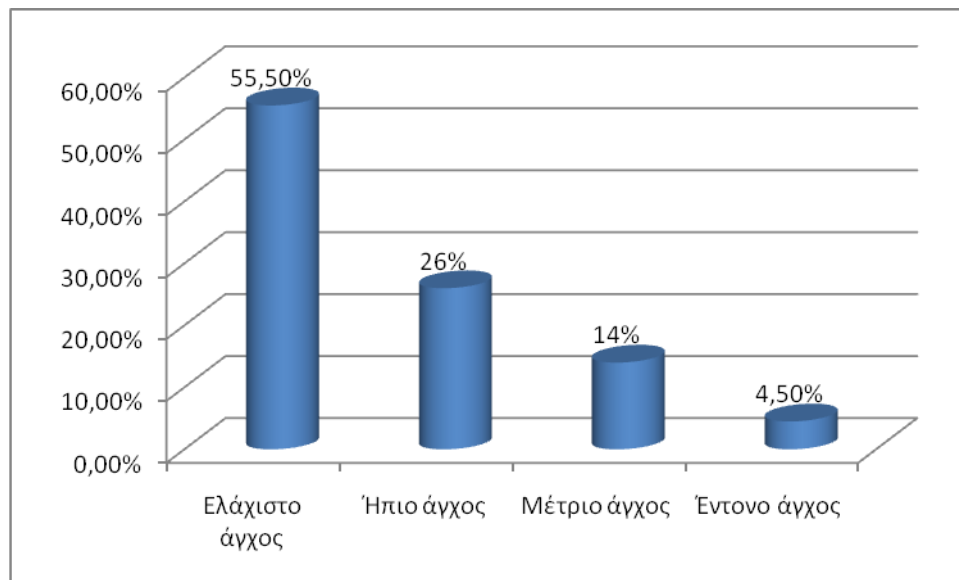
Κατά την ολοκλήρωση της συλλογής απαντήσεων, τα 100 ερωτηματολόγια εισήχθησαν με ψηφιακή μορφή στο πρόγραμμα PSPP. Το PSPP είναι ένα πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης των δειγματοληπτικών δεδομένων. Το πρόγραμμα αυτό είναι ένα ελεύθερο υποκατάστατο του ιδιόκτητου προγράμματος SPSS. Το PSPP έχει τόσο γραπτές όσο και γραφικές διεπαφές χρήστη. Αρχικά, διεξήχθη η κατάταξη των υποθέσεων, δηλαδή των δεδομένων. Στη συνέχεια, μέσω της ανάλυσης και συγκεκριμένα των περιγραφικών συστατικών χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι «Συχνότητες» και «Πίνακας Διασταύρωσης». Τέλος, δημιουργήθηκαν πίνακες και γραφήματα τα οποία αναλύονται στη συνέχεια της έρευνας, προκειμένου να ληφθούν τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

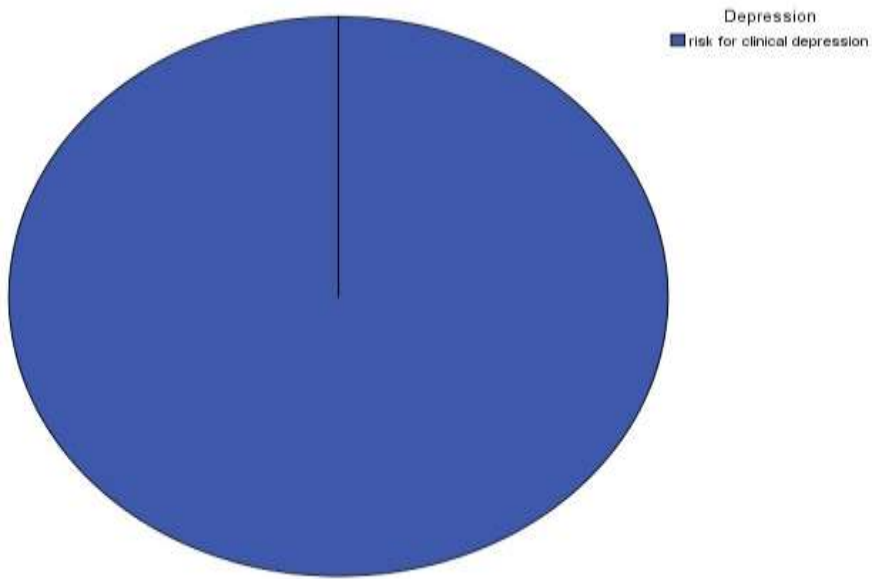
Σε σχέση με τις απαντήσεις που λήφθηκαν για το άγχος: η μεγαλύτερη βαθμολογία ήταν 47, η μικρότερη 0 και η μέση τιμή 12,4.

Διάγραμμα 1.α: Υπολογισμός άγχους



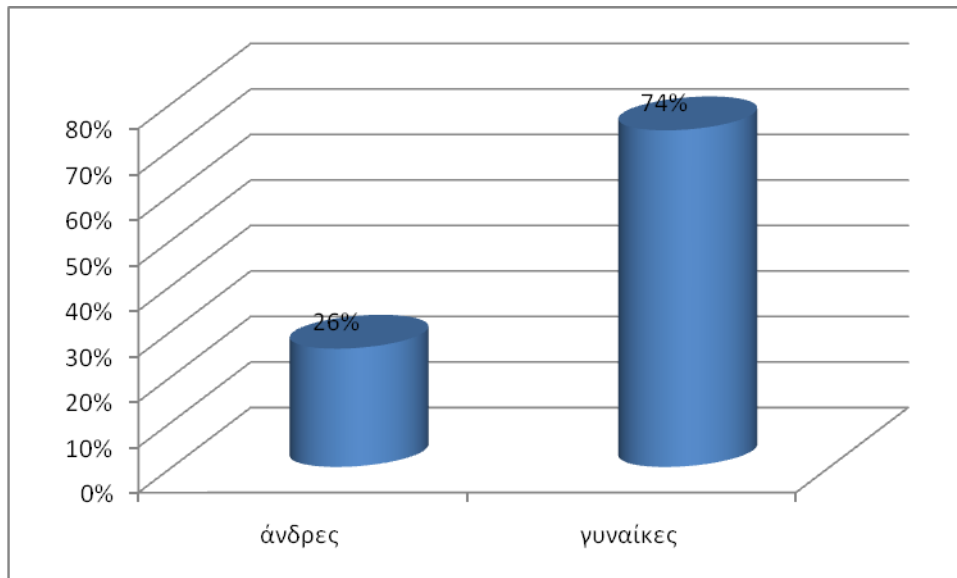
Με βάση τα αποτελέσματα υπολογισμού του άγχους το 55,50% αναφέρεται να έχει ελάχιστο άγχος, το 26% ήπιο άγχος, το 14% μέτριο άγχος και το 4,5% έντονο άγχος.

Διάγραμμα 1.β: Υπολογισμός κατάθλιψης



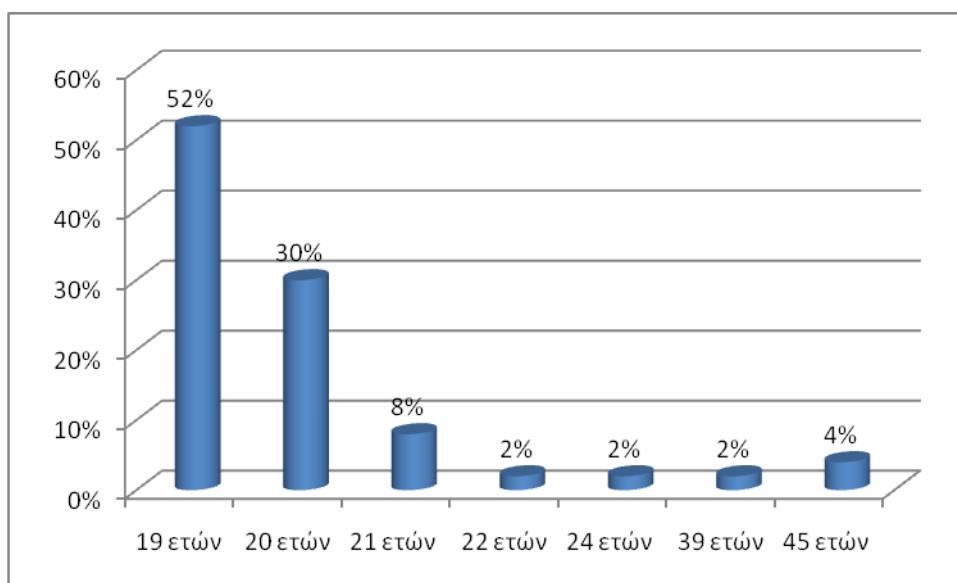
Από την άλλη πλευρά σε σχέση με την κατάθλιψη βρέθηκε ότι όλοι οι ερωτηθέντες είναι σε ρίσκο για κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης.

Διάγραμμα 2: Φύλο



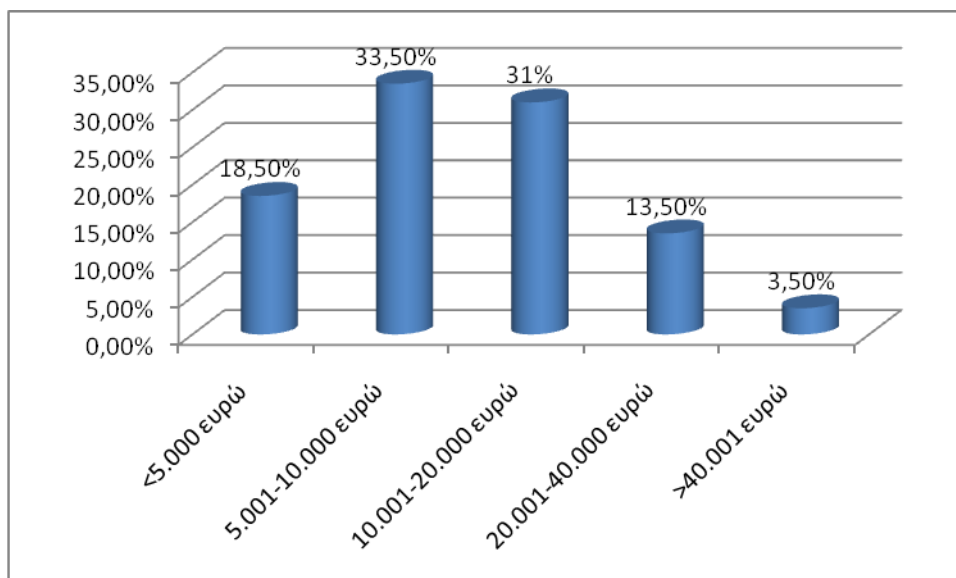
Το δείγμα αποτελείτο από 26% άνδρες και 74% γυναίκες.

Διάγραμμα 3: Ηλικία



Το 52% του δείγματος αποτελείται από άτομα ηλικίας 19 ετών, το 30% 20 ετών, το 8% 21 ετών. Οι ηλικίες 22, 24 και 39 ετών αντιστοιχούν η καθεμία σε ποσοστό 2% του δείγματος. Τέλος, ποσοστό 4% των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας 45 ετών.

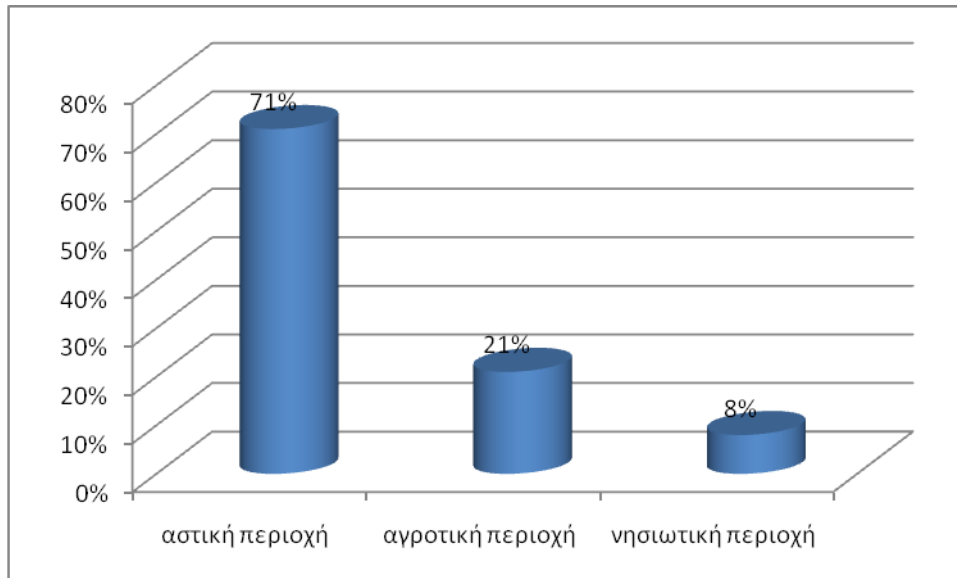
Διάγραμμα 4: Οικογενειακό εισόδημα



Σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα το 18,5% ανέφερε ότι είναι κάτω από 5.000 ευρώ, το 33,5% από 5.001 έως 10.000 χιλιάδες ευρώ, το 31% από 10.001 έως

20.000 ευρώ, το 13.5% από 20.001 έως 40.000 ευρώ και το 3.5% ανέφερε οικογενειακό εισόδημα πάνω από 40.001 ευρώ.

Διάγραμμα 5: Κατοικία



Το 71% ανέφερε ότι διαμένει σε αστική περιοχή, το 21% σε αγροτική και το 8% σε νησιωτική.

Συσχετίσεις

Πίνακας 1: Συσχετίσεις άγχους

	ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΕΞΑΜΗΝΟ
ΑΓΧΟΣ	0,120	0,136	0,0861	-0,144	0,0395

Στο παραπάνω πίνακα (πίνακας 1) περιγράφεται η συσχέτιση του άγχους με τις υπόλοιπες μεταβλητές (εισόδημα, φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, εξάμηνο φοίτησης). Σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, διακρίνεται να υπάρχει συσχέτιση μόνο ανάμεσα στο άγχος και το εξάμηνο φοίτησης και μάλιστα θετική.

Πίνακας 2: Συσχετίσεις κατάθλιψης

	ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΤΟΠΟΣ	ΕΞΑΜΗΝΟ
	ΔΙΑΜΟΝΗΣ				
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	0,581954	0,068319	-0,12973	-0,14881	-0,07212

Στον παραπάνω πίνακα (πίνακας 2) περιγράφεται η συσχέτιση της κατάθλιψης με τις υπόλοιπες μεταβλητές (εισόδημα, φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, εξάμηνο φοίτησης). Στο ίδιο επίπεδο σημαντικότητας, όπου έγιναν και οι προγενέστερες συσχετίσεις, διακρίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην μεταβλητή εξάμηνο και μάλιστα αρνητική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με την εμφάνιση άγχους στους φοιτητές νοσηλευτικής ήταν αυτό του ελάχιστου άγχους, ενώ από την άλλη ένα πολύ μικρό ποσοστό παρουσίασε έντονο άγχος. Ομοίως, είχε υπολογισθεί και σε μία μελέτη που διεξήχθη από την ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων υπό των Σκαπινάκη και τους συνεργάτες του το 2013, όπου η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή εμφανίζεται στον ελληνικό πληθυσμό με ποσοστό 4,1%. Αντίθετα, σε έρευνα του Παγκράτη την ίδια χρονιά (2013) παρατηρήθηκε πιο συχνή η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή στις γυναίκες με ποσοστό 5,62% έναντι 2,55% των ανδρών (Αυγουστάτος, 2008). Σε σχέση με την κατάθλιψη βρέθηκε ότι όλοι οι ερωτηθέντες είναι σε ρίσκο για κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης. Σε σύγκριση με την έρευνα των Kaplan και Sandock το 2001 βρέθηκε ότι η κατάθλιψη επικρατεί στις γυναίκες με ποσοστό 4,9% έναντι των αντρών που είχαν ποσοστό 3% (Kaplan & Sandock, 2001).

Το δείγμα μας αποτελείται σχεδόν κατά το 1/4 από άνδρες και σχεδόν τα 3/4 γυναίκες. Τα περισσότερα από τα άτομα του δείγματος ήταν στην ηλικία των 19 ετών και υπήρχε και ένα ελάχιστο ποσοστό που ήταν στην ηλικία των 45 ετών. Οι ίδιες ηλικιακές κατηγορίες αποδείχθηκαν και στην έρευνα των Kaplan και Sandock το 2001, όπου η ηλικία της αρχής της κατάθλιψης διακυμαίνεται μεταξύ των 20 έως 50 ετών και συγκεκριμένα η ηλικία των 40 ετών είναι ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου (Kaplan & Sandock, 2001). Το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα αναφέρθηκε, αυτό ανάμεσα στα 5.001 έως 10.000 χιλιάδες ευρώ, και υπήρξε και ένα πολύ μικρό ποσοστό που ανέφερε εισόδημα πάνω από 40.001 ευρώ. Σε σχέση με τη διαμονή το μεγαλύτερο ποσοστό προερχόταν από αστικές περιοχές και ένα μικρό ποσοστό προσδιορίστηκε από νησιώτικες περιοχές.

Από τη συσχέτιση του άγχους με τις υπόλοιπες μεταβλητές, βρέθηκε να υπάρχει συσχέτιση μόνο ανάμεσα στο άγχος και το εξάμηνο

φοίτησης και μάλιστα θετική. Από την άλλη, για την ύπαρξη συσχέτισης για τις ίδιες μεταβλητές (εισόδημα, φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής, εξάμηνο φοίτησης) και την κατάθλιψη διακρίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και το εξάμηνο και μάλιστα αρνητική.

Με βάση κυρίως τις συσχετίσεις και τα αποτελέσματα, συμπεραίνουμε ότι το άγχος και η κατάθλιψη συνδέονται με το εξάμηνο στο οποίο βρίσκονται η φοιτητές νοσηλευτικής.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρει ότι τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη είναι από τα πιο σοβαρά ζητήματα ψυχικής υγείας των φοιτητών, ιδίως των φοιτητών νοσηλευτικής, καθώς η επικράτησή τους τείνει να αυξάνεται την τελευταία δεκαετία σε σημαντικό βαθμό ώστε οι φοιτητές να εμφανίζουν σχεδόν τριπλάσια ποσοστά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι φοιτητές νοσηλευτικής παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, καθώς επιβαρύνονται περισσότερο από τις πολλές ώρες των κλινικών εργαστηρίων και της πρακτικής άσκησης. Επιβαρύνονται επιπλέον από την πρώτη κλινική εμπειρία, όπου αναδύονται συναισθήματα ανεπάρκειας και δυσφορίας, καθώς για πρώτη φορά ο φοιτητής είναι αντιμέτωπος με το «υποφέρειν» του ασθενούς. Η επιβάρυνση αυτή επιβεβαιώνεται και από το περιβάλλον εργασίας του νοσοκομείου, όπου τα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά ζητήματα μπορούν να διογκώσουν το άγχος (Kalimo, 2000). Αυτό συμβαίνει, διότι υιοθετούν πολλαπλούς ρόλους, όπως για παράδειγμα το ρόλο του φροντιστή, του διοικητή και του επόπτη ασθενών (Korn, 1998). Επιπλέον, εκτελούν το ρόλο του συμβούλου σχετικά με το θέμα της υγιεινής και το ρόλο του συνηγόρου για την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων, των οικογενειών και της κοινωνίας (Dugas, 2002). Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται εν μέρη και από την έρευνά μας, διότι όσο μεγαλώνει το εξάμηνο διογκώνονται αυτά τα δυο συναισθήματα. Η βιβλιογραφική έρευνα ανέδειξε περιορισμένες εφαρμογές ομαδικών συμπεριφοριστικών προγραμμάτων αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης σε φοιτητές. Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι τώρα δείχνουν ότι τα ομαδικά προγράμματα παρέμβασης εστιάζουν στην ψυχοεκπαίδευση και στην εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης. Η εφαρμογή των παρεμβάσεων

αυτών παρουσίασε ότι είναι αποτελεσματικές τόσο στη μείωση του άγχους όσο και στη βελτίωση της διάθεσης αλλά και στη βελτίωση των γνωστικών διεργασιών, όπως τη διατήρηση της προσοχής και τη μνήμη, και συνεπώς και στην ακαδημαϊκή απόδοση των φοιτητών. Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι η αύξηση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, περιορίζουν τους καρδιακούς παλμούς, μειώνουν το θυμό και κάνουν καλύτερη τη διαχείριση του χρόνου των σπουδαστών. Απαιτείται η μελέτη μεγαλύτερων δειγμάτων και ταυτόχρονα η μελέτη ειδικών πληθυσμών μέσα στα εκπαιδευτικά ιδρύματα, όπως των εθνικών μειονοτήτων, ώστε να προσδιοριστούν οι διαφορετικοί τρόποι διαχείρισης και αντίληψης των στρεσογόνων παραγόντων και να παραχθούν αρτιότερα μοντέλα.

5.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εν κατακλείδι, γίνεται κατανοητό μέσω της εργασίας, πως το άγχος και η κατάθλιψη βρίσκονται σε έξαρση στη σύγχρονη εποχή.

Οι νοσηλευτές/τριες, ειδικότερα, διακατέχονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από τέτοιες ψυχολογικές διαταραχές λόγω του εργασιακού περιβάλλοντος. Γίνεται, επίσης, κατανοητό μέσω της συγκεκριμένης εργασίας πως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα κρίσιμος, καθώς πρέπει να «ισορροπεί» μεταξύ των δικών του ψυχολογικών διαταραχών και να προσπαθεί ταυτόχρονα να αντιμετωπίσει το άγχος και την κατάθλιψη των ατόμων που έρχεται σε επαφή.

Όσον αφορά τους φοιτητές νοσηλευτικής, επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους ή/και κατάθλιψης.

Απόρροια, λοιπόν, της εργασίας, είναι το γεγονός ότι είναι ευθύνη του καθενός να εντοπίσει αν εμφανίζει κάποιο σύμπτωμα άγχους ή κατάθλιψης, και αν παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα, τότε οφείλει να το καταπολεμήσει προτού οδηγήσει σε κάποια μόνιμη ψυχολογική διαταραχή. Ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας, ο περιορισμός οποιουδήποτε συμπτώματος, κρίνεται επιτακτικής σημασίας, προκειμένου να μπορεί να είναι σωστός αρωγός στην προαγωγή της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αναγνωστόπουλος Φ. Παπαδάτου Δ. (1999). Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. *Ελληνικά Γράμματα*, τρίτη έκδοση: Αθήνα, 63-67.

Αργυροπούλου Κ. (1999). Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 106, 101-110.

Αλεβίζος Β. (2008). *Άγχος. Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Εκδ., Βήττα, Αθήνα.

Αυγουστάτος, Γ. (2008). *Επιδημιολογία των αγχώδων Διαταραχών*, Κέντρο Ψυχικής Θεραπείας και Ανάπτυξης.

Βασιλάκη Ε., Τριλίβα Σ. & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα*.

Γεμεντζής, Κ. (1991). *Επανεισαγωγή στην Ψυχανάλυση*. Αθήνα: Βιβλιοπωλείον της Εστίας.

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: *Ελληνικά Γράμματα*.

Κουτούπη, Σ. (1994). *Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ψυχιατρική κλινική*. Αθήνα:

Μαστορίδη.

Λυκούρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ.(2009). Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2009.

Μαδιανός Μ. Σχιζοφρένεια, (2004), σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Παπαγεωργίου Γ. (1991). Σημειώσεις ψυχιατρικής. *Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις*

Πασχαλίδης.

Παπαγεωργίου Γ. Βασιλοπούλου Κ.(2012). Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη σύγχρονες τάσεις. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2012.

Παπαδάκη Ε.(2014). *Άγχος: Ανακαλύψτε τα συμπτώματα και τις σοβαρές επιπτώσεις του στην Υγεία*, Αθήνα.

Παπαδημητρίου Γ., Λιάππας Ι., Λυκούρας Ε. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική.

Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Ποταμιάνος Γ. (1995). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Ελληνικά

Γράμματα: Αθήνα, 256.

Ουζούνη Χρ., Νακάκης Κ. (2008). " Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών με κατάθλιψη", *Ανασκόπηση νοσηλευτικής*, 47(4):458–470.

Σεφεριάδης Δ. (2013) «Ψυχοθεραπεία σε οργανικές νόσους», Κέντρο ψυχολογίας και ψυχοεραπείας, Διαδικτυακή σελίδα: [http://www.dimseferiadis.com/index.php?option=com_content&task=view&id=94 &Itemid=117](http://www.dimseferiadis.com/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=117). Ημερομηνία πρόσβασης : 1- 7-2019.

Χριστοδούλου Γ. Ν.(2005), *Κατάθλιψη*. Εκδ., Βήτα, Αθήνα.

Σολδάτος Κ.(2005), *Άγχος και κατάθλιψη : Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση* στη

Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.

Χριστοδούλου Γ. Ν.(2005), *Κατάθλιψη*. Εκδ., Βήτα, Αθήνα, 2005.

Ξενογλωσση

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington. DC: American Psychiatric Association, 325-338.

Angst J. et al. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Compr Psychiatry*, 41, 39–47.

Alonso J et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatr Scand.*;109 (suppl 420):21–27.

Baker A. et al.(2010). Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behav Res Ther.*, **48**(11), 1139-43.

Ballenger J et al. (2001). Consensus statement on generalised anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry.*;62 (suppl 11):53–58.

Barlow (2000). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη*

Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Α' τόμος. Αθήνα: Έλλην.

Baumann P., Bertschy G. (1993). Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Interactions of SSRIs with other psychotropic drugs. *Nord. J. Psychiatry*, 47 (suppl 30), 13-19.

Beekman A.T., Copeland J.R., Prince M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174, 307–311.

Bemporad J.R. (1999). Psychological Factors in Depression. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 27:603-610).

Bettelheim B. (1960). *The Informed Heart*. New York: The Free Press of Glencoe.

Blaug R, Kenyon A and Lekhi R (2007). Stress at Work, A report prepared for

The Work Foundation's Principal Partners, The Work Foundation, London.

Bradt J, Dileo C.(2009), Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev.*; 2: CD006577.

Brown E. H.(2009), Νοσηλευτική στη ψυχική Υγεία. Επιμέλεια: Κυρίτση Ελένη,

Εκδ.,Λαγός, Αθήνα.

Awe D. (2003). Is stress ripping nursing a part? *NSNA*, 59-63.

Chand SP, Whitten RA (2018). Anxiety. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Christensen KS., Sokolowski I., Olesen F.(2011). Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scand J Prim Health Care.*;29(2):80-4.

Clancy J and McVicar A (2002). *Physiology and Anatomy, A Homeostatic Approach* (2nd ed.), Arnold, London.

Cohen S, Kessler R and Gordon L (1997). *Measuring Stress, A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press.

Cox B. J., Enns M. W. and Clara I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychol Assess*, 14(3), 365-73.

Cuijpers P, Schoevers RA. (2004), Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*, 6, 430–437.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,(2000). (4th Edition, Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2000). (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1992).

Dimatteo R., Martin, L. Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Εκδ. Πεδίο Αθήνα, 2002.

Dugas B. (2002). *Introduction to patient care: a comprehensive approach to nursing, 8th edition*. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 71-90.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

10th revision. (1992).(ICD-10). Geneva: World Health Organization..

Elahi, Apoorva (2012) A detail study on Length of Service and Role Stress of Banking Sector in Lucknow Region. *Journal of Management Sciences*.

El Shikieri A and Musa H (2012). Factors associated with occupational stress and their effects on organizational performance in a Sudanese University, *Creative Education*, 3 (1), 134-144.

Epstein S. (1962). The Measurement of Drive and Conflict in Human: Theory and Experiment. Στο M.R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*.

Lincoln: University of Nebraska Press.

Erkutlu H. and Chafra J. (2006). Relationship between leadership power base and job stress of subordinates, example from boutique hotels, *Management Research News*, 29 (5), 285-297.

Everly Jr GS, Lating JM. A.(2002). *Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*, New York: Plenum Publishers.

Faulkner N., Mackay E.C. (2000). Stress in the work place public health and hospitals nurses. *The Canadian Nurse*, 40.

Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M., Beautrais A.L. (2005).
Subthreshold
depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood.
Arch Gen Psychiatry, 62, 66–72.

First M.B. Pincus H.A.(1999), “Gasification in psychiatry: ICD-10 v.
DSM-IV A response” *British Journal of Psychiatry*, Vol. 175,
Published by the Ryal College of Psychiatrists, London 1999, 205-
209.

Funkenstein D.H. et al. (1957). *Mastery of Stress*.
Cambridge: Harvard University Press.

Grohol J.M. (2010). Depression and Exercise. Available at:
<http://psychcentral.com> (Πρόσβαση:27 Αυγούστου 2019)

Happell B. et al. (2008). Introducing Mental Health Nursing:A
consumer oriented approach. Melbourne: Allen & Unwin, 6(3),
p.324-328.

Hatcher S. et al. (2011). Department of Psychological Medicine, the
University of
Auckland. Problem Solving Therapy.
<http://www.problemsolvingtherapy.ac.nz/index.php?p=home>.

Health and Safety Executive (2011). Stress and Psychological
Disorders, UK.

HiCow (2011). Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης. Available
at: <http://rs7.co/www.hicow.com> (Πρόσβαση:28 Αυγούστου 2019).

Hobfoll S.E. (1988). *The Ecology of Stress*. Washington, DC:
Hemisphere

Hobfoll S.E. (1989). Conservation of Resources: A New Attempt at
Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.

Hobfoll S.E. (1991). Conservation of Resources in Community Intervention.

American Journal of Community Psychology, 19, 111-121.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.(1992). 10th revision. (ICD-10). Geneva: World Health Organization.

Kaplan H.J. & Sandock B.J. (2001). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, Clinical psychiatry (5th Ed.)* Baltimore: Williams & Wilkins.

Karasu B. et al. (2000). *Practical guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Washington. DC: American Psychiatric Association.

Katon W. & Schulberg H. (2009). Epidemiology of depression . *Gen Hosp psychiatry*, 14, p.237–247.

Katzman M.A. (2009). Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS drugs*,23,103-120.

Kennedy S.H. et al. (2010). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults With Bipolar Disorder or Major Depressive Disorder: Results From the International Mood Disorders Collaborative Project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 19(3), p.345-358

Kessler RC et al. (2005.) *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Arch Gen Psychiatry* 62:593–602.

Korn T. (1998). *The management of patient care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company 9th edition.

Kottler J.A. 2002. *Theories in Counseling and Therapy: An Experiential Approach*. Allyn & Bacon, Boston.

Krohne H.W. & Laux L. (Eds.). (1982). *Achievement, Stress, and Anxiety*. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.

Laposa J et al. (2003). Work stress and Post-traumatic Stress Disorder in the emergency department, *Journal of Emergency Nursing*, 29 (1), 23-29.

Lazarus R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Lieb, R. et al. (2005) *The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe*. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445–452.

McGrath J.E. (1970). A conceptual formulation for research and stress. In J.E. McGrath (Ed.). *Social and psychological factors in stress* (pp. 10-21). New York: Rinehart & Winston.

Mechanic D. (1962). *Students Under Stress*. New York: The Free Press of Glencoe.

Dimatteo R. & Martin, L. Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Εκδ. Πεδίο Αθήνα, 2002.

Medkov A. (2003). Κατάθλιψη: Πρόληψη - θεραπεία. Available at: <http://www.medlook.net> (Πρόσβαση: 22 Αυγούστου 2019).

Minuchin S., Nichols M.P., Lee W.Y. (2007). *Assessing families and couples: from symptom to system*. Pearson/Allyn and Bacon, Boston, USA.

Munoz R.F. et al. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181–212.

NICE (2009). NICE clinical guidelines 90 and 91 Depression: Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45890/45890.pdf>. Retrieved on June 14, 2019.

Ostooie T. et al. (2003) *Considering of selection motivation of nursing profession and appointment of measure of job satisfaction of occupying nurses in a Tehran instructional hospital*. PhD Thesis, Nursing College, Aran Medical Sciences University, Tehran.

Palmer S. et al. (2003). *Creating a Balance, Managing Stress*, British Library, London.

Pikhart H. et al. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe *Social Science & Medicine* Volume 58, Issue 8, Pages 1475-1482).

Preising M. et al. (2001). Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatrica Scand*, 104, 96– 103.

Ranga K. & Krishnan R. (2002), Biological risk factors in late life depression. *Biological psychiatry* 52, 3, P. 185-192.

Ratajczak Z. & Adamied M. (1989). Some Dimensions in the Perception of Occupational Hazards by Coal Miners. *Polish Psychological Bulletin*, 20, 171-182.

Sadock B.J. & Sadock V.A. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Volume 1. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Simmons B & Nelson D (2001). Eustress at work, The relationship between hope and health in hospital nurses, *Health Care Management Review*, 26 (4), 7-18.

Schonplflug W. (1993). Effort Regulation and Individual Differences in Effort

Expenditure. Στο G. R. J. Hockery, A.W. K. Galillard, M. G. H. Coles (Eds.), *Energetics and Human Information Processing*. Dordrecht: Nijhoff.

Schulz P. & Schonplflug, W. (1982). Regulatory Activity During States of Stress.

H. W. Krohne & L. Laux (Eds.), *Achievement, Stress, and Anxiety* (σσ. 51-73).

Washington, DC: Hemisphere.

Stathopoulou, H. et al. E.D.E. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 314-320.

Strelau J. (1988). Temperamental Dimensions as Co-Determinants of Resistance to Stress.

Στο M.P. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress, and Health Psychology* (σσ.146-169). New York: Springer.

Thompson C. et al. (2000) Effects of a clinical practice guideline and practicebased education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*.;355 (9199): 185-191.

Welbourne J et al. (2007) Coping strategies in the workplace, relationships with attributional style and job satisfaction, *Journal of Vocational Behaviour*, 70 (2), 312-25.

Williams S & Cooper C (2002). *Managing Workplace Stress, A Best Practice Blueprint*, Chichester, Wiley.

Wittchen HU et al. (2002). Generalised anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition, and management *J Clin Psychiatry*;63 (suppl 8):24–34.

Zeidan F. et al. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19, 597-605.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΓΧΟΥΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, παρά μόνο η προσωπική σου άποψη για τα ζητήματα γύρω από τα οποία ερωτάσαι.

A. Συναίσθημα

0. δεν αισθάνομαι λυπημένος/η
1. αισθάνομαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/ή
2. είμαι λυπημένος/η ή μελαγχολικός/ή συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
3. είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
4. είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ή δυστυχισμένος/η ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/η ή αποθαρρυσμένος/η για το μέλλον
1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
2. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
3. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η
1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/η περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο

Δ. Απώλεια ικανοποίησης

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/η
1. Αισθάνομαι βαρεστημένος/η σχεδόν όλη την ώρα
2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/η με το κάθε τι

Ε. Αίσθημα ενοχής

0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου
1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/ή ή χωρίς αξία
2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος/η
3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/ή ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
4. Αισθάνομαι οτι ειμαι πολύ κακός/ή ή ανάξιος/α

Z. Αίσθημα τιμωρίας

0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

H. Μίσος για τον εαυτό

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος/η από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
4. Μισώ τον εαυτό μου

Θ. Αυτομομφή

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/η από τους άλλους
1. Είμαι αυστηρός/ή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

I. Ευχές αυτοτιμωρίας

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο 2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
3. Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα

4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

K. Κλάμα

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Κλαίω συνεχώς , δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω
αν και το θέλω

Λ. Ευερεθιστότητα

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/η τώρα απ' ότι συνήθως
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/η
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

M. Κοινωνική απόσυρση

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα
2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν
νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

N. Αναποφασιστικότητα

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/ή όπως πάντα

1. Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

Ξ. Σωματικό εγώ

0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ
1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/η και αντιπαθητικός/ή
2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός/ή
3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/η και αποκρουστικός/ή

Ο. Μείωση της παραγωγικότητας

0. Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα
1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
2. Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα
3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Π. Διαταραχές του ύπνου

0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος/η από άλλοτε
2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

P. Εύκολη κόπωση

0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα απο πρώτα
2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

Σ. Απώλεια όρεξης

0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη απο άλλοτε
1. Η ορεξή μου δεν είναι τοσο καλή όσο άλλοτε
2. Η ορεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

Τ. Απώλεια βάρους

0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

Υ. Υποχονδριακές ενασχολήσεις

0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα
2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο
3. Είμαι εντελώς απορροφημένος/η με το τι αισθάνομαι

Φ. Απώλεια της Libido

0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες/για τους άνδρες)
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τις γυναίκες/για τους άνδρες) απ' ότι συνήθως
2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τις γυναίκες/για τους άνδρες)
3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τις γυναίκες/για τους άνδρες)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Παρακάτω είναι μία λίστα με τους τρόπους που εσύ ίσως ένιωσες ή συμπεριφέρθηκες. Παρακαλώ πες μου πόσο συχνά έχεις νιώσει κατά αυτόν τον τρόπο κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

A/A	ΣΠΑΝΙΑ Ή ΠΕΡΙΣΤΑΣΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΜΕΡΙΚΕΣ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕ ΛΙΓΕΣ	ΑΚΑ Ή ΣΕ ΡΟ ΜΙΑ	ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ(3-4 ΜΕΡΕΣ)	
Η	(ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΝΕΧΕΙΑ(5 ΑΠΟ ΜΙΑ	ΜΕΡΕΣ)	ΜΕΤΡΙΑ	-7	
ΜΕΡΕΣ)	ΜΕΡΑ)				
1	ΗΜΟΥΝ ΕΝΟΧΛΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΣΥΝΗΘΩΣ ΔΕΝ ΜΕ ΕΝΟΧΛΟΥΝ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	ΔΕΝ ΝΙΩΘΩ ΝΑ ΘΕΛΩ ΝΑ ΦΑΩ. Η ΟΡΕΞΗ ΜΟΥ ΗΤΑΝ ΦΤΩΧΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ΔΕΝ ΝΙΩΘΩ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ Ή ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ					
A/A		ΣΠΑΝΙΑ Ή ΠΕΡΙΣΤΑΣΙ		ΜΕΡΙΚΕΣ Ή ΠΕΡΙΣΣΟΤΕ	
Ή		ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΕΣ	ΑΚΑ Ή ΣΕ ΡΟ	
ΜΕΡΕΣ)		(ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΣΥΝΕΧΕΙΑ(5 ΑΠΟ ΜΙΑ ΜΕΡΑ)	ΦΟΡΕΣ(1-2 ΜΕΡΕΣ)	ΜΙΑ ΜΕΤΡΙΑ	-7
				ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ(3-4 ΜΕΡΕΣ)	
4	ΕΝΙΩΘΑ ΟΤΙ ΗΜΟΥΝ ΤΟΣΟ ΚΑΛΟΣ/Η ΟΣΟ ΟΙ ΑΛΛΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	ΕΙΧΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΝΑ ΚΡΑΤΑΩ ΣΤΟ ΜΥΑΛΟ ΜΟΥ ΤΟ ΤΙ ΕΚΑΝΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ΕΝΙΩΘΑ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΜΕΝΟΣ/ Η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	ΕΝΙΩΘΑ ΠΩΣ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΕΚΑΝΑ ΗΤΑΝ ΜΙΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	ΕΝΙΩΘΑ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΕΛΠΙΔΟΦΟΡΟΣ/Α ΓΙΑ
ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9 | ΣΚΕΦΤΟΜΟΥΝ ΟΤΙ Η
ΖΩΗ ΜΟΥ ΕΙΧΕ ΓΙΝΕΙ
ΜΙΑ ΑΠΟΤΥΧΙΑ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ΕΝΙΩΘΑ ΔΕΙΛΟΣ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Ο ΥΠΝΟΣ ΜΟΥ ΗΤΑΝ
ΑΝΗΣΥΧΟΣ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ΗΜΟΥΝ
ΧΑΡΟΥΜΕΝΟΣ/Η | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ΜΙΛΟΥΣΑ ΛΙΓΟΤΕΡΟ
ΑΠΟ ΟΤΙ ΤΟ
ΣΥΝΗΘΩΣ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ΕΝΙΩΘΑ ΜΟΝΟΣ/Η | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ΟΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΗΤΑΝ
ΜΗ ΦΙΛΙΚΟΙ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | ΔΙΑΣΚΕΔΑΖΑ ΤΗ ΖΩΗ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | ΕΙΧΑ ΞΕΣΠΑΣΜΑΤΑ
ΚΛΑΜΑΤΟΣ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | ΕΝΙΩΘΑ
ΛΥΠΗΜΕΝΟΣ/Η | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | ΕΝΙΩΘΑ ΟΤΙ ΔΕΝ
ΑΡΕΣΑ ΣΤΟΥΣ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ

20 ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ΝΑ

«ΣΥΝΕΧΙΣΩ»

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ Ή ΣΧΟΛΙΑ.

.....

.....

.....

.....

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ:

ΦΥΛΟ: ΆΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΕΞΑΜΗΝΟ ΦΟΙΤΗΣΗΣ: Α' Γ' Ε' Ζ'

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΓΡΟΤΙΚΗ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΓΟΝΕΩΝ:

<5.000 € 5.001-10.000 € 10.001-20.000 €
20.001-
40.000 € >40.001 €

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!