

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Η(ΕΑΡΙΝΟ)

ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

- **ΘΕΜΑ: ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

**ΚΟΚΟΛΗ ΙΩΑΝΝΑ
ΚΟΝΤΟΥ ΙΩΑΝΝΑ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Δρ.Γ.ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | | |
|----------|-------|---|
| Πρόλογος | ..... | 6 |
| Εισαγωγή | ..... | 7 |

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | | |
|--|-------|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰ | ..... | 8 |
| 1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ | ..... | 8 |
| 1.1.1 Άγχος | ..... | 8 |
| 1.1.2 Κατάθλιψη | ..... | 8 |
| 1.1.3 Αυτοκτονία | ..... | 8 |
| 1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | ..... | 9 |
| 1.2.1 Άγχος | ..... | 9 |
| 1.2.2 Κατάθλιψη | ..... | 9 |
| 1.2.3 Αυτοκτονία | ..... | 11 |
| 1.2.3.1 Οδοντίατροι | ..... | 14 |
| 1.2.3.2 Ιατρική | ..... | 15 |
| 1.2.3.3 Νοσηλευτική | ..... | 15 |
| 1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ | ..... | 16 |
| 1.3.1 Άγχος | ..... | 16 |
| 1.3.2 Κατάθλιψη | ..... | 19 |
| 1.3.3 Αυτοκτονία | ..... | 21 |

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| 1.4 ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ | 24 |
| 1.4.1 Άγχος | 24 |
| 1.4.2 Κατάθλιψη | 24 |
| 1.4.3 Αυτοκτονία | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο | 26 |
| 2.1 Διάγνωση | 26 |
| 2.1.1 Κατάθλιψη | 26 |
| 2.1.2 Αυτοκτονία | 26 |
| 2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 31 |
| 2.2.1 Άγχος | 31 |
| 2.2.2 Κατάθλιψη | 32 |
| 2.2.3 Αυτοκτονία | 36 |
| 2.3 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ | 37 |
| 2.3.1 Άγχος | 37 |
| 2.3.2 Κατάθλιψη | 37 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο | 39 |
| 3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 39 |
| 3.1.1 Άγχος | 39 |
| 3.1.2 Κατάθλιψη | 39 |
| 3.1.3 Αυτοκτονία | 40 |

| | |
|--|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰ | 43 |
| 4.1 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΓΧΟΥΣ – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | 43 |
| 4.2 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ –ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | 43 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5⁰ | 44 |
| 5.1 ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΩΡΑ | 44 |
| 5.1.1 Μεγάλη Βρετανία | 44 |
| 5.1.2 Βόρεια Ιρλανδία | 44 |
| 5.1.3 Ιρλανδία | 44 |
| 5.1.4 Σκωτία | 44 |
| 5.1.5 Ουαλία | 45 |
| 5.1.6 Ηνωμένο Βασίλειο - Ιρλανδία | 45 |
| 5.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΩΡΑ | 45 |
| 5.2.1 Αυστραλία | 45 |
| 5.2.2 Φιλανδία | 46 |
| 5.2.3 Αγγλία – Ουαλία | 46 |
| 5.2.4 Κίνα | 46 |
| 5.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ –ΕΠΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ | 47 |
| 5.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΧΡΩΜΑ | 47 |
| 5.5 ΣΧΕΣΗ ΚΑΦΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ | 47 |
| 5.5.1 Καφές – Αυτοκτονία | 47 |
| 5.5.2 Κάπνισμα – Αυτοκτονία | 48 |

| | |
|--|----|
| 5.6 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ – ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ | 48 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο | 49 |
| | |
| 6.1 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ..... | 49 |
| 6.1.1 HIV στους Νότιο αφρικανούς | 49 |
| 6.1.2 LGB | 50 |
| 6.1.3 Φυλακισμένοι – Καναδάς | 50 |
| 6.1.4 Άστεγοι στην Αγγλία | 52 |
| 6.1.5 Οικογενειακή κατάσταση των ανθρώπων στο Λονδίνο | 52 |
| | |
| 6.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ | 53 |
| 6.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΓΡΟΤΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ | 54 |
| 6.3.1 Αγρότες Αγγλία – Ουαλία | 54 |
| 6.3.2 Αγρότες –Ουαλία | 54 |
| 6.3.3 Αγρότες – Κεντάκι –Β. Καρολίνα – Ν. Καρολίνα | 54 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο | 55 |
| | |
| 7.1 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ (ΕΦΗΒΟΙ) | 55 |
| 7.1.1 Ηνωμένο Βασίλειο – Ιρλανδία | 55 |
| 7.1.2 Αυστραλία | 55 |
| 7.1.3 Νέα Υόρκη | 56 |
| | |
| 7.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ (ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ)..... | 56 |
| 7.2.1 Ιρλανδία –Αγγλία | 56 |
| 7.2.2 Ιαπωνία | 57 |

| | |
|---|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | 58 |
| 8.1 ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ | 58 |
| 8.1.1 Άγχος | 58 |
| 8.1.2 Κατάθλιψη | 58 |
| 8.1.3 Αυτοκτονία | 60 |
| | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ⁰ | 63 |
| 9.1 ΒΟΗΘΗΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ | 63 |
| 9.1.1 Ενεργητική – Παθητική Ευθανασία | 63 |
| 9.1.2 Αμερική | 64 |
| 9.1.3 Ελλάδα | 64 |
| 9.1.4 Γαλλία | 64 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|--|-----|
| ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ | 65 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 67 |
| ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ | 67 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 95 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 98 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 99 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 102 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η αυτοκτονία είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο το οποίο προσελκύει την προσοχή των φιλόσοφων, των θεολόγων, των φυσικών, των κοινωνιολόγων και των ανθρώπων της τέχνης όλων των αιώνων και φυσικά όλων των επιστημόνων του χώρου της υγείας-πρόνοιας. Σαν ένα σοβαρό δημόσιο πρόβλημα απαιτεί την προσοχή μας, αλλά η αποτροπή και ο έλεγχος δυστυχώς δεν είναι τόσο εύκολο θέμα. Αναμφισβήτητα η αυτοκτονία αποτελεί μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου σήμερα, ενώ οι σχετικές μελέτες παρουσιάζουν ότι έχει αυξητική πορεία το φαινόμενο αυτό τα τελευταία χρόνια. Στη παρούσα εργασία επικεντρώσαμε το ενδιαφέρον μας στην επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών. Ερευνώντας το φαινόμενο της αυτοκτονίας στην επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών είχαμε την αμέριστη συμπαράσταση και προσφορά της καθηγήτριας μας κ. Γ. Θεοδωρακοπούλου που έχει ειδικευτεί στον τομέα αυτό και χωρίς την βοήθεια της δεν θα μπορούσαμε να ολοκληρώσουμε μια τόσο δύσκολη μελέτη. Επίσης ευχαριστούμε τον κ. Μ. Ποντικάκη (πτυχιούχο του τμήματος Μηχανικών Η/Υ και Πληροφορικής του πανεπιστημίου Πατρών) ο οποίος μας βοήθησε στην επεξεργασία των στατιστικών στοιχείων. Τέλος ευχαριστούμε το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων : ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΤΖΑΝΕΙΟ, ΜΕΤΑΞΑ και ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ που δέχθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο μας με προθυμία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα που υπάρχουν σήμερα. Ο νοσηλευτής καθημερινά δέχεται πιέσεις που δυστυχώς δεν μπορεί να απαλλαγθεί από αυτές. Όλοι κάποια στιγμή στην ζωή μας έχουμε βιώσει μία δύσκολη κατάσταση που μας έκανε να νιώσουμε πίεση και αναστάτωση. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί είναι μια ομάδα που καθημερινά συνεργάζονται στον ίδιο χώρο και το περιβάλλον τους είναι στρεσογόνο. Οι νοσηλευτές που καθημερινά εργάζονται σ' ένα στρεσογόνο περιβάλλον όπως είναι ο χώρος του νοσοκομείου βλέπουμε πως δέχονται πιέσεις, οι οποίες δεν μπορούν να τους αφήσουν να εργαστούν με ηρεμία. Γι' αυτό και σκοπός της έρευνας μας είναι η αναζήτηση αιτιών και προδιαθεσικών παραγόντων που οδηγούν τους ανθρώπους και ειδικότερα τους νοσηλευτές στην αυτοκαταστροφή. Μας κέντρισε το ενδιαφέρον η πρόσφατη αυτοκτονία μιας εργαζόμενης γυναίκας που υπέφερε από τις πιέσεις και το στρες του επαγγέλματος της. Με αφορμή αυτή την αυτοκτονία, πήραμε την απόφαση να κάνουμε μια έρευνα για το ποσοστό των νοσηλευτών που καταλήγουν στην αυτοκτονία ύστερα από ένα μεγάλο διάστημα γεμάτο στρες, πιέσεις και αναστάτωση. Στο εξωτερικό είδαμε ότι ο μέσος όρος είναι 1 θάνατος στους 10.000. Αυτό μας κίνησε την περιέργεια να βρούμε αν υπάρχει και στην Ελλάδα κάποιο αντίστοιχο ποσοστό και αν το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι στρεσογόνο. Στόχος μας είναι να δώσουμε ένα αισιόδοξο μήνυμα στους νοσηλευτές και να τους θυμίσουμε ότι η ζωή είναι ωραία παρ' όλα τα προβλήματα της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1.1 Άγχος

- Ø Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη¹.
- Ø Ο Hans Selye ορίζει το stress ως την «φυσιολογική φθορά χρήσεως του σώματος».²
- Ø Ο Richard Lazarus τονίζει ότι «είναι μια κατάσταση που βιώνουμε όταν οι απαιτήσεις που προβάλλονται πάνω μας δεν μπορούν να εξισορροπήσουν από την ικανότητα μας να ανταποκριθούμε σ' αυτές».²

1.1.2 Κατάθλιψη

- Ø Η κατάθλιψη είναι μια ψυχολογική κατάσταση που επηρεάζει αρνητικά τη βασική συναισθηματική διάθεση ενός ατόμου και ρυθμίζει τον τρόπο ζωής και την αντίληψη του εαυτού του και του περιβάλλοντος του³.
- Ø Οι Robert και Lamontagne ορίζουν την κατάθλιψη ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών⁴.
- Ø Είναι μια καταστρεπτική αίσθηση που οδηγεί σε μελαγχολία, κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο υποφέρει από έλλειψη ενεργητικότητας, ενδιαφέροντος, αυτοπεποίθησης και χαράς για τη ζωή⁵.

1.1.3 Αυτοκτονία

- Ø Αυτοκτονία είναι αποτέλεσμα μιας διαπροσωπικής ή ενδοπροσωπικής κρίσης με συναισθήματα αμφιθυμίας, θυμού, μοναξιάς και απόγνωσης⁶. Είναι είτε μια αντίδραση προς απορριπτική συμπεριφορά των άλλων, είτε μια υπαρξιακή εσωτερική σύγκρουση⁷, είτε αποτυχία όλων των προσαρμοστικών μηχανισμών που διαθέτει το άτομο⁶.
- Ø Αυτοκτονία είναι η προσπάθεια για βίαιη διακοπή της ζωής του από το ίδιο το άτομο, με τα ίδια του τα χέρια, ανεξάρτητα από το βαθμό συνείδησης που την πυροδοτεί⁸.

1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.2.1 Άγχος

Σύμφωνα με μία μελέτη που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1980 από τους Ivanerich και Matteson, από τα 130 επαγγέλματα που βαθμολογήθηκαν ως προς τα επίπεδα του άγχους η Νοσηλευτική τοποθετήθηκε στην 7^η θέση. Κάνοντας μια σύγκριση μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και της Ελλάδας βλέπουμε ότι στο εξωτερικό το επάγγελμα της νοσηλευτικής είναι σε καλύτερη θέση απ' ό,τι στην Ελλάδα. Αυτό φαίνεται από το πόσοι νοσηλευτές ασκούν το επάγγελμα. Στην Αμερική μόνο μισό εκατομμύριο νοσηλευτές από το ενάμισι εκατομμύριο που έχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος εργάζεται. Πάρα πολλοί εγκατέλειψαν την εργασία, εξαιτίας του άγχους που τους δημιουργήθηκε. Η Ε. Χαραλαμπίδου στη διδακτορική της διατριβή μελέτησε την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους στον ελλαδικό χώρο. Από τους 220 νοσηλευτές του δείγματος, οι 138 δηλαδή ένα ποσοστό 62,7% δεν θα ήθελαν να ακολουθήσει το παιδί τους το νοσηλευτικό επάγγελμα, ενώ 93 νοσηλευτές, με ποσοστό 42,3% δεν θα επέλεγε σήμερα το νοσηλευτικό επάγγελμα αν του δινόταν η ευκαιρία να επιλέξει κάποιο άλλο⁹.

Σύμφωνα με την μελέτη του Dallender που έγινε σε ψυχιατρικό τμήμα είδαμε ότι 2 από τις 3 νοσηλεύτριες ήταν ικανοποιημένες με τη δουλειά τους «σε κάποιο βαθμό», το 13% «σε ένα μεγάλο βαθμό» και λιγότερο από 1% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένες¹⁰. Μια μεγάλη έρευνα του NHS στη Μ.Βρετανία έδειξε ότι οι νοσηλεύτριες που έχουν ψυχολογικές διαταραχές τείνουν να εκδηλώνουν αυτή τη διαταραχή σε απουσία από την εργασία¹¹. Αυτή η έρευνα παρ' όλα αυτά ήταν περιορισμένη λόγω του χαμηλού ποσοστού απάντησης(43%)¹². Η ψυχολογική ευεξία του νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτάται άμεσα από το αν υπάρχει αναλογία μεταξύ των ωρών εργασίας (πλήρης ή μερική απασχόληση) και της επαγγελματικής καταξίωσης. Το 42% των νοσηλευτών που είχαν κατάθλιψη και το 38% που έπασχε από φυσικά συμπτώματα επηρεάστηκαν από τις μεταβλητές του εργασιακού περιβάλλοντος¹³.

1.2.2 Κατάθλιψη

Αμερική

Το πόσο καλό είναι ένα τμήμα μπορούμε να το δούμε από το πόσο ικανά είναι τα άτομα που δουλεύουν μέσα σ' αυτό. Μερικά άτομα είναι χαμηλόμισθα ακόμα και αν δουλεύουν κάτω από βαριές φυσικές και συναισθηματικές συνθήκες εργασίας. Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε σε 51 οίκους ευγηρίας στη δυτική Βιρτζίνια και το Οχάιο είδαμε ότι από τους 473 νοσηλευτές μερικοί παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης(όπως μετρήθηκε από το CESD). Χαρακτηριστικά, 6% εργάστηκαν περισσότερο από 8 ώρες ημερησίως, 11% που εργάστηκαν περισσότερο από 5 ημέρες εβδομαδιαίως, και 30% που εργάστηκαν περισσότερο από 40 ώρες μέσα σε μια εβδομάδα. Σχεδόν το 89% εργάστηκε δύο έως τέσσερα Σαββατοκύριακα κάθε μήνα. Περίπου το 1/3 εργαζόταν για δύο Σαββατοκύριακα ή έκανε διπλές βάρδιες κάθε

μήνα. Το άτομο που εργαζόταν 6-7 ημέρες την εβδομάδα είδαμε ότι παρουσίαζε σε μεγάλο βαθμό τα καταθλιπτικά συμπτώματα, και τα άτομα που εργαζόταν σε 1-5 διπλές βάρδιες το μήνα παρουσίασαν αυτήν την πιθανότητα δύο φορές. Όταν δουλεύει κάποιος στη βραδινή βάρδια έχει και κάποιο όφελος. Η μακροπρόθεσμη απασχόληση των νοσηλευτών στους οίκους ευγηρίας για περισσότερο από δέκα έτη συνδέθηκε με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Από τους νοσηλευτές που εργαζόταν αποκλειστικά επί ένα συνεχή χρόνο, το 1,25% είχε τεθεί εκτός λειτουργίας μέχρι τα 4 χρόνια. Σαφώς, οι απαιτήσεις στους νοσηλευτές που εργαζόταν σε αυτόν τον οίκο ευγηρίας έχουν ένα υψηλό συναισθηματικό φόρτο¹⁴. Το 16% των Αμερικάνων, δηλαδή περισσότερο από 30 εκατομμύρια άνθρωποι, θα υποφέρουν από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους. Οι Αμερικάνοι ερευνητές αναφέρουν σε κάποια γνωστή εφημερίδα ότι η κατάθλιψη είναι η νούμερο 1 κύρια αιτία για την ανικανότητα στον γενικό πληθυσμό. Η Kathleen Merikangas του διεθνούς ινστιτούτου της ψυχικής υγείας με βάση την αξιολόγηση που έκανε αναφέρει ότι περισσότεροι από 9.000 ενήλικες και ότι περίπου 13 εκατομμύρια Αμερικάνοι ή περισσότερο από 6% είχαν ένα επεισόδιο κατάθλιψης στο παρελθόν¹⁵. Γενικά υπολογίζεται ότι το 19,5% των γυναικών γιατρών αναφέρει ότι είχε ένα ιστορικό κατάθλιψης. Η κατάθλιψη παρατηρείται συχνά στους γιατρούς εξαιτίας του αυξημένου φόρτου εργασίας και του άγχους που υπάρχει στην εργασία τους¹⁶.

Κεντρική Αμερική

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε για τις νοσηλεύτριες που εργαζόταν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία στην Καραϊβική είδαμε ότι η δουλειά, οι κοινωνικοί παράγοντες, το άγχος, τα ξεσπάσματα και η παρατεταμένη απουσία από την δουλειά οδηγούν στην κατάθλιψη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 119 νοσηλεύτριες οι οποίες εργαζόταν σε κύρια τοπικά νοσοκομεία στο St. Vincent και Trinidad & Tobago¹⁷.

Μ. Βρετανία

Το 1987 μια έρευνα που έγινε σε 70 Βρετανίδες γυναίκες γιατρούς έδειξε ότι το 46% είχε εκδηλώσει κατάθλιψη¹⁸.

1.2.3 Αυτοκτονία

M. Βρετανία

Οι νοσηλεύτριες δουλεύουν κάτω από στρεσογόνες συνθήκες. Τα στατιστικά αποκαλύπτουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι 4 φορές πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν συγκρινόμενες με ανθρώπους που δουλεύουν εκτός φαρμάκων. Τον ίδιο κίνδυνο διατρέχουν και οι γιατροί οι οποίοι είναι 2 φορές πιο πιθανό να σκοτωθούν συγκρινόμενοι με ανθρώπους που δουλεύουν σε άλλα επαγγέλματα. Υπερωρίες, στρες και εύκολη διέξοδος στα ναρκωτικά είναι αιτίες που κατηγορούνται για τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας στην ιατρική. Ελλείψεις προσωπικού, λίστες μακράς αναμονής και το στρες που έχει κάποιος όταν δουλεύει με τους αρρώστους και ιδιαίτερα αυτούς που πεθαίνουν φαίνεται να είναι αρκετά σημαντικοί παράγοντες. Οι αναλογίες αυτές συμπίπτουν με την δημοσίευση μιας έρευνας από το περιοδικό Nursing Standard της M. Βρετανίας που μας δείχνει ότι το περισσότερο από τα 2/3 των νοσηλευτών που υποφέρουν από κατάθλιψη ρίχνουν την ευθύνη στη δουλειά για την κατάστασή τους. Ο Nick Harvey ως εκπρόσωπος της υγείας των φιλελεύθερων δημοκρατικών, του οποίου η ομάδα αποκάλυψε τα στατιστικά των αυτοκτονιών, τα οποία απέδειξαν ότι ήταν <<τραγική ειρωνεία>> που κάποιοι άνθρωποι αφοσιώθηκαν στο να σώζουν τις ζωές των ασθενών τους βάζοντας τις δικές τους ζωές σε κίνδυνο σαν αποτέλεσμα της δουλειάς τους. Οι αναλογίες δείχνουν ότι τα 10 προηγούμενα χρόνια, το ποσοστό του ρυθμού των αυτοκτονιών για τις νοσηλεύτριες ήταν 0,11 θάνατοι για κάθε 1.000 νοσηλεύτριες. Αυτό το ποσοστό είναι μιάμιση φορά μεγαλύτερο από το εθνικό ποσοστό το οποίο είναι 0,07 θάνατοι στους 1.000. Ωστόσο, περισσότερο από 90% των νοσηλευτών είναι γυναίκες. Οι γυναίκες γενικά είναι λιγότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν από τους άντρες, με ένα συνολικό αριθμό αυτοκτονιών του 0,03 στα 1.000 άτομα. Αλλά οι αναλογίες υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες που είναι νοσηλεύτριες είναι 4 φορές περισσότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν από άλλες γυναίκες. Ο ρυθμός των αυτοκτονιών για τους γιατρούς τα τελευταία 10 χρόνια έχει γίνει 0,135 θανάτους στους 1.000, το οποίο είναι σχεδόν διπλάσιο του εθνικού ποσοστού¹⁹.

Οι συχνότερες αυτοκτονίες, σύμφωνα με μια άλλη έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο, συναντώνται σε νοσηλευτές παθολογικών τμημάτων. Οι ερευνητές μιλούν για σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης. Σε μια έρευνα του περιοδικού Nursing Times το 1991, στην οποία συμμετείχαν 1.800 νοσηλευτές, το 64% δήλωσαν ότι εξαιτίας της εργασίας τους υπέφεραν από κεφαλαλγία, 82% είχαν ψυχικά σημεία κόπωσης και 57% ένιωθαν απογοήτευση. Αξίζει να σημειώσουμε εδώ ότι 16% είχαν καταφύγει στο ποτό. Στη M.Βρετανία το 40% των εργατο-ωρών, που χάνονται ετησίως λόγω ασθένειας, οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια⁹.

Οι αυτοκτονίες μεταξύ των ιατρικών επαγγελματιών έφτασαν στην κορυφή το 1994 όταν 24 γιατροί και 64 νοσηλεύτριες αυτοκτόνησαν. Το 1998, ο τελευταίος χρόνος για τον οποίο οι αναλογίες είναι διαθέσιμες, 17 γιατροί και 56 νοσηλεύτριες αυτοκτόνησαν. “Αυτή η αναλογία δείχνει ότι το να είσαι γιατρός ή νοσηλεύτρια αποτελεί σπουδαίο κίνδυνο στην αυτοκτονία”, λέει ο Mr. Harvey. Είναι μια τραγική ειρωνεία όταν δεσμεύεις τον εαυτό σου στο να σώξεις και να φροντίζεις τους άλλους, ενώ είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσεις εσύ¹⁹.

Αμερική

Μεταξύ των ετών 1991 και 1993, σημειώθηκαν 48 αυτοκτονίες από γιατρούς στην Αμερική και μέσα σε αυτές τις αυτοκτονίες υπήρχαν μόνο δύο γυναίκες γιατροί²⁰. Μεταξύ των ετών 1998-1999 παρατηρήθηκε ότι η αυτοκτονία ήταν υπεύθυνη για το 35% των πρόωρων θανάτων των γιατρών²¹ και το 3% των θανάτων των Αμερικάνων ανδρών γιατρών και το 6,5% των θανάτων των Αμερικανίδων γυναικών γιατρών²². Αυτός ο ρυθμός εμφανίζεται να ήταν μόνιμος. Η αυτοκτονία ήταν η κύρια αιτία θανάτου στους λευκούς άνδρες ηλικίας άνω των 25 χρόνων^{23,24}. Ο ρυθμός των αυτοκτονιών στις γυναίκες γιατρούς ήταν παρόμοιος με αυτόν που υπήρχε στους άνδρες γιατρούς αλλά ήταν σημαντικά υψηλότερος ο ρυθμός των αυτοκτονιών στις λευκές γυναίκες οι οποίες ήταν 25 χρόνων και άνω²³. Αν και η διαφορά του ρυθμού μεταξύ των γυναικών γιατρών και των άλλων γυναικών είχε ελαττωθεί, το ποσοστό αυτοκτονίας στις γυναίκες του γενικού πληθυσμού είχε αυξηθεί.

Μια έρευνα στην Νέα Υόρκη που έγινε στις 12 Ιουνίου του 2003 έδειξε ότι οι παθολόγοι, και ιδιαίτερα οι γυναίκες παθολόγοι, έχουν τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονίας από το γενικό πληθυσμό. Η κατάθλιψη στους παθολόγους είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία. Μια έρευνα δείχνει ότι πέρα από ένα τρίτο των παθολόγων δεν έχει υγειονομική περίθαλψη, και ότι οι παθολόγοι αποτυγχάνουν συχνά να προσδιορίσουν την κατάθλιψη και άλλες διαταραχές διανοητικής υγείας. Έτσι οδηγούνται στην ανικανότητα και σε έναν αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας²⁵.

Σε μία έρευνα που έγινε στις Ηνωμένες Πολιτείες και είχε ως θέμα το στρες που σχετίζεται με την αυτοκτονία σε γυναίκες που εργάζονται ως νοσοκόμες. Οι νοσηλεύτριες ήταν 36 έως 61 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατά τη διάρκεια παρακολούθησης 1.272.000 ατόμων ανά έτος έγιναν 73 αυτοκτονίες. Μετά από τη ρύθμιση για την ηλικία, το κάπνισμα, την κατανάλωση καφέ, την λήψη οιοπνεύματος, και την οικογενειακή κατάσταση, η σχέση μεταξύ της πίεσης και της αυτοκτονίας παρέμειναν στο ίδιο επίπεδο. Η πίεση στο σπίτι και η πίεση της εργασίας συνδυάστηκαν και έδειξαν ότι υπήρξε μια σχεδόν πενταπλάσια αύξηση στον κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ των γυναικών που εργάζονταν και ανήκουν στην υψηλή κατηγορία πίεσης. Ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν οκταπλάσιος μεταξύ των γυναικών που εργάζονταν και ανήκουν στην υψηλή κατηγορία πίεσης σε σχέση με εκείνες που ήταν στο σπίτι και ανήκουν στη χαμηλή κατηγορία πίεσης. Η σχέση μεταξύ της αναφερόμενης πίεσης και της αυτοκτονίας φαίνεται να διαμορφώνεται μεταξύ των ενήλικων γυναικών²⁶.

Ευρώπη

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι αυξάνεται η αυτοκτονία και η βιαιότητα των θανάτων στη Δανία²⁷. Επίσης οι μελέτες δείχνουν ότι την περίοδο 1935-1975 η θνησιμότητα των γιατρών είχε αυξηθεί σχετικά με τον γενικό πληθυσμό: το 1935-1939 η θνησιμότητα ήταν 1,18²⁸, το 1955-1959 ήταν 0,99²⁸ και το 1970-1975 ήταν 0,88²⁷. Μελέτες από άλλες Σκανδιναβικές χώρες συγκαλύπτουν τη θνησιμότητα των γιατρών το 1970 έχουν παράλληλα δείξει μια πλήρης θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό και ένα αυξημένο ρυθμό αυτοκτονιών^{29,30,31}. Μελέτες από άλλες χώρες εκτός της Σκανδιναβίας έχουν δείξει παρόμοια αποτελέσματα^{32,33,34}. Πολλές έρευνες στην Ευρώπη έχουν εξετάσει τον ρυθμό των αυτοκτονιών στις γυναίκες γιατρούς και στις άλλες γυναίκες επαγγελματίες. Μια έρευνα στη Σουηδία³⁵ έδειξε ότι οι γυναίκες γιατροί είχαν έναν υψηλό ρυθμό

αυτοκτονιών σε σχέση με τις ακαδημαϊκές γυναίκες(π.χ. δασκάλες) και τον γενικό πληθυσμό. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι οι άντρες γιατροί είχαν έναν υψηλό ρυθμό αυτοκτονιών συγκρινόμενη με τους ακαδημαϊκούς άνδρες. Ένας απολογισμός της αυτοκτονίας στη Σουηδία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (1961-1985)³⁶ έδειξε ότι οι γυναίκες γιατροί είχαν υψηλό ρυθμό αυτοκτονίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών που εργάζονται³⁴.

Το 1987 μια έρευνα που έγινε σε 70 Βρετανίδες γυναίκες γιατρούς έδειξε ότι το 7% ανέφερε ότι σκεφτόταν έντονα την αυτοκτονία¹⁸.

Η προσπάθεια για αυτοκτονία έχει αυξηθεί σημαντικά. Οι γυναίκες έχουν αυτοκτονική συμπεριφορά 2-3 φορές περισσότερο από τους άνδρες^{37,38}. Η προσπάθεια αυτοκτονίας στις γυναίκες έχει σχέση με την τρίτη δεκαετία της ζωής, με την εργασία, με τη χαμηλή εκπαίδευση, με οικονομικά προβλήματα και με τον χαρακτήρα¹⁶. Η μελέτη κάλυψε περίπου 277.000 άτομα ανά έτος. Ένας πλήρης αριθμός των θανάτων που εμφανίστηκαν είναι 2.387 από 1/01/1973 μέχρι τις 31/12/1992. Η θνησιμότητα των γιατρών ήταν χαμηλότερη απ' αυτή του γενικού πληθυσμού. Η θνησιμότητα λόγω του καρκίνου του πνεύμονα ήταν ιδιαίτερα χαμηλή ενώ η αυτοκτονία ήταν σημαντικά αυξημένη 1,6 για τους άνδρες και για τις γυναίκες. Ο ρυθμός των αυτοκτονιών ήταν ιδιαίτερα αυξημένος εξαιτίας του αυξημένου αριθμού των αυτοκτονιών από δηλητήριο. Επιπλέον οι γυναίκες γιατροί έχουν σχετικά αυξημένη θνησιμότητα εξαιτίας των ατυχημάτων και άλλων βίαιων θανάτων³⁹.

Έρευνα που έγινε μεταξύ 1979-1995 στην Αγγλία και Ουαλία έδειξε ότι οι γιατροί πεθαίνουν από αυτοκτονία ή από ανεξιχνίαστο λόγο. Είχαν δημοσιευθεί 329 αυτοκτονίες, από αυτές τις αυτοκτονίες αναγνωρίστηκαν η κοινωνική θέση(συνταξιούχος, εργαζόμενος, άνεργος) και η ειδικότητα των γιατρών. Τα στοιχεία έδειξαν ότι όλοι οι άνδρες κάτω των 65 χρόνων και όλες οι γυναίκες κάτω των 60 ήταν εργαζόμενες. Από τους 329 γιατρούς οι 86 ήταν άνεργοι και οι 243 εργάζονταν⁴⁰.

Σε αυτή την έρευνα αξιοπρόσεκτες ήταν οι διαφορές μεταξύ των μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν για αυτοκτονία από τους γιατρούς και αυτές που χρησιμοποιήθηκαν από τον γενικό πληθυσμό. Ο πιο αξιοσημείωτος τρόπος για αυτοκτονία ήταν η δηλητηρίαση με χάπια. Ήταν ένας τρόπος κοινός μεταξύ των γιατρών. Εφαρμόζεται το ίδιο και από άνδρες και γυναίκες. Η δηλητηρίαση με χάπια είναι 35,3% στους άνδρες και 17,7% στις γυναίκες. Το διαπεραστικό κόψιμο είναι εξίσου κοινό όπως τη δηλητηρίαση. Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει μόνο τους άνδρες γιατρούς. Επίσης άλλη γνωστή μέθοδος είναι ο απαγχονισμός και η ασφυξία με αέριο, η οποία χρησιμοποιείται μόνο από τους άνδρες γιατρούς. Οι γιατροί πεθαίνουν λιγότερο από πνιγμό, πτώση από ύψος και από άλλα ακαθόριστα μέσα, αυτό ισχύει και για τα δύο φύλα⁴⁰.

Φιλιππίνες

Στις 21 Αυγούστου του 1916, ο άνδρας που ήταν υπεύθυνος για την καθαριότητα του νοσοκομείου πήγε να απολυμάνει τις τουαλέτες των θαλάμων. Μόλις μπήκε στις γυναικείες τουαλέτες έμεινε έκπληκτος διότι βρήκε το άψυχο σώμα μιας νέας νοσοκόμας που ονομαζόταν Florentina Papa. Το στόμα ήταν καμένο και υπήρχε και ένα άδειο μπουκάλι καρβολικού οξέος δίπλα της, αλλά κανένα σημείωμα που να δείχνει τον λόγο της αυτοκτονίας. Τις επόμενες ημέρες, οι γιατροί έκτακτης ανάγκης ήταν τρομαγμένοι που αντιμετώπισαν δύο ακόμη περιπτώσεις νέων νοσοκόμων που είχαν αυτοκτονήσει με τον ίδιο τρόπο. Κατόπιν μια άλλη περίπτωση. Σε ένα μικρό διάστημα δύο μηνών, το δωμάτιο έκτακτης ανάγκης είχε ακόμα οκτώ περιπτώσεις αυτοκτονίας. Όλες ήταν γυναίκες νοσοκόμες από τις Φιλιππίνες και επίσης όλες κάτω

από 21 ετών και άπειρες. Αυτές οι ανεξήγητες περιπτώσεις αναφέρθηκαν στις μπροστινές σελίδες γνωστών εφημερίδων⁴¹.

1.2.3.1 Οδοντίατροι

Από το 1933 το δημόσιο κοινό και τα μέσα ενημέρωσης είχαν δείξει τους οδοντίατρος σαν την επαγγελματική ομάδα που είναι η πιο επιρρεπής στην αυτοκτονία. Επίσης, υπάρχουν ισχυρισμοί ότι οι οδοντίατροι έχουν δυσανάλογα αυξημένα ποσοστά αλκοολισμού, κατάχρησης ναρκωτικών και πολλά διαζύγια. Η οδοντιατρική μπορεί να είναι επιβλαβής κάποιες φορές και το στρες μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αυτοκτονία⁴². Η αυτοκτονία ήταν η έβδομη κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1997(11,6 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμό). Σύμφωνα με το National center for health statistics περίπου 31.000 Αμερικάνοι, συμπεριλαμβανομένου και τους επαγγελματίες υγείας, πέθαναν το 1996 από αυτό-προκαλούμενους τραυματισμούς⁴³. Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε αυτοκτονία ενός γιατρού έχουν υπάρξει τουλάχιστον 8-10 αποτυχημένες προσπάθειες αυτοκτονίας που γίνονται από γιατρούς⁴⁴ αλλά δεν είναι γνωστό αν αυτή η αύξηση του ρυθμού επεκτείνεται και στην οδοντιατρική. Ο lang Runtz⁴⁵ υποστηρίζει ότι η αριθμητική αντιστοιχία ισοδυναμεί με μία μεγάλη τάξη οδοντιατρικής σχολής η οποία χάνεται κάθε χρόνο από αυτοκτονίες. Παρόμοιες γενικεύσεις έχουν γίνει και για την ιατρική⁴⁶. Ο Bers⁴⁷ λέει ότι οι σύγχρονες στατιστικές πηγές (της άποψης ότι οι οδοντίατροι αυτοκτονούν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' τον γενικό πληθυσμό) φαίνεται να είχαν λάβει χώρα τη δεκαετία του 1960. Βασίζει αυτή την άποψη πάνω σε άρθρα που εμφανίστηκαν εκείνη την εποχή. Με το πέρασμα των χρόνων, διάφορα άρθρα είχαν αναφέρει ότι οι οδοντίατροι, οι δικηγόροι και οι γιατροί είχαν 2,5 με 5,5 φορές το συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών από άλλους εργαζομένους γραφείου (υπάλληλους) ή από άλλες ομάδες του γενικού πληθυσμού^{48,49,47}. Αυτοί οι ισχυρισμοί δεν αμφισβητήθηκαν μέχρι το 1975 όπου η Αμερικάνικη οδοντιατρική ένωση δημοσίευσε μια μελέτη που έδειχνε ότι τα δεδομένα από 31 πολιτείες (από τις οποίες τα δεδομένα ήταν διαθέσιμα) δεν υποστήριζαν το συμπέρασμα ότι οι οδοντίατροι αυτοκτονούν σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικό πληθυσμό⁵⁰. Μεταξύ του 1975 και στα μέσα της δεκαετίας του 1980, επιπλέον άρθρα εμφανίστηκαν και αρνούνταν αυτή την συσχέτιση^{51,49,52,53}. Ένας απολογισμός των θανάτων των Αμερικάνων και των Καναδέζων οδοντιάτρων ο οποίος ήταν 8.945 και έγινε από τον Arnetz και τους συναδέλφους του ,όταν δημοσιεύτηκε το 1976 έδειξε ότι οι άνδρες οδοντίατροι στην πραγματικότητα είχαν έναν χαμηλό ρυθμό αυτοκτονιών σε σχέση με τους λευκούς άνδρες του γενικού πληθυσμού το διάστημα 1960-1965^{49,54}. Οι Revicki και May⁵³ ανέφεραν μόνο 10 αυτοκτονίες οδοντιάτρων ανά 100.000 πληθυσμό το χρόνο στην Βόρεια Καρολίνα το διάστημα 1978-1982, το χαμηλότερο ποσοστό ανάμεσα σε όλα τα βασικά ιατρικά επαγγέλματα. Ο Simpson και οι συνάδελφοι του⁴⁸ ανέλυσαν αναδρομικά τις αυτοκτονίες των οδοντιάτρων στην Iowa σε μια περίοδο 13 χρόνων και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο ρυθμός αυτοκτονίας για τους νεότερους οδοντίατρος ηλικίας 24-44 χρόνων ήταν 2,6 φορές το ποσοστό του εθνικού πληθυσμού των ανδρών. Ενώ βρήκαν ότι ο ρυθμός αυτοκτονίας για τους ηλικιωμένους οδοντίατρος ηλικίας 45-64 χρόνων ήταν χαμηλότερος από τον ρυθμό των νέων οδοντιάτρων βρήκαν επίσης μια άλλη αυξανόμενη επίπτωση που κορυφώνεται μετά την ηλικία των 65 χρόνων. Συνολικά βρήκαν μια επικράτηση της τάξης των 9,7 αυτοκτονιών ανά 100.000 πληθυσμού συγκρινόμενη με το 8,98 ανά 100.000 άτομα του γενικού αμερικανικού πληθυσμού⁵⁵. Το 1984, ένα εθνικό οδοντιατρικό περιοδικό το Dental Management δημοσίευσε ένα τυχαίο δείγμα 2.500 οδοντιάτρων ,με ένα ποσοστό 40,7 %⁵⁶, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 6,7% των

οδοντιάτρων που απάντησε στο ερωτηματολόγιο παραδέχτηκε ότι είχε σκεφτεί την αυτοκτονία κάποια στιγμή στην καριέρα τους ,ενώ το 16,1% θεωρούν την οδοντιατρική σαν εξαιρετικά στρεσογόνα δουλειά^{47,57}. Οι οδοντίατροι δουλεύουν στην απομόνωση χωρίς να έρχονται σε επαφή με άλλους γιατρούς, αυτό φαίνεται να είναι ένας παράγοντας για να δημιουργηθεί στρες, αυτοκτονία ή και τα δύο⁴⁹. Πολλοί οδοντίατροι θεωρούν τους εαυτούς τους σαν δευτέρου επιπέδου γιατρούς στον κόσμο της υγείας διότι δεν έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια κοινωνική θέση σε σχέση με τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων^{49,58}. Αρκετοί οδοντίατροι σχετικά με αναφορές που έχουν γίνει, δεν επωφελούνται(δεν εκμεταλλεύονται) τον χρόνο που έχουν για να ηρεμήσουν όπως η ώρα του φαγητού, δεν κάνουν διακοπές για να χαλαρώσουν και δεν βρίσκουν τρόπο για να απελευθερώσουν το άγχος τους. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το University of Illinois στο Σικάγο δείχνουν ότι οι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και οι οδοντίατροι δεν προσέχουν καθόλου τον εαυτό τους και αυτή η κατάσταση φαίνεται να είναι ίδια και χειρότερη για τους γιατρούς που δουλεύουν σε κλειστά τμήματα⁵⁹. Παρότι ο Stack⁴⁹ υπέθεσε ότι υπάρχει ένας υψηλός ρυθμός διαζυγίων στους οδοντίατρος, η ADA(American Dental Association) σε μια μεγάλης κλίμακας έρευνα που έκανε έδειξε ότι οι οδοντίατροι στην πραγματικότητα έχουν χαμηλό ρυθμό διαζυγίων⁵⁷. Οι οδοντίατροι δεν χωρίζουν συχνά σε σχέση με άλλους επαγγελματίες, αλλά οι διαζευγμένοι οδοντίατροι και οι γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων είναι 3 φορές και 13 φορές αντίστοιχα πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν από άλλους διαζευγμένους ανθρώπους του γενικού πληθυσμού^{46,52}.

1.2.3.2 Ιατρική

Το 3% όλων των καταγραφέντων θανάτων των γιατρών είναι η αυτοκτονία. Έχει εκτιμηθεί ότι πάνω από 5% των αυτοκτονιών δεν έχει αναφερθεί⁶⁰. Ο ρυθμός αυτοκτονίας για τις γυναίκες γιατρούς είναι 3-4 φορές υψηλότερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού και ο ρυθμός αυτοκτονίας για τους άνδρες γιατρούς είναι 1,15 -3 φορές υψηλότερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού^{60,61,62,63}. Η American Medical Association (AMA) σε μια έρευνα 2 χρόνων που έκανε την περίοδο 1965-1967 ανέφερε ότι το 2,61 % των θανάτων των γιατρών ανδρών και το 5,72% των θανάτων των γυναικών γιατρών είχαν καταγραφεί σαν αυτοκτονίες⁶². Μια έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες γιατροί είναι πιο επιρρεπείς στην αυτοκτονία στην αρχή και στο ενδιάμεσο διάστημα της καριέρας τους⁶⁴. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι οι προκαταλήψεις εναντίον των γυναικών μπορεί να προκαλέσει την ιδέα να δουλεύουν πιο ανταγωνιστικά, αυτό μπορεί να συμβάλει στην κατάθλιψη⁶³. Ο τρόπος που αυτοκτονούν οι περισσότερες γυναίκες είναι η λήψη ναρκωτικών, ενώ οι περισσότερες αυτοκτονίες ανδρών γιατρών διαχωρίζεται ανάμεσα στην λήψη ναρκωτικών και σε άλλους τρόπους όπως απαγχονισμός , πτώση από ύψος και άλλα^{54,65}.

1.2.3.3 Νοσηλευτική

Η Hawton και Visliser⁶⁶ παραθέτουν 7 έρευνες⁶⁷⁻⁷³ οι οποίες υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια σημαντική αύξηση αυτοκτονιών στις γυναίκες νοσηλεύτριες^{74, 75}.

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

1.3.1 Άγχος

Η εργασία αποτελεί σημαντικό μέρος της ζωής μας και από την άποψη του χρόνου και από την άποψη της σημασίας που της αποδίδουμε. Η εργασία αποτελεί επίσης πηγή μεγάλων ικανοποιήσεων και προκλήσεων⁷⁶. Έχει διαπιστωθεί ότι μερικά επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχώδη από κάποια άλλα. Σύμφωνα με μια έρευνα είδαμε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή κατατάσσεται με βάση το άγχος στην έβδομη θέση⁹.

Όπως φαίνεται το στρες δεν είναι αποκλειστικό προνόμιο υψηλόβαθμων ή χαμηλόβαθμων υπαλλήλων. Το στρες μπορεί να επηρεάσει τον καθένα.

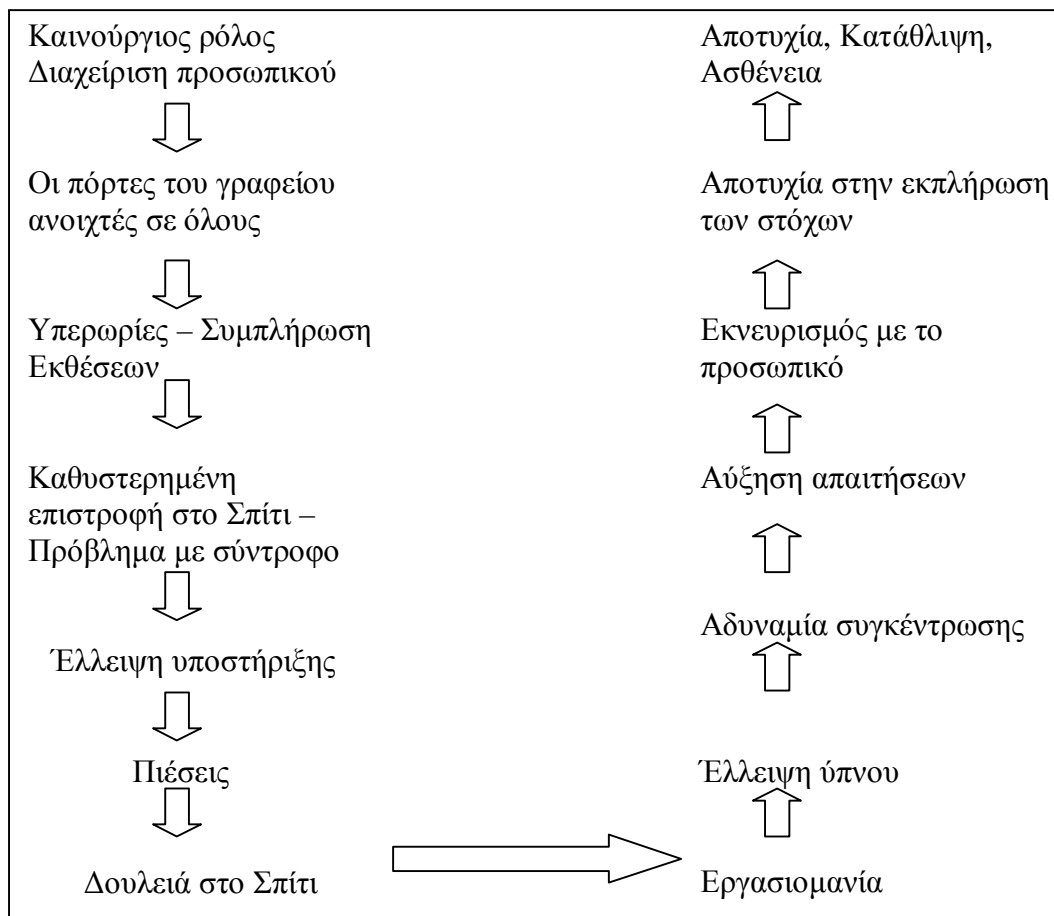
Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες στρες στο χώρο εργασίας που μπορούν να χωριστούν στις παρακάτω κατηγορίες:

- Παράγοντες σχετικοί με την εργασία
- Θέση στο χώρο εργασίας
- Επαγγελματικές σχέσεις

Οι παράγοντες που είναι σχετικοί με την εργασία είναι οι εξής:

- Περιβάλλον

Το εργασιακό μας περιβάλλον έχει πρωταρχική σημασία για τον τρόπο που ενεργούμε στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου ρόλου⁷⁷. Είναι σημαντικό να υπάρχει στη δουλειά μια ατμόσφαιρα υποστήριξης και όχι ανταγωνισμού, καθώς και μια διαρκής επιμόρφωση, εναλλαγή καθηκόντων, μοίρασμα ευθυνών. Όλα αυτά θα πρέπει να συνυπάρχουν για τη δημιουργία κατάλληλου κλίματος συνεργασίας². Αν το περιβάλλον του χώρου που εργαζόμαστε δεν πληροί κάποιες προϋποθέσεις (όπως τάξη, άνεση, διακόσμηση) ή δεν μας ταιριάζει μπορεί να επηρεάσει τη δουλειά μας, τη διάθεσή μας και γενικότερα την καλή μας κατάσταση⁷⁷. Άρα λοιπόν οι καθαροί χώροι, η όμορφη διακόσμηση στους χώρους εργασίας, προδιαθέτει όμορφα το νοσηλευτικό προσωπικό, τους ασθενείς αλλά και τους συγγενείς⁷⁸. Ο εργασιακός μας χώρος μπορεί λοιπόν να είναι μια πηγή ανησυχίας και απογοήτευσης αν δεν πληροί τα παραπάνω⁷⁷. Το παρακάτω παράδειγμα περιγράφει πώς μια αλλαγή του ρόλου ενός εργαζομένου είχε σαν αποτέλεσμα να αρρωστήσει.



Μόνο αφού αρρώστησε συνειδητοποίησε πόσο καταπιεστική ήταν η δουλειά της⁷⁶. Η δουλειά των νοσηλευτών είναι επικίνδυνη, συνεχώς υπάρχει ο φόβος για κάποιον τραυματισμό. Μια απρόσεκτη κίνηση όπως ένα τρύπημα με βελόνα μπορεί να μεταδώσει κάποια ασθένεια⁷⁹.

- Τεχνολογία

Η εισαγωγή καινούργιας τεχνολογίας στο χώρο εργασίας απαιτεί την προσαρμογή των εργαζομένων σε νέα περιβάλλοντα, συστήματα και τρόπους δουλειάς⁷⁶. Η προσαρμογή των εργαζομένων στη νέα τεχνολογία έχει σαν συνέπεια τις τεράστιες πρόσθετες πιέσεις, οι οποίες γίνονται όλο και πιο έντονες στο ήδη γεμάτο πρόγραμμά μας^{76,2}. Οι νοσηλευτές πρέπει να αφιερώσουν κι άλλο χρόνο για να καλύψουν τα κενά που έχουν σχετικά με την χρήση μηχανημάτων και συστημάτων πληροφορικής⁷⁹. Πολλές φορές οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας αντιμετωπίζουν δυσκολία στις αλλαγές της τεχνολογίας και συχνά υπάρχει το συναίσθημα ότι δουλεύουν σαν μέρη μιας μηχανής, αντί σαν ανθρώπινα πλάσματα². Η σύγχρονη τεχνολογία απομάκρυνε αρκετά το νοσηλευτικό προσωπικό από το προσκεφάλι του αρρώστου. Αποτέλεσμα να μην υπάρχει ο συναισθηματικός δεσμός με τον άρρωστο. Φροντίζουμε πιο πολύ τα άψυχα μηχανήματα παρά τον ανθρώπινο παράγοντα. Όλα αυτά συντελούν στην πιθανή λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων⁷⁸.

- Πιέσεις

Υπάρχουν δύο είδη εργασιακών πιέσεων:

α) Φόρτος εργασίας

Τα συμπτώματα του φόρτου εργασίας είναι πολύ εύκολο να αναγνωριστούν⁷⁶. Η έλλειψη προσωπικού μας αναγκάζει να φροντίζουμε περισσότερους ασθενείς με ελάχιστη επιπλέον βοήθεια^{9,79}.

Οι νοσηλεύτριες δεν έχουν χρόνο να καθίσουν μαζί με τους ασθενείς για να τους παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη⁸⁰ και να τους λύσουν τα διάφορα προβλήματα τους, αν και θα το ήθελαν⁸¹. Οι διπλές βάρδιες ή το να γυρνάς ξανά στην δουλειά μετά από 8 ώρες από το τέλος της βάρδιας για να καλύψεις της ανάγκες έχουν ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή ανάπαυση της νοσηλεύτριας^{9,79}. Οι ώρες δουλειάς είναι συχνά άβολες και επιδρούν στο κανονικό βιολογικό ρολόι και έτσι πολλοί νοσηλευτές αντιμετωπίζουν προβλήματα ύπνου. Το δύσκολο ωράριο δουλειάς αναγκάζει τη νοσηλεύτρια να μην έχει χρόνο για διασκέδαση και για έναν υγιή τρόπο ζωής πράγμα που συμβάλλει στην εμφάνιση ασθενειών που συνδέονται με το άγχος². Η υποχρεωτική εργασία το Σαββατοκύριακο είναι άλλο ένα πρόβλημα στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών⁹. Οι νοσηλεύτριες λόγω της έλλειψης προσωπικού στις διάφορες νοσηλευτικές μονάδες είναι αναγκασμένες να δουλεύουν όχι μόνο σαββατοκύριακα αλλά και αργίες⁷⁸.

β) Απαιτήσεις πέραν των δυνατοτήτων των νοσηλευτών.

Η εργασία μας άλλοτε έχει μεγαλύτερες απαιτήσεις από εμάς και άλλοτε μικρότερες απαιτήσεις⁷⁶. Μερικές φορές οι μετακινήσεις των ασθενών δημιουργούν άγχος στους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν υπομονή όταν κάνουν μάνιου, όταν ντύνουν και θεραπεύουν τους ασθενείς που έχουν ανάρμοστη συμπεριφορά απέναντι τους. Ο χαμός ενός ασθενή επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία του νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής παρολ' αυτά θα πρέπει να εξοικειωθεί διότι θα βρίσκεται συνεχώς κοντά στο θάνατο^{9,19,79}.

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται καθημερινά σε επαφή όχι μόνο με τους αρρώστους αλλά και με τα μέλη της οικογένειας τους που βιώνουν αυξημένο άγχος^{79,82}.

Η Carol Bannister, που είναι σύμβουλος των επαγγελματιών υγείας για το Royal College of Nursing, περιγράφει τις αναλογίες ως ανησυχητικές. “Οι πιέσεις που δέχονται οι νοσηλεύτριες είναι πολύ γνωστές. Αυτό που πρέπει να κάνουμε είναι να βρούμε λύσεις”. Οι ανθρώπινες πηγές της κυβέρνησης αρχικά, πρέπει να επιχειρήσουν να αντιμετωπίσουν τις ελλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού, να συνθλίψουν τη βία και να εισάγουν πρακτικές οι οποίες είναι φιλικές πάνω στην εργασία, αυτός είναι ένας καλός τρόπος να αρχίσεις. “Είμαστε ανήσυχοι για να δούμε αυτές τις πρωτοβουλίες να κάνουν μια πραγματική διαφορά στο εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών”. Μια εκπρόσωπος του British Medical Association (BMA) πρόσθεσε: “Οι γιατροί δουλεύουν σε μια έμφυτα στρεσογόνο δουλειά. Δουλεύουν πάρα πολλές ώρες μέσα σε δύσκολες συνθήκες και αυτή η δουλειά από μόνη της είναι υπερβολικά επιβαρημένη. Υπάρχει επίσης η περίπτωση όταν οι γιατροί έχουν μια απροθυμία στο να ψάξουν επαγγελματική βοήθεια και να έχουν επαγγελματικό ήθος που αυτό σημαίνει ότι νιώθουν ότι πρέπει να αγωνιστούν και να συνεχίσουν να δουλεύουν ακόμα και όταν είναι άρρωστοι, μερικές φορές με τραγικά αποτελέσματα¹⁹.”

γ) Σχέση του άγχους με τη θέση που έχει το άτομο στην εργασία του.

Τα άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις στο χώρο της εργασίας τους αντιμετωπίζουν περισσότερο άγχος από αυτά που δεν λαμβάνουν αποφάσεις (π.χ. Προϊστάμενη-νοσηλεύτρια)⁷⁶. Όταν γίνει κάποιο λάθος κατά την ώρα της εργασίας και στοιχίσει αυτό την ζωή κάποιου ανθρώπου τότε αυτό μπορεί να οδηγήσει σε δικαστικές κυρώσεις σε βάρος του νοσηλευτή⁷⁹. Οι νοσηλεύτριες λόγω της έλλειψης προσωπικού στις διάφορες νοσηλευτικές μονάδες είναι αναγκασμένες να δουλεύουν όχι μόνο σαββατοκύριακα αλλά και αργίες⁷⁸.

δ) Επαγγελματικές σχέσεις

Όταν στο χώρο εργασίας τα άτομα έχουν καλή σχέση μεταξύ τους, τότε προωθείται η ιδανική συνεργασία και συνεννόηση⁷⁶. Πάντα θα πρέπει να υπάρχει καλή και αρμονική συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων της νοσηλευτικής μονάδας, αλλά και μεταξύ όλων των άλλων νοσηλευτικών μονάδων καθώς και με την ιατρική υπηρεσία⁷⁸. Οι υψηλές απαιτήσεις της εργασίας συχνά δημιουργούν εντάσεις και προστριβές μεταξύ των νοσηλευτών^{9,79,83}. Η προϊσταμένη όταν αναγνωρίζει τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε έναν εργαζόμενο τότε θα πρέπει να του μειώσει το φόρτο εργασίας και να το αναθέσει σε κάποιο άτομο πιο ικανό⁸⁴.

1.3.2 Κατάθλιψη

Οι θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τέσσερις κατηγορίες: σε αυτές που δίνουν έμφαση στους γενετικούς παράγοντες, σε αυτούς που δίνουν έμφαση στους ψυχολογικούς παράγοντες και σε αυτούς που δίνουν έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες ,στα γεγονότα της ζωής μας και στους περιβαλλοντικούς παράγοντες⁸⁵.

Ø Οι γενετικοί παράγοντες

Η πρώτη εκδοχή είναι η βιολογική προδιάθεση. Εμφανίζουμε κατάθλιψη επειδή κάτι δεν λειτουργεί καλά στις νευροχημικές ουσίες που παράγει και χρησιμοποιεί ο εγκέφαλος μας. Αυτή η δυσλειτουργία μπορεί να οφείλεται στα γονίδια μας, δηλαδή στα τμήματα του DNA που ελέγχουν έναν τεράστιο αριθμό χημικών διεργασιών⁸⁵. Εκείνοι που ερευνούν την κατάθλιψη ήταν σε θέση να καθορίσουν ότι ως ένα βαθμό οι καταθλιπτικές ασθένειες μπορούν να κληρονομηθούν. Αυτό που κληρονομείται είναι μια ευπάθεια στην κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι εάν έχουμε στενούς συγγενείς που έχουν κλινική κατάθλιψη, εμείς έχουμε μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουμε κατάθλιψη^{86,87}.

Ø Ψυχολογικοί παράγοντες

Στην καταθλιπτική κατάσταση έχουμε συνήθως ένα συνδυασμό ενδογενών(βλέπουμε τον εαυτό μας, τον κόσμο και το μέλλον με αρνητικό τρόπο) και εξωγενών προβλημάτων(ανησυχία για οικονομικά θέματα, δυσκολίες στις σχέσεις μας κτλ.). Το άτομο πρέπει να μάθει να κάνει εναλλακτικές σκέψεις για τα εσωτερικά του προβλήματα και να αποφεύγει τις αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό του, έτσι ώστε να είναι σε θέση να ασχοληθεί αποτελεσματικότερα με τα εξωτερικά του προβλήματα. Άρα, το ότι ένα άτομο υποφέρει από κατάθλιψη σημαίνει ότι σκέπτεται με έναν ορισμένο τρόπο. Όταν στο άτομο συμβαίνει κάτι κακό αντί να θεωρεί ότι είναι αποτέλεσμα κακοτυχίας, το εκλαμβάνει ως μια ακόμα απόδειξη ότι είναι αποτυχημένος και ανάξιος να αγαπηθεί⁸⁵.

Ø Κοινωνικοί παράγοντες

Οι καταθλιπτικοί αντιμετωπίζουν συνήθως ένα συνδυασμό προβλημάτων, τόσο ενδογενών (τρόπος σκέψης, αρνητικά συναισθήματα) όσο και εξωγενών. Οι κοινωνικές προσεγγίσεις εστιάζουν την προσοχή τους σε αυτά τα εξωγενή προβλήματα. Κάποιοι ερευνητές π.χ. Brown και Haggis διαπίστωσαν ότι οι (εξωτερικοί) κοινωνικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην έναρξη ορισμένων μορφών κατάθλιψης ή και στην εξάλειψή τους. Επιπλέον υπάρχουν και άλλοι δύο παράγοντες: α) οι παράγοντες προδιάθεσης που προδιαθέτουν για ανάπτυξη κατάθλιψης και β) οι εκλυτικοί παράγοντες που μας ωθούν στην κατάθλιψη. Η θέση που έχει το άτομο μέσα στην κοινωνία παίζει σημαντικό ρόλο. Το γεγονός ότι κάποιοι άνθρωποι δεν έχουν σαφώς καθορισμένους ρόλους, όπως ο εργασιακός, έχει ως αποτέλεσμα να μην νιώθουν μέλη της κοινότητάς τους. Όταν έχουμε δουλειά αυτό μας επιτρέπει να κάνουμε σχέδια για το μέλλον και να είμαστε σε επαφή με άλλους ανθρώπους. Όταν όμως δεν έχουμε δουλειά μπορεί να νιώθουμε ότι είμαστε ανεπιθύμητοι από την κοινωνία και να δυσκολευόμαστε να κάνουμε σχέδια. Σύμφωνα με την μαρτυρία μιας νοσηλεύτριας, η οποία ποτέ δεν παντρεύτηκε και αφιερώθηκε στο επάγγελμά της, είχε ως αποτέλεσμα όλη της η ζωή να στραφεί γύρω από την εργασία της. Σε ηλικία 54 ετών προσβλήθηκε από μια σοβαρή ασθένεια και υποχρεώθηκε να συνταξιοδοτηθεί πρόωρα. Έτσι αυτό την έκανε να χάσει το μόνο πράγμα που έδινε νόημα στη ζωή της. Τέλος εκδήλωσε κατάθλιψη, έχασε την επαφή με τους φίλους της, ιδίως εκείνους που εργάζονταν ακόμη⁸⁵. Σύμφωνα με μία έρευνα η κατάθλιψη των νοσηλευτών σε σχέση με το φόρτο εργασίας ανέρχεται στο 54%. Έτσι λοιπόν βλέπουμε ότι η σχέση του φόρτου εργασίας και της κατάθλιψης είναι τόσο ισχυρή που είναι σχεδόν συνώνυμη με την «επαγγελματική κατάθλιψη»⁸⁸.

Ø Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικές αιτίες της κατάθλιψης αναφέρονται στους εξωγενείς παράγοντες. Τα περιβαλλοντικά γεγονότα είναι εκείνα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της καθημερινής ζωής μας. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν τις καταστάσεις όπως η παρατεταμένη πίεση στο σπίτι ή την εργασία ή ακόμη και την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Αυτά που βιώνουμε κατά την διάρκεια της ζωής μας μπορεί να μας επηρεάσουν αρνητικά κάποια στιγμή. Οι σχέσεις που έχουμε με τους άλλους, το

πώς παρουσιάζομαστε και οι κρίσεις που αντιμετωπίζουμε όλοι μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στη σκέψη μας και την συμπεριφορά μας. Το πώς αντιδράμε σε αυτά τα γεγονότα μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της κλινικής κατάθλιψης⁸⁹.

1.3.3 Αυτοκτονία

- Οικογενειακή κατάσταση

Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μικρότερη ανάμεσα στους παντρεμένους και μεγαλύτερη ανάμεσα σ' αυτούς που είναι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι ή χήροι¹.

- Κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες

Ανάλογα με τις πολιτισμικές και κοινωνικές συνθήκες μπορούμε να προσδιορίσουμε ορισμένες μορφές αυτοκτονίας σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο E.Durkheim. Αυτές είναι:

α) Εθιμοτυπική αυτοκτονία. Αυτή η μορφή αυτοκτονίας γίνεται αποδεκτή από την κοινωνία της Ιαπωνίας όπου το άτομο εφαρμόζει το πανάρχαιο έθιμο(hara-kiri) εφόσον έχει ατιμάσει τον εαυτό του ή την οικογένειά του τερματίζει την ζωή του με ένα ξίφος.

β) Εγωιστική αυτοκτονία. Αυτή περιλαμβάνει την απώλεια της κοινωνικής στήριξης και ένα σημαντικό παράδειγμα είναι η περίπτωση των ηλικιωμένων που αυτοκτονούν αφού έχουν χάσει την επαφή τους με τους φίλους τους ή την οικογένειά τους.

γ) Άνομη αυτοκτονία. Είναι το αποτέλεσμα έντονων αναταράξεων στη ζωή ενός ατόμου όπως η ξαφνική απώλεια μιας υψηλόβαθμης επαγγελματικής θέσης.

δ) Μοιρολατρική αυτοκτονία. Είναι όταν ένα άτομο αυτοκτονεί ενώ ξέρει ότι είναι καταδικασμένο να πεθάνει. Ένα παράδειγμα είναι η μαζική αυτοκτονία 39 μελών μιας θρησκευτικής αίρεσης. Τα άτομα αυτά αυτοκτόνησαν διότι οι ζωές τους ήταν στα χέρια ενός υπέρτατου ηγέτη⁹⁰.

- Τρόπος ζωής

Άτομα που ζουν μόνα τους παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους απ' ότι άτομα που ζουν μαζί με άλλους¹.

- Επαγγελματική κατάσταση

Οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας απ' ότι αυτοί που δουλεύουν μέσα ή έξω από το σπίτι. Οι επιστήμονες (ειδικά οι άντρες γιατροί) παρουσιάζουν δυσανάλογα μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Οι αναλογίες υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες που εργάζονται ως νοσηλεύτριες είναι 4 φορές περισσότερο πιθανό να αυτοκτονήσουν από άλλες γυναίκες^{1,19}.

- Σωματική υγεία

Οι σωματικές αρρώστιες ή η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος είναι συχνότερες ανάμεσα σ' αυτούς που αυτοκτονούν. Χαρακτηριστικά, παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά την περίοδο των τελευταίων έξι μηνών (πριν την αυτοκτονία).

Ιδιαίτερα υψηλός είναι ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα που πάσχουν από καρκίνο και ακόμη περισσότερο σε άτομα που πάσχουν από AIDS¹.

- Ψυχική υγεία

Ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη, η μανιοκαταθλιπτική νόσος (διπολική διαταραχή), ο αλκοολισμός και η σχιζοφρένεια. Ο σχιζοφρενής μπορεί να αυτοκτονήσει είτε κάτω από την επήρεια ακουστικών ψευδαισθήσεων ή παραληρητικών ιδεών είτε όμως και λόγω της κατάθλιψης που πολλές φορές συνοδεύει τη σχιζοφρένεια (κυρίως λόγω αναγνώρισης των επιπτώσεων της νόσου) ιδιαίτερα την υπολειμματική μορφή. Απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο συχνές σε άτομα με διαταραχές της προσωπικότητας και ιδιαίτερα με μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας¹.

- Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας

Όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας αυξάνεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας¹. Εάν ένα μέλος μιας οικογένειας αυτοκτονήσει τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να αυτοκτονήσει και ένα άλλο μέλος της ίδιας οικογένειας στο μέλλον⁵. Έχει μάλιστα υπολογισθεί ότι αυξάνει 64 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό¹.

- Έλλειψη ελπίδας

Πολλές μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι το σύμπτωμα της έλλειψης ελπίδας στη ζωή ενός ατόμου συσχετίζεται περισσότερο με την αυτοκτονία απ' ό,τι συσχετίζεται η γενικότερη κατάσταση-διαταραχή που λέγεται κατάθλιψη¹.

- Διαπροσωπική απώλεια

Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ διαπροσωπικής απώλειας και αυτοκτονίας. Διαπροσωπική απώλεια είναι ο χωρισμός, το διαζύγιο, ο θάνατος κτλ. Και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους¹ ή και άτομα με τα όποια έχουμε πολύ στενή σχέση μαζί τους, όπως π.χ. η ψυχολογική φόρτιση που νιώθει ο νοσηλευτής, όταν πεθάνει κάποιος ασθενής του που ήταν στο τελευταίο στάδιο της ζωής του⁹.

- Στρεσογόνοι παράγοντες

Στα άτομα που αυτοκτονούν έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα στρεσογόνων παραγόντων κατά τους τελευταίους έξι μήνες. Τέτοιοι παράγοντες είναι: αλλαγή της εργασίας¹, η αποτυχία στο σχολείο ή στη δουλειά ή η απόρριψη από ένα αγαπημένο πρόσωπο. Επίσης σημαντικές πηγές άγχους είναι η σωματική και η σεξουαλική κακοποίηση⁵.

- Διαπροσωπικές συγκρούσεις

Μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με άλλα άτομα του εργασιακού τους περιβάλλοντος συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας¹. Ιδιαίτερα το νοσηλευτικό επάγγελμα αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα διότι υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας και είναι αναμενόμενο να υπάρχουν εκνευρισμοί και διαμάχες^{9,79}.

Σχέση του εγώ με το υπερεγώ

Η αυτοκτονία συχνά οφείλεται σε μια παρόρμηση απωθημένης επιθετικότητας. Μερικές φορές η αυτοκτονία είναι πράξη ηρωική, προκειμένου το άτομο να αποφύγει έναν επώδυνο θάνατο, άλλες πάλι οφείλεται σε μια βαθιά απελπισία. Πολλές φορές όμως είναι αποτέλεσμα μιας μάταιης οργής, που, αδυνατώντας να βρει διέξοδο ενάντια

στους άλλους, στρέφεται ενάντια στον εαυτό της. Αυτή την τάση αυτοκαταστροφής μπορούμε να την παρατηρήσουμε και στο παιδί που χτυπάει το κεφάλι του στον τοίχο από την οργή του. Ισχύει ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η αυτοκτονία παίρνει βίαιη μορφή, όπως όταν γίνεται με πιστόλι ή με μαχαίρι, σε αντίθεση με άλλες ηπιότερες μορφές, όπως είναι το πνίξιμο ή το δηλητήριο. Αυτή η τάση αυτοκαταστροφής γίνεται ακόμα πιο έντονη όταν υπάρχει μια μεγάλη διάσταση ανάμεσα στο Εγώ και στο Υπερεγώ. Από τη μια μεριά, το Υπερεγώ μπορεί να οργιστεί τόσο πολύ με το ανήθικο Εγώ, ώστε να οδηγηθεί στην αυτοκαταστροφή⁹¹. Το Εγώ αισθάνεται ένοχο και έχει τύψεις. Δεν υπάρχει παρά μόνο μία διέξοδος, η εξιλεωτική ποινή. Και τιμωρός δεν είναι άλλος παρά το Υπερεγώ⁹². Πολλοί άνθρωποι με μεγάλη ηθική ακεραιότητα αυτοκτόνησαν, επειδή δεν μπορούσαν να ζήσουν πια κάτω από τις αυστηρές επιταγές του Υπερεγώ τους ή επειδή είχαν μια αίσθηση ενοχής, και τελικά δεν μπόρεσαν να κατακτήσουν τα ιδανικά τους. Από την άλλη μεριά, το Εγώ μπορεί να εξοργιστεί τόσο πολύ από τις απαιτήσεις του Υπερεγώ, που δεν αφήνει να ικανοποιηθούν οι επιθυμίες του Εγώ, ώστε να μην αντέχει το άτομο τους περιορισμούς που του επιβάλλονται και να καταφεύγει στην αυτοκτονία⁹¹. Η πραγματοποίηση λοιπόν της αυτοκτονίας αποφασίζεται μόνο όταν το Εγώ χάσει πια κάθε ελπίδα να γεμίσει τις άδειες αποθήκες του από αγάπη⁹². Οι δρόμοι προς την αυτοκτονία είναι πολλοί αλλά σχεδόν όλα τα άτομα που την πλησιάζουν έχουν φθάσει σ' ένα στάδιο ανυπόφορης συναισθηματικής κατάστασης¹. Έτσι λοιπόν, το αιτιολογικό φάσμα της αυτοκτονίας συντίθεται από ψυχιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια⁹¹.

- Ψυχιατρικά αίτια

Το ένα τρίτο των αυτοκτονιών πραγματοποιείται από άτομα, τα οποία έπασχαν από διαγνωσμένη ψυχιατρική νόσο⁹³. Η αυτοκτονία συχνά σχετίζεται με τις διαταραχές της διάθεσης⁵, οι συχνότερες από τις οποίες είναι η μελαγχολία και η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, που έρχονται στην πρώτη θέση σε σχέση με τις υπόλοιπες ψυχικές νόσους οι οποίες ευθύνονται για την αυτοκτονία και ακολουθεί η σχιζοφρένεια και ο χρόνιος αλκοολισμός. Κατά την μελαγχολία, το ηθικό άλγος από το οποίο διακατέχεται το άτομο και η εξάλειψη κάθε ελπίδας και κάθε προσδοκίας για την βελτίωση της ψυχικής του κατάστασως, συγχρόνως δε οι τύψεις για τα προβλήματα τα οποία παρέχει στο περιβάλλον του, οδηγούν το άτομο στην απόφαση της αυτοκτονίας, η οποία κατά κανόνα πραγματοποιείται κατά τρόπο προγραμματισμένο και μεθοδικό⁹³.

Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας στους μελαγχολικούς ασθενείς είναι μεγαλύτερος κατά τα αρχικά στάδια της νόσου και κατά τη φάση της υποχωρήσεως, επειδή οι αναστολές του ασθενή τότε είναι μικρότερες σε αντίθεση με τη βαθιά φάση της μελαγχολίας, γιατί το άτομο τελεί υπό το κράτος έντονων αναστολών. Ο αριθμός των αυτοκτονιών στους ασθενείς, οι οποίοι ανέφεραν ότι θα επιθυμούσαν να αυτοκτονήσουν είναι αρκετά υψηλός⁹¹. Η αυτοκτονία είναι συχνή και στους σχιζοφρενείς, ιδίως κατά τα αρχικά στάδια της νόσου. Στους χρόνιους σχιζοφρενείς παρατηρείται κυρίως στις μη συστηματικές μορφές κατά Leonard και στην παρανοϊκή μορφή⁹³.

Οι ασθενείς προβαίνουν κατά κανόνα στην πραγματοποίηση της επιθυμίας τους κατά την έξοδο τους από το ψυχιατρικό νοσοκομείο ή κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού. Συνήθως τα άτομα επιλέγουν να αυτοκτονήσουν στο μέσο της ημέρας⁹⁰.

1.4 ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

1.4.1 Άγχος

Το 1930 ο ερευνητής Hans Selye περιέγραψε το άγχος σαν μια καταπόνηση του ζώντος οργανισμού. Αυτή η έννοια έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τις αντιδράσεις του άγχους και την κινητοποίηση του σώματος όταν αντιμετωπίζουμε μια πρόκληση ή απειλή⁸⁰. Όταν ο εγκέφαλος αποφασίζει ποιο είδος αντίδρασης είναι το κατάλληλο, δίνει σήμα για την παραγωγή νοραδρεναλίνης, αδρεναλίνης και κορτιζόλης και ανάλογα καθορίζει την ποσότητα που χρειάζεται από την κάθε μία². Το αυτόνομο νευρικό σύστημα αποτελείται από δύο συστήματα που συνεργάζονται, το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα. Το συμπαθητικό σύστημα είναι υπεύθυνο για να μάχεται, να δίνει γρήγορη ανταπόκριση και να μεταφέρει την συσσωρευμένη ενέργεια σε χρήσιμη ενέργεια για τις ανάγκες του οργανισμού. Η διαδικασία αυτή με τη βοήθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος διατηρεί την ισορροπία του σώματος η οποία λέγεται ομοιόσταση. Όταν καταλάβουμε ότι απειλούμαστε, το μέρος του διεγκεφάλου που καλείται υποθάλαμος αρχίζει να διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και την υπόφυση (υποφυσιακός αδένας)⁸⁰.

1.4.2 Κατάθλιψη

Μέσα στον εγκέφαλο, υπάρχουν ειδικές χημικές ουσίες αποκαλούμενες νευροδιαβιβαστές που πραγματοποιούν πολλές σημαντικές λειτουργίες. Για τους νευροδιαβιβαστές που έχουν προσδιοριστεί, οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει τις ενώσεις μεταξύ της κλινικής κατάθλιψης και της λειτουργίας τριών νευροδιαβιβαστών: σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη, και ντοπαμίνη. Αυτοί οι τρεις νευροδιαβιβαστές λειτουργούν μέσα στις δομές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν τις συγκινήσεις, τις αντιδράσεις, και τις φυσικές κινήσεις του ύπνου, της όρεξης, και της σεξουαλικότητας. Οι δομές που έχουν λάβει πολύ προσοχή από τους ερευνητές, περιλαμβάνουν το επιχέλιο σύστημα και τον υποθάλαμο. Οι θεωρίες για το πώς οι νευροδιαβιβαστές μπορούν να αφορούν τη διάθεση ενός προσώπου, έχουν βασιστεί στα αποτελέσματα από τα καταπραϋντικά φάρμακα που έχουν φέρει ανακούφιση σε μερικούς ανθρώπους που έχουν κατάθλιψη. Θεωρείται ότι αυτά τα φάρμακα είναι αποτελεσματικά επειδή ρυθμίζουν το ποσό συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο. Εντούτοις, δεν είναι απολύτως σαφής ο ρόλος των νευροδιαβιβαστών στην ανάπτυξη ή την επεξεργασία της κλινικής κατάθλιψης. Παραδείγματος χάριν, έχει αποδειχθεί ότι πολλοί άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί έχουν χαμηλά επίπεδα του νευροδιαβιβαστή νορεπινεφρίνη. Η χρήση μερικών αντικαταθλιπτικών χαπιών μπορεί να αυξήσει το επίπεδο νορεπινεφρίνης στον εγκέφαλο, και να ανακουφίσει στη συνέχεια τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Μερικοί άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί έχουν υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης. Αυτό μπορεί να ισχύει και για άλλους νευροδιαβιβαστές. Υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ των επιπέδων νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο και της κλινικής κατάθλιψης. Τα καταπραϋντικά φάρμακα λειτουργούν σωστά για πολλούς

ανθρώπους, αλλά δεν είμαστε απολύτως σίγουροι για την πραγματική σχέση μεταξύ των νευροδιαβιβαστών και της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι παρόντες σε πολύ μικρές ποσότητες, βρίσκονται σε ορισμένες θέσεις μέσα στον εγκέφαλο και εξαφανίζονται πολύ γρήγορα μόλις χρησιμοποιηθούν. Επειδή αφαιρούνται τόσο γρήγορα δεν μπορούν να μετρηθούν άμεσα. Οι ερευνητές μπορούν μόνο να μετρήσουν τι αφήνεται μετά από τη χρήση τους στον εγκέφαλο. Οι ουσίες που παραμένουν καλούνται μεταβολίτες και μπορούν να βρεθούν στο αίμα, τα ούρα, και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Είναι άγνωστο εάν οι αλλαγές στα επίπεδα νευροδιαβιβαστών μπορούν να προκαλούν την ανάπτυξη της κατάθλιψης ή η κατάθλιψη να προκαλέσει αλλαγές στους νευροδιαβιβαστές. Μπορεί να συμβούν και οι δύο τρόποι. Οι ερευνητές θεωρούν ότι η συμπεριφορά μας μπορεί να έχει επιπτώσεις στη χημεία του εγκεφάλου μας, ή ότι μπορεί η χημεία του εγκεφάλου να έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά⁹⁴.

1.4.3 Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία μπορεί να έχει τις ρίζες της σε κάποιο βαθμό βιολογικά. Σε άτομα που αυτοκτόνησαν έχουν ανεβρεθεί κατά τη νεκροψία υψηλά επίπεδα 5-υδροξυινδολεοξεικού οξέος (5-HIAA) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό⁹⁵ της ιμιπραμίνης στον μετωπιαίο φλοιό και υψηλά επίπεδα μεταβολιτών κορτιζόλης στα ούρα και διογκωμένα επινεφρίδια⁹⁶. Η δράση της σεροτονίνης είναι μειωμένη και αποτελεί σταθερό βιοχημικό χαρακτηριστικό του ατόμου το οποίο εμφανίζει παρορμητική-επιθετική συμπεριφορά που εκδηλώνεται ως αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική πράξη, ανάλογα με κάποιες συνθήκες και καταστάσεις. Είναι λοιπόν πολύ πιθανό ότι τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης μπορεί να συμβάλλουν στη δημιουργία μιας ευαισθησίας στις παρορμητικές ενέργειες. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αυτοκτονία, η οποία μερικές φορές είναι πολύ παρορμητική πράξη^{96,5}. Η αυξημένη στάθμη της κορτιζόλης στο πλάσμα έχει συσχετιστεί τόσο με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όσο και με καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό παρατηρείται σε καταθλιπτικούς αρρώστους που έχουν τάσεις αυτοκτονίας⁹⁵.

Καθώς, όμως, όλα αυτά τα ευρήματα αφορούν και τη βαριά κατάθλιψη, μπορεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη περισσότερο παρά με την τάση ή τον κίνδυνο για αυτοκτονία. Οποσδήποτε, όμως, κάθε βιολογική έρευνα προς την κατεύθυνση της ανίχνευσης βιολογικών δεικτών της επικίνδυνης για αυτοκτονία συμπεριφοράς, είναι σημαντική⁹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

2.1.1 Κατάθλιψη

Το πρώτο βήμα για την διάγνωση της κατάθλιψης είναι μια φυσική εξέταση από έναν παθολόγο. Ορισμένα φάρμακα καθώς επίσης και μερικές φυσικές καταστάσεις όπως μια προερχόμενη από ιό μόλυνση μπορούν να προκαλέσουν τα ίδια συμπτώματα με την κατάθλιψη. Ο παθολόγος πρέπει να αποκλείσει αυτές τις δυνατότητες μέσω της εξέτασης, της συνέντευξης, και των εργαστηριακών εξετάσεων. Εάν αποκλειστούν οι φυσικές αιτίες για την κατάθλιψη, τότε πρέπει να γίνει μια ψυχολογική αξιολόγηση, από παθολόγο ή από την παραπομπή σε έναν ψυχίατρο ή έναν ψυχολόγο. Μια καλή ερώτηση που πρέπει να κάνει ο γιατρός για να διακρίνει αν έχει κάποιος κατάθλιψη είναι: "Νιώθεις κατάθλιψη το περισσότερο διάστημα;"⁹⁸. Μια καλή διαγνωστική αξιολόγηση θα περιλαμβάνει μια πλήρη ιστορία των συμπτωμάτων. Στη συνέχεια ο γιατρός πρέπει να ρωτήσει για τη χρήση οινοπνεύματος και ναρκωτικών, και εάν ο ασθενής έχει τις σκέψεις για το θάνατο ή την αυτοκτονία. Περαιτέρω, στο ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνονται ερωτήσεις. Εάν άλλα οικογενειακά μέλη είχαν μια καταθλιπτική ασθένεια και εάν αντιμετωπίστηκε. Ποιες θεραπείες είχαν λάβει τα άτομα που ήταν ασθενικά και ποιες θεραπείες ήταν αποτελεσματικές. Τέλος, μια διαγνωστική αξιολόγηση πρέπει να περιλαμβάνει μια διανοητική εξέταση (για να καθορίσει εάν η ομιλία ή η μνήμη έχει επηρεαστεί) εκτός από μια ιατρική αξιολόγηση, μια κλινική συνέντευξη, και τις ενδεχομένως πρόσθετες αξιολογήσεις. Ένας επαγγελματίας θα αξιολογήσει εάν ένα άτομο έχει τα συγκεκριμένα συμπτώματα μιας διαταραχής διάθεσης όπως σημαντική κατάθλιψη, δυσθυμία ή διπολική διαταραχή. Η DSM-IV χρησιμοποιείται από τις ιατρικές υπηρεσίες και τους παθολόγους για να εντοπιστούν οι διανοητικές διαταραχές. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις διανοητικές διαταραχές είναι ουσιαστικά περιγραφές των συμπτωμάτων που εμπίπτουν στη μια από τις τέσσερις κατηγορίες. Σε σημαντική καταθλιπτική διαταραχή παραδείγματος χάριν, τα συναισθηματικά ή συμπτώματα διάθεσης περιλαμβάνουν την καταθλιπτική διάθεση και τα συναισθήματα της αναξιοσύνης ή της ενοχής. Τα συμπτώματα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την κοινωνική απόσυρση. Τα γνωστικά συμπτώματα, ή τα προβλήματα στη σκέψη περιλαμβάνουν τη δυσκολία στη συγκέντρωση ή την λήψη αποφάσεων. Τέλος, τα σωματικά ή φυσικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την αϋπνία ή τον υπερβολικό ύπνο⁹⁹.

2.1.2 Αυτοκτονία

Πότε χρειάζεται να γίνεται εκτίμηση

Ο γιατρός πρέπει να ρωτάει το άτομο οποιαδήποτε στιγμή αν του περνάνε από το μυαλό διάφορες σκέψεις για αυτοκτονία. Αυτό όμως μπορεί να μην είναι αρκετό, αν ο γιατρός δεν καταλάβει κάποιους τύπους λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων που εμφανίζει το άτομο πριν κάνει την απόπειρα^{1,99}.

α) Λεκτικές ενδείξεις. πολλές φορές τα άτομα μιλάνε για αυτοκτονία και το κάνουν με αστείο τρόπο. Δηλώσεις για αυτοκτονία, μ' οποιοδήποτε τρόπο και αν ειπωθούν, θα πρέπει να παίρνονται στα σοβαρά, έως ότου αποδειχθεί το αντίθετο. Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας συχνά μιλούν έμμεσα για την επιθυμία τους να πεθάνουν. Εκφράσεις όπως <<δεν αντέχω άλλο>>, <<τίποτα δεν πάει σωστά>>, <<δεν αντέχω άλλο στη δουλεία μου>> εκφράζουν απογοήτευση ή δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας είναι ιδιαίτερα ενδεικτική για τα άτομα αυτά. Εκφράσεις όπως <<ίσως θα έπρεπε να τα παρατήσω γιατί δεν μπορώ να κάνω τίποτα καλύτερο για μένα>> ή <<δεν περιμένω να αποκτήσω αυτά που θέλω>> ίσως υπαινίσσονται ότι το άτομο βλέπει το μέλλον του αφόρητο. Τέτοιες δηλώσεις συχνά ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά είναι εδώ που μια προσεκτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές ιδέες και σχέδια¹.

β) Συμπεριφορικές ενδείξεις. Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να τη δείχνουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει τη διαθήκη του ή που μοιράζει πολύτιμα προσωπικά αντικείμενα ίσως να τακτοποιεί τις υποθέσεις του, πριν αυτοκτονήσει. Ο ασθενής πολλές φορές αρχίζει να πειραματίζεται με διάφορα θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα ή όπλα, συλλέγει διάφορα άλλα μέσα που θα τον βοηθήσουν, και ύστερα προχωράει στο σχέδιο αυτοκαταστροφής του. Τα ατυχήματα είναι συχνά στα άτομα που έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Όλη η παραπάνω συμπεριφορά θα πρέπει να προειδοποιεί τον γιατρό για την πιθανότητα αυτοκτονίας¹.

Πως γίνεται η εκτίμηση

Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στην αυτοκτονία είναι σε έσχατη απελπισία. Το ενδιαφέρον από τη μεριά του κλινικού μπορεί να βοηθήσει στο να ανακουφισθεί το βάρος της ταπείνωσης που νιώθουν τα άτομα αυτά, δίνοντάς τους ταυτόχρονα την ικανότητα να μιλήσουν ελεύθερα για τα αισθήματα και τα σχέδια τους.

Ο ασθενής θα πρέπει να εξετάζεται από τον γιατρό σε ένα ήσυχο μέρος. Είναι βασικό η συνέντευξη να γίνει όταν η φυσική κατάσταση του ασθενή είναι φυσιολογική και δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο. Ο κλινικός στην αρχή θα πρέπει να μιλήσει μόνος του με τον ασθενή και αργότερα να επικοινωνήσει με τους φίλους του είτε προσωπικά είτε μέσω τηλεφώνου. Μια ήρεμη και οργανωμένη προσέγγιση θα ελαττώσει την υπερβολική ένταση που υπάρχει μεταξύ των μελών της οικογένειας και των φίλων. Ο γιατρός δεν είναι σωστό να καθησυχάζει από την αρχή τον ασθενή ότι δεν έχει πρόβλημα, αλλά πρέπει να διερευνάει σε βάθος την κάθε περίπτωση¹.

Τι αφορά η εκτίμηση.

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας θα πρέπει να εστιάζεται στις τάσεις ή προθέσεις για αυτοκτονία (αυτοκτονικός ιδεασμός), στις απόπειρες αυτοκτονίας (αν υπάρχουν), στη γενική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον.

α) Αυτοκτονικός ιδεασμός

Αρχικά οι παθολόγοι εκπαιδεύονται για να εντοπίσουν και να μεταχειριστούν την ιατρική ασθένεια (συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης). Είναι εξοικειωμένοι με την εξέταση των ασθενών που επιδιώκουν τη βοήθεια για τα προβλήματα και που επιθυμούν να ζήσουν παρά να πεθάνουν. Ένας αυτοκαταστροφικός ασθενής μπορεί να προκαλέσει σημαντικές ισχυρές συγκινήσεις σε έναν παθολόγο, όπως ο θυμός προς τον ασθενή ή το φόβο για τον ασθενή. Εντούτοις, παρά αυτές τις συγκινήσεις, οι παθολόγοι έχουν την τεράστια δυνατότητα να αποκριθούν σε αυτήν την πρόσκληση με τον εξοπλισμό με τη γνώση και την ικανότητα για να θεραπεύσουν επιτυχώς τους καταθλιπτικούς ασθενείς και να αποτρέψουν την αυτοκτονία¹. Όπως ήδη αναφέρθηκε, ο γιατρός θα πρέπει να σκέφτεται την πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε καινούριο ασθενή που βλέπει. Έτσι, θα πρέπει να ρωτήσει για σκέψεις αυτοκτονίας, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν απόπειρες ή δεν έχουν αναφερθεί τάσεις αυτοκτονίας από τον ασθενή. Ο γιατρός αρχίζει με γενικές ερωτήσεις και συνεχίζει με πιο συγκεκριμένες¹. Μία από τις πιο πιθανές ερωτήσεις είναι: «Υπάρχουν κάποιες στιγμές που σκέφτεσαι να βλάψεις τον εαυτό σου ή ακόμα και να αυτοκτονήσεις;»⁵. Όσο πιο πολλές ερωτήσεις κάνει τόσο περισσότερα πράγματα θα μάθει για τον ασθενή του. Σε μερικές περιπτώσεις, ο γιατρός θα βρει ότι οι απαντήσεις του ατόμου σε γενικές ερωτήσεις δεν φανερώνουν τάσεις αυτοκτονίας. Τότε, η περαιτέρω εξέταση του ατόμου δεν είναι απαραίτητη. Σ' άλλες περιπτώσεις όμως, οι απαντήσεις του ατόμου φανερώνουν τις τάσεις αυτοκτονίας¹. Όταν ο ιατρός διαπιστώσει ότι ο ασθενής θέλει να αυτοκτονήσει ή έχει αρχίσει να σχεδιάζει την αυτοκτονία τότε τον ρωτάει με τι τρόπο σκέφτεται να αυτοκτονήσει. Όσο πιο θανατηφόρα και βίαιη είναι η μέθοδος αυτοκτονίας τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ότι τελικά θα χρησιμοποιηθεί⁵. Όταν μιλάμε για σχεδιασμό αυτοκτονίας, οι παράγοντες-κλειδιά που πρέπει να διερευνήσουμε είναι:

- 1) Το πόσο δυνητικά θανατηφόρα είναι η μέθοδος
- 2) Το πόσο προσιτή είναι η μέθοδος και
- 3) Ποια θα ήταν η πιθανότητα διάσωσης

Τα άτομα συχνά παραδέχονται ότι σκέφτονται σοβαρά ν' αυτοκτονήσουν, αλλά επιμένουν ότι δεν θα κάνουν ποτέ κακό στον εαυτό τους εξαιτίας των παιδιών τους, των συζύγων τους, της δουλειάς τους ή άλλων παραγόντων που τους εμποδίζουν να αυτοκτονήσουν. Τέτοιες διαβεβαιώσεις είναι, συνήθως, αξιόπιστες, τουλάχιστον προσωρινά. Όμως, μπορεί να είναι και παραπλανητικές, ιδιαίτερα αν οι πράξεις δείχνουν αυτοκαταστροφικές τάσεις – έστω κι αν αρνούνται τα άτομα πρόθεση αυτοκτονίας. Είναι, τότε, καλύτερα να κρίνει κανείς τα άτομα αυτά από τις πράξεις τους παρά από τα λόγια τους¹.

β) Απόπειρες αυτοκτονίας

Ο γιατρός θα πρέπει να κάνει μια προσεκτική εκτίμηση για να δει πόσο κοντά στο θάνατο έφτασε ο ασθενής του όταν έκανε την απόπειρα αυτοκτονίας. Θα πρέπει ακόμα να κρίνει αν υπάρχει κίνδυνος για άλλη απόπειρα στο άμεσο μέλλον. Οι ερωτήσεις πρέπει να εκτιμούν τη βλάβη που έγινε από την απόπειρα και τον βαθμό που ήταν πιθανή η διάσωση από τη συγκεκριμένη απόπειρα¹.

γ) Γενική ψυχιατρική εκτίμηση

Ο γιατρός πρέπει να προσδιορίσει τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία καθώς και τα προβλήματα. Μια άλλη ερώτηση που θα πρέπει να έχει πάντα υπόψη του είναι <<Γιατί τώρα; -Τι παρακίνησε το άτομο να διαλέξει την αυτοκτονία σ' αυτή τη στιγμή της ζωής του;>>. Μια ερώτηση που πρέπει να κάνει ο γιατρός στον εαυτό του είναι <<Τι θα μπορούσε να προσφέρει στον ασθενή αυτή η αυτοκτονία;>>. Οι παρακάτω διαστάσεις θα πρέπει να διερευνηθούν:

- Διαπροσωπική – κοινωνική κατάσταση

Τρέχουσες συνθήκες ζωής, οικογένεια, πρόσφατες αλλαγές ή απώλειες σε ερωτικές σχέσεις ή σημαντικές φιλίες¹, μειωμένη κοινωνική στήριξη ή καθοδήγηση στη ζωή τους⁵.

- Επάγγελμα.

Δουλειά, οικογενειακές ευθύνες, σχολείο, πρόσφατες αλλαγές στο κοινωνικό status ή στην απόδοση του ατόμου.

- Ψυχιατρικό ιστορικό

Προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας (μέθοδος, σοβαρότητα), καταθλιπτικά επεισόδια (καταθλιπτική διάθεση, διαταραχή του ύπνου ή της όρεξης, ημερήσιες διακυμάνσεις στη διάθεση), ψυχωτικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες), ψυχοτρόπα φάρμακα, ψυχιατρικές νοσηλείες, τρέχουσα θεραπεία.

- Ιστορικό χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών και αλκοόλ

Τύποι χρήσης ή κατάχρησης. Πιθανότητα η ψύχωση ή η κατάθλιψη να είναι δευτερογενείς από χρήση ή απόσυρση από ουσίες.

- Ιατρικό ιστορικό

Υπαρξη σωματικών νόσων και θεραπεία γι αυτές, πρόσφατες αλλαγές στη σωματική υγεία^{1,5}.

- Εξέταση των ψυχικών λειτουργιών

Πρέπει να γίνει εστιασμός στην ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης, ψύχωσης και ανθρωποκτονικών τάσεων. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές πεποιθήσεις μπορούν επίσης να υπαγορεύσουν αυτοκτονία και ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρό και συνεχή κίνδυνο¹.

δ) Δυνατότητα υποστήριξης από το περιβάλλον

Ο κλινικός θα πρέπει να ακούσει προσεκτικά την ιστορία του ασθενή για να αποφασίσει τι παρέμβαση θα κάνει¹. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι καλά εκπαιδευμένοι, ώστε να αξιολογήσουν την σοβαρότητα των πιθανών σκέψεων αυτοκτονίας που κάνουν οι ασθενείς. Ορισμένοι διστάζουν να αναφέρουν το θέμα της αυτοκτονίας από φόβο μήπως βάλουν την ιδέα της αυτοκτονίας στο μυαλό του ασθενή τους⁵. Όμως αυτό δεν ισχύει, το ό,τι ο ψυχολόγος ρωτάει για την αυτοκτονία δεν σημαίνει απαραίτητα ό,τι θα του βάλει την ιδέα στο μυαλό⁹⁸. Η νοσηλεία ενδείκνυται πολλές φορές, αλλά τα άτομα με κίνδυνο αυτοκτονίας μπορεί να αντιμετωπισθούν και σαν εξωτερικοί ασθενείς, αν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον.¹

Οικογένεια και φίλοι. Κάποια οικεία πρόσωπα του ασθενή μπορούν να τον βοηθήσουν στην θεραπεία του και να συμβάλλουν θετικά στην ασφάλεια και την ανάνηψη. Αν αυτά τα άτομα είναι διατεθειμένα να μείνουν με τον ασθενή, μπορούν να συμβάλλουν πάρα πολύ και να τον βοηθήσουν να περάσει την κρίση της αυτοκτονίας. Από την άλλη μεριά υπάρχουν τα άτομα που δεν έχουν κανέναν κοντά τους και που κινδυνεύουν. Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή μπορεί να πανικοβάλλονται, να συγχύζονται ή να θυμώνουν, διότι μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Ένα άλλο πρόβλημα είναι όταν οι φίλοι και η οικογένεια είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει το άτομο. Ο μεγαλύτερος, ίσως, κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα βρίσκονται γύρω από τον ασθενή και τον ενθαρρύνουν ν' αυτοκτονήσει. Άλλα σημαντικά άτομα που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ιερείς ή κάποια άλλα άτομα που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του¹.

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

2.2.1 Άγχος

Τα συμπτώματα του άγχους πολλές φορές συνδέονται μεταξύ τους, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να τα διακρίνουμε από την κανονική συμπεριφορά. Τα συμπτώματα του άγχους τα χωρίζουμε σε:

- Σωματικά
- Συμπεριφοράς(γενικά)
- Συμπεριφοράς(στο χώρο εργασίας)⁷⁶.

Τα σωματικά συμπτώματα του άγχους περιλαμβάνουν^{76,100,2,92,98,101} :

- ο Λαχάνιασμα, στεγνό στόμα και λαρύγγι
- ο Ίδρωμένα χέρια
- ο Εξάψεις
- ο Τεντωμένους μύες
- ο Δυσπεψία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, ναυτία
- ο Αδικαιολόγητη εξάντληση
- ο Πονοκεφάλους
- ο Νευρικά τικ, εκνευρισμό, τρέμουλο
- ο Αύξηση του καρδιακού ρυθμού
- ο Δυσκολία στην σεξουαλική επαφή
- ο Διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου, αϋπνία
- ο Διαρκής ανησυχία
- ο Συχνή ούρηση
- ο Έκζεμα, ψωρίαση και κοκκινίλες

Το καθένα από αυτά τα συμπτώματα αν εμφανιστεί μόνο του και όχι σε συνδυασμό με τα άλλα ,τότε είναι τελείως φυσιολογικό. Όταν εμφανίζονται πολλά από αυτά ταυτόχρονα ή όταν εμφανίζονται πιο συχνά απ` όσο θα έπρεπε τότε μιλάμε για αγχωτικά συμπτώματα. Το σώμα για να προστατευτεί ή για να καταπολεμήσει την πιθανή πηγή κινδύνου αρχίζει αυτόματα να απελευθερώνει αδρεναλίνη στο αίμα, να αντλεί το αίμα γρηγορότερα, να πήζει το αίμα και να κλείνει το πεπτικό σύστημα. Ακόμη αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλκοολισμό και σε χρήση ναρκωτικών⁷⁶.

Τα συμπτώματα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν:

Αισθήματα:

- ο ταραχής και λύπης
- ο αδυναμίας
- ο ενόχλησης από τους άλλους
- ο παρεξήγησης

Δυσκολία στη:

- ο λήψη αποφάσεων
- ο συγκέντρωση

Έλλειψη:

- ο Ενδιαφέροντος για την εμφάνιση
- ο Ενδιαφέροντος για τους άλλους
- ο Ενδιαφέροντος για τον σύντροφο τους

Ο τρόπος που αντιδρά το κάθε άτομο στο άγχος ποικίλλει ανάλογα με την προσωπικότητα του, το χαρακτήρα και τις εμπειρίες που έχει βιώσει στην ζωή του. Κάποιες χαρακτηριστικές αντιδράσεις ατόμων που εμφανίζουν αυξημένο άγχος είναι οξυθυμία, επιθετικότητα, ανησυχία, κατάθλιψη, παραίτηση.

Στη δουλειά περνάμε ένα μεγάλο μέρος της ζωής μας και το άγχος μπορεί να μας επηρεάσει με κάποιους τρόπους όπως:

- ο η μείωση της απόδοσης μας
- ο μείωση ενεργείας και ζωτικότητας
- ο επικοινωνιακές αδυναμίες
- ο μείωση της ικανότητας λήψης αποφάσεων
- ο μείωση της ικανότητας που μας προσφέρει η εργασία
- ο η ενασχόληση με ασήμαντες δραστηριότητες
- ο μειωμένη αποτελεσματικότητα²
- ο περιορισμένη εγρήγορση
- ο γρήγορη εξουθένωση

Όταν το άτομο συνειδητοποιήσει αυτές τις αλλαγές πάνω του μπορεί να αποτρέψει κάποιες από τις συνέπειες του άγχους πάνω στην εργασία του. Όταν το άτομο έχει άγχος αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια να χάνει ώρες εργασίας λόγω ασθένειας και μπορεί να υπάρξουν αλλαγές στη διοίκηση λόγω πρώιμων συνταξιοδοτήσεων και πρόωρων θανάτων⁷⁶.

2.2.2 Κατάθλιψη

Για να ισχύει η διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής σε ένα άτομο πρέπει να έχει τουλάχιστον το ένα από τα δύο ουσιαστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κλινικής κατάθλιψης. Ένα από αυτά είναι η κακή διάθεση και η απώλεια ενδιαφέροντος. Ένα πρόσωπο μπορεί απλά να δηλώσει ότι έχει αισθανθεί λυπημένο, καταθλιπτικό, κενό¹⁰². Το κύριο σύμπτωμα της κατάθλιψης ονομάζεται ανηδονία, δηλαδή απώλεια της δυνατότητας βίωσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης^{85,103,98}. Η καταθλιπτική διάθεση ενός ατόμου διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για μια δεκαπενθήμερη χρονική περίοδο¹⁰². Ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να βράζει από θυμό και αγανάκτηση και να μην μπορεί να τα εκφράσει. Επίσης μπορεί να γίνει τρομερά ευερέθιστο και να έρχεται σε σύγκρουση με άλλα μέλη της οικογένειάς του⁸⁵. Το δεύτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα της κλινικής κατάθλιψης είναι η έκφραση παραπόνων για σωματικές ενοχλήσεις (π χ πονοκεφάλους)¹⁰⁴.

α) Συναισθήματα απόγνωσης και ανικανότητας

Το άτομο έχει μια αρνητική άποψη για το μέλλον⁹⁸. Αυτό περιλαμβάνει τις προσδοκίες της προσωπικής δυσαρέσκειας, της αποτυχίας, και μιας συνέχειας του πόνου και της δυσκολίας, μια πεποίθηση ότι τίποτα δεν θα πάει καλύτερα. Τα καταθλιπτικά άτομα έχουν ελάχιστη ή και καθόλου αυτοπεποίθηση, δεν έχουν αυτοσεβασμό, θεωρούν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο¹⁰² ή ότι δεν υπάρχει καμία ελπίδα για βελτίωση της κατάστασης⁴.

β) Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης

Τουλάχιστον το ένα από τα δύο ουσιαστικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κλινικής κατάθλιψης πρέπει να είναι παρόν προκειμένου να προκύψει η υποψία για κατάθλιψη. Ένας από αυτούς είναι η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, και άλλη είναι η έλλειψη διάθεσης^{103,98,101}. Οι άνθρωποι που γίνονται καταθλιπτικοί τείνουν να χάνουν το ενδιαφέρον για τα πράγματα που βρήκαν ευχάριστα κατά την διάρκεια της ζωής τους. Οι δραστηριότητες, όπως η έξοδος στο γεύμα ή έναν κινηματογράφο, η επίσκεψη σε φίλους, τα σπορ, ακόμα και το ενδιαφέρον που έχουν για την εργασία τους αρχίζει να χάνεται^{102,4}. Το καταθλιπτικό άτομο έχει χάσει το ενδιαφέρον για τον σύντροφο του έτσι έχει πρόβλημα να έρθει σε σεξουαλική επαφή¹⁰⁵ και συνεχώς παραπονιέται για οργανικά προβλήματα⁴. Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι τείνουν να έχουν προβλήματα με τον αυτοσεβασμό τους και θεωρούν ότι κανένας, ούτε καν ο σύζυγος ή ένας συνεργάτης, δεν τους βρίσκει ελκυστικούς¹⁰².

γ) Αλλαγές όρεξης και βάρους

Οι άνθρωποι που αναπτύσσουν την κλινική κατάθλιψη έχουν συχνά αλλαγές στην όρεξή τους για φαγητό^{92,101}. Αφ' ενός, μερικοί άνθρωποι δεν αισθάνονται ποτέ πολύ πεινασμένοι. Μπορεί να περάσει μεγάλη χρονική περίοδος και να μην έχουν φάει τίποτα¹⁰⁵. Μπορούν να ξεχάσουν να φάνε, ή εάν φάνε να είναι μόνο μια μικρή ποσότητα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ένα καταθλιπτικό άτομο μπορεί να χάσει ένα σημαντικό ποσό βάρους⁴. Αφ' ετέρου, μερικοί άνθρωποι που γίνονται καταθλιπτικοί τείνουν να έχουν μια αύξηση στην όρεξή τους και μπορούν να κερδίσουν σημαντικά ποσά βάρους^{106,107}. Σ' αυτά τα άτομα παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση τροφών κυρίως κατά την διάρκεια της νύχτας⁴. Μπορούν ακόμη και να διαπιστώσουν ότι ποθούν ορισμένους τύπους τροφίμων όπως τα γλυκά ή οι υδατάνθρακες, ζυμαρικά, το ψωμί, και οι πατάτες^{106,107}.

δ) Προβλήματα ύπνου

Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι έχουν προβλήματα ύπνου¹⁰¹. Μερικοί ξυπνούν κατά τη διάρκεια της νύχτας και μετά είναι δύσκολο να βρουν τον ύπνο τους. (αυτό αποκαλείται "μέση αϋπνία"). Άλλοι πάλι ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί και μετά δεν μπορούν να ξανακοιμηθούν(αυτό αποκαλείται "τελική αϋπνία")^{103,105,4}. Τέλος άλλα άτομα πάσχουν από αϋπνία και δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου. Ένα λιγότερο κοινό πρόβλημα ύπνου είναι όταν ένα άτομο κοιμάται πολύ (αυτό αποκαλείται "υπέρπνοια")⁴. Ακόμη και με τον υπερβολικό ύπνο, ένα άτομο μπορεί να έχει κοιμηθεί πολύ και να αισθάνεται κουρασμένο και αργόστροφο κατά τη διάρκεια της ημέρας⁹². Οι άνθρωποι με την εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (SAD) μπορούν να κοιμηθούν περισσότερο κατά τη διάρκεια των χειμωνιάτικων μηνών¹⁰².

ε) Που τaráσσεται το συναίσθημα ή που επιβραδύνεται

Οι άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί αφ' ενός μπορεί να εμφανίσουν μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα π χ να πλένει πολύ αργά τα χέρια του¹⁰⁵. Επίσης μπορεί να μιλούν πολύ αργά, να αργούν πολύ να απαντήσουν σε ερωτήσεις που τους γίνονται και παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Η νοητική διαδικασία των καταθλιπτικών επιβραδύνεται και έτσι έχουν δυσκολία συγκέντρωσης⁴. Αφ' ετέρου το άτομο μπορεί να εμφανίζει αυξημένη ψυχοκινητική δραστηριότητα π. χ το άτομο είναι δύσκολο να καθίσει ακόμα και σε μια καρέκλα¹⁰⁵. Πολλές φορές οι καταθλιπτικοί είναι εξαιρετικά αγχώδεις και υπερκινητικοί⁹².

ζ) Μειωμένη ενέργεια

Ένα άτομο μπορεί να αισθανθεί αρκετά κουρασμένο ακόμη και χωρίς συμμετοχή σε οποιαδήποτε σωματική δραστηριότητα¹⁰². Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας⁴. Οι απλοί καθημερινοί στόχοι δεν είναι πλέον απλοί. Ακόμα και το να πλυθεί ή να ντυθεί κάποιος το πρωί του φαίνεται πολύ κουραστική διαδικασία¹⁰². Οι καταθλιπτικοί συχνά ομολογούν ότι ακόμη και απλές δραστηριότητες ρουτίνας τους φαίνονται « βουνό»⁴. Επίσης τα άτομα υποφέρουν και από την κούραση στο εργασιακό περιβάλλον¹⁰².

η) Αίσθημα άνευ αξίας, ενοχής και ντροπής

Οι άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί τείνουν να σκέφτονται αρνητικά^{102,103} βλέπουν τα πράγματα σκοτεινά και το μέλλον τους θολό και αβέβαιο⁹². Θεωρούν ένοχο τον εαυτό τους χωρίς να φταίνε, πιστεύουν ότι δεν έχουν αξία^{102,103,98} και γενικά κρίνουν τον εαυτό τους σαν αποτυχία⁹². Έτσι, εάν στο εργασιακό περιβάλλον που δουλεύει το άτομο γίνει κάποιο λάθος θα θεωρήσει τον εαυτό του ένοχο χωρίς να φταίει^{102,103}. Πολλές φορές ψάχνουν αποδεικτικά στοιχεία για να κατηγορήσουν τον εαυτό τους για

κάτι που δεν έχουν κάνει⁴. Πολλοί ασθενείς κατηγορούν τους εαυτούς τους για αμαρτίες, αρνούνται να φάνε ή να πιουν, γιατί πιστεύουν πως είναι αμαρτία να διατηρούν στη ζωή το αμαρτωλό τους σώμα¹⁰⁵.

θ) Αυτοκαταστροφικές σκέψεις , σχέδια ή προσπάθειες

Οι σκέψεις του θανάτου, της αυτοκτονίας, ή ακόμα και των προσπαθειών αυτοκτονίας μπορούν να είναι κοινές για εκείνους που είναι κλινικά πεισμένοι. Το άτομο έχει συνεχώς στο μυαλό του την αυτοκτονία⁹⁸. Μάλιστα πολλές φορές παρασύρει στην αυτοκτονία προσφιλή του πρόσωπα ή τα σκοτώνει πριν αυτοκτονήσει για να γλιτώσουν από τα βάσανα⁸¹. Οι άνθρωποι που είναι λιγότερο σοβαρά αυτοκαταστροφικοί μπορεί να μην έχουν καθημερινά σκέψεις αυτοκτονίας. Ένα πρόσωπο που είναι αυτοκαταστροφικό μπορεί να κάνει καθημερινά σχέδια για το που, πως και με ποια αντικείμενα θα αυτοκτονήσει (δηλ., χάπια, πυροβόλο όπλο, σχοινί)^{102,105}. Εκείνοι που είναι σοβαρά πεισμένοι διατρέχουν χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας διότι δεν τους έχει απομείνει ενέργεια ώστε να αυτοκτονήσουν. Εντούτοις, ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί όταν αρχίζει να ανυψώνει μια κατάθλιψη και η ενέργειά τους αρχίζει να επιστρέφει. Εκείνοι που "έχουν έναν λόγο να ζήσουν" όπως η ανάγκη ανατροφής των παιδιών τους, μπορούν να μην προχωρήσουν στην αυτοκτονία. Τα άτομα υψηλού κινδύνου είναι εκείνα που έχουν κάνει σχέδια για να σκοτωθούν και επίσης έχουν την απαραίτητη διάθεση να το κάνουν. Οι άνθρωποι που σκέφτονται και συμπεριφέρονται με αυτόν τον τρόπο πρέπει συχνά να νοσηλεύονται για να μην βλάψουν τον εαυτό τους. Ο ιδανικότερος τρόπος βοήθειας είναι η ομιλία με το γιατρό, τον ιερέα, ή έναν που προσφέρει ιατρικές υπηρεσίες¹⁰².

ι) Αυταπάτες ή/ και παραισθήσεις

Τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που μπορεί να συνοδεύσουν τα καταθλιπτικά, μανιακά, ή μικτά επεισόδια περιλαμβάνουν την παρουσία αυταπατών ή/ και παραισθήσεων. Οι αυταπάτες είναι σταθερές πεποιθήσεις που εμμένουν παρά τα ισχυρά στοιχεία στο αντίθετο. Οι παραισθήσεις είναι αισθητήρια εμπειρία που εμφανίζεται πραγματική στο πρόσωπο του ατόμου που τις δοκιμάζει, αλλά δεν υπάρχει κανένα πραγματικό φυσικό ερέθισμα για την αντίληψη. Οι συνηθέστερες παραισθήσεις περιλαμβάνουν τις φωνές κάποιων φανταστικών προσώπων ή τη θέα των πραγμάτων που δεν είναι εκεί. Οι ψυχώσεις μπορούν να αναπτυχθούν σε περίπου 15% εκείνων με σημαντική καταθλιπτική διαταραχή. Η παρουσία αυταπάτης και παραισθήσεων εμποδίζουν το άτομο να βλέπει καθαρά τις συνέπειες των ενεργειών του και αυτό μπορεί να τον βάλει σε κίνδυνο. Τα ψυχωτικά συμπτώματα είναι σοβαρά και ένα πρόσωπο σε αυτόν τον όρο χρειάζεται την άμεση ιατρική προσοχή και ενδεχομένως την εισαγωγή σε νοσοκομείο¹⁰².

κ) Φυσικοί πόνοι

Οι άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί αρχικά ζητούν τη βοήθεια του οικογενειακού τους γιατρού και αρκετά συχνά του παραπονούνται για σωματικές ενοχλήσεις^{105,4}. Πολλοί άνθρωποι δεν αναφέρουν ακόμα και στους γιατρούς τους ότι αισθάνονται κατάθλιψη ή ότι έχουν κάποια άλλα προβλήματα με την διάθεσή τους. Συχνά, εκείνοι που είναι πεισμένοι έχουν τους χρόνιους πόνους. Οι πονοκέφαλοι, οι πόνοι στο στομάχι, η ναυτία, οι έμετοι, τα γαστρεντερικά προβλήματα, η ξηροστομία, η υπόξινη γεύση στο στόμα, η δυσπεψία, η δυσκοιλιότητα και το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, πόνοι ψηλά στην πλάτη και στο σβέρκο, μυϊκές κράμπες , πόνοι κατά την διάρκεια της ούρησης ,ακόμα και ανώμαλη περίοδο^{105,4}. Τα παραπάνω συμπτώματα παρουσιάζονται στους καταθλιπτικούς αρκετά συχνά ώστε να επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση τους⁴.

2.2.3 Αυτοκτονία

Τα συμπτώματα της αυτοκτονίας είναι:

- Αλκοόλ ή κατάχρηση ουσιών
- Δυσμενείς αλλαγές στην προσωπικότητα ή στην συμπεριφορά
- Πρόσφατα δυσμενή γεγονότα στη ζωή του ατόμου(π.χ. θάνατος ή διαζύγιο)
- Έλλειψη αυτοπεποίθησης (π.χ. το άτομο δουλεύει πολλές ώρες αλλά έχει μειωμένη παραγωγικότητα)
- Μειωμένο ενδιαφέρον για οτιδήποτε(κοινωνική απόσυρση)
- Επιθετικότητα και βιαιότητα
- Μια γενική άρνηση για οτιδήποτε
- Χρησιμοποίηση εκφράσεων όπως «όλα τελείωσαν»¹⁰⁸.

2.3 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑ ΤΑ

2.3.1 Άγχος

Αν συνεχιστεί για μήνες ή χρόνια η δράση του στρες και το άτομο δεν έχει καμία ευκαιρία για να επανέλθει στις δυνάμεις του, τότε μπορεί να εμφανιστούν οι επιβλαβείς επιρροές. Οι έρευνες δείχνουν ότι αν αυτό το στρες συνεχίζεται για μεγάλη χρονική περίοδο η ισορροπία πρόκειται να κλονιστεί στην ορμονική κορτιζόλη, η οποία χρειάζεται στο σώμα μας για την υψηλή ταχύτητα μετατόπισης όταν αντιμετωπίζουμε μια πρόκληση ή απειλή¹⁰⁹. Αυτό το σύστημα ενεργοποιείται σε σοβαρές καταστάσεις και αναστέλλεται όταν η περιεκτικότητα της κορτιζόλης βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα μέσα στο αίμα. Αλλά εάν το στρες είναι συνεχές ο βαθμός ευαισθησίας στην κορτιζόλη θα μειωθεί. Ο καθένας μπορεί να φανταστεί τι θα γίνει αν το ανασταλτικό σύστημα δεν λειτουργεί σωστά χωρίς βοηθό. Όταν ο βοηθός δεν δουλεύει, το περιεχόμενο της κορτιζόλης είναι συνεχώς σε υψηλά επίπεδα και έτσι είναι δύσκολο μετά να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα. Σ' αυτό το σημείο, το ρυθμιστικό σύστημα πρόκειται να βγει από την ισορροπία. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ένας φαύλος κύκλος με τον οποίο το στρες να δημιουργεί περισσότερο στρες μέσω μίας μειωμένης ικανότητας να δέχεται τα νευρικά σήματα μέσα στο σώμα⁹⁴.

2.3.2 Κατάθλιψη

Ένας τομέας της έρευνας στον καθορισμό των αιτιών της κλινικής κατάθλιψης στρέφεται στο ενδοκρινές σύστημα. Αυτό το σύστημα λειτουργεί με τον εγκέφαλο για να ελέγξει τις πολυάριθμες δραστηριότητες μέσα στο σώμα. Το ενδοκρινές σύστημα αποτελείται από τους μικρούς αδένες μέσα στο σώμα, οι οποίοι δημιουργούν τις ορμόνες και τις απελευθερώνουν στο αίμα. Οι ορμόνες που απελευθερώνονται στο σώμα από τους αδένες ρυθμίζουν τις διαδικασίες όπως η αντίδραση και η σεξουαλική ανάπτυξη. Έχει διαπιστωθεί ότι ένας μεγάλος αριθμός καταθλιπτικών ανθρώπων έχει ανώμαλα επίπεδα μερικών ορμονών στο αίμα τους, παρά την κατοχή των υγιών αδένων. Θεωρείται ότι τέτοιες ορμονικές παρατυπίες μπορούν να αφορούν μερικά καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως τα προβλήματα με την όρεξη και τον ύπνο δεδομένου ότι παίζουν έναν ρόλο σε αυτές τις δραστηριότητες. Οι περαιτέρω ενδείξεις στο ρόλο του ενδοκρινούς συστήματος έχουν να κάνουν με το γεγονός ότι εκείνοι που έχουν τις ιδιαίτερες ενδοκρινείς διαταραχές είναι πιο επιρρεπείς να αναπτύξουν μερικές φορές την κατάθλιψη. Μερικά άτομα που είναι καταθλιπτικά αναπτύσσουν τα ενδοκρινικά προβλήματα παρά την κατοχή των υγιών αδένων¹⁰². Το ενδοκρινές σύστημα κρατά συνήθως τα ορμονικά επίπεδα σταθερά μέσω της διαδικασίας της ανατροφοδότησης. Τα ορμονικά επίπεδα στο σώμα ελέγχονται συνεχώς. Όταν μια ορμόνη ανέρχεται σε συγκεκριμένο επίπεδο ο αδένας σταματά να παράγει και να απελευθερώνει την ορμόνη. Γι' αυτό όταν ένα άτομο πιέζεται αυτή η διαδικασία της ανατροφοδότησης μπορεί να μην λειτουργήσει σωστά. Ο υποθάλαμος ρυθμίζει επίσης το βλεννογόνο αδένα που, στη συνέχεια, ελέγχει την ορμονική έκκριση άλλων αδένων. Επίσης χρησιμοποιεί μερικούς από τους νευροδιαβιβαστές που έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη δεδομένου ότι διαχειρίζεται το ενδοκρινές σύστημα. Αυτοί οι νευροδιαβιβαστές, η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη και η ντοπαμίνη έχουν όλες έναν ρόλο στη διαχείριση της λειτουργίας

ορμονών. Η ανάπτυξη της κλινικής κατάθλιψης μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα μιας διαταραχής παρούσας μέσα στα όργανα που παράγουν τις ορμόνες. Τέτοιοι όροι περιλαμβάνουν τις διαταραχές θυροειδή, το σύνδρομο Cushing, και την ασθένεια Addison⁹⁴.

Κορτιζόλη

Από εκείνα τα άτομα που είναι κλινικά πιεσμένα, το 1/2 απ' αυτά θα έχει περίσσειμα ορμόνης στο αίμα που αποκαλείται κορτιζόλη⁹⁴. Η κορτιζόλη εκκρίνεται από τους επινεφρίδιους αδένες. Τοποθετημένοι κοντά στα νεφρά, οι επινεφρίδιοι αδένες μας βοηθούν στις αντιδράσεις μας στα αγχωτικά γεγονότα^{94,110}. Η κορτιζόλη μπορεί να συνεχίσει να εκκρίνεται ακόμα κι αν ένα άτομο έχει ήδη υψηλά επίπεδα αυτής στο αίμα του. Αυτή η ορμόνη θεωρείται ότι έχει σχέση με την κλινική κατάθλιψη δεδομένου ότι τα υψηλά επίπεδα συνήθως μειώνονται σε ένα κανονικό επίπεδο μόλις εξαφανιστεί η κατάθλιψη¹¹⁰. Ο υποθάλαμος μπορεί να είναι ο ένοχος για τα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα για το λόγο ότι είναι υπεύθυνος για την έναρξη της διαδικασίας που οδηγεί στην έκκριση κορτιζόλης από τους επινεφρίδιους αδένες. Ο υποθάλαμος κατασκευάζει και απελευθερώνει την κορτικοτροπική ορμόνη (CRH). Ο βλεννογόνος αδένας διεγείρεται για την απελευθέρωση της αδρενοκορτικοτροπικής ορμόνης (ACTH). Αυτή η ορμόνη κάνει έπειτα τους επινεφρίδιους αδένες απόκρυφους για την κορτιζόλη στο αίμα. Όταν το ενδοκρινές σύστημα λειτουργεί κατάλληλα, ο υποθάλαμος ελέγχει το επίπεδο κορτιζόλης που είναι στο αίμα. Όταν το επίπεδο αυξάνεται, ο υποθάλαμος επιβραδύνει την επιρροή του στο βλεννογόνο αδένα για την παραγωγή της CRH. Όταν τα επίπεδα της κορτιζόλης μειώνονται, ο υποθάλαμος αναγκάζει το βλεννογόνο αδένα να παραγάγει περισσότερη CRH. Σε ένα καταθλιπτικό άτομο, ο υποθάλαμος μπορεί συνεχώς να επηρεάζει το βλεννογόνο για να παραγάγει CRH αδιαφορώντας για το ποσό της κορτιζόλης που είναι στο αίμα. Άλλη έρευνα σχετικά με την κορτιζόλη έχει δείξει ότι ο συγχρονισμός της απελευθέρωσης αυτής της ορμόνης μπορεί να είναι προβληματικός σε εκείνους που είναι πιεσμένοι. Οι άνθρωποι που δεν είναι καταθλιπτικοί τείνουν να έχουν τις εκκρίσεις κορτιζόλης σε ορισμένους χρόνους της ημέρας. Τα επίπεδα της κορτιζόλης είναι πιο υψηλά περίπου στις 8:00 π.μ. και 4:00 μ.μ., και πιο χαμηλά κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αυτή η κανονική ανακύκλωση των επιπέδων της κορτιζόλης δεν εμφανίζεται σε μερικούς ανθρώπους που είναι καταθλιπτικοί. Το τεστ της ντεξαμεθαζόνης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της κατάθλιψης σε μερικούς ανθρώπους. Αυτή η δοκιμή περιλαμβάνει την χορήγηση μιας δόσης ντεξαμεθαζόνης, συνθετικής κορτιζόλης, σε ένα άτομο προτού να πάει για ύπνο τη νύχτα. Στις 8:00 π.μ. το επόμενο πρωί, το αίμα του ατόμου εξετάζεται για κορτιζόλη. Εξετάζεται πάλι στις 4:00 μ.μ. Στα υγιή άτομα τα επίπεδα κορτιζόλης μειώνονται πρώτα, αλλά έπειτα επιστρέφει στο κανονικό καθ' ότι ο υποθάλαμος αναπληρώνει την ντεξαμεθαζόνη στο αίμα. Σε αυτούς που είναι σοβαρά πιεσμένοι, περίπου το 1/2 θα έχει ανώμαλα αποτελέσματα. Η έκκριση κορτιζόλης μπορεί να μην μειωθεί από τον υποθάλαμο, ή μπορεί να μην υπάρξει καμία αλλαγή μετά από την λήψη συνθετικής κορτιζόλης από τον ασθενή⁹⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

3.1.1 Άγχος

Ο πιο απλός τρόπος θεραπείας μιας κατάστασης άγχους είναι με φάρμακα αγχολυτικά¹¹¹. Το φάρμακο επιλογής είναι οι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες μπορούν να ανακουφίσουν τα συμπτώματα μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα⁹⁸. Έχουν σχετικά λίγες παρενέργειες: η υπνηλία και η απώλεια συντονισμού είναι οι πιο κοινές¹¹². Επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι άτομα που λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες έχουν προβλήματα γνωστικής και κινητικής λειτουργίας⁵. Η κούραση και η διανοητική επιβράδυνση ή η σύγχυση μπορούν επίσης να εμφανιστούν¹¹². Το φάρμακο αυτό μπορεί να αποδυναμώσει την ικανότητα οδήγησης και στην περίπτωση των ηλικιωμένων φαίνεται να σχετίζεται με πτώσεις που καταλήγουν σε κατάγματα γοφών⁵. Πολλές φορές ο γιατρός συστήνει στον ασθενή την αλλαγή περιβάλλοντος. Άλλη θεραπεία είναι η ψυχοθεραπεία ή μια θεραπεία συμπεριφοράς. Εάν η κατάσταση του ασθενή είναι προσωρινή και εάν δεν υπάρχει σύνδεση με κάποια νευρωτική διαταραχή, τότε το άγχος εξαφανίζεται μόνο του μόλις τελειώσει αυτό που το προκαλεί. Μπορεί στον ασθενή να γίνει και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ή ψυχανάλυση αν οι συνθήκες το επιτρέπουν¹¹¹. Οι βενζοδιαζεπίνες ποικίλουν στη διάρκεια της δράσης τους σε διαφορετικούς ανθρώπους και μπορούν να ληφθούν δύο ή τρεις φορές ημερησίως και άλλες φορές μόνο μία φορά την ημέρα¹¹². Οι συνήθως χρησιμοποιούμενες βενζοδιαζεπίνες περιλαμβάνουν κλοναζεπάμη (Klonopin), αλπραζολάμη (Xanax), διαζεπάμη (valium), και λοραζεπάμη (Ativan)¹¹⁰. Η δόση αρχίζει γενικά σε χαμηλό επίπεδο και αυξάνεται βαθμιαία έως ότου ελαττωθούν ή εξαφανιστούν τα συμπτώματα. Επίσης η δόση ποικίλει ανάλογα με τα συμπτώματα και τη σωματική διάπλαση του ατόμου. Και τα αντικαταθλιπτικά χάπια και τα αγχολυτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να μεταχειριστούν τις διαταραχές ανησυχίας. Το πρώτο φάρμακο που εγκρίθηκε συγκεκριμένα για χρήση ήταν το τρικυκλικό καταπραϋντικό κλομιπραμίνη (Anafranil). Το μόνο φάρμακο συγκεκριμένα για τις διαταραχές ανησυχίας εκτός από τις βενζοδιαζεπίνες είναι μπουσπιρόνη (BuSpar). Εντούτοις, μερικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν τη μακροπρόθεσμη θεραπεία. Είναι ουσιαστικό ο ασθενής να μιλήσει με το γιατρό πριν διακόψει μια βενζοδιαζεπίνη. Μια αντίδραση απόσυρσης μπορεί να εμφανιστεί εάν σταματήσουν απότομα την θεραπεία. Τα συμπτώματα μπορούν να περιλάβουν την ανησυχία, τρέμουλο, πονοκέφαλο, ίλιγγο, υπνηλία, απώλεια όρεξης, ή σε ακραίες περιπτώσεις¹¹².

3.1.2 Κατάθλιψη

Όταν είναι να χορηγήσουμε κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο πρέπει να εκτιμήσουμε τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενή και να τον ενημερώσουμε για τις πιθανές παρενέργειες του φαρμάκου. Σε περιπτώσεις βαριάς κατάθλιψης είτε γίνεται γρήγορη θεραπεία με τα φάρμακα είτε ηλεκτροσπασμοθεραπεία¹⁰⁶.

Κατ' αρχήν, εστιάζουμε την προσοχή μας σε κάποια από τα νεώτερα και συχνότερα χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που περιλαμβάνουν τους διαθέσιμους σήμερα εκλεκτικούς ανασταλτικούς παράγοντες: σεροτονίνη, τρικυκλικά και αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης¹¹³,σιταλοπράμη, υδροβρωμίδη(Celexa), φλουοξετίνη (Prozac), φλουβοξαμίνη(Lunox),πραμιπεξόλη, placebo¹¹⁴, παροξετίνη(Paxil), σετραλίνη(Zoloft) - καθώς επίσης και νεφαζοδόνη(Serzone), και βενλαφαξίνη(Effexor)¹⁰³. Τα τρικυκλικά συνήθως δεν συστήνονται σαν πρώτου βαθμού θεραπεία για τον έλεγχο της κατάθλιψης αλλά σαν βοηθητικά για να ελέγξουν τον νευροπαθητικό πόνο⁹⁸. Μερικές φορές ο γιατρός μπορεί να δοκιμάσει ποικίλα αντικαταθλιπτικά χάπια πριν βρει το φάρμακο ή το συνδυασμό φαρμάκων που είναι αποτελεσματικά για τον ασθενή. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρέπει να λαμβάνονται τακτικά για τουλάχιστον 8 εβδομάδες πριν εμφανιστεί η πλήρης θεραπευτική δράση. Οι ασθενείς μπαίνουν στον πειρασμό να σταματήσουν τα φάρμακα γιατί νομίζουν ότι δεν τους βοηθά καθόλου^{112,115}. Το λίθιο είναι θεραπεία επιλογής για πολλά έτη^{5,92}. Εάν ένα άτομο έχει πρόβλημα με τον θυροειδή, το νεφρό, ή προβλήματα καρδιάς, ή επιληψία, τότε το λίθιο δεν είναι η κατάλληλη θεραπεία. Στα άτομα που δεν έχει σταθεροποιηθεί η διάθεσή τους με το λίθιο, συστήνονται δύο άλλα φάρμακα αντί αυτού, δηλαδή καρμπαμαζεπίνη (Tegretol) και βαλπροάτη (Depakote)^{112,115,116}. Υπάρχουν ποικίλα καταπραυντικά φάρμακα και ψυχοθεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντιμετωπιστούν οι καταθλιπτικές διαταραχές. Οι άνθρωποι με τις ηπιότερες μορφές κατάθλιψης ωφελούνται περισσότερο με την ψυχοθεραπεία. Με τη μέτρια ως βαριά κατάθλιψη, μερικοί ασθενείς μπορεί να είναι απρόθυμοι να πάνε κατ' ευθείαν στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και μπορεί πρώτα να επιλέξουν την ψυχοθεραπεία.. Οι περισσότεροι όμως δοκιμάζουν τον συνδυασμό φαρμάκου και ψυχοθεραπείας,το φάρμακο δίνεται για να έχει ο ασθενής σχετικά γρήγορη ανακούφιση και την ψυχοθεραπεία για να μάθει πως εξαλείφονται τα συμπτώματα με αποτελεσματικούς τρόπους^{117,118}. Ακόμα ένα διαδεδομένο θεραπευτικό μέσο για καταθλιπτικούς είναι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία η οποία εφαρμόζεται όταν κάποιος ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακευτική θεραπεία. Ο ασθενής υποβάλλεται σ' αυτή τη θεραπεία 2 ή 3 φορές την εβδομάδα και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συνήθως ύστερα από 4 έως 10 συνεδρίες^{5,92}. Άλλο ένα σημαντικά χρήσιμο μέσο είναι η εργασιοθεραπεία. Οι ασθενείς θα πρέπει να κατασκευάζουν χειροτεχνήματα και να αμείβονται ικανοποιητικά γι' αυτό που κάνουν. Το καλύτερο απ' όλα είναι να βρίσκονται σε περιβάλλον που να είναι και άλλοι άνθρωποι στην ίδια κατάσταση με αυτούς για να μην νιώθουν αποκομμένοι από τον υπόλοιπο κόσμο⁹².

3.1.3 Αυτοκτονία

Ο γιατρός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την κρίση του για να εκτιμήσει τον συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε ν' αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασής του. Γι αυτό, θα χρειαστεί τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας τόσο με το άτομο, όσο και με την οικογένεια, τους φίλους του και οποιαδήποτε άλλα άτομα μπορούν να συμβάλλουν (γιατρούς, θεραπευτές, ιερείς κτλ.)^{1,92}. Γενικά, ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης¹:

Το άτομο να πάει σπίτι του. Τα άτομα που δεν έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και εκφράζουν μόνο αόριστες ιδέες, και αρνούνται να αυτοκτονήσουν, τότε είναι ελεύθεροι από τον ειδικό ή τον οικογενειακό τους γιατρό να έχουν εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Για το άτομο που έχει κάνει ήδη απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Αν, όμως, το άτομο αυτό αρνείται ότι συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο. Όταν το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και οι συγγενείς ή οι φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφθεί την πιθανότητα να πάει το άτομο σπίτι του. Όταν ο ασθενής βρίσκεται εκτός νοσοκομείου η θεραπεία του γίνεται με φάρμακα και ψυχοθεραπείες. Οι μορφές της ψυχοθεραπείας μπορεί να είναι ατομική θεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία ζευγαριού ή ομαδική ψυχοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία θα είναι συνήθως αντικαταθλιπτική αγωγή για κατάθλιψη. Ο κλινικός θα πρέπει κατά την εξωνοσοκομειακή θεραπεία να είναι προσεκτικός ώστε να εκτιμά τον κίνδυνο αυτοκτονίας συχνά και επίσης να μην δίνει μεγάλη ποσότητα φαρμάκων για το σπίτι (συχνές συνταγές).

Εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλά από τα άτομα που έχουν σχεδιάσει την αυτοκτονία τους και τα περισσότερα από αυτά που έχουν κάνει σοβαρή απόπειρα θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη προσφέρει ασφάλεια, λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση και γρήγορη έναρξη της θεραπείας. Άτομα που βρίσκονται σε απόγνωση τις περισσότερες φορές συμφωνούν με την ένδειξη νοσηλείας τους, ιδιαίτερα αν την υποστηρίζουν και οι συγγενείς και οι φίλοι τους. Αν υπάρχει υποψία ότι το άτομο μπορεί να κάνει άλλη απόπειρα ακόμα και μέσα στο νοσοκομείο, η παρατήρηση θα πρέπει να είναι συνεχής και προσεκτική.

Ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο. Εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας, οι κλινικοί προσπαθούν να πείσουν το άτομο να υπογράψει ένα «συμβόλαιο ότι δεν θα αυτοκτονήσει». Αυτό περιλαμβάνει την υπόσχεση που δίνει ο ασθενής στον επαγγελματία ψυχικής υγείας ότι δε θα προβεί σε οποιαδήποτε πράξη εάν δεν έρθει πρώτα σε επαφή μαζί του⁵. Αν το άτομο δεν δεχθεί να υπογράψει το συμβόλαιο και κινδυνεύει ν' αυτοκτονήσει ή όταν αμφιβάλλει ο ιατρός για την υπόσχεση που έδωσε ο ασθενής, τότε ο γιατρός έχει το δικαίωμα από το νόμο να ζητήσει την εισαγωγή του ασθενούς σε νοσοκομείο για να τον προφυλάξει^{1,5}. Επειδή τα άτομα που σχεδιάζουν ν' αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους¹, η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να τους ανακοινωθεί καθαρά και σταθερά. Στο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια θα δοθεί αντιψυχωτική αγωγή. Στα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη θα δοθεί αντικαταθλιπτική αγωγή ή ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Λίθιο και αντιψυχωτική αγωγή θα προστεθεί στο άτομο με διπολική διαταραχή και στο άτομο με ψυχωτική κατάθλιψη¹¹⁹.

Μερικά σημεία προσοχής κατά τη θεραπεία.

Η επίφαση υγείας. Ορισμένα άτομα φαίνονται υγιέστατα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας ειδικά όταν η απόπειρα αυτή έχει κινητοποιήσει την υποστήριξη των φίλων και των συγγενικών προσώπων. Τα άτομα που δίνουν λογικότερες εξηγήσεις για τις απόπειρες τους (π.χ. το έκαναν για να κερδίσουν τη συμπάθεια ή την προσοχή) πείθουν εύκολα κάποιον ότι βρίσκονται εκτός κινδύνου. Παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε μια ψυχιατρική εκτίμηση που να συνοδεύεται από συμφωνία για παρακολούθηση για κάποιο διάστημα. Η πιθανότητα για μια επόμενη πιο σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλη, αν οι προβληματικές συνθήκες της ζωής του ασθενή παραμένουν αμετάβλητες¹.

Υπαρξιακές αμφιβολίες. Σχεδόν όλοι οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι αμφιθυμικοί για το αν θέλουν να πεθάνουν ή όχι, κατά πάσα πιθανότητα όμως θα θέλουν να ζήσουν μόλις περάσει η κρίση. Υπαρξιακές συζητήσεις και επιχειρηματολογίες σπάνια βοηθούν στη διάρκεια της κρίσης.

Οι προσωπικές αντιδράσεις. Ο γιατρός μπορεί να νιώσει ιδιαίτερα ενοχλημένος από την απελπισία και την απόγνωση του ασθενή. Μπορεί να νιώσει οργή ή τρόμο μπροστά στο άτομο που θέλει να πεθάνει. Επίσης μπορεί ν' αρνηθεί τον κίνδυνο και να θεωρήσει το άτομο πολύ πιο υγιές απ' ότι πραγματικά είναι. Θα πρέπει, λοιπόν, να κοιτάξει μέσα του και ν' αναγνωρίσει τις προκαταλήψεις του, τα <<τυφλά του σημεία>>, τις συγκρούσεις του, ώστε να μπορέσει να κάνει αντικειμενική εκτίμηση. Κι αν χρειασθεί, να μη διστάσει να ζητήσει τη βοήθεια ενός συναδέλφου του¹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Συννοσηρότητα Άγχους – Κατάθλιψης

Μια κατάσταση που συνδέεται στενά και συγγέεται συχνά με το άγχος είναι η κατάθλιψη. Όμως αποτελούν διαφορετικές εμπειρίες. Στο άγχος υπάρχει η προσπάθεια ομαλής εκφόρτισης, υπερνίκησης της ματαίωσης. Στην κατάθλιψη όμως το άτομο έχει εγκαταλείψει κάθε ελπίδα και έχει πάψει πια να κάνει οποιαδήποτε προσπάθεια⁹¹. Τα ειδικά συμπτώματα του άγχους είναι: ένταση, έντονος φόβος, υπερβολική ανησυχία, νευρικότητα, τρέμουλο, έντονη διέγερση. Ενώ τα ειδικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι: καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη ερωτική διάθεση, αυτοκτονικός ιδεασμός και ενέργειες, απώλεια ενδιαφέροντος, έντονη θλίψη. Στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περιλαμβάνεται στις ταξινομήσεις του και μια κατηγορία που ονομάζεται «Μεικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή» και χαρακτηρίζεται τόσο από συμπτώματα κατάθλιψης όσο και άγχους. Τα ανάμεικτα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι: κλάμα, ευερεθιστότητα, ανησυχία, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, ανήσυχος ύπνος, πρωινή αφύπνιση, κούραση, ασθενής μνήμη, επαναλαμβανόμενες σκέψεις και εξαναγκασμοί, χαμηλή αυτοπεποίθηση και ανεπαρκής κοινωνικές δεξιότητες^{4,5}. Η συνύπαρξη κατάθλιψης και άγχους έχει αποτελέσει ένα από τα συχνότερα και πλέον δυσεπίλυτα προβλήματα στην ψυχιατρική. Ακόμα και με τα σύγχρονα διαγνωστικά συστήματα, η αλληλοεπικάλυψη του άγχους και της κατάθλιψης είναι εμφανείς σε καταστάσεις όπως, π.χ. Η δυσθυμική διαταραχή, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή πανικού^{4,120,121}. Ως προς τη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν ότι ένας περίπου στους τρεις αρρώστους με τη διαταραχή αυτή παρουσιάζει παράλληλα κατάθλιψη¹²². Το 3,6% του πληθυσμού παρουσίαζε ιστορικό συννοσηρότητας συναισθηματικής και αγχώδους διαταραχής, που σημαίνει ότι το 43% περίπου των αρρώστων με συναισθηματική διαταραχή παρουσίαζε κάποια από τις αγχώδεις διαταραχές στο ιστορικό του και το 25% των ατόμων με αγχώδη διαταραχή ανέφερε κατά την κλινική της πορεία και κάποια από τις συναισθηματικές διαταραχές⁹⁶.

4.2 Συννοσηρότητα Κατάθλιψης – Αυτοκτονίας

Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που παρατηρείται συχνά στον γενικό πληθυσμό, ενώ η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών αρρώστων¹²³. Περισσότερο από 15% των αρρώστων με μείζονα κατάθλιψη καταλήγουν στην αυτοκτονία ενώ πολύ περισσότεροι απ' αυτούς θα πραγματοποιήσουν απόπειρα αυτοκτονίας^{120,121}. Μελέτες παρακολούθησης αρρώστων με μείζονα ή ενδογενή κατάθλιψη δείχνουν ότι ένας στους 5 ή 6 καταθλιπτικούς(σε ποσοστό 15-19%) θα αυτοκτονήσουν. Σε άλλες μελέτες βλέπουμε ότι τα άτομα που αυτοκτόνησαν είχαν κατάθλιψη και το ποσοστό αυτών είναι 30-65%^{121,124}. Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα αισθήματα απελπισίας και αδιεξόδου παίζουν καθοριστικό και αποφασιστικό ρόλο στην πραγματοποίηση της αυτοκτονίας^{125,126,127}. Έτσι πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα που αυτοκτονούν (σε ποσοστό 80-95%) εμφανίζουν κάποιες ψυχικές διαταραχές με συχνότερη την κατάθλιψη⁹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5⁰

5.1 ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΧΩΡΑ

5.1.1 Μεγάλη Βρετανία

Στην Μ. Βρετανία, 10 στους 10.000 άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε το 1963 και από τότε έχει μειωθεί αρκετά¹²⁸. Το 75% ήταν άνδρες και η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι 3:1. Το 44% ήταν άνθρωποι ηλικίας 39 και άνω¹²⁹. Το 1996 αυτοκτόνησαν 4.634 άτομα εκ των οποίων 3.442 ήταν άνδρες και 1.192 γυναίκες. Ο ρυθμός αυτοκτονιών ήταν 11,7 ανά 100.000 του πληθυσμού. Για τους άνδρες ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν αρκετά μεγάλος 17,8 και για τις γυναίκες ήταν 5,8 ανά 100.000 πληθυσμό. Στο διάστημα μεταξύ 1990 και 1996 έχει μειωθεί ο ρυθμός των αυτοκτονιών κατά 12%¹³⁰. Το 2002 μάλιστα ο αριθμός θνησιμότητας μειώθηκε τουλάχιστον κατά 10%¹²⁸. Το 4% στην Αγγλία και στην Ουαλία στο διάστημα 1996-1998. Το 16% των ατόμων έχουν κατάθλιψη¹²⁹.

5.1.2 Βόρεια Ιρλανδία

Το 1996 σημειώθηκαν 143 αυτοκτονίες στην Ιρλανδία, από τις οποίες 113 ήταν άνδρες και 29 ήταν γυναίκες. Ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν 11,2 ανά 100.000 του πληθυσμού. Για τους άνδρες, ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν 18,4 και για τις γυναίκες ήταν 4,4 ανά 100.000 του πληθυσμού. Από το 1982 μέχρι το 1996 υπάρχει μείωση του ρυθμού αυτοκτονίας κατά 7%¹³⁰.

5.1.3 Ιρλανδία

Το 1996 σημειώθηκαν 378 αυτοκτονίες εκ των οποίων ήταν 310 άνδρες και 68 γυναίκες. Ο ρυθμός των αυτοκτονιών ήταν 13,6 ανά 100.000 του πληθυσμού. Για τους άνδρες, ο ρυθμός των αυτοκτονιών ήταν 22,9 και για τις γυναίκες ήταν 4,9 ανά 100.000 του πληθυσμού. Έχει αυξηθεί ο ρυθμός των αυτοκτονιών κατά 24% από το 1985¹³⁰.

5.1.4 Σκωτία

Το 1996 σημειώθηκαν 845 αυτοκτονίες, από τις οποίες 620 ήταν άνδρες και 225 γυναίκες. Ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν 20,1 ανά 100.000 του πληθυσμού. Για τους άνδρες, ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν 30,7 για τις γυναίκες ήταν 10,2 ανά 100.000 του πληθυσμού. Έχει σημειωθεί μια αύξηση σε ποσοστό 12% στον ρυθμό των αυτοκτονιών από το 1982 έως το 1996¹³⁰.

5.1.5 Ουαλία

Το 1996 σημειώθηκαν 283 αυτοκτονίες ,από τις οποίες 228 ήταν άνδρες και 55 γυναίκες .Ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν 11,9 ανά 100.000 του πληθυσμού. Για τους άνδρες , ο ρυθμός αυτοκτονίας ήταν 19,8 και για τις γυναίκες ήταν 4,5 ανά 100.000 του πληθυσμού. Έχει σημειωθεί μια 11% μείωση του ρυθμού των αυτοκτονιών από το 1990 μέχρι 1996¹³⁰. Στο Dyfed Powys της Ουαλίας το χρονικό διάστημα μεταξύ του 1990 και 1999, βλέπουμε πως το 76% των ατόμων που αυτοκτόνησαν ήταν άνδρες. Το 47% των ατόμων ήταν κάτω από 45 χρονών . Ένας από τους λόγους που ο ρυθμός των αυτοκτονιών είναι αυξημένος στους άνδρες είναι η μανία που έχουν να διαλέγουν άγρια και φονικά μέσα για να επιβεβαιώσουν το θάνατο τους¹²⁹.

5.1.6 Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία

Στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία περίπου 6.300 άνθρωποι σκοτώνονται κάθε χρόνο, το ποσοστό αυτό είναι περισσότερο από το διπλάσιο του θανάτου που προέρχεται από τροχαία ατυχήματα και 12 φορές του αριθμού των θανάτων από ανθρωποκτονία. Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 140.000 άνθρωποι επιχειρούν την αυτοκτονία κάθε χρόνο στην Αγγλία και στην Ουαλία μόνοι τους. Το 1996 οι αυτοκτονίες στο Ηνωμένο Βασίλειο ήταν 5.905 ενώ στην Ιρλανδία ήταν 378. Στην Ιρλανδία και στο Η. Βασίλειο γινόταν μια αυτοκτονία κάθε 84 λεπτά. Το 75% των αυτοκτονιών έγινε από τους άνδρες. Οι αυτοκτονίες στους εφήβους στο Η. Βασίλειο και στην Ιρλανδία ήταν 785, δηλαδή γίνονταν 2 αυτοκτονίες ανά ημέρα. Το 20% όλων των θανάτων κατά την εφηβεία, είναι η αυτοκτονία. Οι απόπειρες αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί κατά 50% από το 1990. Κυρίως στους νέους άνδρες το ποσοστό έχει διπλασιαστεί από το 1985. Το 26% του πληθυσμού γνωρίζει προσωπικά κάποιον που έχει πεθάνει από αυτοκτονία¹³⁰.

5.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΩΡΑ

5.2.1 Αυστραλία

Έρευνες δείχνουν πως η μελαγχολία του χειμώνα αρχίζει να εμφανίζεται την περίοδο της άνοιξης. Οι άνθρωποι τείνουν να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας πιο συχνά κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών μηνών. Αυστραλοί ερευνητές ανακάλυψαν ότι κατά τη διάρκεια των 10 τελευταίων χρόνων ο ρυθμός των αυτοκτονιών έχει κορυφωθεί την άνοιξη και το καλοκαίρι ενώ πέφτει ο ρυθμός στο χαμηλότερο του επίπεδο κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών. Ο ρυθμός των αυτοκτονιών εμφανίζει μια αύξηση όλο και περισσότερο κατά την διάρκεια της ημέρας, όμως αυτό δεν έχει σχέση με άλλους μετεωρολογικούς παράγοντες όπως είναι η αλλαγή θερμοκρασίας ή οι βροχοπτώσεις. Οι μελετητές δεν μπορούν να προσδιορίσουν γιατί υπάρχει σχέση μεταξύ εποχής και αυτοκτονίας. Προηγούμενες έρευνες είχαν δείξει ότι κατά την διάρκεια της ημέρας μπορεί να αυξηθούν στον εγκέφαλο τα επίπεδα σεροτονίνης, χημικό του εγκεφάλου το οποίο συνδέεται με την κατάθλιψη. Ο ερευνητής Dr. Gavin Lambert είπε ότι αυτός και κάποιοι συνάδελφοι του είχαν μείνει έκπληκτοι με μια διαπίστωση η οποία έδειχνε ότι τα επίπεδα σεροτονίνης εμφανίζονται στον εγκέφαλο πεσμένα μέσα στο διάστημα των χειμερινών μηνών.

Ακόμη παρατήρησε ότι αυτό που ευθύνεται για τα μικρά επίπεδα σεροτονίνης είναι οι μεγάλες περιόδους με λίγο φως μέσα στο διάστημα των χειμερινών μηνών, προκαλεί μια αύξηση στην κατάθλιψη και στην αυτοκτονική συμπεριφορά η οποία παρατείνεται τους ζεστούς μήνες. Ο Dr. Lambert ο οποίος βασίζεται στην έρευνα από το ινστιτούτο του Baker Heart στην Μελβούρνη, πιστεύει ότι δεν βοηθάει να απομακρύνεις τα καταθλιπτικά άτομα από το φως του ηλίου, στην διάρκεια της άνοιξης και του καλοκαιριού¹³¹.

5.2.2 Φιλανδία

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στη Φιλανδία από το 1980-1995 βλέπουμε ότι 21.279 άτομα αυτοκτόνησαν. Ανάμεσα σ' αυτά τα θύματα 16.764 (78,8%) ήταν άνδρες και 4.515 (21,1%) ήταν γυναίκες. Οι άνδρες ήταν νεώτεροι από τις γυναίκες. Θεαματικά οι αυτοκτονίες έφτασαν στην κορυφή τους εξής μήνες : Μάιο, Ιούνιο και Ιούλιο και είχαν ύφεση στους εξής μήνες : Ιανουάριο, Φεβρουάριο, Μάρτιο και Δεκέμβριο. Στους άνδρες παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών στους μήνες Απρίλιο, Μάιο, Ιούνιο και Ιούλιο και μείωση στους μήνες Δεκέμβριο, Ιανουάριο, Φεβρουάριο και Μάρτιο. Αντίθετα στις γυναίκες παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών στους μήνες Μάιο και Οκτώβριο και μείωση στους μήνες Ιανουάριο, Φεβρουάριο και Δεκέμβριο¹³².

5.2.3 Αγγλία και Ουαλία

Στην Αγγλία και στην Ουαλία σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το χρονικό διάστημα μεταξύ 1986-1995 παρατηρούμε ότι ο υψηλότερος αριθμός αυτοκτονιών συμβαίνει την άνοιξη και νωρίς το καλοκαίρι, κυρίως τον Μάρτιο, Απρίλιο, Μάιο και Ιούνιο. Πρόσφατα δεδομένα (απ' το 1993) δείχνουν μια αύξηση τον Ιανουάριο. Ήταν γνωστό από το 1825 ότι ο ρυθμός των αυτοκτονιών έφτασε στην κορυφή αργά την άνοιξη αλλά μειώθηκε το χειμώνα. Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι υπάρχει μια ομοιότητα με τον τύπο της καταθλιπτικής διαταραχής. Αυτή η μορφή είναι ευδιάκριτη ανάμεσα στους διάφορους πληθυσμούς και τις αγροτικές κοινωνίες όπως της Ιταλίας και της Ζιμπάμπουε. Ωστόσο, δεν υπάρχει ακόμα μία ευρέως διαδεδομένη θεωρία που να είναι αποδεκτή για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό. Μελέτες δείχνουν ότι τους ζεστούς μήνες οι άνθρωποι έχουν περισσότερη ενέργεια την οποία θέλουν να την εξωτερικεύσουν. Άλλη μία υπόθεση βασίζεται στα κοινωνικά γεγονότα, υποστηρίζοντας ότι η άνοιξη είναι μία περίοδος που αυξάνει την δραστηριότητα γενικά και η αυτοκτονία είναι μία απ' αυτές τις δραστηριότητες. Η κοινωνιολογική θεωρία αναφέρεται στις αγροτικές κοινωνίες οι οποίες στηρίζονται αποκλειστικά στη γεωργία και ο ρυθμός αυτοκτονιών αυξάνεται όταν οι κλιματολογικές συνθήκες δεν βοηθάνε τον γεωργό στην παραγωγή¹³³.

5.2.4 Κίνα

Σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Κίνα και περιελάμβανε 1.358 φοιτητές της ιατρικής βρέθηκε ότι το 81,7% των ατόμων αυτών ανέφεραν πρόβλημα προσαρμογής στην αλλαγή των εποχών. Οι καλοκαιρινές δυσκολίες ήταν πιο συνηθισμένες από τις χειμερινές δυσκολίες ,με αναλογία 3:2. Τα περσινά ποσοστά θερινής εποχιακής συναισθηματικής διαταραχής ήταν αυξημένα σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά το χειμώνα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής μας δείχνουν ότι οι εποχιακές διακυμάνσεις της διάθεσης και της συμπεριφοράς είναι συνηθισμένες στην Κίνα¹³⁴.

5.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ- ΕΠΟΧΗ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Μια ποικιλία ρυθμών επηρεάζουν τη ζωή του ανθρώπου καθημερινά. Για παράδειγμα, η ζωή του ανθρώπου επηρεάζεται σημαντικά από το περιβάλλον του, όπως την περιοδική μεταβολή της ημέρας και νύχτας, την παλίρροια, τη σεληνιακή περιοδικότητα, τους ημερολογιακούς μήνες και τις εποχές του χρόνου¹³⁵. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο μήνας της γέννησης μπορεί να είναι ένας χαρακτηριστικός παράγοντας για μια ψυχιατρική διαταραχή¹³⁶.

Σύμφωνα με τον Castro Giovanni et all (1998) , πάνω από 100 μελέτες είχαν ως θέμα την εποχιακή επιρροή της γέννησης στις ψυχιατρικές διαταραχές. Ήταν ο πρώτος που κατέγραψε ότι οι γεννήσεις ψυχωτικών ασθενών είχαν θεαματικά φτάσει στην κορυφή το χειμώνα και νωρίς την άνοιξη.

Η πλειοψηφία των επόμενων μελετών έδειξε ότι 5-10% είναι το ποσοστό των ατόμων που γεννήθηκαν το χειμώνα ή νωρίς την άνοιξη και αργότερα αυτά τα άτομα διαγνώστηκαν ως ψυχικά ασθενείς όταν συγκρίθηκαν με τον γενικότερο πληθυσμό^{137,138}.

5.4 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΧΡΩΜΑ

Σε μία έρευνα που έγινε στην Αμερική μεταξύ του 1980 και 1986 έδειξε ότι αυξήθηκε ο ρυθμός αυτοκτονιών σε ποσοστό 21%, σε άτομα πάνω από 65 χρονών. Παρατήρησαν ότι οι λευκοί άνδρες είχαν τον υψηλότερο ρυθμό 45,6 ανά 100.000, οι λευκές γυναίκες 7,5, οι μαύροι άνδρες 16,2 και ένα ασήμαντο ποσοστό για τις μαύρες γυναίκες. Μία από τις αιτίες είναι η αυξημένη κοινωνική απομόνωση σε χρόνιες αρρώστιες που προκαλείται από το γεγονός ότι πρέπει να ζήσουν περισσότερο.

Σε μία έρευνα που έγινε στην Αμερική μεταξύ του 1980 και 1996 έδειξε ότι ο ρυθμός αυτοκτονίας για τους μαύρους ανθρώπους διπλασιάστηκε μέσα σ' αυτό το χρονικό διάστημα¹³⁹.

5.5 ΣΧΕΣΗ ΚΑΦΕΪΝΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

5.5.1 Καφές και αυτοκτονία

Μία από τις πολλές επιρροές του κεντρικού νευρικού συστήματος λόγω μακροχρόνιας χρήσης καφεΐνης είναι η βελτίωση της διάθεσης. Αυτή η έρευνα που έγινε στην Αμερική έχει ως θέμα την λήψη καφεΐνης που σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η μελέτη αυτή έγινε σε διάστημα 10 ετών (1980-1990), περιλάμβανε γυναίκες που εργάζονταν ως νοσηλεύτριες και η ηλικία τους ήταν 34-59 χρόνων. Οι γυναίκες αυτές δεν αντιμετώπιζαν κάποιο παθολογικό πρόβλημα. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι 56 περιπτώσεις γυναικών που αυτοκτόνησαν δεν έπιναν καφέ σε αντίθεση με άλλες γυναίκες που έπιναν 2-3 φλιτζάνια καφέ καθημερινά (σε ποσοστό 0,34) και άλλες γυναίκες που έπιναν 4 ή περισσότερα φλιτζάνια καφέ καθημερινά (σε ποσοστό 0,42) . Βλέπουμε λοιπόν ότι υπάρχει μια δυνατή σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση

καφέ και στην αποφυγή της αυτοκτονίας¹⁴⁰. Το 1990 στην Ιαπωνία έγινε μια μελέτη σε σπουδαστές ιατρικών επαγγελμάτων σε σχέση με την λήψη καφεΐνης⁷⁴. Οι Hawton και Visliser⁶⁶ αναφέρουν ότι η καφεΐνη μπορεί να προστατέψει κατά κάποιον τρόπο τις γυναίκες απέναντι στην κατάθλιψη και στην αυτοκτονία (αλλά όχι για τους άνδρες)⁷⁵. Στο Σικάγο οι γυναίκες που πίνουν καφέ είναι λιγότερο πιθανό να διαπράξουν αυτοκτονία από εκείνες που δεν πίνουν. Η μελέτη 86.626 γυναικών που εργαζόνταν ως νοσοκόμες από το 1980 ως το 1990 βρήκε ότι 11 αυτοκτονίες μεταξύ εκείνων που ήπιαν δύο έως τρία φλιτζάνια καφέ την ημέρα, έναντι 21 περιπτώσεων μεταξύ των συναδέλφων που είπαν ότι δεν ήπιαν σχεδόν ποτέ καφέ. Οι νοσοκόμες που έπιναν καφέ φαίνεται να κάνουν όλα αυτά που τους βάζουν σε κίνδυνο για την κατάθλιψη και την αυτοκτονία, αλλά προστατεύονται ιδιαίτερα," είπε ο Δρ Ichiro Kawachi του ιατρικού σχολείου του Χάρβαρντ, του Brigham και του γυναικολογικού νοσοκομείου στη Βοστώνη. Ακόμα επισήμανε ότι αυτοί που πίνουν πολύ καφέ κάνουν αγχώδη ζωή και καπνίζουν και πίνουν αλκοολούχα ποτά σε μεγάλο βαθμό. Μια μελέτη του 1990 έδειξε ότι η κατανάλωση 100 mg καφεΐνης ανά ημέρα μπορούν να προάγουν τα συναισθήματα της ευημερίας, της ενέργειας και του κινήτρου για εργασία. Η μελέτη του Δρ Kawachi's είναι σύμφωνη με μια άλλη μελέτη προγράμματος ιατρικής φροντίδας Kaiser Permanente του 1993 που περιελάμβανε 128.934 άνδρες και γυναίκες στην οποία βρήκε επίσης έναν χαμηλότερο κίνδυνο της αυτοκτονίας μεταξύ των ανθρώπων που πίνουν περισσότερη καφεΐνη¹⁴¹.

5.5.2 Κάπνισμα και αυτοκτονία

Σε έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία το 1990 διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια ενδιαφέρουσα συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της αυτοκτονίας στις νοσηλεύτριες. Η μελέτη έγινε σε περισσότερα από 121.000 άτομα που επί το πλείστον ήταν λευκοί, μέσης ηλικίας, γυναίκες που εργαζόνταν ως νοσηλεύτριες πάνω από 12 χρόνια. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι για τις νοσηλεύτριες που κάπνιζαν, ήταν 2 με 4 φορές πιο μεγάλος ο κίνδυνος να διαπράξουν αυτοκτονία σε σχέση με άλλες νοσηλεύτριες που δεν κάπνιζαν. Αυτές που κάπνιζαν 25 ή περισσότερα τσιγάρα καθημερινά διέτρεχαν περισσότερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν. Επίσης αυτό το άρθρο αναφέρει ότι το 20% των νοσηλευτριών που διαπράττουν αυτοκτονία είναι αλκοολικές⁷⁵.

5.6 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ

Η ανησυχία είναι ότι η απεικόνιση της αυτοκτονίας σε ένα πλασματικό δράμα. Η συζήτηση των μεθόδων αυτοκτονίας σε ένα ντοκιμαντέρ ή η υποβολή εκθέσεων θανάτου αυτοκτονίας μιας δημοφιλής προσωπικότητας θα αυξήσουν το ποσοστό αυτοκτονίας¹⁴². Τέτοια αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί σε νεαρές ηλικίες. Ένα παράδειγμα με αρνητική επιρροή προς τους τηλεθεατές ήταν από μια γερμανική σειρά της τηλεόρασης στην οποία ένας σπουδαστής 19 χρονών αυτοκτόνησε στις γραμμές του σιδηρόδρομου¹⁴³ για 70 ημέρες μετά υπήρχε μια δραματική αύξηση στον ρυθμό αυτοκτονίας μ' αυτό τον τρόπο. Ενώ οι νεαροί άνδρες θα μπορούσαν να είχαν επιλέξει κάποια άλλη μέθοδο αυτοκτονίας βλέποντας τη συγκεκριμένη σειρά παραδειγματίστηκαν από τον αγαπημένο τους ηθοποιό¹⁴⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6⁰

6.1 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ

6.1.1 HIV στους Νότιο αφρικανούς

Το AIDS έχει τα καταστρεπτικά αποτελέσματα από την άποψη του προσωπικού και οικογενειακού βασάνου. Η ασθένεια στιγματίζεται ιδιαίτερα και υπάρχουν πολλές περιπτώσεις διάκρισης ενάντια στους πάσχοντες και τις οικογένειές τους. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει στην αυτοκτονία, και στα μολυσμένα άτομα καθώς επίσης και σε αυτά που είναι φορείς. Οι στατιστικές θνησιμότητας για το 1996-2000 λήφθηκαν από το γραφείο του ιατρικού επιθεωρητή, στο γενικό νοσοκομείο Umtata. Τα στοιχεία αυτής της έρευνας δείχνουν ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας έχουν ανέλθει παράλληλα με την αύξηση της θνησιμότητας λόγω του HIV. Τα τελευταία ποσοστά αυτοκτονίας έδειξαν ότι σε άτομα 45 ετών ο ρυθμός αυτοκτονίας έχει αυξηθεί κατά 60% παγκοσμίως. Η αυτοκτονία είναι μια από τις τρεις κύριες αιτίες θανάτου στα άτομα ηλικίας 15-44 ετών.. Οι προσπάθειες αυτοκτονίας είναι μέχρι 20 φορές συχνότερες από την ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Οι διανοητικές διαταραχές συνδέονται με περισσότερο από 90% όλων των περιπτώσεων της αυτοκτονίας¹⁴⁵. Η κατάθλιψη έχει επιπτώσεις σε ποσοστό 25% των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια συμπεριλαμβανομένου του HIV¹⁴⁶. Μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το εθνικό σύστημα επιτήρησης θνησιμότητας τραυματισμών (NIMSS) το 1999 έδειξε ότι η αυτοκτονία αποτέλεσε σχεδόν 8% όλων των μη-φυσικών θανάτων. Τα περισσότερα θύματα αυτοκτονίας ήταν μεταξύ 20 και 30 ετών¹⁴⁷. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Νέας Υόρκης (1997) έδειξε ότι 9% των θυμάτων αυτοκτονίας ήταν θετικό HIV¹⁴⁸. Η αλλοίωση του ορού του HIV μεταξύ των θυμάτων της αυτοκτονίας βρέθηκε να είναι δύο φορές μεγαλύτερη του γενικού πληθυσμού¹⁴⁹. Το ποσοστό αυτοκτονίας στους νέους αυξήθηκε εντυπωσιακά κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Το 1997, η αυτοκτονία ήταν η κυριότερη αιτία θανάτου από τις τρεις σε άτομα ηλικίας 15 έως 24 ετών¹⁵⁰. Στη Νότια Αφρική, η αυτοκαταστροφική τάση στους εφήβους και στους νέους ενήλικες προκύπτει ως σημαντικό ζήτημα διανοητικής υγείας που πρέπει να αντιμετωπιστεί¹⁵¹. Στη Νότια Αφρική περίπου 10.000 άνθρωποι αυτοκτονούν ετησίως¹⁵². Υπάρχει μια αύξηση στα ποσοστά αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς μεταξύ μαύρων Νότιο αφρικανών όπως αναφέρεται για το 1992¹⁵³. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι κοινά μεταξύ των ασθενών με τη μόλυνση HIV^{154,155}. Πολλοί άνθρωποι με HIV πάσχουν από κατάθλιψη και αυτοκαταστροφικό ιδεασμό, ο οποίος ανταποκρίνεται στα αντικαταθλιπτικά χάπια, στην παροχή συμβουλών, στην εκπαίδευση και στις γνωστικές στρατηγικές¹⁵⁶. Υπήρξε μια σημαντική άνοδος της κατάθλιψης, η οποία έφθασε στα ύψη μέσα σε 6 μήνες πριν αναπτυχθεί το AIDS. Υπάρχει μια δραματική, συνεχής άνοδος στα καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς το AIDS αναπτύσσεται, αρχίζοντας από 18 μήνες προτού να νοσήσει ο άρρωστος από AIDS¹⁵⁷. Τα ποσοστά αυτής της έρευνας δείχνουν ότι η θνησιμότητα από φυσικές αιτίες έχει αυξηθεί από 15% το 1996 σε 25% το 2000. Ομοίως, οι θάνατοι από απαγχονισμό έχουν αυξηθεί από 16 σε 24%. Οι περισσότεροι ήταν άνδρες ηλικίας 20-30 ετών. Οι θάνατοι από δηλητηρίαση αυξήθηκαν από 4% σε 28% κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 8 ετών με τους άνδρες να υπερिशχύουν σε σχέση με τις γυναίκες. Οι θάνατοι που έχουν σχέση με πυροβολισμό έχουν αυξηθεί επίσης από 14% το 1996 σε 25% το 2000. Όλες αυτές οι αυξήσεις δείχνουν την

επικράτηση της μόλυνσης HIV στη Νότια Αφρική, που ήταν από 14% το 1996 σε 25% το 2000. Η Νότια Αφρική δοκιμάζεται από μια επιδημία του AIDS¹⁵⁷. Μέχρι 200.000 άτομα έχουν πεθάνει στη Νότια Αφρική από ασθένειες, και περισσότερα από τέσσερα εκατομμύρια άτομα είναι μολυσμένα με το HIV ή έχουν AIDS¹⁵⁸. Το 1991, η εθνική έρευνα για τις γυναίκες που παρευρισκόταν στις μαιευτικές κλινικές διαπίστωσε ότι μόνο 0,8% μολύνθηκε στη Νότια Αφρική. Το 1994, όταν πήρε η κυβέρνηση ANC τη δύναμη, ο αριθμός ήταν ακόμα συγκριτικά χαμηλός σε 7,6 % ενώ το 2001 ήταν 25%¹⁵⁹. Η Νότια Αφρική έχει μια από τις χειρότερες επιδημίες του HIV. Υπάρχει μια πρόβλεψη ότι περίπου 500.000 θάνατοι θα σχετίζονται με το HIV το 2010¹⁶⁰. Στη μεγαλύτερη πόλη της Νότιας Αφρικής κηδεύουν αυτήν την περίοδο 20.000 ανθρώπους ετησίως και ο αριθμός αυτός αναμένεται να ανέλθει σε 70.000 το 2010¹⁶¹. Το AIDS αλλάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά και μπορεί να οδηγήσει σε αφύσικους θανάτους όπως την αυτοκτονία¹⁶². Ο Marzuk και άλλοι (1988) ανέφεραν ότι κάποια προβλήματα του ΚΝΣ αύξησαν τα ποσοστά αυτοκτονίας¹⁶³. Τα συναισθήματα της ανικανότητας και της απόγνωσης είναι δύο σημάδια της κατάθλιψης που εμφανίζονται στους ανθρώπους με AIDS¹⁶⁴. Το AIDS συνδέεται πιο στενά με τις ψυχιατρικές ασθένειες που είναι οι ίδιοι παράγοντες κινδύνου για την αυτοκτονία, όπως η κατάθλιψη και η ψύχωση¹⁶⁵. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και ο αυτοκαταστροφικός ιδεασμός είναι κοινά μεταξύ των θετικών ασθενών HIV, εμφανίζονται σε μεγαλύτερα ποσοστά από άλλους αρρώστους¹⁶⁶. Η επικράτηση του AIDS και της αυτοκτονίας είναι δύσκολο να καθοριστεί συγκεκριμένα. Το ποσοστό της θνησιμότητας από τις φυσικές αιτίες έχει αυξηθεί από 15% το 1996 σε 25% το 2000¹⁶⁷. Ο απαγχονισμός είναι μια οριστική μέθοδος αυτοκτονίας. Ο θάνατος από απαγχονισμό ήταν 16% το 1996 και 24% το 2000. Το AIDS θα μπορούσε να είναι ένας από τους λόγους αυτής της υψηλής συχνότητας, δεδομένου ότι υπήρξαν διάφορες διαθέσιμες μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχει αυξανόμενος κίνδυνος αυτοκτονίας στους ανθρώπους με το AIDS¹⁶³. Η αυτοκτονία μεταξύ των νοτιοαφρικανικών μαύρων ήταν σχετικά ασυνήθιστη, αλλά η εικόνα έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια¹⁵⁰. Οι θάνατοι από απαγχονισμό και από τραυματισμούς ή πυροβολισμούς αυξάνονται κατά 1,5 φορές, οι μοιραίες δηλητηριάσεις έχουν αυξηθεί από μια ανησυχητική πενταπλάσια αύξηση. Οι κρίσιμοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες άγχους του VIH/AIDS συμπεριλαμβανομένου του κοινωνικού στίγματος, της διάκρισης, της απομόνωσης, της έλλειψης υποστήριξης από την οικογένεια και τους φίλους, και της κοινωνικής υποτίμησης, ενισχύουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας¹⁶⁸.

6.1.2 LGB

Οι περισσότεροι πιστεύουν ότι οι LGB(λεσβίες, γκέι και οι μπαϊσέξουαλ) μαθητές είναι πιο επιρρεπής από τους ετερόφιλους μαθητές σε θέματα υγείας περιλαμβάνοντας χαμηλό αυτοσεβασμό, άγχος, κατάθλιψη, απόπειρα αυτοκτονίας και κατάχρηση ουσιών¹⁶⁹.

6.1.3 Φυλακισμένοι-Καναδάς

Πολλοί από τους φυλακισμένους που αυτοκτονούν έχουν αισθήματα κατάθλιψης, απελπισίας, έχουν διαγνωσθεί με μια ψυχιατρική διαταραχή ή έχουν εκφράσει αυτοκτονικές ιδέες και συμπεριφορές στο παρελθόν. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι βοηθούν τις αυτοκτονικές προθέσεις και αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με τα περιστατικά της φυλάκισης και της προσωπικής ιστορίας του φυλακισμένου. Μερικά παραδείγματα των παραγόντων περιλαμβάνουν:

- την άποψη που έχει κάποιος για την φυλάκιση
- τα αποτελέσματα της φυλάκισης, την ιστορία του ατόμου και την πρόσφατη οικογενειακή κατάσταση
- τα γεγονότα που περιστρέφονται γύρω από τη φυλάκιση του ατόμου

Τα προγράμματα για την θεραπεία της αυτοκτονίας ήταν αναποτελεσματικά επειδή βασίζονται στην άποψη ότι η αυτοκτονία είναι ένα πρόβλημα που αφορά τους γιατρούς και λύνεται με φαρμακευτική αγωγή. Πρέπει να δοθούν μεγαλύτερης σημαντικότητας ανάγκες στο περιβάλλον και πιο μεγάλη σημασία στην παροχή δραστηριοτήτων για να μειώσουν το στρες. Το θέμα της αυτοκτονίας πρέπει να αναγνωριστεί ως κυρίως ευθύνη μεταξύ της υπηρεσίας, ιατρικού και ψυχιατρικού προσωπικού, οικογένειας και φίλων και άλλων φυλακισμένων. Πολλοί λίγοι από τους φυλακισμένους έχουν επιτύχει να πραγματοποιήσουν τις αυτοκτονικές τους επιθυμίες. Πολλοί παράγοντες έχουν παρατηρηθεί εξαιτίας του αυτοκτονικού ρυθμού που είναι μεγαλύτερος στις φυλακές απ' ό,τι του ρυθμού του γενικού πληθυσμού. Οι φυλακισμένοι θεωρούνται ότι είναι μια από τις υψηλότερες ομάδες κινδύνου για να διαπράξουν αυτοκτονία. Το 1996-1997 ο αριθμός των αυτοκτονιών των ενήλικων φυλακισμένων ήταν παραπάνω από το διπλάσιο του ρυθμού αυτοκτονίας των ενηλίκων στον Καναδικό πληθυσμό (4,0% ανά 10.000 και 1,7 ανά 10.000 αντίστοιχα)¹⁷⁰ αλλά έχει παρατηρηθεί μια αύξηση 10 φορές μεγαλύτερη, που είναι τόσο υψηλή όσο το εθνικό ποσοστό¹⁷¹. Ο ρυθμός αυτοκτονίας στις ομοσπονδιακές δραστηριότητες δεν έχει δείξει κάποιες δραματικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια. Από το 1990 ως 1996 ένα ποσοστό 15% των φυλακισμένων το χρόνο αυτοκτονούσαν¹⁷¹. Το 1989-1990 ο αριθμός των αυτοκτονιών έφτασε ολοκληρωτικά στο 13%¹⁷² και για το 1994 ο αριθμός των αυτοκτονιών στις ομοσπονδιακές δραστηριότητες έφτασε στο 24% και εκτιμήθηκε στο 495 των θανάτων στις ομοσπονδιακές φυλακές¹⁷³. Αυτός ο ρυθμός έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Το 1995-1996 ο αριθμός των αυτοκτονιών ήταν μόνο 17 και το 1996-97 ελαττώθηκε ακόμη περισσότερο στο 10 το οποίο εκτιμήθηκε στο 21% των ομοσπονδιακών θανάτων των φυλακισμένων¹⁷⁰. Τα νούμερα είναι ελαφρώς αυξημένα για τις επαρχιακές δραστηριότητες: οι επαρχιακές αυτοκτονίες των φυλακισμένων ήταν 21 το 1989-90¹⁷² και το 1993-94 οι αυτοκτονίες έφτασαν το 23 και εκτιμήθηκαν στο 46% των θανάτων¹⁷³. Το 1996-97 ο αριθμός των αυτοκτονιών έφτασε στο 27 και αποτέλεσε το 61% των θανάτων των φυλακισμένων.

Σύμφωνα με αυτή την έρευνα παρατηρήθηκε ότι:

- η ηλικία δεν σχετίζεται με τον ρυθμό της αυτοκτονίας
- ο υψηλός ρυθμός της αυτοκτονίας σχετίζεται και με υψηλά και με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, αλλά δεν βρέθηκε καμία σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκτονίας και του δείκτη ευφυΐας
- η αυτοκτονία δεν συσχετίζεται με την βαρύτητα της ποινής
- αυτοί που είναι στην αρχική φάση της φυλάκισης δείχνουν τα υψηλότερα ποσοστά της αυτοκτονίας

Ο απαγχονισμός είναι η πιο κοινή μέθοδος αυτοκτονίας και ακολουθεί η αυτοκτονία από υπερβολική δόση και το κόψιμο με απότομο χτύπημα^{174,175,176}. Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα κίνητρα των φυλακισμένων έτσι ώστε να οδηγηθούν στην αυτοκτονία και αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται είτε με τα περιστατικά της φυλάκισης είτε με την προσωπική ιστορία του φυλακισμένου. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τα περιστατικά της φυλάκισης είναι:

- έλλειψη του ελέγχου πάνω στη ζωή
- έλλειψη της ιδιωτικής ζωής
- έλλειψη φίλων και οικογένειας
- η ιδέα της φυλάκισης σαν τιμωρία και ντροπή
- το κλειστό κοινωνικό σύστημα της φυλακής
- η ατμόσφαιρα της βίας, του φόβου και της επιφυλακτικότητας^{173,176}

Οι παράγοντες που αποδεικνύουν την προσωπική ιστορία των φυλακισμένων περιλαμβάνουν:

- την ιστορία της βίας
- στεναχώρια για ένα οικονομικό πρόβλημα
- ιστορία ψυχιατρικής θεραπείας, εισαγωγή σε νοσοκομείο ή σαν εξωτερικός ασθενής
- κατάχρηση ναρκωτικών ή/ και αλκοολούχων^{173,175,176}

Οι φυλακισμένοι συνήθως αυτοκτονούν στην αρχική περίοδο της φυλάκισης τους, δηλαδή περίπου τους τρεις με έξι πρώτους μήνες¹⁷⁴. Η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών παίζει σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονία. Το 1993-94 η κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ήταν υπεύθυνη για τα μισά περιστατικά αυτοκτονίας των φυλακισμένων¹⁷⁷. Μια μελέτη έδειξε ότι τα 2/3 των ατόμων έχουν ιστορικό για κατάχρηση αλκοόλ και 54% έχουν ιστορικό για κατάχρηση ναρκωτικών¹⁷⁴. Η απομόνωση αυξάνει την τάση προς αυτοκτονία αλλάζοντας την πνευματική κατάσταση του φυλακισμένου. Οι φυλακισμένοι δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με άλλους κρατούμενους και έτσι κρατάνε τα συναισθήματα μέσα τους και δεν ξεσπούν. Οι αυτόχθονες άνθρωποι στο γενικό πληθυσμό είναι 2 με 3 φορές πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν παρά από τους μη αυτόχθονες στο γενικό πληθυσμό. Στην φυλακή ο αριθμός αυτός γίνεται ακόμα πιο υψηλός¹⁷⁸.

6.1.4 Άστεγοι στην Αγγλία

Μια έρευνα που έγινε σε άστεγους νέους, έδειξε ότι το 10% είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας τον τελευταίο χρόνο ,σε σχέση με το 4% νέων ανθρώπων που ζούσαν στα σπίτια τους¹⁷⁹. Το 1/3 των άστεγων έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας κάποια στιγμή¹⁷⁹. Αυτό μπορεί να έχει σχέση με τις πνευματικές ασθένειες και την κατάχρηση ουσιών. Το 3% των αυτοκτονιών με κάποια πνευματική ασθένεια ήταν άστεγοι ή δεν είχαν κάποιο συγκεκριμένο τόπο διαμονής¹²⁹.

6.1.5 Οικογενειακή κατάσταση των ανθρώπων στο Λονδίνο

Στους άνδρες η αυτοκτονία μπορεί να σχετίζεται με έναν χωρισμό¹⁸⁰. Το 72% των αυτοκτονιών δεν ήταν πρόσφατα παντρεμένοι ή δεν συζούσαν με κάποιον, το 41% ζούσε μόνο του¹²⁹. Οι χήροι και οι χωρισμένοι άνδρες έχουν τον πιο υψηλό ρυθμό αυτοκτονίας, περίπου διπλάσιο από εκείνον των γυναικών που είναι στην ίδια κατάσταση. Πρόσφατα ο ρυθμός των ανδρών που ζουν μόνοι τους έχει γίνει πιο υψηλός από τον ρυθμό των γυναικών που είναι χήρες ή χωρισμένες. Ο γάμος προσφέρει στον άνδρα πολλά πλεονεκτήματα για την πνευματική του υγεία, οι παντρεμένες γυναίκες

και οι μοναχικοί άνδρες είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο για διαταραχή της πνευματικής τους υγείας¹⁸⁰.

6.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Μια μελέτη που έγινε στην Αγγλία και Ουαλία από το έτος 1982 έως 1992 σε άνδρες και γυναίκες έδειξε τον αριθμό των αυτοκτονιών σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες¹⁸¹.

| Επάγγελμα | Αναλογία θνησιμότητας | | Αριθμός θανάτων | |
|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------|-----------|
| | 1982-1987 | 1988-1992 | 1982-1987 | 1988-1992 |
| Άνδρες ηλικίας 16-64 | | | | |
| Κτηνίατρος | 342 | 361 | 16 | 18 |
| Βιβλιοθηκάριος | 230 | 84 | 21 | 8 |
| Οδοντίατρος | 205 | 194 | 21 | 18 |
| Αγρότης | 205 | 145 | 310 | 177 |
| Φαρμακοποιός | 204 | 199 | 24 | 18 |
| Δασοκόμος | 182 | 155 | 23 | 27 |
| Γιατρός | 180 | 144 | 80 | 60 |
| Πορτιέρης(ξενοδ.) | 176 | 102 | 28 | 15 |
| Χημικός /Μηχανικός | 145 | 156 | 41 | 38 |
| Καθηγητής πανεπ/μίου | 109 | 152 | 16 | 27 |

| Επάγγελμα | Αναλογία θνησιμότητας | | Αριθμός θανάτων | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------|-----------|
| | 1982-1987 | 1988-1992 | 1982-1987 | 1988-1992 |
| Γυναίκες ηλικίας 16-59 | | | | |
| Επιθεωρητής κυβέρνησης | 458 | 365 | 4 | 3 |
| Κτηνίατρος | 415 | 387 | 2 | 3 |
| Γιατρός | 347 | 322 | 27 | 25 |
| Φαρμακοποιός | 270 | 141 | 10 | 9 |
| Φυσιοθεραπεύτρια | 248 | 99 | 9 | 3 |
| Οδηγός ασθενοφόρου | 234 | 402 | 2 | 3 |
| Άλλοι επαγγελματίες υγείας | 220 | 81 | 22 | 7 |
| Φιλολόγος /Επαγγέλματα τέχνης | 173 | 112 | 16 | 7 |
| Δάσκαλος | 171 | 74 | 16 | 7 |
| Νοσηλεύτριες | 149 | 154 | 286 | 247 |

6.3 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΓΡΟΤΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ

6.3.1 Αγρότες-Αγγλία -Ουαλία

Μια έρευνα που έγινε στην Αγγλία και Ουαλία το 1982-1992 έδειξε ότι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας για τους άνδρες αγρότες μειώθηκε από 2,05 φορές σε 1,45 φορές. Ακόμα, οι αριθμοί των αυτοκτονιών των αγροτών είναι υψηλοί, με τους αγρότες να βρίσκονται σε ποσοστό 1% από όλες τις αυτοκτονίες ανδρών στο διάστημα 1982-1992. Έγιναν 589 αυτοκτονίες μεταξύ αγροτών και των γυναικών τους στο διάστημα 1982-1992, το οποίο σε ποσοστό είναι μια αυτοκτονία αγρότη ανά εβδομάδα. Τα πυροβόλα όπλα είναι η μέθοδος αυτοκτονίας που έχουν μεγαλύτερη προτίμηση οι άνδρες αγρότες σε ποσοστό 38% από όλες τις αυτοκτονίες των αγροτών. Από όλες τις αυτοκτονίες ανδρών, μόνο το 5% αυτοκτονεί χρησιμοποιώντας πυροβόλο όπλο. Οι γυναίκες των αγροτών χρησιμοποιούν πυροβόλα όπλα σε ποσοστό 10% για να αυτοκτονήσουν, συγκρινόμενες με το 1% από τις αυτοκτονίες όλων των γυναικών¹⁸¹.

6.3.2 Αγρότες –Ουαλία

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στην Ουαλία το διάστημα 1995-1999 βλέπουμε ότι οι αγρότες είναι η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονία. Οι αγρότες λόγω της χρήσης όπλων είναι πιο εύκολο να αυτοκτονήσουν σε σχέση με άλλα επαγγέλματα όπως είναι οι ιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι και φαρμακοποιοί¹⁸². Σχεδόν οι μισοί από αυτούς που αυτοκτόνησαν είχαν κατάθλιψη και ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή¹⁸³. Επίσης το 74% των ανδρών που εργαζόνταν σαν αγρότες είχαν επικοινωνήσει με τον παθολόγο τους τρεις εβδομάδες πριν τον θάνατο τους¹⁸⁴.

6.3.3 Αγρότες – Κεντάκι- Β. Καρολίνα –Ν. Καρολίνα

Μία έρευνα που έγινε στο Κεντάκι, Β. Καρολίνα και Ν. Καρολίνα σε διάστημα 10 χρόνων από το 1990-1999 δείχνει πως το στρες σχετίζεται με κάποιες ασθένειες. Ειδικότερα την κατάθλιψη που είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία, είναι υψηλό στους αγρότες. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι αγρότες έχουν υψηλότερο ρυθμό αυτοκτονιών από άλλα επαγγέλματα και από τον γενικό πληθυσμό. Οι τρεις πολιτείες που έχουν προταθεί για αυτή την έρευνα είναι το Κεντάκι, το Τένεσσι και η Νότια Καρολίνα. Αυτές οι πολιτείες είναι πρωταρχικοί παραγωγοί του καπνού στην Αμερική. Ο καπνός είναι το προϊόν στο οποίο βασίζονται για το εισόδημά τους. Οι αλλαγές στην αγορά του καπνού έχουν σαν αποτέλεσμα συνέπειες στην βασική οικονομία και γενικότερα στη ζωή των αγροτών. Σε αυτή την περίοδο των 10 ετών οι αναλύσεις δείχνουν ότι:

- Δεν υπάρχει διαφορά στον ρυθμό αυτοκτονιών για τους αγρότες στο Κεντάκι στο διάστημα 1979-1985 σύμφωνα με νεότερη μελέτη που διεξήχθη στο διάστημα 1990-1999.
- Δεν υπάρχει διαφορά στο ρυθμό των αυτοκτονιών μεταξύ των τριών πολιτειών
- Δεν υπάρχει ανοδική ή καθοδική πορεία στις τρεις πολιτείες όσον αφορά τις αυτοκτονίες κατά την διάρκεια της μελέτης¹⁸⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ(ΕΦΗΒΟΙ)

7.1.1 Ηνωμένο βασίλειο-Ιρλανδία

Γίνονται 2 αυτοκτονίες ανά ημέρα από νέους ανθρώπους που είναι ηλικίας κάτω των 25 χρόνων στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ιρλανδία. Ο ρυθμός αυτοκτονίας ανάμεσα στους νέους άνδρες έχει αυξηθεί από το 1970 αλλά οι στατιστικές δείχνουν μια μείωση στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 1993. Ο ρυθμός έχει μειωθεί από 18 % σε 15 % ανά 10.000 άτομα αλλά ακόμη παραμένει πιο υψηλός από τον εθνικό ρυθμό αυτοκτονίας που είναι 12 ανά 10.000 άτομα. Στην Ιρλανδία η αυτοκτονία ανάμεσα στους νέους άνδρες συνεχίζει να αυξάνεται και το 1996 ήταν περισσότερο από το διπλάσιο(108 % πιο υψηλό) του ρυθμού αυτοκτονίας το 1986. Οι απόπειρες αυτοκτονίας μεταξύ νέων ανδρών και γυναικών έχουν αυξηθεί κατά την δεκαετία του 1990. Έχει υπολογιστεί ότι γίνονται περίπου 19.000 απόπειρες αυτοκτονίας από εφήβους κάθε χρόνο και αυτό είναι περισσότερο από μία αυτοκτονία κάθε 30 λεπτά. Οι νέες γυναίκες ηλικίας 15 – 19 χρόνων είναι πιο πιθανό να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, συνήθως από υπερβολική δόση φαρμάκων, ωστόσο ο ρυθμός αυτοκτονίας μεταξύ νέων ανδρών έχει διπλασιαστεί από το 1985. Οι μελέτες που ακολούθησαν για τους εφήβους που παίρνουν υπερβολική δόση χαπιών δείχνουν ότι πάνω από 11.000 θα πεθάνουν τα επόμενα χρόνια. Μερικοί παράγοντες που συνδέονται με την απόπειρα αυτοκτονίας στους νέους ανθρώπους είναι:

- Κατάχρηση ναρκωτικών ή αλκοόλ: Μια έρευνα που έχει γίνει στην Αμερική έδειξε ότι 1 στους 3 εφήβους ήταν μεθυσμένος κατά την διάρκεια της απόπειρας αυτοκτονίας.
- Ανεργία: Ο ρυθμός της απόπειρας αυτοκτονίας ανάμεσα σε αυτούς που δουλεύουν για μικρό χρονικό διάστημα είναι 10 φορές πιο υψηλός από τους υπόλοιπους εργαζομένους.
- Σωματική και σεξουαλική παρενόχληση: Οι νέοι άνθρωποι που έχουν υποστεί παρενόχληση είναι σε αυξημένο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν ή να αυτοτραυματιστούν.
- Φυλάκιση: Το 1995, το 20% των αυτοκτονιών που έγιναν στις φυλακές ήταν από άτομα ηλικίας κάτω των 21 χρόνων¹⁸¹.

7.1.2 Αυστραλία

Μια μελέτη στην Αυστραλία έδειξε ότι περισσότερο από τρία στα 1.000 άτομα ηλικίας μεταξύ 15 και 25 είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Οι απόπειρες ήταν αυξημένες στις ηλικίες 19 και 17 για τις γυναίκες και τους άνδρες αντίστοιχα. Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι οικογενειακές πιέσεις και συγκρούσεις ήταν πιθανώς οι σημαντικότεροι λόγοι για την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μεταξύ των νέων.

Το 49% των επαναλαμβανόμενων αποπειρών αυτοκτονίας ήταν νέοι που ζούσαν στο σπίτι με τους γονείς τους, και άνηκαν στη μεσαία τάξη¹⁸⁶. Τα ποσοστά αυτοκτονίας στους άνδρες ηλικίας 15-24 έχουν αυξηθεί τετραπλά από 6,8 ανά 100.000 το 1960 σε 27 ανά 100.000 το 1985, δηλαδή 1 στους 4 θανάτους. Βρέθηκε ότι το 60% των σπουδαστών έχουν αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Η αυτοκτονία είναι τώρα η κύρια εξωτερική αιτία του θανάτου στους νέους.

7.1.3 Νέα Υόρκη

Η κατάθλιψη στα παιδιά και τους εφήβους συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Τα αγόρια και τα κορίτσια διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο για τις καταθλιπτικές διαταραχές στην παιδική ηλικία, αλλά τα κορίτσια είναι δύο φορές πιο πιθανό να αναπτύξουν την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εφηβείας από τα αγόρια. Ποια είναι τα συμπτώματα της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους; Έχουν αναφερθεί αρκετά συμπτώματα από την αμερικανική ψυχιατρική ένωση: ακατάλληλη ενοχή, συναισθήματα αναξιοσύνης, επίμονη λύπη, οξύθυμη διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες, δυσκολία ύπνου, ψυχοκινητική διαταραχή, απώλεια ενέργειας, αδυναμία λήψης τροφής και σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Μια άλλη σοβαρή ανησυχία είναι όταν το παιδί κάνει σκέψεις για να αυτοκτονήσει. Μερικά σημάδια προειδοποίησης της αυτοκτονίας όπως σημειώνονται από το NIMH είναι: θυμός και οργή, η κακή επίδοση στο σχολείο, κατάχρηση ναρκωτικών και οινόπνευματος. Οι γονείς των αυτοκαταστροφικών παιδιών στην Αμερική μεταβιβάζουν μια αίσθηση της συναισθηματικής αποσύνδεσης στο παιδί. Έχει διαπιστωθεί ότι όταν αποτυγχάνουν αυτά τα παιδιά στο σχολείο τους τότε κινδυνεύουν να χάσουν την αγάπη των γονιών τους. Άλλες πιθανές αιτίες της κατάθλιψης, όπως σημειώνονται από το NIMH, είναι γενετική ευπάθεια, εισαγωγή σε νοσοκομείο, ειδικά για χρόνιες ασθένειες. Ένα αυξανόμενο ποσοστό κατάθλιψης βρίσκεται στα παιδιά των γονέων με διπολική διαταραχή. Τα παιδιά που πηγαίνουν στο γυμνάσιο παρατηρούμε ότι έχουν επαναστατική και επιθετική συμπεριφορά σε αντίθεση με τους σπουδαστές του κολεγίου, που είναι ήρεμοι και δεν κάνουν καταχρήσεις ναρκωτικών και οινόπνευματος. Ενώ υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι σπουδαστές κολεγίων προσπαθούν την αυτοκτονία, οι δύο βασικοί παράγοντες είναι η απόγνωση και η πίεση να πετύχουν¹⁸⁷. Ο αυτοκτονικός ρυθμός είναι αυξημένος στους άνδρες ηλικίας 25-44 και στους ηλικιωμένους και στα δύο φύλα, ο αυτοτραυματισμός είναι πιο κοινός στις ηλικίες 15-19. Πρόσφατα έρευνες έδειξαν μια ξαφνική αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας στους νέους άνδρες και στα αγόρια ηλικίας 15-24. Ο ρυθμός τους έχει διπλασιασθεί από το 1985. Οι απόπειρες αυτοκτονίας από τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες ηλικίας 15-24 αυξήθηκε στο 42% από το 1992 έως το 1995. Η αναλογία μεταξύ γυναικών και ανδρών υπολογίζεται στο 26:1¹⁸¹.

7.2 ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ(ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ)

7.2.1 Ιρλανδία-Αγγλία

Οι μελετητές ερευνήσαν την αυτοκτονική συμπεριφορά κάποιων ασθενών που έπασχαν από κατάθλιψη. Οι ασθενείς ήταν ηλικίας 50 ετών και άνω με μείζονα κατάθλιψη, 45 από αυτούς είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν και αυτό διαπιστώθηκε μετά από μία εβδομάδα από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Οι μετρήσεις για την αυτοκτονική συμπεριφορά περιλάμβαναν την κατάσταση του ατόμου που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει, την κλίμακα αυτοκτονικής πρόθεσης (SIS), τη χρησιμοποιούμενη μέθοδο (βίαιη / μη βίαιη) και τη σοβαρότητα των τραυματισμών τους (θνησιμότητα)¹⁸⁸. Ο ρυθμός αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους και στα δύο φύλα έχει μειωθεί αισθητά από το 1950. Ωστόσο ο ρυθμός των αυτοκτονιών στους ηλικιωμένους παραμένει αυξημένος απέναντι στα ίδια ηλικιακά γκρουπ στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το

1995, 1014 άνθρωποι ηλικίας άνω των 64 ετών αυτοκτόνησαν σε ποσοστό 17% και άνω όλων των θανάτων από αυτοκτονία. Ο ρυθμός της αυτοκτονίας στους άνδρες έφτασε στην κορυφή δύο φορές, τη μια φορά στα άτομα ηλικίας 25-34 χρόνων και τη δεύτερη φορά στα άτομα ηλικίας 75 και άνω. Ο ρυθμός αυτοκτονίας των ανδρών ηλικίας 75 χρόνων ή άνω είναι 11% μεγαλύτερος από τον ρυθμό αυτοκτονίας για όλους τους άνδρες ή άνω. Ο ρυθμός αυτοκτονίας για τις γυναίκες είναι χαμηλότερος. Ωστόσο δύο φορές έφτασε στην κορυφή, μια στην ηλικία των 45-54 ετών και την άλλη σε ηλικία 75 ετών ή άνω, όπου ο ρυθμός είναι 21% μεγαλύτερος από τον ρυθμό αυτοκτονίας όλων των γυναικών. Ένας σημαντικός παράγοντας μπορεί να είναι η κοινωνική απομόνωση, στην Αγγλία είναι 38% και παρατηρείται στους ανθρώπους που βρίσκονται στην ηλικία των 64 ετών και άνω οι οποίοι ζουν μόνοι τους σε σχέση με τους Ιρλανδούς που οι ηλικιωμένοι είναι σε ποσοστό 24% και ζουν μόνοι τους. Τα πιο συνηθισμένα μέσα αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους είναι η υπερβολική δόση χαπιών και ο απαγχονισμός, τα οποία είναι πιο συχνά στους ηλικιωμένους άνδρες.

Η αυτοκτονία στους ηλικιωμένους είναι στενά συνδεδεμένη με:

- Κατάθλιψη
- Σωματικό πόνο ή αρρώστια
- Μοναξιά
- Αίσθημα απόγνωσης και ενοχής¹⁸¹

Κατά το διάστημα 1960-1970 υπήρχε μια αύξηση των αυτοκτονιών στον δυτικό κόσμο, κυρίως μέσω δηλητηρίασης. Αυτό ακολουθήθηκε από μια σταδιακή μείωση στην δεκαετία του 1980 αλλά είχε αρχίσει να αυξάνεται στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και 1990. Τώρα το Ηνωμένο Βασίλειο έχει έναν από τους υψηλότερους ρυθμούς των αποπειρών αυτοκτονίας σε όλη την Ευρώπη¹⁸¹.

7.2.2 Ιαπωνία

Ο πληθυσμός της Ιαπωνίας έχει παρατηρηθεί ότι γερνάει σχετικά πιο γρήγορα από τον πληθυσμό οποιασδήποτε άλλης χώρας. Η Ιαπωνία αντιμετωπίζει μια δραματική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Κάποιοι από τους ηλικιωμένους αυτοκτονούν και άλλοι πέφτουν σε κατάθλιψη. Η τοπική και εθνική κυβέρνηση έχει σοκαριστεί με τα στατιστικά αυτοκτονιών στη χώρα της γι 'αυτό και ανακοίνωσε μετά τον αριθμό των ανθρώπων που αυτοκτόνησαν ότι : "Η αυτοκτονία έχει γίνει μια εθνική επιδημία" διότι μέσα σε διάστημα ενός χρόνου αυτοκτόνησαν 30.000 άτομα. Η Satsu Takahashi, η οποία είναι 70χρόνων και προέρχεται από αγροτική οικογένεια αναφέρει τη δικιά της μαρτυρία και εξιστορεί τον θάνατο των αδερφών της οι οποίοι κρεμάστηκαν, επίσης εξηγεί το πώς σώθηκε από την αυτοκτονία την τελευταία στιγμή. Στην Ιαπωνία η αυτοκτονία δεν θεωρείται διέξοδος από την κατάθλιψη, γίνεται περισσότερο για λόγους τιμής¹⁸⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8⁰

8.1 ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

8.1.1 Άγχος

Πρώτη μαρτυρία: << Δεν υπάρχει ποτέ αρκετός χρόνος. Έχεις να τελειώσεις αυτό που ξέρεις, αυτό που σκέφτεσαι κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όταν πάω σπίτι μπορεί να αρχίσω να ρωτάω τον εαυτό μου: 'Έκανα αυτό; μίλησα σε αυτή; Ωχ θεέ μου δεν είπα αυτό γι' αυτόν τον ασθενή.' Σκέφτομαι τι έπρεπε να κάνω για να μην πάει τίποτα άσχημα. Μετά με πιάνουν πόνοι στο στομάχι και αύξηση των παλμών. Αυτό είναι το είδος του στρες που αισθάνομαι>>.

Δεύτερη μαρτυρία: << Αισθάνομαι σαν να μην έχω κάνει καλή δουλειά και μετά αισθάνομαι ένοχη. Πρέπει να είσαι ικανός να δώσεις ότι αυτοί επιθυμούν. Ποτέ δεν βρίσκεις ησυχία, ποτέ δεν κάνεις τίποτα, πάντα σε διακόπτει το χτύπημα του τηλεφώνου, δεν μπορείς να καθίσεις να μιλήσεις με τους ασθενείς διότι συνεχώς τρέχεις να μιλήσεις στο τηλέφωνο με τους συγγενείς του ασθενή που ανησυχούν για την κατάστασή του. Ακόμα και όταν είμαι εκτός δουλειάς συνεχίζω να είμαι κουρασμένη όλη την ώρα >>.

Τρίτη μαρτυρία: << Ενώ θέλω να καθίσω και να φροντίσω τον ασθενή, πρέπει να κάνω τηλεφωνήματα και να επισκευάζω πράγματα. Χάνω το χρόνο σε γραφειοκρατικές δουλειές και είναι αδύνατο να φροντίσω τους ασθενείς μου>>¹⁹⁰.

8.1.2 Κατάθλιψη

Πρώτη μαρτυρία:<<Το 1974 ο αδελφός μου έκανε απόπειρα αυτοκτονίας σε ηλικία 15 χρονών. Εγώ ήμουν 21 χρονών τότε. Το 1975 ο γιατρός μου είπε ότι έχω κατάθλιψη και χρησιμοποίησε ως θεραπεία την συζήτηση. Απέτυχα στις εξετάσεις του κολεγίου, ερχόμουν μια φορά την εβδομάδα σε κατάσταση μέθης, έχασα πολύ βάρος και είχα μια συνεχή εξασθένηση. Είμαι τώρα 48 χρονών. Ήμουν στο Laical και Effexor με αρκετά καλά αποτελέσματα. Η κόρη μου το 1992 διαγνώστηκε με λευχαιμία. Αυτό με έριξε σε βαθιά κατάθλιψη. Δύο χρόνια πριν πήρα διαζύγιο από τον άντρα μου, ο οποίος ήταν παθολόγος και εξαιτίας αυτού του χωρισμού πέρασα δύο χρόνια κόλασης. Την προηγούμενη εβδομάδα έπρεπε να πάω στο δικαστήριο για να ακούσω τον πρώην-σύζυγό μου να λέει στο δικαστή, ενώ είχε ορκιστεί, πώς είχα απειλήσει να σκοτωθώ και να σκοτώσω και τα παιδιά μου. Του δόθηκε η επιμέλεια του γιου μας που είναι 14 χρονών. Δεν επιδίωξε όμως να πάρει και την επιμέλεια της κόρης μας, επειδή ήταν ασφαλής μαζί μου. Δήλωσε ότι εγώ έχω πρόβλημα με τους άνδρες, επομένως η ασφάλεια του γιου μου ήταν σε κίνδυνο. Εξαιτίας της ασθένειάς μου έχω χάσει τρεις φορές τη δουλειά μου μέσα σε ένα χρόνο. Ακόμη και ο ψυχίατρός μου με έδιωξε επειδή δεν είχα πλέον χρήματα να τον πληρώσω ύστερα από 9 χρόνια θεραπείας. Ξέρω καλά ότι τα πράγματα θα βελτιωθούν. Το έχω ξεπεράσει μετά από τόσα εμπόδια. Αυτή είναι η ιστορία μου>>¹⁹¹.

Δεύτερη μαρτυρία:<< Πρόκειται να μοιραστώ την εμπειρία που είχα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, επίσης προσθέτω μερικά πράγματα που έχω μάθει κατά την

διάρκεια αυτών των ετών. Ελπίζω ότι θα βρείτε κάτι που μπορεί να αφορά εσάς ή να βρείτε κάτι που να σας αντιπροσωπεύει. Η πρώτη εμπειρία μου με τα προβλήματα μου και με την κακή μου διάθεσή άρχισε το 1993 όταν ήμουν 24 χρονών. Ήμουν στο τελευταίο έτος της εκπαίδευσης μου στη νοσηλευτική, ο γιος μου ήταν 6 χρονών. Υπήρξα πρότυπο σπουδαστή και είχα πολύ καλούς βαθμούς. Άρχισα να αποτυγχάνω, δεν μπορούσα να συγκεντρωθώ. Το βράδυ δεν μπορούσα να κοιμηθώ, δεν έτρωγα συχνά, όποτε όμως έτρωγα επέλεγα τροφές που ήταν πλούσιες σε ζάχαρη και σε λιπαρά. Είχα συνεχώς άσχημες σκέψεις. Οι σκέψεις μου ήταν τόσο δυνατές και έντονες. Ήμουν παρανοϊκός και καχύποπτος. Πήγα στο γιατρό και μου έδωσε θεραπεία για την κατάθλιψη. Πήγα σε έναν σύμβουλο που ήταν η σανίδα σωτηρίας μου. Μετά από έναν μήνα θεραπείας ήμουν καλά, δεν θα μπορούσα να είμαι καλύτερα. Σταμάτησα τη θεραπεία στα μέσα του υπολοίπου των σπουδών μου. Σκέφτηκα πως η θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά με είχε ανεβάσει, αλλά μου άρεσε αυτή η κατάσταση, ήμουν σίγουρος και είχα πολλή ενέργεια. Το 1995, πήγα σε μια άλλη πόλη για μια εργασία (τι ειρωνεία!) που είχε ως θέμα την ψυχική υγεία, αλλά σύντομα βρήκα τον εαυτό μου να πίνει όλο και περισσότερο. Θα περνούσα τις ημέρες μου μεθυσμένος. Αισθάνθηκα άθλιος. Δεν άρεσε στο γιο μου που έπινα, θα έπινα μόνο τη νύχτα, και έτσι η αποστολή μου ήταν να πάρω το ποτό στο κρεβάτι. Όταν έπινα μερικές φορές ενεργούσα εκτός πραγματικότητας, πήγαινα ταξίδια αφήνοντας το γιο μου στο σπίτι να κοιμάται. Μια φορά ξύπνησε και δεν ήμουν εκεί. Είχα καταστρέψει κάποια στιγμή ένα ραδιόφωνο πάνω στην οργή μου. Σκέφτηκε ότι ίσως με είχαν απαγάγει και πήγε να το πει στους γείτονες που έτυχε να είναι και ιδιοκτήτες του σπιτιού που κατοικούσαμε. Όταν επέστρεψα βρήκα μια σημείωση έξω από την πόρτα μου η οποία έλεγε να πάω στο κρεβάτι και να πάρω το γιο μου το πρωί. Δόξασα το Θεό δεν με εξέθεσαν στις αρχές. Έλαβα το μήνυμα και έπειτα σκέφτηκα να ζητήσω βοήθεια. Είδα ότι αυτό που με πείραζε ήταν το ποτό έτσι λοιπόν άρχισα να προσέχω. Έκανα ότι καλύτερο μπορούσα, άρχισα να διαβάζω βιβλία για τους Ανώνυμους Αλκοολικούς, παρακολουθούσα 7 ή 8 συνεδριάσεις την εβδομάδα, πήγαινα σε συνέδρια σαν ένα άτομο που είχε ήπια μανία, αλλά μετά από 18 μήνες έβλεπα τους ανθρώπους που είχαν αρχίσει να γίνονται καλύτερα ενώ εγώ όχι. Γιατί; Ρώτησα τον εαυτό μου, τον Θεό και άλλους. Είχα πιστέψει ότι θα πήγαινα καλά για κάποιο διάστημα αλλά φοβόμουν πως κάτι θα μου έπαιρνε τον έλεγχο και έτσι θα άλλαζα και θα γινόμουν ένα διαφορετικό πρόσωπο. Εγώ θα έκανα πράγματα που δεν θα ονειρευόμουν ποτέ ότι θα μπορούσα να κάνω κανονικά. Ήταν όπως όταν είχα μεθύσει και είχα χάσει τις αναστολές μου, αλλά όταν μεθάς πάρα πολύ κάνεις πράγματα που δεν θα τα έκανες εάν δεν ήσουν στενοχωρημένος ή σε κάποια άλλη κατάσταση. Ωστόσο αισθάνθηκα σαν να έπρεπε να κάνω πράγματα που δεν είχα ονειρευτεί ποτέ να κάνω, όμως ένιωθα σαν να με έλεγχε κάποιος. Πολλοί αλκοολικοί φίλοι μου με είχαν βαρεθεί, αλλά κάποιος από αυτούς μου πρότεινε να πάω σε ένα κέντρο αποκατάστασης, ήμουν σε τόσο απελπιστική κατάσταση που το έκανα. Το 1997 πήρα άδεια από τη δουλειά μου και πήγα σε ένα κέντρο αποκατάστασης. Εκεί μου είπαν ότι έχω κατάθλιψη. Τόσο καιρό δεν γνώριζα πόσο δυστυχισμένος ήμουν. Η ζωή είχε γίνει ανιαρή... εργασία, συνεδριάσεις, το τάϊσμα του υιού μου, ύπνος. Ενώ ήμουν στο κέντρο αποκατάστασης για πρώτη φορά άκουσα φωνές, για τις οποίες δεν μίλησα σε κανέναν. Άρχισα θεραπεία με Prozac και μετά συνέχισα με Aporax. Τα πράγματα άρχισαν να καλυτερεύουν, έκανα την δουλειά των ονείρων μου, ελάττωσα τις συνεδριάσεις μου και άρχισα να περνάω περισσότερο χρόνο με το γιο μου και αισθάνθηκα ικανοποιημένος. Το Δεκέμβριο άρχισα να έχω μικτά συναισθήματα, πολλή ενέργεια, κακή διάθεση και άσχημες σκέψεις. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου πήρα υπερβολική δόση φαρμάκων και κατέληξα να είμαι ασθενής στο ψυχιατρικό τμήμα που εργαζόμουν. Δεν αισθανόμουν καλά διότι ήξερα το προσωπικό

αλλά ήμουν τόσο απελπισμένος που μόνο την βοήθεια τους ήθελα. Διέκοψα τα καταπραυντικά και άρχισα να βλέπω έναν ψυχίατρο. Έλειψα έναν μήνα από την εργασία μου, ήταν οι πρώτες πραγματικές διακοπές που είχα από το 1991. Δεν ήθελα να σταματήσω την εργασία μου, είχα φοβηθεί διότι πίστευα πως αν σταματούσα δεν θα ανακτούσα ποτέ τις δυνάμεις που είχα. Πίστευα ότι πήγαινε καλύτερα η θεραπεία μου με τα αντικαταθλιπτικά αλλά τελικά άρχισα να το αμφισβητώ διότι μου προκάλεσαν μικτά συναισθήματα. Το 1998 ο γιατρός μου είπε να σταματήσω τη θεραπεία και εκείνο το διάστημα άρχισα ξανά να πέφτω σε βαριά κατάθλιψη. Άρχισα να έχω συνεχής και οδυνηρές σκέψεις, πίστευα ότι δεν υπήρχε ελπίδα και ότι η μόνη λύτρωση ήταν ο θάνατος. Νόμιζα ότι ήμουν ένα πολύ κακό άτομο που δεν άξιζα να ζω. Αυτό που με έκανε να συνεχίζω να ζω ήταν η δουλειά μου, αυτή με έκανε να μην σκέφτομαι τον θάνατο. Τα πράγματα έφτασαν σε αδιέξοδο, έτσι αποφάσισα να πάρω υπερβολική δόση χαπιών. Μπήκα στο νοσοκομείο και κάθισα μία εβδομάδα, τρεις εβδομάδες αργότερα ξαναμπήκα στο νοσοκομείο και κάθισα άλλη μία εβδομάδα. Ξεκίνησα θεραπεία με Serzone, αυτά με ηρέμησαν κάπως. Μετά από κάποιο διάστημα πήρα Stelazine και ξαναγύρισα στις παρανοϊκές σκέψεις που είχα. Αρκετά γρήγορα στάθηκα ξανά στα πόδια μου, η σκέψη μου επανήλθε στο φυσιολογικό. Γύρισα πίσω στη δουλειά μου με ενθουσιασμό, μετά από μερικούς μήνες σταμάτησα να πηγαίνω στις ψυχιατρικές υπηρεσίες και μετά άρχισα να βλέπω έναν θεραπευτή που με βοήθησε να ξεπεράσω τις τραυματικές εμπειρίες μου¹⁹².

8.1.3 Αυτοκτονία

Πρώτη μαρτυρία: << Είμαι το αποτέλεσμα ενός διαφυλετικού γάμου. Ο πατέρας μου είναι Μεξικανό-Αμερικάνος(μαύρος) και η μητέρα μου είναι λευκή. Η μητέρα μου και εγώ δεν είχαμε ποτέ καλή σχέση . Υπήρξαν προβλήματα από την αρχή. Ήμουν πάντα το αγαπημένο παιδί της οικογένειας, όμως η μητέρα μου ζήλευε τη στενή σχέση που είχα με τον πατέρα μου και όλη την οικογένειά του. Όταν οι γονείς μου χώρισαν ήμουν 9 ή 10 χρονών. Δεν ήταν το πραγματικό διαζύγιο που με έβλαψε, ήξερα όμως ότι ο μπαμπάς μου ήταν δυστυχημένος. Η μαμά μου πήρε την επιμέλεια και υποσχέθηκε στον μπαμπά μου ότι θα μπορούσαμε να βλέπουμε ο ένας τον άλλον όποτε θελήσουμε. Υποσχέθηκε ότι πάντα θα μένουμε στην ίδια πόλη έτσι δεν θα χωριζόμασταν και θα μπορούσαμε να δούμε ο ένας τον άλλον σε καθημερινή βάση. Δεν ήμουν ποτέ κοντά στη μητέρα μου, αλλά λογάριζα ότι θα μπορούσα να ζήσω και κοντά στο μπαμπά μου ο οποίος ήταν πολύ κοντά στο σπίτι μας. Τα πράγματα ήταν καλά μέχρι που μπήκε στη ζωή μας ο Jeff. Είπα στον εαυτό μου ότι θα πρέπει να δώσω μια ευκαιρία. Ο Jeff ήταν πολύ προκατειλημμένος δεν συμπάθησε κανέναν μαύρο. Μια ημέρα άκουσα κάποιο είδος σχολίου για τους μεξικανούς από το στόμα του. Προσπάθησα να προειδοποιήσω τη μητέρα μου για αυτό, αλλά είπε ότι πρέπει να μάθω να αναγνωρίζω ένα αστείο. Η μητέρα μου ήταν ερωτευμένη με τον Jeff και αποφάσισε να είναι μαζί του, μόλις τελειώσω το σχολείο σε μερικούς μήνες. Αυτή ήταν η πρώτη ημέρα που αισθάνθηκα πως θέλω να πεθάνω. Το Μάιο, όταν το σχολείο ήταν κλειστό για το καλοκαίρι, μετακομίσαμε . Ο Jeff ζούσε εκτός πόλης ,στη μέση του πουθενά και ήταν περίπου 8 μίλια μακριά από την πόλη και περίπου 20 μίλια από τον μπαμπά μου. Δεν είχα ζήσει στην πόλη ποτέ πριν και τώρα ξαφνικά βρέθηκα εκεί. Ήμουν σε μια κατάσταση κατάθλιψης, η οποία διάρκεσε περίπου δύο έτη. Ήμουν ευτυχής όποτε πήγαινα στον μπαμπά μου, αλλά ήμουν πεισμένη όλο τον άλλο καιρό. Αυτό συνεχίστηκε μέχρι την αρχή του δεύτερου έτους όταν ήμουν φοιτήτρια, μετά τα πράγματα φαινόταν λίγο καλύτερα για εμένα. Είχα μάθει να αγνοώ τη μητέρα μου και το Jeff , οι οποίοι

συνέχιζαν να είναι παντρεμένοι και εκείνος είχε εστιάσει στη ζωή μου. Στο τέλος του Σεπτεμβρίου οι ενδιάμεσοι βαθμοί βγήκαν. Είχα ένα γ στα μαθηματικά και οι υπόλοιποι βαθμοί μου ήταν α και β. Εκείνο το γ αποδείχθηκε ότι ήταν ο κόμπος στο χτένι για την μητέρα μου, έτσι εκείνη τη νύχτα του Σαββάτου με τιμώρησε. Όλα αυτά που ήταν σημαντικά για εμένα, τα πήρε και τα τοποθέτησε στο δωμάτιο της για το υπόλοιπο του εξαμήνου. Μου πήρε όλα τα βιβλία μου, περιοδικά, στερεοφωνικά, τηλεοπτικά παιχνίδια, ακόμη και το ρολόι συναγεμίων μου επειδή είχε ένα ραδιόφωνο. Έπρεπε να πάω στο σχολείο με το λεωφορείο, να επιστρέψω με το λεωφορείο, και να πάω αμέσως στο δωμάτιό μου. Δεν είχα καμία άλλη δραστηριότητα εκτός από το να διαβάσω, ούτε τηλεόραση, ούτε τηλέφωνο. Μου έδωσε όλα τα πράγματά μου πίσω η μητέρα μου και μετά πήγε στη δουλειά της. Ήμουν στο δωμάτιό μου ξαπλωμένη στο κρεβάτι μου. Δεν σκεφτόμουν τίποτα, όμως σκεφτόμουν για όλα. Είχα τόσα πολλά πράγματα μέσα στο κεφάλι μου, αλλά δεν μπορούσα να πιάσω κάποια ιδέα. Σηκώθηκα να πάρω ένα ποτήρι νερό και κάτι με σταμάτησε έξω από την τουαλέτα και άρπαξα ένα μπουκάλι με υπνωτικά χάπια. Ήμουν πάρα πολύ αναστατωμένη για να πάω για ύπνο και έτσι πήρα ένα χάπι. Σηκώθηκα πάλι και πήγα έξω στο μπαλκόνι μου. Ήθελα τα πράγματα να γίνονταν καλύτερα. Γύρισα στο δωμάτιο μου, κάθισα και πήρα 4 ή 5 μεγάλες χούφτες χαπιών. Έπεσα κάτω και περίμενα να πεθάνω. Πάντα σκεφτόμουν ότι ο θάνατος θα ήταν πολύ ευκολότερος. Το στομάχι μου με έκαιγε και δεν μπορούσα να κοιμηθώ. Έτσι περίμενα. Μετά από περίπου 15 λεπτά άρχισα να σκέφτομαι για τους φίλους μου, την οικογένεια μου, και όλους τους ανθρώπους που νοιάζομαι. Τι θα έκαναν όταν πέθανα; Τι με έκανε να φοβηθώ τόσο. Σηκώθηκα από το κρεβάτι μου, σκόνταψα και έπεσα κάτω από τα σκαλοπάτια. Ο Jeff βγήκε να δει τι γινόταν. Αρχισα να κλαίω, του είπα ότι πήρα μια χούφτα χάπια και ότι χρειαζόμουν γιατρό. Δεν με πίστευε και μου είπε να επιστρέψω στο δωμάτιο μου. Ο αδελφός μου κάλεσε 911 το νοσοκομείο και ήρθε ασθενοφόρο. Ο Jeff πήρε τηλέφωνο και την μητέρα μου και της είπε τι μου συνέβη. Όταν έφτασε στο νοσοκομείο, οι πρώτες λέξεις από το στόμα της ήταν "γιατί το έκανες αυτό σε εμένα; Έχω φίλους που εργάζονται εδώ και τώρα πρέπει να εξηγήσω σε αυτούς γιατί η κόρη μου είναι μια ψυχασθενής." Δεν με ρώτησε εάν ήμουν εντάξει, και δεν έμεινε μαζί μου. Έφυγε. Η παραμονή μου στο νοσοκομείο ήταν μια πολύ τραυματική εμπειρία. Μερικές από τις νοσοκόμες ήταν πολύ αγενείς και αναίσθητες. Κατά τη διάρκεια ενός τεστ άρχισα να κλαίω και η νοσοκόμα έκανε ένα σχόλιο "καλά, εάν δεν είχες κάνει αυτό, δεν θα ήσουν εδώ να κάνεις αυτό το τεστ." Εκείνη την στιγμή αισθάνθηκα περισσότερο σαν εγκληματίας παρά σαν ασθενής. Την επόμενη ημέρα ένας σύμβουλος ήρθε να μου μιλήσει. Ήταν πολύ καλή και καταλάβαινε την κατάσταση μου. Είπε στην μητέρα μου και σε έμένα ότι χρειαζόμουν κάποια ατομική και οικογενειακή θεραπεία, ακόμη μπορεί να χρειαζόταν και κάποια φαρμακευτική θεραπεία. Η μητέρα μου είπε ότι δεν θα ξόδευε τα χρήματά της για καμία θεραπεία. Πήγα στο σπίτι την Κυριακή και κοιμήθηκα. Οκτώ μήνες αφότου συνέβη αυτό, η μητέρα μου με έδιωξε από το σπίτι και πήγα να ζήσω με τον πατέρα μου. Τα πράγματα γίνονται λίγο καλύτερα καθώς ο χρόνος περνά. Χειρίζομαι τα πράγματα μόνη μου και εξετάζω τα προβλήματά μου με τον τρόπο μου. Ο μπαμπάς μου είναι αρνητικός για την απόπειρα αυτοκτονίας που έκανα. Έτσι η θεραπεία είναι αδύνατη. Αποφοιτώ από το γυμνάσιο νωρίς και έτσι είμαι έτοιμη να πάω στο κολέγιο σε 3 μήνες. Τώρα ξέρω ότι δεν είμαι μόνη μου όπως σκεφτόμουν παλιότερα, έχω τους φίλους μου και ένα θαυμάσιο σύστημα υποστήριξης. Οι συγγενείς του μπαμπά μου με αγαπούν και με υποστηρίζουν πολύ ενώ δεν έχω καμία επαφή με τη μητέρα μου¹⁹³.

Δεύτερη μαρτυρία: << Ήμουν στο νοσοκομείο 4 φορές και έχω συναντήσει πολλούς γιατρούς στη ζωή μου. Είμαι 22 ετών και πρόσφατα παντρεμένη. Ζω με τον άντρα μου και τις δύο κόρες του από τον προηγούμενο του γάμο. Ενώ θα έπρεπε να είμαι πολύ ευτυχισμένη αισθάνομαι πολύ λυπημένη. Εμφάνισα κατάθλιψη τον Ιανουάριο ενώ έκανα απόπειρα αυτοκτονίας στις 12 Μαρτίου (μια ημερομηνία που ένας άρρωστος δεν ξεχνά ποτέ). Βγήκα από το νοσοκομείο μία εβδομάδα πριν από την ημέρα που έκανα απόπειρα αυτοκτονίας. Του είπα ότι εάν με έστελνε σπίτι θα αυτοκτονούσα αλλά δεν με πίστεψε. Ξέροντας ότι μου έχει απομείνει ένα κουτάκι χάπια στο σπίτι μου, με στέλνει στο σπίτι με 2 ακόμα κουτάκια. Οι νοσοκόμες και οι θεράποντες δεν καταλάβαιναν γιατί ήμουν τόσο αναστατωμένη που θα με έστελναν στο σπίτι. Ακόμα και στη θεραπεία της τέχνης ζωγράφισα μια εικόνα που με έδειχνε να κοιτάζω επίμονα ένα τραπέζι στο οποίο πάνω είχε πολλές συνταγές φαρμάκων που είχαν ως τίτλο <<θέλω να πεθάνω και δεν ξέρω το γιατί, ευχαριστώ για την βοήθεια σας!>> Δεν με καταλαβαίνουν, για πρώτη φορά στη ζωή μου ζητώ από κάποιον βοήθεια και δεν την παίρνω. Αισθάνομαι ότι φωνάζω τόσο δυνατά "σας παρακαλώ βοηθήστε με" αλλά κανένας δεν μπορεί να με ακούσει ή με αγνοούν. Αφού πήρα τα χάπια, περίμενα να πεθάνω, ικετεύοντας το Θεό για να με συγχωρήσει. 2 ώρες αργότερα αισθάνθηκα τα αποτελέσματα, έτσι πήγα στο σπίτι της μητέρας μου και εκείνη κάλεσε το 911. Εκείνοι οι άνθρωποι στο νοσοκομείο που πήγα δεν καταλάβαιναν, με εξέταζαν σαν να επιθυμούσαν να είχα πεθάνει. Ο γιατρός στα επείγοντα μου είπε ότι αν είχα πάρει 5 χάπια παραπάνω θα είχα πετύχει το σκοπό μου. Μα πόσο ηλίθιος μπορεί να είναι;! Μέτρησα τα χάπια έτσι ώστε την επόμενη φορά που θα προσπαθήσω να αυτοκτονήσω να ξέρω ότι πρέπει να πάρω 60 χάπια αντί για 55! Σταμάτησα τη θεραπεία και έφυγα από τον γιατρό μου περίπου 4 μήνες πριν. Θέλησα να νικήσω την ασθένεια αυτή μόνη μου αλλά προς έκπληξη μου δεν μπορώ να το κάνω μόνη μου και αυτό μου σκίζει την καρδιά. Όλοι σκέφτονται ότι είμαι καλύτερα αλλά αυτό είναι μόνο επειδή ξέρω να κρύβομαι καλά. Ενώ ο σύζυγός μου είναι στην εργασία κάθομαι καθημερινά και προσέχω τα κορίτσια, ενώ ξέρω πόσο ασήμαντη είμαι Κάθομαι όλη την ημέρα στον υπολογιστή, το διαμέρισμα είναι ακατάστατο και δεν έχω αρκετή ενέργεια για να το καθαρίσω, ούτε έχω την ενέργεια να κάνω τίποτα άλλο. Το μόνο που εύχομαι είναι να πεθάνω. Το μόνο πράγμα που με σταματά είναι το γεγονός ότι αυτά τα κακόμοιρα και αθώα μικρά κορίτσια δεν το αξίζουν αυτό. Ο σύζυγός μου φεύγει για το στρατόπεδο στις 3 Ιανουαρίου. Τα κορίτσια θα μείνουν γι' αυτό το διάστημα με τη "βιολογική" μητέρα τους, έτσι θα μείνω μόνη μου και θα έχω την ευκαιρία να κάνω ότι επιθυμώ. Θα ήθελα να πάω σε μια ομάδα υποστήριξης, αλλά εκεί που ζω δεν υπάρχει καμία τέτοια ομάδα ή μπορεί να υπάρχει και να μην μπορώ να τη βρω. Θέλω να γελάσω και να ζήσω κάποια πράγματα, θεωρώ ότι αξίζω κάποια βοήθεια. Δεν μπορώ να πάω πίσω στο νοσοκομείο γιατί θα με θέραπευαν ακριβώς όπως αυτοί έκαναν πριν, σαν να μην έχω αξία, σαν να μην είμαι άρρωστη. Οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις περνούν από το μυαλό μου καθημερινά, έχω τόσα πολλά πράγματα που θέλω να κάνω για τον εαυτό μου. Γιατί δεν το αξίζω; Γιατί η ζωή κάποιου άλλου να σημαίνει περισσότερο από τη δικιά μου; Γιατί είναι όλοι σημαντικότεροι από εμένα; Ακόμα κάθομαι εδώ ξέροντας τι χρειάζεται να αλλάξω στον εαυτό μου, ξέροντας τι θέλω να κάνω στη ζωή μου αλλά μην ξέροντας πώς, και μην έχοντας τη βοήθεια που χρειάζομαι. Θέλω να πω στο σύζυγό μου όταν έρχεται στο σπίτι πόσο άσχημα αισθάνομαι και ότι θέλω να πεθάνω αλλά αυτό θα τον πλήγωνε. Δε θα μπορούσα ποτέ να τον πληγώσω. Ο Θεός μου έδωσε μια δεύτερη ευκαιρία αλλά είμαι τόσο ανάξια που δεν ξέρω τι να κάνω με αυτή την ευκαιρία Η ζωή δεν έχει καμία αξία για μένα, θέλω να πεθάνω, και κάποια μέρα θα πάρω αυτό που θέλω, θα έρθει εγκαίρως αυτή η μέρα, το μόνο που μπορώ να κάνω είναι να περιμένω. Αυτό γράφτηκε από την Misha που ζει την κόλαση επάνω στη γη!¹⁹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1 ΒΟΗΘΗΜΕΝΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ(=ΤΥΠΟΣ ΕΥΘΑΝΑΣΙΑΣ)

9.1.1 Ενεργητική και παθητική ευθανασία

Το θέμα της βοηθημένης αυτοκτονίας, και ειδικότερα ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη βοηθημένη αυτοκτονία, είναι ένα θέμα που αφορά όλες τις νοσηλεύτριες. Η βοηθημένη αυτοκτονία είναι ένας τύπος *ευθανασίας* ή "καλού θανάτου", ένας όρος που συνδέεται με το τελείωμα του βασάνου ενός ασθενή με την πρόκληση του θανάτου¹⁹⁵. Η ευθανασία είναι ταξινομημένη σε ενεργητική και παθητική. Η *ενεργητική ευθανασία* αναφέρεται στις ενέργειες που γίνονται με σκοπό το τέλος της ζωής του ασθενή. Την ενεργητική ευθανασία μερικοί άνθρωποι την θεωρούν ίδια με τη δολοφονία. Η *παθητική ευθανασία* είναι το να αφήσουμε τον ασθενή να πεθάνει χωρίς να κάνουμε καμία προσπάθεια να επιταχύνουμε ή να παρατείνουμε τη διαδικασία, ακόμα κι αν περνάει απ' το χέρι μας¹⁹⁶. Επιτρέποντας σε έναν ασθενή να αρνηθεί τη θεραπεία στήριξης ζωής ή την αφαίρεση ενός σωλήνα σίτισης μετά από αίτημα του. Αυτά είναι παραδείγματα παθητικής ευθανασίας. Ο ασθενής θα πεθάνει αλλά η αιτία θα είναι μια φυσική διαδικασία. Αυτοκτονία είναι όταν ένα πρόσωπο σκοτώνεται μόνο του και *βοηθημένη αυτοκτονία* όταν ένα άτομο βοηθάει ένα άλλο να αυτοκτονήσει.

Παραδείγματα βοηθημένης αυτοκτονίας:

- 1) Ένας παθολόγος γράφει την συνταγή ενός θανατηφόρου φαρμάκου ξέροντας ότι ο ασθενής προγραμματίζει να σκοτωθεί.
- 2) Μια νοσοκόμα βοηθάει τον ασθενή να πεθάνει αφήνοντας το θανατηφόρο φάρμακο δίπλα του.
- 3) Ένας ασθενής είναι πολύ αδύνατος και δυσκολεύεται να μετακινηθεί. Η νοσοκόμα βοηθά τον ασθενή τοποθετώντας το φάρμακο στο χέρι του και μετά στο στόμα του, έπειτα τον βοηθάει να καταπιεί το θανατηφόρο φάρμακο δίνοντας του νερό.

Ο ANA(Αμερικάνικος Εθνικός Σύνδεσμος) το 1994 ανέφερε για τη βοηθημένη αυτοκτονία ότι "τα αιτήματα για τη βοηθημένη αυτοκτονία μπορούν να συσχετιστούν με τους πολυάριθμους παράγοντες συμπεριλαμβανομένου τον πόνο και άλλα συμπτώματα όπως: κατάθλιψη, συναισθήματα της απώλειας ελέγχου, του φόβου της απομόνωσης, της ανησυχίας για την οικογένεια και μια αίσθηση τη απόγνωσης¹⁹⁷. Επομένως οι ασθενείς ζητούν και ικετεύουν να τους βοηθήσει κάποιος να πεθάνουν, όχι επειδή επιθυμούν το θάνατο, αλλά επειδή η εναλλακτική λύση είναι τόσο απεχθής¹⁹⁸. Οι νοσοκόμες πρέπει να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά θλίψης, φόβου, αποθάρρυνσης και ανικανότητας των ασθενών¹⁹⁹. Η συμμετοχή των εργαζομένων υγειονομικής περίθαλψης στην βοηθημένη αυτοκτονία είναι ενοχλητική για πολλούς λόγους. Μεταξύ αυτών είναι ο φόβος αύξησης της χρήσης, η πεποίθηση ότι οι ασθενείς δεν θα επέλεγαν το θάνατο εάν υπήρχε διαθέσιμη θεραπεία και η ηθική απροθυμία των περισσότερων νοσηλευτών να συμμετάσχουν στην βοηθημένη αυτοκτονία²⁰⁰. Η ηθική απροθυμία που οι νοσηλεύτριες αισθάνονται για τη βοηθημένη αυτοκτονία συσχετίζεται με το ποιες είναι και τι αντιπροσωπεύουν. Πώς μπορεί μια ηθική νοσηλεύτρια που αφιερώνεται στη θεραπεία, να συμμετέχει σε μια πράξη που τελειώνει εσκεμμένα τη ζωή ενός ασθενή;²⁰¹. Ηθικά οι περισσότερες νοσηλεύτριες δεν

συμφωνούν με τη βοηθημένη αυτοκτονία. Ο Wlody το 1997 εξέτασε διάφορες διεθνείς μελέτες και διαπίστωσε ότι οι νοσηλεύτριες αισθάνονται οίκτο για τους ασθενείς που υποφέρουν και έτσι δηλώνουν ότι δεν θα συμμετείχαν στη βοηθημένη αυτοκτονία ή την ευθανασία. Ακόμα κι αν είναι νομικά δεκτή αυτή η πράξη δεν είναι απαραίτητα και ηθική¹⁹⁵.

9.1.2 Αμερική

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι αρκετοί Αμερικάνοι, συμπεριλαμβανομένου γιατρών και νοσηλευτών, υποστηρίζουν την βοηθημένη αυτοκτονία. Σύμφωνα με ένα γκάλοπ που έγινε το 1996 το 75% του κοινού πιστεύει ότι η βοηθημένη αυτοκτονία πρέπει να είναι διαθέσιμη για τους αρρώστους που θέλουν να πεθάνουν και είναι στο τελευταίο στάδιο. Μια έρευνα που έγινε το 1994-1995 στους γιατρούς που θεραπεύουν ασθενείς με AIDS έδειξε ότι το 43% ήταν πιθανό να ανταποκριθεί στην βοηθημένη αυτοκτονία ενώ το 53% παραδέχθηκε ότι είχε σκεφτεί τη βοηθημένη αυτοκτονία έστω και μια φορά. Αυτή η έρευνα δημοσιεύθηκε το Φεβρουάριο του 1997 στο αγγλικό περιοδικό Journal of Medicine. Μια άλλη έρευνα που έγινε στο Oregon το 1995 έδειξε ότι το 60% των γιατρών που θεραπεύουν αρρώστους στο τελευταίο στάδιο ζωής υποστηρίζουν τη νομιμοποίηση της βοηθημένης αυτοκτονίας σε κάποιες περιπτώσεις. Έρευνες που έγιναν το 1994-1995 στους γιατρούς του Michigan έδειξαν ότι το 56% υποστηρίζει τη νομιμοποίηση της βοηθημένης αυτοκτονίας. Επίσης μια έρευνα που έγινε το 1996 στις νοσηλεύτριες έδειξε ότι στο 17% των νοσηλευτριών οι ασθενείς είχαν ζητήσει να πεθάνουν. Ένα επιπλέον ποσοστό της τάξεως του 4% έδειξε ότι οι νοσηλεύτριες είχαν βοηθήσει έναν ασθενή να έχει γρήγορο θάνατο ενώ προσποιούνταν ότι παρείχαν την κατάλληλη φροντίδα για να ζήσει και ότι είχαν εντολή γιατρού²⁰².

9.1.3 Ελλάδα

Η νοσηλευτική ποτέ δεν παραδέχθηκε ότι μπορεί να συμμετέχει σε τέτοιες ενέργειες βοηθημένης αυτοκτονίας. Ωστόσο στις ομαδικές θα λέγαμε θανατώσεις που κατά καιρούς συμβαίνουν σε άλλες χώρες εμφανίζεται το νοσηλευτικό προσωπικό και όχι οι ιατροί. Μια έρευνα που έγινε στο νοσοκομείο του Ευαγγελισμού και είχε ως θέμα αν οι γιατροί συμφωνούν με το αίτημα ενός ασθενή να επιταχύνει το θάνατο του αν το επέτρεπε ο νόμος, 41 γιατροί συμφώνησαν ενώ 20 συνάδελφοι τους εμφανίστηκαν αναποφάσιστοι⁷⁸.

9.1.4 Γαλλία

Νοσοκόμα γαλλίδα 28 ετών βοήθησε 30 περίπου ασθενείς 72-88 ετών να πεθάνουν. Αξιοσημείωτο είναι ότι καμία οικογένεια δεν έκανε μήνυση στην νοσηλεύτρια αυτή πράγμα που σημαίνει ότι οι οικογένειες υπήρξαν σύμφωνες. Μετά από αυτό η νοσηλεύτρια αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει⁷⁸.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα εργασίας με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 150 άτομα (άνδρες και γυναίκες που εργάζονται ως νοσηλεύτές) οι οποίοι είχαν είτε προσωπική είτε στο εργασιακό τους περιβάλλον εμπειρία απόπειρας αυτοκτονίας. Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως και τον Αύγουστο του 2004 στην περιοχή της Αθήνας, της Πάτρας και του Πειραιά και συγκεκριμένα στα νοσοκομεία: ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΤΖΑΝΕΙΟ, ΜΕΤΑΞΑ και ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνας μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας-τη σχολή που φοιτούμε. Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας και πιο ειδικά με τη μορφή της ποσοτικής, πολυπαραγοντικής και ενεργής έρευνας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας. Το ερωτηματολόγιο περιείχε 26 ερωτήσεις κλειστού τύπου, διχοτομικές και πολλαπλής επιλογής.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μια ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μια ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ: Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου των απαντήσεων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ : Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά και για λίγες περιπτώσεις λόγω του μικρού αριθμού του δείγματος μας, crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

1. Μέγεθος του δείγματος
2. χ^2 (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας(p)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα $p < 0.05$.

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και την ανίχνευση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος chi-square(χ^2)

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ συνήθως ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

Α. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

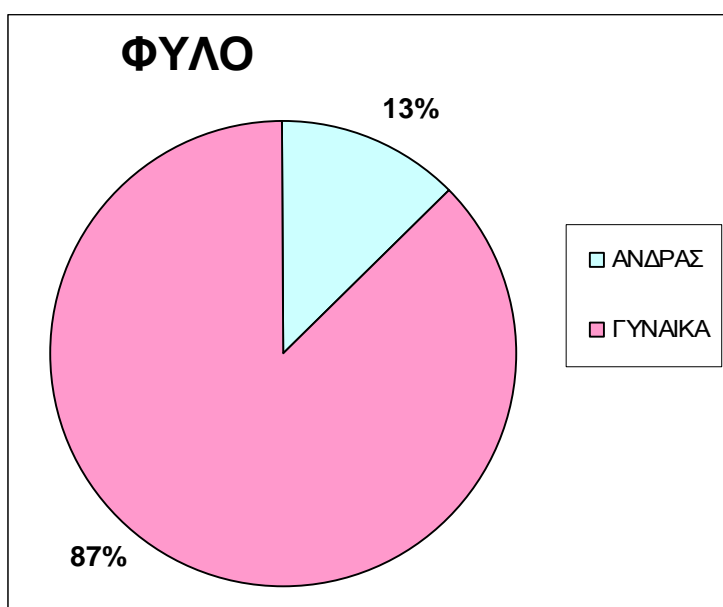
1. Δημογραφικά στοιχεία

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| ΑΝΔΡΑΣ | 19 | 13% |
| ΓΥΝΑΙΚΑ | 131 | 87% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο.

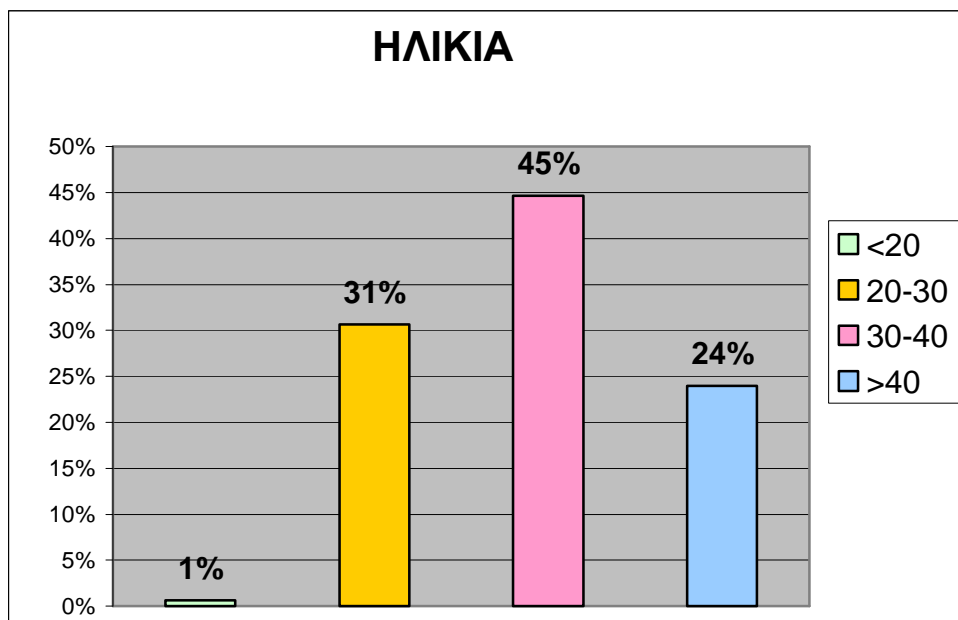


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| <20 | 1 | 1% |
| 20-30 | 46 | 31% |
| 30-40 | 67 | 45% |
| >40 | 36 | 24% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 20 και μικρότερης των 40.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

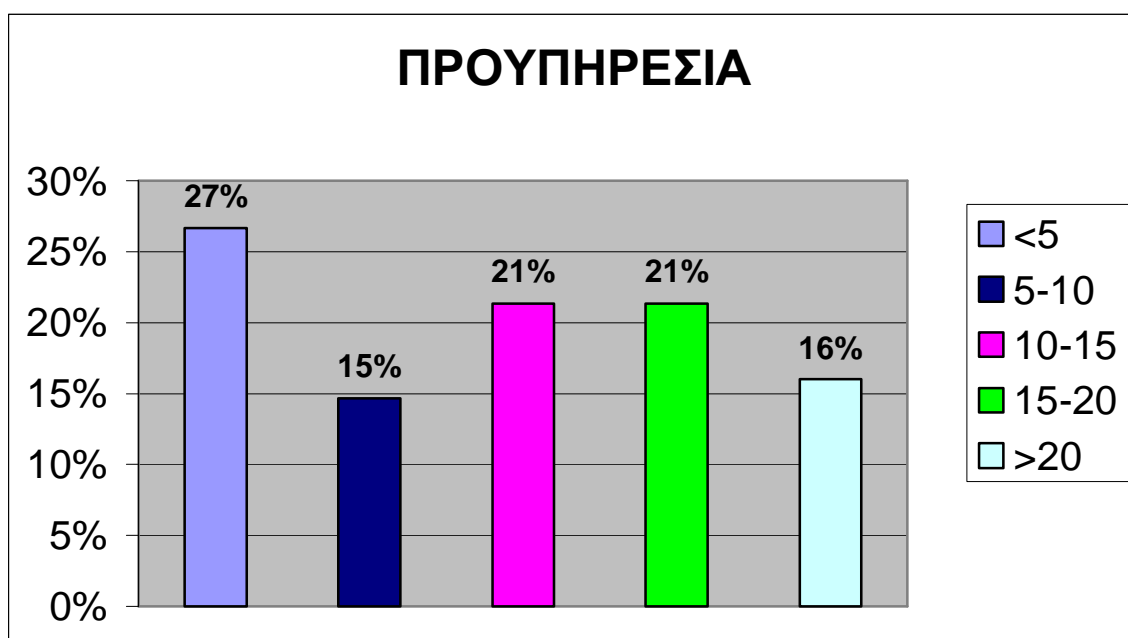


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| <5 | 40 | 27% |
| 5-10 | 22 | 15% |
| 10-15 | 32 | 21% |
| 15-20 | 32 | 21% |
| >20 | 24 | 16% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν προϋπηρεσία κάτω από 5 χρόνια.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την προϋπηρεσία.

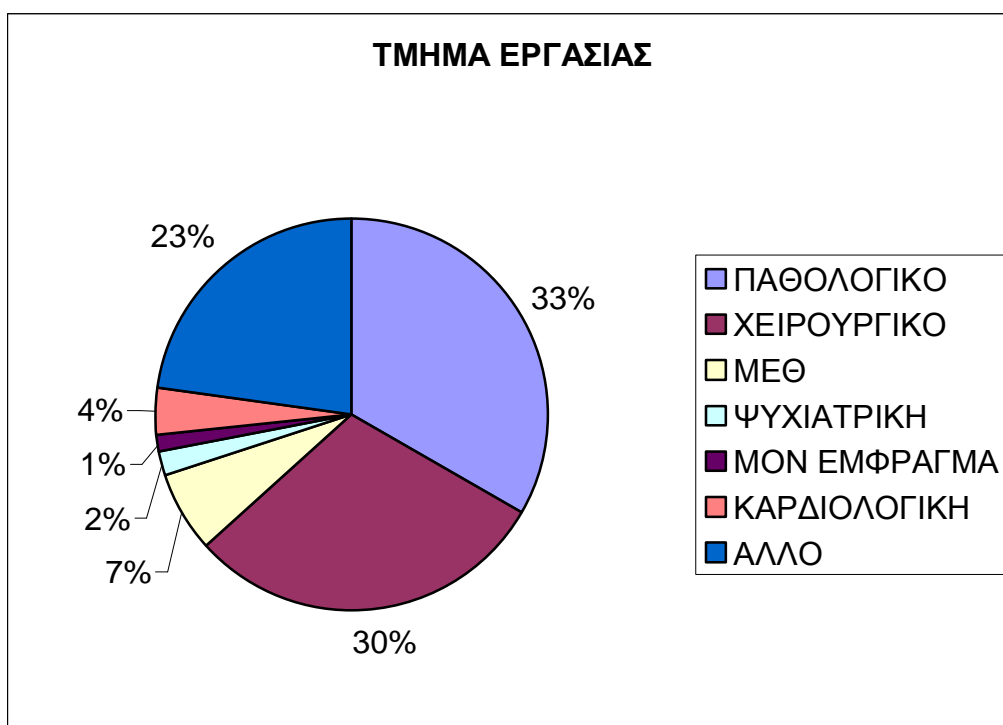


ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το τμήμα που εργάζονταν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|--------------|---------|------------|
| ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ | 50 | 33% |
| ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ | 45 | 30% |
| ΜΕΘ | 10 | 7% |
| ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 3 | 2% |
| ΜΟΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑ | 2 | 1% |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ | 6 | 4% |
| ΑΛΛΟ | 34 | 23% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες εργάζονταν

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 48 ερωτηθέντων σε σχέση με το τμήμα που εργάζονταν.



ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------------|---------|------------|
| ΕΓΓΑΜΟΣ | 95 | 63% |
| ΑΓΑΜΟΣ | 48 | 32% |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ /Η | 4 | 3% |
| ΧΗΡΟΣ /Α | 3 | 2% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν έγγαμοι.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.



ΠΙΝΑΚΑΣ 6α : Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν υπάρχει στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα .

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| ΝΑΙ | 145 | 97% |
| ΟΧΙ | 5 | 3% |

Οι περισσότεροι απάντησαν πως υπάρχει στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΣΧΗΜΑ 6α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν υπάρχει στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

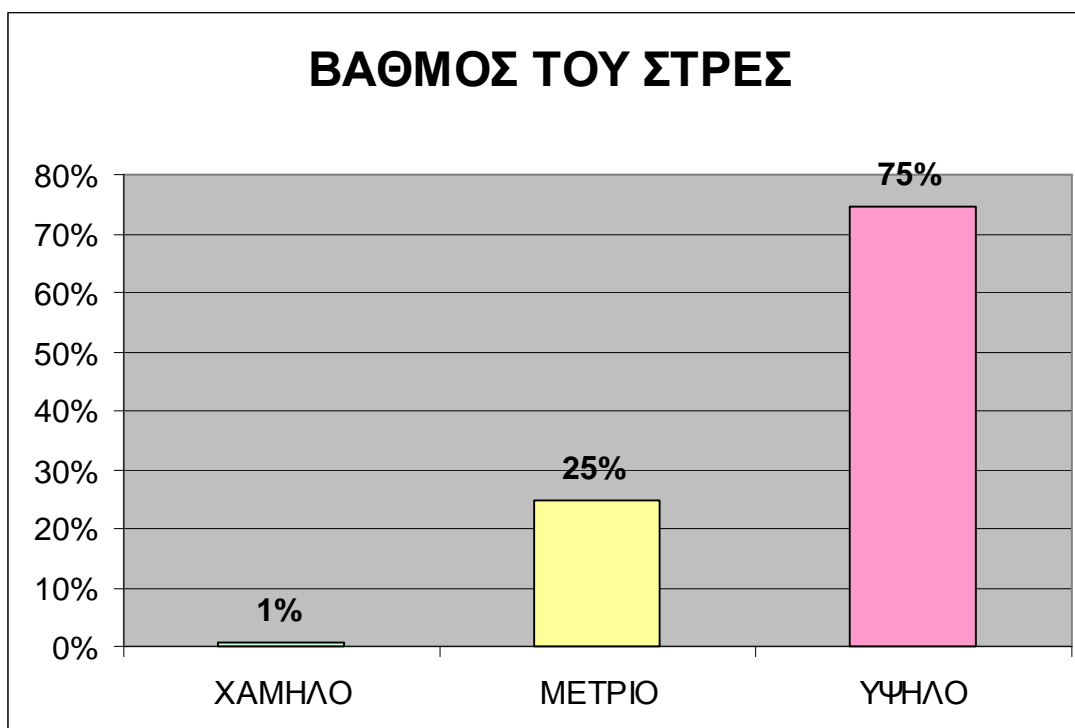


ΠΙΝΑΚΑΣ 6β : Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που κατατάσσουν το στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| ΧΑΜΗΛΟ | 1 | 1% |
| ΜΕΤΡΙΟ | 37 | 25% |
| ΥΨΗΛΟ | 112 | 75% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι είναι υψηλό το στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΣΧΗΜΑ 6β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το βαθμό που κατατάσσουν το στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

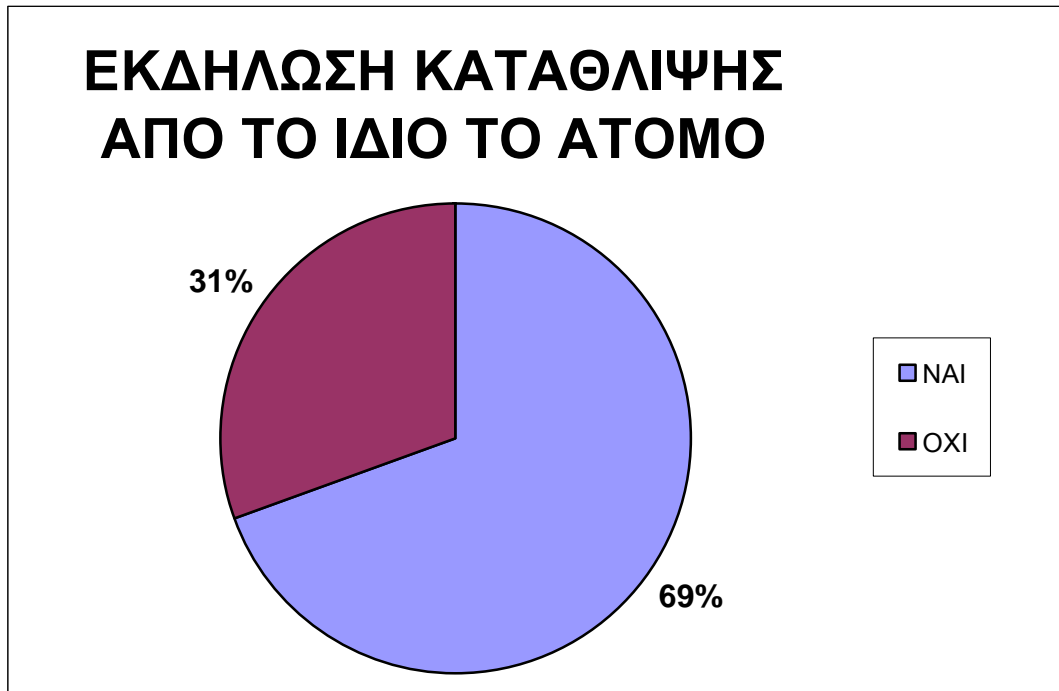


ΠΙΝΑΚΑΣ 7α : Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι ίδιοι έχουν εκδηλώσει κατάθλιψη.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΝΑΙ | 104 | 69% |
| ΟΧΙ | 46 | 31% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως έχουν εκδηλώσει κατάθλιψη.

ΣΧΗΜΑ 7α : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οι ίδιοι έχουν εκδηλώσει κατάθλιψη.

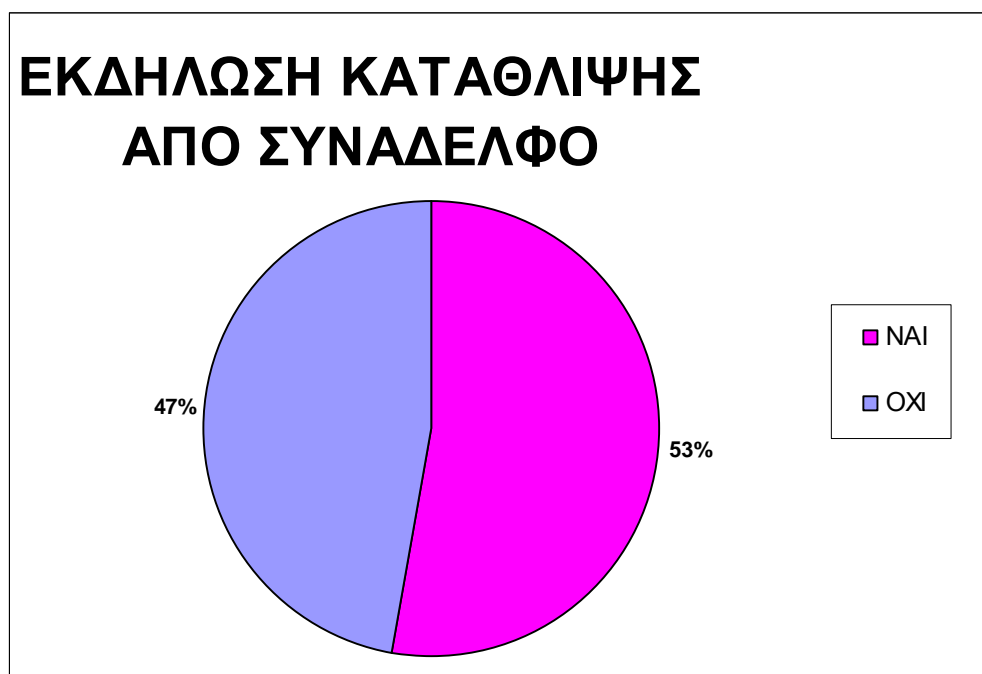


ΠΙΝΑΚΑΣ 7β : Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχει εκδηλώσει κάποιος συνάδελφος των ερωτηθέντων κατάθλιψη.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΝΑΙ | 79 | 53% |
| ΟΧΙ | 71 | 47% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι γνωρίζουν κάποιο συνάδελφο τους ο οποίος είχε εκδηλώσει κατάθλιψη.

ΣΧΗΜΑ 7β : Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχει εκδηλώσει κάποιος συνάδελφος τους κατάθλιψη.

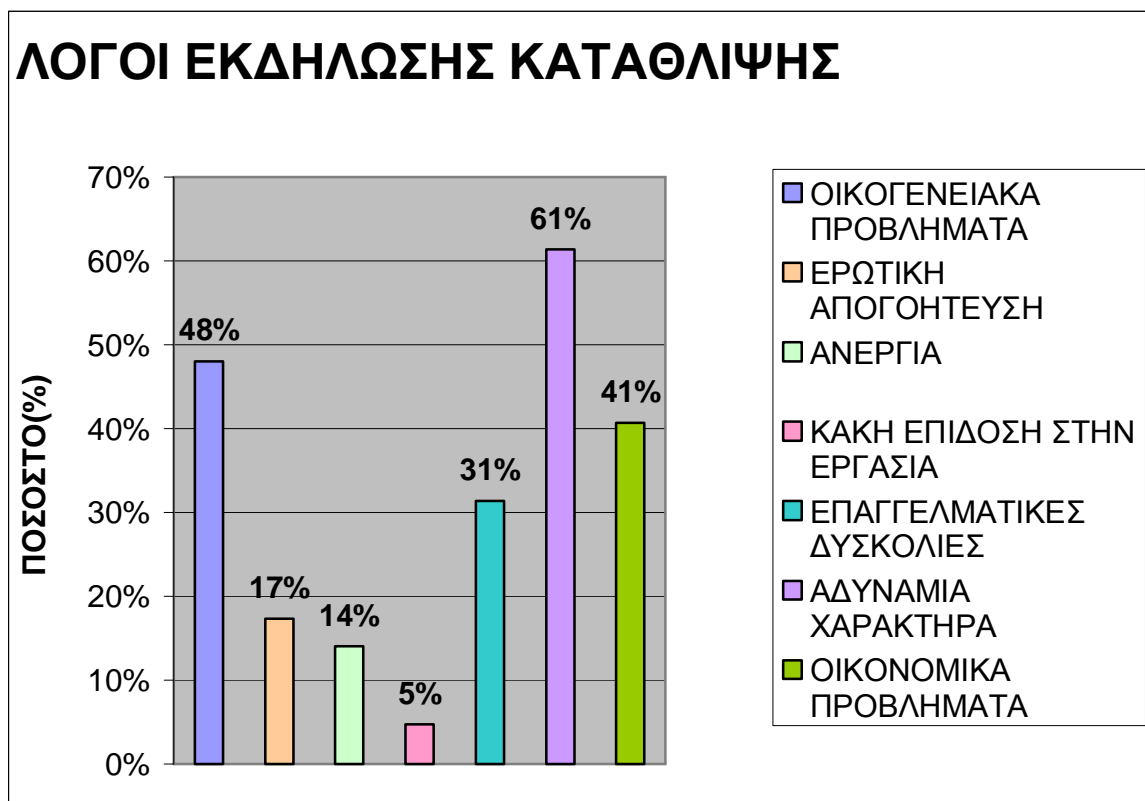


ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγείται ένας συνάδελφος τους στην κατάθλιψη.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------------------|---------|------------|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | 72 | 48% |
| ΕΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΓΟΗΤΕΥΣΗ | 26 | 17% |
| ΑΝΕΡΓΙΑ | 21 | 14% |
| ΚΑΚΗ ΕΠΙΔΟΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ | 7 | 5% |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ | 47 | 31% |
| ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ | 92 | 61% |
| ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ | 38 | 41% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι συνηθέστεροι λόγοι που οδηγείται κάποιος νοσηλευτής στην κατάθλιψη είναι η αδυναμία χαρακτήρα και τα οικογενειακά προβλήματα.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποιοι είναι οι λόγοι που οδηγείται ένας συνάδελφος τους στην κατάθλιψη.

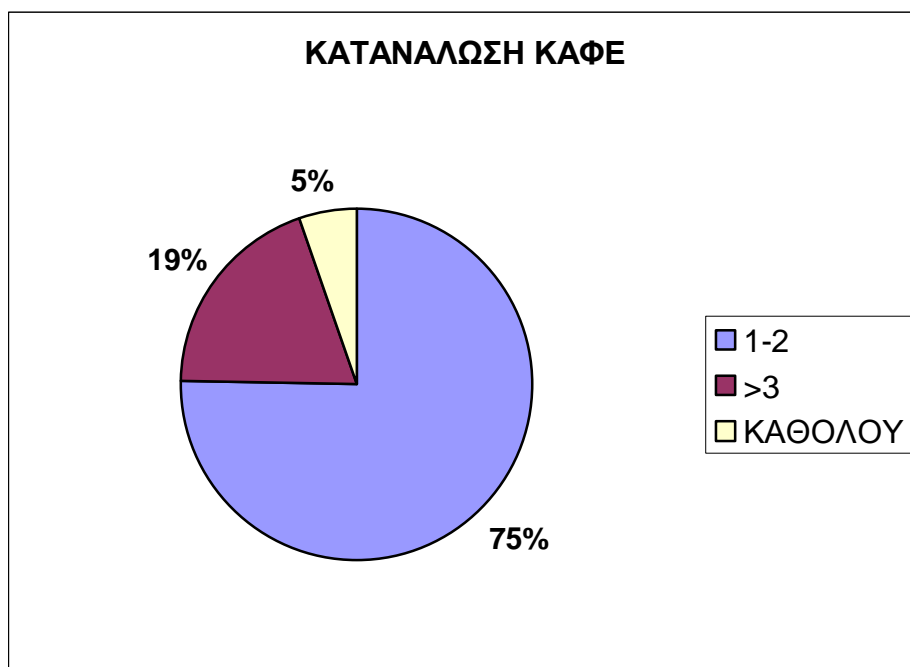


ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την καθημερινή κατανάλωση καφέ.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| 1-2 | 113 | 75% |
| >3 | 29 | 19% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 8 | 5% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως πίνουν 1-2 καφέδες καθημερινά.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την καθημερινή κατανάλωση καφέ.

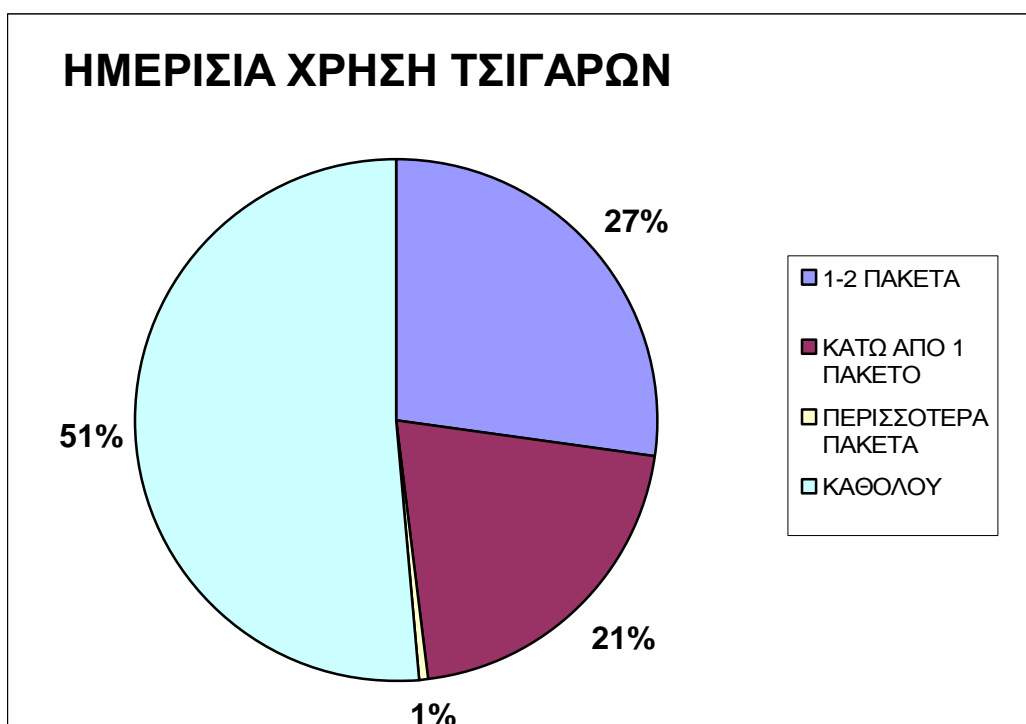


ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζουν καθημερινά

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|--------------------|---------|------------|
| 1-2 ΠΑΚΕΤΑ | 41 | 27% |
| ΚΑΤΩ ΑΠΟ 1 ΠΑΚΕΤΟ | 31 | 21% |
| ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΠΑΚΕΤΑ | 1 | 1% |
| ΚΑΘΟΛΟΥ | 77 | 51% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως δεν καπνίζουν.

ΣΧΗΜΑ 10: Γραφική παράσταση της κατανομή των απαντήσεων των 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζουν καθημερινά.

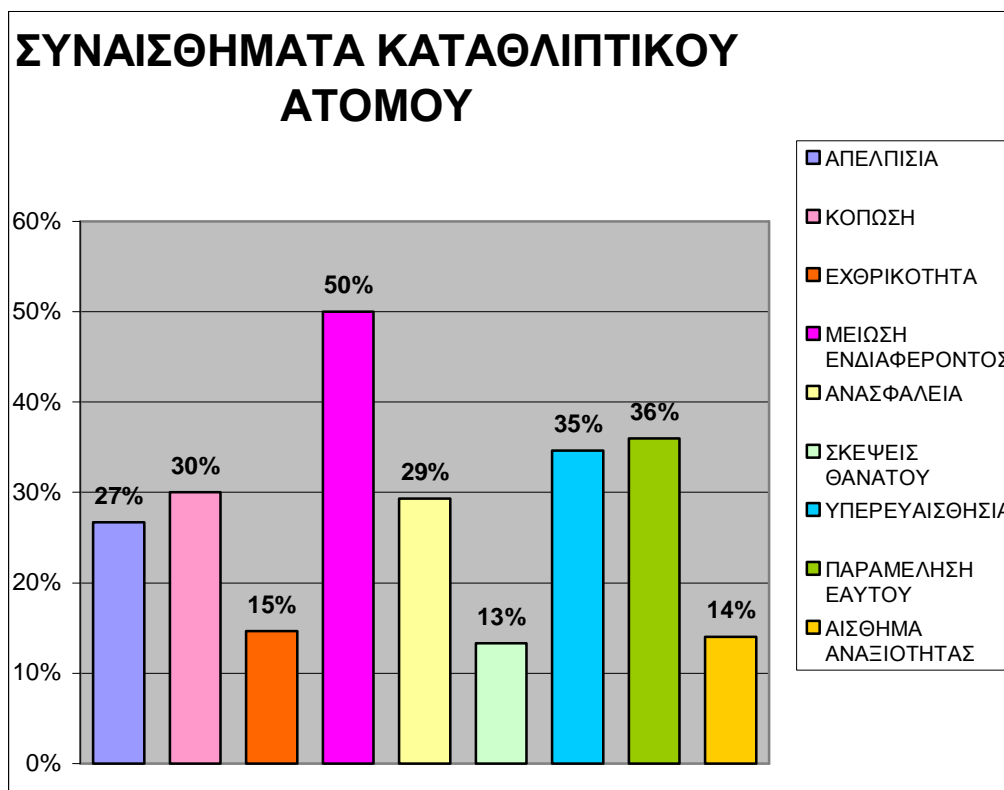


ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποία συναισθήματα είχαν οι νοσηλευτές όταν είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------------------|---------|------------|
| ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ | 40 | 27% |
| ΚΟΠΩΣΗ | 45 | 30% |
| ΕΧΘΡΙΚΟΤΗΤΑ | 22 | 15% |
| ΜΕΙΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ | 75 | 50% |
| ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ | 44 | 29% |
| ΣΚΕΨΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ | 20 | 13% |
| ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ | 52 | 35% |
| ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΕΑΥΤΟΥ | 54 | 36% |
| ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΝΑΞΙΟΤΗΤΑΣ | 21 | 14% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι τα συχνότερα συναισθήματα των νοσηλευτών όταν είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη ήταν η μείωση ενδιαφέροντος και η παραμέληση του εαυτού τους.

ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποία συναισθήματα είχαν οι νοσηλευτές όταν είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη.

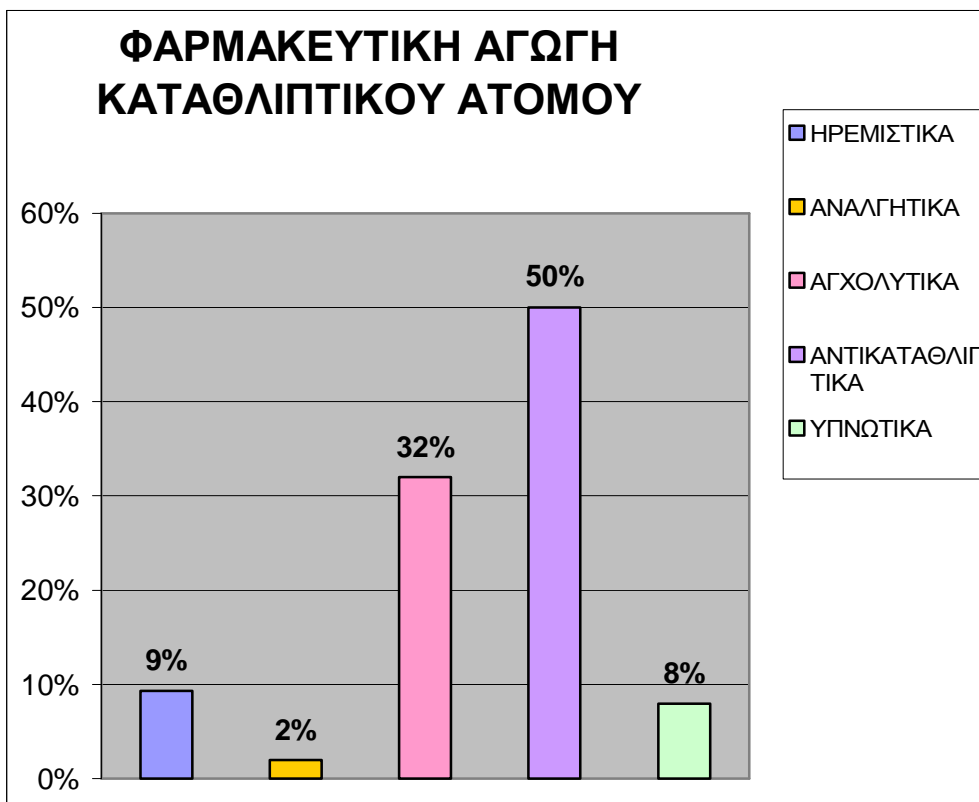


ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή που λάμβανε ο νοσηλευτής όταν είχε παρουσιάσει κατάθλιψη.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|------------------|---------|------------|
| ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ | 14 | 9% |
| ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ | 3 | 2% |
| ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ | 48 | 32% |
| ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ | 75 | 50% |
| ΥΠΝΩΤΙΚΑ | 12 | 8% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η φαρμακευτική αγωγή που λάμβανε ο συνάδελφος τους ήταν τα αντικαταθλιπτικά..

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 48 ερωτηθέντων σε σχέση με τη φαρμακευτική που λάμβανε ο νοσηλευτής όταν είχε παρουσιάσει κατάθλιψη.

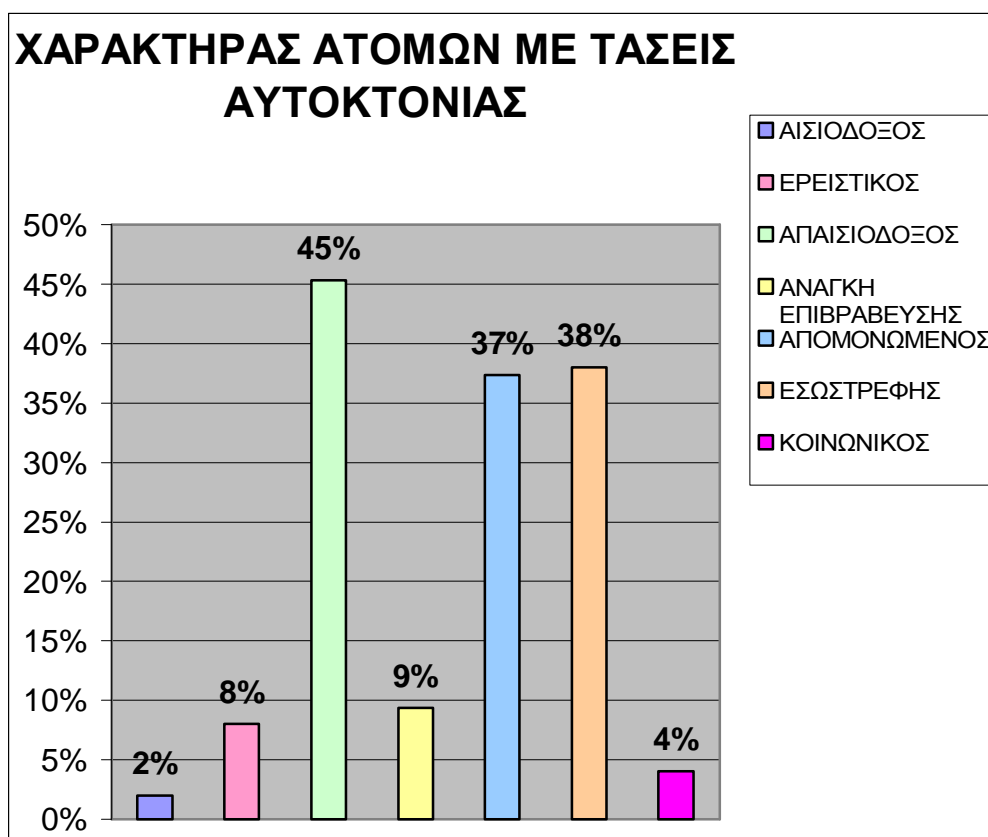


ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατηγορία χαρακτήρα που πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι ανήκουν οι συνάδελφοι τους οι οποίοι είχαν τάσεις αυτοκτονίας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------------|---------|------------|
| ΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ | 3 | 2% |
| ΕΡΕΙΣΤΙΚΟΣ | 12 | 8% |
| ΑΠΑΙΣΙΟΔΟΞΟΣ | 68 | 45% |
| ΑΝΑΓΚΗ ΕΠΙΒΡΑΒΕΥΣΗΣ | 14 | 9% |
| ΑΠΟΜΟΝΩΜΕΝΟΣ | 56 | 37% |
| ΕΣΩΣΤΡΕΦΗΣ | 57 | 38% |
| ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ | 6 | 4% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι ο νοσηλευτής που έχει τάσεις αυτοκτονίας είναι απαισιόδοξος.

ΣΧΗΜΑ 13: Γραφική παράσταση της κατανομής 48 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατηγορία χαρακτήρα που πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι ανήκουν οι συνάδελφοι τους οι οποίοι είχαν τάσεις αυτοκτονίας.

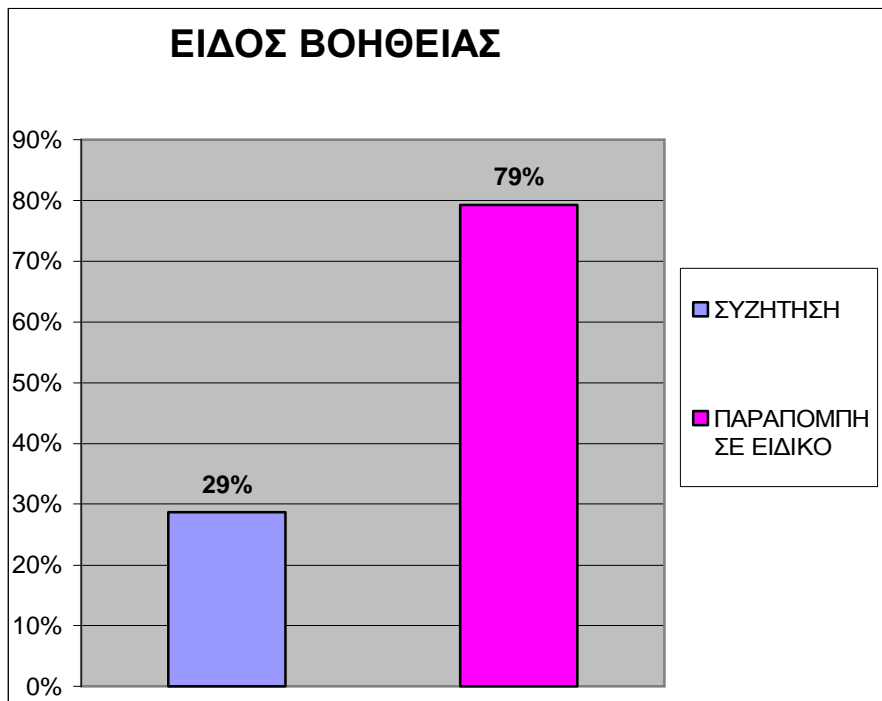


ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος βοήθειας που δίνεται σε αυτούς που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------------|---------|------------|
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 43 | 29% |
| ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ | 119 | 79% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι το είδος βοήθειας που δίνεται σε αυτούς που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είναι η παραπομπή σε ειδικό.

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος βοήθειας που δίνεται σε αυτούς που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

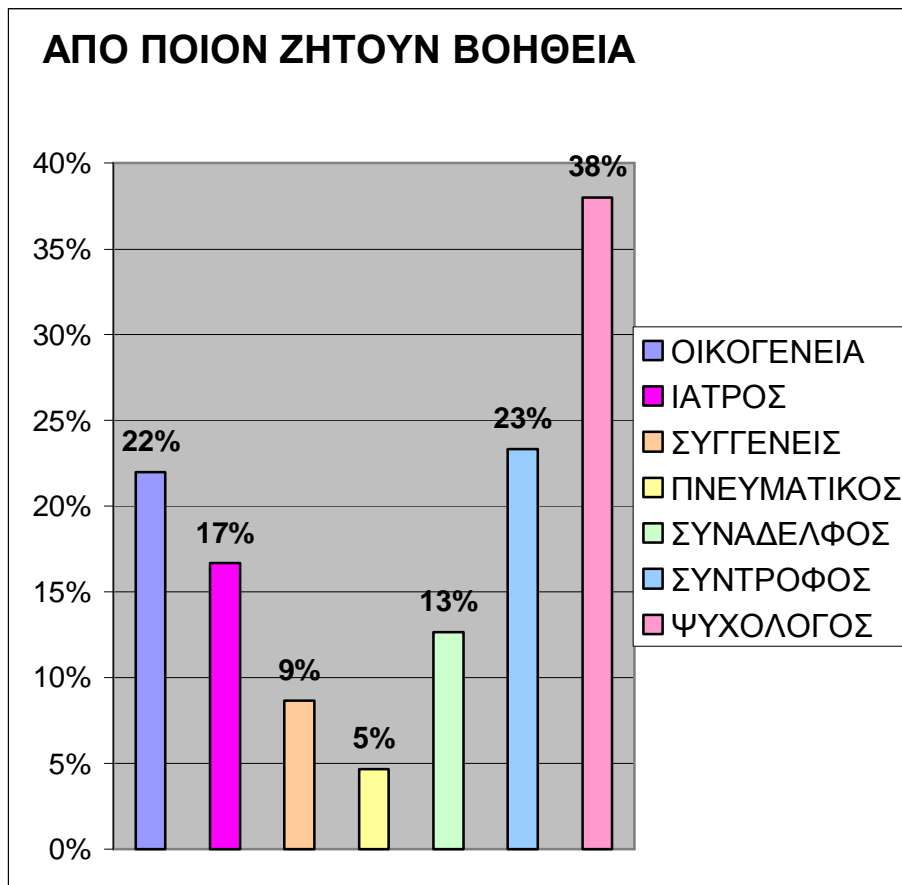


ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν οι νοσηλευτές από πού έχουν ζητήσει βοήθεια οι συνάδελφοί τους πριν προχωρήσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-------------|---------|------------|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ | 33 | 22% |
| ΙΑΤΡΟΣ | 25 | 17% |
| ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ | 13 | 9% |
| ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ | 7 | 5% |
| ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΣ | 19 | 13% |
| ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ | 35 | 23% |
| ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ | 57 | 38% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι οι συνάδελφοί τους πριν προχωρήσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας επισκέφθηκαν ένα ψυχολόγο.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν οι νοσηλευτές από πού έχουν ζητήσει βοήθεια οι συνάδελφοί τους πριν προχωρήσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας.

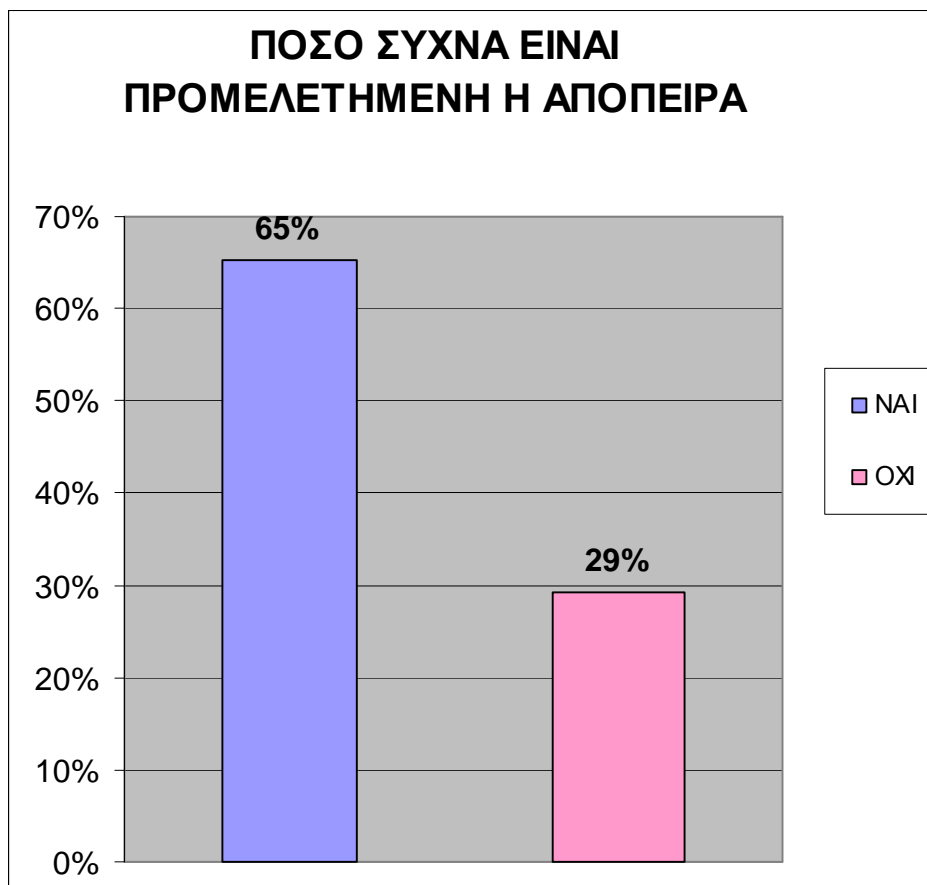


ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τις περισσότερες φορές η απόπειρα είναι προμελετημένη.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| ΝΑΙ | 98 | 65% |
| ΟΧΙ | 44 | 29% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι τις περισσότερες φορές η απόπειρα είναι προμελετημένη.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν τις περισσότερες φορές η απόπειρα είναι προμελετημένη.

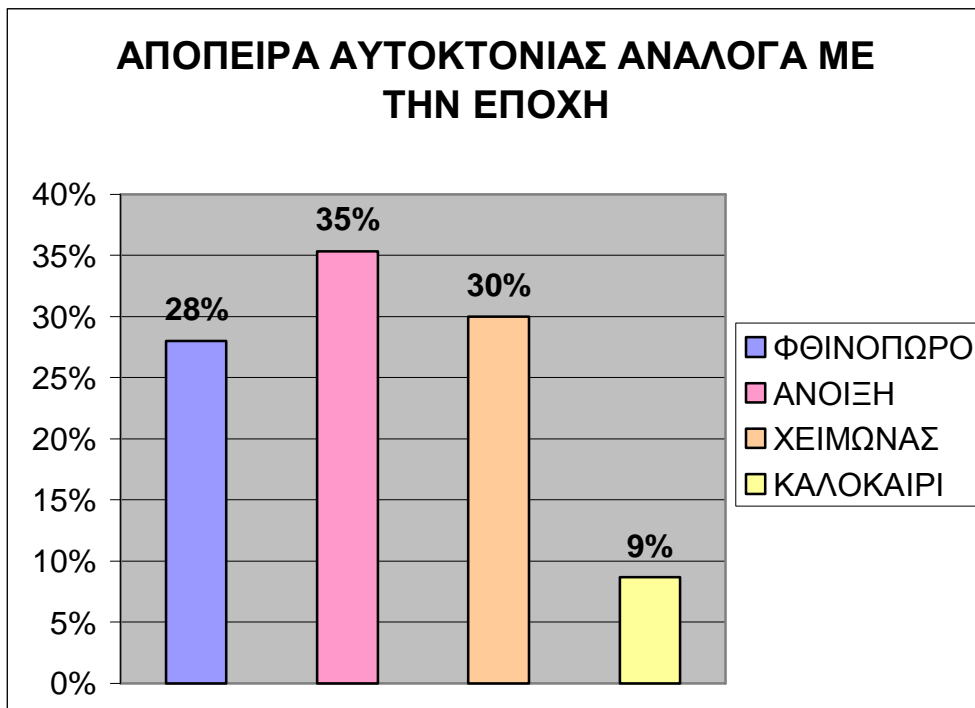


ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια εποχή πιστεύουν ότι γίνονται οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-----------|---------|------------|
| ΦΘΙΝΟΠΩΡΟ | 42 | 28% |
| ΑΝΟΙΞΗ | 53 | 35% |
| ΧΕΙΜΩΝΑΣ | 45 | 30% |
| ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ | 13 | 9% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως η εποχή που γίνονται οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας είναι η άνοιξη.

ΣΧΗΜΑ 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια εποχή πιστεύουν ότι γίνονται οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας.

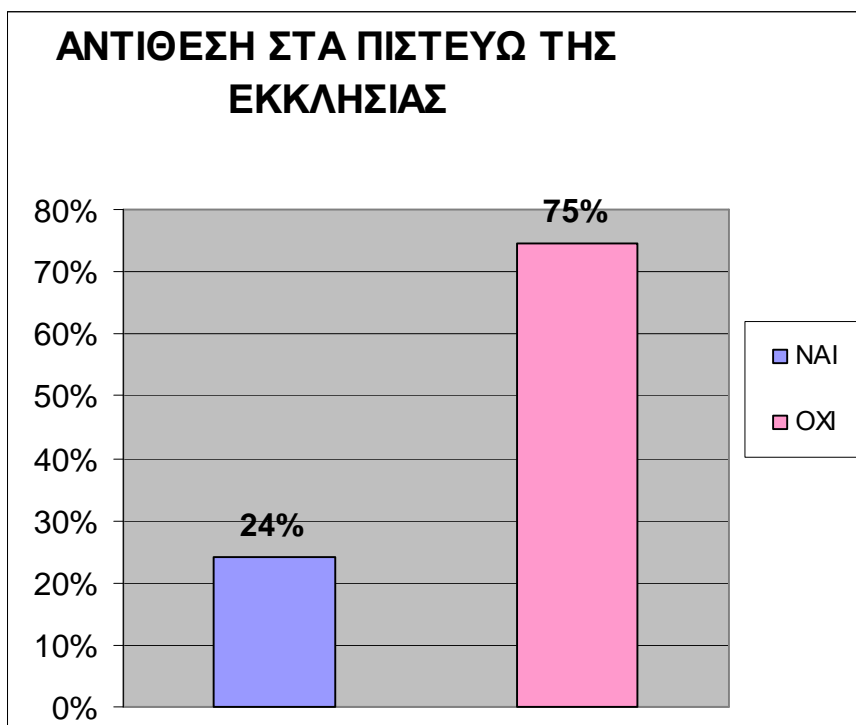


ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κάποιος που κάνει απόπειρα αυτοκτονίας είναι αντίθετος στα πιστεύω της εκκλησίας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| ΝΑΙ | 36 | 24% |
| ΟΧΙ | 112 | 75% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι όταν κάποιος κάνει απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι αντίθετος στα πιστεύω της εκκλησίας.

ΣΧΗΜΑ 18:Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κάποιος που κάνει απόπειρα αυτοκτονίας είναι αντίθετος στα πιστεύω της εκκλησίας.

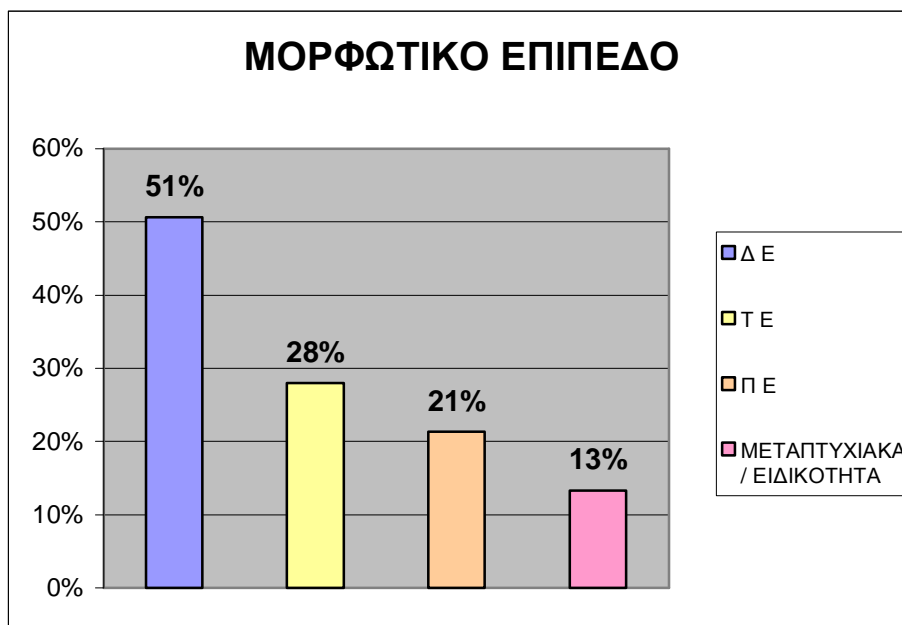


ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------------------|---------|------------|
| Δ Ε | 76 | 51% |
| Τ Ε | 42 | 28% |
| Π Ε | 32 | 21% |
| ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ / ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ | 20 | 13% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι το μορφωτικό επίπεδο των συναδέλφων τους που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν είναι ΔΕ.

ΣΧΗΜΑ 19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν.

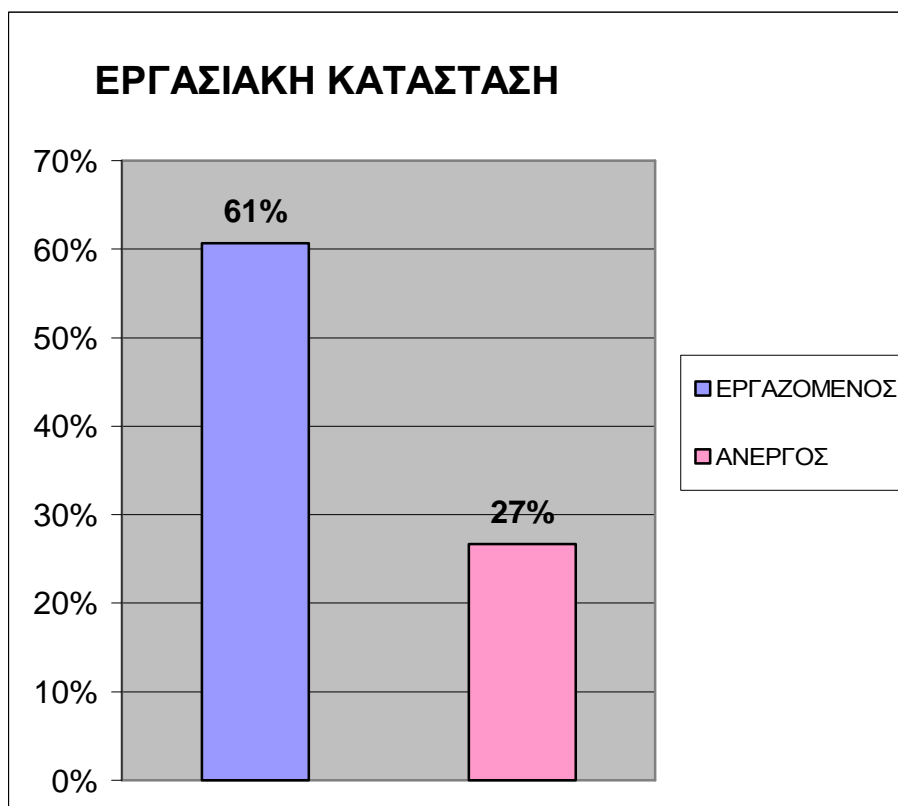


ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια πιστεύουν πως είναι η εργασιακή κατάσταση των νοσηλευτών που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|-------------|---------|---------|
| ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ | 91 | 61% |
| ΑΝΕΡΓΟΣ | 40 | 27% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως οι εργαζόμενοι νοσηλευτές είναι πιο επιρρεπής στο να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια πιστεύουν πως είναι η εργασιακή κατάσταση των νοσηλευτών που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

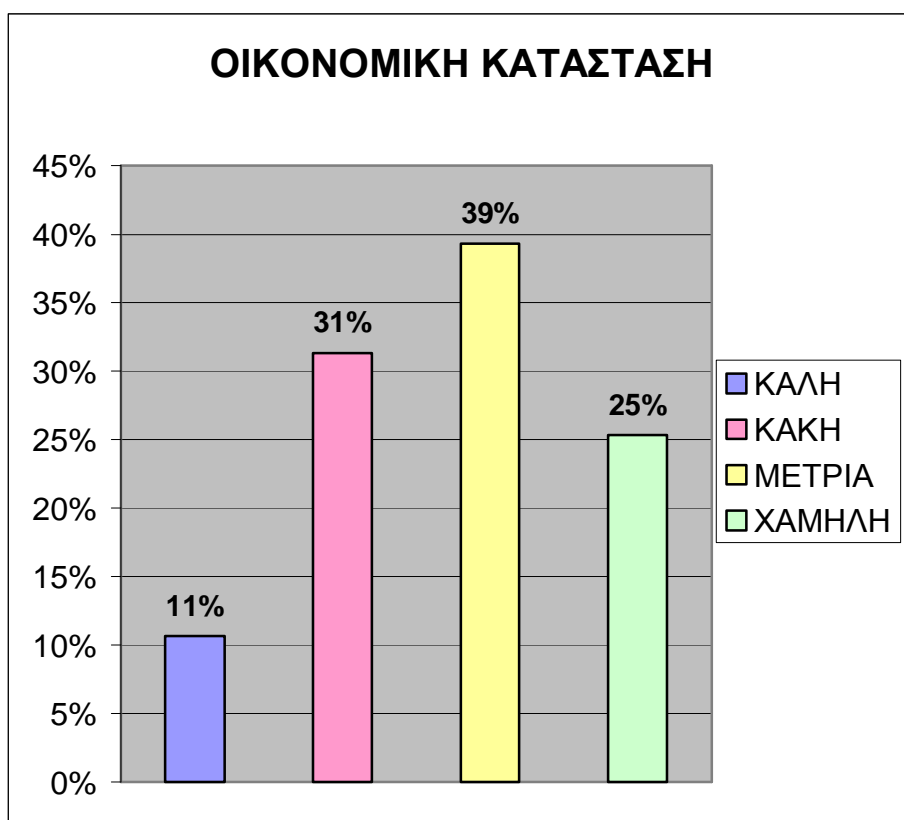


ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική κατάσταση που βρίσκονται συνήθως αυτοί που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|----------|---------|------------|
| ΚΑΛΗ | 16 | 11% |
| ΚΑΚΗ | 47 | 31% |
| ΜΕΤΡΙΑ | 59 | 39% |
| ΧΑΜΗΛΗ | 38 | 25% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι η οικονομική κατάσταση αυτών που συνήθως κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας είναι μέτρια.

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική κατάσταση που βρίσκονται συνήθως αυτοί που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

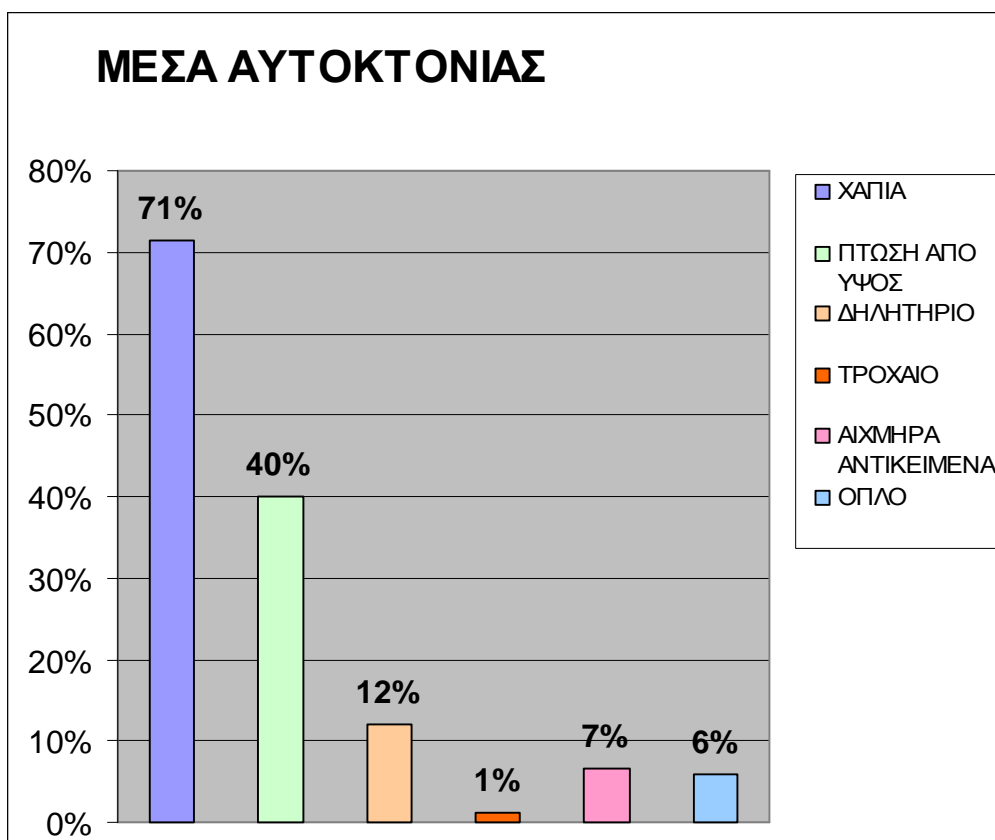


ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το ποια μέσα χρησιμοποιούν συνήθως για να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΧΑΠΙΑ | 107 | 71% |
| ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΥΨΟΣ | 60 | 40% |
| ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ | 18 | 12% |
| ΤΡΟΧΑΙΟ | 2 | 1% |
| ΑΙΧΜΗΡΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ | 10 | 7% |
| ΟΠΛΟ | 9 | 6% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως τα μέσα που χρησιμοποιούν συνήθως για να δώσουν τέλος στη ζωή τους είναι τα χάπια.

ΣΧΗΜΑ 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική κατάσταση που βρίσκονται συνήθως αυτοί που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

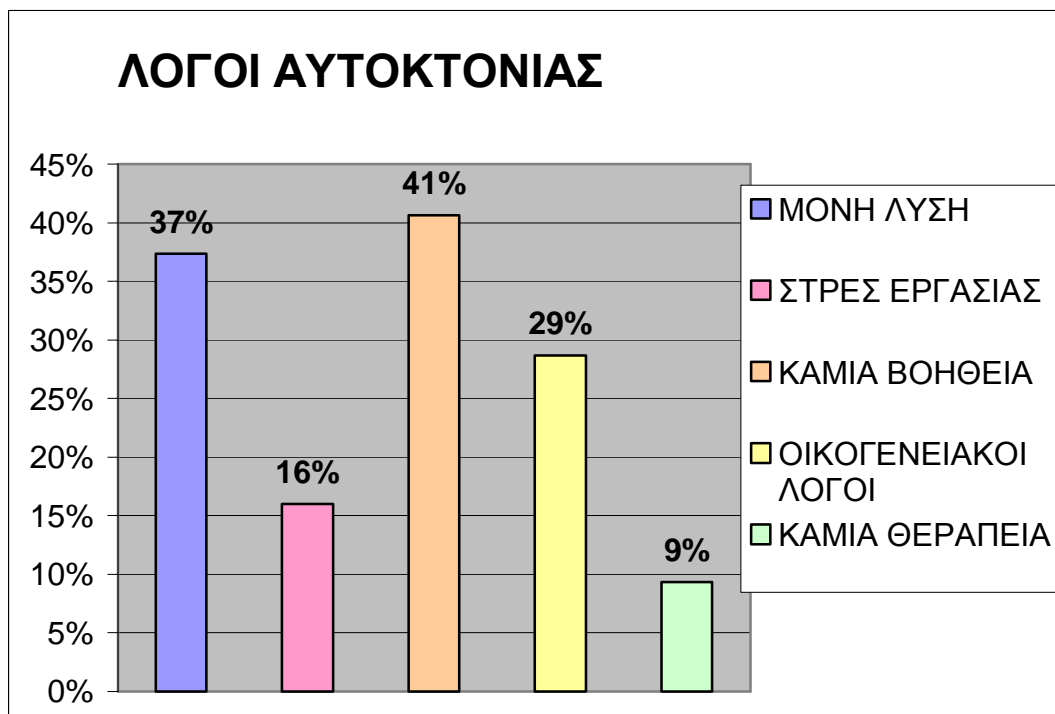


ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο που προσπαθούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|---------------------|---------|---------|
| ΜΟΝΗ ΛΥΣΗ | 56 | 37% |
| ΣΤΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ | 24 | 16% |
| ΚΑΜΙΑ ΒΟΗΘΕΙΑ | 61 | 41% |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΛΟΓΟΙ | 43 | 29% |
| ΚΑΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 14 | 9% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι ο λόγος που προσπαθούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους είναι γιατί το θεωρούν ως μόνη λύση.

ΣΧΗΜΑ 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το λόγο που προσπαθούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους.

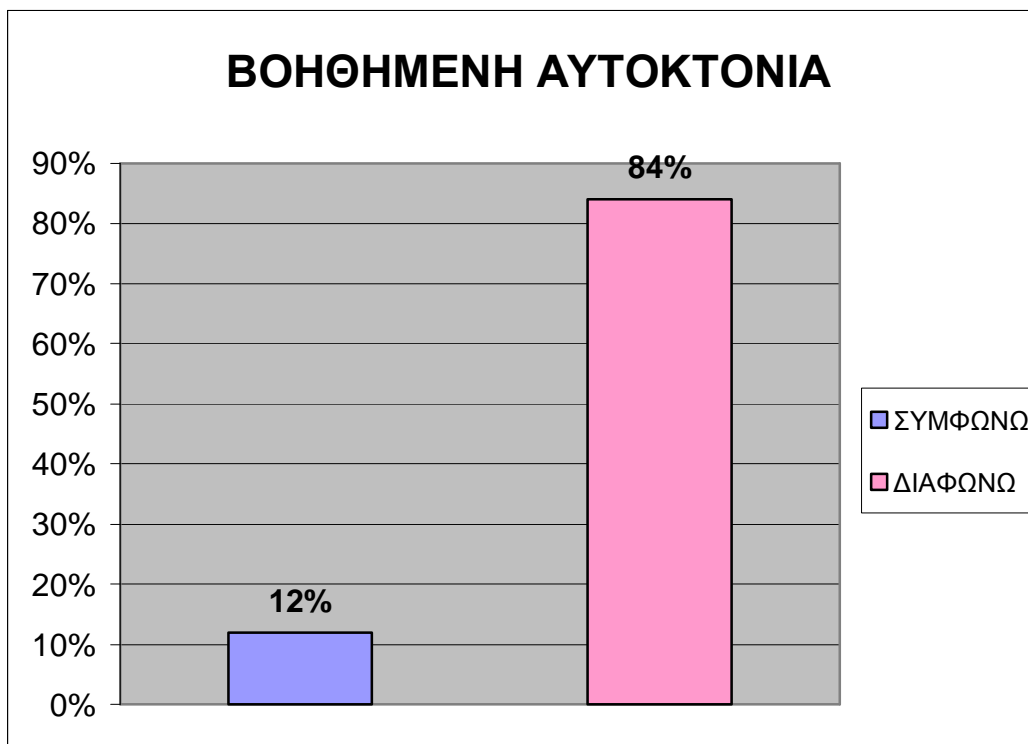


ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ή κατακρίνουν την βοηθημένη αυτοκτονία.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ |
|----------|---------|---------|
| ΣΥΜΦΩΝΩ | 18 | 12% |
| ΔΙΑΦΩΝΩ | 126 | 84% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως κατακρίνουν την βοηθημένη αυτοκτονία.

ΣΧΗΜΑ 24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν συμφωνούν ή κατακρίνουν την βοηθημένη αυτοκτονία.

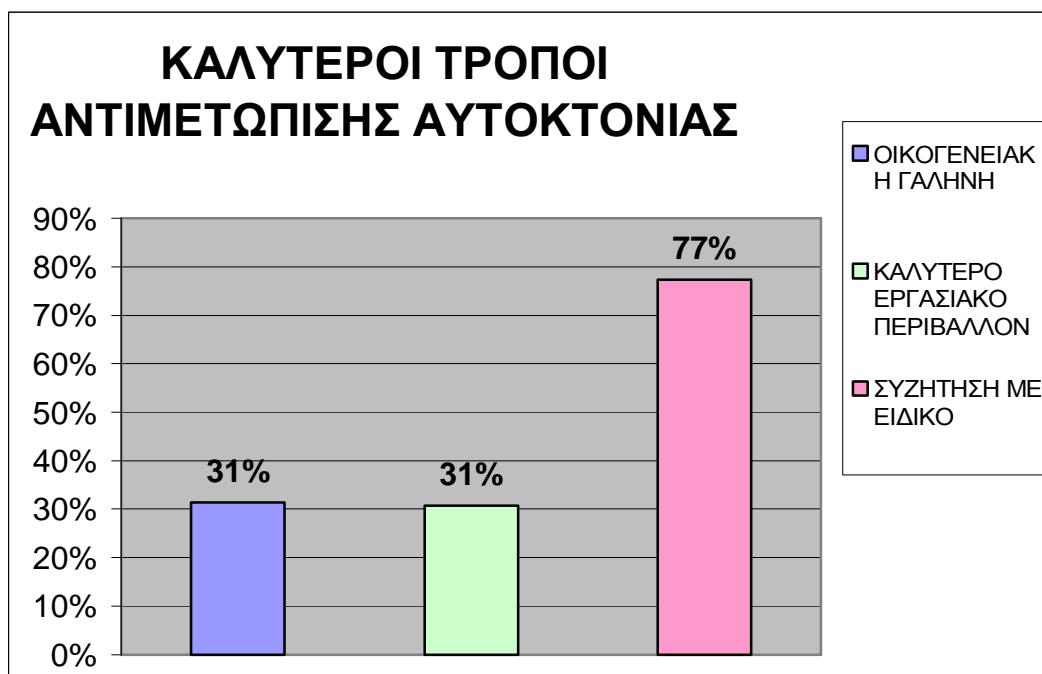


ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τρόπους που το πρόβλημα της αυτοκτονίας θα αντιμετωπιζόταν καλύτερα.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|-------------------------------|---------|------------|
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΓΑΛΗΝΗ | 47 | 31% |
| ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ | 46 | 31% |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΕΙΔΙΚΟ | 116 | 77% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν πως οι τρόποι που είναι καλύτεροι για την αντιμετώπιση του προβλήματος της αυτοκτονίας είναι η συζήτηση με τον ειδικό.

ΣΧΗΜΑ 25: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με τους τρόπους που το πρόβλημα της αυτοκτονίας θα αντιμετωπιζόταν καλύτερα.

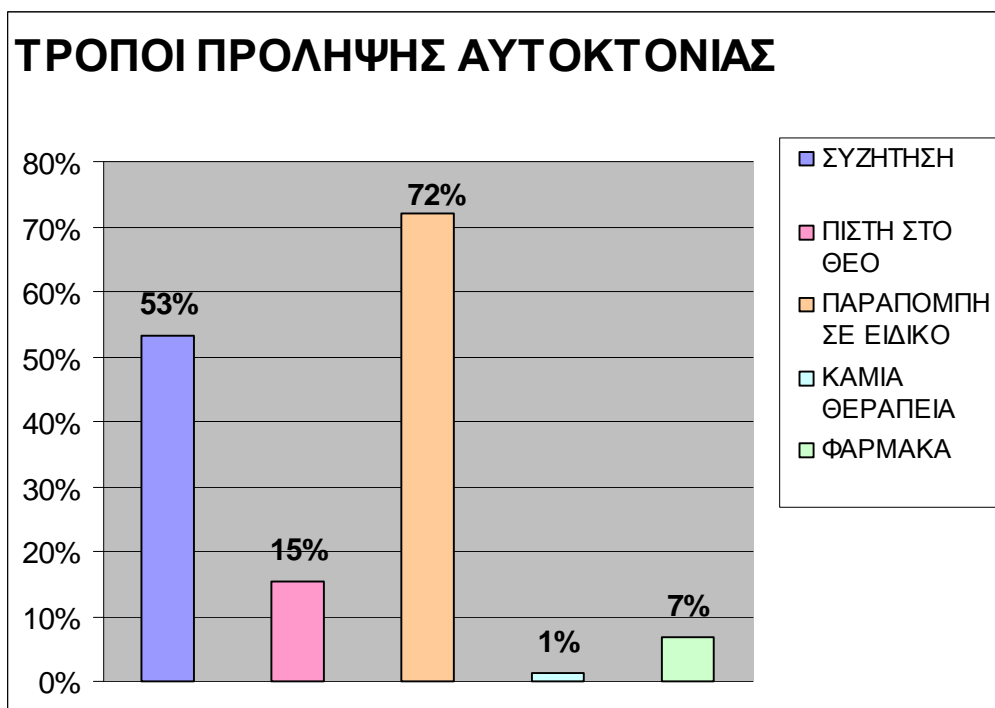


ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Κατανομή των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι θα έκαναν αν τους δινόταν η ευκαιρία να αποτρέψουν κάποιον από την αυτοκτονία.

| ΑΠΑΝΤΗΣΗ | ΑΡΙΘΜΟΣ | ΠΟΣΟΣΤΟ(%) |
|---------------------|---------|------------|
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 80 | 53% |
| ΠΙΣΤΗ ΣΤΟ ΘΕΟ | 23 | 15% |
| ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ | 108 | 72% |
| ΚΑΜΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ | 2 | 1% |
| ΦΑΡΜΑΚΑ | 10 | 7% |

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απάντησαν ότι αν τους δινόταν η ευκαιρία να αποτρέψουν κάποιον από την αυτοκτονία θα τον παρέπεμπαν σε κάποιον ειδικό.

ΣΧΗΜΑ 26: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 150 ερωτηθέντων σε σχέση με το τι θα έκαναν αν τους δινόταν η ευκαιρία να αποτρέψουν κάποιον από την αυτοκτονία.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο έως τον Αύγουστο του 2004. Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας απαντήθηκε από 150 άτομα (άνδρες και γυναίκες) που εργάζονταν στα νοσοκομεία: ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ, ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ, ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ, ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΤΖΑΝΕΙΟ, ΜΕΤΑΞΑ της Αθήνας και ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ της Πάτρας. Από την ανάλυση των στοιχείων παρατηρήθηκε ότι το 87% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 13% άνδρες. Αυτό δείχνει ότι η γυναικεία παρουσία υπερέχει στα επαγγέλματα υγείας. Η ηλικία των ερωτηθέντων ήταν μεγαλύτερης των 30 και μικρότερης των 40 σε ποσοστό 45%. Η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είχαν προϋπηρεσία λιγότερο από 5 χρόνια σε ποσοστό 27%. Ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 33% εργαζόταν στο παθολογικό τμήμα σε σχέση με το 67% που εργαζόταν σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες, σε ποσοστό 63%, ήταν έγγαμοι. Στην ερώτηση μας για το αν υπάρχει στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα το 97% απάντησε πως υπάρχει και μάλιστα το 75% το κατέταξε σε υψηλό. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες σε ποσοστό 69% απάντησαν ότι έχουν εκδηλώσει οι ίδιοι κατάθλιψη και μάλιστα μερικοί γνωρίζουν συναδέλφους τους που έχουν εκδηλώσει κατάθλιψη σε ποσοστό 53%. Οι πιο συχνόι λόγοι που οδηγείται κάποιος στην κατάθλιψη είναι η αδυναμία χαρακτήρα σε ποσοστό 61% και τα οικογενειακά προβλήματα σε ποσοστό 48%. Από τις απαντήσεις που πήραμε σχετικά με την κατανάλωση καφέ στους νοσηλευτές είδαμε ότι το 75% πίνει 1-2 καφέδες καθημερινά. Σχετικά με τις συνήθειες του καπνίσματος το 51% των νοσηλευτών μας απάντησε ότι δεν καπνίζει καθόλου. Τα πιο συνηθισμένα συναισθήματα που έχει κάποιος όταν εκδηλώσει κατάθλιψη είναι η μείωση του ενδιαφέροντος σε ποσοστό 50% και η παραμέληση εαυτού σε ποσοστό 36%. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες τα καταθλιπτικά άτομα ελάμβαναν αντικαταθλιπτικά σαν φαρμακευτική αγωγή σε ποσοστό 50% και ακολουθούν τα αγχολυτικά με ποσοστό 32%. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών πιστεύει ότι κατά ένα 45% οι συνάδελφοι τους που είχαν τάσεις αυτοκτονίας ανήκαν στην κατηγορία του απαισιόδοξου ατόμου. Σε ερώτηση μας για το ποιο είδος βοήθειας δίνεται σε αυτούς που έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν το 79% απάντησε πως η παραπομπή σε ειδικό είναι ο καλύτερος τρόπος βοήθειας. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες σε ποσοστό 38% πιστεύουν ότι οι συνάδελφοι τους ζητούν την βοήθεια ψυχολόγου πριν προχωρήσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας. Το 65% των ερωτηθέντων απάντησε πως τις περισσότερες φορές είναι προμελετημένη η απόπειρα. Η πιο επικίνδυνη εποχή για απόπειρα αυτοκτονίας είναι η άνοιξη σε ποσοστό 35%. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 75% πιστεύει πως τα άτομα που αυτοκτονούν δεν είναι αντίθετα στα πιστεύω της εκκλησίας. Παρατηρήθηκε πως το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είναι ΔΕ σε ποσοστό 51%. Βλέπουμε ότι το 61% των νοσηλευτών που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας είναι εργαζόμενοι και βρίσκονται σε μέτρια οικονομική κατάσταση σε ποσοστό 39%. Τα μέσα που χρησιμοποιούνται συνήθως για να δώσουν τέλος στη ζωή τους είναι τα χάπια με ποσοστό 71% σε σχέση με άλλα επικίνδυνα μέσα όπως π.χ. δηλητήριο, πτώση από ύψος κ.τ.λ. Οι λόγοι που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας τα άτομα είναι επειδή πιστεύουν κατά πρώτον ότι δεν τους προσφέρει κανένας βοήθεια σε ποσοστό 41% και κατά δεύτερον ότι είναι η μόνη λύση με ποσοστό 37%. Την βοηθημένη αυτοκτονία βλέπουμε ότι το 84% των νοσηλευτών την κατακρίνει. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος της αυτοκτονίας

είναι η συζήτηση με ειδικό σε ποσοστό 77%. Στην ερώτηση για το τι θα έκαναν αν τους δινόταν η ευκαιρία να αποτρέψουν κάποιον από την αυτοκτονία απάντησαν πως θα τον συμβούλευαν να πάει σε κάποιον ειδικό σε ποσοστό 72%.

Απ' ότι φαίνεται η αυτοκτονία στο νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι τόσο διαδεδομένη στην Ελλάδα όσο σε άλλες χώρες του εξωτερικού όπως π. χ στην Μ. Βρετανία και στην Αμερική. Τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα βλέπουμε ότι οι νοσηλεύτριες εργάζονται κάτω από τις ίδιες στρεσογόνες συνθήκες. Τα στατιστικά στη Μ. Βρετανία αποκαλύπτουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι 4 φορές πιο πιθανό να αυτοκτονήσουν συγκρινόμενες με ανθρώπους που δουλεύουν εκτός φαρμάκων. Αυτό φαίνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, τα οποία μας έδειξαν ότι τα χάπια είναι το πιο διαδεδομένο μέσο που χρησιμοποιείται στη απόπειρα αυτοκτονίας. Το ίδιο ισχύει και για τους γιατρούς. Η δημοσίευση μιας έρευνας από το περιοδικό Nursing Standard της Μ. Βρετανίας μας δείχνει ότι το περισσότερο από τα 2/3 των νοσηλευτών που υποφέρουν από κατάθλιψη ρίχνουν την ευθύνη στη δουλειά για την κατάστασή τους. Αυτό μπορούμε να το παρατηρήσουμε και από την εργασία μας στην οποία βλέπουμε ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που εκδηλώνουν κατάθλιψη λόγω του φόρτου εργασίας είναι αρκετά υψηλό. “Αυτή η αναλογία δείχνει ότι το να είσαι γιατρός ή νοσηλεύτρια αποτελεί σπουδαίο κίνδυνο στην αυτοκτονία”, λέει ο Mr. Harvey. Είναι μια τραγική ειρωνεία όταν δεσμεύεις τον εαυτό σου στο να σώζεις και να φροντίζεις τους άλλους, ενώ είναι πιο πιθανό να αυτοκτονήσεις εσύ. Μια έρευνα που έγινε σε 86.626 γυναίκες νοσηλεύτριες της Αμερικής (Σικάγο) έδειξε ότι 11 από αυτές που αυτοκτόνησαν έπιναν 2 με 3 φλιτζάνια καφέ ημερησίως, ενώ 21 από αυτές που αυτοκτόνησαν δεν ήπιαν σχεδόν ποτέ καφέ. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι η κατανάλωση καφέ μειώνει τον κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας. Στην έρευνα μας βλέπουμε ότι το 75% των ερωτηθέντων νοσηλευτών πίνουν 1 με 2 φλιτζάνια καφέ καθημερινά. Σε μελέτη που έγινε σε 121.000 νοσηλευτές μέσης ηλικίας και προϋπηρεσίας μεγαλύτερης από 10 χρόνια, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι αυτοί που καπνίζουν έχουν 2 με 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να διαπράξουν αυτοκτονία σε σχέση με άλλους που δεν καπνίζουν. Ειδικά αυτοί που καπνίζουν 25 ή περισσότερα τσιγάρα καθημερινά διατρέχουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν. Στην δική μας έρευνα βρήκαμε ότι το 51% των

νοσηλευτών δεν καπνίζει καθόλου. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές στην Αμερική υποστηρίζουν την βοηθημένη αυτοκτονία σε περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο ζωής και έχουν την απαίτηση να πεθάνουν. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό γιατρών στην Ελλάδα που συμφωνούν με την ιδέα της βοηθημένης αυτοκτονίας χωρίς να ξέρουμε όμως αν ποτέ θα την εφαρμόζαν. Οι νοσηλευτές στην δική μας έρευνα, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, κατακρίνουν την βοηθημένη αυτοκτονία. Σε έρευνες του εξωτερικού (Αυστραλία, Φιλανδία, Αγγλία, Ουαλία) είδαμε ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας αυξάνονται κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Έχει διαπιστωθεί ότι τους ζεστούς μήνες οι άνθρωποι έχουν περισσότερη ενέργεια, την οποία θέλουν να εξωτερικεύσουν. Επίσης η άνοιξη είναι μια περίοδος που αυξάνει γενικά τη δραστηριότητα και η αυτοκτονία είναι μια από αυτές τις δραστηριότητες. Είδαμε ότι στην έρευνα μας οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 35% είναι σύμφωνοι με τις παραπάνω έρευνες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση της έρευνας μας οδηγούν συμπερασματικά στα εξής:

- 1) Το 87 % του συνολικού δείγματος που απάντησε στις ερωτήσεις ήταν γυναίκες.
- 2) Τα περισσότερα άτομα σε ποσοστό 69% έχουν εκδηλώσει κατάθλιψη και το 53% από αυτούς γνωρίζει κάποιον συνάδελφο του που να έχει εκδηλώσει κατάθλιψη.
- 3) Η άνοιξη είναι μια εποχή που δίνει την δυνατότητα στα άτομα να εξωτερικεύσουν αυτά που τους απασχολούν και τα κρατούν μέσα τους . Είδαμε ότι τα περισσότερα άτομα σε ποσοστό 35% συμφώνησαν στο ότι οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πιο έντονες την άνοιξη.
- 4) Τα περισσότερα άτομα πριν την απόπειρα αυτοκτονίας προτιμούν να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό παρά να ζητήσουν βοήθεια από οποιονδήποτε άλλον.
- 5) Το πιο συνηθισμένο μέσο για να κάνει κάποιος νοσηλευτής απόπειρα αυτοκτονίας είναι τα χάπια λόγω του ότι βρίσκεται σε καθημερινή επαφή με αυτά.
- 6) Το μορφωτικό επίπεδο παίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκδήλωση κατάθλιψης και εν συνεχεία στην απόπειρα αυτοκτονίας.
- 7) Την βοηθημένη αυτοκτονία είδαμε πως σε ποσοστό 84% την κατακρίνουν. Πιστεύουν πως δεν είναι ο καλύτερος τρόπος για να πεθάνει κάποιος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το ερωτηματολόγιο αυτό γίνεται με σκοπό την μελέτη του φαινομένου της αυτοκτονίας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Προσπαθούμε να ερευνήσουμε τις τάσεις αυτοκτονίας των νοσηλευτών λόγω της πίεσης και του φόρτου εργασίας στο εργασιακό περιβάλλον. Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη. Στο ερωτηματολόγιο αυτό δεν χρειάζεται η αναγραφή των στοιχείων σας, γίνεται καθαρά για εκπαιδευτικούς λόγους.

1. Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία

<20 20-30
 30-40 >40

3. Προϋπηρεσία

<5 5-10 10-15
 15-20 >20

4. Τμήμα

Παθολογικό Χειρουργικό Μ Ε Θ
 Ψυχιατρική Μονάδα Εμφραγμάτων Καρδιολογική
 Άλλο _____

5. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος Άγαμος
 Διαζευγμένος /η Χήρος /α

6. α) Πιστεύετε πως υπάρχει στρες στο νοσηλευτικό επάγγελμα;

Ναι Όχι

β) Αν ναι σε ποιο βαθμό το κατατάσσετε;

Χαμηλό Μέτριο Υψηλό

7. α) Έχετε εκδηλώσει ποτέ κατάθλιψη;

Ναι Όχι

β) Γνωρίζεται αν έχει εκδηλώσει κάποιος συνάδελφος σας κατάθλιψη;

Ναι Όχι

8. Για ποιους λόγους πιστεύετε ότι οδηγείται στην κατάθλιψη κάποιος συνάδελφος σας;

Οικογενειακά προβλήματα Ερωτική απογοήτευση Ανεργία
 Κακή επίδοση στην εργασία Επαγγελματικές δυσκολίες
 Αδυναμία χαρακτήρα Οικονομικά προβλήματα

9. Πόσους καφέδες πίνετε καθημερινά;

- 1 - 2 >3

10. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

- 1 – 2 πακέτα κάτω από 1 πακέτο
 περισσότερα πακέτα καθόλου

11. Ποια πιστεύετε ότι ήταν τα συναισθήματα των συναδέλφων σας όταν είχαν εκδηλώσει κατάθλιψη;

- Απελπισία Μείωση ενδιαφέροντος Υπερευαισθησία
 Κόπωση Ανασφάλεια Παραμέληση εαυτού
 Εχθρικότητα Σκέψεις θανάτου Αίσθημα αναξιοσύνης

12. Γνωρίζετε τι φαρμακευτική αγωγή ελάμβανε ο συνάδελφος σας όταν είχε παρουσιάσει κατάθλιψη;

- Ηρεμιστικά Αγχολυτικά Υπνωτικά
 Αναλγητικά Αντικαταθλιπτικά

13. Σε ποια κατηγορία χαρακτήρα πιστεύετε ότι ανήκουν οι συνάδελφοί σας οι οποίοι είχαν τάσεις αυτοκτονίας;

- Αισιόδοξος Απαισιόδοξος Απομονωμένος Κοινωνικός
 Ερεϊστικός Ανάγκη επιβράβευσης Εσωστρεφής

14. Κατά τη γνώμη σας ποιο είδος βοήθειας πρέπει να δίνεται σε αυτούς που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας;

- Συζήτηση Παραπομπή σε ειδικό

15. Γνωρίζετε από που έχουν ζητήσει βοήθεια οι συνάδελφοί σας πριν προχωρήσουν στην απόπειρα αυτοκτονίας;

- Οικογένεια Συγγενείς Συνάδελφος Ψυχολόγος
 Ιατρός Πνευματικός Σύμβουλος

16. Πιστεύετε πως τις περισσότερες φορές η απόπειρα είναι προμελετημένη;

- Ναι Όχι

17. Ποία εποχή πιστεύετε ότι γίνονται οι περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας;

- Φθινόπωρο Χειμώνας
 Άνοιξη Καλοκαίρι

18. Κάποιος που κάνει απόπειρα αυτοκτονίας πιστεύετε πως είναι αντίθετος στα πιστεύω της εκκλησίας;

Ναι Όχι

19. Ποιο κατά τη γνώμη σας είναι το μορφωτικό επίπεδο των συναδέλφων σας που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν;

ΔΕ ΤΕ ΠΕ Μεταπτυχιακό/ Ειδικότητα

20. Ποια πιστεύετε πως είναι η εργασιακή κατάσταση των νοσηλευτών που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας;

Εργαζόμενος Άνεργος

21. Σε τι οικονομική κατάσταση βρίσκονται συνήθως αυτοί που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας;

Καλή Μέτρια
 Κακή Χαμηλή

22. Γνωρίζετε ποια μέσα χρησιμοποιούν συνήθως για να δώσουν τέλος στη ζωή τους;

Χάπια Δηλητήριο Αιχμηρά αντικείμενα
 Πτώση από ύψος Τροχαίο Όπλο

23. Κατά τη γνώμη σας γιατί προσπαθούν να δώσουν τέλος στη ζωή τους;

Μόνη λύση Καμία βοήθεια Καμία θεραπεία
 Στρες εργασίας Οικογενειακοί λόγοι

**24. Συμφωνείτε ή κατακρίνετε την βοηθημένη αυτοκτονία;
(βοηθημένη αυτοκτονία = τύπος ευθανασίας)**

Συμφωνώ Διαφωνώ

25. Με ποιους τρόπους πιστεύετε ότι το πρόβλημα της αυτοκτονίας θα αντιμετωπιζόταν καλύτερα;

Οικογενειακή γαλήνη Συζήτηση με “ειδικό”
 Καλύτερο εργασιακό περιβάλλον

26. Τι θα κάνατε αν σας δινόταν η ευκαιρία να αποτρέψετε κάποιον από την αυτοκτονία;

Συζήτηση Παραπομπή σε ειδικό Φάρμακα
 Πίστη στο θεό Καμία θεραπεία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- 1) Νίκος Μάνος. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής.<< Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών>> Θεσσαλονίκη. (1997)
- 2) Hillary Jones. Υπεραπασχόληση και άγχος <<Εκδόσεις Θυμάρι>> 1^η έκδοση Αθήνα (1999).32-33
- 3) Frederic. F. Flash, Κατάθλιψη-Η μυστική της δύναμη. Εκδόσεις: Δίοδος. (1974)
- 4) Γιώργος Κλεφτάρας. Η κατάθλιψη σήμερα. “Ελληνικά Γράμματα” Αθήνα (1998).23-46.
- 5) Barlow Durand. Ψυχολογία και παθολογική συμπεριφορά. <<Εκδόσεις: Έλλη>>2^η έκδοση Αθήνα (2002).19
- 6) Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας . Αθήνα 3^η έκδοση 2001.
- 7) Moore SL. A phenomenological study of meaning in life in suicidal older adults. Arch Psychiatr Nurs 1997, 11 (1): 29-36.
- 8) Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Θεμελιώδεις αρχές. Αθήνα 1978.
- 9) Μαρία Γκίκα. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.<< Εκδόσεις: Εταιρεία νοσηλευτικών σπουδών>>. Αθήνα.(2001)
- 10) Dallender J., Nolan P., Soares J., Thomsen S & Arnetz B. Journal of Advanced Nursing. A comparative study of the perceptions of the British mental health nurses and psychiatrists of their work environment. . England (1999) 29(1), 36-43.
- 11) Wall TD,Bolden RI, Borrell CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, Haynes CE, Rick JE, Shapino DA, West MA, Minor psychiatric disorder in NHS trust staff : Occupational and gender differences. Br J psychiatry 1997; 171:519-23
- 12) Burke RJ, Greenglass ER. Work status congruence work outcome and psychological well-being. Stress med 2000; 16(2):91-9.
- 13) Schaefer JA, Moos RH. Effects of work stressors and workclimate on long-term care staff’s job morale and functioning. Res Nurs Health 1996; 19(1):63-73.
- 14) Jeanne Geiger-Brown. Work schedules and depression among nurses aides working in nursing homes. Department of behavioral & community health, University of Maryland, Baltimore. (2002)
- 15) Richard. M. Glass. Awareness About Depression: Important for all physicians. JAMA (2003).289,3.169-3.170
- 16) Errica Frank and Arden. D. Dingle. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. American Journal Psychiatry 1999,156 :1.887-1.894
- 17) Vishwanath V, Baba Bella L, Galperin, Terri R, Lituchy. Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. International Journal of Nursing Studies.(1999), 36 :163-169
- 18) Firth-Cozens J: Sources of stress in women junior house officers. Br. Med J. (1990)301:89-91.
- 19) Nick Harvey. www.BBC.com/News/Health/ ‘Suicide risk’ for doctors and nurses. United Kingdom. (2000)
- 20) Johnston C: Suicide totals for MDs safe reminder of stresses facing medicine, conference told. Can. Med. Assoc. J, (1996), 155:109-111.
- 21) Thomas CB: What becomes of medical students: The dark side. Johns Hopkins Med J (1976),130:105-195
- 22) American Medical Association Council on Scientific Affairs: Physician Mortality and Suicide: Results and implications of the AMA-APA physician mortality project, Stage II Chicago AMA 1986.

- 23) Holmes VF, Rich CL: Suicide among physicians, in suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. Edited by Blumenthal SJ, Kupfer DF, Washington DC, American Psychiatric Press (1990), 599-618.
- 24) Rose KD, Roscow I: Physicians who kill themselves. Arch Gen Psychiatry (1973), 29:800-805.
- 25) Herbert Hendin. The American foundation for suicide prevention issues recommendations to address barriers to diagnosis and treatment. New York 2003.
- 26) Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Kawachi I. Stress and suicide in the nurse health study. J Epidemiol Community Health. USA (2002), 56 (2):95-8
- 27) Jeune B. Mortality among practicing physicians in Denmark 1971-1975. Ugeskr Laeger (1980), 142:2.577-82.
- 28) Lindhardt M, Frandsen E, Hamtoft H, Mosbech J. Causes of death among the medical profession in Denmark. Dan Med Bull. (1963), 10:59-64.
- 29) Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. Acta Psychiatr Scand.(1987),75:139-143
- 30) Borgan JK, Kristofersen LB. Mortality by Occupation and Socio-economic Group in Norway 1970-1980. Oslo: Central Bureau of Statistics of Norway (1986), 1-84.
- 31) Rimpela AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpela MK, Valkonen T. Mortality of doctors: Do doctors benefit from their medical knowledge? Lancet (1987), 84-86.
- 32) Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialities : Findings from a cohort of 20.000 NHS hospital consultants. Occup. Environ. Med. (1997), 54:388-95.
- 33) Doll R, Peto R. Mortality among doctors in different occupations. Br. Med. J.(1977), 1.433-36
- 34) Linderman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J: A systematic review on gender specific mortality in medical doctors. Br. J. Psychiatry (1996), 168: 274-279.
- 35) Arnetz BB, Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. Acta Psychiatr Scand.(1987),75:130-139
- 36) Stefansson CG, Wicks S: Health care occupations and suicide in Sweden 1961-1985. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (1991), 26:259-264.
- 37) Kushner HI: Women and suicidal behavior. Epidemiology, gender and lethality in historical perspective, in Women and Suicidal Behavior. Edited by Canetto SS, Lester D. New York springer (1995), 11-34.
- 38) McIntosh JL: US Suicide: 1990 Official Final Data. Denver, American Association of Suicidology. (1993).
- 39) Knud Juel, Johannes Mosbech and Eva Stottrup Hansen. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. International Journal of Epidemiology (1999), 28:456-460.
- 40) Hawton K, Clements A, Simkin S and Malmberg A. Doctors who kill themselves: A study of the methods used for suicide. QJ, Med. UK (2000), 93:351-357.
- 41) Willie T.ong. Why did 8 nurses commit suicide 1916 Filipino. Δημοσίευση από τοπική εφημερίδα Manila Times.
- 42) Roger E, Alexander. Stress-related suicide by dentists and other health care workers. American Dental Association. USA (2001).

- 43) United States Bureau of the Census, US. Department of commerce. Statistical Abstract of the United States 1999.119th ed. Washigton: US. Government Printing Office: 1999:100-1, 103-837.
- 44) Mareth TR. Suicide and the family physician: Clinical assessment of suicide risk .*Tex, Med* (1977), 73, (10): 57-63.
- 45) Lang Runtz H. Stress in dentistry: It can kill you. *J Can Dent Assoc.*(1984), 50(7): 539-41.
- 46) Shankle RJ. Suicide, divorce and alcoholism among dentists, fact of myth? *NC Dent J*(1977).60(2):12-5.
- 47) Bers GS. Dentist suicide: 1980:71(1): 14, 21.
- 48) Simpson R, Beck J, Jakobsen J, Simpson J. Suicide statistics of dentists in Iowa, 1968 to 1980.*JADA* (1983). 107(3):441-443
- 49) Stack S. Suicide risk among dentists: a multivariate analysis. *Deviant Behav* (1996). 17:107-18
- 50) ADA Bureau of Economic Research and Statistics. Mortality of dentists 1968 to 1972. *JADA* (1975). 90:195-8.
- 51) Rothman MA. Suicide: not for dentists only. *J Mo Dent Assoc* (1981).61(1): 26-7
- 52) Orner G, Mumma RD Jr. Mortality study of dentists: final report, December 30, 1976. Philadelphia Temple University 1976.
- 53) Revicki DA May HJ. Physician suicide in North Carolina. *South Med J* (1985), 78(10) 1205-7.
- 54) Horte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatr Scand.*(1987),75:150-160
- 55) Hilliard- Lysen J, Riemer JW. Occupational stress and suicide among dentists. *Deviant Behav* (1988), 9:333-46.
- 56) Wilson B. Stress in dentistry: National Survey. *Dent Management*(1984), 24: 14-19.
- 57) ADA Bureau of Economic Research and Statistics. The occupation of dentistry: Hs relation to illness and death- a review of and comment on published research. *JADA* (1977). 95:606-13
- 58) Godwin WC, Starks DD, Green TG, Koran A. Identification of sources of stress in practise by recent dental graduates. *J Dent Educ.*(1981), 45(4):220-1.
- 59) Klamen DL. Stress management for the healthcare worker. Presented at: American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons Meeting. Feb.6.1998.phoenix
- 60) Pitts FN.Jr, Schuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among US women physicians 1967-1972. *Am J Psychiatry*(1979),136(5):694-6.
- 61) Desjardins M. Physician suicide: can something be done? *Can Fam Physioan* (1997), 43:1.900-1.
- 62) Craig AG, Pitts FN Jr. Suicide by phycisians. *Dis Nerv Syst* (1968). 29(11):763-72.
- 63) Simon W. Suicide among physicians: Prevention and postvention. *Crisis* (1986), 7(1):1-13.
- 64) Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project Stage II: Council on Scientific Affairs. *JAMA* (1987), 257: 2.949-53.
- 65) Johnston C. Suicide totals for MDs sad reminder of stresses facing medicine, conference told. *CMA J.*(1996), 155(1):109-11.
- 66) Hawton K, Vislisel L. Suicide in nurses, *Suicide Life Threat Behav*(1999), 29(1):86-95.
- 67) Katz RM. Causes of death among registered nurses. *J Occup Med* (1983), 25(10):760-2.

- 68) Kelly S, Charlton J, Jenkins R. Suicide deaths in England and Wales 1982-1992:the contribution of occupation and geography. *Popul Trends* (1995), 80:16-25.
- 69) Romam E, Beral V, Inskip H, Occupation mortality among women in England and Wales. *Br Med J* (1985), 291:194-6.
- 70) Powell EH. Occupation, status and suicide: toward a redefinition of anomie. *Am Social Rev* (1958), 23:131-9.
- 71) Doebbert G, Riedmiller KR, Kizer KW. Occupational mortality of California women 1979-1981. *West J Med* (1988) 149:734-40.
- 72) King AS, Threlfall WJ, Band PR, Gallagher RP. Mortality among female registered nurses and school teachers in British Columbia. *Am J Ind Med*(1994), 26:125-32.
- 73) Gunnarsdottir H, Rafnsson V. Mortality among Icelandic nurses. *Scand J Work Environ Health*(1995), 21:24-9.
- 74) Mino Y, Yasuda N, Fujimura T, Ohara H. Caffeine consumption and anxiety and depressive symptomatology among medical students. *Arukoru Kenkyuto Yakubutsu Ison* (1990), 25:486-96.
- 75) Hemenway D, Solnick SJ, Colditz GA, Smoking and suicide among nurses. *Am J Public Health* (1993), 83:249-51.
- 76) Cary Cooper and Alison Straw. Επιτυχημένη αντιμετώπιση του στρες.<<ANUBIS>>. *British*. (1993). 7-36.
- 77) Spector P.E .Intrereactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical worker. *Work and stress* (1987) 1,155-162.
- 78) Χάρης Ν. Ρούσου. Νοσηλευτική Επαγγελματική Νομοθεσία. Αθήνα 1999.
- 79) Lois Turley.Nursing is stressful www.CareNurse.com. (2003)
- 80) Olofsson B, Bengtsson C and Brink E. *Journal of Nursing Management*. Absence of response: a study of nurses experience of stress in the workplace. Sweden .(2003) 11, 351-358.
- 81) Mc Laughlin C.*Journal of Advanced Nursing*. An exploration of psychiatric nurses and patients options regarding in-patients care for suicidal patients. .(1999) 29(5) 1042-1051. United Kingdom.
- 82) Δανάη Παπαδάτου, Φώτιος Αναγνωστόπουλος. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας.<<Ελληνικά Γράμματα>>Αθήνα (1995), 91-96.
- 83) Greenglass E,Filksenbauml and Burke RL.Component of social support, buffering effects and burnout: Implications for psychological functioning. *Anxiety, stress and coping: At international Journal*(1996) 9,185-197.
- 84) John P.R and Indvik J.The boomer blues: Depression in the workplace. *Public personnel management* (1997), 26, 359-365.
- 85) Paul Gilbert .Ξεπερνώντας την κατάθλιψη.<< Ελληνικά γράμματα.>> Αθήνα(1997)..40-82
- 86) National Institute of Mental Health. Genetics Workgroup.Genetics and mental disorders. NIH Publication (1998) No.98-4268. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- 87) Hyman S.E .Introduction to the complex genetics of mental disorders. *Biological psychiatry*(1999) , 5,518-21. www.all about depression.com
- 88) Oswin M.Children living in long-stay hospitals. .(1978) London: Heineman Medical
- 89) P.price @ all about depression.com 1999-2003.Prentiss Price
- 90) Emile Durkheim.Suicide.A free press paperback.1966,108,117.
- 91) Τζέϊμς Χάντφιλντ.(1991) Ψυχολογία και ψυχική υγεία. Εκδόσεις:θυμάρι.Αθήνα.282.

- 92) Ν. Κ. Ρασιδάκι. Στοιχεία ψυχιατρικής. Εκδόσεις: Ε-Μ, Μαραίτου –Σιδερίδη. Αθήνα 1979.
- 93) Σταύρος Ι.Μπαλογιάννης. Ψυχιατρική και ποιμαντική ψυχιατρική. Θεσσαλονίκη, Π.Πουρνάρα, 1986,439-446.
- 94) Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca SA.Estrogen-Serotonin interactions, implications for affective regulation: *Biological Psychiatry* ,1998, 44(9): 839-50.
- 95) Asberg M, Nordstrom P, Traskman-Bendz L. Biological factors in suicide. In:Roy A(ed) *Suicide*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1986: 47-71.
- 96) Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Manin JT. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995, 34: 173-185.
- 97) Χριστοδούλου Γ.Ν .Κατάθλιψη(β' έκδοση),Αθήνα,<<Βήτα>>1998,108-110,123-128.
- 98) Emanuel LL, von Gunten CF, Ferris FD. The Education for Physicians on End-of-life Care(EPEC) curriculum 1999.
- 99) Depression Guideline Panel. Depression in primary care: volume 1.Detection and diagnosis. Clinical practice guideline, number 5. AHCPR Publication No.93-0550. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- 100) NS117 Harris N. Management of work-related stress in nursing.2001 Nursing Standard.16, 10, 47-52.
- 101) Non- Hodgkins Lymphomas: Making Sense of Diagnosis, Treatment and Options. By Lorraine Johnston 2001 Patient Centered Guides.
- 102) Howarth E, Johnson J, Klerman GL, et all. Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. 1992 *Archives of General Psychiatry*, 49(10): 817-23.
- 103) Robert Breen, MD; Rupert J. Mc Cormac IV, MD . fresh look management of depression. *Postgrad Med* 2002;112(3):28-40.
- 104) Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. *Medseape Women's health* 1997;2:3. Revised from: woman's increased vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology. *Depression* 3:3-12.
- 105) Χριστόφορος Α.Χριστοφίδης.Ψυχικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους. Λευκωσία 1991,227-229.
- 106) American Psychiatric Association Workgroup on eating disorders(2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders(revision) *American Journal of Psychiatry* 157(1 suppl.):1-39.
- 107) Bruce B, Agras WS. Binge eating in females: a population-based investigation.1992. *International Journal of Eating Disorders*, 12:365-73.
- 108) Desjardins M. Physician suicide: can something be done? *Can Fam Physician* (1997), 43:1901-1905.
- 109) Theorell T. (2000). Stress en vetenskaplig utmaning. IFRN: kalla 52 Jaktad, pressad-utbrand? Forskare diskuterar strategier mot skadlig stress(stress-a scientific challenge in FRN: kalla 52 stress, Distress-Burnout? Researcher's Discussion of Stress Management) Swedish 11-25 FRN, Stockholm.
- 110) Samuel Barondes. Στοιχεία Μοριακής Νευρολογίας και Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών. Εκδόσεις: Έλλην. Αθήνα 1997.
- 111) Πέτρος Χαρτοκόλλης. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Αθήνα 1991 Θεμέλιο,94
- 112) Keller M. Paroxetine and imipramine in the treatment of adolescent depression. Presented at the 151st Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Toronto, June 1998.
- 113) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* (2000) 157:1-45.

- 114) M.H. Corrigan, Angelita Q. Denahan, C.Eugene Wright, Pharm. D, R.J. Raqual, M.S, and S.L.Evans, Depression and Anxiety (2000), 11:58-65.
- 115) Soames, J.C. Valproate treatment and the risk of hyperandrogenism and polycystic ovaries 2000. Bipolar Disorder, 2(1):37-41.
- 116) Bowden C.L., Calabrese J.R., Mc Elroy S.L., Gyulai L, Wassef A, Petty F, et all. For the divalproex Maintenance Study Group. A randomized placebocontrolled 12-month trial of divalproex and lithium in treatment of outpatients with bipolar disorder. 2000 Archives of general psychiatry 57(5):481-489.
- 117) Geller B, Reising D, Leonard HI et all.Critical review of tricyclic antidepressant use in children and adolescentw.1999 Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry 38(5):513-6.
- 118) Brent DA, Holder D, Kolko D, et all. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. 1997, Archives of general psychiatry 54(9): 877-85.
- 119) Mufson L, Weissman MM, Moreau D, et all. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. 1999, Archives of general psychiatry 56(6): 573-9.
- 120) Ruth Simpson, Annie Altschul. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Θεσσαλονίκη <<Ιθάκη>> 1988
- 121) World Health Organization.Classification of mental and behavioral disorders. Clinical description and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992.
- 122) Livingston G, Hawkins A, Graham N. The Gospel Oak Study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among ederly residents in inner London. PsycholMed 1990,20: 137-146.
- 123) Brabbins CJ. Dewey MP, Copeland GRM, et all. Insomnia in the elderly: Prevalence, gender differences and relationships with morbidity and mortality. Int Geriatr Psychiatry 1993,8: 473-480.
- 124) Berglund M, Nilsson K. Mortality in severe depression. Acta Psychiatr Scand 1987,76: 372-380.
- 125) Isometsa ET, Henrikson MM, Aro HM, Heikkenen ME, Kuoppasalmiki, Lonquist JK. Suicide in major depression. Am J Psychiatry 1994,151:530-536.
- 126) Barraclough BM, Pallis D. Depression followed by suicide: comparison of depressed suicides with living depressives. Psychol Med 1975,5:55-61
- 127) Roy-Byrne PP, Post RM, Hambrick D, Leverich GS, Rossoff AS. Suicide and course of illness in major affective disorders. J Affect Disord 1988,15:1-8.
- 128) National Assemply for Wales. NHS Wales Performance Management Framework. Rationale report and baseline data. July 2000: NHS Wales putting patients first. Cardiff.
- 129) Department of Health Safer Services: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by people with mental illness London: Doh:1999.
- 130) Suicide Statistics are based on ICD codes E950-9 and E980-989, minus E988-8. English and Welsh figures come from office for National Statistics DVS3.L 1996. Mortality Statistics 1996. Boundaries: figures for Northern Ireland come from General Register office for Northern Ireland, Belfast, Figures for the Republic of Ireland are provisional at the time of publishing, obtained from Central Statistics Office Cork: and figures for Scotland are obtained from Registrar General for Scotland, Annual Report 1996.
- 131) Gavin Lambert. Suicide rates highest in spring, summer months. American Journal Psychiatry (2003), 160:793-795.

- 132) Helina Hakko. Seasonal variation of suicides and homicides in Finland. Oulun Yliopisto, Oulu 2000.
- 133) Chew, KSY and Mc Cleary, R, 1995. The spring Peak in Suicide: A Cross- National Analysis, Social Science Medicine, Vol 40,223-30.
- 134) Ling Han et all. Εποχιακές διακυμάνσεις της διάθεσης στην Κίνα. Am J Psychiatry, January 2000, 157:133-135.
- 135) Hyman JW(1990).The light book: how natural and artificial light affect our health, mood and behavior. Jeremy P. Tarcher Inc., Los Angeles.
- 136) Fossey Eand Shapino CM (1992). Seasonality in psychiatry-a review. Can J. Psychiatry, 37:299-308.
- 137) Bradbury Tnand Miller GA(1985). Season of birth in schizophrenia: a review of evidence, methodology, and etiology. Psychol Bull 98: 569-594.
- 138) Castrogiovanni P, Lapichino S, Pacchierotti C and Pieraccini F (1998). Season of birth in psychiatry: a review. Neuropsychobiology 37:175-181.
- 139) American Foundation for suicide prevention. The suicide rate for blacks doyled between 1980 and 1996. New York 1999.
- 140) Kawachi I, Willett WC, Cololitz GA, Stampfer MJ, Speizer FE. Channing Laboratory, Department of Medicine, Harvard Medical school, Boston, Mass.USA. A prospective study of coffee drinking and suicide in women. Arch Intern Med, 1996 March, 11:156(5):521-5.
- 141) Hillary Chura, study: coffee may aid women's moods, cut suicide risk. Chicago 1996.
- 142) Hawton K. (1995) Media influences on suicide. Crisis 16(3):100-101.
- 143) Schmidtke A, Hafner H (1988). The weather effect after television films: new evidence for an old hypothesis. Psychological Medicine, 18:665-676.
- 144) Lester D. Understanding and preventing suicide: New perspectives Springfield, IL: Charles Thomas, 1990.
- 145) WHO. International suicide statistics. Internet 2000
- 146) AAGP. Patients and caregivers- Late life Depression Fact Sheet. Internet 2003
- 147) Butchar A. A profile of fatal injuries in South Africa 1999. First annual report of the National Injury Mortality Surveillance System (NIMSS). Executive summary 2000.
- 148) Mazruk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Hartwell N, Portera L, Iqbal MI. HIV seroprevalence among suicide victims in New York city, 1991-93. Am J Psychiatry (1997): 154(12):1.720-1.725.
- 149) Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer R. Suicide and HIV infection : mortality follow-up of 4.147 HIV sero-positive military service applicants. JAMA (1996): 276:1.743-1.746.
- 150) Hoyert DL, Kochanek KD and Murphy SL. Deaths : Final data for 1997. National Vital Statistics Report, 47(19).DHHS publication No 99-1.120. Hyattsville MD : National Center for Health Statistics 1999.
- 151) Meel BL. News Front Modern Medicine (1999)
- 152) South African Society of Psychiatrists (SASOP). Press release-mental health day, 9th October 2001.
- 153) Schlebusch L, Naseema BM. Department of Medically applied psychology, faculty of medicine, University of Natal, South Africa.1998.
- 154) Judd F, Mijch A, Mc Causland J, Cockram A.Depressive symptoms in patients with HIV infection: a further exploration. Aust NZ J Psychiatry (1997):31 (6): 862-8.
- 155) Kalichman SC, Rompa D, Cage M. Distinguishing between overlapping somatic symptoms of depression and HIV disease in peopre living with HIV. J Nerv Ment Dis (2000):188 (10):662-70.

- 156) Valente SM, Saunders JM. Managing depression among people with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*(1997).8(1): 51-67.
- 157) Dorrington R, Bourne D, Bradshaw D, Laubscher R, Timaeus. Technical report on the impact of HIV on adult mortality in South Africa, (2001). 5
- 158) Harber R. We need to structure our environment to combat AIDS. *The Mail and Guardian*, 17th May 2002.
- 159) Whiteside A, Sunter C. *AIDS : The challenge for South Africa*,2001.
- 160) HIV/AIDS in South Africa. The response of science to the epidemic. *South Africa Journal of Science* (2000): 96:259-261.
- 161) United Nations Statistics: Johannesburg looks at disused mines to bury dead. *Daily dispatch* (2000)
- 162) Meel BL, Prevalence of seropositivity in subjects of unnatural deaths and its health implications in Traskei, South Africa. Poster presented in XIII international conference on HIV/AIDS, Durban in 2.000.
- 163) Mazruk P, Tierney H, Tardiff K, Gross E, Morgan E, Hsu M, Mann J. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of American Medical Association* (1988), 260:1.333-1.337.
- 164) Sauders J, Buckingham S. When the depression turns deadly. *Nursing* (1988),18: 59-64.
- 165) Perry SW. Organic mental disorders caused by HIV: update on early diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* (1990), 147:696-710.
- 166) Judd FK, Mijch AM. Depressive symptoms in patients with HIV infection. *Aust NZ Psychiatry* (1996),30(1):104-9.
- 167) Shell R, McKenzie A, Vaidya A, Meidany F, Roma P. Asecond generation HIV/AIDS surveillance protocol based on unlinked anonymized testing of trauma patients at Southern Africa. Approved by department health for pilot subject in satellite centers in Eastern cape 2002.
- 168) Susser I, Stein Z. Culture, Sexuality and Women's Agency in the prevention of HIV/AIDS in South Africa. *American Journal of Public Health*. (2.000), 90:1.042-1.048.
- 169) Deborah Smith. Assesing the needs of lesbian, gay and bisexual youth. *Journal of the American Medical Association*. 2.001.
- 170) Canadian Centre for Justice Statistics. Adult correctional services in Canada, 1996-97. *Juristat* (1998), 18(3).
- 171) Canadian Press Newswire. Corrections struggling to prevent prisoner suicide. (17 August 1996).
- 172) Canadian Centre for Justice Statistic. Adult correctional services in Canada (Catalogue 85-211) Ottawa: Supply and services Canada (1990).141.
- 173) Correctional Services Canada. Suicide prevention. Working toward a better approach. *Let's talk*. (1994),6.
- 174) Task force on suicide in Canada. *Suicide in Canada : Update of the report of the task force on suicide in Canada*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare.1994
- 175) Conacher GN. The issue of suicide in Canadian federal penitentiaries. *Forum on Corrections Research*(1993),5(1):25-28.
- 176) National Task Force. *Report of the National Task Force on Suicide in Canada*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare 1987.
- 177) Laishes J. Retrospective study of inmate suicides in the correctional service of Canada. Final report. Ottawa: Correctional Research and Development. (April1992-March1994).

- 178) Royal Commission on Aboriginal Peoples. Suicide among aboriginal people: The crisis and the hope. In choosing life: Special report on suicide among aboriginal people 1995.
- 179) Bird L, Faulkner A. Suicide and Self-harm. Mental Health Foundation. London:2000.
- 180) Ussher J. Women's Madness London: Harvester Wheatsheaf 1991.
- 181) "Suicide Deaths in England and Wales, 1982-92. The contribution of occupation and geography". Population Trends No 80, by Sue Kelly and John Charlton. (1995)
- 182) Mental Health Foundation. Suicide and deliberate self-harm: The fundamental facts, briefing. Mental Health Foundation: London, 1997.
- 183) Hawton K, Simkin S, Malmberg A, Fagg J, Harriss L. Suicide and stress in farmers: Department of Health funded research. Stationery Office. London 1998.
- 184) Pollok LR. Suicide and suicidal risk in a rural context-social and psychological factors. University Wales 1999.
- 185) Borchy Lin. Farmer suicide study. University of Kentucky. Chandler Medical Center Kentucky, 2002.
- 186) Grace Minton . Youth depression, suicide at high level. Australia, 2003.
- 187) Matilda R Cuomo and Margaret I Cuomo, Maier. Warning signs of depression and suicide. New York 2002.
- 188) Ajaya K. Updhyaya et all. Ηλικιωμένοι και απόπειρα αυτοκτονίας. Am J Geriatr Psychiatry.(1999),7:317-320.
- 189) Rossie Goldsmith. BBC radio. Crossing continents was broadcast on Thursday 20 March 2003 at 1102.
- 190) Brita Olofsson , Claire Bengtsson and Eva Brink. Absence of response : a study of nurse's experience of stress in the workplace. Journal of Nursing Management (2003), 11:351-358.
- 191) Tim and Andrea Pheil. Personal stories of depression. America 2004.
- 192) Μαρτυρία Σόνιας . [http://www.1stpm.org/articles/this is not me. htm](http://www.1stpm.org/articles/this%20is%20not%20me.htm).(1998)
- 193) Rock Falls IL. Suicide. America 2004.
- 194) Μαρτυρία : A thought of suicide every day.
- 195) Houghton Mifflin. Webster's II. New College Dictionary. Assisted suicide- Dyer. Boston 1995.
- 196) Potter P and Perry A. Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practise (4th Ed), St Louis: Mosby-Year book (1997).
- 197) Schipper L. Cancer care during the last phase of life. Journal of Clinical Oncology (1998), 16(5): 1.986-1.996.
- 198) Haddad A. Acute care decisions : Ethics in action.(1997), 60(3):17,18,20.
- 199) Kaveny C. Assisted suicide, euthanasia and the law. Theological Studies (1997),58 (1):124-148.
- 200) Wlody G. Assisted suicide ,recent judicial decision and implications for critical care nurses. Critical Care Nurse (1997), 17(5):71-79.
- 201) Volker D. Assisted suicide and the domain of nursing practice. Journal of Nursing Law.(1998), 5(1):39-50.
- 202) Stanley S, Bergen. Physician-Assisted Suicide: Jurisdiction of the states US (1997).