



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Μαίρη Γκέκα
ΑΜ: 06020759

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

ΛΑΡΙΣΑ - Σεπτέμβριος 2011



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το Κοινωνικοψυχολογικό Προφίλ Ειδικευμένων Νοσηλευτών στην Ψυχιατρική
Νοσηλευτική και η Διασύνδεσή του με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Μαίρη Γκέκα
ΑΜ: 06020759

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)
Επίκουρος Καθηγήτρια, Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
Καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Λάρισας

ΕΛΕΝΑ ΔΡΑΓΚΙΩΤΗ
Ψυχολόγος Msc Αντιμετώπιση Πόνου, Γενικό Νοσοκομείο «Σωτηρία»

ΛΑΡΙΣΑ 2011

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Η ψυχική νόσος αποτελεί μία οντότητα με αυξημένο επιπολασμό και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αντανακλούν στους επαγγελματίες που απασχολούνται στο συγκεκριμένο χώρο. Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής προσπάθειας είναι να διερευνηθεί το κοινωνικοψυχολογικό προφίλ των νοσηλευτών που εξειδικεύονται στην ψυχική υγεία και να καταγραφούν τυχόν διαφορές με νοσηλευτές που απασχολούνται σε άλλους νοσηλευτικούς κλάδους.

Στην συγκεκριμένη μελέτη συμπεριλήφθησαν 200 άτομα (171 γυναίκες, 29 άντρες) με εξειδίκευση στην ψυχιατρική, την παθολογία, την παιδιατρική και την χειρουργική. Κάθε μία από τις παραπάνω ομάδες αποτελούνταν από 50 άτομα. Σε όλα τα άτομα της έρευνας χορηγήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια-ερευνητικά εργαλεία: η κλίμακα του αλτρουισμού, η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας NAPE, η κλίμακα της εξωτερικής ντροπής OAS, η κλίμακα για το βίωμα της ντροπής EES, η κλίμακα της ψυχοπαθολογίας SCL-90, η κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου FPQ-III, η κλίμακα μέτρησης του άγχους για την καρδιακή λειτουργία CAQ, το τεστ προσανατολισμού για τη ζωή LOT-R, το τεστ προσωπικότητας EPQ καθώς και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων. Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές δοκιμασίες t-test για αριθμητικές μεταβλητές, η δοκιμασία χ^2 για κατηγορικές μεταβλητές, το στατιστικό κριτήριο της ανάλυσης διασποράς κατά ένα παράγοντα (One Way Anova) και ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson. Όλες οι αναλύσεις έγιναν με την χρήση των υπολογιστικών προγραμμάτων Excel και SPSS.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην ψυχαναγκαστικότητα ($F=3,925$, $Df=3$, $p=0,009$), στο άγχος ($F=3,212$, $Df=3$, $p=0,024$), στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($F=2,911$, $Df=3$, $p=0,036$) και στον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($F=4,329$, $Df=3$, $p=0,006$), ενώ ενδεικτικά σημαντική διαφορά προέκυψε στην κατάθλιψη ($F=2,617$, $Df=3$, $p=0,052$), και στον παρανοειδή ιδεασμό ($F=2,296$, $Df=3$, $p=0,074$). Διαπιστώνεται δηλαδή πως οι νοσηλευτές ψυχιατρικής ειδικότητας έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες. Αντίθετα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) στις υπόλοιπες υπο-κλίμακες του SCL-90 ανάμεσα στις ειδικότητες του δείγματος μας, καθώς και στις κλίμακες του αλτρουισμού, της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, του άγχους για τη καρδιακή λειτουργία, της κλίμακας του φόβου του πόνου, του τεστ της αισιοδοξίας για τη ζωή, της κλίμακας για την εξωτερική ντροπή και για το

βίωμα της ντροπής, όπως και στις διάφορες υποκλίμακες του τεστ προσωπικότητας EPQ.

Από την ανάλυση συσχέτισης των ερωτηματολογίων διαπιστώθηκαν όσον αφορά τους νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ψυχική υγεία πάρα πολύ σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES καθώς και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία ($p \leq .001$). Επίσης, από παρά πολύ έως σημαντικές θετικές συσχετίσεις προέκυψαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της εσωστρέφειας εξωστρέφειας του EPQ, καθώς και του φόβου του πόνου ($p \leq .05$). Στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και του ναρκισσισμού, της αισιοδοξίας, του ψυχωτισμού του EPQ καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού ($p < \leq .05$). Τέλος, ο αλτρουισμός παρουσίασε αρνητική σημαντική συσχέτιση μόνο με την ψυχαναγκαστικότητα του SCL_90 ($p = .05$)

Από την ανάλογη ανάλυση που εφαρμόστηκε στους υπόλοιπους νοσηλευτές διαπιστώθηκε από πάρα πολύ σημαντικές έως σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES καθώς και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, της εσωστρέφειας εξωστρέφειας του EPQ, όπως επίσης και του φόβου του πόνου ($p \leq .05$). Στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της αισιοδοξίας, του ψυχωτισμού του EPQ καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού ($p < \leq .05$). Επίσης, ο αλτρουισμός παρουσίασε θετική σημαντική συσχέτιση μόνο με τον παρανοειδή ιδεασμό του SCL_90 ($p = .05$) καθώς και ο ναρκισσισμός βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση μόνο με την κατάθλιψη του SCL_90 ($p = .05$).

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τα χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των νοσηλευτών που εξειδικεύονται στην ψυχική υγεία. Θεωρούμαι την προβληματική γύρω από το κοινωνικοψυχολογικό προφίλ των εν λόγω νοσηλευτών ιδιαίτερα σημαντική μέσα σε ένα πλαίσιο ανάπτυξης πολιτικών προαγωγής της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών.

Abstract

Psychiatric disorders have a strong prevalence in the general population. Their specific characteristics reflect to the health care professionals dealing with this sensitive scientific field. The aim of our study was to investigate the social-psychologic profile of nurses who are specialized in management of psychiatric patients and illustrate the differences with nurses of other medical entities.

The population of our study consisted of 200 nurses (171 women, 29 men), expertised in psychiatry, internal medicine, pediatric medicine and general surgery, with 50 subjects in each group. The Altruism Scale, The Narcissistic Personality Inventory-NPI, the Other As Shamer Scale- OAS, the Experience of Shame Scale- EES, the Symptoms Checklist SCL-90, the Fear of Pain Questionnaire-FPQ III, the Cardiac Anxiety Questionnaire- CAQ, the Life Orientation Test (LOT-R), the Eysenck Personality Questionnaire -EPQ and a questionnaire of social-demographic characteristics were administered in all subjects. We performed the parametric tests of pearson chi square, t-test, one way Anova and pearson r correlation using the statistical packages Excel and SPSS 14 for Windows.

Statistical analysis revealed significant differences among obsessive compulsive ($F=3,925$, $Df=3$, $p=0,009$), anxiety ($F=3,212$, $Df=3$ $p=0,024$), the global severity index ($F=2,911$, $Df=3$ $p=0,036$) and the positive symptoms distress index ($F=4,329$, $Df=3$ $p=0,006$), while in a borderline significant level differences were found as far as paranoid ideation ($F=2,296$, $Df=3$ $p=0,074$) and depression ($F=2,617$, $Df=3$ $p=0,052$) is concerned. Our results support that nurses expertised in psychiatry demonstrate lower levels of psychopathology than nurses expertised in other medical specialties. On the contrary no statistical significant differences ($P>0,05$) were found concerning the other SCL-90 subscales, the Eysenck dimensions and the scales of altruism, narcissism, cardiac anxiety, fear o pain, experience of shame and the life orientation.

Furthermore, in the population of nurses specialised in psychic health, we observed significant correlations between the SCL-90 subscales and the total scores of OAS and EES ($p\leq.001$) and between the SCL-90 subscales and both the extraversion-introversion dimensions of EPQ and fear of pain subscales ($p\leq.05$). Negative correlations were observed among the SCL-90 subscales, narcissism, optimism and the EPQ neuroticism and psychoticism ($p\leq.05$). Finally altruism showed significant negative association with obsessive compulsive ($p=.05$). In the population of nurses specialized in other medical specialties, significant correlations were found between the SCL-90 subscales and the total scores of OAS and EES, the extraversion-introversion subscales of EPQ and the

dimensions of cardiac anxiety and fear of pain ($p \leq .05$). Negative associations were found among the SCL-90 subscales and the EPQ neuroticism and psychoticism as long as optimism ($p < \leq .05$). Furthermore altruism demonstrated positive relation with paranoid ideation, while narcissism was found to be negatively associated with SCL-90 depression ($p = .05$).

Our study support the opinion that nurses specialized in psychiatry illustrate lower levels of psychopathology. The psychosocial characteristics of this professional subset have a crucial role in the general setting of the primary health care in mental illness.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους επιβλέποντες καθηγητές μου Δρ. Μαίρη Γκούβα, επίκουρο καθηγήτρια Ψυχολογίας του ΤΕΙ Ηπείρου, στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, στο τμήμα της Νοσηλευτικής και στο ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Δρ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας και Ελένη Δραγκιώτη, Κλινική Ψυχολόγο, MSc.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στα επιστημονικά συμβούλια και τις διοικήσεις των συγκεκριμένων νοσοκομείων σχετικά με την διευκόλυνση της ερευνητικής εργασίας μου. Στην διεξαγωγή της έρευνας πολύτιμη στάθηκε η συμβολή των προϊσταμένων των νοσηλευτικών τμημάτων τις οποίες από τη θέση αυτή ευχαριστώ. Τέλος, σε όλους τους ειδικευμένους νοσηλευτές καθώς και σε όσους συμμετείχαν στην έρευνα εκφράζω τις θερμότερες ευχαριστίες μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας	3
Abstract	5
Εισαγωγή	10
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	12
Κεφάλαιο 1. Ψυχιατρική Νοσηλευτική.....	12
1.1 Διαταραχές Ψυχικής Υγείας ΚΑΙ Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	12
1.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας.....	14
1.3 Καθήκοντα Νοσηλευτών Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.....	15
1.4. Προβλήματα που Αντιμετωπίζουν οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας.....	18
Κεφάλαιο 2. Το προφίλ των Νοσηλευτών Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής	22
2.1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας.....	22
2.2. Προσωπικότητα Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας	25
2.3. Κοινωνικοψυχολογικό Προφίλ Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας	31
Κεφάλαιο 3. Ψυχιατρική Νοσηλευτική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	33
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	38
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.....	38
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	38
2. Υλικό και Μέθοδος.....	39
2.1 Δείγμα.....	39
2.2 Διαδικασία.....	39
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία.....	40
2.3.1 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)	40
2.3.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979).....	41
2.3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	42
2.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	42
2.3.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)	43
2.3.6. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)	45
2.3.7 Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	46
2.3.8 Τεστ προσωπικότητας -Eysenck -Eysenck personality Questionnaire (EPQ- Eysenck, 1947)	47
2.3.9 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	47
2.4 Στατιστική επεξεργασία	47
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	49
3.1 Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων	49
3.2 Κοινωνικό - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος	49
3.3 Αναζήτηση διαφορών ανάμεσα στις νοσηλευτικές ειδικότητες	52
3.3.1 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)	52
3.3.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979).....	53
3.3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)	53
3.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)	55
3.3.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)	56
3.3.6. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)	60
3.3.7 Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)	61
3.3.8 Τεστ προσωπικότητας -Eysenck Personality Questionnaire (EPQ- Eysenck, 1947) ...	61
3.4. Έλεγχος κατηγορικών μεταβλητών σε σχέση με τις διαφορετικές νοσηλευτικές ειδικότητες	62
3.5 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των νοσηλευτών	63
3.6 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των Ψυχιατρικών νοσηλευτών	65

3.7.Ανάλυση συσχέτισης.....	65
3.7.1. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson του συνόλου του δείγματος.....	65
3.7.2. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson των νοσηλευτών με ψυχιατρική ειδικότητα	66
3.7.3. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson των νοσηλευτών με παθολογική, χειρουργική και παιδιατρική ειδικότητα	66
4. Συζήτηση.....	71
5. Συμπεράσματα.....	76
Βιβλιογραφία	77

Εισαγωγή

Η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευεξίας λόγω της οποίας το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του, είναι ικανό να αντιμετωπίσει τους φυσιολογικά στρεσογόνους παράγοντες της ζωής, έχει τη δυνατότητα να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα και βρίσκεται σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του. Από την άλλη μεριά, ωστόσο, η άσχημη ψυχική υγεία συνεπάγεται προβλημάτων ψυχικής υγείας και έντασης, μειωμένης λειτουργίας και κατ' επέκταση την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (WHO, 2001).

Η ψυχική νόσος και η ψυχική διαταραχή χαρακτηρίζονται ως διαταραχές του νου που επηρεάζουν τις συναισθηματικές, κοινωνικές και συμπεριφοριστικές ικανότητες ενός ατόμου (Patel, et al, 2007), και η νόσος μπορεί να είναι διαλείπουσα αλλά γενικά οι ψυχικές νόσοι αποτελούν 5 από τις 10 κύριες αιτίες αναπηρίας (MaGPIe, 2003).

Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι αρκετά υψηλός καθώς 450 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως υποφέρουν από ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές. Έχει εκτιμηθεί ότι ένα στα τέσσερα άτομα θα εμφανίσει κατά τη διάρκεια της ζωής του μία ή και περισσότερες ψυχικές διαταραχές (WHO, 2004). Οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές είναι οι αγχώδεις, καθώς το 1,6% των ατόμων έχουν βιώσει αυτού του είδους τη διαταραχή, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κατά μέσο όρο ποσοστό (Somers, et al, 2006). Το 13% των συνολικών χαμένων χρόνων που οφείλονται σε ανικανότητα, είναι απόρροια ασθενειών και τραυματισμών που προέρχονται από τις νευροψυχιατρικές διαταραχές, ποσοστό που αναμένεται να έχει αυξηθεί κατά 2% έως το 2020 (WHO, 2004).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που απασχολούνται σε όλες τις βαθμίδες παροχής φροντίδας και ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια είναι οι πλέον κατάλληλοι έτσι ώστε να μπορέσουν να βοηθήσουν μέσα σε διάφορες διεπιστημονικές ομάδες τα άτομα που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, διότι οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας στην παροχή φροντίδας, αποτελώντας το 45% του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων και το 60% των ιδιωτικών. Κρίνοντας μόνο από τον αριθμό τους, οι νοσηλευτές βρίσκονται στη μοναδική θέση να βοηθήσουν τους ασθενείς διατηρώντας τα βέλτιστα επίπεδα υγείας τους, κατανοώντας τις προκλήσεις του μοντέρνου συστήματος υγείας και αδράτοντας την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν όποιες νέες τεχνικές και τακτικές μπορούν να προάγουν την υγεία και να προλάβουν τη νόσο (WHO, 2001).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αλλαγή όσον αφορά στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας με παροχή περίθαλψης κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα με βάση την κοινότητα. Οι νοσηλευτές είναι η μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που εργάζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και είναι ζωτικής σημασίας αυτοί οι νοσηλευτές να είναι εκπαιδευμένοι και να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και ικανότητες για να περιθάλπουν τα άτομα που υποφέρουν από ψυχικές νόσους με σκοπό τη βελτίωση της υγείας τους (WHO, 2001).

Ωστόσο, η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι μια ειδικότητα που απαιτεί πολλή υπομονή και κατανόηση και ως εκ τούτου η προσωπικότητα, η ψυχολογία τους και το κοινωνικό προφίλ των νοσηλευτών αυτών παίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο στην παροχή κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας όσο και στην έκβαση της υγείας των ψυχικά πασχόντων. Τα άτομα που την εξασκούν ή που επιθυμούν να την εξασκήσουν θα πρέπει να έχουν ανώτερες διαπροσωπικές ικανότητες που σε συνδυασμό με την ικανότητα να ιδρύουν δεσμούς με τους ασθενείς τους θα μπορέσουν να παρέχουν την σωστή φροντίδα ψυχικής υγείας. όταν ένα άτομο δεν διαθέτει τα απαραίτητα αυτά, μεταξύ άλλων χαρακτηριστικά που θα πρέπει να είναι μέρος του χαρακτήρα τους, θα είναι πολύ δύσκολο για αυτό το άτομο να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που έχει η νοσηλευτική ψυχικής υγείας (Lean-Infosource, 2011)

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Κεφάλαιο 1. Ψυχιατρική Νοσηλευτική

1.1 Διαταραχές Ψυχικής Υγείας ΚΑΙ Επιδημιολογικά Στοιχεία

Οι ψυχικές διαταραχές είναι υπεύθυνες για ένα τεράστιο ψυχολογικό, κοινωνικό και οικονομικό βάρος για την κοινωνία και ταυτοχρόνως αυξάνουν των κίνδυνο των παθολογικών ασθενειών (WHO, 2004). Το 1/5 των εφήβων κάτω των 18 ετών υποφέρει από αναπτυξιακά, συναισθηματικά ή συμπεριφοριστικά προβλήματα και ένας στους 8 υποφέρει από ψυχική διαταραχή. Οι ψυχικές και συμπεριφοριστικές διαταραχές είναι παρούσες στο 10% του ενήλικου πληθυσμού παγκοσμίως. Μια διεθνής μελέτη που διεξήχθη σε 14 κέντρα υγείας έδειξε ότι το 24% του συνόλου των ασθενών που επισκέφθηκαν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έχουν μία ή και περισσότερες ψυχικές διαταραχές (Ustun & Sartorius, 1995). Στην Ελλάδα έχει φανεί από μια μελέτη ότι το ποσοστό επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών ανέρχεται περίπου στο 14-20% (Μαυρέας, 2000).

Το οικονομικό αντίκτυπο των ψυχικών διαταραχών είναι ευρύ, χρόνιο και τεράστιο επηρεάζοντας όχι μόνο τον πάσχοντα και την οικογένειά του αλλά και την ευρύτερη κοινωνία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το ετήσιο συνολικό κόστος που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές φτάνει έως και τα 147 δισεκατομμύρια δολάρια. Όσον αφορά στις εκτιμήσεις του άμεσου κόστους των ψυχικών διαταραχών για τις χαμηλού εισοδήματος χώρες, μπορεί τα ποσά να μην είναι τόσο μεγάλα αλλά το έμμεσο κόστος που προκύπτει από την έλλειψη παραγωγικότητας καθώς και την μη αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών, τείνει να αυξάνει το συνολικό κόστος. Σαφώς οι ψυχικές διαταραχές είναι δαπανηρές και αν λάβουμε υπόψη το κόστος που προέρχεται από την χαμένη εργασία, τη μείωση της παραγωγικότητας, το αντίκτυπο στις οικογένειες και στους παρόχους φροντίδας, το αρνητικό αντίκτυπο των πρόωγων θανάτων καθώς και αυτό του στίγματος και της διάκρισης ή το κόστος των χαμένων ευκαιριών για τα πάσχοντα άτομα και τις οικογένειές τους, τότε μπορούμε να αντιληφθούμε το μέγεθος της οικονομικής δαπάνης (WHO, 2004).

Η επιβάρυνση των φροντιστών των ψυχικά πασχόντων είναι κοινό πρόβλημα στις οικογένειες ακόμη και στις παραδοσιακές κοινωνίες που διαθέτουν υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο. Οι οικογένειες αναγκάζονται να υποστούν όχι μόνο το οικονομικό κόστος της φροντίδας αλλά και το κοινωνικό, όπως το συναισθηματικό βάρος, την μείωση της ποιότητας ζωής, των κοινωνικό αποκλεισμό

και την απώλεια ευκαιριών να βελτιώσουν τη ζωή τους (Postman & Knelling, 2002). Τα άτομα που περιθάλπουν τους ψυχικά πάσχοντες αναφέρουν ότι έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής και γενικά χαμηλό επίπεδο υγείας (Gutierrez 2005).

Όσον αφορά στις αυτοκτονίες που προέρχονται από τις ψυχικές διαταραχές, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2001 περίπου 849.000 άτομα αυτοκτόνησαν σε παγκόσμιο επίπεδο. Υπολογίζεται ότι το 2020 περίπου 1,2 εκατομμύρια άτομα θα αυτοκτονήσουν και 10-20 φορές περισσότερα άτομα θα αποπειραθούν να θέσουν τέλος στη ζωή τους. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες το ετήσιο ποσοστό αυτοκτονιών ξεπερνά αυτό των θανάτων από τροχαία ατυχήματα ή αυτό που προέρχεται από την χρήση βίας ή από πολέμους (WHO, 2004).

Είδη Ψυχικών Διαταραχών

Οι κυριότερες και επικρατέστερες ψυχικές διαταραχές που συχνά αντιμετωπίζονται σε όλες τις βαθμίδες παροχής φροντίδας είναι οι ακόλουθες:

- *Στρες*: Η πίεση που αισθάνεται ένα άτομο είναι μια κινητήριος δύναμη η οποία μπορεί να μετατραπεί σε στρες και να αποτελέσει σημαντικό πρόβλημα, όταν το άτομο αισθάνεται ότι δεν διαθέτει τους κατάλληλους πόρους να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις της ζωής του. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι συναισθηματικής φύσεως, όπως ευερεθιστικότητα, ή σωματικά, όπως πόνοι και υψηλή πίεση. Το άτομο που υποφέρει από στρες δεν μπορεί να λάβει αποφάσεις, να διεξάγει τις καθημερινές του εργασίες ή ακόμη και να εργαστεί. (Barber, 2009).
- *Αγχώδεις διαταραχές*: Το άγχος μπορεί να αποτελέσει σοβαρό πρόβλημα όταν τα συναισθήματα της έντασης και του φόβου εμποδίζουν το άτομο από το να διεξάγει τις καθημερινές του εργασίες. Τα άτομα που υποφέρουν από αυτή την ψυχική διαταραχή μπορεί να εκδηλώνουν κρίσεις πανικού ή και φοβίες. Η ψυχακαταναγκαστική διαταραχή είναι ένα είδος άγχους, κατά την οποία το άτομο έχει συνεχόμενες διεισδυτικές σκέψεις τις οποίες νιώθουν ότι είναι αναγκασμένοι να φέρουν εις πέρας. (Barber, 2009).
- *Κατάθλιψη*: Αυτή η ψυχική διαταραχή κυμαίνεται μεταξύ της μέτριας και της βαριάς της μορφής και είναι συχνή τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στο εργατικό δυναμικό. Τα συμπτώματά της μπορεί να συμπεριλαμβάνουν έλλειψη διάθεσης και ενέργειας. Τα κίνητρα του ατόμου μπορεί να επηρεάζονται και να υπάρχουν σκέψεις ότι δεν αξίζει η ζωή του ατόμου, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία (Barber, 2009). Οι διαταραχές στην διάθεση που συμπεριλαμβάνουν ασυνήθιστα έντονη και παρατεταμένη στενοχώρια, μελαγχολία ή και απόγνωση, θεωρούνται βαριάς

μορφής κατάθλιψη, που συχνά περιγράφεται ως συναισθηματική απορρύθμιση. Η ηπιότερη αλλά παρατεταμένη κατάθλιψη μπορεί να διαγνωσθεί ως δυσθυμία. Η διπολική διαταραχή συμπεριλαμβάνει υψηλή ή καταπιεσμένη διάθεση, γνωστή ως μανία (Pai & Nagarajaiah, 1982).

- *Ψυχωτικές διαταραχές- Σχιζοφρένεια:* Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή με ποικιλόμορφο φαινότυπο πολύπλοκη αιτιολογία, η οποία συμπεριλαμβάνει και γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν με την γενετική προδιάθεση (Jablensky & Kalaydjieva, 2003), η οποία είναι πολύπλοκη και θεωρείται ότι συμπεριλαμβάνει ένα συνδυασμό πολλών γονιδίων (WHO, 2004) Οι ψυχωτικές διαταραχές, οι οποίες δεν περιλαμβάνουν μόνο τη σχιζοφρένεια αλλά και τις άτυπες ψυχώσεις, τυπικά έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες σε πολλούς τομείς στις ζωές των πασχόντων, και συνήθως εμφανίζονται στο ξεκίνημα της ενήλικης ζωής των ατόμων (WHO, 2004).
- *Αυτοτραυματισμός/ αυτοκτονία:* Ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι μια ηθελημένη πράξη με σκοπό το άτομο να βοηθηθεί να αντιμετωπίσει τα συναισθηματικά του προβλήματα. Τα άτομα που καταφεύγουν σε αυτές τις μεθόδους μπορεί να παραμελούν τον εαυτό τους, να κάνουν υπερβολική χρήση φαρμάκων, να κόβονται ή να καίγονται. Η λύση της αυτοκτονίας επιλέγεται όταν το άτομο νιώθει ότι δεν έχει άλλες επιλογές και αυτή του η πράξη είναι μια μορφή κραυγής για βοήθεια, ένα λάθος ή μια πραγματικά ηθελημένη ενέργεια. (Barber, 2009).

1.2 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας

Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας έχει ίσως τον πιο σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος. Εκτός των κατεξοχόν νοσηλευτικών καθηκόντων του, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει τον κύριο ρόλο στην επικοινωνία με τον ασθενή, καλείται να παρεμβαίνει και να αξιολογεί τα αποτελέσματα της θεραπείας αλλά και να προάγει τη συνεργασία, τον συντονισμό και την οργάνωση μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα (Mackay, et al, 2005).

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον βασικό παράγοντα που θα οδηγήσει στην παροχή βοήθειας ή στην αποτροπή οποιασδήποτε αλλαγής στην ψυχική υγείας και κυρίως γι' αυτό το λόγο πρέπει να υπάρχει εξειδίκευση, διότι μόνο η καλή διάθεση δεν είναι αρκετή όταν αυτή δεν συνοδεύεται από τις κατάλληλες γνώσεις, με τις οποίες αποτρέπεται η αποδιοργανωτική δυναμική της ψυχικής νόσου, τόσο για τους ασθενείς όσο και για το νοσηλευτικό προσωπικό (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007)

Είναι γεγονός ότι ο ρόλος των νοσηλευτών ψυχικής υγείας μεγαλώνει και υπάρχει η γενική αντίληψη ότι λόγω αυτού του γεγονότος, οι εν λόγω νοσηλευτές αισθάνονται περιορισμένοι σε ένα σύστημα με ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις (Secker, et al, 1999).

Ο κύριος στόχος και συνεπώς ο ρόλος των νοσηλευτών είναι η παροχή φροντίδας στον ασθενή, προσφέροντας άνεση και ελευθερία έτσι ώστε να μπορέσει ο ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά του αλλά και να αναπτύξει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς, προάγοντας το αίσθημα της προστασίας, της εμπιστοσύνης, της αυτοεκτίμησης και της αυτοκατανόησης (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βρίσκονται στην καλύτερη θέση να ανιχνεύσουν τα πρώιμα σημάδια πνευματικής νόσου πριν αυτή γίνει χρόνια, μπορούν να παρέχουν υποστήριξη στον ασθενή και συνεπώς να μειώσουν την ανάγκη χρήσης υπηρεσιών πνευματικής υγείας και επισκέψεων στους ιατρούς (Thomas & Corney, 1993). Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορούν να συνεργαστούν με τους ιατρούς και της υπηρεσίες ψυχικής υγείας έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ότι ο ασθενής λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Αυτό φυσικά βασίζεται στην ικανότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας να ανιχνεύουν την παρουσία ψυχικής νόσου με χρήση εργαλείων ανίχνευσης που συχνά χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση της σοβαρότητας της ψυχικής νόσου που κυμαίνεται μεταξύ σοβαρών έως ήπιων διαταραχών (Andrews, et al, 2001).

1.3 Καθήκοντα Νοσηλευτών Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Γενικά το νοσηλευτικό επάγγελμα συμπεριλαμβάνει μια πληθώρα καθηκόντων μέσα στα οποία υπάγεται η παροχή βοήθειας στον ασθενή έτσι ώστε αυτός να ενταχθεί στο περιβάλλον του τμήματος στο οποίο νοσηλεύεται, η προστασία καθώς και η προαγωγή της υγείας και της αυτονομίας των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς αλλά και η εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών (IEK, 2011).

Εκτός των καθηκόντων που αφορούν εξ' ολοκλήρου την παροχή φροντίδας προς τον ασθενή, οι νοσηλευτές καλούνται να χρησιμοποιούν συστηματικά τα μέσα ατομικής προστασίας αλλά και να λαμβάνουν μέτρα για την υγιεινή και την αποστείρωση που επιβάλλονται από τους εκάστοτε κανονισμούς. Επίσης, οι νοσηλευτές γενικά χειρίζονται, επιλέγουν, προμηθεύονται αλλά και αποθηκεύουν τα διάφορα ιατρικά εργαλεία και υλικά εργασίας αλλά και ασχολούνται με τις γραφειοκρατικές και διοικητικές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα η τήρηση και ενημέρωση των εντύπων και των βιβλίων. Επιπλέον των προαναφερομένων, ο

νοσηλευτής ψυχικής υγείας καλείται να παρέχει υποστήριξη στον ασθενή και την οικογένειά του καθώς βοηθά στην παροχή θεραπευτικών χειρισμών σε όλες τις φάσεις της πορείας της ψυχικής νόσου, εκτελώντας ταυτόχρονα και την σωματική αξιολόγηση του ασθενούς (IEK, 2011).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ασχολείται με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τη φροντίδα και την αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών καθώς και με τη διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007). Είναι πολύ σημαντικό να γίνει κατανοητή η φύση της εργασίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, η αφοσίωσή τους στην παροχή αυτού του είδους φροντίδας καθώς και το πόσο καλά οι ίδιοι κατανοούν το λόγο για τον οποίο θα πρέπει να έχουν μια πιο συγκεκριμένη στάση και συμπεριφορά (Dias & Arannha e Silva AL, 2010).

Σε σχέση με τους νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων, οι νοσηλευτές της ψυχιατρικής νοσηλευτικής έχουν ένα επιπρόσθετο βάρος το οποίο αφορά στην ανταπόκριση που το εν λόγω προσωπικό θα πρέπει να έχει σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον που εκτός του ότι είναι απαιτητικό, χαρακτηρίζεται από συνεχείς αλλαγές και εξελίξεις που προκύπτουν διαρκώς και αφορούν στην παροχή φροντίδας του ψυχικά πάσχοντος (Cleary, 2004).

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας συμπεριλαμβάνουν (RPNAM, 1993):

- Τη διατήρηση της προσωπικής και επαγγελματικής του ακεραιότητας στην θεραπευτική σχέση με τον ασθενή
- Συλλογή και ανάλυση των δεδομένων που σχετίζονται με τη σωματική, ψυχολογική, πολιτισμική, πνευματική και κοινωνική πτυχή της υγείας του ατόμου
- Χρήση των ανωτέρω στοιχείων για την δημιουργία ενός εξατομικευμένου πλάνου παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας
- Συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας για την ανάπτυξη και εφαρμογή δραστηριοτήτων με σκοπό την παροχή βοήθειας προς τον ασθενή, έτσι ώστε αυτός να τροποποιήσει τις σκέψεις του, τη συμπεριφορά του και τα κίνητρά του
- Εκτίμηση, τεκμηρίωση και, εφόσον κρίνεται απαραίτητο, τροποποίηση των δυναμικών των θεραπευτικών σχέσεων και των παρεμβάσεων βάσει μιας εδραιωμένης γνώσης
- Τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων των εκτιμήσεων και των παρεμβάσεων της ψυχιατρικής νοσηλευτικής

- Διεξαγωγή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
- Αναγνώριση των αναγκών και των δυνατών σημείων του ασθενούς
- Δημιουργία προτάσεων και παροχή νέων πληροφοριών
- Κατανόηση αιτιών και επιδράσεων
- Καταγραφή των κινήσεων
- Καταγραφή των αλλαγών στη συμπεριφορά, στις ικανότητες και τη γνώση του ασθενούς
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας με σύγκριση του αναμενόμενου αποτελέσματος της παροχής νοσηλευτικής ψυχικής φροντίδας με την πραγματική έκβαση

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζει καλά τον ίδιο του τον εαυτό καθώς και τις θετικές ή αρνητικές συμπεριφορές του που μπορεί να επηρεάσουν τον ασθενή και να ενεργεί καταλλήλως χρησιμοποιώντας επικοινωνιακές ικανότητες. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή παίζει καθοριστικό ρόλο διότι μέσα στα καθήκοντά του περιλαμβάνονται και οι ακόλουθες ενέργειες που προϋποθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά (RPNAM, 1993):

- Ενθαρρύνει τον ασθενή και τους οικείους του να εκφράζουν τις ανησυχίες τους
- Εκφράζει τις ανάγκες του ασθενούς όσον αφορά στις θεραπείες όταν αυτός δεν είναι σε θέση να το κάνει
- Αναγνωρίζει την επίδραση που μπορεί να έχει ο ασθενής στον ίδιο τον νοσηλευτή
- Διευκολύνει την επικοινωνιακή επίλυση προβλημάτων
- Εξερευνά εναλλακτικούς τρόπους ζωής μαζί με τον ασθενή
- Χρησιμοποιεί τις καθημερινές δραστηριότητες με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε αυτές να προάγουν τη σωματική και ψυχική ευημερία του ασθενούς και να βελτιώνουν τις σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενούς
- Προάγει την ανεξαρτησία στις καθημερινές δραστηριότητες

- Δημιουργεί μαζί με τον ασθενή ένα πρόγραμμα προσωπικής φροντίδας
- Εκτελεί τις απαραίτητες δραστηριότητες για λογαριασμό του ασθενούς όταν αυτός δεν είναι σε θέση να τις κάνει

Οι κυριότερες ενέργειες που καλείται να εφαρμόσει το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας για τους πάσχοντες από ψυχικές νόσους κυρίως σε κοινοτικό επίπεδο είναι (Gournay, 2005):

- Παρεμβάσεις στην οικογένεια
- Παροχή σωματικής φροντίδας
- Διαχείριση φαρμάκων
- Συμπεριφοριστική θεραπεία
- Εκτίμηση της πνευματικής κατάστασης
- Εκτίμηση των παρενεργειών των φαρμάκων
- Συνεντεύξεις
- Στρατηγικές για τη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπεία

1.4. Προβλήματα που Αντιμετωπίζουν οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει αναγνωρισθεί ως ένα από τα πλέον στρεσογόνα επαγγέλματα (Riding & wheeler, 1995), και όλες οι ειδικότητες αντιμετωπίζουν προβλήματα στις επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών αλλά και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας. Επίσης, υπάρχουν απαιτητικές σχέσεις και δύσκολη επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, υπάρχουν συχνά επείγοντα περιστατικά, υψηλός φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού αλλά και έλλειψη υποστήριξης και ανατροφοδότησης από τους προϊσταμένους (McGrath, et al, 1989). Ωστόσο οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται περισσότερο στον κλάδο της γενικής και όχι τόσο της ψυχιατρικής νοσηλευτικής (Wheeler, 1997).

Ο αυξανόμενος αριθμός των ατόμων με ψυχικές νόσους σε συνδυασμό με τον μειωμένο αριθμό κλινών και έμπειρου προσωπικού, σημαίνει ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας αναγκάζονται να ξοδεύουν λιγότερο χρόνο με τον κάθε ασθενή υπονομεύοντας την ποιότητα παροχής φροντίδας (MHCA, 2005).

Οι νοσηλευτές στον ψυχιατρικό τομέα φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν διαφόρων ειδών προβλημάτων, όπως η έλλειψη εκπαίδευσης που αφορά στη διαχείριση κρίσιμων περιστατικών, προβλήματα που προκύπτουν από τη συνεργασία με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων αλλά και προβλήματα αυτονομίας και ηθικής συμπεριφοράς στην παροχή φροντίδας (O'Brien & Cole, 2004). Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικής νοσηλευτικής έρχεται συχνά αντιμέτωπο με το γεγονός ότι πρέπει να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς σε ακατάλληλο περιβάλλον με χαμηλό επίπεδο υποστήριξης αλλά υψηλό επίπεδο διοικητικών πιέσεων (Barling, 2001).

Ο κλάδος της ψυχικής υγείας δεν επιλέγεται συχνά οικειοθελώς από τους νοσηλευτές καθώς οι ανάγκες παροχής ψυχικής φροντίδας μεγαλώνουν διαρκώς και σε συνδυασμό με τον αυξημένο μέσο όρο ηλικίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, καθώς όπως φαίνεται μόνο το 18% αυτών των νοσηλευτών είναι κάτω των 35 ετών, υπάρχει πρόβλημα στην κάλυψη αυτών των αναγκών. Ωστόσο, η επιλογή του κλάδου της ψυχικής υγείας επηρεάζεται από το στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές νόσους, τις ίδιες τις απαιτήσεις της ψυχιατρικής νοσηλευτικής αλλά και την περιθωριοποίηση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας μέσα στο ίδιο του το επάγγελμα (Barling, 2001).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας καλούνται να ανταπεξέλθουν σε έναν ρόλο με μηδαμινή προετοιμασία και ασαφή όρια αυτού του ρόλου (Secker, et al, 1999). Λόγω αυτής της κατάστασης υπάρχει σοβαρό πρόβλημα που αφορά στην αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών, η οποία θα μπορούσε να βελτιωθεί με προγράμματα που στοχεύουν στην βελτίωση της γνώσης σε θέματα εργασίας και προσφοράς υψηλότερου επιπέδου φροντίδας (Wood, 1998; Lester et al, 2004).

Σε μία έρευνα που διεξήχθη μεταξύ νοσηλευτών ψυχιατρικής νοσηλευτικής που εργάζονταν σε τμήματα βραχείας νοσηλείας, προέκυψε ότι τα προβλήματα που αντιμετώπιζε ο συγκεκριμένο κλάδος συμπεριελάμβαναν την αυξανόμενη ανάθεση καινούργιων ρόλων και καθηκόντων, συγκριτικά με το παρελθόν, τα οποία δεν ανήκουν στα καθορισμένα καθήκοντα του επαγγέλματός τους, με αποτέλεσμα την υπονόμηση της αυτονομίας τους (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Όσον αφορά στο στρες υπάρχουν ορισμένες μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν λιγότερο στρες από αυτούς άλλων ειδικοτήτων (Plant, 1992), αν και έχει φανεί ότι οι παράγοντες που οδηγούν στο στρες δεν έχουν άμεση σχέση με τις συγκεκριμένες εργασίες που εκτελεί το προσωπικό ψυχικής υγείας αλλά με την γενικότερη φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Yu, et al, 1989).

Λόγω της ευκαιρίας που έχουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας να εκφράζουν τις ιδέες τους μέσα στην θεραπευτική ομάδα στην οποία ανήκουν, γεγονός που δεν παρατηρείται στις άλλες ειδικότητες, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας

εμφανίζουν σημαντικά λιγότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Dolan, 1987). Σε μια άλλη μελέτη η οποία συνέκρινε τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και αυτούς που εργάζονταν στα χειρουργεία, στις μονάδες εντατικής θεραπείας και στους θαλάμους γενικής ιατρικής, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βίωναν έντονη διαπροσωπική εμπλοκή. Αυτό φάνηκε ότι οφειλόταν στο ότι υπήρχαν συχνά στο χώρο εργασίας τους συγκρούσεις με τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, τους ιατρούς και τους συναδέλφους τους. Η ίδια έρευνα βρήκε ότι οι πιο συχνές αιτίες ανεπιθύμητου προσωπικού στρες για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας ήταν οι διαπροσωπικές σχέσεις έχοντας μεγαλύτερο αντίκτυπο από ότι στους νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων (Cronin-Stubbs & Brophy, 1985).

Μια άλλη μελέτη, η οποία ερευνούσε τα επίπεδα και τις αιτίες ύπαρξης στρες μεταξύ διαφόρων νοσηλευτικών ειδικοτήτων, βρέθηκε ότι μεταξύ νοσηλευτών ψυχικής υγείας, ένας από τους κύριους στρεσογόνους παράγοντες ήταν η πρόσβαση σε φάρμακα, κάτι που δεν φάνηκε να αποτελεί πρόβλημα στις άλλες ειδικότητες (Gray-Toft & Anderson, 1981).

Μια άλλη έρευνα μεταξύ νοσηλευτών ψυχικής υγείας φάνηκε ότι η χρονιότητα της κατάστασης των ασθενών αποτελούσε στρεσογόνο παράγοντα. Επίσης μερικά από τα προβλήματα που προκαλούσαν ανησυχία μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην ίδια έρευνα, ήταν οι σχέσεις με τους συναδέλφους τους, κυρίως με τους ιατρούς όταν αυτοί αγνοούσαν την συμβολή των νοσηλευτών στην φροντίδα του ασθενούς, καθώς και η απόδοσή τους (Trygstad, 1986).

Το άγχος και η κατάθλιψη που βίωναν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που συμμετείχαν σε μια έρευνα, ήταν άμεσο αποτέλεσμα των σχέσεων μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας, της υποστήριξης και των περιορισμών. Οι απαιτήσεις της εργασίας αφορούσαν κυρίως τις διοικητικές και αντίξοες απαιτήσεις. Ωστόσο, η επίβλεψη των ασθενών δεν φάνηκε να σχετίζεται με υψηλά επίπεδα στρες καθώς η επίβλεψη των ασθενών είναι αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Jones, et al, 1987).

Όσον αφορά στα προβλήματα που σχετίζονται με τους ίδιους τους ασθενείς και πιθανώς προκαλούν ανησυχία μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με μία έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο, φάνηκε ότι τα βίαια περιστατικά, η πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας καθώς και η επίβλεψη ασθενών με τέτοια χαρακτηριστικά ήταν τα κυριότερα προβλήματα. Ωστόσο, η ένταση λόγω τέτοιων περιστατικών φάνηκε ότι επιδεινωνόταν λόγω της έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών σε ένα ασφαλές επίπεδο καθώς και λόγω της αντίληψης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας όσον αφορά στην έλλειψη κατανόησης και υποστήριξης από τη διοίκηση (Sullivan, 1993).

Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας φαίνεται ότι δεν έχει ψυχολογική στήριξη και κλινική εποπτεία και φαίνεται ότι βιώνουν ψυχολογική επιβάρυνση λόγω της επαφής τους με άτομα που υποφέρουν από ψυχική νόσο, κατάσταση που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί μέσω εβδομαδιαίων θεραπευτικών συναντήσεων όπου θα μπορούσαν και οι ίδιοι να εκφράζουν τα συναισθήματά τους (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Σε μια έρευνα στην Βραζιλία μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονταν στην κοινότητα φάνηκε ότι κατά την εκτέλεση της εργασίας τους, οι νοσηλευτές αυτοί είχαν βοηθητικό ρόλο και ανάληψη διοικητικών δραστηριοτήτων, κυρίως τον έλεγχο των φαρμάκων, την επίβλεψη και την καθοδήγηση των ομάδων, τη συμμετοχή σε συζητήσεις σε διεπιστημονικές ομάδες, την οργάνωση των βάρδιών και την παροχή βοήθειας στις διοικητικές υπηρεσίες. Ορισμένοι από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα δήλωσαν ότι τα καθήκοντα που εκτελούσαν δεν είχαν σχέση με την νοσηλευτική εργασία, γεγονός που εξηγήθηκε βάση της αντίληψης ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να εργάζονται στα νοσοκομεία κι όχι σε κέντρα παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας.

Στην ίδια έρευνα, ωστόσο, υπήρξε ένας αριθμός νοσηλευτών που υποστήριξε ότι τα καθήκοντα τους είχαν άμεση σχέση με τις ικανότητες ενός νοσηλευτή, πιστεύοντας ότι υπήρχε περισσότερη ευελιξία και περισσότερη επαφή με τον ασθενή, καθώς αυτοί οι νοσηλευτές συμμετείχαν στην συμβουλευτική προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ωστόσο, όσον αφορά στην ικανοποίηση από την εργασία τους, το 35,7% ανέφερε ότι γενικά υπήρχε ικανοποίηση από την εργασία τους και δεν ανέφερε εμπόδια κατά τη διεξαγωγή των καθηκόντων τους. Σε αντίθεση, το 64,26% νοσηλευτών ανέφεραν ότι ναι μεν ένιωθαν ικανοποίηση από την εργασία τους, αντιμετώπιζαν δε εμπόδια σε θέματα που αφορούσαν κυρίως τον μισθό τους, την έλλειψη κινήτρων και αναγνώρισης από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας (Dias & Aranha e Silva AL, 2010).

Ένα επίσης σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι η αβεβαιότητα που νιώθουν σε σχέση με το σε ποιόν θα πρέπει να λογοδοτούν για τις παρεμβάσεις τους, καθώς και η αποδοχή του επαγγέλματός τους κυρίως από το ιατρικό προσωπικό (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Όσο αφορά στην Ελλάδα, προκύπτει ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας σχετίζονται με την έλλειψη εκπαίδευσης αναφορικά με τα συμπτώματα και τις θεραπευτικές τεχνικές για τις ψυχιατρικές ασθένειες, την έλλειψη εκπαίδευσης στην εφαρμογή εξειδικευμένων παρεμβάσεων, στην πρόληψη της αυτοκτονίας καθώς και τις τεχνικές επικοινωνίας και συμβουλευτικής (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Σε μια έρευνα μεγάλης κλίμακας μεταξύ νοσηλευτών ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε νοσοκομεία και στις κοινότητες φάνηκε ότι οι δεύτεροι εμφάνιζαν

μεγαλύτερα επίπεδα στρες από τους πρώτους, φαινόμενο που εξηγήθηκε βάση της έλλειψης πόρων, των φτωχών διαπροσωπικών σχέσεων αλλά και οργανωτικών παραγόντων (Brown, et al, 1994).

Σε γενικές γραμμές τα προβλήματα που απασχολούν και αγχώνουν τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας αφορούν στις δυσκολίες που προκύπτουν από τις επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών αλλά και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών (Brown, et al, 1994). Επίσης προβλήματα παρουσιάζονται από τους παράγοντες που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας στους ψυχικά ασθενείς, τους οργανωτικούς παράγοντες όπως η συνεχής αλλαγή, οι διοικητικές εργασίες, η οργανωτική δομή και η κουλτούρα του εργασιακού περιβάλλοντος (Dolan, 1987).

Κεφάλαιο 2. Το προφίλ των Νοσηλευτών Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Για να καθοριστεί το κοινωνικοψυχολογικό προφίλ των ειδικευμένων νοσηλευτών στην ψυχιατρική νοσηλευτική θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι υπάρχει μια πολυπλοκότητα καθώς θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πολλές διαφορετικές πτυχές. Αυτές συμπεριλαμβάνουν το προφίλ των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ψυχιατρική νοσηλευτική όπως τα χαρακτηριστικά τους, οι γνώσεις τους, η συμπεριφορά τους αλλά και η συμπεριφορά του ασθενούς, η φύση της νόσου και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας. Έχει βρεθεί ότι τα ενδιαφέροντα, η προσωπικότητα, οι γνώσεις, οι ικανότητες αλλά και η πρακτική των επαγγελματιών υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας (Marks, et al, 1979).

2.1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας καλείται να έχει γνώσεις ψυχοπαθολογίας, ψυχοδυναμικής, έρευνας αλλά και κλινικής εμπειρίας με άτομα που πάσχουν από ψυχικές νόσους αλλά και τις οικογένειές τους (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007). Επίσης θα πρέπει να έχει γνώσεις ψυχολογίας, βιοσωματικών επιστημών, θεωριών προσωπικότητας και ανάπτυξης καθώς και ανθρώπινης συμπεριφοράς, έτσι ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει και να ανταπεξέλθει στα καθήκοντα του (RPNAM, 1993).

Βάσει μιας έρευνας μεταξύ νοσηλευτών ψυχιατρικής νοσηλευτικής σε τμήματα βραχείας νοσηλείας φάνηκε ότι το αίσθημα της έλλειψης της αυτονομίας που χαρακτήριζε αυτούς τους νοσηλευτές συνδυάστηκε με την άγνοια και την ελλιπή γνώση των νοσηλευτών όσον αφορά στα καθήκοντά τους, καταλήγοντας έτσι στο αίσθημα της ανεπάρκειας, το οποίο σαφώς επηρεάζει την επαφή τους με τον ασθενή (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Επίσης έχει φανεί ότι υπάρχει ελλιπής εκπαίδευση που αφορά κυρίως στην παρέμβαση των νοσηλευτών σε κρίσιμες καταστάσεις αλλά και στην αναγνώριση των αρχικών συμπτωμάτων της επιθετικής συμπεριφοράς έτσι ώστε να εφαρμοστεί εγκαίρως η κατάλληλη παρέμβαση (Κούκια & Γκόνης, 2010). Σε μία έρευνα το 2010 στην Βραζιλία μεταξύ νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην κοινότητα, φάνηκε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είχαν αποφοιτήσει τουλάχιστον 10 έτη νωρίτερα και μόνο το 21,42% κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στην ψυχική υγεία και σχετικά με τις ώρες εργασίας τους φάνηκε ότι το 43% εργαζόταν 60 ή ακόμη και παραπάνω ώρες εβδομαδιαίως (Dias & Aranha e Silva AL, 2010).

Βάσει μιας έρευνας φάνηκε ότι οι νοσηλευτές κυρίως της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αναφέρουν ότι δεν αισθάνονται μέλος της θεραπευτικής ομάδας, γεγονός που συσχετίζει την ελλιπή εκπαίδευση με την σωστή διεξαγωγή των νοσηλευτικών καθηκόντων (Κούκια & Γκόνης, 2010).

Σε μια έρευνα στη Νέα Ζηλανδία που διεξήχθη από το υπουργείο υγείας της εν λόγω χώρας το 2001, φάνηκε ότι μόνο το 21% των νοσηλευτών που εργάζονταν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είχαν πλήρη νοσηλευτική εκπαίδευση, ενώ το 69% είχαν μόνο γενική νοσηλευτική νοσοκομειακή εκπαίδευση. Συνεπώς φαίνεται ότι η μη τριτοβάθμια εκπαίδευση δεν δύναται να παρέχει τις επαρκείς ικανότητες και γνώσεις για την περίθαλψη ασθενών στην πρωτοβάθμια παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας (Kerrison & Charman, 2007).

Σε μια ακόμη έρευνα μεταξύ νοσηλευτών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε σχέση με την εκπαίδευσή τους φάνηκε ότι αυτοί οι νοσηλευτές αντιμετώπιζαν μια πληθώρα διαφόρων σοβαρών περιπτώσεων ψυχικών διαταραχών και ότι οι ίδιοι οι νοσηλευτές δεν είχαν την απαιτούμενη αυτοπεποίθηση και εκπαίδευση έτσι ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους περιστατικά (Kerrison & Charman, 2007).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη μεταξύ νοσηλευτών γενικής νοσηλευτικής φάνηκε ότι οι εν λόγω νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με μεγάλο εύρος ψυχικών διαταραχών με κυριότερες την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές. Αυτοί οι νοσηλευτές εκτελούν μια πληθώρα παρεμβάσεων ψυχικής υγείας όπως η συμβουλευτική και η παροχή συμβουλών που αφορά στην φαρμακευτική αγωγή έχοντας πολύ λίγη αυτοπεποίθηση σε σχέση με τις ικανότητές τους και εκφράζουν την ανάγκη για περαιτέρω εξειδικευμένη

εκπαίδευση στις ψυχικές διαταραχές, καθώς και στις υπάρχουσες θεραπείες όπως την συμπεριφοριστική και οικογενειακή θεραπεία (Prince & Nelson, 2011).

Όσον αφορά την παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας στο πρωτοβάθμιο επίπεδο έχει φανεί ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να έχουν τις ικανότητες εκτέλεσης διαφόρων παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένης της συμβουλευτικής, της τηλεφωνικής υποστήριξης αλλά και την ικανότητας να μπορούν να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σε σχέση με την ψυχικής τους διαταραχή αλλά και τη λήψη των φαρμάκων τους. Επίσης, είναι εξίσου σημαντικό να υπάρχει μεταπτυχιακή εκπαίδευση τόσο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και για την παροχή φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς (Kerrison & Charman, 2007).

Ένα σημαντικό στοιχείο που πιθανώς να χαρακτηρίζει ορισμένους νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι οι λόγοι για την επιλογή της ειδικότητας αυτής. Σε μια έρευνα στην Βραζιλία μεταξύ νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην κοινότητα φάνηκε ότι το 85,78% των νοσηλευτών δεν εργαζόταν σε αυτόν το τομέα από την αρχή και μόνο το 14,28% ανέφερε ότι αυτή η ειδικότητα ήταν συνειδητή και αρχική επιλογή. Επίσης το 57,12% ανέφερε ότι η ενασχόλησή αυτών των νοσηλευτών με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς με ψυχική διαταραχή δεν ήταν μέσα στα ενδιαφέροντά τους, αλλά δεν είχαν κάποια καλύτερη επιλογή, ενώ το 42,84% επέλεξαν τον συγκεκριμένο κλάδο επειδή τους ενδιέφερε και όχι λόγω έλλειψης καλύτερων επιλογών (Dias & Aranha e Silva AL, 2010).

Σε μια έρευνα που συνέκρινε τα δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και αυτών άλλων ειδικοτήτων, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία είναι μεγαλύτερης ηλικίας και διαφέρουν τόσο στην εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση όσο και στο φύλλο σε σχέση με τους νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων. Επίσης φάνηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είχαν μεγαλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης μεταπτυχιακών τίτλων. Ωστόσο, φάνηκε ότι δεν υπάρχουν νοσηλευτές ψυχικής υγείας νεαρής ηλικίας, γεγονός που αναμένεται να οδηγήσει σε σοβαρή έλλειψη του εν λόγω προσωπικού (Hanrahan & Gerolamo, 2004).

Όσον αφορά στην ηλικία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, σε μια έρευνα που διεξήχθη με σκοπό την ανάδειξη του προφίλ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, φάνηκε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν

τουλάχιστον 40 ετών (78,54%), με τη μικρότερη ηλικία να είναι στα 34 έτη και την μεγαλύτερη στα 63 έτη (Dias & Aranha e Silva AL, 2010).

2.2. Προσωπικότητα Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

Ορισμός της προσωπικότητας

Η προσωπικότητα είναι ο όρος που συμπεριλαμβάνει ένα σύνολο χαρακτηριστικών, όπως τη σύνθεση των αρεσκείων και δυσαρεσκείων, στάσεων, σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών ενός ατόμου, και αν και μπορεί να είναι σταθερή σε ένα χρονικό διάστημα είναι και δυναμική καθώς χαρακτηρίζει την μοναδική προσαρμογή του κάθε ατόμου σε μια δεδομένη κατάσταση (Theron, 2004).

Οι άνθρωποι είναι ένα προϊόν του κοινωνικού και πολιτισμικού τους περιβάλλοντος. Η οικογένεια μπορεί να παρέχει μια κοινωνική ασφάλεια που υποστηρίζει την ανάπτυξη του ατόμου και το φιλικό περιβάλλον παίζει έναν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της προσωπικότητας ενός ατόμου, καθώς μέσα από αυτό αποκτούνται οι αξίες, οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες του ατόμου (O'Neil, 2006). Ωστόσο, όταν και η οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον εξασκούν αρνητική επιρροή στο άτομο μπορεί να βλάψουν την ανάπτυξη του εαυτού και να ενθαρρύνουν τα άτομα να γίνουν επιφανειακά και να μην μπορούν να είναι ποτέ οι εαυτοί τους (Griffith, 2007). Οι συμπεριφοριστικές διαδικασίες καθορίζουν τις συμπεριφορές των ατόμων, τους στόχους τους οποίους θέτουν και επιθυμούν να επιτύχουν καθώς και τις πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα για το περιβάλλον τους. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που καθορίζονται βιολογικά είναι το φύλο, η επιθετικότητα και η γονική προστασία ενώ τα περιβαλλοντικά είναι οι πολιτισμικές ιδέες όπως η εργασία, η θρησκεία και η ταυτότητα (Bland, et al, 1994).

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτές παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και η προσωπικότητά τους επηρεάζει τον χαρακτήρα των νοσηλευτικών σχέσεων, και θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από τη δεκτικότητα προς τις ανάγκες των άλλων αλλά και την αντιμετώπιση των ασθενών ως ένα σύνολο (Ekman, et al, 1988).

Η δεκτικότητα στην εμπειρία συμπεριλαμβάνει μια ενεργή αναζήτηση απόκτησης εμπειριών και το άτομο αυτό χαρακτηρίζεται από φαντασία και

διανόηση και φαίνεται πως είναι περίεργο, αναζητά νέες και άγνωστες εμπειρίες, είναι περιπετειώδες και δεν φοβάται να αναλάβει ρίσκα. Το άτομο που δεν χαρακτηρίζεται από την δεκτικότητα φαίνεται πως είναι στενόμυαλο, συντηρητικό, στερείται φαντασίας και προτιμά το οικείο και γνωστό περιβάλλον και είναι περισσότερο πρακτικό (Pawlik-Kienlen, 2007).

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων που επιλέγουν τη νοσηλευτική ως επάγγελμα σε σχέση με άλλους, είναι ότι τα άτομα αυτά είναι περισσότερο εξωστρεφή, επηρεάζονται περισσότερο από τα συναισθήματα, είναι πιο σοβαροί και ντροπαλοί, περισσότερο ευαίσθητοι και καχύποπτοι και καινοτόμοι και φαίνεται ότι βρίσκονται σε περισσότερη ένταση (Adams & Klein, 1970).

Η εξωστρέφεια είναι η εξωτερίκευση μιας ψυχικής ενέργειας προς τον εξωτερικό κόσμο και κάνει το άτομο κοινωνικό, δραστήριο, ομιλητικό και αισιόδοξο. Το άτομο ωστόσο που δεν χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια τείνει να είναι επιφυλακτικό και ήσυχο αλλά όχι απαραίτητα μη φιλικό (Bland, et al, 1994).

Έχουν αναγνωριστεί διάφορα μοντέλα συμπεριφοράς των νοσηλευτών που διαφέρουν μεταξύ τους και μπορεί να χαρακτηρίζονται από ζεστασιά, προστασία, φιλικότητα και ανθρωπιά ή να χαρακτηρίζονται μόνο από την προσήλωση στην εκτέλεση των καθηκόντων. Οι διάφορες ειδικότητες απαιτούν και διαφορετικά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα το είδος της προσωπικότητας των νοσηλευτών ογκολογίας φαίνεται ότι είναι του τύπου στον οποίο υπάρχει εσωστρέφεια και πρακτική αντίληψη έτσι ώστε να παρέχεται η φροντίδα ως ευθύνη αλλά και ως ευχαρίστηση (Liukkonen, 1992).

Βάσει παλαιότερων μελετών, όσον αφορά συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των νοσηλευτών φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών διαφόρων ειδικοτήτων. Οι διαφορές που έχουν παρατηρηθεί μεταξύ των προσωπικών χαρακτηριστικών νοσηλευτών γενικής ιατρικής, χειρουργείων και ψυχικής υγείας αφορούν την τάξη, τη διαφοροποίηση, την αλλαγή, την ανάγκη επίδειξης, την αντίληψη και την κυριαρχία (Lentz & Michaels, 1965). Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανάγκη για τάξη και εμφανίζουν περισσότερη αντοχή αλλά δεν φαίνεται να χαρακτηρίζονται από την ανάγκη επίτευξης, αυτονομίας και επίδειξης (Cohen, et al, 1965).

Η ανθεκτικότητα και η αντοχή βοηθούν τα άτομα που βιώνουν δυσκολίες να λειτουργήσουν με χαμηλά επίπεδα φόρτισης αλλά υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης και ελπίδας. Στο εργασιακό περιβάλλον, και ιδιαίτερα στο νοσηλευτικό επάγγελμα, τα ανθεκτικά άτομα βασίζονται στη δική τους ικανότητα να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και εξαρτώνται σε μικρότερο βαθμό από την εξωτερική υποστήριξη (Grotberg, 2001).

Επίσης, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ανθεκτικότητα διατηρούν υψηλά ποσοστά αυτοπεποίθησης, έχουν μια ρεαλιστική αίσθηση του προσωπικού ελέγχου

και συναισθήματα ελπίδας (Brooks, 2001). Μέσω της συνεχιζόμενης εκμάθησης και ανάπτυξης τα άτομα μπορούν να έχουν μια αίσθηση ελέγχου και να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, χαρακτηριστικά που έχουν σημαντικό ρόλο στον εργασιακό κόσμο διότι συμβάλλουν στην μείωση της ανησυχίας και αύξηση της παραγωγικότητας (Reza, 2003).

Σε μια μελέτη η οποία συνέκρινε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μεταξύ νοσηλευτών δημόσιας υγείας και νοσηλευτών ψυχικής υγείας φάνηκε ότι ως κύριες χαρακτηριστικά των πρώτων ήταν η τάξη, ο σεβασμός, η αντοχή και η επίτευξη. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δεν φάνηκε να χαρακτηρίζονται από κυριαρχία, αυτονομία, ανταγωνιστικότητα και επιθετικότητα (George & Stephens, 1968). Σε αντίθεση, βάση μιας έρευνας το 1988, σε μια προσπάθεια καθορισμού του ψυχολογικού προφίλ των νοσηλευτών επείγουσας νοσηλευτικής φάνηκε ότι αυτοί χαρακτηρίζονταν από επιθετικότητα, ανταγωνιστικότητα, επιμονή και ευρηματικότητα (Levine et al, 1988).

Επικρατεί η αντίληψη ότι για την επίτευξη της εφαρμογής μιας ολιστικής ψυχιατρικής νοσηλευτικής, που θα έχει ως επίκεντρο όλες τις πλευρές του ασθενούς και ως εκ τούτου θα ασχολείται με το παρελθόν, το παρόν, τις αντιλήψεις και γενικότερα τη ζωή του ασθενούς, ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να σέβεται και να νοσηλεύει τον ψυχικά ασθενή εξατομικευμένα, έχοντας μια διαπροσωπική συνεργασία, που μαζί με τη θεραπευτική προσέγγιση να οδηγεί στην κατεύθυνση της δημιουργικής προσωπικής και κοινωνικής ζωής (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Η επιθυμητή συμπεριφορά των νοσηλευτών είναι αυτή που επιδεικνύει ένα χαρακτήρα που ενδιαφέρεται γνήσια, εκφράζει ενσυναίσθηση για τους ασθενείς και τους οικείους τους και δείχνει κατανόηση για τον πόνο των ασθενών (Mayer & Salovey, 1993). Επίσης θα πρέπει ο νοσηλευτής να διακρίνεται από συναισθηματική ωριμότητα η οποία επικεντρώνεται στην αναγνώριση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου έτσι ώστε να μπορέσει να επιλύσει τα προβλήματα και να δρομολογήσει τη συμπεριφορά του, καθώς μπορεί να αντιληφθεί, να εκφράσει, να εκλογικεύσει και να κατανοήσει τα δικά του συναισθήματα αλλά και των άλλων (Griffith, 2007).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη με σκοπό την εξερεύνηση της συναισθηματικής ωριμότητας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας προέκυψαν οι ακόλουθες 4 πτυχές. Η σχέση με τον ασθενή, η ποιότητα της επίβλεψης, η παρακίνηση και η υπευθυνότητα. Θεωρήθηκε ότι η συναισθηματική ωριμότητα είναι σημαντική για την ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Οι διαδικασίες συναισθηματικής εκμάθησης και ωριμότητας παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επαγγελματική ικανότητα, δηλαδή στην προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη. Επιπροσθέτως, ο ηθικός χαρακτήρας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με την κλινική πρακτική

είναι πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά (Akerjordet & Severinsson, 2004). Κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας προς τους άλλους, ο νοσηλευτής μπορεί να αντιμετωπίσει διάφορες συμπεριφορές οι οποίες θα καταλήξουν σε επιλογές βάσει της ηθικής. Για να γίνει αυτό ένα από πλέον χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι ο αλτρουισμός τους, που οδηγεί στη λήψη αποφάσεων και στρατηγικών που θα έχουν ως κύριο και μόνο γνώμονα το καλό του ασθενούς (Stickley & Stacey, 2011).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να θεωρεί την εργασία του ως μέρος των ηθικών του αρχών, έτσι ώστε να μπορέσει να νοιαστεί για τους άλλους σε μια πολύπλοκη κατάσταση, στην οποία ο ηθικός χαρακτήρας, ο ρόλος των συναισθημάτων και η σημασία της σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς να είναι πλήρως αναγνωρισμένα (Stickley & Stacey, 2011).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με στρατηγικές αντιμετώπισης έτσι ώστε να μπορούν να διεξάγουν την εργασία τους αποτελεσματικά, καθώς αυτοί οι μηχανισμοί κρίνονται απαραίτητοι για να υπάρχει προσαρμογή σύμφωνα με τις ανάγκες των σχέσεων με τους ασθενείς αλλά και της ίδιας της εργασίας. Η ικανότητα εύρεσης στρατηγικών, έτσι ώστε να μπορεί να δοθεί προτεραιότητα μεταξύ συγκρουόμενων συμφερόντων θα πρέπει να είναι κύριο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των νοσηλευτών αυτών (Healy & McKay, 2000)

Η ένταση που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εντείνεται λόγω της συνεχούς επικοινωνίας και διαχείρισης προβλημάτων που αφορούν τον ασθενή και την οικογένειά του αλλά και τη διεκπεραίωση των νοσηλευτικών καθηκόντων τους, χωρίς να υπάρχει ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη έτσι ώστε να μπορούν και οι ίδιοι να αντιμετωπίσουν αυτή την ένταση (Cleary, 2004). Αυτή η ίδια η φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας επηρεάζει τον ίδιο τον νοσηλευτή, διότι όπως είναι γνωστό κανείς δεν έχει ανοσία στις ψυχικές διαταραχές και θα ήταν πολύ περίεργο εάν τα άτομα που εργάζονται με ασθενείς με κάποια ψυχική διαταραχή δεν επηρεάζονταν και οι ίδιοι. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαίο για τον ίδιο τον νοσηλευτή να μπορεί να ζητά και να δέχεται βοήθεια και συμβουλευτική κυρίως από τους προϊσταμένους τους (Stickley & Stacey, 2011).

Ίσως τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διακρίνουν τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι η αντικειμενικότητα, η ευελιξία, η προσωπική και επαγγελματική ωριμότητα καθώς και η ικανότητα λήψης λογικών ρίσκων (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Η προσωπικότητα των νοσηλευτών αφήνει το δικό της σημάδι στην παροχή φροντίδας και στην έκβαση της υγείας του ασθενούς, και συνεπώς κάποια από τα χαρακτηριστικά που διέπουν την προσωπικότητα των νοσηλευτών είναι η

εμπάθεια, το ενδιαφέρον, η αυτογνωσία, η ευαισθησία, η ικανότητα επικοινωνίας και διατήρησης μιας απόστασης (Chloran, et al, 1985).

Η αυτογνωσία που πρέπει να χαρακτηρίζει το νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντική διότι μέσω της αυτογνωσίας θα μπορέσει να αξιοποιήσει τους πόρους που διαθέτει για να έχει αποτέλεσμα στην εργασία του. Η αυτογνωσία μπορεί να βοηθήσει τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας να αφήσει σε δεύτερη μοίρα τα προβλήματα που υπονομεύουν τις ανθρώπινες σχέσεις οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την παροχή ψυχικής φροντίδας. Συνεπώς, μέσω της αυτογνωσίας, ο νοσηλευτής θα μπορεί να έχει ως πρώτη προτεραιότητα την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του ίδιου και του ασθενούς, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα τα προβλήματα που δημιουργούνται από τις γραφειοκρατικές δραστηριότητες και την έλλειψη προσωπικού. Επίσης, η αυτογνωσία θα βοηθήσει τον ίδιο τον νοσηλευτή όταν ο ίδιος αισθάνεται πιεσμένος και νιώθει ότι αδυνατεί να φτιάξει μια σωστή θεραπευτική σχέση με τον ασθενή (Stickley & Stacey, 2011).

Η εμπάθεια θεωρείται ότι είναι ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των ατόμων που ασχολούνται με την παροχή φροντίδας, αφού η διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς αποτελεί το κεντρικό σημείο παροχής φροντίδας και ως εκ τούτου τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή είναι μέγιστης σημασίας (Bean & Holcombe, 1993). Η εμπάθεια φαίνεται ότι έχει αντίκτυπο στα συναισθήματα του ατόμου, με κυριότερη την αύξηση της αυτοεκτίμησης. Μέσω της εμπάθειας η σχέση ασθενούς – νοσηλευτή μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια αμοιβαιότητα που φαίνεται ότι οδηγεί σε συναισθήματα αποδοχής ή μη (Berg, et al, 2000).

Η εμπάθεια χαρακτηρίζεται από μια φιλικότητα, συμπόνια, συμπάθεια, υποστήριξη, επαφή καθώς και καλές προθέσεις. Έχουν δοθεί πολλές ερμηνείες για την εμπάθεια ως χαρακτηριστικό των νοσηλευτών, ωστόσο, σε γενικές γραμμές η εμπάθεια χαρακτηρίζεται από την αναγνώριση της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου αποτελώντας έτσι ένα συστατικό της αντίληψης και της επικοινωνίας έτσι ώστε να μπορεί ο νοσηλευτής να δίνει στον ασθενή να κατανοήσει αυτό που έχει γίνει αντιληπτό (Liukkonen, 1992).

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό που διέπει το νοσηλευτικό επάγγελμα και ιδιαίτερα τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι η ευαισθησία στην μη λεκτική επικοινωνία, που συνήθως υποδεικνύεται με κινήσεις, στάσεις του σώματος και διάφορα άλλα μοντέλα. Τα συναισθήματα που εκφράζονται με μη λεκτική επικοινωνία δίνουν πληροφορίες για τις αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς, και στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν μπορούν λεκτικά να περιγράψουν τα συναισθήματά τους, οι νοσηλευτές βασίζονται στην μη λεκτική επικοινωνία (Boey, 1999).

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή, δημιουργώντας και διατηρώντας ένα κατάλληλο θεραπευτικό

περιβάλλον, θα πρέπει πρωτίστως να υπάρχει η προθυμία να ακούσει τον ασθενή και να μπορέσει να καλύψει τις ανάγκες του με αντικειμενικότητα, σεβασμό, πραγματικό ενδιαφέρον, συνείδηση, ελαστικότητα, ευγένεια, συναισθηματική σταθερότητα, θάρρος αλλά και υπομονή, ενώ ταυτόχρονα να μην επιτρέπει αυτή της σχέση να υπερβεί κάποια συγκεκριμένα όρια οικειότητας (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Υπάρχουν ψυχογενείς ανάγκες που καθορίζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου και αυτές αφορούν την ανάγκη επιβεβαίωσης, αυτονομίας, κυριαρχίας, τάξης αλλά την ανάγκη να προσφέρεις βοήθεια στους άλλους ανθρώπους. Οι ανάγκες των νοσηλευτών και των ασθενών είναι αλληλένδετες, ωστόσο συγκεκριμένες ψυχογενείς ανάγκες μπορεί να επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα σε αυτή τη σχέση, όπως για παράδειγμα η ανάγκη ελέγχου, επάρκειας και επιβεβαίωσης. Ωστόσο, οι διαφορετικοί ρόλοι μέσα στο ίδιο το νοσηλευτικό επάγγελμα απαιτούν εντελώς διαφορετικά πράγματα καθώς κάποιοι τομείς απαιτούν αυτονομία ενώ άλλο, όπως ο κλάδος ψυχικής υγείας, προσαρμογή στα άτομα (Sand, 2003).

Μέσα στο νοσηλευτικό επάγγελμα υπάρχουν πολλές καταστάσεις που μπορεί να επιφέρουν συναισθήματα θυμού, ευτυχίας, λύπης αλλά και ντροπής (Chloran, et al, 1985). Όταν αυτές οι καταστάσεις οδηγούν στην αποστασιοποίηση, παράγονται μηχανισμοί άρνησης που μπορεί να έχουν αρνητικές συνέπειες για τον ασθενή αλλά και θετικές κάνοντας τον να έχει μια πιο θετική άποψη για το μέλλον καθώς και να δεσμευτεί απέναντι στα μέτρα αποκατάστασής του (Ekman, et al, 1988).

Η επαγγελματική συμπεριφορά έχει πολλές διαστάσεις και συμπεριλαμβάνει την αποδοχή ότι η σχέση με τον ασθενή δεν είναι ούτε ίση ούτε αμοιβαία. Συμπεριλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης των αναγκών του ασθενούς, που πολλές φορές δεν μπορούν να εκφραστούν σαφώς. Επίσης συμπεριλαμβάνει την ικανότητα της εδραίωσης της επικοινωνίας με τον ασθενή αλλά ταυτόχρονα διατηρώντας μια συναισθηματική απόσταση όταν αυτό απαιτείται. Η ικανότητα να μπορεί ο νοσηλευτής να εναλλάσσει την εγγύτητα με μια αντικειμενική στάση απέναντι στον ασθενή προϋποθέτει έναν ισορροπημένο χαρακτήρα και καλούς μηχανισμούς αντιμετώπισης (Healy & McKay, 2000). Όταν αυτοί οι μηχανισμοί λείπουν τότε οι νοσηλευτές κινδυνεύουν οι ίδιοι κυρίως από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και του στρες.

Η προσωπικότητα των νοσηλευτών ψυχικής υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση ή μη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης η οποία μπορεί να απειλήσει το εν λόγω προσωπικό λόγω της φύσης της εργασίας τους, καθώς έχει φανεί ότι ο φόρτος εργασίας (Jenkins & Elliott, 2004), τα υψηλά επίπεδα στρες (Ramirez, et al, 1995), οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους και

τους προϊσταμένους ή τους συγγενείς των ασθενών (Fujiwara et al, 2003) συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση του συνδρόμου.

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με την έκβαση των ασθενών και όπως φάνηκε από μια μελέτη που ως στόχο είχε τον καθορισμό των παραγόντων πρόβλεψης της προόδου των ψυχιατρικών ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζονταν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες εκπαίδευσης, η αποπροσωποποίηση και η αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων του προσωπικού ψυχικής υγείας συσχετίστηκαν με την έκβαση της υγείας των ασθενών (Priebe, et al, 2004).

2.3. Κοινωνικοψυχολογικό Προφίλ Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

Το κοινωνικοψυχολογικό προφίλ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας στους ψυχικά πάσχοντες σε συνδυασμό με τα τυπικά τους προσόντα. Οι νοσηλευτές ψυχιατρικής νοσηλευτικής θα πρέπει να διαθέτουν την ικανότητα καλής συνεργασίας και επικοινωνίας με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας στην οποία ανήκουν, καθώς και με τους νοσηλευτές ή τους ιατρούς άλλων τμημάτων και ειδικοτήτων (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Εκτός από αυτά θα πρέπει να έχουν οργανωτικές, διοικητικές και ηγετικές ικανότητες καθώς και την ικανότητα αξιολόγησης και αντιμετώπισης των ψυχολογικών αναγκών και των προβλημάτων που προκύπτουν, αλλά και των κρίσεων που αντιμετωπίζουν τόσο οι ασθενείς όσο και το ίδιο το προσωπικό (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας ως κύριο μέλημά του έχει την κάλυψη των αναγκών του ατόμου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Οφείλει να δημιουργεί το κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον έτσι ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγείας. για να επιτευχθεί αυτό ο νοσηλευτής οφείλει να έχει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενούς. Επίσης θα πρέπει να λαμβάνει κάθε μέτρο που θα προάγει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και της ελεύθερης βούλησης του ασθενούς προσέχοντας να μην προβαίνει σε ενέργειες που μπορεί να θίξουν αυτές τις ελευθερίες (Τσιρώνη, 2008).

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να σέβεται απεριόριστα την αξία της ανθρώπινης ζωής και να προστατεύει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενούς και σαφώς να λαμβάνει υπόψη του την άποψη του ασθενούς, στις περιπτώσεις που εκείνος είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του (Τσιρώνη, 2008). Μερικά από τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διέπουν τους νοσηλευτές ψυχικής είναι να μην προκαλούν σωματική ή ψυχολογική βλάβη, να παρέχει θετική βοήθεια στα άτομα

όταν αυτό είναι απαραίτητο, α αντιμετωπίζει τα άτομα δίκαια και με ισότητα και να παράγει ευτυχία (Sticklely & Stacey, 2011).

Η σωστή νοσηλευτική κρίση αλλά και η τόλμη λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων σε συνδυασμό με την υπεύθυνη και αυτόνομη νοσηλευτικής παρέμβασης, εντός των νομικών πλαισίων που περιβάλλουν το επάγγελμα, είναι εξίσου απαραίτητα χαρακτηριστικά (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από τη διάθεση του χρόνου του, την παρουσία τους, την εγγύτητά τους αλλά και την πρόθεσή του να «δίνονται» (Sand, 2003).

Όταν μιλάμε για ψυχική νόσο πρέπει να υπάρχει αμοιβαία εξάρτηση μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών και οι σχέσεις μπορεί μεν να βασίζονται στις ικανότητες και στις γνώσεις των νοσηλευτών αλλά θα πρέπει δε να βασίζονται στο είδος της σχέσεις καθώς και στο μοίρασμα της καθημερινής ζωής. Ωστόσο, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας πρέπει να χρησιμοποιούν κυρίως στρατηγικές για τη διαχείριση των δικών τους συναισθημάτων, όπως η υποστήριξη από τους συναδέλφους και η χρήση ορίων, έτσι ώστε να μπορούν να συνεχίζουν να παρέχουν φροντίδα (Berg, et al, 2000).

Κεφάλαιο 3. Ψυχιατρική Νοσηλευτική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η κατανόηση και η βελτίωση του ρόλου της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια βαθμίδα έχει απασχολήσει πολλούς συγγραφείς και έχει φανεί ότι υπάρχει ένα μεγάλο κενό μεταξύ του υψηλού επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς που απευθύνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Regier, et al, 1978). Με την συνεχιζόμενη έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας παγκοσμίως και την υπόθεση ότι η ψυχική υγεία παίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο, το λογικό επόμενο βήμα θα πρέπει να είναι η βελτίωση της παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας στους χώρους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Regier, et al, 1978).

Οι κυριότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αφορούν στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας με την παροχή υπηρεσιών που στοχεύουν στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας καθώς και τη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των ατόμων της κοινότητας. Η πρωτοβάθμια και κοινοτική νοσηλευτική που ασκούνται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, εκτός από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ασκούνται στα κέντρα υγείας και στην ευρύτερη κοινότητα περιλαμβάνοντας τρεις τομείς (Τσιρώνη, 2008).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εργάζονται σε όλες τις βαθμίδες παροχής φροντίδας. Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια, στην οποία οι νοσηλευτές παρεμβαίνουν σε άτομα ή ομάδες ατόμων χωρίς συμπτώματα αλλά τα οποία διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν συνήθειες που μπορεί να υπονομεύσουν την υγεία τους (Τσιρώνη, 2008), οι εν λόγω νοσηλευτές μπορούν και θα έπρεπε να εργάζονται στις κοινότητες όπου και τα καθήκοντά τους είναι πολλαπλά. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συνδέουν τα γενικά νοσοκομεία με τα κέντρα ψυχικής υγείας στην ίδια γεωγραφική περιοχή και αντιμετωπίζουν τις κρίσεις των μελών της κοινωνίας. Σε αυτή τη βαθμίδα ο κύριος ρόλος του νοσηλευτή είναι η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών που μπορεί να επιτευχθεί είτε με την ικανοποίηση των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών είτε με την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των πρώιμων συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Η παροχή υποστήριξης ψυχικής υγείας και ευημερίας είναι μια πολύ σημαντική πτυχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σε ένα πολύ μεγάλο

βαθμό τα άτομα που κατέχουν πολλαπλούς ρόλους στην παροχή ψυχικής υγείας είναι οι νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής, πολλές φορές χωρίς σχετική εμπειρία και εκπαίδευση. Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη στη Νέα Ζηλανδία βρέθηκε ότι υπάρχουν δύο ομάδες ρόλων για τους νοσηλευτές σε μια διεπιστημονική ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας ψυχικής υγείας. Υπάρχουν οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε νεοϊδρυθείσες θέσεις εργασίες και οι νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής που εργάζονται ήδη στις υπάρχουσες θέσεις (McKinlay, et al, 2001).

Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι υπάρχουν δομικά και επαγγελματικά εμπόδια που περιορίζουν τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας να εξελίξουν το ρόλο τους όσον αφορά στην παροχή φροντίδας προς τις ήπιες έως μέτριες ψυχικές διαταραχές. Υπάρχει ωστόσο η προοπτική εξέλιξης του ρόλου των νοσηλευτικών ψυχιατρικής νοσηλευτικής κυρίως μέσω της αναγνώρισής τους ως ισότιμα μέλη μεταξύ μιας διεπιστημονικής ομάδας παροχής φροντίδας, δεδομένου ότι είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχει έντονη η έλλειψη επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια βαθμίδα παροχής φροντίδας (McKinlay, et a, 2011).

Όσον αφορά στη δευτερογενή φροντίδα υγείας ή προληπτική νοσηλευτική, ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στους παράγοντες κινδύνου που ήδη υπονομεύουν την σωματική ή ψυχική υγεία των ατόμων (Τσιρώνη, 2008) και στην τριτογενή ασχολείται με τα άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί έτσι ώστε να τα καθοδηγήσει και να τα εκπαιδεύσει σε σχέση με τη νόσο τους (Τσιρώνη, 2008). Σε κοινοτικό επίπεδο ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα χρόνια ψυχικά νοσήματα με κύριο μέλημα την αποφυγή εγκατάστασης υπολειμματικών ψυχικών αναπηριών (Τσεπελής & Μεγαρχιώτης, 2007).

Η ενσωμάτωση της φροντίδας της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί πλέον μια περιοχή προτεραιότητας τόσο εθνικά όσο και διεθνώς. Ως εκ τούτου οι νοσηλευτές έρχονται πολύ συχνά σε επαφή με άτομα που πάσχουν από κάποιου είδους ψυχικής νόσου (Sharrock & Happell, 2000). Ωστόσο, εάν οι νοσηλευτές δεν είναι εκπαιδευμένοι δεν μπορούν να έχουν κατανόηση των προβλημάτων και των αναγκών των ατόμων που βιώνουν ψυχική νόσο (Balley, 1998; Muirhead & Tilley, 1995).

Υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη απασχόλησης νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς υπάρχει μεγάλος αριθμός ασθενών που χρήζει παροχής ψυχικής φροντίδας και φαίνεται από τα διεθνή στοιχεία ότι οι νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής αναγκάζονται να εκτιμήσουν και να παρέμβουν σε περιπτώσεις ασθενών που αντιμετωπίζουν ψυχικές διαταραχές χωρίς να έχουν τις απαιτούμενες ικανότητες και γνώσεις (Prince & Nelson, 2011).

Ένα θέμα ωστόσο που παρεμποδίζει την ύπαρξη κατάλληλης προσοχής στις ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η ίδια η φύση των ψυχικών διαταραχών καθώς πολλές φορές συνυπάρχουν με ένα σωματικό

σύμπτωμα και η ψυχική διαταραχή διαφεύγει της προσοχής των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που δεν έχουν την απαραίτητη εκπαίδευση (Regier, et al, 1979).

Ένας ακόμη παράγοντας που εμποδίζει την αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών είναι ο διαχωρισμός των σημείων παροχής ψυχικής φροντίδας και σωματικής φροντίδας, κάνοντας ακόμη πιο δύσκολη τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και αυτών της γενικής ιατρικής, νοσηλευτικής ή άλλων ειδικοτήτων. Όταν όμως αυτές οι δύο κατηγορίες συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο και δεν θεωρούνται ξεχωριστές υπηρεσίες, υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες αναγνώρισης ύπαρξης ψυχικών διαταραχών έτσι ώστε να μπορεί ο ασθενής να παραπεμφθεί στους ειδικούς για να λάβει την κατάλληλη φροντίδα (Coleman & Patrick, 1976).

Οι νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής φαίνεται ότι επιδεικνύουν μια άρνηση να ασχοληθούν με ασθενείς που πάσχουν από ψυχική νόσο, και κυρίως αυτούς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, σχιζοφρένεια αλλά και επιδεικνύουν κίνδυνο αυτοτραυματισμού (Fleming & Szmukler, 1992). Μια μελέτη μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονταν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών έδειξε ότι οι νοσηλευτές δεν ήξεραν ακριβώς το ρόλο τους σε σχέση με αυτού του είδους ασθενείς. συνεπώς, οι μη εξειδικευμένοι νοσηλευτές στην ψυχική υγεία δείχνουν να αποφεύγουν τους ασθενείς που βιώνουν ψυχικές νόσους κυρίως εξαιτίας των συναισθημάτων του φόβου, της αίσθησης αδυναμίας καθώς και την αναγνώριση του γεγονότος ότι η παροχή φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς απαιτεί περισσότερο χρόνο (Sharrock & Happell, 2000).

Δυστυχώς, ένα από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τις ψυχικές νόσους είναι το στίγμα και η διάκριση που παρατηρείται σε όλους τους χώρους όπου παρέχεται φροντίδα. Η επικόλληση ετικετών είναι περισσότερο πιθανή στον χώρο ενός νοσοκομείου καθώς οι ασθενείς με ψυχική νόσο επιδεικνύουν συμπεριφορά που δεν συνάδει με την παραδοσιακή συμπεριφορά ενός ασθενή (Sharrock & Happell, 2000).

Επίσης, οι ψυχολογικές ανάγκες των ατόμων με ψυχική νόσο έχουν μικρότερες πιθανότητες να αντιμετωπισθούν εάν αυτοί οι ασθενείς δεν αναγνωρισθούν ως ψυχικά πάσχοντες, καθώς ορισμένα από τα συμπτώματα των ψυχικών νόσων μπορεί να παρερμηνευθούν ως αρνητικό άγχος λόγω ενός προβλήματος υγείας. επιπλέον, φαίνεται ότι πολλά άτομα με ψυχική νόσο που παρουσιάζονται ακόμη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν αναγνωρίζονται (Rost et al, 1998; Ronalds, et al, 1997). Αυτό όμως παρατηρείται και στον χώρο των νοσοκομείων σε όλες τις μονάδες (Gater, et al, 1998; Hansen, et al, 2001), καθώς φαίνεται ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ακόμη και στα νοσοκομεία δεν

είναι καταλλήλως εφοδιασμένα να διαγνώσουν το άγχος, την κατάθλιψη ή τη σύγχυση (Rincon, et al, 2001).

Έχει φανεί ότι στις περιπτώσεις που οι ασθενείς με ήπιες διαταραχές, όπως κατάθλιψη, αντιμετωπίζονται από ειδικευμένους νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα. Αυτό φάνηκε σε μια έρευνα όπου ασθενείς με κατάθλιψη από 46 κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας χωρίστηκαν σε δυο ομάδες. Η μια ομάδα ανατέθηκε στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας και η δεύτερη έλαβε τη συνήθη φροντίδα από παθολόγους. Στην περίπτωση των νοσηλευτών, αυτοί ήταν εκπαιδευμένοι στη διεξαγωγή εκτίμησης, εφαρμογής εκπαίδευσης στον ασθενή, στην παρακολούθηση και στη μετέπειτα παρακολούθηση καθώς και στην φαρμακευτική διαχείριση. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς που παρακολουθούνταν από τους εκπαιδευμένους νοσηλευτές ψυχικής υγείας είχαν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στα συμπτώματά τους και την λειτουργικότητά τους σε σχέση με τους ασθενείς που παρακολουθούνταν από τους ιατρούς (Katon, et al, 2001).

Στην Αργεντινή, αυτοί που ηγούνται της διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης των ασθενών με σοβαρές κυρίως ψυχικές διαταραχές είναι το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ασθενείς λαμβάνουν θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς στις κοινότητες τους όπου και απολαμβάνουν την υποστήριξη των οικογενειών τους, του οικείου περιβάλλοντος και των κοινοτικών υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι διαθέσιμοι έτσι ώστε να αναθεωρήσουν και να παρέχουν συμβουλές για τις περίπλοκες περιπτώσεις. Λόγω του ότι η παροχή ψυχικής φροντίδας σε αυτή τη χώρα λαμβάνει χώρα σε κοινοτικό επίπεδο, έχει αυξηθεί η ζήτηση για παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας και έχει επιτρέψει στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να παραμείνουν στις κοινότητές τους και να ενσωματωθούν κοινωνικά, μια αποτελεσματικότητα που οφείλεται κυρίως στην ομαδική εργασία μεταξύ ψυχιάτρων, ψυχολόγων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας (WHO, 2010).

Τέτοιου είδους προγράμματα έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες περιοχές και η διεξαγωγή τους κυρίως από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχει συμβάλει στις ακόλουθες βελτιώσεις (WHO, 2010):

- Οι εισαγωγές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία έχουν μειωθεί
- Οι υπηρεσίες για τους εξωτερικούς ασθενείς έχουν αυξηθεί
- Υπάρχουν και λειτουργούν αποτελεσματικά τα κοινοτικά προγράμματα πρόληψης και προστασίας της ψυχικής υγείας των πολιτών.

Η ανάγκη ύπαρξης ειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας φαίνεται από το γεγονός ότι η στάση των νοσηλευτών γενικής νοσηλευτικής, κυρίως σε τμήματα

επειγόντων περιστατικών, απέναντι σε ορισμένους ασθενείς είναι πολύ αρνητική καθώς φαίνεται ότι πολλοί νοσηλευτές νιώθουν ιδιαίτερα αποξενωμένοι προς τους ασθενείς που υποφέρουν από ψυχικά προβλήματα που ενδέχεται να οδηγήσουν στην αυτοκτονία ή στον επανειλημμένο αυτοτραυματισμό (Gallor, et al, 1989). Έχει φανεί ότι οι ίδιοι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορούν να χαρακτηρίσουν τους ασθενείς ως «καλούς» και ως «κακούς» (Suokas & Lonqvist, 1989). Οι δεύτεροι μπορεί να χαρακτηριστούν από τους νοσηλευτές ως εχθρικοί, μη συνεργάσιμοι, ότι κάνουν συνεχώς παράπονα και είναι χειριστικοί ή ότι υποφέρουν από μια χρόνια νόσο που σχετίζεται με κοινωνικό στίγμα ή που προκαλούν συναισθήματα μη αποτελεσματικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ασθενείς που ταιριάζουν σε αυτούς τους χαρακτηρισμούς είναι συχνά αυτοί που υποφέρουν από διαταραχές προσωπικότητας και φαίνεται ότι οι παραπάνω χαρακτηρισμοί από τους ίδιους τους νοσηλευτές επιφέρουν αρνητικές αντιδράσεις (Sidley & Renton, 1996).

Έχει φανεί ότι οι νοσηλευτές αποστασιοποιούνται από τους ασθενείς τους οποίους δεν συμπαθούν και κρίνουν τους ψυχικά ασθενείς ως μη πραγματικούς ασθενείς με αποτέλεσμα να τους αγνοούν (Macilwaine, 1981). Σε μία έρευνα παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που τελικά αυτοκτόνησαν είχαν χάσει την υποστήριξη που είχαν από τους γύρω τους και το προσωπικό ασκούσε κριτική για τη συμπεριφορά αυτών των ασθενών που κυρίως χαρακτηριζόταν ως προκλητική, παράλογη και υπερ-εξαρτημένη (Morgan & Priest, 1991). Ωστόσο, αυτού του είδους η συμπεριφορά φαίνεται ότι σχετίζεται περισσότερο με την εκπαίδευση των νοσηλευτών και όχι τόσο με την ίδια την προσωπικότητα τους (Miller & Davenport, 1996). Συνεπώς, φαίνεται ότι τόσο η καλύτερη εκπαίδευση των νοσηλευτών όσο και η ύπαρξη ειδικευμένων νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι σημαντική έτσι ώστε να μειωθεί το αντίκτυπο της αρνητικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών στην υγεία των ασθενών.

Υπάρχει ανάγκη εκπαίδευσης αλλά και υποστήριξης έτσι ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των ίδιων των νοσηλευτών που βοηθούν τους ασθενείς με ψυχικής διαταραχή και για να γίνει αυτό εφικτό θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών ψυχικής υγείας όλων των βαθμίδων, δηλαδή της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας παροχής φροντίδας, με σκοπό να αισθανθούν οι νοσηλευτές περισσότερο σίγουροι και ικανοί όταν περιθάλπουν ασθενείς με κάποιου είδους ψυχική διαταραχή (Prince & Nelson, 2011).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας των νοσηλευτών που ειδικεύτηκαν στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (προσωπικότητα, ναρκισσισμός, αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία, ντροπή) σε ειδικευμένους Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και σε ειδικευμένους άλλων ειδικοτήτων Νοσηλευτικής. Πιο συγκεκριμένα θα γίνει:

- Σύγκριση της ομάδας των ειδικευμένων Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και της ομάδας των ειδικευμένων σε άλλες ειδικότητες Νοσηλευτικής (Παιδιατρική, Παθολογική και Χειρουργική) ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης παίρνουν την μορφή των ερευνητικών ερωτημάτων, επειδή πρόκειται για μια νατουραλιστική συγχρονική έρευνα (Παρασκευόπουλος, 1993) είναι τα εξής:

- 1) Ποια είναι τα επίπεδα του αλτρουισμού, του ναρκισσισμού, της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής, του φόβου του πόνου, του καρδιολογικού άγχους, της ψυχοπαθολογίας, της προσωπικότητας και της αισιοδοξίας στους ειδικευμένους νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων;
- 2) Ποια είναι τα επίπεδα του αλτρουισμού, του ναρκισσισμού, της εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής, του φόβου του πόνου, του καρδιολογικού άγχους, της ψυχοπαθολογίας, της προσωπικότητας και της αισιοδοξίας σε κάθε μία ειδικότητα ξεχωριστά;
- 3) Υπάρχουν διαφορές στο κοινωνικο-ψυχολογικό προφίλ των ψυχιατρικών ειδικευμένων νοσηλευτών σε σχέση με κάθε άλλη ειδικότητα ξεχωριστά;
- 4) Υπάρχουν διαφορές στην κατά φύλο και ηλικία σύνθεση των ειδικευμένων νοσηλευτών, αλλά και των νοσηλευτών με ψυχιατρική ειδίκευση ξεχωριστά από τις άλλες ομάδες;
- 5) Ποια η σχέση μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των άλλων παραμέτρων που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, στο σύνολο του δείγματος, όσο και στις διάφορες ειδικότητες ξεχωριστά;

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2011 έως τον Σεπτέμβριο του 2011.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ειδικευμένοι Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και ειδικευμένοι άλλων ειδικοτήτων.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη είναι οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ειδικευμένοι Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και ειδικευμένοι άλλων ειδικοτήτων.
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα παίρνει ο μεταπτυχιακός φοιτητής – ερευνητής με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

2.1 Δείγμα

Συνολικά τα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν 200, ύστερά από την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου πέντε μεγάλων νοσοκομείων της Αττικής. Αυτά τα 200 άτομα, χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες με βάση την νοσηλευτική ειδικότητα των συμμετεχόντων, όπως καταγράφηκε στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους (n=50, έκαστη), από τα οποία το 85,5% ήταν νοσηλεύτριες και το υπόλοιπο 14,5% νοσηλευτές. Εξαιρέθηκαν τα ιδιωτικά και στρατιωτικά νοσοκομεία. Η αδυναμία διαίρεσης του δείγματος σε ίσα ποσοστά αναλογικά με το φύλο οφείλεται στο γεγονός ότι ο αντρικός πληθυσμός έχει εισχωρήσει τα τελευταία μόλις χρόνια στο συγκεκριμένο επάγγελμα στην χώρα μας, οπότε αποτελεί την μειονότητα του συγκεκριμένου κλάδου.

2.2 Διαδικασία

Το πρωτόκολλο της μελέτης κατατέθηκε προς έγκριση στο επιστημονικό Συμβούλιο των πέντε νοσοκομείων και στις διευθύντριες των νοσηλευτικών

υπηρεσιών. Μετά την έγκριση του πρωτοκόλλου ,δημιουργήθηκαν λίστες με τα αριθμητικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με το φύλο την ηλικία και στην κατηγορία ειδικότητας. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν οι προϊστάμενες επιλεγμένων τμημάτων και παραδόθηκαν τα ερωτηματολόγια μαζί με γραπτές οδηγίες σε ατομικούς φακέλους

Η συλλογή του δείγματος έγινε με τη χρήση ενός στρωματοποιημένου τυχαίου δείγματος που επιτύχαμε χωρίζοντας τον πληθυσμό σε αμοιβαία αποκλειόμενα σύνολα. Η στρωματοποίηση αποτελέστηκε από άντρες και γυναίκες στο πρώτο στρώμα, από ηλικίες εργαζομένων στο δεύτερο στρώμα και από ειδικότητες εργασίας στο τρίτο στρώμα (Ρούσσοσ και Τσαούσης 2002). Αφού στρωματοποιήσαμε τον πληθυσμό, χρησιμοποιήσαμε απλή τυχαία δειγματοληψία για να παράγουμε το πλήρες δείγμα.

Οι ερευνητές, κατόπιν, χορήγησαν σε ειδικευμένους νοσηλευτές τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως ή ταχυδρομικά) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.3.1 Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού θα χρησιμοποιηθεί ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα "αποδοχής της πρόνοιας". Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένα στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να

αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach's του ερωτηματολογίου στο ελληνικό δείγμα είναι 0,70.

2.3.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979)

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους Raskin & Hall το 1979, με σκοπό τη μελέτη των ατομικών διαφορών στο ναρκισσισμό ως σταθερού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας, με βάση την απουσία της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας κατά DSM-III (Raskin & Terry, 1988). Στην αρχική του μορφή το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ζεύγη προτάσεων αναγκαστικής επιλογής, όπου από κάθε ζεύγος δυνατών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση το άτομο επιλέγει εκείνη τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον εαυτό του. Μπορούν, επίσης, οι προτάσεις να ενταχθούν σε επτά παράγοντες (εξουσιαστικότητα, αυτάρκεια, υπεροχή, επιδειξιμανία, τάση για εκμετάλλευση, ματαιοδοξία, απαιτητικότητα) (Σταλίκας και συν., 2002). Στην ελληνική εκδοχή, μετά από επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων, απομακρύνθηκαν 10 ζεύγη προτάσεων έτσι ώστε η τελική μορφή του NPI να περιλαμβάνει 30 ζεύγη (Κοκκώση, Βασιλαματζής, Αναγνωστόπουλος & Μαρκίδης, 1998).

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό καθώς παρουσιάζει σημαντικές συσχετίσεις με τις κλίμακες NPDS (Narcissistic Personality Disorder Scale) και του ερωτηματολογίου προσωπικότητας (MMPI) (Morey et al, 1985). Στην κωδικοποίηση των απαντήσεων και τη βαθμολόγησή τους από τους ερευνητές η επιλογή από το άτομο εκείνης της εναλλακτικής εκ των δύο σε κάθε ζεύγος προτάσεων ερωτημάτων, που υποδηλώνει την παρουσία στο άτομο του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, βαθμολογείται με 1 ενώ η επιλογή της άλλης εναλλακτικής, που αποτελεί ένδειξη της απουσίας του, βαθμολογείται με 0 (Κοκκώση και συν, 1998). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών στις προτάσεις που υποδηλώνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας και λαμβάνει τιμές από 0 έως 30. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's alpha για όλο το ερωτηματολόγιο των 40 ζευγών προτάσεων βρέθηκε ίσος με 0.85 Στην Ελλάδα έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η ύπαρξη ενός κοινού, γενικού παράγοντα ναρκισσισμού και όχι η ύπαρξη των επτά επιμέρους παραγόντων ναρκισσισμού (επ' αυτού βρίσκεται σε εξέλιξη ανάλυση δεδομένων από δείγμα 943 φοιτητών)(Κοκκώση και συν, 1998).

2.3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) προέρχεται από ένα προϋπάρχον εργαλείο αξιολόγησης της ντροπής, το ISS (Internalized Shame Scale). Το ISS κατασκευάστηκε το 1993 από τον Cook. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994).

Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις της κλίμακας ντροπής από το ISS (Cronbach's alpha= 0,96) πήραν τη μορφή «οι άλλοι με θεωρούν...», και έτσι το OAS περιλαμβάνει 18 τέτοιες προτάσεις (οι υπόλοιπες 6 δεν ήταν εφικτό να τροποποιηθούν κατά αυτόν τον τρόπο), οι οποίες απαντώνται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα συχνότητας (όπου 0= ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά και 4= πάντα). Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης.

Ο δείκτης Cronbach's alpha του OAS στο ελληνικό δείγμα είναι 0,87. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναισθηματικό της ντροπής (όπως: Gilbert et al. 1996; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2003b; Benn et al., 2005).

2.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93. Έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς μελετητές, και έχει ερευνηθεί η ικανότητά του να αναδεικνύει τη σχέση της ντροπής με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Andrews et al., 2002).

2.3.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των

θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.3.6 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D’Zurilla’s (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005).

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκορ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach’s alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν

βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007; Lightsey et al., in press).

2.3.6. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al.,2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert, Thompson et al., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1986), για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες (Reiss, 1986). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 10 προτάσεις (στην ελληνική εκδοχή του) που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως "πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 10 θέματα, (δηλ., με το άθροισμα όλων βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 10, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompson et al., 2000; Zvolensky et al., 2003; Dragioti et al., 2011). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 4 και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλιμάκων διαιρείται δια του 3 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες) (Dragioti et al 2011). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των

αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4) (Eifert, Thompson et al., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: .83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifert et al., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompson et al., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolensky et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, et al, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert & Forsyth, 1996). Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εσωτερική συνοχή ($\alpha=82$), καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του SCL-90 (Dragioti et al, 2011).

2.3.7 Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Η αισιοδοξία θα μετρηθεί με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994),. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του

κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach $\alpha=0,716$. (Lyraeos et al., 2009).

2.3.8 Τεστ προσωπικότητας -Eysenck -Eysenck personality Questionnaire (EPQ- Eysenck, 1947)

Στην παρούσα εργασία για την μέτρηση της προσωπικότητας θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck (Eysenck personality Questionnaire) (Eysenck, 1947) Το EPQ αποτελείται από 84 ερωτήσεις, οι οποίες μετρούν τέσσερις παραμέτρους (διαστάσεις) προσωπικότητας (Kouidi et al., 1997). Με τις ερωτήσεις P ελέγχεται η διάσταση «ψυχωτισμός» με τις ερωτήσεις E ελέγχεται η εξωστρέφεια/ εσωστρέφεια, ενώ με τις ερωτήσεις N ελέγχεται η διάσταση «νευρωτισμός» της προσωπικότητας των ασθενών (και της ομάδας ελέγχου). Τέλος, οι ερωτήσεις L είναι ερωτήσεις «αντιπερισπασμού» και αποσκοπούν στον έλεγχο της ειλικρίνειας των απαντήσεων στις ερωτήσεις προσωπικότητας (Kouidi et al., 1997).

2.3.9 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος θα δοθεί ερωτηματολόγιο το οποίο θα περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

2.4 Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, ελάχιστη, μέγιστη τιμή και σταθερή απόκλιση (SD))ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν θα γίνει σύγκριση των διαμέσων ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκαν η δοκιμασία t test διότι οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα; χ^2 test, normal Q-Q plot, detended normal Q-Q plot), πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών γίνεται αποδεκτή ($p>0,05$) (Γναρδέλλης, 2006). Για την σύγκριση

παραπάνω από δύο κατανομών θα γίνει ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (One way Anova) (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων θα χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, θα χρησιμοποιηθούν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Παρασκευόπουλος, 1993) διότι η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που θα χρησιμοποιηθούν θα θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

3.1 Υπολογισμός αξιοπιστίας ερωτηματολογίων

Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής Cronbach α ήταν ικανοποιητικοί για όλες τις μεταβλητές των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν. Στον πίνακα 1 καταγράφεται ο δείκτης της εσωτερικής συνοχής για το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη για την ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας των νοσηλευτών που ειδικεύτηκαν στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Όλοι οι δείκτες είναι από 0.65 και πάνω γεγονός που δείχνει πως έχουν ικανοποιητική εγκυρότητα εσωτερικής συνοχής.

Πίνακας 1. Συντελεστές Cronbach α για τα ερωτηματολόγια της έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	Cronbach α
Altruism sub-Scale	0,679
Narcissistic Personality Inventory	0,656
Other As Shamer Scale	0,903
Experience of Shame Scale	0.924
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας	0.962
Fear of pain questionnaire	0,946
Cardiac Anxiety Questionnaire	0,817
Life Orientation Test	0,792
Eysenck Personality Questionnaire	0,658

3.2 Κοινωνικό - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων του δείγματος μας παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 2 και 3. Ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση υπολογίστηκαν για τις ποσοτικές μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων των δειγμάτων και για τα συνολικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων (πίνακας 2).

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 2 η μέση ηλικία των νοσηλευτών του δείγματος ήταν $40,39 \pm 6,03$ με εύρος 30-59. Στον πίνακα 2, επίσης, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των συνολικών σκορ των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Η μέση τιμή του Αλτρουισμού ήταν $18,82 \pm 4,21$

με εύρος 9-30, η μέση τιμή του ναρκισσισμού ήταν $7,68 \pm 4,46$ με εύρος 0-28, η μέση τιμή της εξωτερικής ντροπής και της εξωτερικής ντροπής ήταν αντίστοιχα $15,58 \pm 8,56$ με εύρος 0-46 και $46,82 \pm 12,34$ με εύρος 25-86.

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά για τις ποσοτικές μεταβλητές στο σύνολο του δείγματος

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	x	SD
Ηλικία	200	30	59	40,39	$\pm (6,03)$
Altruism sub-Scale	200	9	30	18,82	$\pm (4,21)$
Narcissistic Personality Inventory	200	0	28	7,68	$\pm (4,46)$
Other As Shamer Scale	200	0	46	15,58	$\pm (8,56)$
Experience of Shame Scale	200	25	86	46,82	$\pm (12,34)$
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων SCL-90	200	0,00	2,04	0,65	$\pm (0,42)$
Fear of pain questionnaire	199	30	127	68,16	$\pm (20,23)$
Cardiac Anxiety Questionnaire	200	0	3	1,01	$\pm (0,61)$
Life Orientation Test	200	2	24	15,66	$\pm (3,63)$
Ψυχωτισμός	200	37	48	44,38	$\pm (2,01)$
Εσωστρέφεια-Εξωστρέφεια	200	19	38	23,92	$\pm (4,13)$
Νευρωτισμός	200	22	40	30,91	$\pm (4,32)$
Ψεύδος	200	19	34	25,57	$\pm (3,28)$
Πλούσια οικογένεια	200	1	5	2,50	$\pm (1,03)$
Καλλιεργημένο άτομο	200	1	5	3,68	$\pm (0,76)$

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση

Η μέση τιμή του γενικού δείκτη συμπτωμάτων του SCL-90 ήταν $0,65 \pm 0,42$ με εύρος 0-2,04, ενώ η μέση τιμή του φόβου του πόνου και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία ήταν αντίστοιχα $68,16 \pm 20,23$ με εύρος 30-127 και $1,01 \pm 0,61$ με εύρος 0-3. Όπως φαίνεται στον πίνακα 2, η μέση τιμή της αισιοδοξίας στους νοσηλευτών ήταν $15,66 \pm 3,63$ με εύρος 2-34, ο ψυχωτισμός του EPQ ήταν $44,38 \pm (2,01)$ με εύρος 37-48, η εσωστρέφεια-εξωστρέφεια ήταν $23,92 \pm 4,13$ με

εύρος 19-38, η μέση τιμή του νευρωτισμού ήταν $30,91 \pm 4,32$ με εύρος 22-40 και τέλος η μέση τιμή του ψεύδους ήταν $25,57 \pm 3,28$ με εύρος 19-34.

Ο έλεγχος για την κανονικότητα των κατανομών ελέγχθηκε με το test των Kolmogorov-Smirnov, επειδή $n > 50$, η οποία βρέθηκε να μην ξεπερνά κατά πολύ την κανονική ($p < .05$), με αποτέλεσμα να επιλεγεί η χρήση παραμετρικών κριτηρίων για την συνέχεια της μελέτης (Δαφέρμος Β. , 2005).

Υπολογίστηκαν επίσης τα ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές των κοινωνικο-δημογραφικών παραμέτρων του δείγματος μας (πίνακας 3). Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία ήταν γυναίκες με ποσοστό 85,5%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ήταν έγγαμοι (61,0%) και το 100% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά κατηγορικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Σύνολο	Ποσοστό%
Φύλο		
Αντρες	29	14,5
Γυναίκες	171	85,5
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	70	35,0
Έγγαμος	122	61,0
Διαζευγμένος	7	3,5
Χήρος	1	0,5
Εκπαίδευση		
ΑΕΙ-ΤΕΙ	200	100
Διαμονή		
Χωριό-Κωμόπολη	64	32,0
Πόλη <150.000	43	21,5
Πόλη >150.000	93	46,5
Νοσηλευτική Ειδικότητα		
Παθολογική	50	25,0
Παιδιατρική	50	25,0
Χειρουργική	50	25,0
Ψυχιατρική	50	25,0

3.3 Αναζήτηση διαφορών ανάμεσα στις νοσηλευτικές ειδικότητες

Για να ελέγξουμε τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους μέσους όρους των ψυχομετρικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο της ανάλυσης διασποράς κατά ένα παράγοντα (One Way Anova), διότι οι ομάδες σύγκρισης ήταν παραπάνω από δύο (Δαφέρμος, 2005). Αναζητήθηκαν διαφορές στους νοσηλευτές με διαφορετική ειδικότητα σε σχέση με τον αλtruισμό, τον ναρκισσισμό την εξωτερική και εσωτερική ντροπή, την ψυχοπαθολογία, τον φόβο του πόνου, το άγχος για την καρδιακή λειτουργία, την διάθεση της αισιοδοξίας και διστάσεις της προσωπικότητα (πίνακες 4,5,6,7,8,9,10,11 και 12).

3.3.1 Κλίμακα Αλtruισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

Στον πίνακα 4, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας του αλtruισμού, στις τέσσερις ομάδες του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ειδικό ερωτηματολόγιο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και στηρίχθηκε στην υποκλίμακα του αλtruισμού από το ερωτηματολόγιο της Αποδοχής της Πρόνοιας των Ahmed & Jackson (1979).

=====

Πίνακας 4. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα αλtruισμού.

	Παθολογική N=50	Παιδιατρική N=50	Χειρουργική N=50	Ψυχιατρική N=50	Διαφορά
Altruism					
Ελάχιστη-Μέγιστη	10-30	10-29	10-29	9-29	F=1,358 df=3 p=0,257
M (± SD)	19,54± 4,35	19,22± 4,21	18,00± 4,33	18,52± 3,90	

M = μέσος όρος, SD= τυπική απόκλιση, F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, p<0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

Στην κλίμακα του αλtruισμού των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα 19,54± 4,35, με εύρος 10-30, 19,22± 4,21 με εύρος 10-29, 18,00± 4,33 με εύρος 10-29 και 18,52± 3,90, με εύρος 9-29. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο F(3)=1,358, δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων (P=0,257).

3.3.2 Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979)

Στον πίνακα 5, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας ναρκισσιστικής προσωπικότητας, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Raskin & Hall (1979;NPI).

Πίνακας 5. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα ναρκισσισμού

	Παθολογική N=50	Παιδιατρική N=50	Χειρουργική N=50	Ψυχιατρική N=50	Διαφορά
NPI					
Ελάχιστη-Μέγιστη	0-26	1-28	1-25	2-21	F=1,145 df=3 p=0,332
M (± SD)	7,16± 4,24	7,72± 4,58	7,22± 4,60	8,62± 4,40	

M =μέσος όρος , SD= τυπική απόκλιση , F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, p<0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

Στην κλίμακα του ναρκισσισμού των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα 7,16± 4,24, με εύρος 0-26, 7,72± 4,58 με εύρος 1-28, 7,22± 4,60, με εύρος 1-25 και 8,62± 4,40, με εύρος 2-21. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο F(3)=1,145, δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων (P=0,257).

3.3.3 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)

Στον πίνακα 6, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της εξωτερικής ντροπής στις τέσσερις ομάδες του δείγματος, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Goss, Gilbert και Allan (1994), Other As Shamer Scale.

Στην υπό-κλίμακα *Inferior* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα 6,08± 3,28, με εύρος 0-14, 5,18± 3,05, με εύρος 0-13, 5,62± 4,29, με εύρος 0-21 και 4,92± 3,57, με εύρος 0-16, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των

διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,388$), στην σύγκριση τους το $F(3)=1,012$.

Πίνακας 6. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα εξωτερικής ντροπής

	Παθολογική N=50	Παιδιατρική N=50	Χειρουργική N=50	Ψυχιατρική N=50	Διαφορά
Inferior					
Ελάχιστη-Μέγιστη	0-14	0-13	0-21	0-16	F=1,012 df=3 p=0,388
M (± SD)	6,08± 3,28	5,18± 3,05	5,62± 4,29	4,92± 3,57	
Empty					
Ελάχιστη-Μέγιστη	0-8	0-11	0-8	0-10	F=0,422 df=3 p=0,737
M (± SD)	2,96± 2,44	2,94± 2,52	2,52± 2,08	2,64± 2,46	
Mistakes					
Ελάχιστη-Μέγιστη	0-12	0-13	0-16	0-17	F=0,720 df=3 p=0,541
M (± SD)	6,88±3,08	6,14±2,90	6,66 ± 3,15	6,12± 3,50	
OAS TOTAL					
Ελάχιστη-Μέγιστη	0-34	0-36	0-46	0-44	F=0,692 df=3 p=0,558
M (± SD)	16,86± 8,41	15,10 ± 7,97	15,84± 8,89	14,52± 9,02	

M = μέσος όρος, SD= τυπική απόκλιση, F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, $p<0.05$ για p-value (αμφίπλευρη).

Στην υπό-κλίμακα *Empty* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα $2,96 \pm 2,44$, με εύρος 0-8, $2,94 \pm 2,52$, με εύρος 0-11, $2,52 \pm 2,08$, με εύρος 0-8 και $2,64 \pm 2,46$, με εύρος 0-10. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο $F(3)=0,422$ δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,737$).

Στην υπό-κλίμακα *Mistakes* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα, $6,88 \pm 3,08$, με εύρος 0-12, $6,14 \pm 2,90$, με εύρος 0-13, $6,66 \pm 3,15$, με εύρος 0-16 και $6,12 \pm 3,50$, με εύρος 0-17. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο F και $df=3$, δεν ανευρέθηκε στατιστικά

σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,541$).

Τέλος, στην συνολική βαθμολογία του *OAS total* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα, $16,86 \pm 8,41$ με εύρος 0-34, $15,10 \pm 7,97$, με εύρος 0-36, $15,84 \pm 8,89$, με εύρος 0-46 και $14,52 \pm 9,02$, με εύρος 0-44. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο F δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,558$).

3.3.4 Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)

Στον πίνακα 7, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της τάσης των ατόμων για ντροπή, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Andrews, Qian και Valentine (2002), Experience of Shame Scale.

Πίνακας 7. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα εσωτερικής ντροπής

	Παθολογική N=50	Παιδιατρική N=50	Χειρουργική N=50	Ψυχιατρική N=50	Διαφορά
Characterological Shame Ελάχιστη-Μέγιστη	12-35	12-39	12-38	12-38	F=0,996 df=3 p=0,396
M (± SD)	19,52± 5,21	21,16± 6,09	19,50± 6,01	20,58± 5,88	
Behavioural Shame Ελάχιστη-Μέγιστη	9-36	9-35	9-32	10-32	F=0,215 df=3 p=0,886
M (± SD)	18,96± 6,26	19,64± 5,71	19,44± 5,63	19,86± 5,79	
Bodily Shame Ελάχιστη-Μέγιστη	4-16	4-15	4-14	4-16	F=0,281 df=3 p=0,839
M (± SD)	7,26±2,70	7,14±2,61	6,86 ± 2,82	7,36± 3,43	
EES TOTAL Ελάχιστη-Μέγιστη	25-79	25-86	25-72	28-80	F=0,480 df=3 p=0,697
M (± SD)	45,74±12,18	47,94 ± 12,65	45,80± 11,83	47,80± 12,87	

M = μέσος όρος, SD= τυπική απόκλιση, F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, $p<0.05$ για p-value (αμφίπλευρη).

Στην υπό-κλίμακα *Characterological Shame* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα $19,52 \pm 5,2$, με εύρος 12-35, $21,16 \pm 6,09$, με εύρος 12-39, $19,50 \pm 6,01$, με εύρος 12-38 και $20,58 \pm 5,88$, με εύρος 12-38, χωρίς στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, στην σύγκριση τους με το κριτήριο το $F(3)=0,996$ για $P=0,396$.

Στην υπό-κλίμακα *behavioural shame* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα, $18,96 \pm 6,26$, με εύρος 9-36, $19,64 \pm 5,71$, με εύρος 9-35, $19,44 \pm 5,63$, με εύρος 9-32 και $19,86 \pm 5,79$, με εύρος 9-32. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο F δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,886$).

Στην υπό-κλίμακα *bodily shame* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα $7,26 \pm 2,70$, με εύρος 4-16, $7,14 \pm 2,61$, με εύρος 4-15, $6,86 \pm 2,82$, με εύρος 4-14 και $7,36 \pm 3,43$, με εύρος 4-16, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,839$), στην σύγκριση τους με το κριτήριο F.

Τέλος στην συνολική βαθμολογία του *EES total* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα $45,74 \pm 12,18$, με εύρος 25-79, $47,94 \pm 12,65$, με εύρος 25-86, $45,80 \pm 11,83$, με εύρος 25-72 και $47,80 \pm 12,87$, με εύρος 28-80. Στην σύγκριση τους με το κριτήριο F δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων ($P=0,697$).

3.3.5 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) (Derogatis, 1977)

Στον πίνακα 8, που ακολουθεί μπορούμε να παρατηρήσουμε πιο αναλυτικά τις μέσες τιμές και τις συγκρίσεις με το κριτήριο F των υποκλιμάκων του SCL-90.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην ψυχαναγκαστικότητα ($F=3,925$, $Df=3$, $p=0,009$), στο άγχος ($F=3,212$, $Df=3$, $p=0,024$), στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων ($F=2,911$, $Df=3$, $p=0,036$) και στον δείκτη ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων ($F=4,329$, $Df=3$, $p=0,006$), ενώ ενδεικτικά σημαντική διαφορά προέκυψε στην κατάθλιψη ($F=2,617$, $Df=3$, $p=0,052$), και στον παρανοειδή ιδεασμό ($F=2,296$, $Df=3$

$p=0,074$). Διαπιστώνεται πως οι νοσηλευτές ψυχιατρικής ειδικότητας έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες

Πίνακας 8. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα ψυχοπαθολογίας

		N	M	(±S. D)	Ελάχιστη	Μέγιστη	Διαφορά
Σωματοποίηση SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	10,16	± 8,57	1	41	F=1,780 df=3 p=0,152
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	8,06	± 5,94	1	26	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	8,94	± 7,67	0	25	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	6,96	± 6,20	0	23	
	Σύνολο	200	8,53	± 7,22	0	41	
Ψυχαναγκαστικότητα SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	9,62	± 5,39	0	23	F=3,925 df=3 p=0,009
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	8,94	± 5,76	0	21	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	9,30	± 6,70	0	28	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	6,18	± 4,42	0	20	
	Σύνολο	200	8,51	± 5,75	0	28	
Διαπροσωπική Ευαισθησία SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	8,10	± 4,79	0	18	F=1,398 df=3 p=0,245
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	7,30	± 4,46	0	23	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	7,16	± 5,47	0	25	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	6,16	± 4,20	0	16	
	Σύνολο	200	7,18	± 4,77	0	25	
Κατάθλιψη SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	11,12	± 6,61	0	26	F=2,617 df=3 p=0,052
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	11,54	± 7,06	1	34	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	10,40	± 8,75	0	39	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	7,86	± 6,11	0	23	
	Σύνολο	200	10,23	± 7,29	0	39	
Άγχος SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	6,28	± 5,62	0	23	F=3,212 df=3 p=0,024
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	5,58	± 4,90	0	22	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	6,34	± 5,79	0	20	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	3,56	± 4,00	0	15	
	Σύνολο	200	5,44	± 5,21	0	23	
Επιθετικότητα SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	5,00	± 4,37	0	25	F=2,036 df=3 p=0,110
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	3,82	± 3,35	0	14	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	4,36	± 3,60	0	13	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	3,28	± 3,15	0	14	
	Σύνολο	200	4,12	± 3,67	0	25	
Φοβικό άγχος SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	1,86	± 3,17	0	15	F=1,015 df=3 p=0,387
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	1,56	± 2,41	0	13	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	2,00	± 2,96	0	12	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	1,14	± 1,94	0	9	
	Σύνολο	200	1,64	± 2,67	0	15	

Παρανοειδής ιδεασμός SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	5,72 ± 3,55	0	14	F=2,296 df=3 p=0,074
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	5,68 ± 3,62	0	16	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	5,50 ± 3,61	0	15	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	4,12 ± 3,43	0	17	
	Σύνολο	200	5,26 ± 3,59	0	17	
Ψυχωτισμός _SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	3,98 ± 3,10	0	11	F=1,130 df=3 p=0,338
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	4,12 ± 3,58	0	17	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	3,48 ± 2,89	0	10	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	3,08 ± 3,07	0	14	
	Σύνολο	200	3,67 ± 3,17	0	17	
ΓΔΣ_SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	,7482 ± ,425	,044	1,966	F=2,911 df=3 p=0,036
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	,6797 ± ,392	,122	2,044	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	,6931 ± ,469	,011	1,700	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	,5146 ± ,374	,000	1,655	
	Σύνολο	200	,6589 ± ,423	,000	2,044	
ΔΕΘΣSCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	1,5909 ± ,402	1,000	2,921	F=4,329 df=3 p=0,006
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	1,5344 ± ,3553	1,028	2,830	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	1,5831 ± ,3919	1,000	2,500	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	49	1,3586 ± ,3027	1,000	2,162	
	Σύνολο	199	1,5176 ± ,3746	1,000	2,921	
ΣΘΣ_SCL_90	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	40,50 ± 18,01	4	74	F=1,998 df=3 p=0,116
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	38,18 ± 16,05	8	69	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	36,94 ± 20,14	1	70	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	31,92 ± 18,06	0	79	
	Σύνολο	200	36,89 ± 18,26	0	79	

M = μέσος όρος, SD= τυπική απόκλιση, F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, p<0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$) στις υπόλοιπες υποκλίμακες του SCL-90 ανάμεσα στις ειδικότητες του δείγματος μας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό.

3.3.6 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)

Στον πίνακα 9, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του φόβου του πόνου, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των McNeil & Rainwater (1998)-(FPQ-III) για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Πίνακας 9. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα του φόβου του πόνου

		N	M	± S. D	Ελάχιστη	Μέγιστη	Διαφορά
Minor Pain	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	16,46	± 6,16	10	32	F=2,219 df=3 p=0,087
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	18,60	± 6,22	10	39	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	15,74	± 4,82	10	27	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	17,86	± 7,23	10	38	
	Σύνολο	200	17,17	±6,22	10	39	
Severe Pain	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	29,68	± 9,46	10	44	F=1,299 df=3 p=0,276
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	32,72	±9,21	12	48	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	29,28	± 10,11	11	47	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	29,96	± 10,01	10	46	
	Σύνολο	200	30,41	±9,73	10	48	
Medical Pain	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	19,92	± 6,90	10	38	F=1,688 df=3 p=0,171
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	22,44	± 6,64	10	40	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	49	19,61	± 7,42	10	39	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	20,42	± 6,65	10	35	
	Σύνολο	199	20,60	± 6,94	10	40	
Total F.P.Q	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	66,06	± 19,62	30	107	F=2,024 df=3 p=0,112
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	73,76	± 19,57	37	127	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	49	64,49	± 19,62	31	108	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	68,24	± 21,44	30	114	
	Σύνολο	199	68,16	± 20,23	30	127	

M = μέσος όρος, SD = τυπική απόκλιση, F = λόγος, df = βαθμοί ελευθερίας, p < 0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

Στην υπό-κλίμακα *Minor Pain* των τεσσάρων ομάδων των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, οι μέσες τιμές για την ομάδα της Παθολογικής, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής και της Ψυχιατρικής ήταν αντίστοιχα 16,46±6,16, με εύρος 10-32, 18,60± 6,22, με εύρος 10-39, 15,74± 4,82, με εύρος 10-27 και 17,86 ± 7,23,

με εύρος 10-38, με ενδεικτικά στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, στην σύγκριση τους με το κριτήριο το $F(3)=2,219$ για $P=0,087$. Οι νοσηλευτές με χειρουργική ειδικότητα φαίνεται να φοβούνται λιγότερο τον ελαφρύ πόνο σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες.

Στις υπόλοιπες υποκλίμακες καθώς και στο συνολικό σκορ του *FPQ*, δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P>0,05$), καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό.

3.3.6. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)

Στον πίνακα 10, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Eifert et al (2000;CAQ).

Πίνακας 10. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα του άγχους για την καρδιακή λειτουργία

		N	M	±S. D	Ελάχιστη	Μέγιστη	Διαφορά
Fear CAQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	1,08	±1,02	0	4	F=0,365 df=3 p=0,778
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	,91	±0,72	0	3	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	1,05	±0,98	0	4	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	,99	±0,84	0	3	
	Σύνολο	200	1,01	±0,89	0	4	
Avoidance CAQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	1,30	±0,85	0	3	F=0,096 df=3 p=0,962
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	1,32	±0,77	0	3	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	1,27	± 1,04	0	4	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	1,36	± 0,86	0	3	
	Σύνολο	200	1,31	± 0,88	0	4	
Heart Focused Attention CAQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	,67	± 0,73	0	4	F=0,156 df=3 p=0,926
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	,75	± 0,67	0	4	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	,73	± 0,55	0	2	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	,68	± 0,57	0	2	
	Σύνολο	200	,71	± 0,63	0	4	
Total CAQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	1,02	± 0,65	0	3	F=0,045 df=3 p=0,987
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	,98	±0,57	0	3	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	1,02	±0,68	0	3	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	1,01	±0,56	0	3	
	Σύνολο	200	1,01	±0,61	0	3	

M = μέσος όρος, SD = τυπική απόκλιση, F = λόγος, df = βαθμοί ελευθερίας, p < 0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

Από τα αποτελέσματα προέκυψε, πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) όσον αφορά τους μέσους όρους ανάμεσα στις διαφορετικές ειδικότητες, στην κλίμακα και στις υποκλίμακες του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό.

3.3.7 Τέστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Στον πίνακα 11, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της κλίμακας της αισιοδοξίας, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο των Scheier et al (1994;LOT-R).

Πίνακας 11. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα της αισιοδοξίας

	Παθολογική N=50	Παιδιατρική N=50	Χειρουργική N=50	Ψυχιατρική N=50	Διαφορά
LOT-R					
Ελάχιστη-Μέγιστη	6-24	8-24	5-23	2-22	F=0,834 df=3 p=0,477
M (± SD)	15,26± 3,71	15,52± 3,32	16,34± 3,99	15,52± 3,47	

M =μέσος όρος , SD= τυπική απόκλιση , F=λόγος, df= βαθμοί ελευθερίας, $p<0.05$ για p-value (αμφίπλευρη).

Από τα αποτελέσματα προέκυψε, πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) όσον αφορά τους μέσους όρους ανάμεσα στις διαφορετικές ειδικότητες, στην κλίμακα της αισιοδοξίας, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό.

3.3.8 Τεστ προσωπικότητας -Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-Eysenck, 1947)

Στον πίνακα 12, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα του τεστ της προσωπικότητας, όπως αυτή μετράται από το ερωτηματολόγιο του Eysenck (1947;EPQ). Από τα αποτελέσματα προέκυψε, πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($p>0,05$) όσον αφορά τους μέσους όρους ανάμεσα στις διαφορετικές ειδικότητες, στις διαστάσεις της προσωπικότητας, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους ήταν πολύ μικρό.

Πίνακας 12. Κατανομή και σύγκριση μεταξύ των διαφορετικών νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ως προς την κλίμακα της προσωπικότητας

		N	M	±S. D	Ελάχιστη	Μέγιστη	Διαφορά
Ψυχωτισμός EPQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	44,18	±2,07	38	47	F=0,560 df=3 p=0,642
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	44,68	±1,68	40	48	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	44,30	±2,17	39	47	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	44,36	±2,09	37	47	
Εσωστρέφεια- Εξωστρέφεια EPQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	23,70	±3,73	19	34	F=1,240 df=3 p=0,296
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	24,50	±3,85	19	35	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	23,10	±3,94	19	35	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	24,38	±4,88	19	38	
Νευρωτισμός EPQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	30,30	±4,59	23	40	F=1,800 df=3 p=0,148
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	30,72	±4,09	22	39	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	30,50	±4,06	22	40	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	32,10	±4,40	23	39	
Ψεύδος EPQ	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	50	25,64	±3,24	19	33	F=0,398 df=3 p=0,755
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	50	25,86	±3,41	21	33	
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	50	25,16	±3,61	19	34	
	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	50	25,62	±2,87	21	33	

M = μέσος όρος, SD = τυπική απόκλιση, F = λόγος, df = βαθμοί ελευθερίας, p < 0.05 για p-value (αμφίπλευρη).

3.4. Έλεγχος κατηγορικών μεταβλητών σε σχέση με τις διαφορετικές νοσηλευτικές ειδικότητες

Εφαρμόστηκε η δοκιμασία χ^2 για να ελέγξουμε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στους νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα και σε νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων για τις κατηγορικές μεταβλητές του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης της διαμονής, της καταγωγής, των παιδιών, της χρόνιας σωματικής νόσου, της χρόνιας ψυχικής νόσου, του εύκολου τμήματος, του δύσκολου τμήματος, του στρεσογόνου γεγονότος παιδικής και ενήλικης ζωής, του εισοδήματος της οικογένειας και της καλλιέργειας του εαυτού.

Από την δοκιμασία αυτή δεν ανευρέθηκε πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην ειδικότητα νοσηλευτικής και στις ανωτέρω μεταβλητές ($p > ,05$) παρά μόνο με την οικογενειακή κατάσταση Fisher's Exact Test =26,712, $p(2\text{-sided})=0,001$, όπου η πλειοψηφία αυτών που έχουν παιδιατρική ειδικότητα είναι άγαμοι (ποσοστό), την ύπαρξη παιδιών Fisher's Exact Test =25,115 $p(2\text{-sided})=0,000$ με την χειρουργική ειδικότητα να έχει πιο πολλά παιδιά από τις υπόλοιπες, ενώ η παιδιατρική ειδικότητα στην πλειοψηφία της δεν έχει παιδιά. Τέλος, η νοσηλευτική ειδικότητα συσχετίστηκε με το εύκολο και δύσκολο τμήμα εργασίας Likelihood Ratio =144,899, $p(2\text{-sided})=0,000$ και Likelihood Ratio =146,799, $p(2\text{-sided})=0,000$, με την πλειοψηφία ωστόσο όλων των νοσηλευτών να θεωρούν ως πιο εύκολο τμήμα τα εξωτερικά ιατρεία και πιο δύσκολο τις μονάδες εντατικής θεραπείας (8 στους 10).

3.5 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των νοσηλευτών

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση διαφορών στο φύλο και τις παραμέτρους των ψυχομετρικών και ερευνητικών εργαλείων στο σύνολο του δείγματος.

Όπως βλέπουμε στον πίνακα 13 που ακολουθεί, δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες μεταξύ των δύο φύλων, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους δεν ήταν μεγάλο. Πιο συγκεκριμένα, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στον Γενικό Δείκτη Συμπτωμάτων ($T=-3,187$, $p=0,002$), και στον νευρωτισμό ($T=2,826$, $p=0,005$). Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε μεταξύ φύλου και στον φόβο του πόνου ($T=-2,098$, $p=0,037$), ενώ ενδεικτικά στατιστική διαφορά στους μέσους όρους της ηλικίας ($T=1,695$, $p=0,092$).

=====

Πίνακας 13. Οι κατά φύλο σύγκριση μεταβλητές: μέσοι όροι και διαφορά των μέσων όρων

Μεταβλητές	Φύλο	N	M	S.D	t-test	P
Ηλικία	ΑΝΔΡΕΣ	29	42,14	5,48		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	40,09	6,08	1,695	0,092
Αλτρουισμός	ΑΝΔΡΕΣ	29	18,03	4,33		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	18,95	4,19	-1,086	0,279
Ναρκισσιμός	ΑΝΔΡΕΣ	29	7,76	4,98		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	7,67	4,38	0,102	0,919
Εξωτερική ντροπή	ΑΝΔΡΕΣ	29	13,62	7,38		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	15,91	8,72	-1,335	0,184
Εσωτερική ντροπή	ΑΝΔΡΕΣ	29	45,59	9,80		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	47,03	12,73	-0,581	0,562
Γ Δ Σ SCL-90	ΑΝΔΡΕΣ	29	,432567	,2890		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	,697336	,4307	-3,187	0,002
Φόβος του πόνου	ΑΝΔΡΕΣ	29	60,93	15,07		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	170	69,39	20,77	-2,098	0,037
Άγχος για την καρδιακή λειτουργία	ΑΝΔΡΕΣ	29	,84	,38		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	1,04	,64	-1,581	0,116
Αισιοδοξία	ΑΝΔΡΕΣ	29	15,76	3,29		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	15,64	3,69	0,158	0,875
Ψυχωτισμός	ΑΝΔΡΕΣ	29	44,31	1,81		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	44,39	2,04	-0,201	0,841
Εσωστρέφεια-εξωστρέφεια	ΑΝΔΡΕΣ	29	23,69	4,72		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	23,96	4,04	-0,324	0,747
Νευρωτισμός	ΑΝΔΡΕΣ	29	32,97	3,87		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	30,56	4,30	2,826	0,005
Ψεύδος	ΑΝΔΡΕΣ	29	25,48	2,98		
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	171	25,58	3,33	-0,154	0,877

N= αριθμός ατόμων. x= μέσος όρος. SD= τυπική απόκλιση, test= t-test . p= p-value (αμφίπλευρη).

3.6 Διαφορές ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των Ψυχιατρικών νοσηλευτών

Το t-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση διαφορών στο φύλο και τις παραμέτρους των ψυχομετρικών και ερευνητικών εργαλείων, στην ομάδα των νοσηλευτών με ψυχιατρική ειδικότητα. Η ομάδα των ανδρών αποτελούνταν από εννέα ψυχιατρικούς νοσηλευτές (n=9) και η ομάδα των γυναικών από σαράντα ένα ψυχιατρικούς νοσηλευτές (n=41).

Από την εφαρμογή της μεθόδου δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες μεταξύ των δύο φύλων, καθώς το μέγεθος των διαφορών στους μέσους όρους δεν ήταν μεγάλο. Πιο συγκεκριμένα, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά όσον αφορά τους μέσους όρους στην κατάθλιψη του SCL-90 ($t=-2,376$, $p=0,022$), και στην επιθετικότητα του SCL-90 ($t=-2,527$, $p=0,015$).

3.7.Ανάλυση συσχέτισης

Για να εξεταστούν οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας και να μελετηθούν οι σχέσεις που αναπτύσσουν οι παράγοντες των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και συγκεκριμένα για να δούμε την σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και τις παραμέτρους του αλτρουισμού, του ναρκισσισμού, της εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, του φόβου του πόνου, του καρδιολογικού άγχους, της αισιοδοξίας, του ψυχωτισμού, του νευρωτισμού, της εσωστρέφειας/εξωστρέφειας και του ψεύδους, εφαρμόστηκε ή μέθοδος της ανάλυσης συσχέτισης (Pearson Correlation) τόσο για το σύνολο του δείγματος (πίνακας 14) όσο και για την ομάδα των νοσηλευτών με ψυχιατρική ειδικότητα (πίνακας 15) και την ομάδα των νοσηλευτών με τις άλλες συνολικά ειδικότητες (πίνακας 16). Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την χρήση της μεθόδου παρουσιάζονται παρακάτω.

3.7.1. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson του συνόλου του δείγματος

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 14 μετά τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων των ερωτηματολογίων για το σύνολο του δείγματος, υπάρχουν πάρα πολύ σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES καθώς και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία ($p\leq.001$). Επίσης, από παρά πολύ έως σημαντικές θετικές συσχετίσεις προέκυψαν

μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της εσωστρέφειας εξωστρέφειας του EPQ, καθώς και του φόβου του πόνου ($p \leq .05$). Στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και του ναρκισσισμού, της αισιοδοξίας, του ψυχωτισμού του EPQ καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού ($p \leq .05$).

Τέλος, ο αλτρουισμός παρουσίασε αρνητική σημαντική συσχέτιση μόνο με την ψυχαναγκαστικότητα του SCL_90 ($p = .05$), ενώ δεν ανευρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την διάσταση του ψεύδους του EPQ και των υποκλιμάκων του SCL_90.

3.7.2. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson των νοσηλευτών με ψυχιατρική ειδικότητα

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 15 από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων των ερωτηματολογίων για την ομάδα των νοσηλευτών ψυχιατρικής ειδικότητας, προέκυψαν από πάρα πολύ σημαντικές έως σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES καθώς και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, του φόβου του πόνου και της εσωστρέφειας εξωστρέφειας του EPQ, όπως επίσης και του φόβου του πόνου ($p \leq .05$). Στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της αισιοδοξίας, του ψυχωτισμού του EPQ καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού ($p \leq .05$).

Επίσης, ο αλτρουισμός παρουσίασε θετική σημαντική συσχέτιση μόνο με τον παρανοειδή ιδεασμό του SCL_90 ($p = .05$) καθώς και ο ναρκισσισμός βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση μόνο με την κατάθλιψη του SCL_90 ($p = .05$). Τέλος, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την διάσταση του ψεύδους του EPQ των υποκλιμάκων του SCL_90.

3.7.3. Συσχέτιση των ερωτηματολογίων με το συντελεστή συσχέτισης r του Pearson των νοσηλευτών με παθολογική, χειρουργική και παιδιατρική ειδικότητα

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 16 από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχετίσεων των ερωτηματολογίων για την ομάδα των νοσηλευτών των υπόλοιπων ειδικοτήτων, δηλαδή της χειρουργικής, της παθολογικής και της παιδιατρικής, προέκυψαν πάρα πολύ σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των

υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES καθώς και του άγχους για την καρδιακή λειτουργία ($p \leq .001$), ενώ στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της αισιοδοξίας, καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού ($p < \leq .05$).

Επίσης, ο αλτρουισμός παρουσίασε αρνητική σημαντική συσχέτιση με την ψυχαναγκαστικότητα και το άγχος του SCL_90 ($p \leq .05$) καθώς και ο ναρκισσισμός βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση με τη ψυχαναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη και το άγχος του SCL_90 ($p \leq .05$). Επιπλέον, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του φόβου του πόνου μόνο με την ψυχαναγκαστικότητα του SCL_90 ($p = .05$), καθώς και του ψεύδους του EPQ μόνο με την επιθετικότητα του SCL_90 ($p = .05$), ενώ τέλος, βρέθηκε ο ψυχωτισμός του EPQ να συσχετίζεται αρνητικά μόνο με την επιθετικότητα του SCL_90 ($p = .05$).

Πίνακας 14: Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων των παραγόντων των ερωτηματολογίων στο σύνολο του δείγματος (N=200)

	Σωματοποίηση SCL_90	Ψυχαναγκαστικό πληθSCL_90	Διαπροσωπική Ευσαιφήςια SCL_90	Κατάθλιψη SCL_90	Άγχος SCL_90	Επιθετικότητα SCL_90	Φοβικό άγχος SCL_90	Παρανοειδής ιδεασμός SCL_90	Ψυχωτισμός _SCL_90	ΓΔΣ_SCL_90	ΔΕΘΣSCL_90	ΣΘΣ_SCL_90
Αλτρουισμός	-,006	-,141*	-,044	-,012	-,133 ms	,105	-,038	,007	-,012	-,045	-,041	-,049
Ναρκισσιμός	-,142*	-,242**	-,193**	-,230**	-, ,247***	-,053	-,146*	-,135 ms	-,147*	-,216**	-, ,134ms	-,215**
Εξωτερική ντροπή	,341***	,542***	,675***	,595***	,548***	,336***	,431***	,527***	,532***	,613***	,327***	,635***
Εσωτερική ντροπή	,384***	,449***	,571***	,450***	,474***	,275***	,378***	,355***	,416***	,521***	,303***	,532***
Φόβος του πόνου	,104	,189**	,163*	,135	,169*	-,002	,151*	,168*	,055	,162*	,084	,174*
Άγχος για την καρδιακή λειτουργία	,553***	,465***	,413***	,452***	,520***	,212**	,460***	,323***	,417***	,556***	,365***	,533***
Αισιοδοξία	-, ,262***	-, ,383***	-, ,498***	-, ,458***	-, ,403***	-, ,269***	-, ,298***	-, ,432***	-, ,257***	-, ,449***	-, ,293***	-, ,431***
Ψυχωτισμός	-, ,129ms	,053	-,062	-,101	-,048	-,220**	-,041	-,073	-,104	-,090	-,168*	-,018
Εσωστρέφεια- Εξωστρέφεια	,203**	,186**	,354***	,231**	,231**	,108	,232***	,173*	,153*	,263***	,162*	,253***
Νευρωτισμός	-, ,483***	-, ,551***	-, ,546***	-, ,591***	-, ,591**	-, ,469***	-, ,464***	-, ,508***	-, ,490***	-, ,675***	-, ,510***	-, ,655***
Ψεύδος	,078	,000	,098	,022	,002	,172*	-,019	-,008	,096	065	-,049	,126

*p<0,05

**p<0,01

***p≤0,001

^{ms} (Mat.b.ginally significant)(0,05<P<0,10)

Πίνακας 15:Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων των παραγόντων των ερωτηματολογίων στο σύνολο των νοσηλευτών ψυχιατρικής ειδικότητας (N=50)

	Σωματοποίηση SCL_90	Ψυχαναγκαστικό πτηταSCL_90	Διαπροσωπική Ευαισθησία SCL_90	Κατάθλιψη SCL_90	Άγχος SCL_90	Επιθετικότητα SCL_90	Φοβικό άγχος SCL_90	Παρανοειδής ιδεασμός SCL_90	Ψυχωτισμός _SCL_90	ΓΔΣ _SCL_90	ΔΕΘΣSCL_90	ΣΘΣ _SCL_90
Αλτρουισμός	,003	,108	,035	,154	,116	,205	-,045	,359*	-,017	,122	,198	,055
Ναρκισσισμός	-,169	-,271ms	-,223	-,307*	-,218	,011	-,172	-,132	-,091	-,230	-,125	-,206
Εξωτερική ντροπή	,437**	,633***	,734***	,639***	,708***	,484***	,429**	,629***	,525***	,685***	,471***	,654***
Εσωτερική ντροπή	,474**	,574***	,669***	,582***	,518***	,273ms	,424**	,472**	,522***	,599**	,452***	,539***
Φόβος του πόνου	,356*	,220	,265ms	,314*	,331*	,150	,396**	,224	,147	,327*	,222	,310*
Άγχος για την καρδιακή λειτουργία	,534***	,469**	,581***	,535***	,563***	,324*	,660***	,228	,455**	,580***	,403**	,587***
Αισιοδοξία	-,368**	-,456**	-,533***	-,508***	-,515***	-,275ms	-,301*	-,556***	-,209	-,513***	-,385**	-,454***
Ψυχωτισμός	-,110	-,062	-,125	-,192	-,202	-,340*	-,028	-,286*	-,192	-,187	-,286*	-,087
Εσωστρέφεια- Εξωστρέφεια	,401**	,339*	,494***	,364**	,400**	,050	,429**	,261ms	,129	,395**	,290*	,381**
Νευρωτισμός	-,595***	-,662***	-,662***	-,774***	-,732***	-,556***	-,511***	-,590***	-,533***	-,764***	-,598***	-,749***
Ψεύδος	-,018	-,006	-,006	-,063	-,050	,116	-,012	-,001	,110	-,020	-,016	-,006

*p<0,05

**p<0,01

***p≤0,001

^{MS} (Mat.b.ginally significant)(0,05<P<0,10)

Πίνακας 16:Ανάλυση συσχέτισης μεταξύ των συνολικών αποτελεσμάτων των παραγόντων των ερωτηματολογίων στο σύνολο των τριών άλλων ειδικοτήτων (N=150)

	Σωματοποίηση SCL_90	Ψυχαναγκαστικό τηταSCL_90	Διαπροσωπική Ευαισθησία SCL_90	Κατάθλιψη SCL_90	Άγχος SCL_90	Επιθετικότητα SCL_90	Φοβικό άγχος SCL_90	Παρανοειδής ιδεασμός SCL_90	Ψυχωτισμός _SCL_90	ΓΔΣ_ SCL_90	ΔΕΘΣSCL_90	ΣΘΣ_ SCL_90
Αλτρουισμός	-,015	-,214**	-,070	-,062	-,203*	,075	-,043	-,103	-,016	-,101	-,111	-,089
Ναρκισσιμός	-,118	-,211**	-,169*	-,189*	-,233**	-,050	-,128	-,111	-,149	-,188*	-,106	-,198*
Εξωτερική ντροπή	,308***	,525***	,658***	,586***	,513***	,288***	,435***	,490***	,531***	,594***	,286***	,627***
Εσωτερική ντροπή	,373***	,453***	,559***	,439***	,496***	,288***	,384***	,337***	,392**	,525***	,297***	,550***
Φόβος του πόνου	,031	,190*	,135	,089	,134	-,046	,096	,154	,025	,116	,050	,130
Άγχος για την καρδιακή λειτουργία	,564***	,482***	,375***	,422***	,527***	,187*	,427***	,357***	,410***	,564***	,375***	,527***
Αισιοδοξία	-,242**	-,338***	-,498***	-,463***	-,396***	-,275***	-,305***	-,410***	-,277***	-,449***	-,293***	-,436***
Ψυχωτισμός	-,138	,084	-,045	-,080	-,012	-,190*	-,046	-,005	-,077	-,064	-,147ms	,005
Εσωστρέφεια- Εξωστρέφεια	,154	,174*	,327***	,264**	,213**	,143 ms	,198*	,159	,176*	,246**	,159ms	,221**
Νευρωτισμός	-,440***	-,508***	-,497***	-,608***	-,545***	-,430***	-,450***	-,462***	-,466***	-,638***	-,470***	-,611***
Ψεύδος	102	,004	125	,103	,015	,188*	-,020	-,008	,095	,089	-,051	,166*

*p<0,05

**p<0,01

***p≤0,001

MS (Mat.b.ginally significant)(0,05<P<0,10)

4. Συζήτηση

Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ της ψυχιατρικής νοσηλευτικής ειδίκευσης και των ψυχολογικών μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Παρόλο, που οι τέσσερις ομάδες ήταν ισοπληθείς, και δεν υπήρχαν μεγάλες διαφορές όσον αφορά στα κοινωνικό-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, συνιστώντας ομοιογενείς κατά κάποιο τρόπο ομάδες δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι υπάρχει ένα συγκεκριμένο ψυχολογικό προφίλ στους νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδίκευση. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων παραγόντων, οι οποίοι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση εθελοντικής προσφοράς, θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία.

Σε καμία περίπτωση, λοιπόν, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι οι μεταβλητές που μελετήθηκαν είναι η αιτία της ψυχιατρικής ειδίκευσης ή το αντίστροφο. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα βγαίνουν κάποια συμπεράσματα για τις διαφορές των ειδικευμένων ψυχιατρικών και μη ειδικευμένων ψυχιατρικών νοσηλευτών στα ανωτέρω ψυχολογικά χαρακτηριστικά, τα οποία χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μέσω πολύ-παραγοντικών στατιστικών μοντέλων επεξεργασίας και πολυπληθέστερων δειγμάτων. Αναλυτικότερα να σχολιάσουμε τα εξής:

Η ψυχική νόσος σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση (Μαυρέας, 2000). Από τη φύση της η ψυχική ασθένεια αποτελεί μια ιδιόζουσα νοσολογική οντότητα που απαιτεί εξειδικευμένη φροντίδα και αντιμετώπιση. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αναγνωρίζουν αυτήν την ανάγκη και προωθούν ανάλογα με τις δυνατότητες κάθε συστήματος διάφορες εξειδικευμένες πολιτικές τόσο σε επίπεδο νοσοκομειακής περίθαλψης, όσο και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης (WHO, 2001). Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτό το πλαίσιο καθίσταται κομβικός. Ο νοσηλευτής που απασχολείται στην ψυχική υγεία δεν απασχολείται αποκλειστικά και μόνο με τα συνήθη καθήκοντα γενικής νοσηλευτικής, αλλά αποτελεί αναπόσπαστο και πολύτιμο μέλος μιας διακλαδικής θεραπευτικής ομάδας με ενεργό ρόλο στην λήψη αποφάσεων και στην προώθηση πρακτικών προαγωγής της υγείας του ψυχικά ασθενούς (Mackay, et al, 2005).

Δεξιότητες και καθήκοντα που εμπεριέχονται στο ευρύτερο πλαίσιο της νοσηλευτικής πράξης, πέρα από την συνήθη φροντίδα των ασθενών, όπως οργανωτικές και διοικητικές ικανότητες, στρατηγικός σχεδιασμός μιας υγειονομικής πολιτικής, επικοινωνία και συμβουλευτική υποστήριξη του πάσχοντος, αλλά και του περιβάλλοντός του, αποτελούν πολύτιμα εργαλεία σε ένα ευρύτερο θεραπευτικό πλαίσιο. Ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας δεν απασχολείται αποκλειστικά με την χορήγηση φαρμάκων ή την επίβλεψη της εφαρμογής του θεραπευτικού πρωτοκόλλου, αλλά συμμετέχει στην διάγνωση αναζητώντας την ύπαρξη υποκλινικών συμπτωμάτων, προτείνει θεραπευτικούς στόχους, ασκεί οργανωτικά και διοικητικά καθήκοντα, ενώ η δράση του επεκτείνεται και σε ένα άλλο επίπεδο αποτελώντας τον ενδιάμεσο ανάμεσα στον ασθενή, τους οικείους του και τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής κοινότητας (IEK, 2011).

Ο νοσηλευτής του κλάδου της ψυχικής υγείας για να ανταπεξέλθει σε αυτόν τον πολύπλευρο ρόλο χρειάζεται να διαθέτει τα κατάλληλα επαγγελματικά, αλλά και ψυχικά εφόδια που θα τον βοηθήσουν στο επίπονο έργο του. Η προσωπικότητά του οφείλει να έχει όλα εκείνα τα στοιχεία της ισορροπίας και της αντοχής που θα του επιτρέψουν να αντιμετωπίσει τις πολυποίκιλες δυσκολίες του σύνθετου ρόλου που καλείται να επιτελέσει (RPNAM, 1993). Δεν πρέπει να λησμονούμε εξάλλου ότι ειδικά ο χώρος της ψυχικής υγείας διαθέτει και μια επιπλέον ιδιομορφία που αντανακλά και στους επαγγελματίες που απασχολούνται σε αυτήν (Sharrock & Harpell, 2000). Όλοι αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν ή επιτείνουν ένα ήδη σχηματισμένο άγχος (Cleary, 2004). Η σύγχρονη έρευνα έχει στρέψει το ενδιαφέρον της στον χώρο της ψυχικής υγείας και στους απασχολούμενους σε αυτόν προσπαθώντας να κατανοήσει τόσο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών που επιλέγουν τον συγκεκριμένο χώρο, όσο και να συμβάλει στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από την μακροχρόνια ενασχόληση με τον χώρο της ψυχικής υγείας. Η δική μας ερευνητική προσπάθεια κινείται σε αυτήν την λογική προσπαθώντας να ανιχνεύσει τα ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών νοσηλευτών που απασχολούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας και να διερευνήσει τις τυχόν διαφορές με νοσηλευτές που κινούνται σε άλλους υγειονομικούς χώρους.

Μια πρώτη παρατήρηση από τα αποτελέσματα της μελέτης είναι ότι δεν υπάρχει ηλικιακή διαφορά στους νοσηλευτές που απασχολούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με νοσηλευτές που εργάζονται και έχουν εξειδικευθεί σε άλλους νοσοκομειακούς χώρους όπως της παθολογίας, της παιδιατρικής και της χειρουργικής. Αντίθετα, σε ανάλογες επιδημιολογικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε άλλες χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας οι νοσηλευτές που έχουν εξειδικευθεί στην ψυχιατρική είναι κατά μέσο όρο 10 χρόνια μεγαλύτεροι ηλικιακά από τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων (Dias & Aranha e Silva AL, 2010).

Μια πιθανή εξήγηση αυτής της διαφοροποίησης πιθανώς βασίζεται στη δομή του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας, όπου ο νέος νοσηλευτής τοποθετείται σε κάποιον τομέα και συνήθως παραμένει σε αυτόν χωρίς πολλές μετακινήσεις από κλάδο σε κλάδο κατά τη διάρκεια της καριέρας του. Αυτή η ακινησία του ελληνικού υγειονομικού μοντέλου δεν επιτρέπει να δημιουργούνται ουσιαστικές διαφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά μεταξύ των νοσηλευτών που απασχολούνται και εξειδικεύονται σε συγκεκριμένα τμήματα.

Ένα σημείο από τον έλεγχο των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, που αξίζει ίσως περισσότερης διερεύνησης είναι αυτό που αφορά την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, χωρίς να αναδειχθούν κάποιες ιδιαίτερες διαφορές όσον αφορά την ομάδα του ενδιαφέροντός μας, δηλαδή τους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας, προέκυψε ένα ενδιαφέρον στοιχείο στην ομάδα των νοσηλευτών που έχουν εξειδικευθεί στην παιδιατρική. Η συγκεκριμένη ομάδα συνήθως είναι άγαμοι και χωρίς δικά τους παιδιά, κάτι που δεν μπορεί να εξηγηθεί παράδειγμα από κάποια ηλικιακή διαφορά αυτής της ομάδας σε σύγκριση με τις άλλες, καθώς όπως αναφέρθηκε δεν υπάρχει τέτοια διαφορά στο δείγμα της μελέτης μας.

Όσον αφορά τα ιδιαίτερα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που μελετήσαμε, καταρχήν παρατηρούμε ότι δεν ανευρέθηκαν διαφορές τόσο μεταξύ των νοσηλευτών του χώρου της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες των νοσηλευτών όσο και με τον γενικό πληθυσμό όσον αφορά τον αλτρουισμό(Παπαγεωργίου 2009) μολονότι παρόμοιες έρευνες στο παρελθόν(Adams & Klein, 1970) γενικά δείχνουν ότι τα άτομα που επιλέγουν το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζονται από ευαισθησία και συναισθηματισμό. Η αλτρουιστική συμπεριφορά εξάλλου αποτελεί ουσιαστικό χαρακτηριστικό της νοσηλευτικής ιδιότητας και λογικά θα αναμέναμε να αναδειχθεί μία τέτοια σχέση και στην παρούσα έρευνα. Ίσως το γεγονός ότι η έρευνά μας αφορά ελληνικό πληθυσμό με όλες τις ιδιαιτερότητες που εμπεριέχονται στον επαγγελματικό προσανατολισμό και κυρίως το κριτήριο της επαγγελματικής αποκατάστασης που κυριαρχεί ως κριτήριο επιλογής επαγγελματικής κατεύθυνσης, να εξηγεί τα αποτελέσματά μας. Παρόλα αυτά δημιουργείται δικαιολογημένα ένας προβληματισμός κατά πόσο η επαγγελματική ενασχόληση με ένα τέτοιον ευαίσθητο τομέα, όπως είναι η νοσηλευτική δεν δημιουργεί από μόνη της αλτρουιστικά κίνητρα συμπεριφοράς. Γενικά θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι το συγκεκριμένο θέμα αξίζει περισσότερης διερεύνησης σε μια πιο ειδική μελέτη.

Παρομοίως δεν ανευρέθηκαν διαφορές ούτε στην κλίμακα του ναρκισσισμού, τόσο στους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες των νοσηλευτών, όσο και με τον γενικό πληθυσμό (Κοκκώση και συν 1998). Αντίθετα το σύνολο των νοσηλευτών παρουσίαζε οριακά

χαμηλότερα επίπεδα τόσο εξωτερικής, όσο και εσωτερικής ντροπής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Paschou et al 2010), ενώ η υπό διερεύνηση ομάδα των νοσηλευτών με ψυχιατρική εξειδίκευση παρουσίαζε ακόμα χαμηλότερα επίπεδα εξωτερικής ντροπής σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες των νοσηλευτών, χωρίς βέβαια αυτή η διαφοροποίηση να τεκμηριώνεται σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Παρόλο που η ειδική ενασχόληση με ένα ευαίσθητο τομέα, όπως η ψυχική νόσος και ο ψυχιατρικός ασθενής, καμιά φορά συνοδεύεται από το «στίγμα» που αντανακλά και στον επαγγελματία που ασχολείται με αυτές τις καταστάσεις (Sharrock & Happell, 2000), παρόλα αυτά δεν είναι αρκετό για να αναπτυχθούν αισθήματα ντροπής. Η ντροπή βέβαια είναι μια πιο πολύπλοκη κατάσταση, καθώς σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με στοιχεία της ψυχοπαθολογίας, όπως φάνηκε και στη δική μας μελέτη. Οι νοσηλευτές της ψυχικής υγείας, τόσο στη δικιά μας έρευνα, όσο και σε ανάλογες παλαιότερες (Plant, 1992) χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα ποσοστά άγχους και συνοδών ψυχιατρικών διαταραχών σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες των νοσηλευτών, κάτι που από μόνο του θα δικαιολογούσε την παρουσία της ντροπής σε χαμηλά επίπεδα στην υπό μελέτη ομάδα.

Στην ίδια λογική συμβάλλει και η ανεύρεση στους νοσηλευτές μιας περισσότερο αισιόδοξης στάσης για τη ζωή, έστω και οριακά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Lyraeos et al 2010). Οι νοσηλευτές μάλιστα της ψυχικής υγείας παρουσίαζαν ακόμα υψηλότερη βαθμολογία στην αντίστοιχη κλίμακα, χωρίς να τεκμηριώνεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Ίσως ο πολύπλευρος ρόλος του νοσηλευτή της ψυχικής υγείας να δικαιολογεί αυτήν την διάθεση, καθώς ανάλογες έρευνες στο παρελθόν δείχνουν περισσότερα ποσοστά ικανοποίησης από το επάγγελμά τους και λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους υπόλοιπους νοσηλευτές (Dolan, 1987).

Ίσως το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης μας αποτελεί ότι οι νοσηλευτές που εξειδικεύονται στην ψυχική υγεία παρουσιάζουν τα χαμηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών και συγκεκριμένα άγχους, κατάθλιψης, παρανοειδή ιδεασμού, ψυχαναγκαστικών διαταραχών, αλλά και γενικότερα στους γενικές δείκτες ψυχικών συμπτωμάτων και ενόχλησης από τα ψυχικά συμπτώματα, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες των νοσηλευτών, και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Τα ευρήματα αυτά είναι σε γενικές γραμμές σε απόλυτη συνάφεια με προγενέστερες έρευνες που αναδεικνύουν επίσης χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στην συγκεκριμένη κατηγορία νοσηλευτών (Plant, 1992), ενώ στην ίδια λογική βρίσκεται και η ανεύρεση χαμηλότερων επιπέδων άγχους για την καρδιακή λειτουργία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, έστω και στατιστικά μη σημαντικό βαθμό (Dragioti et al 2011). Αν και η ενασχόληση με τον ευαίσθητο τομέα της ψυχικής υγείας με τα πολύπλευρα καθήκοντα είναι από

τη φύση της στρεσογόνος, καθώς κανείς δεν μένει ανεπηρέαστος περιθάλποντας τον ψυχικά ασθενή (Stickley & Stacey, 2011), φαίνεται ότι τελικά επικρατεί η ικανοποίηση που παρέχει ο πολυδιάστατος ρόλος του νοσηλευτή της ψυχικής υγείας.

Ενδιαφέρον βέβαια προκαλεί η παρατήρηση ότι σε αντίθεση με ό τι υποστηρίζουν προγενέστερες μελέτες ότι οι νοσηλευτές της ψυχικής υγείας παρουσιάζουν γενικά περισσότερες αντοχές από τους συναδέλφους τους και διακατέχονται από μεγαλύτερο αίσθημα τάξης (Cohen, et al, 1965), παρόλα αυτά δεν φτάνουν εύκολα στην ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες που αναλύουν τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών της ψυχικής υγείας και διαπιστώνουν μικρότερα επίπεδα ανταγωνιστικότητας και επιθετικότητας (George & Stephens, 1968) σε σύγκριση με συναδέλφους τους άλλων επαγγελματικών εξειδικεύσεων (Levine et al, 1988), κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε στη μελέτη μας.

Από την ανάλυση συσχέτισεως που επιτελέσαμε διαπιστώσαμε πάρα πολύ σημαντικές έως σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES. Στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της αισιοδοξίας, του ψυχωτισμού του EPQ καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού ($p < \leq .05$). Οι παραπάνω συσχετίσεις εξηγούν τα αποτελέσματα που διαπιστώσαμε σχετικά με τα χαμηλά επίπεδα ντροπής και τα υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας που παρουσίασε η υπό μελέτη ομάδα. Ανάλογα αποτελέσματα διαπιστώσαμε και στην ομάδα των νοσηλευτών από τις υπόλοιπες επαγγελματικές εξειδικεύσεις, και συγκεκριμένα πολύ σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών των ερωτηματολογίων της εξωτερικής ντροπής OAS και της εσωτερικής ντροπής EES, γεγονός που βρίσκεται σε αντιστοιχία με τα ανάλογα ευρήματα για τα χαμηλά επίπεδα ντροπής και σε αυτές τις ομάδες των νοσηλευτών.

Η ανάλυση συσχέτισης ανέδειξε και επιπλέον διαφοροποιήσεις όσον αφορά τα διάφορα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ανάμεσα στους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας κι τις υπόλοιπες ομάδες των νοσηλευτών. Έτσι, στους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας διαπιστώθηκαν πολύ σημαντικές έως σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, του φόβου του πόνου και της εσωστρέφειας εξωστρέφειας, όπως επίσης και του φόβου του πόνου. Επίσης, ο αλτρουισμός παρουσίασε θετική σημαντική συσχέτιση μόνο με τον παρανοειδή ιδεασμό του SCL_90 καθώς και ο ναρκισσισμός βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση μόνο με την κατάθλιψη. Τέλος, δεν προέκυψαν

στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την διάσταση του ψεύδους και των υποκλιμάκων του SCL_90.

Από την άλλη πλευρά στην υπόλοιπη ομάδα των νοσηλευτών ανευρέθηκαν πάρα πολύ σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και των συνολικών βαθμών του άγχους για την καρδιακή λειτουργία , ενώ στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ των υποκλιμάκων του SCL_90 και της αισιοδοξίας, καθώς και της διάστασης του νευρωτισμού. Επίσης, ο αλτρουισμός παρουσίασε αρνητική σημαντική συσχέτιση με την ψυχαναγκαστικότητα και το άγχος καθώς και ο ναρκισσισμός βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αρνητική κατεύθυνση με τη ψυχαναγκαστικότητα, την διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη και το άγχος. Επιπλέον, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του φόβου του πόνου μόνο με την ψυχαναγκαστικότητα , καθώς και του ψεύδους μόνο με την επιθετικότητα, ενώ τέλος, βρέθηκε ο ψυχωτισμός να συσχετίζεται αρνητικά μόνο με την επιθετικότητα.

5. Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές που εξειδικεύονται στην ψυχική υγεία χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, ψυχαναγκαστικών διαταραχών, παρανοειδή ιδεασμού και γενικότερα ψυχικών διαταραχών σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων και μάλιστα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.

Οι νοσηλευτές τόσο της ψυχικής υγείας, όσο και των άλλων ειδικοτήτων παρουσιάζουν οριακά χαμηλότερα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής και οριακά χαμηλότερα επίπεδα άγχους για την καρδιακή λειτουργία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, με τους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας να παρουσιάζουν ακόμα πιο χαμηλά επίπεδα, έστω και σε στατιστικά μη σημαντικό βαθμό. Επιπλέον παρατηρήθηκε μια οριακά πιο αισιοδοξη στάση ζωής, πάλι με τους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας χωρίς κάτι τέτοιο να προσεγγίζει το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας.

Αντίθετα δεν παρατηρήθηκαν διαφορές όσον αφορά τον ναρκισσισμό, τον φόβο του πόνου ή τον αλτρουισμό, τόσο μεταξύ των ομάδων, όσο και με τον γενικό πληθυσμό.

Βιβλιογραφία

- **Adams J., Klein LR.** (1970). Students in nursing school: considerations in assessing personality characteristics. *Nursing Research* 19(4):362-366.
- **Ahlbom, A. & Norell S.** (1992). *Εισαγωγή στη Σύγχρονη Επιδημιολογία*. (Μετάφραση: Δημολιάτης, Γ., Χουλιάρη, Σ. & Αναστασόπουλος Π.). Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Akerjordet K., Severinsson E.** (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *Int J Ment Health Nurse* 13(3):164-170.
- **Allan, S., Gilbert, P., Goss, K.** (1994). An exploration of shame measures- II: psychopathology. *Person. Individ. Diff.* , vol. 17, p. 719-722.
- **Andrews A.,** Isaakidis C., Carter G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry* 179:417-425.
- **Andrews, B** (1998β). Shame and Childhood Abuse. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 176- 190.
- **Andrews, B.** (1995). Bodily Shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 104, p. 277- 285.
- **Andrews, B.** (1998α). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 39- 54.
- **Andrews, B. Qian, M. & Valentine, J.D.** (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 41, p. 29- 42.
- **Bailey S.** (1998). An exploration of critical care nurses' and doctors' attitudes towards psychiatric patients. *Australian J Adv Nurs* 15(3):8-14.
- **Barber B.** (2009). Representing and supporting members with mental health problems at work. Διαθέσιμο στο www.tuc.org.uk
- **Barling J.** (2001). Drowning not waving: Burnout and mental health nursing. *Contemporary Nurse* 11(2-3):247-259.
- **Bean CA., Holcombe JK.** (1993). Personality types of oncology nurses. *Cancer Nursing* 16(6):479-485.

- Berg S., Cesarec A., Marke S. (2000). Changes in adolescent personalities during a 30-years period. *Early Child Development and Care* 160:107-117.
- **Bland LC.**, Sowa CJ., Callahan CM. (1994). An Overview of Resilience in Gifted Children. *Roeper Review* 17(2):77-80.
- **Boey KW.** (1999). Distressed and stress resistant nurses. *Issues Ment Health Nurs* 20(1):33-54.
- **Brennan, K.A., Clark, C.L. & Shaver, P.R.** (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: *Attachment, Theory and Close Relationships*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds). USA, NY: Guilford Press, (p. 46-76).
- **Brooks, R.** (2001). *Self-worth, Resilience and Hope: The Search for Islands of Competence*. Διαθέσιμο στο http://www.cdl.org/resource/library/articles/self_worth.php
- **Brown D.**, Carson J., Fagin L., Bartlett H., Leary J. (1994). Coping with Caring. *Nursing Times* 90(45):53-55.
- **Chlopan BE.**, McCain ML., Carbonell JL., Hagen RL. (1985). Empathy: Review of Available Measures. *J Personality & Social Psychology* 48:635-653.
- **Cleary M.** (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *Int J Ment Health Nurs* 13(1):53-60.
- **Cohen SJ.**, Trehub A., Morrison FG. (1965). Edward personal preference profiles of psychiatric nurses. *Nursing Research* 14:318-321.
- **Coleman JV., Patrick DL.** (1976). Integrating mental health services into primary medical care. *Med Care* 14:654-661.
- **Cronin –Stubbs D.**, Brophy EB. (1985). Burnout: can social support save the psychiatric nurses? *J Psychos Nurs In Ment Health Serv* 23:8-13.
- **Dias CB.**, Aranha e Silva AL. (2010). The profile and professional practice of nurse in a psychosocial care service. *Rev Esc Enferm USP* 44(2):469-75.
- **Dolan N.** (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *J Adv Nurs* 12:3-12.
- **Ekman P.**, Friesen WV., O'Sullivan M. (1988). Smiles when lying. *J Personality & Soc Psychology* 54(3):414-420.
- **Eysenck HJ.** (1947) *Dimensions of Personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- **Fleming, J. and Szmukler, G.I.** (1992). Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 26:436-443.

- **Fujiwara K.**, Tsukishima E., Tsutsumi A., Kawakami N., Kishei R (2003) interpersonal conflict, social support and burnout among home care workers in Japan. *J Occup Health* 45:313-320.
- **Gallop R.**, Lancee WJ., Garfinkle P. (1989). How nursing staff respond to the label "Borderline Personality Disorder". *Hospital and Community Psychiatry* 40:815-819.
- **Gater, R.**, Goldberg, D. and Evanson, J. (1998). Detection and treatment of psychiatric illness in a general hospital ward: A modified cost-benefit analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 45:4370-448.
- **Gilbert P.** (1998). Some Core Issues and Controversies. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 3- 38.
- **Gilbert, P. & Andrews, B.** (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
- **Gilbert, P. & McGuire M.T.** (1998). Shame, Status, and Social Roles; Psychobiology and Evolution. Στο: *Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture*. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press, p. 99- 125.
- **Gilbert, P.** (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 7*, p. 174- 189.
- **Gilbert, P.** (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research, vol.70*, p. 1205- 1230.
- **Gilbert, P., Allan, S.** (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine, vol. 28*, p. 585- 598.
- **Gilbert, P., Allan, S., Goss, K.** (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 3*, p. 23- 34.
- **Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen K., Miles, J.N.V.** (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine, vol. 31*, p. 1117- 1127.
- **Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C.** (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy, vol. 12*, p. 124- 133.

- **Gilbert, P., Cheung, M. S-P., Grandfield, T., Campey, F., Irons, C.** (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, vol. 10, p. 108- 115.
- **Gilbert, P., Miles, J.N.V.** (2000). Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*, vol.29, p. 757- 774.
- **Gilligan, J.** (2003). Shame, Guilt, and Violence. *Social Research*, vol. 70, p. 1149- 1180.
- **Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S.** (1994). An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Person. Individ. Diff.*, vol. 17 (5), p. 713- 717.
- **Gournay K.** (2005). The changing face of psychiatric nursing: Revisiting Mental health nursing. *Adv Psychiatr Treat* 11:6-11.
- **Gray-Toft P., Anderson J.** (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Soc Sci & Med* 15:639-647.
- **Griffith D.** (2007). *A New Year's Resolution for Your Emotional Health*. Διαθέσιμο στο www.healthatoz.com
- **Grotberg EH.** (2001). Resilience Programs for Children in Disaster. *Ambulatory Child Health* 7:75-83.
- **Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh D.** 2005. Burden of care and general health in families of patient's with schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 40:899-904.
- **Hanrahan NP., Gerolamo AM** (2004). Profiling the Hospital-Based Psychiatric Registered Nurse Workforce. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 10(6):282-289.
- **Hansen, M.S., Fink, P., Frydenberg, M., Oxhoj, M-L., Sondergaard, L. and Munk-Jorgensen, P.** (2001). Mental disorders among internal medical inpatients: Prevalence, detection and treatment status. *Journal of Psychosomatic Research* 50(4):199-204.
- **Healy CM., McKay MF.** (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 31(3): 681-688.
- **Jablensky A, Kalaydjieva L** (2003). Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risk factors, and reproductive behavior. *American Journal of Psychiatry* 160(3):425-429.
- **Janman K., Payne LR., Rick T.** (1987) Some determinants of stress in psychiatric nurses. *Intern J Nurs St* 24(2):129-144.

- **Jenkins R., Elliott P.** (2004). Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health setting. *J Adv Nurs*, 48-622-63.
- **Katon, W.,** Von Korff, M., Lin, E. & Simon, G. (2001). Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician and the practice nurse. *General Hospital Psychiatry* 23, 138-144.
- **Kerrison, S.A. & Chapman, R.** (2007). What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency treatment. *Accident and Emergency Nursing* 15, 48-55.
- **Kouidi E.,** Iacovides A., Iordanidis P., Vassiliou S., Deligiannis A., Ierodiakonou C., Tourkantonis A. (1997). Exercise renal rehabilitation program: psychosocial effects. *Nephron*, 77(2), 152-158.
- **Lean – Infosource** (2011). Mental health Nursing is rather a Daunting Career Path. Διαθέσιμο στο <http://lean-infosource.com/articledirectory/?mental-health-nursing-is-rather-a-daunting-career-path-1088>
- **Lentz EM., Michaels RG** (1965). Personality contrasts among medical and surgical nurses. *Nursing Research* 14:43-48.
- **Lester H.,** Tritter JQ., Sorohan H. (2004). Managing crisis: the role of primary care for people with serious mental illness. *Family Medicine* 36(1):28-34.
- **Levine CD.,** Wilson SF., Guido GW (1988). Personality factors of critical care nurses. *Heart and Lung* 17(4):392-398.
- **Liakos, A.** (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis.* University of Athens. Greece.
- **Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C.** (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
- **Liukkonen A.** (1992). The model of nursing activity in the basic care of demented patients living in institutions. *Vardi Norden* 12(2):4-8.
- **Macilwaine H.** (1981). How nurses and neurotic patients view each other in general hospital psychiatric units. *Nursing Times* 77(27):1158-1160.
- **Mackay I.,** Paterson B., Casselis C. (2005). Constant or specific observation of inpatients presenting aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *J Psych Ment Health Nurs* 12(4):464-471.
- **MaGPIe Research Group.** (2005). General practitioners perceptions of barriers to their provision of mental health care: A report on mental health

and general practice investigation. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 18, (1222). Διαθέσιμο στο <http://www.nzma.org.nz>

- **Marks, J. N.,** Goldberg, D. P., and Hillier, V. F. (1979). Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. *Psychol Med* 9: 337-353.
- **Mayer JD., Salovey P.** (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 17:433-442.
- **McGrath A.,** Reid N., Boore J (1989) Occupational stress in nursing. *Int J Nurs St* 26(4):343-358.
- **McKinlay E.,** Garret S., McBain L., Dowell T., Collings S., Stanley J. (2011). New Zealand general practice nurses' roles in mental health care. *Int Nurse Rev* 58(2):225-33.
- **Mental Health Council of Australia MHCA** (2005). Mental Health council of Australia's submission to the productivity commission health workforce study. Διαθέσιμο στο www.pc.gov.au/study/healthworkforce/subs/sub162.pdf
- **Miller S., Davenport N.** (1996). Increasing staff knowledge of and improving attitudes towards patients with Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Services* 47(5):533-535.
- **Morgan HG., Priest P.** (1991). Suicidal and Other Unexpected Deaths Among Psychiatric In-Patients. *British Journal of Psychiatry* 158:368-374.
- **Muirhead J., Tilley J.** (1995). Scratching the surface: Mental health training for rural health workers. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health* 4:95-98.
- **O'Brien L., Cole R.** (2004). Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *Int J Ment Health Nurs* 13:89-99.
- **O'Neil D.** (2006). *Personality Development*. Διαθέσιμο στο <http://anthro.palomar.edu/social/soc3.htm>
- **Pai S,** Nagarajaiah S.(1982). Treatment of schizophrenic patients in their homes through a visiting nurse-some issues in the nurse's training. *International Journal of Nursing Studies*, 19:167-172.
- **Patel V.,** Flisher A., Hetrick S., McGorry P. (2007). Mental health of young people: A global perspective. *Lancet* 369:1302-1313.
- **Pawlik-Kienlen, L.** (2007). *The Big Five Personality Traits: Your Personality Affects Personnel in Government Organizations*. Διαθέσιμο στο <http://www.entrepreneur.com/tradejournals/article/160714670.html>
- **Plant ML.** (1992) Stress, alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a Scottish study. *J Adv Nurs* 17:1057-67.

- **Postman M, Knelling L.** (2002). Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 181:494-498.
- **Priebe S., Fakhoury W., White I., Watts J., Bebinghton P., et al.** (2004). Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry* 185:306-311.
- **Prince A., Nelson K.** (2011). Educational needs of practice nurses in mental health. *J Prim Health Care* 1(3):142-9.
- **Ramirez AJ.,** Graham J., Richards MA., Cull A., et al. 1995. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 71:1263-1269.
- **Regier, D. A.,** Kessler, L. G., Burns, B. J., and Goldberg, I. D.(1979) The need for a psychosocial classification system in primary care settings. *Int J Ment Health* 8: 16-29.
- **Reza, A.M.** (2003). The Relationship Between Self-Esteem and Job Satisfaction of personnel in government organizations. *Public Personnel Management*, Διαθέσιμο στο http://goliath.ecnext.com/coms2/gi_0198-393068/The-relationship-between-self-esteem.html
- **Riding RJ., Wheeler H.** (1995). Occupational stress and cognitive style in nurses. *Brit J Nurs* 4(3):160-8.
- **Rincon, H.G.** (2001). Prevalence, detection and treatment of anxiety, depression, and delirium in the adult critical care unit. *Psychosomatics* 42(5):391-96.
- **Ronalds, C.,** Creed, F., Stone, K., Webb, S. and Thomenson, B. (1997). Outcome of anxiety and depressive disorders in primary care. *British Journal of Psychiatry* 171:427-433.
- **Rost, K.,** Zhang, M., Fortney, J., Smith, J., Coyne, J. and Smith, G. (1998). Persistently poor outcomes of undetected major depression in primary care. *General Hospital Psychiatry* 20(1):12-20.
- **RPNAM** (1993). Psychiatric nursing competences. Διαθέσιμο στο http://crpnm.mb.ca/CRPNM_V2/publications/pncompetencies.pdf
- **Sand A.** (2003). Nurse's Personality, Nursing Related Qualities and Work Satisfaction: a 10-year Perspective. *J Clin Nurs* 12(2):177-187.
- **Secker J.,** Frankie P., Parham A. (1999). Mental health training needs of primary health care nurse. *J Clin Nurs* 8(6):643-652.
- **Sharrock J.,** Happell B. (2000). The role of the psychiatric consultation-liaison nurse in the general hospital. *Australian J Adv Nurs* 18(1):34-39.
- **Sidley G., Renton J.** (1996). General nurses' attitudes to patients who self-harm. *Nursing Standard* 10(30):32-36.

- **Somers JM**, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 51(2):100-13.
- **Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS.** (1963). Assessment of anger the State-Trait Scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
- **Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ.** (1985). The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale. In: Chesney MA, Rosenman RH, editors. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, Washington, DC: Hemisphere Publishing, pp. 5-30.
- **Spielberg CD.** Manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.
- **Stickley T., Stacey G.** (2011). *Caring: the essence of mental health nursing*. Διαθέσιμο στο <http://www.oup.com/UK/ork/bin/78019953449/cho5.pdf>
- **Sullivan JP.** (1993) Occupational stress in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 18:591-601.
- **Suokas J., Lonqvist J.** (1989). Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 79:474-480.
- **Theron LC.** (2004). The Role of Personal Protective Factors in Anchoring Psychological Resilience in Adolescents with Learning Difficulties. *South African Journal of Education* 24(4):317-321.
- **Thomas RV., Corney RH.** (1993). The role of practice nurse in mental health: A survey. *Journal of Mental Health* 2(1):65-72.
- **Trygstad LN.** (1986) stress and coping in psychiatric nursing. *J Psychoso Nurs* 24(10):23-27.
- **Tsagarakis M., Kafetsios K., Stalikas A.** (2007). Reliability and Validity of the Greek Version of the Revised Experiences in Close Relationships Measure of Adult Attachment *European Journal of Psychological Assessment*. Vol.23(1):47-55.
- **Ustun TB, Satorious N.** (1995). Mental illness in general health care: an international study. *WHO* ;323-334.
- **Wheeler HH.** (1997). A review of nurse occupational stress research: 1. *Brit J Nurs* 6(11):642-45.

- **WHO** (2001). World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope. Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr/2001/en>
- **WHO** (2010). The Who Mind Project: Mental Health Improvement for Nations Development. Best practices: Mental health service development. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mental_healthpolicy/services/mh_bestpractices_servd_ev/pt_2010_en.pdf
- **WHO**. (2004). Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Διαθέσιμο στο http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- **Wood I.** (1998). The effects of continuing professional education on the clinical practice of nurses: a review of the literature. *Int J Nurs Studies* 35:125-131
- **Yu CL., Mansfield KP., Packard SJ., Vicary J., McCool W.** (1989). Occupational stress among nurses in hospital settings. *Am Ass Occ Health Nurs J* 37(4):121-29
- **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος, vol. 21*, p. 118-123.
- **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος, vol. 24*, p. 16-20.
- **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
- **IEK** (2011). Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις. Διαθέσιμο στο <http://iek-kater.pie.sch.gr/files/oknosps.pdf>
- **Ιωαννίδης, Ι. Π.Α.** (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
- **Καφέτσιος, Κ. & Ιωαννίδου, Μ.** Διαπροσωπικές σχέσεις και ψυχική υγεία σε δείγμα ιατρών. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, τεύχος 38*.
- **Καφέτσιος, Κ.** (2003). Ενεργά μοντέλα δεσμού ενηλίκων και ψυχική υγεία:Επισκόπηση της περιοχής και προτάσεις για κλινική εφαρμογή και έρευνα. *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, τόμος 40 (1)*.
- **Κούκια Ε., Γκόνης Ν** (2010). Ανάγκες εκπαίδευσης και περιορισμοί του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε τμήματα βραχείας

νοσηλείας σε ψυχιατρικά νοσοκομεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9(3):344-358

- **Μαυρέας Β.** (2000). *Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Προληπτική ψυχιατρική.* σ.σ. 69-76 Εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα
- **Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική, vol. 2, p. 42-48.*
- **Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών.* Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
- **Παρασκευόπουλος, Ι.Ν.** (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική.* Τόμος Β'. Αθήνα.
- **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π.** (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα.* Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- **Τσεπελής Χ., Μεγαριχιώτης Α.** (2007). Διασυνδετική Συμβουλευτική Νοσηλευτική στο Χώρο του Γενικού Νοσοκομείου. Διαθέσιμο στο: http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/374/meg_tsep.pdf?sequence=1
- **Τσιρώνη Β.** (2008). Οδηγός Επαγγέλματος «Νοσηλεύτη». ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ. Διαθέσιμο στο http://www.teilar.gr/odigoi_epaggelmaton/nosi/eyt.pdf