Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΧΡΥΣΤΑΛΛΑ ΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΖΑΒΡΑΣ

ΠΑΦΟΣ 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους καθηγητές μου Σπύρο Βλιάμο και Κωνσταντίνο Αθανασόπουλο για τις πολύτιμες γνώσεις που πρόσφεραν απλόχερα σε ‘μένα και στους συμφοιτητές μου καθ’ όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μας σπουδών. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον καθηγητή μου κ. Δημήτριο Ζάβρα για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την υπομονή που έκανε κατά την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας καθώς και για την πολύτιμη καθοδήγησή του.

Επιπλέον, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους φίλους και συμφοιτητές μου για την επικοινωνία και συνεργασία που είχαμε. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Πανεπιστήμιο Νεάπολις για την ευκαιρία που μου παρείχε να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές στη Δημόσια Διοίκηση.

Στους γονείς μου Πέτρο και Ελισάβετ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ 3
ΠΗΓΕΣ ΑΓΧΟΥΣ 5
ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 5
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 6
ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ 7
ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΑΥΤΟΥ 8
ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ 10
ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΧΗΣ Η ΦΥΓΗ 10
ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ SELYE (ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ) 11
ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ 13
ΑΙΤΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ 14
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ 16
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 16
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 16
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 18
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 20
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 20
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΕΧΝΙΕΣ 21
ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 22
ΑΓΧΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 23
ΑΓΧΟΣ ΡΟΛΩΝ – ROLE STRESS 25
ΚΥΚΛΙΚΟ ΩΡΑΡΙΟ 26
ΣΤΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ & ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ 27
ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ) 29
ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ 38
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ 38
ΑΥΤΟΠΕΙΘΑΡΧΙΑ 38
ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ 39
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ 39
ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 40
ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 41

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ....43
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ....43
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ....43
ΕΝΤΑΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ....48
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ....49
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ....53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ....55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ....63
ερωτηματολογιο....63
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ....66
ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ....69

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αναμφίβολα, οι γρήγοροι έως και εξαντλητικοί ρυθμοί της σύγχρονης εποχής δε θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστη τόσο τη ψυχολογική όσο και τη σωματική κατάσταση της πλειοψηφίας των ανθρώπων. Η έντονη πίεση και το άγχος που προκύπτει, κυρίως από τον επαγγελματικό χώρο, καθίσταται μάλιστα εντονότερη τον τελευταίο καιρό, εξαιτίας της αβεβαιότητας που εντάθηκε ελέω και της οικονομικής κρίσης (Δίκης, 2013).

Οι νοσηλευτές, στις μέρες μας, παρά την μεγάλη έλλειψη προσωπικού και τον αυξημένο φόρτο εργασίας, συνεχίζουν να επιδεικνύουν τον ανάλογο ζήλο στη φροντίδα των ασθενών. Η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών, των οικονομικών απολαβών και η ψυχο-εκπαίδευση σε ζητήματα άγχους μπορούν ασφαλώς να βελτιώσουν τον τρόπο που το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει την εργασιακή του ζωή (Κουράκος et al., 2012).

Σε μια πλειάδα ερευνών που έχουν διενεργηθεί, προκειμένου να εντοπιστεί και να αξιολογηθεί ο βαθμός του άγχους στους χώρους εργασίας, έχει αποδειχτεί ότι ποικίλες πλευρές της εργασίας δύνανται να οδηγήσουν στην ανάπτυξή του. Ειδικότερα οι νοσηλευτές, είναι ευρέως γνωστό ότι εργάζονται σε ένα ιδιαίτερα

στρεσογόνο περιβάλλον αφού εκθέτονται συχνά στο θάνατο, τον πόνο και τη θλίψη (Παπαγεωργίου et al., 2007)

Οι νοσηλευτές που απασχολούνται στις Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που καλούνται να συμβάλουν στην επανένταξη των ατόμων με ψυχικές νόσους στην κοινωνία, βιώνουν έντονη συναισθηματική φόρτιση η οποία αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς τους. Όπως επισημαίνεται από τους Αλεξάνδρου και Καρανικόλα (2011), οι Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποσκοπούν να επανακτήσουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές την κοινωνική λειτουργικότητά τους και την ικανότητά τους να διαχωρίζουν ανθρώπους, πράγματα και χώρους (ψυχωσική ομογενοποίηση), τα οποία χάνονται σταδιακά όταν κάποιος παραμένει έγκλειστος ως τρόφιμος ψυχιατρείου για μακρό χρονικό διάστημα.

Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτός ο βαθμός δυσκολίας που παρουσιάζει το λειτούργημα των νοσηλευτών που απασχολούνται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το οποίο εύλογα οδηγεί στο άγχος. Όπως επισημαίνουν οι Παπαγεωργίου et al. (2007), η υπερπροσπάθεια που καταβάλλουν προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών τους, είναι πολύ δυνατό να έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ιδίων και κατά συνέπεια να προκαλεί συχνά συμπτώματα άγχους.

Κύριος λοιπόν σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας είναι να αξιολογηθούν τα συμπτώματα άγχους των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που απασχολούνται στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας, ο αριθμός των οποίων, όπως επισημαίνει η Καρανικόλα (2010), αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος αποτελεί ένα διάχυτο, δυσάρεστο συναίσθημα συγγενές με το φόβο, το οποίο κινητοποιείται χωρίς σαφή ή σημαντική απειλή. Πρόκειται για ένα πανανθρώπινο συναίσθημα που λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την επιβίωση καθώς η παρουσία του προετοιμάζει τον οργανισμό να αντιμετωπίσει τους κινδύνους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Κάττουλας, 2010).

Κατά τον Selye (1976) ως άγχος μπορεί να οριστεί «οποιοδήποτε εξωτερικό γεγονός ή εσωτερική σκέψη η οποία απειλεί να διαταράξει την οργανική ισορροπία». Αντίστοιχα, οι Wolf και Goodell (1968) όρισαν το άγχος ως «μια δυναμική κατάσταση με σε έναν οργανισμό, η οποία αποτελεί την απόκριση σε ένα ερέθισμα/αίτημα για προσαρμογή» ενώ, οι Cofer και Appley (1964) αλλά και οι Ryhal και Singh (στο Elahi & Apoorva, 2012), όρισαν το άγχος ως μια κατάσταση ενός οργανισμού κατά την οποία αντιλαμβάνεται ότι η ευημερία του είναι υπό εξαφάνιση και ότι πρέπει να προσανατολίσει τις ενέργειές του για την προστασία της (Μπελιάς et al., 2013).

Το άγχος είναι μια κατάσταση ποικίλου βαθμού ανησυχίας ή δυσφορίας. Συχνά, συνοδεύεται από ενοχές, αμφιβολίες και ιδεοληψίες. Πέρα από το ήπιο επίπεδο, το άγχος συχνά περιγράφεται ως ένα συναίσθημα τρόμου ή ακαθόριστου φόβου. Το άγχος θεωρείται ως το πιο ενοχλητικό συναίσθημα που μπορεί να βιώσει ένα άτομο. Μάλιστα, είναι τόσο ενοχλητικό, που πολλά άτομα προσπαθούν να απαλλαγούν από αυτό, όσο το δυνατό γρηγορότερα (Kneisl et al., 2009).

Το άγχος είναι μια δραστική δύναμη διότι η ενέργεια που παρέχει μπορεί να μετατραπεί σε καταστροφική ή δημιουργική δράση. Όταν χρησιμοποιείται εποικοδομητικά, το άγχος μπορεί να διεγείρει την απαιτούμενη δράση για την άρση μιας στρεσογόνου κατάστασης, να εκπληρώσει μια επιτακτική ανάγκη ή να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για ένα συμβιβασμό. Ένας άνθρωπος που κατανοεί την πηγή του άγχους είναι πιο ικανός να το χρησιμοποιήσει με εποικοδομητικό τρόπο (Kneisl et al., 2009).

Όπως επισημαίνεται στον Χριστοδούλου (2000), το άγχος εντάσσεται στις ποιοτικές διαταραχές του συναισθήματος και αφορά στο δυσάρεστο συναίσθημα επικείμενου κινδύνου. Ο κίνδυνος αυτός μπορεί να είναι υπαρκτός (συνειδητός) ή άγνωστος (υποσυνείδητος ή ασυνείδητος). Ανάλογα με την έντασή του το άγχος έχει διάφορες διαβαθμίσεις, αρχίζοντας από την απλή ανησυχία και καταλήγοντας στον πανικό (Χριστοδούλου, 2000)

Σύμφωνα με τους Kneisl et al (2009), οι επαγγελματίες υγείας έχουν δείξει από παλιά ενδιαφέρον για το στρες και το άγχος και για τους τρόπους με τους οποίους υγιή αλλά και δυσλειτουργικά άτομα αντιμετωπίζουν ή αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν αυτές τις δύο καταστάσεις. Το στρες και το άγχος επηρεάζουν την ευημερία του ατόμου ενώ ποικίλες διαταραχές της συμπεριφοράς και σωματικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με το στρες και το άγχος (Kneisl et al., 2009).

Το κόστος του στρες και του άγχους μπορεί να είναι υψηλό: είναι δυνατόν να κοστίσουν σε μια γυναίκα τη δουλειά της, σε έναν άντρα την αγάπη και το σεβασμό της οικογένειάς του. Όταν διαρκεί για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, το στρες μπορεί ακόμα και να σκοτώσει (Kneisl et al., 2009).

ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως αναφέρεται στους Κουράκο et al. (2012), ο τομέας της υγείας αποτελεί έναν από τους πλέον στρεσογόνους χώρους εργασίας. Οι έρευνες ασχολούνται κυρίως με τον εντοπισμό των πηγών του άγχους καταλήγοντας στο ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός αγχογόνων παραγόντων. Παράγοντες που αφορούν στους ίδιους τους εργαζόμενους (εργασιακή υπερφόρτωση, σύγκρουση ρόλων και ασάφεια του ρόλου των επαγγελματιών υγείας) φαίνεται να αποτελούν τους κρισιμότερους παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικού άγχους, ενώ παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς φαίνεται να προκαλούν λιγότερο άγχος. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, καθώς φροντίζουν για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών, εκτίθενται σε σημαντικές πηγές άγχους (Κουράκος et al., 2012).

Η νοσηλευτική, είναι ομολογουμένως ένα επάγγελμα που σε παγκόσμιο επίπεδο ασκείται στο μεγαλύτερο ποσοστό του από γυναίκες που χαρακτηρίζονται από την πολλαπλότητα των ρόλων που βιώνουν (εργαζόμενη, μητέρα, νοικοκυρά, σύζυγος, κ.λ.π.) και κατά συνέπεια παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση κόπωσης, τόσο συναισθηματικής όσο και σωματικής (Tyler et al., 1995).

Τα ευρήματα της μελέτης των Κουράκου et al. (2012), επιβεβαιώνουν το πιο πάνω , ενώ συμφωνούν με τα ευρήματα αρκετών αναλόγων μελετών από την Ελλάδα και σύμφωνα με αυτά το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται από τα πλέον στρεσογόνα επαγγέλματα (Karanikola et al., 2009; Moustaka et al., 2010; Mavraki et al., 2007).

Όσον αφορά την αλληλεπίδραση των εργασιακών και των οικογενειακών ή προσωπικών ζητημάτων, οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Κουράκο et al. (2012),

ανέφεραν ότι η εργασία που κάνουν επηρεάζει αρνητικά τη φροντίδα του εαυτού και της οικογένειάς τους αλλά όχι το αντίστροφο. Παρόμοιες μελέτες, κατέδειξαν ότι οι συνθήκες εργασίας εμποδίζουν το προσωπικό να ανταποκριθεί στις κοινωνικές του υποχρεώσεις εξαιτίας του ωραρίου εργασίας. Επιπλέον, η κόπωση στην εργασία, δυσκολεύει το νοσηλευτικό προσωπικό να ανταποκριθεί στις οικογενειακές του υποχρεώσεις, ενώ τα προβλήματα στη δουλειά τους απασχολούν ακόμα και στο σπίτι (Dimitriadou et al., 2009; Kyloydis et al., 2009).

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Μια άλλη σημαντική πηγή άγχους είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας Οι υπερβολικές προσδοκίες των υπαλλήλων από τον εαυτό τους ή τους άλλους έχουν εντοπισθεί ως παράγοντες που προκαλούν άγχος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, άμεση πηγή είναι η ίδια η οργανωτική διάρθρωση, όπως η οργανωτική αδικία, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η κακή διαχείριση. Τα αποτελέσματα έρευνας που αφορά στην έλλειψη αίσθησης του ελέγχου στο πλαίσιο της εργασίας είναι αντιφατικά. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι για το νοσηλευτικό προσωπικό η αύξηση των αρμοδιοτήτων και η αναβάθμιση του ρόλου τους μείωσε τη δυνητικά θετική επίδραση της αυξημένης αυτονομίας και ελέγχου. Ενώ παλιότερες έρευνες εντόπισαν την εκτεταμένη ευθύνη ως την πιο συχνά αναφερόμενη πηγή άγχους. Το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ θεώρησε την επαφή με τους ασθενείς ως πολύ πιο ικανοποιητική, αισθάνθηκε επιβάρυνση από το γεγονός ότι είναι συνεχώς υπεύθυνο για εκείνους (McDonald et al., 2001).

Την ανάγκη συστηματικής διερεύνησης των επιπτώσεων του κοινωνικού άγχους στην εργασιακή απόδοση του ατόμου τονίζει η Zellars (2007), η οποία στον τίτλο πρόσφατου άρθρου της για το κοινωνικό άγχος κάνει ιδιαίτερη μνεία στον

«παραμελημένο» αυτό παράγοντα του εργασιακού στρες. Όπως επισημαίνει, τα άτομα αναπόφευκτα μεταφέρουν μαζί τους στην εργασία τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά και ανησυχίες και προκαλεί έκπληξη το ότι δεν έχουν γίνει ακόμη μελέτες για τις επιπτώσεις του κοινωνικού άγχους στο εργασιακό στρες (Zellars, 2007).

Οι Kneisl et al. (2009) επιχειρούν μια διαφορετική προσέγγιση για τις πηγές του άγχους. Όπως επισημαίνουν, το άγχος είναι το αναπόφευκτο αποτέλεσμα της προσπάθειας να διατηρήσει κανείς ισορροπία σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο. Τα άτομα βιώνουν άγχος σε πολλές διαφορετικές καταστάσεις και διαπροσωπικές σχέσεις. Οι γενικές ωστόσο αιτίες πρόκλησης του άγχους, έχουν ταξινομηθεί σε δύο κύρια είδη απειλών που σχετίζονται αφενός με τη βιολογική ακεραιότητα και αφετέρου με την ασφάλεια του εαυτού:

ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ

Πραγματική ή επικείμενη παρακώλυση βασικών ανθρώπινων αναγκών όπως η ανάγκη για τροφή, πόση ή ζεστασιά. Οι απειλές που σχετίζονται με την βιολογική ακεραιότητα ή με την εκπλήρωση βασικών ανθρώπινων αναγκών αποτελούν κάποιες γενικές αιτίες που προκαλούν άγχος (Kneisl et al., 2009).

Όπως επισημαίνει ο Scaer (2005), η αντίδραση του άγχους συνιστά μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στις περιστάσεις κάτω από τις οποίες ο οργανισμός απειλείται και επιβάλλεται να κινητοποιηθεί κατάλληλα για να επιβιώσει. Οι περιστάσεις αυτές μπορεί να είναι λιγότερο απειλητικές, όπως είναι για παράδειγμα η απαιτητική σωματική άσκηση, ή περισσότερο, όπως είναι κάποια σοβαρή απειλή για τη σωματική ή ψυχολογική μας ακεραιότητα (Scaer, 2005).

Παράλληλα, η απειλή αυτή μπορεί να είναι πραγματική ή υποθετική. Ο οργανισμός δηλαδή, μπορεί να αντιδράσει με άγχος σε μία πραγματική επίθεση εναντίον του ή στην υποκειμενική αντίληψη ότι η κατάσταση είναι απειλητική. Επιπλέον, η απειλή μπορεί να αφορά τόσο τη σωματική μας ακεραιότητα όσο και τη ψυχολογική μας ακεραιότητα. Ένα παράδειγμα είναι το άγχος που μας διακατέχει όταν πρόκειται να κριθούμε αυστηρά από τους συναδέλφους μας για κάποια παρουσίαση στην εργασία μας, ή το άγχος που μας προκαλεί κάποια σοβαρή διαμάχη με το σύντροφο μας. Τέτοιες περιστάσεις απειλούν την ψυχολογική μας ακεραιότητα και η αντίδραση του άγχους, μας κινητοποιεί να διαφυλάξουμε την αυτοπεποίθηση και τη ψυχική μας ισορροπία (Scaer, 2005).

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΑΥΤΟΥ

Οι απειλές που σχετίζονται με την βιολογική ακεραιότητα ή με την εκπλήρωση βασικών ανθρώπινων αναγκών αποτελούν κάποιες γενικές αιτίες που προκαλούν άγχος. Οι απειλές που έχουν σχέση με την ασφάλεια του εαυτού δεν κατηγοριοποιούνται εύκολα. Σε μερικές περιπτώσεις είναι εμφανείς ενώ σε άλλες είναι πιο συγκεχυμένες, διότι η αντίληψη κάθε ατόμου για τον εαυτό του είναι μοναδική.

- Ανεκπλήρωτες ανάγκες για κοινωνική αναγνώριση και κύρος
- Αναμενόμενη αποδοκιμασία από σημαντικά για κάποιον άτομα
- Ανεκπλήρωτες προσδοκίες σημαντικές για την ακεραιότητα του εαυτού
- Αδυναμία να κερδίσει κανείς την αυτοεκτίμηση του ή να κερδίσει αναγνώριση από όλους.
- Ενοχή ή ασυμφωνίες μεταξύ της ιδανικής εικόνας του εαυτού και της πραγματικής συμπεριφοράς (Kneisl et al., 2009).

Είναι λοιπόν σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι είτε μια πραγματική είτε μια δυνητική απειλή, μπορεί να προκαλέσει άγχος. Σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι καν απαραίτητη η παρακώλυση μιας βιολογικής ή ψυχοκοινωνικής ανάγκης για να προκληθεί άγχος. Χρειάζεται μόνο η αντίληψη του ατόμου ότι επίκειται μία από αυτές τις μεγάλες απειλές (Kneisl et al., 2009).

Όπως επισημαίνεται στην Κορδόση (2013), το ανθρώπινο σύστημα της φυσικής αυτό-άμυνας του άγχους, το οποίο κάτω από φυσιολογικές, έκτακτες συνθήκες, κινητοποιεί κατάλληλα τον οργανισμό για αλλαγές, όταν διαιωνίζεται καταλήγει να εξαντλείται και να αποδιοργανώνεται. Πολλές φορές στις Αγχώδεις Διαταραχές, το άτομο προσπαθεί να ζήσει έχοντας ένα υπερ-αντιδραστικό, υπερ-ευαίσθητο στα ερεθίσματα νευρικό σύστημα, εμφανίζοντας διαστρεβλώσεις στην αντίληψη, διαταραχές στη μνήμη και τη συγκέντρωση και διάχυτα συναισθήματα. Κατά συνέπεια, τα υπερβολικά αγχώδη άτομα παγιδεύονται σε συναισθηματικούς φαύλους κύκλους χωρίς τον έλεγχό τους και καταλήγουν να αισθάνονται ανασφαλή ακόμα και μέσα στο ίδιο τους το σώμα. Συχνά, τα πολύ αγχώδη άτομα εμφανίζονται στους άλλους σαν να μη μπορούν να διαχειριστούν τις σκέψεις, τις αισθήσεις και τη συμπεριφορά τους (Κορδόση, 2013).

ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΜΑΧΗΣ Η ΦΥΓΗ

Πέρα από τη ρουτίνα και το στρες της καθημερινής ζωής, οι άνθρωποι κινδυνεύουν να αντιμετωπίσουν ανεπιθύμητο ή υπερβολικό άγχος που απειλεί την ευεξία τους ή μπορεί να είναι απειλητικό ακόμα και για τη ζωή τους. Τα άτομα αντιμετωπίζουν αυτές τις απειλητικές καταστάσεις μέσω μάχης (επίθεση) ή μέσω της φυγής (απόσυρση). Η αντίδραση μάχης ή φυγής αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον ιατρό Walter Cannon (1932), όταν εντόπισε το στρες ως ένα υπαρκτό αίτιο διαφόρων νόσων.

Παρόλο που σωματικές αντιδράσεις όπως ο δυνατός χτύπος της καρδιάς, η απελευθέρωση γλυκόζης από το ήπαρ στο αίμα και η διαστολή των αναπνευστικών οδών των πνευμόνων, φαίνονται φυσιολογικές για μια κατάσταση αγχώδη κατάσταση, ας αναλογιστούμε πόση φθορά θα υφίστατο το σώμα αν οι άνθρωποι ανταποκρίνονταν σε όλα τα είδη στρες με τους παραπάνω τρόπους. Πολλοί ερευνητές, ισχυρίζονται πως η αντίδραση μάχης ή αποφυγής στο στρες, είναι δυσπροσαρμοστική (Kneisl et al., 2009).

Όταν ο οργανισμός εισέλθει σε κατάσταση συναγερμού, όπως συμβαίνει κατά την αντίδραση Μάχης – Φυγής, ενεργοποιούνται μία σειρά από βιολογικές αντιδράσεις του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος που αποτελεί τον κλάδο του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος ο οποίος είναι αρμόδιος για την εγρήγορση του οργανισμού σε απαιτητικές καταστάσεις. Οι αντιδράσεις αυτές πραγματοποιούνται αυτόματα, άνευ εκούσιου ελέγχου. Ο οργανισμός απελευθερώνοντας τα απαραίτητα καύσιμα (γλυκόζη, σάκχαρα) παρέχει τη δυνατότητα στον εγκέφαλο να μπορεί με μεγάλη ταχύτητα να εκτιμήσει τα δεδομένα της κατάστασης και να αποφασίσει για την

αντίδρασή του. Παράλληλα, αποσύρει αίμα από τα όργανα και τις σωματικές περιοχές που δεν αποτελούν υψηλές προτεραιότητες (όπως η πέψη) ενώ το επικεντρώνει σε καίρια ζωτικά όργανα όπως η καρδιά και οι πνεύμονες καθώς και στους μύες, οι οποίοι είναι έτοιμοι για δράση. Ταυτόχρονα, εκκρίνονται ορμόνες όπως η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη, ο καρδιακός παλμός, η αρτηριακή πίεση και η πρόσληψη οξυγόνου αυξάνονται και οι κόρες διαστέλλονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να επικεντρώνει τη προσοχή του στην άμεση κατάσταση, να αισθάνεται μία έκρηξη αδρεναλίνης που βιώνεται ως αισθήματα φόβου και θυμού, ούτως ώστε συνολικά οργανισμός να είναι σε ετοιμότητα να παλέψει ή να διαφύγει (Simington, 2010)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ SELYE (ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ)

Ο Selye (1956), γνωστός Καναδός ενδοκρινολόγος και ευρέως αναγνωρισμένος ερευνητής στο θέμα του στρες, ανέπτυξε ένα θεωρητικό πλαίσιο προκειμένου να γίνει κατανοητό πώς οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το στρες. Σύμφωνα με τον Selye, κάθε άτομο έχει μια περιορισμένη ποσότητα ενέργειας να χρησιμοποιήσει για την αντιμετώπιση του στρες. Το πόσο γρήγορα χρησιμοποιείται αυτό και επομένως το πόσο γρήγορα προσαρμόζεται κανείς στο στρες, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η κληρονομικότητα, ψυχικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής (Kneisl et al., 2009).

Ο Selye (1956), παρατήρησε ότι ασχέτως από τη διάγνωση, πολλά άτομα με σωματικές νόσους είχαν συγκεκριμένα και κοινά συμπτώματα. Έχασαν την όρεξή τους, έχασαν βάρος, ένιωθαν και έδειχναν άρρωστοι, ήταν ανήσυχοι και κουρασμένοι και είχαν άλγη και πόνους στις αρθρώσεις και στους μύες τους. Μία μακρά σειρά πειραμάτων (Selye, 1956), οδήγησε σε μια πιο αντικειμενική ένδειξη της

πραγματικής βλάβης του σώματος: διόγκωση των αδένων που εκκρίνουν αδρεναλίνη, συρρίκνωση του θύμου αδένα, του σπλήνα, των λεμφικών οζιδίων και εμφάνιση αιμορραγούντων γαστρικών ελκών.

Εμπειρίες όπως το άγχος, η κόπωση ή η αρρώστια αποτελούν υποκειμενικές πλευρές του στρες. Παρόλο που το στρες δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό αυτούσιο, ο Selye (1956) βρήκε ότι μπορεί να μετρηθεί αντικειμενικά από τις δομικές και χημικές αλλαγές που προκαλεί στο σώμα. Αυτές οι αλλαγές ονομάζονται «σύνδρομο γενικής προσαρμογής» διότι, όταν το στρες επηρεάζει το άτομο ως σύνολο, τότε το άτομο πρέπει ως σύνολο να προσαρμοστεί στις αλλαγές. Το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής εμφανίζεται σε τρία στάδια: εγρήγορση, αντίσταση και εξάντληση.

Η εξάντληση μπορεί να είναι αναστρέψιμη αν δεν έχει επηρεαστεί το σύνολο του σώματος και αν το άτομο μπορέσει τελικά να εξαλείψει την πηγή του στρες. Ωστόσο, αν δεν υπάρχει ανακούφιση από το στρες ή αν η άμυνα του οργανισμού επικεντρωθεί εξολοκλήρου εκεί, το άτομο μπορεί να μην επανακτήσει την ψυχολογική του ισορροπία και ίσως αρρωστήσει σωματικά.

Η θεωρία του Selye αποτέλεσε την αφετηρία εκτεταμένης έρευνας αναφορικά με τους νευροενδοκρινολογικούς μηχανισμούς που συμμετέχουν στο στρες. Η έρευνα που ακολούθησε στην ψυχοενδοκρινολογία είχε ως αποτέλεσμα την αμφισβήτηση του μοντέλου του Selye (McCain & Smith, 1994). Στις μέρες μας, η κλασική έρευνα έχει δείξει ότι η νευροενδοκρινολογική αντίδραση διαφοροποιείται ανάλογα με τους στρεσογόνους παράγοντες και ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές όσον αφορά την ευαισθησία στα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα (Lazarus & Folkman, 1984; Smith, 1993). Το μοντέλο του στρες που έχει ως βάση έναν ενιαίο τρόπο αντίδρασης έρχεται σε αντίθεση με τη νοσηλευτική θέση που πρεσβεύει ότι κάθε άτομο είναι μοναδικό

και οι άνθρωποι ανταποκρίνοντια διαφορετικά σε παρόμοιες καταστάσεις (Fitzpatrick & Wike, 2001).

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ

Το εργασιακό άγχος αποτελεί μια χρόνια συναισθηματική διαταραχή που προκαλείται από τις συνθήκες που επικρατούν σε έναν συγκεκριμένο χώρο εργασίας και οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου και αποτελεί αντικείμενο μελέτης για περισσότερες από 3 δεκαετίες (Αναγιωτού, 2011).

Ο Sager (1991) όρισε το εργασιακό άγχος ως μια ψυχολογική κατάσταση η οποία γίνεται αντιληπτή από τα άτομα όταν έρχονται αντιμέτωπα με τις διάφορες απαιτήσεις, τους περιορισμούς και τις ευκαιρίες που απορρέουν από την εργασία τους και δύνανται να έχουν σημαντική αλλά αβέβαιη επίδραση στην επαγγελματική τους πορεία. Πρόκειται για μια ατομική αντίδραση που διαφέρει από το γενικό άγχος και διαφέρει αναλόγως του οργανισμού αλλά και του επαγγέλματός του (Chen, 2008).

Η συντριπτική πλειοψηφία των εργαζομένων, σε όποιον τομέα και αν απασχολείται έχει βιώσει συμπτώματα άγχους στην εργασία, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από σχετικές έρευνες. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις Η.Π.Α., η εργασία αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη πηγή άγχους (Avey et al., 2009). Σύμφωνα με στοιχεία του Εθνικού Ινστιτούτου Εργασιακής Ασφάλειας και Υγείας, στις ΗΠΑ το 40% των εργαζομένων ανέφεραν ότι η δουλειά τους είναι εξαιρετικά στρεσογόνος, ενώ 25% των εργαζομένων θεωρούν την εργασία τους τον πρωταρχικό παράγοντα που τους προκαλεί άγχος στη ζωή τους.

Αναμφίβολα, μέρος του προβλήματος συνιστά και ο αριθμός των ωρών που κάποιος εργάζεται. Την τελευταία εικοσαετία ο μέσος όρος ωρών εργασίας στις ΗΠΑ είναι 46

ώρες εβδομαδιαίως. Κατά συνέπεια, παρατηρείται μία αύξηση τεσσάρων περίπου ωρών εργασίας εβδομαδιαίως σε σχέση με την αμέσως προηγούμενη χρονική περίοδο (Σιαφή, 2012).

Επιπλέον, σχεδόν ένας στους τρεις εργαζομένους παίρνει δουλεία για το σπίτι τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, γεγονός που επίσης συνιστά 10% αύξηση σε σχέση με τις προηγούμενες μετρήσεις οι οποίες διενεργήθηκαν 20 χρόνια προηγουμένως (Σιαφή, 2012).

ΑΙΤΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Τα αίτια πρόκλησης του εργασιακού άγχους ποικίλουν και μπορεί να οφείλονται σε πολλούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους Leka et al. (2004), περισσότερο αγχωτική εργασία, είναι αυτή που περιέχει υπερβολικές απαιτήσεις και επιβάλλει πιέσεις, οι οποίες δεν αντιστοιχούν στις γνώσεις και στις ικανότητες των εργαζομένων και για τις οποίες δεν υπάρχει δυνατότητα επιλογής ή ελέγχου ούτε στήριξης από άλλους (Leka et al., 2004).

Παράλληλα, το επαγγελματικό άγχος, προκαλείται συχνά και από το περιεχόμενο της εργασίας, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι μονότονο και υποτονικό. Στις γενεσιουργές αιτίες του άγχους θα μπορούσαν επίσης να προστεθούν η έλλειψη ποικιλίας που οδηγεί στη μονοτονία αλλά και τα καθήκοντα που προκαλούν δυσαρέσκεια ή και απέχθεια. Επιπλέον, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αλλά και το αντίθετο, η έλλειψη δηλαδή εργασίας που οδηγεί σε αδράνεια και ανία, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης άγχους στον εργασιακό χώρο (Σιαφή, 2012). Επιπλέον, ας μην παραλείπουμε και το ωράριο, το οποίο συχνά οδηγεί τους εργαζομένους αλλά και τα ανώτερα στελέχη ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης στο στρες. Όταν λοιπόν το ωράριο είναι αυστηρό και

μη ευέλικτο, περιλαμβάνει πολλές και μοναχικές ώρες και κακοσχεδιασμένο πρόγραμμα βαρδιών, τότε έχουμε ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με την Σιαφή (2012), η αίσθηση της απομόνωσης και της αδιαφορίας, η ανυπαρξία ενημέρωσης, η υποχρέωση λειτουργίας με νέους κανονισμούς προκαλούν σύγχυση και απογοήτευση. Ο ανταγωνισμός, η επιβουλή, οι διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, και οι διαμάχες αναστατώνουν, εκνευρίζουν, καταστρέφουν τη συνεργατικότητα, την οργάνωση και τη γαλήνη, και εκμηδενίζουν τη αλληλεγγύη και τη συναδελφικότητα.

Το μεταβαλλόμενο ωράριο εργασίας, το οποίο περιλαμβάνει συχνές αλλαγές της περιόδου εργασίας από μέρα σε νύχτα, προκαλεί διαταραχές στον ύπνο και άλλες οργανικές εκδηλώσεις. Το ίδιο συμβαίνει με τα μακρά εξαντλητικά ωράρια χωρίς διαλείμματα και τις συχνές υπερωρίες (Αποστολάκης, 2007).

Τέλος, σύμφωνα με το Σχοινά (2009), τις τελευταίες δύο δεκαετίες η εντατικοποίηση της εργασίας έχει επηρεάσει τις συνθήκες εργασίας όλων των εργαζομένων σε όλη την Ευρώπη. Στην Ελλάδα η κατάσταση δε φαίνεται να διαφέρει, παρόλο που οι ρυθμοί είναι ταχύτεροι απ' ό,τι στην Ε.Ε. των 27. Οι Έλληνες εργάζονται σε πολύ υψηλούς ρυθμούς (73,3% έναντι 59,6%) και με μικρές προθεσμίες (68,4% έναντι 61,8%). Από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι οι Έλληνες εργαζόμενοι έχουν περιορισμένη δυνατότητα να καθορίζουν οι ίδιοι το ωράριο εργασίας τους, έστω εν μέρει, με συνέπεια να μην υπάρχει εξισορρόπηση επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής. Περισσότεροι Έλληνες εργαζόμενοι πιστεύουν ότι η εργασία έχει βλάψει την υγεία τους σε σύγκριση με άλλους στην Ευρώπη (68,1% έναντι 35,2%). Σχεδόν ένας στους δύο Έλληνες εργαζόμενους αναφέρει προβλήματα στην πλάτη και άγχος εξαιτίας της εργασίας, ποσοστό διπλάσιο από το αντίστοιχο ευρωπαϊκό. Σύμφωνα με την έρευνα,

οι Έλληνες εργαζόμενοι αναφέρουν τις μισές ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας και προβλημάτων υγείας, τάση που επίσης παρατηρείται τα τελευταία 15 χρόνια (Σχοινά, 2009).

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Σύμφωνα με τους Μουστάκα et al. (2010), οι επιπτώσεις του στρες στη σωματική υγεία, μέσω της αύξησης των ορμονών του στρες και της αλλαγής στην συμπεριφορά υγείας, χωρίζονται σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις άμεσες επιπτώσεις, συγκαταλέγονται προβλήματα όπως ο πόνος στην πλάτη, οι μυϊκοί σπασμοί, οι ταχυπαλμίες, ο πονοκέφαλος, τα δερματικά εξανθήματα, η αύξηση των διαταραχών του ύπνου, η δύσπνοια, οι εφιδρώσεις, μια γενικευμένη μυϊκή ένταση που συνδέεται με την ψυχοκινητική ανησυχία και ανικανότητα χαλάρωσης, σεξουαλική ψυχρότητα ή ανικανότητα και η κόπωση (Μουστάκα et al., 2010).

Επιπλέον, η έκθεση του ατόμου σε συνεχές έντονο στρες δύναται μακροπρόθεσμα να επιφέρει σοβαρά καρδιολογικά νοσήματα, αρτηριακή υπέρταση και έλκη γαστρεντερικού συστήματος, ενώ ψυχολόγοι που έχουν δείξει αυξημένο ενδιαφέρον στο ρόλο του ψυχολογικού παράγοντα στη δημιουργία ασθένειας, υποστηρίζουν την συσχέτιση του εργασιακού στρες με τον καρκίνο και στεφανιαία νόσο (Μουστάκα et al., 2010).

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Οι Μουστάκα et al. (2010), όσον αφορά στη σχέση των στρεσογόνων παραγόντων της εργασίας και προβλημάτων ψυχικής υγείας παραπέμπουν σε σχετική έρευνα η οποία μελέτησε δυο διαφορετικά μοντέλα του στρες (το μοντέλο αναντιστοιχίας προσπάθειας – ανταμοιβής και το μοντέλο χαμηλού ελέγχου στην εργασία) και τις

επιπτώσεις τους στο καταθλιπτικό συναίσθημα των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη έρευνα, επιβεβαιώνει ότι τα δύο μοντέλα στρες, αντιστοιχούν σε δύο διαφορετικές πτυχές των στρεσογόνων συνθηκών εργασίας, ωστόσο και τα δύο σχετίζονται με το καταθλιπτικό συναίσθημα στους εργαζόμενους (Tsutsumi, et al, 2000).

Οι αρνητικές συνέπειες του εργασιακού στρες στην ψυχική υγεία, επιβεβαιώνεται και από έρευνα που τονίζει, ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα καταθλιπτικά συμπτώματα εργαζομένων σε διαφορετικά επαγγέλματα (Μουστάκα et al., 2010).

Επιπλέον, η μερίδα των εργαζομένων με σαφή καταθλιπτικά συμπτώματα, είχε υψηλότερη βαθμολογία σε κλίμακες που μετρούν εργασιακούς παράγοντες όπως: ασάφεια ρόλων, σύγκρουση ρόλων, εργασιακή μονοτονία, εργασία με υψηλές πνευματικές απαιτήσεις, υπευθυνότητα για ανθρώπινες ζωές και επαγγελματικούς κινδύνους (Yu, et al, 2006).

Ανάμεσα στους επιβαρυντικούς παράγοντες λοιπόν, εκτός του φύλου, του οικογενειακού ιστορικού για ψυχιατρική νόσο και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, συγκαταλέγεται και το είδος της εργασίας (Lorant, et al, 2003, Muntaner, et al, 2004), με πλήθος ερευνών να παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους εκπαιδευτικούς και τους επαγγελματίες υγείας, να καταλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά (Edwards, et al, 2000, Tennant, 2001).

Σε έρευνα όπου χρησιμοποιήθηκε ομάδα αναφοράς, ο σχετικός κίνδυνος των επαγγελματιών σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα για κατάθλιψη βρέθηκε 1.35 για τις γυναίκες και 1.49 για τους άνδρες, ενώ για την εμφάνιση εργασιακού στρες 1.18 για

τις γυναίκες και 1.26 για τους άντρες. Μεταξύ των επαγγελμάτων, αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη παρουσίασαν οι γιατροί και οι νοσηλευτές ανεξαρτήτου φύλου και οι γυναίκες μαίες (Wieclaw, et al, 2006).

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Το επαγγελματικό άγχος οδηγεί σε ευερεθιστότητα, μείωση των προφυλάξεων και υποβάθμιση του κινδύνου (Ρώτας 1997), αποφυγή της εργασίας, και ροπή προς τα ατυχήματα (Κάντας, 1995). Ένας εργαζόμενος υπό στρες, παίρνει λανθασμένες αποφάσεις και έχει κακές σχέσεις με τα άλλα άτομα της ομάδας του. Η χαμηλή παραγωγικότητα, τα λάθη, η χαμηλή ποιότητα εργασίας και οι απουσίες είναι εμφανείς ενδείξεις ύπαρξης άγχους. Στις ΗΠΑ υπολογίζεται ότι υπάρχει απώλεια παραγωγικότητας του επιπέδου 4% λόγω απουσιών και γύρω στις 15.000 ζωές χάνονται κάθε χρόνο λόγω εργατικών ατυχημάτων (Ross & Altmaier, 1994; Αλεξόπουλος, 2007), πολλά από τα οποία οφείλονται στις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας (Κάντας, 1995).

Από την άλλη, σύμφωνα με τους Μουστάκα et al. (2010), ένας ικανοποιημένος εργαζόμενος είναι πολύ βασική προϋπόθεση για να λειτουργεί αποτελεσματικά ένας οργανισμός, καθώς το στρες δεν επηρεάζει μόνο την υγεία των εργαζομένων, αλλά και τους οργανισμούς και την ποιότητα του παρερχομένου προϊόντος (Μπουσινάκης και Χάλκος, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το επαγγελματικό στρες, επηρεάζει σημαντικά τους νοσηλευτές και την ικανότητά τους να ανταπεξέρχονται στις εργασιακές τους υποχρεώσεις και ειδικότερα τους καθιστά ανίκανους να λαμβάνουν σημαντικές αποφάσεις, ενώ έχουν αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης, χαρακτηρίζονται συχνά από

απάθεια και έλλειψη επαγγελματικών κινήτρων, ενώ είναι ανήσυχοι και εύκολα συμμετέχουν σε αδικαιολόγητα λάθη (Jones, et al, 2003).

Οι προαναφερθείσες συνέπειες μπορούν άμεσα να οδηγήσουν σε αδικαιολόγητες απουσίες από την εργασία, χαμηλή εργασιακή απόδοση και τελικά σε σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) (International Council of Nurses, 2007). Από το 1985, ερευνητές υποστήριξαν πως το εργασιακό στρες έχει καταστροφικές συνέπειες στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων, η οποία είναι μια έμμεση αιτία για τον απουσία του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του (Gray-Taft & Anderson, 1985).

Σύμφωνα με μελέτη στην Ιαπωνία, που ασχολήθηκε με το φαινόμενο των συχνών απουσιών από την εργασία λόγω ασθένειας, όπου ερωτήθηκαν 20,464 νοσηλευτές και 3,617 νοσηλεύτριες διαπιστώθηκε ότι οι συχνές απουσίες των εν λόγω νοσηλευτών είχαν σχέση με την χαμηλή υποστήριξη από τη διοίκηση και την απουσία ελέγχου της εργασίας από τους ίδιους τους νοσηλευτές (Ishizaki, et al, 2006).

Τέλος τα αποτελέσματα της έρευνάς του Blegen (1993), αποδεικνύουν την ύπαρξη μιας ισχυρής αρνητικής συσχέτισης μεταξύ εργασιακού στρες και εργασιακής ικανοποίησης, ενώ σύμφωνα με άλλους ερευνητές το εργασιακό στρες σχετίζεται με την εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος από τους νοσηλευτές.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Σύμφωνα με τους Σταθαρού et al. (2005), στον 21ο αιώνα η Ψυχιατρική Νοσηλευτική θα χρειασθεί να κάνει τον απολογισμό της στην κλινική πρακτική, εκπαίδευση και έρευνα, εάν θέλει να προετοιμασθεί επιτυχώς για τις αλλαγές στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας θα χρειαστεί να συμβάλουν αποφασιστικά στη διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας το οποίο θα απευθύνεται σε ασθενείς και οικογένειες, δίνοντας ανθρωπιστικό τόνο στην οδυνηρή εμπειρία της νόσου (Σταθαρού et al., 2005).

Υπάρχει διάχυτη η εντύπωση ότι ο Ψυχιατρικός Νοσηλευτής και το νοσηλευτικό προσωπικό γενικότερα, ασχολείται μόνο με το να δίδει τροφή και φάρμακα στους ασθενείς και να τους βάζει εν ενέσεις (Καραγιάννης, 1993). Στην πραγματικότητα ωστόσο, η σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική δεν μεταχειρίζεται τον ασθενή παθητικά αλλά δίνει έμφαση στην ιδέα ότι ο ασθενής διαδραματίζει ενεργό ρόλο στη θεραπεία του, προκειμένου να αναπτύξει δεξιότητες και ικανότητες αυτομέριμνας, εργασίας και κοινωνικής προσαρμογής (Καραγιάννης, 1993).

Κανείς δε θα μπορούσε ωστόσο να παραβλέψει το γεγονός ότι ο ψυχιατρικός νοσηλευτής με τα προσόντα και την ικανότητά του διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στη νοσηλεία – θεραπεία, αποκατάσταση και επανένταξη του ασθενούς στην οικογένειά του και κατ’ επέκταση στο κοινωνικό σύνολο (Καραγιάννης, 1993).

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ - ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Ένας από τους πολλούς λόγους που οι ασθενείς εισάγονται στο θάλαμο εισδοχής είναι η παρακολούθηση. Οι κυριότερες αιτίες που γίνεται η παρακολούθηση των ασθενών είναι η επιβεβαίωση ενδείξεων και συμπτωμάτων για να γίνει η διάγνωση, η σημείωση της βελτίωσης ή της επιδείνωσης του ασθενούς από τη θεραπεία καθώς και

η σημείωση των παρενεργειών των φαρμάκων ή των μεταβολών στο περιβάλλον του. Επιπλέον, μέσα από τη διαδικασία της παρατήρησης – παρακολούθησης είναι εφικτή η αντίληψη τυχόν σωματικής ασθένειας και η εκτίμηση των παραγόντων εκείνων στην προσωπικότητα του ασθενούς που θα βοηθήσουν στη θεραπεία του.

Η αξία του νοσηλευτή ως παρατηρητή έγκειται αφενός στην εκπαίδευση και αφετέρου στις ικανότητες και την εμπειρία του. Ο νοσηλευτής θα κάνει πιο ακριβείς και πολύτιμες παρατηρήσεις εάν έχει ικανοποιητικές γνώσεις και ένα συνδέει τις παρατηρήσεις του με τη διάγνωση του ασθενούς. Διαφορετικά, θα έχει ασυναίσθητα την τάση να τονίζει τις ενδείξεις που ταιριάζουν με την γνώμη που έχει ήδη σχηματίσει (Καραγιάννης, 1993).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΕΧΝΙΕΣ

Κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας του, ο νοσηλευτής καλείται να εκτελέσει ή να βοηθήσει στην εκτέλεση κάποιων εργασιών που πιθανόν να αφορούν στην φροντίδα του αρρώστου, σε έρευνες, θεραπεία, ψυχαγωγία, περίπατο με τους ασθενείς κλπ. Το πρώτο βήμα στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι να αντιληφθεί ο ασθενής τους λόγους για τους οποίους γίνεται αυτή η εργασία και τον τρόπο με τον οποίο θα γίνει. Με αυτό τον τρόπο ο νοσηλευτής έχει περισσότερε πιθανότητες να συνεργαστεί. Η εξήγηση πρέπει να ταιριάζει στην προσωπικότητα του ασθενούς. Δεν πρέπει να μιλούμε φ’ υψηλού στον άρρωστο και δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε όρους που δεν αντιλαμβάνεται (Καραγιάννης, 1993).

Είναι πολύ σημαντικό να ενθαρρύνεται ο ασθενής να εκφραστεί και να απαντήσει εάν κατανόησε τις ερωτήσεις που γίνονται. Βασικό στοιχείο είναι η ειλικρίνεια και η κατάλληλη προετοιμασία του ασθενούς για όσα θα ακολουθήσουν. Είναι καθήκον του ψυχιατρικού νοσηλευτή να εμψυχώνει και να διαβεβαιώνει ότι είναι μια ανώδυνη

και διαρκεί πολύ λίγο. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον Καραγιάννη (1993), στην Κύπρο δεν υπήρχε κανένα πρόβλημα ή ατύχημα.

ΣΧΕΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Προκειμένου να είναι αποδοτικός ο νοσηλευτής, επιβάλλεται να αντιληφθεί τον σκοπό του και να θυμάται ότι ο κάθε τρόπος ενέργειάς του έχει για τον ασθενή ένα νόημα. Επιβάλλεται να ενεργεί πάντοτε με τρόπο που να δημιουργεί φιλικές σχέσεις με τον ασθενή. Οι καλές σχέσεις νοσηλευτών και ασθενών δύνανται να έχουν μεγάλη θεραπευτική αξία, αλλά μπορεί και να απομακρύνει για πάντα τον ασθενή (Καραγιάννης, 1993).

Στην περίπτωση βέβαια των ψυχικά ασθενών, συχνά λόγω των εμπειριών που είχαν στην πρώτη περίοδο της ζωής τους, δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν τέτοιες σχέσεις. Χωρίς σχέσεις ωστόσο, η οποιαδήποτε βελτίωση των ψυχικά ασθενών γίνεται από δύσκολη έως ακατόρθωτη και εδώ υπεισέρχεται ο βαρυσήμαντος ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, ο οποίος καλείται να βρει τους κατάλληλους τρόπους για ανάπτυξη επικοινωνίας με τον ασθενή (Καραγιάννης, 1993).

Αναμφίβολα, η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών οι οποίοι δραστηριοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία. Ο νοσηλευτής, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματός του, έρχεται συχνά αντιμέτωπος με καταστάσεις που προκαλούν στρες. Αυτό, βέβαια, οφείλεται στη διαρκή έκθεση στο θάνατο, τον πόνο και τη θλίψη (Παπαγεωργίου et al., 2007).

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον αναφορικά με τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν στην ψυχοσύνθεση των νοσηλευτών επιφορτίζοντάς τους με επιπλέον άγχος και stress.(Gray & Anderson, 1981; Morris, 1995; Numerof & Abrams, 1984; Farrigton, 1995).

Οι παράγοντες αυτοί προέρχονται από το περιβάλλον και τις συνθήκες της εργασίας και επηρεάζουν την προσωπικότητα, την υγεία, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την αποδοτικότητα των νοσηλευτών στην εργασία τους (Πατεράκη, 1995; Θεοδοσοπούλου et al., 1999).

Το εργασιακό stress των νοσηλευτών διαφέρει ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε νοσηλευτή και των ιδιαιτεροτήτων της εργασίας του και εξαρτάται και από την αλληλεπίδραση εργασίας - οικογένειας. Κοινοί παράγοντες stress των νοσηλευτών είναι η ανεργία, η σύγκρουση ρόλων, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι νεκρές αξίες ή εκείνες που τείνουν να εξαλειφθούν (Παπαγεωργίου et al. 2007). Η συναισθηματική κατάθλιψη, η επαγγελματική εξουθένωση και η ψυχολογική νοσηρότητα δύνανται επίσης, να οδηγήσουν σε stress των νοσηλευτών (Purvi et al., 2004).

Όπως επισημαίνεται στους Παπαγεωργίου et al. (2007), πολλοί ερευνητές επιχείρησαν να μελετήσουν το άγχος το οποίο βιώνουν οι νοσηλευτές κατά την εργασία τους στα δημόσια νοσοκομεία και την πιθανή σχέση του άγχους της εργασίας με την ψυχολογική τους ευημερία γενικότερα. Ποικίλοι παράγοντες στρες διέπουν το

νοσηλευτικό επάγγελμα και έχουν επισημανθεί από την ευρύτερη ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. Μερικοί από αυτούς είναι το ανεπαρκές προσωπικό, η εξαντλητική εργασία, η καθημερινή περίθαλψη αρρώστων με ιδιαιτερότητες, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, η επίγνωση της ιατρονοσηλευτικής ευθύνης απέναντι στους ασθενείς και άλλα οργανωτικά εμπόδια που εμπεριέχονται στα δημόσια νοσοκομεία αποτελούν παράγοντες άγχους που οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πολλές φορές. Αυτοί οι παράγοντες άγχους της εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία ευθύνονται για την αρνητική τους επίδραση στην πνευματική υγεία των νοσηλευτών και δημιουργούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Farrigton, 1995; Hingley & Cooper, 1987).

Οι Karasek και Theorell (1990), διατύπωσαν μία από τις επικρατέστερες θεωρίες αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στο stress της εργασίας και στην υγεία των νοσηλευτών. Σύμφωνα με τους μελετητές, ον συνδυασμός υψηλών ψυχολογικών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου από την προϊστάμενη αρχή, οδηγεί σε σωματική και πνευματική κόπωση (Karasek, 1990).

Παρόμοια είναι και η θεωρία iso-strain η οποία αναφέρει πως όταν το υψηλό επίπεδο stress συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης στο νοσοκομειακό χώρο εργασίας, τότε τα αποτελέσματα που αφορούν στην υγεία των νοσηλευτών είναι περισσότερο αρνητικά (Amick et al, 1998).

Τέλος, σημαντικά κρίνονται και τα συμπεράσματα σχετικής έρευνας που έλαβε χώρα στην Ελλάδα το 2007 και στην οποία συμμετείχαν 112 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες (στην πλειοψηφία τους γυναίκες) οι οποίες δραστηριοποιούνται στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Η εν λόγω έρευνα κατέδειξε ότι ο συνδυασμός υψηλών ψυχολογικών απαιτήσεων και χαμηλού ελέγχου από την προϊστάμενη αρχή οδηγεί σε σωματική και πνευματική κόπωση. Όταν οι νοσηλευτές διακατέχονται από υψηλά επίπεδα άγχους και ταυτόχρονα υπάρχουν χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας, τότε τα αποτελέσματα που αφορούν στην υγεία των νοσηλευτών είναι περισσότερο από ποτέ αποθαρρυντικά (Παπαγεωργίου et al, 2007).

ΑΓΧΟΣ ΡΟΛΩΝ – ROLE STRESS

Οι νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στα νοσοκομεία ανέρχονται περίπου στα τρία εκατομμύρια παγκοσμίως, αποτελώντας ουσιαστικά τη μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα που εργάζεται στον τομέα της υγείας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή επιλέγουν στη συντριπτική τους πλειοψηφία γυναίκες. Σε έρευνα του National Center of Educational Statistics των Η.Π.Α. που δημοσιεύτηκε το 2003[1], οι γυναίκες νοσηλεύτριες πλειοψηφούσαν σε ποσοστό 94,6%, ακόμη και μεταξύ των νέων αποφοιτησάντων. Αντίθετα, το 2001, σε επαγγέλματα όπως η οδοντιατρική (39%), η Ιατρική (43%), και η Νομική (47%), οι άντρες υπερτερούσαν έναντι των γυναικών (Παπαγεωργίου et al., 2007).

Οι νοσηλευτές λοιπόν, πέραν των επαγγελματικών τους καθηκόντων, αναλαμβάνουν παράλληλα και ρόλους που αφορούν στην οικογένεια (γονέας, σύζυγος κλπ.). Στην μελέτη των Παπαγεωργίου et al (2007), επισημαίνεται ότι ο αντίκτυπος των

[1] National Center for Educational Statistics. Digest of educational statistics, 2002. Washington, DC, US Department of Education.

συγκεκριμένων αυτών ρόλων, εξατομικευμένα ή και συνδυαστικά, είναι σημαντικός για την υγεία των νοσηλευτών.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει το συγκεκριμένο είδος στρες, ως role stress ή υπερκόπωση και το ορίζει ως το αποτέλεσμα της ανισότητας ανάμεσα στο τι προσμένει το άτομο σε ένα βασικό ρόλο (γονέα, εργαζόμενου κλπ.) και σε ποιον βαθμό δύναται να ανταποκριθεί σε αυτό το ρόλο (Παπαγεωργίου et al., 2007).

Η αδυναμία συμβιβασμού των πολλαπλών ρόλων που αναλαμβάνει ένα άτομο, συμβάλλει καθοριστικά στην εμφάνιση του role stress αφού παρατηρείται σύγκρουση ρόλων. Συχνά επίσης παρατηρείται υπερφόρτωση ρόλων όταν ο νοσηλευτής δεν μπορεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις συσσωρευμένες απαιτήσεις που επιτάσσουν οι ρόλοι που έχει αναλάβει (Παπαγεωργίου et al., 2007).

ΚΥΚΛΙΚΟ ΩΡΑΡΙΟ

Στην προαναφερθείσα έρευνα, τα αποτελέσματα κατέδειξαν επίσης ότι η υγεία των νοσηλευτών επιβαρύνεται σε μεγάλο βαθμό από το κυκλικό ωράριο. Συγκεκριμένα το 66,8% των συμμετεχόντων, θεωρεί ότι η βάρδια μπορεί να θεωρηθεί ένοχη για δυσκολίες στον ύπνο, μυοσκελετικές αλλοιώσεις, καρδιαγγειακά προβλήματα, γαστρεντερικές διαταραχές αλλά και αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρκίνου (Παπαγεωργίου et al., 2007)

Στις αρνητικές επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου φαίνεται να συνηγορεί επίσης έρευνα που διεξήχθη το 1992. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 760 νοσηλεύτριες οι οποίες δούλευαν σε βάρδιες και διαφάνηκε ότι παρουσίαζαν υψηλό ποσοστό διαταραχών του ύπνου και υπερβολική υπνηλία (Lee, 1992).

Οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα εκτίθενται συχνά σε σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους. Οι κίνδυνοι αποτελούν δυνητική απειλή για την υγεία και την ασφάλεια των νοσηλευτών στην εργασία, αφού οι εργαζόμενοι στις υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας, θέτουν ως πρωταρχικό μέλημα τη βελτίωση της κατάσταση της υγείας των ασθενών τους, συχνά εις βάρος της δικής τους υγείας (Μουστάκα et al., 2010).

Η συμπεριφορά του ατόμου έναντι του εαυτού του και της υγείας του (συμπεριφορά υγείας), συνιστά έναν πολύ σημαντικό παράγοντα υγιούς ή μη υγιούς σωματικής κατάστασης, που αποτελεί και αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης, από την ψυχολογία της υγείας. Όπως αναφέρει ο Matarazzo (1984), οι συμπεριφορές υγείας, ορίζονται ως «οι συνήθειες με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία (συμπεριφορές παθογένειας) και οι συμπεριφορές προστασίας της υγείας (ανοσοποιητικές συμπεριφορές)». Η Ogden (2000), διαπιστώνει σύμφωνα με το διαχωρισμό του Matarazzo ως συμπεριφορές παθογένειας, το κάπνισμα, τη διατροφή υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, ενώ ως ανοσοποιητικές συμπεριφορές, τον τακτικό έλεγχο της υγείας και την αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία (Αντωνίου, 2008).

Όταν ένα άτομο βιώνει στρες τότε αυξάνεται η πιθανότητα να υιοθετήσει συμπεριφορές οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του. Έχει διαπιστωθεί ότι το στρες δύναται να στρέψει την προσοχή του ατόμου αλλού με αποτέλεσμα να παραμελήσει την φροντίδα του εαυτού του και να μην αφιερώνει χρόνο στην σωματική του άσκηση, στην ξεκούραση ή στη διατροφή του. Ένα επίσης άσχημο ενδεχόμενο είναι η προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει το στρες, υιοθετώντας ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, κατανάλωση τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη και σάκχαρα. Έρευνες σε άτομα που βίωναν

έντονο στρες, όπου και μελετήθηκαν οι συμπεριφορικές τους αλλαγές λόγω αυτού, έδειξαν ότι αυτά τα άτομα κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ, καπνό, καφέ και έτοιμο φαγητό, ενώ ασκούνταν λιγότερο (Melamed et al, 1997, Ogden & Mitandabari, 1997, Steptoe et al, 1998).

Επιπλέον, τα άτομα που βιώνουν στρες έχει αποδειχτεί ότι είναι λιγότερο προσεκτικά και είναι επιρρεπή σε ατυχήματα. Όταν το στρες είναι υψηλό, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες τραυματισμού κατά την διάρκεια της εργασίας, της οδήγησης ενώ αυξάνονται τα ατυχήματα και στο σπίτι (Johnson, 1986; Quick & Quick, 1984).

ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΣΤΟΥΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ)

Όπως επισημαίνουν οι Hannigan & Coffey (2010), τα δεδομένα που δείχνουν ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν έντονο στρες και επαγγελματική εξουθένωση αυξάνονται συνεχώς (Carson et al., 1991).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), συνιστά μια εξελικτική διεργασία, κατά την οποία ο εργαζόμενος νιώθει σωματική, ψυχική και συναισθηματική εξάντληση. Η συγκεκριμένη εξάντληση οφείλεται σε μια μακροχρόνια έκθεση και εμπλοκή σε καταστάσεις που έχουν συναισθηματικές απαιτήσεις και στα πλαίσια της οποίας χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς ή πελάτες του. Παράλληλα, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη εργασία και την απόδοσή του και αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα εαυτού. Το σύνδρομο αυτό, εμφανίζεται κυρίως σε άτομα που έχουν ως αντικείμενο εργασίας τους τον ίδιο τον άνθρωπο και κατά συνέπεια στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Αναστασίου, 2011).

Όσον αφορά στο στρες των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα σημαντική είναι η πιλοτική μελέτη που διενήργησαν οι Carson et al. (1991). Τα ευρήματα που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις των νοσηλευτών υποδεικνύουν ότι οι περισσότερο στρεσογόνες αγχωτικές πτυχές της εργασίας των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας ήταν η έλλειψη διαδικασίας παραπομπής των πασχόντων, η πιθανότητα άσκησης βίας και ο αυξημένος αριθμός διακοπής της εργασίας τους στο γραφείο.

Η συγκεκριμένη πιλοτική μελέτη οδήγησε στην ανάπτυξη της κλίμακας στρες για τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, το οποίο παρουσιάστηκε ως ένα

αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης του επαγγελματικού στρες των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Το εν λόγω εργαλείο μέτρησης, κατέδειξε συγκεκριμένες στρεσογόνες παραμέτρους, όπως η επαγγελματική απομόνωση και η αναποτελεσματική επικοινωνία, καθώς επίσης και η ανεπαρκής υποστήριξη, επίβλεψη και εκπαίδευση (Hannigan & Coffey, 2010).

Επιπλέον, από τις απαντήσεις που δόθηκαν σε σχετικό ερωτηματολόγιο, προέκυψε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες στρες ήταν η έλλειψη κοινοτικών δομών για την παραπομπή των πασχόντων, η ύπαρξη μακροσκελών λιστών αναμονής και η αντιμετώπιση των αυτοκτονικών ατόμων. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα ήταν και το ότι το 41% των νοσηλευτών ήταν ευάλωτοι στην ψυχολογική πίεση (Hannigan & Coffey, 2010).

Όσον αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, ένας στους δύο νοσηλευτές που απασχολούνταν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας των Κοινοτικών Δομών ανέφερε έντονη συναισθηματική εξάντληση, ένας στους τέσσερις είχε χάσει τη δυνατότητα να κατανοεί τους πάσχοντες και στους πέντε ανέφερε έλλειψη προσωπικής ικανοποίησης από την εργασία του (Hannigan & Coffey, 2010).

Τέσσερις παρόμοιες μελέτες χρησιμοποίησαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στρες. Η πρώτη που διενεργήθηκε από τον Schafer (1992) στο δυτικό Essex, κατέδειξε ότι η αναδιοργάνωση των μονάδων κοινοτικών συνδεόταν με αυξημένα επίπεδα στρες. Επιπλέον, η έρευνα των Draike και Brimblecombe (1999), κατέδειξε ότι η εργασία σε μια ομάδα που παρέχει γρήγορη αξιολόγηση και εντατική φροντίδα στο σπίτι για άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας δεν ήταν απαραιτήτως περισσότερο στρεσογόνος από την εργασία σε μια γενική ομάδα.

Αξιοσημείωτη είναι και η έρευνα του Coffey (1999), η οποία αποκάλυψε ότι τα ζητήματα που απασχολούσαν τους δικαστικούς κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας ήταν παρόμοια με εκείνα των Κοινοτικών Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας, δηλαδή έλλειψη κατάλληλων δομών και συχνές διακοπές της εργασίας τους στο γραφείο. Η αντιμετώπιση ασθενών με επιθετική συμπεριφορά, δε βρέθηκε ανάμεσα στους πρώτους δέκα παράγοντες πρόκλησης στρες, αν και συμπεριλήφθηκε η επαφή με αυτοκτονικά άτομα. Επίσης, διερευνήθηκε το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, με τους μισούς ερωτηθέντες να αναφέρουν «συναισθηματική εξάντληση»

Τέλος, ιδιαίτερης αναφοράς αξίζει η μεγαλύτερη μελέτη που έγινε ποτέ στο Ηνωμένο Βασίλειο και συγκεκριμένα στην Ουαλία, προκειμένου να διερευνήσει το φαινόμενο του στρες, την επαγγελματική εξουθένωση και τους τρόπους αντιμετώπισής τους στους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας, στην προσπάθειά τους να διατηρήσουν υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών μέσω των μακροχρόνιων λιστών αναμονής, των χαμηλών πόρων και των πολλών διακοπών κατά τη διάρκεια της εργασίας στο γραφείο, βίωναν μια ιδιαίτερα στρεσογόνο κατάσταση (The All Wales Community Mental Health Nurse Stress Study) (Burnard et al., 2000, Coyle et al., 2000, Edwards et al., 2000, Fothergill et al., 2000, Hannigan et al., 2000).

Επιπλέον, στη συγκεκριμένη έρευνα, το 40% των συμμετεχόντων, είχαν την τάση να αντιλαμβάνονται αρνητικά τον εαυτό τους και θεωρούσαν ότι δεν απολαμβάνουν το σεβασμό των άλλων. Το 35% των ερωτηθέντων, φάνηκε επίσης να είναι ευάλωτο στην ψυχολογική ένταση. Επίσης, φάνηκε ότι το 51% βίωναν υψηλά επίπεδα μακροχρόνιας συναισθηματικής εξάντλησης. Το 24% βίωναν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και δεν ήταν σε θέση να εγκαταστήσουν θεραπευτική σχέση με

τους πελάτες τους, ενώ το 14% θεωρούσαν σε έντονο βαθμό την απουσία προσωπικών επιτευγμάτων από τη δουλειά τους (Hannigan & Coffey, 2010).

Σε άλλες μελέτες σχετικά με το στρες που βιώνουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν χρησιμοποιηθεί άλλα ερωτηματολόγια. Ο McLeod (1997) πραγματοποίησε μια μικρή μελέτη για να διερευνήσει εάν τα επίπεδα στρες των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας διαφοροποιούνται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των πελατών που φροντίζουν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που φρόντιζαν άτομα με παγιωμένες και μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές είχαν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών άρα και υψηλότερο φόρτο εργασίας, χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευση, βίωναν έλλειψη σεβασμού και κατανόηση για το ρόλο τους και είχαν μεγαλύτερη ανάγκη για εποπτεία και υποστήριξη. Εντούτοις, το μέγεθος του δείγματος ήταν πάρα πολύ μικρό για ασφαλή συμπεράσματα, και δεν υπήρξαν στατιστικά δεδομένα που να υποστηρίζουν τα ευρήματα (McLeod, 1997)

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Βόρεια Ιρλανδία, ο Parahoo (1991) διαπίστωσε 30 παράγοντες που συνέβαλαν στην επαγγελματική ικανοποίηση των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας και 36 παράγοντες δυσαρέσκειας. Οι παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης που αναφέρονταν συχνότερα από τους συμμετέχοντες ήταν «να εργάζεται κανείς ανεξάρτητα», «να ελέγχει ο ίδιος τη δουλειά του», «να είναι κανείς ανεξάρτητος επαγγελματίας». Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η εργασία σε μια ομάδα μπορεί να είναι και ικανοποιητική αλλά και απογοητευτική. Εβδομήντα τοις εκατό των νοσηλευτών περιέγραφαν την ικανοποίηση από την εργασία τους ως «υψηλή» (Hannigan & Coffey, 2010).

Ο Shelgrove (1998) στη μελέτη του σύγκρινε τα επίπεδα στρες μεταξύ των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας, των επισκεπτών, με εκείνα των άλλων

νοσηλευτών ψυχικής άλλων ειδικοτήτων. Η μελέτη έδειξε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα στρες μεταξύ των επισκεπτών υγείας, των κοινοτικών ψυχιατρικών νοσηλευτών και των γενικών κοινοτικών νοσηλευτών. Μάλιστα, το στοιχείο αυτό φάνηκε ότι αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του επαγγέλματος. Επίσης, προτάθηκε ότι αυτές οι διαφορές θα μπορούσαν να αποδοθούν στη διαφοροποίηση του αριθμού και των χαρακτηριστικών των πελατών κάθε ομάδας, δεδομένου ότι οι επισκέπτες υγείας παρακολουθούν κατά κύριο λόγο παιδιά. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα στρες σε σύγκριση τόσο με τους επισκέπτες υγείας όσο και με τους γενικούς κοινοτικούς νοσηλευτές.

Οι Parry-Jones και Grant (1998) μελέτησαν τον αντίκτυπο του συστήματος παρεχόμενης φροντίδας στην Ουαλία μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών, των κοινοτικών νοσηλευτών και των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας, δύο έτη μετά τη θέσπιση του ΕΣΥ και την εφαρμογή του νόμου για την Κοινοτική Φροντίδα του 1990. Αυτή η έρευνα διεξήχθη χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο που οι συγγραφείς είχαν αναπτύξει βασισμένοι στην εργασία των Nolan et al. (1995). Σύμφωνα με την έρευνα παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων του στρες και μείωση της ικανοποίησης από την εργασία. Τα ευρήματα αυτά συνδέθηκαν με τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας και τα διοικητικά καθήκοντα, σε συνδυασμό με περιορισμένο διαθέσιμο χρόνο για τον πελάτη και επαφή με την οικογένεια. Ωστόσο, η δυνατότητα γενίκευσης αυτών των αποτελεσμάτων είναι περιορισμένη λόγω του χαμηλού ποσοστού ανταπόκρισης (30,8 %) και του μικρού ποσοστού κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας (15 %) που συμμετείχαν στην μελέτη (Hannigan & Coffey, 2010).

Ο υψηλότερος βαθμός αυτονομίας των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας και η φύση του ρόλου τους θα μπορούσε να θεωρηθεί πιθανός παράγοντας που να αιτιολογεί τα υψηλότερα επίπεδα στρες των νοσηλευτών αυτών συγκριτικά με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Carson και Bartlett 1993). Εντούτοις δεν υπάρχει πλήρης συμφωνία γύρω από αυτό το ζήτημα. Οι Fagin και συν. (1995) έδειξαν ότι, αν και φάνηκε να είναι περισσότερο στρεσογόνος η εργασία στην κοινότητα, οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας αξιολόγησαν την εργασία τους ως καλύτερα αμειβόμενη απ' ότι οι νοσηλευτές των νοσοκομείων και είχαν σε υψηλότερο βαθμό θεραπευτικές σχέσεις με τους πελάτες τους (Carson και συν. 1995). Εντούτοις, άλλη έρευνα που διεξήχθη από την ίδια ομάδα μερικά χρόνια αργότερα, σε εθνικό επίπεδο, έδωσε αντικρουόμενα αποτελέσματα με τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας και τους νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομειακές δομές να βιώνουν παρόμοια επίπεδα στρες (Carson και συν. 1997). Η έρευνα που διεξήχθη από τους Fielding και Weaver (1994) επιβεβαίωσε αυτά τα ευρήματα, καθώς δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων όσον αφορά τα επίπεδα στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Εντούτοις, οι νοσηλευτές που εργάζονταν στην κοινότητα περιέγραψαν το περιβάλλον εργασίας τους θετικότερα και εξέφρασαν μεγαλύτερη αφοσίωση στην εργασία τους, ενώ επίσης δήλωσαν ότι είχαν περισσότερη υποστήριξη από τους προϊσταμένους. Τα αποτελέσματα και από τις δύο αυτές μελέτες έχουν περισσότερη δυνατότητα γενίκευσης, λόγω του μικρού μεγέθους των δειγμάτων (Fielding και Weaver 1994) και των χαμηλών ποσοστών απόκρισης (Carson και συν. 1997)

Υπάρχει ομολογουμένως η ανάγκη για προοπτικές μελέτες που να εξετάζουν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης στην εργασιακή απόδοση, στην επαγγελματική ικανοποίηση και στις απουσίες από την

εργασία σε βάθος χρόνου. Μέχρι σήμερα έχει πραγματοποιηθεί μια μόνο τέτοια μελέτη που αφορά τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας της κοινότητας και των νοσοκομείων (Prosser et al., 1999). Δεν υπήρξε κανένα δεδομένο που να υποστηρίζει ότι τα επίπεδα στρες ή επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνονταν με την πάροδο του χρόνου. Σε αυτή τη μελέτη, ωστόσο, ο υψηλός ρυθμός ανανέωσης του προσωπικού λόγω αποχώρησης είχε ως αποτέλεσμα ελάχιστοι από τους εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα από την αρχή να παραμείνουν στο δείγμα μέχρι το τέλος.

Μία επιπλέον μελέτη σε αυτόν τον τομέα έχει συμπεριλάβει όλα τα μέλη των κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας. Οι Prosser et al. (1996, 1997) διερεύνησαν τις διαφορές μεταξύ των νοσοκομειακών και των κοινοτικών επαγγελματιών ψυχικής υγείας (μέγεθος δείγματος 121 άτομα, ποσοστό απάντησης 7%) σε μια ομάδα στο Λονδίνο, σε σχέση με τις γνωστές πηγές στρες και το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης. Το προσωπικό που εργαζόταν στην κοινότητα ανέφερε υψηλότερο επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης και φάνηκε να εμφανίζει υψηλότερη ευπάθεια στην ψυχολογική καταπόνηση σε σχέση με το προσωπικό των νοσοκομείων , το προσωπικό των νοσοκομείων ημέρας και το προσωπικό που εργαζόταν σε κοινοτικές δομές. Εντούτοις δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στο βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των διαφορετικών ομάδων των συμμετεχόντων. Οι σημαντικότερες πηγές στρες για τους εργαζόμενους στην κοινότητα ήταν ο αυξημένος φόρτος εργασίας και τα ζητήματα διοίκησης (Hannigan & Coffey, 2010).

Το 1993, δύο μεγάλης κλίμακας εθνικές έρευνες από το Κέντρο Ψυχικής Υγείας «Sainsbury» προσπάθησαν να συλλέξουν στοιχεία όσον αφορά την τρέχουσα οργάνωση και λειτουργία των μονάδων ψυχικής υγείας της κοινότητας (Onyett et al. 1994, 1995, 1996). Συνολικά συμμετείχαν 517 ομάδες από 144 κέντρα ψυχικής υγείας. Τα δεδομένα προέρχονται από ένα δείγμα 60 ατόμων από 302 ομάδες, με

στόχο τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της επαγγελματικής ικανοποίησης, της σαφήνειας των προσωπικών επαγγελματικών ρόλων, καθώς και του ρόλου της ομάδας, τους παράγοντες πίεσης και ανταμοιβής και των χαρακτηριστικών του κλινικού του ρόλου (π.χ μέγεθος και σύνδεση πελατών). Οι κυριότερες πηγές έντασης των μελών των ομάδων ήταν η έλλειψη πόρων, ο φόρτος εργασίας και η γραφειοκρατία. Τα μέλη των ομάδων ανέφεραν την επαφή με τους συναδέλφους και τη διεπιστημονική συνεργασία ως την κυριότερη πηγή ικανοποίησης από την εργασία τους, όπως και την άμεση συνεργασία με τους ασθενείς αλλά και την αποτελεσματικότητα τους (Onyett et al., 1995). Γενικά η ικανοποίηση από την εργασία κυμαινόταν σε υψηλά επίπεδα μεταξύ των μελών των ομάδων, ιδιαίτερα όπου υπήρχε υψηλό το αίσθημα ένταξης στην ομάδα και ήταν σαφής ο ρόλος της ομάδας. Εντούτοις, το 45% των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας δήλωσαν υψηλή επαγγελματική εξουθένωση σε επίπεδο συναισθηματικής εξάντλησης.

Το 1994, η «Πρωτοβουλία Sainsbury για την Ψυχική Υγεία» διέθεσε συνολικά 3 εκ λίρες σε οκτώ προγράμματα για καινοτόμες κοινοτικές υπηρεσίες, στην Αγγλία και την Ουαλία. Επτά από αυτά αφορούσαν σε κάποιας μορφής κοινοτικές ομάδες. Η μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τον αντίκτυπο που είχαν αυτά τα προγράμματα στους επαγγελματίες που εργάζονται στις νέες κοινοτικές ομάδες με τους βαρέως πάσχοντες (Harper και Minghella 1997). Τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν χαμηλά, όπως και αναμενόταν, δεδομένου ότι αυτές αποτελούσαν νέες υπηρεσίες, στις οποίες τα περισσότερα μέλη είχαν τοποθετηθεί μέσα στον προηγούμενο χρόνο. Δεν υπήρξε καμιά διαφορά στην επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των μελών των διαφόρων ομάδων. Οι κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση από την εργασία. Η φύση εργασίας, το γεγονός ότι

αντιλαμβάνονταν πως τόσο οι πάσχοντες όσο και οι υπηρεσίες βελτιώνονταν, καθώς και η ομαδική εργασία περιγράφηκαν ως οι κυριότερες πηγές ανταμοιβής. Οι εργασιακές δομές, η έλλειψη πόρων και προπάντων, τα διοικητικά προβλήματα ήταν οι κυριότεροι στρεσογόνοι παράγοντες (Hannigan & Coffey, 2010).

Οι Wykes et al. (1997) έθεσαν το ερώτημα «κατά πόσο η κοινοτική φροντίδα είναι βιώσιμη, βάση των επιπέδων στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού ψυχικής υγείας της κοινότητας». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην κοινότητα είχαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ως αποτέλεσμα των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων. Τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν υψηλότερα συγκριτικά με εκείνα άλλων μελετών για το προσωπικό των νοσοκομείων, αλλά παρόμοια με εκείνες που αναφέρονταν στους εργαζόμενους στην κοινότητα (Hannigan & Coffey, 2010).

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

Οι καθημερινές στρατηγικές αντιμετώπισης προσφέρουν σύμφωνα με τους Kneisl et al (2009), ένα πλήθος από άμυνες, ούτως ώστε να διατηρηθεί ο έλεγχος και η ισορροπία, όταν κανείς έρχεται αντιμέτωπος με το στρες. Ένα άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει το στρες σε πολλά επίπεδα, όπως το βιολογικό, το κοινωνικό, το γνωστικό και το συναισθηματικό επίπεδο. Εντούτοις, οι μηχανισμοί άμυνας που επιλέγουν οι άνθρωποι για να αντιμετωπίσουν το στρες βασίζονται σε ποικίλους παράγοντες. Ανάμεσα σε αυτούς συγκαταλέγονται οι εξωτερικές καταστάσεις, πόσο αιφνιδιαστικό και έντονο είναι το στρες, οι πηγές υποστήριξης που είναι διαθέσιμες στο άτομο και η προδιάθεση του ατόμου σε διάφορες συμπεριφορές αντιμετώπισης, που καθιερώνονται στον καθένα κατά την πορεία της ανάπτυξής του.

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Ανάμεσα στις στρατηγικές αντιμετώπισης που προτείνουν οι Kneisl et al (2009), είναι η αναζήτηση υποστήριξης η οποία δύναται να προσφέρει στο άτομο καθησυχασμό και προστασία, αφού με τη λήψη αγάπης επιβεβαιώνει πως είναι αγαπητός. Η αγάπη μπορεί να πάρει τη μορφή σωματικής επαφής (αγκαλιά, ελαφρύ κτύπημα στην πλάτη κ.α.) ή λεκτικών επιβεβαιώσεων διαφόρων τύπων όπως «μην φοβάσαι θα μείνω μαζί σου». Επιπλέον, η μελέτη της Βίβλου και η παρακολούθηση εκπομπών θρησκευτικού περιεχομένου θεωρείται από πολλούς ένας τρόπος υποστήριξης και παρηγοριάς προς τον εαυτό τους.

ΑΥΤΟΠΕΙΘΑΡΧΙΑ

Ενώ μερικοί άνθρωποι όταν βρίσκονται υπό συνθήκες στρες, στρέφονται για ανακούφιση σε φιλικές παρέες, στο φαγητό ή στο αλκοόλ, τα οποία θεωρούνται σύμβολα εξάρτησης της παιδικής ηλικίας, άλλοι βασίζονται στην αυτοπειθαρχία. Ο αυτοέλεγχος κατέχει, σύμφωνα με τους Kneisl et al (2009), υψηλή θέση στο σύστημα

αξιών σε πολλές κουλτούρες και υποκουλτούρες. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης μπορεί αν περιλαμβάνει την ικανότητα να περιγελά κανείς τα προβλήματά του, να υπομένει τις δυσκολίες και να υποβαθμίζει το άγχος.

ΕΚΦΡΑΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Το κλάμα, η ύβρις και το γέλιο, βοηθούν στη χαλάρωση από την ένταση. Η ύβρις χάνει τη χρησιμότητά της σαν βαλβίδα εκτόνωσης αν γίνει συνήθεια. Δε συμβαίνει ωστόσο το ίδιο με το κλάμα και το γέλιο γιατί τείνουν να ελευθερώνουν ενέργεια και να έχουν μια χαλαρωτική επίδραση στα άτομα που βρίσκονται σε ένταση (Kneisl et al., 2009).

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Όπως επισημαίνεται στον Ζέρβα (1996), η μείωση του άγχους ως αποτέλεσμα της άσκησης αποδεικνύεται μέσα από μελέτες που χρησιμοποίησαν ψυχοφυσιολογικες μετρήσεις όπως ηλεκτρομυογραφία (EMG) και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG). Οι μεταβολές στην EMG και EEG δραστηριότητα αντανακλούν τις διαφοροποιήσεις στις καταστάσεις άγχους (Tuson & Sinyor, 1993). Οι θετικές αυτές επιδράσεις δεν αφορούν περιπτώσεις σοβαρών και χρόνιων καταστάσεων άγχους. Επιπλέον, σε έρευνα των Raglin και Morgan (1987), εντοπίστηκε ότι η αερόβια άσκηση συνέβαλε στη μείωση του άγχους κατάστασης (πρόσκαιρου άγχους) και της συστολικής πίεσης του αίματος ατόμων με φυσιολογική πίεση και υπερτασικών ατόμων που έλεγχαν την πίεση με φάρμακα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μεταβολές αυτές διατηρήθηκαν μόνο κατά την περίοδο της άσκησης.

Τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήγαγαν οι Κουράκος et al. (2012), καταδεικνύουν ότι παρότι οι νοσηλευτές αναφέρουν αξιοσημείωτα επίπεδα άγχους, εξακολουθούν να κινητοποιούνται από την αγάπη που έχουν για το αντικείμενο εργασίας τους αλλά και από τους στενούς διαπροσωπικούς δεσμούς που συνάπτουν με τους συναδέλφους και συλλειτουργούς τους. Η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και των οικονομικών απολαβών αλλά και η ψυχοεκπαίδευση σε ζητήματα άγχους είναι οι προτεινόμενες δράσεις που μπορούν να βελτιώσουν τον τρόπο που οι νοσηλευτές βιώνουν την εργασιακή τους ζωή.

Οι μελέτες που γενικά αφορούν στους τρόπους αντιμετώπισης του στρες είναι πολλές, με ορισμένες από αυτές να αναφέρονται σε παρεμβάσεις μέσα στον εργασιακό χώρο. Εντούτοις, πολλές από αυτές φαίνεται να είναι περιορισμένης χρησιμότητας για τους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, οι μελέτες για το εργασιακό στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας έχουν χρησιμοποιήσει ποικίλες μεθοδολογίες για να αξιολογήσουν τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες, όπως:

- ποσοτικές μελέτες με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης (Sullivan, 1993; Fagin et al., 1995; Ryan και Quaylc, 1999)

- ποιοτικές μελέτες με ανοικτού τύπου γραπτές ερωτήσεις όπως «τι θα σας βοηθούσε περισσότερο να αντιμετωπίσετε την ένταση της δουλειάς σας;» (Hickey, 1998; Coffey, 1999; Burnard et al., 2000)

- ποιοτικές μελέτες με ομάδες εστίασης και ημι-δομημένες συνεντεύξεις (Trygstad, 1986, Hopkinson et al., 1998)

- μελέτες παρέμβασης στο στρες (Milne et al., 1986, Watson, 1986, Kunkler και Whittick, 1991, Carson και Kuipers 1998, Lemma 2000).

Η βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα περιορισμένη αναφορικά με τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στη μελέτη Claybury, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μια ποσοτική κλίμακα γενικών τρόπων αντιμετώπισης του στρες και διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές σημείωσαν υψηλά ποσοστά εμπλοκής στο ρόλο (το επίπεδο και ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ταυτίζεται με τους στόχους της εργασίας του) και σχετικών με τα καθήκοντα στρατηγικών (όπως για παράδειγμα αναδιοργάνωση του φόρτου εργασίας) (Fagin et al., 1995).

Οι Carson et al. (1996b) αμφισβήτησαν τη χρήση ενός ερωτηματολογίου γενικών τρόπων αντιμετώπισης του στρες για νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Η γενική κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη Claybury σχεδιάστηκε για χρήση εντός της βιομηχανίας και ενδέχεται να μη είναι επαρκώς ευαίσθητη ή έγκυρη ώστε να μετρήσει το στρες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που οφείλεται στην εργασία τους. Άλλωστε, από αρκετές μελέτες έχει δειχθεί ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι διαφορετικοί από εκείνους που αντιμετωπίζουν οι γενικοί νοσηλευτές και επομένως είναι πιθανό να διαφοροποιούνται και οι τρόποι αντιμετώπισης.

Με βάση τα στοιχεία αυτά σχεδιάστηκε μια πιλοτική μελέτη με στόχο την ανάπτυξη ενός νέου εργαλείου μέτρησης των τρόπων αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, το εργαλείο «Psychnurse methods of copying questionair». Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 35 αντικείμενα και βασίστηκε στην εργασία των Moos et al. (1984), καθώς και σε παλαιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Carson et al.(Carson et al., 1996). Αυτό το νέο εργαλείο φάνηκε να είναι καταλληλότερο για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας σε σχέση με μια γενικότερη κλίμακα τρόπων αντιμετώπισης του στρες.

Αναφορικά με την εγκυρότητα του εργαλείου, τα αποτελέσματα ήταν αντίστοιχα με αυτά που αναφέρονται από τους κατασκευαστές. Από τις 5 υποκλίμακες, οι δύο στρατηγικές που χρησιμοποιήθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ήταν η θετική στάση απέναντι στον εργασιακό ρόλο και η προσπάθεια να διαμοιράσει κανείς την προσοχή του και σε άλλα ενδιαφέροντα πέρα από την εργασία. Αντιλαμβανόμενοι με θετικό τρόπο τον επαγγελματικό τους ρόλο οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας κατόρθωσαν να αντιμετωπίσουν τις διαφορές που προέκυπταν κατά την εργασία και συγκεκριμένα να αντιμετωπίζουν ως πρόκληση τις δύσκολες περιπτώσεις πελατών.

Οι μελέτες στις οποίες ζητήθηκε από τους κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας να περιγράψουν οι ίδιοι, θα τους βοηθούσε να αντιμετωπίσουν το επαγγελματικό στρες καταλήγουν:

- στην ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου
- στην ύπαρξη σταθερών σχέσεων
- στην ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς τα όρια του
- στη δυνατότητα να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα μόλις εμφανιστούν
- στην υποστήριξη από τους συναδέλφους
- στην ικανοποιητική προσωπική ζωή
- στην ύπαρξη ενδιαφερόντων εκτός εργασίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η συγκεκριμένη μελέτη αποτυπώνει τις απόψεις των νοσηλευτών που απασχολούνται στις Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους. Συγκεκριμένα, παραδόθηκαν 54 ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές των Κοινοτικών Δομών Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας στις 4 μεγαλύτερες πόλεις της ελεύθερης Κύπρου (Λευκωσία, Λεμεσό, Λάρνακα και Πάφο). Από αυτούς, ανταποκρίθηκαν θετικά 51 νοσηλευτές. Συγκεκριμένα , απάντησαν 16 άνδρες και 35 γυναίκες.

Προκειμένου να αξιολογηθεί το άγχος των νοσηλευτών, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Hamilton, η οποία θεωρείται ως ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης αλλά και της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών (Σκαπινάκης, 2013).

Για την αξιολόγηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Hamilton, η οποία αξιολογεί το επίπεδο άγχους, αλλά και της έντασης των επιμέρους συμπτωμάτων άγχους. Η κλίμακα περιλαμβάνει 14 καταγραφές ψυχικών και σωματικών εκδηλώσεων του άγχους, οι οποίες, αν αθροιστούν, παρέχουν μια συνολική τιμή που αντιστοιχεί στο συνολικό επίπεδο άγχους. Οι 14 επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας είναι: Αγχώδης διάθεση, ένταση, φοβίες, αϋπνία, γνωστικές διαταραχές, καταθλιπτική διάθεση, καθώς και συμπτωματολογία από το νευρομυϊκό, το αισθητηριακό, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το ουρογεννητικό το αυτόνομο Ν.Σ καθώς και τη συμπεριφορά

κατά τη συνέντευξη. Η αξιολόγηση της έντασης των συμπτωμάτων γίνεται ως εξής : 0=καθόλου, 1=ήπια , 2= μέτρια , 3=σοβαρά , 4=πολύ σοβαρά. Συνεπώς, οι τιμές που είναι μεγαλύτερες του 2 θεωρούνται σοβαρή διαταραχή, ενώ όσες είναι μικρότερες του 2 θεωρούνται φυσιολογικές. (Καρανικόλα et al., 2009)

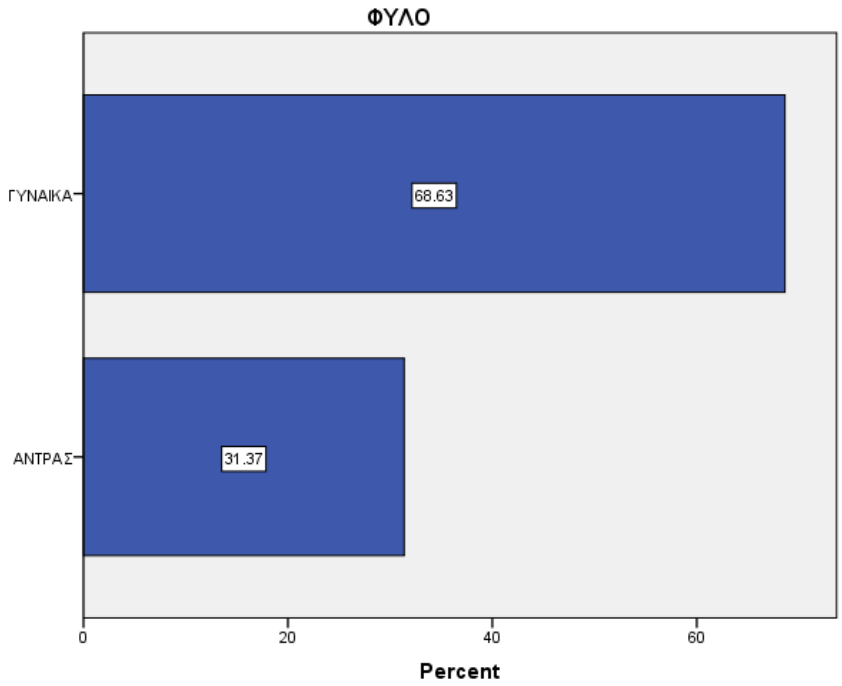
Δόθηκαν 54 ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές των Κοινοτικών Δομών Υπηρεσίας Ψυχικής Υγείας και ανταποκρίθηκαν θετικά 51 νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, απάντησαν 16 άνδρες και 35 γυναίκες. Το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε (p=0,05).

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι στην έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούσαν οι γυναίκες με 68,63%, ενώ οι περισσότεροι νοσηλευτές ήταν νεαρής ηλικίας (21-20 χρονών 62,75% και 31-40 χρονών 27,45%). Επιπλέον, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 74,5% ήταν παντρεμένοι και μόνιμοι νοσηλευτές (90,2%). Η έρευνα, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα, αφορούσε περισσότερο στους χαμηλόμισθους, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό (58,82%) έχουν μηνιαίο μισθό 1000-1500 ευρώ. Τέλος, οι περισσότεροι εκτός από το πρώτο τους πτυχίο, κατέχουν και δεύτερο πτυχίο (31,37%).

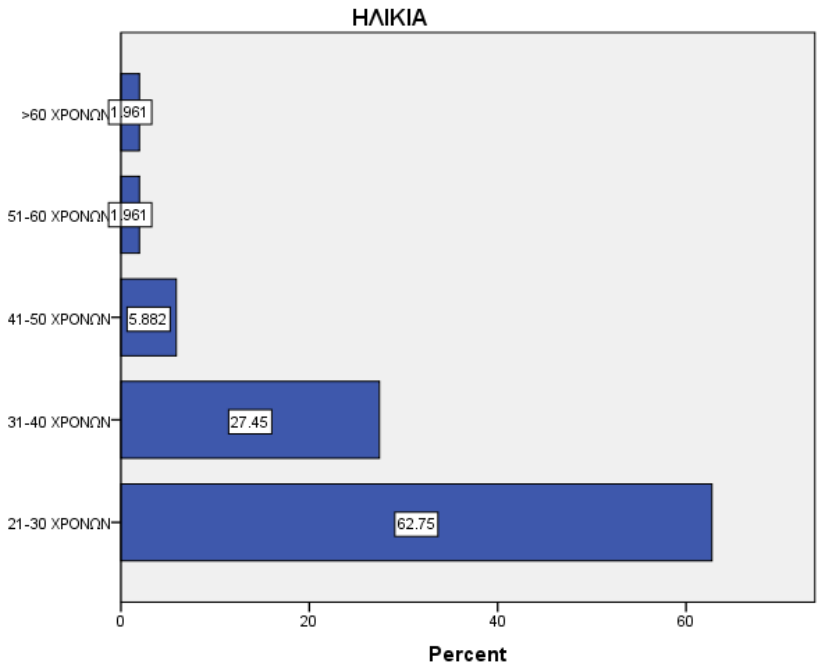
	Mean	**Std. Deviation**
Συνολικά χρόνια υπηρεσίας	14.27	7.948
Χρόνια υπηρεσίας στην δομή που εργάζεστε τώρα	7.35	6.013

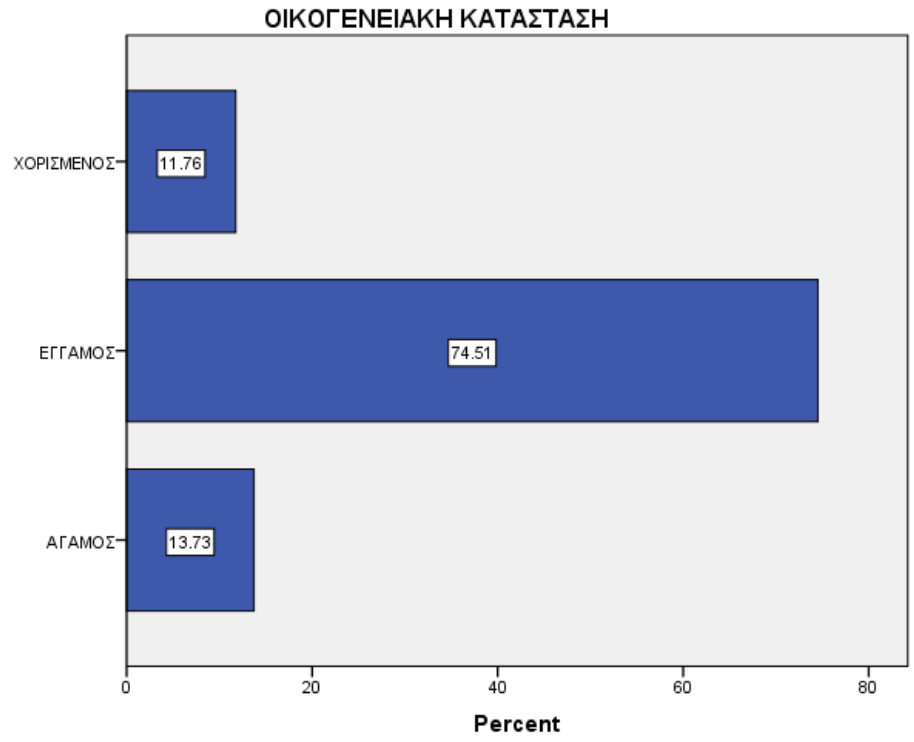
Περιγραφικά στοιχεία για τα χρόνια υπηρεσίας

Όπως φαίνεται από τον πιο πάνω πίνακα, ο μέσος όρος των χρόνων υπηρεσίας των συμμετεχόντων ήταν 14,27 έτη, ενώ ο μέσος όρος της συνολικής υπηρεσίας στη σημερινή δομή ήταν 7,35 έτη. Τα δημογραφικά και εκπαιδευτικά-επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται πιο παραστατικά στα παρακάτω γραφήματα:

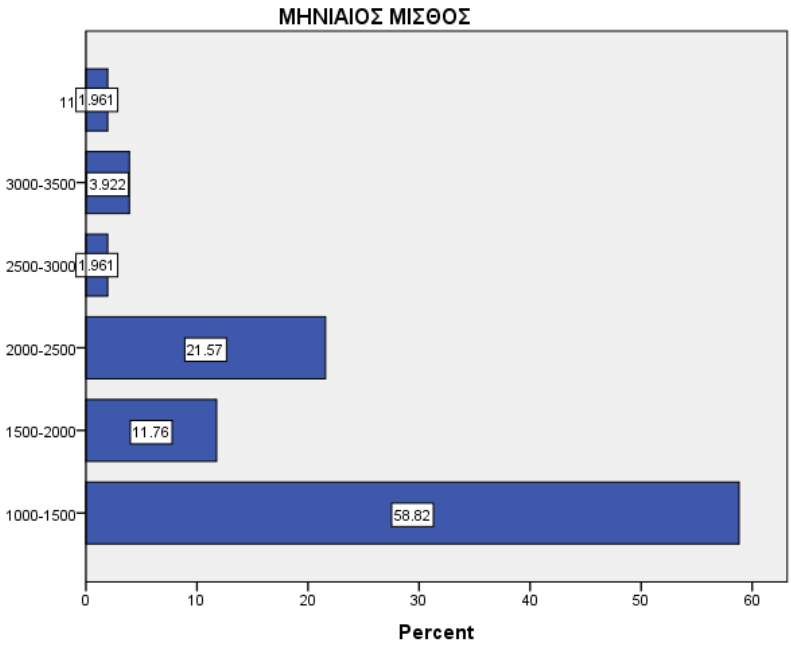


Όπως παρατηρούμε στο γράφημα, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν γυναίκες, γεγονός που οφείλεται στο ότι οι Κοινοτικές Δομές στελεχώνονται κυρίως από γυναίκες νοσηλεύτριες.

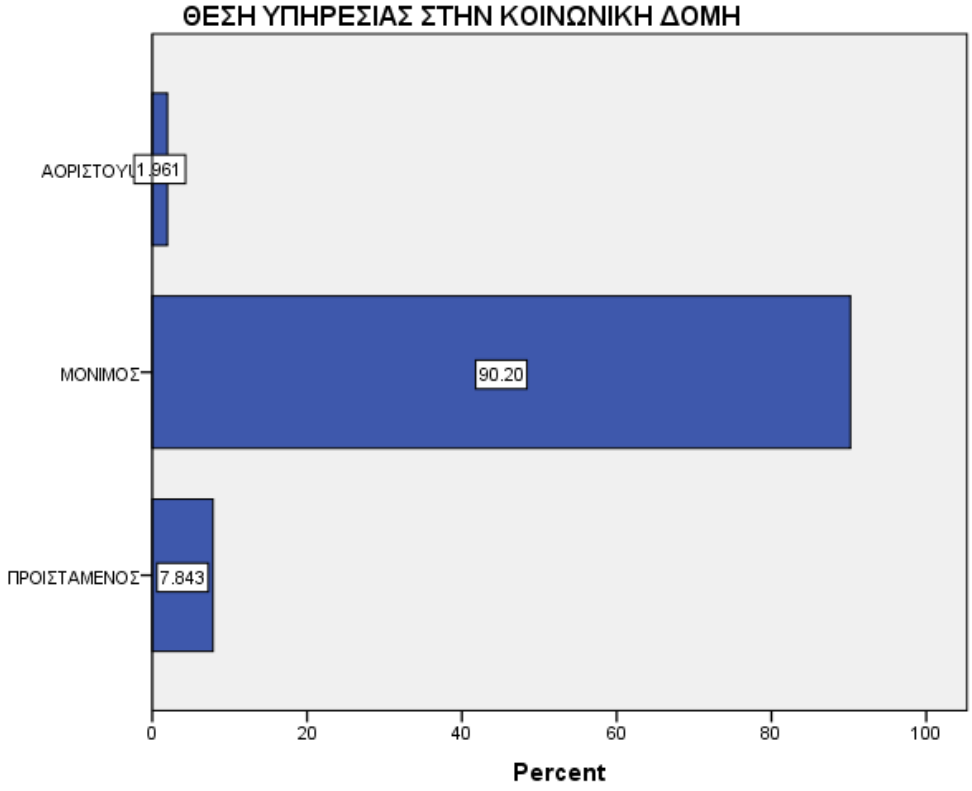




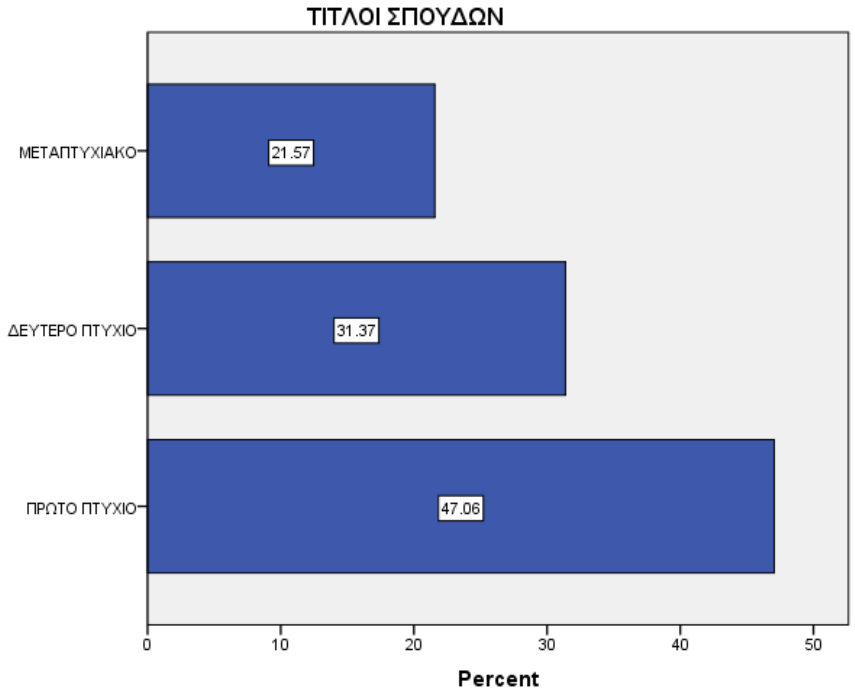
Ως προς την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 21-30 και στην πλειοψηφία τους είναι έγγαμοι



Ως προς τον μισθό, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αμείβεται με 1000-1500 ευρώ μηνιαίως (58.62%) ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (21.57%) αμοίβεται με 2000- 2500 ευρώ.

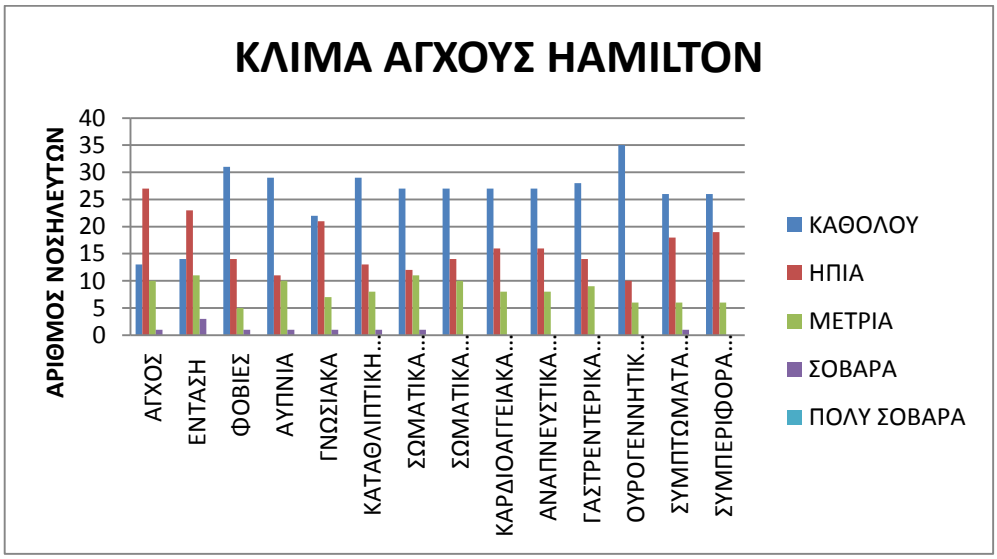


Όσον αφορά τη θέση που κατέχουν οι συμμετέχοντες στην υπηρεσία, όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες είναι μόνιμοι (90.20 %).



Τέλος, οι μισοί σχεδόν συμμετέχοντες είναι κάτοχοι ενός πτυχίου και οι άλλοι μισοί είτε κατέχουν δεύτερο πτυχία είτε μεταπτυχιακό.

ΕΝΤΑΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ



Όπως φαίνεται από την πιο πάνω γραφική παράσταση, γενικά τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών βρίσκονται σε λογικά επίπεδα. Βέβαια, το άγχος και η ένταση είναι δύο παράγοντες που οι νοσηλευτές έχουν σε ψηλότερο βαθμό από άλλα συμπτώματα. Οι

μέσες αθροιστικές τιμές και η τυπική απόκλιση για τα επιμέρους συμπτώματα αναφέρονται στον πιο κάτω πίνακα. Όπως παρατηρούμε, η ένταση και το άγχος έχουν υψηλότερη μέση τιμή, γεγονός που αποδεικνύει ότι αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες πρόκλησης άγχους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΓΧΟΥΣ	**ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ**	**ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ**
ΑΓΧΟΣ	0,98	0,73
ΕΝΤΑΣΗ	1,06	0,858
ΦΟΒΙΕΣ	0,53	0,75
ΑΥΠΝΙΑ	0,67	0,86
ΓΝΩΣΙΑΚΑ	0,75	0,7
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	0,63	0,82
ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)	0,73	0,87
ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ)	0,67	0,79
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	0,63	0,74
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	0,63	0,74
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	0,63	0,77
ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	0,43	0,7
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ Α.Ν.Σ	0,65	0,7
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ	0,61	0,69

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το τεστ Mann - Whitney U είναι το μη παραμετρικό ισοδύναμο του t-τεστ ανεξάρτητων ομάδων. Προσπαθώντας να ελέγξουμε κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της αγχώδους διάθεσης χρησιμοποιήσαμε το Mann-WhitneyU τεστ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

ΦΥΛΟ	N	Mean Rank
ΑΝΤΡΑΣ	16	19.31
ΓΥΝΑΙΚΑ	35	29.06
ΣΥΝΟΛΟ	51	

ΑΓΧΟΣ	
Mann-Whitney U	173.000
Wilcoxon W	309.000
Z	-2.387
Asymp. Sig. (2-tailed)	.017

Στον πρώτο πίνακα παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά για τις δύο ομάδες.

Το SPSS δίνει το μέσο της ιεράρχησης ή το μέσο της κατάταξης (MeanRank). Στο δεύτερο πίνακα δίνεται η τιμή του κριτηρίου (πρώτη γραμμή) και το p. Στην περίπτωση μας η διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική (p=0,017). Ακολούθως, με τον ίδιο τρόπο ελέγχουμε κατά πόσο το φύλο επηρεάζεται από τους επιμέρους παράγοντες του άγχους. Ο πιο κάτω πίνακας 2 μας δίνει τα αποτελέσματα. Σε σχέση με το φύλο, στατιστικά σημαντικές διαφορές (Mann-WhitneyU) παρατηρήθηκαν ως προς την ένταση του άγχους (p=0,017), αλλά και ως προς τα συμπτώματα υπερέντασης (p=0,047), τις φοβίες (p=0,031), τα καρδιοαγγειακά συμπτώματα (p=0,035), τα γαστρεντερικά συμπτώματα (p=0,013), τα ουρογεννητικά συμπτώματα(p=0,039) και τα συμπτώματα από το ΑΝΣ (p=0,044), τα οποία ήταν εντονότερα στις γυναίκες.

ΑΓΧΟΣ-ΦΥΛΟ		
	Mean Rank	**p-value**
Άντρας	19.31	0.017
Γυναίκα	29.06	
ΕΝΤΑΣΗ-ΦΥΛΟ		
Άντρας	20,28	0,047
Γυναίκα	28,61	
ΦΟΒΙΕΣ-ΦΥΛΟ		
Άντρας	20,22	0,031
Γυναίκα	28,64	
ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΦΥΛΟ		

Άντρας	20,13	0,035
Γυναίκα	28,69	
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ –ΦΥΛΟ		
Άντρας	19,16	0,013
Γυναίκα	29,13	
ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΦΥΛΟ		
Άντρας	20,81	0,039
Γυναίκα	28,57	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ		
Άντρας	20,38	0,044
Γυναίκα	28,57	

Πίνακας 2: Αποτελέσματα από το Mann-Whitney U τεστ

Χρησιμοποιώντας τώρα το τεστ Kruskal-Wallis θα εξετάσω κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων άγχους με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον μηνιαίο μισθό την θέση υπηρεσίας και τον τίτλο σπουδών. Αρχικά, εξετάζοντας την ηλικία, τα αποτελέσματα ήταν αρνητικά, αφού δεν βρέθηκε να υπάρχει καμία συσχέτιση, καθώς επίσης και για την θέση υπηρεσίας. Επιπλέον, ο μηνιαίος μισθός και οι τίτλοι σπουδών δεν έδειξαν επίπεδο σημαντικότητας σε σχέση με τους παράγοντες του άγχους. Επομένως, σε σχέση με την ηλικία, τη θέση υπηρεσίας στην κοινωνική δομή, τους τίτλους σπουδών και τον μηνιαίο μισθό δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων ως προς τα επίπεδα άγχους, καθώς και σε σχέση με τα επιμέρους συμπτώματά του (βλ. πίνακες στο κεφάλαιο "Παράρτημα")

Με την ίδια διαδικασία, πραγματοποιείται έλεγχος συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης με τους παράγοντες του άγχους. Τα αποτελέσματα, όπως φαίνεται από τον πιο κάτω πίνακα 3, δείχνουν ότι μόνο τα αναπνευστικά προβλήματα και τα καρδιοαγγειακά συμπτώματα ήταν στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Η ένταση των καρδιοαγγειακών συμπτωμάτων (KW, p=0,043) και τα αναπνευστικά προβλήματα (KW, p=0,019), ήταν υψηλότερα στα

παντρεμένα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τους ανύπαντρους και τους διαζευγμένους.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ - ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
	Πλήθος	**Mean Rank**	**p-value**
Άγαμος	7	23,21	0,043
Έγγαμος	38	28,41	
Χωρισμένος	6	14	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
Άγαμος	7	20,14	0,019
Έγγαμος	38	28,97	
Χωρισμένος	6	14	

Πίνακας 3: Αποτελέσματα από το Kruskal-Wallis

Τέλος, εξετάζοντας τη σχέση των συνολικών χρόνων υπηρεσίας και των χρόνων υπηρεσίας στην σημερινή δομή με την ένταση των συμπτωμάτων άγχους, χρησιμοποιήθηκε One way Anova τεστ.

Τα συνολικά χρόνια υπηρεσίας στη Νοσηλευτική βρέθηκαν να μην έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους. Αντίθετα, η προϋπηρεσία στην σημερινή μονάδα βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με τα αναπνευστικά συμπτώματα, (p=0,026) τα καρδιοαγγειακά συμπτώματα (p=0,017) και τα συμπτώματα που αφορούν το μυϊκό σύστημα , (p=0,038, αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον Πίνακα 4.

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΟΜΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΤΩΡΑ- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ					
	Πλήθος	**Μέση τιμή**	**Τυπική Απόκλιση**	**F**	**p-value**
Καθόλου	27	9.22	6.635	3.936	0.026
Ήπια	16	6.31	4.868		
Μέτρια	8	3.13	2.748		
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΟΜΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΤΩΡΑ- ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ					
Καθόλου	27	9.22	6.629	4.458	0.017
Ήπια	16	6.56	4.816		
Μέτρια	8	2.63	2.2		
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΟΜΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΤΩΡΑ- ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)					
Καθόλου	27	9.22	6.629	3.038	0.038
Ήπια	16	6.56	4.816		
Μέτρια	8	2.63	2.2		
Σοβαρά	1	2			

Πίνακας 4: Αποτελέσματα από το One way Anova τεστ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Θα μπορούσε σε γενικές γραμμές να επισημανθεί ότι παρόλο που το άγχος και η ένταση συνιστούν δύο παράγοντες που έχουν περισσότερη συχνότητα στους νοσηλευτές από ότι άλλα συμπτώματα, τα επίπεδα του άγχους των νοσηλευτών που εργάζονται στις Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας, βρίσκονται σε μέτρια λογικά επίπεδα. Πρόκειται για ένα εύρημα το οποίο έρχεται μεν να επιβεβαιώσει τη θέση των Hannigan & Coffey (2010), που επισημαίνουν ότι τα δεδομένα δείχνουν ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν στρες και επαγγελματική εξουθένωση, η οποία ωστόσο δεν είναι έντονη όπως αναφέρθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα. Επιπλέον, η άποψη των Carson et al. (1995) και Fagin et al. (1995) ότι οι μισοί περίπου νοσηλευτές (41%) ήταν ευάλωτοι στην ψυχολογική πίεση δε φαίνεται να επιβεβαιώνεται από την έρευνά μας αφού ποσοστό μόλις 5.9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι επηρεάζεται σοβαρά.

Όσον αφορά στο φύλο, φαίνεται ότι οι γυναίκες παρουσίασαν πιο συχνά συμπτώματα υπερέντασης, φοβίες, καρδιαγγειακά, γαστρεντερικά και ουρογεννητικά συμπτώματα σε σχέση με τους άντρες. Το συγκεκριμένο εύρημα συνάδει και με την άποψη της Σιάφη (2012), η οποία στην έρευνά της αναφέρει ότι στις γυναίκες το εργασιακό άγχος τείνει να παρουσιάζει αδυναμία αφού είναι φανερό ότι έχουν περισσότερο άγχος, ίσως και λόγω των πολλαπλών ρόλων που καλούνται να διαδραματίσουν. Επιπλέον, ανάλογα είναι και τα ευρήματα των Καρανικόλα et al. (2009) που επισημαίνουν ότι ένας παράγοντας που φάνηκε να συνδέεται με τα επίπεδα άγχους είναι το φύλο. Συγκεκριμένα, το εύρημα αυτό, σύμφωνα με το οποίο οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους, βρίσκεται σε αρμονία με τα δεδομένα που ισχύουν για το γενικό πληθυσμό.

Όσον αφορά στην ηλικία και τη θέση που κατέχουν στη Δομή οι νοσηλευτές, σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, αυτή δε φάνηκε να συσχετίζεται με τα συμπτώματα άγχους. Σύμφωνα με στοιχεία που δημοσίευσε η Ευρωπαϊκή Ένωση, η ηλικία δεν φαίνεται να έχει ξεκάθαρη σχέση με το άγχος αφού τα πορίσματα σχετικών μελετών που έχουν εκπονηθεί σε διάφορες χώρες είναι αντικρουόμενα. Επιπλέον, από μελέτη που διεξήχθη στη Δανία προκύπτει ότι τα άτομα που εργάζονται σε τομείς οι οποίοι απαιτούν λιγότερες δεξιότητες έχουν λιγότερο άγχος, ενώ από μελέτες που εκπονήθηκαν στην Τσεχική Δημοκρατία, την Πολωνία και την Ισπανία επιβεβαιώνεται ότι τα ποσοστά άγχους τείνουν να αυξάνονται ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης (Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Εργασίας, 2010).

Επίσης, ο μηνιαίος μισθός και οι τίτλοι σπουδών δεν έδειξαν επίπεδο σημαντικότητας σε σχέση με τους παράγοντες του άγχους, όσον αφορά στη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με τους παράγοντες του άγχους, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μόνο τα αναπνευστικά προβλήματα και τα καρδιοαγγειακά συμπτώματα ήταν στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Η ένταση των καρδιοαγγειακών συμπτωμάτων και τα αναπνευστικά προβλήματα ήταν υψηλότερα στα παντρεμένα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τους ανύπαντρους και τους διαζευγμένους.

Τέλος, τα συνολικά χρόνια Υπηρεσίας στη Νοσηλευτική δε φαίνεται να συσχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους σε αντίθεση με τα χρόνια υπηρεσίας στη σημερινή μονάδα που φαίνεται να σχετίζονται με καρδιαγγειακά συμπτώματα και συμπτώματα που αφορούν το μυϊκό σύστημα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξάνδρου, Γ., Καρανικόλα, Μ. (2011), Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των Κοινοτικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας ως προς την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ατόμων με Παγιωμένη Ψυχική Νόσο. Νοσηλευτική (Hellenic Journal of Nursing) 2012, 51(2): 139-149
2. Αναγιωτού, Σ. (2011), Το εργασιακό άγχος των κοινωνικών λειτουργών και η σχέση του με την εργασιακή δέσμευση και τη συναισθηματική νοημοσύνη. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας – Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής.
3. Αναστασίου, Μ. (2011). Μέτρηση εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών στον χώρο του Νοσοκομείου Αθαλάσσας. Λευκωσία: Frederick University – Τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών και Μονάδων Υγείας.
4. Αντωνίου, Σ-Α. (2008). Ψυχολογία της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Σειρά Εφαρμοσμένη Ψυχολογία. Αθήνα.
5. Αποστολάκης Ι., (2007), «Που οφείλεται τι εργασιακό άγχος» [online]. Διαθέσιμο στο: http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=2842 Πρόσβαση: 20/06/2014
6. Δίκης, Κ. (2013). Εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο της ιδιωτικής υγείας στην Ελλάδα. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας – Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
7. Εργασιακό Άγχος – Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισής του; [online] Διαθέσιμο στο: http://www.pepen.gr/pagesen/spa/gr/results_gr/SPA_HANDBOOK_2405006%20final_GR.pdf Ανάκτηση: 22/04/2014

8. Ζέρβας, Γ. (1996). Άσκηση και Ψυχιακή Διάθεση. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών – Τ.Ε.Φ.Α.Α. Εργαστήριο Κινητικής Συμπεριφοράς και Αθλητικής Ψυχολογίας
9. Θεοδοσοπούλου Ε, Δρόσου Β, Κοτρώτσιου Ε, Τζαβέλας Γ, Αργυρούδης Ε, Παπαθανασίου Ι. Διερεύνηση των αιτιών και επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές. Πρακτικά 26ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, 1999
10. Καρανικόλα, Μ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Μπεθ Τερζή, Α., Μπουζίκα, Μ., Παπαθανάσογλου, Δ.Ε., (2009), Αξιολόγηση Συμπτωμάτων Άγχους σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Εντατικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική (Hellenic Journal of Nursing) 2009, 48 (4): 447-457
11. Καρανικόλα, Μ., Σταθοπούλου, Χ., Καλαφάτη, Μ., Τερζή, Α., Μπουζίκα, Μ. & παπαθανάσογλου, Ε (2009). Αξιολόγηση συμπτωμάτων άγχους σε νοσηλευτικό εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική 2009, 48 (4): 447-457
12. Κάττουλας, Ε. (2010). Αγχώδης διαταραχές και πανικός. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών
13. Κορδόση, Α. (2013). Η Βιολογική Λειτουργία του Άγχους: Σύμμαχος ή Εχθρός του Οργανισμού; [online]. Διαθέσιμο στο: http://alexakordosi.blogspot.com/2013/03/blog-post.html Πρόσβαση: 20/06/2014
14. Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Θανασά, Γ., Κυλούδης, Γ., Σταθαρού, Α., Ρεκλείτη, Μ., Σαρίδη, Μ. (2012). Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση αντιλαμβανόμενου άγχους στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το Βήμα του Ασκληπιού: 11ος τόμος, 4ο τεύχος, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2012.

15. Μιχαλοπούλου, Μ. Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. [online]. Διαθέσιμο στο: http://www.imlarisis.gr/index.php?dispatch=categories.view&category_id=771 Ανάκτηση: 18/1/2014
16. Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι. & Κωνσταντινίδης, Θ. (2010). Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική υγεία και την σωματική υγεία (έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό). Αλεξανδρούπολη: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης – Τμήμα Ιατρικής.
17. Μπελιάς, Δ., Κουτίβα, Μ., Ζουρνατζή, Ε., Κουσστέλιος, Α. (2013). Εργασιακή δέσμευση και εργασιακό άγχος εργαζομένων σε Ελληνικό τραπεζικό οργανισμό. Λάρισα: Τ.Ε.Ι. Λάρισας.
18. Παπαγεωργίου, Δ., Καραμπέτσου, Μ., Νικολοκάκου, Χρ., Παυλάτου, Ν. (2007), Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Νοσηλευτική (Hellenic Journal of Nursing) 2007, 46(2): 237-245.
19. Πατεράκη, Α., Πανταζής, Ι., Ιακωβίδης, Α., Ιεροδιακόνου, Χ. Επαγγελματική κόπωση νοσηλευτών: Αιτία, πρόληψη και αντιμετώπιση (1995). Νοσηλευτική 1995, 1:28–39
20. Σιαφή, Μ. (2012), Η Επίδραση του Εργασιακού Άγχους στην Απόδοση του Προσωπικού των Τοπικών Επιχειρήσεων. Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης – Σχολή Διοίκησης & Οικονομίας – Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων.
21. Σκαπινάκης, Π., Προτυποποιημένη συνέντευξη για τη συμπλήρωση της κλίμακας Hamilton (HDRS) [online]. Διαθέσιμο στο: http://www.mednet.gr/psycho/sigh.htm Ανάκτηση: 2/5/2014

22. Σταθαρού, Α., Μπερκ, Α., Μάλαμα, Σ. (2005). Επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ψυχικής υγείας: Συγκριτικά δεδομένα Η.Π.Α. – Ελλάδος. Psychiatriki 16 (3), 2005.
23. Σχοινά Μ., (2009). «Η πανδημία του εργασιακού άγχους» [online]. Διαθέσιμο στο www.enet.gr/?i=news.el.article&id=87401 [Πρόσβαση 20/6/2014)
24. Amick BC III, Kawacki I, Coakley EH, Lerner D, Levine S, Colditz GA. (1998). Relationship of job strain and iso-strain to health status in a cohort of women in the United States. Scand J Work Environ Health 1998, 24:54–61
25. Avey, J.B., Luthans, F., & Jensen, S.M. (2009), Psychological capital: A positive resource for combating employee stress and turnover. Human Resource Management, 48 (5), 677-693.
26. Carson, J., Barlett, H. and Croucher, P., (1991) "Stress in community psychiatric nursing: a preliminary investigation", Community Psychiatric Nursing Journal, 12 (2): 8-12.
27. Carson, J., Leary, J., De Villiers, N., Fagin, L. and Radmall, J. (1995). "Stress in mental health nurses: comparison of ward and community staff", British Journal of Nursing, 4 (10): 579-582.
28. Chen, J.C. & Silverthorne, C.(2008), "The impact of locus of control on job stress, job performance and job satisfaction in Taiwan," Leadership & Organization Development Journal, 29, 572 - 582
29. Christodoulou GN. Psychosomatic Disorders, in Christodoulou GN and associates, Psychiatry, 2nd Volume. Athens, Beta publications, 2000;412-415 (Article In Greek).

30. Cofer, C.N. & Appley M.H. (1964), “Motivation: theory and research,” In: Chaturvedi, M.K., 1983, “Human Stress and Stressors,” Cosmo Publications, New Delhi
31. Elahi ,Y.A. & Apoorva, M. (2012), “A detail study on Length of Service and Role Stress of Banking Sector in Lucknow Region,” Research Journal of Management Sciences, 1(5), 15-18
32. Fagin, R., Halpern, J. Y., Moses Y. and Vardi, M. Y. (1995). Reasoning about Knowledge. Cambridge: MIT Press.
33. Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H., Leary, J. and Carsin, J. (1995). “The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in hospital or the community?, Journal of Advanced Nursing, 22 (2): 347-358.
34. Farrington A. Stress and nursing. Br J Nurs 1995, 4:574–578
35. Gray-Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. Soc Sci Med 1981, 15:639–647
36. Hannigan, B. & Coffey, M. (2010). Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Επιμέλεια: Καρανικόλα, Μ. Κύπρος: Π.Χ. Πασχαλίδης – Νοσηλευτική Βιβλιοθήκη
37. Hingley P, Cooper CL. Stress and the nurse manager. Chichester, John Wiley & Sons, 1987
38. Johnson, C.C., Moss, A.I.I., Clarke, S.A.D., and Armistead, N.C. (1996). Working With Noncompliant and Abusive Dialysis Patients: Practical Strategies Based on Ethics and the Law. Advances in Renal Therapy, 3 (1), 77-86.

39. Jonsson A, Halabi J. Work related post traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. Accid Emerg Nurs 2006, 14:89–96
40. KA., (1992), Self-reported sleep disturbances in employed women. Sleep 1992, 15:493–498
41. Karanikola M., Stathopoulou H., Kalafati M., Terzi AB., Bouzika M., Papathanassoglou ED (2009). Assessment of Anxiety Symptoms among Intensive Care Nursing Personnel in Greece. Nosileftiki 2009, 48(4): 447–457(Article In Greek).
42. Karasek R, Theorell T., (1990), Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York, Basic Books
43. Kneisl, C., Wilson, H., Trigoboff, E. (2009). Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Επιμέλεια: Καρανικόλα, Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην
44. Kyloudis P, Georgiadis M, Rekleiti M, Giaglis G, Wozniak G, Roupa Z. Factors of appearance of depressive symptomatology and stress to mental health professionals. Rostrum of Asclepius 2011, 10(4): 530-546 (Article In Greek).
45. Leka, S., Griffiths, A. & Cox, T (2004), Work Organization & Stress, Systematic Problem Approaches for Employers, Managers and Trade Union Representatives.
46. Marvaki, C., Dimoula, Y., Kambisiouli, E., Christopoulou, I., Vastardis, L., Gourni, I. et al. (2007). The impact of nursing profession in the life of nursing staff. Nosileftiki 2007, 46(3):406–413 (Article In Greek).
47. Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. American Psychologist, 37, 1-14.

48. McCain, NL & Smith, JC (1994): Stress and Coping in the Context of Psychoneuroimmunology: A Holistic Framework for Nursing Practice and Research. Archives of Psychiatric Nursing. 8(4): 221-227.
49. McLeod, J. (1997) Narrative and Psychotherapy. SAGE, 1997
50. Melamed, S., Kushnir, T., Strauss, E., & Vigiser, D. (1997). Negative association between reported life events and cardiovascular disease risk factors in employed men: The Cordis study. Journal of Psychosomatic Research, 43, 247-258. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
51. Morris M. Need to reduce stress. Br J Nurs 1995, 4:572–573
52. Moustaka E, Antoniadou F, Malliarou M, Zantzos I, Kiriaki C, Constantinidis T. Research in occupational stress among nursing staff -a comparative study in capital and regional hospitals (2010). Hellenic Journal of Nursing Science. 2010;3(3):79-84(Article In Greek).
53. National Center for Educational Statistics (2003), Digest of educational statistics, 2002. Washington, DC, US Department of Education.
54. Numerof RR, Abrams MN. Sources of stress among nurses: An empirical investigation. J Hum Stress 1984, 10:88–100
55. Ogden, J., & Mitandabari, T. (1997). Examination stress and changes in mood and health related behaviours. Psychology and Health, 12, 288-299. Στο Robin M, Leslie RM. (2006). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
56. RAGLIN, J.S., and W.P. MORGAN. Influence of exercise and quiet rest on state anxiety and blood pressure. Medicine and Science in Sports and Exercise 19:456-463, 1987

57. Sager, J.K. (1991), "Type A Behavior Pattern(TABP) Among Salespeople And Its Relationship to Job Stress," The Journal of Personal Selling & Sales Management, 11(2), 1-14
58. Scaer, R. (2005). The Trauma Spectrum. New York: W.W. Norton.
59. Simington J.A. (2010) Taking Flight International Corporation: Alberta, Canada.
60. TUSON, K.M., and D. SINYOR. On the affective benefits of acute aerobic exercise: taking stock after years of research. In: Exercise psychology: the influence of physical exercise on psychological processes, P. Seraganian (Ed.), New York: Wiley and Sons, p. 80-121, 1993.
61. Tyler P, Cushway D. Stress in nurses: the effects of coping and social support. Stress Medicine. 1995;11(4):243-251.
62. Winwood P., Lushington P., Disentangling the effects of psychological and physical work demands on sleep, recovery and maladaptive chronic stress outcomes within a large sample of Australian nurses. J Adv Nurse 2006, 56: 445-453
63. Wolf, H.G. & Goodell H. (1968), "Stress and Disease" in Ryhal, P.C. & Singh, K. (1996), A study of correlates of job stress among university faculty
64. Zellars, K. L. (2007). Social anxiety: an overlooked variable in the organizational stress literature. In D. C. Ganster & P. L. Pereewe (Eds.), Research in occupational stress and well being: exploring the work and non-work interface (Vol. 6, pp. 1-33). New York: JAI

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ						
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ						
1. Φύλο				**2. Ηλικία**		
	Άνδρας				25-39 ετών	
	Γυναίκα				40-59 ετών	
					60 και άνω	
3. Οικογενειακή κατάσταση				**4. Προσωπικό εισόδημα (€)**		
	Παντρεμένος /η				<2000	
	Μη παντρεμένος/η				2001-2500	
					2501-3000	
					3001-3500	
					>3500	
5. Οικογενειακό εισόδημα				**6. Συνολικά χρόνια υπηρεσίας**		
	2000			1-5 χρόνια		
	2001-2500			6-15 χρόνια		
	2501-3000			16-20 χρόνια		
	3001-3500			21 ή περισσότερα		
	3501-4000			**7. Μονάδα που εργάζεστε**		
	4001-4500			Πενθήμερη		
	4501-5000			Εξαήμερη (βάρδιες)		
	>5001					

8. Χρόνια υπηρεσίας στη σημερινή μονάδα				**9. Πτυχίο που κατέχετε**	
	1-5 χρόνια			Πτυχίο Νοηλευτικής	
	6-15 χρόνια			Πτυχίο άλλης ειδικότητας	
	16-20 χρόνια			Μεταπτυχιακό	
	21 ή περισσότερα			Άλλο……..	

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON					
	Καθόλου	Ήπια	Μέτρια	Σοβαρά	Πολύ Σοβαρά
1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ : Ανησυχία, Εγρήγορση, Αναμονή του χειρότερου, ευερεθιστότητα	0	1	2	3	4
2. ΕΝΤΑΣΗ: Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, ταραγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας	0	1	2	3	4
3. ΦΟΒΙΕΣ: για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένει μόνος	0	1	2	3	4
4. ΑΫΠΝΙΑ: Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι	0	1	2	3	4
5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ: Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης	0	1	2	3	4
6. ΚΑΤΑΘΛΙΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ: Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπυ, κατάθλιψη πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της μέρας	0	1	2	3	4
7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) Μυικοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μυόσπασμοι, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής	0	1	2	3	4

8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ) Εμβοές, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα	0	1	2	3	4
9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφύξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία	0	1	2	3	4
10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια	0	1	2	3	4
11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας,ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάγχνων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.	0	1	2	3	4
12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Συχνοουρία ή επειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα, πρόωρη εκπερμάτωση απώλεια της γεννετήσιας επιθυμίας, ανικανότητα	0	1	2	3	4
13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΌ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ.: Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαγία τάσης, ανόρθωση τριχών	0	1	2	3	4
14. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση των χεριών, σφίξιμο των χεριών, τράβηγμα δακτύλων, τικς, βηματιμοί, τρόμος χεριών, συνοφρύωση, πρόσωπο σε ένταση, αυξημένος μυικός τόνος, αναστεναγμός, ωχρότητα προσώπου	0	1	2	3	4

Συνολική Βαθμολογία: _____					

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε μια πλειάδα ερευνών που έχουν διενεργηθεί, προκειμένου να εντοπιστεί και να αξιολογηθεί ο βαθμός του άγχους στους χώρους εργασίας, έχει αποδειχτεί ότι ποικίλες πλευρές της εργασίας δύνανται να οδηγήσουν στην ανάπτυξή του. Ειδικότερα οι νοσηλευτές, είναι ευρέως γνωστό ότι εργάζονται σε ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο περιβάλλον που έχει επιπτώσεις τόσο στην ψυχοσωματική τους υγεία και ασφάλεια όσο και στην απόδοσή τους (Παπαγεωργίου, 2007).

Η έντονη συναισθηματική φόρτιση αποτελεί μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών είτε αυτοί εργάζονται στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα (Παπαγεωργίου etal., 2007). Τα ίδια συναισθήματα βιώνουν και οι νοσηλευτές που απασχολούνται στις Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που καλούνται να συμβάλουν στην επανένταξη των ατόμων με ψυχικές νόσους στην κοινωνία (Αλεξάνδρου & Καρανικόλα, 2011). Όπως επισημαίνεται από τους Αλεξάνδρου και Καρανικόλα (2011), οι Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποσκοπούν στο να επανακτήσουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές την κοινωνική λειτουργικότητά τους και την ικανότητά τους να διαχωρίζουν ανθρώπους, πράγματα και χώρους (ψυχωσική ομογενοποίηση), τα οποία χάνονται σταδιακά όταν κάποιος παραμένει έγκλειστος ως τρόφιμος ψυχιατρείου για μακρό χρονικό διάστημα.

Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτός, ο βαθμός δυσκολίας που παρουσιάζει το λειτούργημα των συγκεκριμένων νοσηλευτών το οποίο εύλογα οδηγεί στο άγχος. Η υπερπροσπάθεια που καταβάλλουν προκειμένου να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των

ασθενών τους είναι πολύ δυνατό να έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ιδίων (Παπαγεωργίου etal, 2007) και κατά συνέπεια να προκαλεί συχνά συμπτώματα άγχους.

ΣΚΟΠΟΣ

Κύριος σκοπός της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής εργασίας είναι να αξιολογηθούν τα συμπτώματα άγχους των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που απασχολούνται στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας . Παράλληλα, ευελπιστούμε ότι μέσα από τις απαντήσεις που θα δώσουν οι νοσηλευτές κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων θα γίνει εφικτή η εξαγωγή κάποιων χρήσιμων συμπερασμάτων, τα οποία θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές, το σύστημα υγείας και γενικότερα την κοινωνία.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΩΤΗΣΗ

Η βασική ερευνητική ερώτηση στην οποία θα επιχειρήσουμε να δώσουμε απαντήσεις μέσα από την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης είναι η εξής:

-Σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στις Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας καταβάλλονται από άγχος εξαιτίας του λειτουργήματος που ασκούν;

ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης, εκτός από το ότι θα εμπλουτίσει έστω και στο ελάχιστο την υφιστάμενη βιβλιογραφία για το εργασιακό άγχος, ενδέχεται να βοηθήσει και τους ίδιους τους νοσηλευτικούς λειτουργούς των κοινοτικών Δομών Ψυχικής Υγείας, τόσο προσωπικά όσο και επαγγελματικά.

Παράλληλα, ευελπιστούμε ότι θα συμβάλει και στην προσπάθεια των ίδιων των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους να επανενταχθούν στην κοινωνία. Άλλωστε, όπως αναφέρει το επαγγελματικό stress ζημιώνει περισσότερο τον ασθενή

παρά τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές που καταβάλλονται από άγχος καταλήγουν να νοσηλεύουν τους ασθενείς τους με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο (Παπαγεωργίου etal, 2007).

ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συγκεκριμένη μελέτη θα αποτυπώνει τις απόψεις των νοσηλευτών που απασχολούνται στις Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας όσον αφορά τα συμπτώματα άγχους. Κατά συνέπεια θα χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια τα οποία θα διανεμηθούν στους νοσηλευτές σε όλη την Κύπρο, αφού πρώτα ενημερωθούν για το σκοπό της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν ανώνυμα και θα επιστραφούν.

Προκειμένου να αξιολογηθεί το άγχος των νοσηλευτώ, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα Hamilton, η οποία θεωρείται ως ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης αλλά και της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών (Σκαπινάκης, 2013). Αναμένεται ότι θα διανεμηθούν 60-70 ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές που απασχολούνται στις Κοινοτικές Δομές Ψυχικής Υγείας στις τέσσερις επαρχίες της ελεύθερης Κύπρου.

ΗΛΙΚΙΑ-ΑΓΧΟΣ

Test Statistics[a,b]

	1
Chi-Square	1.687
df	4
Asymp. Sig.	.793

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΕΝΤΑΣΗ

Test Statistics[a,b]

	1
Chi-Square	1.687
df	4
Asymp. Sig.	.793

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΦΟΒΙΕΣ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	.591
df	4
Asymp. Sig.	.964

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΑΫΠΝΙΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	1.457
df	4
Asymp. Sig.	.834

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΝΩΣΙΑΚΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	1.851
df	4
Asymp. Sig.	.763

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

Test Statistics[a,b]

	1
Chi-Square	1.146
df	4
Asymp. Sig.	.887

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	2.127
df	4
Asymp. Sig.	.712

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ)

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	2.738
df	4
Asymp. Sig.	.603

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	2.495
df	4
Asymp. Sig.	.646

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Test Statistics[a,b]

	1
Chi-Square	2.700
df	4
Asymp. Sig.	.609

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	2.284
df	4
Asymp. Sig.	.684

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ- ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	2.369
df	4
Asymp. Sig.	.668

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ Α.Ν.Σ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	3.782
df	4
Asymp. Sig.	.436

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	1.843
df	4
Asymp. Sig.	.765

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΑΓΧΟΣ

Test Statistics[a,b]

	1
Chi-Square	.512
df	2
Asymp. Sig.	.774

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΕΝΤΑΣΗ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	1.466
df	2
Asymp. Sig.	.480

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΦΟΒΙΕΣ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	4.133
df	2
Asymp. Sig.	.127

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΑΫΠΝΙΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	1.394
df	2
Asymp. Sig.	.498

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΝΩΣΙΑΚΑ

Test Statistics[a,b]

	1
Chi-Square	1.599
df	2
Asymp. Sig.	.450

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	1.519
df	2
Asymp. Sig.	.468

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	3.883
df	2
Asymp. Sig.	.143

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ)

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	5.170
Df	2
Asymp. Sig.	.075

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ- ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	3.256
Df	2
Asymp. Sig.	.196

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ- ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	4.872
Df	2
Asymp. Sig.	.088

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ Α.Ν.Σ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	3.744
df	2
Asymp. Sig.	.154

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2

ΗΛΙΚΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Test Statistics[a,b]

	0
Chi-Square	5.305
df	2
Asymp. Sig.	.070

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2