



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετώπι με το άγχος και την κατάθλιψη.

Η περίπτωση των εργαζομένων σε δομές της Θεσσαλονίκης

Μαρία Τανανάκη

Επιβλέπων Καθηγητής

Ανδρέας Παυλάκης

Κύπρος, Μάρτιος 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετωπί με το άγχος και την κατάθλιψη.

Η περίπτωση των εργαζομένων σε δομές της Θεσσαλονίκης

Μαρία Τανανάκη

Επιβλέπων Καθηγητής
Ανδρέας Παυλάκης

Μάρτιος, 2014

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ελληνική περίληψη.....i

Αγγλική περίληψη.....ii

Κεφάλαιο Πρώτο - Βιβλιογραφική ανασκόπηση - Επαγγελματικό στρες στον τομέα της υγείας	Σελίδες
1.1. Εισαγωγή	8
1.2. Εννοιολογική διερεύνηση	11
1.2.1. Άγχος – Μορφές – Διάγνωση – Θεραπεία	11
1.2.2. Κατάθλιψη – Μορφές – Αιτιοπαθογένεια – Θεραπεία - Ψυχοθεραπεία – Αντικαταθλιπτικά – Επιδημιολογία	14
1.3. Άγχος - Κατάθλιψη - Επαγγελματική εξουθένωση επαγγελματιών υγείας	18
1.4. Ερευνητικά δεδομένα για τις στρεσογόνες επαγγελματικές συνθήκες των νοσηλευτών διάφορων δομών και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας	22
1.4.1. Νοσηλευτές διάφορων δομών	22
1.4.2. Νοσηλευτές ψυχικής υγείας	28

Κεφάλαιο Δεύτερο - Μεθοδολογία	Σελίδες
2. Μεθοδολογία	34
2.1. Σκοπός	35
2.2. Υλικό – Μέθοδος – Στατιστική ανάλυση	35
2.2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός μελέτης	35
2.2.2. Η μελέτη – πιλότος	35
2.2.3. Πληθυσμός – Δείγμα	36

2.2.4. Ηθικά θέματα	37
2.2.5. Εργαλείο μέτρησης	37
2.2.6. Μέθοδος συλλογής δεδομένων	38
2.2.7. Ανάλυση δεδομένων	39

Κεφάλαιο Τρίτο - Αποτελέσματα	Σελίδες
3.1. Ψυχομετρικά στοιχεία ερωτηματολογίου	40
3.2. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	44
3.3. Άγχος και κατάθλιψη συμμετεχόντων στην έρευνα	49

Κεφάλαιο Τέταρτο - Εισηγήσεις – Συζήτηση – Συμπεράσματα	Σελίδες
4.1. Περιορισμοί	64
4.2. Προτάσεις – Εισηγήσεις – Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης των νοσηλευτών	64
4.3. Συζήτηση - Συμπεράσματα	72
5. Βιβλιογραφία	77
5.1. Διεθνή βιβλιογραφία	77
5.2. Ελληνική βιβλιογραφία	87
6. Παράρτημα	92
6.1. Ερωτηματολόγιο	92
6.2. Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	96
6.3. Άδεια χρήσης του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου των Bedford&Foulds στην ελληνική έκδοση από τους Ρούπα και συν.	97

Ελληνική Περίληψη

Στη σύγχρονη εποχή, ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής έχουν αναδείξει το άγχος και την κατάθλιψη, ως τις νόσους του 21^{ου} αιώνα. Όπως αναφέρουν αρκετές μελέτες, μεγάλο ποσοστό υγιών ανθρώπων θα νοσήσει από κατάθλιψη, ενώ καθημερινά βιώνουμε άγχος και stress τόσο στο εργασιακό μας περιβάλλον, όσο και στην καθημερινότητά μας.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν χαρακτηριστικά άγχους και κατάθλιψης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και πώς αυτά επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης και το φύλο των εργαζομένων.

Υλικό- μέθοδος: Το δείγμα μας, αποτελούνταν από 317 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα 144 άντρες και 173 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα $38,64 \pm 7,945$ έτη. Οι εργαζόμενοι συμμετείχαν εθελοντικά, ενώ οι επαγγελματικές ομάδες ήταν νοσηλευτές (157 άτομα), ιατροί (105 άτομα) και λοιποί επαγγελματίες υγείας (55 άτομα). Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford&Foulds.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16.0.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα άγχους ($2,88 \pm 2,563$) έναντι των ανδρών ($2,11 \pm 2,816$). Οι διαζευγμένοι/χήροι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στη υποκλίμακα της κατάθλιψης [$F(2,314)=9,528, p=0,001$], όσο και άγχους [$F(2,314)=13,262, p=0,001$] αλλά και τη συνολική [$F(2,314)=13,367, p=0,001$]. Οι νοσηλευτές είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα κατάθλιψης ($F(2,314)=5,924, p=0,003$), άγχους ($F(2,314)=6,097, p=0,003$) και συνολικά ($F(2,314)=7,213, p=0,001$). Οι καπνιστές είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο κατάθλιψης ($t(315)=2,417, p=0,016$) όσο και άγχους ($t(315)=2,219, p=0,027$) όσο και συνολικά ($t(315)=2,533, p=0,012$). Τέλος, η επίσκεψη σε ιατρό, όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, συσχετίστηκαν πολύ ισχυρά με υψηλές βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και συνολικά (τιμές t μεγαλύτερες από 4,3 και $p < 0,002$ για την επίσκεψη σε ιατρό και τιμές t μεγαλύτερες από 2,6 και $p < 0,009$ για τη λήψη φαρμάκων).

Συμπεράσματα: Η επαγγελματική ομάδα των νοσηλευτών παρουσιάζει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που περιλαμβάνονται στην παρούσα μελέτη.

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας, παρουσιάζει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τους νοσηλευτές διαφόρων άλλων δομών.

Οι γυναίκες υπερέχουν στην υποκλίμακα του άγχους, αλλά και της συνολικής ψυχοπαθολογίας. Οι χήροι και οι διεξυγμένοι παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα, η επίσκεψη σε ειδικούς ιατρούς και η σχετική φαρμακευτική αγωγή είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με το άγχος όσο και με την κατάθλιψη.

Αγγλική Περίληψη

The way and the conditions of life nowadays have emerge anxiety and depression as the diseases of 21st century, as according to different studies, a big rate of healthy people are going to disease of depression while we everyday feel anxiety and stress both in our working environment and our daily life.

AIM: In the present study were investigated the characteristics of anxiety and depression in professionals of mental health and how they have been affected of factors such as age, marital status, profession, level of education and the sex of the employees.

MATERIALS AND METHOD: Our sample was consistent of 317 professionals of mental health and more specific of 144 male and 173 female. The average of age was $38,64 \pm 7,945$ years. The employees participated voluntarily, while the professional groups were nurses (157 persons), doctors (105 persons) and other health professionals (55 persons). We used an anonymous closed-ended questionnaire of Bedford and Foulds. The analysis of data was transacted with the statistic program SPSS 16.0.

RESULTS: Women had statistically significant higher rates in the subscale of anxiety ($2,88 \pm 2,563$) against men ($2,11 \pm 2,816$). Divorced and widowed had statistically significant higher rates in the subscale of depression ($F(2,314)=9,528, p=0,001$) and anxiety [$F(2,314)=13,262, p=0,001$] as well as in total ($F(2,314)=13,367, p=0,001$). Nurses had statistically significant higher rates in the subscale of depression ($F(2,314)=5,924 p=0,003$), anxiety ($F(2,314)=6,097, p=0,003$) and in total ($F(2,314)=7,213, p=0,001$). Smokers had higher levels so of depression $t(315)=2,417, p=0,016$ as of anxiety ($t(315)=2,219, p=0,027$) and in total($t(315)=2,533, p=0,012$). At last the visits to a doctor and the pharmacotherapy

were strongly related with high rates of depression, anxiety and in total (values bigger than 4,3 and $p < 0,002$ for the visit to a doctor and values bigger than 2,6 and $p < 0,009$ for medicine perception).

CONCLUSIONS: The professional team of nurses is more psychopathology compared with other mental health professionals included in this study. The nursing staff working in mental health facilities appear to show greater psychopathology than nurses of various other structures. Women exceed so at the subscale of anxiety as at the whole psychopathology. The marital status that was related with higher rates of anxiety and depression was that of divorced and widowed persons.

In conclusion, it's worth pointing out that smoking, visits at excise doctors and the related pharmacotherapy had statistic important results both in anxiety and depression.

Πρώτο Κεφάλαιο

Επαγγελματικό στρες στον τομέα της υγείας

Παρόλο που υπάρχει τα τελευταία χρόνια μεγάλο συγγραφικό ενδιαφέρον για το επαγγελματικό στρες, η έρευνα έχει κυρίως επικεντρωθεί στους γενικούς επαγγελματίες υγείας και έχει δοθεί λιγότερη προσοχή στο στρες των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές. Η μελέτη του επαγγελματικού στρες είναι αναγκαία, λόγω του ότι έχει διαπιστωθεί πως έχει αρνητικές επιπτώσεις όχι μόνο στην προσωπικότητα και την υγεία των εργαζομένων των ψυχιατρικών τμημάτων, αλλά και σε αυτό του ίδιου του οργανισμού (Ουζούνη, 2005). Η συχνή απουσία των επαγγελματιών υγείας από την εργασία και η χαμηλή παροχή ποιότητας φροντίδας περίθαλψης, καθιστούν απαραίτητη την έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος και τη λήψη μέτρων τόσο από τους ίδιους τους επαγγελματίες, όσο και από τις διοικήσεις των οργανισμών υγείας για την ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις (Αδαλή, 2002). Η παρούσα ερευνητική μεταπτυχιακή διατριβή έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του επαγγελματικού στρες στις ψυχιατρικές δομές, σε συσχέτιση με δημογραφικούς παράγοντες.

1.1. Εισαγωγή

Όπως παρουσιάζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, οι εξαιρετικά πειστικές συνθήκες της σύγχρονης εποχής έχουν αναδείξει την κατάθλιψη και το άγχος ως τις πλέον καταγεγραμμένες νόσους του 21^{ου} αιώνα, καθώς μεγάλος αριθμός υγιών ανθρώπων θα νοσήσουν από κατάθλιψη, ενώ παράλληλα στην καθημερινή ζωή βιώνουμε έντονα στρεσογόνες συνθήκες, μη εξαιρουμένων του επαγγελματικού περιβάλλοντος (Kalimo et al, 2000, Kaplan, 2001).

Πράγματι, πολλές καταστάσεις με τις οποίες οι άνθρωποι έρχονται σε καθημερινή επαφή, μπορεί να δημιουργήσουν φόβο, έντονο άγχος έως και πανικό.

Είναι δυνατόν όμως να υπάρχουν ανάμεσά μας μερίδα ανθρώπων που νιώθουν ανησυχία, ακόμη και όταν δεν υπάρχει πραγματικό ουσιαστικό ερέθισμα-αιτία.

Σε τέτοιες καταστάσεις το άγχος μπορεί να επηρεάζει την καθημερινότητά τους, σε διάφορες εκφάνσεις της, με αποτέλεσμα τα άτομα να βιώνουν σε πραγματικά εξαντλητικό επίπεδο

σημεία άγχους, να ασθενούν από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή διαταραχή πανικού ή άλλες παρόμοιες καταστάσεις ψυχοπαθολογίας.

Αρκετές μελέτες έχουν γραφτεί σχετικά με τα γεγονότα της ζωής που αποτελούν σημαντικούς παράγοντες άγχους και κατάθλιψης, όπως είναι ο θάνατος οικείου προσώπου και το διαζύγιο (Brown&Harris, 1989, Mazure, 1998).

Σε σχετική μελέτη που διενεργήθηκε, παρουσιάστηκαν ευρήματα πως οι παράγοντες άγχους ήταν 2,5 φορές πιο συχνοί να εμφανιστούν στους καταθλιπτικούς ασθενείς, σε σχέση με τα υγιή άτομα. Επίσης αποδείχτηκε πως στο 80% των καταθλιπτικών περιστατικών, είχαν συμβεί νωρίτερα σημαντικά σοβαρά αρνητικά γεγονότα ζωής, ως εκλυτικοί παράγοντες (Mazure, 1998). Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής συνήθως προηγούνται των σοβαρών καταθλιπτικών επεισοδίων, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει πως είναι κανόνας οι έντονα αγχωτικές καταστάσεις της ζωής να καταλήγουν αποκλειστικά στην καταθλιπτική διαταραχή (Kessler, 1997).

Η έντονη συναισθηματική φόρτιση είναι παρούσα στις καθημερινές επαγγελματικές συνθήκες των εργαζομένων σε μονάδες υγείας, λόγω της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος που τους φέρνει συχνά αντιμέτωπους σε στρεσογόνα φορτισμένες καταστάσεις, όπως τον πόνο, τη θλίψη και το θάνατο. Οι παράγοντες άγχους που σχετίζονται με τη φύση της εργασίας των οργανισμών υγείας, ενοχοποιούνται ότι έχουν άμεσο αποτέλεσμα στην πνευματική υγεία των επαγγελματιών υγείας, δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, με τελικό χαμένο αποδέκτη τον ίδιο τον ασθενή (Παπαγεωργίου και συν, 2007).

Σημαντικός αριθμός ερευνών που έχει μελετήσει το στρες στους επαγγελματίες υγείας γενικά, έχουν εντοπίσει ένα φάσμα από στρεσογόνους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί έχουν άμεση θετική σχέση με το τμήμα/χώρο εργασίας, τις τυχόν δυσλειτουργικές σχέσεις των εργαζομένων υγείας μεταξύ τους, την κατάσταση επικοινωνίας με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, το φόρτο εργασίας, όπως και με τα επείγοντα, ειδικά, βαριά περιστατικά. Σε άμεση αρνητική σχέση, βρίσκεται η έλλειψη προσωπικού και η παροχή κινήτρων, η απουσία στήριξης και θετικής ανατροφοδότησης από τη διοίκηση του οργανισμού και ειδικότερα μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων ανά ειδικότητα επαγγελματιών υγείας (Ουζούνη, 2005).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελληνικό πληθυσμό, αναφέρουν στα αποτελέσματά τους υψηλότερα ποσοστά άγχους και

κατάθλιψη σε σχέση με την αρχική έρευνα στις ΗΠΑ που χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο Bedford&Foulds, γεγονός που ενδεχομένως να οφείλεται σε παράγοντες που έχουν να κάνουν με τις διαπολιτισμικές διαφορές και τη διαφορετική κουλτούρα και πολιτισμού των δύο λαών (Bedford et al, 1976, Lyketsos et al, 1979, Economou&Angelopoulos, 1989, Angelopoulos&Economou, 1994).

Έρευνες στο χώρο εργασίας των ψυχιατρικών τμημάτων διαφορετικών χωρών, αναφορικά με το επαγγελματικό στρες, έχουν εντοπίσει διαφορετικές πηγές στρες, σε σύγκριση με άλλες ειδικότητες εργαζομένων υγείας άλλων τμημάτων. Ενώ βρέθηκε πώς οι εργαζόμενοι των ψυχιατρικών τμημάτων βίωναν λιγότερο στρες, λόγω της δυνατότητας να εκφράσουν πιο ελεύθερα τις απόψεις τους στη διεπιστημονική ομάδα, παρόλα αυτά εμφανίζονταν ως πιο ευάλωτοι στην επαγγελματική κόπωση (Kavari et al, 2007).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με δύο αντιφατικούς ρόλους εκείνον του μετέχοντα στη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών, καθώς και ενός δεύτερου ρόλου που συνδέεται με τον έλεγχο και καθορισμό των ορίων των ψυχιατρικών ασθενών, με αποτέλεσμα, παρόλο που τα όρια είναι θεραπευτικό μέσο, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δέχονται λεκτική και πολλές φορές και σωματική βία από τους ασθενείς, ενδεχομένως λόγω της φύσης της ψυχικής νόσου αλλά και της ιδιοσυγκρασίας των ψυχικά πασχόντων που αντιδρούν στη χρήση των θεραπευτικών ορίων (Aloulou et al, 2013).

Έχοντας υπόψη την προσπάθεια που καταβάλλουν οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, προκειμένου να μπορέσουν να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών, η παρακάτω ερευνητική μεταπτυχιακή διατριβή αναπτύσσει αναλυτικά σε κεφάλαια τον πιθανό αντίκτυπο της προσπάθειας αυτής στην ψυχική τους υγεία και ειδικότερα εκείνων που εργάζονται στις μονάδες ψυχικής υγείας. Λόγω του υψηλού επιπέδου άγχους και ταυτόχρονα τη χαμηλή κοινωνική υποστήριξη που αποδέχονται οι επαγγελματίες στους οργανισμούς υγείας, στο τελευταίο κεφάλαιο περιγράφονται τεχνικές πρόληψης της συναισθηματικής εξουθένωσης και ουσιαστικά αλλαγής των λανθασμένων επαγγελματικών στάσεων.

Στην αναλυτική μελέτη που ακολουθεί στο δεύτερο μέρος της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής, αξιολογήθηκαν οι μεταβλητές άγχος και κατάθλιψη, σε συνάρτηση με τα δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Αναγκαία συνθήκη που πρέπει να ληφθεί υπόψη στους μεθοδολογικούς περιορισμούς της συγκεκριμένης, αλλά και όποιας μελέτης είναι, πως τα τελικά αποτελέσματα της παρούσας

ερευνητικής μεταπτυχιακής διατριβής δεν μπορούν να γενικευτούν για όλους τους επαγγελματίες υγείας της Ελλάδας.

Συγκεκριμένα, πέρα από τους περιορισμούς στο μέγεθος του δείγματος, της μεθοδολογίας επιλογής του και της γεωγραφικής του κατανομής, το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας, λόγω φόρτου εργασίας, έπρεπε να συμπληρώσουν συχνά το ερωτηματολόγιο στο προσωπικό χρόνο τους και το ότι τα τελευταία χρόνια καλούνται να συμμετέχουν τακτικά σε έρευνες που τους φαίνονται χρονοβόρες και αναποτελεσματικές, δυσκολεύει την αντιπροσώπευση ως γενίκευση συνόλου. Επίσης, περιοριστική παράμετρο υψηλών τιμών επαγγελματικού στρες, θα μπορούσε να εκληφθεί το ενδεχόμενο συμμετοχής μερίδας εργαζομένων που ήθελαν να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους για το εργασιακό περιβάλλον, ενώ το πραγματικά συναισθηματικά εξαντλημένο προσωπικό, ίσως να μην επιθυμούσε να λάβει μέρος στην έρευνα. Όμως θα πρέπει να επισημανθεί, ότι η γενικότερη συναισθηματική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας, πέρα από εκείνων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα και περιέγραψαν μέσω του ερωτηματολογίου τη στιγμιαία συναισθηματική εκφορά, αποκλίνουν πραγματικά ελάχιστα στις ρεαλιστικές συνθήκες.

Συνεπώς, λόγω και των παραπάνω, απαιτούνται μελλοντικές προοπτικές έρευνες επαναληπτικής επαλήθευσης, με συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων και μετα-αναλύσεις, ώστε να βρεθούν οι παράγοντες που έχουν σχέση αιτίας-αιτιατού με το επαγγελματικό στρες.

1.2. Εννοιολογική διερεύνηση

Τι είναι το άγχος και ποιόν όρο χρησιμοποιεί ο καθένας μας για να εκφράσει αυτή την πανανθρώπινη εμπειρία; Τι εννοούμε με τον όρο κατάθλιψη στην καθημερινή γλώσσα και πώς καταγράφεται όταν χρησιμοποιείται επιστημονικά για να εξηγηθεί ως κλινικό σύνδρομο που χρήζει θεραπεία; Παρακάτω περιγράφονται διεξοδικά το άγχος και η κατάθλιψη με τις σημασιολογικές τους έννοιες και ακολουθούν οι μορφές εμφάνισης, οι παράγοντες συχνότητας, η συμπτωματολογία, η διάγνωση και η θεραπεία τους.

1.2.1. Άγχος – Μορφές – Διάγνωση – Θεραπεία

Το άγχος είναι ουσιαστικά μια αντιδραστική αμυντική φυσιολογική ανταπόκριση κάθε ανώτερου εν ζωή οργανισμού και απαντάται ως αποτέλεσμα διαντίδρασης κοινωνικού πλαισίου και αντίστοιχου περιβάλλοντος (Αργυροπούλου, 1999). Το άγχος ερμηνεύεται ως

μια κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας (Ποταμιάνος, 1995). Ένα άτομο τη βιώνει ως έντονη ψυχολογική πίεση, που αποτελεί μέρος της ανθρώπινης κοινωνικής εμπειρίας, η οποία έχει το χαρακτηρισμό της προσδοκίας φόβου απέναντι σε ένα δυσάρεστο μελλοντικό γεγονός.

Ουσιαστικά το άγχος είναι μηχανισμός ψυχικής άμυνας απέναντι σε ένα απειλητικό ερέθισμα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ευρύτερος ορισμός για να χαρακτηρίσει πολλές καταστάσεις παρόμοιας ψυχικής έντασης. Είναι δυνατόν ένα απειλητικό ερέθισμα να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα θυμού, αγωνίας, πανικού και να φτάσει, ανάλογα με τη φύση της έντασης του ερεθίσματος, σε ανησυχία, σε αδυναμία συγκέντρωσης και λοιπές διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας, ακόμη και σε καταστάσεις κοινωνικής απομόνωσης. Στο άγχος εκτός από τα εξωτερικά ερεθίσματα, συμβάλλουν επίσης και ενδογενείς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ατόμου, η διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων του παρελθόντος, καθώς και ο τρόπος που καθένας ερμηνεύει και επιλέγει να αντιμετωπίσει τα διάφορα γεγονότα ζωής (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999).

Αναλυτικότερα, το άγχος ερμηνεύεται ως η συνέπεια της άνισης σχέσης μεταξύ της ατομικής προσμονής ενός ρόλου, στη συγκεκριμένη περίπτωση επαγγελματία και της τελικής δυνατότητας εκπλήρωσής του. Αφορούν περιπτώσεις κατά τις οποίες ένα άτομο προσπαθεί να εκπληρώσει ρόλους που απαιτούν να επιτευχθούν παράλληλα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση του «role stress» σαν συνέπεια της σύγκρουσης των απαιτήσεων των διαφορετικών ρόλων που αναλαμβάνει. Κάποιες φορές εκφράζεται και ως αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει σε ικανοποιητικό βαθμό στις πολύπλοκες πολλαπλές απαιτήσεις των πολωτικών μεταξύ τους ρόλων. Ουσιαστικά το ασυμβίβαστο των ρόλων οδηγεί σε σύγκρουση=«σύγκρουση ρόλων» και τελικώς στην αδυναμία εκπλήρωσής τους, λόγω της συνάθροισης των απαιτήσεων που επιβάλλουν=«υπερφόρτωση ρόλων» (Παπαγεωργίου και συν, 2007).

Στην αντιμετώπιση του άγχους το άτομο κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας, όπως της «επίθεσης», της «απομάκρυνσης» και του «συμβιβασμού», με θετική ή αρνητική έκβαση στη χρήση τους. Η συμπεριφορά «επίθεση» αφορά την ψυχική ή σωματική αντίδραση εξάφνησης του προβλήματος (π.χ. πίστη σε άλλα προσωπικά προτερήματα ή μετατροπή της ψυχολογικής πίεσης σε σωματική δράση). Η «απομάκρυνση» συνδέεται με την προσπάθεια απομάκρυνσης του ατόμου από το στρεσογόνο παράγοντα (π.χ. αλλαγή εργασίας), ψυχολογικά ή σωματικά. Ο «συμβιβασμός» σχετίζεται με την αλλαγή του συνήθους τρόπου αντιμετώπισης των

προβλημάτων, μεταβιβάζοντας την ψυχολογική ένταση σε άλλο άτομο, αντικείμενο ή κατάσταση (π.χ. η παρατήρηση του προϊστάμενου σε έναν υφιστάμενο, μεταβιβάζεται από τον υφιστάμενο στον αμέσως επόμενο συνεργάτη).

Αναλυτικότερα, το άγχος προκαλεί προβλήματα που διαταράσσουν την ψυχική και σωματική ηρεμία, καθώς και τη συμπεριφορά ενός ατόμου. Ευερεθιστικότητα, αρνητικά συναισθήματα, δυσκολία προσοχής, αίσθημα συνεχής ασθένειας και αποτυχίας, φόβος για το μέλλον, αδιαφορία για τη ζωή, διαστρεβλωμένος τρόπος αντίληψης των μηνυμάτων που δυσχεραίνουν την όποια επικοινωνία με τους άλλους και την επίλυση προβλημάτων, συνολικά αποτρέπουν τη δυνατότητα θετικής αντιμετώπισης της καθημερινότητας και τον αποτελεσματικό τρόπο σκέψης. Σωματικά συμπτώματα αφορούν όλα τα συστήματα και τα κυριότερα που καταγράφονται είναι: δύσπνοια, βήχας και κρίσεις άσθματος, ξηροστομία, δυσπεψία, κεφαλαλγία, ανορεξία, πόνοι μυοσκελετικού, υπέρταση, διάρροια και διαταραχές έμμηνου ρύσης. Στη συμπεριφορά το υπερβολικό άγχος δύναται να εκφράζεται με τη διατάραξη των συναδελφικών, συγγενικών και φιλικών σχέσεων, με τραγική κατάληξη ακόμα και την κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, με συνέπειες στην ποιότητα προσωπικής και επαγγελματικής ζωής (Μιχαλοπούλου, 2003).

Μορφές του άγχους είναι το γενικευμένο άγχος, το φοβικό άγχος και ο πανικός. Η διάκριση ανάμεσα στο γενικευμένο και το φοβικό άγχος, εστιάζεται στην απουσία ή παρουσία συγκεκριμένου φοβογόνου αντικειμένου, απειλής ή κινδύνου αντίστοιχα. Ο πανικός αναλύεται ως την κατάσταση έντονου φόβου και άγχους, στην οποία μπορεί να βρεθεί κάποιος εντελώς ξαφνικά, χωρίς την απαραίτητη συνοδεία προϋπάρχουσας αιτιολογίας. Ουσιαστικά χωρίς να υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος, η κρίση άγχους στον πανικό κορυφώνεται με συνοδό αίσθηση μιας επερχόμενης καταστροφής.

Το άγχος μετριέται από τον κλινικό ψυχολόγο μέσω του ψυχομετρικού εργαλείου της κλίμακας Hamilton, η οποία δομείται με τη μορφή μιας συνέντευξης και συστήνεται ανάλογα της έντασής του, κατάλληλη θεραπεία (Murphy, 2003).

Βιβλιογραφικά υπάρχει και η διάκριση ανάμεσα στο «καλό» και το «κακό» άγχος. Το «καλό» άγχος, παρά την αναστάτωση που δημιουργεί σε ένα άτομο, το κινητοποιεί προς την εκπλήρωση του στόχου του. Όπως στις εξετάσεις των μαθητών και φοιτητών όπου το άγχος της όλης διαδικασίας τους σπρώχνει στο διάβασμα, προσεγγίζοντας το σκοπό της απόκτησης του πτυχίου. Αντιθέτως, το «κακό» άγχος προέρχεται από συνθήκες του περιβάλλοντος ή προσωπικές προσδοκίες, στις οποίες το άτομο αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί

επειδή νιώθει να ξεπερνάνε τις δυνατότητές του, με αποτέλεσμα το υπερβολικό άγχος να ασκεί επίδραση στη σκέψη και τις ενέργειές του, απειλώντας την ψυχική και σωματική του υγεία (Μιχαλοπούλου, 2003).

Σαφώς επιπρόσθετα στη διάγνωση του άγχους πρέπει να ληφθεί υπόψη και τυχόν να αποκλειστεί, άλλη παθολογική αιτία. Όπως παθήσεις του θυρεοειδή, ο διαβήτης, τα στερητικά σύνδρομα κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ και οι λοιπές ψυχοπαθολογικές καταστάσεις. Επίσης να διαφοροποιηθούν, η ψυχογενή ανορεξία, η υποχονδρίαση, ακόμη και η λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, όπως των αντισταμινικών, των αντιχολινεργικών, των στεροειδών, κάποιων αντιφλεγμονώδη κλπ. Στις καταστάσεις όπου υπάρχει και άλλη ψυχοπαθολογία παρούσα, πέρα της αγχώδους διαταραχής, δύναται να δοθεί επιπρόσθετη διάγνωση, εφόσον η αγχώδης συμπτωματολογία που παρουσιάζει ένα άτομο, δε σχετίζεται με άλλη διαταραχή (American Psychiatric Association, 1994).

Θεραπεία του άγχους

Για τη θεραπεία του άγχους και των αγχωδών διαταραχών ή εκδηλώσεων, τα ψυχοτρόπα φάρμακα που χρησιμοποιούνται έχουν κοινή χημική καταγωγή, ανήκουν δηλαδή σε μία ομάδα με κοινές ιδιότητες, χαρακτηριστικά και παρενέργειες, όμως διαφοροποιούνται σε επιμέρους χαρακτηριστικά. Η συχνότερη χρησιμοποιούμενη ομάδα αγχολυτικών είναι οι βενζοδιαζεπίνες.

Η θεραπευτική όμως προσέγγιση της αγχώδους διαταραχής είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική. Ανάλογα με τη δεκτικότητα του ατόμου για ψυχολογική θεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργεί είτε υποστηρικτικά προσφέροντας καθησύχαση, ενθάρρυνση και υποστήριξη, για να αντέξει το άτομο το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει αρκετά, είτε αποκαλυπτικά, ψυχαναλυτικά απευθυνόμενος σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν το άγχος, είτε συμπεριφορικά, διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης (Μάνος, 1997).

1.2.2. Κατάθλιψη – Μορφές – Αιτιοπαθογένεια – Θεραπεία - Ψυχοθεραπεία – Αντικαταθλιπτικά – Επιδημιολογία

Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε το κλινικό σύνδρομο το οποίο αποτελείται από συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως η συνεχής θλίψη, η απώλεια ενέργειας, η εξάντληση, η μειωμένη όρεξη για φαγητό, η μείωση ή αύξηση του βάρους, η αύξηση ή μείωση του ύπνου, η κοινωνική απομόνωση-απόσυρση και η απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος-libido (Goodwin, 1998).

Επίσης τα αισθήματα ενοχής, αναξιότητας, μομφής προς τον εαυτό, της κακής διάθεσης κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα, η απώλεια ενδιαφέροντος σε όλες εκφάνσεις-δραστηριότητες, η ανηδονία, η απαισιοδοξία για το μέλλον και οι σκέψεις θανάτου, έως και τάσεις ή απόπειρες αυτοκτονίας (Beekman et al, 1999, Preising et al, 2001).

Εξαρχής πρέπει να διαχωριστεί ψυχοπαθολογική κατάθλιψη από τη φυσιολογική θλίψη. Καθημερινά ερχόμαστε αντιμέτωποι με αρνητικά αισθήματα θλίψης, απογοήτευσης και στεναχώριας, βιώνουμε το αίσθημα της διαπροσωπικής απώλειας ή της πραγματικής απώλειας-πένθους ενός αγαπημένου μας ατόμου και αισθανόμαστε επίσης απογοήτευση μετά από κάποια αποτυχία. Οι εμπειρίες αυτές μας διδάσκουν ώστε να είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε παρόμοιες μελλοντικές αρνητικές καταστάσεις και να μην επαναλάβουμε λάθη, συνέπεια ανώριμων-άστοχων συμπεριφορών και να μας καταστούν δυνατούς, οδηγούμενους μέσω της αποκτηθείσας αυτογνωσία, σε κάθε θετική αλλαγή του εαυτού μας. Όταν όμως αντί η θλίψη χρονικά να μειωθεί επιμένει, εντείνεται και διαρκεί πάνω από δύο εβδομάδες, καθιστώντας ένα άτομο δυσλειτουργικό στην καθημερινότητά του και στις δραστηριότητές του, τότε γεννιάται υποψία και διαγιγνώσκεται η κατάθλιψη, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια που ορίζει το DSM-IV (DSM-V από το Μάιο του 2013) (American Psychiatric Association, 1994, Beekman et al, 1999).

Η ταξινόμηση της κατάθλιψης είναι σε δύο τύπους, τον πρωτοπαθή και τον δευτεροπαθή τύπο. Η σημαντικότερη διαφορά τους είναι ότι στη δευτεροπαθή κατάθλιψη υπάρχει η εμφάνισή της στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος, όπως στη νόσο του Πάρκινσον. Είναι δυνατόν επίσης να εμφανιστεί σε έδαφος άλλης ψυχοπαθολογίας, όπως της αγοραφοβίας, γεγονός που κάνει σημαντική μια τέτοια ταξινόμηση, επειδή πιθανόν η κατάθλιψη να προηγείται ενός άλλου νοσήματος που απαιτεί επίσης θεραπευτική αντιμετώπιση. Αντιθέτως, ο πρωτοπαθής τύπος μπαίνει ως διάγνωση εφόσον έχουν αποκλειστεί άλλες παθήσεις, που στη συμπτωματολογία τους δύναται να εμφανίζεται η κατάθλιψη επιπλέον ως σύμπτωμα. Η κατάθλιψη διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια και σοβαρή και αυτή η διάκριση συμβάλλει στην έγκαιρη πρόγνωση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι: Α) γενετικοί, σχετίζονται με το οικογενειακό ιστορικό, όπου η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση όπου ένα συγγενικό πρόσωπο έχει διαγνωστεί με σοβαρή χρόνια μορφή της διαταραχής. Θεωρείται ότι γονιδιακά μεταβιβάζονται κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, πέρα από τα βιολογικά διακριτικά που επίσης κληρονομούνται, αυξάνοντας

κατακόρυφα την προδιάθεση του ατόμου να νοσήσει από κατάθλιψη. Στο ισχυρό οικογενειακό ιστορικό ο κίνδυνος αυξάνεται, όταν παράλληλα συντρέχουν και με άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί (Μάνος, 1997).

Β) βιολογικοί, βρέθηκαν πώς πέρα από τις ψυχιατρικές παθήσεις, υπάρχουν και εκείνες που μέσω της δράσης τους στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και ειδικότερα στα εγκεφαλικά κέντρα ελέγχου του συναισθήματος, μπορούν να ελκύσουν κατάθλιψη δευτεροπαθών. Αναλυτικότερα: Παθήσεις Κ.Ν.Σ. (νόσος Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκα, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο). Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις (υποθυρεοειδισμός, νόσος Cushing). Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. (AIDS, λοιμώδη μονοπυρήνωση). Συστηματικές διαταραχές (αναιμία, μεταστατικός καρκίνος). Φάρμακα (όπως η κορτιζόνη, κάποια αντυπερτασικά, αλκοόλ) (Karasu et al, 2000).

Γ) ψυχοκοινωνικοί, άτομα που στην παιδική ηλικία βίωσαν πραγματικές απώλειες (θάνατο) αγαπημένων τους προσώπων ή έζησαν την εμπειρία της διαπροσωπικής απώλειας (διαζύγιο γονέων), έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα στη μετέπειτα ενήλικη ζωή τους να πάσχουν από κατάθλιψη. Γεγονότα ζωής, όπως ψυχολογικά: θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο και κοινωνικές εμπειρίες, όπως οικονομικοί ύφεση και δυσμενείς αλλαγές των συνθηκών διαμονής. Επιπροσθέτως, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως απώλεια εργασίας και μετανάστευση στην ενήλικη ζωή, θεωρούνται ότι συνδέονται αιτιολογικά με τα επεισόδια κατάθλιψης σε μεγαλύτερες ηλικίες (Bemproad, 1999). Δεν θα πρέπει να παραβλεφθεί συμπληρωματικά, ότι ο τρόπος που οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα, δείχνει να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις την εμφάνιση της κατάθλιψης (γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία CBT ενδείκνυται) (Pikhart et al, 2004).

Η θεραπεία της κατάθλιψης διακρίνεται στην ψυχοθεραπεία και τη χρήση των αντικαταθλιπτικών.

Στην ψυχοθεραπεία καλείται ο ψυχοθεραπευτής να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τους ψυχολογικούς λόγους που συμβάλλουν στα αισθήματα κατάθλιψης και να τον υποστηρίξει στην θεραπευτική του αλλαγή (Karasu et al, 2000). Επίσης ο ψυχοθεραπευτής θα βοηθήσει τον ασθενή στη χρήση των κατάλληλων τεχνικών επίλυσης προβλημάτων και στην περίπτωση που χρειαστεί να συμβιώνει με κάποιο πρόβλημα, να επιλέξουν από κοινού ποιο θα είναι εκείνο με το οποίο θα ζήσει αρμονικά στο μέλλον (Wagner et al, 2000). Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία αποσκοπεί και την αποκατάσταση των σχέσεων του πάσχοντα με τα αγαπημένα του πρόσωπα, οπότε μπορεί να χρειαστεί και θεραπεία που περιλαμβάνει

και την οικογένειά του, αλλά και επίσης σε σοβαρές μορφές κατάθλιψης να χρειαστεί παράλληλη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, πέρα της ψυχοθεραπείας (Cuijpers&Schoavers, 2004).

Υπάρχουν συγκεκριμένες πρακτικές οδηγίες, που συνιστούν τα αποθαρρυντικά λόγια που πρέπει να αποφεύγονται να λέγονται μπροστά σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, όπως και ενθαρρυντικά λόγια που θα πρέπει να ενδεικνύονταν (Fergusson et al, 2005).

Άτομα κινδύνου για την υγεία και τη ζωή τους που χρήζουν νοσηλεία είναι: εκείνα με αυτοκτονικό ιδεασμό ή όπου αλλού η πιθανότητα για απόπειρα αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερη. Καταστάσεις, όπου πέρα από την καταθλιπτική διαταραχή υπάρχει παράλληλα και άλλη ιατρική κατάσταση που θεωρείται αναγκαία η συνεχή επίβλεψη. Ανθεκτική κατάθλιψη που απαιτεί ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση της απαντητικής πορείας, καθώς και θεραπείες που εφαρμόζονται αποκλειστικά μόνο σε νοσοκομεία, όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Angst et al, 2000).

Το ποσοστό που συχνά απαντάται στον γενικό πληθυσμό η κατάθλιψη είναι, 9-20%, με 3% στους άντρες και 4,9% στις γυναίκες. Η εμφάνιση επεισοδίων κατάθλιψης είναι διπλάσια στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες και η εναρκτήριοι ηλικία εμφανίζει ποικιλία από νωρίς μέχρι αργά στη ζωή, με μεγαλύτερο (κατά 50%) ποσοστό αυτής μεταξύ των 20 με 50 ετών (M.O. 40 χρονών) (Kaplan&Sandock, 2001).

Υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της έναρξης της κατάθλιψης και του άγχους. Το επαγγελματικό περιβάλλον, καθώς και τα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα μπορούν να συμβάλλουν στο άγχος (Kalimo, 2000). Σύμφωνα με μελέτες, το άγχος και η κατάθλιψη είναι τεκμηριωμένα προβλήματα στους επαγγελματίες υγείας και κυρίως στους νοσηλευτές (Faulkner&Mackay, 2000, Kavari et al, 2007). Οι νοσηλευτές έχουν ως κύριο ρόλο τη φροντίδα των ασθενών όλο το εικοσιτετράωρο και είναι συνεχώς υπό σωματική και πνευματική καταπόνηση. Εκτελούν τα καθήκοντά τους στη φροντίδα με αφοσίωση και πρέπει να είναι χωρίς άγχος και ικανοποιημένοι με το περιβάλλον εργασίας. Δυσaréσκεια στη δουλειά τους μπορεί να προκαλέσει άγχος και κατάθλιψη με αποτέλεσμα πτώση στην απόδοση εργασίας (Faulkner&Mackay, 2000, Khalid et al, 2010).

Το εργασιακό άγχος οδηγεί σε κακή απόδοση στην εργασία και επηρεάζει αρνητικά την υγεία ενός ατόμου και κατ' επέκταση και των επαγγελματιών υγείας. Το άγχος οδηγεί στην κακή

ποιότητα της περίθαλψης, επηρεάζει την επαγγελματική καριέρα, καθώς και την μακροζωία, προκαλώντας επιπροσθέτως προσωπική αγωνία (Kavari et al, 2007).

Στους νοσηλευτές παρουσιάζονται διάφορες μορφές στρες, οι οποίες δημιουργούν μια κατάσταση χρόνιας κόπωσης και η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της απελπισίας που νιώθουν (Gallagher, 2003). Σύμφωνα με μελέτη, το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών προκαλεί σωματική, ψυχολογική και κοινωνική κατάπτωση με συνέπεια να παρουσιάζουν εργασιακό άγχος, έντονο στρες και κατάθλιψη (Kalimo et al, 2000).

Ο πολυδιάστατος ρόλος των νοσηλευτών δεν επικεντρώνεται μόνο στη φροντίδα των ασθενών, καθώς καλούνται επίσης να παίξουν το ρόλο των διαχειριστών ή των εποπτών υγείας των ασθενών, κάτι που τους προκαλεί άγχος, λόγω των αλλότριων καθηκόντων που είναι αναγκασμένοι να εκτελέσουν και έχει ως συνέπεια τη μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Korn, 1998). Επίσης, καλούνται να εκτελούν καθήκοντα συμβούλου για θέματα υγιεινής και να είναι μέλη μιας ομάδας που εκπαιδεύονται ως υπεύθυνοι για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη των ασθενειών, να δρουν υποστηρικτικά και να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην προσπάθεια για πλήρη υγεία των ατόμων, των οικογενειών και της κοινωνίας (Dugas, 1983).

Η εγκατάλειψη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και η μείωση του αριθμού των εθελοντών στον τομέα αυτό οφείλεται σε διάφορους λόγους, με κυριότερους παράγοντες το στρες, το εργασιακό άγχος και κατ' επέκταση της κατάθλιψης, καθώς και της μη ικανοποίησης από την εργασία (Ostooie, 2003).

Τέλος, ο Dugas (2002), στην μελέτη του υποστηρίζει ότι συχνό φαινόμενο στους νοσηλευτές είναι η απουσία από την εργασία τους λόγω του άγχους και της κατάθλιψης, κάτι το οποίο προκαλεί πλείστα προβλήματα, τόσο στους νοσηλευτές που απουσιάζουν όσο και σε αυτούς που καλούνται να τους αντικαταστήσουν, γεγονός που προκαλεί επιβάρυνση στην εύρυθμη λειτουργία των εκάστοτε τμημάτων εργασίας (Dugas, 2002).

1.3. Άγχος - Κατάθλιψη επαγγελματιών υγείας

Το εργασιακό άγχος σύμφωνα με την ερμηνεία που δίνουν οι Berr & Newman είναι: «η αλληλεπίδραση σχετικών με την εργασία παραγόντων και των εργαζομένων, που βιώνεται ως απειλή, με αποτέλεσμα την απόκλιση από το φυσιολογικό της ψυχολογικής και σωματικής λειτουργίας του ατόμου» (Ασημομύτη, 2007).

Επίσης το στρες στο χώρο της εργασίας από το Ίδρυμα Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (NIOSH) ορίζεται ως: «επιβλαβείς σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που παρουσιάζονται κατά τις απαιτήσεις της εργασίας και δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες των εργαζομένων» (NIOSH, 1999).

Κατά τον Καντά (1995) ορισμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχογόνα από άλλα μεταξύ των οποίων είναι τα ένστολα επαγγέλματα, τα καλλιτεχνικά, τα επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου, παραγωγής και κατασκευών, τα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών. Τα ευρήματα των ερευνών έδειξαν ότι περισσότερο αγχωτική είναι η εργασία που περιέχει υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου, ούτε στήριξης από άλλους (Leka et al, 2004).

Οι παράγοντες που συνδέονται με το άγχος στους επαγγελματίες της υγειονομική περίθαλψης διακρίνονται στους εξής άξονες: χαρακτηριστικά εργαζομένων, χαρακτηριστικά νοσηλευομένων και εργασιακοί παράμετροι.

Χαρακτηριστικά εργαζομένων:

- i. Εκπαίδευση,
- ii. εμπειρία και
- iii. προσωπικότητα (κίνητρα, προσδοκίες, ιδανικά, αξίες, αυτοεκτίμηση, συναισθηματική έκφραση, έλεγχος γεγονότων, προσωπικό στυλ, αντίληψη και αντίδραση).

Χαρακτηριστικά νοσηλευομένων:

- i. Σοβαρότητα πάθησης ασθένειας,
- ii. επιπλοκές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Ειδικότερα στους ψυχικά ασθενείς: συχνά απρόβλεπτη και βίαιη συμπεριφορά, απειθαρχική συμπεριφορά, πρόκληση ταραχών, επιθέσεις στο προσωπικό, αυτοκτονικοί ασθενείς, αναγκαστικές κλειστές μονάδες περίθαλψης, δυσκολία στην επικοινωνία),
- iii. χρονιότητα νόσου και
- iv. συνολικός αριθμός νοσηλευομένων ασθενών ανά κλινική.

Εργασιακές παράμετροι: [Από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, οι εργασιακοί παράγοντες επιβαρύνουν περισσότερο πρώτα τους νοσηλευτές, λόγω του συνεχούς κυκλικού ωραρίου εργασίας και ακολούθως τους ιατρούς, λόγω των εφημεριών]:

- i. Ανεπάρκεια προσωπικού,
- ii. έλλειψη αισθήματος ασφάλειας λόγω επικείμενης λύσης της τυχόν σύμβασης εργασίας,
- iii. απειλή από νέα άτομα που προσλαμβάνονται στο χώρο και που ίσως έχουν επιπλέον τυπικά προσόντα,
- iv. διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο εργαζομένων,
- v. κακή ηγεσία (διοίκηση-διευθυντής-προϊστάμενος),
- vi. φόρτος εργασίας,
- vii. παράλληλη απασχόληση με πολλά και αλλότρια καθήκοντα,
- viii. επείγοντα περιστατικά,
- ix. πίεση χρόνου,
- x. συνθήκες άσκησης λειτουργήματος,
- xi. ανασφάλεια στην εργασία,
- xii. επαγγελματική αυτοαμφισβήτηση,
- xiii. ατυχήματα στην εργασία,
- xiv. έκθεση σε κινδύνους υγείας,
- xv. πολλές ώρες εργασίας,
- xvi. συνεχείς βάρδιες,
- xvii. έλλειψη ύπνου,
- xviii. λήψη ηθικών αποφάσεων,
- xix. έλλειψη κινήτρων,

- xx. έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία,
- xxi. ανεπαρκές feedback ανωτέρων ιεραρχίας και διοίκησης,
- xxii. διοικητική και οργανωτική ανεπάρκεια,
- xxiii. επίπεδο κοινωνικής αναγνώρισης προσφοράς,
- xxiv. οικονομικές απολαβές,
- xxv. ασάφεια καθηκόντων και ρόλων εργασίας,
- xxvi. περιορισμένη αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας,
- xxvii. συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού,
- xxviii. χρόνος διάθεσης για τη φροντίδα των ασθενών,
- xxix. αντιμετώπιση δύσκολων και σοβαρά πασχόντων ασθενών,
- xxx. συναισθηματικές απαιτήσεις ασθενών,
- xxxi. επίγνωση της ιατρονοσηλευτικής ευθύνης απέναντι στους ασθενείς,
- xxxii. βαρύτητα των περιστατικών και η αντιμετώπιση του θανάτου,
- xxxiii. διαπροσωπικές συγκρούσεις και εκφοβισμός μεταξύ προσωπικού και με συνοδούς,
- xxxiv. ποιότητα αλληλεγγύης από τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους,
- xxxv. σύγκρουση ατομικότητας-ομαδικότητας συναδελφικής συνεργασίας,
- xxxvi. συναισθηματικό κλίμα της ομάδας εργασίας,
- xxxvii. προσπάθεια νέων επαγγελματιών υγείας να αποκτήσουν την αποδοχή της ομάδας,
- xxxviii. πλημμελής συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ειδικά ιατρού και νοσηλεύτη,
- xxxix. διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, καθώς και άλλων επαγγελματιών υγείας,
- xl. σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής,

- xli. συχνή χρήση των βαρδιών μεταξύ των συζύγων για τη φύλαξη των παιδιών τους,
- xlii. διπλή σταδιοδρομία συζύγων,
- xliii. επαγγελματικά ταξίδια με συχνή απουσία από την οικογένεια,
- xliv. εγκατάσταση μακριά από την οικογένεια λόγω πρόσληψης σε επαγγελματική θέση διαφορετική από τη μόνιμη κατοικία και
- xlv. περιορισμένος προσωπικός χρόνος και ενέργειας λόγω απαιτήσεων εργασίας (Stringer, 1999, Tattersall et al, 1999, Αδαλή&Λεμονίδου, 2001, Αδαλή, 2002, Μιχαλοπούλου, 2003, Vahey et al, 2004, Ουζούνη, 2005, Sohn et al, 2006, Παπαγεωργίου και συν, 2007, Μισουρίδου, 2009, Μαρνέρας και συν, 2010, Καρανικόλα&Κλεάνθους, 2011).

Το επαγγελματικό άγχος συχνά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση, που στην περίπτωση των νοσηλευτών αποτελεί παγκόσμια πραγματικότητα, η οποία ασκεί σημαντική επιρροή στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή (Ρούπα και συν, 2008).

1.4. Ερευνητικά δεδομένα για τις στρεσογόνες επαγγελματικές συνθήκες των νοσηλευτών διάφορων δομών και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

1.4.1. Νοσηλευτές διάφορων δομών

Σε παγκόσμια κλίμακα, ο αριθμός των επαγγελματιών νοσηλευτών που είναι εργασιακά ενεργοί και απασχολούνται σε οργανισμούς υγείας ανέρχεται σε 3 000 000 άτομα, αποτελώντας την πολυπληθέστερη επαγγελματική ομάδα υγείας. Οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται κυρίως σε γυναίκες νοσηλεύτριες, οι οποίες αποτελούν, άλλωστε, την πλειοψηφία στους επαγγελματίες νοσηλευτές (Παπαγεωργίου και συν, 2007). Μία έρευνα που εξέτασε το εργατικό δυναμικό της Βρετανίας για τρία έτη (2009-2012) διαπίστωσε ότι το εργασιακό άγχος παρουσίασε υψηλότερες τιμές μεταξύ των νοσηλευτών (Jones-Berry, 2013). Τα επαγγέλματα που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας, υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών είναι από τα πλέον ευάλωτα στο στρες, το οποίο δεν είναι ανεξάρτητο από κάποιους παράγοντες. Μπορεί να προέρχεται από το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του εργαζόμενου, μαζί με την συναισθηματική και σωματική ικανοποίηση που νιώθει. Ιδιαίτερα το μακροχρόνιο στρες σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την κατάθλιψη, μεταξύ

άλλων, με αποτέλεσμα να πέφτει η ποιότητα της φροντίδας προς τους ασθενείς (Μαγγούλια, 2011, Sherman, 2004).

Παρόλο που η τεχνολογία εξελίσσεται, το ανθρώπινο δυναμικό παραμένει ο σημαντικότερος παράγοντας επιτυχίας στην εκπλήρωση των στόχων ενός υγειονομικού οργανισμού, αλλά και κάθε άλλου με διαφορετικό αντικείμενο εργασίας. Λόγω της καθοριστικής συμμετοχής του προσωπικού στην αποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, ειδικότερα λόγω της ανάληψης σημαντικών διοικητικών θέσεων, είναι επιτακτική η ανάγκη να γίνεται αυστηρή επιλογή προσωπικού, ώστε να απασχολείται ανάλογα με τις ικανότητές του σε κατάλληλες επιμέρους οργανωτικές δομές και κυρίως, να παραμένει όσο το δυνατόν λιγότερο δυσαρεστημένο από την εργασία του (Μαρνέρας και συν, 2010).

Μελέτες, τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, αποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που είναι η πλέον επιρρεπής σε υψηλά επίπεδα στρες και εμφανίζει άγχος και κατάθλιψη (Jayaratne&Ches, 1984, Heim, 1991, Soderfeldt et al, 1995, Bourbonnais et al, 1998, Morano, 2000, Healy&McKay, 2000, Kavari et al, 2007). Μακροχρόνιες έρευνες στην Αμερική έδειξαν ότι, παρόλο που τα τελευταία είκοσι χρόνια, τα ποσοστά αυτοκτονιών μεταξύ των αμερικανών μέσης ηλικίας μειώθηκαν, δεν συμβαίνει το ίδιο και για τους γιατρούς ή τους νοσηλευτές, κυρίως εξαιτίας του επαγγελματικού άγχους και της πρόσβασης σε φάρμακα, γεγονός που διευκολύνει την συχνότερη κατανάλωσή τους από τους επαγγελματίες υγείας (Feskanich et al, 2002).

Μάλιστα, το άγχος και η κατάθλιψη παρατηρούνται ήδη από την περίοδο των σπουδών των νοσηλευτών. Από τη νεαρή τους ηλικία οι φοιτητές Νοσηλευτικής αντιμετωπίζουν -πέρα από τα προβλήματα της φοιτητικής ζωής, που έχουν κοινά με τις άλλες ειδικότητες (ανεξαρτητοποίηση από την οικογένεια, κατάκτηση ακαδημαϊκών στόχων κλπ.)- την πίεση από στρεσογόνους παράγοντες, που αφορούν στην ειδικότητά τους. Επιβαρύνονται ψυχολογικά, καθώς έχουν να ανταποκριθούν στα κλινικά εργαστήρια και στην έλλειψη χρόνου, αλλά κυρίως νιώθουν άγχος στη διάρκεια της κλινικής άσκησης, κατά την οποία φοβούνται τα λάθη, την αξιολόγηση και την πρώτη επαφή με ασθενείς που υποφέρουν. Η πίεση αυτή παρατηρείται σε όλη τη διάρκεια των σπουδών τους και ιδιαίτερα στην φάση της πρακτικής τους άσκησης. Στην Ελλάδα, ιδιαίτερα, οι φοιτητές νοσηλευτικής αντιμετωπίζουν το επιπλέον άγχος της μετέπειτα επαγγελματικής τους αποκατάστασης (Παναγιώτου και Πασχάλη, 2012).

Το άγχος και η κατάθλιψη μπορεί να προέρχονται:

(α) Από αιτίες που αφορούν στο νοσηλευτή, όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, εκπαίδευση, θέση εργασίας και προϋπηρεσία), τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (προσδοκίες, κίνητρα, τρόπος διαχείρισης άγχους, ενσυναίσθησία και αυτοεκτίμηση) και προηγούμενες εμπειρίες (προσωπικής και επαγγελματικής φύσης) (Madi&Kobasa, 1984, Antoniou, 1999, Θεοδωράτου και συν, 2003).

(β) Από παράγοντες που αφορούν στο περιβάλλον εργασίας του νοσοκομείου, όπως συνθήκες εργασίας (φύση εργασίας, επαφή με πόνο και θάνατο, καθήκοντα προσωπικής φροντίδας ασθενούς, δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον), οργανωτικά-διοικητικά θέματα (φόρτος εργασίας, ωράριο, τρόπος διοίκησης, αποδοχές, ασάφεια καθηκόντων και ρόλων) και συναδελφικές σχέσεις (προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου) (Numer&Abrams, 1984, Munley, 1985, Constable&Rusel, 1986, Foxall et al, 1990, Fornes et al, 1994, Keijsers et al, 1995, O'Hara et al, 1996, Papadatou et al, 1999, Demerouti et al, 2000, Tumers et al, 2002).

(γ) Από την επαφή του νοσηλευτή με τον ίδιο τον ασθενή και τους συγγενείς του, όπως η φύση της αρρώστιας (σοβαρότητα, χρονιότητα, απειλή θανάτου) και οι σχέσεις με τον ασθενή και τους συγγενείς του (στάση εξάρτησης ή παθητική στάση του ασθενούς, αρνητική κριτική, αυξημένες απαιτήσεις και έλλειψη αναγνώρισης) (Munley, 1985, Vachon, 1987, Bram&Katz, 1989, Foxall et al, 1990, Oehler&Davidson, 1992, Fornes et al, 1994, Papadatou et al, 1994, Wilson, 1996).

Οι επιπτώσεις των αιτιολογικών παραγόντων αφορούν στη σωματική και ψυχική υγεία του νοσηλευτή και έχουν εκδηλώσεις σε:

A) **Οργανικό επίπεδο** με τη μορφή ελαφρύτερων ή σοβαρότερων ψυχοσωματικών εκδηλώσεων (Pines&Kaner, 1982, Foxall et al, 1990, Matrunola, 1996),

B) **Ψυχολογικό επίπεδο**. Το στρες εργασίας και επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζεται:

(1) στη **συμπεριφορά** (αυξημένη ανησυχία, ευερεθιστικότητα και λάθη, προσωπικά προβλήματα, επιθετικές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και με ασθενείς-συγγενείς, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αργοπορία, συχνές αλλαγές τμημάτων εργασίας, απουσίες, συμπεριφορές εξάρτησης από οινόπνευμα/κάπνισμα/ηρεμιστικά).

(2) Στο **συναίσθημα** (αυξημένα επίπεδα άγχους, συναισθηματικές μεταπτώσεις, δυσθυμία, κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποδιοργάνωση, θυμός, έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια, αδιαφορία, απογοήτευση, έλλειψη ικανοποίησης από τον εαυτό του και την εργασία).

(3) Στο **γνωστικό επίπεδο** (διαταραχές συγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας, δυσκολία ανεύρεσης ενδιαφέροντος και νοήματος στο ρόλο εργασίας) (Gray&Anderson, 1981, Pines&Kaner, 1982, Kahil, 1988, Καντάς, 1995, Fagin et al, 1996, Matrunola, 1996, Coffey, 1999, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999, Olofson et al, 2003, Fako et al, 2004).

(4) Στο **κοινωνικό επίπεδο** (απόσυρση, περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων, μεταφορά προβλημάτων εργασίας στο σπίτι, επιφέροντας συγκρούσεις) (Leiter&Maslach, 1988, Cordes&Dougherty, 1993).

Ουσιαστικά, το εργασιακό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζουν την ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία των νοσηλευτών.

Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει πραγματικά αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου και διαφόρων μορφών καρκινικών όγκων, ειδικότερα σε νοσηλευτές που ακολουθούν τακτικά το κυκλικό ωράριο εργασίας. Ειδικότερα, η συνεχής έκθεση στο βραδινό τεχνητό φωτισμό, λόγω νυχτερινής βάρδιας, οδηγεί σε υπερπαραγωγή μελατονίνης, η οποία θεωρείται υπεύθυνη καρκινογένεσης. Η νυχτερινή βάρδια αποτελεί σημαντικό παράγοντα κόπωσης και κατά συνέπεια σημαντική αιτία δημιουργίας τροχαίων ατυχημάτων, στην προσπάθεια επιστροφής ή κατεύθυνσης των εργαζομένων από ή προς την εργασία τους. Ιδιαίτερα, οι εργαζόμενοι νυχτερινής βάρδιας σε τμήματα αυξημένης ευθύνης όπως οι ΜΕΘ συχνά αναφέρουν την εμπλοκή τους σε τροχαία ατυχήματα, λόγω κυρίως της σωματικής κούρασης που αισθάνονται. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, αναφέρουν ότι, λόγω λανθασμένης αντιμετώπισης του εργασιακού στρες, οι νοσηλευτές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, που μπορεί να τους οδηγήσουν σε αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα αυτοκτονίας (Παπαγεωργίου και συν, 2007).

Στην περίπτωση που μεγάλος αριθμός ασθενών πρέπει να εξυπηρετηθεί από μικρό αριθμό νοσηλευτών σε εξαιρετικά μικρό χρονικό διάστημα, ασκείται αρνητική επίδραση στις κοινωνικές σχέσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους, μειώνοντας τις πιθανότητες συζήτησης για την επίλυση θεμάτων εργασίας, της θετικής ανατροφοδότησης και της συναδελφικής αλληλεγγύης (Αδαλή&Λεμονίδου, 2001).

Έρευνες σε νοσοκομεία της Ελλάδας έδειξαν πως όσο αυξάνονται οι απαιτήσεις της εργασίας, τόσο λιγότερος χρόνος και διάθεση απομένει να ασχοληθούν οι επαγγελματίες υγείας με τον εαυτό τους, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές και οι γιατροί να εμφανίζονται επιρρεπείς σε αγχώδεις διαταραχές (Μαρνέρας και συν, 2010). Ωστόσο, συχνά αυτό που επηρεάζει την ψυχική υγεία των γιατρών δεν είναι τόσο οι πολλές ώρες δουλειάς, όσο η ποιότητα της ξεκούρασης που καταφέρνουν να προσφέρουν στον εαυτό τους (π.χ. η ποιότητα του ύπνου τους), αλλά και η αλληλοεκτίμηση με τους συναδέλφους τους, καθώς και η συνοχή της ομάδας στην οποία εργάζονται. Ιδιαίτερα, οι νεώτεροι γιατροί είναι πιο επιρρεπείς στο στρες, όταν νιώθουν ότι η δουλειά τους δεν αναγνωρίζεται από τους ανωτέρους τους (Firth-Cozens&Moss, 1998).

Οι συνθήκες στις ΜΕΘ, οι οποίες είναι επιφορτισμένες με βεβαρυσμένο φόρτο εργασίας, απαιτούν γρήγορους ρυθμούς και λήψη ηθικών και νομικών αποφάσεων. Συχνά απαιτούνται, ταυτόχρονα, μη λεκτική επικοινωνία με τον ασθενή, φροντίδα περισσότερων πασχόντων από το επιτρεπτό όριο, γνώση χρήσης μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας και λοιπών δεξιοτήτων, όπως και επιβάρυνση του μυοσκελετικού συστήματος. Ο πυρετώδης βηματισμός, οι μικροί χώροι-περιοριστικοί στο να χωρέσουν τα πολύπλοκα μηχανήματα υποστήριξης της ζωής- και η συχνή μετακίνηση των ασθενών, δημιουργούν ένα κλίμα έντασης, που επιβαρύνει ψυχολογικά τους νοσηλευτές, επιδρώντας έτσι και στο έργο τους. Μάλιστα, διαπιστώθηκε, ότι η εργασιακή ένταση που επικρατεί στις ΜΕΘ ευθύνεται κύρια για την κακή ποιότητα ύπνου και ανάπαυσης, τα σημεία υπερέντασης και τις γνωστικές διαταραχές των νοσηλευτών. Το δύσκολο κυκλικό ωράριο εργασίας τους θεωρείται λιγότερο υπεύθυνο για τις παραπάνω επιβαρύνσεις στην ψυχική τους ισορροπία. Η περιορισμένη ανάπαυση οδηγεί συχνά σε ατυχήματα κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, όπως η λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων, ο λανθασμένος χειρισμός τεχνολογικού εξοπλισμού και οι τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα (Καρανικόλα και συν, 2009).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά ψυχιατρικών συμπτωμάτων καταγράφονται στους νοσηλευτές των ΜΕΘ, έναντι των εργαζομένων σε άλλα τμήματα των νοσοκομείων. Φαινόμενα όπως κατάθλιψη, αγχώδης διάθεση, φοβικά συμπτώματα, γαστρεντερικές διαταραχές και συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, επιφέρουν αρνητικές συνέπειες αφενός στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και αφετέρου στην προσωπική και κοινωνική ζωή των νοσηλευτών. Η συχνή έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες ζωής ασθενών, η τυχόν υπενθύμιση σκηνών βιωμάτων έντασης και η αδυναμία επεξεργασίας τους, απειλεί την ψυχοσωματική

υγεία τους και πιθανόν να οδηγήσει στη χρήση βενζοδιαζεπινών (Καρανικόλα και συν, 2009, Yang et al, 2002).

Η υποστήριξη και θεραπεία βαρέων πασχόντων ασθενών στις ΜΕΘ, με το μεγάλο φόρτο εργασίας, το άγχος, τις συναισθηματικές απαιτήσεις και την ευθύνη παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας στα πρότυπα ηθικής συμπεριφοράς, τις καθιστούν ως τα πιο λειτουργικά τμήματα των νοσοκομείων. Τα ηθικά προβλήματα μεταξύ νοσηλευτών, ιατρών και ασθενών σε όλες τις πιθανές εκδοχές σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ τους -ειδικά εάν διαρκώς εντείνονται- αυξάνουν συνέχεια το στρες που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στις ΜΕΘ. Συχνά η ψυχολογική ένταση με την οποία επιβαρύνεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να οδηγήσει στη λήψη λανθασμένων αποφάσεων για τη ζωή των νοσηλευομένων (Καρανικόλα και συν, 2009).

Η παροχή φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, που διατηρούνται στη ζωή αποκλειστικά με τεχνητά μέσα, χωρίς να αποφασιστεί η παύση της θεραπείας, καθιστούν δύσκολο το χειρισμό των συναισθημάτων. Οι αποφάσεις ιατρών για συνέχιση της θεραπείας σε ανίατες παθήσεις με εκπαιδευτικό σκοπό ή τη συνέχιση της θεραπείας για να ανακουφιστούν ψυχολογικά οι συγγενείς των ασθενών, η συζήτησή τους με την οικογένεια, όταν η κατάσταση του ασθενούς αρχίζει να επιδεινώνεται ή αφορά στη δωρεά οργάνων σε περίπτωση αναπόφευκτου θανάτου, οδήγησε στο συμπέρασμα σχετικών μελετών ότι οι ιατροί των ΜΕΘ αισθάνονται περισσότερο αγχωμένοι από τους νοσηλευτές (LeGal et al, 2011). Στη λήψη κρίσιμων αποφάσεων μερικώς συμμετέχουν όμως και οι νοσηλευτές, διαφωνώντας με τους ιατρούς σε θέματα μάταιης συνέχισης ή πρόωμης διακοπής της θεραπείας και στηρίζοντας ψυχολογικά τις οικογένειες των νοσηλευομένων. Κατά συνέπεια οι δυναμικές που αναπτύσσονται στις ΜΕΘ οδηγούν στην καταλυτική επιβεβλημένη ανάγκη της αμοιβαίας κατανόησης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, ώστε να περιοριστεί το άγχος που υφίστανται (Λεπίδου και συν, 2012).

Εξίσου συχνά αντιμέτωποι με τον πόνο και το θάνατο, μέσω της συνεχούς επικοινωνίας με ποικίλα άτομα πολυάριθμων ασθενών και συνοδών, έρχονται και οι νοσηλευτές των ΤΕΠ. Τμήμα που διαιρείται σε ιατρεία όλων των ειδικοτήτων, όπου γίνεται η πρώτη διαγνωστική εκτίμηση των ασθενών και αποφασίζεται η τυχόν εισαγωγή σε κλινική νοσηλεία. Ενώ άλλα τμήματα μπορούν να καλύψουν τη βάρδιά τους συχνά με έναν νοσηλευτή, στα ΤΕΠ, λόγω των ποικίλων ιατρείων και της προσέλευσης μεγάλου αριθμού ασθενών και συνοδών, απαιτούνται ανά εφημερία του νοσοκομείου να εργάζονται περισσότεροι νοσηλευτές. Ο

αναγκαστικά περιορισμένος, συνεχόμενα τεχνητά φωτισμένος και δύσκολα αεριζόμενος χώρος οδηγεί συχνά τους εργαζόμενους σε συμπτώματα κλειστοφοβίας και άγχους (LeGal et al, 2011).

Οι νοσηλευτές των ΤΕΠ, στην προσπάθειά τους να σώσουν τη ζωή ενός ατόμου, αισθάνονται πίεση που επηρεάζει την ψυχική και σωματική τους υγεία. Λόγω της βαρύτητας των περιστατικών και με βάση προσωπικές παραμέτρους, νιώθουν συχνά να μην μπορούν να ξεφύγουν από τις στρεσογόνες καταστάσεις που ξεπερνούν τις δυνατότητές τους, επιβαρύνοντας κατά συνέπεια και την εργασιακή τους απόδοση. Οι συχνές ακανόνιστες στιγμές έντασης και ο αναπόφευκτος πόνος που μπορεί να προκαλέσουν στους ασθενείς, προκειμένου να τους βοηθήσουν, ενώνει ή χωρίζει σε κοινά βιώματα τους νοσηλευτές, δημιουργώντας συγκρούσεις και επιτείνοντας το άγχος (Μιχαλοπούλου, 2003).

1.4.2. Νοσηλευτές ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτές, που εργάζονται σε μονάδες ψυχικής υγείας, υπόκεινται σε έντονα στρεσογόνες καταστάσεις, εξαιτίας του εργασιακού τους περιβάλλοντος, ανάλογες με αυτές που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο για τους νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων. Μία σειρά παραγόντων, όπως ο περιορισμένος αριθμός προσωπικού σε σχέση με τους ασθενείς, οι πολλές ώρες εργασίας και το κυκλικό ωράριο, ο χρόνος που αφιερώνεται σε διοικητικά καθήκοντα, ο φόρτος κατανομής εργασίας και η σύγκρουση ή η ασάφεια των ρόλων των εργαζομένων επιδρούν επιβαρυντικά στην ψυχική ισορροπία τους (Καπουτζής&Νικολαΐδου, 1995).

Σε αυτή την κατεύθυνση βοηθά η σωστή επιλογή επαγγέλματος. Για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας η επιλογή της ειδικότητάς τους επηρεάζεται σημαντικά από τη σωστή πληροφόρηση για τη φύση του επαγγέλματος. Η πρακτική άσκηση και σε προπτυχιακό επίπεδο σε μονάδες ψυχικής υγείας, το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό ψυχικών προβλημάτων, καθώς και η προσωπικότητα του νοσηλευτή παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή. Επειδή η νοσηλευτική ψυχικής υγείας παρουσιάζει περισσότερες προκλήσεις και εξαρτάται από τον ποιοτικό χρόνο του νοσηλευτή με τον ασθενή, παρουσιάζει μεγαλύτερες εναλλαγές και λιγότερη ρουτίνα από τη γενική νοσηλευτική. Για αυτό και η πρακτική άσκηση πριν την επιλογή ειδικότητας συμβάλλει στο να γνωρίζει ο νοσηλευτής την πραγματική φύση του επαγγέλματος σε πρακτικό και όχι μόνο σε θεωρητικό πλαίσιο. Η ειδικότητα αυτή επιλέγεται σε μεγαλύτερο βαθμό από άνδρες από ό,τι άλλες ειδικότητες

νοσηλευτικής (μαιευτική, παιδιατρική κ.ά.). Οι γυναίκες που επιλέγουν το επάγγελμα είναι συνήθως πιο δυναμικές και ασυμβίβαστες από αυτές άλλων ειδικοτήτων (Παναγιώτου, 2003).

Η αντοχή των νοσηλευτών υγείας και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας συγκεκριμένα απέναντι στις συνθήκες που τους προκαλούν στρες και ενδεχομένως κατάθλιψη είναι οι θετικές απολαβές του επαγγέλματός τους. Αυτές είναι η ικανοποίηση από την καλή διεκπεραίωση της δουλειάς τους, τα θετικά συναισθήματα για συναδέλφους, το αίσθημα κοινωνικής συνεισφοράς, η αποτελεσματικότητα της δουλειάς τους και η αίσθηση ότι μπορεί να βοηθήσουν τους άλλους. Σημαντικό είναι επίσης να αγαπούν τη δουλειά τους και να παίρνουν δύναμη, ασκώντας την, γεννώντας καλές σκέψεις (Μαγγούλια, 2011).

Λόγω της δυσκολίας των περιστατικών, της μακρόχρονης παραμονής των ασθενών, των συχνών υποτροπών, των επαναεισαγωγών, της καθοδικής πορείας, του «πένθους», που συνήθως μοιράζεται η οικογένεια του κάθε ασθενή με τους νοσηλευτές, μειώνονται οι αντοχές των τελευταίων. Η πολύωρη συνένευση των πασχόντων με τους νοσηλευτές, σε σημείο που συχνά διαρρηγνύονται τα θεραπευτικά όρια από την πλευρά των ασθενών και οι νοσηλευτές υιοθετούν ρόλους κηδεμόνων, καθιστά δύσκολη την τήρηση μιας ξεκάθαρης νοσηλευτικής ταυτότητας και αναπόφευκτη την επαγγελματική κόπωση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης σε πολλές περιπτώσεις (Μπερκ&Σταθαρού, 2003).

Στους στρεσογόνους παράγοντες συγκαταλέγεται η συνεργασία με εργαζομένους που εκφράζουν χαμηλό κίνητρο για εργασία, καθώς και με προσωπικό που αντιστέκεται στην όποια εισαγωγή καινοτομίας, το αίσθημα ότι δεν ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών και η ιδιαιτερότητα του ίδιου του περιβάλλοντος των ψυχιατρικών τμημάτων. Συχνά η σύγκρουση του νοσηλευτικού θεραπευτικού ρόλου με εκείνου της εφαρμοσμένης νοσηλευτικής, αποτελούν σημαντική πηγή άγχους. Ο ένας ρόλος προσανατολίζεται στην φροντίδα των ασθενών, ενώ ο άλλος κατευθύνεται στον καθορισμό των θεραπευτικών ορίων των ψυχικά πασχόντων. Για να αντιμετωπιστεί η σύγκρουση ρόλων, θα πρέπει οι νοσηλευτές να κατανοήσουν την ιδιαιτερότητα του θεραπευτικού ψυχιατρικού περιβάλλοντος και τους παράγοντες που το επηρεάζουν, ώστε να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς άμυνας (Kageyama&Mori, 1991).

Από την σκοπιά της συνεργασίας μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών, η περιορισμένη συχνά ενημέρωση αλλαγών της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών από τους γιατρούς και η δυσκολία να πειστεί ένας γιατρός να υπογράψει τη χορήγηση μεγαλύτερης δοσολογίας φαρμάκων σε ασθενή, δυναμιτίζει τις όποιες δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις των

επαγγελματιών υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων, λόγω κυρίως της αλληλοεπικάλυψης των ρόλων (Ουζούνη, 2004).

Η διαχρονική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε ψυχιατρικές μονάδες βραχείας νοσηλείας αδυνατεί να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες των ψυχιατρικών πασχόντων, που συχνά εκφράζονται με απρόβλεπτη συμπεριφορά, λόγω και της αναγκαστικής τους νοσηλείας (ακούσια νοσηλεία μέσω εισαγγελικής εντολής). Η ανεπαρκής στελέχωση σε προσωπικό, ειδικά ανδρών νοσηλευτών ή βοηθών, σε απαιτητικές συνθήκες εντατικής φροντίδας επιθετικών, σωματικά βίαιων ασθενών προς τον εαυτό τους και τους εργαζομένους της κλινικής ασκεί έντονη ψυχολογική φόρτιση στους νοσηλευτές, που αισθάνονται ανίσχυροι να προστατέψουν τον ίδιο τον απειλητικό ασθενή, τους υπόλοιπους ασθενείς, ακόμη και τον εαυτό τους από τον επιβλαβή πάσχοντα (Wu S. et al, 2007). Συνεχή επίβλεψη επίσης απαιτούν οι αυτοκαταστροφικοί και αυτοκτονικοί ασθενείς. Εάν προστεθεί στο υπάρχον αυτό σημαντικό δυσλειτουργικό πρόβλημα και η απουσία κλινικής εποπτείας από τον/την προϊστάμενο/η νοσηλευτή/τρια της κλινικής, ρόλου ζωτικής σημασίας στις διεπαγγελματικές σχέσεις της θεραπευτικής ομάδας και παρηγορητικής μετρίασης της ψυχολογικής έντασης των νοσηλευτών, τότε οδηγούμαστε στη βίωση υψηλής κλίμακας άγχους ανάμεσα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, όπως διαπιστώθηκε σε σχετική μελέτη (Chant S. et al, 2002, Ουζούνη, 2005).

Η απουσία χρόνου συζήτησης του/της προϊστάμενου/ης με τους υφισταμένους νοσηλευτές της κλινικής για τους αποτελεσματικούς τρόπους επίλυσης όλων των πιθανών προβλημάτων λειτουργικότητας, οδηγεί σε αισθήματα ματαίωσης και απόγνωσης της επαγγελματικής νοσηλευτικής ταυτότητας για παραπέρα εξέλιξη όλων των νοσηλευτικών βαθμίδων. Το πρόβλημα εντείνεται όταν η θέση προϊστάμενου/ης τμήματος δεν κατέχεται από κατάλληλα εκπαιδευόμενα άτομα, ικανά να αντιμετωπίζουν όλα τα δυνητικά προβλήματα του συγκεκριμένου ειδικού επαγγελματικού χώρου (Ito et al, 2001).

Οι νοσηλευτές, σε αντίθεση με τους συμβούλους, δεν έχουν έναν τακτικό επιβλέποντα, για να απευθυνθούν, όταν αντιμετωπίζουν περιπτώσεις που μπορεί να τους επηρεάσουν συναισθηματικά, ακόμη και όταν ο ρόλος τους είναι ταυτόσημος με εκείνον του συμβούλου. Η υποστήριξη που προσφέρεται σε νοσηλευτές στο νοσοκομείο τείνει να παρέχεται κατά τη διάρκεια της βάρδιάς τους και προστίθεται στο ήδη φορτωμένο πρόγραμμα των νοσηλευτών. Όταν πρέπει να αφήσουν το θάλαμο, για να δουν έναν επιβλέποντα ή έναν υπάλληλο επαγγελματικής υγείας, θα καθυστερήσουν το έργο τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Καρανικόλα & Κλεάνθους, η επαγγελματική αυτονομία και εξέλιξη, η συναδελφική αλληλεγγύη και ομαδικότητα, το επαρκές σύστημα κλινικής επίβλεψης για τους ασθενείς και την ομάδα υγείας, η διοικητική κυρίως υποστήριξη και καθοδήγηση, η ανταμοιβή μέσω της κοινωνικής αναγνώρισης και των οικονομικών απολαβών, η διαφοροποίηση καθηκόντων ανάλογα με την εκπαίδευση, αποτελούν τους σημαντικούς άξονες της επαγγελματικής ενδυνάμωσης (Καρανικόλα&Κλεάνθους, 2011).

Αποδείχτηκε ότι στις μονάδες βραχείας νοσηλείας το επίπεδο του στρες συγκριτικά μετριάζεται, λόγω του μικρού χρονικού διαστήματος νοσηλείας, άρα και εναλλαγής των πασχόντων και λόγω του μεγαλύτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος των περιστατικών για ψυχοθεραπεία. Παραμένει ως σημαντικός παράγοντας στρες το αγκάθι της έλλειψης οικονομικών πόρων για τη συνεχιζόμενη δια βίου επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού, με τη δικαιολογία της ανώτερης διοίκησης στην απόδοση της έλλειψης προσωπικού. Ειδικά όταν καλούνται οι εργαζόμενοι -κυρίως οι βοηθοί νοσηλευτές που δεν παρακολουθούν προγράμματα συνεχόμενης εκπαίδευσης- να εκπληρώσουν ολοένα περισσότερες απαιτητικές υπηρεσίες φροντίδας για τις οποίες ποτέ δεν εκπαιδεύτηκαν, αισθάνονται υψηλά επίπεδα άγχους (Ουζούνη, 2005).

Εξαιτίας της δυσμενούς συνέπειας που έχει η συνεχής και συχνή επαφή των επαγγελματιών υγείας με τους ψυχιατρικούς ασθενείς και τις οικογένειές τους, προκαλείται συχνά συναισθηματική και γνωστική κόπωση και σταδιακά απομάκρυνση από τον συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο. Οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας Μπερκ & Σταθάρου περιέγραψαν σε σχετική τους μελέτη τη μέθοδο Balint, που θα περιγραφεί περεταίρω στο τελευταίο κεφάλαιο (Μπερκ&Σταθαρού, 2003).

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Ταϊwan, σε νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας, εξετάστηκε το ενδεχόμενο σύνδεσης του εργασιακού άγχους με την εκδήλωση κατάθλιψης, καθώς και το αν η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στη μείωσή τους. Το δείγμα που εξετάστηκε ήταν αποκλειστικά γυναίκες, που εργάζονταν ως νοσηλεύτριες ψυχιατρείων στη νότια Taiwan. Το στρες σχετίζεται και με τον τρόπο που το κάθε άτομο αντιδρά στις εξωτερικές πιέσεις. Το άγχος είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες και μπορεί να βοηθήσει το άτομο ν' αντιδράσει και θετικά, όταν καλείται να υπερβεί τον εαυτό του σε μια κατάσταση. Όταν όμως το άγχος είναι σταθερό ή συντριπτικό, τότε μπορεί να καταταχθεί σε αγχώδη διαταραχή, με αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξει το άτομο μείζονα κατάθλιψη. Έρευνες έδειξαν μια σαφή διαβάθμιση του εργασιακού στρες σε πέντε δείκτες ψυχικής υγείας (την κατάθλιψη, το άγχος,

της σωματοποίηση, τη χρόνια κόπωση και την χρόνια κατανάλωση ψυχοτρόπων ουσιών), που παρατηρήθηκαν τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες. Στο επάγγελμα των νοσηλευτών το στρες θεωρείται δεδομένο και έχει αποδειχτεί η σχέση του με την κατάθλιψη (Lin et al, 2010).

Οι εργασιακές συνθήκες των νοσηλευτριών της προαναφερθείσας έρευνας (Lin et al, 2010), όπως η χρόνια νοσηλευτική εμπειρία και η χαμηλή ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών, μπορούν να αυξήσουν το στρες και να μειώσουν την αυτοαντίληψη στην ανάληψη των καθηκόντων φροντίδας των ασθενών και τη διαχείριση των διαδικασιών. Επίσης, ο τύπος της απασχόλησης (με σύμβαση έναντι της μόνιμης) και οι εναλλασσόμενες βάρδιες επηρεάζουν σημαντικά. Πολλά προσωπικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, όπως η ηλικία, ο αριθμός των παιδιών, η οικογενειακή κατάσταση, η επιδίωξη ακαδημαϊκών τίτλων σπουδών, η θρησκεία, το μορφωτικό επίπεδο, το προσωπικό εισόδημα, η αυτο-αναφερόμενη υγεία και συχνότητα της σωματικής άσκησης, επιδρούν πιθανόν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Σύμφωνα με την έρευνα (Lin et al, 2010), τα πέντε πιο συχνά είδη εργασιακού άγχους που βιώνουν οι νοσηλεύτριες στις μονάδες ψυχικής υγείας εκδηλώνονται με αίσθημα κόπωσης, αδιαθεσίας (το να μη νιώθουν καλά στην υγεία τους), έλλειψης εξαιρετικής αυτοπεποίθησης, έντασης και ανάγκης εντατικού καθαρισμού του σπιτιού. Οι πέντε πιο συνήθεις συμπεριφορές αντιμετώπισης εκ μέρους των νοσηλευτριών ψυχικής υγείας είναι η αισιοδοξία, η επιδίωξη ενός σκοπού/ενός νοήματος, η αντικειμενική αντιμετώπιση των ζητημάτων, η αποδοχή και η λήψη βοήθειας/ασφάλειας από άλλους. Στην έρευνα τα προσωπικά χαρακτηριστικά δεν έπαιξαν καθοριστική σημασία στο τελικό αποτέλεσμα. Εξαίρεση αποτέλεσαν οι νοσηλεύτριες με παιδιά και όσες παρουσίασαν άσχημη υγεία, οι οποίες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές υιοθέτησαν συμπεριφορές πιο προσανατολισμένες απέναντι στο πρόβλημα και έδειξαν ιδιαίτερα συναισθηματικά προσανατολισμένη αντιμετώπιση. Με άλλα λόγια επικεντρώνονται στο πρόβλημα και όχι τόσο στο συναίσθημα που προκαλεί, αν και παρουσιάστηκαν διακυμάνσεις. Ωστόσο, η συναισθηματικά προσανατολισμένη αντιμετώπιση συσχετίστηκε θετικά με το επίπεδο κατάθλιψης στους ψυχιατρικούς νοσηλευτές, ενώ οι προσανατολισμένες στο πρόβλημα δεν συσχετίστηκαν. Η κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να μειώσει την επίδραση του στρες στην εμφάνιση κατάθλιψης και μάλιστα αυξάνεται ο εξισορροπητικός της ρόλος, όσο υψηλότερη γίνεται η πίεση εργασίας.

Σε ενδιαφέροντα αποτελέσματα οδηγήθηκε και η έρευνα της Παπαθανασίου (2012), η οποία, παρόλο που επικεντρώνεται στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών υγείας και των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, διεξάγει συμπληρωματική έρευνα για την κατάθλιψη σε σχέση με την επίδραση τριών διαστάσεων για την εκδήλωσή της. Οι διαστάσεις που επηρεάζουν την εκδήλωση κατάθλιψης είναι κυρίως η συναισθηματική εξάντληση και δευτερευόντως τα προσωπικά επιτεύγματα και η απροσωποποίηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρουσίασαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης από ότι οι νοσηλευτές υγείας γενικά.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας υπόκεινται συχνά σε στρεσογόνες καταστάσεις και εξαιτίας της στενής σχέσης που αναπτύσσουν με τους ασθενείς τους. Μετατρέπουν πολλές φορές τον εαυτό τους σε θεραπευτικό εργαλείο, εκθέτοντάς τον και καθιστώντας τον ευάλωτο στην χρόνια έκθεση απέναντι στις τραυματικές ιστορίες των ασθενών τους. Ένας άλλος κίνδυνος στον οποίο εκτίθενται είναι η εξαιρετικά βίαιη συμπεριφορά κάποιων ασθενών, νιώθοντας συχνά φόβο και ανησυχία. Από την άλλη, επειδή τις περισσότερες φορές τα ψυχιατρικά προβλήματα είναι χρόνια και οι ασθενείς εμφανίζουν υφέσεις και εξάρσεις, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας νιώθουν έντονο αίσθημα ματαιότητας και έλλειψης ικανοποίησης, μη βλέποντας τους ασθενείς τους να θεραπεύονται (Μαγγούλια, 2011).

Επιπρόσθετοι παράγοντες που προκαλούν στρες είναι οι ουτοπικές πεποιθήσεις πολλών νοσηλευτών ότι οι ασθενείς τους θα θεραπευτούν, κάτι που συχνά είναι αδύνατον, όπως επίσης και η υπερβολική αφοσίωση στη δουλειά, ο αβέβαιος και ασαφής προσδιορισμός του ρόλου τους, η ταύτιση (ενσυναίσθηση) σε μια κατάσταση αμοιβαίας ανταλλαγής με τον ασθενή, το ότι συχνά η θεραπευτική επιτυχία δεν είναι μετρήσιμη, η δυσκολία να ξεπεράσει κανείς μία αποτυχία, αλλά και οι μεγάλες προσδοκίες που τρέφουν οι άλλοι για αυτούς. Όσο πιο ευσυνείδητοι, φιλότιμοι και ευαίσθητοι είναι οι νοσηλευτές, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχουν να παρουσιάσουν στρες και δευτερογενές τραυματικό στρες. Επειδή είναι συνεχώς εκτεθειμένοι σε καταστάσεις απώλειας, συνειδητοποιούν συχνά και τη δική τους θνητότητα. Το υπόλοιπο προσωπικό και η οικογένεια των ασθενών ενδέχεται να τους ασκούν σημαντικές πιέσεις, καθώς τους συνοδεύουν και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον εκτός νοσοκομείου. Με άλλα λόγια, σχετίζεται με την εικόνα που έχει η κοινωνία από αυτούς (Μαγγούλια, 2011, Sherman, 2004).

Έτσι, ενώ οι επαγγελματίες υγείας συνήθως έχουν στην αρχή συναισθήματα ενθουσιασμού και ζωντανίας, σταδιακά αυτά αντικαθίστανται από την κατάθλιψη, τον κυνισμό και το θυμό

προς τους ασθενείς, αλλά και στις ενοχές και στο συναίσθημα ανεπάρκειας, προκαλώντας σωματική και ψυχική ανικανότητα. Σε συνδυασμό με το στρες της καθημερινής πρακτικής και άλλες δυσκολίες του επαγγέλματος (όπως, για παράδειγμα, οι πολυάριθμοι κανόνες και η ανάληψη ρίσκων και πρωτοβουλιών), τους οδηγεί σε διατάραξη της ψυχικής τους υγείας. Πολλοί αργούν να παραδεχτούν το πρόβλημά τους και να ζητήσουν βοήθεια (Μαγγούλια, 2011).

Κεφάλαιο Δεύτερο

2. Μεθοδολογία

Στα πλαίσια της συνεχούς σχέσης αλληλεπίδρασης ανθρώπου και περιβάλλοντος, ο χώρος της εργασίας ασκεί καταλυτική επίδραση στην ψυχική υγεία των ανθρώπων και στη συνολική ποιότητα της προσωπικής τους ζωής, ειδικότερα όταν οι όποιες προηγηθείσες σχέσεις ισορροπίας διαταράσσονται. Οι έντονες πιεστικές στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες, είναι ικανές να οδηγήσουν σταδιακά στην απώλεια του νεανικού ιδεαλισμού και του πάθους του ενθουσιασμού, που μπορεί να είχε ένα άτομο για τον επαγγελματικό του προσανατολισμό στην εκκίνηση της άσκησης του. Ο οργανισμός υγείας στη σύγχρονη μορφή του νοσοκομείου, λόγω της πολυμορφικής του ιδιαιτερότητας στη σύνθεση προσωπικού διαφορετικών εκπαιδευτικών, κοινωνικών, ηθικών διαβαθμίσεων και προθέσεων, που συμβάλλουν στην παροχή του ξεχωριστού αγαθού της υγείας, οδηγείται συχνά με την οργανωτική και διοικητική του κατεύθυνση στην ανάπτυξη ενός χώρου εργασίας υψηλής έντασης στρες. Σε βάθος χρόνου, κάτι τέτοιο μεταφράζεται στην διατάραξη της ισορροπίας ατόμου και επαγγελματικής ταυτότητας, οδηγώντας στην ψυχική κόπωση και την εργασιακή αδράνεια. Σε επαγγέλματα λειτουργών υγείας, που σχετίζονται με τη συνεχή έκθεση στον ανθρώπινο πόνο και την πιθανότητα θανάτου, η δυνητικά σταδιακή έλευση του άγχους και της κατάθλιψης αποτελεί πλέον μια προβλεπόμενη δρομολόγηση (Καρανιάδου και συν, 2006).

Στο πλαίσιο αυτό αποσκοπεί να κινηθεί και η παρακάτω μελέτη, φωτίζοντας το ενδιαφέρον θέμα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και στρεσογόνων παραγόντων, με το ειδικό μέρος της έρευνας που ακολουθεί.

2.1. Σκοπός

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε, για να μελετηθούν στοιχεία και χαρακτηριστικά του άγχους και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ψυχιατρικούς ασθενείς. Οι ειδικότεροι στόχοι της μελέτης αυτής ήταν να καταγραφούν το άγχος και η κατάθλιψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό σχετίζονται με παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης και οι καπνιστικές συνήθειες.

2.2. Υλικό – Μέθοδος – Στατιστική ανάλυση

2.2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός μελέτης

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη, καθώς είναι κατάλληλη για την περιγραφή ψυχολογικών φαινομένων. Με μέθοδο δηλαδή με τη χρήση ερωτηματολογίου, καταγράφονται οι σκέψεις, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Στόχος είναι η συλλογή στοιχείων για την εκδήλωση στρες και κατάθλιψης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το δείγμα αφορούσε σε άντρες και γυναίκες εργαζόμενους/-ες σε ψυχιατρικές μονάδες, με τον αριθμό των γυναικών να υπερβαίνει κάπως αυτόν των ανδρών. Τέλος, γίνεται μία προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου με την συμβολή της διαθέσιμης βιβλιογραφίας και η σύγκριση με προηγούμενες έρευνες παρόμοιου ή ίδιου περιεχομένου, προκειμένου να διατυπωθούν οι βασικές συνιστώσες του προβλήματος. Λαμβάνοντας υπόψη τις προηγούμενες έρευνες, το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση αναμένεται να παίξουν σημαντικότερο ρόλο στην εκδήλωση στρες.

2.2.2. Η μελέτη – πιλότος

Πριν από την κύρια έρευνα, έγινε προκαταρκτική μελέτη (pilot study) σε 10 νοσηλευτές του κλινικού τομέα, σε επαγγελματικό χώρο τμημάτων, που δεν συμπεριλήφθηκε στην κυρίως μελέτη, με στόχο να εκτιμηθεί η καταλληλότητα των εργαλείων ως προς τη χρήση και την κατανόησή τους. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης οδήγησαν σε ελάχιστες διαφοροποιήσεις και απέδειξαν την καταλληλότητα των εργαλείων.

2.2.3. Πληθυσμός – Δείγμα

Το δείγμα μας, ήταν ευκολίας και αποτελείτο από 317 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συγκεκριμένα από 144 άντρες και 173 γυναίκες όλων των ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως φαίνονται στους Πίνακες 1, 2.

Συνολικά μοιράστηκαν 330 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν σωστά συμπληρωμένα 317 ως εξής: Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων «Γ.Παπανικολάου» δόθηκαν 24 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν όλα συμπληρωμένα, Ψυχιατρική Κλινική Παιδών-Εφήβων «Γ.Παπανικολάου» χορηγήθηκαν 14 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν όλα συμπληρωμένα, Ιατροπαιδαγωγικό χορηγήθηκαν 12 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 11 συμπληρωμένα, Ψυχιατρική Κλινική «Γ.Παπαγεωργίου» χορηγήθηκαν 25 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 24 συμπληρωμένα, Ψυχιατρική Κλινική «ΑΧΕΠΑ» χορηγήθηκαν 35 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 29 συμπληρωμένα και τέλος στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης χορηγήθηκαν 220 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 215 συμπληρωμένα.

Πίνακας 1

Ψυχιατρικές δομές που χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια

Ψυχιατρικές Δομές «Γ.Παπανικολάου»	Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων «Γ.Παπανικολάου» +Νοσοκομείο Ημέρας (Δύναμη κλινών:16)	Ψυχιατρική Κλινική Παιδών-Εφήβων «Γ.Παπανικολάου» (Δύναμη κλινών:10)	Ιατροπαιδαγωγικό (λειτουργεί ως μονάδα Ε.Ι. της Ψυχιατρικής Κλινικής Παιδών-Εφήβων)
Νοσηλεύτες	12	7	1
Ιατροί (ειδικοί)	3	3	2
Ιατροί (ειδικευόμενοι)	4	2	4
Ψυχολόγοι	3	2	2
Εργοθεραπευτές	1	-	1
Κοινωνικοί Λειτουργοί	1	-	-

Υπόλοιπες Ψυχιατρικές Δομές Θεσσαλονίκης	Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Δύναμη κλινών:610)	Ψυχιατρική Κλινική «Γ.Παπαγεωργίου» (Δύναμη κλινών:22)	Ψυχιατρική Κλινική «ΑΧΕΠΑ» (Δύναμη κλινών:22+ράτζα=max 26)
Νοσηλεύτες	(187 Τ.Ε.+132 Δ.Ε.)=319	10	10

Ιατροί (ειδικοί)	59 (+2 πανεπιστημιακοί)	6	10
Ιατροί (ειδικευόμενοι)	75	8	8
Ψυχολόγοι	53	3	3
Εργοθεραπευτές	20	-	2
Κοινωνικοί Λειτουργοί	27	-	-
Λογοθεραπευτές	4	2	-

Πίνακας 2

Ψυχιατρικές δομές που χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια (συν.)

2.2.4. Ηθικά θέματα

Για τη διεξαγωγή της μελέτης εξασφαλίστηκε έγκριση από το Διοικητικό Συμβούλιο, την Επιστημονική Επιτροπή και τη Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ανάλογα με τον εσωτερικό κανονισμό του οικείου νοσοκομείου και τηρήθηκαν όλες οι αρχές δεοντολογίας (επισυνάπτονται στο τέλος). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε με βάση τις αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Πιθανοί κίνδυνοι από τη συμμετοχή των ατόμων του δείγματος στη μελέτη δεν υπάρχουν.

2.2.5. Εργαλείο μέτρησης

Στην παρούσα μελέτη σαν εργαλείο της χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford&Foulds που καταγράφει το άγχος και την κατάθλιψη (Bedford et al, 1976). Χρησιμοποιήθηκε, κατόπιν σχετικής άδειας, η οποία και παρατίθεται στο παράρτημα, η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου στη μορφή που χρησιμοποιήθηκε και από τους Ρούπα, Τάτσιου και συν (Ρούπα και συν, 2009).

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 14 ερωτήσεις, από τις οποίες 7 αξιολογούν το άγχος και 7 την κατάθλιψη. Χρησιμοποιείται είτε σαν δοκιμασία ελέγχου, για τον εντοπισμό ψυχιατρικών συμπτωμάτων είτε σαν δείκτης αξιολόγησης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. Είναι εύκολο στη συμπλήρωση και επιτρέπει μια απλή και γρήγορη εκτίμηση του επιπέδου του άγχους και της κατάθλιψης, στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι χρήσιμο, αφού συναξιολογεί τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη, που είναι νοσολογικές οντότητες που αλληλεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται.

Κάθε ερώτηση αποτελείται από δύο σκέλη:

1. Το πρώτο σκέλος, που αξιολογεί την ύπαρξη ή όχι ενός συμπτώματος και

2. το δεύτερο σκέλος, που αξιολογεί την ένταση της ενόχλησης από αυτό το σύμπτωμα, εφόσον υπάρχει.

Ο συνδυασμός των δύο αυτών σκελών παρέχει μια συνδυασμένη βαθμολόγηση, όπου 0 = απουσία συμπτώματος, 1 = παρουσία συμπτώματος, μικρή ενόχληση, 2 = παρουσία συμπτώματος, μεγάλη ενόχληση, 3 = παρουσία συμπτώματος, πολύ μεγάλη ενόχληση.

Από την άθροιση των βαθμολογιών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις της κάθε ερώτησης, σε κάθε μια από τις δυο υποκλίμακες (άγχος, κατάθλιψη) προκύπτει η συνολική βαθμολογία της. Για να πούμε πως κάποιος είναι ελεύθερος οποιουδήποτε συμπτώματος πρέπει να έχει τιμές και στις δύο υποκλίμακες μικρότερη του 3, για οριακή συμπτωματολογία τιμές μεταξύ 3 και 6, ενώ για σοβαρή συμπτωματολογία να έχει τιμή σε κάποια κλίμακα μεγαλύτερη του 6.

Πέρα από το ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford&Foulds καταγράφηκαν επίσης τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, η εθνικότητα και οι γραμματικές γνώσεις.

Επίσης, καταγράφηκαν οι καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων, εάν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό ιατρό για τα (πιθανά) συμπτώματά τους και εάν λαμβάνουν σχετική φαρμακευτική αγωγή.

2.2.6. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Νοέμβριο 2012 μέχρι και τον Ιανουάριο 2013. Κάθε ερωτηματολόγιο βρισκόταν σε αδιαφανή φάκελο, χωρίς διακριτικά στοιχεία και συνοδευόταν από έντυπο ενημέρωσης, στο οποίο περιγραφόταν ο σκοπός μελέτης, διαβεβαιωνόταν η ασφάλεια ανωνυμίας συμμετοχής, η εμπιστευτικότητα των δεδομένων, η εθελοντική φύση συμμετοχής, με σκοπό να εξασφαλιστεί η συγκατάθεση συμμετοχής των ατόμων του δείγματος μελέτης. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τη συγγραφέα της μελέτης, με την εθελοντική συνδρομή των επαγγελματιών υγείας του κάθε νοσοκομείου στους υπόλοιπους συναδέλφους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε, στις περισσότερες περιπτώσεις, στο χώρο του νοσοκομείου και στον προσωπικό χρόνο-διάλειμμα του προσωπικού. Προσδιορίστηκε ο απαιτούμενος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στα 5 λεπτά της ώρας.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (νοσηλευτές, ιατροί, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, λογοθεραπευτές) των ψυχιατρικών δομών της Θεσσαλονίκης.

Οι ψυχιατρικές δομές της Θεσσαλονίκης ήταν αναλυτικά:

A) Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», κατανομή συμμετεχόντων ανά δομή:

- i. Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων,
- ii. Ψυχιατρική Κλινική Παίδων και Εφήβων,
- iii. Νοσοκομείο Ημέρας και
- iv. Ιατροπαιδαγωγικό, που αποτελεί αποκεντρωμένη Μονάδα Εξωτερικών Ιατρείων της Ψυχιατρικής Κλινικής Παίδων-Εφήβων του «Γ. Παπανικολάου».

B) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Γ) Ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ» και

Δ) Ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου «Γ. Παπαγεωργίου» (Πίνακες 1,2).

Η επιλογή του δείγματος έγινε με βάση την άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας.

2.2.7. Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16.0. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ο στατιστικός δείκτης Cronbach alpha για τη μέτρηση της εσωτερικής εγκυρότητας, ενώ υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ως μέτρα αξιοπιστίας.

Για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία χ^2 του Pearson, όταν οι μεταβλητές ήταν τακτικές χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *rho* του Spearman, ενώ όταν οι μεταβλητές ήταν ποσοτικές και ομαλά κατανομημένες ο συντελεστής συσχέτισης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το *r* του Pearson. Για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ομάδων εφαρμόστηκε η δοκιμασία *t*-test του Student για ανεξάρτητες ομάδες, ενώ όταν οι ομάδες ήταν περισσότερες από τρεις, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Εάν η μεταβλητή ήταν τακτική, για τη

σύγκριση δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon signed-rank test που οδηγεί στον υπολογισμό του στατιστικού Z.

Τέλος, για την αξιολόγηση της ταυτόχρονης επίδρασης των διαφόρων δημογραφικών μεταβλητών στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου, κατασκευάστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της διαδοχικής προθήκης των μεταβλητών από τη σημαντικότερη μέχρι τη λιγότερο σημαντική (μέθοδος Stepwise). Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

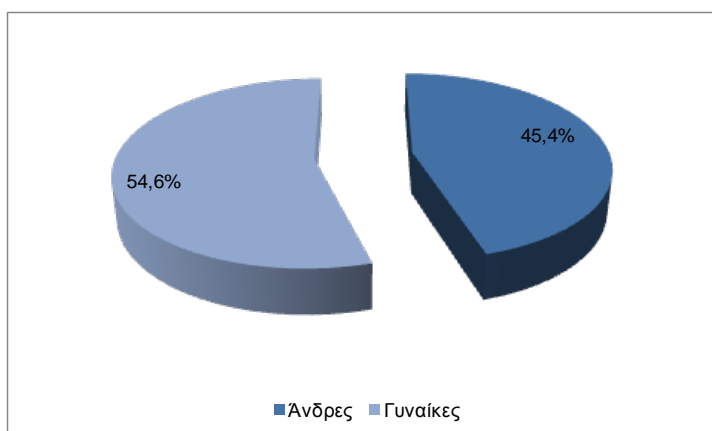
Κεφάλαιο τρίτο

3. Αποτελέσματα

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψαν αναλυτικά τα ακόλουθα:

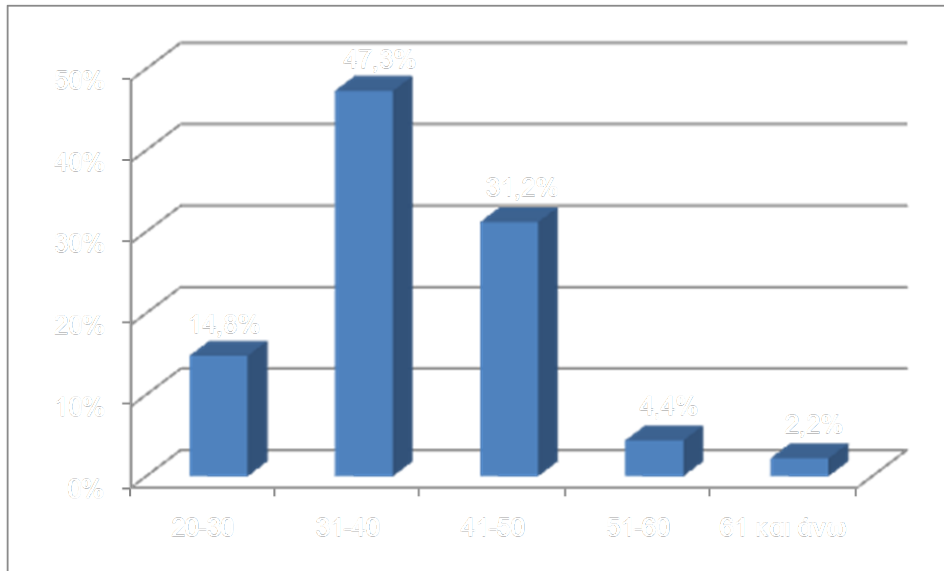
3.1 Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Το δείγμα αποτελείται από γυναίκες σε ποσοστό 54,6% και άντρες σε ποσοστό 45,4% (Διάγραμμα 1). Η ηλικία του δείγματος είχε εύρος από 23 έως και 66 έτη με μέσο όρο τα $38,64 \pm 7,945$ έτη. Τα δύο φύλα δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία τους ($t(315)=-0,123, p=0,902$).



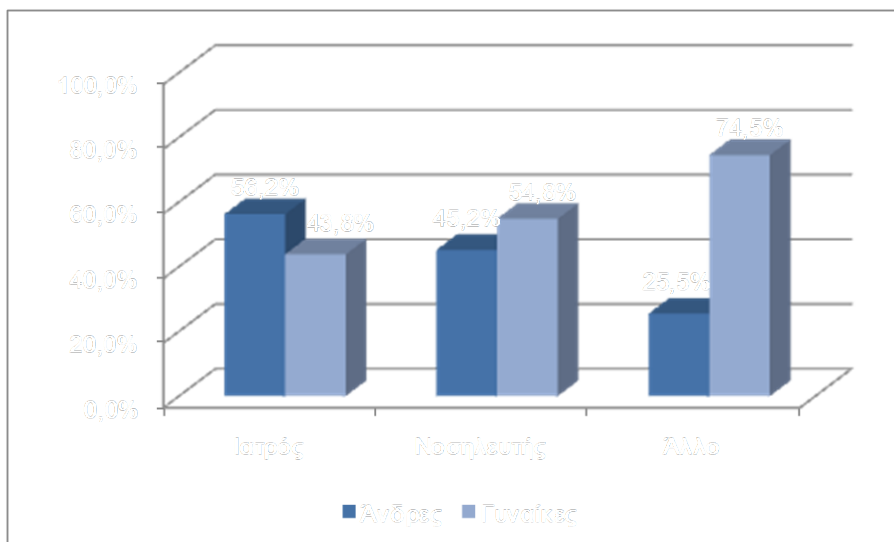
Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 ετών ($\chi^2(4)=231,186, p=0,001$) και η αμέσως πιο συχνή ηλικιακή κατηγορία ήταν αυτή των 41-50 ετών (Διάγραμμα 2). Την πιο μικρή εκπροσώπηση στο δείγμα είχαν οι συμμετέχοντες με ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχε ικανοποιητική εκπροσώπηση όλων των ηλικιών στο δείγμα της παρούσας έρευνας.



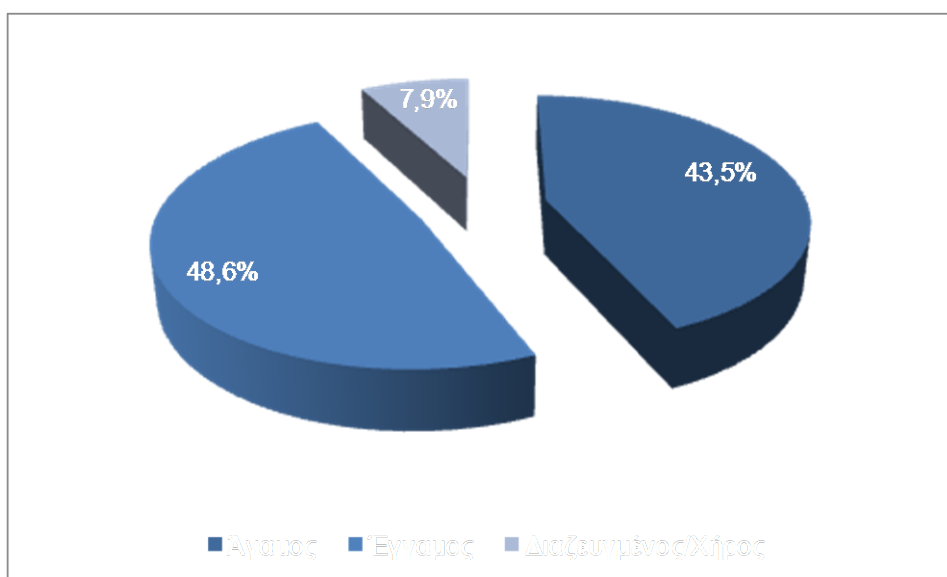
Διάγραμμα 2. Κατανομή συμμετεχόντων κατά ηλικιακή ομάδα

Οι εργαζόμενοι, στους οποίους χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο, ανήκαν σε τρεις επαγγελματικές ομάδες: νοσηλευτές (157 άτομα), ιατροί (105 άτομα) και λοιποί επαγγελματίες υγείας (55 άτομα), οι οποίοι αποτελούνταν κυρίως από εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Οι επαγγελματικές κατηγορίες διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς το φύλο ($\chi^2(2)=13,759, p=0,001$), με τους ιατρούς να είναι πιο συχνά άντρες και τους άλλους επαγγελματίες να είναι πιο συχνά γυναίκες (Διάγραμμα 3), αλλά και ως προς την ηλικία ($F(2,314)=11,015, p=0,001$) με τους νοσηλευτές να είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτεροι σε ηλικία ($40,68\pm 7,218$ έτη) τόσο από τους ιατρούς ($36,37\pm 7,723$ έτη) όσο και από τους λοιπούς επαγγελματίες ($37,18\pm 8,930$ έτη).



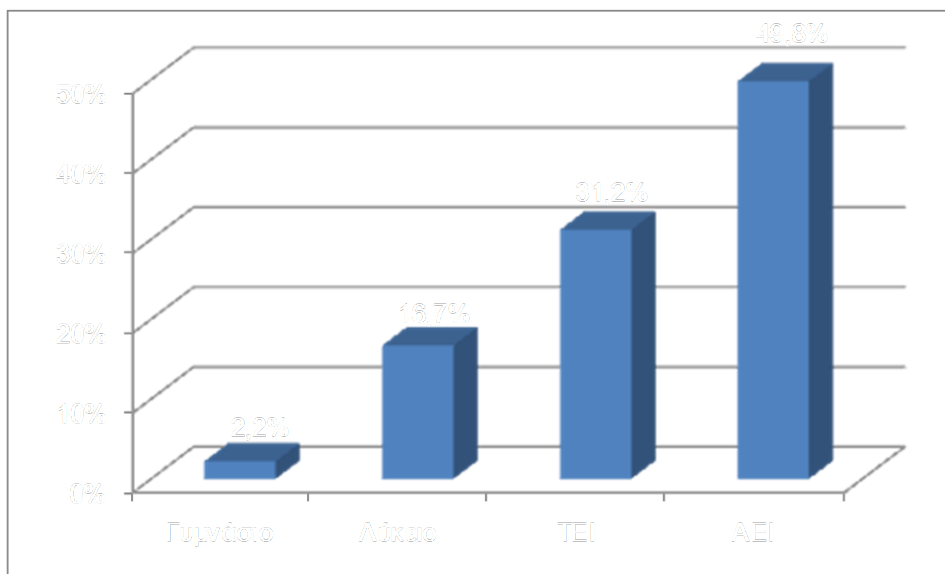
Διάγραμμα 3. Επαγγελματική ιδιότητα συμμετεχόντων με βάση το φύλο

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν έλληνες, πλην ενός που είχε την Αιγυπτιακή υπηκοότητα. Οι μισοί σχεδόν συμμετέχοντες (154) ήταν έγγαμοι και σχεδόν όλοι οι υπόλοιποι (138) ήταν άγαμοι (διάγραμμα 4). Διαζευγμένοι ήταν 23 και χήροι 2 επαγγελματίες, που στη συνέχεια για λόγους ευχέρειας της στατιστικής ανάλυσης θα ταξινομούνται στην ίδια κατηγορία.



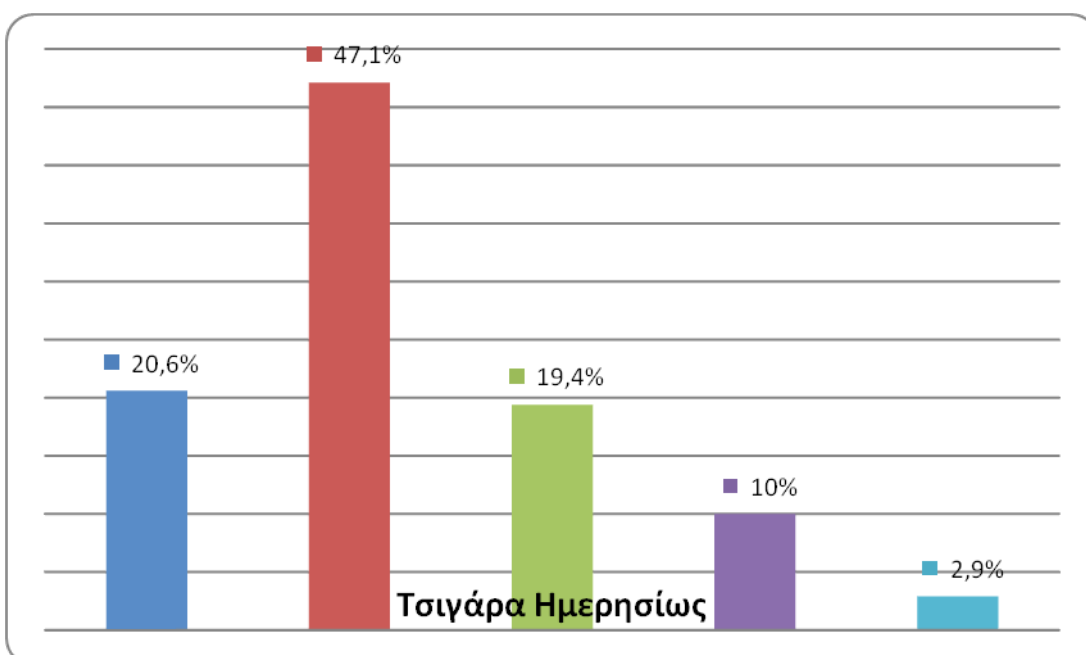
Διάγραμμα 4. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι μισοί συμμετέχοντες είχαν εκπαίδευση ΑΕΙ, το ένα τρίτο ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, ενώ οι υπόλοιποι ήταν απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου (Διάγραμμα 5). Οι απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου ενοποιήθηκαν για λόγους πιο αξιόπιστης στατιστικής ανάλυσης.



Διάγραμμα 5. Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Είναι αξιοσημείωτο ότι 170 συμμετέχοντες, δηλαδή περισσότεροι από τους μισούς, ήταν καπνιστές και κάπνιζαν από 5 έως 50 τσιγάρα ημερησίως (μέσος όρος $21,14 \pm 9,960$) (Διάγραμμα 6). Το ένα δέκατο του δείγματος (32 άτομα) είχαν καταφύγει τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ιατρό, για προβλήματα σχετικά με το άγχος τους, και οι 7 από αυτούς λάμβαναν κάποια σχετική φαρμακευτική αγωγή.



Διάγραμμα 6. Τα ποσοστά καπνίσματος ημερησίως

3.2 Ψυχομετρικά στοιχεία του ερωτηματολογίου

Το συνολικό ερωτηματολόγιο (14 θέματα) είχε υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha=0,832$). Η υποκλίμακα του άγχους είχε υψηλότερη αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha=0,778$) από την υποκλίμακα της κατάθλιψης (Cronbach's $\alpha=0,660$) αλλά και οι δύο ήταν αρκετά υψηλές. Οι δύο υποκλίμακες είχαν μεταξύ τους μέτρια έως υψηλή συσχέτιση (Pearson's $r=0,652$, $p=0,001$).

Στους πίνακες που ακολουθούν, καταγράφεται ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson των ερωτήσεων που αξιολογούν το άγχος μεταξύ τους, καθώς και των ερωτήσεων που αξιολογούν την κατάθλιψη μεταξύ τους (Πίνακες 3,4). Οι ερωτήσεις που συναποτελούσαν την υποκλίμακα του άγχους συσχετίστηκαν αρκετά ψηλά μεταξύ τους (r από 0,512 έως 0,188, με $p<0,001$ για όλους), μια ακόμα ένδειξη της εσωτερικής αξιοπιστίας της υποκλίμακας. Οι ερωτήσεις που συναποτελούσαν την υποκλίμακα της κατάθλιψης είχαν λιγότερα ψηλές συσχετίσεις (r από 0,461 έως και αρνητικά). Ιδιαίτερα η τελευταία ερώτηση, που αξιολογεί την αυτοκτονικότητα, είχε χαμηλές συσχετίσεις με αρκετές από τις υπόλοιπες ερωτήσεις της υποκλίμακας.

Πίνακας 3

Συντελεστής συσχέτισης r του Pearson των ερωτήσεων αξιολόγησης του άγχους μεταξύ τους

	α1: Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγ ματα	α2: Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμ ένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο μου.	α3: Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου	α4: Τώρα τελευταία ταλαιπωρή θηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω	α5: Τώρα τελευταία ήμουν θλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί	α6: Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιιάζει αν θα ξαναξυπνήσ ω	α7: Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο, είχα αισθήματα πανικού
α1: Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα	1,000						
α2: Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με	0,512	1,000					

τον ύπνο μου.							
α3: Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου	0,437	0,414	1,000				
α4: Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω	0,259	0,406	0,281	1,000			
α5: Τώρα τελευταία ήμουν αθλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί	0,302	0,434	0,412	0,188	1,000		
α6: Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξαναζυπνήσω	0,232	0,415	0,284	0,301	0,276	1,000	
α7: Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο, είχα αισθήματα πανικού	0,392	0,450	0,356	0,269	0,331	0,261	1,000

Πίνακας 4

Συντελεστής συσχέτισης r του Pearson των ερωτήσεων αξιολόγησης της κατάθλιψης μεταξύ τους

	κ1: Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουν για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε	κ2: Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου	κ3: Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό	κ4: Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα	κ5: Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για καθετί	κ6: Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση για το πιο απλό πράγμα	κ7: Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώσω τη ζωή μου
κ1: Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουν για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω	1,000						

απολύτως τίποτε							
κ2: Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου	0,258	1,000					
κ3: Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό	0,130	0,054	1,000				
κ4: Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα	0,283	0,138	0,384	1,000			
κ5: Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για καθετί	0,366	0,336	0,193	0,461	1,000		
κ6: Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση για το πιο απλό πράγμα	0,273	0,171	0,279	0,306	0,434	1,000	
κ7: Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώσω τη ζωή μου	0,055	-0,041	0,400	0,207	0,074	0,280	1,000

Στους πίνακες που ακολουθούν καταγράφονται οι συχνότητες των απαντήσεων του συνόλου των εργαζομένων στις ερωτήσεις της κλίμακας των Bedford&Foulds. Η ερώτηση με τις περισσότερες θετικές απαντήσεις ήταν αυτή που αφορούσε στην παρουσία πόνου ή αισθήματος έντασης στον αυχένα ή στο κεφάλι, δηλαδή η ερώτηση σωματοποίησης των συμπτωμάτων, ενώ η ερώτηση με τη μικρότερη συχνότητα ήταν αυτή που αφορούσε στη διερεύνηση αυτοκτονικού ιδεασμού (Πίνακας 5,6).

Πίνακας 5.

Συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων του συνόλου του δείγματος στην υποκλίμακα της κατάθλιψης του ερωτηματολογίου

Ερώτηση	Όχι	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
2.Τελευταία είμαι δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο μου.	265 (83,6)	30 (09,5)	22 (06,9)	00 (0,0)
5.Τώρα τελευταία ήμουν θλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί.	256 (80,8)	47 (14,8)	12 (03,8)	02 (0,6)

6. Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξυπνήσω	307 (96,8)	08 (02,5)	02 (00,6)	00 (0,0)
8. Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουνα για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε.	265 (83,6)	35 (11,0)	14 (04,4)	03 (0,9)
10. Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό.	245 (77,3)	30 (09,5)	35 (11,0)	07 (2,2)
12. Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι.	280 (88,3)	13 (04,1)	21 (06,6)	03 (0,9)
14. Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώσω με τη ζωή μου.	314 (99,1)	02 (00,6)	01 (00,3)	00 (0,0)

Σημ. (1) Οι αριθμοί αντιστοιχούν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

(2) Οι συχνότητες περιγράφονται ως: αριθμός συμμετεχόντων (ποσοστό %)

Παρατηρείται ότι οι τοποθετήσεις των συμμετεχόντων σε ορισμένες δηλώσεις του ερωτηματολογίου, όπως είναι η παραίτηση από την εργασία, η αυτοκτονικότητα και το ζοφερό μέλλον, που περιγράφουν οι ερωτήσεις 6, 14 και 10, αντίστοιχα δείχνουν αρκετά ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, κανείς από τους συμμετέχοντες δεν τοποθετήθηκε τόσο για την παραίτηση όσο και για την αυτοκτονικότητα στον υψηλότερο βαθμό (πάρα πολύ), ενώ μεμονωμένες περιπτώσεις επέλεξαν μεν τους δυο παράγοντες αλλά με ηπιότερη βαθμολόγηση (πολύ). Ελάχιστοι ήταν όσοι απάντησαν ότι εκδήλωσαν αυτοκτονικότητα και παραίτηση (δύο και οκτώ συμμετέχοντες αντίστοιχα), όπως και ζοφερό μέλλον (δύο συμμετέχοντες) στην χαμηλή κλίμακα (λίγο). Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών απάντησε ότι δεν εκδήλωσε καθόλου παραίτηση, αυτοκτονικότητα ή ότι αντιμετωπίζει το μέλλον ως ζοφερό.

Ελάχιστοι (δυο-τρεις συμμετέχοντες) εξέφρασαν ότι έχουν θλίψη και κακή διάθεση στην υψηλότερη κλίμακα (πάρα πολύ) (2 και 3 συμμετέχοντες αντίστοιχα). Λίγοι στην επόμενη κλίμακα (πολύ) (12 και 14 άτομα αντίστοιχα), ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που δήλωσαν κακή διάθεση ή θλίψη (47 και 35 άτομα αντίστοιχα). Τα σωματικά συμπτώματα της δυσκολίας ύπνου και της ανηδονίας παρουσιάζουν παρόμοια κλιμάκωση. Συγκεκριμένα, σχεδόν κανείς δεν τις εκδήλωσε στην υψηλότερη κλίμακα (πάρα πολύ), ενώ λίγοι (22 και 21 συμμετέχοντες αντίστοιχα) τις εκδήλωσαν στις επόμενες κλίμακες (30 πολύ και 13 λίγο). Οι περισσότεροι δεν εξέφρασαν καμία ενόχληση ύπνου ή προβλήματα ανηδονίας (265 και 280 συμμετέχοντες αντίστοιχα) (πίνακας 5).

Πίνακας 6.

Συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων του συνόλου του δείγματος στην υποκλίμακα του άγχους του ερωτηματολογίου

Ερώτηση	Όχι	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
1.Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα	252 (79,5)	35 (11,0)	27 (08,5)	03 (0,9)
3.Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου	263 (83,0)	32 (10,1)	18 (05,7)	04 (1,3)
4.Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω	229 (72,2)	41 (12,9)	40 (12,6)	07 (2,2)
7.Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο, είχα αίσθημα πανικού	277 (87,4)	13 (04,1)	20 (06,3)	07 (2,2)
9. Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου	158 (49,8)	80 (25,2)	65 (20,5)	14 (4,4)
11. Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα.	268 (84,5)	19 (06,0)	27 (08,5)	03 (0,9)
13. Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση και για το πιο απλό πράγμα.	272 (85,8)	19 (06,0)	22 (06,9)	04 (1,3)

Σημ. (1) Οι αριθμοί αντιστοιχούν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

(2) Οι συχνότητες περιγράφονται ως: αριθμός συμμετεχόντων (ποσοστό %)

Ελάχιστοι δήλωσαν ότι αισθάνονται πάρα πολύ ανησυχία, έλλειψη ηρεμίας και ένταση (3, 7 και 14 άτομα, αντίστοιχα), αλλά αρκετοί είναι αυτοί που δήλωσαν μεγάλη ανησυχία, πολύ πόνο και αισθήματα έντασης και πολύ ανήσυχτοι (27, 40 και 65 συμμετέχοντες, αντίστοιχα). Αρκετοί, δήλωσαν ότι αισθάνονται λίγη ανησυχία, έλλειψη ηρεμίας και ένταση (35, 41 και 80 συμμετέχοντες, αντίστοιχα). Οι περισσότεροι δεν δείχνουν να έχουν τίποτε από τα παραπάνω (252, 229 και 158 συμμετέχοντες, αντίστοιχα).

Σωματικές εκδηλώσεις του άγχους παρατηρούνται ίσως σε μικρότερο βαθμό. Συγκεκριμένα, στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι συμμετέχοντες δεν παρουσιάζουν ταχυκαρδία, πανικό και αϋπνία (263, 277 και 268 απαντήσεις αντίστοιχα, δηλαδή κατά μέσο όρο σε ποσοστό 85% περίπου) (πίνακας 6).

Μόνο το 6,7% δήλωσε λίγη ταχυκαρδία, πανικό και αϋπνία, ενώ το 6,8% είχε τις εν λόγω ενοχλήσεις σε μεγαλύτερο βαθμό. Μεμονωμένες περιπτώσεις εκδήλωσαν τα συμπτώματα σε πάρα πολύ υψηλό βαθμό (1,5% των συμμετεχόντων). Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι ερωτηθέντες δήλωσαν απουσία αναποφασιστικότητας, λίγοι την παρουσίασαν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό (19 και 22 συμμετέχοντες αντίστοιχα), ενώ ελάχιστοι (μόνο 4 συμμετέχοντες) ένιωσαν ότι βασανίζονται που δεν μπορούσαν να αποφασίσουν για ένα απλό γεγονός.

Συνολικά, η ένταση, η έλλειψη ηρεμίας και η ανησυχία εκδηλώνονται κάπως περισσότερο σε σχέση με τα υπόλοιπα συμπτώματα άγχους, που δεν φτάνουν όμως τόσο συχνά να εκδηλώνονται σωματικά (ταχυκαρδία, πανικός και αϋπνία).

Από την άθροιση των ερωτήσεων καθεμιάς από τις δυο υποκλίμακες (άγχος, κατάθλιψη) προκύπτει η συνολική βαθμολογία της. Όπως προαναφέρθηκε, για να είναι κάποιος ελεύθερος οποιουδήποτε συμπτώματος πρέπει να έχει τιμές και στις δύο υποκλίμακες μικρότερη του αριθμού 3, για οριακή συμπτωματολογία τιμές μεταξύ 3 και 6, ενώ για σοβαρή συμπτωματολογία να έχει τιμή σε κάποια κλίμακα μεγαλύτερη του 6. Παρατηρείται, λοιπόν, ότι οι ελεύθεροι οποιουδήποτε συμπτώματος στο δείγμα αποτελούντο 82% και έχουν τιμές και στις δύο υποκλίμακες μικρότερες του 3. Οριακά συμπτώματα ψυχικής διαταραχής παρουσιάζει το 11% του γενικού πληθυσμού με τιμές μεταξύ 3 και 6, ενώ τέλος το 7% του πληθυσμού παρουσιάζει σοβαρή συμπτωματολογία με τιμή στην κλίμακα μεγαλύτερη του 6.

3.3 Άγχος και κατάθλιψη των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται οι μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, η διάμεσος τιμή, το 25^ο και το 75^ο εκατοστημόριο, όπως επίσης, τα όρια των βαθμολογιών τόσο σε κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά, όσο και στο σύνολό τους. Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν μεγαλύτερες τιμές στην υποκλίμακα του άγχους παρά σε αυτήν της κατάθλιψης ($Z=-6,996$, $p=0,001$). Παρατηρείται, επίσης, ότι τόσο για το άγχος, όσο και για την κατάθλιψη οι τιμές κυμαίνονται από πολύ χαμηλά έως πολύ υψηλά επίπεδα (Πίνακας 7).

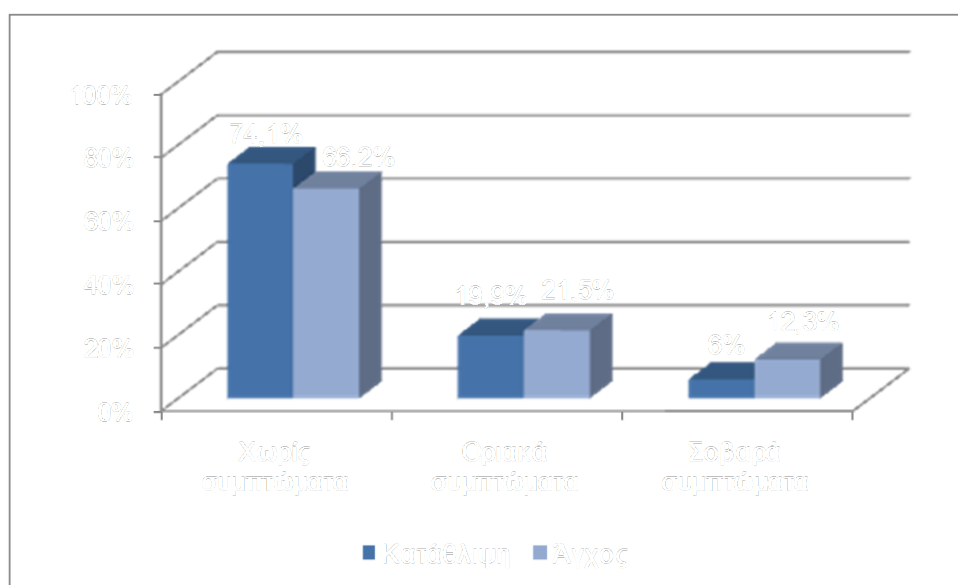
Πίνακας 7.

Σύγκριση των τιμών και για τις δυο υποκλίμακες (άγχος-κατάθλιψη) και στην συνολική κλίμακα των Bedford&Foulds

	Άγχος	Κατάθλιψη	Σύνολο
Μέσος όρος	2,53	1,53	4,06
Διάμεσος τιμή	1	0	2
Τυπική απόκλιση	3,26	2,44	5,20
25 ^ο εκατοστημόριο	0	0	0
75 ^ο εκατοστημόριο	4	3	6

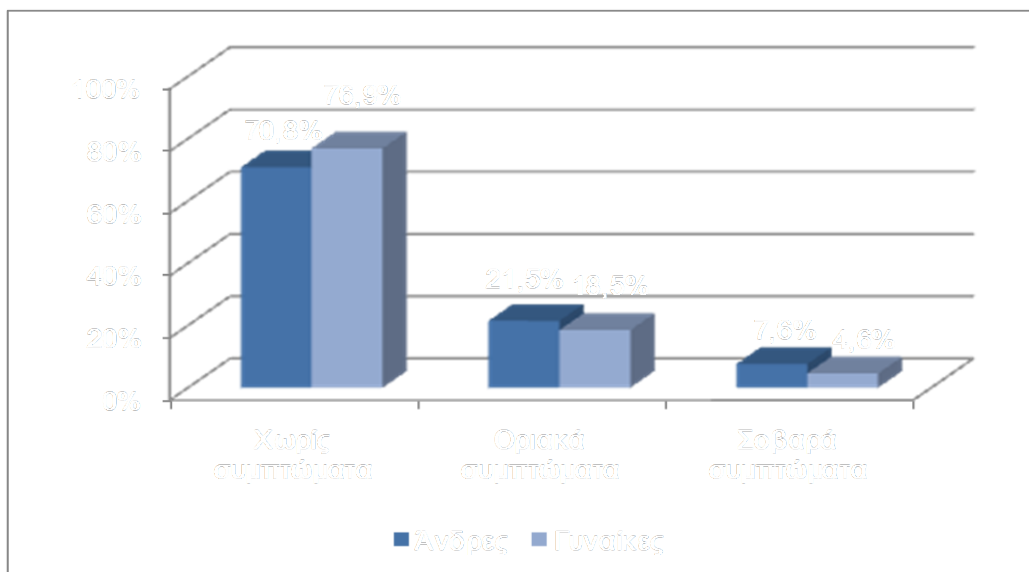
Ελάχιστο	0	0	0
Μέγιστο	18	12	25

Στο ακόλουθο διάγραμμα φαίνεται η ταξινόμηση των συμμετεχόντων ανάλογα με την κατηγορία της συμπτωματολογίας που δήλωσαν με βάση την ταξινόμηση των Bedford&Foulds (Διάγραμμα 7). Περίπου ένα τέταρτο των συμμετεχόντων δήλωσε κάποιου βαθμού κατάθλιψη και ένα τρίτο κάποιου βαθμού συμπτωματολογία άγχους. Πέρα από αυτό, υπερδιπλάσιοι συμμετέχοντες δήλωσαν σοβαρά συμπτώματα άγχους από όσους δήλωσαν σοβαρή συμπτωματολογία κατάθλιψης (12,3% έναντι 6,0%).

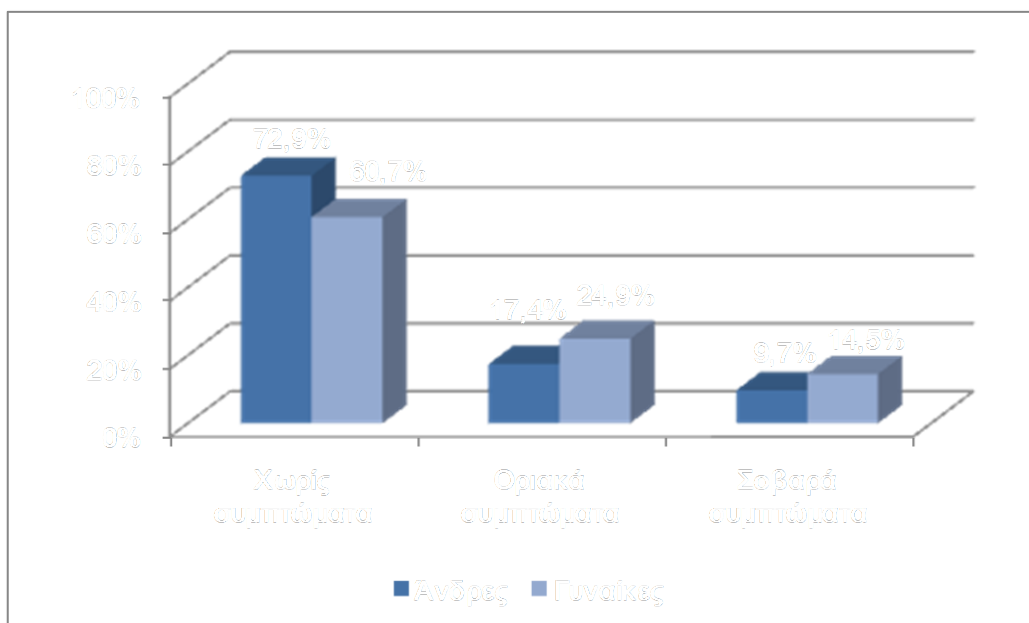


Διάγραμμα 7. Επίπεδα κατάθλιψης και άγχους των συμμετεχόντων

Όσον αφορά στην επίδραση του φύλου επί των δυσθυμικών καταστάσεων, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης ($1,70 \pm 2,578$ έναντι $1,38 \pm 2,316$) που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=1,163$, $p=0,246$) και οι γυναίκες περισσότερο άγχος ($2,88 \pm 2,563$ έναντι $2,11 \pm 2,816$), μια διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=-2,112$, $p=0,035$). Παρότι η συνολική βαθμολογία ήταν εις βάρος των γυναικών, αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=-0,773$, $p=0,440$) (Διαγράμματα 8, 9).



Διάγραμμα 8. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων

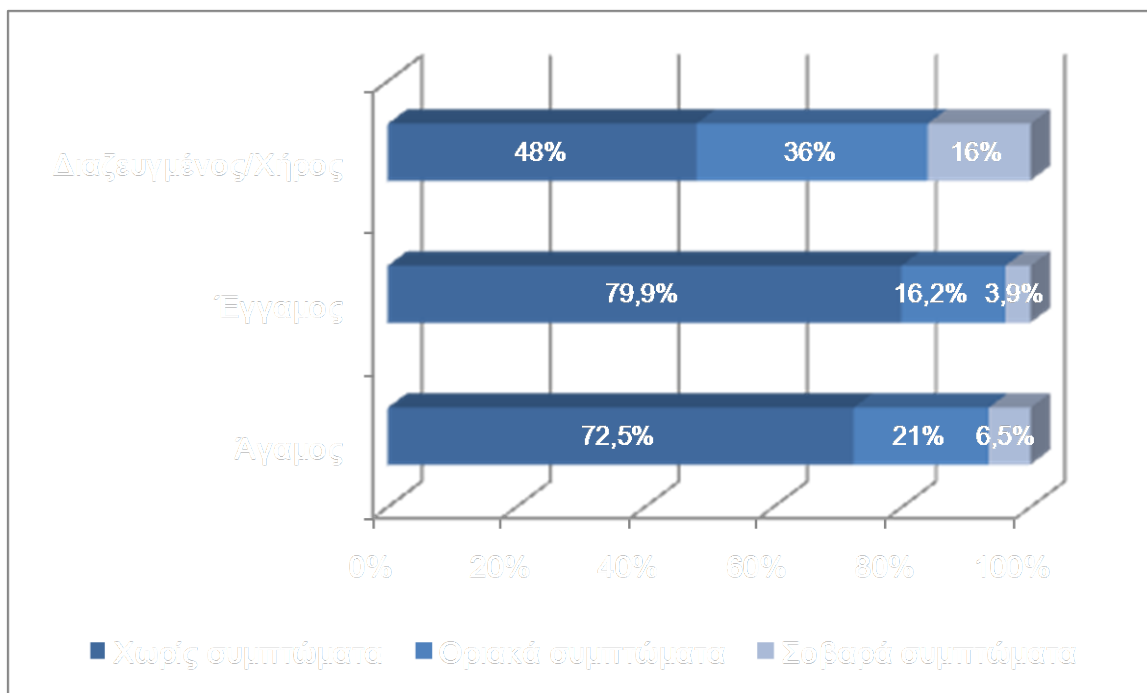


Διάγραμμα 9. Επίπεδα άγχους σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων

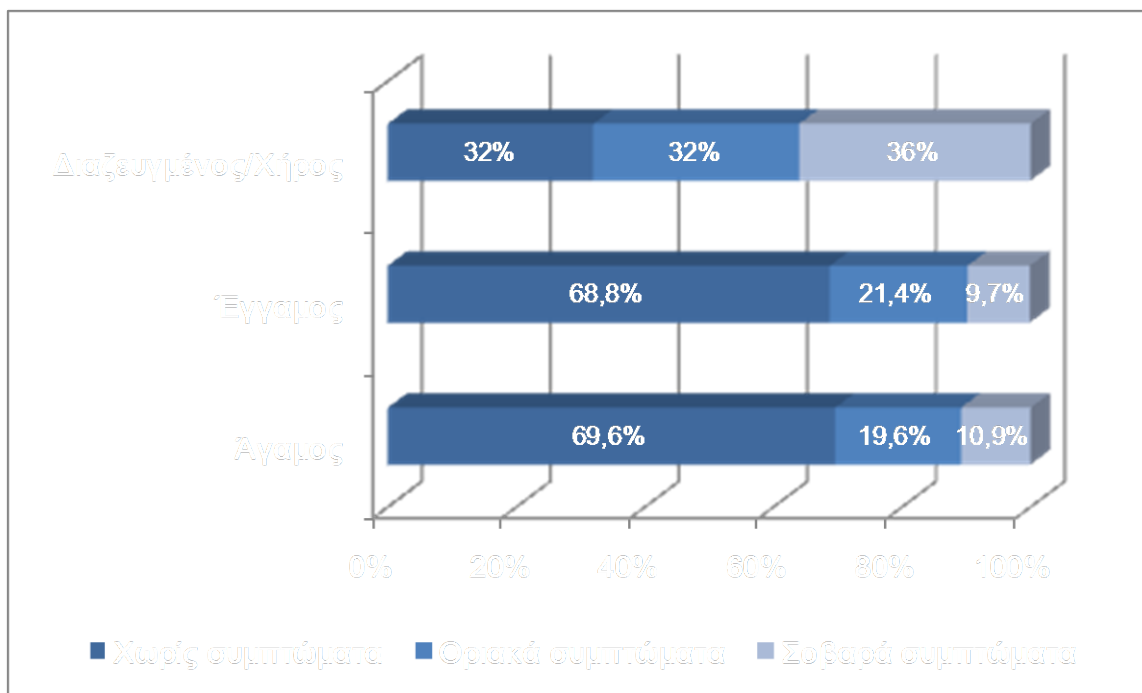
Η ηλικία, στο εύρος που καταγράφηκε στο δείγμα μας, δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στη βαρύτητα των αναφερόμενων συμπτωμάτων. Η ελάχιστη συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ μεγαλύτερης ηλικίας και άγχους ($r=0,052$, $p=0,359$), κατάθλιψης ($r=0,072$, $p=0,202$) και συνόλου ($r=0,069$, $p=0,218$), απέχει πολύ από το να θεωρηθεί στατιστικά σημαντική.

Η οικογενειακή κατάσταση είχε επίσης πολύ σημαντική επίδραση στη συμπτωματολογία των επαγγελματιών υγείας. Όπως φανερώνεται και στα ακόλουθα διαγράμματα, τόσο στη

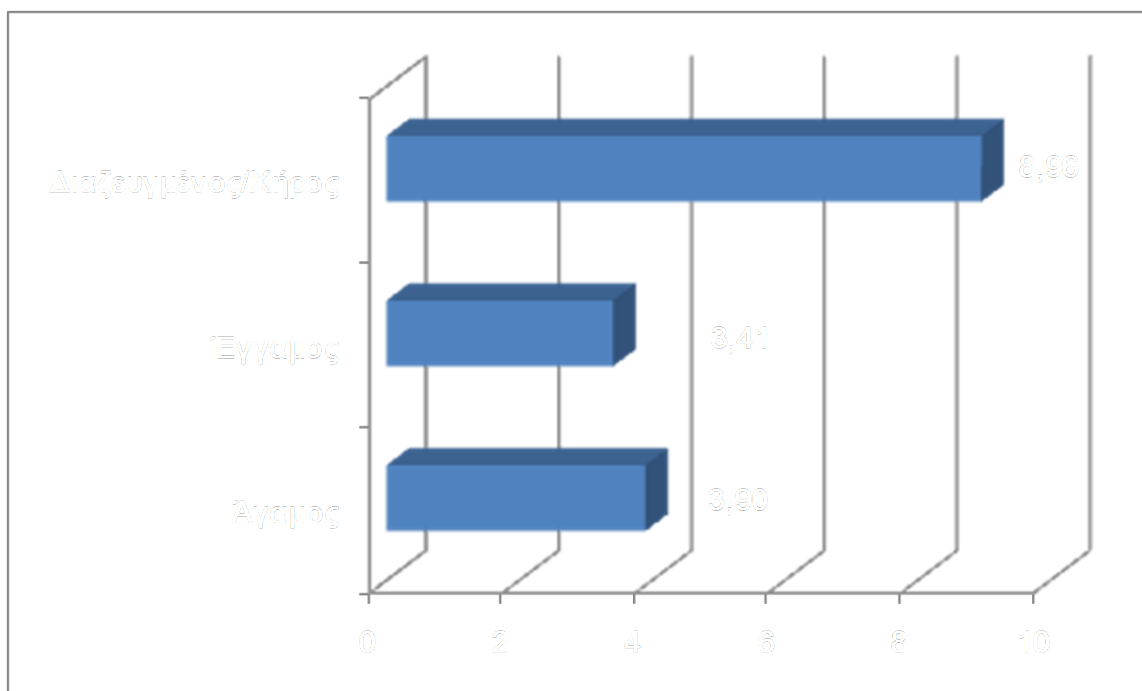
βαθμολογία της κατάθλιψης ($F(2,314)=9,528, p=0,001$), όσο και του άγχους ($F(2,314)=13,262, p=0,001$) αλλά και τη συνολική ($F(2,314)=13,367, p=0,001$) οι διαζευγμένοι/χήροι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες από τις δύο άλλες ομάδες (Διαγράμματα 10,11,12). Η διαφορά μεταξύ άγαμων και εγγάμων ήταν οριακά στατιστικά σημαντική (οι άγαμοι υπερέβαιναν τους έγγαμους κατά 2,6 ποσοστιαίες μονάδες στην υποκλίμακα της κατάθλιψης και 1,2 στην υποκλίμακα του άγχους).



Διάγραμμα 10. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



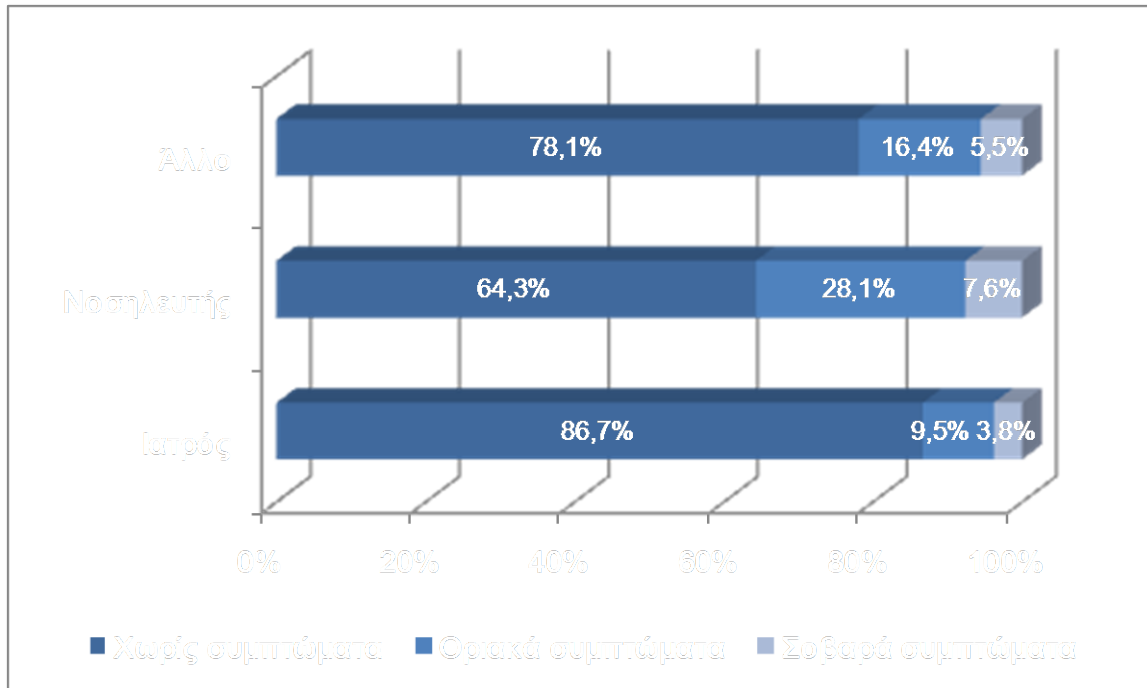
Διάγραμμα 11. Επίπεδα άγχους σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



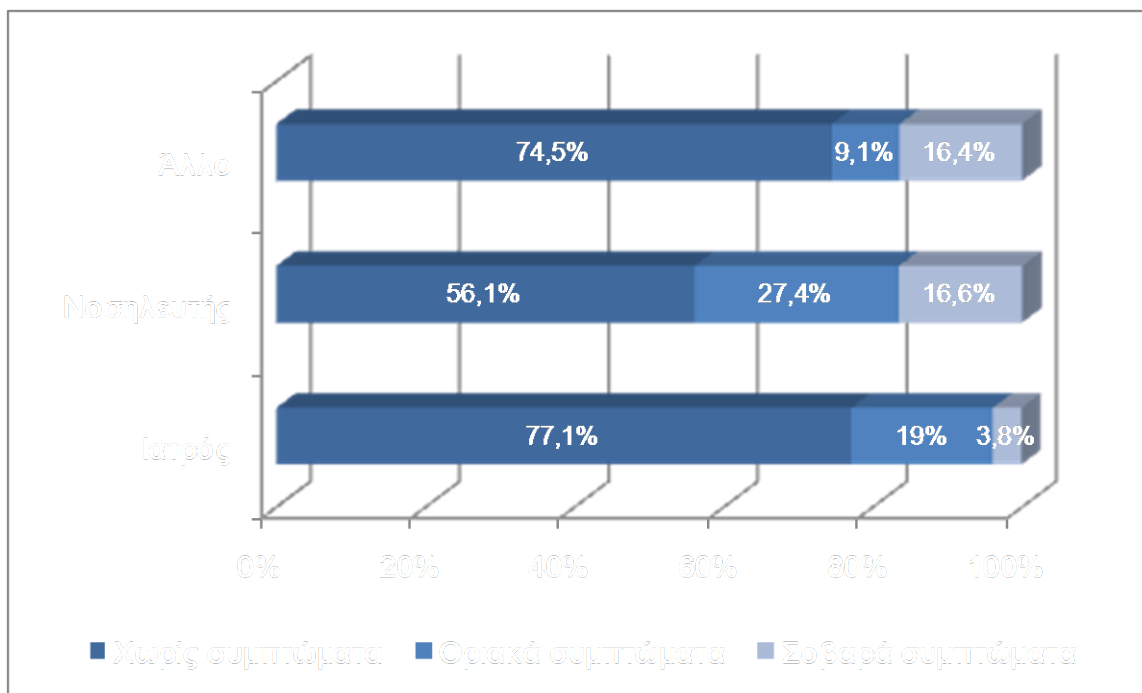
Διάγραμμα 12. Μέση βαθμολογία των υποκλιμάκων A+K του ερωτηματολογίου σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων

Στατιστικά σημαντική ήταν και η επίδραση της επαγγελματικής ιδιότητας στα αναφερόμενα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Διαγράμματα 13,14,15). Πιο συγκεκριμένα, οι

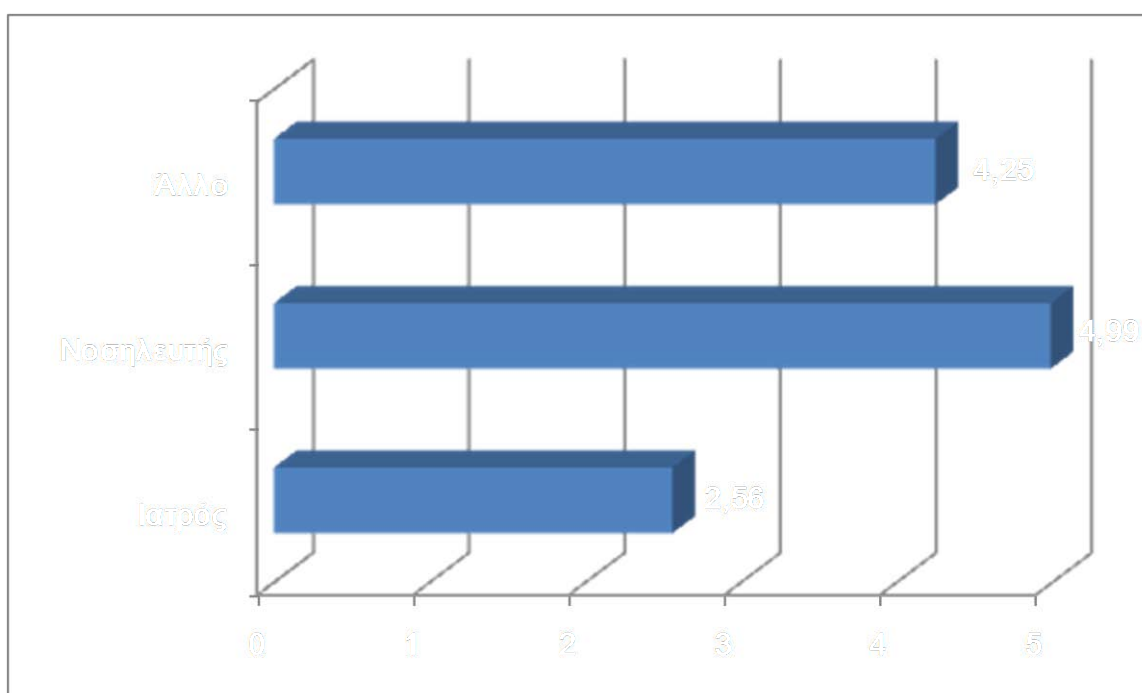
νοσηλευτές, σε σχέση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα κατάθλιξης ($F(2,314)=5,924, p=0,003$), στην υποκλίμακα άγχους ($F(2,314)=6,097, p=0,003$) και στο συνολικό ερωτηματολόγιο ($F(2,314)=7,213, p=0,001$). Παράλληλα, οι εργοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους ιατρούς (αλλά όχι από τους νοσηλευτές) οι διαφορές αυτές δεν έφτασαν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.



Διάγραμμα 13. Επίπεδα κατάθλιξης σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων



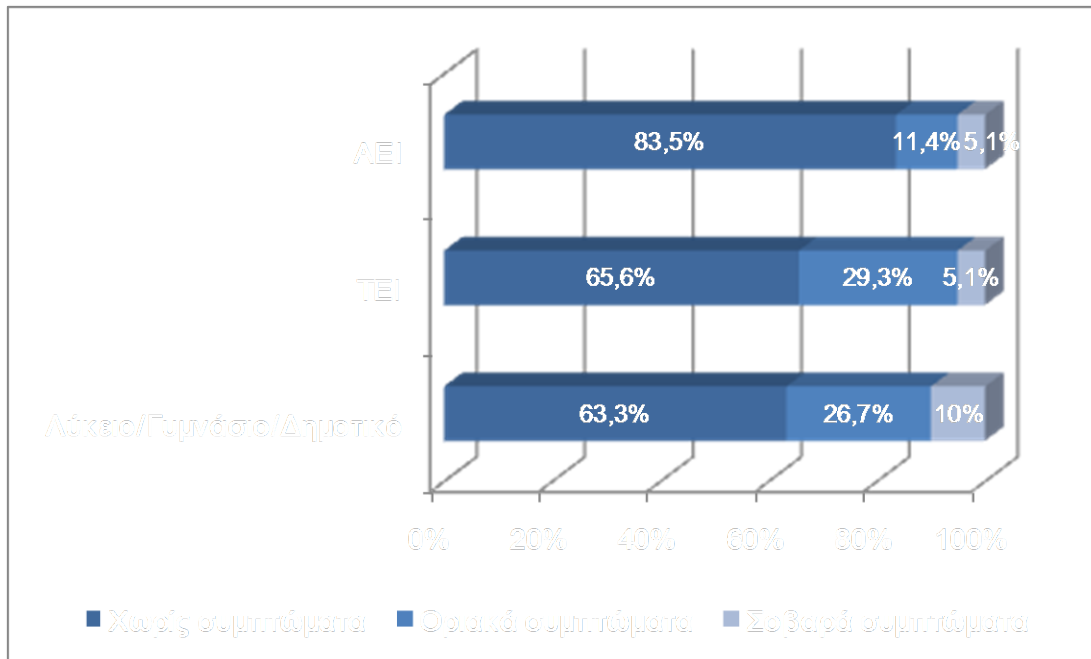
Διάγραμμα 14. Επίπεδα άγχους σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων



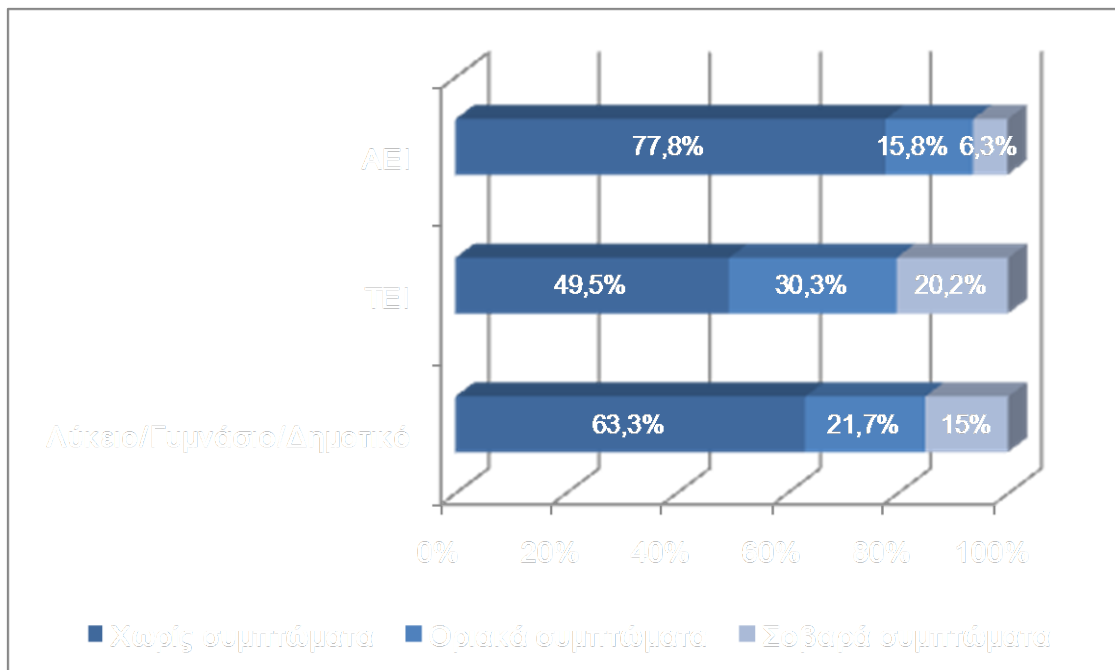
Διάγραμμα 15. Μέση τιμή άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε με τις βαθμολογίες των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου (Διαγράμματα 16,17,18). Πιο συγκεκριμένα, υπήρχε αρνητική σχέση

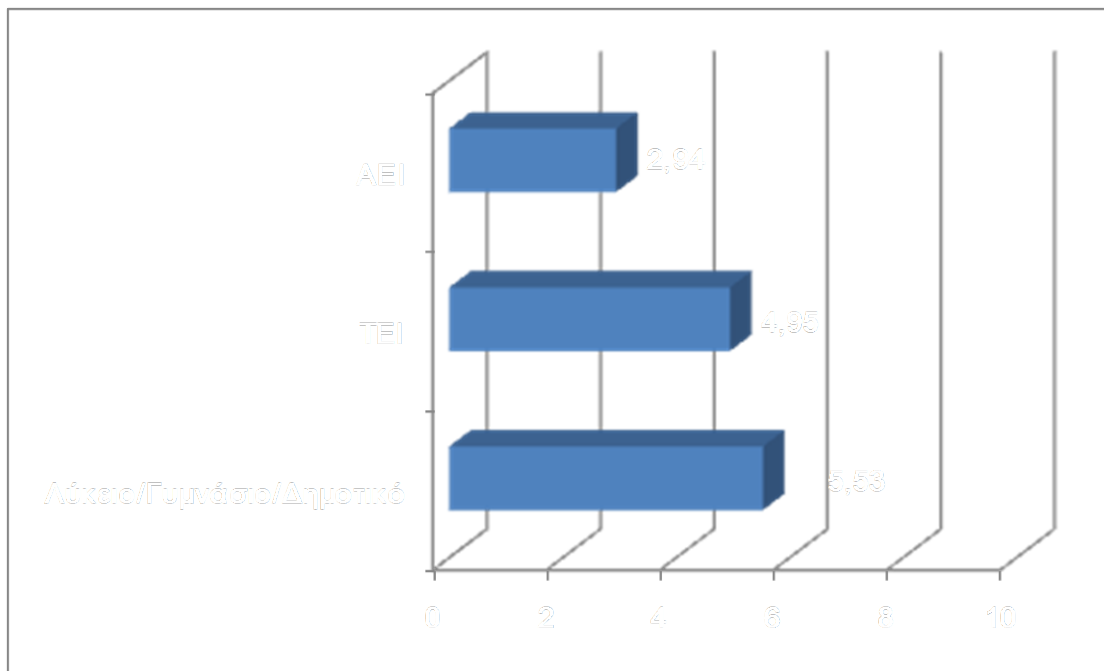
μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και κατάθλιψης ($\rho=-0,155$, $p=0,006$), και άγχους ($\rho=-0,195$, $p=0,001$), καθώς και του συνόλου της βαθμολογίας ($\rho=-0,165$, $p=0,003$).



Διάγραμμα 16. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ανοικτά χρώματα

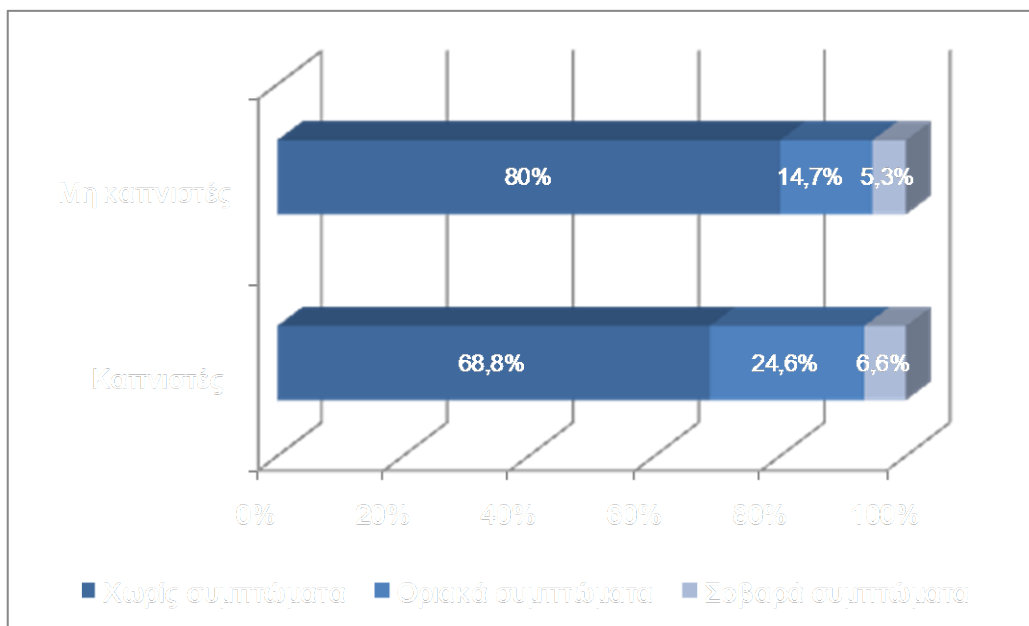


Διάγραμμα 17. Επίπεδα άγχους σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

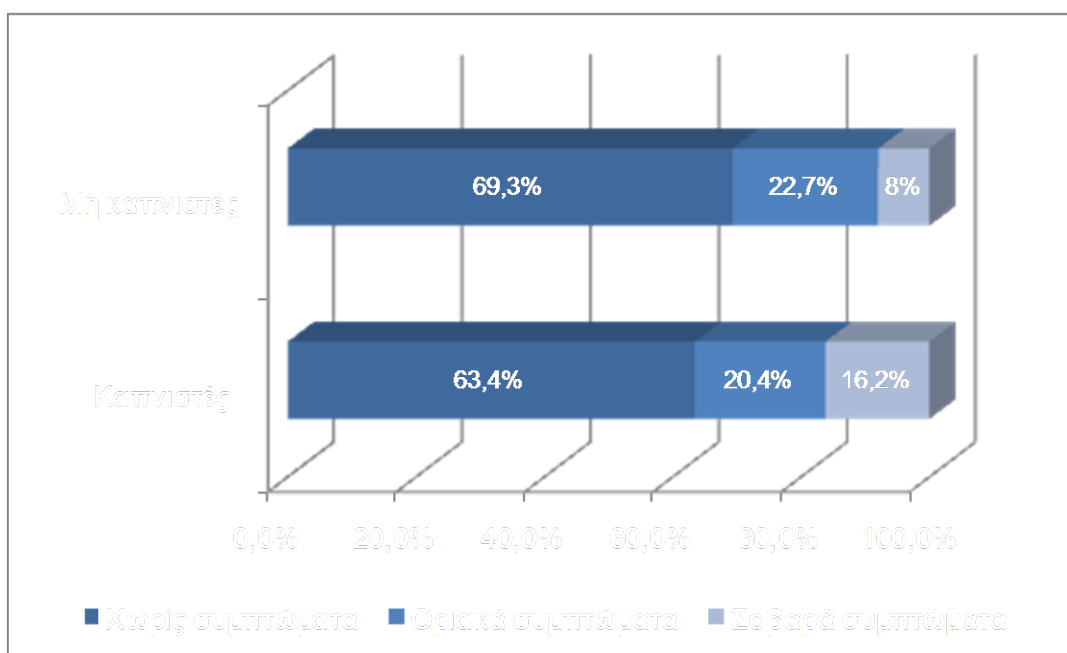


Διάγραμμα 18. Μέση τιμή άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

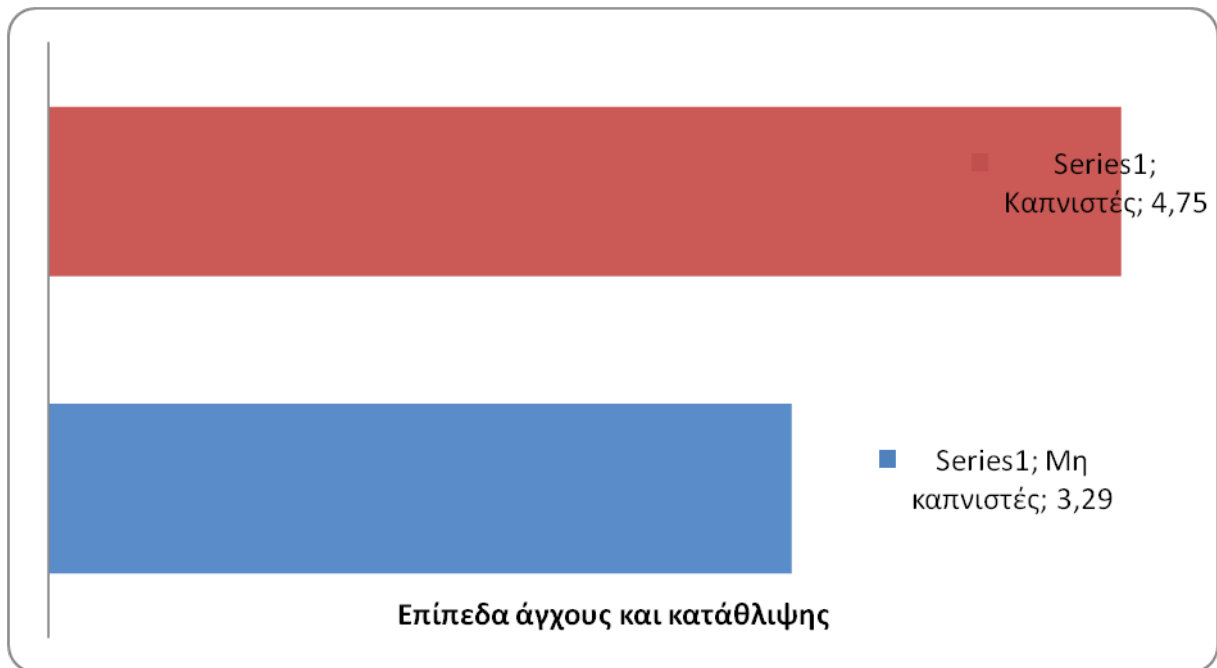
Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καπνιστές είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο κατάθλιψης ($t(315)=2,417, p=0,016$) όσο και άγχους ($t(315)=2,219, p=0,027$) (Διαγράμματα 19,20,21). Εντούτοις καμία από τις συγκεκριμένες βαθμολογίες δε συσχετίστηκε ως στατιστικά σημαντική με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονταν από τους καπνιστές ($r=0,022, p=0,777$ για την κατάθλιψη, $r=0,133, p=0,084$ για το άγχος και $r=0,097, p=0,206$ για το σύνολο).



Διάγραμμα 19. Επίπεδα κατάθλιξης σε καπνιστές και μη καπνιστές

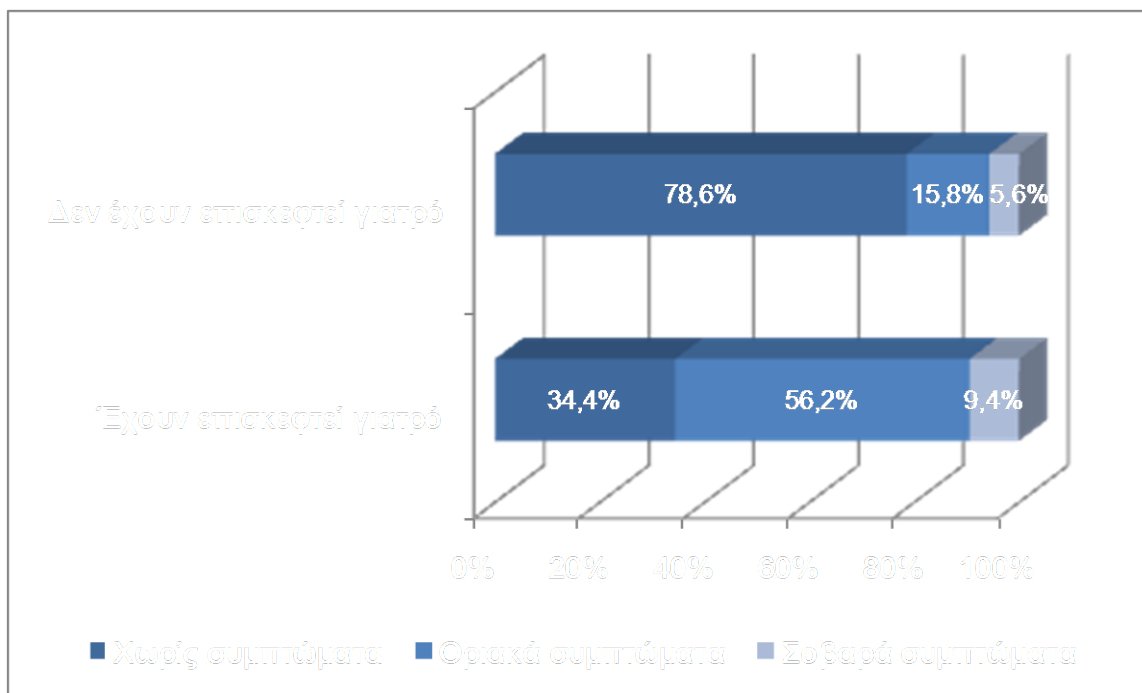


Διάγραμμα 20. Επίπεδα άγχους σε καπνιστές και μη καπνιστές

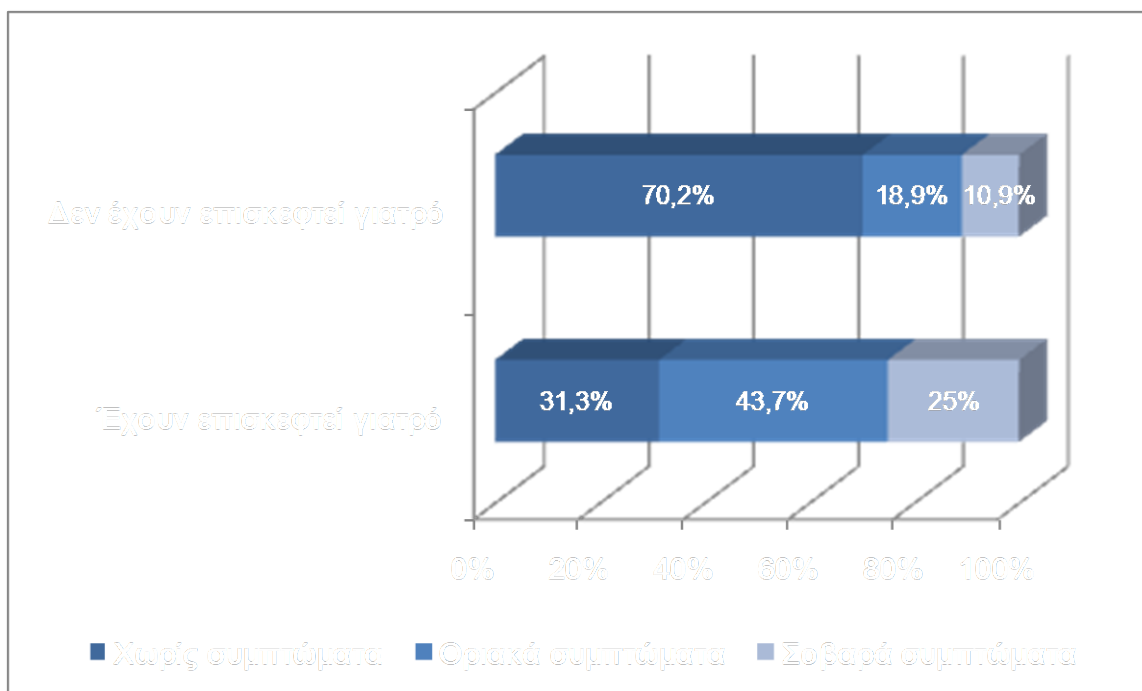


Διάγραμμα 21. Μέση τιμή των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης για καπνιστές και μη καπνιστές

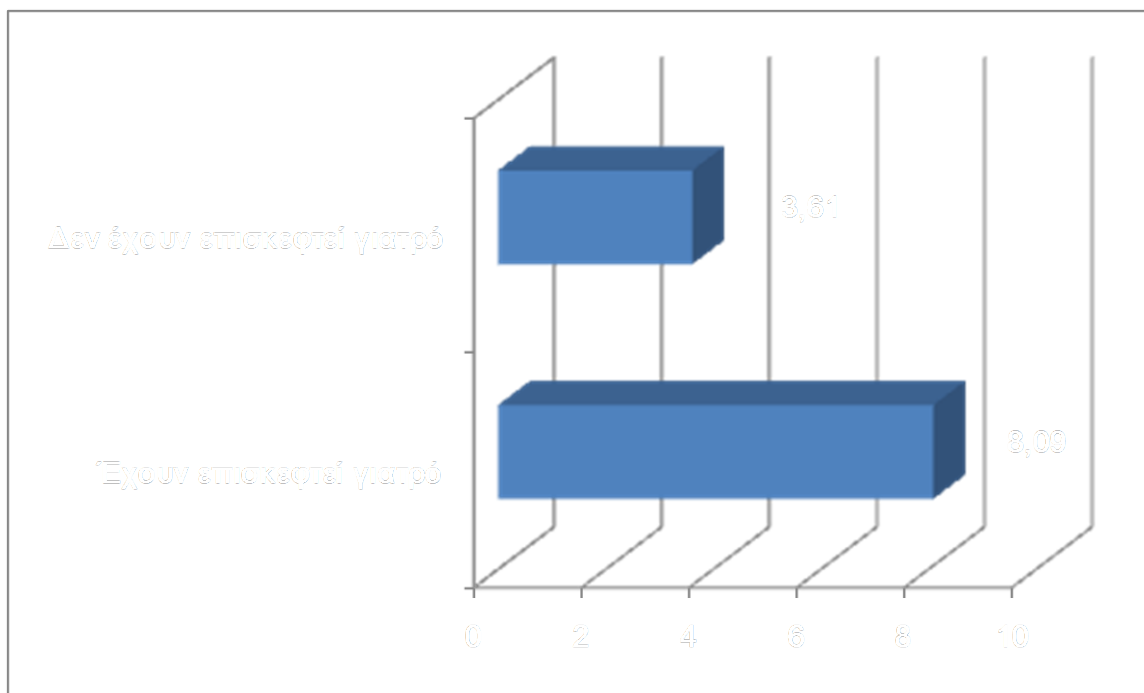
Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο, τόσο η επίσκεψη σε ιατρό (Διαγράμματα 22,23,24) ειδικά για τα προβλήματα άγχους όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Διαγράμματα 25,26,27) συσχετίστηκαν πολύ ισχυρά με υψηλές βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και συνολικά στο ερωτηματολόγιο (τιμές t μεγαλύτερες από 4,3 και $p < 0,002$ για την επίσκεψη σε ιατρό και τιμές t μεγαλύτερες από 2,6 και $p < 0,009$ για τη λήψη φαρμάκων). Σε κάθε περίπτωση οι βαθμολογίες που καταγράφηκαν ήταν 2-3 φορές μεγαλύτερες από αυτές των συμμετεχόντων που δεν έχουν καταφύγει σε ιατρική ή φαρμακευτική βοήθεια.



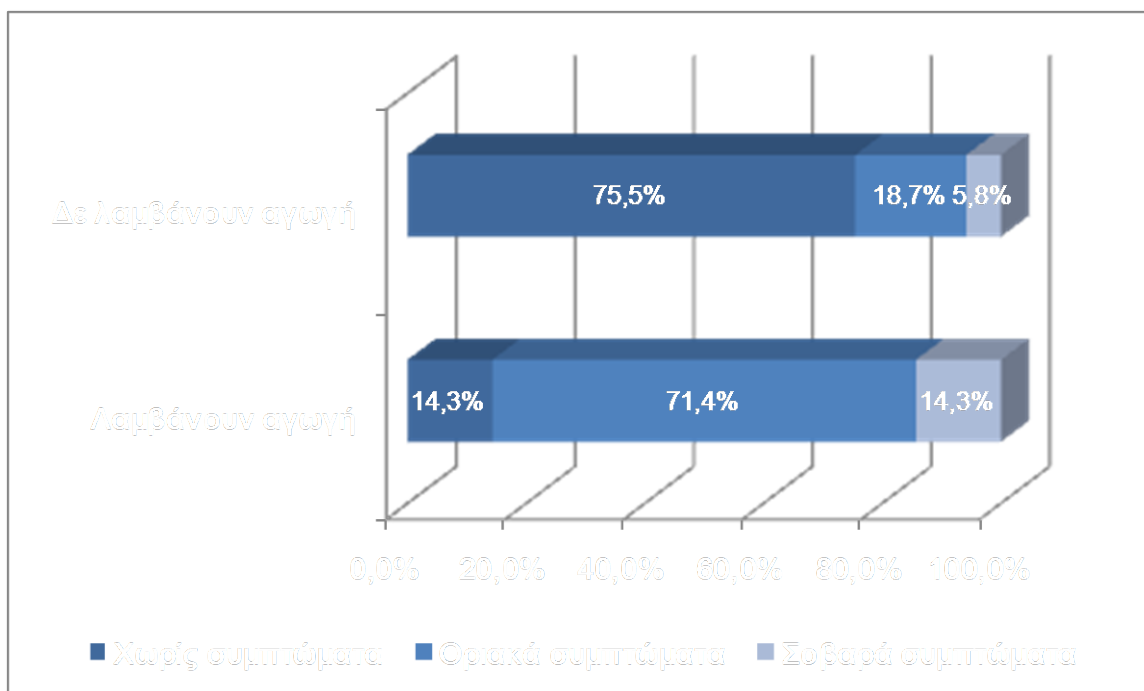
Διάγραμμα 22. Επίπεδα κατάθλιψης όσων έχουν επισκεφτεί ιατρό για το στρες, σε σύγκριση με όσους δεν έχουν επισκεφθεί ειδικό γιατρό



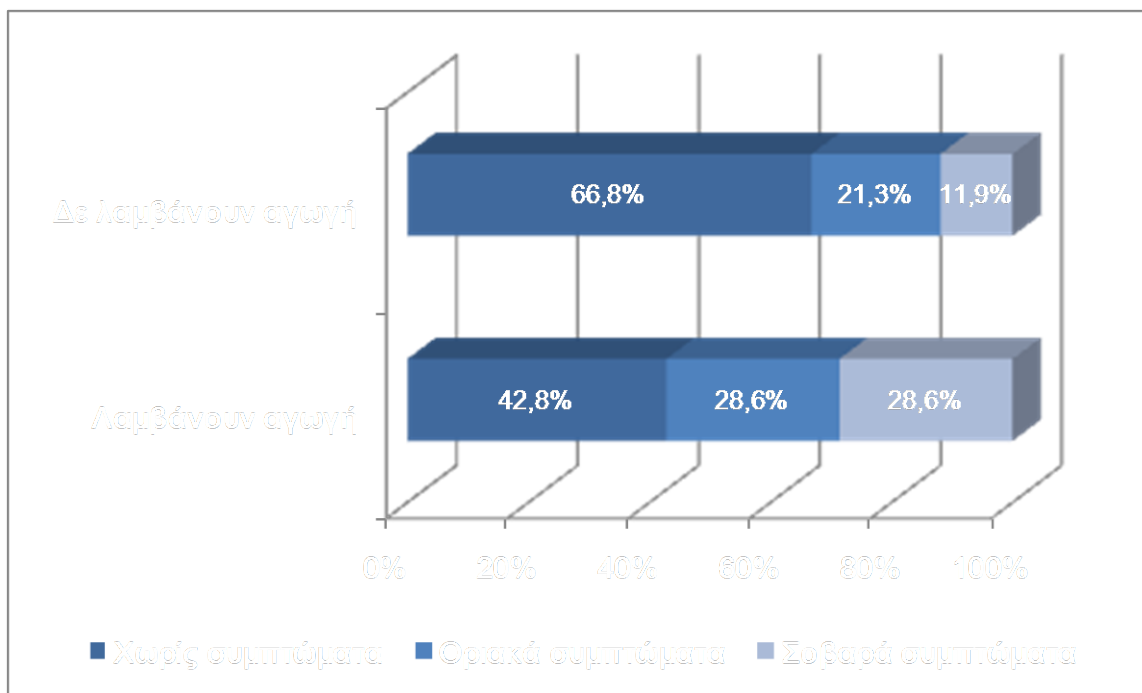
Διάγραμμα 23. Επίπεδα άγχους σε συμμετέχοντες που έχουν και δεν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το στρες



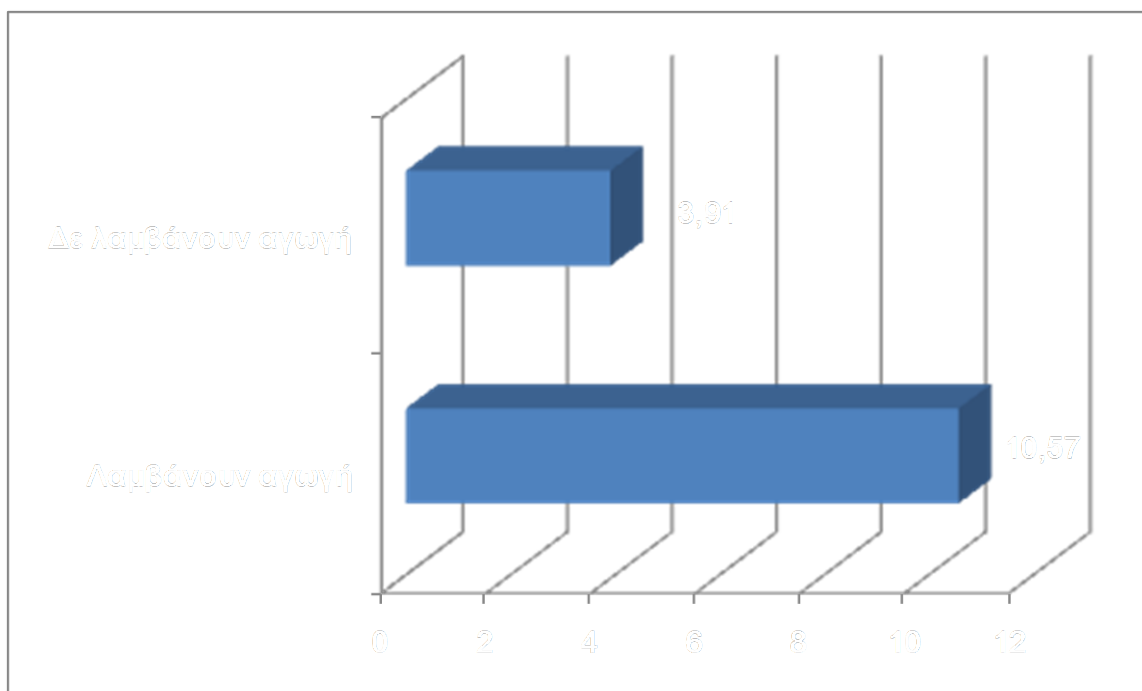
Διάγραμμα 24. Μέση τιμή των απαντήσεων όσων έχουν ή όχι απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το άγχος και την κατάθλιψη



Διάγραμμα 25. Επίπεδα κατάθλιψης σε συμμετέχοντες που λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος



Διάγραμμα 26. Επίπεδα άγχους σε συμμετέχοντες που λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος



Διάγραμμα 27. Μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου σε συμμετέχοντες που λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος

Τέλος, οι μεταβλητές φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική ιδιότητα, επίπεδο εκπαίδευσης και ιδιότητα του καπνιστή, οι οποίες βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, συμπεριελήφθησαν σε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης.

Όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν, η υποκλίμακα της κατάθλιψης ερμηνεύτηκε στατιστικά σημαντικά ($F(3,313)=10,028$, $p=0,001$). Πιο συγκεκριμένα, η ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου και του άγαμου συσχετίστηκαν με υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης, ενώ η ιδιότητα του ιατρού με μικρότερες (Πίνακας 8).

Αντίστοιχα, η υποκλίμακα του άγχους ερμηνεύτηκε στατιστικά σημαντικά ($F(2,314)=18,587$, $p=0,001$) (Πίνακας 9). Τέλος, η συνολική βαθμολογία ερμηνεύτηκε στατιστικά σημαντικά ($F(2,314)=18,034$, $p=0,001$) σε ένα ποσοστό 10,3% από τους ίδιους δυο παράγοντες, δηλαδή την ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου και την ιδιότητα του απόφοιτου ΑΕΙ. Στρεσογόνα γεγονότα, όπως είναι το διαζύγιο ή ο θάνατος του συζύγου οδηγούσε σε μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, ενώ η αποφοίτηση από ΑΕΙ σε μικρότερα (Πίνακας 10).

Πίνακας 8

Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ερμηνεία της βαθμολογίας στην υποκλίμακα κατάθλιψης

Εξαρτημένη μεταβλητή	R^2	Ανεξάρτητη μεταβλητή	std. beta	t	P
Κατάθλιψη	0,088	Διαζευγμένος/χήρος	0,223	3,959	0,001
		Ιατρός	-0,184	-3,233	0,001
		Άγαμος	0,158	2,723	0,007

Πίνακας 9

Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ερμηνεία της βαθμολογίας στην υποκλίμακα άγχους

Εξαρτημένη μεταβλητή	R^2	Ανεξάρτητη μεταβλητή	std. beta	t	p
Άγχος	0,106	Διαζευγμένος/χήρος	0,245	4,504	0,001
		Απόφοιτος ΑΕΙ	-0,171	-3,136	0,002

Πίνακας 10*Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ερμηνεία της συνολικής βαθμολογίας*

Εξαρτημένη μεταβλητή	R²	Ανεξάρτητη μεταβλητή	std. beta	t	P
Σύνολο	0,103	Διαζευγμένος/χήρος	0,243	4,465	0,001
		Απόφοιτος AEI	-0,166	-3,052	0,002

Κεφάλαιο τέταρτο

Εισηγήσεις- Συζήτηση – Συμπεράσματα

4.1. Περιορισμοί

Επειδή το δείγμα μελέτης αφορούσε μόνο τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, πιθανόν να περιορίσει την εξωτερική εγκυρότητα της όλης μελέτης. Σε ρεαλιστικές όμως συνθήκες, δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να υπάρξουν μεγάλες συστηματικές διαφορές ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας της Θεσσαλονίκης και της υπόλοιπης Ελλάδας (Καρανικόλα και συν, 2009), όπως και έγινε σχετική αναλυτική αναφορά σε ερευνητικά δεδομένα στο πρώτο κεφάλαιο.

4.2. Προτάσεις – Εισηγήσεις - Στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης των νοσηλευτών

Η διαταραχή της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών των ψυχιατρικών δομών και συγκεκριμένα η εμφάνιση υψηλού επιπέδου άγχους και κατάθλιψης, κάνει επιτακτική την εφαρμογή προληπτικών παρεμβατικών μέτρων υποστήριξης, όπως είναι η εργονομική ρύθμιση του κυκλικού ωραρίου εργασίας και τον έλεγχο των συνθηκών έντασης του χώρου εργασίας (Αντωνίου, 2005). Τα στοιχεία που δημοσιεύτηκαν από το Κέντρο Πληροφόρησης Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (HSCIC) τον Ιούλιο του 2013 έδειξαν μία μικρή αύξηση των απουσιών λόγω υγείας σε νοσηλευτές, μαίες και ιατρικούς επισκέπτες (Jones-Berry, 2013).

Εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης άγχους, προγράμματα συμβουλευτικής υποστήριξης, μεγαλύτερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας και εναλλαγή προσωπικού ειδικά των βαρέων τμημάτων ανά διαστήματα, θεωρούνται ότι προάγουν την ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και συμβάλλουν στην ασφαλή παροχή των υπηρεσιών υγείας (Armstrong-Stassen, 2004, Καρανικόλα και συν, 2009).

Συνίσταται, οι νοσηλευτές προκειμένου να αντιμετωπίσουν το αυξημένο εργασιακό άγχος, να χρησιμοποιούν εναλλασσόμενες γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές διαχείρισης, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη λειτουργικότητά τους στις συνεχείς μεταβαλλόμενες επαγγελματικές απαιτήσεις. Οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν πολλούς τομείς, όπως την ατομική προσπάθεια, την στήριξη από το κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον, την παρέμβαση της πολιτείας, την διοργάνωση σεμιναρίων για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων κλπ. Για τη διατήρηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής, η χρήση τεχνικών αντιμετώπισης της σύγκρουσης που προκαλεί το άγχος, συμβάλλει σταθεροποιητικά στην ομαλή σχέση ατόμου-νοσηλευτή και περιβάλλοντος-απαιτητικές συνθήκες κλινικής. Βασίζόμενοι στις γνωστικές δυνατότητες και τη συναισθηματική ευαισθησία των νοσηλευτών, η παρέμβαση ελέγχου του περιβάλλοντος στηρίζεται σε ενεργητικές διαστάσεις τεχνικών δράσης με εστίαση σε γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαδικασίες. Ο γνωστικός τομέας, ή αλλιώς ο τομέας της πληροφόρησης, περιλαμβάνει τη δράση μέσω της προηγηθείσας επεξεργασίας των πληροφοριών του περιβάλλοντος, ο συμπεριφορικός αφορά τη δράση και τις συνέπειές της και ο συναισθηματικός περιέχει απλές και πολύπλοκες συναισθηματικές εκδηλώσεις.

Οι δυνητικές στρατηγικές αφορούν: α) στην αρχική εστίαση και ενεργό επίλυσή του προβλήματος, β) την αναζήτηση πληροφοριών βοήθειας και συνεργασίας, γ) την απόσυρση, δ) την αλλαγή της γνωστικής στάσης ή συμπεριφοράς, ε) τη συγκράτηση της βλαπτικής κατάστασης για την ανάγκη ύπαρξης χρόνου δράσης και στ) την άρνηση του υπάρχοντος προβλήματος μέσω άλλων ενασχολήσεων.

Η διάρκεια και δυνατότητα ελέγχου του στρεσογόνου γεγονότος καθορίζει την επιτυχία των ενεργητικών στρατηγικών. Σε καταστάσεις μη δυνατού ελέγχου του αγχωτικού συμβάντος, επιτυχία έχουν οι παθητικές στρατηγικές (π.χ. άρνηση, απόσυρση) που διευκολύνουν την ομαλή προσαρμογή του υποκειμένου στο περιβάλλον. Παράγοντας που παίζει ρόλο κλειδί όμως στην αποτελεσματική χρήση των τεχνικών διαχείρισης, είναι η προσωπικότητα του ατόμου με τα προδιαθεσικά της χαρακτηριστικά.

Μελέτη σε νοσηλευτικά ιδρύματα Αθηνών και Πατρών έδειξε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν περισσότερο τις θετικές συμπεριφορικές στρατηγικές, έναντι των γνωστικών και συναισθηματικών τεχνικών διαχείρισης άγχους. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες προτιμούν περισσότερο τη χρήση θετικών γνωστικών και συμπεριφορικών στρατηγικών, με τη συμβολή και συμπαράσταση άλλων ατόμων, έναντι των ανδρών νοσηλευτών που τις χρησιμοποιούν λιγότερο. Ευρήματα που σχετίζονται και με τη διαφορετική θεώρηση της ζωής από τα δύο φύλα. Αποδείχτηκε ακόμη ότι στην επιτυχημένη αντιμετώπιση μια στρεσογόνας κατάστασης, καθοριστικό ρόλο παίζει ευέλικτη χρήση ολοένα νεώτερων προσωπικών στρατηγικών, ανάλογα και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε αγωγικού συμβάντος. Η ζωή στις πολυπληθέστερες πόλεις των μεγαλύτερων δυνατοτήτων επιμόρφωσης και πολυπλοκότητας διαβίωσης, ασκούν επίδραση στην επιλογή περισσότερο γνωστικών και δραστικών στρατηγικών. Ακολούθως και η επιλογή πανεπιστημιακής μόρφωσης συντελεί στην επιλογή θετικών αποτελεσματικών τεχνικών. Σαφώς όμως η χρήση αποσπασματικά μοναδικής στρατηγικής δεν έχει σίγουρη επιτυχία, εάν δεν συμπεριληφθούν οι δυνατότητα ελέγχου της κατάστασης, η αναζήτηση κοινωνικής βοήθειας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου-νοσηλευτή (Θεοδωράτου και συν, 2003).

Κρίσιμης σπουδαιότητας είναι, επίσης, οι νοσηλευτές να φροντίζουν προληπτικά για την ψυχική τους υγεία, δίνοντας προτεραιότητα στον εαυτό τους. Αυτός είναι ένας τρόπος να θωρακιστούν απέναντι στο στρες. Οι λύσεις στα ψυχολογικά προβλήματα των νοσηλευτών θα πρέπει να αναζητηθούν στην εσωτερικής τους κατάσταση: στην σύνδεση μυαλού-σώματος-πνεύματος. Κάποιοι μπορεί να έχουν κρίση ταυτότητας. Θα πρέπει, λοιπόν, να εξεταστούν και να κατανοηθούν οι προσωπικές τους πεποιθήσεις και ο ρόλος τους. Εξίσου σημαντική είναι η καλλιέργεια της αυτοπεποίθησης, της εμπιστοσύνης στο ένστικτο και τη διαίσθηση, καθώς και η εκτίμηση των προσωπικών τους δυνατοτήτων και των περιορισμών τους. Αυτό αναδεικνύει και τους λόγους που επέλεξαν το επάγγελμα αυτό. Οι υγιείς επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις, καθώς και η πνευματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας. Θα πρέπει, τέλος, να μην αντιμετωπίζουν το θάνατο των ασθενών ως αποτυχία, αλλά ως μια ευκαιρία να αντιμετωπιστούν οι αντιξοότητες της ζωής και να αγκαλιάσουν πληρέστερα τη ζωή (Sherman, 2004, Foureur et al, 2013).

Προκειμένου να συμβάλλουν στη σωματική τους υγεία, οι νοσηλευτές θα πρέπει να προσέχουν τη διατροφή τους, να ασκούνται (κάνοντας αεροβική γυμναστική, yoga, βόδισμα, σπορ) και να συμμετέχουν σε ήρεμες και χαλαρωτικές δραστηριότητες (θεραπεία μασάζ,

ανάπαυση, καλός ύπνος, θερμά λουτρά). Η βιοανάδραση και ο βελονισμός είναι δύο μέθοδοι που έχουν αποδειχτεί ότι εξισορροπούν τη φυσική ενέργεια. Η συναισθηματική υγεία μπορεί να ενισχυθεί με την καλλιέργεια ενός ήρεμου πνεύματος και την εστίαση σε ήρεμες σκέψεις. Ο διαλογισμός και η χαλαρωτική μουσική είναι δύο καλές μέθοδοι. Η απομάκρυνση των αρνητικών συναισθημάτων, όπως η δυσαρέσκεια, μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά αξίζει την προσπάθεια. Αναγνωρίζοντας τα θετικά συναισθήματα κάθε μέρα, αλληλεπιδρώντας με αισιόδοξους ανθρώπους, απολαμβάνοντας τη φαντασία και το παιχνίδι, κρατώντας ένα καθημερινό ημερολόγιο και συνομιλώντας με συναδέλφους ή φίλους για τις ανησυχίες τους, τα θετικά συναισθήματα μπορούν να ξεπεράσουν τα αρνητικά. Είναι πολύ σημαντικό να μην επιτρέπουν στον επαγγελματικό ρόλο να κυριαρχεί στη ζωή τους και απαραίτητο να διατηρούν απόσταση από τη δουλειά, περνώντας χρόνο εκτός του χώρου εργασίας, όταν βρίσκονται στα πρόθυρα συναισθηματικής ή σωματικής εξάντλησης (Sherman, 2004).

Η πνευματική υγεία ενισχύεται μέσα από σκόπιμες επιλογές ως απάντηση στο άγχος. Ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η μη αποδοχή κάποιων καταστάσεων, η αποφυγή των συγκρούσεων και η διατήρηση ανοιχτού πνεύματος σε νέες ιδέες μπορούν να ανατρέψουν τις ανησυχητικές σκέψεις. Οι περισπασμοί, όπως η μουσική ή τα χόμπι μπορούν, επίσης, να βοηθήσουν. Η διαισθητική αντίληψη μπορεί να ενδυναμωθεί με τον διαλογισμό και τις τεχνικές χαλάρωσης, που αυξάνουν την αίσθηση της εσωτερικής γαλήνης, την αρμονία και την πληρότητα. Καλλιεργώντας την ακινησία, ένα άτομο αρχίζει να ακούει αυτό που είναι γεμάτο με θορύβους και βιασύνη: τη σοφία. Σε αυτό θα βοηθούσε αν διατηρούσαν οι νοσηλευτές, ακόμη και στο γραφείο τους, έναν χώρο, που θα τον αντιμετώπιζαν σαν «ιερό» και θα μπορούσαν να καταφύγουν, όταν τον χρειάζονται. Αν αυτό δεν είναι δυνατό μέσα στον χώρο εργασίας, μία δραστηριότητα ρουτίνας, όπως το πλύσιμο των χεριών, μπορεί να γίνει ευκαιρία, για να σκέφτονται ότι απομακρύνουν το άγχος και την αβεβαιότητα (Sherman, 2004).

Όταν οι σχέσεις με τους άλλους είναι δύσκολες, οι νοσηλευτές μπορεί να το βρίσκουν χρήσιμο να προβληματιστούν σχετικά με τα οφέλη της εργασίας τους, τις στιγμές στις οποίες ανταποκρίθηκαν με τον καλύτερο τρόπο απέναντι στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αυτές οι μνήμες μπορεί να ενισχύσουν τους δεσμούς ενός νοσηλευτή με την εργασία του, παρέχοντας ακόμη και μια αίσθηση προσωπικής υπέρβασης. Βοήθεια στους νοσηλευτές, για να αντιμετωπίσουν την απώλεια και τη θλίψη για ασθενείς τους, μπορούν να παρέχουν και οι επιμημόσυνες δεήσεις και οι συζητήσεις των ασθενών, στη διάρκεια κύκλων ή συναντήσεων. Είναι σημαντικά, γιατί τους δίνουν χρόνο να σκεφτούν τι συνέβη την στιγμή

του θανάτου, τι είδους περίθαλψη παρέχεται και ποια μαθήματα πήραν. Θα μπορούσε να έχει μεγάλη αξία το να συζητήσουν με συναδέλφους τους, όταν ο πόνος τους κατακλύζει ή να αναζητήσουν επαγγελματική συμβουλευτική (Sherman, 2004).

Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν μπορούν να έχουν πάντα άμεσο έλεγχο στους συστηματικούς στρεσογόνους παράγοντες, όσον αφορά ζητήματα όπως η διαρκής περίθαλψη, μπορούν να μιλήσουν στους συναδέλφους τους ή στο διευθυντή του νοσοκομείου, για να ζητήσουν τους κατάλληλους πόρους και βοήθεια για τον φόρτο εργασίας τους. Θα πρέπει να αναπτυχθούν πολιτικές διαχείρισης που παρέχουν υποστήριξη τόσο στο επίπεδο των θεσμικών φορέων, όσο και των μονάδων υγείας. Για παράδειγμα, η ενίσχυση της μετεκπαίδευσης των νοσηλευτών μπορεί να αυξήσει την εμπιστοσύνη του υπόλοιπου προσωπικού στις δεξιότητές τους. Η ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση και τα προγράμματα διαρκούς εκπαίδευσης μπορούν να δώσουν την απαραίτητη ώθηση στην ποιότητα της περίθαλψης, που παρέχει μια νοσηλεύτρια, ενώ την ίδια στιγμή ενισχύεται η διεπιστημονική ομάδα (Sherman, 2004).

Οι συζητήσεις για τον επαγγελματικό τους ρόλο και τις προσδοκίες τους είναι σημαντικές μεταξύ των νοσηλευτών, ιδίως όσον αφορά τα ηθικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν συχνά, όταν φροντίζουν σοβαρά αρρώστους ή θανάτους. Τα στοιχεία της Ένωσης Αμερικανών Νοσηλευτών (ANA: American Nurses Association) σε θέματα παρηγορητικής φροντίδας παρέχουν ένα επαγγελματικό σημείο αναφοράς. Οι θεσμικές επιτροπές δεοντολογίας μπορεί να είναι χρήσιμες, όσο οι νοσηλευτές δίνουν αγώνες για τις δύσκολες αποφάσεις, που συχνά πρέπει να πάρουν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων μπορεί να δώσει εξουσίες στους νοσηλευτές. Η εξουσία μπορεί να προέλθει και από εσωτερικές πηγές (για παράδειγμα, γνώση, δύναμη της προσωπικότητας, διανοητική κατάσταση) (Sherman, 2004).

Πέρα από την υποστήριξη της οικογένεια, των φίλων και συναδέλφων και την ενθάρρυνση για ελεύθερη συναισθηματική έκφραση, η αντιμετώπιση του άγχους αφορά και την οργανωτική δομή του χώρου εργασίας. Ο ξεκάθαρος καθορισμός καθηκόντων για τον έλεγχο στη λήψη αποφάσεων, η αρχιτεκτονική προσέγγιση σχεδιασμού του χώρου εργασίας που να ακολουθεί απαιτήσεις εργονομίας, η συνεχή επιμόρφωση του προσωπικού και μέριμνα για δημιουργία παιδικών σταθμών εντός του ιδρύματος για τη φροντίδα των παιδιών των εργαζομένων, θεωρούνται μέτρα που μειώνουν τους στρεσογόνους παράγοντες και συμβάλλουν στη παροχή υψηλής φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτικές διοικήσεις οφείλουν να

ενημερώνονται συχνά για τις στρεσογόνες πηγές, βελτιώνοντας το περιβάλλον μέσω της ισοδύναμης ανέλιξης δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού, της εισαγωγής της ατομικής συμβουλευτικής στην εργασία και της κατάλληλης και επαρκής στελέχωσης των υπηρεσιών, με απώτερο στόχο του οργανισμού, τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Αδαλή&Λεμονίδου, 2001, Μιχαλοπούλου, 2003).

Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι και στα γενικά νοσοκομεία εντάχθηκε από νωρίς τμήμα ψυχιατρικής μονάδας. Στο εξωτερικό εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1902 στο Albany Hospital της Νέας Υόρκης, ενώ γενικεύτηκε στη δεκαετία του '30, λόγω των επιχορηγήσεων Rockefeller. Στην Ελλάδα, όμως, η διασυνδεδετική-συμβουλευτική ψυχιατρική εμφανίζεται οργανωμένα στη δεκαετία του '80 σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία της Αλεξανδρούπολης, των Ιωαννίνων, της Θεσσαλονίκης, της Πάτρας και κάποιων στην Αθήνα. Μία από τις βασικές λειτουργίες των μονάδων αυτών είναι, πέρα από την ψυχοκοινωνική φροντίδα των σωματικά ασθενών και των οικογενειών τους, η ψυχική ενίσχυση και βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό, που εκτίθεται σε στρεσογόνες καταστάσεις κατά τη θεραπεία των ασθενών, αλλά και όταν έχουν να διαχειριστούν συγκρούσεις και προβλήματα στον επαγγελματικό τομέα. Η διασυνδεδετική-συμβουλευτική ψυχιατρική, όμως, δεν είναι θεραπεία, παρόλο που μπορεί να λειτουργήσει και θεραπευτικά (Πριάμη, 1992).

Στην έγκαιρη αναγνώριση και στα προληπτικά μέτρα δράσης από τις δυσμενείς επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων, συνυπολογίζονται και οι παρακολουθήσεις σεμιναρίων για το εργασιακό άγχος και την προαγωγή υγείας, καθώς και η συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και της νοσηλευτικής διοίκησης στους επιτυχημένους τρόπους αντιμετώπισής του.

Με βάση ευρήματα ερευνών ανάλυσης των συγκρούσεων μεταξύ των εργαζομένων και του οργανισμού, επιδέχονται αλλαγές οι όποιες επιβλαβείς επιβαρύνσεις στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών, με καίριες απομακρύνσεις των εξαντλημένων εργαζομένων από το εξουθενωτικό χώρο εργασίας όσο μεγάλο χρονικό διάστημα χρειαστεί και παράλληλη ψυχολογική τους υποστήριξη από τις ομάδες υποστήριξης των εργαζομένων του ίδιου τμήματος (Αδαλή&Λεμονίδου, 2001, Adali&Priami, 2002, Σιουρούνη και συν, 2006).

Η αποκέντρωση στη λήψη αποφάσεων, η ευελιξία των προγραμμάτων εργασίας και η ενδυνάμωσή τους ώστε να ευδοκιμεί η ικανοποίηση από την εργασία, η ανάπτυξη συνθηκών συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης, ο επανακαθορισμός εκτέλεσης εργασίας και η αποφυγή προσαρμογής στη διοίκηση μέσω υποχωρητικότητας και συμμόρφωσης, μειώνουν

το υψηλό κόστος του εργασιακού άγχους για τον νοσηλευτικό οργανισμό. Η εφαρμογή των μέτρων συνιστά την ενεργοποίηση σε ατομικές (επαγγελματίας), κοινωνικές (συνεργάτες) και διοικητικές (οργανισμός) διαστάσεις και σαφώς την επίλυση του προβλήματος της κόπωσης σε βάθος χρόνου (Καδδά, 2005).

Το Εθνικό Ινστιτούτο για την Υγεία και την Άρτια Φροντίδα συνιστά στους εργοδότες να διατηρούν επαφή και να αξιολογούν το προσωπικό με μακροχρόνιες αναρρωτικές άδειες (που διαρκούν περισσότερο από είκοσι ημέρες), για να καταλάβουν ποιες παρεμβάσεις μπορεί να χρειαστούν. Οι κατευθυντήριες γραμμές προτείνουν γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για τις ψυχολογικές και σχετικές με το στρες συνθήκες (Jones-Berry, 2013). Οι Linetal et al (2010) προτείνουν τη δημιουργία ομάδων δραστηριοτήτων, τόσο στο σπίτι (ταξίδια, πεζοπορίες των νοσηλευτών κ.ά.), όσο και στον εργασιακό χώρο (νοσηλευτικές ομάδες συναισθηματικής υποστήριξης, που συνδέονται με την εργασία των μελών) και μπορούν να τα προστατέψουν από στρες και κατάθλιψη.

Οι νοσηλευτές ειδικά, αισθάνονται την ανάγκη να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορά το τμήμα εργασίας τους, που ουσιαστικά αποτελεί κομμάτι του οργανισμού, εμπειρία που οδηγεί σε ζωτικής σημασίας γνώση την οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει αποδοτικά το ίδιο το νοσοκομείο, για το σχεδιασμό πολιτικής υγείας και των επιμέρους προγραμμάτων. Η αποφυγή εργασιακών συγκρούσεων εντός οργανισμού, συμβάλλει στην ολοκλήρωση των εργαζομένων και τη δυνατότητα διοχέτευσης της παραγωγικής ενέργειάς τους στην ποιοτική φροντίδα των ασθενών. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι αδύνατη η πρόβλεψη του εργασιακού άγχους, αλλά η αποδοχή της παρουσίας του και η υποστηρικτική πολιτική της διοίκησης στη μείωσή του, συμβάλλουν αποτελεσματικά στην εμφάνιση και προώθηση της ικανότητας αντίστασης στην επαγγελματική εξουθένωση (Αδαλή, 2002, Αδαλή και συν, 2002).

Η περιοδική εσωτερική αξιολόγηση εξουθένωσης προσωπικού, με παράλληλη ανάπτυξη των προγραμμάτων συμβουλευτικής προσωπικού (Employee Assistance Programs) , ισορροπίας της εργασιακής ζωής (Work Life Balance) και δημιουργίας γραμμής επικοινωνίας (hot line), προτείνουν την ανάπτυξη προληπτικών δράσεων και τεχνικών αντιμετώπισης, που στοχεύουν στη στήριξη και αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής κόπωσης των επαγγελματιών υγείας (Ρούπα και συν, 2008). Επίσημα συμβουλευτική υποστήριξη προς το νοσηλευτικό προσωπικό παγκοσμίως δεν υπάρχει, λόγω και της περιορισμένης κοινωνικής στήριξης ειδικά από τον ίδιο τον οργανισμό. Δυνητικά θα μπορούσαν να ανοίξουν μονοπάτια

προς αυτή την κατεύθυνση, ώστε τα τελικά συμπεράσματα που σχετίζονται με την υγεία των νοσηλευτών να πάψουν να είναι τόσο απαισιόδοξα, ειδικά σήμερα μέσα στο φάσμα των κοινωνικών εκρήξεων σε θέματα αναγκών υγείας (Παπαγεωργίου και συν, 2007).

Οι ομάδες Balint πήραν το όνομά τους στη μνήμη του βρετανού ψυχαναλυτή Michael Balint (1896-1970) και αποσκοπούν στη μείωση του επαγγελματικού στρες μέσω της δημιουργίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος των νοσηλευτών μεταξύ τους, στη σχέση ασθενή και νοσηλευτή, καθώς και στη τριαδική σχέση ασθενή-νοσηλευτή-ιατρού, υπό την απαραίτητη καθοδήγηση ενός έμπειρου στις ομάδες αυτές ψυχιάτρου κ ενός νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Στον ελλαδικό χώρο ομάδες Balint πρόληψης επαγγελματικής εξουθένωσης και επίλυσης συγκρούσεων, λειτουργούν στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο και στην Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών (ανάλογες ομάδες επίσης στο εξωτερικό είναι στις ΗΠΑ, Αγγλία, Σουηδία).

Στις ομάδες αυτές, οι νοσηλευτές και οι υπόλοιπη επαγγελματίες υγείας (ιατροί, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί), περιγράφουν ελεύθερα τα προσωπικά τους βιώματα, συχνά οδυνηρά, χρωματίζοντάς τα με τα συναισθήματά και τις απόψεις τους για την ψυχιατρική νόσο και τις συνέπειές της. Αναζητούν εναλλακτικούς αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιστατικών, μέσω μιας βαθύτερης κατανόησής τους, στα πλαίσια σταθερών θεραπευτικών ορίων, με απώτερο στόχο την παροχή καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας από μια υγιή ισοδύναμη θεραπευτική ομάδα. Με κυρίως εναρκτήρια αφορμή τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους, αποβλέπεται η βελτίωση των λανθασμένων εργασιακών στάσεων, η αυτοαξιολόγηση των μελών της θεραπευτικής ομάδας και η σταδιακή μείωση της υπάρχουσας συναισθηματικής και γνωστικής κόπωσης. Μέσω των ομάδων επιτυγχάνεται η αλληλεπίδραση και αλληλοϋποστήριξη των μελών, με ισότιμη συμμετοχή στην ακρόαση όλως των αντιλήψεων και συναισθημάτων, ως ένα σημαντικό εργαλείο αποφόρτισης και αποτελεσματικού χειρισμού αισθημάτων ανεπάρκειας και ενοχής.

Οι δυσκολίες συγκρότησης ομάδων Balint, εντοπίζονται κυρίως λόγω του ότι η ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων και απόψεων, μερικές φορές βιώνεται από τους νοσηλευτές κυρίως, ως απειλή της προσωπικής τους θωράκισης απέναντι στα υπόλοιπα μέρη της θεραπευτικής ομάδας και τον ασθενή. Η έλλειψη προσωπικού, το συνεχές δύσκολο κυκλικό ωράριο, οι μεγαλύτερες προσδοκίες, η ασάφεια ρόλων και εμπειρίας μεταξύ των διπλωματούχων νοσηλευτών και των βοηθών τους, η δυσκολία προσαρμογής ως άμυνα στην όποια αλλαγή

των μεγαλύτερων σε ηλικία παλαιότητας προϋπηρεσίας εργαζομένων, αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες στην ενεργή συμμετοχή των ομάδων.

Η συνοχή των ομάδων μπορεί να επιτύχει με καθορισμό ρεαλιστικών στόχων, τη διατήρηση των ορίων από όλα τα μέλη, μέσω της διερεύνησης των δυνατοτήτων και περιορισμών τους. Με έμφαση στην ικανοποίηση της ανάγκης για επικοινωνία των μελών και βελτίωση της συνεργασίας στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης κάθε ασθενή, με χάραξη κοινών στόχων και συλλογικής δράσης, η ύπαρξη των συναντήσεων στις ομάδες αυτές είναι ανάγκη να λειτουργούν σε σταθερές επαναλαμβανόμενες συναντήσεις, με απώτερο στόχο την ψυχολογική ενίσχυση όλως των μελών της θεραπευτικής ομάδας, ώστε να καταστούν ικανοί στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον κάθε ασθενή (Μπερκ&Σταθαρού, 2003).

4.3. Συζήτηση -Συμπεράσματα

Η έρευνα αυτή κατέγραψε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε ένα ικανό αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας και διερεύνησε δημογραφικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που μπορεί να συσχετίζονται με αυτά. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο των Bedford&Foulds χορηγήθηκε και συμπληρώθηκε από 317 επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, ιατρούς και άλλα επαγγέλματα) των δύο φύλων, ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης. Επίσης, καταγράφηκε το επίπεδο μόρφωσης, όπως και οι καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων.

Το ερωτηματολόγιο των Bedford&Foulds επέδειξε ικανοποιητικά ψυχομετρικά στοιχεία στην έρευνά μας. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας α του Cronbach ήταν υψηλοί τόσο για τη συνολική κλίμακα όσο και για καθεμιά από τις υποκλίμακες ξεχωριστά. Το γεγονός ότι οι συντελεστές α ήταν μικρότεροι στις υποκλίμακες σε σχέση με τη συνολική κλίμακα, οφείλεται στο ότι η αξιοπιστία μιας κλίμακας μειώνεται όσο μικρότερος είναι ο αριθμός των θεμάτων (Allen&Yen, 1979). Η μέτρια έως υψηλή συσχέτιση των δύο υποκλιμάκων μεταξύ τους, είναι και αυτή δείγμα αξιοπιστίας, αφού κάθε υποκλίμακα μετρά μια ψυχοπαθολογική κατάσταση (άγχος και κατάθλιψη) που σχετίζονται στενά αλλά δεν ταυτίζονται και είναι εννοιολογικά διαφορετικές.

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δήλωσαν οριακά ή σοβαρότερα συμπτώματα στο υπό μελέτη ερωτηματολόγιο ήταν 19,9% και 6,0%, αντίστοιχα για την κατάθλιψη και 21,5% και 12,3%, αντίστοιχα για το άγχος. Συνολικά ήταν αρκετά μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα 11% και 7% με βάση τα στο χείρα των Bedford&Foulds (Bedford et al, 1976). Αυτό θα

μπορούσε να ερμηνευτεί είτε ως ένδειξη ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα άγχους από το γενικό πληθυσμό, είτε ως οφειλόμενο στις διαπολιτισμικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ της αμερικάνικης κουλτούρας και της ελληνικής. Το γεγονός ότι παρόμοια υψηλά ποσοστά έχουν βρεθεί και σε άλλες ελληνικές έρευνες που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο, μάλλον συνηγορεί υπέρ της δεύτερης ερμηνείας (Lyketsos et al, 1979, Economou&Angelopoulos, 1989, Angelopoulos&Economou, 1994, Ρούπα και συν, 2009). Ωστόσο δεν πρέπει να απορρίπτει κανείς και την πιθανότητα της πρώτης.

Η υπεροχή των γυναικών στην υποκλίμακα του άγχους, αλλά και της συνολικής ψυχοπαθολογίας είναι κι αυτή ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα, αφού σε όλες σχεδόν τις σχετικές μελέτες οι γυναίκες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη και άγχος από τους άντρες (WHO, 2000, Καρανικόλα και συν, 2009).

Ομοίως, στο δείγμα μας δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ψυχοπαθολογίας. Εντούτοις, έρευνες με το ερωτηματολόγιο αυτό σε ηλικίες πολύ μικρότερες, όπως π.χ. σε παιδιά σχολικής ηλικίας (Lyketsos et al, 1979), αλλά και πολύ μεγαλύτερες, όπως π.χ. σε ηλικιωμένους σε ΚΑΠΗ (Ρούπα και συν, 2009), έχουν βρει ακόμα μεγαλύτερες τιμές από του δείγματός μας. Επομένως, ο παράγοντας ηλικία δεν επηρεάζει με την ίδια πάντοτε φορά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και δεν είναι παράλογο το ότι δε βρέθηκε ενός συγκεκριμένου τύπου συσχέτιση.

Βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ταλανίζονται από άγχος και κατάθλιψη σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, σύμφωνα με την έρευνα. Το εύρημα αυτό, δηλαδή ο μεγαλύτερος επιπολασμός άγχους και κατάθλιψης σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα έχει βρεθεί επανειλημμένα και σε άλλες σχετικές έρευνες (Jayaratne&Ches, 1984, Heim, 1991, Soderfeldt et al, 1995, Bourbonnais et al, 1998, Morano, 2000, Healy&McKay, 2000, Kavari et al, 2007).

Είναι φανερό ότι η συνεχής στενή επαφή με τους ασθενείς και φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης κάνει την ομάδα των νοσηλευτών πιο ευάλωτη σε διαταραχές του συναισθήματος, όπως η κατάθλιψη (Kavari et al, 2007)

Η οικογενειακή κατάσταση που συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν αυτή των χήρων ή διαζευγμένων, παρουσιάζοντας μεγαλύτερες διαφορές από τα ποσοστά των έγγαμων και άγαμων. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί ενδεχομένως,

επειδή οι χήροι/διαζευγμένοι αντιμετωπίζουν έντονα στρεσογόνους παράγοντες στην προσωπική τους ζωή, προσπαθώντας να προσαρμοστούν ή εβρισκόμενοι σε κατάσταση πένθους για την απώλειά τους, με αποτέλεσμα να δέχονται επιπλέον επιβαρύνσεις στην ψυχολογική τους κατάσταση. Τόσο η μια όσο και η άλλη ομάδα χαρακτηρίζονται από απουσία συντρόφου και άρα, στενών οικογενειακών σχέσεων, όπως συμπεραίνουν και οι Kavari et al (2007).

Αντίθετα, η επαγγελματική ομάδα των ιατρών, που λόγω της φύσης του επαγγέλματος τους συνήθως δεν έχουν καθημερινή και τόσο συχνή επαφή όσον αφορά στην φροντίδα των ασθενών, ήταν αναμενόμενο να έχει και τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Το εύρημα αυτό αντικατοπτρίστηκε και από τη μελέτη του μορφωτικού επιπέδου, όπου οι απόφοιτοι ΑΕΙ (που ήταν συχνότερα ιατροί στο δείγμα μας) είχαν μικρότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από τους απόφοιτους ΤΕΙ και απόφοιτους Λυκείου ή Γυμνασίου. Ενδεχομένως, σημαντικό ρόλο να παίζει, πέρα από την πιο έμμεση επαφή των γιατρών με τους ασθενείς σε σχέση με τους νοσηλευτές, ο ενδυναμωτικός ρόλος της εκπαίδευσης. Η αντιλαμβανόμενη πεποίθηση ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας είναι χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το επίπεδο γνώσεων και εκπαίδευσης (Douglas et al, 2004, Kavari et al, 2007).

Δεδομένης της γνωστής ευεργετικής επίδρασης της υποστήριξης, ασφάλειας και παρηγοριάς που προσφέρει το οικογενειακό περιβάλλον, είναι ένα συχνό εύρημα στις σχετικές έρευνες, η συσχέτιση της έγγαμης κατάστασης με μικρότερη συχνότητα αλλά και μικρότερη επιβάρυνση από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις (Bigel et al, 2002).

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα στοιχεία άγχους και κατάθλιψης μπορεί να έχουν πιθανές επιπτώσεις στην εργασία και στην υγεία των εργαζομένων. Για το λόγο αυτό, προτείνονται παρακάτω αναλυτικά προτάσεις και τρόποι οργανωτικής και εργασιακής παρέμβασης για την αποτροπή ή πρόληψη της ψυχολογικής (γνωστικής, συναισθηματικής, συμπεριφορικής) και εργασιακής επιβάρυνσης, κατά την ενασχόληση του επαγγέλματος υγείας.

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντική απόκλιση από αυτά άλλων ερευνών, όπως παρουσιάστηκαν στη βιβλιογραφία. Επίσης, επιβεβαίωσαν τις αρχικές υποθέσεις, όσον αφορά στην σημαντική επίδραση του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Η ηλικία δεν προσέφερε σημαντικές πληροφορίες από στατιστικής άποψης, ίσως επειδή υπήρχαν σημαντικές

ηλικιακές αποκλίσεις στο δείγμα. Ενδεχομένως, σε αυτό έπαιξε ρόλο και το γεγονός ότι οι ειδικευόμενοι ήταν λιγότεροι (79). Λαμβάνοντας υπόψη και την βιβλιογραφική έρευνα, οι νεότεροι στο επάγγελμα είναι αυτοί που συνήθως παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, επειδή είναι πιο επιρρεπείς στη συμπεριφορά που τους δείχνουν οι προϊστάμενοί τους.

Άλλη σημαντική παράμετρος είναι η ειδικότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης, όπου οι γιατροί και οι κάτοχοι διπλωμάτων ανώτατων ιδρυμάτων παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανότητα να διαχειριστούν το άγχος και την κατάθλιψη ή ενδεχομένως, λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους οι γιατροί δεν εκτίθενται τόσο συχνά σε καταστάσεις που τους επιβαρύνουν ψυχολογικά. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που έχουν το πλέον επιβαρυνόμενο περιβάλλον, από αυτή την άποψη. Η οικογενειακή κατάσταση έδειξε να σχετίζεται σημαντικά με την εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης. Μάλιστα, η υποκλίμακα της κατάθλιψης έδειξε υψηλότερες τιμές στους διαζευγμένους/χήρους και τους άγαμους, ενώ του άγχους περισσότερο στους διαζευγμένους/χήρους και τους έγγαμους. Οι πλέον επιβαρυνόμενοι γενικά είναι οι διαζευγμένοι/χήροι, ίσως επειδή αντιμετωπίζοντας μεταβατικές συνθήκες στην προσωπική τους ζωή, κάνουν την επιπλέον προσπάθεια να προσαρμοστούν ψυχολογικά στις αλλαγές της οικογενειακής τους κατάστασης. Η οικογένεια δείχνει να παίζει εξισορροπητικό ρόλο στην ψυχική κατάσταση των ερωτηθέντων, κυρίως στην υποκλίμακα της κατάθλιψης.

Όπως είναι φυσικό, οι καπνιστές παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αφού η καλή φυσική κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο και στην ψυχική. Οι περισσότεροι από όσους παρουσίασαν σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης απευθύνθηκαν σε γιατρό και λαμβάνουν αγωγή.

Συνολικά, μπορεί να λεχθεί ότι οι περισσότεροι δε νιώθουν κακή διάθεση ή θλίψη και οι περισσότεροι δεν παρουσιάζουν κάποιο σοβαρό σύμπτωμα (αυτοκτονικές τάσεις, παραίτηση, έντονη απαισιοδοξία για το μέλλον). Αρκετοί είναι αυτοί που παρουσίασαν σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης. Ενδεχομένως, το σώμα τους να αντιδρά χωρίς να το συνειδητοποιούν σε καταστάσεις που τείνουν να τους προκαλούν κατάθλιψη. Το γεγονός ότι τα επίπεδα της αποφασιστικότητας των ερωτηθέντων είναι πολύ υψηλά δείχνει να συμφωνεί με τη βιβλιογραφική έρευνα, η οποία παρουσιάζει παρόμοια στοιχεία. Λόγω της φύσης του επαγγέλματος και τη ειδικότητάς τους, οι εργαζόμενοι στους τομείς ψυχικής υγείας έχουν αυξημένη αυτοπεποίθηση.

Ίσως, μια ποιοτική έρευνα, όπως η λήψη συνεντεύξεων, θα μας έδινε περισσότερες πληροφορίες για την καλύτερη συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων. Ένα επόμενο στάδιο θα μπορούσε να είναι η καταγραφή προσωπικών ιστοριών, που θα έδειχναν καλύτερα, πώς ερμηνεύει ο κάθε εργαζόμενος στους τομείς ψυχικής υγείας τα ερεθίσματα που δέχεται από το εργασιακό του περιβάλλον και πώς τα αντιμετωπίζει, περιγράφοντας συγκεκριμένα περιστατικά. Θα μπορούσαμε έτσι να αντιληφθούμε και τη βαρύτητα που δίνεται σε εξωγενείς στρεσογόνους παράγοντες και πώς αυτοί αλληλοσχετίζονται με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαιδευτική βαθμίδα, την φυσική κατάσταση και την ειδικότητα των ερωτηθέντων.

5. Βιβλιογραφία

5.1 Διεθνής βιβλιογραφία

Adali, E. & Priami, M. (2002). Burnout among nurses in Intensive care units. *Internal medicine*

Wards and Emergency departments in Greek Hospital. *Icus and Nursing Web Journals*, 11, 1–19.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Quality Health Care*, 14, 5–13.

Allen, M.J., & Yen, W.M. (1979). *Introduction to measurement theory*. Brooks/Cole: Monterey, CA.

Aloulou J, Damak R, Masmoudi F, Sidhom O, Amami O. Burn out in health care providers: a Tunisian study about 142 nurses]. *Tunis Med*. 2013 Jan; 91(1):44-9.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4thed. (DSM-IV). Washington. DC: American Psychiatric Association, 325-338.

Angelopoulos, N., & Economou, M. (1994). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in a high school student population. *European Psychiatry*, 9, 19-26.

Angst, J., Sellaro, R., Merikangas, K.R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Compr Psychiatry*, 41, 39–47.

Antoniou, A.S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professional. *Arch Hellen Med*, 16, 20–28.

Armstrong-Stassen, M. (2004). The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(1):

46-60.

Bedford, A., Foulds, G.A., Sheffield, B.F. (1976). A new personal disturbance scale:

DSSI/sAD. *Br J SocClin Psychol*, 15, 387-394.

Beekman, A.T., Copeland, J.R., Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174, 307–311.

Bemporad, J.R. (1999). Psychological Factors in Depression. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 27:603-610.

Bigel, D, Magziner, J. & Baum, M. (2002). Social support network of white and black elderly people of risk of institutionalization, health & social work. Vol 16, 245-257.

Bourbonnais, R., Comeau, M., Vezina, M., Guylaine, D. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *Am J IndMed*, 34, 20–28.

Bram, P.J., & Katz, L.F. (1989). Study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncol Nurs Forum*, 16, 555–560.

Brown, G.W., & Harris, T. (1989). Depression. In *Life Events and Illness*, ed. Gw Brown, To Harris, New York: Guilford, 49–93.

Chant, S. et al. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice.

Journal of Clinical Nursing, 11(1): 12-16. Coffey, M. (1999). Stress and burnout in forensic community mental health nurses: An investigation of its causes and effects. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6, 433–443.

Constable, J.F., & Rusel, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Hum Stress*, 12, 20–26.

Cooper, C., & Payne, R. (1988). *Causes, coping and consequences of stress at work*. St

Edmundsbury Press: Great Britain.

Cordes, C.L., & Dougherty, T.W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev*, 18, 621–656.

Cuijpers, P., & Schoevers, RA. (2004). Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*, 6, 430–437.

Demerouti, E., Baker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*, 32, 454–464.

Dugas, B. (1983). *Further introduction to patient, a comprehensive approach to nursing fourth edition*. Philadelphia W.B.Saunders company 1983, 2004, 71-90.

Dugas, B. (2002). *Introduction to patient care: a comprehensive approach to nursing, 8th edition*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 71-90.

Dugas, B. (2002). *Introduction to patient care: a comprehensive approach to nursing, 8th edition*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 241.

Douglas, IM., & Bevis, EO. (2004). *Nursing management and leadership in Action*. Fourth edit.

St Louis: the C.V Mosby company, 392-408.

Economou, M., & Angelopoulos, N. (1989). Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educational Psychology*, 9, 331-337.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Human Sciences Press: New York.

Fagin, L., Brown, D., Bartlet, H., Leary, J., Carson, J. (1996). The Glaybury community psychiatric nurse stress study: Is it more stressful to work in hospital or the community? *J Adv Nurs*, 22, 347–358.

- Fako, T.T., Ntonghanwah Forcheh Linn Source, J. G. (2004). Correlates of Work-Place Stress: A Case Study of Botswana Nurses Working in Clinics. *Botswana Notes and Records*, Vol. 36. 106-124.
- Fallowfield, L. (1990). *Quality of life: The missing measurement in health care*. Human Horizon Series-Souvenir Press: London, 38-42.
- Faulkner, N., & Mackay, E.C. (2000). Stress in the work place public health and hospitals nurses. *The Canadian Nurse*, 40.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Ridder, E.M., Beautrais, A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *ArchGen Psychiatry*, 62, 66–72.
- Feskanish, D., Hastrup, J.L., Marshall, J.R., Colditz, G.A., Stampfer, M.J., Willett, W.C. and Kawachi, I. (2002). Stress and Suicide in the Nurses' Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-), 56(2),95-98.
- Firth-Cozens, J. & Moss, F. (1998). Hours, Sleep, Teamwork, and Stress: Sleep and Teamwork Matter as Much as Hours in Reducing Doctors' Stress. *British Medical Journal*, 317, (7169), 1335-1336.
- Fornes, V., Galego, C., Barcelo, O., Crespi, C., Gutierrez, C. (1994). Causal and emotional factors related to work stress in ICU nursing staff. The importance of accurate measurement. *Intensive Crit Care Nurs*, 10, 41–50.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse* 45(1), 114–125.
- Foxall, M.J., Zimmerman, R., Standley, R., Captain, B.B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs*, 15, 577–584.

- Gallagher, D. (2003). Is stress ripping nursing a part? *NSNA*, 59-63.
- Goodwin G. (1998). Mood disorder. In: Companion to psychiatric studies, sixth edition. Churchill Livingstone: Harcourt Brace and Company Limited Edinburgh, 551-64.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Soc Sci Med*, 159, 639–647.
- Healy CM, McKay MF. (2000). Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 31: 681-688.
- Heim, E. (1991). Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom*, 55, 90–99.
- Hyttel, J. (1994). Pharmacological characterization of SSRIs. *Int Clin Psychopharmacol*, 9(51), 19-26.
- Ito H, Eisen S.V, Sederer L.I, Yamada O, Tachimori H. (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, 52, 232-234.
- Jayarathne, S., & Ches, W.A. (1984). Job satisfaction, burnout and turnover: A national study. *Soc Work*, 24,448–453.
- Jones-Berry, S. (2013). Too much pressure: NHS employers must invest in nurses' wellbeing. *Nursing Standard*. September 11 :: vol 28 no 2, 12-13.
- Kageyama T, Mori T. Mental health of hospital nurses]. *Sangyo Igaku*. 1991 Jan;33(1):31-44.
- Kahil, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Can Psycho*, 29, 284–297.
- Kalimo, R. (2000). *Psychosocial factors at work*. World Health Organization: Geneva, 2.
- Kaplan, H.J., & Sandock, B.J. (2001). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, Clinical psychiatry (5th Ed.)* Baltimore: Williams & Wilkins.

Karasu, B., Gelenarg, A., Marriam, A., Wang, P. (2000). *Practical guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Washington. DC: American Psychiatric Association.

Kavari, H., Helyani, M. & Dehghani, V. (2007). A Study of Depression Prevalence in Nurses and it's Effective Factors in Shiraz Namazi Hospital. *RMJ*, 32 (2), 184-186.

Keijsers, G.J., Schaufeli, W.B., Le Blanc, P.M., Zwerts, C., Reis-Miranda, D. (1995). Performance and burnout in intensive care units. *WorkStress*, 9,513–527.

Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual. Rev.Psychology*, 48, 191–214.

Khalid S, Irfan U, Sheikh S, Faisal M. (2010). Frequency of stress and depression in female nurses working in a teaching hospital. *KUST Med J*, 2(1): 10-14.

Korn, T. (1998). *The management of patient care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company 9th edition.

Le Gall JR, Azoulay E, Embriaco N, Poncet MC, Pochard F. [Burn out syndrome among critical care workers].*Bull Acad Natl Med*. 2011 Feb; 195(2):389-97; discussion 397-8. Review.

Leiter, M.P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout: An organizational commitment. *J Org Behav*, 9, 297–308.

Leka, S., Griffiths, A.J., Cox, T. (2004). *Organisation du Travail et Stress*.Geneva: World Health Organization.

Lin, H-S, Probst J.C., and Yu-C Hsu. Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of clinical nursing*, 19, 234–235.

Lyketsos, G.C., Blackburn, I.M., Mouzaki, D. (1979). Personality variables and dysthymic symptoms: A comparison between a Greek and a British sample. *Psychological*

Medicine, 9, 753-758.

Madi, S.R., & Kobasa, S.C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Dow-Jones-Irvin: Homewood IL.

Maslach, C. (1982). *Burnout. The cost of caring*. Prentice-Hall Inc: New Jersey.

Maslach, C., Jackson, E.S., Leiter, P.M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1984). Patterns of burnout among a rational sample of public contract worker. *J Health Hum Admin*, 7, 189–212.

Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.

Matrunola, P. (1996). Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *J Adv Nurs*, 23, 877–834.

Mazure, C. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clin. Psychol. Sci. Pract.*5, 291–313.

Morano J. (2000). Relationship of workplace social support to perceived work-related stress in many staff nurses. *J Post Anesth Nurse*, 8: 395-402.

Mulsant, B.H., & Ganguli, M. (1999). Epidemiology and Diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 60, S20: 9-15.

Munley, A. (1985). Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *NursClin North Am*, 20, 230–239.

Murphy, LR. (2003). *Stress management at work: Secondary prevention of stress*. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, eds. *The handbook of work and health*

psychology. New York: Wiley, 533–548.

NIOSH, (1999). *Stress at work*. Cincinnati OH: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH), 99–101.

Numer, R.E., & Abrams, M.N. (1984). Sources of stress among nurses: An empirical investigation. *J Hum Stress*, 10, 88–100.

O'Hara, P., Harper, D.W., Chartrand, L.D., Johnston, S.F. (1996). Patient death in a long-term care hospital: A study of the effect on nursing staff. *J Gerontol Nurs*, 22, 27–35.

Oehler, J.M., & Davidson, M.G. (1992). Job stress and burnout in acute and non-acute pediatric nurses. *Am J Crit Care*, 1, 81–90.

Olofson, B., Bengtsson, C., Brink, E. (2003). Absence of response: A study of nurses; experience of stress in the workplace. *J Nurs Manag*, 11, 351–358.

Ostooie, T., Nasrin, A., Dokht, E. (2003). *Considering of selection motivation of nursing profession and appointment of measure of job satisfaction of occupying nurses in a Tehran instructional hospital*. PhD Thesis, Nursing College, Aran Medical Sciences University, Tehran.

Palsson, S., & Skoog, I. (1997). The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *Int Clin Psychopharmacol.*, 12, S7: S3-13.

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol*, 67, 187–199.

Papadatou, D., Papazoglou, I., Petraki, D., Bellali, T. (1999). Mutual support among nurses who provide care to dying children illness. *Crisis and Loss*, 7, 37–48.

Pikhart, H., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., Topor, R., Sebakova, H.,

Nikitin, Y. and Marmot, M. (2004) Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe [Social Science & Medicine, Volume 58, Issue 8](#), 1475-1482.

Pines, A.M., & Kaner, A.D. (1982). Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *J Psychiatr Nurs*, 20, 30–35.

Preising, M., Merikangas, K.R., Angst, J. (2001). Clinical significance and comorbidity of Subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatry Scand*, 104, 96–103.

Ranga, K., & Krishnan, R (2002). Biological risk factors in late life depression. *Biological Psychiatry* 525, 3, P. 185-192.

Seuntjens, A. (1982). Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. *Nurs Adm Q*, 1, 12–19.

Shaufeli, W.B., Maslach, C., Marek, T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis: London, 19-32.

Sherman, D.W. (2004). Nurses' Stress & Burnout. How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. *The American Journal of Nursing*, 104(5), 48-57.

Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Warg, L. (1995). Burnout in social work. *J Natl Assoc Soc Work*, 40, 638–647.

Sohn, J.W., Kim, B.G., Kim, S.H., Han, C. (2006). Mental health of healthcare workers who experience needlestick and sharps injuries. *J Occup Health*, 48 (6), 474–479.

Stringer, B. (1999). Stress factors in the hospital: A nursing perspective. In Charney W, ed. *Handbook of modern hospital safety*. New York: CRC Press LLC, 977–984.

Tattersall, A.J., Bennett, P., Pugh, S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress Med* 15, 109–113.

Tumers, G., Van Merod, G., Landeweerd, J. (2002). The diversity of work: Differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Stud*, 39, 841–855.

Vachon, M. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. Hemisphere: New York.

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D. (2004). Nurse, burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2), 57–66.

Vaslamatzis, G., Bazas, T., Lyketsos, G. & Katsouyanni, K. (1985). Dysthymic distress and hostile personality characteristics in Greek student nurses: A comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, 22, 15-20.

Wagner, H.R., Burns, B.J., Broadhead, W.E., Yarnall, K.S.H., Sigmon, A., Gaynes, B.N. (2000). Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychol Med*, 30, 1377–1390.

Wilson, A. (1996). Exhaustion syndrome in palliative care. *Support Care Cancer*, 4, 408–415.

World Health Organization. Women and mental health [on line]. Fact sheet No 248. 2000.

Διαθέσιμο: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en/>.

Wu, S., et al. (2007). Relationships between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing*, 59(3): 223-239.

Yung, Y., Koh, D., Lee, V. Ng, C. Y., Chan, G., Dong, F., Goh, S. H., Anantharamanand, V., Chia, S. E. (2002). Self Perceived Work Related Stress and the Relation with Salivary IgA

and Lysozyme among Emergency Department Nurses. *Occupational and Environmental Medicine*, 59 (12), 836-841.

5.2 Ελληνική βιβλιογραφία

Αδαλή, Ε., & Λεμονίδου, Χρ. (2001). Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 40(2), 15-22.

Αδαλή, Ε. (2002). Πρόληψη – Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, Αθήνα, 41(2), 169-173.

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., Μούγια, Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, Αθήνα, 41(1), 105-114.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1999). Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. *Ελληνικά Γράμματα*, τρίτη έκδοση: Αθήνα, 63-67.

Αντωνίου Α.Σ. (2005). Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Παρεμβάσεις σε Ατομικό και Οργανωσιακό Επίπεδο. Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός» – β' Φάση. Αθήνα, 1-54.

Αργυροπούλου, Κ. (1999). Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 106, 101-110.

Ασημομύτη, Α. (2007). Απουσία από την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής. *Διπλωματική εργασία*, Πάτρα, 17-18.

Θεοδωράτου, Μ., Μπέκος, Β., Σκυλογιάννης, Γ. (2003). Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 42(4), 479-496.

Καδδά Α. (2005). «Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία», *Επιθεώρηση Υγείας*: 16 (92): 23-26.

Καντάς, Α. (1995). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα. Τόμος 3, 86-89.

Καντάς, Α. (1995). *Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία. Μέρος 3ο: Διεργασίες ομάδας, σύγκρουση ανάπτυξη και αλλαγή, κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος*. 5η έκδοση.

Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 57-62.

Καπουντζής, Ν. & Νικολαΐδου, Β.Π. (1995). *Εργασιακή κόπωση και κοινωνική υποστήριξη. Μια έρευνα σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας*. Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ, Φιλοσοφική Σχολή, Τμήμα Ψυχολογίας.

Καρανιάδου, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ., Τελειώνη, Μ.Κ. (2006). Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 45(3), 391-403.

Καρανικόλα, Μ. Ν.Κ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή, Α-Μ., Μπουζικά, Μ., Παπαθανάσογλου, Ε. Δ.Ε. (2009). Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτικό προσωπικό εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 48(4), 447-457.

Καρανικόλα, Μ. Ν.Κ., & Κλεάνθους, Ε. (2011). Διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. *Νοσηλευτική*, 50(2), 163-176.

Λεπίδου, Μ., Καδδά, Ο., Αργυρίου, Γ., Νέστωρ, Α., Μαρβάκη, Αι., Χασιώτη, Γ., Νανάς, Σ. (2012). Τα ηθικά διλήμματα ως πηγή άγχους στους ιατρούς και στους νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική*, 51(2), 187-194.

Μαγγούλια, Π.Ε. (2011). *Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές*. Αθήνα: Εθνικό και

Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας. Διδακτορική Διατριβή, 49-53.

Διαθέσιμο στο <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/26088#page/2/mode/2up> (25/2/2014)

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής*, University Studio Press: Θεσσαλονίκη, 295-302.

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε., Γκούβα, Μ., Δημοπούλου, Ε.,

Κοτρώτσιου, Ε. (2010). Ικανοποίηση από την εργασία και επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα. *Νοσηλευτική*, 49(1), 83-90.

Μισουρίδου, Ε. (2009). Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.

Μιχαλοπούλου, Αντ.-Μ. (2003). Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. *Νοσηλευτική*, 42(3), 293-298.

Μπερκ, Α., & Σταθάρου, Α. (2003). Λειτουργία ομάδων Balint ως μέσο υποστήριξης νοσηλευτών ψυχικής υγείας. *Νοσηλευτική*, 42(2), 137-142.

Μουστάκα Ε., Αντωνιάδου Φ., Μαλλιαρού Μ., Ζάντζος Ι., Κυριάκη Κ., Κωνσταντινίδης Θ.(2010). Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού - συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 3(3), 90-96.

Ουζούνη, Χ. (2004). Το στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 43(3), 297-303.

Ουζούνη, Χ. (2005). Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας. *Νοσηλευτική*, 44(3), 355-363.

Παναγιώτου, Α. (2003). Παράγοντες που επηρεάζουν τους νοσηλευτές στην επιλογή ειδικότητας ψυχικής υγείας. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο. Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Ψυχικής Υγείας. Διδακτορική Διατριβή, 33-45.

Διαθέσιμο στο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/21548#page/1/mode/2up> (26/2/2014)

Παναγιώτου, Α. και Πασχάλη, Α. (2012). Άγχος και κατάθλιψη στους φοιτητές Νοσηλευτικής: εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. *Ψυχολογία*, 19 (3), 281-295.

Παπαγεωργίου, Δ.Ε., Καραμπέτσου, Μ.Ι., Νικολακάκου, Χρ.Β., Παυλάτου, Ν.Δ. (2007).

Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, 46(2), 237-245.

Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 113-118.

Παπαθανασίου, Ι. (2012). *Αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας*. Ιωάννινα: Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας. Διδακτορική Διατριβή, 128-131. Διαθέσιμη στο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/27113#page/134/mode/2up> (25/2/2014).

Ποταμιάνος, Γ. (1995). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 256.

Ρούπα, Ζ., Ραφτόπουλος, Β., Τζαβέλας, Γ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Κοτρώτσιου, Ε. (2008).

Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47(2), 247-255.

Πριάμη, Μ. (1992). *Μελέτη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων του ειδικού νοσηλευτού ψυχικής υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Παθολογικός-Νοσηλευτικός. Διδακτορική Διατριβή, 19-31.

Διαθέσιμο στο <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/2358#page/1/mode/2up> (26/2/2014)

Ρούπα, Ζ., Τάτσιου, Ι., Τσικληταρά, Α., Κουλούρη, Α., Νίκας, Μ., Μπισκίνη, Ι.,

Σωτηροπούλου Π. (2009). Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην

κοινότητα. *Interscientific Health Care*, 1(2), 61-66.

Σιουρούνη Ε., Θεοδώρου Μ., Χονδρός Π. (2006). «Διερεύνηση του Συνδρόμου
Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσηλευτικό Προσωπικό του Ψυχιατρικού
Νοσοκομείου Τρίπολης» *Επιθεώρηση Υγείας*, 17(99):31-35.

6. Παράρτημα

6.1. Ερωτηματολόγιο

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί. Από τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα προκύψουν πολύτιμα συμπεράσματα για την οργάνωση προγράμματος αγωγής υγείας για τους πάσχοντες από υψηλό βαθμό άγχους.

Παρακαλούμε συμπληρώστε:

Βάλτε χ ή ν ή κυκλώστε την σωστή απάντηση

Ημερομηνία συμπλήρωσης:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....Φύλο : Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος

Επάγγελμα:

Εθνικότητα:

Γραμματικές Γνώσεις: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο

ΤΕΙ ΑΕΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ BEDFORD&FOULDS

1. Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα.

Λάθος

Αλήθεια

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:

ανυπόφορα πολύ λίγο

2. Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο μου.

Λάθος

Αλήθεια

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:

λίγο πολύ ανυπόφορα

3. Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου.

Λάθος

Αλήθεια

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:

λίγο πολύ ανυπόφορα

4. Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω.

Λάθος

Αλήθεια

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί:

ανυπόφορα πολύ λίγο

5. Τώρα τελευταία ήμουν αθλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί.

Λάθος

Αλήθεια

Αν είναι αλήθεια, τόσο αθλιμμένος:

πάρα πολύ πολύ λίγο

6. Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξαναξυπνήσω.

Λάθος

Αλήθεια

Αν είναι αλήθεια, πόσο σοβαρό είναι αυτό:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} Υ.ΠΕ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Γ.ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ»
ΔΙΑΣΥΝΔΕΟΜΕΝΟ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΟΙΚΗΤΗ

☎ 2313 - 324345
☒ 2313 - 324363
e-mail: gdsymb@psychothes.gr
www. psychothes.gr
✉ Λαγκαδά 196
(πρώην Κων/πόλεως 36)
564 29 Σταυρούπολη

Θεσσαλονίκη: 18/7/2013
Αρ. Πρωτ.: 12463
ΠΡΟΣ: κ.Τανανάκη Μαρία
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας.
ΣΧΕΤ: Το αριθμ.11768/3-7-2013 έγγραφο της 3^{ης} Υ.ΠΕ.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το παραπάνω σχετικό, εγκρίνεται η εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας με τίτλο «Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας αντιμετώπι με το άγχος και την κατάθλιψη. Μελέτη εργαζομένων σε δομές της Θεσσαλονίκης » στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού σας προγράμματος στη «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου της Κύπρου, με την προϋπόθεση ότι θα υπάρχει και η σύμφωνη γνώμη των Διευθυντών των τμημάτων στα οποία θα διεξαχθεί η έρευνα.

Επιστούμε την προσοχή σας στην υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου (άρθρο 13 του νόμου 3418/2005) και σας γνωρίζουμε το ενδιαφέρον της 3^{ης} Υ.ΠΕ. για γνωστοποίηση – κατάθεση των αποτελεσμάτων της έρευνάς σας, προς γνώση και αξιολόγηση των προβλημάτων που θα εντοπιστούν, ώστε να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των Υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΑΤΕΡΙΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Άδεια χρησιμοποίησης του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου των Bedford&Foulds

Λευκωσία 20/3/2014

Δηλώνω ότι η Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Μαρία Τανανάκη, του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου στη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών "Διοίκησης Μονάδων Υγείας" μπορεί να χρησιμοποιήσει το προσαρμοσμένο από μέρος μου στην Ελλάδα ερωτηματολόγιο των Bedford&Foulds, προκειμένου να εκπονήσει τη Διπλωματική της εργασία με Θέμα «Επαγγελματίες ψυχικής υγείας αντιμετώπι με το άγχος και την κατάθλιψη. Η περίπτωση των εργαζομένων σε δομές της Θεσσαλονίκης».

Επιβλέπων καθηγητής της: Δρ. Ανδρέας Παυλάκης- Επίκουρος Καθηγητής Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου

Η Δηλούσα

Δρ. Ζ. Ρούπα, MD,RN,HVN

Καθηγήτρια

Πανεπιστήμιο Λευκωσίας