

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Πτυχιακή εργασία

**ΘΕΜΑ: Μείζων κατάθλιψη, η διάγνωση και η αντιμετώπιση της
στο διαδίκτυο**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΚΟΛΟΒΟΥΡΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΔΡΟΣΟΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Κ.ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗΣ



ΠΑΤΡΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	6
1. Ορισμοί	7
1.1. Μύθοι Γύρω Από Την Αυτοκτονία	8
2. Επιδημιολογία Της Αυτοκτονίας	9
3. Παράγοντες Κινδύνου	10
3.1. Ηλικία	10
3.2. Φύλο	10
3.3. Οικογενειακή Κατάσταση	11
3.4. Τρόπος Ζωής	11
3.5. Επαγγελματική Κατάσταση	11
3.6. Σωματική Υγεία	11
3.7. Ψυχική Υγεία	12
3.8. Κατάχρηση Ή Εξάρτηση Από Το Αλκοόλ	12
3.9. Προηγούμενες Απόπειρες Αυτοκτονίας	12
3.10. Παράγοντες Δύσκολα Αναγνωρίσιμοι	12
4. Η εκτίμηση Του Ασθενή	13
4.1. Πότε Χρειάζεται Να Γίνεται Η Εκτίμηση	13
4.1.1. Λεκτικές Ενδείξεις	14
4.1.2. Συμπεριφορικές Ενδείξεις	14
4.2. Πως Γίνεται Η Εκτίμηση	15
4.3. Τι Αφορά Η Εκτίμηση	16
4.4. Αυτοκτονικός Ιδεασμός	16
4.5. Απόπειρες Αυτοκτονίας	17
4.5.1. Σωματική Βλάβη Κατά Την Απόπειρα Αυτοκτονίας	18
4.5.2. Η Πιθανότητα Διάσωσης Από Την Απόπειρα Αυτοκτονίας	19
4.6. Γενική Ψυχιατρική Εκτίμηση	21
4.7. Δυνατότητα Υποστήριξης Από Το Περιβάλλον	22
4.7.1. Οικογένεια Και Φίλοι	22
4.7.2. Άλλα Άτομα	24
5. Θεραπεία	24
5.1.1. Το Άτομο Πάει Σπίτι Του	24
5.1.2. Εκούσια Εισαγωγή Στο Νοσοκομείο	25
5.1.3. Ακούσια Εισαγωγή Στο Νοσοκομείο	26
5.1.4. Φαρμακευτική Αγωγή	26
5.2. Σημεία Προσοχής Κατά Την Θεραπεία	26
5.2.1. Η Επισήμανση Της Υγείας	26
5.2.2. Υπαρξιακές Αμφιβολίες	27
5.2.3. Οι Προσωπικές Αντιδράσεις	27

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	29
1. Νοσηλευτικές Απόψεις Για Την Αυτοκτονία	30
2. Πρόληψη (Πρωτογενής- Δευτερογενής- Τριτογενής)	31
3. Νοσηλευτική Εκτίμηση (στοιχεία αυτοκτονικής διάθεσης)	33
4. Ειδικές Οδηγίες Νοσηλευτικής Φροντίδας	35
5. Πρωτόκολλο Βασικών Προφυλάξεων	38
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	39
1.Ιατρική τεχνολογία και Η\Υ	40
2.Οι εφαρμογές της πληροφορικής στην υγεία	42
3.Η νοσηλευτική και η τεχνολογία	44
4.Ηθικοί προβληματισμοί κατά τη χρήση της τεχνολογίας	46
5.Διάγνωση κατάθλιψης από Η\Υ	49
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αυτοκτονικές συμπεριφορές αποτελούν ένα σοβαρό πρόβλημα τόσο για τις κλινικές, όσο και για τις κοινωνικοοικονομικές τους επιπτώσεις λόγω της αύξησής τους, και περισσότερο στους νέους. Είναι μία από τις επικινδυνότερες επιπλοκές των ψυχικών διαταραχών. Αποτελούν επίσης την πιο συχνή αιτία παραπομπών για ψυχιατρική εξέταση στο γενικό νοσοκομείο (18 – 34 %)⁷

Σε 1 – 20% εκτιμάται η δια βίου συχνότητα, σε 0,55 – 0,70% η ετήσια επίπτωση (400 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους). Συχνότερες φαίνεται να είναι σε χώρες του ανεπτυγμένου δυτικού κόσμου με ποσοστά κυμαινόμενα από 61/10⁵ για τους άνδρες και 595/10⁵ για τις γυναίκες.⁵

Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι εντονότερο στον γενικό πληθυσμό και τους ασθενείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας.⁷

Στις Η.Π.Α. η αυτοκτονία είναι από τις πρώτες αιτίες θανάτου ενηλίκων, και περίπου 1.000 άτομα κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας την ίδια στιγμή. 1/75 από αυτές ανά 20 λεπτά είναι επιτυχής, δηλαδή το άτομο έχει καταφέρει να τερματίσει τη ζωή του. Τα τελευταία 15 χρόνια το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι σταθερό, αλλά για τα άτομα από 15 έως 24 ετών το ποσοστό έχει τριπλασιαστεί.²

Σύμφωνα με μια έρευνα η οποία έγινε το 1992 από το National Center for Health Statistics (: Health, United States. Public Health Service, Hyattsville, MD) το ποσοστό αυτοκτονιών στην Αμερική είναι μεγαλύτερο για τους άνδρες και μικρότερο κατά 2/3 για τις γυναίκες καθώς και το ποσοστό αυτοκτονιών λευκών είναι κατά 1/3 μεγαλύτερο από αυτό των έγχρωμων.⁵

Τα περισσότερα άτομα τα οποία αυτοκτονούν εξαιτίας της ύπαρξης κάποιων ψυχικών ανωμαλιών, όπως είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια κ.λ.π. Άλλοι θέλοντας να αποφύγουν τα προβλήματά τους ή λόγω ανικανότητας να βρουν κάποια λύση γι' αυτά καταφεύγουν στην αυτοκτονία.

Στην περίπτωση που η αυτοκτονία δεν επιτύχει το άτομο εισέρχεται στο χώρο του νοσοκομείου όπου εκεί έρχεται σε επαφή με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές

οι οποίοι δεν θα περιποιηθούν μόνο τις πιθανές σωματικές βλάβες, αλλά θα επεκταθούν στην διερεύνηση των αιτιών που ώθησαν το άτομο σε αυτή την απόπειρα αλλά και να το διαφυλάξουν από επόμενες απόπειρες.⁷

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. Ορισμοί

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας κρίσης είτε διαπροσωπικής είτε ενδοπροσωπικής συνυπάρχουσας με συναισθήματα μοναξιάς, αμφιθυμίας, απόγνωσης και θυμού.⁹

Η αυτοκτονία μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως εξής:

Αλτρουιστική Αυτοκτονία

Στην θεωρία περί αυτοκτονίας του Durkheim, η αλτρουιστική αυτοκτονία διαπράττεται από άτομα με ισχυρούς διαπροσωπικούς δεσμούς που διαπράττουν αυτοκτονία με διαταγή να βοηθήσουν άλλους. Για παράδειγμα ένας στρατιώτης που ρίχνει τον εαυτό του πάνω σε μια χειροβομβίδα με διαταγή να προστατέψει τους συντρόφους του διαπράττει αλτρουιστική αυτοκτονία.

Άνομη Αυτοκτονία (Anomic Suicide)

Άνομη αυτοκτονία είναι η αυτοκτονία από κάποιον ο οποίος δεν έχει υιοθετήσει τους επικρατούντες κανόνες και αξίες της κοινωνίας. Για παράδειγμα ένα άτομο που διαπράττει αυτοκτονία παρά το ότι ανήκει σε μία θρησκεία η οποία θεωρεί την αυτοκτονία σαν αμαρτία.

Χρόνια Αυτοκτονία (Chronic Suicide)

Χρόνια Αυτοκτονία είναι αυτοκαταστροφική συμπεριφορά η οποία επιδρά μικραίνοντας το διάστημα της ζωής ενός ατόμου. Για παράδειγμα η κατάχρηση οινόπνευματων ή ναρκωτικών ουσιών.

Εγωιστική Αυτοκτονία (Egoistic Suicide)

Εγωιστική Αυτοκτονία είναι η αυτοκτονία κάποιου ο οποίος δεν έχει δυνατούς κοινωνικούς δεσμούς. Για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος που ζει απομονωμένος.

Μοιρολατρική Αυτοκτονία (Fatalistic Suicide)

Μοιρολατρική Αυτοκτονία είναι η αυτοκτονία από ανθρώπους οι οποίοι είναι στενά συνδεδεμένοι, συνυφασμένοι από τους κανόνες της κοινωνίας και τα έθιμα και διαπράττουν αυτοκτονία επειδή «έτσι έπρεπε». Για παράδειγμα όπως κάνουν οι χήρες ινδές, οι οποίες πέφτουν στην Νεκρική Πυρά των συζύγων τους.

Εστιακή Αυτοκτονία (Focal Suicide)

Εστιακή Αυτοκτονία είναι συμπεριφορά όπου σκόπιμα και κάποιες φορές άσκοπα το άτομο καταστρέφει ένα μέρος από το σώμα του, επιτρέποντας στον εαυτό του να ζήσει, αλλά κάνει τον εαυτό του να αιμορραγεί σκόπιμα.

Παρααυτοκτονία (Para suicide)

Πρόκειται για έναν όρο προερχόμενο από Ευρωπαίους μελετητές, προκειμένου να αναφερθούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στην οποία το άτομο σκοπεύει να επιζήσει και στην πραγματικότητα το καταφέρνει. Αυτή η συμπεριφορά αναφέρεται συχνά ως απόπειρα αυτοκτονίας.

1. 1. Μύθοι Γύρω Από Την Αυτοκτονία

Γύρω από την αυτοκτονία υπάρχουν πολλές εσφαλμένες αντιλήψεις ακόμη και μεταξύ των επιστημόνων ψυχικής υγείας. Αναφέρουμε τις πιο συνηθισμένες :

- ⇒ Τα άτομα με τάσεις αυτοκτονίας έχουν έντονη αυτοκαταστροφική τάση και έχουν το δικαίωμα να πεθάνουν.⁸ Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά είναι αμφιθυμικά με τον θάνατο, δηλαδή θέλουν συγχρόνως να πεθάνουν αλλά και να σωθούν από τον θάνατο. Για πολλούς, το ότι ζήτησαν να βοηθηθούν είναι η απόδειξη αυτής της αμφιθυμίας.¹
- ⇒ Από την στιγμή που το αποφασίζει κάποιος, η αυτοκτονία είναι αναπόφευκτη.⁸ Η ισχυρή πρόθεση αυτοκαταστροφής συνήθως

αντιπροσωπεύει μια οξεία κατάσταση που υποχωρεί όταν το άτομο επιζήσει των άμεσων συνθηκών που την δημιούργησαν.

- ⇒ Τα άτομα που μιλούν για αυτοκτονία δεν είναι αυτά που πραγματικά την πραγματοποιούν.⁸ Σε περιπτώσεις πάνω από 80% των ατόμων που αυτοκτόνησαν υπήρξαν σαφείς προειδοποιήσεις της πρόθεσής τους να πεθάνουν.
- ⇒ Βελτίωση που ακολουθεί την κρίση σημαίνει ότι η περίοδος του κινδύνου τελείωσε.⁸ Οι περισσότερες αυτοκτονίες συμβαίνουν μέσα σε 3 μήνες μετά από μια οξεία κρίση, όταν η βελτίωση δίνει στο άτομο περισσότερη ενέργεια με την οποία μπορεί να φέρει σε πέρας τις προθέσεις του.
- ⇒ Η συζήτηση των αυτοκαταστροφικών σκέψεων και σχεδίων με τον ασθενή θα ενισχύσει περισσότερο τις ιδέες αυτές.⁴⁶ Στην πραγματικότητα, η ανοιχτή αλλά με προσοχή και ευαισθησία συζήτηση θα ανακουφίσει την κρίση και σπάνια, αν όχι ποτέ, θα την επιδεινώσει.
- ⇒ Η τάση αυτοκτονίας είναι μεταδοτική μεταξύ των μελών της οικογένειας.⁴⁶ Η αυτοκτονία δεν έχει κληρονομικές ή μεταδοτικές ιδιότητες από άτομο σε άτομο μέσα στην οικογένεια. Μπορεί όμως ο ένας να μιμηθεί την συμπεριφορά του άλλου.⁸

2. Επιδημιολογία της Αυτοκτονίας

Σε χώρες που υπάρχουν σημαντικές επιδημιολογικές μελέτες αναφέρονται τα παρακάτω :

- ⇒ Η αυτοκτονία βρίσκεται ανάμεσα στις 10 κύριες αιτίες θανάτου.⁴

- ⇒ Περίπου 1 στα 1.000 άτομα αυτοκτονούν κάθε χρόνο.⁴
- ⇒ Οι εκτιμήσεις του συνολικού αριθμού των αυτοκτονιών κάθε χρόνο κυμαίνονται από 25.000 – 55.000 (στις Η.Π.Α.) ,πολλές πιθανές αυτοκτονίες δεν έχουν αποδειχθεί ποτέ.⁷
- ⇒ Ένας στους δέκα ανθρώπους του γενικού πληθυσμού κάποτε είχε αυτοκαταστροφικές τάσεις που θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν με το όρο σοβαρές.⁷
- ⇒ Για κάθε αυτοκτονία υπάρχουν ανάμεσα σε 10 – 40 απόπειρες. Πολλές απόπειρες δεν αναφέρθηκαν ποτέ.⁶

3. Παράγοντες Κινδύνου

Οι ερευνητές που ασχολούνται με την αυτοκτονία έχουν επανειλημμένα διερευνήσει για «αυτοκτονικά προφίλ». Στην προσπάθειά τους να δώσουν λύση στο μυστήριο του γιατί ορισμένα άτομα καταφεύγουν στην αυτοκτονία, έχουν εξετάσει σχεδόν τα πάντα.

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος από παράγοντες κινδύνου που αναγνωρίζονται σταθερά στις περισσότερες έρευνες, από τις οποίες οι περισσότερες έχουν γίνει στις Η.Π.Α.¹⁰

3.1. Ηλικία

Ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνει με την ηλικία και κορυφώνεται στην ηλικία των 70 ετών. Παρ' όλα αυτά τα τελευταία 20 χρόνια έχει υπερτριπλασιαστεί η συχνότητα των αυτοκτονιών ανάμεσα στους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες.¹¹

3.2. Φύλο

Οι άνδρες αυτοκτονούν τρεις φορές πιο συχνά από τις γυναίκες. Οι γυναίκες όμως κάνουν δύο ή τρεις φορές πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας από τους άνδρες. Οι άνδρες χρησιμοποιούν μαχαίρια, όπλα και άλλες βίαιες μεθόδους, ενώ οι γυναίκες καταφεύγουν συνήθως στη δηλητηρίαση, και κυρίως με λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων.¹¹

3.3. Οικογενειακή κατάσταση

Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μικρότερη ανάμεσα στους παντρεμένους και μεγαλύτερη ανάμεσα σ' αυτούς που είναι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι ή χήροι.⁸

3.4. Τρόπος Ζωής

Άτομα που ζουν μόνα τους παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους απ' ότι τα άτομα που ζουν με άλλους.

3.5. Επαγγελματική Κατάσταση

Οι άνεργοι παρουσιάζουν μεγαλύτερους κινδύνους αυτοκτονίας απ' ότι αυτοί που δουλεύουν μέσα ή έξω από το σπίτι. Οι επιστήμονες (ειδικά οι άνδρες γιατροί) παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.⁸

3.6. Σωματική Υγεία

Οι σωματικές αρρώστιες ή η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος είναι συχνότερες ανάμεσα σε αυτούς που αυτοκτονούν. Χαρακτηριστικά, παρατηρείται

μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά την περίοδο των τελευταίων μηνών πριν την αυτοκτονία.¹⁷

3.7. Ψυχική Υγεία

Ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη, η μανιοκαταθλιπτική νόσος, η σχιζοφρένια και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Ο σχιζοφρενής μπορεί να αυτοκτονήσει είτε κάτω από την επήρεια ακουστικών ψευδαισθήσεων (κατά τις οποίες υπακούει μόνο σε αυτές) ή παραληρητικών ιδεών είτε όμως και λόγω της κατάθλιψης που πολλές φορές συνοδεύει τη σχιζοφρένια (κυρίως λόγω αναγνώρισης των επιπτώσεων της νόσου) ιδιαίτερα στη υπολειμματική μορφή.¹⁷

3.8. Κατάχρηση ή Εξάρτηση Από Αλκοόλ

Ο αλκοολισμός αυξάνει έντονα τον κίνδυνο της αυτοκτονίας.

3.9. Προηγούμενες Απόπειρες Αυτοκτονίας

Όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας αυξάνει τον κίνδυνο της αυτοκτονίας. Έχει μάλιστα υπολογιστεί ότι αυξάνει κατά 64 φορές περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό.

3.10. Παράγοντες Δύσκολα Αναγνωρίσιμοι

⇒ 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 κατάθλιψη.⁸

⇒ **Διαπροσωπική απώλεια.** Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ διαπροσωπικής απώλειας και αυτοκτονίας. Διαπροσωπική απώλεια είναι ο χωρισμός, το διαζύγιο, ο θάνατος κλπ. και μπορεί να αφορά συγγενείς, φίλους, ερωτικούς συντρόφους, θεραπευτές. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε διαπροσωπική απώλεια είναι μεγαλύτερη στους αλκοολικούς.⁸

⇒ **Στρεσογόνοι παράγοντες.** Στα άτομα που αυτοκτονούν έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα στρεσογόνων παραγόντων κατά τους τελευταίους 6 μήνες πριν την αυτοκτονία. Τέτοιοι παράγοντες είναι η αλλαγή της εργασίας, μετακομίσεις, τοκετοί, αποφοιτήσεις, οικονομικές αποτυχίες, γάμος, συνταξιοδότηση, εμμηνόπαυση κ.ά.²¹ Η σημασία της αναγνώρισής τους για την όλη θεραπευτική αντιμετώπιση της κρίσης είναι φυσικά πολύ μεγάλη.¹⁶

⇒ **Διαπροσωπικές συγκρούσεις.** Μακροχρόνιες διαπροσωπικές συγκρούσεις με μέλη της οικογένειας ή με άλλα άτομα συνδέονται με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας.¹⁶

4. Η Εκτίμηση Του Ασθενή Με Τάσεις Αυτοκτονίας

4.1. Πότε Χρειάζεται Να Γίνεται Η Εκτίμηση

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι η τάση ή πρόθεση για αυτοκτονία μπορεί να εμφανιστεί με ποικίλους τρόπους που όμως είναι συχνά ασαφείς και όχι ιδιαίτερα εμφανείς. Γι αυτό ο κλινικός πρέπει να ρωτάει για αυτοκτονία οποτεδήποτε του περάσει από το μυαλό και πρέπει να ρωτά γι αυτήν σε κάθε καινούργιο ασθενή. Και πάλι, όμως, τα παραπάνω δεν είναι αρκετά, αν ο κλινικός δεν ευαισθητοποιηθεί σε ορισμένους τύπους λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων που εμφανίζουν άτομα που μπορεί να αυτοκτονήσουν.²¹

4.1.1. Λεκτικές Ενδείξεις

Άμεσες δηλώσεις για αυτοκτονία αναγνωρίζονται φυσικά εύκολα αλλά πολλές φορές τα άτομα τις κάνουν με τύπο αστείου. Δηλώσεις για αυτοκτονία, με οποιοδήποτε τρόπο κι 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 το αντέχω άλλο», «τίποτα δεν πάει σωστά», «δεν αντέχω άλλο στη δουλειά μου» εκφράζουν απογοήτευση ή δυστυχία. Η έλλειψη ελπίδας είναι ιδιαίτερα ενδεικτική για τα άτομα αυτά.²⁰ Εκφράσεις όπως «ίσως θα έπρεπε να τα παρατήσω γιατί δεν μπορώ να κάνω κάτι καλύτερο για μένα» ή «δεν περιμένω να έχω αυτό που θέλω» ίσως υπαινίσσονται ότι το άτομο βλέπει το μέλλον του αφόρητο.¹⁶ Τέτοιες δηλώσεις συχνά ακούγονται σαν καθημερινά παράπονα, αλλά είναι εδώ που μια προσεκτική διερεύνηση μπορεί να φέρει στην επιφάνεια αυτοκαταστροφικές σκέψεις και σχέδια.

4.1.2. Συμπεριφορικές Ενδείξεις

Άτομα που δεν μπορούν να εκφράσουν λεκτικά την επιθυμία τους να πεθάνουν μπορεί να την εκδραματίζουν με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής που ξαφνικά αποφασίζει να κάνει την δική του διαθήκη ή που μοιράζει πολύτιμα προσωπικά του αντικείμενα ίσως να τακτοποιεί τις υποθέσεις του, πριν αυτοκτονήσει.²⁶ Μη θανατηφόροι πειραματισμοί με δυνητικά θανατηφόρα μέσα, όπως φάρμακα ή όπλα ίσως να προλέγουν μια σοβαρή απόπειρα. Καινούργιο ενδιαφέρον για ασφάλεια ζωής ή για εξασφάλιση για τόπο ταφής κλπ. μπορεί να φαίνεται σαν απλή προνοητικότητα και μόνο αργότερα να αποδεικνύεται ότι περιείχε πρόθεση αυτοκτονίας. Ατυχήματα και τάση για ατυχήματα είναι συχνά στα άτομα που έχουν

τάσεις αυτοκτονίας. Όλη η παραπάνω συμπεριφορά θα πρέπει να προχωρεί στην εξέταση που περιγράφεται παρακάτω.²²

4.2. Πως Γίνεται Η Εκτίμηση

Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στην αυτοκτονία είναι σε έσχατη απελπισία. Οι συνηθισμένες τους μέθοδοι που χρησιμοποιούσαν για να τα βγάλουν πέρα στη ζωή τους έχουν αποτύχει και ίσως να αισθάνονται μεγάλη ντροπή για την κατάσταση που βρίσκονται. Ένα αντικείμενο, χωρίς κριτική, 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 σχέδιά τους.⁸

Όσο είναι δυνατό, θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια ο ασθενής με αυτοκαταστροφικές τάσεις να εξετάζεται σε ένα ήσυχο μέρος. Όταν ο ασθενής έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, είναι βασικό η συνέντευξη να γίνει όταν η φυσική του κατάσταση είναι εντάξει και ο ασθενής είναι εκτός κινδύνου. Αρχικά, συνήθως, ο κλινικός θα μιλήσει μόνος του με τον ασθενή και αργότερα θα επικοινωνήσει με τους φίλους του είτε προσωπικά είτε με το τηλέφωνο. Θα πρέπει να διευκρινίσει στον καθένα για το πώς θα προχωρήσει η εκτίμηση.⁸ Μια ήρεμη και οργανωμένη προσέγγιση θα ελαττώσει την υπερβολική ένταση που, όπως είναι αναμενόμενο, επικρατεί μεταξύ των μελών της οικογένειας και των φίλων. Γενικά, πρέπει να αποφεύγεται η πρόωρη καθησύχαση γιατί μπορεί να ερμηνευθεί από τον ασθενή ότι ο κλινικός δεν είναι σε θέση να καταλάβει τη σοβαρότητα της κατάστασης. Είναι φανερό ότι το είδος αυτό της εκτίμησης χρειάζεται χρόνο και σχολαστική προσοχή στις συναισθηματικές αποχρώσεις. Και οι δυο αυτοί παράγοντες, όμως, είναι γνωστό ότι είναι δύσκολο να λειτουργήσουν σε πολυάσχολα εξωτερικά ιατρεία. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να καταβληθεί κάθε προσπάθεια για τη συγκέντρωση των στοιχείων, που είναι απαραίτητα για την εκτίμηση.²¹

4.3. 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 γενετική ψυχιατρική κατάσταση και στην ύπαρξη ή όχι δυνατότητας υποστήριξης από το περιβάλλον.²⁸

4.4 Αυτοκτονικός Ιδεασμός

Όπως ήδη αναφέραμε, ο κλινικός 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.

Η διερεύνηση της πιθανής ύπαρξης σκέψεων αυτοκτονίας μπορεί να γίνει διακριτικά και να αποφέρει πολύ χρήσιμες πληροφορίες, όταν ο κλινικός αρχίζει με γενικές ερωτήσεις και συνεχίζει με πιο συγκεκριμένες. Π.χ. ένα σχήμα προοδευτικών ερωτήσεων είναι τα παρακάτω:

- ⇒ Πως είναι η ζωή σου;
- ⇒ Πως αισθάνεσαι γενικά;
- ⇒ Πόσο άσχημα μπορεί να φθάσεις να νιώθεις;
- ⇒ Αισθάνεσαι μερικές φορές σα να θέλεις να παρατήσεις τα πάντα;
- ⇒ Σκέφτεσαι ποτέ ότι θα ήσουν καλύτερα νεκρός/ ή;
- ⇒ Έχεις σκεφθεί να δώσεις τέλος στη ζωή σου;
- ⇒ Αισθάνεσαι ποτέ να κάνεις κακό στον εαυτό σου;
- ⇒ Πως θα το έκανες;
- ⇒ Που θα έβρισκες τον τρόπο να το κάνεις;
- ⇒ Τι ώρα και που θα το έκανες;
- ⇒ Πόσο κοντά έχεις φτάσει στο να αυτοκτονήσεις;

- ⇒ Αισθάνεσαι ότι θα αυτοκτονήσεις στο άμεσο μέλλον;
- ⇒ Τι σε κράτησε στο να μην αυτοκτονήσεις μέχρι τώρα;
- ⇒ Γνωρίζει κανείς άλλος ότι νιώθεις έτσι;

Κάθε ερώτηση εστιάζει περισσότερο τη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις, ο κλινικός 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 το άτομο παρουσιάζεται ν' αποκαλύπτει βαθμιαία συνεχώς και πιο προσεκτικό σχεδιασμό αυτοκτονίας.⁸

Όταν φθάσουμε να συζητούμε για σχεδιασμό αυτοκτονίας, οι παράγοντες-κλειδιά που πρέπει να διερευνήσουμε είναι: το πόσο δυνητικά θανατηφόρα είναι η μέθοδος, το πόσο προσιτή είναι η μέθοδος και ποια θα ήταν η πιθανότητα διάσωσης.³³ Σημειώνουμε, ότι οι διακριτικές ερωτήσεις δεν αυξάνουν ποτέ την επιθυμία ούτε την ικανότητα του ασθενή να σχεδιάσει την αυτοκτονία. Άμεση άρνηση της ύπαρξης τάσεων ή προθέσεων για αυτοκτονία από μέρους του ασθενή είναι συνήθως αληθινή. Τα άτομα συχνά παραδέχονται ότι σκέφτονται σοβαρά ν' αυτοκτονήσουν αλλά επιμένουν ότι δε 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.³⁴ 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 τους.³³

4.5. Απόπειρες Αυτοκτονίας

Οι ειδικοί που ασχολούνται με την ψυχική υγεία συχνά καλούνται να δουν ασθενείς που έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.⁸ Σε τέτοιες περιπτώσεις ο κλινικός θα πρέπει να κρίνει αν υπάρχει κίνδυνος για άλλη απόπειρα στο άμεσο μέλλον. Αυτό, φυσικά, προϋποθέτει προσεκτική εκτίμηση αυτής καθαυτής της απόπειρας του

ασθενή, γιατί το πόσο κοντά έφθασε στο θάνατο το άτομο αποτελεί σημαντικό προγνωστικό στοιχείο για αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αργότερα. Κανένα άτομο που έκανε απόπειρα δεν πρέπει να επιστρέψει σπίτι του πριν γίνει ψυχιατρική εκτίμηση.²¹

Παρακάτω αναφέρονται διάφορες ερωτήσεις που μπορεί να ρωτήσει ο κλινικός για να προσδιορίσει σχετικά γρήγορα τον κίνδυνο θανάτου που υπήρξε από μια συγκεκριμένη αυτοκαταστροφική πράξη. Οι ερωτήσεις αυτές εκτιμούν τη βλάβη που έγινε από την απόπειρα και το βαθμό που ήταν πιθανή η διάσωση από την συγκεκριμένη απόπειρα.⁴⁴

4.5.1. Σωματική Βλάβη Κατά Την Απόπειρα Αυτοκτονίας

Οι παρακάτω ερωτήσεις μπορούν να βοηθήσουν τον κλινικό να εκτιμήσει τη σωματική βλάβη σε μία μη πετυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας.

1. Τι μέσο χρησιμοποιήθηκε;
 - ⇒ Λιγότερο θανατηφόρο (λήψη από το στόμα, κόψιμο, μαχαίρωμα, κλπ.)
 - ⇒ Μέτρια θανατηφόρο (πνιγμός, ασφυξία, στραγγαλισμός)
 - ⇒ Περισσότερο θανατηφόρο (πήδημα, πυροβολισμός)⁸
2. Είχε διαταραχή της συνείδησης;
 - ⇒ Σε εγρήγορση
 - ⇒ Ημικωματώδης
 - ⇒ Κωματώδης⁸
3. Πόση σωματική βλάβη προκάλεσε το άτομο στον εαυτό του;
 - ⇒ Ελαφρά : επιπόλαια, αυτοπεριοτιζόμενη (π.χ. γρατσούνισμα χωρίς σημαντική απώλεια αίματος)
 - ⇒ Μέτρια : Απαιτεί ιατρική φροντίδα αλλά δεν είναι επικίνδυνη (π.χ. πληγή που απαιτεί ράμματα οστών, βλάβη σε μικρές αρτηρίες)

⇒ Σοβαρή : Διάτρηση ζωτικών οργάνων ή μεγάλων αγγείων, κατάγματα του κρανίου ή μεγάλων οστών, νευρολογικές αλλοιώσεις.⁸

4. Πόσο γρήγορη ήταν η ανάρρωση του ατόμου από τις σωματικές βλάβες μετά την απόπειρά τους;

⇒ Μέσα σε 24 ώρες

⇒ Μία ως έξι ώρες

⇒ Αμφισβητήσιμη πιθανή υπολειμματική βλάβη⁸

5. Ποια ήταν η απαραίτητη ιατρική θεραπεία;

⇒ Πρώτες βοήθειες

⇒ Εισαγωγή σε νοσοκομείο

⇒ Εντατική παρακολούθηση⁸

4.5.2. Η Πιθανότητα Διάσωσης Από Την Απόπειρα Αυτοκτονίας

Το άτομο που έκανε απόπειρα αυτοκτονίας χωρίς να τη φέρει σε πέρας είναι φανερό ότι διασώθηκε, αλλά είναι χρήσιμο να εξακριβώσουμε πόσο πιθανό ήταν να γίνει αυτή η διάσωση. Για παράδειγμα, το να πάρει κάποιος μια υπερβολική δόση στο σπίτι του την ώρα που βρίσκονται και άλλα άτομα γύρω του, είναι πολύ διαφορετικό από το να πάρει την ίδια δόση ενώ είναι μόνος του σ' ένα δωμάτιο ξενοδοχείου σε μία ξένη πόλη.³² Η πιθανότητα διάσωσης δίνει ένα μέτρο του πόσο δυνητικά θανατηφόρα ήταν μια απόπειρα αυτοκτονίας, καθώς επίσης και στοιχεία για την εκτίμηση του συνεχιζόμενου κινδύνου αυτοκτονίας.²³

Οι παρακάτω πέντε ερωτήσεις μπορούν να δώσουν κάποια στοιχεία για το πόσο το άτομο ήθελε ν' αποκρύψει ή να φανερώσει την απόπειρα αυτοκτονίας που έκανε⁸:

1. Ποιο ήταν το περιβάλλον μέσα στο οποίο έγινε η απόπειρα;

⇒ Οικείο: όπου το άτομο θα αναγνωριζόταν (π.χ. σπίτι, γραφείο, σχολείο)

⇒ Μη οικείο αλλά όχι απόμερο: όπου το άτομο δεν θα αναγνωρίζονταν, αλλά μπορούσε να εντοπισθεί από κάποιον περαστικό (π.χ. γέφυρες, υπόγειοι σιδηρόδρομοι, δημόσια κτίρια)

⇒ Απόμερο : όπου η ανεύρεση δεν ήταν πιθανή (π.χ. εγκαταλειμμένες περιοχές, στενά, επαρχιακοί δρόμοι)

2. Ποιος έκανε τη διάσωση;

⇒ Κάποιο σημαντικό γι' αυτόν (ή) άτομο: κάποιο άτομο που τον(την) γνωρίζει (φίλος, συγγενής, θεραπευτής)

⇒ Ειδικός : κάποιος που η δουλεία του είναι τέτοια που μπορούσε να τον(την) σώσει (γιατρός, αστυνομικός, ταξιτζής, τηλεφωνήτρια)

⇒ Περαστικός : κάποιος που βρέθηκε τυχαία στον τόπο της απόπειρας (π.χ. υπάλληλος ξενοδοχείου, άτομο που έκανε βόλτα, καθαρίστρια τουαλέτας)

3. Ποια ήταν η πιθανότητα διάσωσης του ατόμου;

⇒ Μεγάλη, σχεδόν σίγουρη: αυτοί που μπορούσαν να το σώσουν βρίσκονταν κοντά ή θα το έβρισκαν γρήγορα (π.χ. ο/ η σύζυγος αναμενόταν να γυρίσει σπίτι)

⇒ Μέτρια και αβέβαιη (π.χ. αυτός/ ή που μπορούσε να το σώσει ήταν κοντά, αλλά δεν γνώριζε την απόπειρα)

⇒ Μικρή, τυχαία: η διάγνωση ήταν τυχαία (π.χ. το άτομο πήρε μέτρα για να μην ανακαλυφθεί)

4. Σε ποιο βαθμό το άτομο πήρε μέρος στη διάγνωση;

⇒ Ζήτησε βοήθεια

⇒ Άφησε ενδείξεις (π.χ. άφησε σημειώματα ή άδεια μπουκαλάκια σε φανερά μέρη)

⇒ Δεν ζήτησε βοήθεια

5. Πόσος χρόνος πέρασε πριν αποκαλυφθεί η απόπειρα;

⇒ Λιγότερο από μια ώρα

⇒ Μια έως τέσσερις ώρες

⇒ Περισσότερο από τέσσερις ώρες

4.6. Γενική Ψυχιατρική Εκτίμηση

Οι σκέψεις αυτοκτονίας και οι απόπειρες αυτοκτονίας αποκτούν νόημα μόνο αν τις τοποθετήσουμε στο γενικότερο πλαίσιο της ζωής του ατόμου. Ένα προσεκτικό γενικό ιστορικό θα μας βοηθήσει να προσδιορίσουμε τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία καθώς και τα προβλήματα που μπορούν δυνητικά να βοηθηθούν⁴⁴. Μια ερώτηση που πρέπει να έχει πάντα υπόψη του ο κλινικός είναι «Γιατί τώρα; - Τι παρακίνησε το άτομο να διαλέξει την αυτοκτονία σε αυτή τη στιγμή της ζωής του;»³³. Οι παρακάτω διαστάσεις θα πρέπει να διερευνηθούν⁸:

⇒ **Διαπροσωπική – κοινωνική κατάσταση.** Τρέχουσες συνθήκες ζωής, οικογένεια, πρόσφατες αλλαγές ή απώλειες σε ερωτικές σχέσεις ή σημαντικές φιλίες.

⇒ **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 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 δευτερογενής από τη χρήση ή απόσυρση από ουσίες.
- ⇒ **Ιατρικό ιστορικό.** Ύπαρξη σωματικών νόσων και θεραπεία γι αυτές, πρόσφατες αλλαγές στη σωματική υγεία.
- ⇒ **Εξέταση των ψυχικών λειτουργιών.** Πρέπει να γίνει εστιασμός στην ύπαρξη ή όχι κατάθλιψης, ψύχωσης και ανθρωποκτονικών τάσεων. Η επιθυμία του ατόμου να σκοτώσει άλλους συνδέεται συχνά με την επιθυμία να αυτοκτονήσει. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές πεποιθήσεις μπορούν επίσης να υπαγορεύσουν αυτοκτονία (π.χ. μια φωνή διατάζει το άτομο να πέσει από το παράθυρο) και ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρό και συνεχή κίνδυνο, εφόσον η μορφή αυτή της ψύχωσης επιμένει.

4.7. Δυνατότητα Υποστήριξης Από Το Περιβάλλον

Ο κλινικός θα πρέπει να ακούσει προσεκτικά την ιστορία του ασθενή για να αποφασίσει τι παρέμβαση θα κάνει. 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.⁴²

4.7.1. Οικογένεια Και Φίλοι

Η στάση και η συμπεριφορά των ατόμων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή δίνει χρήσιμη πληροφόρηση για τις δυνατότητες της θεραπείας. Σημαντικά για το άτομο πρόσωπα που νοιάζονται αλλά δεν πανικοβάλλονται και που αναγνωρίζουν τόσο τη σοβαρότητα της κατάστασης όσο και την αναγκαιότητα της θεραπείας, μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην ασφάλεια και την ανάνηψη του ατόμου. 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. Στην άλλη μεριά του φάσματος, βέβαια, βρίσκεται το άτομο που δεν έχει κανέναν κοντά του και που κινδυνεύει πάρα πολύ, γιατί το να αφήσει το χώρο του νοσοκομείου σημαίνει να επιστρέψει σε ένα αφιλόξενο κόσμο.⁴⁰

Συχνά τα άτομα που βρίσκονται κοντά στον ασθενή κατακλύζονται από πανικό, σύγχυση ή θυμό, οπότε μπορεί να μην είναι σε θέση να προσφέρουν συνεχή υποστήριξη και βοήθεια. Είναι ακόμη πιο επικίνδυνα τα πράγματα για τον ασθενή, όταν οι φίλοι και η οικογένεια είναι αδιάφοροι στην κρίση που περνάει. Γιατί, τότε, μπορεί να μειώνουν στο ελάχιστο τον κίνδυνο της κατάστασης και να αποθαρρύνουν τον ασθενή από το να ζητήσει βοήθεια από ειδικό.⁴⁹ Ο μεγαλύτερος, ίσως, κίνδυνος θανάτου αφορά τις περιπτώσεις εκείνες όπου τα άτομα που βρίσκονται γύρω από τον ασθενή τον ενθαρρύνουν με τον τρόπο τους να αυτοκτονήσει. Ο σύζυγος που αδιαφορεί στις απειλές της καταθλιπτικής γυναίκας του για αυτοκτονία ή που αφήνει σε εμφανές μέρος τα ηρεμιστικά στο σπίτι του, ίσως συνειδητά ή ασυνείδητα επιθυμεί το θάνατο της γυναίκας του. Αν το ιστορικό δείχνει κάτι τέτοιο, θα πρέπει ο ασθενής να βγει από το περιβάλλον αυτό, έως ότου αποφασισθεί τι θα γίνει παρακάτω⁸.

4.7.2. Άλλα Άτομα

Άλλα σημαντικά άτομα που μπορούν να βοηθήσουν είναι οι ψυχοθεραπευτές, οι οικογενειακοί γιατροί και οι ιερείς. Άτομα που έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στη ζωή του ασθενή πρέπει επίσης να αναζητηθούν για πιθανή παροχή βοήθειας, ειδικά όταν σχεδιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση να γίνει εξωνοσοκομειακά. Κατά κανόνα, κάθε γιατρός ή θεραπευτής που πρόσφατα θεράπευσε τον ασθενή θα πρέπει να ειδοποιηθεί ενώ γίνεται η εκτίμηση του ασθενή.³⁵

5. Θεραπεία

Ο κλινικός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει την κρίση του για να εκτιμήσει το συνεχιζόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας και τις διαθέσιμες πηγές βοήθειας που υπάρχουν, ώστε να αποφασίσει τον τρόπο παρέμβασής του.⁸ Γι αυτό, θα χρειαστεί τα στοιχεία που θα συγκεντρώσει μιλώντας τόσο με το άτομο, όσο και με την οικογένειά του, τους φίλους του και οποιαδήποτε άλλα άτομα μπορούν να συμβάλλουν (γιατρούς, νοσηλευτές, θεραπευτές, ιερείς κλπ.). γενικά, ο κλινικός θα πρέπει να διαλέξει ανάμεσα σε τρεις τρόπους παρέμβασης: το άτομο να πάει σπίτι του, εκούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο, ακούσια εισαγωγή στο νοσοκομείο.¹⁹

5.1.1. Το Άτομο Πάει Σπίτι Του

Το άτομο που δεν έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και εκφράζει μόνο αόριστες ιδέες αλλά αρνείται οποιοδήποτε αυτοκαταστροφικό σχέδιο ή πρόθεση, είναι πιθανότατα υποψήφιο για εξωνοσοκομειακή θεραπεία, που θα γίνει ανάλογα με την προτίμηση του ασθενούς, από ειδικό ή οικογενειακό ιατρό και σε συνεργασία με αυτούς που τον παρέπεμψαν.²² Για το άτομο που έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι συνήθως η θεραπεία εκλογής. Αν, όμως, το άτομο αυτό αρνείται να συνεχίζει να έχει πρόθεση αυτοκτονίας, η απόπειρα από μόνη της δείχνει μικρό κίνδυνο, το άτομο δεν βρίσκεται σε έντονη κατάθλιψη ή ψύχωση και συγγενείς και φίλοι μπορούν να μείνουν μαζί του, τότε ο κλινικός θα πρέπει να σκεφτεί την πιθανότητα να πάει το άτομο σπίτι του.⁸ Θα πρέπει όμως να δοθεί ραντεβού στο άτομο αυτό για την επόμενη κιόλας μέρα με κάποιον ειδικό της ψυχικής υγείας και να σιγουρευτεί πως το άτομο θα πάει στο ραντεβού και επίσης ότι η υπηρεσία ή το άτομο που θα τον δει έχουν ενημερωθεί λεπτομερώς πριν το άτομο φύγει να πάει σπίτι του.

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία θα βασισθεί στις ανάγκες του ασθενή και στη διάγνωσή του και μπορεί να κυμανθεί από λίγες συναντήσεις παρέμβασης σε κρίσεις έως μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία και φαρμακοθεραπεία.⁸

5.1.2. 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.²³

5.1.3. Ακούσια Εισαγωγή Στο Νοσοκομείο

Αν το άτομο κινδυνεύει να αυτοκτονήσει και δεν θέλει να νοσηλευθεί, τότε ο κλινικός έχει το δικαίωμα από το νόμο να ζητήσει την εισαγωγή του σε νοσοκομείο για να το προφυλάξει. Επειδή τα άτομα που σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν βρίσκονται σε τρομερή σύγκρουση με τις επιθυμίες τους, η απόφαση για νοσηλεία θα πρέπει να τους ανακοινωθεί καθαρά και σταθερά.²³

5.1.4. Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει δυο κατηγορίες φαρμάκων:

⇒ Ηρεμιστικά : Tavor, Zarex, Lexotanil κ.ά.

⇒ Αντιψυχωτικά : Aloperidin, Risperdal, Ziprexa, Seroquel.

5.2. Σημεία Προσοχής Κατά Τη Θεραπεία

5.2.1. Η Επίφαση Υγείας

Ορισμένα άτομα φαίνονται υγιέστατα μετά την απόπειρα αυτοκτονίας, όταν η απόπειρα αυτή έχει κινητοποιήσει την υποστήριξη των φίλων και των συγγενικών προσώπων. Τα άτομα που δίνουν λογικότερες εξηγήσεις για τις απόπειρές τους (π.χ. το έκαναν για να κερδίσουν τη συμπάθεια ή την προσοχή) πείθουν εύκολα κάποιον ότι βρίσκονται εκτός κινδύνου.⁸ Παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνει οπωσδήποτε μια ψυχιατρική εκτίμηση που να συνοδεύεται από συμφωνία για παρακολούθηση για κάποιο διάστημα η πιθανότητα για μία επόμενη πιο σοβαρή απόπειρα αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλη, αν οι προβληματικές συνθήκες της ζωής του ασθενή παραμείνουν αμετάβλητες.⁴¹

5.2.2. Υπαρξιακές Αμφιβολίες

Ο κλινικός μπορεί να εμπλακεί σε αμφισβήτηση για το ποια είναι τα υπέρ και ποια τα κατά της αυτοκτονίας.²³ Θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι σχεδόν όλοι οι αυτοκαταστροφικοί ασθενείς είναι αμφιθυμικοί για το να πεθάνουν και κατά πάσα πιθανότητα θα θέλουν να ζήσουν μόλις περάσει η κρίση. Υπαρξιακές συζητήσεις και επιχειρηματολογίες σπάνια βοηθούν στη διάρκεια της κρίσης.³¹

5.2.3. Οι Προσωπικές Αντιδράσεις

Ο κλινικός μπορεί να νιώσει ιδιαίτερα ενοχλημένος από την απόγνωση και την απελπισία του ασθενή ή από την χειραγώγησή του.¹⁷ Ή μπορεί να νιώσει οργή ή τρόμο μπροστά στο άτομο που θέλει να πεθάνει. Ή μπορεί να αρνηθεί τον κίνδυνο και να θεωρήσει το άτομο πολύ πιο υγιές απ ότι πραγματικά είναι.

Θα πρέπει, λοιπόν, να κοιτάξει ο καθένας μέσα του και να αναγνωρίσει τις προκαταλήψεις του, τα «τυφλά του σημεία», τις συγκρούσεις του, ώστε να μπορέσει να κάνει αντικειμενική εκτίμηση. Κι αν χρειαστεί να μην διστάσει να ζητήσει βοήθεια από ένα συνάδελφο ή επιβλέποντα.⁸

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Νοσηλευτικές Απόψεις Για Την Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία ως μεμονωμένη πράξη είναι το τελευταίο δραματικό μήνυμα ενός ανθρώπου προς τους άλλους μα και στη ζωή. Κατά μια άλλη άποψη, είναι μια συμπεριφορά που άμεσα ή έμμεσα καταλήγει στην λήξη της ζωής.

Η αυτοκτονία ως φαινόμενο είναι περίπλοκη και δεν μπορεί εύκολα να εξηγηθεί. Υπάρχουν άπειροι λόγοι οι οποίοι ωθούν κάποιον να αυτοκτονήσει όσοι είναι και αυτοί που το επιχείρησαν.

Η αυτοκτονία και ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι στοιχείο οποιασδήποτε περίπτωσης αρρώστου, σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας ή στην κοινότητα. Άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, έφηβοι, ενήλικες και ηλικιωμένοι μπορούν να αυτοκτονήσουν. Επίσης άτομα σωματικά ή ψυχικά άρρωστα. Άτομα τα οποία βίωσαν απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου, εργασίας, κοινωνικής θέσης ή έχασαν το νόημα της ζωής. Οπότε ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ικανός να εκτιμά την τάση και την απόπειρα αυτοκτονίας ενός αρρώστου, να προγραμματίζει, εφαρμόζει και αξιολογεί αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Συνάμα πρέπει να αναγνωρίζει και να χειρίζεται τα προσωπικά του συναισθήματα και τις στάσεις του σε ότι φαίνεται ότι είναι αλόγιστη ή παράλογη συμπεριφορά.

Αυτοκτονικές ιδέες, απειλές και πράξεις ο νοσηλευτής συναντά καθημερινά στις επικοινωνίες του με αρρώστους των ψυχιατρικών τμημάτων. Δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος με την οποία να προβλέπουμε ποιοι άρρωστοι πράγματι θα αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν. Φυσικά υπάρχουν στατιστικά και δημογραφικά δεδομένα τα οποία δίνουν ένα πλαίσιο με το οποίο μπορούμε να αναγνωρίσουμε τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή. Αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία όμως αρχίζει μόνο όταν κατανοήσουμε το νόημα και την αξία που δίνει το αυτοκτονικό άτομο στη ζωή και τις εμπειρίες του. Η κατανόηση αυτή επιτυγχάνεται με την προσωπική

γνωριμία αρρώστου και νοσηλευτή, με την μεταβίβαση σεβασμού και ενδιαφέροντος, με την ουσιαστική υποστήριξή του.

Ακριβώς όπως ο ασθενής της Μ.Ε.Θ. χρειάζεται την μεγαλύτερη δυνατή μόρφωση και δεξιότητες των νοσηλευτών, έτσι και ο αυτοκτονικός άρρωστος έχει ανάγκη από επιστημονική, ψυχολογική, νοσηλευτική φροντίδα άριστης ποιότητας.⁴⁶

2. Πρόληψη (Πρωτογενή- Δευτερογενή- Τριτογενή)

Πρωτογενής πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις οι οποίες θα τον βοηθήσουν ζει αρμονικά και υγιεινά. Ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς παράγοντες για την υγεία όπως είναι το άγχος, οι διάφορες καταχρήσεις κ.ά.⁴⁷

Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευτεί η αρρώστια κατά το δυνατό πιο νωρίς, στα πρώτα στάδια, σε περίπτωση όμως που αυτό δεν είναι δυνατό, να περιορίσει την εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος.⁴⁷

Τριτογενής πρόληψη

Κατά την τριτογενή πρόληψη έχουμε να κάνουμε με ένα άτομο το οποίο έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει ο άρρωστος να προστατευθεί για να μην κάνει κακό στον εαυτό του. Δίνεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή, όπως στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και ικανοποίηση των βασικών αναγκών του.⁴⁶

Θα πρέπει να ενισχύσουμε την αυτοεκτίμηση του αρρώστου. Η αυτοκαταστροφική τάση αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το άτομο. Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής υγιεινής και αυτοφροντίδας, προώθηση υγιών διαπροσωπικών σχέσεων.

Επίσης ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στον χειρισμό του στρες και του άγχους. Ο νοσηλευτής βοηθά το άρρωστο να αναγνωρίζει τους

νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του.⁴⁶

Ακόμα, κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του οικοδομητικά. Έτσι ενισχύονται οι θερμές και στενές οικογενειακές σχέσεις. Επιπλέον εντοπίζονται σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες και παραπέμπεται σε αυτές ο άρρωστος.

Τέλος, ο άρρωστος και τα οικία γι αυτόν πρόσωπα πρέπει να εκπαιδεύονται για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που εντοπίστηκαν. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει την φροντίδα του αρρώστου σε συνεργασία με τον ίδιο και τα οικία του πρόσωπα. Τους εξηγεί τα φάρμακα που πρέπει να πάρει ο άρρωστος, πως πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του κ.ά. Απαντά στις απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου.⁴⁶

3. Νοσηλευτική Εκτίμηση (στοιχεία αυτοκτονικής διάθεσης)

Τα παρακάτω είναι στοιχεία τα οποία μας φανερώνουν πως το άτομο έχει αυτοκτονική διάθεση:

⇒ Ο άρρωστος έχει ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.

⇒ Μιλά για θάνατο, αυτοκτονία, έχει αυτοκαταστροφικές σκέψεις, επιθυμία να είχε πεθάνει.

- ⇒ Είναι σκυθρωπός και σκεπτικός.
- ⇒ Κάνει ερωτήσεις που δείχνουν σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας, όπως «Πόσα από αυτά τα χάπια πρέπει να πάρει κάποιος και να πεθάνει;»
- ⇒ Είναι ανήσυχος γιατί δεν μπορεί να κοιμηθεί και φοβάται το σκοτάδι όταν βραδιάζει.
- ⇒ Κλαίει συνέχεια και φαίνεται καταθλιπτικός.
- ⇒ Απομονώνεται από τους άλλους σε απόμερα σημεία και μοναχικούς χώρους.
- ⇒ Δείχνει απελπισμένος και ανήσυχος.
- ⇒ Φαντάζεται πως έχει κάποια σοβαρή και ανίατη ασθένεια και θέλει να δώσει τέλος στην ταλαιπωρία αυτή και από τον εαυτό του αλλά και από τα οικία του πρόσωπα.
- ⇒ Εκφράζει μεγάλη ενοχή για κάποια πραγματική ή φανταστική πράξη που έχει κάνει και αισθάνεται πως είναι άδικο να ζει.
- ⇒ Λέει σε όλους ότι είναι τιμωρημένος, ότι καταδιώκεται ή βασανίζεται.
- ⇒ Έχει ακουστικές παραισθήσεις οι οποίες τον διατάζουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή να δώσει τέρμα στη ζωή του.
- ⇒ Φαίνεται ξαφνικά ευτυχισμένος ή νιώθει ανακούφιση χωρίς κάποιο φανερό λόγο μετά από μακροχρόνια κατάθλιψη.
- ⇒ Συλλέγει αντικείμενα τα οποία μπορεί να βλάψει τον εαυτό του.
- ⇒ Μοιράζει τα ατομικά του είδη.⁴⁶

4. Ειδικές Οδηγίες Νοσηλευτικής Φροντίδας

- ⇒ Κατά τη νοσηλεία ενός αυτοκτονικού ασθενούς λαμβάνουμε κάθε απειλή στα σοβαρά και την αξιολογούμε καλά πριν την παραμερίσουμε.
- ⇒ Μιλάμε ανοιχτά για την αυτοκτονία και απευθείας με τον άρρωστο. Η ερώτηση γι αυτή δεν θα βάλει την ιδέα στο μυαλό του ασθενή.
- ⇒ Εφαρμόζουμε προφυλακτικά μέτρα ενάντια της αυτοκτονίας που μεταξύ των άλλων περιλαμβάνουν έλεγχο του αρρώστου κάθε 15 λεπτά ή του ζητάμε να μείνει σε χώρους όπου μπορούμε να τον παρακολουθούμε.
- ⇒ Αναμένουμε να αισθανθεί ντροπή κι έτσι θα πρέπει να τον βοηθήσουμε να αποδεχθεί τον εαυτό του.
- ⇒ Απομακρύνουμε τον άρρωστο από πηγές άμεσου κινδύνου, όπως φάρμακα ή άλλα είδη τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον άρρωστο για να προκαλέσει βλάβη στον ίδιο, ή τον μεταφέρουμε σε ένα πιο ασφαλές μέρος.
- ⇒ Ανακουφίζουμε την έκδηλη δυσφορία του αρρώστου, ίσως να χρειάζεται ένα μπάνιο, καθαρά ρούχα, φαγητό, ύπνο.
- ⇒ Θα πρέπει να εντοπίσουμε την πιο πιεστική ανάγκη του αρρώστου, σύμφωνα με τον ίδιο. Ίσως να θέλει να δει κάποιο οικείο του πρόσωπο ή να ενημερώσει κάποιον για κάποια εκκρεμότητα που δεν μπορεί να περιμένει.

- ⇒ Θα πρέπει η στάση μας απέναντι στον άρρωστο να είναι στάση ενδιαφέροντος και όχι επίκρισης κάνοντας τον άρρωστο να αποβάλει το αίσθημα οίκτου για τον εαυτό του.
- ⇒ Ρωτούμε τον άρρωστο γιατί διάλεξε την συγκεκριμένη χρονική στιγμή για να αυτοκτονήσει.
- ⇒ Φροντίζουμε την ασφάλεια του αρρώστου με στενή παρατήρηση και προσεκτική παρακολούθηση.
- ⇒ Ελέγχουμε συχνά για την ασφάλεια του περιβάλλοντος, ίσως ο άρρωστος να έχει βρει αντικείμενα τα οποία θα τον βοηθήσουν να κάνει μια νέα απόπειρα.
- ⇒ Ερευνούμε το δωμάτιό του , ιδιαίτερα εάν η απόπειρα ή ο αυτοκτονικός ιδεασμός εκδηλώθηκαν μετά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.
- ⇒ Πάντα συμπεριφερόμαστε με ευγένεια, σεβασμό και διάκριση απέναντι στον άρρωστο και ζητάμε την άδειά του για να ψάξουμε στα πράγματά του.
- ⇒ Μετά από συνεννόηση με τους συνεργάτες μας θα αποφασίσουμε εάν θα ζητήσουμε να κάνουμε συμβόλαιο μη διάπραξης της αυτοκτονίας με τον άρρωστο.
- ⇒ Τοποθετούμε τον άρρωστο σε δωμάτιο κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο μαζί με άλλον ένας άρρωστο για καλύτερη παρατήρηση.
- ⇒ Οργανώνουμε σχέδιο φροντίδας για τον άρρωστο. Συζητάμε όλα τα σοβαρά προβλήματα. Τα ιεραρχούμε και κάνουμε μια λίστα εναλλακτικών λύσεων για το καθένα από αυτά

- ⇒ Δεν πρέπει να δίνουμε υποσχέσεις που δεν μπορούμε να τις πραγματοποιήσουμε. Δίνοντας υπερβολικές υποσχέσεις ελαττώνουμε το κύρος μας ως νοσηλευτές. Είμαστε ειλικρινείς αλλά δεν σταματάμε να δίνουμε ελπίδα στον άρρωστο.
- ⇒ Ενθαρρύνουμε τον άρρωστο να συνεχίσει τις καθημερινές του δραστηριότητες και την αυτοφροντίδα όσο περισσότερο μπορεί. Του αναθέτουμε εργασίες στις οποίες μπορεί να αντεπεξέλθει κι έτσι να ξεχνιέται από το πρόβλημα που τον απασχολεί.
- ⇒ Αποφασίζουμε μαζί με τον άρρωστο για τα άτομα με τα οποία θα κρατήσει επαφή. Άτομα από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον.
- ⇒ Πρέπει να έχουμε υπόψη μας πως τα άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος μπορεί να είναι αδιάφορα, συγχυτικά ή θυμωμένα.
- ⇒ Αξιολογούμε την ανάγκη του αρρώστου για φαρμακοθεραπεία και συνεργαζόμαστε γι αυτό με τον γιατρό.
- ⇒ Συζητάμε το σχέδιο φροντίδας το οποίο δημιουργήσαμε με τον άρρωστο και προγραμματίζουμε την συνέχιση της παρακολούθησης.
- ⇒ Εξετάζουμε τα συναισθήματά μας για τον άρρωστο και πως αυτά επιδρούν στην κλινική μας εργασία.
- ⇒ Συνεργαζόμαστε με όλα τα μέλη της ομάδας ψυχικής υγείας για την ολόπλευρη εκτίμηση των προβλημάτων.
- ⇒ Θα πρέπει να γίνει σωματική εξέταση του αρρώστου γιατί ενδέχεται να έχει τραυματιστεί και να μην το αντιληφθούμε παρά μόνο με σωματική εξέταση.

Στο νοσηλευτικό τμήμα κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού αρρώστου είναι η διάσωση της ζωής του. Αν και το προσωπικό μπορεί να είναι άριστο στις τεχνικές παρεμβάσεις, είναι δυνατό όμως να αισθανθεί ή και να εκφράσει περιφρόνηση για το άτομο που επανέλαβε την απόπειρα και μάλιστα χωρίς σοβαρό τρόπο. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή μεταφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνο ή κοντά σε φοβερά αντικείμενα είναι κίνδυνος που πρέπει να αποφεύγεται, ιδιαίτερα σε πολυάσχολο τμήμα.⁴⁶

5. Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων

- ⇒ Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή του οικείου του περιβάλλοντος. Ο άρρωστος θα πρέπει να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
- ⇒ Έλεγχος των κινήσεών του κάθε 15 λεπτά. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
- ⇒ Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
- ⇒ Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με την βοήθειά του.
- ⇒ Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
- ⇒ Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.

- ⇒ Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.
- ⇒ Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
- ⇒ Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι την κατάργησή του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.
- ⇒ Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.⁴⁶

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

Η μαζική χρησιμοποίηση των Η/Υ στην Ιατρική Τεχνολογία δεν προχώρησε παρά μετά την εμφάνιση των μικροεπεξεργαστών και την εφαρμογή των κυκλωμάτων πολύ μεγάλης κλίμακας ολοκλήρωσης. Σαν χαρακτηριστικό σημείο αναφοράς στην εφαρμογή της πληροφορικής στην ιατρική Τεχνολογία μπορούμε να θεωρήσουμε την χρήση των Η/Υ στην ιατρική απεικόνιση με την κατασκευή του πρώτου υπολογιστικού τομογράφου (CT). Αυτό γιατί η ανακατασκευή εικόνας μιας εγκάρσιας τομής του εγκεφάλου στη βάση μερικών χιλιάδων μετρήσεων δεν μπορούσε να πραγματοποιηθεί παρά μόνο με τη χρήση υπολογιστών. Αλλά και στις άλλες περιοχές ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας η πρόοδος στην μικρο-ηλεκτρονική και την πληροφορική επηρεάζει άμεσα την ανάπτυξη και εξέλιξη σχετικών εφαρμογών. Έτσι για παράδειγμα στον τομέα της ανάλυσης δειγμάτων, μετά τους αυτόματους αναλυτές και απαριθμητές, σήμερα βλέπουμε την διείσδυση στο μοριακό επίπεδο με την αυτοματοποίηση της ανάλυσης της αλληλουχίας των αμινοξέων των πρωτεϊνών, ή ακόμη την αυτόματη αναγνώριση ακόμη και μορφολογικών χαρακτηριστικών σε εικόνες ιστών. Στον τομέα της καταγραφής βιοσημάτων, οι εξελίξεις είναι σημαντικές σε ότι αφορά: Νέους βίο-αισθητήρες και Τεχνικές επεξεργασίας και μετάδοσης του σήματος, Τεχνικές μετάδοσης και ανάλυσης εικόνας

Σε ότι αφορά τις τεχνικές απεικόνισης στα επόμενα χρόνια προβλέπεται η σταδιακή αντικατάσταση όλων των συμβατικών συστημάτων με ψηφιακά. Η επεξεργασία των εικόνων θα επεκταθεί περισσότερο και θα γίνει μαζικότερη χρήση των συστημάτων αρχειοθέτησης (ιατρικός φάκελος) και επικοινωνίας καθώς και των συστημάτων τηλε-ακτινολογίας. Εκτός από την χρήση laser υψηλής απόδοσης αναμένεται ότι οι νέες χειρουργικές τεχνικές θα υποστηρίζονται όλο και περισσότερο από υπολογιστές σε άμεση διασύνδεση με απεικονιστικά συστήματα.

Τέλος, οι τομείς των τεχνητών οργάνων, της προσθετικής και της αποκατάστασης προβλέπεται ότι θα αποκτούν όλο και μεγαλύτερο ειδικό βάρος και σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στη τηλειατρική, (διάγνωση θεραπευτική παρέμβαση από απόσταση ιδίως λόγω της μεγάλης ανάπτυξης του Internet και των Web εφαρμογών) στην κατ' οίκον νοσηλεία θα επιστρέψουν την ουσιαστική μείωση της ανάγκης μετακίνησης των ασθενών και της παραμονής τους στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα.

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας την έχει καταστήσει έναν από τους κύριους παράγοντες που διαμορφώνουν τη ζωή μας. Επηρεάζει με πολλούς τρόπους την εξέλιξη. Μετέβαλε τις συνθήκες παραγωγής, δημιούργησε μορφές απασχόλησης, που διεύρυναν τα πλαίσια της ανθρώπινης δραστηριότητας. Απάλλαξαν τον άνθρωπο από κοπιαστικές μονότονες και φθοροποιές για την υγεία του εργασίες.

Η ανάγκη για ευρεία χρήση της Τεχνολογίας, έκανε αναπόφευκτη την εφαρμογή της και στο χώρο της Νοσηλευτικής. Καθημερινά έρχονται στην επικαιρότητα νέες ανακαλύψεις και νέες τεχνικές πάνω στην έρευνα και παρακολούθηση των αρρώστων. Η συνεχώς αυξανόμενη τεχνολογική ανάπτυξη φέρνει νέα στοιχεία από λεπτομερέστερες έρευνες. Ο άνθρωπος, κυριολεκτικά στέκει με δέος και παρακολουθεί την αλματώδη, αυτή ανάπτυξη, προσπαθώντας με κάθε τρόπο να γνωρίσει τα πάντα γύρω από τις ανακαλύψεις που συνεχώς έρχονται εμπρός του. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, η δορυφορική κάλυψη, η αυτόματη λήψη δεδομένων τον βομβαρδίζουν ασταμάτητα. Βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση για να μάθει τις νέες μεθόδους και τα νέα τεχνολογικά επιτεύγματα, που θα βοηθήσουν στην ανακάλυψη των πολύπλοκων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευόμενοι.

Σήμερα, άλλωστε, η παροχή της φροντίδας είναι βασισμένη στην υψηλή τεχνολογία και καλύπτει με επιτυχία σχεδόν όλο το φάσμα των ασθενών, οι οποίοι ίσως, μερικά χρόνια πριν θα είχαν ελάχιστη ελπίδα για να ζήσουν. Επίσης, καθώς το μέλλον της εξέλιξης της τεχνολογίας δείχνει ότι όλο και πιο

πολύπλοκος εξοπλισμός θα χρησιμοποιείται, δημιουργείται η εντύπωση ότι ο σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός μπορεί να υποκαταστήσει τον ανθρώπινο παράγοντα. Όσο εξελίσσεται η τεχνολογία, τόσο και οι απαιτήσεις από ειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό γίνονται μεγαλύτερες.

Η τεχνολογική επανάσταση ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας δεν μπορεί να αφήσει αδιάφορους τους επαγγελματίες της υγείας, οι οποίοι πρέπει να είναι έτοιμοι να χρησιμοποιήσουν την τεχνολογία με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι αποτελεσματική, αλλά και να μην επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις τους με τον ασθενή και τον καθοριστικό τους ρόλο με πάντα Βάση τις επιστημονικές αλλά και γενικότερα ανθρώπινες, ηθικές αξίες και αρχές.

2. Οι εφαρμογές της πληροφορικής στην υγεία

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές είναι το εργαλείο της μελλοντικής προόδου του επαγγέλματος. Σήμερα οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι από πληθώρα καθηκόντων απαιτήσεων και έγγραφων αποδεικτικών στοιχείων του έργου τους. Είναι υποχρεωμένες να μάθουν νέους χειρισμούς μηχανημάτων, εργαλείων υλικού και νέα φάρμακα, απομνημονεύοντας αλληλεπιδράσεις. Η απαίτηση για εξυπηρέτηση προς τους ασθενείς από την είσοδο μέχρι την έξοδο τους είναι υψηλότερη απ' ό,τι μερικά χρόνια πριν. Σήμερα το ποσό των απαιτούμενων γνώσεων αυξάνει διαρκώς σ' όλους τους κλάδους. Έτσι πρέπει να δεχθούμε ότι οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές μάλλον παρά η ανθρώπινη μνήμη η οποία ευκολότερα σφάλλει θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη της ακοής καταγραφής στοιχείων. Και αυτό πρέπει να γίνει για άλλους επαγγελματίες υγείας. Είναι γεγονός ότι τα Νοσοκομεία στρέφονται τώρα στην τεχνολογία για βοήθεια και κυρίως από το 1986, όταν το αυτόματο σύστημα ηλεκτρονικών υπολογιστών μπήκε στα Νοσοκομεία των προηγμένων χωρών και είδαν ότι οι Νοσηλευτές μπορούν να συγκεντρώνονται στα δικά τους νοσηλευτικά καθήκοντα, αντί να

χάνουν χρόνο, αναλαμβάνοντας γραφειοκρατικές και διοικητικές δραστηριότητες. Και αυτό διότι το αυτόματο σύστημα νοσηλείας λειτουργεί με ηλεκτρονικούς υπολογιστές, οι οποίοι τροφοδοτούμενοι σωστά με βασικά στοιχεία και με ολοκληρωμένη διαδικασία πληροφόρησης προσφέρει 99,9% αξιοπιστία. Αυτοματοποιεί την πληροφορία για να εγγραφή, ιστορικό, εντολή και σχεδιασμό προγραμμάτων νοσηλείας, βελτιώνει την προσφερόμενη Νοσηλευτική φροντίδα και μειώνει το κόστος νοσηλείας.

Απαλλάσσει το Νοσηλευτικό προσωπικό από το stress της εργασίας, με αποτέλεσμα την αύξηση ικανοποίησης μέσα από αυτή. Διευκολύνει επίσης την καλύτερη οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές είναι τα σύγχρονα εργαλεία για την καλύτερη εκπαίδευση των Νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα τώρα που μαζί με το video μπορούν να ενσωματωθούν στα πραγματικά κλινικά ερεθίσματα της σύγχρονης ζωής μας. Χρησιμοποιούμε τους ηλεκτρονικούς εγκεφάλους για την εκτέλεση προηγμένων ανθρώπινων εργασιών, όπως ο συλλογισμός, η επίλυση προβλημάτων και η εκμάθηση.

Οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές όταν τροφοδοτούνται σωστά βγάζουν συμπεράσματα αντάξια των αποφάσεων έμπειρων ανθρώπων στον κλινικό τομέα. Οι συνηθέστερες εφαρμογές στα νοσοκομεία είναι στις διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες.

Η Νοσηλευτική βρίσκεται στο σταυροδρόμι των εξελίξεων και του εκσυγχρονισμού της και είναι προφανές ότι το μέλλον της εφαρμογής των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι τεράστιο. Κι ενώ έχουμε κάθε λόγο να είμαστε ενθουσιασμένοι με τις δυνατότητες που μας παρέχει η πληροφορική θα πρέπει παράλληλα να ελέγξουμε όλες τις πλευρές του θέματος.

Παρά την αισιοδοξία δεν παροτρύνεται η αντικατάσταση των νοσηλευτριών από τους ηλεκτρονικούς εγκεφάλους. Αντίθετα προτείνω και συνηγορώ για την ανάπτυξη συμβουλευτικών συστημάτων για βοήθεια των νοσηλευτριών στους τομείς της πρακτικής άσκησης των καθηκόντων.

Η αναγκαιότητα να εφαρμοστεί η τεχνολογία στο χώρο της υγείας, συνέβαλε ώστε να αξιολογηθεί η πολύτιμη συμβολή της νοσηλευτικής στην υγεία, καθώς επίσης δημιουργήθηκαν νέες για τους νοσηλευτές περιοχές προσέγγισης, νέοι ορίζοντες επέκτασης, νέοι ρόλοι να αναλάβουν και νέες προκλήσεις να ανταποκριθούν. Η τεχνολογία οξύνει δυνατά, ηθικά, νοητικά και κοινωνικά μυαλά να επιδοθούν πιο λαχταριστά και με μεγαλύτερη μαχητικότητα για τη νίκη του θανάτου να προχωρήσουν πιο ανθρωπιστικά, κεφάτα και αποφασιστικά, στην ανακούφιση του πόνου. Η τεχνολογία βοηθά στην εφαρμογή της επιστημονικής και εφαρμοσμένης νοσηλευτικής καθώς δημιούργησε τις προϋποθέσεις για νοσηλευτική έρευνα, δίνοντας τη δυνατότητα στη νοσηλευτική να ορθοποδήσει και να κινηθεί ισάξια και σύγχρονα με τις άλλες επιστήμες και τέχνες, στους ίδιους επιστημονικούς, πανεπιστημιακούς, εκπαιδευτικούς και διοικητικούς χώρους. Η υψηλή τεχνολογία και η αυξανόμενη χρήση της στο χώρο της υγείας παρουσιάζει και μεγάλη επίπτωση στη νοσηλευτική. Οι νοσηλευτές του εικοστού πρώτου αιώνα δεδομένου ότι θα ασκούν το έργο σε περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας και να τη χρησιμοποιούν κατάλληλα χωρίς να υποδουλώνονται σε αυτή.

Έτσι, ενώ σε γενικές γραμμές ωφέλησε η τεχνολογία τη νοσηλευτική και τον άρρωστο, υπήρξαν και ζημιές, όπως:

- Επηρέασε χρονικά την ανθρώπινη προσέγγιση του αρρώστου με τα νοσηλευτικά στελέχη. Συχνά ελαττώνεται στο ελάχιστο ο χρόνος προσέγγισης τους.
- Δημιούργησε διάσπαση και διάσταση του νοσηλευτο-ιατρικού πεδίου, αφού ταυτόχρονα ακόμα και οι επιστημονικοί βασικοί μέθοδοι όπως για παράδειγμα, η ψηλάφηση, η επισκόπηση διαμοιράστηκαν σε αρρώστους από μηχανήματα ακριβείας όπως είναι τα μόνιτορ.

→ Παρεμβλήθηκαν στις σχέσεις και θέσεις αρρώστου - νοσηλευτο-ιατρικού προσωπικού και άλλα επαγγέλματα, όπως τεχνικοί νοσοκομειακών μηχανημάτων, συντηρητές κ.ά. που από τη φύση της εκπαίδευσης τους δεν έχουν αναπτύξει διανθρώπινες, ανθρωπιστικές σχέσεις με άρρωστους ανθρώπους και με πρώτιστο σκοπό την ανακούφιση κι αυτό γιατί επίκεντρο της δουλειάς τους είναι η λειτουργία του αυτόματου αναλυτού ή του αξονικού τομογράφου και όχι πρωταγωνιστής άνθρωπος - άρρωστος. Έτσι η εξάρτηση του αρρώστου - ανθρώπου που ζητά βοήθεια ζωής και φωνάζει βοήθεια» δεν πιάνεται από τα βραχέα και τα μακρά κύματα των μηχανημάτων, ακόμα κι αν έχει τεθεί από την τεχνολογία σε κρύα μεταλλοπλαστικά μηχανήματα ακρίβειας, αναπνευστήρες, απινιδωτές κ.ά.

Παρόλη την υπέρμετρη ανάπτυξη της τεχνολογίας, η ζεστασιά της παλάμης και των δακτύλων του νοσηλευτή στο μέτωπο του πυρέσσοντα ή του υποθερμικού αρρώστου, δεν θα αντικατασταθεί ποτέ με καμία παγοκύστη, ακόμη κι αν είναι φτιαγμένη από πολύτιμους λίθους!!! Γιατί η ζωή και τούτη η βιολογική και η άλλη, η συνεχιζόμενη, θέλει μεταλαμπάδωση ανθρώπινη και μάλιστα με «αναγκαία συμπάθεια» που λέει ο Πλούταρχος στα Ηθικά του. Οι νοσηλευτές - άνθρωποι θα προσφέρουν, ανεξάρτητα των τεχνολογικών εξελίξεων και των τεχνολογικών μέσων, τη βοήθεια τους δεόντως στους ασθενείς συνανθρώπους τους.

4. Ηθικοί προβληματισμοί κατά τη χρήση της τεχνολογίας

4.1 Δεοντολογικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής

Οι πεποιθήσεις γύρω από τη συμπεριφορά των Νοσηλευτριών, κωδικοποιήθηκαν σαν «Κώδικες Δεοντολογίας», κατά την δεκαετία του 1950 από Διεθνείς και Εθνικούς Νοσηλευτικούς Οργανισμούς. Οι κώδικες σημαδεύουν την αρχή της συστηματικής ανάπτυξης των Νοσηλευτικών καθηκόντων και υποχρεώσεων, σαν αντικείμενο μελέτης από την ίδια τη Νοσηλευτική επιστήμη. Σκοπό έχουν να καθοδηγήσουν τις αποφάσεις και προσδιορίζουν το περιεχόμενο των Νοσηλευτικών πράξεων. Ακόμη, παρέχουν ένα πρότυπο για τη λήψη αποφάσεων οι οποίες αφορούν ηθικούς κανόνες και αρχές συμπεριφοράς στον επαγγελματικό, επιστημονικό τομέα. Συνοπτικά οι ηθικοδεοντολογικοί κανόνες της Νοσηλευτικής αποτελούνται από αρχές, κανόνες συμπεριφοράς και ενέργειες ιδιαίτερα προσαρμοσμένες στις απαιτήσεις της Νοσηλευτικής επιστήμης.

4.2 Αρχές δεοντολογίας

Οι επιστημονικοί κανόνες δεοντολογίας αναπτύσσονται σε διάλογο με την κοινωνία και είναι ανοικτοί προς δημόσια συζήτηση και έρευνα. Αφορούν τα επιστημονικά επαγγέλματα. Αποτελούν ένα τύπο εφαρμοσμένων κανονιστικών διατάξεων συμπεριφοράς. Χρησιμοποιούν ηθικές αρχές με τις οποίες καθορίζονται οι πράξεις σαν σωστές ή λανθασμένες σε κάθε πρόβλημα της νοσηλευτικής ασκήσεως. Οι Νοσηλευτικές ηθικοδεοντολογικές αρχές, έχουν επίσης απ' ευθείας σχέση με έναν άλλο τύπο εφαρμοσμένων κανονιστικών ηθικών αρχών, τις ονομαζόμενες Βιοϊατρικές ηθικές αρχές ή εφαρμοσμένες αρχές στην επιστήμη της Ιατρικής και υγειονομικής φροντίδας.

Ο τύπος των αρχών αυτών είναι σχεδόν καινούργιος. Έγινε σημαντικός καθώς πληθύνονται οι αποφάσεις για θέματα υγείας γύρω από το πρόβλημα των εκτρώσεων, τη διακοπή της μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξη του αρρώστου, τη νομοθεσία του εγκεφαλικού θανάτου. Τα βιοϊατρικά θέματα αναφέρονται σε θεωρίες και αρχές προερχόμενες από την επιστήμη της ηθικοφιλοσοφίας. Οι Βιοϊατρικές αρχές δεοντολογίας εφαρμόζουν τις φιλοσοφικές ιδέες στα προβλήματα που προκύπτουν κατά την παροχή της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η Νοσηλευτική Επιστήμη συνδέεται άμεσα με τις αρχές της Βιοϊατρικής Δεοντολογίας όπου προβάλλονται τρόποι, μέθοδοι που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαπίστωση περιπτώσεων προβλημάτων ηθικοδεοντολογικού χαρακτήρα καθώς και τρόποι προσέγγισης για την επίλυση τους.

Η συμπεριφορά της Νοσηλεύτριας/τή σε σχέση με τις αρχές και τους κανόνες της ηθικής δεοντολογίας είναι προσαρμοσμένη σε ένα γενικότερο πλαίσιο αναφορικά με την παροχή φροντίδας. Στηρίζεται στο σεβασμό του ατόμου και υπογραμμίζεται από τις αρχές της:

- * αυτονομίας
- * μη βλαβερότητας
- * δικαιοσύνης
- * φιλαλήθειας

Αυτονομία: Ορίζεται σαν αυτοέλεγχος. Απαιτεί τον σεβασμό του ατόμου, στα πλαίσια της φροντίδας, ως αυτόνομου παράγοντος, ο οποίος έχει το δικαίωμα να ελέγχει τη ζωή του. Η Νοσηλεύτρια/τής, παρέχει φροντίδα με τον τρόπο της πληροφόρησης, ώστε να μπορεί να κατανοεί και να επιλέγει ο άρρωστος. Το δικαίωμα του αρρώστου για ησυχία, εχεμύθεια, επίσης απορρέουν από την αρχή της αυτονομίας.

Μη βλαβερότητας: Για την Νοσηλεύτρια/τή σημαίνει απομάκρυνση όλων των παραγόντων, οι οποίοι θα συμβάλλουν στο να προκληθεί βλάβη εις βάρος του αρρώστου. Η αρχή απαιτεί ασφαλή φροντίδα με ευγένεια και πλήρη υπευθυνότητα. Ακόμη, στην αρχή, συμπεριλαμβάνεται η απομάκρυνση κάθε τι που θα ενοχλήσει ή θα δημιουργήσει πόνο ή ανικανότητα στον άρρωστο.

Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά στο Νοσηλευτικό Κώδικα του Συνδέσμου Αμερικανίδων Νοσηλευτριών (ANA, 1976) η Νοσηλεύτρια διατηρεί σε υψηλό επίπεδο τις νοσηλευτικές της ικανότητες κατά την παροχή των υπηρεσιών της.

Αγαθοεργία: Είναι συνέχεια της προηγούμενης αρχής. Απαιτεί πράξεις, οι οποίες συμβάλλουν στην ευημερία των άλλων. Συνδέεται με την πρόληψη και απομάκρυνση του κινδύνου, τη συμπόνια, την αγάπη, την καλοσύνη, τη φιλανθρωπία. Η Νοσηλεύτρια/τής παρέχει τις υπηρεσίες φροντίδας με κατανόηση, σε σχέση με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τη μοναδικότητα του αρρώστου σαν άτομο, με λίγα λόγια η Νοσηλεύτρια/τής βοηθά τον άρρωστο μέχρι τέλους, ακόμη και σε περιπτώσεις που η ιατρική επιστήμη αποσύρεται από τον πρωταγωνιστικό ρόλο της φροντίδας.

Δικαιοσύνη: Η αρχή ισοδυναμεί με την αμεροληψία. Η Νοσηλεύτρια/τής για να υπερασπισθεί την αμεροληψία και το δίκαιο στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο, χρειάζεται να είναι απηλλαγμένη από προσωπικές προκαταλήψεις, διακρίσεις και να έχει αυτογνωσία των πράξεών της.

Φιλαλήθεια: Με την αρχή αυτή απαιτείται από τη Νοσηλεύτρια/τή να είναι φιλαλήθης στις συναλλαγές της και επί πλέον να παραμένει εχέμυθος σε ότι αφορά τον άρρωστο.

Όλες αυτές οι αρχές καθοδηγούν την ανάπτυξη των ηθικών και δεοντολογικών αξιών της Νοσηλευτικής.

5.1 Η διάγνωση της κατάθλιψης από Η/Υ

Με την ραγδαία εξέλιξη των επιστήμων και κυρίως της πληροφορικής πολλές παραδοσιακές επιστήμες άρχισαν να εκμεταλλεύονται με τον καλύτερο τρόπο τις δυνατότητες της πληροφορικής. Στα τελευταία 50 χρόνια έχουν επιτευχθεί τόσα πολλά στον τεχνολογικό τομέα, που άλλαξαν ριζικά την ζωή του ατόμου.. Με τα τεχνολογικά αυτά επιτεύγματα ανατράπηκαν πάρα πολλές απαισιόδοξες προβλέψεις για το μέλλον της ανθρωπότητας. Σήμερα δίδεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων όπως και κάθε άλλης διαταραχής της υγείας. Ο ακαδημαϊκός και καθηγητής της ιατρικής Γεώργιος Μερίκας γράφει, ότι το στοιχείο «πρόληψη» είναι πλέον κυριολεκτικά δεσπόζουσας σημασίας για τη σύγχρονη άρτια κλινική ιατρική σκέψη, τη σωστή έρευνα και την αποδοτική περίθαλψη.

Η πρόληψη οποιασδήποτε κατάστασης είναι αποτελεσματικότερη από τη θεραπεία. Η πρόληψη της κατάθλιψης είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών. Όταν λέμε πρόληψη εννοούμε την αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Οι καταθλιπτικοί πρέπει να ξέρουν πως και που να βρίσκουν επιστημονική βοήθεια όταν τη χρειάζονται και το κάνουν το γρηγορότερο δυνατό.

Για να επιτευχθεί η πρόληψη, ώστε να παρεμποδιστεί η εμφάνιση και ανάπτυξη της, πρέπει:

- 1) να κατανοήσουμε και να ελέγξουμε τους παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία της,
- 2) να κατέχουμε τις μεθόδους που είναι ικανές να εξαλείψουν τους νοσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος ώστε να παρεμποδίζουν την προσβολή του ανθρώπινου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1^ο

1. Αισθάνομαι άθλια- δυστυχισμένος και λυπημένος.
 - Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Ναι, οπωσδήποτε

2. Το βρίσκω εύκολο να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.
 - Ναι, οπωσδήποτε
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Όχι, όχι πολύ
 - Όχι, όχι καθόλου

3. Γίνομαι πολύ φοβισμένος ή πανικόβλητος ή τρομοκρατημένος για προφανώς κανέναν λόγο.
 - Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Ναι, οπωσδήποτε

5. Έχω κλαίουσες χρονικές περιόδους ή αισθάνομαι έτσι.
 - Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Ναι, οπωσδήποτε

6. Ακόμα απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω.
- Ναι, οπωσδήποτε
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Όχι, όχι πολύ
 - Όχι, όχι καθόλου
7. Είμαι ανήσυχος, νευρικός και δεν μπορώ να μένω ακίνητος.
- Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Ναι, οπωσδήποτε
8. Συνηθίζω να κοιμάμαι εύκολα χωρίς υπνωτικά χάπια.
- Ναι, οπωσδήποτε
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
9. Αισθάνομαι νευρικός όταν βγαίνω έξω από το σπίτι μόνος μου.
- Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Ναι, οπωσδήποτε
10. Έχω χάσει το ενδιαφέρον μου στα πράγματα.
- Όχι, όχι καθόλου
 - Όχι, όχι πολύ
 - Ναι, ορισμένες φορές
 - Ναι, οπωσδήποτε

11. Αισθάνομαι κουρασμένος, κουράζομαι χωρίς κανέναν λόγο.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

12. Είμαι πιο ευέξαπτος από συνήθως.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

13. Ξυπνάω νωρίς και μετά κοιμάμαι άσχημα για την υπόλοιπη νύχτα.

- Όχι, όχι καθόλου
- Όχι, όχι πολύ
- Ναι, ορισμένες φορές
- Ναι, οπωσδήποτε

➤ Τα αποτελέσματα (score) σε αυτό το τεστ είναι 18. Αν το αποτέλεσμα είναι 15 ή υψηλότερο. Σας συνιστούμε ότι θα πρέπει να επισκεφθείτε κάποιον ειδικό ο οποίος μπορεί να σας εκτιμήσει και αξιολόγηση για κατάθλιψη.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2^ο

1. Κάνω τα πράγματα αργά.
 - Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
 - Παρά πολύ

2. Το μέλλον μου μοιάζει μάταιο, απελπισμένο.
 - Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
 - Παρά πολύ

3. Είναι δύσκολο για μένα να συγκεντρωθώ στο διάβασμα.
 - Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
 - Παρά πολύ

4. Η ευτυχία και η διασκέδαση έχουν φύγει από τη ζωή μου.
 - Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο

- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

5. Έχω δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Πάρα πολύ

6. Έχω χάσει το ενδιαφέρον σε απόψεις, πλευρές της ζωής που συνήθιζαν να είναι σημαντικές για μένα.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

Αισθάνομαι λυπημένος, μελαγχολικός και δυστυχημένος.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

8. Είμαι ταραγμένος και συνηθίζω να τριγυρνάω τριγύρω.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

9. Νοιώθω κουρασμένος.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

10. Χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια για μένα να κάνω τα απλά πράγματα.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Πάρα πολύ

11. Νοιώθω ότι είμαι ένας ένοχος άνθρωπος του οποίου του αξίζει να τιμωρηθεί.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως

- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

12. Αισθανομαι ως αποτυχία.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

13. Αισθανόμαι χωρίς ζωή, περισσότερο νεκρός παρά ζωντανός.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

14. Ο ύπνος μου έχει γίνει ανήσυχος, πολύ λίγο, παρά πολύ ή διακεκομμένος ύπνος.

- Όχι καθόλου
- Μόνο λίγο
- Κάπως
- Μέτρια
- Μάλλον αρκετά
- Παρά πολύ

15. Περνάω χρόνο σκεπτόμενος πω να σκοτώσω τον εαυτό μου.
- Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
16. Αισθάνομαι παγιδευμένος ή πιασμένος.
- Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
 - Παρά πολύ
17. Αισθάνομαι κατάθλιψη ακόμα και όταν ωραία πράγματα μου συμβαίνουν.
- Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
 - Παρά πολύ
18. Χωρίς να προσπαθώ να κάνω δίαιτα, έχω χάσει ή πάρει βάρος
- Όχι καθόλου
 - Μόνο λίγο
 - Κάπως
 - Μέτρια
 - Μάλλον αρκετά
 - Παρά πολύ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 3^ο

ΒΗΜΑ 1

Σημείωσε οποία από τα συμπτώματα έχεις νοιώσει σε μια τακτική βάση τουλάχιστον τις δύο περασμένες εβδομάδες.

Συναισθηματικά συμπτώματα

- Έλλειψη κινήτρων
- Συνεχής μελαγχολία
- Ερεθιστότητα
- Πρόβλημα συγκέντρωσης
- Αίσθημα απομόνωσης όχι τόσο συνδεδεμένο με την οικογένεια και τους φίλους
- Χάσιμο του ενδιαφέροντος σε αγαπημένες δραστηριότητες
- Συνεχής ανησυχία
- Αίσθημα αναξιότητας ή ένοχης χωρίς κανέναν λόγο
- Σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία

Σωματικά συμπτώματα

- Πονοκέφαλοι
- Ανεξήγητα μυϊκά προβλήματα
- Υπερένταση
- Χαμηλή ενέργεια
- Ανάστατο στομάχι
- Προβλήματα ύπνου
- Καρδιακοί παλμοί
- Σημαντική αλλαγή βάρους

ΒΗΜΑ 2

Μπορεί τα συμπτώματα να επηρεάσουν την ικανότητα σου να είσαι ο εαυτός σου καινά λειτουργείς σε καθημερινή βάση.(απαιτείται) (Για παράδειγμα, μπορεί τα συμπτώματα σου να επηρεάσουν την καθημερινή σου επέμβαση με την αλληλεπίδραση σου με την οικογένεια σου και τους φίλους σου ή την διασκέδαση με αγαπημένα συνήθειες και δραστηριότητες?)

- ⇒ Ναι, τα συμπτώματα μου επηρεάζουν την καθημερινή μου λειτουργία.
- ⇒ Όχι, τα συμπτώματα μου δεν επηρεάζουν την καθημερινή μου λειτουργία.

Αποτελέσματα του Self- Quiz

Η ανταπόκριση σου υποδηλώνει ότι τα συμπτώματά σου επηρεάζουν την ικανότητά σου να είσαι ο εαυτός σου και να λειτουργείς σε καθημερινή βάση.

Είναι σημαντικό να ενημερώσεις το γιατρό σου για ότι συμπτώματα νιώθεις, έτσι ώστε να μπορεί να κάνει μια κατάλληλη διάγνωση. Αυτό μπορεί να βοηθήσει εσένα και τον γιατρό σου να συζητήσετε θεραπευτικές μεθόδους οι οποίες θα σε βοηθήσουν να φτάσεις το στόχο της ουσιαστικής εξάλειψης των συμπτωμάτων, ακόμα και αν ήδη αντιμετωπίζεις θεραπευτικά την κατάθλιψη.

Θυμήσου, ότι αυτό το quiz δεν μπορεί να διάγνωση αν πάσχεις από κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές μόνο ένας ειδικός γιατρός μπορεί να το κάνει αυτό. Αν ανησυχείς ότι καταθλιπτικά συμπτώματα σε επηρεάζουν, μοιράσου αυτό το ερωτηματολόγιο με το γιατρό σου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Ή ΕΠΙΛΟΓΟΣ Ή ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, η μείζων κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια με μεγάλη σοβαρότητα, η οποία έχει επιπτώσεις στη ζωή του καταθλιπτικού και της οικογενείας του και χρίζει μεγάλης υποστήριξης και βοήθειας.

Είναι σημαντικό λοιπόν, να ευαισθητοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάθλιψη στο γενικό νοσοκομείο και στους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα στον άνθρωπο, γιατί οι συνάνθρωποι μας που πάσχουν από κατάθλιψη δεν βρίσκονται μόνο στις ψυχιατρικές κλινικές ή κουβαλούν πολλά περισσότερα προβλήματα από ότι νομίζουμε.

Οι πρότυπες νοσηλευτικές στάσεις που συνιστώνται σαν θεραπευτικές είναι: επιείκεια, ενεργητική φιλικότητα, συναισθηματική ουδετερότητα, αξιοπρεπής παρακολούθηση και ευγενική σταθερότητα.

- Η επιείκεια εκδηλώνεται με την ελαστικότητα στο χειρισμό των δυσκολιών του αρρώστου να προσαρμοσθεί στο θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Στην ενεργητική φιλικότητα οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες παίρνουν την πρωτοβουλία και δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον ή θαλπωρή στον άρρωστο, πάντοτε προσαρμοσμένα στις θεραπευτικές του ανάγκες.
- Στην παθητική φιλικότητα εξάλλου, ο νοσηλευτής/τρια λέει καθαρά ότι είναι διαθέσιμος για να βοηθήσει τον άρρωστο και διατηρεί επαφή μαζί του, αλλά δεν παίρνει την πρωτοβουλία να εκδηλώσει ιδιαίτερη προσοχή.
- Συναισθηματική ουδετερότητα είναι η στάση κατά την οποία ο νοσηλευτής "δεν αντιδρά ανοικτά συναισθηματικά στις παρεκκλίσεις, στην έκδηλη δυσφορία ή σε σκόπιμους ελιγμούς (μανούβρες) του αρρώστου. Αποφεύγεται ακόμη και η προσωπική ενθάρρυνση του αρρώστου.
- Η ευγενική σταθερότητα απαιτεί από το νοσηλευτή και τη νοσηλεύτρια να μεταβιβάζουν στον άρρωστο αίσθημα ασφάλειας, ότι

γνωρίζουν ακριβώς τι πρέπει να γίνει και ότι περιμένουν να εφαρμοσθούν αυτά που ζητούν. Ευγενική σταθερότητα χρειάζεται και κατά την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων, το συντομότερο, δυνατό χρονικό διάστημα και ύστερα από γραπτή οδηγία.

- Όταν το καταθλιπτικό άτομο βγει από το νοσοκομείο, δηλαδή βρεθεί εκτός θεραπευτικού νοσοκομειακού περιβάλλοντος, σημαντική βοήθεια μπορεί να αντλήσει από την Κοινοτική νοσηλευτική. Η Κοινοτική Νοσηλευτική όμως πέρα από ότι βοηθά άτομα άρρωστα, συμβάλλει και στην πρόληψη.
- Τι είναι αλήθεια Κοινοτική Νοσηλευτική; Είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες προερχόμενες τόσο από την Νοσηλευτική όσο και από την Δημόσια Υγιεινή τις οποίες εφαρμόζει με σκοπό την προαγωγή της υγείας των ατόμων της κοινότητας.
- Η Κοινοτική Νοσηλευτική μπορεί να βοηθήσει το καταθλιπτικό άτομο μέσα στα πλαίσια της οικογένειας και του εργασιακού περιβάλλοντος ή γενικότερα στην πρόληψη εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης από φυσιολογικά άτομο.
- Αφού η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος, έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα, τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη.
- Στη σωστή λειτουργία του συστήματος αυτού αλλά και του συστήματος της εργασίας καλείται να συμβάλλει η Κοινοτική Νοσηλευτική και να βοηθήσει δυναμικά, πράγμα το οποίο κάνει. Εκτός από τα παραπάνω, οι καταθλιπτικοί μπορούν να βρουν υποστήριξη από τις ανοικτές γραμμές επικοινωνίας στήριξης ατόμων. Πρόκειται για οργανωμένα τηλεφωνικά κέντρα, επανδρωμένα με προσωπικό καταρτισμένο σε θέματα ψυχικής υγείας. Συζητούν με τα καταθλιπτικά

άτομα, ακούν τα προβλήματα τους, τα καθησυχάζουν, τους δίνουν πληροφορίες για ψυχιατρικές δομές και κέντρα ψυχικής υγιεινής, τα αποτρέπουν από το να αυτοκτονήσουν σε περίπτωση που ο καταθλιπτικός τους καλέσει και τους ζητήσει βοήθεια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

You are here:

[About](#) [Health & Fitness](#) [Depression](#)

About

Essentials

[Chats and Forums](#)[Screening Tests](#)[Depression FAQ](#)[Search the Drug Index](#)[Antidepressant Side-Effects Index](#)
Articles & Resources
[Causes](#)[Co-Existing Illnesses](#)[Coping Skills](#)[Diagnosis](#)[Facts & Figures](#)[Grief and Loss](#)[How to Get Help](#)[Legal Issues](#)[Mood Disorder Types](#)[Personal Experiences](#)[Suicide](#)[Treatments](#)
[Buyer's Guide](#)
[Before You Buy](#)[Top Picks](#)[Best Gifts for the Depressed](#)[Depression Books for Kids](#)[Depression Books for Friends and Family](#)[Product Reviews](#)
[Articles](#)
[Forums](#)
[Help](#)

FREE Newsletter

Sign Up Now for the Depression newsletter

Enter email

Depression

I feel miserable and sad.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

I find it easy to do the things I used to do.

- Yes, definitely
- Yes, sometimes
- No, not much
- No, not at all

I get very frightened or panicky feeling for apparently no reason.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

I have weeping spells, or feel like it.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

I still enjoy the things I used to.

- Yes, definitely
- Yes, sometimes

- No, not much
- No, not at all

I am restless and can't keep still.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

I get off to sleep easily without sleeping tablets.

- Yes, definitely
- Yes, sometimes
- No, not much
- No, not at all

I feel anxious when I go out of the house on my own.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

I have lost interest in things.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes
- Yes, definitely

I get tired for no reason.

- No, not at all
- No, not much
- Yes, sometimes

Yes, definitely

I am more irritable than usual.

No, not at all

No, not much

Yes, sometimes

Yes, definitely

I wake early and then sleep badly for the rest of the night.

No, not at all

No, not much

Yes, sometimes

Yes, definitely

[Reset Values](#)

[Back to Depression Quizzes Index](#)



From [Nancy Schimelpfening](#),
Your Guide to [Depression](#).
FREE Newsletter. [Sign Up Now!](#)

[Important disclaimer information about this About site.](#)

Sponsored Links

[Depression and Anxiety](#), Non-drug therapy for childhood and adult Depression and Anxiety [www.thesamscenter.com](#)

[Depression Natural Remedy](#) Eliminate Anxiety And Depression. Effective. Guarant Now [www.UltimateDepressionRelief.com](#)

[Depression](#) Articles and Information about Depression online [BambooWeb.com](#)

[Articles on Depression](#) [KeepMedia](#) - current and archived articles from leading pub

[Depression, fear, anxiety](#) Find your own happiness and courage based on quotes t Hubbard [www.tipsforsuccess.org](#)

[Topic Index](#) | [XMB](#) | [MY YAHOO!](#) | [Bookmark this Site](#) | [Make this Site Your Home](#)

[email to a friend](#) [font size](#)

[Our Story](#) | [Be a Guide](#) | [Advertising Info](#) | [Investor Relations](#) | [Work at About](#) | [Site Map](#) | [Icons](#) | [Help](#)

©2004 About, Inc. All rights reserved. A PRIMEDIA Company.

[User Agreement](#) | [Privacy Policy](#) | [Kids' Privacy Policy](#)

Most Popular

[Clinical Depression Screening Quiz](#) [Anxiety Disorder - Anxiety Disorder Screening Quiz](#) [Depression Test I Do](#)
[You Have a Problem with Alcoholism - Take Our Alcoholism ... ZoloR \(sertraline\) Side-Effects](#)

Related Topics



Not feeling like yourself?

HOME TOPICS NEWS READING COMMUNITY ABOUT HELP

ICH

Depression (Unipolar)

Search Engines This Page

Topic Home · Related:

Go!

ch For apists

Goldberg Depression Questionnaire

Ivan Goldberg

Use this questionnaire to help determine if you need to see a mental health professional for diagnosis and treatment of depression, or to monitor your mood.

SelfHelp.com

Instructions: You might reproduce this scale and use it on a weekly basis to track your moods. It also might be used to show your doctor how your symptoms have changed from one visit to the next. Changes of five or more points are significant. This scale is not designed to make a diagnosis of depression or take the place of a professional diagnosis. *If you suspect that you are depressed, please consult with a mental health professional as soon as possible.*

al Help Net

ission
re We?
i of
rprivacy Policy
s and
itions

The 18 items below refer to how you have felt and behaved during the past week. For each item, indicate the extent to which it is true, by checking the appropriate box next to the item.

tising on
il Help Net
ct Us

by
iterSite

SLETTER

e, Edit or
e Newsletter
ints

1. I do things slowly.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

2. My future seems hopeless.

- Not at all



Not motivated to do the things you once looked forward to doing?



CLICK HERE FOR QUIZ



TESTS

SOURCES

Columns
Community Links
News Page
Reviews
Biological Self-
Book
Help Groups
&
Questionnaires
Symptoms
Information
Information
Aries
Internet Telephone
Numbers
A Therapist

SOURCES

Clinician
Diagnoses
Jobs
Jobs
Continuing Education
Insurance
Information
Symptoms
Treatments
User Interface

We subscribe to
the MONITOR
principles of the
Health On the
Net Foundation

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

3. It is hard for me to concentrate on reading.

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

4. The pleasure and joy has gone out of my life.

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

5. I have difficulty making decisions.

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

Quite a lot

Very much

6. I have lost interest in aspects of life that used to be important to me.

Not at all

Just a little

Somewhat

Moderately

• Goldberg Depression
Questionnaire

BASIC INFORMATION

• Introduction
• Organizations
• Symptoms
• Symptoms -
Depression
• Symptoms -
Dysthymic Disorder
• Symptoms - Major
Depression
• Treatment
• Treatment -
Depression (1 of 2)
• Treatment -
Dysthymic Disorder
• Websites

DETAILED INFORMATION

• St. John's Wort FAQ
• Helping Children
Understand and
Cope with Parental
Depression
• Aging and Depression

NEWS

• Recognizing
Depression in
Children
• Dual Treatment
Helps More
Depressed Teens
• Depression Hits
Parkinson's Patients
• Three First-Person
Accounts of
Depression
• Cognitive Response
to Pharmacological

- Quite a lot
- Very much

7. I feel sad, blue, and unhappy.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

8. I am agitated and keep moving around.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

9. I feel fatigued.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

10. It takes great effort for me to do simple things.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

11. I feel that I am a guilty person who deserves to be punished.

- Treatment for Depression in Alzheimer Disease
- Hypothesis 4. Depression is Associated With Other Physical Precipitants of Heart Disease
- Hypothesis 3. Depression is Associated With Hyperglycemia and Other Metabolic Abnormalities
- Practical Considerations in the Management of Depression in Diabetes
- Hypothesis 5. Treatment of Depression May Reduce the Risks of Diabetes and Its Complications
- Research Team Lead War on Depression
- Psychiatric Disorders Among Offspring of Depressed Mothers
- Doctors Say Not Treating Depression is Risky
- FDA Proposes and Cyberonics Submits Treatment IDE to Make VNS Therapy(TM) Available to a Much Broader Population
- Comorbid Medical Illness and Relapse of Major Depressive Disorder
- Help in Treating Depression

VIDEOS [More]

- What is Depression and How is it Treated?
- Overcoming Depression: An Overview of

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

12. I feel like a failure.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

13. I feel lifeless -- more dead than alive.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

14. My sleep has been disturbed -- too little, too much, or broken sleep.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

15. I spend time thinking about HOW I might kill myself.

- Not at all
- Just a little

- Treatment Strategies
- Is Your Child Depressed?
- The Link Between Sleep and Depression

LINKS

- [25] Articles
- [5] Associations
- [19] Community
- [54] Information
- [9] Research
- [1] Software
- [1] Self-Help
- [1] Videos

BOOK REVIEWS

- A Heart of Stone
- A Mood Apart
- A Philosophical Disease
- Active Treatment of Depression
- Adolescent Depression
- An Unquiet Mind
- Beating the Blues
- Blaming the Brain
- Calm Energy
- Conquering the Beast Within
- Damage
- Depression in Context
- Depression Is a Choice
- Depression-Free for Life
- Dysthymia and the Spectrum of Chronic Depressions
- Emotional Claustrophobia
- Essential Psychopharmacology of Depression and Bipolar Disorder
- Getting Your Life Back
- Handbook of

- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

16. I feel trapped or caught.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

17. I feel depressed even when good things happen to me.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

18. Without trying to diet, I have lost, or gained, weight.

- Not at all
- Just a little
- Somewhat
- Moderately
- Quite a lot
- Very much

Score My Depression Questionnaire

Clear

- Depression
- History of Suicide
- How I Stayed Alive
- When My Brain Was Trying to Kill Me
- In Pursuit of Happiness
- Lucy Sullivan Is Getting Married
- Malignant Sadness
- Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression
- Mood Genes
- Natural Healing for Depression
- New Hope for People with Depression
- On the Edge of Darkness
- Overcoming Depression
- Potatoes Not Prozac
- Prozac and the New Antidepressants
- Prozac Backlash
- Prozac Diary
- Prozac Nation
- Self-Coaching
- Speaking of Sadness
- Subordination and Defeat
- Sunbathing in the Rain
- Swing Low
- Talking Back to Prozac
- The Anatomy of Melancholy
- The Anti-Depressant Fact Book
- The Antidepressant Era
- The Beast
- The Bell Jar
- The Corrections
- The Cruelty of Depression
- The Depressed Child
- The Emotional Revolution
- The Feeling Good Handbook
- The Mood Cure
- The Nature of Melancholy
- The Noonday Demon
- The Postpartum Effect

Take the Self-Quiz

Please Note: This self-quiz is not a formal diagnostic tool. It is meant to help identify potential depression and anxiety symptoms. Only a health care professional can actually diagnose depression. Other medical conditions may cause similar symptoms. Talk to your doctor.

Step 1

Check off any symptoms you have experienced on a regular basis over at least the past two weeks:

Emotional symptoms

- Constant sadness
- Lack of motivation
- Irritability
- Trouble concentrating
- Feelings of isolation, not as involved with family and friends
- Loss of interest in favorite activities
- Constant worry
- Feeling worthless or guilty for no reason
- Thoughts of death or suicide

Physical symptoms

- Headaches
- Unexplained muscle aches
- Tension
- Low energy
- Upset stomach
- Trouble sleeping
- Heart palpitations
- Significant weight change

Step 2

Do your symptoms affect your ability to be yourself and function on a daily basis? (Required)

(For example, do your symptoms interfere with your interaction with family and friends, or your enjoyment of favorite hobbies or activities?)

Take the Self-Quiz

Please Note: This self-quiz is not a formal diagnostic tool. It is meant to help identify potential depression and anxiety symptoms. Only a health care professional can actually diagnose depression. Other medical conditions may cause similar symptoms. Talk to your doctor.

Step 1

Check off any symptoms you have experienced on a regular basis over at least the past two weeks:

Emotional symptoms

- Constant sadness
- Lack of motivation
- Irritability
- Trouble concentrating
- Feelings of isolation, not as involved with family and friends
- Loss of interest in favorite activities
- Constant worry
- Feeling worthless or guilty for no reason
- Thoughts of death or suicide

Physical symptoms

- Headaches
- Unexplained muscle aches
- Tension
- Low energy
- Upset stomach
- Trouble sleeping
- Heart palpitations
- Significant weight change

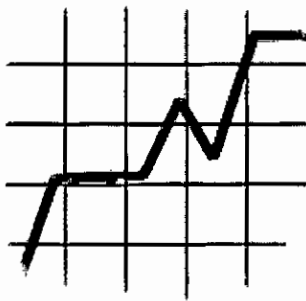
Step 2

Do your symptoms affect your ability to be yourself and function on a daily basis? (Required)

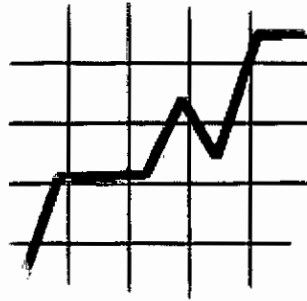
(For example, do your symptoms interfere with your interaction with family and friends, or your enjoyment of favorite hobbies or activities?)

United States Suicide Statistics

The American Association of Suicidology makes available a summary of United States suicide statistics as soon as they become available from the National Center for Health Statistics. The most current statistics are available below.



Year 2001
Official Final Data on
Suicide in the United States



Year 2001
Official Final Data on Rates, Number and
Ranking of Each State

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andrew E. Scaby, MD, Ph. D. & Julian Cieb, J.D., MD & Laurence R. Tancredi J.D., MD. (1986). The Handbook Of Psychiatric Emergencies, third edition. Medical Examination Publishing Company.
2. Harold I. Kaplan, MD & Benjamin J. Sadock, MD. (1995). Comprehensive Textbook Of Psychiatry/ VI, 30th Anniversary Edition. Williams & Wilkins.
3. James H. Scully. (1985). Psychiatry. Wilby Medical Editions.
4. Joseph Nowinski, Ph.D. (1990). Substance Abuse In Adolescents And Young Adults. W. W. NORTON & COMPANY New York – London.
5. Thomas F. Oltmanns & Robert E Emery. (1995). Abnormal Psychology, Prentice Hall Editions
6. Harold I. Kaplan, MD & Benjamin J. Sadock, MD. (1996). Pocket Handbook Of Primary Care Psychiatry. Williams & Wilkins.
7. Βιδάλης Α. & Διδασκάλου Θ. & Τσιλίκας Σ. (Ιαν.2001). Θέματα Ψυχιατρικής Στο Γενικό Νοσοκομείο. Σύγχρονες Εκδόσεις.
8. Νίκος Μάνος. (1988). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press.
9. Alvarez, A. (1990). The savage God: A study of suicide. New York: Norton.
10. Hawthorn, K., & van Heeringen, K. (Eds.) (2000). The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester, England: John Wiley & Sons.

11. Lester, D. (Ed.). (2001). *Suicide prevention: Resources for the millennium*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
12. Silverman, M. M., & Maris, R. W. (Eds.) (1995). *Suicide prevention toward the year 2000*. New York: Guilford Press.
13. Lester, D. (1993). The effectiveness of suicide prevention centers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 263-267.
14. Loftin, C., McDowall, D., Wiersema, B., & Cottey, T. (1991). Effects of restrictive licensing of hand guns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 325, 1612-1620.
15. Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review.
16. Silverman, M. M., & Maris, R. W. (Eds.) (1995). *Suicide prevention toward the year 2000*. New York: Guilford Press.
17. Szasz, T. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist*, 41, 806-812.
18. Eyman, J. R., & Eyman, S. K. (1991). Personality assessment in suicide prediction. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21, 37-55.
19. Conroy, D. L. (1991). *Out of the nightmare: Recovery from depression and suicidal pain*. New York: New Liberty Press.
20. Joiner, T. E., Rudd, M. D., & Rajab, M. H. (1999). Agreement between self- and clinician-rated suicidal symptoms in a clinical sample of young adults: Explaining discrepancies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 171-176.

21. King, C. A., Katz, S. H., Ghaziuddin, N., Brand, E., Hill, E., & McGovern, L. (1997). Diagnosis and assessment of depression and suicidality using the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.3). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 173-181.
22. Maris, R. W., Berman, A. L., Maltzberger, J. T., & Yufit, R. I. (Eds.). (1992). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press.
23. Canetto, S. S. (1994). Gender issues in the treatment of suicidal individuals. *Death Studies*, 18, 513-527.
24. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
25. Meltzer, H. Y. (1998). Suicide in schizophrenia: Risk factors and clozapine treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 3), 15-20.
26. Rudd, M. D., & Joiner, T. (1997). Countertransference and the therapeutic relationship: A cognitive perspective. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11, 231-250.
27. Rudd, M. D., Joiner, T. E., Jobes, D. A., & King, C. A. (1999). The outpatient treatment of suicidality: An integration of science and recognition of its limitation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 437-444.
28. Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, N. J.: Jason Aronson
29. Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Litman, R. E. (1994). *The psychology of suicide: A clinician's guide to evaluation and treatment*. New York: Aronson.

30. Stoff, D. M., & Mann, J. J. (Eds.) (1997). The neurobiology of suicide: From the bench to the clinic. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836. (Includes 19 articles).
31. Gutierrez, P., King, C. A., & Ghaziuddin, N. (1996). Adolescent attitudes about death in relation to suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 8-18.
32. Kovacs, M., Goldston, D., & Gatsonis, C. (1993). Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 8-20.
33. Pfeffer, C. R., Newcorn, J., Kaplan, G., Mizruchi, M., & Plutchik, R. (1988). Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 357-361
34. Duberstein, P. R. (1995). Openness to experience and completed suicide across the second half of life. *International Psycho geriatrics*, 7, 183-198.
35. Allebeck, P., Bolund, C., & Ringbäck, G. (1989). Increased suicide rate in cancer patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42, 611-616.
36. Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1991). Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: An epidemiological study of young adults. *Psychiatry Research*, 37, 11-23.
37. Marzuk, P., Tierney, H., Tardiff, K., Gross, E., Morgan, E., Hsu, M., & Mann, J. (1988). Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 259, 1333-1337.
38. Draper, B. (1994). Suicidal behaviour in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 655-661.

39. Rifai, A. H., George, C. J., Stack, J. A., Mann, J. J., & Reynolds, C. F. (1994). Hopelessness in suicide attempters after acute treatment of major depression in late life. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1687-1690.
40. Bolton, I. (1983). *My son, my son...A guide to healing after a suicide in the family*. Atlanta, GA: Bolton Press.
41. Dunne, E., McIntosh, J. L., & Dunne-Maxim, K. (1987). *Suicide and its aftermath*. New York: Norton.
42. Smolin, A. (1993). *Healing after suicide of a loved one*. Fireside.
43. Wertheimer, A. (1991). *A special scar*. New York: Travistock/ Rontledge.
44. Hovey, J. D. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 125-139.
45. Battin, M. P. (1995). *Ethical issues in suicide*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
46. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. (2001). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Γ' Έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα 2001. 312- 317.
47. Ελένη Θ. Κυριακίδου. (2000). Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις «Η Ταβιθά» Σ.Α. 204- 206.
48. Bonner, R. L. (1992). Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In R. W. Maris, A. L. Berman, J. T. Maltzberger, & R. I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 398-419). New York: Guilford.
49. Hayes, L. M. (1994). Prison suicide: An overview and guide to prevention: 1. *Crisis*, 15, 155-158.

50. Hayes, L. M. (1997). From chaos to calm: One jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral Sciences and the Law*, 15, 399-413.
51. Kalichman, S. C., Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K., & Bergholte, J. (2000). Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatric Services*, 51, 903-907.
52. Siegal, K., & Meyer, I. H. (1999). Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection. *AIDS Education and Behaviour*, 11, 53-64.
53. Simoni, J. M., Nero, D. K., & Weinberg, B. A. (1998). Suicide attempts among seropositive women in New York City. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1631-1632.
54. Walters, A. S., Barrett, R. P., Knapp, L. G., & Borden, M. C. (1995). Suicidal behaviour in children and adolescents with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 5-96.

