



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
Π.Μ.Σ. «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
«Συσχέτιση πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης στους
επαγγελματίες υγείας σε ένα γενικό περιφερικό νοσοκομείο»

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Βασιλική Κίτσιου

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Η Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Αικατερίνη Τόσκα

Μαρία Σαρίδη

Δήμητρα Λατσού

Επίκουρος Καθηγήτρια

Επίκουρος Καθηγήτρια

Δρ. Κοινωνικής Πολιτικής

Κόρινθος, Φεβρουάριος 2024

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Συσχέτιση πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας σε ένα γενικό περιφερικό νοσοκομείο»

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

« Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ειδίκευσης, του ΠΜΣ πλήρους φοίτησης του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας» έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος, το κείμενο είναι γραμμένο με τα δικά μου λόγια και δεν αποτελεί προϊόν λογοκλοπής από τρίτες πηγές. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο».

Όνομ/νυμο: Βασιλική Κίτσιου

Υπογραφή:

*Στο γιό μου Δημήτρη
και στη μνήμη του πατέρα μου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πνευματικότητα είναι μια ευρέως διαδεδομένη ανθρώπινη πίστη, μια ανώτερη δύναμη πέρα από την ανθρώπινη ύπαρξη. Είναι ένα συναίσθημα που σχετίζεται με την ικανότητα σύνδεσης με μια ανώτερη δύναμη πέρα από την πραγματικότητα. Είναι κάτι περισσότερο από μια απλή πνευματική αναζήτηση ή μια αίσθηση σύνδεσης με άλλους ανθρώπους. Τα χαμηλά επίπεδα πνευματικότητας σχετίζονται θετικά με το αυξημένο άγχος και την καταθλιπτική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα την προσωπική απομόνωση, την απώλεια κοινωνικών δεξιοτήτων, την μειωμένη παραγωγικότητα και αυτοκαταστροφή.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης στους εργαζόμενους του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, και η διερεύνηση των ως άνω παραγόντων σε σχέση με τα δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Υλικό-Μέθοδος: Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη περιγραφική μη πειραματική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Ως μέθοδος δειγματοληψίας επιλέχθηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα διήρκησε από τις (18/12/2023 έως 05/01/2023) και σε αυτή συμμετείχαν συνολικά 412 επαγγελματίες υγείας. Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική-επαγωγική στατιστική και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics Version 25.

Αποτελέσματα: Το 76,7% του δείγματος ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν τα 46,6 έτη. Το 59,7% ήταν έγγαμοι και το 50,2% είχαν 1-2 τέκνα. Το 37,6% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με το 26,9% αυτών, να κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Το 49,8% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, εργάζονταν στον παθολογικό τομέα. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν νοσηλεύτριες (49,0%), ενώ το 45,3% των συμμετεχόντων είχε περισσότερα από 20 έτη υπηρεσίας. Στην κλίμακα της πνευματικότητας προέκυψε ότι το υψηλότερο ποσοστό καταγράφεται στα ερωτήματα "Έχω λόγο να ζω" (94,9%) και "Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό" (90,8%). Στην κλίμακα αντίληψης του άγχους, το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων αφορούσε στο ερώτημα "Έχετε πολλά πράγματα να κάνετε" (85,4%) και "Έχετε πολλές έννοιες" (78,2%). Από την κλίμακα της κατάθλιψης, προέκυψε ότι το υψηλότερο ποσοστό θετικών απαντήσεων στα

ερωτήματα “Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία” (79,9%) και “Δεν είχα διάθεση να φάω, η όρεξη μου ήταν κακή” (72,1%). Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ πνευματικότητας, της υπό-κλίμακας αυτής “Γαλήνη” και εκπαιδευτικού επιπέδου, με τα άτομα τα οποία κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών να σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες ($p=0.003$) και ($p=0.004$) αντίστοιχα. Όσον αφορά στη διάσταση «πίστη» προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης «πίστη» με αυξημένης ηλικίας ($p=0.030$), χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ($p=0.009$) και αυξημένων ετών υπηρεσίας ($p=0.032$). Όσον αφορά την κλίμακα του στρες, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ γυναικείου φύλου ($p=0.001$), ύπαρξης τέκνων ($p=0.028$), εργασίας σε χειρουργικό τομέα και ετών υπηρεσίας ($p=0.010$) ($p=0.029$) Στην κλίμακα της κατάθλιψης, συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ γυναικείου φύλου ($p=0.016$), και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ($p=0.046$).

Συμπεράσματα

Η συμβολή της πνευματικότητας στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ σημαντική. Συντελεί στην πνευματική ευημερία των εργαζομένων, δίνει νόημα στη ζωή τους και μειώνει τα επίπεδα του στρες στον εργασιακό χώρο. Καθώς λοιπόν τα επίπεδα του άγχους μειώνονται, εφόσον το άτομο αισθάνεται γαλήνη και έχει πίστη, μειώνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης. Είναι λοιπόν σημαντικό να καλλιεργείται σε ατομικό καθώς και σε ομαδικό επίπεδο η πνευματικότητα σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης όπως είναι τα νοσοκομεία.

Λέξεις – Κλειδιά: Πνευματικότητα; άγχος; εργασιακό άγχος; κατάθλιψη; επαγγελματίες υγείας; ψυχική υγεία

«Correlation of spirituality, anxiety and depression in health professionals in a general hospital»

Vasiliki Kitsiou

ABSTRACT

Spirituality is a widespread human belief, a higher power beyond human existence. It is a feeling associated with the ability to connect with a higher power beyond reality. It is more than just a spiritual quest or a sense of connection with other people. Low levels of spirituality are positively related to increased anxiety and depressive behavior, resulting in personal isolation, loss of social skills, reduced productivity, and self-destruction.

Purpose: The purpose of this research is to investigate the correlation of spirituality, anxiety and depression in the employees of the Corinth General Hospital, and to investigate the above factors in relation to the demographic and work characteristics of the sample.

Material-Method: To achieve the aim of the study, a descriptive non-experimental research was conducted using a questionnaire among health professionals, who work at the General Hospital of Corinth. Convenience sampling was chosen as the sampling method. The survey lasted from (18/12/2023 to 10/01/2023) and a total of 412 health professionals participated in it. Descriptive-inductive statistics were used and data analysis was done using the IBM SPSS Statistics Version 25 statistical package.

Results: 76.7% of the sample was female and the mean age of the sample was 46.6 years. 59.7% were married and 50.2% had 1-2 children. 37.6% were graduates of higher education with 26.9% of them holding a master's degree. 49.8% of the medical and nursing staff worked in the pathological field. The majority of the sample were nurses (49.0%), while 45.3% of the participants had more than 20 years of service. On the scale of spirituality, it emerged that the highest percentage is recorded in the questions "I have a reason to live" (94.9%) and "I feel that my life has a purpose" (90.8%). In the stress perception scale, the highest percentage of positive responses related to the question "You have many things to do" (85.4%) and "You have many concepts" (78.2%). From the depression scale, it emerged that the highest percentage

of positive responses to the questions "I thought my whole life was a failure" (79.9%) and "I didn't feel like eating, my appetite was bad" (72.1 %). A significant correlation was found between spirituality, its sub-scale "Peace" and educational level, with people who hold a master's degree scoring the highest scores ($p=0.003$) and ($p=0.004$) respectively. Regarding the "faith" dimension, a statistically significant correlation emerged between the "faith" dimension with increased age ($p=0.030$), low educational level ($p=0.009$) and increased years of service ($p=0.032$). Regarding the stress scale, a positive correlation was found between female gender ($p=0.001$), existence of children ($p=0.028$), work in the surgical field and years of service ($p=0.010$) ($p=0.029$) On the depression scale, correlation found between female gender ($p=0.016$), and low educational level ($p=0.046$).

Conclusions: The contribution of spirituality to the mental health of health professionals is very important. It contributes to the mental well-being of employees, gives meaning to their lives and reduces stress levels in the workplace. So as anxiety levels decrease, as long as the person feels at peace and has faith, depression levels also decrease. It is therefore important to cultivate individual as well as group spirituality in high intensity environments such as hospitals.

Words - Keys: Spirituality; anxiety; work stress; depression; Health professionals; mental health; faith;

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα Διπλωματική εργασία εκπονήθηκε το χειμερινό ακαδημαϊκό εξάμηνο 2023-2024 στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας» του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της και ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα. Αικατερίνη Τόσκα για την επιστημονική καθοδήγηση και υποστήριξη που μου παρείχε, όπως επίσης την κα. Μαρία Σαρίδη και την κα. Δήμητρα Λατσού που συμμετείχαν στην τριμελή επιτροπή αξιολόγησης της διπλωματικής εργασίας μου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στους καθηγητές/τριες του μεταπτυχιακού προγράμματος για την συμβολή τους στην ολοκλήρωση των σπουδών μου. Εκφράζω ένα μεγάλο ευχαριστώ προς τους συμμετέχοντες γιατί χωρίς τη συμβολή τους δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα. Τέλος, να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στο γιό μου για την αμέριστη συμπαράσταση και καθημερινή κατανόηση και υπομονή που υπέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και την τόνωση της αυτοπεποίθησης μου ώστε να ολοκληρώσω με επιτυχία τις μεταπτυχιακές μου σπουδές.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Δήλωση συγγραφέα διπλωματικής.....	3
Ευχαριστίες.....	9
Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	16
Κεφάλαιο 1 ^ο : Πνευματικότητα.....	16
1.1 Πνευματικότητα.....	16
1.2 Ορισμός της πνευματικότητας.....	17
1.3 Επίπεδα πνευματικότητας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.....	18
1.4 Ορισμός «Πνευματικότητα στο χώρο εργασίας».....	21
1.5 Η θεωρία της πνευματικότητας στον εργασιακό χώρο.....	23
1.6 Ομάδα και ομαδικό πνεύμα στο χώρο εργασίας.....	24
Κεφάλαιο 2 ^ο : Άγχος.....	26
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	26
2.2 Ορισμός της έννοιας «άγχος».....	27
2.3 Συμπτώματα του άγχους.....	28
2.4 Παράγοντες που επιτείνουν το άγχος.....	28
2.5 Άγχος σε επαγγελματίες υγείας.....	29
Κεφάλαιο 3 ^ο : Κατάθλιψη.....	31
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	31
3.2 Ορισμός της κατάθλιψης.....	32
3.3 Συμπτώματα της κατάθλιψης.....	32
3.4 Επιβαρυντικοί παράγοντες.....	35
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 4 ^ο : Μεθοδολογία της έρευνας.....	39

4.1	Εισαγωγή.....	39
4.2	Σκοπός και στόχοι.....	39
4.3	Υλικά και μέθοδος.....	40
4.4	Ηθική και δεοντολογία.....	43
4.5	Στατιστική ανάλυση.....	44
	Κεφάλαιο 5^ο : Αποτελέσματα.....	45
5.1	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	45
5.2	Κλίμακα πνευματικότητας.....	50
5.3	Κλίμακα αντίληψης του στρες.....	50
5.4	Κλίμακα κατάθλιψης.....	57
5.5	Διερεύνηση συσχετίσεων.....	59
5.5.1	Συσχετίσεις με την Πνευματικότητα.....	60
5.5.2	Συσχετίσεις με την Αντίληψη του Στρες.....	66
5.5.3	Συσχετίσεις με την Κατάθλιψη.....	69
5.5.4	Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων (πνευματικότητα, αντίληψη του στρες, κατάθλιψη).....	71
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
6.1	Συζήτηση.....	72
6.5	Περιορισμοί της έρευνας.....	76
6.6	Συμπεράσματα.....	76
6.7	Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	77
	Βιβλιογραφία.....	78
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο.....	90
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Άδεια Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Κ.....	98
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Άδειες χρήσης ερωτηματολογίων.....	99

ΛΙΣΤΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1.....	47
Γράφημα 2.....	47
Γράφημα 3.....	47
Γράφημα 4.....	47
Γράφημα 5.....	48
Γράφημα 6.....	48
Γράφημα 7.....	48
Γράφημα 8.....	48
Γράφημα 9.....	52

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.....	45
Πίνακας 2.....	50
Πίνακας 3.....	54
Πίνακας 4.....	57
Πίνακας 5.....	59
Πίνακας 6.....	60
Πίνακας 7.....	62
Πίνακας 8.....	63
Πίνακας 9.....	65
Πίνακας 10.....	67
Πίνακας 11.....	69
Πίνακας 12.....	71

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επαγγελματίες υγείας, στην καθημερινή τους πρακτική έρχονται αντιμέτωποι με πολλές προκλήσεις και δοκιμάζονται οι ψυχικές τους αντοχές. Οι ελλείψεις προσωπικού, η εξαντλητική εργασία, το κυκλικό ωράριο, η καθημερινή φροντίδα ασθενών με ιδιαιτερότητες (βαριά ή χρόνιοι πάσχοντες), η επαφή με τους συγγενείς των ασθενών, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις και τα οργανωτικά εμπόδια είναι παράγοντες οι οποίοι επιβαρύνουν τη ψυχική υγεία των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία. Εργαζόμενοι σε ένα περιβάλλον υψηλής έντασης, αντιμετωπίζοντας καθημερινά τον πόνο και τον θάνατο συνανθρώπων τους, διατρέχουν τον κίνδυνο να αποκτήσουν περισσότερα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας που πολλές φορές δεν αποκαλύπτονται λόγω του φόβου στιγματισμού και δεν αναζητείται βοήθεια από ειδικούς της ψυχικής υγείας. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε αδιέξοδο τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη και επιδρά αρνητικά στην εργασιακή τους συμπεριφορά, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους τους, καθώς και την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Μια σημαντική πτυχή του χώρου εργασίας είναι η πνευματικότητα, η οποία μπορεί να δώσει στους εργαζόμενους μια αίσθηση προσωπικής ικανοποίησης, τους κάνει πιο ανθεκτικούς στις αντίξοες συνθήκες, βελτιώνεται η απόδοση τους στην εργασία καθώς και η ψυχική τους υγεία. Η πνευματικότητα έχει υποστηρικτικό ρόλο και θετικό αντίκτυπο στην υγεία και δίνει νόημα στη ζωή των ανθρώπων (Samuel-Hodge et al., 2000). Οι Banks - Wallace & Parks (2004), υποστήριξαν πως η πνευματικότητα δρα υποστηρικτικά στην ευεξία και ευημερία ακόμη και όταν το άτομο βρίσκεται σε ψυχική ή συναισθηματική κρίση. Σύμφωνα με το Δίκτυο Πνευματικής Φροντίδας Υγείας (SHCN), ο όρος πνευματικότητα συνδέεται με τη θρησκεία, αλλά δεν είναι συγκεκριμένος και ξεχωριστός για μια συγκεκριμένη θρησκεία σύμφωνα με τον (Koenig, 2008), η αναζήτηση της υπέρβασης επιτρέπει στους ανθρώπους να αμφισβητήσουν τις πεποιθήσεις τους και αποτελεί βασικό στοιχείο της πνευματικότητας. Οι Feenstra & Brauwer (2008) ανέπτυξαν έναν πιο αποδεκτό ορισμό της πνευματικότητας. Σύμφωνα με αυτούς, η πνευματικότητα αφορά την αναζήτηση του σκοπού στη ζωή, την εύρεση νοήματος, την επίτευξη εσωτερικής γαλήνης και τη σύνδεση με ανώτερες δυνάμεις που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την αλληλεπίδραση των ανθρώπων στην κοινωνία. Σύμφωνα με τους (King et al., 2001) η έννοια της θρησκευτικότητας εκφράζεται μέσω της πνευματικότητας. Οι (Balducci, 2019- Miller et al., 2022)

αναφέρουν ότι η πνευματικότητα είναι διαφορετική έννοια από τη θρησκευτικότητα παρ'όλα αυτά ορισμένοι συχνά τις συγχέουν.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη της πνευματικότητας στις επιστήμες της υγείας. Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας, αντιμετωπίζουν καθημερινά ένα ευρύ φάσμα προκλήσεων και δυσκολιών που προκαλούν ποικίλα επίπεδα στρες και επηρεάζουν την πνευματική τους ανθεκτικότητα. Η παρατεταμένη έκθεση στο στρες μπορεί να επηρεάσει τη ζωή ενός ατόμου και να εμφανίσει προβλήματα υγείας, όπως κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών, αϋπνία, προβλήματα πέψης, πονοκεφάλους, απομόνωση του ατόμου, ιδέες αυτοκτονίας και διάφορα άλλα προβλήματα που αφορούν στην ποιότητα ζωής (Mayo Clinic 2018- Σαράφης, 2020). Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω των πλείστων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθημερινά σε έναν χώρο εργασίας ιδιαίτερα απαιτητικό, εκδηλώνουν συμπτώματα άγχους που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Το άγχος (anxiety, Angst) είναι ως ένα βαθμό θετικό και ωφέλιμο για την ανθρώπινη υπόσταση, εφόσον κρατά σε επαγρύπνηση τα άτομα (Barlow, 2000). Όταν το άγχος εμφανίζεται σε υπερβολικό βαθμό αποτελεί παθολογικό σύμπτωμα. Η ένταση του άγχους στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται στενά με εξωτερικούς παράγοντες και ερεθίσματα, καθώς επίσης και με ενδογενείς παραμέτρους όπως είναι η προσωπικότητα, η εμπειρία στρεσογόνων καταστάσεων, οι τρόποι αντίληψης και αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων. Το στρες αποτελεί μετρήσιμο ψυχολογικό χαρακτηριστικό το οποίο κάποιες φορές εμφανίζεται ως γενικευμένο άγχος, φοβικό άγχος ή πανικός (Bates, 2011). Στην αιτιολογία τους εμπλέκονται βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Παράλληλα, υπάρχουν στρεσογόνες καταστάσεις που συμβάλλουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν μια ομάδα επαγγελματιών οι οποίοι καθημερινά βιώνουν καταστάσεις που εντείνουν το άγχος (Wehrenberg, 2014). Έρευνες καταδεικνύουν πως τα επαγγέλματα υγείας σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες. Στους παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται η φύση της εργασίας, η ανταπόκριση στο επείγον, το περιβάλλον, οι πολλές ώρες εργασίας, η κοινωνική απομόνωση, η παρουσία ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στα άτομα που επιλέγουν αυτό το επάγγελμα (Kurapati, 2019).

Το παρατεταμένο stress οδηγεί στο άγχος και η χρονιότητα του άγχους οδηγεί στο σύνδρομο της κατάθλιψης (Bates,2011). Η κατάθλιψη αποτελεί κοινή ψυχική διαταραχή με χαρακτηριστικά όπως: θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος για συμμετοχή στα κοινά, μειωμένη αυτοεκτίμηση, αισθήματα ενοχής, σκέψεις αυτοκτονίας, διαταραχές ύπνου καθώς και ψυχωσικές διαταραχές. Η παθοφυσιολογία της περιλαμβάνει μια αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Έρευνες έχουν δείξει πως η πολύωρη εργασία, η κακή ποιότητα ύπνου, το γυναικείο φύλο, αποτελούν παράγοντες της κατάθλιψης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, Olaya B. et. al. (2021). Σε μελέτη των Wilson W. et. al.(2020) φάνηκε πως οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας είχαν διπλάσιες πιθανότητες εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης και σε έρευνα των Fond G. et.al. (2022), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει επιπολασμός της κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας και ότι στους ιατρούς είναι υψηλός. Το εκπαιδευτικό επίπεδο επίσης θεωρείται ένας καθοριστικός παράγοντας για την κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή. Έρευνα της Ladin (2008) εξέτασε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών, σε 10 ευρωπαϊκές χώρες και διαπίστωσε ότι οι ενήλικες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη. Επίσης η χαμηλή κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ατόμων σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Lorant et al., 2003). Οι διαζευγμένοι ή τα άτομα τα οποία ζουν μόνα τους έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε αντίθεση με τους έγγαμους ή εκείνους που συμβιώνουν με το σύντροφο τους, σύμφωνα με μελέτη των Lorant et al. (2007) στο γενικό πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Πνευματικότητα

Αν και η πνευματικότητα έχει εντελώς διαφορετική έννοια από αυτή της θρησκευτικότητας πολλές φορές συγχέονται. Τον προηγούμενο αιώνα, μελέτες έδειξαν πως υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο εννοιών (Gallagher & Tierney, 2016). Συγκριτικά με τη θρησκεία, η πνευματικότητα είναι περισσότερο εξατομικευμένη και ορίζεται από τους ανθρώπους για τους ίδιους, παρά από θρησκευτικούς κανόνες και συναφείς ευθύνες.

Υπάρχουν άνθρωποι που κατηγοριοποιούν τους εαυτούς τους ως "πνευματικούς αλλά όχι θρησκευόμενους", οι οποίοι αρνούνται κάθε σχέση με τη θρησκεία και κατανοούν την πνευματικότητα μόνο με ατομικιστικούς και κοσμικούς όρους.

Ο ατομικιστικός και κοσμικός αυτός όρος είναι πιο σύγχρονος και διαφέρει από την αρχική έννοια της πνευματικότητας. Από το λατινικό *spiritualis* προέρχεται η ελληνική έννοια πνευματικός. Πνευματικό πρόσωπο ήταν εκείνο στο οποίο το Πνεύμα του Θεού ήταν παρόν με συχνή αναφορά στον κλήρο.

Κατά τη Δεύτερη Σύνοδο του Βατικανού, όροι όπως ο ασκητισμός, θεολογία και μυστικισμός αντικαταστάθηκαν από τον όρο πνευματικότητα. Για το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας της Δύσης η πνευματικότητα είχε έναν σαφώς θρησκευτικό χαρακτήρα. Οι ανατολικές θρησκείες πολύ αργότερα υιοθέτησαν τον όρο της πνευματικότητας. Οι πνευματικοί άνθρωποι ήταν ένα υποσύνολο των θρησκευτικών ανθρώπων, των οποίων ο τρόπος ζωής αντανάκλασε τις διδασκαλίες της θρησκευτικής τους παράδοσης. Σύμφωνα με τον (Koenig, 2009), οι θρησκείες περιλαμβάνουν τελετουργίες, πεποιθήσεις και πρακτικές που συνδέονται με τον θεό ή μια ανώτερη δύναμη. Η πνευματικότητα αντίθετα, οδηγεί στην αναζήτηση της υπέρβασης, την εύρεση νοήματος για τη ζωή μέσα από διάφορες πρακτικές μη θρησκευτικές.

Ο όρος πνευματικότητα στην ιατρική έχει πλέον επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό από την αρχική του σημασία. Αυτή η επέκταση έχει καθοδηγηθεί από την επιθυμία για μια πιο περιεκτική πλουραλιστική υγειονομική περίθαλψη που επιδιώκει να ικανοποιήσει τις ανάγκες τόσο των θρησκευτικών όσο και των μη θρησκευτικών πληθυσμών με μια ολιστική προσέγγιση. Αρκετές μελέτες που έχουν γίνει κυρίως στο εξωτερικό, στην Ελλάδα είναι περιορισμένος ο αριθμός μελετών για την πνευματικότητα, έχουν δείξει πως η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την

ποιότητα ζωής και την καλή υγεία των ατόμων, (Hill & Pargament 2003, Phelps et al 2009, Nixon et al 2013).

1.2 Ορισμός της πνευματικότητας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η υγεία είναι «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας». Τον Μάιο του 1984 η πνευματική διάσταση έγινε μέρος των στρατηγικών των κρατών μελών του ΠΟΥ για την υγεία. Η πνευματικότητα στα αγγλικά ορίζεται από τη λέξη "spirituality" και προέρχεται από τη λέξη "spirit" που αποδίδει τον όρο πνεύμα.

Η πνευματικότητα (spirituality) είναι μια σύνθετη έννοια και αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο είναι δύσκολο να οριστεί με σαφήνεια και γι' αυτό πολλοί ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο όρος «νόημα» και «αξία της ζωής», αποδίδει καλύτερα στην εννοιολόγηση του όρου πνευματικότητα.

Οι Puchalski et al.(2009) έδωσαν την εξής ερμηνεία για την πνευματικότητα: *«Πνευματικότητα είναι ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα βρίσκουν το νόημα και το σκοπό της ζωής τους και καταφέρνουν να συνδεθούν με τον εαυτό τους, τους άλλους και με μια ανώτερη δύναμη, βρίσκοντας έτσι την ηρεμία και την γαλήνη»* Ο Sulmasy (2007) αναφέρει, ότι η επαφή με το ανεξήγητο μέσω της θρησκείας και της πνευματικότητας, βοηθά στην υποστήριξη της ψυχικής ανάπτυξης, αλλά και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για τη σύνδεση με τις ανώτερες δυνάμεις (Barnum 1996).

Σύμφωνα με τους Dyson et al (1997), σε ανασκόπηση που πραγματοποίησαν στη βιβλιογραφία παρουσίασαν την οπτική ότι τα βασικά στοιχεία της πνευματικότητας πηγάζουν από τη θρησκεία, την αυτογνωσία, τη σχέση με τους άλλους και την πίστη, την εύρεση νοήματος και σκοπού για τη ζωή, τις ηθικές αξίες και πεποιθήσεις και την ελπίδα. Η πνευματικότητα σχετίζεται με την υπέρβαση του εγώ, τις πεποιθήσεις, την πίστη, την ελπίδα, το σκοπό και το νόημα της ζωής, τα συναισθήματα για την κοινωνία και τις αξίες, Vachon et al (2009).

Ο (Stevenson, 2010) ορίζει την πνευματικότητα ως *«την ιδιότητα που εμπεριέχει και εμπλέκει βαθιά συναισθήματα και πεποιθήσεις του ατόμου κυρίως θρησκευτικής φύσεως τα οποία δεν αφορούν τα υλικά μέρη της ζωής»*.

Μια ακόμη κοινολόγηση είναι, ότι *«η πνευματικότητα είναι η υποκειμενική εμπειρία μιας πραγματικότητας, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως υπερβατική και αυτό μπορεί να*

περιλαμβάνει, ή όχι, στοιχεία μιας οργανωμένης θρησκείας» (Rajakumar et al,2008). Εθιμικά η έννοια της πνευματικότητας αναφερόταν σε ένα άτομο βαθιά θρησκευόμενο, σήμερα περιλαμβάνει και τα άτομα, τα οποία δεν είναι βαθιά θρησκευόμενα, τα άτομα που εστιάζουν στην κοσμικότητα, άτομα που αναζητούν την ευμάρεια και άτομα με θρησκευτικές ανησυχίες (Koenig 2008). Επειδή υπάρχουν πολλοί ορισμοί με διαφορετικά επίπεδα νοημάτων, η πνευματικότητα μπορεί να συνεπάγεται με διαφορετικά πράγματα ανάλογα με την προσωπική ερμηνεία ή την κοσμοθεωρία ενός ατόμου.

1.3 Επίπεδα πνευματικότητας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας

Σε μια περιγραφική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε για να ελέγξει την ποιότητα ζωής (QOL) των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε σχέση με την πνευματικότητά τους, χρησιμοποιήθηκε ο τομέας (WHOQOL SRPB), ο οποίος υποδηλώνει την αντίληψη ενός ατόμου για την ποιότητα ζωής, όσον αφορά την πνευματικότητα. Το δείγμα σχηματίστηκε από 116 εργαζόμενους στον τομέα της υγείας από τρεις θαλάμους Νοσοκομείων Αποκατάστασης στη Βόρεια Ιταλία. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η ποιότητα ζωής του δείγματος στον τομέα της πνευματικότητας βρίσκεται πάνω από το μέσο όρο συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας των ανθρώπων. Η δοκιμή της πνευματικής διάστασης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας φαίνεται ενδιαφέρουσα από αυτή την άποψη. Το 2002 τα τελικά αποτελέσματα που βρέθηκαν από την ομάδα WHOQOL έδειξαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής για εκείνους τους ανθρώπους που έδειχναν λιγότερες πεποιθήσεις, είτε ήταν θρησκευτικές, πνευματικές ή προσωπικές (WHOQOL Group, 2002).

Υπάρχει αυξανόμενη συναίνεση ότι η επιστημονική μελέτη της πνευματικότητας και της ιατρικής είναι εδώ για να μείνει, αλλά η ερμηνεία αυτής της έρευνας παραμένει αμφιλεγόμενη (Hall and Curling, 2004). Η έρευνα των (Narayanasamy, et. al., 2001), κατέδειξε πως η αρμονική σύνδεση και λειτουργία μεταξύ αντίληψης, πνεύματος και σώματος είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της υγείας. Κατά συνέπεια, δεν πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μόνο οι σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις του ατόμου, αλλά και οι πνευματικές, σύμφωνα με την άποψη της ολιστικής φροντίδας. Ο ορισμός της πνευματικότητας παραμένει αβέβαιος, παρόλο που

αναφέρεται ως παράγοντας που μπορεί να συμβάλλει στην ανθρώπινη ευημερία. Είναι μια λέξη που χρησιμοποιείται συνήθως στην υγειονομική περίθαλψη στις μέρες μας, αλλά η σημασία της παραμένει πρόβλημα, όσον αφορά τις μεμονωμένες ερμηνείες. Μια ανασκόπηση των σύγχρονων ορισμών υποδηλώνει ότι μπορεί να μην υπάρχει κοινή κατανόηση και κανένα κοινό σύνολο καθοριστικών χαρακτηριστικών που να μεταβιβάζονται ή να αναγνωρίζονται καθολικά (Mc Sherry and Cash, 2004).

Η πνευματική πλευρά του ανθρώπου εμπλέκεται σε μια ατέρμονη αναζήτηση νοήματος στη ζωή. Καθώς η πνευματικότητα περιλαμβάνει τόσο την υπερβατική ανάγκη όσο και το δίκτυο των κοινωνικών σχέσεων, δίνει νόημα στη ζωή, συμβάλλει στην ολότητα και τη σταθερότητα του εαυτού (Robert et al., 2001). Είναι σκοπός και εκπλήρωση στη ζωή, ελπίδα και θέληση για ζωή και πίστη (Ross, 1995). Εμπνέει και παρακινεί τα άτομα να επιτύχουν τη βέλτιστη ύπαρξή τους και φέρνει πίστη, ελπίδα, ειρήνη και ενδυνάμωση (Tanrı, 2002).

Αν και είναι ένα θέμα που σπάνια καλύπτεται στην εκπαίδευση επιστημόνων ή επαγγελματιών κοινωνικής συμπεριφοράς και υγείας, υπάρχει ήδη ένας πολύ μεγάλος όγκος επιστημονικής έρευνας για πνευματικές-θρησκευτικές διαδικασίες. Άρα η πνευματικότητα μπορεί να μελετηθεί επιστημονικά (Miller and Thoresen, 2003).

Το έγγραφο για την πνευματικότητα που γράφτηκε από το Τάγμα των Αδελφών του Αγίου Ιωάννη του Θεού λέει ότι υπάρχει βαθιά ανάγκη πνευματικότητας στον κόσμο μας. Όλοι αισθάνονται την ανάγκη να προσεγγίσουν το Μυστήριο, το Πνεύμα που δίνει σταθερότητα και νόημα. Όλοι διψάνε για πνευματικότητα» (Order of The Brothers of Saint John of God, 2004).

Από την άλλη, σύμφωνα με τον Frankl, η πνευματική δυσφορία προκύπτει όταν δεν δίνεται νόημα στη ζωή, επομένως χαρακτηρίζεται από αισθήματα κενού και απόγνωσης (Frankl, 1959). Η έλλειψη ελπίδας και κινήτρων ή η παρατεταμένη έκθεση σε απειλητικά ή αναπόφευκτα γεγονότα μπορεί να έχει δραστικές επιπτώσεις στο ανθρώπινο μυαλό και σώμα. Η πνευματικότητα (η οποία μπορεί να συνδέεται με θρησκευτικά πιστεύω, αλλά ακόμη και με προσωπικές πεποιθήσεις ή ισχυρά λαϊκά ιδανικά) μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση σοβαρών και χρόνιων ασθενειών (Post et al., 2000).

Εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της καλής υγείας και της πνευματικότητας (Brush and Daly, 2000· Murphy et al., 2000), ιδιαίτερα η

πνευματικότητα και η αντίληψη για την υγεία σχετίζονται σημαντικά (Potter and Zanszniewski, 2000).

Διακρίνονται τρεις διαστάσεις της υγείας: σωματική, ψυχική, κοινωνική. Στην πραγματικότητα, η υγεία έχει ένα δυναμικό νόημα. Είναι μια συνεχής αναζήτηση ισορροπίας, μια κατάσταση πλήρους ευεξίας, την οποία ο άνθρωπος δεν γνωρίζει πάντα (Gadamer, 1991).

Τον Μάιο του 1984 η πνευματική διάσταση έγινε μέρος των στρατηγικών των κρατών μελών της ΠΟΥ για την υγεία, χάρη στο ψήφισμα WHA (WHO, 1985). Αυτό το ψήφισμα έληξε με μια πρόσκληση προς τα κράτη μέλη να εξετάσουν την πνευματική διάσταση που περιλαμβάνεται στις στρατηγικές για την «Υγεία για Όλους». Το 1998 το Εκτελεστικό Συμβούλιο του ΠΟΥ συνέστησε μια αναθεώρηση του Καταστατικού του ΠΟΥ προκειμένου να προστεθεί η πνευματική διάσταση στον ορισμό της υγείας. Η πρόταση δεν έχει ακόμη εγκριθεί, αλλά η συζήτηση βρίσκεται σε εξέλιξη.

Η πνευματική διάσταση λαμβάνεται πλέον υπόψη ως συστατικό της ποιότητας ζωής, μέσω των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων που έχουν τα άτομα για τη ζωή, τις ηθικές αξίες και την ελπίδα για κάτι καλύτερο (WHOQOL Group, 1995). Σε μελέτη των (Riley et al., 1998), φάνηκε ότι οι μη πνευματικές ομάδες είχαν σημαντικά μειωμένη ποιότητας ζωής και ικανοποίηση από ότι οι πνευματικές. Ο Remick δήλωσε πρόσφατα, ότι η πνευματικότητα είναι ένα από τα έντεκα θέματα που παρακινούν τη συμμετοχή στην αποκατάσταση και επηρεάζουν τις πεποιθήσεις αποτελεσματικότητας (Remick, 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη τον κόσμο της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί κάποιος να διακρίνει, ότι οι τεχνικές διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης γίνονται όλο και πιο εκλεπτυσμένες, χάρη στην επιστημονική έρευνα και τις νέες τεχνολογίες, αλλά διατρέχουν τον κίνδυνο να αποπροσωποποιήσουν τους ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, η φροντίδας του ατόμου ως ολότητα γίνεται όλο και πιο ισχυρή, σύμφωνα με το ολιστικό όραμα περίθαλψης που θα πρέπει να οδηγήσει τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να δώσουν προσοχή στην πνευματική διάσταση της φροντίδας (Mc Sherry και Cash, 2004). Θα πρέπει να γνωρίζουν την παρούσα σύγχυση σε αυτό το θέμα, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα ζητήματα σχετικά με την πνευματικότητα με προσοχή και ευαισθησία. Αλλά θα πρέπει ακόμη και να έχουν επίγνωση της δικής τους πνευματικής ζωής, προκειμένου να είναι κοντά στο άτομο που αντιμετωπίζει δυσφορία (Mc Sherry και Cash, 2004). Γενικά είναι υποχρεωμένοι να είναι καλά

εκπαιδευμένοι από επιστημονική και τεχνική άποψη, αλλά όχι εκπαιδευμένοι μόνο για να προσέχουν τις δικές τους πνευματικές πτυχές αλλά και των ασθενών. Αν και υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ πνευματικότητας και υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθεί να αναφέρεται λίγη εκπαίδευση (Baldacchino et al., 2001).

Η θέση της πνευματικότητας στους οργανισμούς συζητείται και υποστηρίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια. Σε προσωπικό επίπεδο αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την αυτοπραγμάτωση και την πνευματική ανάπτυξη στο χώρο εργασίας. Η πνευματικότητα των επαγγελματιών υγείας και των ηγετών φαίνεται να έχει μεγάλη σημασία για τις σοβαρές ασθένειες, καθώς οι άνθρωποι αναζητούν νόημα στη ζωή και οι άνθρωποι ανταποκρίνονται παγκοσμίως στη συμπόνια και τη φροντίδα.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί η βιβλιογραφία σχετικά με τη σημασία της πνευματικότητας στον εργασιακό χώρο (Liu et. al., 2011, Nash et. al., 2004). Για παράδειγμα η έρευνα δείχνει, ότι η υποστήριξη της πνευματικότητας στον χώρο εργασίας, στον επιχειρηματικό τομέα, οδηγεί σε αυξημένη παραγωγικότητα, βελτιωμένη ομαδική εργασία και αυξημένα κέρδη (Overell 2002). Υπάρχει επίσης μεγάλη σύνδεση ανάμεσα στην πνευματικότητα, τον επαγγελματικό χώρο και την απόδοση των ατόμων στην παραγωγικότητα (Pfeffer 2003). Η πνευματικότητα περιλαμβάνει την εύρεση νοήματος και σκοπού στη ζωή, την επαφή με τους άλλους και τις αξίες που σχετίζονται με αυτές τις έννοιες (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1998) .

1.4 Ορισμός «Πνευματικότητα στο χώρο εργασίας»

Το πνευματικό νόημα δεν είναι χρήσιμο μόνο για τους επαγγελματίες υγείας, αλλά έχει επίσης θεραπευτικά οφέλη για τους ασθενείς και τις οικογένειες όπου υπάρχουν ισχυρές πνευματικές αξίες. Η πνευματικότητα δεν σημαίνει απαραίτητα την έκφραση θρησκευτικών απόψεων, αλλά μπορεί να αναφέρεται σε ένα σύνολο πεποιθήσεων που δίνουν μεγάλη αξία στην εξεύρεση προσωπικού νοήματος, και στη σύνδεση μεταξύ των ατόμων. Η κατανόηση της πνευματικότητας μπορεί να γίνει και εκτός θρησκευτικών πεποιθήσεων. Η μελέτη της πνευματικότητας στο χώρο της υγείας είναι κατάλληλη, καθώς οι επαγγελματίες υγείας διανύουν μεγάλο μέρος της επαγγελματικής τους ζωής σε στενή επαφή με άλλους (Roger 2014). Αν και η

βιβλιογραφία αναγνωρίζει την πνευματικότητα ως προσωπικό ζήτημα, ο ορισμός της πνευματικότητας στον εργασιακό χώρο επεκτείνει αυτή την αρχή στην αναζήτηση πνευματικής σύνδεσης στον εργασιακό χώρο για την ενίσχυση βαθύτερων αξιών και πληρότητας (Gibbons 2015). Στην υγειονομική περίθαλψη, η πνευματικότητα στον εργασιακό χώρο αποτελεί την επιτομή της προσπάθειας να βρεθεί νόημα και σκοπός στη ζωή. Πρόκειται για τη διατήρηση υγιών σχέσεων με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, τους συγγενείς και το λοιπό προσωπικό, καθώς και για τη διατήρηση των βασικών πεποιθήσεων του ατόμου και των αξιών του εκάστοτε οργανισμού (Neal 2013). Στον εργασιακό χώρο, η αξία δημιουργείται όταν επιδιώκονται κοινοί στόχοι, αναγνωρίζεται η συνεισφορά, και υπάρχει σύνδεση με τους άλλους (Solutions 2015). Είναι εύκολο να καταλάβει κανείς πώς η προσωπική πνευματικότητα μπορεί να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης και να επιδράσει θετικά τόσο στους ασθενείς όσο και στους εργαζόμενους. Η πνευματικότητα στο χώρο εργασίας, συνοπτικά αφορά στην αναγνώριση ότι οι εργαζόμενοι έχουν μια εσωτερική ανάγκη η οποία αναπτύσσεται μέσω της ουσιαστικής εργασίας η οποία γίνεται με ομαδικό πνεύμα. "(Ashmos et. al., 2000). Η ανάγκη να βρει κανείς νόημα είναι καθολική, επομένως, η πνευματικότητα είτε είναι θρησκευτική είτε όχι, μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική ζωή. Η προσωπική πνευματικότητα μπορεί ή όχι να ενσωματώνει τη θρησκεία (Baldacchino, et. al., 2001). Ωστόσο, οι πεποιθήσεις των ανθρώπων με συγκεκριμένες θρησκευτικές πεποιθήσεις μπορούν να εμπνεύσουν και να εμπλουτίσουν το έργο τους. Η χριστιανική θρησκευτική θεώρηση της πνευματικότητας επικεντρώνεται στο όραμα του κοινού καλού, στο πνεύμα της κοινότητας και στη συμπονετική επίγνωση των σχέσεων με τους άλλους. Ορισμένες οργανώσεις διατηρούν αυτές τις χριστιανικές αξίες ως βασικές αξίες, ενθαρρύνοντας έτσι το προσωπικό, τους ασθενείς και τους συγγενείς τους να είναι ευαίσθητοι και να έχουν ενσυναίσθηση (Roach 2002). Η σωστή διαχείριση κρίσεων στην εργασία και η καλή επικοινωνία με τους συναδέλφους μπορεί να αυξήσει την ατομική ανθεκτικότητα (Adamson et al. 2012), (Koutsos et al., 2008). Η πνευματικότητα μπορεί επίσης να είναι θεραπευτική στην ενίσχυση των σχέσεων και της ομαδικότητας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την υπέρβαση του εαυτού. Η υπέρβαση του εαυτού οδηγεί στην ενδυνάμωση και στην ικανότητα να διατηρούνται ειρηνικές ομαδικές σχέσεις στην εργασία (Levenson et al. 2006 ; Frankl 1966). Στον εργασιακό χώρο προκύπτουν συχνά εντάσεις και συγκρούσεις, οι οποίες μπορεί να επιδεινωθούν από το εργασιακό άγχος και να δημιουργήσουν διαπροσωπικές εντάσεις. Η ανάπτυξη

της πνευματικότητας στο χώρο εργασίας είναι να δημιουργεί αισθήματα ασφάλεια στους εργαζόμενους έχοντας κοινό νόημα και σκοπό στηρίζοντας ο ένας τον άλλο. Η ενίσχυση του ομαδικού πνεύματος και η διατήρηση της πνευματικότητας στο χώρο εργασίας συμβάλλουν στη συνολική αρμονία.

Η πνευματικότητα στον εργασιακό χώρο πρέπει επίσης να αντιμετωπίζει το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι έχουν τις πνευματικές τους ανάγκες καθώς και τις σωματικές, συναισθηματικές και γνωστικές τους ανάγκες (Duchon και Plowman 2005). Ενώ οι παραδοσιακές εκκλησίες σπάνια συναντώνται στη ζωή του σύγχρονου νοσοκομείου, πολλές νέες εξελίξεις, ιδίως στην παρηγορητική φροντίδα, ενσωματώνουν αυτόν τον ιερό χώρο. Αν και αυτό μπορεί να φαίνεται κάπως άσχετο με τη σημερινή κοινωνία, έρευνες έχουν δείξει, ότι τα εργασιακά περιβάλλοντα που προωθούν την αίσθηση της κοινότητας και του νοήματος στην εργασία έχουν υψηλότερες επιδόσεις από εκείνα στα οποία οι πνευματικές ανάγκες λαμβάνουν λιγότερη προσοχή (Mitroff και Denton 1999). Όταν οι φροντιστές μπορούν να βρουν νόημα και σκοπό στην εργασία τους, εκτός από τις υλικές ανταμοιβές που λαμβάνουν από την εργασία τους, θα προσπαθήσουν για πολύ περισσότερα από τις υλικές ανταμοιβές, όπως η ειρήνη και η πνευματική ανάπτυξη μέσω της προσφοράς και της αποδοχής. (Baldacchino 2010a).

Για να ζούμε σε κοινότητα ως πνευματικά όντα, πρέπει να ανήκουμε σε κάθε ομάδα. Μέσα στην οποία αναπτύσσεται η συγχώρεση για την αποκατάσταση και τη διατήρηση των σχέσεων και μια στάση αμοιβαίας υποστήριξης. Ο κύριος συνδετικός κρίκος είναι ο ηγέτης της ομάδας που δημιουργεί ένα όραμα για το μέλλον και παρακινεί τους άλλους να γίνουν μέρος αυτού του οράματος. (Fry, 2003). Αυτό οδηγεί σε υψηλή αίσθηση ομαδικότητας με κοινές αξίες και λειτουργεί θεραπευτικά στις κοινωνικές σχέσεις (Maslach and Leiter 1997). Σύμφωνα με τους (Daniel 2012, McKee et al. 2011, Sadeghifar et al. 2013), η πνευματικότητα στο χώρο εργασίας, έχει θετικά αποτελέσματα στους επαγγελματίες υγείας και κατά συνέπεια στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

1.5 Η θεωρία της πνευματικότητας στον εργασιακό χώρο

Η θεωρία περιλαμβάνει τρεις κύριες πτυχές της πνευματικότητας στον εργασιακό χώρο και τις εργασιακές σχέσεις: ο σκοπός ή η "ουσιαστική εργασία" σε ατομικό επίπεδο, η αίσθηση της κοινότητας σε ομαδικό επίπεδο και η ευθυγράμμιση με τις οργανωτικές αξίες και την αποστολή σε εταιρικό επίπεδο. Η ουσία της

πνευματικότητας στην εργασία είναι μια "βαθιά αίσθηση του νοήματος και του σκοπού της εργασίας" που επιτρέπει στους μεμονωμένους εργαζόμενους να αντιμετωπίζουν αρμονικά τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Σύμφωνα με τον (Frankl 1973), αν οι άνθρωποι έχουν λόγο να ζουν μπορούν τελικά να ζήσουν όπως θέλουν να ζήσουν. Η πνευματικότητα ενός ατόμου εκδηλώνεται στην εργασία μέσω των εγγενών κινήτρων, της αλήθειας και της επιθυμίας του να συμμετέχει σε δραστηριότητες που δίνουν νόημα στην προσωπική του ζωή και στη ζωή των άλλων. Έτσι η εργασία με νόημα δεν περιλαμβάνει μόνο την επίδιωξη προσωπικών στόχων αλλά και την αλτρουιστική επιθυμία να συμβάλει στη ζωή των άλλων. Η εργασία θεωρείται ως "αίγλη" ή "κλίση", ως ένας τρόπος για να δημιουργηθεί περισσότερο νόημα και ταυτότητα στην εργασία (Moore 1992). (Frankl, 1984) υποστηρίζει ότι η αναζήτηση νοήματος μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να επιβιώσουν στις πιο δύσκολες καταστάσεις της ζωής. Επιπλέον η αναζήτηση νοήματος βασίζεται στην ατομική μοναδικότητα, την αυθεντικότητα, την υπευθυνότητα, τις θρησκευτικές και κοσμικές αξίες, τη δημιουργικότητα, την αγάπη και την αυτοπραγμάτωση. Η διαδικασία αυτή οδηγεί σε αλλαγή της στάσης του ατόμου απέναντι στη ζωή και σε στροφή προς μια ανθρώπινη προσέγγιση του εαυτού και των άλλων, συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων με το προσωπικό και τη φροντίδα των ασθενών.

1.6 Ομάδα και ομαδικό πνεύμα στο χώρο εργασίας

Η αίσθηση της ομάδας στην εργασία περιλαμβάνει μια σύνδεση με τους άλλους που διευκολύνει την αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων και των συναδέλφων. Αυτή η σύνδεση θεωρείται ως μια βαθιά σχέση στην οποία οι εργαζόμενοι βλέπουν τους εαυτούς τους ως διασυνδεδεμένους μέσω της σχέσης μεταξύ του εσωτερικού τους εαυτού και του εσωτερικού εαυτού των άλλων εργαζομένων στο χώρο εργασίας. Αυτό το επίπεδο πνευματικότητας περιλαμβάνει επίσης τη νοητική, συναισθηματική και πνευματική σύνδεση των ανθρώπων που εργάζονται σε ομάδες και ομάδες. Η ουσία της ομάδας βασίζεται επομένως σε μια βαθιά αίσθηση ανθρώπινης σύνδεσης, που περιλαμβάνει υποστήριξη, ελευθερία έκφρασης και γνήσιο ενδιαφέρον. Αυτό περιλαμβάνει επίσης το ομαδικό πνεύμα, όπου οι εργαζόμενοι αισθάνονται μέρος μιας ευρύτερης ομάδας με αμοιβαία κατανόηση που οδηγεί στην καλές διαπροσωπικές σχέσεις (Arnold et al. 2005). Η επιρροή αυτή αντικατοπτρίζεται στο βιβλίο του Watson "Interpersonal Nursing - A Theory of Care" (Watson 1999a), το οποίο τονίζει την πρόθεση του νοσηλευτή να φροντίσει συνειδητά τον ασθενή και να

ενισχύσει τη θεραπευτική παρουσία του νοσηλευτή. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει μια διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς που στοχεύει στη διατήρηση της αξιοπρέπειας, της ανθρωπιάς, της εσωτερικής αρμονίας και της ολότητας τόσο για τον νοσηλευτή όσο και του ατόμου του οποίου έχει αναλάβει τη φροντίδα. Αυτή η διαπροσωπική σχέση επηρεάζει τελικά τη στάση των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του ασθενούς, οδηγώντας σε μια πιο επαγγελματική και αξιοπρεπή σχέση (Baldacchino 2010b). Αυτό το αμφίδρομο αποτέλεσμα μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στις σχέσεις με τους συναδέλφους, τον οργανισμό στο σύνολό του και την τοπική κοινότητα, γι' αυτό και ορισμένοι οργανισμοί ενθαρρύνουν τους υπαλλήλους τους να συμμετέχουν σε "εκστρατείες οικοδόμησης της ομαδικότητας". Η πνευματικότητα στο χώρο εργασίας εμφανίζεται όταν οι εργαζόμενοι καταφέρνουν να ισορροπήσουν τις πεποιθήσεις τους με αυτές του χώρου εργασίας τους. Η ισορροπία αυτή περιλαμβάνει την συνειδητοποίηση ότι ο σκοπός τους στον εργασιακό χώρο είναι μεγαλύτερος από τον εαυτό τους και ότι κατανοούν τη σημασία της συνεισφοράς τους στους άλλους και στην κοινωνία. Για παράδειγμα, η φροντίδα των ασθενών βελτιώνει την υγεία όχι μόνο των μεμονωμένων ασθενών, αλλά και των οικογενειών τους και τελικά συμβάλλει στο κοινωνικό σύνολο. Η διοίκηση και το προσωπικό ενός οργανισμού πρέπει να έχουν "κατάλληλες αξίες, ισχυρή συνείδηση και ενδιαφέρον για την ευημερία των εργαζομένων και της κοινωνίας". Οι οργανισμοί πρέπει επομένως να εργάζονται "με ακεραιότητα, με σκοπό πέρα από το απλό κέρδος, προς όφελος των άλλων".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΑΓΧΟΣ

2.1 Ιστορική αναδρομή

Το DSM-5, εγχειρίδιο για την κατάταξη των νοητικών διαταραχών, ορίζει το άγχος (anxiety) ως την προσδοκία μιας μελλοντικής απειλής, σε αντίθεση με τον φόβο (fear), ο οποίος είναι μια συναισθηματική αντίδραση σε μια πραγματική απειλή (American Psychiatric Association, APA). Το άγχος θεωρείται φυσιολογικό συναίσθημα επειδή βοηθά τους ανθρώπους να απομακρύνονται από επικείμενους κινδύνους. Το άγχος από τον 20^ο αιώνα συγκαταλέγεται ως διαταραχή στη ψυχιατρική ταξινόμηση. Οι ψυχίατροι, είναι εκείνοι οι οποίοι μπορούν να διακρίνουν το φυσιολογικό από το παθολογικό άγχος και να κρίνουν πότε το άτομο χρειάζεται θεραπεία. Οι ιστορικές ρίζες των διαταραχών της διάθεσης, ιδίως της μελαγχολίας, ανάγονται στην κλασική αρχαιότητα. Ωστόσο, το να πούμε ότι το άγχος είναι ένα σχετικά πρόσφατο κατασκευάσμα μάλλον δεν είναι απολύτως ακριβές. Υπάρχουν ενδείξεις, ότι οι Ελληνορωμαίοι φιλόσοφοι και γιατροί αναγνώριζαν σαφώς το άγχος ως ένα ξεχωριστό αρνητικό συναίσθημα και μια διαταραχή από μόνη της. Οι θεραπείες που υποστήριζαν οι αρχαίοι δεν θα θεωρούνταν ακατάλληλες για τα σύγχρονα εγχειρίδια γνωστικής ψυχοθεραπείας. Κατά τη διάρκεια των αιώνων που χώριζαν την κλασική αρχαιότητα και την εμφάνιση της σύγχρονης ψυχιατρικής στα μέσα του 19ου αιώνα, τυπικές περιπτώσεις αγχωδών διαταραχών συνέχισαν να περιγράφονται σε ιατρικά κείμενα, παρόλο που η ταξινόμηση των ασθενειών διαφοροποιείται αρκετά από τη σύγχρονη ταξινόμηση.

Σε ιατρικά κείμενα του Ιπποκράτη (460π.Χ.-370μ.Χ.), αναφέρεται η φοβία ως μια ιατρική διαταραχή. Ο Κικέρων (106π.Χ.-43π.Χ.), ορίζει το άγχος ως ιατρική ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται κλινικά ως μια «συσταλτική» διαταραχή και εισάγει τη διάκριση ανάμεσα στο χαρακτηριστικό άγχος και του θυμού που αναφέρεται στο άγχος κατάστασης. Τα κείμενα του Κικέρων για το παθολογικό άγχος και την απελευθέρωση από τις επιπτώσεις του αποτέλεσαν τους πυλώνες της σημερινής γνωστικής θεραπείας. Ο Robert Burton το (1621), ασχολήθηκε με την κατάθλιψη και διέκρινε ότι ο φόβος και η λύπη μπορούν να συμβούν ανεξάρτητα κάτι το οποίο τον οδήγησε στην ενασχόλησή του με το άγχος. Τον 18^ο αιώνα σε ιατρικά συγγράμματα γίνονται περιγραφές κρίσεων πανικού χωρίς όμως να χαρακτηρίζονται ως ξεχωριστή ασθένεια. Αυτό αποδεικνύει ότι η μελαγχολία μέχρι τότε εμπεριείχε στοιχεία τόσο

της κατάθλιψης όσο και του άγχους. Χωρίς δηλαδή διάκριση του άγχους από την κατάθλιψη. Ο Boissier de Sauvages (1706-1767) κληρονόμος της κλασικής αρχαιότητας και πρόδρομος της σύγχρονης επιστήμης, επινόησε τη μέθοδο της κλινικής παρατήρησης και δημοσίευσε την πρώτη σημαντική γαλλική ιατρική νοσολογία. Προχώρησε στην ταξινόμηση των ασθενειών σε δέκα κύριες κατηγορίες τις οποίες ανέλυσε περαιτέρω δημιουργώντας μία λίστα από (2.400) είδη μεμονωμένων ασθενειών. Με τον τρόπο αυτό διαχώρισε το άγχος από την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια. Ο Sigmund Freud, γεννημένος το (1856), ασχολήθηκε με την ερμηνεία του άγχους και έδωσε διάφορους όρους σε διάφορες αγχώδεις διαταραχές, οι οποίοι χρησιμοποιούνται στο DSM-I και στο DSM-II., επιτυγχάνοντας έτσι το διαχωρισμό τους.

Ο Emil Kraepelin περιγράφει το άγχος (angst) ως τη συχνότερη από τις παθολογικές ενοχλητικές επιδράσεις και διακρίνει το άγχος από το φόβο. Απομακρυνόμενοι από την προηγούμενη μεταφυσική αιτιολογία των ψυχιατρικών συμπτωμάτων και τοποθετώντας τα σε ένα νέο ψυχικό πεδίο με φόντο την ενδοψυχική σύγκρουση, οι ψυχίατροι όχι μόνο απέκτησαν μια βαθύτερη προοπτική για τα ψυχικά γεγονότα, αλλά ήταν επίσης σε θέση να επινοήσουν νέες ορθολογικές μεθόδους για τη θεραπευτική επίλυση των ψυχικών διαταραχών (Crocq 2015).

2.2. Ορισμός της έννοιας «άγχος»

Ο Sigmund Freud, περιέγραψε το άγχος ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα προσμονής επικείμενου κινδύνου, του οποίου η αιτία παραμένει αδιευκρίνιστη. Η ετυμολογία της λέξης «άγχος» (Γεμενετζής, 1991), προέρχεται από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις «άγχι», «άγχου» που σημαίνει θάνατος με την αγχόνη. Το άγχος, αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση στο στρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα μέτριο επίπεδο άγχους μπορεί να είναι ωφέλιμο. Προειδοποιεί για τον κίνδυνο και βοηθά στην προετοιμασία για αυτόν και κρατά τα άτομα σε εγρήγορση.

Το άγχος, συνδέεται με αισθήματα έντασης, φόβου, ακόμη και τρόμου, δίχως να αναγνωρίζονται τα αίτια (Μάνος, 1997). Το άγχος θεωρείται ως μια φυσιολογική αντίδραση απέναντι σε αγχώδη περιστατικά. Το στρες αποτελεί πρόβλεψη μελλοντικής ανησυχίας, που συνδέεται στενά με τη μυϊκή ένταση και τη συμπεριφορά αποφυγής. Σύμφωνα με τον (Barlow, 2000), το στρες είναι ωφέλιμο και

προετοιμάζει το άτομο ψυχολογικά για επαγρύπνηση, σε υπερβολικό βαθμό όμως το άγχος αποτελεί παθολογικό σύμπτωμα.

Ο Spielberg (1982) αναφέρει πως υπάρχει διαφορά μεταξύ των ατόμων όσο αφορά την εκδήλωση αντιδράσεων άγχους καθώς και στην έντασή τους. Βασικός παράγοντας είναι το πώς αντιλαμβάνεται ο καθένας ξεχωριστά και ερμηνεύει τις πιεστικές καταστάσεις.

Ο Lazarus (1966), αναφέρει πως το άγχος ανήκει στο πεδίο των "παρορμήσεων", ένα ευρύτερο πεδίο μελέτης που περιλαμβάνει θέματα βιολογικού άγχους, απογοήτευσης και αρνητικών συναισθημάτων.

2.3. Συμπτώματα του άγχους

Σε περιόδους που οι άνθρωποι διακατέχονται από υψηλά επίπεδα στρες, το σώμα τους απελευθερώνει διάφορες ορμόνες, όπως η επινεφρίνη και η νορεπινεφρίνη, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την εκδήλωση διαφόρων συμπτωμάτων από τον οργανισμό. Ως εκ τούτου, η συμπτωματολογία του άγχους εκδηλώνεται διαφορετικά στον κάθε άνθρωπο και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων εξαρτάται από τα αίτια και την ιδιοσυγκρασία του ατόμου (American Psychiatric Association, 2022). Η συμπτωματολογία του άγχους περιλαμβάνει διάφορες εκφάνσεις όπως η έλλειψη συγκέντρωσης και αυτοπεποίθησης, ανησυχία, άσχημες σκέψεις, απελπισία, νευρικότητα, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της πίεσεως, πεπτικά προβλήματα, κεφαλαλγία και κόπωση κ.α. Είναι εμφανές ότι όταν τα συμπτώματα του άγχους γίνονται σοβαρά, προκύπτουν προβλήματα λειτουργικότητας και υγείας. Ως αποτέλεσμα, το άγχος που νιώθει το άτομο αυξάνεται και τα συμπτώματα στις σκέψεις, τα συναισθήματα, στη συμπεριφορά και στο σώμα γίνονται πιο έντονα (American Psychiatric Association, 2022).

2.4. Παράγοντες που επιτείνουν το άγχος

Το άγχος επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους και υπάρχουν σωματικά συμπτώματα εκτός από τα ψυχολογικά συμπτώματα, αλλά συνήθως πολλοί άνθρωποι παρερμηνεύουν τις αιτίες της έντονης δυσφορίας. Στις αιτίες των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνονται παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία, όπως το άκουσμα μιας διάγνωσης καρκίνου, ή η διάγνωση μιας θεραπεύσιμης αλλά οδυνηρής

ασθένειας. Ένας άλλος παράγοντας μπορεί να είναι η παρενέργεια των φαρμάκων που προκαλούν άγχος, όπως ο έλεγχος των γεννήσεων, τα φάρμακα για το βήχα, η ρινική συμφόρηση και τα χάπια διατροφής. Επίσης μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλές δόσεις καφεΐνης μπορούν να προκαλέσουν άγχος. Η μείωση της πρόσληψης τροφής για την απώλεια βάρους αυξάνει το άγχος λόγω της έλλειψης ενέργειας και των χαμηλότερων επιπέδων σακχάρου. Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να αποτελέσει τη μεγαλύτερη αιτία άγχους είναι τα οικονομικά προβλήματα ή η ανεργία. Οι κοινωνικές δραστηριότητες, που συνήθως προτείνεται να βελτιώνουν την ψυχολογική ευεξία του ατόμου, μπορεί αντίθετα να αυξάνουν το άγχος. Οι έντονοι καυγάδες μπορεί να αυξήσουν το άγχος, ιδίως αν συμβαίνουν τακτικά, και να το επιδεινώσουν περαιτέρω. Το άγχος και οι καθημερινοί παράγοντες, όπως η κυκλοφοριακή συμφόρηση, το στρες στο χώρο εργασίας, προκαλούν άγχος που επιδεινώνεται με την πάροδο των ετών. Το άγχος που εμφανίζεται σε δημόσιο χώρο είναι διαφορετικό από το άγχος που εμφανίζεται σε κοινωνικές καταστάσεις. Τα προσωπικά ερεθίσματα είναι καταστάσεις που θυμίζουν στο άτομο δυσάρεστες εμπειρίες που προκαλούν φόβο και ενοχές και οδηγούν σε άγχος (American Psychiatric Association, 2022).

2.5. Άγχος σε επαγγελματίες υγείας

Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με στρεσογόνες καταστάσεις, βιώνουν καθημερινά τον πόνο και τον θάνατο, βρίσκονται σε στενή επαφή με κινδύνους έκθεσης μεταδοτικών ασθενειών και επικίνδυνα φάρμακα, σωματική και ψυχολογική κόπωση, κυλιόμενο ωράριο, εφημερίες με αυξημένη ένταση και για αρκετούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας υπάρχει επίσης εργασιακή ανασφάλεια και οικονομική αστάθεια (CDC,2021, Σαράφης, 2020). Ο βαθμός ευθύνης είναι υψηλός, ο όγκος εργασίας είναι αυξημένος, η έλλειψη προσωπικού και το κυκλικό ωράριο εργασίας έχουν επιπτώσεις στην προσωπική τους ζωή και σύμφωνα με τον (Σαράφη, 2020) τα επαγγέλματα υγείας θεωρούνται δικαίως ως στρεσογόνα.

Έρευνες έχουν δείξει πως ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών υγείας εμφάνισε άγχος. Οι Liang et al. (2023) στη μελέτη τους σε εργαζόμενους στον τομέα υγείας, κατέγραψαν επιπολασμό συμπτωμάτων άγχους στο 59,6%, αντίστοιχα οι LuceñoMoreno et al. (2020) βρήκαν ότι το ποσοστό άγχους είναι πάνω από 58%.

Οι Leng et al. (2021) στην έρευνα τους σε νοσηλευτές κατέδειξαν την εμφάνιση μέτριου άγχους και οι Labrague et al. (2020) σημείωσαν ποσοστό 38% άγχους που δημιουργεί λειτουργικά προβλήματα στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

Παρόμοια ευρήματα είχε η μελέτη των Alenazi et al. (2020), με ποσοστό μέτριου ως υψηλού άγχους πάνω από 50%, των Alnazly et al. (2021) με ποσοστό άγχους 60%, των Aly et al. (2021) με ποσοστό άγχους 50,5%, και των Mohsin et al. (2021) με ποσοστό άγχους πάνω από 73,5%.

Αντίθετα άλλες μελέτες έδειξαν πως ένα μεγάλο ποσοστό εργαζόμενων σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης εμφάνισαν χαμηλά ποσοστά άγχους, όπως των Awano et al. (2020), όπου το 90% των ερωτηθέντων εμφάνισαν ήπια συμπτώματα άγχους, των Korkmaz et al. (2020) με ποσοστό 67% ήπιου άγχους και των Tong et al. (2022) να δείχνει πως το (57%) δεν είχαν καθόλου άγχος.

Ωστόσο υπήρξαν και μελέτες στις οποίες βρέθηκε, ότι το ποσοστό εμφάνισης άγχους ήταν σε χαμηλά επίπεδα, όπως στους Pihan και Kupeli (2022) όπου κάτω από τους μισούς (41%) σημείωσαν συμπτώματα άγχους, η μελέτη των Kafle et al. (2021) με το 58,5% να είναι εντός των φυσιολογικών ορίων στρες και η έρευνα των (Nair et al. 2022) η οποία έδειξε ότι 12% των υγειονομικών δήλωσαν συμπτώματα άγχους.

Από κι άλλες έρευνες φάνηκαν ότι τα ποσοστά άγχους βρίσκονταν σε χαμηλά επίπεδα, όπως η μελέτη των Lu et al. (2020) στην οποία μόνο το 2,9% των γιατρών φάνηκε να εμφανίζει σοβαρό άγχος, η έρευνα των Mattila et al. (2021) η οποία έδειξε ότι 15% των συμμετεχόντων εμφάνισαν μέτριο άγχος και η έρευνα των Visi et al. (2022) που έδειξε επίσης ένα μικρό ποσοστό (20,5%), να εμφανίζει μέτρια επίπεδα άγχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 Ιστορική αναδρομή

Ο όρος κατάθλιψη, ιστορικά αναφέρεται από την αρχαιότητα. Στη δεύτερη χιλιετία π.Χ., περίπου, στη Μεσοποταμία τα σφηνοειδή κείμενα περιέγραφαν την ασθένεια ως πνευματική ή δαιμονική παρά ως ψυχοσωματική και οι ασθενείς απευθύνονταν σε ιερείς για τη θεραπεία τους παρά σε γιατρούς. Στη Βαβυλώνα, στην Κίνα και στην Αίγυπτο, επικρατούσε η άποψη ότι η ασθένεια προερχόταν από δαίμονες και οι ιερείς τους προσπαθούσαν να τη θεραπεύσουν διώχνοντας τα κακά πνεύματα από τον ασθενή μέσω εξορκισμού και στέρησης τροφής (Templeton, R. (2019). Το (460-357 π.Χ.) ο Ιπποκράτης μίλησε επίσης για την κατάθλιψη ως ψυχική διαταραχή που προκαλείται από βιολογικές αλλαγές, καθώς και για τη μελαγχολία. Η μελαγχολία, μια λέξη που σχηματίζεται από το melena (μαύρη) και τη χολή, αναφέρει ότι τα συμπτώματά της περιλαμβάνουν ανορεξία, σωματική αδυναμία, αϋπνία, ευερεθιστότητα και ανησυχία. Σύμφωνα με τον Meyer (1866-1950) η κατάθλιψη οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες, δίνοντας όμως έμφαση στα ψυχοκοινωνικά κυρίως αίτια. Ο Meyer ήταν αυτός που εισήγαγε τον όρο "κατάθλιψη" αντί για "μελαγχολία", κάτι το οποίο προκάλεσε σύγχυση στην ιατρική κοινότητα και αρκετές διαφωνίες καθώς ο όρος περιέκλειε και σοβαρές ψυχωσικές διαταραχές, όπως η διπολική διαταραχή (Καβάση, 2007). Αργότερα, στον ελληνικό και ρωμαϊκό κόσμο η επιστημονική προσέγγιση της βιολογικής και ψυχοφυσικής αιτιολογίας των ασθενειών απομακρύνονται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Οι Έλληνες στην Αρχαία Ελλάδα, περιέγραφαν τη μελαγχολία ως προδιάθεση του ατόμου σύμφωνα με την προσωπικότητα του και οι Ρωμαίοι την περιέγραφαν ως την επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος στον ανθρώπινο ψυχισμό (Καβάσης, 2007). Ο Ιπποκράτης (460-357π.Χ.) ονόμασε τη διαταραχή αυτή μελαγχολία (από το χυμό μέλαινα+χολή). Πίστευε ότι η διάθεση εξαρτάται από την ισορροπία των υγρών του σώματος. Συνέδεσε επίσης την παρουσία άγχους και φόβου με την κατάθλιψη. Ο Αριστοτέλης (384-322 π.Χ.) προχώρησε στην ανάλυση της μελαγχολίας σύμφωνα με τις προσωκρατικές και ιπποκρατικές αντιλήψεις. Σε κείμενα του Γαληνού (131-201 μ.Χ.) περιγράφονται τα συμπτώματα της θλίψης και του φόβου στη μελαγχολία. (Παπαβραμίδου και συν., 2017). Ο ψυχίατρος Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) ήταν ο πρώτος που έδωσε την ακριβή κλινική περιγραφή των ψυχικών

ασθενειών με τη στατιστική ανάλυση και μίλησε πρώτος για τον όρο "ψευδαίσθηση". (<https://www.britannica.com>). Ο Emil Kraepelin (1856-1926) διέκρινε την μανιοκατάθλιψη από άλλες ψυχωσικές ασθένειες (Ebert & Bär, 2010).

3.2 Ορισμός της κατάθλιψης

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει την κατάθλιψη ως μία από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές στον κόσμο, επηρεάζοντας περισσότερα από 300 εκατομμύρια άτομα. Η παρατεταμένη κατάθλιψη, είτε μέτρια είτε σοβαρή, έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία. Ανάλογα με το φύλο, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο. Κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 800.000 αυτοκτονίες, γεγονός που τη φέρνει στη δεύτερη θέση αιτίας θανάτου μεταξύ των νέων. Ωστόσο, παρόλο που υπάρχουν θεραπείες για την κατάσταση αυτή, μόνο το 10% των ασθενών με κατάθλιψη λαμβάνουν θεραπεία (WHO, 2018).

Η κατάθλιψη έχει οριστεί ως "συστημική" ασθένεια, η οποία εμπεριέχει συναισθηματικές, σωματικές, νοητικές, κοινωνικές και πνευματικές διαταραχές. Ο όρος "κατάθλιψη" περιγράφει την καταθλιπτική διάθεση, μια σειρά από γνωστικές, συμπεριφορικές και φυσιολογικές πτυχές με τα συμπτώματα τους. Στα συμπτώματα αυτά περιλαμβάνονται οι διαταραχές όρασης, διαταραχές του ύπνου, μειωμένες κινητικές δεξιότητες και μειωμένη συγκέντρωση (Huey, Janice & Yu-C, 2010). Όλοι οι άνθρωποι βιώνουν περιόδους έντονης θλίψης και στενοχώριας, οι οποίες συνήθως περνούν μετά από λίγες ημέρες. Ωστόσο, αν αυτά τα συναισθήματα διαρκούν περισσότερο από ένα δεκαπενθήμερο και επηρεάζουν σοβαρά την καθημερινή ζωή, μπορεί να μιλάμε για κατάθλιψη. Η κατάθλιψη ορίζεται επομένως ως η κατάσταση κατά την οποία το άτομο διακατέχεται από έντονη θλίψη και απελπισία για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3.3. Συμπτώματα κατάθλιψης

Η επίδραση της κατάθλιψης στον κάθε άνθρωπο είναι διαφορετική. Επίσης μπορεί κάποιος να έχει μερικά από τα συμπτώματα που προσιδιάζουν με αυτά της κατάθλιψης χωρίς όμως να πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο και η καθημερινότητά τους δεν επηρεάζεται ιδιαίτερα. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν θλίψη, μείωση ενδιαφέροντος για τα κοινά, έλλειψη ενδιαφέροντος

για τη ζωή και μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, αισθήματα ενοχής, σκέψεις αυτοκτονίας, συνήθως τα άτομα είναι αφηρημένα, εμφανίζουν διαταραχές ύπνου καθώς και διάφορες άλλες ψυχωτικές διαταραχές (Piades & Keegan, 2018).

Η κατάθλιψη διακρίνεται σε εννέα τύπους αναλόγως της συμπτωματολογία της:

1. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή μονοπολική διαταραχή. Είναι μια σοβαρή διαταραχή που αφορά τη διάθεση του ατόμου, το οποίο κατακλύζεται από συναισθήματα θλίψης, κατάθλιψης και απελπισίας. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, δυσκολία στον ύπνο, μείωση ενδιαφέροντος και κόπωση, διαταραχές στην πρόληψη τροφής, ανεξήγητο πόνο, απομόνωση, έλλειψη συγκέντρωσης, απελπισία, συνεχή ανησυχία, άγχος, σκέψεις πρόκλησης βλάβης στον ίδιο τους τον εαυτό. Αυτά τα συμπτώματα επηρεάζουν δραματικά την καθημερινότητα του ατόμου και έχουν μεγάλη διάρκεια (Piades et. al. 2018), (Pietrangelo et. al. 2018).

2. Δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη. Μπορεί να διαρκέσει δύο χρόνια, αλλά αυτό δεν είναι απόλυτο καθώς αρκετές φορές διαρκεί περισσότερο δημιουργώντας σοβαρά προβλήματα στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Και σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα είναι ίδια με αυτά της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

3. Διπολική διαταραχή. Διακρίνεται για την εναλλαγή περιόδων μανίας ή υπομανίας με περιόδους θλίψης και απώλεια ενδιαφερόντων. Παλαιότερα ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη, πλέον αναφέρεται ως διπολική διαταραχή.

A. Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης περιλαμβάνει αισθήματα θλίψης και απογοήτευσης, έλλειψη ενέργειας, κόπωση, διαταραχές ύπνου, κακή συγκέντρωση, μειωμένη δραστηριότητα, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που προηγουμένως ήταν ευχάριστες και σκέψεις αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα της μανίας περιλαμβάνουν υψηλή ενεργητικότητα, λίγο ύπνο, ευερεθιστότητα, αδιάκοπη σκέψη και ομιλία, υπερκινητική σκέψη, υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων τους, αδικαιολόγητη χαρά και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Επίσης έχουν παρατηρηθεί, σε σοβαρές καταστάσεις, ψευδαισθήσεις και αυταπάτες (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

4. Καταθλιπτική ψύχωση. Στην περίπτωση αυτή, τα άτομα όταν βρίσκονται για μεγάλη χρονική περίοδο σε σοβαρή κατάθλιψη έχοντας αυταπάτες και ψευδαισθήσεις, ζώντας δηλαδή καταστάσεις που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν, όπως το να ακούν φωνές ή να βλέπουν άτομα που δεν υπάρχουν, χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα και αυτό περιγράφεται ως τυπική μείζων κατάθλιψη και το άτομο πάσχει από ψύχωση. Η κατάθλιψη συνοδευόμενη από ψύχωση, προκαλεί και σωματικά συμπτώματα όπως την αργή κίνηση του ατόμου (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

5. Περιγεννητική κατάθλιψη. Η μορφή αυτή της κατάθλιψης μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και μετά τον τοκετό, η οποία είναι γνωστή και ως επιλόχειος κατάθλιψη. Οφείλεται στις ορμονικές αλλαγές κατά την εγκυμοσύνη οι οποίες επηρεάζουν οδηγούν σε διακυμάνσεις της διάθεσης. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν άγχος, θυμό, κόπωση, υπερβολική ανησυχία για τη ζωή του βρέφους, δυσκολία με την προσωπική φροντίδα και την περιποίηση του νεογέννητου και σκέψεις πρόκλησης βλάβης στον εαυτό της αλλά και στο μωρό, θεωρώντας ότι εκείνο φταίει για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

6. Προεμμηνορροϊκή διαταραχή. Αποτελεί μια σοβαρή μορφή προεμμηνορροϊκού συνδρόμου το οποίο εκδηλώνεται με σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όπως κράμπες, πρησμένο και επώδυνο στήθος, πονοκέφαλος, πόνος στις αρθρώσεις, μυϊκός πόνος, λαχτάρα, απελισία, θυμός, ευερεθιστότητα, εναλλαγές της διάθεσης, βουλιμία, άγχος, απώλεια συγκέντρωσης και διαταραχές ύπνου, τα οποία αρχίζουν να εμφανίζονται μετά την ωορρηξία και υποχωρούν με την έναρξη της εμμήνου ρύσεως. (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

7. Εποχική καταθλιπτική διαταραχή. Εμφανίζεται συνήθως το φθινόπωρο και επιδεινώνεται σταδιακά το χειμώνα όπου τα άτομα αναγκάζονται να μείνουν περισσότερες ώρες κλεισμένοι στα σπίτια τους αφού η νύχτα είναι μεγαλύτερη και κάνει κρύο. Η εποχική αυτή μετάβαση οδηγεί τα άτομα στην μείωση των κοινωνικών τους επαφών, στην ανάγκη για περισσότερες ώρες ύπνου, αύξηση βάρους και αισθήματα θλίψης. Τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν την άνοιξη και τα άτομα επανέρχονται στη φυσιολογική τους κατάσταση. Πιθανόν η έλλειψη του φωτός,

καθώς η διάρκεια της ημέρας είναι μικρή, να επηρεάζει κάποια άτομα (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

8. Διαταραχή προσαρμογής. Η συμπτωματολογία είναι παρόμοια με αυτή της μείζονος κατάθλιψης και περιλαμβάνει συχνό κλάμα, αίσθημα απελπισίας, άγχος, αλλαγές στην όρεξη, διαταραχές στον ύπνο, σωματικό πόνο, κόπωση και κοινωνική απομόνωση. Προκαλείται συνήθως από το άκουσμα μιας σοβαρής νόσου ή από το θάνατο ατόμου το οποίο είναι ξεχωριστό για αυτούς, την απώλεια της εργασίας και διάφορες άλλες στρεσογόνες καταστάσεις (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

9. Άτυπη κατάθλιψη. Στην άτυπη κατάθλιψη υπάρχει έξαρση και ύφεση των συμπτωμάτων, αναλόγως των γεγονότων της ζωής, τα οποία μπορεί να είναι δυσάρεστα ή ευχάριστα. Στη περίπτωση αυτή, είναι αρκετά δύσκολο να διακρίνει κανείς ότι το άτομο πάσχει από το σύνδρομο κατάθλιψης και δυστυχώς πρόκειται για μια σοβαρή κατάσταση. Τα συμπτώματα αφορούν κυρίως την παραμέληση του ίδιου τους του εαυτού και την ευερεθιστικότητα (Piades et.al., 2018), (Pietrangelo et.al., 2018).

3.4. Επιβαρυντικοί παράγοντες

Η κατάθλιψη είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και η ακριβής αιτιολογία της δεν είναι ακόμη γνωστή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η παθοφυσιολογία της περιλαμβάνει μια αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων.

- **Βιολογικοί παράγοντες**

Οι βιολογικοί παράγοντες συνδέονται άρρηκτα με την ανώτερη λειτουργία του εγκεφάλου, ιδίως με τα τμήματα του εγκεφάλου που ελέγχουν τα ανθρώπινα συναισθήματα. Η δράση ενδογενών ουσιών όπως οι νευροδιαβιβαστές, νοραδρεναλίνη και σεροτονίνη σε μειωμένα επίπεδα οδηγούν στην εμφάνιση καταθλιπτικών επεισοδίων (Volker, 2015).

- **Γενετικοί παράγοντες**

Οι γενετικοί παράγοντες σχετίζονται άμεσα με το οικογενειακό περιβάλλον. Το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης θεωρείται επιβαρυντικός παράγοντας, διότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης όταν το άτομο αντιμετωπίζει

στρεσογόνα γεγονότα. Τα γονίδια συνδέονται τόσο με βιολογικά όσο και με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, γεγονός που υποδηλώνει προδιάθεση για κατάθλιψη. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι πιθανό να προδιαθέτουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης (Larson et. al., 2017).

- **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες συνδέονται στενά όχι μόνο με την ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου αλλά και με το κοινωνικό περιβάλλον. Το κοινωνικό περιβάλλον περιλαμβάνει τις συνθήκες και τα βιώματα κατά την παιδική ηλικία. Η απώλεια ενός γονέα, το διαζύγιο, η εγκατάλειψη ή η παραμέληση, αυξάνουν την πιθανότητα καταθλιπτικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή. Η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση με ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές, πνευματικές ή κοινωνικές αλλαγές. Οι κοινωνικές αλλαγές περιλαμβάνουν την απώλεια συγγενών, ανεργία, αναζήτηση εργασίας, περιβάλλον διαβίωσης και συμπεριφορές (Wehrenberg, 2014).

Ορισμένες μη ψυχωσικές ασθένειες μπορεί επίσης να εμπλέκονται στην αιτιολογία και μπορεί να προκαλέσουν δευτερογενώς κατάθλιψη. Σε αυτές περιλαμβάνονται: ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος, (Πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α.) καθώς και διάφορες άλλες ασθένειες όπως ο καρκίνος. Τα φάρμακα επίσης και η κατάχρηση αλκοόλ ανήκουν στους παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης (Drummond, 2014).

3.5. Ερευνητικές μελέτες για την κατάθλιψη στους επαγγελματίες υγείας

Οι Olaya B. et. al. (2021), σε συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν σε χώρες της Ανατολικής Μεσογείου (EMR), κατά την περίοδο της Covid-19, είχε ως στόχο να προσδιορίσει τον επιπολασμό της κατάθλιψης και να εντοπίσει τον κίνδυνο και τους προστατευτικούς παράγοντες της κατάθλιψης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα υγείας. Η συστηματική ανασκόπηση εντόπισε 108 μελέτες από 12 χώρες EMR με διαφορετική ποιότητα. Η πολύωρη εργασία, η κακή ποιότητα ύπνου και το να είναι γυναίκες ήταν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας. Η μετα-ανάλυση περιελάμβανε 77 μελέτες που παρείχαν 122 μετρήσεις επιπολασμού σε 7 χώρες EMR. Ο συγκεντρωτικός

επιπολασμός της κατάθλιψης μεταξύ χωρών EMR για τους εργαζόμενους στον τομέα υγείας ήταν 33,03% (95% CI=27, 40-39, 19%). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ιατροί επείγουσας υγείας είχαν αξιοσημείωτα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης {53,14% (95% CI=26, 63-77, 99%)} σε σύγκριση με τους εργαζόμενους άλλων ειδικοτήτων.

Σε μια άλλη συγχρονική, διαδικτυακή μελέτη, η οποία έγινε στην Ινδία από τους Wilson W, Raj JP, Rao S, et al, (2020) και αφορούσε επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονταν άμεσα στη διαλογή, τον έλεγχο, τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενών και υπόπτων για COVID-19, στόχος ήταν να αξιολογήσει τον επιπολασμό και τους προγνωστικούς παράγοντες του στρες, της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των επαγγελματιών υγείας της Ινδίας. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά N = 350 διαδικτυακές απαντήσεις. Ο επιπολασμός (95% CI) των επαγγελματιών υγείας με υψηλού επιπέδου στρες ήταν 3,7% , και φάνηκε ότι αυτοί οι οποίοι εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης που απαιτούσε θεραπεία ήταν 11,4%. Οι γυναίκες επίσης είχαν περίπου διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν υψηλά επίπεδα άγχους, και κατάθλιψης. Η έρευνα έδειξε επίσης ότι οι τιμές αυτές είναι συγκρίσιμες με άλλες χώρες και όχι υψηλές, δεδομένης της συγκριτικά κακής υποδομής υγείας στη χώρα σε σύγκριση με άλλες χώρες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην πρόωμη φάση της πανδημίας και στην ανθεκτικότητα των Ινδών που εργάζονταν στο χώρο της υγείας.

Οι Fond, G., et. al (2022), πραγματοποίησαν μια συγχρονική έρευνα σε δημόσιες και ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης σε εθνικό επίπεδο στη Γαλλία το (2021), η οποία είχε ως στόχο την εξέταση παραγόντων που επιδρούν αρνητικά στη ψυχολογική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η μελέτη AMADEUS («AMeliorer l'Adaptation a l'Emloi pour limiter la soUffrance des Soignants»/«βελτίωση της προσαρμογής στην απασχόληση για τον περιορισμό της τλαιπωρίας των επαγγελματιών υγείας»), έγινε σε 10.325 επαγγελματίες υγείας 1969 (19,1%) γιατροί, 1768 (17,1% στελέχη υγείας, 2.819 (27,3%) νοσηλευτές, 847 (8,2%) βοηθοί νοσηλευτών και 2.922 (28,3%) άλλοι επαγγελματίες υγείας. Από αυτούς σε 3.122 (30,2%) φάνηκε να υπάρχει πιθανή κατάθλιψη, εκ των οποίων ήταν 627 ιατροί (31,8%), στελέχη υγείας 572 (32,4%), νοσηλευτές 825 (29,3%). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης υπολογίστηκε στο 30% και ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλός στους γιατρούς. Επίσης φάνηκε πως το εργασιακό περιβάλλον και οι επαγγελματικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και να οδηγήσουν στην κλινική

κατάθλιψη. Οι παράγοντες αυτοί είναι το burn-out, συνεχής εκφοβισμός στο χώρο εργασίας και ο περιορισμός στη λήψη αποφάσεων, ακολουθούμενοι από μεμονωμένους παράγοντες όπως ατομικοί παράγοντες (φάνηκε πως ο κύριος ατομικός παράγοντας ήταν η υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη).

Σύμφωνα με έρευνα των Letvak S, et. al (2012), για τον προσδιορισμό του επιπολασμού της κατάθλιψης σε 1.171 νοσοκομειακούς νοσηλευτές εξετάζοντας τα ατομικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας, την ικανοποίηση των εργαζομένων και την παραγωγικότητα εργασίας που σχετίζονται με την κατάθλιψη στη Βόρεια Καρολίνα, φάνηκε πως τόσο τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως υψηλός δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), όσο και οι πιεστικές συνθήκες εργασίας, παίζουν σημαντικό ρόλο στη μειωμένη παραγωγικότητα λόγω προβλημάτων υγείας, στην εργασία και στην κατάθλιψη. Το ποσοστό συμπτωμάτων κατάθλιψης αντιστοιχούσε στο 18%. Το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης αντιπροσώπευαν το 60,6% της διακύμανσης στην υγεία των ασθενών. Φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που απασχολούνται στα νοσοκομεία έχουν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης από τα εθνικά πρότυπα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Ο τίτλος της παρούσας μελέτης είναι “Συσχέτιση πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας σε ένα γενικό περιφερικό νοσοκομείο”. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Κοινωνικής Πολιτικής» με ειδίκευση «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική Υγείας», του τμήματος «Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η έρευνα διενεργήθηκε από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Βασιλική Κίτσιου, με εισηγήτρια την καθηγήτρια Κατερίνα Τόσκα.

4.2 Σκοπός και στόχοι

Βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της συσχέτισης πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης στους εργαζόμενους του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Επιπλέον η διερεύνηση των ως άνω παραγόντων σε σχέση με τα δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων που συμμετείχαν στο δείγμα.

Ως επιμέρους στόχοι της έρευνας τέθηκαν:

- Η καταγραφή του επιπέδου πνευματικότητας καθώς και των επιμέρους διαστάσεων της (νόημα, γαλήνη, πίστη) των εργαζομένων του νοσοκομείου.
- Η καταγραφή του επιπέδου άγχους των εργαζομένων του νοσοκομείου.
- Η καταγραφή του επιπέδου κατάθλιψης των εργαζομένων του νοσοκομείου.
- Ποιοι είναι οι δημογραφικοί και εργασιακοί παράγοντες που συσχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας.
- Η ανίχνευση των καθοριστικών δημογραφικών και εργασιακών παραγόντων για την παρουσία υψηλών επιπέδων άγχους και κατάθλιψης.

4.3 Υλικά και μέθοδος

Η παρούσα, αποτελεί μια περιγραφική μη πειραματική έρευνα και διεξήχθη με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, με την μέθοδο του δείγματος ευκολίας. Η διανομή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στους χώρους εργασίας των συμμετεχόντων. Στο δείγμα της έρευνας συμπεριλήφθηκαν οι εργαζόμενοι του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου που εργάζονται στις κάτωθι υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Τεχνική
- ΕΚΑΒ

Ο συνολικός αριθμός των εργαζόμενων που περιλαμβάνονται στις παραπάνω υπηρεσίες ανέρχεται σε 650. Ο τελικός αριθμός εργαζομένων που συμφώνησε να συμμετάσχει στην έρευνα και επέστρεψε συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο ήταν 412 άτομα, ενώ από την ερευνήτρια διανεμήθηκαν 537 ερωτηματολόγια. Συνεπώς, το ποσοστό απόκρισης ανήλθε σε 76.7%., το οποίο κρίνεται ιδιαίτερα ικανοποιητικό αν συνυπολογιστεί αφενός ο φόρτος εργασίας των εργαζομένων του νοσοκομείου όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα και αφετέρου η περίοδος συλλογής κατά την οποία παρατηρήθηκαν απουσίες από την εργασία για διάφορους λόγους (άδειες κ.λπ.). Τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν κατά το διάστημα μεταξύ 18/12/2023 έως 05/01/2024, διάστημα δηλαδή 18 ημερών περίπου.

Ερευνητικά εργαλεία

Για την συλλογή των επιθυμητών δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τέσσερις ενότητες συνολικά. Η πρώτη ενότητα κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια έπειτα από μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας προκειμένου να καταγραφούν τα δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Στην δεύτερη ενότητα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα πνευματικότητας, στην τρίτη ενότητα η κλίμακα αντίληψης του στρες και στην τέταρτη ενότητα η κλίμακα κατάθλιψης. Στην συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά οι

ενότητες του ερωτηματολογίου, ενώ στο Παράρτημα Α της παρούσας μελέτης παρουσιάζεται ολόκληρο το ερωτηματολόγιο όπως αυτό χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες.

A) Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Αποτελείται από 8 στοιχεία συνολικά τα οποία καταγράφουν πέντε δημογραφικά χαρακτηριστικά που είναι το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το αριθμό τέκνων και το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και τρία εργασιακά χαρακτηριστικά και πιο συγκεκριμένα την υπηρεσία εργασίας, τον τομέα εργασίας και τα έτη υπηρεσίας.

B) Κλίμακα Πνευματικότητας

Πρόκειται για το εργαλείο “Functional assessment of chronic illness therapy - spiritual well-being 12 (FACIT-SP12) scale – Non illness” το οποίο κατασκευάστηκε αρχικά από τους Cella et al. (1993) και μεταφράστηκε στα Ελληνικά από τον Φραδέλος (2021). Η κλίμακα πνευματικότητας, υπολογίζει μια συνολική βαθμολογία για την πνευματικότητα του ατόμου, καθώς επίσης και τρεις επιμέρους διαστάσεις, νόημα, γαλήνη και πίστη. Αποτελείται από 12 στοιχεία συνολικά, τα οποία απαντώνται σε μια κλίμακα Likert πέντε βαθμίδων από 0 έως 4 (0=Καθόλου, 1=Λίγο, 2=Κάπως, 3=Πολύ, 4=Πάρα πολύ). Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία που σημειώνει ένα άτομο στην κλίμακα πνευματικότητας καθώς και σε κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις της, τόσο υψηλότερη είναι η πνευματικότητα του ατόμου και κατά συνέπεια η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την πνευματική ευημερία του. Η μεταφρασμένη στα Ελληνικά έκδοση του FACITsp-12, έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που έχουν διενεργηθεί με την συμμετοχή τόσο υγιών ατόμων όσο και ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Στο άρθρο του Φραδέλος (2021) όπου παρουσιάστηκε αρχικά η ελληνική έκδοσή της, η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 275 νοσηλευτών για την εκτίμηση της πνευματικότητας τους. Τα αποτελέσματα (μέσος όρος, τυπική απόκλιση) και η εσωτερική συνέπεια των κλιμάκων παρουσιάζονται παρακάτω:

	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Cronbach a
Συνολική Πνευματικότητα	34.46±7.29	0.789
Νόημα	14.12±2.17	0.644
Γαλήνη	9.93±3.29	0.733
Πίστη	10.40±4.13	0.888

Γ) Κλίμακα αντίληψης του στρες

Πρόκειται για το εργαλείο Perceived Stress Questionnaire (PSQ) που δημιουργήθηκε από τους Levenstein et al. (1993) και μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Karatza et al. (2014). Στην αρχική του μορφή, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε κλινικό δείγμα, ωστόσο κατά την μετάφραση του στα ελληνικά, το δείγμα αποτελείτο από γενικό πληθυσμό. Ως αποτέλεσμα, σύμφωνα με τους συγγραφείς της ελληνικής έκδοσης, εντοπίστηκε και μετρήθηκε η αντίληψη του στρες που σχετίζεται με την αγχωτική κατάσταση των προβλημάτων υγείας και των συμπτωμάτων. Η κλίμακα αντίληψης του στρες αποτελείται από 30 στοιχεία συνολικά, τα οποία απαντώνται σε μια τετραβάθμια κλίμακα Likert από 1 έως 4 (όπου 1=Σχεδόν ποτέ, 2=Μερικές φορές, 3=Συχνά και 4=Συνήθως). Η κλίμακα υπολογίζει μια βαθμολογία για την αντίληψη του στρες για κάθε συμμετέχοντα που κυμαίνεται από 30-120, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να αναδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα άγχους για το άτομο. Επιπλέον, υπολογίζεται και ένας δείκτης αντίληψης του στρες (PSQ-Index) για κάθε δείγμα που εφαρμόζεται, ο οποίος αποδίδει μια βαθμολογία ανάμεσα στο 0 και το 1. Στην έρευνα κατά την οποία σταθμίστηκε η μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση του ερωτηματολογίου, συμμετείχαν συνολικά 1.318 ενήλικες κυρίως από την Αττική και την Αργολίδα καθώς και άλλες περιοχές, με την μέση τιμή του δείγματος στο PSQ να ανέρχεται σε $\mu=73.28\pm 14.99$ ενώ η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου να υπολογίζεται σε Cronbach's $a=0.931$.

Δ) Κλίμακα κατάθλιψης

Το τελευταίο εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) που κατασκευάστηκε από τον Radloff, (1977) και μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τους Fountoulakis et al. (2001). Η κλίμακα

κατάθλιψης είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς και αναπτύχθηκε αρχικά για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης χωρίς η μεροληψία ενός τρίτου ατόμου να επηρεάζει τα αποτελέσματα. Τα στοιχεία της κλίμακας CES-D μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους ασθενείς να αρχίσουν να συζητούν προηγούμενα νεφελώδη συμπτώματα, ειδικά εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης όπως πονοκέφαλο ή αϋπνία. Το CES-D αποτελείται από 20 στοιχεία συνολικά που καλύπτουν συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Τα ερωτήματα απαντώνται σε μια κλίμακα Likert τεσσάρων βαθμίδων με τις απαντήσεις να κυμαίνονται από 0 έως 3 (0=Σπάνια ή καμία φορά -λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα, 1=Μερικές ή λίγες φορές – για 1-2 ημέρες την εβδομάδα, 2=Περιστασιακά ή για μέτριο χρονικό διάστημα – για 3-4 ημέρες την εβδομάδα, 3=Τις περισσότερες ή όλες τις φορές – για 5-7 ημέρες την εβδομάδα). Η κλίμακα υπολογίζει ένα συνολικό σκορ από 0-60 όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν την παρουσία μεγαλύτερης συμπτωματολογίας κατάθλιψης. Στο άρθρο στάθμισης του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα, συμμετείχαν 40 ασθενείς που έπασχαν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (σύμφωνα με το DSM-IV) και κατάθλιψη (σύμφωνα με τα κριτήρια ICD-10) καθώς και 120 άτομα από τον γενικό πληθυσμό. Το συνολικό αποτέλεσμα για την ομάδα των ασθενών ανήλθε σε $\mu=44.22\pm 15.74$ ενώ για τον γενικό πληθυσμό η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα ανήλθε σε $\mu=12.99\pm 13.03$. Τέλος, η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου ανήλθε σε Cronbach's $\alpha=0.95$.

4.4 Ηθική και δεοντολογία

Η παρούσα έρευνα διενεργήθηκε έπειτα από την λήψη της σχετικής άδειας (αρ. πρωτ.:31062/18-12-2023), κατόπιν αιτήματος της ερευνήτριας με αριθμό πρωτοκόλλου 26653/02-11-2023, προς το επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου και η σχετική έγκριση επισυνάπτεται στο παράρτημα Β, στο τέλος της εργασίας. Κατά την διενέργεια της έρευνας, τηρήθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων όπως ορίζει ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία των Δεδομένων (GDPR). Επιπλέον τηρήθηκε η αρχή της ελεύθερης και οικειοθελούς αποχώρησης από την έρευνα. Πριν από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι

συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και την εθελοντική συμμετοχή τους σε αυτήν και προκειμένου να συμμετάσχουν σε αυτήν έπρεπε να δώσουν την γραπτή συγκατάθεση τους . Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης και την όποια πιθανή δημοσίευση προκύψει από αυτήν.

4.5 Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics Version 25. Με την χρήση του SPSS έλαβε χώρα η κατάλληλη κωδικοποίηση των απαντήσεων, ο υπολογισμός των σκορ όπου αυτά απαιτούνται και η εξαγωγή πινάκων και γραφημάτων που χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Για την επιστημονική αρτιότητα των αποτελεσμάτων, αρχικά έγινε χρήση μέτρων περιγραφικής στατιστικής ώστε να παρουσιασθούν οι υπό διερεύνηση μεταβλητές. Ποιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά μέτρα που αφορούν την μέση τιμή, την τυπική απόκλιση, την ποσοστιαία κατανομή, την διάμεσο τιμή, την ελάχιστη και την μέγιστη τιμή. Επιπλέον, κατά την παρουσίαση του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν και τα κατάλληλα γραφήματα (ιστόγραμμα, ραβδόγραμμα, πίτα κ.α.). Ακολούθως, κατά τη διερεύνηση των συσχετίσεων διενεργήθηκε με την χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής. Πιο συγκεκριμένα, οι έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov, Independent T-test, Συντελεστής συσχέτισης Pearson και οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal – Wallis test και Mann – Whitney test. Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p= 0,05$.

Κεφάλαιο 5^ο

Αποτελέσματα

Το παρόν κεφάλαιο, περιλαμβάνει τα αποτελέσματα από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά την διενέργεια της έρευνας μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίων. Αρχικά παρουσιάζονται με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής, τόσο τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος όσο και τα αποτελέσματα των 3 διαφορετικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν (Κλίμακα πνευματικότητας, Κλίμακα αντίληψης του στρες και Κλίμακα κατάθλιψης). Ακολούθως, με την χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής παρουσιάζεται η διερεύνηση των συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να αναδειχθούν οι παράγοντες που καθορίζουν τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν στα επί μέρους εργαλεία.

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 1 (καθώς και στα γραφήματα 1-8) παρουσιάζονται τα δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος των 412 εργαζομένων στο νοσοκομείο που συμμετείχε στην έρευνα. Από εκεί προκύπτει ότι 3 στους 4 συμμετέχοντες είναι γυναίκες, με μέση ηλικία τα 46,6 έτη, περισσότεροι από 6 στους 10 είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση με τους μισούς να έχουν 1 ή 2 τέκνα, ενώ περισσότεροι από 6 στους 10 είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, όσον αφορά τα εργασιακά χαρακτηριστικά, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες εργάζονται στην νοσηλευτική υπηρεσία, με σχεδόν 1 στους 2 να είναι τοποθετημένοι στον παθολογικό τομέα ενώ τέλος σχεδόν οι μισοί διαθέτουν περισσότερα από 20 έτη εργασίας.

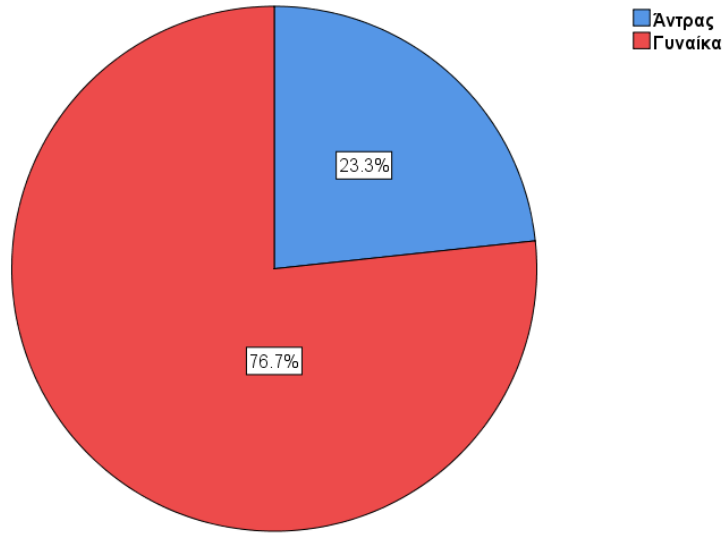
Πίνακας 1: Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (% επί των εγκύριων)
Φύλλο	
• Άνδρας	96 (23,3%)
• Γυναίκα	316 (76,7%)
Ηλικία	46,6 (9,62)*

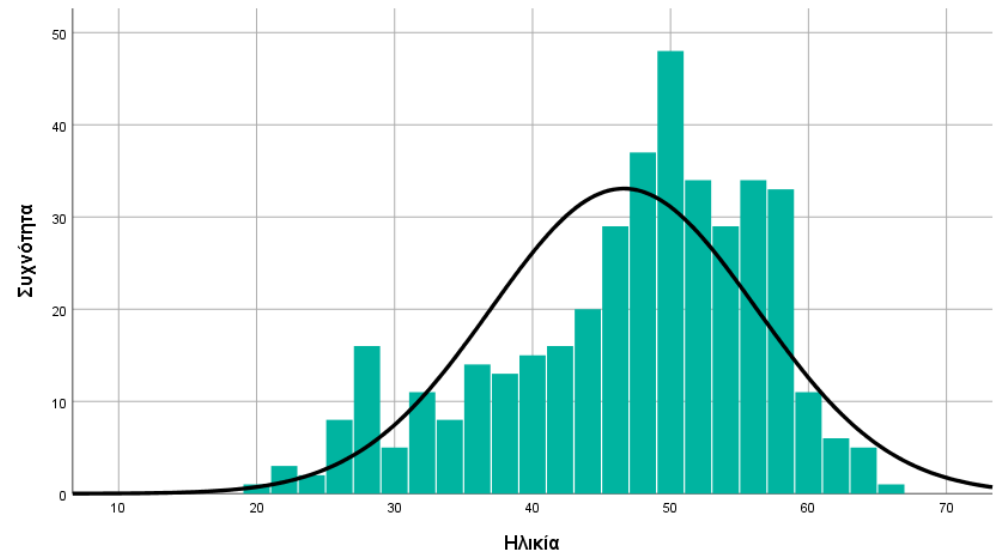
Οικογενειακή κατάσταση	
• Έγγαμος-η	246 (59,7%)
• Σε συμβίωση	18 (4,4%)
• Διαζευγμένος-η	40 (9,7%)
• Άγαμος-η	98 (23,8%)
• Άλλο	10 (2,4%)
Αριθμός τέκνων	
• Χωρίς τέκνα	134 (32,5%)
• 1 – 2 τέκνα	207 (50,2%)
• Περισσότερα από 2 τέκνα	71 (17,2%)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	11 (2,7%)
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	135 (32,8%)
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	155 (37,6%)
• Μεταπτυχιακοί τίτλοι	111 (26,9%)
Υπηρεσία	
• Ιατρική	119 (28,9%)
• Νοσηλευτική	202 (49,0%)
• Διοικητική	61 (14,8%)
• Τεχνική	17 (4,1%)
• ΕΚΑΒ	13 (3,2%)
Τομέας εργασίας	
• Παθολογικός	156 (49,8%)
• Χειρουργικός	126 (40,3%)
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	31 (9,9%)
Έτη υπηρεσίας	
• Λιγότερα από 5 έτη	94 (22,9%)
• 5 έως 10 έτη	45 (10,9%)
• 10 έως 15 έτη	39 (9,5%)
• 15 έως 20 έτη	47 (11,4%)
• Περισσότερα από 20 έτη	186 (45,3%)

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

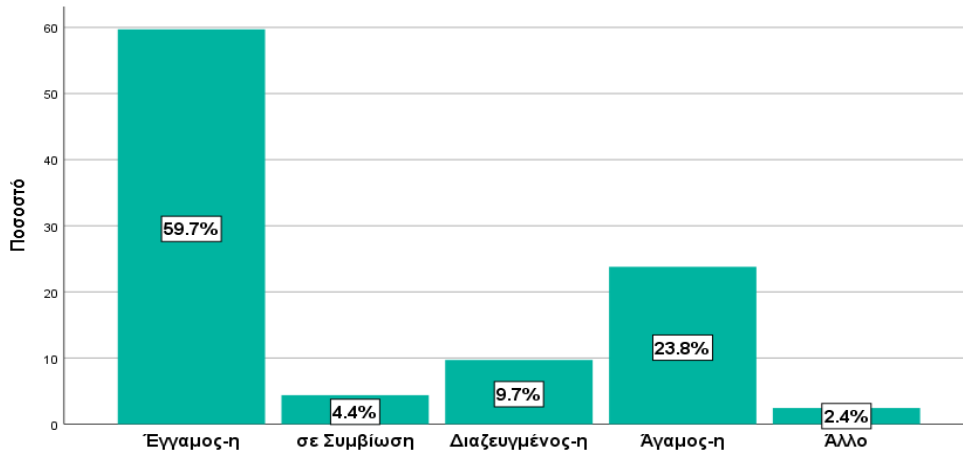
Γράφημα 1: Φύλο



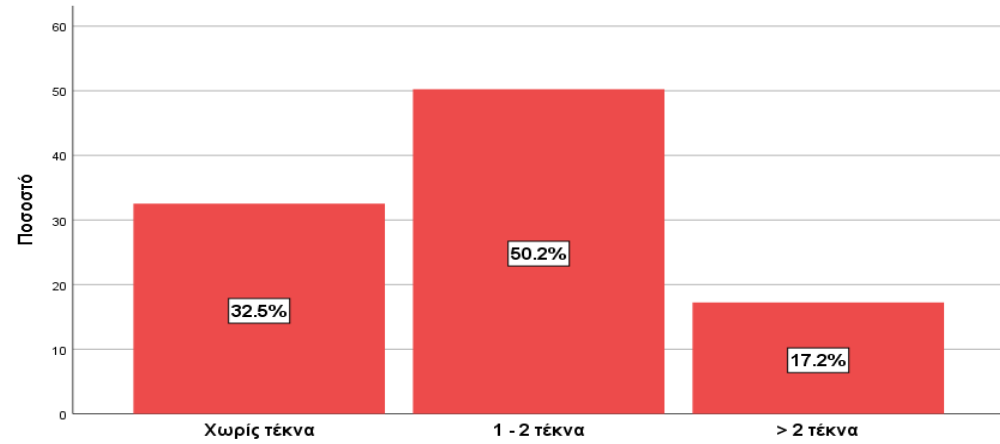
Γράφημα 2: Ηλικία



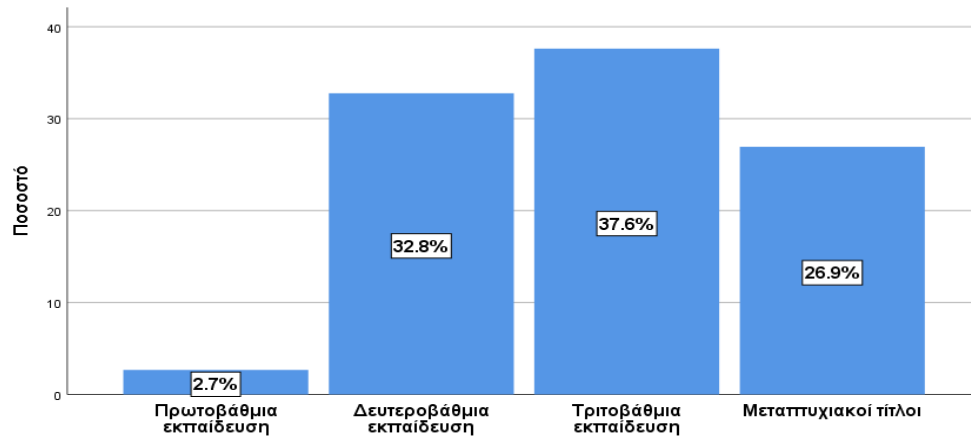
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση



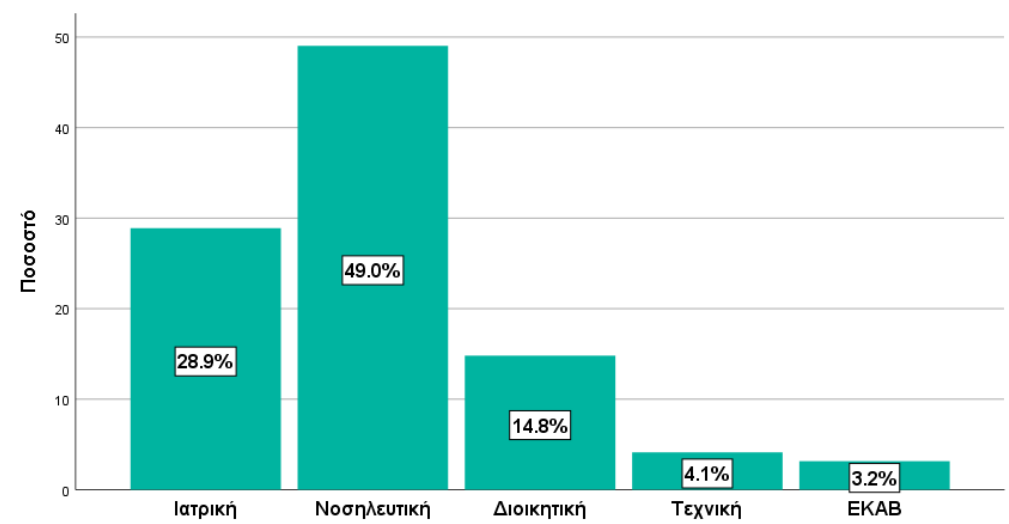
Γράφημα 4: Αριθμός τέκνων



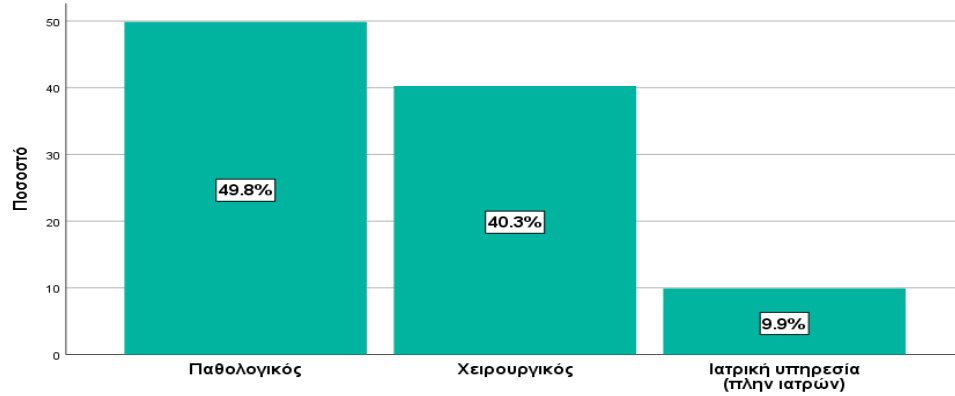
Γράφημα 5: Επίπεδο εκπαίδευσης



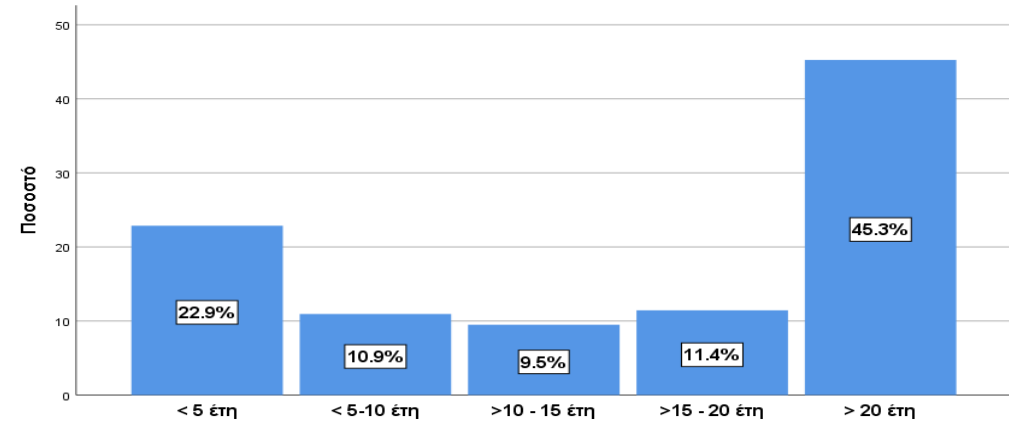
Γράφημα 6: Υπηρεσία



Γράφημα 7: Τομέας εργασίας



Γράφημα 8: Έτη υπηρεσίας



5.2 Κλίμακα πνευματικότητας

Σε αυτή την ενότητα, ακολουθούν τα αποτελέσματα του δείγματος στην κλίμακα της πνευματικότητας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κλίμακα της πνευματικότητας αποτελείται από 12 ερωτήματα και εκτός από την συνολική βαθμολογία, υπολογίζει επίσης το σκορ και για τις τρεις υπό-κατηγορίες και πιο συγκεκριμένα το νόημα, την γαλήνη και την πίστη. Υπενθυμίζεται ότι όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο καλύτερη είναι η πνευματική ευημερία του ατόμου, ενώ η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους σκορ που σημειώνονται.

Ο πίνακας 2 παρουσιάζει τα βασικά στατιστικά μέτρα που αφορούν την συνολική και τις επί-μέρους βαθμολογίες της κλίμακας της πνευματικότητας. Η μέση βαθμολογία της Κλίμακας Πνευματικότητας στο παρόν δείγμα υπολογίστηκε σε $\mu=34,57\pm 6,83$. Τα επιμέρους σκορ υπολογίστηκαν σε $\mu=13,77\pm 2,29$ για την υποκατηγορία “Νόημα”, σε $\mu=9,73\pm 3,12$ για την υποκατηγορία “Γαλήνη” και σε $\mu=11,07\pm 3,75$ για την υποκατηγορία “Πίστη”.

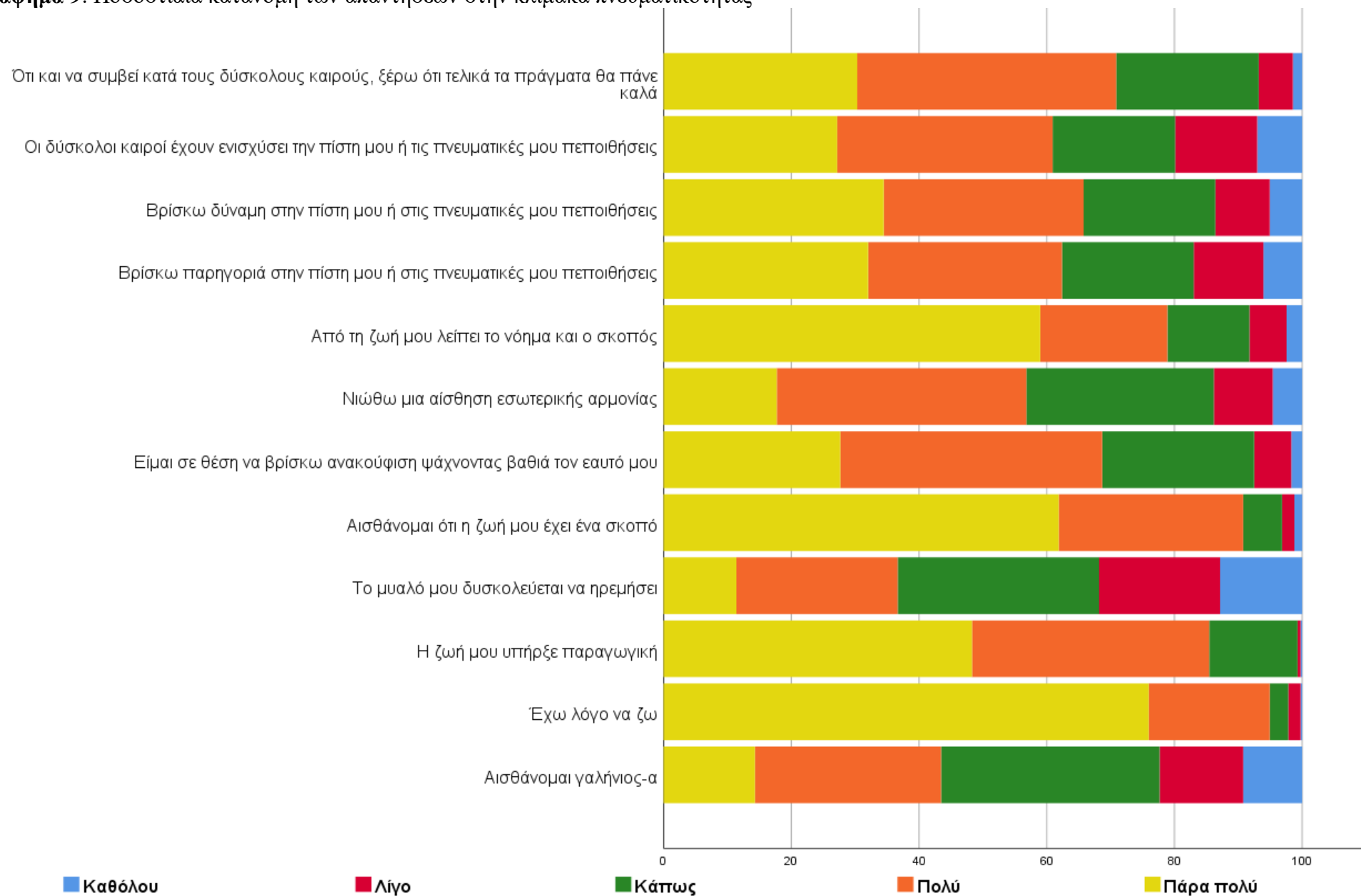
Πίνακας 2: Βασικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας Πνευματικότητας

	Συνολική Βαθμολογία Πνευματικότητας	Νόημα	Γαλήνη	Πίστη
Μέση τιμή	34.57	13.77	9.73	11.07
Τυπική απόκλιση	6.83	2.29	3.12	3.75
Διάμεσος τιμή	35	15	10	12
Ελάχιστη τιμή	12	6	0	0
Μέγιστη τιμή	48	16	16	16

Το γράφημα 9 που ακολουθεί, παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του δείγματος για κάθε ερώτημα που περιλαμβάνεται στην κλίμακα πνευματικότητας. Από τις απαντήσεις του δείγματος προκύπτει ότι το υψηλότερο

ποσοστό Πολύ και Πάρα Πολύ καταγράφεται στα ερωτήματα “Έχω λόγο να ζω” (94,9%) και “Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό” (90,8%).

Γράφημα 9: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην κλίμακα πνευματικότητας



5.3 Κλίμακα αντίληψης του στρες

Ακολουθεί η κλίμακα αντίληψης του στρες, η οποία αποτελείται από 30 ερωτήματα συνολικά ενώ υπολογίζει το συνολικό σκορ αντίληψης του στρες (PSQ). Υπενθυμίζεται ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερα επίπεδα στρες. Επιπλέον, υπολογίζεται και ένας δείκτης αντίληψης του στρες (PSQ-Index) για κάθε δείγμα που εφαρμόζεται, ο οποίος αποδίδει μια βαθμολογία ανάμεσα στο 0 και το 1 και αποτελεί πολύ καλό μέτρο σύγκρισης μεταξύ ερευνών που έχουν χρησιμοποιήσει την συγκεκριμένη κλίμακα.

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τα βασικά στατιστικά μέτρα της συνολικής βαθμολογίας που υπολογίζεται από την κλίμακα αντίληψης του στρες. Από εκεί προκύπτει ότι η μέση τιμή του PSQ ανέρχεται σε $\mu=74,59\pm 14,87$, ενώ πολύ κοντά εντοπίζεται και η διάμεσος τιμή $\delta=75$. Επιπρόσθετα, η ελάχιστη τιμή που σημειώθηκε στο δείγμα ήταν $PSQ_{\min}=41$ ενώ η μέγιστη τιμή ήταν $PSQ_{\max}=117$.

Πίνακας 3: Βασικά στατιστικά μέτρα PSQ

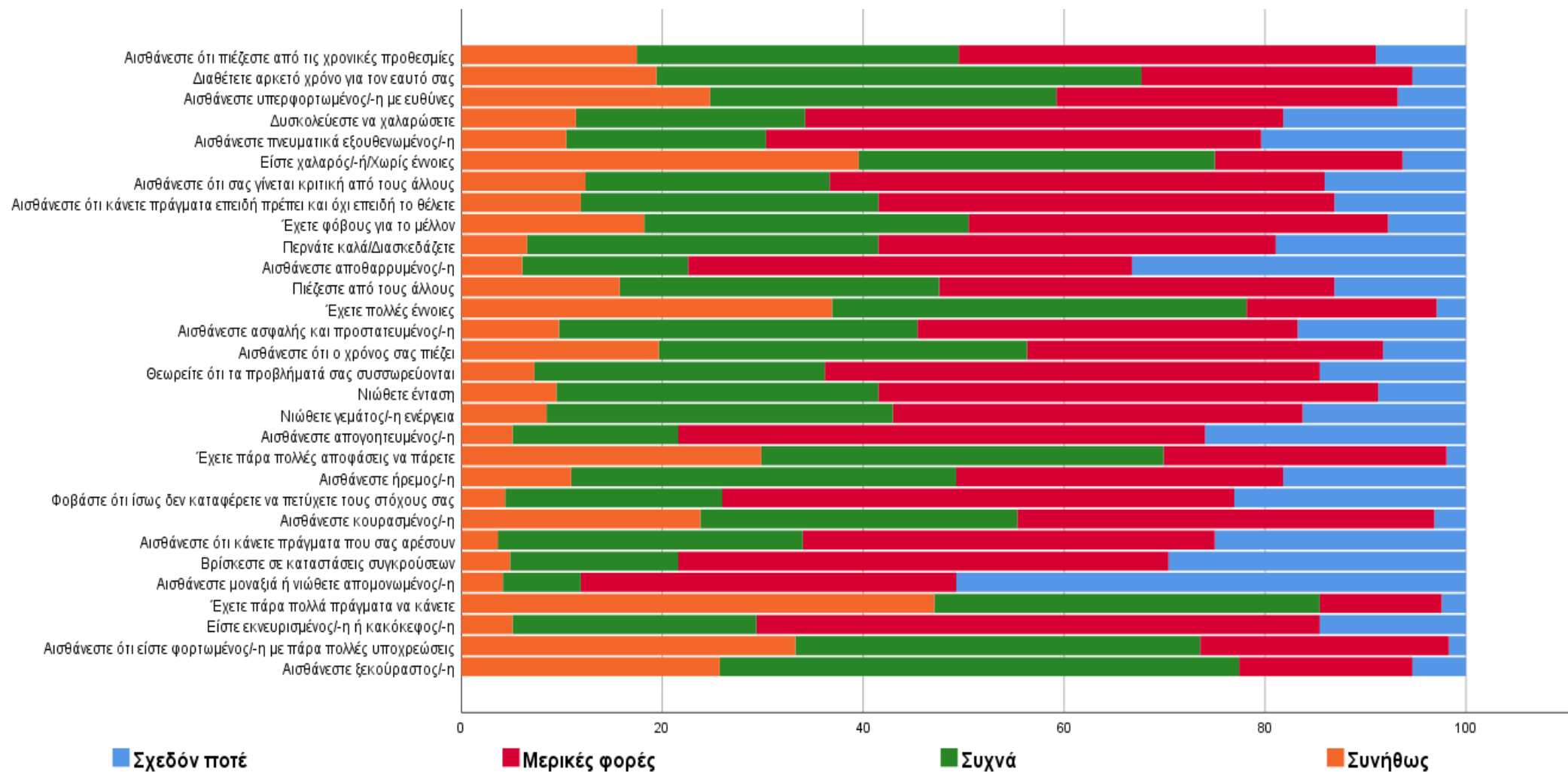
Κλίμακα Αντίληψης του Στρες	
Μέση τιμή	74.59
Τυπική απόκλιση	14.87
Διάμεσος τιμή	75
Ελάχιστη τιμή	41
Μέγιστη τιμή	117

Όσον αφορά τον δείκτη αντίληψης του στρες για το παρόν δείγμα, υπολογίστηκε σε $PSQ-Index=0,495$ με την διακύμανση του δείκτη να εκτιμάται σε $PSQ-Index_{var}=0,027$.

Το γράφημα 10 που ακολουθεί, παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για κάθε ένα από τα 30 ερωτήματα που περιλαμβάνεται στην κλίμακα αντίληψης του στρες. Από εκεί φαίνεται ότι σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, το υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων για Συχνά ή

Συνήθως καταγράφεται στα ερωτήματα “Έχετε πάρα πολλά πράγματα να κάνετε” (85,4%) και “Έχετε πολλές έννοιες” (78,2%).

Γράφημα 10: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του δείγματος στην Κλίμακα Αντίληψης του Στρες



5.4 Κλίμακα κατάθλιψης

Η τελευταία κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε κατά την διενέργεια της έρευνας ήταν η κλίμακα κατάθλιψης (CES-D). Η κλίμακα κατάθλιψης αποτελείται από 20 ερωτήματα συνολικά και υπολογίζει την συνολική βαθμολογία κατάθλιψης του ατόμου η οποία υπενθυμίζεται ότι μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 60, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν την παρουσία μεγαλύτερης συμπτωματολογίας.

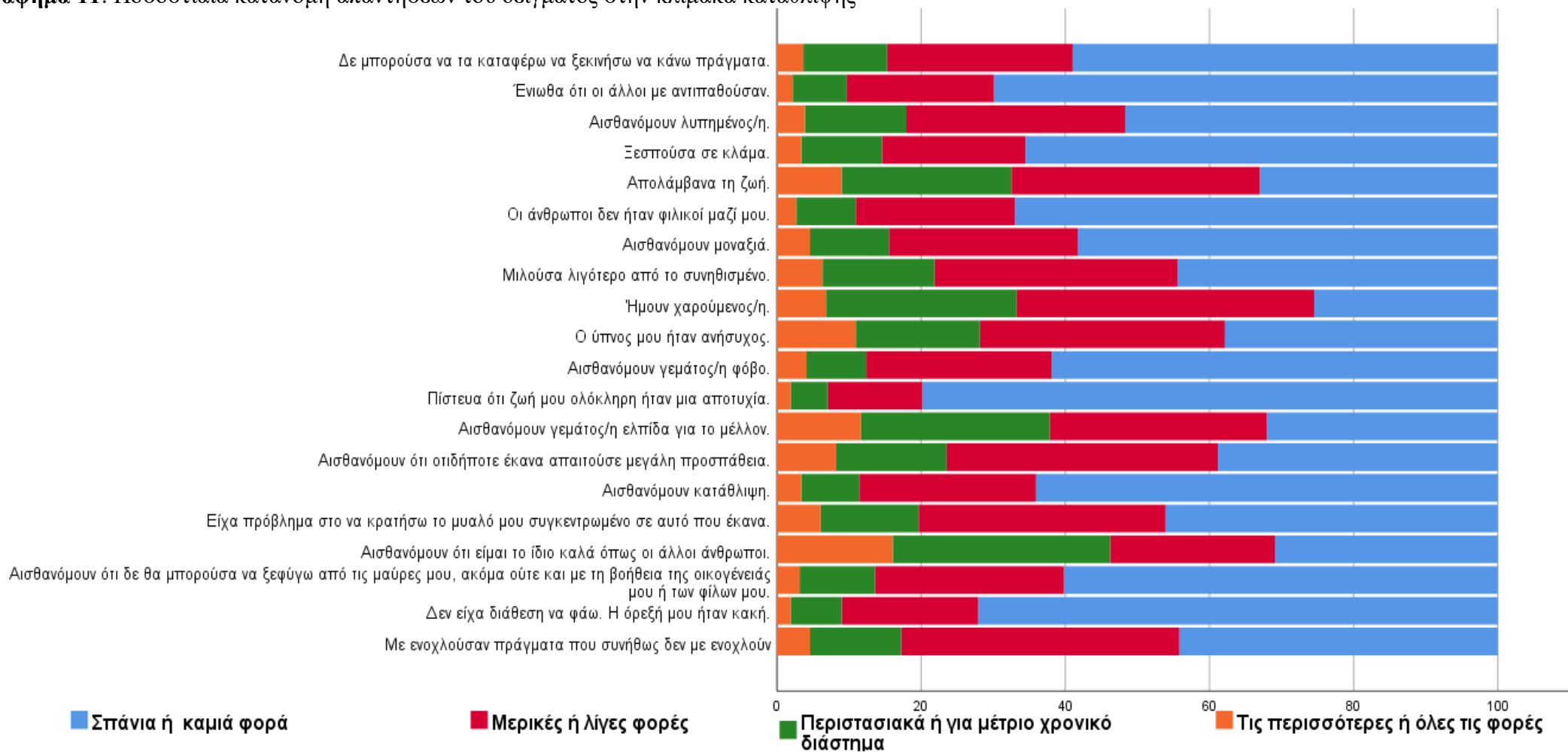
Ο πίνακας 4 παρουσιάζει τα βασικά στατιστικά μέτρα της συνολικής βαθμολογίας που υπολογίζεται από την κλίμακα κατάθλιψης. Από εκεί φαίνεται ότι η μέση τιμή του δείγματος ανέρχεται σε $\mu=14,73\pm 10,20$, με την διάμεσο τιμή να είναι $\delta=12$, την ελάχιστη τιμή να είναι $CES-D_{\min}=0$ ενώ η μέγιστη τιμή που καταγράφηκε είναι $CES-D_{\max}=60$.

Πίνακας 4: Βασικά στατιστικά μέτρα της βαθμολογίας για την κλίμακα κατάθλιψης

Κλίμακα Κατάθλιψης (CES_D)	
Μέση τιμή	14.73
Τυπική απόκλιση	10.20
Διάμεσος τιμή	12
Ελάχιστη τιμή	0
Μέγιστη τιμή	60

Το γράφημα 11 που ακολουθεί, παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων και για τα 20 ερωτήματα που αποτελούν την κλίμακα κατάθλιψης. Από εκεί φαίνεται ότι σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, το υψηλότερο ποσοστό απαντήσεων για την κατηγορία απαντήσεων σπάνια ή καμιά φορά καταγράφεται στα ερωτήματα “Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία” (79,9%) και “Δεν είχα διάθεση να φάω, η όρεξη μου ήταν κακή” (72,1%).

Γράφημα 11: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων του δείγματος στην κλίμακα κατάθλιψης



5.5 Διερεύνηση συσχετίσεων

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζεται η διερεύνηση των συσχετίσεων καθώς και τα αποτελέσματα της, μεταξύ των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών του δείγματος και των βαθμολογιών που σημείωσε το δείγμα στις 3 διακριτές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν (πνευματικότητας, αντίληψης του στρες, κατάθλιψης). Η διερεύνηση αυτή, έχει ως στόχο να αναδείξει τους καθοριστικούς παράγοντες για τα αποτελέσματα που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στις τρεις προαναφερθέντες κλίμακες, κατά πόσο δηλαδή οι μεταξύ τους σχέσεις διέπονται από στατιστική σημαντικότητα.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, θα πρέπει να επιλεγούν οι κατάλληλοι ανά περίπτωση έλεγχοι. Πρώτο βήμα για αυτό, είναι η διενέργεια ελέγχου κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, δηλαδή την μεταβλητή της ηλικίας από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις βαθμολογίες από τις κλίμακες πνευματικότητας (μαζί με τις υπό-κλίμακες νόημα, γαλήνη, πίστη) , αντίληψης του στρες και κατάθλιψης. Από το αποτέλεσμα του ελέγχου για το εάν δηλαδή οι μεταβλητές αυτές ακολουθούν την κανονική κατανομή ή δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, θα καθορίσει την χρήση παραμετρικών ή μη παραμετρικών ελέγχων αντίστοιχα κατά την διερεύνηση των συσχετίσεων.

Ο πίνακας 5 που ακολουθεί, παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών της έρευνας. Με βάση το τεστ Kolmogorov-Smirnov προκύπτει ότι οι υπό έλεγχο μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή καθώς το $Sig < 0.05$, με εξαίρεση την κλίμακα αντίληψης του Στρες ($Sig > 0.05$).

Πίνακας 5: Έλεγχος κανονικότητας συνεχών μεταβλητών

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ηλικία	.112	398	.000	.952	398	.000
Νόημα	.215	398	.000	.859	398	.000
Γαλήνη	.083	398	.000	.976	398	.000
Πίστη	.124	398	.000	.941	398	.000
Πνευματικότητα (συνολικά)	.078	398	.000	.975	398	.000
Αντίληψη του Στρες	.034	398	.200 [*]	.993	398	.054
Κατάθλιψη	.134	398	.000	.922	398	.000

5.5.1 Συσχετίσεις με την Πνευματικότητα

Η πρώτη διερεύνηση συσχετίσεων, αφορά την πνευματικότητα (συνολική βαθμολογία και υπό-κλίμακες) ως εξαρτημένη μεταβλητή. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρούνται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων του δείγματος. Στον πίνακα 6 παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό καθώς και το αποτέλεσμα του ελέγχου συσχετίσεων (ανάλογα με το είδος της μεταβλητής έχει επιλεγεί ο κατάλληλος έλεγχος) μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της συνολικής πνευματικότητας που σημείωσε το δείγμα. Από εκεί προκύπτει ότι μοναδικός καθοριστικός παράγοντας για την διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα πνευματικότητα για το δείγμα είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0.003$), με τα άτομα που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών να σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες ($\mu=35.68\pm 6.26$), ενώ αντίθετα οι χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφονται για όσους ως εκπαιδευτικό επίπεδο δήλωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ($\mu=33.09\pm 6.89$).

Πίνακας 6: Έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στην πνευματικότητα (συνολικά) και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Πνευματικότητα		Sig.
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο			0.701 ^a
• Άνδρας	34.75	6.09	
• Γυναίκα	34.51	7.04	
Ηλικία	0.062*		0.216 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.107 ^c
• Έγγαμος/η	34.73	6.55	
• Σε συμβίωση	33.11	8.35	
• Διαζευγμένος/η	36.78	6.44	
• Άγαμος	33.83	6.90	
• Άλλο	31.50	9.58	
Αριθμός τέκνων			0.069 ^c
• Χωρίς τέκνα	33.43	7.28	

• 1 -2 τέκνα	34.95	6.28	
• > 2 τέκνα	35.59	7.25	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	33.09	6.89	0.003 ^c
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	35.36	7.32	
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	33.19	6.56	
• Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	35.68	6.26	
Υπηρεσία			
• Ιατρική	33.87	6.87	0.321 ^c
• Νοσηλευτική	35.22	6.79	
• Διοικητική	34.33	6.58	
• Τεχνική	32.00	8.25	
• ΕΚΑΒ	35.31	5.60	
Τομέας εργασίας			
• Παθολογικός	34.89	6.42	0.309 ^c
• Χειρουργικός	34.67	7.07	
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	33.03	6.80	
Έτη υπηρεσίας			
• < 5 έτη	33.31	7.32	0.070 ^c
• 5 – 10 έτη	34.60	7.41	
• 10 – 15 έτη	33.26	7.31	
• 15 – 20 έτη	36.64	6.24	
• > 20 έτη	34.98	6.34	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Ο πίνακας 7 παρουσιάζει τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό καθώς και το αποτέλεσμα του ελέγχου συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της υπό-κλίμακας “Νόημα” της πνευματικότητας. Από εκεί προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στο νόημα και την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.001$) καθώς και τον αριθμό τέκνων ($p=0.000$). Πιο συγκεκριμένα, τα διαζευγμένα άτομα σημειώνουν την υψηλότερη μέση τιμή στην υπό-κλίμακα νόημα ($\mu=14.43\pm 2.07$) ενώ ακολουθούν οι έγγαμοι ($\mu=14.00\pm 2.14$)

Επιπλέον, καθοριστικό παράγοντας για την διαμόρφωση της βαθμολογίας της υπό-κλίμακας νόημα, φαίνεται να αποτελεί η τεκνοποίηση, καθώς τα άτομα που έχουν τέκνα ($\mu=14.08\pm 2.11$ και $\mu=14.04\pm 2.29$ για 1-2 τέκνα και άνω των 2 τέκνων αντίστοιχα) σημειώνουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με εκείνους που δεν έχουν κάποιο τέκνο ($\mu=13.14\pm 2.45$).

Πίνακας 7: Έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στην υπό-κλίμακα “Νόημα” της πνευματικότητας και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Νόημα		Sig.
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο			0.311 ^a
• Άνδρας	14.02	2.09	
• Γυναίκα	13.69	2.35	
Ηλικία	-0.033*		0.508 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.001 ^c
• Έγγαμος/η	14.00	2.14	
• Σε συμβίωση	13.06	2.84	
• Διαζευγμένος/η	14.43	2.07	
• Άγαμος	13.13	2.43	
• Άλλο	12.90	2.85	
Αριθμός τέκνων			0.000 ^c
• Χωρίς τέκνα	13.14	2.45	
• 1 -2 τέκνα	14.08	2.11	
• > 2 τέκνα	14.04	2.29	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.057 ^c
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	13.00	2.00	
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	13.70	2.52	
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	13.57	2.25	
• Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	14.20	2.04	
Υπηρεσία			0.337 ^c
• Ιατρική	13.79	2.27	
• Νοσηλευτική	13.76	2.29	
• Διοικητική	13.93	2.37	

• Τεχνική	12.82	2.46	
• ΕΚΑΒ	14.15	2.03	
Τομέας εργασίας			0.538 ^c
• Παθολογικός	13.95	2.11	
• Χειρουργικός	13.57	2.42	
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	13.84	2.05	
Έτη υπηρεσίας			0.882 ^c
• < 5 έτη	13.66	2.29	
• 5 – 10 έτη	13.82	2.24	
• 10 – 15 έτη	13.79	2.41	
• 15 – 20 έτη	14.06	2.21	
• > 20 έτη	13.73	2.33	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Ο πίνακας 8 παρουσιάζει τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό καθώς και το αποτέλεσμα του ελέγχου συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών και της υπό-κλίμακας “Γαλήνη” της πνευματικότητας. Από εκεί προκύπτει ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο αποτελεί τον μοναδικό καθοριστικό παράγοντα για την υπό-κλίμακα “Γαλήνη” της πνευματικότητας ($p=0.004$), όπου τα άτομα που διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες ($\mu=10.56\pm 2.59$) ενώ οι χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώνονται στους απόφοιτους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($\mu=9.00\pm 2.83$).

Πίνακας 8: Έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στην υπό-κλίμακα “Γαλήνη” της πνευματικότητας και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Γαλήνη		Sig.
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο			0.139 ^a
• Άνδρας	10.21	2.92	
• Γυναίκα	9.58	3.17	
Ηλικία	0.030 [*]		0.553 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.591 ^c

• Έγγαμος/η	9.65	3.01	
• Σε συμβίωση	9.61	4.00	
• Διαζευγμένος/η	10.42	3.14	
• Άγαμος	9.72	3.11	
• Άλλο	9.00	4.45	
Αριθμός τέκνων			0.710 ^c
• Χωρίς τέκνα	9.58	3.34	
• 1 -2 τέκνα	9.76	2.89	
• > 2 τέκνα	9.90	3.38	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.004 ^c
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	9.00	2.83	
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	9.82	3.30	
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	9.10	3.10	
• Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	10.56	2.79	
Υπηρεσία			0.906 ^c
• Ιατρική	9.76	3.32	
• Νοσηλευτική	9.83	3.10	
• Διοικητική	9.44	2.99	
• Τεχνική	9.12	3.18	
• ΕΚΑΒ	10.00	2.42	
Τομέας εργασίας			0.547 ^c
• Παθολογικός	9.85	3.19	
• Χειρουργικός	9.66	2.97	
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	9.48	3.58	
Έτη υπηρεσίας			0.199 ^c
• < 5 έτη	9.40	3.51	
• 5 – 10 έτη	10.09	2.88	
• 10 – 15 έτη	9.10	3.08	
• 15 – 20 έτη	10.49	2.91	
• > 20 έτη	9.75	3.03	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

Τελευταία διάσταση της πνευματικότητας αποτελεί η πίστη και ο πίνακας 9 παρουσιάζει τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό καθώς και το αποτέλεσμα του ελέγχου συσχετίσεων μεταξύ αυτής και των ανεξάρτητων μεταβλητών. Από τους ελέγχους αυτούς, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην διάσταση της πίστης και την ηλικία ($p=0.030$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0.009$) και τα έτη υπηρεσίας ($p=0.032$). Η ηλικία φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πίστη ενώ μεταξύ τους σημειώνεται ασθενώς θετική σχέση ($r=0.109$), δηλαδή όσο μεγαλύτερη η ηλικία του ατόμου, τόσο υψηλότερη η βαθμολογία που σημειώνει στην διάσταση αυτή. Επιπλέον, τα άτομα δευτεροβάθμιας ($\mu=11.84\pm 3.70$) και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($\mu=11.09\pm 4.16$) σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην διάσταση της πίστης. Τέλος, οι συμμετέχοντες με περισσότερα έτη υπηρεσίας φαίνεται να σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στην διάσταση της πίστης ($\mu=12.09\pm 3.49$ και $\mu=11.50\pm 3.45$ για 15-20 έτη και άνω των 20 ετών υπηρεσίας αντίστοιχα).

Πίνακας 9: Έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στην υπό-κλίμακα “Πίστη” της πνευματικότητας και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Πίστη		Sig.
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο			
• Άνδρας	10.52	3.73	0.055 ^a
• Γυναίκα	11.24	3.74	
Ηλικία	0.109*		0.030^b
Οικογενειακή κατάσταση			
• Έγγαμος/η	11.08	3.80	0.271 ^c
• Σε συμβίωση	10.44	3.84	
• Διαζευγμένος/η	11.93	3.61	
• Άγαμος	10.97	3.63	
• Άλλο	9.60	3.92	
Αριθμός τέκνων			
• Χωρίς τέκνα	10.70	3.68	0.112 ^c
• 1 -2 τέκνα	11.11	3.65	
• > 2 τέκνα	11.65	4.09	

Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.009 ^c
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	11.09	4.16	
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	11.84	3.70	
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	10.51	3.66	
• Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	10.92	3.79	
Υπηρεσία			0.053 ^c
• Ιατρική	10.32	3.82	
• Νοσηλευτική	11.63	3.43	
• Διοικητική	10.95	4.02	
• Τεχνική	10.06	4.26	
• ΕΚΑΒ	11.15	4.78	
Τομέας εργασίας			0.086 ^c
• Παθολογικός	11.09	3.48	
• Χειρουργικός	11.44	3.60	
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	9.71	4.11	
Έτη υπηρεσίας			0.032 ^c
• < 5 έτη	10.24	4.00	
• 5 – 10 έτη	10.69	3.81	
• 10 – 15 έτη	10.36	4.22	
• 15 – 20 έτη	12.09	3.49	
• > 20 έτη	11.50	3.45	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

5.5.2 Συσχετίσεις με την Αντίληψη του Στρες

Ακολούθως, η διερεύνηση συσχετίσεων λαμβάνει χώρα σχετικά με την συνολικής βαθμολογία της κλίμακας αντίληψης του στρες ως εξαρτημένη μεταβλητή. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρούνται εκ νέου τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων του δείγματος. Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό καθώς και το αποτέλεσμα του ελέγχου συσχετίσεων όπου και πάλι ανάλογα με το είδος της μεταβλητής έχει επιλεγεί ο κατάλληλος έλεγχος μεταξύ των ανεξάρτητων

μεταβλητών και της συνολικής βαθμολογίας για την αντίληψη του στρες που σημείωσε το δείγμα. Σημειώνεται ότι οι συγκεκριμένοι έλεγχοι είναι παραμετρικοί, καθώς η συνολική βαθμολογία αντίληψης του στρες αποτελεί την μοναδική εξαρτημένη μεταβλητή της έρευνας η οποία ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Από εκεί προκύπτουν τέσσερις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Αρχικά, το φύλο ($p=0.001$) αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αντίληψη του στρες, με τις γυναίκες να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες ($\mu=75.87\pm 14.76$) συγκριτικά με τους άνδρες ($\mu=70.39\pm 14.52$). Επιπλέον καθοριστικός παράγοντας για το στρες είναι η παρουσία ή μη τέκνων ($p=0.028$) καθώς τα άτομα χωρίς τέκνα ($\mu=71.83\pm 16.36$) φαίνεται να καταγράφουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε αντίθεση με εκείνους που έχουν 1-2 ή περισσότερα από 2 τέκνα ($\mu=76.18\pm 13.87$ και $\mu=75.17\pm 14.18$ αντίστοιχα). Ακόμα, ο τομέας εργασίας ($p=0.029$) φαίνεται να επηρεάζει την βαθμολογία του στρες καθώς τα άτομα στον παθολογικό τομέα εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ($\mu=71.87\pm 14.44$) σε σύγκριση με τον χειρουργικό και τον ιατρικό τομέα. Τέλος, τα έτη υπηρεσίας ($p=0.010$) αποτελούν επίσης παράγοντα που διαμορφώνουν την βαθμολογία του στρες, με τα άτομα που εργάζονται για 10-15 έτη υπηρεσίας να παρουσιάζουν τις υψηλότερες βαθμολογίες ($\mu=70.15\pm 16.12$), δίχως ωστόσο να αποτυπώνεται κάποιο συγκεκριμένο μοτίβο συσχέτισης (π.χ. υψηλότερες βαθμολογίες για άτομα με περισσότερα ή λιγότερα χρόνια υπηρεσίας ή παρόμοια).

Πίνακας 10: Έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στην αντίληψη του στρες και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αντίληψη του στρες		Sig.
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο			0.001 ^a
• Άνδρας	70.39	14.52	
• Γυναίκα	75.87	14.76	
Ηλικία	0.087*		0.084 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.075 ^c
• Έγγαμος/η	76.05	14.01	
• Σε συμβίωση	73.00	12.86	
• Διαζευγμένος/η	73.00	12.86	

• Άγαμος	71.13	17.08	
• Άλλο	75.30	21.51	
Αριθμός τέκνων			0.028 ^c
• Χωρίς τέκνα	71.83	16.36	
• 1 -2 τέκνα	76.18	13.87	
• > 2 τέκνα	75.17	14.18	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.176 ^c
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	78.64	13.79	
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	73.92	15.84	
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	76.27	14.64	
• Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	72.66	13.90	
Υπηρεσία			0.089 ^c
• Ιατρική	74.52	14.70	
• Νοσηλευτική	73.47	15.18	
• Διοικητική	79.36	13.85	
• Τεχνική	73.59	13.93	
• ΕΚΑΒ	71.54	14.90	
Τομέας εργασίας			0.029 ^c
• Παθολογικός	71.87	14.44	
• Χειρουργικός	76.40	15.62	
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	76.13	13.41	
Έτη υπηρεσίας			0.010 ^c
• < 5 έτη	72.34	16.15	
• 5 – 10 έτη	72.96	14.04	
• 10 – 15 έτη	79.56	15.11	
• 15 – 20 έτη	70.15	16.12	
• > 20 έτη	76.12	13.58	

α T-test, b Pearson correlation, c One Way ANOVA

*Pearson correlation coefficient

5.5.3 Συσχετίσεις με την Κατάθλιψη

Στην συνέχεια, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας κατάθλιψης (εξαρτημένη μεταβλητή) και των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων του δείγματος (ως ανεξάρτητες μεταβλητές). Ο πίνακας 11 παρουσιάζει την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση για κάθε επί μέρους χαρακτηριστικό καθώς και το αποτέλεσμα του ελέγχου ο οποίος προέκυψε σε αναλογία με το είδος της μεταβλητής.

Από τον πίνακα παρατηρείται ότι το φύλο ($p=0.016$) αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που σχετίζεται με την εμφάνιση της κατάθλιψης, με τις γυναίκες ($\mu=15.41\pm 10.44$) να σημειώνουν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε σχέση με τους άντρες ($\mu=12.51\pm 9.10$). Υπενθυμίζεται ότι αντίστοιχο εύρημα καταγράφηκε και για το στρες. Επιπλέον καθοριστικός παράγοντας για την κατάθλιψη φαίνεται να είναι και το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0.046$) των συμμετεχόντων, καθώς όσο χαμηλότερη είναι η εκπαιδευτική βαθμίδα τόσο υψηλότερες βαθμολογίες στην κατάθλιψη σημειώνονται. Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ($\mu=18.45\pm 9.29$) καταγράφουν τις υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης ενώ αντίθετα οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών ($\mu=12.46\pm 8.59$) καταγράφουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης.

Πίνακας 11: Έλεγχοι συσχετίσεων ανάμεσα στην κατάθλιψη και τις ανεξάρτητες μεταβλητές

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Κατάθλιψη		Sig.
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο			0.016 ^a
• Άνδρας	12.51	9.10	
• Γυναίκα	15.41	10.44	
Ηλικία	-0.020 [*]		0.690 ^b
Οικογενειακή κατάσταση			0.952 ^c
• Έγγαμος/η	14.59	10.12	
• Σε συμβίωση	13.44	9.39	
• Διαζευγμένος/η	14.64	8.93	
• Άγαμος	15.42	11.06	

• Άλλο	14.10	11.26	
Αριθμός τέκνων			0.773 ^c
• Χωρίς τέκνα	15.16	10.56	
• 1 -2 τέκνα	14.43	9.50	
• > 2 τέκνα	14.80	11.57	
Εκπαιδευτικό επίπεδο			0.046 ^c
• Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	18.45	9.29	
• Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	15.82	11.87	
• Τριτοβάθμια εκπαίδευση	15.14	9.64	
• Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	12.46	8.59	
Υπηρεσία			0.979 ^c
• Ιατρική	14.16	9.52	
• Νοσηλευτική	15.20	11.21	
• Διοικητική	14.52	8.88	
• Τεχνική	14.29	9.25	
• ΕΚΑΒ	14.15	7.29	
Τομέας εργασίας			0.007 ^c
• Παθολογικός	13.08	9.12	
• Χειρουργικός	17.49	11.80	
• Ιατρική υπηρεσία (πλην ιατρών)	13.00	8.13	
Έτη υπηρεσίας			0.301 ^c
• < 5 έτη	15.12	11.51	
• 5 – 10 έτη	14.55	8.24	
• 10 – 15 έτη	15.85	11.42	
• 15 – 20 έτη	12.19	9.89	
• > 20 έτη	14.95	9.75	

α Mann-Whitney test, b Pearson correlation, c Kruskal Wallis test

*Pearson correlation coefficient

5.5.4 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων (πνευματικότητα, αντίληψη του στρες, κατάθλιψη)

Τελευταία διερεύνηση συσχετίσεων, πραγματοποιήθηκε ανάμεσα στις βαθμολογίες των κλιμάκων που μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Ο πίνακας 12 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του ελέγχου Pearson μεταξύ των βαθμολογιών των κλιμάκων πνευματικότητας (συνολικό σκορ, νόημα, γαλήνη, πίστη), αντίληψης του στρες και κατάθλιψης. Σημειώνεται ότι ο συντελεστής συσχέτισης (r) μπορεί να λάβει τιμές από 0 έως 1, με $r=0-0.3$ να θεωρείται ασθενής συσχέτιση, με $r=0.3-0.5$ μέτρια συσχέτιση, και με $r=0.5-1$ να σημαίνει ισχυρή συσχέτιση.

Αρχικά φαίνεται ότι συσχετίζονται όλες οι επιμέρους διαστάσεις της πνευματικότητας, τόσο μεταξύ τους όσο και με το συνολικό σκορ. Επιπλέον, η πνευματικότητα παρουσιάζει μέτρια αρνητική συσχέτιση με την αντίληψη του στρες ($p=0.000$, $r= -0.479$), ενώ το ίδιο ισχύει και για όλες τις επιμέρους διαστάσεις (με την διάσταση της γαλήνης να εμφανίζει ισχυρή αρνητική σχέση). Δηλαδή, όσο υψηλότερα τα επίπεδα πνευματικότητας που καταγράφονται, τόσο χαμηλότερα επίπεδα αντίληψης του στρες σημειώνονται. Ομοίως, η πνευματικότητα παρουσιάζει στατιστικά σημαντική, μέτρια και αρνητική σχέση με την κατάθλιψη ($p=0.000$, $r= -0.452$) με το ίδιο να ισχύει για τις διαστάσεις νόημα και γαλήνη. Τέλος, στατιστικά σημαντική, θετική και ισχυρή σχέση εμφανίζουν η αντίληψη του στρες με την κατάθλιψη ($p=0.000$, $r= 0.674$). Δηλαδή, όσο υψηλότερη η βαθμολογία στο στρες τόσο υψηλότερη η βαθμολογία της κατάθλιψης και το αντίστροφο.

Πίνακας 12: Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων (Pearson correlation)

		Νόημα (1)	Γαλήνη (2)	Πίστη (3)	Πνευματικότητα (4)	Αντίληψη του Στρες (5)	Κατάθλιψη (6)
1	r		0.451	0.172	0.637	-0.300	-0.464
	Sig.		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
2	r	0.451		.345	.799	-.666	-.543
	Sig.	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
3	r	0.172	0.345		0.765	-0.133	-0.088
	Sig.	0.000	0.000		0.000	0.007	0.076
4	r	0.637	0.799	0.765		-0.479	-0.452
	Sig.	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
5	r	-0.300	-0.666	-0.133	-0.479		0.674
	Sig.	0.000	0.000	0.007	0.000		0.000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το περιβάλλον στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα απαιτητικό και στρεσογόνο, με αποτέλεσμα να πλήττεται η υγεία των εργαζομένων και ιδιαίτερα η ψυχική τους υγεία. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται πως η πνευματικότητα επιδρά θετικά στην αντιμετώπιση αγχωδών και αντίξοων καταστάσεων λειτουργώντας ως ένα προστατευτικό μέσο το οποίο βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές προκλήσεις στο χώρο εργασίας τους.

Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να αξιολογήσει τα επίπεδα πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ένα περιφερικό νοσοκομείο και να διερευνήσει επίσης τη πιθανή μεταξύ τους συσχέτιση καθώς και σε σχέση με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η πλειοψηφία του δείγματος που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα ήταν νοσηλευτές, εύρημα αναμενόμενο, δεδομένου ότι οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων στο νοσοκομείο.

Κλίμακα πνευματικότητας

Όσον αφορά στην αξιολόγηση στην κλίμακα της πνευματικότητας, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, απάντησαν θετικά στα ερωτήματα "Έχω λόγο να ζω" (94,9%), ακολουθούμενο από τη δήλωση "Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό"(90,8%). Από την έρευνα μας προκύπτει ότι μοναδικός καθοριστικός παράγοντας για την διαμόρφωση της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα πνευματικότητας για το δείγμα είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο με τα άτομα που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών να σημειώνουν τις υψηλότερες βαθμολογίες, ενώ αντίθετα στην κλίμακα πνευματικότητας και στη διάσταση "Γαλήνη" οι χαμηλότερες βαθμολογίες καταγράφονται για όσους ως εκπαιδευτικό επίπεδο δήλωσαν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Αντίθετα στην έρευνα του Φραδέλος (2021) η οποία διεξήχθη σε νοσηλευτικό προσωπικό από δύο δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας, κατέδειξε ότι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την πνευματικότητα, φάνηκε να είναι το φύλλο και η οικογενειακή κατάσταση. Οι άγαμοι στη διάσταση "Γαλήνη" εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία συγκριτικά με τους έγγαμους. Αντίστοιχα, παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και στη μελέτη του Φραδέλος (2021).

Υποκλίμακα «πίστη»

Όσον αφορά στη διάσταση «πίστη» παρατηρήθηκε σημαντική σχέση με την αυξημένη ηλικία ($p=0.030$), καθώς και τα αυξημένα έτη υπηρεσίας ($p=0.032$). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και κατά συνέπεια με περισσότερα έτη υπηρεσίας, τείνουν να πιστεύουν περισσότερο και να έχουν πιο έντονες θρησκευτικές πεποιθήσεις. Σχετικές μελέτες, των Sergey, et. al. (2019), Bengtson, et. al. (2015), Cox, et. al., (1989), δείχνουν ότι τα άτομα γίνονται πιο θρησκευόμενα στην πορεία της ενήλικης ζωής τους, αντιλαμβανόμενοι ότι μειώνονται οι επιλογές καθώς και ο έλεγχος στη ζωή τους, και σε αυτό το πλαίσιο η θρησκευτικότητα μπορεί να αποτελέσει μέσο αντιμετώπισης της ασθένειας, η της εγγύτητας του θανάτου, και να συμβάλλει με τον τρόπο αυτό στη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και στην αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή. Η σύνδεση πίστης και ποιότητας ζωής προέκυψε στην έρευνα των Tolentino, J. C, et.al., (2022) στην οποία μελετήθηκαν εργαζόμενοι στον τομέα υγείας στην Βραζιλία, καθώς επίσης και σε άλλες σχετικές μελέτες οι οποίες έδειξαν χαμηλότερη ποιότητα και ικανοποίηση από τη ζωή για εκείνους οι οποίοι είχαν χαμηλά επίπεδα πίστης, θρησκευτικότητας και πνευματικότητας, (WHOQOL Group, 2002), (Riley et al.,1998). Η πίστη έχει αποδειχθεί ως ψυχοκοινωνικός παράγοντας ο οποίος αυξάνει την ηρεμία, τη γαλήνη και την συγκέντρωση του ατόμου, τους δίνει ελπίδα, αναπτρώνει το ηθικό τους, συμβάλλει στη ψυχοσωματική τους υγεία μέσω διαφόρων πρακτικών που ακολουθούν όπως η νηστεία η προσευχή και η σύνδεση με το υπέρτατο. Προάγει επίσης ηθικές αρχές και αξίες μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η αρμονική συνύπαρξη των ατόμων, κατευνάζει το θυμό, μετριάζει το φόβο και ενισχύει την αισιοδοξία των ατόμων για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, (Cox, et. al.,1989).

Σημαντική συσχέτιση βρέθηκε επίσης στη, μεταξύ πίστης και θρησκευτικότητας και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων ($p=0.009$), εύρημα το οποίο συμβαδίζει με τη γενικότερη αντίληψη ότι η πίστη δεν αποτελεί χαρακτηριστικό των προοδευτικών ατόμων. Στη μελέτη του Hungerman (2014), διαπιστώθηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης οδηγούν σε χαμηλότερα επίπεδα θρησκευτικών πεποιθήσεων αργότερα στη ζωή και ότι ένα επιπλέον έτος εκπαίδευσης οδηγεί σε μείωση κατά 4 ποσοστιαίες μονάδες στην πιθανότητα να ταυτιστεί ένα άτομο με οποιαδήποτε θρησκευτική παράδοση, Hungerman, D. M. (2014).

Διάσταση «νόημα»

Όσον αφορά στη διάσταση νόημα για τη ζωή προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο νόημα και την οικογενειακή κατάσταση ($p=0.001$) καθώς και τον αριθμό τέκνων ($p=0.000$). Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά του Φραδέλος (2021) όπου οι άγαμοι νοσηλευτές παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές στη διάσταση αυτή συγκριτικά με τους έγγαμους, καταδεικνύοντας ότι η οικογένεια και ιδιαίτερα η ύπαρξη παιδιών σε μία οικογένεια, μπορεί να προσδώσει σημαντικό νόημα και σκοπό στη ζωή ενός ατόμου, και να αυξήσει τις προσδοκίες, τις ελπίδες για το μέλλον.

Κλίμακα άγχους

Σχετικά με την κλίμακα αντίληψης του άγχους, πάνω από 8 στους 10 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά στη δήλωση “Έχω πολλά πράγματα να κάνω” και “Έχω πολλές έννοιες” ενώ, προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ αυξημένου στρες, γυναικείου φύλου ($p=0.001$), ύπαρξης τέκνων ($p=0.028$). Υψηλά επίσης ποσοστά άγχους στο γυναικείο φύλο αναφέρονται και στη μελέτη του Φραδέλος (2021) και Wilson W. et. al.(2020). Τα αποτελέσματα αυτά είναι αναμενόμενα, δεδομένου ότι οι γυναίκες θεωρείται ότι βιώνουν πιο πολύ άγχος λόγω των πολλαπλών ρόλων που αναλαμβάνουν σε οικογενειακό και επαγγελματικό επίπεδο και στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν σε αυτούς, με την ύπαρξη παιδιών να αυξάνει περαιτέρω τις υποχρεώσεις και τις ανησυχίες τους. Σημαντική επίσης συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ επαγγελματικής κατηγορίας και αυξημένων επιπέδων στρες. Συγκεκριμένα, οι ιατροί και οι νοσηλευτές αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες δεδομένου ότι αποτελούν μια ομάδα εργαζομένων στο νοσοκομείο οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και έχουν την ευθύνη της αποτελεσματικής διαχείρισης και θεραπείας των τακτικών και των επείγουσών καταστάσεων. Υψηλά επίπεδα στρες αναφέρουν επίσης και άλλες διεθνείς μελέτες Liang et al. (2023), (Fernandez, R., et.al. (2021) Luceño Moreno et al. (2020).

Κλίμακα κατάθλιψης

Σημαντικά ήταν επίσης τα ευρήματα στην κλίμακα της κατάθλιψης, όπου πάνω από 7 στους 10 εργαζόμενους απάντησε θετικά στις δηλώσεις “Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία” και “Δεν είχα διάθεση να φάω”, η όρεξη μου ήταν κακή”. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά και καταδεικνύουν την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης των εργαζομένων, καθώς και την ανάγκη βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών, και του εργασιακού περιβάλλοντος, τα οποία μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στην σωματική αλλά και ψυχολογική υγεία των εργαζομένων, αυξάνοντας τις πιθανότητες κατάθλιψης, Fond, G., et. al (2022).

Στη μελέτη μας βρέθηκε σημαντική συσχέτιση στην κλίμακα της κατάθλιψης μεταξύ γυναικείου φύλου ($p=0.016$), και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ($p=0.046$). Παρόμοιες ήταν οι συσχετίσεις στις έρευνες των Olaya B. et. al. (2021), η οποία πραγματοποιήθηκε σε χώρες της Ανατολικής Μεσογείου (EMR), κατά την περίοδο της Covid-19 μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα υγείας, η οποία κατέγραψε πως η πολύωρη εργασία, η κακή ποιότητα ύπνου και το να είναι γυναίκες ήταν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στους εργαζόμενους στον τομέα υγείας και των Wilson W, Raj JP, Rao S, et al, (2020) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ινδία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με το γυναικείο φύλο να σημειώνει διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν μέτριο ή υψηλό επίπεδο άγχος, συμπτώματα κατάθλιψης που απαιτούσαν θεραπεία και συμπτώματα άγχους που απαιτούσαν περαιτέρω αξιολόγηση. Αντίθετα σε μελέτη των Fond, G., et. al (2022), σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονταν σε δημόσιες και ιδιωτικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία, φάνηκε πως το εργασιακό περιβάλλον και οι επαγγελματικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν και να οδηγήσουν στην κλινική κατάθλιψη. Οι παράγοντες αυτοί είναι το burn-out, συνεχής εκφοβισμός στο χώρο εργασίας και ο περιορισμός στη λήψη αποφάσεων, ακολουθούμενοι από μεμονωμένους παράγοντες όπως οι ατομικοί. Το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου έχει αναφερθεί ως επιβαρυντικός παράγοντας και σε άλλες μελέτες, όπως σε αυτή των Letvak S, et. al (2012), η οποία διεξήχθη σε νοσηλευτές δείχνοντας ότι αυτοί που απασχολούνται στα νοσοκομεία έχουν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σχέση με τα εθνικά πρότυπα.

Συσχέτιση πνευματικότητας και στρες

Σημαντική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ πνευματικότητας και αντίληψης του στρες. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα πνευματικότητας, τόσο χαμηλότερα επίπεδα αντίληψης του στρες σημειώνονται, κάτι το οποίο προκύπτει και στην έρευνα των Zolfaghary et.al.(2023), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 143 μαίες στο Ιράν, καταδεικνύοντας ότι παρά τις διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις και τη διαφορετική κουλτούρα, τα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας είναι αντιστρόφως ανάλογα με τα επίπεδα του άγχους.

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί στη μελέτη οι οποίοι θα πρέπει να αναφερθούν.

Πρώτον, η έρευνα διεξήχθη σε περιορισμένο χρονικό διάστημα λόγω (μη έγκαιρης λήψης άδειας από το επιστημονικό συμβούλιο του Γ. Ν. Κορίνθου), διάστημα το οποίο συνέπεσε με την εορταστική περίοδο με αποτέλεσμα το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα να μην είναι το αναμενόμενο.

Δεύτερον, η μελέτη διεξήχθη σε ένα νοσοκομείο και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα αυτής δε μπορούν να γενικευτούν στον πληθυσμό των επαγγελματιών υγείας.

Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης κι ένας τρίτος περιορισμός ο οποίος απορρέει από τη χρήση του ερωτηματολογίου, δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες πιθανόν να έδωσαν κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις.

6.3 Συμπεράσματα

Οι επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Το εργασιακό περιβάλλον στις δομές υγειονομικής περίθαλψης είναι ιδιαίτερα απαιτητικό και στρεσογόνο, και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας των εργαζομένων και επακόλουθης ανάπτυξης τέτοιων συμπτωμάτων. Φάνηκε ότι η πνευματικότητα, καθώς και σημαντικές διαστάσεις αυτής όπως η πίστη και η γαλήνη, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης μέσω της γαλήνης, της ηρεμίας, της ελπίδας και του νοήματος που μπορούν να

προσδώσουν στη ζωή των επαγγελματιών υγείας συμβάλλοντας στην αποτελεσματική διαχείριση και αντιμετώπιση των αντίξοων οικογενειακών και επαγγελματικών συνθηκών. Σημαντική συσχέτιση προέκυψε επίσης μεταξύ πίστης, ηλικίας και χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, επιβεβαιώνοντας τη γενικότερη διάσταση μεταξύ πνευματικότητας και υψηλής εκπαίδευσης, αλλά και την ισχυρή σύνδεση μεταξύ πνευματικότητας και αυξημένης ηλικίας. Δεδομένου ότι η πνευματικότητα μπορεί να συντελέσει σημαντικά στην πνευματική ευημερία των εργαζομένων και κατά συνέπεια να συμβάλλει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας, είναι σημαντικό αυτή να καλλιεργείται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης όπως είναι τα νοσοκομεία.

6.4 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Είναι γεγονός ότι το εργασιακό άγχος είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, αυτό που δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς και δεν είναι ακόμη σαφές είναι πως και κατά πόσο το εργασιακό στρες του προσωπικού υγείας επιδρά στην φροντίδα των ασθενών. Επομένως, απαιτούνται μελέτες και έρευνες αφενός για την ενίσχυση της κατανόησης της πνευματικότητας και τον ρόλο που διαδραματίζει στο σύνδρομο του στρες και της κατάθλιψης και αφετέρου για την κατανόηση των επιπτώσεων που έχουν τόσο στους ίδιους τους εργαζόμενους, όσο και στην ασφάλεια των ασθενών στην χώρα μας, καθώς και στην εργασιακή αποδοτικότητα. Επιπλέον, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνηθούν οι παρεμβάσεις που συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων άγχους του ιατρικού προσωπικού και κατά πόσον οι προσεγγίσεις αυτές είναι κατάλληλες για τη διαχείριση του άγχους που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα σήμερα. Τέτοιες μελέτες μπορούν να έχουν πολλαπλά θετικά αποτελέσματα, καθώς η εξεύρεση τρόπων για την επιτυχή μείωση του εργασιακού στρες, τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας μπορεί με τη σειρά της να έχει μόνο θετικό αντίκτυπο στη φροντίδα των ασθενών στη χώρα.. Είναι επομένως σαφές ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για μια ολοκληρωμένη έρευνα που να εξετάζει τις δύο παραπάνω προτάσεις με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργηθούν στοιχεία στα οποία θα βασιστούν νέες πρακτικές για τη μείωση και την πρόληψη του εργασιακού στρες και της κατάθλιψης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adamson, Carole, Elisabeth Beddoe και Ann Davys. 2012. Creating resilient professional: Definition and understanding of professionals. *British Journal of Social Work* 32: 100–17.
2. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Text Revision*. American Psychiatric Association; 2022: pp. 215-231.
3. Argue, Amy, David R. Johnson, and Lynn K. White. 1999. Age and religiosity: Evidence from a three-wave panel analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion* 38(3): 423–35.
4. Arnold, John, Joanne Silvester, Fiona Patterson, Ivan Robertson, Carry Cooper και Bernard Burnes. 2005 Occupational Psychology. Understanding Human Behavior in the Workplace. Harlow: Pearson Education Ltd.
5. Ashmos, Donde P. και Denis Duchon. 2000. Spirituality at work: A concertualization and measure. *Journal of Management Inquiry* 9: 134–45.
6. Attard, Josephine και Donia Baldacchino. 2014. The demand for competencies in spiritual care in nursing and midwifery education: Literature review. *Revista Pistis Praxis, Teologia Pastorale* 6: 671–91.
7. Attard, Josphine, Donia Baldacchino και Liberato Camilleri. 2014. Achieving spiritual care competence by nurses and midwives: *Nurse Education Today* 34: 1460–66.
8. Bailey, Maria E., Sue Moran και Margaret Graham. 2009. Creating a spiritual tapestry: Nursew; experiences of providing spiritual care to patiens as an Irish hospice. *Interventional Journal of Palliative Nursing* 15: 42–48.
9. Baldacchino, Donia και Paul Galea. 2012α. Personality characteristics of student nurses and the nursing profession: Part I. *British Journal of Nursing* 21: 419–25.
10. Baldacchino, Donia και Paul Galea. 2012β. Personality characteristics of student nursew and the nursing profession: Part 2. *British Journal of Nursing* 21: 530–35.
11. Baldacchino, Donia και Peter Draper. 2001. Spiritual Coping Strategies: A Review of the Nursing Research Literature. *Journal of Advanced Nursing* 34: 833–41. (Ανακτήθηκε στις 12/11/2023 από το PubMed).

12. Baldacchino, Donia και Peter Draper. 2001. Spiritual Coping Strategies: A Review of the Nursing Research Literature. *Journal of Advanced Nursing* 34: 833–41.
13. Baldacchino, Donia. 2006. Nursing skills for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 15: 885–96.
14. Baldacchino, Donia. 2008. Teaching about the spiritual dimension in caring: The perceived impact on undergraduate nursing students. *Education Today* 28: 501–12.
15. Baldacchino, Donia. 2010c. Long term etiologic significance of myocardial infarction. *British Journal of Nursing* 19: 774–81.
16. Baldacchino, Donia. 2010α. Care at Lourdes: An innovation in student clinical placement. *British Journal of Nursing* 19: 352–66.
17. Baldacchino, Donia. 2010β. *Spiritual care: The doing*. Blata-l-Bajda: Library Preca.
18. Baldacchino, Donia. 2011. Myocardial infarction: A turning point in the meaning of life through time. *British Journal of Nursing* 20: 107–14.
19. Baldacchino, Donia. 2015. Experience teaches us! The perceived impact of heart attack on life. In search of authenticity and human dignity. Diligence Emanues Agius και Hector Scerri. Supplementary series, *Melita Theologica* 6; Tarxien: Guttenberg Press Ltd., σελ. 71–92.
20. Barlow (2000). *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση*. Α' τόμος. Αθήνα: Έλλην.
21. Barnum B.S.(1996). *Spirituality in nursing: From traditional to new age*. New York: Springer (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
22. Bates, T. (2011). *Coming Through Depression*. Gill Books
23. Bengtson, Vern L. , Merrill Silverstein , Norella M. Putney και Susan C. Harris . 2015 . Η θρησκεία αυξάνεται με την ηλικία; Αλλαγές ηλικίας και διαφορές γενεών άνω των 35 ετών . *Journal for the Scientific Study of Religion* 54 (2) : 363 – 79 .
24. Boero, M. E., Caviglia, M. L., Monteverdi, R., Braidà, V., Fabello, M., & Zorzella, L. M. (2005). Spirituality of health workers: a descriptive study. *International journal of nursing studies*, 42(8), 915-921.
25. Bradshaw, Ann. 1997. Teaching spiritual care to nurses: An alternative approach. *International Journal of Palliative Nursing* 3: 51–57.

26. Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Bonomi, P. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, *11*(3), 570-579.
27. Chung, Loretta Yuet Foon, Frances Kam Yuet Wong και Moon Fai Chan. 2007. Relationship of nurses; spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* 58: 158–70.
28. Cobb, Beverly J. 2004. Experiences of Nursing Students in Personal Spiritual Formation and Providing Spiritual Care to Patients. PhD thesis, University Andrews, Berrien Springs, MI, H.I.A.
29. Cox, Harold and Andre Hammonds. (1989). Religiosity, aging, and life satisfaction. *Journal of Religion & Aging* 5(1–2): 1–21.
30. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):319-25. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq. PMID:26487812;PMCID:PMC4610616.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26487812>
31. Daniel, Jose L. 2012. A Study of the Impact of Workplace Spirituality on Employee Outcomes: A Comparison between US and Mexican Employees. Ph.D. Thesis, Texas A&M International University, Laredo, TX, H.I.A.: <https://repositories.tdl.org/tamiuir/bitstream/handle/2152.4/18/DANIEL-DISSERTATION-2012.pdf?sequence=1> (πρόσβαση στις 23-11-2023).
32. DiJoseph, Josephine και Roberta Cavendish. 2005. Expanding the dialogue on prayer related to holistic care. *Holistic Nursing Practice* 19: 147–54.
33. Duchon, Dennis και Donde A. Plowman. 2005. Nurturing the spirit at work: Effect on work unit performance. *The Leadership Quarterly* 16: 807–33.
34. Dyson J., Cobb M. & Forman D. (1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26: 1183–1188 (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
35. EPICC. (2017). Enhancing the capacity of nurses and midwives to provide spiritual care through innovation, education and compassionate care. <http://epiccproject.wixsite.com/epicc> (πρόσβαση στις 23-11-2023).
36. Eysers, K. & Parker, G. (2011). *Tackling Depression at Work: A Practical Guide for Employees and Managers*. Taylor & Francis Ltd.
37. Fernandez, R., Sikhosana, N., Green, H., Halcomb, E. J., Middleton, R., Alananzeh, I. & Moxham, L. (2021). Anxiety and depression among healthcare

- workers during the COVID-19 pandemic: A systematic umbrella review of the global evidence. *BMJ open*, 11(9).
38. Fond, G., Fernandes, S., Lucas, G., Greenberg, N., & Boyer, L.,(2022). Depression in healthcare workers: result from the nationwide AMADEUS survey. *International journal of nursing studies*, 135,104328.
 39. Formosa, Antoinette και Donia Baldacchino. 2010.The effect of spiritual care on nurses. In *Spiritual Care: Being in Doing* . Edited by: Donia Baldacchino. Blata-l-Bajda: Preca Library, σελ. 73–88.
 40. Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kleanthous, S., Samolis, S., Kaprinis, S. G., Sitzoglou, K., ... & Bech, P. (2001). Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC psychiatry*, 1(1), 1-10.
 41. Frankl, Victor E. 1973. *The Doctor and the Soul. From Psychotherapy to Speech Therapy*. New York: Vintage Books.
 42. Frankl, Viktor E. 1966. Η αυτο-υπέρβαση ως ανθρώπινο φαινόμενο. *Journal of Humanistic Psychology* 6: 97–106.
 43. Frankl, Viktor E. 1984. *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* , 3rd ed. New York: Simon & Schuster.
 44. Fry, Louis W. 2003. Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly* 14: 693–727.
 45. Gallagher, S., & Tierney, W. (2016). Spirituality. In M. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1–3). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6439-6_49
 46. Gibbons, Paul. 2015.Spirituality at Work: Definitios, Measures, Hypotheses and Validity Claims. In *Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance* . Paper presented at Academy of Management Meeting, Toronto, on, Canada 6–10 August 2000.
 47. Gibbs, Graham 1988. *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods* . Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.
 48. Giske, Tove. 2012. How undergraduate nursing students learn to care for patients spiritually in clinical studies-A reiew of the literature. *Journal of Nursing Management* 20: 1049–57.
 49. Graber, David R. Ph.D., MPH; Johnson, James A. Ph.D. Spirituality and Health Organization. *Journal of Healthcare Management* 46(1):p 39-52, Ιανουάριος 2001.

50. Grant, Don, Kathleen O'Neil και Laura Stephens. 2004. Spirituality in the Workplace: New Empirical Directions in the Study of the Sacred. *Sociology of Religion* 65: 265–83.
51. Gyatso, Tenzin. 2010. Dalai Llama. In *Spiritual Care: Being in Doing*. Copyediting Donia Baldacchino. Blata-l-Bajda: Library Preca.
52. Hill P.C. & Pargament K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and American Psychologist 58: 64-74.
53. <https://wikihealth.gr/category/psychiki-yegeia>, (Ανακτήθηκε 23-12-2023).
54. <https://www.britannica.com/biography/Jean-Etienne-Dominique-Esquirol>), (Ανακτήθηκε 23-12-2023).
55. <https://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/511.pdf>, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(4):511-514, N. Papavramidou, P. Konstantopoulos, E. Christopoulou-Aletra Retrieved (accessed 23-12-2023).
56. https://www.researchgate.net/publication/215552977_E_Diereunese_tes_Pneumatikotetas_se_Geniko_Plethysmo_tes_Thessalias (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
57. Huey, S., Janice, P., & Yu-C, H. (2010). Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behavior and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (9), 2342-2354.
58. Hungerman, D. M. (2014). The effect of education on religion: Evidence from compulsory schooling laws. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 104, 52–63. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2013.09.004>
59. Iliades, C. και Keegan, K. (2018), 9 Different Types of Depression. <https://www.everydayhealth.com/depression-pictures/different-types-ofdepression.aspx>, (accessed 29-12-2023).
60. International Council of Nurses (ICN). 2000. *Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN
61. Jaul E, Zabari Y, Brodsky J. Spiritual background and its association with the medical decision of, DNR at terminal life stages. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 Jan-Feb;58(1):25-9. doi: 10.1016/j.archger.2013.08.004.PMID:24029615. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24029615/> (Ανακτήθηκε στις 11/11/2023)

62. Karatza, E., Kourou, D., Galanakis, M., Varvogli, L., & Darviri, C. (2014). Validation of the Greek version of Perceived Stress Questionnaire: psychometric properties and factor structure in a population-based survey. *Psychology*, 2014
63. Karches KE, Chung GS, Arora V, Meltzer DO, Curlin FA. Religiosity, spirituality, and end-of-life planning: a single-site survey of medical inpatients. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Dec;44(6):843-51. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.277. Epub 2012 Jun 22. PMID: 22727947; PMCID: PMC3459155. (Ανακτήθηκε στις 11/11/2023)
64. Khademian, Zahra and Fatemeh Vizeshfir. 2007. Nursing students; perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing* 61: 456–62.
65. Kociszewski, Cynthia. 2003. Phenomenological study of nurses' experience of providing spiritual care. *Journal of Holistic Nursing* 21: 131–48.
66. Koenig, HG (2009). Research on religion, spirituality and mental health: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283–291. (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
67. Koutsos, Peggy, Jenny Kornblum, and Eleanor Wertheim. 2008. Pathways to interpersonal forgiveness: The roles of personality, disposition to forgive, and related factors in predicting forgiveness. *Personality and Individual Differences* 44: 337–48.
68. Kurapati, R. (2019). *Burnout in Healthcare: A Guide to Addressing the Epidemic*. Independently published.
69. Κιούλος, Κ. Θ., & Μπεργιαννάκη, Ι. Δ. (2014). Θρησκευτικότητα, πνευματικότητα και κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(3), 263-271.
70. Ladin, K. (2008) Risk of late-life depression across 10 European Union countries: deconstructing the education effect. *Journal of aging and health*, 20(6), 653-670.
71. Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
72. Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clin Nurse Spec*. 2012 May-Jun;26(3):177-82. doi: 10.1097/NUR.0b013e3182503ef0. PMID: 22504476.
73. Levenson, Michael. R., Carolyn M. Aldwin, and Loriena Yancura. 2006. Positive emotional change. mediating effects of forgiveness and spirituality. *Exploration* 2: 498–508.

74. Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of psychosomatic research*, 37(1), 19-32.
75. Liu, Caroline H. και Peter J. Robertson. 2011. Spirituality in the work plac. *Journal of Management Inquiry* 20: 35–50.
76. Lorant, V., Croux C., Weich, S., Deliege D., Mackenbach ,J. and Anseau M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British journal of psychiatry*, 190(4), 293-298.
77. Lorant, V., Deliege D., Eaton, W., Robert A., Philippot, P. and Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98-112.
78. Maslach, Christina και Michael Leiter. 1997. *The Truth about Burnout* . San Francisco: Jossey-Bass.
79. McKee, Margaret C., Cathy Driscoll, E. Kevin Kelloway και Elisabeth Kelley. 2011. Exploring the links between transformational leadership, workplace spirituality and well-being in healthcare workers. *Journal of Management, Spirituality and Religion* 8: 233–55.
80. McSherry, Wilfred. 2006. The Principal Components Model: A Model for Promoting Spirituality and Spiritual Caring in Nursing and Health Care. *Journal of Clinical Nursing* 15: 905–17.
81. Milliman, John, Andrew J. Czaplewski και Jeffery Ferguson. 2003. Workplace and employee work attitudes. An exploratory empirical evaluation. *Journal of Organization Change Management* 16: 426–47.
82. Mitroff, Ian I. και Elisabeth Denton. 1999. Study of spirituality in the workplace. *Sloan Management Review* 40: 83–93.
83. Montebello Maria, 2010. Purpose and meaning of nurses life. In *Spiritual care: Being in doing*. In *Spiritual Care: Being in Doing* . Edited by Donia Baldacchino. Blata-l-Bajda: Preca Library, σελ. 89–102.
84. Moore, Thomas. 1992. *Care of the Soul*. New York: Harper-Collins.
85. Moss D. The circle of the soul: the role of spirituality in health care. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2002 Dec;27(4):283-97. doi: 10.1023/a:1021013502426. PMID: 12557456. (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
86. Nash, Laura and Howard Stevenson. 2004. Lasting Success. *Harvard Business Review* 82: 102–9.

87. Neal, Judy. 2013. Faith and spirituality in the workplace: emerging research and practice. *Handbook of Faith and Spirituality in the Workplace*. London: Springer, pp. 3–18
88. Nixon A.V., Narayanasamy A. & Penny V.(2013). An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective. *BMC Nursing* 12:2
89. Olaya, B., Perez-Moreno, M., Bueno-Notivol, J., Gracia-Gracia, P., Lasheras, I., & Sandabarbara, J. (2021). Prevalence of depression among healthcare workers during the Covid-19 outbreak: a systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 10(15), 3406.
90. Overell, Stephen. 2002. The Search for Corporate Meaning. *Financial Times*, 13, 12 September.
91. Pfeffer, Jeffrey. 2003. Business and spirit: Management practices that sustain values. In *The Leadership Quarterly*. Nurturing the spirit at work: Impact on work unit performance. Edited by RA Giacalone and CL Jurkiewics. New York: ME Sharpe, vol. 16, pp. 29–45.
92. Phelps A.C., Maciejewski P.K., Nilsson M., Balboni T.A., Wright A.A., Paulk M.E., Trice E., Schrag D., Peteet J.R., Block S.D. & Prigerson H.G. (2009). Religious coping and use of intensive life prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA* 301: 1140- 1147.
93. Pirkola H, Rantakokko P, Suhonen M. Workplace spirituality in health care: an integrated review of the literature. *J Nurs Manag*. 2016 Oct;24(7):859-868. doi: 10.1111/jonm.12398. Epub 2016 May 24. PMID: 27219516. Ανακτήθηκε στις (05/11/2023)
94. Prince-Paul, Maryjo. 2008. Relationships between communicative acts, social well-being, and spiritual well-being on end-of-life quality of life in hospitalized cancer patients. *Journal of Palliative Medicine* 11: 20–25(Ανακτήθηκε στις 05/11/2023).
95. Puchalski C., Ferrel B., Virani R., Otis-Green S., Baird P., Bull J., Chochinov H., Handzo G., Nelson-Becker H., Prince-Paul M., Pugliese K. & Sulmasy D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *Journal of Palliative Medicine* 12: 885-904. (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023).

96. Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
97. Rajakumar, S., Jillings, C., Osborne, M., & Tognazzini, P. (2008). Spirituality and depression: the role of spirituality in the process of recovering from depression. *Spirituality and Health International*, 9(2), 90–101.
98. Reed, Pamela G. 1992. An emerging paradigm for exploring spirituality in nursing. *Research in Nursing Health* 15: 349–57.
99. Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*. 2013 Dec;69(12):2622-34. doi: 10.1111/jan.12152. Epub 2013 Apr 18. PMID: 23600849; PMCID: PMC4232181. (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
100. Roach, Simone M. 2002. *The Human Act of Caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
101. Robinson, Simon and Kevin D. Kendrick. 2000. Spirituality: Its relevance and purpose for clinical nursing in a new millennium. *Journal of Clinical Nursing* 9: 701–5.
102. Roger, Gil. 2014. Spirituality at Work and the Leadership Challenge (Keynote 3). *British Association for the Study of Spirituality* 4: 136–48.
103. Ross, Linda, Rene Van Leeuwen, Donia Baldacchino, Tove Giske, Wilfred McSherry, Aru Narayanasamy, Carmel Downes, Paul Jarvis, and Annemiek Schep-Akkerman. 2014. Student nurses' perceptions of spirituality and competence in providing spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today* 34: 697–702.
104. Ross, Linda, Tove Giske, Rene Van Leeuwen, Donia Baldacchino, Wilfred McSherry, Aru Narayanasamy, Paul Jarvis, and Annemiek Schep-Akkerman. 2015. Factors contributing to student nurses/midwives' perceived competence in spiritual care. *Nurse Education Today* 36: 445–51.
105. Sadat hoseini, A. S., Razaghi, N., Khosro Panah, A. H., & Dehghan Nayeri, N. (2017). *A Concept Analysis of Spiritual Health*. *Journal of Religion and Health*. doi:10.1007/s10943-017-0522-x
106. Sadeghifar, Jamil, Mohammed Bahadori, Donia Baldacchino, Mehdi Radaabadi, and Mehdi Jafari. 2013. Relationship between career motivation and perceived spiritual leadership in health professional educators: A correlational study in Iran. *Global Journal of Health Science* 6: 1–10.
107. Saliba, Theresa and Donia Baldacchino. 2010. Spiritual care: Perceptions of health professionals working with clients with dementia. In *Spiritual Care:*

- Being in Doing . Edited by Donia Baldacchino. Blata-l-Bajda: Preca Library, pp. 57–72.
108. Scanlan, Judith M., Dean W. Care, and Sonia Udod. 2002. Unraveling the unknowns of reflection in classroom teaching. *Journal of Advanced Nursing* 38: 136–43
109. Schön, Donald A. 1991. *The Reflective Practitioner*, 2nd ed. San Francisco: Josey Bass.
110. Sergey Shulgin, Julia Zinkina, Andrey Korotayev, Religiosity and Aging: Age and Cohort Effects and Their Implications for the Future of Religious Values in High-Income OECD Countries, *Journal for the Scientific Study of Religion* Volume 58, Issue 3 First published: 02 July 2019.
111. Skoko I, Topić Stipić D, Tustonja M, Stanić D. Mental Health and Spirituality. *Psychiatr Danub*. 2021 Spring-Summer;33(Suppl 4):822-826. PMID: 35026808. (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
112. Solutions, Kaizen. 2015. Spirit at Work. <http://kaizensolutions.or/saw.html> (Ανακτήθηκε 11-23-2023).
113. Spielberger, C.D. (1982). *Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε*. Αθήνα: Ψυχογιός.
114. Steinhäuser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, Puchalski CM, Sinclair S, Taylor EJ, Balboni TA. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *J Pain Symptom Manage*. 2017 Sep;54(3):428-440. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28733252. (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
115. Stevenson, A. (2010). *Oxford dictionary of English*. New York, NY: Oxford University Press, (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023).
116. Sulmasy D.P. (2007). *The Rebirth of the Clinic: An Introduction to Spirituality in Health Care*. Washington, DC: Georgetown University Press
117. Tanyi, Ruth A. 2002. Toward clarifying the concept of spirituality. *Journal of Advanced Nursing* 39: 500–9 (Ανακτήθηκε 11-23-2023).
118. Templeton, R. (2019). Depression, Doctorates and Self. *Traversing the Doctorate: Reflections and Strategies from Students, Supervisors and Administrators*, 393-407.

119. Thomas, Joan D., Linda P. Finch, Savina O. Schoenhofer, and Ann Green. 2004. The caring relationships created by nurses and nurse practitioners: Implications for practice. *Topics in Advanced Nursing Practice Online Journal* 4: 1–14. <http://www.medscape.com/viewarticle/496420> (Ανακτήθηκε 23-11-2023).
120. Tietjen, Susanne. 2013. Nursing isn't just a career, it's a calling. Available online: <http://www.nursingworldnigeria.com/2013/02/it-rsquo-s-not-just-a-nursing-career-it-rsquo-sa-calling> (accessed 23-11-2023).
121. Timmins, Fiona, Freda Neill, Mary Quinn-Griffin, John Kelly και Eden DeLa Cruz. 2014. Spiritual Dimensions of Care: Developing a Educational Package for Nurses in the Republic of Ireland. *Holistic Nursing Practice* 282: 106–23.
122. Tolentino, J. C., Gjorup, A. L. T., Mello, C. R., Assis, S. G. D., Marques, A. C., Filho, Á. D. C., ... & Schmidt, S. L. (2022). Spirituality as a protective factor for chronic and acute anxiety in Brazilian healthcare workers during the COVID-19 outbreak. *Plos one*, 17(5), e0267556.
123. Torskenes, Kristina B., Donia Baldacchino, Tracy Baldacchino, Josette Borg, Marica Falzon, and Mary Kalfoss. 2013. Nurses' and informal carers' definition of spirituality from a Christian perspective: A comparative study between Malta and Norway. *Journal of Nursing Management* 23: 39–53.
124. Vachon M., Fillion L. & Achille M. (2009) A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 12: 53–59 (Ανακτήθηκε στις 05/11/2023)
125. Van Leeuwen, Rene and Barth Cusweller. 2004. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing* 48: 234–46.
126. Van Leeuwen, Rene, Lucas Tiesinga, Doeke Post and Henk Jochemsen. 2006. Spiritual care: Implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Clinical Nursing* 15: 875–84
127. Van Loon, Antonia M. 2005. Commentary on Fawcett T, Noble A (2004) The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical Nursing* 13: 136–42.
128. Watson, Jean. 1999a. *Postmodern Nursing and beyond*. London: Churchill Livingstone.
129. Watson, Jean. 1999b. *Theory of Human Care*. Available online: http://watsoncaringscience.org/images/features/library/THEORY%20OF%20HUMAN%20CARING_Website.pdf (Ανακτήθηκε 11-23-2023).
130. Wehrenberg, M. (2014). *Anxiety + Depression : Effective Treatment of the Big Two CoOccurring Disorders*. WW Norton & Co.
131. Wilson W, Raj JP, Rao S, et al. (2020). Prevalence and predictors of anxiety and depression among healthcare workers managing the COVID-19 pandemic

- in India: A national observational study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2020;42(4):353358. doi: 10.1177/0253717620933992
132. World Health Organization. 1998. WHOQOL and spirituality, religiosity and personal beliefs. Report on the consultation with WHO. Geneva: WHO
133. Zolfaghary, F., Osko, S., Bakouei, F., Pasha, H., & Adib-Rad, H. (2023). Spiritual Intelligence as a Coping Strategy to Manage Job Stress for Midwives in Northern Iran: A Cross-Sectional Study. *Journal of religion and health*, 62(5), 3301-3312.
134. Zyblook, Dee Marie. 2010. Nursing presence in contemporary nursing practice. *Nursing Forum* 45: 120–24.
135. Γεμενετζής, Κ. (1991). *Επανεισαγωγή στην Ψυχανάλυση*. Αθήνα: Βιβλιοπωλείον της Εστίας.
136. Δαρβύρη, Π. (2018). *Πνευματικότητα και υγεία: πνευματικοί παράγοντες και διαχείριση θεμάτων υγείας κατά την ορθόδοξη διδασκαλία* (Doctoral dissertation, (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Υγείας Μητέρας και Παιδιού. Κλινική Α' Παιδιατρική Νοσοκομείου Παίδων ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ).
137. Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
138. Σερπού, Ι. (2020). Διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας στην αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη και το στρες, ατόμων με μετατραυματική παραπληγία που νοσηλεύονται σε κλινικές αποκατάστασης.
139. Φραδέλος, Ε. (2021). Αξιοπιστία και Εγκυρότητα της Ελληνικής Έκδοχής της Κλίμακας " Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual well-being 12 (FACIT-SP12) scale-Non illness". *Nosileftiki*, 60(2).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ, ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΓΕΝΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά στη διερεύνηση της σχέσης της πνευματικότητας με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των επαγγελματιών υγείας. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική και θα τηρηθεί απόλυτη ανωνυμία των συμμετεχόντων σε αυτή. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία. Εάν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση, παρακαλώ επικοινωνήστε με την ερευνήτρια:

Βασιλική Κίτσιου- Τηλέφωνο : 6948849559 Email: Vicky_berg@yahoo.com

Ενότητα Α: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο	A .Άρρεν <input type="checkbox"/>	B. Θήλυ <input type="checkbox"/>	
Ηλικία _____	σε έτη.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση <input type="checkbox"/>	Τριτοβάθμια εκπαίδευση <input type="checkbox"/>	
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση <input type="checkbox"/>	Μεταπτυχιακοί τίτλοι <input type="checkbox"/>	
Υπηρεσία	Ιατρική <input type="checkbox"/>	Νοσηλευτική <input type="checkbox"/>	Διοικητική <input type="checkbox"/>
	Τεχνική <input type="checkbox"/>	ΕΚΑΒ <input type="checkbox"/>	
Τομέας εργασίας	Παθολογικός <input type="checkbox"/>	Χειρουργικός <input type="checkbox"/>	Πλην ιατρού <input type="checkbox"/>
Έτη υπηρεσίας	<5 έτη <input type="checkbox"/>	<5-10 έτη <input type="checkbox"/>	>10 έτη <input type="checkbox"/>
	>15 έτη <input type="checkbox"/>	> 20 έτη <input type="checkbox"/>	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος-η <input type="checkbox"/>	Συμβίωση <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>
	Άγαμος <input type="checkbox"/>	Άλλο	
Αριθμός παιδιών	Κανένα <input type="checkbox"/>	1 -2 <input type="checkbox"/>	> 2 <input type="checkbox"/>

<u>Ενότητα Β. Κλίμακα πνευματικότητας</u>	
	Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο ή σημειώστε έναν αριθμό ανά γραμμή για να υποδείξετε την απάντησή σας όσον αφορά τις <u>τελευταίες 7 ημέρες</u> με βάση την εξής κλίμακα: 0=Καθόλου, 1=Λίγο, 2=Κάπως, 3=Πολύ, 4=Πάρα πολύ
1.	Αισθάνομαι γαλήνιος-α
	0 1 2 3 4
2.	Έχω λόγο να ζω
	0 1 2 3 4
3.	Η ζωή μου υπήρξε παραγωγική
	0 1 2 3 4
4.	Το μυαλό μου δυσκολεύεται να ηρεμήσει
	0 1 2 3 4
5.	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει ένα σκοπό
	0 1 2 3 4
6.	Είμαι σε θέση να βρίσκω ανακούφιση ψάχνοντας βαθιά τον εαυτό μου
	0 1 2 3 4
7.	Νιώθω μια αίσθηση εσωτερικής αρμονίας
	0 1 2 3 4
8.	Από τη ζωή μου λείπει το νόημα και ο σκοπός
	0 1 2 3 4
9.	Βρίσκω παρηγοριά στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις
	0 1 2 3 4
10.	Βρίσκω δύναμη στην πίστη μου ή στις πνευματικές μου πεποιθήσεις
	0 1 2 3 4
11.	Οι δύσκολοι καιροί έχουν ενισχύσει την πίστη μου ή τις πνευματικές μου πεποιθήσεις
	0 1 2 3 4
12.	Ότι και να συμβεί κατά τους δύσκολους καιρούς, ξέρω ότι τελικά τα πράγματα θα πάνε καλά

	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Ενότητα Γ. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ

Επιλέξτε με ένα σταυρό, τον αριθμό που περιγράφει τη συχνότητα εμφάνισης καθεμιάς από τις παρακάτω καταστάσεις, κατά τη διάρκεια του **τελευταίου μήνα**. Απαντήστε σύντομα, χωρίς να ελέγξετε τις επιλογές σας. Προσοχή, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αφορά **μόνο τον τελευταίο μήνα**.

	ΓΕΝΙΚΑ, ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Συνήθως
1.	Αισθάνεστε ξεκούραστος/-η	1	2	3	4
2.	Αισθάνεστε ότι είστε φορτωμένος/-η με πάρα πολλές υποχρεώσεις	1	2	3	4
3.	Είστε εκνευρισμένος/-η ή κακόκεφος/-η	1	2	3	4
4.	Έχετε πάρα πολλά πράγματα να κάνετε	1	2	3	4
5.	Αισθάνεστε μοναξιά ή νιώθετε απομονωμένος/-η	1	2	3	4
6.	Βρίσκεστε σε καταστάσεις συγκρούσεων	1	2	3	4

7.	Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα που σας αρέσουν	1	2	3	4
8.	Αισθάνεστε κουρασμένος/-η	1	2	3	4
9.	Φοβάστε ότι ίσως δεν καταφέρετε να πετύχετε τους στόχους σας	1	2	3	4
10.	Αισθάνεστε ήρεμος/-η	1	2	3	4
11.	Έχετε πάρα πολλές αποφάσεις να πάρετε	1	2	3	4
12.	Αισθάνεστε απογοητευμένος/-η	1	2	3	4
13.	Νιώθετε γεμάτος/-η ενέργεια	1	2	3	4
14.	Νιώθετε ένταση	1	2	3	4
15.	Θεωρείτε ότι τα προβλήματά σας συσσωρεύονται	1	2	3	4
16.	Αισθάνεστε ότι ο χρόνος σας πιέζει	1	2	3	4

17.	Αισθάνεστε ασφαλής και προστατευμένος/-η	1	2	3	4
18.	Έχετε πολλές έννοιες	1	2	3	4
19.	Πιέξετε από τους άλλους	1	2	3	4
20.	Αισθάνεστε αποθαρρυσμένος/-η	1	2	3	4
21.	Περνάτε καλά/Διασκεδάζετε	1	2	3	4
22.	Έχετε φόβους για το μέλλον	1	2	3	4
23.	Αισθάνεστε ότι κάνετε πράγματα επειδή πρέπει και όχι επειδή το θέλετε	1	2	3	4
24.	Αισθάνεστε ότι σας γίνεται κριτική από τους άλλους	1	2	3	4
25.	Είστε χαλαρός/-ή/Χωρίς έννοιες	1	2	3	4
26.	Αισθάνεστε πνευματικά εξουθενωμένος/-η	1	2	3	4
27.	Δυσκολεύεστε να χαλαρώσετε	1	2	3	4

28.	Αισθάνεστε υπερφορτωμένος/-η με ευθύνες	1	2	3	4
29.	Διαθέτετε αρκετό χρόνο για τον εαυτό σας	1	2	3	4
30.	Αισθάνεστε ότι πιέζεστε από τις χρονικές προθεσμίες	1	2	3	4

Ενότητα Δ. Κλίμακα Κατάθλιψης

Παρακάτω είναι μια λίστα από τρόπους που μπορεί να έχετε νοιώσει ή συμπεριφερθεί. Πείτε μας πόσο συχνά έχετε νιώσει κατά αυτό τον τρόπο κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.

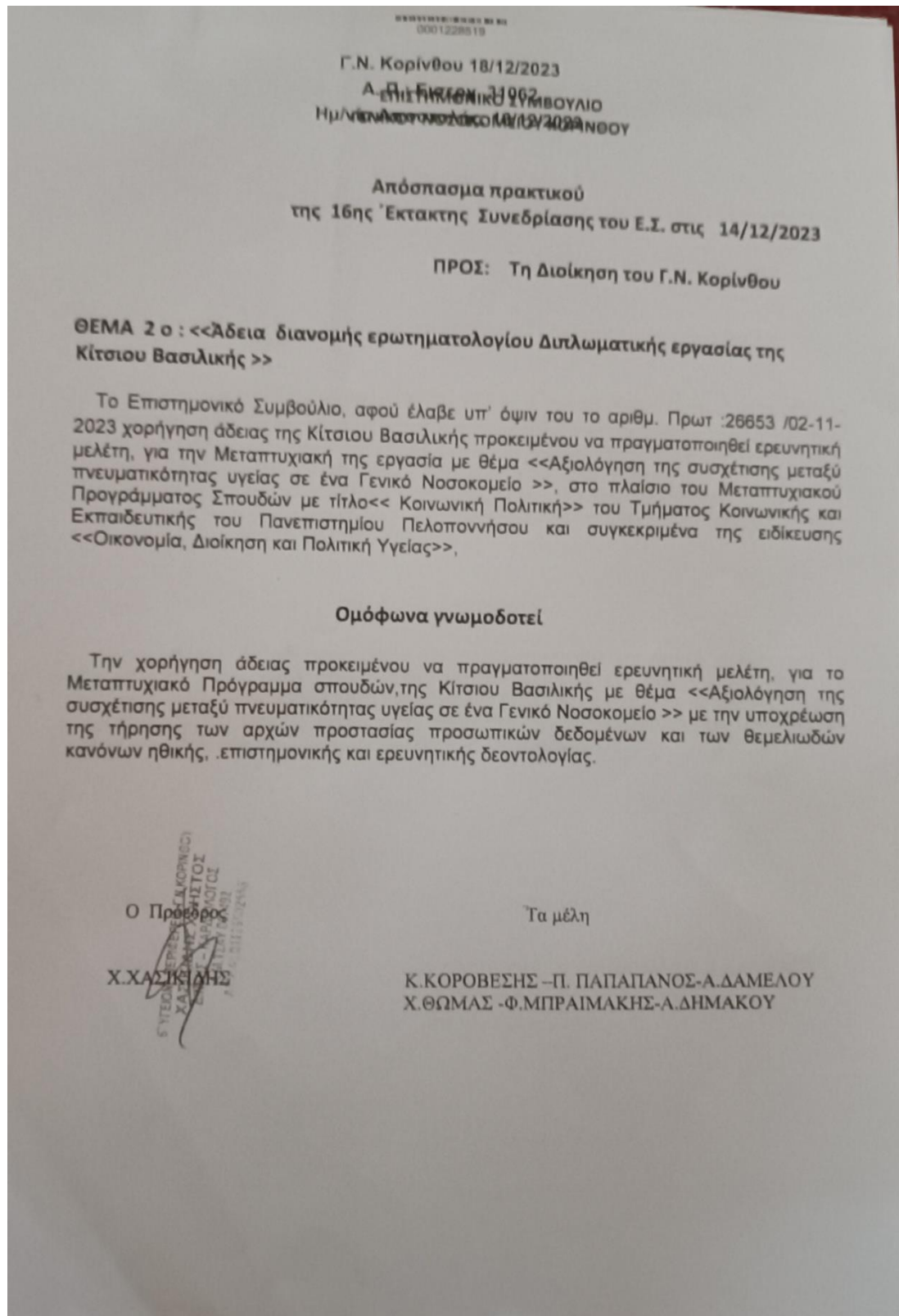
		Σπάνια ή καμία φορά (λιγότερο από 1 ημέρα)	Μερικές ή λίγες φορές για (1-2 ημέρες)	Περιστασιακά ή για μέτριο χρονικό διάστημα (3-4 ημερών)	Τις περισσότερες ή όλες τις φορές (5-7 ημέρες)
1.	Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δεν με ενοχλούν	1	2	3	4
2.	Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξή μου ήταν κακή.	1	2	3	4
3.	Αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια της οικογένειάς μου ή των φίλων μου.	1	2	3	4
4.	Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι.	1	2	3	4

5.	Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σε αυτό που έκανα.	1	2	3	4
6.	Αισθανόμουν κατάθλιψη.	1	2	3	4
7.	Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια.	1	2	3	4
8.	Αισθανόμουν γεμάτος/η ελπίδα για το μέλλον.	1	2	3	4
9.	Πίστευα ότι ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία.	1	2	3	4
10.	Αισθανόμουν γεμάτος/η φόβο.	1	2	3	4
11.	Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος.	1	2	3	4
12.	'Ημουν χαρούμενος/η.	1	2	3	4
13.	Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο.	1	2	3	4
14.	Αισθανόμουν μοναξιά.	1	2	3	4
15.	Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου.	1	2	3	4

16.	Απολάμβανα τη ζωή.	1	2	3	4
17.	Ξεσπούσα σε κλάμα.	1	2	3	4
18.	Αισθανόμουν λυπημένος/η.	1	2	3	4
19.	Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν.	1	2	3	4
20.	Δε μπορούσα να τα καταφέρω να ξεκινήσω να κάνω πράγματα.	1	2	3	4

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Άδεια Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Κ.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΑΔΕΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Με μεγάλη μου χαρά,

Καλή επιτυχία στην έρευνα σας.

Με εκτίμηση

Ευάγγελος Φραδέλος

Δρ Ευάγγελος Χ. Φραδέλος

Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΣΕΠ Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Διεύθυνση: Γαίοπολις, Περιφερειακή Οδός Λάρισσας–Τρικάλων,

Τ.Κ 41500, Λάρισα

Dr. Evangelos C. Fradelos

Assistant Professor of Clinical Nursing

University of Thessaly

Tutor in Open University of Greece.

Editor of [Perspectives in Psychiatric Care](#)

Address: Gaiopolis Campus,

Larissa - Trikala Ring Road,

41500, Larissa, GREECE

Email: evangelosfradelos@hotmail.com ; efradelos@uth.gr

Phone: +302410684453

Mobile: +306946228458

12/1/24, 6:43 μ.μ.

Yahoo Mail - Re: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Re: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

From: Dimitra Kourou

(kourou_d@hotmail.com) το:

vicky_berg@yahoo.com

Date: Tuesday, October 10, 2023 at 08:14
PM GMT+3

Καλησπέρα,

ακούγεται ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η έρευνα που καλείστε να διεξάγετε. Σας προωθώ το ερωτηματολόγιο και θα ήταν χαρά μου να μάθω νέα για την έρευνά σας.

Για οτιδήποτε χρειαστείτε είμαι στη διάθεσή σας

Δ.Κ

RE: ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ

From: kostasfountoulakis@gmail.com
To: vicky_berg@yahoo.com
Date: Saturday, October 7, 2023 at 05:42 PM GMT+3

βεβαίως

Dr. Kostas N. Fountoulakis M.D., Ph.D
Professor of Psychiatry
Director, 3rd Department of Psychiatry, Division of Neurosciences
School of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, Greece
Board member, World Psychiatric Association (zone 8 representative)
Head, Mental Health Section, Research Institute, [Panhellenic Medical Association](#)
Vice-President, [Hellenic Psychiatric Association](#)
Field Editor, [CNS Spectrums](#)
tel +30 2310 994622 (Hosp. AHEPA)
mobile: +30 6945776935 (including viber and whatsapp)
e-mail: fountoul@auth.gr , kostasfountoulakis@gmail.com
Skype: [kostasfountoulakis@skype.com](https://www.skype.com/people/kostasfountoulakis)
facebook: <https://www.facebook.com/konstantinos.fountoulakis.5>
Post address:
6, Odysseos street (1st Parodos, Ampelonon str.) 55536
Pournari Pylaia Thessaloniki Greece

From: vicky berg <vicky_berg@yahoo.com>
Sent: Saturday, October 7, 2023 11:24 AM
To: kostasfountoulakis@gmail.com
Subject: ΕΥΓΕΝΙΚΗ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ

Κύριε Φουντουλάκη καλησπέρα σας,

Ζητώ συγγνώμη που σας ενοχλώ πάλι

Ονομάζομαι Κίτσιου Βασιλική και εκπονώ τη διπλωματική μου στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών σπουδών μου στο Π.Α.Π.Ε.Λ.

Διάβασα την έρευνά σας με τίτλο: "Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale" η οποία μου άρεσε πολύ και θα ήθελα να χρησιμοποιήσω το ερωτηματολόγιο σας στη δική μου μελέτη με τίτλο: "Αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ πνευματικότητας, άγχους και κατάθλιψης σε επαγγελματίες υγείας σε ένα γενικό νοσοκομείο".

Επειδή πρέπει να δηλώσω το θέμα της Διπλωματικής μου στο Πανεπιστήμιο θα ήθελα να γνωρίζω εάν μπορώ να έχω την άδειά σας για τη χρήση του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστώ

Με εκτίμηση,

Κίτσιου Βασιλική

Τηλ.: 6948849559