

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού
σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Ιερέυς Ιωάννης Προφύρης

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού
σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»***

Ιερέυς Ιωάννης Προφύρης

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Τσιρώνη Μαρία, *Αναπληρώτρια Καθηγήτρια*

Μέλος : Πρεζεράκος Παναγιώτης, *Επίκουρος Καθηγητής*

Μέλος : Ζυγά Σοφία, *Επίκουρη Καθηγήτρια*

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Τσιρώνη Μαρία, *Αναπληρώτρια Καθηγήτρια*

Μέλος : Πρεζεράκος Παναγιώτης, *Επίκουρος Καθηγητής*

Μέλος : Ζυγά Σοφία, *Επίκουρη Καθηγήτρια*

Copyright © ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΡΟΦΥΡΗΣ 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκριση της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της διπλωματικής μου εργασίας, Δρ Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη βοήθειά της, τη συμπαράστασή της και την καθοδήγησή της κατά το σχεδιασμό, τη διεξαγωγή και τη συγγραφή της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Επίσης, εκφράζω θερμές ευχαριστίες στον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Πρεζεράκο Παναγιώτη και την Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου Δρ Σοφία Ζυγά, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Ευχαριστώ τους διευθυντές και τα Επιστημονικά Συμβούλια των Ιδρυμάτων για τη χορήγηση της άδειας εκπόνησης της μελέτης και όλους τους συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα για τη συλλογή των δεδομένων και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την κ. Καδδά Όλγα για την πολύτιμη βοήθειά της κατά την διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου για την υποστήριξη και την αμέριστη συμπαράσταση που μου προσέφεραν, καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ.....	9
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	9
ABSTRACT.....	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
2. ΑΓΧΩΔΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ	16
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	16
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ -ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ FREUD	17
2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ.....	19
2.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	20
2.5 ΜΟΝΤΕΛΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	20
2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	22
2.7 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	23
3. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	25
4. ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ.....	27
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	27
4.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	29
4.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	30
4.4 ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	32
5. ΔΟΜΗ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ	33
5.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ	33
5.2 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	35

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΣΚΟΠΟΣ	38
2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	38
2.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	38
2.1.1ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΝΤΑΞΗΣ-ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	38
2.2 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΕΡΓΑΛΕΙΑ	38
2.3 ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	39
2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	39
3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ	40
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ	43
4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	53
5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	59
6.ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	60
7.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61
8.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	68

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Εισαγωγή: Το επαγγελματικό άγχος είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία. Συνήθως, συμβάλλει στην εμφάνιση άλλων νόσων όπως η κατάθλιψη έχοντας ως επακόλουθο χαμηλά επίπεδα υγείας και ευεξίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των εργαζομένων που εργάζονται σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων και η συσχέτισή τους με κοινωνικό - δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες.

Υλικό και Μέθοδος: Πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων, στην Ελλάδα. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων και το εργαλείο Personal Disturbance Scale (DSSI/sAD) , ένα ανώνυμο, κλειστό ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds, στην ελληνική έκδοση , που καταγράφει το άγχος και τη κατάθλιψη. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS ver. 17.0.

Αποτελέσματα: Συλλέχθηκαν 168 ερωτηματολόγια. Το 10,7% του μελετώμενου πληθυσμού ήταν άντρες (n=18) και 89,3% ήταν γυναίκες (n =150). Η μέση τιμή των ετών προϋπηρεσίας των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 12,5 έτη ($\pm 8,2$). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούν στην ανησυχία, τη δυσκολία του ύπνου, το αίσθημα ταχυκαρδίας, τη θλίψη, τον πανικό, την κακή διάθεση, τη δυσκολία στη λήψη αποφάσεων ή τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με το νεότερο σε προϋπηρεσία νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, εμφανίζονται

συχνότερα διαταραχές στον ύπνο, αίσθημα θλίψης, έντασης και αδιαφορίας για το μέλλον.

Συμπεράσματα: Οι εργαζόμενοι στα ιδρύματα χρονίως πασχόντων είναι ένας πληθυσμός που όσο περισσότερα έτη προϋπηρεσίας έχουν, σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητο να αναγνωριστεί από τους αρμόδιους φορείς η ανάγκη να εντοπιστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα ώστε να προλαμβάνονται οι στρεσογόνες καταστάσεις στο χώρο εργασίας τόσο για τους εργαζομένους όσο και για τους τροφίμους των ιδρυμάτων αφού σε αυτούς αντανakλάται η ευεξία ή μη των εργαζομένων.

Λέξεις-κλειδιά: εργασιακό άγχος, κατάθλιψη, νοσηλευτές, Personal Disturbance Scale (DSSI/sAD), ιδρύματα, χρονίως πάσχοντες.

ABSTRACT

Introduction: The professional anxiety is a feeling caused by stressful situations related to work. Usually, is related to conditions such as depression as a result of having low levels of health and wellness.

Purpose: The purpose of the present study was to investigate the levels of anxiety and depression of nurses working in institutions of chronic patients and to what extent they are influenced by factors such as age, marital status and working experience.

Material and Methods: The studied population consisted of 168 nurses working in institutions of chronic patients in Greece. For data collection it was used a specially designed questionnaire, the Personal Disturbance Scale (DSSI / sAD), an anonymous, closed-ended questionnaire of Bedford & Foulds, in Greek version, which captures the anxiety and depression. Data analysis was performed by the statistical package SPSS ver. 17.0.

Results: 168 questionnaires were collected. 10.7% of the studied population were male (n = 18) and 89.3% were women (n=150). The mean years of working experience was 12.5 years with a standard deviation $\pm 8,2$. Regarding marital status, there were no statistically significant differences in comparison with questions relating to anxiety, difficulty sleeping, feeling tachycardia, sadness, panic, low mood, difficulty making decisions or suicidal ideation. Nurses having more years of experience showed higher levels of anxiety and depression than younger nurses. Specifically, they had more frequent sleep disturbances, feeling of sadness, tension and indifference for the future.

Conclusions: Nurses working in institutions of chronic patients as many years of working experience they possess the more the more strong signs of anxiety and depression they have. It is therefore necessary to be recognized by the health agencies the need to identify the problems faced by nurses working in institutions of chronically ill and to take the necessary measures to prevent stressful situations in the workplace.

Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Keywords: job stress, depression, nurses, Personal Disturbance Scale (DSSI / sAD), institutions, chronic patients

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση χρονίως ψυχικά πασχόντων: στον κλινικό, λειτουργικό, ψυχολογικό, στεγαστικό και επαγγελματικό τομέα.

Οι χρόνιοι ασθενείς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως ο πόνος, τα δυσάρεστα συμπτώματα, οι αλλαγές στις καθημερινές τους δραστηριότητες, οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κ.α. Ταυτόχρονα, αντιμετωπίζουν νέους φόβους για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και για το μέλλον τους.

Η διαχείριση των χρονίως πασχόντων ασθενών από τους εργαζομένους στα ιδρύματα περίθαλψης και αποκατάστασης αποτελεί μια πολύ σημαντική διαδικασία μέσω της οποίας ο ασθενής εξασφαλίζει την κατάλληλη φροντίδα που χρειάζεται, εκπαιδεύεται και προάγει την αυτονομία του, διασφαλίζει την σωματική και ψυχική του υγεία και αναπτύσσει δεσμούς οικογένειας.

Ο εργαζόμενος σε ένα τέτοιο ίδρυμα βοηθά τόσο τον χρονίως πάσχοντα όσο και την οικογένειά του να επανακτήσουν και να δυναμώσουν την ελπίδα, να αποδεχτούν τη νόσο και να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση. Η προσπάθεια αυτή σταδιακά και μακροχρόνια μπορεί να προκαλέσει εργασιακό άγχος και κατά συνέπεια εξουθένωση των εργαζομένων.

Το επαγγελματικό άγχος αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες νοσηρότητας των εργαζομένων. Συνήθως εμφανίζεται σε νέα άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών (υγεία, εκπαίδευση).

Η πρόληψη και η διαχείριση του συνιστούν πρόκληση αφού η ψυχική υγεία των εργαζομένων σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα ποιότητας^{1,2}.

Σύμφωνα με μελέτες^{3,4} το εργασιακό άγχος που πιθανόν να βιώνουν οι εργαζόμενοι στα ιδρύματα χρονίως πασχόντων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ψυχική και σωματική νόσο. Η κατάθλιψη και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολύ διαδεδομένα στο χώρο όπου εργάζονται νοσηλευτές και οι κύριοι λόγοι για την εμφάνιση των παραπάνω προβλημάτων είναι η ελλιπής οργάνωση του χώρου και οι συναισθηματικές συγκρούσεις που μπορεί να βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό.^{5,6}

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα φαινόμενα άγχους και κατάθλιψης στους εργαζόμενους σε ιδρύματα είναι ένα φαινόμενο που προκαλεί μεγάλη ανησυχία. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναπτύσσει μηχανισμούς άμυνας ώστε να μην φτάνει σε ακραίες συμπεριφορές και να συζητεί τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίζει στο χώρο εργασίας. Οι βελτιώσεις των συνθηκών εργασίας του προσωπικού και ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του και στην αποτελεσματικότερη παρεχόμενη φροντίδα υγείας.⁷⁻¹²

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει τα επίπεδα εργασιακού άγχους και κατάθλιψης σε νοσηλευτικό προσωπικό ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων στην Ελλάδα.

2. ΑΓΧΩΔΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

2.1 Ορισμός

Ο όρος Άγχος προέρχεται από το ρήμα «άγχω», που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που εμφανίζεται σε καταστάσεις όπου το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο ή αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα, γενικότερα όταν έρχεται αντιμέτωπος με μία δύσκολη κατάσταση.

Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Επιπλέον, εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψης του. Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Σε κάποιες άλλες όμως περιπτώσεις αυξημένου άγχους, αυτό προξενεί κακό και συντελεί στο να υπολειπουργεί το άτομο στις δραστηριότητες του και στο να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του.

Η αγχώδης διαταραχή είναι μια σοβαρή ψυχική νόσος όπου τα άτομα μπορεί να νιώθουν ανησυχία και φόβο, συναισθήματα τα οποία μπορεί να αποβούν καταστροφικά.^{13,14}

Υπάρχουν και άλλα ψυχιατρικά και ιατρικά σύνδρομα που μπορεί να μιμούνται τα συμπτώματα μιας αγχώδους διαταραχής, όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός. Φαίνεται ότι στα άτομα αυτά που παρουσιάζεται η αγχώδης συνδρομή υπάρχουν διάφορα ψυχοκοινωνικά αίτια ή ακόμα και μια γενετική προδιάθεση. Όταν στα άτομα αυτά διαγνωσθεί η αγχώδης διαταραχή τότε ταξινομείται σε δύο κατηγορίες, με βάση το αν βιώνουν συνεχή ή περιστασιακά συμπτώματα. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι στο 18% των Αμερικανών και το 14% των Ευρωπαίων μπορεί να παρουσιαστεί από αγχώδη συνδρομή.¹⁵

2.2 Ιστορική αναδρομή του άγχους-Το άγχος κατά τον Freud

Η μελέτη του άγχους περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία εδώ και πολλές δεκαετίες. Ο Freud, στην κλασική μελέτη της περίπτωσης του μικρού Hans, περιέγραψε βασικές ασυνείδητες διεργασίες (απόθησης-μετάθεσης), οι οποίες λειτουργούν κατά τη διαδικασία της ανάπτυξης της φοβίας. Οι Watson & Rayner, στη μελέτη της περίπτωσης του μικρού Albert, συνέβαλαν στη μελέτη της διαδικασίας εγκατάστασης των φόβων μέσα από τη διαδικασία της συντελεστικής μάθησης. Στην πρώτη έκδοση του DSM οι φοβίες παρουσιάζονταν ως ψυχονευρωσικές αντιδράσεις, ενώ στο DSM-II ως φοβικές νευρώσεις. Για πρώτη φορά γίνεται ουσιαστική προσπάθεια ταξινόμησης των διαταραχών του άγχους στα παιδιά με βάση αναπτυξιακά διαγνωστικά κριτήρια. Στο DSM-III-R διακρίνονται τρεις διαταραχές άγχους για τις οποίες γίνεται διάγνωση στην παιδική και εφηβική ηλικία: α) διαταραχή άγχους του αποχωρισμού, β) αποφευκτική διαταραχή της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, και γ) υπεραγχώδης διαταραχή. Στο DSM-IV μόνο η διαταραχή του άγχους του αποχωρισμού περιλαμβάνεται στην ομάδα των διαταραχών για τις οποίες συνήθως γίνεται διάγνωση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Η αποφευκτική διαταραχή ενσωματώθηκε στην κοινωνική φοβία και η υπέρ - αγχώδης διαταραχή της παιδικής ηλικίας στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.¹⁶

Ο Sigmund Freud είχε ξεκινήσει από νωρίς, από την αρχή της ψυχαναλυτικής του εργασίας να ασχολείται με την εξήγηση του άγχους. Οι συστηματικές προσπάθειες κατέληξαν σταδιακά σε δύο διαφορετικές θεωρίες για το άγχος με τη δεύτερη να επεκτείνει και να θεμελιώνει βαθύτερα την πρώτη. Και στις δύο θεωρίες του Freud για το άγχος, θεμελιώδη ρόλο διαδραματίζει η απουσία εκφόρτισης, συμπεριλαμβανομένης ακόμα και της ενστικτώδους ικανοποίησης.

Στην πρώτη θεωρία του, το 1984, το ανικανοποίητο σεξουαλικό ένστικτο, μετασχηματίζεται ρητά σε άγχος από έναν φαινομενικά βιολογικό μηχανισμό. Η σωματική σεξουαλική διέγερση, με τη βοήθεια σεξουαλικών ιδεών, δεν αναπτύσσεται σε ψυχική λίμπιντο. Εντούτοις, οι σεξουαλικές αναπαραστάσεις μπορούν να κατασταλούν και η συνοδευτική διέγερσή τους:

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

- Είτε εκτρέπεται προς τις σωματικές διεξόδους, έτσι ώστε να δώσουν αφορμή για τα υστερικά συμπτώματα μετατροπής,
- Είτε εναλλακτικά το Εγώ ανακατευθύνεται στην υποκατάσταση των σεξουαλικών αναπαραστάσεων, χαρακτηριστικό της υστερίας ή της φοβικής νεύρωσης.

Η θεώρηση αυτή του άγχους ήταν ένα γιγαντιαίο βήμα για την ανθρωπότητα, για τον καιρό της σύλληψής της.

Στη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, τα ανικανοποίητα ένστικτα δεν προκαλούνται απευθείας. Το άγχος ως σήμα αναπτύσσεται από το Εγώ, ως αμυντικό μέτρο κατά του αυτόματου άγχους.

Η βιολογική και διανοητική ανωριμότητα του νηπίου, δεν του επιτρέπει να αντιμετωπίσει την αύξηση στην ένταση που προκύπτει από τα τεράστια ποσά ενστικτώδους διέγερσης που δεν μπορεί να εκφορτιστεί και να ικανοποιηθεί. Το νήπιο έρχεται βαθμιαία να καταλάβει ότι το μητρικό αντικείμενο μπορεί να βάλει τέλος σε αυτή την κατάσταση. Τότε, ο φόβος της απώλειας της μητέρας βιώνεται ως κίνδυνος και αυτή η εμπειρία αποτελεί το άγχος ως σήμα.

Η καινοτομία της δεύτερης θεωρίας προέρχεται αφ' ενός από τη γενετική έννοια σύμφωνα με την οποία το άγχος είναι συνδεδεμένο με το φόβο επανάληψης πολύ πρώιμων ανθρώπινων καταστάσεων άγχους, και αφ' ετέρου από το γεγονός ότι αυτές οι καταστάσεις συνδέονται κατά η διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας με διάφορες φαντασιώσεις για το μητρικό αντικείμενο και αργότερα με φαντασιώσεις σχετικά με άλλα αντικείμενα, συμπεριλαμβανομένου και του πατέρα (άγχος ενουχισμού ή άγχους για την απώλεια της αγάπης του Υπερεγώ).¹⁷

Η δημοσίευση του Otto Rank «Το Τραύμα της γέννησης» (1924) οδήγησε σε μια έντονη συζήτηση ανάμεσα στον Freud και έναν από τους πιο αγαπημένους του μαθητές. Μετά την ανάλυση των επιστολών που αντάλλαξαν ο καθηγητής με τους στενότερους συνεργάτες του και την αναθεώρηση των εργασιών που δημοσιεύονται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, είναι σαφές ότι το άγχος ήταν ένα κρίσιμο θέμα μεταξύ των άλλων.¹⁸

2.3 Επιδημιολογία αγχώδους συνδρομής

Οι ψυχικές διαταραχές είναι η κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Οι κοινές ψυχικές διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη και το άγχος είναι ιάσιμες και δυνητικά μπορούν να προληφθούν. Η κατάλληλη αναζήτηση της βοήθειας από έναν επαγγελματία είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πρόληψη των διαταραχών, την έγκαιρη διάγνωση και τη θεραπεία αυτών. Σύμφωνα με μελέτη το ένα τρίτο των ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές αναζητούν επαγγελματική βοήθεια σε κάποια χρονική περίοδο της ζωής τους.¹⁹⁻²³

Επικρατεί η εντύπωση ότι η επίπτωση των αγχωδών καταστάσεων παρουσιάζεται συχνότερα στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, παρόλο που καμία έρευνα μέχρι τώρα δεν έχει αποδείξει μεγάλη ποσοτική διαφορά. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το άγχος επηρεάζει μέσω των ορμονών το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, με αποτέλεσμα άτομα με άγχος να παρουσιάζουν λιγότερη αντοχή σε διάφορες οργανικές διαταραχές.¹³

Σύμφωνα με μελέτες^{13,24,25} στο γενικό πληθυσμό, υπάρχουν τα ακόλουθα επιδημιολογικά στοιχεία:

Στην Ελλάδα οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τη συχνότερη ή τη δεύτερη σε συχνότητα (μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές) ομάδα ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών στο γυναικείο φύλο είναι σημαντικά υψηλότερη απ' ότι στο ανδρικό, σε μια αναλογία 2/1 έως και 3/1. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχωδών διαταραχών με μεταβλητές όπως το χαμηλό εισόδημα, η χαμηλού επιπέδου εκπαίδευση και η ανεργία.

Υπάρχουν ελλιπή στοιχεία όσον αφορά:

1. Στα δεδομένα από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης,
2. Στην πληροφόρηση σχετικά με την φυσική πορεία της Αγχώδους Διαταραχής
3. Στην επάρκεια των θεραπειών που ακολουθούνται
4. Στο κόστος που σχετίζεται με τις θεραπείες

2.4 Αιτιοπαθογένεια

Τα αποτελέσματα των ερευνών οδήγησαν σε διάφορες θεωρίες σχετικά με την αιτία ύπαρξης του άγχους.

Βιολογικές θεωρίες: το άγχος συνδέεται με υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και έντονη νοραδρενεργική δραστηριότητα. Οι συνάψεις GABA μπορούν να το αναστείλουν.

Ψυχαναλυτική θεωρία: το άγχος σύμφωνα με τον Freud θεωρείται αποτέλεσμα μεταλλαγής της λιμπιντικής ενέργειας. Αργότερα υποστηρίχθηκε πως η εκδήλωση του άγχους γίνεται λόγω της αποτυχημένης προσπάθειας απόθησης και δόμησης νευρωσικών συμπτωμάτων.

Συμπεριφοριστική θεωρία: θεωρεί πως το άγχος εκδηλώνεται λόγω της τοποθέτησης ενός εξαρτημένου αντανακλαστικού κατά την διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας.

Γνωσιακή θεωρία : το άγχος είναι συναίσθημα το οποίο παράγεται σε συνθήκες πραγματικού ή φανταστικού κινδύνου. Το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει εσωτερικά ή εξωτερικά αγχογόνα ερεθίσματα.¹³

2.5 Μοντέλα του άγχους

O Selye (1930) υπογράμμισε πως το άγχος είναι μία αυτόματη βιολογική αντίδραση του οργανισμού σε διάφορα εξωγενή ερεθίσματα. Επιπλέον, θεωρούσε πως η αγχωτική αντίδραση θα προκύψει μόνο εάν το άτομο νιώσει ανίκανο να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις μίας κατάστασης.

Οι Lazarus και Folkman (1984) πρότειναν πως το άτομο κάνει δυο γνωστικές αξιολογήσεις μόλις ενοχληθεί: πρώτον, εάν ο αγχωτικός παράγοντας ή το γεγονός θέτει σε κίνδυνο το άτομο (the primary appraisal), και δεύτερον, εάν είναι ικανό να ανταπεξέλθει (the secondary appraisal). Επομένως στην αρχική αξιολόγηση (the primary appraisal) κρίνουμε εάν ένα γεγονός είναι θετικό, αρνητικό ή ουδέτερο. Ενώ στη δευτερεύουσα αξιολόγηση (the secondary appraisal) κρίνουμε τις ικανότητες μας και την τωρινή κατάσταση της υγείας μας και του μυαλού μας.¹³

O Sarafino (1994) όρισε το άγχος ως την κατάσταση που υπάρχει όταν η συναλλαγή μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος οδηγεί το μεμονωμένο άτομο να αντιληφθεί μια διαφορά –αληθινή ή όχι- μεταξύ των απαιτήσεων μίας κατάστασης και των πόρων των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών συστημάτων. Αυτός ο ορισμός αναζητά το κενό μεταξύ του πώς αξιολογούμε μία κατάσταση και πώς τις ικανότητες του εαυτού μας.

2.6 Κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα του άγχους σχετίζονται με το συναίσθημα και εκφράζονται ως μία ακαθόριστη ανησυχία από κάποιον απροσδιόριστο κίνδυνο. Το άτομο νιώθει ότι κάτι το απειλεί, αλλά δεν ξέρει τι. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να επιμένουν για αρκετό χρονικό διάστημα με το άτομο να περιγράφει μια κατάσταση ασθένειας που δεν μπορεί να ξεπεράσει.²⁶⁻²⁷

Τα συμπτώματα του άγχους σωματοποιούνται ως:

- ✓ Αίσθημα αστάθειας και κλονισμού
- ✓ κεφαλαλγίες
- ✓ πόνο στην μέση και στους ώμους
- ✓ αίσθημα σφιξίματος στο στήθος
- ✓ Όξυνση των αισθήσεων: μάτια, ακοή, αφή, γεύση, οσμή
- ✓ αϋπνία
- ✓ κόπωση
- ✓ ξηροστομία
- ✓ εφιδρώσεις
- ✓ συχνή διούρηση
- ✓ προβληματική κατάποση
- ✓ ναυτία
- ✓ διάρροια²⁸

Παράγοντες που επιδρούν στη θεώρηση ενός ερεθίσματος ως στρεσογόνου ή μη είναι :

- ✓ Το φύλο,
- ✓ Η ηλικία
- ✓ Η Φυλή
- ✓ Η Οικονομική κατάσταση
- ✓ Η ποιότητα της ζωής
- ✓ Η ποιότητα της φροντίδας κατά την παιδική ηλικία
- ✓ Η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης^{13,28}

2.7 Διαχείριση του άγχους

Η διαχείριση του άγχους μπορεί να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο για την ευεξία του ατόμου καθώς υπάρχει η ένδειξη ότι η υπερβολική πίεση μειώνει τη διάθεση. Υπάρχουν πολλοί τρόποι να καταπολεμήσει κάποιος το άγχος :

Βιοαντίδραση (Biofeedback): Ο έλεγχος των σωματικών λειτουργιών είναι δυνατό εάν γνωρίζουμε τι συμβαίνει. Αυτή η τεχνική δίνει στο άτομο ικανότητα αναγνώρισης και ελέγχου των σωματικών αντιδράσεων.

Συναισθηματική εκλογίκευση (Rational emotive therapy): Η μέθοδος αυτή ανακαλύφθηκε από τον Albert Ellis το 1996 και σύμφωνα με αυτή, το άγχος προέρχεται από παράλογο τρόπο σκέψης. Η τεχνική αυτή εξετάζει τα πιστεύω ενός ανθρώπου και προσπαθεί να τα αλλάξει θετικά.

Φυσικοί μέθοδοι: όπως η yoga, ο βελονισμός και η άθληση.

Μέθοδοι χαλάρωσης: Ο διαλογισμός ή οι βαθιές αναπνοές συντελούν στην ψυχική ηρεμία. Ακόμη, η νευρομυϊκή μέθοδος, στην οποία χαλαρώνουμε συγκεκριμένες μυϊκές ομάδες του σώματος.

Βιολογικές μέθοδοι: Αντί-αγχολυτικά φάρμακα. Βέβαια, τα περισσότερα από αυτά έχουν μακρόχρονες αρνητικές επιπτώσεις στον οργανισμό των πασχόντων, γι αυτό και αποφεύγεται η άσκοπη χρήση τους. Μερικά από αυτά είναι:

Τα βαρβιτουρικά και οι βενζοδιαζεπίνες (χαλαρώνουν τους μύες και προκαλούν ύπνο)^{30,31}

Κοινωνική υποστήριξη: αυτή η μέθοδος βοηθά τους ανθρώπους, οι οποίοι εμφανίζουν άγχος, να υποφέρουν λιγότερο μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης μίας ομάδας (group therapy).

Μέθοδος Hanson: το άτομο που νιώθει ότι δεν είναι σε θέση να ελέγξει το άγχος του, μαθαίνει να το αγνοεί και να αποκτήσει τη συνήθεια να ελέγχει όσα μπορεί.

Ψυχοθεραπεία¹³

Πολλές από τις θεωρίες και τα μοντέλα που έχουν εφαρμοσθεί για την αναζήτηση βοήθειας στα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν έχουν γίνει ευρέως αποδεκτές. Κατά μία προσέγγιση η απόφαση του ατόμου να εμφανίσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

εξαρτάται από την σοβαρότητα της ασθένειας όσο και από τα αντιληπτά εμπόδια ή τα οφέλη από την ίδια συμπεριφορά.

Ένα άλλο μοντέλο αναζήτησης βοήθειας είναι αυτό που επικεντρώνεται στο γιατί οι νέοι δεν αναζητούν βοήθεια όταν κρίνεται αναγκαία. Οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτή τη συμπεριφορά είναι η ψυχική οδύνη που αισθάνεται το άτομο, οι πεποιθήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος οι οποίες στιγματίζουν τέτοιες συμπεριφορές καθώς επίσης και η αδυναμία εντοπισμού του προβλήματος από το ίδιο το άτομο.^{31,32}

Σύμφωνα με το ανωτέρω θεωρητικό πλαίσιο, η διαχείριση του άγχους γίνεται μέσω συγκεκριμένων παρεμβάσεων ή συνδυασμό αυτών. Αυτές περιλαμβάνουν την γνώση της ψυχικής υγείας που βοηθάει στην αναγνώριση και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, την κατάρριψη του κοινωνικού στίγματος που αναφέρεται κυρίως στις κλειστές κοινωνίες, την προσωπική επαφή με τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας που παρέχουν βοήθεια και πληροφορίες για την ψυχική νόσο και τέλος, την αναζήτηση της κατάλληλης βοήθειας ανάλογα με τα συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο.³⁴⁻³⁷

3. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή) είναι μία κοινή διαταραχή της διάθεσης στην ψυχολογία και την ψυχιατρική, στην οποία η καθημερινότητα ενός ατόμου διαταράσσεται από την έντονη θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή διαφέρει από την κοινή κατάθλιψη και από το συνηθισμένο αίσθημα της θλίψης. Η διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο από ιατρό και κλινικό ψυχολόγο και θεραπεύεται με ψυχοθεραπεία ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Υπάρχουν διάφορες υπο-κατηγορίες κατάθλιψης, μερικές από τις οποίες πληρούν τα συνηθισμένα διαγνωστικά κριτήρια της θλίψης, της αναστάτωσης και της διαταραχής του ύπνου ή της όρεξης για φαγητό και άλλοι τύποι που δεν διαταράσσουν την χαρά και την απόλαυση σε κάποιο άτομο αλλά δημιουργούν έναν έντονα διασπαστικό κύκλο εσωτερικής παράλυσης και ληθαργίας.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή επηρεάζει το 7-18% του πληθυσμού σε κάποιο σημείο της ζωής τους πριν από την ηλικία των 40.³⁸

Ένα άτομο που πάσχει από ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης σχεδόν πάντα αναφέρει μια έντονη διάχυτη μειωμένη διάθεση και ανηδονία, ειδικά σε αγαπημένες δραστηριότητες. Μπορεί να συλλογίζονται ή να απασχολούνται με αισθήματα αναξιοτήτας, έντονων τύψεων ή μετάνοιας, ανημποριάς ή απελπισίας. Άλλα συμπτώματα είναι η δυσκολία στη συγκέντρωση και στην απομνημόνευση, η απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες όπως οικογενειακές συνεστιάσεις και φιλικές συναντήσεις, η μειωμένη λίμπιντο και οι σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. Η αύπνια είναι κοινό σύμπτωμα, συνήθως ο ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και είναι αδύνατον να ξανακοιμηθεί. Η υπερυπνία είναι λιγότερο συνηθισμένη. Η όρεξη για φαγητό συνήθως μειώνεται με συνέπεια ο ασθενής να χάνει βάρος, ωστόσο αύξηση της ορέξεως και αύξηση βάρους έχει παρατηρηθεί σε αρκετές περιπτώσεις. Ο ασθενής μπορεί να βιώσει σωματικά συμπτώματα όπως, κούραση, πονοκέφαλο, προβλήματα πέψης, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο σημείο του σώματος, ή μπορεί να βιώσει το συναίσθημα της

νοητικής επιβράδυνσης. Φίλοι και συγγενείς μπορεί να παρατηρήσουν πως το άτομο φαίνεται ψυχικά διαταραγμένο.

Συνήθως οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο ανάμεσα στις ηλικίες των 30 και 40. Οι πιθανότητες αυξάνονται τον πρώτο χρόνο μετά από την γέννηση ενός παιδιού (επιλόχεια κατάθλιψη) και μετά από καρδιαγγειακές ή νευρολογικές ασθένειες όπως ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο του Πάρκινσον, και πολλαπλή σκλήρυνση. Καταθλιπτικά επεισόδια που ακολουθούν μια καρδιακή νόσο όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να επιφέρουν περαιτέρω καρδιακές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου. Υπάρχει μια δεύτερη εποχή αύξησης των πιθανοτήτων να παρουσιάσει κάποιος καταθλιπτικό επεισόδιο ανάμεσα στις ηλικίες των 50 και 60. Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο πιθανόν να βιώσουν νοητικά συμπτώματα, όπως προβλήματα μνήμης και επιβράδυνση των κινήσεων. Ο όρος ψευδοάνοια χρησιμοποιείται για αυτό το σύνδρομο, λόγω της κλινικής ομοιότητας του με την άνοια.

Η διάγνωση στα παιδιά ή τους εφήβους μπορεί να καθυστερήσει ή να μην τεθεί καθώς τα συμπτώματα αποκλείονται ως φυσιολογική παιδική συμπεριφορά. Η διάθεσή τους μπορεί να περιλαμβάνει κυρίως ευερεθιστότητα αντί για κατάθλιψη. Τα παιδιά μπορεί να βιώσουν διαφορετικά συμπτώματα ανάλογα με την ηλικία και την περίσταση, τα περισσότερα θα παρουσιάσουν έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο και θα παρατηρηθεί μείωση στην σχολική τους επίδοση. Αυτά που είναι μεγαλύτερα από 12 χρονών μπορεί επίσης να ξεκινήσουν την χρήση ναρκωτικών ή την χρήση αλκοόλ, ή μπορεί να παρουσιάσουν διασπαστική συμπεριφορά. Οι σκέψεις ή οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι σπάνιες στα παιδιά με μείζονα κατάθλιψη κάτω των 12 χρονών.^{39,40}

4. Εργασιακό άγχος

4.1 Ορισμός

Το επαγγελματικό άγχος είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία. Το επαγγελματικό άγχος προκαλεί κυρίως έμμεσες συνέπειες: όπως αλκοολισμό, ψυχικές ασθένειες, συχνές απουσίες, αργοπορημένες αφίξεις και πρόωρες αναχωρήσεις, αδικαιολόγητα λάθη, οικογενειακά προβλήματα, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης κ.τ.λ.. Μερικά επαγγέλματα από την φύση τους τείνουν να είναι περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Τα επαγγέλματα τα οποία αφορούν παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους, όπου αναπτύσσεται κάποιου είδους ανθρώπινη σχέση ανάμεσα στον επαγγελματία και στον εξυπηρετούμενο, καθώς και επαγγέλματα που αφορούν στην άμεση λήψη αποφάσεων που έχουν σαν αποτέλεσμα σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες, αποτελούν ιδιαίτερα αγχογόνα επαγγέλματα.⁴¹

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

➤ Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του 1970.

➤ Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η περίπτωση των νοσηλευτών αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν τον χώρο εργασίας των περισσότερων νοσηλευτών, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας.^{42,43}

➤ Η Νοσηλευτική είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από αυτό το επώδυνο σύνδρομο με μεγάλες συνέπειες για τον εργαζόμενο, τον οργανισμό και την ποιότητα της φροντίδας.

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

➤ Η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων του νοσηλευτικού προσωπικού, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, όταν η άσκηση της Νοσηλευτικής πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που ενισχύει αυτή τη δυνατότητα.

➤ Τα αποτελέσματα μελετών έδειξαν ότι οι πιο συχνές αιτίες που αναφέρονται είναι ο φόρτος εργασίας, η συναισθηματική εργασία, η οργανωτική και η διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων, ο μειωμένος έλεγχος και η περιορισμένη αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας.

Επιπλέον, ως αιτίες αναφέρονται οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού, το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, η κακή ηγεσία, οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας, και βέβαια η χαμηλή αμοιβή και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου.

Σημαντικό μειονέκτημα των μελετών που έχουν διερευνήσει το πρόβλημα της ΕΕ στη Νοσηλευτική αποτελεί το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους περιορίζονται στην καταγραφή, την περιγραφή και την ανάλυση του φαινομένου ενώ αναφέρονται ελάχιστα στην αντιμετώπιση του συνδρόμου.⁴³

4.2 Παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση του άγχους στους νοσηλευτές

Η στρεσογόνα φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι ευρέως αποδεκτή και ερευνητικά τεκμηριωμένη. Το στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές αναζητήσεις, τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει τον ψυχικό τους κόσμο. Επιπλέον, το περιβάλλον εργασίας, όπου δραστηριοποιούνται οι νοσηλευτές δημιουργεί ένταση, η οποία επιδρά σε σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά επίπεδα. Ο φόρτος εργασίας, η ψυχοσυναισθηματική πορεία του ασθενούς, η έλλειψη πόρων, η χρήση νέας σύνθετης τεχνολογίας και οι περιορισμένες προοπτικές εξέλιξης, ενοχοποιούνται ως επιβαρυντικοί παράγοντες για τη δημιουργία στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας υποδαυλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και έχει άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους. Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού όχι μόνο με ασθενείς αλλά και με άτομα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος των ασθενών, δημιουργεί σ' αυτό συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης, ιδιαίτερα όταν οι λύσεις στα προβλήματα των ασθενών δεν είναι πάντα ορατές, προβλέψιμες και εύκολες, με αποτέλεσμα η κατάσταση να γίνεται όλο και πιο περίπλοκη, απογοητευτική.

Σε δύο μεγάλες κατηγορίες μπορούν να ενταχθούν οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση του άγχους στην εργασία, φυσικοί και ψυχοκοινωνικοί. Στους φυσικούς ανήκουν οι κακές περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας, η εργασία σε βάρδιες, η πολύωρη εργασία, η εργασία υπό χρονικές πιέσεις, η μη ευέλικτη εργασία. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν οι οικογενειακές δυσκολίες ,οι ψυχικές – σωματικές ασθένειες ,ο εθισμός από ουσίες, τα οικονομικά προβλήματα και το αίσθημα της απομόνωσης.⁴³

4.3 Συμπτώματα εργασιακού άγχους

Επαγγελματική εξουθένωση

Η ετυμολογία του συνδρόμου " Burn out " στην αγγλική γλώσσα καταγράφεται ως: «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των έσω μέχρι του σημείου της απανθράκωσης». Η πρώτη αναφορά της περιγραφής του συνδρόμου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» έγινε το 1974 από τον Freudenberger, ο οποίος κατέγραψε τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης όχι μόνο σε επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας αλλά και σε άλλες ειδικότητες, στις οποίες κατά την άσκηση του επαγγέλματος αναπτύσσονται διαπροσωπικές σχέσεις αλληλεπίδρασης και εξάρτησης με άλλα άτομα.

Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson, η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση (depersonalization) και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (reduced feeling of personal accomplishment) αποτελούν τις τρεις συνιστώσες που δημιουργούν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ως αποτέλεσμα των τριών αυτών παραγόντων δηλ. της συναισθηματικής φόρτισης, των αρνητικών συναισθημάτων και του μειωμένου αισθήματος προσωπικών επιτευγμάτων, ο εργαζόμενος αναπτύσσει λανθασμένη επικοινωνία σε κάθε επίπεδο, ατομικό, κοινωνικό, επαγγελματικό τόσο με τον ασθενή, τους συγγενείς όσο και με τους υπόλοιπους συναδέλφους.

Σύμφωνα με το μοντέλο των Edelwich & Brodsky, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει ο εργαζόμενος, χαρακτηρίζεται από τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, διακατέχεται από ενθουσιασμό για το επάγγελμα που επέλεξε και θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκίες, οι οποίες όταν διαψεύδονται σηματοδοτούν την έναρξη του δεύτερου σταδίου «της αμφιβολίας και της αδράνειας», κατά το οποίο ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται. Η μη ικανοποίηση από την εργασία, τον ωθεί στο στάδιο «της απογοήτευσης και της ματαίωσης».

Σύμφωνα με το μοντέλο του C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται επίσης από τρία στάδια. Το στάδιο του «εργασιακού στρες», το οποίο δημιουργείται όταν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων δεν μπορούν να υλοποιηθούν λόγω έλλειψης πόρων. Ακολουθεί το στάδιο της «εξάντλησης» κατά το οποίο ο εργαζόμενος είναι υπό συνεχές στρες και έλλειψη ενδιαφέροντος και σταδιακά οδηγείται στο στάδιο «αμυντικής

κατάληξης», όπου ο κυνισμός και η απάθεια αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα.

Συχνότερα πλήττονται ,το νοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ογκολογικά, ψυχιατρικά, χειρουργικά και παθολογικά τμήματα, χωρίς όμως να αποκλείονται και οι νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων.

Είναι ανάγκη να τονιστεί ότι, ο χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με κακή πρόγνωση ή με ιδιαίτερες συναισθηματικές απαιτήσεις, σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, και το άγχος του θανάτου αποτελούν επιπλέον αίτια της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής, και οι διοικητικοί παράγοντες έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης. Τέλος, αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση του συνδρόμου αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα και το προσωπικό στυλ του επαγγελματία καθώς επίσης και δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση. Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες, όπως επίσης η ενεργός συμμετοχή και ο έλεγχος που ασκεί ο εργαζόμενος στην ροή των γεγονότων είναι δυνατό να επηρεάσουν την ένταση των συμπτωμάτων και τις επιπτώσεις που επιφέρει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ζωή του κάθε ατόμου.⁴¹

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας σε σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση η οποία σταδιακά επεκτείνεται σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η ανάρρωση από το επώδυνο αυτό σύνδρομο είναι δυνατή, όταν ο επαγγελματίας αποφασίζει να αλλάξει τη σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του. Η αλλαγή αυτή απαιτεί την κατανόηση των αιτίων της εξουθένωσης, την επεξεργασία πεποιθήσεων και προσδοκιών και την επιδίωξη μιας πολύπλευρης και απαιτητικής ανασυγκρότησης. Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς, βελτιώνει τη σχέση του με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους και επιδιώκει τη γνώση των αναγκών του και των ορίων του (αυτογνωσία),

καθώς και τη γνώση των αναγκών και των συναισθημάτων των άλλων (ενσυναίσθηση).⁴⁴⁻

47

4.4 Συνοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης

Υπάρχει σε πολλές περιπτώσεις συνοσηρότητα της κατάθλιψης με άλλες ψυχικές ασθένειες, ενώ αναφορές υποστηρίζουν πως το 58% των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη βιώνουν εφόρου ζωής αγχώδη συμπτώματα.

Ακόμα και ήπια συμπτώματα άγχους μπορεί να έχουν μεγάλη επίδραση στην πορεία μιας καταθλιπτικής διαταραχής και η σύμμιξη οποιουδήποτε αγχωτικού συμπτώματος με την πρωτεύουσα κατάθλιψη είναι κάτι που πρέπει να ληφθεί υπόψιν.

Η ψυχίατρος Ellen Frank σημειώνει ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς με συμπτώματα πανικού βίωναν σημαντικές καθυστερήσεις στην υποχώρηση της κατάθλιψης τους και είχαν μεγαλύτερα επίπεδα υπολειπόμενων βλαβών. Ο Robert Sapolsky επίσης υποστηρίζει ότι η σχέση του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης μπορεί να μετρηθεί και να εκδηλωθεί βιολογικά.^{39,53}

5. Δομή ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων

5.1 Ιστορία των ιδρυμάτων χρονίως πασχόντων στην Ελλάδα

Μια ιδέα που ενέπνευσε το 1890 ομάδα Κυριών που ανήκαν στην Οργάνωση «Αδελφότητα των Θυγατέρων του Επουρανίου Βασιλέως» βρήκε μεγάλη ανταπόκριση από τους Φιλάνθρωπους της Αθηναϊκής Κοινωνίας και έγινε πράξη με την σύσταση το 1893 του Φιλανθρωπικού Σωματείου με την επωνυμία «ΑΣΥΛΟΝ ΑΝΙΑΤΩΝ».

Έτσι λοιπόν το νεοσύστατο ΑΣΥΛΟΝ ΑΝΙΑΤΩΝ αρχίζει να περιθάλπει τους ασθενείς του από ιδιωτικούς εράνους γιατί όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στον πρώτο απολογισμό του 1895-1896 «...ουδεμίαν περιουσίαν ή τακτικήν πρόσοδον κέκτηται το ημέτερον Άσυλον...» Αναφέρονται επίσης εισπράξεις από κιβώτια που είχαν τοποθετήσει σε ιερούς ναούς, όπως της Αγ. Ειρήνης, της Καπνικαρέας, του Αγίου Διονυσίου, των Αγίων Θεοδώρων και από κιβώτια σε γνωστά ξενοδοχεία όπως της Αγγλίας, Αθηνάς και Άστεως. Το 1899 αποκτά την πρώτη κληρονομική περιουσία του, που προσέφερε η Σοφία Χλωρού, περιλαμβάνει δε εκτός από χρήματα και ένα ακίνητο. Αργότερα, οι περιουσιακές του πρόσοδοι από τοκομερίδια, χρεόγραφα και τόκους από καταθέσεις μαζί με τρέχουσες χρηματικές δωρεές αποτελούσαν κάθε χρόνο πηγές εσόδων, που εξασφάλιζαν όχι μόνο ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς αλλά και σοβαρά περισεύματα. Έτσι το 1905-1906, συγκέντρωσε, μαζί με την σημαντική πρόσφορα των κοσμημάτων της συζύγου του Μάρκου Δραγούμη, το ποσό των τότε 100.000 δραχμών και αγόρασε την έπαυλη των Πατησιών, δηλαδή το χώρο που σήμερα στεγάζεται το Ίδρυμα.

Η ιστορική έπαυλη οικοδομήθηκε το 1831 από τον φιλέλληνα ναύαρχο Παλντνετ Μαλκολμ με οικοδομικά υλικά τα οποία έφερε από την Μάλτα με δύο δίτροχα κάρα, όπως λέει η ιστορία, τα πρώτα που ήλθαν στην Ελλάδα, η εργασία δε έγινε από τους αρχιτέκτονες Σταμάτιο Κλεάνθη και Εδουάρδο Σάουμπερτ. Μετά τον ναύαρχο, κατοικήθηκε από τον πρέσβη της Γαλλίας Πισκατόου, εν συνεχεία η έπαυλη αγοράστηκε από την δούκισσα της Πλακεντίας Σοφία Λεμπρέν και αργότερα από τον Πρωθυπουργό Σπυρίδωνα Τρικούπη. Κατόπιν αγοράστηκε από τον λογοτέχνη Δημήτριο Ροδοκανάκη, την οποία ενοικίαζε το ΑΣΥΛΟΝ ΑΝΙΑΤΩΝ από το 1901 και την αγόρασε τελικά το

1905 για να αποτελέσει ως τις σημερινές μέσες την ακοίμητη εστία των δραστηριοτήτων του.

Στα χρόνια που ακολούθησαν το Ίδρυμα αντιμετώπισε, βασανιστικές, κατά περιόδους, καταστάσεις καλύψεως ελλειμμάτων. Οι δύο πόλεμοι κυρίως συνετέλεσαν στη συνεχή μείωση μέχρις εξανεμίσεως των περιουσιακών χρηματικών πόρων και προσόδων του.

Και έτσι αναφέρεται στον Απολογισμό του 1951. «...Τα έτη 1943, 1944 και 1945 υπήρξαν τα μελανότερα της ιστορίας του. Η όλη κατάσταση της Ελλάδος κατά τα έτη ταύτα επέδρασε τосούτον και επι της τύχης του Ασύλου, ώστε ν' απειλήση προς στιγμήν αυτήν ταύτην την υπόστασίν του. Χάρις εις την στοργήν και ενίσχυσιν της Αθηναϊκής Κοινωνίας, ηδυνήθη ου μόνον να σταθή εις τους πόδας του αλλά από του έτους 1945 να σημειώνη διαρκή άνοδον...». Τότε αποφασίζεται και γίνεται πραγματικότητα η ανοικοδόμησις δύο μεγάλων πτερύγων στο βάθος του κήπου, που το 1953 αποκτούν ένα δεύτερο όροφο και το 1962 ένα τρίτο, έτσι ώστε διαδοχικά από 96 κρεβάτια το 1916 να φθάσει τα 425 το 1956.

Την προσπάθεια για την επέκταση των κτιριακών εγκαταστάσεών του και του εξοπλισμού του δανειοδότησε τότε το ΙΚΑ (Σύμβαση 1952) και αργότερα το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας (Σύμβαση 1958).

Το 1973 σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 756/22 Β. Διάταγμα το ΑΣΥΛΟΝ ΑΝΙΑΤΩΝ ιδρύει το Ίδρυμα με την επωνυμία ΙΔΡΥΜΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΕΩΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ, το οποίο αναλαμβάνει την συνέχιση της αποστολής του με κύριο χορηγό το Σωματείο, για την συμπλήρωση των ανεπαρκών πόρων του.

Σκοπός του Θεραπευτηρίου καθορίσθηκε:

1. Η περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις πνευματικές ή κινητικές που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.
2. Η επαγγελματική εκπαίδευση και η κοινωνική αποκατάσταση των περιθαλπομένων και άλλων ατόμων χρονίως πασχόντων.
3. Η υλοποίηση προγραμμάτων για την έρευνα, ενημέρωση, ψυχαγωγία και επαγγελματική κατάρτιση ατόμων με ειδικές ανάγκες, συγχρηματοδοτούμενων ή μη από την Ε.Ε. ή άλλους οργανισμούς.

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

4. Η παροχή υγιεινής, στέγης και διατροφής, πλήρους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπείας, Κοινωνικής βοήθειας, κατάλληλου ιματισμού και νοσοκομειακής περίθαλψης, όταν χρειάζεται, σε άτομα, από 18 ετών και πάνω, που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (κινητικές ή πνευματικές) και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ή μπορούν να εξυπηρετηθούν αλλά είναι άνω των 65 ετών και έχουν ανάγκη Ιδρυματικής προστασίας.^{54,55}

5.2 ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το έτος 1972 με το Β.Δ. 770 καθορίζονται οι προϋποθέσεις ιδρύσεως και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περιθάλψεως ηλικιωμένων ή εκ κινητικής αναπηρίας ανιάτως πασχόντων ατόμων» Εν συνεχεία το έτος 1973 Νομοθετικό διάταγμα 162. προβλέπονται τα μέτρα Προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων.

Με το Προεδρικό διάταγμα 631 /1974 καθορίζονται οι προϋποθέσεις χορηγήσεως αδειας ιδρύσεως και λειτουργίας Ιδιωτικών Οίκων Ευγηρίας και θεραπευτηρίων Χρονίως Παθήσεων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρος ενώ το 1979 με το Προεδρικό διάταγμα 692 επανακαθορίζονται οι προϋποθέσεις ιδρύσεως και λειτουργίας Ιδιωτικών επιχειρήσεων περιθάλψεως ηλικιωμένων ή εκ κινητικής αναπηρίας ανιάτως πασχόντων ατόμων .

Η κοινή αντιμετώπιση και θεώρηση από το νομοθέτη των οίκων ευγηρίας και των θεραπευτηρίων των ανιάτως πασχόντων συνεχίζεται μέχρι και το έτος 1996.

Με τις Υπουργικές αποφάσεις Π4Β / οικ 3176 και Π4β/ 4690: (1996) επανακαθορίζονται οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από Ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα αντίστοιχα. Για πρώτη φορά εισαγάγεται η ονομασία Μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων και δεν συνδέονται πλέον με τα ιδρύματα – θεραπευτήρια χρονίως πασχόντων. Έκτοτε έχουν εκδοθεί υπουργικές αποφάσεις για τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων με πιο σημαντική την 81551 του 2007.

Για τα Ιδρύματα Περιθάλψεως χρονίως Πασχόντων αναμένεται νέα νομοθεσία η οποία θα καλύψει το νομοθετικό κενό που υπάρχει όπως ρητά αναφέρεται στην υπ αρ 34642 /

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

6-8-2012 απόφαση του ΕΟΠΥΥ με θέμα : Προυποθέσεις Διαδικασίες Εισαγωγής και τρόπος πληρωμής των κλινικών και Ιδρυμάτων Χρονίων Παθήσεων.

Σήμερα στην Ελλάδα προσφέρουν υπηρεσίες στους χρονίως πάσχοντες ιδρύματα που ανήκουν στο κράτος όπως το Θεραπευτήριο χρονίως παθήσεων Ανατολικής Αττικής, το Θεραπευτήριο χρονίως παθήσεων Αττικής, το Θεραπευτήριο χρονίως παθήσεων Παίδων Κομοτηνής, το Θεραπευτήριο ψυχικών παθήσεων Χανίων. Επίσης λειτουργούν Ιδρύματα που ανήκουν και λειτουργούν με ευθύνη της Εκκλησίας και Φιλανθρωπικών σωματείων, όπως υπάρχουν και Ιδιωτικές κλινικές- γηροκομεία με πτέρυγες περίθαλψης χρονίως πασχόντων . Ο τρόπος λειτουργίας και εποπτείας αυτών των ιδρυμάτων στηρίζεται στην προαναφερθείσα νομοθεσία.

Μεταξύ των Ιδρυμάτων αυτών και των ασφαλιστικών ταμείων έχουν υπογραφεί συμβάσεις ώστε οι πρώτοι των συμβαλλομένων να παρέχουν νοσηλεία σε ασφαλισμένους ασθενείς των ταμείων με ημερήσιο κλειστό νοσήλειο . Με την ένταξη των ασφαλιστικών ταμείων στον ΕΟΠΥΥ έχει επεκταθεί η ισχύ των συμβάσεων αυτών μέχρι το τέλος του 2013. Οι συμβάσεις αυτές είναι και η κύρια πηγή χρηματοδότησης των ιδρυμάτων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης του νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων και η συσχέτιση αυτών με παράγοντες κοινωνικούς, εργασιακούς και δημογραφικούς.

2. Μεθοδολογία

2.1 Πληθυσμός μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 168 εργαζόμενοι σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων, σε αστικά και ημιαστικά κέντρα της Ελλάδος.

2.1.1 Κριτήρια ένταξης-αποκλεισμού του μελετώμενου πληθυσμού

Η επιλογή έγινε με βάση τον τομέα εργασίας και επιλέχθηκαν άτομα που παρείχαν νοσηλευτική φροντίδα όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων. Η επιλογή των ιδρυμάτων, από διάφορα μέρη της Ελλάδας, βασίστηκε σε τρεις άξονες: (α) Την δυνατότητα πρόσβασης του ερευνητή σε αυτά, ώστε να μπορεί να ακολουθηθεί η απαραίτητη μεθοδολογία – δειγματοληψία και (β) την έγκριση του πρωτοκόλλου από τη Διεύθυνση του εκάστοτε ιδρύματος (γ) την ισότιμη κατανομή ερωτηματολογίων σε αστικά και ημιαστικά κέντρα.

2.2 Συλλογή δεδομένων – Εργασία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο είχε χρησιμοποιηθεί σε προγενέστερη μελέτη⁵⁶ και αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο και τα έτη προϋπηρεσίας. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε το Personal Disturbance Scale (DSSI/sAD) , ένα ανώνυμο, κλειστό ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds, στην ελληνική έκδοση, που καταγράφει το άγχος και την κατάθλιψη. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 7 αξιολογούν τα επίπεδα άγχους και οι υπόλοιπες 7 την κατάθλιψη. Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης αξιοπιστίας άλφα του Cronbach ($\alpha=0,82$).

Συνολικά διανεμήθηκαν 256 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 168, (ποσοστό απόκρισης 65,6%).

2.3 Ηθική και δεοντολογία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια από τα Επιστημονικά Συμβούλια των ιδρυμάτων. Από όλους τους συμμετέχοντες στη μελέτη ελήφθη η πληροφορημένη συναίνεσή τους προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη πληροφορήθηκαν για το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

2.4 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι συνεχείς μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι \pm τυπικές αποκλίσεις, ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test).

Έγινε έλεγχος των προϋποθέσεων εφαρμογής παραμετρικών και μη παραμετρικών κριτηρίων. Ως προς τα παραμετρικά κριτήρια σχετικά με τις ομοιότητες - διαφορές απαντήσεων, εφαρμόστηκε το t-test, για τον έλεγχο μέσων δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent Samples t-test) αναφορικά με έτη προϋπηρεσίας και την αξιολόγηση του άγχους.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS ver. 17.0 (Statistical Package for Social Sciences).

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφική στατιστική

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 168 εργαζόμενοι εκ των οποίων το 10,7% ήταν άντρες (n=18) και το 89,3% ήταν γυναίκες (n=150). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη παρουσιάζονται στον **πίνακα 1**.

Πίνακας 1: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	Μέσος (±Τ.Α.)	% (n/N)
Φύλο		
Γυναίκες		89,3 (150/168)
Άνδρες		10,7 (18/168)
Ηλικία (έτη)		
20-30		18,5 (31/168)
31-40		35,1 (59/168)
41-50		29,2 (49/168)
51-60		15,5 (26/168)
>60		1,8 (3/168)
Προϋπηρεσία (έτη)	12,5 (±8,2)	
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμοι		56 (94/168)
Άγαμοι		22 (37/168)
Διαζευγμένοι		12,5 (21/168)
Χήροι/ες		8,3 (14/168)
Αριθμός Τέκνων		
Κανένα		26,8 (45/168)
Ένα		23,2 (39/168)
Δύο		35,1 (59/168)

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Τρία	11,3 (19/168)
> Τρία	2,4 (4/168)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Νοσηλεύτης ΔΕ	70,8 (119/168)
Νοσηλεύτης ΤΕ/ΠΕ	26,7 (45/168)
Τόπος Εργασίας	
Αθήνα	35,7 (60/168)
Θεσσαλονίκη	11,3 (19/168)
Σπάρτη	16,7 (28/168)
Υπόλοιπη Ελλάδα (Πύργος, Ελίκια Λ, Κέρκυρα, Αίγιο, Ξάνθη, Καλάβρυτα)	36,3 (61/168)

Πίνακας 2: Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης

Ερωτήσεις	Σωστό %(n)
Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα	50,6 (85)
Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο	37,5 (63)
Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου	35,1 (59)
Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω	45,2 (76)
Τώρα τελευταία ήμουν θλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί	41,7 (70)
Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξανά ξυπνήσω	10,7 (18)
Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο είχα αισθήματα πανικού	26,2 (44)
Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουνα για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε	33,3 (56)
Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου	57,1 (96)
Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό	57,7 (97)
Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα	38,1 (64)
Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι	19,6 (33)
Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση και για το πιο απλό πράγμα	28 (47)
Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώνω με τη ζωή μου	5,4 (9)

Στον **πίνακα 3** φαίνεται η κατανομή του άγχους και της κατάθλιψης του μελετώμενου πληθυσμού. Ποσοστό 28,6% (n=48) και 22,6% (n=38) , βάσει των αποτελεσμάτων παρουσιάσει σοβαρή συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα.

Πίνακας 3. Κατανομή του άγχους και της κατάθλιψης του μελετώμενου πληθυσμού.

	Άγχος		Κατάθλιψη	
	N	%	n	%
≤3	65	38,7	81	48,2
3-6	55	32,7	49	29,2
>6	48	28,6	38	22,6

≤3: ελεύθεροι συμπτωμάτων

3-6: οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία

>6: σοβαρή ψυχοπαθολογία

Στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του άγχους και της κατάθλιψης στον μελετώμενο πληθυσμό. Η μέση τιμή για το άγχος ήταν 5,17 και για την κατάθλιψη 4,04, δηλαδή οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία.

Πίνακας 4. Κατανομή του άγχους και της κατάθλιψης του μελετώμενου πληθυσμού.

	M.T.	T.A.	Minimum	Maximum
Άγχος	5,17	5,2	0	20
Κατάθλιψη	4,04	4,4	0	20

M.T.: Μέση Τιμή

T.A.: Τυπική Απόκλιση

3.2 Στατιστικές συσχετίσεις

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi-square test). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούν στην ανησυχία, τη δυσκολία του ύπνου, το αίσθημα ταχυκαρδίας, τη θλίψη, τον πανικό, την κακή διάθεση, τη δυσκολία λήψη αποφάσεων ή τον αυτοκτονικό ιδεασμό, (**Πίνακας 5**).

Πίνακας 5. Αποτελέσματα ελέγχου χ^2 (chi-square test) αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση και τους παράγοντες εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης.

	Οικογενειακή κατάσταση				p	
	Έγγαμος %	Άγαμος %	Χήρος %	Διαζευγμένος %		
Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα	<i>Λάθος</i>	52,2	54,1	35,7	42,9	0,76
	<i>Αλήθεια</i>	47,8	45,9	64,3	57,1	
Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο	<i>Λάθος</i>	60,6	67,6	57,1	66,7	0,90
	<i>Αλήθεια</i>	39,4	32,4	42,9	33,3	
Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου	<i>Λάθος</i>	61,7	70,3	64,3	71,4	0,83
	<i>Αλήθεια</i>	38,3	29,7	35,7	28,6	
Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω	<i>Λάθος</i>	55,3	64,9	50	42,9	0,25
	<i>Αλήθεια</i>	44,7	35,1	50	57,1	
Τώρα τελευταία ήμουν θλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί	<i>Λάθος</i>	58,5	59,5	50	61,9	0,96
	<i>Αλήθεια</i>	41,5	40,5	50	38,1	
Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξανά ξυπνήσω	<i>Λάθος</i>	87,2	94,6	92,9	85,7	0,69
	<i>Αλήθεια</i>	12,8	5,4	7,1	14,3	
Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο είχα αισθήματα πανικού	<i>Λάθος</i>	72,3	67,6	78,6	85,7	0,51
	<i>Αλήθεια</i>	27,7	32,4	21,4	14,3	
Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουνα για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε	<i>Λάθος</i>	68,1	70,3	64,3	61,9	0,33
	<i>Αλήθεια</i>	31,9	29,7	35,7	38,1	
Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου	<i>Λάθος</i>	37,2	54,1	28,6	52,4	0,67
	<i>Αλήθεια</i>	61,7	45,9	71,4	47,6	
Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό	<i>Λάθος</i>	35,1	51,4	35,7	57,1	0,42
	<i>Αλήθεια</i>	62,8	48,6	64,3	42,9	
Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα	<i>Λάθος</i>	62,8	67,6	42,9	57,1	0,86
	<i>Αλήθεια</i>	36,2	32,4	57,1	42,9	

«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»

Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι	<i>Λάθος</i>	78,7	83,8	78,6	81	0,97
	<i>Αλήθεια</i>	20,2	16,2	21,4	19	
Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση και για το πιο απλό πράγμα	<i>Λάθος</i>	68,1	73	78,6	71,4	0,93
	<i>Αλήθεια</i>	29,8	27	21,4	28,6	
Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώνω με τη ζωή μου	<i>Λάθος</i>	91,5	94,6	100	95,2	0,94
	<i>Αλήθεια</i>	6,4	5,4	0	4,8	

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων στην μελέτη δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούν στην ανησυχία, τη δυσκολία του ύπνου, το αίσθημα ταχυκαρδίας, τη θλίψη, τον πανικό, την κακή διάθεση, τη δυσκολία λήψη αποφάσεων ή τον αυτοκτονικό ιδεασμό, (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Αποτελέσματα ελέγχου χ^2 (chi-square test) αναφορικά με την ηλικία και τους παράγοντες εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης.

		<i>Ηλικιακή ομάδα</i>					P
		20-30	31-40	41-50	51-60	>60	
		%	%	%	%	%	
Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα	<i>Λάθος</i>	64,5	40,7	55,1	42,3	33,3	0,19
	<i>Αλήθεια</i>	35,5	59,3	44,9	57,7	66,7	
Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο	<i>Λάθος</i>	77,4	64,4	61,2	46,2	33,3	0,13
	<i>Αλήθεια</i>	22,6	35,6	38,8	53,8	66,7	
Τώρα τελευταία μου κόβεται η ανάσα ή χτυπάει δυνατά η καρδιά μου	<i>Λάθος</i>	61,3	62,7	67,3	69,2	66,7	0,95
	<i>Αλήθεια</i>	38,7	37,3	32,7	30,8	33,3	
Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω	<i>Λάθος</i>	71	54,2	51	46,2	33,3	0,25
	<i>Αλήθεια</i>	29	45,8	49	53,8	66,7	
Τώρα τελευταία ήμουν θλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί	<i>Λάθος</i>	61,3	64,4	57,1	46,2	33,3	0,49
	<i>Αλήθεια</i>	38,7	35,6	42,9	53,8	66,7	
Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξανά ξυπνήσω	<i>Λάθος</i>	96,8	89,8	85,7	88,5	66,7	0,39
	<i>Αλήθεια</i>	3,2	10,2	14,3	11,5	33,3	
Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο είχα αισθήματα πανικού	<i>Λάθος</i>	83,9	71,2	75,5	69,2	33,3	0,31
	<i>Αλήθεια</i>	16,1	28,8	24,5	30,8	66,7	
Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουνα για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε	<i>Λάθος</i>	77,4	67,8	59,2	65,4	66,7	0,57
	<i>Αλήθεια</i>	22,6	32,2	40,8	34,6	33,3	
Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου	<i>Λάθος</i>	51,6	47,5	32,7	38,5	33,3	0,64
	<i>Αλήθεια</i>	48,4	52,5	65,3	61,5	66,7	
Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό	<i>Λάθος</i>	38,7	40,7	42,9	46,2	0	0,47
	<i>Αλήθεια</i>	61,3	59,3	53,1	53,8	100	
Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα	<i>Λάθος</i>	77,4	64,4	57,1	46,2	33,3	0,27
	<i>Αλήθεια</i>	22,6	35,6	40,8	53,8	66,7	

«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»

Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι	<i>Λάθος</i>	90,3	81,4	75,5	73,1	66,7	0,64
	<i>Αλήθεια</i>	9,7	18,6	22,4	26,9	33,3	
Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω απόφαση και για το πιο απλό πράγμα	<i>Λάθος</i>	83,9	67,8	67,3	73,1	33,3	0,63
	<i>Αλήθεια</i>	16,1	30,5	30,6	26,9	66,7	
Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώνω με τη ζωή μου	<i>Λάθος</i>	100	94,9	87,8	96,2	66,7	0,23
	<i>Αλήθεια</i>	0	3,4	10,2	3,8	33,3	

Για τις ανάγκες ανάλυσης των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τα χρόνια προϋπηρεσίας και την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t-test.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φαίνεται οι εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας στα ιδρύματα χρονίων πασχόντων να διακατέχονται από περισσότερο άγχος και σημεία κατάθλιψης.

Στον **πίνακα 7** παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των σταθερών μεταβλητών και των ετών προϋπηρεσίας με στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 7. Συσχετίσεις μεταξύ των σταθερών μεταβλητών και των ετών προϋπηρεσίας

Μεταβλητές	Έτη Προϋπηρεσίας (Μ.Τ.±Τ.Α.)	p
Τελευταία είμαι τόσο δυστυχισμένος που έχω δυσκολίες με τον ύπνο μου		
Σωστό	15,2±7,8	0,001
Λάθος	10,9±8,2	
Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω		
Σωστό	14,7±8,2	0,002
Λάθος	10,7±92	
Τώρα τελευταία ήμουν θλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί		
Σωστό	14,1±8,1	0,036
Λάθος	11,4±8,1	
Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξανά ξυπνήσω		
Σωστό	17,2±8,1	0,017
Λάθος	12,0±8,1	
Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου		
Σωστό	13,6±8,4	0,038
Λάθος	11,0±7,8	
Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπο τη νύχτα		
Σωστό	15,3±8,2	0,001
Λάθος	10,8±7,8	
Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι		
Σωστό	15,7±7,5	0,010
Λάθος	11,7±8,2	
<i>Μ.Τ.: Μέση Τιμή</i>		
<i>Τ.Α.: Τυπική Απόκλιση</i>		

«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»

Οι εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας εμφανίζουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη σε σχέση με τους νεότερους σε προϋπηρεσία νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, εμφανίζονται συχνότερα διαταραχές στον ύπνο, αίσθημα θλίψης, έντασης και αδιαφορίας για το μέλλον.

Αναφορικά με τον τόπο εργασίας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις ερωτήσεις που αφορούν το άγχος και την κατάθλιψη, (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Αποτελέσματα ελέγχου χ^2 (chi-square test) αναφορικά με τον τόπο εργασίας και την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης.

	<i>Τόπος εργασίας</i>		
	Πόλη n(%)	Επαρχία n(%)	p
Άγχος			
Ελεύθεροι συμπτωμάτων	35(53,8)	30(46,2)	
Οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία	19(34,5)	36(65,5)	0,090
Σοβαρή ψυχοπαθολογία	24(50)	24(50)	
Κατάθλιψη			
Ελεύθεροι συμπτωμάτων	38(46,9)	43(53,1)	
Οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία	21(42,9)	28(57,1)	0,797
Σοβαρή ψυχοπαθολογία	19(50)	19(50)	

Στον **πίνακα 9** φαίνεται η κατανομή του μελετώμενου πληθυσμού κατά φύλο σε σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη.

Πίνακας 9. Κατανομή του μελετώμενου πληθυσμού κατά φύλο σε σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη.

Μεταβλητή	Άνδρες	Γυναίκες	p
	M.T.±T.A.(n)	M.T.±T.A.(n)	
Άγχος	3,06±3,13 (18)	5,43±5,35 (150)	0,06
Κατάθλιψη	2,39±2,72 (18)	4,24±4,57 (150)	0,09

M.T.: Μέση Τιμή
T.A.: Τυπική Απόκλιση

Στον **πίνακα 10** φαίνεται η κατανομή του πληθυσμού με την κλίμακα της κατάθλιψης σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 10. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την κλίμακα κατάθλιψης και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά			
	≤ 3 <i>ελεύθεροι συμπτώματων</i>	3-6 <i>οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία</i>	>6 <i>σοβαρή ψυχοπαθολογία</i>
Φύλο % (n)			
Ανδρες	61,1 (11)	27,8 (5)	10,7 (18)
Γυναίκες	46,7 (70)	29,3 (44)	24 (36)
Τόπος Κατοικίας % (n)			
Αστικό Κέντρο	48,7 (38)	26,9 (21)	24,4 (19)
Επαρχία	47,8 (43)	31,1 (28)	21,1 (19)
Ηλικία % (n)			
20-30 ετών	51,6 (16)	35,5 (11)	12,9 (4)
31-40 ετών	55,9 (33)	20,3 (12)	23,7 (14)
41-50 ετών	44,9 (22)	28,6 (14)	26,5 (13)
51-60 ετών	34,6 (9)	42,3 (11)	23,1 (6)
>60 ετών	33,3 (1)	33,3 (1)	33,3 (1)
Οικογενειακή Κατάσταση % (n)			
Έγγαμος	47,9 (45)	26,6 (25)	25,5 (24)
Άγαμος	59,5 (22)	21,6 (8)	18,9 (7)
Διαζευγμένος	42,9 (9)	42,9 (9)	14,3 (3)
Χήρος	35,7 (5)	42,9 (6)	21,4 (3)
Επίπεδο εκπαίδευσης % (n)			
Νοσηλεύτης ΔΕ	46,2 (55)	28,6 (34)	25,2 (30)
Νοσηλεύτης ΤΕ/ΠΕ	53,3 (24)	31,1 (14)	15,6 (7)
Έτη προϋπηρεσίας Μ.Τ.±Τ.Α.(n)	10,5±7,5 (81)	14,5±9,3 (49)	14,3±7,3 (38)

Μ.Τ.: Μέση Τιμή

Τ.Α.: Τυπική Απόκλιση

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η κατανομή του μελετώμενου πληθυσμού όσον αφορά στο άγχος και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 11. Κατανομή πληθυσμού σύμφωνα με την κλίμακα άγχους και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά			
	≤ 3 <i>ελεύθεροι συμπτώματων</i>	3-6 <i>οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία</i>	>6 <i>σοβαρή ψυχοπαθολογία</i>
Φύλο % (n)			
Ανδρες	50 (9)	33,3 (6)	16,7 (3)
Γυναίκες	37,3 (56)	32,7 (49)	30 (45)
Τόπος Κατοικίας % (n)			
Αστικό Κέντρο	44,9 (35)	24,4 (19)	30,8 (24)
Επαρχία	33,3 (30)	40 (36)	26,7 (24)
Ηλικία % (n)			
20-30 ετών	48,4 (15)	32,3 (10)	19,4 (6)
31-40 ετών	42,4 (25)	28,8 (17)	28,8 (17)
41-50 ετών	32,7 (16)	38,8 (19)	28,6 (14)
51-60 ετών	30,8 (8)	34,6 (9)	34,6 (9)
>60 ετών	33,3 (1)	0 (0)	66,7 (2)
Οικογενειακή Κατάσταση % (n)			
Έγγαμος	41,5 (39)	26,6 (25)	31,9 (30)
Άγαμος	48,6 (18)	27 (10)	24,3 (9)
Διαζευγμένος	28,6 (6)	52,4 (11)	19 (4)
Χήρος	14,3 (2)	50 (7)	35,7 (5)
Επίπεδο εκπαίδευσης % (n)			
Νοσηλευτής ΔΕ	31,9 (38)	35,3 (42)	32,8 (39)
Νοσηλευτής ΤΕ/ΠΕ	57,8 (26)	24,4 (11)	17,8 (8)
Έτη προϋπηρεσίας Μ.Τ.±Τ.Α.(n)	10,5±7,3 (65)	12,8±9,2 (55)	14,9±7,7 (48)

Μ.Τ.: Μέση Τιμή

Τ.Α.: Τυπική Απόκλιση

4. Συζήτηση

Σχολιάζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, παρατηρήθηκε ότι από τους παράγοντες που διερευνήθηκαν ο πιο σημαντικός για την αξιολόγηση του εργασιακού άγχους και της κατάθλιψης ήταν τα έτη προϋπηρεσίας των νοσηλευτών. Αναφορικά με την επίδραση των παραγόντων της οικογενειακής κατάστασης και της ηλικίας δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με περισσότερα έτη προϋπηρεσίας εμφανίζουν περισσότερο συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους νεότερους σε προϋπηρεσία νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές στον ύπνο, αίσθημα θλίψης, έντασης και αδιαφορίας για το μέλλον. Μια εξήγηση για το παραπάνω εύρημα είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας έχουν εξουθενωθεί από την εργασία, λόγω του φόρτου εργασίας, της ασάφειας των ρόλων καθώς και των διαπροσωπικών σχέσεων και αδυνατούν να παρέχουν φροντίδα υπό αυτές τις συνθήκες. Επιπρόσθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό με περισσότερη εμπειρία έχει επενδύσει συναισθηματικά στην επαφή με τους άλλους και λόγω των ετών προϋπηρεσίας τα συναισθηματικά αποθέματα διαρκώς μειώνονται. Το χρόνιο συναισθηματικό και διαπροσωπικό άγχος στο χώρο εργασίας ευνοεί την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με αποτέλεσμα την αποπροσωποποίηση των νοσηλευτών απέναντι στον χρονίως πάσχοντα, μια ιδιαίτερα ευαίσθητη κοινωνική ομάδα. Επιπλέον, παράγοντες που επηρεάζουν τους νοσηλευτές με πολλά έτη προϋπηρεσίας είναι το κυκλικό ωράριο, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και οι χαμηλές οικονομικές απολαβές. Λόγω σημαντικών ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας εξακολουθούν να βρίσκονται στο σύστημα των βαρδιών με αποτέλεσμα να υφίστανται σημαντικές επιπτώσεις στον ύπνο, ο οποίος μειώνεται σημαντικά, αλλάζει η ποιότητά του και υπάρχει δυσκολία αναπλήρωσης αυτού κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μακροπρόθεσμα, οι διαταραχές αυτές οδηγούν σε μόνιμες και σοβαρές επιπλοκές από το νευρικό σύστημα όπως είναι η χρόνια κόπωση που καταλήγει σε αισθήματα άγχους και κατάθλιψης.

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Αναφορικά με την επίδραση τους παράγοντες της οικογενειακής κατάστασης και της ηλικίας δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Υπάρχουν αρκετές διεθνείς μελέτες⁵⁷⁻⁶⁰ που τονίζουν ότι το εργασιακό άγχος συμβάλλει στην εμφάνιση διαταραχών όσον αφορά στη διάθεση και στον ψυχισμό των νοσηλευτών που εργάζονται όχι μόνο στο χώρο του νοσοκομείου αλλά και σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων. Σύμφωνα με τον McVicar⁶¹ η αντίληψη για το άγχος είναι άκρως υποκειμενική και ο κάθε νοσηλευτής αντιλαμβάνεται διαφορετικά το άγχος στο χώρο εργασίας του. Σκοπός της μελέτης του ήταν διερευνήσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας τους και να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των πρωτοβουλιών που λαμβάνουν οι νοσηλευτές για μείωση ή εξάλειψη των αγχογόνων παραγόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική και συναισθηματική σύγκρουση ήταν οι κύριες πηγές άγχους ιδίως για τους νοσηλευτές που είχαν μεγαλύτερη προϋπηρεσία. Η έλλειψη της ηθικής ανταμοιβής καθώς και το ωράριο εργασίας αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόκλησης άγχους στους νοσηλευτές. Συμπερασματικά, καταλήγει ότι τα οργανωτικά μέτρα παρέμβασης πρέπει να επικεντρωθούν περισσότερο στην πρόληψη του άγχους.

Ανάλογη μελέτη των Karanikola και Kaite⁶² είχε σκοπό να διερευνήσει μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης και τη σχέση του με το άγχος και την κατάθλιψη. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 225 νοσηλευτές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα εντοπίστηκαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Οι άνδρες φαίνεται να ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με τις οργανωτικές πολιτικές που εφαρμόζονταν στο χώρο εργασίας από ότι οι γυναίκες. Η εργασιακή εμπειρία δεν φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχιατρικές κλινικές παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης όσον αφορά τις οργανωτικές πολιτικές που εφαρμόζονταν στο χώρο εργασίας σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν στην κοινότητα (κέντρα αποκατάστασης ψυχικά πασχόντων, ιδρύματα απεξάρτησης). Επιπλέον, οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήματα επειγόντων ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήματα αποκατάστασης.

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Φάνηκε από την παραπάνω μελέτη ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών σχετίζεται άμεσα με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Το κατάλληλο περιβάλλον εργασίας είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων αντιλαμβάνονται περισσότερο το άγχος από τους νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα. Η επαγγελματική αυτονομία και τα κίνητρα για αποδοτικότερη εργασία βρίσκονται σε χαμηλότερα επίπεδα όταν οι νοσηλευτές εργάζονται σε ιδρύματα αποκατάστασης. Τα παραπάνω αναφέρονται στη μελέτη των Farmaka και συν.,⁶³ που σκοπό είχε να διερευνήσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας για τις συνθήκες εργασίας και κατά πόσο αυτές επηρεάζουν την καθημερινή πρακτική. Επιπλέον οι συγγραφείς ήθελαν να διερευνήσουν τις διαφορές στις αντιλήψεις μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδρύματα αποκατάστασης με εκείνους που ασκούν τη νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα. Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 248 νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα. Η πλειοψηφία εργάζονταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και οι υπόλοιποι στην κοινότητα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχιατρικά ιδρύματα αντιλαμβάνονταν το επαγγελματικό άγχος περισσότερο από τους νοσηλευτές που εργάζονταν στην κοινότητα. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες όσον αφορά στα κίνητρα εργασίας και στην αυτονομία. Συμπερασματικά, οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω οι λόγοι για τις παραπάνω διαφορές που προκύπτουν και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις ικανότητες των νοσηλευτών σχετικά με την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τους Rose και Glass,⁶⁴ η ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας στην καθημερινή πρακτική είναι στενά συνδεδεμένη με την συναισθηματική και ψυχική ευεξία των νοσηλευτών.

Οι Mark και Smith,⁶⁵ προσπάθησαν να διερευνήσουν του παράγοντες που πιστεύουν ότι σχετίζονται με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που εμφανίζονται στους νοσηλευτές.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 870 νοσηλευτές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι συνεχώς αυξημένες απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος, οι συνεχείς προσπάθειες για βελτίωση των νοσηλευτών και η περιορισμένη ηθική

ανταμοιβή είναι παράγοντες που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Στα συμπεράσματα της η μελέτη, καταλήγει ότι κρίνεται απαραίτητη η εντόπιση των παραγόντων που οδηγούν στο άγχος και την κατάθλιψη και η ανάπτυξη αποτελεσματικών οργανωτικών παρεμβάσεων τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τους φορείς υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση και τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης. Σε μελέτη του Saunjo⁶⁶ διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του εργασιακού άγχους, του συναισθηματικού φόρτου και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ νοσηλευτών με απώτερο στόχο να προτείνουν μεθόδους για τη διαχείριση του άγχους και τη μείωσή του. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 441 νοσηλευτές που εργάζονταν σε πέντε γενικά νοσοκομεία. Ποσοστό 38% των νοσηλευτών βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα και κυρίως οι άγαμοι νοσηλευτές βιώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Τονίζεται ιδιαίτερα ότι η οικογενειακή κατάσταση, η εργασιακή ανασφάλεια και η έλλειψη ανταμοιβής είναι παράγοντες που σχετίζονται με τα συμπτώματα εργασιακού άγχους και κατάθλιψης. Βάσει των αποτελεσμάτων της παραπάνω μελέτης προτείνεται μεταξύ άλλων και η δημιουργία προγραμμάτων που θα βοηθήσουν στη μείωση του εργασιακού άγχους και των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Στη συγκεκριμένη ενέργεια μπορούν να βοηθήσουν οι εργασιακοί φορείς στο να οργανώσουν τέτοια προγράμματα.

Η μελέτη των Atindanbila και συν,⁶⁷ είχε σκοπό να διερευνήσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους νοσηλευτές σε σχέση με τους δημογραφικούς παράγοντες όπως ηλικία, φύλο κτλ. Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 57 νοσηλευτές. Σημαντικός παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει την συναισθηματική κατάσταση των ερωτηθέντων καθώς και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ήταν η ηλικία των ερωτηθέντων, σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους υπολοίπους. Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό είναι ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εμφανίζουν σωματική καταπόνηση λόγω της φύσης του επαγγέλματος και κατά συνέπεια και ψυχική και συναισθηματική εξάντληση. Για το λόγο αυτό συστήνεται να εξετάζονται οι νοσηλευτές και να αξιολογούνται με την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης ώστε αν είναι ευάλωτοι να μην δουλεύουν σε συγκεκριμένα τμήματα.

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει η πεποίθηση ότι το εργασιακό άγχος και τα συμπτώματα κατάθλιψης έχουν αρνητικές ενέργειες τόσο για την υγεία όσο και την ασφάλεια των εργαζομένων. Υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον που ευνοούν την ανάπτυξη καταστάσεων άγχους ή κατάθλιψης όπως είναι ο φόρτος εργασίας και οι διαπροσωπικές σχέσεις των νοσηλευτών. Πηγές άγχους μπορεί να είναι η επαφή με το θάνατο, σύγκρουση με τους ιατρούς, η ανεπαρκής προετοιμασία για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, η έλλειψη προσωπικού, σύγκρουση με τους συναδέλφους, ο φόρτος εργασίας.⁶⁸

Οι Sveinsdóttir και συν.,⁶⁹ σε μελέτη τους αναφέρουν ότι το εργασιακό άγχος μειώνει την ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην μείωση του εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται στο περιβάλλον του νοσοκομείου ή εκτός. Το σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού ήταν 206 νοσηλευτές, 35% εργάζονταν έξω από το χώρο του νοσοκομείου και 65% εντός. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, οι συνθήκες εργασίας, το εργασιακό άγχος, ο φόρτος εργασίας και η ικανοποίηση από την εργασία. Τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης είναι πιο εμφανή στους νοσηλευτές που εργάζονται μέσα στο χώρο του νοσοκομείου από εκείνους που εργάζονται εκτός. Τα ευρήματα αυτά έχουν μπορεί να καθοδηγήσουν τους αρμόδιους φορείς ώστε να βρουν λύσεις και να προτείνουν μέτρα για την αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων.

Αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει ότι το έργο των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας είναι εξαιρετικά δύσκολο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτών των μελετών ο κυριότερος παράγοντας εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους ήταν η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού γεγονός που οδηγεί σε αυξημένο φόρτο εργασίας.⁷⁰

Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών δεδομένου ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για: την επαγγελματική εξουθένωση, τη σύγκρουση ρόλων και τη εμφάνιση δυσαρέσκειας από την εργασία. Μελέτη του Piko⁷¹ που πραγματοποιήθηκε σε 450 επαγγελματίες υγείας ανάμεσα στους οποίους το 55,7% ήταν νοσηλευτές, θέλησε να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ διαφόρων παραγόντων και της επαγγελματικής εξουθένωσης, τη σύγκρουση

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

ρόλων και των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Η σύγκρουση ρόλων ήταν ένας παράγοντας που αποδείχθηκε σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη ότι συμβάλλει στην συναισθηματική εξάντληση. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογραμμίζουν τη σημασία του κατάλληλου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος της εργασίας.

Υπάρχουν μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διαχείρισης του άγχους στο χώρο εργασίας και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας για να διαχειριστούν οι νοσηλευτές το άγχος τους στο χώρο εργασίας είναι η προσωπική τους προσπάθεια σε συνδυασμό με τις παρεμβάσεις των εργοδοτών.^{72,73,74}

Για τη διασφάλιση ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος βασικός στόχος είναι η πρόληψη του των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προτείνονται τα εξής:

- Στελέχωση των φορέων υγείας με εξειδικευμένο προσωπικό για την Υγιεινή και Ασφάλεια της εργασίας, με ιατρό και νοσηλευτή εργασίας
- Διεξαγωγή περαιτέρω μελετών για την εντόπιση και εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης εργασιακού στρες
- Πρόληψη του εργασιακού στρες κυρίως μέσω των μέτρων που λαμβάνει η διοίκηση του εκάστοτε φορέα (προσαρμογή των καθηκόντων στο άτομο, ειδική εκπαίδευση και ενημέρωση των νοσηλευτών, προγράμματα μετακίνησης των νοσηλευτών ώστε να εργάζονται ανάλογα με τις δυνατότητές τους, διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας)
- Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης

5. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά από την παρούσα μελέτη προέκυψε ότι οι εργαζόμενοι στα ιδρύματα χρονίως πασχόντων όσο περισσότερα έτη προϋπηρεσίας έχουν διακατέχονται πιο πολύ από έντονα σημεία άγχους και κατάθλιψης. Το γεγονός αυτό επηρεάζει κατά πολύ την ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

Κρίνεται, λοιπόν, απαραίτητο να αναγνωριστεί από τους αρμόδιους φορείς η ανάγκη για αναγνώριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων και για λήψη των απαραίτητων μέτρων ώστε να προλαμβάνονται οι στρεσογόνες καταστάσεις στο χώρο εργασίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των ιδρυμάτων αλλά και των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού ρυθμίζοντας κατάλληλα τόσο το ωράριο εργασίας όσο και την επιλογή τμημάτων εργασίας (συχνές αλλαγές τμήματος εργασίας).

6. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με το εργασιακό άγχος και την κατάθλιψη στους εργαζόμενους σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων. Ωστόσο, χαρακτηρίζεται από έναν περιορισμό: τον μικρό αριθμό του μελετώμενου πληθυσμού σε σχέση με τον αριθμό των υπό μελέτη μεταβλητών.

Υποδεικνύεται η ανάγκη για περαιτέρω μελέτη.

7. Βιβλιογραφία

1. Kikuchi Y, Nakaya M, Ikeda M, Narita K, Takeda M, Nishi M. Effort-reward imbalance and depressive state in nurses. *Occup Med (Lond)* 2010;60:231–233.
2. Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C, Puddu P. Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff: a survey in two hospitals in Rome. *G Ital Med Lav Ergon.* 2006;28:49–52.
3. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003;114:513–519.
4. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet.* 2000;355:533–537.
5. Ryan D, Quayle E. Stress in psychiatric nursing: fact or fiction? *Nurs Stand.* 1999;14(8):32-5.
6. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006;20(3):135-43.
7. Joyce B, Wallbridge H. Effects of suicidal behavior on a psychiatric unit nursing team. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2003;41(3):14-23.
8. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006;20(3):135-43.
9. Lasebikan VO, Oyetunde MO. Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors. *ISRN Nurs.* 2012;2012:402157.
10. Tuveson H, Wann-Hansson C, Eklund M. The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care. *BMC Nurs.* 2011 Jun 16;10:12.
11. Tuveson H, Eklund M, Wann-Hansson C. Perceived stress among nursing staff in psychiatric inpatient care: the influence of perceptions of the ward atmosphere

- and the psychosocial work environment. *Issues Ment Health Nurs.* 2011;32(7):441-8.
12. Rossberg JI, Friis S. Patients' and staff's perceptions of the psychiatric ward environment. *Psychiatr Serv.* 2004 Jul;55(7):798-803.
 13. On line : Available at: <http://el.wikipedia.org/wiki/Άγχος>, Date of entrance 26/02/2013
 14. On line: Available at: <http://www.webmd.com/anxiety-panic/guide/mental-health-anxiety-disorders>, Date of entrance 26/03/2013
 15. On line: Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Anxiety_disorder, Date of entrance 26/02/2013
 16. On line: Available at: http://www.syllogosperiklis.gr/ep_bima/epistimoniko_bima_12/79E94.pdf, Date of entrance 26/02/2013
 17. On line: Available at: http://psi-gr.tripod.com/anxiety_pschoanalysis_1.html, Date of entrance 26/02/2013
 18. Pizarro Obaid F. Sigmund Freud and Otto Rank: debates and confrontations about anxiety and birth. *Int J Psychoanal.* 2012;93(3):693-715.
 19. Barrera AZ, Torres LD, Munoz RF. Prevention of depression: the state of the science at the beginning of the 21st Century. *International review of psychiatry (Abingdon, England)* 2007;19(6):655–670.
 20. Bienvenu OJ, Ginsburg GS. Prevention of anxiety disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)* 2007;19(6):64–654.
 21. Waddell C, Hua JM, Garland OM, Peters RD, McEwan K. Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. *Can J Public Health.* 2007;98(3):166–173.
 22. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Estimating the effect of help-seeking on achieving recovery from alcohol dependence. *Addiction (Abingdon, England)* 2006;101(6):824–834.
 23. Yung AR, Killackey E, Hetrick SE, Parker AG, Schultze-Lutter F, Klosterkoetter J, Purcell R, McGorry PD. The prevention of schizophrenia. *International review of psychiatry (Abingdon, England)* 2007;19(6):633–646.

24. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):445-52.
25. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU. The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2001 Mar;24(1):19-39.
26. Asmaee Majid S, Seghatoleslam T, Homan H, Akhvast A, Habil H. Effect of mindfulness based stress management on reduction of generalized anxiety disorder. *Iran J Public Health*. 2012;41(10):24-8.
27. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008 May;22(4):716-21.
28. Αγχώδεις διαταραχές. Διαθέσιμο από <http://www.psychologia.gr/disorders/anxiety%20disorders.htm>. Ημερομηνία πρόσβασης 10.02.2013
29. Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 22:12-7.
30. Gorman JM, Hirschfeld RM, Ninan PT. New developments in the neurobiological basis of anxiety disorders. *Psychopharmacol Bull*. 2002 Summer;36 Suppl 2:49-67.
31. Smith J, Tran G, Thompson R. Can the theory of planned behavior help explain men's psychological help-seeking? Evidence for a mediation effect and clinical implications. *Psychology of Men and Masculinity*. 2008;9(3):179-192.
32. Goodwin R, Andersen RM. Use of the Behavioral Model of Health Care Use to identify correlates of use of treatment for panic attacks in the community. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002;37(5):212-219.
33. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002 Feb;1(1):16-20.
34. Rüsç N, Corrigan PW, Todd AR, Bodenhausen GV. Implicit self-stigma in people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*. 2010 Feb;198(2):150-3.
35. Rüsç N, Corrigan PW, Powell K, Rajah A, Olschewski M, Wilkniss S, Batia K. A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophr Res*. 2009 May;110(1-3):65-71.

36. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW. The stigma of mental illness: concepts, forms, and consequences. *Psychiatr Prax.* 2005 Jul;32(5):221-32.
37. On line: Available at: <http://www.who.int/topics/depression/en/>, Date of entrance 26/02/2013
38. On line: Available at: http://el.wikipedia.org/wiki/Μείζων_καταθλιπτική_διαταραχή, Date of entrance 26/02/2013
39. Rachel Murray. Managing your stress. Available from: A guide for nurses. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78515/001484.pdf, Date of access 10.02.2013
40. Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn out syndrome). *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2007;2(1):1-7.
41. Μπαλτζή Ε, Χαρή-Παπαιωάννου Φ, Πολυκανδριώτη Μ, Γουρνή Μ, Χαραλάμπους Γ. Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών του γενικού νοσοκομείου Λάρνακας Κύπρου. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012;11(4):531-548.
42. Ευδοκία Μισουρίδου. Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2009, 48(4): 358–366
43. Missouriïdu E. Coping with Professional Burnout. *NOSILEFTIKI* 2009, 48(4): 358–366
44. Raftopoulos V, Charalambous A, Talias M. The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health.* 2012 20;12:457.
45. Pavlakis A, Raftopoulos V, Theodorou M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res.* 2010 ;10:63.
46. Al-Turki HA, Al-Turki RA, Al-Dardas HA, Al-Gazal MR, Al-Maghrabi GH, Al-Enizi NH, Ghareeb BA. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Ann Afr Med.* 2010 ;9(4):226-9.
47. Onder C, Basim N. Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses. *J Adv Nurs.* 2008 ;64(5):514-23.

48. Gosseries O, Demertzi A, Ledoux D, Bruno MA, Vanhauzenhuysse A, Thibaut A, et al. Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Inj.* 2012;26(12):1493-9.
49. de Rooij AH, Luijkx KG, Declercq AG, Emmerink PM, Schols JM. Professional caregivers' mental health problems and burnout in small-scale and traditional long term care settings for elderly people with dementia in the Netherlands and Belgium. *Am Med Dir Assoc.* 2012 Jun;13(5):486.e7-11.
50. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom.* 2000 Nov-Dec;69(6):329-34.
51. Matilde L, Marco P, Mara GA, Alberto R, Alberto R. Burnout in healthcare professionals working with patients with disorders of consciousness. *Work.* 2013 Jan 2.
52. On line: Available at: <http://www.psychiatryjournal.gr/ftplib/200805/080709192336.pdf>, Date of entrance 24/02/2013
53. On line: Available at: <http://asylonianaton.gr/η-ιστορία>, Date of entrance 24/02/2013
54. On line: Available at: http://www.tcpaa.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=53, Date of entrance 24/02/2013
55. On line: Available at: <http://www.opengov.gr/minreform/?p=576>, Date of entrance 26/02/2013
56. Kyloudis P, Georgiadis M, Rekleiti M, Giaglis G, Wozniak G, Roupa Z. Factors of appearance of depressive symptomatology and stress to mental health professionals. *Postum of Asclepius* 2011; 10(4): 530-546.
57. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *J Clin Nurs.* 2013. doi: 10.1111/jocn.12084.

*«Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης
νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων»*

58. Fiabane E, Giorgi I, Musian D, Sguazzin C, Argentero P. Occupational stress and job satisfaction of healthcare staff in rehabilitation units. *Med Lav.* 2012 ;103(6):482-92.
59. Violante S, Benso PG, Gerbaudo L, Violante B. Correlation between job satisfaction and stress factors, burn-out and psychosocial well-being among nurses working in different healthcare settings. *G Ital Med Lav Ergon.* 2009;31(1 Suppl A):A36-44.
60. Rusli BN, Edimansyah BA, Naing L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modelling approach. *BMC Public Health.* 2008;8:48. doi: 10.1186/1471-2458-8-48.
61. McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs.* 2003 Dec;44(6):633-42.
62. Karanikola MN, Kaite C. Greek-Cypriot mental health nurses' professional satisfaction and association with mild psychiatric symptoms. *Int J Ment Health Nurs.* 2012 Aug 16.
63. Farmakas A, Papastavrou E, Siskou O, Karayiannis G, Theodorou M. Challenges in mental health nursing: working in institutional or community settings? *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013 Feb 17. doi: 10.1111/jpm.12045.
64. Rose J, Glass N. Community mental health nurses speak out: the critical relationship between emotional wellbeing and satisfying professional practice. *Collegian.* 2006 Oct;13(4):27-32.
65. Mark G, Smith AP. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *Br J Health Psychol.* 2012 Sep;17(3):505-21.
66. Saunjoo L.Y, Jeong-Hee K. Job-Related Stress, Emotional Labor, and Depressive Symptoms Among Korean Nurses
67. Atindanbila SI, Abasimi E, Anim M. A Study of Work Related Depression, Anxiety and Stress of Nurses at Pantang Hospital in Ghana. *International Institute for Science, Technology & Education* 2012; 2(9): 1-8.
68. On line, Available at: <http://www.mtpinnacle.com/pdfs/Work-relatedstressinnursing.pdf> , Date of entrance 19/03/2013

69. Sveinsdóttir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006 Sep;43(7):875-89.
70. Jenkins R, Elliott P. Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs.* 2004 Dec;48(6):622-31.
71. Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2006 Mar;43(3):311-8.
72. Mimura C, Griffiths P. The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: an evidence based literature review. *Occup Environ Med.* 2003 Jan;60(1):10-5.
73. Zeng Y. Review of work-related stress in mainland Chinese nurses. *Nurs Health Sci.* 2009 Mar;11(1):90-7.
74. Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health.* 2008 Jun;34(3):169-78.

8. Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

Αριθμός ερωτηματολογίου

Φύλο	Ανδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>	
Ηλικιακή ομάδα	20-30 ετών <input type="checkbox"/>	31-40 ετών <input type="checkbox"/>	41-50 ετών <input type="checkbox"/>
	51-60 ετών <input type="checkbox"/>	>60 ετών <input type="checkbox"/>	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η <input type="checkbox"/>	Άγαμος/η <input type="checkbox"/>	
	Χήρος <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>	
Αριθμός τέκνων	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	>3 <input type="checkbox"/>	
Επάγγελμα	Νοσηλευτής <input type="checkbox"/>	Βοηθός <input type="checkbox"/>	
	ΤΕ/ΠΕ	Νοσηλευτή	
Ασφαλιστική κάλυψη	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	
Εθνικότητα		
Μορφωτικό επίπεδο	Γυμνάσιο <input type="checkbox"/>	Λύκειο <input type="checkbox"/>	ΤΕΕ/ΙΕΚ <input type="checkbox"/>
	ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/>	MSc <input type="checkbox"/>
	Phd <input type="checkbox"/>		
Πόλη εργασίας		
Τόπος μόνιμης κατοικίας		
Έτη εργασίας		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΩΝ BEDFORD & FOULDS

Τελευταία ανησυχώ για όλα τα μικροπράγματα

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί

Λάθος Αλήθεια Ανυπόφορα Πολύ Λίγο

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

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί

Λάθος Αλήθεια Λίγο Πολύ Ανυπόφορα

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

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί

Λάθος Αλήθεια Λίγο Πολύ Ανυπόφορα

Τώρα τελευταία ταλαιπωρήθηκα τόσο πολύ που δεν μπορούσα να ηρεμήσω.

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί

Λάθος Αλήθεια Ανυπόφορα Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία ήμουν αθλιμμένος χωρίς να ξέρω το γιατί.

Αν είναι αλήθεια πόσο θλιμμένος;

Λάθος Αλήθεια Πάρα πολύ Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία έπεφτα στο κρεβάτι μου χωρίς να με νοιάζει αν θα ξανα ξυπνήσω.

Αν είναι αλήθεια, πόσο σοβαρό είναι αυτό;

Λάθος Αλήθεια Πάρα πολύ Πολύ Αρκετά

Τώρα τελευταία χωρίς κανένα λόγο, είχα αισθήματα πανικού.

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί

Λάθος Αλήθεια Ανυπόφορα Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία ήμουν τόσο κακοδιάθετος που καθόμουν για ατέλειωτες ώρες χωρίς να κάνω απολύτως τίποτε.

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενοχλεί

Λάθος Αλήθεια Ανυπόφορα Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία είχα πόνο ή αίσθημα έντασης στον αυχένα ή το κεφάλι μου.

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενόχλησε

Λάθος Σωστό Ανυπόφορα Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία το μέλλον μου φαίνεται σκοτεινό.

Αν είναι αλήθεια αυτό, πόσο σκοτεινό;

Λάθος Σωστό Απολύτως Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία η ανησυχία με έχει κρατήσει άγρυπνο τη νύχτα.

Αν είναι αλήθεια αυτό με ενόχλησε

Λάθος Σωστό Ανυπόφορα Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία έχασα το ενδιαφέρον μου σχεδόν για κάθε τι.

Αν είναι αλήθεια, πόσο πολύ;

Λάθος Σωστό Τελείως Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία είχα τόσο πολύ άγχος που δεν μπορούσα να πάρω μια απόφαση και για το πιο απλό πράγμα.

Αν είναι αλήθεια πόσο πολύ άγχος είχατε;

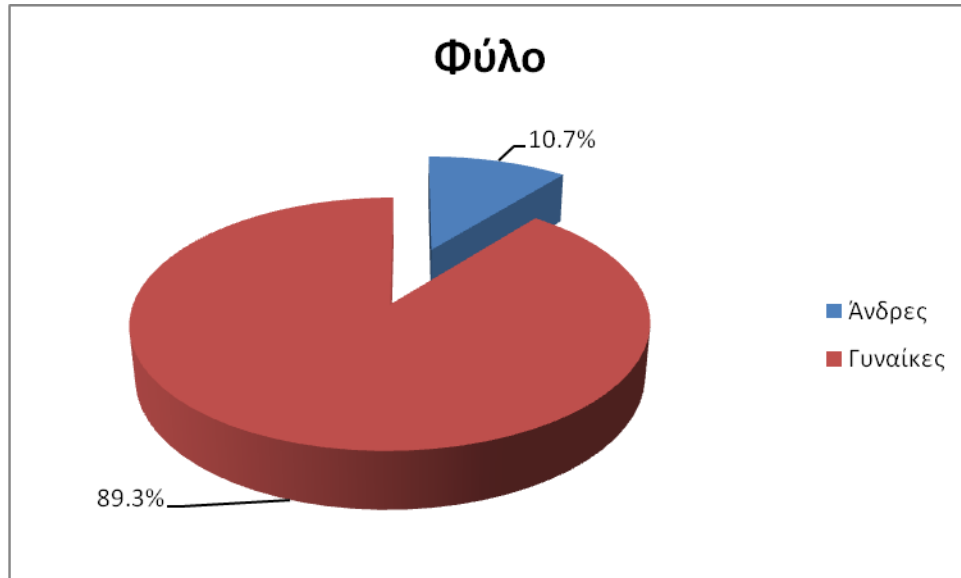
Λάθος Σωστό Πάρα πολύ Πολύ Λίγο

Τώρα τελευταία είμαι πολύ θλιμμένος που σκέφτηκα να τελειώνω με τη ζωή μου.

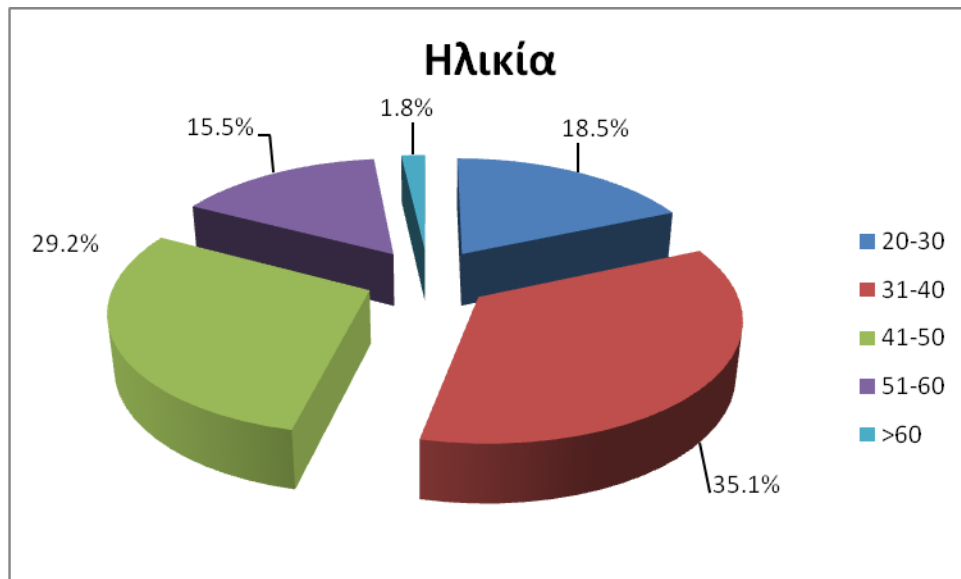
Αν είναι αλήθεια, πόσο σοβαρά το σκεφτήκατε;

Λάθος Σωστό Τελείως Πολύ Όχι πολύ
σοβαρά

Γραφήματα



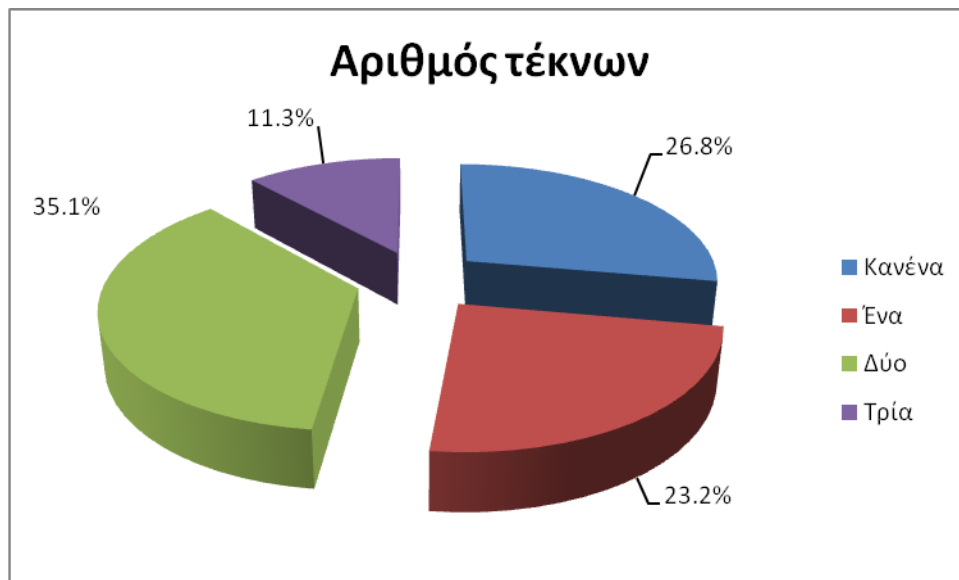
Γράφημα 1. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το φύλο.



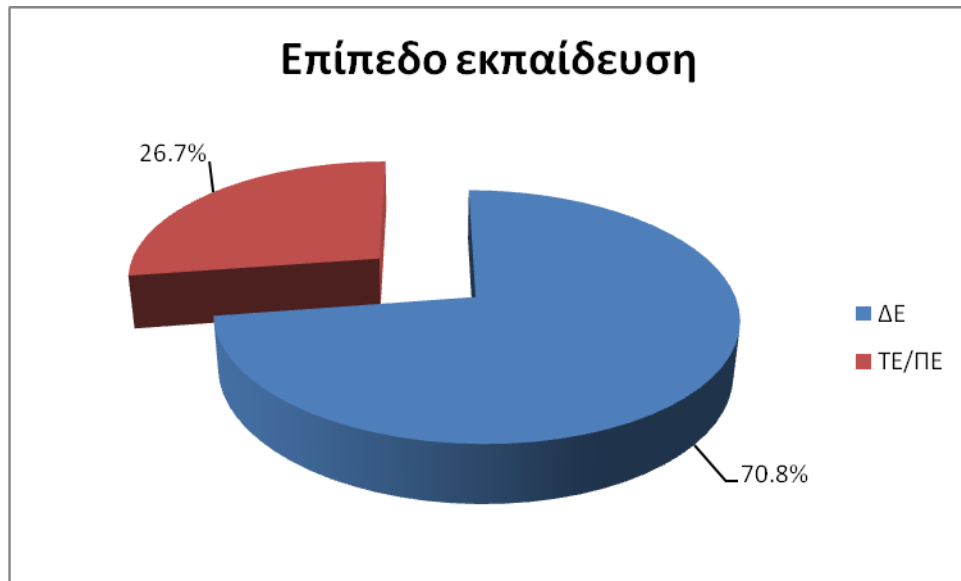
Γράφημα 2. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την ηλικία.



Γράφημα 3. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.



Γράφημα 4. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με τον αριθμό των τέκνων.



Γράφημα 5. Κατανομή του πληθυσμού της μελέτης ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.