



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Επίπεδα Άγχους και Κατάθλιψης των Νοσηλευτών των
Δημόσιων Νοσηλευτηρίων της Κύπρου

Ιωάννης Χατζηπετρίης

Επιβλέπων Καθηγητής

Χρίστος Παναγιωτόπουλος

Ιούνιος, 2014

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Τα Επίπεδα Άγχους και Κατάθλιψης των Νοσηλευτών των Δημόσιων Νοσηλευτηρίων
της Κύπρου

Ιωάννης Χατζηπετλής

Επιβλέπων Καθηγητής

Χρίστος Παναγιωτόπουλος

Ιούνιος, 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία αποτελεί την ολοκλήρωση της φοίτησης μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις πολύτιμες γνώσεις που μου πρόσφεραν σε όλη τη διάρκεια της φοίτησης μου. Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στον επιβλέπον καθηγητή μου, Δρ. Χρίστο Παναγιωτόπουλου, του οποίας η πολύτιμη συμβολή και βοήθεια ήταν καθοριστική στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για τη στήριξη και τη βοήθεια που μας προσέφεραν, αλλά και την υπομονή που έδειξαν κατά τη διάρκεια της φοίτησης μου στο παρόν μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	10
ΑΒSTRACT	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΆΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ	15
2.1. Ορισμός Άγχους	15
2.2. Επαγγελματική Εξουθένωση.....	18
2.3. Παράγοντες Πρόκλησης Εργασιακού Άγχους	20
2.4. Άγχος στους Νοσηλευτές	22
2.5. Επιπτώσεις Εργασιακού Άγχους	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	27
3.1. Τι είναι η κατάθλιψη	27
3.2. Εργασιακό Άγχος και Κατάθλιψη	28
3.3. Κατάθλιψη στους Νοσηλευτές.....	28
ΜΕΡΟΣ Β: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	31
4.1. Σκοπός Διατριβής.....	31
4.2. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	31
4.3. Σχεδιασμός Μελέτης	31
4.4. Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας	32
4.5. Διαχείριση και Επίβλεψη Προγράμματος	33
4.6. Δείγμα Μελέτης.....	34
4.7. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων.....	37
4.7.1. Συλλογή Δεδομένων.....	37

4.7.2.	Εργαλείο Μελέτης - Hospital Anxiety and Depression Scale.....	38
4.7.3.	Αξιοπιστία και Εγκυρότητα Εργαλείου.....	39
4.7.4.	Στατιστική Ανάλυση	39
4.7.5.	Δεοντολογικά Ζητήματα	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		41
5.1.	Άγχος.....	43
5.2.	Κατάθλιψη.....	50
5.3.	Σχέση Άγχους και Κατάθλιψης	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ		59
6.1.	Άγχος στους Νοσηλευτές	59
6.2.	Κατάθλιψη στους Νοσηλευτές.....	63
6.3.	Συσχέτιση Άγχους και Κατάθλιψης στους Νοσηλευτές	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....		70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....		83
A.	Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα για HADS, HADS-A και HADS-D.....	88
B.	Περιγραφικά Στοιχεία και Στοιχεία Συχνοτήτων για Ερωτήσεις Q1-Q14.....	90
B.1	Ερωτήσεις Κλίμακας HADS-A	90
B.2	Ερωτήσεις Κλίμακας HADS-D	93
C.	Αποτελέσματα ANOVA για HADS-A.....	96
C1.	Συσχέτιση HADS-A και Φύλου	96
C2.	Συσχέτιση HADS-A και Πρόθεσης Αλλαγής Θαλάμου.....	96
C3.	Συσχέτιση HADS-A και Νοσοκομείου	97
C4.	Συσχέτιση HADS-A και Θαλάμου.....	97
C5.	Συσχέτιση HADS-A και Ηλικίας	97
C6.	Φύλο * Ηλικία vs HADS-A.....	98
D.	Αποτελέσματα ANOVA για HADS-D.....	99

D1.	Συσχέτιση HADS-D και Φύλου	99
D2.	Συσχέτιση HADS-D και Πρόθεσης Αλλαγής Θαλάμου	99
D3.	Συσχέτιση HADS-D και Νοσοκομείου	99
D4.	Συσχέτιση HADS-D και Θαλάμου.....	100
D5.	Συσχέτιση HADS-D και Ηλικίας	100
D6.	Φύλο * Ηλικία vs HADS-D.....	101

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Συμπτώματα διάγνωσης εργασιακού άγχους (Sandy & Kleiner, 2003).....	18
Διάγραμμα 2: Στρεσογόνοι παράγοντες (Murphy, 1995).	20
Διάγραμμα 3: Κατανομή δείγματος στα νοσηλευτήρια που έλαβαν μέρος.	35
Διάγραμμα 4: Κατανομή φύλου δείγματος.	35
Διάγραμμα 5: Ηλικιακή κατανομή δείγματος.	35
Διάγραμμα 6: Θέση Εργασίας.	36
Διάγραμμα 7: Χρόνια Υπηρεσίας.....	36
Διάγραμμα 8: Κατανομή δείγματος σχετικά με το θάλαμο απασχόλησης.....	37
Διάγραμμα 9: Κλίμακα HADS με κατανομή απαντήσεων στις κατηγορίες άγχους και κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης και της βαρύτητας της κάθε απάντησης (Μιχόπουλος <i>et al.</i> 2007).....	42
Διάγραμμα 10: Μέσοι όροι για κλίμακες HADS-A, HADS-D και HADS και αντίστοιχα αποδεκτά ανώτατα όρια για να θεωρείται το άτομο ότι είναι μεταξύ των επιτρεπτών ορίων. 43	
Διάγραμμα 11: Κατανομή συγκεντρωτικής βαθμολογίας για ερωτήσεις που αφορούν το άγχος (HADS-A).	44
Διάγραμμα 12: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-A ανά φύλο.	45
Διάγραμμα 13: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-A και πρόθεση για καταχώρηση αίτησης αλλαγής θαλάμου.	46
Διάγραμμα 14: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-A ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.	46
Διάγραμμα 15: Μέση τιμή επιπέδων άγχους (HADS-A) ανά θάλαμο.....	47
Διάγραμμα 16: Μέσος όρος τιμών άγχους στην κλίμακα HADS-A ανά ηλικιακή ομάδα δείγματος.	48
Διάγραμμα 17: Γραφική αναπαράσταση μέσω των όρων δοκιμασίας ANOVA για κάθε ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το φύλο (Ηλικία*Φύλο vs HADS-A).	50
Διάγραμμα 18: Κατανομή συγκεντρωτικής βαθμολογίας για ερωτήσεις που αφορούν την κατάθλιψη (HADS-D).	51
Διάγραμμα 18: Διαγραμματική αναπαράσταση επιπέδων κατάθλιψης (HADS-D) σε σχέση με το φύλο.	52
Διάγραμμα 19: Διαγραμματική αναπαράσταση επιπέδων κατάθλιψης (HADS-D) σε σχέση με την πρόθεση αλλαγής θαλάμου.	53

Διάγραμμα 20: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-D ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.	54
Διάγραμμα 21: Μέση τιμή άγχους (HADS-D) ανά θάλαμο.....	54
Διάγραμμα 21: Μέσος όρος τιμών κατάθλιψης στην κλίμακα HADS-D ανά ηλικιακή ομάδα δείγματος.	55
Διάγραμμα 22: Γραφική αναπαράσταση μέσω των όρων δοκιμασίας ANOVA για κάθε ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το φύλο (Ηλικία*Φύλο vs HADS-D).....	57
Διάγραμμα 24: Μέσος όρος κλιμάκων HADS-A και HADS-D για όλες τις ηλικιακές ομάδες.	57
Διάγραμμα 26: Q1 – Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος.....	90
Διάγραμμα 27: Q3 - Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί.....	90
Διάγραμμα 28: Q5 - Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου.....	91
Διάγραμμα 29: Q7 - Μπορώ να κάθομαι άνετα και να μιλάω χαλαρωμένος.....	91
Διάγραμμα 30: Q9 - Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σα να έχω "πεταλούδες" στο στομάχι μου.....	92
Διάγραμμα 31: Q11 - Νιώθω νευρικός και ανήσυχος, σα να πρέπει να κινούμαι συνέχεια ..	92
Διάγραμμα 32: Q13 - Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού.	92
Διάγραμμα 33: Q2 - Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω.....	93
Διάγραμμα 34: Q4 – Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων.....	93
Διάγραμμα 35: Q6 – Νιώθω κεφάτος.....	94
Διάγραμμα 36: Q8 – Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου.....	94
Διάγραμμα 37: Q10 – Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου.....	95
Διάγραμμα 38: Q12 – Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα.....	95
Διάγραμμα 39: Q14 – Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό / τηλεοπτικό πρόγραμμα.....	96

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Νοσηλευτικά Ιδρύματα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.....	31
Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή δείγματος.....	36
Πίνακας 3: Μέσος όρος για μεταβλητές άγχους, κατάθλιψης και συνολικής κλίμακας HADS, όπως αυτές καταγράφηκαν για το δείγμα της παρούσας μελέτης.....	42
Πίνακας 4: Αποτελέσματα επιπέδων άγχους (HADS-A) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με το φύλο.....	44
Πίνακας 5: Αποτελέσματα επιπέδων άγχους με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με τις διάφορες ηλικιακές ομάδες.....	47
Πίνακας 6: Αποτελέσματα επιπέδου άγχους με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα και το φύλο.....	49
Πίνακας 7: Αποτελέσματα επιπέδου κατάθλιψης (HADS-D) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με το φύλο.....	52
Πίνακας 8: Αποτελέσματα επιπέδου κατάθλιψης (HADS-D) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα.....	55
Πίνακας 9: Αποτελέσματα επιπέδου κατάθλιψης (HADS-D) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα και το φύλο.....	56
Πίνακας 10: Συσχέτιση κλιμάκων HADS-A και HADS-D.....	58

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν δύο από τα σημαντικότερα προβλήματα που ταλαιπωρούν μία μεγάλη μερίδα του γενικού πληθυσμού. Ειδικά για τους νοσηλευτές, αυτά είναι ιδιαίτερα εμφανή, αφού μελέτες που έχουν κατά καιρούς ασχοληθεί με τα συγκεκριμένα θέματα έχουν αποφανθεί ότι η συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού υποφέρει από ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά, τα προβλήματα αυτά δεν έχουν διερευνηθεί στην Κύπρο, γεγονός που φαίνεται να δημιουργεί ερευνητικό κενό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια και κοινοτικά νοσηλευτήρια της Κύπρου. Η μελέτη επικεντρώθηκε ειδικά στη διερεύνηση των επιπέδων αυτών καθώς επίσης και τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων.

Υλικό – Μέθοδος: Η παρούσα έρευνα διεξήχθη σε πέντε νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου μεταξύ Μαΐου και Ιουνίου 2014 και σε αυτήν έλαβαν εθελοντικά μέρος 92 νοσηλευτές. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου που χρησιμοποιούσε τη σταθμισμένη για τον ελληνικό πληθυσμό έκδοση της κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτές φαίνεται να βιώνουν ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Σε σχέση με τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι συμμετέχοντες, καταγράφηκε δυνατή συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης τους να αλλάξουν θάλαμο κατά τους τελευταίους έξι μήνες και των επιπέδων άγχους που βιώνουν ($r = -0.316, p < 0.01$). Οι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αθαλάσσιας φαίνεται να διακατέχονται από υψηλά επίπεδα άγχους, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, που όπως φαίνεται διακατέχονται από αποδεκτά επίπεδα άγχους, ενώ οι νοσηλευτές που απασχολούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία και στους Καρδιολογικούς θαλάμους των υπό αξιολόγηση νοσηλευτικών ιδρυμάτων κατέγραψαν τα υψηλότερα ποσοστά άγχους. Σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές, ποσοστό 64.8% των συμμετεχόντων φαίνεται να εκδηλώνει συμπτώματα πιθανής κατάθλιψης καθώς συγκέντρωσε βαθμολογίες ίσες ή μεγαλύτερες από 8.0/21 στην κλίμακα HADS-D. Σημαντική θετική συσχέτιση ($r = 0.312, p < 0.01$) παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας των

συμμετεχόντων και πιθανής εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και του νοσοκομείου που εργάζονται οι νοσηλευτές και της πιθανότητας εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης ($r = 0.361, p < 0.01$), καθώς επίσης και του θαλάμου στον οποίο απασχολούνται ($r = 0.341, p < 0.01$). Επιπλέον, συσχέτιση ($r = 0.238, p < 0.05$) παρατηρήθηκε μεταξύ των χρόνων υπηρεσίας συμμετεχόντων και της μεταβλητής HADS-D. Σε περαιτέρω ανάλυση της ηλικίας σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες παρατηρήθηκε δυνατή θετική συσχέτιση ($r = 0.312, p < 0.01$) μεταξύ του θαλάμου στον οποίο εργάζονται και στα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν, ενώ αντίθετα δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και του φύλου των συμμετεχόντων. Τέλος, σημαντική θετική συσχέτιση ($r = 0.765, p < 0.01$) καταγράφηκε μεταξύ των επιπέδων άγχους (HADS-A) που βιώνουν οι νοσηλευτές και των αντίστοιχων επιπέδων κατάθλιψης (HADS-D).

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές θα πρέπει να επιμορφωθούν και να ενημερωθούν για τις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει το άγχος και η κατάθλιψη. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων αυτών, οδηγώντας με τον τρόπο αυτό στην αμεσότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συγκεκριμένων παθήσεων. Τέλος, η έρευνα αυτή καλό θα είναι να επαναληφθεί σε εύλογο χρονικό διάστημα για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των αλλαγών που οι διοικήσεις των νοσηλευτηρίων θα εφαρμόσουν για την αντιμετώπιση και τη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές τους, προβαίνοντας παράλληλα στις κατάλληλες τροποποιήσεις αν αυτό κριθεί ως αναγκαίο.

Λέξεις κλειδιά: *άγχος, κατάθλιψη, νοσηλευτής, δημόσιο νοσηλευτήριο, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), HADS-D, HADS-A.*

ABSTRACT

Background: Anxiety and depression are two of the most important problems that are diagnosed in the general population. Studies have shown that these rates are higher amongst nurses. Despite this, not many studies were conducted which investigate anxiety and depression levels among Cypriot nurses.

Aim: The aim of this study was to investigate anxiety and depression levels amongst nurses that work in public hospitals of Cyprus.

Method: This study was conducted between May and June 2014 in five public hospitals of Cyprus. 92 nurses took place in the study. Data was collected using a questionnaire using the Greek version of Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: Nurses seem to suffer from very high anxiety and depression levels. Strong relation was identified between participants' intention to change ward and high anxiety levels ($r = -0.316$, $p < 0.01$). Nurses of the Nicosia General Hospital and Athalassa Hospital seem to suffer from high anxiety levels, while nurses working in Outpatients and Cardiology wards seem to have the highest anxiety levels. 64.8% of the participants seem to suffer from depression. Strong correlation was identified between age and depression levels ($r = 0.312$, $p < 0.01$). The hospital they work ($r = 0.361$, $p < 0.01$), the ward ($r = 0.341$, $p < 0.01$) and work experience ($r = 0.238$, $p < 0.05$) seem to be also related with depression levels. Finally, strong correlation was identified between anxiety and depression levels of the participants ($r = 0.765$, $p < 0.01$).

Conclusion: Nurses should be educated for these problems, which will result in increasing the effectiveness of their treatment, and in healthiest staff, something that will result in better quality of life of their employees and an increase of the hospital's productivity. Finally, once the appropriate programs have been introduced, this study should be repeated so as to evaluate the effectiveness of these programs and whether the anxiety and depression levels experiences by the nurses have been reduced, or if they need to be amended so as to meet their goals.

Keywords: *anxiety, depression, nurse, public hospital, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), HADS-D, HADS-A.*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι γρήγοροι ρυθμοί της σύγχρονης καθημερινότητας και οι αυξημένες απαιτήσεις που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόκλησης στρες, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε μείωση της ποιότητας ζωής και πρόκλησης άλλων ασθενειών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001). Επιπλέον, η οικονομική κρίση, σε συνδυασμό με την απουσία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας στην Κύπρο, οδηγούν όλο και περισσότερους πολίτες στην αναζήτηση ιατροφαρμακευτικής φροντίδας από τα δημόσια νοσηλευτήρια. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το συνωστισμό των ασθενών, τη δημιουργία μεγάλων λιστών αναμονής και την αύξηση του φόρτου εργασίας των επαγγελματιών υγείας, συμβάλλοντας ίσως έτσι στην αύξηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν.

Διάφορες ερευνητικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ορισμένα επαγγέλματα, όπως το Νοσηλευτικό, το διδασκαλικό και το αστυνομικό επάγγελμα είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα επαγγέλματα (Arnold *et al.* 1995). Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό στρες σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα γενικότερα και ειδικότερα σε σύγκριση με άλλα επαγγέλματα του τομέα της υγείας (Αδαλή, Πριάμη, Πλατή, 2000, Κάπελλα και συν. 2002). Τα αυξημένα επίπεδα άγχους στους νοσηλευτές αποδίδονται κυρίως στις αυξημένες και πολλές φορές αντικρουόμενες απαιτήσεις από τις διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας με τις οποίες καλούνται να συνεργαστούν οι νοσηλευτές (Allen & Mellor, 2002).

Αρχικά, το εργασιακό άγχος ανάμεσα στους νοσηλευτές αξιολογήθηκε από το Menzies (1960). Η αξιολόγηση του Menzies (1960) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η παροχή φροντίδας υγείας, η λήψη αποφάσεων, η ανάληψη ευθύνης και η αλλαγή είναι άμεσα συνδεδεμένες με τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές. Η διαπίστωση αυτή ενισχύθηκε αργότερα από άλλες μελέτες, οι οποίες συμπλήρωσαν ότι οι τέσσερις αυτές κατηγορίες, σε συνδυασμό με την αυξημένη χρήση της τεχνολογίας και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος νοσηλείας δύναται να αυξάνουν τα επίπεδα εργασιακού άγχους ανάμεσα στους νοσηλευτές (Jennings, 1994).

Επιπλέον, οι πολλαπλοί ρόλοι που το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να επιτελέσει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, και που σχετίζονται τόσο με την εξυπηρέτηση ασθενών και άλλων ομάδων επαγγελματιών υγείας, όσο και με την επίτευξη ικανοποιητικών επιπέδων απόδοσης και παραγωγικότητας του

νοσηλευτικού ιδρύματος που τους εργοδοτεί αποτελούν επιπλέον παράγοντες άσκηση πίεσης των νοσηλευτών, γεγονός που φαίνεται επίσης να συμβάλλει στην αύξηση των επιπέδων άγχους που βιώνουν (Jennings, 1994).

Από τα πιο πάνω, διαφαίνεται ότι οι πολλαπλές απαιτήσεις από τους νοσηλευτές, τόσο από άλλες ομάδες επαγγελματιών υγείας, όσο και από τους ασθενείς και από τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων, σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας και τις απαιτήσεις για συνεχή ενημέρωση τους για τυχόν νέες εξελίξεις, τεχνολογικές και μη, στις ειδικότητες των θαλάμων που απασχολούνται συμβάλλουν στην αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης συμπτωμάτων εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές, γεγονός που ίσως να συνδέεται με εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Τα πιο πάνω υπογραμμίζουν τη σημαντικότητα της καταγραφής και συνεχούς παρακολούθησης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευτών από τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων, έχοντας ως κύριο στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων αυτών, πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΆΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

2.1. Ορισμός Άγχους

Κάποιες έρευνες αναφέρονται στο άγχος και στο στρες ως δύο συνώνυμες έννοιες που περιγράφονται ως η ένταση που νιώθει το άτομο κατά την προσπάθεια του να αντεπεξέλθει στις πολλαπλές απαιτήσεις της καθημερινότητας του (Καντάς, 1995). Αντίθετα, άλλες μελέτες θεωρούν ότι οι έννοιες αυτές περιγράφουν διαφορετικές καταστάσεις. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη του ο Ollendick (1998) ορίζει ως άγχος «τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα επικείμενου κινδύνου, έντασης και ανησυχίας», ορισμός που υιοθετείται και από άλλους ερευνητές που συμπληρώνουν ότι το στρες ορίζεται σα «μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού» (Ασημακοπούλου, 2004), την οποία το άγχος καλείται να προσαρμόσει. Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984), το άγχος μπορεί να οριστεί στα πλαίσια της διαδραστικής – βιοψυχοκοινωνικής τους θεωρίας ως μια διάδραση που χαρακτηρίζεται από μια δυναμική διαπλοκή ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. Κατά τη διάδραση αυτή οι εσωτερικές ή οι εξωτερικές (περιβαλλοντικές) απαιτήσεις ή ο συνδυασμός αυτών επιβαρύνουν το άτομο ή υπερβαίνουν τους πόρους – δυνάμεις που αυτό διαθέτει. Οι ίδιοι ερευνητές ορίζουν το άγχος ως την καταστροφική, όπως αυτή εκλαμβάνεται από το ίδιο το άτομο, συσχέτιση μεταξύ του ατόμου και του χώρου εργασίας του. Ο ορισμός αυτός παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες, καθώς αγνοεί άλλους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους στο άτομο.

Λαμβάνοντας υπόψη τον περιορισμό αυτό, οι Carlson και συν. (2006) ορίζουν το άγχος ως τον τρόπο που οι διάφορες ψυχολογικές, συναισθηματικές και γνωστικές επιδράσεις αντιδράσεις αλληλεπιδρούν όταν το άτομο υποβάλλεται σε πραγματικές ή φανταστικές καταστάσεις που παρεμποδίζουν την επίτευξη των στόχων του. Από τα πιο πάνω διαφαίνεται ότι το άγχος εκδηλώνεται στο άτομο από διάφορες καταστάσεις που βιώνει μέσα από το περιβάλλον του, ενώ δε συνδέεται άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον. Η Επιτροπή Εργασιακών Σχέσεων ενισχύει την πιο πάνω άποψη, αφού θεωρεί ότι το άγχος περιγράφει μία κατάσταση που συνοδεύεται από σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές, ενώ σε πολλές περιπτώσεις το άτομο εκδηλώνει και κοινωνικές διαταραχές (Labour Relations Commission, 2007).

Μέσα από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι το άγχος δεν αποτελεί πάντα αρνητικό συναίσθημα, αλλά πολλές φορές αποτελεί σημαντική ώθηση στην επίτευξη των στόχων του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, ο Selye (1976) διαχώρισε για πρώτη φορά το άγχος σε δύο μορφές, το «καλό άγχος» ή «eustress» και το «κακό άγχος» ή «distress». Όλοι οι ορισμοί που έχουν κατά καιρούς δοθεί στις δύο αυτές μορφές άγχους συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι το eustress αποτελεί αποτέλεσμα της θετικής αντίληψης του ατόμου για εκείνους τους παράγοντες που προκαλούν το άγχος, σε αντίθεση με το distress που συνδέεται με αρνητικής αντίληψης παράγοντες (Le Fevre, Kolt & Matheny, 2006).

Σύμφωνα με το Selye (1976), το eustress, που αποτελεί την πρώτη μορφή άγχους βοηθά το άτομο να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται, ενώ η δεύτερη μορφή επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις. Οι Cavanaugh και συν. (2000) στη δική τους μελέτη ενισχύουν τους πιο πάνω ορισμούς, διακρίνοντας τους ταυτόχρονα σαν άγχος-πρόκληση και άγχος-κίνδυνο αντίστοιχα. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, το άγχος-πρόκληση συνδέεται με διάφορες απαιτήσεις και προκλήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο στην εργασία του, ενώ το άγχος-κίνδυνος αποτελεί εμπόδιο στην επίτευξη των στόχων που θέτει.

Το εργασιακό περιβάλλον έχει επίσης κατά καιρούς συνδεθεί με πιθανή εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους. Πιο συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι το άγχος αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο χώρο εργασίας, ενώ παράλληλα θεωρείται ως μία από τις κυριότερες αιτίες που συμβάλλουν στη χαμηλή παραγωγικότητα των υπαλλήλων μίας επιχείρησης (WHO, 2013). Οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις και υποχρεώσεις που οι εργαζόμενοι καλούνται να εκπληρώσουν κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των εργασιακών τους καθηκόντων φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους. Αυτή η μορφή άγχους περιγράφεται ως εργασιακό άγχος. Οι Schaufeli και Buunk (2004) υποστηρίζουν ότι το εργασιακό άγχος περιγράφει ένα γενικό όρο που αναφέρεται στην προσωρινή διαδικασία προσαρμογής του ατόμου σε διάφορες καταστάσεις που αντιμετωπίζει κατά την εκτέλεση της εργασίας τους και συνοδεύεται με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ερμηνεύει το εργασιακό άγχος ως την αντίδραση του εργαζομένου όταν σε αυτόν

ανατίθενται εργασίες που δε συνάδουν με τις γνώσεις του, προκαλώντας με τον τρόπο αυτό την ικανότητα του να ανταποκριθεί επιτυχώς σε αυτές (WHO, 2013). Επιπρόσθετα, άγχος στον εργασιακό χώρο προκύπτει από διάφορες καταστάσεις και πολλές φορές επιδεινώνεται όταν οι εργαζόμενοι νιώθουν την απουσία καθοδήγησης και υποστήριξης από τους προϊστάμενους και τους συναδέλφους τους αντίστοιχα.

Πολλοί εργοδότες στην Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχουν ακόμη αντιληφθεί τις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει το εργασιακό άγχος τόσο στον εργαζόμενο, όσο και στην παραγωγικότητα και στην επίδοση της επιχείρησης τους γενικότερα (WHO, 2013). Αυτό αποτελεί μία από τις σημαντικές αδυναμίες των σύγχρονων εταιρειών, καθώς τα υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους φαίνεται να συνδέονται άμεσα με μειωμένη παραγωγικότητα (De Dreu & Weingart, 2003).

Για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους ο εργοδότης θα πρέπει να διασφαλίζει την ορθή κατανομή και διαχωρισμό των ευθυνών των εργασιακών ρόλων, αφού ρόλοι στους οποίους τα καθήκοντα είναι ξεκάθαρα φαίνεται να μειώνουν τόσο το εργασιακό άγχος, όσο και τα επίπεδα απουσίας των εργαζομένων από την εργασία τους (Kammeyer-Mueller & Wanberg, 2003). Ο ξεκάθαρος ορισμός των ρόλων της κάθε θέσης στην επιχείρηση μειώνει επίσης την εκδήλωση διαφωνιών και συγκρούσεων μεταξύ των εργαζομένων, γεγονός που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην επιχείρηση (De Dreu & Weingart, 2003).

Επιπλέον, η μείωση του εργασιακού άγχους και η αυξημένη υποστήριξη από τους προϊσταμένους μειώνει τα επίπεδα αποχώρησης των εργαζομένων από την επιχείρηση, αυξάνοντας παράλληλα τα επίπεδα ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία τους (Brough & Frame, 2004; Houkes *et al.* 2003; Rhoades & Eisenberger, 2002). Στα πιο πάνω συμβάλλει και η εργασιακή σχέση προϊσταμένου-υφισταμένου, η οποία έχει αναγνωριστεί από διάφορες έρευνες ως η κυριότερη πηγή άγχους (Terper, 2000; Hogan, Curphy & Hogan, 1994), καθιστώντας έτσι τη σχέση αυτή ιδιαίτερα σημαντική για την αποδοτικότητα της επιχείρησης. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται και από άλλες έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες η συμπεριφορά της διοίκησης μιας επιχείρησης έχει σημαντικό αντίκτυπο στα επίπεδα υγείας των εργαζομένων (Gilbreath & Benson, 2004, Offermann & Hellmann, 1996).

Μία από τις προκλήσεις που οι ερευνητές καλούνται να ξεκαθαρίσουν είναι και ο διαχωρισμός της έννοιας του άγχους από αυτό της πίεσης που οι εργαζόμενοι

πολλές φορές βιώνουν στον εργασιακό τους χώρο, καθώς πολλές φορές η πίεση που βιώνουν οι εργαζόμενοι στον εργασιακό τους χώρο συνδέεται με το άγχος. Η πίεση που πολλές φορές βιώνουν οι εργαζόμενοι εκλαμβάνεται πολλές φορές από τους αυτούς ως αποδεκτή, αφού τους κρατά σε εγρήγορση και αφοσιωμένους στο να επιτύχουν τους στόχους τους (WHO, 2013). Εντούτοις, όταν αυτή η πίεση είναι συνεχόμενη και υπερβολική οδηγεί σε άγχος.

Το εργασιακό άγχος εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις ομάδες, όπως παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που υποδεικνύουν πιθανή εκδήλωση εργασιακού άγχους αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του.

<p style="text-align: center;">Συναισθηματικά Συμπτώματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Νεύρα • Κατάθλιψη • Έλλειψη αυτοπεποίθησης / αυτοεκτίμησης • Αδικοιολόγητη ευαισθησία / ξεσπάσματα 	<p style="text-align: center;">Φυσικά Συμπτώματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη ύπνου / αύπνια • Μειωμένα επίπεδα αντοχής / ενέργειας • Έπτομες μεταβολές στο βάρος • Τρέμουλο άκρων
<p style="text-align: center;">Πνευματικά Συμπτώματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιθετικότητα • Δυσκολία συγκέντρωσης • Δυσκολία σκέψης 	<p style="text-align: center;">Εργασιακά Συμπτώματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένες άδειες ασθενείας • Αυξημένος χρόνος διεκπεραίωσης καθηκόντων • Μειωμένη παραγωγικότητα

Διάγραμμα 1: Συμπτώματα διάγνωσης εργασιακού άγχους (Sandy & Kleiner, 2003).

2.2. Επαγγελματική Εξουθένωση

Μία έννοια που συνδέεται συχνά με το εργασιακό άγχος είναι και αυτή της επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout. Ένας από τους πλέον αποδεκτούς ορισμούς για την περιγραφή της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός των Maslach και Jackson (1986), σύμφωνα με τον οποίο «η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, απρόσωπης παροχής υπηρεσιών και μειωμένων προσωπικών επιδόσεων και επιτευγμάτων που παρατηρείται σε ανθρωποκεντρικά επαγγέλματα». Σύμφωνα με τον πιο πάνω ορισμό, λοιπόν, η

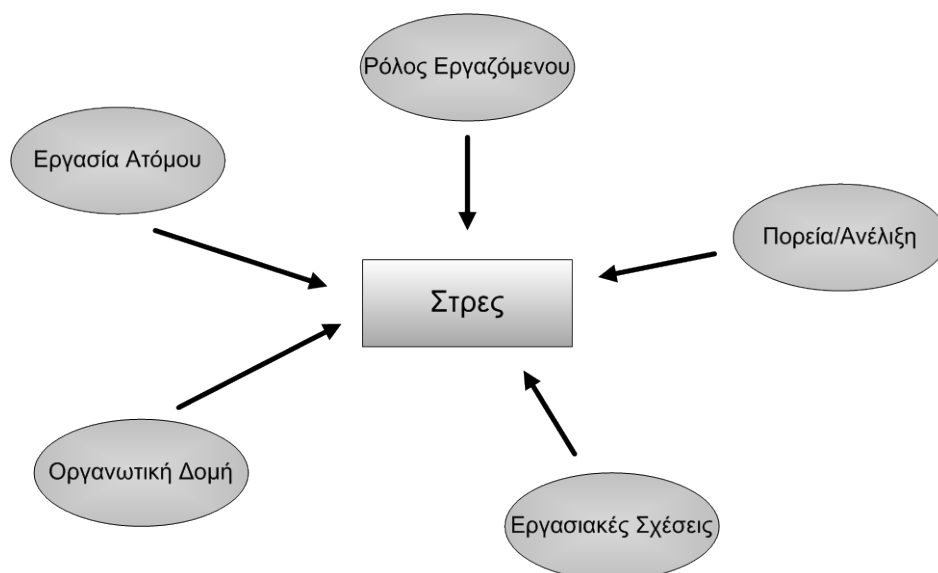
επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις διαστάσεις, με πρώτη αυτή της συναισθηματικής εξάντλησης που αναφέρεται στη μη έκφραση των συναισθημάτων, αφού ο άνθρωπος αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο (Schaufeli & Buunk, 2004). Στη φάση αυτή το άτομο βιώνει μείωση συναισθημάτων και συναισθηματική εξάντληση με αποτέλεσμα να μην μπορεί πλέον να προσφέρει υποστηρικτική φροντίδα (συναισθηματική και ηθική υποστήριξη, συμπαθητική αρωγή κλπ) στους αποδέκτες των υπηρεσιών του. Αντιμετωπίζει με δέος ότι την επόμενη ημέρα θα πάει στη δουλειά του. Η δεύτερη διάσταση αναφέρεται στην ανάπτυξη αρνητικών και κυνικών συμπεριφορών προς τον αποδέκτη των υπηρεσιών. Ο εργαζόμενος βιώνει αίσθημα απώλειας ελέγχου και συνήθως αντιμετωπίζει τους ασθενείς με κυνικότητα, ως αντικείμενα. Δεν είναι σε θέση να δεθεί συναισθηματικά με τους αποδέκτες των υπηρεσιών του, γίνεται κυνικός, ειρωνικός, απότομος, ευερέθιστος. Παρατηρείται εξάρθρωση των σχέσεων του με τους συναδέλφους του, προϊσταμένους και τη διοίκηση. Διακατέχεται συνήθως από διάφορα αρνητικά συναισθήματα, όπως αδιαφορία, συναισθηματική απομόνωση και αποστασιοποίηση. Ο νοσηλευτής αναπτύσσει αυτές τις απρόσωπες σχέσεις με τους ασθενείς του σε μια προσπάθεια να αποφύγει το στρες που συνδέεται με την εργασία του (Kilfedder *et al.* 2001). Τέλος, η τρίτη διάσταση αφορά την τάση του ατόμου να αξιολογεί αυστηρά ή ακόμη και αρνητικά τα επιτεύγματα του (Schaufeli & Buunk, 2004). Σύμφωνα με τη διάσταση αυτή, ο νοσηλευτής βιώνει μειωμένο αίσθημα επίτευξης που απορρέει από την επιτέλεση του επαγγελματικού του ρόλου. Κατακλύζεται από αισθήματα προσωπικής ανεπάρκειας και η αντιμετώπιση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων και βιωμάτων επιχειρείται μέσα από την φυγή, αποφυγή και παραίτηση – τις συχνές απουσίες από την εργασία (absenteeism), την αλλαγή εργασίας ή ακόμη και την ολοκληρωτική απομάκρυνση από το νοσηλευτικό επάγγελμα (Kilfeder *et al.* 2001, Αδαλή και συν. 2002).

Οι πιο πάνω διαστάσεις αποδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μία σύνθετη αντίδραση του οργανισμού που εκδηλώνεται όταν το άτομο υποβάλλεται σε συνεχόμενες καταστάσεις που επιφέρουν άγχος. Όπως και στην περίπτωση του άγχους, η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από ψυχοσωματικές και κοινωνικές διαταραχές, η πιο σημαντική από τις οποίες είναι η συναισθηματική εξάντληση του ατόμου και η υιοθέτηση αρνητικής στάσης απέναντι στην εργασία του και γενικά απέναντι στη ζωή (Hutman *et al.* 2005). Οι πιο πάνω

αντιδράσεις έχουν σαν αποτέλεσμα τη μειωμένη απόδοση του ατόμου στην εργασία του, καθώς επίσης και στον τρόπο που αντιδρά και αντιμετωπίζει τις διάφορες καταστάσεις στη ζωή του.

2.3. Παράγοντες Πρόκλησης Εργασιακού Άγχους

Οι στρεσογόνοι παράγοντες ή καταστάσεις, γνωστοί και ως stressors, περιγράφουν εκείνους τους παράγοντες που ενεργοποιούν τη διαδικασία του στρες και είναι ικανοί, ανάλογα με την ερμηνεία, πρόσληψη ή νόημα το οποίο προσδίδει σε αυτούς το επηρεαζόμενο άτομο, να επιφέρουν σημαντικές σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές αλλαγές ή αντιδράσεις στο άτομο. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι εσωτερικοί ή εξωτερικοί παράγοντες και συνδέονται με πιέσεις, απαιτήσεις, απογοητεύσεις, συγκρούσεις, γενικά διαπροσωπικά και οικονομικά, κοινωνιο-πολιτιστικά γεγονότα ή βιώματα στα οποία το ένα ή το άλλο άτομο προσδίδει το δικό του ιδιαίτερο νόημα ή ερμηνεία (Lazarus & Folkman 1984, Hinds, 2003). Οι στρεσογόνοι παράγοντες κατηγοριοποιούνται σε πέντε κατηγορίες οι οποίες αφορούν τους παράγοντες που συνδέονται με την ίδια την εργασία του ατόμου, το ρόλο του ατόμου στον οργανισμό, τις σχέσεις των εργαζομένων, την πορεία και την ανέλιξη του ατόμου μέσα στην επιχείρηση και την οργανωτική δομή του οργανισμού, όπως φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί (Murphy, 1995).



Διάγραμμα 2: Στρεσογόνοι παράγοντες (Murphy, 1995).

Η πρώτη κατηγορία χαρακτηρίζει τις υπερβολικές απαιτήσεις που πολλές φορές έχουν οι προϊστάμενοι από το προσωπικό, καθώς επίσης και τον αυξημένο φόρτο εργασίας, σε συνδυασμό με την ελλιπή εκπαίδευση για να διεκπεραιωθεί η

εργασία αυτή και την έλλειψη πόρων. Επιπλέον, εργασιακό άγχος εκδηλώνεται και σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο φόρτος εργασίας δεν είναι σωστά κατανοημένος, και έχει ως αποτέλεσμα την παρουσία μεγάλων διαστημάτων αδράνειας, τα οποία ακολουθούνται από διαστήματα μεγάλης πίεσης και παράλογων απαιτήσεων (Lee, 2000).

Η δεύτερη κατηγορία, η οποία συνδέει την εμφάνιση εργασιακού άγχους με το ρόλο του ατόμου στην επιχείρηση, αναγνωρίζεται επίσης ως μία σημαντική παράμετρος πρόκλησης εργασιακού άγχους. Πολλές φορές οι ρόλοι των εργαζομένων στην επιχείρηση δεν είναι ξεκάθαροι, με κάποια από τα καθήκοντα να υπερκαλύπτονται από δύο ή περισσότερους ρόλους, γεγονός που πολλές φορές οδηγεί στη δημιουργία συγκρούσεων κατά την εκτέλεση των συγκεκριμένων καθηκόντων, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό τα επίπεδα εργασιακού άγχους που ίσως βιώνουν οι εργαζόμενοι (Lee, 2000). Για το λόγο αυτό, είναι πολύ σημαντικό η διοίκηση των επιχειρήσεων να καθορίζει με ξεκάθαρο και κατανοητό τρόπο τα καθήκοντα και το ρόλο της κάθε θέσης ώστε αυτά να συνδυάζονται αρμονικά χωρίς να δημιουργούν αμφιβολίες στους εργαζομένους σχετικά τις υποχρεώσεις και τις αρμοδιότητες του ρόλου τους (Deondra & Douglas, 2005).

Η ανέλιξη του ατόμου μέσα στην επιχείρηση αποτελεί ένα ακόμη παράγοντα που συνδέεται άμεσα με το εργασιακό άγχος, αφού η συνεχής προσπάθεια του εργαζομένου να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας του και να αποδείξει τις δεξιότητες και τα talέντα του αποτελούν σημαντικό παράγοντα πρόκλησης αυξημένων επιπέδων εργασιακού άγχους (Evans & Septoe, 2002).

Επιπλέον, οι εργασιακές σχέσεις φαίνεται να αποτελούν μία επιπλέον κατηγορία στην οποία αποδίδεται το εργασιακό άγχος. Η συγκεκριμένη κατηγορία διαχωρίζεται στη σχέση του εργαζομένου με τον προϊστάμενο του και με τη διοίκηση γενικότερα, και στη σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους. Σχετικά με την πρώτη ομάδα, τόσο ο εργαζόμενος, όσο και ο προϊστάμενος θα πρέπει να καλλιεργούν φιλικό κλίμα συνεργασίας και αλληλοσεβασμού, έτσι ώστε ο πρώτος να αισθάνεται ασφαλής και να στηρίζεται στην υποστήριξη του προϊσταμένου του σε δύσκολες καταστάσεις. Επιπρόσθετα, ο προϊστάμενος θα πρέπει να ενημερώνει τους υφισταμένους του σχετικά με τις επιδόσεις τους στην εργασία με τέτοιο τρόπο που να προωθεί την ανάπτυξη κινήτρων ανάμεσα σε αυτούς, βοηθώντας με τον τρόπο αυτό

την εξέλιξη των εργαζομένων, χωρίς να παραβλέπει τα θετικά σχόλια όταν ο υφιστάμενος εκτελέσει επιτυχώς μία εργασία (Lee, 2000). Οι πιο πάνω παραμέτροι θα πρέπει να εφαρμόζονται και στις σχέσεις μεταξύ των υπόλοιπων εργαζομένων, αφού μέσα από το αρμονικό κλίμα μεταξύ συναδέλφων ενισχύεται η παραγωγικότητα και η αποδοτικότητα των εργαζομένων και της επιχείρησης γενικότερα (Evans & Septoe, 2002).

Τέλος, ένας ακόμη παράγοντας που δύναται να προκαλέσει εργασιακό άγχος στους εργαζομένους είναι και η οργανωτική δομή του οργανισμού. Για το λόγο αυτό, ο οργανισμός θα πρέπει να υιοθετεί οργανογράμματα και οργανωτικές δομές που να είναι ξεκάθαρες και λογικές και να προωθούν την αρμονική συνεργασία μεταξύ των ομάδων και διευθύνσεων, ελαχιστοποιώντας με τον τρόπο αυτό γραφειοκρατικές συνήθειες που τις πλείστες φορές καθυστερούν τη διεκπεραίωση των εργασιών της επιχείρησης, παράγοντας που φαίνεται να αυξάνει τα επίπεδα άγχους και τις συγκρούσεις μεταξύ του προσωπικού (Lee, 2000).

2.4. Άγχος στους Νοσηλευτές

Στα πλαίσια άσκησης του επαγγέλματος τους, οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν σοβαρές ασθένειες και το θάνατο σε καθημερινή βάση. Για το λόγο αυτό, το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται αρκετά στρεσογόνο επάγγελμα σε σχέση με άλλα επαγγέλματα (Shen *et al.* 2005, Sveinsdottir *et al.* 2006). Η άποψη αυτή ενισχύεται και από άλλους ερευνητές οι οποίοι συμπληρώνουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται ως ένα αρκετά δύσκολο επάγγελμα, στο οποίο το άγχος κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο (Shmitz *et al.* 2000, Yang *et al.* 2004, LeSergen & Haney, 2005).

Τις περισσότερες φορές εκλαμβάνουμε το άγχος ως μία αρνητική κατάσταση, η οποία επιφέρει ανεπιθύμητες ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές επιπτώσεις στο άτομο που το βιώνει. Σύμφωνα με τους Sveinsdottir *et al.* (2006), διάφορες εργασιακές συνθήκες, όπως η επαγγελματική θέση του ατόμου και το ωράριο εργασίας με βάρδιες (ή το κυκλικό ωράριο) επηρεάζουν τα επίπεδα εργασιακού άγχους που καταγράφονται μεταξύ των νοσηλευτών. Η συγκεκριμένη άποψη ενισχύεται και από άλλες έρευνες, οι οποίες αναγνωρίζουν επίσης ότι ο χρόνος εργασίας και η συμπεριφορά των ασθενών αποτελούν επίσης παράγοντες που

επιηρεάζουν τα επίπεδα άγχους στους νοσηλευτές (Needham *et al.* 2005, Inoue *et al.* 2005). Επιπλέον, οι εργασιακοί ρόλοι που αναπτύσσονται μεταξύ των νοσηλευτών, όπως είναι ο φόρτος εργασίας, η προσωπική ευθύνη, όπως την αντιλαμβάνεται ο κάθε επαγγελματίας και οι αντικρουόμενοι ρόλοι αποτελούν επίσης παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους (Santos *et al.* 2003, Hsu *et al.* 2007).

Τα πιο πάνω αποτελέσματα ενισχύονται και από άλλες σχετικές με το θέμα έρευνες, οι οποίες έχουν συνδέσει τα ψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους που διακατέχουν τους νοσηλευτές με διάφορους παράγοντες που σχετίζονται τόσο με το εργασιακό όσο και με το προσωπικό τους περιβάλλον (Elfering *et al.* 2002, Evans & Septoe, 2002). Πιο συγκεκριμένα, το άγχος τους νοσηλευτές αποδίδεται κυρίως στη φυσική φύσεως εργασία που καλούνται να επιτελέσουν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, τις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες που καλούνται να καλύψουν τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους οικείους τους, το ωράριο εργασίας και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών όσο και μεταξύ άλλων ομάδων επαγγελματιών υγείας (Guppy & Gutteridge, 1991; Deremouti *et al.* 2000; McGowan, 2001). Επιπλέον παράγοντες που φαίνεται επίσης να συμβάλλουν στην ανάπτυξη συναισθημάτων άγχους ανάμεσα στους νοσηλευτές περιλαμβάνουν επίσης τη συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις για συνεχή ενημέρωση των νοσηλευτών για νέες εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας που αφορούν το πεδίο επαγγέλματος τους, ο περιορισμός των διαθέσιμων πόρων ένεκα της οικονομικής κρίσης και οι συνεχώς μεταβαλλόμενο εργασιακό περιβάλλον στο οποίο καλούνται να εργαστούν (Jennings, 1994; Schaufel, Keijesers & Reis, 1995).

Όπως προαναφέρθηκε, στους πιο πάνω παράγοντες προσθέτονται και διάφοροι άλλοι προσωπικοί παράγοντες και δημογραφικά στοιχεία που συνδέουν τα επίπεδα εργασιακού άγχους με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο μόρφωσης του εργαζομένου (Kawano, 2008, Lu *et al.* 2007). Τέλος, οι πηγές που μπορεί να εντοπίσει ο κάθε νοσηλευτής που τον βοηθούν στη διαχείριση του άγχους, όπως η κοινωνική υποστήριξη και η αποδοτική αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους φαίνεται να συμβάλλουν στη διαχείριση των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές (Lambert *et al.* 2004).

Ερευνητικά ευρήματα υποστηρίζουν επίσης το συμπέρασμα ότι οι πολλαπλές πιέσεις που συνδέονται με τις υποχρεώσεις που απορρέουν από το νοσηλευτικό

επάγγελμα και το εργασιακό περιβάλλον μεταφράζονται συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυξημένων επιπέδων άγχους ανάμεσα στους νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από έρευνες που έχουν γίνει κατά την τελευταία δεκαετία διαφαίνεται ότι οι νοσηλευτές επανειλημμένα καταγράφουν τα ψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους ανάμεσα στους επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Piko, 2006; Butterworth *et al.* 1999; Pan *et al.* 2007; Wu *et al.* 2007; Hsu *et al.* 2010). Παράλληλα, έρευνες έχουν κατά καιρούς καταγράψει ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν το άγχος, μαζί με τον αυξημένο φόρτο εργασίας τους ως τα δύο σημαντικότερα προβλήματα τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν κατά την εργασία τους (Buerhaus *et al.* 2006; Lim, Bogossian & Ahem, 2010).

2.5. Επιπτώσεις Εργασιακού Άγχους

Όπως έχει προαναφερθεί, το εργασιακό άγχος επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο άτομο που το βιώνει, έχοντας σαν αντίκτυπο τη μειωμένη παραγωγικότητα, επηρεάζοντας συνεπώς και τον οργανισμό στον οποίο εργοδοτείται. Σύμφωνα με τον Lee (2000), το εργασιακό άγχος αποτελεί πολλές φορές την κύρια αιτία για τυχόν αρνητικά συναισθήματα που βιώνει το άτομο, όπως είναι αυτά της ανησυχίας και της κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, το άτομο ίσως νιώθει το αίσθημα της εγκατάλειψης και της απογοήτευσης, που πολλές φορές εκδηλώνεται με επιθετική συμπεριφορά. Επιπλέον, το άγχος φαίνεται να ευθύνεται και για διάφορες καταστάσεις υγείας που τυχόν να βασανίζουν το άτομο, όπως η αυξημένη αρτηριακή πίεση, παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, μυοσκελετικές διαταραχές και ενοχλήσεις και αυξημένη παραγωγή γαστρικών υγρών (Evans & Septoe, 2002).

Η γνωστική ικανότητα του ατόμου φαίνεται επίσης να επηρεάζεται από το άγχος (Sandy & Kleiner, 2003), επίπτωση που εκδηλώνεται με αδυναμία στη συγκέντρωση για την εκτέλεση των εργασιών του. Πολλές φορές η επίπτωση αυτή αυξάνει το χρόνο για τη διεκπεραίωση των καθηκόντων του, μειώνοντας έτσι την παραγωγικότητα του (Lee, 2000). Παράλληλα, το άτομο γίνεται πιο επιρρεπές σε ασθένειες, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να σημειώνει περισσότερες απουσίες από την εργασία του, αυξάνοντας τα λειτουργικά κόστη της επιχείρησης.

Τέλος, η συμπεριφορά του εργαζομένου επηρεάζεται από το άγχος, έχοντας ως αποτέλεσμα το άτομο να παρουσιάζεται ως πιο ευάλωτο, μειώνοντας παράλληλα

την κρίση του και καθιστώντας το με τον τρόπο αυτό πιο επιρρεπές σε ατυχήματα (Lee, 2000). Αυτό συμβαίνει αφού, πολλές φορές, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με το άγχος δεν επιτρέπουν στον εργαζόμενο να αξιολογήσει σωστά τους κινδύνους εκτέλεσης συγκεκριμένων εργασιών, παραβλέποντας τη συμμόρφωση του σε συγκεκριμένες διαδικασίες για την εκτέλεση των καθηκόντων του.

Από τα πιο πάνω φαίνεται ότι το άγχος επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στους εργαζομένους, γεγονός όμως που επηρεάζει και την ίδια την επιχείρηση. Με τις αυξημένες απουσίες των εργαζομένων και τον επιπλέον χρόνο που απαιτείται για τη διεκπεραίωση των εργασιών της επιχείρησης παρατηρείται μείωση της παραγωγικότητας της ίδιας της επιχείρησης, γεγονός που επιβαρύνει την επιχείρηση.

Τα εργατικά ατυχήματα που συμβαίνουν λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και άγχους των εργαζομένων ίσως να επιφέρουν επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση στην επιχείρηση λόγω δικαστικών μέτρων που ίσως ασκήσουν οι εργαζόμενοι. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό η επιχείρηση να γνωρίζει και να ενημερώνει τους υπαλλήλους της για πιθανούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Επίσης, η επιχείρηση θα πρέπει να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα όταν αναγνωρίσει ότι οι εργαζόμενοι της υποβάλλονται σε συνθήκες που ευνοούν την εκδήλωση εργασιακού άγχους.

Τέλος, όπως έχει προαναφερθεί, το εργασιακό άγχος καθιστά τους υπαλλήλους πιο επιθετικούς, επηρεάζοντας έτσι το πρόσωπο της επιχείρησης προς τους πελάτες της. Το φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα έντονο σε επιχειρήσεις και οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες σε πελάτες. Σύμφωνα με τους Evans και Septoe (2002), εργαζόμενοι που υποφέρουν από εργασιακό άγχος αντιδρούν με επιθετικό τρόπο στις απαιτήσεις των πελατών, διαστρεβλώνοντας έτσι τη θετική εικόνα της επιχείρησης που έχουν πελάτες και πιθανοί πελάτες, συρρικνώνοντας έτσι το πελατολόγιο της.

Ειδικά για το νοσηλευτικό επάγγελμα, οι διάφορες μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές συμπεραίνουν ότι αυτά αποτελούν την πηγή για δημιουργία βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων προβλημάτων. Πολλοί ερευνητές συνδέουν τα αυξημένα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές με προβλήματα και διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου, καθώς επίσης και με εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Drake *et al.* 2004; Kageyama *et*

al. 2001). Επιπλέον, όπως και σε άλλα επαγγέλματα, τα αυξημένα επίπεδα εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές έχουν συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους (Blegen, 1993), αυξημένα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας (Sapiro, Astin & Bishop, 2005), προβλήματα στη φυσική κατάσταση των εργαζομένων (Hillhouse & Adler, 1997) και μεγάλα ποσοστά απουσίας από την εργασία (Borda, 1997). Επιπλέον, ειδικά για τους νοσηλευτές, έρευνες έχουν καταλήξει ότι οι νοσηλευτές έχουν ψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με άλλα επαγγέλματα. Η ηθική δυσφορία και η ψυχολογική κατάπτωση που βιώνουν οι νοσηλευτές αποτελούν αποτέλεσμα του νοσηλευτικού άγχους που αυτοί βιώνουν κατά την παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Schantz, 2007; Van der Cingel, 2009). Οι νοσηλευτές καλούνται να παρουσιάζονται ανθρώπινοι, παρέχοντας προσωπική φροντίδα στους ασθενείς σύμφωνα με τη ξεχωριστή κατάσταση υγείας και τις προσωπικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες του κάθε ενός από αυτούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Τα ψυχικά προβλήματα υγείας αποτελούν σημαντική αιτία αναπηρίας και θνησιμότητας (Lin, Probst & Hsu, 2010), με τα προβλήματα που προκαλούν στη ψυχοκινητική ικανότητα του ατόμου να επεκτείνονται ή, πολλές φορές, να ξεπερνούν αυτά που μπορεί να επιφέρουν τα καρδιακά προβλήματα, τα προβλήματα στο μυοσκελετικό σύστημα ή το διαβήτη (Brenes, 2007). Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο κοινά προβλήματα ψυχικής υγείας, αφού ποσοστό 15% του παγκόσμιου πληθυσμού φαίνεται να αντιμετωπίζει συμπτώματα κατάθλιψης (Lee, 1999), ενώ σύμφωνα με τους Mathers και Loncar (2006), η υπολογίζεται ότι μέχρι το 2030 θα αποτελεί μία από τις τρεις πιο κοινές ασθένειες. Η κατάθλιψη φαίνεται να συνδέεται με την ανεργία, τη συχνή απουσία από την εργασία, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη μείωση των απολαβών του ατόμου και του νοικοκυριού γενικότερα (Adler *et al.* 2006) και το αυξημένο κόστος στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Whooley *et al.* 2002). Επιπρόσθετα, στα άτομα που εκδηλώνονται συμπτώματα κατάθλιψης φαίνεται να επηρεάζεται η ικανότητα τους για λήψη αποφάσεων στην εργασία (Elinson *et al.* 2004), επηρεάζοντας παράλληλα το επίπεδο ποιότητας ζωής τους (Godin *et al.* 2005).

3.1. Τι είναι η κατάθλιψη

Σύμφωνα με τους Shaikh και Shaikh (2004), άτομα που θεωρείται ότι πάσχουν από κατάθλιψη εκδηλώνουν συμπτώματα λύπης, κατάπτωσης και συναισθηματικού κενού για περίοδο μεγαλύτερη των τριών εβδομάδων κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Ο Morisson (2001) παραδίδει το δικό του ορισμό στην κατάθλιψη, δηλώνοντας ότι «*η κατάθλιψη αποτελεί μία ασθένεια ολόκληρου του σώματος που έχει συναισθηματικές, φυσικές, γνωστικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις*».

Ο όρος «κατάθλιψη» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την υποτονική διάθεση του ατόμου, σε συνδυασμό με διάφορες γνωστικές, συμπεριφορικές και ψυχολογικές παραμέτρους (Lin, Probst & Hsu, 2010), οι οποίες συνδέονται με άλλα συμπτώματα όπως διαταραχές στον ύπνο, έλλειψη όρεξης για φαγητό, νωχελικές κινήσεις και αργά αντανακλαστικά και αδυναμία στη συγκέντρωση (Morisson, 2001).

3.2. Εργασιακό Άγχος και Κατάθλιψη

Όπως αναφέρεται στο προηγούμενο κεφάλαιο, το άγχος περιγράφει τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική αντίδραση του ατόμου σε εξωτερικά γεγονότα, η οποία κάποιες φορές επιφέρει θετικές επιπτώσεις και κάποιες φορές αρνητικές (Selye, 1976). Πολλοί ερευνητές έχουν διερευνήσει τη σύνδεση μεταξύ του άγχους που βιώνει το άτομο στην εργασία του και της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, και σύμφωνα με τον Van Praag (2004), παρατηρείται δυνατή συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης, αφού παρουσιάζονται ομοιότητες και κοινά στοιχεία στις βιολογικές αντιδράσεις μεταξύ των ατόμων που υποφέρουν από υψηλά επίπεδα άγχους και ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται και από την έρευνα των Godin *et al.* (2005), όπου φαίνεται να παρουσιάζεται δυνατή συσχέτιση μεταξύ του συσσωρευμένου εργασιακού άγχους και διαφόρων άλλων συμπτωμάτων που υποδηλώνουν πιθανή κατάθλιψη, τόσο στους άνδρες, όσο και στις γυναίκες.

3.3. Κατάθλιψη στους Νοσηλευτές

Οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχολογικών διαταραχών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Wall *et al.* 1997), καθιστώντας τους έτσι πιο ευάλωτους στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα αυτό ενισχύεται και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι δηλώνουν ότι σε σχέση με άλλα επαγγέλματα, το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ευάλωτο στην ανάπτυξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης που σχετίζονται με το χώρο εργασίας (Weinberg & Creed 2000; Firth-Cozens 2003). Οι νοσηλευτές αποτελούν την κύρια πηγή παροχής φροντίδας υγείας προς τους ασθενείς στα νοσοκομεία και έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον πόνο, τις ασθένειες και το θάνατο, γεγονός που πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα άγχους.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Chen *et al.* (1999), ποσοστό 70% των νοσηλευτών που συμμετείχαν δήλωσαν ότι βιώνουν αισθήματα νευρικότητας, ανησυχίας και θυμού στην προσωπική τους ζωή. Σύμφωνα με τους Tselepis *et al.* (2001), η κατάθλιψη φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην εργασία τους. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται και από τη μελέτη των Letvak *et al.* (2012), σκοπός της οποίας ήταν να αξιολογήσει τα ποσοστά κατάθλιψης που εκδηλώνονται ανάμεσα σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία, καθώς επίσης και τις επιπτώσεις που έχει η πάθηση αυτή

στην ποιότητα φροντίδας υγείας που προσφέρεται στους ασθενείς. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, ποσοστό 18% των νοσηλευτών που συμμετείχαν φαίνεται να εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης, ποσοστό αρκετά ψηλό σε σχέση με τα ποσοστά κατάθλιψης που εκδηλώνονται στο γενικό πληθυσμό και υπολογίζονται περίπου στο 9%.

Όπως διαφαίνεται λοιπόν από τα πιο πάνω αποτελέσματα, τα ψηλά ποσοστά κατάθλιψης που εκδηλώνονται στους νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό παράγοντα που χρήζει περεταίρω διερεύνησης από τους ειδικούς για την εισήγηση τρόπων αντιμετώπισης και περιορισμού της πάθησης αυτής. Η κατάθλιψη στους νοσηλευτές συχνά συνοδεύεται με την εκδήλωση κακής διάθεσης, δυσκολία στη συγκέντρωση στην εργασία τους, δυσκολίες στην ολοκλήρωση των εργασιών τους και κακή διαχείριση του χρόνου τους. Επιπλέον άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη, λόγω των πιο πάνω προβλημάτων, είναι πιο επιρρεπή σε ατυχήματα, γεγονός που πολλές φορές επηρεάζει όχι μόνο τους ίδιους τους νοσηλευτές που υποφέρουν, αλλά και τους συναδέλφους τους, καθώς επίσης και τους ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας από αυτούς.

Η έγκαιρη λοιπόν διάγνωση των συμπτωμάτων αυτών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, γεγονός που θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα και στην ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που παρέχονται προς τους ασθενείς (Lam *et al.* 1999). Σύμφωνα με τους Letvak *et al.* (2012), οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς για τις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει η κατάθλιψη τόσο στα ίδια τα άτομα που υποφέρουν, όσο και στους ασθενείς τους οποίους περιθάλπουν.

Αυτό θα βοηθήσει τους νοσηλευτές να αναγνωρίζουν έγκαιρα πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης, γεγονός που θα τους βοηθήσει να εξοικειωθούν με την πάθηση αυτή. Η ενημέρωση και διαφώτιση των νοσηλευτών σχετικά με την πάθηση αυτή ίσως συμβάλει στη μείωση του κοινωνικού στιγματισμού, ενώ παράλληλα θα τους ευαισθητοποιήσει και θα τους βοηθήσει να ζητούν πιο εύκολα βοήθεια αν αναγνωρίσουν συμπτώματα που υποδεικνύουν ότι πιθανόν να υποφέρουν από την πάθηση αυτή.

ΜΕΡΟΣ Β:

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Σκοπός Διατριβής

Όπως έχει προαναφερθεί, σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση των επίπεδων άγχους και κατάθλιψης που διακατέχουν τους νοσηλευτές που εργοδοτούνται στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Επιπλέον, η εργασία αυτή αποσκοπεί στην εξαγωγή συμπερασμάτων και εισηγήσεων τα οποία να είναι εύκολα εφαρμόσιμα στα κυπριακά δεδομένα, βοηθώντας με τον τρόπο αυτό τον περιορισμό κρουσμάτων αυξημένου άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης ανάμεσα στους νοσηλευτές που εργάζονται στα δημόσια και κοινοτικά νοσηλευτήρια της Κύπρου.

4.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

Πιο συγκεκριμένα, η διατριβή αυτή κλήθηκε να απαντήσει στα ακόλουθα επί μέρους ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια τα επίπεδα *άγχους* ανάμεσα στους νοσηλευτές στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου;
- Ποια τα επίπεδα *κατάθλιψης* ανάμεσα στους νοσηλευτές στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου;
- Πώς συγκρίνονται τα περιστατικά εκδήλωσης *άγχους* και *κατάθλιψης* στους νοσηλευτές των υπό διερεύνηση δημόσιων νοσηλευτηρίων;
- Ποιοι παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν στην πιθανή εκδήλωση συμπτωμάτων *άγχους* και *κατάθλιψης* ανάμεσα στους συμμετέχοντες;
- Ποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων *άγχους* και *κατάθλιψης* ανάμεσα στους νοσηλευτές;

4.3. Σχεδιασμός Μελέτης

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε δημόσια και κοινοτικά νοσηλευτήρια της Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα, το παρόν ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στα νοσηλευτήρια που παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα ήταν ανώνυμη και εθελοντική.

Πίνακας 1: Νοσηλευτικά Ιδρύματα που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.

A/A	Νοσηλευτικό Ίδρυμα
1	A.K.Y. Αγρού
2	Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

3	Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας
4	Νοσοκομείο Αθαλάσσης
5	Νοσοκομείο Κυπερούντας

Η χρήση ερωτηματολογίου για τη συλλογή των αναγκαίων πληροφοριών βοηθά στη γρήγορη συλλογή στοιχείων από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων. Επιπλέον, η χρήση ερωτηματολογίου βοηθά στην παροχή απαντήσεων στους ερευνητές που να είναι αμερόληπτες, αφού το δείγμα νιώθει πιο άνετα να εκφράσει ελεύθερα και ειλικρινά την άποψη του, σε σχέση με άλλες μεθόδους συλλογής πληροφοριών, όπως αυτές της δομημένης συζήτησης ή της συλλογής πληροφοριών μέσω παρατήρησης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη παρουσίαση των δεδομένων, βοηθώντας στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων που αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα. Από τα πιο πάνω διαφαίνεται ότι η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου αριθμού δείγματος σε συνδυασμό με την εύκολη τυποποίηση και τη λήψη αμερόληπτων απαντήσεων που να καλύπτονται από την ανωνυμία και την εθελοντική συμμετοχή των ατόμων που αποτελούν το δείγμα καθιστούν τη χρήση ερωτηματολογίων ως την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής στοιχείων για τη μελέτη κοινωνικών φαινομένων.

Κατά την επιλογή των ερωτήσεων που θα συνιστούσαν το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στην υιοθέτηση ενός έγκυρου ερωτηματολογίου το οποίο να έχει χρησιμοποιηθεί και από άλλες έρευνες στο παρελθόν. Αυτό θα βοηθούσε στη σύγκριση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας με αυτά προηγούμενων ερευνών, εξάγοντας με τον τρόπο αυτό χρήσιμα συμπεράσματα. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο που θα επιλεγόταν θα έπρεπε να είναι σταθμισμένο και έγκυρο για τον ελληνικό πληθυσμό και να αποτελείτο ως επί το πλείστον από κλειστού τύπου ερωτήσεις, γεγονός που θα βοηθούσε στην καλύτερη επεξεργασία των πληροφοριών.

4.4. Αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της έρευνας

Αρκετές έρευνες σχετικές με το θέμα αυτό έχουν διεξαχθεί σε πολλές χώρες του κόσμου, αφού αυτό φαίνεται να αποτελεί ένα θέμα που απασχολεί διαρκώς τους νοσηλευτές και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας. Παρόλα αυτά, δεν έχουν εντοπιστεί πρόσφατες έρευνες σχετικές με το θέμα αυτό που να αφορούν τα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου. Παράλληλα, δε φαίνεται να υπάρχουν πρόσφατες μελέτες που να συγκρίνουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών που

απασχολούνται σε κρατικά νοσηλευτήρια και αυτών που απασχολούνται στα γενικά νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων της Κύπρου, γεγονός που υποδηλώνει ερευνητικό κενό στο συγκεκριμένο τομέα. Μέσα από την έρευνα αυτή θα εξαχθούν συμπεράσματα και θα εισηγηθούν τρόποι αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης, οι οποίοι να ανταποκρίνονται και να εφαρμόζονται στα κυπριακά δεδομένα.

4.5. Διαχείριση και Επίβλεψη Προγράμματος

Η έρευνα διεξήχθη ανάμεσα σε νοσηλευτές που απασχολούνται σε κοινοτικά και δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, από τον μεταπτυχιακό φοιτητή Ιωάννη Χατζηπετρή. Η έρευνα τελούσε υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Δρ. Χρ. Παναγιωτόπουλου.

Η εργασία αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων του φοιτητή για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Στο πρώτο μέρος, που είναι το γενικό μέρος, πραγματοποιήθηκε έρευνα και αναζήτηση αναφορών και δημοσιευμένων μελετών από επιστημονικές πηγές και βάσεις δεδομένων που αφορούν το υπό διερεύνηση θέμα της παρούσας εργασίας. Κατά την έρευνα αυτή καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια για εντοπισμό έγκυρων και αναγνωρισμένων πηγών, όπως επιστημονικά περιοδικά σχετικά με το θέμα της υγείας και στα οποία παρέχεται πρόσβαση από τη βιβλιοθήκη του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το δεύτερο μέρος ασχολήθηκε με τη διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας σε διάφορα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου. Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ Απριλίου και Μαΐου 2014 και η συλλογή πληροφοριών έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποίησε τη μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση της έγκυρης κλίμακας Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), όπως αυτή έχει αναπτυχθεί από τους Snaitth και Zigmond (1983). Για τη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα η έρευνα σταθμίστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό από τον κ. Ιωάννη Μιχόπουλο και συν. (2007).

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε κατά την επιλογή της κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε κατά την παρούσα έρευνα, καθώς η χρήση ενός έγκυρου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διασφάλιση της εγκυρότητας της. Επιπλέον, η χρήση ενός ερωτηματολογίου που έχει ήδη

χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες κρίθηκε ως αρκετά βοηθητική καθώς αυτό θα βοηθήσει στη σύγκριση των αποτελεσμάτων των διάφορων ερευνών, εξάγοντας με τον τρόπο αυτό συγκριτικά αποτελέσματα ανάμεσα στους πληθυσμούς της κάθε μελέτης.

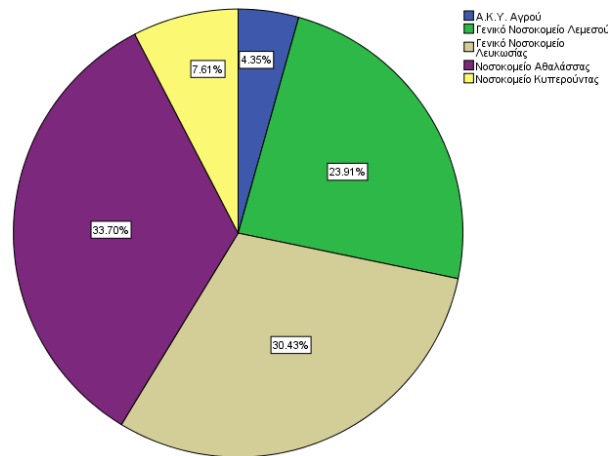
4.6. Δείγμα Μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτικοί λειτουργοί που εργάζονται σε διάφορα τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που αναφέρθηκαν πιο πάνω, οι οποίοι έδωσαν τη συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην έρευνα συμπληρώνοντας ανώνυμα και εθελοντικά το σχετικό ερωτηματολόγιο.

Η παρούσα έρευνα προσδοκούσε στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων και στην επίτευξη του στόχου της παρούσας εργασίας για τους νοσηλευτές των κυπριακών νοσηλευτηρίων. Παρόλο που το θέμα του άγχους και της κατάθλιψης στους νοσηλευτές και γενικότερα στους επαγγελματίες υγείας αποτελεί ένα αρκετά δημοφιλές θέμα ανάμεσα στον επιστημονικό κόσμο, όπως έχει ήδη αναφερθεί, δεν έχει εντοπιστεί ικανοποιητικός αριθμός μελετών που να διερευνούν τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης για τα κυπριακά δεδομένα. Για το λόγο αυτό, η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο τη διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των νοσηλευτών που απασχολούνται στα δημόσια και κοινοτικά νοσοκομεία της Κύπρου.

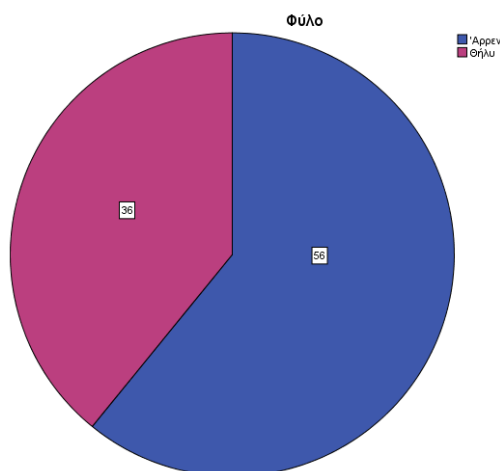
Η επιλογή του δείγματος έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία στην οποία όλα τα μέλη ή στοιχεία της υπό διερεύνηση ομάδας πληθυσμού είχαν ίση και ανεξάρτητη ευκαιρία και επιλογή. Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 92 συμμετέχοντες. Αρχικά ζητήθηκε η συμμετοχή στην έρευνα 100 νοσηλευτών του εργάζονται στα υπό διερεύνηση δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα. Από αυτά επιστράφηκαν τα 93 ερωτηματολόγια, συμπληρώνοντας έτσι ποσοστό συμμετοχής 93%, ποσοστό αρκετά ψηλό δεδομένης της εθελοντικής συμμετοχής στην έρευνα. Ένα (1) ερωτηματολόγιο δεν ήταν επαρκώς συμπληρωμένο και αγνοήθηκε από τον ερευνητή, διαμορφώνοντας έτσι το ποσοστό συμμετοχής σε 92%. Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διενεργήθηκε μεταξύ Απριλίου και Μαΐου στους θαλάμους των υπό διερεύνηση νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από την εξασφάλιση των σχετικών αδειών από την Επιτροπή Βιοηθικής και από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων. Όπως προαναφέρθηκε, η διανομή των ερωτηματολογίων

έγινε σε κοινοτικά και δημόσια νοσηλευτήρια της ελεύθερης περιοχής της Κύπρου, με την κατανομή του δείγματος στα νοσηλευτήρια αυτά να έχει ως εξής:

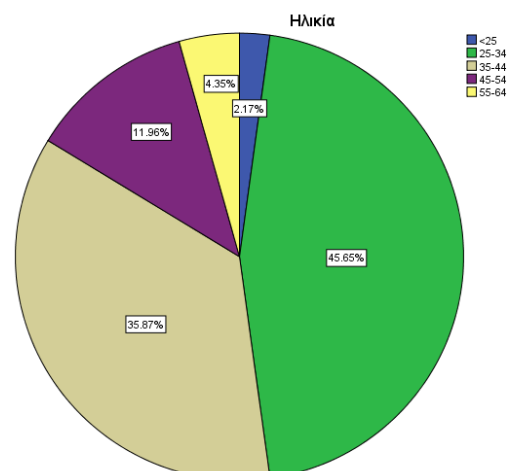


Διάγραμμα 3: Κατανομή δείγματος στα νοσηλευτήρια που έλαβαν μέρος.

Όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 4, την πλειοψηφία του δείγματος αποτελούσαν άνδρες με ποσοστό 60.9%. Ακολούθως, στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Όπως φαίνεται στο συγκεκριμένο διάγραμμα, η πλειοψηφία του πληθυσμού του δείγματος ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 25-34 και 35-44 με ποσοστά 45.7% και 35.9% αντίστοιχα, ενώ ο μικρότερος αριθμός συμμετεχόντων ανήκει στην ηλικιακή ομάδα που ομαδοποιεί τους νεαρότερους νοσηλευτικούς λειτουργούς.



Διάγραμμα 4: Κατανομή φύλου δείγματος.



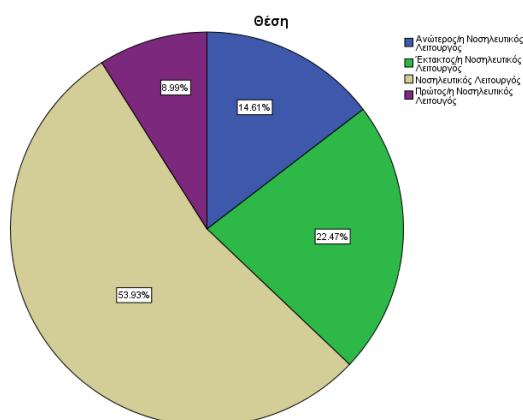
Διάγραμμα 5: Ηλικιακή κατανομή δείγματος.

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τους ακριβείς αριθμούς συμμετεχόντων που αντιστοιχούν στην κάθε ηλικιακή ομάδα.

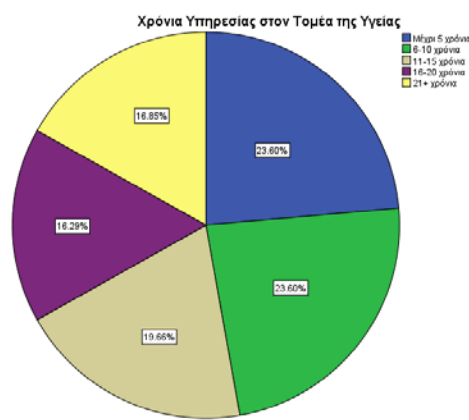
Πίνακας 2: Ηλικιακή κατανομή δείγματος.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
<25	2	2.2	2.2	2.2
25-34	42	45.7	45.7	47.8
35-44	33	35.9	35.9	83.7
45-54	11	12.0	12.0	95.7
55-64	4	4.3	4.3	100.0
Σύνολο	92	100.0	100.0	

Τα διαγράμματα που ακολουθούν αντικατοπτρίζουν τη θέση του δείγματος και τα χρόνια υπηρεσίας που κατέχουν. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί. Αυτό είναι φυσικό αφού στην πυραμίδα των βαθμίδων για το επάγγελμα του νοσηλευτή, η πλειοψηφία των διαθέσιμων θέσεων απαρτίζεται από τη συγκεκριμένη κατηγορία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει όμως το γεγονός ότι μία μεγάλη κατηγορία συμμετεχόντων αποτελούν οι Έκτακτοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί, γεγονός που θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε κατά πόσο το διαφορετικό εργασιακό καθεστώς από το οποίο διέπεται η συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων, καθώς επίσης και η ιδιομορφία της αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους ή κατάθλιψης. Επιπλέον, σχετικά με τα χρόνια υπηρεσίας στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας φαίνεται να υπάρχει ισορροπημένη κατανομή στον πληθυσμό του δείγματος, όπως αυτό παρουσιάζεται και στο Διάγραμμα 7.



Διάγραμμα 6: Θέση Εργασίας.



Διάγραμμα 7: Χρόνια Υπηρεσίας.

Τέλος, η έρευνα διεξάχθηκε σε θαλάμους των υπό αξιολόγηση νοσηλευτηρίων, με την κατανομή του δείγματος να διαμορφώνεται όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 8. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα αυτό, χρησιμοποιήθηκε αντιπροσωπευτικό δείγμα από όλους τους θαλάμους του υπό διερεύνηση δημόσιου

νοσηλευτηρίου, γεγονός που βοηθά να διαμορφωθεί σφαιρική εικόνα σχετικά με την κατάσταση υγείας των νοσηλευτών σε σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη στο υπό διερεύνηση νοσηλευτικό ίδρυμα.



Διάγραμμα 8: Κατανομή δείγματος σχετικά με το θάλαμο απασχόλησης.

4.7. Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

4.7.1. Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε σε δημόσια και κοινοτικά νοσηλευτήρια της Κύπρου. Όπως προαναφέρθηκε, βασική προϋπόθεση για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελούσε η επιλογή μίας έγκυρης και ευρέως διαδεδομένης κλίμακας που θα αποσκοπούσε στην αναγνώριση πιθανών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους συμμετέχοντες. Για το λόγο αυτό το ερωτηματολόγιο στηρίχθηκε στην κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), η οποία είχε αρχικά δημιουργηθεί από τους Zigmond και Snaitth (1983) και είχε ως στόχο τον προσδιορισμό των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνει ένα άτομο.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, χρήσιμα για την ομαδοποίηση του δείγματος και αναγνώριση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης και άλλων παραμέτρων, όπως η ηλικία, το φύλο και ο θάλαμος στον οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο ενημέρωνε τους συμμετέχοντες για το σκοπό διεξαγωγής της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό την

ελικρινή ανταπόκριση τους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν κατά τον ελεύθερο τους χρόνο, ενώ η συμπλήρωση του δεν αναμενόταν να διαρκέσει περισσότερο από δέκα λεπτά.

4.7.2. Εργαλείο Μελέτης - Hospital Anxiety and Depression Scale

Η κλίμακα HADS αποτελείται από δεκατέσσερα (14) μέρη, από τα οποία επτά (7) ασχολούνται με το άγχος και επτά (7) με την κατάθλιψη, και δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην προσπάθεια αναγνώρισης πιθανού άγχους ή κατάθλιψης στο άτομο αποφεύγοντας την αναφορά σε κοινά σωματικά συμπτώματα των δύο αυτών κλινικών καταστάσεων, όπως είναι η ανορεξία ή η αυξημένη κατανάλωση φαγητού, η αϋπνία ή η κατάπτωση. Αντιθέτως, η HADS στοχεύει στην αναγνώριση των παθήσεων αυτών μέσα από το βαθμό στον οποίο το άτομο συμφωνεί με απλές καθημερινές δηλώσεις που συνδέονται όμως άμεσα με τις δύο αυτές κλινικές καταστάσεις. Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε αυτή η μέθοδος είναι το γεγονός ότι η συγκεκριμένη κλίμακα αναπτύχθηκε αρχικά για την αναγνώριση πιθανού άγχους ή κατάθλιψης σε ασθενείς νοσοκομείων. Για αυτό αποφεύχθηκαν να αναφερθούν σε σωματικά συμπτώματα των παθήσεων αυτών που είναι κοινά σε ασθενείς νοσοκομείων, αφού αν χρησιμοποιούνταν τα συμπτώματα αυτά θα οδηγούσε σε μεγάλα ποσοστά σφάλματος.

Το κάθε ερώτημα βαθμολογείται με βαθμολογίες από 0 μέχρι 3 βαθμούς της κλίμακας Likert, γεγονός που σημαίνει ότι κάθε άτομο που συμπληρώνει το εν λόγω ερωτηματολόγιο μπορεί να συγκεντρώσει βαθμολογία από 0 μέχρι 21, τόσο για την κατάθλιψη, όσο και για το άγχος. Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει κατά καιρούς να αναγνωρίσουν το σημείο που υποδηλώνει πιθανή ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης. Στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Bjelland *et al.* (2002) σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, κατέληξαν ότι αυτό το σημείο αναφοράς αποτελεί η συγκέντρωση βαθμολογίας μεγαλύτερη από 8/21 για την κάθε υποκλίμακα. Πιο συγκεκριμένα, για πιθανή εκδήλωση άγχους (HADS-A) αναγνωρίστηκε σχετικότητα 0.78 με ευαισθησία 0.9, ενώ για την εκδήλωση κατάθλιψης (HADS-D) οι αντίστοιχες τιμές ήταν 0.79 και 0.83 (Bjelland *et al.* 2002).

Η HADS αποτελεί μία ευρέως διαδεδομένη κλίμακα η οποία έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 25 χώρες, με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Herrmann, 1997), αποτέλεσμα που ενισχύεται και με μεταγενέστερη

μελέτη των Bjelland *et al.* (2002). Παρόλο που αρχικά η HADS αναπτύχθηκε για ανιχνευτικούς παρά για διαγνωστικούς σκοπούς (Μιχόπουλος και συν. 2007) και απευθυνόταν σε ασθενείς νοσοκομείων (Bjelland *et al.* 2002), χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια και σε άλλες ομάδες πληθυσμού, όπως στο γενικό πληθυσμό (Lisspers, Nygren & Soderman, 1997; Mykletun, Stordal & Dahl, 2001; Leung *et al.* 1993), σε επαγγελματίες υγείας σε μονάδες με ασθενείς ανίατων ασθενειών, όπως ο καρκίνος (Moorey *et al.* 1991; Razavi *et al.* 1990), και σε επαγγελματίες υγείας που παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς με καρκίνο (Mystakidou *et al.* 2004). Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, η επιλογή της σταθμισμένης για τον ελληνικό πληθυσμό έκδοσης της HADS αποτελούσε καλή επιλογή για τη διερεύνηση των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας διατριβής.

4.7.3. Αξιοπιστία και Εγκυρότητα Εργαλείου

Η χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου ερωτηματολογίου που έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε άλλες μελέτες βοήθησε τις συγγραφείς να συγκρίνουν τα αποτελέσματα τους με ευρήματα άλλων μελετών που χρησιμοποίησαν το εν λόγω ερωτηματολόγιο, γεγονός που θα βοηθήσει στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων. Για τη χρήση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε ζητήθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου η άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου από τον κύριο Ιωάννη Μιχόπουλο, ο οποίος το έχει σταθμίσει στα ελληνικά και έχει τα πνευματικά δικαιώματά του, επιβεβαιώνοντας με τον τρόπο αυτό την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του.

4.7.4. Στατιστική Ανάλυση

Για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το εξειδικευμένο για το σκοπό αυτό στατιστικό πακέτο SPSS v21.0, εργαλείο που χρησιμοποιείται εκτενώς στη μελέτη κοινωνικών συστημάτων. Τα επαρκώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια εισάχθηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το εργαλείο SPSS για τη διερεύνηση και την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων, εκπληρώνοντας με τον τρόπο αυτό το στόχο της παρούσας εργασίας. Αρχικά, οι ερωτήσεις που ασχολούνται με το άγχος και αυτές που ασχολούνται με την κατάθλιψη χωρίστηκαν και ομαδοποιήθηκαν κάτω από τις μεταβλητές HADS-A και HADS-D αντίστοιχα. Στη συνέχεια, διερευνήθηκαν τα επίπεδα που συγκεντρώθηκαν σε κάθε μία από τις δύο αυτές κατηγορίες και τα αποτελέσματα της διερεύνησης αυτής συγκρίθηκαν με παλαιότερες μελέτες για εξαγωγή συμπερασμάτων. Τέλος, διερευνήθηκαν πιθανές

συσχετίσεις των μεταβλητών αυτών και των δημογραφικών στοιχείων, καθώς επίσης και πιθανή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών HADS-A και HADS-D.

4.7.5. Δεοντολογικά Ζητήματα

Τόσο το πρωτόκολλο, όσο και το ερωτηματολόγιο κατατέθηκαν στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής της Κύπρου και στην Επιτροπή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων προκειμένου να εξασφαλιστούν οι σχετικές εγκρίσεις για διεξαγωγή της έρευνας αυτής. Τέλος, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες ανώνυμα, αφού πρώτα τους επεξηγήθηκε ο λόγος συμπλήρωσης του, και ότι τυχόν συμμετοχή τους στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διατριβή ασχολήθηκε με τη διερεύνηση της εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης από τους συμμετέχοντες. Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, το συγκεκριμένο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελεί μεταφρασμένη της έγκυρης για το σκοπό αυτό κλίμακας αξιολόγησης HADS, η οποία μεταφράστηκε και σταθμίστηκε για τον ελληνικό πληθυσμό, διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτό την εγκυρότητα της. Για τη διάγνωση πιθανών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους νοσηλευτές η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιεί ένα μίγμα ερωτήσεων που έχουν συνδυαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μην αναγνωρίζονται για το ποιες ερωτήσεις απευθύνονται σε κάθε πρόβλημα από τα άτομα στα οποία ζητείται να το συμπληρώσουν. Για τη διερεύνηση της κάθε κατηγορίας χρησιμοποιούνται επτά ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σύμφωνα με τις κλίμακες που παρουσιάζονται και στο διάγραμμα που ακολουθεί.

Όπως φαίνεται και στο πιο κάτω διάγραμμα, οι ερωτήσεις που αφορούν το άγχος και την κατάθλιψη εναλλάσσονται συνεχώς, ενώ οι βαθμολογίες αντιστοιχούν σε ανάλογες ή αντιστρόφως ανάλογες τιμές. Για την καλύτερη ανάγνωση των αποτελεσμάτων και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων οι ερωτήσεις για τις δύο κατηγορίες ομαδοποιήθηκαν με τη βοήθεια στου εργαλείου SPSS, δημιουργώντας με τον τρόπο αυτό δύο νέες μεταβλητές, μία για το άγχος και μία για την κατάθλιψη. Οι μεταβλητές αυτές παρουσιάζονται στη μελέτη ως HADS-A και HADS-D αντίστοιχα. Στη συνέχεια, οι συγκεκριμένες μεταβλητές αξιολογήθηκαν συνολικά σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν, καθώς επίσης και ατομικά για την κάθε ερώτηση που αφορά την κάθε κατηγορία. Τέλος, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ άγχους και κατάθλιψης για τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα.

Όνομα:		Ημερομηνία:																																																																																																																																																				
<p>Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.</p> <p>Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πώς αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοήστε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.</p> <p>Μην προβληματιζέστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μια μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.</p>																																																																																																																																																						
ΔΙΠΛΟΣΤΕ ΕΛΩ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>A</th> <th>D</th> <th>A</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος</td> <td></td> <td>Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Τον περισσότερο καιρό</td> <td></td> <td>Σχεδόν όλο τον καιρό</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Πολύ καιρό</td> <td></td> <td>Πολύ συχνά</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά</td> <td></td> <td>Μερικές φορές</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Καθόλου</td> <td></td> <td>Καθόλου</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιστα να απολαμβάνω</td> <td></td> <td>Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθήμα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό</td> <td></td> <td>Καθόλου</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Όχι στον ίδιο βαθμό</td> <td></td> <td>Περιστασιακά</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Λίγο μόνο</td> <td></td> <td>Αρκετά συχνά</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Καθόλου</td> <td></td> <td>Πολύ συχνά</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθήμα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί</td> <td></td> <td>Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό</td> <td></td> <td>Ακριβώς</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά</td> <td></td> <td>Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί</td> <td></td> <td>Τίως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Καθόλου</td> <td></td> <td>Την φροντίζω όπως πάντοτε</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρμηλή όψη των πραγμάτων</td> <td></td> <td>Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα</td> <td></td> <td>Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν</td> <td></td> <td>Σε αρκετά μεγάλο βαθμό</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ</td> <td></td> <td>Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Καθόλου</td> <td></td> <td>Καθόλου</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ανήσυχος σκέψεις περνούν από το μυαλό μου</td> <td></td> <td>Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Πάρα πολύ καιρό</td> <td></td> <td>Τόσο όπως και στο παρελθόν</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Πολύ καιρό</td> <td></td> <td>Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιστα</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Όχι τόσο συχνά</td> <td></td> <td>Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιστα</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Πολύ λίγο</td> <td></td> <td>Καθόλου</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Νιώθω κεφατός</td> <td></td> <td>Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πα닉ού</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Ποτέ</td> <td></td> <td>Πράγματι πολύ συχνά</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Όχι συχνά</td> <td></td> <td>Αρκετά συχνά</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Μερικές φορές</td> <td></td> <td>Όχι τόσο συχνά</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Τον περισσότερο καιρό</td> <td></td> <td>Καθόλου</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>D</td> <td>A</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος</td> <td></td> <td>Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>Ακριβώς</td> <td></td> <td>Συχνά</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Συνήθως</td> <td></td> <td>Μερικές φορές</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Όχι συχνά</td> <td></td> <td>Όχι συχνά</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Καθόλου</td> <td></td> <td>Πολύ σπάνια</td> </tr> </tbody> </table>	A	D	A	D		Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου	3	Τον περισσότερο καιρό		Σχεδόν όλο τον καιρό	2	Πολύ καιρό		Πολύ συχνά	1	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά		Μερικές φορές	0	Καθόλου		Καθόλου		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιστα να απολαμβάνω		Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθήμα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου	0	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό		Καθόλου	1	Όχι στον ίδιο βαθμό		Περιστασιακά	2	Λίγο μόνο		Αρκετά συχνά	3	Καθόλου		Πολύ συχνά		Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθήμα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου	3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό		Ακριβώς	2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά		Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε	1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί		Τίως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε	0	Καθόλου		Την φροντίζω όπως πάντοτε		Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρμηλή όψη των πραγμάτων		Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι	0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα		Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό	1	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν		Σε αρκετά μεγάλο βαθμό	2	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ		Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό	3	Καθόλου		Καθόλου		Ανήσυχος σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα	3	Πάρα πολύ καιρό		Τόσο όπως και στο παρελθόν	2	Πολύ καιρό		Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιστα	1	Όχι τόσο συχνά		Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιστα	0	Πολύ λίγο		Καθόλου		Νιώθω κεφατός		Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πα닉ού	3	Ποτέ		Πράγματι πολύ συχνά	2	Όχι συχνά		Αρκετά συχνά	1	Μερικές φορές		Όχι τόσο συχνά	0	Τον περισσότερο καιρό		Καθόλου	A	D	A	D		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα	0	Ακριβώς		Συχνά	1	Συνήθως		Μερικές φορές	2	Όχι συχνά		Όχι συχνά	3	Καθόλου		Πολύ σπάνια	ΔΙΠΛΟΣΤΕ ΕΛΩ
A	D	A	D																																																																																																																																																			
	Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος		Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου																																																																																																																																																			
3	Τον περισσότερο καιρό		Σχεδόν όλο τον καιρό																																																																																																																																																			
2	Πολύ καιρό		Πολύ συχνά																																																																																																																																																			
1	Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά		Μερικές φορές																																																																																																																																																			
0	Καθόλου		Καθόλου																																																																																																																																																			
	Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιστα να απολαμβάνω		Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθήμα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου																																																																																																																																																			
0	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό		Καθόλου																																																																																																																																																			
1	Όχι στον ίδιο βαθμό		Περιστασιακά																																																																																																																																																			
2	Λίγο μόνο		Αρκετά συχνά																																																																																																																																																			
3	Καθόλου		Πολύ συχνά																																																																																																																																																			
	Αντιμετωπίζω κάποιο συναισθήμα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί		Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου																																																																																																																																																			
3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό		Ακριβώς																																																																																																																																																			
2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά		Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε																																																																																																																																																			
1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί		Τίως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε																																																																																																																																																			
0	Καθόλου		Την φροντίζω όπως πάντοτε																																																																																																																																																			
	Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρμηλή όψη των πραγμάτων		Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι																																																																																																																																																			
0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα		Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό																																																																																																																																																			
1	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν		Σε αρκετά μεγάλο βαθμό																																																																																																																																																			
2	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ		Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό																																																																																																																																																			
3	Καθόλου		Καθόλου																																																																																																																																																			
	Ανήσυχος σκέψεις περνούν από το μυαλό μου		Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα																																																																																																																																																			
3	Πάρα πολύ καιρό		Τόσο όπως και στο παρελθόν																																																																																																																																																			
2	Πολύ καιρό		Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιστα																																																																																																																																																			
1	Όχι τόσο συχνά		Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιστα																																																																																																																																																			
0	Πολύ λίγο		Καθόλου																																																																																																																																																			
	Νιώθω κεφατός		Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πα닉ού																																																																																																																																																			
3	Ποτέ		Πράγματι πολύ συχνά																																																																																																																																																			
2	Όχι συχνά		Αρκετά συχνά																																																																																																																																																			
1	Μερικές φορές		Όχι τόσο συχνά																																																																																																																																																			
0	Τον περισσότερο καιρό		Καθόλου																																																																																																																																																			
A	D	A	D																																																																																																																																																			
	Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος		Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα																																																																																																																																																			
0	Ακριβώς		Συχνά																																																																																																																																																			
1	Συνήθως		Μερικές φορές																																																																																																																																																			
2	Όχι συχνά		Όχι συχνά																																																																																																																																																			
3	Καθόλου		Πολύ σπάνια																																																																																																																																																			
Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις																																																																																																																																																						
ΣΥΝΟΛΟ <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>A</td><td>D</td></tr></table>				A	D																																																																																																																																																	
A	D																																																																																																																																																					

Αυτή η φόρμα μπορεί να αναπαραχθεί για χρήση, μέσα στο πλαίσιο των κανόνων αγοράς και μόνο σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συμφωνία άδειας από τον εκδότη. HADS copyright © R.P. Snaith and A.S. Zigmond, 1983, 1992, 1994. Τα στοιχεία της φόρμας καταχώρησης έχουν δημοσιευθεί πρωτοτύπως στην Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370, πνευματική ιδιοκτησία© (copyright ©) Munksgaard International Publishers Ltd, Copenhagen, 1983. Δημοσιεύθηκε από την Εταιρεία nferNelson Pub Co Ltd, 414 Chiswick High Road, London W4 5TE, UK. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Η Εταιρεία nferNelson είναι μέλος του ομίλου Granada Learning Limited και ανήκει στην Εταιρεία ITV plc HADS Greek.

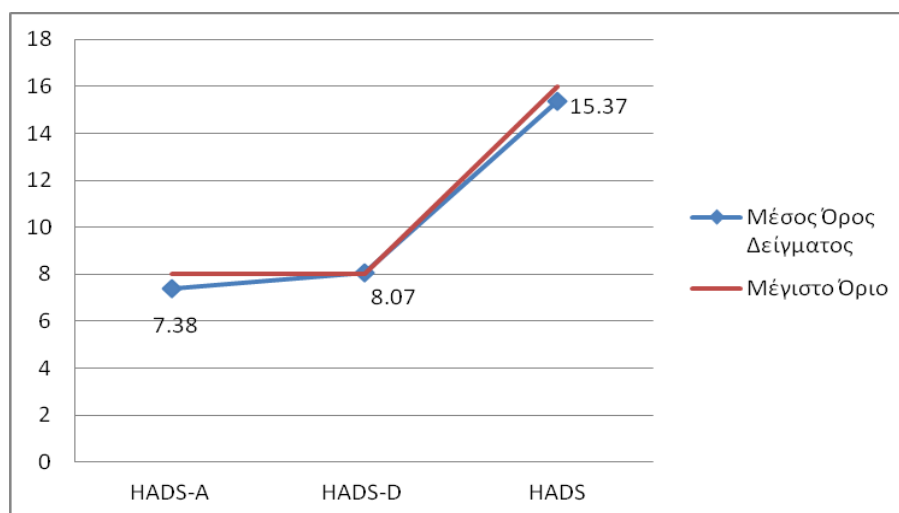
Διάγραμμα 9: Κλίμακα HADS με κατανομή απαντήσεων στις κατηγορίες άγχους και κατάθλιψης, συμπεριλαμβανομένης και της βαρύτητας της κάθε απάντησης (Μιχόπουλος *et al.* 2007).

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τους μέσους όρους για τις ομαδοποιημένες ερωτήσεις που αφορούν το άγχος (HADS-A) και την κατάθλιψη (HADS-D), καθώς επίσης και τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα του δείγματος για την κλίμακα HADS.

Πίνακας 3: Μέσος όρος για μεταβλητές άγχους, κατάθλιψης και συνολικής κλίμακας HADS, όπως αυτές καταγράφηκαν για το δείγμα της παρούσας μελέτης.

Δείγμα	HADS-A (ΣΑ)	HADS-D (ΣΑ)	HADS (ΣΑ)
91	7.38 (3.34)	8.07 (3.75)	15.37 (6.64)

Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται γραφικά οι μέσοι όροι που καταγράφηκαν για τις κλίμακες HADS-A, HADS-D και HADS αντίστοιχα, σε σχέση με τα ανώτατα όρια για την κάθε κλίμακα για να μη θεωρείται ότι το άτομο που τη συμπληρώνει ότι πάσχει από άγχος ή κατάθλιψη.



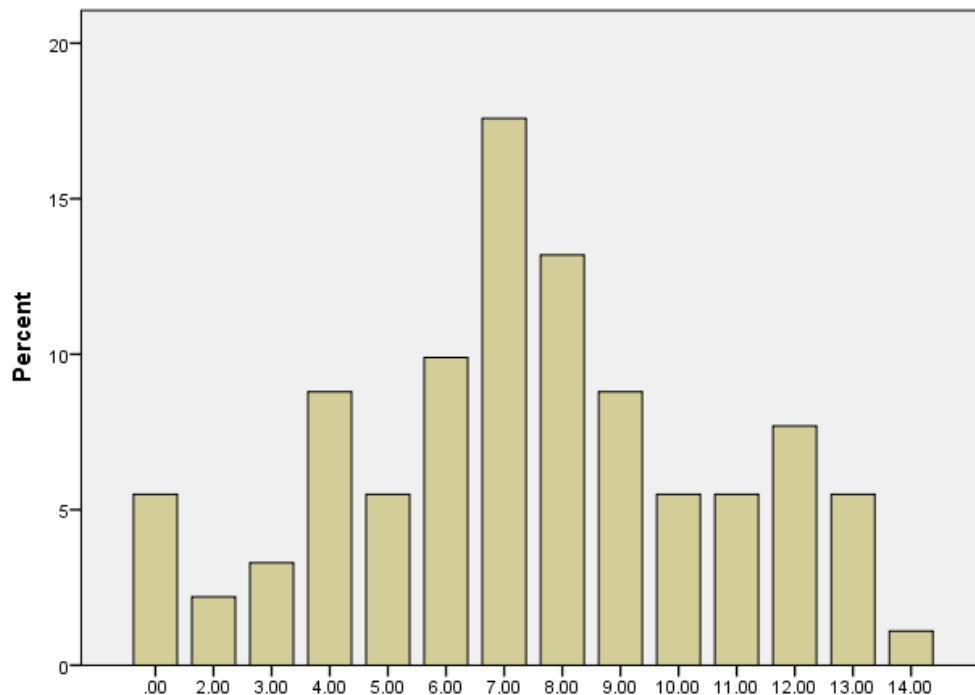
Διάγραμμα 10: Μέσοι όροι για κλίμακες HADS-A, HADS-D και HADS και αντίστοιχα αποδεκτά ανώτατα όρια για να θεωρείται το άτομο ότι είναι μεταξύ των επιτρεπτών ορίων.

Όπως φαίνεται και στο συγκεκριμένο διάγραμμα, οι νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα βρίσκονται οριακά στα αποδεκτά επίπεδα άγχους (HADS-A), γεγονός που υπονοεί ότι το άτομο δεν καταβάλλεται από αισθήματα άγχους. Σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης που κατέγραψαν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σημειώθηκαν πιο ανησυχητικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος για την κλίμακα HADS-D ήταν 8.07/21, αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα φαίνεται να υποφέρουν από συμπτώματα κατάθλιψης.

5.1. Άγχος

Όπως προαναφέρθηκε, οι σχετικές με το άγχος ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν κάτω από την κατηγορία Άγχους (HADS-A) και τα αποτελέσματα των απαντήσεων παρουσιάζονται Διάγραμμα 11. Οι απαντήσεις που αφορούν πιθανά συμπτώματα άγχους προστέθηκαν κάτω από την κατηγορία αυτή, χρησιμοποιώντας τη βαρύτητα που παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 9. Όπως παρουσιάζεται και στο συγκεκριμένο διάγραμμα, 48 από τους συμμετέχοντες (ποσοστό 52.7%) συγκέντρωσαν για την κλίμακα αυτή βαθμολογίες μικρότερες από 8/21, ενώ 43 από τους συμμετέχοντες

(ποσοστό 47.3%) συγκέντρωσαν βαθμολογίες που κυμαίνονται από το 8/21 μέχρι το 14/21.



Διάγραμμα 11: Κατανομή συγκεντρωτικής βαθμολογίας για ερωτήσεις που αφορούν το άγχος (HADS-A).

Σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών και της εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους παρουσιάστηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πρόθεσης των συμμετεχόντων να αιτηθούν αλλαγή θαλάμου και των συμπτωμάτων άγχους που καταγράφηκαν ($r = -0.208$, $p < 0.05$), αποτέλεσμα που υποδηλώνει ότι νοσηλευτές που ζήτησαν να αλλάξουν θάλαμο φαίνεται να καταγράφουν ψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα HADS-A.

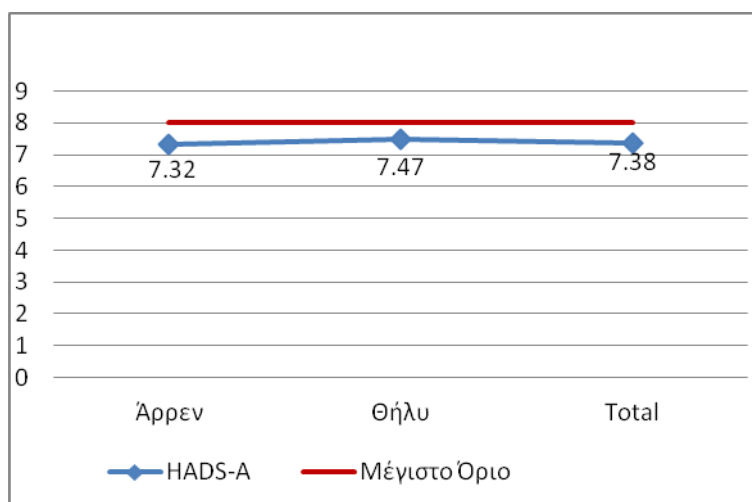
Έρευνες έχουν κατά καιρούς δείξει ότι οι γυναίκες που εργάζονται στο νοσηλευτικό κλάδο καταγράφουν ψηλότερα ποσοστά άγχους σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Αυτό δε φαίνεται να παρατηρείται στην παρούσα μελέτη, καθώς ο μέσος όρος στην κλίμακα HADS-A για τους άνδρες και τις γυναίκες κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα. Το πιο πάνω αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται από τη δοκιμασία ANOVA, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 4: Αποτελέσματα επιπέδων άγχους (HADS-A) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με το φύλο.

Κατηγορία	Δείγμα (N)	HADS-A (ΣΑ)
-----------	------------	-------------

Άρρεν	55	7.32 (3.13)
Θήλυ	36	7.47 (3.68)
Σύνολο	91	7.38 (3.34)

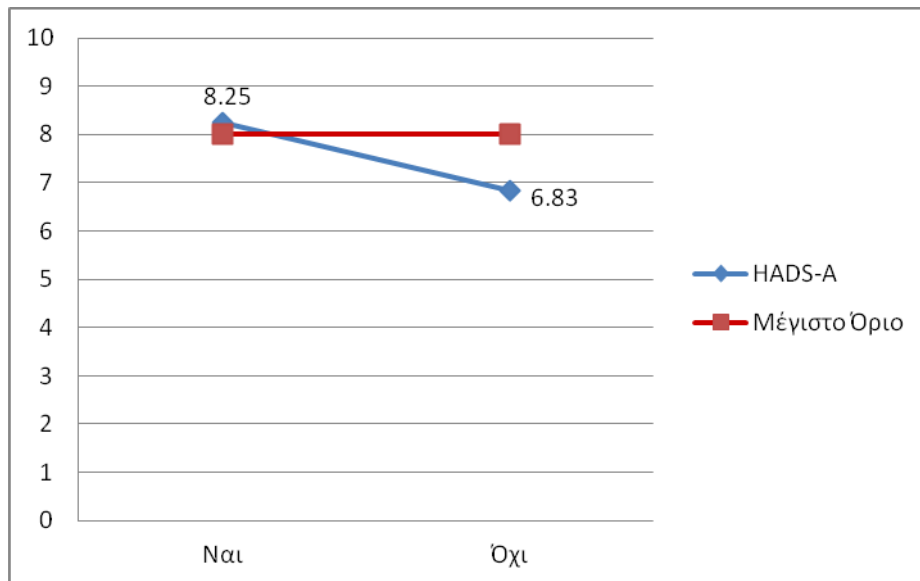
Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται και γραφικά τα αποτελέσματα του πιο πάνω πίνακα.



Διάγραμμα 12: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-A ανά φύλο.

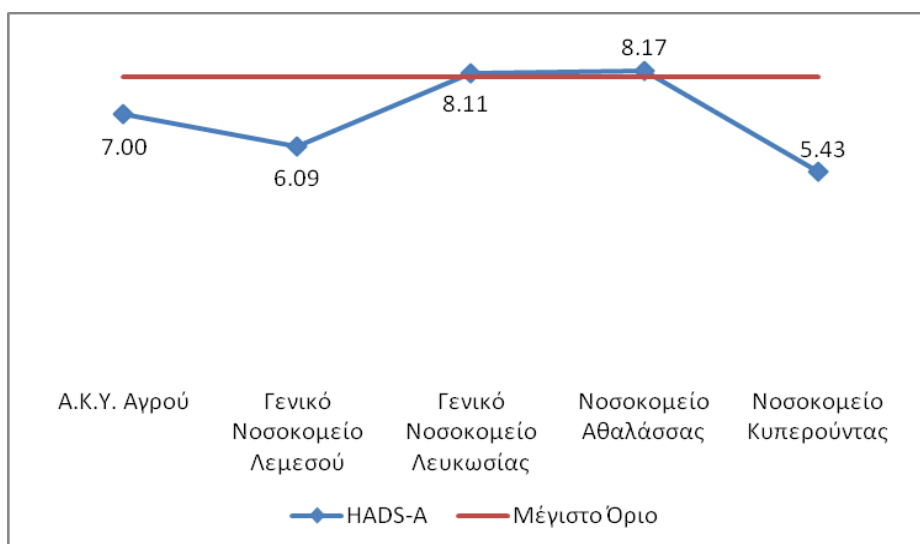
Επιπλέον, καταγράφηκε δυνατή θετική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που εκδηλώνουν πιθανά αισθήματα άγχους στους συμμετέχοντες σε σχέση με την πρόθεση τους να αλλάξουν θάλαμο κατά τους τελευταίους έξι μήνες ($r = -0.316$, $p < 0.01$). Αυτό σημαίνει ότι τα επίπεδα άγχους είναι αυξημένα σε άτομα που εκφράζουν την πρόθεση τους να αιτηθούν αλλαγή θαλάμου κατά τους τελευταίους έξι μήνες, όπως παρουσιάζεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί.

Όπως φαίνεται και στο συγκεκριμένο διάγραμμα, ο μέσος όρος των συμμετεχόντων που εξέφρασαν επιθυμία αλλαγής θαλάμου κατά τους τελευταίους έξι μήνες φαίνεται να υπερβαίνει το μέγιστο αποδεκτό όριο επιπέδων άγχους με 8.25/21. Αντίθετα, τα επίπεδα άγχους των συμμετεχόντων που δεν εξέφρασαν τέτοια επιθυμία ήταν 6.83/21 τιμή κατώτερη του μέγιστου αποδεκτού ορίου.



Διάγραμμα 13: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-A και πρόθεση για καταχώρηση αίτησης αλλαγής θαλάμου.

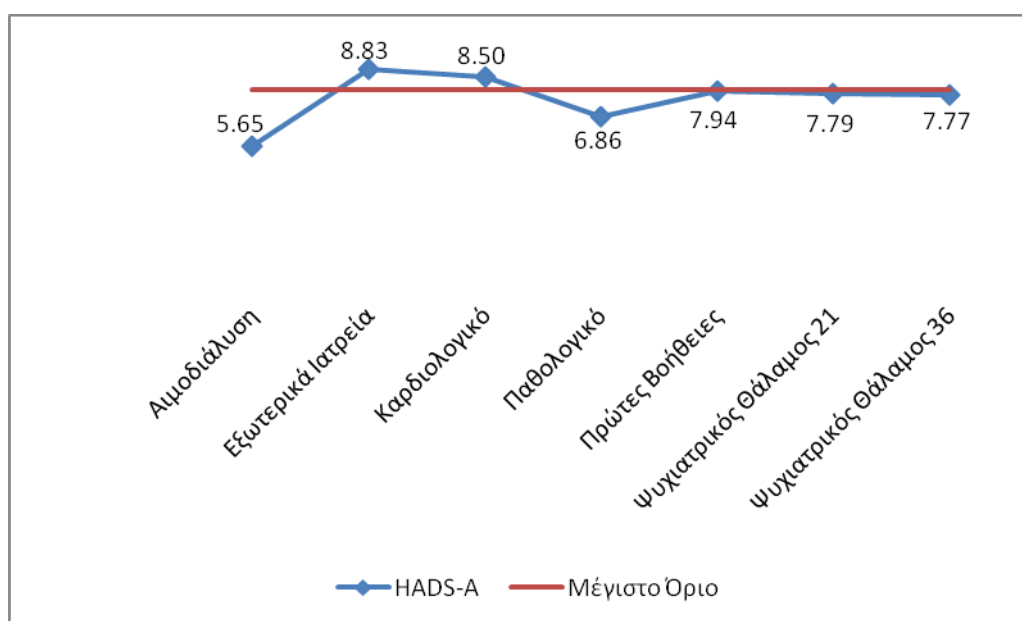
Τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές μελετήθηκαν στη συνέχεια σε σχέση με το νοσηλευτήριο στο οποίο εργάζονταν οι νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας αυτής παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Όπως παρουσιάζεται στο συγκεκριμένο διάγραμμα, οι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Αθαλάσσας φαίνεται να διακατέχονται από ψηλά επίπεδα άγχους, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, που όπως φαίνεται διακατέχονται από αποδεκτά επίπεδα άγχους.



Διάγραμμα 14: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-A ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η συσχέτιση του θαλάμου στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές και των επιπέδων άγχους που βιώνουν, σύμφωνα με την κλίμακα HADS-

Α. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται γραφικά και στο Διάγραμμα 15. Σχετικά με τα επίπεδα άγχους που παρατηρούνται σε κάθε θάλαμο, παρατηρείται ότι οι νοσηλευτές που απασχολούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία και στους Καρδιολογικούς θαλάμους των υπό αξιολόγηση νοσηλευτικών ιδρυμάτων κατέγραψαν τα ψηλότερα ποσοστά άγχους, με μέσους όρους στην κλίμακα HADS-A 8.83/21 και 8.50/21 αντίστοιχα. Οριακά αποτελέσματα κατέγραψαν επίσης οι νοσηλευτές των Πρώτων Βοηθειών και αυτού των δύο ψυχιατρικών θαλάμων του Νοσοκομείου Αθαλάσσιας. Αντίθετα, οι νοσηλευτές που εργάζονται στο θάλαμο της Αιμοδιάλυσης κατέγραψαν τα χαμηλότερα ποσοστά άγχους.



Διάγραμμα 15: Μέση τιμή επιπέδων άγχους (HADS-A) ανά θάλαμο.

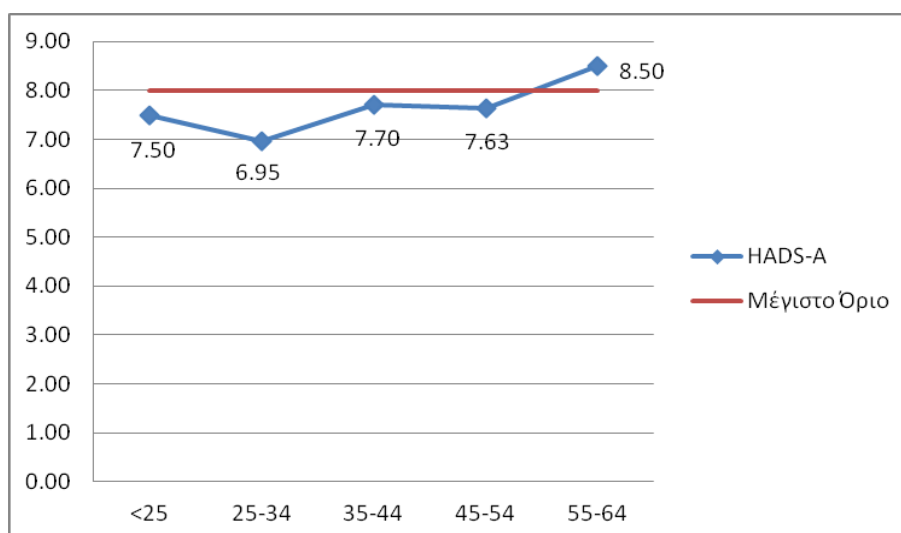
Σχετικά με τη σχέση των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές των υπό αξιολόγηση νοσηλευτικών ιδρυμάτων και της ηλικίας, διαφάνηκε ότι η ηλικία επηρεάζει τη μεταβλητή αυτή. Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τα αποτελέσματα άγχους για την κάθε ηλικιακή ομάδα του δείγματος.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα επιπέδων άγχους με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με τις διάφορες ηλικιακές ομάδες.

Κατηγορία	Δείγμα (N)	HADS-A (ΣΑ)
<25	2	7.50 (4.95)
25-34	41	6.95 (3.67)
35-44	33	7.70 (2.69)

45-54	11	7.63 (4.04)
55-64	4	8.50 (3.11)

Τα πιο πάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται γραφικά και στο διάγραμμα που ακολουθεί. Όπως παρουσιάζεται και στο διάγραμμα, οι συμμετέχοντες της τελευταίας ηλικιακής ομάδας φαίνεται να καταγράφουν τα ψηλότερα ποσοστά άγχους (HADS-A) σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες με μέσο όρο 8.50 (στατιστική απόκλιση = 3.11). Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει ότι οι συμμετέχοντες της συγκεκριμένης ομάδας διακατέχονται από συμπτώματα άγχους, τα οποία οι διευθύνσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να αντιμετωπίσουν, λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα.



Διάγραμμα 16: Μέσος όρος τιμών άγχους στην κλίμακα HADS-A ανά ηλικιακή ομάδα δείγματος.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες νεαρότερων ηλικιών (ηλικιακές ομάδες <25 και 25-34 ετών) χαμηλότερα ποσοστά άγχους (HADS-A) σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες με μέσο όρο 7.50/21 και 6.95/21 αντίστοιχα. Αυτό είναι λογικό καθώς τα νεαρότερα άτομα φαίνεται να αντιμετωπίζουν τις διάφορες καταστάσεις με πιο πολλή ηρεμία, ίσως λόγω του νεαρού της ηλικίας τους και να καταφέρνουν να διαχειρίζονται τα επίπεδα άγχους τους καλύτερα. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας δεν έχει να αντιμετωπίσει άλλες υποχρεώσεις όπως η οικογένεια ή τα παιδιά, γεγονός που συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση των επιπέδων άγχους. Τέλος, σε λογικά επίπεδα φαίνεται να κυμαίνεται και το επίπεδο άγχους στους νοσηλευτές των ηλικιακών ομάδων 35-44 και 45-54.

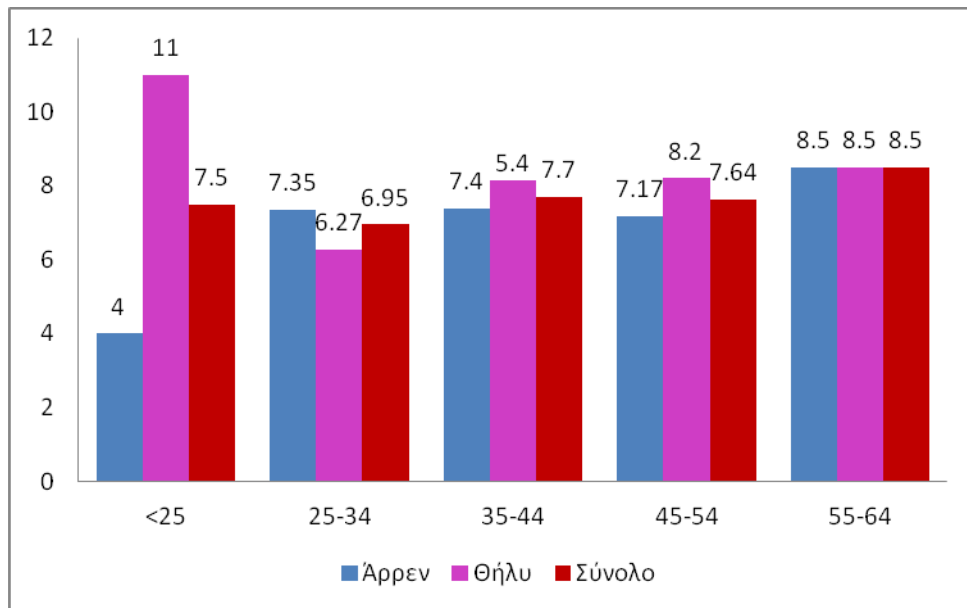
Σε περαιτέρω ανάλυση των μεταβλητών ηλικίας και φύλου, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές και της ηλικιακής ομάδας σε σχέση με το φύλο τους. Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τα αποτελέσματα αυτά για την κάθε ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα επιπέδου άγχους με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα και το φύλο.

Κατηγορία	Δείγμα (N)	HADS-A (ΣΑ)
<25		
Άρρεν	1	4.00 (---)*
Θήλυ	1	11.00 (----)*
Σύνολο	2	7.50 (4.95)
25-34		
Άρρεν	26	7.35 (3.54)
Θήλυ	15	6.27 (3.92)
Σύνολο	41	6.95 (3.67)
35-44		
Άρρεν	20	7.40 (2.33)
Θήλυ	13	8.15 (3.21)
Σύνολο	33	7.70 (2.69)
45-54		
Άρρεν	6	7.17 (3.87)
Θήλυ	5	8.20 (4.60)
Σύνολο	11	7.64 (4.03)
55-64		
Άρρεν	2	8.50 (4.95)
Θήλυ	2	8.50 (2.12)
Σύνολο	4	8.50 (3.11)

* Δεν υπάρχει ΣΑ καθώς μόνο ένας συμμετέχοντας αντιστοιχούσε στην ηλικιακή ομάδα.

Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει γραφικά τα πιο πάνω αποτελέσματα, σύμφωνα με τα οποία διαφαίνεται η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ομαδοποιημένη ανά ηλικιακή ομάδα στα επίπεδα άγχους που βιώνουν, σύμφωνα με την κλίμακα HADS-A.



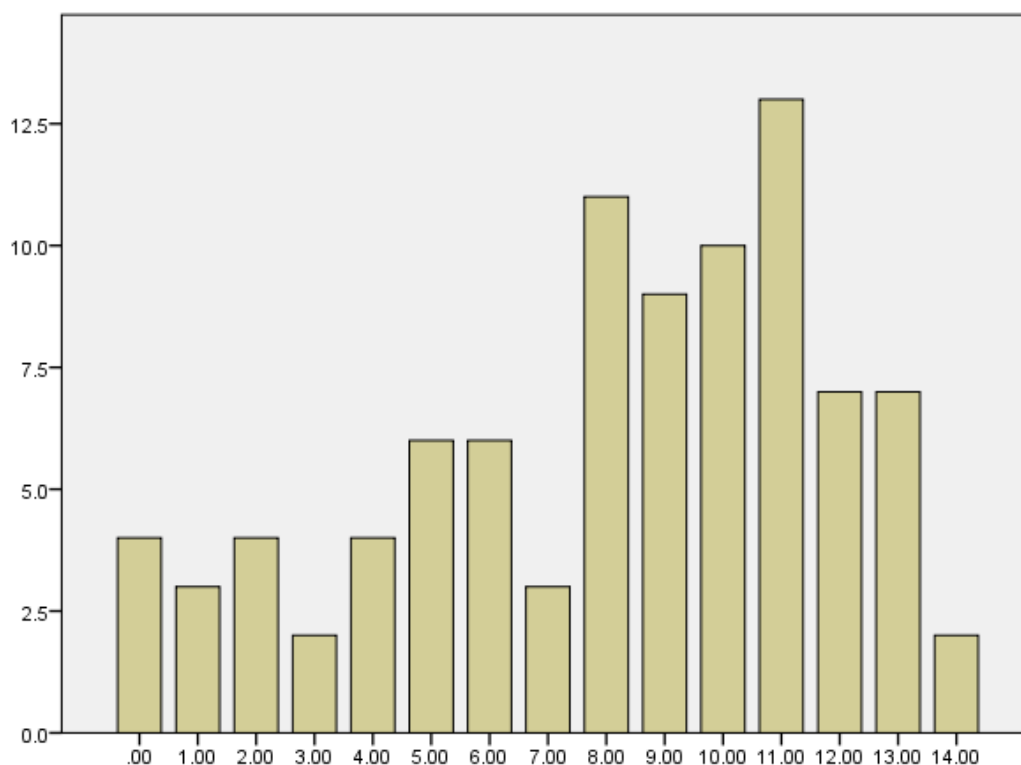
Διάγραμμα 17: Γραφική αναπαράσταση μέσω των όρων δοκιμασίας ANOVA για κάθε ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το φύλο (Ηλικία*Φύλο vs HADS-A).

5.2. Κατάθλιψη

Ανησυχητικό είναι το αποτέλεσμα για τη διερεύνηση της κατάθλιψης, καθώς οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν βαθμολογίες που υποδεικνύουν σημάδια πιθανής κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν μέσο όρο 8.07/21 στις σχετικές με την κατάθλιψη ερωτήσεις, ενώ όπως υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, συγκέντρωση βαθμολογιών στην κλίμακα HADS-D μεγαλύτερη από 8.0/21 υποδηλώνουν ότι οι υπό εξέταση ερωτηθέντες πιθανόν να πάσχουν από κατάθλιψη (Bjelland *et al.* 2002).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ποσοστό 35.2% των συμμετεχόντων δε φαίνεται να παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης, καθώς συγκέντρωσαν βαθμολογίες μικρότερες από 8.0/21. Αντίθετα, ποσοστό 64.8% των συμμετεχόντων φαίνεται να εκδηλώνει συμπτώματα πιθανής κατάθλιψης καθώς συγκέντρωσαν βαθμολογίες ίσες ή μεγαλύτερες από 8.0/21 στην κλίμακα HADS-D. Πιο συγκεκριμένα, από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων της παρούσας έρευνας διαφαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό συγκεντρώνει βαθμολογία από 8.0/21 μέχρι 11.0/21 στην κλίμακα HADS-D. Το αποτέλεσμα αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα εκδηλώνει συμπτώματα που ίσως υποδηλώνουν ότι υποφέρει από κατάθλιψη, γεγονός που θα πρέπει να κινητοποιήσει τους κατάλληλους μηχανισμούς του κάθε νοσηλευτηρίου για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αυτών.

Τα αναλυτικά αποτελέσματα για το σύνολο των ερωτήσεων που αφορούν τα επίπεδα κατάθλιψης παρουσιάζονται στο Διάγραμμα 18. Σύμφωνα με το διάγραμμα αυτό, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων φαίνεται να συγκεντρώνουν βαθμολογίες μεταξύ 8.0/21 και 11.0/21.



Διάγραμμα 18: Κατανομή συγκεντρωτικής βαθμολογίας για ερωτήσεις που αφορούν την κατάθλιψη (HADS-D).

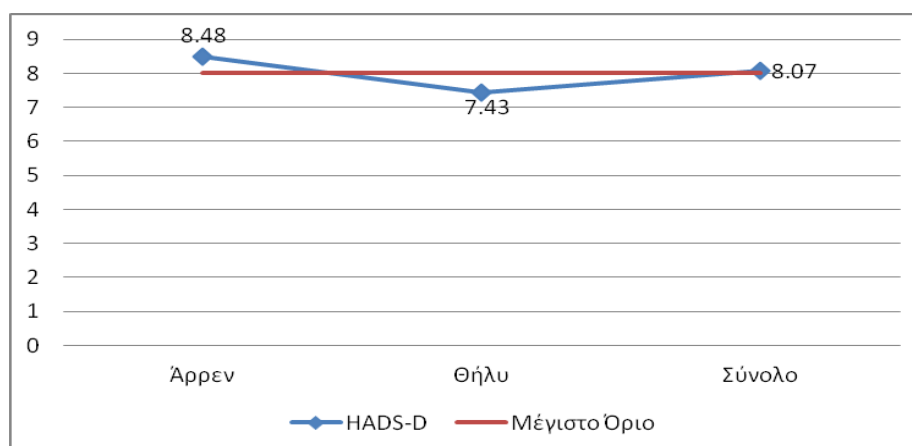
Σε σχέση με τα δημογραφικά που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια της παρούσας έρευνας και τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ αυτών και των επιπέδων κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές του υπό διερεύνηση δημόσιου νοσηλευτηρίου, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών όπως η το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση ή άλλα δημογραφικά στοιχεία και της μεταβλητής HADS-D. Αντίθετα, δυνατή θετική συσχέτιση ($r = 0.312$, $p < 0.01$) παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της πιθανής εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επιπλέον, δυνατή θετική συσχέτιση ($r = 0.361$, $p < 0.01$) παρατηρήθηκε μεταξύ του νοσοκομείου που εργάζονται οι νοσηλευτές, καθώς επίσης και του θαλάμου στον οποίο απασχολούνται ($r = 0.341$, $p < 0.01$). Επιπλέον, συσχέτιση ($r = 0.238$, $p < 0.05$) παρατηρήθηκε μεταξύ των χρόνων υπηρεσίας συμμετεχόντων και της μεταβλητής HADS-D.

Σχετικά με τη συσχέτιση του φύλου των συμμετεχόντων με τα επίπεδα κατάθλιψης διαφαίνεται πως, όπως και με τις αντίστοιχες μετρήσεις για τα επίπεδα άγχους, οι άνδρες συγκεντρώνουν ψηλότερες βαθμολογίες, ενώ ο μέσος όρος τους υποδηλώνει πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης, σε αντίθεση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες συγκέντρωσαν μέσο όρο 8.48/21 (στατιστική απόκλιση = 3.51), σε σχέση με τις γυναίκες συμμετέχουσες οι οποίες συγκέντρωσαν μέσο όρο 7.43/21 (στατιστική απόκλιση = 4.07), αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Παρόλο όμως που οι άνδρες συγκέντρωσαν ψηλότερα ποσοστά στη συγκεκριμένη κλίμακα, δεν παρουσιάστηκε κάποια δυνατή συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των ποσοστών εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Πίνακας 7: Αποτελέσματα επιπέδου κατάθλιψης (HADS-D) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με το φύλο.

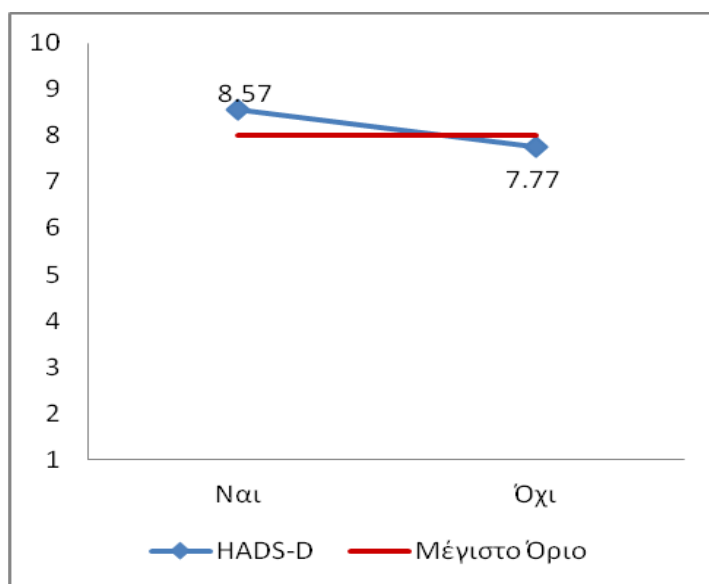
Κατηγορία	Δείγμα (N)	HADS-D (ΣΑ)
Άρρεν	56	8.48 (3.51)
Θήλυ	35	7.43 (4.07)
Σύνολο	91	8.07 (3.75)

Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει και γραφικά τα πιο πάνω αποτελέσματα. Όπως διαφαίνεται και στα αποτελέσματα αυτά, οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν μέσο όρο ποσοστών κατάθλιψης 8.07/21 στην κλίμακα HADS-D, ποσοστό σχετικά ψηλό για τη συγκεκριμένη κλίμακα, υποδηλώνοντας έτσι πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης.



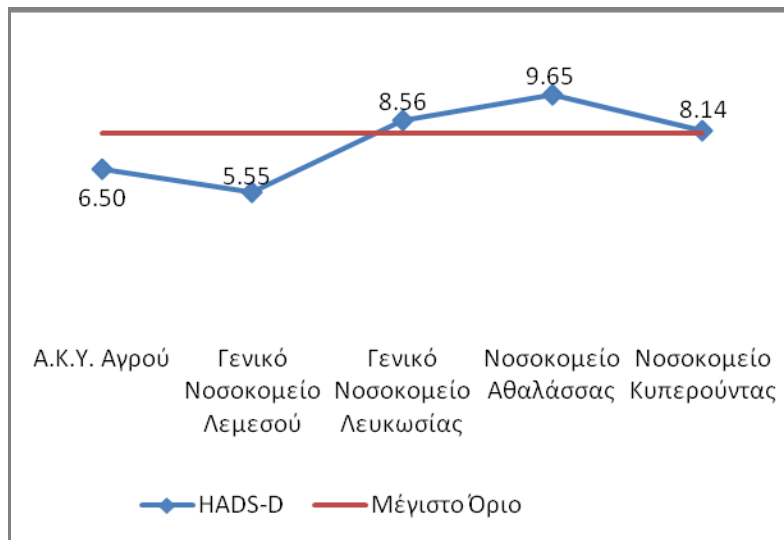
Διάγραμμα 19: Διαγραμματική αναπαράσταση επιπέδων κατάθλιψης (HADS-D) σε σχέση με το φύλο.

Σχετικά με τα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης (HADS-D) και του ποσοστού των συμμετεχόντων που εξέφρασαν την επιθυμία να αλλάξουν θάλαμο κατά τους τελευταίους έξι μήνες, δεν παρουσιάστηκε οποιαδήποτε συσχέτιση. Παρόλα αυτά, περαιτέρω ανάλυση κατέδειξε ότι τα άτομα που απάντησαν θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση συγκέντρωσαν ψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα HADS-D σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν εξέφρασαν τέτοια επιθυμία. Πιο συγκεκριμένα, η συγκεκριμένη κατηγορία κατέδειξε ότι άτομα που εξέφρασαν τέτοια επιθυμία φαίνεται να παρουσιάζουν συμπτώματα πιθανής κατάθλιψης, αφού ο μέσος όρος της μεταβλητής HADS-D για τη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων ήταν 8.57/21. Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει γραφικά τα αποτελέσματα αυτά.



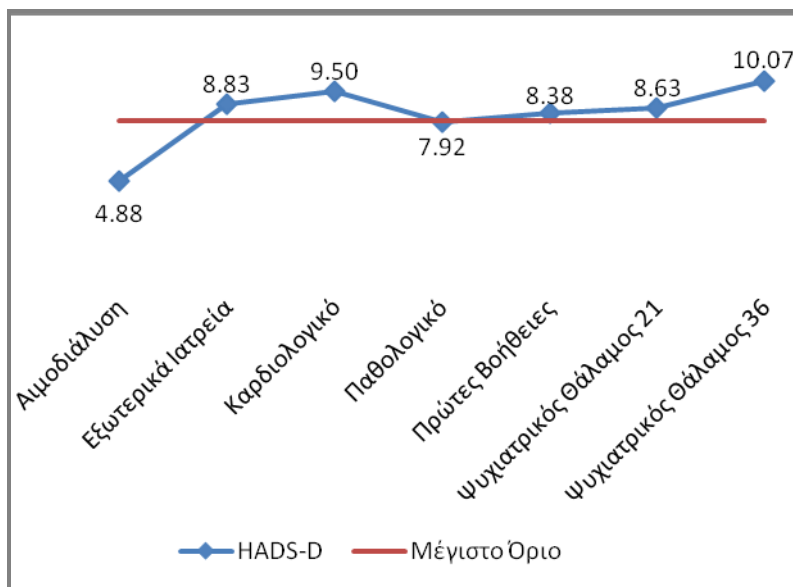
Διάγραμμα 20: Διαγραμματική αναπαράσταση επιπέδων κατάθλιψης (HADS-D) σε σχέση με την πρόθεση αλλαγής θαλάμου.

Η εκδήλωση συμπτωμάτων πιθανής κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές μελετήθηκε στη συνέχεια σε σχέση με το νοσηλευτήριο στο οποίο εργάζονταν. Όπως παρουσιάζεται στο συγκεκριμένο διάγραμμα, οι νοσηλευτές του Νοσοκομείου Αθαλάσσης, του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας και του Νοσοκομείου Κυπερούντας κατέγραψαν αρκετά ψηλές βαθμολογίες σε σχέση με την κλίμακα HADS-D, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, που όπως φαίνεται κατέγραψαν σχετικά χαμηλές βαθμολογίες στη συγκεκριμένη κλίμακα. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας αυτής παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 21: Μέσος όρος τιμών που καταγράφηκαν για την κλίμακα HADS-D ανά νοσηλευτικό ίδρυμα.

Σε περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, διερευνήθηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης που καταγράφονται ανάμεσα στους νοσηλευτές του κάθε θαλάμου και τα αποτελέσματα της διερεύνησης αυτής παρουσιάζονται στο γράφημα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 22: Μέση τιμή άγχους (HADS-D) ανά θάλαμο.

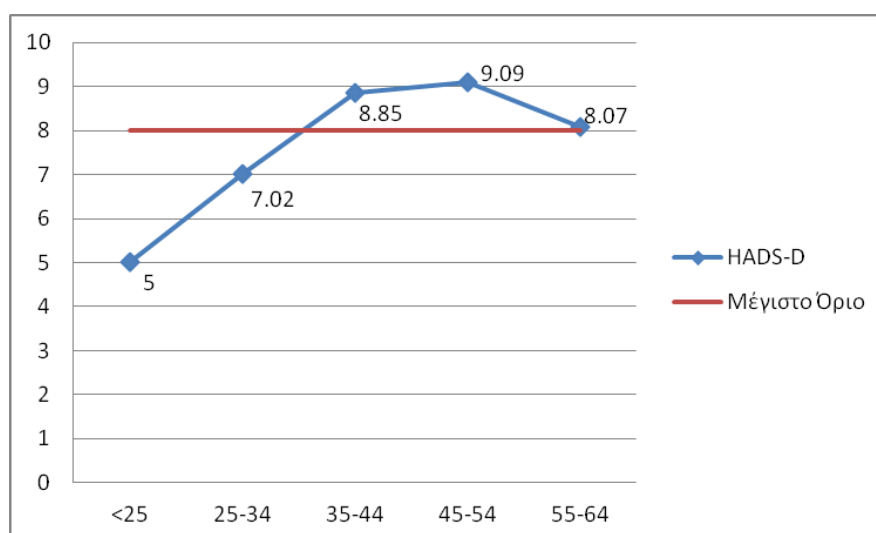
Σε περαιτέρω ανάλυση της ηλικίας σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι συμμετέχοντες παρατηρήθηκε δυνατή θετική συσχέτιση ($r = 0.312$, $p < 0.01$) μεταξύ των δύο αυτών παραγόντων, ενώ αντίθετα δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και του φύλου των συμμετεχόντων. Σε σχέση με τα ποσοστά κατάθλιψης ανά ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων, οι βαθμολογίες που συγκέντρωσε η κάθε ηλικιακή ομάδα φαίνεται να συμφωνούν με τις

αντίστοιχες συγκεντρωτικές βαθμολογίες για τα επίπεδα κατάθλιψης, όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8: Αποτελέσματα επιπέδου κατάθλιψης (HADS-D) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα.

Κατηγορία	Δείγμα (N)	HADS-D (ΣΑ)
<25	2	5.00 (7.07)
25-34	41	7.02 (3.84)
35-44	33	8.85 (3.11)
45-54	11	9.09 (4.09)
55-64	4	8.07 (2.22)

Το ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζει γραφικά τα ποσοστά κατάθλιψης για την κάθε ηλικιακή ομάδα, όπως καταγράφονται στον πιο πάνω πίνακα.



Διάγραμμα 23: Μέσος όρος τιμών κατάθλιψης στην κλίμακα HADS-D ανά ηλικιακή ομάδα δείγματος.

Όπως διαφαίνεται και στο πιο πάνω διάγραμμα, η ηλικιακή ομάδα που κατέγραψε τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης ήταν αυτή των συμμετεχόντων μέχρι εικοσιπέντε ετών, ενώ τα επίπεδα αυτά αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων. Ακολούθως, η ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων 55-64 φαίνεται να μειώνει τα ποσοστά κατάθλιψης που βιώνουν, παρόλο που η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα φαίνεται να κατέγραψε τα υψηλότερα ποσοστά άγχους στην κλίμακα HADS-A.

Κατά την επεξεργασία των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν διενεργήθηκε η δοκιμασία ANOVA για τον εντοπισμό πιθανής συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και

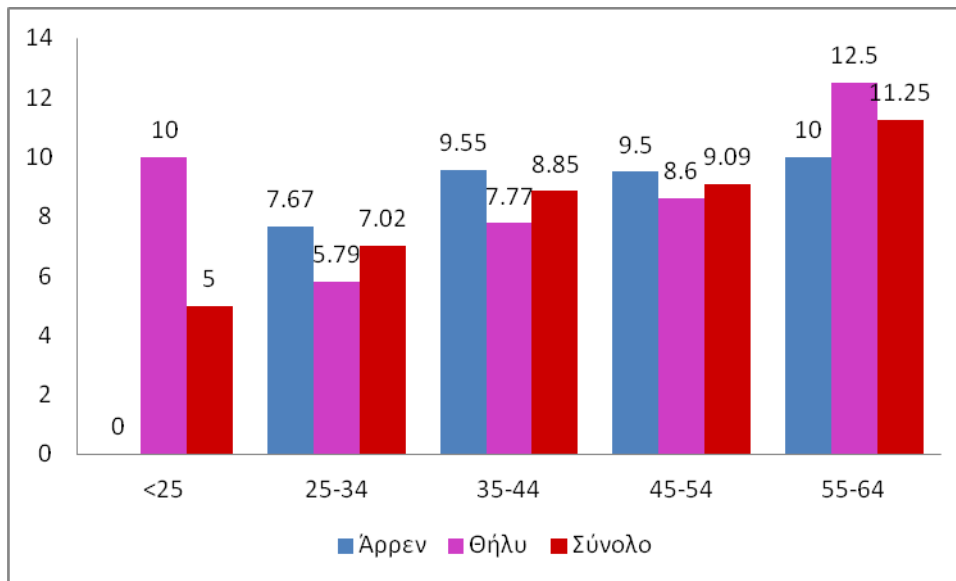
του φύλου των συμμετεχόντων (Ηλικία*Φύλο) και των επιπέδων άγχους που βιώνουν. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας αυτής παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά, οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν ψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα HADS-D σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους, εκτός από την ηλικιακή ομάδα 55-64, στην οποία οι γυναίκες που εμπίπτουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα καταγράφουν ψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους της ίδιας ηλικιακής ομάδας.

Πίνακας 9: Αποτελέσματα επιπέδου κατάθλιψης (HADS-D) με δοκιμασία ANOVA σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα και το φύλο.

Κατηγορία	Δείγμα (N)	HADS-D (ΣΑ)
<25		
Άρρεν	1	0.00 (---)*
Θήλυ	1	10.00 (---)*
Σύνολο	2	5.00 (7.07)
25-34		
Άρρεν	27	7.67 (3.58)
Θήλυ	14	5.79 (4.14)
Σύνολο	41	7.02 (3.84)
35-44		
Άρρεν	20	9.55 (2.50)
Θήλυ	13	7.77 (3.72)
Σύνολο	33	8.85 (3.11)
45-54		
Άρρεν	6	9.50 (4.32)
Θήλυ	5	8.60 (4.22)
Σύνολο	11	9.09 (4.09)
55-64		
Άρρεν	2	10.00 (2.83)
Θήλυ	2	12.50 (0.71)
Σύνολο	4	11.25 (2.22)

* Δεν υπάρχει ΣΑ καθώς μόνο ένας συμμετέχοντας αντιστοιχούσε στην ηλικιακή ομάδα.

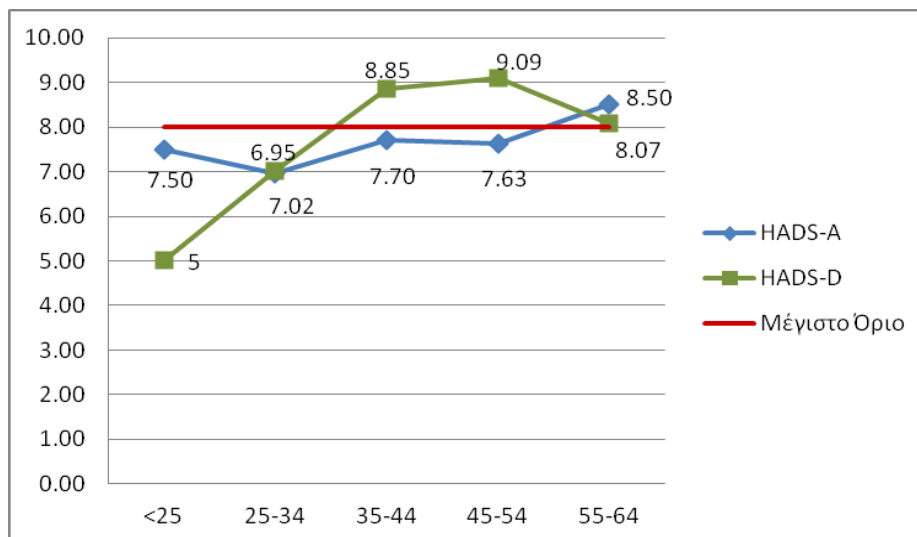
Τα πιο πάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται και γραφικά στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 24: Γραφική αναπαράσταση μέσω των όρων δοκιμασίας ANOVA για κάθε ηλικιακή κατηγορία σε σχέση με το φύλο (Ηλικία*Φύλο vs HADS-D).

5.3. Σχέση Άγχους και Κατάθλιψης

Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων για τις κλίμακες HADS-A και HADS-D αντίστοιχα. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, οι συμμετέχοντες κατέγραψαν ψηλότερους μέσους όρους στην κλίμακα HADS-D για όλες τις ηλικιακές κατηγορίες του δείγματος.



Διάγραμμα 25: Μέσος όρος κλιμάκων HADS-A και HADS-D για όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Στη συνέχεια δοκιμάστηκε πιθανή συσχέτιση των κλιμάκων HADS-A και HADS-D για να διαπιστωθεί κατά πόσο οι κλίμακες αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Όπως παρουσιάζει και ο Πίνακας 10, καταγράφεται δυνατή θετική συσχέτιση ($r = 0.765$, $p < 0.01$) μεταξύ των επιπέδων άγχους (HADS-A) που βιώνουν οι νοσηλευτές και των αντίστοιχων επιπέδων κατάθλιψης (HADS-D).

Πίνακας 10: Συσχέτιση κλιμάκων HADS-A και HADS-D.

		HADS-A	HADS-D
HADS-A	Συσχέτιση Pearson	1	.765**
	N	91	90
HADS-D	Συσχέτιση Pearson	.765**	1
	N	90	91

** . Συσχέτιση $p \leq 0.01$ (2-tailed).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη προσθέτει πληροφορίες στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές των δημόσιων και κοινοτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Κύπρου. Η συγκεκριμένη έρευνα προσθέτει στη σημαντικότητα καθώς το δείγμα αποτελούσαν νοσηλευτές διάφορων νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Κύπρου, τόσο δημόσιων όσο και κοινοτικών. Επιπλέον, το ψηλό ποσοστό ανταπόκρισης (92.0%) προσδίδει περισσότερη αξία στη συγκεκριμένη μελέτη, ενώ παράλληλα διαφαίνεται ότι το αντικείμενο της παρούσας έρευνας ενδιαφέρει και προβληματίζει ιδιαίτερα τους νοσηλευτές των νοσηλευτηρίων που επιλέχθηκαν για την παρούσα έρευνα. Το ποσοστό αυτό αντικατοπτρίζει επίσης την προθυμία του προσωπικού να συμμετέχει στην παρούσα έρευνα, καθώς η συμμετοχή στην έρευνα αυτή ήταν εθελοντική.

Σχετικά με τα συγκεντρωτικά επίπεδα άγχους (HADS-A) και κατάθλιψης (HADS-D), η παρούσα μελέτη κατέδειξε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των τιμών που καταγράφηκαν για τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν 7.38/21 και 8.07/21 αντίστοιχα, ενώ ο συνολικός μέσος όρος και για τις δύο κλίμακες (HADS) ήταν 15.37/42. Οι τιμές που διαμορφώθηκαν στην παρούσα έρευνα είναι ψηλότερες σε σχέση με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών που χρησιμοποίησαν την κλίμακα HADS για αξιολόγηση των ποσοστών άγχους και κατάθλιψης στους νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα αυτά είναι ψηλότερα σε σχέση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Μιχόπουλου και συν. (2007), σύμφωνα με την οποία οι αντίστοιχες τιμές ήταν 5.8/21, 5.5/21 και 11.4/42 αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα αυτά θα πρέπει να προβληματίσουν τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων που συμμετείχαν στην παρούσα διατριβή ώστε να αναζητήσουν εκείνες τις μεθόδους που θα αμβλύνουν το πρόβλημα.

6.1. Άγχος στους Νοσηλευτές

Σύμφωνα με τους Bjelland *et al.* (2002), η συγκέντρωση βαθμολογίας μεγαλύτερης από 8.0/21 στην κατηγορία HADS-A της κλίμακας HADS, η οποία καταμετρά τα επίπεδα άγχους στο άτομο που τη συμπληρώνει, υποδεικνύει ότι το άτομο πάσχει από αυξημένα επίπεδα άγχους. Όπως φαίνεται στα αποτελέσματα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (ποσοστό 52.7%) συγκέντρωσαν βαθμολογίες μικρότερες από 8.0/21, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να συγκεντρώνουν

βαθμολογία 7.0/21, γεγονός που τοποθετεί τα άτομα αυτά οριακά μέσα στα επιτρεπτά όρια. Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ο μέσος όρος των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν 7.38/21, αποτέλεσμα αρκετά ψηλότερο από προηγούμενες έρευνες στις οποίες καταγράφηκαν χαμηλότερα ποσοστά στη συγκεκριμένη κλίμακα (Chen *et al.* 1999; Μιχόπουλος *et al.* 2007).

Οι τιμές της συγκεκριμένης κλίμακας παρουσίασαν σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ των νοσηλευτών των διαφόρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας φαίνεται να διακατέχονται από ψηλά επίπεδα άγχους, αφού κατέγραψαν μέσο όρο στην κλίμακα HADS-A 8.11/21 και 8.17/21 αντίστοιχα, αποτέλεσμα που φανερώνει ότι ίσως να υποφέρουν από ψηλά επίπεδα άγχους.

Το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας αποτελεί το κεντρικό δημόσιο νοσηλευτήριο της Κύπρου, στο οποίο αποτελείται αρκετά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της Κύπρου, ενώ δύσκολες ή εξειδικευμένες περιπτώσεις ασθενών άλλων δημόσιων η/και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων παραπέμπονται κάποιες φορές στο συγκεκριμένο νοσηλευτήριο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον αυξημένο φόρτο εργασίας των νοσηλευτών που εργάζονται στο συγκεκριμένο νοσηλευτήριο, αυξάνοντας πολλές φορές τα επίπεδα άγχους που βιώνουν ως αποτέλεσμα της προσπάθειας τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους. Επιπλέον, νοσηλευτές που εργάζονται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας, το οποίο ασχολείται με ψυχιατρικές παθήσεις επίσης βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, αποτέλεσμα κυρίως της ψυχολογικής επιβάρυνσης που βιώνουν.

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης διαφαίνεται ότι το επίπεδο άγχους που καταγράφεται στους νοσηλευτές κάθε θαλάμου είναι διαφορετικό, γεγονός που υπονοεί ότι τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές εξαρτώνται από το θάλαμο στον οποίο εργάζονται. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που εργάζονται στα Εξωτερικά Ιατρεία κατέγραψαν το μεγαλύτερο μέσο όρο στην κλίμακα HADS-A, με τον Καρδιολογικό Θάλαμο να ακολουθεί. Ειδικά για τους δύο αυτούς θαλάμους, οι νοσηλευτές φαίνεται να διακατέχονται από ιδιαίτερα ψηλά επίπεδα άγχους, αφού κατέγραψαν μέσο όρο μεγαλύτερο από 8.0/21. Το αποτέλεσμα

αυτό υποδηλώνει ότι στους θαλάμους αυτούς οι νοσηλευτές ίσως να διακατέχονται από συμπτώματα αυξημένων επιπέδων άγχους, αποτέλεσμα που θα πρέπει να προβληματίσει τους αρμόδιους φορείς.

Ο αυξημένος φόρτος εργασίας που παρατηρείται σε συγκεκριμένους θαλάμους και οι βάρδιες πολλές φορές φαίνεται να επιδεινώνουν την ήδη βεβαρυμμένη ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται πολλές φορές οι νοσηλευτές (Παπαγεωργίου *et al.* 2007). Οι νοσηλευτές εργάζονται σε ένα περιβάλλον το οποίο απαιτεί τη συνεχή επαφή με τον κόσμο, τόσο τους ασθενείς, όσο και τους οικείους τους. Πολλές φορές η επαφή αυτή δημιουργεί κλίμα οικειότητας μεταξύ των ομάδων αυτών, γεγονός που ίσως να συμβάλλει στην τάση των ασθενών και των οικείων τους να έχουν απαιτήσεις που δε μπορούν να εξυπηρετηθούν από τους νοσηλευτές, είτε επειδή παραβιάζουν τους κανόνες δεοντολογίας, είτε επειδή παρεμβαίνουν στις διαδικασίες λειτουργίας του νοσηλευτηρίου.

Επιπλέον, οι νοσηλευτές που εργάζονται στις Πρώτες Βοήθειες και στους Ψυχιατρικούς Θαλάμους του Νοσοκομείου Αθαλάσσας φαίνεται να βρίσκονται οριακά κάτω από το μέγιστο επίπεδο της κλίμακας HADS-A. Αντίθετα, τμήματα στα οποία η αρνητική συναισθηματική φόρτιση δεν είναι τόσο μεγάλη, όπως η Αιμοδιάλυση παρουσιάζονται μικρότερα ποσοστά άγχους στην κλίμακα HADS-A. Το πιο πάνω αποτέλεσμα δεν υπονοεί ότι οι νοσηλευτές των συγκεκριμένων τμημάτων έχουν μικρότερο φόρτο εργασίας, αλλά συνεπάγεται ότι η αρνητική συναισθηματική φόρτιση, η θλίψη και η οδύνη που βιώνουν οι νοσηλευτές στους θαλάμους με τις ψηλότερες τιμές φαίνεται να ευνοούν την ανάπτυξη του εργασιακού άγχους.

Στην παρούσα μελέτη δεν παρουσιάστηκε οποιαδήποτε συσχέτιση μεταξύ του φύλου και των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές. Το αποτέλεσμα αυτό δε φαίνεται να συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες στις οποίες αναφέρεται συσχέτιση φύλου και συμπτωμάτων άγχους, με τις γυναίκες να υποφέρουν συχνότερα από τα συμπτώματα αυτά (Chen *et al.* 1999; Blazer *et al.* 1994; Kessler *et al.* 2003; Lloyd & Gartrell, 1981; Whitehouse *et al.* 1996). Πιο συγκεκριμένα, οι συγκεκριμένες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε διάφορες καταστάσεις που επιφέρουν αυξημένα επίπεδα άγχους, έχοντας σαν αποτέλεσμα την καταγραφή μεγαλύτερων επιπέδων άγχους στην κλίμακα HADS-A.

Οι γυναίκες πολλές φορές, εκτός από τα επαγγελματικά τους καθήκοντα καλούνται να αναλάβουν ταυτόχρονα άλλους ρόλους οι οποίοι αφορούν την οικογένεια τους, όπως ο ρόλος του γονέα, της συζύγου κτλ. Αυτό φαίνεται να επιφορτίζει ιδιαίτερα τη ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευτριών, αφού διάφοροι εξωγενείς παράγοντες συμβάλλουν πολλές φορές στην εκδήλωση συναισθημάτων άγχους. Λαμβάνοντας υπόψη τα διαφορετικά αυτά αποτελέσματα περισσότερη έρευνα κρίνεται ως αναγκαία για τη διερεύνηση και τον καθορισμό εκείνων των παραμέτρων που επηρεάζουν το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, έχοντας ως απώτερο σκοπό τον καλύτερο και αποδοτικότερο έλεγχο των επιπέδων αυτών.

Επιπλέον, η αλληλεπίδραση και η συνεργασία των νοσηλευτών με διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας πολλές φορές αποτελούν παράγοντα που συμβάλλει στην αύξηση των επιπέδων άγχους που αυτοί βιώνουν (Kessler *et al.* 2003). Πιο συγκεκριμένα, η αλληλεπίδραση αυτή ίσως να δημιουργεί πολλές φορές απαιτήσεις από τις διάφορες ομάδες που να είναι αντικρουόμενες μεταξύ τους, δημιουργώντας έτσι επιπρόσθετη πίεση στους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στη δημιουργία των συνθηκών που συντείνουν στην εκδήλωση και ανάπτυξη συναισθημάτων άγχους. Δημιουργούνται δηλαδή συναισθήματα άγχους, τα οποία πολλοί ερευνητές που ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα ονομάζουν ως «role stress» ή υπερκόπωση (Παπαγεωργίου *et al.* 2007) και το οποίο περιγράφεται ως το αποτέλεσμα της ανισότητας που δημιουργείται μεταξύ των απαιτήσεων και των προσδοκιών του ατόμου σχετικά με ένα βασικό ρόλο που επιτελεί και στο βαθμό στον οποίο μπορεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες αυτές.

Οι Lambert και Lambert (2001) ενισχύουν την πιο πάνω άποψη συμπληρώνοντας επίσης ότι η αδυναμία του νοσηλευτή να ανταποκριθεί επαρκώς και με επιτυχία στις διάφορες απαιτήσεις του κάθε ρόλου συμβάλλει στην ανάπτυξη του «role stress», δημιουργώντας έτσι υπερφόρτωση ρόλων. Αδιαμφισβήτητα λοιπόν, οι πιο πάνω παράγοντες που φαίνεται να δημιουργούν εργασιακό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών κρίνεται αναγκαίο όπως διερευνηθούν περισσότερο για να εντοπιστούν οι κατάλληλοι τρόποι αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων, μειώνοντας με τον τρόπο αυτό τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές των κυπριακών νοσηλευτηρίων.

Σε σχέση με τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές και την πρόθεση τους να αιτηθούν αλλαγή θαλάμου, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές που είχαν

σκεφτεί να αιτηθούν αλλαγή θαλάμου κατά τους τελευταίους έξι μήνες κατέγραψαν ψηλότερο μέσο όρο στην κλίμακα HADS-A. Το πιο πάνω αποτέλεσμα είναι λογικό, καθώς η πρώτη φυσική αντίδραση των ατόμων που βιώνουν άγχος είναι να προσπαθήσουν να «αποδράσουν» από την κατάσταση η οποία κατά τη γνώμη τους δημιουργεί την κατάσταση αυτή. Είναι λοιπόν λογικό, όταν το άτομο υποβάλλεται σε καταστάσεις που του δημιουργούν άγχος στην εργασία του, να προσπαθήσει να το αντιμετωπίσει με την αλλαγή της θέσης εργασίας στην οποία απασχολείται, γεγονός που εξηγεί το αποτέλεσμα αυτό.

Σχετικά με τη σχέση των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές του υπό αξιολόγηση δημόσιου νοσηλευτηρίου και της ηλικίας, διαφάνηκε ότι η ηλικία επηρεάζει τη μεταβλητή αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 55-64 φαίνεται να διακατέχονται από αισθήματα άγχους, καθώς κατέγραψαν μέσο όρο στην κλίμακα HADS-A 8.50/21 (στατιστική απόκλιση = 3.11), αποτέλεσμα που θεωρείται λογικό καθώς η πλειοψηφία των συμμετεχόντων που εμπίπτουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα κατέχουν ψηλές θέσεις στην ιεραρχία του υπό διερεύνηση νοσοκομείου.

Μέσα στις αρμοδιότητες των συμμετεχόντων που εμπίπτουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα αποτελεί η επίβλεψη και ο συντονισμός των διαφόρων υποομάδων των υφισταμένων τους, προσπαθώντας πάντοτε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις που ο κάθε ρόλος καλείται να επιτελέσει. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων άγχους που καλούνται να αντιμετωπίσουν μέσα από την ανταπόκριση των διάφορων απαιτήσεων των ασθενών και το πώς θα ανταποκριθούν σε αυτές, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι πολλές φορές αντικρουόμενοι ρόλοι που καλούνται να ικανοποιήσουν.

6.2. Κατάθλιψη στους Νοσηλευτές

Οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν μέσο όρο 8.07/21 στην κλίμακα HADS-D και στις σχετικές με την κατάθλιψη ερωτήσεις, ενώ όπως υποστηρίζεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, συγκέντρωση βαθμολογίας στην κλίμακα HADS-D μεγαλύτερης από 8.0/21 υποδηλώνει ότι οι υπό εξέταση ερωτηθέντες πιθανόν να πάσχουν από κατάθλιψη (Bjelland *et al.* 2002). Από τις απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν από τους συμμετέχοντες διαφάνηκε ότι ποσοστό 64.9% των συμμετεχόντων ίσως να

υποφέρουν από κατάθλιψη, αφού συγκέντρωσαν βαθμολογία μεγαλύτερη από 8.0/21 στην κλίμακα HADS-D.

Το ποσοστό των νοσηλευτών που πάσχουν από πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης στην παρούσα έρευνα θεωρείται αρκετά ψηλό σε σχέση με προηγούμενη μελέτη που διενεργήθηκε στη Νότιο Κορέα ανάμεσα σε δείγμα νοσηλευτών που εργάζονταν σε γενικά νοσοκομεία της περιοχής, και κατέδειξε ότι ποσοστό 38% των νοσηλευτών που συμμετείχαν να φαίνεται να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης (Yoon & Kim, 2013). Χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης παρουσιάστηκαν και στην έρευνα των Letvak, Ruhm και McCoy (2001) η οποία ασχολήθηκε με το ίδιο ερευνητικό ερώτημα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ποσοστό 18% των συμμετεχόντων παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης. Ψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης φαίνεται να παρουσιάστηκαν στην έρευνα των Kim *et al.* (2009), σύμφωνα με την οποία ποσοστό 41.7% των νοσηλευτών που συμμετείχαν φάνηκε να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Ανεξάρτητα από τις διακυμάνσεις που παρατηρούνται στα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών στις διάφορες μελέτες, όλοι οι ερευνητές φαίνεται να συμφωνούν ότι τα ποσοστά κατάθλιψης που κατά καιρούς καταγράφονται από διάφορες μελέτες είναι πολύ ψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Τα ποσοστά κατάθλιψης του γενικού πληθυσμού είχαν καταγραφεί στη μελέτη των Letvak, Ruhm και McCoy (2012), όπου αναφέρεται ότι ποσοστό 9.4% του γενικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής εκδηλώνει συμπτώματα κατάθλιψης. Η εκδήλωση τέτοιων συμπτωμάτων έχει άμεση επίδραση στη ψυχική υγεία του εργαζομένου καθώς επίσης και στην απόδοση του στην εργασία του. Παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης για το γενικό πληθυσμό καταγράφηκαν και από άλλες μελέτες, με το ποσοστό αυτό μεταξύ των διαφόρων χωρών να κυμαίνεται μεταξύ 8% και 12% (Andrade & Caraveo, 2003; Kessler *et al.* 2003).

Τα ποσοστά προηγούμενων μελετών που διερεύνησαν τα επίπεδα κατάθλιψης στους νοσηλευτές φαίνεται να είναι αρκετά χαμηλότερα σε σχέση με την παρούσα μελέτη. Τα αυξημένα ποσοστά επιπέδων κατάθλιψης που ταλαιπωρούν τους νοσηλευτές των κυπριακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην παρούσα διατριβή θα πρέπει να προβληματίσουν τις διευθύνσεις των υπό αξιολόγηση δημόσιων νοσηλευτηρίων, καθώς θα πρέπει να υιοθετήσουν τα κατάλληλα μέτρα που

θα τις βοηθήσουν να μειώσουν τις τιμές της συγκεκριμένης κλίμακας. Αυτό κρίνεται ως αναγκαίο καθώς η εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα τόσο στο ίδιο το άτομο που υποφέρει από αυτά, όσο και στο ίδιο το νοσηλευτικό ίδρυμα (Yoon & Kim, 2013). Επιπλέον, περισσότερη έρευνα θα πρέπει να διεξαχθεί έτσι ώστε να συγκεντρωθούν περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές κυπριακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και τους παράγοντες που ίσως συμβάλλουν στην εκδήλωση τέτοιων συμπτωμάτων.

Το Υπουργείο Υγείας και άλλοι αρμόδιοι κρατικοί φορείς θα πρέπει επίσης να οργανώσουν εκπαιδευτικά σεμινάρια που να απευθύνονται στους νοσηλευτές της Κύπρου, ενημερώνοντας τους για τα συμπτώματα που υποδηλώνουν πιθανή κατάθλιψη, καθώς τα συμπτώματα αυτά πολλές φορές περνούν απαρατήρητα και παραβλέπονται από το ίδιο το άτομο (Kessler, Olfson & Berglund, 1998), όσο και από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι το παρακολουθούν (Houston *et al.* 2001). Κρίνεται λοιπόν αναγκαίο όπως οι επαγγελματίες υγείας επιμορφωθούν και αποκτήσουν εκείνες τις δεξιότητες και την ανάλογη ευαισθησία που θα τους βοηθούν να αναγνωρίζουν έγκαιρα και αποτελεσματικά τα συμπτώματα που υποδηλώνουν πιθανή κατάθλιψη, όταν αυτά βρίσκονται στα πρώτα τους στάδια. Η έγκαιρη ανίχνευση πιθανής κατάθλιψης θα τους βοηθήσει να αντιδράσουν και να ανταποκριθούν πιο άμεσα, αντιμετωπίζοντας έτσι αποτελεσματικότερα την πάθηση αυτή.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζεται στις διακυμάνσεις των επιπέδων κατάθλιψης που παρατηρήθηκαν μεταξύ των νοσηλευτών των διαφόρων νοσηλευτικών ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, του Νοσοκομείου Αθαλάσσιας και του Νοσοκομείου Κυπερούντας φαίνεται να διακατέχονται από ψηλά επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης, αφού συγκέντρωσαν βαθμολογίες ψηλότερες από 8.0/21 στην κλίμακα HADS-D. Αντίθετα, ο μέσος όρος της κλίμακας HADS-D για το Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού και για το Α.Κ.Υ. Αγρού υποδεικνύει ότι τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών των δύο αυτών νοσηλευτηρίων βρίσκονται σε καλύτερα επίπεδα.

Σε περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, διερευνήθηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης που καταγράφονται ανάμεσα στους νοσηλευτές του κάθε θαλάμου. Σύμφωνα με τα

αποτελέσματα της δοκιμασίας αυτής, οι νοσηλευτές της πλειοψηφίας των θαλάμων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα συγκεντρώνουν μέσο όρο στην κλίμακα HADS-D μεγαλύτερο από 8.0/21, γεγονός που υποδεικνύει πιθανή εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Αντίθετα, ο Παθολογικός θάλαμος με μέσο όρο στην κλίμακα HADS-D 7.92/21 βρίσκεται οριακά στα αποδεκτά πλαίσια, ενώ ο θάλαμος της Αιμοδιάλυσης καταγράφει χαμηλό μέσο όρο στην κλίμακα αυτή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το αρκετά ψηλό αποτέλεσμα της κλίμακας HADS-D για τους νοσηλευτές του Ψυχιατρικού Θαλάμου 36, το οποίο είναι 10.07/21. Το αποτέλεσμα χρήζει περεταίρω διερεύνησης έτσι ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτά τα ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά στο συγκεκριμένο θάλαμο, καθώς επίσης και στους υπόλοιπους θαλάμους που κατέγραψαν ποσοστά πάνω από 8.0/21, εντοπίζοντας και υιοθετώντας παράλληλα τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να αμβλύνουν το πρόβλημα αυτό.

Σημαντική θετική συσχέτιση ($r = 0.312$, $p < 0.01$) παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και των επιπέδων κατάθλιψης που βιώνουν, ενώ αντίθετα δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και του φύλου των συμμετεχόντων. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση ή άλλα δημογραφικά στοιχεία και της μεταβλητής HADS-D. Παρόλο που δεν εντοπίστηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και των επιπέδων κατάθλιψης που βιώνουν, από την περεταίρω ανάλυση των συγκεκριμένων μεταβλητών διαφάνηκε ότι οι άνδρες νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα συγκεντρώνουν ψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συγκέντρωσαν μέση τιμή στην κλίμακα HADS-D ίση με 7.43/21, ενώ οι άνδρες συνάδελφοί τους συγκέντρωσαν μέσο όρο 8.48/21 στη συγκεκριμένη κλίμακα.

Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες οι οποίες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Martin, Neighbors & Griffith, 2013). Σύμφωνα με τη μελέτη των Martin, Neighbors και Griffith (2013), τα ποσοστά κατάθλιψης που καταγράφηκαν ήταν 30.6% και 33.3% αντίστοιχα για τους άνδρες και τις γυναίκες που συμμετείχαν. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται επίσης και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος υποστηρίζει ότι παρόλο που οι ψυχοσωματικές

διαταραχές είναι άμεσα συσχετισμένες με το φύλο και προσβάλλουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις γυναίκες, η εμφάνιση κατάθλιψης προσβάλλει στα ίδια επίπεδα τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες στο σύνολο του γενικού πληθυσμού (WHO, 2013b). Η διαφορά στα αποτελέσματα αυτά ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών που απασχολούνται στο Νοσοκομείο Αθαλάσσιου όπου ανήκει ο Ψυχιατρικός Θάλαμος 36 στον οποίο καταγράφηκαν ιδιαίτερα ψηλά τιμών στην κλίμακα HADS-D, εργάζονται άνδρες νοσηλευτές, αποτέλεσμα που ίσως να επηρεάζει τα αποτελέσματα αυτά.

Σύμφωνα με τη δοκιμασία ANOVA, η ηλικιακή ομάδα που κατέγραψε τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης ήταν αυτή των συμμετεχόντων μέχρι εικοσιπέντε ετών, ενώ τα επίπεδα αυτά αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων. Ακολούθως, η ηλικιακή ομάδα συμμετεχόντων 55-64 φαίνεται να μειώνει τα ποσοστά κατάθλιψης που βιώνουν, παρόλο που η συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα φαίνεται να κατέγραψε τα ψηλότερα ποσοστά άγχους στην κλίμακα HADS-A. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες που ανήκουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα έχουν αυξημένα διοικητικά καθήκοντα και υποχρεώσεις που επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους που βιώνουν, δεν έχουν όμως τόσο επαφή με ασθενείς, που ίσως επηρεάζει θετικά τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν.

Γενικά, μέσα από τη δοκιμασία ANOVA διαφάνηκε ότι οι γυναίκες κατέγραψαν ψηλότερες τιμές στην κλίμακα HADS-D σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους για τις ηλικιακές ομάδες <25 και 55-64 ετών. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες νοσηλεύτριες που εμπίπτουν στις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες συγκέντρωσαν μέσο όρο στην κλίμακα HADS-D 10.0/21 και 12.5/21 αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, καθώς θα πρέπει να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου άγχους και κατάθλιψης για τις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, λαμβάνοντας υπόψη και το φύλο των συμμετεχόντων. Σημαντικός περιορισμός που δύναται να επηρεάζει το αποτέλεσμα αυτό αποτελεί η άνιση αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τους άνδρες συμμετέχοντες ιδιαίτερα στους Ψυχιατρικούς Θαλάμους να υπερτερούν κατά πολύ σε σχέση με τις γυναίκες συμμετέχουσες.

Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, στις οποίες αναγνωρίζεται ότι η κατάθλιψη προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες που απασχολούνται στο επάγγελμα του νοσηλευτή (Letvak, Ruhm & McCoy, 2012). Σύμφωνα με τους

Yoon και Kim (2010), οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης καθώς καταβάλλονται πιο εύκολα από συναισθήματα άγχους που τυχόν να βιώνουν τόσο από το εργασιακό όσο και από το προσωπικό τους περιβάλλον. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συχνότερη εκδήλωση κατάθλιψης σε αυτές, σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω διαφαίνεται η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του αποτελέσματος αυτού, καθώς φαίνεται να παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

6.3. Συσχέτιση Άγχους και Κατάθλιψης στους Νοσηλευτές

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο χώρο του νοσοκομείου, με την πλειοψηφία αυτών να είναι γυναίκες. Η πιο πάνω άποψη θέτει ως επιτακτική ανάγκη την περαιτέρω διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνει αυτή η μεγάλη ομάδα επαγγελματιών, έτσι ώστε να εντοπιστούν και να υιοθετηθούν οι κατάλληλες μέθοδοι για αντιμετώπιση τους.

Ποσοστά 47.3% και 64.8% των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα φαίνεται να διακατέχονται από συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα, ποσοστά αρκετά ψηλά σε σχέση με προηγούμενες έρευνες. Η καταγραφή ψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που παρατηρήθηκαν μεταξύ των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα, καθώς επιβεβαιώνουν προηγούμενες μελέτες στις οποίες αναφέρεται ότι οι εργαζόμενοι σε διάφορους τομείς της υγείας διακατέχονται από ψηλά επίπεδα άγχους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, τα επίπεδα άγχους φαίνεται να επηρεάζουν άμεσα την πιθανότητα εκδήλωσης συναισθημάτων κατάθλιψης στους νοσηλευτές.

Δυνατή θετική συσχέτιση ($r = 0.765$, $p < 0.01$) διαφάνηκε επίσης μεταξύ των επιπέδων άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές και της πιθανής εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης. Η συσχέτιση αυτή επιβεβαιώνει την άποψη ότι η κατάθλιψη είναι άμεσα συνδεδεμένη με το άγχος, όπως άλλωστε αναφέρεται και σε παρόμοιες μελέτες (Blazer *et al.* 1994; Kessler *et al.* 2003; Lloyd & Gartrell, 1981; Whitehouse *et al.* 1996). Το αποτέλεσμα αυτό υποδεικνύει ότι άτομα που διακατέχονται από ψηλά επίπεδα άγχους είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση

συμπτωμάτων κατάθλιψης στη μετέπειτα πορεία. Το άγχος, είτε αυτό είναι χρόνιο, είτε εκδηλώνεται μετά από συγκεκριμένες καταστάσεις στη ζωή του ατόμου, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Pariante, 2003). Η εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους αναγνωρίζεται ως η αιτία να αυξηθούν διάφορες στρεσογόνες ορμόνες, όπως η κορτιζόλη, ή να μειωθούν άλλες ορμόνες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης της ντοπαμίνης, τα χαμηλά επίπεδα της οποίας έχουν άμεσα συνδεθεί με την εκδήλωση κατάθλιψης στο άτομο (Pariante, 2003).

Η πιο πάνω διαπίστωση ενισχύεται και από προηγούμενες μελέτες στις οποίες αναφέρεται ότι τα ψηλά ποσοστά άγχους αποτελούν προπομπό εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης σε επιρρεπή άτομα, ενώ κάποιες φορές αποτελούν και την αιτία πιο ακραίων καταστάσεων που φθάνουν μέχρι και την αυτοκτονία (Kim *et al.* 2010; Yoon & Kim, 2010). Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύονται και από τη μελέτη των Feskanich *et al.* (2002), σύμφωνα με την οποία τα ψηλά επίπεδα άγχους αυξάνουν σταδιακά τον κίνδυνο εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και τάσης αυτοκτονίας για τις γυναίκες που εργάζονται στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ανά το παγκόσμιο οι νοσηλευτικοί λειτουργοί ανέρχονται περίπου σε 3000000, γεγονός που δείχνει ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας στα νοσηλευτήρια, τόσο στην Κύπρο, όσο και στον υπόλοιπο κόσμο (Παπαγεωργίου και συν. 2007). Οι αριθμοί αυτοί καθιστούν τη συγκεκριμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας ως μία από τις μεγαλύτερες ομάδες επαγγελματιών, και για το λόγο αυτό είναι σημαντική η διερεύνηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και η προσπάθεια εξεύρεσης και υιοθέτησης τρόπων που να περιορίζουν τα προβλήματα αυτά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, οι νοσηλευτές προσβάλλονται συχνότερα από συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά που καταγράφονται για το γενικό πληθυσμό. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται και από προηγούμενες μελέτες που έγιναν σε άλλες χώρες. Μέσα από τα ευρήματα αυτά διαφαίνεται ότι οι νοσηλευτές αποτελούν μία ομάδα εργαζομένων επιρρεπή και ευάλωτη στην εκδήλωση ψυχικών νοσημάτων, και ιδιαίτερα του εργασιακού άγχους και της κατάθλιψης. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας που παρατηρείται στους θαλάμους, η εργασία σε σύστημα βάρδιας, καθώς επίσης και οι πολλαπλοί ρόλοι που καλούνται να εκτελέσουν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που υποβοηθούν στην εκδήλωση και ανάπτυξη συμπτωμάτων εργασιακού άγχους και κατάθλιψης ανάμεσα στο νοσηλευτικό κόσμο.

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, θα πρέπει οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα να εντοπίσουν τις κατάλληλες πρακτικές και να τις εφαρμόσουν, έχοντας ως στόχο να βοηθήσουν το προσωπικό τους, και ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται στους χώρους τους, να αναπτύξει τους κατάλληλους μηχανισμούς αποτελεσματικής διαχείρισης και ελέγχου των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν. Μέσα από τις τεχνικές αυτές οι νοσηλευτές των κυπριακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων θα τροφοδοτηθούν με τα κατάλληλα εργαλεία έτσι ώστε να αναπτύξουν εκείνες τις μεθόδους τις οποίες θεωρούν ως πιο βοηθητικές για το κάθε άτομο ξεχωριστά, για αντιμετώπιση και μείωση των επιπέδων άγχους που βιώνουν. Η ανάπτυξη των κατάλληλων μηχανισμών διαχείρισης άγχους θα βοηθήσει παράλληλα στη μείωση των επιπέδων

κατάθλιψης που παρατηρείται ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στο νοσηλευτικό προσωπικό ειδικότερα.

Η μελέτη αυτή κατέδειξε περίπου τα ίδια επίπεδα άγχους τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες που συμμετείχαν, με τις γυναίκες να συμπληρώνουν οριακά ψηλότερο μέσο όρο στην κλίμακα HADS-A. Το αποτέλεσμα αυτό επίσης επιβεβαιώνεται από προηγούμενες μελέτες που ασχολήθηκαν με το ίδιο θέμα. Η διαφορά στα ποσοστά αυτά ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στις ψυχολογικές παθήσεις, άποψη που υποστηρίζεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σύμφωνα με τον οποίο το φύλο αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια που καθορίζουν τα επίπεδα ψυχικής υγείας του ατόμου (WHO, 2013b). Επιπλέον, οι γυναίκες πολλές φορές αναλαμβάνουν περισσότερους ρόλους εκτός εργασίας, όπως είναι οι απαιτητικοί ρόλοι της μητέρας και της συζύγου, ρόλοι που συμβάλλουν στην ενίσχυση της εσωτερικής πίεσης που ίσως νιώθουν και επηρεάζει τη ψυχική τους σταθερότητα.

Σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην κλίμακα HADS-D, με τους άνδρες συμμετέχοντες να παρουσιάζουν ψηλότερες τιμές στη συγκεκριμένη μεταβλητή. Το αποτέλεσμα αυτό δε φαίνεται να συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες στις οποίες αναφέρεται ότι η κατάθλιψη προσβάλλει στον ίδιο βαθμό, τόσο τους άνδρες, όσο και τις γυναίκες, αποτέλεσμα που θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο. Παρόλα αυτά, το ποσοστό κατάθλιψης που καταγράφηκε στην παρούσα έρευνα είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το ποσοστό κατάθλιψης που καταγράφεται στο γενικό πληθυσμό, σε όλες τις χώρες του κόσμου, αποτέλεσμα που συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες.

Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την άποψη ότι οι νοσηλευτές υποβάλλονται σε σημαντικές ψυχολογικές πιέσεις, οι οποίες ευνοούν την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης στη συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων. Ως αποτέλεσμα της εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης, παρατηρείται αυξημένο ποσοστό απουσιών από την εργασία, μειωμένη παραγωγικότητα και τεταμένο κλίμα ανάμεσα στην ομάδα επαγγελματιών υγείας. Τα πιο πάνω επηρεάζουν τόσο τη ψυχοσύνθεση των εργαζομένων ειδικότερα, όσο και την παραγωγικότητα του νοσηλευτικού ιδρύματος γενικότερα.

Τα ιδιαίτερα ψηλά ποσοστά συμπτωμάτων πιθανής κατάθλιψης που καταγράφηκαν στην παρούσα μελέτη θα πρέπει να προβληματίσουν τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα. Επιπρόσθετα, οι αρμόδιες αρχές της χώρας θα πρέπει να διερευνήσουν τους παράγοντες που οδηγούν στα ψηλά ποσοστά εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και να υιοθετήσουν εκείνα τα μέτρα που θεωρούν ως κατάλληλα για τη μείωση και τον περιορισμό των ποσοστών αυτών. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να επεκτείνονται και στην αντιμετώπιση των επιπέδων εργασιακού άγχους που εκδηλώνεται ανάμεσα στους νοσηλευτές των κυπριακών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το εργασιακό άγχος φαίνεται να είναι άμεσα συνδεδεμένο με την πιθανότητα εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα.

Επιπλέον, για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων που θα υιοθετηθούν από τα νοσηλευτήρια για τη μείωση των ποσοστών άγχους και κατάθλιψης, καλό είναι σε εύλογο χρονικό διάστημα μετά από την υιοθέτηση τους να επαναληφθεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της παρούσας έρευνας από νοσηλευτές των συγκεκριμένων νοσηλευτικών ιδρυμάτων για να εξακριβωθεί κατά πόσο τα συγκεκριμένα μέτρα έχουν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα και έχουν ικανοποιηθεί οι στόχοι της διοίκησης σχετικά με το θέμα αυτό. Αυτός είναι και ένας τρόπος να κατανοηθεί ο βαθμός κατά τον οποίο τα μέτρα αυτά έχουν βοηθήσει το προσωπικό, εξετάζοντας παράλληλα και το ενδεχόμενο ενίσχυσης τους με επιπρόσθετα προγράμματα για την ακόμη αποτελεσματικότερη ικανοποίηση των στόχων τους.

Τέλος, το Υπουργείο Υγείας θα πρέπει να διοργανώσει ειδικά προγράμματα ενημέρωσης σχετικά με το θέμα του άγχους και της κατάθλιψης τόσο του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και των υπόλοιπων ομάδων επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου. Μέσα από την ενημέρωση αυτή οι εργαζόμενοι θα ευαισθητοποιηθούν για τις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρουν οι παθήσεις αυτές, έχοντας ως αποτέλεσμα την έγκαιρη λήψη μέτρων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση τους.

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει περιορισμούς ως προς την αναλογία του φύλου στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ανά νοσηλευτήριο, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις η αναλογία του δείγματος δεν αντιπροσωπεύει το ποσοστό αναλογίας μεταξύ των δύο φύλων. Επιπλέον περιορισμός αποτελεί το γεγονός ότι η έρευνα αυτή διερεύνησε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μόνο σε δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου, αποτέλεσμα που ίσως να διαφοροποιηθεί αν σε αυτήν συμπεριληφθούν και νοσηλευτές που απασχολούνται στα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου. Παρόλα αυτά, η απουσία πρόσφατων ερευνών σχετικών με το θέμα αυτό για τα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου καθιστά την έρευνα αυτή ως ιδιαίτερα σημαντική, θα πρέπει όμως να επεκταθεί και σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου, τόσο δημόσια, όσο και ιδιωτικά, για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων και συγκρίσεων, αναγνωρίζοντας με τον τρόπο αυτό επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές, και διερευνώντας πιο διεξοδικά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ανάμεσα στους επαγγελματίες νοσηλευτές της Κύπρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler, D.A., McLaughlin, T.J., Rogers, W.H., Chang, H., Lapitsky, L., Lerner, D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, pp. 1569-1576.
- Allen, J., Mellor, D. (2002). Work context, personal control, and burnout amongst nurses. *West J Nurs Res*, vol. 24(8), pp. 1987-1993.
- Andrade, L., Caraveo, A. (2003). Epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*, vol. 12(1), pp. 3–21.
- Ασημακοπούλου, Μ. (2004). Η Επαγγελματική Εξουθένωση, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Εμπλοκή στην Εργασία στον Δημόσιο Τομέα, Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πάτρα.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, vol. 151, pp. 979–986.
- Blegen, M.A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nurs Res*, vol. 42, pp. 36-41.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 52 (2), pp. 69–77.
- Borda, R.G., Norman, I.J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *Int J Nurs Stud*, vol. 34, pp. 385-394.
- Brenes GA (2007). Anxiety, depression, and quality of life in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, vol. 9(6), pp. 437-43.
- Brough, P., & Frame, R. (2004). Predicting police job satisfaction and turnover intentions: The role of social support and police organisational variables. *New Zealand Journal of Psychology*, vol. 33, pp. 8-16.
- Buerhaus, P.I., Donelan, K., Ulrich, B.T., Norman, L. *et al.* (2006). State of the registered nurse workforce in the United States. *Nurs Econ*, vol. 24, pp. 6-13.

- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout, and job satisfaction in British nurses: findings from the clinical supervision evaluation project. *Stress Med*, vol. 15, pp. 27-33.
- Carlson, J.G., Burke, R., Ronald, J. (2006). Introduction to stress. *International Journal of Stress Management*, vol. 13(4), pp. 395–8.
- Cavanaugh, M.A., Boswell, W.R., Roehling, M.V., Boudreau, J.W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among U.S. managers. *Journal of Applied Psychology*, vol. 85(1), pp. 65-74.
- Chen, S.W., Shian, S.J., Chao, H.C., Lu, M., Shin, L.C. (1999). A study of the stress faced by clinical nurses. *Health Promotion & Health Education Journal*, vol. 19, pp. 83–90.
- De Dreu, C. K. W., & Weingart, L. R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, pp. 741-749.
- Deondra, C., Douglas, S.C. (2005). Organizationally – induced work stress. The role of employee bureaucratic orientation. *Personnel Review*, vol. 34(2), pp. 214-217.
- Deremouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., Schaufeli, W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*, vol. 32, pp. 454-464.
- Drake, C.L., Roehers, T., Richardson, G., Walsh, J.K., Roth, T. (2004). Shift work sleep disorders: Prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, vol. 32(1), pp. 1453-1462.
- Elfering, A., Grebner, S., Semmer, N.K., Gerber, H. (2002). Time control, catecholamines, and back pain among young nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 28(6), pp. 386–393.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S.C., & Pincus, H.A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, vol. 55, pp. 29–34.
- Elkins, G., Cook, T., Dove, J., Markova, D., Marcus, J. D., Meyer, T., Perfect, M. (2010). Perceived stress among nursing and administration staff related to accreditation. *Clinical Nursing Research*, vol. 19(4), pp. 376–386.
- Evans, O., Steptoe, A. (2002). The contribution of gender-role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male and female-dominated occupational groups. *Social Science & Medicine*, vol. 54(4), pp. 481–492.

- Feskanich, D., Hastrup, J. L., Marshall, J. R., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Kawachi, I. (2002). Stress and suicide in the nurses' health study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56(2), pp. 95–98.
- Firth-Cozens, J. (2003). Doctors, their wellbeing and their stress: It's time to be proactive about stress - and prevent it. *British Medical Journal*, vol. 326, pp. 670–671.
- Gilbreath, B., Benson, P.G. (2004). The Contribution of Supervisor Behaviour to Employee Psychological Well-Being. *Work and Stress*, vol. 18 (3), pp. 255-266.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, vol. 5, pp. 67.
- Guppy, A., Gutteridge, T. (1991). Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nursing staff. *Work & Stress*, vol. 5, pp. 315-323.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale – a review of validation data and clinical results. *J Psychosom*, vol. 42, pp. 17-41.
- Hillhouse, J.J., Adler, C.M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Soc Sci Med*, vol. 45, pp. 1781-1788.
- Hogan, R., Curphy, C.J., Hogan, J. (1994). What we know about leadership. Effectiveness and personality, *Am Psychol*, vol. 49(6), pp. 493-504.
- Houkes, I., Janssen, P. P. M., de Jonge, J., & Bakker, A. B. (2003). Specific determinants of intrinsic work motivation, emotional exhaustion and turnover intention: A multisample longitudinal study. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 76, pp. 427- 450.
- Houston, T.K., Cooper, L.A., Vu, H.T., Kahn, J., Toser, J., Ford, D.E. (2001). Screening the public for depression through the Internet. *Psychiatr Serv*, vol. 52(3), pp.362-367.
- Hsu, H.Y., Chen, S.H., Yu, H.Y., Lou, J.H. (2010). Job stress, achievement motivation, and occupational burnout among male nurses. *J Adv Nurs*, vol. 66, pp. 1592-1601.
- Hsu, H.C., Kung, Y.W., Huang, H.C., Ho, P.Y., Lin, Y.Y., Chen, W.S. (2007). Work stress among nursing home care attendants in Taiwan: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44(5), pp. 736–746.
- Hutman, S., Jaffe, J., Segal, R., Kemp, G., Dumke, L.F. (2005). Burnout: signs, symptoms and prevention. Διαθέσιμο από: www.helpguide.org [Πρόσβαση: 11 Σεπτεμβρίου 2013].

- Ilan, M.N., Durukan, E., Taner, E., Maral, I. *et al.* (2007). Burnout and its correlates among nursing staff: Questionnaire survey. *J Adv Nurs*, vol. 6, pp. 100-106.
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 60(1), pp. 29–36.
- Jennings, B.M. (1994). Stressors of critical care nursing. In: Thelan, L.A., Davie, J.K., Urden, L.D. *et al.* (1994). *Critical care nursing. Diagnosis and management*. St Louis, MO: Mosby, pp. 75-84.
- Kageyama, T., Nishikido, N., Kobayashi, T., Kawagoe, H. (2001). Estimated sleep debt and work stress in Japanese white-collar workers. *Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 55, pp. 217-219.
- Kammeyer-Mueller, J. D., & Wanberg, C. R. (2003). Unwrapping the organizational entry process: Disentangling multiple antecedents and their pathways to adjustment. *Journal of Applied Psychology*, vol. 88, pp. 779-794.
- Kawano, Y. (2008). Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of Occupational Health*, vol. 50(1), pp. 79–85.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O. *et al.* (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, vol. 289, pp. 3095–3105.
- Kessler, R.C., Olfson, M., Berglund, P.A. (1998). Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*, vol.155(1), pp. 62-69.
- Kim, J. H., Hyun, M. Y., Kim, Y. S., Kim, J. S., Nam, S. O., Song, M. S., Lee, N. J. (2010). Psycho-social well-being, health perception and behavior among clinical nurses. *Journal of the Korean Academy of Nursing Administration*, vol. 16(1), pp. 26–36.
- Kim, J. H., Hyun, M. Y., Kim, S. Y. (2009). Job stress, depression, social support, and coping strategies of clinical nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, vol. 18(2), pp. 219–231.
- Labour Relations Commission (2007) Labour Relations Commission: Annual report 2007. Διαθέσιμο από: <http://tinyurl.com/lxml86q> [Πρόσβαση: 15 Σεπτεμβρίου 2013].

- Lam, L.T., Ross, F.I., Cass, D.T., Quine, S., Lazarus, R. (1999). The impact of work related trauma on the psychological health of nursing staff: a cross sectional study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol. 16, pp. 14–20.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nurs Health Sci*, vol. 3, pp. 161–172.
- Lambert, V.A., Lambert, C.E., Ito, M. (2004). Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 41(1), pp. 85–97.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisals and Coping*. Springer Press: New York.
- Le Fevre, M., Kolt, G.S., Matheny, J. (2006). Eustress, distress and their interpretation in primary and secondary occupational stress management interventions: Which way first? *Journal of Managerial Psychology*, vol. 21(6), pp. 551-552.
- Lee, D. (2000). *Managing Employee Stress and Safety. A guide to minimizing stress-related cost while maximizing employee productivity*. *Maine Employers' Mutual Insurance Company*, pp. 24.
- Lee, M.B. (1999). Affective disorder. In *Fundamental Psychiatry* (Department of Psychiatry ed.). National Taiwan University, College of Medicine, Taipei, pp. 139–162.
- LeSergent, C.M., Haney, C.J. (2005). Rural hospital nurse's stressors and coping strategies: a survey. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 42, pp. 315–324.
- Letvak, S., Ruhm, C.J., McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec*, vol. 26(3), pp. 177-182.
- Leung, C.M., Ho, S., Kan, C.S. *et al.* (1993). Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. A cross-cultural perspective. *Int J Psychosom*, vol. 40, pp. 29-34.
- Lin, H.S., Probst, J.C., Hsu, Y.C. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, pp. 2342-2354.
- Lisspers, J., Nygren, A., Soderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 96, pp. 281–286.

- Lloyd, C., Gartrell, N.K. (1981). Sex differences in medical student mental health. *Am J Psychiatry*, vol. 138, pp. 1346–1351.
- Lu, H., While, A.E., Barriball, K.L. (2007). Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44(4), pp. 74–88.
- Martin, L.A., Neighbors, H.W., Griffith, D.M. (2013). The Experience of Symptoms of Depression in Men vs Women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, vol. 70(10), pp. 1100-1106.
- Mathers, C.D., Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, vol. 3(11), pp. 2011-2030.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1993) “Maslach burnout inventory. Manual”, 2nd Edition, Mountain View, CA: Consulting Psychologists.
- McGowan, B. (2001). Self-reported stress and its effects on nurses. *Nurs Stand*, vol. 15, pp. 33-38.
- Menzies, I.E.P. (1960). Nurses under stress. *Internatl Nurs Rev*, vol. 7, pp. 9-16.
- Μιχόπουλος, Ι., Καλκαβούρα, Χ., Μιχαλοπούλου, Π. και συν. (2007). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, τεύχ. 18, σ. 217-224.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M. *et al.* (1991). The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *Br J Psychiatry*, vol. 158, pp. 255–259.
- Morrison, V.M. (2001). *Foundations of Mental Health Care*, 2nd edn. Mosby: London.
- Murphy, L.R. (1995). Managing job stress: An employee assistance / human resource management partnership. *Personnel Review*, vol. 24(1), pp. 42-43.
- Mykletun, A., Stordal, E., Dahl, A.A. (2001). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *Br J Psychiatry*, vol. 179, pp. 540–544.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Kouloulas, V., Parpa, E. *et al.* (2004). The “Palliative Care Quality of Life Instrument (PQLI)” in terminal cancer patients. *Health Qual Life Outcomes*, vol. 2, pp. 8-13.

- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J., Fischer, J.E., Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49(3), pp. 83–96.
- Offermann, L. R., & Hellmann, P. S. (1996). Leadership behavior and subordinate stress: A 360-degree view. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, pp. 382-390.
- Ollendick, T.H. (1998). Panic disorder in children and adolescents: New developments, new directions. *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 27(3), pp. 234-245.
- Παπαγεωργίου, Δ.Ε., Καραμπέτου, Μ.Ι., Νικολακάκου, Χ.Β., Παυλάτου, Ν.Δ. (2007). Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμηση νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. *Νοσηλευτική*, τευχ. 46(2), σελ. 237-245.
- Pariante, C.M. (2003). Depression, stress and the adrenal axis. *J Neuroendocrinol*, vol. 15(8), pp. 811-812.
- Piko, B.F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, vol. 43, pp. 311-318.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C. *et al.* (1990). Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry*, vol. 156, pp. 79–83.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, vol. 87, pp. 698-714.
- Ruggiero, J.S. (2003). Correlates of Fatigue in Critical Care Nurses. *Research in Nursing and Health*, vol. 26, pp. 434-444.
- Sandy, O., Kleiner, B.H. (2003). New developments in managing job related stress. *Equal Opportunities International*, vol. 22(5), pp. 64-70.
- Santos, S.R., Carroll, C.A., Cox, K.S., Teasley, S.L., Simon, S.D., Bainbridge, L., Cunningham, M., Ott, L. (2003). Baby boomer nurses bearing the burden of care: a four-site study of stress, strain, and coping for inpatient registered nurses. *Journal of Nursing Administration*, vol. 33(4), pp. 243–250.
- Schantz, M. (2007). Compassion: a concept analysis. *Nursing Forum*, vol. 42, pp. 48-55.

- Schaufeli, W.B., Buunk, B.P. (2004). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. *The Handbook of Work and Health Psychology*, Second Edition, pp. 383-425.
- Schmitz, N., Neumann, W., Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 37, pp. 95–99.
- Seyle, H. (1976). *The Stress of Life*. Rev ed. McGraw-Hill: New York.
- Shaikh, I.A., Shaikh, M.A. (2004). Correlates of depression in the United States. *AEP*, vol. 14, pp. 603.
- Shao, M.F., Chou, Y.C., Yeh, M.Y., Tzeng, W.C. (2010). Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66(7), pp. 1565–1572.
- Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R., Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for healthcare professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manage.* 2005;12:164-176.
- Shen, H.C., Cheng, Y., Tsai, P.J., Lee, S.H., Guo, Y.L. (2005). Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, vol. 47(3), pp. 218–225.
- Sveinsdottir, H., Biering, P., Ramel, A. (2006). Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43(7), pp. 875–889.
- Tepper, B. J., Duffy, M. K., & Shaw, J. D. (2001). Personality moderators of the relationship between abusive supervision and subordinates' resistance. *Journal of Applied Psychology*, vol. 86, pp. 974-983.
- Tselepis, A., Moulou, A., Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Science*, vol. 28(2), pp. 259-272.
- Van der Cingel, M. (2009). Compassion and professional care: exploring the domain. *Nurs Philos*, vol.10, pp. 124-136.
- Van Praag, H.M. (2004). Can stress cause depression? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 28, pp. 891– 907.
- Wall, T.D., Bolden, R.I., Borrell, C.S., Carter, A.J., Golya, D.A., Hardy, G.E., Haynes, C.E., Rick, J.E., Shapiro, D.A., West, M.A. (1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust

- staff: occupational and gender differences. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 171, pp. 519–523.
- Weinberg, A., Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in health care professionals and hospital staff. *Lancet*, vol. 12, pp. 533–537.
- Whitehouse, W.G., Dinges, D.F., Orne, E.C. *et al.* (1996). Psychosocial and immune effects of self-hypnosis training for stress management throughout the first semester of medical school. *Psychosom Med*, vol. 58, pp. 249-263.
- Whooley, M.A., Kiefe, C.I., Chesney, M.A., Markovitz, J.H., Matthews, K., & Hulley, S.B. (2002). Depressive symptoms, unemployment, and loss of income: The CARDIA Study. *Archives of Internal Medicine*, vol. 162, pp. 2614-2620.
- World Health Organisation, 2013b. WHO | Gender and women’s mental health [Πρόσβαση: 30 Νοεμβρίου 2013].
- World Health Organisation, 2013. WHO | Stress at the workplace. Διαθέσιμο από: www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/ [Πρόσβαση: 23 Ιουνίου 2013].
- Yang, M.S., Pan, S.M., Yang, M.J. (2004). Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 58, pp. 636-641.
- Yoon, S.L., Kim, J.H. (2013). Job-Related Stress, Emotional Labor, and Depressive Symptoms Among Korean Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 45(2), pp. 169-176.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). "The hospital anxiety and depression scale". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 67 (6), pp. 361–370.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Στο παράρτημα αυτό παρατίθεται αυτούσιο το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στα πλαίσια διεξαγωγής της μεταπτυχιακής εργασίας με τίτλο «Διερεύνηση των Επιπέδων Άγχους και της Κατάθλιψης των Νοσηλευτών» του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, θα σας παρακαλούσα όπως διαθέσετε λίγο από το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη, ενώ ο συνολικός χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 10 λεπτά.

Στόχος της έρευνας αυτής είναι η καταγραφή των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές της Κύπρου, προτείνοντας παράλληλα τρόπους αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Η παρούσα έρευνα διεξάγεται από το φοιτητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου κ. Ιωάννη Χατζηπετρή, υπό την εποπτεία του Επίκουρου Καθηγητή Δρ. Ανδρέα Παυλάκη. Με τη συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου παρέχετε παράλληλα τη συγκατάθεση σας για επεξεργασία των απαντήσεων σας με απώτερο σκοπό την επίτευξη του στόχου της παρούσας έρευνας. Προσδοκώ στη θετική σας ανταπόκριση και στη συμβολή σας στη συγκεκριμένη έρευνα.

- ✓ Απαντήστε με ειλικρίνεια! Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις!
- ✓ Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και ανώνυμη.
- ✓ Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές.

ΜΕΡΟΣ Α

Ηλικία

<25

25-34

35-44

45-54

55-64

Φύλο

Αντρας

Γυναίκα

Οικογενειακή Κατάσταση

Άγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Έγγαμος/η

Χήρος/α

Αριθμός Παιδιών

Κανένα παιδί

1-2 Παιδιά

3+Παιδιά

Νοσοκομείο που εργάζεστε

Δημόσιο

Κοινοτικό

Θέση που κατέχετε

Πρώτος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός

Ανώτερος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός

Νοσηλευτικός Λειτουργός

Έκτακτος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός

Χρόνια υπηρεσίας στον τομέα υγείας

Μέχρι 5 χρόνια

16-20 χρόνια

6-10 χρόνια

21+ χρόνια

11-15 χρόνια

Εργάζεστε σε σύστημα βάρδιας;

Ναι Όχι

Νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο εργάζεστε:

A.K.Y. Αγρού

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού

Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Νοσοκομείο Αθαλάσσιας

Νοσοκομείο Κυπερούντας

Θάλαμος στον οποίο εργάζεστε:

Αιμοδιάλυση

Εξωτερικά ιατρεία

Καρδιολογικό

Παθολογικό

Πρώτες Βοήθειες

Ψυχιατρικός Θάλαμος 21

Ψυχιατρικός Θάλαμος 36

Χρόνια υπηρεσίας στο θάλαμο

0-5 6-10 11-15 16-20 21+

Σκεφτήκατε καθόλου να ζητήσετε αλλαγή θαλάμου;

Ναι Όχι

ΜΕΡΟΣ Β

Βάλτε X ή V στο κουτάκι που θεωρείτε ότι ανταποκρίνεται περισσότερο σε σας, σύμφωνα με την καθημερινότητά σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος.

- Τον περισσότερο καιρό
- Πολύ καιρό
- Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά
- Καθόλου

Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω.

- Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό
- Όχι στον ίδιο βαθμό
- Λίγο μόνο
- Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί.

- Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό
- Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά
- Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί
- Καθόλου

Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων.

- Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα
- Μάλλον όχι τόσο όσο στο παρελθόν
- Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ
- Καθόλου

Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μας.

- Πάρα πολύ καιρό
- Πολύ καιρό
- Όχι τόσο συχνά
- Πολύ λίγο

Νιώθω κεφάτος.

- Ποτέ
- Όχι συχνά
- Μερικές φορές
- Τον περισσότερο καιρό

Μπορώ να κάθομαι άνετα και να μιλάω χαλαρωμένος.

- Ακριβώς
- Συνήθως
- Όχι συχνά
- Καθόλου

Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου.

- Σχεδόν όλο τον καιρό
- Πολύ συχνά
- Μερικές φορές
- Καθόλου

Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σα να έχω 'πεταλούδες' στο στομάχι μου.

- Καθόλου
- Περιστασιακά
- Αρκετά συχνά
- Πολύ συχνά

Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου.

- Ακριβώς
- Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
- Ίσως δε την φροντίζω όσο θα έπρεπε
- Την φροντίζω όπως πάντοτε

Νιώθω νευρικός και ανήσυχος, σα να πρέπει να κινούμαι συνέχεια.

- Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
- Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
- Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
- Καθόλου

Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα.

- Τόσο όπως και στο παρελθόν
- Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
- Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
- Καθόλου

Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού.

- Πράγματι πολύ συχνά
- Αρκετά συχνά
- Όχι τόσο συχνά
- Καθόλου

Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα βιβλίο.

- Συχνά
- Μερικές φορές
- Όχι συχνά
- Πολύ σπάνια

Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΙΝΑΚΕΣ SPSS

Α. Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα για HADS, HADS-A και HADS-D

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας για τις κλίμακες HADS, HADS-A και HADS-D αντίστοιχα.

HADS	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Συγκεντρωτικό Ποσοστό
.00	2	2.2	2.2	2.2
1.00	2	2.2	2.2	4.4
2.00	1	1.1	1.1	5.6
3.00	1	1.1	1.1	6.7
4.00	2	2.2	2.2	8.9
5.00	1	1.1	1.1	10.0
6.00	1	1.1	1.1	11.1
7.00	2	2.2	2.2	13.3
9.00	1	1.1	1.1	14.4
10.00	9	9.8	10.0	24.4
11.00	4	4.3	4.4	28.9
12.00	3	3.3	3.3	32.2
13.00	3	3.3	3.3	35.6
14.00	3	3.3	3.3	38.9
Εγκυρα				
15.00	7	7.6	7.8	46.7
16.00	5	5.4	5.6	52.2
17.00	6	6.5	6.7	58.9
18.00	5	5.4	5.6	64.4
19.00	6	6.5	6.7	71.1
20.00	4	4.3	4.4	75.6
21.00	8	8.7	8.9	84.4
22.00	1	1.1	1.1	85.6
23.00	1	1.1	1.1	86.7
24.00	4	4.3	4.4	91.1
25.00	6	6.5	6.7	97.8
26.00	1	1.1	1.1	98.9
27.00	1	1.1	1.1	100.0
Σύνολο	90	97.8	100.0	
Μη Συμπληρωμένα	2	2.2		
Σύνολο	92	100.0		

HADS-A	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Συγκεντρωτικό Ποσοστό
.00	5	5.4	5.5	5.5
2.00	2	2.2	2.2	7.7
3.00	3	3.3	3.3	11.0
4.00	8	8.7	8.8	19.8
5.00	5	5.4	5.5	25.3
6.00	9	9.8	9.9	35.2
7.00	16	17.4	17.6	52.7
Έγκυρα 8.00	12	13.0	13.2	65.9
9.00	8	8.7	8.8	74.7
10.00	5	5.4	5.5	80.2
11.00	5	5.4	5.5	85.7
12.00	7	7.6	7.7	93.4
13.00	5	5.4	5.5	98.9
14.00	1	1.1	1.1	100.0
Σύνολο	91	98.9	100.0	
Μη Συμπληρωμένα	1	1.1		
Σύνολο	92	100.0		

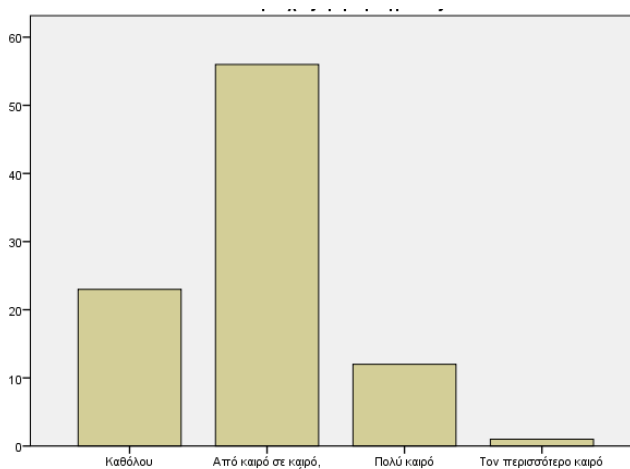
HADS-D	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Συγκεντρωτικό Ποσοστό
.00	4	4.3	4.4	4.4
1.00	3	3.3	3.3	7.7
2.00	4	4.3	4.4	12.1
3.00	2	2.2	2.2	14.3
4.00	4	4.3	4.4	18.7
5.00	6	6.5	6.6	25.3
6.00	6	6.5	6.6	31.9
Έγκυρα 7.00	3	3.3	3.3	35.2
8.00	11	12.0	12.1	47.3
9.00	9	9.8	9.9	57.1
10.00	10	10.9	11.0	68.1
11.00	13	14.1	14.3	82.4
12.00	7	7.6	7.7	90.1
13.00	7	7.6	7.7	97.8
14.00	2	2.2	2.2	100.0

Σύνολο	91	98.9	100.0
Μη Συμπληρωμένα	1	1.1	
Σύνολο	92	100.0	

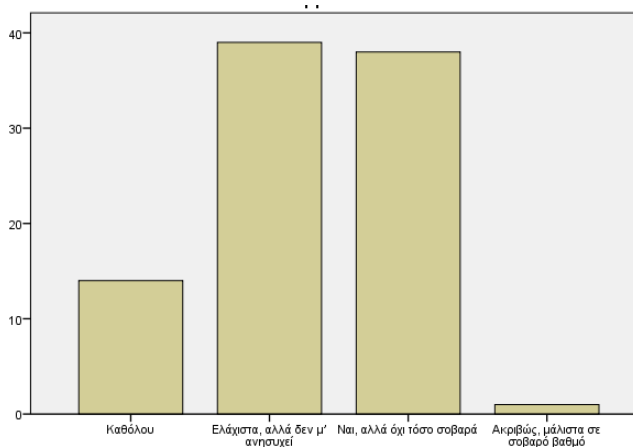
B. Περιγραφικά Στοιχεία και Στοιχεία Συχνότητας για Ερωτήσεις Q1-Q14

B.1 Ερωτήσεις Κλίμακας HADS-A

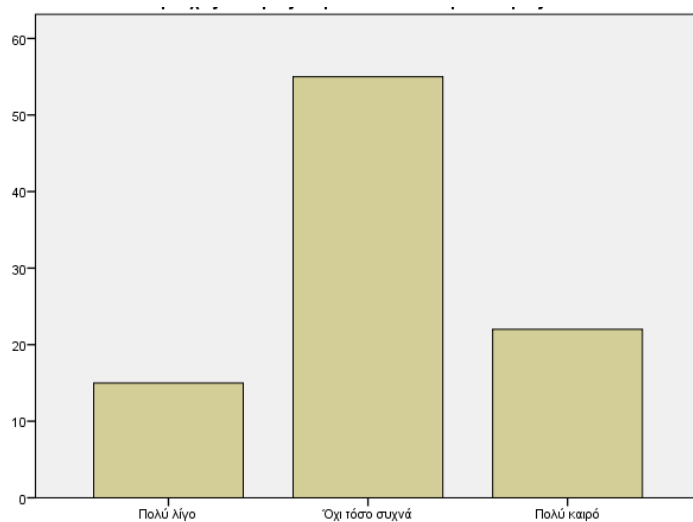
Οι ακόλουθες παράγραφοι παρουσιάζουν αναλυτικά τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες, και αφορούν την κλίμακα HADS-A, σχετικά με τα επίπεδα άγχους τα οποία βιώνουν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.



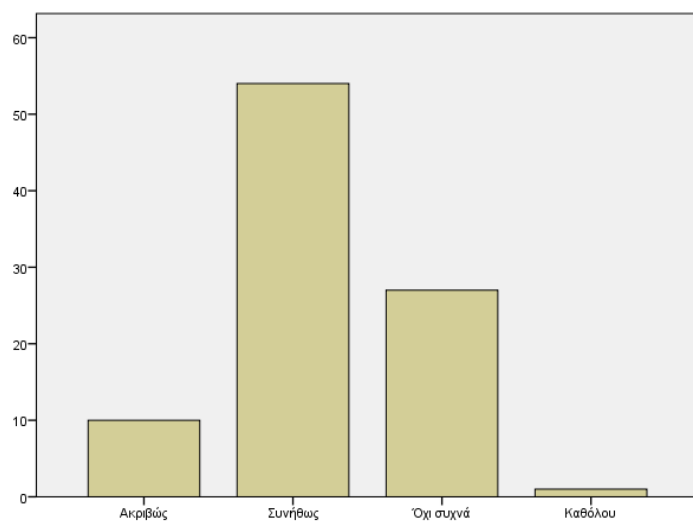
Διάγραμμα 26: Q1 – Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος.



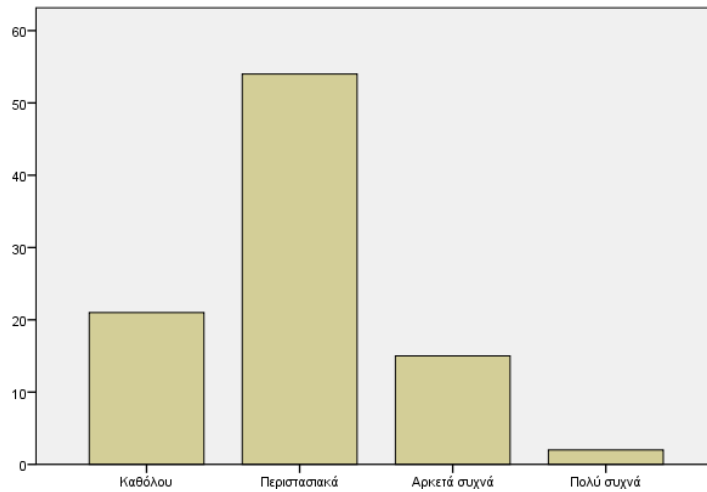
Διάγραμμα 27: Q3 - Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί.



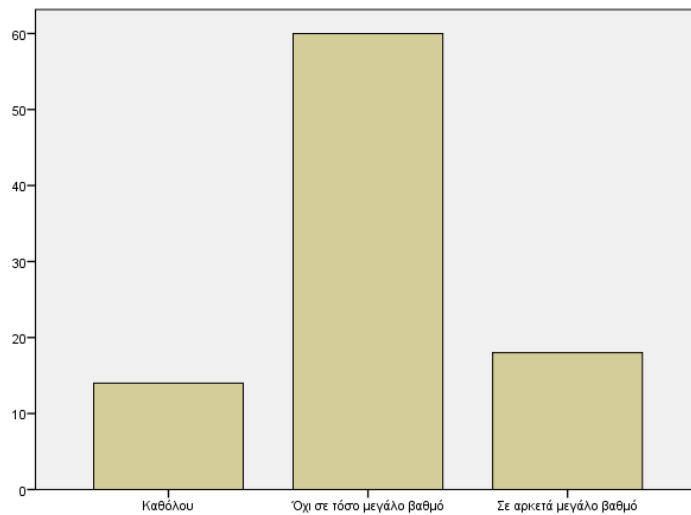
Διάγραμμα 28: Q5 - Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου.



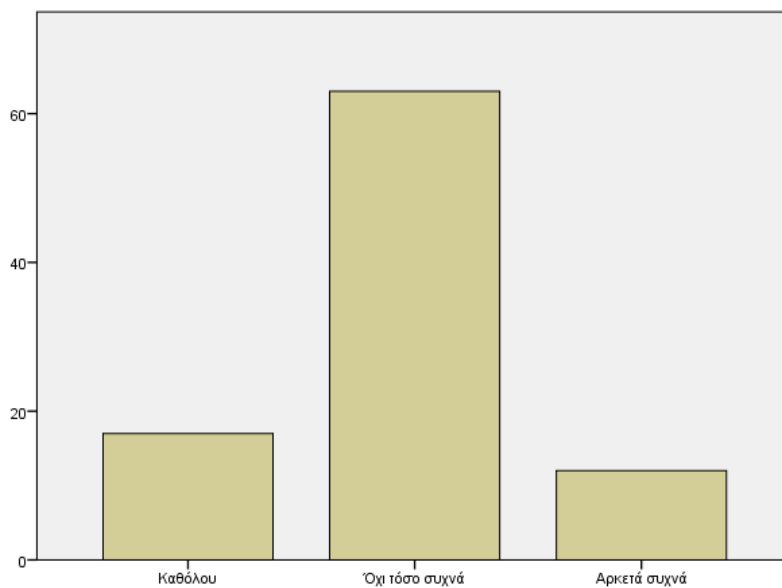
Διάγραμμα 29: Q7 - Μπορώ να κάθω άνετα και να μιλάω χαλαρωμένος.



Διάγραμμα 30: Q9 - Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σα να έχω "πεταλούδες" στο στομάχι μου.



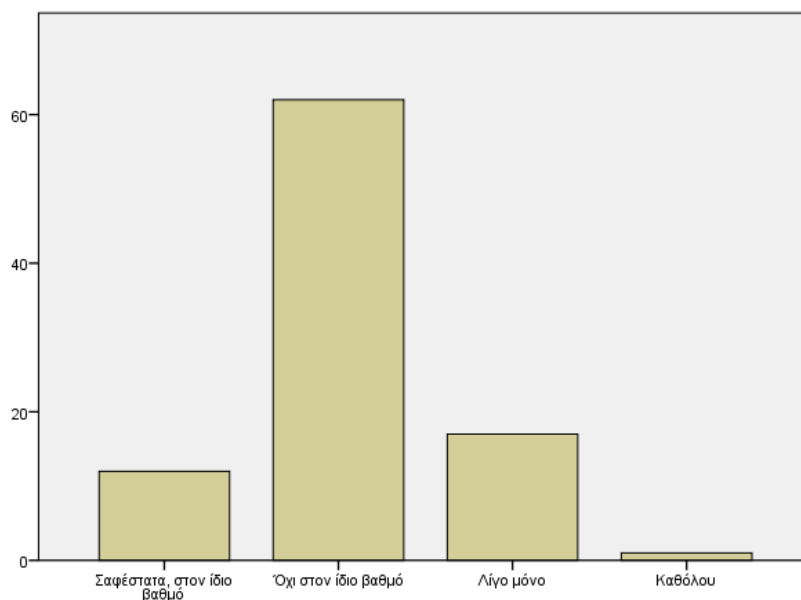
Διάγραμμα 31: Q11 - Νιώθω νευρικός και ανήσυχος, σα να πρέπει να κινούμαι συνέχεια.



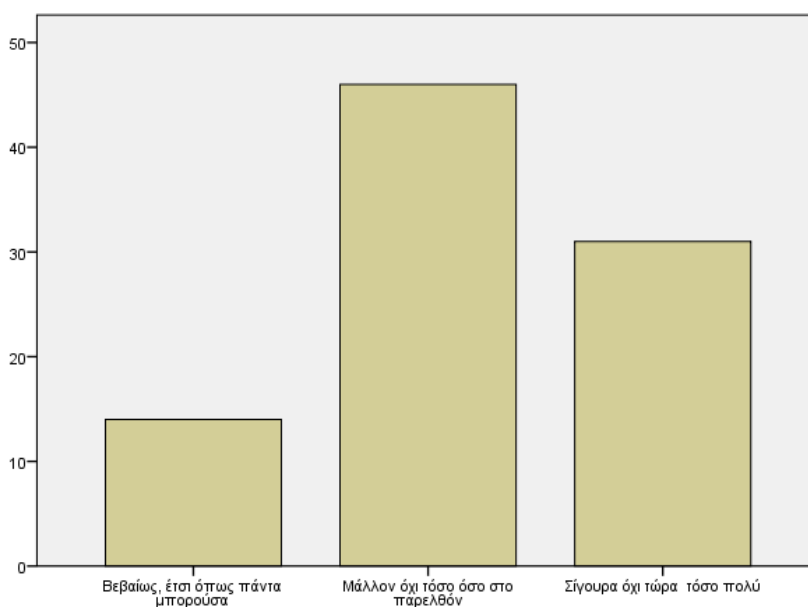
Διάγραμμα 32: Q13 - Αντιμετωπίζω αιφνίδια αισθήματα πανικού.

B.2 Ερωτήσεις Κλίμακας HADS-D

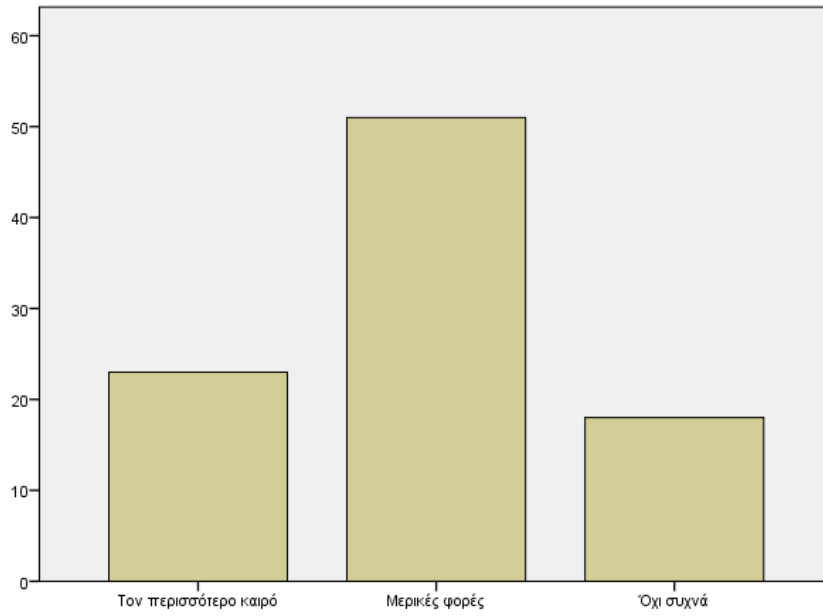
Οι ακόλουθες παράγραφοι παρουσιάζουν αναλυτικά τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες, και αφορούν την κλίμακα HADS-Δ, σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης τα οποία βιώνουν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.



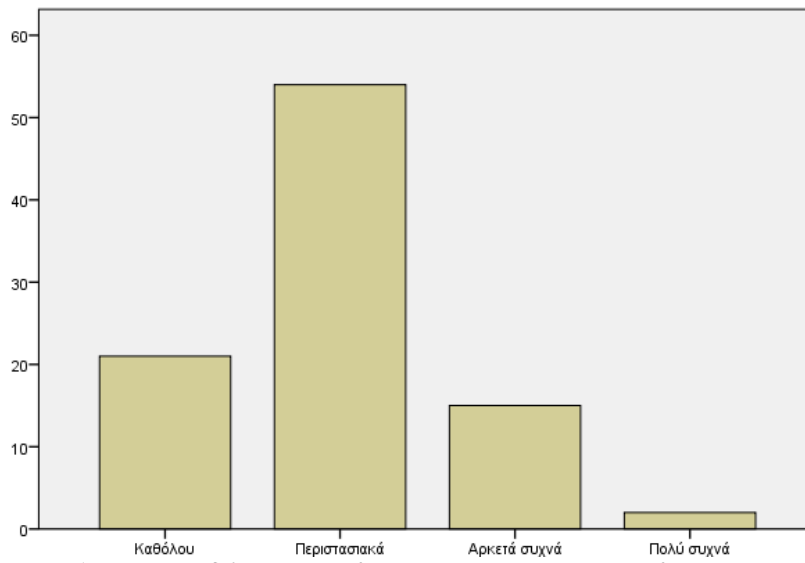
Διάγραμμα 33: Q2 - Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω.



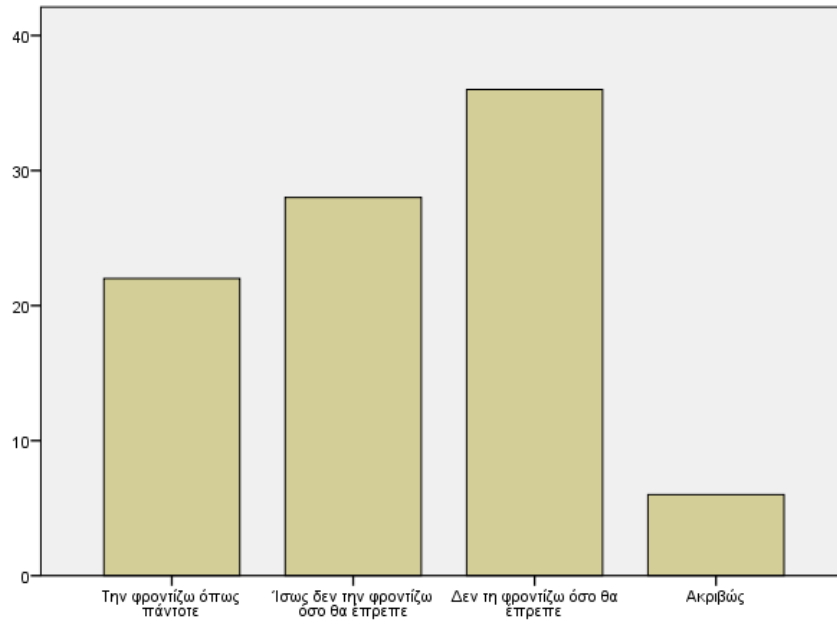
Διάγραμμα 34: Q4 – Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων.



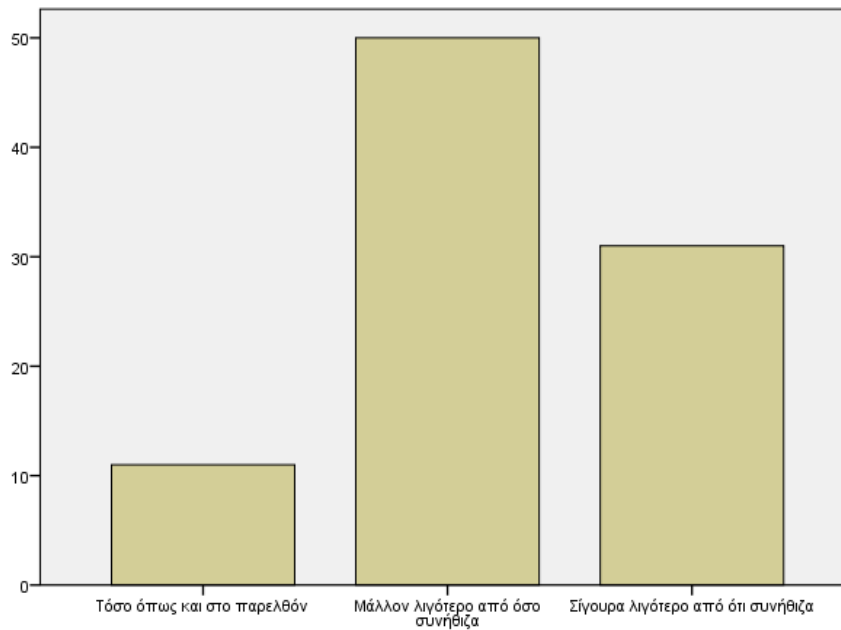
Διάγραμμα 35: Q6 – Νιώθω κεφάτος.



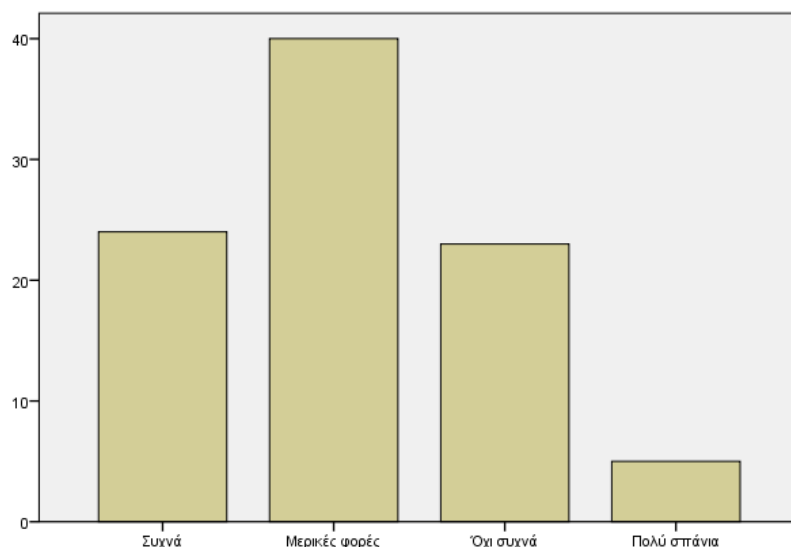
Διάγραμμα 36: Q8 – Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου.



Διάγραμμα 37: Q10 – Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου.



Διάγραμμα 38: Q12 – Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα.



Διάγραμμα 39: Q14 – Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό / τηλεοπτικό πρόγραμμα.

C. Αποτελέσματα ANOVA για HADS-A

C1. Συσχέτιση HADS-A και Φύλου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με το φύλο τους.

HADS-A

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Άρρεν	55	7.3273	3.13318	.42248	6.4803	8.1743	.00	13.00
Θήλυ	36	7.4722	3.67607	.61268	6.2284	8.7160	.00	14.00
Σύνολο	91	7.3846	3.33923	.35005	6.6892	8.0800	.00	14.00

C2. Συσχέτιση HADS-A και Πρόθεσης Αλλαγής Θαλάμου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με την πρόθεση τους να αιτηθούν αλλαγή θαλάμου.

HADS-A

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Ναι	35	8.2571	3.50078	.59174	7.0546	9.4597	.00	13.00
Όχι	56	6.8393	3.14369	.42009	5.9974	7.6812	.00	14.00
Σύνολο	91	7.3846	3.33923	.35005	6.6892	8.0800	.00	14.00

C3. Συσχέτιση HADS-A και Νοσοκομείου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με το νοσηλευτήριο στο οποίο εργάζονται.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
A.K.Y. Αγρού	4	7.0000	2.16025	1.08012	3.5626	10.4374	4.00	9.00
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	22	6.0909	3.61095	.76986	4.4899	7.6919	.00	13.00
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	28	8.1071	3.39214	.64105	6.7918	9.4225	.00	14.00
Νοσοκομείο Αθαλάσσας	30	8.1667	2.91350	.53193	7.0787	9.2546	2.00	13.00
Νοσοκομείο Κυπερούνας	7	5.4286	3.20713	1.21218	2.4625	8.3947	.00	9.00
Σύνολο	91	7.3846	3.33923	.35005	6.6892	8.0800	.00	14.00

C4. Συσχέτιση HADS-A και Θαλάμου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με το θάλαμο όπου εργάζονται.

HADS-A

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Αιμοδιάλυση	17	5.6471	3.06066	.74232	4.0734	7.2207	.00	11.00
Εξωτερικά Ιατρεία	6	8.8333	3.60093	1.47007	5.0544	12.6123	4.00	13.00
Καρδιολογικό	6	8.5000	3.72827	1.52206	4.5874	12.4126	2.00	12.00
Παθολογικό	14	6.8571	3.84022	1.02634	4.6399	9.0744	.00	13.00
Πρώτες Βοήθειες	16	7.9375	2.79210	.69803	6.4497	9.4253	4.00	14.00
Ψυχιατρικός Θάλαμος 21	19	7.7895	3.80904	.87385	5.9536	9.6254	.00	13.00
Ψυχιατρικός Θάλαμος 36	13	7.7692	2.31495	.64205	6.3703	9.1681	4.00	12.00
Σύνολο	91	7.3846	3.33923	.35005	6.6892	8.0800	.00	14.00

C5. Συσχέτιση HADS-A και Ηλικίας

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ANOVA σε σχέση με την κλίμακα HADS-A για τις ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων.

HADS-A

	N	Mean	Std.	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
--	---	------	------	------------	----------------------------------	---------	---------

			Deviation		Lower Bound	Upper Bound		
<25	2	7.5000	4.94975	3.50000	-36.9717	51.9717	4.00	11.00
25-34	41	6.9512	3.67390	.57377	5.7916	8.1108	.00	13.00
35-44	33	7.6970	2.68660	.46768	6.7443	8.6496	3.00	14.00
45-54	11	7.6364	4.03169	1.21560	4.9278	10.3449	.00	13.00
55-64	4	8.5000	3.10913	1.55456	3.5527	13.4473	5.00	12.00
Total	91	7.3846	3.33923	.35005	6.6892	8.0800	.00	14.00

C6. Φύλο * Ηλικία vs HADS-A

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ANOVA σε σχέση με την κλίμακα HADS-A για τις ηλικιακές ομάδες και το φύλο των συμμετεχόντων.

Between-Subjects Factors

		Value Label	N
Ηλικία	1	<25	2
	2	25-34	41
	3	35-44	33
	4	45-54	11
	5	55-64	4
Φύλο	1	'Αρρεν	55
	2	Θήλυ	36

Descriptive Statistics

Dependent Variable: HADS-A

Ηλικία	Φύλο	Mean	Std. Deviation	N
<25	'Αρρεν	4.0000	.	1
	Θήλυ	11.0000	.	1
	Σύνολο	7.5000	4.94975	2
25-34	'Αρρεν	7.3462	3.54336	26
	Θήλυ	6.2667	3.91821	15
	Σύνολο	6.9512	3.67390	41
35-44	'Αρρεν	7.4000	2.32605	20
	Θήλυ	8.1538	3.21056	13
	Σύνολο	7.6970	2.68660	33
45-54	'Αρρεν	7.1667	3.86868	6
	Θήλυ	8.2000	4.60435	5
	Σύνολο	7.6364	4.03169	11
55-64	'Αρρεν	8.5000	4.94975	2
	Θήλυ	8.5000	2.12132	2
	Σύνολο	8.5000	3.10913	4

	Άρρεν	7.3273	3.13318	55
Σύνολο	Θήλυ	7.4722	3.67607	36
	Σύνολο	7.3846	3.33923	91

D. Αποτελέσματα ANOVA για HADS-D

D1. Συσχέτιση HADS-D και Φύλου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με το φύλο τους.

HADS-D

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Άρρεν	56	8.4821	3.51098	.46917	7.5419	9.4224	.00	14.00
Θήλυ	35	7.4286	4.07493	.68879	6.0288	8.8284	.00	14.00
Σύνολο	91	8.0769	3.75124	.39324	7.2957	8.8582	.00	14.00

D2. Συσχέτιση HADS-D και Πρόθεσης Αλλαγής Θαλάμου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με την πρόθεση τους να αιτηθούν αλλαγή θαλάμου.

HADS-D

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Ναι	35	8.5714	3.85232	.65116	7.2481	9.8947	.00	14.00
Όχι	56	7.7679	3.68777	.49280	6.7803	8.7554	.00	14.00
Σύνολο	91	8.0769	3.75124	.39324	7.2957	8.8582	.00	14.00

D3. Συσχέτιση HADS-D και Νοσοκομείου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με το νοσηλευτήριο στο οποίο εργάζονται.

HADS-D

	N	Mean	Std.	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
--	---	------	------	------------	----------------------------------	---------	---------

			Deviation		Lower Bound	Upper Bound		
A.K.Y. Αγρού	4	6.5000	3.69685	1.84842	.6175	12.3825	2.00	11.00
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού	22	5.5455	3.71262	.79153	3.8994	7.1915	.00	13.00
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	27	8.5556	4.12621	.79409	6.9233	10.1878	.00	14.00
Νοσοκομείο Αθαλάσσης	31	9.6452	2.57615	.46269	8.7002	10.5901	2.00	14.00
Νοσοκομείο Κυπερούνας	7	8.1429	3.18479	1.20374	5.1974	11.0883	3.00	12.00
Σύνολο	91	8.0769	3.75124	.39324	7.2957	8.8582	.00	14.00

D4. Συσχέτιση HADS-D και Θαλάμου

Ο πιο κάτω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της δοκιμασίας ANOVA για τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι νοσηλευτές, σε σχέση με το θάλαμο όπου εργάζονται.

HADS-D

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Αιμοδιάλυση	17	4.8824	3.14011	.76159	3.2679	6.4968	.00	11.00
Εξωτερικά Ιατρεία	6	8.8333	3.18852	1.30171	5.4872	12.1795	5.00	12.00
Καρδιολογικό	6	9.5000	4.96991	2.02896	4.2844	14.7156	.00	14.00
Παθολογικό	13	7.9231	3.96782	1.10048	5.5253	10.3208	1.00	13.00
Πρώτες Βοήθειες	16	8.3750	3.73943	.93486	6.3824	10.3676	.00	13.00
Ψυχιατρικός Θάλαμος 21	19	8.6316	3.36997	.77313	7.0073	10.2559	.00	13.00
Ψυχιατρικός Θάλαμος 36	14	10.0714	2.46403	.65854	8.6487	11.4941	6.00	14.00
Σύνολο	91	8.0769	3.75124	.39324	7.2957	8.8582	.00	14.00

D5. Συσχέτιση HADS-D και Ηλικίας

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ANOVA σε σχέση με την κλίμακα HADS-D για τις ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων.

HADS-D

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<25	2	5.0000	7.07107	5.00000	-58.5310	68.5310	.00	10.00
25-34	41	7.0244	3.83724	.59928	5.8132	8.2356	.00	13.00
35-44	33	8.8485	3.11369	.54202	7.7444	9.9526	2.00	14.00
45-54	11	9.0909	4.08545	1.23181	6.3463	11.8356	1.00	13.00
55-64	4	11.2500	2.21736	1.10868	7.7217	14.7783	8.00	13.00
Σύνολο	91	8.0769	3.75124	.39324	7.2957	8.8582	.00	14.00

D6. Φύλο * Ηλικία vs HADS-D

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τα αποτελέσματα ANOVA σε σχέση με την κλίμακα HADS-A για τις ηλικιακές ομάδες και το φύλο των συμμετεχόντων.

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
Ηλικία	1 <25	2
	2 25-34	41
	3 35-44	33
	4 45-54	11
	5 55-64	4
Φύλο	1 Άρρεν	56
	2 Θήλυ	35

Descriptive Statistics

Dependent Variable: HADS-D

Ηλικία	Φύλο	Mean	Std. Deviation	N
<25	Άρρεν	.0000	.	1
	Θήλυ	10.0000	.	1
	Σύνολο	5.0000	7.07107	2
25-34	Άρρεν	7.6667	3.58415	27
	Θήλυ	5.7857	4.13575	14
	Σύνολο	7.0244	3.83724	41
35-44	Άρρεν	9.5500	2.50210	20
	Θήλυ	7.7692	3.72276	13
	Σύνολο	8.8485	3.11369	33
45-54	Άρρεν	9.5000	4.32435	6
	Θήλυ	8.6000	4.21900	5
	Σύνολο	9.0909	4.08545	11
55-64	Άρρεν	10.0000	2.82843	2
	Θήλυ	12.5000	.70711	2
	Σύνολο	11.2500	2.21736	4
Σύνολο	Άρρεν	8.4821	3.51098	56
	Θήλυ	7.4286	4.07493	35
	Σύνολο	8.0769	3.75124	91