



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση Άγχους και Κατάθλιψης

στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, σε δομές της Θεσσαλονίκης

Μεταπτυχιακός Φοιτητής:

Παναγιώτης Κυλούδης, Νοσηλευτής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Ζωή Ρούπα-Δαριβάκη

ΛΑΡΙΣΑ 2010

Διπλωματική Εργασία

**Διερεύνηση Άγχους και Κατάθλιψης
στους Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, σε δομές της Θεσσαλονίκης**

**Μεταπτυχιακός Φοιτητής:
Παναγιώτης Κυλούδης, Νοσηλευτής**

Τριμελής Επιστημονική Επιτροπή:

Δρ. Ζωή Ρούπα-Δαριβάκη

Δρ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου

Δρ. Γκρέτα Βόζνιακ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα	σελ.
Περίληψη	7
Αγγλική περίληψη	9
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
A.1. Εισαγωγή	11
A.2. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	13
A.2.1 Άγχος	13
A.2.2 Μορφές του άγχους	14
A.3 Διάγνωση του άγχους ή των αγχωδών διαταραχών	14
A.4 Θεραπεία του άγχους	15
A.5 Κατάθλιψη	18
A.5.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί και τύποι-μορφές κατάθλιψης	18
A.6 Αιτιοπαθογένεια κατάθλιψης	20
A.7 Θεραπεία της κατάθλιψης	22
A.7.1 Ψυχοθεραπεία	22
A.7.2 Αντικαταθλιπτικά	23
A.8 Επιδημιολογικά στοιχεία της κατάθλιψης	26
A.9. Εργασιακό άγχος	28
A.9.1 Επαγγελματικό άγχος και Επαγγελματική εξουθένωση	29
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
B.1 Σκοπός	33
B.2 Υλικό- Μέθοδος	34
B.2.1 Στατιστική ανάλυση	36
B.3.Αποτελέσματα	37
B.3.1Ψυχομετρικά στοιχεία Ερωτηματολογίου	37
B.3.2 Άγχος και κατάθλιψη συμμετεχόντων	39
B.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56

B.4.1	Εισηγήσεις-Προτάσεις	59
B.4.1.1	Οργανωτική παρέμβαση	59
B.4.1.2	Διαδικασία ομάδας ή συμμετοχικές μέθοδοι	60
B.4.1.3	Πολυθεματικές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης	60
Γ.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62



Munch - Απελπισία - 1894



Ze deprese je

Πηγή: www.inovace.cz/files/200001762-aaa1eab9be/46

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Την σημερινή εποχή ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής έχουν αναδείξει το άγχος και την κατάθλιψη, σαν τις νόσους του 21^{ου} αιώνα. Όπως αναφέρουν αρκετές μελέτες, μεγάλο ποσοστό υγιών ανθρώπων θα νοσήσει από κατάθλιψη, ενώ καθημερινά βιώνουμε άγχος και stress τόσο στο εργασιακό μας περιβάλλον, όσο και στην καθημερινότητά μας.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία μελετήθηκαν χαρακτηριστικά άγχους και κατάθλιψης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και πως αυτά επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης και το φύλο των εργαζομένων

Υλικό- μέθοδος: Το δείγμα μας, αποτελούνταν από 317 επαγγελματίες ψυχικής υγείας και πιο συγκεκριμένα 144 άντρες και 173 γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν τα $38,64 \pm 7,945$ έτη. Οι εργαζόμενοι συμμετείχαν εθελοντικά, ενώ οι επαγγελματικές ομάδες ήταν νοσηλευτές(157 άτομα), ιατροί (105 άτομα) και λοιποί επαγγελματίες υγείας (55 άτομα), Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford & Foulds.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16.0.

Αποτελέσματα: Οι γυναίκες είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα άγχους ($2,88 \pm 2,563$) έναντι των ανδρών ($2,11 \pm 2,816$). Οι διαζευγμένοι/χήροι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στη υποκλίμακα της κατάθλιψης ($F(2,314)=9,528$, $p=0,001$), όσο και άγχους ($F(2,314)=13,262$, $p=0,001$) αλλά και τη συνολική ($F(2,314)=13,367$, $p=0,001$). Οι νοσηλευτές είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα κατάθλιψης ($F(2,314)=5,924$, $p=0,003$), άγχους ($F(2,314)=6,097$, $p=0,003$) και συνολικά ($F(2,314)=7,213$, $p=0,001$). Οι καπνιστές είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο κατάθλιψης ($t(315)=2,417$, $p=0,016$) όσο και άγχους ($t(315)=2,219$, $p=0,027$) όσο και συνολικά ($t(315)=2,533$, $p=0,012$). Τέλος, η επίσκεψη σε ιατρό, όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, συσχετίστηκαν πολύ ισχυρά με υψηλές βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και

συνολικά (τιμές t μεγαλύτερες από 4,3 και $p < 0,002$ για την επίσκεψη σε ιατρό και τιμές t μεγαλύτερες από 2,6 και $p < 0,009$ για τη λήψη φαρμάκων).

Συμπεράσματα: Το νοσηλευτικό επάγγελμα φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία. Οι γυναίκες υπερέχουν στην υποκλίμακα του άγχους αλλά και της συνολικής ψυχοπαθολογίας. Η οικογενειακή κατάσταση που συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν αυτή των χήρων ή διαζευγμένων.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα, η επίσκεψη σε ειδικούς ιατρούς και η σχετική φαρμακευτική αγωγή είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση τόσο με το άγχος όσο και με την κατάθλιψη.

Αγγλική Περίληψη

The way and the conditions of life nowadays have emerge anxiety and depression as the diseases of 21st century, as according to different studies, a big rate of healthy people are going to disease of depression while we everyday feel anxiety and stress both in our working environment and our daily life.

AIM: In the present study were investigated the characteristics of anxiety and depression in professionals of mental health and how they have been affected of factors such as age, marital status, profession, level of education and the sex of the employees.

MATERIALS AND METHOD: Our sample was consistent of 317 professionals of mental health and more specific of 144 male and 173 female. The average of age was $38,64 \pm 7,945$ years. The employees participated voluntarily, while the professional groups were nurses (157 persons), doctors (105 persons) and other health professionals (55 persons). We used an anonymous closed-ended questionnaire of Bedford and Foulds. The analysis of data was transacted with the statistic program SPSS 16.0.

RESULTS: Women had statistically significant higher rates in the subscale of anxiety ($2,88 \pm 2,563$) against men ($2,11 \pm 2,816$). Divorced and widowed had statistically significant higher rates in the subscale of depression ($F(2,314)=9,528, p=0,001$) and anxiety ($F(2,314)=13,262, p=0,001$) as well as in total ($F(2,314)=13,367, p=0,001$). Nurses had statistically significant higher rates in the subscale of depression ($F(2,314)=5,924, p=0,003$), anxiety ($F(2,314)=6,097, p=0,003$) and in total ($F(2,314)=7,213, p=0,001$). Smokers had higher levels so of depression ($t(315)=2,417, p=0,016$) as of anxiety ($t(315)=2,219, p=0,027$) and in total ($t(315)=2,533, p=0,012$). At last the visits to a doctor and the pharmacotherapy were strongly related with high rates of depression, anxiety and in total (values bigger than 4,3 and $p < 0,002$ for the visit to a doctor and values bigger than 2,6 and $p < 0,009$ for medicine perception).

RESULTS: The nurse profession seems to present higher psychopathology. Women exceed so at the subscale of anxiety as at the whole psychopathology. The marital status that was related with higher rates of anxiety and depression was that of divorced and widowed persons.

In conclusion, it's worth pointing out that smoking, visits at excise doctors and the related pharmacotherapy had statistic important results both in anxiety and depression.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής την σημερινή εποχή έχουν αναδείξει το άγχος και την κατάθλιψη ως τις νόσους του 21^{ου} αιώνα, καθώς όπως δείχνουν διάφορες μελέτες, μεγάλο ποσοστό υγιών ανθρώπων θα νοσήσει από κατάθλιψη, ενώ καθημερινά βιώνουμε άγχος και stress τόσο στον εργασιακό μας περιβάλλον, όσο και στην καθημερινότητά μας.

Πολλές εμπειρίες ή καταστάσεις μας κάνουν να φοβόμαστε. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένοι άνθρωποι που αισθάνονται ανήσυχoi ακόμα και όταν δεν υπάρχουν διακριτά αίτια. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άγχος μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή λειτουργία. Οι άνθρωποι που έχουν τακτικά εξουθενωτικά επίπεδα άγχους πάσχουν από *διαταραχή άγχους*.

Η κατάθλιψη αν και είναι τόσο συχνή, στην ουσία παραμένει άγνωστη στο ευρύ κοινό (και μερικές φορές, δυστυχώς, όχι μόνο σε αυτό). Αρκετές μελέτες έχουν γραφτεί για το θέμα του άγχους και της κατάθλιψης τα προηγούμενα έτη. Τα γεγονότα ζωής έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν υψηλά επίπεδα σημαντικών παραγόντων άγχους πριν από την αρχή ενός σημαντικού καταθλιπτικού επεισοδίου.^{1,2}

Σημειώνεται ότι οι παράγοντες άγχους ήταν 2,5 φορές πιο πιθανοί στους καταθλιπτικούς ασθενείς έναντι των υγιών ατόμων στα κοινοτικά δείγματα, ενώ στο 80% των καταθλιπτικών περιπτώσεων προηγήθηκαν σημαντικά γεγονότα ζωής.² Τα περισσότερα επεισόδια σημαντικής κατάθλιψης προηγούνται από τα αγχωτικά γεγονότα ζωής, αν και οι περισσότεροι άνθρωποι δεν γίνονται καταθλιπτικοί ακόμα κι αν δοκιμάσουν ένα αρνητικό γεγονός ζωής.³

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να αξιολογηθούν δύο κρίσιμες μεταβλητές, το άγχος και η κατάθλιψη, σε σχέση με δημογραφικά στοιχεία των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, καπνιστικές συνήθειες).

Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford & Foulds που καταγράφει το άγχος και την κατάθλιψη. Η έρευνά διεξήχθη από τον Μάρτιο 2010 μέχρι τον Μάιο του 2010. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν σε ψυχιατρικές δομές της Θεσσαλονίκης.

Με την στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι στατιστικά σημαντικά περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είχαν άγχος παρά κατάθλιψη ($Z=-3,972, p=0,001$). Σε ό,τι αφορά στην επίδραση του φύλου, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης ($1,70\pm 2,578$ έναντι $1,38\pm 2,316$) που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=1,163, p=0,246$) και οι γυναίκες περισσότερο άγχος ($2,88\pm 2,563$ έναντι $2,11\pm 2,816$), μια διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=-2,112, p=0,035$). Οι διαζευγμένοι/χήροι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες από τις δύο άλλες κατηγορίες στη βαθμολογία της κατάθλιψης ($F(2,314)=9,528, p=0,001$), όσο και στου άγχους ($F(2,314)=13,262, p=0,001$) αλλά και τη συνολική ($F(2,314)=13,367, p=0,001$). Οι νοσηλευτές είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα κατάθλιψης ($F(2,314)=5,924, p=0,003$), στην υποκλίμακα άγχους ($F(2,314)=6,097, p=0,003$) και στο συνολικό ερωτηματολόγιο ($F(2,314)=7,213, p=0,001$).

Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο τόσο η επίσκεψη σε ιατρό ειδικά για τα προβλήματα άγχους, όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, συσχετίστηκαν πολύ ισχυρά με υψηλές βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και συνολικά στο ερωτηματολόγιο (τιμές t μεγαλύτερες από 4,3 και $p<0,002$ για την επίσκεψη σε ιατρό και τιμές t μεγαλύτερες από 2,6 και $p<0,009$ για τη λήψη φαρμάκων).

Σε όλη αυτή την προσπάθεια είχα την ευκαιρία να συνεργαστώ τόσο με πρόσωπα του ακαδημαϊκού περιβάλλοντος όσο και με συναδέλφους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την Καθηγήτριά μου κυρία Ρούπα Ζωή για την ευκαιρία και την καθοδήγηση που μου παρείχε σε όλες τις φάσεις διεκπεραίωσης της εργασίας (σχεδιασμός, μεθοδολογία, εκτέλεση), καθώς επίσης και τα άλλα 2 μέλη της τριμελούς επιστημονικής επιτροπής για την πολύτιμη βοήθειά τους.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου για τη στήριξη και την υπομονή τους.

A.2.ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ

A.2.1 Άγχος

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και ορίζεται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος, άτομο-κοινωνία, και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος.⁴

Το άγχος θεωρείται ως μία κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας.⁵ Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση (stress), η οποία με τη σειρά της ορίζεται ως μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από μία προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός στο μέλλον. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ορισμός του άγχους είναι συμβατικός και δεν αποσαφηνίζει τυχόν εννοιολογικές αντιφάσεις που σχετίζονται με το άγχος ως ψυχική κατάσταση, αλλά και ως μηχανισμό ψυχικής άμυνας.

Ως μηχανισμός άμυνας και ως ψυχική κατάσταση, το άγχος έχει πολυπαραγοντική βάση. Αρχικά θεωρήθηκε ότι αποτελεί αντίδραση κάθε έμβιου όντος σε εξωτερικές απειλές, η οποία χαρακτηρίζεται από παροδικές αλλαγές στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού. Ένα απειλητικό ερέθισμα, ανάλογα με την ένταση και τη φύση του, προκαλεί πολλά αρνητικά συναισθήματα, όπως αγωνία, πανικό και θυμό. Ενδέχεται επίσης να προκαλέσει έμμονες σκέψεις, ανησυχία, αδυναμία συγκέντρωσης και άλλες διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν μερική αδεξιότητα στις κινήσεις, υπερκινητικότητα ή κοινωνική απομόνωση.⁶ Το στρες, επιπρόσθετα, προκύπτει στα πλαίσια της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μία ασυμφωνία ή αντίφαση, πραγματική ή φανταστική, ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μία κατάσταση και στα αποθέματα, βιολογικά, ψυχολογικά, και κοινωνικά, που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει, τότε βιώνει στρες.⁶

Η ένταση του άγχους εξαρτάται όχι μόνο από εξωτερικά ερεθίσματα, αλλά και από ενδογενείς παράγοντες, όπως την προσωπικότητα, την εμπειρία από προηγούμενα αγχογόνα γεγονότα που δρουν αθροιστικά στη βίωση μιας νέας απειλής, τον τρόπο με

τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται το εξωτερικό ερέθισμα, καθώς και τους τρόπους που επιλέγει για να το αντιμετωπίσει.⁶

A.2.2 Μορφές άγχους

Το άγχος μπορεί να λάβει διάφορες μορφές:

- **Γενικευμένο Άγχος:** Άγχος χωρίς ιδιαίτερη εστίαση σε συγκεκριμένη απειλή ή κίνδυνο, *πανάγχος* κατά τους παλαιότερους.
- **Φοβικό Άγχος:** Άγχος που προκαλείται από κάποιο συγκεκριμένο φοβογόνο αντικείμενο.
- **Πανικός:** Κρίση άγχους που κορυφώνεται γρήγορα και συνοδεύεται από αίσθημα επικείμενης καταστροφής.

Το άγχος είναι ένα *"απολύτως μετρήσιμο"* ψυχικό χαρακτηριστικό. Παραδοσιακά, ο ψυχίατρος ή ο κλινικός ψυχολόγος μετράει το άγχος με την κλίμακα Hamilton (HAM-A), η οποία είναι μια απλή τυποποιημένη συνέντευξη διάρκειας περίπου μισής ώρας. Από μέτριας έντασης και πάνω, το άγχος, *χρειάζεται θεραπεία*. Ένα από τα κύρια και χαρακτηριστικά συμπτώματα του άγχους, είναι και η αϋπνία (χαρακτηριστική «αϋπνία επέλευσης» – ο ύπνος αργεί να έρθει).⁷

A.3. Διάγνωση του άγχους ή των αγχώδων διαταραχών

Πριν από την διάγνωση της αγχώδους διαταραχής, πρέπει να διερευνήσουμε εάν αυτή οφείλεται σε κάποια άλλη πάθηση όπως υπερθυρεοειδισμός, υπογλυκαιμία, στερητικό σύνδρομο, διαταραχή πανικού, ψυχογενή ανορεξία, υποχονδρίαση, σωματοποιητική διαταραχή ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού, που εφόσον κάποια από αυτές τις διαταραχές είναι παρούσα, η επιπρόσθετη διάγνωση αγχώδους διαταραχής θα μπει μόνο όταν ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας δεν σχετίζεται με άλλη διαταραχή όπως: Ψυχαναγκαστικές ιδέες που μοιάζουν με την υπερβολική ανησυχία της αγχώδους διαταραχής, αλλά είναι σκέψεις, παρορμήσεις ή

εικόνες δυστονικές προς το εγώ, που εισβάλλουν και συχνά συνοδεύονται και από καταναγκασμούς. Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, που αποκλείει τη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής, αν το άγχος και η ανησυχία συμβαίνουν αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας της. Διαταραχή Προσαρμογής, της οποίας η διάγνωση στην προκειμένη περίπτωση μπορεί να μπει μόνο όταν αποκλειστούν όλες οι άλλες διαταραχές και εφόσον υπάρχει στρεσογόνος παράγοντας και η διαταραχή δεν επιμένει πάνω από έξι μήνες. Διαταραχές της Διάθεσης (Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Δυσθυμική Διαταραχή) και Ψυχωτικές Διαταραχές(Σχιζοφρένεια), που συχνά παρουσιάζουν γενικευμένο Άγχος και που θα αποκλείσουν τη διάγνωση της αγχώδους διαταραχής ή σε κάποια ουσία όπως ενδεικτικά είναι οι αμφεταμίνες, αντισταμινικά, αντιπαρκινσονικά, αντιυπερτασικά, αντιφλεγμονώδη, αντιφυματικά, αντιχολινεργικά, κατασταλτικά, νευροληπτικά, στεροειδή, ή αλκοόλ.⁸

Τα φάρμακα στην ψυχιατρική, που μειώνουν το άγχος, λέγονται αγχολυτικά (άγχος + "λύσις" που στα Αρχαία Ελληνικά σημαίνει: απελευθέρωση, λύτρωση, απαλλαγή). Ο πολύς κόσμος ονομάζει (και όχι άδικα) σαν ηρεμιστικά, τα αγχολυτικά φάρμακα. Το αγχολυτικό είναι το συχνότερο διακινούμενο, από τα φάρμακα στην ψυχιατρική, κυρίως λόγω της μεγάλης συχνότητας του άγχους και της αϋπνίας στον πληθυσμό. Εκτός από την ατόφια Αγχώδη Διαταραχή, μια πληθώρα άλλων παθήσεων συνυπάρχει ή προκαλεί άγχος.

A.4. Θεραπεία του άγχους

Για τη θεραπεία του άγχους και των αγχωδών διαταραχών ή εκδηλώσεων τα ψυχοτρόπα φάρμακα που χρησιμοποιούνται έχουν κοινή χημική καταγωγή, ανήκουν δηλαδή σε μία ομάδα με κοινές ιδιότητες, χαρακτηριστικά και παρενέργειες, όμως διαφοροποιούνται σε επιμέρους μόρια και χαρακτηριστικά.

Η συχνότερη χρησιμοποιούμενη ομάδα αγχολυτικών είναι οι βενζοδιαζεπίνες. Όλες οι βενζοδιαζεπίνες έχουν παρόμοιες φαρμακολογικές ιδιότητες και

διαφοροποιούνται μόνο ως προς την κατασταλτική τους επίδραση, την ισχύ και την φαρμακοκινητική τους, δρώντας:

1. ως αγχολυτικά, (ηρεμιστικά) όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις στη διάρκεια της ημέρας,
2. ως υπνωτικά, σε μεγαλύτερη δόση το βράδυ και
3. ως μυοχαλαρωτικά, αντιεπιληπτικά και αντισπασμωδικά (ορισμένες μόνο βενζοδιαζεπίνες)

Εκτός από τις βενζοδιαζεπίνες, αγχολυτική δράση έχουν φαρμακευτικές ουσίες, όπως η βουσπιρόνη, που ανήκει στην οικογένεια των αζαπυρονών, χρησιμοποιείται κυρίως στη θεραπεία του μακροχρόνιου άγχους, δρώντας δια μέσου ενίσχυσης των προσυναπτικών (5-HT_{1A}) υποδοχέων της σεροτονίνης και εξομάλυνση της σεροτονινεργικής συναπτικής μεταβίβασης.⁹ Σε σύγκριση με τις βενζοδιαζεπίνες, η βουσπιρόνη δεν έχει κατασταλτική επίδραση και δεν επηρεάζει την εγρήγορση, δεν αλληλεπιδρά με το οινόπνευμα και άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ και δεν προκαλεί εξάρτηση.¹⁰ Επίσης η κλομεθιαζόλη χρησιμοποιείται ως εναλλακτική θεραπεία του αλκοολισμού και η υδροξυζίνη ενδείκνυται για τη συμπτωματική θεραπεία του άγχους.

Από τα αντικαταθλιπτικά, η σερτραλίνη και η παροξετίνη ως εκλεκτικοί ανταγωνιστές επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's) έχουν ένδειξη για την θεραπεία των αγχώδων διαταραχών, ενώ η βενλαφαξίνη, που ανήκει στην οικογένεια των SNRI's (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης), έχει επίσης ένδειξη για τη θεραπεία στις αγχώδεις διαταραχές.^{10,11}

Μετά τη συνταγογράφηση της κατάλληλης αντι-αγχώδους φαρμακευτικής αγωγής, επανεξετάζονται τα επίπεδα του άγχους με μετρήσεις, χρησιμοποιώντας την κλίμακα του Hamilton για το άγχος ή εκτιμώντας την κλινική εικόνα του ενδιαφερόμενου ατόμου, ώστε να προσδιοριστεί η αναγκαιότητα συνέχισης της θεραπείας με αγχολυτικά.

Η θεραπευτική όμως προσέγγιση της αγχώδους διαταραχής είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική. Ανάλογα με τη δεκτικότητα του ατόμου για ψυχολογική θεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργεί είτε υποστηρικτικά προσφέροντας καθυσύχαση,

ενθάρρυνση και υποστήριξη, για να αντέξει το άτομο το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει αρκετά, είτε αποκαλυπτικά ψυχαναλυτικά απευθυνόμενος σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν το άγχος, είτε συμπεριφορικά διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης.⁹

A.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Όταν χρησιμοποιούμε επιστημονικά τον όρο κατάθλιψη αναφερόμαστε σε ένα κλινικό σύνδρομο που αποτελείται από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως η συνεχής θλίψη, η απώλεια ενέργειας και η εξάντληση, η μειωμένη όρεξη για φαγητό, η αύξηση ή μείωση του ύπνου, η τάση για απομόνωση και κοινωνική απόσυρση, το άγχος, η ανησυχία και η αναποφασιστικότητα, η απογοήτευση, η απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος και η μείωση της σεξουαλικής ενέργειας, τα αισθήματα ενοχής, αυτομομφής και αναξιοσύνης, η κακή διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα, η απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης σε όλες τις δραστηριότητες, η απαισιοδοξία για το μέλλον και η εμφάνιση σκέψεων για το θάνατο και την αυτοκτονία.^{11,12}

A.5.1 Τύποι και μορφές κατάθλιψης

Στο σημείο αυτό χρειάζεται εννοιολογικά να διασαφηνιστεί η διαφορά ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και στην κατάθλιψη ως ψυχική διαταραχή. Αρνητικά αισθήματα θλίψης, στενοχώριας και απογοήτευσης, για παράδειγμα, εμφανίζονται στην καθημερινότητα και είναι κοινά σε όλους τους ανθρώπους. Αισθανόμαστε απογοήτευση μετά από μια αποτυχία ή θλίψη μετά από ένα χωρισμό ή μια απώλεια. Η θλίψη μας σκληραγωγεί και μας εκπαιδεύει ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίζουμε δυναμικά τις αντιξοότητες που μπορεί να προκύψουν αργότερα στη ζωή μας. Η αυτογνωσία που προκύπτει μέσα από τις αρνητικές εμπειρίες μας, μας βοηθά να κάνουμε προσπάθειες να αλλάξουμε τον εαυτό μας, ώστε να αποφεύγουμε στο μέλλον τις αρνητικές συνέπειες των ανώριμων συμπεριφορών.

Όταν η θλίψη, αντί να μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου, γίνεται πιο έντονη και διαρκεί περισσότερο από δύο εβδομάδες, εμποδίζοντας τις φυσιολογικές δραστηριότητες και καθημερινή λειτουργικότητα, όπως στη δουλειά, στη διατροφή, στον ύπνο και στις διαπροσωπικές σχέσεις, τότε μπαίνει η υποψία και η διάγνωση της

κατάθλιψη, όπως αυτή ορίζεται διαγνωστικά βάσει DSM-IV R και χρησιμοποιείται επιστημονικά.^{8,11}

Η κατάθλιψη έχει ταξινομηθεί σε δύο κύριους τύπους, τον πρωτοπαθή και το δευτεροπαθή τύπο. Η κύρια διαφορά τους είναι ότι στο δευτεροπαθή η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος, όπως για παράδειγμα στη νόσο Πάρκινσον ή σε μια χρόνια νόσο. Επίσης η κατάθλιψη μπορεί να αναπτυχθεί και στο έδαφος κάποιου άλλου ψυχιατρικού νοσήματος, για παράδειγμα μιας αγοραφοβικής νεύρωσης. Η πρακτική σημασία της ταξινόμησης αυτής είναι συχνά πολύ σημαντική, διότι μερικές φορές η κατάθλιψη είναι η πρώτη εκδήλωση ενός άλλου νοσήματος, το οποίο απαιτεί ειδική θεραπεία.

Η διάγνωση της πρωτοπαθούς κατάθλιψης πρέπει να μπαίνει αφού έχουν αποκλειστεί όλα τα άλλα νοσήματα που μπορεί να εμφανίσουν ως μια από τις εκδηλώσεις τους κατάθλιψη. Ανάλογα με την σοβαρότητά της ταξινομείται από κλινική άποψη σε σοβαρή - μέτρια - ελαφριά.

Η σημασία της ταξινόμησης αυτής έχει να κάνει τόσο με πρακτικά θεραπευτικά θέματα (είδος θεραπείας, ανάγκη νοσηλείας) όσο και με την πρόγνωση. Στη σοβαρή μορφή ο ασθενής εμφανίζει όλα σχεδόν τα συμπτώματα και η κατάθλιψη έχει επηρεάσει σχεδόν όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, με αποτέλεσμα το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενή να είναι σημαντικά μειωμένο.

Έρευνες ετών έχουν επισημάνει μερικούς παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό στην νόσηση από κατάθλιψη. Μπορεί κανείς να θεωρήσει την καταθλιπτική διαταραχή ως το τελικό κοινό αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων που δρουν πάνω στην ιδιοσυγκρασία κάθε ατόμου και στο συγκεκριμένο κοινωνικό του πλαίσιο. Εάν δούμε την κατάθλιψη με αυτόν τον τρόπο, τότε οι διάφορες ερμηνείες για την αιτιολογία της, είτε καθαρά βιολογικές είτε καθαρά ψυχοκοινωνικές, παύουν να φαίνονται ότι αντικρούουν η μία την άλλη αλλά μάλλον ότι συμπληρώνουν η μία την άλλη. Στις παρακάτω ενότητες αναφέρονται μερικοί από τους παράγοντες που φαίνεται να συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης.

A.6 Αιτιοπαθογένεια κατάθλιψης

1) Γενετικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη, όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (χαρακτηριστικά προσωπικότητας, βιολογικά χαρακτηριστικά) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη, όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.⁹

2) Βιολογικοί παράγοντες. Μερικές μη ψυχιατρικές παθήσεις έχει βρεθεί ότι μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη δευτεροπαθώς. Το κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.) και επηρεάζουν την λειτουργία των περιοχών εκείνων του εγκεφάλου που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Οι παθήσεις αυτές περιλαμβάνουν:

1. Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

2. Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις, όπως ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του Cushing (υπερδραστηριότητα των επινεφριδίων).

3. Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ., όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση

4. Συστηματικές διαταραχές, όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος

5. Διάφορα φάρμακα όπως η κορτιζόνη, το αντι-υπερτασικό αλφα-μεθυλ-ντόπα και το αλκοόλ.¹³

Η αποκάλυψη μερικών από τους βιολογικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται στην δημιουργία της κατάθλιψης αποτέλεσε σίγουρα μια από τις σπουδαιότερες ανακαλύψεις της Ψυχιατρικής ειδικότερα και της Ιατρικής γενικότερα στον

προηγούμενο αιώνα. Στη δεκαετία του '50 οι επιστήμονες ανακάλυψαν τους νευρομεταβιβαστές, βιοχημικές δηλαδή ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους.¹⁴

Στο ίδιο περίπου διάστημα, παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που έπαιρναν κάποια φάρμακα για τη ρύθμιση της υψηλής αρτηριακής τους πίεσης, εμφάνιζαν ως παρενέργεια κατάθλιψη. Το κοινό χαρακτηριστικό αυτών των φαρμάκων ήταν ότι δρούσαν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου και με κάποιο τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις τους στον εγκέφαλο. Το επόμενο βήμα ήταν να παρασκευαστούν φάρμακα που έκαναν αύξηση στη συγκέντρωση των νευρομεταβιβαστών αυτών στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα ήταν ότι τα φάρμακα αυτά ήταν ικανά να θεραπεύσουν ασθενείς με κατάθλιψη. Από τη δεκαετία του '50 μέχρι σήμερα πολλά έχουμε μάθει για την λειτουργία των νευρομεταβιβαστών και τον ρόλο τους στην κατάθλιψη. Παρότι οι μηχανισμοί αυτοί είναι πολύ περίπλοκοι και δεν είναι δυνατό να αναφερθούν εδώ, στις μέρες μας θεωρείται ότι δύο νευρομεταβιβαστές, η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα οποία έχουμε στην διάθεσή μας, αποσκοπούν στο να ανεβάσουν τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο. Επειδή τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλες τις μορφές κατάθλιψης, είναι πιθανό ότι όλοι οι αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη δρουν τελικά μέσω αυτού του μηχανισμού.

3) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα που σαν παιδιά είχαν ζήσει κάποιο γεγονός σημαντικής απώλειας (θάνατος γονιού, χωρισμός γονιών) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σαν ενήλικοι. Επίσης, μια σειρά γεγονότων ζωής, είτε ψυχολογικών (θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο), είτε κοινωνικών (οικονομική ύφεση, συνθήκες διαμονής) είτε ακόμη ψυχοκοινωνικών (απώλεια εργασίας, μετανάστευση), που συμβαίνουν στην ενήλικη ζωή φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη.¹⁵ Τέλος, ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αντιλαμβάνονται τα καθημερινά τους προβλήματα

φαίνεται να ευνοεί σε μερικές περιπτώσεις τη δημιουργία κατάθλιψης. Υποστηρίζεται, δηλαδή, ότι μερικοί άνθρωποι ερμηνεύουν τον κόσμο γύρω τους βασιζόμενοι σε κάποιες παραδοχές που δεν είναι λειτουργικές και που έχουν σαν αποτέλεσμα να "παραμορφώνουν" τελικά την εικόνα του γύρω κόσμου αντί να την ερμηνεύουν. Βασισμένη σε αυτή την γενική αρχή έχει αναπτυχθεί μια ψυχοθεραπεία, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, η οποία προσπαθεί να "διορθώσει" αυτά τα λάθη στο τρόπο σκέψης και να βοηθήσει τον ασθενή να αξιολογήσει πιο αντικειμενικά την πραγματικότητα (βλ. παρακάτω στις θεραπείες).¹⁶

A.7 Θεραπεία της κατάθλιψης

A.7.1 Ψυχοθεραπεία

Η κατάθλιψη δείχνει ότι μέσα στον άνθρωπο υπάρχουν προβλήματα σε ένα βαθύτερο επίπεδο που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Δεν πρόκειται για μια απλή ασθένεια αλλά για μια μορφή ψυχικής επικοινωνίας, ένα μήνυμα που πρέπει να αποκωδικοποιηθεί. Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει να γίνουν κατανοητοί οι ψυχολογικοί λόγοι οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία των καταθλιπτικών αισθημάτων και να υποστηρίξει την πορεία της θεραπευτικής αλλαγής.¹³

Η ψυχοθεραπεία βοηθά στην ανακάλυψη και εμβάθυνση σε εκείνες τις σκέψεις και συμπεριφορές που συμβάλλουν στη δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, μειονεκτικότητας και ενοχής τα οποία συνοδεύουν ή βρίσκονται στη ρίζα της κατάθλιψης. Ο ψυχοθεραπευτής θα βοηθήσει τον πάσχοντα να χρησιμοποιήσει τεχνικές ή στρατηγικές «λύσης» προβλημάτων και να προσδιορίσει μαζί με τον πάσχοντα ποιο από τα προβλήματα μπορεί να επιλέξει για να συμβιώσει αρμονικά μαζί του, αν δεν μπορεί να εφαρμόσει μια πιο δραστική και καίρια επίλυσή του.¹⁷ Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία αποσκοπεί στη βελτίωση των σχέσεων του πάσχοντα με αγαπημένα πρόσωπα, στο να μπορεί το άτομο να ασχολείται και να βιώνει ευχάριστα συναισθήματα. Επίσης του μαθαίνει να θέτει στόχους, να κάνει σταδιακά δραστηριότητες που τον ευχαριστούν, και να μπορεί να εκφράζει τα αληθινά

συναισθήματά του, όταν το θελήσει, ακόμη και αν αυτά είναι αρνητικά, όπως ο θυμός, η πλήξη, η επιθετικότητα, η θλίψη.

Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάθλιψη, τόσο πιο μακροχρόνια ψυχοθεραπευτική παρέμβαση θα χρειαστεί. Συνήθως, αν η κατάθλιψη είναι σοβαρής μορφής, τότε το άτομο δεν μπορεί να βοηθηθεί από την οικογένειά του ή φίλους, καθώς σε μια τέτοια παρέμβαση αντιδρά αρνητικά, τείνοντας να επηρεάζει και να βλέπει την κακή πλευρά των γεγονότων. Εδώ ο ψυχοθεραπευτής είναι χρήσιμος, γιατί δεν θέλει απλά να παρηγορήσει, όπως οι οικείοι του πάσχοντα, αλλά να βοηθήσει να αλλάξει κανείς τον εαυτό του. Υπάρχει περίπτωση, αν η κατάθλιψη είναι μια μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, να χρειαστεί αρχικά, παράλληλα με την ψυχοθεραπεία, η έναρξη αντικαταθλιπτικής αγωγής από ψυχίατρο. Το αντικαταθλιπτικό μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για διάθεση και δύναμη για ψυχοθεραπευτική δουλειά. Μπορεί άμεσα να μειώσει το άγχος και να βελτιώσει τη διάθεση, ώστε παράλληλα με την ψυχοθεραπεία να μπορέσει ο πάσχοντας να αρχίσει μια πορεία θεραπευτικής αλλαγής στην ψυχολογική και κοινωνική του ζωή.¹⁸

A.7.2 Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα επιδρούν στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Πιο συγκεκριμένα αλλάζουν τη δράση των χημικών ουσιών (νευροδιαβιβαστών), οι οποίες χρησιμοποιούνται για να επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Σημαντικοί νευροδιαβιβαστές τους οποίους προσπαθούμε να επηρεάσουμε για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι, όπως προαναφέρθηκε, η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Δεν προκαλούν εξάρτηση, δεν έχουν σημαντικές παρενέργειες και είναι δυνατόν να μας προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια. Για τη ρύθμιση των αντικαταθλιπτικών αποφασίζει ο ιατρός και ενημερώνει για τη δράση των φαρμάκων. Αν κάποιος τύπος αντικαταθλιπτικού φέρει στο άτομο κάποια ανεπιθύμητη ενέργεια ή δεν τον βοηθά αρκετά, ο ιατρός έχει τη δυνατότητα να προτείνει εναλλακτικά άλλη φαρμακευτική θεραπεία. Μια κατάλληλη ένδειξη, για να καταλάβει κανείς εάν έχει

απευθυνθεί στον κατάλληλο θεραπευτή είναι το αίσθημα ασφάλειας και σεβασμού στην προσωπικότητα και το πρόβλημα που νιώθει κανείς μαζί του.¹⁹

Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: (1) τα τρικυκλικά (TCA's) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως αμιτριπτυλίνη, κλομιπραμίνη, νορτριπτυλίνη, μαπροτιλίνη, μιανσερίνη, και (2) οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's), όπως η σιταλοπράμη, φλουοξετίνη, παροξετίνη, φλουβοξαμίνη.

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων των δύο αυτών κατηγοριών στην κατάθλιψη είναι παρόμοια, όπως έχει αποδειχθεί επανειλημμένα σε διπλές τυφλές, ελεγχόμενες μελέτες και όπως φαίνεται και από τις υπάρχουσες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο θέμα. Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι SSRI's πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών.²⁰

Πρακτικές οδηγίες

Τι δεν πρέπει να λέμε σε κάποιον που αντιμετωπίζει αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη.

- Πάψε να αισθάνεσαι άσχημα
- Προσπάθησε περισσότερο
- Πήγαινε να διασκεδάσεις
- Κανείς δεν σου φταίει για ό,τι αισθάνεσαι
- Αφού δεν είσαι ευχαριστημένος, γιατί δεν αλλάζεις τον εαυτό σου;
- Δε σου χρειάζεται βοήθεια από ψυχολόγο
- Μην πάρεις φάρμακα, γιατί θα εξαρτηθείς από αυτά
- Σκέψου πιο ώριμα και λογικά
- Δεν αντέχω άλλο να σε βλέπω σε αυτή την κατάσταση
- Έτσι που το πας, θα μας τρελάνεις όλους
- Δεν το περίμενα να είσαι τόσο αδύναμος-η
- Έλα...χαμογέλασε λίγο
- Το μόνο που καταφέρνεις είναι να βλάπτεις τον εαυτό σου

- Άδικα βασανίζεσαι, δεν έχεις τίποτα
- Προσπάθησε να βρεις μια δουλειά ή κάποιο χόμπι
- Μια ζωή σε θυμάμαι να δημιουργείς πρόβλημα
- Μπορεί να μην το κάνεις επίτηδες αλλά δεν αντέχω άλλο.²¹

Τι θα ήθελε να ακούσει κάποιος που αντιμετωπίζει αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη

- Είμαι δίπλα σου και θα προσπαθήσω να σε βοηθήσω με κάθε τρόπο
- Σ' αγαπώ
- Ενδιαφέρομαι πολύ για σένα και θέλω να καταλάβω αυτό που αισθάνεσαι
- Σε αυτή τη φάση της ζωής σου είναι απόλυτα φυσικό να νοιώθεις άσχημα. Είναι βέβαιο ότι σε λίγο καιρό θα νοιώθεις πολύ καλύτερα
- Μαζί θα το αντιμετωπίσουμε
- Είσαι πολύ σημαντικός –η για μένα
- Αν μου ζητήσεις κάτι, θα το κάνω με χαρά
- Έχω εμπιστοσύνη σ' εσένα! Είμαι σίγουρος ότι θα τα καταφέρεις.²¹

Πότε υπάρχει ανάγκη νοσηλείας;

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Μερικές από τις ενδείξεις ότι αυτό χρειάζεται είναι οι εξής:

1. Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι πολύ αυξημένος (π.χ., ήδη ο ασθενής έχει κάνει μια αποτυχημένη απόπειρα)
2. Συνυπάρχουν άλλες ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο
3. Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν έχει αποτέλεσμα.

4. Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία).²²

A.8 Επιδημιολογικά στοιχεία κατάθλιψης

Η επικράτηση της κατάθλιψης στην κοινωνία είναι 9 έως 20 τοις εκατό, αλλά όταν έλαβε υπόψη το ακριβέστερο κριτήριο για τη μέτρηση της ώριμης κατάθλιψης, η επικράτησή της είναι 3% στους άντρες και 4,9% στις γυναίκες.²³

Η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από κατάθλιψη στη διάρκεια της ζωής του, για τις γυναίκες είναι σχεδόν 20% και για τους άνδρες 10% και αυτός μόνο 20 έως 25 τοις εκατό των ανθρώπων έχει τα κριτήρια της κατάθλιψης που έχουν θεραπευτεί. Η επικράτηση της κατάθλιψης είναι στις γυναίκες δύο φορές μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών και η ηλικία της αρχής της κατάθλιψης ποικίλλει από την παιδική ηλικία μέχρι την ηλικία της αποχώρησης αλλά σε 50% των περιπτώσεων η ασθένεια αρχίζει μεταξύ των ηλικιών 20 έως 50. Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι η ηλικία των 40 ετών.²³

Υπάρχει μια άμεση σχέση μεταξύ της αρχής της κατάθλιψης και του άγχους. Σε ένα περιβάλλον εργασίας τα φυσικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα μπορούν να συμβάλουν στο άγχος.²⁴ Στους νοσηλευτές-τριες ποικίλοι παράγοντες άγχους, δημιουργούν την κατάσταση της χρόνιας κόπωσης και η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα της απελπισίας.²⁵

Οι νοσηλευτές-τριες όχι μόνο υιοθετούν το ρόλο των φροντιστών αλλά είναι επίσης διοικητές και επόπτες ασθενών.²⁶ Εκτελούν το ρόλο του συμβούλου σχετικά με το θέμα της υγιεινής και είναι μέλη μιας ομάδας που εκπαιδεύεται για να είναι αρμόδιοι για τη Δημόσια Υγεία, την πρόληψη ασθενειών, τους συνηγόρους για την πλήρη υγεία των ατόμων, των οικογενειών και της κοινωνίας.²⁷

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα, όπου η κατάθλιψη είναι προφανές και τεκμηριωμένο πρόβλημα.²⁸ Η εγκατάλειψη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και η μείωση στον αριθμό εθελοντών σε αυτόν τον τομέα οφείλεται σε διαφορετικούς

λόγους, με μια έλλειψη ικανοποίησης της εργασίας. Εάν οι προσδοκίες μιας σταδιοδρομίας στο επάγγελμα της νοσηλευτικής, επαγγελματικής και προσωπικής δεν ικανοποιούνται, η αποθάρρυνση και η απομυθοποίηση συμβάλλουν σε μια εγκατάλειψη του επαγγέλματος.²⁹ Παρατεταμένη απουσία από την εργασία (Absenteeism) λόγω της κατάθλιψης προκαλούν επίσης τα παραπάνω προβλήματα.³⁰

A.9 ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

Το εργασιακό άγχος είναι σύμφωνα με τους Berr & Newman «μία κατάσταση αλληλεπίδρασης σχετικών με την εργασία παραγόντων και εργαζομένου, που βιώνεται ως απειλή, μέσα από την οποία διαφοροποιείται η σωματική ή / και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και αποκλίνει του φυσιολογικού».³¹

Το άγχος είναι ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει σε πολύ σημαντικό βαθμό το κατά πόσο ο εργαζόμενος αποδίδει στη δουλειά του και στο ποιο θα είναι το ποιοτικό αποτέλεσμα της εργασίας του. Λόγω της πολύπλοκης φύσης του ίδιου του άγχους, οι επιδράσεις δεν μπορεί παρά να είναι πολύ σημαντικές. Υπερβολικό επαγγελματικό άγχος μπορεί να οδηγήσει στην εξουθένωση (θα δούμε παρακάτω τα αίτια που την προκαλούν). Σύμφωνα με τον Καντά ορισμένα επαγγέλματα είναι εκ φύσεως περισσότερο αγχογόνα από κάποια άλλα.³² Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται τα ένστολα επαγγέλματα, τα καλλιτεχνικά, τα επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου, παραγωγής και κατασκευών, τα επαγγέλματα υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών. Το εργασιακό άγχος μπορεί να προκληθεί από την κακή οργάνωση της εργασίας Τα ευρήματα των ερευνών απέδειξαν ότι περισσότερο αγχωτική είναι η εργασία που περιέχει υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και τις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου ούτε στήριξης από άλλους.³³

Το Ίδρυμα Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (NIOSH) ορίζει την επαγγελματικό στρες ως «επιβλαβείς σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις που

παρουσιάζονται κατά τις απαιτήσεις της εργασίας και δεν ταιριάζουν με τις δυνατότητες, τους πόρους ή τις ανάγκες των εργαζομένων». ³⁴

Παράγοντες άγχους στο χώρο εργασίας που μπορούν να οδηγήσουν σε οξύ άγχος είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη ελέγχου της αποστολής, η ασάφεια καθηκόντων και ρόλων, οργανωτικοί παράγοντες (κακές διαπροσωπικές σχέσεις, αθέμιτες πρακτικές διαχείρισης), χρηματοδοτικοί και οικονομικοί παράγοντες, σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής μη αξιολόγηση των ρόλων και των ευθυνών, κατάρτιση και επαγγελματική εξέλιξη (έλλειψη ευκαιριών για την ανάπτυξη ή προώθηση) καθώς και κακό οργανωτικό κλίμα (έλλειψη διαχείρισης, δέσμευση για βασικές αξίες, συγκρουόμενα στυλ επικοινωνίας). ³⁵

Πιο συγκεκριμένα, το άγχος στους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη αφορά τους εξής άξονες:

- η ανεπάρκεια προσωπικού
- οι πολλές ώρες εργασίας
- η εργασία με βάρδιες
- η ασάφεια στους ρόλους και στα καθήκοντα εργασίας λόγω κατανομής των ρόλων ή επικάλυψης μεταξύ ειδικοτήτων
- η έκθεση σε μολυσματικές ουσίες και επικίνδυνα απόβλητα.

Μελέτες σε νοσηλευτές-τριες έχουν δείξει ότι οι παράγοντες που συνδέονται με την εκδήλωση άγχους αφορούν:

- το φόρτο εργασίας,
- την πίεση χρόνου,
- την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης στην εργασία (ειδικά από τους ανώτερους στην ιεραρχία, τον προϊστάμενο ή προϊσταμένη των νοσηλευτών-τριών και τη διεύθυνση του νοσοκομείου),
- την έκθεση σε μολυσματικές ασθένειες,
- τους τραυματισμούς από βελόνες ή άλλα νοσηλευτικά εργαλεία,
- την έκθεση σε καταστάσεις που σχετίζονται με βία ή απειλή βίας,
- έλλειψη ύπνου,

- την ασάφεια των ρόλων και τις συγκρούσεις,
- την έλλειψη προσωπικού
- θέματα επαγγελματικής ανέλιξης και
- την αντιμετώπιση δύσκολων και σοβαρά ασθενών.^{36,37}

Στο ιατρικό προσωπικό οι παράγοντες που συνδέονται με το άγχος, είναι :

- οι πολλές ώρες δουλειάς,
- ο υπερβολικός φόρτος εργασίας,
- η αντιμετώπιση του θανάτου και αυτών που πεθαίνουν,
- οι διαπροσωπικές συγκρούσεις με το υπόλοιπο προσωπικό.³⁸

A.9.1 Εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση

Το επαγγελματικό άγχος στις πιο πολλές περιπτώσεις προκαλεί επαγγελματική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών αποτελεί μια παγκόσμια πραγματικότητα που επηρεάζει πολλές πλευρές της προσωπικής και επαγγελματικής τους ζωής.³⁹

Στη βιβλιογραφία ανευρίσκεται πλήθος θεωρητικών μοντέλων που ερμηνεύουν κυρίως τα αίτια αλλά και τα συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, προσδιορίζοντας αντίστοιχα και τον ορισμό του.

Αιτιολογικά, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρείται, από ορισμένους ερευνητές, ως μια κατάσταση (state-centered), και από άλλους ως μια διεργασία-διαδικασία (process-centered).⁴⁰⁻⁴³ Σύμφωνα με τους πρώτους, το σύνδρομο πηγάζει από τη φύση και τη μορφή των *διαπροσωπικών σχέσεων* που χαρακτηρίζουν τα επαγγέλματα που απαιτούν άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους (ιατροί, νοσηλευτές, δάσκαλοι, δικηγόροι), καθώς και από διάφορους *περιβαλλοντικούς παράγοντες* στο χώρο εργασίας, όπως η ασάφεια των καθηκόντων, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Οι δεύτεροι θεωρούν ότι το σύνδρομο οφείλεται τόσο στον τρόπο που χειρίζεται ο επαγγελματίας τις στρεσογόνες καταστάσεις, δηλαδή σε *προσωπικούς*

παράγοντες, όσο και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή, την οργάνωση και την κουλτούρα της κάθε εργασιακής μονάδας.

Ο πλέον διαδεδομένος και αποδεκτός ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδιαίτερα για το χώρο των επαγγελματιών υγείας, είναι αυτός της Maslach, που ορίζει το φαινόμενο ως μια εξελικτική διεργασία, όπου ο εργαζόμενος νιώθει σωματική και ψυχική εξάντληση. Στα πλαίσια της εξάντλησης αυτής χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς/πελάτες, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα εαυτού.⁴⁴ Οι τρεις κύριοι παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων του εργαζόμενου.⁴⁵

Τα όρια μεταξύ άγχους και εξουθένωσης στο χώρο εργασίας είναι ασαφή και συχνά επικαλυπτόμενα, ενώ πολλοί ερευνητές επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ τους.^{42,46,47} Υπό το πρίσμα της θεώρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ως εξελικτικής διεργασίας, μπορεί να δεχθεί κανείς ότι ακολουθείται μια μεταβατική διαδικασία, όπου ο εργαζόμενος περνά διάφορες φάσεις, κατά τις οποίες βιώνει οξύ άγχος, χρόνιο συσσωρευμένο άγχος και τελικά εξουθένωση. Στη φάση αυτή νιώθει ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν είναι αρκετά για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού του χώρου.⁴⁸ Ο διαχωρισμός όμως μεταξύ των διαφόρων φάσεων στα ψυχολογικά φαινόμενα ή η διάκριση μεταξύ του «φυσιολογικού και παθολογικού» όσον αφορά στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά του ανθρώπου δεν είναι εμφανής, καθώς σχετίζεται με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση, το στατιστικό κριτήριο του «μέσου όρου» και τις εκάστοτε κοινωνικοπολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες. Όμως, οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, τόσο στον εργαζόμενο όσο και στο εργασιακό του περιβάλλον, είναι εμφανείς.

Από πολλές μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσηλευτές αποτελούν την επαγγελματική ομάδα που είναι περισσότερο επιρρεπής σε υψηλά επίπεδα stress και συχνά εμφανίζει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης.⁴⁹⁻⁵² Το άγχος και η εξουθένωση μπορεί να προέρχονται

(α) από αιτίες που αφορούν τον ίδιο το νοσηλευτή, όπως τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, εκπαίδευση, προϋπηρεσία, θέση εργασίας), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (κίνητρα, προσδοκίες, τρόπος διαχείρισης του άγχους, αυτοεκτίμηση, ενσυναίσθηση) και τις προηγούμενες εμπειρίες του (επαγγελματικής ή προσωπικής φύσης),^{53,54,55} (β) από παράγοντες που αφορούν το νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας, όπως οι συνθήκες δουλειάς (φύση εργασίας, επαφή με πόνο και θάνατο, καθήκοντα προσωπικής φροντίδας ασθενούς, δυσάρεστο φυσικό περιβάλλον), διάφορα οργανωτικά/διοικητικά θέματα (φόρτος και ωράριο εργασίας, τρόπος διοίκησης, αποδοχές, ασάφεια ρόλων και καθηκόντων) και τις συναδελφικές σχέσεις (προβλήματα συνεργασίας και επικοινωνίας, έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου)⁵⁶⁻⁶⁵ και (γ) από την επαφή με τον ασθενή και τους συγγενείς του, για παράδειγμα η φύση αρρώστιας (σοβαρότητα, χρονιότητα, απειλή θανάτου) και οι σχέσεις με ασθενή και συγγενείς (παθητική στάση ή στάση εξάρτησης του ασθενούς, αρνητική κριτική, αυξημένες απαιτήσεις και έλλειψη αναγνώρισης).^{57,59,60,66-70}

Οι επιπτώσεις των παραπάνω παραγόντων στη σωματική και την ψυχική υγεία του νοσηλευτή γίνονται αντιληπτές μέσω διαφόρων συμπτωμάτων ή κλινικών ενδείξεων. Σε οργανικό επίπεδο, συνήθως εκδηλώνονται μέσω ήπιων ή σοβαρότερων ψυχοσωματικών προβλημάτων,^{59,71,72} ενώ σε ψυχολογικό επίπεδο τα συμπτώματα του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης εκδηλώνονται (α) σε επίπεδο συμπεριφοράς, με αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα, επιρρέπεια σε λάθη/ατυχήματα, προβλήματα στην προσωπική ζωή, επιθετικές διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς/συγγενείς, απροθυμία ανάληψης καθηκόντων, αργοπορία, απουσίες και συχνές αλλαγές τμήματος εργασίας, καθώς και με συμπεριφορές εξάρτησης (οινόπνευμα, ηρεμιστικά, κάπνισμα), (β) σε συναισθηματικό επίπεδο, με αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, δυσθυμία έως και κατάθλιψη, συναισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, αποδιοργάνωση, θυμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, απάθεια, αδιαφορία, απογοήτευση και έλλειψη ικανοποίησης από εαυτό και εργασία και (γ) σε γνωστικό επίπεδο, με διαταραχές αυτοσυγκέντρωσης, ονειροπόληση, σκέψεις αποτυχίας, και δυσκολία ανεύρεσης νοήματος στον εργασιακό

τους ρόλο.^{48,71-78} Τέλος, σε *κοινωνικό επίπεδο*, συχνά αναφέρεται η απόσυρση και ο περιορισμός των κοινωνικών σχέσεων, καθώς και η μεταφορά των εργασιακών προβλημάτων στην οικογένεια, με επακόλουθο τις συχνές συγκρούσεις.^{79,80} Φαίνεται λοιπόν ότι το επαγγελματικό άγχος/εξουθένωση επηρεάζει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία του νοσηλευτή, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του.

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και είναι ιδιαίτερα δύσκολο να αποσαφηνιστεί το εννοιολογικό της περιεχόμενο για να δοθεί ένας πλήρης και ικανοποιητικός ορισμός. Σύμφωνα με τον Fallowfield, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται από ένα σύμπλεγμα παραγόντων που αλληλεπιδρούν και αφορούν σε 3 διαστάσεις: (α) τη σωματική ευεξία του ατόμου, (β) την ψυχική ευεξία και (γ) την κοινωνική ευεξία.⁸¹

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Στο χώρο της ψυχικής υγείας, πολύς λόγος γίνεται τελευταία για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, μια ιδιαίτερη μορφή επαγγελματικού άγχους. Το βέβαιο είναι ότι έχει ξεκινήσει μια μεγάλη συζήτηση για την εκτίμηση κι αξιολόγηση διαφόρων μεταβλητών που καθορίζουν την ψυχική κατάσταση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας. Το άγχος και η κατάθλιψη είναι δύο καταστάσεις που απασχολούν τους επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας με ιδιαίτερη επίπτωση στην απόδοσή τους στον επαγγελματικό τους χώρο, καθώς και στην ποιότητα της προσωπικής τους ζωής.

B.1 ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε, για να μελετήσει στοιχεία και χαρακτηριστικά του άγχους και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ψυχιατρικούς ασθενείς. Ειδικότερα ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να καταγραφεί το άγχος και η κατάθλιψη των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό επηρεάζεται από παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης και οι καπνιστικές συνήθειες.

B.2 ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα μελέτη σαν εργαλείο της χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford & Foulds που καταγράφει το άγχος και την κατάθλιψη.⁸² Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου στη μορφή που χρησιμοποιήθηκε και από τους Ρούπα, Τάτσιου et al.⁸³

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 14 ερωτήσεις, από τις οποίες 7 αξιολογούν το άγχος και 7 την κατάθλιψη. Χρησιμοποιείται είτε σαν δοκιμασία ελέγχου, για τον εντοπισμό ψυχιατρικών συμπτωμάτων είτε σαν δείκτης αξιολόγησης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. Είναι εύκολο στη συμπλήρωση και επιτρέπει μια απλή και γρήγορη εκτίμηση του επιπέδου του άγχους και της κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι χρήσιμο, αφού συναξιολογεί τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη, που είναι νοσολογικές οντότητες που αλληλεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται.

Κάθε ερώτηση αποτελείται από δύο σκέλη:

- το πρώτο σκέλος, που αξιολογεί την ύπαρξη ή όχι ενός συμπτώματος και
- το δεύτερο σκέλος, που αξιολογεί την ένταση της ενόχλησης από αυτό το σύμπτωμα, εφόσον υπάρχει.

Ο συνδυασμός των δύο αυτών σκελών παρέχει μια συνδυασμένη βαθμολόγηση, όπου 0 = απουσία συμπτώματος, 1 = παρουσία συμπτώματος, μικρή ενόχληση, 2 = παρουσία συμπτώματος, μεγάλη ενόχληση, 3 = παρουσία συμπτώματος, πολύ μεγάλη ενόχληση.

Από την άθροιση των ερωτήσεων καθεμιάς από τις δυο υποκλίμακες (άγχος, κατάθλιψη) προκύπτει η συνολική βαθμολογία της. Η ταξινόμηση του πληθυσμού είναι ως εξής:

- Ελεύθεροι συμπτωμάτων, 82% του πληθυσμού, έχουν τιμές σε κάθε υποκλίμακα μικρότερες του 3,
- Οριακή ψυχιατρική συμπτωματολογία, 11% του πληθυσμού, έχουν τιμή ανάμεσα στο 3 και στο 6 και

- Σοβαρή ψυχοπαθολογία, 7% του πληθυσμού, έχουν τιμή σε κάποια κλίμακα μεγαλύτερη του 6.

Πέρα από το ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford & Foulds καταγράφηκαν επίσης τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, η εθνικότητα και οι γραμματικές γνώσεις.

Επίσης, καταγράφηκαν οι καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων, καθώς και εάν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό ιατρό για τα (πιθανά) συμπτώματά τους, καθώς και το εάν λαμβάνουν σχετική φαρμακευτική αγωγή.

Η έρευνα διεξήχθη από τον Μάρτιο 2010 μέχρι τον Μάιο του 2010.

Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στις εξής ψυχιατρικές δομές της Θεσσαλονίκης.

A)Γενικό Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου»:

- στην Ψυχιατρική Κλινική Ενηλίκων,
- Ψυχιατρική Κλινική Παιδων και Εφήβων,
- στο Νοσοκομείο Ημέρας και
- στο Ιατροπαιδαγωγικό, που αποτελεί αποκεντρωμένη Μονάδα Εξωτερικών Ιατρείων της Ψυχιατρικής Κλινικής Παιδων-Εφήβων του «Γ. Παπανικολάου».

B)Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, στην Ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου «ΑΧΕΠΑ» και την Ψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου «Γ. Παπαγεωργίου».

Το δείγμα μας, ήταν ευκολίας και αποτελούνταν από 317 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συγκεκριμένα από 144 άντρες και 173 γυναίκες. Η ηλικία του δείγματος είχε εύρος από 23 έως και 66 έτη με μέσο όρο τα $38,64 \pm 7,945$ έτη. Τα δύο φύλα δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία τους ($t(315)=-0,123$, $p=0,902$). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 31-40 ετών ($\chi^2(4)=231,186$, $p=0,001$) και η αμέσως πιο συχνή ηλικιακή κατηγορία ήταν αυτή των 41-50 ετών. Την πιο μικρή εκπροσώπηση στο δείγμα μας είχαν οι συμμετέχοντες με ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί ότι υπήρχε ικανοποιητική εκπροσώπηση όλων των ηλικιών στο δείγμα της παρούσας έρευνας.

B.2.1 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 16.0. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν ο στατιστικός δείκτης Cronbach alpha για τη μέτρηση της εσωτερικής εγκυρότητας, ενώ υπολογίστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων ως μέτρα αξιοπιστίας.

Για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η στατιστική δοκιμασία χ^2 του Pearson, όταν οι μεταβλητές ήταν τακτικές χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης r_{ho} του Spearman, ενώ όταν οι μεταβλητές ήταν ποσοτικές και ομαλά κατανομημένες ο συντελεστής συσχέτισης που χρησιμοποιήθηκε ήταν το r του Pearson. Για τη σύγκριση των μέσων όρων δύο ομάδων εφαρμόστηκε η δοκιμασία t -test του Student για ανεξάρτητες ομάδες, ενώ όταν οι ομάδες ήταν περισσότερες από τρεις, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Εάν η μεταβλητή ήταν τακτική, για τη σύγκριση δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon signed-rank test που οδηγεί στον υπολογισμό του στατιστικού Z .

Τέλος, για την αξιολόγηση της ταυτόχρονης επίδρασης των διαφόρων δημογραφικών μεταβλητών στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου, κατασκευάστηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης με τη μέθοδο της διαδοχικής προσθήκης των μεταβλητών από τη σημαντικότερη μέχρι τη λιγότερο σημαντική (μέθοδος Stepwise). Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

B.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

B.3.1 Ψυχομετρικά στοιχεία του ερωτηματολογίου

Το συνολικό ερωτηματολόγιο (14 θέματα) είχε ψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach's $\alpha=0,832$). Η υποκλίμακα του άγχους είχε υψηλότερη αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha=0,778$) από την υποκλίμακα της κατάθλιψης (Cronbach's $\alpha=0,660$) αλλά και οι δύο ήταν αρκετά υψηλές. Οι δύο υποκλίμακες είχαν μεταξύ τους μέτρια υψηλή συσχέτιση (Pearson's $r=0,652$, $p=0,001$).

Στους πίνακες που ακολουθούν καταγράφεται ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson των ερωτήσεων που αξιολογούν το άγχος μεταξύ τους, καθώς και των ερωτήσεων που αξιολογούν την κατάθλιψη μεταξύ τους (Πίνακες 1, 2). Οι ερωτήσεις που συναποτελούσαν την υποκλίμακα του άγχους συσχετίστηκαν αρκετά ψηλά μεταξύ τους (r από 0,512 έως 0,188, με $p<0,001$ για όλους), μια ακόμα ένδειξη της εσωτερικής αξιοπιστίας της υποκλίμακας. Οι ερωτήσεις που συναποτελούσαν την υποκλίμακα της κατάθλιψης είχαν λιγότερα ψηλές συσχετίσεις (r από 0,461 έως και αρνητικά). Ιδιαίτερα η τελευταία ερώτηση, που αξιολογεί την αυτοκτονικότητα, είχε χαμηλές συσχετίσεις με αρκετές από τις υπόλοιπες ερωτήσεις της υποκλίμακας.

Πίνακας 1. Συντελεστής συσχέτισης r του Pearson των ερωτήσεων αξιολόγησης του άγχους μεταξύ τους

	$\alpha 1$	$\alpha 2$	$\alpha 3$	$\alpha 4$	$\alpha 5$	$\alpha 6$	$\alpha 7$
$\alpha 1$	1,000						
$\alpha 2$	0,512	1,000					
$\alpha 3$	0,437	0,414	1,000				
$\alpha 4$	0,259	0,406	0,281	1,000			
$\alpha 5$	0,302	0,434	0,412	0,188	1,000		
$\alpha 6$	0,232	0,415	0,284	0,301	0,276	1,000	
$\alpha 7$	0,392	0,450	0,356	0,269	0,331	0,261	1,000

Πίνακας 2. Συντελεστής συσχέτισης r του Pearson των ερωτήσεων αξιολόγησης της κατάθλιψης μεταξύ τους

	κ1	κ2	κ3	κ4	κ5	κ6	κ7
κ1	1,000						
κ2	0,258	1,000					
κ3	0,130	0,054	1,000				
κ4	0,283	0,138	0,384	1,000			
κ5	0,366	0,336	0,193	0,461	1,000		
κ6	0,273	0,171	0,279	0,306	0,434	1,000	
κ7	0,055	-0,041	0,400	0,207	0,074	0,280	1,000

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται οι συχνότητες των απαντήσεων του συνόλου των εργαζομένων στις ερωτήσεις της κλίμακας των Bedford & Foulds. Η ερώτηση με τις περισσότερες θετικές απαντήσεις ήταν η ερώτηση που αφορούσε στην παρουσία πόνου ή αισθήματος έντασης στον αυχένα ή στο κεφάλι, δηλαδή η ερώτηση σωματοποίησης των συμπτωμάτων, ενώ αυτή με τη μικρότερη συχνότητα ήταν αυτή που αφορούσε στη διερεύνηση αυτοκτονικού ιδεασμού (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συχνότητες και ποσοστά των απαντήσεων του συνόλου του δείγματος στις διάφορες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Ερώτηση	Όχι	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
1.Ανησυχία	252 (79,5)	35 (11,0)	27 (08,5)	03 (0,9)
2.Ύπνος	265 (83,6)	30 (09,5)	22 (06,9)	00 (0,0)
3.Ταχυκαρδία	263 (83,0)	32 (10,1)	18 (05,7)	04 (1,3)
4.Όχι ηρεμία	229 (72,2)	41 (12,9)	40 (12,6)	07 (2,2)
5.Θλίψη	256 (80,8)	47 (14,8)	12 (03,8)	02 (0,6)
6.Παραίτηση	307 (96,8)	08 (02,5)	02 (00,6)	00 (0,0)
7.Πανικός	277 (87,4)	13 (04,1)	20 (06,3)	07 (2,2)
8.Κακή διάθεση	265 (83,6)	35 (11,0)	14 (04,4)	03 (0,9)
9.Ένταση	158 (49,8)	80 (25,2)	65 (20,5)	14 (4,4)
10.Ζοφερό μέλλον	245 (77,3)	30 (09,5)	35 (11,0)	07 (2,2)
11.Αϋπνία	268 (84,5)	19 (06,0)	27 (08,5)	03 (0,9)
12.Ανηδονία	280 (88,3)	13 (04,1)	21 (06,6)	03 (0,9)
13.Αναποφασιστικότητα	272 (85,8)	19 (06,0)	22 (06,9)	04 (1,3)
14.Αυτοκτονικότητα	314 (99,1)	02 (00,6)	01 (00,3)	00 (0,0)

Οι συχνότητες περιγράφονται ως: αριθμός συμμετεχόντων (ποσοστό %)

Με πλάγια γραφή σημειώνονται οι ερωτήσεις που συναποτελούν την κλίμακα του άγχους.

B.3.2 Άγχος και κατάθλιψη των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνονται οι μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, η διάμεσος τιμή, το 25^ο και το 75^ο εκατοστημόριο, καθώς και τα όρια των βαθμολογιών τόσο σε κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά, όσο και στο σύνολό τους. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, οι συμμετέχοντες είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα του άγχους παρά σε αυτήν της κατάθλιψης ($Z=-6,996$, $p=0,001$), παρότι καταγράφηκαν από πολύ χαμηλές μέχρι πολύ υψηλές τιμές και στις δύο (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά για τις δυο υποκλίμακες και τη συνολική κλίμακα των Bedford & Foulds

	Άγχος	Κατάθλιψη	Σύνολο
Μέσος όρος	2,53	1,53	4,06
Διάμεσος τιμή	1	0	2
Τυπική απόκλιση	3,26	2,44	5,20
25 ^ο εκατοστημόριο	0	0	0
75 ^ο εκατοστημόριο	4	3	6
Ελάχιστο	0	0	0
Μέγιστο	18	12	25

Στο ακόλουθο διάγραμμα φαίνεται η ταξινόμηση των συμμετεχόντων ανάλογα με την κατηγορία της συμπτωματολογίας που δήλωσαν με βάση την ταξινόμηση των Bedford & Foulds (Διάγραμμα 1). Περίπου ένα τέταρτο των συμμετεχόντων δήλωσε κάποιου βαθμού κατάθλιψη και ένα τρίτο κάποιου βαθμού συμπτωματολογία άγχους. Μάλιστα υπερδιπλάσιοι συμμετέχοντες δήλωσαν σοβαρά συμπτώματα άγχους από όσους δήλωσαν σοβαρή συμπτωματολογία κατάθλιψης (12,3% έναντι 6,0%). Όπως γίνεται φανερό και από την ταξινόμηση των συμπτωμάτων, στατιστικά σημαντικά περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είχαν άγχος παρά κατάθλιψη ($Z=-3,972$, $p=0,001$).

Διάγραμμα 1. Επίπεδα κατάθλιψης και άγχους των συμμετεχόντων



Σε ό,τι αφορά στην επίδραση του φύλου, όπως φαίνεται και στα διαγράμματα που ακολουθούν, οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης ($1,70 \pm 2,578$ έναντι $1,38 \pm 2,316$) που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=1,163$, $p=0,246$) και οι γυναίκες περισσότερο άγχος ($2,88 \pm 2,563$ έναντι $2,11 \pm 2,816$), μια διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=-2,112$, $p=0,035$). Παρότι η συνολική βαθμολογία ήταν εις βάρος των γυναικών, αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($t(315)=-0,773$, $p=0,440$) (Διαγράμματα 2, 3).

Διάγραμμα 2. Επίπεδα κατάθλιψης με βάση το φύλο των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 3. Επίπεδα άγχους με βάση το φύλο των συμμετεχόντων



Η ηλικία, στο εύρος που καταγράφηκε στο δείγμα μας δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στη βαρύτητα των αναφερόμενων συμπτωμάτων. Η ελάχιστη συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ μεγαλύτερης ηλικίας και άγχους ($r=0,052$, $p=0,359$), κατάθλιψης ($r=0,072$, $p=0,202$) και συνόλου ($r=0,069$, $p=0,218$), απέχει πολύ από το να θεωρηθεί στατιστικά σημαντική.

Η οικογενειακή κατάσταση είχε επίσης πολύ σημαντική επίδραση στη συμπτωματολογία των επαγγελματιών υγείας. Όπως φαίνεται και στα ακόλουθα διαγράμματα, τόσο στη βαθμολογία της κατάθλιψης ($F(2,314)=9,528$, $p=0,001$), όσο και στου άγχους ($F(2,314)=13,262$, $p=0,001$) αλλά και τη συνολική ($F(2,314)=13,367$, $p=0,001$) οι διαζευγμένοι/χήροι είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες από τις δύο άλλες ομάδες (Διαγράμματα 4,5,6). Η διαφορά μεταξύ αγάμων και εγγάμων ήταν οριακά στατιστικά σημαντική.

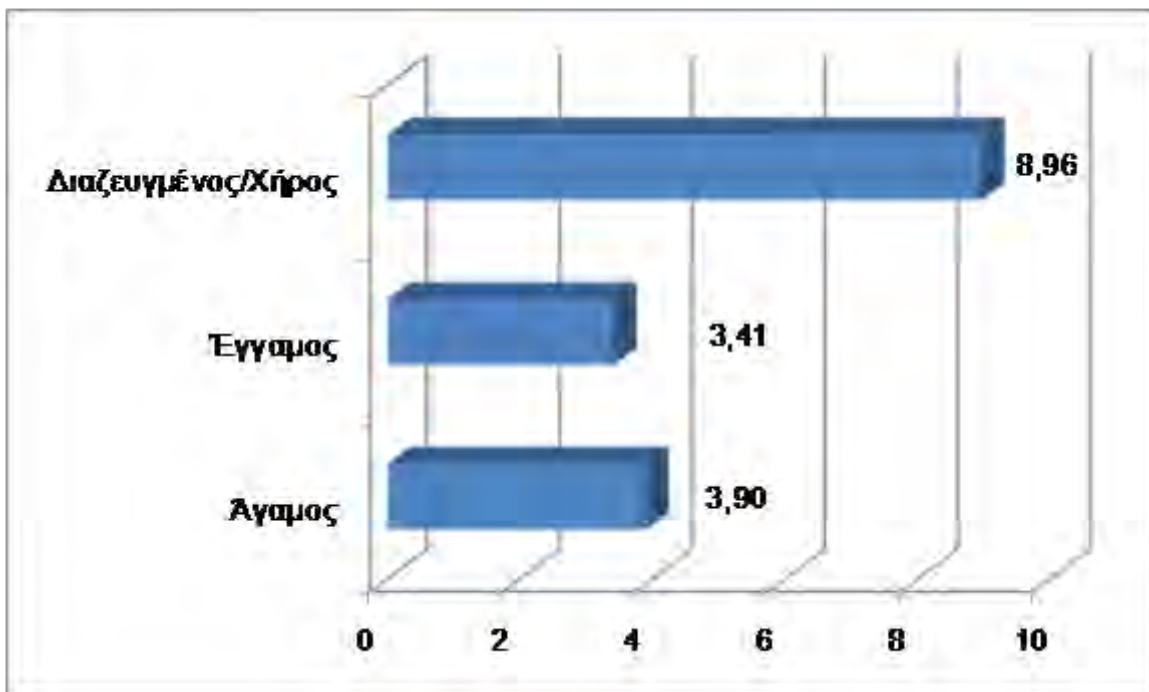
Διάγραμμα 4. Επίπεδα κατάθλιψης με βάση την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 5. Επίπεδα άγχους με βάση την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 6. Συνολική βαθμολογία με βάση την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων



Στατιστικά σημαντική ήταν και η επίδραση της επαγγελματικής ιδιότητας στα αναφερόμενα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Διαγράμματα 7,8,9). Πιο συγκεκριμένα, όπως δείχνουν και τα διαγράμματα που ακολουθούν, οι νοσηλευτές είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα κατάθλιψης ($F(2,314)=5,924, p=0,003$), στην υποκλίμακα άγχους ($F(2,314)=6,097, p=0,003$) και στο συνολικό ερωτηματολόγιο ($F(2,314)=7,213, p=0,001$). Παρότι η επαγγελματική κατηγορία των εργοθεραπευτών, λογοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών είχε υψηλότερες βαθμολογίες από αυτές των ιατρών (αλλά όχι και των νοσηλευτών) οι διαφορές αυτές δεν έφτασαν το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.

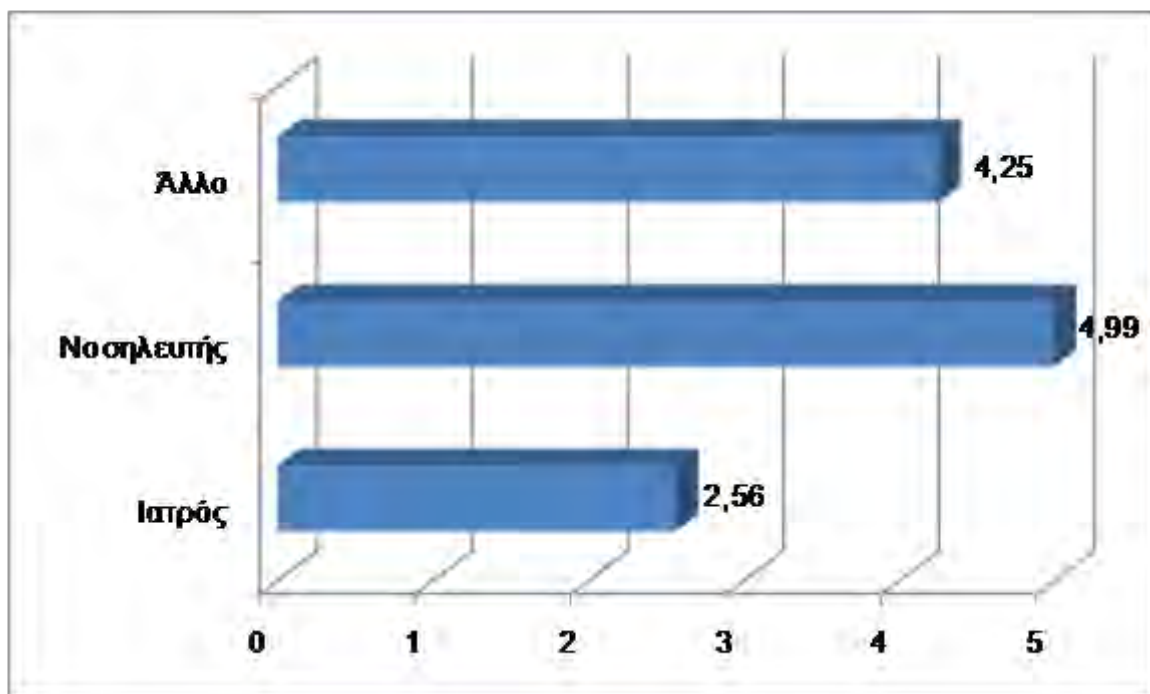
Διάγραμμα 7. Επίπεδα κατάθλιψης με βάση την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 8. Επίπεδα άγχους με βάση την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων

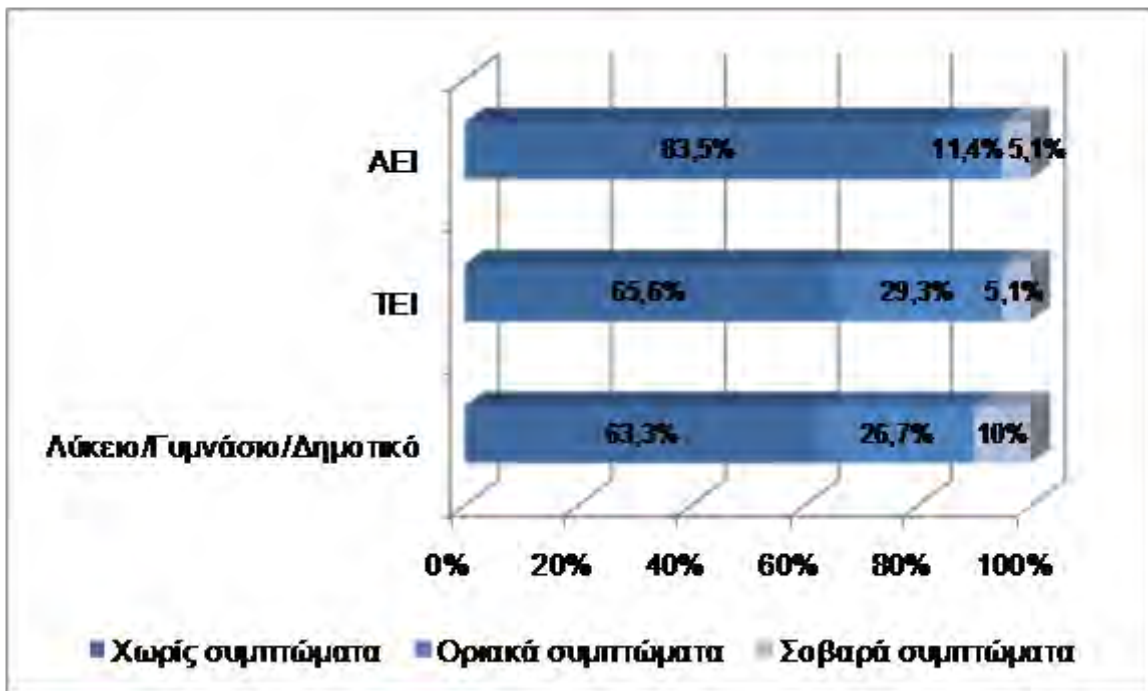


Διάγραμμα 9. Συνολική βαθμολογία με βάση την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων



Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε και αυτό με τις βαθμολογίες στις διάφορες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (Διαγράμματα 10,11,12). Πιο συγκεκριμένα υπήρχε μια αντίστροφη σχέση ανάμεσα στο επίπεδο εκπαίδευσης με την κατάθλιψη ($\rho=-0,155$, $p=0,006$), στο επίπεδο εκπαίδευσης με το άγχος ($\rho=-0,195$, $p=0,001$) καθώς και στο επίπεδο εκπαίδευσης με το σύνολο της βαθμολογίας ($\rho=-0,165$, $p=0,003$).

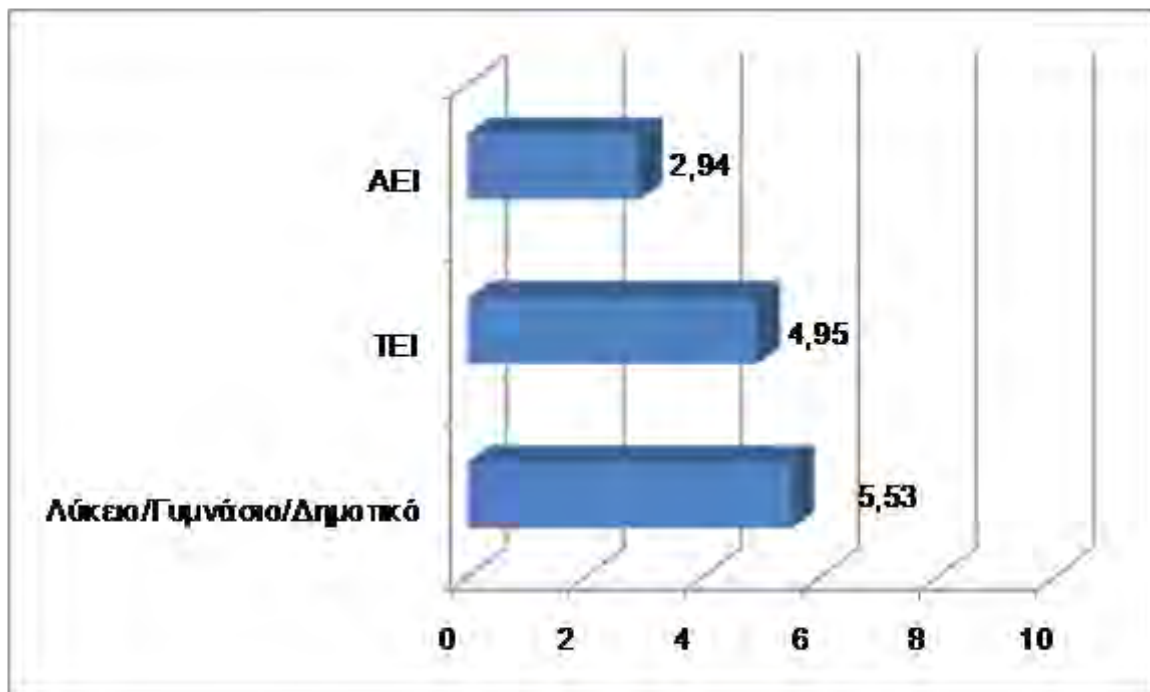
Διάγραμμα 10. Επίπεδα κατάθλιψης με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 11. Επίπεδα άγχους με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων



Διάγραμμα 12. Συνολική βαθμολογία με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων



Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καπνιστές είχαν υψηλότερα επίπεδα τόσο κατάθλιψης ($t(315)=2,417, p=0,016$) όσο και άγχους ($t(315)=2,219, p=0,027$) όσο και συνολικά ψυχοπαθολογίας ($t(315)=2,533, p=0,012$) (Διαγράμματα 13,14,15). Εντούτοις καμία από τις συγκεκριμένες βαθμολογίες δε συσχετίστηκε με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονταν από τους καπνιστές ($r=0,022, p=0,777$ για την κατάθλιψη, $r=0,133, p=0,084$ για το άγχος και $r=0,097, p=0,206$ για το σύνολο).

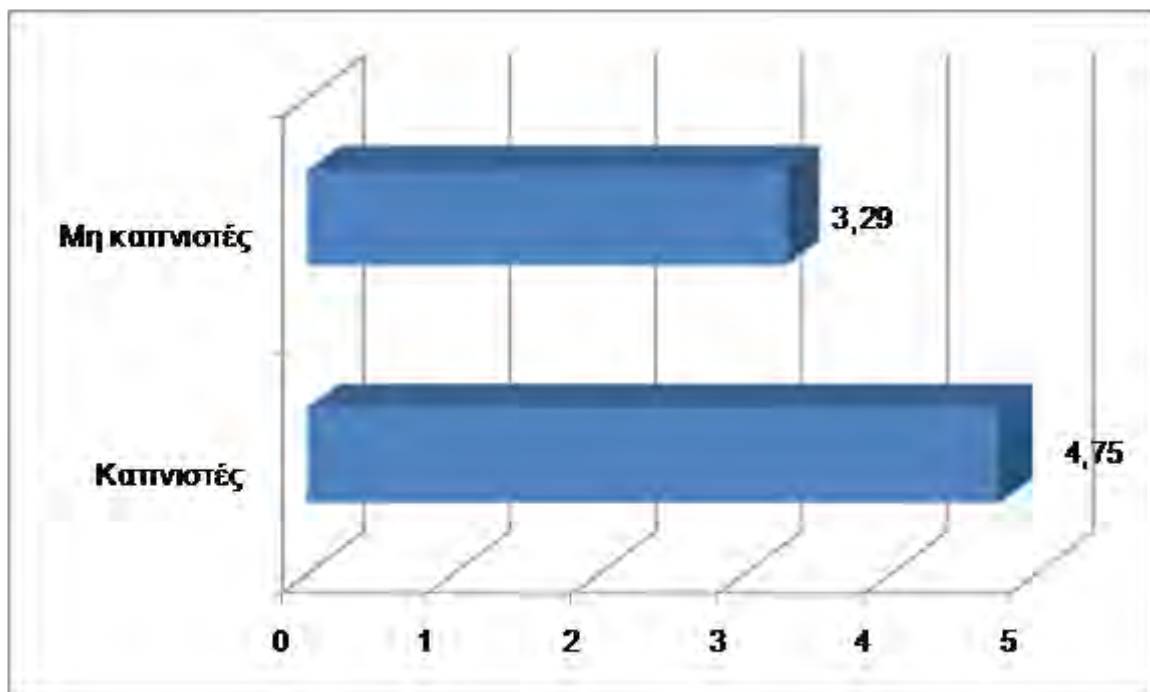
Διάγραμμα 13. Επίπεδα κατάθλιψης σε καπνιστές και μη καπνιστές



Διάγραμμα 14. Επίπεδα άγχους σε καπνιστές και μη καπνιστές



Διάγραμμα 15. Συνολική βαθμολογία σε καπνιστές και μη καπνιστές



Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο τόσο η επίσκεψη σε ιατρό (Διαγράμματα 16,17,18) ειδικά για τα προβλήματα άγχους όσο και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Διαγράμματα 19,20,21) συσχετίστηκαν πολύ ισχυρά με υψηλές βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και συνολικά στο ερωτηματολόγιο (τιμές t μεγαλύτερες από 4,3 και $p < 0,002$ για την επίσκεψη σε ιατρό και τιμές t μεγαλύτερες από 2,6 και $p < 0,009$ για τη λήψη φαρμάκων). Σε κάθε περίπτωση οι βαθμολογίες που καταγράφηκαν ήταν 2-3 φορές μεγαλύτερες από αυτές των συμμετεχόντων που δεν έχουν καταφύγει σε ιατρική ή φαρμακευτική βοήθεια.

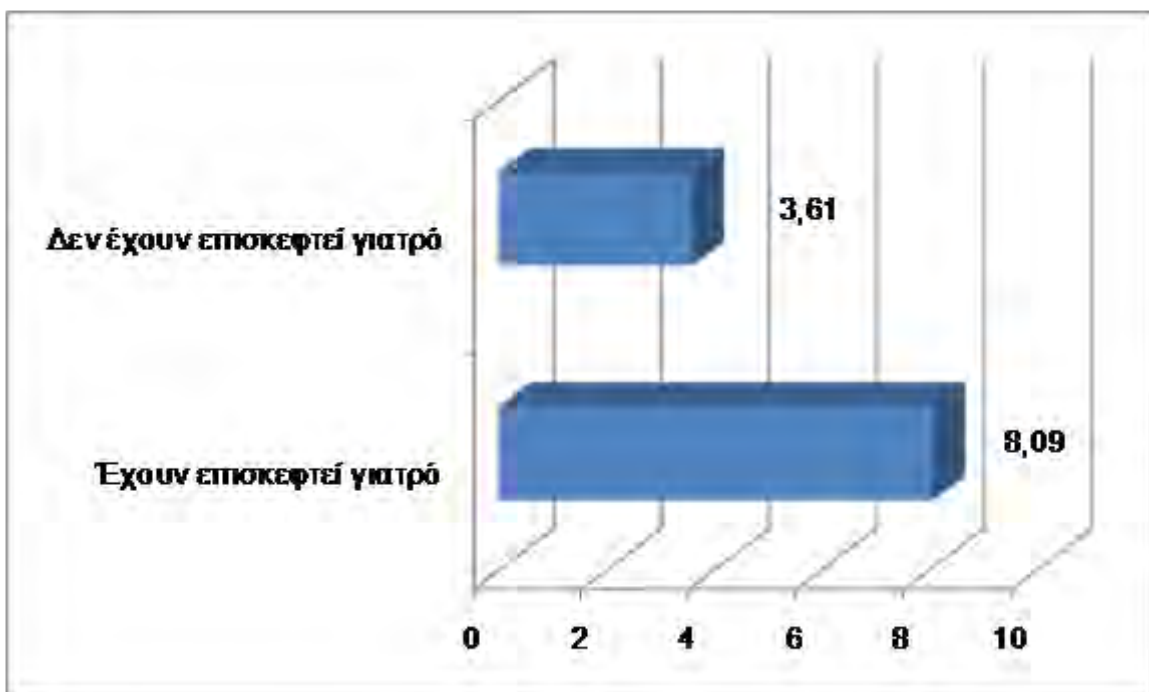
Διάγραμμα 16. Επίπεδα κατάθλιψης σε συμμετέχοντες που έχουν ή δεν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το στρες



Διάγραμμα 17. Επίπεδα άγχους σε συμμετέχοντες που έχουν δεν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το στρες



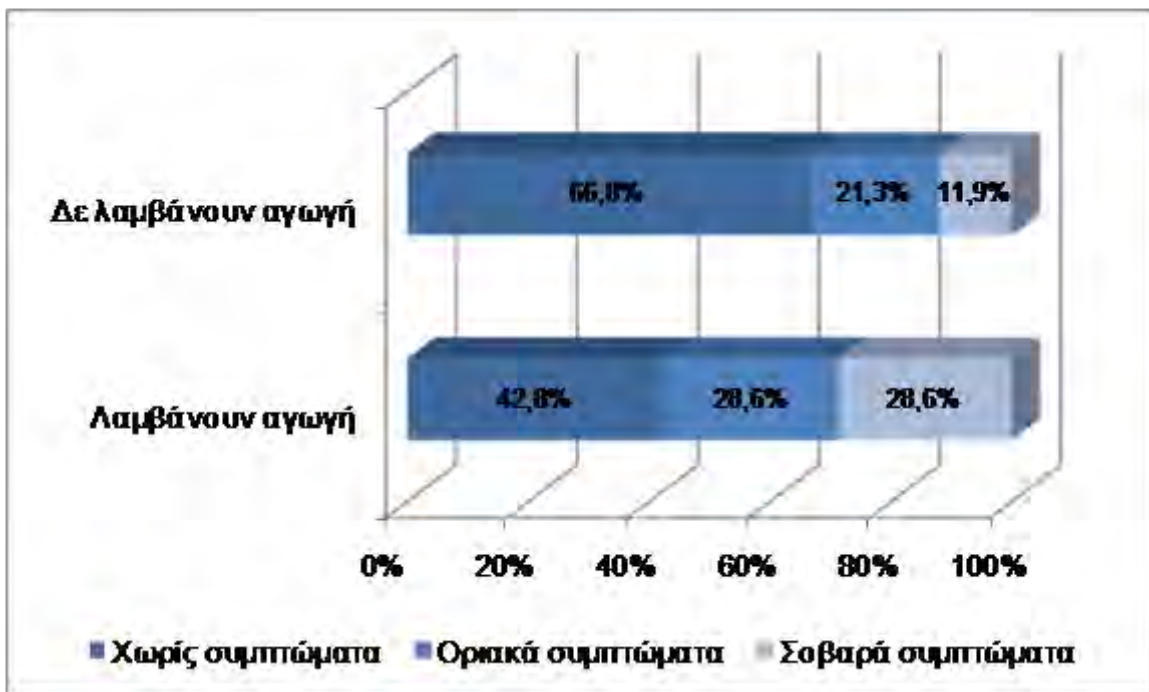
Διάγραμμα 18. Συνολική βαθμολογία σε συμμετέχοντες που έχουν δεν έχουν απευθυνθεί σε ειδικό γιατρό για το στρες



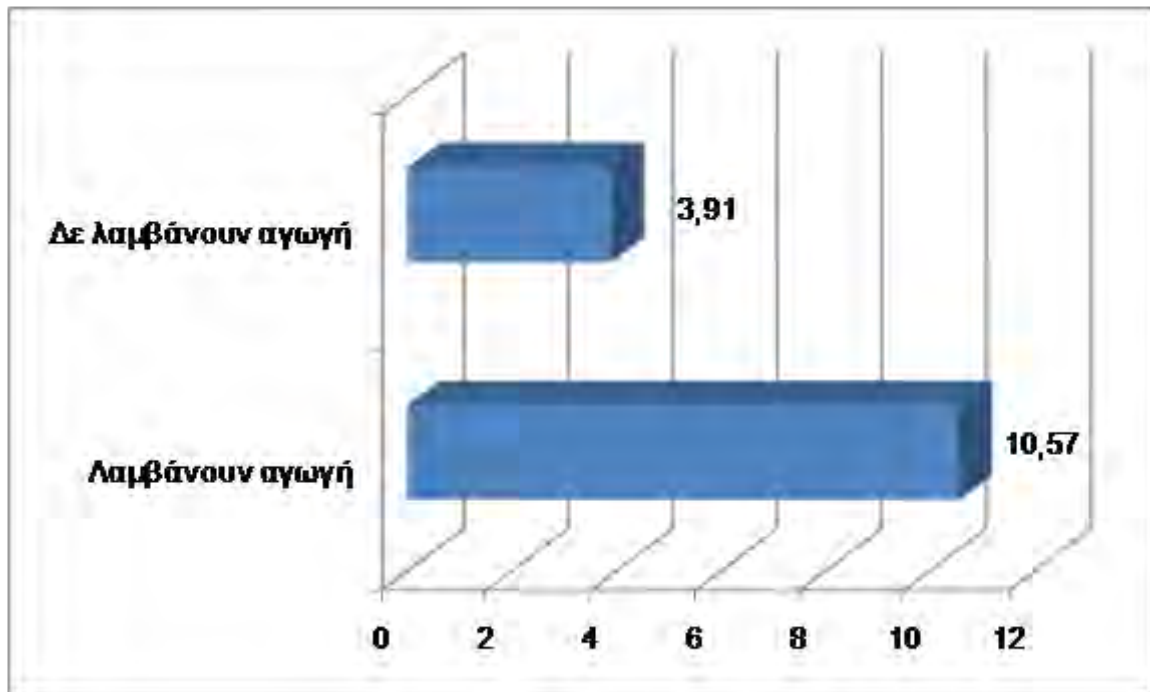
Διάγραμμα 19. Επίπεδα κατάθλιψης σε συμμετέχοντες που λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος



Διάγραμμα 20. Επίπεδα άγχους σε συμμετέχοντες που λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος



Διάγραμμα 21. Συνολική βαθμολογία σε συμμετέχοντες που λαμβάνουν ή δε λαμβάνουν μακροχρόνια αγωγή για το άγχος



Τέλος, οι μεταβλητές φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επαγγελματική ιδιότητα, επίπεδο εκπαίδευσης και ιδιότητα του καπνιστή, οι οποίες βρέθηκαν να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά όταν είναι μόνες τους με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, συμπεριελήφθησαν σε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης.

Όπως φαίνεται στους πίνακες που ακολουθούν, η υποκλίμακα της κατάθλιψης ερμηνεύτηκε στατιστικά σημαντικά ($F(3,313)=10,028$, $p=0,001$) σε ένα ποσοστό 8,8% από την ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου, την ιδιότητα του ιατρού και την ιδιότητα του άγαμου. Πιο συγκεκριμένα, η ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου και του άγαμου συσχετίστηκαν με υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης, ενώ η ιδιότητα του ιατρού με μικρότερες (Πίνακας 5).

Αντίστοιχα, η υποκλίμακα του άγχους ερμηνεύτηκε στατιστικά σημαντικά ($F(2,314)=18,587$, $p=0,001$) σε ένα ποσοστό 10,6% από την ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου και την ιδιότητα του απόφοιτου ΑΕΙ, όπου η ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου συσχετίστηκε με μεγαλύτερο άγχος, ενώ η αποφοίτηση από ΑΕΙ

με μικρότερο (Πίνακας 6). Τέλος, η συνολική βαθμολογία ερμηνεύτηκε στατιστικά σημαντικά ($F(2,314)=18,034$, $p=0,001$) σε ένα ποσοστό 10,3% από τους ίδιους δυο παράγοντες, δηλαδή την ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου και την ιδιότητα του απόφοιτου ΑΕΙ. Η ιδιότητα του χήρου/διαζευγμένου και πάλι οδηγούσε σε μεγαλύτερες βαθμολογίες, ενώ η αποφοίτηση από ΑΕΙ σε μικρότερες (Πίνακας 7).

Πίνακας 5. Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ερμηνεία της βαθμολογίας στην υποκλίμακα κατάθλιψης

Εξαρτημένη μεταβλητή	R^2	Ανεξάρτητη μεταβλητή	std. beta	t	p
Κατάθλιψη	0,088	Διαζευγμένος/χήρος	0,223	3,959	0,001
		Ιατρός	-0,184	-3,233	0,001
		Άγαμος	0,158	2,723	0,007

Πίνακας 6. Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ερμηνεία της βαθμολογίας στην υποκλίμακα άγχους

Εξαρτημένη μεταβλητή	R^2	Ανεξάρτητη μεταβλητή	std. beta	t	p
Άγχος	0,106	Διαζευγμένος/χήρος	0,245	4,504	0,001
		Απόφοιτος ΑΕΙ	-0,171	-3,136	0,002

Πίνακας 7. Μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης για την ερμηνεία της συνολικής βαθμολογίας

Εξαρτημένη μεταβλητή	R^2	Ανεξάρτητη μεταβλητή	std. beta	t	p
Σύνολο	0,103	Διαζευγμένος/χήρος	0,243	4,465	0,001
		Απόφοιτος ΑΕΙ	-0,166	-3,052	0,002

B.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα αυτή κατέγραψε τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε ένα ικανό αριθμό επαγγελματιών ψυχικής υγείας και διερεύνησε δημογραφικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που μπορεί να συσχετίζονται με αυτά. Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds χορηγήθηκε και συμπληρώθηκε από 317 επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτες, ιατρούς και άλλα επαγγέλματα) ποικίλου φύλου, ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης. Επίσης καταγράφηκε το επίπεδο μόρφωσης καθώς και οι καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων.

Το ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds επέδειξε ικανοποιητικά ψυχομετρικά στοιχεία στην έρευνά μας. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας α του Cronbach ήταν υψηλοί τόσο για τη συνολική κλίμακα όσο και για καθεμιά από τις υποκλίμακες ξεχωριστά. Το γεγονός ότι οι συντελεστές α ήταν μικρότεροι στις υποκλίμακες σε σχέση με τη συνολική κλίμακα οφείλεται στο ότι η αξιοπιστία μιας κλίμακας μειώνεται όσο μικρότερος είναι ο αριθμός των θεμάτων.⁸⁴ Η μέτρια υψηλή συσχέτιση των δύο υποκλιμάκων μεταξύ τους, είναι και αυτή δείγμα αξιοπιστίας, αφού κάθε υποκλίμακα μετρά μια ψυχοπαθολογική κατάσταση (άγχος και κατάθλιψη) που σχετίζονται στενά αλλά δεν ταυτίζονται αλλά είναι εννοιολογικά διαφορετικές. Η κακή συσχέτιση της ερώτησης που αξιολογεί την αυτοκτονικότητα με τις υπόλοιπες, πιθανότατα οφείλεται στην επιφύλαξη των συμμετεχόντων να παραδεχτούν πιθανές παρόμοιες ιδέες με αποτέλεσμα να απαντούν με διαφορετικό τρόπο (με άνεση και ειλικρίνεια) στις υπόλοιπες ερωτήσεις και με διαφορετικό τρόπο (με επιφύλαξη, συντηρητικά) την συγκεκριμένη ερώτηση.

Η σωματοποίηση, δηλαδή η προβολή ενός ψυχολογικού προβλήματος στο σώμα, ήταν το σύμπτωμα που αναφέρθηκε πιο συχνά στο δείγμα της έρευνά μας. Δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες ήταν όλοι επαγγελματίες υγείας και μάλιστα της ψυχικής υγείας, φαίνεται αναμενόμενο να εκφράζουν το άγχος και την κατάθλιψή τους με τρόπους (σωματικούς) που τους διαχωρίζουν από τους ασθενείς τους. Εξάλλου η αναγνώριση ψυχικών συμπτωμάτων και ιδιαίτερα της κατάθλιψης είναι συχνά

δύσκολη, γιατί οι ασθενείς αρνούνται ότι πάσχουν από τη νόσο και παραπονιούνται για σωματικά ενοχλήματα.^{59,71,72,85,86}

Τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δήλωσαν οριακά ή σοβαρότερα συμπτώματα στο υπό μελέτη ερωτηματολόγιο ήταν 19,9% και 6,0% για την κατάθλιψη και 21,5% και 12,3% για το άγχος. Συνολικά ήταν αρκετά μεγαλύτερα από τα αναμενόμενα 11% και 7% με βάση τα στοιχεία των Bedford & Foulds.⁸² Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί είτε ως ένδειξη ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα άγχους από το γενικό πληθυσμό είτε ως οφειλόμενο στις διαπολιτισμικές διαφορές που υπάρχουν μεταξύ της αμερικάνικης γλώσσας και κουλτούρας και της ελληνικής. Το γεγονός ότι παρόμοια υψηλά ποσοστά έχουν βρεθεί και σε άλλες ελληνικές έρευνες που χρησιμοποίησαν το ίδιο ερωτηματολόγιο, μάλλον συνηγορεί υπέρ της δεύτερης ερμηνείας.^{83,86-89} Ωστόσο δεν πρέπει να απορρίπτει κανείς και την πιθανότητα της πρώτης.

Η υπεροχή των γυναικών στην υποκλίμακα του άγχους αλλά και της συνολικής ψυχοπαθολογίας είναι κι αυτή ένα αναμενόμενο αποτέλεσμα, αφού σε όλες σχεδόν τις σχετικές μελέτες οι γυναίκες έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη κατάθλιψη και άγχος από τους άντρες.^{83,86-89} Το μόνο που κάνει εντύπωση είναι ότι στο δείγμα μας η κατάθλιψη δεν παρατηρήθηκε τόσο στις γυναίκες όσο στους άντρες, αν και το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν στατιστικά σημαντικό, οπότε μπορεί να οφείλεται σε τυχαίους παράγοντες που έχουν να κάνουν με τη συλλογή του δείγματος.

Ομοίως, στο δείγμα μας δε βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ψυχοπαθολογίας. Εντούτοις, έρευνες με το ερωτηματολόγιο αυτό σε ηλικίες πολύ μικρότερες, όπως π.χ. σε παιδιά σχολικής ηλικίας⁸⁷ αλλά και πολύ μεγαλύτερες, όπως π.χ. σε ηλικιωμένους σε ΚΑΠΗ,⁸³ έχουν βρει ακόμα μεγαλύτερες τιμές από του δείγματός μας. Επομένως ο παράγοντας ηλικία δεν επηρεάζει με την ίδια πάντοτε φορά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και δεν είναι παράλογο το ότι δε βρέθηκε ενός συγκεκριμένου τύπου συσχέτιση.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα δήλωσε τις μεγαλύτερες βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds. Το εύρημα αυτό, δηλαδή ο μεγαλύτερος

επιπολασμός άγχους και κατάθλιψης σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα έχει βρεθεί επανειλημμένα και σε άλλες σχετικές έρευνες.^{49-52,90} Είναι φανερό ότι η συνεχής στενή επαφή με τους ασθενείς και φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης κάνει την ομάδα των νοσηλευτών πιο ευάλωτη σε διαταραχές του συναισθήματος. Αντίθετα, η επαγγελματική ομάδα των ιατρών που έχει, συνήθως, μεγαλύτερη απόσταση από την καθημερινή φροντίδα των ασθενών, όχι μόνο σε σύγκριση με τους νοσηλευτές αλλά και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, ήταν αναμενόμενο να έχει και τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Το εύρημα αυτό αντικατοπτρίστηκε και από τη μελέτη του μορφωτικού επιπέδου, όπου οι απόφοιτοι ΑΕΙ (που ήταν συχνότερα ιατροί στο δείγμα μας) είχαν μικρότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από τους απόφοιτους ΤΕΙ και απόφοιτους Λυκείου ή Γυμνασίου.

Η οικογενειακή κατάσταση που συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ήταν αυτή των χήρων ή διαζευγμένων και ακολουθήθηκε από αυτή των αγάμων. Τόσο η μια όσο και η άλλη κατάσταση χαρακτηρίζονται από απουσία συντρόφου και άρα στενών οικογενειακών σχέσεων. Δεδομένης της γνωστής ευεργετικής επίδρασης της υποστήριξης, ασφάλειας και παρηγοριάς που προσφέρει το οικογενειακό περιβάλλον, είναι ένα συχνό εύρημα στις σχετικές έρευνες, η συσχέτιση της έγγαμης κατάστασης με μικρότερη συχνότητα αλλά και μικρότερη επιβάρυνση από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι το κάπνισμα, η επίσκεψη σε ειδικούς ιατρούς και η σχετική φαρμακευτική αγωγή είχαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση τόσο με το άγχος όσο και με την κατάθλιψη. Οι συμπεριφορές όμως αυτές δεν είναι λογικό να θεωρηθούν αιτίες αλλά μάλλον αποτελέσματα της συναισθηματικής δυσκολίας των συμμετεχόντων. Τόσο τα ίδια τα φάρμακα όσο και το τσιγάρο, με την φαρμακολογική αλλά και συμπεριφορική αγχολυτική του δράση, αποτελούν πράξεις αναζήτησης βοήθειας και αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα στοιχεία άγχους και κατάθλιψης μπορεί να έχουν πιθανές επιπτώσεις στην εργασία και στην υγεία των εργαζομένων. Για το λόγο αυτόν προτείνονται παρακάτω αναλυτικά προτάσεις και

τρόποι οργανωτικής και εργασιακής παρέμβασης για την αποτροπή ή πρόληψη της ψυχολογικής (γνωστικής, συναισθηματικής, συμπεριφορικής) και εργασιακής επιβάρυνσης κατά την ενασχόληση του επαγγέλματα υγείας.

B.4.1 Εισηγήσεις – Προτάσεις

B.4.1.1 Οργανωτική παρέμβαση.

Κατά γενικό κανόνα για να ελεγχθεί το άγχος στους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να δοθεί έμφαση και προτεραιότητα στις οργανωτικές αλλαγές που θα βελτιώσουν τις συνθήκες εργασίας. Αλλά ακόμη και οι πιο ευσυνείδητες προσπάθειες για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας είναι απίθανο να εξαλείψουν εντελώς το άγχος σε όλους τους εργαζομένους. Έτσι ο συνδυασμός οργανωτικών αλλαγών και διαχείρισης του άγχους είναι συχνά η πιο επιτυχημένη προσέγγιση για τη μείωσή του στην εργασία.⁹¹ Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος μείωσης του επαγγελματικού άγχους είναι η εξάλειψη των στρεσογόνων παραγόντων με επανασχεδιασμό των θέσεων εργασίας ή την πραγματοποίηση οργανωτικών αλλαγών. Οι οργανισμοί θα πρέπει να λάβουν τα ακόλουθα μέτρα:

- Να εξασφαλιστεί ότι ο φόρτος εργασίας είναι σύμφωνος με τις δυνατότητες και τους πόρους των εργαζομένων
- Να καθοριστούν με σαφήνεια οι ρόλοι και οι ευθύνες των εργαζομένων
- Να δοθεί στους εργαζομένους η δυνατότητα να συμμετάσχουν σε αποφάσεις και ενέργειες που επηρεάζουν την εργασία τους.
- Να βελτιωθεί η επικοινωνία.
- Να μειωθεί η αβεβαιότητα σχετικά με την επαγγελματική εξέλιξη και μελλοντικές προοπτικές απασχόλησης
- Να παρέχονται ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων.⁹²

Οι πιο συχνές οργανωτικές παρεμβάσεις στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης περιλαμβάνουν, διεργασίες ομάδας, τις διεπιστημονικές ομάδες υγειονομικής

περίθαλψης, και τις πολυδύναμες παρεμβάσεις.⁹¹ Οι οργανωτικές παρεμβάσεις, για να είναι επιτυχείς, χρειάζεται να διαθέτουν τους ακόλουθους άξονες :

- Συμμετοχή των εργαζομένων σε όλα τα στάδια της παρέμβασης
- Παροχή στους εργαζόμενους της δύναμης να αναπτύσσουν, να εφαρμόζουν και να αξιολογούν την παρέμβαση
- Σημαντική δέσμευση από την ανώτερη διοίκηση και συμφωνία για την παρέμβαση από τα μεσαία στελέχη
- Μια οργανωτική κουλτούρα που να υποστηρίζει τις παρεμβάσεις
- Περιοδικές αξιολογήσεις της παρέμβασης από τους εργαζόμενους.⁹³

B.4.1.2 Διαδικασία ομάδας ή συμμετοχικές μέθοδοι.

Οι διαδικασίες της ομάδας δίνουν την ευκαιρία στους εργαζόμενους να συμμετέχουν στις αποφάσεις και δράσεις που επηρεάζουν τις θέσεις εργασίας τους. Οι εργαζόμενοι λαμβάνουν σαφείς πληροφορίες σχετικά με τα καθήκοντά τους και τον ρόλο του τμήματος. Προσεγγίσεις που στηρίζονται σε ομαδική εργασία και είχαν ως στόχο τον επανασχεδιασμό των μεθόδων παροχής περίθαλψης στους ασθενείς (π.χ. νοσηλεία από ομάδα), έχουν επιτύχει τη βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία και τη μείωση του εργασιακού άγχους αλλά και του αριθμού των απουσιών από την εργασία.

B.4.1.3 Πολυθεματικές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης.

Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από ιατρούς, νοσηλευτές, διευθυντές, φαρμακοποιούς, ψυχολόγους κλπ και γίνονται όλο και πιο κοινές στα περιβάλλοντα επείγουσας, μακροχρόνιας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Οι ομάδες αυτές μπορούν να πραγματοποιήσουν τα εξής:

- Να καταφέρουν ώστε οι υπηρεσίες να παρέχονται αποτελεσματικά χωρίς να θυσιάζεται η ποιότητα.

- Να εξοικονομήσουν χρόνο (μια ομάδα μπορεί να πραγματοποιήσει ταυτόχρονα δραστηριότητες που ένας μοναδικός επαγγελματίας θα χρειαζόταν να τις εκτελέσει σειριακά).
- Να προωθήσουν την καινοτομία με την ανταλλαγή ιδεών.⁹⁴

Τέλος, οι πολυδύναμες παρεμβάσεις έχουν μεγάλο εύρος και μπορεί να περιλαμβάνουν: (α) την εκτίμηση κινδύνου (β) διάφορες τεχνικές παρέμβασης, και (γ) εκπαίδευση.

Γ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brown G.W., Harris T. (1989). Depression. In *Life Events and Illness*, ed. Gw Brown, To Harris, New York: Guilford, 49–93.
2. Mazure C. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 5, 291–313.
3. Kessler R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual. Rev. Psychology*, 48, 191–214 .
4. Αργυροπούλου, Κ. (1999). Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 106, 101-110.
5. Ποταμιάνος Γ. (1995). *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 256.
6. Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ. (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Ελληνικά Γράμματα, τρίτη έκδοση: Αθήνα, 63-67.
7. Murphy LR. (2003). *Stress management at work: Secondary prevention of stress*. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, eds. *The handbook of work and health psychology*. New York: Wiley, 533–548.
8. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington. DC: American Psychiatric Association, 325-338.
9. Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Ψυχιατρικής*, University Studio Press: Θεσσαλονίκη, 295-302.
10. Hyttel J. (1994). Pharmacological characterization of SSRIs. *Int Clin Psychopharmacol*, 9(51), 19-26.
11. Beekman A.T., Copeland J.R., Prince M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, 174, 307–311.
12. Preising M., Merikangas K.R., Angst J. (2001). Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatry Scand*, 104, 96–103.

13. Karasu B., Gelenarg A., Marriam A., Wang P. (2000). *Practical guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. Washington. DC: American Psychiatric Association.
14. Ranga K., Krishnan R (2002) Biological risk factors in late life depression. *Biological psychiatry* 52, 3, P. 185-192.
15. Bemporad, J.R. (1999). Psychological Factors in Depression. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 27:603-610).
16. Pikhart H., Bobak M., Pajak A., Malyutina S., Kubinova R., Topor R., Sebakova H., Nikitin Y. and Marmot M. (2004) Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe *Social Science & Medicine* Volume 58, Issue 8, Pages 1475-1482.)
17. Wagner H.R., Burns B.J., Broadhead W.E., Yarnall K.S.H., Sigmon A., Gaynes B.N. (2000). Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychol Med*, 30, 1377–1390.
18. Cuijpers P, Schoevers RA. (2004). Increased mortality in depressive disorders: a review. *Curr Psychiatry Rep*, 6, 430–437.
19. Solomon A., Haaga D.A.F., Arnow B.A. (2001). Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *J Nerv Ment Dis*, 189, 498–506.
20. Baumann P., Bertschy G. (1993). Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Interactions of SSRIs with other psychotropic drugs. *Nord. J. Psychiatry*, 47 (suppl 30), 13-19.
21. Fergusson D.M., Horwood L.J., Ridder E.M., Beautrais A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 66–72.
22. Angst J., Sellaro R., Merikangas K.R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Compr Psychiatry*, 41, 39–47.
23. Kaplan H.J., Sandock B.J. (2001). *Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, Clinical psychiatry (5th Ed.)* Baltimore: Williams & Wilkins.

24. Kalimo R. (2000). *Psychosocial factors at work*. World Health Organization: Geneva, 2.
25. Gallaghere D. (2003). Is stress ripping nursing a part? *NSNA*, 59-63.
26. Korn T. (1998). *The management of patient care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company 9th edition.
27. Dugas B. (2002). *Introduction to patient care: a comprehensive approach to nursing, 8th edition*. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 71-90.
28. Faulkner N., Mackay, E.C. (2000). Stress in the work place public health and hospitals nurses. *The Canadian Nurse*, 40.
29. Ostooie T., Nasrin A., Dokht E. (2003). *Considering of selection motivation of nursing profession and appointment of measure of job satisfaction of occupying nurses in a Tehran instructional hospital*. PhD Thesis, Nursing College, Aran Medical Sciences University, Tehran.
30. Dugas B. (2002). *Introduction to patient care: a comprehensive approach to nursing, 8th edition*. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 241.
31. Ασημομύτη Α. (2007). *Απουσία από την εργασία και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού στο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής*. Διπλωματική εργασία, Πάτρα, 17-18.
32. Καντάς Α. (1995). *Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία*. Ελληνικά Γράμματα. Τόμος 3, 86-89.
33. Leka S., Griffiths A.J., Cox T. (2004). *Organisation du Travail et Stress*. Geneva: World Health Organization.
34. NIOSH. (1999). *Stress at work*. Cincinnati OH: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH), 99-101.
35. Stringer B. (1999). Stress factors in the hospital: A nursing perspective. In Charney W, ed. *Handbook of modern hospital safety*. New York: CRC Press LLC, 977-984.
36. Vahey D.C., Aiken L.H., Sloane D.M., Clarke S.P., Vargas D. (2004). Nurse, burnout and patient satisfaction. *Med Care*, 42(2), 57-66.

37. Sohn J.W., Kim B.G., Kim S.H., Han C. (2006). Mental health of healthcare workers who experience needlestick and sharps injuries. *J Occup Health*, 48 (6), 474–479.
38. Tattersall A.J., Bennett P., Pugh S. (1999). Stress and coping in hospital doctors. *Stress Med* 15, 109–113.
39. Ρούπα Ζ., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Κοτρώτσιου Ε. (2008). Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική*, 47(2), 247–255.
40. Seuntjens A. (1982). Burnout in nursing. What it is and how to prevent it. *Nurs Adm Q*, 1, 12–19.
41. Maslach C., Jackson S.E. (1984). Patterns of burnout among a national sample of public contract worker. *J Health Hum Admin*, 7, 189–212.
42. Shaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis: London, 19-32.
43. Edelwich J., Brodsky A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Human Sciences Press: New York.
44. Maslach C. (1982). *Burnout. The cost of caring*. Prentice-Hall Inc: New Jersey.
45. Maslach C., Jackson S.E. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. 2nd ed. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.
46. Cooper C., Payne R. (1988). *Causes, coping and consequences of stress at work*. St Edmundsbury Press: Great Britain.
47. Maslach C., Jackson E.S., Leiter P.M. (1996). *Maslach burnout inventory manual*. 3rd ed. Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.
48. Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 113-118.
49. Jayaratne S., Ches W.A. (1984). Job satisfaction, burnout and turnover: A national study. *Soc Work*, 24, 448–453.
50. Heim E. (1991). Job stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom*, 55, 90–99.

51. Soderfeldt M., Soderfeldt B., Warg L. (1995). Burnout in social work. *J Natl Assoc Soc Work*, 40, 638–647.
52. Bourbonnais R., Comeau M., Vezina M., Guylaine D. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *Am J Ind Med*, 34, 20–28.
53. Madi S.R., Kobasa S.C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Dow-Jones-Irvin: Homewood IL.
54. Antoniou A.S. (1999). Personal traits and professional burnout in health professional. *Arch Hellen Med*, 16, 20–28.
55. Θεοδωράτου Μ., Μπέκος Β., Σκυλογιάννης Γ. (2003). Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό. *Νοσηλευτική*, 42, 479–496.
56. Numer R.E., Abrams M.N. (1984). Sources of stress among nurses: An empirical investigation. *J Hum Stress*, 10, 88–100.
57. Munley A. (1985). Sources of hospice staff stress and how to cope with it. *Nurs Clin North Am*, 20, 230–239.
58. Constable J.F., Rusel D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Hum Stress*, 12, 20–26.
59. Foxall M.J., Zimmerman R., Standley R., Captain B.B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs*, 15, 577–584.
60. Fornes V., Galego C., Barcelo O., Crespi C., Gutierrez C. (1994). Causal and emotional factors related to work stress in ICU nursing staff. The importance of accurate measurement. *Intensive Crit Care Nurs*, 10, 41–50.
61. Keijsers G.J., Schaufeli W.B., Le Blanc P.M., Zwerts C., Reis-Miranda D. (1995). Performance and burnout in intensive care units. *Work Stress*, 9, 513–527.
62. O’Hara P., Harper D.W., Chartrand L.D., Johnston S.F. (1996). Patient death in a long-term care hospital: A study of the effect on nursing staff. *J Gerontol Nurs*, 22, 27–35.
63. Papadatou D., Papazoglou I., Petraki D., Bellali T. (1999). Mutual support among nurses who provide care to dying children illness. *Crisis and Loss*, 7, 37–48.

64. Demerouti E., Baker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J Adv Nurs*, 32, 454–464.
65. Tumers G., Van Merod G., Landeweerd J. (2002) The diversity of work: Differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing. *Int J Nurs Stud*, 39, 841–855.
66. Vachon M. (1987). *Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved*. Hemisphere: New York.
67. Bram P.J., Katz L.F. (1989). Study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncol Nurs Forum*, 16, 555–560.
68. Oehler J.M., Davidson M.G. (1992). Job stress and burnout in acute and non-acute pediatric nurses. *Am J Crit Care*, 1, 81–90.
69. Wilson A. (1996). Exhaustion syndrome in palliative care. *Support Care Cancer*, 4, 408–415.
70. Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *Br J Med Psychol*, 67, 187–199.
71. Pines A.M., Kaner A.D. (1982). Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. *J Psychiatr Nurs*, 20, 30–35.
72. Matrunola P. (1996). Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *J Adv Nurs*, 23, 877–834.
73. Gray-Toft P., Anderson J.G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Soc Sci Med*, 159, 639–647.
74. Kahil S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Can Psycho*, 29, 284–297.
75. Καντάς Α. (1995). *Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία. Μέρος 3ο: Διεργασίες ομάδας, σύγκρουση, ανάπτυξη και αλλαγή, κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος*. 5η έκδοση. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα, 57-62.

76. Fagin L., Brown D., Bartlet H., Leary J., Carson J. (1996). The Glaybury community psychiatric nurse stress study: Is it more stressful to work in hospital or the community? *J Adv Nurs*, 22, 347–358.
77. Coffey M. (1999). Stress and burnout in forensic community mental health nurses: An investigation of its causes and effects. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 6, 433–443.
78. Olofson B., Bengtsson C., Brink E. (2003). Absence of response: A study of nurses; experience of stress in the workplace. *J Nurs Manag*, 11, 351–358.
79. Leiter M.P., Maslach C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout: An organizational commitment. *J Org Behav*, 9, 297–308.
80. Cordes C.L., Dougherty T.W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Acad Manage Rev*, 18, 621–656.
81. Falowfield L. (1990). *Quality of life: The missing measurement in health care*. Human Horizon Series-Souvenir Press: London, 38-42.
82. Bedford A., Foulds G.A., Sheffield B.F. (1976). A new personal disturbance scale:DSSI/sAD. *Br J Soc Clin Psychol*, 15, 387-394.
83. Ρούπα Ζ., Τάτσιου Ι., Τσικληταρά Α., Κουλούρη Α., Νίκας Μ., Μπισκίνη Ι., Σωτηροπούλου Π. (2009). Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. *Interscientific Health Care*, 1(2), 61-66.
84. Allen M.J., Yen W.M. (1979). *Introduction to measurement theory*. Brooks/Cole: Monterey, CA.
85. Mulsant B.H., Ganguli M. (1999). Epidemiology and Diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 60, S20:9-15
86. Palsson S., Skoog I. (1997). The epidemiology of affective disorders in the elderly : a review. *Int Clin Psychopharmacol.*, 12, S7:S3-13
87. Lyketsos G.C., Blackburn I.M., Mouzaki D. (1979). Personality variables and dysthymic symptoms: A comparison between a Greek and a British sample. *Psychological Medicine*, 9,753-758.
88. Economou M., Angelopoulos N. (1989). Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of highschool students. *Educational Psychology*, 9, 331-337.

89. Angelopoulos N., Economou M. (1994). Prevalence of anxiety and depressive symptoms in a high school student population. *European Psychiatry*, 9, 19-26.
90. Vaslamatzis G., Bazas T., Lyketsos G. & Katsouyanni K. (1985). Dysthymic distress and hostile personality characteristics in Greek student nurses: A comparative study. *International Journal of Nursing Studies*, 22, 15-20.
91. Murphy L.R. (1999). Organizational interventions to reduce stress in health care professionals. In Firth-Cozens J, Payne R, eds. *Stress in health professionals. Psychological and organizational causes and interventions*. New York: Wiley, 149–162.
92. Bunce D., West M. (1994). Changing work environments: innovative coping responses to occupational stress. *Work Stress*, 8, 319–331.
93. Bourbonnais R., Brisson C., Vinet A., Vézina M., Abdous B., Gaudet M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occup Environ Med*, 63, 335–342.
94. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Quality Health Care*, 14, 5–13.