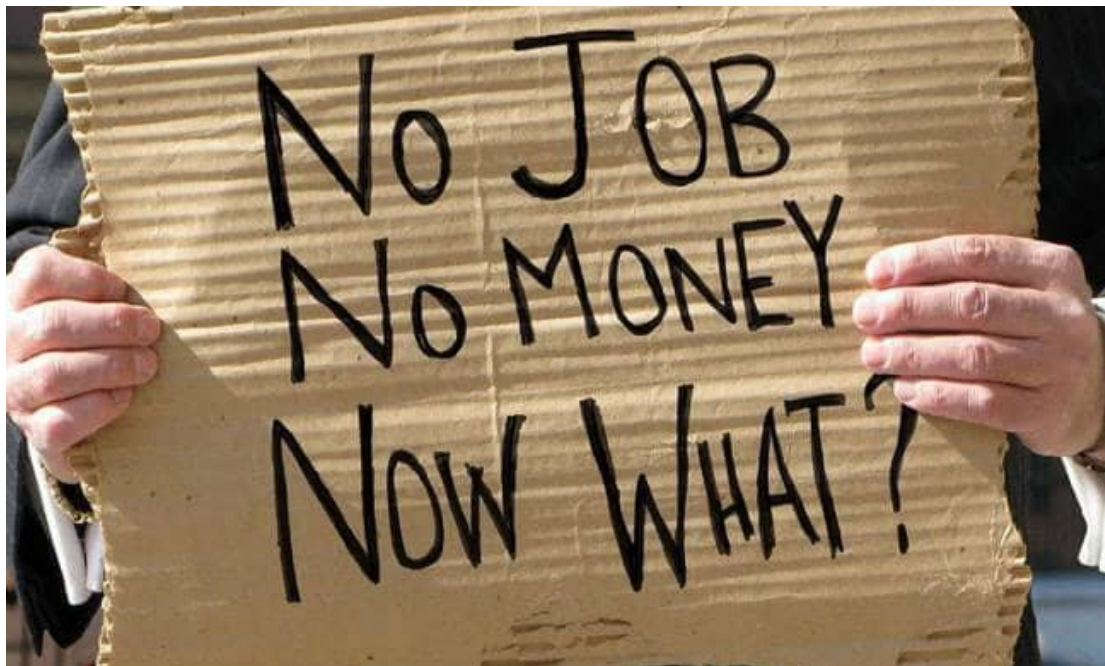




Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία

«Διερεύνηση άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ανέργους του Νομού Ηρακλείου σε περίοδο οικονομικής κρίσης»

Υπό τους φοιτητές Νοσηλευτικής

Παρασύρη Ιωάννη

Χατζή Σωτηρία

Νάνου Τριανταφυλιά

Επιβλέπων: Καρτσωνάκη Μαρία Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, Εργαστηριακός συνεργάτης ΤΕΙ Κρήτης, τμήμα Νοσηλευτικής, MSc, PhDc

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του Προπτυχιακού Τίτλου Σπουδών

Ηράκλειο, Μάιος 2017

© Η παρούσα πτυχιακή εργασία εγκρίθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης στις 16/05/2016. με αριθμό Πρωτοκόλλου 916 και αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης και των συγγραφέων (Ν. 2121 /1993).

Πίνακας περιεχομένων

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	v
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i>	vi
<i>Περίληψη</i>	vii
<i>Abstract</i>	viii
<i>Κεφάλαιο 1^ο</i>	9
<i>Εισαγωγή</i>	9
<i>Ορισμοί, Έννοιες</i>	9
<i>ΑΓΧΟΣ</i>	9
<i>ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ</i>	11
<i>Είδη Αγχωδών διαταραχών</i>	11
<i>Μικτή Αγχώδης – Καταθλιπτική κατάσταση</i>	12
<i>Φοβίες</i>	12
<i>Υστερική νεύρωση (μετατροπής)</i>	14
<i>Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση</i>	14
<i>Σωματόμορφες Διαταραχές</i>	16
<i>Τικ (ή στερεοτυπίες)</i>	16
<i>Καταθλιπτική νεύρωση</i>	16
<i>Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ)</i>	17
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο</i>	19
<i>ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ</i>	19
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο</i>	22
<i>Κατάθλιψη</i>	22
<i>Διάγνωση κατάθλιψης</i>	23
<i>Συμπτώματα κατάθλιψης</i>	24
<i>Διαχείριση της κατάθλιψης</i>	26
<i>Επιδημιολογία κατάθλιψης</i>	27
<i>Θεωρίες της κατάθλιψης</i>	30
<i>Μείζων καταθλιπτική διαταραχή</i>	31
<i>Συχνότητα κατάθλιψης</i>	32
<i>Θεραπεία της κατάθλιψης</i>	34
<i>Φαρμακοθεραπεία</i>	35
<i>Θετικά και αρνητικά στοιχεία της φαρμακοθεραπείας</i>	37
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο</i>	40

<i>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</i>	40
<i>Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας</i>	42
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</i>	46
<i>Επιπτώσεις της οικονομική κρίση στη ψυχική υγεία</i>	46
<i>Οικονομική κρίση, αυτοκτονία και ποσοστά θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό.</i>	49
<i>Αντιμετώπιση-Πρόληψη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία</i>	50
<i>Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα</i>	52
<i>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	54
<i>Εισαγωγή</i>	54
<i>Σκοπός</i>	55
<i>Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα</i>	55
<i>Ηθικοί περιορισμοί</i>	56
<i>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</i>	56
<i>Στατιστική ανάλυση δεδομένων</i>	58
<i>Ανάλυση Δεδομένων και ερμηνεία αποτελεσμάτων</i>	58
<i>Συμπερασματική στατιστική</i>	81
<i>Προτάσεις</i>	88
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</i>	90
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ</i>	95
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2- ΕΓΚΡΙΣΗ</i>	102

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε πολύ την επόπτρια μας κ. Καρτσωνάκη Μαρία, για την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση της και την πολύτιμη βοήθεια που μας πρόσφερε για να φέρουμε εις πέρας την πτυχιακή μας εργασία.

Επίσης, ευχαριστούμε όλους όσους μας δέχτηκαν και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μας και μας βοήθησαν να διεκπεραιώσουν την ερευνητική μας μελέτη.

Τέλος, ευχαριστούμε τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν κατά την διάρκεια της φοίτησης μας στο ΤΕΙ Κρήτης.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

DSM-IV (Διαγνωστικών και στατιστικών εγχειριδίων των ψυχικών διασταυρώσεων 4η έκδοση)

ΟΑΕΔ (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού)

DSM-SV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental (fifth edition))

Κ.τ.λ (Και τα λοιπά)

% (Ποσοστό επί τις εκατό)

ΔΜΤΣ (Διαταραχή Μετά από Τρομακτικό Στρες)

TCA (Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά)

ΜΑΟ (Αναστολείς της μονοαμινοξειδωσης)

SSRI (Αντικαταθλιπτικά πολλαπλών υποδοχέων)

Na SSA (Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της 67 σεροτονίνης)

TeCA (Τετρακυκλικό αντικαταθλιπτικό)

ECT (Ηλεκτροθεραπεία)

TMS (Μαγνητική Διέγερση)

ΓΣΕΕ (Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας)

ΑΔΕΔΥ (Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημόσιων Υπαλλήλων)

ΔΕΠΥ (Διαταραχή ελαττωματική προσοχής και υπερκινητικότητας)

ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν)

ΣΔ (Σακχαρώδης Διαβήτης)

ΑΥ (Αρτηριακή Υπέρταση)

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η παγκόσμια οικονομική κρίση που έκανε την εμφάνισή της στα τέλη του 2007 δεν άργησε να φτάσει στην Ελλάδα και πιο ειδικά στην Κρήτη με την οποία ασχοληθήκαμε εμείς. Το μέγεθος της συρρίκνωσης της οικονομίας ήταν τέτοιο που επηρέασε την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού και όχι μόνο, στον οικονομικό τομέα όπως ήταν αναμενόμενο άλλωστε, αλλά εξίσου και σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο. Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια να εξαχθούν συμπεράσματα για τις επιπτώσεις της ανεργίας στο ψυχολογικό τομέα μέσω της ποσοτικής διερεύνησης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ανέργους του νόμου Ηρακλείου Κρήτης σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για την συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης δηλαδή πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη, παρατηρήθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου. Ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει την χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα. Για την εκτίμηση του άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκαν δυο σταθμισμένα στα ελληνικά εργαλεία, το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του C.D. Spilberger και το ερωτηματολόγιο CES-D αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα συμμετείχαν 115 άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που ανταποκρίθηκαν στην μελέτη ήταν γυναίκες 53,9% (n=62) ενώ το 46,1% (n=53) άνδρες. Η μέση τιμή της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν τα 21,74 έτη (TA +/- 1,97). Όσον αφορά τον τόπο διαμονής, οι περισσότεροι κατοικούν στην πόλη και δηλώνουν άγαμοι. Το μεγαλύτερο δείγμα προέρχεται από τον ΟΑΕΔ Ηρακλείου. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων έδειξαν πως ότι εμφανίζεται περισσότερο είναι το παροδικό παρά το μόνιμο άγχος όπου συσχετίζεται με το είδος της κατοικίας (p value=0,03), την εκπαίδευση (p value=0,030) και την οικογενειακή κατάσταση (p value=0,039).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Καταλήγουμε ότι το παροδικό άγχος είναι μεγαλύτερο σε ποσοστό από το μόνιμο άγχος οφειλόμενο στην οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και το είδος κατοικίας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Παροδικό/μόνιμο άγχος, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, είδος κατοικίας

Abstract

INTRODUCTION: The global economic crisis which made its appearance at the end of 2007 not long to arrived in Greece and especially in Crete with which we have dealt with. The size of shrinkage of the economy was such that affected the vast majority of the population and not only in the economic field as expected, moreover, but equally in social and psychological level. In the present work is an attempt to draw conclusions on the impact of unemployment on the psychological domain through a quantitative investigation.

AIM: The aim of this study is to investigate the stress and depressive symptoms in Heraklion Crete law unemployed at a time of economic crisis.

METHODOLOGY: The quantitative research method was used to collect the data, and a cross-sectional observation study was performed using a questionnaire. The type of sampling used was the convenience sampling which allows the use of all subjects available until a satisfactory sample size is collected. For the assessment of anxiety and depression we used two instruments weighted in Greek, the self-esteem questionnaire of C.D. Spilberger and the CES-D questionnaire respectively.

RESULTS: The research involved 115 individuals. The highest percentage of participants that responded to the study were women 53.9% (n = 62) while 46.1% (n = 53) men. The mean age of participants was 21.74 years (± 1.97). As regards place of residence, most reside in the city, and indicate single. The larger sample comes from OAED of Heraklion.

The results of statistical analysis of the data showed that it appears more is the transient rather than permanent anxiety where associated with the type of residence (p value=0.03), education (p value=0.030) and marital status (p value=0.039).

CONCLUSIONS: We conclude that the transient stress is greater in proportion of the permanent stress due to family situation, education and type of residence.

KEY WORDS: Transient/persistent anxiety, marital status, education, type of residence

Κεφάλαιο 1^ο

Εισαγωγή

Ορισμοί, Έννοιες



Ανεργία είναι η αδυναμία εξεύρεσης εργασίας αμειβόμενης και ανάλογης με τα προσόντα, τις ικανότητες και τις κλίσεις του ατόμου. Με τον όρο ανεργία υπονοείται η ακούσια αργία των ατόμων, που προσφέρουν την εργασία τους έναντι ημερομισθίου/μισθού ή οποιουδήποτε άλλου τρόπου αμοιβής, εξαιτίας της ελλείψεως επαγγελματικής/ειδικής εργασίας.

Ο όρος ανεργία υποδηλώνει την έλλειψη ή την περιορισμένη προσφορά εργασίας με συνέπεια να μη βρίσκουν δουλειά ανάλογη των προσόντων τους άτομα ικανά να προσφέρουν. (vlioras)

ΑΓΧΟΣ

Ο όρος άγχος (anxiety) προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα άγγω που σημαίνει σφίγγω η πνίγω. Συνώνυμο του άγχους είναι το στρες.

Θα χρειαστεί να καταφύγουμε στην Αρχαία Ελληνική γλώσσα, όπου υπήρχε:

- το ρήμα «**άγγω**» (πιέζω δυνατά το λαιμό, πνίγω, στραγγαλίζω)
- το ρήμα «**άγχομαι**» (πνίγομαι, αυτοκτονώ με αγχόνη)
- το ουσιαστικό «**αγχόνη**» (βρόγχος, σκοινί για απαγχονισμό, κρέμασμα, πνίξιμο)

Η ρίζα «αγχ» είναι πανάρχαιη, απαντάται ακόμα και στα σανσκριτικά (*anhus*) και πιθανολογώ ότι προέρχεται από τον χαρακτηριστικό ήχο που βγάζει κάποιος όταν πνίγεται.

Από τα παραπάνω γίνεται πλέον φανερό, ότι εννοιολογικά το **ΑΓΧΟΣ** είναι μια πολύ σοβαρή και δυσάρεστη κατάσταση όπου κάποιος αισθάνεται σαν να πνίγεται. (Δασκαλόπουλος Θ)

Τι είναι το λοιπόν το άγχος;

Το άγχος είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση απέναντι σε μια απαιτητική κατάσταση. Οι παράγοντες που επιδρούν στο χαρακτηρισμό μιας κατάστασης ως απαιτητικής (στρεσογόνου) ή μη είναι:

- Το φύλο.
- Η ηλικία.
- Η οικονομική κατάσταση.
- Η ποιότητα ζωής.
- Η ποιότητα της φροντίδας κατά την παιδική ηλικία.
- Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης.

Όταν το άτομο νιώθει στρες, το σώμα του είναι σε ένταση και ο εγκέφαλος του πυροδοτείται από πολλαπλές σκέψεις. Το στρες μπορεί να λειτουργήσει θετικά (ευ στρες), όταν είναι σπάνιο και σε περιορισμένο βαθμό, οπότε το άτομο, υπό την επήρειά του, ενεργοποιείται για να ανταπεξέλθει αποτελεσματικότερα στις καταστάσεις που το προκαλούν. Στη περίπτωση όμως που το στρες είναι επαναλαμβανόμενο και εμφανίζεται σε μεγάλη ένταση, έχει αρνητικές επιδράσεις στο άτομο λειτουργώντας ως ανασταλτικός παράγοντας στην εκπλήρωση των καθημερινών υποχρεώσεων. (Ευθυμίου Κ, 2006)

Το στρες, με την αρνητική έννοια όπως συνηθίζεται να αναφέρεται προκαλεί συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης, φόβου, κούραση, κατάθλιψη καθώς και προβλήματα υγείας. Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Η εμφάνιση του άγχους στα άτομα καθώς και ο βαθμός (η ένταση) που παρουσιάζει σε κάθε περίπτωση είναι συνάρτηση των γνωστικών συναισθηματικών διεργασιών του κάθε ατόμου, του τρόπου ζωής του και του τρόπου αντίληψης του. (Δασκαλόπουλος Θ)

ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ

Οι νευρώσεις είναι ελαφριάς μορφής ψυχικές διαταραχές που κύριο χαρακτηριστικό τους είναι το υπερβολικό άγχος, μια συνεχής έντονη εσωτερική ανησυχία. Είναι μια χωρίς οργανική βλάβη διαταραχή στην ψυχική εξέλιξη του ατόμου, που εξαρτάται κυρίως από την επίδραση του περιβάλλοντος χωρίς να αποκλείονται παράγοντες που σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία του ατόμου. Το νευρωσικό άτομο δεν χάνει την επαφή με την πραγματικότητα (όπως συμβαίνει με τα ψυχωσικά άτομα), συνεχίζει να συμμετέχει και να δρα στην επαγγελματική και κοινωνική ζωή, αλλά αδιάλειπτα νιώθει μπροστά σε συγκεκριμένα αντικείμενα, ιδέες ή καταστάσεις, μια δυσάρεστη εσωτερική ένταση, εκνευρισμό, συναισθήματα ενοχής, φόβο, ακόμα και πανικό. Τα ενοχλήματα που νιώθει είναι δυσπροσαρμοστικά προς το Εγώ του, γι' αυτό και το άτομο νιώθει ότι πάσχει από ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία βιώνει ως ψυχοσυγκρούσεις. (Παρασκευοπούλου Ι, 1988) (Καβαλάκη Α, 2013)

Οι πιο συνήθεις μορφές νευρώσεων είναι οι αγχώδεις διαταραχές με τα είδη των αγχωδών διαταραχών να χωρίζονται στις παρακάτω μορφές:

Είδη Αγχωδών διαταραχών

Υπάρχει το φυσιολογικό άγχος, το οποίο δεν εμποδίζει τη λειτουργικότητα του ατόμου και ακόμα μπορεί να πετύχει θετικά αποτελέσματα, αποτελεί κινητήρια δύναμη πχ ένας φοιτητής πριν την εξεταστική μπορεί να εκδηλώσει άγχος, το οποίο μπορεί να τον κάνει να διαβάσει περισσότερο για να γράψει καλά. Υπάρχει όμως και το παθολογικό άγχος, το οποίο μας αφορά άμεσα εδώ, που εμποδίζει τη λειτουργικότητα και το άτομο δεν μπορεί να το ελέγξει. (Μπαλλής Θ, 2008) (Καβαλάκη Α, 2013)

Το άγχος μπορεί να οριστεί ως ένα δυσάρεστο αίσθημα φόβου ή ανησυχίας, που συνήθως συνοδεύεται από παθολογικά συμπτώματα εγρήγορσης, όπως αυξημένη καρδιακή συχνότητα, αυξημένη αρτηριακή πίεση, εφίδρωση, μυδρίαση, νευρικότητα, ανασφάλεια, σωματικό πόνο, σφίξιμο στο στομάχι, τρέμουλο, ρίγος, κρύα χέρια και υγρά, ζάλη, συχνοουρία, αϋπνία, ένα αίσθημα ότι «κάθεται σε αναμμένα κάρβουνα». Μπορεί να θεωρηθεί ως υπερβολική αντίδραση φόβου σε εξωτερικά ερεθίσματα. Σε αντίθεση με τον φόβο που είναι η αντίδραση στον πραγματικό κίνδυνο, το άγχος δημιουργείται λόγω της αναμονής απειλών που ενδεχομένως θα έρθουν στο μέλλον. (Getzfeld Α, 2009)

Κάποιες από τις λειτουργίες του ατόμου που μπορεί να επηρεάσει το άγχος είναι η συγκέντρωση, η προσοχή, η αντίληψη, η μνήμη, η κρίση, η μάθηση. Όλες οι Αγχώδεις

Διαταραχές έχουν ένα κοινό βασικό γνώρισμα: το άτομο βιώνει μια συναισθηματική αντίδραση, συνήθως φόβο, που είναι δυσανάλογη σε σχέση με το περιβαλλοντικό ερέθισμα. Το άγχος αυτό προκαλεί ένα γενικότερο πρόβλημα στην ικανότητα του ατόμου να έχει μια φυσιολογική καθημερινότητα και μια φυσιολογική ζωή. Όλες αυτές οι διαταραχές οδηγούν σε απαισιοδοξία σε διάφορους τομείς της ζωής και ένα αίσθημα απώλειας έλεγχου απέναντι σε μια επερχόμενη δυσάρεστη κατάσταση. Αυτό το αίσθημα απώλειας έλεγχου και ο φόβος για το άγνωστο είναι κοινό χαρακτηριστικό όλων των αγχωδών διαταραχών. (Getzfeld A, 2009)

Μικτή Αγχώδης – Καταθλιπτική κατάσταση

Το 1989, ο Klerman, αναφερόμενος σε μια μεγάλη μελέτη του Wells και άλλων, βρήκε ότι οι ασθενείς υποφέρουν από άγχος και ήπια κατάθλιψη και ήταν αδύναμοι σε αρκετές περιοχές της λειτουργικής τους κατάστασης, εμφάνιζαν σωματική και κοινωνική ανικανότητα. (Πιάννου Χ, 2003)

Σύμφωνα με το DSM-IV υπάρχουν πολλές υποκατηγορίες αγχωδών διαταραχών. Οι τέσσερις πιο συχνοί τύποι είναι α) Η Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, β) Η κοινωνική φοβία, γ) Η Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) και δ) Η Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ). (Getzfeld A, 2009)

Φοβίες

Φόβος λέγεται το δυσάρεστο συναίσθημα, που νιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου κινδύνου, που



συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να τραπεί σε φυγή. Συχνά, φόβος προκαλείται στο άτομο σε μεγαλύτερο από όσο νομίζει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει, κίνδυνο. Μολονότι μπορεί να εμφανιστεί σαν συνοδευτικό σύμπτωμα σε πολλές ψυχικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, ψυχαναγκαστική υστερική νεύρωση κ.α.), θεωρείται φυσιολογικός και ωφέλιμος, διότι μας βοηθάει εφόσον δεν είναι υπερβολικός, στην αντιμετώπιση πολλών κινδύνων της ζωής. Όταν όμως η διάρκεια και η ένταση δεν ανταποκρίνονται στο αίτιο και στις πραγματικές εξωτερικά συνθήκες και όταν

γενικεύεται και αποτελεί ιδιαίτερη κατάσταση, τότε συνήθως παίρνει παθολογικό χαρακτήρα. (Πιάννου Χ, 2003)

Από τις συνηθέστερες περιπτώσεις παθολογικού φόβου είναι η λεγόμενη φοβική νεύρωση ή φοβία. Ο όρος δηλώνει τον ισχυρό φόβο ή το άγχος που νιώθει ένα άτομο από ορισμένα πρόσωπα, αντικείμενα, ζώα ή καταστάσεις και ο οποίος δεν δικαιολογείται σύμφωνα με τη λογική. Ακόμα και ο ίδιος ο ασθενής τον θεωρεί παράλογο. Η φοβία, είτε αποτελεί μετάθεση του εσωτερικού άγχους σε ένα εξωτερικό συμβολικό αντικείμενο (ψυχανάλυση), είτε είναι προϊόν σύνδεσης μιας τραυματικής εμπειρίας με ένα ουδέτερο ερέθισμα (ψυχολογία συμπεριφοράς), αποτελεί ένα μηχανισμό προσαρμογής. Το άτομο δηλαδή κάνει την λιγότερο οδυνηρή επιλογή. Είναι ευκολότερο συνήθως να αποφύγει ο φοβικός το συγκεκριμένο εξωτερικό ερέθισμα που του προκαλεί το φόβο από το εσωτερικό ψυχικό άγχος. Θεωρείται δε η φοβία παράλογος φόβος, γιατί έχει λησμονηθεί η αρχική πραγματική της αιτία.

Οι περισσότεροι φόβοι είναι επίκτητοι ή κάποιοι μπορεί να οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη ή διαταραγμένη λειτουργία ενδοκρινών αδένων όπως ο συγκεχυμένος φόβος. (Πιάννου Χ, 2003)

Κοινό χαρακτηριστικό σε όλα τα είδη του φόβου είναι ότι η συναισθηματική ταραχή εκδηλώνεται με κάποια συμπτώματα, όπως: τρεμούλα, ταχυπαλμία, υπερβολική εφίδρωση, πονοκέφαλοι, ημικρανίες, ζαλάδες, ωχρότητα, δυσκολία αναπνοής, ξηρότητα στόματος κ.τ.λ. και γενικά διαταραχές σε όλα τα συστήματα (πχ πεπτικό, κυκλοφορικό, αναπνευστικό), που επηρεάζονται από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Συχνά στις παθολογικές καταστάσεις φόβου εμφανίζονται και ψυχολογικά συμπτώματα. Αυτά είναι μείωση στη συγκέντρωση προσοχής, περιορισμός των δυνατοτήτων για μάθηση και άσκηση, μικρότερη επίδοση και απόδοση σε όλους τους τομείς από εκείνη, που οι πνευματικές δυνάμεις επιτρέπουν, δυσκολίες στην κοινωνική προσαρμογή. Συχνά παρουσιάζεται αίσθημα κόπωσης, διαταραχή ύπνου, μελαγχολία. (Πιάννου Χ, 2003)

Η φοβία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές όπως: Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, η Διαταραχή άγχους αποχωρισμού, κλειστοφοβία. Ακόμα ένα άτομο μπορεί να εμφανίζει νυκτοφοβία, ζωοφοβία, πυροφοβία κλπ. (Καψαλάκη Α, 2013)

Υστερική νεύρωση (μετατροπής)

Ο όρος υστερία χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τους Έλληνες και συνδέθηκε με τους πόνους της γυναίκας κατά την αποβολή του ύστερου. Γι' αυτό και μέχρι τα τέλη του 19ου αιώνα θεωρούνταν ασθένεια των γυναικών. Σε βαριές περιπτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων, όπως ολική ή μερική αχρηστία των αισθητηρίων οργάνων ή μελών του σώματος, όπως παραλύσεις (μονοπληγία μέχρι ημιπληγία), κράμπες, ορισμένα τικ. Ακόμα μπορεί να εμφανίσει κώφωση, μείωση της όρασης ακόμα και τύφλωση. Οι συνηθέστερες μορφές υστερίας είναι η υστερική τύφλωση, η υστερική κώφωση, η υστερική αλαλία (απώλεια της ομιλίας), οι υστερικές παραλύσεις, η υστερική αμνησία, η υστερική ανοσμία, η νευρωσική ανορεξία κλπ. (Καψαλάκη Α, 2013)

Τα συμπτώματα της υστερίας είναι ποικίλα. Μπορεί να μιμηθεί κάθε αρρώστια, από όγκο στον εγκέφαλο μέχρι ρευματισμούς και επιληψία. Κατά κανόνα το υστερικό άτομο παρουσιάζει συμπτώματα μιας ασθένειας όπως εκείνο τα φαντάζεται. Παρουσιάζει συμπτώματα όπως διαταραχές στην κινητικότητα και τις αισθήσεις, δυσκολίες βαδίσματος, παραλύσεις γενικά των άκρων, διαταραχές των αισθητηρίων οργάνων κλπ. Συχνά παρατηρούνται καρδιακές κρίσεις ή δυσκολίες αναπνοής, παράπονα για πόνους καθώς και διάφορες σπλαχνικές και αγγειοκινητικές διαταραχές. Τα υστερικά άτομα παρουσιάζουν συνήθως νηπιακά και εγωιστικά χαρακτηριστικά ανωριμότητας στις εκδηλώσεις τους, καθώς και ναρκισσισμό.

Μια μορφή υστερίας θεωρείται και η διάσπαση της συνείδησης. Στην υστερική διάσπαση της συνείδησης, το άτομο δεν απομακρύνεται από τον κόσμο της πραγματικότητας. Εδώ υπάγονται και ορισμένα είδη αμνησίας και κυρίως η εκλεκτική, όπου το άτομο δεν θυμάται ορισμένα γεγονότα, που αποτελούν για το ίδιο το άτομο τραυματική εμπειρία. (Πιάννου Χ, 2003) (Παρασκευοπούλου Ι, 1988)

Ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση

Χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό, μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών. Το άτομο νιώθει πως είναι αναγκασμένο να επαναλαμβάνει ορισμένες σκέψεις, να εκτελεί ορισμένες πράξεις, να φέρνει στο νου του ορισμένα βιώματα ή να συλλογίζεται για ένα αφηρημένο θέμα, παρότι έχει το συναίσθημα, ότι αυτό είναι αταίριαστο για την περίπτωση και παράλογο. Κάθε προσπάθεια να εμποδίσει ή να καταπιέσει την εμφάνιση τους οδηγεί σε έντονο

συναίσθημα άγχους, συγκεχυμένου δηλαδή, φόβου με σωματικά συμπτώματα, πράγμα που εξαναγκάζει στο τέλος τον ασθενή να υποκύπτει στους παράλογους αυτούς ψυχαναγκασμούς. Εντοπιστικά στον εγκέφαλο, μεγάλη δραστηριότητα παρατηρείται στην υπερμεσολόβιο έλικα και σε μικρότερο βαθμό, στον κερκοφόρο πυρήνα, ένα κύκλωμα που εκτίνεται από τον μετωπιαίο λοβό μέχρι τον θάλαμο (Παρασκευοπούλου I, 1988) (Getzfeld A, 2009).

Ιδεοληψίες: Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, τις οποίες το άτομο προσπαθεί να εξουδετερώσει ή να καταπιέσει και είτε δεν τα καταφέρνει είτε δυσκολεύεται πάρα πολύ να το κάνει.

Καταναγκασμοί: Σκέψεις ή πράξεις που προκαλούν ανακούφιση. Χρησιμοποιούνται για να καταπιέσουν τις ιδεοληψίες.

Η συμπτωματολογία των ψυχαναγκαστικών μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις μεγάλους άξονες: Συμμετρία (τακτοποίηση, ομοιομορφία, γραμμές κλπ.), προβλήματα αρρώστιας (καθαριότητα, πλύσιμο χεριών, μικρόβια και δηλητήρια, δυσμορφίες κτλ.) και θρησκεία – σεξ (ανεπίτρεπτες σκέψεις, φαντασιώσεις κλπ.). Πιο συγκεκριμένα το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικές και παράλογες. Έτσι επιδεικνύει κάποια ευαισθησία για την συμπεριφορά του και αναγνωρίζει πως αυτές οι συμπεριφορές δεν είναι φυσιολογικές, ότι είναι δημιούργημα του δικού του μυαλού και δεν επιβάλλονται έξωθεν, όπως συμβαίνει στην παρεμβολή σκέψης (Getzfeld A, 2009).

Ακόμα, σύμφωνα με το DSM – IV οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί προκαλούν έντονη δυσφορία και είναι χρονοβόροι, απασχολώντας το άτομο περισσότερο από μια ώρα την ημέρα, κάθε μέρα. Παρεμποδίζονται σημαντικά οι συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, είτε το επάγγελμα είτε το σχολείο είτε οι κοινωνικές του επαφές. Κάποια παραδείγματα ιδεοψυχαναγκαστικών τάσεων είναι π.χ. να ελέγχει επανειλημμένα αν έχει κλειδώσει ή όχι την πόρτα ή να μην αρχίσει να εργάζεται παρά μόνο αφού «στοιχίσει» σχολαστικά όλα τα αντικείμενα του γραφείου του ή να ελέγχει επανειλημμένα αν έκλεισε τον θερμοσίφωνα (Getzfeld A, 2009).

Κάθε παρέκκλιση από τη ρουτίνα προκαλεί στο άτομο θυμό, δυσαρέσκεια, φόβο, άγχος. Δεν ανέχεται απρόσμενες αλλαγές. Τέλος, νομίζουν ότι η σκέψη τους θα αποκτήσει παντοδυναμία. Χρησιμοποιούν αντίθετες λέξεις για να διώξουν κάποια δυσάρεστη σκέψη που τους ταλαιπωρεί και θα είχε μάλλον δυσάρεστες συνέπειες. Επαναλαμβάνουν προσευχές και συχνά καταφεύγουν σε εξομολόγους για να ομολογήσουν τις αμαρτωλές

σκέψεις που τους κάνουν να υποφέρουν. Παρουσιάζουν όχι σπάνια, αυτό που περιγράφεται σαν ψευδό – ψευδαισθήσεις. Είναι ως βιώματα αισθητηριακά, συνήθως, οπτικά, που τα άτομα τα αναγνωρίζουν ως μη πραγματικά και συνοδεύονται από συναισθήματα δυσάρεστα και σπάνια ευχάριστα π.χ. αιμομικτικές, φονικές ενέργειες (Μπαλλής Θ, 2008).

Σωματόμορφες Διαταραχές

Οι διαταραχές αυτές περιλαμβάνουν οργανικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλους, στομαχόπονους, άσθμα, έλκος, ζαλάδες, χρόνια πνευματική και σωματική κόπωση κ.λ.π., που γενεσιουργό τους αίτιο είναι κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα. Πρόκειται για σωματοποιητικές διεργασίες – οργανονευρώσεις – που κύριο στοιχείο τους είναι ο πόνος. Πολλοί στις ψυχοσωματικές διαταραχές συμπεριλαμβάνουν και εκείνες, στις οποίες υπάρχει διαταραχή μόνο στη λειτουργία όχι όμως και στο όργανο (π.χ. διαταραχές ύπνου, ενούρηση και λοιπά), χρησιμοποιώντας τον όρο «ψυχογενείς διαταραχές με σωματικά κυρίως συμπτώματα» (Μπαλλής Θ, 2008).

Σημαντικό ρόλο στις ψυχοσωματικές διαταραχές παίζει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και κυρίως το συμπαθητικό σε συνεργασία με το ενδοκρινολογικό, που ρυθμίζει τη συγκινησιακή συμπεριφορά. Ο δρόμος που οδηγεί από τη συναισθηματική ένταση στη σωματική βλάβη, μπορεί να παρασταθεί σχηματικά ως εξής: Συναισθηματική ένταση – διαταραχή του νευροφυτικού συστήματος – διαταραχή στη λειτουργία – βλάβη του οργάνου (Πιάννου Χ, 2003).

Τικ (ή στερεοτυπίες)

Είναι άσκοπες, στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες σπασμοδικές, μη βουλητικές κινήσεις, που συνήθως παρουσιάζονται στο πρόσωπο και στο λαιμό. Συνήθως πρόκειται για ένα είδος κίνησης. Είναι συχνότερη στην παιδική ηλικία, εμφανίζεται όμως και στην ενήλικη ζωή σε μικρότερη συχνότητα και συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Ενίοτε τα τικ εμφανίζονται σε περιόδους συναισθηματικής έντασης και χειροτερεύουν με το άγχος (Μπαλλής Θ, 2008).

Καταθλιπτική νεύρωση

Με τον όρο καταθλιπτική νεύρωση ή νευρωτική κατάθλιψη εννοείτε ένα σύμπλεγμα μικρής ή μεγαλύτερης διάρκειας συμπτωμάτων, όπως παθητική απαισιοδοξία για τη ζωή, υπερβολική θλίψη (μελαγχολία, αδιαφορία, αίσθημα κόπωσης, αδυναμία συγκέντρωσης

προσοχής), ανορεξία, έλλειψη σιγουριάς, παραίτηση, αϋπνίες, ζαλάδες, απάθεια, ευερεθιστότητα και κλείσιμο στον εαυτό του.

Σχετίζεται με αντίδραση του ατόμου σε μια εσωτερική σύγκρουση ή μια εξωτερική τραυματική εμπειρία, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου ή πράγματος, αλλαγή ρουτίνας και καθημερινότητας (π.χ. μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό λόγω αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης). Το άτομο διαστρέφει την πραγματικότητα και σε μια απώλεια ή και απειλή αντιδρά με θλίψη μεγαλύτερη σε ένταση και χρονική διάρκεια από ότι τα περισσότερα άτομα. Συνήθως γνωρίζει την αίτια αλλά υπερβάλλει ως προς την εκτίμηση της. Ο κόσμος και οι δυσκολίες μεγαλώνουν στα μάτια του και νιώθει γενικά αδύναμος όχι μόνο να χαρεί τη ζωή αλλά και να ξεπεράσει τις δυσκολίες της. Αυτό μπορεί να οδηγεί κάποιες φορές σε απόπειρες αυτοκτονίας (Πιάννου Χ, 2003).

Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες (ΔΜΤΣ)

Στο παρελθόν λεγόταν νεύρωση πόλεμου και αφορούσε Βετεράνους του πόλεμου που όταν επέστρεφαν στο σπίτι τους εμφάνιζαν συμπτώματα άγχους και αναβίωναν σκηνές του πολέμου από τον οποίο είχαν μόλις επιστρέψει. Για να διαγνωστεί κάποιος με ΔΜΤΣ πρέπει να έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός και το γεγονός αυτό πρέπει να αναβιώνετε επίμονα. Η έκθεση στο τραυματικό γεγονός πρέπει να περιλαμβάνει πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων. Επιπλέον η αντίδραση του ατόμου πρέπει να περιλαμβάνει έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθησίας ή αίσθημα φρίκης.

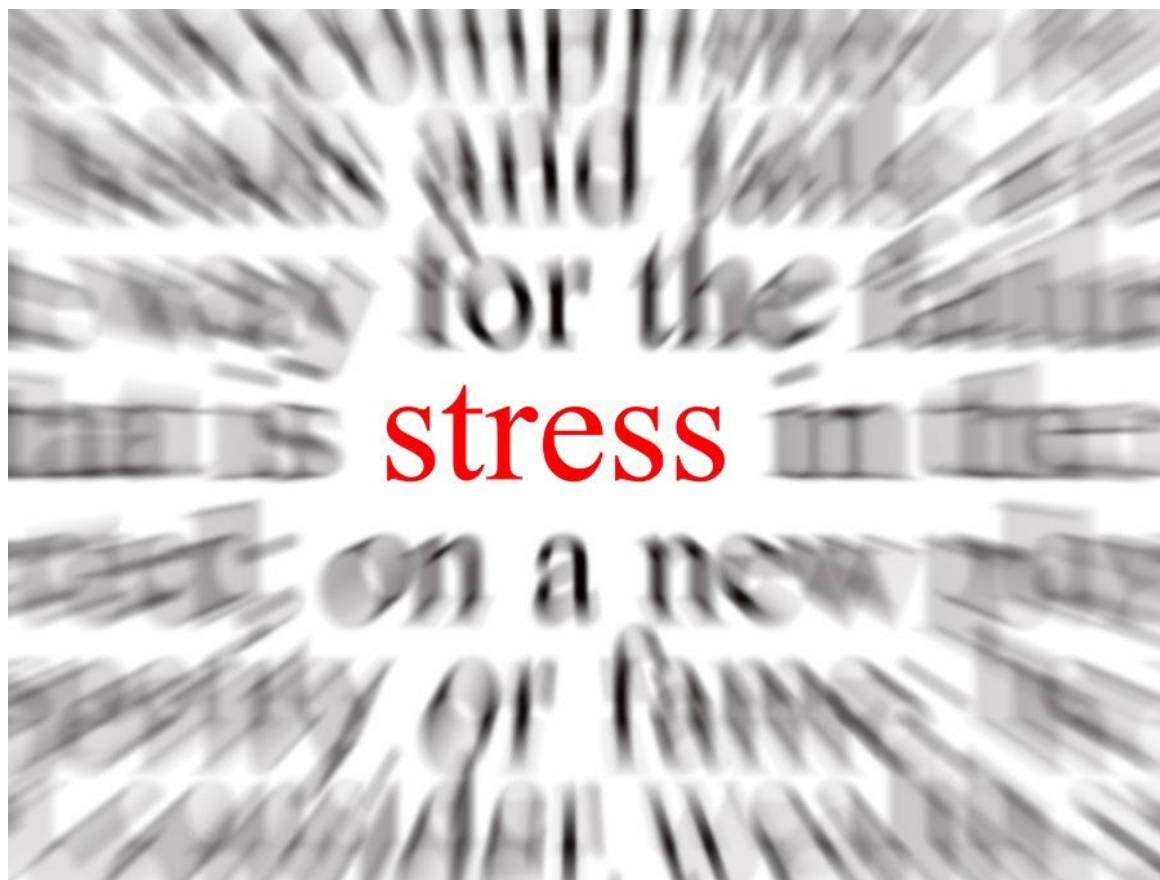
Τα συμπτώματα του ΔΜΤΣ είναι τα ακόλουθα:

1. Επίμονη αναβίωση του τραυματικού γεγονότος. Το άτομο έχει πολλούς εφιάλτες στη διάρκεια της ημέρας ή της νύχτας που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.
2. Αίσθηση ότι το τραυματικό γεγονός ξανασυμβαίνει. Αυτό περιλαμβάνει αναβίωση της εμπειρίας, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις που κάνουν το άτομο να αισθάνεται πως ξαναζεί το γεγονός.
3. Ύπαρξη επεισοδίων αναβίωσης. Η αποσύνδεση αναφέρεται σε μια σειρά δραστηριοτήτων, σκέψεων ή συναισθημάτων που διαφοροποιούνται από την υπόλοιπη προσωπικότητα του ατόμου και λειτουργούν ανεξάρτητα από αυτά. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται αποκομμένο, μη πραγματικό, ή να αισθάνεται μούδιασμένο σε σχέση με συγκεκριμένα γεγονότα, στην περίπτωση αυτή στο τραύμα.

4. Βίωση έντονης ψυχικής δυσφορίας και σωματικής αντίδρασης κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα ή συζητήσεις που σχετίζονται με το περιστατικό.
5. Το άτομο επίσης μπορεί να μην θυμάται μια σημαντική πλευρά του τραύματος κάτι που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα σε επαγγελματίες υγείας και νομικούς που εργάζονται με αυτά τα άτομα.
6. Αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους, που είναι μια μορφή συναισθηματικής αμβλύτητας. Μπορεί να αισθάνεται πως η ζωή του έχει σχεδόν τελειώσει, είναι απελπισμένο, πιστεύει πως δεν θα παντρευτεί, δε θα κάνει παιδιά και δεν θα έχει φυσιολογική διάρκεια ζωής κ.α.
7. Εμφάνιση άγχους και υπερεγρήγορης, δυσκολία στην επέλευση ή τη διατήρηση του ύπνου ή δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα ή εκρήξεις οργής ή υπέρμετρη αντίδραση στο ξάφνιασμα.
8. Μπορεί να ουρλιάζουν υστερικά στον παραμικρό μη αναμενόμενο θόρυβο, όπως μια κόρνα ή μια σειρήνα (Getzfeld A, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ



Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα άτομα που διακατέχονται από άγχος περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία ταξινομούνται ανάλογα με το αν αναφέρονται στο συναίσθημα ή στις σωματικές λειτουργίες.

Τα συμπτώματα του άγχους που σχετίζονται με το συναίσθημα εκφράζονται με:
(Ευθυμίου Κ Μ. Α.-Α., 2006)

- Ακαθόριστη ανησυχία λόγω κάποιου απροσδιόριστου κινδύνου (απειλής).
- Κρίση πανικού.

Τα συμπτώματα του άγχους που εκφράζονται με σωματικές λειτουργίες εκφράζονται με:

- Απελευθέρωση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια.
- Αύξηση των επιπέδων θυρεοειδικής ορμόνης στο αίμα.
- Απελευθέρωση ενδορφίνης από τον υποθάλαμο.
- Ελάττωσης των σεξουαλικών ορμονών (τεστοστερόνη στους άντρες και προγεστερόνη στις γυναίκες).

- Διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα απελευθέρωση γλυκόζης στο αίμα με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης για το μεταβολισμό.
- Αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα (κυρίως από το συκώτι).
- Διαταραχές καρδιακού ρυθμού.
- Αυξημένη προμήθεια του αέρα.
- Πύκνωση του αίματος.
- Εφίδρωση του δέρματος.
- Όξυνση των αισθήσεων (όραση, ακοή, γεύση, οσμή).
- Πνευματική κατάσταση του ατόμου. (Κόχιλα Δ, 2015)

Το εργασιακό άγχος περιγράφεται ως μια πειστική και αφόρητη κατάσταση κατά την οποία προκαλείται αθροιστική συσσώρευση αγχογόνων συνθηκών που σχετίζονται με την εργασία ή το άγχος το οποίο πηγάζει από μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση. Συνήθως, η αντίδραση αυτή επιτυγχάνεται λόγω δυσαρμονίας ή αντίφασης των καθηκόντων και του περιβάλλοντος της συγκεκριμένης θέσης εργασίας με την ιδιοσυγκρασία και τα ιδιάζοντα ψυχικά και σωματικά χαρίσματα του εργαζόμενου. (ROSS RR, 1994) (ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Α, 2010) (ΝΑΚΑΟ Μ, 2010) (Χάρος Δ, 2017)

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών των τελευταίων ετών αναδεικνύει το εργασιακό άγχος ως πολύ επιβαρυντικό παράγοντα για τη σωματική και την ψυχική υγεία των εργαζομένων στον χώρο της υγείας. Το εργασιακό άγχος συσχετίζεται με το εργασιακό περιβάλλον και κλίμα (μη επαρκής φωτισμός, κυλιόμενο ωράριο, έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα, όπως ασθένεια, θάνατος, τραυματισμοί κ.ά.), την οργανωσιακή δομή της εργασίας, τις σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων και των προϊσταμένων, την ασάφεια των ρόλων, τον βαθμό της ευθύνης, τη λήψη αποφάσεων, τον τύπο της προσωπικότητας των εργαζομένων, τη συμπεριφορά τύπου Α, φόβους και προσωπικά ελλείμματα, την καλλιέργεια αυταρχικού και εχθρικού κλίματος στην εργασία, γνωστού ως σύνδρομο «mobbing», την αδυναμία επικοινωνίας και την πλημμελή ψυχολογική υποστήριξη κ.ά. (ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Α, 2010) (Χάρος Δ, 2017) (ΝΑΚΑΟ Μ, 2010) (BALTZER Μ, 2011) (ΚΑΥΑΚΑΜΙ Ν, 2010) (ΑΤΚΙΝΣΟΝ ΡΛ, 2004)

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), η εργασία αποτελεί έναν από τους κρίσιμότερους προδιαθεσικούς παράγοντες που προκαλούν άγχος, με πολλαπλές επιπτώσεις στους εργαζόμενους. Αντίστοιχα, στην Ευρώπη ένα σημαντικό ποσοστό των εργαζομένων συσχετίζουν το άγχος με την εργασία, ενώ το εργασιακό άγχος κατατάσσεται ως το δεύτερο συχνότερο πρόβλημα υγείας. Στην Ελλάδα, ένας στους δύο

εργαζόμενους αναφέρουν ψυχοσωματικά προβλήματα και συχνά απουσιάζουν από την εργασία. (ASSOCIATION., 2007) (STRESS., 2000)

Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας είναι αξιοσημείωτος. Το εργασιακό άγχος διαβρώνει και αλλοιώνει τα ψυχικά χαρίσματα των εργαζομένων, με αποτέλεσμα τη σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς τους. Ως εκ τούτου, το εργασιακό άγχος σηματοδοτεί την εμφάνιση πολλών κινδύνων στον οργανισμό και ενοχοποιείται για μια πληθώρα σωματικών και ψυχολογικών εκδηλώσεων του ατόμου. (NAKAO M, 2010)

Το εργασιακό άγχος έχει συσχετιστεί με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και τις καρδιαγγειακές παθήσεις, (ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Α, 2010) (ATKINSON RL, 2004) την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, τα αυτοάνοσα νοσήματα, τις διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος, τα μυοσκελετικά νοσήματα, τις ψυχικές διαταραχές, την επαγγελματική εξουθένωση κ.λπ. (Χάρος Δ, 2017) (ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Α, 2010) (NAKAO M, 2010)

Αξίζει να σημειωθεί ότι το εργασιακό άγχος πυροδοτεί συμπεριφορές επιζήμιες για την υγεία, όπως κάπνισμα, χρήση ουσιών, κατανάλωση έτοιμου και γρήγορου φαγητού, ροπή σε παραλείψεις και ατυχήματα, απουσίες από την εργασία κ.ά. (NAKAO M, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κατάθλιψη



Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή του συναισθήματος, στην οποία παρατηρείται σημαντική επιβάρυνση του ασθενή, της οικογένειάς του, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Η κατάθλιψη είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια, αισθήματα ενοχής ή χαμηλής αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου ή όρεξης και έλλειψη συγκέντρωσης. Επιπλέον, η κατάθλιψη συνοδεύεται συχνά από συμπτώματα άγχους. Αυτά τα προβλήματα μπορούν να γίνουν χρόνια ή υποτροπιάζοντα και να οδηγήσουν σε σημαντικές βλάβες της ικανότητας ενός ατόμου να φροντίσει για τις καθημερινές ανάγκες και ευθύνες του. Στη χειρότερη περίπτωση, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία.

Γενικά



Το λιγότερο έντονο είδος κατάθλιψης, η «μελαγχολία», είναι συνήθως σύντομη σε διάρκεια και έχει ελάχιστη ή μικρή επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες. Τα συμπτώματα της «ήπιας» κατάθλιψης είναι πιο έντονα και διαρκούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για τα άτομα που πάσχουν από ήπια κατάθλιψη οι καθημερινές δραστηριότητες είναι πιο δύσκολες, αλλά το άτομο είναι ακόμα σε θέση να τις φέρει εις πέρας. Σε σοβαρής μορφής κατάθλιψη μπορεί να υπάρχουν ακραίες διακυμάνσεις στη διάθεση ή ακόμη και πλήρη «απόσυρση» από την καθημερινή ρουτίνα ή / και στον έξω κόσμο. Τα συναισθήματα της απελπισίας μπορεί να γίνουν τόσο έντονα που η σκέψη της αυτοκτονίας μπορεί να φαίνεται ως μόνη «βιώσιμη» επιλογή. Η κατάθλιψη είναι μια ιατρική ασθένεια που πρέπει να διαγνωστεί από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Δίχως την κατάλληλη θεραπεία η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει μήνες ή ακόμη και χρόνια (Γαρύφαλλος, 2008).

Διάγνωση κατάθλιψης

Για να διαγνωστεί ένα άτομο ότι πάσχει από κατάθλιψη, θα πρέπει να έχει τουλάχιστον ένα καταθλιπτικό επεισόδιο (κατά το οποίο πάσχει από καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες του) για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά συμπτώματα πρέπει να επιμένουν για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα και να προκαλούν προβλήματα στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, την εργασία, ή την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί στην καθημερινή του ζωή. Για ορισμένα άτομα με ηπιότερα καταθλιπτικά επεισόδια, η κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία τους μπορεί να φαίνεται ότι είναι φυσιολογική, αλλά το προσβεβλημένο άτομο καταβάλει μια σοβαρή και συντονισμένη προσπάθεια για να μην φανεί ότι επηρεάζεται η καθημερινότητά του (Αγγελόπουλος, 2009).



Η πορεία και η χρονική διάρκεια της κατάθλιψης ποικίλλει μεταξύ των ατόμων. Προς το παρόν δεν υπάρχει καμία εργαστηριακή εξέταση διάγνωσης (καμία εξέταση αίματος ή απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου) που μπορεί να επιβεβαιώσει αν το άτομο πάσχει ή όχι από κατάθλιψη. Ωστόσο, οι δείκτες 8 ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων μπορεί

να εμφανιστούν αυξημένοι κατά τη διάρκεια ενός ενεργού καταθλιπτικού επεισοδίου. Ακόμα και οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη, οι οποίοι δεν έχουν συμπτώματα αρκετά σοβαρά, ώστε να απαιτείται συχνή νοσοκομειακή τους περίθαλψη παρουσιάζουν ανωμαλίες. Άλλες ανωμαλίες των χημικών ουσιών του εγκεφάλου και των επιπέδων των ορμονών παρουσιάζονται επίσης όταν το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, αλλά καμία από τις δοκιμές εξέτασης αυτών των παραγόντων δεν είναι σταθερή, αξιόπιστη, ή αρκετά ειδική για να αναπτυχθεί ένας αλάνθαστος τρόπος διάγνωσης της κατάθλιψης (Γαρούφαλλος, 2008).

Συμπτώματα κατάθλιψης

Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανίζονται για περίπου 2 εβδομάδες και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή/μεταβολή από την πρότερη κατάσταση του ατόμου. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε η καταθλιπτική διάθεση είτε η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης.

Όταν ο ασθενής πάσχει από κατάθλιψη, έχει καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδεικνύεται είτε από υποκειμενικές αναφορές (νιώθει λυπημένος ή κενός) είτε από παρατήρηση τρίτων.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζουν ευερέθιστη διάθεση. Εμφανίζουν σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση για όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες, παρουσιάζουν σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση του σωματικού βάρους (μεταβολή άνω του 5 τοις εκατό του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), όπως επίσης και αυξομείωση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. Επίσης μπορεί να παρουσιάσουν αϋπνία ή υπερυπνία, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, κόπωση ή απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιοτιότητας, υπερβολικές ή αδικαιολόγητες ενοχές, μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, επαναλαμβανόμενες σκέψεις περί του θανάτου (όχι απλώς φόβο θανάτου), επαναλαμβανόμενο αυτοκτονικό ιδεασμό χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία (DSM-5, 2017).



Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλον σημαντικό λειτουργικό τομέα και δεν οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές παρενέργειες μιας ουσίας (ένα φάρμακο κατάχρησης, ένα ναρκωτικό) ή μια ιατρική κατάσταση (υποθυρεοειδισμός). Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ανακοίνωσε ότι το DSM-5, η νέα έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειρίδιου των ψυχικών διαταραχών, ενσωματώνει σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις στον τομέα με ακριβέστερο προσδιορισμό για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Το DSM-5 προσφέρει μια κοινή γλώσσα για τους ασθενείς, τους φροντιστές και τους κλινικούς γιατρούς. Μερικές από τις κατηγορίες για τις αγχώδεις διαταραχές έχουν αλλάξει. Αυτές οι αλλαγές ωστόσο δεν επηρεάζουν την ικανότητά των επαγγελματιών να βρουν την κατάλληλη θεραπεία. Τα νέα κριτήρια μπορούν να παρέχουν έναν πιο ακριβή τρόπο ώστε να αξιολογηθούν τα συμπτώματα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης (DSM-5, 2017). Οι DSM-5 Διαταραχές περιγράφονται παρακάτω:

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Άγχος αποχωρισμού.
- Αγχώδης διπολική διαταραχή.
- Φοβίες για διάφορα πράγματα/ειδική φοβία.
- Κοινωνικό άγχος/φοβία.
- Διαταραχή πανικού.
- Κρίση πανικού.
- Αγοραφοβία.
- Γενικευμένη Αγχώδης διαταραχή.
- Διαταραχή που οφείλεται σε Φαρμακευτική αγωγή.
- Αγχώδης Διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη Ιατρική Κατάσταση.
- Άλλες καθορισμένες αγχώδεις διαταραχές.
- Απροσδιόριστες αγχώδεις Διαταραχές

ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Εμμονική /ιδεοψυχαναγκαστική αγχώδης διαταραχή.
- Διαταραχή σωματικής δυσμορφίας.
- Αγχώδης διαταραχή πλουτισμού.
- Τριχοτιλλομανία.
- Διαταραχή για εκδορές (Skin-Picking).

- Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε λήψη φαρμάκων ή ουσιών.
- Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα.
- Άλλες ψυχαναγκαστικές και συναφείς αγχώδεις διαταραχές.
- Μη καθορισμένες ψυχαναγκαστικές και συναφείς διαταραχές

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

- Διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης.
- Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται στη κοινωνική δέσμευση.
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες.
- Οξεία Διαταραχή Άγχους.
- Αγχώδης Διαταραχή Προσαρμογής.
- Άλλες καθορισμένες τραυματικές και στρεσογόνες διαταραχές.
- Μη καθορισμένες τραυματικές και στρεσογόνες διαταραχές

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Σύνδρομο διασπαστικής απορρύθμισης της διάθεσης (DMDD).
- Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, μεμονωμένα και επαναλαμβανόμενα επεισόδια.
- Επίμονη Καταθλιπτική Διαταραχή (Δυσθυμία).
- Δυσφορική διαταραχή προεμμηνορροϊκού κύκλου.
- Καταθλιπτική Διαταραχή που οφείλεται σε λήψη φαρμάκων ή ουσιών.
- Καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε άλλη ιατρική κατάσταση.
- Άλλες καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές.
- Μη-Καθορισμένες καταθλιπτικές διαταραχές

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Διαταραχή Άγχους ασθένειας.
- Επιπλέον διαταραχές που δεν περιλαμβάνονται (Κωνσταντάκου, 2015)

Διαχείριση της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα και να αντιμετωπιστεί επαρκώς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τις περισσότερες φορές η θεραπεία αποτελείται από μεθόδους ψυχοκοινωνικής στήριξης σε συνδυασμό με

αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ψυχοθεραπεία (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία).

Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι μια πολύ αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την μέτρια και σοβαρή μορφή κατάθλιψης, αλλά δεν είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας για τις περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά ένα συμπλήρωμα της φροντίδας που παρέχεται από ειδικούς ιατρικούς επιστήμονες μόνο στις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης (Κωνσταντάκου, 2015). Η κατάθλιψη είναι η περισσότερο ιάσιμη ασθένεια από τις λοιπές ψυχικές ασθένειες. Η θεραπεία της εξαρτάται γενικότερα από τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του πάσχοντα. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παραπομπή στον ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να παραπέμψει τον ασθενή και σε ένα νοσοκομείο, εφόσον αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνουν φάρμακα, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοθεραπεία, και μερικές φορές ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνες είτε συνδυαστικά. Επίσης, χρήσιμη θεωρείται η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η οποία μπορεί να γίνει είτε μέσω της ανάγνωσης είτε μιλώντας με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας (Sienaert P, 2010).

Επιδημιολογία κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε άτομο ανά πάσα στιγμή. Μια ιστορία από ένα ή περισσότερα προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ενός μεταγενέστερου επεισοδίου. Ενώ υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης, οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή μπορεί να υποφέρουν από διάφορες μορφές κατάθλιψης και να εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την εθνική και πολιτιστική ομάδα στην οποία ανήκουν.

Η κατανόηση αυτών των συμπτωμάτων είναι ουσιαστικής σημασίας για την αναζήτηση της κατάλληλης θεραπείας. Ενώ η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που μπορεί να «προσβάλλει» οποιονδήποτε, οι μέχρι τώρα μελέτες και έρευνες έχουν προσδιορίσει πολλούς από τους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης:

- ✓ Οικογενειακό Ιστορικό - Το να έχει κανείς στο οικογενειακό ιστορικό του ένα άτομο-μέλος με κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης για το ίδιο το άτομο.
- ✓ Άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα ο αλκοολισμός σε μέλη της οικογένειας, μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Κωνσταντάκου, 2015).
- ✓ Πρώιμες Παιδικές Εμπειρίες - Τα πρόωρα παιδικά τραύματα, όπως η απώλεια ενός γονέα πριν από την εφηβεία, η παραμέληση του παιδιού, η σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση και το διαζύγιο των γονιών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή του ατόμου (Κωνσταντάκου, 2015).
- ✓ Άγχος - Αρνητικά γεγονότα της ζωής ενός ατόμου όπως είναι το διαζύγιο, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια της θέσης εργασίας σχετίζονται με την αύξηση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη. Η έρευνα δείχνει ότι το χρόνιο στρες συνδέεται επίσης με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης (GAVIN ANDREWS, 2005).
- ✓ Αλκοόλ - Η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός συχνά παρατηρούνται σχεδόν ταυτόχρονα στους ίδιους ασθενείς. Το αλκοόλ είναι ένα "κατασταλτικό φάρμακο" και η παρουσία του σε ένα καταθλιπτικό άτομο έχει σοβαρές 20 επιπτώσεις στην έκβαση της θεραπείας (GAVIN ANDREWS, 2005).
- ✓ Τόπος διαμονής - Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι υψηλότερη στους κατοίκους των αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους της υπαίθρου. Στην πραγματικότητα, οι έρευνες των τελευταίων ετών δείχνουν ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι δύο φορές πιο συχνή μεταξύ των κατοίκων της πόλης από ότι μεταξύ εκείνων που ζουν σε αγροτικές περιοχές (Κωνσταντάκου, 2015).
- ✓ Οικογενειακή Κατάσταση - Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι υψηλότερος μεταξύ των διαζευγμένων/χωρισμένων ή των προσώπων που συμβιώνουν συμβατικά. Είναι χαμηλότερο μεταξύ μονόκλινα και εγγάμους. Επίσης οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από εκείνους που ζουν μαζί με άλλους (Κωνσταντάκου, 2015).
- ✓ Η εργασιακή κατάσταση - Οι έρευνες των τελευταίων πέντε ετών δείχνουν ότι οι άνθρωποι που είναι άνεργοι για έξι μήνες ή και περισσότερο εμφανίζουν ένα ποσοστό κατάθλιψης τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Κωνσταντάκου, 2015).

- ✓ Σωματική ασθένεια - Ορισμένες σωματικές ασθένειες σχετίζονται με την κατάθλιψη και την εμφάνισή της, όπως οι διαταραχές του θυρεοειδούς, οι ορμονικές ανισορροπίες, οι χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις, ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις.
- ✓ Φάρμακα - Πολλά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ή συμπτώματα αυτής, συμπεριλαμβανομένων των ηρεμιστικών (όπως το Valium) και των παυσίπονων (όπως το Percocet και το Demerol).
- ✓ Το Φύλο - Εκτιμάται ότι μια στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους 10 άνδρες βιώνουν κάποιο είδος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη και κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας συχνότερα. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες υποφέρουν από «μοναδικές» μορφές κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με την βιολογική τους «κατασκευή» και τις εμπειρίες της ζωής τους. (Κωνσταντάκου, 2015)
- ✓ Ηλικία - Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν το πρώτο τους επεισόδιο κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιών 20 και 40. Στην πραγματικότητα, η μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης είναι γύρω στα 25 έτη. Ωστόσο, οι πρόσφατες 21 έρευνες κατέδειξαν ότι η μέση ηλικία έναρξης της νόσου μειώνεται σε κάθε γενιά, γεγονός ανησυχητικό. Παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν μοναδικά συμπτώματα της κατάθλιψης, εξαιτίας συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων.
- ✓ Εθνικές και πολιτισμικές ομάδες - Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί την κατάθλιψη στις μέρες μας ως την τέταρτη πιο καταστροφική ασθένεια στον κόσμο και προβλέπει ότι θα ανέλθει στη δεύτερη θέση μέχρι το 2020. Καμιά εθνική ή πολιτισμική ομάδα δεν έχει ανοσία απέναντι στην κατάθλιψη. Ενώ η κατάθλιψη εμφανίζεται με περίπου ίδιο ρυθμό σε διαφορετικές ομάδες, οι εθνικές και πολιτισμικές διαφορές συχνά επηρεάζουν τους τρόπους με τους οποίους τα μέλη τους εκφράζουν τα συναισθήματά τους και την προθυμία τους να αναζητήσουν θεραπεία. (Κωνσταντάκου, 2015)
- ✓ Η χρήση καπνού - Στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί αύξηση της χρήσης καπνού, ενώ τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές της διάθεσης, όταν προσπαθήσουν να σταματήσουν το κάπνισμα.
- ✓ Χρόνιες Σωματικές ή Ψυχικές Διαταραχές-Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές επισημαίνουν ότι οι φυσικές αλλαγές στο σώμα μπορεί να συνοδεύονται από ψυχικές αλλαγές. Ιατρικές ασθένειες όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή

προσβολή, ο καρκίνος, η νόσος του Πάρκινσον, και οι ορμονικές διαταραχές μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης. Ο χρόνιος πόνος είναι γνωστό ότι σχετίζεται με την κατάθλιψη. (Κωνσταντάκου, 2015)

- ✓ Ελάχιστη ή και καμία Κοινωνική Στήριξη - Η ύπαρξη λίγων ή καθόλου ενθαρρυντικών σχέσεων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Ωστόσο, τα ποσοστά κατάθλιψης, όπως έχει διαπιστωθεί, είναι υψηλότερα σε γυναίκες που είναι συνεχώς στο σπίτι με τα μικρά παιδιά και σε όσες περιγράφουν τον εαυτό τους ως μεμονωμένες/απομονωμένες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εργάζονται ή έχουν ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο. Σε πολλές περιπτώσεις, τα περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα ευθύνονται για την έναρξη της κατάθλιψης (Paykel, 2001).
- ✓ Ψυχολογικοί παράγοντες - Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες θέτουν τους 22 ανθρώπους στον κίνδυνο της κατάθλιψης. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα οποία αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους και τον κόσμο με απαισιοδοξία, ή που καταβάλλονται εύκολα από το στρες μπορεί να είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη. Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η τελειομανία και η ευαισθησία απέναντι στην απώλεια και την απόρριψη, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι επίσης πιο συχνή σε άτομα με χρόνιες διαταραχές άγχους και οριακά «αποφευκτικές» διαταραχές της προσωπικότητας (Rost, 2009).
- ✓ Χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση - Το να είναι κανείς σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση είναι παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες πολιτισμικούς, σε οικονομικά προβλήματα, στο αγχωτικό περιβάλλον, την κοινωνική απομόνωση και το όλο και μεγαλύτερο καθημερινό άγχος.
- ✓ Αϋπνία, διαταραχές του ύπνου - Τα χρόνια προβλήματα ύπνου συνδέονται στενά με την κατάθλιψη και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται για την αποφυγή επιπλοκών.

Θεωρίες της κατάθλιψης

Οι ψυχολογικές θεωρίες παρέχουν τεκμηριωμένες εξηγήσεις για το πώς οι άνθρωποι σκέφτονται, συμπεριφέρονται και αισθάνονται. Οι παράγοντες της προσωπικότητας, της ιστορίας και των πρώτων εμπειριών και οι διαπροσωπικές σχέσεις θεωρούνται σημαντικοί στην πρόκληση και εμφάνιση της κατάθλιψης. Σε αντίθεση με τη βιολογία, η ψυχολογία δεν είναι ένα πραγματικά ενοποιημένο πεδίο. Υπάρχουν ακόμα και σήμερα πολλές διαφωνίες ως προς το που είναι σημαντικό να επικεντρωθεί κανείς και τι

μεθόδους είναι καλύτερο να χρησιμοποιήσει για τη μελέτη του θέματος της κατάθλιψης. Κατά συνέπεια, οι διαφορετικές σχολές σκέψης στον τομέα της ψυχολογίας έχουν αναπτύξει τις δικές τους θεωρίες ως προς το γιατί κάποιος γίνεται καταθλιπτικός (Κωνσταντάκου, 2015)

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Το DSM-5, αναφέρει ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αισθήματα θλίψης, κενότητας και ενοχής, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και διαταραχές του ύπνου. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βιώνουν επίσης σημαντική αλλαγή στο βάρος τους.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία και είναι πιο συχνή μεταξύ των κοριτσιών και των γυναικών. Υπάρχουν αρκετές αποτελεσματικές θεραπευτικές επιλογές, αλλά όταν δεν αντιμετωπίζεται, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία (DSM-5, 2017).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι μια σύνθετη κατάσταση με ένα μεγάλο φάσμα πιθανών συμπτωμάτων. Το DSM-5 ορίζει ότι τουλάχιστον πέντε από τα συμπτώματα θα πρέπει να υφίστανται για μια περίοδο δύο εβδομάδων ή και περισσότερο για να διαγνωσθεί κανείς ότι πάσχει από αυτή. Τα πιο διαδεδομένα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι το αίσθημα δυστυχίας στο μεγαλύτερο μέρος του χρόνου και η απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις περισσότερες αν όχι όλες τις δραστηριότητες του ατόμου. Το DSM-5 προβλέπει ότι το άτομο θα πρέπει να βιώνει τα συναισθήματα αυτά στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, κάθε μέρα για μια περίοδο δύο εβδομάδων. Το αίσθημα δυστυχίας υποδηλώνεται συνήθως από συναισθήματα θλίψης, κενότητας, ενοχής ή απόγνωσης, αλλά μπορεί μερικές φορές να υπάρχουν και συναισθήματα θυμού ή άγχους.

Στα παιδιά και τους εφήβους, η ευερέθιστη διάθεση παρατηρείται συχνά από τους γονείς και τους δασκάλους. Ένα άλλο κοινό σύμπτωμα είναι η αλλαγή στο βάρος. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά παίρνουν ή χάνουν ένα σημαντικό ποσό του βάρους τους χωρίς σκόπιμη δίαιτα. Το πρόβλημα με τον ύπνο είναι ένα ακόμα κοινό σύμπτωμα. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν απώλεια ενέργειας και προβλήματα συγκέντρωσης στην εργασία και το σπίτι. Μερικοί άνθρωποι, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι ασθενείς, μετακινούνται και αντιδρούν πολύ πιο αργά από το κανονικό. Πολλοί ασθενείς με μείζονες καταθλιπτικές σκέψεις έρχονται αντιμέτωποι με τη σκέψη του θανάτου και της

αυτοκτονίας. Επίσης πολλοί από αυτούς βιώνουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια στη διάρκεια της ζωής τους, ενώ άλλοι μόνο ένα επεισόδιο.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται (για να θεωρηθεί ότι το άτομο πάσχει από μείζων καταθλιπτική διαταραχή) δεν πρέπει να σχετίζονται με τη χρήση ουσιών ή με ασθένειες. Εάν τα συμπτώματα σχετίζονται με ένα τραύμα ή μια απώλεια, τότε θεωρούνται ως σημάδια θλίψης, και όχι μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (DSM-5, 2017).

Το DSM-5 σημειώνει ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συνδέεται με υψηλή θνησιμότητα. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις αυτοκτονιών στις Ηνωμένες Πολιτείες σχετίζονται με μια ψυχιατρική ασθένεια και οι μισές από αυτές περιλαμβάνουν διαταραχή της διάθεσης, όπως είναι και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (Maurizio Pompili, 2011). Ένας λόγος που αυτό συμβαίνει είναι ότι οι αυτοκτονικές σκέψεις, τα συναισθήματα και οι δράσεις αποτελούν κοινό σύμπτωμα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ποικίλλει σημαντικά σε ένταση. Ενώ μερικοί ασθενείς έχουν ένα συγκεκριμένο σχέδιο για την αυτοκτονία, το οποίο αναμένεται να το υλοποιήσουν, πολλοί ασθενείς έχουν περισσότερο παθητικό ιδεασμό.

Η επιθυμία ενός ατόμου να μην ζυπνήσει ή να μην υπάρχει, για παράδειγμα, φανερώνει την κατάθλιψη αλλά όχι ένα σαφές σχέδιο για αυτοκτονία. Τόσο οι οξείες όσο και οι μη οξείες σκέψεις αυτοκτονίας προκαλούνται από μια ποικιλία συνδεδεμένων συναισθημάτων. Κάποιοι αισθάνονται την επιθυμία να παραιτηθούν, άλλοι θέλουν να τελειώσει ο συναισθηματικός τους πόνος ή να σταματήσουν την αίσθηση που νιώθουν ότι είναι βάρος σε άλλους. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να επιχειρήσουν να αυτοκτονήσουν, ενώ οι άνδρες είναι πιο πιθανό να ολοκληρώσουν την πράξη αυτοχειρίας.

Η αυτοκτονία ωστόσο δεν είναι ο μόνος παράγοντας για το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας των μειζόνων καταθλιπτικών διαταραχών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, όταν εισαχθούν σε έναν οίκο ευγηρίας έχουν περισσότερες πιθανότητες από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς να πεθάνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους (DSM-5, 2017).

Συχνότητα κατάθλιψης

Οι γυναίκες έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να βιώσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο επιπολασμός είναι περίπου 7% στον γενικό πληθυσμό (DSM-5, 2017).

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης

Παρά το γεγονός ότι κάθε άτομο μπορεί να αναπτύξει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, το DSM-5, εξηγεί ότι διάφοροι παράγοντες κινδύνου έχουν αναγνωριστεί.

Η ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου είναι ένας καλά τεκμηριωμένος παράγοντας κινδύνου της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα αρνητικότητας είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα ως απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες της ζωής.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι επίσης κοινοί. Οι άνθρωποι που είχαν μια τραυματική ή άλλως δύσκολη παιδική ηλικία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν τέτοιου είδους διαταραχή. Επιπλέον, οι στρεσογόνοι παράγοντες της ζωής μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια κατάθλιψης. Οι ερευνητές έχουν επίσης βρει μια γενετική συνιστώσα που σχετίζεται με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Το DSM-5 εκτιμά ότι η κληρονομικότητα είναι γύρω στο 40%. Τα άτομα με άμεσο μέλος της οικογένειας που πάσχει από κατάθλιψη έχουν δύο έως τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (DSM-5, 2017).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή έχει μια βαθιά επίδραση στις σχέσεις. Επειδή η απόσυρση από τις δραστηριότητες είναι ένα διαγνωστικό χαρακτηριστικό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, οι ασθενείς είναι πιθανό να αποκοπούν από τους φίλους και την οικογένεια. Η απώλεια ενδιαφέροντος για το σεξ είναι επίσης κοινό χαρακτηριστικό, η οποία μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στις ρομαντικές σχέσεις. Η κοινωνική απόσυρση μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα απομόνωσης, συναισθήματα μοναξιάς, ενοχής και αναξιότητας. Οι φίλοι και τα μέλη της οικογένειας, που δεν αντιλαμβάνονται ότι το άτομο πάσχει από κατάθλιψη, μπορεί να κάνουν τον ασθενή να αισθανθεί χειρότερα, δημιουργώντας ενοχή, ή να δουν τον ασθενή ως εγωκεντρικό.

Η ευερεθιστότητα μπορεί επίσης να δημιουργήσει διαπροσωπικά προβλήματα, καθώς ο ασθενής μπορεί εύκολα να θυμώσει ή να ενοχληθεί. Όταν ένα άτομο με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μιλά για αυτοκτονία ή κάνει μια απόπειρα, μεγάλη έμφαση δίνεται στην οικογένεια του ασθενούς, καθώς μπορεί να είναι διαρκώς φοβισμένη από την εύρεση του ασθενούς νεκρού ή σοβαρά τραυματισμένου, ως αποτέλεσμα της αυτοκτονίας. Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί επίσης να αισθάνονται απογοητευμένοι

όταν δεν μπορούν να μιλήσουν στον ασθενή εξαιτίας των συναισθημάτων του ή να τον πείσουν ότι η ζωή του αξίζει.

Θεραπεία της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που μπορεί να διαγνωστεί αξιόπιστα και να αντιμετωπιστεί επαρκώς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Τις περισσότερες φορές η θεραπεία αποτελείται από μεθόδους ψυχοκοινωνικής στήριξης σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ψυχοθεραπεία (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία). Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να είναι μια πολύ αποτελεσματική μορφή θεραπείας για την μέτρια και σοβαρή μορφή κατάθλιψης, αλλά δεν είναι η πρώτη γραμμή θεραπείας για τις περιπτώσεις ήπιας κατάθλιψης. Είναι ουσιαστικά ένα συμπλήρωμα της φροντίδας που παρέχεται από ειδικούς ιατρικούς επιστήμονες μόνο στις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης (ANCIBURE FRANCIS, 2010).

Η κατάθλιψη είναι η περισσότερο ιάσιμη ασθένεια από τις λοιπές ψυχικές ασθένειες. Η θεραπεία της εξαρτάται γενικότερα από τον τύπο και τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του πάσχοντα. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παραπομπή στον ψυχίατρο, ο οποίος μπορεί στη συνέχεια να παραπέμψει τον ασθενή και σε ένα νοσοκομείο, εφόσον αυτό θεωρηθεί απαραίτητο. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για την κλινική κατάθλιψη περιλαμβάνουν φάρμακα, ψυχοεκπαίδευση, ψυχοθεραπεία, και μερικές φορές ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αυτές οι θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνες είτε συνδυαστικά. Επίσης, χρήσιμη θεωρείται η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος, η οποία μπορεί να γίνει είτε μέσω της ανάγνωσης είτε μιλώντας με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Ελλείψεις στην συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών. Οι πολιτικοί και οι διαχειριστές της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και οι κλινικοί γιατροί και επαγγελματίες, το γνωρίζουν αυτό και έχουν ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη βελτίωση αυτών των σχέσεων. Ο αυξανόμενος όγκος της βιβλιογραφίας αναφέρει ότι οι ελλείψεις στην συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και για την έκβαση των ασθενών. Οι συνέπειες προχωρούν πέρα από το επίπεδο του άγχους και της απογοήτευσης, που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε

ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως η λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή και η αποτυχία να διασώσουν τον ασθενή.

Ο παράγοντας με τη μεγαλύτερη επιρροή στη μείωση αυτών των γεγονότων και των δυνητικά αρνητικών επιπτώσεων τους στις κλινικές εκβάσεις είναι η βελτίωση των σχέσεων μεταξύ των ιατρών. Οι πολιτικοί, οι διευθυντές και οι κλινικοί ιατροί, συνεπώς, έχουν όλο και μεγαλύτερο συμφέρον να παρεμβαίνουν σε αυτές τις σχέσεις μέσα από δύο βασικές προσεγγίσεις:

1. Βελτιώσεις στην ποιότητα και στην ασφάλεια με τη συστηματική ανάλυση των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης.
2. Διεπαγγελματικές εκπαιδεύσεις και παρεμβάσεις για την ενίσχυση της συνεργασίας. Ειδικότερα, τα νέα μοντέλα φροντίδας τονίζουν την ανάγκη για στενή διεπαγγελματική συνεργασία και μια έμφαση στη χρήση της τεχνολογίας για την παροχή συνεχούς και συντονισμένης φροντίδας για τη γήρανση και τις χρόνιες παθήσεις του πληθυσμού στις δυτικές χώρες. Αυτές οι προσεγγίσεις είναι θεμελιώδους σημασίας για την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας. (Κωνσταντάκου, 2015)

Φαρμακοθεραπεία

Δράση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

Η ψυχοφαρμακολογία της κατάθλιψης είναι ένα πεδίο που έχει εξελιχθεί ταχύτατα σε μόλις 5 δεκαετίες. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO), ανακαλύφθηκαν πρόσφατα μέσα από έξυπνες κλινικές παρατηρήσεις. Αυτά τα φάρμακα πρώτης γενιάς ήταν αποτελεσματικά επειδή είχαν ενισχυμένη σεροτονεργική ή νοραδρενεργική δράση ή και τα δύο.

Δυστυχώς, τα TCAs μπλοκάρουν όμως τους ισταμινικούς, χολινεργικούς και α1-αδρενεργικούς υποδοχείς, και η δράση αυτών επιφέρει ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως αύξηση βάρους, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, και ζαλάδα. Τα MAO μπορούν να αλληλεπιδράσουν με τυραμίνη και να προκαλέσουν δυνητικά θανατηφόρα υπέρταση και να παρουσιάσουν δυνητικά επικίνδυνες αλληλεπιδράσεις με έναν αριθμό φαρμάκων (Bschor&Baethge, 2010). Η τελευταία γενιά αντικαταθλιπτικών, περιλαμβανομένων των μονό- υποδοχέων εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και των αντικαταθλιπτικών πολλαπλών υποδοχέων βενλαφαζίνη, μιρταζαπίνη, βουπροπιόνη, τραζοδόνη, και νεφαζοδόνη, στοχεύουν σε μία ή περισσότερες ειδικές θέσεις υποδοχέων

του εγκεφάλου χωρίς, στις περισσότερες περιπτώσεις, την ενεργοποίηση των ανεπιθύμητων θέσεων υποδοχέων, όπως η ισταμίνη και η ακετυλοχολίνη.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και άλλων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της δυσθυμίας, των διαταραχών άγχους, των ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών, των διατροφικών διαταραχών, των χρόνιων πόνων, των νευροπαθητικών πόνων και, σε ορισμένες περιπτώσεις, της δυσμηνόρροιας, του ροχαλητού, της ημικρανίας, της διαταραχής της υπερκινητικότητας (ADHD), των διαταραχών εθισμού, εξάρτησης, και ύπνου (Marlene P. Freeman, 2010). Αυτά τα φάρμακα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, αλλά μόνο όταν συνταγογραφούνται. Οι πιο σημαντικές κατηγορίες αντικαταθλιπτικών είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), οι αναστολείς της σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO), οι αναστρέψιμοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης Α (αναστολείς rMAO-A), τα τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (TeCAs), τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα (NaSSAs) (John, 2012).

Τα αντικαταθλιπτικά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συστηματικά στο αρχικό στάδιο θεραπείας της ήπιας κατάθλιψης, επειδή η σχέση κινδύνου-οφέλους είναι αρνητική. Οι οδηγίες συνιστούν η αντικαταθλιπτική αγωγή να χορηγείται για:

- ✓ Άτομα με ιστορικό μέτριας ή σοβαρής κατάθλιψης.
- ✓ Άτομα με ήπια κατάθλιψη που έχει παρουσιαστεί εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα.
- ✓ Ως θεραπεία δεύτερης γραμμής για την ήπια κατάθλιψη που δεν υποχωρεί μετά από άλλες παρεμβάσεις.
- ✓ Ως θεραπεία πρώτης γραμμής για τη μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη.

Οι περαιτέρω κατευθυντήριες γραμμές σημειώνουν ότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στις περισσότερες περιπτώσεις. Επιπλέον, θα πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον 6 μήνες για να μειωθεί ο κίνδυνος υποτροπής και επισημαίνουν ότι τα SSRI είναι συνήθως καλύτερα από άλλα αντικαταθλιπτικά (Thomas Baghai, 2006). Ο Αμερικάνικος Ψυχιατρικός Οργανισμός δίνει κατευθυντήριες γραμμές θεραπείας, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η αρχική θεραπεία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα εξατομικευμένη, βάσει

παραγόντων που περιλαμβάνουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, συνυπάρχουσες παθήσεις, την εμπειρία προηγούμενης θεραπείας, και τη προτίμηση του ασθενούς. Οι επιλογές μπορεί να περιλαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), διακρανιακή μαγνητική διέγερση (TMS) ή ελαφριά θεραπεία. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται ως αρχική θεραπεία σε άτομα με ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη και θα πρέπει να χορηγούνται σε όλους τους ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, εκτός αν έχει προγραμματιστεί η διεξαγωγή ECT (Chiesa, 2009).

Θετικά και αρνητικά στοιχεία της φαρμακοθεραπείας

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται υπό την καθοδήγηση ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας, μπορεί να ανακουφίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Ωστόσο η χρήση των αντικαταθλιπτικών πολλές φορές έχει παρενέργειες και κρύβει κινδύνους. Οι πιο πρόσφατες μελέτες έχουν εγείρει ερωτήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητά τους και πολλές έχουν καταστήσει σαφές ότι μόνο η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι αρκετή και ότι ταυτόχρονα απαιτείται άλλης μορφής θεραπεία και αλλαγές στον τρόπο ζωής. Οι περισσότεροι ειδικοί στον τομέα της ψυχικής υγείας συμφωνούν ότι, όταν η κατάθλιψη είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάσει την ικανότητά του ατόμου να λειτουργεί, το φάρμακο μπορεί να είναι χρήσιμο ή ακόμη και σωτήριο. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικά για όλους τους ανθρώπους. (Κωνσταντάκου, 2015)

Άλλες μελέτες επισημαίνουν ότι τα οφέλη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχουν μεγαλοποιηθεί, με κάποιους ερευνητές να καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, όταν πρόκειται για ήπιου έως μέτριου βαθμού κατάθλιψη, τα αντικαταθλιπτικά είναι μόνο ελαφρώς πιο αποτελεσματικά από ότι τα εικονικά σκευάσματα. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να ενδείκνυται αν η κατάθλιψη επηρεάζει την ικανότητά ενός ατόμου να λειτουργήσει σε σημαντικούς τομείς της ζωής τους, της εργασίας του, ή των σχέσεων του.

Δεν είναι λίγοι οι επιστήμονες που υποστηρίζουν ότι η κατάλληλη θεραπεία, η άσκηση και άλλες αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορεί να λειτουργήσουν εξίσου καλά ή και καλύτερα από ότι τα αντικαταθλιπτικά, χωρίς το άτομο να πρέπει να υποστεί τις όποιες παρενέργειες των φαρμάκων, τα οποία μπορεί να χρειαστούν αρκετές εβδομάδες για να «τεθούν σε ισχύ». Έτσι, ενώ η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι ευεργετική, ωστόσο δεν είναι η μόνη απάντηση. Υπάρχουν και άλλες αποτελεσματικές θεραπευτικές

προσεγγίσεις που μπορούν να ληφθούν επιπρόσθετα, αντί της φαρμακευτικής αγωγής (Haddad & Ian M. Anderson, 2007).

Η κατάθλιψη προκαλείται από μια χημική ανισορροπία στον εγκέφαλο που η φαρμακευτική αγωγή μπορεί πιθανόν να διορθώσει. Σύμφωνα με τη θεωρία της χημικής ανισορροπίας, τα χαμηλά επίπεδα της χημικής ουσίας του εγκεφάλου σεροτονίνης οδηγούν σε κατάθλιψη και η φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη επαναφέρει τα επίπεδα της σεροτονίνης πίσω στο κανονικό. Η αλήθεια όμως είναι ότι τα αίτια της κατάθλιψης είναι πολύ πιο περίπλοκα από ότι μια απλή ανεπάρκεια της σεροτονίνης ή άλλων νευροδιαβιβαστών. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει κανένα τεστ που να μπορεί να μετρήσει την ποσότητα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, δεν υπάρχει τρόπος να γνωρίζουμε ακόμη ποιο είναι το χαμηλό ή ποιο το φυσιολογικό επίπεδο της σεροτονίνης, ή πώς η φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη μπορεί να διορθώσει τα επίπεδα αυτά. Παρόλο που τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αυξάνουν τα επίπεδα της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, αυτό δεν σημαίνει ότι η κατάθλιψη προκαλείται από έλλειψη αυτής (Peter Haddad and Serdar M.Dursun, 2008).

Κάθε άτομο που παίρνει αντικαταθλιπτικά μπορεί να εμφανίσει παρενέργειες, αλλά ορισμένα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο:

- ✓ Άτομα άνω των 65 ετών. Μελέτες δείχνουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο πτώσεων, καταγμάτων και της οστικής απώλειας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.
- ✓ Έγκυες γυναίκες. Η χρήση αντικαταθλιπτικών στο τέλος της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε βραχυπρόθεσμα συμπτώματα στέρησης σε νεογνά μετά τον τοκετό. Τα τυπικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τρόμο, ανησυχία, ήπια αναπνευστικά προβλήματα, και αδύναμη κραυγή.
- ✓ Εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Η Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων απαιτεί όλα τα φάρμακα κατάθλιψης να συμπεριλαμβάνουν μια προειδοποιητική ετικέτα/οδηγία σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες.
- ✓ Άνθρωποι που μπορεί να έχουν διπολική διαταραχή. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να κάνουν πραγματικά χειρότερη τη διπολική διαταραχή ή να προκαλέσουν μανιακό επεισόδιο.

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι φαρμάκων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένων των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), των άτυπων αντικαταθλιπτικών, των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (MAO). Παρενέργειες όπως η αύξηση ή η απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και του βάρους είναι συχνές (John, 2012). Τα πιο ευρέως συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά προέρχονται από μια κατηγορία φαρμάκων γνωστών ως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs).

Η έρευνα δείχνει ότι υπάρχει μικρή διαφορά στην αποτελεσματικότητα των νεότερων αντικαταθλιπτικών, αλλά μπορεί να υπάρχουν διαφορές στις παρενέργειες, το κόστος και το χρόνο που η φαρμακευτική αγωγή χρειάζεται για να λειτουργήσει. Τα SSRIs επιδρούν στη σεροτονίνη, μια χημική ουσία του εγκεφάλου που βοηθά στη ρύθμιση της διάθεσης. Η σεροτονίνη παίζει επίσης ρόλο στην πέψη, τον πόνο, τον ύπνο, την πνευματική διαύγεια και άλλες σωματικές λειτουργίες, γεγονός που εξηγεί το λόγο που τα SSRI αντικαταθλιπτικά προκαλούν ένα ευρύ φάσμα παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της εχθρότητας, της διέγερσης και του άγχους.

Υπάρχουν ωστόσο και άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως: Ναυτία, αϋπνία, άγχος, ανησυχία, μειωμένη σεξουαλική ορμή, ζάλη, αύξηση του βάρους, τρόμος, εφίδρωση, υπνηλία ή κόπωση ξηροστομία, διάρροια, δυσκοιλιότητα, πονοκεφάλους. Ενώ ορισμένες από τις παρενέργειες υποχωρούν μετά από τις πρώτες εβδομάδες της φαρμακευτικής θεραπείας, άλλες επιμένουν και μπορεί ακόμη και να επιδεινωθούν. Τα SSRIs μπορεί επίσης να προκαλέσουν σοβαρά συμπτώματα στέρησης, εάν το άτομο σταματήσει να τα παίρνει απότομα (Vincent Vialou, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο η οικονομία χαρακτηρίζεται από διαρκή και αυξημένη μείωση οικονομικής κίνησης όπως στις επενδύσεις, με αποτέλεσμα να υπάρχει οικονομική ύφεση, αύξηση της ανεργίας, μείωση του εισοδήματος. Αν η κρίση αφορά μικρή χώρα τότε δε υπάρχει πρόβλημα καθώς οι άλλες χώρες βρίσκουν άλλες αγορές. Αν όμως η κρίση αφορά μεγάλο πληθυσμό τότε υπάρχει διεθνής κρίση όπως η σημερινή.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την ελληνική κοινωνία αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας, όσο και στο ατομικό επίπεδο. Η προβληματική δομή και λειτουργία του ελληνικού κράτους εντείνει μάλιστα τις επιπτώσεις της κρίσης, φέρνοντας στην επιφάνεια τα συσσωρευμένα άλτα ζητήματα στα οποία η ελληνική κοινωνία αδυνατούσε εδώ και πάρα πολύ καιρό, να λάβει το κόστος των προτεινόμενων λύσεων.

Αναλογιζόμενοι τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις που έχει γνωρίσει η υφήλιος τα τελευταία 100 χρόνια (κραχ του 1929, Ασιατική οικονομική κρίση του 1990), αλλά και τις εγχώριες περιόδους οικονομικής δυσκολίας και ανέχειας, διότι η Ελλάδα ανήκει σε εκείνη την ομάδα των χωρών, όπου στην ιστορία τους, μπορεί κανείς να συναντήσει πληθώρα γεγονότων οικονομικών κρίσεων, καταστροφών και πολέμων, είναι σίγουρο ότι τόσο η ανεργία, όσο και η ανασφάλεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός θα αυξηθούν και θα πάρουν δραματικές διαστάσεις. Ήδη καταγράφεται επισήμως αύξηση των δεικτών ανεργίας στην Ελλάδα, 12,4% (Οκτ. 2010), όπως αναφέρει η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (πίνακας 1).

Τα χαρακτηριστικά της ανεργίας συνοψίζονται στα εξής: το ποσοστό ανεργίας των γυναικών (16,1%) είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ανδρών (9,7%). Από την κατά ομάδες ηλικιών διάρθρωση της ανεργίας προκύπτει ότι το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-29 ετών, ήτοι 24,2%. Για νέες γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό φθάνει στο 30,6%. Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται σε όσους δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (19,3%), στους απόφοιτους ανώτερης τεχνολογικής επαγγελματικής εκπαίδευσης (15,1%) και σε όσους έχουν ολοκληρώσει μερικές τάξεις δημοτικού (12,4%). Το χαμηλότερο ποσοστό

παρατηρείται σε όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό (7,5%) και στους πτυχιούχους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (9,4%). Το ποσοστό των «νέων ανέργων», δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση, ανέρχεται στο 23,7% του συνόλου των ανέργων ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι (αυτοί που αναζητούν από 12 μήνες και άνω εργασία, ανεξάρτητα αν είναι «νέοι» ή «παλαιοί» άνεργοι), αποτελούν αντίστοιχα το 48,4%. Το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ξένη υπηκοότητα, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων υπηκόων (14,0% έναντι 12,2%). Επίσης, το 74,5% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων το οποίο είναι 54,0%. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011)

Η άνοδος της ανεργίας σκιαγραφεί μία κατάσταση εξαιρετικά δύσκολη, ενώ την ίδια στιγμή το Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ είχε εκτιμήσει ότι η ανεργία στο τέλος του 2011 θα φθάσει το 22% με το συνολικό αριθμό ανέργων να ανέρχεται σε 1.150.000 άτομα. Αν μάλιστα κανείς αναγάγει αυτόν τον αριθμό σε επίπεδο οικογενειών γίνεται αντιληπτό πως δεν θα υπάρχει εύκολα οικογένεια χωρίς την ύπαρξη κάποιου ανέργου στο στενό ή στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον.

Ταυτόχρονα τα κοινωνικά δίκτυα φροντίδας αναφέρουν αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσφεύγουν σε αυτά ζητώντας στήριξη και κάλυψη των βασικών τους αναγκών (συσσίτια, στέγαση, δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη). Από τα τέλη Σεπτεμβρίου 2010 έχουν πολλαπλασιαστεί όσοι ζητούν φαγητό από τα συσσίτια της Εκκλησίας, κυρίως από την αύξηση των Ελλήνων που καταφεύγουν σε αυτήν τη λύση. Τα συσσίτια διπλασιάστηκαν από 5000 σε 10000 την ημέρα μόνο στην Αθήνα. Σήμερα οι Έλληνες αποτελούν περίπου το 35-40% όσων μετέχουν στα συσσίτια, ενώ αποκαλυπτική του προβλήματος είναι και η ηλικιακή σύνθεση αυτών των ανθρώπων. Οι περισσότεροι από όσους κατέφυγαν στα συσσίτια το τελευταίο χρονικό διάστημα είναι πάνω από 50 ετών και κάτω από 70, βρίσκονται κοντά στην ηλικία της συνταξιοδότησης. Το φαινόμενο αυτό εκτιμάται ότι συνδέεται με την αύξηση της ανεργίας σε αυτές τις «μη παραγωγικές» ηλικίες που έχασαν την δουλειά τους λίγο πριν τη σύνταξη.

Οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης καταγράφουν αυξημένο αριθμό κλήσεων για ψυχολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την οικονομική κρίση. Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «Αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), τους τελευταίους μήνες έχει καταγράψει αυξημένο αριθμό κλήσεων με θεματολογία σχετική με οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες στον τομέα της εργασίας. Στο 27% των κλήσεων τα αιτήματα

για παροχή ψυχολογικής βοήθειας συνδέονται με την οικονομική κρίση και τη δυσχερή κατάσταση που επικρατεί στον εργασιακό τομέα. Η ανεργία και η οικονομική επισφάλεια αποτελούν από τους παράγοντες που αναφέρονται με μεγάλη συχνότητα από τους καλούντες ως επιβαρυντικοί για την ψυχολογική τους κατάσταση.

Τα στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας εμφανίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατ'έξοχήν παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους. Πολλοί από τους καλούντες δηλώνουν ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τη δυσχερή και αδιέξοδη, πολλές φορές, κατάσταση στην οποία βρέθηκαν, φθάνοντας σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση. Στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε φθάνοντας πέρυσι τους 24 θανάτους, ενώ έγιναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας.

Πίνακας 1. Ανεργία (%), κατά φύλο και ομάδες ηλικιών

ΗΛΙΚΙΑ	Γ Τρίμηνο					
	2009			2010		
	Άρρενες	θήλεις	Σύνολο	Άρρενες	θήλεις	Σύνολο
Σύνολο	6,6	13,1	9,3	9,7	16,1	12,4
15-29	13,9	24,5	18,5	19,0	30,6	24,2
30-44	5,3	12,2	8,3	8,8	14,9	11,5
45-64	4,6	7,4	5,7	6,6	9,2	7,6
65+	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6	1,4

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης υπάρχουν επιπτώσεις και στο σύστημα υγείας καθώς οι περισσότεροι απευθύνονται στον δημόσιο τομέα, αλλά τα έσοδα του κράτους είναι μειωμένα και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν με αποτέλεσμα να υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες ακόμα και στη χορήγηση φαρμάκων. (Ευθυμίου Κ. Μ. Α.-Α., 2006)

Οι κύριες επιπτώσεις όπως τις βιώνουν τα άτομα είναι:

Αύξηση του ποσοστού των ανέργων: Περίπου 1,2 εκατομμύρια Έλληνες είναι άνεργοι από τους οποίους 864.377 είναι εγγεγραμμένοι στον ΟΑΕΔ και μόλις 118.842 λαμβάνουν κάποιο επίδομα. Τα στοιχεία του ΟΑΕΔ δείχνουν ότι το δράμα της ανεργίας είναι μακροχρόνιο καθώς αν κάποιος χάσει την δουλειά του δυσκολεύεται μετά πολύ να μπει ξανά στο χώρο εργασίας. Έτσι καταγράφεται αύξηση των μακροχρόνια ανέργων.

Πάνω από 2/10 Έλληνες βρίσκονται κάτω από όριο της φτώχειας ενώ σύμφωνα με την Eurostat η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τον περισσότερο πληθυσμό να βρίσκεται στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Περίπου 23% των Ελλήνων ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας με μικρά παιδιά, ηλικιωμένους και νέους ανθρώπους να συγκαταλέγονται σε αυτούς.

Τα στοιχεία για την παιδική φτώχεια στην Ελλάδα είναι άκρως ανησυχητικά. Άλλωστε εκτός από τα νούμερα τα επιβεβαιώνουν τα συχνά περιστατικά υποσιτισμού παιδιών που καταγράφονται σε σχολεία σε όλη τη χώρα. Η Έκθεση του Ερευνητικού Κέντρου της UNICEF για τα παιδιά της ύφεσης έδειξε ότι η μεγαλύτερη αύξηση της παιδικής φτώχειας έχει παρατηρηθεί στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες-Ελλάδα, Ιταλία και Ισπανία - καθώς και στην Κροατία, στα τρία Βαλτικά κράτη και σε τρία άλλα κράτη που έχουν «χτυπηθεί» άσχημα από την ύφεση.

Σύμφωνα με δηλώσεις των ίδιων των παιδιών των οποίων τουλάχιστον ο ένας γονέας έχασε τη δουλειά του ένα σημαντικό ποσοστό 5,45 δεν έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν φαγητό , περίπου 28% έκοψαν τα ταξίδια, πάνω από 10% σταμάτησαν τα ιδιαίτερα μαθήματα ενώ περίπου 3 στα 10 βιώνουν εντάσεις στην οικογένειά τους. (newsbeast.gr, 2015)

Οι φτωχοί πλήρωσαν την κρίση...

Σύμφωνα με έρευνα που εκπόνησαν ο ομότιμος καθηγητής Οικονομικών του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου, Τ. Γιανίτσης και ο αναπληρωτής καθηγητής Αγροτικής Οικονομίας στο Γεωπονικό Πανεπιστήμιο, Σ. Ζωγραφάκης, οι φτωχότεροι πλήρωσαν περισσότερους φόρους κατά 337%, όταν οι πλούσιοι επιβαρύνθηκαν μόλις κατά 9%.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του Ιδρύματος Μακροοικονομικών Μελετών Hans Böckler και καταδεικνύει σημαντικές διαφοροποιήσεις, όσον αφορά στις φορολογικές επιβαρύνσεις που επιβλήθηκαν τα χρόνια της κρίσης ανάμεσα στα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και τα πιο πλούσια.

Όπως προκύπτει, από τις φοροεισπρακτικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν τα τελευταία χρόνια τα μεσαία και χαμηλά εισοδήματα είναι αυτά που σήκωσαν στους ώμους τους όλα τα φορολογικά βάρη. Σε απόλυτους αριθμούς, μπορεί η φορολογική επιβάρυνση στα πιο φτωχά νοικοκυριά να αυξήθηκε κατά μερικές εκατοντάδες ευρώ, όμως σ' αυτήν προστέθηκαν μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις, αλλά και η αύξηση της ανεργίας.

Συγκεκριμένα το 2012, ένα στα τρία ελληνικά νοικοκυριά έπρεπε να τα βγάλει πέρα με ένα ετήσιο εισόδημα περίπου στα 7.000 ευρώ, ενώ εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι μέσα στην κρίση τα φτωχότερα νοικοκυριά έχασαν το 86% του συνολικού τους εισοδήματος, όταν τα πιο πλούσια έχασαν μόλις το 16% με 20%.

Την περίοδο 2008-2012 οι άμεσοι φόροι που κατέβαλαν οι ασθενέστεροι εισοδηματικά Έλληνες αυξήθηκαν κατά 125,9%. Αν συνυπολογιστούν και οι φόροι επί των ακινήτων οι οποίοι αυξήθηκαν κατά 1.071% για τους «πλούσιους» αλλά κατά 1.420% για τους «φτωχούς», συνολικά η φορολόγηση των ασθενέστερων οικονομικά στρωμάτων του ελληνικού λαού αυξήθηκε κατά 337,7%, ενώ η φορολόγηση των ισχυρότερων αυξήθηκε μόλις κατά 9%. (newsbeast.gr, 2015)

Ανασφάλιστοι πολίτες- επιδείνωση υγείας

Ξεπερνούν τα τρία εκατομμύρια οι ανασφάλιστοι πολίτες της χώρας, ενώ χιλιάδες είναι ασφαλισμένοι αλλά αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα νοσηλείας, εξετάσεων και φαρμάκων που απαιτούνται. Έρευνες της E.E. αποκαλύπτουν ότι οι μισοί πολίτες (το 47%) δηλώνουν ότι δεν λαμβάνουν την αναγκαία περίθαλψη. Ιατροί που συμμετείχαν σε έρευνα της IPSOS δήλωσαν ότι το 17% των ασθενών τους που ακολουθούσαν χρόνια αγωγή έμεινε ανασφάλιστο κατά το προηγούμενο έτος.

Αποτέλεσμα ήταν οι περίπου τέσσερις στους 10 από αυτούς να διακόψουν την αγωγή λόγω οικονομικής στενότητας. Όπως αναφέρθηκε, παρά τη χρόνια πάθηση, χρειάστηκε είτε να τροποποιήσουν την αγωγή αφού δεν μπορούσαν να πληρώσουν γιατρούς και φάρμακα είτε ακόμη και να πάψουν να την ακολουθούν. Οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν πως ένας στους τρεις από τις περιπτώσεις των ασθενών αυτών παρουσίασε επιδείνωση της υγείας του.

Το ποσοστό των νοικοκυριών που αντιμετωπίζει «καταστροφικές δαπάνες» εξαιτίας του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης εκτιμάται σε 4,5% επί του συνόλου το 2013, όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2010 δεν υπερέβαινε το 1,6%. Ως καταστροφική δαπάνη για την υγεία ορίζεται η δαπάνη που ξεπερνά το 20% του εισοδήματος του νοικοκυριού.

Μεγάλο πλήγμα έχουν δεχθεί οι νέοι. Το 31% των νέων στην Ε.Ε. αναφέρει ως βασικό λόγο αδυναμίας πρόσβασης σε παροχές υγείας το υψηλό κόστος των υπηρεσιών αυτών. Η Ελλάδα διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 64% νέων που δηλώνει την αιτία αυτή ως τη βασικότερη για την έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης. (Υγεία, 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίση στη ψυχική υγεία

Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια. Η εργασία σε σημαντικό βαθμό συντελεί στο προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού του σύγχρονου ανθρώπου. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» του κατάρρευση που αντιμετωπίζει. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011)

Η εργασία και η κοινωνική αυτοπεποίθηση που συνδέεται με αυτήν, επηρεάζει τον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ακόμα και αν είναι οι φίλοι, οι συγγενείς, ο σύντροφός, το παιδί. Έντονη άλλωστε είναι η αίσθηση των ανέργων για προσωπική ανεπάρκεια και αδυναμία.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011) (Murphy GC, 1999)

Μία ενδελεχής μελέτη της βιβλιογραφίας από τους Paul και Moser σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Επιπλέον, σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κλπ. Η μελέτη, η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της ανεργίας και της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία απαιτούν τη μελέτη σημαντικών στοιχείων που διαφοροποιούν τις συνέπειες της κρίσης.

Ο στιγματισμός και η ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες από ότι για τις γυναίκες, ίσως και λόγω των εναλλακτικών κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν (ανατροφή παιδιών, νοικοκυριό). Η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού status να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και μεγαλύτερη δυσκολία διαχείρισής της, κάτι

που επηρεάζει και τη ψυχική διάθεση των ατόμων αυτών. Επιπλέον, και οι οικονομικοί μετανάστες πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση με κίνδυνο να εμφανίσουν ζητήματα αναφορικά με την υγεία τους. (Schaufeli W.B. & van Yperen, 1992) Πρόσφατη ανασκόπηση, επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011) (Patel V, 2003.)

Η οικογενειακή κατάσταση είναι παράγοντας καθοριστικός για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. Επίσης μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία, χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς περισσότερο από την οικονομική κρίση.

Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους καθώς και το στρες που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαίτερος ψυχοπιεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου. Επιπλέον, στο μέσο της οικονομικής κρίσης και οι εργοδότες γίνονται λιγότερο «ανεκτικοί», εντοπίζουν τους «αδύναμους κρίκους» και τους απολύουν γρηγορότερα. Ένας φαύλος κύκλος δημιουργείται λοιπόν με αυτόν τον τρόπο, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά όπου και η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011)

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται επίσης με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών. Η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα

την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα. Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης. Οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας, όσον αφορά τη ψυχική υγεία, φαίνεται να είναι μεγαλύτερες σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση διανομή εισοδήματος καθώς και με συστήματα ελλιπούς προστασίας των ανέργων. Επίσης, οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας παρουσιάζονται πιο έντονα σε μακροχρόνια ανέργους (≥ 6 μήνες), σε σχέση με την ολιγόμηνη ανεργία. (Paul K., 2009)

Όσο βαθιάει η οικονομική κρίση, οι προβλέψεις για την επιδείνωση των δεικτών ψυχικής υγείας εντείνονται. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ, δι-ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων. (Samaritans. Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits UK., 2008) Επίσης και στην Ινδία αναφέρεται αύξηση των περιστατικών που αιτούνται ψυχολογικής βοήθειας εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν με την οικονομική κρίση. (Patralekha, 2009) Πρόσφατες αναφορές δείχνουν επίσης να πραγματοποιείται ήδη αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση. (Ryall, 2009)

Μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων. (Araya R, 2003)

Το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας. (Jenkins R, 2008) Επιπλέον, τα πρώτα editorials και οι πρώτες μελέτες ή ανασκοπήσεις σε γενικά και ψυχιατρικά περιοδικά αναφορικά με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης θέτουν πληθώρα προβληματισμών και για τις δυνατότητες ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας στα αιτήματα των πολιτών. Από τα πρώτα, το New England Journal of Medicine θα επισημάνει σε άρθρο του την πίεση που δέχονται τα συστήματα ψυχιατρικής φροντίδας: μειώνονται μεν τα αιτήματα για παρατεταμένη ψυχιατρική νοσηλεία, αυξάνουν όμως για τα οξέα επεισόδια, όπως αυξάνουν και οι

«αναγκαστικές νοσηλείες» καθώς η κοινωνική ανεκτικότητα έναντι προβλημάτων συμπεριφοράς μειώνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. (Catalano, 2009)

Είναι προφανές ότι συνθήκες αβεβαιότητας και επισφάλειας παρατηρούνται ιδίως σήμερα, στις ιδιαίτερες συνθήκες που συνδιαμορφώνουν ή οικονομική κρίση και η αδυναμία της πολιτείας ή/και των πολιτών να προσδιορίσουν μια έξοδο από αυτήν. Η βασική και σημαντική πρόκληση της εποχής είναι να αντιμετωπιστεί η αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συνδυάζεται με ενδεχόμενο περιορισμό της χρηματοδότησης, δίνοντας πάντα έμφαση στη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητά τους και το συμφέρον των ασθενών». (Knapp Martin, 2011)

Οικονομική κρίση, αυτοκτονία και ποσοστά θνησιμότητας στο γενικό πληθυσμό.

Σε μελέτη που έλαβε χώρα σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006 τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστεύουν τις δυσμενείς επιπτώσεις τους βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%) στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. (Stuckler D., 2009)

Επιπροσθέτως, η μελέτη και των επιπτώσεων της Ασιατικής οικονομικής κρίσης του 1997-1998 εμφανίζει ιδιαίτερη αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών στις χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας: Ιαπωνία αύξηση κατά 39%, Χονγκ Κονγκ αύξηση κατά 44%, Κορέα αύξηση κατά 45%. Δεν παρατηρήθηκε αύξηση στη Ταϊβάν και στη Σιγκαπούρη, όπου όμως αυτές οι δύο χώρες είχαν τις μικρότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σχετικά με τους δείκτες της ανεργίας και το Α.Ε.Π. (Chang S-S, 2009)

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα, βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές, περιλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών απωλειών σε ατομικό επίπεδο, του αυξημένου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, της μετανάστευσης σε αστικές περιοχές προς αναζήτηση εργασίας και των ανισοκατανομών του εισοδήματος, συνεισφέρουν στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών κυρίως μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες διατρέχουν χωρίς θεραπεία. (Philips Liu H, 1999) Παρόμοια, οι μαζικές αυτοκτονίες αγροτών στην

Ινδία μετά από την αλλαγή της αγρονομικής πολιτικής και την οξεία μείωση του εισοδήματος περί τα μέσα της δεκαετίας του '90, παρέχει μια ακόμη καλή αποτύπωση του αντίκτυπου της οικονομικής ανασφάλειας στην ψυχική υγεία. (Sundar M, 1999)

Η οικονομική κρίση οδηγεί λοιπόν σε μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, σχετιζόμενο πάντα με τους δείκτες αύξησης της ανεργίας. (Uutela A, 2010) Όμως και τα γενικότερα ποσοστά θνησιμότητας του πληθυσμού φαίνεται να επηρεάζονται από τις οξύτερες οικονομικές δυσκολίες. Μία μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης εμφάνισε την άμεση σχέση των οικονομικών κρίσεων με την αύξηση των γενικών δεικτών θνησιμότητας. Παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση της θνησιμότητας λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών. Επίσης, αύξηση της θνησιμότητας των βρεφών παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες. Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων. (Vlachadis N, 2014)

Αντιμετώπιση-Πρόληψη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία

Η μεγάλη οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία. Αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Αποφεύγοντας τη ψυχιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, είναι σημαντικό να μη παραγνωρίζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στη ψυχική υγεία του ατόμου. Εκ τούτου κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν εκείνες οι παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας. Επιπλέον, οι ήπιες πολιτικές για τη σταδιακή αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακινήσεις θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές, θα βοηθήσουν δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή. Η δευτερογενής παρέμβαση χρειάζεται να αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο, μέσω συμβουλευτικών

προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού.

Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η προστασία επίσης των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κρίνεται σκόπιμο να βρίσκεται στο κέντρο της κινητοποίησης, ενεργοποιώντας τη δράση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη των ατόμων αυτών.

Ιδιαίτερος κρίσιμη κρίνεται και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων. Το παράδειγμα της Μαλαισίας στη διάρκεια της Ασιατικής κρίσης είναι χαρακτηριστικό μια και δείχνει πως η διατήρηση των δαπανών για τη κοινωνική προστασία των ευπαθών ομάδων και των ανέργων, μείωσε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σημαντικό βαθμό.

Η τριτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εστιαστεί στην αποκατάσταση της υγείας των πληγέντων, αλλά και στην οικονομική ενίσχυση αυτών, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες ικανές συνθήκες διαβίωσης. Τα επιδόματα ανεργίας, αλλά και τα ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα εργαλεία για τη στήριξη και την επανένταξη των πληγέντων. Επίσης σε μελέτη της σχέσης μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003 βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. Εμφανίζεται ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικό-οικονομική κρίση. (Park Y, 2009)

Τέλος, είναι σημαντικό οι στερήσεις να μην υποβάλλονται ανισομερώς στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά αντιθέτως να αντιστοιχούν με τις οικονομικές δυνατότητες που κάθε τάξη διαθέτει. Όπου τούτο δεν είναι δυνατό, σημειώνει ο Φρόντ ήδη από τα 1930, θα κυριαρχήσει μέσα σε αυτόν τον πολιτισμό μία δυσαρέσκεια, που μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες εξεγέρσεις. Αλλά αν ένας πολιτισμός δεν έχει καταφέρει να μην αποτελεί η ικανοποίηση ενός μέρους των μελών του προϋπόθεση της καταπίεσης ενός άλλου, ίσως

της πλειονότητας, και αυτό γίνεται σε όλους τους σημερινούς πολιτισμούς, είναι ευνόητο ότι αυτοί οι καταπιεσμένοι θα αναπτύξουν έντονη εχθρότητα απέναντι στο πολιτισμό, τον οποίο στηρίζουν με την εργασία τους, αλλά έχουν ελάχιστο μερίδιο στην απόλαυση των αγαθών του. Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από τη διασφάλιση ενός μίνιμουμ επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου που θα στέκει δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, θυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη και συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011)

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει ανησυχία στην ευρωζώνη και την παγκόσμια οικονομική κοινότητα. Οι αναλύσεις δείχνουν ότι οι κύριες πηγές της ανεπάρκειας είναι οι σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες στη δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία που οδηγούν σε γραφειοκρατία, διαφθορά, χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και υψηλό κόστος. (Grammatikopoulos I)

Παρόλο που οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος το 1991 στο 9,7% το 2008, ένα ποσοστιαίο σημείο υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των Χωρών του ΟΟΣΑ, η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε. (Grammatikopoulos I)

Όπως αναφέρεται συχνά, η Ελλάδα αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας. (Οικονομου Ν, 2010) Σύμφωνα με πολλούς πολιτικούς, δημοσιογράφους, πολιτικούς και οικονομικούς αναλυτές μία από τις βασικές αιτίες του υπέρογκου δημόσιου χρέους της χώρας και των ελλειμμάτων είναι η αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική δημόσια διοίκηση. Η δομή και η οργάνωση των περισσότερων ελληνικών δημόσιων ιδρυμάτων θεωρείται γραφειοκρατική και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κατάλληλων συστημάτων τεκμηρίωσης, αξιολόγησης, ελέγχου και κανονισμού.

Οι Οικονομικές πολιτικές διαμορφώνονται περισσότερο από τις αντιλήψεις των ηγετών, την πίεση της κοινής γνώμης, τα επαγγελματικά και οικονομικά συμφέροντα και λιγότερο από ένα ορθολογικό σύστημα με καθορισμένες προτεραιότητες και στρατηγικές λήψεων απόφασης. Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα είναι υψηλά κατακερματισμένη καθώς εμπλέκονται αρκετοί διαφορετικοί δημόσιοι και ιδιωτικοί επαγγελματίες υγείας δίχως συντονισμό και έλεγχο του συστήματος. Περαιτέρω επιδείνωση της ποιότητας των

υπηρεσιών υγείας αναμένεται με τη δημοσιονομική κρίση. Η διατήρηση στην Ελλάδα των ικανοποιητικών δεικτών υγείας, ως επί το πλείστον, οφείλεται στο καλό κλίμα, τη σχετικά υψηλή ποιότητα ζωής και τη μάλλον υγιεινή διατροφή. (Οικονομου Ν, 2010) (Kentikelenis Alexander, 2014)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ανεργία είναι η αδυναμία εξεύρεσης εργασίας αμειβόμενης και ανάλογης με τα προσόντα, τις ικανότητες και τις κλίσεις του ατόμου. Με τον όρο ανεργία υπονοείται η ακούσια αργία των ατόμων, που προσφέρουν την εργασία τους έναντι ημερομισθίου/μισθού ή οποιουδήποτε άλλου τρόπου αμοιβής, εξαιτίας της ελλείψεως επαγγελματικής/ειδικής εργασίας.

Ο όρος ανεργία υποδηλώνει την έλλειψη ή την περιορισμένη προσφορά εργασίας με συνέπεια να μη βρίσκουν δουλειά ανάλογη των προσόντων τους άτομα ικανά να προσφέρουν (vlioras)

Η ανεργία στην Ελλάδα αυξήθηκε με δραματικούς ρυθμούς. Η εγγεγραμμένη ανεργία ήταν 1.321.236 πολίτες (περισσότεροι κατά 898.368 άτομα από το 2008 και την εμφάνιση της κρίσης). Μεγάλα ποσοστά ανεργίας καταγράφονται στη νεολαία, καθώς το 57,5% από τους νέους 15 έως 24 ετών, βρίσκεται σε αναζήτηση εργασίας, επιλέγοντας ακόμα και τη μετανάστευση από τη χώρα. Η ανεργία στις γυναίκες είναι στο 29,3% (από 25,4% τον Δεκέμβριο 2011), ενώ στους άνδρες είναι 24,3% (από 18,4%).

Στην Αττική, όπου και συγκεντρώνεται περίπου ο μισός πληθυσμός της χώρας, το ποσοστό της ανεργίας είναι 28,4%. Στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, σε επίπεδο αποκεντρωμένων διοικήσεων της χώρας, τα στοιχεία δίνουν, Ήπειρος- Δυτική Μακεδονία (28,1% από 23%), Μακεδονία- Θράκη (26,9% από 22,9%), Θεσσαλία- Στερεά Ελλάδα (25,9% από 21,5%), Κρήτη (23,9% από 17%), Πελοπόννησος- Δυτική Ελλάδα- Ιόνιοι Νήσοι (23,7% από 18,3%) και το Αιγαίο (22,6% από 14,2%).

Ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός (τα άτομα που δεν εργάζονται ούτε αναζητούν εργασία) ανήλθε σε 3.341.863 άτομα. Οι οικονομικά μη ενεργοί μειώθηκαν κατά 4.584 άτομα σε σχέση με τον Δεκέμβριο 2011 (μείωση 0,1%) και κατά 1.232 άτομα σε σχέση με τον Νοέμβριο 2012 (μηδενική μεταβολή) (Πολυζόπουλος Ε, 2016).

Από την ανεργία προκύπτουν διαταραχές όπως η διαταραχή κοινωνικού άγχους, γνωστή επίσης και ως κοινωνική φοβία κατατάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές, μαζί με την αγοραφοβία και τις ειδικές φοβίες, από τις οποίες διαχωρίστηκε μόλις 50 χρόνια πριν. Οι άνθρωποι που την έχουν φοβούνται την πιθανή εξέταση και κριτική από τους άλλους. Η ανησυχία αφορά στο ότι το άτομο θα πει ή θα κάνει κάτι που θα τον ντροπιάσει ή θα τον

εξευτελίσει. Αυτές οι ανησυχίες μπορούν να γίνουν τόσο έντονες που το άτομο να αποφεύγει τις περισσότερες διαπροσωπικές συναντήσεις ή να τις αντέχει με μεγάλη δυσφορία (Σωτηροπούλου Β, 2016).

Η Κατάθλιψη επιμηκύνει την Ανεργία

Η κατάθλιψη και το άγχος δημιουργούν ένα καταστροφικό φαύλο κύκλο για όσους αναζητούν εργασία, καθιστώντας τελικά πιο δύσκολο να βρουν μια θέση εργασίας. Η κατάσταση αυτή θα υποσκάψει την εμπιστοσύνη και θα επηρεάσει την ικανότητά να σκεφτούν και να δράσουν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις που ενδεχομένως θα έχουν οι άλλοι από αυτούς, γεγονός που καθιστά δύσκολο να "πλάσουν" τον εαυτό τους ως τον καλύτερο για μια θέση εργασίας. Η κατάθλιψη, η αρνητικότητα και η πολύ συχνή απαισιοδοξία κατά την αναζήτηση εργασίας είναι συχνά ένας παράγοντας αποτυχίας σε συνεντεύξεις από μελλοντικούς εργοδότες.

Για τους περισσότερους, το χρονικό διάστημα που χρειάζεται για να βρουν μια θέση εργασίας και οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες κάνουν τα πράγματα χειρότερα. Η προετοιμασία λοιπόν για το ενδεχόμενο να αναζήτησης εργασίας για πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από αυτό που έχει προϋπολογισθεί. Οι ματαιώσεις που πιθανά θα υπάρχουν κατά την διάρκεια αναζήτησης εργασίας, δεν εξαρτώνται από τις ικανότητες, αλλά από την εν γένει κατάσταση στον επαγγελματικό στίβο και τις οικονομικές συνθήκες της Χώρας, την εποχή της αναζήτησης. Εκατοντάδες χιλιάδες ή και εκατομμύρια άνθρωποι της χώρας αυτής ψάχνουν για εργασία (Πολυζόπουλος Ε, 2016).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν, να διερευνηθούν το άγχος και η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άνεργους του Νομού Ηρακλείου σε περίοδο οικονομικής κρίσης.

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα

- Υπάρχει συσχέτιση της εμφάνισης άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο σπουδών, την οικογενειακή κατάσταση, και τον χρόνο ανεργίας;
- Ο τόπος κατοικίας και η οικονομική κατάσταση τι ρόλο διαδραματίζουν στην εμφάνιση άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους άνεργους;
- Ποια είναι η άποψη των ίδιων των ανέργων σχετικά με την ανεργία και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών;

Ηθικοί περιορισμοί

Για την συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνυμίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η συμμετοχή των ανέργων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική.

Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση αυτών που θέλησαν να λάβουν μέρος στην μελέτη και ενημερώθηκαν με συγκεκριμένη φόρμα συγκατάθεσης που υπέγραψαν για τον σκοπό της μελέτης.

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στην μελέτη θα διαφυλαχθούν καθ'ολη την διάρκεια της και οι ερευνητές θα προστατέψουν το δικαίωμα της ψυχικής ακεραιότητας και αποφυγής βλάβης των συμμετεχόντων, το δικαίωμα της αυτονομίας και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας για καθένα από αυτούς.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμμετοχή εθελοντική καθώς και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Συνοψίζοντας:

«Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα έτυχαν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων κατά το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθόλη την διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.»

Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε άδεια από το ΤΕΙ Κρήτης, και ειδικά από το τμήμα Νοσηλευτικής όπου δόθηκε με αριθμό πρωτοκόλλου 40 στις 23/01/2017.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητικό πεδίο-Μεθοδολογία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης δηλαδή πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης και καταγραφής με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Για την συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

Στην περίπτωση της συγκεκριμένης έρευνας ο πληθυσμός που έγινε προσπάθεια να αντληθούν τα δεδομένα ήταν οι άνεργοι του Νομού Ηρακλείου. Η προσπάθεια ανέρευσής των ανέργων έγινε στις υπηρεσίες του ΟΑΕΔ του Νομού, όπου οι ερευνητές θα πηγαίνουν και αφού εξηγούσαν τον σκοπό της μελέτης ζητούσαν από τους άνεργους αν θέλουν να συμμετέχουν σε αυτήν.

Εργαλείο μέτρησης

Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, μετά από μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας που περιλάμβανε αρχικά 14 ερωτήματα για τη συλλογή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και γενικών στοιχείων, στη συνέχεια 13 ερωτήματα για την καταγραφή της άποψης των συμμετεχόντων για την οικονομική κρίση, την ανεργία και την επίδραση αυτών στην ψυχική υγεία τους και όχι μόνο και ακολούθησε η εκτίμηση του άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με δυο σταθμισμένα στα ελληνικά εργαλεία, το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του C.D. Spilberger και το ερωτηματολόγιο CES-D αντίστοιχα.

1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και γενικών στοιχείων όπως φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση, χρόνος ανεργίας, χρόνια νοσήματα, χρήση καπνού και αλκοόλ.
2. Ερωτηματολόγιο γενικών ερωτημάτων για την άποψη των συμμετεχόντων για την οικονομική κρίση την ανεργία και τις επιπτώσεις τους.
3. Το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του άγχους του Spilberger αποτελείται από 40 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ, τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert) στον οποίο τους χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πως αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάσταση) και τα υπόλοιπα 20 θέματα

απαντώνται με βάση το πως το άτομο αισθάνεται γενικά την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) (Assosiation). Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου όπως μετρήθηκαν από τους Λιάκο και Γιαννίτση παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

4. Το ερωτηματολόγιο CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression scale) το οποίο κατασκευάστηκε από τον Radloff LS (Radloff, 1977), με σκοπό τη μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Αποτελείται από 20 ερωτήματα που ανιχνεύουν συμπτώματα, τα οποία αφορούν το διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Η βαθμολόγηση γίνεται με 0-3 σε κάθε ερώτηση και το τελικό αποτέλεσμα κυμαίνεται από 0-60. Ως όριο διάκρισης υγιών και μη υγιών ατόμων έχει καθιερωθεί το σκορ 16.

Οι Μαδιανός και οι συνεργάτες του έχουν ελέγξει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας CES-D στον ελληνικό πληθυσμό. (Madianos, 1992)

Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και συγκεκριμένα η συχνότητα, η μέση τιμή (μ), η διάμεσος, η σταθερή απόκλιση (Standard Deviation=SD) και το τυπικό σφάλμα (standard error=SE) των μεταβλητών.

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη συνεχή κατανομή θα εφαρμοστεί το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test).

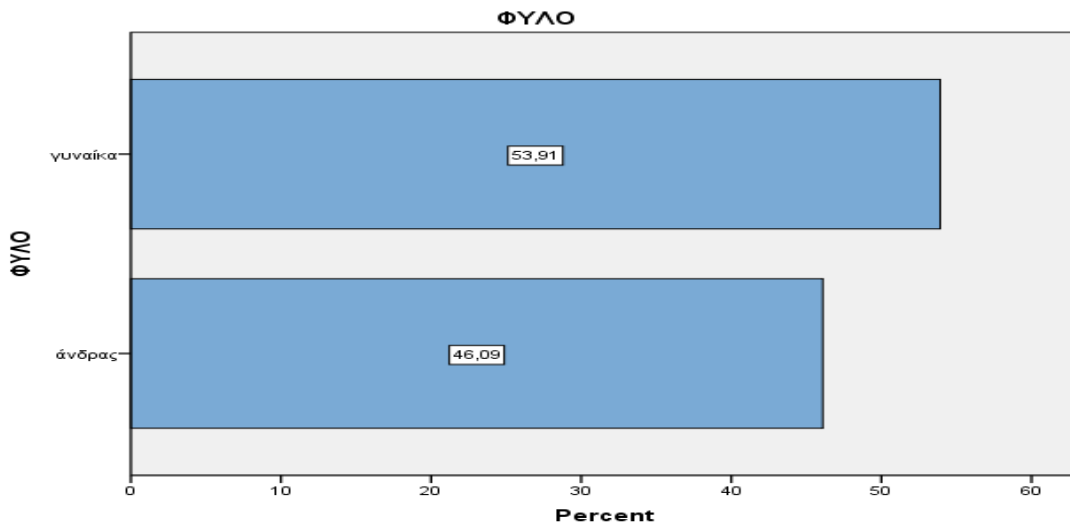
Για τον έλεγχο των σχέσεων και των συσχετίσεων που θα διερευνηθούν θα χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) και chi square test (χ^2).

Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα γίνει με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 23.0, για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Ανάλυση Δεδομένων και ερμηνεία αποτελεσμάτων

Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από ανέργους του Ηρακλείου Κρήτης εκ των οποίων το 46,1 (n=53) ήταν άνδρες και το 53,9 (n=62) γυναίκες (σχήμα, πίνακας 1). Αναφορικά με την ηλικία το 49,6% των ερωτηθέντων ήταν από 18 έως 30 ετών (n=57), το 32,2% ήταν μεταξύ 31-45 ετών (n=37), το 16,52% (n=19) ήταν από 46-60 ετών και τέλος το 1,7% ήταν πάνω από 60 ετών (n=2) (σχήμα, πίνακας 2).

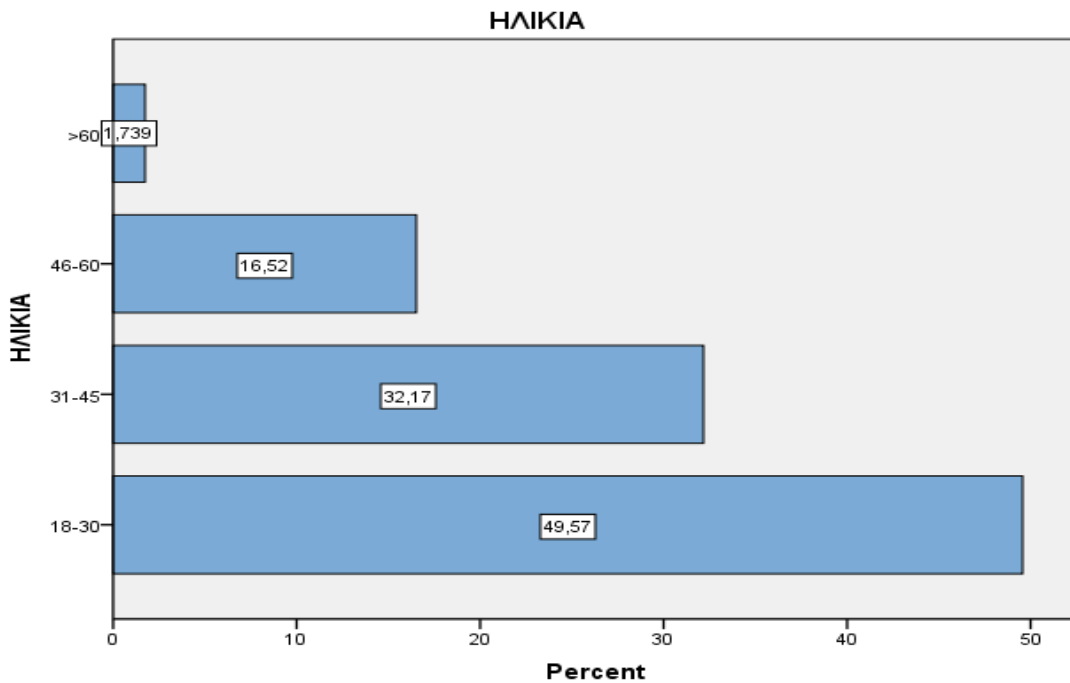
Σχήμα 1: Κατανομή φύλου



Πίνακας 1: Διακόμανση φύλου

ΦΥΛΟ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	άνδρας	53	46,1
	γυναίκα	62	53,9
	Total	115	100,0

Σχήμα 2: Ηλικίες συμμετεχόντων



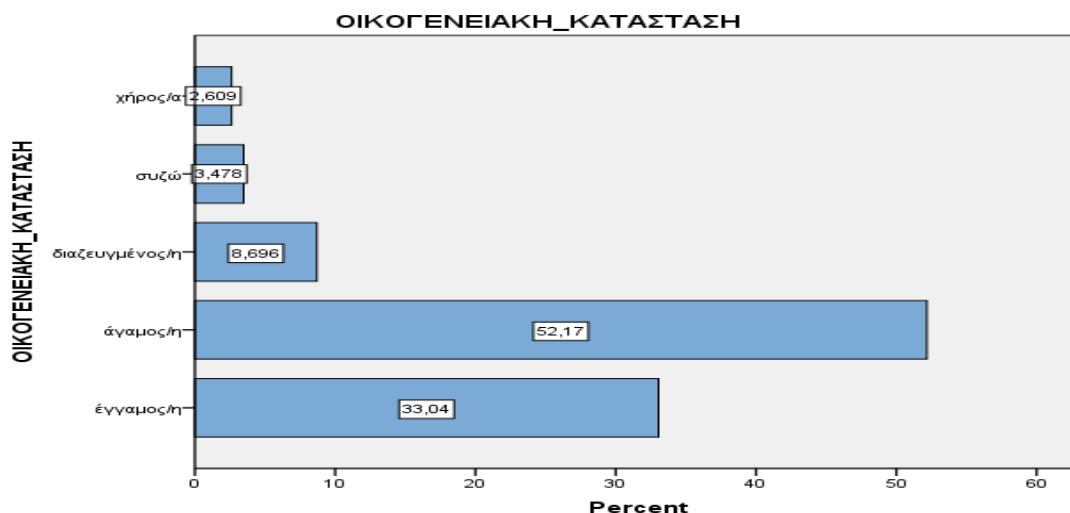
Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή

ΗΛΙΚΙΑ		
	Frequency	Valid Percent

Valid	18-30	57	49,6
	31-45	37	32,2
	46-60	19	16,5
	>60	2	1,7
	Total	115	100,0

Στη συνέχεια κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα της έρευνας που αφορούσαν την οικογενειακή τους κατάσταση. Παρατηρήθηκε ότι το 33,0% (n=38) ήταν παντρεμένοι, το 52,2% (n=60) άγαμοι, διαζευγμένοι το 8,7% (n=10), συζούν το 3,5% (n=4), και χήρος/α το 2,6% (n=3) (σχήμα, πίνακας 3). Από αυτούς που ερωτήθηκαν το 40,9% είχαν παιδιά (n=47) και το 59,1% (n=68) δεν είχαν παιδιά (σχήμα, πίνακας 4). Όπως αναφέρθηκε το 59,1% (n=68) δεν είχε παιδιά, το 11,3% (n=13) είχαν 1 παιδί, το 16,5% (n=19) 2 παιδιά, το 7,0% (n=8) έχουν 3 παιδιά, το 6,1% (n=7) 4 παιδιά (σχήμα, πίνακας 5).

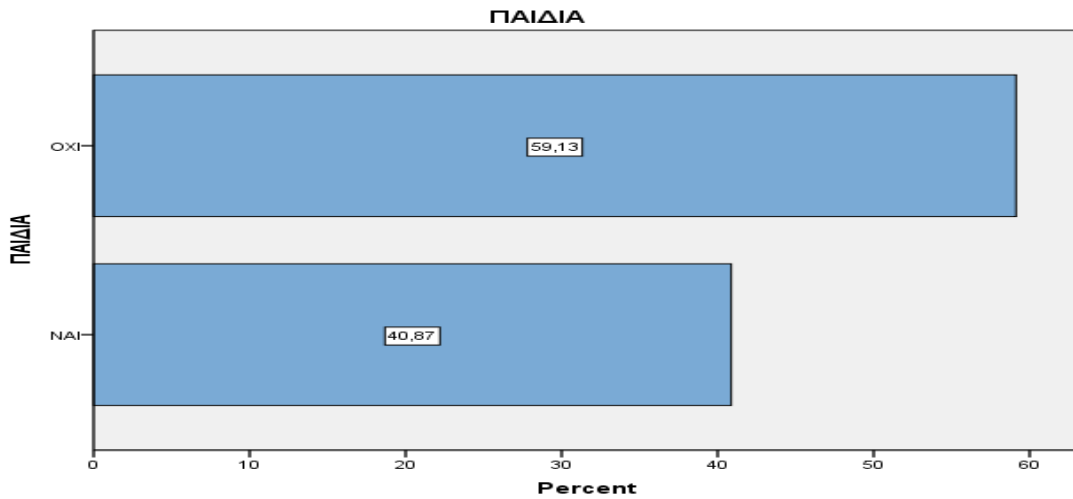
Σχήμα 3: Οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	έγγαμος/η	38	33,0
	άγαμος/η	60	52,2
	διαζευγμένος/η	10	8,7
	συζώ	4	3,5
	χήρος/α	3	2,6
	Total	115	100,0

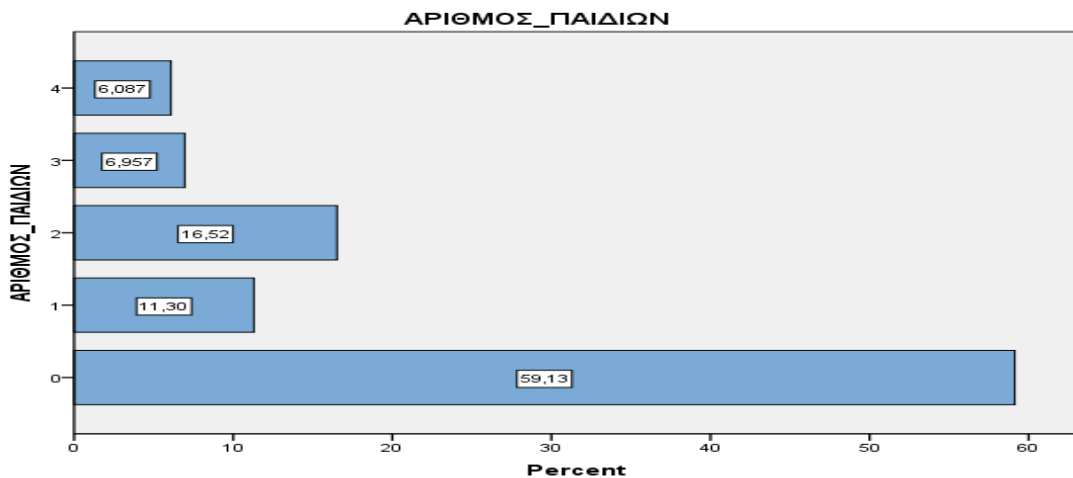
Σχήμα 4: Παιδιά ερωτηθέντων



Πίνακας 4 : Διανομή παιδιών των ερωτηθέντων

ΠΑΙΔΙΑ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	ΝΑΙ	47	40,9
	ΟΧΙ	68	59,1
	Total	115	100,0

Σχήμα 5: Αριθμός παιδιών

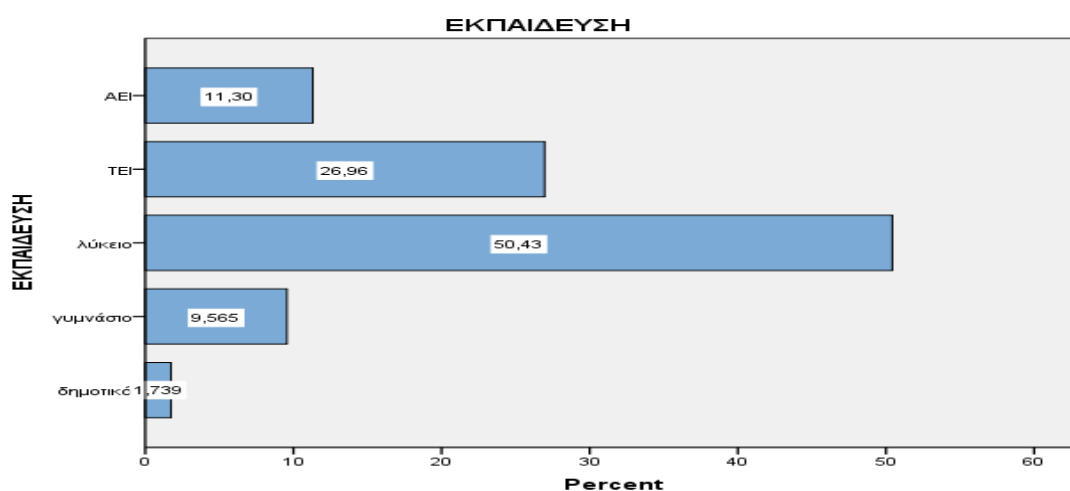


Πίνακας 5: Κατανομή αριθμού παιδιών

ΑΡΙΘΜΟΣ_ΠΑΙΔΙΩΝ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	0	68	59,1
	1	13	11,3
	2	19	16,5
	3	8	7,0
	4	7	6,1
	Total	115	100,0

Όσον αφορά την εκπαίδευση τους το 1,7% (n=2) είχε τελειώσει το δημοτικό, μόνο το 9,6% (n=11) είχε τελειώσει το γυμνάσιο, το 50,4% (n=58) είχαν τελειώσει και το λύκειο, το 27% (n=31) είχε τελειώσει κάποιο ΤΕΙ και μόλις το 11,3% (n=13) κάποιο ΑΕΙ. Συμπερασματικά το μεγαλύτερο ποσοστό των ανέργων ήταν αυτό το οποίο είχε τελειώσει το λύκειο χωρίς να συνεχίσει σε κάποια ανώτερη σχολή (50,4%) (σχήμα, πίνακας 6).

Σχήμα 6: Εκπαίδευση ερωτηθέντων



Πίνακας 6: Κατανομή συμμετεχόντων ανά εκπαίδευση

		ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
		Frequency	Valid Percent
Valid	δημοτικό	2	1,7
	γυμνάσιο	11	9,6
	λύκειο	58	50,4
	ΤΕΙ	31	27,0
	ΑΕΙ	13	11,3
	Total	115	100,0

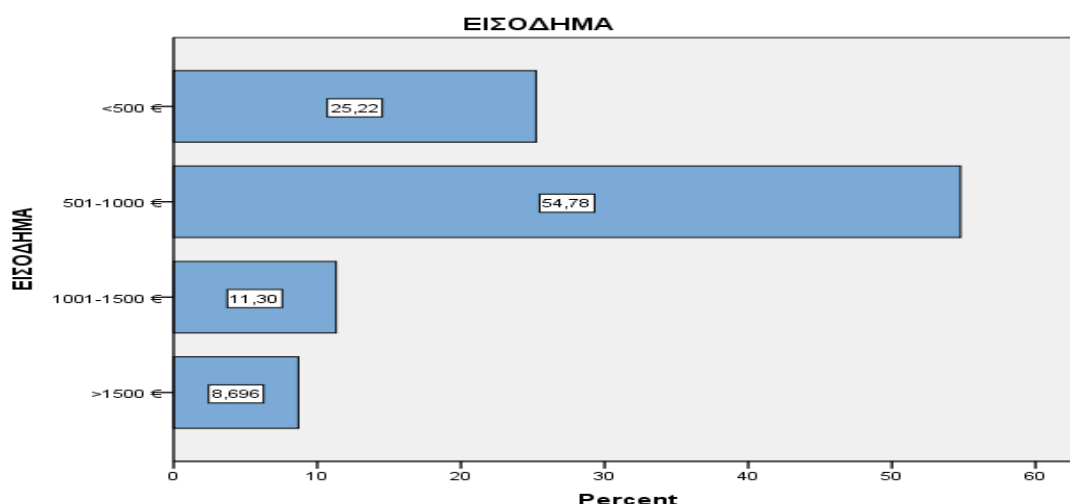
Ακολουθώντας τη ροή του ερωτηματολογίου, οι άνεργοι απάντησαν ποιο ήταν το επάγγελμά τους ή αυτό που είχαν σπουδάσει πριν μείνουν άνεργοι. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων καταγράφηκε ότι το 12% (n=14) ήταν σερβιτόροι/ες, το 7% (n=8) ήταν πωλητές/τριες, το 3% (n=3) ήταν νοσηλευτές/τριες, το 1% (n=1) ήταν νηπιαγωγός, το 4% (n=5) ήταν λογιστές/τριες, ενώ το 8% (n=9) δεν είχαν κάποια απασχόληση πριν. Το 34% (n=39) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 29% (n=33) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες το 1% (n=1) βρεφονηπιοκόμοι, το 2% (n=2) βοηθοί νοσηλεύτη. Παρατηρείται λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας συναντάται στους ιδιωτικούς υπάλληλους με ποσοστό 34% και ακολουθούν οι ελεύθεροι επαγγελματίες με 29% τομείς οι οποίοι έχουν κυρίως πληγεί στην περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα (πίνακας 7).

Πίνακας 7: Κατανομή συμμετεχόντων ανά επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	σερβιτόρος/α	14	12
	πωλητής/τρια	8	7
	νοσηλεύτης/τρια	3	3
	νηπιαγωγός	1	1
	λογιστής/τρια	5	4
	καμιά	9	8
	ιδιωτικός υπάλληλος	39	34
	ελεύθερος επαγγελματίας	33	29
	βρεφονηπιοκόμος	1	1
	βοηθός νοσηλεύτη	2	2
		115	100,0

Εν συνεχεία οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν για το μηνιαίο εισόδημα τους. Το μικρότερο ποσοστό 8,71% (n=10) έχει εισόδημα που κυμαίνεται περίπου στα 1500 ευρώ, το 11,3% (n=13) στα 1001- 1500 ευρώ, το 54,8% το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει μηνιαίο εισόδημα 501-1000 ευρώ και το 25,4% (n=29) λιγότερο από 500 ευρώ μηνιαίο μισθό (σχήμα 7, πίνακας 8).

Σχήμα 7:Εισόδημα ερωτηθέντων



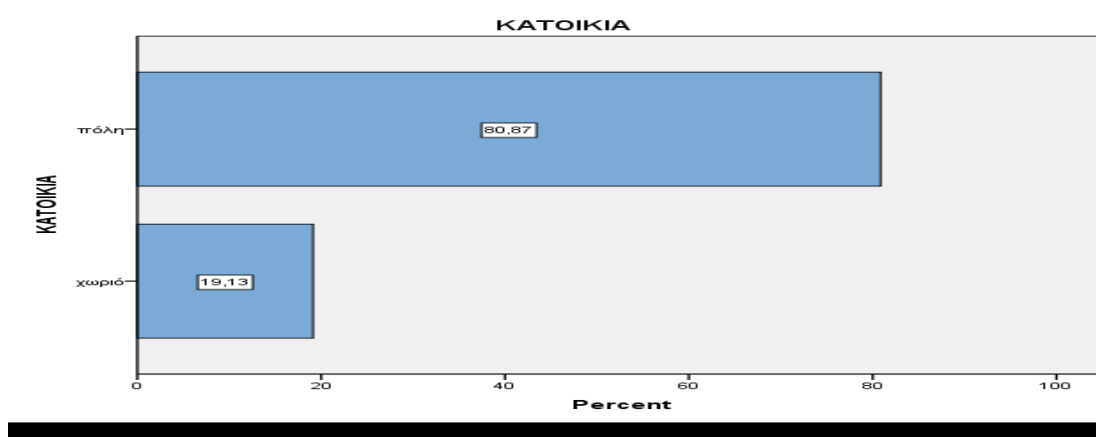
Πίνακας 8: Κατανομή εισοδήματος ερωτηθέντων

ΕΙΣΟΔΗΜΑ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	>1500 €	10	8,7
	1001-1500 €	13	11,3
	501-1000 €	63	54,8

	<500 €	29	25,2
	Total	115	100,0

Σχετικά με τον τόπο διαμονής των ερωτηθέντων παρατηρήθηκε ότι το 80,9% (n=93) κατοικούν σε πόλη, ενώ το 19,1% (n=22) των ερωτηθέντων κατοικούν σε χωριό (σχήμα 9, πίνακας 10). Στην συνέχεια απάντησαν σχετικά με το είδος της κατοικίας όπου ποσοστό 1,7% (n=2) απάντησε ότι φιλοξενείται, το 44,3% (n=51) ότι ζει σε σπίτι με ενοίκιο, και το μεγαλύτερο ποσοστό, το 53,9% (n=62) ότι ζει σε ιδιόκτητη κατοικία. Αυτό σημαίνει ότι δεν έχει να πληρώνει μηνιαίο ενοίκιο αλλά επιβαρύνεται με πολλές περισσότερες δαπάνες (σχήμα 10, πίνακας 11).

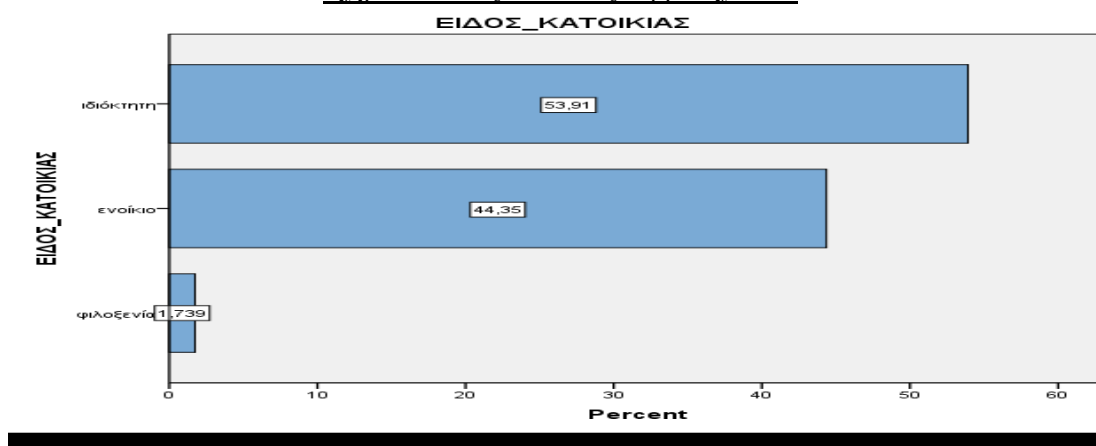
Σχήμα 9:Είδος κατοικίας



Πίνακας 10:Κατανομή είδους κατοικίας

ΚΑΤΟΙΚΙΑ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	χωριό	22	19,1
	πόλη	93	80,9
	Total	115	100,0

Σχήμα 10:Είδος κατοικίας συμμετεχόντων

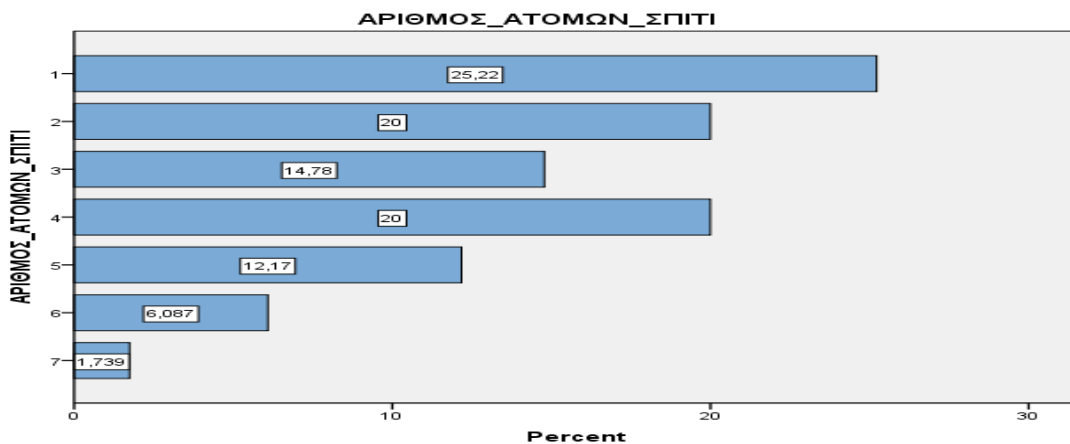


Πίνακας 11:Κατανόμη είδους κατοικίας συμμετεχόντων

ΕΙΔΟΣ_ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	φιλοξενία	2	1,7
	ενοίκιο	51	44,3
	ιδιόκτητη	62	53,9
	Total	115	100,0

Στην ερώτηση σχετικά με τον αριθμό ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι, ποσοστό 1,7% (n=2), το μικρότερο ποσοστό, απάντησαν ότι ζουν 7 άτομα στο ίδιο σπίτι, το 6,1% (n=7) ότι ζουν 6 άτομα μαζί, το 12,2 % (n=14) 5 άτομα μαζί, το 20% (n=23) 4 άτομα, το 14,8% (n=17) 3 άτομα, το 20% (n=23) 2 άτομα και το μεγαλύτερο ποσοστό 25,2% (n=29) 1 άτομο. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι νέοι σήμερα μένουν μόνοι τους, καθώς τα χρήματα δεν τους αρκούν για να προχωρήσουν σε κάποιου είδους δέσμευση (γάμος, παιδιά) και 7,8% ποσοστό όχι μικρό αφορά πολύτεκνες οικογένειες (n=9), ενώ η μέση τιμή των διαμενόντων ανά οικία είναι 3(TA±1,657) (σχήμα 11, πίνακας 12-13).

Σχήμα 11: Αριθμός ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι



Πίνακας 12:Κατανόμη αριθμού ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι

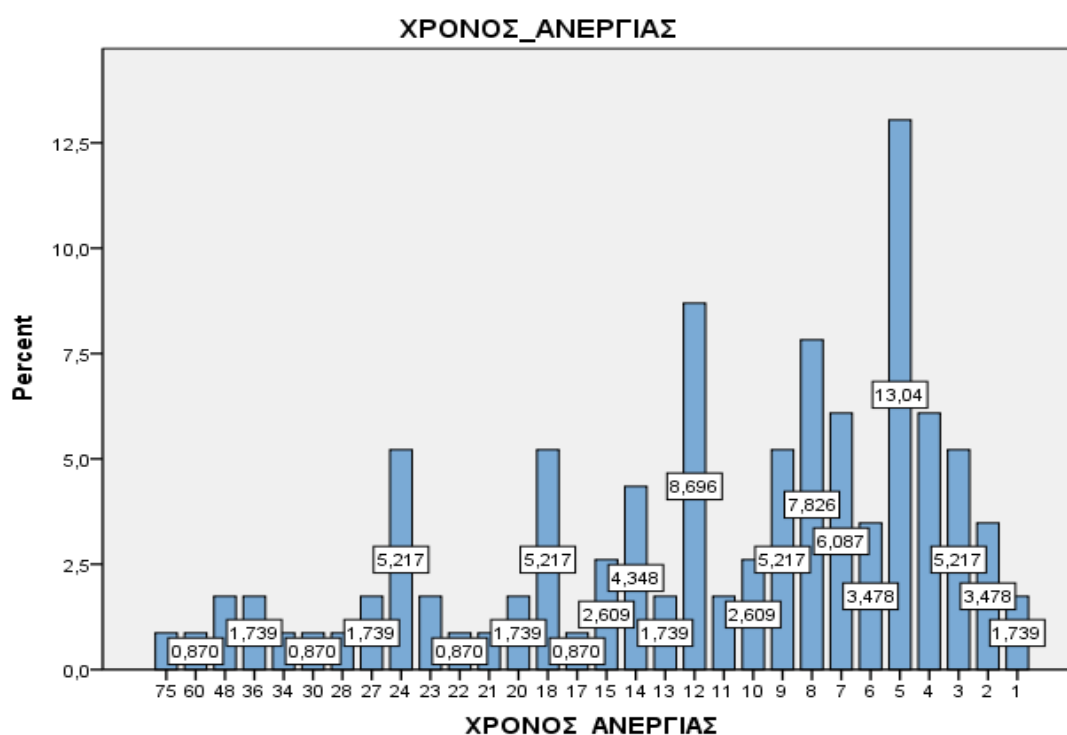
ΑΡΙΘΜΟΣ_ΑΤΟΜΩΝ_ΣΠΙΤΙ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	7	2	1,7
	6	7	6,1
	5	14	12,2
	4	23	20,0
	3	17	14,8
	2	23	20,0
	1	29	25,2
	Total	115	100,0

Πίνακας 13: Μέσος όρος ατόμων στο σπίτι των ερωτηθέντων

ΑΡΙΘΜΟΣ_ΑΤΟΜΩΝ_ΣΠΙΤΙ		
N	Valid	115
Mean		2,99
Std. Deviation		1,657
Minimum		1
Maximum		7

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το χρόνο που είναι άνεργοι όπως φαίνεται από το σχήμα 12 που ακολουθεί οι τιμές διακυμαίνονται από 1-75 μήνες με μέση τιμή 12,96 και $TA \pm 11,837$ (πίνακας 14).

Σχήμα 12: Χρόνος ανεργίας συμμετεχόντων



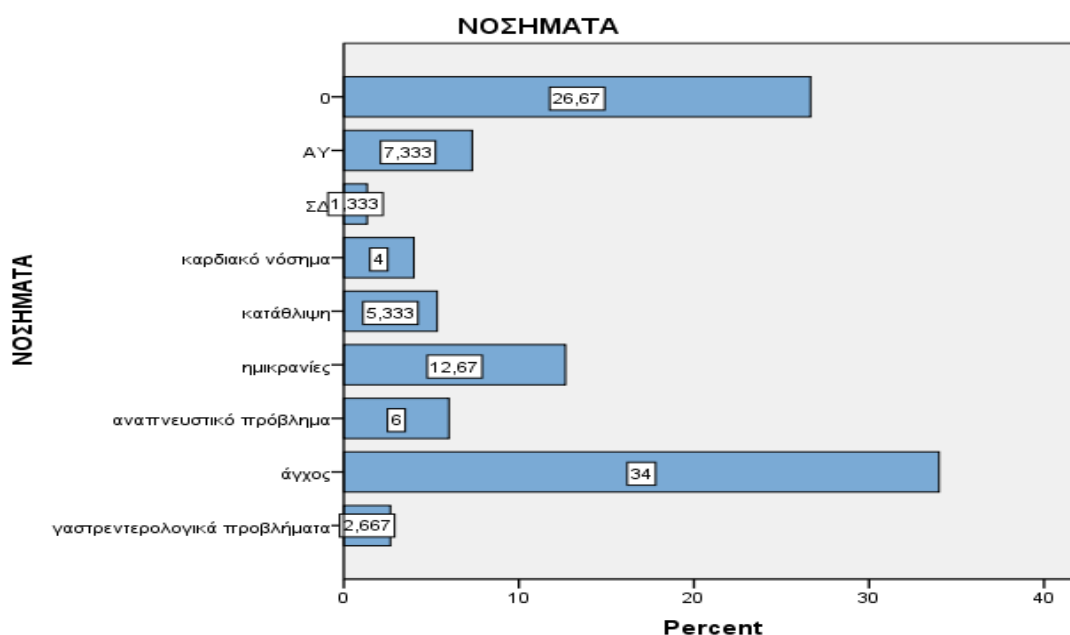
Πίνακας 14: Μέσος όρος ανεργίας ερωτηθέντων

ΧΡΟΝΟΣ_ΑΝΕΡΓΙΑΣ		
N	Valid	115
Mean		12,96
Std. Deviation		11,837
Minimum		1
Maximum		75

Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν με ποια χρόνια νοσήματα βρίσκονται αντιμέτωποι. Το 2,7% (n=4) έχει γαστρεντερολογικά προβλήματα, το 34,0% (n=51) το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, αναφέρει ότι βρίσκεται αντιμέτωπο με το άγχος, το 6,0% (n=9) με αναπνευστικά προβλήματα, το 12,7% (n=9) με ημικρανίες, το

5,3 (n=8) βρίσκεται σε κατάθλιψη, το 4,0% (n=6) έχει καρδιολογικό πρόβλημα, το 1,3% (n=2) ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη που αποτελεί το μικρότερο ποσοστό των νοσημάτων και το 7,3% (n=11) αντιμετωπίζει πρόβλημα αρτηριακής υπέρτασης. Αν και το 26,7% (n=40) δεν βρίσκεται αντιμετώπι με κάποιο χρόνια νόσημα, το άγχος, η κατάθλιψη και οι ημικρανίες νοσήματα που σχετίζονται άμεσα με την ψυχική υγεία φτάνουν στο 52% (σχήμα 13,πίνακας 15).

Σχήμα 13:Νοσήματα ανέργων

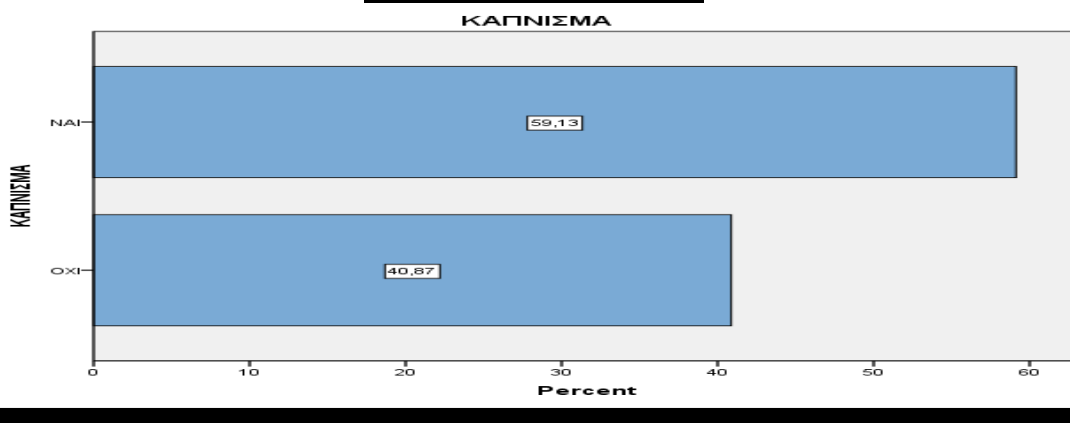


Πίνακας 15:Κατανομή νοσημάτων ανέργων

ΝΟΣΗΜΑΤΑ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	γαστρεντερολογικά προβλήματα	4	2,7
	άγχος	51	34,0
	αναπνευστικό πρόβλημα	9	6,0
	ημικρανίες	19	12,7
	κατάθλιψη	8	5,3
	καρδιακό νόσημα	6	4,0
	ΣΔ	2	1,3
	ΑΥ	11	7,3
	0	40	26,7
	Total	150	100,0

Στην ερώτηση που ακολουθούσε αν καπνίζουν, ποσοστό 40,9% (n=47) απάντησαν αρνητικά, ενώ αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό, παραπάνω από τους μισούς 59,1% (n=68) απάντησαν πως είναι καπνιστές. Όπως φαίνεται το άγχος πολλές φορές τους οδηγεί στο κάπνισμα (σχήμα 14, πίνακας 16). Συμπληρωματικά απάντησαν και για τις συνήθειές τους ως προς το αλκοόλ, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό από τους ανέργους 65,2% (n=75) καταναλώνουν αλκοόλ ενώ μόνο το 34,8% (n=40) απάντησαν αρνητικά. (σχήμα 15, πίνακας 17).

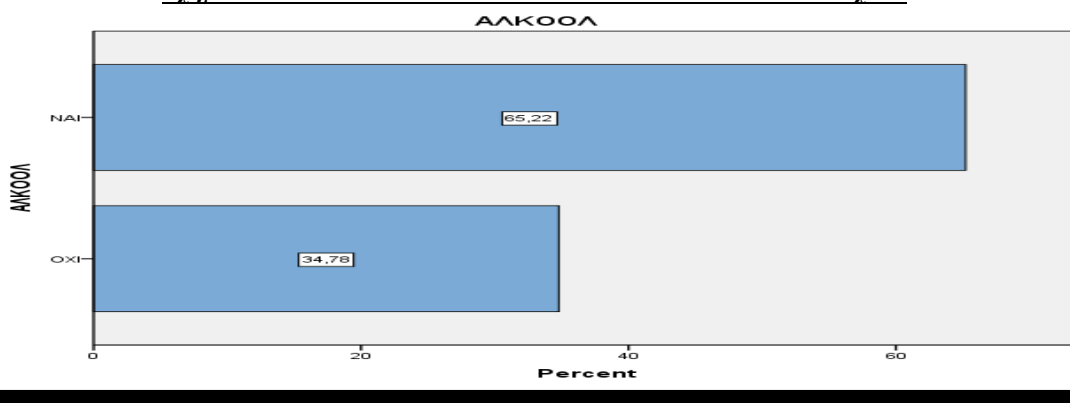
Σχήμα 14: Καπνίζοντες και μη



Πίνακας 16: Κατανομή καπνιζόντων και μη

ΚΑΠΝΙΣΜΑ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	ΟΧΙ	47	40,9
	ΝΑΙ	68	59,1
	Total	115	100,0

Σχήμα 15: Αυτοί που καταναλώνουν αλκοόλ και αυτοί που απέχουν

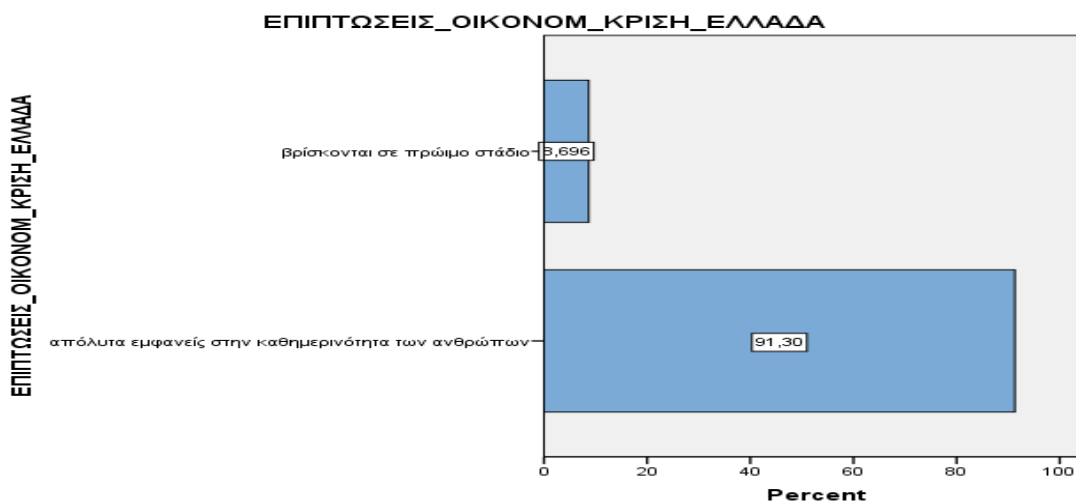


Πίνακας 17: Κατανόμηση αυτών που καταναλώνουν αλκοόλ και αυτοί που απέχουν

ΑΛΚΟΟΛ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	ΟΧΙ	40	34,8
	ΝΑΙ	75	65,2
	Total	115	100,0

Το επόμενο ερώτημα στο οποίο απάντησαν οι συμμετέχοντες είχε να κάνει με το αν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι εμφανείς στην Ελλάδα. Το 91,3% (n=105) που αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό, απάντησε πως είναι απόλυτα εμφανείς στην καθημερινότητα των ανθρώπων, αντίθετα μόλις το 8,7% (n=10) απάντησε ότι βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο ακόμα (σχήμα 16, πίνακας 18).

Σχήμα 16: Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

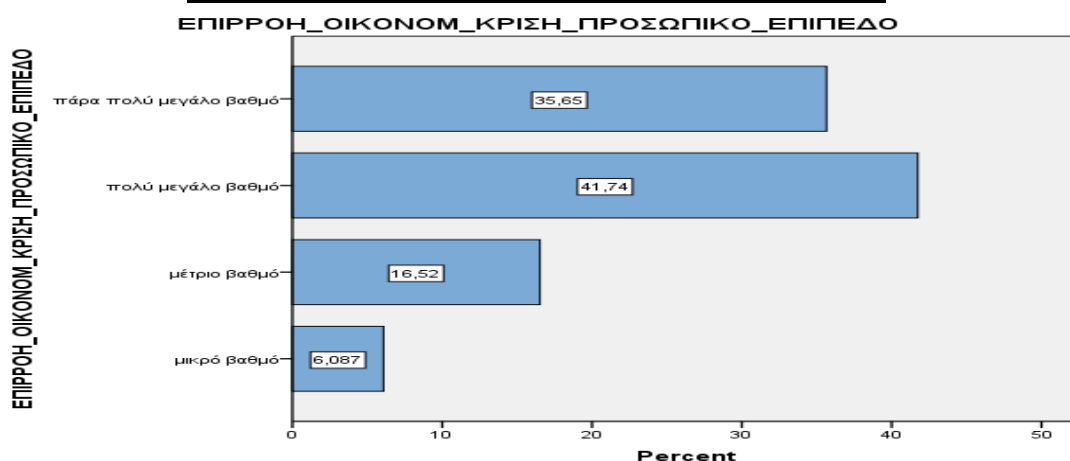


Πίνακας 18: Κατανομή επιπτώσεων οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ_ΟΙΚΟΝΟΜ_ΚΡΙΣΗ_ΕΛΛΑΔΑ		Frequency	Valid Percent
Valid	απόλυτα εμφανείς στην καθημερινότητα των ανθρώπων	105	91,3
	βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο	10	8,7
Total		115	100,0

Στη συνέχεια οι άνεργοι κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν η οικονομική κρίση τους έχει επηρεάσει σε προσωπικό επίπεδο. Το 6,1% (n=7) απάντησε πως ασκείται επιρροή αλλά σε μικρό βαθμό, το 16,5% (n=19) απάντησε πως επηρεάζεται σε μέτριο βαθμό, το 41,7% (n=48) το μεγαλύτερο ποσοστό που συναντάμε σε αυτή την ερώτηση απάντησε πως επηρεάζεται σε πολύ μεγάλο βαθμό η προσωπική τους ζωή, και τέλος το 35,7% (n=41) που αποτελεί ένα επίσης μεγάλο ποσοστό απάντησε πως η προσωπική τους ζωή επηρεάζεται σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό (σχήμα 17, πίνακας 19).

Σχήμα 17: Επιρροή οικονομικής κρίσης σε προσωπικό επίπεδο

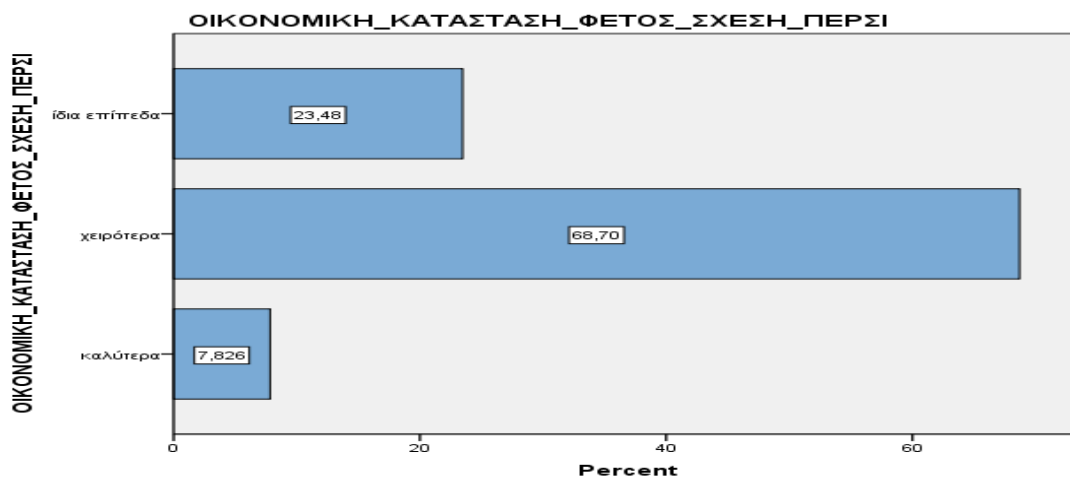


Πίνακας 19: Επιρροή οικονομικής κρίσης σε προσωπικό επίπεδο

ΕΠΙΡΡΟΗ_ΟΙΚΟΝΟΜ_ΚΡΙΣΗ_ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ_ΕΠΙΠΕΔΟ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	μικρό βαθμό	7	6,1
	μέτριο βαθμό	19	16,5
	πολύ μεγάλο βαθμό	48	41,7
	πέρα πολύ μεγάλο βαθμό	41	35,7
	Total	115	100,0

Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν θεωρούν ότι η οικονομική κατάσταση ήταν χειρότερη φέτος σε σχέση με πέρυσι. Το 68,7% (n=79) απάντησε ότι έχει χειροτερεύσει η κατάσταση. Το 23,5% (n=27) ότι είναι στα ίδια επίπεδα και τέλος ένα 7,8% (n=9) ότι τα πράγματα είναι καλύτερα. Το μικρότερο ποσοστό αυτής της ερώτησης πράγμα το οποίο τους επηρεάζει και σε προσωπικό επίπεδο όπως προαναφέρθηκε. (σχήμα 18, πίνακας 20)

Σχήμα 18: Οικονομική κατάσταση φέτος σε σχέση με πέρυσι

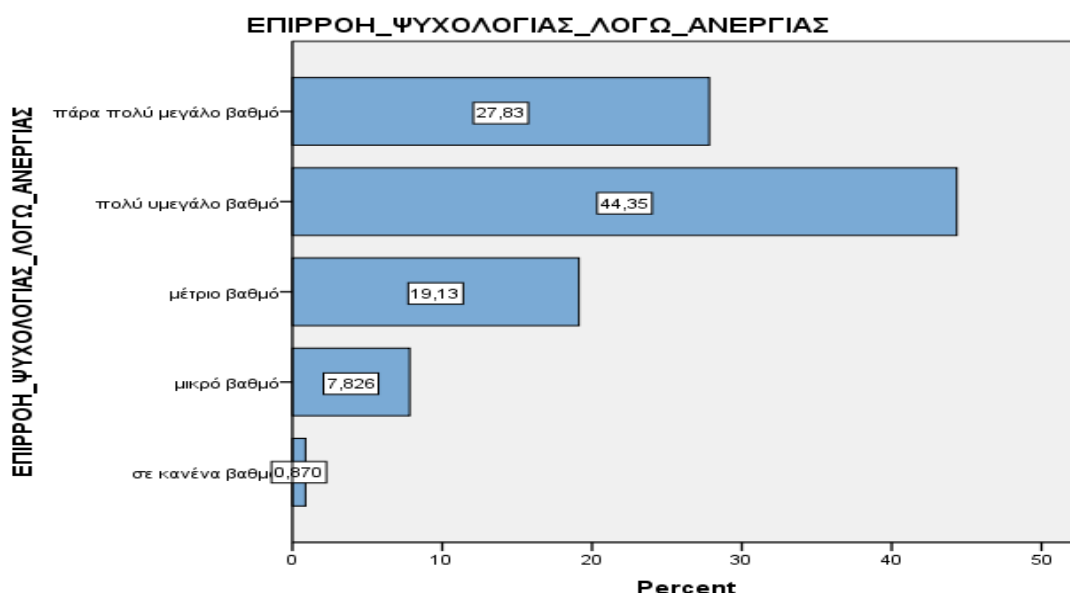


Πίνακας 20: Κατανομή οικονομικής κατάστασης φέτος σε σχέση με πέρσι

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΕΤΟΣ ΣΧΕΣΗ ΠΕΡΣΙ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	καλύτερα	9	7,8
	χειρότερα	79	68,7
	ίδια επίπεδα	27	23,5
	Total	115	100,0

Ακολουθώντας την ροή του ερωτηματολογίου οι άνεργοι απάντησαν σε ποιο βαθμό επηρεάζεται η ψυχολογία τους λόγω της ανεργίας και το μεγαλύτερο ποσοστό 44,3% (n=51) απάντησε σε «πολύ μεγάλο βαθμό», ακολουθεί το 27,8% (n=32) σε «πάρα πολύ μεγάλο βαθμό», μετά το 19,1% (n=22) «μέτριο βαθμό», το 7,8% (n=9) σε «μικρό βαθμό» και μόλις το 1,9% (n=1) το μικρότερο ποσοστό δηλαδή ότι η ανεργία δεν έχει επηρεάσει την ψυχολογία τους «σε κανένα βαθμό». (σχήμα 19, πίνακας 21)

Σχήμα 19: Επιρροή ψυχολογίας των ερωτηθέντων λόγω ανεργίας

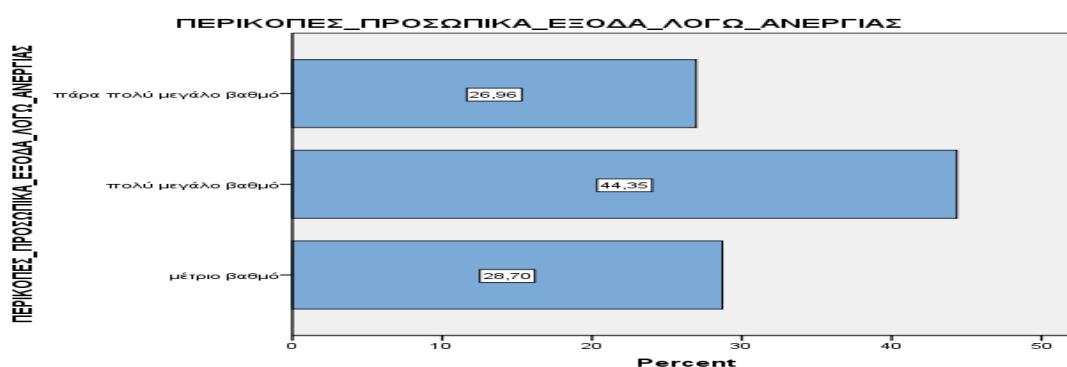


Πίνακας 21: Κατανομή ψυχολογίας των ερωτηθέντων λόγω ανεργίας

ΕΠΙΡΡΟΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΛΟΓΩ ΑΝΕΡΓΙΑΣ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	σε κανένα βαθμό	1	,9
	μικρό βαθμό	9	7,8
	μέτριο βαθμό	22	19,1
	πολύ υμεγάλο βαθμό	51	44,3
	πάρα πολύ μεγάλο βαθμό	32	27,8
	Total	115	100,0

Εν συνεχεία οι ερωτηθέντες απάντησαν σε τι βαθμό είχαν κάνει περικοπές σε προσωπικά έξοδα λόγω της ανεργίας και επίσης σε ως προς ποια είδη έγιναν οι περικοπές. Αρχικά το 28,7% (n=33) απάντησαν σε «μέτριο βαθμό», το 44,3% (n=51) σε «πολύ μεγάλο βαθμό» και το 27% (n=31) σε «πάρα πολύ μεγάλο βαθμό». (σχήμα 20, πίνακας 22) Όσο αφορά τα είδη που είχαν περικόψει το μεγαλύτερο ποσοστό 34,1% (n=94) απάντησαν «εκδρομές, ταξίδια», ακολούθησε το 30,1% (n=83) «διασκέδαση, ψυχαγωγία», έπειτα το 25,4% (n=70) στην «ένδυση» και τέλος ένα 2,9% (n=8) ότι είχαν κάνει περικοπές σε κάτι άλλο. (σχήμα 21, πίνακας 23) Ερωτήθηκαν επίσης σε τι βαθμό έχει επίπτωση η ανεργία στην ψυχική υγεία, και το 11,3% (n=13) απάντησε ότι η ανεργία επηρεάζει την ψυχική υγεία σε «μικρό βαθμό», το 28,7% (n=33) σε «μέτριο βαθμό», το 37,4% (n=43) σε «πολύ μεγάλο βαθμό» και το 22,6% (n=26) σε «πάρα πολύ μεγάλο βαθμό». (σχήμα 22, πίνακας 24)

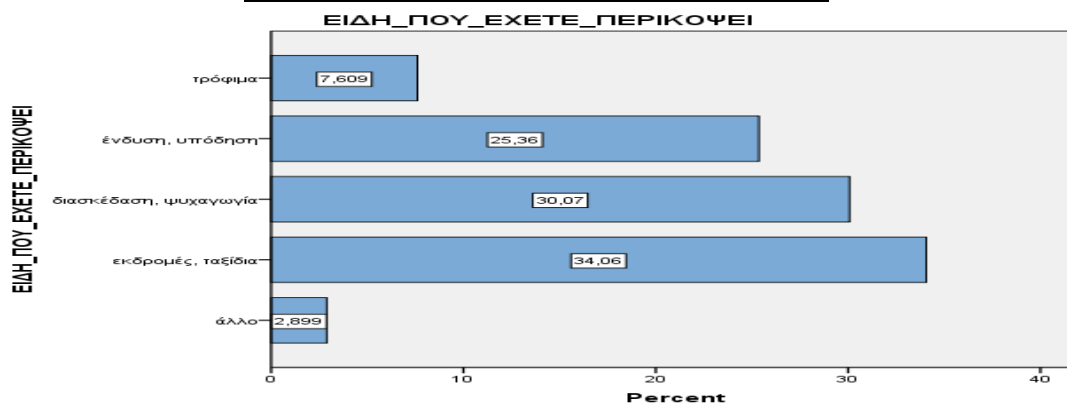
Σχήμα 20: Περικοπές προσωπικών εξόδων των ερωτηθέντων λόγω ανεργίας



Πίνακας 22: Κατανομή περικοπών των προσωπικών εξόδων λόγω ανεργίας

ΠΕΡΙΚΟΠΕΣ_ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ_ΕΞΟΔΑ_ΛΟΓΩ_ΑΝΕΡΓΙΑΣ			
		Frequency	Valid Percent
Valid	μέτριο βαθμό	33	28,7
	πολύ μεγάλο βαθμό	51	44,3
	πάρα πολύ μεγάλο βαθμό	31	27,0
	Total	115	100,0

Σχήμα 21: Είδη που έχουν περικόψει οι ερωτηθέντες



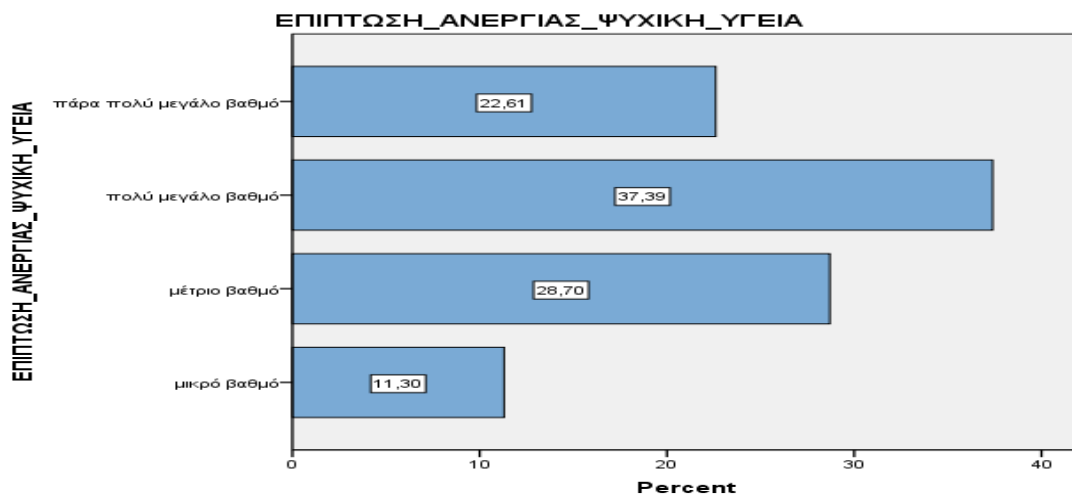
Πίνακας 23: Κατανομή ειδών που έχουν περικόψει οι ερωτηθέντες

ΕΙΔΗ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΚΟΨΕΙ		
	Frequency	Valid Percent
Valid	άλλο	2,9
	εκδρομές, ταξίδια	34,1
	διασκέδαση, ψυχαγωγία	30,1
	ένδυση, υπόδηση	25,4
	τρόφιμα	7,6
	Total	276

Πίνακας 24: Κατανομή επιπτώσεων λόγω ανεργίας στη ψυχική υγεία

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ		
	Frequency	Valid Percent
Valid	μικρό βαθμό	11,3
	μέτριο βαθμό	28,7
	πολύ μεγάλο βαθμό	37,4
	πάρα πολύ μεγάλο βαθμό	22,6
	Total	115

Σχήμα 22: Επίπτωση στη ψυχική υγείας λόγω ανεργίας



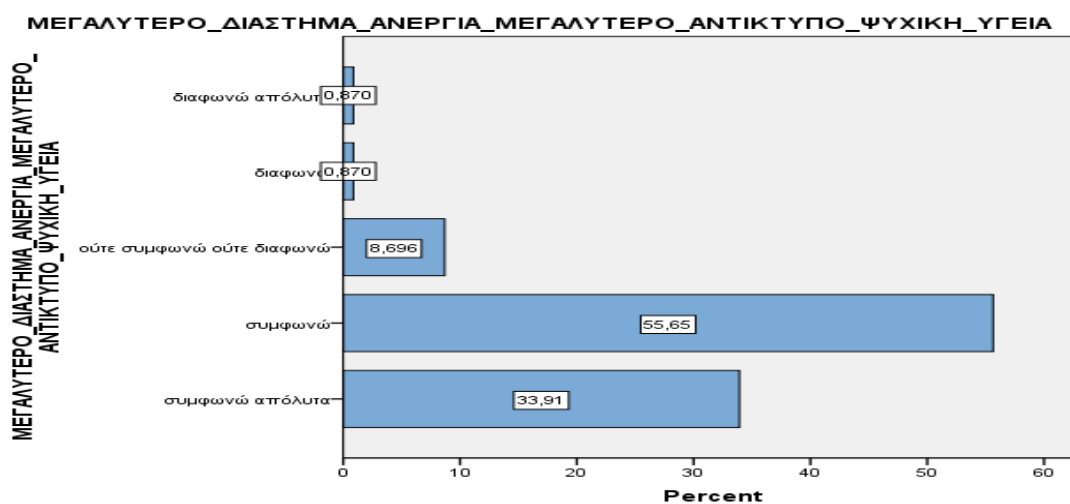
Στην παρούσα εργασία τέθηκαν επίσης ερωτήματα όσον αφορά τη συσχέτιση του μεγάλου διαστήματος ανεργίας με μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, και ποσοστό 33,9% (n=39) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα. Το μεγαλύτερο ποσοστό 55,7% (n=64) ότι συμφωνεί, το 8,7% (n=10) ότι ούτε συμφωνεί, ούτε διαφωνεί, το 0,9% (n=1) διαφωνεί και τέλος το 0,9% (n=1) που φαίνεται πως μόλις δυο άτομα διαφωνούν απόλυτα με την ερώτηση από τους 115 ερωτηθέντες. (σχήμα 23, πίνακας 25)

Επίσης στο ερώτημα αν με την ανεργία υπάρχει αύξηση επισκέψεων σε ψυχολόγους και ειδικούς ψυχικής υγείας, ποσοστό 27,8% (n=32) απάντησε ότι συμφωνεί απόλυτα, το 41,7% (n=48) συμφώνησε, το 24,3% (n=28) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε, το 4,3%

(n=5) διαφώνησε και το 1,7% (n=2) διαφώνησε απόλυτα. Συμπερασματικά το μεγαλύτερο ποσοστό βρέθηκε σύμφωνο με την παραπάνω ερώτηση. (σχήμα 24, πίνακας 26)

Επιπλέον ερωτήθηκαν αν με την ανεργία συνεπάγεται και η αύξηση της βίαιης συμπεριφοράς με τους φίλους, όπου το 6,1% (n=7) συμφώνησε απόλυτα, το 24,3% (n=28) συμφώνησε, το 27,0% (n=31) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε με το παραπάνω ερώτημα, το 34,8% (n=40) διαφώνησε και το 7,8% (n=9) διαφώνησε απόλυτα. Παρατηρούμε ότι το μικρότερο ποσοστό είναι αυτά που είναι απόλυτα, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό 34,8% διαφωνεί με την αύξηση της βίαιης συμπεριφοράς με τους φίλους λόγω ανεργίας. (σχήμα 26, πίνακας 28) Όσον αφορά την αύξηση της βίαιης συμπεριφοράς μέσα στην οικογένεια λόγω της ανεργίας οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 44,3% (n=51) συμφώνησαν, ενώ το 12,2% (n=14) συμφώνησαν απόλυτα. Ποσοστό 30,4% (n=35) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ 13 άτομα ποσοστό 11,3% διαφώνησε και 1,7% (n=2) διαφώνησε απόλυτα. (σχήμα 25, πίνακας 27)

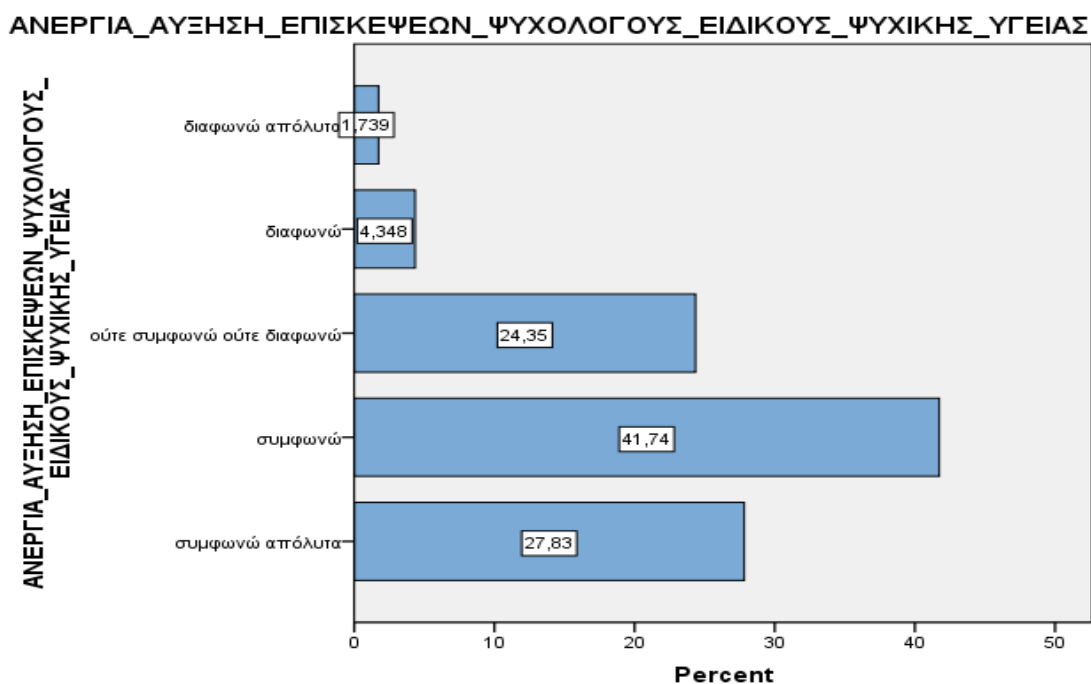
Σχήμα 23: Μεγαλύτερο διάστημα που απέχουν από εργασία



Πίνακας 25: Κατανομή μεγαλύτερου διαστήματος απόγης από εργασία

MEΓΑΛΥΤΕΡΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΑΝΕΡΓΙΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ		Frequency	Valid Percent
Valid	συμφωνώ απόλυτα	39	33,9
	συμφωνώ	64	55,7
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	10	8,7
	διαφωνώ	1	,9
	διαφωνώ απόλυτα	1	,9
Total		115	100,0

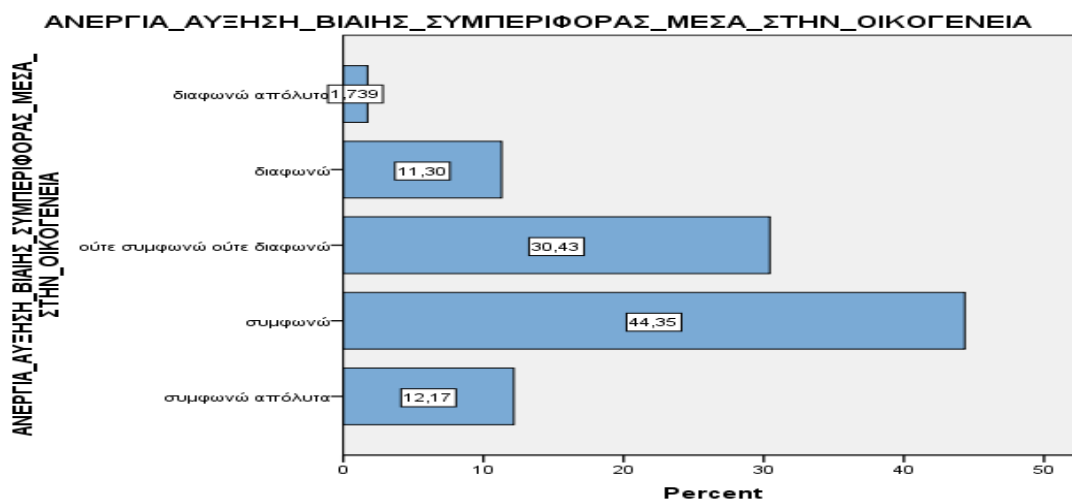
Σχήμα 24: Αύξηση επισκεψιμότητας σε ψυχολόγους



Πίνακας 26: Κατανομή επισκεψιμότητας σε ψυχολόγους

ΑΝΕΡΓΙΑ_ΑΥΞΗΣΗ_ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ_ΨΥΧΟΛΟΓΟΥΣ_ΕΙΔΙΚΟΥΣ_ΨΥΧΙΚΗΣ_ΥΓΕΙΑΣ		Frequency	Valid Percent
Valid	συμφωνώ απόλυτα	32	27,8
	συμφωνώ	48	41,7
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	28	24,3
	διαφωνώ	5	4,3
	διαφωνώ απόλυτα	2	1,7
	Total	115	100,0

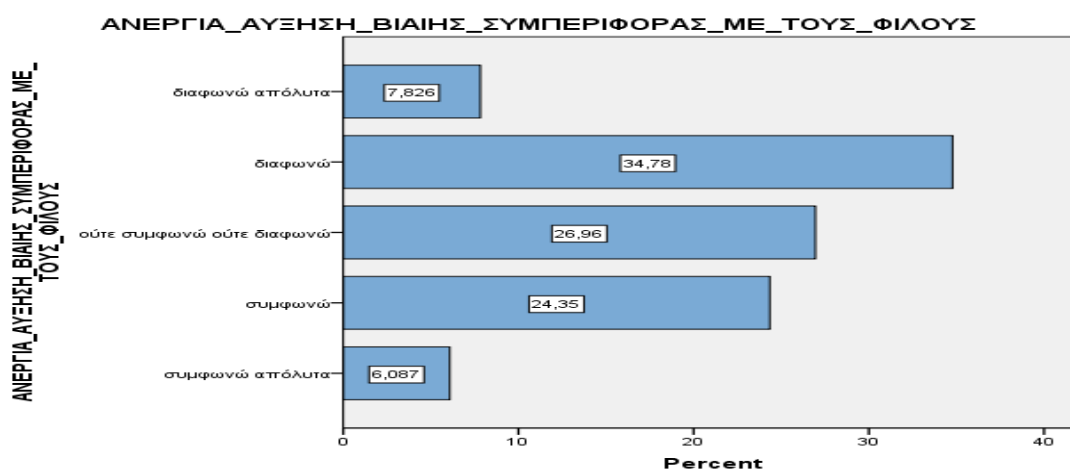
Σχήμα 25: Αύξηση βιαιότητας εντός της οικογένειας



Πίνακας 27: Κατανομή της βιαιότητας εντός της οικογένειας

ΑΝΕΡΓΙΑ_ΑΥΞΗΣΗ_ΒΙΑΙΗΣ_ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ_ΜΕΣΑ_ΣΤΗΝ_ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ			
	Frequency	ValidPercent	
Valid	συμφωνώ απόλυτα	14	12,2
	συμφωνώ	51	44,3
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	35	30,4
	διαφωνώ	13	11,3
	διαφωνώ απόλυτα	2	1,7
	Total	115	100,0

Σχήμα 26: Αύξηση βιαιότητας στους φίλους



Πίνακας 28: Κατανομή βιαιότητας στους φίλους

ΑΝΕΡΓΙΑ_ΑΥΞΗΣΗ_ΒΙΑΙΗΣ_ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ_ΜΕ_ΤΟΥΣ_ΦΙΛΟΥΣ			
	Frequency	ValidPercent	
Valid	συμφωνώ απόλυτα	7	6,1
	συμφωνώ	28	24,3
	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	31	27,0
	διαφωνώ	40	34,8
	διαφωνώ απόλυτα	9	7,8
	Total	115	100,0

Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια για την εκτίμηση του άγχους (παροδικού και μόνιμου) των ανέργων με τη χρήση του ερωτηματολογίου του Spilberger που αποτελείται από 40 ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν τον βαθμό (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ, τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert) στον οποίο τους χαρακτήριζαν οι περιγραφές του κάθε θέματος. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πως αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσας κατάστασης) και τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πως το άτομο αισθάνεται γενικά την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (μόνιμο άγχος ως

χαρακτηριστικό της προσωπικότητας) (Spielberger, 1970). Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου όπως μετρήθηκαν από τους Λιάκο και Γιαννίτση παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

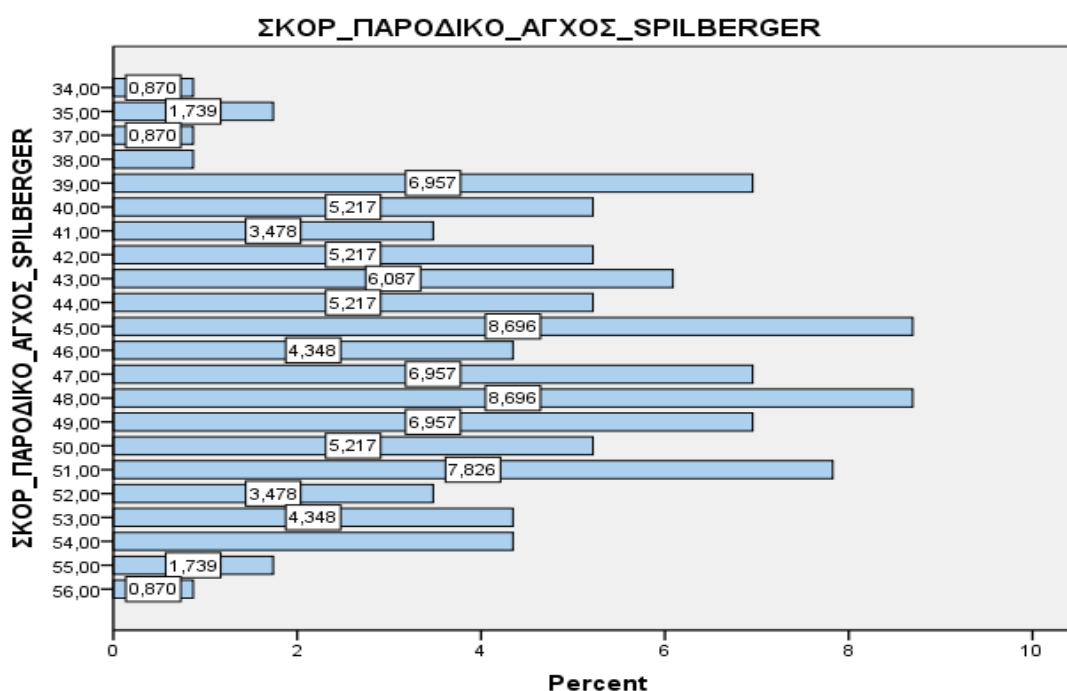
Όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των ανέργων που έλαβαν μέρος στην έρευνα οι περισσότεροι συγκεντρώνουν σκορ μεγαλύτερο του 40 που θεωρείται ότι είναι παθολογικό. Το ποσοστό των ατόμων με παθολογικό σκορ στο παροδικό άγχος ανέρχεται στο 83,48% (n=96) (σχήμα 27-28, πίνακας 30). Η μέση τιμή του σκορ για το παροδικό άγχος είναι 46,16 με $TA \pm 4,99$. (πίνακας 29)

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων όπως φαίνεται παρακάτω η μέση τιμή για το μόνιμο άγχος είναι ελαφρώς μικρότερη από του παροδικού με 45,1 και $TA \pm 9,2$. (πίνακας 31) Το ποσοστό επίσης των ανέργων με σκορ πάνω από 40 για το μόνιμο άγχος είναι 70,4% (n=81). (σχήμα 29-30, πίνακας 32)

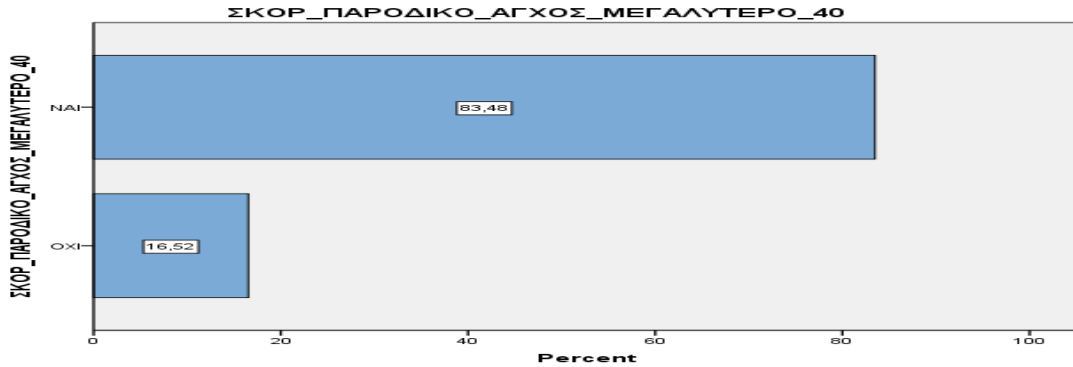
Πίνακας 29: Κατανομή παροδικού άγχους

ΣΚΟΡ_ΠΑΡΟΔΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ_SPILBERGER		
N	Valid	115
Mean		46,1565
Std. Deviation		4,99226
Minimum		34,00
Maximum		56,00

Σχήμα 27: Παροδικό άγχος



Σχήμα 28: Ποσοστιαία κατανομή παθολογικού παροδικού άγχους



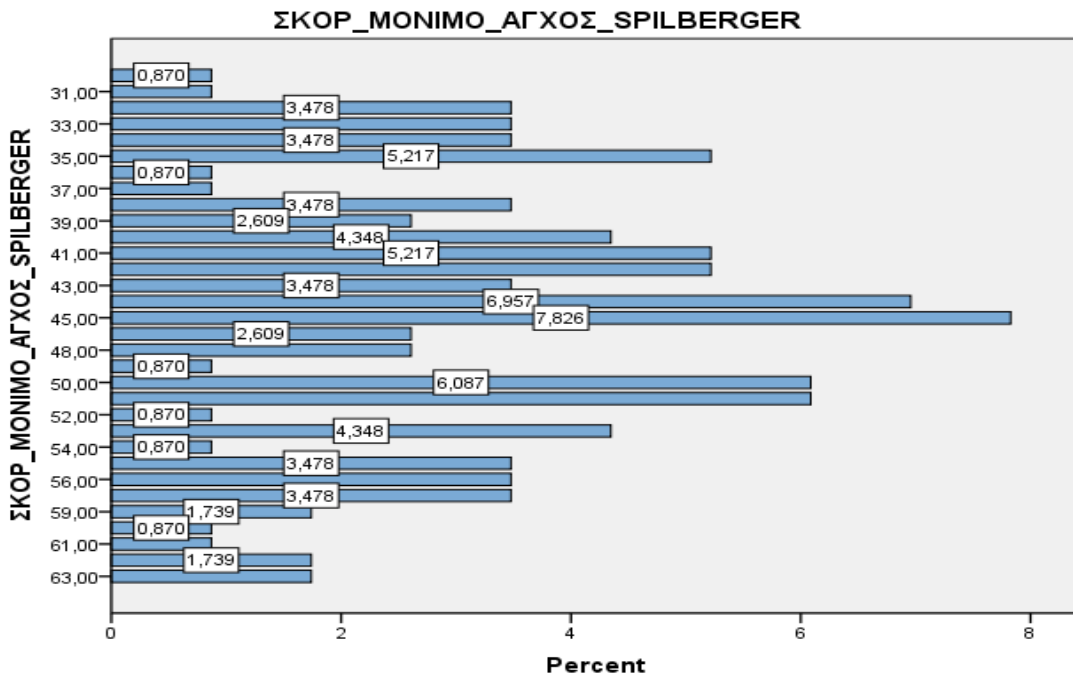
Πίνακας 30: Ποσοστιαία κατανομή παθολογικού παροδικού άγχους

ΣΚΟΡ_ΠΑΡΟΔΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ_ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ_40			
		Frequency	ValidPercent
Valid	OXI	19	16,5
	ΝΑΙ	96	83,5
	Total	115	100,0

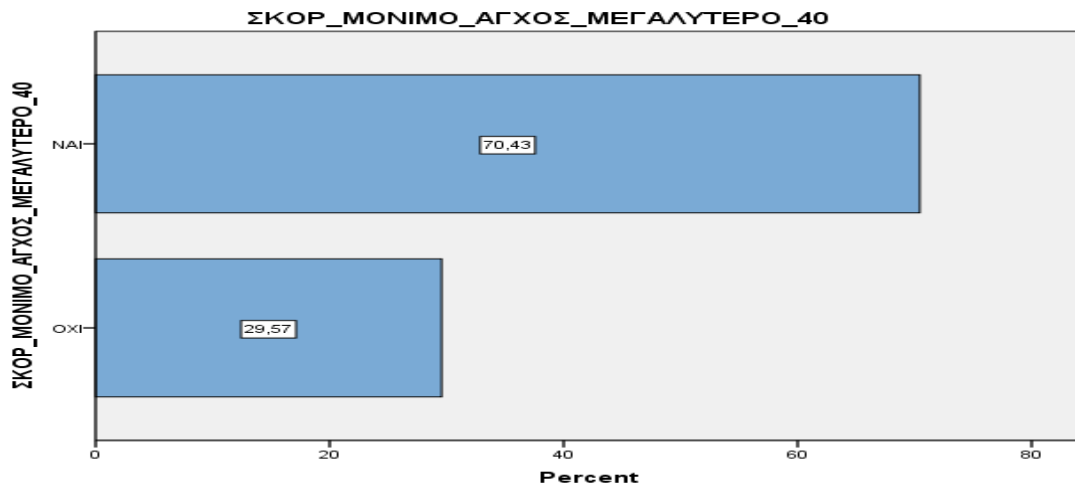
Πίνακας 31: Κατανομή μόνιμου άγχους

ΣΚΟΡ_ΜΟΝΙΜΟ_ΑΓΧΟΣ_SPILBERGER		
N	Valid	115
Mean		45,0957
Std. Deviation		9,19284
Minimum		3,00
Maximum		63,00

Σχήμα 29: Μόνιμο άγχος



Σχήμα 30: Ποσοστιαία κατανομή παθολογικού μόνιμου άγχους



Πίνακας 32: Ποσοστιαία κατανομή παθολογικού μόνιμου άγχους

ΣΚΟΡ_ΜΟΝΙΜΟ_ΑΓΧΟΣ_ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ_40			
		Frequency	ValidPercent
Valid	ΟΧΙ	34	29,6
	ΝΑΙ	81	70,4
	Total	115	100,0

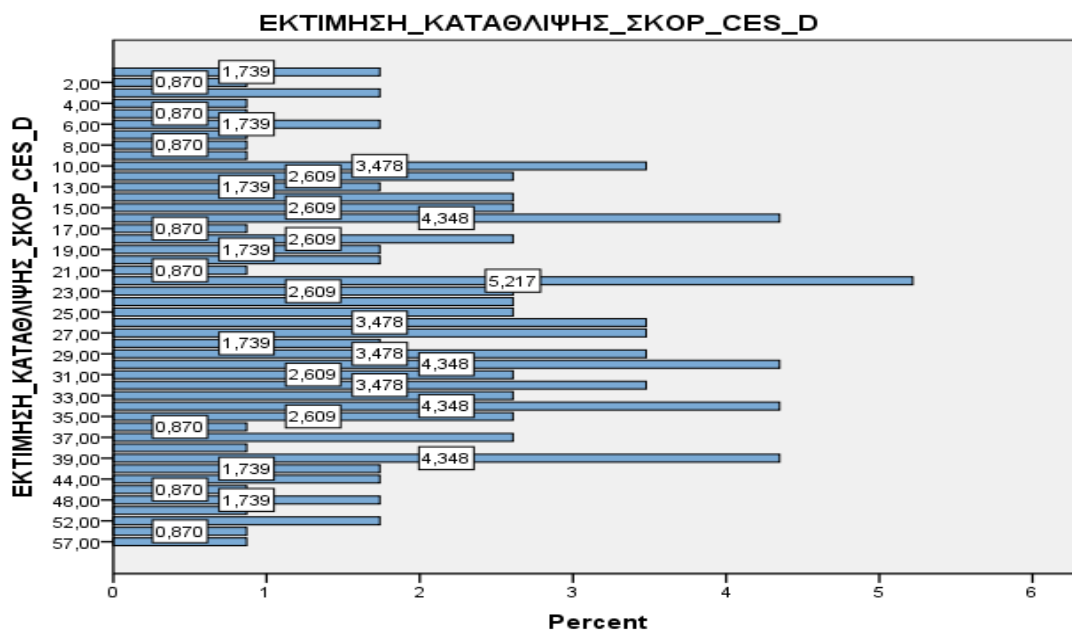
Για την εκτίμηση του ποσοστού καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ανέργων που θέλησαν να λάβουν μέρος στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο CES-D (Center for Epidemiology Studies Depression scale) το οποίο κατασκευάστηκε από τον Radloff LS (1977) (Radloff, 1977). Αποτελείται από 20 ερωτήματα που ανιχνεύουν συμπτώματα, τα οποία αφορούν το διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Η βαθμολόγηση γίνεται με 0-3 σε κάθε ερώτηση και το τελικό αποτέλεσμα κυμαίνεται από 0-60. Ως όριο διάκρισης υγιών και μη υγιών ατόμων έχει καθιερωθεί το σκορ 16. (Madianos, 1992)

Από την ανάλυση λοιπόν των αποτελεσμάτων παρατηρείτε ότι η μέση τιμή για την εκτίμηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους άνεργους που συμμετείχαν στην μελέτη ανέρχεται στο 25,43 με ΤΑ ±12,61 ενώ οι τιμές συγκεντρώνονται από 0-57. (σχήμα 31, πίνακας 33) Ως μη υγιής πληθυσμός δηλαδή άνεργοι με κατάθλιψη εκτιμήθηκε ότι είναι ποσοστό 72,17% (n=83) (σχήμα 32, πίνακας 34). Στη συνέχεια στη διαβάθμιση του σκορ της κατάθλιψης σκορ πάνω από 16 εμφάνισε το 78,2% (n=90) (σχήμα 33, πίνακας 35).

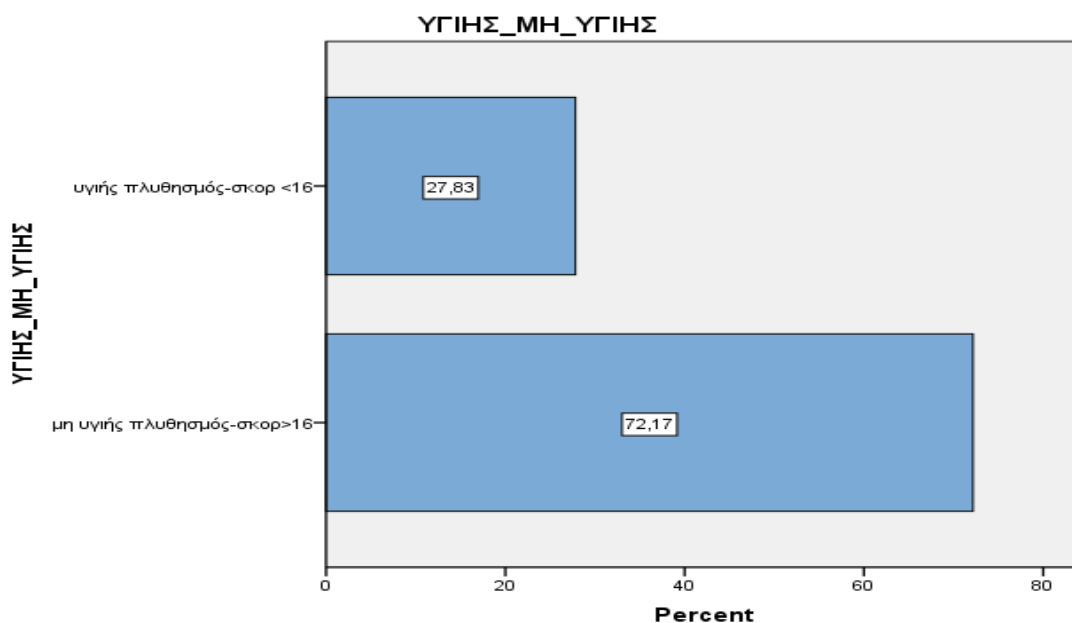
Πίνακας 33: Μέση τιμή κατάθλιψης

ΕΚΤΙΜΗΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ_ΣΚΟΡ_CES_D		
N	Valid	115
Mean		25,4348
Std. Deviation		12,61378
Minimum		,00
Maximum		57,00

Σχήμα 31: Εκτίμηση Καταθλιπτικής συμπτωματολογίας



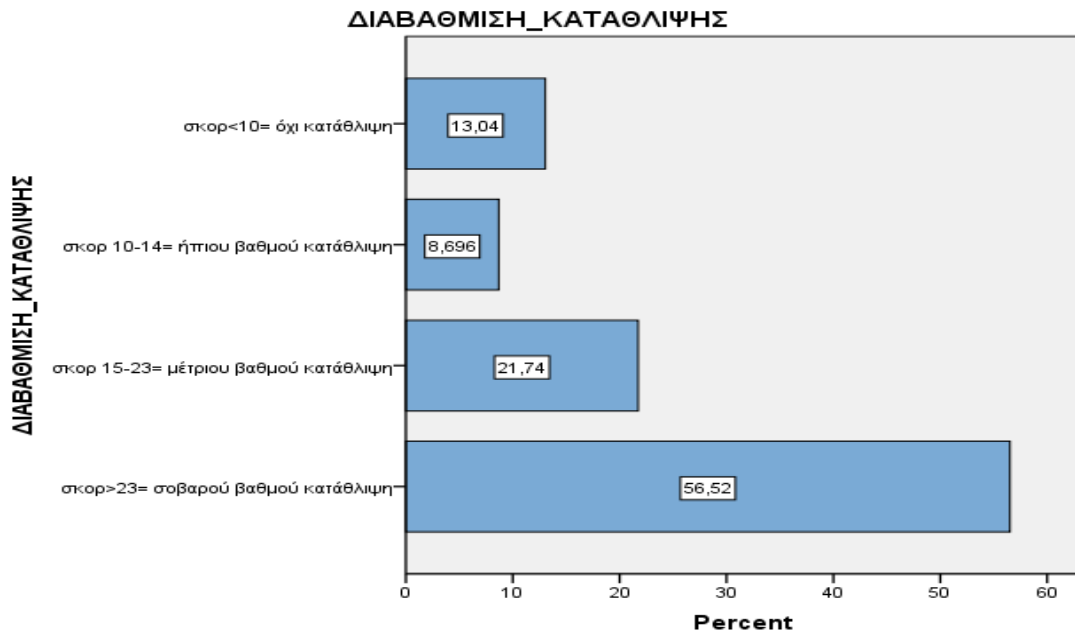
Σχήμα 32: Εκτίμηση Υγιούς και μη πληθυσμού



Πίνακας 34: Κατανομή υγιή και μη πληθυσμού

ΥΓΙΗΣ_ΜΗ_ΥΓΙΗΣ		Frequency	Valid Percent
Valid	μη υγιής πληθυσμός-σکور>16	83	72,2
	υγιής πληθυσμός-σکور <16	32	27,8
	Total	115	100,0

Σχήμα 33: Διαβάθμιση κατάθλιψης



Πίνακας 35: Ποσοστιαία Κατανομή κατάθλιψης

ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΗ_ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ		Frequency	Valid Percent
Valid	σکور>23= σοβαρού βαθμού κατάθλιψη	65	56,5
	σکور 15-23= μέτριου βαθμού κατάθλιψη	25	21,7
	σکور 10-14= ήπιου βαθμού κατάθλιψη	10	8,7
	σکور<10= όχι κατάθλιψη	15	13,0
	Total	115	100,0

Συμπερασματική στατιστική

Για τη μελέτη συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης chi-square test (t-test) και η Ανάλυση Διασποράς μιας κατεύθυνσης ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0,05$.

Αν η μέση τιμή μιας ποσοτικής μεταβλητής διαφέρει ανάμεσα σε δύο ανεξάρτητα δείγματα, χρησιμοποιείτε το t-test. Στην περίπτωση όμως που η ποιοτική μεταβλητή, έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες (όπως π.χ. στην εκπαίδευση), δεν εφαρμόστηκε το t-test. Προκειμένου να γίνει έλεγχος το αν διαφέρουν οι μέσες τιμές μίας ποσοτικής

μεταβλητής, ανάμεσα στις κατηγορίες μιας ποιοτικής, όταν αυτή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε η Ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA).

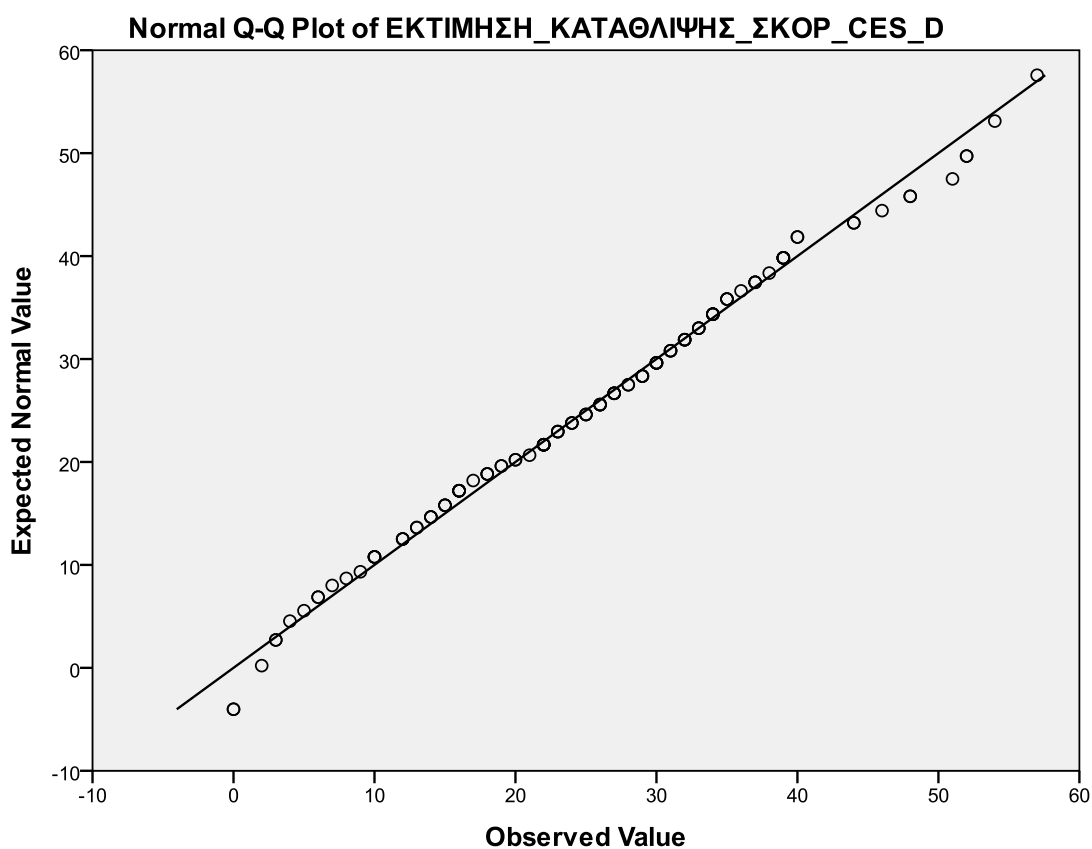
Προϋπόθεση για να γίνει αυτός ο έλεγχος ήταν:

1. Η ποσοτική μεταβλητή να κατανέμεται κανονικά, σε κάθε κατηγορία της ποιοτικής.
2. Οι διασπορές της ποσοτικής μεταβλητής, σε κάθε κατηγορία της ποιοτικής, να είναι ίσες.
3. Οι k - ομάδες ατόμων (k - δείγματα) να είναι ανεξάρτητες.

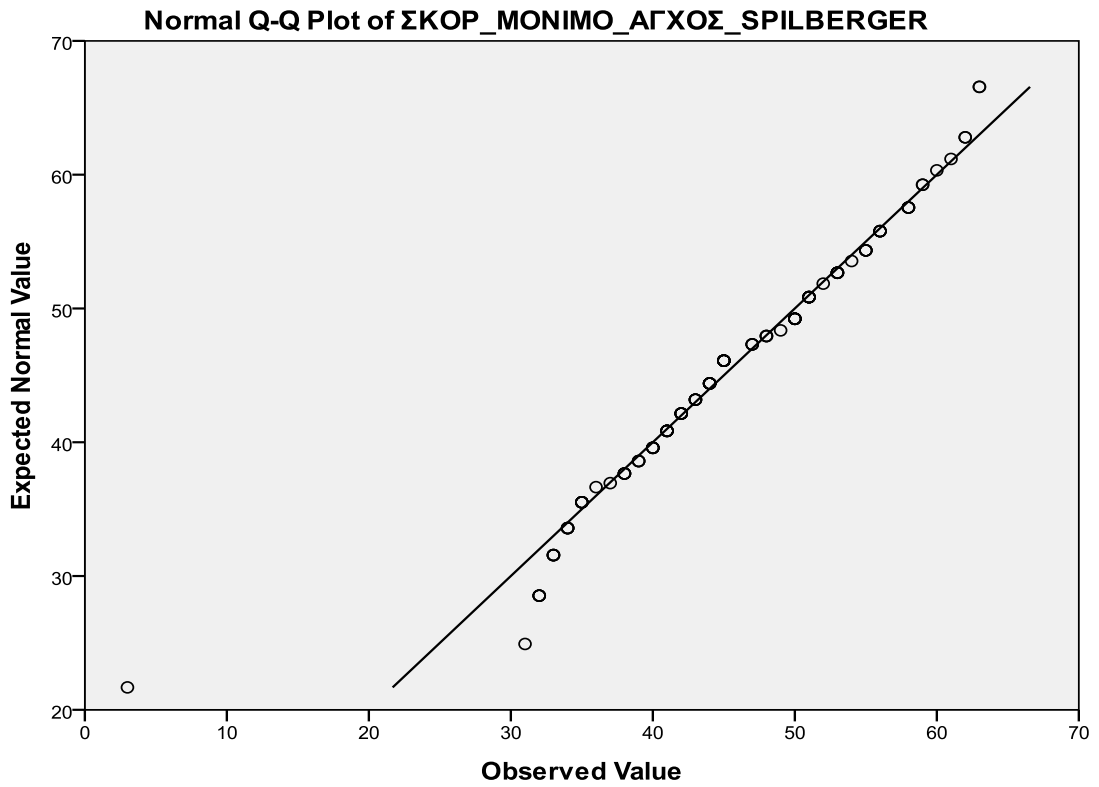
Όπως φαίνεται στα σχήματα που ακολουθούν και οι τρεις μεταβλητές για τις οποίες έγινε έλεγχος έχουν κανονική κατανομή. (σχήμα 34-36)

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής ενός τυχαίου δείγματος σε μία δεδομένη *συνεχή* κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test).

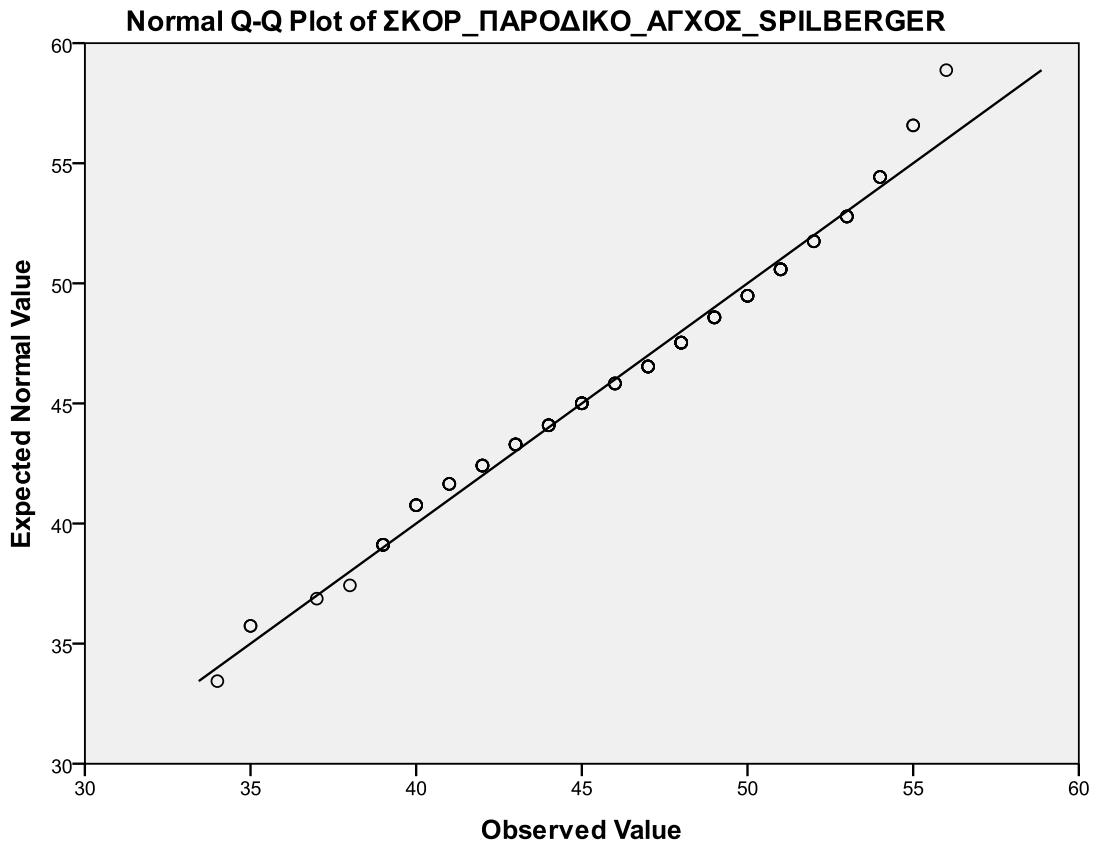
Σχήμα 34: Εκτίμηση Κανονικής κατανομής μεταβλητής κατάθλιψης



Σχήμα 35: Εκτίμηση Κανονικής κατανομής μεταβλητής μόνιμου άγχους



Σχήμα 36: Εκτίμηση Κανονικής κατανομής μεταβλητής παροδικού άγχους



Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαφόρων μεταβλητών σχετικά με το παροδικό άγχος στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις δεν υπάρχουν ανάμεσα στα δυο φύλα, στην ηλικία, στο χρόνο ανεργίας, στην υγεία κλπ αλλά φαίνεται ότι υπάρχουν:

- Με την οικογενειακή κατάσταση (p value =0,039) καθώς άνεργοι οι οποίοι ήταν έγγαμοι και είχαν παιδιά ήταν φυσικό να έχουν μεγαλύτερο άγχος.
- Με το επίπεδο εκπαίδευσης (p value =0,030) καθώς άνεργοι οι οποίοι έχουν σπουδάσει για πολλά χρόνια δεν βρίσκουν δουλειά.
- Με το είδος κατοικίας (p value =0,024) καθώς αν κατοικούν σε σπίτι με ενοίκιο ο κίνδυνος έξωσης αυξάνει το άγχος τους. (πίνακας 36)

Πίνακας 36: Συσχετίσεις διαφόρων μεταβλητών με το παροδικό άγχος

		ANOVA Sig.	X ²
ΦΥΛΟ	BetweenGroups		,185
ΗΛΙΚΙΑ	BetweenGroups	,202	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	BetweenGroups	,039	
ΠΑΙΔΙΑ	BetweenGroups		,581
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	BetweenGroups	,030	
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	BetweenGroups		,336
ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	BetweenGroups	,024	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΣΠΙΤΙ	BetweenGroups		,906
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	BetweenGroups		,074
ΝΟΣΗΜΑΤΑ	BetweenGroups	,755	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	BetweenGroups		,453
ΑΛΚΟΟΛ	BetweenGroups		,354

Και στη συσχέτιση του μόνιμου άγχους παρατηρούμε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις όπως με:

- Την οικογενειακή κατάσταση (p value =0,002) καθώς οι παντρεμένοι ενδεχομένως έχουν και αυξημένα έξοδα.
- Την κατοικία (p value =0,031) καθώς το ενοίκιο και η φιλοξενία επιβαρύνουν την ψυχολογία.
- Τον χρόνο ανεργίας (p value =0,039) όπου βλέπει ότι ενώ ο χρόνος περνάει δεν βρίσκει εργασία αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άγχος να γίνεται μόνιμο. (πίνακας 37)

Πίνακας 37: Συσχετίσεις διαφόρων μεταβλητών με το μόνιμο άγχος

		ANOVA	Χ ²
		Sig.	
ΦΥΛΟ	BetweenGroups		,586
ΗΛΙΚΙΑ	BetweenGroups	,083	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	BetweenGroups	,002	
ΠΑΙΔΙΑ	BetweenGroups		,125
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	BetweenGroups	,306	
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	BetweenGroups		,031
ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	BetweenGroups	,583	,
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΣΠΙΤΙ	BetweenGroups		,313
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	BetweenGroups		,039
ΝΟΣΗΜΑΤΑ	BetweenGroups	,275	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	BetweenGroups		,283
ΑΛΚΟΟΛ	BetweenGroups		,418

Στη συσχέτιση διαφόρων μεταβλητών με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στατιστικά σημαντικά συσχετίσεις βρέθηκαν με:

- Την ηλικία (p value =0,000).
- Την οικογενειακή κατάσταση λόγω αυξημένων ευθυνών (p value =0,001).
- Την εκπαίδευση (p value =0,018) καθώς όταν έχουν σπουδές ανώτερου επιπέδου και δεν μπορούν να εργαστούν αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται συμπτώματα κατάθλιψης. (πίνακας 38)

Πίνακας 38: Συσχετίσεις διαφόρων μεταβλητών με την κατάθλιψη

		ANOVA	Χ ²
		Sig.	
ΦΥΛΟ	BetweenGroups		,743
ΗΛΙΚΙΑ	BetweenGroups	,000	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	BetweenGroups	,001	
ΠΑΙΔΙΑ	BetweenGroups		,492
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	BetweenGroups	,018	
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	BetweenGroups		,249
ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	BetweenGroups	,885	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΣΠΙΤΙ	BetweenGroups		,721
ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	BetweenGroups		,527
ΝΟΣΗΜΑΤΑ	BetweenGroups	,439	
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	BetweenGroups		,143
ΑΛΚΟΟΛ	BetweenGroups		,193

Συζήτηση και συμπεράσματα

Σύμφωνα με την έρευνα που έκανε ο ψυχίατρος Μαδιανός Μ. το 1980 με τίτλο «Ανεργία και ψυχικές διαταραχές», αναφέρεται ότι η σχέσης της ανεργίας και των ψυχικών διαταραχών περιορίζεται στη δυτική σχετικά περιορισμένη βιβλιογραφία, αφού η ανεργία είναι μόνιμο φαινόμενο της δυτικής οικονομίας. Θα πρέπει να διευκρινισθεί ότι ερευνάται η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών ως αποτέλεσμα της απώλειας εργασίας. Ιστορικά, πρώτος ό Ε. Durkheim παρουσίασε μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονιών με μερικές κοινωνικές μεταβλητές, στις όποιες περιλαμβάνονταν ποσοστά ανεργίας. (Μαδιανός Μ, 1980)

Μας παρουσιάζει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των εισαγωγών σε ψυχιατρικό ίδρυμα των Η.Π.Α και της οικονομικής ύφεσης σε μια περιοχή όπου περιλαμβάνεται η ανεργία. Έτσι και στη δική μας έρευνα παρατηρούμε πόσο μεγάλα είναι τα ποσοστά πάνω στην επίδραση της ψυχικής υγείας, της κατάθλιψης δηλαδή που αντιμετωπίζουν οι άνεργοι όπως επίσης και το πλήγμα του παροδικού άγχους.

Επίσης σε μελέτη που έκαναν Γ. Μπούρας και Λ. Λύκουρας με θέμα «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στη ψυχική υγεία» το 2011 αναφέρεται ότι η Παγκόσμια οικονομική κρίση που πλήττει στις μέρες μας και την Ελληνική κοινωνία αποτελεί έναν παράγοντα πολλαπλών ανατροπών με σημαντικές συνέπειες τόσο στο επίπεδο της συλλογικής λειτουργίας, όσο και στο ατομικό επίπεδο. Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια με αποτέλεσμα η εργασία να συντελεί στο προσδιορισμό της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εξανεμίζεται, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» κατάρρευση που αντιμετωπίζει. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν μάλιστα ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους. Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από την οργάνωση εκείνων των υπηρεσιών που θα απαντήσουν στα αυξημένα αιτήματα της κοινωνίας τόσο για ψυχολογική υποστήριξη και παρέμβαση, όσο και για κοινωνική προστασία. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουμε και με τη παρούσα εργασία σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα αν και μιλάμε για 7 έτη αργότερα. (ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, 2011)

Αναλογιζόμενοι τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις που έχει γνωρίσει η υφήλιος τα τελευταία 100 χρόνια (κραχ του 1929, Ασιατική οικονομική κρίση του 1990), αλλά και

τις εγχώριες περιόδους οικονομικής δυσκολίας και ανέχειας, διότι η Ελλάδα ανήκει σε εκείνη την ομάδα των χωρών, όπου στην ιστορία τους, μπορεί κανείς να συναντήσει πληθώρα, η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική Υγεία γεγονότων οικονομικών κρίσεων, καταστροφών και πολέμων, είναι σίγουρο ότι τόσο η ανεργία, όσο και η ανασφάλεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός θα αυξηθούν και θα πάρουν δραματικές διαστάσεις. Ήδη καταγράφεται επισήμως αύξηση των δεικτών ανεργίας στην Ελλάδα, 12,4% (Οκτ. 2010), όπως αναφέρει η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. (πίνακας 39) Αν και έχουν περάσει 7 χρόνια που κάνουμε τη δίκη μας έρευνα βλέπουμε ότι τα αποτελέσματα είναι όμοια δηλαδή και τότε και τώρα οι γυναίκες είναι αυτές που αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα ανεργίας.

Πίνακας 39: Ανεργία (%), κατά φύλο και ομάδες ηλικιών

Ηλικία	2009			2010		
	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο
Σύνολο	6,6	13,1	9,3	9,7	16,1	12,4
15-29	13,9	24,5	18,5	19,0	30,6	24,2
30-44	5,3	12,2	8,3	8,8	14,9	11,5
45-64	4,6	7,4	5,7	6,6	9,2	7,6
65+	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6	1,4

Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας.

Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Πρόσφατη εκτενής έρευνα διαπίστωσε στενή σχέση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και σε μια σειρά επιβλαβών συνηθειών υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά αρκετά υψηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Mackenbach, 2007) Για παράδειγμα, στους άνεργους βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη αύξηση σωματικού βάρους, χρήση καπνού και αλκοόλ, καθώς και κακής διατροφής, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους. Άλλες έρευνες βρήκαν ότι τα υψηλά επίπεδα ανεργίας συνοδεύονται από μεγαλύτερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών, ψυχοσωματικών διαταραχών και αυτοκτονιών. (Γιωτάκος Ο, 2010)

Όπως φαίνεται και από τις απόψεις των ανέργων στην παρούσα έρευνα και εδώ οι ερωτηθέντες υποστήριξαν ότι η ανεργία μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση καπνίσματος (ποσοστό 59,1%) και αλκοόλ (ποσοστό 65,2%).

Στα πλαίσια της πτυχιακής της εργασίας το 2015 η Χιώνη Θ. εξέτασε τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία της οικονομικής κρίσης όπως και στην παρούσα μελέτη. Στην ερώτηση πόσο θεωρούν ότι είναι εμφανείς οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην καθημερινότητα στην μελέτη της Χιώνης το 81,3% απάντησε ότι είναι απόλυτα εμφανές ενώ δυο χρόνια μετά στην παρούσα μελέτη το ποσοστό αυτό έχει φτάσει στο 91,3%. Στο ερώτημα αν η οικονομική κρίση τους έχει επηρεάσει σε προσωπικό επίπεδο το 2015 θετικά απάντησαν το 86,3% ενώ τώρα θετική απάντηση έδωσε το 77,4%.

Το 56,3% των ερωτηθέντων στη μελέτη της Χιώνη θεωρεί την φετινή οικονομική τους κατάσταση χειρότερη από την περσινή ενώ στην παρούσα το ποσοστό αυτό είναι 68,7%. Στο ερώτημα σε τι βαθμό έχουν περικοπές σε προσωπικά έξοδα στην πρώτη εργασία θετική απάντηση έδωσαν το 82,5% ενώ στην παρούσα το 71,3%. Στην πρώτη εργασία επίσης οι συμμετέχοντες είχαν αναγκαστεί να κάνουν μεγάλες περικοπές ακόμα και σε είδη πρώτης ανάγκης σε ποσοστό 73,8% ενώ στην παρούσα το ποσοστό αυτό είναι μόλις 7,6% πράγμα που αποδεικνύει ότι οι άνεργοι στην Κρήτη είναι σαφώς σε καλύτερη κατάσταση από τους άνεργους στο νομό Αττικής.

Το 86,3% των ανέργων στο νομό Αττικής απάντησε θετικά στο ερώτημα αν η οικονομική κρίση έχει επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία ενώ στο νομό Ηρακλείου το ποσοστό αυτό είναι 60%. Στο ερώτημα αν η ανεργία έχει αυξήσει τις επισκέψεις σε ψυχολόγους στην πρώτη μελέτη θετικά απάντησε το 86,3% ενώ στην παρούσα το ποσοστό αυτό αγγίζει το 69,5%.

Το 50% συμφωνεί ότι η οικονομική κρίση έχει αυξήσει την βίαιη συμπεριφορά στην οικογένεια στην μελέτη της Χιώνη ενώ στην παρούσα το 56,5%. (Χιώνη, 2015)

Προτάσεις

Λαμβάνοντας υπόψη, τα ερευνητικά μας αποτελέσματα θεωρούμε αναγκαίο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις για τον σχεδιασμό αντιμετώπισης των προβλημάτων (κατάθλιψη, άγχος) που προκύπτουν στους άνεργους.

Πρόγραμμα στήριξης ανέργων

Η πολιτεία οφείλει να μεριμνήσει ώστε να δημιουργήσει διαφορά προγράμματα στήριξης στους ανέργους, όπου από εκεί θα παίρνουν δύναμη αποφεύγοντας έτσι να κάνουν κακό στον εαυτό τους.

Αφιερώνοντας χρόνο για τον εαυτό τους

Δεν πρέπει να το βάζουν κάτω και να κλείνονται στον εαυτό τους, αντίθετα πρέπει να συναναστρέφονται με φίλους, κάνοντας βόλτες και να συζητούν μαζί τους.

Προώθηση σωματικής άσκησης

Η καθημερινή άσκηση, όπως ένας περίπατος βοηθάει στο να καθαρίσουν οι σκέψεις, να νιώσουν καλύτερα και έτσι περνάει η ώρα πιο ευχάριστα χωρίς να κλείνονται στον εαυτό τους στο σπίτι κάνοντας δυσάρεστες σκέψεις

Επίσκεψη σε έναν ψυχολόγο

Ο ψυχολόγος είναι ο μόνος που μπορεί να συμβουλευσει και να καθοδηγήσει σωστά έναν άνθρωπο που έχει προβλήματα και φαίνεται να είναι πολύ χρήσιμη μια επίσκεψη σε αυτόν. Βγάζοντας έτσι από το μυαλό του σκέψεις που μπορούν να οδηγήσουν στην αυτοκαταστροφή.

Στήριξη από φίλους και συγγενείς

Οι φίλοι και οι συγγενείς οφείλουν να τους στηρίξουν κάνοντας τους να περνάει η ώρα τους ευχάριστα μαζί τους, χωρίς να συζητούν συνεχώς τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (ανεργία).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ANCIBURE FRANCIS, A.-G. M.-M. (2010). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: ΝΟΒΟΛΙ.

Araya R, G. L. (2003). Education and income: which is more important for mental health? . *J Epidemiol Community Health* , σσ. 501-505.

ASSOCIATION., A. P. (2007). *Stress a major health problem in the US, warns*. Ανάκτηση ΑΠΡΙΑΙΟΣ 2, 2018, από APA.: <http://www.apa.org/news/press/releases/2007/10/stress.aspx>

Assosiation, A. P. (n.d.). *The State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Ανάκτηση Δεκέμβριος 5, 2016, από apa.org: <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>

ATKINSON RL, A. R. (2004). Εισαγωγή στην ψυχολογία του Hilgard. Αθήνα,: Εκδόσεις Παπαζήση,.

BALTZER M, W. H. (2011). Involvement and structure: A qualitative study of organization change and sickness absence among women in the public sector in Sweden. . *BMC Public Health* , σ. 11:318 .

Catalano, R. (2009, february 19). Health, medical care, and economic crises. *New Engl J Med* , σσ. 360:750-751.

Chang S-S, G. D. (2009, Feb 4). Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19200631>

Chiesa, A. S. (2009). Treatment-Emergent Sexual Dysfunction Related to Antidepressants: A Meta-Analysis. *J Clin Psychopharmacol* , σ. 29: 259Y266.

DSM-5. (2017). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* . American Psychiatric Assosiation.

GAVIN ANDREWS, R. P. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY* , σσ. 495-496.

Getzfeld A. (2009). Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας. Στο Ε. Ε. Μεσσήνης. εκδόσεις GOTSIS.

Grammatikopoulos I, S. E. (n.d.). *P01-535 - Mental health policy in Greece: Implications into practice in the era of economic crisis*. Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933811722465>

Haddad & Ian M. Anderson, P. (2007). Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms . *Advances in Psychiatric Treatment* , σσ. vol. 13, 447–457.

Jenkins R, B. D. (2008, Jan 10). Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από Debt, income and mental disorder in the general population.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18184442>

John, R. D. (2012, June). Who Benefits from Antidepressants?: Synthesis of 6-Week Patient-Level Outcomes from Double-Blind Placebo Controlled Randomized Trials of Fluoxetine and Venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry* . , σσ. 69(6): 572–579.

KAWAKAMI N, I. A. (2010). Interpersonal conflict and depression among Japanese workers with high or low socioeconomic status: Finding from the Japan Work Stress and Health Cohort Study. . *Soc Sci Med* , σσ. 7:173–180.

Kentikelenis Alexander, M. K. (2014, February 22). Greece’s health crisis: from austerity to denialism. *Lancet 2014* , σσ. 383: 748–53 .

Knapp Martin, D. M. (2011). Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case. *Report to be published by the Department of Health, London* .

Mackenbach. (2007, August). Tackling health inequalities: an integrated approach. *EUROTHINE Final report. Erasmus MC-University Medical Centre Rotterdam* , .

Madianos. (1992). Ανάκτηση 12 5, 2016, από *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. Soc.: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00788931>

Madianos MG and Stafanis CN. (1992, October). *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 27: 211-219,. Ανάκτηση από Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. : <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00788931>

Marlene P. Freeman, M. F. (2010). Complementary and Alternative Medicine in Major Depressive Disorder: The American Psychiatric Association Task Force Report. *J Clin Psychiatry* , σσ. 71(6):669–681.

Maurizio Pompili, P. G. (2011). *Antidepressants Therapy and Risk of Suicide among Patients with Major Depressive Disorders*. Ανάκτηση March 10, 2018, από https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=19092

Murphy GC, A. J. (1999). The effects of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol* 1999 , σσ. 72:83-99.

NAKAO M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med* , σ. 4:4.

newsbeast.gr. (2015, Απρίλιος). Ανάκτηση Απρίλιος 6, 2016, από Τα πάθη του ελληνικού λαού μέσα από αριθμούς: <https://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmetic>

Oikonomou N, M. A. (2010, June). How is Greece conforming to Alma Ata’s principles in the middle of its biggest financial crisis? *Brit J Gen Pract* , σσ. 456-457 .

Park Y, K. M. (2009, Mar;). *The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries*. Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από *J Prev Med Pub Health* 2009, 42:123-129.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19349742>

Patel V, K. A. (2003.). Poverty and common health disorders in developing countries. . *Bulletin of the WHO* .

Patralekha, C. (2009, April 4). Economic crisis highlights mental health issues in India. *www.thelancet.com* , σ. Vol.373.

Paul K., & M. (2009). *Unemployment impairs mental health: Meta-analyses*. Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από https://www.researchgate.net/publication/222029702_Unemployment_Impairs_Mental_Health_Meta-Analyses

Paykel, E. S. (2001, March 1). *Continuation and maintenance therapy in depression*. Ανάκτηση March 10, 2018, από <https://academic.oup.com/bmb/article/57/1/145/301552>

Peter Haddad and Serdar M.Dursun. (2008). Neurological complications of psychiatric drugs:clinical features and management. *Hum. Psychopharmacol Clin Exp* , σσ. 23: 15–26.

Philips Liu H, Z. Y. (1999, Mar;23(1):25-50. 23). Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από *Suicide and social change in China Culture.:* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10388942>

Radloff. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Psychological Measurement* , σσ. 385-407.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement* , σσ. 358-401.

ROSS RR, A. E. (1994). *Intervention in occupational stress: A handbook of counseling for stress at work*. London: Sage.

Ryall, J. (2009, May 4). *Telegraph*. Ανάκτηση Μάρτιος 15, 2017, από *Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen:* <https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/asia/japan/5273786/Japanese-suicides-rise-as-world-recession-hits-countrys-businessmen.html>

Samaritans. Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits UK. (2008, October 2). Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από *Medical News Today:* <https://www.medicalnewstoday.com/releases/123937.php>

Schaufeli W.B. & van Yperen, N. (1992). Unemployment and psychological distress among graduates: A longitudinal study. *J Occup Organ Psychology* , σσ. 65:291-305.

Sienaert P, V. K. (2010). Randomized comparison of ultra-brief bifrontal and unilateral electroconvulsive therapy for major depression: cognitive side-effects. *Journal of Affective Disorders* , σσ. 60–67.

Spielberger, G. G. (1970). *The state-Trait Anxiety Inventory*,. Ανάκτηση Δεκέμβριος 5, 2016, από Palo Alto, CA: Consulting Psy:

<http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/trait-state.aspx>

STRESS., T. A. (2000). *Workplace stress*. . Ανάκτηση ΜΑΡΤΙΟΣ 5, 2018, από AIS: . <http://www.stress.org/workplace-stress>

Stuckler D., B. S. (2009, July 8). Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61124-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61124-7/fulltext)

Sundar M. (1999). Suicide in farmers in India. *Brit J Psychiatry* , σσ. 175:585-586.

Thomas Baghai, H.-J. M. (2006, 12). Recent Progress in Pharmacological and Non-Pharmacological Treatment Options of Major Depression. *Current Pharmaceutical Design* , , σσ. 503-515 .

Uutela A. (2010 , Mar 23(2):127-30). Ανάκτηση Μάρτιος 20, 2017, από Economic crisis and mental health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20087188>

Vincent Vialou, J. F. (2013). Epigenetic Mechanisms of Depression and Antidepressants Action. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* , σσ. 53: 59–87.

Vlachadis N, N. V. (2014, February 22). Mortality and the economic crisis in Greece. *The Lancet* , σ. 691.

vlioras. (n.d.). *Philologia/Composition*. Ανάκτηση ΜΑΡΤΙΟΣ 25, 2018, από www.vlioras.gr: <http://www.vlioras.gr/Philologia/Composition/Anergia.htm>

Αγγελόπουλος. (2009). *Ιατρική ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία, τόμος Α*. Αθήνα: Βήτα.

Γαρούφαλλος. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Hellenic Psychiatry General Hospital* , σ. 5 (1).

Γιωτάκος Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική* , σσ. 195-204.

Δασκαλόπουλος Θ. (n.d.). *psi-gr*. Ανάκτηση Μάρτιος 25, 2018, από tripod.com: http://psi-gr.tripod.com/menu_anxiety.html

Ευθυμίου Κ, Μ. Α.-Α. (2006). *Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Ευθυμίου Κ, Μ. Α.-Α. (2006). *Πρώτες βοήθειες Ψυχικής υγείας, Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καψαλάκη Α. (2013). *Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ*, ΤΕΙ Ηπείρου, Τμήμα λογοθεραπείας. Άρτα.

Κόχλα Δ, Κ. Ι. (2015). *Οικονομική κρίση και επιπτώσεις αυτής στην ψυχική υγεία, Πτυχιακή εργασία*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΥΠ, Τμήμα Νοσηλευτικής.

- Κωνσταντάκου. (2015). *Κατάθλιψη και σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης, πτυχιακή εργασία*. Πάτρα: ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, ΣΕΥΠ Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Μαδιανός Μ. (1980). Ανεργία και ψυχικές διαταραχές. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Έρευνών, β' και γ' τετράμηνο 1980*.
- Μπαλλής Θ. (2008). Σύνοψη κλινικής ψυχιατρικής, Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων. UNIVERSITY STUDIO PRESS.
- ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, Λ. Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, σσ. 48, 54-61.
- Παρασκευοπούλου Ι. (1988). Κλινική ψυχολογία, Διάγνωση, Πρόληψη και Θεραπεία των Ψυχικών Διαταραχών. Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Πιάννου Χ. (2003). Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπιση τους / Για καλύτερη κατανόηση και βοήθεια νηπίων – παιδιών – νέων -. ΕΛΛΗΝ.
- Πολυζόπουλος Ε. (2016, Ιούλιος 5). *psychomed.gr*. Ανάκτηση Νοέμβριος 15, 2015, από [http://psychomed.gr/?p=703#prettyphoto\[img698_2123728514\]/0/](http://psychomed.gr/?p=703#prettyphoto[img698_2123728514]/0/)
- ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Α, Β. Α.-Π. (2010). Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση του εργασιακού stress στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, σσ. 49:364– 376.
- Σωτηροπούλου Β. (2016, Απρίλιος 12). *boro.gr*. Ανάκτηση Νοέμβριος 15, 2016, από <https://boro.gr/131481/diataraxh-koinwnikoy-agxoys-otan-fovomaste-poly-thn-kritikh/>
- Υγεία, Η. κ. (2014, 10 29). *newsbeast.gr*. Ανάκτηση Μάιος 2016, από <https://www.newsbeast.gr/health/arthro/748648/i-krisi-vlaptei-sovara-tin-ugeia>
- Χάρος Δ, Κ. Β. (2017). Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, σσ. 34(4):467-475.
- Χιώνη. (2015). *Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία (έρευνα)*. Πάτρα: ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Τουριστικών επιχειρήσεων.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομαζόμαστε Παρασύρης Ιωάννης, Χαντζή Σωτηρία, Νάνου Τριανταφυλλιά και είμαστε σπουδαστές του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Για τη λήψη του πτυχίου μας είναι απαραίτητη η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας. Η διπλωματική μας εργασία αφορά τη «Διερεύνηση άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ανέργους του Νομού Ηρακλείου σε περίοδο οικονομικής κρίσης».

Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή σας είναι προαιρετική. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Φοιτητές:

Παρασύρης Ιωάννης,

Χαντζή Σωτηρία,

Νάνου Τριανταφυλλιά

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc

Στοιχεία επικοινωνίας:

Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και γενικών στοιχείων

1. Φύλο:

Ανδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

18-30 31-45 46-60 >60

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Συζεί Χήρος/α

4. Έχετε παιδιά:

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Αν ΝΑΙ πόσα παιδιά έχετε:.....

6. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Απόφοιτος δημοτικού Απόφοιτος Γυμνασίου

Απόφοιτος λυκείου Απόφοιτος ΤΕΙ

Απόφοιτος ΑΕΙ Μεταπτυχιακός τίτλος

7. Επαγγελματική απασχόληση πριν την ανεργία:

.....

8. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα:

ως 500 € 501-1000 € 1001-1500 € >1500 €

9. Τόπος κατοικίας:

Πόλη Χωριό

10. Μένετε σε:

Ιδιόκτητη κατοικία Ενοίκιο Φιλοξενία

Πόσα άτομα μένετε στο ίδιο σπίτι:.....

11. Χρόνος ανεργίας σε μήνες:.....

12. Αν πάσχετε από κάποιο νόσημα από τα παρακάτω τσεκάρτε το:

Αρτηριακή Υπέρταση Σακχαρώδης Διαβήτης

Καρδιακό νόσημα Κατάθλιψη
Ημικρανίες Αναπνευστικό πρόβλημα
Άγχος Προβλήματα με το γαστρεντερολογικό (έλκος)

13. Καπνίζετε:

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Πίνετε Αλκοόλ:

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων για την οικονομική κρίση

1. Στην Ελλάδα θεωρείται ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης:

Δεν έχουν ακόμα εμφανιστεί

Βρίσκονται ακόμα σε πρώιμο στάδιο

Είναι απόλυτα εμφανείς στην καθημερινότητα των ανθρώπων

2. Σε προσωπικό επίπεδο σε τι βαθμό σας έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση:

Πάρα πολύ μεγάλο βαθμό Πολύ μεγάλο βαθμό

Μέτριο βαθμό Μικρό βαθμό

3. Σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος η οικονομική σας κατάσταση φέτος είναι:

Μένει στα ίδια επίπεδα

Έχει χειροτερέψει

Έχει καλυτερέψει

4. Σε τι βαθμό έχει επηρεαστεί η ψυχολογία σας λόγω της ανεργίας;

Πάρα πολύ μεγάλο βαθμό Πολύ μεγάλο βαθμό

Μέτριο βαθμό Μικρό βαθμό

Σε κανένα βαθμό

5. Έχετε αναγκαστεί να κάνετε περικοπές σε προσωπικά σας έξοδα λόγω ανεργίας;

Πάρα πολύ μεγάλο βαθμό Πολύ μεγάλο βαθμό

Μέτριο βαθμό

6. Ποια είδη έχετε αναγκαστεί να περικόψετε; (επιλέξτε όσες απαντήσεις θέλετε).

Τρόφιμα Είδη ένδυσης, υπόδησης Διασκέδαση, ψυχαγωγία
Εκδρομές, ταξίδια Άλλο

7. Σε τι βαθμό η ανεργία έχει επίπτωση στην ψυχική σας υγεία;

Πάρα πολύ μεγάλο βαθμό Πολύ μεγάλο βαθμό
Μέτριο βαθμό Μικρό βαθμό

8. Πιστεύετε ότι όσο μεγαλύτερο διάστημα μένετε άνεργος θα έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ψυχική σας υγεία;

Διαφωνώ απόλυτα Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ Συμφωνώ
Συμφωνώ απόλυτα

9. Πιστεύετε ότι η ανεργία έχει αυξήσει τον αριθμό των ατόμων που επισκέπτονται ψυχολόγους και ειδικούς ψυχικής υγείας;

Διαφωνώ απόλυτα Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ Συμφωνώ
Συμφωνώ απόλυτα

10. Πιστεύετε ότι η ανεργία συμβάλει στην βίαιη συμπεριφορά μέσα στην οικογένεια;

Διαφωνώ απόλυτα Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ Συμφωνώ
Συμφωνώ απόλυτα

11. Πιστεύετε ότι η ανεργία συμβάλει στην βίαιη συμπεριφορά με τους φίλους;

Διαφωνώ απόλυτα Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ Συμφωνώ
Συμφωνώ απόλυτα

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης C. D Spilberger

Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό **που αισθάνεστε τώρα**.

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ

1.	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4.	Είμαι στεναχωρημένος/η.	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρική.	1	2	3	4
13.	Έχω μια νευρική τρεμούλα.	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος.	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ.	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4

Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ

21.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22.	Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι	1	2	3	4
25.	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος.	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31.	Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	1	2	3	4
35.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4


**ΚΑΙΜΑΚΑ CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES - DEPRESSION SCALE
(CES - D)**

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσετε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ σημειώστε μου πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι τις 30 τελευταίες μέρες.

	α	β	γ	δ
	Σπάνια ή καθόλου λιγ. από 1 μέρα	Μερικές φορές για 1-2 μέρες	Αρκετές φορές για 3-4 μέρες	Τον περισσότερο ο καιρό για 5-7 μέρες
1. Σας ενοχλούν πράγματα που συνήθως δεν σας ενοχλούν	0	2	2	3
2. Η όρεξη σας είναι κακή ώστε να μη θέλετε να τρώτε	0	2	2	3
3. Νιώθατε ότι δεν μπορούσατε να απαλλαγείτε από την κακοκεφιά αμέσως, ακόμα κι αν οι φίλοι ή η οικογένεια σας, σας βοηθούσαν	0	2	2	3
4. Νιώθατε ότι είσαστε εξίσου ικανός με τους άλλους	3	2	1	0
5. Έχετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σ' αυτό που κάνετε	0	2	2	3
6. Νιώθατε μελαγχολικός	0	2	2	3
7. Νιώθατε πως ότι κάνετε το κάνετε με μεγάλη προσπάθεια, πίεση	0	2	2	3
8. Νιώθατε ελπίδα για το μέλλον	3	2	1	0
9. Σκεφτόσαστε ότι η μέχρι τώρα ζωή σας ήταν μια αποτυχία	0	2	2	3
10. Νιώθατε φοβισμένος	0	2	2	3
11. Έχετε ανήσυχο ύπνο	0	2	2	3
12. Είσαστε ευτυχισμένος	3	2	1	0
13. Μιλάτε λιγότερο από το συνηθισμένο	0	2	2	3
14. Νιώθατε μοναξιά	0	2	2	3
15. Πιστεύετε ότι οι άνθρωποι δεν είναι φιλικοί μαζί σας	0	2	2	3
16. Ευχαριστιέστε (χαιρόσαστε τη ζωή)	3	2	1	0
17. Κλαίτε με λυγμούς	0	2	2	3
18. Νιώθατε λυπημένος	0	2	2	3
19. Νιώθατε ότι οι άνθρωποι δεν σας συμπαθούν	0	2	2	3
20. Δεν μπορείτε να κάνετε τις δουλειές σας (εργασία, σπίτι, σχολείο)	0	2	2	3

Μετάφραση-Προσαρμογή-Στάθμιση Μ.Γ. Μαδιανός 1982

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2- ΕΓΚΡΙΣΗ


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΟΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 23/1/2017

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 40

ΠΡΟΣ:
Παρασύρης Ιωάννης
Νάνου Τριανταφυλλιά
Χατζή Σωτηρία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Καρτσωνάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

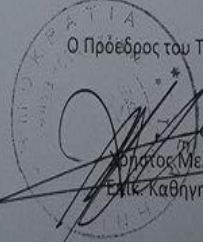
ΥΝ6550 Παρασύρης Ιωάννης
ΥΝ6495 Νάνου Τριανταφυλλιά
ΥΝ6543 Χατζή Σωτηρία

με θέμα: «Διερεύνηση άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ανέργους του Νομού Ηρακλείου σε περίοδο οικονομικής κρίσης».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. Καρτσωνάκη Μαρία.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.


Ο Πρόεδρος του Τμήματος
Χρήστος Μελάς
Επικ. Καθηγητής