

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ»**

ΜΑΡΑΓΚΟΥ ΑΔΑΜΑΝΤΙΑ

ΣΙΟΥΤΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

ΤΣΟΥΡΑΜΑΝΗ ΑΡΕΤΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΡ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ-2018

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Μέτρηση επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό» πραγματοποιήθηκε με σκοπό, την αναγνώριση καθώς και την μέτρηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία τόσο της Πάτρας όσο και της Αθήνας. Η έμπνευση για την επιλογή της εργασίας δόθηκε μετά από την αλληλεπίδραση με τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια των κλινικών πλαισίων. Κατόπιν αξιολόγησης των ερεθισμάτων που είχαμε λάβει, παρατηρήσαμε μία γενικευμένη αίσθηση άγχους, που ίσως είναι απόρροια διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων. Όλα τα παραπάνω έδωσαν το έναυσμα για περαιτέρω μελέτη του φαινομένου αυτού. Έχοντας ως γνώμονα ότι πρόκειται για ένα επάγγελμα με αυξημένες ψυχολογικές διακυμάνσεις κρίθηκε αναγκαία η διερεύνηση αλλά και η μέτρηση των επιπέδων κατάθλιψης. Στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοια εγχειρήματα, τα όποια εστίαζαν στην αποτύπωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που εμφανίζουν οι νοσηλευτές συγκεκριμένων τμημάτων του νοσοκομείου, για π.χ. νοσηλευτές ψυχικής υγείας, νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων^{1,2}. Η παρούσα έρευνα διαφοροποιείται στο πλήθος των νοσηλευτών που προσεγγίζει καθώς το δείγμα αποτελείται από επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε διαφορετικές κλινικές, π.χ. ΤΕΠ, αιματολογική, παθολογική, χειρουργική, ουρολογική κ.α. καθώς και σε διαφορετικούς φορείς τόσο της Πάτρας όσο και της Αθήνας (Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία καθώς και Κέντρα Υγείας). Σκεπτόμενοι την φύση των φαινομένων αυτών, γεννήθηκε η ανάγκη διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας. Ολοκληρώνοντας την παρούσα ερευνητική εργασία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν στην διεξαγωγή της και ιδιαιτέρως θα επιθυμούσαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπων καθηγητή κύριο Μπακάλη Νικόλαο, διότι δίχως τις κατευθυντήριες οδηγίες του δεν θα είχαμε φέρει εις πέραν αυτό το εγχείρημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	9
1.1 Ορισμός και Προσέγγιση του Άγχους.....	9
1.2 Τύποι Αγχωδών Διαταραχών.....	13
1.3 Αίτια Αγχωδών Διαταραχών	14
1.4 Συμπτώματα Αγχωδών Διαταραχών	16
1.5 Μέθοδοι Αντιμετώπισης των Αγχωδών Διαταραχών.....	17
1.6 Ορισμός και προσέγγιση της κατάθλιψης	20
1.7 Τύποι Κατάθλιψης.....	23
1.8 Αίτια Κατάθλιψης.....	26
1.9 Συμπτώματα Κατάθλιψης.....	28
1.10 Θεραπεία Κατάθλιψης.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
2.1 Μέθοδος.....	35
2.2 Σχεδιασμός	35
2.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	38
2.4 Διαδικασία	42
2.5 Δείγμα	42
2.6 Ηθικά Ζητήματα	44
2.7 Στατιστική Ανάλυση.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	45
3.1 Χαρακτηριστικά δείγματος.....	45
3.2 Ποσοστά άγχους του δείγματος.....	50
3.3 Ερωτήσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη, με βάση το ερωτηματολόγιο του Beck.	51
3.4 Ποσοστά κατάθλιψης του δείγματος.....	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	64
4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	64

4.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	79
Ερωτηματολόγιο.....	79

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν δύο φαινόμενα που κατέχουν πρωταγωνιστικό ρόλο τόσο στην κοινωνική όσο και στην επαγγελματική ζωή των ατόμων. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η νοσηλευτική αποτελεί ένα επάγγελμα υψηλών απαιτήσεων, καθίσταται σαφές πως τα δύο αυτά φαινόμενα δεν γίνεται να απουσιάζουν από την ζωή των νοσηλευτών.

Σκοπός: Η παρούσα ερευνητική εργασία στοχεύει στην μέτρηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Δείγμα και Μέθοδος Μελέτης: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 52 ερωτήσεων. Το δείγμα (n=150) απαρτιζόταν από νοσηλευτές που εργάζονταν τόσο σε δημόσια όσο και ιδιωτικά νοσοκομεία, της Πάτρας και της Αθήνας αλλά και σε Κέντρα Υγείας του νομού Αχαΐας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 23.

Αποτελέσματα: Οι νοσηλευτές φαίνεται πως δεν εμφανίζουν άγχος και κατάθλιψη σε ποσοστό 70,7% και 56,7% αντίστοιχα. Όμως αξίζει να αναφερθεί, πως ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό εμφανίζει ήπια επίπεδα τόσο άγχους (23,3%) όσο και κατάθλιψης (24%). Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να τονιστεί πως μέσα από την ανάλυση του ερωτηματολογίου γίνεται εμφανές πως οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ορισμένα από τα συμπτώματα των καταθλιπτικών διαταραχών. Συγκεκριμένα: σε ποσοστό 48% δεν αισθάνονται το ίδιο ικανοποιημένοι όπως πρώτα, φαίνεται να έχουν σκέψεις να βλάψουν τον εαυτό τους αν και θεωρούν πως δεν θα έφταναν σε αυτή την πράξη (σε ποσοστό 34,7%) και ενοχλούνται ή εκνευρίζονται ευκολότερα με καταστάσεις σε ποσοστό 40,7%. Τέλος, το 60% αντιμετωπίζει αισθήματα κόπωσης τα οποία συνοδεύονται με διαταραχές ύπνου σε ποσοστό 34,7%.

Συμπεράσματα: Ενώ, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν εμφανίζει υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, φαίνεται πως παρουσιάζει ένα πλήθος συμπτωμάτων που τα συναντάμε στις ψυχικές διαταραχές. Κρίνεται λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη για αναγνώριση των παραγόντων που οδηγούν στην εμφάνιση των εν λόγω διαταραχών αλλά και για αναζήτηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης τόσο σε ενδονοσοκομειακό όσο και σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: άγχος, κατάθλιψη, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχικές διαταραχές

ABSTRACT

Introduction: Stress and depression are two conditions that play a vital role, both in social and professional lives. Taking into consideration that Nursing is a high-demand job, it becomes clear that both symptoms cannot be absent from the nurse's life.

Purpose: This clinical trial aims to measure the levels of anxiety and depression of the nursing team.

Study Sample and Method: The questionnaire consists of fifty-two questions. The sample (n=150) comprises of nurses who work in public hospitals and private clinics in Patras and Athens, but also at Primary Health Care Services. A Statistical analysis was performed by SPSS 23 program.

Results: Nurses seem not to appear anxiety and depression, in a percentage of 70,7% and 56,7% respectively. It needs to be pointed out that a small but significant percentage, appears to face mild levels of anxiety (23,3%), and depression (24%). In addition, it is worth mentioning that, the analysis of the questionnaire brought to light that they come up with symptoms related to depression disorders. Specifically: Nurses at a percentage of 48% do not feel as satisfied as they were before and they may also consider to harm themselves, even though it is extremely difficult to make such an attempt (34,7%), while they get angry more easily than before (40,7%). Last but not least, at a percentage of 60% they feel exhausted while at the same time they have sleeping disorders (34,7%).

Conclusion: The Nursing team does not appear to have high levels of anxiety and depression, although they have identical symptoms that commonly appear in mental disorders. After all, it becomes clear that the «signs» which lead to both, anxiety and depression, should be identified and given effective treatment.

Key Words: Anxiety, Depression, Nursing Staff, Mental Disorders

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρχή της νέας δεκαετίας βρήκε τον άνθρωπο αλλαγμένο σε πολλούς τομείς συγκριτικά με τον άνθρωπο των προηγούμενων ετών. Η αλλαγή αυτή παρουσιάζεται σε μια πληθώρα τομέων όπως οι επιστήμες, η γνώση και ο πολιτισμός. Ένας παράγοντας, ο οποίος φαίνεται πως οδήγησε καθοριστικά στην αλλαγή αυτή είναι αναμφισβήτητα η οικονομική κρίση, η οποία έφερε τον άνθρωπο αντιμέτωπο με μια σειρά γεγονότων που επηρέασαν τόσο την κοινωνική όσο και την ψυχική του διάσταση. Η επιβολή νέων καθεστώτων εργασίας επέφερε αλλεπάλληλες μεταβολές υψηλών πνευματικών απαιτήσεων, συγκρούσεις ρόλων, καθώς και επαγγελματική αβεβαιότητα και ασάφεια του αύριο³. Ως απόρροια των παραπάνω μεταβολών, παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές τόσο στην ψυχοσύνθεση του εργαζομένου όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους του.

Εξ ορισμού η νοσηλευτική έχει χαρακτηριστεί ως ένα επάγγελμα υψηλών πνευματικών αλλά και συναισθηματικών απαιτήσεων που οφείλονται, αφενός στις αυξημένες εργασιακές ανάγκες και αφετέρου στην διαπροσωπική της φύση. Οι νοσηλευτές συνοδεύονται από μια επαναλαμβανόμενη συναναστροφή τόσο με τους συναδέλφους, όσο και με τους ασθενείς αλλά και με τους συνοδούς αυτών. Αναλογιζόμενοι λοιπόν, την πολυδιάστατη φύση του νοσηλευτή είναι φανερό πως αναφερόμαστε σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας που βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους⁴.

Σκεπτόμενοι την υπόσταση που έχει λάβει η οικονομική κρίση, σε συνδυασμό με την ένταση που φέρει το νοσηλευτικό επάγγελμα, καθώς δεν είναι τυχαίο πως έχει χαρακτηριστεί ως ένα «επάγγελμα υψηλής έντασης»⁵, γίνεται εμφανές πως οι νοσηλευτές εμφανίζουν αυξημένα ποσά άγχους συγκριτικά με τα παλαιότερα έτη. Ως εκ τούτου, ο συνδυασμός αυτών των δύο παραγόντων έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της αποδοτικότητας της εργασίας, την εμφάνιση συγκρούσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, καθώς και την εμφάνιση αρνητικών συνεπειών στην ψυχική υγεία του νοσηλευτή με πιο συχνά εμφανιζόμενη αυτή της κατάθλιψης.

Λαμβάνοντας υπόψιν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν δύο συνυφασμένες έννοιες όπου, τα αποτελέσματα του ενός επηρεάζουν την έκβαση του άλλου. Εξάλλου, οι νοσηλευτές είναι περισσότερο επιρρεπείς λόγω του φόβου της επαγγελματικής αποτυχίας και του αυξημένου stress που πηγάζει από το αίσθημα ευθύνης

που φέρουν για τις ζωές των ασθενών. Ιδίως αν σκεφτούμε πως δεν πρόκειται για απρόσωπα αντικείμενα και η οποιαδήποτε λανθασμένη απόφαση έχει αντίκτυπο σε αυτούς⁶.

Όπως προκύπτει από όσα αναφέρθηκαν, η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως ένα επάγγελμα υψηλού άγχους λόγω της δράσης πληθώρας στρεσογόνων παραγόντων. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αποτύπωση των ποσοστών άγχους και κατάθλιψης που μπορεί να εμφανίζουν οι εργαζόμενοι και πως αυτά επηρεάζουν το προσωπικό και διαπροσωπικό τους περιβάλλον, καθώς και την παρουσίαση προτάσεων με σκοπό την κατά το δυνατό μείωση τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Ορισμός και Προσέγγιση του Άγχους

« Το άγχος είναι μια παθολογική κατάσταση που λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης για πιθανό επερχόμενο κίνδυνο»⁷. Αποτελεί μια βασική ανθρώπινη εμπειρία της οποίας η αιτία είναι συνήθως άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Στην πλειοψηφία των ατόμων, εμφανίζεται με την μορφή υπερβολικής αντίδρασης σε ήπιους στρεσογόνους παράγοντες. Αντίθετα, σε φυσιολογικό βαθμό το άγχος συμβάλλει στην επαγρύπνηση και στην ετοιμότητα του ατόμου, προκειμένου να ανταπεξέλθει, σε μια απειλητική για την ψυχοσωματική του συγκρότηση, κατάσταση.

Η πρώτη προσέγγιση του άγχους έγινε από τον Κάρολο Δαρβίνο το 1865 ο οποίος ανέφερε ότι το άγχος είναι ένα έμφυτο χαρακτηριστικό τόσο των ανθρώπων όσο και των ζώων. Βασίζόμενος στην θεωρία της εξέλιξης των ειδών, υποστήριξε, ότι λειτουργεί ως ένας μηχανισμός κινητοποίησης του ανθρώπου στους εξωτερικούς κινδύνους^{8,11}.

Ο Freud από την άλλη το 1895 έως το 1926 ανέπτυξε την πρώτη του θεωρία σύμφωνα με την οποία το άγχος προκύπτει από την συσσώρευση μη αποφορτισμένης λίμπιντο. Κατά την θεωρία αυτή, το άγχος παρουσιάζεται σαν μια παθολογική έννοια που σχετίζεται με την εκδήλωση φόβου, για μια μη υπαρκτή εξωτερική απειλή. Αποτελεί δηλαδή, μια παθολογική εκδήλωση σε μια παρορμητική ενέργεια.

Παρόλα αυτά το 1926 αντικρούοντας την πρώτη του θεωρία, ο Freud υποστήριξε την βιολογική υπόσταση του άγχους μέσω της οποίας, εγκαταλείπεται η ιδέα ότι το άγχος είναι μια μεταμόρφωση μη αποφορτισμένης λίμπιντο. Στην θεωρία αυτή εντάσσονται για πρώτη φορά οι έννοιες “τραυματικές καταστάσεις” ή “καταστάσεις κινδύνου”.

«Ως “τραυματική κατάσταση” ορίζουμε μια μεγάλη εισροή ερεθισμάτων που το εγώ δεν είναι σε θέση να ελέγξει ή να αποφορτίσει. Πιστεύεται ότι όταν συμβαίνει αυτό δημιουργείται άγχος»⁹. Η εισροή των ερεθισμάτων αυτών υποστηρίζεται πως έχει μία εσωτερική υπόσταση η οποία ξεκινά κατά την βρεφική ηλικία, καθώς το βρέφος είναι απαραίτητο να καλύψει τόσο τις βιολογικές όσο και τις ψυχικές ανάγκες του (τροφή, ύπνος, χάρδια). Στην περίπτωση που δεν καλυφθούν οι ανάγκες αυτές, λόγω απουσίας της μητέρας, το βρέφος αναπτύσσει “άγχος αυτόματου τύπου” ή “άγχος του id”. Το άγχος αυτόματου τύπου αναπτύσσεται πάντα στο ‘εγώ’, ακόμα και στα βρέφη, που το ‘εγώ’ βρίσκεται σε πρωτογενή ανάπτυξη. Όσον αφορά την ενήλικη ζωή δεν

παρατηρούνται αλλαγές σχετικά με την λειτουργία του ‘εγώ’ παρά μόνο η εμφάνιση σεξουαλικών παρορμήσεων.

Το “εγώ” λειτουργεί ως ένας αισθητήρας από τον οποίο πηγάζει ένα σύνολο λειτουργιών που σχετίζονται με την λήψη αποφάσεων σχετικά με την ικανοποίηση των αναγκών. Αποτελεί την κινητήριο δύναμη της προσωπικότητας, αφού χρησιμοποιεί ρεαλιστικά ερεθίσματα καθώς και την λογική, προκειμένου να διαμορφώσει σχέδια. Επιπλέον, για την εύρυθμη λειτουργία του, παρέχει μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση, η απώθηση, η εκλογίκευση κ.α. με σκοπό να ελέγχει και να προστατεύει¹⁰.

Το 1966 ο Spielberg διαχώρισε το άγχος σε παροδικό και μόνιμο. Σύμφωνα με τη θεωρία του, το παροδικό άγχος αναφέρεται σε μια έμμεση ή άμεση συναισθηματική κατάσταση που συνοδεύεται από αισθήματα ανησυχίας και έντασης. Ουσιαστικά, το παροδικό άγχος λειτουργεί ως ερέθισμα μετά την επαφή του ατόμου με μια κατάσταση την οποία θεωρεί απειλητική, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η συνεχής παρουσία υψηλών επιπέδων παροδικού άγχους, οδηγεί στην εμφάνιση μόνιμου άγχους. Πρόκειται δηλαδή για μια συμπεριφορική κατάσταση που αποκτάται από το άτομο και έχει ως απόρροια, την αντιμετώπιση αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές. Κατά αυτόν τον τρόπο, παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα άγχους τα οποία δεν συνάδουν με την επικινδυνότητα της κατάστασης.

Βασιζόμενος στην θεωρία του, ο Spielberg το 1972 ανέπτυξε τις υποθέσεις του μόνιμου και του παροδικού άγχους.

- Το παροδικό άγχος πηγάζει από εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα τα οποία γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά. Τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους εμφανίζονται ως δυσάρεστα.
- Η ένταση της αντίδρασης του παροδικού άγχους είναι άμεσα συσχετιζόμενη με την ένταση της απειλής που θα βιώσει.
- Η μονιμότητα της αντίδρασης του παροδικού άγχους είναι ανάλογη της διάρκειας της απειλής.

- Τα άτομα που παρουσιάζουν μόνιμο άγχος αντιλαμβάνονται τις περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις άγχους, να είναι πιο έντονες, ειδικά όταν αυτές αφορούν θέματα κοινωνικής υπόστασης.
- Η εμφάνιση υψηλών επιπέδων παροδικού άγχους κινητοποιούν μηχανισμούς οι οποίοι στο παρελθόν έχουν υπάρξει ικανοί για την μείωσή τους.
- Η συνεχής έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες οδηγεί στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας που στοχεύουν στην μείωση του παροδικού άγχους.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως η θεωρία του Spielberger επικεντρώνεται στα ερεθίσματα που προκαλούν παροδικό άγχος, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά^{7,11}.

Το 1961 ο Carl Rogers ανέπτυξε την προσωποκεντρική θεωρία του άγχους, μέσα από την διαρκή ανάλυση των εμπειριών και των περιστατικών με τα οποία είχε έρθει σε επαφή κατά την εργασία του ως ψυχολόγος, καθώς και από τις γνώσεις που διέθετε σχετικά με τις αρχές τις φαινομενολογικής φιλοσοφίας.

Η ανθρωπιστική θεωρία του Rogers προσεγγίζει τον άνθρωπο ως “υποκείμενο” και όχι ως “αντικείμενο”. Εστιάζει στον υποκειμενικό τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τους άλλους. Βασικές υποθέσεις της προσωποκεντρικής θεωρίας του Rogers είναι:

- Η πραγμάτωση, η οποία πηγάζει από την ανάγκη του ατόμου για ολοκλήρωση, με αποτέλεσμα το άτομο να μην αντιδρά παθητικά στο περιβάλλον αλλά να επεκτείνει τις εμπειρίες του με σκοπό την αυτοπραγμάτωση.
- Η αυτοπραγμάτωση σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να αποδέχεται ή να απορρίπτει ερεθίσματα με κριτήριο το πόσο ταιριάζουν ή όχι στον εαυτό. Πραγματοποιώντας δηλαδή διαλογή, επιλέγει εκείνα τα ερεθίσματα που είναι συμβατά με τα χαρακτηριστικά που αξιολογεί ως εαυτό και διατηρεί εκείνα που ταιριάζουν με την αυτοεικόνα του.
- Ο εαυτός ανήκει στο φαινομενολογικό πεδίο του ατόμου, το οποίο αναπτύσσεται από την συλλογή αντιλήψεων και εμπειριών που αποκτά το άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του. Ο εαυτός δημιουργείται προοδευτικά από την αλληλεπίδραση με σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο αναπτύσσει ένα σταθερό και

οργανωμένο σύστημα αντίληψης το οποίο παρά τις αλλαγές που βιώνει το άτομο διατηρείται σταθερό¹².

Επομένως, οι γενικοί στόχοι της προσωποκεντρικής θεωρίας αποσκοπούν στην βελτίωση της ανθρώπινης ύπαρξης, μέσω της ανάπτυξης της αυτοπεποίθησης, της δημιουργίας μιας εσωτερικής πηγής αξιολόγησης, καθώς και στην μεγαλύτερη ανοχή, στην απόκτηση εμπειριών.

Το 1985 ο Clark και ο Beck υποστήριξαν, ότι η έννοια του άγχους είναι άμεσα συνυφασμένη με την σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης, οι οποίες δίνουν το έναυσμα για την εμφάνιση ποικίλων διαταραχών άγχους. Γίνεται λοιπόν εμφανές, πως στο μοντέλο αυτό, η έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τα γεγονότα παρά στο ίδιο το γεγονός. Αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η εμφάνιση αρνητικών συναισθηματικών σχημάτων όπως ο φόβος, ο θυμός, η θλίψη.

Βασιζόμενοι στην θεωρία τους το 1988 παρουσίασαν το πρόγραμμα άγχους, το οποίο στηρίζεται στην εξέλιξη του πρωτόγονου μηχανισμού του ατόμου που σκοπό έχει να τον προστατεύσει από καταστάσεις που εκλαμβάνονται ως επικίνδυνες. Έτσι, παρατηρούνται τόσο οργανικές αλλαγές στο Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα, με την εμφάνιση συναισθημάτων φυγής ή επίθεσης, όσο και γνωσιακές αλλαγές, όπως αναστολή ή αντικατάσταση μιας συμπεριφοράς από μια άλλη, η οποία είναι συνήθως λιγότερο αποτελεσματική.

Προοδευτικά, το πρόγραμμα άγχους τροποποιεί την λειτουργία του πρωτόγονου μηχανισμού έτσι ώστε να ανιχνεύονται μόνο οι πληροφορίες που σχετίζονται με πιθανούς κινδύνους με σκοπό, οι πληροφορίες που είναι αντίθετες με την ύπαρξη να μην παρατηρούνται ή να μην λαμβάνονται υπόψιν^{7,13}.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι το πρόγραμμα άγχους του Clark και του Beck θα μπορούσε να αποβεί αποδοτικό με την προϋπόθεση ότι αναφερόμαστε σε πραγματικούς κινδύνους. Όταν όμως ο κίνδυνος δεν είναι πραγματικός ή αποτελεί μια κατάσταση το μέγεθος επικινδυνότητας της οποίας έχει μεγαλοποιηθεί, το πρόγραμμα αυτό θεωρείται μη αποτελεσματικό.

1.2 Τύποι Αγχωδών Διαταραχών

Οι διαταραχές άγχους αποτελούν μία από την βασικότερη ομάδα ψυχικών διαταραχών που απασχολούν την σημερινή κοινωνία. Το άτομο που πάσχει από αυτή την διαταραχή βιώνει το αίσθημα του άγχους σε καθημερινή σχεδόν βάση, επηρεάζοντας έτσι την καθημερινότητά του αλλά και την ψυχική του υγεία. Οι διαταραχές του άγχους διακρίνονται στις εξής κατηγορίες.

Α. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή: Χαρακτηρίζεται από επιμονή και υπερβολική ανησυχία του ατόμου για τις καθημερινές δραστηριότητες που έχει να φέρει εις πέρας. Την κλινική εικόνα συμπληρώνουν η εύκολη κόπωση, η αδυναμία συγκέντρωσης, η ψυχοκινητική ανησυχία και οι διαταραχές του ύπνου¹⁴.

Β. Διαταραχή πανικού: Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες προσβολές έντονου άγχους, δυσφορίας, εφίδρωσης και τρόμο των άκρων. Τα παραπάνω σημεία διαρκούν περίπου μία ώρα αλλά κορυφώνονται σε δέκα περίπου λεπτά. Συνοδεύεται από ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών. Τα άτομα εκδηλώνουν κρίσεις ακραίου πανικού σε οποιαδήποτε κατάσταση ανεξάρτητα από το αν αυτή είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη είτε όχι¹⁵.

Γ. Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή: Το άτομο που πάσχει από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κατακλύζεται από επίμονες και επαναλαμβανόμενες ανεπιθύμητες σκέψεις, οι οποίες μπορεί να έχουν ενοχλητικό περιεχόμενο, προκαλώντας έτσι έντονο άγχος και δυσφορία. Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ότι ο πάσχων εκτελεί τυποποιημένες ενέργειες που αποσκοπούν στον έλεγχο αυτών των σκέψεων¹⁶.

Ε. Φοβικές διαταραχές: Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από έντονο και υπερβολικό φόβο είτε για μία κατάσταση, είτε για την παρουσία κάποιου προσώπου ή αντικειμένου. Ο ασθενής κάθε φορά που εκτίθεται σε αυτές τις φοβικές, για τον ίδιο καταστάσεις, κυριεύεται από έντονο άγχος. Επιπλέον, παρουσιάζει τα παρόμοια κλινικά σημεία με αυτά της διαταραχής πανικού όπως ταχυκαρδία, εφίδρωση και τρέμουλο των άκρων¹⁷.

ΣΤ. Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από σωματικό νόσημα: Η διαταραχή αυτή μπορεί να προκληθεί από οποιοδήποτε σωματικό νόσημα, καθώς πολλά από αυτά αποτελούν έναυσμα για την εμφάνιση αγχωδών συμπτωμάτων. Τα νοσήματα αυτά κατηγοριοποιούνται ως εξής: νευρολογικά (επιληψία, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, όγκοι του εγκεφάλου) ενδοκρινικές διαταραχές (δυσλειτουργία των επινεφριδίων, δυσλειτουργία του θυρεοειδούς) αυτοάνοσα

νοσήματα (συστηματικός ερυθριματώδης λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα) συστηματικές νόσοι (καρδιακές αρρυθμίες, αναπνευστική ανεπάρκεια). Επομένως, κάθε σωματική νόσος προκαλεί στο άτομο αισθήματα ανησυχίας, απελπισίας και άγχους, διότι σε καθημερινή βάση βιώνει σε έντονο βαθμό αβεβαιότητα τόσο για την πορεία της νόσου όσο και για μία πιθανή αναπηρία¹⁸.

1.3 Αίτια Αγχωδών Διαταραχών

Στα πλαίσια της θεωρητικής προσέγγισης του άγχους, είναι αναγκαίο να αναφερθούμε στις αιτίες που μπορεί να προκαλούν άγχος στα άτομα. Παρόλα αυτά, πρέπει να καταστήσουμε σαφές πως οι αιτίες αυτές, είναι παράγοντες υποκειμενικοί. Κατά γενική ομολογία η συνηθέστερη αιτία εμφάνισης άγχους είναι οι καταστάσεις στις οποίες το άτομο οφείλει να δρα υπό πίεση, καθώς έρχεται αντιμέτωπο με γεγονότα τα οποία ίσως ξεπερνούν τις ικανότητές του. Άλλοι παράγοντες εμφάνισης άγχους, είναι το κοινωνικό υπόβαθρο στο οποίο ανήκει το άτομο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, το φύλο, οι εθνικές και πολιτιστικές διαφορές¹⁹. Ακόμα, η έλλειψη ικανοποίησης του ατόμου από την εργασία του αλλά και οι μη αποτελεσματικές κοινωνικές σχέσεις στα πλαίσια της εργασίας σε συνδυασμό με τις πολύωρες βάρδιες οδηγούν στην εμφάνιση εργασιακού άγχους²⁰.

Ως εργασιακό άγχος ορίζεται η αντίδραση που εμφανίζεται κατά την υποβολή υψηλών πιέσεων στο χώρο εργασίας για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Πιο συγκεκριμένα, όταν τόσο η διάρκεια, όσο και τα επίπεδα των πιέσεων στον εργασιακό χώρο μεγιστοποιηθούν, τότε παρατηρείται η ύπαρξη μιας απειλής που επηρεάζει την ευημερία αλλά και τα συμφέροντα των εργαζομένων. Αποτέλεσμα αυτού, είναι η εμφάνιση συναισθημάτων όπως ο φόβος, ο θυμός και το άγχος.¹⁹ Όσον αφορά τις αιτίες που προκαλούν εργασιακό άγχος, αυτές μπορούν να καταταχθούν σε τρεις κατηγορίες²⁵:

A. Γενικές Αιτίες Εργασιακού Άγχους

- Οργανωτικά προβλήματα
- Ανεπαρκής στήριξη
- Πολλές ή μοναχικές ώρες
- Χαμηλό κύρος, μισθός και δυνατότητες εξέλιξης
- Αβεβαιότητα και ανασφάλεια²³

B. Ειδικές Αιτίες Εργασιακού άγχους

- Ασαφής περιγραφή καθηκόντων
- Αντικρουόμενοι ρόλοι
- Ουτοπικές υψηλές προσδοκίες (τελειομανία)
- Έλλειψη δυνατότητας επιρροής στη λήψη αποφάσεων (αδυναμία)
- Συχνές συγκρούσεις με ανωτέρους
- Απομόνωση από τη στήριξη των συναδέλφων
- Έλλειψη ποικιλίας
- Μικρή επικοινωνία, ακατάλληλη ηγεσία, συγκρούσεις με συναδέλφους
- Ανικανότητα ολοκλήρωσης μιας εργασίας²⁵

Γ. Αιτίες Εργασιακού Άγχους που σχετίζονται με τα καθήκοντα

- Δύσκολοι πελάτες ή δύσκολοι υφιστάμενοι
- Ανεπαρκής εκπαίδευση
- Συναισθηματικές σχέσεις με πελάτες ή υφισταμένους
- Ευθύνες της εργασίας
- Αδυναμία βοήθειας ή αποτελεσματικής δράσης^{22, 23}

Σχετικά με τις γενικές αιτίες του εργασιακού άγχους, η έλλειψη οργανωτικής σταθερότητας φαίνεται πως επηρεάζει την ψυχολογία των εργαζομένων καθώς σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους και ανασφάλειας, λόγω της μειωμένης διοικητικής υποστήριξης από τους προϊστάμενους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί, πως η εργασιακή ανασφάλεια αποτελεί έναν παράγοντα που σχετίζεται άμεσα με την καθημερινή απειλή απώλειας της θέσης εργασίας, καθώς και με την αδυναμία δράσης των εργαζομένων με σκοπό την αντιμετώπισή της²⁴. Επιπρόσθετα, ένας ευνοϊκός παράγοντας για την εμφάνιση εργασιακού άγχους είναι η ύπαρξη κυκλικού ωραρίου, καθώς και ο περιορισμένος αριθμός συναδέλφων σε κάθε βάρδια^{20,59}. Ο συνδυασμός αυτών των δυο, οδηγεί στην αύξηση των επιπέδων άγχους των εργαζομένων το οποίο έχει ως φυσικό επακόλουθο την μείωση της αποτελεσματικότητας, καθώς και την ανικανότητα διεκπεραίωσης καθηκόντων²⁵.

Αναλύοντας τις ειδικές αιτίες του άγχους παρατηρείται ότι η ασαφής περιγραφή καθηκόντων αποτελεί παράγοντα εμφάνισης άγχους στους εργαζομένους καθώς πολλές από τις αρμοδιότητες τους παρεκκλίνουν από το νοσηλευτικό καθήκοντολόγιο. Επιπλέον, επειδή η νοσηλευτική αποτελεί ανθρωπιστικό επάγγελμα, απαιτεί σαφή περιγραφή λειτουργιών και πράξεων για την κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων²⁶.

Όσον αφορά τις αιτίες εργασιακού άγχους που σχετίζονται με τα καθήκοντα, η πιο συχνά εμφανιζόμενη αφορά την σχέση μεταξύ υφιστάμενων και προϊστάμενων. Πιο συγκεκριμένα, οι αυξημένες προσδοκίες των προϊστάμενων σε συνδυασμό με την αυξανόμενη τοποθέτηση ευθυνών στους υφιστάμενους, έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση επιπέδων άγχους. Επιπλέον, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ασθενών, συνοδών και υφιστάμενων οδηγούν στην εμφάνιση συγκρούσεων εξαιτίας των διαφορετικών απόψεων, των ποικίλων προσωπικοτήτων, των διαφορετικών κοινωνικών υπόβαθρων καθώς και των αυξημένων απαιτήσεων των συνοδών για παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Τέλος, η αδυναμία εκπλήρωσης καθηκόντων είτε λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας είτε λόγω έλλειψης εκπαιδευτικού υπόβαθρου οδηγεί στην εμφάνιση εργασιακού άγχους καθώς αποτελούν παράγοντες που δυσχεραίνουν την ροή της εργασίας²⁷.

1.4 Συμπτώματα Αγχωδών Διαταραχών

Η έκφραση της συμπτωματολογίας του άγχους μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους. Πηγάζει από την ύπαρξη σωματικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών ενδείξεων που εμφανίζονται είτε αυτούσιες είτε σε συνδυασμό. Αναλυτικότερα, οι σημαντικότερες ενδείξεις των αγχωδών διαταραχών είναι οι εξής:

A. Σωματικές Ενδείξεις: Κεφαλαλγία, Δύσπνοια, Ζάλη, Μυϊκό Άλγος, Κοιλιακό Άλγος, Αύξηση Αρτηριακής Πίεσης, Θωρακαλγία, Διαταραχές Ουροποιητικού και Πεπτικού Συστήματος, Λιποθυμικές Τάσεις.

B. Συναισθηματικές Ενδείξεις: Έλλειψη Ελέγχου, Παρουσία Θυμού, Ανησυχίας και Εκνευρισμού, Ευερεθιστότητα, Κυκλοθυμία, Κατάθλιψη, Δυσκολία στην λήψη αποφάσεων, Μειωμένη Δημιουργικότητα, Χαμηλή Αυτοεκτίμηση, Αρνητικές Σκέψεις, Αντίδραση στην επικοινωνιακή κριτική.

Γ. Συμπεριφοριστικές Ενδείξεις: Παραμέληση ατομικού χρόνου για ξεκούραση και αναψυχή, Επιλογή πολύωρης εργασίας, Απομόνωση, Κακή επικοινωνία με το υποστηρικτικό δίκτυο, Παρουσία εξάρτησης από οινόπνευματώδη, ηρεμιστικά, κάπνισμα και καφεΐνη^{8,18}.

1.5 Μέθοδοι Αντιμετώπισης των Αγχωδών Διαταραχών

Το άγχος, όπως έχει προαναφερθεί οφείλεται σε μια ποικιλία αιτιολογικών παραγόντων οι οποίοι χρήζουν την ανάλογη αντιμετώπιση. Λόγω της πολυπλοκότητάς του αξίζει να αναφερθεί, πως η αντιμετώπισή του έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα με σκοπό τόσο την μείωση των συμπτωμάτων όσο και την καταστολή της έκφρασής του. Η αποτύπωση του άγχους σε ένα άτομο αφορά τόσο την ψυχολογική όσο και σωματική του υπόσταση. Για αυτό το λόγο, το θεραπευτικό μοντέλο αντιμετώπισης του άγχους θα πρέπει να στοχεύει στην θεραπεία και των δυο πεδίων.

A. Ατομική Ψυχοθεραπεία

Έχει ως στόχο, την αναγνώριση της κατάστασης καθώς και τον προσδιορισμό της σοβαρότητας αυτής. Έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με διαταραχές άγχους έχουν άγνοια της κατάστασης καθώς αγνοούν ή παραβλέπουν τα πρώιμα προειδοποιητικά σημάδια. Ένας ακόμα παράγοντας παραμέλησης των σημείων αυτών είναι και ο φόβος του κοινωνικού στίγματος. Σε αυτό το σημείο, λαμβάνει δράση η ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία συντονίζεται από ψυχολόγο και αποσκοπεί στην αναγνώριση της κατάστασης καθώς και στην βαρύτητα αυτής. Η διαδικασία που ακολουθείται περιλαμβάνει την συζήτηση προσωπικών εμπειριών, την πραγματοποίηση αυτοκριτικής, καθώς και την ανάλυση συναισθημάτων με σκοπό την αυτοδιαχείριση των επεισοδίων του άγχους²⁸.

B. Ομάδες Υποστήριξης

Αναφέρεται στην δημιουργία οργανωμένων ομάδων που στην θέση του συντονιστή βρίσκεται ο ψυχολόγος, ο οποίος συμβάλει στην σωστή λειτουργία της ομάδας καθώς και στη διατήρηση της ατομικότητας του κάθε μέλους. Ο ρόλος του συντονιστή κρίνεται σημαντικός αφού φροντίζει για την απουσία εσωτερικών επιρροών μεταξύ των μελών καθώς και για την εύρυθμη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας. Οι συζητήσεις που πραγματοποιούνται καθώς και η θεματολογία που τίγεται μοιάζει με αυτή της ατομικής ψυχοθεραπείας, με μόνη διαφορά την ύπαρξη διαφορετικών γνώμων και εμπειριών που οφείλονται στα μέλη που απαρτίζουν την ομάδα¹⁴.

Γ. Αντιμετώπιση Παραγόντων που προκαλούν άγχος

Ως πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων παραγόντων αποτελεί η αναγνώριση τους. Ως δεύτερο βήμα αναφέρεται η ανάλυση αυτών και ως τρίτο η αντιμετώπισή τους. Ένας από τους παράγοντες που φαίνεται πως προκαλεί άγχος στα άτομα είναι η κοινωνική αποδοχή. Συχνά, τα άτομα αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις κοινωνικές τους υποχρεώσεις έτσι ώστε να επιτύχουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα κατά την συναναστροφή τους με άλλα άτομα.

Γενικά για να αντιμετωπιστούν οι παράγοντες που προκαλούν άγχος στα άτομα κρίνεται αναγκαία η λήψη μέτρων επανορθωτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα, που θα στοχεύουν στην εξάλειψη καθώς και στην μείωση των συμπτωμάτων. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται θετική σκέψη και η υιοθέτηση από το άτομο ενός διορθωτικού χαρακτήρα. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο θα πρέπει να οδηγείτε στην αυτογνωσία, στην αυτοεκτίμηση και στην αποδοχή του εαυτού του ως έχει. Τέλος κάθε άτομο θα πρέπει να ακολουθεί στρατηγικές διαχείρισης που ταιριάζουν στην ψυχοσύνθεσή του με σκοπό την εναπόθεση του άγχους²⁹.

Δ. Φαρμακευτική Αγωγή

Στόχος της φαρμακευτικής αγωγής είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, η επαναφορά της λειτουργικότητας του ατόμου κατά το μέγιστο δυνατό και η πρόληψη των επεισοδίων υποτροπής. Η επιμέλεια της αγωγής γίνεται υπό την αιγίδα ψυχιάτρου. Το πιο παραδοσιακό σχήμα θεραπείας που ακολουθείτε είναι αυτό που βασίζεται στην χορήγηση βενζοδιαζεπινών (benzodiazepines), που ανήκουν στην κατηγορία των ναρκωτικών φαρμάκων. Παρόλα αυτά, έχει παρατηρηθεί ότι η συστηματική χορήγησή τους οδηγεί στην ανάπτυξη ανεκτικότητας στο συγκεκριμένο φάρμακο. Εξαιτίας αυτού συνιστάται η λήψη τους για μικρό χρονικό διάστημα, της τάξεως των δυο εβδομάδων. Μια άλλη επιλογή φαρμακευτικής ουσίας, για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών είναι η βουσπιρόνη (buspirone), η οποία δρα σε έναν συγκεκριμένο υπότυπο του υποδοχέα της σεροτονίνης. Όμως, και στην περίπτωση της βουσπιρόνης η χρήση της δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το διάστημα των δυο εβδομάδων όπως έχει προαναφερθεί και για την περίπτωση των βενζοδιαζεπινών. Αντιθέτως, η χρήση της αντισταμινικής υδροξυζίνης (antihistamine hydroxyzine) σε συνδυασμό με τα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα έχει παρατηρηθεί πως σε βάθος χρόνου φέρει ευεργετικά αποτελέσματα. Η αντισταμινική υδροξυζίνη προσδένεται σε έναν συγκεκριμένο ορότυπο στο κανάλι ασβεστίου του εγκεφάλου. Βέβαια έρευνες που βασίζονται στην αντιμετώπιση του άγχους με την χορήγηση placebo φαρμάκων

έρχονται να συγκρουστούν με τις τυπικές θεραπείες αντιμετώπισης του. Συγκεκριμένα σε έρευνα που διεξήχθη από τον Baldwin το 2006 παρατηρήθηκε πως το 40% των ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε placebo για ένα διάστημα δώδεκα εβδομάδων εμφάνισαν μείωση των συμπτωμάτων, ενώ το 30% παρέμειναν ασυμπτωματικοί και με βελτιωμένη λειτουργικότητα³⁰.

1.6 Ορισμός και προσέγγιση της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη απαρτίζεται από ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία οφείλονται σε διαταραχές του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωσιακών λειτουργιών, αλλά και των λειτουργιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αποτελεί δηλαδή ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο επηρεάζει την διάθεση, τον τρόπο σκέψης αλλά και την συμπεριφορά του πάσχοντος. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν πως για να χαρακτηριστεί η κατάθλιψη απαιτείται μια σειρά συμπτωμάτων όπως, η συνεχής θλίψη, η απώλεια ενέργειας, η εξάντληση, η μειωμένη όρεξη για φαγητό και η αύξηση ή η μείωση των ωρών ύπνου.³¹ Τα συμπτώματα αυτά είναι κατά κύριο λόγο διάρκειας ίσης ή μεγαλύτερης των δυο εβδομάδων. Ο Bunge περιγράφει την κατάθλιψη με ένα παράδειγμα. «Φαντάσου ότι έχεις ένα κομμάτι βαμβάκι στο χέρι σου, το οποίο το βρέχεις βουτώντας το σε ένα διάλυμα. Ανάλογα με το χρώμα του διαλύματος το βαμβάκι θα χρωματιστεί ανάλογα. Πάντα όμως θα είναι βρεγμένο»³².

Για τον προσδιορισμό και την κατανόηση της κατάθλιψης αναπτύχθηκαν δυο μοντέλα, το γνωσιακό και το συμπεριφοριστικό μοντέλο με κύριους υποστηρικτές αφενός για το πρώτο τον Aaron Beck και αφετέρου για το δεύτερο τους Lewinsohn και Seligman³³.

A. Συμπεριφοριστικό Μοντέλο

Το 1974-1979 ο Lewinsohn ανέπτυξε την συμπεριφοριστική θεωρία της κατάθλιψης κατά Lewinsohn η οποία βασίζεται σε τέσσερις αρχές:

1. Ένα χαμηλό επίπεδο θετικής ενίσχυσης δρα προκαλώντας καταθλιπτική συμπεριφορά.
2. Η κατάθλιψη διατηρείται μέσω αυτού του χαμηλού επιπέδου.
3. Η θετική ενίσχυση εξαρτάται από τα γεγονότα και τις δραστηριότητες, την μαθησιακή προϋστορία, την ηλικία, το φύλο κ.α. Επίσης εξαρτάται από την διαθεσιμότητα των ενισχυτών, την κατάσταση και τις δεξιότητες του ανθρώπου.
4. Η ενίσχυση τρίτων (συμπάθεια, λύπηση κ.α.) ιδίως του άμεσου κοινωνικού περιβάλλοντος είναι υπεύθυνη για την διατήρηση της κατάθλιψης καθώς αναστέλλει τον καταθλιπτικό να προσπαθήσει να αποκαταστήσει την μειωμένη ροή θετικής ενίσχυσης επηρεάζοντας τους παράγοντες που έδρασαν πάνω του για την ανάπτυξή της.

Βάση του συμπεριφοριστικού μοντέλου του Lewinshon το άτομο που εμφανίζει καταθλιπτική συμπεριφορά περνά μέσα από ένα πρόγραμμα ανάπτυξης κοινωνικών δραστηριοτήτων καθώς:

1. Προσδοκούμε την ανάπτυξη θετικών ερεθισμάτων τα οποία συμβάλλουν στην βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας, αφού οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν αρνητικές συμπεριφορές όπως χαμηλωμένο βλέμμα, σιγανή φωνή, έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιεχόμενο της συζήτησης.
2. Αδυνατούν να εκφράσουν τα αρνητικά τους συναισθήματα με αποτέλεσμα να περνούν πολύ χρόνο με παθητικές ενασχολήσεις που αποκλείουν την θετική ενίσχυση.

Το 1975 ο Seligman παρατήρησε σε ένα πείραμα του ότι τα σκυλιά που είχαν υποστεί μη ελεγχόμενα σοκ σε μια κατάσταση, μετέφεραν το αίσθημα αβοήθητου στις επόμενες πειραματικές δοκιμασίες. Σε μια δεύτερη φάση τα ίδια σκυλιά τοποθετούνταν σε ένα πειραματικό περιβάλλον που έδινε δυνατότητες αποφυγής. Ο Seligman παρατήρησε ότι δεν κατέβαλαν προσπάθεια να αποφύγουν την επανάληψη του σοκ. Η αντίδραση αυτή εξηγήθηκε ως αποτέλεσμα της μάθησης που επήλθε μετά από τις αποτυχημένες αρχικές προσπάθειες (στην πρώτη φάση) να αποφύγουν την τιμωρία (σοκ). Η προσπάθεια αποφυγής αποδείχθηκε μάταιη, καθώς οι επανειλημμένες και διαφορετικές συμπεριφορές δεν συσχετιζόνταν με το αναμενόμενο αποτέλεσμα, καθώς το σοκ ήταν αναπόφευκτο. Έτσι, τα σκυλιά περιέπεσαν σε μια κατάσταση «μαθημένης αβοηθητότητας». Ο Seligman υπέθεσε ότι παρόμοια συμπεριφορά εμφανίζουν και οι άνθρωποι, καθώς είναι πιθανό να καταλήξουν σε αδράνεια και παθητικότητα, εάν γνωρίζουν ότι οποιαδήποτε δράση τους δεν θα έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η έρευνα αυτή απασχόλησε τον συμπεριφορισμό για μεγάλο χρονικό διάστημα αλλά δεν θεωρήθηκε επαρκής για να θεμελιωθεί ένα αιτιοπαθογεννητικό μοντέλο κατάθλιψης³².

B. Γνωσιακό Μοντέλο

Το 1979 ο Aaron Beck ανέπτυξε την Γνωσιακή θεωρία της κατάθλιψης, σύμφωνα με την οποία παρατηρούνται διαταραχές τόσο στην λειτουργία της σκέψης, μέσω των διεργασιακών λαθών, όσο και στο περιεχόμενό της, μέσω των καταθλιπτογόνων σχημάτων. Όσον αφορά το περιεχόμενο της σκέψης παρατηρείται η καταθλιπτική τριάδα σύμφωνα με την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται αρνητικά τον εαυτό του (προβληματικός στον νοητικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και ηθικό τομέα), τον κόσμο γύρω του (αντιλαμβάνεται το περιβάλλον ως απαιτητικό και απορριπτικό, με αποτέλεσμα να οδηγείται στην απογοήτευση και στην απόσυρση) και το μέλλον (εμφανίζεται ζοφερό χωρίς εναλλακτικές λύσεις). Ο Beck περιγράφει ως διεργασικά λάθη τα εξής:

- Επιλεκτική μνήμη: Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εστιάζουν στις αρνητικές πλευρές των εμπειριών τους.
- Υπεργενίκευση των αρνητικών συνεπειών μετά από αρνητικά γεγονότα.
- Διπολική σκέψη: Οι ασθενείς εστιάζουν μόνο στην αρνητική πλευρά των γεγονότων.
- Νοητικό φίλτρο: Οι καταθλιπτικοί επικεντρώνονται σε μια αρνητική λεπτομέρεια, δημιουργώντας έτσι αρνητικές σκέψεις.
- Υποτίμηση: Επιμονή στα ασήμαντα και παραγκωνισμός των θετικών παραγόντων με αποτέλεσμα να προβαίνει σε αυθαίρετα συμπεράσματα.
- Μεγιστοποίηση ή ελαχιστοποίηση: Αρνητικά ή θετικά γεγονότα τα οποία κρίνονται αρνητικά ή εκφράζονται σε σωματικά ενοχλήματα.
- Συναισθηματική συλλογιστική: Αναφέρεται στην αντίληψη του ασθενή κατά την οποία τα συναισθήματά του είναι άμεσα συνυφασμένα με την πραγματικότητα.
- Πρέπει: Καταστάσεις στις οποίες υποβάλλει τον εαυτό του και τον οδηγούν σε ενοχές για τον εαυτό του και οργή για τους άλλους.
- Εσφαλμένη πληροφόρηση: Η αφοσίωση του καταθλιπτικού ατόμου σε θεωρήσεις σχετικά με την πραγματικότητα.
- Προσωποποίηση: Η ευθύνη για την έκβαση ενός αρνητικού γεγονότος αποδίδεται εξ' ολοκλήρου στον ίδιο³⁴.

Γενετική Θεωρία

Σχετίζεται με την κληρονομική υπόσταση των συναισθηματικών διαταραχών. Παρά τις προσπάθειες αποσαφήνισης του μηχανισμού κληρονομικότητας, ο τρόπος με τον οποίο κληρονομούνται οι διαταραχές διάθεσης δεν έγινε κατανοητός, λόγω της πολυπλοκότητας του φαινοτύπου. Βέβαια οι επιστήμονες έχουν προσδιορίσει ένα γονίδιο που συνδέεται με τη διπολική διαταραχή και έχουν ανακαλύψει μια κοινή γενετική μετάλλαξη που συνδέεται με την ανάπτυξη κλινικής κατάθλιψης, σε άτομα που έχουν έρθει αντιμέτωπα με τραυματικά γεγονότα στη ζωή τους³⁵.

Ιδιοπαθής Θεωρία

Αποτελεί μια επέκταση της θεωρίας της κληρονομικότητας και αναφέρεται στην σωματική διάπλαση του ατόμου αλλά και στην πιθανότητα κάποιας σχέσης με τον χαρακτήρα του και την

τάση για μια συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή. Βασιζόμενος σε αυτή τη θεωρία ο Γερμανός ψυχίατρος Kretschmer κατηγοριοποίησε τα άτομα με βάση τη σωματική διάπλαση στους εξής τύπους: πυκνοειδής τύπος (άτομα με μανιοκαταθλιπτικές τάσεις που εμφανίζουν χαρακτηριστικά όπως το ανεπτυγμένο στομάχι και το κοντό ύψος), ασθενικός τύπος (άτομα επιρρεπή στην σχιζοφρένεια), αθλητικός τύπος και δυσπλαστικός τύπος³⁶.

Βιολογική Θεωρία

Σύμφωνα με τις θεραπευτικές ιδιότητες ορισμένων ψυχοφαρμάκων έχουν αναπτυχθεί δύο υποθέσεις, που επιχειρούν να εξηγήσουν το μηχανισμό των συναισθηματικών διαταραχών. Η πρώτη υπόθεση γνωστή και ως η κατεχολαμινική υπόθεση, κατά την οποία η μεν κατάθλιψη οφείλεται σε μια μείωση των μονοαμινών (ή βιογενών αμινών), ειδικότερα της νορεπινεφρίνης, που ενεργοποιούν τους νευροχημικούς υποδοχείς του εγκεφάλου και η δε μανία σε μια υπερβολική δραστηριότητα των ίδιων ουσιών. Η δεύτερη υπόθεση γνωστή και ως η ινδολαμινική υπόθεση, που αποδίδει τις διαταραχές αυτές σε ανωμαλίες του μεταβολισμού της σεροτονίνης³⁷.

1.7 Τύποι Κατάθλιψης

A. Λανθάνουσα Κατάθλιψη

Ονομάζεται η κατάθλιψη που δεν εμφανίζεται με τα συμπτώματα της νόσου αλλά με μια ποικιλία συμπτωμάτων, που χρήζει επιδεξιότητα στην διαγνωστική διερεύνηση ώστε να γίνει άμεσα αντιληπτή. Μπορεί να εκφραστεί με υποχονδριακά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, πόνους στη μέση και την πλάτη, ενοχλήσεις στην κοιλιά και τα άκρα, συμπτώματα που θυμίζουν άνοια και διαταραχές μνήμης καθώς και αϋπνία ή υπερυπνία, ανορεξία ή βουλιμία²⁸.

B. Αγχώδης Κατάθλιψη

Με τον όρο αυτόν παρουσιάζεται η κατάθλιψη που συνοδεύεται από έντονες και επώδυνες αγχωτικές διαταραχές. Το άτομο με αγχώδη κατάθλιψη είναι ανήσυχο, υπερκινητικό και δεν μπορεί να παραμείνει ήρεμο. Σε σοβαρότερες καταστάσεις παραπονιέται για την κατάσταση που βιώνει χωρίς όμως να λείπει τα προβλήματα που το απασχολούν¹⁴.

Γ. Άτυπη Κατάθλιψη

Η άτυπη κατάθλιψη εκφράζεται μέσω συμπτωμάτων που αντιτίθενται στα συνηθισμένα βιολογικά συμπτώματα. Κάποια από αυτά είναι: βουλιμία αντί για ανορεξία, υπερυπνία αντί για αϋπνία, η συνολική διάρκεια ύπνου ,ημέρας ή νύχτας είναι τουλάχιστον 10 ώρες ή τουλάχιστον 2 ώρες περισσότερο απ' όταν το άτομο δεν είναι σε κατάθλιψη. Πολύ συχνά με αυτή την μορφή κατάθλιψης μπορεί να συνυπάρχει έντονο άγχος καθώς και φόβος³⁸.

Δ. Ενδογενής και Εξωγενής Κατάθλιψη

Με τον όρο ενδογενή κατάθλιψη ορίζεται το σύνδρομο που προκαλείται κυρίως από βιολογικούς παράγοντες όπου η πορεία και εξέλιξη του είναι ανεξάρτητη από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Τα συμπτώματα που κυριαρχούν σε αυτή την μορφή είναι πρωινή κυρίως αϋπνία, ανορεξία, πτώση βάρους καθώς και ημερήσια διακύμανση συναισθημάτων. Η έναρξη της εξωγενούς κατάθλιψης προκαλείται κυρίως από κάποια εξωτερική ή εσωτερική αντιξοότητα, η οποία μπορεί να είναι συνδεδεμένη, με μία σημαντική απώλεια, μια απόρριψη καθώς και με μια αποτυχία ή ατυχία³⁹.

Ε. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μορφή αυτής της κατάθλιψης είναι γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο DSM- IV, η διάγνωση αυτής τίθεται, εάν ο ασθενής παρουσιάζει πέντε από τα εννέα συμπτώματα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Στην περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει άλλα συμπτώματα όπως παραισθήσεις, η κατάθλιψη θεωρείται δευτεροπαθής και αποτελεί αποτέλεσμα κάποιας άλλης διαταραχής.

Κριτήρια Διάγνωσης Μείζων Κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM- IV

- Καταθλιπτική Διάθεση
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες
- Σημαντική Απώλεια βάρους
- Αϋπνία ή Υπερυπνία

- Κόπωση ή Απώλεια ενέργειας
- Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί
- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου
- Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά
- Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής

Τουλάχιστον 5 από τα κάτωθι συμπτώματα τα οποία συνυπάρχουν τουλάχιστον επί 2 εβδομάδες και εμφανίζονται σχεδόν κάθε μέρα για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας²⁸.

ΣΤ. Μελαγχολική Κατάθλιψη

Αποτελεί ένα είδος κατάθλιψης που γίνεται έντονα αισθητό κυρίως τις πρωινές ώρες. Εκφράζεται με καταθλιπτικό συναίσθημα μεγάλου βάθους που συνοδεύεται από άγχος, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση. Όσον αφορά την κλινική εικόνα παρατηρούνται σωματικά συμπτώματα όπως απώλεια όρεξης, βάρους και σεξουαλικής επιθυμίας καθώς και διαταραχές ύπνου¹⁴.

Ζ. Εποχιακή Κατάθλιψη

Ο συγκεκριμένος τύπος κατάθλιψης εκδηλώνεται κάποιες συγκεκριμένες χρονικές περιόδους που σχετίζονται με την αλλαγή των εποχών (συνήθως ξεκινά το φθινόπωρο και υποχωρεί την άνοιξη). Τα συμπτώματα αυτού περιλαμβάνουν: αυξημένη ανάγκη για ύπνο, μειωμένη ενέργεια και κόπωση, αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων και αποστασιοποίηση από τις κοινωνικές υποχρεώσεις¹⁴.

Η. Ψυχωτική και Νευρωτική Κατάθλιψη

Στην περίπτωση της ψυχωτικής κατάθλιψης το άτομο χάνει την ικανότητα έλεγχου της πραγματικότητας. Χαρακτηρίζεται ως βαριά κατάθλιψη. Εντοπίζεται παρουσία καταθλιπτικού συναισθήματος, διαταραχών αντίληψης, διαταραχών περιεχομένου της σκέψης και σύγχυση. Τέλος, θεωρείται πως η ψυχωτική κατάθλιψη βασίζεται στην βιολογική θεωρία. Από την άλλη, στην νευρωτική κατάθλιψη διατηρείται η ικανότητα έλεγχου της πραγματικότητας. Χαρακτηρίζεται ως ήπια κατάθλιψη και βασίζεται σε κοινωνικοψυχωτικά αιτία⁴⁰.

Θ. Μανιοκατάθλιψη

Στην περίπτωση της διπολικής συναισθηματικής διαταραχής, παρατηρούνται καταθλιπτικά επεισόδια που φέρουν χαρακτηριστικά του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Η διαφορά ανάμεσα στους δυο αυτούς τύπους στηρίζεται στην εμφάνιση των καταθλιπτικών φάσεων. Πιο συγκεκριμένα, στην διπολική διαταραχή εμφανίζονται εναλλαγές φάσεων κατάθλιψης, με φάσεις μανίας, ενώ στην μονοπολική κατάθλιψη παρατηρείται επανάληψη στερεότυπων καταθλιπτικών φάσεων⁴¹.

I. Υποστροφική Κατάθλιψη

Παρατηρείται στα άτομα ηλικίας μεταξύ, τα σαράντα πέντε με εξήντα έτη, όπου το άτομο βιώνει έντονες βιολογικές και ψυχοκοινωνικές μεταβολές. Η κλινική εικόνα που την συνοδεύει απαρτίζεται από έντονο άγχος, καταθλιπτικό συναίσθημα, ψυχωτική ανησυχία και υποχόνδρια συμπτώματα⁴².

1.8 Αίτια Κατάθλιψης

Η έναρξη και η εξέλιξη της κατάθλιψης έχει απασχολήσει πολλούς επαγγελματίες υγείας σχετικά με τα αίτια που την πυροδοτούν. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως πολυπαραγοντική, διότι δεν έχει προσδιοριστεί η ακριβής αιτιολογία της, έτσι ώστε να δικαιολογείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παρά την μη ακριβή αιτιολογία της, η αλληλεπίδραση των γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων λειτουργούν ως εναρκτήρια δύναμη για την παρουσία της νόσου.

A. Γενετικοί Παράγοντες

Πρόκειται για κληρονομικούς παράγοντες, που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ιστορικό με σοβαρά και χρόνια καταθλιπτικά επεισόδια. Με βάση την γενετική αιτιολογία της νόσου, έχει θεωρηθεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταφορά, τόσο των βιολογικών χαρακτηριστικών, όσο και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Τέλος, οι γενετικοί παράγοντες οδηγούν σε αύξηση της προδιάθεσης του ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη, σε σύγκριση με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην εμφάνιση αυτής⁴².

B. Βιολογικοί Παράγοντες

Τα βιολογικά αίτια της κατάθλιψης είναι άμεσα συνδεδεμένα με την λειτουργία του εγκεφάλου και πιο συγκεκριμένα τις περιοχές που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, φάρμακα τα οποία λειτουργούν με την συμβολή νευροδιαβιβαστών οδηγούν σε μείωση της συγκέντρωσής τους στον εγκέφαλο. Η μείωση δύο νευροδιαβιβαστών, της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης, οδηγούν στην εμφάνιση της νόσου. Γι' αυτό τον λόγο χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα με σκοπό την αύξηση της συγκέντρωσης των προαναφερόμενων ουσιών. Τέλος, υπάρχουν κάποιες μη ψυχιατρικές παθήσεις όπου δευτερογενώς είναι ικανές να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επηρεάζουν και εκείνες τις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου με τους νευροδιαβιβαστές. Οι παθήσεις αυτές είναι:

- Παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας.
- Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός.
- Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ. όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- Συστηματικές διαταραχές όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος.
- Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, αντί-υπερτασικά φάρμακα και το αλκοόλ⁴².

Γ. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Αφορούν την ψυχολογική υπόσταση του ατόμου καθώς και τον κοινωνικό περίγυρο που διαθέτει. Τα αίτια αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή: γεγονότα τα οποία έχουν εξελιχθεί στην παιδική ηλικία και συνοδεύονται από μεγάλο συναισθηματικό φόρτο όπως θάνατος κηδεμόνα, διαζύγιο γονέων και παραμέληση. Όλα τα παραπάνω αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή τους.
2. Παράγοντες που δρουν αργότερα: γεγονότα ενήλικης ζωής του ατόμου: αλληλεπίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και ψυχοκοινωνικών μεταβολών. Πιο συγκεκριμένα, θάνατος συγγενικού προσώπου, διαζύγιο, απώλεια εργασίας, αναζήτηση εργασίας, συνθήκες διαμονής, οικονομικό υπόβαθρο και συχνές αλλαγές μόνιμης κατοικίας. Τρόπος σκέψης: η συστηματική επαφή με τα καθημερινά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει στην αλλοίωση της αντίληψης του ατόμου. Οδηγείται σε μη λειτουργικές και

παραμορφωμένες σκέψεις και εικόνες που ερμηνεύουν τον κόσμο με βάση τις προσωπικές του παραδοχές⁴⁴.

1.9 Συμπτώματα Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί μία ψυχική διαταραχή που επηρεάζει το άτομο συναισθηματικά, σωματικά, κοινωνικά καθώς και πνευματικά. Η κατανόηση και η καταπολέμηση αυτής της ασθένειας είναι μείζονος σημασίας διότι, όσο πιο έγκαιρη είναι η αναγνώριση των πρώτων σημείων, τόσο και πιο έγκαιρη θα είναι η αντιμετώπισή της. Επομένως, είναι απαραίτητο κάποιος να αναγνωρίζει τα κύρια συμπτώματα της καταθλίψεως. Τα κύρια συμπτώματα που παρουσιάζει κάποιο άτομο με καταθλιπτική συμπεριφορά είναι τα εξής:

A. Μείωση του ενδιαφέροντος: το άτομο αδυνατεί να απολαύσει και να εκτελέσει κάποιες δραστηριότητες που ωστόσο μπορεί να τελούσε καθημερινά. Βρίσκεται σε μια συνεχή αδράνεια διότι το κάθε τι το λαμβάνει ως ασήμαντο. Πολλές φορές αυτός ο τρόπος συμπεριφοράς γίνεται αντιληπτός τόσο από το οικογενειακό όσο και από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου⁴⁵.

B. Καταθλιπτική διάθεση: κατά την διάρκεια της ημέρας και σε καθημερινή βάση ο καταθλιπτικός ασθενής κλαίει συχνά αλλά και φαίνεται μονίμως στεναχωρημένος. Η διάθεση του είναι πεσμένη και μονότονη και παρατηρούνται αρνητικά συναισθήματα όπως ένταση, θυμός και απελπισία⁴⁶.

Γ. Δυσκολία στον ύπνο: το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται με πολλές μορφές διότι ο κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά. Κάποιοι δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου δηλαδή έχουν την μορφή του ύπνου γνωστή και ως αϋπνία. Κάποιοι άλλοι κάνουν ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Τέλος, χαρακτηριστικό γνώρισμα της κατάθλιψης είναι η πρόωμη αφύπνιση όπου οι καταθλιπτικοί ασθενείς ξυπνούν πολύ νωρίς το πρωί⁴⁷.

Δ. Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό: συνήθως στο μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με κατάθλιψη παρουσιάζεται μειωμένη όρεξη για φαγητό οδηγώντας τους έτσι σε μεγάλη μείωση κιλών. Αντίθετα, σε αυτή την κατηγορία συμπτωμάτων ανήκει και μια μικρή ομάδα ατόμων που παρουσιάζουν υπερφαγία⁴⁷.

Ε. Απώλεια του ενδιαφέροντος για ερωτική συνένωση: αποτελεί ένα από τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα άτομα με κατάθλιψη χάνουν το ενδιαφέρον τους για σεξουαλική επαφή διότι η διάθεσή τους και η επιθυμία τους είναι μειωμένη⁴⁸.

ΣΤ. Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας: οι καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν μεγάλη κούραση, αδράνεια αλλά και νωχελικότητα. Το άτομο νιώθει πως τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, κυριαρχεί απραξία σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές θυμίζει παράλυση. Απουσιάζει ο σκοπός για προοδευτική κίνηση και ενεργητικότητα⁴⁸.

1.10 Θεραπεία Κατάθλιψης

Η πρόληψη της κατάθλιψης, όπως και οποιασδήποτε κατάστασης, είναι πολλές φορές αποτελεσματικότερη από την ίδια την θεραπεία. Η πρόληψη της κατάθλιψης χωρίζεται σε τρεις βαθμούς φροντίδας στον πρώτο, τον δεύτερο και τον τρίτο βαθμό. Όσον αφορά την πρόληψη τρίτου βαθμού, απαιτείται μια σειρά διεργασιών με σκοπό το άτομο να μην επανέλθει στην ίδια θέση. Ο ασθενής επιλέγει να αγνοεί την φροντίδα δύσκολων ή δυσάρεστων καταστάσεων. Γι' αυτό τον λόγο χρειάζεται ένα ήρεμο και συνεργάσιμο περιβάλλον. Συνήθως η επαφή με άτομα που πάσχουν από την ίδια διαταραχή μπορεί να λειτουργήσει, ως θετικός παράγοντας για τον ασθενή.

Η δευτεροβάθμια πρόληψη ασχολείται με την διδασκαλία των επιστημών υγείας και σχετίζεται με την γνωστοποίηση της νόσου, έτσι ώστε να διευκολύνονται οι πάσχοντες. Το σημαντικότερο πρόβλημα της θεραπείας δευτέρου βαθμού είναι η έλλειψη των απαιτούμενων γνώσεων των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, αλλά και η επιλογή των κατάλληλων αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων. Η πρωτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην απόκτηση γνώσεων, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση των καταθλιπτικών ασθενών. Επίσης, επιθυμεί να διδάξει στα καταθλιπτικά άτομα, πώς να αποφεύγουν την χρόνια κατάθλιψη ή την συνεχής τριβή με ένα καταθλιπτικό περιβάλλον. Παράγοντες που συμβάλλουν στην ομαλή εκμάθηση είναι το υποστηρικτικό δίκτυο, το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου και η επικοινωνία τόσο με τον ίδιο όσο και με το οικογενειακό περιβάλλον.

Η κατάθλιψη θεωρείται μία αρκετά σοβαρή ψυχική διαταραχή που σε σχέση με τις υπόλοιπες είναι περισσότερο ιάσιμη. Επομένως, σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να παραγκωνίζεται η

θεραπεία της. Αυτή εξαρτάται από την σοβαρότητα της κατάθλιψης που ατόμου, καθώς οι πιο σοβαρές μορφές οδηγούν τον πάσχοντα υπό παρακολούθηση από ψυχίατρο, αλλά και στη νοσοκομειακή περίθαλψη, όταν αυτό κριθεί απαραίτητο. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν την ψυχοθεραπεία καθώς και την φαρμακοθεραπεία⁴⁹. Οι θεραπείες αυτές, άλλοτε χρησιμοποιούνται μεμονωμένες και άλλοτε συνδυαστικά.

A. Βιολογική Θεραπεία

· Φαρμακευτική Θεραπεία

Στόχο της φαρμακευτικής θεραπείας είναι η υποχώρηση των συμπτωμάτων και η ψυχοκοινωνικοεπαγγελματική αποκατάσταση του ατόμου. Πραγματοποιείται με την χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (τρικυκλικά και τετρακυκλικά). Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά χωρίζονται στις εξής κατηγορίες⁵⁰:

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης –SSRI'S-(παροξετίνη, σεφτραλίνη, σιταλοπρόμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη).

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης –SNRI'S-(βενλαφαξίνη).

Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη). Αναστρέψιμοι και εκλεκτικοί αναστολείς της MAO (μοκλοβεμίδη)¹⁴.

Συγκριτικά με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν εμφανίζουν τόσο συχνά συμπτώματα όπως ναυτία, κεφαλαλγία, σεξουαλικές διαταραχές και ανησυχία. Εκτός από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα γίνεται χορήγηση και θυμορυθμιστικών φαρμάκων⁵⁰. Σχετίζονται με ενδοκυτταρικές διαδικασίες μεταφοράς του νευρικού σήματος στο μετασυναπτικό νευρώνα. Ως μειονεκτήματα των φαρμάκων αυτών αναφέρονται, πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας και υποτροπής της νόσου. Η φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή αποτελεί το σημαντικότερο τρόπο αντιμετώπισης της κατάθλιψης παρά το γεγονός της καθυστερημένης εμφάνισης της δράσης τους. Όμως με την κατάλληλη πληροφόρηση τόσο του ασθενούς και όσο και του περιβάλλοντός του, διασφαλίζεται η συνεργασία μέχρι να παρατηρηθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σημαντικό

είναι να αναφερθεί, πως πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής πρέπει να γίνει λήψη ιστορικού, σωματική εξέταση καθώς και πραγματοποίηση βιοχημικών και παρακλινικών εξετάσεων. Επιπλέον, πρέπει να γίνει αποκλεισμός σωματικών συμπτωμάτων και φαρμάκων που προκαλούν κατάθλιψη καθώς και επιβεβαίωση ότι δεν λαμβάνει ουσίες και οινοπνευματώδη⁵¹.

Μερικά από τα φάρμακα που χορηγούνται κατά τη διάρκεια της αγωγής είναι: τα αγχολυτικά (λοραζεπάμη, αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη), τα οποία χορηγούνται όταν μαζί με την κατάθλιψη συνυπάρχει και το άγχος. Β) Αντιψυχωσικά (αλοπεριδόλη, αμισουλπρίδη, ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη), τα οποία χορηγούνται όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις⁵².

· Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Απαιτείται ηλεκτρικό ερέθισμα και τονικοκλονικός σπασμός κάτω από γενική αναισθησία και μυοχάλαση. Εξαιτίας προκαταλήψεων, η μέθοδος του ηλεκτροσόκ χρησιμοποιείται σπάνια, παρά το γεγονός πως φέρει σημαντική αποτελεσματικότητα θεραπείας της μείζονος κατάθλιψης⁵³. Ο χρόνος νοσηλείας είναι μικρής διάρκειας, δεν παρουσιάζει αντενδείξεις αν και σχετίζεται με καταστάσεις υψηλού κινδύνου (αυξημένη ενδοκράνια πίεση, πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου, πρόσφατη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, αγγειακό ανεύρυσμα ή δυσπλασία, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, κίνδυνοι από την αναισθησία)¹⁴. Η χρήση της γίνεται σε νοσηλευόμενους και εξωτερικούς ασθενείς με απαραίτητη προϋπόθεση την γραπτή συγκατάθεση του ίδιου και των συγγενών του. Στην πράξη της ηλεκτροσπασμοθεραπείας γίνεται χρήση αναισθησίας, μυοχάλασης, οξυγόνωσης και παύσης ψυχοφαρμάκων. Επαρκούν 6 με 12 συνεδρίες και εμφανίζει μόνο μερικές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως αυξημένη ενδοκράνια πίεση, έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, αγγειακό ανεύρυσμα ή δυσπλασία, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, φαιοχρωμοκύττωμα και κίνδυνοι από την αναισθησία. Συμπερασματικά, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει τροποποιηθεί ριζικά διότι έχει καταρρίψει την προκατάληψη ότι ταυτίζεται με το ηλεκτροσόκ και ότι πρόκειται για μια βαριά επώδυνη θεραπεία αγνώστου δράσης²⁸.

B. Ψυχοθεραπεία

Με αυτή την μορφή θεραπείας ο καταθλιπτικός ασθενής βρίσκεται σε μια συνεχή επικοινωνία, η οποία στηρίζεται στον διάλογο και την συνομιλία. Το καταθλιπτικό άτομο μπορεί να απευθυνθεί

σε κάποιον ψυχίατρο, ψυχολόγο, σύμβουλο ακόμα και σε κάποιον κοινωνικό λειτουργό. Ο αριθμός των συνεδρίων κυμαίνεται από 1-3 συνεδρίες το μήνα, ανάλογα με την σοβαρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής που έχει ο πάσχων. Το άτομο συζητάει τα προβλήματα που τον απασχολούν, αλλά και τα συναισθήματα που τον συντρέχουν. Η θεραπεία θεωρείται επιτυχής όταν ο ασθενής βιώνει εσωτερικά μια θετική αλλαγή, μετριάζει ή επιλύει ενοχλητικές συμπεριφορές, πεποιθήσεις σκέψεις αλλά και συναισθήματα⁵⁴.

Γ. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική θεραπεία είναι μια μορφή θεραπείας που απαρτίζεται από μια μικρή ομάδα ασθενών και από έναν ή περισσότερους ψυχοθεραπευτές. Με αυτή την θεραπεία οι καταθλιπτικοί ασθενείς εντάσσονται σε μία ομάδα, έτσι ώστε να αναπτύξουν τόσο τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ τους, όσο και την ανάγκη για ομαλή και υγιή κοινωνικοποίηση⁵⁵. Τα άτομα μέσω συγκεκριμένων τεχνικών που χρησιμοποιούνται, μαθαίνουν πώς να διαχειρίζονται τις ανεπιθύμητες σκέψεις αλλά και τα συναισθήματα. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να μοιραστεί θέματα που σχετίζονται με τον εαυτό του, το οικογενειακό και το κοινωνικό του περιβάλλον, να ανταλλάξει συναισθήματα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας και να επιλέξει με την βοήθεια αυτής εναλλακτικές λύσεις⁵⁶. Έτσι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς εκπαιδεύονται κατά κάποιον τρόπο να αντιμετωπίζουν τόσο τα συμπτώματα όσο και τις καθημερινές κοινωνικές και προσωπικές προκλήσεις⁵⁵.

Δ. Θεραπεία της συμπεριφοράς

Η συγκεκριμένη θεραπεία στοχεύει στην αποβολή των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Βασίζεται στο μοντέλο του Beck και διαρκεί 15 με 25 συνεδρίες από μία φορά την εβδομάδα. Η γνωσιακή θεραπεία της κατάθλιψης, στις αρχικές της φάσεις, όταν επικρατούν βιολογικά, βουλητικά και συναισθηματικά στοιχεία, στοχεύει στην άμεση αντικατάσταση των αρνητικών συνηθειών και την ανακούφιση του ασθενούς²⁸. Στην δεύτερη φάση της θεραπείας, παρατηρείται μεγαλύτερος γνωσιακός χαρακτήρας, δηλαδή γνωσιακή αναδόμηση μέσω καταγραφής και τροποποίησης σύνθετων νοητικών δραστηριοτήτων όπως διεργαστικών λαθών και σχημάτων. Η σχηματική απόδοση αυτού είναι η εξής

A= Γεγονός B = Σκέψεις Γ= Αποτελέσματα Δ= Αμφισβήτηση E= Νέα Αποτελέσματα

Γίνεται χρήση τριών βασικών μεθόδων, ορθολογιστική, νοοκατασκευαστική και η πραγματιστική.⁵⁴ Στην πρώτη ο ασθενής στηρίζει με δεδομένα την αντίληψη που έχει για την πραγματικότητα. Στην δεύτερη γίνεται διερεύνηση εναλλακτικών ερμηνειών των δηλώσεών του και στην τρίτη επιχειρείται η αναζήτηση των πραγματικών συνεπειών των γεγονότων. Τέλος, στην τελική φάση το άτομο καλείται να λειτουργεί χωρίς την βοήθεια κάποιου θεραπευτή με σκοπό την φροντίδα μελλοντικών υποτροπών⁵⁴.

E. Διαπροσωπική Θεραπεία

Πραγματοποιείται σε 12 με 16 συνεδριάσεις μία φορά την εβδομάδα και βασίζεται στην σχέση ανάμεσα στην ψυχική υγεία των ατόμων και τον τρόπο που επικοινωνούν και με τους άλλους. Στόχος της είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων, η επίλυση των προβλημάτων σε όλα τα επίπεδα και η εκπαίδευση του ασθενούς με σκοπό την βελτίωση της επικοινωνίας του⁵⁷. Βασίζεται στην σύγχρονη συμπεριφορική θεραπεία και παρά το γεγονός ότι είναι χρονικά περιορισμένη χρειάζεται προετοιμασία, συνεντεύξεις και κατάλληλα όργανα αξιολόγησης⁵⁴.

ΣΤ. Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία

Ο χρόνος διάρκειας της κυμαίνεται από μήνες μέχρι και χρόνια. Έχει ως στόχο την επεξεργασία και την επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων του ασθενή, καθώς και την κατανόηση των επιθυμιών και των αναγκών που πηγάζουν από την παιδική ηλικία. Χρησιμοποιείται σε ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης, αλλά και σε αυτές που σχετίζονται με την προσωπικότητα του καταθλιπτικού ασθενή⁵⁴.

Z. Εργοθεραπεία και Απασχολησιοθεραπεία

Στόχος της θεραπείας αυτής είναι η ανάπτυξη και η διατήρηση των καθημερινών συνθηκών ζωής και εργασίας, αλλά και η ανάπτυξη των ικανοτήτων των ατόμων, με κάποια μορφή διαταραχής. Σε συνεργασία με τους εργοθεραπευτές, παρατηρείται η προσπάθεια μιας πελατοκεντρικής πρακτικής που ως στόχο έχει την επανένταξη του ασθενή στις καθημερινές του ασχολίες³⁶.

H. Δημιουργικές Θεραπείες μέσω Τέχνης (Art Therapy) .

Αποσκοπούν στον συμβολισμό και την μεταφορά του προβλήματος σε μια καλλιτεχνική μορφή (ζωγραφική, μουσική, χορός και αφήγηση). Με αυτόν τον τρόπο το άτομο εστιάζει στην επίλυση του προβλήματος μέσω της αισθητικής, δίνοντας μία ενθαρρυντική νότα στην ζωή και στις πράξεις του⁵⁸.

Θ. Συνεχιζόμενη Θεραπεία

Βασίζεται στο γεγονός ότι τα επεισόδια κατάθλιψης δεν σταματούν με την υποχώρηση των συμπτωμάτων, καθώς και πως για ένα χρονικό διάστημα μετά την διακοπή της θεραπείας είναι πιθανή η επανεμφάνιση της νόσου. Αρνητικοί παράγοντες για την εμφάνιση της νόσου αποτελούν οι διαταραχές προσωπικότητας, κάποια συνυπάρχουσα σωματική νόσος, τα συχνά και επαναλαμβανόμενα επεισόδια της νόσου στο παρελθόν, η αρνητική στάση του ασθενούς στην θεραπεία καθώς και το ψυχοκοινωνικό stress³⁶.

I. Θεραπεία Συντήρησης

Στην περίπτωση αυτή εμφανίζονται νέα επεισόδια καταθλιπτικής συμπεριφοράς, τότε συνιστάται η θεραπεία συντήρησης. Χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα και θυμοσταθεροποιητικές ουσίες, που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των διαταραχών. Σε αυτή την μορφή θεραπείας γίνεται πλήρης χορήγηση της θεραπευτικής δόσης, η οποία ανάλογα με την πορεία και την ύπαρξη ή μη παραγόντων κινδύνου, είτε χορηγείται έπ' αόριστον είτε διακόπτεται βαθμιαία για την αποφυγή νέων επεισοδίων³⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Μέθοδος

Η μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται στις παραμέτρους της ερευνητικής προσπάθειας του ερευνητή, οι οποίες αφορούν τις γενικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, τις μεθόδους, τις τεχνικές, τα μέσα, τα υλικά και τις διαδικασίες που θα επιλέξει για τη διεξαγωγή της έρευνας του⁶⁰. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2018. Πρόκειται για μια περιγραφική έρευνα που στοχεύει στον προσδιορισμό των επιπέδων άγχους και της κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό, αφού νοσηλευτικό επάγγελμα έχει χαρακτηριστεί ως ένα επάγγελμα υψηλής έντασης. Πιο συγκεκριμένα γίνεται προσπάθεια να περιγραφούν:

- Ο πληθυσμός της έρευνας.
- Η δειγματοληπτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε.
- Οι τεχνικές συλλογής δεδομένων καθώς και οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν τόσο για την ανάπτυξη τους, όσο και για την εξασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας τους.
- Οι μέθοδοι και οι διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν για την κωδικοποίηση των δεδομένων και την ανάλυση τους.

Για να διαχειριστούμε την συγκεκριμένη έρευνα με αποτελεσματικότητα, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε στο εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό που κατείχαν τίτλο σπουδών Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία της Πάτρας όσο και της Αθήνας αλλά και σε Κέντρα Υγείας του Νομού Αχαΐας.

2.2 Σχεδιασμός

Για τον σχεδιασμό της έρευνας, έπρεπε να παρθούν αποφάσεις που θα σχετίζονταν με τα θέματα που θα εξερευνούσαμε για τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στο πρώτο κεφάλαιο που αποτελεί την βιβλιογραφική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε εκτενής ανάλυση τόσο των δύο εννοιών όσο και των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή τους. Παρατηρήθηκε πως οι έννοιες άγχος και κατάθλιψη είναι άμεσα συνυφασμένες μεταξύ τους, αφού η μία πυροδοτεί την εμφάνιση της άλλης. Ως αποτέλεσμα αυτού κρίθηκε αναγκαία η συνδυαστική μελέτη των δύο αυτών διαταραχών.

Χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Ως ποσοτική μέθοδος ορίζεται μια ερευνητική διαδικασία η οποία στοχεύει στην συλλογή και στην ανάλυση δεδομένων. Βασίζεται στην αξιόπιστη αριθμητική καταγραφή του συνολικού πληθυσμού. Η χρήση της εντοπίζεται σε ερευνητικές μελέτες όπου το δείγμα είναι αρκετά μεγάλο. Παρόλο που αποτελεί μια διαδεδομένη ερευνητική μέθοδο αξίζει να αναφέρουμε πως εμφανίζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Τα κυριότερα από αυτά είναι:

Πλεονεκτήματα Ποσοτικής Έρευνας:

- Είναι εύκολος ο εντοπισμός του πληθυσμού-στόχου.
- Αποτελεί οικονομική μέθοδο.
- Παρέχει στον ερωτώμενο επάρκεια χρόνου, ώστε να απαντήσει στις ερωτήσεις.
- Διατηρείται η ανωνυμία του ερωτώμενου με αποτέλεσμα να υπάρχει ειλικρίνεια στις απαντήσεις που αφορούν ευαίσθητα θέματα.
- Ενδείκνυται για την μελέτη κοινωνικών φαινομένων, αφού παρέχει τη δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού.
- Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο θεωρητικών υποθέσεων.
- Υπό σωστή εφαρμογή, εμφανίζει μεγάλη ακρίβεια και αντιπροσωπευτικότητα.
- Απαιτεί μικρό χρόνο εκτέλεσης.

Μειονεκτήματα Ποσοτικής Έρευνας:

- Ο ερευνητής αλληλεπιδρά πολύ λιγότερο με το δείγμα του.
- Ορισμένα από τα ερωτήματα ενδέχεται να μην απαντηθούν από τους συμμετέχοντες.
- Κάποιες φορές ενδέχεται να μην υπάρχουν απαντήσεις σε διαφορούμενες ερωτήσεις.
- Στην ποσοτική έρευνα αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- Τα άτομα της μελέτης καλούνται να απαντήσουν σε συγκεκριμένα ερωτήματα⁶¹.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια του Beck. Για την καταγραφή του φαινομένου του άγχους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο

του Beck που σχετίζεται με τις αγχώδεις διαταραχές (Beck Anxiety Inventory). Δημιουργήθηκε το 1988 μετά από καταγραφή των σωματικών συμπτωμάτων που εμφάνιζαν οι εν λόγω ασθενείς, με σκοπό τον διαχωρισμό τους από τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Εμφανίζει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha=0.92 γεγονός που καθιστά αξιόπιστη την χρήση του. Η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου εμφανίζεται στην Αγγλική Γλώσσα, όμως μέχρι και σήμερα έχει μεταφραστεί σε ένα πλήθος γλωσσών, μεταξύ των οποίων τα Ελληνικά, τα Γαλλικά, τα Γερμανικά, τα Νορβηγικά κ.α.⁶².

Για την αποτύπωση του φαινομένου της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Beck που μελετά τις διαταραχές κατάθλιψης (Beck Depression Inventory - II). Η πρώτη του μορφή κατασκευάστηκε το 1961 μετά από παρατήρηση των ψυχικών συμπτωμάτων που εμφάνιζαν οι καταθλιπτικοί ασθενείς του. Το 1978 εμφανίζεται η δεύτερη έκδοση του ερωτηματολογίου η οποία αποτελεί μια επανάληψη της πρώτης, με την διαφορά ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων περιορίζεται στις τελευταίες δυο εβδομάδες, προκειμένου να διευκολύνεται η χρήση του. Παρόλο που το BDI – IA (Beck Depression Inventory – IA) όπως ονομάστηκε, εμφανίζει δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha=0.85, κρίθηκε αναγκαία η επαναδημιουργία του, καθώς θέτει την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών με την ύπαρξη μόνο έξι κριτηρίων σε σχέση με τα εννέα που εμφανίζονται στο DSM - III.

Αποτέλεσμα αυτού ήταν η δημιουργία της τρίτης και τελευταίας έκδοσης του ερωτηματολογίου (Beck Depression Inventory – II), το 1996. Η πρωτότυπη έκδοση αποτυπώνεται στην Αγγλική Γλώσσα. Μέχρι σήμερα έχει μεταφραστεί σε δεκαεφτά γλώσσες, μεταξύ των οποίων τα Γερμανικά, Δανέζικα, Ισπανικά, Γαλλικά, κ.α. και έχει χρησιμοποιηθεί σε 120 μελέτες στο διάστημα από το 1996 έως το 2012. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε πως επίσημη και αξιόπιστη μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική Γλώσσα δεν υπάρχει. Συνεπώς, η μετάφραση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τους ερευνητές⁶³.

Το ερωτηματολόγιο ήταν χωρισμένο σε τρία μέρη. Το πρώτο σκέλος αφορούσε το ερωτηματολόγιο του άγχους και αποτελούνταν από 21 ερωτήσεις καταγεγραμμένες με την μορφή πίνακα. Το δεύτερο σκέλος αφορούσε το ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης και αποτελούνταν από 21 ερωτήσεις. Τέλος, το τρίτο μέρος αποτελούνταν από 10 ερωτήσεις δημογραφικού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές κατασκευάστηκαν από τους ερευνητές μετά από ανάλυση και κατανόηση του είδους του δείγματος που θέλαμε να προσεγγίσουμε. Με άλλα λόγια

στοχεύουν στην αντιπροσωπευτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών του δείγματος. Ο λόγος που αποφασίσαμε να ερευνήσουμε το συγκεκριμένο θέμα είναι γιατί θεωρούμε πως το άγχος αποτελεί εναρκτήριο δύναμη για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπεριφορών, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την ψυχική υγεία των νοσηλευτών όσο και την επαγγελματική τους πορεία.

2.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Προκειμένου να περιγραφεί το υπό μελέτη φαινόμενο, να εκτιμηθούν συγκεκριμένοι παράμετροι του πληθυσμού, αλλά και να προκύψουν υποθέσεις, ακολουθήθηκε περιγραφική έρευνα. Γενικά η περιγραφική μελέτη ακολουθεί τα εξής χαρακτηριστικά:

- Σχετική απλότητα στον σχεδιασμό.
- Απαιτεί μικρό χρόνο εκτέλεσης.
- Διεξάγεται με χαμηλό, σχετικά, κόστος.

Λαμβάνοντας υπόψιν ότι τα δεδομένα της έρευνας θα έχουν αριθμητική μορφή και η παρουσίασή τους θα γίνει σε πίνακες και γραφικές παραστάσεις, κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας. Ως ποσοτική έρευνα ορίζεται η "αντικειμενική και συστηματική διαδικασία η οποία περιγράφει, ελέγχει σχέσεις και εξετάζει την σχέση αιτίας και αποτελέσματος, μεταξύ διαφόρων μεταβλητών⁶⁴.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ποσοτικής έρευνας, τα οποία αποτελούν και διακριτά στοιχεία αυτής είναι:

- **Αντικειμενικότητα:** Λόγω των αυστηρά ελεγχόμενων συνθηκών κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων, θεωρείται από τις πιο αντικειμενικές μορφές έρευνας.
- **Γενίκευση:** Γίνεται επιτρεπτή, υπό προϋποθέσεις, η διατύπωση των γενικεύσεων.
- **Επαγωγή:** Στοχεύει κυρίως, στο να εξετάσει ή να ελέγξει ήδη υπάρχουσες θεωρίες.
- **Αξιοποίηση Αριθμών:** Αποσκοπεί στην απόδοση αριθμητικών τιμών στα ερευνητικά δεδομένα και στην ανάλυσή τους με μαθηματικούς και στατιστικούς όρους⁶⁵.

Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Με τον όρο ερωτηματολόγιο αναφερόμαστε σε ένα έντυπο, που περιλαμβάνει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων, στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά και με μία συγκεκριμένη σειρά. Με τα ερωτηματολόγια συλλέγονται δεδομένα ζητώντας από ανθρώπους να απαντήσουν στο ίδιο ακριβώς σύνολο ερωτήσεων⁶⁶.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι τα εξής:

- Αποτελεί οικονομικότερη μέθοδο.
- Μπορεί να διανεμηθεί σε μεγαλύτερο δείγμα.
- Καθίσταται εύκολη η δημιουργία και η χρήση τους.
- Παρέχει την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας.
- Προφυλάσσει από μεροληψίες.
- Απαιτεί λιγότερο χρόνο συμπλήρωσης.

Τα κυριότερα μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι τα εξής:

- Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και ερωτώμενου.
- Ο ερωτηθέντας καλείται να απαντήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο⁶⁷.

Η μέτρηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό έγινε με την χρήση ενός ερωτηματολογίου, όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα το οποίο χωρίσαμε σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος που αφορά τις διαταραχές άγχους, ήταν ήδη μεταφρασμένο στην Ελληνική γλώσσα και είχε χρησιμοποιηθεί παλαιότερα σε αντίστοιχες έρευνες. Το δεύτερο μέρος το οποίο πραγματεύεται το φαινόμενο της κατάθλιψης, ήταν διαθέσιμο στην Αγγλική γλώσσα. Επομένως, κρίθηκε αναγκαία η μετάφρασή του από τους ερευνητές. Η διαδικασία η οποία ακολουθήθηκε περιλαμβάνει τα εξής βήματα:

1. Οι ερευνητές της παρούσας έρευνας, με μητρική γλώσσα την ελληνική, μετέφρασαν το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory – II από την Αγγλική, στην Ελληνική (forward translation) και συμφώνησαν σε μια πρώτη μορφή.

2. Η αρχική έκδοση δόθηκε σε δύο παρατηρητές (Νοσηλευτές που διέθεταν γνώση Αγγλικών επιπέδου Proficiency), με τις διορθώσεις των οποίων, αναπτύχθηκε μία δεύτερη ελληνική έκδοση.
3. Η δεύτερη έκδοση διανεμήθηκε σε δύο ανεξάρτητους αντιμεταφραστές (Καθηγητές Αγγλικών που κατέχουν γνώση Αγγλικών επιπέδου “Teaching Adequacy), οι οποίοι δεν είχαν έρθει σε επαφή με την αρχική έκδοση, και κλήθηκαν να μεταφράσουν στα Αγγλικά την δεύτερη έκδοση (backward translation).
4. Σύμφωνα με τις αντιμεταφράσεις οι ερευνητές κατέληξαν σε μία τρίτη έκδοση, η οποία μαζί με το αγγλικό πρωτότυπο δόθηκε στον καθηγητή νοσηλευτικής Δρ. Μπακάλη Νικόλαο με σκοπό την δημιουργία της τελικής έκδοσης του ερωτηματολογίου⁶⁸.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος το οποίο αφορά τις ερωτήσεις δημογραφικού τύπου, δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα έχοντας ως γνώμονα τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το οποίο θέλαμε να προσεγγίσουμε.

Στο πρώτο μέρος, συλλογή των δεδομένων σχετικά με τις διαταραχές άγχους έγινε με την χρήση του αντίστοιχου ερωτηματολογίου του Beck, το οποίο διαθέτει την μορφή πίνακα, που περιγράφει 21 από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα άγχους. Χρησιμοποιεί κλίμακα μέτρησης από καμία έως έντονη ενόχληση ανάλογα με την βαρύτητα του κάθε συμπτώματος. Μετά το πέρας της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου γίνεται άθροιση των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα με την χρήση της παρακάτω αντιστοίχισης.

- “Καμία” ισοδυναμεί με 0 βαθμούς.
- “Ήπια” ισοδυναμεί με 1 βαθμό.
- “Μέτρια” ισοδυναμεί με 2 βαθμούς.
- “Έντονη” ισοδυναμεί με 3 βαθμούς.

Η ερμηνεία του συνολικού αθροίσματος των απαντήσεων έχει ως εξής:

- Ένα αποτέλεσμα από 0 έως 21 βαθμών δείχνει πολύ χαμηλά επίπεδα άγχους.
- Ένα αποτέλεσμα από 22 έως 35 βαθμών δείχνει μέτρια επίπεδα άγχους.
- Ένα αποτέλεσμα άνω των 36 βαθμών δείχνει υψηλά επίπεδα άγχους⁶².

Οι απαντήσεις είχαν χαρακτήρα κλειστού τύπου, διότι απαιτούν λιγότερο χρόνο για την συμπλήρωσή τους, καθώς και καθιστούν ευκολότερη την ανάλυσή τους. Τέλος, αποφύγαμε τις απαντήσεις "ναι/όχι" αφού δεν θα ήταν εφικτή η μέτρηση των επιπέδων άγχους, με την χρήση της παραπάνω κλίμακας αξιολόγησης.

Σχετικά με το δεύτερο μέρος, η συγκέντρωση των δεδομένων έγινε με την χρήση του αντίστοιχου ερωτηματολογίου του Beck, το οποίο απαρτίζεται από 21 ερωτήσεις, κλειστού τύπου, οι οποίες σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές. Σε αυτό το μέρος ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε ερωτήσεις σχετικά με το πώς αισθάνεται, αν νιώθει ικανοποιημένος, αν πιστεύει πως έχει πετύχει τους στόχους του, αν θεωρεί πως είναι ικανός να λάβει αποφάσεις, αν αισθάνεται ενδιαφέρον για τους άλλους, αν νιώθει ένοχος, αν αντιμετωπίζει διαταραχές ύπνου. Προκειμένου να διαπιστωθούν τα επίπεδα κατάθλιψης των ερωτηθέντων, χρησιμοποιήθηκε τετράβαθμη κλίμακα αξιολόγησης, (από 0 έως 3) ανάλογα με την σοβαρότητα της κάθε απάντησης. Τέλος, γίνεται άθροιση του συνολικού βαθμού των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα. Η ερμηνεία των αθροισμάτων ακολουθεί την εξής αντιστοίχιση:

- Ένα αποτέλεσμα από 0 έως 9 βαθμούς ισοδυναμεί με πολύ χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης.
- Ένα αποτέλεσμα από 10 έως 18 βαθμούς ισοδυναμεί με ήπια επίπεδα κατάθλιψης.
- Ένα αποτέλεσμα από 19 έως 29 βαθμούς ισοδυναμεί με μέτρια επίπεδα κατάθλιψης.
- Ένα αποτέλεσμα από 30 έως 63 βαθμούς ισοδυναμεί με υψηλά επίπεδα κατάθλιψης⁶³.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε μερικές δημογραφικού περιεχομένου ερωτήσεις που σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, τον τόπο διαμονής, την πόλη εργασίας, την οικογενειακή κατάσταση καθώς και το εισόδημα αλλά και την έναρξη της επαγγελματικής τους πορείας. Στόχος των δημογραφικών στοιχείων ήταν η κατηγοριοποίηση του δείγματος στις ομάδες που αναφέρθηκαν, καθώς η γνώση των φυσικών στοιχείων των ερωτηθέντων που απασχόλησε η έρευνά μας.

2.4 Διαδικασία

Η έρευνα διεξήχθη στην Πάτρα και στην Αθήνα. Αφού καθορίστηκαν οι φορείς στους οποίους θα διεξαγόταν η ερευνητική διαδικασία, κατασκευάστηκαν τα ερωτηματολόγια στα οποία, η

πρώτη σελίδα είχε τον ρόλο του ενημερωτικού φύλλου. Το ενημερωτικό φύλλο εξηγούσε τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο με τον οποίο θα γινόταν η συλλογή των πληροφοριών, καθώς και την εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών αλλά και την διατήρηση της ανωνυμίας τους.

Κατά την διεξαγωγή της ερευνητικής διεργασίας παρουσιάστηκαν κάποια εμπόδια. Πιο συγκεκριμένα, σε ορισμένες κλινικές δεν μας έγινε επιτρεπτή, από τους προϊστάμενους, η διανομή των ερωτηματολογίων. Επίσης, οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας βρήκαν το ερωτηματολόγιο δύσκολο στην ανάγνωση, λόγω του μεγέθους της γραμματοσειράς. Συγκεκριμένα ανέφεραν πως το μέγεθος της γραμματοσειράς ήταν αρκετά μικρό με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η επιτυχής ανάγνωση του ερωτηματολογίου. Προκειμένου να διευθετηθεί το συγκεκριμένο ζήτημα, κρίθηκε αναγκαία η ανάγνωση του ερωτηματολογίου από τους ερευνητές. Τέλος, λόγω περιορισμένου χρόνου δεν ήταν δυνατή η λήψη άδειας από το επιστημονικό συμβούλιο των εκάστοτε νοσοκομείων. Για αυτό το λόγο στο νοσοκομείο του Νομού Αττικής παρουσιάστηκαν εμπόδια που αφορούσαν το νομικό πλαίσιο του φορέα, το οποίο μας έθεσαν σε αναμονή, μέχρι να δινόταν έγκριση από τον αρμόδιο φορέα. Σε γενικά πλαίσια η συμμετοχή και η προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν μεγάλη. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 15 έως 20 λεπτά. Λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας κρίθηκε αναγκαία η διανομή των ερωτηματολογίων στις κλινικές και η συλλογή τους μετά το πέρας δύο ημερών.

2.5 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα καθοριστικό και ουσιώδες μέρος της ερευνητικής εργασίας διότι, η σωστή λήψη αντιπροσωπευτικού δείγματος είναι ζωτικής σημασίας για το αν το δείγμα αντιπροσωπεύει τον συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής μπορεί να γενικεύσει τα αποτελέσματα αυτής. Οι μέθοδοι που ακολουθούνται σχετικά με την λήψη αντιπροσωπευτικού δείγματος, ποικίλλουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά, την κατανομή του πληθυσμού και το μέγεθος του δείγματος⁶⁹. Η επικρατούσα επιστημονική θέση υποστηρίζει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού με αποτέλεσμα να μειώνονται οι πιθανότητες σφάλματος. Ωστόσο ο καθορισμός του μεγέθους του δείγματος εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων όπως:

- Από το είδος της δειγματοληπτικής μεθόδου.

- Από τον επιθυμητό βαθμό ακρίβειας, προκειμένου να πραγματοποιηθούν γενικεύσεις.
- Από το βαθμό του σφάλματος που θεωρείται ανεκτός.
- Από τον διαθέσιμο χρόνο και τις οικονομικές δυνατότητες.
- Από τον βαθμό της απαιτητικότητας της έρευνας⁶⁵.

Στην παρούσα έρευνα διανεμήθηκαν συνολικά 200 ερωτηματολόγια από τα οποία επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 150. Πιο συγκεκριμένα η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε δύο δημόσια και ένα ιδιωτικό νοσοκομείο του Νομού Αχαΐας, σε ένα δημόσιο νοσοκομείο του Νομού Αττικής και σε δύο Κέντρα Υγείας του Νομού Αχαΐας. Η επιλογή των παραπάνω ιδρυμάτων έγινε με γνώμονα την εύκολη σε αυτά πρόσβαση αλλά και την χαμηλού κόστους μεταφορά. Επιλέχθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Κατά την δειγματοληψία ευκολίας ο ερευνητής μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε ομάδα του υπό μελέτη πληθυσμού που είναι άμεσα διαθέσιμη ή εύκολα προσβάσιμη. Ουσιαστικά, βασικό κριτήριο για την επιλογή και την συμμετοχή των ατόμων στο δείγμα αποτελεί ο κοινός χώρος συνάντησης την σωστή ώρα. Στα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της εν λόγω μεθόδου, συγκαταλέγονται:

- Το μικρό κόστος διεξαγωγής.
- Η εύκολη πρόσβαση στο δείγμα.
- Ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων.
- Η χρησιμότητα της μεθόδου για την αξιολόγηση πιλοτικών ερευνητικών εργαλείων όπως το ερωτηματολόγιο.

Αντίθετα στα μειονεκτήματα της μεθόδου περιλαμβάνονται:

- Η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των μεροληψιών.
- Η χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.
- Η αδυναμία διεξαγωγής γενικεύσεων στον γενικό πληθυσμό.
- Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σφάλματος⁶⁵.

Το δείγμα μας χαρακτηρίζεται από νοσηλευτές που εργάζονται τόσο σε νοσοκομεία της Πάτρας, όσο και της Αθήνας, καθώς και από νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα υγείας του νομού Αχαΐας.

2.6 Ηθικά Ζητήματα

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας έχουν πρόσβαση σε αυτές. Τέλος, η χρήση τους προορίζεται αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο δεν θα δημοσιευτεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί καθ' όλη την διάρκεια της μελέτης.

2.7 Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS23 (Statistical Package for the Social Sciences Version 23.0). Για τον συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό $p < 0.005$. Η επιλογή του στατιστικού πακέτου SPSS23 οφείλεται στους παρακάτω λόγους:

1. Παρέχει τη δυνατότητα εύκολης διαχείρισης δεδομένων και αρχείων (ειδικά όταν αναφερόμαστε σε ερευνητικές εργασίες μεγάλου δείγματος).
2. Καθιστά εύκολη τη δημιουργία πινάκων και γραφικών παραστάσεων.
3. Είναι συμβατό με όλα τα υπόλοιπα υπολογιστικά προγράμματα της αγοράς.
4. Είναι εύχρηστο και λειτουργεί στο περιβάλλον κάθε υπολογιστή⁷⁰.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Αποτελέσματα Δεδομένων

Από τα 200 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Πάτρας και της Αθήνας, απαντήθηκαν τα 150. Παρόλο που το δείγμα θεωρείται μικρό, οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν θα μας δώσουν μια εικόνα για τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

3.1 Χαρακτηριστικά δείγματος.

Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος που σχετίζονται με την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ				
Ηλικιακές Ομάδες	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
20 - 30 έτη	28	18,7	18,7	18,7
31 - 40 έτη	48	32,0	32,0	50,7
41 - 50 έτη	55	36,7	36,7	87,3
51 - 50 έτη	18	12,0	12,0	99,3
>60 έτη	1	0,6	0,6	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (50,7%) είχε ηλικία από 20 έως 40 έτη.

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.

ΦΥΛΟ				
Φύλο	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άρρεν	22	14,7	14,7	14,7
Θήλυ	128	85,3	85,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (85,3%) ήταν γυναίκες.

Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που σχετίζονται με τον τόπο διαμονής.

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ				
Περιοχή	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αστική Περιοχή	140	93,3	93,3	93,3
Αγροτική Περιοχή	8	5,3	5,3	98,7
Νησιώτικη Περιοχή	2	1,4	1,4	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 93,3% των συμμετεχόντων διέμεναν σε αστική περιοχή.

Πίνακας 4: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άγαμος	52	34,7	34,7	34,7
Έγγαμος	98	65,3	65,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (65,3%) ήταν έγγαμοι.

Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που σχετίζονται με την πόλη εργασίας.

ΠΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ				
Πόλη	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πάτρα	106	70,7	70,7	70,7
Αθήνα	44	29,3	29,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 70,7% των ερωτηθέντων εργάζονταν στην Πάτρα.

Πίνακας 6: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

ΕΤΗΣΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ				
Εισόδημα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<5.000€	17	11,3	11,3	11,3
5.001€- 10.000€	35	23,3	23,3	34,7
10.001€- 20.000€	72	48,0	48,0	82,7
20.001€- 40.000€	26	17,4	17,4	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 71,3% του δείγματος είχαν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα από 5.001€έως 20.000€

Πίνακας 7: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούν τον μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ				
Τίτλος	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Μάστερ	20	13,3	13,3	13,3
Διδακτορικό	2	1,4	1,4	14,7
Τίποτε από τα δύο	128	85,3	85,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (85,3%) δεν κατείχε κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο.

Πίνακας 8: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούν τον τομέα εργασίας.

ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ				
Τομέας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Νοσοκομείο	139	92,7	92,7	92,7
Κέντρο Υγείας	11	7,3	7,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (92,7%) εργαζόταν σε νοσοκομείο.

Πίνακας 9: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούν τον φορέα εργασίας.

ΦΟΡΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ				
Φορέας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δημόσιος	141	94,0	94,0	94,0
Ιδιωτικός	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 94% των ερωτηθέντων απασχολούνταν από τον δημόσιο φορέα εργασίας.

Πίνακας 10: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος που αφορούν την χρονολογική έναρξη της εργασίας.

ΠΟΤΕ ΞΕΚΙΝΗΣΑΤΕ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ				
Χρονική εποχή	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πριν το 2009	98	65,3	65,3	65,3
Μετά το 2009	52	34,7	34,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,3%) ξεκίνησε να εργάζεται πριν το 2009.

3.2 Ποσοστά άγχους του δείγματος.

Πίνακας 1: Εμφάνιση ποσοστών άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ				
Επίπεδα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Χαμηλά Επίπεδα Άγχους	106	70,7	70,7	70,7
Μέτρια Επίπεδα Άγχους	35	23,3	23,3	94,0
Υψηλά Επίπεδα Άγχους	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 70,7% του δείγματος εμφανίζει χαμηλά επίπεδα άγχους, το 23,3% του δείγματος εμφανίζει μέτρια επίπεδα άγχους, ενώ το 6,0% του δείγματος, εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους.

3.3 Ερωτήσεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη, με βάση το ερωτηματολόγιο του Beck.

Πίνακας 1: Ερώτηση που σχετίζεται με την συναισθηματική κατάσταση των ερωτηθέντων.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;				
Συναισθηματική Κατάσταση	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αισθάνομαι λυπημένος	33	22,0	22,0	22,0
Δεν αισθάνομαι λυπημένος	96	64,0	64,0	86,0
Είμαι λυπημένος συνεχώς και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό	17	11,3	11,3	97,3
Είμαι τόσο λυπημένος ώστε να μην μπορώ να το αντέξω	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (64%) δεν αισθάνονται λυπημένοι, ενώ ένα μεγάλο μέρος του δείγματος (22%) αισθάνονται λυπημένοι.

Πίνακας 2: Ερώτηση που σχετίζεται με τις βλέψεις του δείγματος για το μέλλον τους

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΒΛΕΨΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ;				
Βλέψεις για το μέλλον	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυσμένος για το μέλλον	91	60,7	60,7	60,7
Αισθάνομαι αποθαρρυσμένος για το μέλλον	32	21,3	21,3	82,0
Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον	18	12,0	12,0	94,0
Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (60,7%) δήλωσε ότι δεν είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξο ή αποθαρρυσμένο για το μέλλον, παρόλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος (21,3%) αισθάνεται αποθαρρυσμένο για το μέλλον.

Πίνακας 3: Ερώτηση που σχετίζεται με τους στόχους του δείγματος και την επιτυχία αυτών.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΠΕΤΥΧΕΙ ΤΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥΣ ΣΑΣ;				
Εχετε πετύχει τους στόχους σας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος	102	68,0	68,0	68,0
Νιώθω ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους	25	16,7	16,7	84,7
Καθώς σκέφτομαι την ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες	20	13,3	13,3	98,0
Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (68,0%) δεν αισθάνονται αποτυχημένοι.

Πίνακας 4: Ερώτηση που σχετίζεται με την ικανοποίηση των ατόμων.

ΝΙΩΘΕΤΕ ΤΟ ΙΔΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ;				
Αίσθημα Ικανοποίησης	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αισθάνομαι το ίδιο ικανοποιημένος όπως πρώτα	66	44,0	44,0	44,0
Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα	72	48,0	48,0	92,0
Δεν αισθάνομαι πραγματική ικανοποίηση με τίποτα πια	6	4,0	4,0	96,0
Αισθάνομαι δυσαρεστημένος ή βαριεστημένος με το κάθε τι	6	4,0	4,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 44% του δείγματος αισθάνεται το ίδιο ικανοποιημένο όπως πρώτα, σε αντίθεση με το 48% του δείγματος που δεν απολαμβάνει τα πράγματα όπως πρώτα.

Πίνακας 5: Ερώτηση που σχετίζεται με το αίσθημα της ενοχής.

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΈΝΟΧΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;				
Αίσθημα ενοχής	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος	98	65,3	65,3	65,3
Πολλές φορές αισθάνομαι ένοχος	45	30,0	30,0	95,3
Αισθάνομαι αρκετά ένοχος	4	2,7	2,7	98,0
Αισθάνομαι ότι είμαι ένοχος όλη την ώρα	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (65,3%) δεν αισθάνεται ιδιαίτερα ένοχη ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (30%) αναφέρει ότι πολλές φορές αισθάνεται ένοχο.

Πίνακας 6: Ερώτηση που σχετίζεται με το αίσθημα της τιμωρίας.

ΝΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ ΤΙΜΩΡΕΙΣΤΕ				
Αίσθημα Τιμωρίας	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι	110	73,3	73,3	73,3
Αισθάνομαι ότι θα τιμωρηθώ	20	13,3	13,3	86,7
Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ	11	7,4	7,4	94,0
Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (73,3%) δεν αισθάνεται ότι τιμωρείται.

Πίνακας 7: Ερώτηση που σχετίζεται με το πώς νιώθουν για τον εαυτό τους.

ΠΩΣ ΝΙΩΘΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου	111	74,0	74,0	74,0
Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου	31	20,6	20,6	94,7
Αισθάνομαι αποστροφή για τον εαυτό μου	4	2,7	2,7	97,3
Μισώ τον εαυτό μου	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 74% του δείγματος δεν αισθάνεται απογοητευμένο από τον εαυτό του, σε αντίθεση με το 20,6% το οποίο φαίνεται απογοητευμένο από τον εαυτό του.

Πίνακας 8: Ερώτηση που σχετίζεται με την αξιολόγηση του εαυτού τους.

ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ;				
Αξιολόγηση Εαυτού	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους	91	60,7	60,7	60,7
Είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου	43	28,7	28,7	89,3
Κατηγορώ συνέχεια τον εαυτό μου για τα λάθη μου	15	10,0	10,0	99,3
Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει	1	0,6	0,6	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο δείγμα της παρούσας έρευνας (60,7%) δεν αισθάνεται ότι είναι χειρότερο από του υπόλοιπους, σε αντίθεση το 28,7% του δείγματος της έρευνας που είναι επικριτικό με τον εαυτό του για τις αδυναμίες ή τα λάθη του.

Πίνακας 9: Ερώτηση που σχετίζεται με τις σκέψεις των ερωτηθέντων στο να βλάψουν τον εαυτό τους.

ΈΧΕΤΕ ΣΚΕΦΤΕΙ ΠΟΤΕ ΝΑ ΒΛΑΨΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;				
Σκέψεις να βλάψουν τον εαυτό τους	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου	93	62,0	62,0	62,0
Έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο	52	34,7	34,7	96,7
Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να αυτοκτονούσα	4	2,7	2,7	99,3
Αν μου δινόταν η ευκαιρία θα αυτοκτονούσα	1	0,6	0,6	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (62%) δεν έχει σκέψεις να βλάψει τον εαυτό του, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (34,7%) έχει σκέψεις να κάνει κακό στον εαυτό του, αλλά ποτέ δεν θα έκανε κάτι τέτοιο

Πίνακας 10: Ερώτηση που σχετίζεται με την ανάγκη του νοσηλευτή να κλάψει.

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΝΙΩΘΕΤΕ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΗ ΝΑ ΚΛΑΨΕΤΕ;				
Ανάγκη για κλάμα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο	95	63,3	63,3	63,3
Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως	32	21,3	21,3	84,7
Κλαίω συνεχώς και δεν μπορώ να το σταματήσω	14	9,3	9,3	94,0
Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω	9	6,1	6,1	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (63,3%) δεν κλαίει περισσότερο από το συνηθισμένο. Αντιθέτως, ένα σημαντικό ποσοστό (21,3%) κλαίει τώρα περισσότερο από ότι συνήθως.

Πίνακας 11: Ερώτηση που σχετίζεται με τον εκνευρισμό που νιώθουν οι νοσηλευτές.

ΝΙΩΘΕΤΕ ΕΚΝΕΥΡΙΣΜΕΝΟΣ;				
Βαθμός εκνευρισμού	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος τώρα απ' ότι συνήθως	80	53,3	53,3	53,3
Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως	61	40,7	40,7	94,0
Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος ή ενοχλημένος	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 53,3% του δείγματος δεν είναι περισσότερο εκνευρισμένοι τώρα απ' ότι συνήθως. Παρόλα αυτά ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος (40,7%) ενοχλείται ή εκνευρίζεται περισσότερο απ' ότι συνήθως.

Πίνακας 12: Ερώτηση στην οποία παρουσιάζεται το ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους.

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ;				
Ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους	110	73,3	73,3	73,3
Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους	24	16,0	16,0	89,3
Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους	12	8,0	8,0	97,3
Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος 73,3% δεν έχει χάσει το ενδιαφέρον του για τους άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 13: Ερώτηση στην οποία φαίνεται κατά πόσο είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις.

ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΙΣΤΕ ΣΕ ΘΕΣΗ ΝΑ ΠΑΡΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ;				
Λήψη Αποφάσεων	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα	98	65,3	65,3	65,3
Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις	35	23,3	23,3	88,7
Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις	15	10,0	10,0	98,7
Δεν μπορώ πλέον να πάρω καμία απόφαση	2	1,4	1,4	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (65,3%) των ερωτηθέντων παραμένουν το ίδιο αποφασιστικοί όπως πάντα, εν αντιθέσει με το 23,3% του δείγματος που τελευταία αναβάλει να πάρει αποφάσεις.

Πίνακας14: Πως αισθάνεται το δείγμα της έρευνας για την εμφάνιση του.

ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΑΣ;				
Εμφάνιση	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ	98	65,3	65,3	65,3
Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και μη ελκυστικός	35	23,3	23,3	88,7
Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, που φαίνομαι μη ελκυστικός	13	8,7	8,7	97,3
Πιστεύω ότι είμαι άσχημος	4	2,7	2,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (65,3%) δεν νιώθει ότι η εμφάνισή του είναι χειρότερη από ποτέ.

Πίνακας 15: Κατά πόσο το δείγμα μπορεί να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της δουλειάς.

ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΤΑΠΕΞΕΛΘΕΤΕ ΣΤΙΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ;				
Εργασιακές Υποχρεώσεις	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα	100	66,7	66,7	66,7
Χρειάζομαι μεγαλύτερη προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι	40	26,7	26,7	93,3
Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου πάρα πολύ για να κάνω κάτι	7	4,7	4,7	98,0
Μου είναι αδύνατο να εργαστώ	3	1,9	1,9	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 66,7% του δείγματος, τα καταφέρνει στην δουλειά του όπως πρώτα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (26,7%) χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια για να ξεκινήσει να κάνει κάτι.

Πίνακας 16: Κατά πόσο το δείγμα αντιμετωπίζει διαταραχές ύπνου.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ;				
Διαταραχές Ύπνου	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως	72	48,0	48,0	48,0
Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθιζα	52	34,7	34,7	82,7
Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ	21	14,0	14,0	96,7
Ξυπνώ αρκετές ώρες νωρίτερα απ' ότι συνήθιζα	5	3,3	3,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 48% του δείγματος κοιμάται τόσο καλά όσο συνήθως, σε αντίθεση με το 34,7% που δεν κοιμάται τόσο καλά όσο συνήθιζε.

Πίνακας 17: Κατά πόσο το δείγμα έχει αίσθημα κόπωσης.

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΚΟΠΩΣΗ;				
Αίσθημα Κόπωσης	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθιζα	46	30,7	30,7	30,7
Κουράζομαι ευκολότερα από πρώτα	90	60,0	60,0	90,7
Κουράζομαι με ότι και αν κάνω	8	5,3	5,3	96,0
Είμαι αρκετά κουρασμένος ώστε να μην μπορώ να κάνω τίποτα	6	4,0	4,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (60%) κουράζεται ευκολότερα από πρώτα, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό 30,7% δεν κουράζεται περισσότερο απ' ότι συνήθιζε.

Πίνακας 18: Κατά πόσο το δείγμα έχει παρατηρήσει κάποια απώλεια όρεξης.

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΟΡΕΞΗΣ;				
Απώλεια Όρεξης	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε	110	73,3	73,3	73,3
Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε	30	20,0	20,0	93,3
Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα	7	4,7	4,7	98,0
Δεν έχω πια καθόλου όρεξη	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (73,3%) δεν έχει παρατηρήσει κάποια απώλεια όρεξης.

Πίνακας 19: Κατά πόσο το δείγμα έχει παρατηρήσει κάποια απώλεια βάρους.

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ;				
Απώλεια Βάρους	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό	112	74,7	74,7	74,7
Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά	19	12,7	12,7	87,3
Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά	13	8,7	8,7	96,0
Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά	6	3,9	3,9	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (74,6%) δεν έχει χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.

Πίνακας 20: Πόσο η υγεία του δείγματος απασχολεί τους ίδιους.

ΣΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙ Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ;				
Υγεία	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε	76	50,7	50,7	50,7
Με απασχολούν σωματικά προβλήματα όπως πόνοι, ανησυχίες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα	55	36,7	36,7	87,3
Με απασχολούν αρκετά τα σωματικά μου προβλήματα που μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο	15	10,0	10,0	97,3
Με απασχολούν τόσο πολύ τα σωματικά μου προβλήματα που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο	4	2,6	2,6	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το 50,7% του δείγματος δεν το απασχολεί η υγεία του περισσότερο από άλλοτε, ενώ το 36,7% του δείγματος απασχολείται από σωματικά προβλήματα όπως πόνοι, ανησυχίες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα.

Πίνακας 21: Ερώτηση που σχετίζεται με το αν το δείγμα έχει παρατηρήσει κάποια αλλαγή στην διάθεσή τους για σεξουαλική επαφή.

ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΑΣ ΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΠΑΦΗ;				
Διάθεση για σεξουαλική επαφή	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στην διάθεσή μου για σεξουαλική επαφή	93	62,0	62,0	62,0
Ενδιαφέρομαι λιγότερο για σεξουαλική επαφή	46	30,7	30,7	92,7
Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για σεξουαλική επαφή	8	5,3	5,3	98,0
Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για σεξουαλική επαφή	3	2,0	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία του δείγματος (62%) δεν έχει προσέξει κάποια αλλαγή στην διάθεσή του για σεξουαλική επαφή, σε αντίθεση με το 30,7% του δείγματος που ενδιαφέρεται λιγότερο για την σεξουαλική επαφή.

Πίνακας 22: Συσχέτιση άγχους με νοσηλευτές πριν και μετά το 2009

ΠΟΤΕ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΑΤΕ ΝΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ				
Πότε ξεκινήσατε να εργάζεστε	Χαμηλά Επίπεδα Άγχους	Μέτρια Επίπεδα Άγχους	Υψηλά Επίπεδα Άγχους	Total
Πρίν το 2009	69	24	5	98
Μετά το 2009	37	11	4	52
Total	106	35	9	150

Το 70,4% του δείγματος που ξεκίνησε να εργάζεται πριν το 2009 εμφανίζει χαμηλά ποσοστά άγχους, 24,4% εμφανίζει μέτρια επίπεδα άγχους και το 5,2% εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους. Εν αντιθέσει το 71,1% του δείγματος που ξεκίνησε να εργάζεται μετά το 2009 εμφανίζει χαμηλά επίπεδα άγχους, 21,1% εμφανίζει μέτρια επίπεδα άγχους και το 7,8% εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους.

3.4 Ποσοστά κατάθλιψης του δείγματος

Πίνακας 1: Εμφάνιση ποσοστών κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό

ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ				
Επίπεδα Κατάθλιψης	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Χαμηλά επίπεδα Κατάθλιψης	85	56,7	56,7	56,7
Ήπια επίπεδα Κατάθλιψης	36	24,0	24,0	80,7
Μέτρια επίπεδα Κατάθλιψης	20	13,3	13,3	94,0
Υψηλά επίπεδα Κατάθλιψης	9	6,0	6,0	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (56,7%) εμφανίζει χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, το 37,3% παρουσιάζει τόσο ήπια όσο και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης, ενώ το 6% του δείγματος εμφανίζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Πίνακας 2: Συσχέτιση κατάθλιψης με νοσηλευτές πριν και μετά το 2009

ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ					
Πότε ξεκινήσατε να εργάζεστε	Χαμηλά επίπεδα Κατάθλιψης	Ήπια επίπεδα Κατάθλιψης	Μέτρια επίπεδα Κατάθλιψης	Υψηλά επίπεδα Κατάθλιψης	Total
Πριν το 2009	59	22	13	4	98
Μετά το 2009	26	14	7	5	52
Total	85	36	20	9	150

Το 60,2% του δείγματος που ξεκίνησε να εργάζεται πριν το 2009 παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, το 35,6% του δείγματος παρουσιάζει ήπια και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης και το 4,2% του δείγματος παρουσιάζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Ενώ το 50% του δείγματος που ξεκίνησε να εργάζεται μετά το 2009 παρουσιάζει χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, το 40,3% του δείγματος παρουσιάζει ήπια και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης και το 9,7% του δείγματος παρουσιάζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην σύγχρονη εποχή, οι διαταραχές άγχους φαίνεται πως πλήττουν την ψυχική υγεία όχι μόνο των ψυχικά ασθενών, αλλά και των υγείων ανθρώπων. Όπως αποδείχθηκε από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας η νοσηλευτική αποτελεί ένα επάγγελμα υψηλών ψυχικών απαιτήσεων, γεγονός που καθιστά τους νοσηλευτές ευάλωτους σε διαταραχές άγχους. Ως επακόλουθο αυτού, είναι η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπεριφορών, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την κοινωνική όσο και την επαγγελματική πορεία των νοσηλευτών. Παρόλο που τα δεδομένα αυτά, επιβεβαιώνονται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα παρουσιάζουν αντίθετα δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος 70,7% εμφανίζει χαμηλά επίπεδα άγχους. Βέβαια αξίζει να αναφέρουμε, πως ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 23,3% εμφανίζει μέτρια επίπεδα άγχους. Τέλος, μόνο το 6% αναφέρει υψηλά επίπεδα άγχους. Όσον αφορά τις διαταραχές κατάθλιψης παρατηρούμε ότι: το 56,7% του δείγματος εμφανίζει χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης. Μικρό αλλά σημαντικό είναι το ποσοστό του δείγματος που εμφανίζει ήπια κατάθλιψη, σε ποσοστό 24% αλλά και μέτρια επίπεδα κατάθλιψης με ποσοστό 13,3% , ενώ μόνο το 6% εμφανίζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως στόχο, την μέτρηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται τόσο σε κρατικούς όσο και ιδιωτικούς φορείς απασχόλησης. Επιπλέον, θα γίνει προσπάθεια να προταθούν παρεμβάσεις οι οποίες θα στοχεύουν στην εξάλειψη των ποσοστών άγχους και κατάθλιψης που εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας, παρόλο που τα επίπεδα αυτά κυμαίνονται σε μικρά πλαίσια. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε πως στο παρελθόν έχουν πραγματοποιηθεί παρόμοιες έρευνες, οι οποίες όμως στόχευαν στην αποτύπωση των παραπάνω φαινομένων για κάθε κλινική ή για κάθε φορέα ξεχωριστά.^{71,72} Η παρούσα μελέτη διαφοροποιείται ως προς τους φορείς και τις κλινικές που προσεγγίζει, αφού γίνεται προσπάθεια καταγραφής συνολικών αποτελεσμάτων.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, φαίνεται να προκύπτουν αρκετά και χρήσιμα συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι το 39,2% του δείγματος που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 20 έως 30 έτη εμφανίζει μέτρια επίπεδα άγχους , σε αντίθεση με το 83,3% του δείγματος που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 31 έως 40 έτη, που εμφανίζει χαμηλά

επίπεδα άγχους. Όσον αφορά τα ποσοστά κατάθλιψης, το 32,2% του δείγματος που ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 20 έως 30 έτη εμφανίζει ήπια ποσοστά κατάθλιψης. Αξίζει να αναφέρουμε ότι, το 66,6% των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 51 έως 60 έτη, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, εν αντιθέσει με το 11,3% της ίδιας ηλικιακής ομάδας που παρουσιάζει υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, πως η εμφάνιση κατάθλιψης είναι συνηθέστερη στους επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν μεγαλύτερη προϋπηρεσία, λόγω αφενός της συναναστροφής τους με περισσότερα και απαιτητικότερα περιστατικά, τα οποία πιθανόν να τους έχουν εξουθενώσει τόσο ψυχικά όσο και σωματικά και αφετέρου λόγω της συσσώρευσης γενικευμένου άγχους από την καθημερινή συναναστροφή τόσο με τους ασθενείς, όσο και με τους συνοδούς αυτών αλλά και με τους συναδέλφους. Επιπλέον, χρήσιμο θα ήταν να αναφέρουμε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προϋπηρεσία τόσο μεγαλύτερος είναι και ο όγκος ευθύνης που βαρύνει τους νοσηλευτές, αφού αποκτούν περισσότερες αρμοδιότητες για π.χ. διοικητικές αρμοδιότητες, εφαρμογή πολλαπλού ρόλου. Ας μην ξεχνάμε ότι βάση του εκπαιδευτικού συστήματος στην Ελλάδα, ο νοσηλευτής αποκτά και εκπαιδευτικό ρόλο, καθώς τίθεται αρμόδιος για τις ομάδες φοιτητών των ιατρικών αλλά και παραϊατρικών σχολών που φιλοξενούν τα εκάστοτε νοσοκομεία.

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές, πως είναι σημαντική η εύρεση τρόπων που θα αποσκοπούν στην αποφόρτιση των επιπέδων άγχους που εμφανίζουν οι νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, ενδείκνυται η έναρξη κάποιας δραστηριότητας που θα κεντρίζει το ενδιαφέρον του νοσηλευτή όπως γυμναστική, εικαστικά, χορός κ.α. Επιπλέον, σημαντικός είναι και ο διαχωρισμός των καθηκόντων των νοσηλευτών σε ενδονοσοκομειακό επίπεδο. Με τον καταμερισμό των καθηκόντων επιτυγχάνεται η εύρυθμη λειτουργία του εκάστοτε τμήματος αλλά και η συναισθηματική αποφόρτιση του προσωπικού καθώς ο όγκος και οι αρμοδιότητες της εργασίας είναι καθορισμένα.

Εν συνεχεία, από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους συγκριτικά με τους άντρες, παρόλο που το δείγμα της έρευνας δεν μας επιτρέπει να γενικεύσουμε καθώς τα μεγέθη δεν είναι ισόποσα (το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απαρτίζεται από γυναίκες, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό ανδρών συμμετείχε στην έρευνα). Πιο συγκεκριμένα, παρόλο που το 71,1% των γυναικών εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά άγχους σε σχέση με το 68,2% των ανδρών, αξίζει να σημειωθεί πως το 7,1% των γυναικών

εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους, συγκριτικά με τους άνδρες, που δεν παρουσιάζουν καθόλου υψηλά επίπεδα.

Πέρα από το γεγονός ότι, η νοσηλευτική αποτελεί ένα γυναικοκρατούμενο επάγγελμα αξίζει να σημειωθεί πως οι γυναίκες συχνά καλούνται να ανταπεξέλθουν σε και άλλες υποχρεώσεις πέραν του εργασιακού τομέα. Πιο συγκεκριμένα, η πολυδιάστατη φύση της γυναίκας την αναγκάζει να αφοσιώνεται στην φροντίδα των παιδιών και της οικογένειας αλλά και της κατοικίας (οικιακές ασχολίες). Έτσι, η γυναίκα φορτίζεται περισσότερο ψυχικά από ότι η ανδρική παρουσία καθώς πρέπει να τα ανταπεξέλθει δραστικά σε περισσότερους τομείς. Επιπλέον, η γυναίκα από την φύση της είναι συναισθηματικά ευάλωτη, κατά συνέπεια η άσκηση αυξημένης πίεσης έχει αρνητικό αντίκτυπο σε εκείνη. Προκειμένου να αποφευχθούν τα αναφερόμενα ζητήματα, προτείνεται: η ανεύρεση μίας ασχολίας, η οποία συγκαταλέγεται στον κύκλο ενδιαφερόντων που απασχολούν την γυναίκα, που στόχο έχει την άντληση ικανοποίησης αλλά και την εξισορρόπηση μεταξύ προσωπικού και επαγγελματικού χρόνου. Επιπλέον, βοηθητικός θα ήταν ο καταμερισμός των οικιακών υποχρεώσεων μεταξύ των μελών της οικογένειας. Με αυτόν τον τρόπο, η γυναίκα αναλαμβάνει λιγότερα καθήκοντα, τα οποία μπορεί να διαχειριστεί αποτελεσματικότερα.

Σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, το 58,6% των γυναικών εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, σε σχέση με το 45,4% των ανδρών. Είναι άξιο να αναφερθεί, πως το 13,7% των ανδρών παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, συγκριτικά με το 4,6% των γυναικών. Τα παραπάνω ποσοστά μπορεί να προκύπτουν από τα στερεότυπα που πλαισιώνουν το ανδρικό φύλο, καθώς η κοινωνία έχει θέσει τον άνδρα σε μία ισχυρή θέση, χρίζοντας τον προστάτη της οικογένειας. Με αυτόν τον τρόπο του προσδίδει ανθεκτικό ρόλο παρουσιάζοντάς τον ως άτρωτο, ειδικότερα στα θέματα που σχετίζονται με την συναισθηματική του υπόσταση. Για την καταπολέμηση των αναφερόμενων αντιλήψεων, θα πρέπει ο ίδιος ο άνδρας να κατανοήσει πως φέρει τρωτά σημεία, τα οποία οφείλει να αποδεχτεί. Επιπλέον, θα πρέπει να διατυπώνει και να συζητά τα θέματα που τον απασχολούν τόσο με τον οικογενειακό όσο και με τον κοινωνικό περίγυρό του προκειμένου να εξαλείφονται αντιλήψεις οι οποίες περιορίζουν την έκφραση συναισθημάτων.

Όπως προαναφέρθηκε στην παρούσα μελέτη δεν εντοπίστηκαν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα, αναλύοντας το ερωτηματολόγιο που σχετίζεται με το φαινόμενο της κατάθλιψης, παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό του

δείγματος δεν αισθάνεται κάποια αλλαγή στην συναισθηματική του κατάσταση (δεν αισθάνομαι λυπημένος) και διακατέχετε από θετικές βλέψεις για το μέλλον (δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυσμένος για το μέλλον), σε ποσοστό 64% και 60,7% αντίστοιχα. Γίνεται λοιπόν εμφανές, πως οι επαγγελματίες υγείας που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα επικεντρώνονται στην δουλειά τους και μπορούν να διαχειριστούν με τέτοιο τρόπο τον φόρτο εργασίας ώστε να επηρεάζεται κατά το λιγότερο δυνατό η συναισθηματική τους κατάσταση. Επιπλέον, αξίζει να αναφέρουμε πως παρόλο που το 68% του δείγματος αισθάνεται πως έχει πετύχει τους στόχους του (δεν αισθάνομαι αποτυχημένος), δεν φαίνεται να ικανοποιείτε με τα πράγματα όπως πρώτα σε ποσοστό 48%. Καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση των εν λόγω συναισθημάτων αποτελεί η οικονομική κρίση που πλήττει την χώρα τα τελευταία χρόνια, καθώς οι αλλαγές που έχει επιφέρει τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο δημιουργούν ένα κλίμα αρνητισμού το οποίο κατακλύζει τους πολίτες⁷¹.

Επιπρόσθετα, παρατηρούμε πως οι ερωτηθέντες αμφιταλαντεύονται όσον αφορά το αίσθημα εκνευρισμού, καθώς σε ποσοστό 53,3% δεν αισθάνονται περισσότερο εκνευρισμένοι από ότι συνήθως, ενώ το 40,7% εμφανίζει εντονότερο το αίσθημα εκνευρισμού, από ότι παλαιότερα. Στο σημείο αυτό αξίζει να τονίσουμε πως το 60% του δείγματος αναφέρει πως αισθάνεται κόπωση (κουράζομαι ευκολότερα από πρώτα), γεγονός που συνοδεύεται ως ένα βαθμό και με τις διαταραχές ύπνου που φαίνεται να αντιμετωπίζει ένα σημαντικό μέρος των ερωτηθέντων (30,7%). Τα ποσοστά αυτά θα μπορούσαν να αποδοθούν στο φαινόμενο του burnout. Ως burnout ορίζεται μια κατάσταση σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που συνοδεύεται από αμφιβολίες που σχετίζονται με τις επαγγελματικές ικανότητες των εργαζομένων⁷². Η πρώτη περιγραφή του συνδρόμου της "επαγγελματικής εξουθένωσης" στους επαγγελματίες υγείας έγινε το 1974 από τον Freudenberger, ο οποίος κατάγραψε τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα εξουθένωσης που εμφάνιζαν οι επαγγελματίες υγείας⁷². Σε εποχές οικονομικής κρίσης, που οι περικοπές του προσωπικού είναι αναπόφευκτες και οι ώρες εργασίας και η συχνότητα των βαρδιών αυξάνονται, είναι αναμενόμενη η εμφάνιση του συνδρόμου αυτού.

Τέλος, άξιο αναφοράς είναι και το γεγονός ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι υπηρεσίες υγείας και το προσωπικό επηρεάζονται άμεσα, λόγω του χαμηλού εισοδήματος, της επαγγελματικής ανασφάλειας και του ασταθούς ωραρίου. Έτσι, τα παραπάνω επιδρούν στην συναισθηματική και την ψυχική κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού⁷⁷. Από τα

αποτελέσματα της παρούσας μελέτης το φαινόμενο αυτό φαίνεται να επηρεάζει τους νοσηλευτές όσο αναφορά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τα επίπεδα άγχους, δεν παρατηρείται κάποια αξιολογήσιμη αλλαγή συγκριτικά με την έναρξη της εργασίας πριν και μετά το 2009, αφού το 70,4% των νοσηλευτών που ξεκίνησαν να εργάζονται πριν το 2009 παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα άγχους, σε σχέση με το 71,1% των νοσηλευτών που ξεκίνησαν να εργάζονται μετά το 2009. Σημαντική όμως, είναι η ανάλυση των επιπέδων κατάθλιψης, αφού το 60,2% των νοσηλευτών που ξεκίνησαν να εργάζονται πριν το 2009 εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με το 50% του δείγματος των νοσηλευτών που ξεκίνησαν να εργάζονται μετά το 2009. Επιπλέον, το 4,2% των νοσηλευτών που ξεκίνησαν να εργάζονται πριν το 2009 εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους σε σχέση με το 9,7% των νοσηλευτών που ξεκίνησαν να εργάζονται μετά το 2009. Από τα παραπάνω αποτελέσματα, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε ένα βαθμό την ψυχική υγεία των νοσηλευτών, χωρίς όμως να παρουσιάζεται αξιοσημείωτη διαφορά ανάμεσα σε αυτό το χρονικό διάστημα, πριν και μετά του 2009.

Από την διεξαγωγή και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το κυριότερο συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης του νοσηλευτικού προσωπικού κυμαίνονται κατά κύριο λόγο σε χαμηλά επίπεδα. Αξίζει όμως να υπογραμμιστεί πως αρκετά σημαντικό είναι το ποσοστό των νοσηλευτών που εμφανίζουν ήπια επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Προκειμένου τα ποσοστά αυτά να διατηρηθούν χαμηλά ή ακόμα και να επιτευχθεί η εξάλειψη τους θεωρούμε ότι υπάρχουν εύκολοι τρόποι διαχείρισης των διαταραχών άγχους και κατάθλιψης με σκοπό τον περιορισμό και την εξάλειψη τους. Μερικοί από αυτούς είναι:

1. Η ύπαρξη ενδονοσοκομειακών συμβουλευτικών ομάδων που θα έχουν ως στόχο την εξάλειψη των επαγγελματικών συγκρούσεων. Προκειμένου, να αντιμετωπιστούν επιτυχώς οι λογομαχίες που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών του προσωπικού κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη ενός συμβούλου ο οποίος θα παραθέτει το θέμα στους εμπλεκόμενους, θα τονίζει τις αδυναμίες αυτών και θα προτείνει αποτελεσματικούς τρόπους διαχείρισης των εν λόγω καταστάσεων, ώστε στο παρελθόν παρόμοια φαινόμενα να εκλείψουν.
2. Η έναρξη μιας δραστηριότητας, φαίνεται πως συμβάλει αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των ψυχικών, αφού παρέχει την δυνατότητα δημιουργικής ενασχόλησης με

ένα αντικείμενο το οποίο δεν αλληλεπιδρά με το περιβάλλον εργασίας και συνήθως ανήκει στην γκάμα ενδιαφερόντων του απασχολούμενου. Επίσης, η σωματική δραστηριότητα (άσκηση) ενισχύει την ψυχική ευεξία αφού βελτιώνει την αυτοπεποίθηση αλλά και την αυτοεκτίμηση⁷³.

3. Η συμμετοχή σε ομάδες και προγράμματα, που έχουν ως σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση των αγχωδών διαταραχών. Σκοπός της διαχείρισης του άγχους, είναι να βοηθήσει να ισορροπήσουν όλες οι διαστάσεις της ζωής μας (εργασία, οικογένεια, ελεύθερος χρόνος), έτσι ώστε να περιοριστούν οι παράγοντες που προκαλούν άγχος στα άτομα⁷⁴.
4. Ένας άλλος τρόπος πρόληψης αλλά και αποφυγής των καταθλιπτικών συμπεριφορών είναι η κοινωνική συναναστροφή με φίλους. Με αυτόν τον τρόπο, έχουν την δυνατότητα να ξεφύγουν από τις καθημερινές ανησυχίες και να περιορίσουν το αίσθημα απομόνωσης που οδηγεί στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπεριφορών⁷⁵.
5. Η υιοθέτηση μιας υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής φαίνεται πως βελτιώνει την διάθεση καθώς και την ψυχική υγεία. Τροφές πλούσιες σε Ω-3 λιπαρά οξέα αλλά και σε βιταμίνες του συμπλέγματος Β καθώς και τα γαλακτοκομικά προϊόντα συμβάλλουν στην μείωση του άγχους κατά 20%. Επίσης ροφήματα όπως το πράσινο τσάι και το χαμομήλι επιφέρουν χαλάρωση με φυσικό τρόπο⁷⁶.
6. Να αφιερώνουν καθημερινά λίγο χρόνο, ώστε να ασχοληθούν με δραστηριότητες που τους προσφέρουν ευχαρίστηση και ικανοποίηση, είτε αυτές αφορούν την ενασχόληση με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο, είτε με την περιποίηση του εαυτού τους είτε με την ανάγνωση κάποιου βιβλίου ή με την ακρόαση μουσικής.
7. Ενδείκνυται η πραγματοποίηση παύσεων (διαλείμματα) κατά την διάρκεια της βάρδιας, προκειμένου να αποφορτίζονται οι επαγγελματίες υγείας από το stress που οφείλεται στον φόρτο εργασίας, έτσι ώστε να αποφεύγεται η συσσώρευση άγχους.

Εν κατακλείδι, το άγχος και η κατάθλιψη είναι δυο φαινόμενα τα οποία έχουν ενταχθεί στην ζωή των επαγγελματιών υγείας. Αποτελούν συνυπάρχουσες έννοιες που εμφανίζονται άλλοτε σε υψηλά και άλλοτε σε χαμηλά επίπεδα. Για τον λόγο αυτό, θα πρέπει να δίνουμε έμφαση στους παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξή τους των φαινομένων αυτών, με σκοπό την άμεση αναγνώριση αλλά και αντιμετώπισή τους. Στην παρούσα ερευνητική εργασία φαίνεται πως οι νοσηλευτές δεν εμφανίζουν υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Όμως ένα μικρό αλλά

σημαντικό ποσοστό εμφανίζει μια ήπια μορφή των φαινομένων αυτών, η οποία χρήζει υπεύθυνης αξιολόγησης και αντιμετώπισης.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Παρόλο που από την έρευνα πήραμε μια πρώτη εικόνα σχετικά με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό, κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή της έρευνας μελλοντικά σε μεγαλύτερο δείγμα, ώστε να παρέχεται η δυνατότητα γενίκευσης. Ο περιορισμένος χρόνος αλλά και οι οικονομικοί πόροι ανάγκασαν τους ερευνητές να περιορίσουν το δείγμα. Επιπρόσθετα, υπήρξαν δυσκολίες που σχετίζονταν με την έγκριση διανομής των ερωτηματολογίων στους εκάστοτε φορείς υγείας. Τέλος, ορισμένοι επαγγελματίες υγείας αντιμετώπισαν δυσκολίες που σχετίζονταν με την ανάγνωση του ερωτηματολογίου, λόγω του μικρού μεγέθους της γραμματοσειράς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κυλούδης Π, Γεωργιάδης Μ, Ρεκλείτη Μ, Γιαγλής Γ, Βόζνιακ Γ, Ρούπα Ζ (2011) Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10: 530-546
2. Τσιρώνη Μ (2014) Μελέτη εργασιακού άγχους και κατάθλιψης νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδρύματα χρονίως πασχόντων. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
3. Καλογεροπούλου Μ & Παπαθανασοπούλου Ε (2013) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30: 587-594
4. Χατζημιχάλογλου Α, Μωραΐτου Μ, Γαλανάκης Μ (2008) Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ελευθώ, 3:116-121
5. Σταυριανόπουλος Θ, Σταμάτη Σ, Γκεβρέκη Ε, Γκουρβέλου Ο, Παπαδημητρίου Μ (2011) Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτοεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. Το Βήμα Ασκληπιού, 10:120
6. Μουστάκα Ε, Αντωνιάδου Φ, Μαλλιάρου Μ, Ζάντζος Ι, Κυριάκη Κ, Κωνσταντινίδης Θ (2010) Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού – συγκριτική μελέτη μεταξύ νοσοκομείων πρωτεύουσας και περιφέρειας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 3:91-93
7. Μητρούση Σ, Τραυλός Α, Κούκια Ε, Ζυγά Σ (2013) Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6:23
8. Γουδέλη Β (2017) Άγχος – Θεωρητικές και Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Ιωάννινα

9. Θεοδοροπούλου Μ (2015) Αγχώδης Διαταραχές και ο Ρόλος του Νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα
10. McLeod S (2016) Id, ego and superego. *Simply Psychology*, 3:1-4
11. Καρούμπαλης Σ (2010) Αγχογόνοι παράγοντες στην εργασία των διευθυντών δημοτικών σχολείων και ο ρόλος τους στην επαγγελματική τους ικανοποίηση. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος
12. House R, Kalisch D, Maidman J (2018) *Humanistic Psychology Current Trends and Future Prospects*. Routledge, New York
13. Καλπάκογλου Θ (2013) Άγχος και Πανικός. *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα
14. Hogan A (2012) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις. Πασχαλίδης, Αθήνα
15. Μασδράκης Β & Βαϊδάκης Ν (2007) Συμπεριφορικές και γνωσιακές θεωρήσεις για την αιτιολογία και τη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24: 203 – 215
16. Τσάλτα Ε, Κόντης Δ, Γιάννου Χ, Μπουλουγούρης Β, Σολδάτος Κ (2006) Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή Νευροβιολογικό και Νευροψυχολογικό Υπόστρωμα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23: 323-340
17. Ζαρταλούδη Α (2011) Γνωσιακή Προσέγγιση της Κοινωνικής Φοβίας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 1: 1-9
18. Πολυκανδριώτη Μ & Κουτσοπούλου Β (2014) Άγχος σε μη – ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12:58-59

19. Τούκας Δ & Τούκα Α (2011) Ανάλυση και Διαχείριση του Επαγγελματικού Άγχους στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον (Από την Επιστημονική Προσέγγιση στην Πρακτική Εφαρμογή). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28: 20-26
20. Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε, Κικεμένη Α (2006) Κυκλικό Ωράριο: Επιπτώσεις στην Υγεία των Νοσηλευτών. Νοσηλευτική, 45: 98-106
21. Μιχαλάκου Δ & Πουλτσίδου Ξ (2012) Άγχος και Εργασιακή Ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο και σε Κέντρο Υγείας. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καβάλας, Διδυμότειχο
22. Σιαφή Μ (2012) Η επίδραση του εργασιακού άγχους στην απόδοση του προσωπικού των τοπικών επιχειρήσεων. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
23. Αγιοβλασίτη Μ, Αλαμάνου Κ (2016) Το εργασιακό άγχος και η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού. Πτυχιακή εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ιονίων Νήσων
24. Φουντουλάκης Α(2017) Εργασιακή ανασφάλεια, ψυχική υγεία και αυτοκτονία. Ψυχιατρική 28: 259-264
25. Κουράκος Μ, Καυκιά Θ, Θανασά Γ, Κυλούδης Π, Σταθαρού Α, Ρεκλείτη Μ, Σαρίδη Μ (2012) Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση Αντιλαμβανόμενου Άγχους στο Νοσηλευτικό Προσωπικό. Το Βήμα του Ασκληπιού, 4:566-567
26. Αθανασίου Ο, Σερακιώτης Λ, Σταθάκη Ε (2007) Το εργασιακό άγχος και οι επιπτώσεις του στους επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στο Ν. Ηρακλείου. Πτυχιακή Εργασία, Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης Ηράκλειο
27. Michie S (2002) Causes and Management of Stress at Work. Occupational and Environmental Medicine 59:1-4

- 28.** Donald W & Andreasen N (2011) Εισαγωγή στην Ψυχιατρική. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
- 29.** National Institute for Health and Clinical Excellence (2011) Generalized Anxiety Disorder in Adults. The British Psychological Society, United Kingdom
- 30.** National Collaborating Centre for Mental Health (2013) Social Anxiety Disorder: Recognition Assessment and Treatment. The British Psychological Society, United Kingdom
- 31.** Κυλούδης Π (2011) Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το Βήμα Ασκληπιού, 10: 532-533
- 32.** Παπαδημητρίου Ε (2013) Διερεύνηση Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας των Λειτουργών Υγείας στα Κέντρα Υγείας του Νομού Λάρισας. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Λάρισα
- 33.** Tarsafi M, Kalantarkousheh SM, Lester D (2015) The defeat-entrapment theory versus Beck's hopelessness theory of depression and suicidality: A cross-national analysis in Iran and the United States. The International Journal of Social Psychiatry, 61:777-780
- 34.** McLeod (2015) <https://www.simplypsychology.org/depression.html>
- 35.** Jonathan F, Kendler K (2014) The Genetics of Major Depression. Neuron, 81: 484-503
- 36.** Κωσταντάκου Κ (2015) Κατάθλιψη και Σύγχρονοι Τρόποι Αντιμετώπισης. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας Πάτρα
- 37.** Χατζάκη Α (2008) Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης Νευροπεπτίδια και νέες θεραπευτικές προοπτικές. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25:456-462

38. Lojko D & Rybakowski J (2017) Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13: 2447- 2456
39. Βακόνδιος Ν (2009) <https://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/9828/endogenis-kai-exwgenis-katathlipsi.html>
40. Λύκουρας Ε & Γουρνέλλης Ρ (2005) Η ψυχωσική (παραληρητική) Κατάθλιψη. *Ψυχιατρική*, 16: 294-297
41. Γαρύφαλλος Γ (2006) Επιδημιολογία της διπολικής διαταραχής. *Ψυχιατρική*, 17: 209-219
42. Πολυκανδριώτη Μ & Στεφανίδου Σ (2013) Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού, 12: 401-403
43. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. APA, Washington
44. Ορφανού Ε (2016) Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Κατάθλιψη. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου Ιωάννινα
45. Behav A (2008) The nature of Clinical Depression: Symptoms, Syndromes, and Behavior Analysis. *Spring*, 31: 1-21
46. Fountouki A & Theofanidis D (2009) Depression in the Elderly: Limits and Challenges - a Nursing Perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 2:110
47. Ευθυμίου Κ, Μαυροειδή Σ, Παυλάτου Ε, Καλαντζή Α (2006) Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

48. Costello C (1993) Symptoms of Depression. John Wiley & sons, United States of America
49. Χαντζιάρια Β & Πετράκη Ι (2004) Η Κατάθλιψη. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας
50. Κυζιρίδης Ι (2010) Βασικές αρχές χορήγησης αντιψυχωσικών φαρμάκων και το πρόβλημα της συμμόρφωσης των ασθενών. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2:173-180
51. Saisan J (2018) <https://www.helpguide.org/articles/depression/depression-treatment.htm?pdf=true>
52. Κυλούδης Π (2010) Διερεύνηση Άγχους και Κατάθλιψης στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, σε δομές της Θεσσαλονίκης. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
53. Στεργιοπούλου Α (2015) Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ως Θεραπευτική Επιλογή στην Ψυχιατρική. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 1:14-18
54. Μιχόπουλος Ι & Ζέρβας Γ (2009) Ψυχοθεραπευτικές Προσεγγίσεις της κατάθλιψης. Ψυχιατρική, 20:211-221
55. Yalom I (2006) Θεωρία και Πράξη της Ομαδικής Ψυχοθεραπείας. Άγρα Αθήνα
56. Slavson S (2018) An introduction to group therapy. American Psychological Association, United States of America
57. Νίντος Α (2012) http://www.neuropsych.gr/gnorimia_diaprosopiki_psychotherapeia/
58. Boehm K, Cramer H, Staroszynski T, Ostermann T (2014) Arts Therapies for Anxiety, Depression, and Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2014:1-9

59. Παυλίδου Α & Μπελλάλη Θ (2014) Διερεύνηση της συσχέτισης του κυκλικού ωραρίου και των εφημεριών με τις συνήθειες ύπνου, τις συμπεριφορές υγείας, το άγχος και την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7: 33-45
60. Δημητρόπουλος Ε (2004) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: προς ένα συστηματικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας. *Ελλήν, Αθήνα*
61. Αργυρίου Γ, Κασσού Β (2014) Θεωρητική Ανάλυση στα Είδη Έρευνας: Ποσοτική και Ποιοτική Προσέγγιση. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πειραιά
62. Julian L. (2011) Measures of Anxiety. *Arthritis Care & Research*, 63: 3 – 5
63. Wang Y. & Gorenstein C. (2013) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35: 3 – 6
64. Gray J, Grove S, Sutherland S (2016) *The Practice of Nursing Research 8th Edition*. W.B Saunders, United States of America
65. Δαρβίρη Χ (2009) Μεθοδολογία έρευνας στον Χώρο της Υγείας. Πασχαλίδης, Αθήνα
66. Javeau C (2000) Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή. Τυπωθήτω, Αθήνα
67. Τσιώλης Γ (2014) Μέθοδοι και Τεχνικές Ανάλυσης στην Ποιοτική Κοινωνική Έρευνα. Κριτική, Αθήνα
68. Μαλλιαρού Μ, Καραθανάση Κ, Σαράφης Π, Κουτελέκος Ι, Πρεζεράκος Π, Ζυγά Σ (2015) Μετάφραση στα Ελληνικά του Εργαλείου Μέτρησης VERBAL ABUSE SCALE (VAS- GR). *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4:177
69. Μιλτιάδης Χ, Λάλου Π, Μανωλέσου Α (2015) Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στην Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS. Κάλλιπος, Αθήνα

- 70.** Ψαρρά Ν & Κοπαλίδου Ο (2016) Στατιστική Ανάλυση Ερωτηματολογίων (Μελέτη Περίπτωσης 1). Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας
- 71.** Catalano R (2009) Health, medical care and economic crises. *The New England Journal of Medicine*, 360: 750-751
- 72.** Κουτελέκος Ι & Πολυκανδριώτη Μ (2007) Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης των Νοσηλευτών (burnoutsyndrome). *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 1: 1-7
- 73.** Θεοδωράκης Γ (2013) Η άσκηση ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων. Γεροδήμος Βασίλειος, Αθήνα
- 74.** Κορδαλή Ι & Καραγεωργίου Ε (2018) <http://iasmos.eu/Omada-Diaxeirisis-Agxous>
- 75.** Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ (2001) Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, Κλινικές Εφαρμογές και Αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18: 239-253
- 76.** Αθανασιάδη Ν & Κασσεσιάν Γ (2016) Stress και Διατροφική Συμπεριφορά. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σητεία
- 77.** Καλογεροπούλου Μ & Παπαθανασοπούλου Ε (2013) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. *Αρχεία της Ελληνικής Ιατρικής* 30(5):587-594

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Νικόλαου Μπακάλη. Σκοπός της έρευνας μας είναι να μετρήσουμε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 52 ερωτήσεις.

Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις σας και οι εμπειρίες σας.

Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα**, χωρίς να παραλείπετε κανένα.

Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατή μόνο **μία** απάντηση.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας θα μπορείτε να αποσύρετε τη συμμετοχή σας.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Σιούτη Σταματία

Τσουραμάνη Αρετή

Μαραγκού Αδαμαντία

ΕΝΟΧΛΗΣΗ	ΚΑΜΙΑ	ΗΠΙΑ (Δεν με ενόχλησε πολύ)	ΜΕΤΡΙΑ (Ήταν πολύ δυσάρεστο, αλλά μπορούσα να το αντέξω)	ΕΝΤΟΝΗ (Μπορούσα να το αντέξω μόλις και μετά βίας)
Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα				
Αίσθημα ζέστης				
Τρέμουλο στα πόδια				
Αδυναμία χαλάρωσης				
Φόβος ότι θα συμβεί το χειρότερο				
Ζάλη ή αίσθημα ιλίγγου				
Δυνατοί ή γρήγοροι χτύποι στην καρδιά				
Αίσθημα αστάθειας				
Τρομοκρατημένος				
Νευρικός				
Αίσθημα πνιγμού ή ασφυξίας				
Τρέμουλο στα χέρια				
Τρεμούλιασμα του σώματος				
Φόβος απώλειας ελέγχου				
Δυσκολία στην αναπνοή				
Φόβος θανάτου				
φοβισμένος				

Δυσπεψία ή ενοχλήσεις στην κοιλιακή χώρα				
Λιποθυμία				
Κοκκίνισμα προσώπου				
Εφίδρωση (όχι λόγω ζέστης)				

Ποιά είναι η συναισθηματική σας κατάσταση;

Αισθάνομαι λυπημένος Δεν αισθάνομαι λυπημένος Είμαι λυπημένος συνεχώς
και δεν μπορώ να ξεφύγω από αυτό

Είμαι τόσο λυπημένος ώστε να μην μπορώ να το αντέξω

Ποιές είναι οι βλέψεις σας για το μέλλον;

Δεν είμαι ιδιαίτερα απαισιόδοξος ή αποθαρρυσμένος για το μέλλον Αισθάνομαι
αποθαρρυσμένος για το μέλλον

Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον

Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν

Θεωρείτε ότι έχετε πετύχει τους στόχους σας;

Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος Νιώθω ότι έχω αποτύχει περισσότερο από τους άλλους
ανθρώπους

Καθώς σκέφτομαι την ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες

Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος σαν άτομο

Νιώθετε το ίδιο ικανοποιημένος;

Αισθάνομαι το ίδιο ικανοποιημένος όπως πρώτα Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα

Δεν αισθάνομαι πραγματική ικανοποίηση με τίποτα πια Αισθάνομαι δυσαρεστημένος η βαριεστημένος με το κάθε τι

Αισθάνεστε ένοχος με τον εαυτό σας;

Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχος Πολλές φορές αισθάνομαι ένοχος Αισθάνομαι αρκετά ένοχος

Αισθάνομαι ότι είμαι ένοχος όλη την ώρα

Νιώθετε ότι τιμωρείστε;

Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι Αισθάνομαι ότι θα τιμωρηθώ Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ

Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι

Πώς νιώθετε για τον εαυτό σας;

Δεν αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου Αισθάνομαι απογοητευμένος από τον εαυτό μου

Αισθάνομαι αποστροφή για τον εαυτό μου Μισώ τον εαυτό μου

Κρίνετε τον εαυτό σας για πράγματα που έχετε κάνει ;

Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερος από τους άλλους Είμαι επικριτικός με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες ή τα λάθη μου

Κατηγορώ συνέχεια τον εαυτό μου για τα λάθη μου Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

Έχετε σκεφτεί ποτέ να βλάψετε τον εαυτό σας;

Δεν έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου Έχω σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου, αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο

Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να αυτοκτονούσα Αν μου δινόταν η ευκαιρία θα αυτοκτονούσα

Πόσο συχνά νιώθετε την ανάγκη να κλάψετε:

Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως

Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω Άλλοτε μπορούσα να κλάψω, αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

Νιώθετε εκνευρισμένος:

Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένος τώρα απ' ότι συνήθως Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως

Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένος ή ενοχλημένος Αισθάνομαι εκνευρισμένος όλη την ώρα

Αισθάνεστε ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους:

Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους

Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους

Κατά πόσο είστε σε θέση να πάρετε αποφάσεις:

Είμαι το ίδιο αποφασιστικός όπως πάντα Τελευταία αναβάλλω το να παίρνω αποφάσεις

Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις Δεν μπορώ πλέον να πάρω καμία απόφαση

Πώς αισθάνεστε σχετικά με την εμφάνισή σας:

Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από ποτέ Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένος και μη ελκυστικός

Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, που φαίνομαι μη ελκυστικός Πιστεύω ότι είμαι άσχημος

Κατά πόσο μπορείτε να αντεπεξέλθετε στις υποχρεώσεις της δουλειάς σας;

Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα Χρειάζομαι μεγαλύτερη προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι

Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου πάρα πολύ για να κάνω κάτι Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Αντιμετωπίζετε διαταραχές ύπνου;

Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθιζα

Ξυπνώ 1-2 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ Ξυπνώ αρκετές ώρες νωρίτερα απ' ότι συνήθιζα

Αισθάνεστε κόπωση;

Δεν κουράζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθιζα Κουράζομαι ευκολότερα από πρώτα

Κουράζομαι με ότι και αν κάνω Είμαι αρκετά κουρασμένος ώστε να μην μπορώ να κάνω τίποτα

Έχετε παρατηρήσει απώλεια όρεξης;

Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε

Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

Έχετε παρατηρήσει κάποια απώλεια βάρους;

Δεν έχω χάσει σχεδόν καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό
από 2 κιλά

Έχω χάσει περισσότερο

Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά

Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά

Σας απασχολεί η υγεία σας;

Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε

Με απασχολούν σωματικά προβλήματα όπως πόνοι, ανησυχίες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα

Με απασχολούν αρκετά τα σωματικά μου προβλήματα που μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο

Με απασχολούν τόσο πολύ τα σωματικά μου προβλήματα που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτε άλλο

Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή στη διάθεσή σας για σεξουαλική επαφή;

Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στη διάθεση μου για σεξουαλική επαφή

Ενδιαφέρομαι λιγότερο για σεξουαλική επαφή

Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για σεξουαλική επαφή Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για σεξουαλική επαφή

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία: 20-30 έτη 31-40 έτη 41-50 έτη 51-60 έτη >60 έτη

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Τόπος μόνιμης διαμονής: Αστική περιοχή Αγροτική περιοχή

Νησιώτικη περιοχή

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος Έγγαμος

Πόλη εργασίας: Πάτρα Αθήνα

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα: <5.000€ 5.001€10.000€ 10.001€20.000€
20.001€40.000€ >40.001€

Μεταπτυχιακός τίτλος: Μάστερ Διδακτορικό Τίποτε από τα δύο
Και τα δύο

Τομέας Εργασίας: Νοσοκομείο (Κλινική: _____) Κέντρο
Υγείας

Φορέας Εργασίας: Δημόσιος Ιδιωτικός

Πότε ξεκινήσατε να εργάζεστε: πριν το 2009 μετά το 2009