

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

Σχολή: ΣΕΥΠ
Τμήμα: Νοσηλευτικής

Πτυχιακή Εργασία

ΘΕΜΑ

Ανίχνευση ενδείξεων κατάθλιψης στους φοιτητές των τμημάτων Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας και Λάρισας. «Έρευνα».



Επιμέλεια

Δημητρίου Αικατερίνη
Μίχου Παναγιώτα

Επιβλέπουσα

Σαλάτα Αποστολία
Καθηγήτρια Εφαρμογών MSC

Πάτρα 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας,
οι οποίοι πέρα από την οικονομική υποστήριξη που μας
παρείχαν,

μας στήριξαν και ψυχολογικά.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε
την εισηγήτρια μας κ. Αποστολία Σαλάτα,
η οποία μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε
την πιο κοινή ψυχική νόσο των καιρών μας την κατάθλιψη.

Ευχαριστούμε όμως και την κ. Κοτρώτσου
η οποία σε συνεργασία με την εισηγήτρια μας,
μας βοήθησε σε μεγάλο βαθμό για την διεκπεραίωση αυτής
της έρευνας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | | |
|------|-------------------------|----|
| i. | Πρόλογος | 6 |
| ii. | Περίληψη | 7 |
| iii. | Εισαγωγή..... | 9 |
| iv. | Ιστορική Αναδρομή | 10 |

ΓΕΝΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

| | | |
|-------|--|----|
| 1.1 | Η έννοια της Κατάθλιψης | 13 |
| 1.2 | Τομείς που επηρεάζει η Κατάθλιψη | 13 |
| 1.3 | Είδη Κατάθλιψης | 16 |
| 1.4 | Αίτια Κατάθλιψης..... | 19 |
| 1.4.1 | Ιστορική αναφορά για τα αίτια | 20 |
| 1.4.2 | Θεωρίες σήμερα..... | 20 |
| 1.5 | Προβλήματα που ακολουθούν την Κατάθλιψη..... | 23 |
| 1.6 | Διάγνωση της Κατάθλιψης | 25 |

Κεφάλαιο 2

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1 | Συμπτώματα και Κλινική εικόνα κατάθλιψης στους φοιτητές γενικά ... | 28 |
| 2.2 | Συναίσθηματα | 29 |
| 2.2.1 | Καταθλιπτική διάθεση | 29 |
| 2.2.2 | Ανηδονία | 30 |
| 2.3 | Φυτικό (Αυτόνομο) Νευρικό σύστημα..... | 30 |
| 2.3.1 | Διαταραχή του ύπνου..... | 30 |
| 2.3.2 | Διαταραχή της όρεξης..... | 31 |
| 2.3.3 | Αίσθηση της κόπωσης και απώλεια ενέργειας | 31 |
| 2.3.4 | Ελάττωση της libido..... | 31 |
| 2.3.5 | Ψυχοκινητική επιβράδυνση | 32 |
| 2.3.6 | Ψυχοκινητική διέγερση..... | 32 |
| 2.4 | Κινητοποίηση..... | 33 |
| 2.4.1 | Απώλεια ενδιαφέροντος για συνηθισμένες δραστηριότητες | 33 |
| 2.4.2 | Έλλειψη ελπίδας, ανημπορία | 33 |
| 2.4.3 | Σκέψεις - Απόπειρες αυτοκτονίας..... | 33 |
| 2.4.4 | Σκέψη – Αντίληψη | 34 |
| 2.4.5 | Δυσκολία στη συγκέντρωση..... | 35 |
| 2.4.6 | Ψύχωση | 35 |
| 2.5 | Σωματικά ενοχλήματα | 35 |
| 2.6 | Διάκριση μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης..... | 36 |

Κεφάλαιο 3

Πρόληψη

| | | |
|-----|--------------------|----|
| 3.1 | Είδη πρόληψης..... | 37 |
|-----|--------------------|----|

Κεφάλαιο 4

Θεραπεία

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1 | Θεραπεία νεανικής κατάθλιψης..... | 39 |
| 4.2 | Σωματικές θεραπείες..... | 40 |
| 4.2.1 | Τρικυκλικά-Πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά | 41 |
| 4.2.2 | Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)..... | 43 |
| 4.2.3 | Άλατα λιθίου | 43 |
| 4.3 | Ηλεκτροσπασμοθεραπεία Ε.Σ.Τ..... | 46 |
| 4.3.1 | Ενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας | 47 |
| 4.3.2 | Αντενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας..... | 48 |
| 4.3.3 | Ανεπιθύμητες ενέργειες | 48 |
| 4.3.4 | Η Νοσηλευτική στην προετοιμασία για το ηλεκτροσόκ | 48 |
| 4.4 | Ψυχοθεραπεία | 49 |
| 4.4.1 | Ατομική ψυχοθεραπεία | 49 |
| 4.4.2 | Ομαδική ψυχοθεραπεία..... | 50 |
| 4.5 | Θεραπεία συμπεριφοράς..... | 51 |
| 4.6 | Γνωστική θεραπεία | 51 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5

Έρευνα

| | | |
|------|---|----|
| 5.1 | Είδος Έρευνας..... | 55 |
| 5.2 | Στόχοι και Σκοπός..... | 55 |
| 5.3 | Μεθοδολογία Έρευνας..... | 55 |
| 5.4 | Πληθυσμός – Στόχος | 56 |
| 5.5 | Δείγμα Έρευνας | 56 |
| 5.6 | Χρόνος και τόπος διεξαγωγής | 57 |
| 5.7 | Διαδικασία συλλογής δεδομένων | 57 |
| 5.8 | Δυσκολίες κατά την ερευνητική διαδικασία | 58 |
| 5.9 | Αξιοπιστία – εγκυρότητα..... | 58 |
| 5.10 | Τεχνική και μέσα συλλογής πληροφοριών..... | 59 |
| 5.11 | Μέθοδος Κωδικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου..... | 59 |
| 5.12 | Συζήτηση και σχολιασμός αποτελεσμάτων..... | 96 |

| | |
|--------------------------------------|------------|
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 99 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 100 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 103 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1..... | 105 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη πάντα αλλά πολύ περισσότερο στους καιρούς μας είναι μια ψυχική διαταραχή με μεγάλο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας.

Σχετίζεται με τα άγχη και τις ανασφάλειες της νεανικής ηλικίας.

Η κατάθλιψη απαντάται πολύ συχνά στη γενική Ιατρική. Η διάγνωσή της είναι χρήσιμη αφού υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές θεραπείες για την ίασή της και γιατί οι συνέπειές της μπορεί να είναι τραγικές για τους νέους αφού οδηγούν σε καταστροφή της ζωής του ατόμου μέχρι και σε αυτοκτονία.

Η διαγνωστική της διαδικασία είναι πολυποίκιλη, εφόσον επιβάλλει ενεργητική αναζήτηση συμπτωμάτων και σημείων. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε έναν καταθλιπτικό ασθενή η καταθλιπτική διάθεση μπορεί να μην είναι πάντα εμφανής ή να μην είναι παρόντα άλλα συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα τη σκέψη και άλλα, προκειμένου να οδηγήσουν σε μια ξεκάθαρη ασφαλή διάγνωση.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές συμπεριλαμβάνουν μια ομάδα δυσλειτουργιών βιολογικών, ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών και ποικίλουν ανάλογα με το άτομο και τη βαρύτητα της νόσου. Συνήθως στις ήπιες μορφές διακρίνεται η «φυσιολογική» κατάθλιψη η οποία έχει προκληθεί από συγκεκριμένες περιστάσεις ή γεγονότα, είναι μια μεταβατική περίοδος θλίψης που δε διαρκεί περισσότερο από μια ή δυο εβδομάδες και δεν επιμένει το νεαρό άτομο με τις νοσηλευτικές γνώσεις μπορεί να την ξεπεράσει μόνο του.

Στην περίπτωση όμως που η κατάθλιψη επιμένει και έχει φτάσει σε κλινικά επίπεδα και χαρακτηρίζεται από ψυχολογική επιβράδυνση, απώλεια ενδιαφέροντος και ικανοποίησης όπως επίσης και από έλλειψη αυτοεκτίμησης και απελπισίας τότε πρέπει να αντιμετωπιστεί από τους ειδικούς με αγωγή και ψυχοθεραπεία.

Στις πιο βαριές μορφές η κατάθλιψη καταβάλλει τη ζωή του ατόμου αφού εκτός από τα προηγούμενα χαρακτηριστικά που εμμένουν, αγγίζει τα ψυχωτικά όρια και τις παραληρητικές ιδέες. Χαρακτηρίζεται από την υπερβολές στη θλίψη, στην ανηδονία, στις ενοχές, στην απελπισία. Πολλές φορές χάνει τη επαφή του με τη πραγματικότητα και ισχυαίνει η σκέψη και η συνείδηση του (Robin και συν., 2006).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη εργασία ασχολείται με το θέμα της κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών σε Πάτρα και Λάρισα και με την αποκατάσταση της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν εκπονηθεί στις μέρες μας είναι σχεδόν βέβαιο ότι ένας στους 10 ανθρώπους θα δοκιμάσει κάποιο αντικαταθλιπτικό επεισόδιο στη διάρκεια της ζωής του. Η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής αλλά και των νέων όμοιας ηλικίας. Επιπροσθέτως το κόστος αλλά και η νοσηρότητά του είναι υψηλά σε υπηρεσίες Υγείας.

Οι λόγοι της κατάθλιψης μπορεί να είναι αρκετοί.

- Ψυχολογικοί
- Βιολογικοί
- Οικογενειακοί
- Οικονομικοί
- Κοινωνικοί
- Περιβαλλοντικοί

Και ο τρόπος που αυτές εκδηλώνονται είναι σχεδόν ο ίδιος. Έτσι οι καταθλιπτικοί ασθενείς αντιμετωπίζονται από το νοσηλευτή με μια καθολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Η κατάθλιψη εκδηλώνεται και οργανικά και ψυχολογικά. Στα νεαρά άτομα διαπιστώνεται με έλλειψη ελπίδας που οδηγεί σε ψυχοσωματικές διαταραχές και κοινωνική απομόνωση. Συνήθως τα νεαρά άτομα δεν προστρέχουν σε ειδικούς, αφού δεν αξιολογούν σωστά την κατάσταση και υπάρχουν προκαταλήψεις σχετικά με το θέμα αυτό. Έτσι τα συμπτώματα μπορεί να χαρακτηριστούν ως απαισιοδοξία ή αδιαθεσία.

Σημαντική είναι λοιπόν η πρόληψη και η θεραπεία μιας τέτοιας κατάστασης. Οι γνώσεις των ειδικών και αρκετές έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει αποκατάσταση της κατάθλιψης, σε όλες τις μορφές της.

Στη συγκεκριμένη εργασία που εκπονείται, παρουσιάζονται όλες οι μορφές της κατάθλιψης, οι αιτίες της, ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή, αλλά και του νοσηλευτή και οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει στους νεαρούς ασθενείς. Επιπροσθέτως μαζί με τις διαγνωστικές τεχνικές καταγράφονται και οι θεραπευτικές μέθοδοι που διαχωρίζονται σε δυο τύπους :

α) σωματικές θεραπείες

- αντικαταθλιπτικά, ηλεκτροσπασμοθεραπεία

β) ψυχοθεραπείες

- ομαδική, ατομική, συμπεριφοριστική, γνωστική.

Συμπερασματικά για την εγκυρότητα της εργασίας πραγματοποιήθηκε έρευνα με ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν νοσηλευτές στα ΤΕΙ Πάτρας και Λάρισας με στόχο να ανιχνευτεί η γνώση αλλά και η διαχείριση της νόσου από τους ίδιους και για να πιστοποιηθεί με ποσοστό κατά πόσο είναι αυτή διαδεδομένη στους κύκλους τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη είναι μια από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές. Υπολογίζεται ότι ενώ το 6% περίπου του πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη μόνο το 0,2% αντιμ,ετωπίζεται από ψυχιάτρους και το 1,5% από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Ένας από τους λόγους που το συντριπτικό ποσοστό των καταθλιπτικών παραμένουν αδιάγνωστος είναι το γεγονός ότι η κατάθλιψη εκδηλώνεται με την άτυπη συμπτωματολογία. Πολλές φορές κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να προσφεύγει σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και όχι σε ψυχιάτρους. Τα λεγόμενα ψυχοσωματικά δείγματα είναι συνήθη σε περιπτώσεις καταθλιπτικών και ξεγελούν, με αποτέλεσμα πολλές φορές να γίνεται λανθασμένη διάγνωση. Αν δε, ληφθεί υπόψη και ο φόβος του ψυχικού νοσήματος, που διαχέεται στο ευρύ κοινό, είναι κατανοητή η προσφυγή του αρρώστου σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Είναι επομένως προφανής η ανάγκη για εκπαίδευση και εξοικείωση του θέματος και από τους ασθενείς αλλά και από τους γιατρούς εκτός της ειδικότητας των ψυχιάτρων προκειμένου να βοηθάτε σημαντικό ποσοστό ασθενών με κατάθλιψη.

Τα επίσημα ταξινομικά συστήματα δε θεωρούν τη συγκαλυμμένη κατάθλιψη ιδιαίτερη κλινική οντότητα. Η ταξινόμησης Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας την κατάσταση στη γενική ομάδα άλλων καταθλιπτικών επεισοδίων. Η ταξινόμηση, από τη άλλη της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM-IV δεν την αναφέρει καθόλου, αφήνει όμως περιθώρια ένταξής της στο πεδίο εκείνο της καταθλιπτικής διαταραχής μη άλλως καθοριζομένης(Σολδάτος και συν.,2007).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη υπάρχει παλαιόθεν στη ζωή του ατόμου από την αρχή ακόμα της Ιστορίας του. Η ψυχοσύνθεσή του είναι συγκεκριμένη με τις ήπιες φάσεις και εξάρσεις του.

Σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα περιγράφουν χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Επιπλέον συναφείς περιγραφές γίνονται και στη Παλαιά Διαθήκη και συγκεκριμένα στην ιστορία του βασιλιά Σαούλ και στην Ιλιάδα του Ομήρου με την αυτοκτονία του Αίαντα. Από το 2.000 π.χ. πολλά τεκμήρια οδηγούν την ύπαρξη της κατάθλιψης στην αρχαία Αίγυπτο, στις Ινδίες και στην Κίνα. Προσπαθούσαν με βελονισμό, τραγούδια να θεραπεύσουν την ψυχική ασθένεια της κατάθλιψης καθώς και εφάμιλλές της.

Ο πατέρας της ιατρικής και μεγάλος δάσκαλος Ιπποκράτης, τον 4^ο αιώνα π.χ. περιέγραψε τις μορφές της κατάθλιψης με μεγάλη λεπτομέρεια. Θεωρούσε μάλιστα ότι η «μαύρη χολή» στον εγκέφαλο προκαλούσε την κατάθλιψη. Ήταν ο πρώτος που διαπίστωσε ότι τα αίτια της ασθένειας βρίσκονται στο άτομο, εντοπίζονται εκεί και δεν είναι προϊόν θεϊκής παρέμβασης.

Παρόλο που η θεϊκή παρέμβαση ήταν έντονη στην εποχή του μεσαίωνα, έφτασε στο απόγειό της την εποχή της Αναγέννησης στο 16^ο αιώνα. Έτσι με το προσωνύμιο του «αιρετικού», η Ιερά Εξέταση, αφάνισε πολλά άτομα 100.000 περίπου στη Γερμανία και άλλους τόσους στη Γαλλία αφού χαρακτηρίζονταν «μάγοι». Πολλοί από αυτούς ήταν άτομα με ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές. Άρα, η κατάθλιψη εκείνα τα χρόνια ήταν κάτι σατανικό και επικίνδυνο. Κατέχονται από δαίμονες που τους κατευθύνουν και μόνο ιερείς και η θεία παρέμβαση μπορεί να τους σώσει. Στην αρχαιότητα, μια από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών ήταν η ερμηνεία του ονείρου, τόσο του ασθενούς, όσο και του Ιεροφάντη που τον θεράπευε. Η διαδικασία είχε ως εξής: τα όνειρα χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που σχετιζόταν ή κατεύθυνε την ασθένεια και αντανακλούσαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου.

Ο Αρεταίος διαχώρισε τη σχιζοφρένεια από τη μανία και προσπάθησε να συνδέσει τη διάγνωση της ψυχικής διαταραχής με την εξέλιξη και την πρόγνωση της.

Ο Κρέπελιν συσχέτισε τον 20^ο αιώνα την μανία με την κατάθλιψη.

Ο Μέγας Βασίλειος, ασχολήθηκε με τα αίτια και τη φύση της νόσου. Στα βυζαντινά χρόνια από την άλλη, η κατάθλιψη ονομάζεται ως ακηδία. Η ετυμολογία της βρίσκεται στη λέξη κήδος που σημαίνει φροντίδα, ενδιαφέρον αλλά και άγχος και πένθος. Ακηδία λοιπόν, σημαίνει έλλειψη ενδιαφέροντος, φροντίδας, αδιαφορία και απάθεια.

Στην αναγέννηση έως των 19^ο αιώνα η έννοια της μελαγχολίας συμπεριελάμβανε ψυχιατρικές καταστάσεις που συνοδεύονται από παραληρητικές ιδέες. Αυτές έχουν περιγραφεί από τον προηγούμενο αιώνα,

ωστόσο πριν από 60 χρόνια άρχισαν να ερευνώνται. Θετικό είναι το γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης και της ψυχολογίας. Αυτό το ενδιαφέρον, ίσως αντανακλά μια ιστορική τάση που ο Klermann ονομάζει «εποχή μελαγχολίας», σε αντίθεση με την «εποχή του άγχους» που όπως υποστηρίζει ακολούθησε τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο(Αυγουστάτος,2003)



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Η έννοια της κατάθλιψης

Ακριβώς δε μπορεί να διασαφηνιστεί ο όρος «κατάθλιψη». Υπάρχει υποκειμενικότητα που εμπεριέχεται στον όρο, καθώς αν ερωτηθεί ένα ποσοστό ατόμων θα δοθούν απαντήσεις με υποκειμενικά στοιχεία.

Ο όρος προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω» που σημαίνει καταπιέζω, στεναχωρώ, συγκινώ. Σαν όρος πρωτοχρησιμοποιήθηκε από το Πλούταρχο για να δηλώσει την ψυχική κατάσταση. Στα αγγλικά ο όρος αντιστοιχεί στη λέξη «depression» από το λατινικό ρήμα «deprimere» που επίσης σημαίνει καταπιέζω. Η σημασία του ποικίλλει ανάλογα με τα συμφραζόμενα.

Κατάθλιψη δε σημαίνει απλώς μια ψυχολογική διάθεση, άσχημη διάθεση. Επηρεάζεται από αυτήν το συναίσθημα, η σκέψη, η ενεργητικότητα, η συγκέντρωση της προσοχής, ο ύπνος, η ερωτική διάθεση, επομένως όλη η ζωή ενός ατόμου (Κλεφτάρας, 1998).

1.2 Τομείς που επηρεάζει η κατάθλιψη

Αφού διερευνήθηκε ο όρος και διαπιστώθηκε ότι η κατάθλιψη επιδρά σε αρκετές εκφάνσεις της ζωής του ατόμου, κρίνεται σκόπιμη η διερεύνηση των τομέων που αυτή επηρεάζει.

ΚΙΝΗΤΡΑ

Η κατάθλιψη επηρεάζει τα κίνητρα του ανθρώπου για δράση, το βαθμό κινητοποίησης του.

Υπάρχει περίπτωση να αισθάνεται το άτομο απάθεια ή να νιώθει ότι αδυνατεί – δεν έχει δυνάμεις- ή ότι δεν έχει το ενδιαφέρον να εμπλακεί σε καμία δραστηριότητα, δηλαδή να θεωρεί ότι όλα είναι ανούσια και άσκοπα, κενά και ότι οποιαδήποτε προσπάθεια είναι μάταιη. Αυτή αδιαφορία επεκτείνεται σ' όλους τους τομείς και στα πεδία. Στο κοινωνικό, στο οικογενειακό, στο προσωπικό στο επαγγελματικό. Το άτομο νιώθει ατονία και δεν μπορεί να ολοκληρώσει ούτε τις πιο απλές δραστηριότητες ή υποχρεώσεις του.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Κοινό τόπο αποτελεί το γεγονός ότι η κατάθλιψη σχετίζεται μόνο με τη κακή διάθεση. Δεν είναι όμως μόνο αυτό το χαρακτηριστικό της το κύριο σύμπτωμα της κατάθλιψης ονομάζεται ανηδονία δηλαδή απώλεια της δυνατότητας βίωσης οποιαδήποτε ευχαρίστησης. Η ζωή φαίνεται άδεια και θλιβερή. Χάνεται η δυνατότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων και αυξάνονται τα αρνητικά, κυρίως ο θυμός. Το άτομο γίνεται ευερέθιστο και συγκρουσιακό επακόλουθο αυτού είναι οι ενοχές που βυθίζουν ακόμα περισσότερο στην κατάθλιψη.

Ακολουθεί ο φόβος και το άγχος και το άτομο που νοσεί γίνεται ευάλωτο με συστολές αφού πράγματα που παλιά έκανε με ευκολία, προκαλούν φόβο, αναίτια. Το άγχος και ο φόβος είναι και τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Σ' αυτά εντάσσονται η λύπη, η ενοχή, η ντροπή, ο φθόνος και η ζήλια.

ΣΚΕΨΕΙΣ

Η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις με δύο τρόπους. Αρχικά επηρεάζει τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Παρατηρείται αδυναμία στο να θυμηθεί το άτομο απλά πράγματα ή στο να επικεντρωθεί σε κάτι. Θυμάται και επικεντρώνεται στα αρνητικά θέματα και όχι στα θετικά.

Κατά δεύτερον η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις για τον εαυτό μας, το μέλλον και τον κόσμο. Λίγοι άνθρωποι με κατάθλιψη νιώθουν καλά με τον εαυτό τους κατώτερο, ελλιπή, κακό και άχρηστο. Δεν έχουν αυτοπεποίθηση και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Θεωρούν ότι το μέλλον είναι ζοφερό, κενό και είναι ένας ατελείωτος κύκλος ματαιώσεων και απωλειών. Η κατάθλιψη είναι μια έντονη συναισθηματική κατάσταση που ωθεί σε ακραίες μορφές σκέψης. Κυριαρχεί ο διπολικός τρόπος σκέψης. Η το άτομο είναι απόλυτα επιτυχημένο ή εντελώς αποτυχημένο.

ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ

Όταν το άτομο έχει κατάθλιψη οι εικόνες που χρησιμοποιεί για να περιγράψει την κατάστασή του είναι κοινές. Αναφέρει ότι το σκεπάζει ένα μαύρο σύννεφο, ότι βρίσκεται σε μια βαθιά τρύπα ή σε βαθύ πηγάδι ή σε σκοτεινό δωμάτιο. Ο Ουίνστον Τσώρτσιλ αποκαλούσε την κατάθλιψή του «μαύρο σκυλί». Οι νοητικές εικόνες της κατάθλιψης είναι πάντα σχετικές με το σκοτάδι, με την αίσθηση του εγκλωβισμού και την αδυναμία φυγής.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

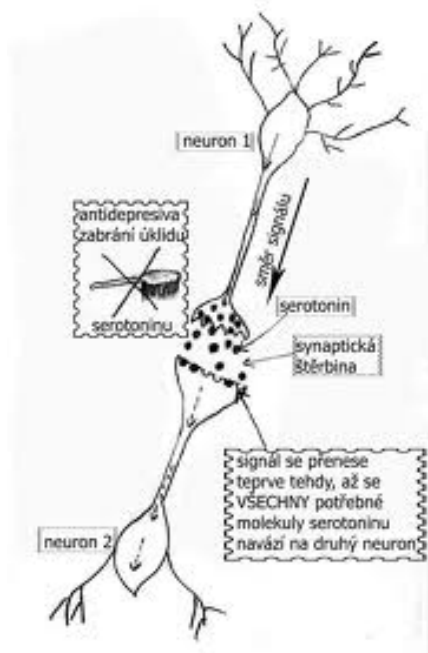
Όταν το άτομο νιώθει κατάθλιψη, η συμπεριφορά του αλλάζει. Ασχολείται με πολύ λιγότερες θετικές δραστηριότητες, αποσύρεται κοινωνικά και νιώθει την ανάγκη να κρυφτεί. πολλές από τις δραστηριότητες που ήταν γι' αυτόν ευχάριστες, πλέον είναι μαρτυρικές. Ακόμα και το παραμικρό μοιάζει να απαιτεί τεράστιο κόπο.

Η συμπεριφορά προς τους άλλους συνήθως αλλάζει. Υπάρχει η τάση να αποφεύγονται οι δραστηριότητες μαζί με άλλους ανθρώπους και η σύγκρουση είναι αναπόφευκτη. Χάνεται η κοινωνική αυτοπεποίθηση, το άτομο περιθωριοποιείται. Συχνό επακόλουθο της κατάθλιψης είναι η ένταση και πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να ηρεμήσουν.

Παγιδεύονται σε συμπεριφορές και σκέψεις περίεργες και ταλανίζονται. Έχουν έντονη επιθυμία να ξεφύγουν και πολλάκις βρίσκονται σε υπερένταση και συγκινητικότητα προκειμένου να δραπετεύσουν. Από τη άλλη υπάρχουν

άτομα που παρουσιάζουν σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση. Περιπατούν αργά. Σκυφτά, το μυαλό τους έχει κολλήσει και όλα φαίνονται δυσβάσταχτα.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ



Όταν το άτομο έχει άγχος το σώμα παράγει μια ουσία που ονομάζεται αδρεναλίνη. Επιπλέον η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα βιολογικών αλλαγών που επηρεάζουν το σώμα και τον εγκέφαλο. Ο εγκέφαλος λειτουργεί διαφορετικά όταν το άτομο έχει κατάθλιψη. Ουσιαστικά διαπιστώνεται κάτι αυτονόητο. Όλες οι ψυχολογικές καταστάσεις, η χαρά, η σεξουαλική διέγερση, ο ενθουσιασμός, το άγχος και η κατάθλιψη έχουν σχέση με τις βιολογικές αλλαγές στον εγκέφαλό μας.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι αυτές οι αλλαγές σχετίζονται με τις ορμόνες του στρες όπως η κορτιζόλη, γεγονός που δείχνει ότι στη κατάθλιψη εμπλέκεται και το σωματικό σύστημα του στρες. Επίσης επηρεάζονται και κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου που καλούνται «νευροδιαβιβαστές» - όπως οι μονοαμίνες οι οποίες έχουν μελετηθεί εκτενέστερα-. Γενικότερα τα επίπεδα αυτών των ουσιών στον εγκέφαλο μειώνονται όταν το άτομο έχει κατάθλιψη, γι ' αυτό ορισμένα άτομα ωφελούνται από τα φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδα των μονοαμινών στον οργανισμό.

Ίσως, εξαιτίας των βιολογικών αλλαγών που παρουσιάζονται στην κατάθλιψη παρατηρείται και μια σειρά ανεπιθύμητων συμπτωμάτων. Δεν επηρεάζεται μόνο η ενεργητικότητα αλλά και ο ύπνος. Συνήθως οι ασθενείς πάσχουν και από αϋπνίες ή ο ύπνος είναι διακεκομμένος και ανήσυχος.

Στην αντίθετη περίπτωση αυτός που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να έχει υπερυπνία. Συνηθισμένη είναι και η απώλεια της όρεξης, αφού το φαγητό χάνει τη γεύση του και παρατηρείται απώλεια βάρους. Από τη άλλη πολλοί καταθλιπτικοί τρώνε ακατάπαυστα και άστατα με αποτέλεσμα την παχυσαρκία. Τα αποτελέσματα ποικίλουν από άτομο σε άτομο.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Όσο κι αν προσπαθεί ο καταθλιπτικός να κρύψει την κατάθλιψή του, αυτό αντανakλά και φαίνεται στις κοινωνικές σχέσεις. Ο καταθλιπτικός είναι κακή παρέα για τους άλλους. Μπορεί να είναι ευερέθιστος και να είναι συνεχώς αρνητικός σε προτάσεις. Επομένως θα πρέπει να δεχθεί τα συναισθήματά του και να μη νιώθει ντροπή για αυτά. Ο καταθλιπτικός που νιώθει ντροπή και ενοχές βυθίζεται όλο και πιο πολύ στην κατάθλιψη. Επιπροσθέτως πολλές φορές νιώθει ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει συγκρούσεις στο περιβάλλον του.

Μπορεί να αισθάνεται μη εκφρασμένη αγανάκτηση και θυμό και πως έχει χαθεί ο έλεγχος και δεν αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει. Το περιβάλλον του καταθλιπτικού είναι δύσκολο να κατανόηση τα συναισθήματα και το βάρος του ασθενούς(Durand,2001).

1.3 Είδη κατάθλιψης

Η κατάθλιψη γενικά σ' όλα τα άτομα αλλά και στους φοιτητές μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μιας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

A. Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών :

1) ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η μείζων κατάθλιψη ξεκινάει με ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Ψυχιατρικό Σύνδεσμο, ένα άτομο θεωρείται ότι πάσχει από μείζονα κατάθλιψη όταν παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα μερικά πιθανά συμπτώματα για διάστημα δυο εβδομάδων.

Ένας τέτοιος κατάλογος συμπτωμάτων είναι ίσως χρήσιμος για τους ειδικούς αλλά δεν περιγράφει όλες τις όψεις και την πολυπλοκότητα της κατάθλιψης ενός ατόμου. Ίσως θα μπορούσε να συμπεριληφθεί και το αίσθημα του εγκλωβισμού και η απελπισία, όπως λένε οι ψυχολόγοι.

Οι ερευνητές διακρίνουν τις ψυχολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται μόνο από κατάθλιψη από αυτές στις οποίες παρατηρούνται περίοδοι μανίας, καθώς η κατάθλιψη εναλλάσσεται με καταστάσεις μανίας. Κατά τη διάρκεια μανιακού επεισοδίου το άτομο έχει μεγάλη ενεργητικότητα, διογκωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, ενδιαφέρεται ιδιαίτερος για το σεξ – και να η μανία δεν είναι πολύ έντονη- μπορεί να είναι και πολύ παραγωγικό.

2) ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Όταν οι περίοδοι κατάθλιψης συνδυάζονται με περιόδους μανίας ή υπομανίας, τότε γίνεται διάγνωση της διπολικής διαταραχής, με την έννοια ότι η διάθεση κυμαίνεται μεταξύ δυο πόλων, δυο άκρων: της μανίας αρχικά και έπειτα της κατάθλιψης. Παλαιότερα η διπολική διαταραχή ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη.

Όταν υπάρχουν μόνο περίοδοι κατάθλιψης, δίνεται η διάγνωση της μονοπολικής καταθλιπτικής διαταραχής.

3) ΨΥΧΩΣΙΚΗ ΝΕΥΡΩΣΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Άλλη διάκριση που γίνεται από μερικούς ειδικούς αφορά την ψυχωσική και τη νευρωσική κατάθλιψη.

Στην ψυχωσική το άτομο έχει μια σειρά από μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις που ονομάζονται ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Για παράδειγμα ένα άτομο χωρίς καμία σωματική ασθένεια, θεωρεί ότι είναι βαριά άρρωστο και ίσως πεθάνει σύντομα. Πολλά άτομα γνωρίζουν και ακριβώς τη χρονική στιγμή που υποτίθεται ότι θα πεθάνουν. Μερικές φορές τα άτομα με ψυχωσική κατάθλιψη μπορεί να αναπτύξουν ακραία συναισθήματα ενοχής. Είναι μια πολύ σοβαρή διαταραχή αλλά είναι μάλλον σπάνια σε σχέση με τις μη ψυχωσικές μορφές κατάθλιψης.

Μια άλλη διάκριση που γίνεται ορισμένες φορές είναι μεταξύ της κατάθλιψης που εμφανίζεται χωρίς κάποιο λόγο και της κατάθλιψης που σχετίζεται με κάποια σημαντικά γεγονότα της ζωής, όπως επί συγκεκριμένου στη ζωή ενός φοιτητή η αποτυχία σε εξετάσεις ή η αδυναμία να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της σχολής του ή ένα περιστατικό που ενδεχομένως είδε ή αντιμετώπισε κατά τη διάρκεια της πρακτικής του ή από κάτι που τον επηρέασε διαβάζοντας το ή μελετώντας το.

Σήμερα, παρότι αναγνωρίζουμε ότι οι άνθρωποι διαφέρουν σαφώς ως προς τα συμπτώματα που παρουσιάζουν, η διάκριση αυτή δε θεωρείται και τόσο έγκυρη. Κατά την ψυχοθεραπεία συχνά διαπιστώνεται ότι μια περίπτωση κατάθλιψης, που αρχικά μοιάζει να εμφανίστηκε χωρίς λόγο, έχει τις ρίζες της από την παιδική ηλικία. Δυστυχώς όμως αυτό δεν αναιρεί το γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι έχουν βιολογική προδιάθεση για εκδήλωση κατάθλιψης, σημαίνει απλώς ότι η ταξινόμηση των μορφών κατάθλιψης βάση του αιτίου τους είναι προβληματική. Μερικές μορφές κατάθλιψης βεβαίως, είναι σαφές, ότι είναι πιο σοβαρές και βαθύτερες και καταβάλλουν περισσότερο τον πάσχοντα. Σε αρκετές περιπτώσεις οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη καταφέρνουν να αντέξουν μέχρις ότου η κατάθλιψη περάσει τελικά από μόνη της.

Στις πολύ βαριές όμως μορφές κάτι τέτοιο είναι δύσκολο και ο πάσχων πρέπει να επισκεφθεί ειδικό. Η κατάθλιψη διαφοροποιείται ως προς την έναρξη, τη βαρύτητα, τη διάρκεια και τη συχνότητά της(<http://psi-gr.tripod.com>).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

| | | | |
|-------------------------|--|--------|--|
| ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | Οξεία κατάθλιψη Σταδιακή κατάθλιψη | ⇒ ⇒ | Εκδηλώνεται μέσα σε μέρες Εκδηλώνεται σε μήνες - χρόνια |
| ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | ⇒ ήπια, μέτρια, βαριά | | |
| ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | ⇒ εβδομάδες, χρόνια (παροδική) (χρόνια) | | |
| ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | ⇒ Στο 50% επαναλαμβανόμενα επεισόδια | | |

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

| | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | ΑΝΔΡΕΣ |
|---|-----------------|--------|
| Πάσχοντες από κατάθλιψη κάθε δεδομένη στιγμή | 10-26% | 4-10% |
| Κίνδυνος κατά της διάρκειας της ζωής | 2-3.5% | 5-12% |
| Εισάγονται σε νοσοκομεία | 1 στους 1.000 | |
| Παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση | 2-3 στους 1.000 | |

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, ένας στους τέσσερις ή στους πέντε γενικά ανθρώπους, θα εκδηλώσει κάποιο είδος καταθλιπτικού επεισοδίου κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η κατάθλιψη καθώς δείχνει ο πίνακας είναι τρεις φορές συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες, πέραν αυτού η κατάθλιψη είναι συχνότερη σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες όπως στους ανέργους.

Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η συχνότητα και ο κίνδυνος εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνονται σταθερά κατά τη διάρκεια του αιώνα μας, αλλά τα αίτια αυτής της αύξησης δεν έχουν εξακριβωθεί(Μάνου,1997).

1.4 Αίτια κατάθλιψης

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν έναν φοιτητή νοσηλευτικής να είναι επιρρεπής στην κατάθλιψη είναι αρκετοί και επηρεάζουν το άτομο ψυχολογικά, σωματικά και στη συμπεριφορά του. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι γνωστικοί (ιδέες, στάσεις, απόψεις που έχει το άτομο), συναισθηματικοί (κατάθλιψη, άγχος, αγωνία για επιτυχία, ή επαγγελματική σταδιοδρομία και αποκατάσταση), ψυχοκοινωνικοί (όπως η σχέση του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον), οικογενειακοί, περιβαλλοντικοί, οικονομικοί. Έτσι πριν εμφανιστεί ένα πρόβλημα υγείας βλέπουμε ότι προηγούνται δυσμενείς, μη οργανικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ασθένεια.

Η κατάθλιψη απ' ότι διαπιστώθηκε και στην έρευνα που έγινε και θα αναφερθεί αναλυτικά παρακάτω, είναι πολύ συχνή πάθηση στους κύκλους των φοιτητών αλλά και ατόμων ιδίων ηλικιών. Συχνά όμως δε τυγχάνει ιδιαίτερης προσοχής, δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ή αντιμετωπίζεται πλημμελώς διότι πολλάκις θεωρείται ότι είναι κάτι περαστικό, ανώδυνο ή απλό ή δε θέλουν να το παραδεχτούν. Επίσης η αναγνώριση της νόσου στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα.

Ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσηλευτή είναι αρκούτως σημαντικός και σχετίζεται με την αναγνώριση της ασθένειας, την ενημέρωση των συγγενών και στη στήριξη και παρακολούθηση του ασθενούς.

Οι θεωρίες για τα αίτια της κατάθλιψης θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες: Σε αυτές που δίνουν έμφαση στους βιολογικούς παράγοντες, σε αυτές που τονίζουν τους ψυχολογικούς και τέλος σε αυτές που εμμένουν στους κοινωνικούς παράγοντες και στα γεγονότα της ζωής.

Μερικές από τις θεωρίες είναι αρκετά περίπλοκες και δυσνόητες. Καμία θεωρία από μόνη της βέβαια δεν επαρκεί για να κατανοήσουμε πλήρως την κατάθλιψη (<http://iatronet.gr>).



1.4.1 Ιστορική αναφορά για τα αίτια

Το ενδιαφέρον για τα αίτια της κατάθλιψης έχει μεγάλη ιστορία χιλιάδων ετών. Περισσότερα από 2.000 χρόνια πριν, οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από πολύ υψηλά επίπεδα μέλαινας χολής στο σώμα. Αλλά η απάντηση αυτή δημιούργησε νέα ερωτήματα. Τι προκαλεί δηλαδή την αύξηση των επιπέδων της μέλαινας χολής. Οι αρχαίοι Έλληνες ανέπτυξαν μια σύνθετη θεωρία για να απαντήσουν το ερώτημα. Θεωρούσαν λοιπόν ότι κάποιοι άνθρωποι εκ γενετής έχουν περισσότερη μέλαινα χολή, είναι δηλαδή από τη φύση τους μελαγχολικοί. Επιπροσθέτως πίστευαν ότι το άγχος, η διατροφή και οι αλλαγές των εποχών μπορούσαν να επηρεάσουν τη μέλαινα χολή στο σώμα του ανθρώπου. Αναγνώριζαν λοιπόν ότι τα διάφορα γεγονότα της ζωής προκαλούν αναστάτωση και με τη σειρά της η αναστάτωση αυτή επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες και τις ποσότητες της μέλαινας χολής.

1.4.2 Θεωρίες σήμερα

Σήμερα φυσικά δεν πιστεύουμε πλέον ότι η μέλαινα χολή ευθύνεται για την κατάθλιψη. Σήμερα μιλάμε για χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο ή για να χρησιμοποιήσουμε επιστημονική ορολογία για τη νευροχημεία του εγκεφάλου. Δυστυχώς η άποψη ορισμένων σύγχρονων ερευνητών δεν είναι τόσο σύνθετη όσο αυτή των αρχαίων Ελλήνων. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν ότι η κατάθλιψη προκαλείται αποκλειστικά από αλλαγές που γίνονται στη χημεία του εγκεφάλου. Παρά το γεγονός ότι είναι γνωστό τι συμβαίνει στον εγκέφαλο ενός καταθλιπτικού ατόμου, ωστόσο δεν υποστηρίζεται με σιγουριά ότι αιτία της κατάθλιψης είναι αυτές οι χημικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο.

Δηλαδή, για παράδειγμα είναι γνωστό ότι η έκκριση αδρεναλίνης σχετίζεται με το άγχος, όμως αυτό δεν σημαίνει ότι η αδρεναλίνη αποτελεί μοναδική αιτία του άγχους και ότι η μείωση των επιπέδων αδρεναλίνης εξαλείφει το άγχος. Το στοιχείο που απουσιάζει από τις διάφορες θεωρίες περί κατάθλιψης είναι η έννοια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του κόσμου που ζούμε, του τρόπου που σκεφτόμαστε τα πράγματα αλλά και του σώματός μας. Τα φάρμακα μπορεί να βελτιώσουν μερικά συμπτώματα, δε θα εξαλείψουν όμως όλα ούτε και θα βοηθήσουν να ανακαλυφθεί το βασικό αίτιο των χημικών αλλαγών, ούτε θα διδάξουν τον τρόπο που πρέπει το άτομο να σκέφτεται και να λειτουργεί.

Από την άλλη ορισμένοι ψυχολόγοι αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης του ατόμου. Ενώ δε δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι όταν το άτομο έχει κατάθλιψη ο εγκέφαλός του λειτουργεί διαφορετικά. Όμως το σώμα και ο νους αποτελούν μια ολότητα αδιάσπαστη.

Με λίγα λόγια σε κάθε ψυχολογική κατάσταση αναλογεί διαφορετική κατάσταση του εγκεφάλου. Το γεγονός ότι ο εγκέφαλος λειτουργεί διαφορετικά όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάθλιψη σημαίνει ότι η αντιμετώπιση μπορεί να είναι δύσκολη.

Οπωσδήποτε πολλάκις τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν, υπό την προϋπόθεση ότι ελέγχονται οι παρενέργειες και ότι ελέγχεται η πορεία της νόσου.

Αλλά πρέπει να ληφθεί υπόψη η αλληλεπίδραση των διαφόρων τομέων της ζωής του ανθρώπου. Αλληλοσυνδέονται ο εγκέφαλος, οι σκέψεις και το κοινωνικό περιβάλλον(Αυγουστάτος,2003).

A) Βιολογικοί Παράγοντες

Στην κατάθλιψη παρατηρούνται αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου. Επηρεάζεται ο ύπνος, επιβραδύνεται η δραστηριότητα περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τις θετικές ενισχύσεις και τα θετικά συναισθήματα, αυξάνεται η δραστηριότητα των αρνητικών συναισθημάτων. Εξαιρετικά σημαντικές είναι οι αλλαγές στον τρόπο μετάδοσης των πληροφοριών του εγκεφάλου

Η σύγχρονη έρευνα δεν έχει καθορίσει με ακρίβεια όλες τις αλλαγές αλλά είναι ιδιαίτερος σημαντικές αυτές που παρατηρούνται στις μονοαμινεργικές νευρικές οδούς του εγκεφάλου. Μια ολόκληρη νευροχημική περιγραφή είναι πολύπλοκη, ωστόσο αυτό που μπορεί να επισημανθεί είναι ότι τα αντικαταθλιπτικά ενεργούν αυξάνοντας τη δραστηριότητα των τμημάτων του μονοαμινεργικού συστήματος που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα. Το ερώτημα είναι γιατί συνέβησαν αυτές οι αλλαγές στον εγκέφαλο.

Υπάρχουν τρεις τρόποι που ο εγκέφαλος μπορεί να επηρεαστεί και να κάνει το άτομο ευάλωτο στην κατάθλιψη

A.1 ΓΟΝΙΔΙΑ

Η πρώτη εκδοχή είναι η βιολογική προδιάθεση. Εμφανίζει το άτομο κατάθλιψη γιατί κάτι δεν λειτουργεί καλά στις νευροχημικές ουσίες του εγκεφάλου.

Η δυσλειτουργία οφείλεται στα γονίδια, στα τμήματα δηλαδή DNA που ελέγχουν τεράστιο αριθμό χημικών διεργασιών. Για να γίνει δεκτή η συγκεκριμένη άποψη πρέπει να εξεταστεί αν η κατάθλιψη παρουσιάζεται σε άτομα που είναι συγγενείς δηλαδή αν τείνει να είναι κληρονομική. Φαίνεται ότι σε ορισμένες μορφές κατάθλιψης εμπλέκονται και τα γονίδια. Αυτά μπορεί και να επηρεάζουν την «ουδό», ή αλλιώς την ευκολία με την οποία ενεργοποιούνται στον εγκέφαλο καταστάσεις κατάθλιψης εξαιτίας κάποιων γεγονότων στη ζωή του ατόμου. Επιπλέον κάποια άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν ορισμένες μορφές κατάθλιψης επειδή ένας συγγενής υποφέρει από

κάποια συναφή πάθηση, άγχος κ.α. ωστόσο είναι προφανές ότι κάθε άνθρωπος έχει μοναδικό γενετικό κώδικα και κανείς δεν είναι αντίγραφο κάποιου άλλου ανθρώπου.

A.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Ο ρόλος των γονιδίων είναι θεμελιώδης. Διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς μας και καθορίζουν την προδιάθεση του ατόμου για εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης, ο εγκέφαλος όμως δεν είναι πρότυπο ανάπτυξης ανεξάρτητα με όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον.

Η ποιότητα και η μορφή των σχέσεων του ατόμου επηρεάζουν τη διαμόρφωση των συνδέσεων των νευρικών κυττάρων στον εγκέφαλό μας. Ο τρόπος ωρίμανσης του εγκεφάλου εξαρτάται από τα κοινωνικά ερεθίσματα. Οι εμπειρίες διαμορφώνουν τον εγκέφαλό μας και αυτός είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα σε όσα συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον και μέσα στο άτομο

Όλο και περισσότερα ευρήματα συνηγορούν υπέρ του ότι τα άτομα με προδιάθεση για εκδήλωση χρόνιων μορφών κατάθλιψης έχουν ιστορικό κακοποίησης και ότι ένα ποσοστό από αυτά παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία. Έτσι η βιολογική προδιάθεση για κατάθλιψη ίσως είναι αποτέλεσμα πρώιμων εμπειριών που επηρεάζουν την ανάπτυξη και την ωρίμανση του εγκεφάλου.

A.3 Μη ελεγχόμενοι ψυχοπαιστικοί παράγοντες

Ο εγκέφαλος ενός ατόμου ιδιαίτερα σε ηλικίες ωρίμανσης όπως αυτές των φοιτητών στη Νοσηλευτική, μπορεί να βιώσει μια κατάσταση κατάθλιψης εξαιτίας ορισμένων ψυχοπαιστικών γεγονότων. Πριν από χρόνια ο καθηγητής Martin Seligman, ανακάλυψε ότι τα ζώα που εκτίθενται σε μη ελεγχόμενα ψυχοπαιστικά ερεθίσματα, υιοθετούν παθητική στάση και συμπεριφέρονται με τρόπο σχεδόν ίδιο με αυτόν των ανθρώπων που έχουν κατάθλιψη. Διαπιστώθηκε λοιπόν και από άλλους ερευνητές, ότι ορισμένες από τις αλλαγές ήταν παρόμοιες με αυτές που προκαλεί η κατάθλιψη. Δηλαδή, μειώνεται η δραστηριότητα των περιοχών που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα. Επιπλέον στο πείραμα, άλλα ζώα παρουσίαζαν αύξηση της δυνατότητας των περιοχών του εγκεφάλου που ελέγχουν τα θετικά συναισθήματα και τις ενεργητικές συμπεριφορές. Το κύριο στοιχείο που ευθύνεται για τη διαφοροποίηση των αντιδράσεων είναι η δυνατότητα αντιμετώπισης της ψυχολογικής πίεσης (στρες).

Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά γιατί δείχνουν ότι όσο περισσότερος έλεγχος ασκείται στους ψυχοπαιστικούς παράγοντες που αντιμετωπίζει το άτομο τόσο λιγότερο είναι πιθανό να απορρυθμιστεί η νευροχημεία του εγκεφάλου.

B. Η εξελικτική διάσταση – ψυχολογικοί παράγοντες

Ορισμένες ψυχολογικές καταστάσεις εκδηλώνονται επειδή ο εγκέφαλος του ατόμου είναι έτσι κατασκευασμένος ώστε να τις βιώνει όταν οι συνθήκες το απαιτούν σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, μερικές από τις βιολογικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά την κατάθλιψη οφείλονται στην ενεργοποίηση της έμφυτης δυνατότητας των ατόμων για κατάθλιψη, που διαφέρει από την έμφυτη δυνατότητα για βίωση άγχους, θυμού, σεξουαλικής διέγερσης, θλίψης. Ωστόσο αυτό δε σημαίνει ότι όλες οι περιπτώσεις κατάθλιψης είναι οι ίδιες ή ότι η κατάθλιψη προκαλείται πάντα ως αντίδραση σε κάποια ερεθίσματα εσωτερικά ή εξωτερικά. Το βιολογικό υπόβαθρο που επιτρέπει να νιώσουμε άγχος, δηλαδή το σύστημα φυγής ή πάλης έχει ένα εξελικτικό παρελθόν εκατομμυρίων ετών αλλά στο σημερινό άνθρωπο διεγείρεται με διάφορους τρόπους.

Γ. Κοινωνικοί Παράγοντες

Ο νέος πάντα, αλλά ιδιαίτερα στους καιρούς μας, αισθάνεται ανέτοιμος ή δειλιάζει να αντιμετωπίσει τα κακώς κείμενα της εποχής του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον αποκλεισμό του από ορισμένες κοινωνικές ομάδες. Οι κοινωνικές σχέσεις δεν είναι πάντα εύκολες. Όμως ο νέος, δεν μπορεί στην αρχή της ζωής του να αντιμετωπίζει δυσκολίες που δεν είχε φανταστεί ότι υπάρχουν. Βλέπει τον κόσμο εξιδανικευμένα. Οι δυσκολίες λοιπόν αυτές, οι ουτοπικές σχέσεις που καλλιεργούνται τον ωθούν σε απογοήτευση και απελπισία που λόγω της ηλικίας μεγιστοποιείται, γενικεύεται και έτσι χάνεται το ενδιαφέρον για οτιδήποτε (Braconnier και συν., 2003).

1.5 Προβλήματα που ακολουθούν τη κατάθλιψη

Οι έφηβοι ή τα άτομα με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν συνήθως επιπροσθέτως προβλήματα κυρίως στους τομείς των ακαδημαϊκών επιδόσεων, των γνωστικών λειτουργιών και των κοινωνικών τους σχέσεων. Ορισμένα προβλήματα συνδέονται άμεσα με τη λειτουργικότητα των εφήβων σε ακαδημαϊκό επίπεδο. Η δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής δυσχεραίνει την εκτέλεση πολύπλοκων δραστηριοτήτων, ενώ η έλλειψη κινήτρου και ενδιαφέροντος μειώνει την προσπάθεια για μελέτη κατά τις εξεταστικές περιόδους. Η ψυχοκινητική επιβράδυνση μπορεί να μειώσει το ρυθμό απόκτησης νέων γνώσεων με αποτέλεσμα την περιορισμένη επιτυχία στη σχολή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση του κινήτρου για μάθηση. Ωστόσο δεν είναι σαφές κατά πόσο οι αρνητικές επιδράσεις της κατάθλιψης στη γνώση είναι μόνιμες ή παροδικές. Ορισμένες έρευνες δείχνουν

ότι οι επιδόσεις βελτιώνονται μετά την πάροδο των καταθλιπτικών επεισοδίων, ενώ άλλες υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα παραμένουν και χρονίζουν. Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τις γνωστικές λειτουργίες των ατόμων κυρίως δε τον τρόπο αντίληψης και επεξεργασίας των ερεθισμάτων που προέρχονται από το κοινωνικό περιβάλλον. Οι φοιτητές με κατάθλιψη θεωρούν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα σωστά, ότι είναι καταδικασμένοι στην αποτυχία και αποδίδουν συνεχώς στον εαυτό τους ευθύνες για οτιδήποτε δεν πηγαίνει καλά.

Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων συνήθως επικεντρώνονται στην αρνητική πλευρά των γεγονότων την οποία μεγαλοποιούν και γενικεύουν. Επίσης επηρεάζονται υπερβολικά από τις παρατηρήσεις των άλλων και δε δίνουν αξία στα επιτεύγματά τους, ενώ ταυτόχρονα δεν αποδέχονται την επιβράβευση. Αυτός ο διαστρεβλωμένος τρόπος αντίληψης και ερμηνείας της πραγματικότητας συχνά προκαλεί στους φοιτητές με καταθλιπτικά επεισόδια συναισθήματα ματαίωσης και αποστέρησης που υποθάλπουν την ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους σχετικά με την εργασία τους.

Το άτομο σ' αυτή τη περίπτωση είναι ευάλωτο στην επανεμφάνιση νέων ανάλογων επεισοδίων. Ο τομέας όμως στον οποίο παρουσιάζονται τα μεγαλύτερα προβλήματα είναι ο κοινωνικός. Οι παρέες μειώνονται καθώς το άτομο δε γίνεται αποδεκτό στους φοιτητικούς κύκλους. Διαπιστώνεται κοινωνική απόρριψη και χαμηλή δημοτικότητα.

Η τάση για κοινωνική απομόνωση εμφανίζεται στο 75-95% των φοιτητών με κατάθλιψη και μειώνει την αλληλεπίδρασή τους με τους συνομήλικους τους και τους συμφοιτητές τους. Η τάση αυτή αντανακλά τη δυσκολία τους να διατηρήσουν κοινωνικές επαφές και συνδέεται με τη δυσπιστία που τρέφουν για τους άλλους ειδικά για φοιτητές που διαπρέπουν στις εργασίες ή στην ασχολία τους στην πρακτική. Σχετίζεται επίσης με δυσκολίες στην κοινωνική λειτουργικότητα, όπως η ανάληψη πρωτοβουλιών, έναρξη συζήτησης, σύναψη δεσμών και σχέσεων, αποφυγή βλεμματικής επαφής. Έχει διαπιστωθεί ότι ακόμα και αν οι πάσχοντες προσπαθήσουν να διατηρήσουν μια κοινωνική επαφή, οι μη λεκτικές ενδείξεις της κατάθλιψής τους, απομακρύνουν από κοντά τους, τους συνομήλικους με αποτέλεσμα τη μείωση της προσπάθειας για κοινωνική επαφή και τη διεύρυνση της κοινωνικής απομόνωσης.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα στο 40-70% των ατόμων φοιτητών με κατάθλιψη, συνυπάρχει τουλάχιστον ακόμα μια διαταραχή. Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας διαπιστώνονται ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές σε ποσοστό 60-70%. Τα συμπτώματα των διαταραχών άγχους συνήθως προηγούνται της κατάθλιψης γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη αναπτυξιακής σχέσης ανάμεσα σε αυτές τις δυο διαταραχές.

Τα πολύ υψηλά ποσοστά συνύπαρξης των παραπάνω διαταραχών και η αλληλοεπικάλυψη των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωσή τους, οδήγησε κάποιους ερευνητές στη σκέψη ότι οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη δεν αποτελούν ξεχωριστές διαταραχές αλλά συναποτελούν την ίδια

διαταραχή. Η άποψη ενισχύθηκε από τις μελέτες του Achenbach (1991 α) στο ταξινομικό σύστημα του οποίου δεν υπάρχει αμιγές σύνδρομο κατάθλιψης αλλά ένα μικτό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από το συνδυασμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Άλλωστε και στο DSM-IV, προτείνεται η περαιτέρω μελέτη για την υιοθέτηση μιας νέας διαγνωστικής κατηγορίας με το όνομα Μικτή Διαταραχή Άγχους- Κατάθλιψης. Υψηλά ποσοστά νοσηρότητας παρατηρούνται. Επίσης ανάμεσα στην κατάθλιψη και στη διαταραχή διαγωγής κυρίως σε άντρες. Στη συγκεκριμένη ηλικία εμφανίζονται και οι διαταραχές της διατροφής και η κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ(χριστοδούλου,2001).

1.6 Διάγνωση της κατάθλιψης

Ποικίλα ψυχομετρικά μέσα έχουν προταθεί για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε εφήβους και ενήλικες. Ωστόσο υπάρχουν διαφορές ως προς το θεωρητικό υπόβαθρο των μέσων αυτών και κυρίως ως προς τη χρήση του όρου «κατάθλιψη». Ωστόσο η φύση της κατάθλιψης είναι τέτοια που η διαδικασία διάγνωσης είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση της λειτουργικότητας του ατόμου σε διάφορους τομείς, την πιθανότητα ανάλογης διαταραχής στο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και τις οικογενειακές, επαγγελματικές κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει.

Η διάγνωση είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ευρήματα εργαστηριακά, αλλά αυτά δεν είναι ειδικά για τη νόσο. Βέβαια όλα τα συμπτώματα που έχουν αναφερθεί είναι απαραίτητα για να υπάρξει διάγνωση, ενώ μπορεί να υπάρχουν και πολλά άλλα ανάλογα το άτομο. Το σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση διαδραματίζει η εμπειρία του γιατρού. Αυτό οφείλεται στην άτυπη συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ασθενείς. Προτείνεται αρχικά λεπτομερειακός έλεγχος σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός και όταν κρίνεται απαραίτητο διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων.

Πρέπει να αποκλειστούν ενδοκρινολογικά νοσήματα, νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Επιπλέον πρέπει να εξεταστεί και η ενδεχόμενη χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν καταθλιπτικά επεισόδια.

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα επεισόδια χωρίς ιστορικό μανιακού, μεικτού ή υπομανιακού επεισοδίου. Αν υπάρξει κάποιο τέτοιο επεισόδιο η διάγνωση αλλάζει σε διπολική διαταραχή. Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV παρουσιάζονται στον πίνακα.

Όπως φαίνεται η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να προσδιοριστεί ή με βάση το τρέχον, ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο, ή με βάση την πορεία της.

Με βάση το τρέχον η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να προσδιορισθεί ως ήπια, μέτρια, σοβαρή χωρίς ψυχωτικά στοιχεία, σε μερική ύφεση, σε πλήρη. Επιπροσθέτως σε χρόνια, με κατατονικά στοιχεία, με μελαγχολικά στοιχεία, στην οποία τα άτομα μπορεί να έχουν απαντήσει σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία στο παρελθόν και είναι πιθανό ν' απαντήσουν στις θεραπείες αυτές και στο τρέχον επεισόδιο. Επιπλέον προσδιορίζεται με άτυπα στοιχεία, με ή χωρίς πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στα επεισόδια, με εποχιακό σήμα του οποίου υποστηρικτές είναι περισσότερο γυναίκες το φθινόπωρο ή το χειμώνα.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θα γίνει κυρίως από τις παρακάτω διαταραχές και καταστάσεις :

α) Διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση. Καλό είναι σε αυτή την περίπτωση η κλινική διερεύνηση του καταθλιπτικού ασθενούς να περιλαμβάνει εξετάσεις ρουτίνας δηλαδή ιατρικό ιστορικό, φυσική εξέταση γενική αίματος, βιοχημικές εξετάσεις αίματος, Γενική ούρων, έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς, νευρολογική εξέταση, Ακτινογραφία θώρακος, Ηλεκτροκαρδιογράφημα, Αξονική Τομογραφία, Νευροψυχολογικές δοκιμασίες.

β) Διαταραχή διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες. Η καταθλιπτική διάθεση εδώ συμβαίνει μόνο κατά το στερητικό σύνδρομο από κοκαΐνη ή άλλες ουσίες.

γ) Μανιακά επεισόδια με ευερέθιστη διάθεση ή μεικτά επεισόδια.

δ) Δυσθυμική διαταραχή που γίνεται με βάση τη βαρύτητα, τη χρονιότητα και την επιμονή και είναι δύσκολη, αφού τα συμπτώματά στις δυο διαταραχές είναι παρόμοια και δεν μπορούν να αξιολογηθούν με ακρίβεια αναδρομικά. Πρέπει στην περίπτωση αυτή η καταθλιπτική διάθεση να υπάρχει για χρόνια.

ε) Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή στην οποία θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον για 2 εβδομάδες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.

στ) Σχιζοφρένεια, παραληρητική διαταραχή, ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

ζ) Διαταραχή ελαττωματικής προσοχής, εδώ χρειάζεται προσοχή να μη διαγνωσθεί εύκολα και μείζων καταθλιπτική διαταραχή αφού τα άτομα χαρακτηρίζονται από ευερεθιστότητα περισσότερο παρά από θλίψη. Ακολουθούν

η) Η διαταραχή προσαρμογής, που συμβαίνει σαν απάντηση σε ψυχοκοινωνικό στρες

θ) το πένθος, εφόσον τα συμπτώματα εμφανίζονται μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου και επιμένουν για 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται και από έντονη απώλεια λειτουργικότητας, νοσηρή ενασχόληση με αναξιότητα, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή επιβράδυνση.

Και τέλος

ι) Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς που η διάγνωση μπαίνει όταν υπάρχει καταθλιπτική διάθεση μαζί με κλινικά σημαντική έκπτωση που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της διάρκειας ή της βαρύτητας του Μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο την έχει το μεγαλύτερο μέρος της μέρας ή για 2 χρόνια.

Όπως φαίνεται και στον πίνακα στη σημείωση του κριτηρίου Δ διαγνωστικά, ύστερα από τα αρχικά 2 χρόνια της δυσθυμικής διαταραχής, μπορεί να επικαθήσουν Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Στην περίπτωση αυτή δίνεται διπλή διάγνωση. Ανάλογα με την πορεία του ασθενούς διαμορφώνεται και η διάγνωση. Σημειώνεται ότι όπως φαίνεται στο κριτήριο Z του πίνακα, η διάγνωση Δυσθυμική διαταραχή δεν μπαίνει, αν τα δυσθυμικά συμπτώματα οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας ουσίας όπως το αλκοόλ ή άλλα φάρμακα.

Άτομα με έναρξη της διαταραχής πριν τα 21 χρόνια ενός ασθενούς, είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν αργότερα Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (Κοτρώτσου,2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Συμπτώματα και κλινική εικόνα κατάθλιψης στους φοιτητές και γενικά

Τα ψυχικά και σωματικά συμπτώματα που παρατηρούνται πιο συχνά στους ενήλικες καταθλιπτικούς είναι τα ακόλουθα :

Ψυχικά Συμπτώματα

1. Απώλεια ενεργητικότητας
2. Αίσθημα υπερβολικής ψυχικής κόπωσης
3. Αίσθημα αναξιότητας και απελπισίας
4. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
5. Μειωμένη εκφραστικότητα προσώπου\
6. Κοινωνική απόσυρση
7. Άγχος, τάση, ενοχές, τύψεις
8. Σκέψεις αυτοκαταστροφής
9. Αναποφασιστικότητα
10. Παραμέληση ατομικής φροντίδας
11. Ψυχική επιβράδυνση, κλάμα

Σωματικά Συμπτώματα

1. Αϋπνία
2. Δυσκοιλιότητα
3. Διαταραχές έμμηνου ρύσεως
4. Ψυχοσωματικές διαταραχές
5. Πόνοι στο σώμα
6. Αίσθημα συνεχούς σωματικής αδυναμίας
7. Μεταβολές στην όρεξη, αύξηση ή ελάττωση βάρους
8. Απώλεια σεξουαλικής επιθυμίας

Συχνά σωματικά συμπτώματα είναι επίσης κεφαλαλγία, ζάλη, ξηροστομία, κόμβος στο λαιμό, πίεση στο στήθος, ιδρώτες, προκαρδιακή δυσφορία, αρρυθμίες, γαστρικό άλγος, διάρροια, συχνουρίας, αρθραλγίες κ.α.



Κύριο χαρακτηριστικό εύρημα είναι ότι σε όλες τις περιπτώσεις καταθλιπτικών επεισοδίων είχαν προηγηθεί στρεσογόνα ερεθίσματα. Δηλαδή άγχος για τις εξετάσεις, αποτυχία σε κάποια δοκιμασία, πρόβλημα σε διαπροσωπικές σχέσεις, ανασφάλεια σε επαγγελματικό πεδίο, οικονομικά

προβλήματα. Στην κλινική εικόνα κυριαρχούν συχνά τα σωματικά συμπτώματα ενώ τα ψυχικά εκδηλώνονται με υποκλινική μορφή. Η ένταση των σωματικών συμπτωμάτων μπορεί να παρασύρουν τον ειδικό σε λανθασμένη γνώμηση αν και ο ίδιος δεν είναι γνώστης της σωματικής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Επιπροσθέτως στην ηλικία από την εφηβεία μέχρι και τα 25 χρόνια, εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη συχνότητα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά. Συχνές είναι επίσης και οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, (ψυχογενείς ανορεξία ή βουλιμία)

Υπάρχει ακόμα η άποψη ότι στην κατηγορία της συγκαλυμμένης κατάθλιψης θα πρέπει να υπαχθούν και οι διαταραχές που αποδίδονται σε μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης όπως η επιθετική συμπεριφορά.

Επειδή όμως τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού είναι μια πολύπλοκη κατάσταση, προκειμένου να γίνεται πιο εύστοχη η διάγνωση από τους ειδικούς αυτά ομαδοποιούνται και αναλύονται παρακάτω(Αναγνωστόπουλος και συν.,2001,Ιωαννίδης,1996,).

2.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

2.2.1 Καταθλιπτική Διάθεση



Το άτομο που βρίσκεται σ' αυτή την κατάσταση βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή δηλαδή νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία. Θεωρεί ότι τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει προς το καλύτερο, όλα είναι μάταια και όλες οι δυσκολίες μεγιστοποιούνται. Δεν έχει δύναμη να αλλάξει τη διάθεσή του θετικά και να ξεφύγει από άσχημες σκέψεις. Νιώθει ότι η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη. η κατάσταση αυτή απεικονίζεται και στο πρόσωπο. Πολλές φορές αυτό δείχνει ανέκφραστο και άλλοτε με θλίψη και πόνο. Ο ίδιος ασθενής δεν κατανοεί την κατάσταση και δεν αναφέρει θλίψη.

2.2.2 Ανηδονία

Σ' αυτή τη περίπτωση εκφράζεται απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που πριν ευχαριστούσαν ή ξεκούραζαν. Δραστηριότητες όπως οι κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις, το φαγητό, η σεξουαλική επαφή, διάφορα χόμπι, δεν ευχαριστούν πια το άτομο και τις περισσότερες φορές δεν το κατανοεί, δεν παραπονιέται, αντίθετα στέκεται παθητικά απέναντι σ' αυτό. Εκεί πρέπει να επέμβει η οικογένεια ή το φιλικό περιβάλλον προκειμένου να κινητοποιηθεί το άτομο και να απευθυνθεί σε κάποιο ειδικό.

2.3 Φυτικό (αυτόνομο) νευρικό σύστημα

Ταυτόχρονα με τις συναισθηματικές διαταραχές παρουσιάζονται στο άτομο και συμπτώματα από το φυτικό νευρικό σύστημα. Είναι πολύ σημαντικό αυτά να αναγνωρίζονται προκειμένου να γίνεται σωστή διάγνωση και έγκαιρη εύστοχη θεραπεία.

2.3.1 Διαταραχές στον ύπνο

Οι περισσότεροι ασθενείς με κατάθλιψη πάσχουν από αϋπνία. Αυτή είναι η συνηθέστερη διαταραχή. Η αϋπνία έχει τρία στάδια. Την αρχική αϋπνία, τη μέση και την τελική.

Στην αρχική το άτομο δυσκολεύεται να κοιμηθεί όταν το αποφασίσει ή μπει στη διαδικασία. Ταλανίζεται και τελικά αδυνατεί και σταματά τη προσπάθεια.

Στη μέση αϋπνία, το άτομο ξυπνά στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί.

Και τέλος στην τελική αϋπνία, το άτομο όταν κοιμάται κανονικά το βράδυ ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί, συνήθως τρεις, τέσσερις και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Όλη αυτή η διαδικασία είναι ιδιαίτερος κουραστική γιατί το άτομο εξαντλείται και δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί σε δραστηριότητες όπως παρακολούθησης μαθημάτων ή εργαστηρίων και να έχει διαύγεια πνεύματος. Νιώθει διαρκεί κόπωση.

Η αρχική αϋπνία συνδέεται περισσότερο με το άγχος του φοιτητή και όχι αμιγώς με κατάθλιψη. Πολλάκις το άτομο περνά στο άλλο άκρο στην υπερυπνία κατά την οποία κοιμάται συνεχώς έως και δεκαπέντε ώρες ημερησίως και πλέον με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε κατάσταση σωματικής και πνευματικής καταστολής και να χάνει εμπειρίες και δραστηριότητες της καθημερινότητας. Όταν το άτομο ολοκληρώσει τον ύπνο του νιώθει πάλι ατονία και την ανάγκη για εκ νέου ανάπαυση.

2.3.2. Διαταραχή της όρεξης

Αρκετά καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται από απώλεια βάρους συνήθως.

Αυτή η απώλεια βάρους μπορεί να είναι ελεγχόμενη και άλλοτε όχι. Στην περίπτωση που δεν ελέγχεται δημιουργεί μεγάλα προβλήματα που απειλούν τη ζωή του ασθενούς. Το ποσοστό είναι μεγάλο σ' αυτές τις περιπτώσεις κυμαίνεται μεταξύ 70-80%. Τα άτομα αυτά αρνούνται να φάνε ακόμα και φαγητά που πριν την κατάσταση της κατάθλιψης τους ευχαριστούσαν και τα απολάμβαναν. Δε νιώθουν λοιπόν την απόλαυση του φαγητού τουναντίον αισθάνονται μεγάλη απέχθεια γι' αυτό. Σ' αυτό το ποσοστό ατόμων που αρνούνται τη πρόσληψη τροφής συμπεριλαμβάνονται ως επί το πλείστον γυναίκες.

Στην αντίθετη περίπτωση τα άτομα οδηγούνται σε ακανόνιστη και υπερβολική όρεξη με αποτέλεσμα να αυξάνεται η όρεξή τους άρα και το βάρος τους, εφόσον κυρίως προσλαμβάνουν την τροφή τους τις νυχτερινές ώρες.

2.3.3. Αίσθημα κόπωσης και απώλεια ενέργειας

Συχνά οι καταθλιπτικοί ασθενείς παραπονιούνται για αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης. Νιώθουν πως δεν τους ικανοποιεί να κάνουν τίποτα, ότι κουράζονται να βγάλουν εις πέρας ακόμα και δραστηριότητες που πριν τους ξεκούραζαν. Η έλλειψη κινήτρων που τους χαρακτηρίζει συνήθως συνοδεύεται και από έλλειψη ενέργειας, πολλές φορές ξεκινούν μια δραστηριότητα που στο τέλος μένει ατελής, ανολοκλήρωτη. Αυτό συνοδεύεται και από πόνους και αδυναμία. Αδυναμία κινητική και αδυναμία πνευματική. Το αίσθημα καταντά ανυπόφορο αφού κανένας στόχος και κανέναν όνειρο, που στην ηλικία αυτή είναι κυρίαρχα, δεν υπάρχει ή δεν πραγματοποιείται.

Βλέποντας λοιπόν, τους συνομήλικους και συμφοιτητές να κινούνται βάση των σχεδίων τους, τα καταθλιπτικά άτομα αδυνατούν και ατονούν περισσότερο.

Συνήθως παρατηρούνται ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης και κυκλοθυμία. Δηλαδή το πρωί παρατηρείται μεγαλύτερη κόπωση και ανυπαρξία ενέργειας ενώ όσο προχωρά η μέρα βελτιώνεται η κατάσταση.

2.3.4. Ελάττωση της libido

Συχνή ιδιαίτερα στους άντρες είναι και η ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Αυτό είναι ιδιαίτερα τραυματικό γιατί η ηλικία των 20-25 ετών χαρακτηρίζεται φυσιολογικά από έντονη δραστηριότητα.

Αυτό γίνεται πιο έντονο όταν ο νεαρός άντρας παρατηρεί διαταραχή στη στύση με αποτέλεσμα να νιώθει ανασφάλεια και να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Πολλές φορές η κατάσταση τους οδηγεί σε παθητικότητα. Δεν προσπαθούν καθόλου να προσεγγίσουν σεξουαλικά το άλλο φύλλο, αφού γνωρίζουν ότι η διαδικασία θα τους οδηγήσει σε δύσκολη θέση. Άλλες φορές προσπαθούν να αποδώσουν, βλέπουν ότι δεν τα καταφέρνουν και κλυδωνίζονται ο ανδρισμός και η αυτοπεποίθησή τους.



2.3.5. Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Το μεγαλύτερο ποσοστό καταθλιπτικών ασθενών παρουσιάζει επιβράδυνση στη σκέψη, στο λόγο και στις κινήσεις. Μοιάζει να υπάρχει ένα τεράστιο κενό στην επικοινωνιακή τους δυνατότητα. Οι απαντήσεις τους είναι φτωχές, το λεξιλόγιό τους περιορισμένο, δεν αποδίδουν σωστά εκφραστικά τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Μοιάζουν συγχυσμένοι και εκτός τόπου και χρόνου. Το ύφος και ο λόγος τους είναι βραδύς και μονότονος χωρίς εναλλαγές που δηλώνουν δραστηριότητα. Το βλέμμα καθίσταται απλανές ενώ οι κινήσεις είναι ιδιαίτερα αργές και βαριές άκρως κατατονικές.

2.3.6 Ψυχοκινητική διέγερση

Μερικοί ασθενείς παρουσιάζουν υπερδιέγερση, εκνευρισμό, ανησυχία και μεγάλη ένταση αντί για επιβράδυνση. Κάνουν απότομες, νευρικές κινήσεις, βηματίζουν πάνω – κάτω, μιλούν ακατάπαυστα, φωνάζουν πολύ δυνατά ενοχλούνται από τα ρούχα τους ή ότι άλλο βρίσκεται επάνω τους και λειτουργούν σπασμωδικά θεωρώντας ότι αυτό θα είναι και ανακουφιστικό και λυτρωτικό.

2.4 Κινητοποίηση

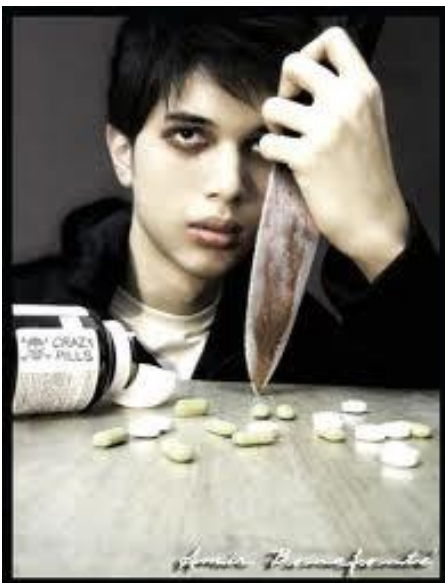
2.4.1. Απώλεια ενδιαφέροντος σε συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς γενικά δεν ικανοποιούνται με αυτό και παρατηρείται ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Δεν κινητοποιείται ούτε κοινωνικά αλλά ούτε και στις διαπροσωπικές σχέσεις με το άλλο φύλλο που θεωρητικά στη συγκεκριμένη ηλικία που εξετάζεται τα άτομα αρέσκονται σ' αυτές τις δραστηριότητες. Όλα χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει πως δεν έχει την ικανότητα να εκτελέσει συνηθισμένες ασχολίες

2.4.2 Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας

Ως επακόλουθο του προηγούμενου συμπτώματος έρχεται η έλλειψη ελπίδας. Το άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις και να ολοκληρώσει τους στόχους του. Πολλές φορές σκέφτεται να σταματήσει να παρακολουθεί τη σχολή του γιατί είναι ανώφελο εφόσον δεν μπορεί να φέρει εις πέρας απλά καθήκοντα όπως τη φροντίδα της υγιεινής και της εμφάνισής του. Βλέπει το μέλλον ζοφερό, ακίνητο και ιδιαίτερα δύσβατο. Νιώθει πως τα όνειρά του δεν έχουν αντίκρισμα και είναι μάταιο να συνάψει ακόμα και δεσμούς με τους ανθρώπους έτσι απομονώνεται και περιθωριοποιείται.

2.4.3. Σκέψεις – Απόπειρες αυτοκτονίας



Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται περίπου το 1% των ασθενών πεθαίνει με αυτοκτονία, μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι τη περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών. Και αυτό συμβαίνει γιατί ο ασθενής αφήνει τις συστολές, έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα ώστε να ολοκληρώσει ένα σχέδιο

αυτοκτονίας χωρίς αναστολές.

Ο λόγος που μπορεί να απογοητεύσει τόσο τέτοιες ηλικίες ώστε να φτάσουν στην αυτοκτονία είναι αποτυχία σε εξετάσεις, αποτυχία σε πρακτικά τεστ, ή αδυναμία να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της πρακτικής ή ακόμα και ένα ατυχές γεγονός της πρακτικής σε νοσοκομεία ή ιδρύματα. Επιπλέον κάποια συναισθηματική ή ερωτική απογοήτευση, οικονομικά προβλήματα ή οικογενειακά.

Σημαντικό σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι να αναγνωρίζονται τα συμπτώματα που περιλαμβάνουν τις παρακάτω παραμέτρους: αίσθημα απελπισίας και αδιεξόδου, ιδέες υποτίμησης και αναξιότητας, διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης, διαταραχές στον ύπνο, μείωση ενδιαφερόντων, παραμέληση εαυτού, κοινωνική απομόνωση, απώλεια βάρους, άγχος, ανησυχία, αισθήματα εχθρικότητας.

Επιπροσθέτως η συνύπαρξη διαφόρων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως επιθετικότητας, παρορμητικότητας, διαταραχής προσωπικότητας. Επίσης η κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας του καταθλιπτικού αρρώστου.

Σημαντικό λοιπόν είναι τα άτομα αυτά να έχουν ψυχολογική στήριξη από τον περίγυρό τους και να αναγνωριστούν έγκαιρα τα προβλήματα ώστε να αποφανθούν σε κάποιο ειδικό.



2.4.4. Σκέψη – Αντίληψη

Αισθήματα – Σκέψεις ενοχής / αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός όμως είναι το προβληματικό στοιχείο, αφού η αυτοκατηγορία είναι υπερβολική. Τα γεγονότα είναι μηδαμινά όπως για παράδειγμα αποτυχία σε εξετάσεις ή αποτυχία μιας σχέσης και ο ασθενής τους δίνει τεράστια βαρύτητα και αποδίδει στον εαυτό του περισσότερο ευθύνη από αυτή που πρέπει. Επιπλέον το αίσθημα αναξιότητας κυμαίνεται από αίσθημα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητικά εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Επομένως είναι αντιληπτό ότι τα μέτρα που οι ασθενείς υπολογίζονται πράγματα δεν είναι ρεαλιστικά. Δεν

εκτιμούν σωστά τις επιδόσεις τους και άρα απογοητεύονται θεωρώντας ότι δεν ανταποκρίνονται επαρκώς. Ενοχή, αναξιοσύνη χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φτάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν παραληρητικές ιδέες.

2.4.5. Δυσκολία στη συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικές ασθενείς κατακλύζονται από αρνητικές σκέψεις και είναι τόσο έντονο απασχολημένοι με αυτές που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επιπλέον παραπονιούνται για έκπτωση μνήμης και διάσπαση προσοχής που γίνεται ιδιαίτερα αρατή όταν προσπαθούν να διαβάσουν, να επικεντρωθούν δηλαδή σε κάτι συγκεκριμένο.

Επιπλέον παρουσιάζουν συχνά επιβράδυνση στη σκέψη, σύγχυση και αναποφασιστικότητα. Δεν έχουν οργανωμένα τα θέματα και γι' αυτό πολλές φορές έχουν αδυναμία συνεννόησης με τον περίγυρό τους.

2.4.6. Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ιδιαίτερος βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών αυτών ιδεών είναι συνήθως σύντομο με την κατάθλιψη. Επιπλέον μπορεί να εμφανιστούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις σοβαρής ασθένειας ή ιδέες φτώχειας. Λιγότερο συχνά, το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων ή των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη. Το άτομο, λόγω χάρη, πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει το λόγο.

2.5 Σωματικά ενοχλήματα

Εκτός από τα κλασσικά συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα που προαναφέρθηκε, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Κλινικά στη πράξη παθολόγοι, γενικοί γιατροί βομβαρδίζονται με ενοχλήματα όπως πονοκέφαλος, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί, ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπερυπνοία, πόνος στο στήθος και αρκετά άλλα. Όλα αυτά μετά από ελέγχους φαίνεται ότι είναι ψυχολογικά, ψυχοσωματικά. Ο όρος συγκαλυμμένη κατάθλιψη έχει χρησιμοποιηθεί για αυτές τις περιπτώσεις. Δεν μιλάμε για άλλου είδους κατάθλιψη. Ο γιατρός πρέπει απλά να σκεφτεί ότι το άτομο με τέτοια

συμπτώματα μπορεί να έχει κατάθλιψη άρα βλέποντας ότι έχει άλλα συμπτώματα κατάθλιψης εκτός των πόνων οδηγείται σε ασφαλή διάγνωση.

2.6 Διάκριση μεταξύ θλίψης - κατάθλιψης

Η θλίψη είναι ένα φυσιολογικό αναμενόμενο συναίσθημα, που εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοπιεστικές συνθήκες. Τέτοια γεγονότα όπως για παράδειγμα η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η διάψευση μιας σημαντικής προσδοκίας, η κοινωνική ή επαγγελματική υποβάθμιση, οικονομικά προβλήματα, είναι μερικά από τα προβλήματα ή τις καταστάσεις που προκαλούν θλίψη. Για όλους τους ανθρώπους τέτοιες έντονες καταστάσεις που μπορούν να συμβούν ξαφνικά γεννούν θλίψη. Βέβαια δεν υπάρχει άνθρωπος που δεν αισθάνεται θλίψη σε αρκετές στιγμές της ζωής του. Δε θα ήταν φυσιολογικό αν δε συνέβαινε κάτι τέτοιο.

Αντίθετα η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα. Δηλαδή, ή είναι μη αναμενόμενο βάσει των συνθηκών ή υπερβολικό σε ένταση και διάρκεια. Είναι και το βασικό σύμπτωμα της νόσου (καταθλιπτική διαταραχή). Αυτό που γενικά δημιουργεί σύγχυση είναι ότι βιωματικά η θλίψη και η κατάθλιψη αποτελούν ταυτόσημες συναισθηματικές εμπειρίες. Από αυτή την άποψη απορρέει η εσφαλμένη εντύπωση ότι οφείλονται στα ίδια αίτια και κατ' επέκταση υπακούουν στους ίδιους θεραπευτικούς χειρισμούς.

Πολλοί άνθρωποι θεωρούν ότι οι περίοδοι που έχουν κατάθλιψη είναι σύντομοι και δεν περιμένουν από τους εαυτούς τους και τους άλλους να τις καταπολεμήσουν και να μην αφήσουν να τους καταβάλλουν. Στους καιρούς μας αναμένεται, ότι ο καθένας θα πρέπει να ελέγχει αρκετά καλά τις διαθέσεις και τα συναισθήματά του. Γι ' αυτό αντιμετωπίζεται με ερωτηματικά το γεγονός ότι κάποιος είναι δυσλειτουργικός και έχει κατάθλιψη. Όταν λοιπόν η καταθλιπτική διάθεση επιμένει και συνοδεύεται και από άλλα συμπτώματα προκαλώντας αδυναμία και δυσκολία στο άτομο τότε μιλάμε για κλινικά επίπεδα κατάθλιψης.

Η διαφοροποίηση θλίψης και κατάθλιψης δεν είναι πάντα εύκολη πολλές φορές μοιάζουν αλλά τις περισσότερες διαφέρουν. Έτσι ενώ η θλίψη έχει ένταση σε μια επώδυνη απώλεια που βιώνει ένα άτομο για παράδειγμα, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από άτονη και χωρίς χρώμα διάθεση την επονομαζόμενη «επώδυνη αναισθησία». Είναι «επώδυνη» γιατί το άτομο συνειδητοποιεί ότι κάποτε η ζωή του ήταν ευχάριστη, ενώ «αναισθησία» γιατί το άτομο έχει ένα γενικό μούδιασμα μια κατάθλιψη και μεγάλη απραξία. Το άτομο δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού μέχρι το σημείο της αυτοκαταστροφής (Χαρτοκόλλης,1991,Χριστοδούλου και συν.,2003).

Κεφάλαιο 3

ΠΡΟΛΗΨΗ

3.1 Είδη πρόληψης

Η θεραπεία της καταθλιπτικής συμπεριφοράς σίγουρα δεν είναι τόσο αποτελεσματική όσο η πρόληψή της. Εκείνο που εννοείται με τον όρο «πρόληψη» είναι η αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να δημιουργήσει. Δηλαδή πρέπει να συνειδητοποιήσει ο καταθλιπτικός την κατάσταση και όχι να αρνείται ούτε και να την διοχετεύει σε σωματικούς, ψυχολογικούς ή άλλους τομείς συμπεριφοράς. Η πρόληψη της κατάθλιψης και όλων των συμπαρομαρτούντων καθώς και η βελτίωση της υγείας είναι στόχοι παρόντες πάντα σε όλες τις εκδηλώσεις, τις δραστηριότητες και ερευνητικές μελέτες της νοσηλευτικής.

Η πρόληψη της ψυχοσωματικής ασθένειας περιλαμβάνει την παρεμπόδιση της εμφάνισης και κατ' επέκταση της ανάπτυξης της ασθένειας.

- 1) Από την κατανόηση και τον έλεγχο των παραγόντων που οδηγούν στη δημιουργία της ασθένειας
- 2) Από τη διαθεσιμότητα των μεθόδων για την εξάλειψη νοσογόνων παραγόντων του περιβάλλοντος και παρεμπόδιση της προσβολής του ανθρώπινου βιοψυχοκοινωνικού οργανισμού.

Όταν υπάρχει η υποψία της ψυχικής νόσου, τότε άμεσα γίνεται στροφή προς την πρόληψη των επιπλοκών και την έγκαιρη ανεύρεση και ριζική θεραπεία ή αν όχι θεραπεία, την επιβράδυνση της εξέλιξης της ασθένειας. Έτσι καθίσταται σαφές ότι ο νοσηλευτής έχει στα χέρια του τα μέσα για να συμβάλλει στην υλοποίηση όλων των παραπάνω.

Ο νοσηλευτής μπορεί, μέσω των πολλών ωρών επαφής με τον ασθενή, να παρατηρήσει και να αντιληφθεί την κατάστασή του και άρα να κινηθεί στις μεθόδους εκείνες που θα βοηθήσουν.

Η πρόληψη της κατάθλιψης μπορεί να καταταχθεί σε τρεις βαθμούς πρόληψης:

- 1) Πρωτοβάθμια
- 2) Δευτεροβάθμια
- 3) Τριτοβάθμια

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει δυο στόχους : καταρχάς να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για ορθότερη αντιμετώπιση επεισοδίων οξείας κατάθλιψης και δεύτερον να καθοδηγήσει και να διδάξει το άτομο να αποφύγει να παγιδευτεί στη χρόνια κατάθλιψη ή σε καταθλιπτογενές περιβάλλον.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη συνίσταται στην έγκαιρη διαπίστωση του προβλήματος και στην αποτελεσματική παρέμβαση από τους ειδικούς υγείας, ώστε να προληφθεί η περαιτέρω εξέλιξη της ασθένειας. Έτσι στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής λειτουργεί ως δίοδος, αφού μέσω αυτού ο ασθενής θα παραπεμφθεί σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του. Δηλαδή

- 1) Η χωρίς καθυστέρηση παραπομπή
- 2) Η χορήγηση πολύτιμων πληροφοριών. Έτσι μπορεί να εντοπίσει την συλλογή στο συναίσθημα, τη συμπεριφορά για τη λειτουργικότητα του ατόμου και από την άλλη τη συνεργασία με τους άλλους φορείς ειδικούς και να εξαλείψει τους στρεσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Η τριτοβάθμια πρόληψη αναφέρεται σε άτομα με ήδη εξακριβωμένη ψυχική κατάσταση και περιλαμβάνει το πρόγραμμα αποκατάστασης και επανένταξής τους στην κοινότητα. Συγκεκριμένα η αποκατάσταση στοχεύει στην κάλυψη των κυριότερων αναγκών του ασθενούς γιατί αυτός

- Αναζητά αληθινές πληροφορίες
- Ταλανίζεται από τη σκέψη του μέλλοντος
- Πρέπει να μάθει να αντιμετωπίζει δυσχερείς εμπειρίες
- Χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση
- Χρειάζεται οικονομική κάλυψη
- Αντιμετωπίζει κοινωνικά προβλήματα(Κυριακίδου,2005,Makenzi,2000).

Κεφάλαιο 4

Θεραπεία

4.1 Θεραπεία νεανικής κατάθλιψης

Κατ' αρχήν πρέπει να ειπωθεί ότι οι εφαρμοσμένες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή.

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι μεγάλο και περιλαμβάνει σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι ο κλινικός και συγκεκριμένα η ετοιμότητα του να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.

Η θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από διαταραχές διάθεσης πρέπει να κατευθύνεται προς ορισμένους στόχους:

- Πρέπει να διαφυλάσσεται η ασφάλεια του ασθενή
- Πρέπει να γίνεται πλήρης διαγνωστική εκτίμηση του ασθενή
- Πρέπει να σχεδιάζεται και να τίθεται σε εφαρμογή θεραπεία που να αποσκοπεί και στην ανακούφιση από τα συμπτώματα αλλά και στη γενικότερη κατάσταση ευεξίας μελλοντικά.

Αν και σήμερα δίνεται έμφαση στη φαρμακοθεραπεία του ατόμου, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής έχουν συσχετιστεί με την αύξηση υποτροπών μεταξύ αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές διάθεσης.

Η θεραπεία λοιπόν πρέπει να μειώνει το πλήθος και τη βαρύτητα των στρεσογόνων παραγόντων στη ζωή του αρρώστου.

Τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες γιατί το ένα συμπληρώνει το άλλο. Αρχικά τα φάρμακα ανακουφίζουν άμεσα ή τουλάχιστον ταχύτερα τα συμπτώματα και ή τα σωματικά ενώ από την άλλη η ψυχοθεραπεία ανακουφίζει τον συναισθηματικό πόνο και βελτιώνει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Μελέτες αλλά και έρευνες σε ασθενείς έδειξαν ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας είναι περισσότερο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη της.

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις στοχεύουν στη θεραπεία, στη μείωση της συμπτωματολογίας αλλά κυρίως στην προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας αφού αναπτύσσεται ανάμεσα στον θεραπευτή και στον θεραπευμένο σχέση εμπιστοσύνης και αυτό διευκολύνει αυτό το στόχο.

Στις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες που εξετάζονται είναι πολύ πιο σημαντικό το αίσθημα εμπιστοσύνης προκειμένου να θεραπευθούν και να μιλήσουν για ό,τι τους προκαλεί πόνο.

Συνήθως είναι δύσκολο για κάποιον φοιτητή ή νεαρό συνομήλικο να αποταθεί σε ειδικό για ψυχοθεραπεία. Έτσι λοιπόν όταν αυτό γίνεται πρέπει ο

ψυχοθεραπευτής να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα μέσα, ώστε να προσεγγίσει σωστά τον ασθενή για να συνεχίσει την προσπάθεια(Τσιάντης,1998).

4.2 Σωματικές θεραπείες

Ψυχοφαρμακοθεραπεία – Νοσηλευτική Παρέμβαση

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, αποδείχθηκε ότι έχουν ιδιαίτερες θεραπευτικές ενδείξεις και αυτές διαμορφώθηκαν ανάλογα με τη σύνθεσή τους, τις κύριες ιδιότητες του καθενός και τα δραστικά συστατικά που περιέχουν. Ήδη χρησιμοποιούνται από τις πιο βαριές ψυχικές παθήσεις έως και τις ελαφρές νευρώσεις. Επιπλέον ύστερα από χρήση τους διαπιστώθηκε ότι έχουν θετικά αλλά και αρνητικά στοιχεία.

Τα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της νεανικής κατάθλιψης είναι:

1. Τα τρικυκλικά (ΤΚΑ) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά
2. Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης
3. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's)
4. Τετρακυκλικά: μιανσερίνη



Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και εξαρτάται από το βαθμό του προβλήματος που αντιμετωπίζει και από τον οργανισμό κάθε ασθενούς ξεχωριστά

Θετικά στοιχεία φαρμακοθεραπείας

Ένας από τους βασικότερους τρόπους αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι η χορήγηση φαρμάκων. Στις περισσότερες των περιπτώσεων μέσα σε 2 με 3 εβδομάδες επανέρχεται ο ασθενής στην προνοσηρή του κατάσταση αλλά και την πλήρη αποκατάσταση της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής του λειτουργικότητας.

Ο τρόπος που λειτουργούν τα αντικαταθλιπτικά στον οργανισμό είναι πολύ συγκεκριμένος. Αυτά δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκεκριμένης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης. Σαφώς και δε θεραπεύονται τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, καλύπτονται όμως τα συμπτώματα και μειώνονται οι πιθανότητες υποτροπής.

Εν αρχή λοιπόν ανακουφίζονται ή εξαλείφονται με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων τα φυτικά συμπτώματα.

- Διαταραχή στην όρεξη
- Απώλεια βάρους
- Διαταραχή στον ύπνο
- Ελαττωμένη ενεργητικότητα
- Ελαττωμένη σεξουαλική διάθεση
- Έντονη ανηδονία
- Ψυχοκινητική διέγερση
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση
- Μεταβολές διάθεσης – κυκλοθυμισμός

Όσο αφορά στα συμπτώματα της απώλειας του ηθικού, της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της έλλειψης ελπίδας αυτά επειδή είναι υποκειμενικά και ψυχολογικά αντιμετωπίζονται με ψυχοθεραπεία με την ενεργή συμβολή του ειδικού και με ψυχοθεραπευτική επέμβαση.

Αρνητικά σημεία φαρμακοθεραπείας

Σαφώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ισχναίνουν ή αμβλύνουν τα συμπτώματα, ωστόσο καμιά επίδραση δεν ασκείτε στη νόσο. Αν διακοπεί η θεραπεία, η ασθένεια επανέρχεται με την ίδια μορφή ή και πιο προχωρημένη. Επιπλέον σε μερικές περιπτώσεις που νέοι αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιαγγειακά οι συνέπειες πάνω σε συστήματα ή όργανα είναι βλαπτικές. Πολλές φορές η θεραπεία γίνεται χωρίς διακοπή και έτσι καλλιεργούνται τοξικομανίες από ορισμένα ηρεμιστικά ή αγχολυτικά. Ο εθισμός στις περιπτώσεις αυτές είναι και το ουσιαστικότερο πρόβλημα (Trounce και συν.,2007).

4.2.1 Τρικυκλικά – Πολυκυκλικά αντικαταθλιπτικά

Στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα συγγενή τετρακυκλικά βασίστηκε η ψυχιατρική για τη θεραπεία της κατάθλιψης, σε προηγούμενες δεκαετίες.

Σήμερα πλέον, πλην μερικών περιπτώσεων δεν χρησιμοποιούνται, έχουν αντικατασταθεί με νέα φάρμακα.

Η λειτουργία αυτών των φαρμάκων είναι να εμποδίζουν την επαναπρόσληψη ειδικών νευροδιαβιβαστών, επιτρέποντάς τους να παραμείνουν στη σύναψη και εν τέλει να απευαισθητοποιούν ή να απορρυθμίζουν την απελευθέρωση του ειδικού νευροδιαβιβαστή να μειώνεται δηλαδή η απελευθέρωση της νευροχημικής ουσίας. Το ουσιωδέστερο όμως αποτέλεσμα

των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών είναι η απορρύθμιση της νορεπινεφρίνης. Τα αποτελέσματα της δράσης αυτών των φαρμάκων καθυστερούν να εκφραστούν. Χρειάζονται τουλάχιστον δυο με επτά εβδομάδες.

Από την άλλη, οι πολλές παρενέργειες που έχουν, περιορίζουν τη βασική τους χρήση σε βαριές περιπτώσεις μόνο. Οι βασικότερες παρενέργειες των τρικυκλικών είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα, περιφερική αντιχολινεργική δράση, αντιαδρενεργική δράση και από την καρδιά.

Αντιχολινεργικές ανεπιθύμητες ενέργειες

Οι ήπιες παρενέργειες είναι η ξηροστομία, η θαμπή όραση, η δυσκοιλιότητα που όμως συνήθως υποχωρούν αυτόματα και μόνες τους. Η εφίδρωση αποτελεί μέρος του πάζλ. Λιγότερο συνηθισμένες παρενέργειες που εξαρτώνται και από το ιστορικό του ασθενούς είναι η κατακράτηση ούρων και ο παραλυτικός ειλεός.

Παρενέργειες από το ΚΝΣ

Συνήθως τα τρικυκλικά καταστέλλουν το άτομο. Δημιουργούν υπνηλία η οποία άλλοτε, ανάλογα με τα συμπτώματα, μπορεί να είναι επιθυμητή και άλλοτε όχι.

Καρδιαγγειακές παρενέργειες

Σημαντική παρενέργεια των τρικυκλικών αποτελεί η ορθοστατική υπόταση καθώς οδηγεί σε πτώση, κατάγματα ή αιματώματα. Ανάλογα με το ιστορικό του ασθενούς ο ειδικός γιατρός συνιστά ή όχι τη χρήση τους. Η πιο επικίνδυνη παρενέργεια όμως των τρικυκλικών είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα το οξύ συγχυτικό σύνδρομο που προκαλούν λόγω της αγχολινεργικής τους δράσης.

Το κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια:

1. Συμπτώματα μιμητικά της κατάθλιψης όπως καταθλιπτικό θυμικό, ελάττωση συγκέντρωσης, λήθαργος και κοινωνική απομόνωση.
2. Κινητικά συμπτώματα όπως τρόμος, αταξία, ανασφάλεια στην κίνηση και επιληπτικοί σπασμοί.

3. Ψυχωσικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, διαταραχές στη σκέψη.

4. Οργανικά συμπτώματα όπως διαταραχή στον προσανατολισμό, διαταραχή στη μνήμη, διέγερση και σύγχυση.

4.2.2 Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ)

Η ΜΑΟ βρίσκεται στα μιτοχόνδρια του νευρικού ιστού του εντέρου και του ήπατος. Οι αναστολές της ΜΑΟ λειτουργούν ως εξής: εμποδίζουν το ένζυμο μονοαμινοξειδάση που αποδομεί τους νευροδιαβιβαστές.

Επειδή λοιπόν δε διασπώνται, αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι νευροδιαβιβαστές να συσσωρεύονται στη σύναψη και έτσι να οδηγεί στην απευαισθητοποίηση.

Οι αναστολείς της ΜΑΟ έχουν μικρή χρησιμότητα γιατί μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες με τροφές ή φάρμακα. Οι νεότεροι όμως αναστολείς με την εκλεκτική αναστολή της μονοαμινοξειδάσης θεωρούνται ασφαλείς.

Η ορθοστατική υπόταση είναι η πιο κοινή παρενέργεια των φαρμάκων αυτών. Οι αναστολείς της ΜΑΟ δεν επηρεάζουν την καρδιακή αγωγιμότητα και έχουν ελάχιστες αντιχολινεργικές παρενέργειες. Άλλη παρενέργεια είναι η αύξηση βάρους, η υπερδιέγερση και η αϋπνία.

Αρκετά είναι τα φάρμακα που δημιουργούν τοξική αντίδραση με τους αναστολείς της ΜΑΟ. Αυτά είναι φάρμακα που χορηγούνται για το κρυολόγημα, για τη ρινική καταρροή, παυσίπονα, αμφεταμίνες, επιπλέον αλκοόλ ή ναρκωτικά(Μάνου,1985).

4.2.3 Άλατα λιθίου

Εκτός από τη χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων οι ειδικοί στη μακροχρόνια πρόληψη των υποτροπών της κατάθλιψης χρησιμοποιούν και τα θυμορρυθμιστικά φάρμακα. Ως επί το πλείστον χρησιμοποιούνται τα άλατα λιθίου.

Το λίθιο είναι ένα κοινό άλας που υπάρχει άφθονο στο φυσικό περιβάλλον. Υπάρχει στο πόσιμο νερό, σε πολύ μικρές όμως ποσότητες που καθόλου δεν επηρεάζουν τον οργανισμό. Τα φάρμακα του λιθίου χρησιμοποιούνται συνήθως εφ' όρου ζωής και προφυλάσσουν τον ασθενή από υποτροπές ή ανεπιθύμητες ενέργειες. Η χρήση τους κρίνει απαραίτητη την

μέτρηση του επιπέδου τους στο αίμα μια με δυο φορές την πρώτη εβδομάδα και μέχρι αυτή να σταθεροποιηθεί.

Δε γνωρίζουμε ακριβώς πως δρα το λίθιο στον οργανισμό. Θεωρείται ωστόσο ότι το ανθρακικό λίθιο προωθεί την επαναπρόσληψη των βιογενών αμινών στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα την ελάττωση των επιπέδων τους στον οργανισμό. Άλλη θεωρία σχετικά με τη δράση του εντοπίζεται στο συσχετισμό της αποτελεσματικότητας του λιθίου με μια αλλαγή στο μεταβολισμό του νατρίου στα νεύρα και τους μυς. Επιπλέον ίσως περιορίζει τη διαθεσιμότητα της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης ή να έχει και επιδράσεις σε νευροορμόνες του ενδοκρινικού συστήματος.

Οι παρενέργειες στη θεραπεία με λίθιο περιλαμβάνουν γαστρεντερική δυσφορία, ναυτία, έμετο, διάρροια ή στομαχικό άλγος. Επιπλέον αδυναμίες τους μυς, ζάλη ή κούραση, αύξηση του αισθήματος της δίψας ή συχνοουρία.

Οι όψιμες παρενέργειες από την άλλη περιλαμβάνουν επίμονο τρόμο των χεριών, πολυουρία και πολυδιψία. Επίσης αύξηση του σωματικού βάρους ή οιδήματα, εκδήλωση υποθυρεοειδισμού, πρόκληση τοξικής βρογχοκήλης, λευκοκυττάρωση, διαταραχές στο ΗΚΓ. Όλα αυτά ή τουλάχιστον τα περισσότερα υποχωρούν με τη διακοπή της χορήγησης του σκευάσματος.

Σπάνια μπορεί να δημιουργηθεί ένα νεφρωσικό σύνδρομο που οφείλεται σε τοξική διάμεση νεφρίτιδα μη αναστρέψιμο. Προλαμβάνοντας μια τέτοια κατάσταση πρέπει να ελέγχονται τα επίπεδα της κρεατινίνης του ορού κάθε 3 μήνες.

Βεβαίως γενικά οι παρενέργειες του λιθίου είναι σοβαρότερες από αυτές άλλων φαρμάκων.

Πρέπει να υπολογίζεται σωστά η δοσολογία του για να αποφευχθεί τοξικότητα ή μείωση της θυροειδικής λειτουργίας ή και επιδείνωση της μειωμένης ενεργητικότητας σχετικά με την κατάθλιψη. Ήπια τοξικότητα από λίθιο αποκαθίσταται με την παράλειψη δόσεων. Η σοβαρή όμως τοξικότητα αντιμετωπίζεται στο νοσοκομείο με ωσμωτική διούρηση. Τα συμπτώματα της τοξικότητας διαφαίνονται στο αίμα αλλά και μέσω της θαμπής όρασης, της επίμονης ναυτίας ή των εμέτων, της διάρροιας και του αταξικού βαδίσματος. Αν η τοξικότητα δεν αντιμετωπιστεί ο ασθενής πέφτει σε κώμα ή πεθαίνει. Το λίθιο στη χημική του δομή μοιάζει με νάτριο. Αν ελαττωθεί η λήψη νατρίου τότε το λίθιο επαναρροφάται από τους νεφρούς αυξάνοντας τη δυνατότητα τοξικής επίδρασης.

Επομένως ο ασθενής οφείλει να λαμβάνει επαρκή ποσότητα νατρίου και να πίνει αρκετά υγρά περί τα 3.000 ml ημερησίως (Παπακώστας, 1994, <http://night-slightblog.gr>).

Νοσηλευτική Φροντίδα – Παρέμβαση



Ο Νοσηλευτής χρειάζεται να μπορεί να εκτιμά αλλαγές που είναι ενδεικτικές της κατάθλιψης. Δηλαδή απώλεια όρεξης, μειωμένο ενδιαφέρον για το περιβάλλον, αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, απελπισίας. Επιπλέον σημαντική είναι η συμβολή του νοσηλευτή στην τόνωση της αυτοπεποίθησης του ασθενούς και στην ενθάρρυνση του νεαρού ατόμου.

Στην προσπάθειά του, ο νοσηλευτής να χορηγήσει φάρμακα στον ασθενή πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του:

- Τις ενέργειες του φαρμάκου
- Τις παρενέργειες του φαρμάκου
- Τον τρόπο και τον χρόνο χορήγησης
- Την ακριβή δόση, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού.

Μετά από αυτά οφείλει να καταγράφει τις τυχόν παρενέργειες που εμφανίζονται στον ασθενή από την αρχή της θεραπείας για να μπορεί και ο γιατρός να έχει πλήρη εικόνα και να ολοκληρωθεί σωστά η θεραπεία.

Συνήθως τα φάρμακα δίνονται σε μικρές δόσεις και σταδιακά αυξάνονται ανάλογα με την πάθηση του ασθενούς και τη βαρύτητά της.

Αρκετές φορές η δουλειά του νοσηλευτή είναι δύσκολη αφού πρέπει να προσέχει τους ασθενείς, επειδή αρκετοί δεν λαμβάνουν τα φάρμακά τους. Αυτό συμβαίνει ή γιατί δεν θέλουν να νιώσουν τυχόν παρενέργειες ή γιατί η πάθηση τους δημιουργεί παραισθήσεις. Βρίσκουν ποικίλους τρόπους προκειμένου να ξεγελάσουν το νοσηλευτή. Τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα τους, στα ρούχα τους ή μερικές φορές αφού τα λαμβάνουν προκαλούν έμετο. Η επιπολαιότητα και η έλλειψη συνείδησης του ασθενούς μπορεί να δημιουργήσουν δυσάρεστες καταστάσεις για την υγεία του.

Έτσι ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σχολαστικός. Επιπλέον μπορεί ο ασθενής να συγκεντρώσει τα φάρμακα προκειμένου να αυτοκτονήσει.

Μερικά φάρμακα έχουν περίεργη γεύση έτσι προτείνεται να τα λαμβάνουν με πορτοκαλάδα ή γάλα. Άλλα προκαλούν ξηροστομία και στοματίτιδα, έτσι πρέπει να φροντίζεται η υγιεινή του στόματος και α χορηγούνται συμπλέγματα βιταμινών Β, άγλυκες καραμέλες, παγάκια και πολλά υγρά.

Άλλες παρενέργειες όπως η πτώση της πίεσης, ο τρόμος, η αϋπνία, ο ίκτερος, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα, πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα.

Η δυσκοιλιότητα αντιμετωπίζεται με σωματική άσκηση, πολλά υγρά και με τροφές που περιλαμβάνουν φυτικές ίνες. Επιπλέον η ορθοστατική υπόταση αντιμετωπίζεται με συμβουλές για αργή έγερση από την ύπτια θέση.

Το συχνότερο πρόβλημα όμως στην περίπτωση του καταθλιπτικού είναι η υπερδοσολογία. Αφού υπάρχει η πιθανότητα να πάρουν υπερβολική δόση για να αυτοκτονήσουν. Τα συμπτώματα και η φυσική πορεία των γεγονότων που ακολουθούν μετά από την οξεία υπερδοσολογία με αντικαταθλιπτικά είναι σύνθετα και μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση, εκτός αν επιτευχθεί η λήψη σαφούς ιατρικού της υπερδοσολογίας.

Αρχικά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, προκαλούν ανησυχία, διέγερση και δυστονία καθώς και σπασμοί που οδηγούν σε κώμα. Οι σοβαρά εκτεθειμένοι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν υποθερμία ή κατασταλμένα αντανακλαστικά. Η λήψη αντικαταθλιπτικών σε υπερδοσολογία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τον ασθενή και επιβάλλεται η μεταφορά του σε νοσοκομειακό ίδρυμα.

Μιλώντας για τη φαρμακευτική αγωγή που δίνεται στους καταθλιπτικούς ασθενείς πρέπει να επισημανθεί ότι αυτή αρχικά επιφέρει μια επιφανειακή καλυτέρευση ενώ στο βάθος ο ασθενής διατηρεί το αίσθημα της κατάθλιψης. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός εδώ γιατί μετά το γιατρό αυτός πρέπει να συζητά μαζί του και να τον παροτρύνει να εκδηλώνει τα συναισθήματά του.

Η διδασκαλία και η ενθάρρυνση του ασθενούς για τη συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής είναι πάντα καθήκον του νοσηλευτή(Κοτρώτσου,2009).

4.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ECT



Εν συνεχεία εκτός των αναφερθέντων τρόπων σωματικής θεραπείας, αναφέρεται και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.

Αυτή είναι ένας τύπος σωματικής θεραπείας κατά την οποία το ηλεκτρικό ρεύμα εφαρμόζεται στον εγκέφαλο με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους κροτάφους.

Το ρεύμα υπολογίζεται ώστε να προκαλέσει στον ασθενή ένα μεγάλο επιληπτικό επεισόδιο από το οποίο ο ασθενής θεραπεύεται. Είναι το λεγόμενο ηλεκτροσόκ.

Αυτό πρωτοεμφανίστηκε στην εφαρμογή του το 1938 από τους Cerletti και Bini. από τότε ίσως αυτή να είναι η πιο κακοδιαφημισμένη θεραπεία στην Ιατρική. είναι μια θεραπεία που προκαλεί έντονες συζητήσεις και αψιμαχίες στους κύκλους των ψυχιάτρων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας. θεωρείται από πολλούς ως μια βάρβαρη και απάνθρωπη θεραπεία. Είναι όμως μια θεραπεία με αποτελέσματα. Οι αμφισβητήσεις υπάρχουν διότι υπάρχει κακή ενημέρωση για τη χρήση της και αντιδράσεις για τις εξουσιαστικές πλευρές του συστήματος της ψυχικής υγείας. Θεωρείται ότι είναι ένας τρόπος να εξουσιάζει και να

καθοδηγεί άμεσα ο ψυχίατρος τον ασθενή και άρα ο ασθενής αφού είναι ευάλωτος να χειραγωγείται.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αρχικά γινόταν με τον ασθενή ξύπνιο χωρίς χορήγηση κάποιου φαρμάκου πιο πριν.

Αυτό βέβαια τρόμαζε τον ασθενή αφού κατά τη διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής μπορούσε να κινδυνέψει από κατάγματα ή εξάρθρωσεις κατά τη διάρκεια των σπασμών.

Σήμερα έχουν εκσυγχρονιστεί τα πράγματα και υπάρχει ασφάλεια για τον ασθενή. Πριν την έναρξη της θεραπείας οι ασθενείς υποβάλλονται σε αναισθησία ώστε να αποφευχθούν οι θλάσεις των οστών κατά τη θεραπεία.

Αποτελεσματική θεωρείται η συνεδρία ECT με διάρκεια σπασμών μεγαλύτερη από 20sec. Σχετικά με τον αριθμό των συνεδριών κατά εβδομάδα, στην κλινική πράξη εφαρμόζονται δυο με τρεις συνεδρίες. Οι περισσότεροι θεραπευτές θεωρούν ότι 6 με 12 συνεδρίες αρκούν για να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη. Παρόλο που η ιδέα μιας τέτοιας επιθετικής επέμβασης στον εγκέφαλο τρομάζει, τα αποτελέσματά της σε τέτοιες βαριές και επικίνδυνες καταστάσεις είναι σωτήρια(Ζαφειρόπουλος,2009).

4.3.1 Ενδείξεις ηλεκτροσπασμοθεραπείας

Όπως προελέχθη, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται για να αντιμετωπίσει καταστάσεις βαριάς κατάθλιψης με παραλυτικά στοιχεία όταν πριν έχουν δοκιμαστεί άλλες θεραπείες όπως φαρμακοθεραπεία. Επίσης μπορεί να γίνει και συνδυασμός θεραπειών ηλεκτροσόκ με φαρμακοθεραπεία. Η ΗΣΘ πρέπει να επιλέγεται όταν διαπιστώνεται οξεία έναρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής, όταν οι μεταβολές στο συναίσθημα και στη σκέψη αλλά και στην κινητική δραστηριότητα. Επιπλέον όταν η διαταραχή θεωρείται βιοχημικής ή παθοφυσιολογικής αιτιολογίας, όταν η διαταραχή συγκρούεται με την καθημερινή ζωή του ασθενούς ή όταν οι άλλες θεραπείες έχουν αποτύχει. Επιπροσθέτως, η συγκεκριμένη θεραπεία ενδείκνυται και για την αντιμετώπιση ψυχωσικού ασθενούς ή με συναισθηματική διαταραχή ή μανία ή κατάθλιψη.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Σημαντικά πλεονεκτήματα έχει η θεραπεία και στα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αφού:

1. Ανακουφίζει πολύ γρήγορα τα συμπτώματα απ' ότι τα αντικαταθλιπτικά
2. Είναι η ασφαλέστερη μέθοδος για εύθραυστα άτομα
3. Ενδείκνυται σε κατάθλιψη που συνοδεύεται από μηδενιστικές, παρατηρητικές ιδέες και έχει άμεσα αποτελέσματα.

Επιφέρει γενικά βελτίωση σε άτομα με οξεία τη νόσο, που επιθυμούν να αυτοκτονήσουν. Σε σχιζοφρενικούς ασθενείς η ηλεκτροσπασμοθεραπεία συνιστάται αφού είναι η μόνη που αποδίδει όπως επίσης και σε κατατονικά συμπτώματα.

4.3.2 Αντενδείξεις ECT ηλεκτροσπασμοθεραπείας

1. Απόλυτες αντενδείξεις αποτελούν:

- α) Όγκος εγκεφάλου
- β) Θρομβοφλεβίτιδα
- γ) Εξόφθαλμος βρογχοκήλη
- δ) Οξεία σπειραματονεφρίτιδα

2. Σχετικές αντενδείξεις:

- α) Μεγάλη ηλικία
- β) Πνευμονικές παθήσεις
- γ) Πεπτικό έλκος
- δ) Σπονδυλοαρθροπάθεια

4.3.3 Ανεπιθύμητες ενέργειες

Η πιο συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι μια παροδική διαταραχή της πρόσφατης μνήμης που αφορά τη θεραπευτική περίοδο και τις ημέρες που έπονται.

Όμως η περισσότερο ευρέως διαδεδομένη είναι το οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο, γ απώλεια μνήμης δηλαδή. Το επεισόδιο μπορεί να επιμένει αρκετούς μήνες μετά τη θεραπεία. Η αμνησία περιλαμβάνει αμνησία για πρόσφατα γεγονότα πριν το ηλεκτροσόκ και ονομάζεται παλίνδρομη αμνησία. Η αμνησία με το πέρασ του χρόνου μειώνεται και αποκαθιστάται πλήρως σε 6 με 12 μήνες.

Άλλες πιο ήπιες παρενέργειες είναι η ταχυκαρδία και η κεφαλαλγία(Trucker,1999).

4.3.4 Η Νοσηλευτική στην προετοιμασία για το ηλεκτροσόκ

Πριν από τη διαδικασία του ηλεκτροσόκ ακολουθείται ένα πρωτόκολλο. Αρχικά πρέπει να υπογράψει ο ασθενής αν δύναται, αλλιώς οι οικείοι του. Πρέπει να εξηγήσουν οι ειδικοί και ο νοσηλευτής τη θεραπεία στον ασθενή αν είναι σε θέση να την κατανοήσει. Υπάρχουν ασθενείς που φοβούνται όταν ακούσουν για απώλεια μνήμης μετά το ηλεκτροσόκ. Χρειάζεται λοιπόν η διαβεβαίωση ότι αυτή είναι παροδική και πως αποκαθιστάται με την συμπλήρωση της σειράς των θεραπειών. Όμως όσο και αν έχει προετοιμαστεί ο ασθενής ψυχολογικά πάντα προ θεραπείας φοβάται και χρειάζεται συμπαράσταση.

Μαζί με την ψυχολογική ενίσχυση γίνεται και έλεγχος του καρδιαγγειακού συστήματος, του αναπνευστικού και του ουροποιητικού. Ο ασθενής απέχει από τροφή 12 ώρες πριν την θεραπεία, απαλλάσσεται από τα

ρούχα του ή πρόσθετα όπως οδοντοστοιχίες και πρέπει να εκκενώνεται η ουροδόχος κύστη.

Με την έναρξη της θεραπείας ένα μικρό μαξιλάρι τοποθετείται στη μέση του ασθενούς και ασκείται πίεση στους ώμους και γλουτούς για να αποφευχθεί τραυματισμός με τους σπασμούς, αλλιώς προτιμάται η πλήρης νάρκωση.

Αφού ολοκληρωθεί η θεραπεία ο ασθενής συνέρχεται χωρίς να γνωρίζει που βρίσκεται ή τι έχει προηγηθεί. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα είναι άμεσο. Ο ασθενής σιγά – σιγά ενεργοποιείται και άρα είναι σε θέση να διαπράξει αυτοκτονία ευκολότερα γιατί αποκτά σθένος. Έτσι χρειάζεται στενή παρακολούθηση(Bames και συν.,1999).



4.4 Ψυχοθεραπεία

4.4.1 Ατομική θεραπεία



Είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται στις ψυχωτικές διαταραχές και σε ήπιες ή χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί τη σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή για να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του.

Η ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται στο “παρόν” του ασθενή και ασχολείται ελάχιστα με ψυχοδυναμικές ερμηνείες γεγονότων του παρελθόντος. Το άτομο απελευθερώνεται από την κατάθλιψη και αποκτά χρήσιμες διοράσεις. Αυτή η διεργασία σήμερα έχει ενισχυθεί με τη βοήθεια των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Η ατομική ψυχοθεραπεία διεξάγεται σε 2-3 συνεδρίες εβδομαδιαίως για 30 έως 50 λεπτά. Μπορεί να διαρκέσει από δυο χρόνια έως εικοσιπέντε. Μπορεί να είναι δηλαδή εντατική ή υποστηρικτική.

4.4.2 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η ομάδα εδώ λειτουργεί σαν μια μικρή κοινωνία. Οι ασθενείς επικοινωνούν μεταξύ τους, συζητούν και εξωτερικεύουν τα προβλήματα τους με ασφάλεια υπό την καθοδήγηση του ειδικού. Ελέγχεται και εξημερώνεται μια επιθετική και ανάγωση συμπεριφορά. Η συναισθηματική μεταβίβαση είναι πιο ήπια οδηγώντας σπάνια σε παρεκτροπές στη συμπεριφορά. Συνιστάται η παράλληλη χρήση ομαδικής και ατομικής υποστηρικτικής θεραπείας με τον ίδιο ψυχοθεραπευτή για να αποφευχθούν διχασμοί και συγχύσεις.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία συνιστάται για ψυχωτικούς ασθενείς. Τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά:

- 1) Οικονομικά
- 2) Χρονικά
- 3) Παροχή πληροφοριών
- 4) Καλλιέργεια αλληλεγγύης
- 5) Καλλιέργεια αλτρουισμού
- 6) Απεικόνιση και δοκιμασία της πραγματικότητας



Η θεραπεία σε ομαδική μορφή μπορεί να είναι συμπεριφορικού, ψυχοδυναμικού ή αναισθητικού τύπου. Μέσα από αυτή το άτομο κοινωνικοποιείται, ενσωματώνεται και μαθαίνει να ζει ομαδικά (<http://pantziaras.blogspot.com>).

4.5 Θεραπεία συμπεριφοράς

Βασίζεται στις θεωρίες της εξαρτημένης μάθησης, ασχολείται με τα παρόντα και συνειδητά προβλήματα και εφαρμόζει τεχνικές διόρθωσης ή νέας μάθησης.

Θεραπεύει λοιπόν την κατάθλιψη με αλλαγή συμπεριφοράς. Οι ασθενείς μαθαίνουν να λειτουργούν στον κόσμο με σκοπό να εισπράττουν θετική ανατροφοδότηση. Αυτό συμβαίνει αφού βασίζεται στην υπόθεση ότι τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της θετικής ανατροφοδότησης που παίρνει το άτομο από την κοινωνία και ίσως γίνεται δέκτης απόρριψης.

Η συμπεριφορική θεραπεία είναι χρήσιμη κατά την υπολειμματική φάση ή σε χρόνιους ασθενείς και είναι ιδιαίτερος ο ρόλος της σε προγράμματα αποκατάστασης.

Γενικότερα είναι μια θεραπεία που βοηθά τον ασθενή να αναδιαρθρώσει τους στόχους και τα όνειρά του και να κινηθεί σωστά κοινωνικά, ώστε να μην αποκλειστεί.

4.6 Γνωστική Θεραπεία

Στοχεύει στο να εξαλείψει εκ νέου καταθλιπτικά επεισόδια και βοηθά τον ασθενή. Πατέρας της είναι ο Aaron Beck και η γνωστική θεραπεία εστιάζει στην αντιμετώπιση γνωσιακών παραμορφώσεων που υπάρχουν στη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Είναι μια σύντομη θεραπεία αφού συνολικά περιλαμβάνει 15 με 25 συνεδρίες διάρκειας 50 λεπτών για 1 φορά την εβδομάδα. Αρχικά οι συνεδρίες, για να βοηθηθεί άμεσα το άτομο, μπορεί να είναι 2 ή 3 φορές την εβδομάδα. Αυτό συμβαίνει γιατί στην αρχή παρατηρούνται βιολογικά, βουλητικά και συναισθηματικά στοιχεία και έτσι οι θεραπευτικές επεμβάσεις έχουν σκοπό να δραστηριοποιήσουν άμεσα και να βελτιώσουν την κατάσταση του ασθενούς.

Όταν παρέλθει ο χρόνος και είναι όψιμη η φάση, η θεραπεία παίρνει γνωσιακό χαρακτήρα.

Τέλος το άτομο προετοιμάζεται αυτόνομα ώστε μόνο του να αντιμετωπίζει τις υποτροπές.

Πολλοί εκφράζουν την άποψη ότι η θεραπευτική αποτελεσματικότητα της προσέγγισης αυτής δεν οφείλεται στην τροποποίηση των γνωστικών αλλά στην άρτια συναισθηματική σχέση θεραπευτού και θέρáποντα.

Σημασία έχει ότι η μέθοδος έχει θετικότατα αποτελέσματα(www.kantartzis-sotirios.gr).

Συμπέρασμα

Από την παρούσα εργασία, με βάση τα θεωρητικά στοιχεία συμπεραίνεται ότι:

- Η νεανική ηλικία στην περίοδο των φοιτητικών χρόνων συνοδεύεται από πολλές αλλαγές που αγχώνουν και καταβάλλουν τους νέους. Οι αλλαγές αυτές εντοπίζονται σε βιολογικούς, κοινωνικούς, επαγγελματικούς παράγοντες. Αυτοί είναι ικανοί να αλλάξουν τη συμπεριφορά και την ικανότητα προσαρμογής ενός φοιτητή.
- Ο νέος νιώθει απομόνωση, ανασφάλεια, φόβο, μελαγχολία εξαιτίας συγκεκριμένων καταστάσεων όπως επαγγελματική ανασφάλεια, αποτυχία σε εξετάσεις, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και διάφορα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα.
- Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, αρχικά δεν το συνειδητοποιούν, με αποτέλεσμα να ταλανίζονται και να υποφέρουν για αρκετό διάστημα.
- Η συνειδητοποίηση της νόσου της κατάθλιψης και η προσφυγή σε κάποιον ειδικό, ανακουφίζουν το άτομο και εξομαλύνουν τη ζωή του, αφού στην πλειοψηφία τους οι καταστάσεις κατάθλιψης θεραπεύονται.
- Η αυτοκτονία αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης. Έτσι, ως εκ τούτου, οι επιστήμονες και οι ειδικοί υγείας οφείλουν να γνωρίζουν τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης και τα περιστατικά που τείνουν προς την αυτοχειρία.
- Η διάγνωση λοιπόν αποτελεί το πρώτο βήμα στη λύση του προβλήματος για έναν καταθλιπτικό ασθενή.
- Η θεραπεία που απαντά στην κατάθλιψη έχει δυο όψεις: την φαρμακοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία. Η φαρμακοθεραπεία, εξαλείφει τα συμπτώματα άμεσα αλλά δεν θεραπεύει από μόνη της εξ' ολοκλήρου. Η ψυχοθεραπεία από την άλλη, αποσκοπεί στο να αλλάξει τις παράλογες και αρνητικές σκέψεις που προκαλούνται από άσχημες συγκυρίες της ζωής και στο να ωθήσει το άτομο να γνωρίσει τον εαυτό του και να τον ελέγξει.
- Ο άνθρωπος καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του αναμφίβολα δοκιμάζει έστω και ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Ως εκ τούτου το ποσοστό των φοιτητών

που έχουν γνωρίσει την κατάθλιψη είναι μεγάλο. Το σημαντικό είναι ότι είναι γνώστες της κατάστασης, έχουν συναίσθηση και άρα η διαδικασία της θεραπείας είναι ευκολότερη, αφού είναι συνεργάσιμοι.

- Μερικές φορές στο μυαλό του φοιτητή αποτελεί ταμπού η “έννοια” της κατάθλιψης σχετικά με τον εαυτό του. Είναι σημαντική λοιπόν η συμβολή των ειδικών και η παρουσία τους ακόμα και σε Εκπαιδευτικά Ιδρύματα όχι μόνο σε Ιδρύματα Υγείας.

Τρόποι επίλυσης ή πρόληψης της κατάστασης

- Είναι απαραίτητη η συνεργασία προσωπικού υγείας και καταθλιπτικού ασθενούς προκειμένου να ευδοκιμήσει η θεραπεία. Τα καταθλιπτικά άτομα χρειάζονται τόνωση και υποστήριξη και από το οικογενειακό περιβάλλον.
- Οι νοσηλευτές και οι ειδικοί γιατροί πρέπει να ανανεώνουν τις γνώσεις τους και να έχουν στο μυαλό τους ότι η συμπτωματολογία της νόσου έχει μεγάλο εύρος.
- Επομένως η εξειδίκευση στο συγκεκριμένο τομέα είναι απαραίτητη, εφόσον πρόκειται για έναν σημαίνοντα τομέα.
- Η πρόληψη της αυτοκτονίας είναι ιδιαιτέρως σημαντική και οι ειδικοί υγείας πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά μ’ αυτό. Η Εκπαίδευση πρέπει να περιλαμβάνει εκτίμηση της βαρύτητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του αυτοκτονικού ιδεασμού και των παραγόντων κινδύνου.
- Είναι αναγκαία η ύπαρξη ειδικών στα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα, ώστε να βοηθούνται χωρίς μεγάλο κόστος και άμεσα οι φοιτητές που αντιμετωπίζουν προβλήματα.
- Τέλος πρέπει να ενημερώνεται επαρκώς το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του καταθλιπτικού ασθενή, ώστε να αποφεύγονται επιπλέον επιβαρύνσεις και να επιταχύνεται το θεραπευτικό έργο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Είδος Έρευνας

Η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε, στα πλαίσια της *ποσοτικής έρευνας*.

5.2 Στόχοι και Σκοπός

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τη δυνατότητα των φοιτητών τμημάτων Νοσηλευτικής να αναγνωρίσουν στον εαυτό τους τα πιθανά συμπτώματα ύπαρξης κατάθλιψης, και παράλληλα να προσδιορισθεί η ύπαρξή της.

Στόχος της έρευνας

Οι ερευνητικοί στόχοι-άξονες της εργασίας διατυπώνονται ως εξής: ο βαθμός γνώσης που έχουν οι σπουδαστές πάνω στο θέμα της αντιμετώπισης της κατάθλιψης και ο βαθμός δυνατότητας αξιοποίησης των γνώσεων που τους προσφέρει η σχολή για την καταπολέμηση των αιτιών στο συγκεκριμένο θέμα.

5.3 Μεθοδολογία Έρευνας

Με βάση την μέχρι σήμερα βιβλιογραφική διερεύνηση, στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί επιστημονική μελέτη διερεύνησης ενδείξεων κατάθλιψης στους φοιτητές των ΤΕΙ. Η επιλογή της μεθόδου βάσει της οποίας κάναμε τη συλλογή των δεδομένων ικανοποιεί συνθήκες που σχετίζονται τόσο με τον σκοπό και τους στόχους που θέτει η έρευνά μας όσο και με πρακτικής φύσεως θέματα που καθορίζουν κατά πόσο η έρευνα μπορεί να πραγματοποιηθεί. Αν και δεν υπάρχουν κανόνες βάσει των οποίων ένας ερευνητής μπορεί να επιλέξει μια συγκεκριμένη μέθοδο για την πραγματοποίηση της έρευνάς του, εν τούτοις τα χαρακτηριστικά της έρευνας μπορούν να μας οδηγήσουν στην επιλογή της μεθόδου.

Από τα βασικά που προαναφέρθηκαν από την αξιοποίησής της σχετικής βιβλιογραφίας, από την προβληματική που προκύπτει από τα αναφερόμενα στο θεωρητικό πλαίσιο, από την προσωπική γνώση και αίσθηση για το θέμα από τις σχετικές συζητήσεις σε προερευνητικό επίπεδο συναδέλφους σπουδαστές προκύπτουν τα εξής:

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας καθώς και ο προσδιορισμός του καταλληλότερου θεωρητικού πλαισίου στο οποίο εντάσσονται οι συγκεκριμένες επιμορφωτικές ανάγκες (ως αντιπροσω-

πεντικότερη επιλέγεται η ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση) , υπαγορεύουν τα μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθεί: επιλέγεται ως προσφορότερη η «πολύ – μεθοδική προσέγγιση» (Cohen and Manion, 1997, 323-340). Η επιλογή αυτή ενισχύεται επιπλέον και από αξιοποίηση της προβληματικής που αναδεικνύεται από το θεωρητικό πλαίσιο. Ενδεικτικά, λόγω της έλλειψης και της ασάφειας στο σχηματισμό πλαισίων του συγκεκριμένου προβλήματος μπορεί να προκύπτουν εκτός από ανάγκες συνειδητές και ρητές, και ανάγκες λανθάνουσες ή μη ρητές, η ανίχνευση των οποίων γίνεται καλύτερα μέσω της πολυμεθοδικής προσέγγισης.

Πιο συγκεκριμένα, προηγείται πιλοτική έρευνα, με χρήση ερωτηματολογίου η οποία θα συντελέσει στην οριστικοποίηση των καταλληλότερων ερευνητικών αξόνων του θέματος.

Στη συνέχεια (στα πλαίσια της ποσοτικής εμπειρικής έρευνας) χρησιμοποιείται η περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδος με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η δειγματοληπτική έρευνα με ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις και στατιστικές μεθόδους ανάλυσης είναι η πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας.

Μέσω της τυποποίησης των συλλεγομένων στοιχείων, δίνεται η δυνατότητα ανάλυσης και ανάδειξης γενικών τάσεων και ομοιομορφων δηλαδή οδηγούμαστε στη συστηματική συλλογή, περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων (Cohen και Manion 1997, Σαχίνη - Καρδάση)

5.4 Πληθυσμός Στόχος

Πληθυσμό στόχο αποτελούν οι φοιτητές των τμημάτων Νοσηλευτικής στα ΤΕΙ Λάρισας και Πάτρας. Δόθηκαν 100 ερωτηματολόγια στους φοιτητές.

5.5 Δείγμα Έρευνας

Μέγεθος δείγματος για την επίδοση ερωτηματολογίου ορίστηκε για 100 άτομα και ανταποκρίθηκαν πλήρως τα 98.

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο το πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη – Καρδάση (2004) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος

καθορίζεται από δύο παράγοντες α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

5.6 Χρόνος και τύπος διεξαγωγής

Χρόνος συλλογής στοιχείων

Η έρευνα (συλλογή των στοιχείων) διεξήχθη σε χρονικό διάστημα τριών μηνών, από τον Μάρτιο ως τον Ιούνιο του 2011.

Τύπος συλλογής στοιχείων

Η έρευνα διεξήχθη στο ΤΕΙ της νοσηλευτικής σχολής των Πατρών και της Λάρισας.

5.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Γενικά για να διασφαλίσουμε την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας μας λάβαμε υπόψη μας τα εξής:

- Να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες προσδιοριστικές μεταβλητές ή κριτήρια αξιολόγησης καθώς «όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τους, τόσο περισσότερο έγκυρος και αξιόπιστος μπορεί να είναι ο προσδιορισμός αυτός» (Μακράκης, 1998, σ. 270)
- Χρησιμοποιήσαμε την πεντάβαθμη κλίμακα Likert που ελαχιστοποιεί τις λανθασμένες απαντήσεις και δίνει αξιόπιστα στοιχεία.
- Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε έτσι ώστε οι ερωτήσεις να είναι κατανοητές και όχι διφορούμενες και πολύπλευρες. Η εξασφάλιση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου προκύπτει από την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, και τον προκαταρκτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου, όπου οι απαντήσεις των ερωτώμενων ενός μικρού δείγματος, συμπίπτουν με τις απαντήσεις των ερωτώμενων του ευρύτερου δείγματος.
- Η πιλοτική έρευνα αυξάνει την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, καθώς εξασφαλίζεται μέσω της δοκιμής η άντληση στοιχείων σχετικά με η διερευνώμενη διάσταση (Faulkner et al.m, 1999).

5.8 Δυσκολίες κατά την ερευνητική διαδικασία

Δυσκολίες έρευνας

Αρκετοί από τους φοιτητές της νοσηλευτικής σχολής δυσκολεύτηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Είτε λόγω προκατάληψης πάνω στο θέμα ή γιατί αντιμετώπισαν δυσκολίες κατανόησης σχετικά με τις ερωτήσεις.

5.9 Αξιοπιστία-Εγκυρότητα

Με τον όρο «αξιοπιστία» εννοούμε το βαθμό σταθερότητας των μετρήσεων και το βαθμό συμφωνίας μεταξύ των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Faulkner, κ., 1999).

Η «εγκυρότητα» είναι ο βαθμός ακρίβειας με την οποία παρουσιάζονται τα γεγονότα (Bird, και συν., 1999 σ. 55- 56). Εγκυρότητα καλείται ο βαθμός με τον οποίο τα συλλεχθέντα στοιχεία, πραγματικά αντανακλούν το φαινόμενο που ερευνάται (Ανδριώτης, 2003, σ. 162).

Εσωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την πραγματική ουσία των συγκεκριμένων ευρημάτων.

Εξωτερική εγκυρότητα είναι ο βαθμός βεβαιότητας με τον οποίο μπορεί να υποστηρίξει ο ερευνητής τα όσα δηλώνει για την γενικευτική ισχύ των συγκεκριμένων ευρημάτων σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων (Παρασκευόπουλος, 1993).

Ο ερευνητής αφού πρώτα εξασφαλίσει ικανοποιητική αξιοπιστία και βεβαιωθεί ότι οι μετρήσεις του είναι σταθερές και συνεπείς, θα πρέπει να εξακριβώσει κατά πόσο οι μετρήσεις του έχουν εγκυρότητα και ότι πράγματι εφαρμόζουν τη μελετώμενη μεταβλητή. Η αξιοπιστία είναι μεν αναγκαία προϋπόθεση για να είναι οι μετρήσεις κατάλληλες, όμως δεν διασφαλίζει την επάρκειά τους. Πρέπει οι μετρήσεις να είναι συγχρόνως και έγκυρες.

Η πρώτη επιβεβαίωση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας έγινε με τον προκαταρκτικό έλεγχο σε δείγμα 30 ατόμων και δε δημιούργησε πρόβλημα για επαναδιατύπωση των ερωτήσεων, γιατί υπήρχε ταύτιση των απαντήσεων με ευρύτερο δείγμα. Όσον αφορά την εγκυρότητα των πληροφοριών μας, την εξασφαλίζει η φερεγγυότητα των ανθρώπων που απαντούν. Επιπρόσθετα με τη δική μας παρουσία κατά τη διανομή του ερωτηματολογίου δώσαμε τις απαραίτητες εξηγήσεις και επισημάναμε την αναγκαιότητα της έρευνας ώστε να εξασφαλίσουμε τη μεγαλύτερη ανταπόκριση και την πιο προσεκτική επιμελημένη απάντηση στο ερωτηματολόγιο μας.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι μεγάλη μέριμνα έχει ληφθεί ώστε οι ερωτήσεις να μην φανερώνουν στόχους της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζουμε την εγκυρότητα της έρευνας αποφεύγοντας οι

ερωτηθέντες να δίνουν απαντήσεις που θα ικανοποιούν και θα είναι αρεστές ή όχι.

Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο, γιατί προσφέρεται για εύκολα καταμετρήσιμες και διαχρονικά συγκρίσιμες απαντήσεις (Κυριαζής, 1999). Χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κλειστού τύπου ερωτήσεις, ώστε ο ερωτώμενος να επιλέξει υποχρεωτικά από τις προκαθορισμένες απαντήσεις. Το πεδίο εφαρμογής τους περιορίζεται στη συγκέντρωση αντικειμενικών χαρακτηριστικών. Η ταξινόμηση των επιλογών είναι εύκολη (Javeau, 2000), δεν υπάρχει πρόβλημα ερμηνείας των απαντήσεων, γίνεται οικονομία χώρου και χρόνου εφόσον οι ερωτώμενοι δεν απαντούν όσοι και όσο θέλουν (Δημητρόπουλος, 2001).

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε από μας προσωπικά, διότι η αμεσότητα στην επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα, όπως υψηλότερο ποσοστό ανταπόκρισης, επεξήγησης από τον ερευνητή σε περίπτωση παρανόησης κάποιας ερώτησης κ. α. (Faulkner, & συν. 1999, σ. 102).

5.10 Τεχνική και μέσα συλλογής πληροφοριών.

Ως τεχνική συλλογής πληροφοριών επιλέχθηκε η απευθείας επικοινωνία με μέσο συλλογής δεδομένων, το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο.

5.11 Μέθοδος Κωδικοποίησης και στατιστικής ανάλυσης του ερωτηματολογίου.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS για Windows. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται.

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Στο τέλος των crosstabs

αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από:

- Μέγεθος του δείγματος ανά κατηγορία
- Το ποσοστό του δείγματος ανά κατηγορία

Κάθε πίνακα ακολουθούν οι χαρακτηριστικές παράμετροι των αποτελεσμάτων της διμεταβλητής ανάλυσης και πιο ειδικά:

- η τιμή του X^2 ,
- οι Βαθμοί Ελευθερίας, και
- το Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

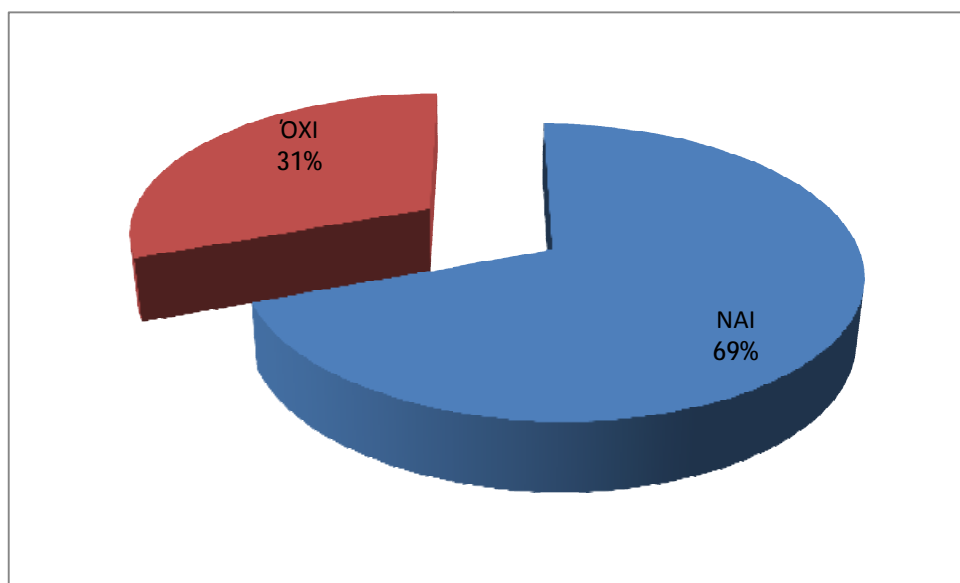
Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0.05$. Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρούμενων διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi- square.

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

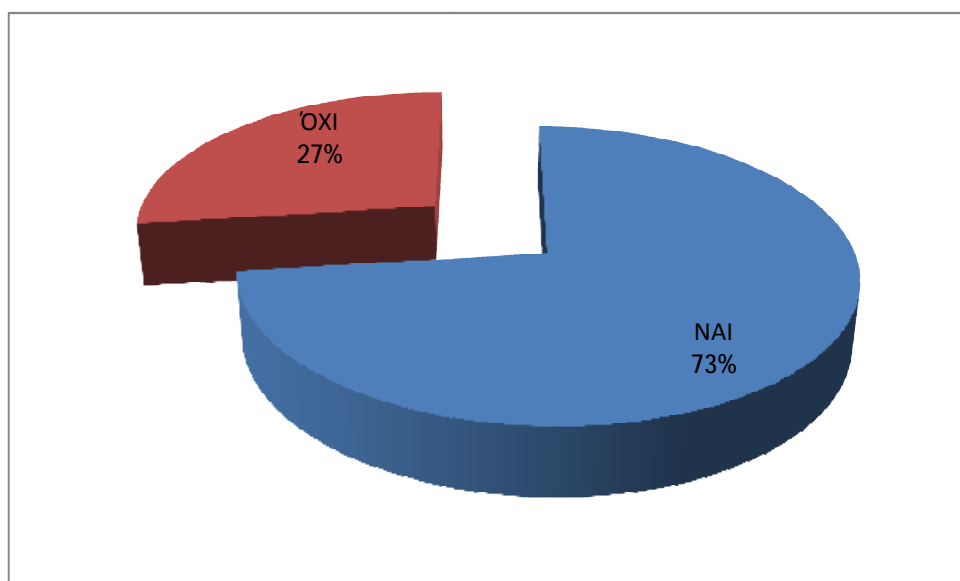
ΜΟΝΟΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

1. ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ (κατήφεια, απαισιοδοξία, λύπη, απελπισία, τάση να κλαίει)

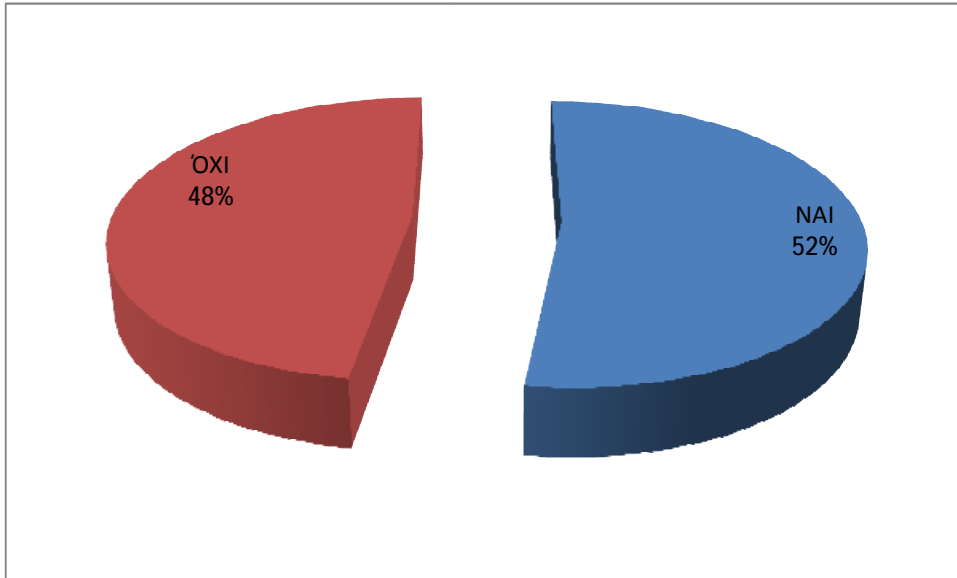
1.0 Δεν υπάρχουν.



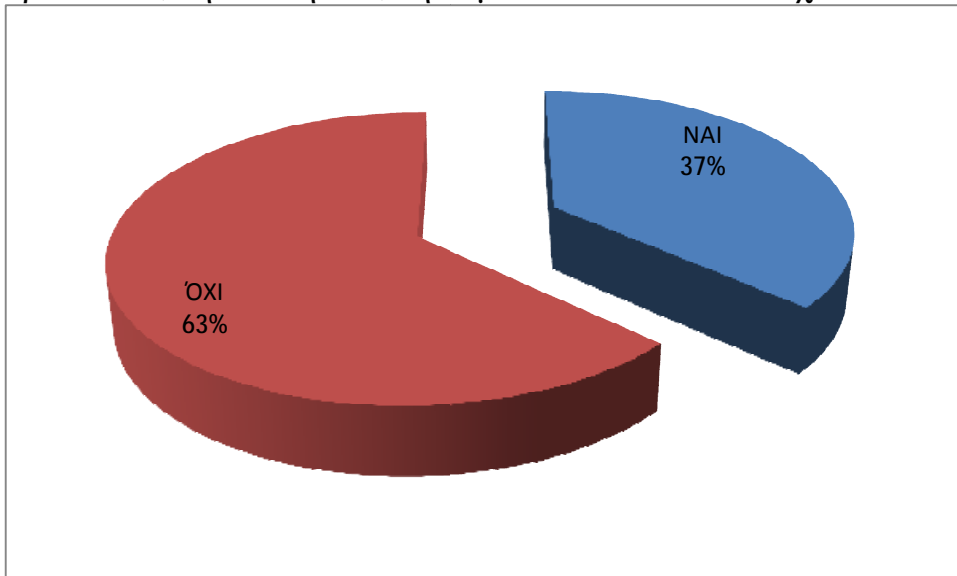
1.1. Λύπη απελπισία κ.λπ. που αποκαλύπτονται μόνο με σχετικές ερωτήσεις.



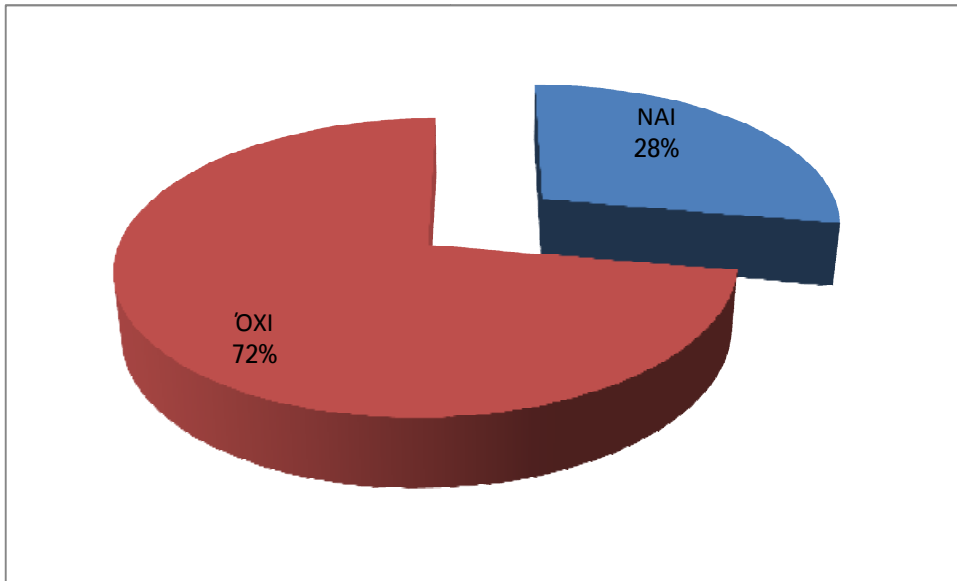
1.2. Ο φοιτητής αναφέρει τα παραπάνω συναισθήματα χωρίς να ερωτηθεί – Κλαίει κάπου-κάπου.



1.3. Φανερώνει αυτά τα συναισθήματα όχι λεκτικά, δηλ. με την έκφραση του προσώπου, τη στάση του, την ομιλία κ.λπ. Κλαίει συχνά.

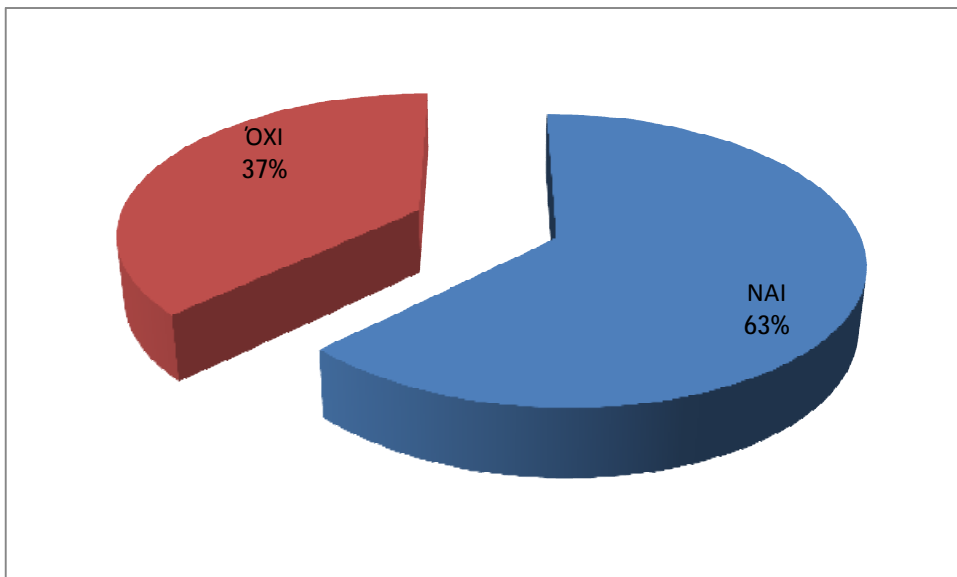


1.4. Υπερβολικά συμπτώματα.

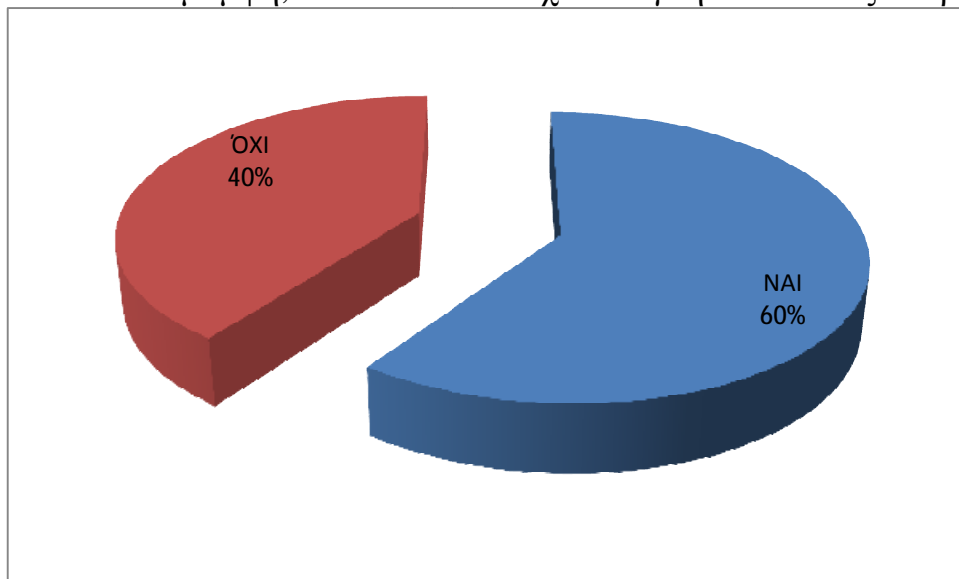


2. ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ

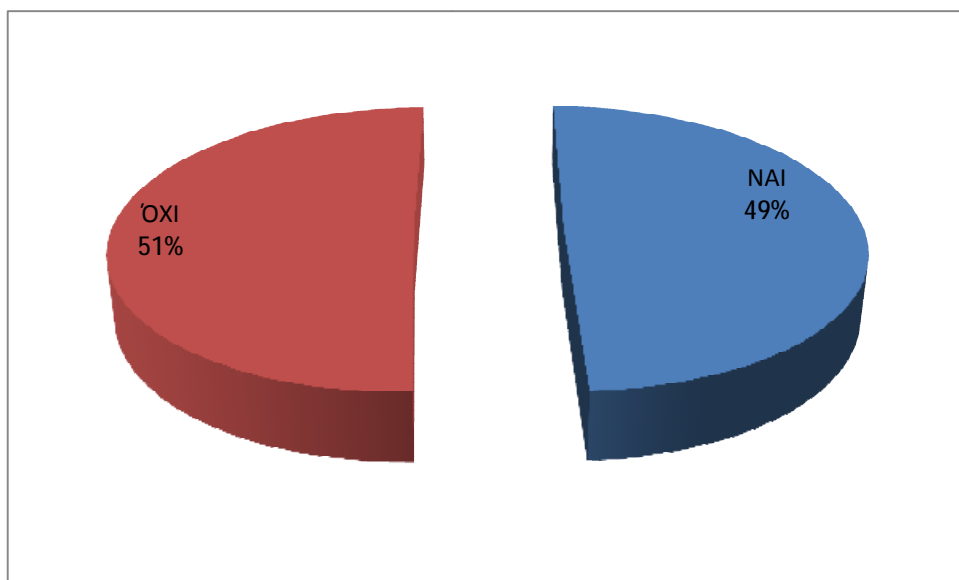
2.0. Δεν υπάρχουν.



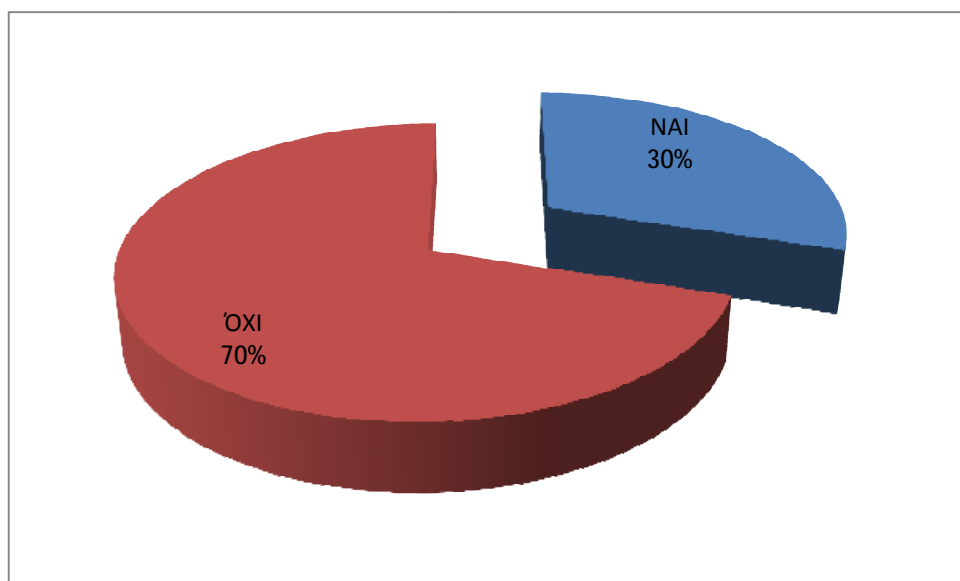
2.1. Αυτομομφή, αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους.



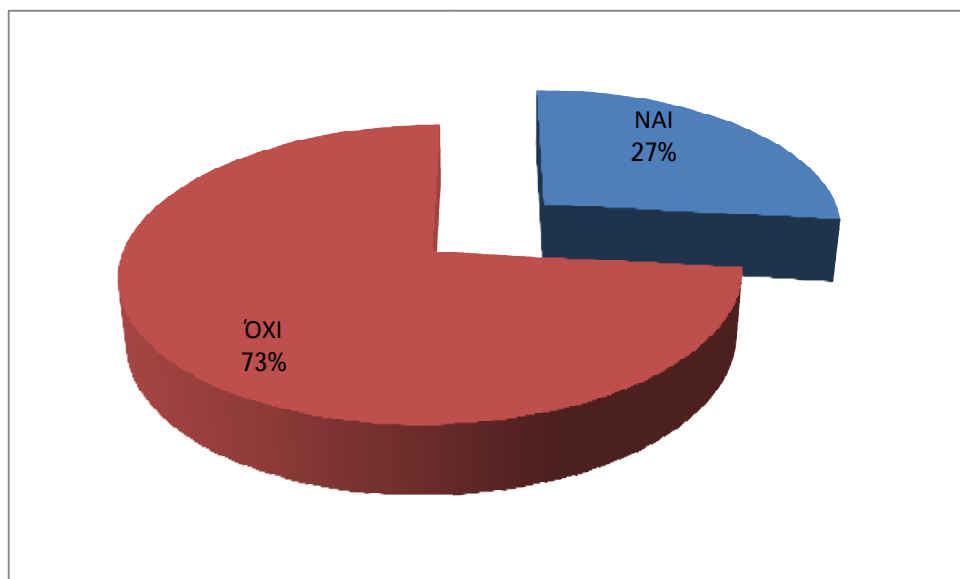
2.2. Ιδέες ενοχής.



2.3. Η παρούσα αρρώστια είναι μία τιμωρία.

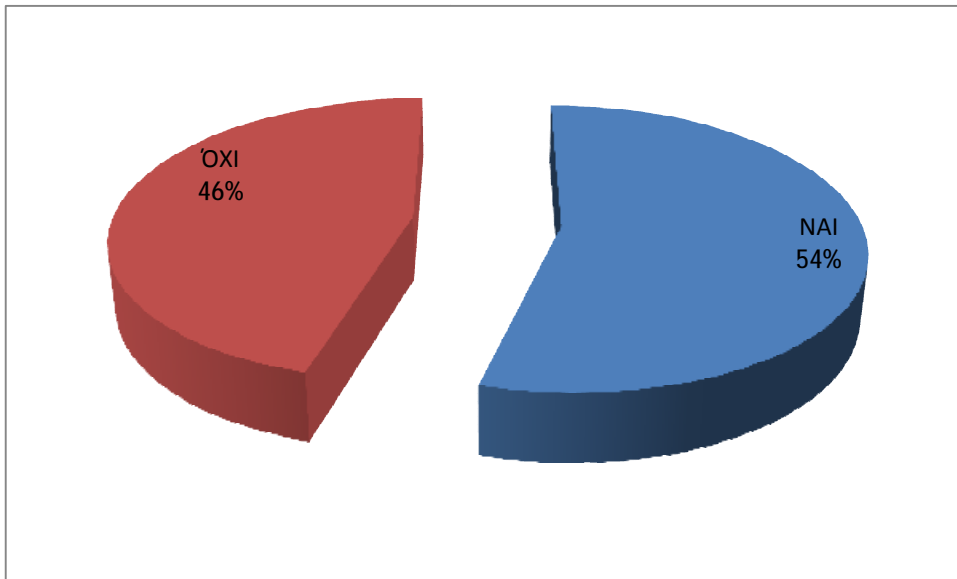


2.4. Ψευδαισθήσεις ενοχής (ακούει φωνές που τον κατηγορούν ή τον καταγγέλλουν ή και βιώνει απειλητικές οπτικές ψευδαισθήσεις).

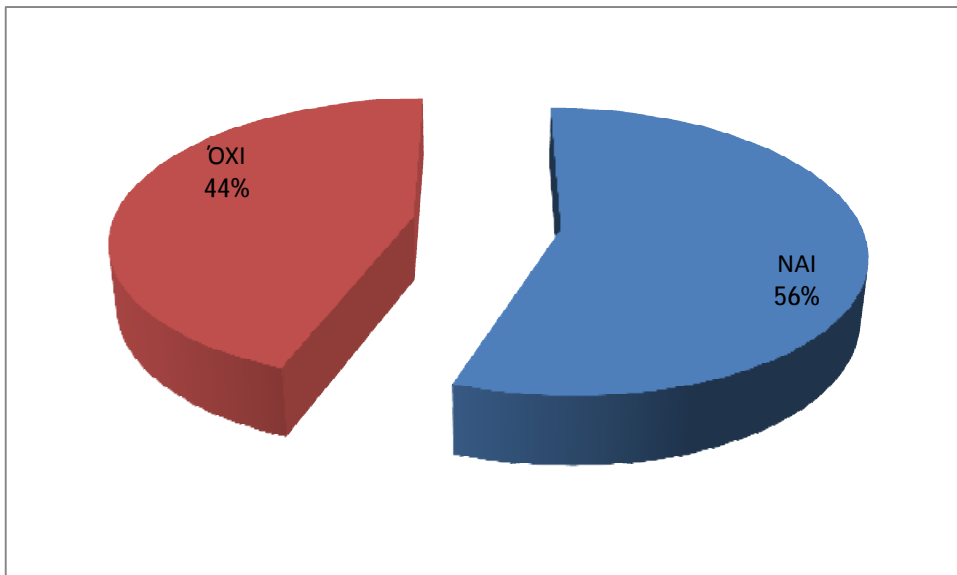


3. ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

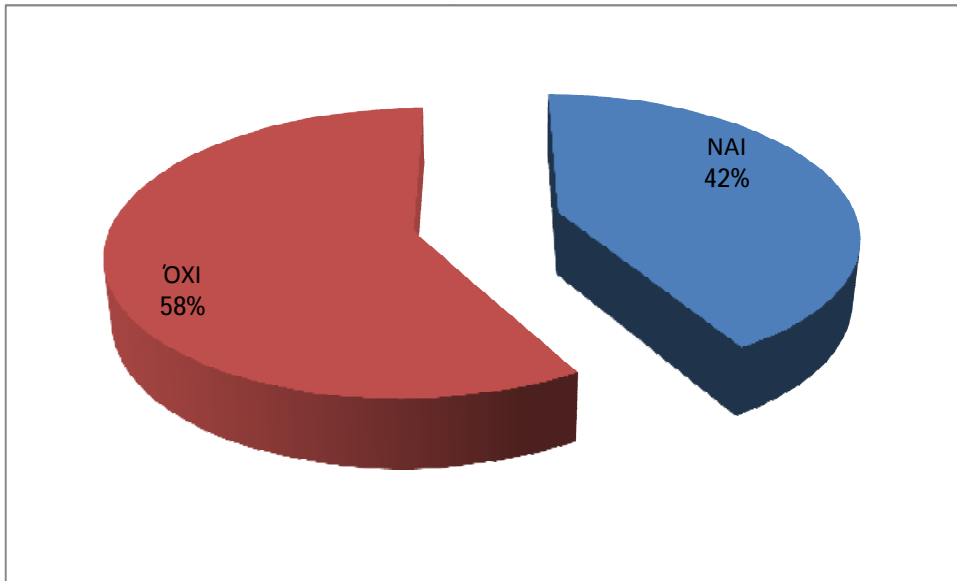
3.0. Δεν υπάρχει.



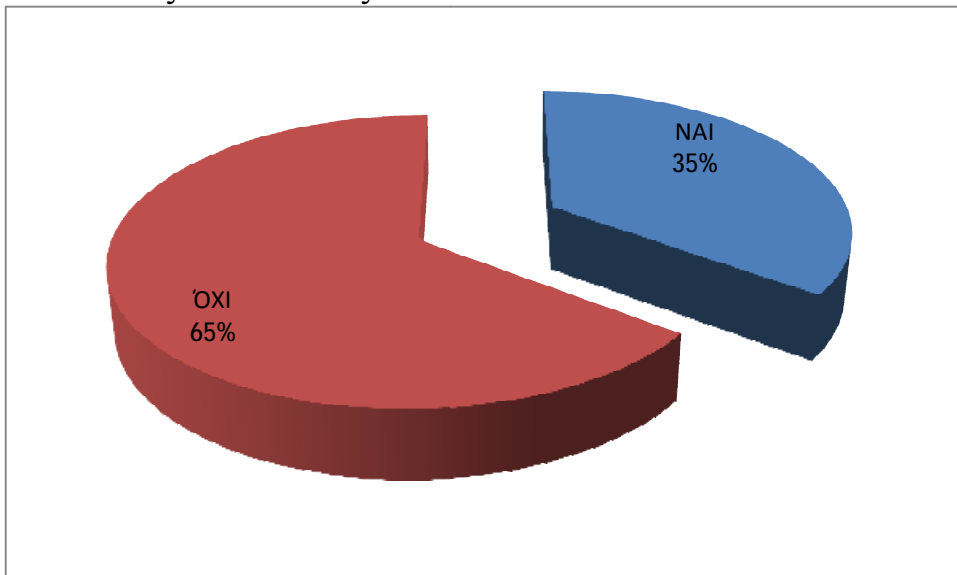
3.1. Αισθάνεται ότι η ζωή δεν αξίζει.



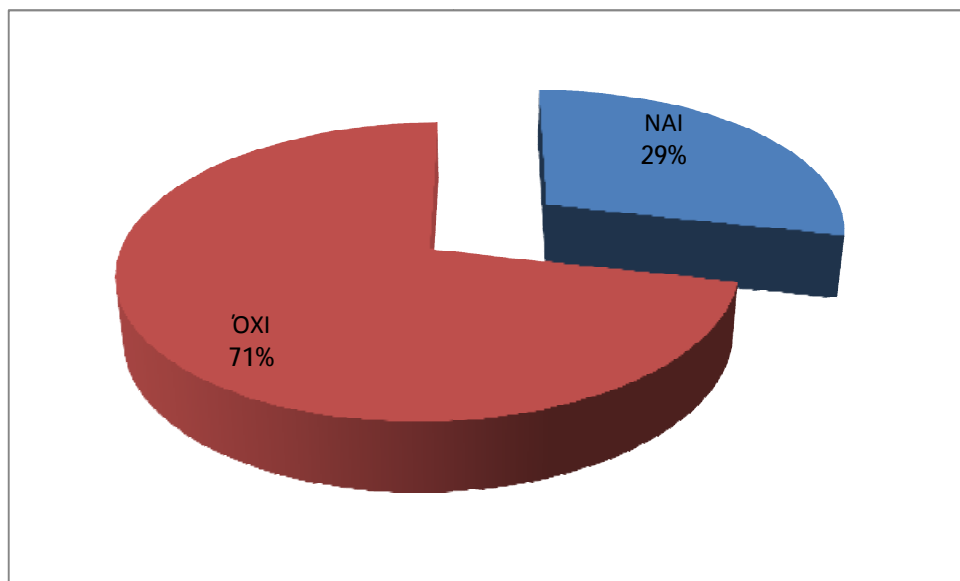
3.2. Εύχεται να είχε πεθάνει.



3.3. Ιδέες αυτοκτονίας.

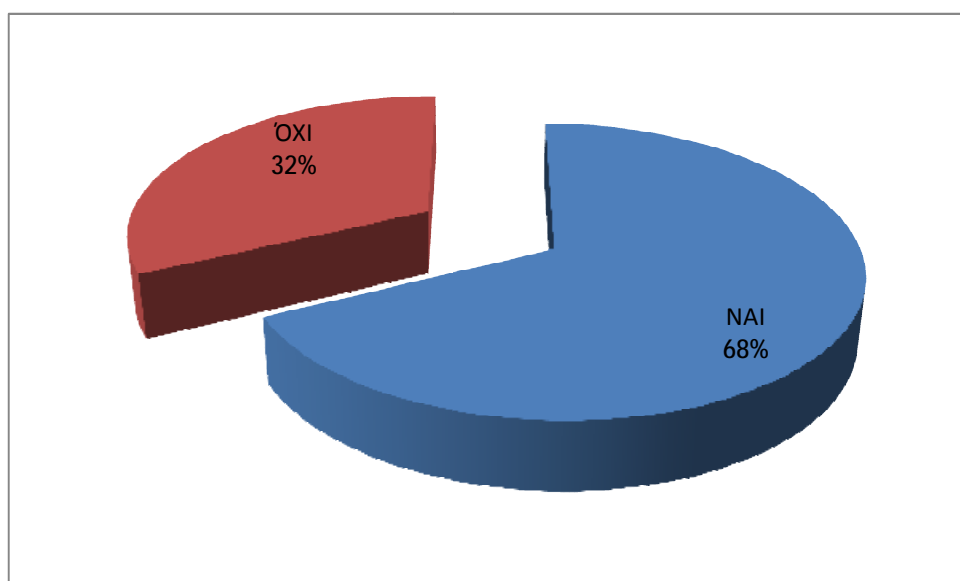


3.4. Απόπειρες αυτοκτονίας.

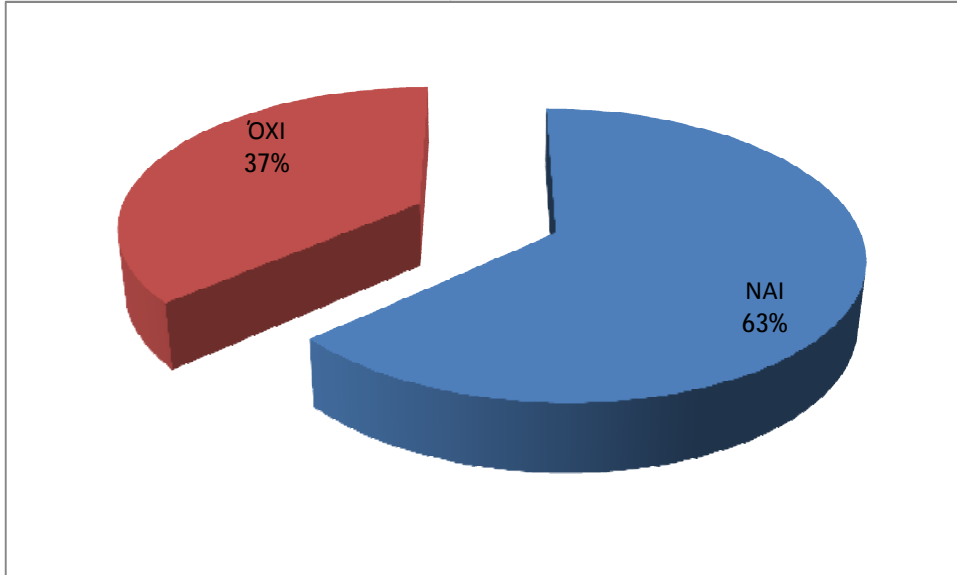


4. ΑΡΧΙΚΗ ΑΥΠΝΙΑ

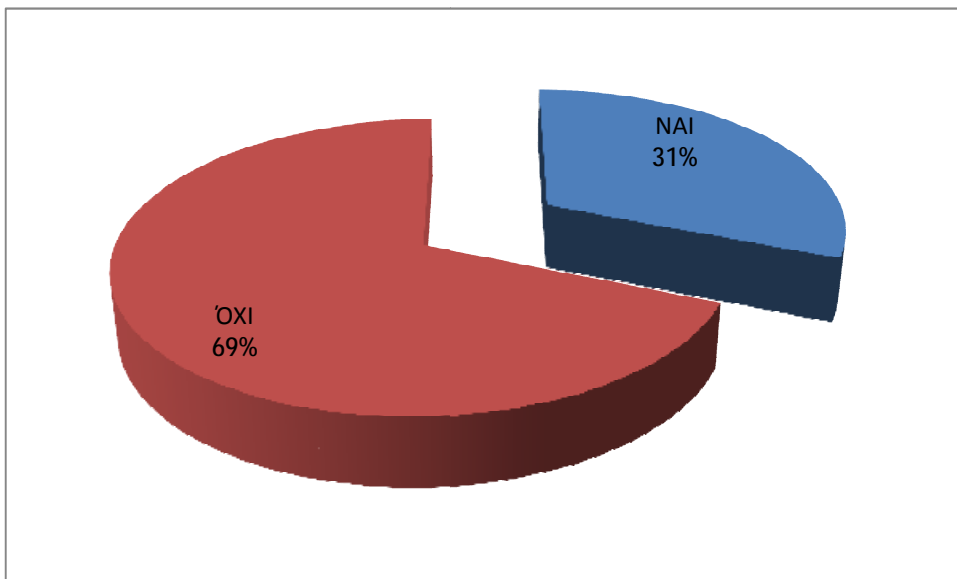
4.0. Δεν έχει δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος.



4.1. Παραπονείται για δυσκολία κάπου – κάπου.

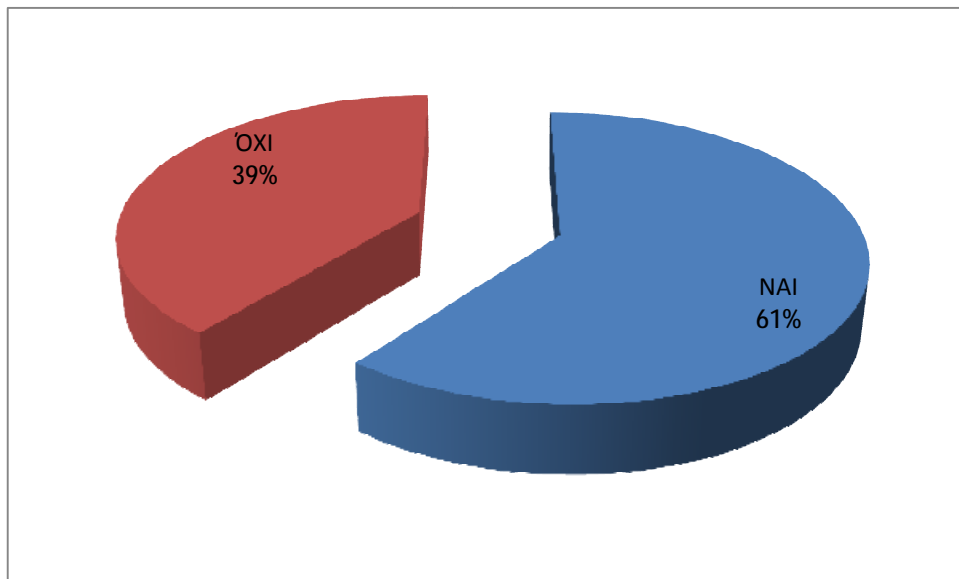


4.2. Παραπονείται δυσκολία να τον πάρει το βράδυ ο ύπνος.

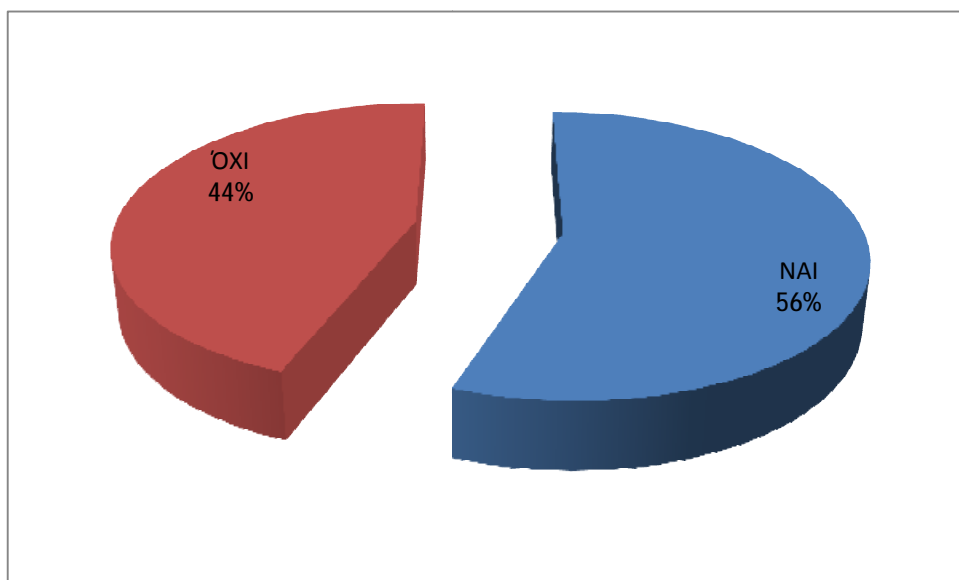


5. ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΑΥΠΝΙΑ

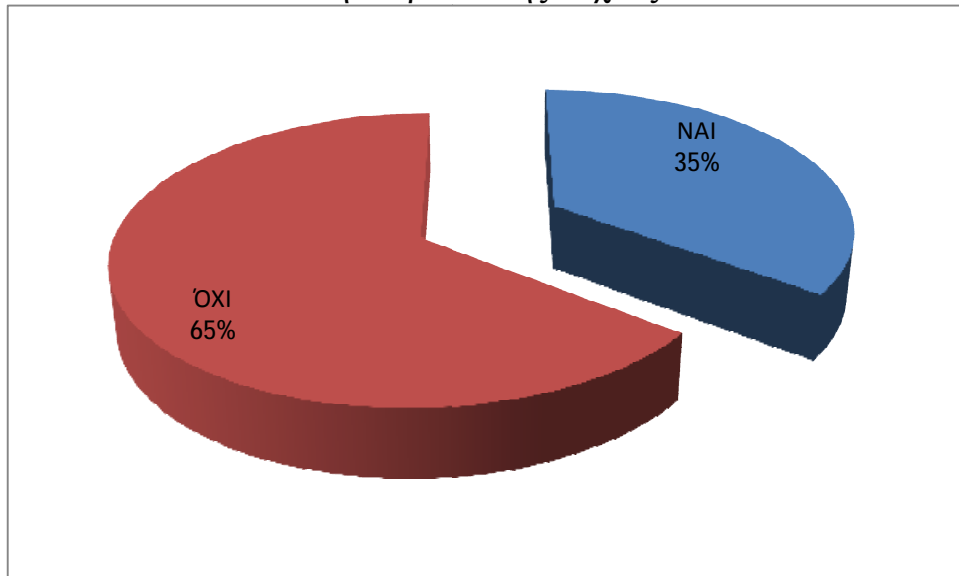
5.0. Όχι δυσκολία.



5.1. Ο φοιτητής είναι ανήσυχος και παραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας.

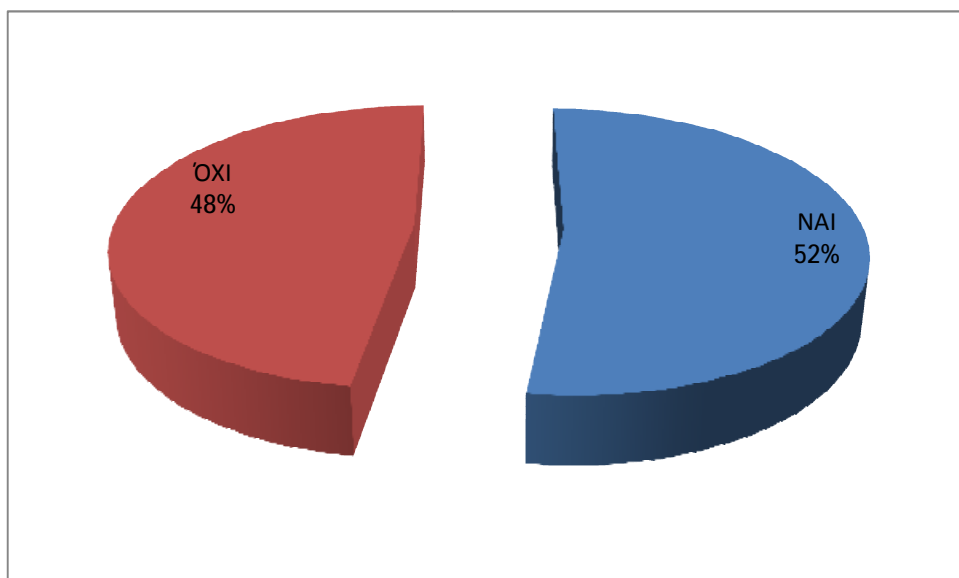


5.2. Ευπνάνει κατά τη διάρκεια της νύχτας.

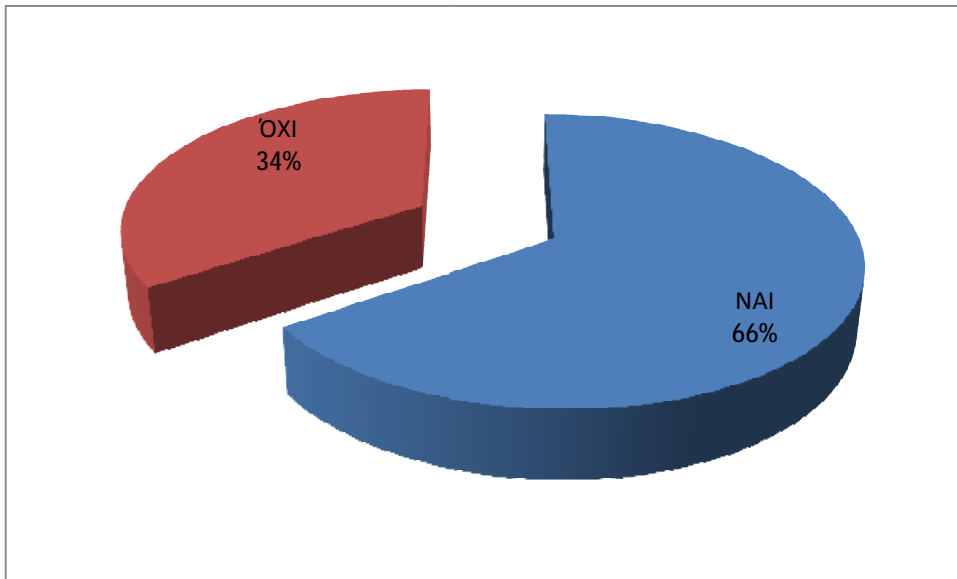


6. ΟΨΙΜΗ ΑΥΠΝΙΑ

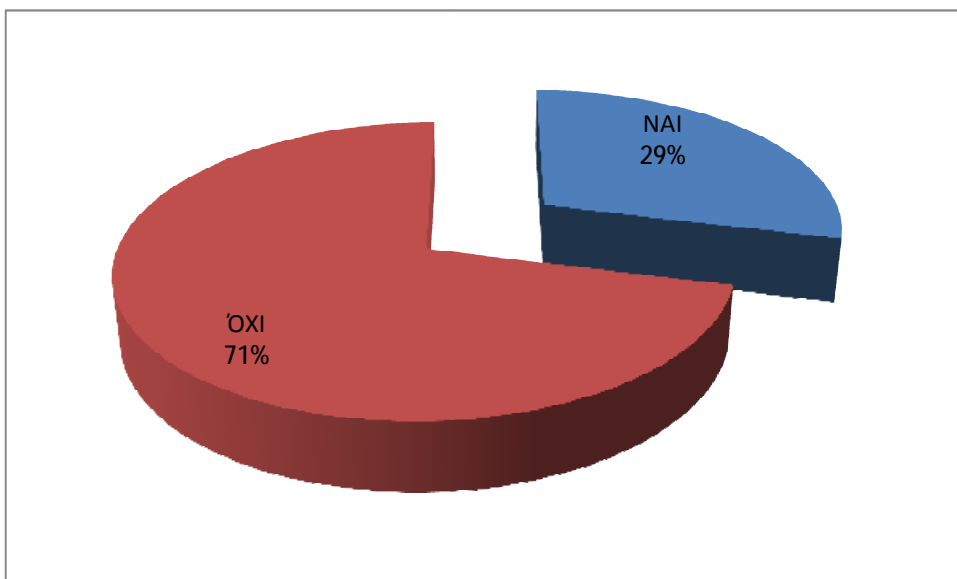
6.0. Όχι δυσκολία στον ύπνο.



6.1. Ευπνάει πολύ νωρίς το πρωί, αλλά ξανακοιμάται.

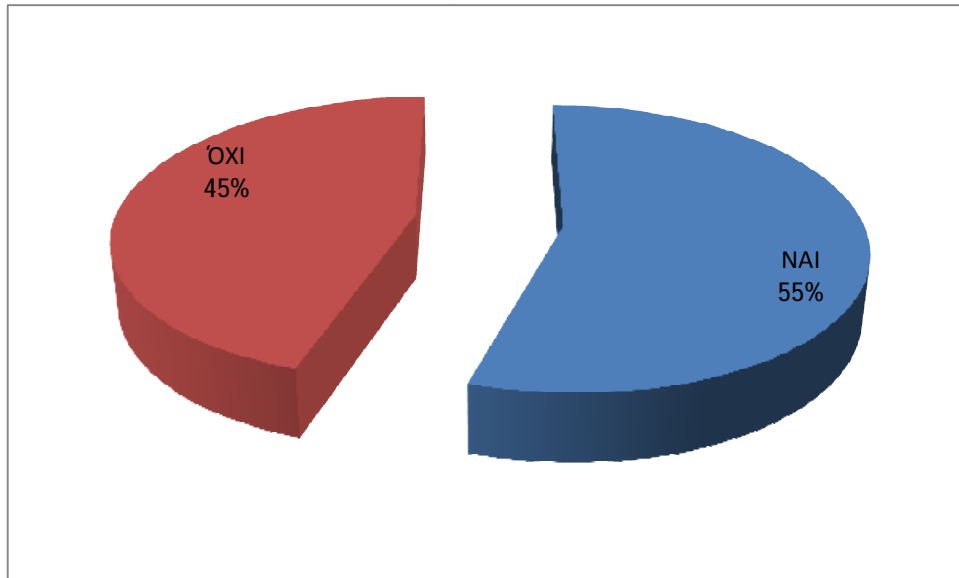


6.2. Ευπνάει πολύ νωρίς το πρωί αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

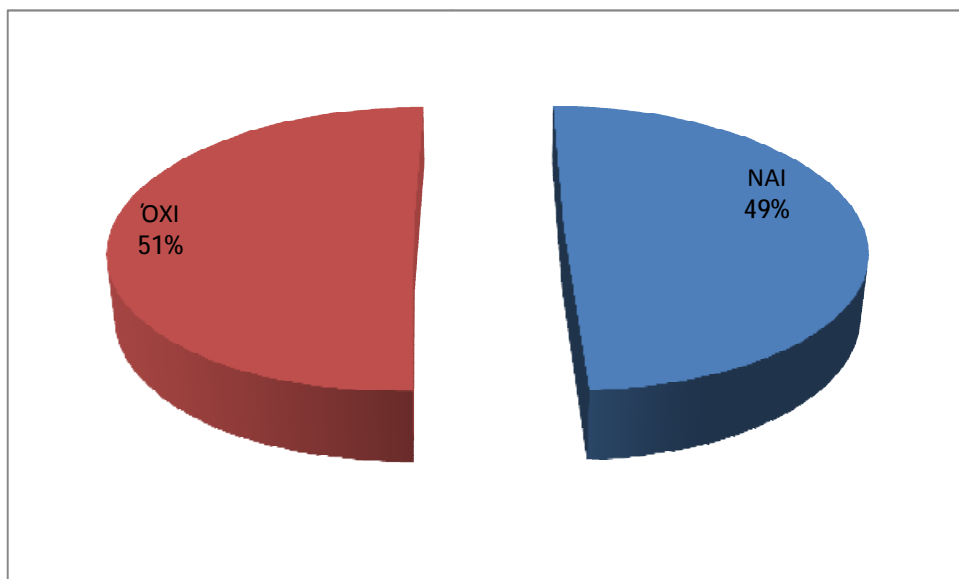


7. ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ

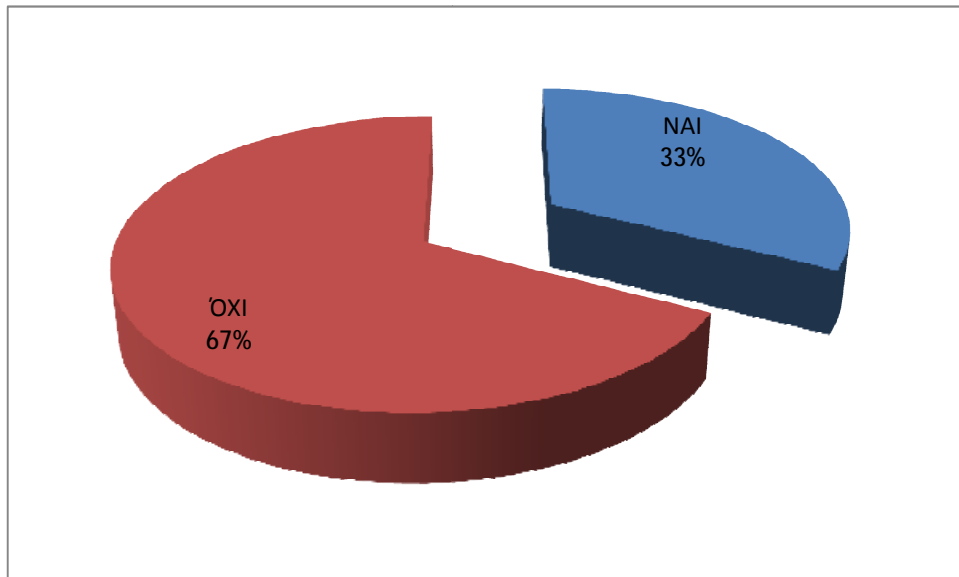
7.0. Κανονική ομιλία και σκέψη.



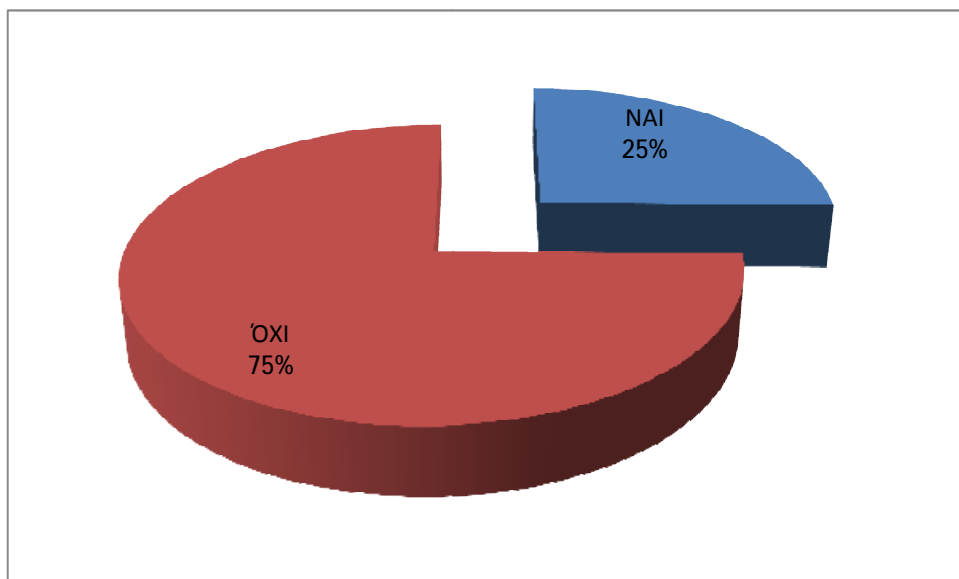
7.1 Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση.



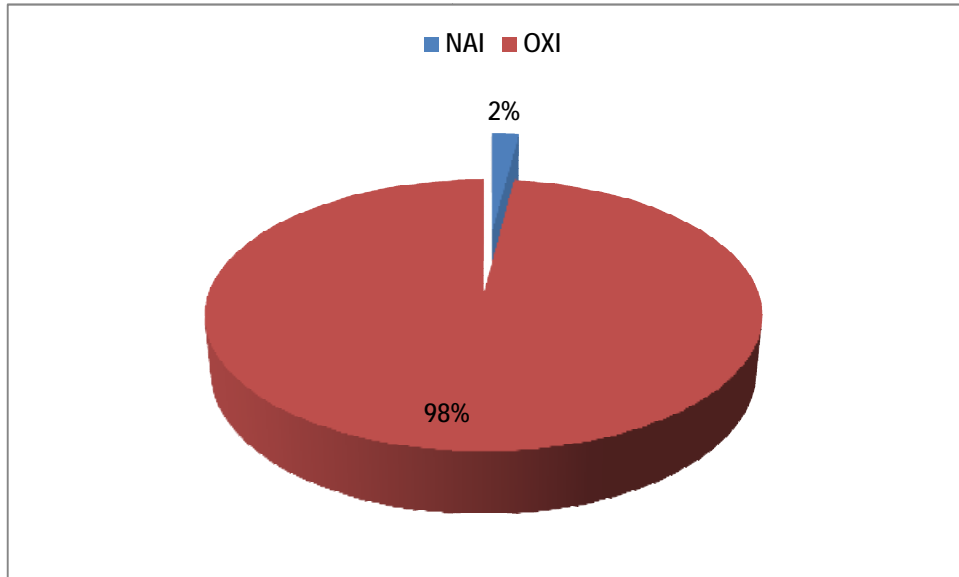
7.2 Σαφής επιβράδυνση κατά την εξέταση.



7.3 Συνέντευξη προβληματική.

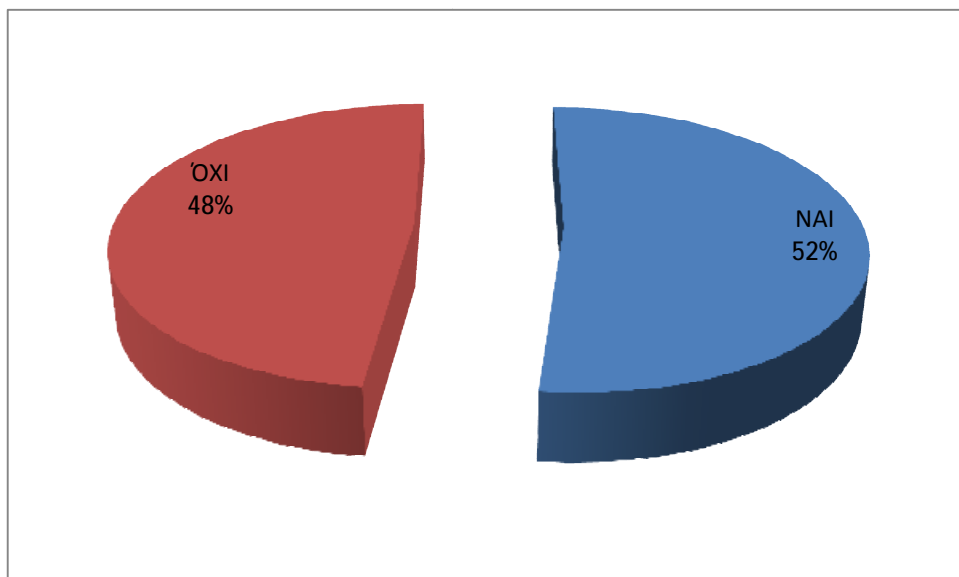


7.4 Πλήρης εμβροντησία.

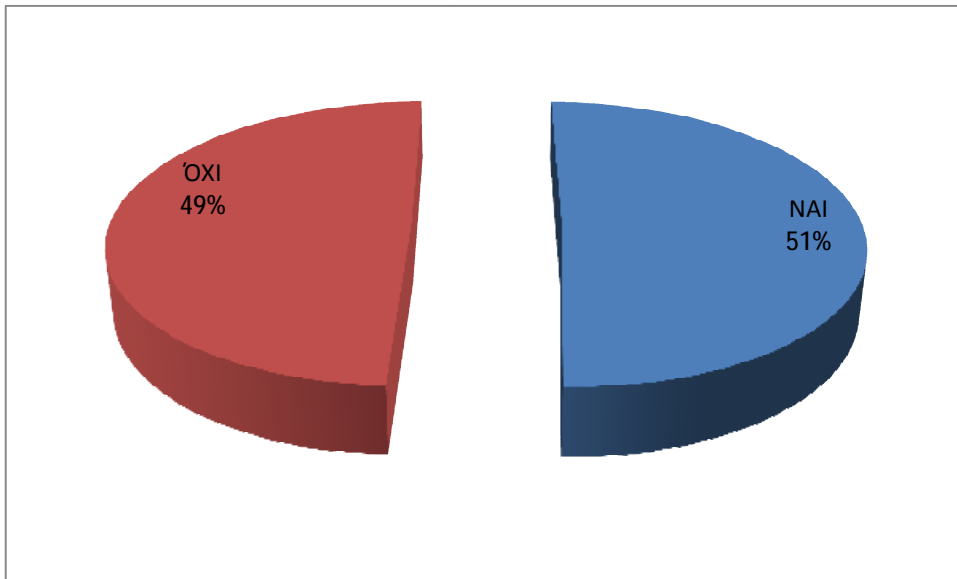


8ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ

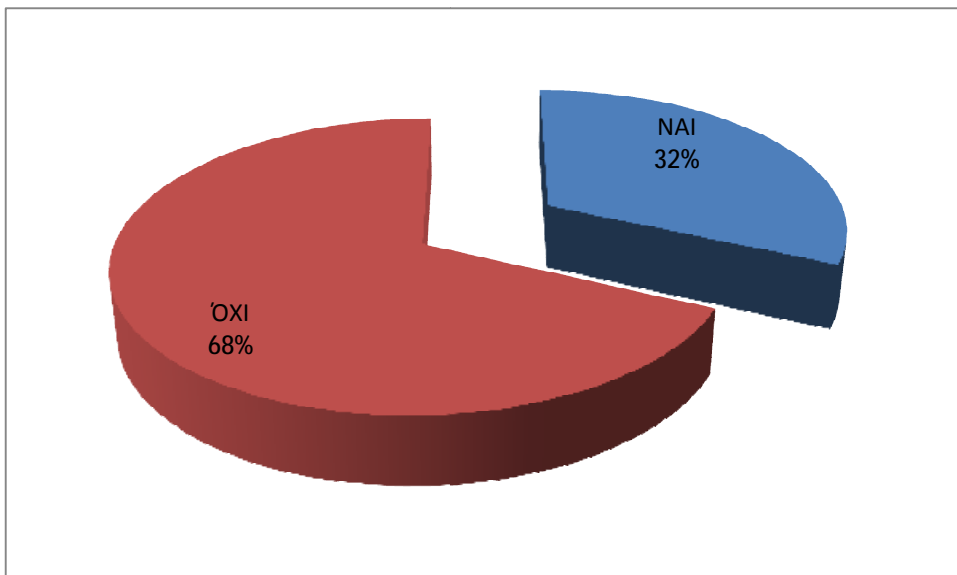
8.0. Καθόλου.



8.1 “Παίζει” με τα χέρια, τα μαλλιά του κ.λπ.

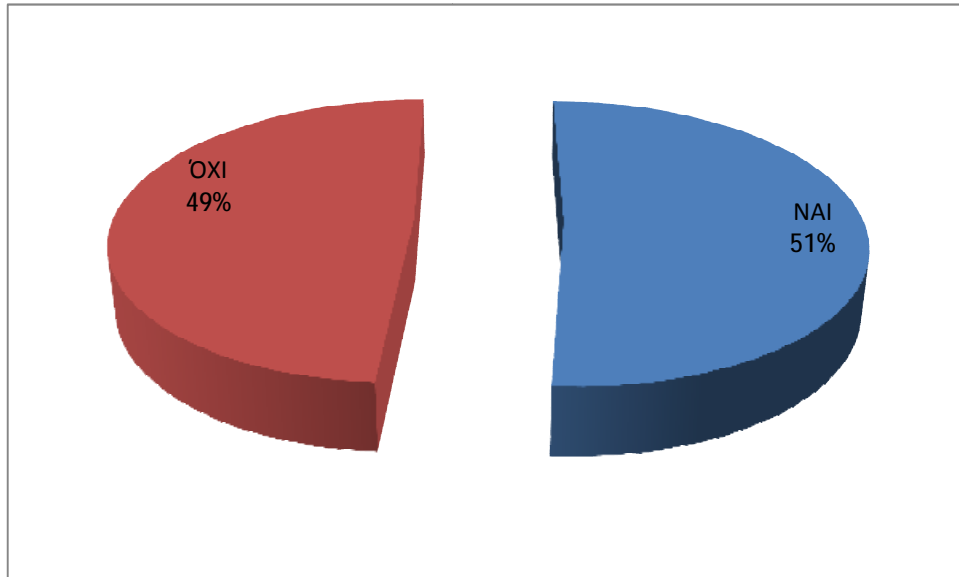


8.2 Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλη.

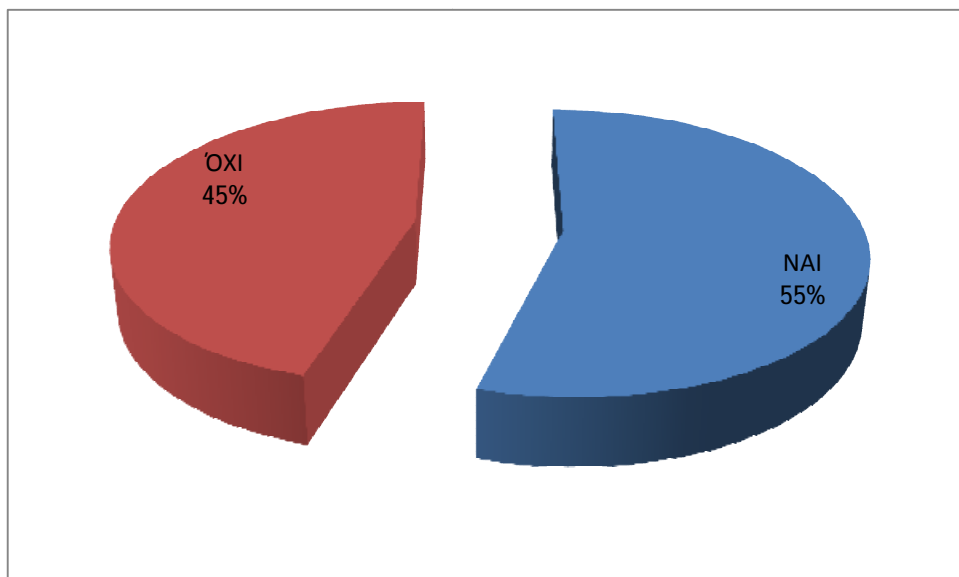


9. ΑΓΧΟΣ ΨΥΧΙΚΟ

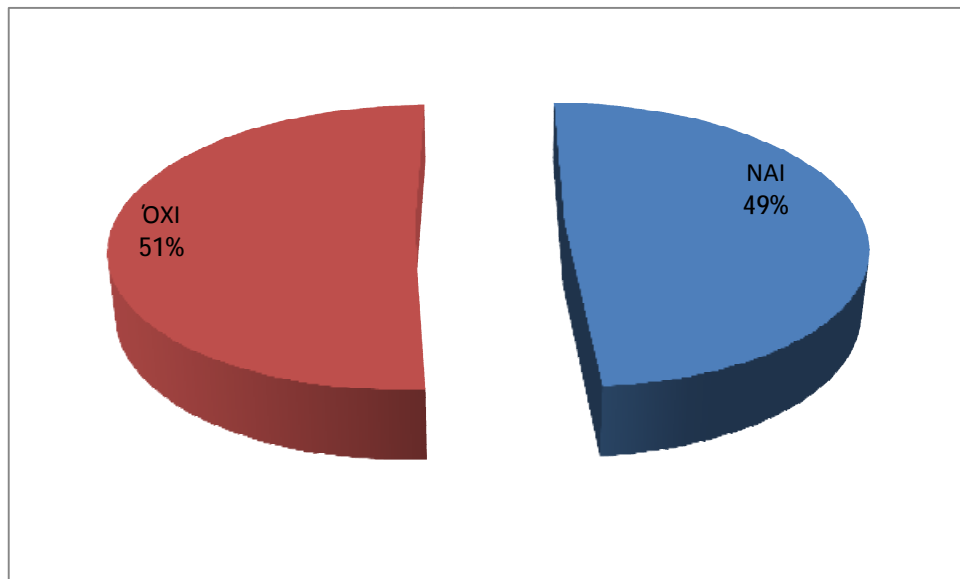
9.0. Καθόλου.



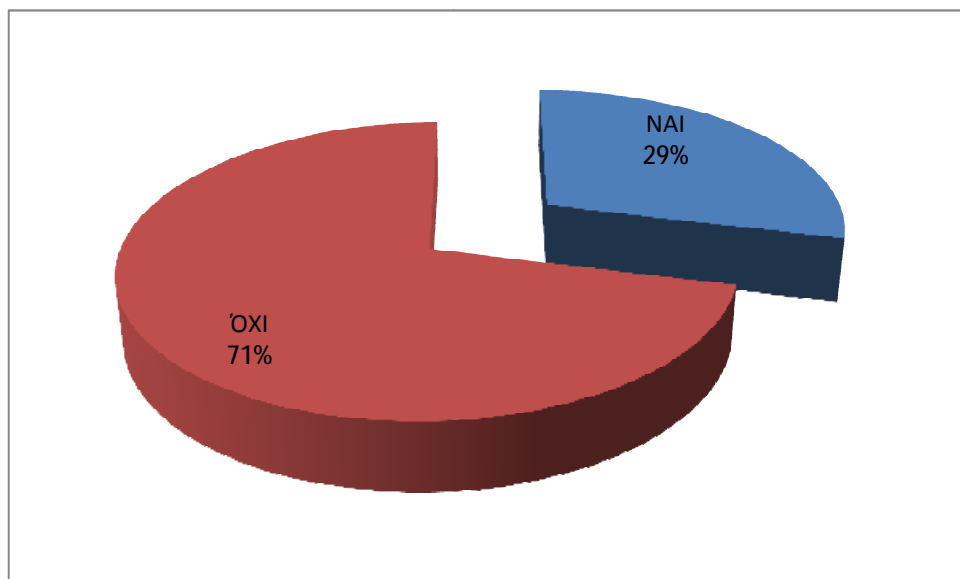
9.1 Αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα.



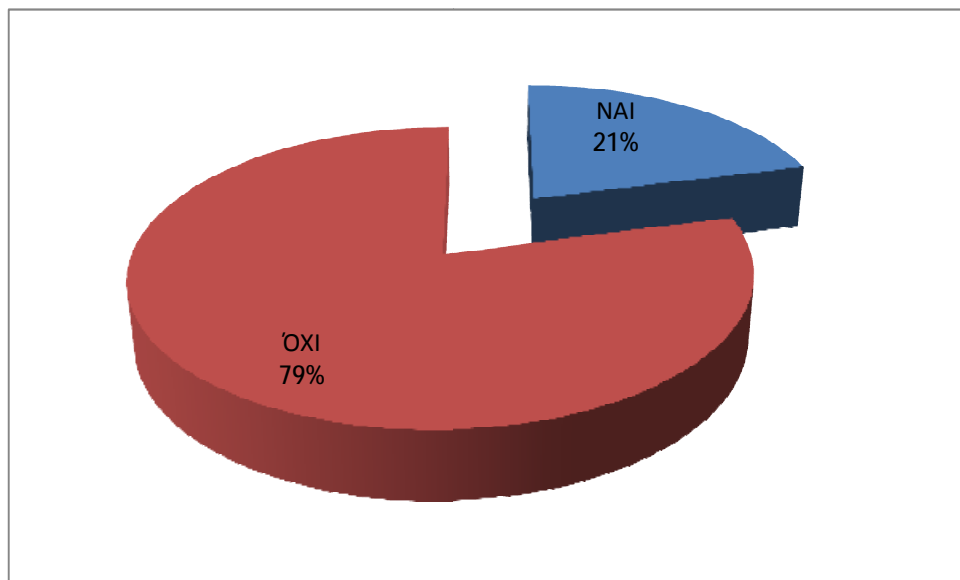
9.2 Στεναχωρείται με ασήμαντα πράγματα.



9.3 Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και στην ομιλία.

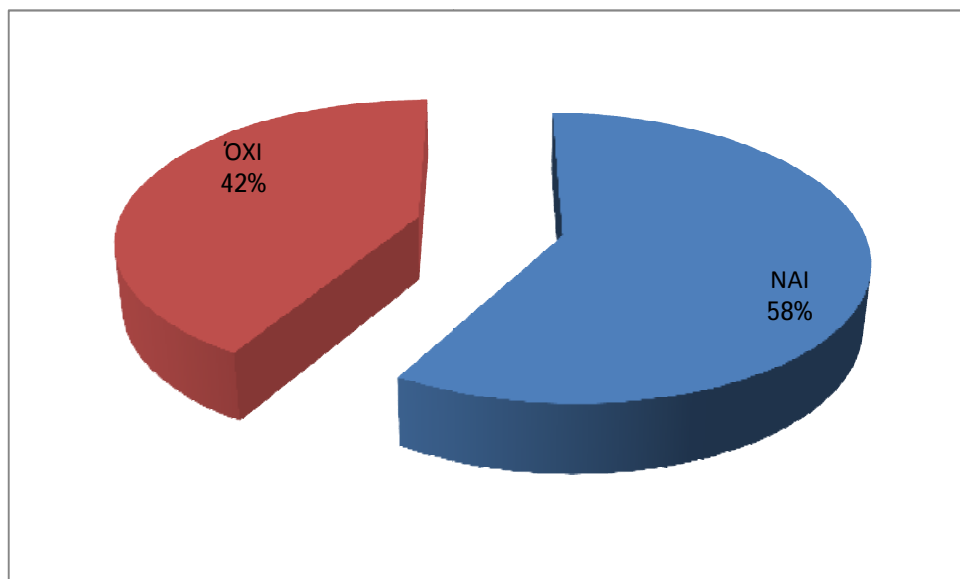


9.4 Φόβοι που τους εκφράζει χωρίς να ερωτηθεί.

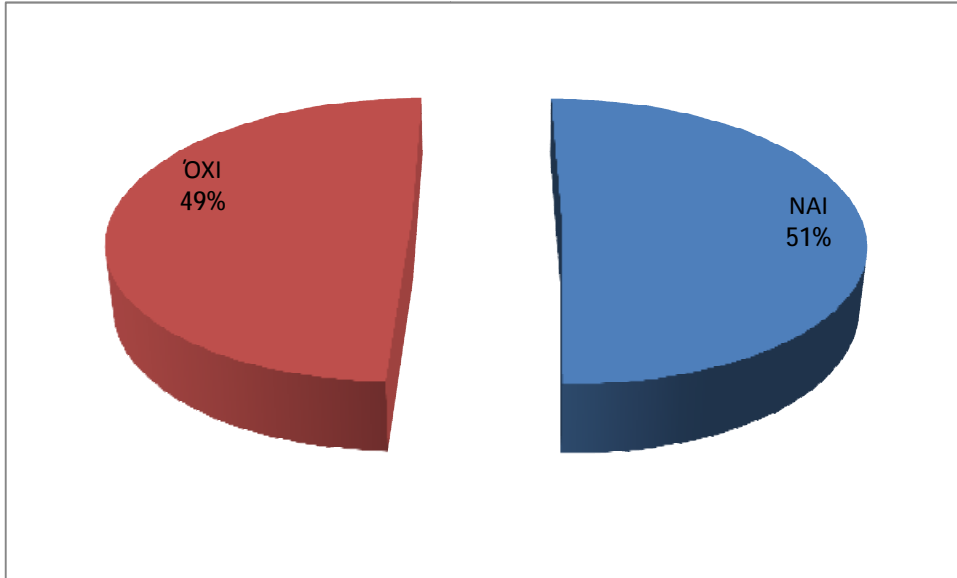


10. ΑΓΧΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟ

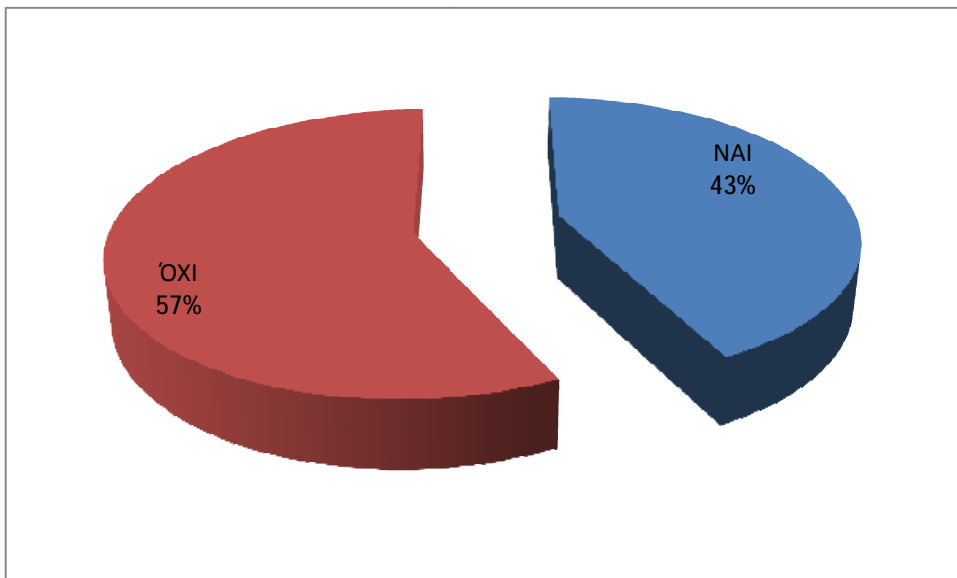
10.0. Δεν υπάρχει.



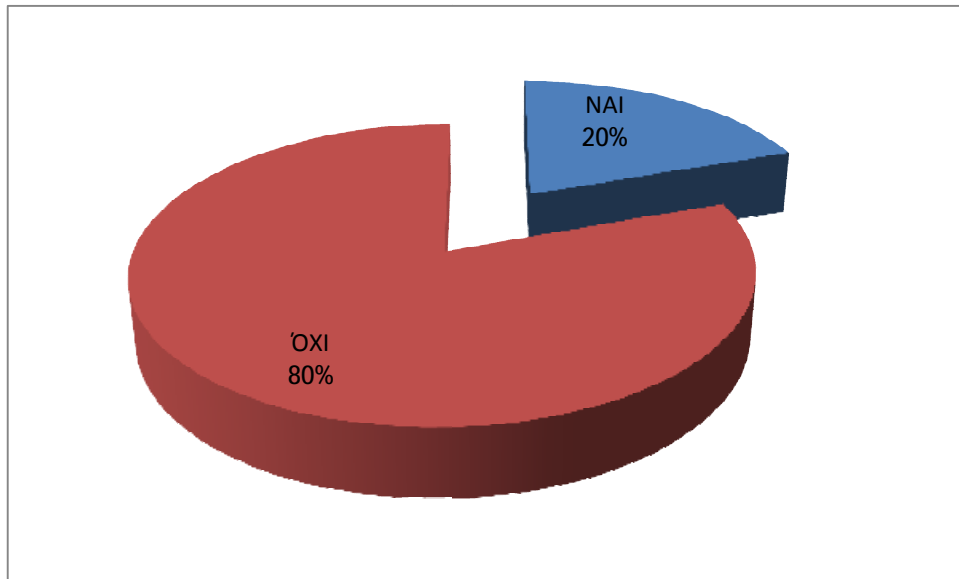
10.1 Ήπιο.



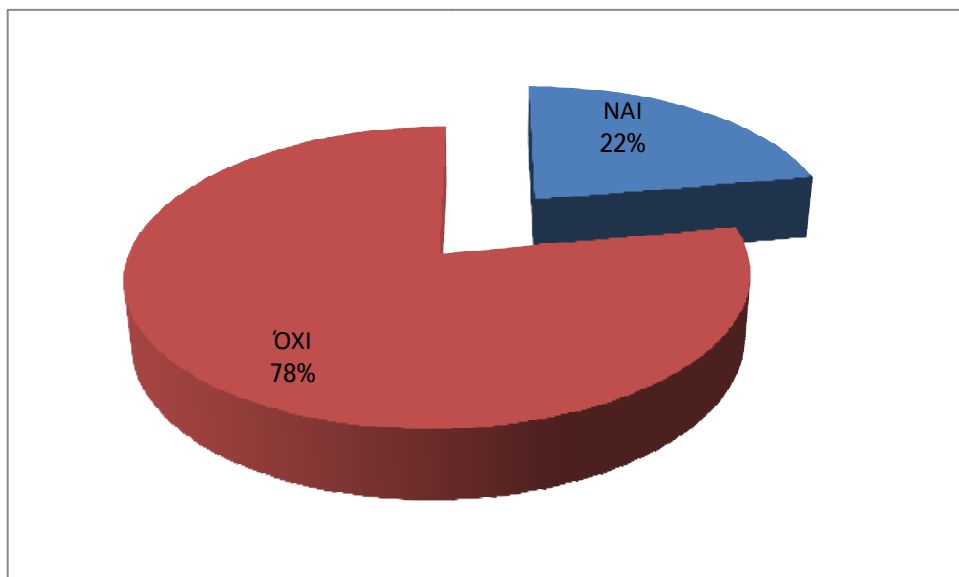
10.2 Μέτριο.



10.3 Βαρύ.

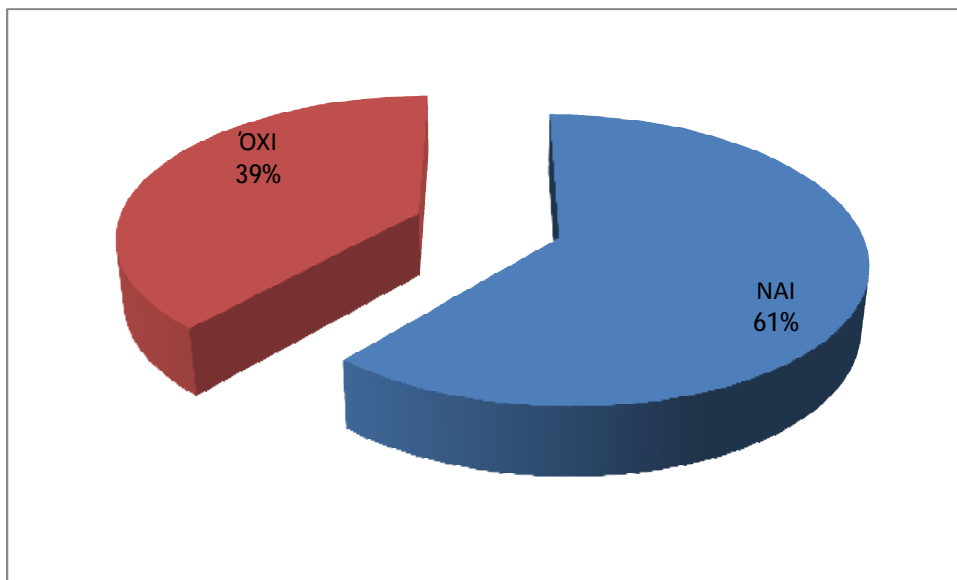


10.4. Ανίκανος για εργασία.

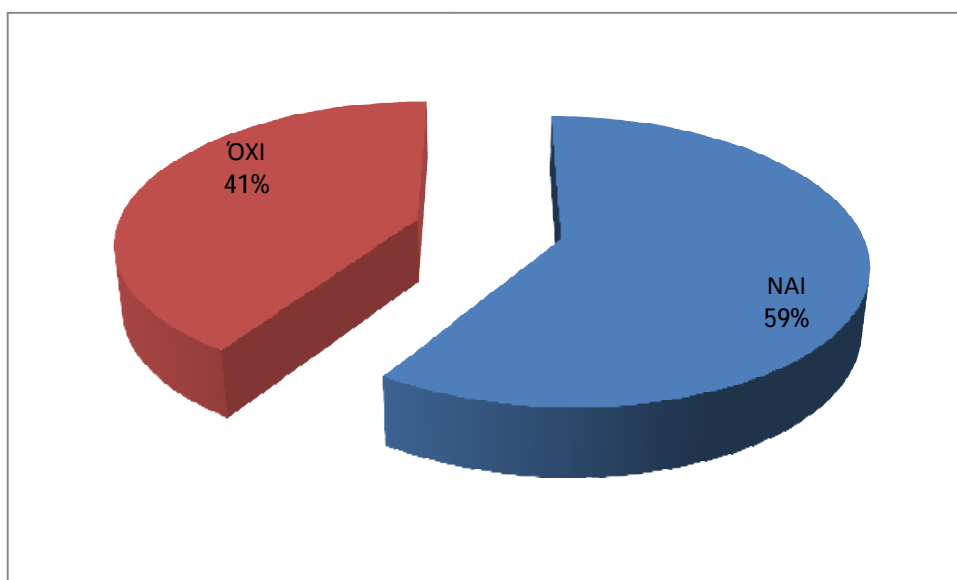


11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

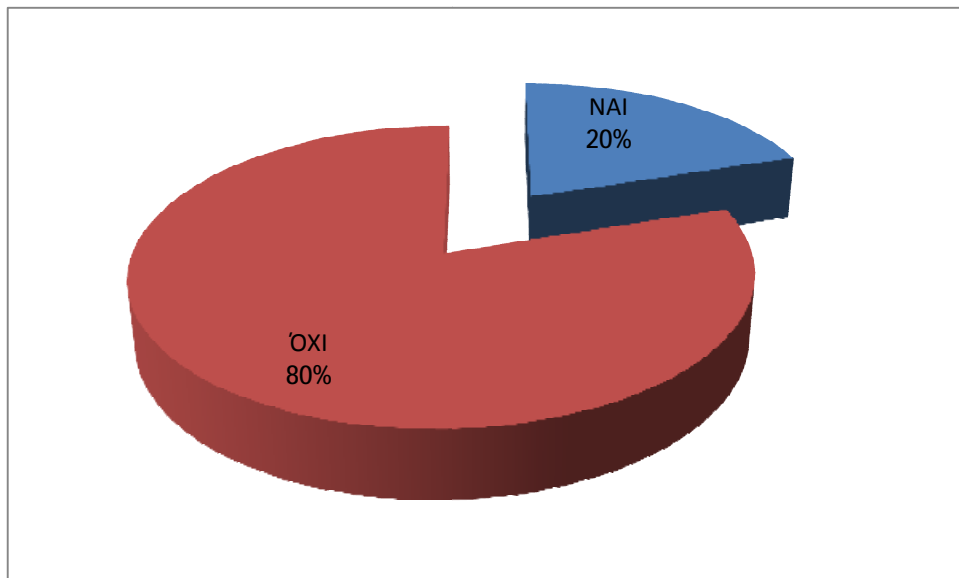
11.0 Δεν υπάρχουν.



11.1 Ελαφρά συμπτώματα που εμποδίζουν τη δραστηριότητά του.

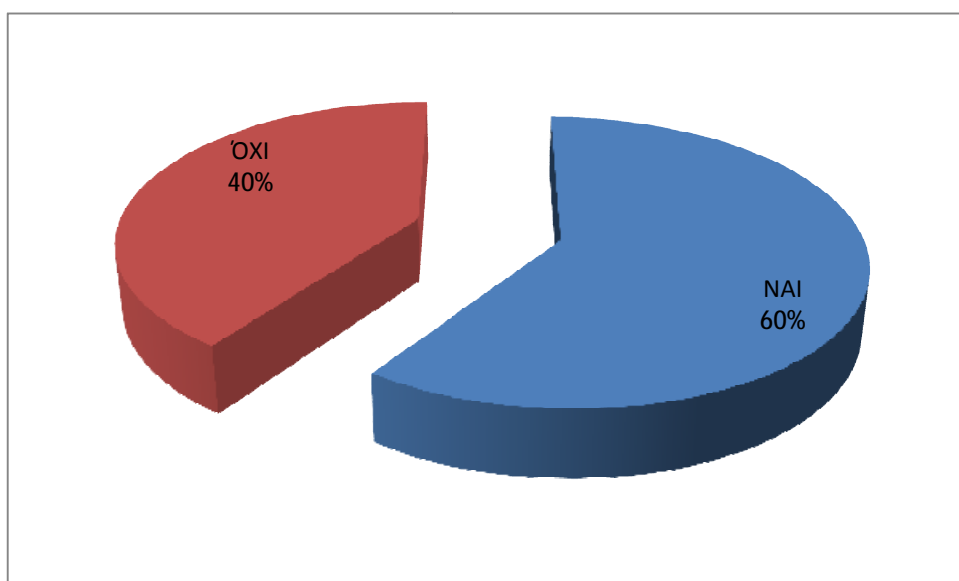


11.2 Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.

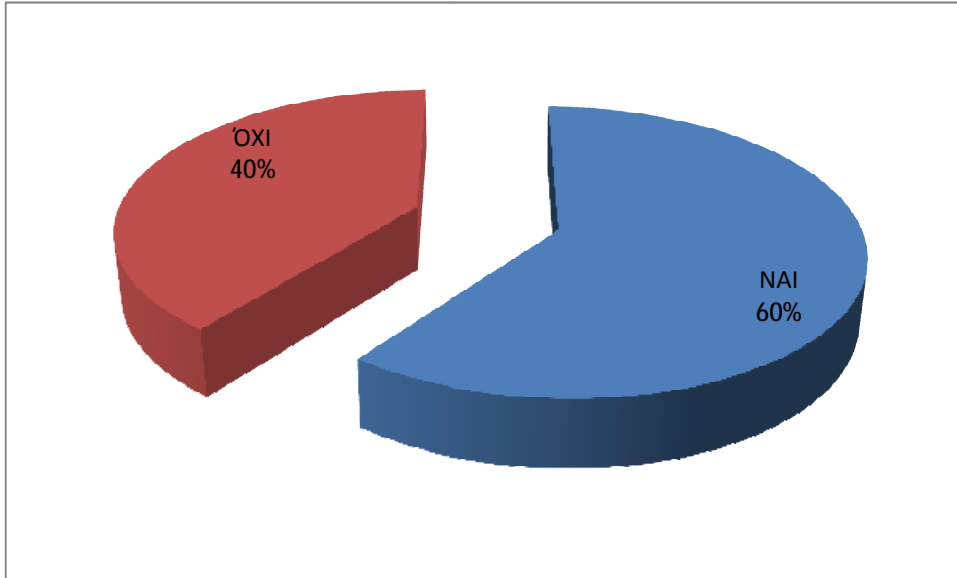


12. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

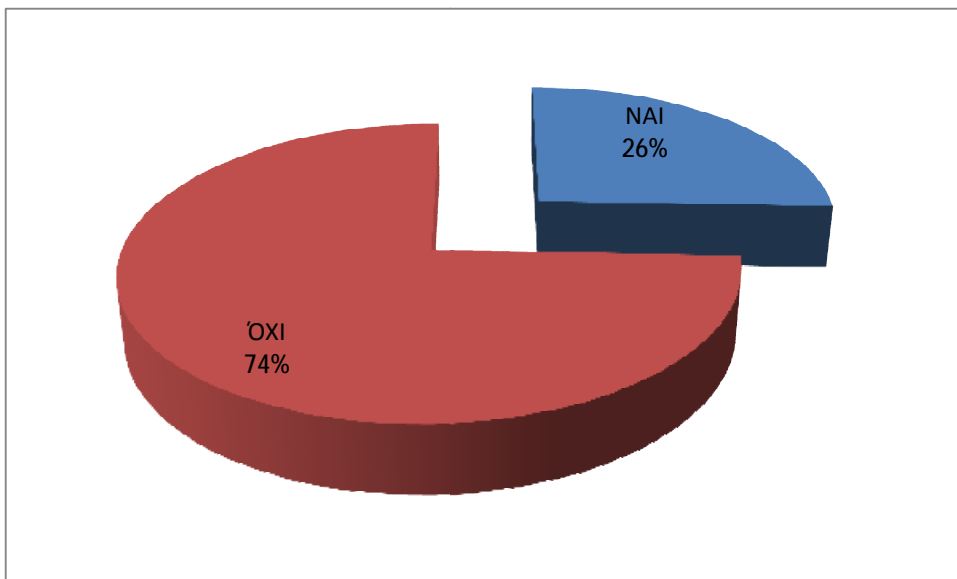
12.0 Δεν υπάρχουν.



12.1 Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητά του.

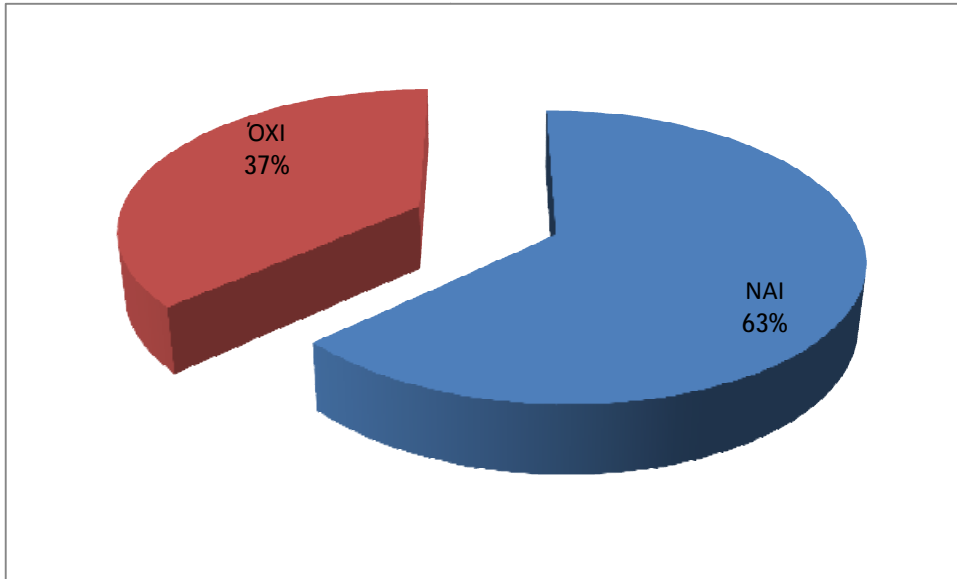


12.2 Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.

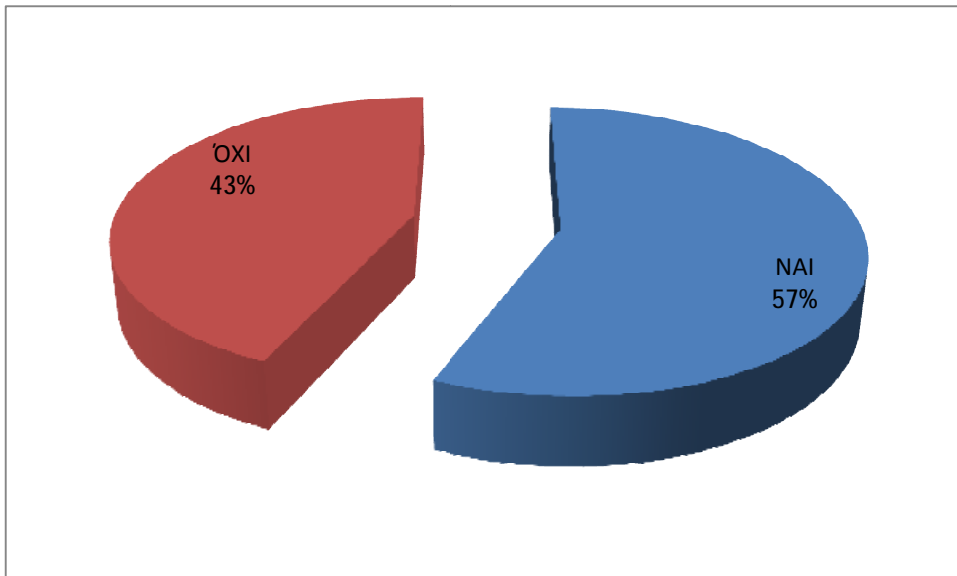


13. ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Απώλεια της λίμπιντο ή διαταραχές της εμμηνορροσίας).

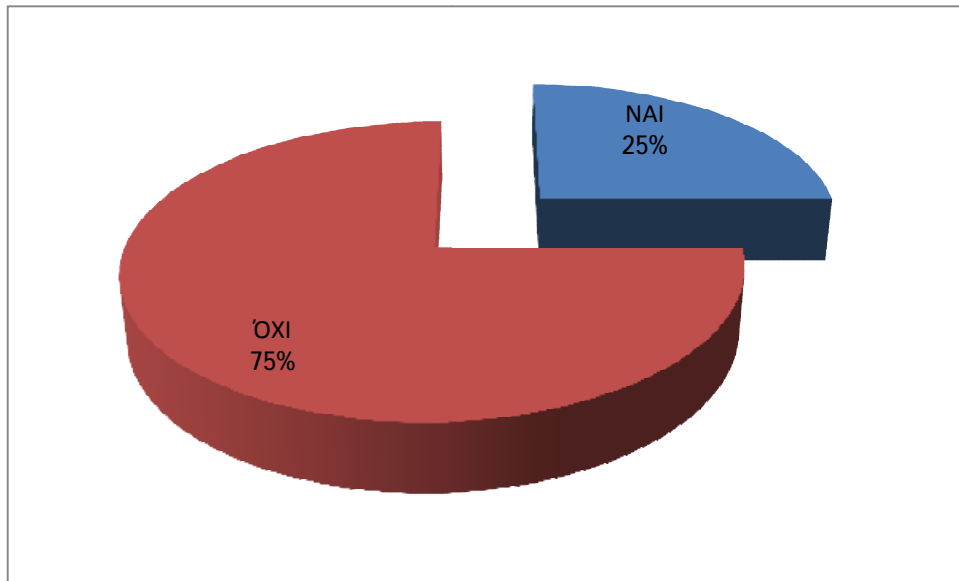
13.0 Δεν υπάρχουν.



13.1 Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητά του.

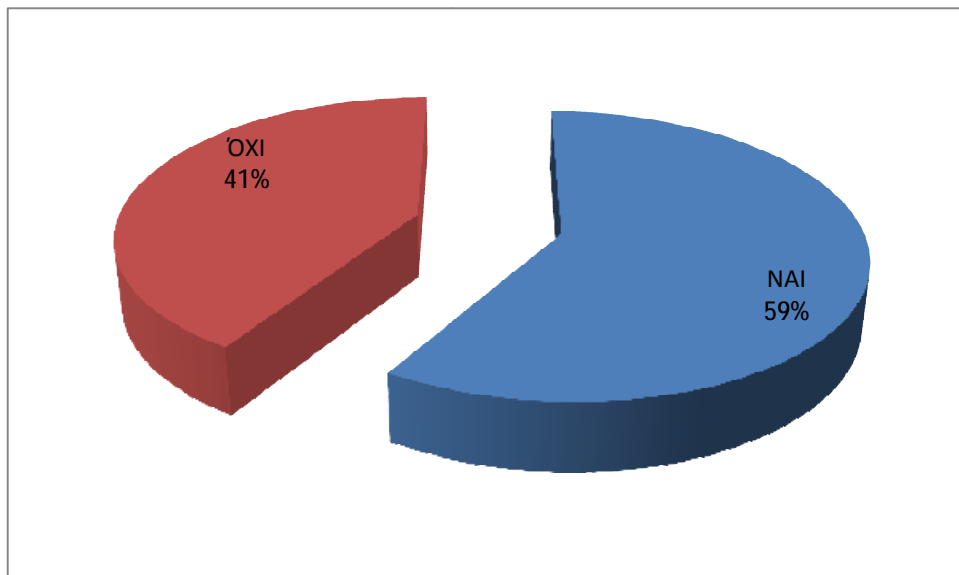


13.2 Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.

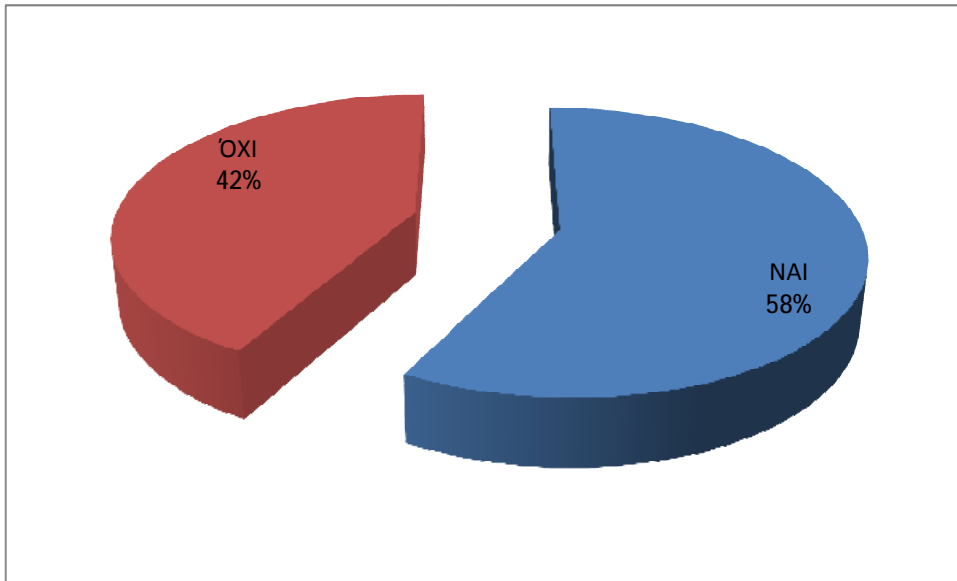


14. ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

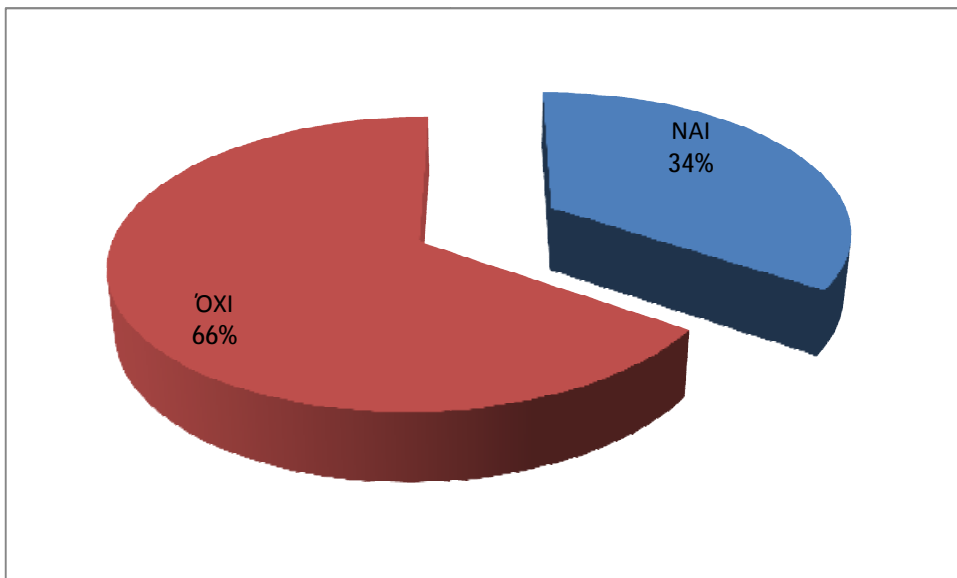
14.0 Δεν υπάρχουν.



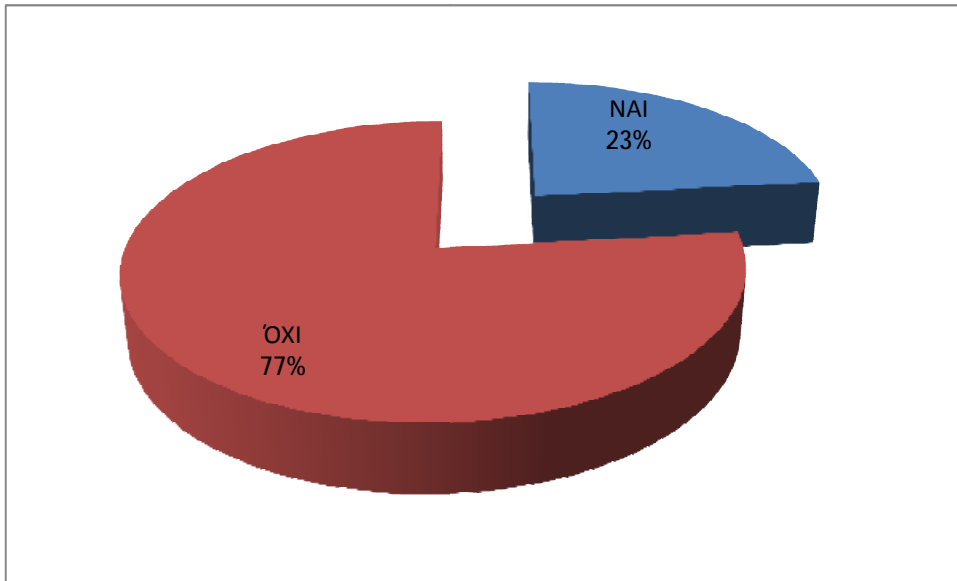
14.1 Σωματική ενασχόληση.



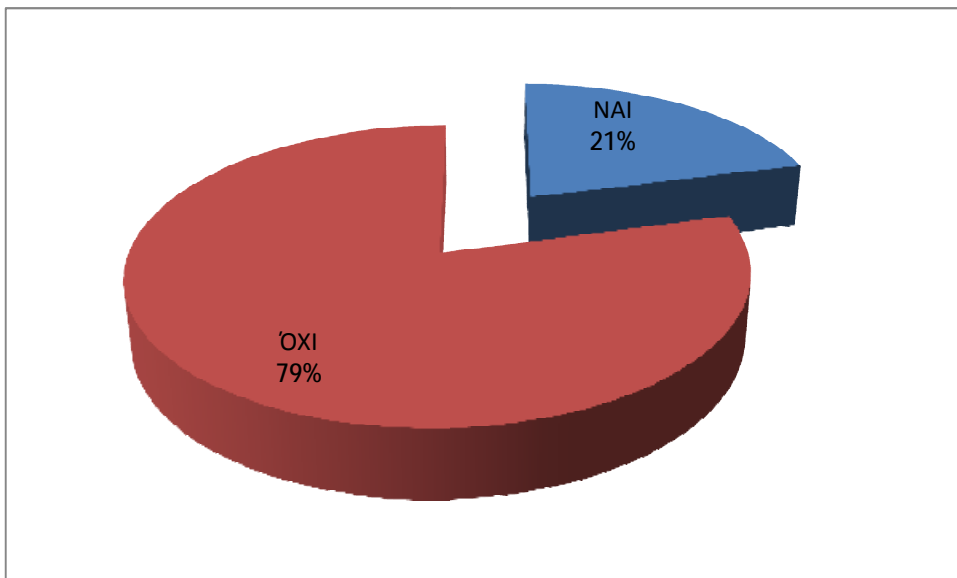
14.2 Υπεραπασχόληση με τη σωματική του υγεία.



14.3 Μεμψίμοιρη (κλαψιάρικη) στάση γύρω από τη σωματική του υγεία.

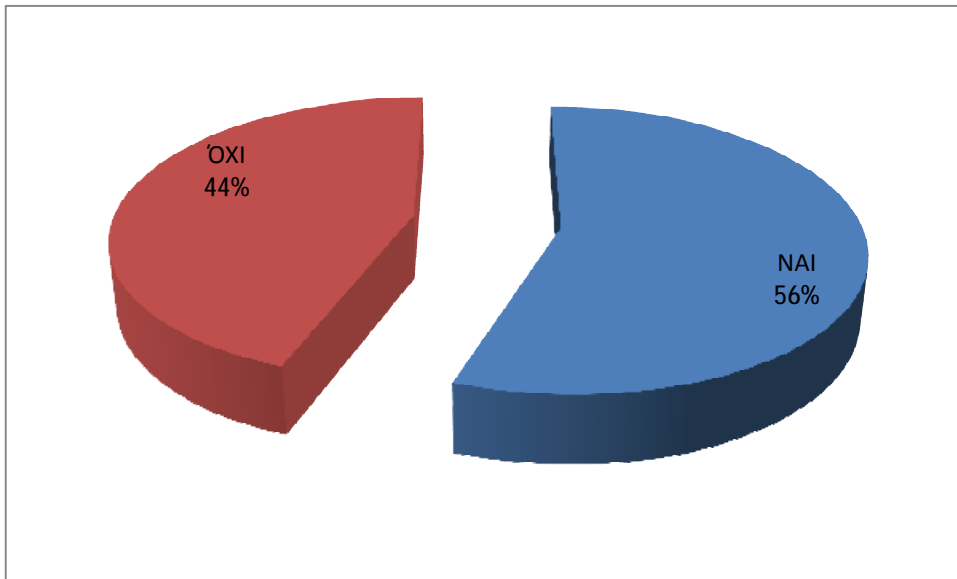


14.4 Υποχονδριακό παραλήρημα.

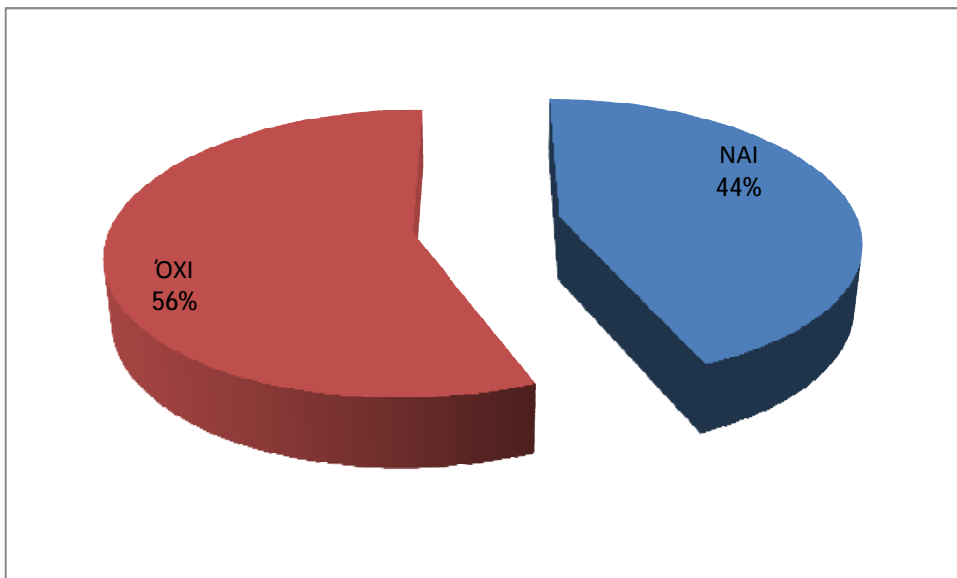


15. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

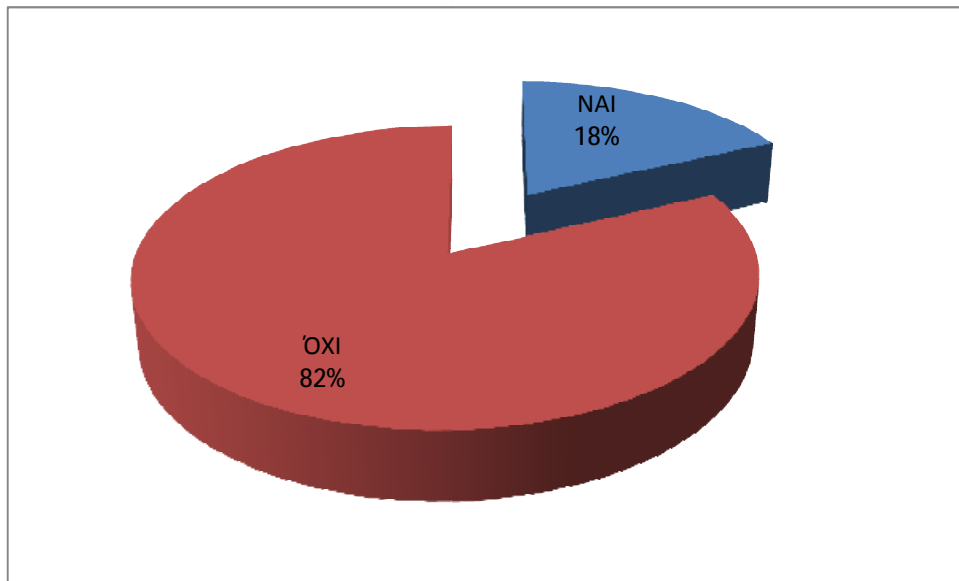
15.0 Όχι απώλεια βάρους



15.1 Πιθανή απώλεια βάρους

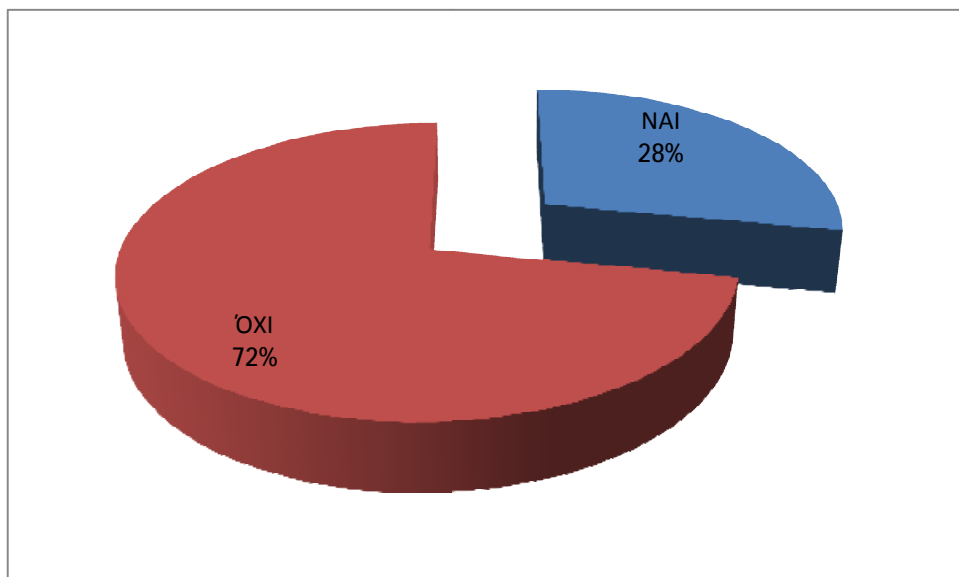


15.2 Βέβαιη (κατά τον άρρωστο) απώλεια βάρους.

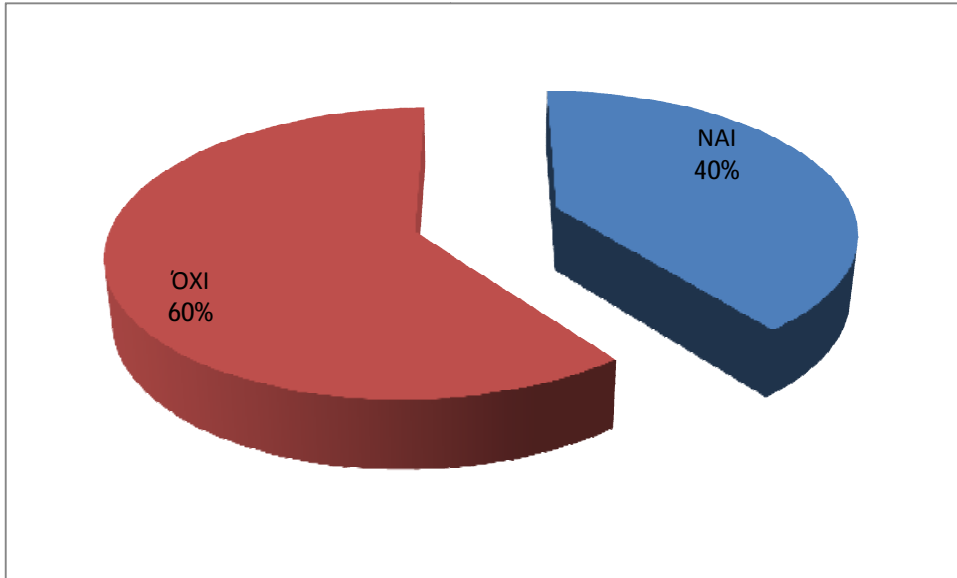


16. ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΡΟΥ (ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑ)

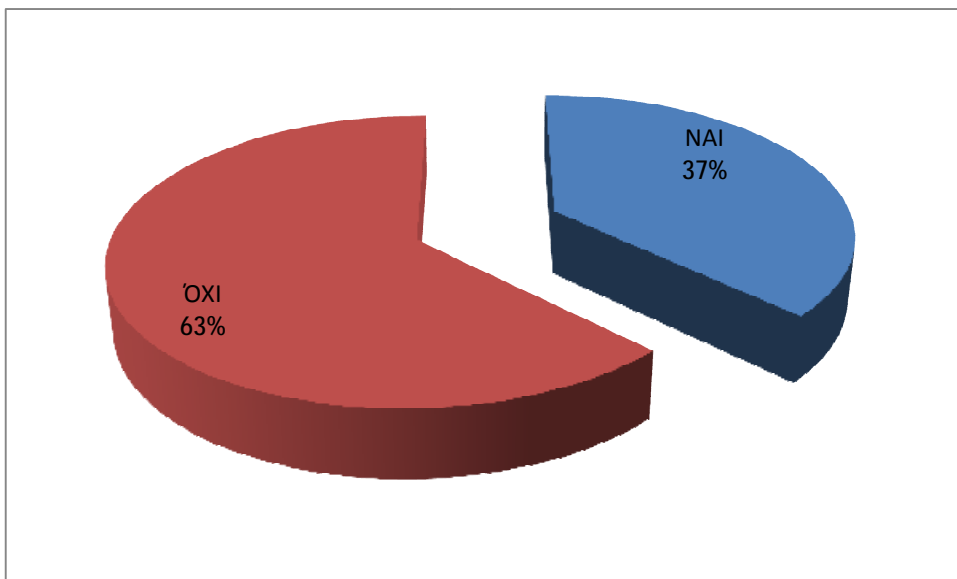
16.0 Γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος.



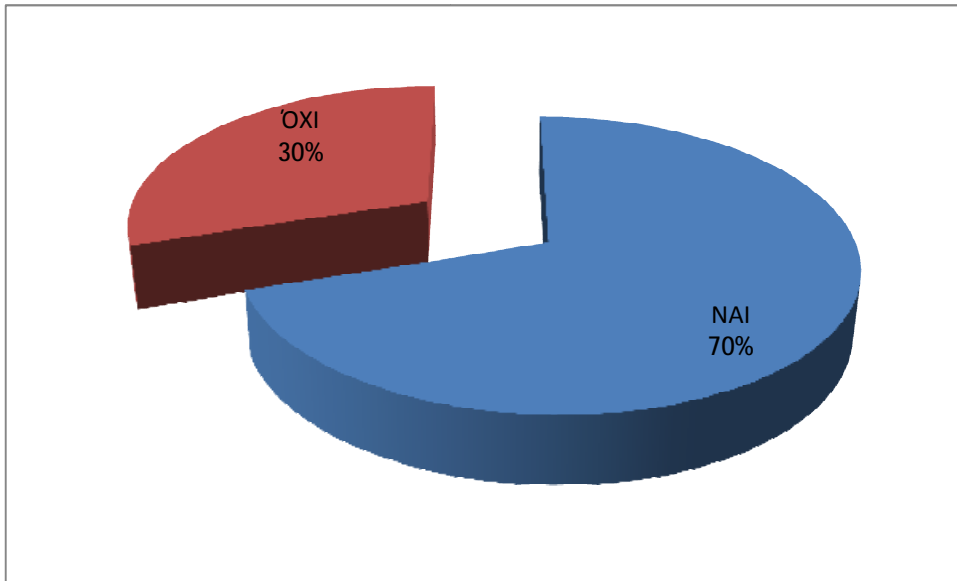
16.1 Γνωρίζει την αρρώστια αλλά αποδίδει τη αιτία της σε κακή διατροφή, κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ ά.



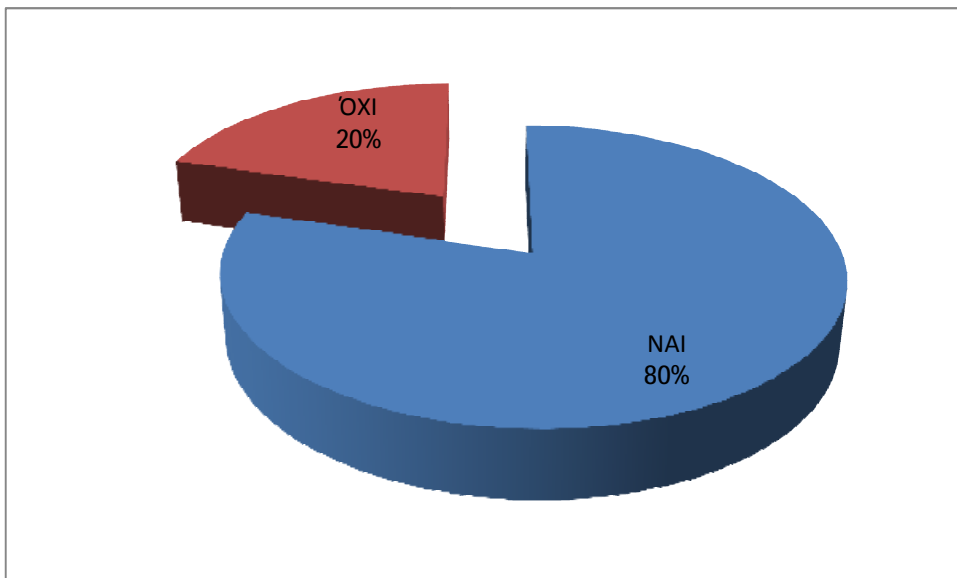
16.2 Αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος.



17. Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή;



18. Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με ψυχολογική υποστήριξη;



ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ – ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

5.1 Ο φοιτητής είναι ανήσυχος και ταραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Σύνολο |
|----------|------|---------------------------|----------|
| ΛΑΡΙΣΑ | 5 | 20 | 25 |
| ΠΑΤΡΑ | 43 | 27 | 70 |
| Σύνολο | 48 | 47 | 95 |
| χ^2 | 12.6 | Βαθμοί Ελευθερίας 1 | p =0.000 |

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$ (καθώς οι περισσότεροι φοιτητές της Πάτρας δηλώνουν ανήσυχτοι και ταραγμένοι κατά τη διάρκεια της νύχτας σε σχέση με της Λάρισας).

6.0 Όχι δυσκολία στον ύπνο.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Σύνολο |
|----------|------|---------------------------|----------|
| ΛΑΡΙΣΑ | 5 | 20 | 25 |
| ΠΑΤΡΑ | 35 | 30 | 65 |
| Σύνολο | 40 | 50 | 90 |
| χ^2 | 8.38 | Βαθμοί Ελευθερίας 1 | p =0.004 |

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$ (καθώς οι περισσότεροι φοιτητές της Πάτρας δεν δυσκολεύονται στον ύπνο σε σχέση με την Λάρισα).

9.2 Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλη.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Σύνολο |
|----------|------|---------------------------|----------|
| ΛΑΡΙΣΑ | 10 | 9 | 19 |
| ΠΑΤΡΑ | 14 | 58 | 72 |
| Σύνολο | 24 | 67 | 91 |
| χ^2 | 8.53 | Βαθμοί Ελευθερίας 1 | p =0.003 |

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$, με τους περισσότερους φοιτητές κυρίως της Πάτρας να μην δηλώνουν τα παραπάνω σε αντίθεση με την Λάρισα.

10.3 Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και στην ομιλία.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Σύνολο |
|----------|------|---------------------------|----------|
| ΛΑΡΙΣΑ | 9 | 11 | 20 |
| ΠΑΤΡΑ | 13 | 54 | 65 |
| Σύνολο | 22 | 65 | 87 |
| χ^2 | 5.34 | Βαθμοί Ελευθερίας 1 | p =0.021 |

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$ Οι περισσότεροι και εδώ φοιτητές της Πάτρας δεν δηλώνουν φοβισμένη όψη κ.λπ. σε σχέση με την Λάρισα που δηλώνει σχεδόν ο ένας στους δύο.

15.1 Σωματική ενόχληση

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Σύνολο |
|----------|------|---------------------------|----------|
| ΛΑΡΙΣΣΑ | 7 | 17 | 24 |
| ΠΑΤΡΑ | 30 | 34 | 64 |
| Σύνολο | 37 | 51 | 88 |
| χ^2 | 2.25 | Βαθμοί Ελευθερίας 1 | p =0.134 |

Δεν διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντική διαφορά αφού $P > 0.05$

19 Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με ψυχολογική στήριξη.

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ | Σύνολο |
|----------|------|---------------------------|----------|
| ΛΑΡΙΣΣΑ | 25 | 1 | 26 |
| ΠΑΤΡΑ | 49 | 19 | 68 |
| Σύνολο | 74 | 20 | 94 |
| χ^2 | 6.52 | Βαθμοί Ελευθερίας 1 | p =0.011 |

Διαπιστώνουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές, αφού $p < 0.05$. Σχεδόν όλοι οι φοιτητές της Λάρισσας συμφωνούν ότι η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με ψυχολογική υποστήριξη σε αντίθεση με την Πάτρα που συμφωνούν περίπου οι 3 στους 4.

5.12 Συζήτηση και σχολιασμός αποτελεσμάτων

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προκειμένου να βγάλουμε πιο σαφή συμπεράσματα προβαίνουμε σε σχολιασμό των αποτελεσμάτων αφού πρώτα κατατάξουμε αυτά σε τρεις άξονες ως εξής:

1^{ος} άξονας. Συναισθηματική κατάσταση των φοιτητών

Θα προσδιορισθεί η ψυχική κατάσταση από τα αποτελέσματα των ερωτήσεων: 1 (καταθλιπτική διάθεση), 2 (αισθήματα ενοχής), 3 (τάση αυτοκτονίας), 9 (άγχος ψυχικό), 13 (ψυχικά συμπτώματα), 15 (υποχονδριακά συμπτώματα).

2^{ος} άξονας. Συμπτώματα οργανικά

Θα προσδιορισθούν τα οργανικά συμπτώματα από τα αποτελέσματα των ερωτήσεων: 4 (αρχική αϋπνία), 5 (ενδιάμεση αϋπνία), 6 (όψιμη αϋπνία), 9 (κινητική ανησυχία), 10 (άγχος σωματικό), 11 (γαστρεντερικά συμπτώματα), 12 (γενικά σωματικά συμπτώματα) 13 (γεννητικά συμπτώματα), 15 (απώλεια βάρους).

3^{ος} άξονας. Γνώση για το πρόβλημα.

Θα προσδιορισθεί με τα αποτελέσματα των ερωτήσεων: 16 (επίγνωση του νοσηρού), 17 (αντιμετώπιση με φαρμακευτική αγωγή), 18 (αντιμετώπιση με ψυχολογική στήριξη).

1^{ος} Άξονας.

Συναισθηματική κατάσταση των φοιτητών

- Σχετικά με την καταθλιπτική διάθεση το 73% των φοιτητών αναφέρει αισθήματα λύπης και απελπισίας. Το 52% ότι, κλαίει κάπου κάπου, το 37% κλαίει συχνά. Υπερβολικά συμπτώματα κατάθλιψης αναφέρει το 28% των φοιτητών.
- Αναφορικά με τα αισθήματα ενοχής το 60% αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους το 40% όχι. Το 49% έχει ιδέες ενοχής. Το 30% θεωρεί την αρρώστια της κατάθλιψης τιμωρία.
- Σχετικά με την τάση για αυτοκτονία αξιοσημείωτο είναι ότι ένας σχεδόν στους δύο φοιτητές (56%) αισθάνεται ότι η ζωή δεν αξίζει. Επίσης το 42% εύχεται να είχε πεθάνει, και το 35% αναφέρει ιδέες αυτοκτονίας. Απόπειρες αυτοκτονίας αναφέρει το 4%.

- Ψυχικό άγχος δηλώνουν ένας στους δύο φοιτητές. Επίσης ένας στους δύο αναφέρουν αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα (55%), 49% στεναχωριούνται για ασήμαντα πράγματα ενώ το 51% δεν στεναχωρείται για αυτά. Ο ένας στους τρεις έχει φοβισμένη στάση καταγράφεται όμως εδώ και μια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους φοιτητές των δύο πόλεων αφού οι περισσότεροι φοιτητές της Πάτρας δεν δηλώνουν φοβισμένη όψη κ.λπ. σε αντίθεση με την Λάρισα που δηλώνει σχεδόν ο ένας στους δύο. Επίσης ένας στους πέντε αναφέρει ότι εκφράζει τους φόβους του χωρίς να ερωτηθεί.
- Το 59% αναφέρει ότι δεν υπάρχουν υποχονδριακά συμπτώματα. Υπεραπασχόληση ωστόσο με την σωματική υγεία αναφέρει ο ένας στους τρεις(34%). Επίσης σε μεμψίμοιρη στάση γύρω από τη σωματική του υγεία αναφέρεται ο ένας στους τέσσερεις (23%). Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι σε υποχονδριακό παραλήρημα αναφέρεται ο ένας στους πέντε φοιτητές (21%).

2^{ος} Αξονας.

Συμπτώματα οργανικά

- Σχετικά με την αρχική αϋπνία δεν δυσκολεύονται ιδιαίτερα να τους πάρει ο ύπνος αναφέρουν οι 68%. Ο ένας στους τρεις παραπονείται για δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος το βράδυ.
- Για την καταγραφή της ενδιάμεσης αϋπνίας ενώ το 60% δηλώνει ότι δεν δυσκολεύεται ιδιαίτερα ωστόσο στην επόμενη ερώτηση οι μισοί αναφέρουν ότι είναι ανήσυχoi και ταραγμένοι κατά την διάρκεια της νύχτας και εξ αυτών ένας στους τρεις ξυπνάει κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Σχετικά επίσης με την όσιμη αϋπνία ένας στους τρεις ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Επίσης στην επόμενη σχετική ερώτηση ένας στους δύο ξυπνάνε πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμούνται.
- Αναφορικά με την ύπαρξη κινητικής ανησυχίας , (ανησυχία συνοδευόμενη από άγχος), οι 52% δηλώνουν ότι δεν έχουν καθόλου, οι μισοί ότι “παίζουν” με τα χέρια, τα μαλλιά τους κ.λπ. Επίσης ένας στους τρεις(32%) αναφέρει ότι συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλη.
- Σωματικό άγχος με συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα όπως ρέψιμο, δυσπεψία, διάρροια,κ.λ.π., από το καρδιαγγειακό όπως παλμοί, κεφαλαλγίες κ.λπ., από το αναπνευστικό όπως υπεραερισμός κ.λπ. οι 58% αναφέρουν ότι δεν έχουν τέτοια συμπτώματα. Οι μισοί περίπου αναφέρουν ήπια ή μέτρια συμπτώματα και ένας στους πέντε αναφέρει βαριά συμπτώματα ή ανικανότητα εργασίας.
- Επίσης από το γαστρεντερικό σχετικά με απώλεια βάρους, αίσθημα βάρους στο υπογάστριο, δυσκοιλιότητα κ.λπ. οι 61% αναφέρουν ότι δεν έχουν.

Ωστόσο ελαφρά συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες αναφέρει ο ένας στους πέντε(20%)

- Γεννητικά συμπτώματα όπως διαταραχές της εμμηνορρυσίας ή απώλεια της λίμπιντο δεν υπάρχουν αναφέρει το 63%. Ένας στους δύο ωστόσο αναφέρει και ελαφρά συμπτώματα και ένας στους τέσσερις μόνιμα.

3^{ος} Άξονας.

Γνώση για το πρόβλημα.

- Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με ψυχολογική στήριξη πιστεύει το 80% των φοιτητών και το 70 % αναφέρει και την φαρμακευτική αγωγή ως μέσον αντιμετώπισής της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ø Από την έρευνά μας προκύπτει ότι, οι φοιτητές των τμημάτων νοσηλευτικής σε σημαντικό ποσοστό παρουσιάζουν από ήπια ως και σοβαρότερα ή και πολύ σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης.

Ø Γνωρίζουν σε σημαντικό ποσοστό τον τρόπο αντιμετώπισής της και είναι σε θέση να διακρίνουν τα συμπτώματά της.

Ø Πρέπει να επισημανθεί ότι εκτός από πολλά οργανικά και ψυχικά συμπτώματα που έχουν προσδιορισθεί, θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο σοβαρού προβληματισμού το γεγονός ότι ένας στους δύο περίπου απαντάει ότι αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους, ότι έχει τάση αυτοκτονίας, ή ότι εύχεται να είχε πεθάνει.

Ø Αυτό θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο μεγαλύτερης έρευνας και να καταγραφεί αν σχετίζεται και με το αντικείμενο σπουδών των φοιτητών (με δεδομένη τη δυσκολία του νοσηλευτικού επαγγέλματος) ή οποιεσδήποτε άλλες παραμέτρους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε, (2001). *Οι ψυχώσεις στην εφηβεία*, Αθήνα: Ιατρική Εταιρία.

Ανδριώτης Κ, (2003). *Ποσοτική Έρευνα και Ανάλυση Δεδομένων με SPSS*, Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Αυγουστάτος Γ, (2003). *Γενικά-Ιστορική Αναδρομή-Επιδημιολογία*, Αθήνα: Ταβιθά.

Bames F, Anderson A, (1999). *Ηλεκτροσπασμοθεραπεία συντηρήσεως και γνωσιακή λειτουργία*, Τεύχος Δ, Θεσσαλονίκη.

Bird M, Hammerstey M, Comm R and Woods G, (1999). *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη – Εγχειρίδιο Μελέτης*, Πάτρα : ΕΑΠ.

Bowling A, (1997). *Research Methods in Health: investigation health an gealth services* Open University Press, Backingham.

Braconniera, Marcelli N, (2003). *Τα χίλια πρόσωπα της εφηβείας*, Αθήνα: Καστανιώτη.

Brint P και Wood M, (1989). *Advanced design in Nursing Research*. Sage News Bury Park.

Cohen L, Manion L, (1997), *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*, Αθήνα: Έκφραση.

Δασκαλόπουλος Θ, (2009). *Κλινικές μορφές κατάθλιψης: Μέρος Α΄*, <http://psi-gr.tripod.com/depression.html>(11-05-11).

Δημητρόπουλος Ε, (1994). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*, Αθήνα: Ελλην.

Δημητροπούλου Κ, (2001). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*, Αθήνα: Ελλην.

Durand B, (2001). *Ψυχολογία και Παθολογική συμπεριφορά: μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*, Τόμος Β΄, Αθήνα: Ελλην.

Ζαφειρόπουλος Β, (2009). *Οι 100 μεγαλύτεροι επιστήμονες του κόσμου*, Αθήνα: Πήγασος.

Gilbert P, (1999). *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Ιωαννίδης Δ. (1996). *Παιδαγωγική Ψυχολογία*, Τόμος Β΄, Αθήνα: Κορφή.
- Javeau CL. (2002). Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. *Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή*, Τζαννουέ – Τζωρτζή (επιμέλεια), Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Κλεφταράς Π. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κοκωλής Κ. *Κατάθλιψη, Αίτια και Αντιμετώπιση*, [http://iatronet.gr/\(19-04-11\)](http://iatronet.gr/(19-04-11)).
- Κοτρώτσου Ε. (2009). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα: Ελλην.
- Κυριαζή Ε. (1999). *Κοινωνιολογική έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και κριτικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κυριακίδου Ε. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Έκδοση ΣΤ, Αθήνα: Ταβίθα.
- Κυριάκου Κ. *Αντικαταθλιπτικά*, <http://night-slightblogs.gr> (17-05-11)
- Makenzi K. (2000). *Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός Κατάθλιψη*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μακράκης Β. (1998). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη, Εγχειρίδιο μελέτης Ε, Φράγκου (Μετάφραση)*, Πάτρα: ΕΑΠ.
- Μάνου Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μάνου Ν. (1985). *Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων*, Έκδοση Έ, Θεσσαλονίκη: Βήτα.
- Παπακώστας Κ. (1994). *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία*, Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Συμπεριφοράς.
- Παρασκευόπουλος Α. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας Τόμος Α*, Αθήνα: Ιδίου.
- Polit I και Hungler P. (1997). *Nursing Research : Methods appraisal and utilization*. 4th ed. Lippincott, Philadelphia.
- Robin M.D. and Martin L.R. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Sirkkin M. (1985). *Statistics for the social sciences*. Sage, Thousand, Oaks.
- Σολδάτος Κ, Λυκούρας Λ. (2007). *Σύγγραμμα ψυχιατρικής*, Τόμος Β΄, Αθήνα: Βήτα.
- Σαχίνη-Καρδάση Α. (2004). *Μεθοδολογία έρευνας-εφαρμογή στο χώρο της υγείας*, Αθήνα: Βήτα.

Trounce J, and Gould D, (2007). *Κλινική φαρμακολογία για νοσηλευτές*, Αθήνα: Παρισιάνου.

Trucker N, (1999). *Ωριμότητα και Τρίτη ηλικία*, Έκδοση Γ', Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Τσιάντης Ι, (1998). *Βασική Παιδοψυχιατρική Εφηβεία*, Αθήνα: Καστανιώτη.

Faulkner D, Swau J, Baker S, Bird M, and Certy, (1999). *Εξέλιξη του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον – Εγχειρίδιο Μεθοδολογίας*, Πάτρα: ΕΑΠ.

Χαρτοκόλλης Π, (1991). *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Έκδοση Β', Αθήνα: Θεμέλιο.

Χριστοδούλου Ν., Λιάππας Ι., Γομαράς Β., (2003), *Η ψυχιατρική στη Γενική Ιατρική*, Αθήνα, Βήτα.

Χριστοδούλου Ν, (2001). *Κατάθλιψη*, Έκδοση Β', Αθήνα: Βήτα.

Κατάθλιψη, www.kantartzis-sotirios.gr (06-06-11).

Το τίμημα του «δώρου της αυτοσυνείδησης», <http://pantziaras.blogspot.com> (06-06-11).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Ησυχία, ο εγκέφαλος κοιμάται

Οι ασκήσεις ανακάλυψαν ενεργούς εία βελτίω για τη χαλάρωση των γραμμάτων σε κατάσταση γρήγορης και ύπνου. Μόλις άνοιξε τον ύπνο, τα κροτάφοι τα αποκλειστικότητα το άκου και τα μισοκλείει τους

Φωνή
Επίσης των αόλων, ελάσει τον συντονισμό της κίνησης, εν οργανικότητα και τον αισθητικό σκότατον, προξύν και κινάται

Σε στήθος
Αίμας παροφέλιον κίνησης, η κροτάφοι, στήθων αίμας (προφύλαξή) για το εγκροτάφοι τον φάσι

Σε ελαφρύ ή βαρύ ύπνο
Αίμας αίμας κροτάφοι στήθων αίμας δασίασας τη λατογία και κροτάφοι και εγκροτάφοι τον φάσι

ΟΙ ΛΕΙΠΤΟΜΕΡΙΣΕΣ
Κροτάφοι
Τίμας κροτάφοις - κροτάφοι, κροτάφοι, κροτάφοι και κροτάφοι - κροτάφοι
Όσοι οι τα εγκροτάφοι τον φάσι, τους αόλων, η κροτάφοι, εγκροτάφοι τον φάσι και τον φάσι

Τίμας κροτάφοι
Τίμας τον κροτάφοις κροτάφοι Όσοι κροτάφοις, οι τον κροτάφοι (GABA) τίμας κροτάφοις αόλων, η κροτάφοι δασίασας τη λατογία και κροτάφοις κροτάφοι και κροτάφοι τον φάσι τον φάσι

Τίμας με κροτάφοι
Τίμας κροτάφοις κροτάφοι, τον φάσι (P300)
Τι κροτάφοι τον κροτάφοις κροτάφοις, κροτάφοις τον κροτάφοις κροτάφοις τον κροτάφοις κροτάφοις κροτάφοις τον φάσι τον φάσι

Κροτάφοι
Κροτάφοι
Κροτάφοι

Υποκροτάφοι
Ελάσει τη κροτάφοις κροτάφοις και τις κροτάφοις





ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON ΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (HAW-D)

ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΜΕ ΝΑΙ Η ΟΧΙ

| 1. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ (Κατήφεια, απαισιοδοξία, λύπη, απελπισία, τάση να κλαίει) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|--|-----|-----|
| ο. Δεν υπάρχουν. | | |
| 1. Λύπη, απελπισία κλπ, που αποκαλύπτονται μόνο με σχετικές | | |
| 2. Ο φορητής αναφέρει τα παραπάνω αισθήματα χωρίς να ερωτηθεί - Κλαίει κάπου-κάπου. | | |
| 3. Φανερώνει αυτά τα συναισθήματα όχι λεκτικά, δηλ. με την έκφραση του προσώπου, τη στάση του, την ομιλία κλπ. Κλαίει συχνά. | | |
| 4. Υπερβολικά συμπτώματα. | | |
| 2. ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Δεν υπάρχουν. | | |
| 1. Αυτομομφή, αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους. | | |
| 2. Ιδέες ενοχής. | | |
| 3. Η παρούσα αρρώστια είναι μία τιμωρία. | | |
| 4. Ψευδαισθήσεις ενοχής (ακούει φωνές που τον κατηγορούν ή τον καταγγέλλουν ή και βιώνει απειλητικές οπτικές ψευδαισθήσεις). | | |
| 3. ΤΑΣΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Δεν υπάρχει. | | |
| 1. Αισθάνεται ότι η ζωή δεν αξίζει. | | |
| 2. Εύχεται να είχε πεθάνει. | | |
| 3. Ιδέες αυτοκτονίας. | | |
| 4. Απόπειρες αυτοκτονίας. | | |

| | | |
|--|-----|-----|
| 4. ΑΡΧΙΚΗ ΑΨΠΝΙΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Δεν έχει δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος. | | |
| 1. Παραπονείται για δυσκολία κάππου-κάππου να τον πάρει ο ύπνος. | | |
| 2. Παραπονείται για δυσκολία να τον πάρει το βράδυ ο ύπνος. | | |
| 5. ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΑΨΠΝΙΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Όχι δυσκολία. | | |
| 1. Ο φοιτητής είναι ανήσυχος και παραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας. | | |
| 2. Ξυπνάει κατά τη διάρκεια της νύχτας. | | |
| 6. ΟΨΙΜΗ ΑΨΠΝΙΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Όχι δυσκολία. | | |
| 1. Ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, αλλά ξανακοιμάται. | | |
| 2. Ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί, αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. | | |
| 7. ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗ (Βραδύτητα στη σκέψη, στην ομιλία και στην κινητική συμπεριφορά, απάθεια, εμβροντησία). | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Κανονική ομιλία και σκέψη. | | |
| 1. Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση. | | |
| 2. Σαφής επιβράδυνση κατά την εξέταση. | | |
| 3. Συνέντευξη προβληματική. | | |
| 4. Πλήρης εμβροντησία. | | |
| 8. ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ Ανησυχία συνοδευόμενη από άγχος). | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Καθόλου | | |
| 1. «Παίζει» με τα χέρια, τα μαλλιά του κλπ. | | |
| 2. Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλη. | | |
| 9. ΑΓΧΟΣ ΨΥΧΙΚΟ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Καθόλου. | | |
| 1. Αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα. | | |
| 2. Στενοχωρείται για ασήμαντα πράγματα. | | |
| 3. Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και στην ομιλία. | | |
| 4. Φόβοι που τους εκφράζει χωρίς να ερωτηθεί. | | |
| 10. ΑΓΧΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟ (Από το γαστρεντερικό σύστημα όπως ρέψιμο, δυσπεψία, διάρροια, σπασμοί, τάση για εμετό ή από το καρδιαγγειακό όπως παλμοί, κεφαλαλγίες ή από το αναπνευστικό, όπως υπεραερισμός αναστεναγμοί, από το ουρογεννητικό κλπ) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| ο. Δεν υπάρχει. | | |
| 1. Ήπιο. | | |

| | | |
|--|-----|-----|
| 2. Μέτριο. | | |
| 3. Βαρύ. | | |
| 4. Ανίκανος για εργασία. | | |
| 11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Απώλεια της όρεξης, αίσθημα βάρους στο υπογάστριο, δυσκοιλιότητα κ.α.). | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Δεν υπάρχουν. | | |
| 1. Ελαφρά συμπτώματα που εμποδίζουν τη δραστηριότητα του. | | |
| 2. Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες. | | |
| 12. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Απώλεια της ενεργητικότητας και εύκολη κόπωση). | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Δεν υπάρχουν. | | |
| 1. Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητα του. | | |
| 2. Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες.. | | |
| 13. ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (Απώλεια της λίμπιντο ή διαταραχές της εμμηνορυσίας). | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Δεν υπάρχουν. | | |
| 1. Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν επηρεάζουν τη δραστηριότητα του. | | |
| 2. Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες. | | |
| 14. ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Δεν υπάρχουν. | | |
| 1. Σωματική ενασχόληση. | | |
| 2. Υπεραπασχόληση με τη σωματική του υγεία. | | |
| 3. Μεμψίμοιρη (κλαψιάρικη) στάση γύρω από τη σωματική του υγεία. | | |
| 4. Υποχονδριακό παραλήρημα. | | |
| 15. ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ (Βαθμολογείστε κατά το «Α» στην επίσκεψη 1 και | | |

| | | |
|---|-----|-----|
| κατά το «Β» σε όλες τις άλλες επισκέψεις). | | |
| A. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Όχι απώλεια βάρους. | | |
| 1. Πιθανή απώλεια βάρους που συνδέεται με την παρούσα νόσο. | | |
| 2. Βέβαιη (κατά τον άρρωστο) απώλεια βάρους. | | |
| B. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΨΥΧΙΑΤΡΟ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΖΥΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Απώλεια βάρους μικρότερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα. | | |
| 1. Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα | | |
| Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 1 χιλιόγραμμο την εβδομάδα. | | |
| 16. ΕΠΙΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΡΟΥ (ΕΝΑΙΣΘΗΣΙΑ) (Η εναισθησία πρέπει να εκτιμηθεί σύμφωνα με την αντίληψη και τη μόρφωση του φοιτητή) | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 0. Γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος. | | |
| | | |
| | | |
| 1. Γνωρίζει την αρρώστια αλλά αποδίδει τη αιτία της σε κακή διατροφή, κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ.ά. | | |
| 2. Αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος. | | |
| 17. Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική Αγωγή | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |
| 18. Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με ψυχολογική στήριξη | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| | | |