



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ :**

**ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄**

**ΤΟΥ ΑΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΑΙΔΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΔΟΥΒΑΝΑΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ**

**ΑΘΗΝΑ, ΜΑΪΟΣ 2012**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΚΥΡΙΤΣΗ ΕΛΕΝΗ** Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΤΕΙ Αθήνας, Επιβλέπουσα

**ΜΑΡΒΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Α ΤΕΙ Αθήνας,

**ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

## ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

### ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Του Μεταπτυχιακού Φοιτητή Δουβανά Αλέξανδρου

#### *Εξεταστική Επιτροπή*

- ΚΥΡΙΤΣΗ ΕΛΕΝΗ Επιβλέπουσα
- ΜΑΡΒΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ,
- ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της ..../...../2012 για την αξιολόγηση και εξέταση του υποψηφίου κ. **ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΔΟΥΒΑΝΑ**, συνεδρίασε σήμερα ..../...../2012.

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία του κ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΔΟΥΒΑΝΑ με τίτλο: "ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ" είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους ..... προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους ....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους ....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους ..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

ΚΥΡΙΤΣΗ ΕΛΕΝΗ .....Επιβλέπουσα (Υπογραφή) \_\_\_\_\_

ΜΑΡΒΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ....., (Υπογραφή) \_\_\_\_\_

ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ....., (Υπογραφή) \_\_\_\_\_

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Κεφάλαια-Υποκεφάλαια</i>	<i>Σελίδες</i>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	13
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
Νοσηλευτικό Εργασιακό περιβάλλον των ΜΕΘ	15
Οργανωσιακό Κλίμα	19
ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	21
Ψυχισμός	21
Βοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας	22
Ψυχική Υγεία και Ψυχική Ασθένεια	22
STRESS	24
ΑΓΧΟΣ	29
Εργασιακό άγχος	32
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	36
Συνοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης	39
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	41
Επιδημιολογία εργασιακού άγχους διεθνώς και στην Ελλάδα	
Άγχος-κατάθλιψη-επαγγελματική ικανοποίηση	43
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ- ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	49

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	49
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	50
Δείγμα της μελέτης -Κριτήρια επιλογής δείγματος -Τόπος και χρόνος της μελέτης	50
Θέματα ηθικής της μελέτης-εργαλείο μελέτης	51
Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης δεδομένων	52
Μετρικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	55
Περιγραφικά αποτελέσματα	55
Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης των κλιμάκων SAS και SDS	65
Στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών	68
Στατιστικές διαφορές μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βαθμού των κλιμάκων SAS και SDS	75
Στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων SAS και SDS	83
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	85
Περιορισμοί της μελέτης	93
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	95
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	99
ABSTRACT	101
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	125

*Αφιερωμένο στην κόρη μου,*

*Μαριάντα*

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιτυχής άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος απαιτεί γνωσιακές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, διαρκή παρουσία δίπλα στον άρρωστο και υποστήριξη από το περιβάλλον, ώστε να παρέχεται αφενός συνεχής και αφετέρου ποιοτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας καλούνται να ασκήσουν τα καθήκοντά τους μέσα σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον τόσο σε επίπεδο τεχνογνωσίας και άμεσης διαγνωστικής παρέμβασης όσο και πολύπλοκων διαπροσωπικών σχέσεων και συνεργασίας.

Οι ερευνητές ερμηνεύουν τον αυξημένο σχετικό κίνδυνο για ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ως αποτέλεσμα των ιδιαίτερων εργασιακών παραγόντων, στους οποίους εκτίθενται οι εργαζόμενοι σε αυτά, όπως ασταθές ωράριο εργασίας, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, η έκθεση σε βία και η σύγκρουση μεταξύ εργασίας και οικογένειας.

Το άγχος πηγάζει από την σχέση και από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του και μπορεί να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης των συνθηκών αυτών που προκαλούν πηγές άγχους διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Ο βαθμός αυτός επίδρασης τους καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της.

Η χρήση του όρου κατάθλιψη υποδηλώνει την αδυναμία άντλησης ικανοποίησης και την παρουσία ψυχικής καταπόνησης, η έκφραση της οποίας ποικίλλει ως προς την ποιότητα (π.χ. λύπη, αίσθηση ανημπόριας, απώλεια συναισθηματικής αντιδραστικότητας, ανηδονία) και ως προς την ένταση (από την ελαφρά δυσφορία ως τη βαθειά ψυχική οδύνη).

Την τελευταία εικοσαετία έχουν αναγνωρισθεί κάποια διακριτά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας των οποίων το έλλειμμα συνιστά σημαντικό παράγοντα άγχους και κατάθλιψης και θεωρείτε απαραίτητο να ικανοποιηθούν προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία για έναν εργαζόμενο. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι, οι ποσοτικές απαιτήσεις, οι συναισθηματικές απαιτήσεις, η επιρροή, οι δυνατότητες εξέλιξης, ο βαθμός ελευθερίας στην εργασία, το νόημα στην εργασία, η δέσμευση στον οργανισμό, η προβλεψιμότητα, η ποιότητα της ηγεσίας, η κοινωνική υποστήριξη, η

ανατροφοδότηση, η κοινωνική συναναστροφή στον εργασιακό χώρο, η επαγγελματική ασφάλεια και η επαγγελματική ικανοποίηση.



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Έναυσμα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης αποτέλεσε η πολύχρονη επαφή μου με τα βαρέως πάσχοντα παιδιά και την αγωνία που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό όταν αντιμετωπίζει το διακύβευμα της ζωής στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας καθώς και η αλλαγή στη ψυχοσύνθεσή μου κατά τη δεκαετή εργασία μου στο χώρο αυτό. Κατά την προσπάθεια εύρεσης ερευνητικών δεδομένων που να τεκμηριώνουν όλες αυτές τις αλλαγές στο δικό μου ψυχικό κόσμο, όσο και των συναδέλφων με τους οποίους ερχόμουν σε καθημερινή επαφή, διαπίστωσα ότι υπήρχαν ελάχιστες στον ελληνικό χώρο όσο και στο διεθνή.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγ. κα Κυρίτση, όπου κατά τη διάρκεια της έκθεσης των προβληματισμών μου, με προσανατόλισε να ασχοληθώ ερευνητικά με το συγκεκριμένο θέμα. Η πολύχρονη εμπειρία της στο χώρο της νοσηλευτικής και ιδιαίτερα της παιδιατρικής νοσηλευτικής, την κατέστησε ικανή να κατανοήσει τις ανησυχίες μου και να με οδηγήσουν στην επιλογή των κατάλληλων ερευνητικών εργαλείων και τη μετατροπή ενός πρωτόλειου προβληματισμού σε ένα ερευνητικό πρωτόκολλο. Θα ήθελα να την ευχαριστήσω θερμά, γιατί ως επιβλέπουσά μου, βρίσκονταν συνέχεια δίπλα μου, όπου με την επιστημονική της κατάρτιση, τις γνώσεις και την εμπειρία της με καθοδήγησε και με ενθάρρυνε σε όλα τα στάδια σχεδιασμού, εκπόνησης και συγγραφής της μελέτης.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγ. κα Μαρβάκη για την πολύτιμη υποστήριξή της κατά τη διάρκεια σχεδιασμού της μελέτης.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την αναπληρ. καθηγ. κα Κοτανίδου για την υποστηρικτική στάση της ως μέλος της τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής.

Ευχαριστώ τη σύζυγό μου, Δρ. Μαρία Καλαφάτη για την πολύτιμη βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, αλλά και για την ηθική και τεχνική υποστήριξη όταν ο φόρτος εργασίας μου γινόταν εξαιρετικά βαρύς.

Τέλος, ευχαριστώ εξαιρετικά κάθε νοσηλεύτη των ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων, που με προθυμία δέχτηκε να συμμετάσχει σε αυτή τη μελέτη, παρά την ένταση της εργασίας του γιατί χωρίς τη δική του συμβολή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί καμία έρευνα και κανένα πρόβλημα δεν θα μπορούσε να αναδειχθεί.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία είναι βασική προϋπόθεση της ανθρώπινης ύπαρξης, διότι είναι η πηγή ικανοποίησης των αναγκών του ανθρώπου, αλλά και το μέσο με το οποίο διαφοροποιήθηκε από το ζωικό βασίλειο.<sup>1</sup>

Ωστόσο έχουν αναγνωριστεί κάποια διακριτά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας των οποίων το έλλειμμα συνιστά σημαντικό παράγοντα άγχους και θεωρείται απαραίτητη η ικανοποίησή τους προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία για έναν εργαζόμενο.<sup>2</sup>

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ζώντος οργανισμού, εφόσον συνδέεται άμεσα με την επιβίωση του. Το άγχος πηγάζει από την σχέση και από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Μπορεί να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης των συνθηκών αυτών που προκαλούν πηγές άγχους διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Ο βαθμός αυτός επίδρασης τους καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της. Το άγχος είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς προσαρμογής μας στην εργασία μας, των κακών διαπροσωπικών σχέσεων και της ύπαρξης ψυχολογικής ή σωματικής βίας στον χώρο εργασίας, αλλά και συγκρούσεων ανάμεσα στους ρόλους μας στην εργασία και εκτός αυτής.<sup>3</sup>

Έχει διαπιστωθεί, ότι η κατάθλιψη, εκτός από διαταραχή είναι επίσης μια ψυχολογική κατάσταση, η οποία εξυπηρετεί εξελικτικές σκοπιμότητες. Η κατάθλιψη συνδέεται, από πολλούς ερευνητές, με την έννοια της απώλειας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέλθει στη δεύτερη θέση το 2020. Ενδεικτικά, στις ΗΠΑ, κατά το χρονικό διάστημα 1990–2000 το συνολικό κόστος θεραπείας αυξήθηκε σε ποσοστό 31,2% (από 19,8 στα 26,08 εκατομμύρια \$), ενώ ο συνολικός χρόνος απουσίας από την εργασία σε 50%<sup>4</sup>.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) οι διαταραχές υγείας που σχετίζονται με το άγχος είναι η κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Με βάση τέτοιες εκτιμήσεις το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των υπουργών (15 Νοεμβρίου 2001) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες, είναι υψίστης σημασίας και σημαντικοί ρυθμιστές βαρύτητας των ασθενειών και της απώλειας της ποιότητας ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναγνωρίζουν ότι τέτοια

προβλήματα είναι κοινές αιτίες ανθρώπινων προβλημάτων και ανικανότητας, αφού αυξάνουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, αυξάνουν την θνησιμότητα και έχουν επίπτωση στις εθνικές οικονομίες.<sup>5</sup>

Το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον ή περιβάλλον νοσηλευτικής κλινικής πρακτικής όπως αλλιώς αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ορίζεται ως το περιβάλλον, όπου οι νοσηλευτές ασκούν το κλινικό επαγγελματικό τους έργο. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας θεωρούνται ένας ιδιαίτερα πιεστικός χώρος εργασίας, που ευνοεί την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών. Πρόκειται για κλειστούς χώρους, όπου αναπτύσσεται υπερβολικός θόρυβος, έχουν συνεχή τεχνητό φωτισμό, κακό αερισμό και δυσάρεστες οσμές. Το κυκλικό ωράριο του νοσηλευτικού προσωπικού, το διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης καθώς και το επίπεδο ιεραρχίας έχουν μελετηθεί ως συσχετιζόμενοι παράγοντες για την εμφάνιση άγχους. Τόσο η πρόοδος της βιοτεχνολογίας που επέβαλε τη χρήση πολλών πολύπλοκων μηχανικών εργαλείων στη φροντίδα ρουτίνας του βαρέως πάσχοντα, όσο και η πολυπλοκότητα των κλινικών καταστάσεων, η έλλειψη αυτονομίας, η επικάλυψη ρόλων χωρίς να διευκρινίζονται τα όρια δράσης των επαγγελματιών, η χαμηλή συνεργασία και η μειωμένη επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η ελλιπής στελέχωση και η έλλειψη κοινωνικού κύρους βρέθηκαν σε μελέτες ως σχετιζόμενοι παράγοντες εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης.<sup>6</sup>

Όλα τα παραπάνω φανερώνουν ότι υπάρχει μια επείγουσα ανάγκη για προληπτικά μέτρα σε όλα τα επίπεδα προάγοντας την έννοια της υγιούς εργασίας. Οι ΜΕΘ αποτελούν τα πιο ευάλωτα νοσηλευτικά περιβάλλοντα, στα οποία όταν το οργανωσιακό τους κλίμα δεν είναι υποστηρικτικό, διαταράσσεται η αριθμητική αναλογία, η ποιότητα ζωής και η απόδοση των νοσηλευτών τους. Λαμβάνοντας υπ' όψη τα ανωτέρω, είναι προφανές ότι η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης έχουν σαφείς και σοβαρές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις.

Ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει στην Ελλάδα μέχρι σήμερα που να αφορούν αποκλείστηκα στο άγχος και την κατάθλιψη νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων και Παίδων. Υπάρχουν κάποιες μελέτες που αφορούν στο stress καθώς και την επαγγελματική εξουθένωση αυτών.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ύπαρξης και του βαθμού έντασης άγχους και κατάθλιψης που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό (ΝΠ) που εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Παίδων και Ενηλίκων. Συγκεκριμένα θα μελετηθούν η ύπαρξη ή όχι καθώς και ο βαθμός άγχους που βιώνει

το ΝΠ των ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων, η ύπαρξη κατάθλιψης ή όχι καθώς και ο βαθμός κατάθλιψης και τέλος η ύπαρξη συσχέτισης με τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από το Γενικό Μέρος, όπου γίνεται αναφορά διεξοδικά στο άγχος και την κατάθλιψη που εμφανίζονται στον εργασιακό χώρο. Ιδιαίτερα παρουσιάζονται το άγχος και η κατάθλιψη που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων.

Καθώς και από το Ειδικό Μέρος όπου παρατίθενται ο σκοπός το υλικό και η μεθοδολογία της μελέτης, η στατιστική ανάλυση των στοιχείων καθώς και η συζήτηση και ερμηνεία των ευρημάτων. Τέλος παρατίθενται η περίληψη στην ελληνική και αγγλική γλώσσα καθώς και το παράρτημα στο οποίο περιέχεται το εργαλείο της μελέτης και η αίτηση άδειας που κατατέθηκε στα Επιστημονικά Συμβούλια των Νοσοκομείων

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

#### Το Περιβάλλον εργασίας

Η έννοια της εργασίας έχει εξεταστεί από πολλά επιστημονικά πεδία, όπως της κοινωνιολογίας, της οικονομίας της ψυχολογίας και του δικαίου. Η είσοδος του κάθε ανθρώπου σε ένα επαγγελματικό χώρο σημαίνει άντληση οφελών από αυτόν. Επομένως, η θέση που κατέχει η εργασία στη ζωή των περισσοτέρων ανθρώπων είναι σημαντική. Σύμφωνα με το Maslow, η εργασία μπορεί να επιδράσει καταλυτικά στη ζωή του ατόμου, γιατί αποτελεί σταθεροποιητικό στοιχείο και λειτουργεί ως μέσο προώθησης της αυτοπραγμάτωσής του, και δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την κάλυψη των βιολογικών και συναισθηματικών αναγκών του, αφού του δίνει την αίσθηση της ασφάλειας. Επίσης του προσφέρει τη δυνατότητα για σύναψη κοινωνικών σχέσεων ενδυναμώνοντας την αυτοπεποίθησή του και αυξάνοντας το ατομικό του κύρος.<sup>7</sup>

Η εργασία είναι βασική προϋπόθεση της ανθρώπινης ύπαρξης, διότι είναι η πηγή ικανοποίησης των αναγκών του αλλά και το μέσο με το οποίο διαφοροποιήθηκε από το ζωικό βασίλειο. Δύο είναι οι βασικές φιλοσοφικές τοποθετήσεις που έχουν διαμορφωθεί πάνω στη σημασία της εργασίας, η μία από τον Marx και η άλλη από τον Weber αλλά και οι δύο προσδίδουν στην εργασία στην καπιταλιστική κοινωνία ορισμένες χαρακτηριστικές αρνητικές και θετικές ιδιότητες. Ο Marx, διατύπωσε τη θεωρία της υπεραξίας της εργασίας του εργάτη και της συνεχούς ιδιοποίησής της από τον εργοδότη με τη μορφή του κέρδους της εργατικής παραγωγής και την αύξηση των απαιτήσεων του εργοδότη, αναφέροντας την αλλοτρίωση του εργάτη από τη σχέση του με τα μέσα παραγωγής. Ο Weber συνέδεσε το πνεύμα του προτεσταντισμού με την εργασία στη Δύση επενδύοντάς την με την ευαγγελική ιερότητα. Στα προτεσταντικά δυτικά κράτη η ατομική αξία μετριέται με την παραγωγικότητα της εργασίας, ενώ η ικανότητα του ατόμου να κατέχει ένα καλό επάγγελμα είναι το μέσο για την κοινωνική αποδοχή<sup>1</sup>

Η συνεχής εργασία με ικανοποιητικό μισθό παρέχει στο άτομο προσωπική αυτονομία, αγοραστική ικανότητα και κοινωνικό γόητρο, μπορεί έτσι να αναπτύσσει τις ικανότητες της αυτοεκτίμησης που είναι μια προσωπική ανάγκη για να είναι κάποιος υπεύθυνος και αξιοσέβαστος πολίτης στο δυτικό κόσμο. Χωρίς να έχει

ασχοληθεί με το θέμα της εργασίας ο Freud θεώρησε ότι η εργασία φέρνει το άτομο πλησιέστερα στην πραγματικότητα, καθιστώντας την ως ένα κριτήριο υγιούς ατόμου. Από τις απόψεις του Marx, κυρίως και του Weber προκύπτουν χαρακτηριστικές ιδιότητες της εργασίας που είναι αμφίβολο ότι προσφέρουν στο άτομο εκείνη την προσωπική ικανοποίηση, η οποία θεωρήθηκε αναγκαία ανάμεσα σ' άλλα βασικά στοιχεία, για τη σύνθεση του ορισμού της ψυχικής υγείας όπως τον έθεσε η Jahoda (1958). Η απώλεια μιας τέτοιας μορφής εργασίας, σαν εκείνης που περιγράφει ο Marx, δημιουργεί το ερώτημα κατά πόσο αυτή μπορεί να ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Ο αλλοτριωμένος βιομηχανικός εργάτης ή εκείνο το μεσαίο επιχειρηματικό στέλεχος που αγωνίζεται σκληρά για την επαγγελματική του άνοδο υπόκεινται σε ψυχικές διαταραχές στην περίπτωση που απολυθούν από την εργασία τους που η ίδια η φύση είναι πηγή στρες<sup>1</sup>

Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να οριστεί ως το περιβάλλον που οι άνθρωποι εργάζονται. Σε μια τέτοια γενική έννοια εντάσσονται στοιχεία που το χαρακτηρίζουν, όπως το φυσικό περιβάλλον (φωτισμός, υλικοτεχνική υποδομή), τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά (π.χ. διοικητική δομή, οργάνωση εργασίας, ιστορία οργανισμού, κλίμα και κουλτούρα που επικρατεί στον εργασιακό χώρο) ακόμη και εξωγενή εργασιακά χαρακτηριστικά (π.χ. συνθήκες εργασίας στην ευρύτερη αγορά, εργασιακός τομέας).<sup>8</sup> Πολλές φορές δε στη βιβλιογραφία το εργασιακό περιβάλλον αναφέρεται και ως εργασιακές συνθήκες και ενσωματώνει τις διαστάσεις της στελέχωσης σε ανθρώπινο δυναμικό, τον προγραμματισμό της ροής εργασίας και την ύπαρξη συγκεκριμένων ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών στον ορισμό του.<sup>9</sup>

Παρά την ποικιλία των πτυχών του εργασιακού περιβάλλοντος, δεν επηρεάζουν όλες εξίσου τις ζωές των εργαζομένων, το αίσθημα ικανοποίησης, την αυτοπεποίθηση και τον αυτοσεβασμό τους.<sup>8</sup> Η Sleutel<sup>10</sup> ορίζει το περιβάλλον εργασίας, ως ένα σύνολο από συγκεκριμένα ή αφηρημένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, η επαγγελματική αυτονομία και οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης, τα οποία γίνονται αντιληπτά από τη σύγκρουσή τους με ένα σύνολο προτύπων, αξιών και αναγκών. Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στα ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία του εργασιακού περιβάλλοντος, τα οποία για ένα μεγάλο αριθμό ερευνητών θεωρούνται περισσότερο σημαντικά και σχετικά με την ευεξία των εργαζομένων.<sup>11</sup> Σε κάποιες μελέτες, οι όροι εργασιακό περιβάλλον και ψυχοκοινωνικό ή ψυχολογικό περιβάλλον εργασίας χρησιμοποιούνται ταυτόσημα.

Ωστόσο έχουν αναγνωρισθεί κάποια διακριτά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας των οποίων το έλλειμμα συνιστά σημαντικό παράγοντα άγχους και θεωρείται απαραίτητο να ικανοποιηθούν προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία για έναν εργαζόμενο. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: οι ποσοτικές απαιτήσεις, οι συναισθηματικές απαιτήσεις, η επιρροή, οι δυνατότητες εξέλιξης, ο βαθμός ελευθερίας στην εργασία, το νόημα στην εργασία, η δέσμευση στον οργανισμό, η προβλεψιμότητα, η ποιότητα της ηγεσίας, η κοινωνική υποστήριξη, η ανατροφοδότηση, η κοινωνική συναναστροφή στον εργασιακό χώρο, η επαγγελματική ασφάλεια και η επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>2,12</sup>

Σύμφωνη λοιπόν με το παραπάνω μοντέλο βρίσκεται και η θεωρητική βάση του μοντέλου της Seirgist (1996) κατά το οποίο ο συνδυασμός της έντονης προσπάθειας με τη χαμηλή ανταμοιβή είναι ιδιαίτερα αγχωτικός και προκαλεί αυξημένα επίπεδα άγχους και οργανικά συμπτώματα.<sup>13</sup>

Το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον (nurse work environment) ή περιβάλλον νοσηλευτικής /κλινικής πρακτικής (nursing/clinical practice environment) όπως αλλιώς αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ορίζεται ως το περιβάλλον, όπου οι νοσηλευτές εργάζονται και ασκούν την κλινική τους πρακτική.<sup>14</sup> Το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον πρέπει να ενισχύει ταυτόχρονα την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.<sup>15</sup> Όταν το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον προσδιορίζεται ως επαγγελματικό, περιλαμβάνει χαρακτηριστικά που προάγουν την προσέλκυση και ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτό.<sup>16</sup> Αν προσφέρει συνθήκες προστασίας στους νοσηλευτές έναντι εργονομικών προβλημάτων, κινδύνων ατυχημάτων και ασθενειών ή έκθεση σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες περιγράφεται ως υγιές περιβάλλον εργασίας (healthy work environment),<sup>17</sup> όταν δε ενσωματώνει και πολιτικές διαδικασίες ή συστήματα που βελτιώνουν την ικανοποίηση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα φροντίδας χαρακτηρίζεται ως υποστηρικτικό (supportive) ή θετικό (positive).<sup>18</sup>

### **Το Νοσηλευτικό Εργασιακό Περιβάλλον των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας**

Εντατική θεραπεία σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική και μόνιμη υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανασταλμένων ζωτικών

λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά των λειτουργιών αυτών, ώστε να είναι αυτόματα συμβατές με τη ζωή. Σκοπός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι η παρακολούθηση και η υποστήριξη έκπτωτων ζωτικών λειτουργιών σε βαριά πάσχοντες ασθενείς και η διεξαγωγή διαγνωστικών προσεγγίσεων καθώς και ιατρικών παρεμβάσεων με τελικό στόχο τη βελτίωση της υγείας των παραπάνω ασθενών.<sup>19</sup> Οι ανάγκες της ΜΕΘ δημιουργούν ένα εντελώς διαφορετικό οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας από τα υπόλοιπα τμήματα του Νοσοκομείου.<sup>20</sup>

Οι ΜΕΘ είναι ειδικές νοσοκομειακές μονάδες, στις οποίες παρέχεται εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και τεχνική υποστήριξη με χρήση συσκευών για παρακολούθηση των ασθενών και άμεση πρόσβαση, που στόχο έχει την αποκατάσταση της υγείας και τη διάσωση της ζωής τους.<sup>21,22</sup>

Η ΜΕΘ αποτελεί μια προκαθορισμένη τοποθεσία που συγκεντρώνει ανθρώπινο δυναμικό με τις ανάλογες επαγγελματικές ικανότητες και δεξιότητες, τεχνικό εξοπλισμό και απαραίτητο χώρο. Υψηλής ποιότητας και προκαθορισμένα με ακρίβεια πρέπει να είναι τα χαρακτηριστικά του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, η αρχιτεκτονική καθώς και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της ΜΕΘ. Εκτός από τις Πολυδύναμες Γενικές ΜΕΘ υπάρχουν και ειδικές ΜΕΘ, όπως είναι οι Μονάδες Εμφραγματιών, Εγκαυματιών, Μεταμοσχεύσεων,, Νεογνών, AIDS καθώς και οι Καρδιοχειρουργικές και Παιδιατρικές Μονάδες.<sup>19</sup>

Η ικανοποιητική λειτουργία των ΜΕΘ βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ σωστά διαμορφωμένου χώρου, άρτιου τεχνολογικού εξοπλισμού και ποσοτικά και ποιοτικά επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού. Σημαντικό ρόλο στην ποιοτική φροντίδα αλλά και στην εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ παίζει η ικανοποιητική στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό. Πρέπει να είναι στελεχωμένη με κατάλληλο προσωπικό, ειδικό στην αντιμετώπιση βαρέως πασχόντων ασθενών και οξέων περιστατικών, Αποτελείται από ιατρούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, τεχνικούς και λοιπό βοηθητικό προσωπικό.<sup>23</sup>

Οι ιδιαιτερότητες που έχει το φυσικό περιβάλλον των ΜΕΘ αναφέρονται στο ότι πρόκειται για κλειστούς χώρους, που αναπτύσσουν υπερβολικό θόρυβο, έχουν συνεχή τεχνητό φωτισμό, κακό αερισμό κα δυσάρεστες οσμές. Οι πρώτες ΜΕΘ στη δεκαετία του 1950, ήταν ανοικτοί χώροι με κεντρικούς νοσηλευτικούς σταθμούς και χωρίς διαχωριστικά παραπετάσματα μεταξύ των ασθενών για να διευκολύνεται η νοσηλευτική παρακολούθηση.<sup>24</sup> Η ανάγκη όμως για στενή παρακολούθηση και άμεση πρόσβαση και παρέμβαση, που αποτελούν τις βασικές ειδοποιούς διαφορές των ΜΕΘ από κάθε άλλο νοσηλευτικό τμήμα όσο και η ανάγκη για έλεγχο των



διασταυρούμενων λοιμώξεων, οδήγησαν στην αλλαγή του σχεδιασμού τους. Η επόμενη γενιά των ΜΕΘ χαρακτηρίστηκε από την ύπαρξη απομονωμένων δωματίων και ταυτόχρονα αύξηση του τεχνολογικού εξοπλισμού ανάλογα με τον αριθμό των νοσηλευόμενων ασθενών. Η δομή αυτή αν και πλεονεκτούσε ως προς τη δυνατότητα μείωσης της διασποράς μικροβίων μεταξύ των ασθενών και τη δυνατότητα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας με εξασφαλισμένη την ιδιωτικότητα των ασθενών, ωστόσο συνδέθηκε με την αύξηση των επιπέδων θορύβου σε ένταση διπλάσια και τριπλάσια των ανώτερων επιτρεπτών ορίων και με συνεχή τεχνητό φωτισμό.<sup>24,25</sup> Τα παραπάνω στοιχεία του νοσηλευτικού εργασιακού περιβάλλοντος με επιπρόσθετη την έλλειψη οπτικής επαφής με το εξωτερικό περιβάλλον και την κακή ποιότητα αέρα, προκαλούν κόπωση, κεφαλαλγίες, περιορισμό της σκέψης, μείωση της προσοχής και της συγκέντρωσης και διακοπή της επικοινωνίας.<sup>26,27</sup>

Επίσης, τόσο η πρόοδος της βιοτεχνολογίας, όσο και η ταύτισή της με την ασφάλεια, τον καλύτερο έλεγχο και την αποτελεσματικότητα στον κλινικό χώρο, επέβαλαν τη χρήση πολλών μηχανικών εργαλείων στη φροντίδα ρουτίνας του βαρέως πάσχοντα, μετατρέποντας τη ΜΕΘ στον πιο πολύπλοκο χώρο μέσα στο νοσοκομείο.<sup>28</sup> Ο χειρισμός των τεχνολογικών εργαλείων και η ενσωμάτωση στην καθημερινή κλινική πρακτική με κύριους χρήστες τους νοσηλευτές, επέκτεινε το νοσηλευτικό ρόλο και κατέστησε το περιβάλλον των ΜΕΘ σύνθετο πέραν της ήδη υπάρχουσας πολυπλοκότητας των κλινικών καταστάσεων.<sup>29</sup> Για τους λόγους αυτούς, η επαρκής στελέχωση με ανθρώπινο δυναμικό είναι εξαιρετικής σημασίας για την αποτελεσματικότερη λειτουργία μιας ΜΕΘ. Οι οδηγίες της ESICM (1997) καθιστούν απολύτως απαραίτητη τη φυσική ή κατ' επίκληση παρουσία 3-5 εξειδικευμένων ιατρών διαφόρων βαθμίδων ανά 6-8 ενεργές κλίνες, καθώς και 2-6 νοσηλευτών ανά ενεργή κλίνη το 24ώρο, ανάλογα με την ένταση της απαιτούμενης φροντίδας, χωρίς να αυξάνεται υπέρμετρα ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας. Το υπόλοιπο προσωπικό οφείλει να καλύπτει σε εικοσιτετράωρη βάση τη ΜΕΘ χωρίς όμως την τήρηση αυστηρών αναλογιών ανά ασθενή.

Οι ιδιαιτερότητες του Νοσηλευτικού Εργασιακού Περιβάλλοντος των ΜΕΘ, καθώς και η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και η παρεχόμενη ασφάλεια των ασθενών, ανέδειξαν μια σειρά μη τεχνικών δεξιοτήτων που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής που εργάζεται σε ΜΕΘ. Σύμφωνα με τους Reader και συν (2006), οι συνεχείς αιφνίδιες αλλαγές της κλινικής εικόνας του ασθενή επιβάλλουν ετοιμότητα, θέσπιση προτεραιοτήτων και κατάλληλη χρήση των πόρων, επιδιώκοντας την εφαρμογή και τη διατήρηση της φροντίδας στη βάση αποδεκτών προτύπων. Παράλληλα οι νοσηλευτές ΜΕΘ οφείλουν να αναγνωρίζουν έγκαιρα και να

κατανοούν αυτές τις αλλαγές, ώστε να επιλέγουν ανάμεσα σε εναλλακτικές την αποτελεσματικότερη κατά περίπτωση απόφαση. Επίσης οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται συντονισμένα και σε συνεργασία, με ξεκάθαρους ρόλους και αρμοδιότητες δεδομένου του διαφορετικού επαγγελματικού πληθυσμού που εργάζεται στη ΜΕΘ. Η ροή και η ανταλλαγή των πληροφοριών ανάμεσα στα μέλη της ομάδας, προϋποθέτει ομαδική εργασία και υποστήριξη.<sup>30</sup>

Η AACN περιέγραψε 6 πρότυπα ή σχέσεις με επίκεντρο τις αρχές της επαγγελματικής απόδοσης μέσω των οποίων τα αποτελέσματα θα πρέπει να επιτευχθούν. Τα πρότυπα είναι η ικανότητα επικοινωνίας, πραγματική συνεργασία, αποτελεσματική λήψη απόφασης, στελέχωση με βάση τις ανάγκες των ασθενών και τις ικανότητες των νοσηλευτών, σημαντική αναγνώριση και αυθεντική ηγεσία.<sup>31</sup> Το περιβάλλον αποτελεί ένα σύνολο από συνθήκες και περιστάσεις το οποίο επηρεάζει ένα οργανισμό οπότε, κάθε ένα από τα 6 πρότυπα είναι απαραίτητα για ένα υγιές περιβάλλον εργασίας.<sup>32</sup> Τα πρότυπα είναι αλληλένδετα και κανένα δεν θεωρείται προαιρετικό.<sup>33</sup> Όσον αφορά τις ελληνικές ΜΕΘ, κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, η στελέχωση που έχει διερευνηθεί από την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (ΕΕΕΘ 2008) και τον Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής (TEEN 2009) φαίνεται πως είναι τόσο προβληματική, ώστε μία στις τέσσερις 1:4 κλίνες παραμένει αναξιοποίητη στην Ελλάδα τη στιγμή που οι υπάρχουσες κλίνες καλύπτουν μόνο το 2% αντί του επιθυμητού 10% επί των συνολικών νοσοκομειακών κλινών (ΕΕΕΘ 2008). Ο κυριότερος λόγος είναι η έλλειψη νοσηλευτών, παρά το γεγονός ότι και οι ενεργές κλίνες καλύπτονται κάτω από τα όρια ασφαλείας με σχεδόν το μισό προσωπικό από το επιτρεπτό όριο (2,6 αντί 1,6 που προβλέπεται από το ESICM) στις ΜΕΘ του ΕΣΥ (ΕΕΕΘ). Με αυτά τα δεδομένα, είτε αυξάνεται υπερβολικά ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, είτε πολλές από τις νοσηλευτικές πράξεις ανατίθενται σε βοηθητικό προσωπικό με κοινό παρανομαστή όμως της υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.<sup>34,35,36</sup>

Αναφορικά με τις λοιπές διαστάσεις ενός Νοσοκομειακού Εργασιακού Περιβάλλοντος στο χώρο των ΜΕΘ υπάρχουν διάσπαρτα στοιχεία, αφού δεν έχουν μελετηθεί συστηματικά. Πάντως, η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας διαφέρει ανάμεσα στους νοσηλευτές και ανάμεσα σε νοσηλευτές και γιατρούς. Συνήθως υπάρχει καλύτερη συνοχή στη νοσηλευτική ομάδα και χαμηλή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών στην καθημερινή πρακτική, παρόλο που η αναγκαιότητα της είναι καλά κατανοητή.<sup>37,38</sup> Αυτό συμβαίνει γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις οι γιατροί υποτιμούν το νοσηλευτικό ρόλο και το θεωρούν δευτερεύοντα και βοηθητικό.<sup>39</sup> Σε συμφωνία βρίσκονται και τα ευρήματα της Kydonaki<sup>40</sup> που σε

εθνογραφική μελέτη των νοσηλευτών μιας ΜΕΘ περιγράφει τις σχέσεις νοσηλευτών - γιατρών ως εξαρτώμενες από το ποιος είναι ο νοσηλευτής και ποιος ο γιατρός. Έτσι, εκτιμούν τη νοσηλευτική κρίση του έμπειρου και παραμένουν αδιάφοροι απέναντι στις παρατηρήσεις του λιγότερο έμπειρου νοσηλευτή. Με αυτό το κριτήριο «επιτρέπουν» και τη συμμετοχή του νοσηλευτή στη λήψη αποφάσεων. Και έτσι στο τεχνικό κομμάτι της εργασίας του, το οποίο οι γιατροί δεν γνωρίζουν, οι νοσηλευτές έχουν μέτρια αυτονομία<sup>37,41</sup> ενώ στο επιστημονικό κομμάτι της παρακολούθησης και παρέμβασης, όπου οι γιατροί δεν είναι καθόλου υποστηρικτικοί, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ έχουν χαμηλή αυτονομία.<sup>40,41</sup> Επιπλέον, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι το επαγγελματικό και κοινωνικό τους προφίλ είναι πολύ χαμηλό στην Ελλάδα, παρόλο που συχνά τα μέσα ενημέρωσης ή δημόσια και πολιτικά πρόσωπα αναγνωρίζουν στους νοσηλευτές ότι ασκούν λειτούργημα.<sup>42</sup> Τέλος, θεωρούν προβληματική τη νοσηλευτική διοίκηση, κυρίως γιατί δεν είναι υποστηρικτική, δεν καθοδηγεί τη νοσηλευτική φροντίδα και δεν στηρίζει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.<sup>18,37</sup>

### **Οργανωσιακό κλίμα**

Η Snow ορίζει το οργανωσιακό κλίμα ως την αίσθηση των εργαζόμενων για το χώρο εργασίας τους και αναγνωρίζει την ευελιξία, την υπευθυνότητα, την εξουσία, την ύπαρξη προτύπων, την παροχή αμοιβών, τη σαφήνεια και τη δέσμευση στην ομάδα ως βασικές διαστάσεις του κλίματος των Νοσηλευτικών Εργασιακών Περιβαλλόντων.<sup>43</sup> Οι Farly και Nyberg<sup>44</sup> είχαν ήδη χαρακτηρίσει τη συνοχή της ομάδας, τις ευκαιρίες καριέρας και προαγωγής, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την επικοινωνία και την ύπαρξη υποστηρικτικών υπηρεσιών ως δομικά στοιχεία του κλίματος των Νοσοκομειακών Εργασιακών Περιβαλλόντων. Σε άλλη ανασκόπηση του Lake<sup>15</sup>, τα στοιχεία που συνιστούν το οργανωσιακό κλίμα των Νοσηλευτικών Εργασιακών Περιβαλλόντων, ταξινομήθηκαν σε έξι ευρείες κατηγορίες: 1) την αυτονομία, 2) τη φιλοσοφία κλινικής φροντίδας με έμφαση στην ποιότητα, 3) το επίπεδο (status) της Νοσηλευτικής, συμπεριλαμβανομένων των δυναμικών νοσηλευτών-ηγετών και της συμμετοχής τους στα δρώμενα του οργανισμού, 4) την αναγνώριση, 5) την επαγγελματική ανάπτυξη, 6) τις υποστηρικτικές σχέσεις και τις σχέσεις συνεργασίας με τα διοικητικά στελέχη, τους γιατρούς και τους συναδέλφους. Όλες οι παραπάνω διαστάσεις προέκυψαν κυρίως από τις σειρές ερευνών που διεξήχθησαν τις τελευταίες τρεις δεκαετίες στις Η.Π.Α, ώστε να αναγνωριστούν τα

Βέλτιστης Ποιότητας Νοσοκομεία (Best Quality Hospitals), ή κοινώς τα ευρέως  
καλούμενα Νοσοκομεία – Μαγνήτες<sup>15</sup>

## ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### Ψυχισμός

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα η αρρώστια συχνά θεωρούνταν τιμωρία από το Θεό για κάποια κακή σκέψη ή πράξη και πολλές φορές βασανίζονταν σε μία προσπάθεια μεταμέλειας και εξιλέωσης των κακών πνευμάτων ή εκδίωξης των δαιμόνων που είχαν καταλάβει το σώμα τους.<sup>45</sup> Στα 1600, ο Rene Descartes (Καρτέσιος) ο μεγάλος φιλόσοφος και μαθηματικός, υποστήριξε ότι η ψυχή και το σώμα είναι διαχωρισμένες οντότητες, δηλαδή ότι το σώμα ήταν υλικό και ότι το «πνεύμα» ή «ψυχή» ήταν ανεξάρτητη από αυτό. Πρόκειται για μια προσέγγιση που ονομάστηκε δυϊσμός (dualism). Ωστόσο, ο Καρτέσιος πίστευε ότι η ψυχή μπορούσε να αλληλεπιδράσει με το φυσικό σώμα. Έτσι, διαμόρφωσε ένα μοντέλο βάση του οποίου θα μπορούσαν να ελεγχθούν με φυσιολογικές διεργασίες του σώματος από τον ψυχισμό- δηλαδή έναν τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν να αλληλεπιδρούν αυτές οι δύο ξεχωριστές οντότητες.<sup>45</sup>

Στις μέρες μας, οι ψυχολόγοι της υγείας ασπάζονται μία άποψη που είναι περισσότερο μονιστική παρά δυϊστική. Θεωρούν ότι ο ψυχισμός και το σώμα δεν μπορούν να διαχωριστούν και η συνείδηση και η σκέψη αποτελούν μέρη των σωματικών διεργασιών. Παρά τις σύγχρονες φιλοσοφικές τάσεις, οι ψυχολόγοι της υγείας δεν πιστεύουν ότι η ψυχή και το σώμα είναι το ίδιο πράγμα, αλλά μάλλον ότι αλληλεπιδρούν με πολύ σημαντικούς και περίπλοκους τρόπους. Ο νους και το σώμα είναι αλληλένδετα. Γι' αυτό το λόγο, η κατανόηση του νου απαιτεί ακριβή και λεπτομερή γνώση της δομής και της φυσιολογίας του σώματος. Αντίστροφα, η πληρέστερη κατανόηση του νου θα μας επιτρέψει να αντιληφθούμε καλύτερα τις ιδιότητες και τις δυνατότητες του φυσικού εγκεφάλου και της λειτουργίας του σώματος.<sup>45</sup>

Φαίνεται να υπάρχει μία «προσωπικότητα» επιρρεπής στις ασθένειες, η οποία χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, η εχθρικότατα και το άγχος. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα συνδέθηκαν με την εκδήλωση αρκετών νοσημάτων, όπως για παράδειγμα, άσθμα, αρθρίτιδα, νόσος της στεφανιαίας αρτηρίας, κεφαλαλγίες και άγχος.<sup>46</sup> Σήμερα, πλέον, δίνεται μικρότερη έμφαση στη σύνδεση ενός συγκεκριμένου και σταθερού χαρακτηριστικού προσωπικότητας με μία συγκεκριμένη νόσο απ' ο,τι στο παρελθόν. Αντί' αυτού, οι ερευνητές αναζητούν πρότυπα σχέσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών

προσωπικότητας, του τρόπου ζωής και των ποικίλων καταστάσεων υγείας και ασθένειας.

### **Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας**

Ο ψυχίατρος George Engel<sup>47</sup> παρουσίασε για πρώτη φορά το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο οι βιοϊατρικοί παράγοντες είναι αναγκαίοι και σημαντικοί, αλλά όχι επαρκείς, για τη κατανόηση της υγείας και της ασθένειας. Προφανώς, κάποιοι μικροοργανισμοί είναι δυνατό να προκαλέσουν ασθένειες, όπως επίσης οι διατροφικές ελλείψεις και οι διάφορες δυσλειτουργίες σε κρίσιμα σωματικά συστήματα. Εντούτοις, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναγνωρίζει ότι οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη νόσο, στην ασθένεια και στην υγεία. Το ίδιο το όνομά του «βιοψυχοκοινωνικό», τονίζει το γεγονός ότι τόσο οι βιολογικοί όσο και οι ψυχολογικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες είναι όλοι ουσιαστικοί συντελεστές της υγείας. Το μοντέλο αυτό απαιτεί από τους ερευνητές και τους κλινικούς να εξετάζουν προσεκτικά την αλληλεπίδραση μεταξύ ψυχισμού και σώματος έτσι ώστε να επιτύχουν την πλήρη κατανόηση του ατόμου, καθώς και της ψυχικής κατάστασης της υγείας και της ευεξίας του.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους συνδέονται οι ψυχολογικοί παράγοντες και η σωματική υγεία: α) η κατάσταση της σωματικής υγείας είναι πιθανό να επηρεάσει έναν άνθρωπο σε ψυχολογικό επίπεδο, β) οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική υγεία μέσω της συμπεριφοράς, γ) οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν διάφορες διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε επίπεδο φυσιολογίας και δ) η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες ενδέχεται να συνδέονται μέσω μιας τρίτης μεταβλητής. Αυτό σημαίνει ότι η σωματική υγεία και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να μη συνδέονται αιτιωδώς μεταξύ τους αλλά να συσχετίζονται επειδή ο καθένας ξεχωριστά επηρεάζεται από κάποιον άλλο παράγοντα.<sup>45</sup>

### **Ψυχική υγεία και Ψυχική ασθένεια**

Η ψυχική υγεία μπορεί να ορισθεί ως η ανάπτυξη της υγιούς άποψης του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον στο οποίο ζει, έτσι ώστε να μπορεί να επιτύχει το μεγαλύτερο βαθμό της αυτοπλήρωσης του. Η ψυχική υγεία είναι ένα φαινόμενο δυναμικό και όχι στατικό. Κανένας ορισμός δεν μπορεί να αποδώσει το νόημά της, γιατί κάθε ορισμός, αυτόματα την περιορίζει. Στο χώρο της υγείας ο

ευρύτερος δεδομένος ορισμός του φαινομένου ψυχικής υγείας είναι εκείνος της ΠΟΥ όπου Ψυχική υγεία είναι η ολοκληρωτική και αρμονική λειτουργία της όλης προσωπικότητας.<sup>48</sup>

Δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι ψυχική υγεία είναι απουσία ψυχικής ασθένειας, ούτε μας βοηθάει το να ισοβαθμήσουμε την ψυχική υγεία με τον απροσδιόριστο όρο «φυσιολογικός». Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τον ένα πολιτισμό στον άλλο ως προς τα ποια είδη παρεκκλίσεων από την φυσιολογική συμπεριφορά μπορούν να θεωρηθούν όχι φυσιολογικά. Ούτε βέβαια αποτελεί ικανοποιητική ερμηνεία το να πούμε ότι η ψυχική υγεία είναι κατάσταση ευεξίας.<sup>49</sup>

Έξι έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες με την ψυχική υγεία του ατόμου:

1. Οι απόψεις του ατόμου για τον ίδιο τον εαυτό του.
2. Ο τρόπος και ο βαθμός της ανάπτυξης του ατόμου.
3. Η προσωπικότητα του ατόμου.
4. Ο βαθμός της ανεξαρτητοποίησης του ατόμου από κοινωνικές επιδράσεις.
5. Η επάρκεια με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα.
6. Η κυριαρχία του ατόμου στο περιβάλλον του (το εξουσιάζει ή εξουσιάζεται απ' αυτό).<sup>49</sup>

Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο αυτό για τις έννοιες που συνιστούν την ψυχική υγεία, μπορούμε να πούμε ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και μια ρεαλιστική άποψη για τις ικανότητές του, έχει περάσει τα διάφορα στάδια της ανάπτυξης του αποβάλλοντας τις απόψεις, τους τύπους της συμπεριφοράς του, που του φαίνονται ανάρμοστοι καθώς μεγαλώνει, έχει κάποιο σκοπό σταθμίζοντας τις δικές του ανάγκες και σκεπτόμενο τους άλλους. Η προσωπικότητα του είναι ολοκληρωμένη όταν έχει κατορθώσει μια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των συνειδητών δυνάμεων που το παρακινούν να κάνει κάτι. Είναι σε θέση να απολαύσει προσωρινές χαρές και απολαύσεις για κάποιο ανώτερο μελλοντικό καλό. Έχει επιτύχει ένα βαθμό ανεξαρτητοποίησης, που σημαίνει ότι η συμπεριφορά του δεν προσδιορίζεται τόσο από εξωτερικά γεγονότα, όσο από εσωτερική διευθέτηση των αξιών, αναγκών, αντιλήψεων και επιθυμιών.<sup>49</sup>

Το ψυχικά υγιές άτομο είναι ικανό να δει τα γεγονότα γύρω του όπως πράγματι είναι και όχι όπως θα τα ήθελε να είναι. Είναι σε θέση να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου και έτσι να συμμετέχει στο τι οι άλλοι σκέφτονται και αισθάνονται. Τέλος, η επικράτηση στο περιβάλλον σημαίνει ότι το ψυχικά υγιές άτομο έχει την ικανότητα να αγαπάει, είναι επαρκές στις σχέσεις του με τους άλλους, -όπως στην εργασία, στο παιχνίδι κ.α. -είναι σε θέση να εξασφαλίσει τα απαραίτητα για τη ζωή του στην κοινότητα, να προσαρμόζεται στις αλλαγές και να αντιμετωπίζει τα

προβλήματα της καθημερινής ζωής. Όσον αφορά στην υπεροχή του ατόμου στο περιβάλλον του, το άτομο με ικανοποιητική ψυχική υγεία μπορεί να αντέξει σε ένα βαθμό σύγκρουσης –εσωτερικής και εξωτερικής- και να αποκτήσει δύναμη στην υπερνίκηση των εμποδίων όπως αυτά συμβαίνουν.<sup>49</sup>

Ψυχική ασθένεια θεωρείται εξαρχής μία λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας. Απλά ψυχική ασθένεια είναι η αποτυχία του ανθρώπου να προσαρμοσθεί ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζει. Η κοινωνική προσαρμογή ενός ψυχικά υγιούς ανθρώπου περιλαμβάνει:

1. Τη φροντίδα του σώματος του
2. Την προσαρμογή στην εργασία
3. Τη χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου
4. Την καλή προσαρμογή στις κοινωνικές επαφές
5. Την προσαρμογή του στο άλλο φύλο

Το άτομο που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές, θεωρείται ψυχικά ασθενής και αποτελεί αντικείμενο μελέτης της ψυχιατρικής.<sup>49</sup>

Οι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία ψυχικής ασθένειας μπορεί να είναι: Κληρονομικοί, Οργανικοί, Ενδοπροσωπικοί, Διαπροσωπικοί – Οικογενειακοί, Κοινωνικοί, ή Πολιτιστικοί. Όταν η ισορροπία αυτών των παραγόντων διαταραχθεί, έχουμε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση: α) Stress στο άτομο, που προκαλεί «νευρικές» αντιδράσεις, όπως άγχος ή κατάθλιψη, που συνοδεύονται συχνά από διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών, όπως του ύπνου και της όρεξης ή β) Stress στους γύρω από το άτομο, που προκαλείται από περίεργη συμπεριφορά –γνωστή συχνά ως «συναισθηματική εκφόρτωση» ή «αντικοινωνική συμπεριφορά» - και προκαλεί διάγνωση «διαταραχή προσωπικότητας», με την έννοια ότι το άτομο εμφανίζει ελάχιστα ή καθόλου άγχος, αν και ο τρόπος της ζωής του είναι άκαμπτος και απροσάρμοστος.<sup>49</sup>

## **STRESS**

Ο Selye, το 1936,<sup>50</sup> εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο stress. Όρισε το stress ως μη ειδική απόκριση του σώματος έναντι κάποιας πραγματικής ή φανταστικής «απειλής». Έπειτα από την πρωτοποριακή εργασία του Selye<sup>51</sup> η χρήση της λέξης stress έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής. Δόθηκαν πολλές διαφορετικές έννοιες στον όρο



stress, ώστε αυτός να συνδεθεί με αρνητικά γεγονότα και τις συνέπειες αυτών, δηλαδή να θεωρηθεί συνώνυμος με φυσικές και διανοητικές διαταραχές της υγείας. Δεν υπάρχει όμως κανένα στοιχείο που να δικαιολογεί αυτή την άποψη. Ένας ορισμός του stress είναι και αυτός του Jones το 1990 που ορίζει ως stress την κατάσταση στην οποία μια απαίτηση του περιβάλλοντος παρουσιάζεται στο άτομο, το οποίο πρέπει να αντιδράσει με ένα συγκεκριμένο τρόπο ώστε να ανταπεξέλθει στην συγκεκριμένη κατάσταση.<sup>52</sup> Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να οριστεί το stress. Ίσως, ο πιο κατάλληλος ορισμός είναι αυτός που προσεγγίζει το stress σαν απάντηση του σώματος απέναντι σε κάποια απαίτηση. Πρόκειται λοιπόν για μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις ή ακόμα και σε κινδύνους και ο στόχος του είναι να βοηθήσει τον οργανισμό να αντιδράσει.<sup>53</sup> Επομένως το stress εκπροσωπεί μια απαίτηση από τις προσαρμοστικές δυνατότητες του πνεύματος και του σώματος. Εάν οι δυνατότητες αυτές μπορούν να ανταποκριθούν σε μια τέτοια απαίτηση, ώστε το άτομο να ανταπεξέλθει στην πρόκληση αυτή, το stress είναι αποδεκτό. Όταν όμως δεν μπορεί και θεωρεί την απαίτηση εξουθενωτική, τότε το stress είναι επιβλαβές.<sup>53</sup>

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο όρος stress δεν είναι κατ' ανάγκη συναισθηματικής φύσης. Stress μπορεί να προκαλέσει π.χ. η υπερβολική θερμότητα, το υπερβολικό ψύχος, σοβαρά τραύματα ή οδυνηροί πόνοι κτλ. Stress θεωρείται οποιαδήποτε κατάσταση, που αναγκάζει το σώμα να κινητοποιεί τις πηγές ενέργειας του και να καταναλώνει περισσότερη ενέργεια απ' ότι καταναλώνει κάτω από κανονικές συνθήκες.<sup>54</sup>

Η φυσιολογική απάντηση στο στρες περιγράφηκε αρχικά από τον Walter Cannon, φυσιολόγο του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, που θεωρείται πρωτοπόρος ερευνητής της βιοχημείας του στρες στις αρχές του 20ού αιώνα. Απομόνωσε από τα επινεφρίδια φοβισμένων γάτων την ορμόνη επινεφρίνη. Όταν έκανε ένεση της ορμόνης σε ήρεμες γάτες, παρατήρησε πως πυροδοτούσε μια φυσική αντίδραση φόβου: ο καρδιακός ρυθμός της γάτας, η αρτηριακή πίεση και η ροή του αίματος στους μύες αυξήθηκαν. Αυτή την αντίδραση ο Cannon την ονόμασε αντίδραση «φόβου, πάλης ή φυγής» (fright, fight or flight response). Οι εν λόγω μεταβολές προετοιμάζουν τον άνθρωπο να παλέψει (fight) ή να φύγει (flight) προκειμένου να αποφύγει κάποιο κίνδυνο. Στις μέρες μας, αυτή η αντίδραση ονομάζεται «fight or flight response» ή αντίδραση στο στρες. Αργότερα, ανακαλύφθηκαν και άλλες ορμόνες που συνδέονται με την αντίδραση στο στρες, όπως η νορεπινεφρίνη και η κορτιζόλη.<sup>55</sup> Ο φυσιολόγος Hans Selye ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ιδέα πως οι

σωματικοί και ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες εκλύουν την ίδια απάντηση στο στρες σε ότι αφορά στη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος. Επιπλέον, διαχωρίζει το «καλό» στρες, που έχει βραχεία διάρκεια και μας βοηθά να ξεπεράσουμε εμπόδια τα οποία παρουσιάζονται στην καθημερινή ζωή, από το «κακό», υπερβολικό στρες το οποίο καταβάλλει την ικανότητα μας να προσαρμοζόμαστε στις καινούργιες συνθήκες της ζωής.<sup>55</sup>

Η οξεία αντίδραση στο στρες οδηγεί κατά κανόνα σε ταχεία αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του ρυθμού της αναπνοής και της καρδιακής συχνότητας, που απλώς εκφράζουν την ταχεία αύξηση των επιπέδων ορμονών του στρες (norepinephrine, Cortisol, ACTH) των οποίων η έκκριση ελέγχεται από τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση.<sup>56</sup> Πολύ συχνά οι λειτουργικές πτυχές και η ωφέλεια από το stress έχουν παραμεληθεί. Το παράδοξο του stress βρίσκεται στο δυτό της φύσης του, δηλαδή της επωφελούς προσαρμογής αλλά και των πιθανών βλαβερών συνεπειών από μη επιτυχή προσαρμογή των ομοιοστατικών μηχανισμών.

Το ψυχολογικό stress και η εκτεταμένη φυσική δραστηριότητα πυροδοτούν απαντήσεις από τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση- επινεφρίδια.<sup>57</sup> Το σύστημα του στρες στον εγκέφαλο συντονίζει τις αποκρίσεις προσαρμογής του οργανισμού σε οποιοδήποτε τύπου στρεσογόνα ερεθίσματα. Βασικά, αυτό το σύστημα αποτελείται κεντρικά από τον υποθαλαμικό πυρήνα ο οποίος παράγει την εκλυτική ορμόνη της κορτικοτροπίνης (CRH) και τον υπομέλανα τόπο -πυρήνες νοραδρεναλίνης (LC/NE) του στελέχους του εγκεφάλου, και περιφερικά από τον άξονα υπόφυσης-υποθαλάμου- επινεφριδίων και το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Η ενεργοποίηση του συστήματος του στρες προκαλεί περιφερικές μεταβολές, όπως την αύξηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας και του μεταβολισμού, και αλλαγές στη συμπεριφορά, οι οποίες βελτιώνουν την προσαρμογή της ομοιόστασης και αυξάνουν τις πιθανότητες για επιβίωση. Η CRH και το σύστημα LC/NE διεγείρουν την εγρήγορση και την προσοχή, ερεθίζουν το ντοπαμινεργικό σύστημα της αμοιβής, και ευοδώνουν το αναλγητικό σύστημα της β-ενδορφίνης του υποθάλαμου. Αμοιβαίες παλίνδρομες αλληλεπιδράσεις υφίστανται ανάμεσα στο σύστημα του στρες και των αμυγδαλών του εγκεφάλου, οι οποίες ρυθμίζουν το αίσθημα του φόβου.

Κατά τη διάρκεια του στρες, η CRH καταστέλλει την όρεξη και ενεργοποιεί τη θερμογένεση, μέσω του νοραδρενεργικού συστήματος. Επίσης, η CRH παίζει σημαντικό ρόλο στην αναστολή έκκρισης της εκλυτικής ορμόνης των γοναδοτροπινών (GnRH), ενώ, μέσω της σωματοστατίνης, αναστέλλει, επίσης, την

έκκριση της αυξητικής ορμόνης (GH) και της εκλυτικής ορμόνης της θυρεοειδοτροπίνης (TRH) καταστέλλοντας, με αυτό τον τρόπο, τις λειτουργίες της αναπαραγωγής και της αύξησης, καθώς και τις καύσεις.

Είναι ενδιαφέρον ότι το γονίδιο της CRH δέχεται θετική ρύθμιση από τα οιστρογόνα, τα οποία, κατ' αυτό τον τρόπο, συμβάλλουν στον φυλετικό διμορφισμό της απόκρισης του στρες, δηλαδή στη μεγαλύτερη δραστικότητα του συστήματος CRH/LC-NE, που έχουν οι γυναίκες έναντι των ανδρών.<sup>55</sup>

Η ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση- επινεφρίδια έχει ως αποτέλεσμα την μεταβατική αύξηση της κυκλοφορούσας κορτιζόλης, η οποία είναι μεγαλύτερη από τον φυσιολογικό κερκάδιο ρυθμό της ορμόνης. Η ενδοκρινική απάντηση της κορτιζόλης μπορεί εύκολα να μετρηθεί με τον καθορισμό της έκκρισης κορτιζόλης που σχετίζεται στενά με την βιολογικά ενεργή ελεύθερη κυκλοφορούσα κορτιζόλη.<sup>58</sup> Η έκκριση κορτιζόλης αυξάνεται μέσα σε λίγα λεπτά ως απάντηση στο οξύ stress, κορυφώνεται σε περίπου 15-30 λεπτά και κατόπιν μειώνεται με χρόνο ημίσειας ζωής τη μια ώρα.<sup>59</sup> Αρκετοί ερευνητές έχουν αναδείξει μια συσχέτιση μεταξύ των επαναλαμβανόμενων εκκρίσεων κορτιζόλης και των αρνητικών βραχυπρόθεσμων<sup>60,61,62</sup> και μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων για την υγεία.<sup>63,64,65</sup> Πρόσφατα έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση στην έννοια του stress, η «αλλόσταση» (allostasis), η οποία εισάγει νέα ορολογία προς αποφυγή της ασάφειας του όρου stress. Έτσι η αλλόσταση ορίζεται ως η προσαρμοστική διαδικασία για την ενεργό διατήρηση της σταθερότητας ή ομοιοστασίας του οργανισμού, μέσω της μεταβολής της λειτουργίας διαφόρων οργανικών συστημάτων και της έκφρασης των μεσολαβητικών ουσιών της. Ο εγκέφαλος διαδραματίζει ένα κεντρικό ρόλο στην αλλόσταση. Με το να ελέγχει ταυτόχρονα όλους τους μηχανισμούς μπορεί να επιβάλλει μια υψηλή επιστασία και να ενσωματώνει ισχυρούς παράγοντες, όπως η εμπειρία, οι μνήμες, η αναμονή και η επαναξιολόγηση των αναγκών, ώστε να ενορχηστρώνει τις κατάλληλες απαντήσεις.<sup>66,67,68</sup>

Οι μεσολαβητές της αλλόστασης (π.χ. ορμόνες επινεφριδίων, νευροδιαβιβαστικές ουσίες και κυτταροκίνες) δρουν επί των υποδοχέων διαφόρων ιστών, ώστε να παράγονται βραχυπρόθεσμα και επωφελή προσαρμοστικά αποτελέσματα. Εάν οι μεσολαβητές της αλλόστασης δεν σταματήσουν τη δραστηριότητα τους ή εάν ρυθμίζονται ανεπαρκώς, τότε παράγεται «αλλοστατική κατάσταση» (allostatic status), που μπορεί να έχει βλαπτικά επακόλουθα και η οποία αναφέρεται ως η χρόνια απόκλιση των ρυθμιστικών συστημάτων από το κανονικό

μέσω επίπεδο λειτουργίας τους<sup>66,67,68,69</sup> Δηλαδή μπορεί να προκύψει σωματικό ή ψυχικό κόστος εάν η αλλοστατική κατάσταση διατηρηθεί για ικανό διάστημα. Αυτό το κόστος αναφέρεται ως «αλλοστατικό φορτίο» και μπορεί να περιγράφει ως η συσσωρευτική φθορά του οργανισμού λόγω παρατεταμένης και μη επωφελούς χρήσης. Τελικά, η υγεία ή η εμφάνιση της ασθένειας θα καθοριστεί από τον συνυπολογισμό του οφέλους της αλλόστασης με το κόστος του αιμοστατικού φορτίου. Έχουν προσδιοριστεί τέσσερις τύποι αλλοστατικών καταστάσεων που οδηγούν σε αλλοστατικό φορτίο:

- (α) Επαναλαμβανόμενες προκλήσεις,
- (β) Αδυναμία εξοικείωσης με τις επαναλαμβανόμενες προκλήσεις,
- (γ) Αποτυχία διακοπής της απάντησης μετά από την απομάκρυνση του ερεθίσματος
- (δ) Αποτυχία δημιουργίας μια επαρκούς απάντησης.<sup>66</sup>

Όλες οι αλλαγές δεν είναι απαραίτητα μη αντιστρεπτές, αφού ένας αυξανόμενος όγκος δεδομένων υποδηλώνει ότι το σώμα και ο εγκέφαλος έχουν τεράστια ικανότητα προσαρμοστικής πλαστικότητας. Μέσω της αλλόστασης, το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), ο άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων (ΥΥΕ) και το σύστημα καρδιαγγειακό ενδοκρινικό και ανοσοποιητικό προστατεύουν το σώμα, με την παραγωγή διαφόρων μεσολαβητικών μορίων, όπως τα κορτικοειδή, οι κατεχολαμίνες, οι κυτταροκίνες και τα πρωτοογκογονίδια (protooncogenes).<sup>66</sup> Τα περισσότερα πρωτοογκογονίδια λειτουργούν ως μεταγραφικοί παράγοντες, με αποτέλεσμα να επέρχεται σημαντική μεταβολή της έκφρασης αυτών κατά τη διάρκεια αλλαγών της συμπεριφοράς, έτσι ώστε να αυξάνεται η έκφραση πολλών μετεγγραφικών «στόχων».<sup>70</sup>

Συμπεριφορές που μπορεί να προάγουν τα πρωτοογκογονίδια θεωρούνται η συμπεριφορά του τύπου Α, η επιθετικότητα, η κατάθλιψη, το άγχος, οι υψηλές εργοδοτικές απαιτήσεις με χαμηλές αποδοχές και η μειωμένη υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον.<sup>71</sup>

Εάν οι απαντήσεις έναντι κάποιου κινδύνου είναι επαρκείς και αποτελεσματικές, τότε οι μηχανισμοί προσαρμογής επιτυγχάνουν το σκοπό τους και ο οργανισμός προστατεύεται από τυχόν βλάβη. Σε καταστάσεις όπου οι προσαρμοστικές απαντήσεις είναι παρατεταμένες, ανεπαρκείς ή τα ερεθίσματα stress είναι πολλαπλά και με συνεχές ώσεις εμφανίζεται απώλεια της προσαρμογής, με αντίκτυπο τη βλάβη διαφόρων οργάνων, που συνήθως σχετίζεται με υπερδραστηριότητα των δύο θεμελιωδών συστημάτων άμυνας : του άξονα ΥΥΕ και ΣΝΣ.<sup>72</sup>

Προκειμένου να αντιμετωπίσουν το υπερβολικό στρες, οι άνθρωποι καταφεύγουν συχνά σε μεθόδους που μπορεί να μην είναι οι ενδεδειγμένες για την αντιμετώπισή του. Λόγου χάρη, βλέπουν ατελείωτες ώρες τηλεόραση, απομακρύνονται από φίλους ή συντρόφους ή αντίθετα επιδιώκουν να βρίσκονται συνεχώς σε φιλικό κοινωνικό περίγυρο προκειμένου να αποφύγουν την επίλυση των προβλημάτων που τους απασχολούν, τρώνε περισσότερο ή λιγότερο από το κανονικό, κοιμούνται περισσότερο του κανονικού, πίνουν πολύ αλκοόλ, ξεσπάνε σε άλλους ακόμα και με βίαιες συναισθηματικές αντιδράσεις, αποφασίζουν να αρχίσουν το κάπνισμα ή καπνίζουν περισσότερο απ' ό,τι συνήθως, καταφεύγουν σε φάρμακα που υπόσχονται κάποια ανακούφιση, όπως υπναγωγά, μυοχαλαρωτικά, αγχολυτικά χάπια και τέλος κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Το ολοένα αυξανόμενο «κακό» στρες μπορεί να οδηγήσει σε έντονες αγχώδεις εκδηλώσεις και κατάθλιψη.<sup>73</sup>

## **ΑΓΧΟΣ**

Το άγχος υπήρχε από την αρχή της εξέλιξης του είδους homo, όπως ήταν και ο καρκίνος. Το άγχος είχε θεωρηθεί απλώς σαν μια πλευρά του φόβου. Η αποσταθεροποίηση των κοινωνικών συνθηκών έφερε την πνευματική «αλλοτρίωση» που θεωρείται γόνιμο έδαφος για το άγχος, καθώς και για άλλες καταστάσεις, που σήμερα ονομάζουμε «ψυχολογικά προβλήματα».<sup>74</sup> Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ζώντος οργανισμού, εφόσον συνδέεται άμεσα με την επιβίωσή του. Ο άνθρωπος στις διάφορες στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνει δεν μπορεί να προσφύγει στους φυσιολογικούς μηχανισμούς μείωσης του άγχους, με φυγή, επίθεση, ή με τον έλεγχο της αγχογόνου κατάστασης, όπως αντιδρούν σε παρόμοιες καταστάσεις τα ζώα- εφόσον οι περισσότερες πηγές άγχους βρίσκονται έξω από τον έλεγχό μας ή η αντιμετώπιση τους συνεπάγεται τη δημιουργία νέων αγχογόνων καταστάσεων λόγω των κανόνων που ρυθμίζουν την κοινωνική μας ζωή.<sup>3</sup>

Το άγχος πηγάζει από την σχέση και από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Μπορεί να οριστεί ως η πίεση που ασκεί το περιβάλλον στο άτομο. Ο βαθμός επίδρασης των συνθηκών αυτών που προκαλούν πηγές άγχους διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Ο βαθμός αυτός επίδρασης τους καθορίζεται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου τόσο ως προς την σοβαρότητα της κατάστασης, όσο και ως προς τις δυνατότητες που έχει για την αντιμετώπιση της.<sup>75</sup>

Η λέξη άγχος χρησιμοποιείται για να δηλώσει μια σειρά από πολύπλοκες συναισθηματικές καταστάσεις που προκαλούνται από πραγματικές ή υποθετικές απειλές εξωτερικής ή εσωτερικής προέλευσης.<sup>76</sup>

Κατά το Μάνο , το άγχος αναφέρεται σε δυσάρεστες συναισθηματικές καταστάσεις που περιλαμβάνουν αισθήματα ανησυχίας-αναστάτωσης, φόβου, ή ακόμα και τρόμου ως αντίδραση σε ακαθόριστες μη αναγνωρίσιμες κατά το πλείστον απειλές.<sup>77</sup> Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Μπαμπινιώτη, Άγχος σημαίνει: συγκινησιακή κατάσταση (φόβου , αγωνίας, ανασφάλειας κ.τ.λ.) είτε παροδική και χαμηλής έντασης (οπότε θεωρείται φυσιολογική), είτε επίμονη και μεγάλης έντασης (οπότε θεωρείται παθολογική, λ.χ. ως σύμπτωμα αγχώδους νευρώσεως), η οποία προκύπτει ως εναγώνια αναμονή επικείμενου κακού ή κινδύνου ή δυσάρεστης γενικά κατάστασης και έχει ιδιαίτερα σωματικά και συμπεριφερολογικά γνωρίσματα (λ.χ. οι μεταβολές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα ή η μεγάλη νευρικότητα).<sup>78</sup>

Το άγχος, όπως και ο φόβος, λειτουργεί ως σήμα εγρήγορσης και προειδοποιεί για επικείμενο κίνδυνο. Έτσι εξασφαλίζει την εγρήγορση και προετοιμάζει τον οργανισμό ή το άτομο να αντιμετωπίσει ή να διαφύγει από μία επικίνδυνη κατάσταση, επιτυγχάνοντας ισορροπία ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον.<sup>79</sup> Το άγχος, ως σύμπλοκο συναίσθημα πρέπει να διακρίνεται από το πρωτογενές συναίσθημα του φόβου.<sup>80</sup> Ο φόβος, η αντίδραση σε μια γνωστή, εξωτερική και σαφή απειλή, κατά τον Δαρβίνο αφορά κάτι «αιφνίδιο» και «επικίνδυνο».<sup>81</sup> Αντίθετα το άγχος είναι η συναισθηματική αντίδραση στην προσδοκία κάποιου κινδύνου που δεν είναι πάντα άμεσος ούτε σαφώς καθορισμένος, και που μπορεί να μην απειλεί αποκλειστικά την φυσική μας ύπαρξη αλλά και τις αξίες ή το νόημα που δίνουμε σε αυτήν.<sup>80</sup> Το άγχος διαρκεί πολύ, αφού δεν είναι γνωστό το ερέθισμα για να διαφύγει ή να αποφύγει το άτομο, ενώ ο φόβος διαρκεί όσο και ο κίνδυνος, αποτελεί απάντηση σε συγκεκριμένη δυνητική βλάβη και μπορεί να αποφευχθεί.<sup>79</sup> Αν και οι ασθενείς παρουσιάζουν συχνότερα άγχος, όταν υπάρχει κίνδυνος ζωής ή αναπηρίας και κατάθλιψη όταν υπάρχει απώλεια λειτουργικότητας και ελπίδων, οι ψυχολογικές αντιδράσεις εξατομικεύονται και δεν υπάρχουν σαφώς αναμενόμενοι τρόποι αντίδρασης ενός συγκεκριμένου ασθενούς σε κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται.<sup>82</sup>

Το άγχος είναι κάτι που βιώνουν όλοι κάποιες στιγμές. Παρόλο που ακούγεται παράξενο, το άγχος μπορεί να είναι καλό. Χωρίς αυτό, δεν θα μπορούσαμε να αντιδράσουμε αποτελεσματικά απέναντι σε άγνωστες καταστάσεις. Αλλά πρώτα, ας δούμε από πού πηγάζει το άγχος. Για να καταλάβουμε από πού πηγάζει το άγχος πρέπει να γυρίσουμε πίσω μερικές χιλιάδες χρόνια. Στην πραγματικότητα, πρέπει να

γυρίσουμε στην εποχή που οι πρόγονοι μας ζούσαν στα δάση. Εξαιτίας των τότε συνθηκών, υπήρχε πάντα η απειλή να τους επιτεθούν ή να τους σκοτώσουν τα άγρια ζώα. Προφανώς, κάτω από τέτοιες συνθήκες, χρειάζονταν κάποιον τρόπο για να μπορούν να αντιδράσουν και να επιζήσουν. Έπρεπε να βρεθεί κάποιος τρόπος για να μπορούν να διστάζουν τον κίνδυνο και να ενεργούν με τον καλύτερο τρόπο - είτε να σκοτώσουν το ζώο και να το χρησιμοποιήσουν για τροφή, είτε να τραπούν σε φυγή. Αυτό λοιπόν που χρειάζονταν ήταν το άγχος.<sup>83</sup>

Το άγχος βοηθούσε τους προγόνους μας να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους. Προετοίμαζε το σώμα τους. Χωρίς αυτό, ίσως και να μην είχαν επιζήσει. Ευτυχώς, οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουμε σήμερα δεν είναι ίδιοι. Υπάρχουν ελάχιστες πιθανότητες να βρεθούμε απέναντι σε άγρια ζώα στην καθημερινή μας ζωή. Παρόλο όμως που δεν έχουμε τα ίδια προβλήματα με τους προγόνους μας, το σώμα μας δεν έχει αλλάξει από τότε. Ακόμα έχουμε τα ίδια συναισθήματα και ακόμα βιώνουμε άγχος. Τα προβλήματα μας μπορεί να είναι διαφορετικά, αλλά ακόμα και σήμερα είναι καλό να βιώνουμε κάποιο άγχος, ιδιαίτερα σε καινούργιες καταστάσεις.

Το λίγο άγχος μπορεί να είναι χρήσιμο. Μπορεί να μας βοηθήσει να έχουμε την απαραίτητη διέγερση για να ενεργήσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Κάποιοι άνθρωποι έχουν άγχος σε καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές ή άγνωστες. Άλλοι βιώνουν υπερβολικό άγχος και δεν μπορούν να δραστηριοποιηθούν κανονικά. Σ' αυτή την περίπτωση, το υπερβολικό άγχος εμποδίζει την καθημερινή ζωή. Αν ξαναγυρίσουμε για λίγο στους προγόνους μας, είδαμε ότι αυτοί είχαν να αντιμετωπίσουν διαφορετικές απειλές από τις δικές μας. Λόγω της φύσης εκείνων των απειλών, έπρεπε να βιώσουν μεγάλο άγχος. Το σώμα μας, που δεν διαφέρει από το δικό τους, μπορεί επίσης να βιώσει μεγάλο άγχος. Αλλά αυτό δεν είναι απαραίτητο στις συνθήκες που επικρατούν σήμερα. Μάλιστα, όταν αυτό συμβαίνει, δεν είναι καθόλου χρήσιμο. Εάν έχουμε πολύ άγχος σε καταστάσεις που δεν είναι απειλητικές ή σε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις, τότε είναι πολύ πιθανό το άγχος να είναι ένα σοβαρό πρόβλημα.<sup>83</sup>

Σύμφωνα με τον Spielberg (1979) το στρες προκαλεί άγχος. Η ψυχοβιολογική αυτή διεργασία αποτελείται από τρία στοιχεία.<sup>84</sup>

- α) Ένα ερέθισμα (στρεσογόνο)
- β) Μία ερμηνεία (από το άτομο)
- γ) Μια αντίδραση άγχους.

Ο όρος στρεσογόνο περιέχει ένα βαθμό σωματικού ή ψυχολογικού κινδύνου πραγματικού ή φανταστικού. Η δε αντίδραση του άγχους εξαρτάται από την ερμηνεία που θα δώσει το άτομο. Έτσι ο ορισμός του στρες περιλαμβάνει όλη την παραπάνω

διαδικασία ενώ ο ορισμός του άγχους περιλαμβάνει κυρίως την αντίδραση η οποία έχει άμεση σχέση με την προσωπικότητα του ατόμου.

Όταν το άγχος γίνεται πολύ έντονο και παρατεταμένο, παύει να παίζει τον προσαρμοστικό του ρόλο και γίνεται παθολογικό. Με το παθολογικό άγχος η κανονική λειτουργικότητα διαταράσσεται και το άτομο κυριαρχείται από αρνητικές αντιδράσεις, απωθημένες σκέψεις, προσμονή απρόσφορης απειλής, αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες και αυξημένο τόνο του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος.<sup>79</sup> Το παθολογικό άγχος εκφράζεται με συμπτώματα που αποτελούν το κεντρικό σύμπτωμα των αγχώδων διαταραχών. Οι αγχώδεις διαταραχές αντιπροσωπεύουν μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές στο γενικό πληθυσμό. Γενικά οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσουν τον καρδιακό ρυθμό, να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση και να μεταβάλλουν την πήκτικότητα του αίματος. Μπορούν επίσης να αυξήσουν τα επίπεδα ινσουλίνης και χοληστερόλης. Επιπλέον η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα χρονίως αυξημένα επίπεδα ορμονών του stress όπως κορτιζόλης και αδρεναλίνης.<sup>85</sup> Συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος, εγκεφαλικού αγγειακού επεισοδίου με μειωμένη παραγωγικότητα, απασχόληση και οικονομική εξάρτηση από προγράμματα κρατικής βοήθειας.<sup>85</sup>

Το άγχος μπορεί να εμφανιστεί σε μία σειρά σωματικών παθήσεων (συχνά σε συννοσηρότητα με την κατάθλιψη) ως αποτέλεσμα της διαταραχής σε επίπεδο ψυχοενδοκρινικό ή μεταβολικό (πρωτογενές ή σωματογενές άγχος). Έτσι αγχώδεις εκδηλώσεις συνοδεύουν τον υπερθυρεοειδισμό, τη στηθάγχη, την καρδιακή αρρυθμία, την Χ.Α.Π., την πνευμονική εμβολή, την υπογλυκαιμία, την κακοήθη αναιμία, την πορφυρία.<sup>86</sup>

## **Εργασιακό άγχος**

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία ο άνθρωπος αισθάνεται άγχος όταν αντιλαμβάνεται την ύπαρξη μιας ανισορροπίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις αυτές. Παρόλο που το άγχος είναι ψυχολογικό, επηρεάζει και τη σωματική υγεία των ανθρώπων. Μερικοί από τους συνήθεις παράγοντες του εργασιακού άγχους είναι η έλλειψη ελέγχου στην εργασία, οι ακατάλληλες απαιτήσεις που τίθενται στους εργαζομένους και η έλλειψη



υποστήριξης από τους συναδέλφους και τη διοίκηση.<sup>87</sup> Το άγχος είναι αποτέλεσμα της ανεπαρκούς προσαρμογής μας στην εργασία μας, των κακών διαπροσωπικών σχέσεων και της ύπαρξης ψυχολογικής ή σωματικής βίας στον χώρο εργασίας, αλλά και συγκρούσεων ανάμεσα στους ρόλους μας στην εργασία και εκτός αυτής. Ορισμένα άτομα ανταποκρίνονται καλύτερα στις αυστηρές απαιτήσεις σε σχέση με άλλα. Εκείνο που έχει σημασία είναι ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο αξιολογεί την κατάστασή του.<sup>87</sup>

Ο βαθμός του άγχους δεν μπορεί να καθοριστεί αποκλειστικά και μόνο βάσει της κατάστασης. Το βραχυπρόθεσμο άγχος – για παράδειγμα η ολοκλήρωση μιας εργασίας εντός μιας προθεσμίας – συνήθως δεν αποτελεί πρόβλημα: αντιθέτως, μπορεί να συμβάλει στη βέλτιστη δυνατή απόδοση του ατόμου. Το άγχος συνιστά κίνδυνο για την υγεία και την ασφάλεια όταν είναι παρατεταμένο.<sup>87</sup> Τα συμπτώματα του εργασιακού άγχους είναι αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο βιώνει το άγχος μπορεί να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται, σκέφτεται ή συμπεριφέρεται. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται:

- Σε επίπεδο επιχείρησης: Η απουσία από την εργασία, αναστάτωση προσωπικού, κακή τήρηση του ωραρίου, προβλήματα πειθαρχίας, παρενόχληση, μειωμένη παραγωγικότητα, ατυχήματα, σφάλματα και αυξημένες δαπάνες για αποζημίωση ή υγειονομική περίθαλψη.

- Σε επίπεδο ατόμου: α) Οι συναισθηματικές αντιδράσεις (οξυθυμία, ανησυχία, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, υποχονδρία, αποξένωση, επαγγελματική εξουθένωση (burnout), προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις), β) Οι γνωστικές αντιδράσεις (δυσκολία στη συγκέντρωση, στην ανάκληση στη μνήμη, στην εκμάθηση νέων πραγμάτων, στη λήψη αποφάσεων), γ) συμπεριφορικές αντιδράσεις (κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, οινόπνευματων και καπνού· καταστροφική συμπεριφορά), και δ) φυσιολογικές αντιδράσεις (προβλήματα στη σπονδυλική στήλη, εξασθενημένη ανοσία, πεπτικό έλκος, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση).<sup>87</sup> Το εργασιακό άγχος μπορεί να προκληθεί από την κακή οργάνωση της εργασίας. Τα ευρήματα των ερευνών απέδειξαν ότι περισσότερο αγχωτική είναι η εργασία που περιέχει υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου ούτε στήριξης από άλλους.<sup>88</sup> Σύμφωνα με μελέτη της Ευρωπαϊκής Υπηρεσίας ΥΑΕ, το άγχος στοιχίζει στην Ευρωπαϊκή Οικονομία πάνω από 20 δις ευρώ το χρόνο. Σ' αυτό οφείλεται πάνω από 25% των απουσιών

από την εργασία. Επίσης 8 στους 10 ευρωπαϊούς εργαζόμενους δηλώνουν αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση λόγω της εργασίας τους, 4 στους 10 δεν μπορούν να αποφασίσουν πότε και αν θα κάνουν διακοπές, αντίστοιχο ποσοστό αδυνατεί πλέον να συνδυάσει εργασία και ομαλή οικογενειακή ζωή, ενώ το 30-50% των εργαζομένων δηλώνουν προβλήματα και ασθένειες συνδεδεμένες με το εργασιακό άγχος, έχοντας 4πλάσιο ή 5πλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι θάνατοι από υπερβολικό φόρτο και εντατικοποίηση της εργασίας (karoshi) στην Ιαπωνία ανήλθαν το 2005,06 σε 20.000.<sup>89</sup>

Σύμφωνα με αναλύσεις φορέων όπως ο Βρετανικός ACAS3, στη μελέτη “Stress at Work”, σε συνεργασία με τον HEALTH & SAFETY EXECUTIVE της Βρετανίας το εργασιακό στρες είναι συνέπεια υπερβολικής πίεσης, ανασφάλειας και υπερβολικών απαιτήσεων στην εργασία, με συμπτώματα άγχος, κατάθλιψη, αδυναμία λήψης αποφάσεων, αδιαφορία, αδυναμία συγκέντρωσης, πτώση ποιοτικής και ποσοτικής απόδοσης και με σοβαρές συνέπειες στην υγεία, όπως καρδιοπάθειες, πονοκέφαλοι, γαστροεντερικές ενοχλήσεις, εξάρτηση από αλκοόλ, κάπνισμα, ακόμα και από ναρκωτικά.<sup>89</sup>

Ένα από τα περιβάλλοντα τα οποία συναναστρέφεται μεγάλο χρονικό διάστημα της ζωής του ο άνθρωπος, είναι το επαγγελματικό. Στην σημερινή βιομηχανοποιημένη κοινωνία που ζούμε, το μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων εργάζονται, αφιερώνουν ένα σημαντικό κομμάτι του χρόνου τους στην εργασία και όχι στην οικογένειά τους, και κατά συνέπεια η εργασία να ασκεί αρκετή πίεση στον επαγγελματία. Είναι ένας χώρος επιβεβαίωσης τόσο των κοινωνικών του όσο και των επαγγελματικών του ικανοτήτων. Δυστυχώς όμως ζούμε σε μια εποχή που ο ένας τείνει να νικήσει και να υπερισχύσει τον συνάδελφο του αναπτύσσοντας έτσι τον «ατομικιστικό ανταγωνισμό». Αποτέλεσμα αυτού του «ανταγωνισμού» είναι η διόγκωση του άγχους. Το άγχος δημιουργείται από την απρόσωπη εχθρότητα που είναι συνοδευτικό στοιχείο του ανταγωνιστικού μέρους.<sup>90</sup>

Το επαγγελματικό άγχος συγκεκριμένα θεωρείται η κατάσταση όπου συσσωρεύονται αγχογόνες καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία, ή αποτελεί το άγχος που εκδηλώνεται από μια επαγγελματική κατάσταση. Το επαγγελματικό άγχος προκαλεί κυρίως έμμεσες συνέπειες: όπως αλκοολισμό, ψυχικές ασθένειες, συχνές απουσίες, αργοπορημένες αφίξεις και πρόωρες αναχωρήσεις, αδικαιολόγητα λάθη, οικογενειακά προβλήματα, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης κ.τ.λ.. Για πολλούς ανθρώπους η εργασία τους, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες άγχους και

δυστυχίας στην ζωή τους. Πάρα πολλοί νιώθουν αναγκασμένοι να δουλεύουν αφού έχουν να καλύψουν τα έξοδα τους.<sup>91</sup>

Μεταξύ των συναδέλφων και των προϊσταμένων υπάρχει μια εχθρότητα και μίσος. Δημιουργούνται συγκρούσεις ανάμεσα τους και κατά συνέπεια αυξάνονται τα επίπεδα του στρες. Μερικά επαγγέλματα από την φύση τους τείνουν να παρουσιάζονται περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα. Τα επαγγέλματα τα οποία αφορούν παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους, και αναπτύσσεται κάποιου είδους ανθρώπινη σχέση ανάμεσα στον επαγγελματία και στον εξυπηρετούμενο, καθώς και επαγγέλματα που αφορούν ταχύτητα στην λήψη αποφάσεων που έχουν σαν συνέπεια τους σοβαρές οικονομικές, κοινωνικές ή άλλου είδους συνέπειες, αποτελούν ιδιαίτερα αγχογόνα επαγγέλματα. Τα επαγγέλματα υγείας: οδοντίατροι, γιατροί (ιδιαίτερα χειρουργοί), νοσηλευτές. καθώς και επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών: δάσκαλοι και κοινωνικοί λειτουργοί, αναφέρονται σύμφωνα με τους Cooper και συν ως επαγγέλματα που κατατάσσονται στα έξι πρώτα πιο στρεσογόνα.<sup>91</sup> Οι κυριότεροι λόγοι εμφάνισης εργασιακού άγχους είναι:

1. Οι υπέρμετρες απαιτήσεις της εργασίας (σε σχέση με αντοχή- δυνατότητες- υποστήριξη που έχει ο εργαζόμενος)
2. Η έλλειψη ελέγχου στο αποτέλεσμα ( ο εργαζόμενος δεν έχει λόγο ή/ και δεν μπορεί ουσιαστικά να επηρεάσει το αντικείμενο και το αποτέλεσμα της εργασίας του)
3. Η ελλιπής υλική, ψυχολογική και εκπαιδευτική υποστήριξη, για τη σωστή και επαρκή εκτέλεση της εργασίας
4. Οι προβληματικές σχέσεις στην εργασία (ατομικισμός, έλλειψη εμπιστοσύνης, συναδελφικότητας, υγιούς άμιλλας, δυνατότητας προσφυγής και απόκρουσης αρνητικών- αυθαίρετων συμπεριφορών συναδέλφων και προϊσταμένων)
5. η ασάφεια του εργασιακού ρόλου, σε συνδυασμό με την αδυναμία του εργαζόμενου να επηρεάσει αποφάσεις και εξελίξεις έξω από αυτόν, που ωστόσο καθορίζουν την απόδοσή του.<sup>91</sup>
6. η αβεβαιότητα και η ανασφάλεια που δημιουργούν για τον εργαζόμενο και το μέλλον του οι συνεχείς επιχειρησιακές, οργανωτικές και διοικητικές ανακατατάξεις.<sup>92</sup>

Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση εργασιακού άγχους είναι:

1. Εσωτερικοί παράγοντες: Απαράδεκτες εργασιακές συνθήκες, δουλειά με βάρδιες, παρατεταμένο ωράριο, ταξίδια, επικινδυνότητα, νέες τεχνολογίες, υπεραπασχόληση και υποαπασχόληση
2. Ο ρόλος στον οργανισμό

3. Οι σχέσεις εργασίας
4. Η προώθηση της επαγγελματικής σταδιοδρομίας
5. Η διάρθρωση και το κλίμα του οργανισμού

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που έχει περιγραφεί από τους αρχαίους χρόνους και φαίνεται να υπάρχει σχεδόν σε κάθε κοινωνία στην οποία αναζητήθηκε. Η ετυμολογική καταγωγή του όρου κατάθλιψη ανάγεται στο λατινικό *de primere*, που σημαίνει πιέζω προς τα κάτω. Η λέξη παλαιότερα χρησιμοποιούταν με το κυριολεκτικό της νόημα (π.χ. στην αστρονομία και στην αρχιτεκτονική) και αργότερα μεταφορικά (π.χ. στη θεολογία και στην ηθική). Από το 17ο αιώνα το μεταφορικό της νόημα επεκτάθηκε και στον τομέα της Ψυχολογίας.<sup>93</sup>

Αρχικά, ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε ως υποκατηγορία της «μελαγχολίας», έπειτα ως συνώνυμο, και αργότερα την αντικατέστησε. Ο όρος «μελαγχολία» εισήχθη από τον Ιπποκράτη (5ος και 4ος αιώνας π.Χ.) (ο οποίος την συνέδεε με φυσικά αίτια, συγκεκριμένα με την υπερέκκριση μαύρης χολής από το σπλήνα) και περιέγραφε μία διαταραχή με κύρια γνωρίσματα την απέχθεια προς το φαγητό, την αϋπνία, τον εκνευρισμό, την ανησυχία και την αποθάρρυνση. Ο όρος μελαγχολία χρησιμοποιήθηκε εκτενώς στην Ευρώπη μέχρι τον 17ο αιώνα, όταν ο όρος κατάθλιψη άρχισε να τον αντικαθιστά.<sup>94</sup>

Ηθολογικές μελέτες δείχνουν ότι ένα σύνδρομο με αρκετές ομοιότητες με αυτό της ανθρώπινης κατάθλιψης υπάρχει στο ζωικό βασίλειο. Έχει διαπιστωθεί επίσης η θεωρία ότι η κατάθλιψη εκτός από διαταραχή, είναι μία ψυχολογική κατάσταση η οποία εξυπηρετεί εξελικτικές σκοπιμότητες και ανάγκες των κοινωνικών ομάδων. Προτείνεται ότι η κατάθλιψη είναι μία χρήσιμη προσαρμογή στην ομαδική διαβίωση των ζώων όταν υπάρχει ανταγωνισμός για μία κοινωνική τάξη που δίνει αναπαραγωγικό πλεονέκτημα έναντι των υπολοίπων. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη περιλαμβάνουν τροποποιημένα μοτίβα συμπεριφοράς (*altered activity patterns*), μειωμένη κοινωνικότητα, μειωμένη όρεξη και αύξηση της υποταγής.

Ο παραπάνω συνδυασμός υποστηρίζει ότι λειτουργία της κατάθλιψης είναι η μείωση της πιθανότητας το ζώο να υποστεί περαιτέρω επίθεση από τη στιγμή που

έχει χάσει την κοινωνική του θέση και συνεπώς η αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσής του. Η επιτυχημένη μετάβαση από υψηλότερη σε χαμηλότερη θέση μπορεί να παρέχει περισσότερες ευκαιρίες για αναπαραγωγή. Ως εκ τούτου, ένα ζώο που εμφανίζει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης περιόδου, κερδίζει εξελικτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τα άλλα, καθώς αυτά είτε θα σκοτωθούν είτε θα εκδιωχθούν από την ομάδα.<sup>95</sup>

Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις έχει διαπιστωθεί, ότι η κατάθλιψη, εκτός από διαταραχή είναι επίσης μια ψυχολογική κατάσταση, η οποία εξυπηρετεί εξελικτικές σκοπιμότητες. Η κατάθλιψη συνδέεται, από πολλούς ερευνητές, με την έννοια της απώλειας. Αυτό μπορεί να σημαίνει την απώλεια μιας σχέσης (π.χ. χωρισμός, θάνατος) ή του κοινωνικού status του ατόμου (π.χ. κοινωνική υποβάθμιση). Σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν μηχανισμοί και θεσμοί που επιτρέπουν την έκφραση της θλίψης και τείνουν να εξομαλύνουν και να θέσουν υπό κοινωνικό έλεγχο την καταθλιπτική αντίδραση. Ο κυριότερος από τους ανωτέρω θεσμούς αφορά το πένθος. Στις παραδοσιακές κοινωνίες, το πένθος εξωτερικεύεται με έντονο, δραματικό τρόπο, ενώ στις νεωτερικές, οι τελετουργίες είναι περισσότερο τυποποιημένες και οι πένθοντες πρέπει να ελέγξουν την έκφραση των συναισθημάτων τους.<sup>96</sup>

Σύμφωνα με μία κυρίαρχη άποψη της Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής, η κατάθλιψη όπως και πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές, υπάρχει σε πανανθρώπινο παθοφυσιολογικό υπόβαθρο επί του οποίου εποικοδομούνται διαφορετικά κατά περίπτωση συμπτώματα, ανάλογα με το πολιτισμικό-ιδεολογικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, στις Ιουδαϊκές και Χριστιανικές κοινωνίες η κατάθλιψη συνυπάρχει με την ενοχή και την ανάγκη για εξιλέωση. Σε άλλες παραδοσιακές κοινωνίες η κατάθλιψη συνδυάζεται με θεαματικές αντιδράσεις εξωτερικευμένου θυμού και μια ποικιλία σωματόμορφων συμπτωμάτων. Υπάρχει η υποψία ότι στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της κατάθλιψης, αλλά εν μέρει αυτό μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της αναγνωρισιμότητάς της.<sup>97</sup>

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η κατάθλιψη αποτελεί σήμερα την τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας και αναμένεται να ανέλθει στη δεύτερη θέση το 2020. Ενδεικτικά, στις ΗΠΑ, κατά το χρονικό διάστημα 1990–2000 το συνολικό κόστος θεραπείας αυξήθηκε σε ποσοστό 31,2% (από 19,8 στα 26,08 εκατομμύρια \$), ενώ ο συνολικός χρόνος απουσίας από την εργασία σε 50%.<sup>4</sup> Λαμβάνοντας υπ' όψη

τα ανωτέρω, είναι προφανές ότι η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχουν σαφείς και σοβαρές κοινωνικοοικονομικές προεκτάσεις.<sup>98</sup>

Η χρήση του όρου κατάθλιψη υποδηλώνει την αδυναμία άντλησης ικανοποίησης και την παρουσία ψυχικής καταπόνησης (distress), η έκφραση της οποίας ποικίλλει ως προς την ποιότητα (π.χ. λύπη, αίσθηση ανημπόριας, απώλεια συναισθηματικής αντιδραστικότητας, ανηδονία) και ως προς την ένταση (από την ελαφρά δυσφορία ως τη βαθιά ψυχική οδύνη). Συχνά συνυπάρχουν και άλλες εκδηλώσεις που συνδέονται με σωματικές-βιολογικές, αλλά και με ψυχολογικές λειτουργίες όπως εύκολη κόπωση, μείωση της ενεργητικότητας και των δραστηριοτήτων, διαταραχές της όρεξης, του ύπνου και της σεξουαλικότητας, άγχος, ευερεθιστότητα, επιβράδυνση ή παροδική έκπτωση ορισμένων νοητικών ικανοτήτων, απαισιόδοξος και αρνητικός ιδεασμός, τάσεις αυτοκτονίας, ψυχωσικές εκδηλώσεις όπως παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.<sup>99</sup>

Για να χαρακτηριστεί παθολογική μία καταθλιπτική κατάσταση, σύμφωνα με τα σύγχρονα συστήματα κατάταξης απαιτείται τουλάχιστον μερικές από τις εκδηλώσεις που αναφέρθηκαν να εμφανίζονται με τόση ένταση, συχνότητα ή διάρκεια ώστε να προκαλούν σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή και δυσλειτουργία του ατόμου.<sup>94</sup>

Η κατάθλιψη είναι μία ασθένεια που επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου και χαρακτηρίζεται από ένα μίγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και τις λειτουργίες. Η κατάθλιψη είναι πολύ πιο έντονη από τη λύπη και πολλές φορές δημιουργεί αισθήματα αδιαφορίας, αναξιότητας, απάθειας, έλλειψη ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό επίπεδο. Παραδοσιακά, η κατάθλιψη αντιμετωνιζόταν με εξορκισμό και τελετουργίες εξιλέωσης. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα οφειλόταν στο placebo effect. Στο σύγχρονο κόσμο τα αντικαταθλιπτικά και ορισμένες ψυχοθεραπείες (π.χ. γνωσιακή) έχουν μια περισσότερο συγκεκριμένη δράση.<sup>100</sup>

Παρόλα αυτά υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καταθλιπτικά σύνδρομα, ακόμη και σε χώρες με μεγάλη ανάπτυξη των ψυχιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών η οποία δεν χρησιμοποιεί τις σύγχρονες θεραπευτικές δυνατότητες. Πολλοί από αυτούς προσφεύγουν σε παραδοσιακές μορφές συμβουλευτικής ή παρηγορητικής βοήθειας (π.χ. από τον ιερέα-εξομολόγο τους), ενώ άλλοι προσμένουν παθητικά την αποδρομή των συμπτωμάτων. Αρκετοί επισκέπτονται τις ιατρικές υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης κυρίως για διάφορα

σωματικά συμπτώματα, αλλά η συνυπάρχουσα στην κλινική εικόνα κατάθλιψη αρκετές φορές δεν διαγιγνώσκεται<sup>101,102,103</sup>

Παρόλα αυτά όμως πολλά περιστατικά παραμένουν αδιάγνωστα ή αντιμετωπίζονται ατελώς με αποτέλεσμα η διαταραχή αυτή να είναι μια σημαντική αιτία κοινωνικών, οικονομικών, διαπρωσωπικών προβλημάτων και δυστυχίας.<sup>104</sup>

Η κατάθλιψη έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών, καθώς και οικονομικές συνέπειες πρωτίστως για τον πάσχοντα και δευτερευόντως για το σύστημα (αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας). Το 2020, η κατάθλιψη θα είναι η συχνότερη αιτία αδειών ασθενείας και η δεύτερη αιτία ανικανότητας. Επίσης, καλό είναι να θυμόμαστε πάντα πως η κατάθλιψη είναι το συχνότερο αίτιο αυτοκτονίας. Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης είναι: γενετική προδιάθεση, περιβαλλοντικοί προδιαθεσιακοί και πυροδοτικοί παράγοντες, νευρομεταβιβαστικές ιδιαιτερότητες, περιοχές ελλειμματικής νευρογένεσης, περιοχές ελλειμματικής λειτουργικότητας ΚΝΣ, Νευροενδοκρινολογικές και νευροανοσολογικές αποκλίσεις καθώς και η αμφίδρομη αλληλεπίδραση με στρες.<sup>73</sup>

Διάφορες επίσης ιατρικές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Οι ασθενείς με μεταβολικές διαταραχές (υπερασβεστιαϊμία, διαταραχές στο ισοζύγιο νατρίου και καλίου, αναιμία, και ανεπάρκεια βιταμίνης Β12 ή φολικού), με ενδοκρινικές ανωμαλίες (υπερθυρεοειδισμός ή υποθυρεοειδισμός), και με φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια μπορεί όλοι τους να παρουσιάσουν με κατάθλιψη. Αρκετοί τύποι φαρμάκων σχετίζονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένου των στεροειδών, της ιντερφερόνης, ιντερλευκίνης 2, μεθυλντόπα, ρεσερπίνης, βαρβιτουρικών και προπρανολόλης. Οι ογκολόγοι θα πρέπει να γνωρίζουν επίσης πως μερικά αντικαρκινικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν μεταβολές του συναισθήματος, συμπεριλαμβανομένου των κορτικοστεροειδών, της προκαρβαζίνης, της ασπαραγινάσης, ιντερφερόνης, βινμπλαστίνης, βινκριστίνης, ταμοξιφένης και κυπροτερόνης.<sup>105</sup>

### **Συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης**

Ο όρος «συννοσηρότητα» πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον Feinstein το 1970 για να περιγράψει την ταυτόχρονη παρουσία δύο ή και περισσότερων διακριτών διαταραχών στον ίδιο ασθενή.<sup>106</sup>

Από τα επιδημιολογικά δεδομένα προκύπτει ότι πλην της υψηλής συχνότητας των αγχώδων και των καταθλιπτικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό, επιπλέον η συννοσηρότητα μεταξύ τους είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο. Η κλινική εμφάνιση της συννοσηρότητας μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, είτε με την εκδήλωση του πλήρους συνδρόμου συννοσηρότητας είτε με την εμφάνιση μερικών μόνο συμπτωμάτων από την καθμία νοσηρή κατάσταση. Η εμφάνιση των αγχώδων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, εφόσον συνυπάρχουν, συνήθως δεν είναι ταυτόχρονη. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι αυτές που συνήθως προηγούνται, χωρίς αυτό να υποδηλώνει και κάποια αιτιολογική συσχέτιση. Έτσι, στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αυτή εμφανίστηκε σε δεύτερο χρόνο μετά από μια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, πιθανότερα (67,9%) κάποια αγχώδη διαταραχή.<sup>107</sup>

Οι αγχώδεις διαταραχές συνήθως εκδηλώνονται πρωιμότερα. Οι επιπτώσεις της συννοσηρότητας έχουν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη βαρύτητα της νόσου, αυξημένη χρονιότητα, σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό δυσλειτουργικότητας, χειρότερη ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς και μεγαλύτερο βαθμό αναπηρίας. Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συννοσηρότητας έχουν εντοπιστεί τόσο στο γενετικό και νευροβιολογικό επίπεδο όσο και στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Διαταραχές κυρίως στο σύστημα σεροτονίνης, και νοραδρεναλίνης και στον υποθαλαμο-υποφυσιακο-επινεφριδικό άξονα έχουν συνδεθεί με τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που θεωρούνται υπεύθυνοι για τη συνύπαρξη αγχώδων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.<sup>108</sup>

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών είναι λιγότερο μελετημένοι σε σχέση με αυτούς για την εμφάνιση κάθε διαταραχής ξεχωριστά, υπάρχει καταρχήν συμφωνία ότι η εμφάνιση των αγχώδων συμπτωμάτων προηγείται συνήθως των καταθλιπτικών. Το γυναικείο φύλο, οι δυσκολίες στη σχολική επίδοση, ο πρώιμος γονεϊκός αποχωρισμός, οι περιγεννητικές επιπλοκές, το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου και οι οικονομικές δυσκολίες αναγνωρίστηκαν ως προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση συννοσηρότητας αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών.<sup>109</sup>

Η επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων και η αλληλεπίδρασή τους με τη γενετική προδιάθεση και τις εμπειρίες ζωής έχει επίσης αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης.<sup>110,111</sup>

Επίσης η οικογενειακή- γενετική προδιάθεση αναγνωρίζεται επίσης ως σημαντική. Έχει διαπιστωθεί ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με συννοσηρότητα αγχώδων και καταθλιπτικών διαταραχών παρουσίαζαν μείζονα



καταθλιπτική διαταραχή και κρίσεις πανικού σε υψηλότερο ποσοστό από τους πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών χωρίς αυτές τις διαταραχές (Leckman, 1983-1985)

## **ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ**

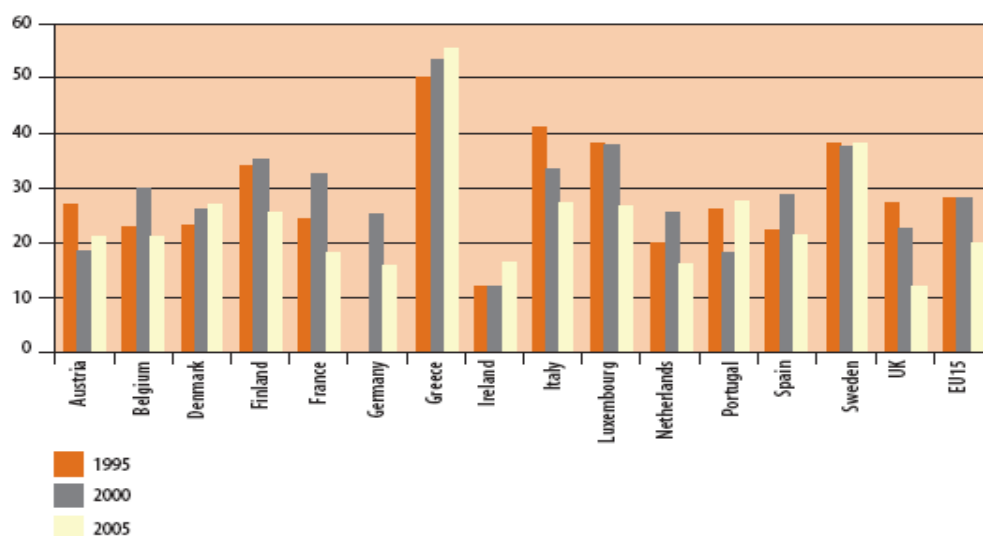
### **Επιδημιολογία εργασιακού άγχους διεθνώς και στην Ελλάδα**

Το περιβάλλον της υγείας χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα σύνθετων διαδικασιών και μια εκτεταμένη χρήση νέων τεχνολογιών, χαρακτηριστικά που κάνουν επιτακτική την ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες της.<sup>112</sup>

Ταυτόχρονα οι στόχοι όλων των πολιτικών υγείας στις κοινωνίες του δυτικού κόσμου, συνοψίζονται σήμερα στο τρίπτυχο: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος και υψηλή ποιότητα, με στόχο την κάλυψη των αναγκών του ασθενή και της κοινωνίας γενικότερα<sup>113,114</sup>

Το εργασιακό στρες είναι αρκετά συχνό σε ευρωπαϊκές χώρες. Σε έρευνα του ευρωπαϊκού οργανισμού για βελτίωση του τρόπου ζωής και του περιβάλλοντος εργασίας, το άγχος αναφέρεται ως το δεύτερο πιο συχνό πρόβλημα στην εργασία, μετά τις μυοσκελετικές κακώσεις. Το 2005 το stress εμφανίστηκε στο 22% των εργαζομένων Ευρωπαίων, με την Ελλάδα να βρίσκεται στην υψηλότερη συχνότητα με 55%, και ακολουθούν Σλοβενία (38%), Σουηδία (38%) και Λετονία με 37%. Χαμηλότερη συχνότητα εργασιακού στρες διαπιστώθηκε στο Ηνωμένο βασίλειο (12%) και στη Γερμανία, Ιρλανδία και Ολλανδία (16%),(Σχήμα 1). Το κόστος για το εργασιακό άγχος εκτιμήθηκε το 2002 σε 20 δισεκατομμύρια ευρώ.<sup>115</sup>

**Σχήμα 1. Ποσοστά εμφάνισης άγχους στην εργασία σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες**



Άλλη παρόμοια μελέτη της εταιρείας Grant Thornton με δείγμα 7400 εργαζόμενους κατέταξε τη συχνότητα του στρες σε 36 χώρες, όπου οι έλληνες κατέχουν την 5η θέση με 68%, των περισσότερο αγχωμένων εργαζομένων παγκοσμίως.<sup>116</sup> Προηγούνται οι κινέζοι εργαζόμενοι με 76%, οι Μεξικανοί με 74%, οι Τούρκοι και οι Βιετναμέζοι με 72% και μετά την Ελλάδα είναι οι Ισπανοί με 65% και οι Ιαπωνέζοι με 64%. Αντίθετα τα επίπεδα άγχους με τα χαμηλότερα ποσοστά τα έχουν οι σκανδιναβικές χώρες όπου στην τελευταία θέση βρίσκονται οι σουηδοί με 23%.

Οι συνθήκες και το περιβάλλον εργασίας περιλαμβάνουν στοιχεία όπως την επάρκεια προσωπικού, το φόρτο εργασίας, τις βάρδιες που πρέπει να καλυφθούν, το φυσικό περιβάλλον, το υλικό, τον προγραμματισμό και την ευελιξία της εργασίας. Μελέτες έχουν δείξει τη θετική συσχέτιση του περιβάλλοντος εργασίας και της εργασιακής ικανοποίησης.<sup>117</sup>

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) (1995-2005) οι εργαζόμενοι από όλες τις ηλικιακές κατηγορίες ανέφεραν ότι η εργασία τους έχει επιπτώσεις στην υγεία τους. Αυτή η άποψη είναι πιο κοινή στην ομάδα των ηλικιών 45-54 και στα περισσότερα από τα κράτη μέλη υπάρχει στατιστική συσχέτιση στη μέση ηλικία και το άγχος. Τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίζονται μεταξύ των μέσης ηλικίας εργαζομένων και τα χαμηλότερα μεταξύ των παλαιότερων και των νεότερων εργαζομένων.<sup>115</sup>

Υπάρχουν μικρές διαφορές στα ποσοστά του stress όσον αφορά στο φύλο (άνδρες 23% και γυναίκες 20%), ενώ το 2005 όσον αφορά την εμφάνιση άγχους και τον επαγγελματικό τομέα, φάνηκε το stress να είναι πιο συχνό στον τομέα της

εκπαίδευσης, στους υγειονομικούς και στους αγρότες (28,5%). Όσον αφορά τους αυτοαπασχολούμενους εργαζόμενους το 25% δήλωσε ότι πάσχει από άγχος εκτελώντας την εργασία του ενώ μόνο το 21% των απασχολούμενων δήλωσαν το ίδιο. Τα αποτελέσματα της μελέτης το 2001 έδειξαν ότι το stress είχε συχνότερες επιπτώσεις στους ελεύθερους επαγγελματίες που είναι οι ίδιοι εργοδότες (40%).<sup>115</sup>

Μεταξύ των απασχολούμενων εργαζόμενων, ο τύπος σύμβασης απασχόλησης που έχουν, επηρεάζει τα επίπεδα stress. Μεταξύ των τεσσάρων τύπων σύμβασης (μόνιμη σύμβαση, καθορισμένης διάρκειας, προσωρινή και σύμβαση μαθητείας) οι εργαζόμενοι με τις μόνιμες συμβάσεις απέδειξαν υψηλότερα επίπεδα πίεσης το 1995 καθώς και το 2000.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ελληνικό Ίδρυμα για την Υγιεινή και την Ασφάλεια της Εργασίας (ΕΛΙΝΥΑΕ) στον τομέα των ξενοδοχείων έδειξε ότι το 43,6% των εργαζομένων έπασχε από stress «μάλλον συχνά» ή «συχνά/σχεδόν πάντα». Μεταξύ των εργαζομένων αυτοί που είχαν υψηλότερη ευθύνη ανέφεραν ότι το 65.4% αυτών έπασχε από stress «συχνά/σχεδόν πάντα».<sup>115</sup>

Σημαντική φαίνεται να είναι και η επίδραση του εργασιακού άγχους στο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του ατόμου. Σύμφωνα με τον McGrath, το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως ουσιαστική έλλειψη αντιστοιχίας ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλονται στο άτομο από το περιβάλλον του, από τη μια μεριά, και τις ικανότητες απόκρισης του ατόμου στις απαιτήσεις αυτές, από την άλλη, ιδιαίτερα κάτω από συνθήκες, όπου η αδυναμία ανταπόκρισης στις απαιτήσεις, σύμφωνα με τις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου, θα έχει σοβαρές συνέπειες για αυτό.<sup>75</sup> Με άλλα λόγια, επαγγελματικό άγχος είναι η αναγνώριση από ένα άτομο της αδυναμίας του να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του επαγγέλματός του.<sup>118</sup>

### **Άγχος – κατάθλιψη – επαγγελματική ικανοποίηση**

Το άγχος μπορεί να έχει πολύ αρνητικά αποτελέσματα στην εργασιακή συμπεριφορά του ατόμου. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι το άγχος που προκαλείται στην εργασία του ατόμου έχει μια ισχυρή, αρνητική σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>119</sup> Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον Ramirez και τους συνεργάτες του, η επαγγελματική ικανοποίηση προστατεύει από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του μακροχρόνιου άγχους<sup>120,121</sup>

Ο πιο γνωστός και ίσως ο καλύτερος κατά κάποιους συγγραφείς, ορισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης, είναι αυτός που δόθηκε από τον Locke το 1976. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η επαγγελματική ικανοποίηση ορίζεται ως η θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο που ασκεί, η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό παρέχει πλήρωση ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών αξιών του ατόμου.<sup>122</sup> Πάντα κατά τον Locke, η αξία αναφέρεται στον τρόπο δράσης του ατόμου με στόχο να αποκτήσει ή να διατηρήσει κάτι. Οι αξίες είναι υποκειμενικές και σταθερές στο συνειδητό ή στο ασυνείδητο του ατόμου, είναι επίκτητες και ταξινομημένες κατά σημαντικότητα αφού αντιπροσωπεύουν την ιεράρχηση αξιών.<sup>122</sup>

Οργανωτικά προβλήματα στο χώρο εργασίας, όπως οι παράλογες απαιτήσεις των εργοδοτών, ανεπιθύμητες ώρες ή βάρδιες και η έλλειψη ευελιξίας έχουν συσχετισθεί αρνητικά με την εργασιακή ικανοποίηση<sup>123,124</sup>

Ο κάθε εργαζόμενος φέρει ένα πλήθος προσωπικών αναγκών, αξιών και αντιλήψεων καθώς και ποικίλα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία επιδρούν στο περιβάλλον εργασίας και επηρεάζουν την έννοια της εργασιακής ικανοποίησης. Από διάφορες έρευνες έχει προκύψει ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου π.χ. ηλικία, εσωτερικό ή εξωτερικό locus ελέγχου όπως και της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται (π.χ. επικοινωνιακή πολιτική) καθορίζουν αμοιβαία το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης.<sup>125,126,127</sup>

Το φαινόμενο της εργασιακής ικανοποίησης είναι περίπλοκο και μολονότι κανένας μεμονωμένος παράγοντας δεν το καθορίζει πλήρως, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση στους νοσηλευτές, είναι σημαντικό να τυποποιηθούν και να κατανοηθούν. Ακολούθως γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστούν τα ειδικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας που συμβάλλουν στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, αναγνωρίζοντας ότι υπάρχουν και άλλες μεταβλητές (π.χ. ατομικά χαρακτηριστικά) που την επηρεάζουν περαιτέρω.<sup>128</sup>

Δέκα παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών αναφέρονται κυρίως στη βιβλιογραφία και είναι η αυτονομία, η διαπροσωπική επικοινωνία/συνεργασία, η επαγγελματική πρακτική, οι διοικητικές πρακτικές, το status/αναγνώριση, οι απαιτήσεις της θέσης εργασίας, οι ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη, οι συνθήκες και περιβάλλον εργασίας, η αμοιβή και δικαιοσύνη στο χώρο εργασίας.<sup>128</sup>

Η αναλογία ασθενών ανά νοσηλευτή που αποτελεί παράμετρο του προγράμματος και αντανακλά στην στελέχωση των τμημάτων, αποτελεί δείκτη ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και συνιστά δείκτη του φόρτου εργασίας που επίσης σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση και το ηθικό των νοσηλευτών.<sup>129,130</sup>

Με βάση τη μελέτη των Shields & Ward η ικανοποίηση από το πρόγραμμα εργασίας σχετίζεται όχι μόνο από τον έλεγχο του αριθμού των ωρών εργασίας, αλλά και από τη δυνατότητα του προσωπικού να διαμορφώνει το ωράριο και τις βάρδιες εργασίας. Επιπλέον, από την ίδια μελέτη προκύπτει πως περισσότερο ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι οι οποίοι εργάζονται με σταθερό ωράριο από εκείνους που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο ή στις νυχτερινές βάρδιες.<sup>131</sup> Επίσης, σύμφωνα με των Shader και συν, το σταθερό πρόγραμμα εργασίας φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες, αλλά και με αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση στους νοσηλευτές.<sup>132</sup>

Επίσης ο τύπος της νοσηλευτικής μονάδας έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τα επίπεδα ικανοποίησης.<sup>133</sup> Διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας συνοδεύονται από διαφορετικές συνθήκες εργασίας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ποικιλότροπα η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών.<sup>134</sup> Μάλιστα, ο βαθμός ικανοποίησης διαφοροποιείται μεταξύ τμημάτων, νοσοκομείων ή διαφορετικών δομών υγείας.<sup>131,135,136,137</sup> Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα σε σχέση με τους νοσοκομειακούς νοσηλευτές, χαρακτηρίζονται από περισσότερο ξεκάθαρους επαγγελματικούς ρόλους, διαθέτουν μεγαλύτερη αυτονομία και ισχυρότερη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων και βιώνουν λιγότερο συχνά επαγγελματικές συγκρούσεις και απογοήτευση.<sup>135,138</sup> Αυτή η διαφοροποίηση του περιβάλλοντος εργασίας έχει ως αποτέλεσμα οι νοσοκομειακοί νοσηλευτές να βιώνουν χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με τους συναδέλφους τους που απασχολούνται στην κοινότητα.<sup>31,135,139,140</sup>

Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας οι δομές από τις οποίες αποτελούνται καθώς και το προσωπικό που εργάζεται σε αυτές διαφέρει από εκείνες των άλλων κλινικών μονάδων. Αυτές οι δομές επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τις λειτουργικές διαδικασίες φροντίδας και σχέσεις που με τη σειρά τους επηρεάζουν τα αποτελέσματα, όπως την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών και την ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς.<sup>141,142</sup>

Οι διαφορές μεταξύ διαφορετικών τύπων ΜΕΘ, ενηλίκων και παιδών, παθολογικών και χειρουργικών έχουν επισημανθεί.<sup>31,141,142</sup>

Εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο βαθμός εξειδίκευσης συνδέεται με υψηλού βαθμού συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, λήψη αυτόνομων κλινικών αποφάσεων και την αίσθηση κλινικής επάρκειας. Μεταξύ των Γενικών, Εμφραγματιών, Χειρουργικών, Παιδιατρικών και Νεογνικών μονάδων, στη Νεογνική μονάδα εμπεριέχονται και τα δύο, ηλικιακή και ιατρική εξειδίκευση.<sup>143,144</sup> Λόγω της εξειδίκευσης αναπτύσσεται πιο συχνή επαφή μεταξύ ιατρών, μεταξύ νοσηλευτών και μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και ενδείκνυται η ανάπτυξη συνεργασίας με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν υψηλότερα score επαγγελματικής ικανοποίησης, με το μικρότερο score να ανήκει στις Γενικές ΜΕΘ.<sup>31,143</sup> Τα δομικά στοιχεία και χαρακτηριστικά των ΜΕΘ που συνδέονται σε ένα υγιές περιβάλλον πρακτικής αποτελούν, ο σχεδιασμός του φυσικού περιβάλλοντος το οποίο επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση και την άμεση επέμβαση στους ασθενείς, η σωστή και ασφαλής χρήση σύγχρονου τεχνολογικού εξοπλισμού, εξειδικευμένο και έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό, χαμηλό δείκτη του λόγου νοσηλευτή ανά ασθενή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού και υψηλό επίπεδο ιατρικής ειδικότητας.<sup>143-147</sup>

Στις ΜΕΘ ένας μικρός αριθμός ιατρικού προσωπικού καλείται και επισκέπτεται συχνά το χώρο της μονάδας και παραμένει αρκετή ώρα γεγονός που δεν συμβαίνει στις υπόλοιπες κλινικές μονάδες.<sup>148</sup>

Επίσης, καθημερινά το ιατρικό, νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό που συμμετέχει στην νοσηλεία των ασθενών στη ΜΕΘ, συζητούν με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για την κατάσταση και την πρόοδο της υγείας του και θέτουν καθημερινά μακροπρόθεσμους στόχους. Αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό των ΜΕΘ και ιδιαίτερα των παθολογικών.<sup>143</sup>

Διαδικασίες όπως είναι η αποτελεσματική λήψη απόφασης έχουν συνδεθεί θετικά με τις δομές των ΜΕΘ.<sup>148,149</sup> Οι δομές των ΜΕΘ, με τη σειρά τους, συνδέονται με αποτελέσματα σχετικά με τους ασθενείς όπως είναι η θνητότητα και με αποτελέσματα σχετικά με τους νοσηλευτές όπως είναι η επαγγελματική ικανοποίηση, η εξουθένωση, το stress, και η απόφαση των νοσηλευτών για αλλαγή εργασίας.<sup>148,150</sup> Οι λειτουργικές διαδικασίες και σχέσεις που αποτελούν ένα παραγωγικό, υγιεινό περιβάλλον εργασίας δεν έχουν μετρηθεί και μελετηθεί στο σύνολο τους.<sup>31</sup>

Σε σύγκριση με άλλους τύπους κλινικών μονάδων οι νοσηλευτές των ΜΕΘ παρουσιάζουν μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση και μετρίως υψηλό score σε ορισμένους παράγοντες ουσιαστικής σημασίας για ένα παραγωγικό περιβάλλον εργασίας.<sup>31</sup>

Ωστόσο, σύμφωνα με διάφορες μελέτες έχει δειχθεί ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για αυτονομία σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται στα υπόλοιπα τμήματα.<sup>149</sup> Βέβαια, υπάρχουν και μελέτες οι οποίες δε δείχνουν διαφορές στην αυτονομία μεταξύ νοσηλευτών ΜΕΘ και νοσηλευτών του τμήματος επειγόντων και των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων<sup>31</sup> και άλλες μελέτες εμφανίζουν τους νοσηλευτές των ΜΕΘ να έχουν χαμηλότερο score στην αυτονομία από τις υπόλοιπες ομάδες νοσηλευτών.<sup>141</sup> Επίσης οι νοσηλευτές των ΜΕΘ έχουν χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία τους, περισσότερο stress και μεγαλύτερη επιθυμία για αλλαγή εργασίας από τα υπόλοιπα τμήματα.<sup>148</sup> Στο χώρο της ΜΕΘ η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι υψηλότερη και υπάρχει καλύτερη αντίληψη για την ανεπαρκή στελέχωση από τα υπόλοιπα τμήματα.<sup>31</sup>

Μετά τη μελέτη των σχέσεων μεταξύ των δομών, διαδικασιών και των αποτελεσμάτων κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τα περιβάλλοντα εργασίας εξετάστηκε η σχέση μεταξύ των δομών των ΜΕΘ και αποτελεσμάτων σχετικά με τον ασθενή όπως είναι η θνητότητα, τα οποία αποδείχθηκαν χαμηλότερα σε σχέση με την οξύτητα της νόσου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά θνητότητας στις ΜΕΘ, τα οποία μελετήθηκαν σε εθνικό επίπεδο, δεν οφείλονταν στα δομικά στοιχεία των ΜΕΘ, αλλά μάλλον στις διαδικασίες της ομαδικής εργασίας και τη συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.<sup>150</sup> Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν τη θεμελιώδη αρχή ότι, αν και οι δομές είναι εξαιρετικά σημαντικές, από μόνες τους όμως δεν παράγουν αποτελέσματα.<sup>31</sup>

Τέλος η επαγγελματική ένταση και το επαγγελματικό άγχος σχετίζονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Η επαγγελματική ένταση ως αίσθημα απειλής για τους νοσηλευτές επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική ικανοποίηση και την απόδοσή τους.<sup>151-157</sup>

Το εργασιακό άγχος επίσης, σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>158</sup> Μάλιστα, η νοσηλευτική τοποθετείται στα πρώτα σαράντα επαγγέλματα με τον υψηλότερο επιπολασμό ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με το στρες.<sup>71,159,160</sup> Σύμφωνα με τον ορισμό των Lazarus & Folkman, το άγχος

αναφέρεται στην ψυχολογική ένταση που βιώνει το άτομο, όταν εκλαμβάνεται μια κατάσταση ως ψυχοπιεστική.<sup>161</sup> Παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος που συνιστούν τις κύριες πηγές του επαγγελματικού στρες για τους νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο αποτελούν η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου και η σύγκρουση ρόλων, ο φόρτος εργασίας, η ανεπάρκεια πόρων, η επαφή με το θάνατο και τη διαδικασία του θανάτου, η έλλειψη επικοινωνίας με τους συναδέλφους . το κυκλικό ωράριο, η ανεπαρκής προετοιμασία για συγκεκριμένους εργασιακούς χώρους και καθήκοντα, οι συγκρούσεις με τους ιατρούς και με τους ανωτέρους, καθώς και πολιτικά ή θεσμικά θέματα.<sup>132,162-164</sup>

Μια από τις κυριότερες πηγές εργασιακού στρες αποτελεί η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτή η οποία σχετίζεται άμεσα με χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση. Όταν στον επαγγελματικό ρόλο υπάρχουν συνθήκες ξεκάθαρων απαιτήσεων, αυτό διαμορφώνει μια ξεκάθαρη αντίληψη για τις δυνατότητες και τις διαδικασίες που απαιτούνται για την πραγματοποίηση κάποιου σημαντικού επαγγελματικού στόχου και αυτή η διεργασία σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>135</sup>

Ιδιότητες της προσωπικότητας όπως είναι η αισιοδοξία και η απόδοση νοήματος στο επαγγελματικό έργο, ενισχύουν την επαγγελματική ικανοποίηση και ταυτόχρονα λειτουργούν προστατευτικά απέναντι στο στρες. Επίσης παράγοντες όπως είναι η ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η φύση της δουλειάς, η ύπαρξη κινήτρων και προοπτικής εξέλιξης στην εργασία, καθώς και η ύπαρξη ισορροπίας μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής δρουν προστατευτικά.<sup>135</sup>

Έρευνες από τις ΗΠΑ αναφέρουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση στους νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία είναι σημαντικά μικρότερη από τον μέσο όρο για τους άλλους εργαζομένους, γεγονός ιδιαίτερης σημασίας για τον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με άλλους Οργανισμούς. Επομένως, η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης και η κατανόηση των παραμέτρων της και των συνεπειών της είναι σημαντική για οποιονδήποτε οργανισμό<sup>129</sup>



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΑΙΔΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

#### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές ιδιαίτερα των ΜΕΘ βιώνουν έντονο άγχος και κατάθλιψη γιατί καλούνται να ασκήσουν τα καθήκοντά τους μέσα σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον τόσο σε επίπεδο τεχνογνωσίας και άμεσης διαγνωστικής παρέμβασης όσο και πολύπλοκων διαπροσωπικών σχέσεων και συνεργασίας.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της ύπαρξης και του βαθμού έντασης του άγχους και της κατάθλιψης νοσηλευτικού προσωπικού (ΝΠ) που εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Παίδων και Ενηλίκων.

#### ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

1. **H<sub>1</sub>:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων άγχους μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ Ενηλίκων και ΜΕΘ Παίδων
2. **H<sub>2</sub>:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ Ενηλίκων και ΜΕΘ Παίδων
3. **H<sub>3</sub>:** Το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ ενηλίκων και παιδών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους
4. **H<sub>4</sub>:** Το νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ ενηλίκων και παιδών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης

## **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

### **Δείγμα της μελέτης**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων, Παιδιατρικές και Νεογνών. Για λόγους στατιστικής ευκολίας οι Παιδιατρικές ΜΕΘ και οι ΜΕΘ Νεογνών θεωρήθηκαν ΜΕΘ Παιδιατρικές και εξετάστηκαν ως ενιαίος πληθυσμός.

### **Κριτήρια επιλογής του δείγματος**

Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της μη τυχαίας δειγματοληψίας (δείγμα ευκολίας). Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα: Νοσηλευτές Πανεπιστημιακής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και Βοηθοί Νοσηλευτών, που ήταν μόνιμοι ή συμβασιούχοι υπάλληλοι, με απασχόληση τουλάχιστον για ένα έτος στη ΜΕΘ και ασκούσαν κλινικά ή διοικητικά καθήκοντα στη ΜΕΘ.

Το μέγεθος του δείγματος προσδιορίστηκε σύμφωνα με το επιθυμητό επίπεδο στατιστικής ισχύος, το εκτιμώμενο μέγεθος της συσχέτισης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $\alpha$ ).<sup>166</sup> Ως επίπεδο στατιστικής ισχύος επιλέχθηκε το 80%, το οποίο θεωρείται ως ικανοποιητικό για την ελάττωση της πιθανότητας μη ανάμειξης μιας πραγματικά ισχύουσας συσχέτισης και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $\alpha$ ) επιλέχθηκε το 0,05.<sup>167</sup> Το κατάλληλο μέγεθος του δείγματος όπως υπολογίστηκε από τους πίνακες στατιστικής ισχύος του Cohen ήταν 385 άτομα. Για το λόγο αυτό διανεμήθηκαν 450 ερωτηματολόγια από τα οποία επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 394 (ποσοστό απαντητικότητας 87,5%), ξεπερνώντας το ελάχιστο όριο απαντητικότητας που σύμφωνα με τους Verran et al τοποθετείται στο 50%.<sup>168</sup>

### **Τόπος και χρόνος της μελέτης**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τρία(3) παιδιατρικά νοσοκομεία της Αττικής που διαθέτουν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Μονάδα Προώρων καθώς και σε επτά(7) Γενικά Νοσοκομεία της Αττικής εκ των οποίων τα δύο ήταν Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από τον ίδιο τον ερευνητή σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν στην πρωινή βάρδια. Ο προϊστάμενος του

τμήματος αναλάμβανε να διανέμει τα ερωτηματολόγια στις υπόλοιπες βάρδιες καθώς και σε όλο το προσωπικό. Μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, οι συμμετέχοντες τα παρέδιδαν στον προϊστάμενο του τμήματος μέσα σε φάκελο, ο οποίος τα παρέδιδε στον ερευνητή. Η μελέτη διήρκησε έξι(6) μήνες, από το Φεβρουάριο 2010 έως τον Αύγουστο 2010.

### **Θέματα ηθικής της μελέτης**

Πριν την έναρξη της μελέτης, προηγήθηκε αίτηση προς τα Επιστημονικά Συμβούλια των Νοσοκομείων, έτσι ώστε να δοθεί η αντίστοιχη άδεια διεξαγωγής της μελέτης.

Κάθε ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από επιστολή στην οποία αναφερόταν ο σκοπός της μελέτης και η ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς επίσης και η δέσμευση από τον ερευνητή ότι σε καμία περίπτωση δεν θα κοινοποιηθεί το νοσοκομείο διεξαγωγής της μελέτης. Επίσης διευκρινίζονταν ότι η συμμετοχή όλων ήταν εθελοντική και ότι είχαν τη δυνατότητα αποδέσμευσης από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία επίπτωση. Ως συγκατάθεση των συμμετεχόντων στην ερευνητική εργασία θεωρήθηκε η συμφωνία συμπλήρωσης και επιστροφής αυτού μέσα σε κλειστό φάκελο που παραδίδονταν στον προϊστάμενο του τμήματος.

### **Το εργαλείο της μελέτης**

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν α) Ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, που περιελάμβανε κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κ.λπ καθώς και στοιχεία που αφορούσαν την επαγγελματική δραστηριότητα όπως επαγγελματική εμπειρία, είδος τμήματος, βάρδια, αριθμός ασθενών που νοσηλεύουν κ.λπ β) Η κλίμακα μέτρησης του άγχους Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) και γ) Η κλίμακα υπολογισμού του βαθμού κατάθλιψης Zung Self-Rating Depression Scale (SDS). Και οι δύο κλίμακες είναι ευρέως χρησιμοποιούμενες τόσο στον ελληνικό όσο και το διεθνή χώρο από επαγγελματίες υγείας για τη διερεύνηση και το βαθμό άγχους και κατάθλιψης.

1. Η **Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)**, αποτελείται επίσης από 20 ερωτήσεις και χρειάζονται περίπου 10 λεπτά για την συμπλήρωσή της. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με κλίμακα 4 σημείων τύπου Likert βασισμένη σε 1: σπάνια ή

καθόλου, 2: που και που, 3: συχνά και 4: σχεδόν πάντα. Από τις ερωτήσεις της κλίμακας οι 5 βαθμολογούνται αρνητικά και το 4 αντιπροσωπεύει την πιο δυσμενή απάντηση. Η συνολική βαθμολογία κατηγοριοποιείται σε δυο επίπεδα ψυχολογικής κατάστασης. Η συνολική βαθμολογία κάτω από 50 θεωρείται μη ψυχοπαθολογικά σημαντική, ενώ η βαθμολογία πάνω από 50 υποδηλώνει την παρουσία άγχους. Συγκεκριμένα βαθμολογία 20-44 θεωρείται φυσιολογική κατάσταση ή απουσία άγχους, 45-59 ήπια έως μέτρια επίπεδα άγχους, 60-74 σοβαρά επίπεδα άγχους και πάνω από 75 θεωρείται ακραία επίπεδα άγχους.<sup>169</sup>

2. Η **Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS ή SDS)** είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς που αποτελείται από 20 ερωτήσεις και χρησιμοποιείται ευρέως ως διαγνωστικό εργαλείο ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων, που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Χρειάζονται και για αυτή την κλίμακα περίπου 10 λεπτά για τη συμπλήρωσή της και οι ερωτήσεις τοποθετούνται ως αρνητικές ή θετικές δηλώσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με κλίμακα 4 σημείων τύπου Likert βασιζόμενη σε 1: σπάνια ή καθόλου, 2: που και που, 3: συχνά και 4: σχεδόν πάντα. Το συνολικό σκορ προκύπτει προσθέτοντας τον βαθμό κάθε ερώτησης και ποικίλει από το 20-80. Το σύνολο της βαθμολογίας παρέχει ενδεικτικές διακυμάνσεις για τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, η οποία μπορεί να είναι χρήσιμη για κλινικούς και διαγνωστικούς σκοπούς. Αναλυτικότερα, η συνολική βαθμολογία ταξινομείται σε τέσσερα επίπεδα για να παρουσιάσει μια σφαιρική κλινική εκτίμηση της κατάθλιψης. Συγκεκριμένα βαθμολογίες 20-49 θεωρούνται ως φυσιολογική κατάσταση ή απουσία κατάθλιψης, 50-59 ως ήπιας έντασης κατάθλιψη, 60-69 ως μέτριας έντασης κατάθλιψη και πάνω 70 ως σοβαρής έντασης κατάθλιψη.<sup>170-178</sup>

### **Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης δεδομένων**

Στα νοσοκομεία επιλογής διανεμήθηκαν συνολικά 450 ερωτηματολόγια από τα οποία επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 394 (ποσοστό απαντητικότητας 87,5%). Όλα τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν ελέγχθηκαν για την ολοκληρωμένη συμπλήρωσή τους. Κανένα από τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν δεν εμφάνισε ελλιπή συμπλήρωση των κλιμάκων. Η επεξεργασία των δεδομένων και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με τη χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου SPSS 19.0.

Για λόγους στατιστικής ευκολίας οι Παιδιατρικές ΜΕΘ και οι ΜΕΘ Νεογνών θεωρήθηκαν ΜΕΘ Παιδιατρικές και εξετάστηκαν ως ενιαίος πληθυσμός.

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική. Αναφέρονται η συχνότητα, η μέση τιμή (mean), η τυπική απόκλιση (standard deviation) και το τυπικό σφάλμα (standard error) των μεταβλητών. Οι αριθμητικές μεταβλητές περιγράφονται ως μέσοι όροι  $\pm 1$  τυπική απόκλιση. Οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται ως συχνότητες και ποσοστά %. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε σε  $\alpha=0,05$ . Η κατανομή των μεταβλητών ελέγχθηκε ως προς την κανονικότητά της και τα μετρικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων προσδιορίστηκαν με τη μελέτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής και τη χρήση του συντελεστή Cronbach's  $\alpha$ . Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο  $p<0,05$ .

Η κανονικότητα των κατανομών εκτιμήθηκε με τον έλεγχο Kolmogorov – Smirnov και γραφικές μεθόδους. Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής του δείγματος σε δεδομένη συνεχή κατανομή, εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov Test). Από τους ελέγχους κανονικότητας που πραγματοποιήθηκαν με τους μέσους όρους των βαθμολογιών στις δύο κλίμακες μέτρησης άγχους και κατάθλιψης (Zung Self-Rating Anxiety Scale και Zung Self-Rating Depression Scale) διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα ακολουθούσαν μη κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση των σχέσεων δύο ή περισσότερων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε επαγωγική στατιστική. Για την ανίχνευση των διαφορών των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών με τους μέσους όρους των βαθμολογιών των κλιμάκων SAS και SDS, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι δύο ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών, Kruskal Wallis και Mann Whitney U test.

Για τη διερεύνηση των διμεταβλητών συσχετίσεων μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Kendall's tau<sub>p</sub>. Η συσχέτιση θεωρήθηκε α) ασθενής, όταν η απόλυτη τιμή του συντελεστή συσχέτισης κυμαίνονταν έως 0,3, β) μέτρια, όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνονταν από 0,30 έως 0,50 και ισχυρή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ήταν από 0,50 ως 0,70.

Για τη διερεύνηση των στατιστικά σημαντικών γραμμικών συσχετίσεων για όλα τα ζεύγη των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Kendall's tau<sub>p</sub> γιατί θεωρείται πιο ευαίσθητος έλεγχος συσχετίσεων σε μικρό αριθμό

δείγματος. Ο συντελεστής του Kendall υπολογίζεται με βάση τις τάξεις μεγέθους των δεδομένων και επιτρέπει την ελευθερία ως προς τη μη ικανοποίηση της κανονικότητας των μεταβλητών.

Επίσης ο συντελεστής του Kendall μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στην περίπτωση που έχουμε κατηγορικές μεταβλητές οι οποίες όμως είναι υποχρεωτικά σε κλίμακα διάταξης. Είναι δηλαδή διατακτικές κατηγορικές μεταβλητές. Αν το παρατηρηθέν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι μικρότερο του 0.05 η υπόθεση απορρίπτεται.

Οι τιμές που μπορεί να πάρει ένας συντελεστής συσχέτισης είναι από -1 έως +1. Αρνητικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης δύο μεταβλητών σημαίνει ότι έχουμε την ύπαρξη αρνητικής γραμμικής συσχέτισης. Δηλαδή, οι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αντιστοιχούν στις μικρότερες τιμές της άλλης μεταβλητής. Θετικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης είναι ένδειξη θετικής γραμμικής συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Δηλαδή, οι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αντιστοιχούν στις μεγαλύτερες τιμές της άλλης μεταβλητής. Τιμές κοντά στο μηδέν αποτελούν ένδειξη ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Όσο πιο μεγάλες είναι οι τιμές του συντελεστή, ή όσο πιο κοντά βρίσκονται στη μονάδα (σε απόλυτη τιμή πάντα), τόσο πιο ισχυρή είναι η γραμμική συσχέτιση μεταξύ τους.

### **Μετρικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων**

Η αξιοπιστία των κλιμάκων SAS και SDS που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη, υπολογίστηκε με τον συντελεστή Cronbach's  $\alpha$  που αποτελεί μέτρο της εσωτερικής συνοχής των εργαλείων.

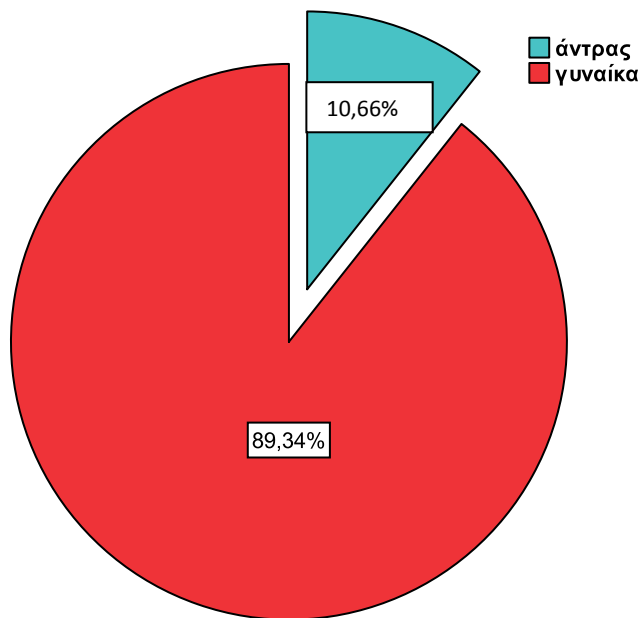
Ο συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  για την κλίμακα SAS βρέθηκε να είναι 0,72 ενώ για την κλίμακα SDS υπολογίστηκε ότι είναι 0,75. Σύμφωνα με τον Helmstadter ένας συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής μεγαλύτερος από 0,6 θεωρείται αποδεκτός όταν μια κλίμακα μέτρησης χρησιμοποιείται για τη σύγκριση μεταξύ ομάδων πληθυσμού.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

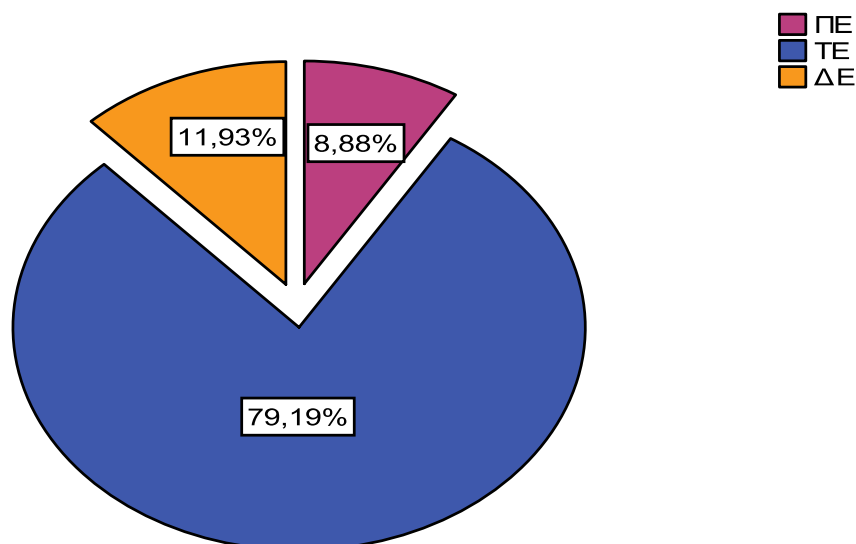
### Περιγραφικά αποτελέσματα

Από τα 394 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού που πήραν μέρος στη μελέτη το 56,1% (n=221) ήταν νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονταν σε ΜΕΘ ενηλίκων καθώς επίσης το 89,3% (n=352) του δείγματος ήταν γυναίκες (Γράφημα 1), το 81,7% (n=322) ήταν ηλικίας >40 ετών, το 47,2% (n=186) ήταν άγαμοι ενώ το 79,2% (n=312) ήταν Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Γράφημα 2).

Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο



**Γράφημα 2. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού προσωπικού**

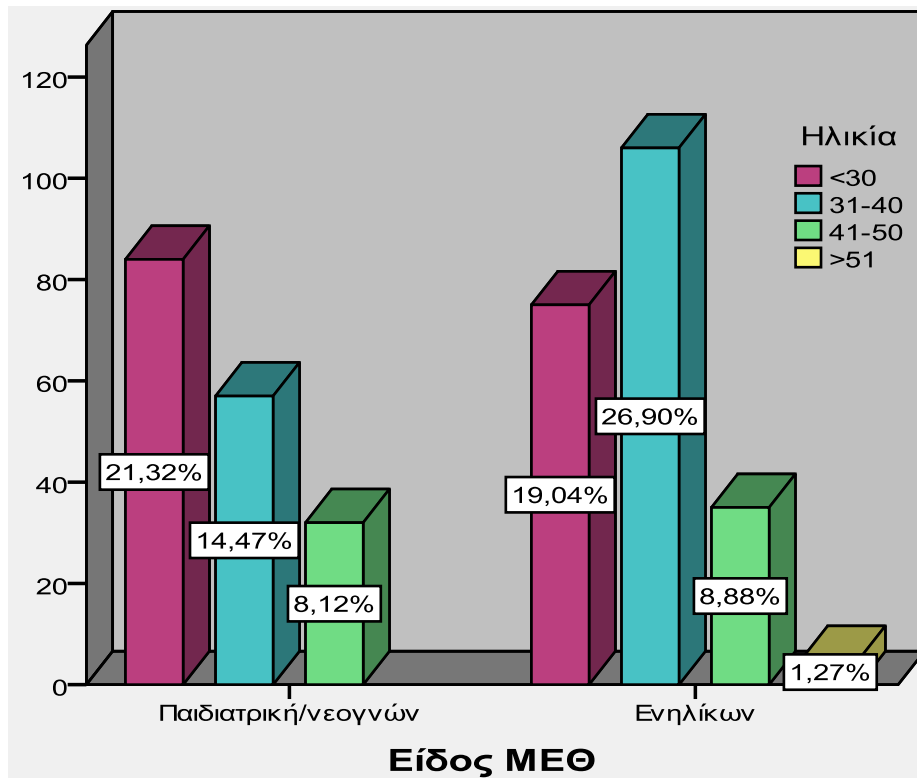


Για λόγους ευκολίας στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, η ηλικία του δείγματος ομαδοποιήθηκε σε τέσσερις(4) ομάδες ανά δεκαετία, ξεκινώντας από την ομάδα με ηλικίες συνολικά κάτω από 30 έτη (<30 έτη) και φτάνοντας μέχρι την τέταρτη ομάδα στην οποία συμπεριλαμβάνονταν άτομα πάνω από 50 ετών (>50 έτη). Επίσης η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων ομαδοποιήθηκε σε ομάδες που εναλλάσσονταν ανά πενταετία, αρχίζοντας από το ένα έτος και καταλήγοντας σε προϋπηρεσία νοσηλευτικού προσωπικού πάνω από 30 έτη (>30 έτη).

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει ότι στις παιδιατρικές/νεογνών ΜΕΘ εργάζεται περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό κάτω των 30 ετών (21,3%), ενώ στις ΜΕΘ ενηλίκων το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 30-40 ετών (26,9%) καθώς επίσης παρατηρείται νοσηλευτικό προσωπικό που να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα πάνω από 50 ετών (1,27%) γεγονός που δεν παρατηρείται στις Παιδιατρικές/Νεογνών ΜΕΘ (Γράφημα 3).



**Γράφημα 3. Κατανομή του δείγματος ανά είδος ΜΕΘ και ηλικιακή ομάδα**



Στον Πίνακα 1 φαίνεται η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανά είδος ΜΕΘ που εργάζεται και των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του. Η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται τόσο σε ΜΕΘ Παιδιατρικές/Νεογνών (85,5%) όσο και σε ΜΕΘ ενηλίκων (47,2%) είναι νοσηλευτές ΤΕ. Το 41,5% των νοσηλευτών (ΠΕ,ΤΕ) στις ΜΕΘ Παιδιατρικές/Νεογνών έχουν παρακολουθήσει παιδιατρική νοσηλευτική ειδικότητα και το 10,9% των νοσηλευτών (ΠΕ,ΤΕ) που εργάζονται σε ΜΕΘ ενηλίκων είναι κάτοχοι ΜSc. Το μεγαλύτερο δε ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού και στα δύο είδη ΜΕΘ εργάζεται με κυκλικό ωράριο

**Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα Δημογραφικά και επαγγελματικά του χαρακτηριστικά ανά είδος ΜΕΘ**

Δημογραφικά - επαγγελματικά Χαρακτηριστικά δείγματος		Είδος ΜΕΘ	
		n (%)	
		Παιδιατρική/νεογνών	Ενηλίκων
Φύλο	Άντρες	10 (5,8%)	32 (14,5%)
	Γυναίκες	163 (94,2%)	189 (85,5%)
Ηλικία (έτη)	<30	84 (48,6%)	75 (33,9%)
	31-40	57 (32,9%)	106 (48%)
	41-50	32 (18,5%)	35 (15,8%)
	>51	0	5 (2,3%)
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	71 (41%)	104 (47,1%)
	άγαμος	92 (53,2%)	94 (42,5%)
	διαζευγμένος	8 (4,6%)	17 (7,7%)
	συμβίωση	2 (1,2%)	6 (2,7%)
Παιδιά	ναι	51 (29,5%)	82 (37,1%)
	όχι	122 (70,5%)	139 (62,9%)
Επίπεδο εκπαίδευσης	ΠΕ	18 (10,4%)	17 (7,7%)
	ΤΕ	148 (85,5%)	164 (47,2%)
	ΔΕ	7 (4%)	40 (18,1%)
Μεταπτυχιακές Σπουδές	νοσηλευτική ειδικότητα	72 (41,6%)	52 (23,5%)
	εξειδίκευση	20 (11,6%)	1 (0,5%)
	MSc	8 (4,6%)	24 (10,9%)
	Τίποτε από τα παραπάνω	73 (42,2%)	144 (65,2%)
Θέση στο τμήμα	προϊστάμενος	3 (1,7%)	0
	αναπληρωτής προϊστάμενος	8 (4,6%)	12 (5,4%)
	νοσηλεύτης	155 (89,6%)	169 (76,5%)
	βοηθός νοσηλεύτη	7 (4%)	40 (18,1%)
Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/βοηθός νοσηλεύτη (σε έτη)	1-5	68 (39,3%)	71 (32,1%)
	6-10	24 (13,9%)	31 (14%)
	11-15	49 (28,3%)	80 (36,2%)
	16-20	21 (12,1%)	17 (7,7%)

	<b>21-25</b>	8 (4,6%)	18 (8,1%)
	<b>26-30</b>	3 (1,7%)	0
	<b>&gt;30</b>	0	4 (1,8%)
<b>Βάρδια εργασίας με ωράριο</b>	<b>πρωινό</b>	11 (6,4%)	14 (6,3%)
	<b>απογευματινό</b>	0	13 (5,9%)
	<b>Κυκλικό</b>	162 (93,6%)	194 (87,8%)

Όπως παρατηρείται από την περιγραφική στατιστική ανάλυση των χαρακτηριστικών του τρόπου εργασίας του δείγματος στον Πίνακα 1, το 93,6% του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ παιδιατρική/νεογνών καθώς και το 87,8% αυτών που εργάζονται σε ΜΕΘ ενηλίκων κάνει κυκλικό ωράριο εργασίας.

Το 31,8% του δείγματος του ΝΠ που προέρχεται από ΜΕΘ Παιδιατρικές/νεογνών εργάζεται κατά μέσο όρο 6 νυχτερινές βάρδιες το μήνα και το 59,5% εργάζεται τέσσερις(4) ημέρες εργασίας τα Σαββατοκύριακα το μήνα (δηλαδή 2 Σαββατοκύριακα το μήνα) (Πίνακας 2),

**Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά του τρόπου εργασίας του δείγματος ανά είδος ΜΕΘ**

Χαρακτηριστικά τρόπου εργασίας δείγματος		Είδος ΜΕΘ	
		n (%)	
		Παιδιατρική/νεογνών	Ενηλίκων
<b>Βάρδια εργασίας με ωράριο</b>	<b>πρωινό</b>	11 (6,4%)	14 (6,3%)
	<b>απογευματινό</b>	0	13 (5,9%)
	<b>Κυκλικό</b>	162 (93,6%)	194 (87,8%)
<b>Μέσος όρος Νυκτερινές βάρδιες/μήνα</b>	<b>0</b>	8 (4,6%)	11 (5,4%)
	<b>1</b>	2 (1,2%)	5 (2,4%)
	<b>2</b>	4 (2,3%)	4 (2%)
	<b>3</b>	3 (1,7%)	1 (0,5%)
	<b>4</b>	53 (30,6%)	53 (25,9%)
	<b>5</b>	4 (2,3%)	26 (12,7%)
	<b>6</b>	55 (31,8%)	45 (22%)
	<b>7</b>	0	5 (2,4%)
	<b>8</b>	29 (16,8%)	53 (25,9%)

	9	1(0,6%)	0	
	10	11 (6,4%)	2 (1%)	
	12	3 (1,7%)	0	
Μέσος όρος ημερών εργασίας τα Σαββατοκύριακο/μήνα	0	3 (1,7%)	6 (2,7%)	
	1	6 (3,5%)	3 (1,4%)	
	2	34 (19,7%)	90 (40,7%)	
	3	0	29 (13,1%)	
	4	103 (59,5%)	43 (19,5%)	
	5	1 (6%)	7 (3,2%)	
	6	12 (6,9%)	29 (13,1%)	
	7	0	5 (2,3%)	
	8	14 (8,1%)	9 (4,1%)	
	Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ το πρωινό	2	0	12 (5,4%)
		4	116 (67,1%)	33 (14,9%)
5		3 (1,7%)	14 (6,3%)	
6		54 (31,2%)	3 (1,4%)	
8		0	49 (22,2%)	
10		0	110 (49,8%)	
Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ το απόγευμα	2	0	29 (13,3%)	
	3	119 (68,8%)	26 (11,9%)	
	4	54 (31,2%)	7 (3,2%)	
	5	0	153 (70,2%)	
	8	0	3 (1,4%)	
Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ τη νύχτα	2	0	62 (28,4%)	
	3	172 (100%)	0	
	4	0	46 (21,1%)	
	5	0	107 (49,1%)	
	8	0	3 (1,4%)	

<b>Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα</b>	<b>Mean</b>	14,5	10,96
	<b>Min-max</b>	4-24	3-25
	<b>SD</b>	6,919	3,458

Στον Πίνακα 2α φαίνεται ότι το ΝΠ των ΜΕΘ Παίδων εργάζεται κατά μέσο όρο 5,6 (SD=2,44) ημέρες νυχτερινή βάρδια το μήνα και 4 (SD=1,72) περίπου ημέρες Σαββατοκύριακα το μήνα.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, το 29,9% του ΝΠ που προέρχεται από ΜΕΘ ενηλίκων εργάζεται αντίστοιχα κατά μέσο όρο τέσσερις(4) ή οκτώ(8) νυχτερινές βάρδιες το μήνα και το 40,7% εργάζεται δύο(2) ημέρες εργασίας τα Σαββατοκύριακα το μήνα (δηλαδή 1 Σαββατοκύριακο το μήνα).

**Πίνακας 2α. Χαρακτηριστικά του τρόπου εργασίας του δείγματος σε ΜΕΘ Παιδιατρικές/νεογνών**

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>
<b>Μέσος όρος Νυκτερινές βάρδιες/μήνα</b>	173	0	12	5,60	2,442
<b>Μέσος όρος ημερών εργασίας τα Σαββατοκύριακο/μήνα</b>	173	0	8	3,90	1,721
<b>Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού το πρωινό</b>	173	4	6	4,64	0,927
<b>Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού το απόγευμα</b>	173	3	4	3,31	0,465
<b>Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού τη νύχτα</b>	172	3	3	3,00	0,000
<b>Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα</b>	173	4	24	14,50	6,919

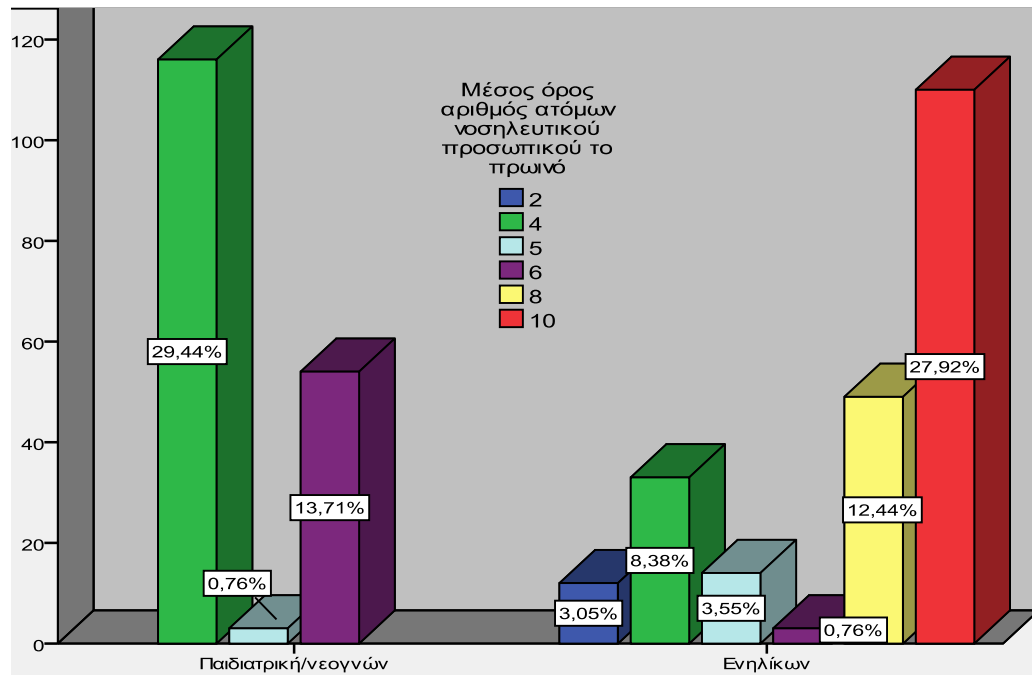
Στον Πίνακα 2β φαίνεται ότι το ΝΠ των ΜΕΘ ενηλίκων εργάζεται κατά μέσο όρο 5,4 (SD=2,22) ημέρες νυχτερινή βάρδια το μήνα και 3,43 (SD=1,849) περίπου ημέρες Σαββατοκύριακα το μήνα.

**Πίνακας 2β. Χαρακτηριστικά του τρόπου εργασίας του δείγματος σε ΜΕΘ Ενηλίκων**

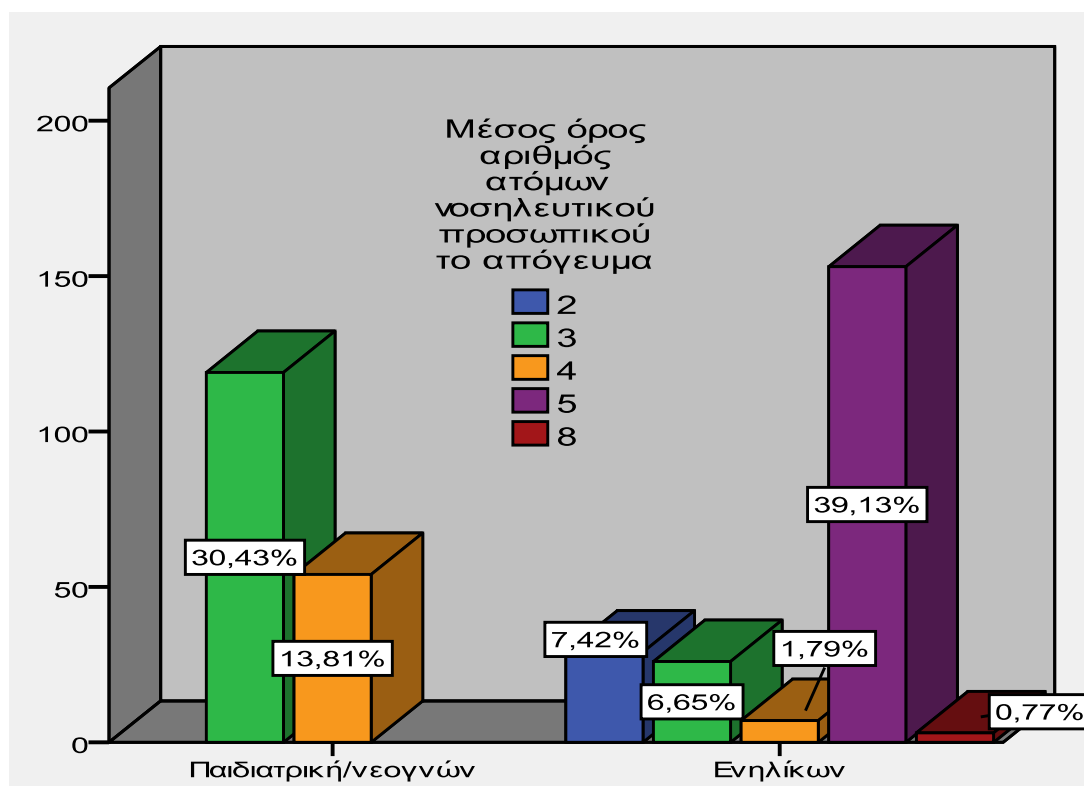
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Μέσος όρος Νυκτερινές βάρδιες/μήνα	205	0	10	5,40	2,222
Μέσος όρος ημερών εργασίας τα Σαββατοκύριακο/μήνα	221	0	8	3,43	1,849
Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού το πρωινό	221	2	10	7,86	2,640
Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού το απόγευμα	218	2	8	4,37	1,201
Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού τη νύχτα	218	2	8	3,98	1,363
Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα	221	3	25	10,96	3,458

Επίσης όπως φαίνεται στους Πίνακες 2, 2α , 2β αλλά και στα Γραφήματα 4 και 5 υπάρχει μεγάλη διαφορά στο ΝΠ που εργάζεται σε κάθε βάρδια στους δύο διαφορετικούς τύπους ΜΕΘ. Η πρωινή βάρδια στις ΜΕΘ παιδιατρικές/νεογνών στελεχώνεται κατά 67,1% από 4 άτομα ΝΠ, ενώ η ΜΕΘ ενηλίκων κατά 49,8% από 10 άτομα ΝΠ. Στην απογευματινή και νυχτερινή βάρδια οι ΜΕΘ παιδιατρικές/νεογνών έχουν από τρία(3) άτομα ΝΠ ενώ οι ΜΕΘ ενηλίκων έχουν πέντε(5) άτομα στο μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων.

**Γράφημα 4. Ποσοστό απαντήσεων που αφορούν μέσο όρο ατόμων ΝΠ που εργάζονται σε πρωινό ωράριο ανά είδος ΜΕΘ**



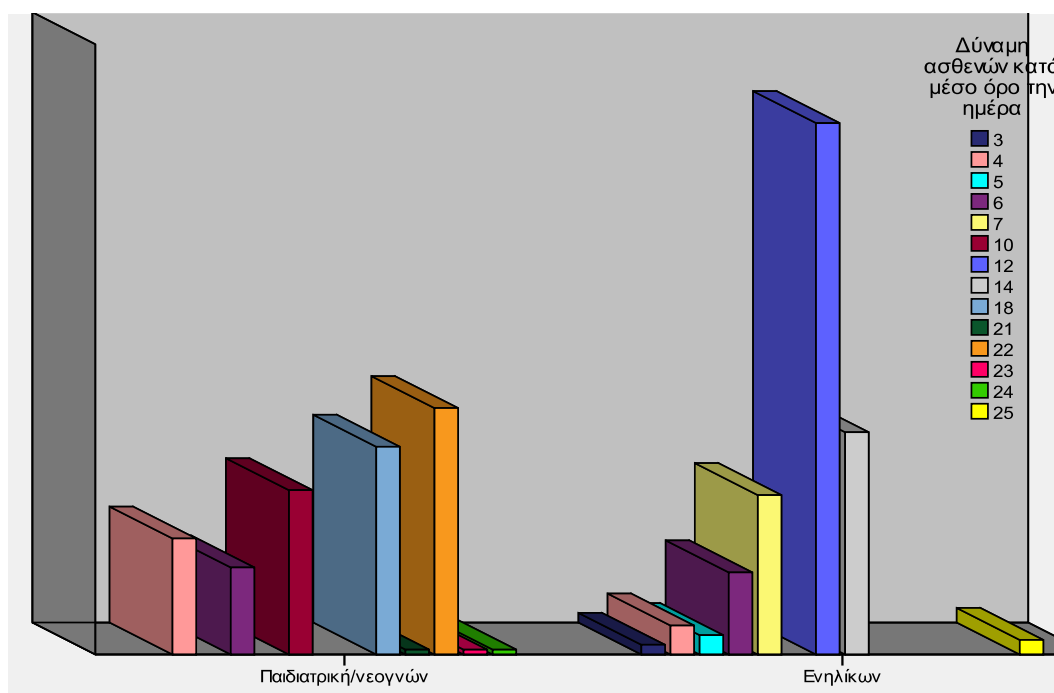
**Γράφημα 5. Ποσοστό απαντήσεων που αφορούν μέσο όρο ατόμων ΝΠ που εργάζονται σε απογευματινό ωράριο ανά είδος ΜΕΘ**



Διαφορετική είναι επίσης και η δύναμη των ασθενών που νοσηλεύουν κατά μέσο όρο τα δύο διαφορετικά είδη ΜΕΘ. Στις ΜΕΘ παιδιατρικές/νεογνών νοσηλεύονται κατά μέσο όρο 14,5 ασθενείς ημερησίως, ενώ στις ΜΕΘ ενηλίκων νοσηλεύονται περίπου 11 ασθενείς την ημέρα (Πίνακας 2α,2β Γράφημα 6).



**Γράφημα 6. Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο ημερησίως ανά είδος ΜΕΘ**



### **Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης των Κλιμάκων SAS και SDS**

Από την περιγραφική στατιστική ανάλυση των κλιμάκων προκύπτει ότι στο σύνολό του το ΝΠ που συμμετείχε στη μελέτη δεν εμφανίζει επίπεδα άγχους ( $mean_{SAS}=38,48$   $SD=7,9$ ) αλλά ούτε και επίπεδα κατάθλιψης ( $mean_{SDS} =46,15$ ,  $SD=5,58$ ). Το ίδιο παρατηρείται και σε επιμέρους ανάλυση του δείγματος ανά είδος ΜΕΘ (Πίνακες 3,4).

Στο Γράφημα 7 φαίνεται ότι το 82,1% ( $n=144$ ) του ΝΠ που εργάζεται σε ΜΕΘ παιδιατρική/νεογνών εμφανίζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους. Αντίστοιχα στο ίδιο Σχήμα εμφανίζεται το 81% ( $n=179$ ) του ΝΠ σε ΜΕΘ ενηλίκων να βιώνει κατάσταση απουσίας άγχους επίσης.

Στο Γράφημα 8 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του ΝΠ των ΜΕΘ παιδιατρικών/νεογνών (82%,  $n=142$ ) καθώς και των ΜΕΘ ενηλίκων (81,4%  $n=180$ ) δεν βιώνει καθόλου κατάθλιψη.

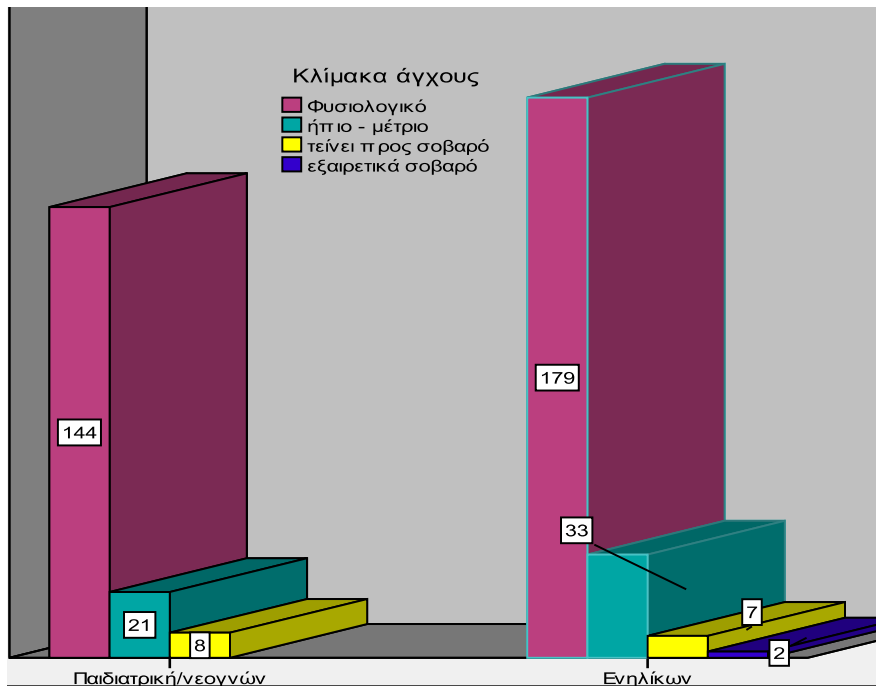
**Πίνακας 3. Περιγραφική στατιστική ανάλυση κλίμακας SAS**

Περιγραφική Στατιστική ανάλυση κλίμακας SAS	Τιμή κλίμακας SAS στο σύνολο του δείγματος	ΜΕΘ Παιδιατρική/νεογνών SAS	ΜΕΘ Ενηλίκων SAS
<b>n</b>	394	<b>173</b>	<b>221</b>
<b>Mean</b>	39,21 Φυσιολογικό Άγχος	<b>38,48</b> Φυσιολογικό Άγχος	<b>39,77</b> Φυσιολογικό Άγχος
<b>Minimum</b>	24 Φυσιολογικό Άγχος	<b>24</b> Φυσιολογικό Άγχος	<b>24</b> Φυσιολογικό Άγχος
<b>Maximum</b>	77 Ακραίο επίπεδο άγχους	<b>63</b> Σοβαρό επίπεδο άγχους	<b>77</b> Ακραίο επίπεδο άγχους
<b>SD</b>	7,9	<b>7,743</b>	7,99
<b>Std Error</b>	0,398	<b>0,589</b>	0,538

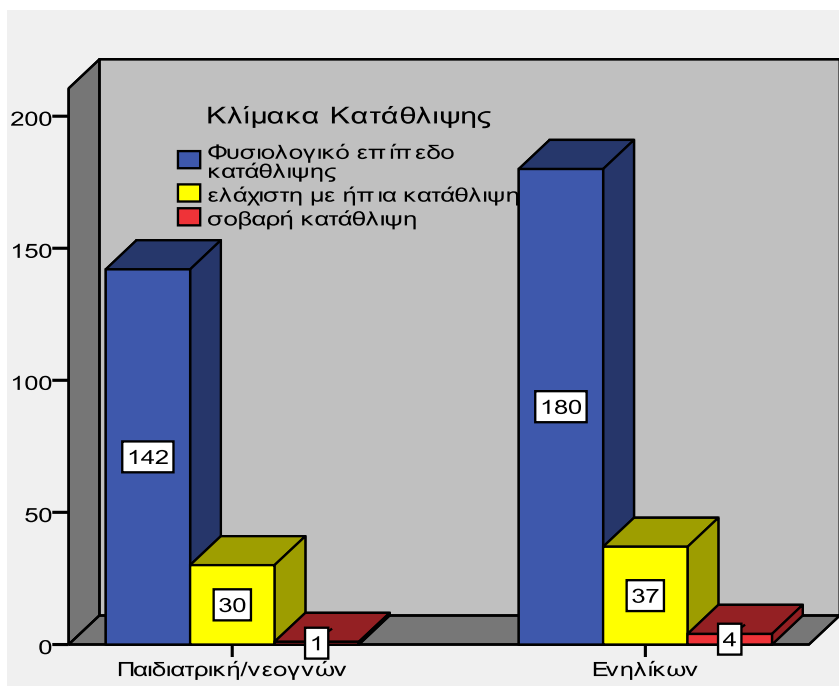
**Πίνακας 4. Περιγραφική στατιστική ανάλυση κλίμακας SDS**

Περιγραφική Στατιστική ανάλυση κλίμακας SDS	Τιμή κλίμακας SDS στο σύνολο του δείγματος	ΜΕΘ Παιδιατρική/νεογνών SDS	ΜΕΘ Ενηλίκων SDS
<b>n</b>	394	<b>173</b>	221
<b>Mean</b>	46,15 Απουσία κατάθλιψης	<b>46,4</b> Απουσία κατάθλιψης	45,93 Απουσία κατάθλιψης
<b>Minimum</b>	34 Απουσία κατάθλιψης	<b>36</b> Απουσία κατάθλιψης	34 Απουσία κατάθλιψης
<b>Maximum</b>	71 Σοβαρής έντασης κατάθλιψη	<b>71</b> Σοβαρής έντασης κατάθλιψη	71 Σοβαρής έντασης κατάθλιψη
<b>SD</b>	5,58	<b>4,92</b>	6,047
<b>Std Error</b>	0,281	<b>0,374</b>	0,407

**Γράφημα 7. Βαθμός έντασης άγχους του δείγματος ανά είδος ΜΕΘ**



**Γράφημα 8. Βαθμός έντασης κατάθλιψης του δείγματος ανά είδος ΜΕΘ**



## Στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών

Στον Πινάκα 5 αναφέρονται όλες οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν στα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στη μέση τιμή του συνολικού άγχους και της κατάθλιψης.

Όσον αφορά τον βαθμό συσχέτισης της κλίμακας του άγχους Zung SAS με τις ανεξάρτητες μεταβλητές των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών δεν βρέθηκε να εμφανίζονται στατιστικές συσχετίσεις ( $p > 0,05$ ) στα περισσότερα από τα χαρακτηριστικά του ΝΠ.

Σημαντική είναι η μη εύρεση στατιστικής συσχέτισης μεταξύ του ΝΠ που εργάζεται στα δυο διαφορετικά είδη ΜΕΘ ( $\tau_b = 0,026$ ,  $p = 0,394$ ) αλλά και στη θέση στο τμήμα ( $\tau_b = -0,010$ ,  $p = 0,843$ ) και την προϋπηρεσία ως ΝΠ ( $\tau_b = 0,025$ ,  $p = 0,581$ ) (Πίνακας 5).

Παρατηρήθηκε όμως ισχυρά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού άγχους μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $\tau_b = 0,159$ ,  $p = 0,001$ ). Οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό στην κλίμακα μέτρησης άγχους ( $\text{mean} = 39,47$ ,  $\text{SD} = 8,154$ ) από τους άνδρες ( $\text{mean} = 37,07$ ,  $\text{SD} = 4,871$ ), των οποίων όμως και οι μέσες τιμές είναι μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα μη ύπαρξης άγχους (Πίνακας 5, Γράφημα 8)

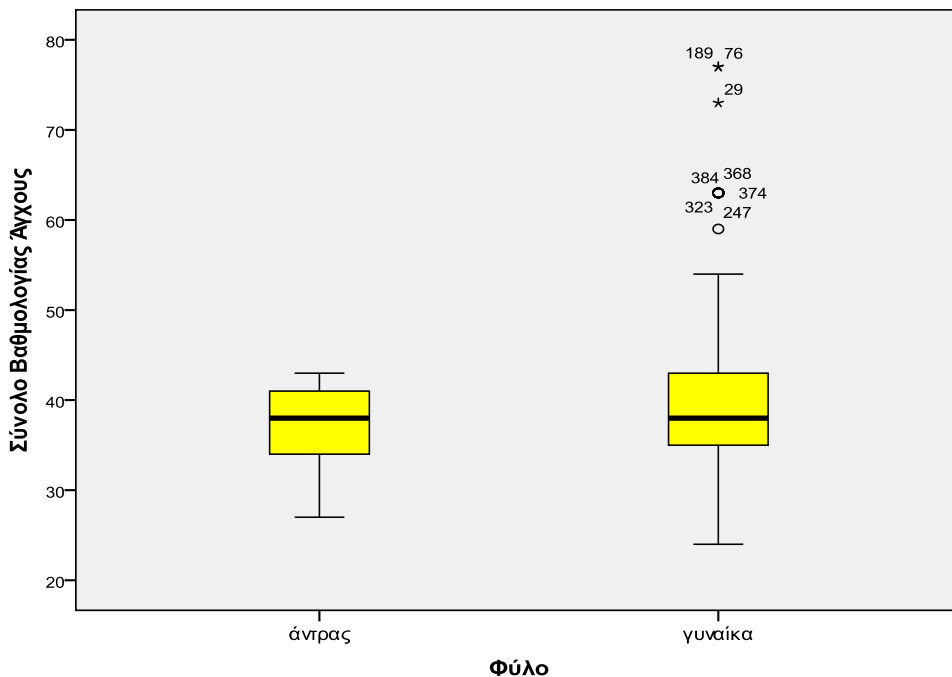
**Πίνακας 5. Σύγκριση των μέσων τιμών του βαθμού έντασης του άγχους και της κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά του χαρακτηριστικά**

Δημογραφικά - επαγγελματικά Χαρακτηριστικά δείγματος		Βαθμός Άγχους mean (SD)	Συσχέτιση Kendall's tau_b tau_b, p	Βαθμός Κατάθλιψης mean (SD)	Συσχέτιση Kendall's tau_b tau_b, p
Είδος ΜΕΘ	Παιδιατρική/ νεογνών	38,49 (7,743)	0,026 $p = 0,394$	46,44 (4,92)	0,011 $p = 0,899$
	Ενηλίκων	39,77 (7,992)		45,93 (6,047)	
Φύλο	Άντρες	37,07 (4,871)	0,159** $p = 0,001$	47,14 (8,08)	0,025 $p = 0,612$
	Γυναίκες	39,47 (8,154)		46,03 (5,206)	
Ηλικία (έτη)	<30	39,01 (6,745)	0,039 $p = 0,404$	46,7 (4,19)	0,055 $p = 0,248$
	31-40	39,01 (8,785)		45,81 (6,42)	

	<b>41-50</b>	39,6 (8,172)		45,93 (6,113)	
	<b>&gt;51</b>	38,6 (10,09)		42,8 (6,34)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>έγγαμος</b>	39,88 (7,957)	0,004 p=0,939	45,81 (6,23)	0,002 p=0,963
	<b>άγαμος</b>	38 (6,906)		46,31 (4,379)	
	<b>διαζευγμένος</b>	43,96 (11,946)		47,64 (8,17)	
	<b>συμβίωση</b>	37,88 (6,875)		45,5 (5,8)	
<b>Παιδιά</b>	<b>ναι</b>	39,34 (6,81)	0,059 p=0,235	45,67 (6,56)	-0,040 p=0,425
	<b>όχι</b>	39,15 (8,41)		46,4 (5,00)	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	<b>ΠΕ</b>	36,94 (6,202)	-0,005 p=0,924	46,51 (3,30)	0,136** p=0,005
	<b>ΤΕ</b>	39,67 (8,208)		45,94 (5,91)	
	<b>ΔΕ</b>	37,83 (6,475)		47,3 (4,40)	
<b>Μεταπτυχιακές Σπουδές</b>	<b>νοσηλευτική ειδικότητα</b>	39,85 (8,972)	-0,018 p=0,698	45,52 (5,67)	0,061 p=0,199
	<b>εξειδίκευση</b>	36,38 (5,427)		45,48 (3,65)	
	<b>MSc</b>	37 (6,58)		47 (5,88)	
	<b>Τίποτε από τα παραπάνω</b>	39,45 (7,548)		46,46 (5,88)	
<b>Θέση στο τμήμα</b>	<b>προϊστάμενος</b>	37,33 (6,65)	-0,010 p=0,843	45,67 (1,15)	0,161** p=0,001
	<b>αναπληρωτής προϊστάμενος</b>	35,56 (5,51)		43,85 (4,98)	
	<b>νοσηλευτής</b>	39,61 (7,95)		46,13 (5,75)	
	<b>βοηθός νοσηλευτή</b>	37,65 (7,62)		47,3 (4,40)	
<b>Προϋπηρεσία ως νοσηλευτής/βοηθός νοσηλευτή (σε έτη)</b>	<b>1-5</b>	39,26 (6,87)	0,025 p=0,581	46,91 (4,23)	0,037 p=0,418
	<b>6-10</b>	37,49 (6,19)		47,58 (6,09)	
	<b>11-15</b>	39,93 (9,42)		44,8 (6,11)	
	<b>16-20</b>	38,47 (8,16)		44,84 (6,57)	
	<b>21-25</b>	40,62 (5,57)		47,62 (5,17)	
	<b>26-30</b>	37,33 (6,65)		45,67 (1,15)	
	<b>30</b>	-		47 (6,92)	
<b>Βάρδια εργασίας με ωράριο</b>	<b>πρωινό</b>	35,84 (5,54)	0,063 p=0,20	43,84 (4,571)	-0,115* p=0,021
	<b>απογευματινό</b>	-		49,15 (4,50)	
	<b>Κυκλικό</b>	39,37 (7,92)		46,21 (5,62)	

\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05, \*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01

Γράφημα 8. Συσχέτιση επιπέδων άγχους σε άνδρες και γυναίκες



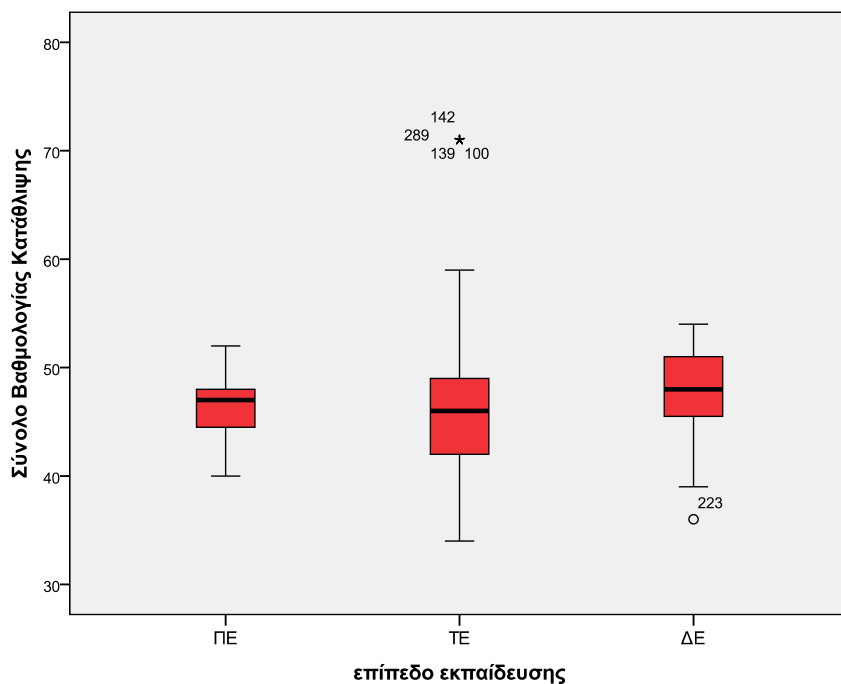
Όσον αφορά τον βαθμό συσχέτισης της κλίμακας της Κατάθλιψης Zung SDS με τις ανεξάρτητες μεταβλητές των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών δεν βρέθηκε να εμφανίζονται στατιστικές συσχετίσεις ( $p > 0,05$ ) με ορισμένα από τα χαρακτηριστικά του ΝΠ.

Σημαντική είναι και με αυτή την κλίμακα, η μη εύρεση στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ του ΝΠ που εργάζεται στα δυο διαφορετικά είδη ΜΕΘ ( $\tau = 0,011$ ,  $p = 0,899$ ) αλλά και φύλο ( $\tau = -0,025$ ,  $p = 0,612$ ) και την προϋπηρεσία ως ΝΠ ( $\tau = 0,037$ ,  $p = 0,418$ ) (Πίνακας 5).

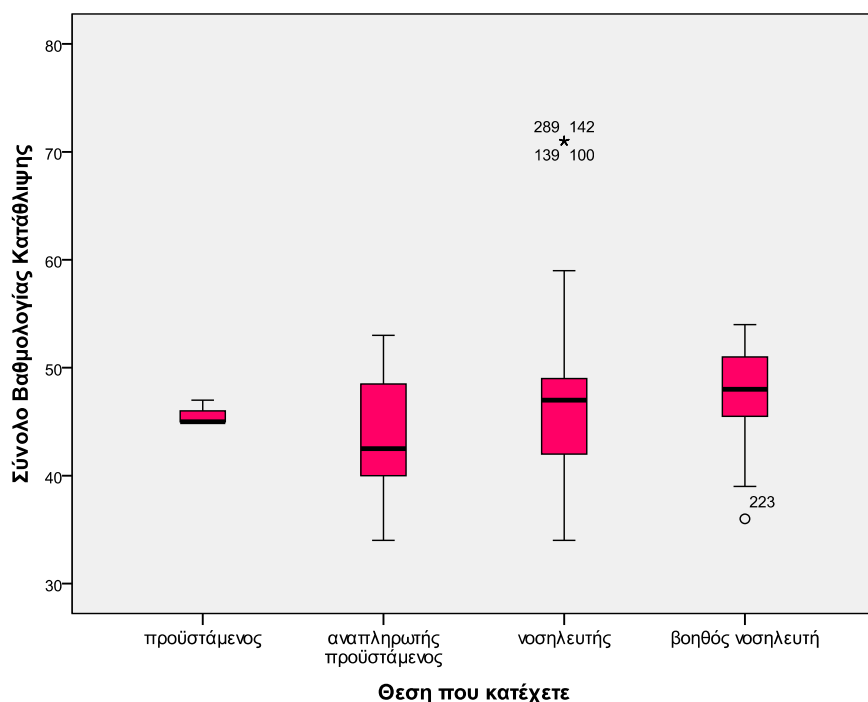
Βρέθηκε να εμφανίζεται ισχυρά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση στο επίπεδο εκπαίδευσης και του βαθμού κατάθλιψης ( $\tau = 0,136$ ,  $p = 0,005$ ). Οι Βοηθοί Νοσηλευτών φαίνεται να έχουν υψηλότερο βαθμό στην κλίμακα κατάθλιψης ( $\text{mean} = 47,3$   $\text{SD} = 4,40$ ) από τις άλλες δύο κατηγορίες. Παρόλα αυτά όμως και οι τρεις κατηγορίες έχουν φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (Πίνακας 5, Γράφημα 9).

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει ότι υπάρχει ισχυρά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης και της θέσης που κατέχει ο συμμετέχων στη μελέτη στο τμήμα ( $\tau = 0,161$ ,  $p = 0,001$ ). Οι βοηθοί νοσηλευτών εμφανίζουν υψηλότερα βαθμό στην κλίμακα κατάθλιψης ( $\text{mean} = 47,3$   $\text{SD} = 4,40$ ) από τις άλλες δύο κατηγορίες. Όμως και οι τρεις κατηγορίες έχουν φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (Πίνακας 5, Γράφημα 10)

**Γράφημα 9. Συσχέτιση επιπέδων κατάθλιψης και επιπέδου εκπαίδευσης**



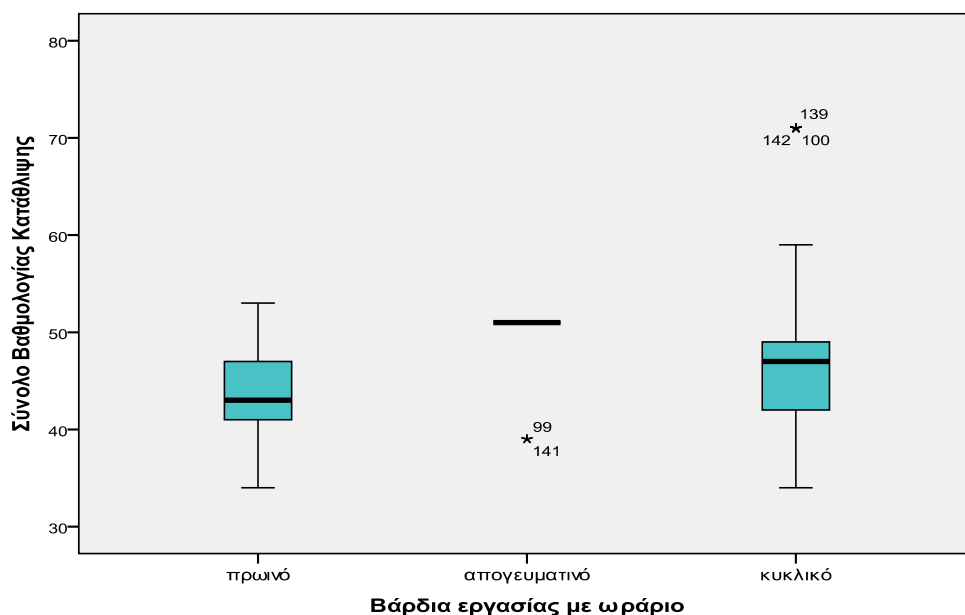
**Γράφημα 10. Συσχέτιση επιπέδων κατάθλιψης και θέση στο τμήμα**



Επίσης φάνηκε ότι υπάρχει αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης και της βάρδιας εργασίας ( $\tau b = -0,115$ ,  $p = 0,021$ ). Όσοι από το ΝΠ ακολουθούν απογευματινό ωράριο εργασίας εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό στην

κλίμακα κατάθλιψης (mean=49,15, SD=4,50) που πλησιάζει τα όρια της ήπιας έντασης κατάθλιψη (Πίνακας 5, Γράφημα 11).

**Γράφημα 11. Συσχέτιση επιπέδων κατάθλιψης και βάρδιας εργασίας**



Πάρα το γεγονός ότι υπάρχουν διαφορές στις μέσες τιμές του άγχους καθώς και της κατάθλιψης στις μεταβλητές που αφορούν στον τρόπο εργασίας, δεν εμφανίζεται καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους (Πίνακας 6).

Σημαντικό όμως είναι ότι μεγαλύτερες τιμές άγχους (που όμως δεν ξεπερνούν τα φυσιολογικά επίπεδα άγχους) εμφανίζουν όσοι εργάζονται μία ημέρα ή 4(τέσσερις) ημέρες νυχτερινή βάρδια το μήνα (40,33 και 40,52 αντίστοιχα), όσοι εργάζονται 7(επτά) ημέρες σαββατοκύριακο το μήνα (44), όπου υπάρχουν 2(δύο) άτομα ΝΠ για την κάλυψη της πρωινής βάρδια (43,5), όπου υπάρχουν 5(πέντε) άτομα ΝΠ για την κάλυψη της απογευματινής βάρδιας (40,30) και όπου υπάρχουν 5(πέντε) άτομα ΝΠ για την κάλυψη της νυχτερινής βάρδια (40,92). Εντύπωση προκαλεί το επίπεδο άγχους που εμφανίζεται σε σχέση με τη δύναμη του τμήματος σε ασθενείς την ημέρα. Σε τμήματα όπου η δύναμη ασθενών είναι 5(πέντε) εμφανίζεται ήπια έως μέτρια επίπεδα άγχους (57,5) (Πίνακας 6).

Αν και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση αλλά ούτε και η τιμή είναι πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης, αξίζει να σχολιαστεί το γεγονός ότι,



μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης εμφανίζουν όσοι κάνουν μία ημέρα ή 7(επτά) ημέρες νυχτερινή βάρδια το μήνα (49,33 και 48,8 αντίστοιχα), όσοι εργάζονται 3(τρεις) ή 5 (πέντε) ημέρες σαββατοκύριακο το μήνα (48,34 και 48,75 αντίστοιχα), όπου υπάρχουν 5(πέντε) άτομα ΝΠ για την κάλυψη της πρωινής βάρδια (48,88), όπου υπάρχουν 3(τρία) άτομα ΝΠ για την κάλυψη της απογευματινής βάρδια (47,67), όπου υπάρχουν 2(δύο) άτομα ΝΠ για την κάλυψη της νυχτερινής βάρδια (47,39) και όπου οι δύναμη του τμήματος σε ασθενείς την ημέρα είναι 7(επτά) (48,24) (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6. Σύγκριση των μέσων τιμών άγχους και κατάθλιψης του δείγματος σε σχέση με τον τρόπο εργασίας του ή τα εργασιακά του χαρακτηριστικά**

		Άγχος mean (SD)	Συσχέτιση Kendall's tau_b (tau_b, p)		
			Συσχέτιση Άγχους Kendall's tau_b, p	Κατάθλιψη mean (SD)	Συσχέτιση κατάθλιψης Kendall's tau_b, p
Μέσος όρος Νυχτερινές βάρδιες/μήνα	0	38,16 (6,35)	-0,016 p=0,731	44,53 (5,34)	-0,042 p=0,602
	1	40,33 (8,89)		49,33 (3,44)	
	2	41 (9,41)		47,88 (2,10)	
	3	35,5 (6,55)		46,25 (2,98)	
	4	40,52 (9,02)		46,58 (6,10)	
	5	36,33 (4,31)		46,03 (4,081)	
	6	39 (8,27)		45,29 (7,02)	
	7	35,20 (4,76)		48,8 (7,02)	
Μέσος όρος ημερών εργασίας τα Σαββατοκύριακο /μήνα	0	37 (6,3)	-0,029 p=0,523	43,56 (4,30)	0,088 p=0,054
	1	36,29 (9,06)		46,86 (6,067)	
	2	40,22 (7,5)		44,98 (5,39)	
	3	43,72 (11,19)		48,34 (7,63)	
	4	38 (7,77)		46,47 (5,16)	
	5	39 (6,32)		48,75 (5,14)	
	6	37,15 (4,11)		45,38 (2,96)	
	7	44 (5,19)		44,67 (2,88)	
Μέσος όρος αριθμός ατόμων	2	43,5 (16,13)	0,036	44,67 (1,67)	

<b>ΝΠ το πρωινό</b>	<b>4</b>	38,18 (7,34)	p=0,426	47,11 (5,93)	-0,023 p=0,611
	<b>5</b>	34,93 (5,84)		48,88 (9,37)	
	<b>6</b>	40,07 (8,01)		45,37 (4,72)	
	<b>8</b>	38,68 (7,17)		46,51 (5,41)	
	<b>10</b>	40,92 (7,17)		44,57 (4,55)	
<b>Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ το απόγευμα</b>	<b>2</b>	38,48 (11,65)	0,050 p=0,279	46,41 (3,35)	-0,036 p=0,449
	<b>3</b>	38,35 (7,31)		47,67 (6,38)	
	<b>4</b>	39,56 (8,12)		44,51 (5,06)	
	<b>5</b>	40,30 (7,2)		45,20 (4,85)	
	<b>8</b>	34, 67 (7,09)		45 (8,54)	
<b>Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ τη νύχτα</b>	<b>2</b>	39,1 (9,3)	0,022 p=0,639	47,39 (8,01)	-0,035 0,449
	<b>3</b>	38,53 (7,75)		46,44 (4,35)	
	<b>4</b>	38,9 (7,18)		46,62 (5,26)	
	<b>5</b>	40,92 (7,17)		44,57 (4,55)	
	<b>8</b>	34,67 (7,09)		45 (8,54)	
<b>Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα</b>	<b>3</b>	-	0,062 p=0,154	-	-0,021 p=0,629
	<b>4</b>	35,72 (5,57)		46,07 (3,96)	
	<b>5</b>	57,5 (22,51)		-	
	<b>6</b>	36,71 (7,11)		47,63 (3,57)	
	<b>7</b>	39,64 (6,82)		48,24 (10,52)	
	<b>10</b>	38,24 (6,57)		47,82 (6,22)	
	<b>12</b>	40,92 (7,17)		45,05 (4,79)	
	<b>14</b>	38,9 (7,18)		46,13 (5,27)	
	<b>18</b>	38,42 (8,46)		46,21 (4,58)	
	<b>21</b>	-		-	
	<b>22</b>	-		45,29 (4,89)	
	<b>23</b>	-		-	
	<b>24</b>	-		-	
<b>25</b>	-	-			

\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05, \*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01

## Στατιστικές διαφορές μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και βαθμού των κλιμάκων SAS και SDS

Για τον έλεγχο των στατιστικών διαφορών των μέσων τιμών των κλιμάκων SAS και SDS σε σχέση με τα δημογραφικά –επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες Mann-Whitney U test για τη σύγκριση δύο κατηγορικών μεταβλητών και Kruskal Wallis για τη σύγκριση τριών ή περισσότερων πληθυσμών.

Συγκεκριμένα όσον αφορά στη μεταβλητή του φύλου, βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με τη μέση τιμή του επιπέδου άγχους ( $Z=-3,19$ ,  $p=0,001$ ). Το σύνολο των ανδρών (100%) φαίνεται να εμφανίζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους. Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών εμφανίζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους (79,8%), στο σύνολο του γυναικείου πληθυσμού εμφανίζονται όλα τα επίπεδα της κλίμακας άγχους σε μικρά ποσοστά (Πίνακας 7, Σχήμα 12).

Σε καμία από τις υπόλοιπες μεταβλητές που αφορούν σε δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, αν και υπάρχουν διαφορές όσον αφορά στις τιμές του επιπέδου άγχους μεταξύ των ομάδων των μεταβλητών, οι οποίες όμως δεν είναι ικανές να ενισχύσουν μια στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p>0.05$ ) (Πίνακας 7.)

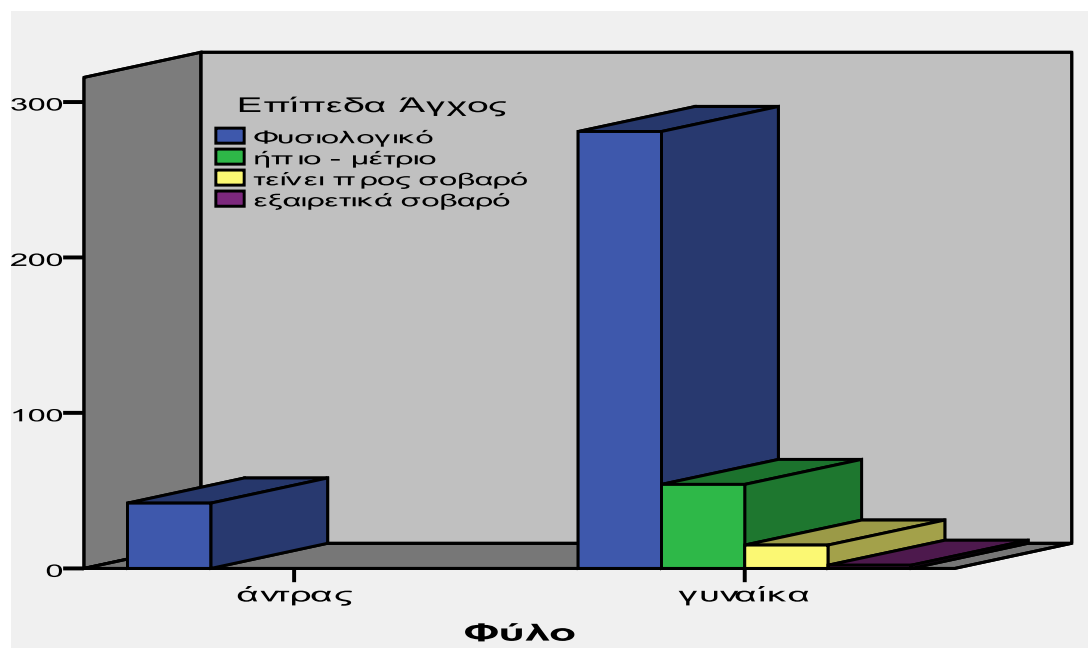
**Πίνακας 7. Σύγκριση της διαφοράς των μέσων τιμών του βαθμού Άγχους και Κατάθλιψης σε σχέση με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

Δημογραφικά - επαγγελματικά Χαρακτηριστικά δείγματος		Βαθμός Άγχους mean (SD)	Στατιστικές διαφορές Άγχους p	Βαθμός Κατάθλιψης mean (SD)	Στατιστικές διαφορές Κατάθλιψης p
Είδος ΜΕΘ	Παιδιατρική/ νεογνών	38,49 (7,743)	Mann-Whitney U Z=-0,532 p=0,595	46,44 (4,92)	Mann-Whitney U Z=-0,216 p=0,829
	Ενηλίκων	39,77 (7,992)		45,93 (6,047)	
Φύλο	Άντρες	37,07 (4,871)	Mann-Whitney U	47,14 (8,08)	Mann-Whitney U

	<b>Γυναίκες</b>	39,47 (8,154)	Z=-3,19 p=0,001	46,03 (5,206)	Z=-0,507 p=0,612
<b>Ηλικία (έτη)</b>	<b>&lt;30</b>	39,01 (6,745)	Kruskal-Wallis $\chi^2=1,9$ df=3 p=0,591	46,7 (4,19)	Kruskal-Wallis $\chi^2=2,7$ df=3 p=0,440
	<b>31-40</b>	39,01 (8,785)		45,81 (6,42)	
	<b>41-50</b>	39,6 (8,172)		45,93 (6,113)	
	<b>&gt;51</b>	38,6 (10,09)		42,8 (6,34)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>έγγαμος</b>	39,88 (7,957)	Kruskal-Wallis $\chi^2=3,25$ df=3 p=0,353	45,81 (6,23)	Kruskal-Wallis $\chi^2=1,46$ df=3 p=0,690
	<b>άγαμος</b>	38 (6,906)		46,31 (4,379)	
	<b>διαζευγμένος</b>	43,96 (11,946)		47,64 (8,17)	
	<b>συμβίωση</b>	37,88 (6,875)		45,5 (5,8)	
<b>Παιδιά</b>	<b>ναι</b>	39,34 (6,81)	Mann-Whitney U Z=-1,187 p=0,235	45,67 (6,56)	Mann-Whitney U Z=-0,798 p=0,425
	<b>όχι</b>	39,15 (8,41)		46,4 (5,00)	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	<b>ΠΕ</b>	36,94 (6,202)	Kruskal-Wallis $\chi^2=2,45$ df=2 p=0,293	46,51 (3,30)	Kruskal-Wallis $\chi^2=10,9$ df=2 p=0,004
	<b>ΤΕ</b>	39,67 (8,208)		45,94 (5,91)	
	<b>ΔΕ</b>	37,83 (6,475)		47,3 (4,40)	
<b>Μεταπτυχιακές Σπουδές</b>	<b>νοσηλευτική ειδικότητα</b>	39,85 (8,972)	Kruskal-Wallis $\chi^2=1,68$ df=3 p=0,640	45,52 (5,67)	Kruskal-Wallis $\chi^2=2,6$ df=3 p=0,457
	<b>εξειδίκευση</b>	36,38 (5,427)		45,48 (3,65)	
	<b>MSc</b>	37 (6,58)		47 (5,88)	
	<b>Τίποτε από τα παραπάνω</b>	39,45 (7,548)		46,46 (5,88)	
<b>Θέση στο τμήμα</b>	<b>προϊστάμενος</b>	37,33 (6,65)	Kruskal-Wallis $\chi^2=2,8$ df=3 p=0,425	45,67 (1,15)	Kruskal-Wallis $\chi^2=11,85$ df=3 p=0,008
	<b>αναπληρωτής προϊστάμενος</b>	35,56 (5,51)		43,85 (4,98)	
	<b>νοσηλευτής</b>	39,61 (7,95)		46,13 (5,75)	
	<b>βοηθός νοσηλευτή</b>	37,65 (7,62)		47,3 (4,40)	
	<b>1-5</b>	39,26 (6,87)		46,91 (4,23)	

Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης/βοηθός νοσηλευτή (σε έτη)	6-10	37,49 (6,19)	Kruskal-Wallis $\chi^2=5,16$ df=6 p=0,523	47,58 (6,09)	Kruskal-Wallis $\chi^2=31,06$ df=6 p<0,001
	11-15	39,93 (9,42)		44,8 (6,11)	
	16-20	38,47 (8,16)		44,84 (6,57)	
	21-25	40,62 (5,57)		47,62 (5,17)	
	26-30	37,33 (6,65)		45,67 (1,15)	
	30	-		47 (6,92)	
Βάρδια εργασίας με ωράριο	πρωινό	35,84 (5,54)	Kruskal-Wallis $\chi^2=1,8$ df=2 p=0,404	43,84 (4,571)	Kruskal-Wallis $\chi^2=39,33$ df=2 p<0,001
	απογευματινό	-		49,15 (4,50)	
	Κυκλικό	39,37 (7,92)		46,21 (5,62)	

Γράφημα 12. Επίπεδα άγχους σε σχέση με το φύλο του ΝΠ



Στατιστικά σημαντικές διαφορές εμφανίζονται μεταξύ των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος και του επιπέδου κατάθλιψης.

Συγκεκριμένα, φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης και στο επίπεδο κατάθλιψης που βιώνουν οι τρεις διαφορετικές ομάδες που αποτελούν τη συγκεκριμένη μεταβλητή ( $\chi^2=10,9$ , df=2, p=0,004) (Πίνακας 7,

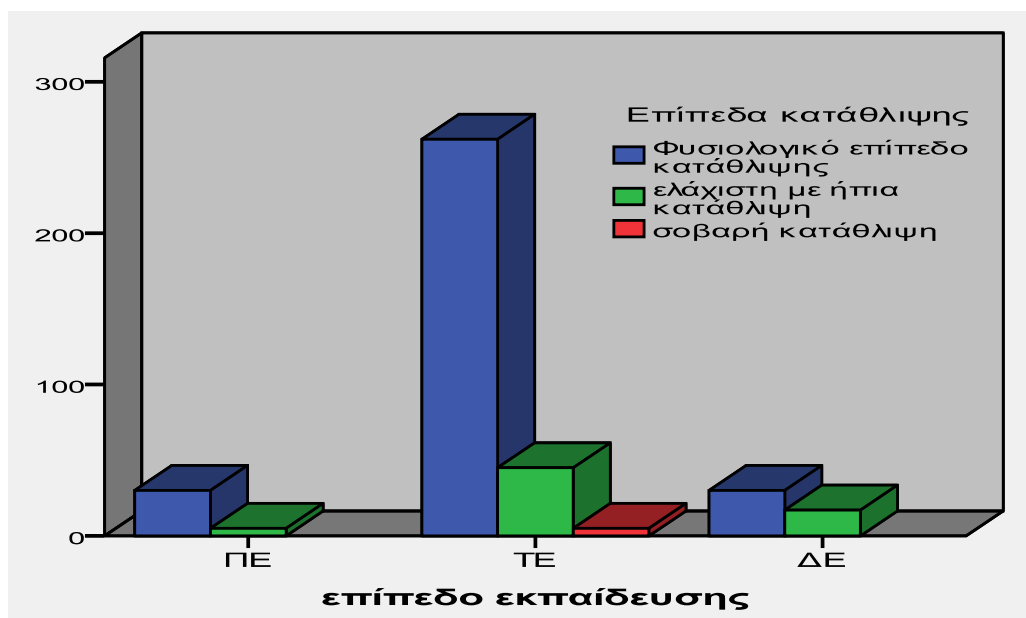
Γράφημα 12). Το ΝΠ επιπέδου εκπαίδευσης ΔΕ βρέθηκε να βιώνει σε μικρότερο ποσοστό φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (63,7% των ατόμων) σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες. Συγκεκριμένα το 85,7% του ΝΠ κατηγορίας ΠΕ καθώς και το 84% του ΝΠ κατηγορίας ΤΕ εμφανίζουν φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (Πίνακας 7, Γράφημα 13).

Επίσης φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης και της θέσης που κατέχουν οι συμμετέχοντες στο νοσηλευτικό τμήμα ( $\chi^2=11,85, df=3, p=0,008$ ). Βρέθηκε οι Βοηθοί Νοσηλευτών να βιώνουν σε μικρότερο ποσοστό φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (63,7% των ατόμων) σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες της μεταβλητής. Συγκεκριμένα «Φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης» βιώνουν το 100% των Προϊστάμενων, το 90% των αναπληρωτών προϊστάμενων καθώς και το 83,6% των Νοσηλευτών (Πίνακας 7, Γράφημα 14).

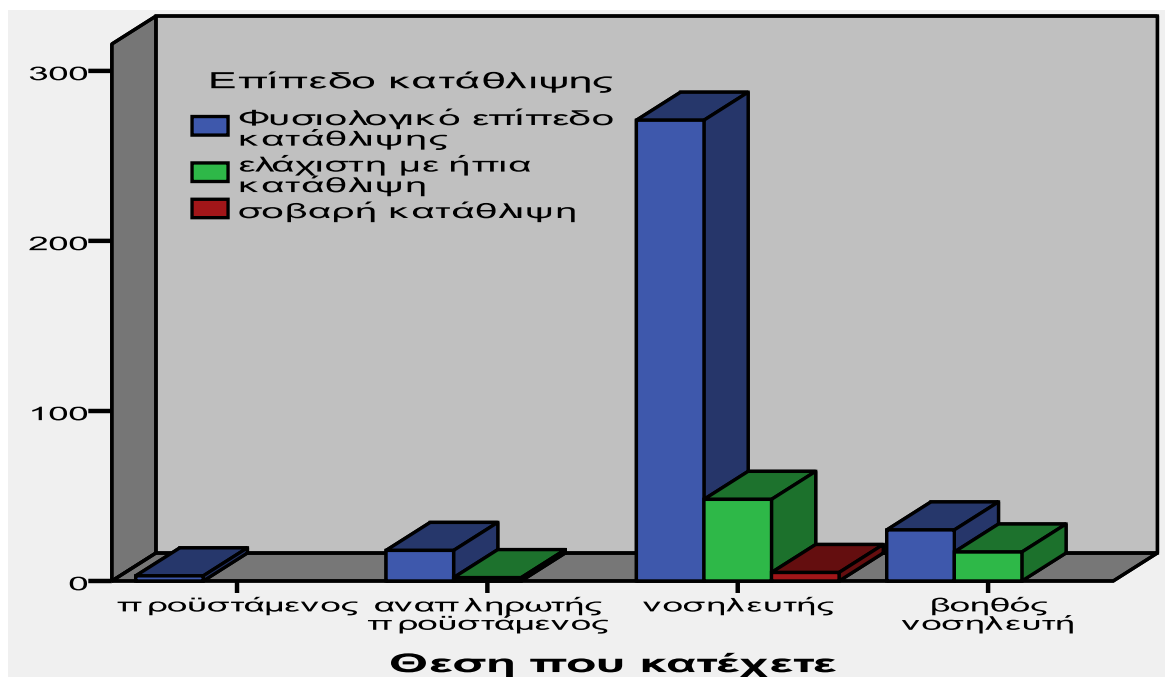
Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης και των ετών προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων στη μελέτη ( $\chi^2=31,06, df=6, p=0,000$ ). Βρέθηκε ότι η κατηγορία του ΝΠ που βιώνει σε μικρότερο ποσοστό φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης είναι όσοι έχουν προϋπηρεσία 21-25 έτη (46,2% του ΝΠ της συγκεκριμένης κατηγορίας). Οι υπόλοιπες κατηγορίες προϋπηρεσίας εμφανίζουν ποσοστά από 78,2% (κατηγορία 6-10 έτη προϋπηρεσία) έως 94,7% (κατηγορία 16-20 έτη) του ΝΠ που της απαρτίζει (Πίνακας 7, Γράφημα 15)

Επίσης φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης και των βαρδιών υπηρεσίας του ΝΠ ( $\chi^2=39,33, df=2, p<0,001$ ). Το ΝΠ που βιώνει υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης είναι όσοι εργάζονται σε απογευματινό ωράριο. Βρέθηκε ότι μόνο το 15,4% αυτών βιώνει φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης. Οι άλλες δύο κατηγορίες της μεταβλητής βιώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό φυσιολογικά επίπεδα (Πίνακας 7, Γράφημα 16)

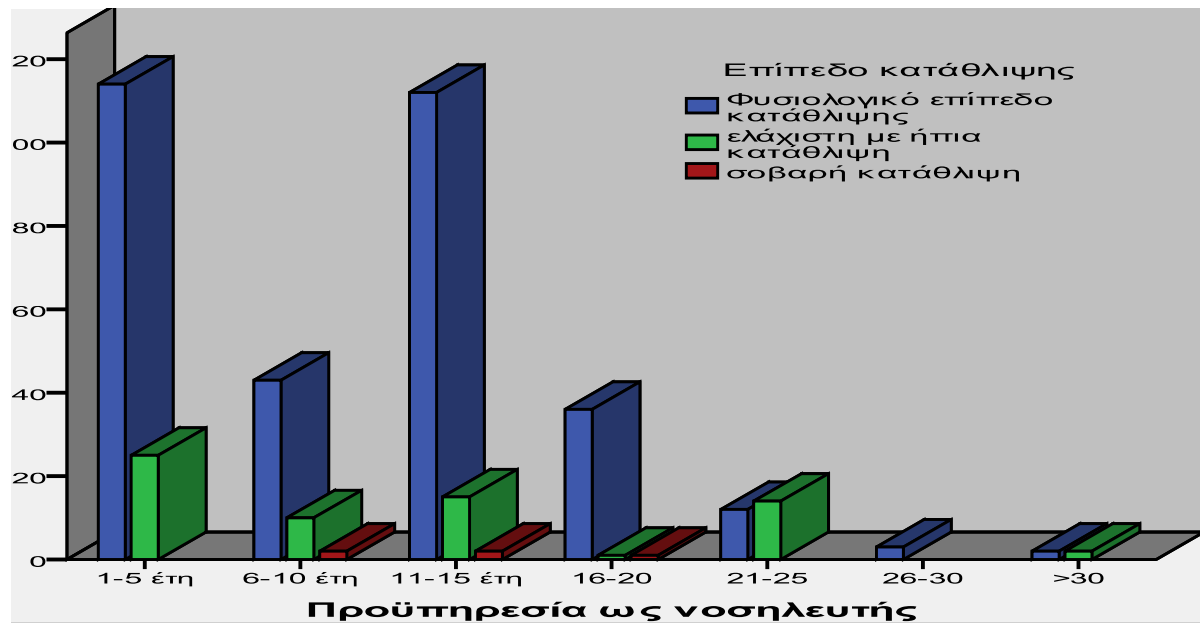
**Γράφημα 13. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης του ΝΠ**



**Γράφημα 14. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τη θέση στο Τμήμα**



**Γράφημα 15. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με την προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης**



**Γράφημα 16. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις βάρδιες εργασίας του ΝΠ.**





Στατιστικά σημαντικές διαφορές δεν βρέθηκαν μεταξύ των χαρακτηριστικών του τρόπου εργασίας του ΝΠ και του επιπέδου άγχους σε καμία από της μεταβλητές του δείγματος αν και υπάρχουν διαφορές στις μέσες τιμές του επιπέδου άγχους που εμφανίζονται στις κατηγορίες των μεταβλητών (Πίνακας 8).

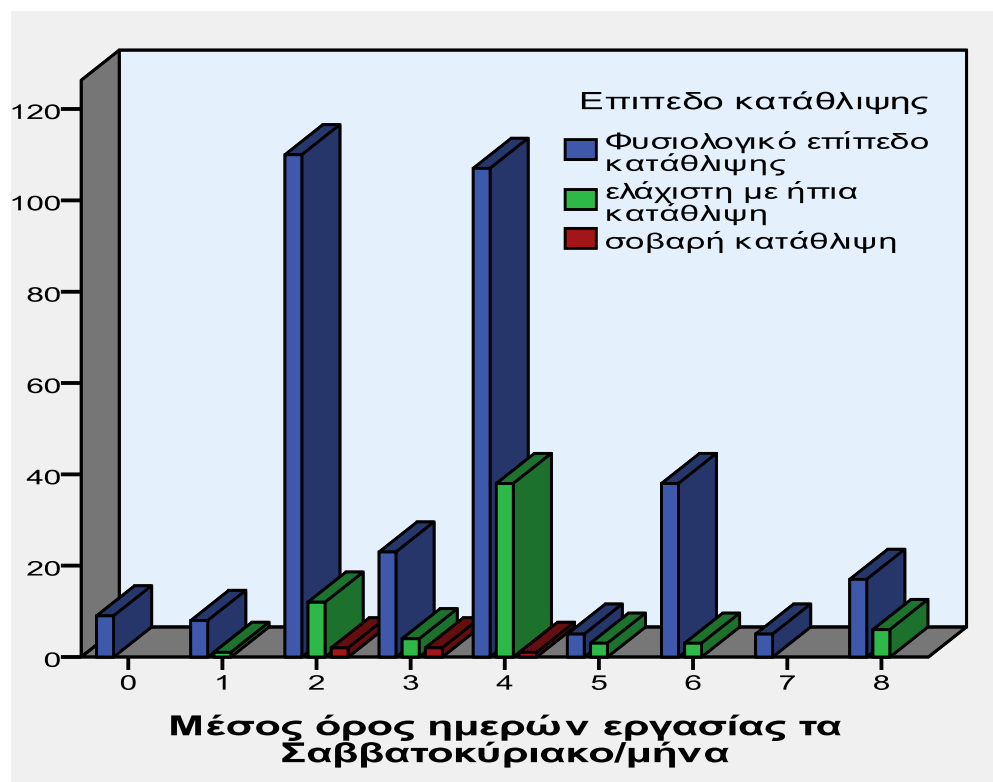
**Πίνακας 8. Στατιστικές διαφορές χαρακτηριστικών τρόπου εργασίας δείγματος και της μέσης τιμής του βαθμού Άγχους και Κατάθλιψης**

Χαρακτηριστικά τρόπου εργασίας δείγματος		Άγχος mean (SD)	Στατιστικές διαφορές Άγχους p	Κατάθλιψη mean (SD)	Στατιστικές διαφορές Άγχους p
Μέσος όρος Νυκτερινές βάρδιες/μήνα	0	38,16 (6,35)	Kruskal-Wallis $X^2=17,811$ df=11 p=0,086	44,53 (5,34)	Kruskal-Wallis $X^2=7,964$ df=11 p=0,717
	1	40,33 (8,89)		49,33 (3,44)	
	2	41 (9,41)		47,88 (2,10)	
	3	35,5 (6,55)		46,25 (2,98)	
	4	40,52 (9,02)		46,58 (6,10)	
	5	36,33 (4,31)		46,03 (4,081)	
	6	39 (8,27)		45,29 (7,02)	
	7	35,20 (4,76)		48,8 (7,02)	
Μέσος όρος ημερών εργασίας τα Σαββατοκύριακο/μ ήνα	0	37 (6,3)	Kruskal-Wallis $X^2=7,686$ df=8 p=0,465	43,56 (4,30)	Kruskal-Wallis $X^2=20,15$ df=8 p=0,010
	1	36,29 (9,06)		46,86 (6,067)	
	2	40,22 (7,5)		44,98 (5,39)	
	3	43,72 (11,19)		48,34 (7,63)	
	4	38 (7,77)		46,47 (5,16)	
	5	39 (6,32)		48,75 (5,14)	
	6	37,15 (4,11)		45,38 (2,96)	
	7	44 (5,19)		44,67 (2,88)	
Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ το πρωινό	2	43,5 (16,13)	Kruskal-Wallis $X^2=3,4$ df=5 p=0,638	44,67 (1,67)	Kruskal-Wallis $X^2=4,85$ df=5 p=0,434
	4	38,18 (7,34)		47,11 (5,93)	
	5	34,93 (5,84)		48,88 (9,37)	
	6	40,07 (8,01)		45,37 (4,72)	
	8	38,68 (7,17)		46,51 (5,41)	
	10	40,92 (7,17)		44,57 (4,55)	
Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ το απόγευμα	2	38,48 (11,65)	Kruskal-Wallis $X^2=2,75$ df=4 p=0,60	46,41 (3,35)	Kruskal-Wallis $X^2=3,271$ df=4 p=0,513
	3	38,35 (7,31)		47,67 (6,38)	
	4	39,56 (8,12)		44,51 (5,06)	
	5	40,30 (7,2)		45,20 (4,85)	

	8	34, 67 (7,09)		45 (8,54)	
<b>Μέσος όρος αριθμός ατόμων ΝΠ τη νύχτα</b>	2	39,1 (9,3)	Kruskal-Wallis $X^2=1,27$ df=4 p=0,867	47,39 (8,01)	Kruskal-Wallis $X^2=1,0$ df=4 p=0,754
	3	38,53 (7,75)		46,44 (4,35)	
	4	38,9 (7,18)		46,62 (5,26)	
	5	40,92 (7,17)		44,57 (4,55)	
	8	34,67 (7,09)		45 (8,54)	
<b>Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα</b>	3	-	Kruskal-Wallis $X^2=16,87$ df=13 p=0,205	-	Kruskal-Wallis $X^2=12,0$ df=13 p=0,527
	4	35,72 (5,57)		46,07 (3,96)	
	5	57,5 (22,51)		-	
	6	36,71 (7,11)		47,63 (3,57)	
	7	39,64 (6,82)		48,24 (10,52)	
	10	38,24 (6,57)		47,82 (6,22)	
	12	40,92 (7,17)		45,05 (4,79)	
	14	38,9 (7,18)		46,13 (5,27)	
	18	38,42 (8,46)		46,21 (4,58)	
	21	-		-	
	22	-		45,29 (4,89)	
	23	-		-	
	24	-		-	
	25	-		-	

Όσον αφορά στη στατιστική διαφορά επίπεδων κατάθλιψης και χαρακτηριστικών του τρόπου εργασίας, βρέθηκε να υπάρχει μόνο στη μεταβλητή «μέσος όρος ημερών εργασίας το Σαββατοκύριακο ( $X^2= 20,15$ , df=8, p=0,010). Συγκεκριμένα όσοι από το ΝΠ δεν εργάζονται καμία ημέρα Σαββατοκύριακο εμφανίζουν φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (Πίνακας 8, Γράφημα 17).

**Γράφημα 17. Επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με το μέσο όρο ημερών εργασίας τα Σαββατοκύριακο/μήνα**



### Στατιστικές συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων SAS και SDS

Για τη διερεύνηση των στατιστικά σημαντικών γραμμικών συσχετίσεων μεταξύ των δύο κλιμάκων SAS και SDS χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία Kendall's tau<sub>b</sub> γιατί θεωρείται πιο ευαίσθητος έλεγχος συσχετίσεων σε μικρό αριθμό δείγματος. Ο συντελεστής του Kendall υπολογίζεται με βάση τις τάξεις μεγέθους των δεδομένων και επιτρέπει την ελευθερία ως προς τη μη ικανοποίηση της κανονικότητας των μεταβλητών.

Βρέθηκε να υπάρχει ισχυρή στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο κλιμάκων ( $\tau_b = 0,118$ ,  $p = 0,001$ ) (Πίνακας 9). Παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος ( $N = 272$ , 69,04%) που εμφανίζουν φυσιολογικά επίπεδα άγχους, εμφανίζουν ταυτόχρονα και φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης (Πίνακας 10, Γράφημα 18).

Παρατηρήθηκε επίσης ότι υπάρχει στο σύνολο του δείγματος Νοσηλευτικό Προσωπικό που εμφανίζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους και σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης ( $N = 5$ , 1,27) καθώς επίσης και κάποιοι που εμφανίζουν φυσιολογικά

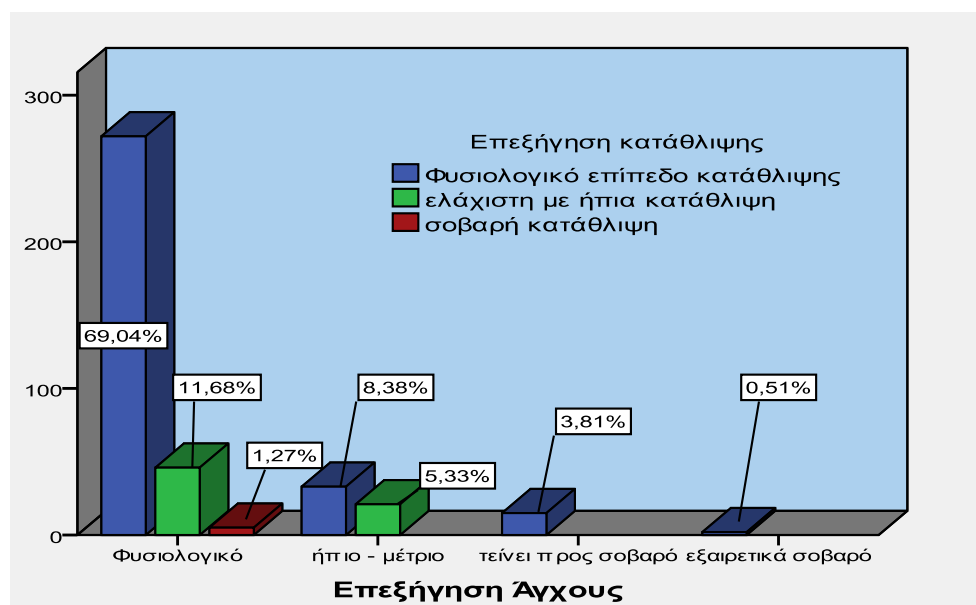
επίπεδα κατάθλιψης και εξαιρετικά σοβαρό επίπεδο άγχους (N=2, 0,51%) (Πίνακας 10, Γράφημα 18)

**Πίνακας 9. Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων SAS και SDS**

		Σύνολο Βαθμολογίας SAS	Σύνολο Βαθμολογίας SDS
Kendall's tau_b	Σύνολο Βαθμολογίας SAS	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,001
		N	394
	Σύνολο Βαθμολογίας SDS	Correlation Coefficient	0,118**
		Sig. (2-tailed)	0,001
		N	394

\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,05, \*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική στο επίπεδο 0,01

**Γράφημα 18. Ποσοστό ατόμων ΝΠ που εμφανίζει ίδια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης**



**Πίνακας 10. Σύνολο ατόμων (N) ΝΠ που εμφανίζει ίδια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης**

		Επίπεδο κατάθλιψης			Σύνολο
		Φυσιολογικό επίπεδο κατάθλιψης	ελάχιστη με ήπια κατάθλιψη	σοβαρή κατάθλιψη	
Επίπεδο Άγχους	Φυσιολογικό	272	46	5	323
	ήπιο - μέτριο	33	21	0	54
	τείνει προς σοβαρό	15	0	0	15
	εξαιρετικά σοβαρό	2	0	0	2
Σύνολο		322	67	5	394

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Η εικόνα του άγχους και της κατάθλιψης στο εργασιακό περιβάλλον των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Ενηλίκων και Παίδων όπως αξιολογήθηκε από το Νοσηλευτικό Προσωπικό των ΜΕΘ ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων της Αττικής, απεικονίστηκε εν μέρει, μέσα από το δείγμα του ΝΠ που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ευρέως ότι είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Οι Gray-Toft και Anderson (1981), έχουν αναγνωρίσει επτά κύριες πηγές στρες στην νοσηλευτική: επαφή με τον θάνατο, διαμάχες με τους ιατρούς, έλλειψη υποστήριξης, ανεπαρκής προετοιμασία για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς, διαμάχες με τους συναδέλφους, αυξημένος φόρτος εργασίας, αβεβαιότητα σχετικά με την θεραπεία του ασθενούς (Gray-Toft, & Anderson, 1981).

Οι μελέτες αναφορικά με την εμφάνιση ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συγκεκριμένα συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ είναι περιορισμένες.<sup>179,180</sup> Ειδικότερα στον Ελληνικό χώρο, έχει ελάχιστα διερευνηθεί έως σήμερα, η φύση και η ένταση συμπτωμάτων άγχους μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας ενηλίκων, ενώ δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες που να αφορούν παιδιατρικές ΜΕΘ.

Το άγχος αφορά σε μια συναισθηματική κατάσταση έντονου και απροσδιόριστου φόβου, που συνοδεύεται από σωματικά ενοχλήματα λόγω υπερδραστηριότητας του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ), όπως αίσθημα παλμών ή εφίδρωση.<sup>181</sup> Συνολικά, φαίνεται να εκφράζει αντίδραση σε μια άγνωστη, ασαφή και συγκρουσιακή απειλή, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζει την αντίληψη και τη γνωστική ικανότητα του ατόμου. Η έννοια του άγχους, συχνά συγχέεται και λανθασμένα αλληλοκαλύπτεται από εκείνη του στρες. Σε αντίθεση με το άγχος, το στρες συνιστά μια προσαρμοστική αντίδραση του ατόμου απέναντι σε οποιαδήποτε κατάσταση που βιώνεται ως απειλητική και για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται η ενεργοποίηση του ανθρώπινου οργανισμού για την εκδήλωση συμπεριφοράς μάχης ή φυγής.<sup>161</sup>

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι ελληνικές ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων στελεχώνονται κυρίως από γυναίκες, που ανήκουν στην

ηλικιακή κατηγορία 30-40 ετών, κατόχους βασικού νοσηλευτικού πτυχίου Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, άγαμοι, όπου σημαντικό ποσοστό αυτών έχουν μεταπτυχιακές σπουδές (νοσηλευτική ειδικότητα, εξειδίκευση, MSc) και το μεγαλύτερο ποσοστό να έχει συνολική προϋπηρεσία μεταξύ 1-5 ετών και 11-15 έτη.

Η πάνω από δέκα έτη επαγγελματική εμπειρία τους δεν διαφέρει από αντίστοιχα διεθνή δεδομένα, όπου η μέση νοσηλευτική εμπειρία στη νοσοκομειακή φροντίδα είναι συγκριτικά ίδια όπως αναφέρεται σε μελέτη των Παπαθανάσογλου και συν 2003 καθώς και σε πρόσφατη ελληνική μελέτη των Κοσμίδη και συν 2010. Ωστόσο, αντίστοιχα το εύρημα της ηλικιακής εμπειρίας των 1-5 ετών βρίσκεται σε συμφωνία και με τα αντίστοιχα αποτελέσματα ελληνικής μελέτης σε πληθυσμό νοσηλευτών ΜΕΘ, που διεξήχθη την ίδια περίοδο με την παρούσα μελέτη (2010-2011), στις οποίες οι αντίστοιχοι χρόνοι νοσηλευτικής εμπειρίας ήταν 7 έτη (Χαϊκάλη 2011).

Τόσο οι ΜΕΘ ενηλίκων όσο και των παιδών, βρέθηκε να στελεχώνονται κυρίως από γυναικείο πληθυσμό ΝΠ. Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για ένα επάγγελμα που αφορά κυρίως γυναίκες. Σε σχετική έρευνα οι γυναίκες νοσηλεύτριες πλειοψηφούσαν, σε ποσοστό 94,6%, ακόμη και μεταξύ των νέων αποφοιτησάντων. Αντίθετα, το 2001, σε επαγγέλματα όπως η Οδοντιατρική (39%), η Ιατρική (43%) και η Νομική (47%), οι άνδρες υπερτερούσαν έναντι των γυναικών. Έτσι, οι περισσότερες έρευνες, που έχουν ως αντικείμενο την κατάσταση υγείας των νοσηλευτών, αφορούν στις γυναίκες.<sup>182</sup>

Επίσης από τη μελέτη φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του ΝΠ εργάζεται με κυκλικό ωράριο εργασίας, έχει 5,5 ημέρες νυχτερινών βαρδιών, και 3,6 ημέρες Σαββατοκύριακα. Ο μέσος όρος ατόμων ΝΠ που εργάζεται σε πρωινό ωράριο είναι 6,44 άτομα, σε απογευματινό ωράριο 3,9 και σε νυχτερινό ωράριο 3,55 άτομα συνολικά και για τα δύο ήδη ΜΕΘ. Διαφορετική είναι επίσης η δύναμη των ασθενών που νοσηλεύουν κατά μέσο όρο τα δύο διαφορετικά είδη ΜΕΘ. Στις ΜΕΘ παιδιατρικές/νεογνών νοσηλεύονται κατά μέσο όρο 14,5 ασθενείς ημερησίως, ενώ στις ΜΕΘ ενηλίκων νοσηλεύονται περίπου 11 ασθενείς την ημέρα. Παρόλα αυτά φαίνεται ότι στις ΜΕΘ Παίδων νοσηλεύεται ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και καλύπτονται νοσηλευτικά με μικρότερο αριθμό ΝΠ ανά βάρδια σε σχέση με αυτό που εργάζεται σε ΜΕΘ ενηλίκων. Στη συγκεκριμένη μελέτη ανακύπτει έντονο το πρόβλημα υποστελέχωσης που αντιμετωπίζουν οι ΜΕΘ στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα αυτά συμπίπτουν με αντίστοιχα μελέτης που διεξήχθη από τον Τομέα

Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής (TEEN 2009) στην οποία φαίνεται οι κλίνες στις ΜΕΘ ενηλίκων να καλύπτονται κάτω από τα όρια ασφαλείας με σχεδόν το μισό προσωπικό από το επιτρεπτό όριο (1,6 αντί 2,6 που προβλέπεται από το ESICM) στις ΜΕΘ του ΕΣΥ (ΕΕΕΘ). Με αυτά τα δεδομένα, είτε αυξάνεται υπερβολικά ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, είτε πολλές από τις νοσηλευτικές πράξεις ανατίθενται σε βοηθητικό προσωπικό (TEEN 2009), με κοινό παρανομαστή όμως την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (ICN 2006).<sup>35</sup>

Βιβλιογραφικά δεδομένα αναφέρουν διάφορες αναλογίες νοσηλευτή/ασθενή που έχουν προταθεί και θεσμοθετηθεί τα οποία επικυρώνονται και στα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης. Το Nurse Staffing Standards For Patient Safety and Quality Care Act of 2004 καθιέρωσε το κατώτερο επίπεδο στελέχωσης για διαφορετικές μονάδες και απαίτησε από τα νοσοκομεία να αναπτύξουν προγράμματα για να φθάσουν σε αυτό το στόχο. Για την εντατική φροντίδα το κατώτερο επίπεδο στελέχωσης τέθηκε στο 2 ασθενείς ανά νοσηλευτή (Chartier 2004). Στις ΗΠΑ έχει συζητηθεί η θέσπιση ελάχιστων κριτηρίων για τη στελέχωση των ΜΕΘ. Ήδη στην Καλιφόρνια καθορίστηκε με νομοθεσία η αναλογία νοσηλευτών ανά ασθενείς σε κάθε βάρδια, η οποία πρέπει να είναι το λιγότερο από 1:2. (Doering 2003). Στην Ελλάδα υπάρχει πλήρης έλλειψη ενιαίας πολιτικής για τη στελέχωση των τμημάτων. Η μοναδική προσπάθεια προτυποποιήσεως της νοσηλευτικής στελέχωσης στην Ελλάδα έγινε με το Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων (Π.Δ. 87/86) η οποία βασίστηκε σε οικονομετρικές μεθόδους ανάλυσης και γενικούς δείκτες, προκειμένου να προσδιορισθεί ο συνολικός αριθμός του προσωπικού. Το μειονέκτημά της ήταν ότι δεν έλαβε υπόψη τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες νοσηλευτικής φροντίδας και στερείται προοπτικών για τη βελτίωση και την ανάπτυξη της νοσηλευτικής φροντίδας (Merkouris et al 2003).

### **Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τις κλίμακες SAS και SDS**

Ήδη από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν εκτιμήθηκε υψηλός συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach που μας επιτρέπει έτσι στο μέτρο του δυνατού να εξαγάμε ασφαλή συμπεράσματα τουλάχιστον για το δείγμα της μελέτης μας.

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μια πρώτη προσέγγιση της ψυχικής υγείας του ΝΠ που εργάζεται στις δύο διαφορετικές ΜΕΘ. Επίσης η χρησιμοποίηση των κλιμάκων Zung SAS και Zung SDS γίνεται για πρώτη φορά σε ομάδα ΝΠ. Ως κύριο εύρημα, ανεξαρτήτως ΜΕΘ, αποτελεί το γεγονός ότι το ΝΠ που επιλέχθηκε και συμμετείχε στην μελέτη της παρούσας εργασίας παρουσίασε φυσιολογικά επίπεδα

άγχους και κατάθλιψης καθώς δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ΝΠ σε ΜΕΘ ενηλίκων και ΜΕΘ παιδών. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται ότι βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες από τον ελληνικό και το διεθνή χώρο.

Σε πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε Ελληνικές ΜΕΘ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα από τους Καρανικόλα και συν (2009), βρέθηκε ότι τα επίπεδα άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ αντιστοιχούν σε ήπια διαταραχή, με ένα πέμπτο περίπου των συμμετεχόντων να βιώνει μέτρια διαταραχή και περίπου 4% σοβαρή διαταραχή.<sup>183</sup>

Παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, βρέθηκαν από τους de Vargas και συν όπου σε δείγμα 67 νοσηλευτών που εργάζονταν σε ΜΕΘ παρατήρησε ότι το 70% αυτών δεν εμφάνιζε κατάθλιψη.<sup>184</sup>

Στη μελέτη της Ruggiero, το 32% των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ φαίνεται ότι βιώνουν μέτρια επίπεδα άγχους, ενώ ένα πέμπτο των νοσηλευτών ΜΕΘ της ίδιας μελέτης βρέθηκε ότι πληρούσε τα κριτήρια για ήπια, μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη. Επίσης στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι ένα τέταρτο των συμμετεχόντων βιώνει μέτριας έως σοβαρής έντασης αγχώδη διάθεση και ήπια έως σοβαρή διαταραχή ύπνου.<sup>185</sup>

Σε μια πρόσφατη μελέτη που έγινε στην Ελλάδα από τους Μαρνέρα και συν (2010) φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών που εργάζονται σε Νεφρολογικά τμήματα εμφανίζουν περιστασιακό άγχος. Τα επίπεδα περιστασιακού άγχους βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους νοσηλευτές που ήταν καθόλου έως μέτρια ικανοποιημένοι συγκριτικά με αυτούς που ήταν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι τόσο από το αντικείμενο της εργασίας τους όσο και από τη θέση στην εργασία τους.

Επίσης σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα από τους Αργυροπούλου και συν (2011) βρέθηκε οι εργαζόμενοι νοσηλευτές να έχουν σημαντικά υψηλότερο άγχος έναντι των ελεύθερων επαγγελματιών αλλά και αριθμητικώς υψηλότερο συνολικό άγχος από όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες (δημόσιοι υπάλληλοι, ιδιωτικοί υπάλληλοι, ελεύθεροι επαγγελματίες).<sup>186</sup>

Σε μελέτη των Özgencil και συν (2004) βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Γενικές ΜΕΘ έχουν την τάση να εμφανίζουν κατάθλιψη, δεδομένου ότι εργάζονται σε ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο περιβάλλον.<sup>187</sup>



Ο Schmidt το 2009 σε μελέτη που αναφέρονταν στη διερεύνηση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης βρήκε υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στον νοσηλευτικό πληθυσμό των ΜΕΘ.<sup>188</sup>

Διεθνείς μελέτες έχουν διερευνήσει τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με το νοσηλευτικό επάγγελμα, και ιδιαίτερα με τον τομέα της επείγουσας και εντατικής φροντίδας.<sup>189</sup> Μάλιστα, υπάρχουν δεδομένα που συσχετίζουν το εργασιακό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, με την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων.<sup>190</sup>

Σε μελέτη του Kawano σε ένα δείγμα 1.551 νοσηλευτών στην Ιαπωνία βρέθηκε το εργασιακό στρες ως σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση αγχώδους διάθεσης στους εργαζόμενους των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).<sup>191</sup>

Οι Mealer et al. σε ένα δείγμα 351 νοσηλευτών γενικών τμημάτων και 140 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας των Η.Π.Α μελέτησαν την παρουσία ήπιων ψυχιατρικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων διαταραχής άγχους μετά από τραυματικό στρες. Τα ευρήματά τους κατέληξαν σε θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας σε ΜΕΘ και ήπιας ψυχιατρικής νοσηρότητας, καθώς και με διαταραχή άγχους μετά από τραυματικό στρες.<sup>192</sup>

Κάποιες μελέτες έδειξαν ότι η μονάδα εντατικής θεραπείας δεν έχει υποχρεωτικά αρνητική επίδραση στο προσωπικό.<sup>193,194,195</sup> Οι Johnson και Maloney βρήκαν ότι το μόνιμο και παροδικό άγχος να είναι χαμηλότερα σε νοσηλευτές Εντατικής Θεραπείας συγκρινόμενα με νοσηλευτών εργαζόμενων εκτός Εντατικής Θεραπείας.<sup>196,197</sup>

Οι Maloney και Bartz αναφέρουν ότι βρήκαν τους νοσηλευτές της ΜΕΘ περισσότερο απομονωμένους, αλλά και παράλληλα πιο προκλητικούς από τους νοσηλευτές άλλων τμημάτων.<sup>198</sup>

Παλιότερες μελέτες σε ΜΕΘ έδειξαν ότι η κατάθλιψη βρέθηκε να απαντάται συχνά στο νοσηλευτικό προσωπικό.<sup>199,200,201</sup>

Επίσης μελέτη του Gentry και συν, έδειξε να εμφανίζονται περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στους νοσηλευτές εντατικής θεραπείας από τους νοσηλευτές άλλων τμημάτων.<sup>202</sup>

Σε μελέτη που διενεργήθηκε από τους deMaso και συν (1990), βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό της παιδιατρικής ΜΕΘ είχε αυξημένη εμφάνιση

καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε άλλα τμήματα στο ίδιο νοσοκομείο, εύρημα που δεν συμφωνεί με αυτό της παρούσας μελέτης.<sup>203</sup>

Την τελευταία εικοσαετία έχουν αναγνωριστεί κάποια διακριτά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον εργασίας των οποίων το έλλειμμα συνιστά σημαντικό παράγοντα άγχους και θεωρείται απαραίτητο να ικανοποιηθούν προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία για έναν εργαζόμενο. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι, οι ποσοτικές απαιτήσεις, οι συναισθηματικές απαιτήσεις, η επιρροή, οι δυνατότητες εξέλιξης, ο βαθμός ελευθερίας στην εργασία, το νόημα στην εργασία, η δέσμευση στον οργανισμό, η προβλεψιμότητα, η ποιότητα της ηγεσίας, η κοινωνική υποστήριξη, η ανατροφοδότηση, η κοινωνική συναναστροφή στον εργασιακό χώρο, η επαγγελματική ασφάλεια και η επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>2,204</sup>

Επίσης θα παρατηρήσει κανείς ότι πρόσφατες μελέτες που να δείχνουν αύξηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε ΜΕΘ δεν αναφέρονται. Από τις πρώτες κιάλας έρευνες που αφορούν την κατάθλιψη και το άγχος του προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ, φάνηκε ότι το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί το σημαντικότερο και καθοριστικότερο παράγοντα εμφάνισης των συγκεκριμένων συμπτωμάτων. Ο τρόπος σχεδιασμού των μονάδων εντατικής θεραπείας από εκεί και στο εξής έχει προσπαθήσει να μειώσει τα εμφανιζόμενα ψυχολογικά προβλήματα των νοσηλευτών, ενσωματώνοντας τροποποιήσεις που αφορούν στην αρχιτεκτονική, στη στελέχωση καθώς και στην συναισθηματική υποστήριξη του προσωπικού. Στα χρόνια που ακολούθησαν και μετά τις τροποποιήσεις που επήλθαν στον σχεδιασμό των μονάδων εντατικής θεραπείας, δεν υπήρξε καμία τυπική έρευνα που να αφορά εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται σε ΜΕΘ.<sup>205</sup>

Το άγχος μπορεί να έχει πολύ αρνητικά αποτελέσματα στην εργασιακή συμπεριφορά του ατόμου. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι το άγχος που προκαλείται στην εργασία του ατόμου έχει μια ισχυρή, αρνητική σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση.<sup>119</sup> Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον Ramirez και τους συνεργάτες του, η επαγγελματική ικανοποίηση προστατεύει από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του μακροχρόνιου άγχους<sup>120,121</sup>

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ισχυρά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού άγχους και του φύλου. Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερο

βαθμό άγχους από τους άνδρες των οποίων όμως και οι μέσες τιμές είναι μέσα στα φυσιολογικά επίπεδα μη ύπαρξης άγχους

Επίσης βρέθηκε να εμφανίζεται ισχυρά θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης με το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση που κατέχει στο τμήμα ο συμμετέχων στη μελέτη καθώς επίσης και η βάρδια εργασίας. Οι Βοηθοί Νοσηλευτών φαίνεται να βιώνουν υψηλότερης έντασης κατάθλιψη από τις άλλες κατηγορίες. Παρόλα αυτά όμως έχουν φυσιολογικά επίπεδα κατάθλιψης Όσοι από το ΝΠ ακολουθούν απογευματινό ωράριο εργασίας εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό στην κλίμακα κατάθλιψης που πλησιάζει τα όρια της ήπιας έντασης κατάθλιψη. Βρέθηκε επίσης να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης και του μέσου όρου ημερών εργασίας το Σαββατοκύριακο Συγκεκριμένα όσοι από το ΝΠ δεν εργάζονται καμία ημέρα Σαββατοκύριακο βιώνουν φυσιολογικής έντασης κατάθλιψη.

Παρόμοια αποτελέσματα με τη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκαν τόσο σε διεθνή όσο και σε ελληνική ερευνητική βιβλιογραφία.

Συγκεκριμένα στη μελέτη των Καρανικόλα και συν (2009) παρατηρήθηκαν σε σχέση με το φύλο, στατιστικά σημαντικές διαφορές (ως προς την ένταση του συνολικού άγχους, αλλά και ως προς τα συμπτώματα υπερέντασης, τις φοβίες, τα αισθητηριακά συμπτώματα, τα γαστρεντερικά συμπτώματα, τα ουρογεννητικά συμπτώματα και τα συμπτώματα από το ΑΝΣ), τα οποία ήταν εντονότερα στις γυναίκες.

Τα ευρήματα της μελέτης των Κορομπέλι et al, αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη εργονομικής ρύθμισης του προγράμματος βαρδιών του νοσηλευτικού προσωπικού των ΜΕΘ προκειμένου να προασπιστεί η ψυχοσωματική υγεία τους γιατί συνδέουν το κυκλικό ωράριο εργασίας των νοσηλευτών ΜΕΘ με απορρύθμιση τόσο του κιρκάδιου ρυθμού της έκκρισης ορμονών, όσο και άλλων μεταβλητών που αφορούν στη ψυχοσωματική υγεία.<sup>27</sup> Οι επιπτώσεις από αυτές τις μεταβολές αφορούν σε διαταραχές του ύπνου, υπερένταση, καταθλιπτική διάθεση, γνωστικές διαταραχές, καθώς και σε ένταση στην προσωπική και στην κοινωνική ζωή.<sup>206</sup>

Με βάση τη μελέτη των Shields & Ward (2001) προκύπτει πως περισσότερο ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι οι οποίοι εργάζονται με σταθερό ωράριο από εκείνους που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο ή στις νυχτερινές βάρδιες.<sup>131</sup> Επίσης, σύμφωνα με των Shader και συν. (2001), το σταθερό πρόγραμμα εργασίας φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα στρες, αλλά και με αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση στους νοσηλευτές.<sup>132</sup>

Στη μελέτη των Μαρνέρα και συν (2010) που αφορά σε ΝΠ Νεφρολογικών Τμημάτων, βρέθηκε ότι οι Βοηθοί Νοσηλευτών εμφανίζουν περισσότερο περιστασιακό όσο και μόνιμο άγχος συγκριτικά με τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ. Επίσης στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι τα επίπεδα περιστασιακού άγχους ήταν σημαντικά υψηλότερα στο νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν καθόλου έως μέτρια ικανοποιημένο συγκριτικά με αυτό που ήταν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένο τόσο από το αντικείμενο της εργασίας του όσο και από τη θέση στην εργασία του. Στην παρούσα εργασία, οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα του μόνιμου άγχους, αν και με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους άνδρες.

Όπως επίσης προέκυψε από μελέτη των Tselebis και συν. 2006, ο ρόλος του ατόμου στον εργασιακό χώρο, οι σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον (σχέση με συναδέλφους και συνεργάτες, με προϊστάμενους, σχέση με υφισταμένους), η δομή και το κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου αλλά και η σχέση της οικογενειακής με την εργασιακή ζωή –μεταφορά προβλημάτων της εργασίας στην οικογένεια– και αντίστροφα, η διπλή σταδιοδρομία των δύο συζύγων επιβαρύνουν τους νοσηλευτές. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες νοσηλεύτριες και οι ιατροί εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές.<sup>207</sup>

Σε μελέτη των Suliman και Halabi (2007), βρέθηκε ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο διαδραματίζει ρόλο στην εμφάνιση άγχους. Νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζει υψηλότερο βαθμό άγχους από νοσηλευτές με καλύτερη εκπαίδευση ακόμη και σε προπτυχιακό επίπεδο.<sup>208</sup>

Σε άλλη μελέτη των deVargas και συν (2011) βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ που εργάζονται σε περισσότερες νυχτερινές βάρδιες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης από αυτούς που εργάζονται πρωινό. Η νυχτερινή εργασία θεωρείται ιδιαίτερα κουραστική στους επαγγελματίες υγείας, λόγω των δύσκολων, εξουθενωτικών και ενοχλητικών εργασιακών συνθηκών, των επειγόντων καταστάσεων που σχετίζονται με το εξουθενωτικό περιβάλλον των ΜΕΘ. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η μελέτη των Abdalkader και συν 2008 που έγινε σε νοσηλευτικό προσωπικό ΜΕΘ της Ιορδανίας.<sup>209</sup>

Σε άλλη μελέτη των Ahmed et al (2009) σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και σε κολέγιο του Dubai το 2008, όπου περιελάμβανε διοικητικό και ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό, εκτιμήθηκε σε πολύ διαφορετικά επίπεδα η συχνότητα του άγχους καθώς στόχος της εργασίας τους ήταν να συσχετιστεί με τα επίπεδα κατάθλιψης σε

κάθε κατηγορία προσωπικού. Συγκεκριμένα η συχνότητα άγχους στους φοιτητές ιατρικής βρέθηκε 29%, αρκετά υψηλότερη από την αντίστοιχη στο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό που βρέθηκε μόλις στο 2%. Περισσότερο αξιοσημείωτο όμως στη μελέτη τους αποτελεί η παρουσίαση των διαφόρων συμπτωμάτων που βρέθηκαν να σχετίζονται με το άγχος, όπως διατυπώθηκαν από τους συμμετέχοντες. Κυρίαρχο σύμπτωμα με τη μεγαλύτερη συχνότητα αποτελεί ο «φόβος για το χειρότερο που μπορεί να συμβεί» («fear of worst happening») ή η «αδυναμία για χαλάρωση» («unable to relax») και η «νευρικότητα» («nervous»).

Οι Moustaka & Constantinidis (2010) στην ανασκόπηση τους για τις πηγές και τις επιδράσεις του εργασιακού άγχους στους νοσηλευτές, διαπιστώνουν μεταξύ άλλων ότι την τελευταία δεκαετία έχει αναγνωριστεί η αύξηση του άγχους που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό εντός των νοσοκομείων. Στη μελέτη τους αναφέρεται ότι μεγαλύτερο εργασιακό άγχος βιώνουν οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες, το χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου ΝΠ και όσοι εργάζονται περισσότερες νυχτερινές βάρδιες το μήνα. Αυτό έχει ως συνέπεια να εξουθενώνονται εργασιακά και να αποδίδουν λιγότερο και φυσικά να επηρεάζεται αρνητικά η φροντίδα των ασθενών. Εκτός από το φόρτο εργασίας, που αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα των ελληνικών νοσοκομείων, η μη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους αποτελεί την πρώτη και πιο σημαντική συνιστώσα στην κατεύθυνση της κατανόησης του ρόλου που παίζουν οι διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες.<sup>210</sup>

### **Περιορισμοί της μελέτης**

Το δείγμα της μελέτης δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των νοσηλευτών ΜΕΘ ενηλίκων και παιδών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν σχετικά στοιχεία για τον ακριβή πληθυσμό αναφοράς στο ελληνικό ΕΣΥ.

Επίσης το μέγεθος του δείγματος σε αυτή τη μελέτη ήταν σχετικά περιορισμένο και βασιζόταν σε μη τυχαία δειγματοληψία. Ένα μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών με αναλογική κατανομή ως προς τα χαρακτηριστικά του θα μπορούσε να παρέχει περισσότερες και διαφοροποιημένες ίσως πληροφορίες από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Η εθελοντική συμμετοχή του ΝΠ στη μελέτη μπορεί να έχει επιφέρει ορισμένα αναπόφευκτα λάθη μεροληψίας. Δεδομένου του γεγονότος ότι οι κλίμακες

αναφέρονταν σε χαρακτηριστικά της προσωπικής τους διαβίωσης, ενδεχομένως να μην ήταν απόλυτα ειλικρινείς οι απαντήσεις τους αν και ανώνυμες.

Μελλοντικές μελέτες, ποιοτικής ίσως προσέγγισης, οφείλουν να επικεντρωθούν στον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν την εκτίμηση της ψυχικής υγείας και σχετίζονται με τη δομή της προσωπικότητας του εργαζόμενου διερευνώντας έτσι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της κατάστασής του.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### Συμπεράσματα

Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, το Νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων φαίνεται να βιώνει φυσιολογικά επίπεδα Άγχους και Κατάθλιψης. Παρόλα αυτά βρέθηκε ότι το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η θέση στο τμήμα καθώς και το πρόγραμμα εργασίας σχετίζονται με την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν διαφέρουν από αυτά άλλων παρόμοιων μελετών που αφορούν σε Νοσηλευτικό Προσωπικό ΜΕΘ ή σε γενικότερο νοσηλευτικό πληθυσμό.

Αν θέλουμε να υποστηρίξουμε την υγεία των εργαζομένων θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην μείωση των στρεσογόνων παραγόντων. Το περιβάλλον των ΜΕΘ έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια προσαρμόζοντας τις χωροταξικές ανάγκες των ασθενών στις ψυχοσωματικές ανάγκες του προσωπικού. Οι ΜΕΘ έχουν γίνει πιο φωτεινές αφού πλέον έχουν τοποθετηθεί σε αυτές παράθυρα για την είσοδο φυσικού φωτός, οι χώροι έχουν γίνει μεγαλύτεροι και ο θόρυβος πλέον που εκπέμπουν τα νέας τεχνολογίας μηχανήματα έχει μειωθεί στα φυσιολογικά επιτρεπτά όρια. Επίσης το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τις ΜΕΘ είναι πιο εξειδικευμένο ακόμη και σε επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης.

Για το σκοπό αυτό ο AACN (American Association of Critical Care Nurses) έχει προσδιορίσει έξι τρόπους – κανόνες που απευθύνονται σε νοσηλευτές Εντατικής Θεραπείας:

- 1. Ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού*
- 2. Υποκίνηση ουσιαστικής συνεργασίας*
- 3. Συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων*
- 4. Στελέχωση με το κατάλληλο προσωπικό*
- 5. Σημαντική αναγνώριση του νοσηλευτικού έργου*
- 6. Αποτελεσματική διοίκηση του τμήματος*

Η υποστηρικτική νοσηλευτική ηγεσία εμφανίζεται στο σύνολο της σχετικής βιβλιογραφίας ως το δομικό συστατικό ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος. Το σύστημα προαγωγής και ανάδειξης κάποιου νοσηλευτή σε ηγετικό στέλεχος της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας πρέπει να απαγκιστρωθεί από απαρχαιωμένες μεθόδους που βασίζονται αποκλειστικά στα έτη προϋπηρεσίας. Ο σύγχρονος νοσηλευτής –

ηγέτης είναι σημαντικό να έχει γνώσεις και δεξιότητες διοίκησης, αλλά και να περιβάλλει με αληθινό ενδιαφέρον τους υφισταμένους τους και τα προβλήματά τους, να επιδιώκει την επίλυσή τους με δικαιοσύνη και να αποτελεί σημείο αναφοράς για όλη τη θεραπευτική ομάδα. Οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τη σειρά τους οφείλουν να ενισχύουν τις προσπάθειες των νοσηλευτικών στελεχών για διατήρηση ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, εξασφαλίζοντας τους ουσιαστικό ρόλο στον έλεγχο των πολιτικών και των διαδικασιών του νοσοκομείου.<sup>6</sup>

Το νοσηλευτικό επάγγελμα συγκαταλέγεται ανάμεσα στα τέσσερα πρώτα επαγγέλματα που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) οι διαταραχές υγείας που σχετίζονται με το στρες είναι η κυριότερη αιτία πρόωρων θανάτων στην Ευρώπη. Με βάση τέτοιες εκτιμήσεις το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο των υπουργών (15 Νοεμβρίου 2001) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες, είναι υψίστης σημασίας και σημαντικοί ρυθμιστές βαρύτητας των ασθενειών και της απώλειας της ποιότητας ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αναγνωρίζουν ότι τέτοια προβλήματα είναι κοινές αιτίες ανθρώπινων προβλημάτων και ανικανότητας, αφού αυξάνουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού, αυξάνουν την θνησιμότητα και έχουν επίπτωση στις εθνικές οικονομίες. Επίσης ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, αναγνωρίζει ότι διάφορες ομάδες παραγόντων μπορούν να συμβάλουν στην εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων και παθήσεων, ανάμεσα σε αυτούς και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στην εργασία<sup>5</sup>.

Μια πρώιμη αναγνώριση των συμπτωμάτων θα είχε ως αποτέλεσμα την αποφυγή επώδυνων καταστάσεων. Η Επιθεώρηση Εργασίας της Δανίας, αναγνώρισε ότι υπάρχει ανάγκη επιμόρφωσης των επιθεωρητών εργασίας, έτσι ώστε να εκτιμούν και να διαχειρίζονται τα προβλήματα του στρες. Γι' αυτό το σκοπό, όλοι οι επιθεωρητές εργασίας έχουν εκπαιδευτεί στην χρήση τεχνικών εκτίμησης και η κάθε ομάδα επιθεώρησης έχει τουλάχιστον έναν ελεγκτή εκπαιδευμένο στην ψυχολογία (Pickvance, 2001).

Για την προώθηση της αντιμετώπισης των εργασιακών πιέσεων οι Αρχές Αγωγής Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο που περιγράφει εν συντομία κάποιο πρόγραμμα οργανωτικής διαχείρισης των καταστάσεων αυτών για χρήση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS, 1997). Συγκεκριμένα, αυτό πρέπει να εφαρμοστεί και στη χώρα μας και περιλαμβάνει:



- i) Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊστάμενου και ανωτέρων διοικητικών στελεχών του οργανισμού, καθώς και εξωτερικών συμβούλων.
- ii) ii) Μία «Ομάδα Ακρόασης», συγκροτούμενη από διαφορετικά επαγγέλματα για τη διεξαγωγή προκαταρκτικής ανάλυσης της φύσης και της έκτασης του προβλήματος των εργασιακών εντάσεων.
- iii) Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες, με σκοπό τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων.
- iv) Μια ομάδα διαχείρισης των εργασιακών πιέσεων για το χειρισμό και το συντονισμό των πληροφοριών και την εφαρμογή των πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης, παράλληλα με τη συνεργασία με εξωτερικούς συμβούλους.
- v) Κλινικές εποπτείες
- vi) Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης

Καθοριστικός θα πρέπει να είναι ο ρόλος των υγειονομικών ειδικών επαγγελματικής υγείας, στην αποφυγή έκθεσης του προσωπικού, σε βλαπτικούς εργασιακούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση επαγγελματικής νόσου (πρωτογενής πρόληψη), αλλά και ανάπτυξη μεθόδων διαλογής για την πρώιμη εντόπιση περιστατικών στο χώρο εργασίας (δευτερογενής πρόληψη) (Κωνσταντινίδης, 2002). Όσο αφορά στην διαχείριση του εργασιακού στρες προτείνουν παρεμβάσεις που στοχεύουν τόσο στην εντόπιση των στρεσογόνων παραγόντων (Καντάς, 1995), στην εκτίμησή τους και στην πρόληψη αυτών (Ψυχαργός, 2005).

Σημαντικό βέβαια είναι μετά την εντόπιση των στρεσογόνων παραγόντων ποιες θα είναι οι παρεμβάσεις για την μείωση ή και εξαφάνιση αυτών. Η διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων θα πρέπει να χαράξει μια ενιαία πολιτική αλλαγής εργασιακής κουλτούρας. Σε ατομικό επίπεδο θα πρέπει να υποστηρίζεται ο κάθε εργαζόμενος και να διατίθεται σε αυτόν χρόνος και χώρος «συναισθηματικής αποσυμπίεσης». Οι προϊστάμενοι θα πρέπει να είναι σε θέση έτσι ώστε να αξιοποιούν, αφού έχουν αναγνωρίσει τις γνώσεις και τις εμπειρίες του κάθε εργαζομένου δίνοντάς του τη δυνατότητα συμμετοχής στη διοίκηση του οργανισμού. Οφείλουν να σέβονται τον κάθε εργαζόμενο και να τροφοδοτούν αυτόν με κίνητρα προσωπικής και επαγγελματικής ανέλιξης.

Σημαντικό είναι ο εργαζόμενος να συμμετέχει στη διαμόρφωση του προγράμματος εργασίας του, να έχει τη δυνατότητα να προτείνει αλλαγές στην οργάνωση του ιδρύματος και να του παρέχονται υπηρεσίες υποστήριξης και διαχείρισης εργασιακών συγκρούσεων, αναγνωρίζοντας τη δύσκολη φύση του επαγγέλματος.

Η αναγνώριση ότι το στρες είναι ένα οργανωτικό πρόβλημα και η παραδοχή ότι το εργασιακό περιβάλλον είναι υπεύθυνο για το μεγαλύτερο μέρος του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές και το ότι δεν είναι ένα πρόβλημα που οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίσουν μόνοι τους, είναι το πρώτο και σπουδαιότερο βήμα για τη διαχείριση του εργασιακού στρες από το νοσηλευτικό ίδρυμα. Είναι γνωστό βέβαια ότι εδώ υπάρχει μια προκατάληψη και συνηθίζεται η αντιμετώπιση του εργασιακού στρες σε προσωπικό παρά σε οργανωτικό επίπεδο. Σε περίπτωση αναγνώρισης μιας στρεσογόνου κατάστασης καλό θα ήταν αν δεν μπορούν να τροποποιηθούν οι συνθήκες το άτομο να απομακρυνθεί.

Τέλος δεδομένου ότι η ελληνική νομοθεσία ορίζει την θέσπιση και στελέχωση με εξειδικευμένο προσωπικό των γραφείων Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σημαντική θα ήταν η συνεισφορά του σε ότι αφορά την εντόπιση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου.

Σημαντικός είναι ο ρόλος τους στην εφαρμογή της νομοθεσίας περί Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, αφού το στρες στην εργασία μπορεί να προκληθεί από φυσικούς κινδύνους, όπως ο θόρυβος και η θερμοκρασία (Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, 2002), οι κακές περιβαλλοντικές συνθήκες, η ενοχλητική ρύπανση, η ακαταστασία, οι δονήσεις, ο κακός αερισμός, ο ελλιπής φωτισμός ή επίσης τα προβλήματα που σχετίζονται με την αξιοπιστία, τη διαθεσιμότητα, την καταλληλότητα και την συντήρηση ή επισκευή του εξοπλισμού και των εγκαταστάσεων. Τα συγκεκριμένα τμήματα θα πρέπει να είναι στελεχωμένα με επαγγελματίες εκπαιδευμένους στην προσέγγιση και αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ως νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον ορίζεται το περιβάλλον, όπου οι νοσηλευτές εργάζονται και ασκούν την κλινική τους πρακτική. Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) θεωρούνται ένας ιδιαίτερα πιεστικός χώρος εργασίας που ευνοεί την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών. Ελάχιστες μελέτες έχουν γίνει στην Ελλάδα μέχρι σήμερα που να αφορούν στο άγχος και την κατάθλιψη νοσηλευτικού προσωπικού (ΝΠ) Μονάδων Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων και Παίδων.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη διερευνά την ύπαρξη και τον βαθμό έντασης άγχους και κατάθλιψης που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ΜΕΘ Παίδων και Ενηλίκων και την ύπαρξη συσχέτισης με τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.

**Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 394 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού (ΝΠ) που εργάζεται σε ΜΕΘ Ενηλίκων και Παιδιατρικές. Από αυτούς το 56,1% ήταν ΝΠ που εργάζονταν σε ΜΕΘ ενηλίκων. Για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) και Zung Self-Rating Anxiety Scale και Zung Self-Rating Depression Scale. Ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής για της δύο κλίμακες, βρέθηκε να είναι 0,72 και 0,75 αντίστοιχα. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου SPSS 19.0

**Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι το 89,3% (n=352) του δείγματος ήταν γυναίκες, το 81,7% (n=322) ήταν ηλικίας >40 ετών, το 47,2% (n=186) του δείγματος ήταν άγαμοι ενώ το 79,2% (n=312) ήταν Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης. Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων φάνηκε ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του ΝΠ κυμαίνονταν σε φυσιολογικά επίπεδα (mean SAS=39,21 mean SDS=46,15) καθώς επίσης ότι δεν εμφανίστηκε στατιστική συσχέτιση μεταξύ ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων σε σχέση με το άγχος και την κατάθλιψη. Παρόλα αυτά όμως βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με το βαθμό άγχους (tau b=0,159, p=0,001). θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης με το επίπεδο εκπαίδευσης (tau b=0,136, p=0,005), τη θέση εργασίας (tau b=0,161, p=0,001) καθώς επίσης και η βάρδια εργασίας (tau b=-0,115, p=0,001). Βρέθηκε επίσης να υπάρχει στατιστική διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης και του μέσου όρου ημερών εργασίας το Σαββατοκύριακο κάθε μήνα ( $\chi^2=20,15, df=6, p=0,010$ )

**Συμπεράσματα:** Το Νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ Ενηλίκων και Παίδων φαίνεται να έχει φυσιολογικά επίπεδα Άγχους και Κατάθλιψης. Παρόλα αυτά φάνηκε ότι υπάρχουν παράγοντες που συσχετίζονται με την εμφάνιση των παραπάνω ψυχολογικών διαταραχών οι οποίοι καλό θα ήταν να ληφθούν υπόψη από τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για τη διατήρηση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος στις ΜΕΘ.

**Λέξεις – κλειδιά:** οργανωσιακό κλίμα, Νοσηλευτικό προσωπικό, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, άγχος, κατάθλιψη

## ABSTRACT

**Introduction:** The nursing work environment is the environment where nurses work and exercise their clinical practice. The Intensive Care Units are a particularly stressing workplace conducive to the development of psychological disorders. Studies investigating anxiety and depression symptoms in Hellenic nursing staff (NS) of Adult and Pediatric Intensive Care Units (ICU) are limited.

**Aim:** The purpose of the present study was to investigate the existence and severity of anxiety and depression symptoms of NS Adult and Pediatric ICUs, as well as the associations with demographic, social and employment characteristics of the sample.

**Material and methods:** The sample consisted of 394 NS working in Adult and Pediatric ICUs. 56.1% of the sample was working in adult ICU. For the assessment of anxiety and depression scale were used Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS) and Zung Self-Rating Anxiety Scale and Zung Self-Rating Depression Scale. The Cronbach's alpha for the two scales was found to be 0.72 and 0.75 respectively. The statistical analysis of data was performed using the statistical package SPSS 19.0

**Results:** The results of this study indicated that 89.3% (n = 352) of the sample were women, 81.7% (n=322) were > 40 years, 47.2% (n=186) of the sample were single while 79.2%, (n=312) were nurses Technological Education. The levels of anxiety and depression of NS was normal (mean SAS = 39.21 mean SDS = 46.15) and there were not observed statistically significant correlation between adult and pediatric ICUs compared. However there was a statistically significant correlation between gender and the range of anxiety (tau b = 0.159, p = 0.001). There was a statistically significant correlation between the range depression and educational level (tau b = 0.136, p = 0.005), work position (tau b = 0.161, p = 0.001), as well as the work shift (tau b = -0.115, p=0.001). It was also observed statistical significant difference in range of depression and the mean of weekend work days per month ( $X^2 = 20.15$ , df = 6, p = 0.010)

**Conclusion:** NS of ICU Adult and Pediatric seems to feel normal range of anxiety and depression. However there were observed some factors associated with the occurrence of these psychological disorders. These should be considered

by the administration of hospitals to maintain a supportive environment for the nursing staff in the ICU.

**Key words:** organizational climate, Nursing staff, Intensive Care Unit, Anxiety, Stress, Depression,

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μαδιανός Μ. Κοινωνία και Ψυχική Υγεία, Α τόμος, Αθήνα, 1983, 1<sup>η</sup> έκδοση, εκδόσεις «ΝΑΣΤΑΝΙ,ΤΗ Α.Ε.»
2. Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A, Borg V, *The Copenhagen Psychological Questionnaire (COPSOC), A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment*, Scandinavian Journal of Work Environment Health 2005, 31:438-449
3. Κάντας Α, *Οργανωτική-Βιομηχανική ψυχολογία*, Αθήνα,1995,εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
4. Grenberg P, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Bery-Glund PA, et al. *The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000?* J Clin Psychiatry 2003, 64:1465–1475
5. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία, *FACTS 75, 2007*
6. Καρρά Β Η Επίδραση του οργανωσιακού κλίματος των ΜΕΘ ελληνικών δημοσίων νοσοκομείων στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής καιτην κινητικότητα των νοσηλευτών τους, Διπλωματική εργασία ΜΠΣ, Πάτρα 2011, ΕΑΠ
7. Maslow AH, *Motivation and Personality*, ed New York 1954, Harper
8. Briner RB, *Relationships between work environment, psychological environments and psychological well being*, Occupational Medicine 2000, 50:299-303
9. Agency of Healthcare Research and Quality, *The Effect of Health Care Working Condition on Patient Safety*. Evidence Report/Technology Assessment No74, AHRQ, 2003, Available at [www.ahrq.gov/clinic/epcsums/worksum.pdf](http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/worksum.pdf) (Πρόσβαση στις 1/2/2011)
10. Sleutel M, *Climate, Culture, Context, or Work Environment? Organization factors that influence Nursing Practice*, Journal of Nursing Administration 2000, 30: 53-58
11. Moos RH, Schaeter JA, *Evaluating health care work settings. A holistic conceptual framework*, Psychology and Health 1987, 1: 97-122
12. Shang L, Liv P, Fan LB, Gu HK, Li J, *Psychometric properties of the Chinese Version of Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, Journal of Environment Occupational Medicine 2008, 25: 572-6

13. Seigrist, J, *Adverse health effects of high-effort/low reward conditions, Journal of Occupational Health Psychology* 1996, 1: 27-41
14. Shalk DMJ, Bijl MLP, Haltens RJG, Hollands L, Cummings GC, *Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review, Implementation Science* 2010, 34:
15. Lake ET, *The Nursing Practice Environment: Measurement and Evidence, Med Care Res Rev* 2007, 64: 1045-122
16. Adford P, Zone-Smith L, *Organizational Commitment to Professional Practice Models, Journal of Nursing Administration* 2005, 35: 467-472
17. Froneberg B, *National and international response to occupational hazards in the healthcare sector, Annals of the New York Academy of Sciences* 2006, 1076: 607-614
18. Κοσμίδης Δ, *Υποστηρικτικό Εργασιακό Περιβάλλον και Ποιότητα Φροντίδας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας* 2010, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ιατρική Σχολή Αθήνας σε σύμπραξη με ΤΕΙ Αθήνας, Τμήμα Νοσηλευτικής Α' Αθήνα
19. Ρωμανίδης Κ, *Βασικές αρχές οργάνωσης και λειτουργίας ΜΕΘ*, εκδόσεις Εταιρία Αξιοποίησης και Διαχείρισης Περιουσίας Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Αλεξανδρούπολη 2002
20. Ρούσσος Χ, *Αρχές λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Εντατική θεραπεία* 1998, Συμπλήρωμα Τόμος III
21. Vincent JL, Artigas A, Bihari D, *Guidelines for the utilization of Intensive Care Units* 1994, *Intensive Care Medicine*, 20:163-164
22. Weil MH, Von Planta M, Rackov E, 1989, *Critical Care Medicine Introduction and historical perspective*. Shoemaker, W Ayres, S Grenwick A, Hollbrook, P, Thompson WL (eds). *Textbook of Critical Care*. Saunders, Philadelphia 1994
23. International Task Force on Safety in the Intensive Care Unit, *International Standards for safety in the Intensive Care Unit, Intensive Care Medicine* 1993, 19: 178-181)
24. Fontaine DK, Prinkey Briggs L, Pope-Smith B, *Designing humanistic critical care environment, Critical Care Nursing Quality* 2001, 24: 21-34
25. Kahn DM, Cook TE, Carlisle CC *Identification and modification of environmental nurse in an ICU setting, Chest* 1998, 114: 535-540
26. Rupert R, Long LD, Hutchinson ML, *Creating a Healing Environment in the ICU*. In Kaplow R, Hardin SR (eds), *Critical care nursing: Synergy for optimal outcomes*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts 2007



27. Jastremski CA, *ICU bedside environment: a nursing perspective*, *Critical Care Clin* 2000, vol. 16: 723-734
28. Wilkstrom A, *Technology: A Supporter and Challenger in Everyday Practice*. A study of Interaction in the ICU (Dissertation), Sahlgrenska Academy, Gothenburg, Sweden 2003
29. Almervd S, 2008, *The meaning of technology in intensive care*. The world of Critical Care Nursing 2003, at [http://find.articles.com/p/articles/ml\\_6812/is\\_3\\_6/ai\\_n31436407](http://find.articles.com/p/articles/ml_6812/is_3_6/ai_n31436407) (πρόσβαση στις 10/2/2011)
30. Reader T, Flin R, Launche K, Cuthbertson BH, *Non-technical skills in the Intensive Care Unit*, *British Journal of Anaesthesia* 2006, 96: 551-9
31. Schmalenberg C, Kramer M, *Types of Intensive Care Units With the Healthiest, Most Productive Work Environments*, *American Journal of Critical Care* 2007, 16: 458-468
32. American Association of Critical-Care Nurses. AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *Am J Crit Care* 2005, 14(3):187–197
33. Kramer M, Schmalenberg C, *Development and evaluation of Essentials of Magnetism tool*, *J Nurs Adm* 2004,38(7/8):365–378).
34. Τομέας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, 2009, Αποτελέσματα Μελέτης TEEN για τη στελέχωση των Ελληνικών ΜΕΘ 1997-2009. Διαθέσιμο στη διεύθυνση [www.esne.gr/index.php?option=com\\_remository](http://www.esne.gr/index.php?option=com_remository) (Πρόσβαση 15/2/2012)
35. Τσιμογιάννη Α, Μπαλτόπουλος Γ, Φίλντισης Γ, Μπούτζουκα Ε, Μυριανθεύς Π, Λαδάκης Χ, *Στελέχωση Πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας: Παρούσα κατάσταση, Πνεύμων* 2001, 14:38-46
36. International Council of Nurses, 2006, *Διακήρυξη ICN για τη Διεθνή Ημέρα Νοσηλευτών 2006 «Η ασφαλής και εγγυημένη νοσηλευτική στελέχωση σώζει ζωές»*, Διαθέσιμη στο [www.esne.gr](http://www.esne.gr) (Πρόσβαση στις 4/5/2011)
37. Dimitriadou, A, Lavdaniti M, Theofanidis D, Psychogiou M, Minigaridou Eu, Konstadinidou A, Sapountzi-Krepia D, *Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece*, *International Journal of Caring Sciences* 2008, 1:140-146

38. Kydona, C, Malanus G, Giasnetsova T, Tsiorav, Gritsi-Gerogianni NT, *The level of teamwork as an index of quality in ICU performance*, HIPPOKRATIA 2010,14:94-97
39. Deltsidou A, Mallidou A, Katostaras TH, *Nurses and doctors colleagues,Aspects of obstetricians and pediatricians*, Nursing 2000,4:325-331
40. Kydonaki C, *An ethnographic insight into the dynamics of the decision environment when managing a weaning patient*, The University of Edinburg, Edinburg 2010
41. (Papathanassoglou E, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou I, Lavdaniti M, *Practice and clinical decision making autonomy among Hellenic critical care nurses*, *Journal of Nursing Management* 2010, 13:154-164
42. Sapountzi-Krepia D, Psychogiou M, Sakellari E, Konstadinidou A, Dimitriadou A, *How Greek nurses and nursing students define Nursing: An Qualitative Content Analysis*, Health Science Journal, Nursing Web Journal, issue 3 (www.hsj.gr) 2007
43. Snow JL, *Enhancing work climate to improve performance and retain valued employees*, *Journal of Nursing Administration*, 2002, 32:393-397
44. Farly MJ, Nyberg J, *Environment as a major element in nursing administration practice theory development*, Nurs Health Care, 1990,11:532-535
45. DiMatteo M. R, Martin L. R., *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, Αθήνα 2006, Β' Έκδοση, εκδόσεις «ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ»
46. Kaplan and Sadock's, *εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*, Αθήνα 1996 Γ' έκδοση, εκδόσεις «ΠΑΡΙΣΤΑΣΙΑΝΟΥ»
47. Engel, G, *The clinical application of the biopsychosocial model*, The American Journal of Psychiatry 1980, 137(5): 535-544
48. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , (2004), διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο [http://www.pepen.gr/spa/gr/results\\_gr/SPA\\_HANDBOOK\\_2405006%20final\\_GR.pdf](http://www.pepen.gr/spa/gr/results_gr/SPA_HANDBOOK_2405006%20final_GR.pdf), προσπέλαση 11/2011]
49. Γιαννοπούλου Χρ, *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα 2007, 6η έκδοση, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α.

50. Selye H, *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. Nature 1936, 138: 32- 40
51. Selye H. *What is stress?* Metabolism 1956, 5:525-530
52. Jones J.G, *A cognitive perspective on the processes underlying the relationship between stress and performance in sports*. Chichester, England 1990,Wiley In J.G. Jones & L. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport* 17-42
53. Hofmann D, “*Τι είναι στρες*”, *Natural Medicine*, available from: [www.Nat.Med.gr](http://www.Nat.Med.gr), Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2011)
54. Χριστοδούλου Χ. Τομασίδη, *‘Εισαγωγή στην ψυχολογία’*, Εκδόσεις «Δίπτυχο», Αθήνα 1982
55. Chrousos G.P, “*Stress and disorders of the stress system*”, Nature Rev Endocrinol 5 2009
56. Κόρδας Δ., σημειώσεις από το μάθημα «*Ψυχολογία της υγείας*» του Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης, 2002.
57. Kirschbaum C, Hellhammer DH, *Salivary cortisol in psychobiological research: An overview*. *Neuropsychobiology* 1989, 22:150–169
58. Kirschbaum C, Hellhammer DH, *Salivary cortisol in psychoneuroendocrine research: Recent developments and applications*. *Psychoneuroendocrinology* 1994, 19: 313–333
59. Hellhammer DH, Kirschbaum C, Belkien L, *Measurement of salivary cortisol under psychological stimulation. In: Advanced Methods in Psychobiology*. Hingtgen JN, Hellhammer DH, Huppmann G (Eds). Toronto, Hogrefe, 1987, 281–289
60. De Quervain DJ, Roozendaal B, McGaugh JL, *Stress and glucocorticoids impair retrieval of long-term spatial memory*, Nature 1998, 394:787–790
61. Marucha PT, Kiecolt-Glaser JK, Favagehi M, *Mucosal wound healing is impaired by examination stress*, Psychosom Med 1998, 60: 362–365
62. Kirschbaum C, Wolf OT, May M, et al, *Stress and treatment-induced elevations of cortisol levels associated with impaired declarative memory in healthy adults*, Life Sci 1996, 58:1475–1483
63. Sapolsky RM, *Why stress is bad for your brain*. Science 1996, 273:749–750
64. Yehuda R, *Stress and glucocorticoid*, Science 1997, 275:1662–1663

65. De Kloet ER, *Steroids, stability and stress*, Front Neuroendocrinol 1995,16:416–425
66. McEwen BS, Wingfield JC, *The concept of allostasis in biology and biomedicine*, Horm Behav 2003, 43: 2-15
67. McEwen B, Lasley EN , *The end of stress as we know it*, 2002
68. Sterling P, Eyer J, *Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In : Fisher s, Reason J (eds) Handbook of life stress, cognition and health. Wiley, New York1988, 629-649,*
69. McEwen BS, *Protective and damaging effects of stress mediators*, N Engl J Med 1998, 338: 171-179. Horm Behav 43: 2-15
70. Cirelli C, *Functional genomics of sleep and circadian rhythm invited review: How sleep deprivation affects gene expression in the brain? A review of recent findings.* J Appl Physiol 2002,92: 394-400
71. Hemingway H, Marmot M, *Evidence based cardiology: Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies*, Br Med J1999, 318: 1460
72. Schulkin J, McEwen BS, Gold PW, *Allostasis, amygdale, and anticipatory angst.* Neurosci Biobehav Rev 1994, 18: 385-396
73. Γραμματικοπούλου Ε, *Επιμέλεια Ψυχική Υγεία, Σύγχρονες τάσεις, Προβληματισμοί*, Εκδ. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών 2011, 45-48
74. Spielberger C.D, *Theory and research on anxiety. In C.S. Spielberger (Ed), Anxiety and Behavior* New York: Academic Press 1966, 3-20
75. Κάντας Α, *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία, Μέρος 3<sup>ο</sup> ζ' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 102*
76. Beyer JE & Levin CR, *Issues and advances in pain control in children*, Nursing clinics of North America 1987, 22: 661-674
77. Μάνος Ν, *Βασικά στοιχεία Κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη University Studio Press 1997
78. Μπαμπινιώτης Γ, *Λεξικό της Νέας Γλώσσας*, ΑΘΗΝΑ1998, εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας),
79. Πηλιχού Αι, *Αλλαγή σωματικής εικόνας σε ασθενή με μόνιμη τραχειοστομία – Μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*, Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1998: 218-224

80. Αναγνωστόπουλος Φ, *Ο ασθενής σε ψυχολογική κρίση λόγω της ασθένειας. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 2003: 25-27
81. Price B, *A model for body – image care*, Journal of Advanced Nursing 1990, 15: 585-593
82. Λουζιώτου Δ, *Η ασθένεια του καρκίνου και ο άρρωστος του καρκίνου: Ψυχαναλυτική προσέγγιση. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας*. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 2003: 54-61
83. Καλπάκογλου Θ, *Άγχος και Πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*, Αθήνα 1997, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
84. Spielberger CD, Gorsuch RL & Lushere RE, *The state-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CAQ Consulting Psychologists Press 1979
85. Κωνσταντίνου Αι, *Καρκίνος-Αλλαγή σωματικής εικόνας Ατομική παραδοχή. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας*. Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία, Αθήνα 1998: 94-97
86. Aaronson N.K, Ahmedzai S, Bullinger M, *The EORTC core quality of life questionnaire. Interim results of an international field study. In: Effects of cancer in quality of life*. Osoba D. (ed). Boca Roton CRC Press 1991,169
87. Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία ([http://osha.europa.eu/el/topics/stress/definitions\\_and\\_causes](http://osha.europa.eu/el/topics/stress/definitions_and_causes), πρόσβαση 2/3/2012)
88. Leka S., Griffiths A. & Cox T., *Work Organization and Stress*, World Health Organization, Geneva 2003
89. Ελληνική Εταιρία Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας, *Τι είναι το άγχος και πως αντιμετωπίζεται*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=153](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=153) 2003 [προσπελάστηκε 3-3-2011]
90. Ιωάννου Α, *Άγχος στο χώρο της υγείας*, Καλή ζωή, 24/10/2003, Φιλελεύθερος
91. Cooper C, Cooper R, Eaker L, *Ζώντας με το στρες*, εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα 2002
92. Ο.Τ.Ο.Ε – Γραμματεία Εργασιακών Σχέσεων & Συμβάσεων – Ομάδα Βερολίνου 2008 <http://www.otoe.gr/GESS/MBO-STRESS.pdf>, πρόσβαση 2/3/11

93. Jadhav S, *The cultural construction of western depression at V. Scultans, J. Cox (eds): Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges, London and Philadelphia*, J. Kingsley Publishers, 2000
94. Marsella J.A, *Cultural Aspects of Depressive Experience and Disorders, 2003*. Online Readings in Psychology and Culture, Unit 10. Retrieved from <http://scholarworks.gvsu.edu/orpc/vol10/iss2/4> Πρόσβαση 3/2011
95. Hendrie C. A., Pickles A. R, *Depression as an evolutionary adaptation: Implications for the development of preclinical model*, Medical Hypotheses 2009 , 72(3):342–347
96. Kendle S.K., Hettema J.M., Butera F., Gardner O.Ch., Prescott C.A, *Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety*, Arch Gen Psychiatry 2003, 60:789-796
97. Σικλαφίδου Π, Ζέλενη Δ, Λειβαδίτης Μ, *Διαπολιτισμική ψυχιατρική και κατάθλιψη*, Εγκέφαλος 2011, 48:146-150
98. Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, Rondriguez M, Baker RS, *Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings*, J Am Board Fam Med 2009, 22:123–135
99. Livaditis M, *Πολιτισμός και Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, κεφ: Διαταραχές της Διάθεσης: Διαπολιτισμική προσέγγιση, 2003, 333-382
100. DeRubeis R. J., Siegle G. J., Hollon S. D., *Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms*, Nature Reviews Neuroscience 2008, 9(10): 788 – 796
101. Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R., *Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care*, JAMA 2003, 289:3145-3151
102. Henkel V., Mergl R., Kohnen R., Maier W., Møller H. J., Hegerl U., *Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study*, BMJ. 2003, 326:200 – 1,
103. Arroll B., Khin N., Kerse N., *Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study*, BMJ. 2003, 327:1144-6
104. Bell R. A., Franks P, Duberstein P. R., Epstein R. M, Feldman M. D., Garcia E. F., Richard L., Kravitz R. L., *Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care*, Annals of Family Medicine 2011, 9:439-446

105. Tishelman C, Degner LF, Mueller B, *Measuring Symptom Distress in Patients with Lung Cancer. A pilot study of experiences intensity and importance symptoms*, *Cancer Nursing* 2000, 23(2): 82-90. Erratum *Cancer Nursing* 2000, 23(3): 163)
106. Feinstein AR, *The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease*, *J Chronic Dis* 1970, 23:455–468
107. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA et al, *Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey*. *Br J Psychiatry* 1996, 30(Suppl):17–30
108. Μπαλτά Γ, Παπαρηγόπουλος Θ, *Συννοσηροτητα άγχους και κατάθλιψης: Διαγνωστικά προβλήματα και θεραπευτική αντιμετώπιση*, *Ψυχιατρική* 2010, 21:107-114
109. Pollack MH, *Comorbid anxiety and depression*, *J Clin Psychiatry*, 2005, 66:22–29
110. Kendler KS, Neale MC, Kessler RS et al, *Major depression and phobias: the genetic and environmental sources of comorbidity*, *Psychol Med* 1993, 23:361–371,
111. Fyer AJ, *Heritability of social anxiety: a brief review*, *J Clin Psychiatry* 1993, 54(Suppl):10–12
112. Ραφτόπουλος, Οικονομοπούλου Χ, *Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας* 2003, 48 (2): 84-94
113. Οικονομοπούλου Χ., Αναγνώστου-Κακκαρά, Λιαρόπουλος Λ, *Ορίζοντας την Ποιότητα Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργική ορισμοί*, 1999, *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας* 44(1): 61-69
114. Κολίτσι Ζ, *Ανάπτυξη και Πιστοποίηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκπαιδευτικές σημειώσεις για το Διαπανεπιστημιακό-Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»*, θεματική ενότητα: *Βιοϊατρική Τεχνολογία και διαχείριση Τεχνολογίας Υγείας* 2001
115. (European Agency for Safety and Health at Work στο site [http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index\\_html](http://osha.europa.eu/en/topics/stress/index_html). πρόσβαση 3/2011)
116. Grant Thornton International Business Report, 2010, διαθέσιμο στη διεύθυνση [http://www.grant-thorntonbos.com/Report/2010\\_Reports/global-overview/index.asp](http://www.grant-thorntonbos.com/Report/2010_Reports/global-overview/index.asp) πρόσβαση 3/2011)

117. Kramer M, Schmalenberg C, *Job satisfaction and retention. Insights for the '90s. Part 1. Nursing* 1991, 21( 3):50–55
118. Rollinson D, Broadfield A, Edwards D, *Organisational behaviour and analysis: An integrated approach, Addison - Wesley, New York* 1998, 268
119. Kreitner R., Kinicki A, *Organizational behaviour, 4th edition, Irwin/McCraw-Hill, international edition, 1998, 209*
120. Ramirez A.J., Graham J, Richards, M.A., Cull, A. & Gregory, W.M. *Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work, Lancet* 1996, 347: 724-728
121. Mechteld, R.M, Visser, E.M.A., Smets, F.J. & Oort, C.J.M, *Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. Canadian Medical Association Journal* 2003, 168, 271- 275
122. Locke E, «The nature and causes of job satisfaction», Dunnette M. (ed): *Handbook of industrial and organizational psychology, Rand McNally, Chicago, 1976, 1297-1349*
123. Munro CW, *Job satisfaction among recent graduates of schools of nursing, Nurs Res* 1983, 32( 6):350–355
124. Seymour E, Buscherhof JR, *Sources and consequences of satisfaction and dissatisfaction in nursing: findings from a national sample International. J Nurs Stud* 1991, 28( 2):109–124
125. Stamps PL, Piedmonte EB, *Nurses and Work Satisfaction: An Index for Measurement. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press* 1986
126. Blegen MA, *Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables, Nurs Res* 1993, 42( 1):36–41
127. Blegen MA, Goode CJ, Johnson M, Maas ML, McCloskey, JC, Moorhead SA, *Recognizing staff nurse job performance and achievements, Res Nurs Health* 1992, 15( 1):57–66
128. Kendall S. K, *Work-Related Attributes of RN Job Satisfaction in Acute Care Hospitals, JONA* 2003, 33(6): 317-320
129. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Busse, R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty A, Shamian J, *Nurses' reports on hospital care in five countries, Health Affairs* 2001, 20 (3):43–53,
130. Garretson S, *Nurse to patient ratios in American health care. Nursing Standard* 2004,19 (14-16): 33-37



131. Shields MA, Ward , *Improving nurse retention in the National Health Service in England: The impact of job satisfaction on Intentions to quit*, *Journal of Health Economics* 2001, 20(5): 677-701
132. Shader K, Broome ME, Broome CD, West ME, Nash M, *Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center*, *Journal of Nursing Administration* 2001, 31(4): 210-216
133. Wakefield DS, Curry JP, Price JL, Mueller CW, McCloskey JC, *Differences in work unit outcomes: job satisfaction, organizational commitment, and turnover among hospital nursing department employees*, *West J Nurs Res* 1988,10( 1):98–105
134. Kangas S, Kee CC, McKee – Waddle R, *Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care*, *Journal of Nursing Administration* 1999,29(1): 32 – 42
135. Simmons BL, Nelson DI, Neal LJ, *A comparison for the positive and negative work attitudes of home health care and hospital nurses*. *Health Care Management Review*, Summer 2001, 63-74,
136. Upenieks W, *Assessing differences in job satisfaction of nurses in magnet and nonmagnet hospitals*, *Journal of Nursing Administration* 2002, 32(11): 564-576,
137. Mrayyan MT, *Nurse job satisfaction and retentions: comparing public to private hospitals in Jordan*, *Journal of Nursing Management* 2005, 13: 40-50
138. Winter – Collins A, McDaniel MA, *Sense of belonging and new graduate job satisfaction*, *Journal for Nurses in Staff Development* 2000, 16(3): 103-111
139. Καρανικόλα Μ, *Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική ικανοποίηση των Ελλήνων Νοσηλευτών*, *Διδακτορική Διατριβή ΕΚΠΑ* 2006
140. Shirey MR, *Authentic leaders creating healthy work environments for nursing practice*, *Am J Crit Care* 2006, 15(3):256–267
141. Anthony MK, *The relationship of authority to decision-making behavior: implications for redesign*, *Res Nurs Health* 1999, 22(5):388–398
142. Cimiotti JP, Quinlan PM, Larson EL, Pastor DK, Lin SX, Stone PW, *The magnet process and the perceived work environment of nurse.*, *Nurs Res* 2005, 54(6):384–390
143. Schmalenberg C, Kramer M, King CR, Krugman M, Lund C, Poduska D, Rapp D. *Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 1*, *J Nurs Adm* 2005, 35(10):450–458,

144. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE, Andrews B, Burke R, Chmielewski L, Donohue MA, Ellsworth M, Poduska D, Smith ME, Tachibana C, Excellence through evidence: structures enabling clinical autonomy. *J Nurs Adm* 2007, 37(1):41–52
145. Alt-White AC, Charns M, Strayer R, Personal, organizational and managerial factors related to nurse-physician collaboration, *Nurs Adm Q* 1983, 8(1):8–18
146. Prescott PA, Bowen SA. (1985). Physician-nurse relationships, *Ann Intern Med* 1985, 103(1):127–133
147. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE. Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm* 2006, 36(10):1–12
148. Boyle DK, Miller PA, Gajeski BJ, Hart SE, Dunton N. Unit type differences in RN workgroup job satisfaction, *West J Nurs Res* 2006, 28(6):622–646
149. Boumans NPG, Landeweerd JA, Working in an intensive or non-intensive care unit: does it make any difference. *Heart Lung* 1994, 23(1):71–79
150. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE, An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers, *Ann Intern Med* 1986, 104(3):410–418
151. Caplan RD, Cobb S, French JR, White – collar workload and cortisol disruption of a circadian rhythm by job stress, *Journal of Psychological Research* 1980, 23(3): 181-192
152. Gordon JR, *A diagnostic approach to organizational behaviour*. 3rd ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1991,
153. Landsbergis PA, Schnall PL, Deitz D, Friedman R, Pickering TG, The patterning of psychological attributes and distress by job strain and social support in a sample of working men, *Journal of Behavioural Medicine* 1992, 15: 379-405
154. Parkers KR, Mendham CA, Von Rabenau C, Social support and the Demand-Discretion model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples, *Journal of Vocational Behaviour* 1994, 44(1): 91-113
155. Wheeler HH, Nurse occupational stress research 2: Definition and conceptualization, *British Journal of Nursing* 1997, 6(12): 710-713
156. Κάπελλα Μ, Μινέτου Ε, Ζυγά Σ, Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους, *Νοσηλευτική* 2002, 2: 191 – 196

157. Spence – Laschinger HK, Finegan J., Shamian J, Wilk P, *Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Explaining Kanter's model, Journal of Advanced Nursing* 2001, 31(5): 260-272
158. Price & Mueller 1986, Cottrell 2001, Chu et al 2003
159. Borrill CS, Wall TD, West MA, et al, *Mental health of the workforce of NHS trust phase I: Final report. Institute of work psychology, University of Sheffield & Department of Psychology, University of Leeds* 1996
160. Jenkins SR, Bebbington P, Brugha T, et al, *The national psychiatric morbidity surveys of Great Britain: Initial findings from the household survey, Psychological Medicine* 1997, 27: 775 – 789,
161. Lazarus RS, Folkman S, *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer Publishing, 1984
162. Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SJ, *Role conflict and ambiguity in complex organizations, Administrative Science Quarterly* 1970, 31:150-163
163. Gray – Toft P, Anderson JG, *The nursing stress scale: Development of an instrument, Journal of Behavioral Assessment* 1981,3: 11-23
164. Tyler PA, Ellission RN. *Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing, Journal of Advanced Nursing* 1994 19: 469-76
165. House JS, *Eork stress and social support. Reading. Massachusetts: Addison – Wesley Co, 1981,*
166. Cohen, J, *Statistical power analysis for the behavioral sciences (Rev. ed) Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey* 1987
167. Munro BH, Page EB, *Statistical methods for health care research, 2nd edition, Lippincott company, Philadelphia* 1993
168. Verran, JA, Gerber, RM, Milton DA, *Data aggregation: criteria in psychometric evaluation, Research in Nursing & Health* 1995, 18: 77-80
169. [http://en.wikipedia.org/wiki/Zung\\_Self-Rating\\_Anxiety\\_Scale](http://en.wikipedia.org/wiki/Zung_Self-Rating_Anxiety_Scale) 139 -142
170. Zung WW, *A self-rating depression scale, Archives of General Psychiatry* 1965, 12: 63-70
171. Passik S., Kirsh K., Donaghy K., et al, *An Attempt to Employ the Zung Self Rating Depression Scale as a “Lab Test” to Trigger follow-Up in Ambulatory Oncology Clinics Criterion Validity and Detection, Journal of Pain and Symptom Management* 2001, 21, 4: 273-28

172. W. Dugan, M. McDonald, S. Passik et al, *Use of the Zung self-rating depression scale in cancer patients: feasibility as a screening tool*, *Psycho-Oncology* 1980,7: 483-493
173. W. Zung, *Factors influencing the self-rating depression scale*, *Arch Gen Psych* 1967,16: 543-547
174. Nan KJ et al., *Effects of depression on parameters of cell-mediated immunity in patients with digestive tract cancers*, *World J Gastroenterol* 2004,10(2): 268-272
175. Barefoot J., Brummett B., Helms M., et al, *Depressive Symptoms and Survival of patients With Coronary Artery Disease*, *Psychosomatic Medicine* 62:790-795 (2000) 2000 American Psychosomatic Society.,
176. Zung W, *Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory*. In: Satorious N, Ban T, editors. *Assessment of depression*, New York: Springer-Verlag 1986, 221-31
177. Fountoulakis K., Iacovides A., Kleanthous S., et al, *The Greek translation of the symptoms rating scale for depression and anxiety: preliminary results of the validation study*, *BMC Psychiatry* 2003, 3
178. Fountoulakis K., Iacovides A., Samolis S., et al, *Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung depression rating scale*, *BMC Psychiatry* . 2001,
179. Lai HL, Lin YP, Chang HK, Wang SC, Liu YL, Lee HC, Peng TC, Chang FM, *Intensive care unit nurses: predicting factors for career decision*,. *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17:1886-1896
180. Yang MS, Shung M, Yang MJ, *Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan*, *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2004, 58: 636-641.
181. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Fourth ed. Lippincott Williams & Wilkins, NY, 2005
182. National Center for Educational Statistics. *Digest of educational statistics*, 2002. Washington, DC, US Department of Education, 2003
183. Καρανικόλα Μ, Σταθοπούλου Χ, Καλαφάτη Μ, Τερζή Α.Μ, Μπουζίκη Μ, Παπαθανάσογλου Ε, *Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία*, *Νοσηλευτική* 2007, 46(2):237–245
184. da Vargas D, Dias Vieira AP, *Depression prevalence in Intensive Care Unit nursing workers: a study at hospitals in a northwestern city of Sao Paulo State*, *Rev.Latino-Am Enferagem* 2011, 19(5):1114-21

185. Αργυροπούλου Ε, Βάρτης Π, Πάτουλα Μ, Καταγραφή του Βαθμού και των επιπτώσεων του εργασιακού άγχους σε υπαλλήλους του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή ΣΕΥΠ Τμήμα Νοσηλευτικής, 2011)
186. Özgencil E, Ünal N, Oral M, Okyavuz Ü, Alanoglu Z, *Depression and burnout syndrome in intensive care unit nurses*, *J Int Women's Study* 2004,8(Suppl 1):340
187. Schmidt DRC, *Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico [tese de doutorado].* Ribeirão Preto (SP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo 2009, 243
188. Verhaeghe R, Vlerick R, De Backer G, Van Maele G, Gemmel P, *Recurrent changes in the work environment, job resources and distress among nurses: A comparative cross-sectional survey*, *International Journal of Nursing Studies* 2008, 45:382–392
189. Alexy EM, Hutchins JA, *Workplace violence: a primer for critical care nurse*,. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2005, 18(3): 305-312
190. Kawano Y, *Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals*, *Journal of Occupational Health* 2008, 50:79-85
191. Mealer M, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M, *Increased Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses*, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2007, 175:693-697
192. Esteban A, Ballesteros P, Caballero J, *Psychological evaluation of intensive care nurses*, *Crit Care Med* 1983, 11:616
193. Gentry WD, Parkes KR, *Psychological stress in intensive care unit and non-intensive care unit: A review of the past decade*, *Heart Lung* 1982,30:182
194. Stehle JL, *Critical care nursing stress: The findings revisited*, *Nurs Res* 1986, 30:182
195. Johnson M, *Anxiety/stress and the effects of disclosure between nurses and patients*, *ANS* 1979, 1:1
196. Maloney JP, *Job stress and its consequences on a group of intensive care and non- intensive care nurses*,*ANS* 1982, 2:31

197. Maloney JP, Bartz C, *Stress-tolerant people: Intensive care nurses to non-intensive care nurses*, *Heart Lung* 1983, 12:389
198. Bailey JT, Steffan SM, Group JW, *The stress audit: Identifying the stressors in ICU nursing*, *J Nurse Educ*, 1980, 19:15
199. Gassem NH, Hackett TP, *Stress on the nurse and therapist in intensive care unit and coronary care unit*, *Heart Lung* 1975, 4:252
200. Gassem NH, Hackett TP, *Source of tension for the CCU nurse*, *AM J Nurs* 1972, 6:1426
201. Gentry WD, Foster S, Froehung S, *Psychological responses to situational stress in intensive and non intensive nursing*, *Heart Lung* 1972, 1:793
202. deMaso DR, Masek BJ, Wentzel K, *Depression in a pediatric intensive care unit nursing staff*, *Critical Care medicine* 1990, 18(6):669-672
203. Shang, L, Liv, P, Fan, LB, Gu, HK, Li J, *Psychometric properties of the Chinese Version of Copenhagen Psychosocial Questionnaire*, *Journal of Environment Occupational Medicine* 2008, 25, 572-6
204. Baily JT, Walker D, Madsen N, *The design of a stress management program for Stanford intensive care nurses*, *J Nurs Educ* 1980, 19:26
205. Korompeli A, Sourtzi P, Tzavara C, Velonakis ., *Rotating shift-related changes in hormone levels in intensive care unit nurses*, *Journal of Advanced Nursing* 2009, 65(6):1274-1282
206. Tselebis A, Gournas G, Tzitzanidou G, Panagiotou A, Ilias I, *Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel*, *Psychol Rep* 2006, 99:93–96
207. Suliman WA, Halabi J, *Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students.*, *Nurse Educ Today* 2007, 27:162–168
208. Abdalkader Rh, Hayajen FA, *Effect of night Shift on Nursing working in Intensive Care Units at Jordan University Hospital*, *Eur J Sci Res*, 2008, 23(1):70-86
209. Moustaka E & Constantinidis T, (2010) *Sources and effects of Work-related stress in nursing*, *Health Science Journal* 2010, 4(4):210-216

## Παράρτημα Α

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ι τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ δώστε μια απάντηση, που ταιριάζει σε εσάς και ανταποκρίνεται περισσότερο στην άποψή σας. Σημειώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας στην στήλη. Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο.

1	Νοσοκομείο:	
2	Φύλο: Άνδρας = 1 Γυναίκα = 2	
3	Ηλικία: < 30 =1 31-40 =2 41-50 =3 > 51 = 4	
4	Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η =1, Άγαμος/η =2, Διαζευγμένος/η =3, Χήρος/α =4, Συμβίωση =5	
5	5.Ε Εκπαίδευση: ΠΕ =1 ΤΕ =2 ΔΕ=3	
6	Μεταπτυχιακές σπουδές: Νοσηλευτική Ειδικότητα =1, εξειδίκευση =2, MSc =3, PhD =4, Τίποτα από τα παραπάνω =5	
7	Παιδιά: ΝΑΙ =1 ΟΧΙ =2 Αν ναι, πόσα:	
8	Νοσηλευτικό τμήμα: Παθολογικό =1, Χειρουργικό =2, Ορθοπαιδικό =3, ΜΕΘ =4, Ε.Ι =5, Βραχείας Νοσηλείας =6, Πρώωρα =7, Ω.Ρ.Λ =8, Χειρουργείο =9, Άλλο =10	
9	Προϋπηρεσία ως νοσηλεύτης: (1-5) =1, (6-10) =2, (11-15) =3, (16-20) =4, (21-25) =5, (26-30) =6, (30-άνω) =7	
10	1. Προϋπηρεσία σε Παιδιατρικό Νοσοκομείο: 2. (1-5) =1, (6-10) =2, (11-15) =3, (16-20) =4, (21-25) =5, (26-30) =6, (30-άνω) =7	
11	3. Προϋπηρεσία σε Νοσοκομείο Ενηλίκων: 4. (1-5) =1, (6-10) =2, (11-15) =3, (16-20) =4, (21-25) =5, (26-30) =6, (30-άνω) =7	
12	Εάν δουλεύατε σε νοσοκομείο ενηλίκων γιατί προτιμήσατε το Νοσοκομείο Παίδων; Για τη φύση της δουλειάς =1, Για οικογενειακούς- κοινωνικούς λόγους =2	

13	Θέση που κατέχετε: Τομεάρχης =1, Προϊστάμενος =2, αναπληρωτής προϊστάμενος =3, Νοσηλεύτης =4, Βοηθός νοσηλεύτη =5	
14	Ωράριο εργασίας: Κανονικό =1 Μητρότητας =2	
15	Βάρδια εργασίας με ωράριο: Πρωινό =1, Απογευματινό =2 , Νυκτερινό =3, Κυκλικό =4	
16	Κατά μέσο όρο νυκτερινές βάρδιες εργασίας το μήνα:	Αριθμός:
17	Κατά μέσο όρο ημέρες εργασίας τα Σαββατοκύριακα τον μήνα. Αριθμός:	
18	Μέσος όρος αριθμός ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στο τμήμα σε ωράριο:	Πρωινό:
	Απογευματινό:	
	Νυκτερινό:	
19	Δύναμη ασθενών κατά μέσο όρο την ημέρα	Αριθμός:



### Κλίμακα Zung

Οδηγίες: Παρακάτω περιγράφονται ενοχλήματα και αισθήματα που μπορεί να νιώθουμε. Σημειώστε με √ το τετραγωνάκι δεξιά που δείχνει πόσο συχνά το κάθε ενόχλημα σας απασχόλησε. Παρακαλώ μην παραλείψετε καμία ερώτηση

<b>A/A</b>	<b>Μεταβλητές</b>	<b>ΣΠΑΝΙΑ Η ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	<b>ΠΟΥ ΚΑΙ ΠΟΥ</b>	<b>ΣΥΧΝΑ</b>	<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>
1	Αισθάνομαι περισσότερο νευρικός και αγχώδης από άλλοτε				
2	Αισθάνομαι φοβισμένος χωρίς κανένα λόγο				
3	Αναστατώνομαι εύκολα ή αισθάνομαι πανικόβλητος				
4	Νιώθω κατάπτωση και σα να μην ξέρω τι γίνεται				
5	Αισθάνομαι ότι το κάθε τι είναι εντάξει και δεν θα μου συμβεί κάτι κακό				
6	Τα χέρια μου και τα πόδια μου κλονίζονται και τρέμουν				
7	Βασανίζομαι από πονοκεφάλους, πόνους στον αυχένα				
8	Νιώθω αδυναμία και κουράζομαι εύκολα				
9	Αισθάνομαι γαλήνιος και μπορώ να κάθομαι ήρεμα				
10	Αισθάνομαι την καρδιά μου να χτυπάει δυνατά				
11	Βασανίζομαι από ζαλάδες				

12	Έχω λιποθυμικές κρίσεις ή αισθάνομαι κάπως σε λιποθυμία				
13	Αναπνέω χωρίς δυσκολία				
14	Αισθάνομαι μουδιάσματα και τσιμπήματα στα δάκτυλα				
15	Υποφέρω από πόνους στο στομάχι ή δυσπεψία				
16	Έχω συχνουρία				
17	Τα χέρια μου είναι συνήθως ζεστά και στεγνά				
18	Το πρόσωπό μου ζεσταίνεται και κοκκινίζει				
19	Κοιμάμαι εύκολα και ο ύπνος μου με ξεκουράζει				
20	Έχω νυχτερινούς εφιάλτες				
<b>Συνολική βαθμολογία</b>					

### Κλίμακα Zung

Οδηγίες: Παρακάτω περιγράφονται ενοχλήματα και αισθήματα που μπορεί να νιώθουμε. Σημειώστε με √ το τετραγωνάκι δεξιά που δείχνει πόσο συχνά το κάθε ενόχλημα σας απασχόλησε. Παρακαλώ μην παραλείψετε καμία ερώτηση

<b>Α/Α</b>	<b>Μεταβλητές</b>	<b>ΣΠΑΝΙΑ Η ΚΑΘΟΛΟΥ</b>	<b>ΠΟΥ ΚΑΙ ΠΟΥ</b>	<b>ΣΥΧΝΑ</b>	<b>ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ</b>
1	Αισθάνομαι αποκαρδιωμένος και μελαγχολικός				
2	Οι πρωινές ώρες είναι που αισθάνομαι καλύτερα				
3	Έχω περιόδους που κλαίω ή αισθάνομαι την ανάγκη να κλαίω				
4	Έχω δυσκολία να κοιμηθώ τη νύχτα				
5	Τρώγω όσο συνήθιζα				
6	Εξακολουθώ να απολαμβάνω το σεξ				
7	Παρατηρώ ότι χάνω βάρος				
8	Ταλαιπωρούμαι με δυσκοιλιότητα				
9	Η καρδιά μου χτυπάει γρηγορότερα από άλλοτε				
10	Νιώθω κουρασμένος χωρίς λόγος				
11	Η σκέψη μου είναι ξάστερη όπως άλλοτε				

12	Μου είναι εύκολο να κάνω εύκολα τις δουλειές που συνήθιζα να κάνω				
13	Έχω ανησυχία και δεν μπορώ να σταθώ σε ένα μέρος				
14	Αισθάνομαι αισιόδοξος για το μέλλον				
15	Είμαι περισσότερο ευερέθιστος από άλλοτε				
16	Μου είναι εύκολο να παίρνω αποφάσεις				
17	Αισθάνομαι ότι είμαι χρήσιμος και απαραίτητος				
18	Η ζωή μου είναι αρκετά γεμάτη				
19	Αισθάνομαι ότι θα ήταν καλύτερα για τους άλλους να είχα πεθάνει				
20	Εξακολουθώ να απολαμβάνω ότι συνήθιζα να κάνω				
<b>Συνολική βαθμολογία</b>					

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### ΑΙΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ

**ΠΡΟΣ: Επιστημονικό Συμβούλιο**

**Θέμα:** «Έγκριση πραγματοποίησης μελέτης σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Παίδων και Ενηλίκων»

**Κύριοι,**

Στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής μελέτης με τίτλο «Διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης νοσηλευτικού προσωπικού εργαζομένου σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ενήλικων και Παίδων», παρακαλώ να μου επιτρέψετε τη διανομή ερωτηματολογίων για τη συλλογή στοιχείων από το νοσοκομείο σας.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης απαιτείται η συμπλήρωση ερωτηματολογίου από το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, του νοσοκομείου σας, με δυνατότητα επέκτασης της μελέτης και συλλογής στοιχείων και από τα υπόλοιπα νοσηλευτικά τμήματα.

Σας γνωρίζω πως θα διατηρηθεί η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών. Επιπλέον, σε καμία περίπτωση δε θα γίνει αναφορά στο νοσοκομείο ή στα άτομα, κατά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων.

Κύριος ερευνητής: Αλέξανδρος Δουβανάς.

Επισυνάπτονται το έντυπο συγκατάθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού για τη συμμετοχή στη μελέτη, το ερευνητικό πρωτόκολλο καθώς και τα εργαλεία μέτρησης.

Είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία.

Σας ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία.

**Ο υποψήφιος  
μεταπτυχιακός φοιτητής**

**Η επιβλέπουσα  
καθηγήτρια**

Αλέξανδρος Δουβανάς,  
Νοσηλευτής ΤΕ, MSc(cand)  
ΓΝΠΑ Π&Α Κυριακού,  
Τηλ. 2132009000, 6941598598,  
[alex-d@ath.forthnet.gr](mailto:alex-d@ath.forthnet.gr)

Ελένη Κυρίτση  
PhD, Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής Α ΤΕΙ Αθήνας  
τηλ. 2107702861