

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΜΕ ΤΗΝ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΈΡΕΥΝΑ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΜΠΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΦΡΑΓΚΟΥΛΑΚΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Δρ ΜΠΑΚΑΛΗΣ Ν.

ΠΑΤΡΑ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις οικογένειες μας για την ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη που μας προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Ευχαριστούμε τον επόπτη-καθηγητή μας, Δρ Μπακάλη Νικόλαο, που με την βοήθειά του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία, παρά τις δυσκολίες που συναντήσαμε. Επίσης, που με την κατάλληλη μέθοδο διδασκαλίας του, μας βοήθησε να κατανοήσουμε την δομή, την μέθοδο και τον τρόπο σκέψης που χρειάζεται για να πραγματοποιηθεί μια έρευνα και το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μας μελέτης.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την προϊσταμένη της Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας, κα Μπατσολάκη Μαρία, για την συγκατάθεσή της στην διεκπεραίωση της έρευνας μας.

Τέλος, ευχαριστούμε τους φοιτητές Νοσηλευτικής του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας για την εθελοντική τους συμμετοχή στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ένταξη του διαδικτύου στην καθημερινότητα μας, το έχει μετατρέψει σ'ένα πιστό καθρέφτη των συνηθειών μας, της νοοτροπίας και της ψυχολογικής κατάστασης του σύγχρονου ανθρώπου. Τι ρόλο παίζει όμως στην ουσία η καθημερινή χρήση του διαδικτύου στην ζωή μας και πως μας επηρεάζει?

Η παρούσα έρευνα ήταν μια περιγραφική έρευνα στην οποία χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος, με σκοπό να διαπιστώσει τις απόψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής, όσον αφορά τη σχέση του διαδικτύου με την κατάθλιψη.

Η συλλογή πληροφοριών έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε την κατάθλιψη και το δεύτερο μέρος το διαδίκτυο. Συλλέχτηκαν 120 ερωτηματολόγια από τους φοιτητές του Τ.Ε.Ι Πάτρας και όλοι ήταν φοιτητές 1^{ου} έως και 8^{ου} εξαμήνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.

Η έρευνα έδειξε ότι το 56,7% δεν εμφανίζει σημεία κατάθλιψης, ενώ το 43,3% εμφανίζει από ελαφριά έως σοβαρή κατάθλιψη. Επίσης, ένδειξη κατάθλιψης αποτελεί το γεγονός πως το 18,3% του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι η ζωή χωρίς το διαδίκτυο θα ήταν βαρετή. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 48,3% του δείγματος θεωρεί πάρα πολύ σημαντικό το διαδίκτυο στη ζωή του.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως θα πρέπει να γίνουν ενέργειες, οι οποίες θα έχουν ως στόχο την διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των νέων σε θέματα ασφαλούς χρήσης του διαδικτύου. Κρίνεται αναγκαίο, η πληροφόρηση αυτή να παρέχεται από καταρτισμένους επιστήμονες όπως νοσηλευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

Abstract

The internet is now part of our everyday life and most of the times serves as a mirror which reflects our habits, our attitude and our mental state. In which particular ways does the constant use of the web affect our lives?

The purpose of this descriptive research was to record the opinions of Nursing students regarding the relationship and influence of internet to depression through a quantitative research method.

In order to gather information, a questionnaire was used, composed of two parts. The first part explored the current psychological state of the students in relation to depression and the second part their relationship with the internet. Questionnaires were distributed to all students (1st to 4th year students) of the Technological Educational Institute of West Greece. The final sample consists of 120 nurse students. The results were analyzed through the use of the SPSS 21 statistical program.

According to the results, 56.7% of the students are not showing any signs of depression while a 43.3% suffers from mild or severe depression. An 18.3% claims that life would be boring without the internet, which proves to be another sign of depression. In addition, 48.3% of the sample consider the Internet as an important factor in their lives.

This research showed that it is important for measures to be taken in order to educate children and young adults in how to use the internet in a proper and safe way by professionals such as psychologists, social care workers and nurses.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1 (Βιβλιογραφική ανασκόπηση)

1.1	Εισαγωγή.....	7
1.2	Ιστορική αναδρομή διαδικτύου.....	7
1.3	Ορισμός διαδικτύου.....	9
1.3.1	Το διαδίκτυο σήμερα.....	9
1.3.2	Τρόποι πρόσβασης στο internet.....	9
1.4	Εφαρμογές του διαδικτύου στην υγεία.....	10
1.5	Σωματικά προβλήματα από την χρήση υπολογιστών.....	10
2.0	Ιστορική αναδρομή κατάθλιψης.....	11
2.1	Ορισμός της κατάθλιψης.....	12
2.2	Αίτια κατάθλιψης.....	12
2.3	Είδη κατάθλιψης	13
2.4	Συμπτώματα κατάθλιψης.....	14
2.5	Επιδημιολογία της κατάθλιψης	16
2.6	Θεραπεία της κατάθλιψης	16
2.6.1	Εγκεφαλικοί νευροδιαβιβαστές.....	17
2.6.2	Η λειτουργία των αντικαταθλιπτικών.....	17
2.6.3	Σταθεροποιητές διάθεσης	18
2.6.4	Αγχολυτικά	19
2.6.5	Αντιψυχωσικά.....	19
3.0	Ορισμός της Νοσηλευτικής.....	19
3.1	Νοσηλευτική εκπαίδευση.....	20
3.2	Εννοιολογικοί Ορισμοί	20
4.0	Η σχέση του διαδικτύου με την κατάθλιψη (έρευνες σε Ελλάδα και Εξωτερικό).....	21

Κεφάλαιο 2 (Μέθοδος)

2.1	Μέθοδος	24
2.2	Σχεδιασμός	24
2.3	Διαδικασία	25
2.4	Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	25
2.5	Δείγμα	27
2.6	Στατιστική Ανάλυση.....	27

Κεφάλαιο 3 (Αποτελέσματα)

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	28
3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου.....	29

Κεφάλαιο 4

4.1 Συζήτηση	40
4.2 Περιορισμοί της έρευνας	43
4.3 Προτάσεις.....	43

Βιβλιογραφία.....	48
--------------------------	-----------

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο για την σχέση του διαδικτύου με την κατάθλιψη.....	51
---	----

Παράρτημα 2

Γράμμα προς την προϊστάμενη του τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας.....	57
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Το διαδίκτυο είναι ένα από τα πιο ευρέως διαδεδομένα και προσβάσιμα μέσα ενημέρωσης στον κόσμο. Επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις ζωές των νέων καθώς πολλοί το χρησιμοποιούν για δημιουργικούς λόγους όπως ενημέρωση σε διάφορα θέματα, πληροφόρηση φοιτητών για εκπαιδευτικό σκοπό καθώς και ανασκόπηση ερευνών και εργασιών που τους αφορούν, ενημέρωση για θέματα υγείας που ανευρίσκονται σε επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά, οικονομικές αγορές από αξιόπιστες ιστοσελίδες, καθώς επίσης αποτελεί εύκολο και οικονομικό τρόπο επικοινωνίας παγκοσμίως (skype, e-mail, msn και άλλα προφίλ κοινωνικού δικτύου). Τέλος δίνει την δυνατότητα στους πολίτες για άμεση πληροφόρηση στους τρόπους ψυχαγωγίας και διασκέδασης (Yen και άλλοι, 2007).

Ωστόσο, άτομα που αφιερώνουν πολύ χρόνο σερφάροντας στο διαδίκτυο έχουν ως αποτέλεσμα μία αρνητική επίδραση στην ακαδημαϊκή τους απόδοση όπου έχει παρατηρηθεί ακόμη και εκφυλισμός της ελληνικής γλώσσας χρησιμοποιώντας την μέθοδο 'greeklish' που είναι οι ελληνικές λέξεις γραμμένες με λατινικούς χαρακτήρες. Απόρροια αυτών είναι τα πολλά ορθογραφικά λάθη που παρατηρούνται ειδικά στις ηλικίες που ασχολούνται με συγκεκριμένες εφαρμογές όπως facebook, twitter. Αρνητική επίδραση επίσης υπάρχει στις οικογενειακές σχέσεις αλλά και στα συναισθήματά των νέων. Αυτό το φαινόμενο έχει χαρακτηριστεί ως εθισμός στο internet και έχει αναφερθεί ότι συσχετίζεται με την κατάθλιψη και το σύνδρομο της ελλειμματικής δραστηριότητας (attention deficit hyperactivity disorder) με αποτέλεσμα και αυτοί που εισπράττουν χαμηλή ποιότητα φιλίας, το διαδίκτυο να αποτελεί το μόνο μέσον επικοινωνίας με άλλους και να δημιουργεί έλλειψη αυτοπεποίθησης, αυτοκτονικές τάσεις (suicidal ideation), κοινωνική απομόνωση αλλά και άγχος για πιθανή απόρριψη από τον 'κοινωνικό κόσμο' του internet (social anxiety) ακόμη και κοινωνικό εκφοβισμό (social phobia) κάτι που συμβαίνει και στα διαδικτυακά παιχνίδια (online games) (Kim και άλλοι, 2006).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

Το διαδίκτυο αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με ταχύτατους ρυθμούς μέσα σε λίγα χρόνια κατέχοντας κυρίαρχη θέση στην καθημερινότητα εκατομμυρίων ανθρώπων σ' όλο τον κόσμο. Το διαδίκτυο όπως το γνωρίζουμε σήμερα αποτελεί την εξέλιξη ενός πειραματικού δικτύου από τις ΗΠΑ κατά την διάρκεια του ψυχρού πολέμου που ονομάζεται ARPANET (Μπαλαντινάκη, 2010).

Όλα ξεκίνησαν στα τέλη της δεκαετίας του '50 (1957-1962) όταν ο Paul Baran ήταν ένας από τους υπεύθυνους επιστήμονες που του είχε δοθεί εντολή από τον αμερικανικό στρατό να φτιάξει ένα κατάλληλο δίκτυο επικοινωνίας, όπου η αμερικανική πολεμική αεροπορία θα μπορούσε να διατηρήσει τον έλεγχο των πυραύλων μετά από πυρηνική επίθεση (Μπαλαντινάκη, 2010).

Έτσι το σύστημα που έφτιαξε ο Baran ήταν ένα δίκτυο στο οποίο κάθε υπολογιστής θα συνδεόταν με πολλούς άλλους με στόχο να υπάρχουν αρκετοί τρόποι επικοινωνίας μεταξύ των 2 σημείων. Το δίκτυο επικοινωνίας υπολογιστών αυτό ήταν χωρίς κεντρική δομή, κεντρικούς διακόπτες ή κεντρική διεύθυνση. Αυτό σημαίνει ότι έπρεπε να βρει ένα τρόπο όπου οι πληροφορίες θα πηγάζουν από τον έναν υπολογιστή στον άλλον και σε περίπτωση

κάποιας επίθεσης, σ' ένα συγκεκριμένο σημείο του συστήματος, δεν θα γινόταν ολοκληρωτική καταστροφή του συστήματος αυτού.

Σ' αυτό βοήθησε η μέθοδος διαμεταγωγής πακέτων (packet switching) δηλαδή η μεταφορά δεδομένων από τον έναν υπολογιστή στον άλλον που στην συνέχεια κόβονται σε πακέτα και ακολουθούσαν το καθένα διαφορετική πορεία μέχρι να φτάσουν στην σωστή "διεύθυνση" και όταν έφταναν έμπαιναν ξανά στην σωστή σειρά (Μπαλαντινάκη,2010). Μ' αυτό τον τρόπο ο Baran έλυσε το πρόβλημα καταστροφής ολόκληρου του συστήματος.

Το 1969 το ARPANET (το οποίο ονομάστηκε έτσι λόγω του στρατιωτικού χορηγού του) λειτούργησε για πρώτη φορά στο UCLA (University of California at Los Angeles), όπου τοποθετήθηκε ο πρώτος κόμβος και μέχρι το Δεκέμβριο του 1969 οι κόμβοι είχαν γίνει 4 (Πανεπιστήμιο Utah, πανεπιστήμιο California της Santa Barbara, στο UCLA και στο ίδρυμα Stanford Research Institute international) (Μπαλαντινάκη,2010). Οι 4 αυτοί πανεπιστημιακοί υπερυπολογιστές μπορούσαν να ανταλλάσσουν δεδομένα τηλεπικοινωνιακών γραμμών και έτσι οι επιστήμονες μπορούσαν να μοιράζονται ο ένας τους υπολογιστές των άλλων.

Το 1971 οι κόμβοι αυξήθηκαν σε 15 και το 1972 ανέρχονται σε 37 (Κούρτη, 2008). Στο δεύτερο αυτό χρόνο λειτουργίας οι χρήστες επινόησαν το E-MAIL και το ARPANET μετατράπηκε σταδιακά σε ένα υψηλής ταχύτητας ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ομοσπονδιακής έκτασης.

Στις αρχές της δεκαετίας του '70 αναπτύχθηκε το πρωτόκολλο επικοινωνίας TCP/IP που αντικατέστησε το NCP (Network Control Protocol), αρχικό πρωτόκολλο του ARPANET. Το TCP έδινε μεγάλη σημασία στη δυνατότητα διασύνδεσης επί μέρους τοπικών δικτύων. Σύντομα το πρωτόκολλο αυτό έγινε το αποκλειστικό πρωτόκολλο επικοινωνίας του ARPANET. Έτσι κάθε υπολογιστής που είναι συνδεδεμένος στο Διαδίκτυο λειτουργεί με το TCP/IP και έχει μία μοναδική διεύθυνση που τον ξεχωρίζει από τους άλλους υπολογιστές που είναι συνδεδεμένοι.

Το 1983 το ARPANET λόγω του φόρτου του δικτύου είναι αναγκασμένο να χωριστεί σε άλλα δύο τμήματα, στο MILNET για στρατιωτικές επικοινωνίες και στο νέο APRANET το οποίο χρησιμοποιούσαν μόνο οι ακαδημαϊκοί για συνέχιση της έρευνας στη δικτύωση. Η συνεργασία ανάμεσα σε MILNET και ARPANET κράτησε μέχρι το 1989 που το πρώτο διαχωρίστηκε εντελώς από το ARPANET.

Το ARPANET ήταν κάτω από την επίβλεψη του National Science Foundation (NSF) των Η.Π.Α. Το ίδρυμα αυτό παρατήρησε ότι το δίκτυο ήταν αργό για να καλύπτει όλες τις επιστημονικές κοινότητες και τις έρευνες τους. Για αυτό το λόγο το ίδρυμα NSF οδηγήθηκε στη δημιουργία του NSFNET ως ικανότερου δικτύου κάλυψης των αναγκών. Βαθμιαία το NSFNET αντικατέστησε το ARPANET ώστε το τελευταίο σταμάτησε να λειτουργεί στις αρχές του 1990, όπου και η Ελλάδα ανάμεσα σε πολλές άλλες χώρες συνδέθηκε σ' αυτό, το 1995 καταργείται το NSFNET.

Μετά από αυτό το γεγονός το διαδίκτυο παίρνει την μορφή του Internet. Στις μέρες μας το διαδίκτυο δεν βρίσκεται υπό την ουσιαστική διοίκηση κάποιου προσώπου ή οργανισμού. Ανάμεσα στους υπεύθυνους είναι η Internet Society, ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός με σκοπό την ανταλλαγή πληροφοριών μέσω διαδικτύου παγκόσμια, ο οποίος λαμβάνει τις τελικές αποφάσεις σε τεχνικά θέματα.

Το Internet εδώ και πολλά χρόνια είναι ιδιαίτερα δημοφιλές στην επιστημονική κοινότητα και έχει συμβάλει ιδιαίτερα στην έρευνα και στην διαπροσωπική επικοινωνία. Βρίσκεται όχι

μόνο σε πανεπιστημιακά ή ερευνητικά δίκτυα αλλά και σε σχολεία, βιβλιοθήκες, στα σπίτια απλών χρηστών ακόμα και σε πάσης φύσεως επιχειρήσεις που χρειάζονται για διάφορους λόγους ένα γρήγορο, μοντέρνο τρόπο επικοινωνίας και ανταλλαγής δεδομένων και πληροφοριών (Κούρτη, 2008).

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

Το διαδίκτυο (internet) είναι το παγκόσμιο δίκτυο από υπολογιστές συνδεδεμένους μεταξύ τους, που επικοινωνούν και ανταλλάσσουν πληροφορίες με βάση ένα κοινό πρωτόκολλο επικοινωνίας. Μπορούμε να το δούμε ως μία δημόσια βασική υποδομή, που αυτοσυντηρείται και είναι διαθέσιμη σε εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο (Καλδούδη,2005).

1.3.1.ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΗΜΕΡΑ

Το διαδίκτυο αποτελείται από περισσότερο από 1,5 εκατομμύρια μικρά και μεγάλα δίκτυα, που συνδέουν συνολικά αρκετά εκατομμύρια υπολογιστές παγκοσμίως. Συγκεκριμένα, με βάση ετήσιες έρευνες του παγκόσμιου φορέα Internet Systems Consortium, τον Ιανουάριο του 2003 βρέθηκαν συνδεδεμένοι στο διαδίκτυο 171.638.297 υπολογιστές, ενώ τον αντίστοιχο μήνα του 1981 υπήρχαν μόνο 213 υπολογιστές παγκόσμια (Καλδούδη,2005).

1.3.2 ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΟ INTERNET

Για να συνδέσουμε έναν υπολογιστή που έχουμε, για παράδειγμα, στο σπίτι, στη δουλειά, στο πανεπιστήμιο, με το internet, θα πρέπει αρχικά ο υπολογιστής αυτός να έχει εγκατεστημένο το λογισμικό TCP/IP. Η σύνδεση γίνεται με έναν από τους παραπάνω τρόπους:

- Απευθείας δικτυακή σύνδεση (άμεση πρόσβαση μέσω δομημένης καλωδίωσης)
- Σύνδεση μέσω modem (πρόσβαση dial-up)

Με οποιονδήποτε από τους δύο τρόπους, έχουμε στη διάθεσή μας τις ίδιες υπηρεσίες. Η διαφορά είναι ότι ο πρώτος τρόπος παρέχει μόνιμη σύνδεση με το internet και υψηλότερη ταχύτητα μεταφοράς δεδομένων.

Απευθείας δικτυακή σύνδεση

Όταν ο υπολογιστής μας βρίσκεται εγκατεστημένος σε κάποιον οργανισμό και το δίκτυο του οργανισμού συνδέεται με το internet μέσω κάποιου παροχέα, όπως για παράδειγμα το δίκτυο του ΤΕΙ Πάτρας, τότε είναι συνδεδεμένος με ένα καλώδιο στο τοπικό δίκτυο του κτιρίου, αρκεί να διαθέτει κάρτα δικτύου. Το τοπικό δίκτυο συνδέεται με το δίκτυο του οργανισμού που με τη σειρά του συνδέεται με το δίκτυο του παροχέα μέσω κάποιας μόνιμης δικτυακής σύνδεσης, οπότε κατ' επέκταση κι ο δικός μας υπολογιστής συνδέεται με το Internet. Με τον τρόπο αυτό, εξασφαλίζουμε μόνιμη σύνδεση, δηλαδή δεν χρειάζεται να κάνουμε κάτι ιδιαίτερο για να συνδεόμαστε κάθε φορά στο Internet, αφού η σύνδεση είναι συνεχώς ενεργή.

Σύνδεση μέσω modem

Δύο υπολογιστές μπορούν να συνδεθούν μεταξύ τους για τη μετάδοση δεδομένων μέσω μίας κοινής τηλεφωνικής γραμμής, αρκεί σε κάθε άκρο της γραμμής, πριν τον υπολογιστή, να παρεμβάλουμε μια συσκευή που ονομάζεται modem, η οποία μετατρέπει τα ψηφιακά δεδομένα σε μορφή κατάλληλη για μετάδοση μέσα από την τηλεφωνική γραμμή. Το modem στο ένα άκρο της γραμμής τηλεφωνεί στο άλλο κι έτσι αποκαθίσταται σύνδεση μεταξύ των δύο υπολογιστών, η οποία δεν είναι μόνιμη αλλά διαρκεί μέχρις ότου τα modem διακόψουν την τηλεφωνική κλήση. Μέσω του modem λοιπόν ο υπολογιστής, τηλεφωνεί σε έναν άλλον υπολογιστή που ανήκει στο δίκτυο του παροχέα και για όση ώρα διαρκεί η κλήση, ο υπολογιστής μας συνδέεται μαζί του άρα και με το Internet.

1.4 ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Μία από τις πλέον βασικές προσφορές του διαδικτύου σε όλους τους εμπλεκόμενους στο χώρο της υγείας είναι η πολύπλευρη υποστήριξη ενημέρωσης σε επιστημονικά και άλλα θέματα κυρίως μέσα από τον παγκόσμιο ιστό. Τελευταία έχει αρχίσει να αναπτύσσεται ένα ευρύ φάσμα εφαρμογών που βασίζονται στο διαδίκτυο και υποστηρίζουν δυναμικά τα εξής:

- § Νοσηλευτική –ιατρική πράξη
- § Νοσηλευτική εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση
- § Νοσηλευτική έρευνα
- § Ενημέρωση του πολίτη σε θέματα υγείας και ασθένειας
- § Διοίκηση και οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας

Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η δυνατότητα χρήσης μέσω διαδικτύου της βάσης δεδομένων Medline της Εθνικής Βιβλιοθήκης Ιατρικής των ΗΠΑ. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί διάφορες διαδικτυακές εφαρμογές για πρόσβαση στα περιεχόμενα της βάσης Medline όπου ιδιαίτερα δημοφιλής είναι σήμερα η εφαρμογή PubMed που προσφέρεται από την Εθνική Βιβλιοθήκη Ιατρικής των ΗΠΑ (Καλδούδη,2005).

1.5 ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΩΝ

Η συχνή χρήση του υπολογιστή, όπως συμβαίνει και με πολλές άλλες δραστηριότητες μπορεί να επιφέρει ποικίλα συμπτώματα όπως: επίμονη ή επαναλαμβανόμενη δυσφορία, πόνο στα μάτια και κεφαλαλγία, ενοχλήσεις στην πλάτη, φαγούρα, μούδιασμα και ακαμψία. Αυτού του είδους τα συμπτώματα μπορούν να συσχετιστούν με επίπονους τραυματισμούς ή τραυματισμούς με μόνιμες συνέπειες ή ανωμαλίες των νεύρων, των μυών, των τενόντων ή άλλων μερών του σώματος. Αυτές οι μυοσκελετικές ανωμαλίες (MSD) περιλαμβάνουν το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, την τενοντίτιδα, την τενοντοελυτρίτιδα, και άλλες ασθένειες (Λεόντιος και Γαβανά, 2006).

1. Πόνος στα μάτια και πονοκέφαλοι

Το κοίταγμα της οθόνης για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς διάλειμμα μπορεί να κουράσει τα μάτια και να προκαλέσει πονοκεφάλους. Η χρήση μιας καλής οθόνης που παράγει καθαρή εικόνα μπορεί να μειώσει αυτό το πρόβλημα.

Θα πρέπει να υπάρχει επαρκής φωτισμός. Εάν το φως είναι χαμηλό, θα έχετε αυξημένη λάμψη από την οθόνη. Αν είναι πολύ δυνατό, η οθόνη θα δείχνει θαμπή. Επίσης, δεν θα πρέπει να αντανακλάται κανένα φως στην οθόνη.

2. Επαναλαμβανόμενο Πιεστικό Σύνδρομο και Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα(RSI)

Το RSI (Repetitive Strain Injury) είναι κάτι που συμβαίνει όταν γίνεται συνεχώς η ίδια διαδικασία για μεγάλο χρονικό διάστημα, χρησιμοποιώντας τους ίδιους μυς. Το RSI και ειδικότερα το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, έχει συνδεθεί με την χρήση των πληκτρολογίων (Λεόντιος και Γαβανά 2006). Το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα οφείλεται στην πίεση και στο οίδημα που προκαλείται στο μέσο νεύρο που διαπερνά το καρπιαίο κανάλι. Το κανάλι αυτό βρίσκεται στο καρπό του χεριού και αποτελεί ένα στενό σωλήνα από όπου περνά το μέσο νεύρο και οι καμπτήρες τένοντες των δαχτύλων. Οι επαναλαμβανόμενοι μικροτραυματισμοί προκαλούν βλάβη στο κανάλι και κατά συνέπεια υποφέρει το μέσο νεύρο.

3. Πόνος στην πλάτη

Η παρατεταμένη "κακή" στάση του σώματος κατά την χρήση του υπολογιστή μπορεί να επιφέρει έντονη οσφυαλγία (Λεόντιος και Γαβανά, 2006). Για να αποφευχθούν οι πόνοι στην πλάτη η οθόνη θα πρέπει να είναι χαμηλότερα από το επίπεδο των ματιών, τα πόδια θα πρέπει να ακουμπάνε άνετα στο πάτωμα, ενώ οι καρποί να στηρίζονται κατά την πληκτρολόγηση και οι βραχίονες να είναι παράλληλοι με τα πόδια.

Ο επαρκής αερισμός είναι επίσης σημαντικός όταν γίνεται χρήση υπολογιστών. Οι υπολογιστές και οι οθόνες αποβάλλουν πολύ θερμότητα και κάνουν πολύ ξηρό τον γύρω αέρα. Αυτό μπορεί να ξηράνει τα μάτια και τον λαιμό μας και να μην αισθανόμαστε άνετα, εάν δεν υπάρχει αρκετός φρέσκος αέρας. Επίσης, μερικοί εκτυπωτές και φωτοτυπικά βγάζουν τοξικές αναθυμιάσεις, έτσι ώστε να είναι απαραίτητος ο καλός εξαερισμός, εάν βρίσκονται στο δωμάτιο όπου εργαζόμαστε (Λεόντιος και Γαβανά, 2006).

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Στα κείμενα πολλών αρχαίων πολιτισμών βρίσκουμε περιγραφές ασθενειών σχετικές με την κατάθλιψη. Στην Παλαιά Διαθήκη, ο βασιλιάς Σαούλ, που παρουσίαζε κλασικά συμπτώματα κατάθλιψης, βασανίζεται από ένα <<κακό πνεύμα >> και τελικά αυτοκτονεί (Kramlinger,2001). Τα αρχαία αγγλικά κείμενα αναφέρουν την μελαγχολία, που για αιώνες ήταν ο όρος που περιέγραφε τις διαταραχές της διάθεσης.

Οι πρώτες περιγραφές της κατάθλιψης χρονολογούνται στην εποχή του <<Πατέρα της Ιατρικής>> Ιπποκράτη τον 4^ο αιώνα π.Χ. Ο Ιπποκράτης πίστευε πως η ψυχική ασθένεια οφείλεται σε φυσικές αιτίες και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις. Για να ξεπεράσει κανείς την κατάθλιψη, ο Ιπποκράτης σύστηνε ισορρόπηση των συστημάτων του σώματος μέσω της χαλάρωσης και του υγιούς τρόπου ζωής – πράγματα που χρησιμοποιούνται και σήμερα ως μέρος μιας θεραπείας (Kramlinger,2001).

Στο πέρασμα των αιώνων, κι άλλοι φιλόσοφοι και γιατροί προσπάθησαν να ορίσουν και να κατανοήσουν την κατάθλιψη. Επειδή η λέξη με την γενική της χρήση είναι λίγο ασαφής, η ίδια η ασθένεια συνήθως ορίζεται και αναγνωρίζεται δύσκολα. Τα συμπτώματα της μπορεί να

μοιάζουν με τα συμπτώματα άλλων ασθενειών, ή μπορεί να οφείλονται σε στενοχώρια, στρες, προβλήματα ύπνου, γηρατειά ή υπερκόπωση.

Πολλοί άνθρωποι λένε ότι υποφέρουν από κατάθλιψη όταν νιώθουν λυπημένοι, μόνοι, πεσμένοι ή απελπισμένοι. Ωστόσο, η πραγματική κατάθλιψη είναι κάτι περισσότερο από την πεσμένη διάθεση ή μία περίοδο άγχους. Η ασθένεια που η ιατρική ορίζει ως κατάθλιψη διαφέρει πολύ από την συνηθισμένη λύπη ή απελπισία (Kramlinger,2001).

2.1 Ορισμός της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια εξαιρετικά διαδεδομένη ψυχιατρική διαταραχή η οποία παρότι έχει περιγραφεί εδώ και 2500 χρόνια περίπου, μόνο τα τελευταία έτη προσελκύει το ενδιαφέρον της δημόσιας υγείας, δεδομένου ότι η ανεπάρκεια που προκαλεί είναι εφάμιλλη και ίσως μεγαλύτερη από αυτή που προκαλείται από χρόνια νοσήματα όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια νεφρική νόσος. Επιπρόσθετα, νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η νοσηρότητα και η θνητότητα αυτών των νοσημάτων αυξάνουν ακόμη περισσότερο όταν συνυπάρχει η καταθλιπτική σημειολογία. Είναι μία διαταραχή που επηρεάζει την διάθεση, τις σκέψεις και συνήθως συνοδεύεται από σωματικές ενοχλήσεις. Επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου, τον ύπνο του, τον τρόπο που βλέπει τον εαυτό του και τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται. Η κατάθλιψη δεν είναι το ίδιο με το φυσιολογικό, καταθλιπτικό επεισόδιο που περνά γρήγορα και έχει μικρότερη ένταση. Στην κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και οδηγεί σε έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε πολλούς τομείς της ζωής του (Ευθυμίου και άλλοι, 2006).

2.2 ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Δεν υπάρχει ένας και μοναδικός λόγος που να ερμηνεύει την εκδήλωση της κατάθλιψης. Έρευνες ετών έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως το τελικό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυστασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Σύμφωνα με αυτήν τη θεώρηση οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη, αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. Παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης:

1. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος αυτού του κινδύνου οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταβίβαση χαρακτηριστικών όπως βιολογικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη (Καλογερόπουλος,2006). Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες, όπως βιολογικοί ή ψυχοκοινωνικοί.

2. ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κάποιες μη ψυχιατρικές παθήσεις που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και επηρεάζουν τη λειτουργία των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα, έχουν βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτερογενώς. Οι παθήσεις αυτές του ΚΝΣ είναι η νόσος του Parkinson, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Καλογερόπουλος, 2006). Άλλοι τέτοιοι παράγοντες είναι, ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων (Καλογερόπουλος, 2006). Επίσης, λοιμώξεις που δρουν στο ΚΝΣ (AIDS, λοιμώδης μονοπυρήνωση) αλλά και συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος (Σκαπινάκης, 2003). Σημαντικό ρόλο παίζουν και διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντιυπερτασικό Αλντομέτ (άλφα μεθυλντόπα) και το αλκοόλ (Σκαπινάκης, 2003). Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στη δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μία από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα σ' αυτόν τον αιώνα.

3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνουν:

A. Πρώιμες εμπειρίες που συσχετίζονται με κάποια σημαντική απώλεια όπως θάνατος αγαπημένου προσώπου ή διαζύγιο γονέων, που έχουν ζήσει τα άτομα σαν παιδιά και τις έχουν βιώσει ως έντονα αρνητικές. Έτσι το άτομο καθίσταται περισσότερο ευάλωτο σε ανάλογες εμπειρίες και αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανίσει κατάθλιψη ως απάντηση σ' αυτές.

B. Παράγοντες που δρουν αργότερα όπως μια σειρά γεγονότων ζωής είτε ψυχολογικών είτε κοινωνικών είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (απώλεια εργασίας, μετανάστευση) φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Βοσνιάδου, 1999).

Γ. Τρόπος σκέψης: Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να παραμορφώνουν τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σ' αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να διορθώσει αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (Βοσνιάδου, 1999).

2.3 ΕΙΔΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Παρακάτω αναφέρονται οι κύριοι τύποι καταθλιπτικών διαταραχών. Σύμφωνα με τον Ευθυμίου (2006) στα πλαίσια του κάθε τύπου υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον αριθμό των συμπτωμάτων, τη σοβαρότητα και την εμμονή τους.

- **Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή:** Εκδηλώνεται με ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να εργαστεί, να μελετήσει, να κοιμηθεί, να φάει και να απολαύσει ευχάριστες δραστηριότητες, όπως έκανε στο παρελθόν. Ένα

τέτοιο επεισόδιο κατάθλιψης μπορεί να συμβεί μόνο μία φορά, αλλά συνήθως συμβαίνει περισσότερες.

- **Δυσθυμική Διαταραχή:** Είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο εμφανίζει στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες και για τουλάχιστον δύο χρόνια. Δεν καθιστά το άτομο ανίκανο, όμως εξαιτίας της μακροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης δεν το αφήνει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά.
- **Διπολικές Διαταραχές (I και II) :** Στις διπολικές διαταραχές τα άτομα παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης και διαστήματα ευφορικής διάθεσης που ονομάζεται μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας, συχνά με διαταραγμένη σκέψη ή διαστήματα υπομανίας. Η υπομανία είναι ένα σύνδρομο παρόμοιο με τη μανία αλλά όχι τόσο βαρύ ή έντονο και δεν επηρεάζει τόσο σημαντικά την λειτουργικότητα. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπομανία αυξάνει την λειτουργικότητα του ατόμου και η φάση της υπομανίας βιώνεται από το άτομο σαν θετική εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, το βασικό στοιχείο της διπολικής διαταραχής I (που λεγόταν παλαιότερα μανιοκαταθλιπτική νόσος), είναι η παρουσία ενός ή περισσοτέρων μανιακών ή μεικτών επεισοδίων (το μεικτό επεισόδιο είναι συνδυασμός μανιακού και καταθλιπτικού επεισοδίου). Τα άτομα με διπολική διαταραχή I έχουν ένα ή και περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.
- Όσον αφορά τη διπολική διαταραχή II, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσοτέρων μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων που συνοδεύονται τουλάχιστον από ένα υπομανιακό επεισόδιο. Σε αντίθεση με το μανιακό επεισόδιο ένα υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό για να προκαλέσει έντονη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας. Η συμπεριφορά των ατόμων αυτών τις περισσότερες φορές δεν γίνεται αντιληπτή από τους άλλους ως προβληματική αντίθετα μπορεί να θεωρούνται άτομα ιδιαίτερα ζωντανά και ενεργητικά.
- **Κυκλοθυμική Διαταραχή:** Βασικό χαρακτηριστικό της είναι μία χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης που παρουσιάζει συνεχώς διακυμάνσεις. Έτσι, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον δύο ετών παρατηρούνται πολυάριθμες περίοδοι με υπομανιακά συμπτώματα καθώς και πολυάριθμες περίοδοι με καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν όμως ποτέ τα κριτήρια για μανιακό ή μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- **Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως:** - Η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή (δηλαδή η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων λίγες μέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης).
 - Η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια βαρύτητα με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).
 - Η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή (όπου τα συμπτώματα είναι μεν σημαντικής βαρύτητας, δεν διαρκούν όμως αρκετά ώστε να πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής).
 - Η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή, η εμφάνιση δηλαδή καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως συνέχεια ενός ψυχωτικού επεισοδίου.

2.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μία σειρά από συμπτώματα που επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου. Δεν είναι απαραίτητο κάποιος που έχει κατάθλιψη να παρουσιάζει όλα τα συμπτώματα της διαταραχής. Ορισμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν πολλά, ορισμένοι λιγότερα.

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρει σε κάθε άτομο, αλλά διαφοροποιείται και στο ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου.

Πιο συγκεκριμένα, τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη, είναι τα εξής:

- a. *Καταθλιπτική διάθεση* που διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα, για ένα διάστημα δύο εβδομάδων.
- b. *Απώλεια ευχαρίστησης και μείωση ενδιαφέροντος* για δραστηριότητες που στο παρελθόν το άτομο ήθελε, και του άρεσε να κάνει.
- c. *Άγχος* παρατηρείται ορισμένες φορές με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου.
- d. *Διαταραχές στον ύπνο*. Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται με διάφορους τρόπους. Έτσι μερικοί άνθρωποι με κατάθλιψη κοιμούνται πάρα πολλές ώρες, μερικοί δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, ενώ άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, δηλαδή ξυπνούν πολλές φορές στη διάρκεια της νύχτας ή δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν. Η πιο συνηθισμένη διαταραχή του ύπνου είναι η πρωινή αφύπνιση, στην οποία το άτομο ξυπνά πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.
- e. *Διαταραχή της όρεξης*. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης, με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους. Ωστόσο μπορεί σε μικρότερη συχνότητα να παρατηρηθεί το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αυξημένη όρεξη για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και κρίσεις βουλιμίας με υπερφαγικά επεισόδια.
- f. *Κόπωση, εξάντληση, απώλεια ενεργητικότητας*. Συχνά το άτομο παραπονιέται ότι αισθάνεται κόπωση ή εξάντληση, σαν όλη η ενέργεια ή η ζωτικότητα του να έχει φύγει. Μπορεί να παραμείνει σε αδράνεια για όλη τη διάρκεια της ημέρας.
- g. *Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης*. Ακόμη κι αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές, δεν το επιθυμεί και δεν του προκαλεί καμία ευχαρίστηση.
- h. *Έλλειψη ελπίδας, ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον*. Το άτομο τα βλέπει όλα αρνητικά και πιστεύει πως έτσι θα παραμείνουν.
- i. *Δυσκολία στη συγκέντρωση, τη σκέψη, τη μνήμη και την λήψη αποφάσεων*. Η ενόχληση με τις καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονη και επηρεάζει σε τέτοιο βαθμό τη συγκέντρωση ώστε συχνά τα άτομα με κατάθλιψη αναφέρουν δυσκολία στο διάβασμα ή στην παρακολούθηση τηλεόρασης.
- j. *Αίσθημα και σκέψεις ενοχής, αναξιοσύνης και χαμηλή αυτοεκτίμηση*. Σωματικά συμπτώματα που δεν ερμηνεύονται από ιατρικές εξετάσεις και δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία όπως: πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, κράμπες, ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, δυσκολία στην αναπνοή, πόνος στο στήθος.
- k. *Εμμονή σε σκέψεις θανάτου και ιδέες αυτοκτονίας*. Μερικές φορές το άτομο που έχει κατάθλιψη νιώθει τόσο απελπισμένο που κάνει σκέψεις αυτοκτονίας. Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή της κατάθλιψης. Σε άτομα με βαριά κατάθλιψη ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα αυξημένος.

Για να δοθεί η διάγνωση της κατάθλιψης χρειάζεται να υπάρχουν 5 από τα παραπάνω συμπτώματα. Σε αυτά θα πρέπει οπωσδήποτε να συμπεριλαμβάνεται το σύμπτωμα 1 ή το σύμπτωμα 2 (Καλογερόπουλος 2006, Ραγιά 2009).

2.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Από έρευνες που έχουν γίνει, κάθε χρόνο πάνω από 19.000.000 άνθρωποι εμφανίζουν κατάθλιψη (Καλογερόπουλος, 2006). Η κατάθλιψη κοστίζει 43 δισεκατομμύρια \$ ετησίως, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως, μέρες απουσίας από την εργασία, νοσήλια, φάρμακα, καθώς και πρόωρους θανάτους (Καλογερόπουλος, 2006). Κατά τη διάρκεια της ζωής τους το 20% των γυναικών και 12% των ανδρών θα εμφανίσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (Χαρτοκόλλης, 1991).

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι διπλάσιος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ανθρώπους κάθε ηλικίας, αλλά πιο συχνή είναι η εμφάνισή της στις ηλικίες μεταξύ 25-44 χρονών (Χαρτοκόλλης, 1991). Είναι μία κατάσταση η οποία είναι συχνά χρόνια. Αυτοί που εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα σε πέντε χρόνια (Καλογερόπουλος, 2006). Μετά από 3 καταθλιπτικά επεισόδια το ποσοστό επανεμφάνισης φθάνει το 90%. Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως, μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία.

Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης πρέπει να διαγιγνώσκονται και να θεραπεύονται νωρίς για να έχουν το καλύτερο αποτέλεσμα (Καλογερόπουλος, 2006).

2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Για τα περισσότερα άτομα που πολεμούν με την κατάθλιψη υπάρχει βοήθεια. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα και άλλες θεραπείες επιφέρουν συνήθως θεαματική πρόοδο στα συμπτώματα της κατάθλιψης μέσα σε μερικές εβδομάδες. Με τη κατάλληλη θεραπεία, περίπου 8 στα 10 καταθλιπτικά άτομα παρουσιάζουν βελτίωση (Kramlinger, 2001). Σε σύγκριση με το πόσο ανεπαρκώς αντιμετωπιζόταν η κατάθλιψη 100 χρόνια πριν, οι ερευνητές έχουν κάνει απίστευτες προόδους όσον αφορά τον έλεγχο αυτής της ασθένειας. Και όλα δείχνουν πως στο μέλλον η πρόοδος θα είναι μεγαλύτερη.

Υπάρχουν πολλές επιλογές για τη θεραπεία της κατάθλιψης, από τα φάρμακα μέχρι την ψυχοθεραπεία. Όπως η αιτία της κατάθλιψης μπορεί να σχετίζεται με κάποιον πολύπλοκο συνδυασμό παραγόντων, έτσι και η εύρεση της αποτελεσματικότερης θεραπείας μπορεί να είναι μία σύνθετη διαδικασία που απαιτεί χρόνο και επαγγελματική καθοδήγηση.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι συνήθως η πρώτη επιλογή για τη θεραπεία της κατάθλιψης, γιατί είναι αποτελεσματικά και γιατί τα νεότερα αντικαταθλιπτικά προκαλούν λιγότερες παρενέργειες από τα παλιά. Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών. Οι επιστήμονες δεν γνωρίζουν πως ακριβώς αυτά τα φάρμακα βελτιώνουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης, και ο μηχανισμός μπορεί να είναι διαφορετικός σε κάθε άνθρωπο (Ευθυμίου, 2006). Είναι γνωστό ότι τα αντικαταθλιπτικά επηρεάζουν τη δραστηριότητα των χημικών του εγκεφάλου που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές.

Όσο ισχυρά και αποτελεσματικά κι αν είναι αυτά τα φάρμακα, δεν φέρνουν πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επίσης δεν έχουν σε όλους την ίδια αποτελεσματικότητα. Ορισμένα άτομα μπορεί να ωφεληθούν εξαιρετικά από ένα συγκεκριμένο αντικαταθλιπτικό, άλλα λίγο, ενώ άλλα καθόλου. Μερικές φορές είναι απαραίτητη η χορήγηση άλλου καταθλιπτικού ή ένας συνδυασμός φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

2.6.1 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΙ ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες που χρησιμοποιούν τα νευρικά κύτταρα (νευρώνες) για να επικοινωνούν μεταξύ τους. Επομένως για να επικοινωνήσει ένας νευρώνας του εγκεφάλου με έναν άλλο, λαμβάνουν χώρα οι ακόλουθες διαδικασίες: Ο νευρώνας που στέλνει μήνυμα σε έναν άλλο νευρώνα απελευθερώνει πολλά αντίτυπα του ίδιου νευροδιαβιβαστή σε ένα μικρό κενό (σύναψη) ανάμεσα σε δύο κύτταρα.

Στη σύναψη, οι νευροδιαβιβαστές ενώνονται με τους υποδοχείς στο νευρώνα-αποδέκτη, όπως περίπου ένα κλειδί (νευροδιαβιβαστής) στην κλειδαριά (υποδοχέα). Αυτοί οι υποδοχείς βρίσκονται στο εξωτερικό κάλυμμα του νευρώνα-αποδέκτη. Όταν οι νευροδιαβιβαστές ενώνονται με τους υποδοχείς, ο νευρώνας-αποδέκτης παίρνει το μήνυμα από το νευρώνα-αποστολέα. Στη συνέχεια, ο νευρώνας-αποδέκτης απελευθερώνει νευροδιαβιβαστές ξανά στη σύναψη, όπου και παραμένουν μέχρι να επιστρέψουν στο νευρώνα-αποστολέα – μια διαδικασία που ονομάζεται επαναπρόσληψη. Μέσα στο νευρώνα-αποστολέα, οι νευροδιαβιβαστές συσσωρεύονται για μελλοντική χρήση ή διασπώνται από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοξειδάση.

Οι νευροδιαβιβαστές που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη. Ένας τρίτος νευροδιαβιβαστής, η ντοπαμίνη, ίσως παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στην ασθένεια (Kramlinger,2001).

2.6.2 Η λειτουργία των αντικαταθλιπτικών

Ο τρόπος με τον οποίο τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανακουφίζουν την κατάθλιψη είναι πολύπλοκος και όχι πλήρως κατανοητός. Οι γιατροί πιστεύουν ότι τα φάρμακα επηρεάζουν με πολλούς τρόπους την εγκεφαλική δραστηριότητα. Ένα συγκεκριμένο είδος αντικαταθλιπτικού μπορεί να εκτελέσει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Μπορεί να εμποδίσει την επαναπρόσληψη νευροδιαβιβαστών. Έτσι, οι νευροδιαβιβαστές μένουν στη σύναψη για περισσότερο χρόνο παραμένουν ενεργοί και συνεχίζουν την αποστολή μηνυμάτων.
- Μπορεί να εμποδίσει ορισμένους υποδοχείς χημικών πάνω στους οποίους λειτουργούν οι νευροδιαβιβαστές. Έτσι, ο νευρώνας-αποδέκτης δε λαμβάνει ορισμένα μηνύματα από το νευρώνα-αποστολέα.
- Μπορεί να εμποδίσει τα ένζυμα μονοαμινοξειδάσης που διασπών τους νευροδιαβιβαστές. Έτσι, συσσωρεύονται στη σύναψη ακόμα περισσότεροι νευροδιαβιβαστές, όπου είναι ελεύθεροι να συνεχίσουν την ένωση με τους υποδοχείς των νευρώνων-αποδεκτών (Μάνος,1997).

Ανάλογα με την επίδρασή τους στους εγκεφαλικούς νευροδιαβιβαστές, τα αντικαταθλιπτικά χωρίζονται σε 5 ομάδες:

- Αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης
- Αναστολείς επαναπρόσληψης διαφόρων νευροδιαβιβαστών
- Αναστολείς υποδοχέα
- Αναστολείς επαναπρόσληψης και αναστολείς υποδοχέα

Ανάλογα με τη μορφή της κατάθλιψης που υπάρχει και αν η κατάθλιψη συνοδεύεται και από άλλη πάθηση, ο γιατρός μπορεί να συστήσει ένα δεύτερο φάρμακο σε συνδυασμό με ένα αντικαταθλιπτικό για να θεραπεύσει την ασθένεια.

2.6.3 ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΤΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι σταθεροποιητές διάθεσης χορηγούνται σε περίπτωση διπολικής διαταραχής, η οποία προκαλεί μεταπτώσεις ανάμεσα σε κατάθλιψη και μανία. Τα δύο είδη σταθεροποιητών διάθεσης είναι το λίθιο και τα αντισπασμωδικά.

Λίθιο: Είναι μία φυσική ουσία που υπάρχει σε μικρές ποσότητες ορισμένων χωμάτων και μεταλλικών πηγών. Ελέγχει τη μανία, ανακουφίζει τη λύπη και εμποδίζει τις μεταπτώσεις της διάθεσης από το ένα άκρο στο άλλο. Χρησιμοποιείται στην Αμερική για τη θεραπεία των διπολικών διαταραχών από το 1974. Ο ακριβής τρόπος λειτουργίας του παραμένει μυστήριο, αλλά βελτιώνει τα συμπτώματα στο 60-80% των ατόμων με κατάθλιψη (Μάνος, 1997).

Αν ασθενείς παίρνουν αυτό το φάρμακο, θα πρέπει να μετρούν τα επίπεδα του λιθίου στο αίμα, για να προσαρμόζει ο γιατρός ανάλογα τη δόση. Ορισμένα φάρμακα αυξάνουν την ποσότητα λιθίου στο αίμα. Αυτά είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs), όπως η ιβουπροφαίνη (Advil, Mortin, Nuprin), η κετοπροφαίνη (Actron, Orudis) και η ναπροξένη (Aleve). Ορισμένα φάρμακα για την υπέρταση, όπως η υδροχλωροθειαζίδη (HydroDiuril, Microzide) και οι αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου αγγειοτενσίνης (ACE) που επηρεάζουν επίσης τα επίπεδα λιθίου (Μάνου, 1997). Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες του λιθίου είναι η ναυτία, η διάρροια, η κόπωση, η σύγχυση και το τρέμουλο των χεριών. Σπανιότερα, προκαλεί δίψα και συχνοουρία. Ορισμένα από αυτά τα συμπτώματα υπάρχουν ύστερα από μερικές μέρες, αλλά η δίψα, η συχνοουρία και το τρέμουλο των χεριών μπορεί να επιμείνουν.

Αντισπασμωδικά: Το βαλπροϊκό οξύ (Depakote) και η καρβαμαζεπίνη (Carbatrol, Tegretol) είναι αντισπασμωδικά φάρμακα που χορηγούνται κυρίως σε περίπτωση σπασμωδικών διαταραχών (επιληψία). Θεραπεύουν επίσης και τη διπολική διαταραχή. Το βαλπροϊκό οξύ ή η καρβαμαζεπίνη είναι αποτελεσματικά ακόμα και στις περιπτώσεις όπου έχει αποτύχει το λίθιο, όπως στη γρήγορη κυκλική διπολική διαταραχή. Τα άτομα με αυτή τη μορφή διαταραχής παρουσιάζουν τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια διάθεσης το χρόνο. Σε πολλές περιπτώσεις, το βαλπροϊκό οξύ ή η καρβαμαζεπίνη χορηγούνται σε συνδυασμό με λίθιο. Ο τρόπος όμως που τα αντισπασμωδικά βοηθούν τη διπολική διαταραχή είναι άγνωστος.

Όπως και άλλα φάρμακα, έτσι και τα αντισπασμωδικά προκαλούν παρενέργειες. Το βαλπροϊκό οξύ προκαλεί νάρκωση, αυξημένη όρεξη, αύξηση βάρους και πεπτικά προβλήματα. Η λήψη του φαρμάκου με φαγητό βοηθά στη μείωση των πεπτικών προβλημάτων. Οι παρενέργειες της καρβαμαζεπίνης είναι η υπνηλία, η ζαλάδα, η σύγχυση, οι πονοκέφαλοι και η ναυτία. Μία από τις πιο συνηθισμένες παρενέργειες είναι ένα δερματικό εξάνθημα που συνήθως υποχωρεί μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Τα φάρμακα αυτά μερικές φορές προκαλούν ηπατικά προβλήματα σε ορισμένα άτομα. Μία άλλη ίσως σοβαρή παρενέργεια της καρβαμαζεπίνης είναι η μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων. Συχνά η μείωση αυτή είναι μικρή αλλά μερικές φορές μπορεί να είναι σημαντική αυξάνοντας τον κίνδυνο μόλυνσης. Τα σύγχρονα αντισπασμωδικά φάρμακα που μελετώνται για τη θεραπεία της διπολικής διαταραχής είναι η γαβαπεντίνη (Neurontin) και η λαμοτριγίνη (Lamictal) (Kramlinger, 2001).

2.6.4 ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ

Η κατάθλιψη και το άγχος συνήθως παρουσιάζονται ταυτόχρονα. Τα αντικαταθλιπτικά ειδικά τα SSRI's ή η μιτραζαπίνη συνήθως ελέγχουν το άγχος και θεραπεύουν την κατάθλιψη. Τα ηρεμιστικά που ονομάζονται βενζοδιαζεπίνες δρουν γρήγορα συνήθως μέσα σε τριάντα με ενενήντα λεπτά μειώνοντας το άγχος. Ωστόσο αυτά τα φάρμακα έχουν δύο βασικά μειονεκτήματα: εθίζουν τον οργανισμό αν λαμβάνονται περισσότερο από μερικές εβδομάδες και δεν είναι αποτελεσματικά στον έλεγχο της κατάθλιψης. Για αυτούς τους λόγους, οι γιατροί συνήθως τα χορηγούν για πολύ περιορισμένο διάστημα μόνο και μόνο ώστε ο ασθενής να ξεπεράσει μια περίοδο άγχους ή μέχρι να δράσει αποτελεσματικά το αντικαταθλιπτικό.

Τα πιο συνηθισμένα ηρεμιστικά που ελέγχουν το άγχος είναι η αλπραζολάμη, η χλωροδιαζεπροξίδη, η κλοναζεπάμη, η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη. Τα ηρεμιστικά προκαλούν ζαλάδα, έλλειψη ισορροπίας και μειωμένο μυϊκό συγχρονισμό. Οι μεγάλες δόσεις και η μακροχρόνια χρήση τους επηρεάζουν την μνήμη. Η δόση πρέπει να μειώνεται σταδιακά διότι έτσι μειώνονται και τα στερητικά συμπτώματα όπως η ναυτία, η απώλεια όρεξης, η ευερεθιστότητα, η αϋπνία, ο πονοκέφαλος, η ζαλάδα και το τρέμουλο (Kramlinger,2001).

2.6.5 ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα χορηγούνται σε σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης που συνοδεύεται από ψύχωση, μία πάθηση κατά την οποία το άτομο έχει παραισθήσεις ή αυταπάτες . Μερικά από τα πιο συνηθισμένα είναι η αλοπεριδόλη, η ολανζαπίνη, η κετιαπίνη, η ρισπεριδόνη, η θειοριζαδίνη, η τριφθοροπερατίνη και η ζιπρασιδόνη (ΕΟΦ,2007). Τα αντιψυχωσικά εμποδίζουν τις επιδράσεις του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη, που έχουν σχέση με την ψύχωση. Τα φάρμακα είναι συνήθως αποτελεσματικά αλλά προκαλούν παρενέργειες σε ορισμένα άτομα, όπως αύξηση του βάρους, ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα, υπνηλία και τάση για εγκαύματα στον ήλιο (ΕΟΦ,2007).

Περιστασιακά τα αντιψυχωσικά φάρμακα προκαλούν ακούσιες συσπάσεις των μικρών μυών του προσώπου, δηλαδή των χειλιών, της γλώσσας και μερικές φορές και άλλων τμημάτων του σώματος. Αυτό συμβαίνει συχνότερα με τα παλαιότερα αντιψυχωσικά ύστερα και από μακροχρόνια χορήγηση των φαρμάκων(Kramlinger,2001).

3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Νοσηλευτική είναι Επιστήμη και Τέχνη. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Ως επιστήμη υγείας, αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος και ενσωματώνει:

-Την προαγωγή της υγείας

-Την πρόληψη της νόσου

-Την φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας (Σαββοπούλου,2006).

ΤΟΜΕΙΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ)
2. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Κ.Υ.-Ε.Ι.)
3. Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (Νοσοκομεία)

3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η υψηλή κατάρτιση και εκπαίδευση των νοσηλευτών παρέχεται σε τριτοβάθμιο επίπεδο, στα πανεπιστήμια και ΤΕΙ (Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα).

Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα δίδεται κατά κύριο λόγο από επτά σχολές των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων(Τ.Ε.Ι) της χώρας. Η φοίτηση διαρκεί 4 χρόνια δηλαδή οχτώ εξάμηνα. Το πρόγραμμα προσφέρει εκπαιδευτική προετοιμασία που βασίζεται αφενός μεν στις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες αφετέρου δε στην διδασκαλία κλινικής νοσηλευτικής και εμπειρία στις υπηρεσίες υγείας, που καλύπτουν όλα τα στάδια και τις φάσεις της ζωής του ατόμου που εντοπίζεται ανά πάσα στιγμή στον άξονα «υγεία- ασθένεια». Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης μπορούν να συνεχίσουν στα πανεπιστήμια της Ευρώπης και της Ελλάδος τώρα-για MASTER'S στην νοσηλευτική, στις ειδικότητες Παθολογικής- Χειρουργικής Νοσηλευτικής, Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Νοσηλευτικής Διοίκησης, Ογκολογικής Νοσηλευτικής αλλά και να διεξάγουν έρευνες για να επιλύσουν σημαντικά προβλήματα ή για να επανεπιλύσουν προβλήματα για τα οποία υπάρχουν αμφιβολίες για την ορθότητα της λύσης που έχει δοθεί μέχρι στιγμής.

Στο πανεπιστήμιο της Αθήνας και Σπάρτης λειτουργούν Νοσηλευτικές Σχολές με τετραετές πρόγραμμα. Οι απόφοιτοι πτυχιούχοι Νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Π.Ε) και Τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε) έχουν την δυνατότητα να συνεχίσουν για το πτυχίο επιπέδου MASTER'S στις ειδικότητες που αναφέραμε παραπάνω και για διδακτορικό στην νοσηλευτική σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σήμερα ο προσανατολισμός και των δύο προγραμμάτων είναι περισσότερο η θεωρητική κατάρτιση των νοσηλευτών σε σχέση με την κλινική τους άσκηση.

Σκοπός της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης είναι η προετοιμασία ενός νοσηλευτή που οφείλει να ερευνήσει θεωρητικά αλλά και τεχνικά, ώστε να είναι έτοιμος να προσφέρει τις γνώσεις του και την εμπειρία του, τόσο στο υγιές όσο και στο άρρωστο άτομο διδάσκοντας, ενημερώνοντας, επισημαίνοντας έγκαιρα συμπτώματα, βοηθώντας την θεραπεία, την αποκατάσταση και την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, μετά την διαταραχή που προκάλεσε η αρρώστια ή το ατύχημα (Σαββοπούλου, 2006).

3.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

ΥΓΕΙΑ: Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση της σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα, καθώς και να ικανοποιείται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά και επιτεύγματά του (Παπαγεωργίου, 2009).

ΝΟΣΟΣ: Ο όρος νόσος (disease) αναφέρεται σε κάθε διαταραχή που εντοπίζεται σε οργανικό επίπεδο και προκαλεί παθολογικές βλάβες στον οργανισμό. Η νόσος διαπιστώνεται από την εκδήλωση αρχικά υποκειμενικών συμπτωμάτων και κατόπιν από την έναρξη αντικειμενικών ευρημάτων, αποτέλεσμα της επισταμένης εξέτασης και της διενέργειας επιστημονικών εξετάσεων. Η νόσος δηλαδή επιβεβαιώνεται με επιστημονικές αποδείξεις (Δαρβίρη, 2010).

ΑΣΘΕΝΕΙΑ (sickness): Η ασθένεια τοποθετείται στο κοινωνικό επίπεδο, και αναφέρεται σε καταστάσεις κοινωνικής δυσλειτουργίας, που προκύπτει ως αποτέλεσμα κάποιας αρρώστιας (Δαρβίρη, 2010).

ΑΡΡΩΣΤΙΑ (illness): Η αρρώστια αποτελεί την διαταραχή η οποία εκφράζεται σε λειτουργικό επίπεδο και αποτελεί την υποκειμενική έκφραση της εμπειρίας της απώλειας της υγείας (Δαρβίρη, 2010).

4. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ)

Μία έρευνα που δημοσιεύεται στις 19 Ιανουαρίου 2011 στο ιατρικό περιοδικό Pediatrics έδειξε ότι όταν κάποιος περνά πολλές ώρες μπροστά στην οθόνη του υπολογιστή του, ίσως έχει κατάθλιψη. Ειδικοί από την Ελβετία έχουν επισημάνει πως όταν κάποιος αρνείται να μπει στο Internet, τότε και αυτός κινδυνεύει από κατάθλιψη (Belanger και άλλοι, 2011).

Οι ερευνητές Richard E. Belanger (MD), Christina Akre (MA), Andre Berchtold (Phd) και Pierre-Andre Michaud(MD) από το ίδρυμα κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής του πανεπιστημίου της Λοζάννης, διευκρίνισαν πως δεν πρέπει να ενοχοποιηθεί το ίδιο το Internet για την ψυχική κατάσταση των νέων, καθώς βρέθηκαν έφηβοι οι οποίοι δεν περνούσαν καθόλου ώρα στον υπολογιστή τους και παρόλα αυτά εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης.

Οι Ελβετοί ειδικοί τόνισαν ότι τόσο η πολύ συχνή χρήση του διαδικτύου, όσο και η πολύ αραιή μέχρι μηδαμινή, μπορεί απλώς να δείξει ότι ένας έφηβος περνάει μια δύσκολη φάση και κινδυνεύει με κατάθλιψη. Οι ερευνητές μελέτησαν 7.200 άτομα ηλικίας 16-20 ετών καταμετρώντας πόση ώρα είναι στο ίντερνετ, ενώ παράλληλα υποβλήθηκαν σε ψυχολογικά τεστ. Όσοι νέοι βρίσκονταν online περισσότερες από 2 ώρες την ημέρα, θεωρήθηκαν συχνοί χρήστες, ενώ όσοι συνδέονταν στο διαδίκτυο λιγότερο από 2 ώρες ημερησίως, θεωρήθηκαν κανονικοί χρήστες .

Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι νέοι ανήκαν στην ομάδα των <<κολλημένων>> χρηστών αλλά και όσοι δεν συνδέονταν σχεδόν ποτέ, ήταν πιο πιθανό να έχουν συμπτώματα κατάθλιψης. Ειδικότερα όσον αφορά τα αγόρια τακτικούς χρήστες ή μη χρήστες, είχαν περίπου 35% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζουν μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σχέση με τους κοινούς χρήστες.

Στα κορίτσια, η πολύ συχνή χρήση εμφανίζεται να αποτελεί ακόμα πιο σαφή δείκτη κατάθλιψης, καθώς όσες ήταν πιο φανατικές χρήστες είχαν 86% περισσότερες πιθανότητες κατάθλιψης, ενώ όσες δεν χρησιμοποιούσαν καθόλου ή πολύ αραιά το διαδίκτυο, ήταν 46% πιθανότερο να έχουν κατάθλιψη, σε σχέση με τα κορίτσια που έκαναν κανονική χρήση του

διαδικτύου. Τα παραπάνω ευρήματα ισχύουν ανεξάρτητα από το οικογενειακό εισόδημα των νέων από άλλα χρόνια προβλήματα υγείας.

Οι ερευνητές ανέφεραν ότι δεν είναι ξεκάθαρο γιατί τόσο η πολύ συχνή, όσο και η πολύ αραιή χρήση του διαδικτύου δείχνουν εξίσου ότι οι νέοι βρίσκονται προ κατάθλιψης. Μια εξήγηση είναι ότι εφόσον, στην εποχή του face book, οι περισσότεροι έφηβοί μπαίνουν στο διαδίκτυο για να συνδεθούν με τους φίλους τους, είναι πιο απομονωμένοι κοινωνικά και ψυχικά από τους γύρω τους.

Από την άλλη, για λόγους που δεν έγιναν σαφείς, η έντονη χρήση του ίντερνετ, όπως έχουν δείξει και άλλες έρευνες, σχετίζεται με νοητικά και ψυχολογικά προβλήματα των νέων, χωρίς να είναι πάντα σαφές πιο από τα 2 προηγείται τα συμπτώματα κατάθλιψης ή το online κόλλημα (Belanger και άλλοι, 2011).

Σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Σιώμος και άλλοι (2009) και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Ψυχιατρική, έλαβαν μέρος 482 μαθητές της πόλης των Τρικάλων, που αποτελεί την πρώτη διαδικτυακή πόλη της Ελλάδας, και 907 μαθητές της πόλης της Λάρισας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το πρώτο τρίμηνο του έτους 2006. Η επιλογή των δειγμάτων έγινε με τυχαιοποιημένη ενστρωματομένη δειγματοληψία. Οι μαθητές οι οποίοι ανέφεραν την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή συμπλήρωσαν την κλίμακα ΚΕΕΦΥ (Κλίμακα Εθισμού Των Εφήβων Στους Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές) η οποία προέκυψε από το internet addiction test των 20 ερωτήσεων. Τέσσερις παράγοντες προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση οι οποίοι καθορίζουν το 59,15% της διακύμανσης της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας. Η έρευνα αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια στον ελλαδικό χώρο δημιουργίας και εφαρμογής ενός αξιόπιστου εργαλείου για τη μέτρηση του εθισμού των εφήβων στους Η/Υ (Σιώμος και άλλοι, 2009).

Από τους 482 μαθητές του δείγματος των Τρικάλων, οι 116 (24,1%) δεν κάνουν χρήση Η/Υ, ενώ 366 (75,9%) χρησιμοποιούν. Από αυτούς που χρησιμοποιούν τα 200 (54,6%) είναι αγόρια και τα 166 (45,4%) κορίτσια, το 47,3% είναι μαθητές Γυμνασίου και το υπόλοιπο 52,7% μαθητές Λυκείου. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών είναι στα 11,4 έτη (τυπική απόκλιση $SD=2,43$), ενώ τα χρόνια χρήσης 4,05 ($SD=2,22$). Το 30,9% των χρηστών χρησιμοποιεί τους Η/Υ καθημερινά και το 52,7% εβδομαδιαίως, γεγονός που ανεβάζει το ποσοστό των εφήβων που χρησιμοποιούν τους Η/Υ τουλάχιστον σε εβδομαδιαία βάση στο 83,6%. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της υψηλής βαθμολογίας στην κλίμακα ΚΕΕΦΥ και αποτελεί το δείκτη εθισμού των Ελλήνων εφήβων στους Η/Υ και της συχνότητας χρήσης σε αυτούς (Kendall's Tau-a=0,3 , $P<0,001$).

Επίσης, θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της υψηλής βαθμολογίας στην κλίμακα ΚΕΕΦΥ και στα έτη χρήσης των Η/Υ (Spearman's $s=0,286$, $p<0,001$), ενώ αρνητική συσχέτιση με την ηλικία έναρξης της χρήσης (Spearman's $s=-0,165$, $p<0,01$).

Το δείγμα των μαθητών της Λάρισας αποτελείται από 907 μαθητές εκ των οποίων 733 χρησιμοποιούσαν Η/Υ. Από αυτούς οι 367 (50,7%) ήταν αγόρια και 357 (49,3%) κορίτσια, το 51,1% ήταν μαθητές Γυμνασίου και το 48,9% μαθητές Λυκείου με μέσο όρο ηλικίας έναρξης της χρήσης Η/Υ τα 11,6 χρόνια ($SD=2,31$) και χρόνων χρήσης 4,21 χρόνια ($SD=2,40$). Το 28,3% των χρηστών χρησιμοποιεί Η/Υ καθημερινά και το 49% εβδομαδιαία. Αντίστοιχα με

το δείγμα των Τρικάλων ως προς τη βαθμολογία στην συνολική κλίμακα ΚΕΕΦΥ ήταν τα αποτελέσματα και στους δείκτες του δείγματος της Λάρισας.

Τέλος, ο Lawrence T. Lam (PhD) - ερευνητής από την ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Notre Dame στο Σίδνεϋ και ο Zi- Wen Peng (Msc) – ερευνητής της σχολής δημόσιας υγείας του πανεπιστημίου Σουν Γιατ-Σεν στην πόλη Γκουανγκζού της Κίνας, σε έρευνα που έκαναν το 2010, η οποία διεξήχθη στην Κίνα, μελέτησαν 1041 εφήβους ηλικίας 13 έως 18 ετών και βρήκαν ότι οι έφηβοι που περνούν πολλές ώρες της ημέρας μπροστά στην οθόνη του υπολογιστή σερφάροντας στο internet αντιμετωπίζουν 1.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σύγκριση με όσους σερφάρουν με μέτρο.

Στην αρχή της μελέτης κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έπασχε από κατάθλιψη. Εννέα μήνες αργότερα 84 παιδιά εμφάνισαν κατάθλιψη και όπως φάνηκε, όσα εξ αυτών ασχολούνταν υπερβολικά με το internet (τουλάχιστον 5 έως και περισσότερες από 10 ώρες την ημέρα) είχαν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν την ψυχική νόσο. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εκφράζονταν με ευερεθιστότητα και επιθετικότητα όταν το παιδί δεν βρισκόταν στο internet καθώς και με έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι εθισμένοι στο internet έφηβοι ήθελαν μόνο να σερφάρουν ή να παίζουν παιχνίδια στον υπολογιστή και δεν ενδιαφέρονταν να δουν τους φίλους, τους γονείς και τα αδέρφια τους.

Όπως ανέφερε ο επικεφαλής της μελέτης Lawrence T. Lam από το πανεπιστήμιο Notre Dame στο Σίδνεϋ, είναι πιθανό η κατάθλιψη να είναι το αποτέλεσμα της έλλειψης ύπνου καθώς και του έντονου στρες που εμφανίζουν οι έφηβοι παίζοντας ανταγωνιστικά παιχνίδια online. Ο ερευνητής προσέθεσε ότι η συγκεκριμένη μελέτη είναι η πρώτη που διερευνά την παθολογική χρήση του internet ως αιτία κατάθλιψης (Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβρη και Νοέμβριο του 2012, και διεξήχθη στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Ήταν μία περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να διαπιστώσει και να συγκρίνει τις απόψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής όσον αφορά τη σχέση του διαδικτύου με την κατάθλιψη.

2.2 Σχεδιασμός

Η έρευνα υγείας αποτελεί τη διαδικασία που επιτρέπει την απόκτηση συστηματικής γνώσης και τεχνολογίας η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση της ατομικής και συλλογικής υγείας.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε έτοιμο ερωτηματολόγιο , αξιόπιστο, το οποίο έχει ήδη χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν και από άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Για τον εντοπισμό των γνωστικών, συναισθηματικών, συμπεριφορικών και σωματικών εκδηλώσεων της κατάθλιψης των σπουδαστών νοσηλευτικής χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα κατάθλιψης του A.T Beck (Beck Depression Inventory). Η κλίμακα περιλαμβάνει 21 θέματα, το καθένα από τα οποία ανάλογα με τη σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε μία κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Τα θέματα αφορούν θλίψη(λύπη), απαισιοδοξία-αποθάρρυνση, αίσθημα αποτυχίας, έλλειψη ικανοποίησης, ενοχή, προσδοκία τιμωρίας, απέχθεια προς τον εαυτό, αυτομομφή, ιδέες αυτοκτονίας, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, εικόνα του σώματος, εργασιακή επιβράδυνση, αϋπνία, εύκολη κούραση, ανορεξία, απώλεια βάρους, σωματική ενασχόληση, απώλεια της λίμπιντο.

Όσον αφορά την βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου του Beck, το ελάχιστο όριο που μπορεί να συγκεντρώσει κάποιος που απαντά το ερωτηματολόγιο είναι το 0 βαθμοί και το ανώτατο όριο είναι 63 βαθμοί. Η βαθμολογία ορίζεται ως εξής : 0-9 καθόλου κατάθλιψη, 10-15 ελαφριά κατάθλιψη, 16-23 μέτρια κατάθλιψη και τέλος >24 σοβαρή κατάθλιψη.

Το ερωτηματολόγιο αυτό ήταν στην αγγλική γλώσσα και για να γίνει προσιτό και κατανοητό από κάθε σπουδαστή του δείγματος που επιλέχτηκε υπέστη κάποια επεξεργασία. Η επεξεργασία αφορά μόνο στη γλώσσα γραφής του κειμένου και δεν επηρεάστηκε ούτε στο ελάχιστο το περιεχόμενό του. Τη μετάφραση του ερωτηματολογίου την εντοπίσαμε στο διαδίκτυο αναρτημένη από το ψυχολόγο-ψυχίατρο Σταύρο Κόκκα, μετά από αναζήτηση, ο οποίος το χρησιμοποιεί επαγγελματικά για τους ασθενείς του ως ερωτηματολόγιο αυτοαξιολόγησης της κατάθλιψης.

Ωστόσο, για την σύνδεση της κατάθλιψης με το διαδίκτυο δημιουργήσαμε ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την καταμέτρηση της χρήσης του Internet στους φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 14 ερωτήσεις οι οποίες κατασκευάστηκαν με την βοήθεια του επόπτη καθηγητή μας Δρ. Μπακάλη Νικόλαο.

Περιγραφικός είναι ο σχεδιασμός που χρησιμοποιήθηκε. Σύμφωνα με την Σαχίνη- Καρδάση (2004) τα περιγραφικά σχέδια έρευνας περιγράφουν διάφορες μεταβλητές, συγκρίνουν ομάδες υποκειμένων για κάποια συγκεκριμένη μεταβλητή, δείχνουν συσχετίσεις ανάμεσα σε

δύο ή περισσότερες μεταβλητές και προλέγουν συμπεριφορά με βάση την γνώση για μία ή περισσότερες άλλες μεταβλητές. Δεν μπορούν να δοκιμάσουν αν μια μεταβλητή προκαλεί αλλαγές σε άλλη γιατί σε αυτές δεν είναι δυνατός ο χειρισμός της ανεξάρτητης μεταβλητής. Επίσης, μελετούν τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται σε μία κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Η ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει τη συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών, συνήθως υπό συνθήκες αξιοσημείωτου ελέγχου, και την ανάλυση αυτών των πληροφοριών με χρήση στατιστικών διαδικασιών (Σαχίνη- Καρδάση, 2004). Η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους πληθυσμού και η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης καθιστούν την ποσοτική ως την πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας για τη μελέτη κοινωνικών φαινομένων (Κυριαζή, 2002). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια με συνολικά 36 ερωτήσεις.

2.3 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος αφού πρώτα στάλθηκε επιστολή στην Προϊσταμένη του Τμήματος, επεξηγώντας τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής πληροφοριών και ζητώντας άδεια προσέγγισης των φοιτητών Νοσηλευτικής. Στην συνέχεια, αφού δόθηκε η έγκριση για την πραγματοποίηση της έρευνας ελέγχθηκε το πρόγραμμα σπουδών ώστε να επιλεγούν τα μαθήματα που η παρουσία των φοιτητών ήταν υποχρεωτική με αποτέλεσμα να έχουμε ένα ικανοποιητικό δείγμα.

Το δείγμα συλλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Μετά από συνεννόηση από τους καθηγητές των μαθημάτων, τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους φοιτητές. Διευκρινιζόταν ότι πρώτον, η συμμετοχή ήταν ανώνυμη και εθελοντική και δεύτερον, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν από 10-15 λεπτά. Ερωτήσεις κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους φοιτητές δεν έγιναν.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα έντυπό που περιέχει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων οι οποίες παρουσιάζονται σε μία συγκεκριμένη σειρά και στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά (Ζαφειρίου, 2003). Επιπρόσθετα, μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και αναλυθεί εύκολα (Cormack,2000). Ο Ζαφειρίου (2003) παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου:

- Στοιχίζουν πολύ φθηνότερα από τις συνεντεύξεις.
- Μπορούν να σταλούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων.
- Είναι εύκολη η κατασκευή και η χρήση του.
- Οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα (έλλειψη άμεσης επικοινωνίας).
- Τυποποιημένοι τρόποι ανάλυσης του υλικού.
- Ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις.

- Είναι λιγότερο χρονοβόρα μέθοδος.

Παρότι το ερωτηματολόγιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, τα παρακάτω μειονεκτήματα σύμφωνα με την Μέλλου (2008) είναι:

- Δεν είναι βέβαιο ότι θα απαντήσει στο ερώτημα (είναι πιθανό να μην συμπεριληφθούν όλες οι σωστές απαντήσεις).
- Μπορεί να οδηγήσει σε μεροληπτικά αποτελέσματα.
- Διαφορετικός βαθμός απόκρισης (παρανοήσεις/ παρερμηνείες).
- Πρέπει να συμπληρωθεί σωστά την πρώτη φορά (είναι δύσκολο να συμπληρωθούν τα κενά πεδία εκ των υστέρων).

Το ερωτηματολόγιο θεωρείται από την βιβλιογραφία η κατάλληλη μέθοδος συλλογής δεδομένων όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα ως οργάνου μέτρησης. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήσαμε περιλάμβανε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο ψυχολογικής διάθεσης του Beck, το οποίο αποτελείται από 22 ερωτήσεις κλειστού τύπου, το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο για την χρήση διαδικτύου το οποίο αποτελείται από 11 ερωτήσεις κλειστού τύπου, ενώ στο τρίτο μέρος περιλαμβάνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα απαρτίζεται από 33 διχοτομικές ερωτήσεις. Διχοτομικές ονομάζονται οι ερωτήσεις αυτές που επιτρέπουν στον ερωτώμενο να επιλέξει μόνο μία από τις απαντήσεις που δίνονται. Είναι πολύ ξεκάθαρες και για αυτό ακριβώς η επεξεργασία είναι πολύ πιο εύκολη (Javeau, 2000).

Για να υπάρχουν ερευνητικές μελέτες με έγκυρα αποτελέσματα, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή τους ερευνητικά εργαλεία, τα οποία προηγουμένως έχουν ελεγχθεί για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Γι' αυτό, κάθε ερευνητής όταν μελετά μια έρευνα, εστιάζει στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα του οργάνου μέτρησης της μελέτης. Η αξιοπιστία αναφέρεται στη συνέπεια μέσω της επαναληπτικότητας και της αναπαραγωγισιμότητας μιας σειράς μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, στη συνοχή και στην ομοιογένεια ενός εργαλείου μέτρησης, καθώς και στο βαθμό που είναι απαλλαγμένο από το τυχαίο σφάλμα. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας γίνεται με τον έλεγχο-επανελέγχο, την αξιοπιστία εναλλακτικών τύπων, την αξιοπιστία των ημίκλαστων ή ημίσεων, την εσωτερική συνοχή, τις μετρήσεις του ίδιου παρατηρητή/βαθμολογητή και τις μετρήσεις μεταξύ παρατηρητών/βαθμολογητών.

Η εγκυρότητα αφορά στην εκτίμηση, του κατά πόσο ένα εργαλείο μέτρησης μετράει αυτό για το οποίο υποστηρίζει ότι σκοπεύει να μετρήσει και συνδέεται με την ύπαρξη του συστηματικού σφάλματος. Ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης που επιλέγεται να εκτιμηθεί η εγκυρότητα ενός εργαλείου μέτρησης χρησιμοποιούνται διαφορετικοί τύποι εγκυρότητας, όπως «περιεχομένου», «όψης», «συντρέχουσα- προβλεπτική» (με βάση κάποιο κριτήριο) και «εννοιολογικής κατασκευής» (παραγοντική, μέθοδος των γνωστών ομάδων, συγκλίνουσα, αποκλίνουσα ή διακρίνουσα) εγκυρότητα (Ουζούνη και Νακάκης, 2011).

Όσον αφορά την εγκυρότητα του BDI, η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου αλλά και με βάση τις αμερικανικές πηγές η αξιοπιστία της κλίμακας κρίνεται υψηλή (Σταλίκας και άλλοι, 2002), αλλά και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου κρίνεται ικανοποιητική αφού το μεν BDI είναι ένα σταθμισμένο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία,

το δεύτερο μέρος που κατασκευάστηκε χρησιμοποιήθηκε τόσο η βιβλιογραφία όσο και μια ομάδα καθηγητών Νοσηλευτικής που εξέτασε τη σύνταξη, δομή και το περιεχόμενο των ερωτήσεων. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha ήταν $(\alpha)=0,695$.

2.5 Δείγμα

Δείγμα είναι ένας μικρόκοσμος του πληθυσμού της ερευνητικής μελέτης. Η δειγματοληψία αποτελεί ένα εξαιρετικά σπουδαίο βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία επιτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν, επομένως, ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό της (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Οι μέθοδοι δειγματοληψίας ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες, την δειγματοληψία πιθανότητας και την δειγματοληψία μη πιθανότητας (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας και πιο συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων.

Τα μεγάλα δείγματα προτιμώνται από τα μικρότερα όταν το επιτρέπουν οι οικονομικοί πόροι και ο χρόνος του ερευνητή. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση (Sirkin,1995). Στην παρούσα έρευνα, συμπεριλήφθησαν φοιτητές και από τα τέσσερα έτη του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας ($n=120$).

2.6 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21. Επιλέχθηκε στάθμη αξιοπιστίας $p<0.05$, για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση δεδομένων. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την περιγραφή και την παρουσίαση των δεδομένων.

Στατιστική είναι μία τυποποιημένη σειρά αναλυτικών μεθόδων οι οποίες είναι διαθέσιμες στον ερευνητή που θέλει να εξετάσει μία σειρά δεδομένων. Είναι θέμα ικανότητας του ερευνητή να επιλέξει την κατάλληλη στατιστική μέθοδο και να τη χρησιμοποιήσει σωστά. Η στατιστική αποτελείται από δύο κύρια, αλληλοσυμπληρούμενα μέρη : την περιγραφική και την επαγωγική στατιστική.

Η περιγραφική στατιστική καλύπτει μεθόδους για οργάνωση και περίληψη μίας σειράς δεδομένων με εύκολο και σύντομο τρόπο μέσω πινάκων, γραφημάτων και/ ή προσδιορισμού μιας ή περισσότερων αντιπροσωπευτικών τιμών. Οι περιγραφικές τεχνικές, εκτός από την παροχή του προφίλ μιας σειράς δεδομένων, κάνουν και συγκρίσεις (Σαχίνη-Καρδάση, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα

Τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν στο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής ήταν συνολικά 120 (n=120). Αν και το δείγμα ήταν μικρό, μας πρόσφερε σημαντικές πληροφορίες ώστε να αποτυπωθούν οι απόψεις των φοιτητών Νοσηλευτικής για την σχέση του διαδικτύου με την κατάθλιψη.

3.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία.

Statistics		
Ηλικία		
N	Valid	120
	Missing	0
Mean		21,16
Minimum		18
Maximum		40

Η ηλικία των φοιτητών κυμαινόταν από 18-40 ετών, με μέση τιμή 21.16 έτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με το φύλο.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid άρρεν	25	20,8	20,8	20,8
θήλυ	95	79,2	79,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (79.2%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με το εξάμηνο φοίτησης.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	1,7	1,7	1,7
2	43	35,8	35,8	37,5
3	8	6,7	6,7	44,2
4	5	4,2	4,2	48,3
5	5	4,2	4,2	52,5
6	30	25,0	25,0	77,5
7	17	14,2	14,2	91,7
8	10	8,3	8,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος που απάντησε στο ερωτηματολόγιο ήταν φοιτητές του δευτέρου εξαμήνου (35.8%) καθώς επίσης και φοιτητές του έκτου εξαμήνου (25%).

3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4:Ερώτηση 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν αισθάνομαι λυπημένος	88	73,3	73,3	73,3
	αισθάνομαι λυπημένος	21	17,5	17,5	90,8
	είμαι λυπημένος,όλη την ώρα και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό	9	7,5	7,5	98,3
	είμαι τόσο λυπημένος ή δυστυχιμένος που δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι φοιτητές (73.3%) απάντησαν πως δεν αισθάνονται λυπημένοι, ενώ ένα 17.5 % απάντησε «αισθάνομαι λυπημένος» και ένα ποσοστό 7.5% απάντησε «είμαι λυπημένος, όλη την ώρα και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό».

ΠΙΝΑΚΑΣ 5:Ερώτηση 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος για το μέλλον	76	63,3	63,3	63,3
	αισθάνομαι απαισιόδοξος για το μέλλον	27	22,5	22,5	85,8
	αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτα για να περιμένω με ενδιαφέρον	10	8,3	8,3	94,2
	θεωρώ ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν	7	5,8	5,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Το 63.3% των φοιτητών απάντησε πως δεν είναι απαισιόδοξο για το μέλλον ενώ το 36.6% είχε αρνητικές σκέψεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6:Ερώτηση 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν αισθάνομαι αποτυχημένος	84	70,0	70,0	70,0
	αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους	28	23,3	23,3	93,3
	όπως ξαναβλέπω τη ζωή μου, όλα όσα θυμάμαι είναι γεμάτα αποτυχίες	4	3,3	3,3	96,7
	αισθάνομαι ότι είμαι εντελώς αποτυχημένο άτομο	4	3,3	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (70%) απάντησαν πως δεν αισθάνονται αποτυχημένοι, ενώ το 29.9% είχε νιώσει κάποια στιγμή το αίσθημα της αποτυχίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7:Ερώτηση 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ικανοποιούμαι από αυτά που κάνω όσο άλλες φορές	61	50,8	50,8	50,8
	δεν απολαμβάνω την ζωή όσο άλλες φορές	45	37,5	37,5	88,3
	δεν παίρνω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πια	7	5,8	5,8	94,2
	είμαι δυσαρεστημένος ή βαριεστημένος με όλα	7	5,8	5,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Ένα 50.8% απάντησε ότι ικανοποιείται από αυτά που κάνει όσο άλλες φορές, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του 37.5% απαντά ότι δεν απολαμβάνει την ζωή όσο άλλες φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8:Ερώτηση 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ενοχές	83	69,2	69,2	69,2
	αισθάνομαι ενοχές αρκετό χρόνο	28	23,3	23,3	92,5
	αισθάνομαι αρκετά ενοχές τις περισσότερες φορές	8	6,7	6,7	99,2
	αισθάνομαι ενοχές συνεχώς	1	,8	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (69.2%) σε αυτή την ερώτηση απάντησε ότι δεν αισθάνεται ιδιαίτερα ενοχές και ένα ποσοστό του συνολικού δείγματος (6.7%) απάντησε ότι αισθάνεται αρκετά ενοχές τις περισσότερες φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9:Ερώτηση 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν αισθάνομαι ότι βασανίζομαι	90	75,0	75,0	75,0
	αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ	11	9,2	9,2	84,2
	περιμένω ότι θα τιμωρηθώ	2	1,7	1,7	85,8
	αισθάνομαι ότι βασανίζομαι	17	14,2	14,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Στην ερώτηση «δεν αισθάνομαι ότι βασανίζομαι» απάντησε το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών που αποτελεί το 75% του συνολικού δείγματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10:Ερώτηση 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου	65	54,2	54,2	54,2
	είμαι απογοητευμένος από μένα	26	21,7	21,7	75,8
	τα έχω βάλει με τον εαυτό μου	29	24,2	24,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Το 54.2% των φοιτητών απαντά πως δεν αισθάνονται απογοητευμένοι από τον εαυτό τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Ερώτηση 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν αισθάνομαι ότι είμαι περισσότερο κακός από τους άλλους	51	42,5	42,5	42,5
	είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου	55	45,8	45,8	88,3
	αυτοκατηγορούμαι όλη την ώρα για τα ελαττώματα μου	5	4,2	4,2	92,5
	κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα τα κακά που συμβαίνουν	9	7,5	7,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό (45.8%) απάντησε «είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου», ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (42.5%) απάντησε «δεν αισθάνομαι ότι είμαι περισσότερο κακός από τους άλλους».

ΠΙΝΑΚΑΣ 12:Ερώτηση 9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν έχω καθόλου σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου	102	85,0	85,0	85,0
	έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δεν πρόκειται να το κάνω	16	13,3	13,3	98,3
	θα επιθυμούσα να αυτοκτονήσω	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Το 85% των φοιτητών απάντησε πως δεν έχει σκέψεις να κάνει κακό στον εαυτό του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13:Ερώτηση 10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν κλαίω περισσότερο από άλλες φορές	82	68,3	68,3
	κλαίω τώρα πιο πολύ από άλλες φορές	28	23,3	91,7
	κλαίω όλη την ώρα τώρα	6	5,0	96,7
	έκλαιγα, άλλα τώρα δεν μπορώ να αναστενάξω ακόμη και αν το θέλω	4	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Το 68.3% απάντησε ότι δεν κλαίει περισσότερο από άλλες φορές, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (23.3%) απάντησε ότι κλαίει τώρα πιο πολύ από άλλες φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Ερώτηση 11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν ενοχλούμαι από αυτά που συμβαίνουν περισσότερο από άλλες φορές	42	35,0	35,0
	είμαι λίγο περισσότερο ευερέθιστος απ'όσο συνήθως	54	45,0	80,0
	είμαι αρκετά ενοχλημένος ή ευερέθιστος για πολύ χρόνο	18	15,0	95,0
	αισθάνομαι ευερέθιστος όλη την ώρα τώρα	6	5,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Οι περισσότεροι φοιτητές (45%) απάντησαν «είμαι λίγο περισσότερο ευερέθιστος απ' όσο συνήθως», ενώ ένα ποσοστό του 35% των φοιτητών απάντησε ότι δεν ενοχλείται περισσότερο από άλλες φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Ερώτηση 12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους	76	63,3	63,3
	ενδιαφέρομαι λιγότερο για άλλους ανθρώπους σε σχέση με άλλες φορές	30	25,0	88,3
	έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για άλλους ανθρώπους	12	10,0	98,3
	έχω χάσει το όλο ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους	2	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (63.3%) απάντησε «δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους».

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Ερώτηση 13

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid αποφασίζω περίπου όπως πάντα	68	56,7	56,7	56,7
αναβάλλω τη λήψη των αποφάσεων περισσότερο απ' ό τι συνήθως	32	26,7	26,7	83,3
έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη των αποφάσεων από πριν	18	15,0	15,0	98,3
δεν μπορώ να πάρω καμία απόφαση	2	1,7	1,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το 56.7% των ερωτηθέντων απάντησε ότι αποφασίζει περίπου όπως πάντα, ενώ το 26.7% απάντησε ότι αναβάλλει τη λήψη των αποφάσεων περισσότερο από ότι συνήθως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Ερώτηση 14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid δε νομίζω ότι δείχνω χειρότερος από πριν	76	63,3	63,3	63,3
ανησυχώ μήπως φαίνομαι γερασμένος ή μη ελκυστικός	28	23,3	23,3	86,7
θεωρώ ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που κάνουν την εμφάνισή μου μη ελκυστική	11	9,2	9,2	95,8
πιστεύω ότι φαίνομαι απαίσιος	5	4,2	4,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Μεγάλο ποσοστό (63.3%) των φοιτητών, απάντησε ότι «δε νομίζω ότι δείχνω χειρότερος από πριν», ενώ το 23.3% απάντησε ότι ανησυχεί μήπως φαίνεται γερασμένο ή μη ελκυστικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Ερώτηση 15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid μπορώ να εργαστώ όπως και πριν	72	60,0	60,0	60,0
χρειάζεται πρόσθετη προσπάθεια να ξεκινήσω να κάνω κάτι	29	24,2	24,2	84,2
πρέπει να προσπαθήσω πολύ σκληρά για να κάνω οτιδήποτε	16	13,3	13,3	97,5
δεν είμαι σε θέση να κάνω οποιαδήποτε εργασία	3	2,5	2,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το 60% του δείγματος απάντησε ότι μπορεί να εργαστεί όπως και πριν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Ερώτηση 16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid κοιμάμαι όπως πάντα	62	51,7	51,7	51,7
δεν κοιμάμαι όπως άλλες φορές	40	33,3	33,3	85,0
ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα απ'ότι συνήθιζα και δύσκολα με ξαναπέρνει ο ύπνος	10	8,3	8,3	93,3
ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα απ'ότι συνήθιζα και δεν μπορώ να ξαναπέσω για ύπνο	8	6,7	6,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το 51.7% των φοιτητών απάντησε ότι δεν παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα στον ύπνο του, ενώ το 33.3% δεν κοιμάται όπως άλλες φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Ερώτηση 17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid δεν κουράζομαι περισσότερο από άλλες φορές	52	43,3	43,3	43,3
κουράζομαι ευκολότερα από άλλες φορές	43	35,8	35,8	79,2
κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα	21	17,5	17,5	96,7
είμαι πάρα πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε	4	3,3	3,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Αρκετοί φοιτητές (43.3%) απάντησαν ότι δεν κουράζονται περισσότερο από άλλες φορές όμως ένα σημαντικό ποσοστό του 35.8% απάντησε ότι κουράζεται ευκολότερα από άλλες φορές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Ερώτηση 18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη απ'ότι συνήθως	72	60,0	60,0	60,0
η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως ήταν	33	27,5	27,5	87,5
η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα	10	8,3	8,3	95,8
δεν έχω καθόλου όρεξη	5	4,2	4,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων (60%) απάντησε ότι «η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη απ'ότι συνήθως».

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Ερώτηση 19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν έχω χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό	63	52,5	52,5	52,5
	έχω χάσει περισσότερο από δύο κιλά	38	31,7	31,7	84,2
	έχω χάσει περισσότερο από τρία κιλά	9	7,5	7,5	91,7
	έχω χάσει περισσότερο από πέντε κιλά	10	8,3	8,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι φοιτητές (52.5%) δεν έχουν χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Ερώτηση 20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλες φορές	69	57,5	57,5	57,5
	ανησυχώ για τα φυσικά προβλήματα όπως οι πόνοι ή το στομάχι ή τη δυσκοιλιότητα	40	33,3	33,3	90,8
	ανησυχώ πολύ για τα θέματα υγείας και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα πράγματα	9	7,5	7,5	98,3
	ανησυχώ για τα θέματα υγείας τόσο που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Μεγάλο είναι το ποσοστό του 57.5% που δεν ανησυχεί για την υγεία του περισσότερο από άλλες φορές, ενώ αξιοσημείωτο θεωρείται το 33.3% του συνολικού δείγματος που απαντά ότι ανησυχεί για τα φυσικά προβλήματα όπως οι πόνοι ή το στομάχι ή τη δυσκοιλιότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Ερώτηση 21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	δεν έχω παρατηρήσει οποιαδήποτε αλλαγή στο ενδιαφέρον για σεξ τελευταία	90	75,0	75,0	75,0
	ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ σε σχέση με άλλες φορές	18	15,0	15,0	90,0
	ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για σεξ	10	8,3	8,3	98,3
	έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον για σεξ	2	1,7	1,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των φοιτητών (75%) απάντησε ότι δεν έχει παρατηρήσει οποιαδήποτε αλλαγή στο ενδιαφέρον του για σεξ τελευταία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Ερώτηση 22 (βαθμολογία κλίμακας κατάθλιψης)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-9, καθόλου κατάθλιψη	68	56,7	56,7	56,7
10-15, ελαφριά κατάθλιψη	20	16,7	16,7	73,3
16-23, μέτρια κατάθλιψη	13	10,8	10,8	84,2
>24, σοβαρή κατάθλιψη	19	15,8	15,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Όσον αφορά την σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (56.7%) δεν πάσχει από κατάθλιψη. Ωστόσο, ένα 16.7% πάσχει από ελαφριά κατάθλιψη, αλλά και ένα 10.8% πάσχει από μέτρια κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό του υπόλοιπου δείγματος 15.8% πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Ερώτηση 23. έχετε ηλεκτρονικό υπολογιστή στο σπίτι σας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	112	93,3	93,3	93,3
όχι	8	6,7	6,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των φοιτητών (93.3%) απάντησε ότι έχει ηλεκτρονικό υπολογιστή στο σπίτι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Ερώτηση 24. πόσες ώρες την ημέρα χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <1 ώρα	23	19,2	19,2	19,2
2-3 ώρες	51	42,5	42,5	61,7
4-5 ώρες	27	22,5	22,5	84,2
>6 ώρες	19	15,8	15,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το 42.5% των ερωτηθέντων απάντησε πως χρησιμοποιεί το διαδίκτυο 2 με 3 ώρες ενώ ένα 15.8% του δείγματος απάντησε πως σερφάρει πάνω από 6 ώρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28**Ερώτηση 25: Για ποιους λόγους προτιμάτε να χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid αναζήτηση πληροφοριών	23	19,2	19,2	19,2
αγορά- πώληση προϊόντων	1	,8	,8	20,0
επικοινωνία μέσω προφίλ κοινωνικού δικτύου	31	25,8	25,8	45,8
όλα τα παραπάνω	65	54,2	54,2	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 54.2% απαντά ότι χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για την αναζήτηση πληροφοριών, για την αγορά και την πώληση προϊόντων, αλλά και για την

επικοινωνία μέσω προφίλ κοινωνικού δικτύου. Ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (25.8%) απάντησε πως χρησιμοποιεί το διαδίκτυο μόνο για την επικοινωνία μέσω προφίλ κοινωνικού δικτύου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29

Ερώτηση 26: πόσο συχνά προτιμάτε τον ενθουσιασμό που σας προσφέρει το διαδίκτυο από το να περνάτε χρόνο με την οικογένεια σας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid συχνά	32	26,7	26,7	26,7
ελάχιστα	48	40,0	40,0	66,7
καθόλου	40	33,3	33,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι φοιτητές (40%) απάντησαν πως ελάχιστα προτιμούν το διαδίκτυο από το να περνούν χρόνο με την οικογένεια τους, ενώ το 26.7% απάντησε πως συχνά προτιμά το διαδίκτυο από το να περνά χρόνο με την οικογένεια του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30

Ερώτηση 27: πόσο συχνά προτιμάτε τον ενθουσιασμό που σας προσφέρει το διαδίκτυο από το να περνάτε χρόνο με τους φίλους σας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid συχνά	23	19,2	19,2	19,2
ελάχιστα	39	32,5	32,5	51,7
καθόλου	58	48,3	48,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών (48.3%) απάντησαν ότι δεν προτιμούν το διαδίκτυο από το να περνάνε χρόνο με τους φίλους τους. Απαρατήρητο δεν περνά το ποσοστό του 19.2% που συχνά προτιμά το διαδίκτυο από το να περνά χρόνο με τους φίλους του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31

Ερώτηση 28: Πόσο πιστεύετε ότι οι βαθμοί σας ή η ακαδημαϊκή σας πορεία επηρεάζεται αρνητικά λόγω του χρονικού διαστήματος που σερφάρετε στο διαδίκτυο?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συχνά	31	25,8	25,8	25,8
Ελάχιστα	38	31,7	31,7	57,5
Καθόλου	51	42,5	42,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Αρκετοί φοιτητές (42.5%) πιστεύουν ότι οι βαθμοί ή η ακαδημαϊκή τους πορεία δεν επηρεάζεται αρνητικά εξαιτίας του διαδικτύου, το 25.8% όμως συχνά επηρεάζεται αρνητικά λόγω του χρονικού διαστήματος που σερφάρει στο διαδίκτυο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32

Ερώτηση 29: Πόσο συχνά φοβάστε ότι η ζωή σας χωρίς το διαδίκτυο θα είναι βαρετή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συχνά	22	18,3	18,3	18,3
Ελάχιστα	46	38,3	38,3	56,7
Καθόλου	52	43,3	43,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (43.3%) είπαν πως δε θα ήταν βαρετή η ζωή τους χωρίς το διαδίκτυο, ελάχιστα όμως απάντησε το 38.3% του συνολικού δείγματος. Ενώ το 18.3% είπε πως συχνά φοβάται ότι η ζωή του χωρίς το διαδίκτυο θα ήταν βαρετή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33

Ερώτηση 30. Πόσο συχνά επιλέγετε να ξοδεύετε περισσότερο χρόνο on line παρά να βγείτε έξω με άλλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συχνά	19	15,8	15,8	15,8
Ελάχιστα	38	31,7	31,7	47,5
Καθόλου	63	52,5	52,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Ένα μέρος των ερωτηθέντων φοιτητών (52.5%) απάντησε πως καθόλου δεν επιλέγει να ξοδεύει χρόνο on line αλλά προτιμά να βγει έξω με άλλους. Τέλος, το 15.8% του συνολικού δείγματος συχνά προτιμά την ενασχόληση με το διαδίκτυο από το να διασκεδάσει με φίλους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34

Ερώτηση 31: Έχει επηρεαστεί η ποιότητα του ύπνου σας λόγω εκτεταμένης περιήγησης στο διαδίκτυο?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid πολύ	29	24,2	24,2	24,2
ελάχιστα	35	29,2	29,2	53,3
καθόλου	56	46,7	46,7	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Σε αυτή την ερώτηση, διακρίνουμε ότι το δείγμα των φοιτητών σχεδόν μοιράζεται ως προς την απάντηση διότι το 46,7% καθόλου δεν έχει επηρεαστεί ως προς την ποιότητα του ύπνου, το 29.2% των φοιτητών ελάχιστα έχει επηρεαστεί, ενώ το 24.2% έχει επηρεαστεί πολύ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35

Ερώτηση 32: Πιστεύετε ότι είναι αξιόπιστη η παρεχόμενη πληροφόρηση μέσω ιντερνέτ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	44	36,7	36,7	36,7
Ελάχιστα	73	60,8	60,8	97,5
Καθόλου	3	2,5	2,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των φοιτητών (60.8%) πιστεύουν ότι ελάχιστα είναι αξιόπιστη η παρεχόμενη πληροφόρηση μέσω internet.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36

Ερώτηση 33: Γενικά, πόσο σημαντικό θεωρείται το διαδίκτυο στη ζωή σας?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid πάρα πολύ	58	48,3	48,3	48,3
λίγο	42	35,0	35,0	83,3
ελάχιστα	19	15,8	15,8	99,2
καθόλου	1	,8	,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Ένα ποσοστό του 48,3% θεωρεί ότι είναι πάρα πολύ σημαντικό το διαδίκτυο στη ζωή του ενώ το 35% απάντησε λίγο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πρόοδος στο χώρο της τεχνολογίας προσφέρει πλέον νέες δυνατότητες στη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών, γι' αυτό και ο σύγχρονος νοσηλευτής οφείλει να διαθέτει και να διατηρεί επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες σε όλη την επαγγελματική του σταδιοδρομία (Ευσταθίου και άλλοι, 2012). Ο σκοπός της έρευνάς μας λοιπόν, είναι να εκτιμήσει τη σχέση της κατάθλιψης με τη χρήση του διαδικτύου στους νέους και πιο συγκεκριμένα στους φοιτητές νοσηλευτικής όπου πραγματοποιήθηκε και η έρευνα, εξαιτίας της ταχύτατης ανάπτυξης και εξέλιξης μέσα σε λίγα χρόνια κατέχοντας κυρίαρχη θέση στην καθημερινότητα εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που να εξετάζουν και να συγκρίνουν τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής για τη χρήση του διαδικτύου και πως αυτό επηρεάζει τη φυσιολογική τους ζωή.

Σύμφωνα με μία έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Pediatrics* η οποία έγινε στο Χονγκ Κονγκ, δείχνει ότι οι έφηβοι που περνούν πολλές ώρες της ημέρας μπροστά στην οθόνη του υπολογιστή και σερφάρουν στο διαδίκτυο, αντιμετωπίζουν 1.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη, σε σύγκριση με όσους σερφάρουν με μέτρο. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εκφράζονταν με ευερεθιστότητα και επιθετικότητα όταν το παιδί δεν βρισκόταν στο ίντερνετ, καθώς και με έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνική αλληλεπίδραση. Έτσι, δεν ήθελαν να δουν τους γονείς, τους φίλους και τα αδέρφια τους, αλλά ήθελαν μόνο να σερφάρουν ή να παίζουν παιχνίδια στον υπολογιστή. Ο επικεφαλής της μελέτης Λόρενς Λαμ από το Πανεπιστήμιο Νοτρ Νταμ στο Σίδνι ανέφερε ότι είναι πιθανό η κατάθλιψη να είναι αποτέλεσμα της έλλειψης ύπνου (Lam και Peng, 2010).

Αντίθετα με τη λαϊκή αντίληψη, η τεχνολογία δεν προκαλεί κοινωνική απομόνωση και όσοι άνθρωποι χρησιμοποιούν το διαδίκτυο και τα κινητά τηλέφωνα, έχουν τελικά μεγαλύτερα δίκτυα κοινωνικών σχέσεων, όπως διαπίστωσε μια νέα αμερικανική έρευνα.

Η έρευνα, με επικεφαλής τον καθηγητή επικοινωνίας Κιθ Χάμπτον του πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, έγινε στις ΗΠΑ για λογαριασμό της εταιρίας Pew, σύμφωνα με το Γαλλικό Πρακτορείο.

«Όλα τα στοιχεία δείχνουν σε μια μόνο κατεύθυνση: ο κοινωνικός κόσμος των ανθρώπων βελτιώνεται με τις νέες τεχνολογίες επικοινωνίας. Είναι λάθος να πιστεύουμε ότι το Ίντερνετ και τα κινητά βουτάνε τους ανθρώπους στην απομόνωση», δήλωσε ο Χάμπτον, ο οποίος πρόσθεσε ότι τα ευρήματα της νέας μελέτης αντικρούουν προηγούμενες έρευνες και διαδεδομένους φόβους σχετικά με τις κοινωνικές επιπτώσεις των νέων τεχνολογιών.

Σύμφωνα με την έρευνα, όσοι χρησιμοποιούν χωρίς ενοχές τη νέα τεχνολογία, έχουν σημαντικά κοινωνικά πλεονεκτήματα, καθώς μένουν σε επαφή με άλλους ανθρώπους και μοιράζονται πληροφορίες, έτσι ώστε να παραμένουν κοινωνικά ενεργοί και συνδεδεμένοι με τις κοινότητες όπου ζουν. Η μελέτη διαπίστωσε ότι, κατά μέσο όρο, η χρήση κινητού διευρύνει κατά 12% το μέγεθος των «δικτύων συζήτησης» (με πόσους οι άνθρωποι συζητάνε

σημαντικά ζητήματα), ενώ η αύξηση είναι 9% για όσους μοιράζονται φωτογραφίες online και χρησιμοποιούν το instant messaging.

Το εύρος των λεγόμενων «πυρηνικών δικτύων» (που περιλαμβάνουν μόνο τους πιο έμπιστους κάποιου), τείνουν να είναι κατά μέσο όρο 25% μεγαλύτερα για τους χρήστες κινητού και τουλάχιστον 15% για τους χρήστες Ίντερνετ (το ποσοστό αυξάνει όταν αυξάνει η χρήση του διαδικτύου) (<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=98902>).

Άλλη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας του Αλεξάνδρειου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, έχει ως θέμα την επίδραση της χρήσης των νέων τεχνολογιών όπως η κινητή τηλεφωνία και το διαδίκτυο στον άνθρωπο τόσο σε παθολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Η μελέτη αυτή περιγράφει τη διαδικασία κατασκευής δύο ερωτηματολογίων με στόχο να μετρηθεί η εθιστική χρήση του διαδικτύου και των κινητών τηλεφώνων. Οι κλίμακες αυτές εφαρμόστηκαν σε ένα δείγμα 1879 φοιτητών. Το ερωτηματολόγιο που σχετίζεται με το διαδίκτυο βρέθηκε να εκτιμά ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις που σχετίζονται με τη χρήση του διαδικτύου. Το ερωτηματολόγιο που σχετίζεται με το κινητό τηλέφωνο, βρέθηκε να εκτιμήσει τις συγκρούσεις που σχετίζονται με το κινητό τηλέφωνο και την κατάχρηση και υιοθέτηση κακών συνηθειών, όπως συναισθηματικές και επικοινωνιακές συνήθειες.

Τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας έδειξαν ότι το κινητό τηλέφωνο δεν παράγει στον ίδιο βαθμό εθιστική συμπεριφορά παρά θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως προβληματική χρήση. Οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερο εθισμό στη χρήση του διαδικτύου, ενώ οι γυναίκες φάνηκε να χρησιμοποιούν το κινητό τηλέφωνο ως μέσο για συναισθηματική επικοινωνία. Φαίνεται πως η χρησιμοποίηση των δύο τεχνολογιών είναι πιο προβληματική κατά την εφηβεία ενώ καθώς ο έφηβος μεγαλώνει η χρησιμοποίηση των τεχνολογιών αυτών παίρνει μία πιο επαγγελματική μορφή, μειώνοντας τη χρήση τους ως παιχνίδι και μετριάζοντας τις αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχουν.

Η ένταξη του διαδικτύου στην καθημερινότητά μας το έχει μετατρέψει σε ένα πιστό καθρέφτη των συνηθειών, της νοοτροπίας και της ψυχολογικής κατάστασης του σύγχρονου ανθρώπου. Οι δυνατότητες που δίνει το διαδίκτυο θολώνουν τα όρια. Άλλοι λένε ότι μας διευκολύνει και μας ανοίγει νέους ορίζοντες και άλλοι ότι σε αυτό το αχανές διαδίκτυο απειλείται η προσωπική ζωή και η ατομικότητα, αλλάζοντας τον ψυχοσυναισθηματικό κόσμο και την κοινωνική συμπεριφορά του χρήστη εξαιτίας της εξάρτησης που προκαλούν οι νέες τεχνολογίες.

Οι ουδέτεροι λένε ότι το διαδίκτυο πρέπει να το χρησιμοποιούμε όποτε το χρειαζόμαστε και να μην μας χρησιμοποιεί αυτό. Η πραγματικότητα είναι ότι το διαδίκτυο ενώνει και συγχρόνως απομακρύνει τους ανθρώπους μεταξύ τους. Όπως με κάθε νέα τεχνολογία, το καλό ή το κακό αποτέλεσμα που αυτή μπορεί να έχει εξαρτάται από την χρήση που της κάνουμε.

Το διαδίκτυο εισβάλλοντας στην ζωή μας διεύρυνε τις πρακτικές επιλογές μας για επικοινωνία. Όμως η πιο εύκολη και άμεση επικοινωνία έγινε ακόμα πιο απόμακρη και αποξένωσε τους ανθρώπους αντί να τους φέρει πιο κοντά, αφού ο κόσμος ανέπτυσσε διαδικτυακές σχέσεις χωρίς να εγκαταλείπει τα σπίτια του, εις βάρος του χρόνου που διαφορετικά θα είχε διαθέσιμο για την συμμετοχή σε άλλες δραστηριότητες.

Οι καταστάσεις που αναπτύσσονται σε διαδικτυακή μορφή εγκλωβίζουν τον καταχρηστή στο χώρο της φαντασίωσης. Οι εικονικές καταστάσεις που δημιουργούνται από ορισμένους χρήστες στην ουσία είναι φαντασιωτικές διέξοδοι που επιδεινώνουν μία ήδη δυσάρεστη ψυχοπαθολογία. Μέσα σε αυτή τη νέα εικονική πραγματικότητα που βιώνει συλλέγοντας εμπειρίες διαδικτυακές που επισκιάζουν και αδρανοποιούν τις πραγματικές, δημιουργεί το προσωπικό του σύμπαν εντός του οποίου απομονώνεται και ζει με τις διαταραχές, τις συνέπειες και τις επιπτώσεις σε συνδυασμό με το αίσθημα της μοναξιάς και της κατάθλιψης.

Η χρήση διαδικτύου έχει πάρει τα τελευταία χρόνια εκρηκτικές διαστάσεις, παρέχοντας μία σταθερή, συνεχώς μεταβαλλόμενη πηγή πληροφοριών και ψυχαγωγίας. Οι τίτλοι ειδήσεων ενημερώνονται ανά λεπτό όχι μόνο καθημερινά. Μπορείτε να συνδεθείτε με κυριολεκτικά εκατοντάδες ανθρώπων στις κοινωνικές περιοχές δικτύωσης όπως My Space, Facebook, ή Twitter. Το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, η σε απευθείας σύνδεση συνομιλία και οι πίνακες μηνυμάτων επιτρέπουν και την δημόσια και ανώνυμη επικοινωνία για σχεδόν οποιοδήποτε θέμα διανοητό, μέχρι και την μικρότερη λεπτομέρεια. Όλοι απολαμβάνουμε τα οφέλη του διαδικτύου και για πολλούς είναι ένα αναπόφευκτο εργαλείο για την εργασία.

Η έννοια της καταναγκαστικής χρήσης διαδικτύου είναι σχετικά νέα και ακόμα τυπικά δεν αναγνωρίζεται ως ψυχολογική διαταραχή αν και η έρευνα είναι εν εξελίξει σε αυτή την κατεύθυνση. Εντούτοις υπάρχουν αυξανόμενα στοιχεία ότι για μερικούς ανθρώπους η καταναγκαστική χρήση διαδικτύου παρεμποδίζει την καθημερινή ζωή, την εργασία και την σχέση.

Τα σημάδια και τα συμπτώματα της καταναγκαστικής χρήσης του διαδικτύου μπορούν να ποικίλουν από πρόσωπο σε πρόσωπο. Δεν υπάρχει π.χ καμία καθορισμένη ώρα ανά ημέρα ή αριθμός λέξεων που δακτυλογραφείται που δείχνουν τον εθισμό διαδικτύου. Αλλά υπάρχουν μερικά γενικά σημάδια προειδοποίησης ότι η χρήση του διαδικτύου έχει γίνει ένα πρόβλημα.

Όσον αφορά την παρούσα έρευνα στην οποία συμμετείχαν 120 φοιτητές νοσηλευτικής από τους οποίους 95 ήταν γυναίκες και 25 ήταν άνδρες, διαπιστώθηκε στην σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ότι το 56.7% δεν εμφανίζει σημεία κατάθλιψης ενώ το 43.3% εμφανίζει από ελαφριά έως σοβαρή κατάθλιψη. Ένα ποσοστό επίσης του δείγματος (15.8%) αναφέρει ότι χρησιμοποιεί το διαδίκτυο πάνω από 6 ώρες. Το ίδιο μέρος των ερωτηθέντων απαντά πως συχνά προτιμά την ενασχόληση με το διαδίκτυο παρά να βγει έξω με άλλους. Επίσης, ένδειξη κατάθλιψης αποτελεί το γεγονός πως το 18.3% του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι η ζωή χωρίς το διαδίκτυο θα ήταν βαρετή. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε το ποσοστό του 16.7% το οποίο παρουσιάζει ελαφριά κατάθλιψη, και το 10.8% το οποίο πάσχει από μέτρια κατάθλιψη. Αξιοσημείωτο δε, θεωρείται ότι το 48.3% του δείγματος θεωρεί πάρα πολύ σημαντικό το διαδίκτυο στη ζωή του.

Γιατί όμως οι φοιτητές να έχουν κατάθλιψη; Και που οφείλεται; Οι διάφορες τραυματικές εμπειρίες, τα δισεπίλυτα οικονομικά προβλήματα, η ανεργία, η μετανάστευση είναι μόνο μερικοί από τους προφανείς λόγους που εύκολα μπορούν να διαταράξουν τις ισορροπίες και να ωθήσουν έναν άνθρωπο σε καταθλιπτικές συμπεριφορές.

Στην εποχή που ζούμε, το κύριο θέμα συζήτησης αποτελεί η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας μας, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να απασχολούνται μόνο με αυτό, να χάνεται η όρεξη για επαφή με άλλους ανθρώπους, για διασκέδαση και έτσι να απομονώνονται και να σκέφτονται μόνο τα προβλήματά τους λόγω του αβέβαιου μέλλοντος διαταράσσοντας την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση.

Ιδιαίτερο πρόβλημα παρουσιάζει η νέα γενιά που λόγω της οικονομικής τους κατάστασης, βρίσκει διέξοδο στο διαδίκτυο όπου είναι το μόνο καταφύγιο γιατί δεν έχει την οικονομική ευχέρεια για κοινωνική επαφή με συναθρώπους και φίλους. Έτσι, αυξάνει το φαινόμενο της κοινωνικής απομόνωσης, του εθισμού, της καταθλιπτικής διαταραχής, το άτομο γίνεται εσωστρεφές και αναπτύσσεται η κοινωνική φοβία. Δεν παύει όμως να είναι ανησυχητικό το γεγονός ότι δημιουργείται ένα ασθενές ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο θα επανδρώσει διάφορα επαγγέλματα φέροντας ως αποτέλεσμα ανεπιτυχή επαγγελματική εξέλιξη και συνεργασία.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την έρευνα μας η οποία πραγματοποιήθηκε πάνω σε επαγγελματίες υγείας όπως οι νοσηλευτές, διαπιστώθηκε μεγάλο ποσοστό κατάθλιψης, κάτι που μας κάνει να καταλάβουμε ότι ίσως δε θα μπορούν να ανταπεξέλθουν στο ρόλο του νοσηλευτή αφού οι ίδιοι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα συμπεράσματα της έρευνας μας πάρθηκαν από ένα μικρό δείγμα του φοιτητικού πληθυσμού. Τι θα γινόταν άραγε εάν το δείγμα ήταν μεγαλύτερο συμπεριλαμβανομένων και άλλων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων; Ίσως αυτό είναι ένα ερώτημα πάνω στο οποίο θα πρέπει οι ερευνητές να εστιάσουν ώστε να διερευνηθούν τα αίτια και να βρεθούν λύσεις.

Η θεραπευτική επιλογή που έχουμε στο πρόβλημα της υπερβολικής ενασχόλησης ή εθισμού με το διαδίκτυο είναι η ψυχοθεραπεία ώστε να διερευνηθούν τα αίτια που οδήγησαν το άτομο σε αυτή την στάση, στοχεύοντας στο να ξαναβρεί την εμπιστοσύνη του στον εαυτό του και στη ζωή. Καμία φορά, αν υποκρύπτεται και άλλη διαταραχή, μπορεί συνοδευτικά με την ψυχοθεραπεία να χρειαστεί και φαρμακευτική υποστήριξη. Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να δίνεται στα Πανεπιστήμια και στα ΤΕΙ από μία ομάδα έμπειρων καθηγητών διαφόρων ειδικοτήτων (νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί).

Να αναφέρουμε ότι στην Ευρώπη υπάρχει κλινική απεξάρτησης από το διαδίκτυο που λειτουργεί στη Γερμανία και πρόσφατα δημιουργήθηκε και στην Ολλανδία. Οι στόχοι τους είναι να αποδείξουν στα άτομα ότι η αληθινή περιπέτεια είναι πολύ πιο συναρπαστική από την εικονική. Έτσι θα τους βοηθήσουν ώστε να βελτιώσουν την αυτοεκτίμηση τους (Βαϊκούση και Κελεκίδη, 2010).

4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος από ένα Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα. Αν και η έρευνα προσέφερε σημαντικά στοιχεία για την συμπεριφορά και τον τρόπο με τον οποίο σερφάρουν οι φοιτητές νοσηλευτικής στο διαδίκτυο και πως αυτό συνδέεται με την κατάθλιψη, παρόλα αυτά κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Επιπλέον η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων περιόρισε την έρευνα σε δείγμα από ένα μόνο Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Δυτικής Ελλάδας).

4.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ένα τόσο σημαντικό ζήτημα στις μέρες μας, είναι η αλλοίωση της ψυχολογικής διάθεσης του ατόμου, λόγω διαφόρων προβλημάτων που μαστίζουν την εποχή, και μάλιστα σε ένα

παραγωγικό φάσμα ηλικίας όπως αυτό που συναντήσαμε στην έρευνά μας. Αυτό θα πρέπει να κινήσει το ενδιαφέρον μας, ώστε να φροντίσουμε για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το θέμα που πραγματεύεται η έρευνα μας όπου είναι η σχέση του διαδικτύου με την κατάθλιψη και εάν υπάρχει αλληλεξάρτηση, απαιτείται προσοχή και ιδιαίτερη αντιμετώπιση, διότι εμπεριέχει κινδύνους και αρνητικές παραμέτρους που προκαλούν προβληματισμό.

Ιδιαίτερα τα παιδιά, που βρίσκονται σε μία ευαίσθητη, σε κάθε ερέθισμα, ηλικία είναι περισσότερο εκτεθειμένα στους κινδύνους του διαδικτύου. Μπορούν να εκτεθούν σε ακατάλληλο πορνογραφικό ή προσβλητικό περιεχόμενο, μπορούν να έρθουν σε επαφή με αγνώστους που μπορούν να τα βλάψουν αλλά και να υπόκεινται σε πιέσεις από τις έμμεσες αλλά επιβλητικές διαφημίσεις στο διαδίκτυο. Επίσης, μπορούν να εθιστούν στη χρήση του internet και έτσι κινδυνεύουν να παραμελήσουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, τις σχολικές τους υποχρεώσεις και τα παιχνίδια με τους φίλους τους.

Η διαπαιδαγώγηση των παιδιών σε θέματα ασφαλούς χρήσης του διαδικτύου θεωρείται αναγκαία, σε μία εποχή όπου οι κίνδυνοι αυτοί συνεχώς αυξάνονται. Το διαδίκτυο είναι μέρος της καθημερινότητάς τους και όπως αποδεικνύεται είναι πολύ δύσκολο για τους γονείς να ελέγξουν τη δραστηριότητα του παιδιού τους. Έτσι, οι γονείς μπορούν να καθιερώσουν από την αρχή τον κανόνα ότι η χρήση του διαδικτύου απαιτεί ένα επίπεδο ωριμότητας. Εάν το παιδί το χρησιμοποιεί με ακατάλληλο τρόπο, ίσως θα χρειαστεί οι γονείς να θέσουν κάποιους περιορισμούς στη χρήση αυτή. Από την άλλη, οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το παιδί στις σχολικές του εργασίες χρησιμοποιώντας εκτός των άλλων βοηθημάτων και τον υπολογιστή για έρευνα μέσα από το διαδίκτυο, το οποίο μπορεί να αποτελέσει πηγή ενθάρρυνσης του παιδιού για να αντιμετωπίζει τις σχολικές του εργασίες με μεγαλύτερη σοβαρότητα.

Ωστόσο, το σχολείο φαίνεται πως παίζει σημαντικό ρόλο στη πληροφόρηση των μαθητών για τους κινδύνους, όπως επίσης οι γονείς και οι φίλοι. Κρίνεται αναγκαίο η πληροφόρηση αυτή να παρέχεται από καταρτισμένους επιστήμονες όπως είναι οι σχολικοί νοσηλευτές, οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Σε μεγαλύτερες ηλικίες αυξάνεται το ποσοστό αυτών που απαντούν πως ενημερώθηκαν μόνοι τους για τους κινδύνους στη χρήση του διαδικτύου. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι το σχολείο πρέπει να αποτελέσει τον κύριο φορέα ενημέρωσης και εκπαίδευσης των μαθητών σε θέματα ασφαλούς χρήσης του διαδικτύου, μπορεί να ευαισθητοποιήσει τους μαθητές και να τους καταστήσει ικανούς να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους που υποκρύπτει η χρήση του. Αρκεί αυτό να μη γίνει με τη μορφή ενός ακόμη μαθήματος που θα προσφέρει μόνο θεωρητική, αποσπασματική και αποκομμένη από την πραγματικότητα γνώση για το θέμα, ούτε με τέτοιο τρόπο που θα ηθικολογεί και θα κάνει τους μαθητές να πλήττουν και να αδιαφορούν.

Πιο συγκεκριμένα, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν δραστηριότητες, project, φύλλα εργασίας κλπ ώστε οι μαθητές να ενημερωθούν, να γνωρίσουν τους κινδύνους και να εκπαιδευτούν στην ασφαλή χρήση του διαδικτύου. Το σχολείο θα μπορούσε επίσης να αναλάβει το ρόλο της επιμόρφωσης των γονέων με διοργάνωση σεμιναρίων και ημερίδων με στόχο την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση τους σε θέματα ασφάλειας του διαδικτύου και ανάλογης διαπαιδαγώγησης των παιδιών.

Τι συμβαίνει όμως στην εφηβεία; Είναι μία ηλικία γεμάτη πρωτόγνωρες εμπειρίες κατά την οποία στον έφηβο αρέσει να δοκιμάζει νέα πράγματα, να ανακαλύπτει τον εαυτό του και τα ενδιαφέροντά του και να καλλιεργεί τα ιδιαίτερα ταλέντα του. Η ενασχολήση του με τους

ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τις νέες τεχνολογίες και το διαδίκτυο μπορούν να προσφέρουν πολλές δυνατότητες μάθησης, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας. Το διαδίκτυο αναμφισβήτητα διευκολύνει την ζωή μας, καταργώντας τα «φυσικά» εμπόδια και επιτρέποντας μια επικοινωνία χωρίς «όρια», αλλά όχι και χωρίς «όρους». Όπως και στην πραγματική ζωή, έτσι και στον διαδικτυακό κόσμο, υπάρχουν ορισμένοι κίνδυνοι που θα πρέπει κανείς να γνωρίζει.

Ο καθένας από εμάς πρέπει να διαφυλάσσει τα προσωπικά του στοιχεία από το απρόσωπο αυτό μέσο επικοινωνίας. Αρχικά να μην εμπιστευόμαστε χωρίς σκέψη οποιαδήποτε πληροφορία ή δραστηριότητα του διαδικτύου. Δεν θα πρέπει να εμπιστευόμαστε πρόσωπα που δεν γνωρίζουμε αλλά καλό είναι οι διαδικτυακοί μας φίλοι να είναι οι πραγματικοί μας φίλοι. Αναγκαίο είναι να μη συναντούμε ανθρώπους που δεν γνωρίζουμε ακόμα κι αν νομίζουμε ότι τους ξέρουμε καλά στο διαδίκτυο. Οι φωτογραφίες που ανεβάζουμε να μη δείχνουν που μένουμε ή που συχνάζουμε καθώς επίσης πρέπει να ρυθμίζουμε το απόρρητο του προφίλ σε όποιο κοινωνικό μέσο δικτύωσης χρησιμοποιούμε (facebook, twitter).

Επειδή υπάρχουν άτομα που δε σέβονται την προσωπικότητα των άλλων και θεωρούν διασκεδαστικό να κάνουν τους συνανθρώπους τους να νιώθουν άβολα όπως συμβαίνει συχνά στο φαινόμενο του διαδικτυακού εκφοβισμού (Cyber Bullying) θα πρέπει να μην ανεχόμαστε μηνύματα με προσβλητικό ή απειλητικό περιεχόμενο μέσω διαδικτύου. Είναι πολύ πιθανό, στο διαδίκτυο κάποιος να κρύβει σκόπιμα την ταυτότητά του και να λέει ψέματα για την ηλικία του προσπαθώντας να ξεγελάσει τους άλλους, γι αυτό κανείς δεν έχει το δικαίωμα να μας εκφοβίζει, να μας εκβιάζει, να μας κοροϊδεύει και να μας αποκλείει από δραστηριότητες στο διαδίκτυο. Καλό θα ήταν να συζητούν με τους γονείς και να απευθύνονται στους κατάλληλους φορείς.

Ένα άλλο θέμα που σχετίζεται με την χρήση του διαδικτύου είναι οι παράνομες ιστοσελίδες που περιέχουν παράνομο και επιβλαβές περιεχόμενο. Για αυτό όταν αναζητούμε μια πληροφορία στο διαδίκτυο, πρέπει να ελέγχουμε την αξιοπιστία του site, την ιδιότητα του συγγραφέα, τις βιβλιογραφικές αναφορές, και να διασταρώνουμε με άλλες έγκυρες πηγές (π.χ βιβλία, εγκυκλοπαίδειες, καθηγητές).

Η υπερβολική χρήση του διαδικτύου μπορεί να οδηγήσει σε μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση που ονομάζεται εθισμός. Για αυτό το λόγο, είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενημερωμένοι, ώστε ο καθένας από εμάς να βάλει τα απαραίτητα όρια και να απολαμβάνει τα θετικά της τεχνολογίας χωρίς αρνητικές συνέπειες. Επίσης, θα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια εάν χρειαστεί, να ενημερώνει τους φίλους του εάν δε βάζουν όρια ή χρειάζονται βοήθεια και τέλος να μην παραμελεί τις δραστηριότητες, τον ύπνο, τους φίλους και την οικογένεια λόγω διαδικτυακών δραστηριοτήτων (π.χ παιχνίδια, facebook κ.α). Σημαντικό είναι, το πρόβλημα να αναγνωρίζεται σε αρχικό στάδιο, έτσι είναι πολύ πιο εύκολο να αντιμετωπιστεί (Φρέσκου και άλλοι, 2008).

Χρήσιμα sites στα οποία η επισκεψιμότητα θεωρείται σημαντική είναι τα ακόλουθα:

- § Ελληνικός Κόμβος Ασφαλούς Διαδικτύου (www.saferinternet.gr).
- § SafeLine (www.safeline.gr): καταγγελίες για ιστοχώρους (websites).
- § <http://www.e-yliko.gr/>: Εκπαιδευτική Πύλη του Υπουργείου Παιδείας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται στα στενά πλαίσια του νοσοκομείου αλλά επεκτείνεται και στην ευρύτερη κοινότητα, με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Ο νοσηλευτής που εργάζεται σε φορείς, οι οποίοι προωθούν την δημόσια υγεία, ονομάζεται κοινοτικός νοσηλευτής. Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει ένα τέτοιο έργο προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ολόκληρο τον πληθυσμό μιας περιφέρειας και χειρίζεται ένα ευρύτερο φάσμα των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν τα μέλη του. Όμως, έχει την δυνατότητα να εργαστεί και με επιμέρους ομάδες, όπως είναι η οικογένεια, η κοινότητα του σχολείου και του πανεπιστημίου, άτομα με αναπηρία ή άτομα που πάσχουν από την ίδια νόσο (π.χ. καρκινοπαθείς, νεφροπαθείς, διαβητικούς).

Δύο κατηγορίες υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι αφενός η πρόληψη, και αφετέρου η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που αφορούν την κοινότητα, είτε αυτά είναι παθολογικά είτε ψυχολογικά. Ένα θέμα που απασχολεί τις υπηρεσίες υγείας τα τελευταία χρόνια είναι τα επακόλουθα της χρήσης των νέων τεχνολογιών και το ποιος μπορεί να είναι ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή.

Ο άνθρωπος στη σύγχρονη κοινωνία χρησιμοποιεί σε μεγάλο βαθμό τις νέες τεχνολογίες (όπως είναι το διαδίκτυο, το κινητό τηλέφωνο κτλ) αγνοώντας τις επιδράσεις που έχουν στην υγεία του. Για αυτό τον λόγο θα έπρεπε να δίνεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη και στην ενημέρωση αναφορικά με την ορθή χρήση των μέσων αυτών. Το καθήκον αυτό αναλαμβάνει ο κοινοτικός νοσηλευτής χρησιμοποιώντας ποικίλες μεθόδους.

Ένα από τα εργαλεία που έχει στην διαθεσή του για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με την καλή μεταχείριση των σύγχρονων μέσων επικοινωνίας, είναι η δημιουργία και η διανομή έντυπου υλικού (φυλλάδια, αφίσες). Το υλικό αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες και συμβουλές για τους κινδύνους που κρύβει η αλόγιστη χρήση του διαδικτύου.

Ένας άλλος τρόπος παρέμβασης είναι η οργάνωση προγραμμάτων και η εφαρμογή τους σε σχολεία και πανεπιστήμια με την συνεργασία κοινοτικών λειτουργών, ψυχολόγων και εκπαιδευτικών. Το κομμάτι της πρόληψης που απευθύνεται σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα (παιδιά και εφήβους) είναι πολύ σημαντικό, καθώς αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου, όσον αφορά την χρήση της τεχνολογίας. Τα προγράμματα πρόληψης στα σχολεία δεν θα πρέπει να περιορίζονται μόνο στην απλή ενημέρωση αλλά να συμπληρώνονται και από εναλλακτικές μεθόδους όπως είναι οι ανοιχτές συζητήσεις με τα παιδιά, η κατάρριψη μύθων και λανθασμένων αντιλήψεων που πιθανόν να επικρατούν μεταξύ των νέων, και η προώθηση πιο υγιών μορφών επικοινωνίας, διασκέδασης κτλ. Κάποια μέρη των προγραμμάτων θα μπορούσαν να απευθύνονται στους εκπαιδευτικούς και τους γονείς για να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή συνεργασία μεταξύ τους.

Στα πλαίσια της πρόληψης έγκειται και η προσέγγιση του κοινού μέσω της διοργάνωσης ημερίδων με θέμα την επικινδυνότητα της κατάχρησης της τεχνολογίας. Τις ημερίδες αυτές μπορούν να στελεχώνουν επιστήμονες από διάφορες ειδικότητες όπως νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, γιατροί. Η ενημέρωση μπορεί να γίνει μέσα από την παρουσίαση οπτικοακουστικού υλικού και από ομιλίες όχι μόνο των ειδικών, αλλά και ανθρώπων οι οποίοι έχουν βιώσει και ξεπεράσει την κατάθλιψη.

Ωστόσο, δεν είναι πάντα ευνοϊκές συνθήκες για να λειτουργήσει σωστά η πρόληψη, και έτσι, δυστυχώς, η κατάχρηση της τεχνολογίας οδηγεί σε παθολογικές καταστάσεις. Μια ακραία μορφή κατάχρησης είναι η κατάθλιψη. Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής μπορεί να επέμβει ενημερώνοντας τον ασθενή για τις υπηρεσίες και τους ειδικούς συμβούλους στους οποίους

μπορεί να απευθυνθεί. Ακόμη, μπορεί να παρέχει ο ίδιος στήριξη στα μέλη της οικογένειας του ασθενή, ώστε να είναι ικανά και αυτά με την σειρά τους να παρέχουν επαρκή στήριξη στο μέλος που πάσχει. Στόχος, επίσης, του νοσηλευτή είναι, αφού περάσει ο ασθενής το στάδιο της θεραπείας, να το βοηθήσει να διατηρήσει τα αποτελεσματά της. Τέλος, μπορεί να τον στηρίξει στην προσπάθειά του να επανέλθει στην καθημερινότητα του.

Συμπερασματικά, η πρόληψη φαίνεται να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα καθώς παρέχει γνώση και ενημέρωση για τους κινδύνους. Η γνώση αυτή είναι ένα εφόδιο στην διάθεση του καθενός ώστε να την αξιοποιήσει για την επιλογή σωστών τρόπων χρήσης των νέων τεχνολογιών. Σε όλα τα παραπάνω ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι σημαντικός, αρκεί να υπάρχει συνεργασία και άλλων ειδικών, για να έχουν αποτέλεσμα οι προσπάθειες (Σαπουτζή- Κρέπια, 2003).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Αγοραστός Δ (2008) Τι είναι και πως αναγνωρίζεται η κατάθλιψη? Διαθέσιμο: <http://psychologein.dagorastos.net/2008/05/04/>

Αυτοκτονία Και Κατάθλιψη Στους Έφηβους (2012). Διαθέσιμο: www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2609

Βαϊκούση Χ και Κελεκίδη Δ (2010) Η επίδραση της χρήσης των νέων τεχνολογιών (κινητή τηλεφωνία- διαδίκτυο) στην υγεία του ανθρώπου. Πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Belanger R.E και άλλοι (2011) Η χρήση internet δείχνει κατάθλιψη. Pediatrics, 2(127):330-335.

Βοσνιάδου Σ (1999) Εισαγωγή στην ψυχολογία. Τόμος Α, Εκδόσεις Gutenberg- Ψυχολογία , Αθήνα.

Βοσνιάδου Σ (1999) Εισαγωγή στην ψυχολογία. Τόμος Β, Εκδόσεις Gutenberg- Ψυχολογία , Αθήνα.

Γιοτζόγλου Β (2012) Κατάθλιψη και τρόποι αντιμετώπισης. Διαθέσιμο: psychologein.dagorastos.net/2012/30/

Δαρβίρη Χ (2010) Προαγωγή υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Δέκα επαγγέλματα που οδηγούν στην κατάθλιψη (2012). Διαθέσιμο: <http://www.newbomb.gr>

Εθνικό Συνταγολόγιο (2007) ΕΟΦ, Αθήνα.

Ελληνικό Κέντρο Ασφαλούς Διαδικτύου. Διαθέσιμο: <http://www.saferinternet.gr/>

Ευθυμίου Κ και άλλοι (2006) Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ευσταθίου Φ και άλλοι (2012) Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση Νοσηλευτών και Νέες Τεχνολογίες. Περιεχειρητική Νοσηλευτική, 1(3):73-80.

Ζαφειρίου Γ (2003) Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία. Διδακτικές σημειώσεις, Σίνδος , Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης.

Η κατάθλιψη στους εφήβους: Αιτίες και συμπτώματα (2010). Διαθέσιμο: www.medlook.net.cy/article.asp?item_id=2496.

Η κοινωνική απομόνωση αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας (2012). Διαθέσιμο: www.iatronet.gr/epistimi-nea/epistimi-zwi/news/18726/i-koinwniki-apomonwsi-afxanei-ton-kindyno -thnisimotitas.html.

Η τεχνολογία δεν προκαλεί κοινωνική απομόνωση (2009). Διαθέσιμο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=98902>.

- Καλογερόπουλος Α (2006) Τι είναι κατάθλιψη; Διαθέσιμο: www.agiafotini_clinic.gr
- Καλδούδη Ε (2005) Διαδίκτυο και Υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(6): 634-645.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α και Σουρτζή Π (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Κοτρώτσου Ε (2004) Σημειώσεις για την ψυχιατρική νοσηλευτική-κατάθλιψη, Λάρισα.
- Κοτρώτσου Ε (2001) Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Κούρτη Ε (2003) Η επικοινωνία στο διαδίκτυο. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Kramlinger K (2001) Mayo Clinic on Depression. Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα.
- Lam L και Peng Z (2010) Effect of pathological use of the internet on adolescent mental health: A prospective study. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164(10):901-906.
- Λεόντιος Μ και Γαβανά Α (2006) ECDL 7 σε 1 βήμα- βήμα. Εκδοτική Γκιούρδας.
- Μάνου Ν (1997) Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μέλλου Κ (2008) Σχεδιασμός ερωτηματολογίου στη διερεύνηση επιδημιών. Διαθέσιμο: http://www.nsph.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Epidimiologiki_epitirisi_mathimata/3_Erotimatologio.pdf
- Μεραμβελιωτάκη-Simon M (2012) Συμπτώματα Κατάθλιψης. Διαθέσιμο: HappyMind.gr
- Μπαλαντινάκη Μ (2010) Ιστορική αναδρομή διαδικτύου. Διαθέσιμο: www.wordpress.com.
- Mystakidou K και άλλοι (2007) Beck Depression Inventory :exploring its psychometric properties in a palliative care population of advanced cancer patients. European Journal of Cancer Care, 16(3):244-250.
- Ξωχέλλης Π (1997) Η ενδοσχολική επιμόρφωση των εκπαιδευτικών. Ελληνικές εμπειρίες. Θεσσαλονίκη.
- Παπαγεωργίου Ε (2009) Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Ραγιά Α (2009) Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα.
- Σαββοπούλου Γ (2006) Βασική Νοσηλευτική, Αθήνα.
- Σαπουτζή-Κρέπια Δ (2003) Ο ρόλος του Νοσηλευτή. Σημειώσεις: Εισαγωγή στην κοινωνική νοσηλευτική, Θεσσαλονίκη.
- Σιώμος Κ και Αγγελόπουλος Ν (2008) Διαταραχή εθισμού στο διαδίκτυο. Ψυχιατρική, 19(1): 52-58.
- Σκαπινάκης Π (2003) Αίτια κατάθλιψης. Διαθέσιμο: web4health.info.
- Σταλίκας Α και άλλοι Ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Τζιμόπουλος Ν και άλλοι (2009) Ασφαλής χρήση του διαδικτύου. 2^ο Πανελλήνιο Εκπαιδευτικό Συνέδριο Ημαθίας.

Τσίτσικα Α (2013) Τι συμβαίνει στην εφηβεία; Μονάδα Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ), Αθήνα.

Τσίτσικα Α και άλλοι (2008) Χρήση και κατάχρηση του διαδικτύου. 1^ο εντατικό σεμινάριο εφηβικής Ιατρικής, Αθήνα.

Τσουβέλας Γ και Γιωτάκος Ο (2011) Χρήση διαδικτύου και παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο σε δείγμα φοιτητών. Ψυχιατρική, 22(3):221-230.

Wilson Κ και άλλοι (2010) Behavior and Social Networking. Cyberpsychology, 13(2):173-177.

Χαρτοκόλλης Π (1986) Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερωτηματολόγιο Έρευνας

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά.

Αγαπητοί φοιτητές,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο, ‘‘κατάθλιψη και διαδίκτυο’’ που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Περιλαμβάνει μερικές ερωτήσεις και διατυπώσεις έτσι ώστε να ερευνήσουμε τη στάση των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την σχέση του διαδικτύου και της κατάθλιψης. Περιλαμβάνει επίσης μερικές δημογραφικές ερωτήσεις. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις διαλέγοντας μόνο μια επιλογή.

Απαντήστε τις ερωτήσεις, διαλέγοντας μόνο **μία** επιλογή.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!!

1. Μπίκου Χριστίνα
2. Φραγκουλάκη Φωτεινή

Μέρος 1^ο : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Ερώτηση 1η.

Δεν αισθάνομαι λυπημένος.

Αισθάνομαι λυπημένος.

Είμαι λυπημένος όλη την ώρα και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό.

Είμαι τόσο λυπημένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντιμετωπίσω.

Ερώτηση 2η.

Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος για το μέλλον.

Αισθάνομαι απαισιόδοξος για το μέλλον.

Αισθάνομαι ότι δεν έχω τίποτα για να περιμένω με ενδιαφέρον.

Θεωρώ ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορούν να βελτιωθούν.

Ερώτηση 3η.

Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος.

Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους.

Όπως ξαναβλέπω τη ζωή μου, όλα όσα θυμάμαι είναι γεμάτα αποτυχίες.

Αισθάνομαι ότι είμαι εντελώς αποτυχημένο άτομο.

Ερώτηση 4η.

Ικανοποιούμαι από αυτά που κάνω όσο άλλες φορές.

Δεν απολαμβάνω τη ζωή όσο άλλες φορές.

Δεν παίρνω πραγματική ικανοποίηση από τίποτα πια.

Είμαι δυσαρεστημένος ή βαριεστημένος με όλα.

Ερώτηση 5η.

Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ενοχές.

Αισθάνομαι ενοχές αρκετό χρόνο.

Αισθάνομαι αρκετά ενοχές τις περισσότερες φορές.

Αισθάνομαι ενοχές συνεχώς.

Ερώτηση 6η.

Δεν αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.

Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρηθώ.

Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.

Αισθάνομαι ότι βασανίζομαι.

Ερώτηση 7η.

Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου.

Είμαι απογοητευμένος από μένα.

Τα 'χω βάλει με τον εαυτό μου.

Μισώ τον εαυτό μου.

Ερώτηση 8η.

Δεν αισθάνομαι ότι είμαι περισσότερο κακός από τους άλλους.

Είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου.

Αυτοκατηγορούμαι όλη την ώρα για τα ελαττώματά μου.

Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα κακά που συμβαίνουν.

Ερώτηση 9η.

Δεν έχω καθόλου σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.

Έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά δεν πρόκειται να το κάνω.

Θα επιθυμούσα να αυτοκτονήσω.

Θα αυτοκτονούσα εάν μπορούσα.

Ερώτηση 10η.

Δεν κλαίω περισσότερο από άλλες φορές.
Κλαίω τώρα πιο πολύ από άλλες φορές.
Κλαίω όλη την ώρα τώρα.
Έκλαιγα, αλλά τώρα δεν μπορώ να αναστενάξω ακόμη και ακόμα κι αν το θέλω.

Ερώτηση 11η.

Δεν ενοχλούμαι από αυτά που συμβαίνουν περισσότερο από άλλες φορές.
Είμαι λίγο περισσότερο ευερέθιστος απ' όσο συνήθως.
Είμαι αρκετά ενοχλημένος ή ευερέθιστος για πολύ χρόνο.
Αισθάνομαι ευερέθιστος όλη την ώρα τώρα.

Ερώτηση 12η.

Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον για άλλους ανθρώπους.
Ενδιαφέρομαι λιγότερο για άλλους ανθρώπους σε σχέση με άλλες φορές.
Έχω χάσει το μεγαλύτερο μέρος του ενδιαφέροντός μου για άλλους ανθρώπους.
Έχω χάσει το όλο ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους.

Ερώτηση 13η.

Αποφασίζω περίπου όπως πάντα.
Αναβάλλω τη λήψη των αποφάσεων περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
Έχω μεγαλύτερη δυσκολία στη λήψη των αποφάσεων από πριν.
Δεν μπορώ να πάρω καμιά απόφαση.

Ερώτηση 14η.

Δε νομίζω ότι δείχνω χειρότερος από πριν.
Ανησυχώ μήπως φαίνομαι γερασμένος ή μη ελκυστικός.
Θεωρώ ότι υπάρχουν μόνιμες αλλαγές στην εμφάνισή μου που κάνουν την εμφάνισή μου μη ελκυστική.
Πιστεύω ότι φαίνομαι απαίσιος.

Ερώτηση 15η.

Μπορώ να εργαστώ όπως και πριν.
Χρειάζεται πρόσθετη προσπάθεια να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
Πρέπει να προσπαθήσω πολύ σκληρά για να κάνω οτιδήποτε.
Δεν είμαι σε θέση να κάνω οποιαδήποτε εργασία.

Ερώτηση 16η.

Κοιμάμαι όπως πάντα.
Δεν κοιμάμαι όπως άλλες φορές.
Ξυπνάω 1-2 ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δύσκολα με ξαναπέρνει ο ύπνος.
Ξυπνάω αρκετές ώρες νωρίτερα από ότι συνήθιζα και δεν μπορώ να ξαναπέσω για ύπνο.

Ερώτηση 17η.

Δεν κουράζομαι περισσότερο από άλλες φορές.
Κουράζομαι ευκολότερα από άλλες φορές.
Κουράζομαι χωρίς να κάνω σχεδόν τίποτα.
Είμαι πάρα πολύ κουρασμένος για να κάνω οτιδήποτε.

Ερώτηση 18η.

Η όρεξή μου δεν είναι όπως συνήθως.
Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όπως ήταν.
Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
Δεν έχω καθόλου όρεξη.

Ερώτηση 19η.

Δεν έχω χάσει βάρος τον τελευταίο καιρό.
Έχω χάσει περισσότερα από δύο κιλά.
Έχω χάσει περισσότερα από τρία κιλά.
Έχω χάσει περισσότερα από πέντε κιλά.

Ερώτηση 20η.

Δεν ανησυχώ για την υγεία μου περισσότερο από άλλες φορές.
Ανησυχώ για τα φυσικά προβλήματα όπως οι πόνοι ή οι πόντοι, ή το στομάχι, ή τη δυσκοιλιότητα.
Ανησυχώ πολύ για τα θέματα υγείας και είναι δύσκολο να σκεφτώ πολλά άλλα πράγματα.
Ανησυχώ για τα θέματα υγείας τόσο που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο.

Ερώτηση 21η.

Δεν έχω παρατηρήσει οποιαδήποτε αλλαγή στο ενδιαφέρον για sex τελευταία.
Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το sex σε σχέση με άλλες φορές.
Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για sex.
Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον για sex.

Μέρος 2° : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΧΡΗΣΗΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

1) Έχετε ηλεκτρονικό υπολογιστή στο σπίτι σας?

Ναι

Όχι

2) Πόσες ώρες την ημέρα χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο?

<1 ώρα

2-3 ώρες

4-5 ώρες

>6 ώρες

3) Για ποιους λόγους προτιμάτε να χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο?

αναζήτηση πληροφοριών

αγορά –πώληση προϊόντων

επικοινωνία μέσω προφίλ κοινωνικού δικτύου (π.χ facebook, twitter)

όλα τα παραπάνω

4) Πόσο συχνά προτιμάτε τον ενθουσιασμό που σας προσφέρει το διαδίκτυο από το να περνάτε χρόνο με την οικογένεια σας?

συχνά

ελάχιστα

καθόλου

5) Πόσο συχνά προτιμάτε τον ενθουσιασμό που σας προσφέρει το διαδίκτυο από το να περνάτε χρόνο με τους φίλους σας?

συχνά

ελάχιστα

καθόλου

6) Πόσο πιστεύετε ότι οι βαθμοί σας ή η ακαδημαϊκή σας πορεία επηρεάζεται αρνητικά λόγω του χρονικού διαστήματος που σερφάρετε στο διαδίκτυο?

συχνά

ελάχιστα

καθόλου

7) Πόσο συχνά φοβάστε ότι η ζωή σας χωρίς το διαδίκτυο θα είναι βαρετή?

συχνά ελάχιστα καθόλου

8) Πόσο συχνά επιλέγετε να ξοδεύετε περισσότερο χρόνο on-line παρά να βγείτε έξω με άλλους?

συχνά ελάχιστα καθόλου

9) Έχει επηρεαστεί η ποιότητα του ύπνου σας λόγω εκτεταμένης περιήγησης στο διαδίκτυο?

πολύ ελάχιστα καθόλου

10) Πιστεύετε ότι είναι αξιόπιστη η παρεχόμενη πληροφορία μέσω internet?

πολύ ελάχιστα καθόλου

11) Γενικά, πόσο σημαντικό θεωρείται το διαδίκτυο στη ζωή σας?

πάρα πολύ λίγο ελάχιστα καθόλου

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΦΥΛΟ: ΆΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΞΑΜΗΝΟ ΕΙΣΤΕ? _____

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

Τμήμα: Νοσηλευτικής

21 Μαΐου 2013

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ 26334

Πάτρα

Αγαπητή κα Προϊσταμένη

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τη σχέση της κατάθλιψης με το διαδίκτυο σε φοιτητές Νοσηλευτικής. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι φοιτητές νοσηλευτικής επηρεάζονται ψυχολογικά από την χρήση του διαδικτύου.

Τα ερωτηματολόγια που έχουν κατασκευαστεί περιλαμβάνουν 33 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των φοιτητών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Η συμμετοχή τους είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας θα μπορούν να αποσύρουν την συμμετοχή τους.

Θα σα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Πάτρας.

Με εκτίμηση

Μπίκου Χριστίνα

Φραγκουλάκη Φωτεινή