



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Α.Τ.Ε.Ι. ΛΑΡΙΣΣΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΛΑΡΙΣΣΑΣ.**

Η Διπλωματική Εργασία

παρουσιάστηκε ενώπιον του Διδακτικού Προσωπικού του

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του Α.Τ.Ε.Ι. Λάρισσας

Σε Μερική Εκπλήρωση

των Απαιτήσεων για το Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης (ΜΔΕ) με τίτλο

«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

της

Παπαδημητρίου Ελένης

Νοσηλεύτριας

Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΙΔΑΣΚΟΝΤΩΝ ΕΓΚΡΙΝΕΙ
ΤΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ: "DIPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY
RESEARCH OF HEALTH CARE WORKERS IN HEALTH CENTERS OF LARISSA"
ΤΗΣ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΕΛΕΝΗΣ:

Δρ. Βόζνιακ Γκρέτα, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Τμήμα Ιατρικής

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια

Τμήμα Νοσηλευτικής

Α.Τ.Ε.Ι. Λάρισας

Δρ. Μουζάς Οδυσσέας, Επίκουρος Καθηγητής

Τμήμα Ιατρικής

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2013

ΠΡΟΛΟΓΟΣ / ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κ. Κοτρώτσιου Ε., Διευθύντρια της Σ.Ε.Υ.Π. και καθηγήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Λάρισας για τη χρόνια στήριξη και το αμείωτο ενδιαφέρον της, καθώς και στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Βόζνιακ Γ., επιστημονική συνεργάτη Πανεπιστημίου Θεσσαλίας για τη συνεργασία και τις χρήσιμες κατευθύνσεις σε όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης θερμά ευχαριστώ και τον Επίκουρο καθηγητή Ψυχιατρικής της Ψυχιατρικής κλινικής του Π.Π.Γ.Ν.ΛΑΡΙΣΑΣ, κ. Μουζά Ο., ως μέλος της επιτροπής αξιολόγησης της διπλωματικής μου εργασίας.



Εικόνα 1. Πηγή: <http://strongholdsmashers.com/uncategorized/free-from-the-stronghold-of-depression/>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η εκτίμηση και η καταγραφή συμπτωμάτων Κατάθλιψης σε προσωπικό της διεπιστημονικής ομάδας που εργάζεται στις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας και συγκεκριμένα στα πέντε Κέντρα Υγείας του νομού της Λάρισας.

Υλικό – Μέθοδος

Για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών διενεργήθηκε έρευνα στα Κέντρα Υγείας Ελασσόνας, Γόννων, Αγιάς, Τυρνάβου και Φαρσάλων. Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν οι λειτουργοί υγείας στις παραπάνω δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατόπιν αδείας από την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας, προκειμένου να επιτραπεί η διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου στους διευθυντές των Κέντρων Υγείας και στους λειτουργούς υγείας.

Η επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας έγινε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS. (PASW Statistics 18).

Αποτελέσματα

Παρατηρήθηκε ότι όσο πιο ανώτατη ήταν η εκπαίδευση των λειτουργών υγείας, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχουν να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι λειτουργοί υγείας που ανήκουν στη μικρότερη ηλικιακή ομάδα του δείγματος παρουσίασαν καλύτερη συναισθηματική ισορροπία και ικανοποιητικό προφίλ υγείας, όπως επίσης και υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Τέλος, σε επίπεδο υγείας παρατηρήθηκε, ότι οι άνδρες λειτουργοί υγείας απειλούνται

λιγότερο από τη νόσο της Κατάθλιψης συγκριτικά με τις γυναίκες συναδέλφους τους.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα έρευνα καταγράφηκαν μηδαμινές έως ελάχιστες καταθλιπτικές διαταραχές στους λειτουργούς υγείας, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στις παραπάνω δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Κρίνεται απαραίτητη η συνεχής επαγρύπνηση και επιμόρφωσή τους με τη βοήθεια κρατικών υποστηρικτικών μηχανισμών.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ Κατάθλιψη, λειτουργοί υγείας, καταθλιπτικές διαταραχές, Κέντρα Υγείας.

DIPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY RESEARCH OF HEALTH CARE WORKERS IN HEALTH CENTERS OF LARISSA

ABSTRACT

Purpose

This study was focused in assessment and recording of depressive symptoms in the multidisciplinary staff working in primary care structures, specifically in the five health centers in the prefecture of Larissa.

Material-Method

A research took place in the health centers of Elassona, Gonnon, Agias, Turnavou and Farsala in order to gather the necessary information. The research's materials were the caregivers in the given primal health care facilities. The survey was carried out under the supervision of the 5th Health District of Thessaly, to allow the distribution of anonymous questionnaire to managers of health centers and facility personnel. The data of the survey was processed with the statistical package SPSS. (PASW Statistics 18).

Results

It was observed that the personnel with the highest education levels were the least likely to develop depressive symptoms. It was also observed that the youngest of the health care workers who belonged in the same group had better emotional balance and a good health profile as well as higher levels of self-esteem. Finally, it was noted that male health professionals were less threatened from the depression syndrome when compared to their women colleagues.

Conclusions

In this research there was zero to minimal depressive disorders in caregivers offering the services to the above structures of primal health care. Constant vigilance and re-education through public support mechanisms is deemed required.

KEY WORDS Depression, Health Care Workers, Depressives disorders, Health Centers.

Papadimitriou Eleni RN
School of Health Science
University of Thessaly
2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ / ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	9
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
A1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
A2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ	13
A3 ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	14
A3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	14
A3.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	15
A3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	17
A3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΓΕΝΙΚΑ).....	19
A 3.4 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	22
A.3.4.1. ΣΥΓΚΑΛΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	24
A 3.5 ΑΙΤΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	25
A 3.6 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ	28
A 3.7 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	29
A 3.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	31
A 3.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	34
A 3.10 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	36
A 3.11 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
A 3.12 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ / ΤΡΙΕΣ	41
A 3.13 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ	44
A 3.14 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ	46

A4	ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	51
A5	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	54
B.	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	58
B1	ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	58
B2	ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	58
B2.1	ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	59
B2.2	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	60
B2.3	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	67
B2.4	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	67
B2.5	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	124
B3	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	124
	ΥΓΕΙΑ – ΗΛΙΚΙΑ.....	125
B4	ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	128
B5	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	131
Γ.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	136
Γ1	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	136
Γ2	ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	140
Γ3	ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ.....	150

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αυτή η ερευνητική εργασία διαπραγματεύεται την ανίχνευση και τον προσδιορισμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων, στους λειτουργούς υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού της Λάρισας, και συγκεκριμένα στα πέντε Κέντρα Υγείας του ίδιου νομού.

Στο κεφάλαιο A 2 του Γενικού Μέρους, δίδεται η επεξήγηση των όρων “ψυχιατρική διαταραχή” και “Κατάθλιψη”, ως νοσολογική οντότητα, με συμπτώματα που εκφράζουν μια δυσλειτουργία της ψυχής του ανθρώπου.

Στο κεφάλαιο A3.1, η Κατάθλιψη ορίζεται ως μια από τις οδυνηρότερες ανθρώπινες δοκιμασίες, που μπορεί να είναι απλά ένα δυσάρεστο συναίσθημα, σύμπτωμα νόσου, μέρος συνδρόμου, ή και αυτοτελή νόσο.

Στο κεφάλαιο A 3.2, παρατίθενται σύντομα ιστορικά στοιχεία, καθώς η Κατάθλιψη συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του.

Στα κεφάλαια A 3.3, A 3.4, παρουσιάζονται σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., γενικά επιδημιολογικά στοιχεία για την Κατάθλιψη, προβλέποντας ότι μέχρι το 2020 θα αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Επίσης ασθενείς με Κατάθλιψη πάσχουν και από άλλη ασθένεια με αποτέλεσμα αυτή η “συννοσηρότητα” να δυσκολεύει την προσαρμογή στη θεραπεία. Στο υποκεφάλαιο

A3.4.1 η συγκαλυμμένη κατάθλιψη ορίζεται ως ένας τύπος λανθάνουσας κατάθλιψης, που παρουσιάζει σωματόμορφες διαταραχές.

Στα κεφάλαια A 3.5, A 3.6, αναφέρονται οι εκλυτικοί παράγοντες οι οποίοι παίζουν σπουδαίο ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της Κατάθλιψης.

Στα κεφάλαια A 3.7, A 3.8, ορίζονται οι τύποι της Κατάθλιψης, καθώς και παρατίθενται μια ποικιλία καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Στα κεφάλαια A 3.9, A 3.10, γίνεται αναφορά στη διάγνωση της νόσου, η οποία λόγω της πολυμορφίας και της ετερογένειας των καταθλιπτικών διαταραχών δεν είναι πάντα εφικτή. Ακόμη ερευνητές έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της Κατάθλιψης ή ενεργοποίησης αυτής.

Στα κεφάλαια A 3.11, A 3.12, μελετούν επιδημιολογικά δεδομένα για λειτουργούς υγείας, με τους κοινωνικούς λειτουργούς να εμφανίζουν μεγαλύτερη επιρρέπεια στην Κατάθλιψη. Επιδημιολογικά στοιχεία μόνο για νοσηλευτές / τριες αναφέρουν ότι ψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες σχετίζονται ισχυρά με χαμηλά επίπεδα ψυχικής ευεξίας.

Στο κεφάλαιο A 3.13, γίνεται αναφορά στην κλινική πορεία – πρόγνωση της νόσου της Κατάθλιψης, ποιες οι πιθανότητες ανάκτησης του ασθενούς, και αν υπάρχει κίνδυνος υποτροπής.

Στο κεφάλαιο A 3.14, μια ποικιλία θεραπευτικών επιλογών θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει αυτή την τόσο επίπονη ασθένεια και να καταφέρει να βγει έξω από το χωρίς φως τούνελ.

Στο κεφάλαιο A.4, σύμφωνα με μια κυρίαρχη άποψη της διαπαλιτισμικής ψυχιατρικής η Κατάθλιψη υπάρχει σε πανανθρώπινο παθοφυσιολογικό υπόβαθρο, επί του οποίου εποικοδομούνται διαφορετικά συμπτώματα, ανάλογα με το πολιτισμικό – ιδεολογικό περιβάλλον του ασθενούς.

Τέλος στο κεφάλαιο A 6, γίνεται σαφές ότι η παγκόσμια οικονομική κρίση αποτελεί σοβαρό ανατρεπτικό παράγοντα με συνέπειες στη ζωή και στην προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου.

A2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

Ο όρος ψυχιατρική διαταραχή περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που έχουν σχέση με τη ψυχική κατάσταση και συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μία ποικιλία συμπτωμάτων βιολογικών – σωματικών, ψυχολογικών – συναισθηματικών και κοινωνικών.

Η Κατάθλιψη αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας που σχετίζεται με αυξημένη λειτουργική ανικανότητα και θνησιμότητα.

Οι επιπτώσεις στη δημόσια υγεία από ανεπαρκή επεξεργασία της Κατάθλιψης θα αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, καθώς ο πληθυσμός συνεχίζει να γηράσκει (*Donohue J et al ,2007*).

Στην ψυχιατρική ο όρος Κατάθλιψη υποδηλώνει μία συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μία διαταραχή η οποία προκαλεί ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν απαντάται σε άλλη νόσο. Τα συμπτώματα αυτά εκφράζουν μία δυσλειτουργία της ψυχής μας και μία δυσάρεστη ανισορροπία του τρόπου με τον οποίο ζούμε και υπάρχουμε.

Ο Bunge το 1967, περιγράφει την Κατάθλιψη με ένα παράδειγμα: "Φαντάσου ότι έχεις ένα κομμάτι βαμβάκι στο χέρι σου, το οποίο το βρέχεις βουτώντας το σε ένα διάλυμα. Ανάλογα με το χρώμα του διαλύματος το βαμβάκι θα χρωματιστεί ανάλογα. Πάντα όμως θα είναι βρεγμένο". (Ευθυμίου Κ., 2002).

A3 ΝΟΣΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

A3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Κατάθλιψη αποτελεί μία συχνότατη νοσολογική οντότητα, που χαρακτηρίζεται από μία ομάδα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών που διαφέρει σημαντικά από την κανονική κλίμακα των συναισθημάτων. Ο μηχανισμός δημιουργίας της, παραμένει εν μέρει μόνο κατανοητός, παρ' όλες τις μέχρι στιγμής προταθείσες θεωρίες (Φώσκολος Δ., 2011), (Ευθυμίου Κ., 2002).

Αποτελεί την 3^η κοινή ψυχιατρική διαταραχή, με μεγάλη γκάμα από συναισθηματικά, συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα. (Mahmoudi G., et al., 2009).

Η Κατάθλιψη ορίζεται ως μία από τις οδυνηρότερες ανθρώπινες δοκιμασίες, καλύπτοντας ένα μεγάλο φάσμα συναισθηματικών διαταραχών.

Μπορεί να είναι απλά ένα φυσιολογικό συναίσθημα που υποκειμενικά έχει το χαρακτήρα ενός λιγότερο ή περισσότερο ισχυρού βιώματος θλίψης. Είναι δυνατόν όμως να πρόκειται περί συμπτώματος νόσου, μέρους ενός συνδρόμου, ή να αποτελεί αυτοτελή νόσο (Αγγελόπουλος Ν. , 2009).

A3.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η ετυμολογική καταγωγή του όρου “Κατάθλιψη” ανάγεται στο λατινικό *de primere*, που σημαίνει πιέζω προς τα κάτω.

Η λέξη παλαιότερα χρησιμοποιούνταν με το κυριολεκτικό της νόημα και αργότερα μεταφορικά (όπως στη Θεολογία και στην Ηθική). Από τον 17^ο αιώνα το μεταφορικό της νόημα επεκτάθηκε και στον τομέα της ψυχολογίας. (Siklaidou P., *et al.*, 2011).

Αρχικά ο όρος “Κατάθλιψη” χρησιμοποιήθηκε ως υποκατηγορία της “μελαγχολίας”, έπειτα ως συνώνυμο αυτής και αργότερα την αντικατέστησε.

Ο όρος “μελαγχολία” εισήχθη από τον Ιπποκράτη (5^{ος} – 4^{ος} αιώνας) ο οποίος τη συνέδεε με φυσικά αίτια, όπως με υπερέκκριση μαύρης χολής από το σπλήνα (Marsella J., 2003).

Ο Ιπποκράτης υποστήριξε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μία νόσος του εγκεφάλου, μία συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής. Πίστευε ότι στη μελαγχολία εμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι “ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία” και ξεχώριζε την ασθένεια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την ασθένεια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια.

Στα 1665 ο συγγραφέας Ρίτσαρντ Μπέικερ αναφέρεται σε κάποιον που παρουσιάζει “μία μεγάλη ύφεση του πνεύματος”.

Μια παρόμοια αίσθηση έχει το 1753 και ο άγγλος συντάκτης Samuel Johnson χρησιμοποιώντας τον όρο “μαύρο σκυλί” για να περιγράψει τη δική του κατάθλιψη.

Το 1917 ο Sigmound Freud παρομοίασε την κατάσταση της μελαγχολίας ως πένθος, υπογραμμίζοντας τις πρώτες εμπειρίες της ζωής του ανθρώπου σαν πολύ καθοριστικό παράγοντα.

Ο όρος “μείζων καταθλιπτική διαταραχή”, εισήχθη από μία ομάδα ιατρών των Η.Π.Α. στα μέσα της δεκαετίας του 1970, στο πλαίσιο των προτάσεων για τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση τα πρότυπα των συμπτωμάτων (*Gruenberg A. et al, 2005*).

Ο νέος ορισμός της Κατάθλιψης έγινε ευρέως αποδεκτός αν και κάποιοι είχαν αντικρουόμενες απόψεις. Υπήρξαν ορισμένες απόψεις για την επιστροφή στη διάγνωση της μελαγχολίας. Ο νέος ορισμός προωθήθηκε από τα τέλη του 1950 και επικρατεί έως και σήμερα (*Marsella J., 2003*).

A3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η Κατάθλιψη είναι μία πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά ή αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα).

Ο Ιπποκράτης πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους “μελαγχολία” και “μανία”. Στα συμπτώματα της Κατάθλιψης είχε συμπεριλάβει τη λύπη, την κατήφεια, την απελπισία, το φόβο, το θυμό, τις παραληρητικές ιδέες και τις εμμονές (Radden I., 2003).

Ο Αριστοτέλης παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την Κατάθλιψη, πίστευε ότι μία ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα “όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση και την τέχνη και την πολιτική ακόμη και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μία μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας” (Radden I., 2003).

Καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισε ο Γερμανός ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856 – 1926), που περιέγραψε την “Μανιοκαταθλιπτική ψύχωση” και τη διαχώρισε από την πρώιμη άνοια (Dementia praecox), που ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια.

Μεγάλοι καλλιτέχνες, βίωσαν σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια όπως και μανιακά επεισόδια και νοσηλεύθηκαν γι' αυτό το λόγο. Από τους συγγραφείς ξεχωριστή θέση κατέχουν ο Τζιάκομο Λεοπάρντι, ο Λέο Τολστόι, ο Τσάρλς Μποντλαίρ, ο Γκουστάβο Φλομπέρ, ο Ερνεστ Χέμγουι και η Σύλβια Πλάθ. Η συγγραφέας Βιρτζίνια Γούλφ δίνει τέλος στη ζωή της μετά από μία κρίση μείζωνος κατάθλιψης, όπως και ο Κώστας Καρυωτάκης. Κορυφαίοι συνθέτες όπως ο Μότσαρτ, ο Σούμπερτ ή ο Σούμαν και ο Τσαικόφσκι βασανιζόταν για χρόνια από την ευαίσθητη μανιοκαταθλιπτική τους φύση. Στους διάσημους καταθλιπτικούς πολιτικούς συγκαταλέγονται ο Αβραάμ Λίνκολν και ο Ουίνστον Τσώρτσιλ (*Wolf J.,2009*).

Ο Ουίνστον Τσώρτσιλ χρησιμοποιούσε τη φράση “μαύρος σκύλος”, θέλοντας να περιγράψει τις μαύρες περιόδους κατάθλιψης που βίωνε για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής του. Έτσι η φράση αυτή έχει καθιερωθεί για την περιγραφή της νόσου για εκατομμύρια ανθρώπων που υποφέρουν σιωπηλά, ή ακόμη και για όσους απλά περνούν μία όχι και τόσο φωτεινή περίοδο στη ζωή τους.



Εικόνα 2. Αβραάμ Λίνκολν, πολιτική προσωπικότητα του 19ου αιώνα που έπασχε από κατάθλιψη.

A3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΓΕΝΙΚΑ)

Ο Π.Ο.Υ. προβλέπει ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο, προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 25% του πληθυσμού και μέχρι τότε θα αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο αίτιο θανάτου και ανικανότητας μετά τη στεφανιαία νόσο (Νταλίπης Β., 2008).

Η Κατάθλιψη από την 4^η θέση που καταλαμβάνει σήμερα παγκοσμίως για όλα τα νοσήματα, αναφέρεται ότι θα αποτελεί την πρώτη αιτία νόσησης του αναπτυσσόμενου κόσμου.

Οι ψυχίατροι είναι οι κατ' εξοχήν γιατροί που αντιμετωπίζουν τα άτομα με μείζονες ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια και διπολική συναισθηματική διαταραχή). (Paradimitriou G., 2008).

Σήμερα η κατάθλιψη καταλαμβάνει την τέταρτη θέση της κατάταξης νοσημάτων αν και ως νόσος μπορεί να θεραπευθεί. Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από Κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του.

Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από Κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα.

Στις περισσότερες χώρες ο αριθμός των ανθρώπων που θα υποφέρουν από Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους κυμαίνεται από 8 – 12 (Andrade L. et al, 2003).

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανισθεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η

νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η Κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη, ωστόσο μόνο το 10 – 25% των ασθενών αναζητούν βοήθεια και υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

Αυτοί που εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα σε 5 χρόνια.

Μετά από τρία επεισόδια το ποσοστό επανεμφάνισης φθάνει το 90%. Η Κατάθλιψη θεραπεύεται σε ποσοστό 80 – 90% με κατάλληλη θεραπεία και συχνή ιατρική παρακολούθηση.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε όλες τις ηλικίες (από 15 ετών), όμως η έναρξή της τοποθετείται στη μέση ηλικία. Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται όλο και συχνότερα στην εφηβική ηλικία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι έφηβοι είναι σε εξελικτική πορεία ανάπτυξης, τα συμπτώματα της κατάθλιψης δεν είναι ευδιάκριτα όπως στους ενήλικες, με αποτέλεσμα να παραμένει σε πολλές περιπτώσεις αδιάγνωστη (Arroll B. et al, 2003), (Ouzouni X. et al., 2008).

Η νόσος εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών (Morrano J., 2001).

Οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο και συχνότερα σε όλες τις χώρες του κόσμου. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανισθεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 6% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σε ένα έτος.

Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της Κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως ο τοκετός, η ανατροφή των παιδιών, η αλλαγή του τόπου κατοικίας στα οποία εκτίθενται ιδιαίτερα οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά.

Η αναλογία γυναικών / ανδρών είναι 2:1 με μέσο όρο ηλικίας τα 40 έτη (*Smith R., 2007*)

Οι άνθρωποι είναι πιθανό να αναπτύξουν καταθλιπτικό επεισόδιο όταν εμφανίσουν νευρολογικές παθήσεις όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο του Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας, αλλά και κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό (*Rickards H., 2005*).

Τέλος τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως η διπολική διαταραχή, παρουσιάζουν μείωση του προσδόκιμου ζωής σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (*Angst F., et al., 2002*).

A 3.4 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Ο όρος “συννοσηρότητα” πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Fenstein το 1970, για να περιγράψει την ταυτόχρονη παρουσία δύο ή και περισσότερων διαταραχών στον ίδιο ασθενή. (Balta G., et al., 2010).

Η μείζων Κατάθλιψη συχνά συνυπάρχει με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα. Το 1990 – 1992 η Εθνική Έρευνα Συννοσηρότητας στις Η.Π.Α. αναφέρει ότι το 51% των ασθενών με μείζονα Κατάθλιψη υποφέρουν επίσης από συμπτώματα άγχους, τα οποία μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στην πορεία της Κατάθλιψης, με καθυστέρηση της ανάκαμψης, αυξημένο κίνδυνο υποτροπής και επίσης αυξημένο κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονιών.

Η Κατάθλιψη συνδέεται 1,5 έως 2 φορές με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Οι ασθενείς με Κατάθλιψη, είναι λιγότερο πιθανό να ακολουθήσουν ιατρικές οδηγίες και συστάσεις για θεραπεία καρδιαγγειακών παθήσεων, γεγονός που αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο (Kuller L. et al., 2005).

Επιπλέον οι καρδιολόγοι δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν υποκείμενη κατάθλιψη που περιπλέκει ένα καρδιαγγειακό πρόβλημα υπό τη φροντίδα τους (Schulman J., et al., 2008).

Πολλοί ασθενείς με χρόνιες νόσους, όπως Σακχαρώδη Διαβήτη, Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και διάφορες μορφές καρκίνου, αναπτύσσουν Κατάθλιψη εξαιτίας του φόβου για το θάνατο. Επίσης καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να εμφανισθούν και από άλλες αιτίες πέραν της

Κατάθλιψης, όπως ο υπερθυρεοειδισμός, η ουσιοεξάρτηση σαν παρενέργεια της λήψης κάποιων φαρμάκων (*Hoffman J., et al., 2004*).

Οι αγχώδεις διαταραχές, όπως διαταραχή μετα-τραυματικού στρες, διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία και διαταραχή γενικευμένου άγχους, συχνά συνοδεύουν την Κατάθλιψη. (*Devane C., et al., 2005*).

Η συνύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και Κατάθλιψης είναι συχνή στην καθημερινή πράξη. Οι πλείστοι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι ταυτόχρονα αγχώδεις και οι πλείστοι ασθενείς με άγχος είναι ταυτόχρονα καταθλιπτικοί. (*Αλεβίζος Β., και συν., 2008*).

Οι ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ), έχουν αυξημένη συνοσηρότητα με τη μείζονα Κατάθλιψη. Το 67% των ασθενών με ΙΨΔ θα αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής μείζονα Κατάθλιψη ενώ το 13% των ασθενών με ΙΨΔ πληροί ταυτόχρονα τα κριτήρια για μείζονα Κατάθλιψη. (*Ρούκας Δ., και συν., 2005*).

Γενικά, τα άτομα που πάσχουν από Κατάθλιψη μαζί με μια άλλη ιατρική ασθένεια, τείνουν να έχουν πιο σοβαρά και πιο έντονα προβλήματα – συμπτώματα με αποτέλεσμα μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής στη θεραπεία (*Katon W., et al., 2002*).

Τέλος η θεραπεία της Κατάθλιψης, μπορεί να συμβάλλει σοβαρά στη βελτίωση της έκβασης της θεραπείας της ασθένειας που συνυπάρχει (*Cassano P., 2002*).

A.3.4.1. ΣΥΓΚΑΛΥΜΕΝΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι η Κατάθλιψη που εκδηλώνεται πρώτα σε σωματικό επίπεδο ή αλλιώς λανθάνουσα κατάθλιψη και παρουσιάζει σωματόμορφες διαταραχές.

Πολύ συχνά η συγκαλυμμένη Κατάθλιψη εμφανίζεται στους ηλικιωμένους και εκδηλώνεται με επίμονα σωματικά προβλήματα. Ένας από τους λόγους που το μεγαλύτερο μέρος των καταθλιπτικών διαταραχών παραμένουν αδιάγνωστες, είναι το γεγονός ότι η Κατάθλιψη συχνά εμφανίζεται με άτυπη συμπτωματολογία. Στην κλινική εικόνα πολλές φορές κυριαρχούν τα σωματικά συμπτώματα, ενώ τα ψυχικά εκδηλώνονται με υποκλινική μορφή. Η ένταση των συμπτωμάτων μπορεί να παρασύρει τον ιατρό σε λανθασμένη διάγνωση, εάν αυτός δεν είναι ευαισθητοποιημένος αλλά και γνώστης της σωματικής και ψυχικής συμπτωματολογίας της νόσου της Κατάθλιψης.

Αν δε ληφθεί υπόψη και ο φόβος του ψυχικού νοσήματος, που είναι διάχυτος στο ευρύ κοινό, είναι κατανοητή η προσφυγή του ασθενή σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και όχι στον ψυχίατρο (*Περιτογιάννης Β., και συν., 2010*).

Επιπρόσθετα η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού υγείας, ώστε να διακρίνει την συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τις νόσους οργανικής αιτιολογίας κρίνεται απαραίτητη στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (*Κούκια Ε., 2002*)

A 3.5 ΑΙΤΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Υπάρχει ένα και μοναδικό αίτιο που να εξηγεί την εμφάνιση της Κατάθλιψης. Φαίνεται ότι προκαλείται από ένα συνδυασμό παραγόντων, που συμβάλλουν σε διαφορετικό βαθμό κάθε φορά στην εμφάνισή της.

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α) Γενετικοί
- β) Βιολογικοί
- γ) Ψυχοκοινωνικοί
- δ) Φαρμακευτικοί
- ε) Οργανικοί (Stompe T., 2001).

α) Γενετικοί παράγοντες

Μερικοί τύποι Κατάθλιψης «μεταβιβάζονται» από γενιά σε γενιά υποδεικνύοντας ότι μια βιολογική ευαισθησία μπορεί να κληρονομηθεί. Έρευνες έδειξαν ότι για ένα άτομο που έχει συγγενή α' βαθμού που πάσχει από Κατάθλιψη, η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου είναι 1.5% - 3% μεγαλύτερη από ότι για το γενικό πληθυσμό.

Η πιο γνωστή μορφή Κατάθλιψης όπου υπάρχει γενετική σύνδεση είναι η διπολική διαταραχή.

Μελέτες σε δίδυμα δείχνουν ότι η γενετική επιστήμη παίζει έναν ρόλο στην ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών, αλλά δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας. Εάν ένα δίδυμο έχει προσβληθεί, το δεύτερο δίδυμο έχει 45% έως 60% πιθανότητα να νοσήσει (Kelsoe J., 2009).

Το πιο παραδεκτό μοντέλο σήμερα είναι ότι διάφορα γονίδια μεταβιβάζουν χαρακτηριστικά που αυξάνουν την ευαλωτότητα στη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) (A.P.A., 2001).

β) Βιολογικοί παράγοντες

Συγκεκριμένες σωματικές νόσοι (π.χ. νόσος Parkinson, ρευματοειδής αρθρίτιδα), φάρμακα (π.χ. κορτιζόνη, αντιυπερτασικά) ή ουσίες (αλκοόλ, ναρκωτικά) αποτελούν την αιτία για πάνω από το 10% - 15% των Καταθλιψιών (Rihmer Z.2005), (Witkiewitz et al., 2009).

Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι δρουν στο Κ.Ν.Σ. και επηρεάζουν τη λειτουργία εκείνων των περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα (Schuchit M. et al, 2010).

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες έχουν στραφεί στους νευροδιαβιβαστές, ουσίες με τις οποίες τα κύτταρα "επικοινωνούν" μεταξύ τους. Η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της Κατάθλιψης. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι ο μηχανισμός δράσης των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων αποσκοπεί στο να ενισχύσει τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο.(Nutt D. 2008), (Witkiewitz K. et al., 2009).

γ) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Σημαντικά γεγονότα που συμβαίνουν νωρίς στη ζωή ενός ατόμου παίζουν επίσης ρόλο στην εμφάνιση της Κατάθλιψης. Έρευνες έχουν δείξει ότι πρώιμες απώλειες, όπως ο θάνατος ενός γονέα ή η έλλειψη στοργής καθώς και η έκθεση σε σωματική ή ψυχική βία, μπορούν να εκφραστούν αργότερα σαν Κατάθλιψη (Berton O. et al.,2006).

Ακόμη, στρεσογόνα γεγονότα της ζωής (π.χ. διαζύγιο), οι δύσκολες συνθήκες, οι αποχωρισμοί, η αλλαγή τόπου διαμονής, η οικονομική δυσχέρεια, η κοινωνική απομόνωση και η ανεργία μπορούν να αποτελέσουν εκλυτικούς παράγοντες για την εμφάνιση της Κατάθλιψης. (Lorant V. et al., 2007).

Επίσης οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που βλέπουν τον κόσμο με απαισιόδοξο τρόπο είναι επιρρεπείς περισσότερο στη νόσο. (Raphael B. 2001).

δ) Φαρμακευτικοί παράγοντες

Η Κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από φάρμακα που λαμβάνονται για άλλους λόγους όπως η κορτιζόνη, τα αντιαλλεργικά, τα ανοσοκατασταλτικά κ.ά.

ε) Οργανικοί παράγοντες

Αλλαγές στη λειτουργία διαφόρων σωματικών συστημάτων μπορεί να συνοδεύονται από συναισθηματικές αλλαγές. Η Κατάθλιψη μπορεί να είναι ακόμη και το πρώτο σύμπτωμα σοβαρού νοσήματος όπως ο Ca παγκρέατος.

Γενικά όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως προσωπικότητας, θα μπορούσαν να πάθουν Κατάθλιψη κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες. Επιπλέον οι άνθρωποι που έχουν κάποιους συγκεκριμένους τύπους προσωπικότητας (διαταραγμένες

προσωπικότητες), όπως είναι η ιδεοψυχαναγκαστική, η ιστριονική και η μεθοριακή, παθαίνουν Κατάθλιψη ευκολότερα από άλλους (Barlow D., 2005).

A 3.6 ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Γενετικός παράγοντας

Έρευνες δείχνουν ότι ευθύνη για την Κατάθλιψη έχουν διαταραχές στο επίπεδο των νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, και δη στο νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη και ντοπαμίνη (Vander A. et al., 2001).

Μελετώντας δείγματα με δίδυμα οι επιστήμονες κατέληξαν πως η γενετική συμβολή στην Κατάθλιψη είναι κατά 25% σημαντικότερη από κάποιο άλλο περιστατικό στη ζωή ενός ατόμου, όπως για παράδειγμα, την απώλεια ενός γονέα. Ιδιαίτερα οι πιο σοβαρές μορφές της σχετίζονται με την εγγενή προδιάθεση, ενώ οι πιο ελαφριές επηρεάζονται από το οικογενειακό περιβάλλον.

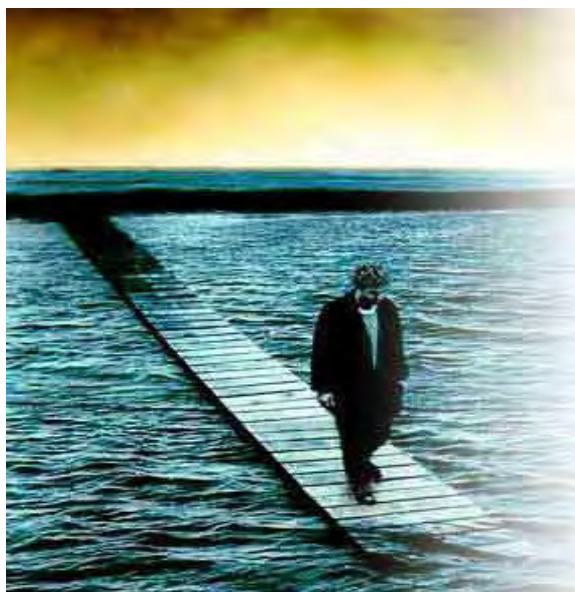
Επίσης ο γενετικός παράγοντας παίζει μεγαλύτερο ρόλο σε περιπτώσεις εμφάνισης της διαταραχής πριν τα 30 έτη της ζωής.

Περιβαλλοντικός παράγοντας

Είναι πραγματικά δύσκολο να απομονωθεί ο γενετικός παράγοντας από τον περιβαλλοντικό. Τα παιδιά των καταθλιπτικών γονέων έχουν έξι φορές περισσότερη πιθανότητα να νοσήσουν από Κατάθλιψη, εξαιτίας όχι μόνο του κληρονομικού παράγοντα, αλλά και περιβαλλοντικού.

Η Κατάθλιψη, το κλάμα, η ληθαργία, η ευερεθιστότητα, η στροφή κατά του εαυτού καθώς και η υπεραπασχόληση με τον εαυτό, υποδηλώνουν στους άλλους

πως ο πάσχων είναι βαθύτατα δυστυχισμένος, ανικανοποίητος με τον εαυτό του αλλά και τους γύρω του και συναισθηματικά μη διαθέσιμος (Gotlib I. et al., 2002).



Εικόνα 3. Πηγή: <http://cesnightmare.com/2012/06/08/depression-in-ces-sufferers/>

A 3.7 ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η Κατάθλιψη μπορεί να εμφανισθεί με διάφορες μορφές όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες σωματικές ασθένειες. Υπάρχουν όμως τρεις πιο συχνοί τύποι καταθλιπτικών διαταραχών. Ωστόσο και σε αυτούς τους τύπους υπάρχουν αρκετές παραλλαγές ως προς τον αριθμό των συμπτωμάτων και τη βαρύτητά τους.

1) το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο

Ένα τέτοιο επεισόδιο μπορεί να συμβεί μια φορά ή συχνότερα στη ζωή ενός ατόμου. Συνήθως διαρκεί έξι με οκτώ μήνες. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με

μείζονα Κατάθλιψη παρουσιάζουν έλλειψη σεροτονίνης, η οποία ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη συμπεριφορά και τη διάθεση (*Tecott L. et al., 2009*).

2) η δυσθυμία

Μία λιγότερο σοβαρή μορφή Κατάθλιψης, είναι μια ηπιότερη από πλευράς συμπτωμάτων, αλλά πιο χρόνια διαταραχή και σ' αυτήν το άτομο γενικά διατηρεί το μεγαλύτερο μέρος της λειτουργικότητάς του. Τα άτομα με δυσθυμία έχουν απόλυτο και δογματικό τρόπο σκέψης και υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να μεταπέσουν σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (*Devanand G. et al., 2002*).

Η δυσθυμία αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για εξέλιξη προς μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (*Lazaratou H., et al. 2001*).

3) η διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη

Είναι μία σοβαρή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από κυκλικές εναλλαγές του συναισθήματος, όπου την περίοδο έντονης υπερθυμίας (μανία) διαδέχεται ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Το άτομο παρουσιάζει υπερδραστηριότητα, λογόρροια, δείχνει χαρούμενο με μεγάλα αποθέματα ενέργειας, έχει όμως μειωμένη κρίση, ενώ η διαταραγμένη κοινωνική του συμπεριφορά μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα.

Στην πραγματικότητα αυτή η μορφή Κατάθλιψης, απαντάται σε ένα μόνο μέρος των ασθενών. Σε άλλους η συμπτωματολογία είναι ποικίλη και συνεχώς παρούσα σε κάποιο βαθμό με αποτέλεσμα να παραβλάπτεται η λειτουργικότητά τους (*Alda M., 2004*), (*Saha S. et al., 2007*).

Η διπολική νόσος της εφηβικής ηλικίας έχει μεγαλύτερο κίνδυνο κακής έκβασης από αντίστοιχη νόσο μεγαλύτερης ηλικίας, επειδή παρεμβαίνει σε σημαντικές αναπτυξιακές διαδικασίες, όπως η ρύθμιση των συναισθημάτων, η απόκτηση ικανοτήτων και η επίτευξη και η διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων (Lazaratou H., et al., 2001)

A 3.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα αποτελούν τις πλέον συχνές ψυχιατρικές εκδηλώσεις, οι οποίες επιπλέκουν το χειρισμό και την πρόγνωση των ασθενών με σωματικές νόσους (Christodoulou C., et al., 2010).

Ο όρος Κατάθλιψη αναφέρεται στο κλινικό σύνδρομο που αποκτά παθολογικό χαρακτήρα όταν στο άτομο εμφανίζεται με συνδυασμό συμπτωμάτων όπως

1. Γνωστικές διαταραχές

- Συνεχής θλίψη, απογοήτευση και απαισιοδοξία
- Διαταραχή μνήμης (*Vinkers D. et al., 2004*)
- Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων
- Έλλειψη ενδιαφέροντος γενικά
- Διαταραχές ομιλίας (αδυναμία συμμετοχής σε συζητήσεις)

2. Σωματικές διαταραχές

- Αύξηση ή μείωση των ωρών ύπνου (*Lee P., et al., 2009*)
- Αυξημένη ή μειωμένη όρεξη για φαγητό
- Αίσθηση κόπωσης

- Επώδυνοι μυϊκοί πόνοι ή κοιλιακά άλγη, ή πονοκέφαλος ή γενικά ασαφείς πόνοι που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία.
- Ανωμαλίες της εμμήνου ρήσης στις γυναίκες
- Απώλεια της ενέργειας

3. Διαταραχές αντίληψης

- Διαταραχές προσανατολισμού
- Παραληρητικές ιδέες (*Livaditis M., 2003*), (*Ζαφείρης Σ. και συν., 2006*).

4. Διαταραχές αισθήματος / συμπεριφοράς

- Μείωση του ενδιαφέροντος προς το άλλο φύλο για ερωτική συνεύρεση (*Bossini L., 2007*)
- Αισθήματα ενοχής, αποτυχίας, αυτομομφής και αναξιότητας (*Roupa Z., et al., 2008*).
- Κοινωνική απομόνωση
- Αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης
- Ευερεθιστότητα
- Τύψεις και ενοχές (*Wise T., et al., 2007*)
- Παράκαμψη των ευχάριστων γεγονότων – μεγέθυνση των δυσάρεστων
- Έλλειψη κινήτρων
- Τάσεις και απόπειρες αυτοκτονίας (*Zisook S., et al., 2007*), (*Feskanish D. et al., 2002*)
- ευσυγκινησία ακόμη και με ασήμαντα ερεθίσματα
- δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων

- έκφραση φόβων για την προσωπική ασφάλεια του ατόμου, ακόμη και για την ασφάλεια του κτιρίου στο οποίο βρίσκεται (Σαπουντζή – Κρέπια Δ., 2004).
- Ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον (Κουτεντάκης Κ. 2008).

Τα συμπτώματα της νόσου της Κατάθλιψης θα πρέπει να διαρκούν για τουλάχιστον δυο εβδομάδες και να επικρατούν τις περισσότερες ημέρες, για σχεδόν ολόκληρη την ημέρα. Αυτά τα συμπτώματα δυσκολεύουν την καθημερινότητα του ατόμου, τις διαπροσωπικές του σχέσεις, την απόδοσή του στην εργασία και τη ζωή του γενικότερα.



Εικόνα 4. Πηγή: <http://righttime.wordpress.com/2010/07/07>

A 3.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διάγνωση ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου, προϋποθέτει την εμφάνιση και την επανάληψη στο χρόνο ενός συνδυασμού από τυπικά συμπτώματα:

- διαρκής ανικανότητα να αισθανόμαστε χαρά
- ολοκληρωτική απώλεια ενδιαφέροντος για οτιδήποτε
- ακραία συναισθήματα μίσους ή ενοχής για τον εαυτό μας
- πλήρης ανικανότητα επικέντρωσης της προσοχής σε οποιαδήποτε εργασία
- αϋπνία ή εναλλακτική υπερυπνία
- πλήρης σεξουαλική αδιαφορία
- έντονες αυτοκτονικές τάσεις ή και πραγματικές απόπειρες αυτοκτονίας

(Feskanish D. et al., 2002).

Παρότι η Κατάθλιψη σχετίζεται πολύ στενά με την αυτοκτονία, πάνω από τα 2/3 των καταθλιπτικών ασθενών ποτέ δεν επιχειρούν ν' αυτοκτονήσουν και η συντριπτική πλειοψηφία αυτών δεν διαπράττει ποτέ ολοκληρωμένη αυτοκτονία. Άρα γίνεται σαφές, ότι άλλοι πιο ειδικοί (σχετιζόμενοι με την αυτοκτονία) και μη ειδικοί παράγοντες, εκτός από τη μείζονα Κατάθλιψη μπορεί να παίζουν αποφασιστικό ρόλο. (Fountoulakis K., et al., 2011).

Όπως απέδειξαν διάφορες μελέτες, το γεγονός ότι αυτοί που υποφέρουν από κάποια σοβαρή μορφή Κατάθλιψης δε θέτουν ένα τέλος σ' αυτή την αβάσταχτη κατάσταση αυτοκτονώντας οφείλεται στο ότι είναι υπερβολικά εξαντλημένοι για να το πραγματοποιήσουν.

Ίσως έτσι εξηγείται το φαινομενικά παράλογο γεγονός ότι οι περισσότερες αυτοκτονίες καταθλιπτικών ασθενών συμβαίνουν μόλις “βγαίνουν” ή αρχίζουν να συνέρχονται από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Τα άτομα αυτά βρίσκουν την απαραίτητη ενέργεια για να θέσουν ένα οριστικό τέλος στην “άθλια” ζωή τους, μόλις αισθανθούν καλύτερα .

Λόγω της πολυμορφίας και της ετερογένειας των καταθλιπτικών διαταραχών η διάγνωση της Κατάθλιψης δεν είναι εύκολη. Ωστόσο έχει γίνει μια προσπάθεια ομαδοποίησης των πολυάριθμων πράγματι συμπτωμάτων και σημείων της Κατάθλιψης.

Η διάγνωση των ψυχιατρικών ασθενειών γίνεται με βάση τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχικής Εταιρείας. (Christodoulou C., et al., 2010).

Τα κύρια διαγνωστικά κριτήρια της Κατάθλιψης, σύμφωνα με το DSM – IV (Diagnostic And Statistical manual of Mental Disorders), είναι τα ακόλουθα:

- καταθλιπτικό συναίσθημα
- μείωση ενδιαφέροντος
- μείωση της όρεξης για φαγητό ή αύξηση αυτής
- αϋπνία ή υπερυπνία
- κόπωση
- ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική βραδύτητα
- συναισθήματα ενοχής
- αναποφασιστικότητα

- αυτοκαταστροφικός ιδεασμός
- μείωση αισθημάτων αυτοσεβασμού (Ρήγας Δ., 2009).

Αυτά τα κριτήρια πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε κατά την ίδια δεκαπενθήμερη χρονική περίοδο. Μέσα στα πέντε αυτά συμπτώματα πρέπει να περιλαμβάνεται τουλάχιστον το υπ' αριθμόν ένα ή το υπ' αριθμό δύο κριτήρια.

Για να καταλήξει ο ειδικός ιατρός στη διάγνωση της Κατάθλιψης θα πρέπει επιπρόσθετα τα παρακάτω συμπτώματα να

--προκαλούν σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του ασθενούς (κοινωνική, επαγγελματική).

--μην οφείλονται σε δράση ουσιών, φαρμάκων ή νόσου (υπερθυρεοειδισμός)

--μην οφείλονται σε πένθος

Εάν λάβουμε υπόψη ότι η Κατάθλιψη πλήττει εργαζόμενους οι οποίοι διανύουν την πιο παραγωγική τους ηλικία και ότι ακόμη το 80% των πασχόντων μπορούν να θεραπευτούν με επιτυχία, τότε γίνεται αντιληπτή η πολύ μεγάλη σημασία που έχει η έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Η έγκαιρη ανίχνευση και αναγνώριση του προβλήματος επιτρέπει την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση, η οποία πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

A 3.10 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ερευνητές έχουν εντοπίσει ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της Κατάθλιψης ή ενεργοποίησης αυτής.

Αυτοί μπορεί να είναι:

- οι βιολογικοί γονείς με Κατάθλιψη
- το γυναικείο φύλο
- τραυματικές παιδικές εμπειρίες (κακοποίηση, αποχωρισμός από τους γονείς, διαζύγιο)
- στενοί οικογενειακοί φίλοι με Κατάθλιψη
- μια σοβαρή ασθένεια (καρδιοπάθεια, AIDS, Alzheimer, διαβήτης, και άλλες)
- η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απαισιοδοξία, η εξαρτημένη προσωπικότητα
- τα φάρμακα (αντιυπερτασικά, υπνωτικά, αντιαρρυθμικά, κορτικοστεροειδή, διγοξίνη) (Γουρνέλλης P. 2011)
- οι ορμονικοί παράγοντες (εμμηνόπαυση)
- η κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, κοκαΐνη)
- ο υπερθυρεοειδισμός ή ο υποθυρεοειδισμός
- το σύνδρομο Cushing
- ο σακχαρώδης διαβήτης
- οι νευρολογικές καταστάσεις όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, άνοια, νόσος Parkinson (Cole M. 2002).
- τα διατροφικά προβλήματα (έλλειψη βιταμίνης B12) ,(Kimberly A. et al., 2010)
- ορισμένες μορφές καρκίνου (Ca παγκρέατος)
- η χαμηλή αυτοεκτίμηση ατομικής υγείας
- η κακή κοινωνική στήριξη
- το πένθος (Martin G. et al., 2003)
- η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων (Αγγελόπουλος N., 2009)
- η απώλεια της εργασίας και οικονομικές συνέπειες αυτής

- η απώλεια της ασφαλιστικής κάλυψης
- η απομάκρυνση της προοπτικής συνταξιοδότησης (Hadolias D., 2005).

A 3.11 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι λειτουργοί υγείας είναι επαγγελματίες κεντρικής σημασίας για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας προς τους ασθενείς. Κάποιοι λειτουργοί υγείας, όπως οι ιατροί, οι νοσηλευτές, οι οδοντίατροι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών και εργασιακής εξουθένωσης (burnout). Μεταξύ των γιατρών εκτιμάται ότι οι ψυχίατροι, οι χειρουργοί, οι αναισθησιολόγοι, κινδυνεύουν περισσότερο αν και τα ποσοστά τείνουν να εξισωθούν για όλες τις ιατρικές ειδικότητες.

Για να αντιμετωπισθούν τα παραπάνω απαιτείται να ληφθούν μέτρα που αφορούν τις συνθήκες εργασίας (π.χ. ανασχεδιασμός της εργασίας, τήρηση καθκοντολογίου, υιοθέτηση ευέλικτων ωραρίων, προώθηση της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων. Αν η ζωή των εργαζομένων στο χώρο της υγείας δε βελτιωθεί, τότε μπορεί αυτοί να οδηγηθούν στα δίκτυα της Κατάθλιψης, στην εξάρτηση από ουσίες, ακόμη και στην αυτοκτονία (Gonda X. et al., 2007).

Επίσης εάν οι προσδοκίες των λειτουργών υγείας, τόσο σε επαγγελματικό, όσο και σε προσωπικό επίπεδο δεν πληρούνται τότε η αποθάρρυνση και η απογοήτευση που θα προκύψει, θα συμβάλλουν ίσως και στην εγκατάλειψη του

λειτουργήματος που ασκούν. Επίσης πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν απαλλαχθεί από τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Στην πραγματικότητα, η έκθεση σε πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες μπορεί να οδηγήσει τους λειτουργούς υγείας σε Κατάθλιψη με επικράτηση 13% απ' ότι το γενικό πληθυσμό. Την 1/1/2009, ο HPP (πρόγραμμα επαγγελματιών υγείας του ιατρικού συλλόγου στο Όρεγκον της Αμερικής), άρχισε να προσφέρει υπηρεσίες στους δικαιούχους με ψυχικές παθήσεις καθώς και παροχή στήριξης σ' αυτούς και τις οικογένειές τους. Επίσης υποστηρίζει το παραπάνω πρόγραμμα το δικαίωμα των λειτουργών υγείας να συνεχίσουν την άσκηση του λειτουργήματός τους, εφόσον υπάρχει τεκμηρίωση της ανάκαμψης ή σταθεροποίησης της ψυχικής τους υγείας.

Επίσης το 9,6% των λειτουργών υγείας με πλήρη απασχόληση μεταξύ των ηλικιών 18 – 64 ετών υπέστη ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μέσα σ' ένα έτος εργασίας, σύμφωνα με έκθεση που δημοσιεύθηκε από την κατάχρηση ουσιών των Η.Π.Α. και την υπηρεσία Διοίκησης Αγωγής Υγείας.

Άλλη μελέτη σε 16 νοσοκομεία των Η.Π.Α. από το 2003 – 2004, βρήκε ένα μεγαλύτερο ποσοστό απουσιών του προσωπικού των overstuffed μονάδων. Οι λειτουργοί υγείας στα νοσοκομεία αυτά πήραν άδεια δύο φορές συχνότερα απ' ότι οι εργαζόμενοι σε άλλα τμήματα, διότι βίωναν έντονο στρες καθημερινά (*Larson J., 2004*).

Επίσης έρευνες αποκαλύπτουν ότι άνδρες που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα νοσοκομείων παρουσιάζουν πιο συχνά αισθήματα αποπροσωποποίησης, ενώ δε συμβαίνει το ίδιο στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας (Σταυριανόπουλος Θ. και συν.,2011).



Εικόνα 5. Πηγή: <http://blog.vaughanfirm.com/2012/04/new-study-examines-depression-in-adoptive-mothers/>

Οι λειτουργοί υγείας προσφέρουν πολλά, χωρίς όμως να λαμβάνουν αντίστοιχα. Εργάζονται πολλές και ακανόνιστες ώρες και ημέρες και σ' αυτούς βασίζεται η ζωή των ασθενών τους.

Οι συνθήκες εργασίας μπορούν να επιδεινώσουν προϋπάρχοντα ή μη προβλήματα υγείας. Έτσι η μεγάλη προσπάθεια σε συνδυασμό με χαμηλές ανταμοιβές, την υψηλή ζήτηση αναγκών και το μικρό βαθμό αυτονομίας, μπορούν να επιδεινώσουν κατά 2 έως 3 φορές άλλα προβλήματα υγείας (Kyriazis S., 2010).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στις πρώτες θέσεις της λίστας των λειτουργημάτων που παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιρρέπεια στην Κατάθλιψη. Η

ενασχόληση με κακοποιημένα παιδιά ή με οικογένειες σε κρίση (σε συνδυασμό με τη μεγάλη γραφειοκρατία), δημιουργούν μια απαιτητική και αγχωτική εργασία.

“Λέγεται ότι για να κάνουμε μια καλή δουλειά, πρέπει να δουλεύουμε πολύ σκληρά και συχνά να κάνουμε θυσίες”, υποστηρίζει ο Willard Ch. Κλινικός ψυχολόγος του πανεπιστημίου του Tufts.

“Οι επαγγελματίες υγείας τονίζουν τις πιο θλιβερές πτυχές της ζωής μας. Κάθε ημέρα έχουν να ασχοληθούν με ασθένειες, τραύματα αλλά και με το θάνατο, όπως και με ποιο τρόπο θα ανακοινώσουν τα δυσάρεστα στις οικογένειες των ασθενών”, υποστηρίζει ο Willard Ch.

“Είναι αγχωτικό και ψυχοφθόρο να βλέπεις τους ασθενείς και να μην παίρνεις μια θετική επιβράβευση”, λέει ο Willard, συγγραφέας του βιβλίου Child’s Mind.

A 3.12 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ / ΤΡΙΕΣ

Η Νοσηλευτική Επιστήμη έχει αλλάξει σημαντικά από την εποχή της Florence Nightingale, που ορίζεται ως “ένα πόδι – στρατιώτη”, στην πρώτη γραμμή στη μάχη κατά της νόσου. Από το 19^ο αιώνα, όλο και περισσότεροι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, στα πλαίσια της κοινότητας.

Μοτίβα του κανονισμού νοσηλείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης, διαφέρουν σημαντικά σε όλο τον κόσμο, αν και συμφωνίες στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επιτρέπουν κάποια κινητικότητα του εργατικού δυναμικού των νοσηλευτών πέραν των εθνικών συνόρων.

Έτσι λοιπόν κρίνεται αναγκαίο να παρακολουθούνται τα επίπεδα άγχους (σε πρώιμο στάδιο) των επαγγελματιών υγείας, ώστε να εφαρμοσθούν στρατηγικές για την πρόληψη της υποβάθμισης της ψυχικής τους υγείας. Οι νοσηλευτές δεν παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, διαφορετική απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Όμως οι παρακάτω παράγοντες θεωρούνται επικίνδυνοι :

- εντατικές συνθήκες εργασίας
- ασταθή και παρατεταμένα ωράρια (*Aiken L.et al., 2002*)
- ζητήματα στελέχωσης εργασιακού χώρου (*Stavrianopoulos Th. et al., 2011*)
- ταχέως μεταβαλλόμενες τεχνολογίες
- ψυχοφθόρο, όχι ευχάριστο περιβάλλον
- οργανωτικά ζητήματα – προβλήματα
- επικοινωνία με ασθενείς τελικού σταδίου
- άγχος της εργασίας
- ποικίλα ζητήματα προσωπικής φύσης
- διαπροσωπικές συγκρούσεις με το υπόλοιπο προσωπικό στον εργασιακό χώρο (*Parageorgiou D.et al., 2007*)
- δυνατά συναισθήματα
- αίσθημα εργασιακής ανεπάρκειας
- έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία (*Zangaro G. et al., 2007*)

Η Νοσηλευτική ως λειτούργημα μπορεί υπό προϋποθέσεις να δημιουργήσει στους/στις νοσηλευτές/τριες «συναισθηματική αιμορραγία» (Walden P., 2010).

Το νοσηλευτικό λειτούργημα και ιδιαίτερα στο τομέα της ψυχικής υγείας, φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας.

Το γυναικείο φύλο και η οικογενειακή κατάσταση συσχετίστηκαν με υψηλά ποσοστά άγχους και Κατάθλιψης (Kyloudis P., et al., 2011).

Ένα 12% των νοσηλευτών/τριών στο Ηνωμένο Βασίλειο, εργάζεται και απασχολείται σ' ένα πλαίσιο ψυχικής υγείας (Nolan P., et al, 2003).

Οι νοσηλευτές/τριες δεν ασκούν μόνο το ρόλο των φροντιστών, είναι επίσης οι διαχειριστές αλλά και οι εποπτικές αρχές των ασθενών. Επιτελούν το ρόλο του συμβούλου για θέματα υγιεινής, πρόληψης των ασθενειών για τα άτομα, τις οικογένειές τους, αλλά και για την κοινωνία. Εργάζονται σ' ένα υψηλής πίεσης περιβάλλον, όπου το διακύβευμα είναι πολύ υψηλό με πολύ λίγο έλεγχο πάνω στο περιβάλλον αυτό.

Επίσης έρευνες αποκαλύπτουν ότι πολλές φορές η επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν οι νοσηλευτές/τριες είναι τόσο έντονη και καθημερινή, που μπορεί να οδηγήσει σε Κατάθλιψη ή και απόπειρα αυτοκτονίας (Maslach A., et al, 2001).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση (factor analysis) της μελέτης των Παπαγεωργίου και συν. Το 2007, ανέδειξε ως πρώτο παράγοντα – και σαφώς καθοριστικό στη διαμόρφωση της συναισθηματικής κατάστασης των

νοσηλευτών/τριών - την Κατάθλιψη με ποσοστό 19.2%, η οποία μπορεί να οδηγήσει τους ίδιους σε ακραίες καταστάσεις χειρισμού του άγχους του (Papageorgiou D., et al, 2007).

A 3.13 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΟΣΟΥ

Ορισμένοι άνθρωποι με μείζονα κατάθλιψη ενδέχεται να αισθάνονται καλύτερα μετά τη λήψη αντικαταθλιπτικών για μερικές εβδομάδες. Ωστόσο πολλοί άνθρωποι πρέπει να λαμβάνουν τα φάρμακά τους για 4 – 10 μήνες για να αισθάνονται καλύτερα και να αποφευχθεί έτσι η υποτροπή της νόσου. Για τους ασθενείς που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατάθλιψης, απαιτείται συνεχιζόμενη θεραπεία και παράλληλα έλεγχος από τον ειδικό ιατρό για μεγάλο χρονικό διάστημα (Fava M., et al , 2008)

Η πρόγνωση για τους έγγαμους ασθενείς (άνδρες και γυναίκες), φαίνεται να είναι καλύτερη, διότι λαμβάνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη και πιθανώς έχουν καλύτερες κοινωνικές δεξιότητες.

Τα περισσότερα άτομα με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο θα βελτιωθούν, και θα ανταποκρίνονται θετικά σ' ένα τουλάχιστον αντικαταθλιπτικό φάρμακο. Τα άτομα αυτά επίσης μπορούν να ωφεληθούν και από τη ψυχοθεραπεία.

Με τον καιρό, η ανάκτηση είναι συνήθως πλήρης, αν και ο κίνδυνος υποτροπής αυξάνει σε κάθε επεισόδιο.

Περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των ατόμων με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, θα έχουν κι άλλο, ενώ τα άτομα με ιστορικό τριών προηγούμενων επεισοδίων έχουν 90% πιθανότητα να παρουσιάσουν ένα τέταρτο επεισόδιο (Eaton W., et al., 2008).



Εικόνα 6. Πηγή: <http://melle-in-the-belfry.deviantart.com/#/dokise>

Λόγω αυτού του υψηλού ποσοστού υποτροπής συνιστάται ότι τα άτομα με ιστορικό πολλαπλών καταθλιπτικών επεισοδίων λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για το υπόλοιπο της ζωής τους.

Η κακή έκβαση σχετίζεται με την ανεπαρκή επεξεργασία, σοβαρά αρχικά συμπτώματα(συμπεριλαμβανομένης της ψύχωσης), πρώιμη ηλικία έναρξης της νόσου, μεγάλος αριθμός προηγούμενων επεισοδίων, προϋπάρχουσα σοβαρή ψυχική διαταραχή, οικογενειακή δυσλειτουργία, ιστορικό δυσθυμίας, συνυπάρχουσα γνωστική έκπτωση, συνυπάρχουσα σωματική νόσος, μεγάλη βαρύτητα / διάρκεια παρόντος επεισοδίου.

Επίσης για σχεδόν 15 εκατομμύρια Αμερικανούς και 120 εκατομμύρια σε όλο τον κόσμο που πάσχουν από Κατάθλιψη, η πρόγνωση για ανάκαμψη μπορεί να είναι μάλλον απογοητευτική.

“Μην πιστεύετε την κοινή παρανόηση ότι μόνο τα φάρμακα μπορούν να θεραπεύσουν την Κατάθλιψη με επιτυχία”, συμβουλεύει ο Δρ Games M.Greenblatt, ένας ψυχίατρος που ειδικεύεται στη θεραπεία παιδιών και ενηλίκων

με καταθλιπτικές διαταραχές. “Οι καλές ειδήσεις” διακηρύσσει ο Greenblatt, είναι “ότι οι ασθενείς μπορούν πράγματι να ξεφύγουν από το τρενάκι της απογοήτευσης και του κυνισμού που προκαλείται από τον αναποτελεσματικό αντικαταθλιπτικό χάπι”. Κάθε καταθλιπτικό επεισόδιο, όπως και κάθε πρόσωπο είναι μοναδικό και ξεχωριστό. Η Κατάθλιψη είναι μια ασθένεια προσωπική. Άρα απαιτείται εξατομικευμένη ιατρική αλλά και νοσηλευτική προσέγγιση. “Δεν υπάρχουν δύο ζέβρες που να έχουν ακριβώς τις ίδιες λωρίδες”, υποστηρίζει ο Greenblatt, για να τονίσει την ιδιότυπη φύση της νόσου (Greenblatt J., 2010).

A 3.14 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Παρόλο που η Κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια σοβαρή και πολύ επίπονη ασθένεια, υπάρχουν ευτυχώς διάφορες αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές. Μεταξύ των πιο ευρύτερα διαδεδομένων μορφών θεραπείας της Κατάθλιψης είναι:

1. η ψυχοθεραπεία (γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία)
2. τα φάρμακα
3. η φωτοθεραπεία
4. η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (σε σοβαρές περιπτώσεις)
5. ο Δ.Μ.Ε. (Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός)
6. οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Ο συνδυασμός των θεραπειών βάσει ιατρικής επιλογής, έχει αποδειχθεί το πιο ισχυρό όπλο στην αντιμετώπιση της νόσου της Κατάθλιψης .

Οι συνηθέστερες μορφές ψυχοθεραπείας είναι η γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς (Γ.Σ.Θ.) και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Δ.Ψ.Θ.).

Οι αρχές της (Γ.Σ.Θ.) διατυπώθηκαν συστηματικά από τον, Aaron Tim Beck, που θεωρείται ο ιδρυτής της (Καλαντζή – Αζίζι Α., 2002).

Η (Γ.Σ.Θ.) είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη και η καλύτερα μελετημένη μορφή ψυχοθεραπείας, ενώ η αποτελεσματικότητά της θεωρείται συγκρίσιμη με της φαρμακοθεραπείας (Balta G., 2010).

Η γνωσιακή είναι μια βραχυχρόνια ψυχοθεραπεία που στοχεύει να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ν' αντιμετωπίσει τις αρνητικές του σκέψεις και συμπεριφορές με άλλες περισσότερο ρεαλιστικές. Η Γ.Σ.Θ., μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά εκείνα τα άτομα (περίπου το 40%), που είναι κατάλληλα γι' αυτού του είδους τη θεραπευτική προσέγγιση. Η Γ.Σ.Θ., σε ατομική βάση ή και σε ομαδικό πλαίσιο αποτελεί θεραπεία εκλογής σε ήπιας, μέτριας ή και σοβαρής έντασης καταθλιπτικής διαταραχής, αφού μάλιστα συνδυάζεται άριστα και αλληλοσυμπληρώνεται με φαρμακευτική αγωγή.

Η Γ.Σ.Θ. σε νέους με μείζονα Κατάθλιψη, είναι η συνιστώμενη πρώτη γραμμής παρέμβαση (Hetrick S. 2011).

Επίσης τις βασικές αρχές της θεραπείας της συμπεριφοράς αναφέρει ο στωικός φιλόσοφος Επισθένης, που τονίζει ότι "οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από πράγματα, αλλά από τον τρόπο που τα βλέπουν και τα αντιλαμβάνονται"(Minasidou E., et al., 2005).

Γενικά οι ψυχοθεραπείες για την Κατάθλιψη είναι εξίσου αποτελεσματικές και έχει αποδειχθεί ότι κοινοί παράγοντες όπως η θεραπευτική σχέση και η παρουσίαση ενός αξιοπρόσεκτου μοντέλου Κατάθλιψης στον ασθενή είναι τα ισχυρότερα συστατικά οποιασδήποτε ψυχοθεραπείας (Van H., et al., 2008).

Βέβαια η κλασσική θεραπευτική επιλογή συνιστά και αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, αφού μάλιστα η τεχνολογία προσφέρει νέες ουσίες άμεσης αποτελεσματικότητας, υψηλής ασφάλειας και ιδιαίτερα ευνοϊκού προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών.

Το ζητούμενο είναι να πεισθεί το άτομο να λαμβάνει την αγωγή για 9 – 12 μήνες στην αρχή ώστε να αισθανθεί καλύτερα. Με τη συνεχή επανεκτίμηση του θεράποντα ιατρού θα αποφευχθούν οι υποτροπές καθώς και ο κίνδυνος επανεμφάνισης της νόσου.

Η διαπροσωπική θεραπεία επικεντρώνεται στις παρελθούσες και παρούσες σχέσεις και το πώς αυτές επηρεάζουν τη τωρινή λειτουργικότητα του ατόμου.

Η διαπροσωπική θεραπεία συνδυάζει στοιχεία γνωστικής θεραπείας με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να αποτρέψει την υποτροπή και είναι αποτελεσματική ως θεραπεία συντήρησης για περισσότερο σοβαρά καταθλιπτικούς ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Kathleen E., 2006).

Τα αντικαταθλιπτικά έχουν βελτιώσει τη θεραπεία της νόσου, αλλά η μη πλήρης απάντηση, η σταθερή νοσηρότητα, οι υποτροπές, η διέγερση, η κατάχρηση ουσιών, η υπέρμετρη θνησιμότητα από ιατρικούς λόγους και ο κίνδυνος της αυτοκτονίας παραμένουν άλυτα προβλήματα μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης (Vigo D., et al., 2009).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αποτελούν ίσως μια πολύ καλή λύση, αν και έχουμε κάθε λόγο να αποφεύγουμε την αλόγιστη χρήση φαρμάκων. Επειδή το άτομο που βρίσκεται βυθισμένο στην άβυσσο της Κατάθλιψης δε μπορεί να

βοηθήσει τον εαυτό του, έρχεται η επιστήμη να το πράξει αυτό με τη βοήθεια κατάλληλων φαρμάκων. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου και αλλάζουν τη δράση των χημικών ουσιών (νευροδιαβιβαστές), οι οποίες χρησιμοποιούνται για να επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους.

Σημαντικοί νευροδιαβιβαστές είναι:

1. η σεροτονίνη (*Trivedi M.et al, 2008*)
2. η νοραδρεναλίνη (*Hajak G. , 2006*)

που συμβάλλουν στη θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής.

Τα αντικαταθλιπτικά είναι σχεδόν αθώα φάρμακα, δεν προκαλούν εξάρτηση, δεν έχουν σοβαρές παρενέργειες, προσφέρουν όμως ουσιαστική βοήθεια και υποστήριξη στον ασθενή.



Εικόνα 7. Πηγή:<http://poisonedshadow.wordpress.com/depression/>

Μαγικός τρόπος εξαφάνισης της θλίψης και της οδύνης δεν υπάρχει. Όπως δεν υπάρχει ένα σούπερ φάρμακο που θα το προτείνει ένας σπουδαίος επώνυμος γιατρός.

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Η.Σ.Θ.) είναι μια εξαιρετικά αποτελεσματική θεραπεία για τις βαριές μορφές Κατάθλιψης, όπου η φαρμακευτική αγωγή έχει αποτύχει ως θεραπευτική επιλογή. Η Η.Σ.Θ. γίνεται πραγματικά σε συνθήκες χειρουργικής επέμβασης. Στον ασθενή χορηγείται αναισθησία πριν την εφαρμογή ηλεκτρικού ρεύματος, του οποίου η ένταση είναι τέτοια ώστε να μην προκαλεί έγκαυμα ή οποιαδήποτε επώδυνη συνέπεια. Το ρεύμα περνά δια του εγκεφάλου και προκαλεί μαζική αποφόρτιση των νευρικών κυττάρων, η οποία δρα θεραπευτικά στην αντιμετώπιση της νόσου. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επιδιώκεται να αμβλυνθούν οι στρεσογόνοι εκείνοι παράγοντες που πυροδοτούν την έναρξη μιας καταθλιπτικής φάσης που επιμηκύνουν τη διάρκειά της, που επιδεινώνουν τη συμπτωματολογία της και καθιστούν το άτομο ευάλωτο.

Με τις παρεμβάσεις στο οικογενειακό περιβάλλον επιδιώκεται να εξομαλυνθούν οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, τροποποιώντας εκείνες τις συνθήκες ή τις συμπεριφορές που προκαλούν τις έριδες, τις προστριβές και τις συγκρούσεις (Κανταρτζής Σ., 2008).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, έχουν γίνει αρκετές έρευνες, οι οποίες παρέχουν σημαντικές ενδείξεις και στοιχεία για τη θετική συνεισφορά της φυσικής εξάσκησης και δραστηριότητας στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης τόσο σε βραχυχρόνια όσο και σε μακροχρόνια προγράμματα φυσικής αγωγής. Μερικές φορές μπορεί από μόνη της η φυσική δραστηριότητα να αποτελέσει τη μοναδική θεραπεία για την αντιμετώπιση της Κατάθλιψης (Patten S. ,et al,2009).

Το χιούμορ και το γέλιο, ενισχύουν τη θετική και αισιόδοξη οπτική γωνία των πραγμάτων. Η πιθανότητα να ενδώσει κανείς σε συναισθήματα θλίψης είναι μικρότερη όταν καταφέρει να γελάσει με αυτό που τον ενοχλεί.

Το χιούμορ θεωρείται ένας μηχανισμός που βελτιώνει τον αυτοσεβασμό και μειώνει τα ψυχολογικά συμπτώματα σχετικά με τα αρνητικά γεγονότα της ζωής. Η υψηλότερη αίσθηση του χιούμορ έχει συνδεθεί με τα χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς και Κατάθλιψης (Σταθαρού Α., και συν., 2012).

Τα παραπάνω είναι εξαιρετικά σημαντικά αν σκεφτούμε το γεγονός ότι αρκετά άτομα που χρησιμοποιούν αντικαταθλιπτικά για μεγάλο χρονικό διάστημα, υποτροπιάζουν και εμφανίζουν ξανά συμπτώματα Κατάθλιψης. Τα επόμενα χρόνια θα είναι πολύ σημαντικά αφού και άλλα στοιχεία θα έρθουν στο φως για τη σχέση άσκησης και Κατάθλιψης, καθώς τόσο στην Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ διεξάγονται συνεχείς έρευνες (Νταλίπης Β., 2008).

A4 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η Κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή που έχει περιγραφεί από τους αρχαίους χρόνους και φαίνεται να υπάρχει σχεδόν σε κάθε κοινωνία στην οποία αναζητήθηκε.

Ηθολογικές μελέτες δείχνουν ότι ένα σύνδρομο με αρκετές ομοιότητες με αυτό της ανθρώπινης Κατάθλιψης υπάρχει στο ζωικό βασίλειο (Hendrie C., et al ,2009).

Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις έχει διαπιστωθεί, ότι η Κατάθλιψη εκτός από διαταραχή είναι επίσης μία ψυχολογική κατάσταση, η οποία εξυπηρετεί εξελικτικές σκοπιμότητες.

Η Κατάθλιψη συνδέεται, από πολλούς ερευνητές, με την έννοια της απώλειας. Αυτό μπορεί να σημαίνει την απώλεια μιας σχέσης(χωρισμός, διαζύγιο, θάνατος), ή του κοινωνικού status του ατόμου(κοινωνική υποβάθμιση).

Σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν μηχανισμοί και θεσμοί που επιτρέπουν την έκφραση της θλίψης και τείνουν να εξομαλύνουν και να θέσουν υπό κοινωνικό έλεγχο την καταθλιπτική αντίδραση.

Σύμφωνα με μία κυρίαρχη άποψη της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής, η Κατάθλιψη υπάρχει σε πανανθρώπινο παθοφυσιολογικό υπόβαθρο επί του οποίου επικοδομούνται διαφορετικά κατά περίπτωση συμπτώματα, ανάλογα με το πολιτισμικό – ιδεολογικό περιβάλλον (*Marsella J., 2003*).

Επίσης στις Ιουδαϊκές και Χριστιανικές κοινωνίες η Κατάθλιψη συνυπάρχει με την με την ενοχή, τις τύψεις και την ανάγκη για εξιλέωση (*Libaditis M., 2003*).

Σε άλλες παραδοσιακές κοινωνίες η Κατάθλιψη συνδυάζεται με θεαματικές αντιδράσεις εξωτερικευμένου θυμού και μια ποικιλία σωματόμορφων συμπτωμάτων (*Pirutinsky S., et al, 2010*).

Υπάρχει η υποψία ότι στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της Κατάθλιψης, αλλά εν μέρει αυτό μπορεί να οφείλεται, στην αύξηση της αναγνωρισιμότητας της ίδιας της νόσου (Σικλαφίδου Π. ,*et al* ,2011).

Εντούτοις στην ελληνική κοινωνία, πολλά περιστατικά μένουν αδιάγνωστα ή αντιμετωπίζονται ατελώς με αποτέλεσμα η διαταραχή αυτή να είναι μια σημαντική αιτία κοινωνικών, οικονομικών, διαπροσωπικών προβλημάτων και δυστυχίας (Bell B., *et al.*, 2011).

Οι άνθρωποι μέσα σε ορισμένους πολιτισμούς εμφανίζουν Κατάθλιψη με μια ποικίλη συμπτωματολογία (Andrews M., *et al.*, 2007).

Οι Ασιάτες που πάσχουν από Κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να παραπονεθούν για νευρικότητα και ευερεθιστότητα. Στη Μέση Ανατολή οι άνθρωποι παραπονούνται ότι ταλαιπωρούνται από καρδιακά προβλήματα. Η Κατάθλιψη είναι περισσότερο εμφανής σε πολιτισμούς που αποφεύγουν έκφραση και εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους (Videbeck S., 2011).



Εικόνα 8. Πηγή:<http://perivolakia.gr/pressrelease>

A5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την ελληνική κοινωνία αποτελεί παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας όσο και σε ατομικό επίπεδο (Μπούρας Γ., και συν. 2011).

Η κατανόηση της Κατάθλιψης ως κοινωνικό φαινόμενο μας οδηγεί σε μια προσπάθεια «μέτρησης» της μη συμμετοχής του ατόμου στις δραστηριότητες του κοινωνικού περιγυρου (Γιωτάκος Ο., 2010).

Κάθε άνθρωπος τείνει να δημιουργεί μια εικόνα του εαυτού του ανάλογα με τους κοινωνικούς ρόλους που έχει αποδεχθεί και στη βάση αυτών των ρόλων διαμορφώνει τη σιγουριά που απαιτείται για τη «σωστή» κοινωνική ένταξή του.

Επομένως η απώλεια εργασίας επηρεάζει αρνητικά τόσο τον «πραγματικό» κοινωνικό μας ρόλο, όσο και την «υποκειμενική» μας αυτοεκτίμηση .

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στο δικαίωμα για εργασία και στην οικονομική του επιφάνεια, με αποτέλεσμα η εργασία να συντελεί στον προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας του ατόμου προς τα έξω (Μπούρας Μ., και συν., 2011).

Έχει διαπιστωθεί ότι η αίσθηση επαγγελματικής ασφάλειας των εργαζομένων σε περιόδους μεγάλων οικονομικών αλλαγών και αβεβαιότητας είναι χαμηλή. Αντίθετα, βελτιώνεται κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής σταθερότητας (Γουλιμάρης Δ., και συν., 2010).

Η έλλειψη οικονομικής ασφάλειας, η απώλεια της εργασίας, η απότομη μείωση του εισοδήματος, η επαγγελματική αβεβαιότητα και η αδυναμία εκπλήρωσης οικονομικών υποχρεώσεων αποτελούν πολύ σοβαρή απειλή για την ακεραιότητα της ψυχικής υγείας των ατόμων και επιφέρουν σημαντική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών (Whooley M., et al., 2002).

Έτσι το άτομο απειλείται σοβαρά να εμφανίσει γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές πανικού, ψυχοσωματικές διαταραχές όπως και καταθλιπτικές διαταραχές (Κυριόπουλος Γ., και συν., 2011).

Έχει διαπιστωθεί ότι σε συνθήκες οικονομικής κρίσης και κοινωνικής ανασφάλειας ένα πολύ μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού, μετά τις πρώτες αυθόρμητες αντιδράσεις οργής, περιπίπτει στο μάλλον ασαφές, και επομένως άκρως ψυχοδιαβρωτικό συναίσθημα της Κατάθλιψης.

Η εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σε περίοδο οικονομικής κρίσης και δυσχέρειας, τυπικά αυξάνει κατά 50% στο γενικό πληθυσμό, και το ποσοστό των ανθρώπων που εμφανίζει Κατάθλιψη μετά από μεγάλη προσωπική οικονομική απώλεια ξεπερνά το 70% (Δασκαλόπουλος Θ., 2010).

Ένα σημαντικό πρόβλημα στην Ελλάδα, αλλά και σε πολλές χώρες, είναι ότι οι Γενικοί Ιατροί, οι παθολόγοι, οι χειρουργοί, οι γυναικολόγοι δε μπορούν να αναγνωρίσουν επαρκώς τα νοσήματα που αγγίζουν τη ψυχική μας σφαίρα, διότι δεν είναι εκπαιδευμένοι γι' αυτό.(Π.χ. μη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης).Η παραπάνω διαπίστωση έχει ιδιαίτερη σημασία, διότι η μη διαγνωσμένη κατάθλιψη οδηγεί στην αυτοκτονία (Τσιάντος Β., 2010).

Και όλα αυτά λαμβάνουν χώρα τη στιγμή που τα στοιχεία δείχνουν ότι το 2020 η Κατάθλιψη, το κυριότερο νόσημα απ' όλες τις παθήσεις του ψυχοπαθολογικού φάσματος, θα αποτελέσει πιθανά τη δεύτερη αιτία αναπηρίας σε παγκόσμιο επίπεδο, ειδικά στο φάσμα των παραγωγικών ηλικιών.

Ο Άγγλος κοινωνιολόγος Plant (1948), σε μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρει 156 μελέτες, οι οποίες δείχνουν συστηματικά ότι οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες είναι πολύ πιο συχνές στους άνεργους παρά στους εργαζόμενους. Δύο άλλες μελέτες (Roy 1982, Robin et al.), έδειξαν ότι περισσότεροι άνεργοι αυτοκτονούν σε σύγκριση με τους ψυχιατρικούς ασθενείς.

Επίσης σε ψυχιατρική κλινική του Εδιμβούργου, το 62% δείγματος ανδρών (σύνολο 501 άνδρες), οι οποίοι εξετάστηκαν έπειτα από απόπειρα αυτοκτονίας ήταν άνεργοι (Hadolias D., 2005).



Εικόνα 9, .Πηγή:<http://www.google.gr/imgres>

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η ύπαρξη πιθανής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο προσωπικό της διεπιστημονικής ομάδας που προσφέρει υπηρεσίες υγείας στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και συγκεκριμένα στα πέντε Κέντρα Υγείας του νομού της Λάρισας.

B2 ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών, διενεργήθηκε έρευνα στα Κέντρα Υγείας Ελασσόνας, Γόννων, Τυρνάβου, Αγιάς, και Φαρσάλων. Το υλικό της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι εργαζόμενοι λειτουργοί στις παραπάνω δομές της Π.Φ.Υ., καλύπτοντας και τις τρεις βάρδιες εργασίας και από το μήνα Μάρτιο του 2012 έως και το μήνα Αύγουστο του ίδιου έτους. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε κατόπιν αδείας από την 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και ενημέρωσης των διευθυντών των Κέντρων Υγείας με την οποία επιτράπηκε η είσοδος στους παραπάνω υγειονομικούς χώρους. Εργαλείο χρήσιμο αποτέλεσε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο, σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε 25 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, που διανεμήθηκε στους λειτουργούς υγείας την ώρα που ασκούσαν τα εργασιακά τους καθήκοντα.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μετρήθηκε με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας alpha του Gronbach ($\alpha=0.853$), που θεωρείται πάρα πολύ καλός δείκτης αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο κρίθηκε κατάλληλο, διότι προηγήθηκε

«πιλοτική» μελέτη, σε δύο Κέντρα Υγείας του νομού και σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 24 λειτουργών υγείας, που αποτέλεσαν το ¼ του τελικού δείγματος της παρούσας έρευνας. Το παραπάνω δείγμα των λειτουργών υγείας θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικό και ικανό ώστε να διεξαχθούν ουσιαστικά αποτελέσματα μέσω της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων.

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου προσαρμόστηκε στους λειτουργούς υγείας για να διαπιστωθεί η ύπαρξη πιθανής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επίσης χαρακτηρίστηκε επαρκές, έγκυρο, αξιόπιστο, προσιτό στο εκπαιδευτικό υπόβαθρο των λειτουργών υγείας με σωστά διατυπωμένες ερωτήσεις, εκφράζοντας την τρέχουσα ελληνική πραγματικότητα, ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία στις απαντήσεις και να έχει πραγματική αξία η έρευνα.

B2.1 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 88 επαγγελματίες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές / τριες, μαίες / τές, επισκέπτριες / ες υγείας και τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων. Πιο συγκεκριμένα συμμετείχαν συνολικά και στα πέντε Κέντρα Υγείας οι εξής:

30 ιατροί (34.1%)

33 νοσηλευτές / τριες(37.5%)

8 μαίες / τές (9.1%)

11 επισκέπτες / τριες υγείας (12.5%)

6 τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων (6.8%)

Πιο ειδικά συμμετείχαν στην έρευνα

20 επαγγελματίες υγείας προερχόμενοι από το Κέντρο Υγείας Ελασσόνας,

19 επαγγελματίες υγείας προερχόμενοι από το Κέντρο Υγείας Αγιάς,

14 επαγγελματίες υγείας προερχόμενοι από το Κέντρο Υγείας Φαρσάλων,

17 επαγγελματίες υγείας προερχόμενοι από το Κέντρο Υγείας Γόννων,

18 επαγγελματίες υγείας προερχόμενοι από το Κέντρο Υγείας Τυρνάβου

B2.2 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο ήταν μια αυτο-συμπληρούμενη κλίμακα και χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της έντασης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ήταν ανώνυμο περιελάμβανε 25 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και κάλυπτε έξι (6) θεματικές ενότητες, τις εξής παρακάτω:

α) συναισθηματική κατάσταση

β) σκέψη – κρίση

γ) καθημερινές δραστηριότητες

δ) κοινωνικότητα

ε) σωματική, σεξουαλική υγεία

στ) αυτοπεποίθηση – αυτοεκτίμηση

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μετρήθηκε με το δείκτη εσωτερικής συνέπειας alpha του Gronbach. (Ο δείκτης πρέπει να κυμαίνεται από το 0 έως το 1).

Επαρκής συνάφεια και επομένως καλή αξιοπιστία υπάρχει όταν ο δείκτης alpha είναι μεγαλύτερος από 0.65 και χαμηλή αξιοπιστία όταν είναι μικρότερος από το 0.65.

Ο δείκτης alpha του Gronbach, για όλες τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου, είναι $\alpha = 0.893$, που θεωρείται πάρα πολύ καλός δείκτης αξιοπιστίας.

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου μετρήθηκε και βρέθηκε ότι όλες οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.01.

Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου απαιτούσε κατά μέσο όρο δέκα (10) λεπτά της ώρας, μετά από λεπτομερή ανάγνωση και κατανόηση του κειμένου από τους επαγγελματίες υγείας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ανίχνευσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους επαγγελματίες υγείας στα Κ. Υ. του Ν. Λάρισας.

Διαβάστε κάθε μία από τις 25 προτάσεις που ακολουθούν και επιλέξτε αντίστοιχα πόσο συχνά την εβδομάδα η πρόταση αυτή περιγράφει πως αισθάνεστε.

Περιοριστείτε μόνο σε ότι ισχύει την τελευταία εβδομάδα.

Παρακαλούμε συμπληρώστε:

Βάλτε **X** η **V** η κυκλώστε τη σωστή απάντηση.

Ημερομηνία συμπλήρωσης:

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Ηλικία:.....

Γνωστικό υπόβαθρο: ΤΕΙ ΑΕΙ

Επαγγελματική ιδιότητα:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1) Αισθάνομαι αποθαρρυσμένος/η η στενοχωρημένος/η.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

2) Η χαρά και η ευχαρίστηση έχουν φύγει από τη ζωή μου.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

3) Αισθάνομαι λύπη και κλαίω χωρίς λόγο.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

4) Το πρωί αισθάνομαι καλύτερα.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

5) Η διάθεση μου λαμβάνει στροφή όταν έρχεται ο Χειμώνας.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

6) Δε χαίρομαι ακόμη και όταν μου συμβαίνουν ευχάριστα γεγονότα.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

7) Πιστεύω πως η απογοήτευση είναι μέρος της ζωής μας και ότι

οι "ευτυχείς" είναι ανύπαρκτοι

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

8) Είναι δύσκολο να συγκεντρωθώ στο διάβασμα.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

9) Όταν κάνω κάτι καθυστερώ.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

10) Δυσκολεύομαι να παίρνω αποφάσεις για καθημερινά ζητήματα.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

11) Νιώθω σαν να έχω χάσει όλη μου την ενέργεια.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

12) Έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για δραστηριότητες που κάποτε μου ήταν ευχάριστες και επιθυμητές.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

13) Είμαι υπερκινητικός/ή και δεν μπορώ να μείνω ήσυχος/η.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

14) Αισθάνομαι χρήσιμος/η και αναγκαίος/α για τους γύρω μου.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

15) Όταν μου τηλεφωνεί ένας στενός φίλος, αποφεύγω ν' απαντήσω.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

16) Αισθάνομαι ότι οι γύρω μου θα ήταν καλύτερα αν έλειπα από δίπλα τους.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

17) Η διάθεση μου επηρεάζει τους ανθρώπους γύρω μου.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

18) Τη νύχτα υποφέρω από αϋπνίες.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

19) Συχνά παρουσιάζω πονοκεφάλους, πόνους στον αυχένα, πόνους στις αρθρώσεις.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

20) Παρατηρώ ότι χάνω ή παίρνω βάρος χωρίς λόγο.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

21) Έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για ερωτική δραστηριότητα.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

22) Θεωρώ τον εαυτό μου αφηρημένο σε καταστάσεις κινδύνου π.χ. δε φοράω ζώνη ασφαλείας.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

23) Αξιολογώ την αυτοπεποίθησή μου ως χαμηλή.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

24) Αισθάνομαι πως είμαι ένα άτομο ένοχο, το οποίο πρέπει να τιμωρηθεί.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

25) Φαντάζομαι το μέλλον μου ως ένα μακρύ σκοτεινό τούνελ.

Σπάνια	συχνά	πολύ συχνά	συνεχώς
--------	-------	------------	---------

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε 6 ενότητες:

1-7: Συναίσθημα.

8-10: Σκέψη, κρίση.

11-13: Δραστηριότητες.

14-17: Κοινωνικότητα.

18-22: Υγεία σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια.

23-25: Αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση.

B2.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας χορηγήθηκε άδεια εισόδου – πρόσβασης στα ιατρεία των Κέντρων Υγείας, από την 5^η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας για τη διανομή ερωτηματολογίου. Η ίδια υπηρεσία κάνοντας γνωστή την τήρηση των διατάξεων περί προσωπικών δεδομένων, με την εκπόνηση της διπλωματικής αυτής εργασίας, ζήτησε την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επίσης εστάλη κοινοποίηση στους διευθυντές των Κέντρων Υγείας, η οποία προηγήθηκε της διανομής των ερωτηματολογίων. Οι επαγγελματίες υγείας προσεγγίσθηκαν ένας – ένας ξεχωριστά κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους, με τρόπο που να μην παρακωλύεται η εργασία τους στο παραμικρό. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε και στις τρεις εργασιακές βάρδιες και η συμπλήρωσή του διήρκεσε δέκα λεπτά της ώρας, αφού προηγήθηκε λεπτομερής ανάγνωση. Όπου κρίθηκε απαραίτητο δόθηκαν διευκρινήσεις και επεξηγήσεις. Σε όλες τις περιπτώσεις τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια σχετικά με το απαντητικό περιεχόμενο των ερωτηματολογίων και η συγκέντρωσή τους έγινε με ασφάλεια.

B2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Υλικό και Μέθοδος

Δείγμα και Συλλογή Δεδομένων

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια εκπόνησης της Διπλωματικής Εργασίας, του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας σε σύμπραξη με το τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Λάρισας.

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους λειτουργούς υγείας των Κέντρων Υγείας του νομού της Λάρισας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε κέντρα υγείας του Νομού Λάρισας από το Μάρτιο του 2012 μέχρι τον Αύγουστο του ίδιου έτους. Το δείγμα αποτέλεσαν οι επαγγελματίες υγείας των κέντρων υγείας.

Τα δεδομένα που καταγράφηκαν αριθμητικά είναι 20 από το κέντρο υγείας Ελασσόνας, 19 από το κέντρο υγείας Αγίας , 14 από το κέντρο υγείας Φαρσάλων, 17 από το κέντρο υγείας Γόννων και 18 από το κέντρο υγείας Τυρνάβου, σύνολο 88 επαγγελματίες στο χώρο της υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι επιλεγμένοι με βάση την επαγγελματική τους ιδιότητα, την ηλικία ,το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και το γνωστικό τους υπόβαθρο. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι γυναίκες (64 άτομα). Για τη διερεύνηση του θέματος, επιλέχθηκε ένας περιγραφικός ερευνητικός σχεδιασμός κι έγινε μία λεπτομερή καταγραφή δεδομένων που περιελάμβανε τα εξής θέματα:

1. Δημογραφικά στοιχεία: ηλικία, φύλο, επάγγελμα.
2. Μόρφωση (γνωστικό υπόβαθρο)
3. Οικογενειακή κατάσταση

Στατιστική Μεθοδολογία

Η στατιστική επεξεργασία έγινε εργαλεία περιγραφικής και παραμετρικές μεθόδους όπως :

1. Κατασκευή, ανάλυση κι ερμηνεία των παραμετρικών μεθόδων του ελέγχου t

test για ανεξάρτητα δείγματα, της μεθόδου της ανάλυσης διακύμανσης και του συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

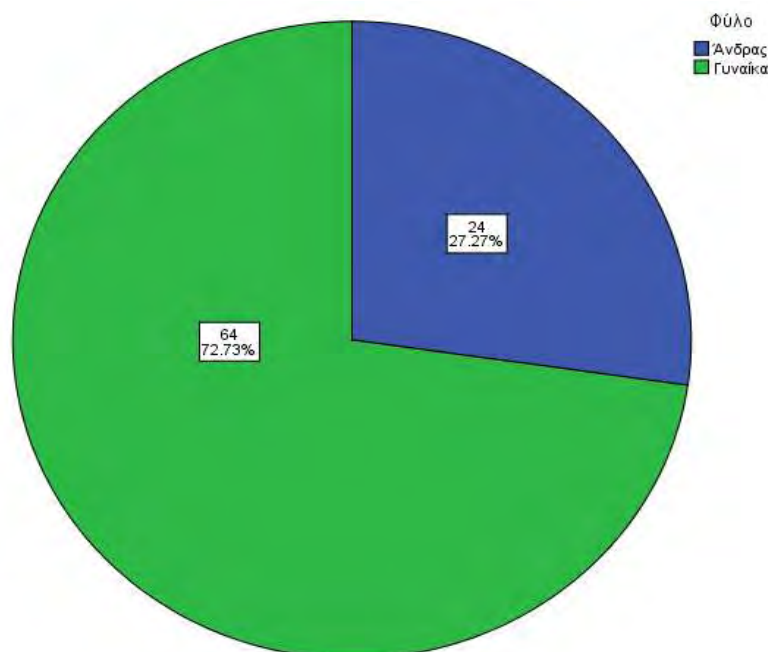
2. Γραφικές παραστάσεις κατανομής των μεταβλητών για την καλύτερη αποτύπωση των κυριότερων αποτελεσμάτων, όπως ιστογράμματα και πίτες. Τα συμπεράσματα που βγαίνουν από τις συγκρίσεις των αποτελεσμάτων στους ελέγχους και τα διαγράμματα αφορούν αποκλειστικά τα συγκεκριμένα κέντρα υγείας.

Αποτελέσματα

Το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που καταγράφηκαν είναι 88 άτομα.

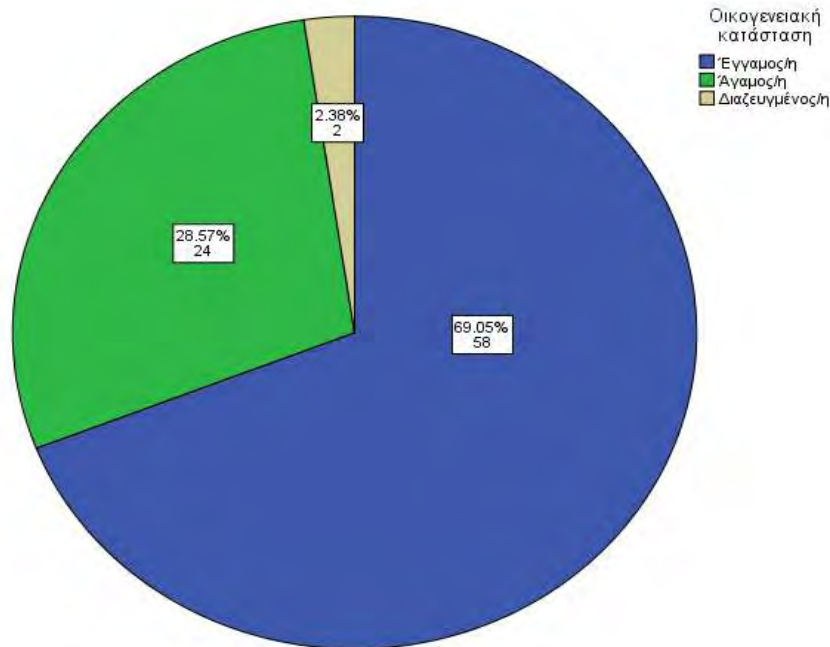
Η αναγωγή των δεδομένων έγινε από τους επαγγελματίες υγείας που ερευνήθηκαν με τις εκάστοτε ισχύουσες συνθήκες που αναλύονται παρακάτω:

Από τους 88 επαγγελματίες, οι 64 είναι γυναίκες (72,7%) και οι 24 είναι άνδρες (27,3%).



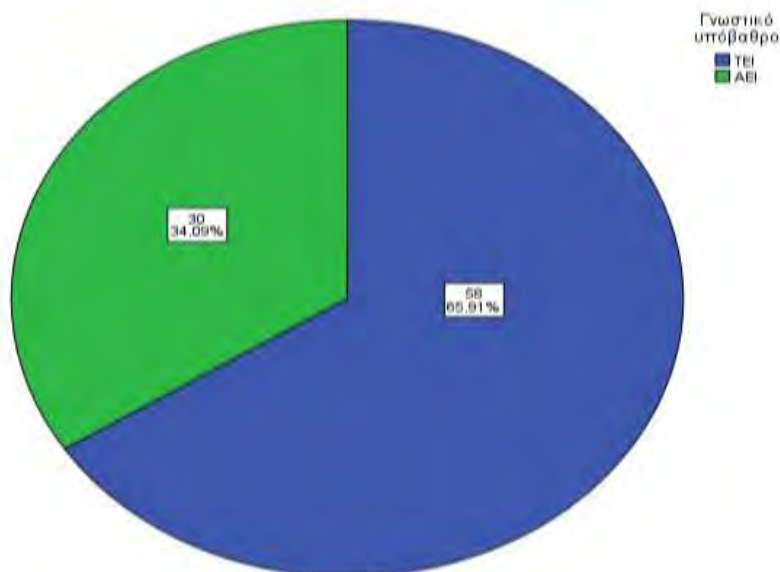
Γραφική παράσταση 1. Ιστόγραμμα ανδρών – γυναικών

Η οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας είναι: 58 είναι παντρεμένοι (65,9%), 24 είναι ανύπαντροι (27,3%), 2 είναι διαζευγμένοι (2,3%) και 4 δεν έχουν απαντήσει.



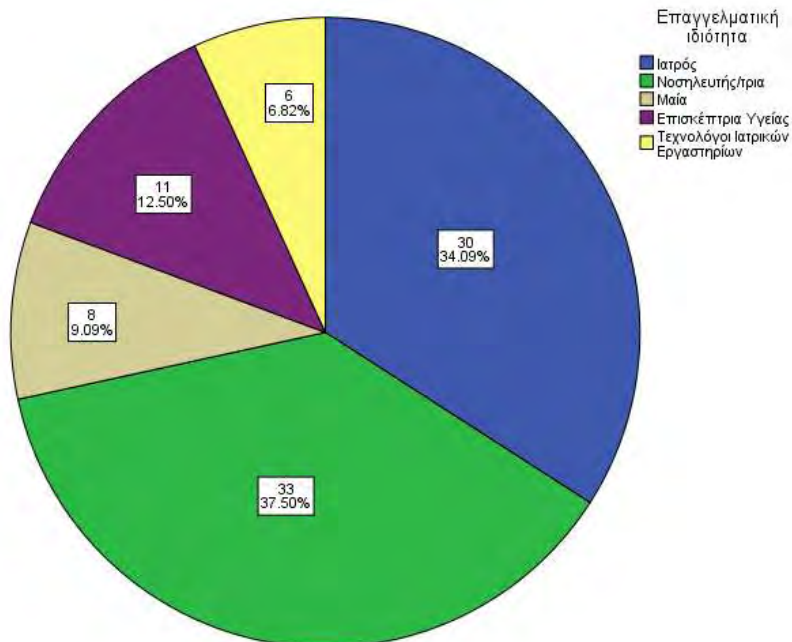
Γραφική παράσταση 2. Ιστόγραμμα οικογενειακής κατάστασης

Το γνωστικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας είναι: 58 απόφοιτοι ΤΕΙ (65,9%) και 30 απόφοιτοι ΑΕΙ (34,1%).



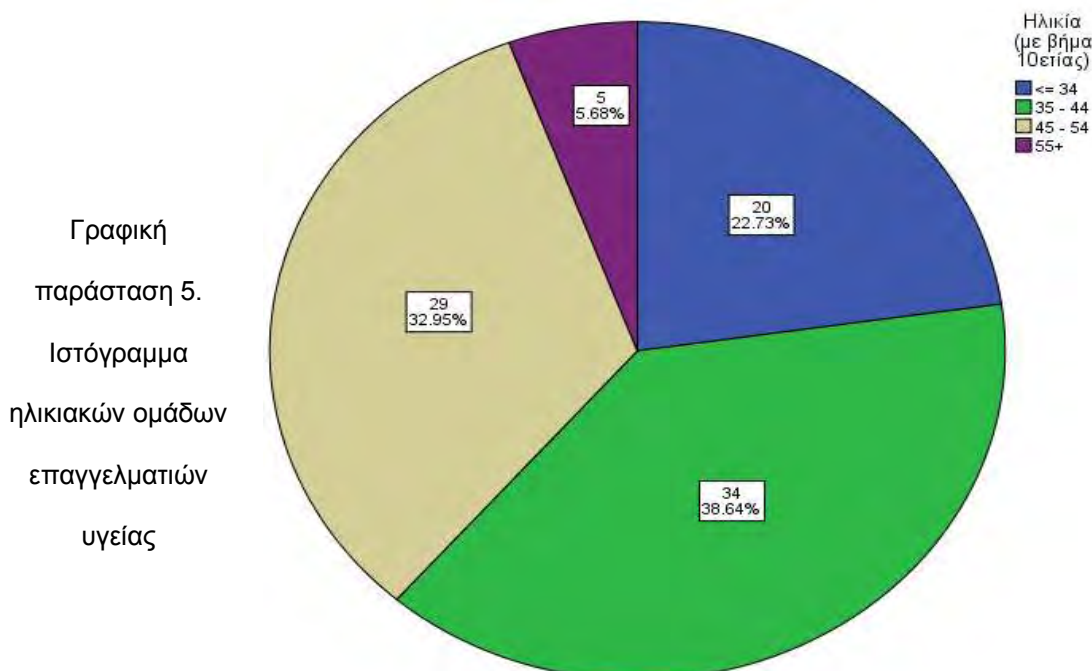
Γραφική παράσταση 3. Ιστόγραμμα γνωστικού υποβάθρου

Η επαγγελματική ιδιότητα των επαγγελματιών υγείας είναι: 30 είναι ιατροί (34,1%), 33 είναι νοσηλεύτες (37,5%), 8 είναι μαίες (9,1%), 11 είναι επισκέπτες υγείας (12,5%) και 6 είναι τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων (6,8%).



Γραφική παράσταση 4. Ιστόγραμμα επαγγελματικής ιδιότητας

Οι ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας (με βήμα 10ετίας) είναι: 20 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των έως 34 ετών (22,7%), 34 άτομα ανήκουν στην ομάδα των 35 – 44 (38,6%), 29 άτομα ανήκουν στην ομάδα των 45 – 54 (33%) και 5 άτομα ανήκουν στην ομάδα 55 ετών και άνω (5,7%).



Γραφική παράσταση 5. Ιστόγραμμα ηλικιακών ομάδων επαγγελματιών υγείας

Από την καταγραφή των δεδομένων, δημιουργήθηκαν οι παρακάτω ποσοτικές μεταβλητές:

- συναίσθημα
- σκέψη – κρίση
- δραστηριότητες
- κοινωνικότητα
- υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)
- αυτοεκτίμηση – αυτοπεποίθηση

Λόγω μεγέθους του δείγματος, ισχύει το κεντρικό οριακό θεώρημα, δηλαδή για δείγματα μεγαλύτερα του 30, οι περισσότερες κατανομές συμπεριφέρονται σαν την κανονική κατανομή.

Όλοι οι έλεγχοι έχουν γίνει σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$.

Αφού ικανοποιούνται οι προϋποθέσεις της κανονικής κατανομής, μπορούμε να εφαρμόσουμε τον έλεγχο t test.

Αυτό που ελέγχουμε με το t test είναι εάν οι μέσοι των πληθυσμών που προέρχονται τα δείγματα διαφέρουν.

Οι υποθέσεις διαμορφώνονται ως εξής:

$H_0: \mu_1 = \mu_2$

$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$

όπου μ_1 ο μέσος του πληθυσμού του πρώτου δείγματος και μ_2 ο μέσος του πληθυσμού του δεύτερου δείγματος.

Ακολουθεί η σύγκριση των μεταβλητών σε άνδρες και γυναίκες.

Πρώτα γίνεται η σύγκριση του συναισθήματος στα δύο φύλα.

	Φύλο	N	Μέσο ς	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Συναίσθημα	Ανδρας	24	10.54	2.167	.442
	Γυναίκα	64	10.89	2.673	.334

Πίνακας 1. Περιγραφικά μέτρα για το συναίσθημα ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο του συναισθήματος στους άνδρες είναι 10.54 ενώ στις γυναίκες είναι 10.89.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των δύο φύλων.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Διαφορά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Συναίσθημα	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	.598	.442	-.572	86	.569	-.349	.610	-1.561	.863
	Υπόθεση άνισων διακυμάνσεων			-.630	50	.532	-.349	.554	-1.462	.764

Πίνακας 2. Ανάλυση του συναισθήματος ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.442>0.05$) . Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων (Equal variances assumed).

Το αποτέλεσμα $t(86)= - 0.572$ και $p=0.569>0.05$ υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο του συναισθήματος ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι και τα δύο φύλα βιώνουν θετικά συναισθήματα στην καθημερινότητά τους χωρίς να αναγνωρίζονται καταθλιπτικά συμπτώματα σ' αυτούς.

Τώρα θα συγκρίνουμε το επίπεδο της σκέψης – κρίσης ανάμεσα στα δύο φύλα.

	Φύλο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Σκέψη, κρίση	Άνδρας	24	4.58	1.530	.312
	Γυναίκα	64	4.81	1.632	.204

Πίνακας 3. Περιγραφικά μέτρα για τη σκέψη – κρίση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο της σκέψης - κρίσης στους άνδρες είναι 4.58 ενώ στις γυναίκες είναι 4.81.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των δύο φύλων.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Διαφορά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Σκέψη	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	.030	.863	-.596	86	.552	-.229	.384	-.993	.535
	Υπόθεση άνισων διακυμάνσεων			-.614	43	.542	-.229	.373	-.981	.523

Πίνακας 4. Ανάλυση της σκέψης – κρίσης ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.863>0.05$) . Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων (Equal variances assumed).

Το αποτέλεσμα $t(86)= - 0.596$ και $p=0.552>0.05$ υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο της σκέψης – κρίσης ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Κατά συνέπεια, οι παραπάνω επαγγελματίες υγείας δεν απειλούνται άμεσα από την ασθένεια της Κατάθλιψης.

Τώρα θα συγκρίνουμε το επίπεδο των δραστηριοτήτων ανάμεσα στα δύο φύλα.

	Φύλο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Δραστηριότητες	Άνδρας	24	4.46	1.285	.262
	Γυναίκα	64	4.95	1.722	.215

Πίνακας 5. Περιγραφικά μέτρα για τις δραστηριότητες ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο των δραστηριοτήτων στους άνδρες είναι 4.46 ενώ στις γυναίκες είναι 4.95.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των δύο φύλων

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Διαφορ ά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματο ς	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Δραστη ριότητες	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	1.881	.174	-	86	.205	-.495	.387	-1.264	.275
	Υπόθεση άνισων διακυμάνσεων			-	55	.150	-.495	.339	-1.175	.185

Πίνακας 6. Ανάλυση των δραστηριοτήτων ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.174>0.05$). Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων (Equal variances assumed).

Το αποτέλεσμα $t(86) = -0.1279$ και $p=0.205>0.05$ υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο των δραστηριοτήτων ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Απ' αυτό συμπεραίνουμε ότι όσο θα παραμένουν δραστήριοι και θα θέτουν στόχους τόσο λιγότερο θα κινδυνεύουν από τη νόσο.

Τώρα θα συγκρίνουμε το επίπεδο της κοινωνικότητας ανάμεσα στα δύο φύλα.

	Φύλο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Κοινωνικότητα	Άνδρας	24	7.21	1.444	.295
	Γυναίκα	64	7.80	1.977	.247

Πίνακας 7. Περιγραφικά μέτρα για την κοινωνικότητα ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο της κοινωνικότητας στους άνδρες είναι 7.21 ενώ στις γυναίκες είναι 7.80.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των δύο φύλων.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Διαφορά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Κοινωνική	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	2.833	.096	-1.329	86	.187	-.589	.443	-1.469	.292
	Υπόθεση άνισων διακυμάνσεων			-1.530	56.30	.132	-.589	.385	-1.359	.182

Πίνακας 8. Ανάλυση της κοινωνικότητας ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.096>0.05$). Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων (Equal variances assumed).

Το αποτέλεσμα $t(86) = -0.1329$ και $p=0.187>0.05$ υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο της κοινωνικότητας ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Έτσι κατανοούμε ότι η επαφή με άλλους ανθρώπους απωθεί την καταθλιπτική διάθεση.

Τώρα θα συγκρίνουμε το επίπεδο της υγείας ανάμεσα στα δύο φύλα.

	Φύλο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)	Άνδρας	24	6.25	1.391	.284
	Γυναίκα	64	7.06	2.423	.303

Πίνακας 9. Περιγραφικά μέτρα για την υγεία ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο της υγείας στους άνδρες είναι 6.25 ενώ στις γυναίκες είναι 7.06.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των δύο φύλων.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Διαφορά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	5.499	.021	-1.547	86	.126	-.813	.525	-1.857	.232
	Υπόθεση			-1.640	71	.054	-.813	.415	-1.640	.015

άνισων			1.9	37				
διακυμάνσεω			57	2				
v								

Πίνακας 10. Ανάλυση της υγεία ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι δεν μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.021<0.05$). Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των άνισων διακυμάνσεων (Equal variances not assumed).

Το αποτέλεσμα $t(71) = -1.957$ και $p=0.054>0.05$ (οριακά) υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο της υγείας ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Οι γυναίκες παραμελούν την υγεία τους σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους, άρα είναι επιρρεπείς στην απειλή της νόσου.

Οι άνδρες έχουν καλύτερη υγεία σε σχέση με τις γυναίκες.

Τώρα θα συγκρίνουμε το επίπεδο της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης ανάμεσα στα δύο φύλα.

	Φύλο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Αυτοεκτίμηση	- Άνδρας	24	4.67	1.373	.280
Αυτοπεποίθηση	Γυναίκα	64	4.64	2.065	.258

Πίνακας 11. Περιγραφικά μέτρα για την αυτοεκτίμηση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο της υγείας στους άνδρες είναι 4.67 ενώ στις γυναίκες είναι 4.64. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ των δύο φύλων.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Διαφορά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	4.718	.033	.057	86	.955	.026	.456	-.880	.932
	Υπόθεση			.062	62	.946	.026	.381	-.735	.788

άνισων		6	25				
διακυμάνσεω		8	2				
v							

Πίνακας 12. Ανάλυση της αυτοεκτίμησης ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι δεν μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.033<0.05$). Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των άνισων διακυμάνσεων (Equal variances not assumed).

Το αποτέλεσμα $t(62)=0.068$ και $p=0.946>0.05$ υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες. Τα υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης θωρακίζουν τον ψυχικό κόσμο του ατόμου.

Ακολουθεί ο έλεγχος των μεταβλητών με το γνωστικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας (ΑΕΙ – ΤΕΙ).

Θα απεικονισθούν οι **σημαντικότερες** σχέσεις.

Ακολουθεί η σύγκριση της μεταβλητής των δραστηριοτήτων με το γνωστικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας.

	Γνωστικό υπόβαθρο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Δραστηριότητες	ΤΕΙ	58	5.05	1.741	.229
	ΑΕΙ	30	4.37	1.273	.232

Πίνακας 13 Περιγραφικά μέτρα για τις δραστηριότητες ανάλογα με το γνωστικό υπόβαθρο

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο των δραστηριοτήτων στους επαγγελματίες υγείας απόφοιτους ΑΕΙ είναι 4.37 ενώ στους επαγγελματίες υγείας απόφοιτους ΤΕΙ είναι 5.05.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ του γνωστικού υπόβαθρου των επαγγελματιών υγείας.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene		t-test για την ισότητα των μέσων						
		για την ισότητα των								
		διακυμάνσεων								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Διαφορ ά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Δραστη ριότητες	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	2.491	.118	1. 90 5	86	.060	.685	.360	-.030	1.400
	Υπόθεση άνισων διακυμάνσεων			2. 10 1	76. 07 1	.039	.685	.326	.036	1.334

Πίνακας 14 Ανάλυση των δραστηριοτήτων ανάλογα με το γνωστικό υπόβαθρο.

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.118>0.05$). Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων (Equal variances assumed).

Το αποτέλεσμα $t(86)= 1.905$ και $p=0.06>0.05$ (οριακά) υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο των δραστηριοτήτων ανάμεσα στους αποφοίτους ΤΕΙ και ΑΕΙ.

Οι απόφοιτοι ΑΕΙ είναι πιο δραστήριοι απ' ό,τι οι απόφοιτοι ΤΕΙ. Οι επαγγελματίες υγείας απόφοιτοι ΑΕΙ κινδυνεύουν λιγότερο να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπτωματολογία απ' ό,τι οι απόφοιτοι ΤΕΙ.

Ακολουθεί η σύγκριση της μεταβλητής της κοινωνικότητας με το γνωστικό υπόβαθρο των επαγγελματιών υγείας.

	Γνωστικό υπόβαθρο	N	Μέσος	Τυπική απόκλιση	Τυπικό σφάλμα μέσου
Κοινωνικότητα	ΤΕΙ	58	7.91	1.940	.255
	ΑΕΙ	30	7.10	1.583	.289

Πίνακας 15. Περιγραφικά μέτρα για την κοινωνικότητα ανάλογα με το γνωστικό υπόβαθρο.

Βλέπουμε ότι το μέσο επίπεδο της κοινωνικότητας στους επαγγελματίες υγείας απόφοιτους ΑΕΙ είναι 7.1 ενώ στους επαγγελματίες υγείας απόφοιτους ΤΕΙ είναι 7.91. Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον στατιστικό έλεγχο για τη

σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ του γνωστικού υπόβαθρου των επαγγελματιών υγείας.

Independent Samples Test										
		Έλεγχος Levene για την ισότητα των διακυμάνσεων		t-test για την ισότητα των μέσων						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Διαφορά μέσου	Διαφορά τυπικού σφάλματος	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά	
									Κατώτερο	Ανώτερο
Κοινωνική	Υπόθεση ίσων διακυμάνσεων	.591	.444	1.980	86	.051	.814	.411	-.003	1.631
	Υπόθεση άνισων διακυμάνσεων			2.1125	70.045	.038	.814	.385	.045	1.582

Πίνακας 16 Ανάλυση της κοινωνικότητας ανάλογα με το γνωστικό υπόβαθρο.

Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων (Levene's Test for Equality of Variances) υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχτούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0.444>0.05$). Άρα θα χρησιμοποιήσουμε το t test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των ίσων διακυμάνσεων (Equal variances assumed).

Το αποτέλεσμα $t(86)= 1.98$ και $p=0.051>0.05$ (οριακά) υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο της κοινωνικότητας ανάμεσα στους αποφοίτους ΤΕΙ και ΑΕΙ.

Οι απόφοιτοι ΑΕΙ είναι πιο κοινωνικοί απ' ό τι οι επαγγελματίες υγείας ΤΕΙ. Και πάλι η κοινωνική επαφή θωρακίζει το ψυχικό κόσμο των επαγγελματιών υγείας αποφοίτων ΑΕΙ έναντι των αποφοίτων ΤΕΙ.

Όποιους ελέγχους και να χρησιμοποιήσαμε για να βρούμε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές και την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, δε βρέθηκε καμία.

Για τον έλεγχο των μεταβλητών με τις ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας θα χρησιμοποιήσουμε τον παραμετρικό έλεγχο της ανάλυσης διακύμανσης (one way ANOVA) γιατί οι ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας χωρίζονται σε 4 επίπεδα.(Θα απεικονισθούν οι **σημαντικότερες** σχέσεις.)

Η σύγκριση της συναισθηματικής κατάστασης με τις ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα.

Οι προϋποθέσεις της ανάλυσης διακύμανσης δεν παραβιάζονται και μπορούμε να αναλύσουμε τα αποτελέσματα.

Έλεγχος ομοιογένειας των διακυμάνσεων			
Συναίσθημα			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.347	3	84	.023

Η ομοιογένεια των διακυμάνσεων απορρίπτεται ($p=0.023<0.05$). Αφού υπάρχει παραβίαση της προϋπόθεσης της ομοιογένειας, τότε ελέγχουμε την τιμή του τεστ του Welch.

Έλεγχος ευρωστίας της ισότητας των μέσων				
Συναίσθημα				
	Statistica	df1	df2	Sig.
Welch	4.849	3	18.110	.012
a. Asymptotically F distributed.				

Το p - value του τεστ είναι 0.012 ($p=0.012$) και από τη στιγμή που είναι μικρότερο από 0.05, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

Με τη σύγκριση post hoc χρησιμοποιώντας το τεστ του Tukey HSD δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ηλικιακό επίπεδο των

επαγγελματιών υγείας <=34 ετών (M=9.6,SD=1.231) και των επαγγελματιών υγείας 35-44 (M=11.44,SD=2.572) (p-value=0.046<0.05).Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες δεν παρουσιάζουν κάποιο ενδιαφέρον.

Περιγραφικά μέτρα								
Συναίσθημα								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<= 34	20	9.60	1.231	.275	9.02	10.18	8	13
35 - 44	34	11.44	2.572	.441	10.54	12.34	7	17
45 - 54	29	11.07	2.963	.550	9.94	12.20	7	20
55+	5	9.60	1.949	.872	7.18	12.02	7	12
Total	88	10.80	2.538	.271	10.26	11.33	7	20

Multiple Comparisons								
Συναίσθημα								
Tukey HSD								
(I) Ηλικία (με βήμα 10ετίας)	(J) Ηλικία (με βήμα 10ετίας)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		Lower Bound	Upper Bound
<= 34	35 - 44	-1.841*	.693	.046	-3.66	-.02		

		45	-1.469	.715	.177	-3.34	.41
		54					
		55+	.000	1.230	1.000	-3.22	3.22
35	-	<= 34	1.841*	.693	.046	.02	3.66
44		45	-.372	.622	.932	-1.26	2.00
		54					
		55+	1.841	1.178	.405	-1.25	4.93
45	-	<= 34	1.469	.715	.177	-.41	3.34
54		35	-.372	.622	.932	-2.00	1.26
		44					
		55+	1.469	1.191	.608	-1.65	4.59
55+		<= 34	.000	1.230	1.000	-3.22	3.22
		35	-1.841	1.178	.405	-4.93	1.25
		44					
		45	-1.469	1.191	.608	-4.59	1.65
		54					

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Οι επαγγελματίες υγείας της ηλικιακής ομάδας <=34 παρουσιάζουν καλύτερη διάθεση απ' ότι οι επαγγελματίες υγείας της ηλικιακής ομάδας 35 – 44, άρα απειλούνται λιγότερο από τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Η σύγκριση της υγείας με τις ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα.

Οι προϋποθέσεις της ανάλυσης διακύμανσης δεν παραβιάζονται και μπορούμε να αναλύσουμε τα αποτελέσματα.

Έλεγχος ομοιογένειας των διακυμάνσεων			
Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.341	3	84	.002

Η ομοιογένεια των διακυμάνσεων απορρίπτεται ($p=0.002<0.05$). Αφού υπάρχει παραβίαση της προϋπόθεσης της ομοιογένειας, τότε ελέγχουμε την τιμή του τεστ του Welch.

Έλεγχος ευρωστίας της ισότητας των μέσων				
Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)				
	Statistica	df1	df2	Sig.
Welch	11.564	3	19.768	.000
a. Asymptotically F distributed.				

Το p - value του τεστ είναι 0.00 ($p=0.00$) και από τη στιγμή που είναι μικρότερο από 0.05, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

Με τη σύγκριση post hoc χρησιμοποιώντας το τεστ του Tukey HSD δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ηλικιακό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας ≤ 34 ετών ($M=5.4, SD=0.754$) και των επαγγελματιών υγείας 35-44 ($M=7.79, SD=2.358$) ($p\text{-value}=0.00 < 0.05$). Επίσης, η ηλικιακή ομάδα των πολύ νεότερων επαγγελματιών υγείας (≤ 34) έχει στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικιακή ομάδα των 45-54 ($M=6.93, SD=2.298$). Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες δεν παρουσιάζουν κάποιο ενδιαφέρον.

Περιγραφικά μέτρα								
Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
≤ 34	20	5.40	.754	.169	5.05	5.75	5	8
35 - 44	34	7.79	2.358	.404	6.97	8.62	5	14
45 - 54	29	6.93	2.298	.427	6.06	7.81	0	12
55+	5	5.60	.894	.400	4.49	6.71	5	7
Total	88	6.84	2.212	.236	6.37	7.31	0	14

Multiple Comparisons								
Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)								
Tukey HSD								
(I) Ηλικία (με βήμα 10ετίας)	(J) Ηλικία (με βήμα 10ετίας)		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
<= 34	35 - 44	35 -	-2.394*	.571	.000	-3.89	-.90	
		45 -	-1.531	.589	.053	-3.08	.01	
		55+	-.200	1.014	.997	-2.86	2.46	
		<= 34	2.394*	.571	.000	.90	3.89	
35 - 44	45 - 54	45 -	-.863	.513	.339	-.48	2.21	
		55+	2.194	.971	.116	-.35	4.74	
		<= 34	1.531	.589	.053	-.01	3.08	
45 - 54	35 - 44	35 -	-.863	.513	.339	-2.21	.48	
		44			.9			

		55+	1.331	.982	.53	-1.24	3.90
					1		
55+		<= 34	.200	1.014	.99	-2.46	2.86
					7		
		35	-2.194	.971	.11	-4.74	.35
		44			6		
		45	-1.331	.982	.53	-3.90	1.24
		54			1		
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.							

Οι επαγγελματίες υγείας της ηλικιακής ομάδας <=34 είναι πιο υγιείς (σωματική υγεία σεξουαλική υγεία, ασφάλεια),απ' ότι οι επαγγελματίες υγείας της ηλικιακής ομάδας 35-44 και της ηλικιακής ομάδας των 45-54. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας της πρώτης ομάδας θ αναγνωρίσουν έγκαιρα κάποιο καταθλιπτικό σύμπτωμα διότι προσέχουν περισσότερο τον εαυτό τους και την υγεία τους.

Η σύγκριση της αυτοεκτίμησης με τις ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα επίπεδα. Οι προϋποθέσεις της ανάλυσης διακύμανσης δεν παραβιάζονται και μπορούμε να αναλύσουμε τα αποτελέσματα

Έλεγχος ομοιογένειας των διακυμάνσεων			
Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.841	3	84	.013

Η ομοιογένεια των διακυμάνσεων απορρίπτεται ($p=0.013<0.05$). Αφού υπάρχει παραβίαση της προϋπόθεσης της ομοιογένειας, τότε ελέγχουμε την τιμή του τεστ του Welch.

Έλεγχος ευρωστίας της ισότητας των μέσων				
Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση				
	Statistica	df1	df2	Sig.
Welch	4.706	3	21.979	.011
a. Asymptotically F distributed.				

Το p - value του τεστ είναι 0.011 ($p=0.011$) και από τη στιγμή που είναι μικρότερο από 0.05, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

Με τη σύγκριση post hoc χρησιμοποιώντας το τεστ του Tukey HSD δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο ηλικιακό επίπεδο των

επαγγελματιών υγείας <=34 ετών (M=4.05,SD=1.395) και των επαγγελματιών υγείας 35-44 (M=5.41,SD=2.134) (p -value=0.044<0.05). Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες δεν παρουσιάζουν κάποιο ενδιαφέρον.

Περιγραφικά μέτρα								
Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<= 34	20	4.05	1.395	.312	3.40	4.70	3	7
35 - 44	34	5.41	2.134	.366	4.67	6.16	3	11
45 - 54	29	4.38	1.741	.323	3.72	5.04	0	8
55+	5	3.40	.894	.400	2.29	4.51	3	5
Total	88	4.65	1.894	.202	4.25	5.05	0	11

Multiple Comparisons								
Αυτοεκτίμηση				Αυτοπεποίθηση				
Tukey HSD								
(I) Ηλικία (με βήμα 10ετίας)	(J) Ηλικία (με βήμα 10ετίας)		Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
<= 34		35 -	-1.362*	.510	.044	-2.70	-.02	
		44						
		45 -	-.329	.526	.923	-1.71	1.05	
		54						
35 - 44		<= 34	1.362*	.510	.044	.02	2.70	
		45 -	1.032	.458	.117	-.17	2.23	
		54						
		55+	2.012	.867	.102	-.26	4.28	
45 - 54		<= 34	.329	.526	.923	-1.05	1.71	
		35 -	-1.032	.458	.117	-2.23	.17	
		44						

		55+	.979	.876	.68	-1.32	3.28
	55+	<= 34	-.650	.905	.89	-3.02	1.72
		35	-.2012	.867	.10	-4.28	.26
		44			.2		
		45	-.979	.876	.68	-3.28	1.32
		54			.0		
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.							

Οι επαγγελματίες υγείας της ηλικιακής ομάδας <=34 έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση στον εαυτό τους απ' ότι οι επαγγελματίες υγείας της ηλικιακής ομάδας 35-44. Τα υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης προστατεύουν τους επαγγελματίες υγείας από το να νοσήσουν από Κατάθλιψη διότι αγαπούν τον εαυτό τους.

Θα εξετασθεί η συσχέτιση των εξεταζόμενων ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο για το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, καθώς και για τους άνδρες επαγγελματίες υγείας και τις γυναίκες συναδέλφους τους.

Θα εξετασθούν οι συσχετίσεις των μεταβλητών μεταξύ τους και θα απεικονισθούν οι πιο ισχυρές.

Θα χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson.

Ένα υψηλό επίπεδο συσχέτισης έχουμε όταν ο δείκτης r του Pearson κυμαίνεται μεταξύ 0.5 και 1, μέτριο επίπεδο συσχέτισης όταν είναι μεγαλύτερο 0.2

και μικρότερο από 0.5 και ασθενές επίπεδο συσχέτισης όταν παίρνει τιμές μικρότερες ή ίσες με 0.2(σε απόλυτες τιμές).

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής του συναισθήματος με τις μεταβλητές της σκέψης – κρίσης, των δραστηριοτήτων, της υγείας και της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
			Σκέψη η, κρίση	Δραστηριότητες	Κοινωνική κόητη	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Συναίσθημα	Συσχέτιση Pearson	1	.596*	.627**	.172	.492**	.511**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.110	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – σκέψη) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με τη σκέψη – κρίση παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.596$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς βιώνουν θετικά συναισθήματα, τόσο αυξάνεται και η σκέψη – κρίση του επαγγελματία υγείας. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η καλή διάθεση στην καθημερινότητα του επαγγελματία υγείας τον βοήθησε έτσι ώστε να πράττει λογικά και ευσυνειδήτα, απωθώντας καταθλιπτικές ιδέες.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – δραστηριότητες) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.627$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς βρίσκονται σε καλή συναισθηματική κατάσταση, τόσο αυξάνεται και το κίνητρο για δραστηριότητες του επαγγελματία υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν κάποιες δραστηριότητες ευχάριστες γι' αυτούς σε ικανοποιητικό βαθμό με αποτέλεσμα να διώχνουν τις καταθλιπτικές σκέψεις.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – υγεία) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με την υγεία παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.492$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς βρίσκονται σε καλή συναισθηματική κατάσταση, τόσο καλύτερη είναι και η υγεία του επαγγελματία υγείας. Άρα οι επαγγελματίες υγείας επιθυμούν να έχουν ένα καλό προσωπικό προφίλ υγείας και σ' αυτό τους βοηθά και τα θετικά συναισθήματα.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – αυτοεκτίμηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με την αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.511$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο ευδιάθετοι είναι ,τόσο αυξάνεται και η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση του επαγγελματία υγείας. Υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης σημαίνει καλή υγεία άρα και μικρές πιθανότητες νόσησης του επαγγελματία υγείας από Κατάθλιψη.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της σκέψης – κρίσης με τις μεταβλητές των δραστηριοτήτων, της υγείας και της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
		Σκέψη, κρίση	Συναίσθημα	Δραστηριότητες	Κοινωνική	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Σκέψη, κρίση	Συσχέτιση Pearson	1	.596**	.664**	.147	.473**	.593**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.172	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – κρίση – δραστηριότητες) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.664$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς η σκέψη του επαγγελματία υγείας διεγείρεται, τόσο αυξάνεται και το κίνητρο για δραστηριότητες, κι έτσι απομακρύνονται καταθλιπτικές ιδέες και σκέψεις.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – κρίση – υγεία) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με την υγεία παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.473$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς η σκέψη του επαγγελματία υγείας διεγείρεται, τόσο αυξάνεται και το ενδιαφέρον του για την προσωπική του υγεία, κι έτσι αν κάποιο καταθλιπτικό σύμπτωμα παρουσιαστεί στον επαγγελματία υγείας αναγνωρίζεται έγκαιρα.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – κρίση – αυτοπεποίθηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.593$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς η σκέψη του επαγγελματία υγείας διεγείρεται, τόσο αυξάνεται και η αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμησή του, άρα απειλείται λιγότερο από τη νόσο.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής των δραστηριοτήτων με τις μεταβλητές της υγείας και της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
			Σκέψη η, κρίση	Συναίσθημα	Κοινωνική κόητη	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Δραστηριότητες	Συσχέτιση Pearson	1	.664*	.627**	.195	.504**	.473**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.068	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (δραστηριοτήτων – υγεία) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση των δραστηριοτήτων και της υγείας παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.504$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς ο επαγγελματίας υγείας ασχολείται με περισσότερες δραστηριότητες, τόσο καλύτερη είναι και η υγεία του, άρα και η ψυχική του υγεία.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (δραστηριοτήτων – αυτοπεποίθηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση των δραστηριοτήτων και της αυτοπεποίθησης παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.473$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς ο επαγγελματίας υγείας ασχολείται με περισσότερες δραστηριότητες, τόσο καλύτερη είναι η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση του. Συνεπώς, μειώνονται οι πιθανότητες προσβολής από τη νόσο.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της κοινωνικότητας με τις μεταβλητές της υγείας και της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
		Κοινωνι κότητα	Δραστηρι ότητες	Σκέψ η, κρί ση	Συναίσ θημα	Υγεία (σωματική, σεξο υαλική, ασφάλει α)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθησ η
Κοινωνικότητα	Συσχέτιση Pearson	1	.195	.147	.172	.422**	.375**
	Sig. (2- tailed)		.068	.172	.110	.000	.000
	N	88	88	88	88	88	88

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (κοινωνικότητα – υγεία) ($p=0.00 < 0.01$).

Η συσχέτιση της κοινωνικότητας και της υγείας παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.422$).

Αυτό σημαίνει ότι όταν ο επαγγελματίας υγείας αναπτύσσει κοινωνικές επαφές τόσο καλύτερο θα είναι και το προφίλ της υγείας του, άρα και της ψυχικής του υγείας.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (κοινωνικότητα – αυτοπεποίθηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της κοινωνικότητας και της αυτοπεποίθησης παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.375$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο κοινωνικός είναι ο επαγγελματίας υγείας, τόσο υψηλότερα θα είναι τα επίπεδα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησής του. Η αγάπη του επαγγελματία υγείας προς τον εαυτό του θα τον προστατέψει από τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της υγείας με την μεταβλητή της αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις			
		Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Υγεία (σωματική,σεξουαλική,ασφάλεια)	Συσχέτιση	1	.579**
	Pearson		
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	88	88
Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση	Συσχέτιση	.579**	1
	Pearson		
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	88	88
**. Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).			

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (υγεία – αυτοπεποίθηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της υγείας και της αυτοπεποίθησης παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.579$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο υγιής είναι ο επαγγελματίας υγείας, τόσο καλύτερη είναι η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμησή του, διότι η συσχέτιση της υγείας και της αυτοπεποίθησης παρουσιάζεται θετικά ισχυρή.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι συσχετίσεις για το σύνολο των ανδρών.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της συναισθηματικής κατάστασης με τις μεταβλητές των δραστηριοτήτων, της υγείας και της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
			Σκέψη	Δραστηρι	Κοινωνι	Υγεία	Αυτοεκτίμηση -
		Συναίσ	η, κρί	ότητα	κότητα	(σωματική, σεξο	Αυτοπεποίθησ
		θημα	ση	ότητες		υαλική, ασφάλει	η
						α)	
Συναίσθημα	Συσχέτιση	1	.333	.641**	.115	.530**	.414*
	Pearson						
	Sig. (2-tailed)		.111	.001	.592	.008	.044
	N	24	24	24	24	24	24

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

* . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.05 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα–δραστηριότητες) ($p=0.001<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.641$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς ο άνδρας επαγγελματίας υγείας βρίσκεται σε καλή συναισθηματική κατάσταση, τόσο αυξάνεται και το κίνητρο για δραστηριότητες, καθώς υπάρχει θετική διάθεση.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – υγεία) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με την υγεία παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.530$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς ο άνδρας επαγγελματίας υγείας βρίσκεται σε καλή συναισθηματική κατάσταση, τόσο καλύτερο είναι και το προφίλ της υγείας του, άρα δε νοσεί από την Κατάθλιψη.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα –αυτοπεποίθηση) ($p=0.00<0.05$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με την αυτοπεποίθηση παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.414$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο θετικά συναισθήματα βιώνει ο άνδρας επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο υψηλή θα είναι η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθησή του. Υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και Κατάθλιψη δε συμβαδίζουν.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της σκέψης με τη μεταβλητή της αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
		Συναίσθημα	Σκέψη, κρίση	Δραστηριότητες	Κοινωνική κότητα	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Σκέψη, κρίση	Συσχέτιση Pearson	.333	1	.345	-.215	.174	.821**
	Sig. (2-tailed)	.111		.099	.313	.417	.000
	N	24	24	24	24	24	24

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – αυτοπεποίθηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με την αυτοπεποίθηση παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.821$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς η λειτουργία σκέψης – κρίσης του άνδρα επαγγελματία υγείας βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, τόσο πιο υψηλή θα είναι

η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθησή του, με ελάχιστες πιθανότητες νόσησης από Κατάθλιψη.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της υγείας με τη μεταβλητή των δραστηριοτήτων.

Συσχετίσεις							
		Συναίσθημα	Σκέψη η, κρίση	Δραστηριότητες	Κοινωνικότητα	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Pearson Correlation	.530**	.174	.517**	.103	1	.342
	Sig. (2-tailed)	.008	.417	.010	.633		.102
	N	24	24	24	24	24	24

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (υγεία – δραστηριότητες) ($p=0.01 < 0.01$).

Η συσχέτιση της υγείας με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.517$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο υγιής είναι ο άνδρας επαγγελματίας υγείας, τόσο μεγαλύτερο θα είναι το πεδίο των δραστηριοτήτων του, καθώς σύμμαχός του θα είναι η καλή σωματική και ψυχική υγεία.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι συσχετίσεις για τις γυναίκες επαγγελματίες υγείας.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής του συναισθήματος με τις μεταβλητές της σκέψης, των δραστηριοτήτων, της υγείας και της αυτοεκτίμησης – αυτοπεποίθησης.

Συσχετίσεις							
			Σκέψη	Δραστηριότητες	Κοινωνική	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Συναίσθημα	Συσχέτιση Pearson	1	.668*	.623**	.176	.486**	.533**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.164	.000	.000
	N	64	64	64	64	64	64

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – σκέψη) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με τη σκέψη παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.668$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς βιώνει θετικά συναισθήματα η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο αυξημένη είναι η κρίση της, άρα αντιλαμβάνεται το τι συμβαίνει στον εαυτό της.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα– δραστηριότητες) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.623$).

Αυτό σημαίνει ότι όταν βρίσκεται σε καλή συναισθηματική κατάσταση η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο πολλές δραστηριότητες αναπτύσσει, οι οποίες την αποθαρρύνουν από τις καταθλιπτικές ιδέες.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – υγεία) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με την υγεία παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.486$).

Αυτό σημαίνει ότι όταν βρίσκεται σε καλή συναισθηματική κατάσταση η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο καλή θα είναι η υγεία της, σωματική και ψυχική.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (συναίσθημα – αυτοεκτίμηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση του συναισθήματος με την αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.533$).

Αυτό σημαίνει ότι καθώς βρίσκεται σε καλή συναισθηματική κατάσταση η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο πολύ θα αυξάνονται τα επίπεδα της αυτοεκτίμησής της. Κατάθλιψη και υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης δε συμβαδίζουν.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της σκέψης με τις μεταβλητές των δραστηριοτήτων, της υγείας και της αυτοεκτίμησης.

Συσχετίσεις							
		Συναίσθημα	Σκέψη, κρίση	Δραστηριότητες	Κοινωνική κότητα	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Σκέψη, κρίση	Συσχέτιση Pearson	.668**	1	.748**	.229	.537**	.550**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.069	.000	.000
	N	64	64	64	64	64	64

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – δραστηριότητες) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με τις δραστηριότητες παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.748$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο καλύτερη κριτική σκέψη παρουσιάζει η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο δραστήρια θα είναι στην καθημερινότητά της, καθώς η καθαρή κρίση απομακρύνει την καταθλιπτική διάθεση.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – υγεία) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με την υγεία παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.537$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο καλύτερη κριτική σκέψη έχει η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο καλύτερο προφίλ υγείας έχει, διότι αξιολογεί την κατάσταση της υγείας της, άρα και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αν εμφανισθούν.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (σκέψη – αυτοεκτίμηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της σκέψης με την αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.550$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο καλύτερη κριτική σκέψη έχει η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο αυξημένα θα είναι τα επίπεδα αυτοπεποίθησης – αυτοεκτίμησης. Εδώ αποκλείονται καταθλιπτικά συμπτώματα.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της υγείας με τη μεταβλητή της αυτοεκτίμησης.

Συσχετίσεις							
		Συναίσθημα	Σκέψη η, κρίση	Δραστηριότητες	Κοινωνική κότητα	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Συσχέτιση Pearson	.486**	.537*	.491**	.457**	1	.623**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000		.000
	N	64	64	64	64	64	64

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (υγεία – αυτοεκτίμηση) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της υγείας με την αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται θετικά ισχυρή (σε ένταση) ($r=0.623$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο υγιής είναι η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο αυξημένη θα είναι η αυτοπεποίθησή της, καθώς η υγεία θεωρείται το ισχυρότερο όπλο της ζωής.

Παρακάτω παρουσιάζεται η συσχέτιση της μεταβλητής της κοινωνικότητας με τις μεταβλητές της αυτοεκτίμηση και της υγείας.

Συσχετίσεις							
		Συναίσθημα	Σκέψη η, κρίση	Δραστηριότητες	Κοινωνικότητα	Υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια)	Αυτοεκτίμηση - Αυτοπεποίθηση
Κοινωνικότητα	Συσχέτιση Pearson	.176	.229	.179	1	.457**	.452**
	Sig. (2-tailed)	.164	.069	.157		.000	.000
	N	64	64	64	64	64	64

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0.01 (2-tailed).

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (κοινωνικότητα – υγείας) ($p=0.00<0.01$).

Η συσχέτιση της κοινωνικότητας με την υγεία παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.457$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο κοινωνική είναι η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο περισσότερο θα φροντίζει και την προσωπική της υγεία, σωματική και ψυχική.

Από την τιμή r του Pearson φαίνεται ότι υπάρχει μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (κοινωνικότητα – αυτοεκτίμηση) ($p=0.00<0.01$). Η συσχέτιση της κοινωνικότητα με την αυτοεκτίμηση παρουσιάζεται θετικά μέτρια (σε ένταση) ($r=0.452$).

Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο κοινωνική είναι η γυναίκα επαγγελματίας υγείας, τόσο πιο αυξημένη θα είναι η αυτοπεποίθησή της, έτσι ώστε αν νοσήσει να αναζητήσει έγκαιρα επιστημονική βοήθεια.

B2.5 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Τα δεδομένα – πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από τη διανομή των ερωτηματολογίων, χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τη στατιστική ανάλυση και κατ' επέκταση τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια αποτέλεσαν αυστηρά απόρρητο υλικό και μεταφέρθηκαν με ασφάλεια χωρίς να αλλοιωθεί το περιεχόμενό τους.

B3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΗΛΙΚΙΑ

Εξετάσαμε αν η συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα που ανήκουν.

Υποθέσαμε ότι όσο μικρότερη ηλικιακά η ομάδα, τόσο καλύτερη συναισθηματική και η κατάστασή τους.

Εξετάσαμε 88 άτομα ηλικίας (μικρότερη – μεγαλύτερη) τα οποία κατατάχθηκαν σε 4 ομάδες ανάλογα με την ηλικία τους (<35, 35-44, 44-55, 55+) , σε μια αξιολόγηση της συναισθηματικής τους κατάστασης.

Η ανάλυση διακύμανσης με έναν παράγοντα χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί πώς διαφοροποιείται η συναισθηματική κατάσταση ανάλογα με τις ηλικιακές ομάδες. Η ανεξάρτητη μεταβλητή, ηλικιακές ομάδες είχε τέσσερα επίπεδα: <=34, 35 – 44, 45 – 54 , 55+. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η συναισθηματική κατάσταση των εργαζομένων. Η κύρια επίδραση της συναισθηματικής κατάστασης δεν ήταν σημαντική, $F_{3,347} = 0,023$, $p = .005$. Χρησιμοποιώντας όμως το τεστ του Welch ,βλέπουμε ότι η επίδραση του συναισθήματος είναι τελικά σημαντική, $F_{4,849} = 0,012$, $p=0.005$.

Για να ελεγχθούν οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων ανά ζεύγη έγιναν post hoc αναλύσεις. Ο έλεγχος post hoc του Tukey αποκάλυψε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά της συναισθηματικής κατάστασης των ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των <=34 ($9,6 \pm 1,231$) και των ατόμων της ηλικιακής ομάδας των 35 – 44 ($11,44 \pm 2,572$, $p = 0,046$).

Οι εργαζόμενοι που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των <=34 έχουν καλύτερη διάθεση από αυτούς που ανήκουν στην ομάδα των 35 – 44. Οι υπόλοιπες ομάδες δεν παρουσιάζουν κάποιο ενδιαφέρον.

ΥΓΕΙΑ – ΗΛΙΚΙΑ

Εξετάσαμε αν η υγεία (σωματική, σεξουαλική, ασφάλεια), διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν. Υποθέσαμε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν καλύτερη υγεία. Εξετάσαμε 88 επαγγελματίες υγείας σε μια αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η υγεία

του επαγγελματία υγείας. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η ηλικία του επαγγελματία υγείας. Η κύρια επίδραση της υγείας δεν ήταν σημαντική, $F 5,341=0,002$, $p<0,005$. Χρησιμοποιώντας όμως το test του Welch, βλέπουμε ότι η επίδραση της κατάστασης της υγείας είναι τελικά σημαντική, $F 11,564=0,00$, $p=0,00$ και από τη στιγμή που το p είναι μικρότερο από $0,005$, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα ηλικιακά επίπεδα. Οι ≤ 34 είναι πιο υγιείς από την ηλικιακή ομάδα των 35-44 ετών ≤ 34 ($M=5,4\pm 0,754$), 35-44 ($M=6,93\pm 2,298$).

ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ – ΗΛΙΚΙΑ

Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η αυτοεκτίμηση. Η ανεξάρτητη μεταβλητή η ηλικία των επαγγελματιών υγείας. Η κύρια επίδραση της αυτοεκτίμησης δεν ήταν σημαντική $F 3,841=0,013$, $p<0,05$. Χρησιμοποιώντας όμως το test του Welch είναι τελικά σημαντική, $F 4,706=0,011$, $p=0,05$, τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες των επαγγελματιών υγείας ≤ 34 ετών ($M=4,05\pm 1,395$) και των επαγγελματιών υγείας της ηλικιακής ομάδας 35-44 ($M=5,41\pm 2,134$). Οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες δεν παρουσίασαν ενδιαφέρον. Άρα οι επαγγελματίες υγείας ≤ 34 ετών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης απ' ότι η ηλικιακή ομάδα των 35 – 44 ετών. Τα υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης δε συμβαδίζουν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

ΥΓΕΙΑ - ΦΥΛΟ

Εξετάσαμε 88 επαγγελματίες υγείας (64 γυναίκες και 24 άνδρες). Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η ανεξάρτητη $F 5,499=0,021$, $p=0,05$. Χρησιμοποιώντας το test που αντιστοιχεί στην περίπτωση των άνισων διακυμάνσεων το αποτέλεσμα $+(71)=-1,957$ και $p=0,054>0,05$

(οριακά) υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο υγείας ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι άνδρες δεν παραμελούν την υγεία τους σε αντίθεση με τις γυναίκες συναδέλφους τους.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ – ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Εξετάσαμε 88 επαγγελματίες υγείας (30 απόφοιτοι ΑΕΙ, 58 απόφοιτοι ΤΕΙ). Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν οι δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν το γνωστικό υπόβαθρο. Ο έλεγχος ισότητας των δύο διακυμάνσεων υποδεικνύει ότι μπορούμε να αποδεχθούμε τη μηδενική υπόθεση $p=0,018>0,05$. Άρα χρησιμοποιώντας το $t\text{-test}=t(86)=1,905$ και $p=0,06>0,05$ (οριακά), υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δραστηριοτήτων ανάμεσα στους απόφοιτους ΑΕΙ και απόφοιτους ΤΕΙ. Άρα κινδυνεύουν λιγότερο.

ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

Εξετάσαμε 88 επαγγελματίες υγείας (30 απόφοιτοι ΑΕΙ, 58 απόφοιτοι ΤΕΙ). Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν το επίπεδο της κοινωνικότητας. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν το γνωστικό υπόβαθρο. Ο έλεγχος της ισότητας των δύο διακυμάνσεων υποδεικνύει ότι μπορούμε να δεχθούμε τη μηδενική υπόθεση ($p=0,444>0,05$). Άρα χρησιμοποιήθηκε το $t\text{-test}$ που αντιστοιχεί στην περίπτωση των 2 διακυμάνσεων το αποτέλεσμα $+t(86)=1,98$ και $p=0,051>0,05$ (οριακά) υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους απόφοιτους ΑΕΙ και στους απόφοιτους ΤΕΙ πάνω στο επίπεδο της κοινωνικότητάς τους.

B4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η Νοσηλευτική αποτελεί αναμφισβήτητα ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από ψυχικές διαταραχές.

Οι συνέπειες που προκύπτουν από την παραπάνω διαπίστωση αφορούν τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, την παροχή ποιοτικής φροντίδας, την πορεία της υγείας των ασθενών, αλλά και την αύξηση του κόστους στο κράτος. Η υγεία του υγειονομικού προσωπικού αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Ν. Φ.).

Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας είναι οι χώροι της πρώτης επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, όπου παρέχεται από το υγειονομικό προσωπικό

- συμβουλευτική – ενημέρωση – διδασκαλία
- πρόληψη
- εκτίμηση πορείας της νόσου

Ως εκ τούτου οι επαγγελματίες της υγείας προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σ' ένα εργασιακό χώρο διαφοροποιημένο από το κλινικό χώρο του νοσοκομείου όπου:

- υποδέχονται τα άτομα της κοινότητας σε καθορισμένο χρόνο
- προσφέρουν φροντίδα για βραχύ χρονικό διάστημα
- δίνουν έμφαση στις τεχνικές πρόληψης, γνωρίζοντας τη σοβαρότητα κάθε νόσου
- συμβάλλουν στην υποβοήθηση της ανάρρωσης ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο

- αναλαμβάνουν το σχεδιασμό φροντίδας για την αντιμετώπιση των αναγκών των εξωτερικών ασθενών.

Η ψυχική ευεξία των λειτουργών της υγείας είναι συνυφασμένη με την αποδοτικότητα σε επίπεδο παρεχόμενης φροντίδας. Ο βαθμός ψυχικής καταπόνησης και εκδηλώσεων άγχους είναι μέτριος.

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στις οργανικές νόσους, οι οποίες σχετίζονται με την εμφάνιση άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών και μπορεί να δυσχεραίνουν την αναγνώριση ύποπτων συμπτωμάτων. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η Κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα αλλά και θνητότητα στο γενικό πληθυσμό.

Δεδομένου ότι το πρόβλημα της συννοσηρότητας δυσχεραίνει την αναγνώριση της νόσου της Κατάθλιψης, κρίνονται αναγκαία τα παρακάτω μέτρα:

- παροχή εκπαίδευσης στους λειτουργούς υγείας που σχετίζεται με επικοινωνιακές δεξιότητες και δεξιότητες επίλυσης συγκρούσεων.
- Επιμόρφωση του υγειονομικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ώστε να είναι σε θέση να ερμηνεύουν πλήρως ψυχοπαθολογικά συμπτώματα στους ίδιους, αλλά και τρόποι μεταβολισμού της ψυχικής καταπόνησής τους.
- Οι γενικοί ιατροί αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας θα πρέπει να εκπαιδευτεί ν' αναγνωρίζει συμπτώματα ψυχικών διαταραχών και γενικότερα παθήσεων ψυχικής σφαίρας.
- Η συνεχής επιμόρφωση, τους καθιστά περισσότερο έτοιμους να διερευνήσουν στην εικόνα τους τυχόν ύποπτη συμπτωματολογία ή ακόμα και περίεργη συμπεριφορά κατά την εργασία τους.

- Απαραίτητοι είναι οι ελεγκτικοί και υποστηρικτικοί μηχανισμοί κάθε είδους, έτσι ώστε να αναγνωρισθούν έγκαιρα τα όποια προβλήματα αντιμετωπίζουν οι λειτουργοί υγείας στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Επικοινωνία – συζήτηση των περιστατικών που θεώρησαν σημαντικά, δεδομένου ότι ασκούν ένα λειτούργημα, που από τη φύση του και μόνο είναι στρεσογόνο.
- Περαιτέρω έλεγχος κρίνεται απαραίτητος, προκειμένου να εκτιμηθούν οι ειδικότεροι τομείς των σχέσεων τόσο στο πλαίσιο της οικογένειας όσο και της εργασίας, ως σημαντικές συνιστώσες των εκφραζόμενων καταθλιπτικών διαταραχών.
- Απαραίτητοι είναι οι ελεγκτικοί και υποστηρικτικοί μηχανισμοί ελέγχου του προσωπικού υγείας από ειδικές επιτροπές αναγνώρισης κάθε είδους συναισθηματικών μεταβολών στους λειτουργούς υγείας στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

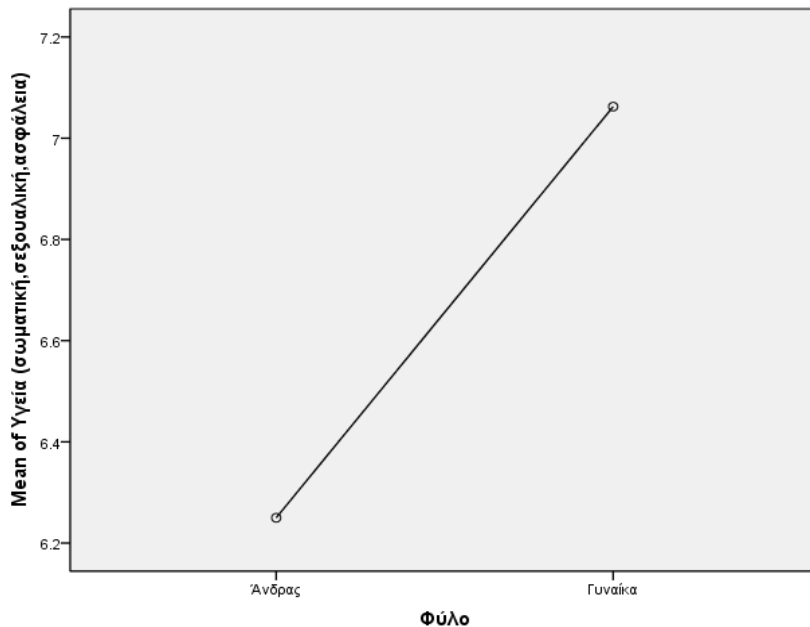
Εν κατακλείδι μηδαμινές έως ελάχιστες καταθλιπτικές διαταραχές καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα σύμφωνα με τις απόψεις των λειτουργών υγείας στα Κέντρα Υγείας του νομού Λάρισας. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σίγουρα δε μπορούν να αποτελέσουν ένα παγιωμένο φαινόμενο και κατ' επέκταση εγγύηση ότι μελλοντικά θα παραμείνουν αμετάβλητα.

B5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΥΓΕΙΑ – ΦΥΛΑ

Σε επίπεδο υγείας για τους άνδρες επαγγελματίες υγείας ανάλογα είναι 6.25 ενώ για τις γυναίκες συναδέλφους τους είναι 7.06.

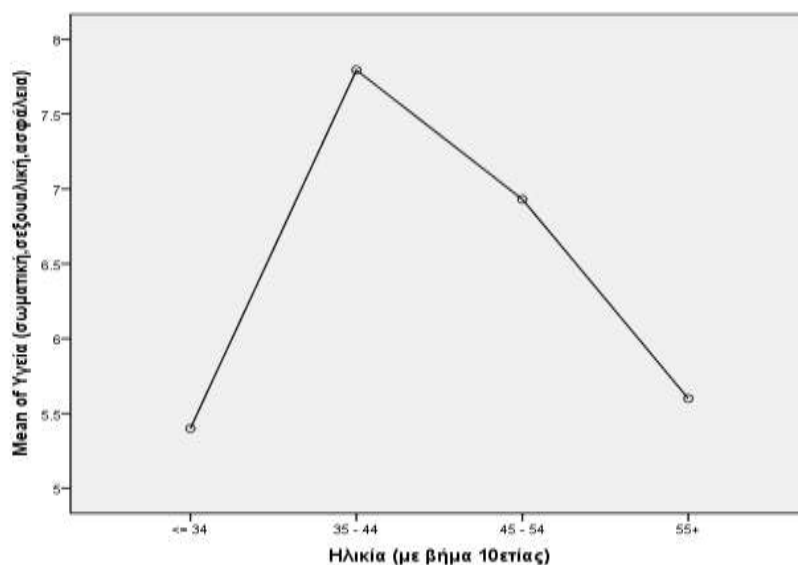
Άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, με τους άνδρες επαγγελματίες υγείας και παρουσιάζουν καλύτερο προφίλ υγείας έναντι των γυναικών συναδέλφων τους. Οι άνδρες απειλούνται λιγότερο να προσβληθούν από τη νόσο της Κατάθλιψης.



Γραφική παράσταση 6.

ΥΓΕΙΑ – ΗΛΙΚΙΑ

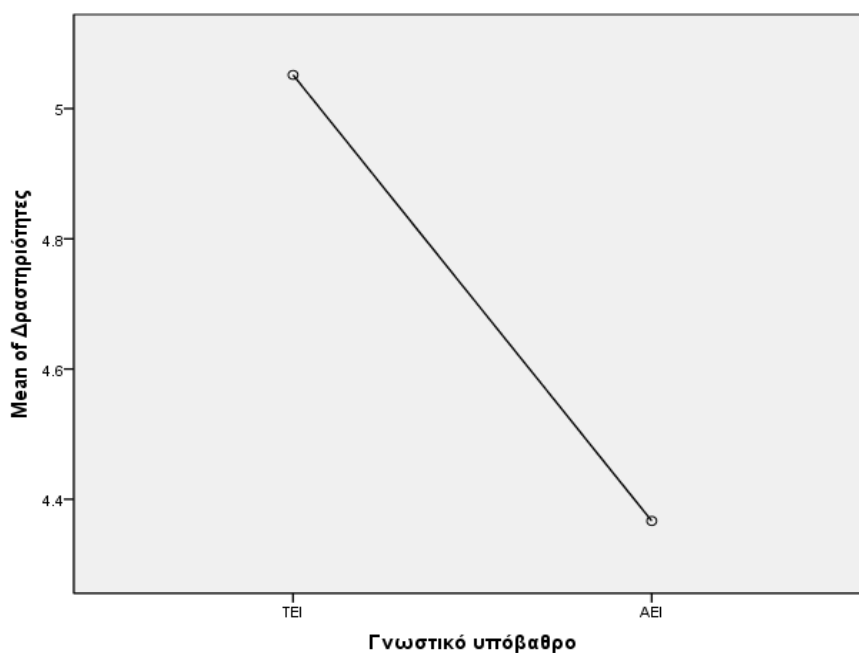
Σε επίπεδο υγείας οι λειτουργοί υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία <35, παρουσιάζουν καλύτερη σωματική και σεξουαλική υγεία. Αφού λοιπόν προσέχουν την υγεία τους, τυχόν ύποπτα συμπτώματα νόσου ψυχικής σφαίρας θα αναγνωρισθούν και θα αντιμετωπισθούν έγκαιρα.



Γραφική παράσταση 7.

ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ – ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

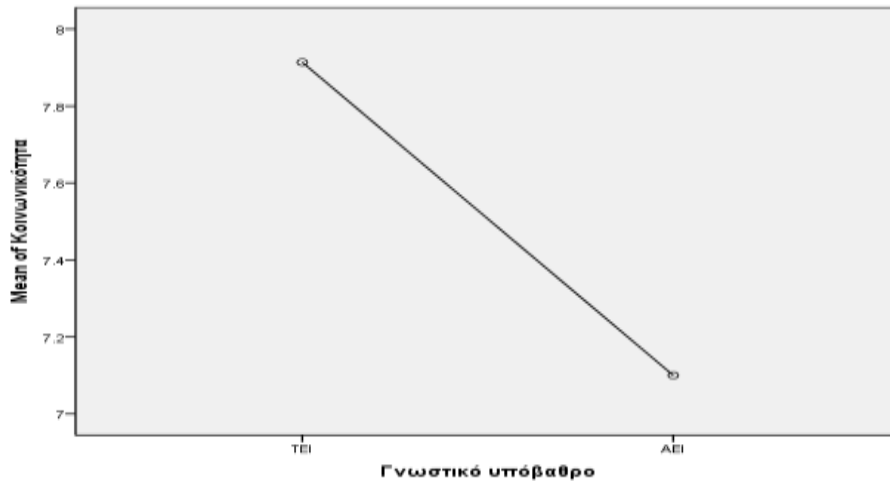
Το 34% των επαγγελματιών υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ παρουσιάζουν εντονότερη δραστηριότητα έναντι του 65,9% που είναι απόφοιτοι ΤΕΙ. Άρα το ευρύ πεδίο δραστηριοτήτων τους προφυλάσσει από το να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα.



Γραφική παράσταση 8.

ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ

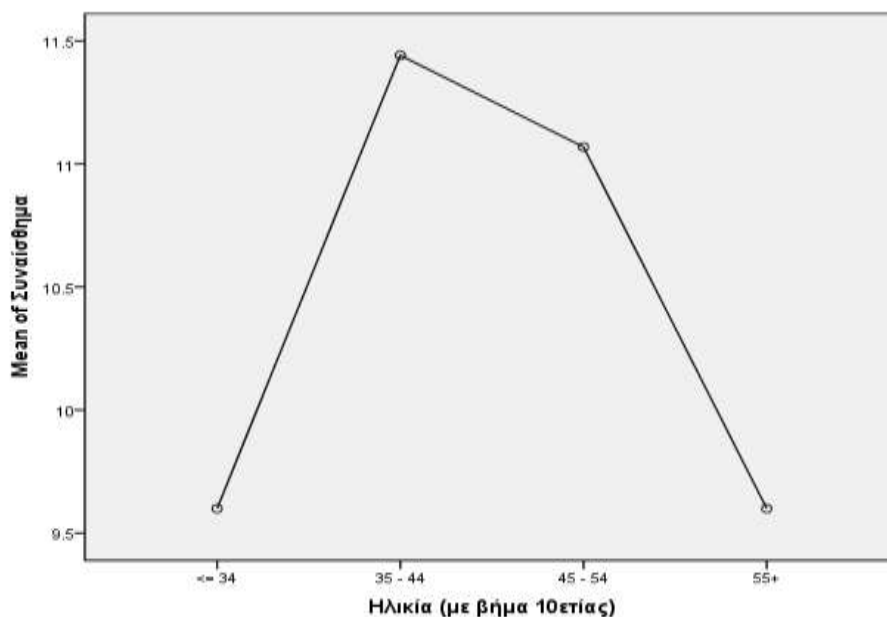
Το 34% των επαγγελματιών υγείας που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ, παρουσιάζουν πιο υγιείς κοινωνικές επαφές έναντι του 65,9% που αντιπροσωπεύει τους αποφοίτους ΤΕΙ. Άρα οι επαφές με τον κοινωνικό περίγυρο περιορίζουν τις πιθανότητες ανάπτυξης της ασθένειας.



Γραφική παράσταση 9.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΗΛΙΚΙΑ

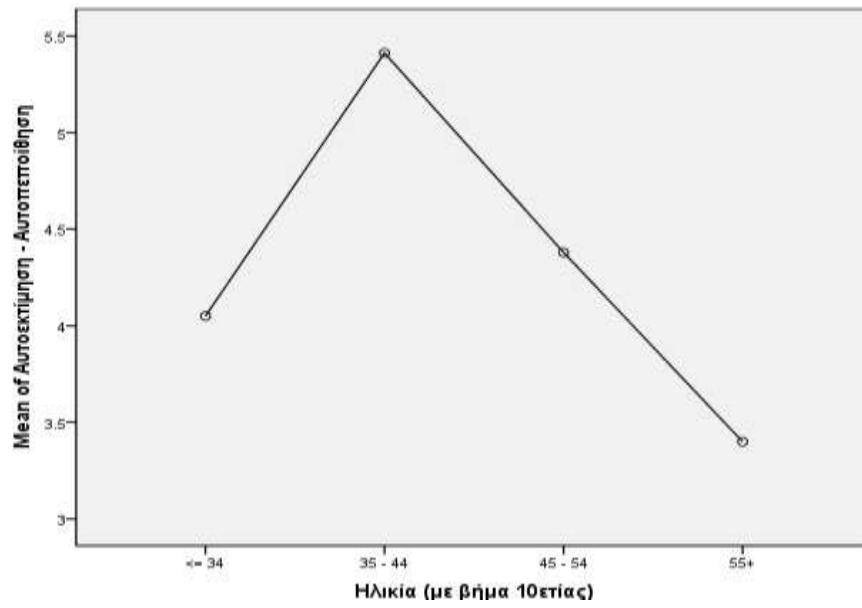
Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία ≤ 35 ετών, βρίσκονται σε καλύτερη συναισθηματική ισορροπία από τις άλλες ηλικιακές κατηγορίες, λόγω ίσως των περιορισμένων οικογενειακών ευθυνών.



Γραφική παράσταση 10.

ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ/ΑΥΤΟΠΕΠΟΙΘΗΣΗ – ΗΛΙΚΙΑ

Οι επαγγελματίες υγείας που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία <35 ετών, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης από τις άλλες ηλικιακές κατηγορίες. Άρα υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης για τους επαγγελματίες υγείας σημαίνει ότι αυτοί αγαπούν τον εαυτό τους με αποτέλεσμα να προσέχουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία.



Γραφική παράσταση 11.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Γ1 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Ν., (2009). *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία-Μία σύγχρονη Ψυχιατρική*, Τόμος Α', κεφ.5^ο, σελ. 49-57 εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ
2. Αγγελόπουλος Ν., (2009). *Ίατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία-Μία σύγχρονη Ψυχιατρική*, Τόμος Β', κεφ.67^ο, σελ. 577-597 εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ
3. Αλεβίζος Β., Μαργαρίτη Μ., (2008). *Άγχος, Ιατρικές κοινωνικές διαστάσεις*, κεφ. Άγχος και κατάθλιψη, σελ. 275-290, εκδόσεις ΒΗΤΑ, επιμέλεια έκδοσης Αλεβίζος Β.
4. Γιωτάκος Ο., (2010). *Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία*, Ψυχιατρική 2(3): 195-204
5. Γουλιμάρης Δ., Γεντή Μ., (2010). *Επαγγελματική Ασφάλεια και Επαγγελματική ικανοποίηση. Η περίπτωση των Ελληνικών Παραδοσιακών Χορών.*, Περιοδικό: Διοίκηση Αθλητισμού και Αναψυχής 7(2): 38-50, ΕΛΛΑΔΑ, ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ, ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ
6. Γουρνέλλης Ρ., (2011). *Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους: Σύγχρονα δεδομένα*, Εγκέφαλος 48(4): 141-142

7. Δεληγιαννίδης Κ., (2010). *Συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών στις γυναίκες* 33: 441 Β. Αμερική
8. Ευθυμίου Κ., (2002). *Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής/Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη*, Εισαγωγή σελ. 3
9. Ευθυμίου Κ. (2002). *Εφαρμογή της Συμπεριφοριστικής Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας στην Κατάθλιψη*. Σημειώσεις για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα απόκτησης ψυχιατρικής ειδικότητας του νοσοκομείου "Ευαγγελισμός". Κεφ. 1^ο, σελ. 11-14.
10. Ζαφείρης Σ., Περιτογιάννης Β., Ζαφείρη Ε., Παππάς Δ., και συν., (2006). *Επακτή παραληρητική διαταραχή*, Εγκέφαλος journal 43(4): 122-125
11. Ζάχου Α., (2011). *Ο διπολικός ασθενής: ο ρόλος των επικεντρώσεων στην αναπαραγωγή του στίγματος της ψυχικής ασθένειας*, Διπλωματική εργασία για το Π.Μ.Σ. Οργανωτικής και Οικονομικής Ψυχολογίας, ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
12. Καλαντζή-Αζίζι Α., (2002). *Αυτογνωσία και αυτοδιαχείριση* γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση, Κεφ. 1^ο, 2.1, σελ. 33-94, 7^η έκδοση, Ελληνικά γράμματα, ΑΘΗΝΑ
13. Κουτεντάκης Κ., (2008). *Διερεύνηση αγχώδους διαταραχής και Κατάθλιψης μεταξύ μελών Κ.Α.Π.Η. σε αγροτική περιοχή της Κρήτης*, Μεταπτυχιακή εργασία., εισαγωγή, σελ. 15 Ηράκλειο

14. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2011). *Η οικονομική Κρίση και οι επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5): 834-840
15. Λειβαδίτης Μ., (2003). *Πολιτισμός και ψυχιατρική* κεφ.: Διαταραχές της διάθεσης: Διαπολιτισμική προσέγγιση σελ. 333-382, Εκδόσεις Παπαζήση, ΑΘΗΝΑ
16. Μανουσέλης Σ., (2010). *Η ανεργία οδηγεί σε απώλεια του εαυτού*, Άρθρο: εφημερίδα Ελευθεροτυπία 30/4.2010
17. Μανουσέλης Σ.. (2010), *Στα δίχτυα της Κατάθλιψης* άρθρο: εφημερίδα Ελευθεροτυπία 6/11/2010
18. Μπαλτά Γ., Παπαρρηγόπουλος Θ., (2010). *Συννοσηρότητα άγχους και Κατάθλιψης. Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση*, Ψυχιατρική 21(2): 107-114, ανασκόπηση
19. Μπούρας Γ., Λύκουρας Λ., (2011). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία*, Εγκέφαλος, 48(2): 21-54
20. Μουστάκα Ε., Κουτής Χ., Μπαμπάτσικου Φ., Σαράφης Π., και συν., (2011). *Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες* Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης Τόμος 4-Τεύχος 4.

21. Νταλίπης Β., (2008). *Τα οφέλη της Προσαρμοσμένης φυσικής δραστηριότητας στην Κατάθλιψη*, ΔΟΚΙΜΙΟ: intellectum τεύχος 05, σελ. 121-129
22. Περιτογιάννης Β., Ζακοπούλου Β., (2010). *Διαταραχές της επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις*, κεφ.7.2, σελ.127-134
23. Ρήγας Δ., (2009). *Η ψυχαναλυτική καταπρόηση της Κατάθλιψης*, Ελληνική εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, τεύχος 4^ο, σελ. 1-7 Εκδόσεις Medical Graphics.
24. Ρούκας Δ., Κονταξάκης Β. , (2005). *Το φάσμα των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών*. Ανασκόπηση. 16(4)313-327
25. Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., και συν., (2008). *Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα*. Νοσηλευτική 47(2)247-255
26. Σαπουντζή – Κρέπια Δ., (2004). *Χρόνια ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα μια ολιστική προσέγγιση*, κεφ.6^ο, σελ.65 – 74, έκδοση 2^η, εκδόσεις Έλλην, ΑΘΗΝΑ
27. Σικλαφίδου Π., Ζελενή Δ. , Λειβαδίτης Μ., (2011). *Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και Κατάθλιψη* 48(4)146-150

28. Σταθαρού Α., Γαλάτου Χ., Κοτρώτσιου Ε., (2012). *Η χρήση του χιούμορ στη φροντίδα ψυχικά ασθενών*. Ειδικό άρθρο, το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος 11^{ος} , τεύχος 1^ο, σελ.62-71
29. Υφαντής Θ., Φλώρος Γ., Πούλια Π., και συν., (2011). Το ερωτηματολόγιο Εκτίμησης των μηχανισμών άμυνας “*Life Style Intex*”. Συσχετίσεις με την ψυχική καταπόνηση και την επιθετικότητα. *Ψυχιατρική* 22(3) 207 – 220, έρευνα
30. Φώσκολος Δ., (2011). *Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer, το τρίγωνο της λήθης*, *Εγκέφαλος* 48(3) 131 – 136.

Γ2 ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aiken L., Clarke S., Sloane D., et al, (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction* 288(16):1987
2. Alda M., (2004). *The phenotypic spectra of bipolar disorder*. *Eur Neuropsychopharmacol.* 14 : S94 – S99
3. Andrade L., Cavaro A., (2003). *Epidemiology of major depressive episode Results from the international Consortium of Psychiatry Epidemiology (ICDE)*. *Surveys int Methods Psychiatry Res.* 12(1) :3 – 21
4. Angst F., Stassen H., Clayton P., et al, (2002). *Follow up over 34 – 38 years. Affect Disord* 68(2 – 3):167 – 181

5. A.P.A. (2001). American Psychiatry Association 2001 *Diagnostic and statistical of mental disorders* (4th ed test revion) Washington Author
6. Balta G., Paparrigopoulos T., (2010). *Comorbid anxiety and depression : Diagnostic issues and treatment management* *Psychiatriki* 21(2) : 107 - 114
7. Barlow D., (2005). *Abnormal psychology : An integativeapproach* (5th ed). Belmont CA USA : Thomson Wadsworth 248 - 249
8. Bell R., Franks P., Duberstein D., et al, (2011). *Suffering in silence : reasons for not disclosing depression in primary care* *Annals of family medicine*, 9 : 439 - 446
9. Berton O., Nestler E., (2006). New approaches to antidepressant drug discovery : beyond monoamines. *Nat Rev. Neurosci* 7,137 – 151
10. Bossini L., (2007). *Journal of clinical Psychopharmacology. Sexual Disorders in Subjects Treatment for Mood and Anxiety Disorders.* 27(3) : 310 – 312
11. Cassano P., Fava M., (2002). *Depression and public health an overview* *journal of psychosomatic .Research* 53(4) :849 - 857
12. Christodoulou C., Michopoulos J., Toyrikioti K., et al. (2010). *Hospital anxiety and depression scale. A quantitative analysis in medical outpatients, psychiatric outpatients and normal subjects.* *Psychiatriki* 21(4) : 279 – 286.

13. Cole M., (2002). *Public health models of mental health care for elderly populations* *int psychogeriatric* 14 : 3 - 6
14. Devane C., Chiao E., Franklin M., et al, (2005). *Anxiety disorders in the 21st century : status, challenges, opportunities and comorbidity with depression.* *American journal of Manager Care* 11(suppl, 12) : S343 – 353.
15. Donohue J., Pinkus H., (2007). *Reducing the society burden of depression : a review of economic costs, quality of care and effect of treatment* 25 : 7.
16. Devanand G., Kim M., Paykina M., et al, (2002). *Adverse life events in elderly patients with depression of dysthymia and healthy – control* *Subjects* 10 : 265 – 247.
17. Eaton W., Shao H., Nestadt G., (2008). *Population – based study of first onset and chronicity in major depressive disorder* 65(5) : 513 – 520.
18. Fava M., Cassano P., (2008). *Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder* In Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M., Biederman J., Rouch S., eds *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* 1st ed., chap. 29
19. Feskanich D., Hastrup J., Marshale J., et al, (2002). *Stress and suicide in the Nurses Health Study* *Epidemiology Community Health* 56 : 95 – 98.

20. Fountoulakis K., Pantoula E., Siamouli M., et al, (2011). *Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS) : A population – based study.* PSYCHIATRIKI 22(2), 132 -147.
21. Gonda X., Fountoulakis K., Kaprinis G., et al, (2007). *Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety.* Annals of General Psychiatry, 6 : 23
22. Gotlib I., Goodman S., (2002). *The significance of parental depressed mood for young adolescents emotional and family experiences* journal of Early Adolescence, 23, 167 – 241.
23. Greenblatt J., (2010). *The Breakthrough Depression Solution: A Personalized 9 – Step Method for Beating Physical Causes of your Depression”* pages 288.
24. Gruenberg A., Goodman S., (2002). *Classification of Depression : Research and Diagnostic Criteria : DSM – IV and ICD – 10* Wiley com Retrieved October 30, 2008, 11 : 43.1
25. Hadolias D., (2005). *Unemployment and health in the of clobalization* hygeia @ 1(2) : 29 – 58.
26. Hazak G., Dtsch Med Wochenschr (2006). *Dual acting reuptake inhibitors in the treatment of depression and pain* 131 Suppl 8 : S280 – 283.

27. Hendrie C., Pickles A., (2009). *Depressive as an evolutionary adaption. Implications for the development of preclinical model. Medical Hypotheses.* 342 – 347.
28. Hetrick S., Cox G., Merry S., (2011). *Treatment – resistant depression in adolescents : is the addition of cognitive behavioural therapy of benefit;* 4 – 97 – 112 article
29. Hoffman J., Stern T., Januzzi J., (2004). *The psychiatric management of patients with cardiac disease.* In Stern T. Friccione G., Cassen N., Jellinek M., Rosenbaum J., (eds). *Handbook of General Hospital Psychiatry*, Philadelphia, Mosby pages 547 – 569.
30. Kathleen E., (2006). *Depression Care for the Elderly Reducing Barriers to Evidence Based Practice.* 25(1 – 2) : 115 – 148.
31. Katon W., Ciechanowski P., (2002). *Impact of major depression on chronic medical illness.* *Journal of psychosomatic. Research.*
32. Kelsoe J., (2009). *Mood disorders : Genetics in BJ Sadock, VA Sadock and Ruiz P., (Eds), Comprehensive text book of psychiatry (9th ed. Vol 1), Philadelphia*
33. Kimberly A. Skarurski KA, (2010). *Longitudinal association of vitamin B -12 with depressive symptoms among older adults over time.* *American journal of Clinical Nutrition*, vol. 92, No,2, pages 330 – 335.

34. Koukia E., (2002). *The recognition of late – life depression at Primary Health Care*. NOSILEFTIKI volume 41(2) : 163 – 168.
35. Kuller L., Lopez O., Jagust W., (2005). *Determinants of vascular dementia in the cardiovascular health cognition study*. Neurology 64 : 1548.
36. Kyloydis P., Georgiadis M., Rekleiti M., et al, (2011). *Factors of appearance of depressive symptomatology and stress to mental health professionals*. Rostrum of Asklepious 10 th volume, 4 th issue, pages 530 – 546. Research.
37. Kyriazis S., (2010). *Health and safety in healthcare Sector as prevention politics* hygeia@ 1(3) : 23 – 36.
38. Lazaratou H., Anastasopoulos D., (2001). *Adolescent Unit, Community Medal Health Center Byron – Kaisarian*, Department of Psychiatry, University Of Athens, Greece. Archives of Hellenic Medicine 2001,18(5) : 466 - 474.
39. Lee P., Zhang M., Hong J., (2006). *Pregnancy of painful physical symptoms with major depressive disorder in Asia : relationship with disease severity and quality of life* Psychiatry 70 (1) : 83 – 91.
40. Lorant V., Croux C., Weich S., et al, (2007). *Depression and social – economic risk factors : 7 years longitudinal population study* British journal of Psychiatry, 190 : 293 – 298.

41. Mahmoudi G., Vochedi M., Hasani S., (2009). *Study of Depression in Nurses at the Universities of Medical Sciences Affiliated Hospital; in 2007* 6(9): 1200-1204
42. Martin G., Cole M., Nadini D., (2003). *Risk factors for depression. Among Elderly Community Subjects: A systematic Review and Meta-analysis* 160: 1147-1156
43. Maslach C., Shaufeli W., Leiter M., (2001). *Job Burnout Annual Review of Psychology* 52(1): 397-422
44. Minasidou E., Lemonidou C. (2005). *Patient's with chronic disease quality of life and theory of Social Production of Operations* , Review. Nosileftiki, 44(2), 202 – 211.
45. Morrano J., (2001). *The relationship of workplace social support to perceived work-related stress a many staff nurses post onesth nurse* vol 8(6) Dec. 2001 395-402
46. Nolan P., Smojkis M., (2003). *The mental health of nurses in the UK.* Advances in Psychiatric Treatment, vol 9: 374-379
47. Nutt D., (2008). *Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depression disorder* Journal of Clinical psychiatry 69 E1: 4-7

48. Ouzouni X., Nakakis k., (2008). *Nursing care of depressed children*, NOSILEFTIKI, 47(4) : 458 – 470.
49. Papadimitriou G., (2008). *Mental health, care and management of the mentally ill*. Psychiatriki, Editorial 19(3) : 203 – 204.
50. Papageorgiou D., Karabetsou M., Nikolakakou C., et al, (2007). *Level of anxiety and self – esteem of nurses working in public hospitals 'G. Gennimatas' General Hospital of Athens*. NOSILEFTIKI, 46(2) : 237 – 245.
51. Patten S., Williams K., Lavorato D., et al, (2009). *A longitudinal community study of major depression and physical activity* Gen Hospital Psychiatry 31: 571-575
52. Pirutinsky S., Rosmarin H., Pargament I., et al, (2010). *Does negative religious coping accompany, precede or follow depression among Orthodox Jews?* Journal of Affective Disorders 132: 401-405.
53. Radden I., (2003). *Equating today's depression and past melancholia* Philosophy, Psychiatry and Psychology 10(1): 37-52
54. Raphael B., (2001). *Unmet need for Prevention In: Andreus G., Henderson S" 'Unmet Need Psychiatry: Problems, Resources Responses Cambridge University Press, pages 138-139*

55. Rickards H., (2005). *Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis and Stroke*, journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 76 : 148 – 152.
56. Schuchit M., Smith T., (2010). *Predicting drinking anset with discrete-time survival analysis in offspring from the San Diego prospective study*. *Drug Alcohol Depend.* 107: 215-220
57. Schulman J., Shapiro B., (2008). *Depression and Cardiovascular disease: What is the Correlation?* *Psychiatric Times* 25(9) : 1 – 2
58. Siklafidou P., Zeleni D., Libaditis M., (2011). *Transcultural psychiatry and Depression* *Encephalos Journal* 48(4): 146-150
59. Smith R., (2007). *Netler's Obstetrics, Gynecology and Women's Health* 1(9): 500-503
60. Stavrianopoulos T., Stamati S., Gevrecki E., et al, (2011). *Levels of Anxiety, Fatigue, Satisfaction and self-esteem of Nursing Staff in public Hospitals of Ilia*. *Rostrum of Asclepius* 10th volume, 1st issue, page 120
61. Stompe T., (2001). *Guilt and depression: s cross-cultural comparative study*. 34(6): 289-298

62. Tecott L. & Smart S., (2009). *Manoamine neurotransmitters*. In BJ Sabock, VA Sabock & Ruiz P. (Eds) *Comprehensive textbook of psychiatry* (9th ed., vol. 1) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
63. Trivedi M., Desai D., Ossanna M., et al, (2008). *Clinical evidence for serotonin and nor epinephrine reuptake inhibition of duloxetine*. 23(3): 161-169
Texas
64. Van H., Schoeuer ., Dkker J., (2008). *Predicting the outcome of Antidepressants and Psychotherapy for Psychiatr'*. vol 16, No 4, 225-234
65. Vander A., Sherman J., Kuciano D., et al, (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου*. pages 263-279
66. Vigo D., Baldessarini R., (2009). *Anticonvulsants in the Treatment of Major Depressive Disorder: An Overview*. Harvard Rev Psychiatry vol. 17 No 4 pages 231-241
67. Whooley M., Kiefe C., Chesney M., et al, (2002). *Depressive symptoms, unemployment and loss of income*. *Archive of internal Medicine* 162, 2614-2620.
68. Wise T., Fiskainish D., Holder-Perkins V., (2007). *Painful physical symptoms in depression: a clinical challenge* *Pain*. Med 8 (suppl 2): 75-82

69. Witkiewitz K., Villarroel N., (2009). *Dynamic association between negative affect and alcohol lapses following alcohol treatment*. *Consult Clinical Psychology* 77: 633-644

70. Zisook S., Lesser I., Stewart J., et al, (2007). *Effect of age at onset on the course of major depression disorder* *American Journal of Psychiatry*, 164(10): 1539-1546

Γ3 ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

1. Κανταρτζής Σ.,(2008). *"Η θεραπεία της Κατάθλιψης"*.
2. Δασκαλόπουλος Θ., (2010). *"Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία"*. Άρθρο.
3. Τσιάντος Β., (2010). *"Οι κοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης"*