



Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας

Σχολή: ΣΕΥΠ

Τμήμα: Νοσηλευτική

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΜΕΘ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΤΜΗΜΑΤΩΝ

Εισηγήτρια:

Δρ Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Μυτακίδου Ολυμπία

Σπουδάστρια

Πάτρα 2014

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μου εργασία θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κα Παπαδημητρίου για την καθοδήγηση και την ψυχολογική υποστήριξη που μου πρόσφερε, την κα Μέντη, τον κο Βασίλη και όλους όσους με στήριξαν όλον αυτό τον καιρό...

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	6
Εισαγωγή .....	7

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> : Κατάθλιψη: Ορισμός, Ιστορία, Επιδημιολογία

1.1 Ορισμός κατάθλιψης .....	10
1.2 Ιστορική αναδρομή .....	11
1.3 Επιδημιολογία .....	11

### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> : Προδιαθεσικοί παράγοντες, Αίτια, Διάγνωση

2.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες .....	14
2.2 Αιτιολογία .....	14
2.3 Διαγνωστική προσπέλαση .....	18

### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> : Κλινική εικόνα, Θεραπεία

3.1 Κλινική εικόνα .....	21
3.2 Θεραπεία .....	23
3.2.1 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση .....	23
3.2.1.1 Η ψυχοθεραπεία ευχάριστων δραστηριοτήτων .....	23
3.2.1.2 Η γνωστική- συμπεριφορική .....	24
3.2.1.3 Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία .....	25
3.2.1.4. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία .....	26
3.2.1.5 Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία .....	26

3.2.1.6 Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία .....	27
3.2.1.7 Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στην επίλυση προβλημάτων .....	27
3.2.1.8. Οικογενειακή θεραπεία .....	27
3.2.2 Φαρμακευτική θεραπεία .....	28
3.2.3. Εναλλακτικές θεραπείες, σε σχέση με την θεραπευτική αγωγή .....	30
<b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> : Επιπλοκές, Πρόληψη</b>	
4.1 Επιπλοκές .....	32
4.2 Η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	33
<b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> : Ταξινόμηση καταθλιπτικών διαταραχών</b>	
5.1 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή .....	37
5.1.1 Διάγνωση κατά DSM-IV-TR .....	38
5.2 Δυσθυμική διαταραχή .....	40
5.2.1 Διάγνωση Δυσθυμίας .....	41
5.3 Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς .....	42
5.4 Άλλοι όροι, διαστάσεις και κατηγοριοποιήσεις της κατάθλιψης .....	43
<b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> : Μονάδα Εντατικής Θεραπείας</b>	
6.1 Ορισμός της ΜΕΘ .....	52
6.2 Οργανωτικό πλαίσιο των ΜΕΘ .....	53
6.2.1 Είδη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας .....	53
6.2.2 Κατασκευαστικές αρχές .....	55
6.2.3 Εξοπλισμός .....	57
6.3 Ενδείξεις εισαγωγής ασθενών στη ΜΕΘ .....	57
<b>Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> : Στελέχωση της ΜΕΘ</b>	
7.1 Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη ΜΕΘ.....	59

7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ.....	60
7.2.1 Το στρεσογόνο περιβάλλον του νοσηλευτή της ΜΕΘ .....	61
7.3 Ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας στη ΜΕΘ .....	64

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

Υλικό και μέθοδος .....	67
Αποτελέσματα .....	71
Συζήτηση .....	101
Συμπεράσματα .....	105
Προτάσεις .....	107
Περίληψη .....	108
Summary.....	110
<i>Βιβλιογραφία</i> .....	111
<i>Παράρτημα</i> .....	114

## *Αντί προλόγου...*

ΈΚαι είδα μια γερασμένη γυναίκα κουρνιασμένη πλάι μου, εντελώς ατημέλητη κι αδιάφορη για την αφροντισιά της, στεγνή και μαραμμένη, με μια χλωμή, ασύσπαστη, χωμάτινη όψη, με χαμηλωμένο βλέμμα, διστακτική φωνή και κατεβασμένα χείλη... Καθώς σύρθηκε κοντά μου, ξαφνικά, μες στη σιωπή, με άρπαξε στα μπράτσα της και με σκέπασε απ' την κορφή ως τα νύχια με τον μανδύα της δυστυχίας της, και με κράτησε τόσο σφιχτά στην αγκαλιά της που ένιωσα σαν μια μέγγενη να συνθλίβει την καρδιά και το στήθος μου και με την παλάμη της σκέπασε τα μάτια μου κι έκλεισε τ' αυτιά μου ώστε να μην μπορώ ούτε να δω, ούτε ν' ακούσω... Κι έμαθα αργότερα ότι το όνομα αυτής της γριάς ήταν Μελαγχολία, που μπερδεύει τη σκέψη, στεγνώνει το κορμί, δηλητηριάζει τους χυμούς του, εξασθενεί τις αισθήσεις και εγκαταλείπει τους ανθρώπους στην αρρώστια και στον θάνατο''<sup>1</sup> .

(Chartier, 1428)

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν ένα ειδικά επανδρωμένο και τεχνολογικά εξοπλισμένο τμήμα του νοσοκομείου που φιλοξενεί και αντιμετωπίζει ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή παθολογικές καταστάσεις. Αποτελεί ένα αυτόνομο τμήμα μέσα στο νοσοκομείο και η συνεργασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται είναι σημαντικοί παράγοντες για την έκβαση του ασθενή.

Οι ασθενείς στην ΜΕΘ βρίσκονται συχνά σε βαριά κατάσταση με επιπτώσεις σε ένα ή περισσότερα συστήματα. Η εντατική παρακολούθηση τους και η συνεχή επαγρύπνηση των νοσηλευτών καθώς και η απαιτητική φροντίδα που παρέχεται σε συνδυασμό με το άγχος, την ενασχόληση με τον τεχνολογικό εξοπλισμό, αλλά και οι καταστάσεις που φέρει εις πέρας ερχόμενος αντιμέτωπος με τον θάνατο, δημιουργούν ψυχολογική πίεση που καταλήγει σε επαγγελματική εξουθένωση, παράγοντας αυτής η κατάθλιψη.

Οι αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς, το κυκλικό ωράριο, η πίεση, το άγχος, οι ελλείψεις προσωπικού καθώς και οι συγκρούσεις με το υπόλοιπο προσωπικό υγείας είναι μερικά από τα προβλήματα που οδηγούν τους νοσηλευτές στο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης που συνέπειες αυτού είναι η απαισιοδοξία, το αίσθημα απελπισίας, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η έλλειψη ενδιαφέροντος τόσο για τις καθημερινές δραστηριότητες, όσο για το χώρο της δουλειάς με επιπτώσεις στον άρρωστο αλλά και στον ίδιο τον εαυτό τους.

Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και η αντιρρόπηση των παραγόντων που την δημιουργούν καθώς και η ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες είτε η δημιουργία πιο ευχάριστου κλίματος στο χώρο εργασίας θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά στην πρόληψη της.

Η κατάθλιψη δεν είναι ποτέ ένα κανονικό, υγιές κομμάτι της ζωής μας, όποια και αν είναι η ηλικία, το φύλο, ή η κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δυστυχώς, αν και η θεραπεία για την κατάθλιψη είναι τις περισσότερες φορές επιτυχημένη, λιγότερα από τα μισά άτομα που πάσχουν από αυτή αναζητούν θεραπεία. Οι περισσότεροι υποφέρουν σιωπηλά πιστεύοντας ότι δεν είναι κάτι σοβαρό και θα περάσει από μόνο του, ή πιστεύοντας ότι πρόκειται για μια προσωπική τους αδυναμία για την οποία ντρέπονται και προσπαθούν να την κρατήσουν μυστική.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι το άτομο που βρίσκεται διαρκώς στο πλευρό του ψυχικά πάσχοντος τόσο κατά την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία του, στις βαριές κλινικές μορφές της νόσου, όσο και κατά τη φροντίδα του στο σπίτι ή στην κοινότητα.



**ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

- Ορισμός κατάθλιψης
- Ιστορία
- Επιδημιολογικά στοιχεία

## 1.1 Ορισμός κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κατάθλιψη είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από τη θλίψη, την απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου ή όρεξης, αίσθημα κόπωσης και κακή συγκέντρωση.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι μακράς διάρκειας ή υποτροπιάζουσα, ουσιαστικά περιορίζει τη δυνατότητα ενός ατόμου να λειτουργήσει στο χώρο εργασίας ή το σχολείο ή να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητά του. Στην πιο βαριά μορφή της η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Στην ήπια μορφή της μπορεί να αντιμετωπιστεί χωρίς φάρμακα, αλλά όταν είναι μέτρια ή σοβαρή μπορεί να χρειαστεί φαρμακευτική αγωγή και επαγγελματική ψυχοθεραπεία.

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα και να αντιμετωπιστεί από τους μη ειδικούς στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Εξειδικευμένη φροντίδα είναι απαραίτητη για ένα μικρό ποσοστό ατόμων με περίπλοκη κατάθλιψη ή για εκείνους που δεν ανταποκρίνονται στις θεραπείες πρώτης γραμμής <sup>2</sup>.

Σύμφωνα με τις γνωσιακές θεωρίες τα άτομα με κατάθλιψη επικεντρώνονται στο ρόλο των αρνητικών και δυσλειτουργικών αντιλήψεων προς τα γεγονότα της ζωής.

Η πρώτη γνωσιακή θεωρία για την κατάθλιψη προτάθηκε από τον Aaron Beck (1967) σύμφωνα με τον οποίο τα άτομα με κατάθλιψη ερμηνεύουν με λανθασμένο τρόπο τα γεγονότα της ζωής επειδή χρησιμοποιούν λανθασμένες αντιλήψεις ως ερμηνευτικά φίλτρα για την κατανόηση των γεγονότων αυτών και έτσι κάνουν αρνητικές "αυτόματες σκέψεις". Τα γνωστικά προβλήματα των ανθρώπων με κατάθλιψη εμφανίζονται σε τρεις τομείς. Πρώτον, τα άτομα αυτά κάνουν λάθη στον τρόπο που επεξεργάζονται τις πληροφορίες διότι επικεντρώνονται επιλεκτικά στα αρνητικά ερεθίσματα. Δεύτερον, η κατάθλιψη σχετίζεται με τη λεγόμενη αρνητική "γνωστική τριάδα", δηλαδή τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως ανάξιο ή ανίκανο, τον κόσμο ως κακό ή άδικο και το μέλλον δίχως ελπίδα και τρίτον, τα άτομα αυτά αναπτύσσουν αρνητικά γνωστικά σχήματα, τα οποία είναι σταθερές δομές στη μνήμη, οι οποίες ανθίστανται στην αλλαγή και καθορίζουν την επεξεργασία των πληροφοριών προς την αρνητική αυτοκριτική <sup>3</sup>.

## 1.2 Ιστορική αναδρομή.

Η κατάθλιψη είχε περιγραφεί ήδη από την αρχαιότητα. Έχουν βρεθεί πολλά αρχαία κείμενα με περιγραφές αυτού που σήμερα ονομάζουμε διαταραχή της διάθεσης. Η ιστορία του βασιλιά Σαούλ, στην Παλαιά Διαθήκη, όπως και η ιστορία της αυτοκτονίας του Αίαντα, στην Ιλιάδα, περιγράφουν σύνδρομα κατάθλιψης. Περίπου στο 400 π. Χ ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τους όρους "μανία" και "μελαγχολία" προκειμένου να περιγράψει ψυχικές διαταραχές. Γύρω στο 30 μ. Χ ο Aulus Cornelius Celsus περιέγραψε την μελαγχολία, στο έργο του "De re medicina", σαν μια από μέλαινα χολή προκαλούμενη κατάθλιψη. Ο όρος συνέχισε να χρησιμοποιείται και από άλλους ιατρικούς συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων του Αρεταίου ( 120-180 μ. Χ. ), του Γαληνού ( 129-19 μ. Χ. ) και του Αλεξάνδρου από τις Τράλλεις τον 6<sup>ο</sup> αιώνα. Ο Εβραίος γιατρός του 12<sup>ου</sup> αιώνα Μαμωνίδης θεωρούσε τη μελαγχολία ως διακριτή νοσολογική οντότητα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια ψυχική νόσο την οποία ονόμασε maniac-melancholicus <sup>4</sup>.

Το πρώτο σύγγραμμα στα αγγλικά που αναφέρονταν στην κατάθλιψη ήταν το "Anatomy of Melancholy", το οποίο εκδόθηκε το 1621 και ο συγγραφέας του ήταν ο Robert Burton. Στα περιεχόμενα του βιβλίου γινόταν εκτενής αναφορά σε ποικίλες συναισθηματικές διαταραχές, ενώ εντυπωσίαζαν οι περιγραφές των αιτιών της κατάθλιψης.

Ο Meyer (1866-1950) ήταν ο πρώτος που καθιέρωσε τον όρο depression (pressed down), αντί του melagholia <sup>5</sup>.

Το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνα ήταν η εποχή των νευροεπιστημών όπου, μεταξύ άλλων επιστημονικών επαναστάσεων, αναπτύχθηκε μια σειρά αντικαταθλιπτικών φαρμακευτικών ουσιών, όπως οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (ΕΑΕΣ-SSRIS) <sup>6</sup> όπου ενεργούν σε δύο νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου και ρυθμίζουν την διάθεση, την σεροτονίνη και την νορεπινεφρίνη .

## 1.3 Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη σήμερα εκτιμάται ότι πλήττει 350 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Η παγκόσμια έρευνα για την ψυχική υγεία που διεξήχθη σε 17 χώρες, διαπίστωσε ότι κατά μέσο όρο 1 στα 20 άτομα ανέφεραν ότι είχαν ένα επεισόδιο κατάθλιψης κατά το προηγούμενο έτος. Οι καταθλιπτικές διαταραχές συνήθως ξεκινούν σε νεαρή ηλικία και μειώνουν την λειτουργικότητα του ατόμου ενώ συχνά είναι επαναλαμβανόμενες. Η αναγκαιότητα για τον περιορισμό της κατάθλιψης και άλλων καταστάσεων ψυχικής υγείας είναι υψηλή σε παγκόσμιο

επίπεδο. Σε μια πρόσφατη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας καλέστηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τα κράτη μέλη του να αναλάβουν δράση προς αυτή την κατεύθυνση <sup>7</sup>.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι η δεύτερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως για το 2010. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή αντιπροσωπεύει το 8,2% του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο των καταθλιπτικών διαταραχών, ενώ η δυσθυμία μόλις το 1,4%. Η μείζων κατάθλιψη οφείλεται για τα 16 εκατομμύρια αυτοκτονιών, ενώ η δυσθυμική διαταραχή για τα 4 εκατομμύρια παγκοσμίως <sup>8</sup>. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση το κόστος των διαταραχών της διάθεσης και του άγχους είναι περίπου 170 δισεκατομμύρια € ετησίως <sup>9</sup>.

### **Επιπολασμός κατά της διάρκειας της ζωής.**

Φύλο: Οι γυναίκες είναι κατά 70 % πιο πιθανόν να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά την διάρκεια της ζωής τους από τους άνδρες.

Ηλικία: σε σύγκριση με τους ενήλικες πάνω από την ηλικία των 60 ετών, η ηλικία των 18 με 29 ετών είναι 70% πιο πιθανό να εμφανίσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους, η ηλικία των 30 με 44 ετών έχει 120% περισσότερες πιθανότητες και η ηλικία των 45 με 59 ετών έχει 100% πιθανότητες. Σε ετήσιο επιπολασμό οι ηλικίες μεταξύ 18 με 29 χρονών έχει 200% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη από ηλικίες άνω των 60 ετών ενώ οι ηλικίες μεταξύ 30 με 44 ετών έχουν 80% μεγαλύτερη πιθανότητα. Η μέση ηλικία εμφάνισης της νόσου είναι τα 32 έτη <sup>10</sup>.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνότερες μεταξύ ατόμων που ζουν μόνα τους ή έχουν χωρίσει από ότι στα παντρεμένα άτομα. Δεν υπάρχει συσχέτιση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Επίσης δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ φυλών ή θρησκευτικών ομάδων <sup>11</sup>. Η πρόωμη αποστέρηση γονέων λόγω θανάτου και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την εμφάνιση μείζων καταθλιπτικής διαταραχής όπως και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα της ζωής και η ύπαρξη χρόνιου στρες. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας έχει αναδειχθεί ως παράγων κινδύνου, οι αστικές περιοχές αποτελούν το χώρο όπου η επικράτηση των συναισθηματικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη.

Συννόσηση: Έχει καταδειχθεί από αρκετές επιδημιολογικές έρευνες ότι η κατάθλιψη συνυπάρχει με ψυχωσικές διαταραχές ως μεταψυχωσική κατάθλιψη με εξαρτήσεις από ουσίες και αλκοόλ, ενώ αποτελεί κοινό ψυχοπαθολογικό στοιχείο με τις αγχώδεις διαταραχές <sup>6</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

- Προδιαθεσικοί παράγοντες
- Αίτια
- Διάγνωση

## 2.1 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που εμφανίζεται συνήθως στις ηλικίες από 20 έως 30 χρονών, εντοπίζεται βέβαια σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά κατάθλιψη από τους άνδρες κάτι που μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να αναζητήσουν θεραπεία.

Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης ή ενεργοποίησης της κατάθλιψης που είναι οι εξής:

- Κατάθλιψη που ξεκίνησε στην εφηβική ηλικία ή όταν ήταν παιδί.
- Ιστορικό αγχώδους διαταραχής, οριακή διαταραχή της προσωπικότητας ή μετατραυματικό στρες.
- Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, τάση να εξαρτιούνται υπερβολικά από τους άλλους, είναι απαισιόδοξοι και έχουν υψηλή αυτοκριτική.
- Πάσχοντες χρόνιων ασθενειών όπως διαβήτης, καρκίνος και καρδιακή νόσο.
- Θεραπείες με υπνωτικά φάρμακα ή αντιυπερτασικά φάρμακα.
- Τραυματικά ή στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως σεξουαλική κακοποίηση, απώλεια αγαπημένου προσώπου και οικονομικά προβλήματα.
- Συγγενείς εξ αίματος με ιστορικό κατάθλιψης, διπολικής διαταραχής, αλκοολισμού ή αυτοκτονίας<sup>12</sup>.
- Συνταξιοδότηση
- Απώλεια λειτουργικότητας (αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, οδήγησης κλπ)
- Γυναικείο φύλο
- Η ανυπαρξία υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου και η κατάσταση χηρείας
- Διάσταση ή χωρισμός<sup>13</sup>.

## 2.2 Αιτιολογία

Τα σύγχρονα αιτιολογικά μοντέλα αναφέρονται σε ένα συνδυασμό παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης:

### Γενετικές Θεωρίες:

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στην εμφάνιση της κατάθλιψης φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένα παιδιά. Αυξημένα

ποσοστά σε συγγενείς 1ου βαθμού. Παιδιά γονέων με κατάθλιψη έχουν δυο ή τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Άτομα με επιβαρυνμένο οικογενειακό ιστορικό, τείνουν να έχουν πολλαπλά επεισόδια, υψηλά επίπεδα δυσλειτουργικότητας, και μικρότερη ηλικία εμφάνισης της κατάθλιψης. Προσπάθειες να εντοπιστούν γονίδια για την κατάθλιψη έχουν αποτύχει. Υποθέτουμε ότι εμπλέκονται πολλά γονίδια και ίσως να είναι διαφορετικά σε διαφορετικές οικογένειες. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι ο τρόπος με τον οποίο τα γονίδια αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη είναι πιθανόν μέσω μιας αυξημένης ευαλωτότητας για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν στρεσογόνα συμβάντα <sup>7</sup>.

### Βιολογικές Θεωρίες :

Από τη δεκαετία του '50, ήδη, έχουν προκύψει από ερευνητικά δεδομένα ισχυρές ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ουσίες, μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στους νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη, σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη και διαπιστώθηκε ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή. Δεν είναι ακόμα γνωστό όμως εάν οι βιοχημικές διαταραχές της κατάθλιψης είναι γενετικές και κληρονομούνται ή αν είναι αποτέλεσμα άλλων παραγόντων, όπως το στρες, τραυματικές εμπειρίες, ασθένεια ή κάποιου άλλου περιβαλλοντικού παράγοντα. Οι νευροχημικές ανωμαλίες στα παιδιά και τους εφήβους είναι περισσότερο αποτέλεσμα χρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνες ψυχολογικές συνθήκες <sup>7,8</sup>.

### Συμπεριφορικές Θεωρίες :

Δύο βασικές συμπεριφορικές υποθέσεις για την κατάθλιψη:

α) Απόσβεση – (Lewinsohn): Αυτή η υπόθεση θεωρεί ότι η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα απόσβεσης συμπεριφορών. Ο Lewinsohn προτείνει ότι ο βαθμός της ενίσχυσης που παίρνει κανείς είναι συνάρτηση τριών βασικών παραγόντων:

1) αριθμός και εύρος των ερεθισμάτων που ενισχύουν το άτομο

2) η διαθεσιμότητα τέτοιων ενισχύσεων στο περιβάλλον και

3) η ικανότητα του ατόμου να εξασφαλίσει την ενίσχυση. Αλλαγές στο περιβάλλον του ατόμου μπορεί να μεταβάλλουν και τους τρεις παράγοντες.

β) Αρνητική Κοινωνική Συμπεριφορά: Τα άτομα με κατάθλιψη φαίνεται ότι έχουν κάποια ελλείμματα στις διαπροσωπικές τους δεξιότητες και ότι ίσως προκαλούν αρνητικές αντιδράσεις από τους άλλους. Οι συμπεριφορικού τύπου θεραπείες βασίζονται στην προσπάθεια:

α) να αυξηθεί η θετική ενίσχυση που δέχεται το άτομο, κατά έναν τρόπο να ξαναμάθει να βρίσκει ευχαρίστηση και

β) να βελτιωθούν οι κοινωνικές τους δεξιότητες.

#### Γνωστικές Θεωρίες :

1. Μαθημένη αβοηθησία και απελπισία: Ο Martin Seligman προτείνει ότι η κατάθλιψη μπορεί να κατανοηθεί ως αντίδραση ανάλογη αυτής του φαινομένου της μαθημένης αβοηθησίας .

2. Η Abramson και οι συνεργάτες της επέκτειναν τη θεωρία βασιζόμενη στη θεωρία απόδοσης αιτίου , και συγκεκριμένα στην πεποίθηση ότι άσχημα πράγματα θα συνεχίσουν να συμβαίνουν και ότι το άτομο δεν μπορεί να κάνει τίποτε για αυτά, που οδηγεί στην έλλειψη ελπίδας , χαρακτηριστική της κατάθλιψης. Κατά την Abramson οι πεποιθήσεις αυτές πηγάζουν από τις αποδόσεις αιτίου του ατόμου για τα αρνητικά γεγονότα. Συγκεκριμένα, τα άτομα που τείνουν να θεωρούν ότι για αρνητικά γεγονότα ζωής οι αιτίες είναι α) μόνιμες και όχι προσωρινές, β) γενικεύσιμες σε όλους τους τομείς της ζωής και όχι σε αυτόν που συνέβη, και γ) εσωτερικές και όχι εξωτερικές (περιβαλλοντικές), είναι πιο ευάλωτοι παρουσιάσουν απελπισία και κατάθλιψη.

3. Αρνητικά σχήματα για τον εαυτό: Σύμφωνα με τον Beck, η βασική αιτία της κατάθλιψης έχει να κάνει με μια βασική αρνητικότητα σε σχέση με το πώς βλέπουμε τον εαυτό μας. Εάν ένα άτομο, λόγω των εμπειριών του, αναπτύξει ένα αρνητικό «σχήμα» για τον εαυτό, τον κόσμο και το μέλλον τότε είναι ευάλωτο στην κατάθλιψη, εάν προκύψει και κάποιος εκλυτικός παράγοντας. «Γνωστική τριάδα» στην κατάθλιψη: Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη τείνουν να βλέπουν αρνητικά 1. τον εαυτό τους, 2. τον κόσμο τους, και 3. το μέλλον τους<sup>5</sup>.

#### Θεωρίες Διαπροσωπικών Σχέσεων :

Βασική ιδέα είναι ότι η κατάθλιψη αποτελεί αντίδραση στις δυσκολίες που βιώνει το άτομο στην αλληλεπίδραση του με το κοινωνικό του περιβάλλον (οικογένεια, συνομήλικοι)

A. Ψυχαναλυτικές θεωρίες για την κατάθλιψη. Ο Freud (1917) υποστηρίζει ότι οι ρίζες της κατάθλιψης σχετίζονται με την καθήλωση στο στοματικό στάδιο, η οποία οδηγεί στην τάση να εξαρτάται το άτομο υπερβολικά στους άλλους ανθρώπους για τη διατήρηση της αυτοεκτίμησής



του. Συσχετίζει την κατάθλιψη με το πένθος, και υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη είναι αντίδραση σε μια απώλεια (πραγματική ή συμβολική), αλλά στην οποία η θλίψη και η οργή παραμένουν ασυνείδητες, και συνεπώς αποδυναμώνουν το εγώ. Έτσι, η βασική φροϋδική υπόθεση για την κατάθλιψη είναι ότι αποτελεί μια στροφή της επιθετικότητας προς τον εαυτό .

B. Υπάρχουν αρκετές σύγχρονες Ψυχοδυναμικές θεωρίες για την κατάθλιψη, οι οποίες μοιράζονται κάποιες βασικές παραδοχές:

α) Πρώτον, ότι η κατάθλιψη έχει τις ρίζες της σε ένα πρώιμο έλλειμμα, που σχετίζεται με την απώλεια ή την απειλή της απώλειας ενός γονιού.

β) Δεύτερον, ότι το παλιό αυτό πλήγμα, αναζωπυρώνεται από μια πρόσφατη απώλεια, η οποία «γυρνά» το άτομο στο παιδικό τραύμα.

γ) Τρίτον, ότι μια βασική συνέπεια αυτής παλινδρόμησης είναι συναισθήματα αβοηθησίας και απελπισίας, που αντανακλούν την πραγματική συνθήκη όσο αφορά ένα παιδί.

δ) Τέταρτον, ότι η αμφιθυμία προς τα ενδοβλημένα αντικείμενα θεωρείται θεμελιώδης στην κατάθλιψη.

ε) Πέμπτο, ότι η απώλεια της αυτοεκτίμησης είναι βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης, και ότι το άτομο προσπαθεί να αντισταθμίσει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση με την αγάπη και την αποδοχή των άλλων (“εξαρτημένοι από την αγάπη» Fenichel, 1945).

ζ) Έκτο, ότι η κατάθλιψη έχει κάποια λειτουργία όσο αφορά τη διαχείριση των σχέσεων <sup>4,5</sup> .

#### Περιβαλλοντικές Θεωρίες:

Η κατάθλιψη συσχετίζεται συχνά με αρνητικά/στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως είναι διαζύγιο ή ο θάνατος των γονέων, κακές συνθήκες διαβίωσης, σοβαρό ατύχημα, αλλαγή γειτονιάς και σχολείου, έκθεση σε σωματική ή σεξουαλική βία.

Αυτά τα γεγονότα μπορεί να συνδυάζονται με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ή ελλιπής γονεϊκή φροντίδα. Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αντιλαμβάνονται και αναπαριστούν τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της <sup>11</sup> .

### Κοινωνικοί Παράγοντες:

Κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο στην κατάθλιψη. Υπάρχει μια μεγάλη αύξηση της κατάθλιψης τον τελευταίο αιώνα καθώς επίσης και η ηλικία στην οποία εμφανίζεται φαίνεται να μειώνεται. Κοινωνικοί παράγοντες έχουν εντοπιστεί και ως υπεύθυνοι για τα αυξημένα ποσοστά γυναικών με κατάθλιψη.

### Αναπτυξιακό Μοντέλο:

Οι πρώιμες αρνητικές εμπειρίες που μπορεί να βιώνει ένα παιδί στα πλαίσια της οικογένειάς του κωδικοποιούνται στη μνήμη του σαν αρνητικά γνωστικά σχήματα με βάση τα οποία αξιολογεί τον εαυτό του ως ανάξιο, τους άλλους ως αδιάφορους απέναντί του και τις σχέσεις με τους ανθρώπους ως απρόβλεπτες κι επιβλαβείς. Δημιουργείται στο παιδί η τάση να επικεντρώνεται σε αρνητικά γεγονότα, με αποτέλεσμα την παγίωση και σταθεροποίηση των αρνητικών γνωστικών σχημάτων που αποτελούν τη βάση της επεξεργασίας των διαφόρων βιωμάτων. Το παιδί που λειτουργεί γνωστικά με αυτόν τον τρόπο αντιμετωπίζει δυσκολίες στον κοινωνικό τομέα, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην απόρριψη από τους άλλους και, μακροπρόθεσμα, στην κοινωνική απομόνωση και την κατάθλιψη <sup>14</sup>.

### **2.3 Διαγνωστική προσπέλαση.**

Οι διαταραχές της διάθεσης έχουν μεγάλη συχνότητα, μεγάλη νοσηρότητα και υψηλό ποσοστό θνησιμότητας. Οι διαταραχές διάθεσης κρύβονται πολλές φορές πίσω από συμπτώματα αυπνίας, κόπωσης, ή ανεξήγητων πόνων και οδηγούν τα άτομα στην αναζήτηση της ιατρικής φροντίδας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, όπου ή αντιμετωπίζονται ή παραπέμπονται σε ειδικό ( πολλές φορές σε λάθος ειδικό, αν η διάγνωση της κατάθλιψης διαφύγει ). Γι' αυτό το λόγο, όλοι οι ιατροί που έχουν άμεση προσωπική επαφή με ασθενή χρειάζεται να ξέρουν τα βασικά για τη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών διάθεσης. Οι διαταραχές διάθεσης μπορεί να έχουν μεγάλο κόστος αν δεν διαγνωστούν και δεν αντιμετωπιστούν σωστά. Όσον αφορά στις ηλικίες 15-45 ετών, για την κατάθλιψη υπολογίζεται ότι ξοδεύεται το 10,3 % του συνολικού κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παγκοσμίως <sup>15</sup>.

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχιατρικών Διαταραχών (4<sup>η</sup> έκδοση – 1994) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας ( Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed., 1994= DSM-IV) μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα στην ακριβή διάγνωση. Και αυτό γιατί συγκρίνοντας τα σημεία και συμπτώματα του ασθενή με τις ομάδες των

διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV μπορούμε να διαπιστώσουμε ποια σύνδρομα είναι εκείνα που ταιριάζουν περισσότερο στην κατάσταση του ασθενή.

Σύμφωνα λοιπόν με το σύστημα ταξινόμησης DSM-IV οι Διαταραχές της Διάθεσης διαιρούνται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές, στις Διπολικές Διαταραχές, τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση, τη Διαταραχή της Διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες και τέλος τη Διαταραχή της Διάθεσης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Στις Καταθλιπτικές Διαταραχές ανήκουν η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς και διακρίνονται από τις Διπολικές Διαταραχές από το γεγονός ότι δεν υπήρξε στο ιστορικό ποτέ ένα μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο <sup>16</sup>.

Βασικό χαρακτηριστικό της Μείζονας Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι η παρουσία ενός μοναδικού μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου (χωρίς να υπάρχει μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο) ενώ της Δυσθυμικής Διαταραχής είναι η χρονιότητα στην καταθλιπτική διάθεση. Η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη Αλλιώς μπορεί να αφορά καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν μέχρι δύο εβδομάδες, ή επεισόδια τουλάχιστον δύο εβδομάδων αλλά με καθορισμένο αριθμό συμπτωμάτων <sup>17</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

- Κλινική εικόνα
- Θεραπεία

### 3.1 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης δεν είναι ίδια σε όλους τους καταθλιπτικούς. Κάποιοι ασθενείς είναι λυπημένοι και τα βάζουν με τον εαυτό τους, άλλοι παραπονιούνται για σωματικά ενοχλήματα όπως οσφυαλγία και πονοκέφαλο ενώ άλλοι μπορεί να εκφράσουν ιδέες που χαρακτηρίζουν συνήθως παρανοοειδείς καταστάσεις όπως ότι κάποιος τους παρακολουθούν, τους σχολιάζουν κ θέλουν το κακό τους. Ωστόσο και οι τρεις παραπάνω κατηγορίες περιπτώσεων αποτελούν κλινικές εκφράσεις της ίδιας νόσου, της κατάθλιψης, και ανταποκρίνονται στην ίδια (ή παραπλήσια) θεραπευτική αγωγή.

Στις τυπικές μορφές κατάθλιψης η έναρξη της συμπτωματολογίας είναι προοδευτική αν και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η καταθλιπτική συμπτωματολογία αρχίζει απότομα μέσα σε μια νύχτα. Συχνά προηγούνται συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα ( οργανικές / σωματικές ασθένειες ) που δυσκολεύουν την διάγνωση. Ο γιατρός δεν πρέπει ποτέ να ξεχνά ότι ένας άνθρωπος που εκφράζει υποχονδριακές αιτιάσεις μπορεί να είναι ένας καταθλιπτικός άρρωστος στα αρχικά στάδια της νόσου του. Η πιθανότητα αυτή είναι ακόμα μεγαλύτερη όταν ο άνθρωπος αυτός έχει κληρονομική επιβάρυνση προς την κατάθλιψη, έχει περάσει παλιότερα καταθλιπτικό (ή μανιακό) επεισόδιο, έχει καταθλιπτική, κυκλοθυμική ή ιδεοψυχαναγκαστική ιδιοσυγκρασία και είναι ηλικίας 45-60 ετών. Η σημασία της έγκαιρης διάγνωσης είναι πολύ μεγάλη και αυτό γιατί η καταθλιπτική διαταραχή πρώτον είναι ιάσιμη και δεύτερον γιατί συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο αυτοκαταστροφής<sup>18</sup>.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν ένα καταθλιπτικό ασθενή είναι η αίσθηση απαισιοδοξίας, στεναχώριας, απελπισίας, δυστυχίας, ανικανότητας, ανασφάλειας και οι αρνητικές σκέψεις για το μέλλον. Υπάρχει "αηδονία", δηλαδή έλλειψη διάθεσης για ευχαρίστηση και αδυναμία άντλησης ικανοποίησης από καταστάσεις και δραστηριότητες οι οποίες στο παρελθόν πρόσφεραν χαρά. Μπορεί να συνυπάρχει άγχος και ανησυχία. Στους περισσότερους καταθλιπτικούς ασθενείς παρατηρείται η "πρωινή δυσθυμία". Με τον όρο αυτό εννοούμε ότι η διάθεση του ασθενή είναι χειρότερη κατά τις πρωινές ώρες παρά το βράδυ και αυτό συμβαίνει γιατί ο άρρωστος αισθάνεται ότι με το ξημέρωμα έχει μπροστά του "μία μέρα βουνό".

Ως προς τις διαταραχές της σκέψης, σχεδόν όλοι οι καταθλιπτικοί παραπονιούνται για δυσκολία συγκέντρωσης. Η σκέψη μπορεί να παρουσιάσει σημαντική επιβράδυνση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε "λιμνασμό ιδεών", οπότε στο μυαλό του ασθενούς υπάρχει μόνο μια σκέψη, η οποία σχεδόν πάντοτε είναι κακή και του προκαλεί απελπισία. Όλες αυτές οι

διαταραχές της σκέψης δημιουργούν σημαντικό πρόβλημα επίλυσης καθημερινών ζητημάτων και επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ασθενούς, που βρίσκει εξαιρετικά δύσκολες τις καθημερινές αποφάσεις και ενέργειες τους. Οι σκέψεις των καταθλιπτικών παρουσιάζουν διαταραχές που περιλαμβάνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, ενοχές και ιδέες υποτίμησης του εαυτού, ανικανότητας και αναξιότητας. Η σκέψη περιστρέφεται γύρω από την αρρώστια και το θάνατο, συχνά υπάρχουν ευχές θανάτου, μπορεί δε να υπάρχει αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς ή με οργανωμένο σχέδιο αυτοκαταστροφής. Ενασχόληση με το θάνατο υπάρχει περίπου στο 70% των ασθενών και τελικά το 10-15% των ασθενών αυτοκτονούν. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί ο καταθλιπτικός ασθενής να σκοτώσει, πριν από την αυτοκτονία του, συγγενείς του (συνήθως τα παιδιά του) με την ιδέα ότι τους απαλλάσσει από το βάρος μιας ζωής σημαδεμένης από τα αμαρτήματά του ή/και τις δυστυχίες που τους έχει προκαλέσει. Επίσης οι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν παραληρητικές ιδέες που συνήθως δεν είναι αλλόκοτες. Ειδική μορφή παραληρήματος αποτελεί το " μηδενιστικό (ή νιχιλιστικό) παραλήρημα", το οποίο είναι αλλόκοτο και κατά το οποίο ο ασθενής πιστεύει ότι κάποιο μέλος του είναι ξένο, νεκρό, ανύπαρκτο ή φτιαγμένο από ανόργανη ύλη (π. χ τα εντόσθια του είναι νεκρά και η μυρωδιά της σήψης βγαίνει από το στόμα του, δεν έχει πνεύμονες, τα πόδια του είναι από πέτρα, τα έντερα του είναι χάλκινοι σωλήνες), ότι ο ίδιος είναι νεκρός ή ότι τόσο αυτός όσο και οι γύρω του είναι νεκροί. Η κατάθλιψη με ύπαρξη μηδενιστικού παραληρήματος χαρακτηρίζεται ως " σύνδρομο Cottard".

Ένα επίσης συχνό χαρακτηριστικό της καταθλιπτικής διαταραχής είναι η διαταραχή του ύπνου. Ο ασθενής συχνά παραπονιέται για αφυπνίσεις και για έντονα διαταραγμένο ύπνο. Με την επέλευση του ύπνου δεν παρατηρείται κάποιο άλλο πρόβλημα αλλά υπάρχουν πολλές διακοπές του κατά την διάρκεια της νύχτας και πολύ πρόωμη αφύπνιση το πρωί. Σε κάποιους ασθενείς εμφανίζεται έντονη υπερυπνία με έντονη υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας και πολλές ώρες ύπνου το 24ωρο.

Μειωμένη όρεξη εμφανίζεται κατά κανόνα στην κατάθλιψη και παρατηρείται παράλληλα απώλεια βάρους ή αύξηση της όρεξης σε συνδυασμό με την υπερυπνία ενώ η σεξουαλική διάθεση και ικανότητα μειώνονται και σταδιακά εξαφανίζονται. Συχνή είναι και η εμφάνιση του κλάματος σε καταθλιπτικό ασθενή μερικοί από τους οποίους είναι τόσο καταθλιπτικοί που ούτε να κλάψουν δεν μπορούν πια. Άλλα χαρακτηριστικά είναι η κλινοφιλία (ο ασθενής είναι άυπνος πολλές ώρες μέσα στην νύχτας ενώ κατά την διάρκεια της ημέρας κάθεται στο κρεβάτι αδυνατώντας να κοιμηθεί), η υποβουλησία ή αβουλησία και η μειωμένη κινητικότητα ή η έντονη ψυχοκινητική ανησυχία με άσκοπη συνεχή κινητικότητα, το υποκειμενικό αίσθημα

μειωμένης ενέργειας, η κοινωνική απόσυρση, η αδυναμία εκπλήρωσης των επαγγελματικών, κοινωνικών και οικογενειακών υποχρεώσεων και η συχνή παρουσία σωματικών συμπτωμάτων (δυσκοιλιότητα, γαστρική δυσφορία, βάρος ή πόνος στο στήθος, πονοκεφάλους κλπ). Οι ασθενείς συχνά έχουν ασταθή φωνή χαμηλού τόνου και "άδειο" βλέμμα, ενώ κατά κανόνα είναι απεριποίητοι και αδιάφοροι για την προσωπική τους και υγιεινή τους καθαριότητα <sup>19</sup>.

### **3.2 Θεραπεία**

Όσον αφορά την κατάθλιψη, η έννοια της αντιμετώπισης περιλαμβάνει την πρόληψη και τη θεραπεία. Η έννοια της πρόληψης απευθύνεται, τόσο στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού, όσο και στην λειτουργία ομάδων ενημέρωσης ευπαθών ομάδων. Έχει φανεί ότι παρεμβάσεις σε μητέρες με κατάθλιψη βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν ανεπιθύμητες παρενέργειες στα παιδιά.

Στο τομέα της θεραπείας περιλαμβάνεται η περιορισμένη χρονικά ψυχοθεραπευτική παρέμβαση με διάφορα είδη ψυχοθεραπείας, η φαρμακευτική αγωγή κι οι εναλλακτικές στη φαρμακευτική αγωγή, οργανικές θεραπείες.

#### **3.2.1 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση**

##### *3.2.1.1 Η ψυχοθεραπεία ευχάριστων δραστηριοτήτων.*

Στηρίζεται στην άποψη πως η κατάθλιψη μπορεί να προκύψει από αγχογόνους παράγοντες, που διαταράσσουν τις φυσιολογικές συμπεριφορές και προκαλούν χαμηλή θετική επανατροφοδότηση. Ο βαθμός της επανατροφοδότησης σχετίζεται με η διαθεσιμότητα των ενισχυτικών γεγονότων, που μπορούν να δράσουν τονωτικά, των ικανοτήτων του ατόμου να επιδρά στο περιβάλλον του ή την επίπτωση συγκεκριμένων καταστάσεων. Αν το άτομο δεν μπορεί να αλλάξει την αρνητική ισορροπία του περιβάλλοντος, αυτό θα οδηγήσει σε μια κατάσταση αυτοκριτικής και συναισθηματικής απόσυρσης. Αυτό το μοντέλο προτείνει ακόμα ότι μπορεί να υπάρχει ένα αρνητικό μοντέλο επανατροφοδότησης για καταθλιπτικές συμπεριφορές, όταν η οικογένεια και οι κοινωνικές δομές κινητοποιούνται, για να υποστηρίξουν τον καταθλιπτικό ασθενή. Σκοπός της θεραπείας ευχάριστων δραστηριοτήτων

είναι να αυξηθεί η συχνότητα και η ποιότητα των ευχάριστων δραστηριοτήτων. Έχει παρατηρηθεί ότι οι καταθλιπτικοί έχουν χαμηλή ενασχόληση με ευχάριστες δραστηριότητες. Κατά συνέπεια η διάθεσή τους μπορεί να βελτιωθεί με ευχάριστες δραστηριότητες.

Υπάρχει βιβλιογραφική αναφορά, σύμφωνα με την οποία, η θεραπεία ευχάριστων δραστηριοτήτων συν εικονικό φάρμακο είναι τόσο αποτελεσματική, όσο και η θεραπεία ευχάριστων δραστηριοτήτων συν αμιτριπτιλίνη. Ο Stavynski και οι συνεργάτες αναφέρουν ότι η θεραπεία ευχάριστων δραστηριοτήτων είναι τόσο αποτελεσματική, όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Ο Antonuccio και οι συνεργάτες υποστηρίζουν η προσθήκη στη φαρμακευτική θεραπεία ενισχύει το αποτέλεσμα στην ανθεκτική κατάθλιψη <sup>16</sup>.

### *3.2.1.2 Η γνωστική- συμπεριφορική*

Πρόκειται για μία βραχεία δομημένη ψυχοθεραπεία, η οποία απαιτεί την ενεργή συνεργασία μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή. Είναι προσανατολισμένη στα τρέχοντα προβλήματα και την επίλυσή τους. Στοχεύει στο να ανασκευάσει τις σκεπτικές παραμορφώσεις, οι οποίες οδηγούν στην κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η οποία αναπτύχθηκε από τον Beck, ο ασθενής εστιάζει επιλεκτικά στην αρνητική πλευρά των καταστάσεων με αποτέλεσμα να προδιαγράφεται η αποτυχία σε οτιδήποτε επιχειρήσει. Σκοπό, της Θεραπείας είναι καταρχάς να εντοπίσει τις αρνητικές πεποιθήσεις του ασθενή, να ανατρέψει τα διαστρεβλωμένα γνωστικά σχήματα και να βοηθήσει τον ασθενή να αποκτήσει μία περισσότερο προσαρμοστική συμπεριφορά, μέσω της δοκιμής των νέων γνωστικών και συμπεριφορικών αντιδράσεων.

Οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται είναι:

α) η διδακτική στάση, κατά την οποία διδάσκεται στον ασθενή η σχέση μεταξύ σκέψης και κατάθλιψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς.

β) οι γνωστικές τεχνικές, όπως ο εντοπισμός, των αυτόματων σκέψεων, η αξιολόγηση των αυτομάτων σκέψεων, ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών παραδοχών και η ανάλυσή τους.

γ) Συμπεριφορικές τεχνικές, όπως ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων, η βαθμολόγηση της ευχαρίστησης που μπορεί να προσλάβει από τις δραστηριότητες αυτές, ο καταμερισμός των δραστηριοτήτων, η πρόβα στη διαχείριση και αντιμετώπιση διαφόρων προκλήσεων, η εκμάθηση της αυτοεξυπηρέτησης, η εξάσκηση στην υιοθέτηση νέων ρόλων και η εφαρμογή τεχνικών, βοηθούν τον ασθενή να αντιμετωπίσει δύσκολες στιγμές.



Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται αποτελεσματική για περιπτώσεις ήπιας έως μέσης βαρύτητας καταθλίψεις, ενώ υστερεί σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης <sup>17</sup> .

### *3.2.1.3. Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία*

Βασίζεται στην υπόθεση ότι τα δυσπροσαρμοστικά σχήματα περιορίζουν τη θετική ανατροφοδότηση που λαμβάνει το άτομο από την κοινωνία. Η συμπεριφορική θεραπεία στηρίζεται στην αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών σχημάτων, έτσι ώστε το άτομο να λαμβάνει θετική ανατροφοδότηση.

Τρεις είναι οι βασικές κατευθύνσεις της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας. Η πρώτη προσέγγιση βασίζεται στην τεχνική που εφάρμοσε ο Lewinsohn κι έχει στόχο να αυξήσει τις ευχάριστες δραστηριότητες και περιβάλλον. Η δεύτερη αναπτύχθηκε από τον Lynn Rehm και στοχεύει στο να διορθώσει ελλείμματα του ασθενή στον αυτοέλεγχο, την αυτοεκτίμηση και την αυτοανατροφοδότηση. Η τρίτη προσέγγιση αναπτύχθηκε από τους Michel Hersen και Alan S. Bellack. Επικεντρώνεται στην εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, ώστε να αυξηθεί η θετική κοινωνική διαντίδραση και ανατροφοδότηση. Όλες οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούν συγκεκριμένες αρχές:

α) Είναι αυστηρά δομημένες.

β) Η ανατροφοδότηση αποτελεί το κλειδί για την καταπολέμηση ης κατάθλιψης.

γ) αλλαγή της συμπεριφοράς θεωρείται ο πιο αποτελεσματικός τρόπος, για να έρθουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

δ) Η θεραπεία απαιτεί σαφήνεια στο καθορισμό των στόχων και προσπάθεια για την επίτευξή τους.

Οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται είναι οι καταγραφές της διάθεσης και των δραστηριοτήτων, η αύξηση των ευχάριστων και η μείωση των δυσάρεστων δραστηριοτήτων, η ανάπτυξη νέων αυτοτροφοδοτούμενων μοντέλων, η αύξηση των κοινωνικών δεξιοτήτων, οι τεχνικές χαλάρωσης, η διαχείριση του χρόνου και η εκπαίδευση σε γενικές γνωστικές δεξιότητες. Οι μέχρι στιγμής απόψεις υποστηρίζουν ότι είναι δυνατόν να μειώσει σημαντικά τα συμπτώματα <sup>17,18</sup> .

#### *3.2.1.4. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.*

Αρχικά ο Freud προσέγγισε το πρόβλημα της κατάθλιψης μέσα από το έργο του «Θρήνος και μελαγχολία». Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία επικεντρώνεται σε άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας. Σύμφωνα με τη θεωρία, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα του πένθους για την απώλεια κάποιου γονέα, ενός άλλου σημαντικού προσώπου ή της αγάπης. Συχνά οι καταθλιπτικοί ασθενείς καταθλίβονται, επειδή στρέφουν το θυμό τους στον ίδιο τους τον εαυτό. Στη διάρκεια εξέλιξης της ψυχοδυναμικής θεωρίας διατυπώθηκε η άποψη ότι οι καταθλιπτικοί διαμορφώνουν προσωπικότητα που ρέπει στην κατάθλιψη. Ο χαρακτήρας ενός καταθλιπτικού ατόμου έχει ανάγκη από συνεχή επιβεβαίωση, αγάπη, θαυμασμό και που είναι διαρκώς εξαρτημένος από άλλα άτομα προκειμένου να αντλεί ναρκισσιστική ικανοποίηση και να διατηρεί την αυτοεκτίμησή του. Οι θεραπευτές συζητούν με τους ασθενείς τους απωθημένα συναισθήματα. Σκοπός της θεραπείας είναι να επιφέρει αλλαγή στο χαρακτήρα του ατόμου και όχι απλά να άρει τα συμπτώματα. Η θεραπεία μπορεί να είναι σύντομη ή να διαρκεί πολλά έτη, στη διάρκεια της οποίας το άτομο μπορεί να βιώσει έντονο άγχος. Μεταξύ των τεχνικών που χρησιμοποιούνται είναι η ερμηνεία της μεταβίβαση, η ταύτιση, η έμφαση στα δυναμικά αναπτύσσονται, η ενεργή συνεργασία μεταξύ ασθενή-θεραπευτή και η αποφυγή της παλινδρόμησης. Ο περισσότερες αναφορές, που υπάρχουν, περιγράφουν τη συγκεκριμένη θεραπεία ως λιγότερο αποτελεσματική αν και υπάρχουν ορισμένες εργασίες που τη θεωρούν ως αποτελεσματική για τη θεραπεία της κατάθλιψης ή που συγκρίνουν τα οφέλη της με αυτά της διαπροσωπικής ή της γνωστικής ψυχοθεραπείας<sup>10,12</sup>.

#### *3.2.1.5 Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία*

Επινοήθηκε και αναπτύχθηκε από τον Gerald Klerman. Στηρίζεται στην άποψη ότι τα τρέχοντα διαπροσωπικά προβλήματα, που έχουν τις ρίζες τους σε πρώιμες δυσλειτουργικές σχέσεις, σχετίζονται με την εκδήλωση της κατάθλιψης. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εστιάζει στη σύγκρουση και τη μετάβαση ρόλων, το άλυτο πένθος και τα κοινωνικά ελλείμματα. Φαίνεται ότι μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική πρόταση στη φαρμακευτική αγωγή ή ακόμη και να τη συμπληρώσει. Πραγματοποιούνται συνήθως 12-16 συνεδρίες με συχνότητα μία φορά την εβδομάδα. Χαρακτηρίζεται από ενεργητική θεραπευτική παρέμβαση, χωρίς όμως να αντιμετωπίζονται μηχανισμοί άμυνας και ψυχικές συγκρούσεις. Προβληματικές συμπεριφορές αντιμετωπίζονται στο βαθμό που παρεμβαίνουν στις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι τεχνικές οι οποίες χρησιμοποιούνται είναι:

4)οι διερευνητικές τεχνικές, όπου αντλούνται πληροφορίες για τα προβλήματα και συμπτώματα του ασθενή.

β) Η συναισθηματική ενίσχυση, όπου παρέχεται βοήθεια στον ασθενή, ώστε να αναγνωρίζει και να αποδέχεται επώδυνα συναισθήματα, να διαχειρίζεται θετικά τα συναισθήματά του στις διαπροσωπικές του σχέσεις και τέλος να εκφράζει τα καταπιεσμένα συναισθήματά του.

γ) Η διευκρίνηση, όπου δίνεται έμφαση στην αναδόμηση και στην ενίσχυση της προσωπικότητας του ασθενή.

δ) Η ανάλυση της επικοινωνίας, κατά την οποία, αφού εντοπιστεί δυσλειτουργική επικοινωνία, καταβάλλεται προσπάθεια ν 'αλλάξει.

ε) Η χρήση της θεραπευτικής σχέσης ως μοντέλου διαντίδρασης του ασθενή σε άλλες σχέσεις.

στ) Η συμπεριφορική αλλαγή που βοηθά τον ασθενή να επιλύσει απλά προβλήματα. Ο ασθενής διδάσκεται εναλλακτικούς τρόπους αντίδρασης παιδεύεται σε νέους τρόπους διαντίδρασης <sup>11,12</sup>

#### *3.2.1.6 Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία*

Βασίζεται στη σχέση θεραπευτή- θεραπευόμενου και χρησιμοποιεί τεχνικές επιβεβαίωσης, αποσαφήνισης, αναβίωσης, συμβουλών, υποβολής και διδασκαλίας. Συχνά επιλέγεται ως συμπλήρωμα της φαρμακευτικής θεραπείας.

#### *3.2.1.7 Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στην επίλυση προβλημάτων*

Η συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία λειτουργεί σε τρία επίπεδα δράσης. Στο πρώτο, τα συμπτώματα του ασθενή συνδέονται με τα προβλήματα του ασθενή. Στο δεύτερο, τα προβλήματα εντοπίζονται και ξεκαθαρίζονται και στο τρίτο, γίνεται προσπάθεια να επιλυθούν τα προβλήματα με ένα δομημένο τρόπο. Είδος ψυχοθεραπείας που ταιριάζει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, επειδή μπορεί να εφαρμοστεί και από μη ειδικούς (νοσηλεύτριες ή γενικούς ιατρούς). Ο συνεδρίες είναι σύντομης διάρκειας, βασική προϋπόθεση για τα δεδομένα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου ο χρόνος είναι περιορισμένος.

#### *3.2.1.8. Οικογενειακή θεραπεία*

Δεν θεωρείται θεραπεία πρώτης επιλογής. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που η διαταραχή θέτει σε κίνδυνο την οικογένεια του ασθενή ή σε περιπτώσεις που η διαταραχή δημιουργείται

ή συντηρείται από την οικογένεια του ασθενή. Στην καθημερινή πρακτική δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου διαπιστώνεται να πάσχει από κατάθλιψη και ο/η σύντροφος του καταθλιπτικού ασθενή. Δεν θεωρείται το ίδιο αποτελεσματική με άλλα πιο εξειδικευμένα είδη ψυχοθεραπείας, όπως η γνωστική ψυχοθεραπεία, μπορεί όμως να συμβάλλει στη βελτίωση της γενικότερης κατάστασης. Οι έγγαμοι καταθλιπτικοί αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα επιβάρυνσης της κατάστασης τους σε σχέση με καταθλιπτικούς οι οποίοι είναι άγαμοι. Στη διάρκεια της παρέμβασης εξετάζεται ο ρόλος του αρρώστου στην οικογένεια και ο ρόλος της οικογένειας στη συντήρηση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Χαρακτηριστικό είναι ότι μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη υπάρχει υψηλό ποσοστό διαζυγίων (περίπου 50%) .

Στην καθημερινή πράξη, για περιπτώσεις ελαφράς ή ήπιας βαρύτητας, επιλέγεται συχνά η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία. Τα άτομα που λαμβάνουν θεραπευτική αγωγή παρακολουθούνται, στην οξεία φάση, με συχνότητα συναντήσεων μία φορά η εβδομάδα. Μετά την παρέλευση της οξείας φάσης παρακολουθούνται για έξι μήνες περίπου, με συχνότητα συναντήσεων μια έως δύο φορές το μήνα. Στη διάρκεια των συνεδριών συζητούνται θέματα που μπορεί να ανακύψουν από τη λήψη της αγωγής και παράλληλα παρέχεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Περίπου με την ίδια συχνότητα συναντήσεων παρακολουθούνται οι ασθενείς και σε περίπτωση που λάβουν μόνο ψυχοθεραπευτική βοήθεια. Με τον παραπάνω τρόπο έχει φανεί ότι οι υποτροπές μειώνονται από το 40%- 60% στο 10%-20%. Σύμφωνα με ορισμένα στοιχεία, αν και όχι ισχυρά, φαίνεται ότι η υποτροπή είναι λιγότερο συχνή έπειτα από επιτυχή γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Η μακρόχρονη παρακολούθηση έχει δείξει ότι οι ψυχοθεραπείες βραχείας διάρκειας, όπως η γνωστική- συμπεριφορική καθώς και η διαπροσωπική, είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσο και η φαρμακευτική αγωγή, αν πρόκειται για περιπτώσεις ελαφράς ή μέτριας βαρύτητας. Σκοπός της όλης προσπάθειας είναι να αποφευχθεί το ενδεχόμενο υποτροπής <sup>16</sup> .

### **3.2.2 Φαρμακευτική θεραπεία**

Για την αντιμετώπιση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, εδώ και μισό αιώνα περίπου, διατίθεται αρκετά αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες. Φαίνεται μάλιστα ότι η φαρμακευτική αγωγή διπλασιάζει την πιθανότητα ανάνηψης. Ως γνωστόν, η ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή επέρχεται σε τρεις έως τέσσερις εβδομάδες. Κύρια ένδειξη χορήγησης αποτελεί το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η δράση των αντικαταθλιπτικών δεν είναι

ταυτόσημη. Έτσι εξηγείται το γιατί μπορεί να υπάρξει ανταπόκριση σε συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή και όχι σε κάποια άλλη. Τα αντικαταθλιπτικά διαχωρίζονται ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους. Τα διαθέσιμα αντικαταθλιπτικά είναι τα εξής:

α) Οι αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης (δεσιπαραμίνη, προτρυπτιλίνη, νοτριπτιλίνη, μαπροτιλίνη)

β) Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης [ Selective Serotonine Reuptake Inhibitors (SSRIs) ]. Στην κατηγορία αυτήν ανήκουν η σιταλοπράμη, η εσιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη, η σετραλίνη.

γ) Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης νοραδρεναλίνης [ Serotonine Noradrenalin Reuptake Inhibitors ( SNRIs )], αμιτριπυλίνη, δοξεπίνη, ιμιπραμίνη, τριμιπραμίνη, βελαφαξίνη, ντουλοξετίνη.

δ) Οι παράγοντες προ και μετασυναπτικής δράσης στη συναπτική σχισμή (νεφαζοδόνη, μιρταζαπίνη).

ε) Οι αναστολείς επαναπρόσληψης ντοπαμίνης (βουπροπριόνη).

στ) Οι παράγοντες μικτής δράσης (αμοξαπίνη, χλωμιπραμίνη, τραζοδόνη).

ζ) Συμπαθητικομιμητικά (αμφεταμίνη)

η) Οι αναστολείς της MAO-I (μονοαμινοοξειδάση).

Η επιλογή της φαρμακευτικής αγωγής έχει να κάνει με μια σειρά προϋποθέσεων. Έτσι, αν υπήρξε ανταπόκριση του ασθενή ή συγγενή του σε μία συγκεκριμένη θεραπεία, το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντικό κριτήριο επιλογής της ίδιας φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, ένας ακόμη παράγοντας που λαμβάνεται υπ' όψη είναι και οι ενδεχόμενες παρενέργειες, που αναμένονται από τη χρήση κάποιου φαρμάκου. Γεγονός πάντως είναι ότι τα νέας γενιάς αντικαταθλιπτικά σε αντίθεση με τα παλαιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά στερούνται σοβαρών παρενεργειών. Σε περιπτώσεις που δεν υπήρξε ανταπόκριση, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να αντικατασταθεί με κάποια άλλη διαφορετικής δράσης. Επίσης, σε περιπτώσεις ανθεκτικής κατάθλιψης μπορεί να γίνουν συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών (εκτός από συνδυασμό SSRIs με MAO-I λόγω του φόβου έκλυσης σεροτονινεργικού συνδρόμου) ή προσθήκη σκευασμάτων όπως το λίθιο, T3. Τέλος, φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να διατηρείται . για ένα τουλάχιστον χρόνο, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα υποτροπής.

### **3.2.3. Εναλλακτικές θεραπείες, σε σχέση με την θεραπευτική αγωγή.**

Υπάρχουν δύο ειδών εναλλακτικές οργανικές θεραπείες: η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η φωτοθεραπεία. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται, όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή, όταν ο ασθενής δε μπορεί να ανεχθεί τη φαρμακευτική αγωγή και όταν η κατάσταση είναι τόσο σοβαρή που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση. Παρά τις όποιες προκαταλήψεις είναι γεγονός ότι η ECT είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την κατάθλιψη. Η φωτοθεραπεία χρησιμοποιείται στους ασθενείς που η νόσος παρουσιάζει εποχιακή εμφάνιση. Χρησιμοποιείται μόνο σε ήπιες περιπτώσεις ή σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή σε σοβαρές περιπτώσεις <sup>5</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

- Επιπλοκές
- Πρόληψη

#### 4.1 Επιπλοκές

Κάθε χρόνο, περίπου το 25% του πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη ενώ το 7% αυτού πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη. Περίπου 50% των ατόμων με κατάθλιψη δεν λαμβάνουν οποιαδήποτε μορφή θεραπείας, το οποίο μπορεί να οφείλεται σε αποφυγή λόγω ντροπής και άρνησης, η έλλειψη υπηρεσιών και / ή την αδυναμία του προσωπικού να αναγνωρίσει το πρόβλημα. Αυτό σημαίνει ότι σε πολλούς καταθλιπτικούς ασθενείς δεν θα δοθεί έγκαιρα η σωστή θεραπεία και έτσι θα δημιουργηθούν επιπλέον προβλήματα υγείας<sup>20</sup>. Για την Ελλάδα, πρόσφατες μελέτες έχουν ήδη αποτυπώσει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, καταδεικνύοντας σημαντική αύξηση στην επικράτηση της κατάθλιψης. Πανελλαδικές επιδημιολογικές μελέτες κατά τα έτη 2008, 2009, 2011 και 2013, που διενεργήθηκαν από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ), καταγράφουν αύξηση της επικράτησης του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013, ενώ επισημαίνεται η ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στον υψηλό βαθμό οικονομικής δυσχέρειας και την επικράτηση μείζονος κατάθλιψης. Οι μελέτες αυτές, καταδεικνύοντας την προοδευτική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας ενόσω η οικονομική κρίση βαθαίνει, υπογραμμίζουν ως επιτακτική ανάγκη τη λήψη μέτρων για την προάσπιση της ψυχικής υγείας του ελληνικού πληθυσμού και την πρόληψη των αυτοκτονιών<sup>21</sup>.

Η κατάθλιψη μπορεί πιθανώς να οδηγήσει σε υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό επεισόδιο, και σύμφωνα με ορισμένες μελέτες σε καρκίνο. Αντιστρόφως, μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος και ο διαβήτης<sup>20</sup>.

Η πιο σοβαρή επιπλοκή της κατάθλιψης είναι η αυτοκτονία. Ένας άνθρωπος αυτοκτονεί κάθε σαράντα δευτερόλεπτα σε ολόκληρο τον κόσμο ενώ συνολικά ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο. Ο δείκτης "παγκόσμιας" θνησιμότητας είναι 16 άτομα ανά 100.000 και οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να ωθήσουν κάποιον είναι η κατάθλιψη και η χρήση ουσιών. Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Διεθνούς Συνεργασίας για την πρόληψη της αυτοκτονίας (International Association for Suicide Prevention IASP) σοκάρουν και η δημοσιοποίησή τους με αφορμή την 10η Σεπτεμβρίου, Παγκόσμια Ημέρα Πρόληψης της αυτοκτονίας, επιχειρεί να αφυπνίσει το κοινό για το σοβαρό αυτό κοινωνικό φαινόμενο. Την ίδια στιγμή, στην Ελλάδα τα ποσοστά διπλασιάστηκαν την τριετία 2009 - 2011 σε σχέση με το παρελθόν. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη και



την Eurostat ενώ στο παρελθόν η χώρα μας κατείχε μία από τις χαμηλότερες θέσεις στην παγκόσμια κατάταξη ως προς τις αυτοκτονίες, με δείκτη 2,5 ανά 100.000 πληθυσμού, με τα υπολογισμένα στοιχεία ως το τέλος του 2011, το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από 5 άτομα ανά 100.000 κατοίκους, με αναλογία 6:1 σε επιτυχημένες απόπειρες ανδρών έναντι των γυναικών, αντίστοιχα. Συνολικά, ο αριθμός των αυτοκτονιών γι' αυτή την τριετία ανέρχεται στις 1245. Είναι, μάλιστα, χαρακτηριστικό ότι δεν έχουν ακόμη δημοσιοποιηθεί τα στατιστικά της τελευταίας διετίας κατά την οποία ο ελληνικός πληθυσμός αντιμετωπίζει εντονότερα τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, το Δίκτυο Καταγραφής του Κέντρου Πρόληψης της Αυτοκτονίας κατέγραψε ήδη 231 αυτοκτονίες από τον Ιανουάριο μέχρι τον Αύγουστο του 2013 <sup>22</sup>.

#### **4.2 Η κατάθλιψη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Τα προγράμματα πρόληψης έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την κατάθλιψη. Αποτελεσματικές προσεγγίσεις στην κοινότητα για την πρόληψη της κατάθλιψης περιλαμβάνουν σχολικά προγράμματα για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, ή προγράμματα για την ενίσχυση της γνώσης, την επίλυση προβλημάτων και τις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών και των εφήβων. Παρεμβάσεις για τους γονείς των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς μπορούν να μειώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους γονείς και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τα παιδιά τους. Προγράμματα άσκησης για τους ηλικιωμένους είναι επίσης αποτελεσματικά στην πρόληψη της κατάθλιψης <sup>23</sup>.

##### *A) Εισαγωγή*

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί την "πύλη εισόδου" του αρρώστου στο σύστημα υγείας. Είναι το σημείο πρώτης επαφής μέσω του οποίου άρρωστος με διάφορα προβλήματα υγείας, μεταξύ των οποίων και προβλήματα ψυχικής υγείας απευθύνονται στον ιατρό για διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Στην ουσία πολλά όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση, κρίνονται σε αυτό το επίπεδο. Αυτό γιατί, όπως είναι γνωστό, η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας έχουν άμεση σχέση με την αποφυγή χρονιότητας και των επιπλοκών.

##### *B) Προβλήματα αναγνώρισης της κατάθλιψης*

Η αναγνώριση της καταθλιπτικής διαταραχής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεν είναι πάντα εφικτή καθώς οι υπηρεσίες ΠΦΥ επανδρώνονται κυρίως από ειδικούς ιατρούς με έλλειψη εμπειρίας σε θέματα ψυχικής υγείας. Η έγκαιρη διάγνωση, όπως έχει επανειλημμένα

φανεί, έχει θετικό αποτέλεσμα όσον αφορά την έκβαση των ψυχικών διαταραχών και ειδικότερα της κατάθλιψης στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Τα χαρακτηριστικά των αρρώστων φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση της κατάθλιψης. Ο Tylee συνοψίζοντας τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, αναφέρει τους παρακάτω παράγοντες που διευκολύνουν την αναγνώριση: θήλυ, μέσης ηλικίας, άνεργος, χήρος ή χωρισμένος, με όψη καταθλιπτικού και λευκή φυλή. Αντίθετα, οι παρακάτω παράγοντες έχουν βρεθεί ότι δρουν ανασταλτικά στην αναγνώριση: εφηβεία ή νεανική ηλικία, μεγάλη ηλικία, σπουδαστής, σωματικά άρρωστος, αρνητική στάση στην ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος και παρουσία των ψυχολογικών προβλημάτων από τον άρρωστο στο τέλος της συνέντευξης ή καθόλου.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας αναγνώρισης ή όχι της κατάθλιψης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό και από τα χαρακτηριστικά του εξετάζοντος ιατρού. Έτσι έχει βρεθεί ότι χαρακτηριστικά που αφορούν στη γνώση της κατάθλιψης στην προσωπικότητα του εξετάζοντος και στις δεξιότητες του στην εξέταση, επηρεάζουν την αναγνώριση. Συνοπτικά, από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του ιατρού που συνδέονται με την σωστή αναγνώριση της κατάθλιψης:

α) γνώση των συμπτωμάτων και δυνατοτήτων θεραπείας της κατάθλιψης, όπως και εμπιστοσύνη στη θεραπεία της ΠΦΥ

β) Στάσεις που υποδηλώνουν ενδιαφέρον για τον άρρωστο και το πρόβλημα του, την οικογένεια και τον περίγυρο του αρρώστου και ευαισθησία στη λήψη λεκτικών και εξωλεκτικών μηνυμάτων από τον άρρωστο.

γ) Δεξιότητες καλού συνεντευκτή, όπως η ικανότητα βλεμματικής επαφής, η ικανότητα να ακούει και να μην διακόπτει τον άρρωστο, η σωστή χρήση "ανοιχτών" και "κλειστών" ερωτήσεων, η έλλειψη βιασύνης, η αποφυγή μετάδοσης πληροφοριών πρόωρα και σχόλια που δηλώνουν υποστηρικτική στάση και συναισθηματική συμμετοχή.

Αντίθετα τα παρακάτω χαρακτηριστικά, επιπλέον της έλλειψης των ανωτέρω, μειώνουν τη δυνατότητα αναγνώρισης της κατάθλιψης:

α) Η επίμονη ενασχόληση με την πιθανότητα ύπαρξης οργανικής νόσου.

β) Η ύπαρξη "συντηρητικών" στοιχείων στην προσωπικότητα του ιατρού.

γ) Η τάση να συνταγογραφεί υπνωτικά φάρμακα

Όπως λοιπόν φαίνεται απ' όλα τα παραπάνω, στη διαδικασία της αναγνώρισης της κατάθλιψης εμπλέκεται ο άρρωστος και η κοινωνία (τρόπος παρουσίασης του προβλήματος, στίγμα της ψυχικής αρρώστιας) και το σύστημα υγείας (δομή του συστήματος, ΠΦΥ, εκπαίδευση του προσωπικού της ΠΦΥ, ιατρική ιδεολογία) <sup>19</sup>.

### *Γ) Πρόληψη της κατάθλιψης*

Η ΠΦΥ εμπλέκεται και στα τρία επίπεδα πρόληψης της κατάθλιψης, εφόσον είναι το τμήμα εκείνου του συστήματος υγείας με το οποίο ο άρρωστος ευρίσκεται συνεχώς σε επαφή. Όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη, η ΠΦΥ αποτελεί τον ιδανικό φορέα μέσω του οποίου προληπτικές παρεμβάσεις σε ευαίσθητες ομάδες του πληθυσμού είναι δυνατό να λάβουν χώρα. Η συνεχής και διαρκής επαφή του ιατρού της ΠΦΥ με τον πληθυσμό, του οποίου έχει ευθύνη της υγειονομικής κάλυψης, του δίνει την δυνατότητα να παρεμβαίνει προληπτικά και να συμβάλλει στην αγωγή ψυχικής υγείας. Ομάδες ιδιαίτερα ευπαθείς στην κατάθλιψη, στις οποίες είναι δυνατές προληπτικές παρεμβάσεις, είναι, για παράδειγμα, οι γυναίκες της εργατικής τάξης με προβλήματα συναισθηματικής επαφής με το σύντροφο τους, με περισσότερα από 3 παιδιά, χωρίς εργασία και με πρόωμη αποστέρηση της μητέρας τους οι οποίες αντιμετωπίζουν αρνητικά "γεγονότα ζωής" ή χρόνιες δυσκολίες, οι γυναίκες μετά την κύηση, τα άτομα μετά από πένθος, τα άτομα εθνικών ή πολιτισμικών μειονοτήτων. Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη της κατάθλιψης, η προσπάθεια εστιάζεται στις ΠΦΥ και στη σωστή και έγκαιρη διάγνωση. Η βελτίωση των ικανοτήτων αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών γενικότερα από τους ιατρούς της ΠΦΥ, αποτελούν πρωταρχικούς στόχους. Ήδη σε πολλές χώρες υπάρχουν τέτοια προγράμματα, με σημαντικά αποτελέσματα όσον αφορά τη βελτίωση της αναγνώρισης και αντιμετώπιση της κατάθλιψης στην ΠΦΥ και την ικανοποίηση των αρρώστων. Η ΠΦΥ όσον αφορά την θεραπεία της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών γενικότερα, δεν μπορεί να αποσυνδεθεί από τις ειδικές ψυχιατρικές υπηρεσίες, τόσο για λόγους παραπομπής αρρώστων όσο και υποστήριξης από αυτές στην αντιμετώπιση τους. Τέλος, η ΠΦΥ, λόγω της συνεχούς επαφής με τον άρρωστο, έχει σημαντικό ρόλο να παίζει και στην τριτογενή πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των υποτροπών, στη λήψη της θεραπείας συντήρησης και των σταθεροποιητών του συναισθήματος και στη συμμόρφωση του αρρώστου με τη συνεχιζόμενη αγωγή του <sup>24</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

- Μείζων κατάθλιψη
- Δυσθυμική διαταραχή
- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς

Σύμφωνα με το DSM-IV, το οποίο αποτελεί και το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, οι Καταθλιπτικές Διαταραχές κατατάσσονται στις Διαταραχές Διάθεσης . Οι Διαταραχές της Διάθεσης είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Στις καταθλιπτικές διαταραχές ανήκουν η μείζων κατάθλιψη, η δυσθυμική διαταραχή ή δυσθυμία και η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιορισμένη αλλιώς <sup>14</sup>

### 5.1 Μείζων κατάθλιψη

Η κλινική εικόνα και το ιστορικό του αρρώστου μπορεί να δώσει μια πρώτη εκτίμηση για μείζων κατάθλιψη. Τα στοιχεία αυτά που θα οδηγήσουν στο συμπέρασμα αυτό είναι:

1. *Πληροφορίες παρερχόμενες από το ιστορικό:*

- Καταθλιπτική διάθεση: υποκείμενο αίσθημα λύπης, αισθήματα μελαγχολίας ή σκυθρωπότητας για μεγάλο χρονικό διάστημα.
- Ανηδονία.
- Κοινωνική απόσυρση.
- Απουσία κινήτρου, μικρή ανοχή ματαίωσης.
- Νευροφυτικά σημεία όπως απώλεια libido, απώλεια βάρους, ανορεξία, αύξηση βάρους και υπερφαγία, χαμηλό επίπεδο ενέργειας, ανωμαλίες του έμμηνου κύκλου, πρόωμη αφύπνιση (τελική αυπνία) με το 75% των καταθλιπτικών να εμφανίζει δυσκολίες ύπνου, ημερήσια διακύμανση (τα συμπτώματα είναι χειρότερα το πρωί).
- Δυσκοιλιότητα.
- Ξηροστομία.
- Κεφαλαλγία.

2. *Πληροφορίες παρερχόμενες από την εξέταση της ψυχικής κατάστασης:*

- Γενική εμφάνιση και συμπεριφορά: ασθενής με ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, κακή βλεμματική επαφή, δακρυσμένος, χαμηλωμένο βλέμμα, χωρίς να δίνει προσοχή στην προσωπική του εμφάνιση.
- Συναίσθημα: περιορισμένο ή ευμετάβλητο.
- Διάθεση: καταθλιπτική, ευερέθιστη, απογοητευμένη, λυπημένη <sup>11</sup>.

### 3. Διαταραχή της σκέψης:

- Διαταραχή της δομής και της ροής: Αργός ρυθμός παραγωγής ιδεών, άρα και αργή ομιλία ( διστακτική, χαμηλού τόνου). Φτωχή παραγωγή ιδεών, μονοιδεασμός (καταθλιπτικού περιεχομένου) και λιμνασμός ιδεών, π. χ συχνές ευχές θανάτου.
- Διαταραχή περιεχομένου: Καταθλιπτικός ιδεασμός που παίρνει τη μορφή παραληρήματος (ιδέες ενοχής, αυτουποτίμησης, μηδενιστικές, ταπεινότητας, αναξιότητας, καταστροφής). Ιδεασμός με αυτοκαταστροφικό περιεχόμενο. Ο θάνατος παίρνει τη μορφή κυρίως λύτρωσης και λιγότερο τιμωρίας.

Ιδέες διωκτικού τύπου, σύντονες με καταθλιπτικό συναίσθημα με παρερμηνείες. Ιδέες υποχονδριακές, με ανεξήγητη αίσθηση κόπωσης, ανύπαρκτων ασθενειών, όπως, π. χ καρκίνος. Οι υποχονδριακές παραληρητικές ιδέες ίσως εκτείνονται έως τον πλήρη μηδενισμό της ύπαρξης του ατόμου και κυρίως διαφόρων οργάνων του.

Το παραλήρημα αφορά το παρόν, το παρελθόν (ο άρρωστος καθλώνεται στο παρελθόν του και το αναπολεί) και το μέλλον για το οποίο είναι απαισιόδοξος ή προβλέπει την καταστροφή του. Ο χαρακτήρας του παραληρήματος μπορεί να είναι αναδρομικός (ανάγεται σε πιθανά ή απίθανα σφάλματα του παρελθόντος), να είναι επεκτεινόμενος σε άτομα ή χώρους, πέραν του εαυτού του, να είναι αναμενόμενος (αναμένει την καταστροφή του) ή εαυτοκεντρικός.

### 4. Αντίληψη:

Υπάρχουν ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις ή ψευδο-παραισθήσεις σύντονες προς το καταθλιπτικό συναίσθημα (για βαριές μορφές κατάθλιψης) <sup>6</sup>.

#### 5.1.1 Διάγνωση κατά DSM-IV για Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο

Για να διαγνωστεί η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (ή Μείζων κατάθλιψη) βασική προϋπόθεση είναι η παρουσία ενός μοναδικού Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα βασικά χαρακτηριστικά του Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου περιγράφονται παρακάτω και θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες την περισσότερη μέρα, σχεδόν κάθε μέρα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα πρέπει να είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση, είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

1. καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. το άτομο αισθάνεται θλίψη ή κενό) είτε με την παρατήρηση των άλλων (π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητος, -η). Σημείωση: Στα παιδιά και τους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.

2. έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).

3. σημαντική απώλεια βάρους, ενώ το άτομο δεν κάνει δίαιτα, ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα,) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα. Σημείωση: Στα παιδιά λαμβάνουμε υπόψη τη μη πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους .

4. αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.

5. ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή επιβράδυνσης).

6. κόπωση ή απώλεια ενέργειας/ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.

7. αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής (που μπορεί να είναι παραληρητικά) σχεδόν κάθε μέρα (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή για το ότι είναι άρρωστος).

8. ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων)

9. επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας, ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία

- Τα συμπτώματα δεν πληρούν τα κριτήρια για μεικτό επεισόδιο.

- Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενασχόληση/ δυσφορία ή σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

- Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης ή φάρμακα) ή γενικής σωματικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

- Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα ως πένθος, δηλ. μετά την απώλεια αγαπημένου προσώπου τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2 μήνες ή χαρακτηρίζονται από

έντονη λειτουργική έκπτωση, νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιοτήτας, αυτοκτονικό ιδεασμό, ψυχωτικά συμπτώματα ή ψυχοκινητική επιβράδυνση<sup>11,14</sup>.

## 5.2 Δυσθυμική διαταραχή

Η ελληνική λέξη δυσθυμία σημαίνει "άσχημη ψυχολογική κατάσταση". Ως μία από τις δύο κύριες μορφές της κλινικής κατάθλιψης, έχει συνήθως λιγότερο σοβαρά συμπτώματα από τη μείζονα κατάθλιψη, αλλά διαρκεί περισσότερο.

Η δυσθυμία και η μείζων κατάθλιψη έχουν φυσικά πολλά κοινά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές του ύπνου, χαμηλή ενέργεια, και η κακή συγκέντρωση. Υπάρχουν, επίσης, παράλληλα συμπτώματα όπως: ανορεξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και απελπισία που εμφανίζονται κυρίως στην δυσθυμία που αντιστοιχούν σε πιο σοβαρά συμπτώματα όπως: μεταβολή του σωματικού βάρους, υπερβολική ενοχή και σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας που εμφανίζονται στη μείζονα κατάθλιψη.

Δυσθυμία είναι μια σοβαρή διαταραχή. Δεν είναι "ήσσονος σημασίας" κατάθλιψη, και δεν είναι μια κατάσταση ενδιάμεση μεταξύ σοβαρής κλινικής κατάθλιψης και κατάθλιψης με την ευρεία καθομιλουμένη έννοια. Η δυσθυμία είναι τόσο παρόμοια με την μείζων κατάθλιψη που το διαγνωστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης προτείνει, έναν εναλλακτικό ορισμό με συμπτώματα που περιλαμβάνουν ανηδονία, κοινωνική απόσυρση, ενοχή και ευερεθιστότητα, αλλά όχι όρεξη ή διαταραχή του ύπνου. Ο σκοπός είναι να διακρίνει τη δυσθυμία σαφέστερα από τη σοβαρή κατάθλιψη με έμφαση στη διάθεση και τις προσωπικές σχέσεις αντί των σωματικών συμπτωμάτων.

Η δυσθυμία εμφανίζεται τόσο συχνά όσο και η μείζονα κατάθλιψη. Λόγω της χρόνιας φύσης της, την καθιστά μία από τις διαταραχές που είναι συχνότερα παρατηρούμενη από τους ψυχοθεραπευτές. Περίπου το 6% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών είχε ένα επεισόδιο δυσθυμίας σε κάποια χρονική στιγμή, και 3% κατά το τελευταίο έτος. Μέχρι και το ένα τρίτο των ασθενών στην ψυχοθεραπεία μπορεί να πάσχουν από δυσθυμία. Όπως η μείζων κατάθλιψη, έτσι και η δυσθυμία είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες, αλλά εμφανίζεται σε πιο νεαρή ηλικία.

Περισσότερα από τα μισά άτομα με δυσθυμία έχουν τελικά ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, και περίπου το ήμισυ των ασθενών που έλαβαν θεραπεία για τη μείζονα κατάθλιψη πάσχουν από αυτή τη διπλή κατάθλιψη. Πολλοί ασθενείς που αναρρώνουν εν μέρει



από μείζονα κατάθλιψη έχουν επίσης ηπιότερα συμπτώματα που επιμένουν για χρόνια. Αυτό το είδος της χρόνιας κατάθλιψης είναι δύσκολο να διακριθεί από τη δυσθυμία<sup>21,22</sup>.

### 5.2.1 Διάγνωση Δυσθυμίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια της δυσθυμικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV:

A) Τουλάχιστον για δύο χρόνια καταθλιπτική διάθεση (στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας).

B) Δύο ή περισσότερα συμπτώματα από τα ακόλουθα:

- Μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία
- Αυπνία ή υπερυπνία
- Μειωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων
- Αισθήματα απελπισίας

Γ) Στη διάρκεια των δύο χρόνων το άτομο δεν ήταν χωρίς συμπτώματα των κριτηρίων A και B για διάστημα περισσότερο από δύο μήνες κάθε φορά.

Δ) Η δυσθυμική διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως μείζον καταθλιπτική διαταραχή, η αφορμή σε μερική ύφεση (μπορεί να υπήρξε πριν από την δυσθυμική διαταραχή).

E) Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα μανιακό, μεικτό ή υπομανιακό επεισόδιο και δεν πληρούνται τα κριτήρια για κυκλοθυμική διαταραχή

ΣΤ) Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της δράσης μιας ουσίας

Z) Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου.

Τυπολογία:

Με πρόιμη έναρξη πριν από τα είκοσι ένα χρόνια

Με όπιμη έναρξη πριν μετά τα είκοσι ένα χρόνια

Τα διαγνωστικά κριτήρια της δυσθυμικής διαταραχής, σύμφωνα με το ICD-10, είναι τα ακόλουθα:

#### F34.1 Δυσθυμία

Συνώνυμη της νευρωσικής κατάθλιψης του ICD-9.

A) Πρέπει να υπάρχει μια περίοδος τουλάχιστον δύο ετών συνεχούς ή συνεχώς εμφανιζόμενης καταθλιπτικής διάθεσης. Μεταξύ των περιόδων αυτών δεν υπάρχουν επεισόδια υπομανίας ούτε περιόδοι εβδομάδων νορμοθυμίας.

B) Κανένα από τα επεισόδια κατάθλιψης στη διετία δεν ήταν τόσο σοβαρό ή διαρκές, ώστε να πληροί τα κριτήρια για επαναλαμβανόμενη μέτρια καταθλιπτική διαταραχή (F33.0).

Γ) Στη διάρκεια κάποιων περιόδων κατάθλιψης πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα:

- Μειωμένη ενέργεια ή δραστηριότητα
- Αυπνία
- Απώλεια εμπιστοσύνης προς τον εαυτό ή αισθήματα αναξιοτήτας
- Δυσκολία στη συγκέντρωση
- Συχνά κλάματα
- Απώλεια ενδιαφέροντος για την ευχαρίστηση στο σεξ και άλλες ευχάριστες ενασχολήσεις
- Αισθήματα απελπισίας
- Αίσθημα ανικανότητας να αντιμετωπισθούν καθημερινές υπευθυνότητες
- Απαισιοδοξία για το μέλλον ή αναπόληση του παρελθόντος
- Κοινωνική απόσυρση
- Μειωμένη ομιλητικότητα <sup>6, 25, 26, 27</sup>.

### 5.3 Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιορισμένη αλλιώς

Η Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς [Καταθλιπτική διαταραχή που δεν ορίζεται διαφορετικά (NOS) ] είναι κατάθλιψη που προσδιορίζεται από ένα κλινικό ιατρό, αλλά από έναν τύπο που δεν ταιριάζει ρητά σε μια ορισμένη κατηγορία <sup>28</sup>, περιλαμβάνει διαταραχές

με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, Δυσθυμική διαταραχή, Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, ή Διαταραχή προσαρμογής με άγχος και καταθλιπτική διάθεση. Μερικές φορές καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν ως μέρος μιας Αγχώδης Διαταραχής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Παραδείγματα Καταθλιπτική Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς περιλαμβάνουν:

- Προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή: στις περισσότερες εμμήνου ρύσεως κατά το τελευταίο έτος, τα συμπτώματα (π.χ., έντονη καταθλιπτική διάθεση, άγχος, συναισθηματική αστάθεια, μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες) εμφανίστηκε τακτικά κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας της ωχρινικής φάσης (και καταβάλλεται μέσα σε λίγες ημέρες από την έναρξη των εμμήνων). Αυτά τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά ώστε να επηρεάσει σημαντικά την εργασία, το σχολείο, ή των συνήθων δραστηριοτήτων και να απουσιάζει εντελώς για τουλάχιστον 1 εβδομάδα.
- Ήσσοнос σημασίας καταθλιπτική διαταραχή: επεισόδια τουλάχιστον 2 εβδομάδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά με λιγότερα από τα πέντε στοιχεία που απαιτούνται για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή.
- Επαναλαμβανόμενη σύντομη καταθλιπτική διαταραχή: καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν από δύο ημέρες έως και 2 εβδομάδες, εμφανίζεται τουλάχιστον μία φορά το μήνα για 12 μήνες (που δεν συνδέονται με την έμμηνο ρύση).
- Postpsychotic καταθλιπτική διαταραχή της σχιζοφρένειας: ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της απομένουσας φάσεως της σχιζοφρένειας.
- Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επάνω σε παραληρηματική διαταραχή, ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς, ή η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας.
- Οι περιπτώσεις στις οποίες ο γιατρός κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η καταθλιπτική διαταραχή είναι παρούσα, αλλά δεν είναι σε θέση να διαπιστώσει αν είναι η πρωταρχική, λόγω μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, ή ουσίας που την προκάλεσε<sup>29</sup>.

#### **5.4 Άλλοι όροι, διαστάσεις και κατηγοριοποιήσεις της κατάθλιψης**

##### *Οξεία και χρόνια κατάθλιψη*

Κατηγοριοποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με την διάρκεια των συμπτωμάτων της: Αν τα συμπτώματα παρουσιάζονται για σύντομα, σαφώς καθορισμένα χρονικά διαστήματα, τότε

ονομάζεται οξεία. Αν τα συμπτώματα συνεχίζονται για περισσότερο από 6 μήνες, ονομάζεται συνήθως χρόνια. Πάντως, σύμφωνα με τα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα (DSM-IV) για να χαρακτηριστεί ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο "χρόνιο" πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια της διάγνωσης συνεχώς τουλάχιστον τα 2 τελευταία χρόνια.

### *Αγχώδης κατάθλιψη*

Ο όρος χρησιμοποιείται όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο και βασανιστικό άγχος. Συναντάται συχνότερα σε μεσήλικες και ηλικιωμένους καταθλιπτικούς ασθενείς. Τα ακόλουθα είναι μερικά από τα συμπτώματα:

Είστε ανήσυχος, υπερκινητικός και δεν μπορείτε να μείνετε ήρεμος. Παραπονιέστε για την αφόρητη κατάστασή σας, αλλά σας είναι δύσκολο να πείτε τα προβλήματά σας. Σας είναι δύσκολο να πείτε τι είναι αυτό που χρειάζεστε. Σε σοβαρές περιπτώσεις, περπατάτε αδιάκοπα εδώ κι εκεί. Σφίγγετε τα χέρια σας, αναστενάζετε και επαναλαμβάνετε ξανά και ξανά τα ίδια παράπονα.

### *Ενδογενής έναντι αντιδραστικής κατάθλιψης*

Η διάκριση της κατάθλιψης σε ενδογενή και αντιδραστική έχει κληροδοτηθεί από τα παλαιότερα ταξινομικά συστήματα και χρησιμοποιείται ακόμα από πολλούς κλινικούς – αν και ουσιαστικά δεν είναι ιδιαίτερα ακριβής.

Ως ενδογενής κατάθλιψη (όρος που αντιστοιχεί αδρά στη μείζονα κατάθλιψη) ορίζεται το σύνδρομο που θεωρείται ότι προκαλείται από βιολογικούς κυρίως παράγοντες και ότι έχει πορεία και εξέλιξη ανεξάρτητη από περιβαλλοντικές επιδράσεις (προέρχεται – αναδύεται από μέσα από τον ασθενή). Κυριαρχούν τα συμπτώματα από τη σωματική σφαίρα (διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος), όπως οι διαταραχές του ύπνου, της όρεξης και της ενέργειας και απουσιάζουν περιβαλλοντικοί εκλυτικοί παράγοντες.

Η αντιδραστική κατάθλιψη (αντιστοιχεί αδρά στην νοσολογική έννοια της δυσθυμικής διαταραχής και εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος νευρωσική κατάθλιψη) αντίθετα αναφέρεται στο σύνδρομο που εκλύεται από παράγοντες στο περιβάλλον του ασθενή και πιο συγκεκριμένα όταν επιδράσουν ψυχοπρεστικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (π.χ. απόλυση από εργασία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, χωρισμός, ασθένεια ή τραυματισμός, οικονομικά προβλήματα, μετακόμιση κλπ.). Χαρακτηριστικά αυτής της κατάθλιψης θεωρούνται τα εξής: η αναγνώριση εμφανών εκλυτικών γεγονότων, η απουσία σημαντικών συμπτωμάτων από την σωματική σφαίρα και η διακύμανση των συμπτωμάτων ανάλογα με ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Το καταθλιπτικό συναίσθημα στις αντιδραστικές καταθλίψεις θεωρείται ηπιότερο από αυτό των ενδογενών.

Η αξία της διάκρισης της κατάθλιψης σε ενδογενή και αντιδραστική έγκειται στο ότι τονίζει την σημασία των διαταραχών του αυτόνομου νευρικού συστήματος και στην έμφαση της ευνοϊκής απάντησης των συμπτωμάτων αυτών στα αντικαταθλιπτικά και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Το πρόβλημα όμως είναι ότι πολύ λίγοι ασθενείς μπορούν να ενταχθούν με βεβαιότητα στη μία ή στην άλλη κατηγορία καθώς οι περισσότεροι μπορούν τελικά να αναφέρουν κάποια γεγονότα που θεωρούν ως εκλυτικά. Επιπλέον, η φαρμακευτική

αγωγή και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσουν και στις περιπτώσεις με αναγνωρίσιμα στρεσογόνα συμβάντα. Έτσι, ουσιαστικά οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται σε κάποιο σημείο ενός συνεχούς του οποίου τα άκρα αποτελούν η ενδογενής και η αντιδραστική κατάθλιψη<sup>26,27</sup>.

#### *Ψυχωτική έναντι νευρωτικής κατάθλιψης*

Ο όρος ψυχωτική (ή ψυχωσική) κατάθλιψη χρησιμοποιείται για την μορφή της κατάθλιψης στην οποία το άτομο έχει χάσει την ικανότητα του ελέγχου της πραγματικότητας. Εκτός από το καταθλιπτικό συναίσθημα υπάρχουν διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις), διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης (παραληρητικές ιδέες) και κάποιος βαθμός σύγχυσης. Οι ψυχωτικές καταθλίψεις θεωρούνται ότι έχουν βιολογική βάση. Στην καθημερινή πρακτική, ενδέχεται ο όρος να χρησιμοποιηθεί καταχρηστικά για κάθε "βαριά" κατάθλιψη, όπου υπάρχει δηλαδή σημαντική έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης βασικών καθημερινών καθηκόντων και απόσυρση από τον κόσμο.

Αντίθετα, στην νευρωτική (ή νευρωσική) κατάθλιψη, ο έλεγχος της πραγματικότητας παραμένει ανέπαφος. Ο όρος χρησιμοποιείται από πολλούς εναλλακτικά προς την αντιδραστική κατάθλιψη ή ακόμη και την ήπια κατάθλιψη και μπορεί να υποδηλώνει κοινωνικο-ψυχολογική προέλευση της κατάθλιψης παρά βιολογική αιτιολογία.

Και αυτή η διάκριση βασίζεται σε παλαιότερα ταξινομικά συστήματα και έχει περιορισμένη χρησιμότητα. Η ευρύτητα του φάσματος της βαρύτητας των καταθλιπτικών διαταραχών καθιστά μάλλον αυθαίρετο το να αποφασίσει κανείς αν το άτομο έχει κατάθλιψη ψυχωτικού ή νευρωτικού επιπέδου. Παρόλα αυτά, η παρουσία ή απουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την κλινική εκτίμηση: εκτός από την σημασία τους για την θεραπευτική αγωγή – ενίοτε και νοσηλεία-, προειδοποιούν για αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Στα σύγχρονα ταξινομικά συστήματα, η ύπαρξη ή όχι ψυχωτικών συμπτωμάτων δηλώνεται με τον προσδιορισμό "σοβαρή κατάθλιψη με ή χωρίς (αντίστοιχα) ψυχωτικά στοιχεία"<sup>27</sup>.

#### *Διεγερμένη έναντι επιβραδυμένης κατάθλιψης*

Η διεγερμένη κατάθλιψη είναι η μορφή της κατάθλιψης που περιλαμβάνει ψυχοκινητική διέγερση, δηλαδή, υπερβολική και μη παραγωγική δραστηριότητα που έχει σκοπό την ανακούφιση της έντασης, όπως τράβηγμα μαλλιών, δάγκωμα νυχιών, βηματισμό πάνω κάτω, βογκητά, αναστεναγμούς, στριφογύρισμα χεριών. Είναι συχνή σε ηλικιωμένα άτομα (50 – 70 ετών) και ενδέχεται να υπάρχουν και ψυχωτικά συμπτώματα.

Η επιβραδυμένη κατάθλιψη περιλαμβάνει ψυχοκινητική επιβράδυνση, δηλαδή, αργή και χωρίς αυθορμητισμό σκέψη και δραστηριότητα. Στις ακραίες μορφές της πλησιάζει την εμβροντησία, δηλαδή την αναστολή της ψυχοκινητικής δραστηριότητας και συνοδεύεται από αλαλία και αφωνία (ο ασθενής δεν αντιδρά στα ερεθίσματα, δεν απαντάει στις ερωτήσεις και δίνει την εντύπωση ότι δεν συμμετέχει σε αυτά που συμβαίνουν, ακόμη κι αν αφορούν τον ίδιο).

Η χρησιμότητα και αυτής της διάκρισης είναι περιορισμένη γιατί πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν μίγμα σημείων διέγερσης και επιβράδυνσης, ενώ άλλοι έχουν φυσιολογικό επίπεδο ψυχοκινητικότητας, οπότε δεν εντάσσονται σε καμία από τις δύο κατηγορίες. Στη σύγχρονη ορολογία προτιμάται η χρήση όρων όπως "κατάθλιψη με

ψυχοκινητική επιβράδυνση" ή "ψυχοκινητική διέγερση" με σκοπό την εξατομικευμένη περιγραφή των συμπτωμάτων. Άλλος όρος που ενδέχεται να συναντήσετε είναι "κατάθλιψη με κατατονικά στοιχεία":

#### *Πρωτοπαθής και δευτεροπαθής κατάθλιψη*

Ο όρος πρωτοπαθής κατάθλιψη αναφέρεται στην κατάθλιψη της οποίας δεν προηγείται και η οποία δεν συνδυάζεται με άλλη ψυχιατρική διαταραχή (π.χ. αγχώδη διαταραχή).

Αντίστοιχα, δευτεροπαθής κατάθλιψη θεωρείται η κατάθλιψη όπου από το ιστορικό ή την εξέταση αναγνωρίζεται η ύπαρξη και άλλης ψυχιατρικής διαταραχής, η οποία συνηθέστερα προηγείται. Στην καθημερινή πρακτική, ο όρος χρησιμοποιείται για να δηλώσει και την κατάθλιψη που προκαλείται από ουσίες (οφείλεται δηλαδή στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή της κατάχρησης της) ή μία γενική ιατρική κατάσταση (είναι δηλαδή άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας ασθένειας, π.χ. αυτοάνοσων διαταραχών, υποθυρεοειδισμού κλπ).

#### *Άτυπη κατάθλιψη*

Η άτυπη κατάθλιψη εκφράζεται με αντιστροφή των συνηθισμένων βιολογικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης: βουλμία αντί για ανορεξία, υπερυπνία (= συνολική διάρκεια ύπνου – ημέρας ή νύχτας – τουλάχιστον 10 ωρών ή τουλάχιστον 2 ωρών περισσότερο απ' όταν το άτομο δεν είναι σε κατάθλιψη) αντί για αϋπνία, παράλυση "σαν μολύβι" (δηλ. αισθάνεται τα χέρια και τα πόδια του να είναι βαριά "σαν μολύβι"), υπερβολική ευαισθησία στην απόρριψη και υποχώρηση του καταθλιπτικού συναισθήματος όταν συμβαίνουν ευχάριστα πράγματα (πράγμα που σπάνια συμβαίνει στην τυπική μείζονα κατάθλιψη). Όσον αφορά την ευαισθησία στην απόρριψη το άτομο μπορεί να φεύγει από την δουλειά του νωρίτερα ή να χρησιμοποιεί ηρεμιστικά για να αντιμετωπίσει την κριτική που του γίνεται, μπορεί να αποφεύγει να κάνει σχέσεις ή να κάνει τρικυμιώδεις σχέσεις εξαιτίας αυτής της ευαισθησίας. Συχνά μπορεί να συνυπάρχει έντονο άγχος και φοβίες<sup>27</sup>.

#### *Μελαγχολία ή μελαγχολική κατάθλιψη*

Αλλιώς κατάθλιψη με μελαγχολικά στοιχεία. Είναι όρος συγγενής με την ενδογενή κατάθλιψη και χρησιμοποιείται για την περιγραφή καταθλιπτικού συναισθήματος με μεγάλο βάθος (το άτομο έχει απωλέσει την ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες ή δεν αντιδρά σε συνήθως ευχάριστα ερεθίσματα, δηλαδή δεν νιώθει πολύ καλύτερα, δεν χαίρεται με τίποτα, έστω και προσωρινά). Άλλα χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν: πρώιμη πρωινή αφύπνιση, συστηματικά χειρότερο καταθλιπτικό συναίσθημα το πρωί, έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, σημαντική ανορεξία ή απώλεια βάρους, υπερβολική και απρόσφορη (αβάσιμη) ενοχή<sup>27,28</sup>.

### *Εποχική κατάθλιψη*

Αλλιώς κατάθλιψη με εποχιακό σχήμα ή εποχιακή συναισθηματική διαταραχή (Seasonal Affective Disorder, SAD), ή μελαγχολία του χειμώνα. Ο όρος υποδηλώνει οποιαδήποτε καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση της σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους του έτους κατ' επανάληψη. Χρησιμοποιείται όμως κυρίως για τις περιόδους κατάθλιψης που έχουν σχέση με την αλλαγή των εποχών: συνήθως αρχίζει το φθινόπωρο ή το χειμώνα και υποχωρεί την άνοιξη. Είναι τέσσερις έως οχτώ φορές συχνότερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι από 20 έως τα 30, ενώ ο κίνδυνος καθώς και τα συμπτώματα μειώνονται με τα χρόνια. Για την διάγνωση, χρειάζεται να έχουν παρατηρηθεί συμπτώματα καταθλιπτικού επεισοδίου για 2 συνεχείς χειμώνες, τα οποία υποχώρησαν οπωσδήποτε την άνοιξη (ή το καλοκαίρι). Τα συμπτώματα είναι γενικά πιο ήπια και συνήθως περιλαμβάνουν: αυξημένη ανάγκη για ύπνο, αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων και/ή σοκολάτας, μειωμένη ενέργεια και κόπωση, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες. Έχουν προταθεί διάφορες υποθέσεις για την αιτιολογία της διαταραχής με κυριότερες την υπόθεση της αύξηση των επιπέδων μελατονίνης στον εγκέφαλο λόγω της μειωμένης ηλιοφάνειας και την υπόθεση της απορρύθμισης του εσωτερικού ρολογιού του σώματος λόγω της έλλειψης ηλιακού φωτός. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η εποχική κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε μέρη όπου η μέρα είναι μικρότερη από την νύχτα (βόρειο γεωγραφικό πλάτος). Πάντως, οι έρευνες είναι αντιφατικές και κανένας δεν μπορεί να πει με βεβαιότητα τι είναι αυτό που την προκαλεί. Η πιο συνηθισμένη αντιμετώπιση περιλαμβάνει την φωτοθεραπεία (το άτομο εκτίθεται στο φως ειδικής λάμπας για κάποιες ώρες την ημέρα). Πολλοί θεωρούν αυτή την αγωγή περιοριστική ή κουραστική και την αντικαθιστούν με αντικαταθλιπτικά <sup>29</sup>.

### *Λανθάνουσα ή συγκαλυμμένη κατάθλιψη*

Λανθάνουσα ονομάζεται η κατάθλιψη που δε φανερώνεται με τα χαρακτηριστικά για τη νόσο συμπτώματα αλλά με μια ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία συχνά παραπλανούν τους μη ειδικούς ιατρούς. Ακόμη και οι ειδικοί ιατροί πρέπει να επιδείξουν επιμονή, υπομονή και επιδεξιότητα στη διαγνωστική διερεύνηση, ώστε να αποκαλυφθεί η νόσος. Η λανθάνουσα κατάθλιψη αναφέρεται επίσης στη βιβλιογραφία ως κατάθλιψη με προσωπίδα-μάσκα (μασκαρεμένη ή μεταμφιεσμένη κατάθλιψη), καταθλιπτικό ισοδύναμο, περιφερική κατάθλιψη (δηλαδή κατάθλιψη εκφραζόμενη με περιφερικά συμπτώματα και όχι με το κεντρικό καταθλιπτικό σύμπτωμα), κατάθλιψη χωρίς κατάθλιψη ή ασυναισθηματική κατάθλιψη (δηλαδή νόσος κατάθλιψη χωρίς το σύμπτωμα κατάθλιψη). Μπορεί να εκφραστεί με υποχονδριακά συμπτώματα (πονοκέφαλο, πόνους στη μέση και την πλάτη, ενοχλήσεις στην κοιλιά και τα άκρα), συμπτώματα που θυμίζουν άνοια (διαταραχές μνήμης, προσοχής, συγκέντρωσης), σεξουαλική ανικανότητα, κακές επιδόσεις και διαταραγμένη συμπεριφορά στο σχολείο (αταξίες, απουσίες, ευερεθιστότητα), παραπτωματική συμπεριφορά (ιδιαίτερα στην εφηβεία), αϋπνία ή υπερυπνία, ανορεξία ή βουλιμία.

Όταν το τρίπτυχο: κακή επίδοση στο σχολείο, παραπτωματική συμπεριφορά και σεξουαλική ασυδοσία εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, θεωρείται καταθλιπτικό ισοδύναμο. Κάποιες φορές, όχι μόνο απουσιάζει το καταθλιπτικό συναίσθημα, αντιθέτως οι ασθενείς εμφανίζονται "χαρούμενοι" (γελανή ή γελαστή κατάθλιψη).

### *Επιλόχεια κατάθλιψη ή κατάθλιψη της λοχείας*

Αλλιώς κατάθλιψη με επιλόχεια έναρξη ή μεταγεννητική κατάθλιψη (Post Partum Depression, PPD). Ονομάζεται η κατάθλιψη που εμφανίζεται μέσα στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Η κατάθλιψη της λοχείας δεν πρέπει να συγχέεται με την απλή λοχειακή δυσφορία, που εμφανίζεται τις πρώτες μέρες μετά από τον τοκετό με ήπια συμπτώματα (θλίψη, άγχος, ανησυχία, ευσυγκινησία), τα οποία υποχωρούν, χωρίς να ασκηθεί ειδική θεραπευτική παρέμβαση, μέσα σε μια εβδομάδα.

### *Προεμμηνορροϊκό Σύνδρομο*

(Premenstrual Syndrome, PMS ή Premenstrual Tension, PMT). Ονομάζεται ένα σύνολο σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον έμμηνο κύκλο των γυναικών: εμφανίζονται περίπου 5-10 ημέρες πριν την εμφάνιση της εμμηνορρυσίας και υποχωρούν τις πρώτες μέρες του κύκλου.

Για κάποιες γυναίκες με PMS τα συμπτώματα παρουσιάζονται με ιδιαίτερη σφοδρότητα. Η συγκεκριμένη μορφή του PMS περιγράφεται ψυχιατρικά ως Προεμμηνορροϊκή Δυσφορική Διαταραχή (Premenstrual Dysphoric Disorder, PMDD).

### *Υποστροφική (ενελικτική) κατάθλιψη*

Σπάνιος όρος που αναφέρεται σε καταθλίψεις οι οποίες συμπίπτουν με την ηλικία της υποστροφής (45 – 60 ετών), κατά την οποία συμβαίνουν ιδιαίτερα βιολογικά (υποβάθμιση βιολογικών λειτουργιών, μείωση ζωτικότητας) και ψυχοκοινωνικά γεγονότα (π.χ. συνταξιοδότηση, αποχώρηση παιδιών από το σπίτι). Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, ψυχοκινητική ανησυχία, μεγάλου βαθμού καταθλιπτικό συναίσθημα και υποχονδριακά συμπτώματα. Συμβαίνει συχνά σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική δομή προσωπικότητας (σχολαστικά, τελειοθηρικά, καθαρομανή, υπερβολικά συνεπή).

### *Διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση*

Η διαταραχή της προσαρμογής δεν ανήκει στις Διαταραχές Διάθεσης, όμως συχνά είναι δύσκολο να διαχωριστεί διαγνωστικά.

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι μια δυσπροσαρμοστική αντίδραση που συμβαίνει ως απάντηση σε κάποιο αναγνωρίσιμο ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα μέσα σε διάστημα τριών μηνών (από την έναρξη του στρεσογόνου παράγοντα) και δεν επιμένει περισσότερο από έξι μήνες (μετά την παύση της επίδρασης του στρεσογόνου παράγοντα). Η δυσπροσαρμοστική φύση της αντίδρασης φαίνεται είτε από την έντονη υποκειμενική ενόχληση του ατόμου, η οποία είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για το συγκεκριμένο στρεσογόνο ερέθισμα, είτε από την σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σχολικό τομέα. Οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να είναι ένα μοναδικό γεγονός (π.χ. διαζύγιο) ή πολλαπλά (π.χ. συνεχιζόμενα προβλήματα στο γάμο ή στην εργασία). Μπορεί να υποτροπιάζουν ως ερεθίσματα (π.χ. εποχικά προβλήματα ανεργίας) ή να είναι συνεχώς



παρόντες (π.χ. χρόνια ασθένεια). Μπορεί οι συνέπειες τους να αφορούν ένα μόνο άτομο, μια οικογένεια ή μια ολόκληρη κοινότητα (π.χ. οικονομική κρίση). Μπορεί τέλος να είναι παράγοντες που συνοδεύουν συγκεκριμένες φάσεις της ζωής (π.χ. σχολική προσαρμογή, αποχώρηση παιδιού από το πατρικό σπίτι, στρατός, συνταξιοδότηση κλπ.) Στη διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση κυριαρχεί το καταθλιπτικό συναίσθημα, τα κλάματα και η απελπισία, ενώ στη διαταραχή προσαρμογής με άγχος κυριαρχεί η νευρικότητα και τα σωματικά συμπτώματα άγχος.

Ενίοτε, η διαταραχή προσαρμογής μπορεί να προηγηθεί της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση για την διαταραχή προσαρμογής είναι η ατομική ψυχοθεραπεία (διερευνάται το νόημα του στρεσογόνου παράγοντα για το άτομο και υποβοηθείται η προσαρμογή του με βάση την ψυχολογική δομή και τις δυνατότητες του). Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει άτομα που βιώνουν παρόμοιους στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. ομάδες καρκινοπαθών, ομάδες ανέργων γυναικών, ομάδες νεοσύλλεκτων κλπ.)<sup>28,29</sup>.

### *Πένθος*

Με το όρο πένθος περιγράφονται οι ψυχικές, συναισθηματικές και σωματικές αντιδράσεις που εκδηλώνονται μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Το πένθος είναι φυσιολογικό μέρος της ζωής για τους περισσότερους ανθρώπους και συνήθως δεν θεωρείται ψυχική πάθηση. Σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων που περιλαμβάνουν λύπη, θυμό και απελπισία και βιώνονται από τον κάθε άνθρωπο με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο. Συνήθως, τα συναισθήματα αυτά μειώνονται με την πάροδο του χρόνου και με την υποστήριξη της οικογένειας, των συγγενών και των φίλων.

Σαν μέρος της φυσιολογικής αντίδρασης στην απώλεια, κάποια άτομα που πενθούν εμφανίζουν συμπτώματα χαρακτηριστικά ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (π.χ. αισθήματα έντονης λύπης, ανορεξία, αϋπνία, ενοχές). Σε αυτή την περίπτωση τα όρια ανάμεσα στο πένθος και την κατάθλιψη μπορεί να γίνουν ασαφή.

Στο πένθος, ωστόσο, όταν το άτομο κατηγορεί τον εαυτό του (αυτομομφή), η ενέργεια αυτή αναφέρεται στην απώλεια του αγαπημένου προσώπου, ενώ στην κατάθλιψη μειώνεται συνολικά η αυτοεκτίμηση του. Επίσης, το άτομο που πενθεί τυπικά θεωρεί την καταθλιπτική διάθεση σαν "φυσιολογική", παρόλο που μπορεί να ζητήσει την βοήθεια ειδικού για να αντιμετωπίσει τα συνοδευτικά συμπτώματα (όπως ανορεξία και αϋπνία). Η συνολική λειτουργικότητα του ατόμου δεν παραβλάπτεται τόσο πολύ, όπως στην κατάθλιψη.

Σύμφωνα με την Elisabeth Kübler-Ross υπάρχουν 5 φυσιολογικά στάδια που περνά κανείς κατά τη διάρκεια του πένθους:

- Άρνηση ("Αποκλείεται, δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα αυτό!"),
- Θυμός ("Είναι άδικο, γιατί σε εμένα;"),
- Διαπραγμάτευση ("Τουλάχιστον ας μην μου συμβεί κάτι άλλο κακό, δεν θα το αντέξω."),
- Κατάθλιψη ("Δεν αντέχω, απλώς θα περιμένω να πεθάνω για να πάω να βρω τον άνθρωπό μου."),

- Αποδοχή ("Εντάξει, ο χρόνος θα μου δείξει πως θα συνέλθω.").

Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει πάντοτε η διαδοχική αυτή ακολουθία των σταδίων. Συνήθως όμως υπάρχουν σε κάποιο βαθμό, χαρακτηριστικά των σταδίων αυτών, είτε με άλλη σειρά είτε ταυτόχρονα.

Όταν όμως το πένθος εκτείνεται τόσο, ώστε το άτομο να μην μπορεί να το ελέγξει και να μην μπορεί να λειτουργήσει σε διάφορους τομείς της ζωής του και παραμένει στην ίδια κατάσταση χωρίς να φτάνει προοδευτικά στην επίλυσή του, τότε το πένθος γίνεται «περιπλεγμένο» και απαιτεί αντιμετώπιση όμοια με αυτή της κατάθλιψης. Το περιπλεγμένο πένθος είναι πολύ συχνότερο όταν το άτομο που έχει αποβιώσει είναι νέο σε ηλικία. Το ίδιο συμβαίνει όταν ο θάνατος είναι ξαφνικός, απροσδόκητος ή βίαιος. Επίσης, επιπλοκές του πένθους πιθανόν να συμβούν σε κάποιον όταν ήταν θυμωμένος με το άτομο που έχει πεθάνει ή όταν είχε άλυτα συναισθηματικά προβλήματα μαζί του.

Η ύπαρξη ορισμένων συμπτωμάτων που δεν είναι χαρακτηριστικά της "φυσιολογικής" αντίδρασης πένθους – σε συνδυασμό με την διάρκεια τους- μπορεί να οδηγήσει σε διάγνωση κατάθλιψης. Συνοπτικά, τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι:

1. ενοχή για πράγματα, εκτός του τι έκανε ή δεν έκανε το άτομο που επιβίωσε κατά την περίοδο του θανάτου
2. σκέψεις θανάτου, εκτός του να αισθάνεται αυτός που επιβίωσε ότι θα ήταν καλύτερα αν πέθαινε ή ότι έπρεπε να είχε πεθάνει μαζί με τον νεκρό
3. νοσηρή έντονη ενασχόληση με το ότι δεν αξίζει τίποτα
4. έντονη ψυχοκινητική επιβράδυνση
5. μεγάλης διάρκειας και σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας
6. ψευδαισθητικές εμπειρίες εκτός του να νομίζει ότι ακούει την φωνή ή παροδικά βλέπει την εικόνα του νεκρού.

Η διάγνωση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής δεν δίνεται εκτός αν τα συμπτώματα είναι ακόμη παρόντα 2 μήνες μετά την απώλεια.

#### *Διπολική ή μανιο-καταθλιπτική διαταραχή*

Μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της λεγόμενης διπολικής διαταραχής. Οι ασθενείς με την διαταραχή αυτή παρουσιάζουν διαστήματα κατάθλιψης (ο ένας πόλος) και διαστήματα της αντίθετης κατάστασης η οποία ονομάζεται μανία, που μπορεί να την φανταστεί κάποιος σαν παθολογική ευφορία (ο άλλος πόλος). Οι δυο αυτοί κύκλοι εναλλάσσονται αλλά μεταξύ τους μεσολαβούν διαστήματα που ο ασθενής είναι φυσιολογικός. Η διπολική διαταραχή είναι διαφορετική από την κατάθλιψη που αναφέραμε μέχρι τώρα (και που μερικές φορές ονομάζεται μονοπολική ακριβώς για να μην συγχέεται με αυτήν) <sup>30</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

- Ορισμός της ΜΕΘ
- Οργανωτικό πλαίσιο των ΜΕΘ
- Ενδείξεις εισαγωγής ασθενών στη ΜΕΘ

## 6.1 Ορισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ειδικές νοσοκομειακές μονάδες στις οποίες παρέχεται εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και τεχνική υποστήριξη με τη χρήση συσκευών για παρακολούθηση των ασθενών και άμεση παρέμβαση που στόχο έχει την αποκατάσταση της υγείας και τη διάσωση της ζωής τους.

Η ΜΕΘ αποτελεί γεωγραφικό και λειτουργικό χώρο με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά μέσα στο νοσοκομείο. Η επιτυχία την Εντατικής θεραπείας εξαρτάται από την αρμονική συνεργασία μεταξύ των εμπλεκόμενων ατόμων, την καλή τεχνολογική υποστήριξη και τον κατάλληλα οργανωμένο χώρο. Η Εντατική θεραπεία στην εποχή μας έχει καθιερωθεί ως Ιατρική και Νοσηλευτική ειδικότητα.

Η Εντατική νοσηλευτική ασχολείται με την εξειδικευμένη αντιμετώπιση και πρόληψη των ανθρώπινων αναγκών σε άμεσα απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή. Τα στοιχεία που αποτελούν την καθημερινή πρακτική της Εντατικής Νοσηλευτικής είναι ο βαριά πάσχων ασθενής, ο Νοσηλευτής Εντατικολόγος και το περιβάλλον όπου παρέχεται η εντατική φροντίδα <sup>31</sup>.

Ο σκοπός την εντατικής φροντίδας υγείας είναι η αποκατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από οξεία, απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Τις τελευταίες δεκαετίες, η παροχή εντατικής φροντίδας υγείας γίνεται ολοένα και περισσότερο πολύπλοκη και δαπανηρή καθώς η ΜΕΘ αποτελεί ένα από τα δαπανηρότερα τμήματα του συστήματος υγείας <sup>32</sup>. Τα σύγχρονα ιατρικά τεχνολογικά επιτεύγματα επιτρέπουν τη διαχείριση καταστάσεων που παλαιότερα θεωρούνταν μη αντιμετωπίσιμες και οι ασθενείς μπορούν πλέον να διατηρηθούν στη ζωή για εβδομάδες ή και μήνες, ακόμη και όταν η πρόγνωση τους είναι δυσμενής. Ένα κλιμακούμενο ποσοστό των πόρων που διατίθενται για τη φροντίδα υγείας δαπανώνται σε μια μικρή αναλογία ασθενών που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, κατά τις τελευταίες μέρες της ζωής τους. Τα παραπάνω καθιστούν επιτακτική την ανάγκη αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης εντατικής φροντίδας υγείας.

Η θνητότητα των ασθενών που εισάγονται για νοσηλεία στη ΜΕΘ είναι πολύ υψηλότερη από αυτή των ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλα νοσοκομειακά τμήματα. Με δεδομένη τη σχετικά υψηλή θνητότητα των ασθενών ΜΕΘ, ο θάνατος φαίνεται να αποτελεί μια κατάλληλη, ευαίσθητη και έχουσα νόημα έκβαση για την αξιολόγηση της παρεχόμενης εντατικής φροντίδας υγείας. Ωστόσο, ο θάνατος μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα πολλών άλλων παραγόντων, πέραν της αναποτελεσματικής φροντίδας υγείας. Η θνητότητα που παρουσιάζει

μια ΜΕΘ εξαρτάται όχι μόνο από τους διατιθέμενους πόρους (εξοπλισμός, προσωπικό) και τη διαδικασία της παροχής φροντίδας υγείας (είδος, ένταση και χρόνος παροχής), αλλά και από τη σύνθεση του δείγματος των ασθενών. Οι ασθενείς που εισάγονται στις ΜΕΘ καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών ενδείξεων. Μονάδες που δέχονται μεγαλύτερα ποσοστά υψηλού κινδύνου ασθενών αναμένεται να εμφανίσουν υψηλότερη θνητότητα. Η βαρύτητα της νόσου, λοιπόν, φαίνεται να αποτελεί κομβικό ζήτημα για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας που παρέχεται από μια ΜΕΘ <sup>33</sup>.

## **6.2 Οργανωτικό πλαίσιο των ΜΕΘ**

Οι ανάγκες της Εντατικής Θεραπείας δημιουργούν ένα τελείως διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας από τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου. Όλα τα βαριά περιστατικά όλων των ειδικοτήτων, που έχουν έκπτωση ζωτικών λειτουργιών, αλλά με πιθανότητα επιβίωσης, μεταφέρονται και νοσηλεύονται σε έναν ενιαίο χώρο, τη ΜΕΘ, κατάλληλα διαμορφωμένο, εξοπλισμένο και στελεχωμένο, προκειμένου να τύχουν εντατικής παρακολούθησης, συστηματικής υποστήριξης, έγκαιρης διάγνωσης και αιτιολογικής θεραπείας. Έχουν διατυπωθεί και εφαρμοστεί κανόνες λειτουργίας των ΜΕΘ, ώστε να διαθέτουν συνεχή εικοσιτετράωρη και άμεση ετοιμότητα σε προσωπικό και εξοπλισμό.

Για την οργάνωση, την ανάπτυξη και λειτουργία μιας ΜΕΘ λαμβάνεται υπόψιν το είδος της ΜΕΘ, ακολουθούνται οι κατάλληλες κατασκευαστικές αρχές, δημιουργούνται οι απαραίτητες εγκαταστάσεις, αποκτάται ο κατάλληλος εξοπλισμός και τέλος η ΜΕΘ στελεχώνεται με το κατάλληλο εκπαιδευμένο προσωπικό <sup>30</sup>.

### **6.2.1 Είδη Μονάδων Εντατικής Θεραπείας**

#### *A) Πολυδύναμες ή γενικές ΜΕΘ*

Είναι οι ΜΕΘ, που έχουν τη δυνατότητα να νοσηλεύουν ασθενείς όλων των ειδικοτήτων. Ο τύπος αυτός των Μονάδων προσφέρεται για τη συνολική κάλυψη του νοσοκομείου, ανεξαρτήτως αν υπάρχουν ειδικές Μονάδες. Ο κατακερματισμός σε επιμέρους Μονάδες π. χ χειρουργικές, παθολογικές κλπ. έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει μεγαλύτερο κόστος λειτουργίας και συχνά διπλασιάζει τον απαιτούμενο εξοπλισμό. Διακρίνονται σε Μονάδες επιπέδου 1,2,3 ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου που καλύπτουν. Ο διαχωρισμός αυτός έχει ως στόχο την εξοικονόμηση δαπανών εξοπλισμού και λειτουργίας των ΜΕΘ, σύμφωνα με τις δυνατότητες του νοσοκομείου και τις πραγματικές ανάγκες της περιοχής που αυτό καλύπτει. Σε μικρά

νοσοκομεία, όπου νοσηλεύονται απλά περιστατικά, δεν χρειάζονται ΜΕΘ με πολυσύνθετα, αλλά βασικά μέσα υποστήριξης, απλής παρακολούθησης και αυξημένης φροντίδας. Στις περιπτώσεις ειδικών και σπάνιων για τα δεδομένα ενός μικρού νοσοκομείου περιστατικών, η διακίνηση των ασθενών σε μεγαλύτερα κέντρα προσφέρει και οικονομία και ασφάλεια.

Τρεις τύποι ΜΕΘ συνεπώς υπάρχουν:

*A) ΜΕΘ επιπέδου 1:*

Η ΜΕΘ επιπέδου 1 καλύπτουν μικρά τοπικά νοσοκομεία και αποκαλούνται επίσης και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας συχνότερα αντί για ΜΕΘ. Τέτοιου επιπέδου μονάδα προσφέρει στενή νοσηλευτική παρακολούθηση και ηλεκτροκαρδιογραφική παρακολούθηση. Η άμεση καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι δυνατή, αλλά παρέχουν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής βραχείας διάρκειας (λιγότερο από 24 ώρες) .

*B) ΜΕΘ επιπέδου 2:*

Η ΜΕΘ επιπέδου 2 βρίσκεται σε μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Παρέχει μεγαλύτερης διάρκειας μηχανική αναπνοή και η παρουσία του ιατρού ικανού να αντιμετωπίσει κάθε έκτακτο συμβάν όλο το 24ωρο. Η παθολογική, η φυσικοθεραπευτική και η ακτινολογική υποστήριξη είναι δυνατή οποιαδήποτε στιγμή. Συνήθως δεν παρέχουν σύνθετους τύπους υποστήριξης (π. χ θεραπεία διύλισης) ή επεμβατικές παρακολούθησης (π. χ monitoring ενδοκράνιας πίεσης) και ειδικής διερεύνησης (π. χ μαγνητική τομογραφία). Δυνατός όμως να υποστηρίξουν ειδικές περιπτώσεις, ανάλογα με τον τύπο του νοσοκομείου.

*Γ) ΜΕΘ επιπέδου 3:*

Η ΜΕΘ επιπέδου 3 είναι Μονάδες των τεταρτοβάθμιων νοσοκομείων και καλύπτουν όλο το φάσμα της εντατικής θεραπείας. Η Μονάδα διαθέτει τον απαραίτητο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση των συνήθων περιστατικών του νοσοκομείου και καλύπτεται από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό, παραιατρικό, και τεχνικό προσωπικό. Μέθοδοι σύνθετης διαγνωστικής και θεραπευτικής υποστήριξης και κάλυψη από όλες τις ειδικότητες είναι εφικτές ανά πάσα στιγμή<sup>33</sup> .

*B) Ειδικές ΜΕΘ*

Οι Μονάδες αυτές δέχονται και νοσηλεύουν περιορισμένο, αλλά ειδικό φάσμα περιστατικών. Ανάλογα με το είδος των περιστατικών αυτών, διακρίνονται σε Μονάδες Εμφραγμάτων, Μεταμοσχεύσεων, Εγκυμάτων, Αποσυμπίεσης, Καρδιοχειρουργικές κλπ. Η αναγκαιότητα

των Μονάδων αυτών υπαγορεύεται από το ιδιαίτερο αντικείμενο τους, από την αναγκαιότητα απομόνωσης ορισμένων περιπτώσεων, αλλά και από τις ιδιαίτερες τοπικές ανάγκες και εξειδικευμένες υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο <sup>32</sup>.

### **6.2.2 Κατασκευαστικές Αρχές**

#### *A) Θέση της ΜΕΘ μέσα στο νοσοκομείο*

Απαραίτητο είναι να υπάρχει εύκολη επικοινωνία και πρόσβαση με το χειρουργείο, το τμήμα επειγόντων, τα απεικονιστικά εργαστήρια και ιδίως τον αξονικό τομογράφο, καθώς και τις υπόλοιπες Μονάδες του νοσοκομείου. Στις περιπτώσεις που αυτό δεν είναι εφικτό, θα πρέπει να λαμβάνονται στοιχειώδη μέτρα της πιο απρόσκοπτης, κατά το δυνατόν, επικοινωνίας με αυτά τα τμήματα. Οι μετακινήσεις των ασθενών της ΜΕΘ κατά κανόνα είναι επικίνδυνες. Συστήματα και μηχανήματα υποστήριξης συνοδεύουν συνήθως τον άρρωστο παράλληλα με το προσωπικό. Οι διάδρομοι, οι πόρτες, οι ανελκυστήρες κλπ θα πρέπει να είναι λειτουργικοί σε μια τέτοια κατεύθυνση.

#### *B) Μέγεθος ΜΕΘ*

Μια Μονάδα για να είναι αποδοτική, πρέπει να διαθέτει ορισμένο αριθμό κρεβατιών. Οικονομοτεχνικές μελέτες έδειξαν ότι ΜΕΘ με λιγότερο από 6 κρεβάτια, καθώς και εκείνες με πληρότητα μικρότερη από 70 % είναι οικονομικά ασύμφορες. Μεγάλες Μονάδες άνω των 20 κρεβατιών, διευθύνονται πιο δύσκολα. Η οργάνωση όμως των Μονάδων αυτών σε υποτμήματα, με κάποια σχετική αυτονομία μεταξύ τους, έχει αποδείξει ασύγκριτα πλεονεκτήματα. Η δαπάνη σε υλικό ανά ασθενή είναι σαφώς μικρότερη, ενώ η διακίνηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη. Βαριά και απελπιστικά περιστατικά που λιμνάζουν στις Μονάδες δημιουργούν ιδιαίτερα κακή εντύπωση, πράγμα που προκαλεί κατάθλιψη και απογοήτευση στους εργαζόμενους. Στις μικρές ΜΕΘ αναγκαστικά επικρατεί η εικόνα αυτή. Αντίθετα, η ποικιλία των περιστατικών στις μεγάλες ΜΕΘ προσφέρει περισσότερες ευκαιρίες στην εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, αλλά και συναισθήματα αισιοδοξίας και ικανοποίησης. Η ανάπτυξη συστημάτων υποστήριξης ειδικών και μη συχνών περιστατικών δεν μπορεί να γίνεται σε μικρές Μονάδες, όπου η πιθανότητα εφαρμογής τους είναι μικρή <sup>33</sup>.

#### *Γ) Χώροι της ΜΕΘ*

Κατά το σχεδιασμό της ΜΕΘ, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπ' οψιν: 1) οι οδοί διακίνησης του υλικού, καθαρού ή ακάθαρτου, 2) ο περιορισμός των διαδρόμων του προσωπικού, 3) η ευχέρεια στην κίνηση περί τον ασθενή, 4) η δυνατότητα μετακίνησης του

ασθενούς με το κρεβάτι του, μαζί με τον εξοπλισμό υποστήριξης και το ορθοπεδικό υλικό σταθεροποίησης, 5) η δυνατότητα διακίνησης ογκωδών μηχανημάτων (π. χ φορητό ακτινολογικό), 6) ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή, 7) ο άπλετος φωτισμός ημέρας των νοσηλευτικών χώρων με δυνατότητα να βλέπει ο ασθενής έξω, 8) η δυνατότητα μεταφοράς του ασθενούς από κρεβάτι σε κρεβάτι ή φορείο κατά της είσοδο ή έξοδο του (δε συνιστάται να γίνεται σε χώρο επισκεπτών), 9) η προφύλαξη των ασθενών, του προσωπικού και των χώρων εντός και εκτός ΜΕΘ από την ακτινοβολία, τη ραδιενέργεια ή τα αέρια πτητικών υγρών και 10) η ανάγκη ψυχολογικής αποφόρτισης των συγγενών.

Τα μονόκλινα δωμάτια νοσηλείας προορίζονται για ασθενείς που πρέπει να προφυλαχθούν από λοιμώξεις ή να απομονωθούν σαν σηπτικοί. Ο αριθμός τους κυμαίνεται από 1-2/10 κρεβάτια για τις συνηθισμένες πολυδύναμες Μονάδες μέχρι και 5-6/10 κρεβάτια για τις ειδικές. Απαιτείται χώρος τουλάχιστον 25 m<sup>2</sup> για κάθε τέτοιο κρεβάτι. Τα πολύκλινα δωμάτια πρέπει να έχουν μέχρι 4 κρεβάτια και ο χώρος τους να είναι 20 m<sup>2</sup> για κάθε κρεβάτι.

Μπροστά και γύρω από τα κρεβάτια διατίθεται χώρος ελεύθερης κυκλοφορίας του προσωπικού, των μηχανημάτων και των άλλων κρεβατιών (2,5 m). Συνίσταται να μην υπάρχει οπτική επαφή μεταξύ των αρρώστων.

Ο κεντρικός νοσηλευτικός σταθμός παρακολουθεί περιορισμένο αριθμό ασθενών. Σε μεγάλες μονάδες συνίσταται η λειτουργία περισσότερων σταθμών (1/5-8 κρεβάτια). Ανεξάρτητα, αν υπάρχει κεντρική εγκατάσταση παρακολούθησης ή όχι, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει άμεση οπτική επαφή τόσο με τον άρρωστο, όσο και με το monitor, που βρίσκεται ψηλά, πάνω και δίπλα στο κεφάλι του αρρώστου. Αυτό δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να μειώνει την παρακλίνια παρακολούθηση. Στο χώρο αυτό υπάρχει το απαραίτητο υλικό επικοινωνίας, καταγραφών, φαρμάκων, παρασκευής διαλυμάτων, νιπτήρες κλπ.

Σαν μέγιστος συνολικός χώρος έκπτυξης μίας ΜΕΘ με τα σημερινά δεδομένα θεωρείται η πολλαπλάσια κατά 2,5-3 φορές έκτασης των θαλάμων νοσηλείας. Είναι λογικό ότι αρκετοί χώροι είναι το ίδιο απαραίτητοι σε μικρές ή μεγάλες ΜΕΘ. Άρα μικρής δύναμης Μονάδες απαιτούν μεγαλύτερους αναλογικά χώρους.

Η συνεργασία των ενδιαφερομένων μερών της ιατρικής, νοσηλευτικής και τεχνικής υπηρεσίας του νοσοκομείου με τον κατασκευαστικό φορέα είναι απαραίτητη κατά τον σχεδιασμό νέων μονάδων<sup>31,32</sup>.



### 6.2.3 Εξοπλισμός

Το είδος και το σύνολο του εξοπλισμού μιας ΜΕΘ εξαρτάται από το επίπεδο της. Ένα monitor π. χ με οθόνη για σήματα δύο καναλιών μπορεί να είναι αρκετό για μια Μονάδα επιπέδου 1. Σε εκπαιδευτικές Μονάδες ή επιπέδου 3 απαιτούνται monitors με 4 κανάλια τουλάχιστον.

Τα κρεβάτια της ΜΕΘ είναι ειδικής κατασκευής, τροχήλατα, εύκολα κινούμενα εντός και εκτός του χώρου της ΜΕΘ. Πρέπει στοιχειωδώς να προσφέρουν ανάκληση τόσο του άνω, όσο και του κάτω τριτημορίου, θέση tredeleburg και antitredeleburg, πλαγίωσης και ανύψωσης με υδραυλικό, μηχανικό ή ηλεκτρικό χειριστήριο. Φέρουν θέση τοποθετήσεως ακτινογραφικής κασέτας, κατά το δυνατόν ζυγό, τουλάχιστον δύο πολλαπλούς οροστάτες, ανασπώμενα πλάγια προστατευτικά πλαίσια και αποσπώμενο πλαίσιο κεφαλής<sup>34</sup>.

### 6.3 Ενδείξεις εισαγωγής ασθενών στη ΜΕΘ

Τα σπουδαιότερα αίτια εισαγωγής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι:

- η φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή,
- οξεία αιμορραγία,
- μεταβολικές διαταραχές,
- οξεία νεφρική ανεπάρκεια,
- λοιμώξεις σε έδαφος ουδετεροπενίας ή μη,
- η σήψη-σηπτικό shock,
- η μετεγχειρητική παρακολούθηση και παρακολούθηση του ογκολογικού ασθενή μετά από επεμβάσεις, σοβαρή συννοσηρότητα και οι επιπλοκές της νόσου του (αποφρακτικά σύνδρομα, νευρολογικές διαταραχές απειλητικές για τη ζωή, οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια οφειλόμενη σε λοίμωξη ή διήθηση από την υποκείμενη κακοήθεια),
- ασθενείς με επιπλοκές της αντινεοπλασματικής θεραπείας ( σύνδρομο λύσης όγκου, τοξικότητα της χημειοθεραπείας και της ακτινοβολίας στις ζωτικές λειτουργίες με συνέπεια απειλητικές για τη ζωή διαταραχές).

Τα αίτια εισαγωγής ποικίλουν στις διάφορες ΜΕΘ. Τα συχνότερα όμως είναι η μετεγχειρητική υποστήριξη κατά 40-50%, η σήψη- το σηπτικό shock κατά 15% και η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια (ΟΑΑ) κατά 10%<sup>32</sup>.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

- Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη ΜΕΘ
- Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ
- Ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας στη ΜΕΘ

Στη σημερινή εποχή οι ΜΕΘ αποτελούν ένα ειδικά επανδρωμένο και τεχνολογικά εξοπλισμένο τμήμα του νοσοκομείου που φιλοξενεί και αντιμετωπίζει ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή παθολογικές καταστάσεις όπως είναι οι λοιμώξεις, το τραύμα, το έγκαυμα και οι επιπλοκές τους. Λειτουργεί ως αυτόνομο τμήμα του νοσοκομείου <sup>35</sup> και σκοπός της είναι η συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη της δυσλειτουργίας ή της ανεπάρκειας μεμονωμένων οργάνων ή και συστημάτων του οργανισμού σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, με πλήρη διαγνωστικό έλεγχο και εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού κρίνεται απαραίτητη η άρτια αλληλεπίδραση και συνεργασία του ιατρονοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού, καθώς και η επάρκεια των τεχνολογικών μέσων και χωροταξικών δομών <sup>36</sup>.

### **7.1 Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη ΜΕΘ**

Ο Διευθυντής της ΜΕΘ έχει τη συνολική ευθύνη της λειτουργίας του τμήματος. Διαθέτει την κατάλληλη επιστημονική κατάρτιση, ώστε να κατευθύνει το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο και να δίδει τις δέουσες λύσεις στα επιστημονικά προβλήματα. Σχεδιάζει και επιβάλλει την εκπαίδευση όλου του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού. Ασκεί τη διεύθυνση του τμήματος ούτως ώστε οι προσφερόμενες υπηρεσίες να είναι οργανωμένες, συντονισμένες και διαρκείς. Μελετά τις ανάγκες, προγραμματίζει το μέλλον και εισηγείται τις λύσεις στα διοικητικά προβλήματα, που αφορούν το τμήμα. Μεριμνά και επιβάλλει το σεβασμό του εξοπλισμού και φροντίζει την εξασφάλιση της ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσης του. Καλλιεργεί τη σωστή και αγαστή συνεργασία της ΜΕΘ με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Ωθεί προγράμματα επιστημονικής έρευνας και επιδιώκει τη συνεργασία με άλλες Μονάδες.

Οι Επιμελητές του τμήματος συνεπικουρούν και συμμερίζονται το έργο του Διευθυντού. Επιβλέπουν κάθε ενέργεια στο τμήμα και ασκούν υπεύθυνα το διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο, καλύπτοντας τη λειτουργία του τμήματος σε 24ωρη βάση. Συμμετέχουν ενεργά στην εκπαίδευση και την έρευνα. Κατευθύνουν και επιβλέπουν τις παρεμβατικές πράξεις των ασκούμενων γιατρών και το χειρισμό του εξοπλισμού και ελέγχουν την ορθότητα των νοσηλευτικών πράξεων. Οι επιμελητές Α΄ είναι εξειδικευμένοι στο αντικείμενο της Εντατικής και οφείλουν να έχουν την ικανότητα αναπλήρωσης του Διευθυντού. Ο αριθμός των Επιμελητών είναι ανάλογος της δύναμης και του επιπέδου της ΜΕΘ. Ο ελάχιστος αριθμός είναι αυτός, που εξασφαλίζει τις ανάγκες εφημερίας.

Οι Εξειδικευόμενοι απασχολούνται πλήρως σε τακτικό ωράριο και στην εφημερία. Συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες του τμήματος και επιδιώκουν την πλήρη θεωρητική και πρακτική κατάρτιση τους. Η χορήγηση τίτλου εξειδίκευσης στην Ελλάδα απαιτεί την άσκηση στην Εντατική Θεραπεία επί 2ετία.

Οι Ειδικευόμενοι στην Αναισθησιολογία, την Πνευμονολογία και την Παιδιατρική ασκούνται επί 6μηνο στην Εντατική στα πλαίσια της ειδικότητας τους, ενώ αυτοί στην Παθολογία επί 3μηνο και στην Νευρολογία επί 1 μήνα. Πέρα από τις ειδικότητες αυτές, η βραχύχρονη άσκηση στη ΜΕΘ είναι επιθυμητή και σημαντική σε πολλές ειδικότητες. Οι ειδικευόμενοι συμμετέχουν σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής εργασίας με πλήρες ωράριο και στην εφημερία. Βασική επιδίωξη τους πρέπει να είναι η εξοικείωση με το βαριά άρρωστο και η απόκτηση αντανακλαστικών και αυτοπεποίθηση απέναντι στο οξύ πρόβλημα<sup>34</sup>.

## **7.2 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη ΜΕΘ**

Η καλή συνεργασία και η επικοινωνία του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι απαραίτητες για ένα καλό αποτέλεσμα. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες πρέπει να είναι καθαρά οριοθετημένες. Οι γιατροί έχουν την ευθύνη των διαγνωστικών και θεραπευτικών αποφάσεων και μεριμνούν για τη σωστή παρακολούθηση. Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της εκτέλεσης της νοσηλείας και αποτελούν το άγρυπνο μάτι στην παρακολούθηση.

Η Προϊσταμένη/νος διευθύνει το νοσηλευτικό προσωπικό και φροντίζει για την εύρυθμη λειτουργία του και την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εξασφαλίζει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών επιδιώκοντας τη συνεργασία γι' αυτό του εξειδικευμένου ιατρικού δυναμικού. Φροντίζει την ασφάλεια, τη συντήρηση και την ποιοτική απόδοση του εξοπλισμού και μεριμνά για τις καθημερινές προμήθειες του αναλώσιμου και φαρμακευτικού υλικού. Πρέπει να διαθέτει τις εξειδικευμένες γνώσεις του αντικειμένου και ικανή εμπειρία. Οφείλει να συνεργάζεται στενά με τον Διευθυντή της ΜΕΘ στην οργάνωση και τον προγραμματισμό. Συνεργάζεται στενά σε όλους τους τομείς με την (έμπειρη και ικανή) νοσηλεύτρια/τη, που την/τον αναπληρώνει όταν απουσιάζει.

Οι Νοσηλευτές/τριες ασκούν πλήρη απασχόληση και χρειάζονται ειδική εκπαίδευση-εξειδίκευση στην εντατική θεραπεία και την επείγουσα ιατρική για την άσκηση του λειτουργήματός τους. Ο επαρκής αριθμός των νοσηλευτών ανά κρεβάτι εξαρτάται από το επίπεδο της ΜΕΘ και πρέπει να εξασφαλίζει την κάλυψη σε 24ωρη βάση. Ο συνολικός αριθμός

τους προκύπτει από τα εργασιακά δικαιώματα της 5νθήμερης εργασίας σε κυκλικό ωράριο. Η εξειδίκευση στο αντικείμενο οφείλει να λαμβάνεται υπ' όψιν στον αριθμό των προσλήψεων (έκτακτες απουσίες δεν αναπληρώνονται από άλλο μη εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό). Ο αριθμός των νοσηλευτών στις ΜΕΘ ανάλογα με το επίπεδο τους, σύμφωνα με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Εντατικής Θεραπείας φαίνεται στον πίνακα 3.

<b>Επίπεδο ΜΕΘ</b>	<b>Σχέση νοσηλευτών/ασθενών σε συνεχή βάση</b>	<b>Απαιτούμενος συνολικός αριθμός/κρεβάτι</b>
Επίπεδο 3 (υψηλότερο)	1/1	6
Επίπεδο 2	1/1,6	4
Επίπεδο 1 (χαμηλότερο)	1/3	2

Πίνακας 3. Αναλογικός και συνολικός αριθμός νοσηλευτών ΜΕΘ.

Οι ελλείψεις στην Ελλάδα είναι τεράστιες και οδηγούν σε αδιέξοδο. Η ελάχιστη δύναμη που θα μπορούσε να καλύψει στοιχειωδώς την ασφάλεια της εντατικής νοσηλείας (σε αναλογία νοσηλευτή ανά κρεβάτι) είναι στην πρωινή βάρδια 1/1, στην απογευματινή 1/1,5 και στην νυχτερινή 1/2.

Οι Εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές στην Εντατική ασκούνται υπό την επίβλεψη ικανά εξειδικευμένων κι έμπειρων νοσηλευτών. Βοηθούν αλλά σε καμιά περίπτωση δεν τους αναπληρώνουν<sup>34</sup>.

### **7.2.1 Το στρεσογόνο περιβάλλον του νοσηλευτή της ΜΕΘ**

Οι νοσηλευτές παγκοσμίως παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμη στάδια της καριέρας τους, ενώ παράλληλα ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών είναι πολύ υψηλός. Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται ως «επάγγελμα υψηλής έντασης», κατά την άσκηση του οποίου συχνά δημιουργούνται συγκρούσεις ρόλων, τόσο με άλλα συναφή επαγγέλματα, όσο και μεταξύ τους. Όπως είναι φυσικό η διαρκής έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις, όπως είναι ο πόνος, ο θάνατος και η θλίψη, έχουν ως συνέπειες τη μείωση της παραγωγικότητας και την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων. Οι κυριότερες αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές είναι:

α) ο φόρτος εργασίας,

β) η μη ικανοποιητική συμπαράσταση από συναδέλφους,

γ) η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους,

δ) η έλλειψη κινήτρων και

ε) η αυτοεκτίμηση, δεδομένα που καθορίζουν την αντίδραση του ατόμου στη συναισθηματική ένταση την ώρα της εργασίας

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφοράς. Στα σωματικά περιλαμβάνουν τον κεφαλόπονο, τις γαστρεντερικές διαταραχές, τις αϋπνίες, την υπερένταση, την σεξουαλική δυσλειτουργία, τα μυοσκελετικά προβλήματα κ.ά. Στα ψυχολογικά περιλαμβάνονται ο εκνευρισμός, η κατάθλιψη, το αίσθημα αποξένωσης, η ανησυχία, η έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου κ.ά., ενώ στα συμπτώματα συμπεριφοράς περιλαμβάνουν επικοινωνιακά προβλήματα, ροπή για απουσίες από την εργασία, αδυναμία συγκέντρωσης, εργασιομανία κ.ά

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι δυνητικά επικίνδυνες για το ίδιο, για τους ασθενείς, αλλά και για το χώρο εργασίας τους (Κλινική ή Νοσοκομείο) <sup>37</sup> . Έρευνες αποκαλύπτουν ότι πολλές φορές ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές είναι τόσο έντονος, που μπορεί να τους οδηγήσει σε κατάθλιψη ή και απόπειρες αυτοκτονίας.

Η μη συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, το μειωμένο ενδιαφέρον για την εργασία και ο ανεπαρκής διοικητικός έλεγχος σχετίζονται με τη δημιουργία αισθήματος αποπροσωποποίησης, ενώ ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για την φροντίδα του ασθενούς και η υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού από επόπτη φαίνεται ότι επιδρούν προστατευτικά έναντι της συναισθηματικής εξάντλησης.

Οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής κόπωσης ήταν αυτοί που σχετίζονταν με την ίδια τη φύση του επαγγέλματος λ.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς κ. ά, όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα λ.χ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ. ά

Στη χώρα μας μελετήθηκε η επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία και διαπιστώθηκε ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί συνθήκες σχετίζονταν με την εμφάνιση της

επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι επαγγελματίες υγείας εξαιτίας της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμά τους ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπετεύσουν. Για το λόγο αυτό, είναι αδύνατο να αναπτύξουν στενότερες ανθρώπινες σχέσεις με ανθρώπους που χρειάζονται την επιστημονική αλλά και τη συναισθηματική τους υποστήριξη. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μία απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους

Σε διεθνές επίπεδο, εμφανίζει μία τάση των νοσηλευτών να «φεύγουν» από το επάγγελμα εξαιτίας των συνθηκών εργασίας και του ωραρίου και υπογραμμίζεται ότι είναι επιτακτική η ανάγκη αναζήτησης λύσεων, ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό. Ένας από τους κυριότερους παράγοντες παραμονής ή όχι του νοσηλευτικού προσωπικού στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι και ο βαθμός ικανοποίησης τους και η αρχική επιλογή τους να ακολουθήσουν την νοσηλευτική επιστήμη. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας του νοσηλευτή, τα εξαντλητικά ωράρια, το άγχος που αντιμετωπίζει, αλλά και οι οργανωτικές αδυναμίες του συστήματος υγείας αποτελούν βασικές συνιστώσες του όλου προβλήματος.

Στις περισσότερες έρευνες αναφέρεται μέτρια ικανοποίηση για την πλειοψηφία των νοσηλευτών, ανεξάρτητα από τον τομέα στον οποίο εργάζονται. Από τις μονάδες εντατικής θεραπείας και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) μέχρι τον τεχνητό νεφρό και τις ψυχιατρικές μονάδες, οι ίδιες παράμετροι φαίνεται να ευθύνονται για την χαμηλή ικανοποίηση των νοσηλευτών<sup>38</sup>.

Διεθνείς μελέτες έχουν διερευνήσει τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με τον τομέα της επείγουσας και εντατικής φροντίδας. Μάλιστα, υπάρχουν δεδομένα που συσχετίζουν το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, με την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η μελέτη του Kawano σε ένα δείγμα 1.551 νοσηλευτών στην Ιαπωνία κατέδειξε το εργασιακό stress ως σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση αγχώδους διάθεσης στους εργαζόμενους των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι Mealer et al, σε ένα δείγμα 351 νοσηλευτών γενικών τμημάτων και 140 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας των ΗΠΑ μελέτησαν την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων που αφορούσαν σε Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Stress (ΔΜΤΣ). Τα ευρήματά τους κατέληξαν σε θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας σε ΜΕΘ και ήπιας ψυχιατρικής νοσηρότητας, καθώς και με τη ΔΜΤΣ.

Ωστόσο, οι μελέτες αναφορικά με την εμφάνιση ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συγκεκριμένα συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ είναι περιορισμένες. Ειδικότερα στον ελληνικό χώρο, δεν έχει διερευνηθεί έως σήμερα, η φύση και η ένταση συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας. Το άγχος αφορά σε μια συναισθηματική κατάσταση έντονου και απροσδιόριστου φόβου, που συνοδεύεται από σωματικά ενοχλήματα λόγω υπερδραστηριότητας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ), όπως αίσθημα παλμών ή εφίδρωση. Συνολικά, φαίνεται να εκφράζει αντίδραση σε μια άγνωστη, ασαφή και συγκρουσιακή απειλή, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζει την αντίληψη και τη γνωστική ικανότητα του ατόμου. Η έννοια του άγχους, συχνά συγχέεται και λανθασμένα αλληλοκαλύπτεται από εκείνη του stress. Σε αντίθεση με το άγχος, το stress συνιστά μια προσαρμοστική αντίδραση του ατόμου απέναντι σε οποιαδήποτε κατάσταση που βιώνεται ως απειλητική και για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται η ενεργοποίηση του ανθρώπινου οργανισμού για την εκδήλωση συμπεριφοράς μάχης ή φυγής<sup>39</sup>.

### **7.3 Ο ρόλος των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας στη ΜΕΘ**

#### *A) Φυσιοθεραπευτές*

Ο φυσιοθεραπευτής είναι απαραίτητος σε όλα τα ωράρια ανεξαρτήτως καθημερινής ή αργίας. Ο ρόλος του είναι σημαντικότερος και η έλλειψή του προκαλεί παράταση της νοσηλείας, επιπλοκές και μεγαλύτερο κόστος. Ένας αφοσιωμένος και φιλόπρονος φυσιοθεραπευτής δεν μπορεί να καλύψει περισσότερα από 12 κρεβάτια στη βάρδια του.

#### *B) Τεχνικό προσωπικό*

Ο ευαίσθητος, πολύπλοκος και πανάκριβος εξοπλισμός χρειάζεται συντήρηση, επισκευές και ρυθμίσεις για να είναι διαθέσιμος ανά πάσα στιγμή. Η σωστή εξάλλου και υπεύθυνη συντήρηση αυξάνει και το χρόνο ζωής του. Η τεχνική κάλυψη της ΜΕΘ είναι αναγκαία καθ' όλο το 24ωρο.

#### *Γ) Βοηθητικό προσωπικό*

Η παρουσία νοσοκόμου (άνδρα) και βοηθού νοσηλεύτριας για τη νοσηλευτική φροντίδα και περιποίηση είναι απαραίτητη όλο το 24ωρο. Τραυματιοφορέας για τη μεταφορά ασθενών και προσωπικό για τη διακίνηση του υλικού και δειγμάτων πρέπει να διατίθεται ανά πάσα στιγμή, όπως και καθαρίστρια. Όλο το προσωπικό πρέπει να είναι εξοικειωμένο με τους κανόνες προστασίας λοιμώξεων, αντισηψίας και προφύλαξης υλικού.



*Δ) Παρασκευαστές*

Ένας παρασκευαστής είναι απαραίτητος για το εργαστήριο της ΜΕΘ και τις αιμοληψίες, τουλάχιστον στο τακτικό ωράριο.

*Ε) Γραμματέας*

Ένας γραμματέας είναι απαραίτητος στο τακτικό ωράριο ανά 12 το ανώτερο κρεβάτια.

*ΣΤ) Λοιπό προσωπικό*

Τεχνικοί ακτινολογικού, ηλεκτρολόγοι και υδραυλικοί πρέπει να είναι διαθέσιμοι ανά πάσα στιγμή από τη δύναμη του νοσοκομείου και διαιτολόγοι στο τακτικό ωράριο <sup>34</sup>.



**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

### **B. Πληθυσμός - Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθύνθηκε σε 391 νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και άλλων τμημάτων. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 16 ερωτήσεις εκ των οποίων 9 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 3 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων. Επιπρόσθετα εκτός των προηγούμενων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο υπήρχε και ερωτηματολόγιο στάθμισης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων αποτελούμενο από 21 ερωτήσεις εναλλακτικών απαντήσεων. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το BDI που αναπτύχθηκε από τον Aaron Beck, και η βαθμολογία του υπολογίζει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Η BDI είναι μια κλίμακα με 21 ερωτήσεις που αξιολογούν τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η διάθεση, η απαισιοδοξία, η αίσθηση της αποτυχίας, και αυτοδυσарέσκεια. Τα πρόσωπα καλούνται να αξιολογήσουν τον εαυτό τους σε μια κλίμακα από 0-3 φάσματος (0 "τουλάχιστον" έως 3 "πιο"). Το συνολικό αποτέλεσμα είναι ένα άθροισμα όλων των στοιχείων και κυμαίνεται από 0 έως 63<sup>40</sup>.

### **Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από νοσοκομεία της Ελλάδος από τον Δεκέμβριο του 2013 έως και τον Μάιο του 2014.

### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην

απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 6 λεπτά της ώρα

### **E. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του νοσηλευτή

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 391 ερωτηματολόγια.

### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

### **Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

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

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS IDM.

## **1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:**

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

## **2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:**

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν το  $\chi^2$ -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα  $[-1, +1]$ . Οι τιμές  $+1, -1$  αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή  $0$  αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Τέλος, με σκοπό την εκτίμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και του νοσηλευτικού προσωπικού άλλων τμημάτων υπολογίστηκε μία παράγωγος παράμετρος, η **εκτίμηση της κατάθλιψης**. Η εκτίμηση (score) της κατάθλιψης των ερωτηθέντων έγινε με τη συνεκτίμηση των απαντήσεων σε 21 ερωτήσεις / μεταβλητές.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0,05$  (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

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

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 391 νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και άλλων τμημάτων. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Η ηλικία των ερωτηθέντων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 19 έτη και 60 έτη, με μέσο όρο τα 35,06 έτη και τυπική απόκλιση τα 8,15 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων νοσηλευτών.

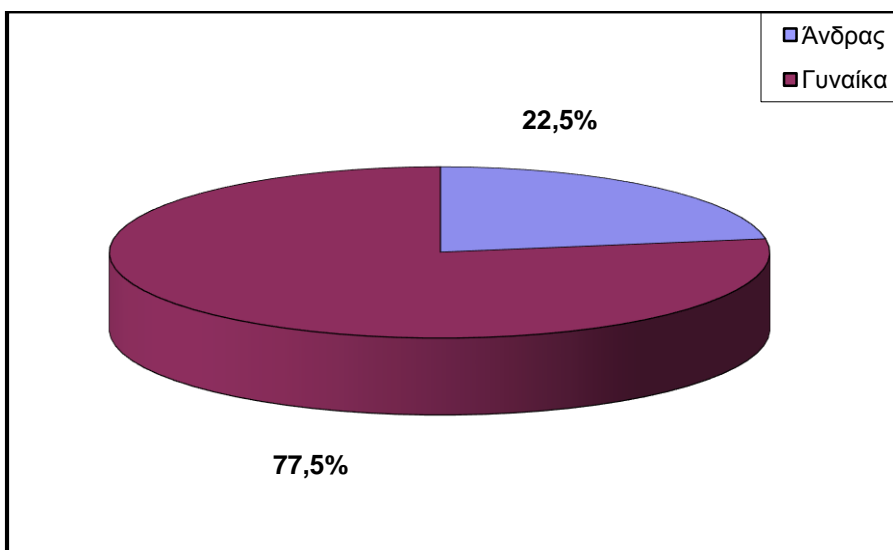
<b>Ηλικία ερωτηθέντων νοσηλευτών</b>	<b>N=391</b>
Μέσος όρος	35,06
Τυπική απόκλιση	8,15
Ελάχιστο	19
Μέγιστο	60

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (303 άτομα – ποσοστό 77,5%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 22,5% (88 άτομα) άνδρες (Πίνακας 2, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο ερωτηθέντων	<i>N</i> =391	Percent (%)
Άνδρας	88	22,5
Γυναίκα	303	77,5

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.



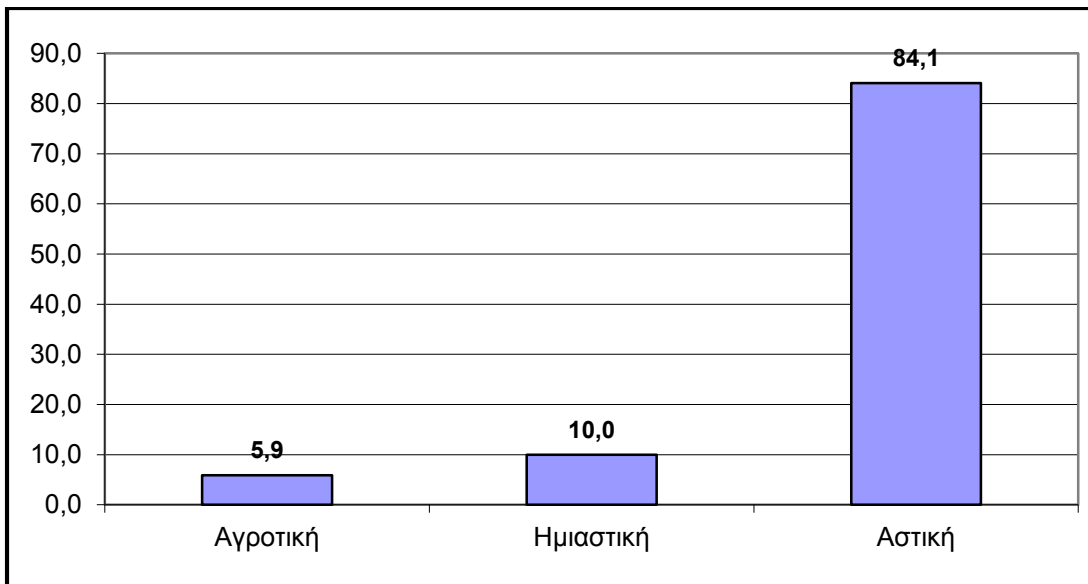


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (329 άτομα – ποσοστό 84,1%) δήλωσε ως περιοχή διαμονής κάποια αστική περιοχή, άλλα 39 άτομα (ποσοστό 10,0%) δήλωσαν ως περιοχή διαμονής κάποια ημιαστική περιοχή ενώ τα υπόλοιπα 23 άτομα (ποσοστό 5,9%) δήλωσαν ως περιοχή διαμονής κάποια αγροτική περιοχή (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την περιοχή διαμονής.

Περιοχή διαμονής ερωτηθέντων	<i>N=391</i>	Percent (%)
Αγροτική	23	5,9
Ημιαστική	39	10,0
Αστική	329	84,1

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την περιοχή διαμονής.

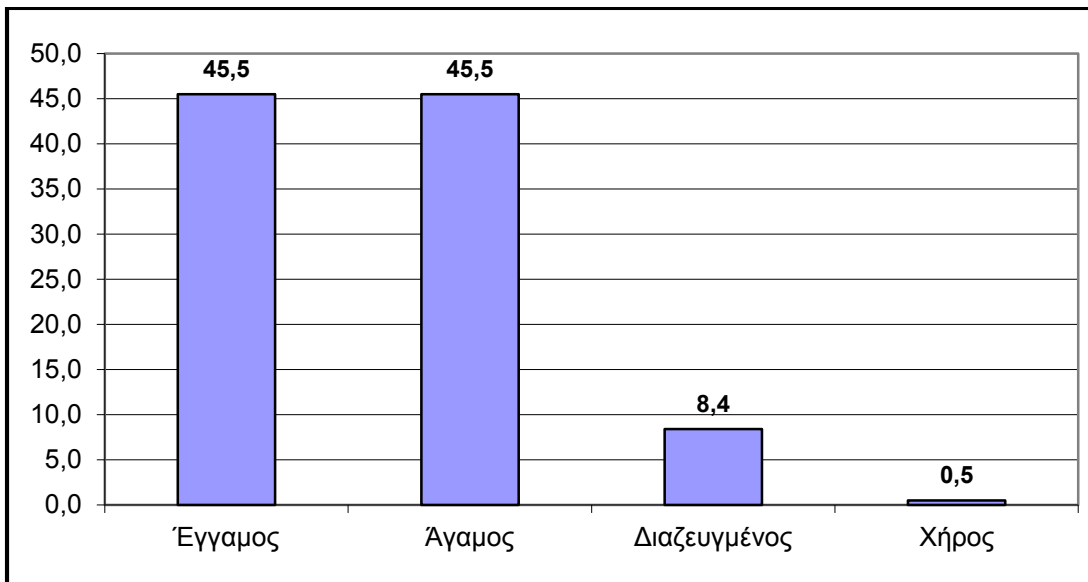


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (178 άτομα – ποσοστό 45,5%) δήλωσε είτε ότι ήταν έγγαμοι είτε ότι ήταν άγαμοι και άλλα 33 άτομα (ποσοστό 8,4%) δήλωσαν διαζευγμένοι. Τέλος, τα υπόλοιπα 2 άτομα (ποσοστό 0,5%) δήλωσαν χήροι (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων	<i>N=391</i>	Percent (%)
Έγγαμος	178	45,5
Άγαμος	178	45,5
Διαζευγμένος	33	8,4
Χήρος	2	0,5

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.



Ο αριθμός παιδιών των ερωτηθέντων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 0 και 9 παιδιά, με μέσο όρο τα 0,81 παιδιά και τυπική απόκλιση τα 1,10 παιδιά (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Αριθμός παιδιών ερωτηθέντων νοσηλευτών.

<b>Αριθμός παιδιών ερωτηθέντων νοσηλευτών</b>	<b>N=391</b>
Μέσος όρος	0,81
Τυπική απόκλιση	1,10
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	9

Τα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών κυμάνθηκαν μεταξύ 0,2 έτη και 38,0 έτη, με μέσο όρο τα 10,77 έτη και τυπική απόκλιση τα 8,12 έτη (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Έτη επαγγελματικής υπηρεσίας ερωτηθέντων νοσηλευτών.

<b>Έτη επαγγελματικής υπηρεσίας ερωτηθέντων νοσηλευτών</b>	<b>N=391</b>
Μέσος όρος	10,77
Τυπική απόκλιση	8,12
Ελάχιστο	0,2
Μέγιστο	38,0

Η προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα των ερωτηθέντων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 0,0 έτη και 28,0 έτη, με μέσο όρο τα 5,47 έτη και τυπική απόκλιση τα 5,73 έτη (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

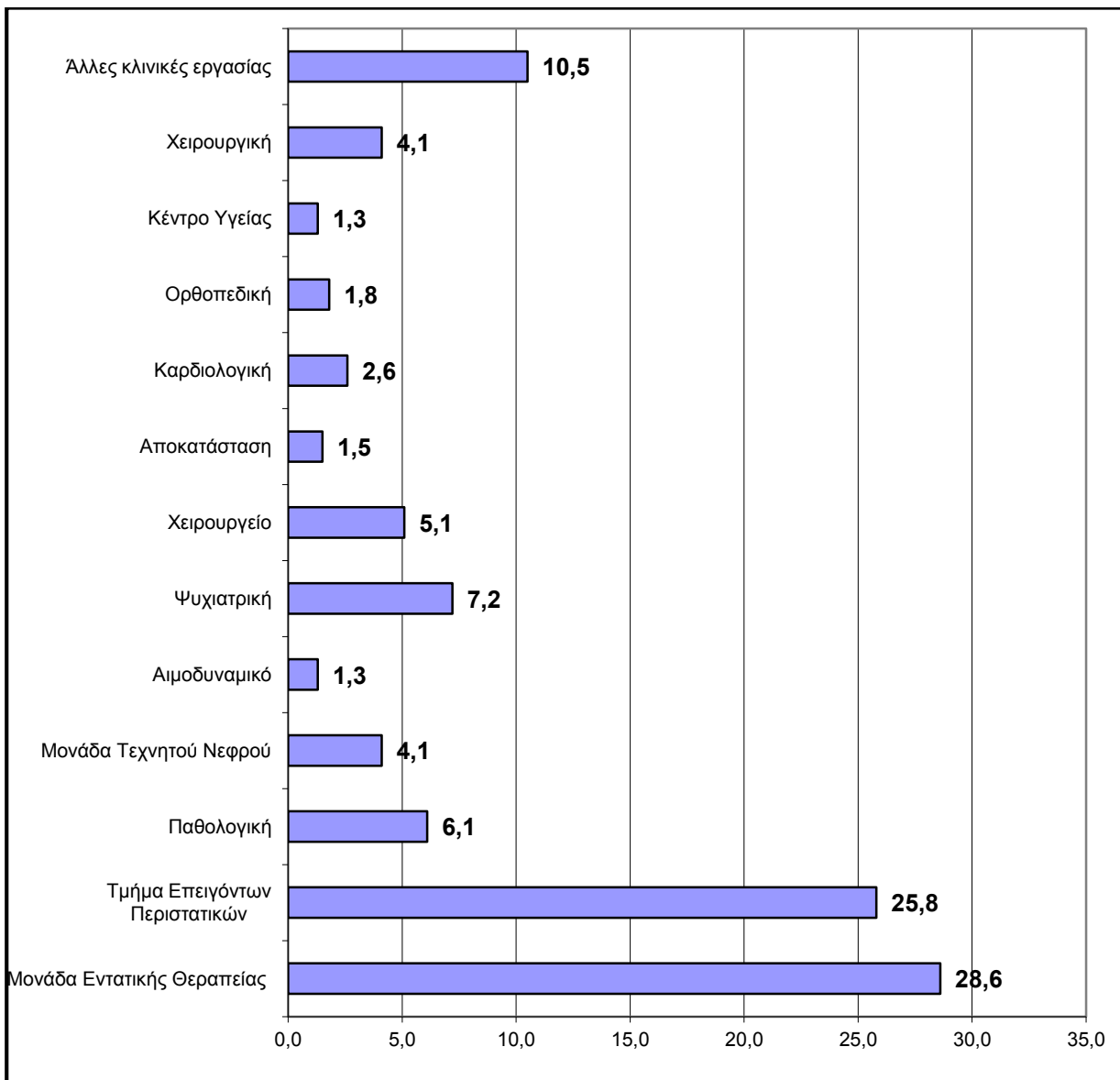
<b>Προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα των ερωτηθέντων νοσηλευτών</b>	<b>N=391</b>
Μέσος όρος	5,47
Τυπική απόκλιση	5,73
Ελάχιστο	0,0
Μέγιστο	28,0

Οι ερωτηθέντες, σε ποσοστά μεγαλύτερα ή ίσα του 1,3% (5 άτομα) δήλωσαν τις παρακάτω αναφερόμενες κλινικές εργασίας: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (28,6%), Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (25,8%), Ψυχιατρική (7,2%), Παθολογική (6,1%), Χειρουργείο (5,1%) Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Χειρουργική (4,1%) και ακολουθούν άλλες κλινικές εργασίας με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 8, Σχήμα 4).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κλινική εργασίας.

<b>Κλινική εργασίας</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	112	28,6
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	101	25,8
Παθολογική	24	6,1
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	16	4,1
Αιμοδυναμικό	5	1,3
Ψυχιατρική	28	7,2
Χειρουργείο	20	5,1
Αποκατάσταση	6	1,5
Καρδιολογική	10	2,6
Ορθοπαιδική	7	1,8
Κέντρο Υγείας	5	1,3
Χειρουργική	16	4,1
Άλλες κλινικές εργασίας	41	10,5

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κλινική εργασία.

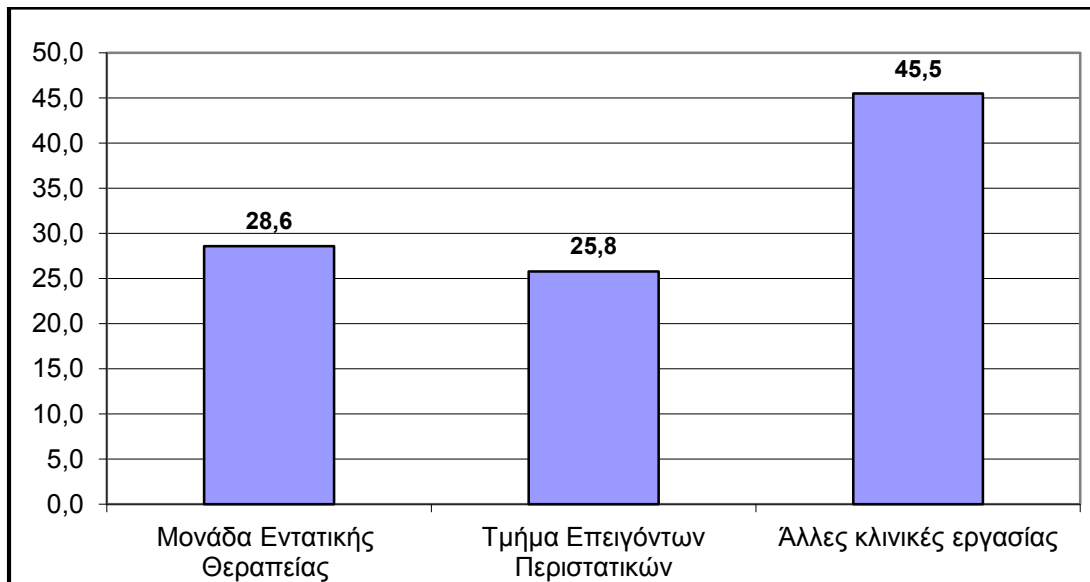


Συνοπτικότερα, οι ερωτηθέντες, δήλωσαν ως τόπο εργασίας την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (112 άτομα – ποσοστό 28,6%) και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (101 άτομα – ποσοστό 25,8%) ενώ οι υπόλοιποι 178 (ποσοστό 45,5%) δήλωσαν ως τόπο εργασίας άλλες κλινικές (Πίνακας 9, Σχήμα 5).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κλινική εργασία (συνοπτικά).

<b>Κλινική εργασία (συνοπτικά)</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	112	28,6
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	101	25,8
Άλλες κλινικές εργασίας	178	45,5

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κλινική εργασία (συνοπτικά).

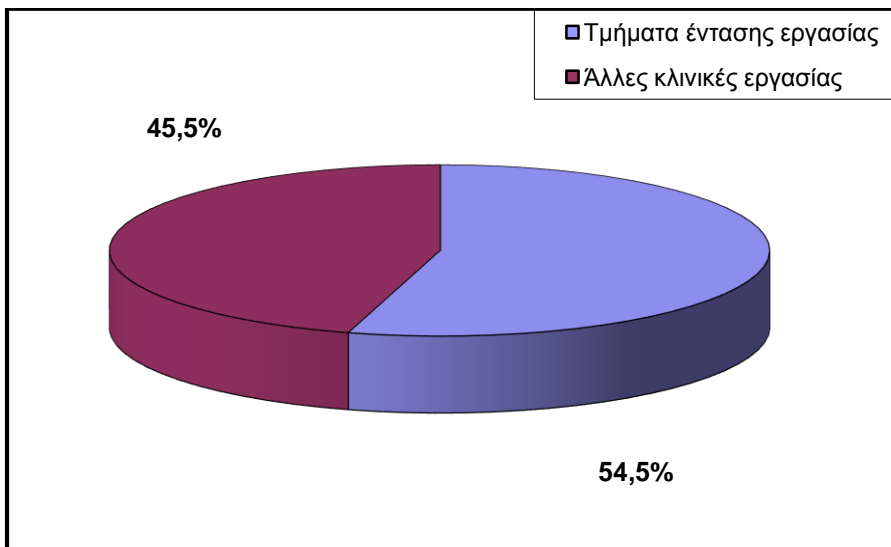


Διαφορετικά, οι ερωτηθέντες, δήλωσαν ως τόπο εργασίας κάποιο από τα τμήματα έντασης εργασίας (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) σε ποσοστό 54,5% (213 άτομα) ενώ οι υπόλοιποι 178 (ποσοστό 45,5%) δήλωσαν ως τόπο εργασίας άλλες κλινικές (Πίνακας 10, Σχήμα 6).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κλινική εργασία (συνοπτικά).

<b>Κλινική εργασία (συνοπτικά)</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Τμήματα έντασης εργασίας	213	54,5
Άλλες κλινικές εργασίας	178	45,5

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κλινική εργασία (συνοπτικά).



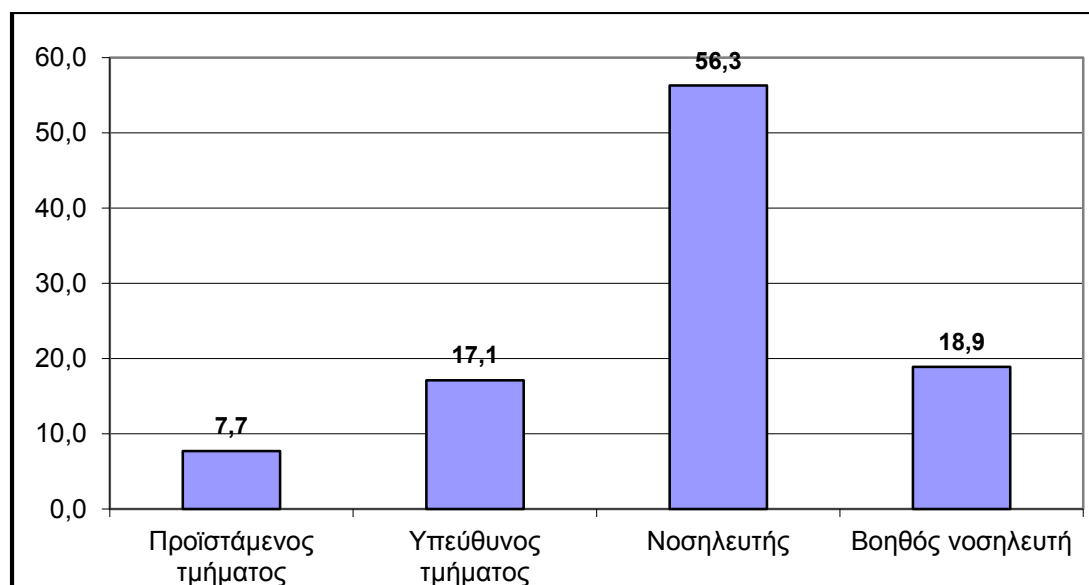


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (220 άτομα – ποσοστό 56,3%) δήλωσε ότι η θέση του στο τμήμα εργασίας είναι νοσηλευτής και άλλα 74 άτομα (ποσοστό 18,9%) δήλωσαν βοηθός νοσηλευτή. Αντίθετα, 67 άτομα (ποσοστό 17,1%) δήλωσαν ότι είναι υπεύθυνοι τμήματος και οι υπόλοιποι 30 (ποσοστό 7,7%) δήλωσαν προϊστάμενοι τμήματος (Πίνακας 11, Σχήμα 7).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη θέση στο τμήμα εργασίας.

Θέση στο τμήμα εργασίας των ερωτηθέντων	<i>N=391</i>	Percent (%)
Προϊστάμενος τμήματος	30	7,7
Υπεύθυνος τμήματος	67	17,1
Νοσηλευτής	220	56,3
Βοηθός νοσηλευτή	74	18,9

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη θέση στο τμήμα εργασίας.

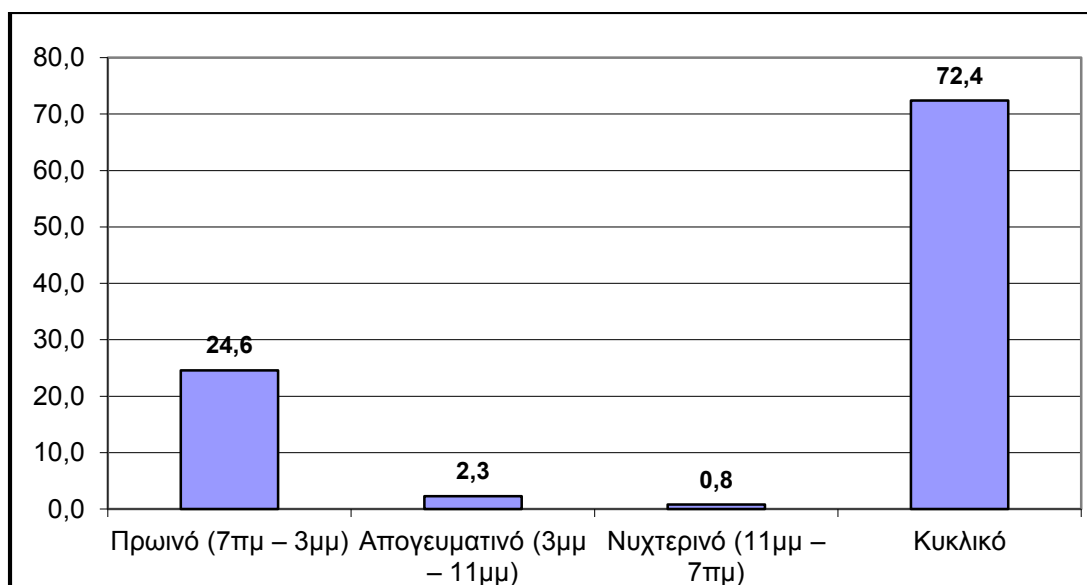


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (283 άτομα – ποσοστό 72,4%) δήλωσε ότι έχει κυκλικό ωράριο εργασίας και άλλα 96 άτομα (ποσοστό 24,6%) δήλωσαν έχουν μόνο πρωινό ωράριο. Από τους υπόλοιπους, 9 άτομα (ποσοστό 2,3%) δήλωσαν ότι έχουν μόνο απογευματινό ωράριο και οι υπόλοιποι 3 (ποσοστό 0,8%) δήλωσαν ότι έχουν μόνο νυχτερινό ωράριο (Πίνακας 12, Σχήμα 8).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ωράριο εργασίας.

Ωράριο εργασίας των ερωτηθέντων	<i>N=391</i>	Percent (%)
Πρωινό (7πμ – 3μμ)	96	24,6
Απογευματινό (3μμ – 11μμ)	9	2,3
Νυχτερινό (11μμ – 7πμ)	3	0,8
Κυκλικό	283	72,4

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ωράριο εργασίας.

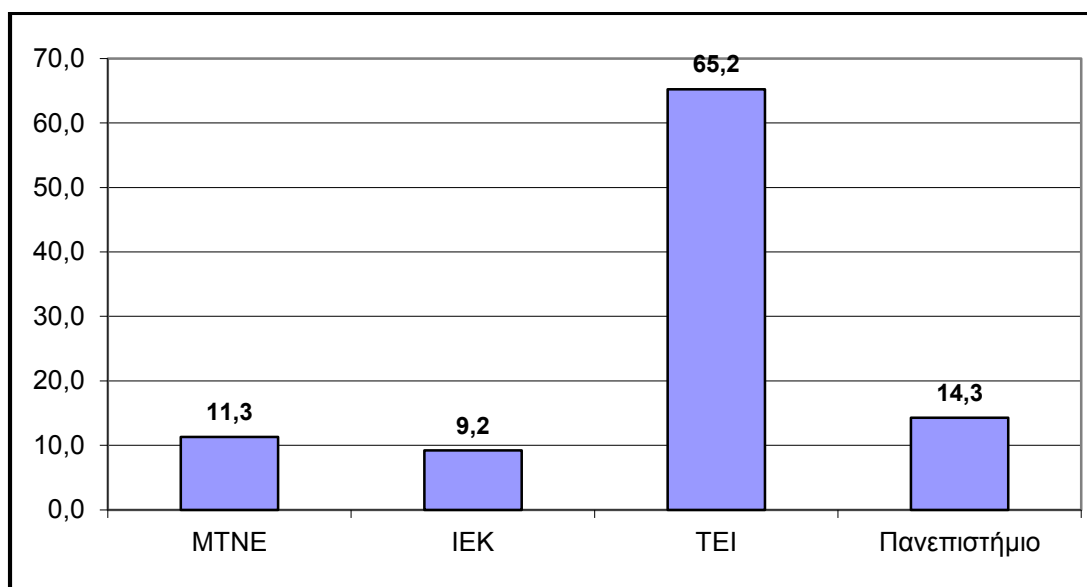


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (255 άτομα – ποσοστό 65,2%) δήλωσε ότι είναι πτυχιούχος ΤΕΙ και άλλα 56 άτομα (ποσοστό 14,3%) δήλωσαν πτυχιούχοι Πανεπιστημίου. Από τους υπόλοιπους, 44 άτομα (ποσοστό 11,3%) δήλωσαν απόφοιτοι ΜΤΝΕ και οι υπόλοιποι 36 (ποσοστό 9,2%) απόφοιτοι ΙΕΚ (Πίνακας 13, Σχήμα 9).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη βαθμίδα εκπαίδευσης.

<b>Βαθμίδα εκπαίδευσης των ερωτηθέντων</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
ΜΤΝΕ	44	11,3
ΙΕΚ	36	9,2
ΤΕΙ	255	65,2
Πανεπιστήμιο	56	14,3

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη βαθμίδα εκπαίδευσης.

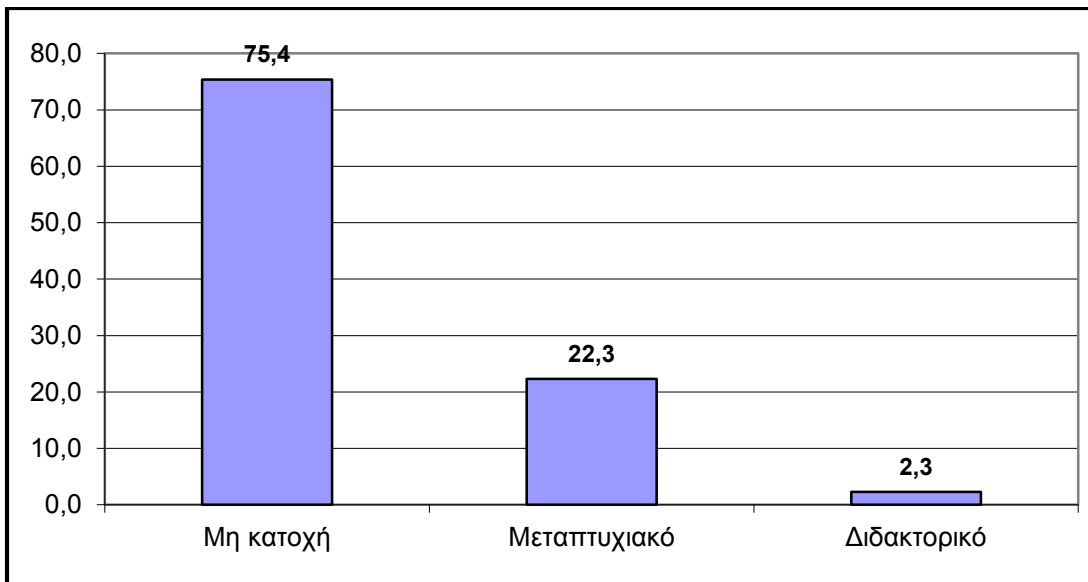


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (295 άτομα – ποσοστό 75,4%) δήλωσε ότι δεν κατέχει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο ενώ από τους υπόλοιπους, 87 άτομα (ποσοστό 22,3%) δήλωσαν κάτοχοι κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου και οι υπόλοιποι 9 (ποσοστό 2,3%) δήλωσαν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (Πίνακας 14, Σχήμα 10).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου.

Κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου ερωτηθέντων	<i>N</i> =391	Percent (%)
Μη κατοχή	295	75,4
Μεταπτυχιακό	87	22,3
Διδακτορικό	9	2,3

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου.

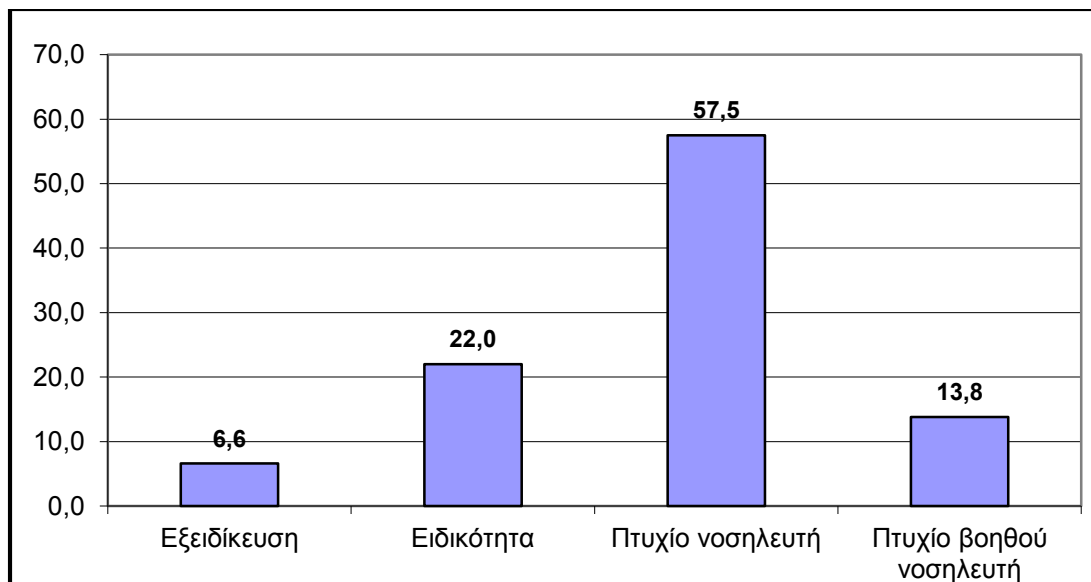


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (225 άτομα – ποσοστό 57,5%) δήλωσε ότι κατέχει πτυχίο νοσηλεύτη και άλλα 54 άτομα (ποσοστό 13,8%) δήλωσαν ότι κατέχουν πτυχίο βοηθού νοσηλεύτη. Από τους υπόλοιπους, 86 άτομα (ποσοστό 22,0%) δήλωσαν ότι έχουν ειδικότητα και οι υπόλοιποι 26 (ποσοστό 6,6%) δήλωσαν ότι έχουν κάποια εξειδίκευση (Πίνακας 15, Σχήμα 11).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατοχή τίτλου.

<b>Κατοχή τίτλου των ερωτηθέντων</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Εξειδίκευση	26	6,6
Ειδικότητα	86	22,0
Πτυχίο νοσηλεύτη	225	57,5
Πτυχίο βοηθού νοσηλεύτη	54	13,8

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την κατοχή τίτλου.

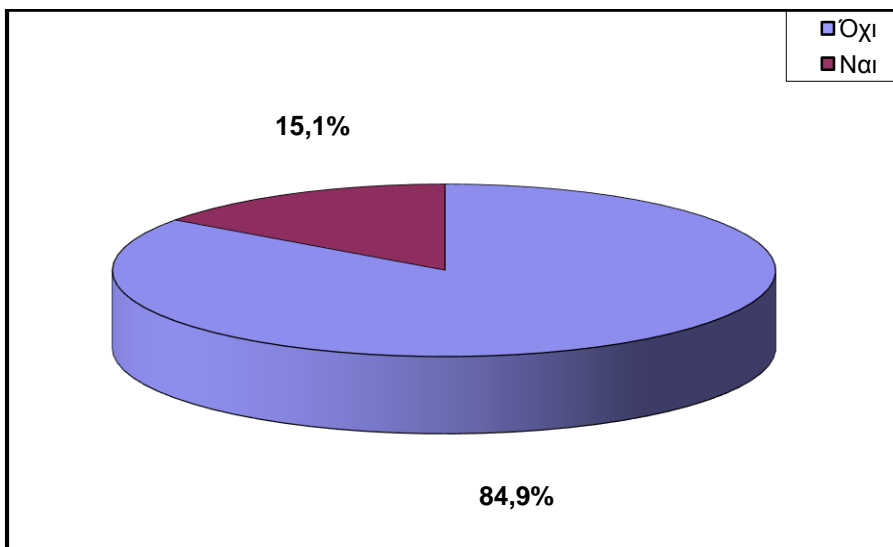


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (332 άτομα – ποσοστό 84,9%) δήλωσε ότι δεν έχει και κάποια άλλη εργασία ενώ το υπόλοιπο 15,1% (59 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν (Πίνακας 16, Σχήμα 12).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν και κάποια άλλη εργασία.

<b>Έχετε και κάποια άλλη εργασία;</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Όχι	332	84,9
Ναι	59	15,1

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων προς εάν έχουν και κάποια άλλη εργασία.

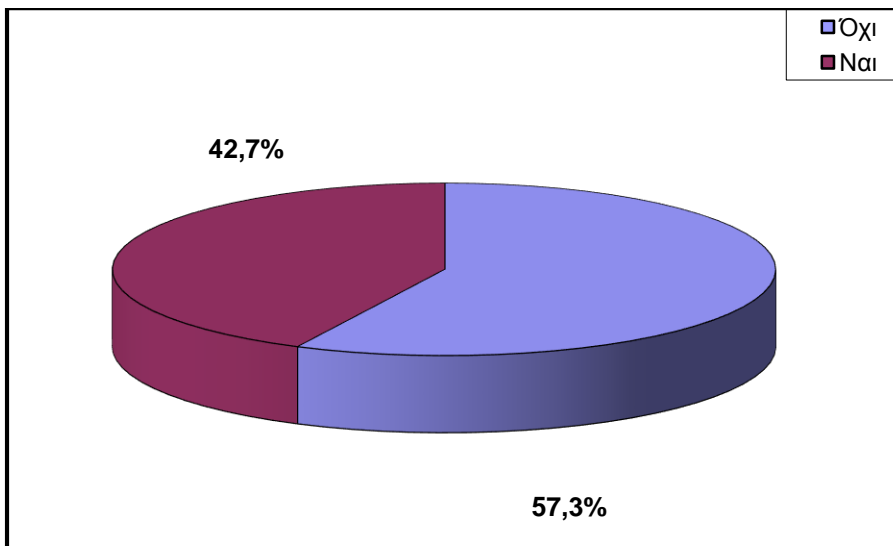


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (224 άτομα – ποσοστό 57,3%) δήλωσε ότι δεν έχει και κάποια άλλη δραστηριότητα εκτός βιοποριστικής εργασίας (πχ. γυμναστήριο) ενώ το υπόλοιπο 42,7% (167 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν (Πίνακας 17, Σχήμα 13).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν και κάποια άλλη δραστηριότητα εκτός βιοποριστικής εργασίας (πχ. γυμναστήριο).

<b>Έχετε κάποια δραστηριότητα εκτός βιοποριστικής εργασίας (πχ. γυμναστήριο);</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Όχι	224	57,3
Ναι	167	42,7

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων προς εάν έχουν και κάποια άλλη δραστηριότητα εκτός βιοποριστικής εργασίας (πχ. γυμναστήριο).

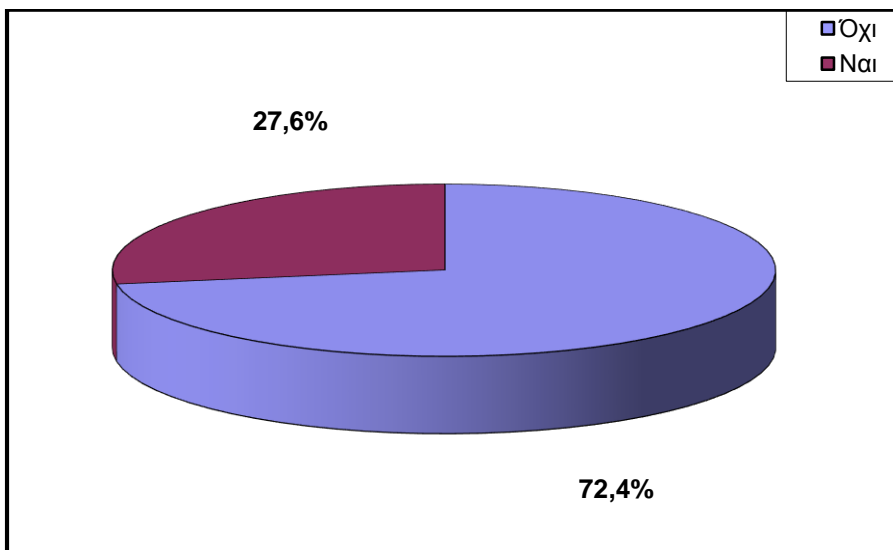


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (283 άτομα – ποσοστό 72,4%) δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει σωματικά προβλήματα υγείας ενώ το υπόλοιπο 27,6% (108 άτομα) δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν (Πίνακας 18, Σχήμα 14).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα υγείας.

Έχετε προβλήματα υγείας;	<i>N=391</i>	Percent (%)
Όχι	283	72,4
Ναι	108	27,6

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων προς εάν έχουν προβλήματα υγείας.



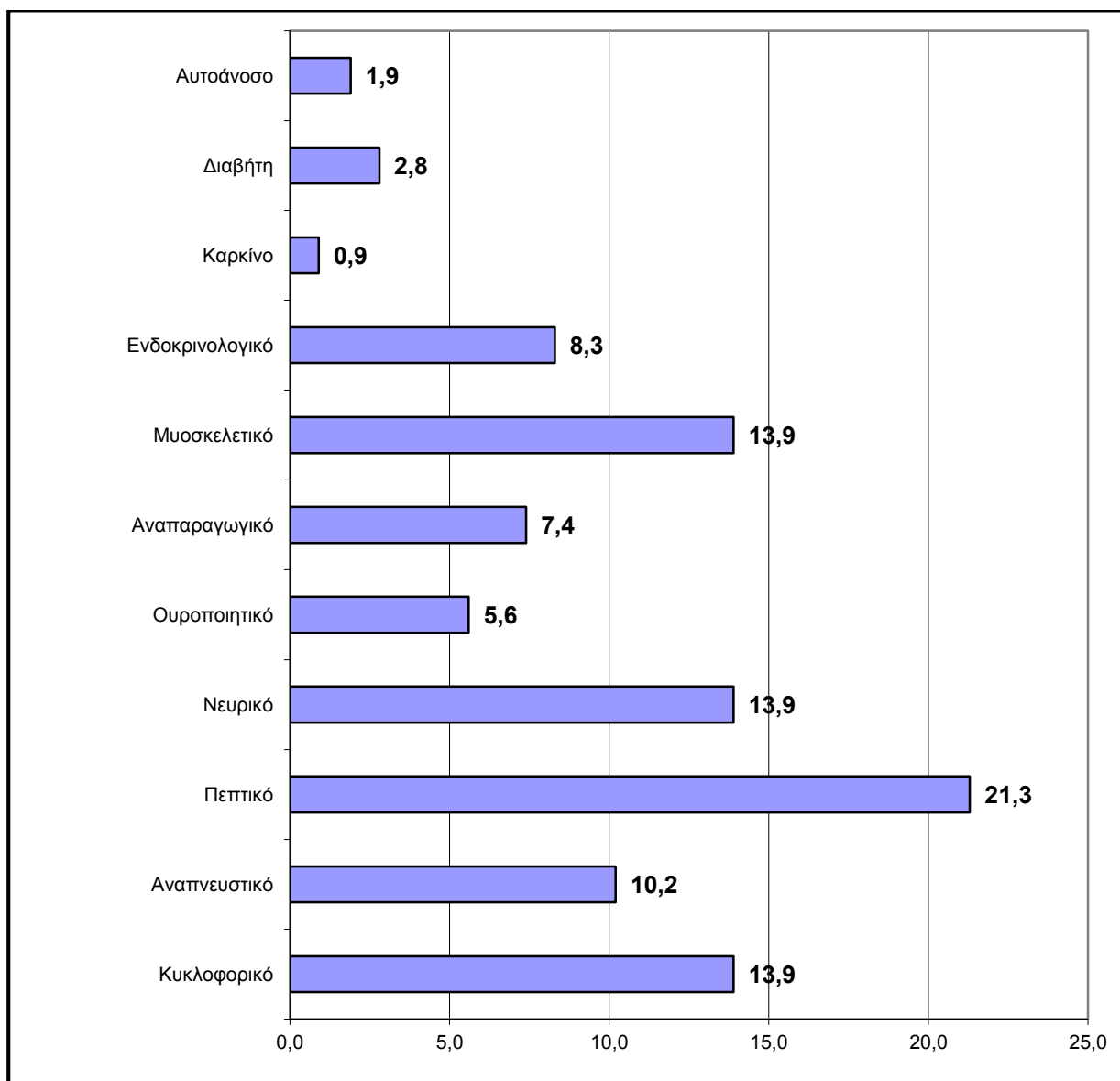


Από τους 108 που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο σωματικό πρόβλημα υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι πάσχει από ασθένεια του πεπτικού συστήματος (23 άτομα – ποσοστό 21,3%), άλλα 15 άτομα (ποσοστό 13,9%) δήλωσαν ότι πάσχουν από ασθένειες είτε του κυκλοφορικού είτε του νευρικού είτε του μυοσκελετικού συστήματος και άλλα 11 (ποσοστό 10,2%) δήλωσαν ότι πάσχουν από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος ενώ ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά ασθένειες και παθήσεις άλλων συστημάτων (Πίνακας 19, Σχήμα 15).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σωματικό πρόβλημα υγείας που έχουν.

<b>Σωματικό πρόβλημα υγείας των ερωτηθέντων</b>	<i>N=108</i>	Percent (%)
Κυκλοφορικό	15	13,9
Αναπνευστικό	11	10,2
Πεπτικό	23	21,3
Νευρικό	15	13,9
Ουροποιητικό	6	5,6
Αναπαραγωγικό	8	7,4
Μυοσκελετικό	15	13,9
Ενδοκρινολογικό	9	8,3
Καρκίνο	1	0,9
Διαβήτη	3	2,8
Αυτοάνοσο	2	1,9

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σωματικό πρόβλημα υγείας που έχουν.



## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

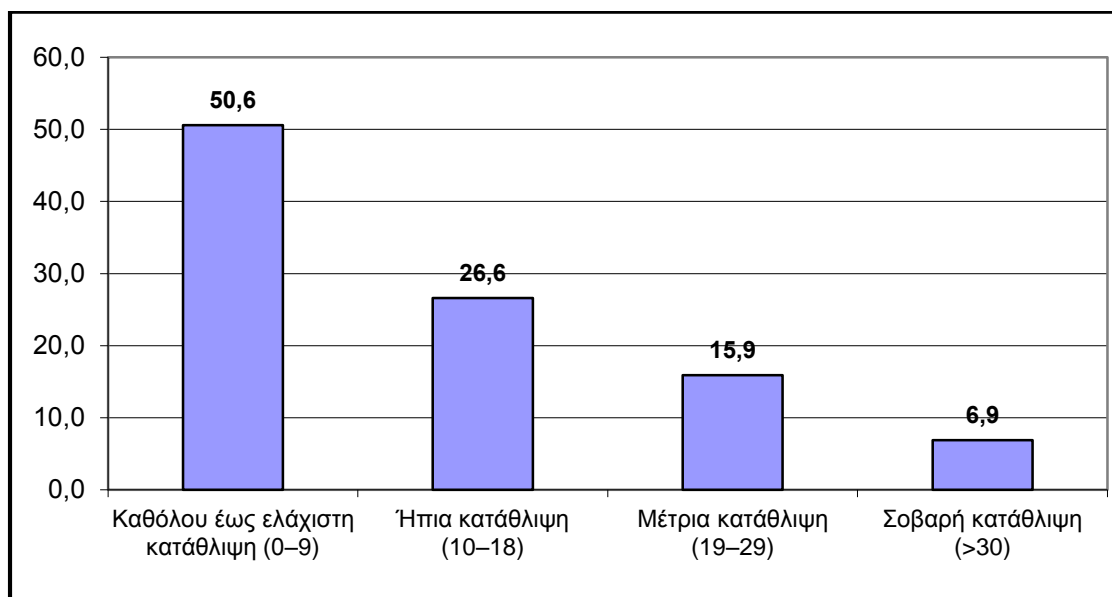
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 391 νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και άλλων τμημάτων. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Όσον αφορά στην **εκτίμηση της κατάθλιψης** των ερωτηθέντων, ένα υψηλό ποσοστό (198 άτομα, ποσοστό 50,8%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν ‘καθόλου έως ελάχιστη’ κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με 0–9 στην αντίστοιχη κλίμακα), άλλοι 104 (ποσοστό 26,6%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν ‘ήπια’ κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με 10–18 στην αντίστοιχη κλίμακα), άλλοι 62 (ποσοστό 15,9%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με 19–29 στην αντίστοιχη κλίμακα) και οι υπόλοιποι 27 (ποσοστό 6,9%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν ‘σοβαρή’ κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με πάνω από 30 στην αντίστοιχη κλίμακα) (Πίνακας 20, Σχήμα 16).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά στην εκτίμηση της κατάθλιψης.

<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	<i>N=391</i>	Percent (%)
Καθόλου έως ελάχιστη κατάθλιψη (0–9)	198	50,6
Ήπια κατάθλιψη (10–18)	104	26,6
Μέτρια κατάθλιψη (19–29)	62	15,9
Σοβαρή κατάθλιψη (>30)	27	6,9

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων όσον αφορά στην εκτίμηση της κατάθλιψης.



Η εκτίμηση της κατάθλιψης των ερωτηθέντων νοσηλευτών βαθμολογήθηκε μεταξύ 0 και 67, με μέσο όρο βαθμολογίας 12,17 (ήπια κατάθλιψη) και τυπική απόκλιση 10,47 (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Εκτίμηση της κατάθλιψης των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	<b>N=391</b>
Μέσος όρος	12,17
Τυπική απόκλιση	10,47
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	67

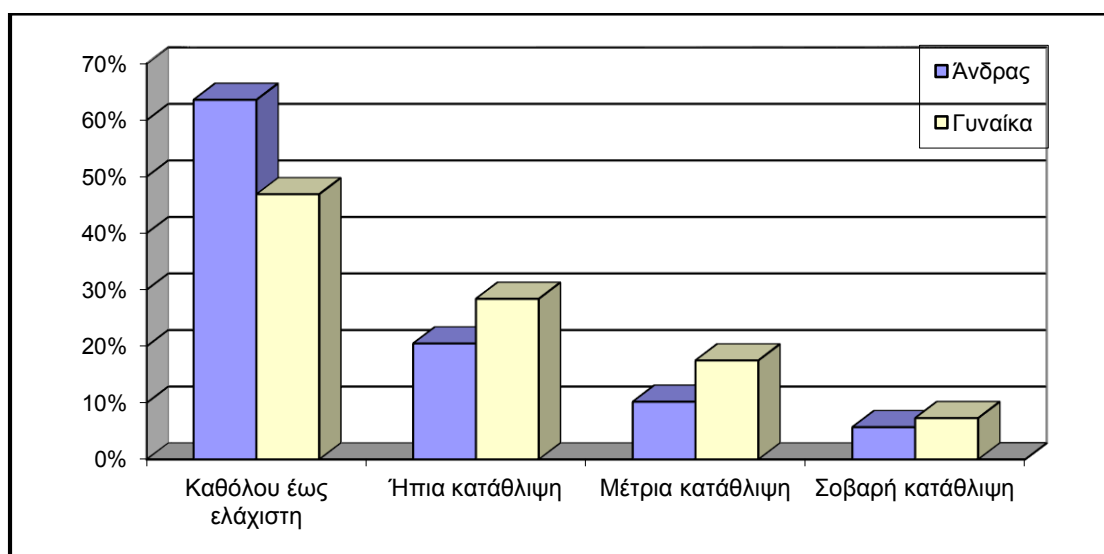
Σε υψηλότερο ποσοστό (24,8%) οι γυναίκες φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των ανδρών που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 15,9% (Πίνακας 22, Σχήμα 17). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 7,915$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,05$ ).

Πίνακας 22: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του φύλου.

		Φύλο			
		Ανδρας	Γυναίκα		
<b>Εκτίμηση κατάθλιψης</b>	<b>της</b>	Καθόλου έως ελάχιστη	56 63,6%	142 46,9%	198 50,6%
		Ήπια κατάθλιψη	18 20,5%	86 28,4%	104 26,6%
		Μέτρια κατάθλιψη	9 10,2%	53 17,5%	62 15,9%
		Σοβαρή κατάθλιψη	5 5,7%	22 7,3%	27 6,9%
		88	303	391	

$\chi^2 = 7,915$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,05$

Σχήμα 17: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του φύλου.



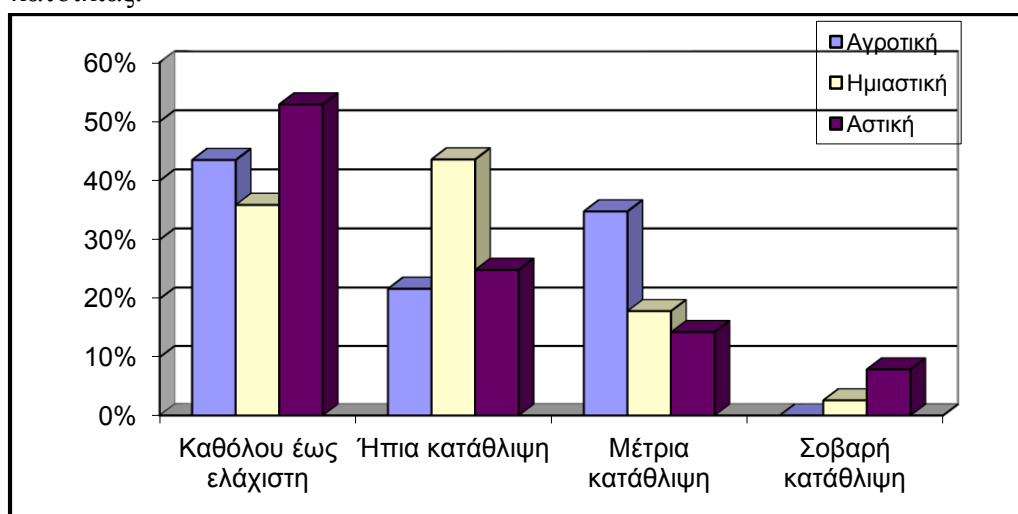
Σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό τόσο οι κάτοικοι ημιαστικών περιοχών (20,5%) όσο και οι κάτοικοι αστικών περιοχών (22,2%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των κατοίκων αγροτικών περιοχών που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 34,8% (Πίνακας 23, Σχήμα 18). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ( $\chi^2 = 15,961$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,01$ ).

Πίνακας 23: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του τύπου μόνιμης κατοικίας.

		Περιοχή διαμονής ερωτηθέντων			
		Αγροτική	Ημιαστική	Αστική	
Εκτίμηση της κατάθλιψης	Καθόλου έως ελάχιστη	10 43,5%	14 35,9%	174 52,9%	198 50,6%
	Ήπια κατάθλιψη	5 21,7%	17 43,6%	82 24,9%	104 26,6%
	Μέτρια κατάθλιψη	8 34,8%	7 17,9%	47 14,3%	62 15,9%
	Σοβαρή κατάθλιψη	0 0,0%	1 2,6%	26 7,9%	27 6,9%
		23	39	329	391

$\chi^2 = 15,961$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,01$

Σχήμα 18: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του τύπου μόνιμης κατοικίας.



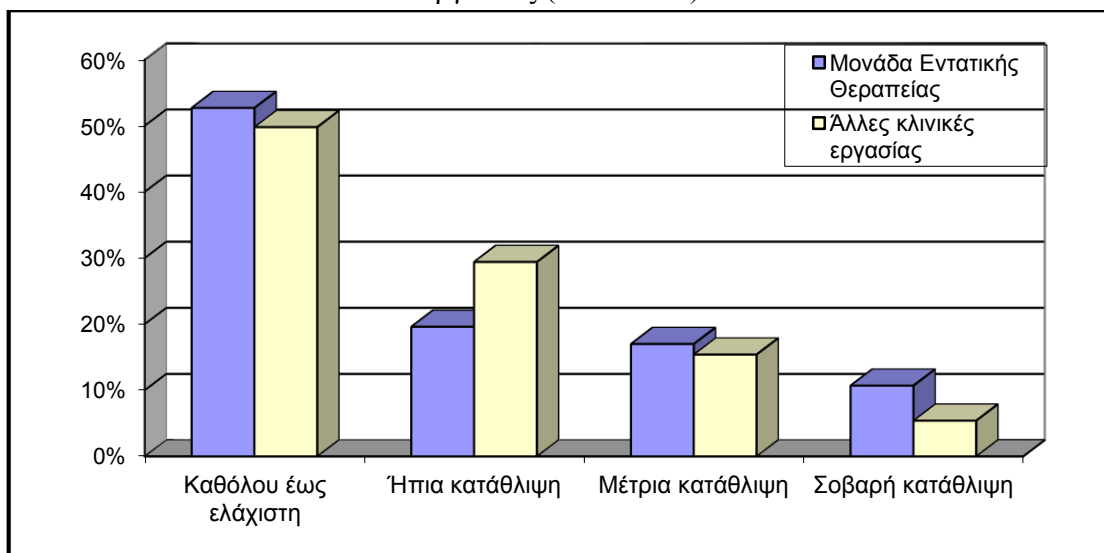
Σε εμφανώς χαμηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι σε άλλες κλινικές εργασίας (20,8%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 27,7% (Πίνακας 24, Σχήμα 19). Παρόλα αυτά, οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 6,403$ ;  $df = 3$ ; NS).

Πίνακας 24: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και της κλινικής εργασίας (συνοπτικά).

		Κλινική εργασίας (συνοπτικά)		
		Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	Άλλες κλινικές εργασίας	
<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	Καθόλου έως ελάχιστη	59 52,7%	139 49,8%	198 50,6%
	Ήπια κατάθλιψη	22 19,6%	82 29,4%	104 26,6%
	Μέτρια κατάθλιψη	19 17,0%	43 15,4%	62 15,9%
	Σοβαρή κατάθλιψη	12 10,7%	15 5,4%	27 6,9%
		112	279	391

$\chi^2 = 6,403$ ;  $df = 3$ ; NS

Σχήμα 19: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και της κλινικής εργασίας (συνοπτικά).



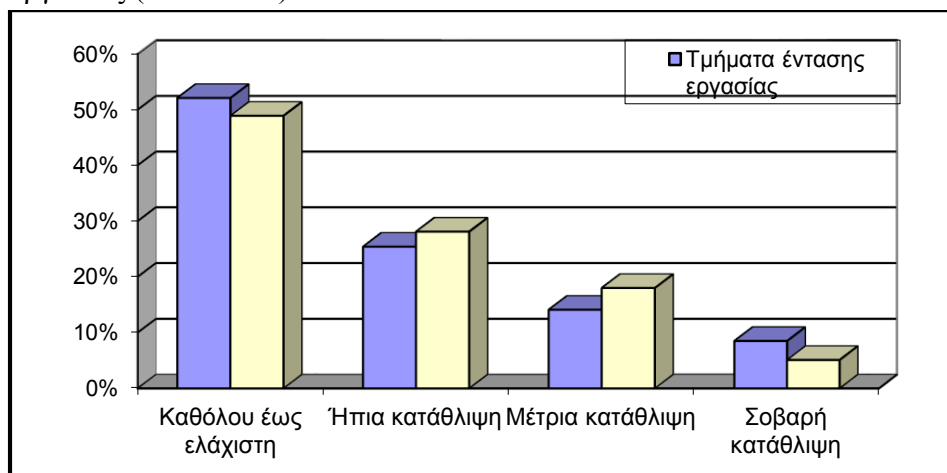
Σε υψηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι σε άλλες κλινικές εργασίας (23,1%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων σε Τμήματα έντασης εργασίας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 22,6% (Πίνακας 25, Σχήμα 20). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 3,019$ ;  $df = 3$ ; NS).

Πίνακας 25: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και της κλινικής εργασίας (συνοπτικά).

		Κλινική εργασίας (συνοπτικά)		
		Τμήματα έντασης εργασίας	Άλλες κλινικές εργασίας	
<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	Καθόλου έως ελάχιστη	111 52,1%	87 48,9%	198 50,6%
	Ήπια κατάθλιψη	54 25,4%	50 28,1%	104 26,6%
	Μέτρια κατάθλιψη	30 14,1%	32 18,0%	62 15,9%
	Σοβαρή κατάθλιψη	18 8,5%	9 5,1%	27 6,9%
		213	178	391

$\chi^2 = 3,019$ ;  $df = 3$ ; NS

Σχήμα 20: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και της κλινικής εργασίας (συνοπτικά).





Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο μεγαλύτερη είναι η εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών (Πίνακας 26). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $R = 0,032$ ;  $df = 391$ ; NS).

Επίσης, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο περισσότερα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας έχουν τόσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη που αυτοί εμφανίζουν (Πίνακας 26). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $R = 0,047$ ;  $df = 391$ ; NS).

Ομοίως, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των ερωτηθέντων και μεγαλύτερη είναι η εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η αρνητική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο μικρότερη προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα αυτοί έχουν τόσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη που αυτοί εμφανίζουν (Πίνακας 26). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $R = -0,039$ ;  $df = 391$ ; NS).

Πίνακας 26: Σχέση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και της ηλικίας, των ετών επαγγελματικής υπηρεσίας και της προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα αυτών.

<b>Spearman's rho correlation coefficient</b>			
<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	<b>R</b>	<b>df</b>	<b>p-level</b>
Ηλικία	0,032	391	NS
Έτη επαγγελματικής υπηρεσίας	0,047	391	NS
Προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα	-0,099	391	NS

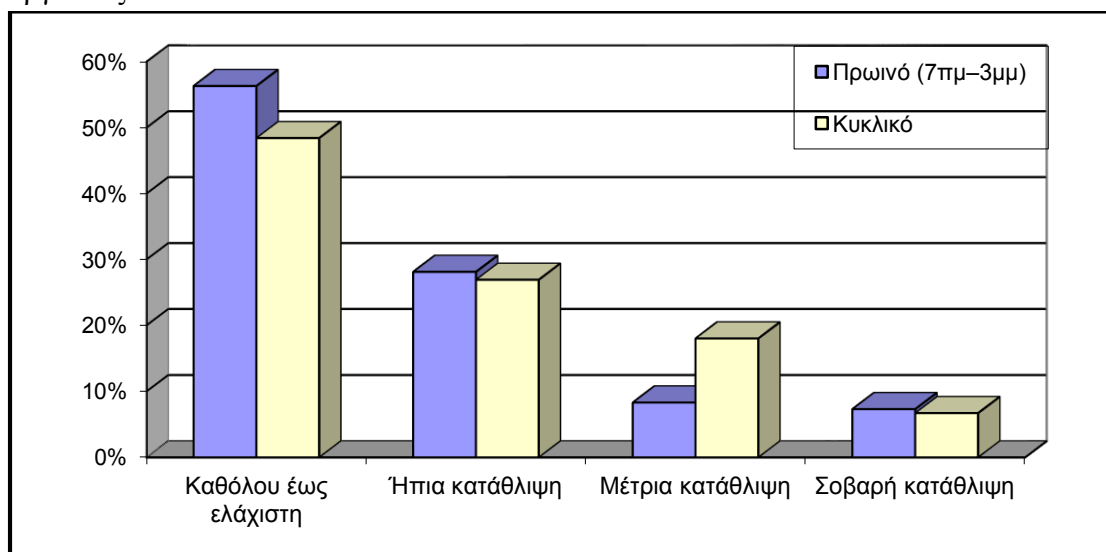
Σε υψηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο (24,7%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων με πρωινό ωράριο (7πμ–3μμ) που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 15,6% (Πίνακας 27, Σχήμα 21). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 5,274$ ;  $df = 3$ ; NS).

Πίνακας 27: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του ωραρίου εργασίας.

		Ωράριο εργασίας		
		Πρωινό (7πμ–3μμ)	Κυκλικό	
<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	Καθόλου έως ελάχιστη	54 56,3%	137 48,4%	191 50,4%
	Ήπια κατάθλιψη	27 28,1%	76 26,9%	103 27,2%
	Μέτρια κατάθλιψη	8 8,3%	51 18,0%	59 15,6%
	Σοβαρή κατάθλιψη	7 7,3%	19 6,7%	26 6,9%
		96	283	379

$\chi^2 = 5,274$ ;  $df = 3$ ; NS

Σχήμα 21: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του ωραρίου εργασίας.



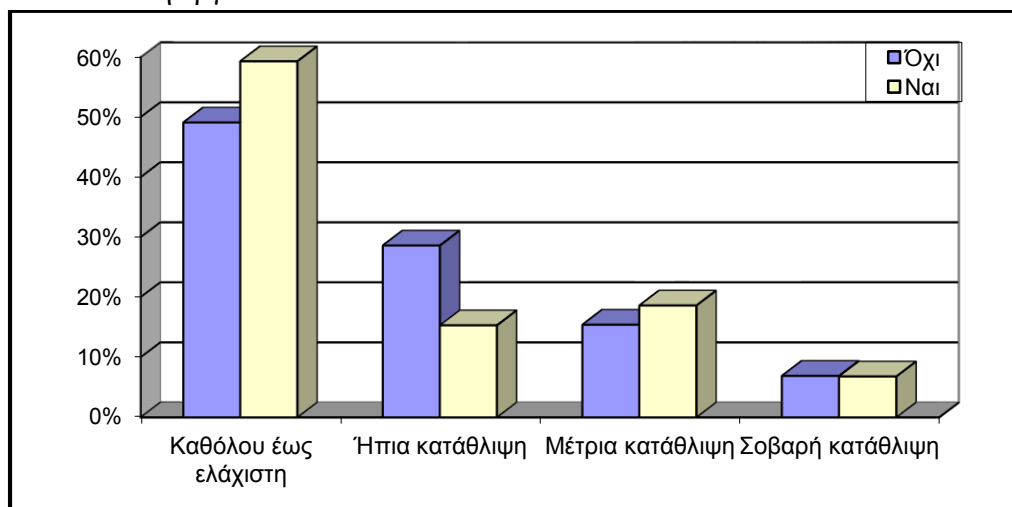
Σε υψηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι έχουν και κάποια άλλη εργασία (25,4%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων που δήλωσαν ότι δεν έχουν και κάποια άλλη εργασία που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 22,3% (Πίνακας 28, Σχήμα 22). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 4,738$ ;  $df = 3$ ; NS).

Πίνακας 28: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν και κάποια άλλη εργασία.

		Έχετε και κάποια άλλη εργασία;		
		Όχι	Ναι	
<b>Εκτίμηση της κατάθλιψης</b>	Καθόλου έως ελάχιστη	163 49,1%	35 59,3%	198 50,6%
	Ήπια κατάθλιψη	95 28,6%	9 15,3%	104 26,6%
	Μέτρια κατάθλιψη	51 15,4%	11 18,6%	62 15,9%
	Σοβαρή κατάθλιψη	23 6,9%	4 6,8%	27 6,9%
		332	59	391

$\chi^2 = 4,738$ ;  $df = 3$ ; NS

Σχήμα 22: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν και κάποια άλλη εργασία.



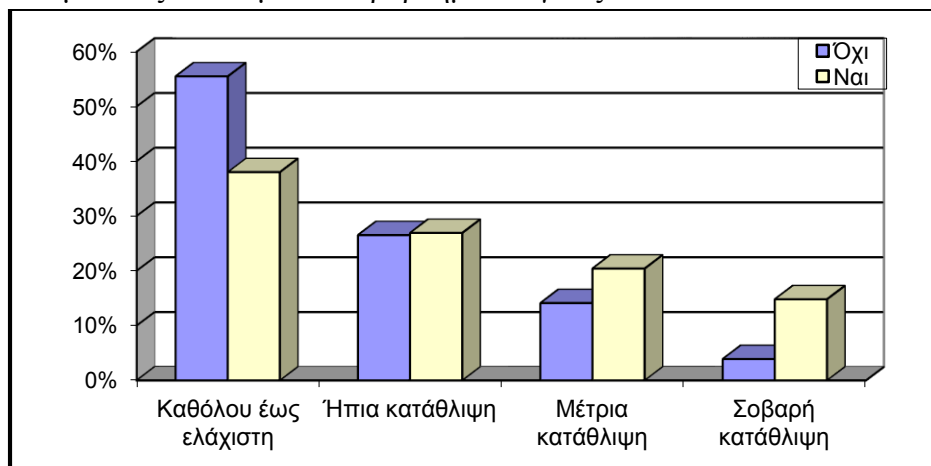
Σε πάρα πολύ υψηλότερο (σχεδόν διπλάσιο) ποσοστό οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας (35,2%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων που δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 18,0% (Πίνακας 28, Σχήμα 22). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 20,174$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,0001$ ).

Πίνακας 28: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας.

		Έχετε σωματικά προβλήματα υγείας;		
		Όχι	Ναι	
Εκτίμηση της κατάθλιψης	Καθόλου έως ελάχιστη	157 55,5%	41 38,0%	198 50,6%
	Ήπια κατάθλιψη	75 26,5%	29 26,9%	104 26,6%
	Μέτρια κατάθλιψη	40 14,1%	22 20,4%	62 15,9%
	Σοβαρή κατάθλιψη	11 3,9%	16 14,8%	27 6,9%
		283	108	391

$\chi^2 = 20,174$ ;  $df = 3$ ; ;  $p < 0,0001$

Σχήμα 22: Συσχέτιση της εκτίμησης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας.



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αναγνώριση συμπτωμάτων κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, επειδή θεωρείται τμήμα αυξημένης έντασης, και στο νοσηλευτικό προσωπικό άλλων τμημάτων καθώς και η μεταξύ τους σύγκριση.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείτο από 391 νοσηλευτές. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμαίνονταν από 19 έως 60 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν γυναίκες κατά 77,5 % και το 22,5 % άνδρες. Ένα μεγάλο ποσοστό 84,1% δήλωσε ότι διέμενε σε αστική περιοχή, το 10% σε ημιαστική περιοχή και το 5,9% σε αγροτική περιοχή. Από τους ερωτηθέντες το 45,5% δήλωσε ότι είτε είναι έγγαμοι είτε άγαμοι ενώ το 8,4% είναι διαζευγμένοι. Ο αριθμός των παιδιών των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 0 έως 9 παιδιά. Τα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας κυμάνθηκαν μεταξύ 0,2 έως 38 έτη ενώ η προϋπηρεσία στο τμήμα που εργάζονταν τώρα από 0,0 έως 28 έτη.

Οι ερωτηθέντες, δήλωσαν τις παρακάτω αναφερόμενες κλινικές εργασίας: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (28,6%), Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (25,8%), Ψυχιατρική (7,2%), Παθολογική (6,1%), Χειρουργείο (5,1%) Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Χειρουργική (4,1%) και ακολουθούν άλλες κλινικές εργασίας με μικρότερα ποσοστά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (56,3%) δήλωσε ότι η θέση του στο τμήμα εργασίας είναι νοσηλευτής, το 18,9% δήλωσαν βοηθός νοσηλευτή, το 17,1% δήλωσαν ότι είναι υπεύθυνοι τμήματος και οι υπόλοιποι (7,7%) δήλωσαν προϊστάμενοι τμήματος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (72,4%) δήλωσε ότι έχει κυκλικό ωράριο εργασίας, το 24,6% δήλωσαν έχουν μόνο πρωινό ωράριο, το 2,3% δήλωσαν ότι έχουν μόνο απογευματινό ωράριο και το 0,8% δήλωσαν ότι έχουν μόνο νυχτερινό ωράριο.

Το 65,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είναι πτυχιούχος ΤΕΙ, το 14,3% δήλωσαν πτυχιούχοι Πανεπιστημίου, το 11,3% δήλωσαν απόφοιτοι ΜΤΝΕ και το 9,2% απόφοιτοι ΙΕΚ.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (75,4%) δήλωσε ότι δεν κατέχει κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο ενώ από τους υπόλοιπους, (22,3%) δήλωσαν ότι είναι κάτοχοι κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου και το 2,3% δήλωσαν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (ποσοστό 57,5%) δήλωσε ότι κατέχει πτυχίο νοσηλεύτη, το 13,8% δήλωσαν ότι κατέχουν πτυχίο βοηθού νοσηλεύτη, το 22,0% δήλωσαν ότι έχουν ειδικότητα και το υπόλοιπο ποσοστό (6,6%) δήλωσαν ότι έχουν κάποια εξειδίκευση.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 84,9%) δήλωσε ότι δεν έχει και κάποια άλλη εργασία ενώ το υπόλοιπο 15,1% δήλωσαν ότι έχουν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (57,3%) δήλωσε ότι δεν έχει και κάποια άλλη δραστηριότητα εκτός βιοποριστικής εργασίας (πχ. γυμναστήριο) ενώ το υπόλοιπο 42,7% δήλωσαν ότι έχουν.

Σε ποσοστό 72,4% δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει σωματικά προβλήματα υγείας ενώ το υπόλοιπο 27,6% δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν.

Από τους 108 που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο σωματικό πρόβλημα υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι πάσχει από ασθένεια του πεπτικού συστήματος (21,3%), το 13,9% δήλωσαν ότι πάσχουν από ασθένειες είτε του κυκλοφορικού είτε του νευρικού είτε του μυοσκελετικού συστήματος και το 10,2% δήλωσαν ότι πάσχουν από ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος ενώ ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά ασθένειες και παθήσεις άλλων συστημάτων.

Όσον αφορά στην **εκτίμηση της κατάθλιψης** των ερωτηθέντων, ένα υψηλό ποσοστό (50,8%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν 'καθόλου έως ελάχιστη' κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με 0–9 στην αντίστοιχη κλίμακα), το 26,6% από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν 'ήπια' κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με 10–18 στην αντίστοιχη κλίμακα), το 15,9% από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν 'μέτρια' κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με 19–29 στην αντίστοιχη κλίμακα) και οι υπόλοιποι (6,9%) από τους ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν 'σοβαρή' κατάθλιψη (βαθμολογήθηκαν με πάνω από 30 στην αντίστοιχη κλίμακα).

Η εκτίμηση της κατάθλιψης των ερωτηθέντων νοσηλευτών βαθμολογήθηκε μεταξύ 0 και 63, με μέσο όρο βαθμολογίας 12,17 (ήπια κατάθλιψη) και τυπική απόκλιση 10,47.

Σε υψηλότερο ποσοστό (24,8%) οι γυναίκες φαίνεται να έχουν 'μέτρια' και 'σοβαρή' κατάθλιψη έναντι των ανδρών που έχουν 'μέτρια' και 'σοβαρή' κατάθλιψη σε ποσοστό 15,9%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 7,915$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,05$ ). Αυτό γίνεται αντιληπτό και σε άλλες έρευνες στις οποίες προκύπτουν ότι οι γυναίκες έχουν την τάση να βιώνουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση έναντι των ανδρών που η συμπεριφορά τους είναι πιο σκληρή και απρόσωπη στους χρήστες υπηρεσιών υγείας<sup>41</sup>.

Σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό τόσο οι κάτοικοι ημιαστικών περιοχών (20,5%) όσο και οι κάτοικοι αστικών περιοχών (22,2%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των κατοίκων αγροτικών περιοχών που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 34,8%. Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ( $\chi^2 = 15,961$ ;  $df = 6$ ;  $p < 0,01$ ).

Σε υψηλότερο ποσοστό τόσο οι εργαζόμενοι σε άλλες κλινικές εργασίας (23,1%) όσο και οι εργαζόμενοι σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (27,7%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 16,8% . Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 8,916$ ;  $df = 6$ ; NS).

Σε εμφανώς χαμηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι σε άλλες κλινικές εργασίας (20,8%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 27,7% . Αυτό γίνεται αντιληπτό και σε άλλες έρευνες που μελετώντας την επαγγελματική εξουθένωση, συνέπεια αυτής η κατάθλιψη, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είναι πιο ευάλωτοι λόγω των συνεχών θορύβων από τα monitors, των μικρών χώρων, όπου δύσκολα χωρούν τα περίπλοκα μηχανήματα που είναι απαραίτητα για τους ασθενείς, οι απαιτήσεις της δουλειάς, τα επαναλαμβανόμενα καθήκοντα, ο πυρετώδης βηματισμός, οι κυκλικές βάρδιες και το σήκωμα και η μετακίνηση των ασθενών <sup>41</sup> , καθώς και η συναισθηματική φόρτιση από τη νοσηλεία βαριά πασχόντων ασθενών <sup>31</sup> .

Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο μεγαλύτερη είναι η εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $R = 0,032$ ;  $df = 391$ ; NS).

Επίσης, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο περισσότερα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας έχουν τόσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη που αυτοί εμφανίζουν. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $R = 0,047$ ;  $df = 391$ ; NS).

Ομοίως, δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των ερωτηθέντων και μεγαλύτερη είναι η εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η αρνητική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο μικρότερη προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα αυτοί έχουν τόσο

μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη που αυτοί εμφανίζουν. Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $R = -0,039$ ;  $df = 391$ ; NS).

Σε υψηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο (24,7%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων με πρωινό ωράριο (7πμ–3μμ) που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 15,6%. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι εργαζόμενοι, των οποίων οι ώρες ύπνου ήταν σταθερές σε καθημερινή βάση, διέθεταν καλύτερο επίπεδο υγείας συγκριτικά με εκείνους που οι ώρες ύπνου εναλλάσσονταν που στην περίπτωση των δευτέρων δημιουργούνταν προβλήματα υπνηλίας, αίσθημα κόπωσης, αυπνία, προβλήματα πέψης και μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης <sup>42</sup>.

Σε υψηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι έχουν και κάποια άλλη εργασία (25,4%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων που δήλωσαν ότι δεν έχουν και κάποια άλλη εργασία που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 22,3%. Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 4,738$ ;  $df = 3$ ; NS).

Σε πάρα πολύ υψηλότερο (σχεδόν διπλάσιο) ποσοστό οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας (35,2%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων που δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 18,0%. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 20,174$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,0001$ ).



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δεν αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα.
- Από αυτούς που δήλωσαν ότι έχουν κάποιο σωματικό πρόβλημα υγείας οι περισσότεροι πάσχουν από ασθένεια του πεπτικού συστήματος, κάποιοι δήλωσαν ότι πάσχουν συχνότερα από ασθένειες είτε του κυκλοφορικού είτε του νευρικού είτε του μυοσκελετικού συστήματος, λιγότεροι δήλωσαν ότι πάσχουν από ασθένειες του αναπνευστικού ενώ ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά παθήσεις άλλων συστημάτων.
- Από τους νοσηλευτές που ερωτήθηκαν οι μισοί περίπου εμφανίζουν ‘καθόλου έως ελάχιστη’ κατάθλιψη, σε μικρότερο ποσοστό ‘ήπια κατάθλιψη’, και ακολουθούν με ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη μικρότερα ποσοστά.
- Σε υψηλότερο ποσοστό οι γυναίκες φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των ανδρών που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 15,9%.
- Τόσο οι κάτοικοι ημιαστικών περιοχών όσο και οι κάτοικοι αστικών περιοχών φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε πολύ χαμηλότερο ποσοστό έναντι των κατοίκων αγροτικών περιοχών.
- Σε εμφανώς χαμηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι σε άλλες κλινικές εργασίας (20,8%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 27,7%.
- Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο μεγαλύτερη είναι η εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών.
- Δεν προκύπτει συσχέτιση ανάμεσα στα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της κατάθλιψης αυτών, αν και η θετική τάση στον έλεγχο δείχνει ότι όσο περισσότερα έτη επαγγελματικής υπηρεσίας έχουν τόσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη που αυτοί εμφανίζουν.
- Δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στους νοσηλευτές που δήλωσαν ότι έχουν και κάποια άλλη εργασία έναντι αυτών που δήλωσαν ότι δεν έχουν.
- Σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό οι εργαζόμενοι που δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων που δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ✓ Νέα έρευνα στο μέλλον με μεγαλύτερο δείγμα όπου θα διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματα μας εξακολουθούν να ισχύουν.
- ✓ Δημοσίευση των αποτελεσμάτων και γνωστοποίηση ότι υπάρχει τάση εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης στους νοσηλευτές και προσπάθειες αποφόρτισης τους από τον αυξημένο φόρτο εργασίας.
- ✓ Αναγνώριση ότι και τα άλλα τμήματα πέρα των τμημάτων έντασης (ΜΕΘ, ΤΕΠ) εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης.
- ✓ Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης στους νοσηλευτές με άρση των παραγόντων που την προκαλούν όπως καλύτερο περιβάλλον εργασίας και αποφυγή συγκρούσεων μεταξύ άλλων επαγγελματιών υγείας.
- ✓ Αναγνώριση του έργου των νοσηλευτών και διαπίστωση ότι υπάρχει ψυχολογική εξάντληση που εκδηλώνεται με κατάθλιψη.
- ✓ Καλύτερη πληροφόρηση για ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών της ΜΕΘ.
- ✓ Τρόποι εκπαίδευσης των νοσηλευτών από ειδικούς σε θέματα αναγνώρισης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων κατάθλιψης.
- ✓ Περισσότερες άδειες στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να αποφευχθεί η προδιάθεση κατάθλιψης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ο χώρος που παρέχεται εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και τεχνική υποστήριξη με συσκευές παρακολούθησης των βαρέων πασχόντων ασθενών. Είναι ένα από τα τμήματα του νοσοκομείου που όπου οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν επείγουσες καταστάσεις προκαλώντας τους άγχος και λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης συμπτώματα κατάθλιψης.

**Σκοπός:** Η αναγνώριση συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και των νοσηλευτών άλλων τμημάτων με απώτερο στόχο τα ποσοστά εκδήλωσης κατάθλιψης των νοσηλευτών.

**Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 391 νοσηλευτές τόσο της ΜΕΘ όσο και άλλων τμημάτων από νοσοκομεία της Ελλάδος. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 16 ερωτήσεις εκ των οποίων 9 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 3 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων. Επιπρόσθετα εκτός των προηγούμενων ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο υπήρχε και ερωτηματολόγιο στάθμισης της κατάθλιψης των ερωτηθέντων αποτελούμενο από 21 ερωτήσεις εναλλακτικών απαντήσεων, επεξεργασμένες με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS και την χρησιμοποίηση του  $\chi^2$ -test για την στατιστική ανάλυση. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι το BDI που αναπτύχθηκε από τον Aaron Beck, και η βαθμολογία του υπολογίζει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν σε νοσοκομεία της Ελλάδος από τον Δεκέμβριο του 2013 έως και τον Μάιο του 2014.

**Αποτελέσματα:** Το 77,5% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 22,5% άνδρες. Το 84,1% ζει σε αστική περιοχή, το 56,3% έχει θέση νοσηλευτή στο τμήμα του και δουλεύει σε κυκλικό ωράριο κατά 72,4%. Είναι κάτοχοι τίτλου ΤΕΙ σε 65,2% με  $p < 0,0001$ . Οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 75,4% δεν είχαν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο, το 22,3% είχε μεταπτυχιακό και το 2,3% είχε διδακτορικό τίτλο. Το 84,9% των ερωτηθέντων δεν εργάζεται κάπου αλλού. Το 72,4% δεν αντιμετωπίζει σωματικά προβλήματα υγείας αλλά όσοι αντιμετωπίζουν εμφανίζουν κυρίως προβλήματα από το πεπτικό. Σε ποσοστό 50,8% εμφανίζουν 'καθόλου έως ελάχιστη' κατάθλιψη. Οι γυναίκες εμφανίζουν 'μέτρια' και 'σοβαρή' κατάθλιψη κατά 24,5% και οι άνδρες 15,9%. Οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά 'μέτριας' και 'σοβαρής κατάθλιψης' κατά 34,8% ενώ ημιαστικής 20,5% και αστικής 22,2%. Σε υψηλότερο

ποσοστό οι εργαζόμενοι σε άλλες κλινικές εργασίας (23,1%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων σε Τμήματα έντασης εργασίας που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 22,6%. Σε υψηλότερο ποσοστό οι εργαζόμενοι με κυκλικό ωράριο (24,7%) φαίνεται να έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη έναντι των εργαζομένων με πρωινό ωράριο που έχουν ‘μέτρια’ και ‘σοβαρή’ κατάθλιψη σε ποσοστό 15,6%.

**Συμπεράσματα:** Τόσο οι νοσηλευτές της ΜΕΘ όσο και οι νοσηλευτές σε άλλα τμήματα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης παρόλα αυτά δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών.

## SYMMARY

The Intensive Care Unit is the place where specialized medical and nursing care is provided and technical support monitors for seriously ill patients. It is one of the sections of the hospital where nurses face emergency situations which cause stress and exaction and symptoms of depression.

**Purpose:** The recognition of depressive symptoms among nursing staff of the Intensive Care Unit and other departments.

**Material and Methods:** The study sample consisted of 391 nurses both ICU and other departments of hospitals in Greece. The sample was irrelevant from origin, marital status, socioeconomic status. Used as an instrument structured questionnaire consisting of 16 questions, 9 of which were open-ended and closed-ended. Of these three were dichotomous (YES-NO) and the remaining alternative answers. In addition to the previous questions in the questionnaire another questionnaire which showed the severity of depression in responses consisting of 21 questions with alternative answers and the statistic programme that we used it was SPSS and the use of x<sup>2</sup>-test for the statistic analyses . The questionnaire used BDI is developed by Aaron Beck, and calculates the score of the severity of depression. The data collected in hospitals in Greece from December 2013 up to and including May 2014.

**Results:** 77.5% of respondents were female and 22.5% male. 84.1% live in urban areas, 56.3% have a place in nursing and works part-time around the clock 72.4%. They hold from Technical collage at 65.2% . The percentage of respondents 75.4% didn't have a post graduate degree, 22.3% had post graduate and 2.3% had a doctorate. The 84.9% of respondents do not work anywhere else. 72.4% do not suffer from any physical health problems but those who do have mainly digestive disorder. A percentage of 50.8% have 'little or no' depression. A 24.5% females have 'moderate' and 'severe' depression where as men only 15.9%. 34.8% of residents of rural areas have higher rates of 'moderate' and 'severe depression' by and 20.5% suburban and 22.2% urban. 23.1% of employees in other clinical work seem to have a higher rate of 'moderate' and 'severe' depression over workers in labor-intensive departments who have 'moderate' and 'severe' depression the rate of 22.6%. 24.7% of employees who work aound the clock seem to have 'moderate' and 'severe' depression over 15.6 % workers who have morning occupation. **Conclusions:** Both the ICU nurses and nurses in other parts exhibit symptoms of depression however there was no significant difference.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. *Βαβαρούτα Ε., Γκλαβά Β., Κατσαρού Ι., Στανίτσα Β.* Νοσηλευτικές δυνατότητες στη πρόληψη της κατάθλιψης. πτυχιακή εργασία. εισηγητής Παπαδημητρίου Μαρία. επίτομος. εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα 1999. σ 3.
2. Depression. World Health Organization. <http://www.who.int/topics/depression/en/> . τελευταία προσπέλαση Μάιος 10, 2014
3. *Κακούρος Ε, Μανιαδάκη Κ.* Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων αναπτυξιακή προσέγγιση. επίτομος. έκδοση 5<sup>η</sup>, εκδόσεις Τυπωθήτω. Αθήνα 2006. σ. 206
4. *Kaplan, Sadock's, Kaplan Harold I, Sadock Benjamin J., Grebb Jack A.* Ψυχιατρική. τόμος 2<sup>ος</sup>. έκδοση 7<sup>η</sup>. ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2000. σ. 754
5. *Καβάσης Ι.* Κατάθλιψη: διάγνωση, εκτίμηση της βαρύτητας και παρακολούθηση της εξέλιξης. Εθνικό αρχείο διδακτορικών διατριβών. <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/21121#page/19/mode/1up>. τελευταία προσπέλαση. Μάιος 10,2014
6. *Μαδιανός Μ. Γ.* Κλινική Ψυχιατρική. επίτομος. έκδοση 3<sup>η</sup>. εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα 2003. σ. 242, 243-245, 253-254, 258-259
7. Depression a Global Public Health Concern, World Health Organization, [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wf\\_mh\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf?ua=1). τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 1,2014
8. *Alize J. Ferrari, Fiona J. Charlson,, Rosana E. Norman,Scott B. Patten,Greg Freedman, Christopher J.L. Murray, Theo Vos, Harvey A. Whiteford.* Burden of Depressive by Country, Sex, Age and Year: Finding from the Global Burden of Disease study 2010. PLOS Medicine, <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001547#close>. τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 4, 2014
9. Depression in Europe: facts and figures, World Health Organization. <http://www.who.com> τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 12, 2014
10. Major Depressive Disorder Among Adults. National Institute of Mental Health, [http://www.nimh.nih.gov/statistics/1mdd\\_adult.shtml](http://www.nimh.nih.gov/statistics/1mdd_adult.shtml). τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 1, 2014
11. *Kaplan and Sadock's, Sadock Virginia A., Sadock Benjamin J.* Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής επιμέλεια μετάφραση Παπαδημητρίου Γ.Ν. επίτομος. έκδοση 1<sup>η</sup>. ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2007. σ. 193, 198
12. Depression (major depressive disorder) risk factors, Mayo Clinic, <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/basics/risk-factors/con-20032977>. τελευταία προσπέλαση Μάιος 18, 2014
13. Ποιοι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, Ψυχογηριατρική Εταιρία "Ο Νέστωρ" , <http://www.nstr.gr> . τελευταία προσπέλαση Μάιος 18, 2014
14. Κατάθλιψη (Ενήλικες), Ioannina Med. <http://ioanninamed.gr/el/component/content/article/271-depression-adults.html>. τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 14, 2014

15. *Black D.W, Andreassen N.C.* Εισαγωγή στην ψυχιατρική. επιμέλεια μετάφραση Κανδύλης Δ. Γ. Καπρίνης Σ. Γ. επίτομος. έκδοση 4<sup>η</sup>. επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού. Αθήνα 2011. σ. 163
16. *Μάνου Ν.* Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, επίτομος, αναθεωρημένη έκδοση, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997. σ 89, 173-174
17. Καταθλιπτικές διαταραχές, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, <http://career.duth.gr/cms/?q=node/32346>. τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 20, 2014
18. *Χριστοδούλου Γ.* Ψυχιατρική. τόμος 1<sup>ος</sup>. έκδοση 1<sup>η</sup>. εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000. σ. 326-332
19. *Σολδάτος Κ, Λυκούρας Α.* Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. τόμος 1<sup>ος</sup>. έκδοση 1<sup>η</sup>. εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2013. σ. 292-294
20. Depression in Europe. WHO. <http://www.euro.who.int/de/countries/latvia/news/news/2012/10/depression-in-europe> . τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 1, 2014
21. *Οικονόμου Μ.* Παγκόσμια ημέρα πρόληψης την αυτοκτονίας. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας. <http://www.epipsi.gr/pdf/Suicide%2010-09-2013%20-%201.pdf>. τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 10, 2014
  
22. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Μία αυτοκτονία κάθε 40" – στην Ελλάδα τα ποσοστά διπλασιάστηκαν την τριετία 2009 – 2011 .  
<http://eirinika.gr/gr/blog/ygeia/news/autoktonia.asp> . τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 10, 2014
23. Media centre, Depression. WHO. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> . τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 31, 2014
24. *Χριστοδούλου Γ.Ν.* Κατάθλιψη. επίτομος. έκδοση 2<sup>η</sup>. εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1998. σ. 131-137
25. Dysthymia. Harvard Health Publication Harvard Medical School. <http://www.health.harvard.edu/newsweek/Dysthymia.htm> . Ιούλιος 13, 2014
26. Persistent Depressive Disorder (Dysthymia) - Diagnostic Criteria. American Psychiatric Association. <http://www.mentalhealth.com/home/dx/dysthymic.html> . τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 13, 2014
27. *Στεφάνης Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β.* Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. επίτομος. έκδοση 1<sup>η</sup>. εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2011. σ. 161-162
28. *Tracy N.* What is Depression? Depression Definition. Health Place America's Mental Health Channel. <http://www.healthyplace.com/depression/depression-information/what-is-depression-depression-definition-and-checklist/> . τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 13, 2014
29. *Thomas G. Conover.* Depressive Disorders DSM-IV Criteria. Medical Home Portal. <http://www.medicalhomeportal.org/issue/depressive-disorders-dsm-iv-criteria> . τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 13, 2014
30. *Μενεδιάτου Α.* Τύποι κατάθλιψης. Ελληνική Εταιρία Διαταραχών Διάθεσης. <http://www.mazi.org.gr> . τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 13, 2014

31. Τσιμογιάννη Α., Φιλντίσης Γ., Μυριανθεύς Π., Λοίζου Α., Μπαλτόπουλος Γ. Αποτύπωση της εικόνας των νοσηλευτών των πολυδύναμων ΜΕΘ. τόμος 39. τεύχος 3. Νοσηλευτική. Ιούλιος- Σεπτέμβριος 2000. σ. 243,245,246
32. Αλεξανδρόπουλος Π., Παντέλας Ν., Ντουζέπη Α. Ο ογκολογικός ασθενής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Κριτήρια εισαγωγής, προγνωστικοί δείκτες και έκβαση. τόμος 99. τεύχος 5-6. Ιατρική. Μάιος - Ιούνιος 2011. σ. 270-272
33. Γκολφινόπουλου Κ., Δάφνη Ο., Κουβατσέας Γ., Καραγιάννης Γ., Παπαδήμα Κ., Αρμαγανίδης Α. Σύγκριση δεικτών βαρύτητας νόσου σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. τόμος 45. τεύχος 1. Νοσηλευτική. Ιανουάριος- Μάρτιος 2006. σ. 79-80
34. Ρούσσοι Χ. Εντατική Θεραπεία. τόμος 1<sup>ος</sup>. έκδοση 3<sup>η</sup>. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ. 3-9
35. Αδάμου Ε., Γιακουμιδάκης Κ., Καδδά Ο., Αργυρίου Γ., Καπάδοχος Θ., Βασιλόπουλος Γ., Μαρβάκη Χ., Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. τόμος 10<sup>ος</sup> τεύχος 2<sup>ο</sup>. Το Βήμα του Ασκληπιού. Απρίλιος- Ιούνιος 2011. σ. 224-225
36. Ίντας Γ., Πιτσόλη Μ., Μυριανθεύς Π., Μπαλτόπουλος Γ., Διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στη χρονική διάρκεια πράξεων στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. τόμος 47. τεύχος 2<sup>ο</sup>. Νοσηλευτική. Απρίλιος-Ιούνιος 2008. σ. 257
37. Letvak S, Ruhn CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. PubMed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22504476?dopt=Abstract>. Ιούλιος 7,2014
38. Σταυριανόπουλος Κ. Ο νοσηλευτής ως επάγγελμα και η ψυχική του υγεία. Νεφρολογικό τμήμα Κομοτηνής. <http://renalkomotini.gr>. Ιούλιος 8,2014
39. Καρανικόλα Μ., Σταθοπούλου Χ., Καλαφάτη Μ., Τερζή Α.Μ., Μπουζίκια Μ., Παπαθανάσογλου Ε., Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. τόμος 48. τεύχος 4<sup>ο</sup>. Νοσηλευτική. Οκτώμβριος- Δεκέμβριος 2009. σ. 448
40. Beck A. Manual for the Beck Depression Inventory Beck AT, Steer RA, and Garbing MG, “Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation”. επίτομος. έκδοση 1<sup>η</sup>. σ. 105
41. Αδαλή Ε, Λεμονίδου Χ. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. τόμος 40. τεύχος 2. Νοσηλευτική. Απρίλιος- Ιούνιος 2001. σ. 16-17, 20
42. Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α. Κυκλικό ωράριο: Επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. τόμος 45. τεύχος 1. Νοσηλευτική. Ιανουάριος- Μάρτιος 2006. σ. 100





**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ**

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας έχει συνταχθεί στα πλαίσια διεκπαιρέωσης πτυχιακής εργασίας. Η σύνταξή του βασίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία και σκοπό έχει την αναγνώριση συμπτωμάτων κατάθλιψης μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και του νοσηλευτικού προσωπικού άλλων τμημάτων.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις** επιλέγοντας μία μόνο.  
**ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.**

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Εάν χρειάζεστε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνηση, μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Ευχαριστούμε πολύ για την βοήθεια σας!

Η σπουδάστρια:  
*Ολυμπία Μυτακίδου*

### Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο: Άρρεν  Θήλυ
2. Ηλικία: .....
3. Πόλη διαμονής: .....
4. Οικογενειακή κατάσταση:  
Έγγαμος  Άγαμος  Διαζευγμένος  Χήρος
5. Αριθμός τέκνων; .....
6. Έτη επαγγελματικής υπηρεσίας; .....
7. Προϋπηρεσία στο παρόν τμήμα; .....
8. Κλινική εργασία; ΜΕΘ  Επείγοντα  Άλλο (προσδιορίστε) .....
9. Θέση στο τμήμα: Υπεύθυνος τμήματος  Προϊστάμενος τμήματος   
Άλλο .....
10. Ωράριο εργασίας: Κυκλικό  Νυχτερινό (11-7 π. μ)  Πρωινό (7-3 μ. μ)   
Απογευματινό (3-11 μ. μ)
11. Εκπαίδευση: ΜΤΝΕ  ΙΕΚ  ΤΕΙ  Πανεπιστήμιο
12. Είστε κάτοχος: Μεταπτυχιακού  Διδακτορικού  Εξειδίκευσης   
Ειδικότητας  Άλλο .....
13. Έχετε και κάποια άλλη εργασία; Ναι  Όχι
14. Έχετε κάποια δραστηριότητα εκτός βιοποριστικής εργασίας (π. χ γυμναστήριο);  
Ναι  Όχι
15. Έχετε προβλήματα υγείας; Ναι  Όχι
16. Αν ναι προσδιορίστε: Κυκλοφορικό  Αναπνευστικό  Πεπτικό   
Νευρικό  Ουροποιητικό  Αναπαραγωγικό  Άλλο .....

## Σημείωση

Διαβάστε προσεκτικά την κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου και βάλτε σε κύκλο το νούμερο δίπλα από την απάντηση που περιγράφει καλύτερα το πώς αισθανόσασταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων ημερών.

### **Ερωτήσεις:**

#### **1. Συναίσθημα**

- 0. δεν αισθάνομαι λυπημένος/νη
- 1. αισθάνομαι λυπημένος/νη ή μελαγχολικός/κή
- 2. είμαι λυπημένος/μένη ή μελαγχολικός/κή συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
- 3. είμαι τόσο μελαγχολικός/κή ή δυστυχισμένος/νη ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
- 4. είμαι τόσο μελαγχολικός/κή ή δυστυχισμένος/νη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

#### **2. Απαισιοδοξία**

- 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος/ξη ή αποθαρρυνμένος/νη για το μέλλον
- 1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
- 2. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
- 3. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
- 4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

#### **3. Αίσθημα αποτυχίας**

- 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/νη
- 1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένος/νη περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
- 3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/νη σαν άτομο (σύζυγος – γονέας)

#### **4. Απώλεια ικανοποίησης**

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένος/νη
- 1. Αισθάνομαι βαρεσστημένος/νη σχεδόν όλη την ώρα
- 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
- 3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
- 4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένος/νη με το κάθε τι

#### **5. Αίσθημα ενοχής**

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος/χη για τον εαυτό μου
- 1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακός/κιά ή χωρίς αξία
- 2. Αισθάνομαι πολύ ένοχος/χη
- 3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακός/κιά ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακός/κιά ή ανάξιος/ξια

#### **6. Αίσθημα τιμωρίας**

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
- 1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
- 2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ

3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
4. Θέλω να τιμωρηθώ

### **7. Μίσος για τον εαυτό μου**

0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος/νη από τον εαυτό μου
1. Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου
2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
4. Μισώ τον εαυτό μου

### **8. Αυτομομφή**

0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος/ρη από τους άλλους
1. Είμαι ασητέρος/ρη με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

### **9. Ευχές αυτοτιμωρίας**

0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

### **10. Κλάμα**

0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνηθώς
2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

### **11. Ευερεθιστότητα**

0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος/νη τώρα απ' ότι συνηθώς
1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνηθώς
2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος/νη
3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνηθώς

### **12. Κοινωνική απόσυρση**

0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα
2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

### **13. Αναποφασιστικότητα**

0. Είμαι το ίδιο αποφασιστικός/κή όπως πάντα
1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

#### **14. Σωματικό εγώ**

- 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ
- 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος/νη και αντιπαθητικός/κή
- 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητικός/κή
- 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημος/μη και αποκρουστικός/κή

#### **15. Μείωση της παραγωγικότητας**

- 0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
- 1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
- 2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
- 3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
- 4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

#### **16. Διαταραχές του ύπνου**

- 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
- 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένος/νη από άλλοτε
- 2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
- 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

#### **17. Εύκολη κόπωση**

- 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
- 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
- 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
- 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

#### **18. Απόλεια όρεξης**

- 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
- 1. Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
- 2. Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
- 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

#### **19. Απόλεια βάρους**

- 0. Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
- 1. Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά
- 2. Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά
- 3. Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

#### **20. Υποχονδριακές ενασχολήσεις**

- 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
- 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα
- 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο
- 3. Είμαι εντελώς απορροφημένος/νη με το τι αισθάνομαι

#### **21. Απόλεια της Libido**

- 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ότι συνήθως
- 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ
- 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ