

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΨΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

Τσαγρή Ελένη

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Dr. Θεόδωρος Γ. Ζήσης

ΠΑΤΡΑ, 2009

*Αφιέρωση...*

*Στους γονείς μου...*

*Και για όσα έχουν κάνει για μένα...*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
Πρόλογος .....	7
Εισαγωγή .....	9

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

#### ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1.Ορισμοί .....	12
1.1.1.Η χρήση του όρου «επιλόχεια κατάθλιψη» .....	13

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

#### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.1.Επιδημιολογία .....	14
2.2.Επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές .....	15
2.3.Επιδημιολογία στην Ελλάδα και διεθνώς .....	16

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

#### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

3.1.Αιτιολογία .....	17
----------------------	----

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Σελίδα

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

4.1.Κλινική Συμπτωματολογία.....22

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

5.1.Διάγνωση .....25

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

6.1.Ψυχοθεραπεία .....27

Υγιεινή διατροφή, αντίδοτο για την κατάθλιψη

6.2.Φαρμακευτική Αγωγή .....34

6.2.1.Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....36

6.3.Ηλεκτροσπασμοθεραπεία .....38

6.3.1.Κλινική εφαρμογή .....40

6.3.2.Παρενέργειες .....42

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>**

**ΠΡΟΓΝΩΣΗ**

7.1.Πρόγνωση .....44

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Σελίδα

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

8.1. Πρόληψη (πρωτοβάθμια- δευτεροβάθμια- τριτοβάθμια) .....	45
8.1.1. Πρωτοβάθμια πρόληψη .....	46
8.1.2. Δευτεροβάθμια πρόληψη .....	47
8.1.3. Τριτοβάθμια πρόληψη .....	48

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

9.1. Ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας .....	50
9.1.1. Κριτήρια ψυχιατρικής νοσηλευτικής .....	56

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

9.2. Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβαση .....	58
9.2.1. Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις.....	59
9.3. Γενική νοσηλευτική φροντίδα ψυχικών αρρώστων .....	61
9.4. Νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη .....	63
9.5. Νοσηλευτική παρέμβαση στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	69
9.6. Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων .....	71

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Σελίδα

9.7. Ηθικές υποχρεώσεις νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας .....	72
9.8. Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου .....	74
9.9. Εχεμύθεια – Ψυχιατρικό απόρρητο .....	76
Παράρτημα .....	78
Συμπεράσματα- Προτάσεις .....	83
Επίλογος .....	84
Βιβλιογραφία .....	85

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όσο χαρμόσυνη κι αν είναι η έλευση ενός παιδιού, δεν παύει να προκαλεί βαθιές και εν δυνάμει επικίνδυνες ανατροπές στη ζωή μιας μητέρας. Το συναίσθημα της χαράς υποσκελίζεται από την έλλειψη διάθεσης, την ευερεθιστότητα και τις αρνητικές σκέψεις. Αυτή η συνύπαρξη αντικρουόμενων συναισθημάτων μπορεί να φαίνεται παράδοξη με την πρώτη ματιά, είναι όμως απόλυτα φυσιολογική και αποτελεί μια ακόμα εκδοχή-ίσως την λιγότερο διακριτή- ενός οξύμωρου σχήματος που την συνοδεύει από την αρχή της ζωής της.

Η γέννηση ενός παιδιού συνεπάγεται μεγάλες αλλαγές στη ζωή της οικογένειας, ειδικά σε ότι αφορά την μητέρα. Η προσαρμογή στις απαιτήσεις που η μητρότητα φέρνει στο προσκήνιο, δεν είναι πάντα κάτι εύκολο. Η ψυχική και σωματική φύση του γυναικείου φύλου, είναι προσαρμοσμένες για το σημαντικότερο γεγονός της ύπαρξής του, την τεκνοποίηση. Ωστόσο, η γέννα, αυτό το κορυφαίο ανθρώπινο γεγονός, μπορεί να προκαλέσει έντονες συναισθηματικές διαταραχές σε κάποιες γυναίκες. Αρκετές γυναίκες βιώνουν αισθήματα αναξιότητας, στεναχώριας και έντονης λύπης, μετά από τη γέννηση του παιδιού τους. Όλα τα παραπάνω λοιπόν συνιστούν στις ψυχολογικές επιπτώσεις που υφίσταται η γυναίκα μετά την γέννα, κατά την περίοδο της λοχείας.

Τον τελευταίο καιρό παρατηρείται αύξηση στη συχνότητα των περιστατικών μελαγχολίας και κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας. Τα αίτια της αύξησης των περιστατικών αυτών δεν είναι σαφή, φαίνεται όμως ότι πρωταρχικό ρόλο παίζει ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με τις αυξημένες κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις και η αυξανόμενη αστυφιλία. Η περίοδος που ζει μια γυναίκα μετά τη γέννα, η λοχεία, είναι τόσο σημαντική όσο και κρίσιμη για τη θεμελίωση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας του βρέφους.

Στη λοχεία το βρέφος προστατεύεται από την μητέρα με τρόπους πρακτικούς όπως ο θηλασμός, που δημιουργεί στον νέο οργανισμό αντισώματα και «προστάτες» της υγείας του. Με την ίδια λοιπόν αποκλειστικότητα και αφοσίωση που δέχεται το βρέφος σωματική

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

φροντίδα δέχεται και ψυχική. Χρειάζεται να αισθάνεται επιθυμητό, αγαπητό, το κέντρο του ενδιαφέροντος της μητέρας του και επιπλέον, ότι βρίσκεται σ' ένα περιβάλλον ασφαλές.

Προϋπόθεση για την ομαλή διεξαγωγή αυτής της κρίσιμης περιόδου είναι όχι μόνο το περιβάλλον, πρακτικό και συναισθηματικό, της μητέρας αλλά και η συναισθηματική ετοιμότητά της να φέρει στον κόσμο ένα παιδί. Η λοχεία είναι μία κατ' εξοχήν φορτισμένη περίοδος με προσδοκίες αναφορικά με το νεογέννητο, ανησυχία, αγωνία και συχνά σωματική εξάντληση.





### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γέννα θεωρείται ένα χαρμόσυνο γεγονός. Και είναι όντως χαρμόσυνο, αλλά είναι όμως πολύ απαιτητικό σωματικά και εξασθενεί την μητέρα συναισθηματικά. Οι πρώτες ημέρες τόσο στην κλινική όσο, και στο σπίτι είναι φορτισμένες καθώς το άγχος, η κούραση, η συναισθηματικά ευάλωτη κατάσταση της μητέρας σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις του μωρού και την οικογενειακή κατάσταση έχουν επιπτώσεις στην ψυχολογία της.

Μετά την γέννηση του παιδιού της, οι γυναίκες αναφέρουν ότι έχουν συναισθηματικές μεταπτώσεις. Μπορεί να νιώθουν θλίψη, να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να έχουν χάσει την όρεξή τους ή να μην μπορούν να κοιμηθούν. Η γέννηση του παιδιού τους έχει οδηγήσει σ' ένα «ψυχικό τέλμα», η ψυχολογική τους αναστάτωση ξεφεύγει από τα όρια του φυσιολογικού, καθιστώντας τες κάποιες φορές μη ικανές ν' ανταποκριθούν στο καθημερινό τους πρόγραμμα και συμβαίνει συχνά να είναι επικίνδυνες για τον εαυτό τους αλλά και για το μωρό.

Η λοχεία, η περίοδος που διανύει μια γυναίκα αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού της, είναι μια περίοδος φορτισμένη με προσδοκίες, ανησυχίες, αγωνία, αφοσίωση, κούραση και άλλα συναισθήματα που προκαλούν στρες. Παράλληλα, όμως είναι καλυμμένη μ' ένα πέπλο μυστηρίου και απομονωτισμού, πίσω από το οποίο η ψυχολογική κατάσταση μιας μητέρας συχνά επιδεινώνεται καταλήγοντας στην επιλόχεια κατάθλιψη. Η κατάθλιψη της λοχείας είναι μία αναγνωρισμένη ψυχική διαταραχή που απασχολεί τον γυναικολόγο ολοένα και περισσότερο.

Στο πρώτο μέρος της ανασκόπησης αυτής επιχειρείται αρχικά ο προσδιορισμός του όρου «επιλόχεια κατάθλιψη», μία περιεκτική αποτίμηση των επιπτώσεων και επιδημιολογικών χαρακτηριστικών, των αιτιών και παθογενετικών μηχανισμών υπευθύνων για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Στη συνέχεια θ' αναφερθούμε στην διάγνωση και στην κλινική συμπτωματολογία των λεχωίδων, στη θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης κατά τη περίοδο της λοχείας και τέλος θ' αναφερθούμε στην πρόγνωση και στα μέτρα που μπορούν να ληφθούν κατά την διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη.

Στο δεύτερο μέρος, γίνεται αναφορά στις απόψεις των Νοσηλευτών και στις

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

πρακτικές που θα πρέπει να εφαρμόζονται. Στη συνέχεια, θα τονίσουμε την σοβαρότητα και αναγκαιότητα της πρόληψης –πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς- στην επιλόχεια κατάθλιψη και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Ακολούθως, θ' αναφερθούμε στην αντιμετώπιση της νόσου, στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις καθώς επίσης και στους σκοπούς. Η ανασκόπησή μας θα συνεχίσει με την αποκατάσταση του ασθενή και τις παρεμβάσεις που καλείται να κάνει ο νοσηλευτής. Τέλος, θα κλείσουμε με τις προτάσεις και συμπεράσματα για την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση της νόσου.



## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

#### 1.1. Ορισμοί

Επιλόχεια κατάθλιψη, είναι η συναισθηματική δυσφορία μετά τον τοκετό, μια παροδική φάση με έντονα αρνητικά συναισθήματα που εμφανίζεται λίγο μετά τον τοκετό στις μισές περίπου γυναίκες που έχουν γεννήσει ένα μωρό.<sup>34</sup>

Η επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της μητέρας, αλλά μια ασθένεια. Για την ίασή της χρειάζεται ψυχοθεραπεία, υποστήριξη από τον οικογενειακό και κοινωνικό κύκλο της μητέρας ή και φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά.<sup>41</sup>

Επιλόχεια κατάθλιψη, είναι μία ψυχική νόσος τόσο σημαντική που δύναται στις χειρότερες περιπτώσεις να οδηγήσει σε ψύχωση, αυτοκτονία ή και παιδοκτονία. Η επιλόχεια κατάθλιψη επηρεάζει την ίδια την γυναίκα που τη βιώνει, το βρέφος της, το οποίο ρουφάει τον ψυχισμό και την διάθεση της μητέρας του σαν σφουγγάρι, το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της.<sup>35</sup>

Η επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται από την παρουσία ορισμένων συμπτωμάτων κατά την περίοδο της λοχείας που ξεκινά μέσα στις 4 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, όπως η πτώση του θυμικού, η ελάττωση του ενδιαφέροντος ή η απώλεια ευχαρίστησης από τις διάφορες δραστηριότητες.<sup>13</sup>

### 1.1.1. Η χρήση του όρου “επιλόχεια κατάθλιψη”.

Ο όρος «επιλόχεια κατάθλιψη» είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει ένα ιδιαίτερο ψυχικό σύμπτωμα στα πλαίσια μιας ευρύτερης ψυχικής ή σωματικής νόσου. Το αίσθημα που βιώνεται στην περίπτωση αυτή έχει μία ποιότητα διαφορετική από το προηγούμενο αίσθημα της λύπης ή στεναχώριας. Η μητέρα, συνήθως έχει επίγνωση της διαφοράς. Το σαφώς νοσηρό αυτό αίσθημα περιγράφεται σαν ανυπόφορος ψυχικός πόνος, μία δυσφορία και κυρίως σαν μία αδυναμία να γευτεί οτιδήποτε ευχάριστο.<sup>20</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

#### 2.1.Επιδημιολογία

Η περίοδος της λοχείας θεωρείται περίοδος αυξημένης επικινδυνότητας για διαταραχές της διάθεσης στις γυναίκες. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται οι γυναίκες με ιστορικό διαταραχών της διάθεσης, καθώς και αυτές που ένωσαν κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.<sup>36</sup>

Για τις περισσότερες γυναίκες, τα συμπτώματα αυτά είναι ήπιας μορφής και υποχωρούν από μόνα τους. Αλλά περίπου το 10% των γυναικών, αναπτύσσουν μια πιο σοβαρή μορφή συναισθηματικής διαταραχής που λέγεται «κατάθλιψη μετά τον τοκετό» ή «επιλόχεια κατάθλιψη». Αυτή η κατάθλιψη όμως παρά την σοβαρότητά της, υπακούει καλά στην θεραπεία. Είναι μύθος, πως η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται μετά τον τοκετό. Περίπου 50% των περιπτώσεων αρχίζει πριν απ' αυτόν. Ορθότερο λοιπόν είναι να μιλάμε για περιγεννητική κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης. Ήδη από την εγκυμοσύνη, 80% των γυναικών βιώνουν κάποια συναισθηματικά προβλήματα, όπως, αναστάτωση, άγχος, μοναξιά, ανασφάλεια και φόβο. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι πιθανότατα συχνότερη από το 15%, γιατί δεν καταφεύγουν όλες οι γυναίκες που υποφέρουν στη βοήθεια ενός ψυχιάτρου και έτσι δεν γίνεται η διάγνωση. Λιγότερες από μία στις 5 ακολουθούν θεραπευτική αγωγή.

Ωστόσο, η απουσία της ψυχιατρικής φροντίδας, παρατείνει την δυσάρεστη αυτή «πάλη» της γυναίκας με την κατάθλιψη, που μπορεί έτσι να υποφέρει άδικα για περισσότερο από έναν χρόνο, προκαλώντας σοβαρότατο πρόβλημα στην ίδια, στην οικογένειά της και ειδικά στο νεογέννητο μωρό.<sup>42</sup>

### 2.2.Επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές

Οι επιλόχειες καταθλιπτικές διαταραχές διακρίνονται στις εξής τρεις κατηγορίες:

1. Την επιλόχεια θλίψη
2. Την μη ψυχωτική επιλόχεια κατάθλιψη και
3. Την επιλόχεια ψύχωση.<sup>9</sup>

Η επιλόχεια θλίψη είναι η πιο συχνή από τις τρεις, με συχνότητα που κυμαίνεται από 30-75%.Χαρακτηριστικά συμπτώματα περιλαμβάνουν την ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, την ευερεθιστότητα, τα κλάματα, το άγχος και τη διαταραχή σε ύπνο και όρεξη. Η επιλόχειος θλίψη δεν έχει τάση να διαρκεί πολύ και είναι καλοήθης. Τα συμπτώματα συνήθως κορυφώνονται την 4<sup>η</sup>-5<sup>η</sup> ημέρα της λοχείας και υφίενται την 10<sup>η</sup> περίπου ημέρα.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι επίσης σχετικά συχνή, 10-15%, που είναι μια συχνότητα παρόμοια με αυτήν του γενικού γυναικείου πληθυσμού. Αν και οι περισσότερες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τον 1<sup>ο</sup> μήνα μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα μερικές φορές αναπτύσσονται από το τέλος της εγκυμοσύνης. Τα σημεία και συμπτώματα διαφοροποιούνται από αυτά της μείζονος κατάθλιψης.

Η επιλόχεια ψύχωση είναι σπάνια και συμβαίνει σε συχνότητα 0,1%-0,2% μετά την γέννα. Η εικόνα της είναι εντυπωσιακή και μπορεί ν' αρχίσει είτε νωρίς, την 2<sup>η</sup> ή 3<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό, είτε συχνότερα μέσα στις πρώτες 2 εβδομάδες. Τα πρώιμα συμπτώματα περιλαμβάνουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου. Αργότερα αναπτύσσεται καταθλιπτική ή ανεβασμένη διάθεση, ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ψευδαισθήσεις και παραληρήματα.<sup>36</sup>

### 2.3.Επιδημιολογία στην Ελλάδα και διεθνώς

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ετησίως 12.500 νέες μητέρες εμφανίζουν την νόσο, ενώ η νόσος εμφανίζεται κατά μέσο όρο στο 13% των γυναικών που γεννούν. Αντίθετα, τα ποσοστά της λεγόμενης μελαγχολίας της λοχείας είναι αρκετά υψηλότερα- φτάνουν και στο 85% των λεχώνων-ενώ υπάρχει και η εξαιρετικά σπάνια, αλλά σοβαρή διαταραχή, η ψύχωση της λοχείας.<sup>45</sup>

Στις ΗΠΑ , όπου διεξάγονται 4.000.000 τοκετοί τον χρόνο, μισό περίπου εκατομμύριο γυναικών(500.000) πάσχουν από κατάθλιψη της λοχείας ετησίως, ενώ, αν μεταφέρουμε τα νούμερα αυτά στην ελληνική πραγματικότητα, θα πρέπει να περιμένουμε ότι περίπου 12.500 ελληνίδες ετησίως θα εμφανίσουν το πρόβλημα αυτό.<sup>13</sup>





## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**

### **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1.Αιτιολογία**

Η αιτιολογία των καταθλιπτικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντική. Δεν υπάρχει, δηλαδή, ένα μοναδικό αίτιο που να ενοχοποιείται για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Άλλωστε, με δεδομένη την πολυμορφία και την ετερογένεια των καταθλιπτικών διαταραχών, κάτι τέτοιο θα ήταν μάλλον απίθανο.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που, με την διαπλοκή και αλληλεπίδρασή τους, συμμετέχουν στην αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι οι παρακάτω:

- § Γενετικοί παράγοντες
- § Οικογενειακοί παράγοντες
- § Νευροχημικοί παράγοντες
- § Νευροενδοκρινικοί παράγοντες
- § Προσωπικότητα
- § Προδιαθεσικές καταστάσεις
- § Ψυχολογικοί παράγοντες
- § Αγχώδεις καταστάσεις.<sup>32</sup>

#### **Γενετικοί παράγοντες**

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο σε πολλές ανθρώπινες ασθένειες. Η κληρονομική ευπάθεια σε μια ασθένεια παρουσιάζεται όταν ένα συγκεκριμένο γονίδιο αποτυγχάνει να δώσει σωστές οδηγίες για την λειτουργία των κυττάρων. Αυτό μπορεί να τις κάνει πιο επιρρεπείς στην ασθένεια. Τα γονίδια επίσης επηρεάζουν την ένταση και την εξέλιξη μια ασθένειας.

Παρόλο που είναι σαφές ότι ένα άτομο μπορεί να κληρονομήσει αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, η αύξηση του κινδύνου δεν φαίνεται να προκύπτει μόνο από ένα ελαττωματικό

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

γονίδιο αλλά πιο πιθανό είναι να έχει σχέση με την αλληλεπίδραση πολλών γονιδίων. Επίσης η κληρονομικότητα από μόνη της δεν είναι αρκετή για να προκαλέσει την ασθένεια.<sup>4</sup>

### Οικογενειακοί παράγοντες

Αν κάποιος από την οικογένειά της έχει ή είχε επιλόχεια κατάθλιψη, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα παρουσιάσει κι εκείνη. Ωστόσο το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας συνεισφέρει με σοβαρό ποσοστό στα αίτια επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>42</sup>

Από διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού – γονείς, αδέρφια, παιδιά – ενός ατόμου με κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν την ασθένεια απ' ό τι τα άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Η αύξηση του κινδύνου μπορεί να έχει σχέση με την γενετική, το οικογενειακό περιβάλλον η και τα δύο.<sup>3</sup>

### Νευροχημικοί παράγοντες

Υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι, τουλάχιστον οι πιο βαριές μορφές επιλόχειας κατάθλιψης συνοδεύονται από βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου, δεν γνωρίζουμε όμως με βεβαιότητα αν, και σε θετική περίπτωση ποιες, από τις διαταραχές αυτές σχετίζονται αιτιοπαθογενετικά με την κατάθλιψη.

Η έρευνα έχει επικεντρωθεί σε τρεις νευροδιαβιβαστικές ουσίες:

§ Σεροτονίνη (5-υδροξυτρυπταμίνη, 5-HT)

§ Νοραδρεναλίνη (NA)

§ Ντοπαμίνη (DA)<sup>31</sup>

### Νευροενδοκρινικοί παράγοντες

Μετά την εγκυμοσύνη, οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνονται πολύ δύο ορμόνες, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη.

Στις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό, το ποσοστό των ορμονών αυτών μειώνεται γρήγορα, στα κανονικά προ εγκυμοσύνης επίπεδα τους. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι αυτή η ταχεία αλλαγή στα επίπεδα των ορμονών, μπορεί να οδηγήσει στην επιλόχεια κατάθλιψη, ακριβώς όπως και οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες μπορούν να έχουν επιπτώσεις στις διαθέσεις μιας γυναίκας πριν αρχίσει την εμμηνορροϊκή περίοδό της.

Περιστασιακά, τα επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή αδένου μπορούν επίσης να μειωθούν μετά από την γέννα. Ο θυρεοειδής είναι ένας μικρός αδέννας που βοηθά στη ρύθμιση του μεταβολισμού. Τα χαμηλά επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή, μπορούν να προκαλέσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, του μειωμένου ενδιαφέροντος, της οξυθυμίας, της κούρασης, της αδυναμίας συγκέντρωσης, των προβλημάτων του ύπνου και της αύξησης του βάρους. Μια απλή εξέταση αίματος (T3, T4, TSH), μπορεί να δείξει εάν ο θυρεοειδής αδέννας προκαλεί την «επιλόχεια κατάθλιψη» μιας μητέρας.<sup>42</sup>

### Προσωπικότητα

Απαισιόδοξα άτομα, με έλλειψη αυτοεκτίμησης, αρνητικό τρόπο σκέψης, εκδήλωση υπερβολικής ανησυχίας ή αισθήματα ανικανότητας και ελέγχου διάφορων γεγονότων της ζωής τους, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη.<sup>43</sup>

Επιπλέον, την νέα μητέρα κυριεύουν φοβικά συναισθήματα απώλειας. Φόβος απώλειας της ταυτότητας της νέας μητέρας, ποια είναι τώρα και ποια ήταν πριν την έλευση του μωρού,

φόβος απώλειας ελέγχου του μητρικού ρόλου, φόβος απώλειας της προ-εγκυμοσύνης σιλουέτας και τέλος φόβος για την απώλεια της ελκυστικότητάς της ως γυναίκα.<sup>42</sup>

### Προδιαθεσικές καταστάσεις

Ορισμένες ψυχοπιεστικές καταστάσεις προηγούνται κατά πολλά χρόνια της έναρξης μιας καταθλιπτικής διαταραχής. Έχουν μελετηθεί, για παράδειγμα, οι δυσκολίες στο γάμο, στην εργασία ή στο σπίτι, χωρίς όμως να έχει προσδιοριστεί με σαφήνεια ο ρόλος τους. Από μελέτες που έγιναν στο (Camberwell του Λονδίνου ) επισημάνθηκαν τέσσερις προδιαθεσικές καταστάσεις, που θεωρήθηκαν ως παράγοντες ευαλωτότητας:

- § Η φροντίδα μικρών παιδιών.
- § Η έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι.
- § Η έλλειψη ενός προσώπου εμπιστοσύνης για διαπροσωπική επικοινωνία.
- § Η αποστέρηση από την μητέρα.<sup>32</sup>

Η κοινωνική – οικονομική παράμετρος, όμως, παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης και περιλαμβάνει:

- § Την απουσία κοινωνικής υποστήριξης
- § Τα αρνητικά συμβάντα ζωής
- § Επαγγελματική αστάθεια
- § Απουσία προηγούμενης εμπειρίας με παιδιά
- § Μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη
- § Κακές συζυγικές σχέσεις ή απουσία γάμου
- § Κακή σχέση της ασθενούς με την μητέρα της και τέλος
- § Πολυτοκία.<sup>13</sup>

### Ψυχολογικοί παράγοντες

Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα(ή στοιχεία προσωπικότητας) ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη.

Κατά ορισμένους θεωρητικούς, τα άτομα που είναι επιρρεπή σε κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους η αυτοκριτική είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού. Η διαπροσωπική απώλεια έχει τονιστεί ιδιαίτερα από τον( Φρόυντ και τους οπαδούς του,) που σημείωσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές ανάμεσα στο κοινό πένθος(που είναι φυσιολογική αντίδραση) και την κατάθλιψη που ακολουθεί την απώλεια είτε ενός αγαπημένου ατόμου ή ακόμα πιο εκτεταμένα στην απόκτηση ενός παιδιού. Η γνωστική θεωρία της κατάθλιψης, βέβαια, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λανθασμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον.<sup>19</sup>

### Αγχώδεις καταστάσεις

Κανένας δεν ζει χωρίς προβλήματα. Παρόλο που οι απώλειες και οι δυσκολίες της ζωής μας κάνουν πιο δυνατούς πολλές φορές αναστέλλουν την σωματική ή την πνευματική ανάπτυξη. Το στρες μπορεί να οφείλεται σε απλά προβλήματα, όπως το καθημερινό μποτιλιάρισμα στο δρόμο ή οι οικονομικές δυσχέρειες, αλλά και σε σοβαρά γεγονότα, όπως η διάλυση του γάμου ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. Η αντιμετώπιση ενός τόσο θλιβερού γεγονότος δεν συνεπάγεται απαραίτητα την εμφάνιση κατάθλιψης, ωστόσο σίγουρα ο κίνδυνος αυξάνεται.<sup>2</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

**4.1.Κλινική συμπτωματολογία**

Η κατάθλιψη έχει πολλές μορφές. Αυτό που διαφοροποιεί την κάθε μορφή είναι τα συμπτώματα και οι περιστάσεις που σχετίζονται με την καθεμία, καθώς και η διάρκεια και σοβαρότητα των συμπτωμάτων.<sup>3</sup>

Η επιλόχεια κατάθλιψη περιπλέει ανάμεσα στο φυσιολογικό και στο παθολογικό. Την επιλόχεια κατάθλιψη σηματοδοτούν πολυάριθμα

συμπτώματα, τα οποία παρουσιάζονται 3-5 ημέρες μετά την γέννα και να διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες στην ήπια μορφή της επιλόχειας κατάθλιψης και μέχρι και 6 μήνες, στην εκτεταμένη μορφή της νόσου.<sup>42</sup>

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στην κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας είναι:

- § Ανηδονία. Έλλειψη ικανοποίησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε της προσέφεραν ευχαρίστηση.
- § Διαταραχές του ύπνου.
- § Μείωση ή απώλεια της όρεξης και συνεπώς μείωση του βάρους σώματος.
- § Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια.
- § Αισθήματα ενοχής, μειωμένης αυτοπεποίθησης, ικανότητας και αναξιότητας.
- § Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων.
- § Απώλεια του ενδιαφέροντος κατά την ερωτική πράξη.
- § Ψευδαισθήσεις.
- § Αυτοκαταστροφικές σκέψεις, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.
- § Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό ή στα άλλα παιδιά της.<sup>42</sup>
- § Γενικά σωματικά συμπτώματα.<sup>34</sup>

§ Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.<sup>40</sup>

§ Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.<sup>44</sup>

Αναλυτικά έχουν ως εξής:

- 1. Ανηδονία:** Η καταθλιπτική μητέρα δεν μπορεί πια ν' αντλήσει ευχαρίστηση από την ζωή. Δραστηριότητες και καταστάσεις που απολάμβανε πριν νοσήσει(τα σπορ, ο κινηματογράφος, η ποίηση, ο έρωτας, η δουλειά της) τώρα της είναι αδιάφορες(μη ηδονογόνες).
- 2. Διαταραχές του ύπνου:** Οι διαταραχές αυτές μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές, ανάλογα με τον τύπο της αϋπνίας που προκαλούν:
  - § Η ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, 2-3 ώρες απ' ότι συνήθιζε.
  - § Η ασθενής δυσκολεύεται ν' αποκοιμηθεί
  - § Η ασθενής ξυπνάει από εφιάλτες και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί.
  - § **Υπερυπνία.** Είναι λιγότερο συχνή διαταραχή του ύπνου στην κατάθλιψη. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις περιπτώσεις όπου η καταθλιπτική μητέρα έχει κοιμηθεί πολλές ώρες, όταν ξυπνάει δεν νιώθει ανανεωμένη και ξεκούραστη.
- 3. Μείωση όρεξης-απώλεια βάρους:** Η κατάθλιψη συνδέεται τυπικά με ανορεξία και απώλεια βάρους. Ωστόσο στις καταθλιπτικές μητέρες μπορεί να υπάρξει ακόμα και αύξηση του βάρους, καθώς και κρίσεις βουλιμίας με υπερφαγικά επεισόδια.<sup>32</sup>
- 4. Μείωση ενεργητικότητας, ατονία, αδράνεια:** Οι καταθλιπτικοί συχνά αισθάνονται πολύ κουρασμένοι. Χαρακτηριστικά συμπτώματα στις καταθλιπτικές μητέρες, είναι η απουσία ενδιαφέροντος για το νεογνό και για τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες.
- 5. Ενοχές, μειωμένη αυτοπεποίθηση, αναξιότητα:** Η μητέρα αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις της, την φροντίδα του νεογέννητου μωρού της και των άλλων παιδιών της.<sup>42</sup>

Η μητέρα επιρρίπτει στον εαυτό της τις ευθύνες για την δύσκολη κατάσταση που περνά και αισθάνεται ανάξια ή και αποτυχημένη χωρίς αντικειμενικά να ευθύνεται.<sup>11</sup>

- 6. Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων:** Συνήθως οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη μιλούν πολύ αργά. Στις ερωτήσεις καθυστερούν ν' απαντήσουν και, όταν απαντήσουν, χρησιμοποιούν μονολεκτικές απαντήσεις. Παρουσιάζουν αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και οι χειρονομίες οι ελάχιστες δυνατές.<sup>14</sup>
- 7. Αναφροδισία και σεξουαλική αποχή:** Είναι το πρώτο ή ένα από τα πρώτα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται. Η αντιμετώπιση με ορμονικά σκευάσματα είναι φυσικά άσκοπη, γιατί η αποκατάσταση της σεξουαλικής λειτουργίας επιτυγχάνεται μόνο με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης.<sup>32</sup>
- 8. Ψευδαισθήσεις:** Η μητέρα μπορεί ν' ακούει ήχους, φωνές ή να βλέπει πρόσωπα ή πράγματα που δεν υπάρχουν. Σε ακραίες περιπτώσεις, για παράδειγμα, μπορεί ν' ακούει φωνές, ότι το μωρό της είναι δαιμονισμένο και πρέπει να το σκοτώσει για να διώξει τον «σατανά».<sup>42</sup>
- 9. Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας:** Μεγάλο ποσοστό των καταθλιπτικών ασθενών κάνει σκέψεις αυτοκτονίας, κάποιιοι αποπειρώνται αυτοκτονία και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών ,το επιτυγχάνουν τελικά.<sup>11</sup>
- 10.Σκέψεις πρόκλησης βλάβης στο μωρό:** Η μητέρα μπορεί ν' ανησυχεί για την υγεία του μωρού και την μελλοντική ανάπτυξή του. Μπορεί να κάνει αρνητικές σκέψεις σχετικά με το μωρό και να φοβάται ότι μπορεί να του προκαλέσει κακό.<sup>42</sup>
- 11.Γενικά σωματικά συμπτώματα:** Μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα που παρουσιάζουν είναι, συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη και στον σβέρκο, μυϊκές κράμπες, ναυτία, εμετοί, κόμπος στο λαιμό, υπόξινη γεύση στο στόμα, ξηροστομία και πόνοι κατά την διάρκεια της ούρησης.<sup>14</sup>
- 12.Καταθλιπτική διάθεση:** Η ασθενής διατηρεί καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας κακή διάθεση και πολλές φορές ξεσπάει σε κλάματα, χωρίς ουσιαστικά να υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος και υπαρκτός λόγος.<sup>34</sup>
- 13.Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον:** Μερικές φορές παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία , ένταση, εκνευρισμό ή διέγερση. Ο κόσμος, όπως τον αντιλαμβάνονται είναι αποπνικτικός και ανυπόφορος. Αισθάνονται ανήμπορες και απελπισμένες μέσα σ' αυτόν.<sup>14</sup>



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

**5.1. Διάγνωση**

Απαραίτητη προϋπόθεση για την θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης αποτελεί η σωστή και έγκαιρη διάγνωσή της. Το πρώτο βήμα είναι μια ολοκληρωμένη εξέταση από έναν οικογενειακό ιατρό, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η πραγματική αιτία των συμπτωμάτων. Αυτό επιβάλλεται γιατί πολλές φορές οργανικά νοσήματα (όπως π.χ. υποθυρεοειδισμός) αλλά και φάρμακα μπορεί να είναι η αιτία για πολλά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Συνοψίζοντας, σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο γιατρός θα πρέπει να λαμβάνει ένα λεπτομερές, οικογενειακό, ιατρικό ιστορικό καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις ώστε να καθορίζει την ακριβή αιτία των συμπτωμάτων.<sup>43</sup>

Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης μερικές φορές είναι εξαιρετικά δύσκολη, διότι δεν μπορεί να διαγνωστεί αμέσως, ιδιαίτερα όταν είναι μέτριας βαρύτητας και όταν η διαδικασία για βοήθεια αποθαρρύνεται. Σ' αυτές τις περιπτώσεις διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα και κάποτε εμφανίζεται τόσο σοβαρή, ώστε να απαιτείται νοσοκομειακή νοσηλεία. Επομένως, η πρόωμη διάγνωση είναι πολύ σημαντική.

Στα συμπτώματα των περιγεννητικών συναισθηματικών διαταραχών περιλαμβάνονται:

- § Η αϋπνία
- § Οι διαταραχές λήψης τροφής
- § Το καταθλιπτικό συναίσθημα
- § Η ευερεθιστότητα
- § Η ανικανότητα για καθημερινή λειτουργικότητα
- § Η χαμηλή ενεργητικότητα
- § Η απόσυρση/κοινωνική απομόνωση
- § Τα παράπονα για απουσία κοινωνικής υποστήριξης
- § Η λανθασμένη ερμηνεία των αντιδράσεων του μωρού

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

- § Τα προβλήματα μνήμης, συγκέντρωσης, ολοκληρωμένης σκέψης
- § Ο αποπροσανατολισμός, η σύγχυση, η αγωνία

Στις γυναίκες στις οποίες διαπιστώνεται η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων θα πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό για προηγούμενες ψυχιατρικές διαταραχές της προσωπικότητας καθώς και για την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού, στο οποίο εξετάζεται ο αλκοολισμός και η κατάχρηση φαρμάκων. Επειδή οι διαταραχές του θυρεοειδούς συχνά προκαλούν παρόμοιες διαταραχές, θα πρέπει να προσδιορίζονται οι τιμές των επιπέδων των ορμονών, όπως και να διευρύνεται κάθε άλλη πιθανή παθολογική αιτία. Όσες γυναίκες θεωρούνται ότι βρίσκονται σε κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης, πρέπει να επανεξετάζονται ανά τρίμηνο η συχνότερα και για διάστημα 6-12 εβδομάδων.<sup>13</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το είδος της θεραπείας που θα εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό εξαρτάται από την μορφή και την σοβαρότητα της διαταραχής. Μπορεί να μην είναι πάντοτε αναγκαία η εφαρμογή κάποιας θεραπείας, καθώς η κατάσταση πολλές φορές βελτιώνεται από μόνη της. Εάν όμως τα συμπτώματα δεν μειωθούν μέσα σε δύο εβδομάδες, είναι αναγκαία η ιατρική βοήθεια.

Η σοβαρότητα της ασθένειας είναι που θα κατευθύνει τον ειδικό στην επιλογή της θεραπείας για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι πιο ήπιες μορφές μπορεί να θεραπευτούν με ψυχοθεραπεία, οι πιο σοβαρές μπορεί να απαιτήσουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ κάποιες φορές ένας συνδυασμός των δύο μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικός.<sup>34</sup> Στην περίπτωση της επιλόχειας ψύχωσης, η οποία είναι μια επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση μπορεί να χρειαστεί ακόμα και ηλεκτροσπασμοθεραπεία.<sup>36</sup>

#### **6.1. Ψυχοθεραπεία**

Οι ψυχολογικές θεραπείες συνιστούν το πιο δημοφιλές είδος θεραπείας για την κατάθλιψη, εν μέρει διότι δεν περιλαμβάνουν τη λήψη δισκίων και εν μέρει διότι εκτιμώνται, ενστικτωδώς, ως λογικές.<sup>18</sup>

Αν και οι περισσότερες μελέτες δείχνουν –και οι περισσότεροι κλινικοί και ερευνητές πιστεύουν– ότι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας, υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποδηλώνουν μια άλλη άποψη. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι τουλάχιστον στους αρρώστους με ήπια καταθλιπτικά επεισόδια, είναι αποτελεσματική η φαρμακοθεραπεία ή η ψυχοθεραπεία, η κάθε μια μεμονωμένα και

όχι σε συνδυασμό, ενώ αντίθετα, η σε τακτική βάση χρήση του συνδυασμού αυτών των θεραπειών αυξάνει το κόστος της θεραπείας και εκθέτει την ασθενή σε ανώφελες παρενέργειες.<sup>8</sup>

Η συχνότερα χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η γνωσιακή. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία αποσκοπεί κυρίως στη μεταβολή των παθολογικών πεποιθήσεων που συνοδεύουν την κατάθλιψη και που αφορούν την άποψη της ασθενούς για την ίδια, τον κόσμο και το μέλλον της. Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την ψυχαναλυτική (ψυχοδυναμική) ψυχοθεραπεία, τη συστηματική θεραπεία οικογένειας και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. Οι θεραπείες αυτές συνήθως είναι ατομικές, μπορεί όμως να εφαρμόζονται και ως ομαδικές σε ομάδες ασθενών ή των οικογενειών τους.<sup>27</sup>

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει ώστε:

- Να ερευνήσουμε σκέψεις και συμπεριφορές που συμβάλλουν στη δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, μειονεκτικότητας και ενοχής τα οποία συνοδεύουν ή βρίσκονται στη ρίζα της κατάθλιψης.
- Να κατανοήσουμε ποια από τα προβλήματα που τις απασχολούν μπορούμε να επιλύσουμε και με ποιο τρόπο και ποια δεν μπορούμε να επιλύσουμε αλλά οφείλουμε να συμβιώσουμε αρμονικά μαζί τους.
  - Να βελτιώσουμε τις σχέσεις τους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.
  - Να ξαναβάλουμε σταδιακά στη ζωή τους ευχάριστες δραστηριότητες που μπορούν να ξυπνήσουν μέσα τους τη χαρά της ζωής.
  - Να εκφράζουν τα αληθινά τους συναισθήματα όταν θέλουν πραγματικά να επικοινωνήσουν ακόμη και όταν αυτά είναι αρνητικά (θυμός, πλήξη, επιθετικότητα, θλίψη).

- Να διεκδικούν τα δικαιώματά τους και να μην υποχωρούν από φόβο στις απόψεις των άλλων.
- Να στηρίζουν τις επιλογές τους στις δικές τους αξίες και στις δικές τους επιθυμίες.
- Να ανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους.
- Να βάζουν ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον, που μπορούν να τους δώσουν νόημα και να αναλαμβάνουν το ρίσκο και την ευθύνη αυτών των επιλογών.<sup>44</sup>

### Γνωσιακή ψυχοθεραπεία

Έχει διαμορφωθεί από τον Aaron Beck πάνω στην κλινική εικόνα της κατάθλιψης. Αποτελείται συνολικά από 15-25 συνεδρίες, μια φορά την εβδομάδα.<sup>17</sup>

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία, με στόχο την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου προσαρμογής του ασθενούς στις στρεσογόνες καταστάσεις που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή. Ο κύριος ρόλος της είναι εκπαιδευτικός και εστιάζεται στην ανεύρεση και διόρθωση διαστρεβλωμένων σκέψεων, υποθέσεων και συμπεριφορών.<sup>15</sup>

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, αποβλέπει στην τροποποίηση των αρνητικών «γνωσιών» του ασθενούς για τον εαυτό του, για τους άλλους και την αντικατάσταση των «γνωσιών» αυτών με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη.

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, η κατάθλιψη οφείλεται στις αρνητικές «γνωσίες» και επομένως η θεραπεία συνίσταται στη θετικοποίηση των «γνωσιών» αυτών.<sup>32</sup>

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα πολύτιμο εφόδιο τόσο στην εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης ψυχοθεραπευτή-ασθενή όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που προκύπτουν.

Η ποικιλία των θεραπευτικών τεχνικών που προσφέρει και η ευελιξία του σχεδιασμού και της εφαρμογής της, την κάνουν ιδανική για όλες τις δομές στις οποίες εργάζεται ο νοσηλευτής.<sup>15</sup>

### **Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία**

Βασίζεται στη θεωρία της μάθησης και είναι βραχυπρόθεσμη θεραπεία.<sup>17</sup>

Εστιάζεται σε συγκεκριμένες και περιγεγραμμένες ανεπιθύμητες συμπεριφορές.

Αντιμετωπίζοντας με τη θεραπεία τις δυσπροσαρμοστικές τους συμπεριφορές, οι άρρωστοι μαθαίνουν να λειτουργούν μέσα στον κόσμο, ώστε να εισπράττουν θετική ανατροφοδότηση.

Η συντελεστικής εξάρτησης τεχνική της θετικής ενίσχυσης μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης.<sup>8</sup>

### **Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία**

Πρόκειται για μορφή ψυχοθεραπείας που απευθύνεται ειδικά σε ασθενείς με κατάθλιψη. Αποτελείται από 12-16 συνεδρίες, δεν επικεντρώνεται στο χθες, όπως οι προηγούμενες ψυχοθεραπείες, αλλά στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του.<sup>32</sup> Αφορά την έλλειψη σιγουριάς, την ανεπάρκεια των κοινωνικών δεξιοτήτων και τις παραμορφώσεις στον τρόπο σκέψης, οι οποίες μπορεί να αντιμετωπιστούν, αλλά μόνο σε σχέση με το νόημα ή τα αποτελέσματα που έχουν στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων.<sup>8</sup>

### **Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**

Προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη και αφορά σε οξείες καταστάσεις κρίσης, π.χ. πένθος, και είναι απροσδιόριστης διάρκειας.

### **Ομαδική ψυχοθεραπεία**

Αφορά κυρίως αρρώστους με κίνδυνο αυτοκαταστροφής. Η ομάδα μέσα από την αλληλεπίδραση των μελών της προσφέρει διόρθωση των εσφαλμένων απόψεων.<sup>17</sup>

Είναι γνωστό ότι η θεραπεία πολλών ατόμων συγχρόνως σε ομάδα έχει και τεράστια ψυχοθεραπευτική αξία. Το άτομο μέσα στην ομάδα κατορθώνει καλύτερα να εντοπίσει τις παθολογικές μορφές συμπεριφοράς, να λύσει τις εσωτερικές συγκρούσεις και να αποκτήσει νέους αποδεκτούς τρόπους διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης.<sup>21</sup>

### **Οικογενειακή ψυχοθεραπεία**

Ενδείκνυται ιδιαίτερα όταν η κατάθλιψη του ασθενούς διαταράσσει την ισορροπία της οικογένειας, όταν η κατάθλιψη συνδέεται με οικογενειακά γεγονότα ή όταν ενισχύεται ή τροφοδοτείται από οικογενειακά πρότυπα συμπεριφοράς.<sup>8</sup>

Μπορεί να συνδυάζεται με ψυχοεκπαιδευτική διεργασία.<sup>17</sup>

Στηρίζεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς με σωματικά προβλήματα βρίσκονται σε κατάσταση stress και δε διαθέτουν κατάλληλους μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Ακόμα διευκολύνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ αρρώστου - νοσηλευτή και νοσοκομειακού περιβάλλοντος να διατηρηθεί και ισχυροποιηθεί η ψυχική υγεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να επιτευχθεί η ανάρρωση και θεραπεία του.<sup>22</sup>

### Υγιεινή διατροφή, αντίδοτο για την κατάθλιψη

Η ιατρική βιβλιογραφία δέχεται απερίφραστα ότι η ενδεχόμενη έλλειψη φολικού οξέος ευνοεί την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, κυρίως κατάθλιψης. Το φυλλικό ή φολικό οξύ ανήκει στις βιταμίνες του συμπλέγματος Β και ότι εμφανίζει αντικαταθλιπτική δράση αποτελεί για τους επιστήμονες κοινό μυστικό.

Ο Dr. Young, καθηγητής του πανεπιστημίου McGill, παρουσιάζει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η έλλειψη φολικού οξέος ενδέχεται να επιφέρει κατάθλιψη και η πρόσληψή του συχνά θεραπεύει την ψυχική αυτή πάθηση.

Ο Dr. Young, για την υποχώρηση των συμπτωμάτων ήπιας μορφής κατάθλιψης, συνιστά τη λήψη 200-500mg φολικού οξέος ημερησίως, μέσω των συνηθισμένων τροφών.

Κάτι παρόμοιο φαίνεται να συμβαίνει και με το ιχνοστοιχείο σελήνιο το οποίο φαίνεται να επιδρά εντυπωσιακά στη διάθεση ύστερα από έρευνες που έγιναν. Οι ψυχολόγοι David Benton και Richard Cook του Πανεπιστημίου Σονόνσι της Ουαλίας απέδειξαν ότι άτομα που λάμβαναν ελάχιστες ποσότητες σεληνίου εμφάνιζαν ανησυχία, κούραση και μελαγχολία και όταν έλαβαν επαρκή ποσότητα σεληνίου η διάθεσή τους βελτιώθηκε σημαντικά.

Τέλος, οι τροφές που είναι πλούσιες σε φολικό οξύ είναι:

- Λαχανικά
- Γίγαντες και κυρίως,
- το σπανάκι.



Ενώ, τροφές πλούσιες σε σελήνιο είναι:

- Βραζιλιάνικα καρύδια
- Θαλασσινά όπως τόνος, μύδια, ξιφίας, στρείδια
- Ηλιόσποροι
- Λευκό ψωμί
- Πίτουρο βρώμης
- Πλιγούρι
- Συκωτάκια πουλιών.<sup>5</sup>



### 6.2.Φαρμακευτική αγωγή

Το σοβαρό δίλλημα που προκύπτει στην ψυχιατρική θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης, αφορά τον θηλασμό. Εάν θηλάζει η μητέρα, το φάρμακο που θα πάρει περνά μέσα από το γάλα στο μωρό. Στην θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης(γενικά και πέρα από το θέμα του θηλασμού) μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορες ομάδες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.<sup>42</sup>

Πολλά από τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των αμινών 5-υδροξυτροπαμίνη και νοραδρεναλίνη στον εγκέφαλο, υποστηρίζοντας έτσι την άποψη ότι οι αμίνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της διάθεσης.

Οι ακόλουθες ομάδες φαρμάκων χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης:<sup>10</sup>

**§ Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** (όπως ιμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, χλωριμιπραμίνη).<sup>33</sup>

Μετά την έναρξη της θεραπείας οι διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την κατάθλιψη αποκαθίστώνται, αλλά περνούν αρκετές εβδομάδες πριν θεραπευτεί η κατάθλιψη. Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για 6 εβδομάδες πριν αποφασίσουμε ότι η θεραπεία απέτυχε. Το 80% των ατόμων με κατάθλιψη απαντά στη θεραπεία.<sup>10</sup>

**§ Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)** (όπως φλουοξετίνη, φλουβοξαμίνη, σιταλοπράμη, παροξετίνη).<sup>33</sup>

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν, εάν η ασθενής δεν ανταποκρίνεται στα τρικυκλικά.<sup>7</sup> Είναι αποτελεσματικοί στην κατάθλιψη και έχουν λιγότερες αντιχολινεργικές και καρδιοτοξικές παρενέργειες.<sup>10</sup>

**§ Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI)** (όπως η βενλαφαξίνη). Έχουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα προηγούμενα και ευρύτερο φάσμα δράσης,

γιατί, εκτός από την αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ασκούν παρόμοια δράση και στη νοραδρεναλίνη.

**§ Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)** (όπως τρανυλκυπρομίνη, φαινελζίνη, νιαλαμίδη).<sup>33</sup>

Αυτά τα φάρμακα επιδρούν στο μεταβολισμό της αδρεναλίνης, νοραδρεναλίνης και 5-HT στον εγκέφαλο και οδηγούν σε συσσώρευση αυτών των ουσιών. Δεν έχει αποδειχθεί ακόμα η σύνδεση αυτής της δράσης με την αντικαταθλιπτική τους δράση.

Προκαλούν αλλαγή της διάθεσης, αυξάνουν την ευδιαθεσία, την ενεργητικότητα στις μισές περίπου ασθενείς με κατάθλιψη. Χρησιμοποιούνται κυρίως στην άτυπη κατάθλιψη και σε καταστάσεις φοβίας. Έχουν όμως ανεπιθύμητες ενέργειες που περιορίζουν τη χρήση τους και πρέπει να χορηγούνται μόνο σε άτομα που έχουν επίγνωση αυτών των ενεργειών.<sup>10</sup>

Από αυτές τις ομάδες φαρμάκων κάποια αντικαταθλιπτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια, καθώς ο κίνδυνος για το μωρό είναι μικρός, έως ελάχιστος. Η σερτραλίνη και η παροξετίνη είναι τα φάρμακα πρώτης γραμμής στις γυναίκες που πρέπει ν' αρχίσουν θεραπεία για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό και επιθυμούν κατά την ίδια περίοδο να συνεχίσουν τον θηλασμό. Η χρησιμοποίηση της φλουοξετίνης και της σιταλοπράμης, φαίνεται αντιθέτως να συνδέεται μ' έναν σχετικά υψηλότερο κίνδυνο δυσμενών γεγονότων.<sup>42</sup>

**6.2.1. Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων**

**§ Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά**

Ø Ξηροστομία, αδυναμία, λήψη βάρους, θολότητα όρασης, δυσκοιλιότητα, στατική υπόταση, κατακράτηση ούρων, ναυτία, εφίδρωση, προσωρινή σύγχυση και διαταραχές λόγου.<sup>7</sup>

Ø Επιπτώσεις στην καρδιά (ταχυπαλμίες ή αρρυθμίες).

Ø Τρόμος των χεριών.<sup>18</sup>

**§ Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)**

Ø Δεν πρέπει να συνδυάζονται με λίθιο ή αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης γιατί μπορεί να προκληθεί υποθερμία, τρόμος και σπασμοί λόγω της 5-HT.<sup>10</sup>

Ø Στομαχικές διαταραχές

Ø Διάρροια

Ø Ναυτία

Ø Έμετοι

Ø Πονοκέφαλος

Ø Υπερκινητικότητα

Ø Άγχος

### § Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (SNRI)

Παρουσιάζει παρόμοιες παρενέργειες με τα προηγούμενα και επίσης:

- Ø Μπορεί να προκαλέσει δερματικό εξάνθημα.
- Ø Πιθανόν να επηρεάσει την απόδοση του ασθενούς σε δεξιότητες, όπως η οδήγηση.<sup>18</sup>

### § Αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)

Στις συνηθέστερες παρενέργειες των αναστολέων της ΜΑΟ περιλαμβάνεται η πρόσληψη βάρους, η ορθοστατική υπόταση, η ξηροστομία, η διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας, η κεφαλαλγία και η αϋπνία ή αντίθετα υπερβολική υπνηλία.<sup>12</sup>

Επίσης προκαλούν νευρικότητα, συχνουρία και σπανιότερα ίκτερο.

Προκαλούν συνέργεια με τα φάρμακα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως τα βαρβιτουρικά, το οινόπνευμα, την κοκαΐνη, τη μορφίνη και ειδικά την πεθιδίνη. Προκαλούν όμως υπερλειτουργία των αγγειοσυσταλτικών όπως η αδρεναλίνη και η αμφεταμίνη και ενός αριθμού αγγειοσυσταλτικών π.χ. που χρησιμοποιούνται στο κρυολόγημα.<sup>10</sup>

### 6.3. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η σπασμοθεραπεία, ως βιολογική θεραπεία, εφαρμόστηκε για πρώτη φορά, το 1934 από τον Lazlo Meduna, Ούγγρο ψυχίατρο, αν και μέσα στον χρόνο, αμφισβητήθηκε η αποτελεσματικότητά της, η γνώση σε συνδυασμό με τις ερευνητικές μελέτες που έγιναν, απέδειξαν πως αποτελεί μια από όπως θεραπείες επιλογής, για ορισμένες περιπτώσεις ψυχικά νοσούντων.<sup>28</sup>

Το 1938 δύο Ιταλοί γιατροί ήταν οι πρώτοι που χρησιμοποίησαν ηλεκτρικό ρεύμα αντί για χημικές ουσίες για να προκαλούν σπασμούς στα ψυχικά ασθενή άτομα. Αυτή η μέθοδος ήταν γνωστή και ως θεραπεία με ηλεκτροσόκ και αποτελούσε βελτιωμένη εκδοχή για το πότε θα εμφανίζονταν οι σπασμοί.<sup>4</sup>

Στα μέσα όμως της δεκαετίας του 1950 τα ψυχοτρόπα φάρμακα περιόρισαν την χρήση της ΗΣΘ.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 εκφράζονται αμφιβολίες για την χρήση της, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1970 διαπιστώνεται πως η αποτελεσματικότητα των ψυχοφαρμάκων είναι κατώτερη της ΗΣΘ και επαναφέρεται η χρήση της.

Το 1980 ανοίγεται ο ορίζοντας για την ΗΣΘ, όπου γίνονται έρευνες για την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και την δράση της ως θεραπεία.<sup>28</sup>

Από το ηλεκτρικό ερέθισμα που χρησιμοποιείται και τον τονικοκλονικό σπασμό, που αποτελεί την περιφερική έκφραση της νευρωνικής εκφόρτισης, προέρχεται η ονομασία ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Στην κλινική πράξη, η διαδικασία είναι γνωστή με την αγγλική συντομογραφία «ECT».<sup>33</sup>

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) ως τύπος σωματικής θεραπείας, εφαρμόζεται ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους κροτάφους. Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει μεγάλη επιληπτική κρίση, από την οποία προέρχεται το ποθούμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

### Μηχανισμός δράσης

Ο ακριβής μηχανισμός είναι άγνωστος, αλλά θεωρείται ότι προκαλεί βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο –αύξηση των επιπέδων νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης- παρόμοιες μ' αυτές που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.<sup>25</sup>



### 6.3.1.Κλινική εφαρμογή

- **Προετοιμασία για ΗΣΘ.** Πριν από την έναρξη των θεραπειών απαιτείται κλινικός και παρακλινικός έλεγχος. Το πρωί της θεραπείας, με την ασθενή νηστική, εγκαθίσταται φλεβική επικοινωνία, απ' όπου χορηγούνται το αναισθητικό και το μυοχαλαρωτικό.
- **Η τοποθέτηση ηλεκτροδίων.** Η τοποθέτηση των ηλεκτροδίων μπορεί να γίνει συμμετρικά και στα δύο ημισφαίρια (αμφοτερόπλευρη) ή μόνο στο ένα ημισφαίριο (μονόπλευρη).
- **Συχνότητα και διάρκεια.** Η ΗΣΘ εφαρμόζεται δύο ή τρεις φορές εβδομαδιαίως. Μικρότερη συχνότητα μειώνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα, ενώ μεγαλύτερη αυξάνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες χωρίς να επιταχύνει τη θεραπεία. Για την κατάθλιψη, ο μέσος αριθμός συνεδριών είναι 6-8, αλλά μπορεί να απαιτηθούν έως και 12.
- **Διάρκεια και επάρκεια εκφόρτισης-επιληπτικός ουδός.** Σε κάθε συνεδρία, διάρκεια σπασμών μικρότερη από 25 sec θεωρείται γενικά ανεπαρκής. Κατά την πορεία των συνεδριών της ΗΣΘ, ο επιληπτικός ουδός προοδευτικά αυξάνεται, με συνέπεια την προοδευτική αύξηση της ηλεκτρικής δόσης για να συντηρηθεί η επαρκής διάρκεια των σπασμών. Αυτό το φαινόμενο εικάζεται ότι σχετίζεται με το θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- **Ηλεκτρική δόση.** Καθορίζεται είτε με βάση τον επιληπτικό ουδό είτε πρακτικά με βάση την ηλικία της ασθενούς. Μετριέται σε joules ή millicoulombs. Οι μέσες ενέργειες που χρησιμοποιούνται είναι της τάξης των 30- 70 joules (150-350 mCb), αλλά μπορεί να κυμαίνονται από 10-100 joules (50-500 mCb).
- **Προφύλαξη.** Μετά το πέρας της ΗΣΘ οι άρρωστοι υποτροπιάζουν κατά 50%. Με φαρμακευτική προφύλαξη το ποσοστό υποτροπών μειώνεται στο 20%. Για αρρώστους στους οποίους η φαρμακευτική προφύλαξη δεν είναι αποτελεσματική,



## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

μπορεί να χορηγηθούν «αναμνηστικές» συνεδρίες ΗΣΘ με συχνότητα 1/μήνα κατά μέσο όρο, για 3-6 μήνες ή για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα.<sup>33</sup>



### 6.3.2. Παρενέργειες

Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την ολοκλήρωση συνεδρίας ΗΣΘ είναι:

- Σύγχυση – διαταραχή προσανατολισμού, συνήθως διάρκειας 15’-30’ μετά την θεραπεία.
- Παροδική αύξηση αρτηριακής πίεσης και σφίξεων για 2’-3’ όπως και κάποιες έκτακτες συστολές.
- Βραδυαρρυθμίες.
- Παρατεταμένη άπνοια.
- Σωματικά ενοχλήματα όπως: ζάλη, κεφαλαλγία, μυϊκοί σπασμοί, κόπωση, ανορεξία, αϋπνία, αμηνόρροια.
- Παρατεταμένη επιληπτική εκφόρτιση.
- Θνητότητα (ποσοστό 1/10.000). Συνήθως θάνατος επέρχεται κατά την ανάνηψη λόγω καρδιακών επιπλοκών και σπανιότερα κατά τη συνεδρία.<sup>28</sup>
- Παροδική διαταραχή μνήμης. Μετά το πέρας των θεραπειών, τείνουν να ξεχνούν γρηγορότερα και να μη θυμούνται ορισμένα πρόσφατα γεγονότα. Η μνήμη επανέρχεται στην προηγούμενη λειτουργικότητά της συνήθως μέσα στον πρώτο μήνα από τη λήξη των θεραπειών.<sup>33</sup>

### Κίνδυνοι

Σ' αυτό το χρονικό διάστημα δεν πρέπει να:

- Οδηγείτε οποιοδήποτε είδος οχήματος
- Χειριστείτε μηχανές, περιλαμβανομένων και των συσκευών μαγειρικής
- Λάβετε σημαντικές αποφάσεις ή να υπογράψετε οποιοδήποτε νομικό έγγραφο
- Πιείτε αλκοόλ, να πάρετε άλλες ουσίες που αλλάζουν την εγκεφαλική λειτουργία ή να καπνίσετε, επειδή μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στο αναισθητικό φάρμακο
- Ίσως να επηρεαστεί η βραχύχρονη μνήμη σας
- Αμέσως μετά την ECT τα περισσότερα άτομα έχουν μια μικρή περίοδο σύγχυσης και δεν θυμούνται την θεραπεία αυτή καθ' εαυτή.
- Κατά τη διάρκεια της ECT, ίσως είναι πιο δύσκολο να θυμάστε πρόσφατα γεγονότα, αν και η δυσκολία αυτή ξεπερνιέται σε διάστημα ημερών ή εβδομάδων μετά την ολοκλήρωση της σειράς της θεραπείας.<sup>37</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

### ΠΡΟΓΝΩΣΗ

#### 7.1. Πρόγνωση

Η επιλόχεια κατάθλιψη, όπως και κάθε άλλη ψυχική νόσος έχει καλή πρόγνωση, όταν η διάγνωση της νόσου γίνει έγκαιρα και εφαρμοστεί μια αποτελεσματική θεραπεία. Η ελαφρά επιλόχεια κατάθλιψη υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες. Η επιλόχεια κατάθλιψη πιθανόν να αρχίζει ν' αντιδρά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μέσα σε 2-4 εβδομάδες, αλλά η πλήρης ανάρρωση πιθανόν ν' απαιτήσει έως και 1 χρόνο. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα συνήθως βοηθούν την επιλόχεια ψύχωση σε χρονικό διάστημα 2-3 μηνών. Παρ' όλα αυτά πιθανόν να πρέπει να παίρνουν τα φάρμακα πολλούς μήνες και να είναι απαραίτητη η μακρόχρονη παρακολούθηση και υποστήριξη της καταθλιπτικής γυναίκας στην περίοδο της λοχείας.

Είναι πολύ πιθανόν η οποιαδήποτε μορφή κατάθλιψης να επανεμφανιστεί σε επόμενες κυήσεις. Οι γυναίκες που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης είτε επιλόχειας κατάθλιψης, είτε ψύχωσης, θα πρέπει να λαμβάνουν περαιτέρω υποστήριξη κατά τη διάρκεια και μετά από μελλοντικές εγκυμοσύνες. Θα πρέπει επίσης να ελέγχονται για κίνδυνο κατάθλιψης και θα πρέπει να χρησιμοποιούν αυτοκόλλητα με ορμόνες μετά τον τοκετό, για την αντιμετώπιση της ξαφνικής πτώσης των επιπέδων των ορμονών. Σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της γυναίκας παίζει ο σύντροφός της και η ευρύτερη οικογένεια.<sup>1</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>**

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

**8.1. Πρόληψη (Πρωτοβάθμια – Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια)**

Η πρόληψη της κατάθλιψης, είναι πιο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ασθενειών. Εκείνο που εννοούμε με την πρόληψη της κατάθλιψης, είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Σημαίνει να νιώσεις την κατάθλιψη παρά να την αρνείσαι και να την διοχετεύσεις σε σωματικούς, ψυχολογικούς, ή άλλους τομείς συμπεριφοράς. Σημαίνει την εξουδετέρωση μέσα στο άτομο και το περιβάλλον του, των συγκρούσεων που τον κάνουν καταθλιπτικό ενώ δεν πρέπει. Βασικά η πρόληψη συνεπάγεται τη δημιουργία διαφόρων τύπων εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να ενισχύουν τις ικανότητες για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των εντάσεων της ζωής. Αφού λοιπόν η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας, η πρόληψή της μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια.<sup>6</sup>

### 8.1.1.Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτίων. Αποβλέπει στον περιορισμό της επίπτωσης (incidence).<sup>33</sup>

Αν λάβουμε υπ' όψη μερικές από τις βασικές αιτίες της κατάθλιψης - ευαισθησία στην απώλεια και στην απόρριψη, έλλειψη αυτοσεβασμού, δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, συγκρούσεις που σχετίζονται με πολλαπλές εντάσεις και μακροχρόνια παραμονή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον- είναι δυνατόν να αρχίσουμε να καθορίζουμε τα είδη προσεγγίσεων που απαιτούνται για την πρωτοβάθμια πρόληψη.<sup>6</sup>

Η μείωση, επομένως των νέων περιπτώσεων μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

- Ø Μελέτη και εξακρίβωση των στρεσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που συντελούν στην αύξηση της επικινδυνότητας για ψυχική νόσο.
- Ø Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση για τη φύση της κατάθλιψης, τις θεραπείες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες.<sup>25</sup>

### 8.1.2. Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρόιμη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης. Αποβλέπει στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού (prevalence). Με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορούμε να μειώσουμε τόσο τη διάρκεια καθεμιάς φάσης όσο και τη διάρκεια της νόσου στο σύνολό της.<sup>33</sup>

Επίσης, η νοσηλευτική υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.<sup>25</sup>



### 8.1.3. Τριτοβάθμια πρόληψη

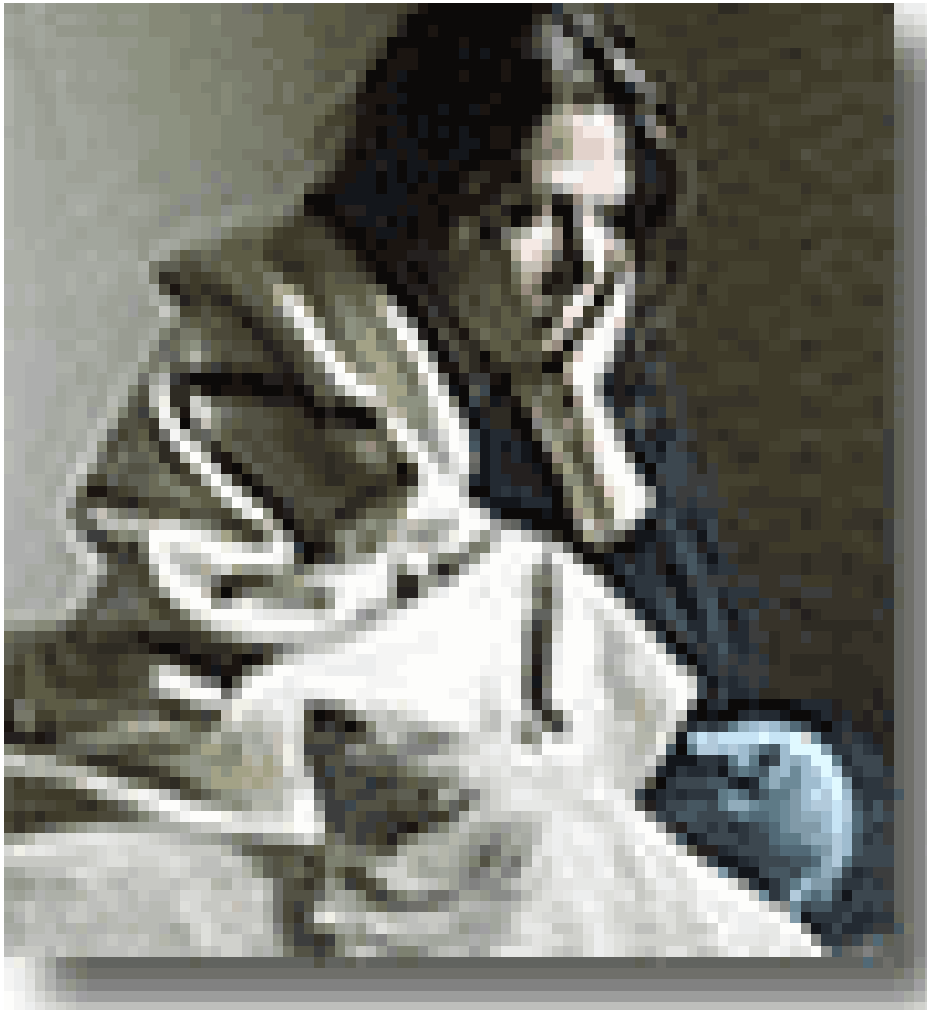
Η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο, την μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποργάνωσης, που συνοδεύουν μια ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα απο-ιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης.<sup>33</sup>

Προλαμβάνονται, λοιπόν, η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς.<sup>25</sup>





## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**9.1.0 Νοσηλευτής ψυχικής υγείας**

Η φύση του αντικειμένου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων του ενός επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τα μέλη της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας συνεργάζονται και συντονίζουν τις προσπάθειές τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας βασίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης: (α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια), (β) παροχή φροντίδας και θεραπείας (δευτεροβάθμια), (γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχιατρικούς ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα ασθενών» και του «απλού εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε, μέσω της εκπαίδευσης και της ειδίκευσης, στην ανάληψη πιο ενεργητικού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα.<sup>30</sup>

Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Σύμφωνα με τους θεωρητικούς της νοσηλευτικής Replau, Rogers και Roy, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο.

Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας προσφέρει στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξή της . Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται

ενδονοσοκομειακά σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας: 1) ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο, 2) ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου, 3) κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής, 4) εξωτερικά ιατρεία 5) ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, 6) διασυνδεδεμένες υπηρεσίες, 7) κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, 8) μονάδες μερικής νοσηλείας, 9) μονάδες στέγασης, 10) μονάδες αποκατάστασης και 11) ανάδοχες οικογένειες.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα να αναπτύσσουν τις δραστηριότητες τους σε ποικίλους τομείς όπως.

- Ø **Θεραπευτικός.** Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
- Ø **Οργανωτικός- διοικητικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει τον χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητας του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.
- Ø **Ο εκπαιδευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.

- Ø **Ο συμβουλευτικός.** Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους-συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.
- Ø **Ο ερευνητικός.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων.

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν:

- 1. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.** Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση της θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον οι νοσηλευτές:
  - Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
  - Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπεια τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανόν περιοριστικών μέτρων.

- 2. Αξιοποίηση πληροφοριών – εκτίμηση- Νοσηλευτική διάγνωση.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο περιβάλλον του,

αξιοποιώντας το νοσηλευτικό θεραπευτικό συνεχές. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντος του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, με αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας. Η εκτίμηση του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως:

- § Τη δυνατότητα να προστατεύει , ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους.
- § Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επισημαίνει ο ίδιος.
- § Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, που αφορά στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας εργασίας.
- § Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.
- § Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας.
- § Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων.
- § Το επίπεδο υγείας.
- § Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του.
- § Τι πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αξιοποιεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς και προγραμματίζει τις ανάλογες παρεμβάσεις.

**3. Παρεμβάσεις.** Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο,, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης.<sup>24</sup>

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει:

- § Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- § Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- § Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στη θεραπεία.
- § Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησής του.
- § Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και την οικογένεια του.
- § Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης.
- § Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:
- § Την εγκατάσταση συνεχής εμπιστοσύνης με τον ασθενή
- § Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης του
- § Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας.<sup>16</sup>

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής κατέχει ένα ρόλο εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό προς την ασθενή και είναι εξασκημένος στην αντιμετώπιση των ειδικών προβλημάτων του μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας.<sup>15</sup>

Η Ψυχιατρική νοσηλευτική ως εξειδικευμένη «περιοχή» της νοσηλευτικής, ανταποκρίθηκε στην πρόκληση για ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων ανάλογων με τις ανάγκες του ειδικού πληθυσμού που νοσηλεύει.



### 9.1.1. Κριτήρια ψυχιατρικής νοσηλευτικής

Τα πρότυπα του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών (ANA), που στηρίζονται στα 6 στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι τα εξής:

#### **Πρότυπο 1: Θεωρία**

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει κατάλληλη θεωρία, η οποία είναι επιστημονικά ορθή και χρησιμεύει ως βάση για αποφάσεις που σχετίζονται με τη νοσηλευτική άσκηση.

#### **Πρότυπο 2: Συλλογή πληροφοριών**

Ο νοσηλευτής συλλέγει συνεχώς πληροφορίες, οι οποίες είναι περιεκτικές, ακριβείς και συστηματικές.

#### **Πρότυπο 3: Νοσηλευτική Διάγνωση**

Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και τα πρότυπα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, προκειμένου να διαμορφώσει συμπεράσματα υποστηριζόμενα από τα δεδομένα της αξιολόγησης και της σύγχρονης επιστημονικής γνώσης.

#### **Πρότυπο 4: Σχεδιασμός**

Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με ειδικούς στόχους και παρεμβάσεις που αποβλέπουν σε νοσηλευτικές πράξεις ειδικές για κάθε ασθενή.

#### **Πρότυπο 5: Παρεμβάσεις**

Ο νοσηλευτής οδηγούμενος από το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας παρεμβαίνει με νοσηλευτικές πράξεις, οι οποίες προάγουν, διατηρούν ή επαναφέρουν τη σωματική και ψυχική υγεία, προλαμβάνουν τη νόσο και επιτυγχάνουν την αποκατάσταση.

#### **Πρότυπο 6: Αξιολόγηση**

Ο νοσηλευτής αξιολογεί τις ανταποκρίσεις της αρρώστου στις νοσηλευτικές πράξεις, προκειμένου να αναθεωρήσει τη βάση των δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας όταν απαιτείται.<sup>23</sup>



Για την εκπλήρωση των στόχων, την εκτέλεση των επιστημονικών εργασιών του και τη διασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι απαραίτητο, εκτός από τις επιστημονικές αρχές και γνώσεις, να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, δυνατότητα εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, ευελιξία επικοινωνίας, διαθεσιμότητα, παρατηρητικότητα, συνέπεια, διδακτική ικανότητα και να επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση για τις νεότερες στάσεις και αντιλήψεις της Ψυχιατρικής.<sup>33</sup>



## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΝΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### 9.2.Σκοπός νοσηλευτικής παρέμβασης

Γενικοί στόχοι είναι:

- § Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας.
- § Σε φυσιολογικές αντιδράσεις λύπης, διαβεβαίωση της ασθενούς ότι τα συναισθήματά της είναι φυσιολογικά και συμβολή του νοσηλευτή ώστε να ολοκληρωθούν όλα τα στάδια της λύπης.
- § Προώθηση και υποστήριξη της αναγνώρισης και της έκφρασης των συναισθημάτων της ασθενούς.
- § Προώθηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.
- § Προώθηση της έκφρασης και της ικανότητας της ασθενούς να εντοπίζει τους παράγοντες που της προκαλούν ένταση.<sup>7</sup>

Επιπλέον, σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να φθάσει η άρρωστη στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- § Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- § Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- § Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες
- § Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- § Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκολεύουν την επικοινωνία της με άλλους.<sup>25</sup>

### 9.2.1. Νοσηλευτικοί σκοποί, αρχές και παρεμβάσεις

**Ø Ο άρρωστος πρέπει να προστατευτεί για να μη βλάψει τον εαυτό του.**

Δίνεται προτεραιότητα σε ενέργειες που σώζουν τη ζωή. Στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικινδύνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και εκπλήρωση των βασικών του αναγκών.

**Ø Αύξηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου.** Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο. Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής του υγιεινής και αυτοφροντίδας.

**Ø Ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων.**

Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στο χειρισμό του στρες και του άγχους. Ο νοσηλευτής βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίζει τους νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του. Αμείβει με επιδοκιμασία τις θετικές προσπάθειες.

**Ø Κινητοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης.** Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του. Ενισχύονται οι θερμές και στενές οικογενειακές σχέσεις. Εντοπίζονται σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες και παραπέμπεται σε αυτές ο άρρωστος.

Ø *Ο άρρωστος και τα σημαντικά του πρόσωπα πρέπει να εκπαιδευτούν για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας που διαπιστώθηκαν. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή σε αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει τη φροντίδα του αρρώστου με τον ίδιο και τα σημαντικά του πρόσωπα. Εξηγεί τα φάρμακα που παραγγέλθηκαν και πως πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του που του επισημάνθηκαν. Απαντά σε απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου.*<sup>26</sup>



### 9.3.Γενική Νοσηλευτική Φροντίδα Ψυχικών Αρρώστων

1. Υπομονετική προσπάθεια να γίνονται όλες οι καθημερινές της δραστηριότητες και να ικανοποιούνται οι ανάγκες της.
2. Να της χορηγείται τροφή, να σημειώνεται αν την δέχεται ή αν την αρνείται και να μετριέται καθημερινά το βάρος της για τυχόν απώλεια.
3. Παρατηρούμε τις κινήσεις και τις αντιδράσεις της αρρώστου.
4. Προσπαθούμε να παίρνει τα φάρμακά της και ν' ακολουθεί την κατάλληλη διαίτα με κάποια συμπληρώματα.
5. Παρατηρητικότητα για τις άμεσες ανάγκες της ασθενούς σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια της αρρώστου.
6. Εκπαίδευση της αρρώστου και της οικογένειάς της για τη πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της.
7. Πρέπει να είμαστε ήρεμοι διατηρώντας τον έλεγχο του εαυτού μας και της γενικής κατάστασης για να εμπνέουμε το αίσθημα της εμπιστοσύνης.
8. Να διαθέτουμε χρόνο απασχόλησης με τον άρρωστο και τα προβλήματά του.
9. Να ακούμε προσεκτικά τον άρρωστο, τις διηγήσεις του και όλα τα προβλήματα που μπορεί να έχει για να εκτιμήσουμε την κατάστασή του και να βρεθούν σημεία επαφής.
10. Να καθησυχάσουμε και να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο ότι αυτό που του συμβαίνει είναι μια παροδική κατάσταση ιάσιμη.
11. Να παραμένει ήρεμος ο άρρωστος δημιουργώντας κλίμα ηρεμίας και περιβάλλον που θα πλησιάζει τον άρρωστο, φροντίζοντας να εγκλιματιστεί μαθαίνοντας του τους χώρους και τους ανθρώπους που θα ζητήσει βοήθεια.

12. Απασχολούμε τον άρρωστο με διάφορες εργασίες, όπως πλέξιμο καλαθιών, τακτοποίηση πραγμάτων, διάβασμα, ζωγραφική, γλυπτική, αγγειοπλαστική κτλ.
13. Τήρηση φαρμακευτικής αγωγής.
14. Συζήτηση με το συγγενικό του περιβάλλον.<sup>29</sup>



#### 9.4. Νοσηλευτική παρέμβαση στην κατάθλιψη

- § Ολοκλήρωση της εφαρμογής των μέτρων πρόληψης της αυτοκτονίας, όταν η ασθενής διατρέχει μεγάλο κίνδυνο.<sup>7</sup> Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.<sup>25</sup> Ενημέρωση του γιατρού για τους παράγοντες κινδύνου. Άσκηση συνεχούς ελέγχου και προσπάθεια να πεισθεί ο ασθενής ότι δεν επιτρέπεται να βλάψει τον εαυτό της.<sup>7</sup>
- § Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή θανάτου.<sup>25</sup>
- § Εξήγηση στην άρρωστη από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά της και θα την βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει την νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.
- § Στενή παρακολούθηση. Τοποθέτηση της αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις της, αν ενδείκνυται.
- § Προσοχή να μην χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη. Στα πλαίσια ασφάλειας περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.
- § Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε η άρρωστη στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μην της φέρνει επικίνδυνα είδη.
- § Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά την χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει η άρρωστη και να μην τα κρύβει για πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας.

- § Παρακολούθηση της αρρώστου ακόμα και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους , με προηγούμενη ενημέρωσή του.
- § Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους, σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα. Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη του πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο της αρρώστου.
- § Βεβαίωση της αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.<sup>26</sup>
- § Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκόλυναν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.<sup>25</sup>
- § Υιοθέτηση θερμής καταδεκτικής προσέγγισης για τις ασθενείς με κατάθλιψη, παρά την πιθανότητα να αντισταθούν στις προσπάθειες να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση.<sup>7</sup>
- § Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με την άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για την άρρωστη και για τον νοσηλευτή.
- § Προειδοποίηση της αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος.<sup>25</sup>
- § Αποφυγή κάθε προσπάθειας από το νοσηλευτή να πείσει την ασθενή να χαρεί ή να γελάσει.
- § Αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων της ασθενούς αλλά χωρίς να δείχνει ο νοσηλευτής φιλευσπλαχνία και χωρίς να ταυτίζεται με αυτά. Δημιουργία μηχανισμού αντιμετώπισης που θα χαρακτηρίζεται από ηρεμία, εμπιστοσύνη και αντικειμενικότητα.<sup>7</sup>



- § Συνέπεια του νοσηλευτή στον χρόνο της συνάντησης και παραμονή κοντά στην άρρωστη όλη την ώρα της υπόσχεσης, ακόμα και όταν αυτή δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Η άρρωστη αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, η καταθλιπτική μητέρα μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξια προσοχής.<sup>25</sup>
- § Προσφορά γνωστικών παρεμβάσεων: Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει την αίσθηση του ελέγχου των στόχων και της συμπεριφοράς της. Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει την αυτοεκτίμησή της, βοηθώντας την να μεταβάλει τις αρνητικές της αντιλήψεις.<sup>7</sup>
- § Παραμονή δίπλα στην άρρωστη και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά χρονικά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή την βεβαιώνει ότι την θεωρεί πρόσωπο με αξία. Όταν η άρρωστη παρουσιάσει αλαλία (σιωπηλότητα, βουβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει. Όταν η άρρωστη δεν είναι ακόμη έτοιμη για να μιλήσει οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος της ενώ π.χ. σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος την επαναφέρουν στην πραγματικότητα.<sup>25</sup>
- § Προσφορά παρεμβάσεων στη συμπεριφορά και ολοκλήρωση τους σταδιακά:
- Προώθηση της επιτυχής συμπεριφοράς κατευθύνοντάς την σε συγκεκριμένους στόχους.
- Προσφορά συγκροτημένων δραστηριοτήτων, ξεκινώντας απ' αυτές με μικρή διάρκεια και με μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς εκτέλεσης.
- Προσφορά θετικής ενίσχυσης στην επιθυμητή συμπεριφορά.<sup>7</sup>

- § Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- § Διάθεση αρκετού χρόνου στην άρρωστη για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.<sup>25</sup>
- § Προώθηση κοινωνικών παρεμβάσεων. Διδασκαλία και επίδειξη στην ασθενή αποτελεσματικώς κοινωνικών δραστηριοτήτων.
- § Χρησιμοποίηση τεχνικών ανάληψης ρόλου, πρόβας, αντίδρασης και θετικής ενίσχυσης για τις επιθυμητές κοινωνικές δραστηριότητες.<sup>7</sup>
- § Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης της αρρώστου με τη σύγκριση αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένη η ίδια.<sup>25</sup>
- § Προσφορά ευκαιρίας στην ασθενή να ασκήσει και να διευρύνει τις ικανότητές της.
- § Βοήθεια της ασθενούς να βρει κοινωνικές ομάδες και οργανώσεις μέσω των οποίων θα μπορέσει να επεκτείνει το κοινωνικό δίκτυο.<sup>7</sup>
- § Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός της αρρώστου να μην θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτό-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και της αρρώστου και του νοσηλευτή. Ενθάρρυνση της αρρώστου να εξωτερικεύει λεκτικά το θυμό της. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους.<sup>25</sup>
- § Συμμετοχή και της οικογένειας της ασθενούς στην θεραπεία και στο πρόγραμμα εξόδου της από το νοσοκομείο. Διδασκαλία της οικογένειας της αρρώστου για την αντιμετώπισή της και παροχή συμβουλών.<sup>7</sup>

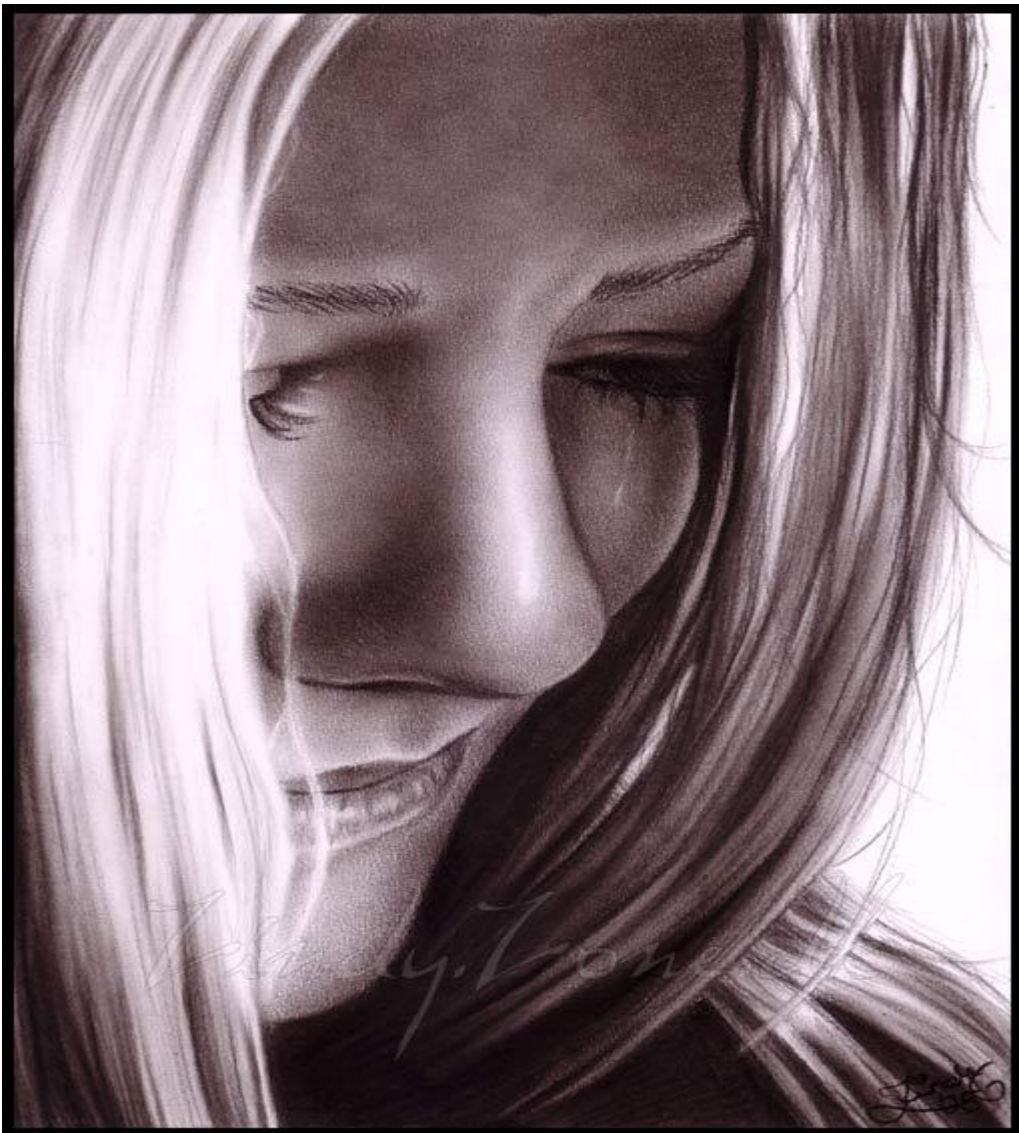
- § Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής, π.χ. δείχνετε πιο καλή σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα, διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά του κάθε πράγματος. Π.χ., μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλή χθες. Αν χτενιστώ αλλιώς, μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμά σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.<sup>25</sup>
- § Αποφυγή εκφράσεων όπως «τα πράγματα θα διορθωθούν». Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν την σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος της αρρώστου και μπορούν να αυξήσουν μέσα της την ενοχή και αναξιοσύνη αφού δεν είναι σε θέση η ίδια να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.
- § Βαθμιαία ενσωμάτωση της αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής της.
- § Διδασκαλία της αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό της και τις ικανότητές της.
- § Βοήθεια της αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό, θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού της, της ζωής της και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιοσύνης και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή της.
- § Παρότρυνση της αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή της εμφάνιση, με σκοπό, την διατήρηση της

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

υγείας, την πρόληψη νόσησης και την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης.

- § Συνεργασία με την άρρωστη και την οικογένειά της πριν την έξοδο από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίσουν.<sup>26</sup>



### 9.5.Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην ΗΣΘ

#### Προ της θεραπείας

- Καταγραφή Ζωτικών σημείων
- Καθησύχαση του ασθενή
- Κένωση της ουροδόχου κύστης λίγο πριν την θεραπεία.
- Τοποθέτηση του ασθενή σε κρεβάτι με ασφάλεια.
- Αφαίρεση τυχόν κοσμημάτων, φακών επαφής, τεχνητής οδοντοστοιχίας.
- Λούσιμο τριχωτού κεφαλής, για καλύτερη δίοδο ηλεκτρικού ερεθίσματος.
- Τοποθέτηση ορού για διατήρηση ανοιχτής φλεβικής γραμμής.
- Τοποθέτηση λάστιχου στα δόντια, για προστασία αυτών.
- Τοποθέτηση μανόμετρου για λήψη ζωτικών σημείων και αν χρειασθεί, για αποκλεισμό του ενός άνω άκρου.

#### Κατά την θεραπεία

- Συνεχής παρατήρηση της συσκευής της ΗΣΘ, για επίτευξη ασφάλειας και αποφυγή τυχόν τραυματισμού.
- Καταγραφή του χρόνου παρεχόμενου ερεθίσματος.

#### Μετά την θεραπεία

- Αφαίρεση μανόμετρου για καλύτερη κυκλοφορία αίματος.
- Λήψη ζωτικών σημείων ανά 1-2 λεπτά, για τα πέντε πρώτα λεπτά, έως ότου η αρτηριακή πίεση επιστρέψει, στα φυσιολογικά, για τον ασθενή επίπεδα.

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

- Απομάκρυνση συσκευών ΗΕΓ-ΗΣΘ και μανόμετρου, προάγοντας τον προσανατολισμό και την άνεση του ασθενή.
- Περιορισμός της ανησυχίας του ασθενή, προσφωνώντας τον με το όνομά του και προσανατολίζοντάς τον.
- Περιορισμός ανησυχίας και φόβου ασθενή με καθησυχασμό του όταν παρατηρείται σύγχυση και αποπροσανατολισμός.
- Συνεχής παροχή φροντίδας στον ασθενή

Προκειμένου να διαπιστωθεί η παρουσία ή η απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών το χρονικό διάστημα προ και μετά της θεραπείας, χρησιμοποιείται ένας πίνακας όπου καταγράφονται οι νοσηλευτικές παρατηρήσεις.<sup>28</sup>

**9.6.Νοσηλευτικές ευθύνες κατά την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.**

- § Για την αντιμετώπιση της ξηροστομίας χορηγούνται άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- § Για την θαμπή όραση το άτομο καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- § Παροτρύνεται η ασθενής, για τη λήψη τροφών με άφθονες ίνες, αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
- § Διδασκαλία της αρρώστου να μετρά τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά της και τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- § Ρύθμιση λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρότερο. Διδασκαλία της αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μη χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- § Ενημέρωση της αρρώστου να σηκώνεται από το κρεβάτι ή την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.
- § Ιδιαίτερη παρακολούθηση αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου.
- § Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.
- § Συστηματική μέτρηση των σφίξεων. Συζήτηση τυχόν σωματικών αλλαγών με το γιατρό.<sup>25</sup>

### 9.7. Ηθικές Υποχρεώσεις Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

Οι νοσηλευτικοί σύνδεσμοι διαφόρων χωρών έχουν διατυπώσει ειδικούς κώδικες ηθικών καθηκόντων για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αναφέρονται εκλεκτικά ορισμένες από τις αρχές που συνήθως περικλείουν αυτοί οι κώδικες.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει ευθύνες για να:

- § Συμβάλλει στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινού.
- § Αυξάνει τις επιστημονικές γνώσεις και κλινικές του δεξιότητες με συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- § Σέβεται τους ψυχικά αρρώστους ως πρόσωπα με ατίμητη αξία και τους νοσηλεύει με θερμό ενδιαφέρον χωρίς διακρίσεις.
- § Τηρεί το νοσηλευτικό απόρρητο σε όσα προσωπικά θέματα του εμπιστεύονται οι άρρωστοι ή παρατηρεί ο ίδιος στους αρρώστους κατά την άσκηση του έργου του. Εξάιρεση αποτελούν ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή βλάβης των άλλων και η μη συμμόρφωση με τη θεραπευτική του αγωγή.
- § Περιφρουρεί και υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων.
- § Καταγγέλλει τυχόν ανικανότητα ή μη ηθική συμπεριφορά και παραβίαση των δικαιωμάτων των αρρώστων από μέλη του προσωπικού υγείας.
- § Συνεργάζεται με την επιστημονική ομάδα υγείας πως, πότε, και τι θα λεχθεί από τον καθένα στους αρρώστους, ως ενημέρωση για τη θεραπευτική τους αγωγή, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις ενδεχόμενες παρενέργειες.



## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

- § Αναλαμβάνει ευθύνη ως ενδιαφερόμενος πολίτης για την οργάνωση, προσιτότητα και αξιολόγηση υπηρεσιών.
- § Ακολουθεί πιστά αρχές, κανονισμούς και νόμους που σχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- § Αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών καθηκόντων.<sup>26</sup>



### 9.8. Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

- § Κάθε ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στη βοήθεια και τη φροντίδα, ειδικά προσαρμοσμένες στην κατάστασή του και την ψυχική του διαταραχή. Η βοήθεια και η θεραπεία θα πρέπει να κατοχυρώνονται νομικά.
  - § Όλοι οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τη μέγιστη δυνατή προσωπική υπευθυνότητα πάντοτε και σε όλες τις πλευρές της ζωής τους.
  - § Ο περιορισμός της ελευθερίας των ψυχικά ασθενών μπορεί να γίνει μόνο όταν η κατάστασή τους είναι τέτοια που επιβάλλει την υποχρεωτική νοσηλεία και θεραπεία τους, θεωρώντας τες απαραίτητες για την προσωπική τους ασφάλεια, αλλά και για την ασφάλεια των ατόμων του περιβάλλοντός τους. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο όταν ακολουθηθούν οι νομικές διαδικασίες
  - § Η διαμονή σε προστατευμένους χώρους στέγασης καθώς και η παροχή θεραπείας θα πρέπει να γίνεται όσο πιο κοντά είναι δυνατό στους τόπους καταγωγής και διαβίωσής τους.
  - § Να εγγυάται στους ψυχικά ασθενείς η ελευθερία στην επιλογή τους.
  - § Όλα τα έξοδα για θεραπεία, φροντίδα και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση θα πρέπει να καλύπτονται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, σύμφωνα με το νόμο.
  - § Οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν τον πλήρη έλεγχο των οικονομικών και περιουσιακών τους στοιχείων για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γίνεται.
- Το δικαίωμα αυτό μπορεί να τους αφαιρεθεί μόνο σύμφωνα με συγκεκριμένο νόμο.

- § Όπως όλοι οι πολίτες, έτσι και οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα σε 'αρκετό εισόδημα', ώστε να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες.
- § Η νομική κατάσταση των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να ορίζεται από τη νομοθεσία.
- Θα πρέπει να ιδρυθεί μια μόνιμη Υπηρεσία 'στήριξης', ανάλογη της υπηρεσίας 'Συνήγορος του Πολίτη'. Η Υπηρεσία αυτή θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη από νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, ή άλλα ιδρύματα και θα πρέπει να δρα ως μεσολαβητής εκ μέρους των ψυχικά ασθενών.
- § Θα πρέπει να δίνεται εγγύηση για τη διατήρηση του ιατρικού απόρρητου.
- § Οι κυβερνήσεις των διαφόρων χωρών θα πρέπει να παρέχουν αρκετές διευκολύνσεις και χρήματα για επιστημονικές έρευνες για τις αιτίες, την πρόληψη, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις.<sup>39</sup>

### 9.9.Εχεμύθεια – Ψυχιατρικό Απόρρητο

Η ηθική υποχρέωση του γιατρού να διατηρήσει εμπιστευτική οποιαδήποτε πληροφορία περιέρχεται σε γνώση του από την επαγγελματική του επικοινωνία με τον άρρωστο, έχει κωδικοποιηθεί από τον πέμπτο αιώνα π.χ. στον όρκο του Ιπποκράτη.

Ο ψυχίατρος, από τη φύση της εργασίας του, γίνεται δέκτης και κάτοχος πληροφοριών, οι οποίες θα ήταν πολύ χρήσιμες για τρίτους, όπως δικαστήρια, νομικές υπηρεσίες κ.α. , και δεν μπορεί να λειτουργήσει ως γιατρός χωρίς να διαβεβαιώσει τον ασθενή για το απόρρητο των πληροφοριών που εκείνος του εμπιστεύεται.

Το ψυχιατρικό απόρρητο είναι μια ευρεία έννοια με ηθικές και νομικές διαστάσεις . Δεν αφορά μόνο στις προφορικές αλλά και στις καταγραμμένες πληροφορίες, στο κλινικό υλικό για διδασκαλία ή δημοσίευση, στην εμπιστευτικότητα στα ιατρικά συμβούλια, στη διαθεσιμότητα των αναγκαίων πληροφοριών στο γονέα ή σύζυγο κ.α. . Ηθικά προβλήματα για τον ψυχίατρο δημιουργούνται από δύο αντικρουόμενα δικαιώματα: Το δικαίωμα του αρρώστου να τηρηθεί η εχεμύθεια και το δικαίωμα τρίτων για διάσπαση του απορρήτου, όταν κινδυνεύουν και όταν ο κίνδυνος μπορεί να προληφθεί μόνο με την παρέμβαση του ψυχιάτρου και την αποκάλυψη πληροφοριών. Τέτοιες περιπτώσεις είναι το ενδεχόμενο βιαιοπραγίας, το ενδεχόμενο αυτοκτονίας, η περίπτωση πιλότου αεροπλάνου ή οδηγού μέσου μαζικής μεταφοράς με σοβαρή βλάβη των ψυχικών ή νοητικών λειτουργιών ή ο νομικός καταναγκασμός, όταν δηλαδή ο ψυχίατρος διατάσσεται από ένα δικαστήριο.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να ενημερώνεται ο ασθενής για τη διάσπαση του απορρήτου, να ζητείται και να επιδιώκεται η (έγγραφη) συγκατάθεση του, να αποκαλύπτεται το άμεσα σχετικό υλικό, αλλά ακόμη και όταν ο ψυχίατρος

## Επιλόχεια Κατάθλιψη Νοσηλευτική παρέμβαση -

---

διατάσσεται από δικαστήριο θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στο δικαίωμα του ασθενούς, στο απόρρητο και στην απρόσκοπτη θεραπεία του. Οι νομικές διαστάσεις του ψυχιατρικού απορρήτου δημιουργούν συχνά στον ψυχίατρο το ηθικό δίλλημα να διατηρήσει την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών ή να προστατεύσει τρίτους ή ακόμη, να αποκαλύψει ή όχι πληροφορίες κάτω από νομικό καταναγκασμό.<sup>30</sup>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

*Μια πραγματική ιστορία...*



Αγουροξυπνημένος, μετά από δύο μόλις ώρες ύπνου αφού δούλενα όλο το βράδυ, προσπάθησα έντονα να κάνω τον εαυτό μου όσο το δυνατό περισσότερο «παρουσιάσιμο». Προβλεπόταν μια ήσυχη μέρα στο τμήμα επειγόντων αφού μόνο τρία άτομα περίμεναν στην αίθουσα αναμονής. Ο καφές μπορεί να περιμένει για αργότερα σκέφτηκα και προσκάλεσα την νεαρή κοπέλα που καθόταν υπομονετικά μαζί με τον σύζυγό της και το βρέφος τους, να περάσει στο γραφείο μου. Άλλη μια μέρα δουλειάς άρχιζε...

Συμπαθητική και ιδιαίτερα εμφανίσιμη αλλά αρκετά απεριποίητη, η εικοσιεπτάχρονη Άννα κάθισε απέναντί μου, χαμογελώντας αμήχανα... κάπως

διστακτικά. Με κοίταζε βαθιά στα μάτια χωρίς να γυρνάει το βλέμμα ούτε δευτερόλεπτο στο ενός μηνός βρέφος που κρατούσε ο σύντροφός της. Άρχισε να μου περιγράφει το πρόβλημά της:

- Δεν μπορώ να κοιμηθώ. Κοιμάμαι δύο ή τρεις ώρες κάθε βράδυ... Ξαπλώνω να κοιμηθώ και χιλιάδες σκέψεις με ζαλίζουν.

- Είναι κάτι καινούριο αυτό για σένα; Πότε άρχισε;

- Εδώ και ένα μήνα περίπου. Δύο μέρες πριν γεννηθεί ο Έρικ. Παρόμοιο πρόβλημα είχα πριν τρία χρόνια όταν γεννήθηκε ο Πάτρικ. Αλλά τότε το πάλεψα και τα κατάφερα. Το ξεπέρασα μόνη μου...

Είναι συχνό φαινόμενο το να αναφέρουν οι περισσότεροι ασθενείς σαν πρώτο και κυριότερο πρόβλημα τις δυσκολίες με τον ύπνο, ένα κοινό σύμπτωμα πολλών διαταραχών. Στην δεύτερη ερώτηση και μετά, αρχίζει συνήθως να ξετυλίγεται το κουβάρι της διάγνωσης, καθώς και τυχόν άλλα σοβαρότερα συμπτώματα...

- Τί άλλο αισθάνεσαι; Είσαι χαρούμενη που γεννήθηκε ο γιός σου; Είναι πολύ όμορφος πρέπει να σου πω. Είπα χαμογελώντας και γυρίζοντας για μια στιγμή το βλέμμα μου στο βρέφος που βρισκόταν στην αγκαλιά του πατέρα του. Ήταν αρκετά ήσυχο και σχεδόν κοιμότανε.

- Αυτό είναι το μεγάλο πρόβλημα. Ενώ θα έπρεπε να πετάω απ' τη χαρά μου, δεν μπορώ να απολαύσω ούτε στιγμή. Νοιώθω συνεχώς στενοχωρημένη, αγχωμένη, νευρική, ακόμη και εκνευρισμένη. Μέχρι και τύψεις με βασανίζουν συνεχώς. Σκέψεις ότι δεν είμαι καλή μητέρα, καλή σύζυγος και γενικά ότι δεν αξίζω για τίποτα...

Η Άννα αμήχανα, με ενοχές σχεδόν, για πενήντα ολόκληρα λεπτά μου περιέγραφε συναισθήματα και σκέψεις χαρακτηριστικότες για τις γυναίκες που υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Με κοίταζε διαπεραστικά, λες και προσπαθούσε να καταλάβει αν αυτά που έλεγε είναι «φυσιολογικά», λες και φοβόταν ότι θα την κατακρίνω. Δεν γνώριζε βέβαια ότι από την κατάσταση αυτή υποφέρουν στην πραγματικότητα το 1/5 των γυναικών που φέρνουν στον

κόσμο παιδί. Και ότι είναι μία κατάσταση ιδιαίτερα επικίνδυνη, τόσο για τη μητέρα όσο και για το βρέφος. Αφού της το εξήγησα αυτό με ρώτησε ως φυσικό για τα αίτια, τί προκάλεσε όλη αυτή τη κατάσταση και φυσικά τί μπορώ να κάνω για να την βοηθήσω.

- Τα αίτια κατ' ακρίβεια δυστυχώς δεν είναι ακριβώς γνωστά. Γνωρίζουμε όμως ότι σχετίζεται με τις ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν στον οργανισμό μετά τον τοκετό, στο προκαλούμενο άγχος, στην έλλειψη ύπνου καθώς και στην κακή διατροφή. Από στατιστική άποψη παρατηρείται σε αυξημένη συχνότητα σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό ψυχικής νόσου, σε περιπτώσεις όπου η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη καθώς επίσης όταν οι γονείς είναι άνεργοι. Είναι επίσης αρκετά ενδιαφέρον ότι πιο ευάλωτες είναι οι γυναίκες στις οποίες ο θηλασμός διακόπτεται μέσα στις πρώτες έξι εβδομάδες. Με κοίταξε διστακτικά. Ούτε εμένα μου αρέσει να δίνω «μίνι διαλέξεις» στους ασθενείς που κάθονται απέναντί μου, αλλά πολλές φορές αυτό δεν είναι απλώς ενδιαφέρον από ενημερωτική άποψη, αλλά μπορεί να δράσει και υποβοηθητικά ως προς την ίδια την θεραπεία. Με παρακολουθούσε όμως άραγε η Άννα τα τελευταία δύο λεπτά; Άδραξα την ευκαιρία, μόλις κούνησε το κεφάλι της... Είχαμε ακόμη επικοινωνία. Συνέχισα:

- Τα συμπτώματα που βιώνεις είναι χαρακτηριστικά για αυτή τη κατάσταση. Διαταραχές του ύπνου, συναίσθημα λύπης και άγχους, εύκολος εκνευρισμός, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και μνήμης, εύκολη κούραση και μειωμένη αντοχή καθώς και τάση να κλαίς με το παραμικρό. Και μάλιστα όλα αυτά είναι εντονότερα το απόγευμα. Έτσι δεν είναι;

- Ακριβώς έτσι, δυστυχώς... Απάντησε η Άννα. Την είχα ήδη από πριν ρωτήσει αν τις περνάνε ιδέες να βλάψει τον εαυτό της. Μου απάντησε κατηγορηματικά «όχι» γεγονός που με ανακούφισε κάπως, καθώς οι ιδέες αυτοκτονίας σε σοβαρής βαρύτητας επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι ασυνήθιστες... Αποφάσισα ότι η Άννα έπρεπε να αρχίσει την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία με ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο που ονομάζεται φλουοξετίνη. Μια



ουσία που επηρεάζει τα επίπεδα της σεροτονίνης στον οργανισμό και που δυστυχώς περνά στο μητρικό γάλα, γεγονός που συνεπάγεται ότι ο θηλασμός πρέπει να διακοπεί. Η Άννα βέβαια είχε σταματήσει να θηλάζει ήδη οπότε το γεγονός δεν την επηρέαζε καθόλου. Ήταν πρόθυμη να δοκιμάσει την φαρμακευτική θεραπεία, σε συνδυασμό με γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Κλείσαμε ραντεβού ξανά σε ένα μήνα και όταν την ξαναείδα ήταν ήδη κάπως καλύτερα. Μου είπε ότι άρχισε να βλέπει τη ζωή από μια πιο φωτεινή πλευρά και να απολαμβάνει τις στιγμές που περνάει με το νεογέννητο γιό της. Την ενημέρωσα ότι σε επόμενη εγκυμοσύνη υπάρχει αυξημένη πιθανότητα επανεμφάνισης της διαταραχής και ότι πρέπει να συνεχίσει την θεραπεία για ακόμη πέντε μήνες τουλάχιστον. Δεν της άρεσε ιδιαίτερα αυτό που άκουσε αλλά το δέχτηκε.

- Πρέπει επίσης να προσπαθήσεις να μην αμελείς τον εαυτό σου, να τρέφεται καλά και να διατηρήσεις τις κοινωνικές σου επαφές. Να μοιράζεσαι τα συναισθήματά σου με τον σύντροφό σου και να ξεκουράζεσαι καλά, τις ώρες τουλάχιστο που κοιμάται το μωρό. Σηκώθηκε και με κοίταξε. Τότε πρόσεξα πόσο καλοντυμένη ήτανε αυτή τη φορά. Με χαιρέτησε και έφυγε από το γραφείο μου χαμογελώντας λίγο πιο «αληθινά» από εκείνη τη πρώτη φορά που την είδα....<sup>46</sup>

*η αυτοκτονία σίγουρα δεν είναι λύση... προσωπικά πιστεύω ότι κανένας δεν έχει δικαίωμα να αφαιρεί την ζωή του ή τη ζωή κάποιου άλλου... η ζωή μπορεί να αφαιρεθεί μόνο από έναν... εκείνον που την έδωσε... μόνο εκείνος μπορεί να την πάρει πίσω... και κανένας άλλος...*

*για όλα τα προβλήματα υπάρχει μια λύση... η οποία συχνά είναι μπροστά στα μάτια μας και απλά δεν κάνουμε τον κόπο να την δούμε... δεν υπάρχει πρόβλημα χωρίς λύση... ότι μα ότι και να συμβεί υπάρχει πάντοτε ένας τρόπος αντιμετώπισης. οι άνθρωποι πολλές φορές φοβούνται να προσπαθήσουν, να κουραστούν, να πονέσουν και γι' αυτό καταφεύγουν στην πιο εύκολη λύση... που για μερικούς είναι η αυτοκτονία.*

*για μένα είναι απλά μια πράξη δειλίας... που το μόνο που καταφέρνει είναι να σκορπίσει πόνο και θλίψη στα άτομα που αγαπούσαν εκείνον τον άνθρωπο που διάλεξε να δώσει τέλος στη ζωή του... ☹*

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως διαπιστώσατε η επιλόχεια κατάθλιψη βασανίζει ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό γυναικών που δυστυχώς αυξάνεται, όλο και περισσότερο, καθώς 1 στις 8 νέες μητέρες αναπτύσσουν κατάθλιψη της λοχείας, ενώ στις γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης της λοχείας, ο κίνδυνος υποτροπής είναι 1 στις 4.

Εμείς ως νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετάσχουμε πιο ενεργά στην διαφώτιση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των καταθλιπτικών γυναικών γιατί υπάρχει τρόπος να θεραπευτούν οι νέες μητέρες. Ως νοσηλευτές, όταν φροντίζουμε μία καταθλιπτική μητέρα θα πρέπει να φροντίζουμε ταυτόχρονα και τα οργανικά και τα συναισθηματικά προβλήματα που παρουσιάζει. Η φροντίδα της ασθενούς με επιλόχεια κατάθλιψη απαιτεί εξαιρετική προσοχή για τον εντοπισμό φυσικών σημείων ή την επισήμανση επιβαρυσμένου ιστορικού, που μπορούν ν' αποτελούν ακόμα και την αιτία της επιλόχειας κατάθλιψης.

Τι πρέπει να γίνει λοιπόν; Πρώτα, ως επιστήμονες θα πρέπει να μάθουμε ν' ανανεώνουμε τις γενικές μας γνώσεις, γιατί όπως είπαμε, συνήθως συνοδεύεται και από οργανικά προβλήματα. Έπειτα, όλοι οι εργαζόμενοι στον χώρο της φροντίδας της υγείας θα πρέπει να παρακολουθούν σεμινάρια και να έχουν τουλάχιστον τις βασικές γνώσεις περί ψυχιατρικών ασθενειών. Τέλος, η Κοινωνική Νοσηλευτική θα πρέπει ν' αναλάβει την εκπαίδευση και παρακολούθηση των καταθλιπτικών ασθενών μετά την έξοδό τους από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα.

Με άλλα λόγια οι καταθλιπτικές μητέρες μας χρειάζονται περισσότερο απ' όσο νομίζουμε. Λοιπόν ας δώσουμε σ' αυτές ότι καλύτερο έχουμε κι ας μην ξεχνάμε ότι ίσως κάποια στιγμή έρθουμε κι εμείς στη θέση τους.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι σκοτεινές στιγμές της ζωής του ανθρώπου φέρνουν θλίψη, απόγνωση, στενοχώρια και απελπισία. Αυτά τα συναισθήματα γεννιούνται από τις αναπόφευκτες προκλήσεις της καθημερινότητας όπως οι αλλαγές, επιλογές, οι απώλειες στις σχέσεις των ανθρώπων, οι απώλειες αντικειμένων και ονείρων πάνω στα οποία κάθε άτομο σχεδιάζει και φαντάζεται το μέλλον του.

Μερικές φορές αυτά τα συναισθήματα συνοδεύουν και κάποια αναπτυξιακά γεγονότα ή θέματα υγείας. Άλλοτε εμφανίζονται χωρίς εμφανή αιτία. Εάν λυθεί το πρόβλημα ή η αιτία πρόκλησης, το άτομο θα μπορεί να συνεχίσει τη ζωή του όπως και πριν ή μπορεί ακόμα και να επωφεληθεί από την εμπειρία. Εάν όμως τα συναισθήματα συνοδεύονται από αλλαγές στον αυθορμητισμό, στην σκέψη στις σωματικές λειτουργίες, στην αυτονομία, θέληση και πνεύμα του ανθρώπου και επιμένουν, σιγά-σιγά θα επηρεάσουν την καθημερινή συμπεριφορά του ατόμου.

Ως πρόβλημα υγείας, η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα και φαινόμενα τα οποία διαταράσσουν την ομαλή πορεία και ποιότητα ζωής. Ο ρόλος της νοσηλευτικής είναι να παρέμβει με την κατάλληλη φροντίδα πριν τα συμπτώματα γίνουν κριτήρια και τεθεί η διάγνωση της νόσου αλλά και να φροντίζει τις πάσχουσες στις οποίες η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή δεν φέρνουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. American College of Physicians, Ιατρική στον 21<sup>ο</sup> αιώνα, Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ, Αθήνα 2000, σελ. 807-808
2. Clinic M. Κατάθλιψη, Check-Up, 2005, 50: 4-5
3. Clinic M. Κατάθλιψη, Check-Up, 2006, 92: 4-5
4. Clinic M. Κατάθλιψη, Check-Up, 2007, 126: 4-5
5. Clinic M. Υγιεινή διατροφή, αντίδοτο για την κατάθλιψη, Check-Up, 2005, 23: 10-12
6. Flach F. Κατάθλιψη. Η μυστική μας δύναμη, Μετάφραση Αναστασίου Β., Εκδόσεις Δίοδος, Αθήνα 1993, σελ. 222-223, 227
7. Grant C., Brace M. and Sterling R. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Μετάφραση Ταλαντοπούλου Μ. , Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001, σελ. 174, 183, 186-187
8. Kaplan & Sadock's Ψυχιατρική, Μετάφραση Ζαρβός Κ. , Τόμος Β', Έκδοση 7<sup>η</sup>, Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 2000, σελ. 788-789, 796
9. Pappas A., Hollingsworth A. and Livigston J. Μαιευτική και Γυναικολογική Νοσηλευτική, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ. 361.
10. Trounce J. Κλινική Φαρμακολογία για Νοσηλευτές, Μετάφραση Καλλιτεράκη Ι. , Έκδοση 13<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα 1993, σελ. 90-92
11. Ζαχαράκης Κ. Κατάθλιψη: Το κρυφό πάθος μας, Υγεία, 2006, 18: 18-20
12. Καλαϊτζή Χ. – Χριστοδούλου Χ. (2007) Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα στην καθημερινή πρακτική, Ιατρικά χρονικά, 2007, ΚΙ'(4): 225-234
13. Κελλαρτζής Δ., Διδασκάλου Θ., Μίκος Θ. και Μπόντης Ι. Κατάθλιψη της λοχείας, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 2003, 15(2): 94-100

- 14.Κλεφταράς Γ. Η κατάθλιψη σήμερα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1998, σελ. 15-16, 18, 33-37
- 15.Κουκιά Ε. – Σταθόπουλος Θ. Ψυχιατρικοί νοσηλευτές και γνωσιακή ψυχοθεραπεία, Νοσηλευτική, 2002, 41(1): 55-58
- 16.Μαδιανός Μ. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1996, σελ. 57-81
- 17.Μαδιανός Μ. Ψυχιατρική και Αποκατάσταση, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 2005, σελ. 282-284
- 18.Μακένζι Κ. Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός- Κατάθλιψη, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000, σελ. 7-10, 28-29, 31-32, 35, 49, 61, 63, 65
- 19.Μάνος Ν. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Αναθεωρημένη Έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997, σελ. 173-174, 185, 205, 207
- 20.Παπακώστας Γ. Κατάθλιψη, Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Τόμος 5<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1990, σελ. 2562
- 21.Παρασκευόπουλος Ν. Κλινική Ψυχολογία, Εκδόσεις Παρασκευόπουλος, Αθήνα 1988, σελ. 124
- 22.Πρίαμη Μ. Η Εξέλιξη της Διασυνδεδετικής-Συμβουλευτικής Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας στα Νοσοκομεία, Νοσηλευτική, 1998, Τόμος 37, 2:133-138
- 23.Πρίαμη Μ. Εκτίμηση ποιότητας ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας, βασισμένη σε ειδικά πρότυπα και κριτήρια, Νοσηλευτική, 1999, 38(3): 216-223
- 24.Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 1999, σελ. 156-175
- 25.Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Έκδοση 4<sup>η</sup> Βελτιωμένη, Αθήνα 2004, σελ. 28-29, 294, 296-297

- 26.Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Έκδοση 5<sup>η</sup>, Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2005, σελ. 21-23, 55-57, 275-306, 415-424
- 27.Σολδάτος Κ. – Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Τόμος 1<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σελ. 303, 306, 319
- 28.Σταθαρού Α. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - Ρόλος του Νοσηλευτή, Νοσηλευτική, 2000, 39(1): 43-50
- 29.Τσίκος Ν. Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ, Έκδοση 2<sup>η</sup> Θεωρημένη, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ. 382-386
- 30.Χριστοδούλου Γ. Ψυχιατρική, Τόμος Β', Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σελ. 706-709, 820-823, 916-919
- 31.Χριστοδούλου Ν. Κατάθλιψη, Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σελ. 10, 24, 27
- 32.Χριστοδούλου Ν. και Συνεργάτες Ψυχιατρική, Τόμος 1, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σελ. 314-317, 320, 323, 324, 328, 330, 331, 334, 336, 344, 346
- 33.Χριστοδούλου Ν. Ψυχιατρική, Τόμος 2<sup>ος</sup>, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σελ. 754, 757, 820-823, 919

**ΔΙΑΔΥΚΤΥΟ**

34. Frank J. Επιλόχεια Κατάθλιψη, Μετάφραση Μιχάλης Γ., <http://www.depnet.gr/newsitem/1259/default.aspx> (2006) (05/04/2008)
35. <http://www.iator.gr/xatzidimitriou/katathlipsi%20gena.htm> (2008) (05/04/2008)
36. [http://www.obrela.gr/psychiatry\\_1\\_5.htm](http://www.obrela.gr/psychiatry_1_5.htm) (2008) (05/04/2008)
37. [http://www.psynet.gr/index.php?option=com\\_content&task+new&id=111&Hemid=35](http://www.psynet.gr/index.php?option=com_content&task+new&id=111&Hemid=35) (2007) (07/04/2008)
38. [www.esoterica.gr/forums/topic.asp?TOPIC\\_ID=7410](http://www.esoterica.gr/forums/topic.asp?TOPIC_ID=7410) (2005) (07/11/2008)
39. [www.psynpo.gr](http://www.psynpo.gr), Δικαιώματα των ψυχικά ασθενών (2007) (14/11/2008)
40. Αυγέρη Ε. (2006) Κατάθλιψη, <http://www.imalarisis.gr/main.php?p=185&more=1> (2006) (18/11/2008)
41. Βαρβογλή Λ. Επιλόχειος Κτάθλιψη: Μελαγχολία μετά τον τοκετό, <http://health.in.gr/newsarticle.aspIngArticleID=489271> (2006) (09/11/2008)
42. Δασκαλόπουλος Θ. Κατάθλιψη πριν και μετά τον τοκετό, [http://psi\\_gr.tripod.com/depression\\_epilox\\_treatment.html](http://psi_gr.tripod.com/depression_epilox_treatment.html) (2007) (18/10/2008)
43. Καλογερόπουλος Α. Τι είναι κατάθλιψη, <http://www.agiafotini-clinic.gr/?p=8> (2007) (22/10/2008)
44. Καυκίος Ν. Εμπειρίες, συμπτώματα και τακτικές αντιμετώπισης της κατάθλιψης, <http://www.psyche.gr/depression.htm> (2005) (27/10/2008)
45. Μυλωνάκης Μ. Η τραγωδία στον Ισθμό. Η επιλόχεια κατάθλιψη, <http://www.madata.gr/index.phpnews=113585> (2007) (07/11/2008)
46. Παντζιάρης Γ. Επιλόχεια Κατάθλιψη, <http://pantziaras.blogspot.com/2007/03/blog-post.html> (2007) (20/12/2008)