

ΕΡΕΥΝΑ – ORIGINAL PAPER

Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Κυλούδης Παναγιώτης¹, Γεωργιάδης Μιχαήλ², Ρεκλείτη Μαρία³, Γιαγλής Γεώργιος⁴,
Βόζνιακ Γκρέτα⁵, Ρούπα Ζωή⁶

1. Νοσηλεύτης, MSc, Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη
2. Κλινικός Ψυχολόγος, MSc, PhD, Πειραματικός Νευροψυχολόγος, Ψυχοθεραπευτής
3. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν. Κορίνθου
4. MD, PhD, Ειδικός Νευρολόγος, Ψυχολόγος
5. MD, PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια, ΑΤΕΙ Λάρισας
6. MD, PhD, Καθηγήτρια Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές νόσους της εποχής μας και, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπων στον κόσμο. Είναι πολυπαραγοντική νόσος, που οφείλεται σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη στοιχείων και χαρακτηριστικών του άγχους και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ο βαθμός επιρροής τους από παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και το επίπεδο μόρφωσης.

Υλικό – Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης περιλάμβανε 62 επαγγελματίες ψυχικής υγείας (25 άνδρες και 37 γυναίκες), ηλικίας $39,4 \pm 8,4$ έτη, νοσηλευτές ($n=35$), ιατρούς ($n=12$) και λοιπούς επαγγελματίες υγείας ($n=15$). Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford & Foulds. Πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA) και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του SPSS 16.0.

Αποτελέσματα: Υψηλότερες βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης συγκέντρωσαν όσοι επισκέφθηκαν ειδικό ιατρό για τα συμπτώματά τους [$t(60)=2,876$, $p=0,006$] και όσοι ελάμβαναν ειδική φαρμακευτική αγωγή [$t(60)=3,571$, $p=0,001$]. Κατά την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε στατιστικά σημαντική η επίδραση της ηλικίας [$F(16,41)=2,83$ $p=0,004$] και της οικογενειακής κατάστασης [$F(16,41)=2,55$ $p=0,008$] στις βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης. Οι έγγαμοι παρουσίασαν στατιστικά σημαντική ανησυχία ($p=0,001$), υψηλή ένταση ($p=0,002$) και αϋπνία ($p=0,001$). Οι άγαμοι φάνηκε να διατηρούν μεγαλύτερη ηρεμία ($p=0,014$), αλλά ωθούνται συχνότερα σε παραίτηση ($p=0,001$) και οι εργαζόμενοι ηλικίας 35-49 ετών να βιώνουν πιο έντονη



θλίψη από τις λοιπές ηλικιακές ομάδες ($p=0,003$), εντονότερα συναισθήματα πανικού ($p=0,018$), έντασης ($p=0,049$) και κακή διάθεση ($p=0,018$).

Συμπεράσματα: Η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο σημαντικότερος ανεξάρτητος παράγοντας που επηρέασε στο δείγμα μας το άγχος και την κατάθλιψη, ενώ σε μεγάλο βαθμό η επίδραση της ηλικίας στα συμπτώματα αυτά επηρεάστηκε από την οικογενειακή κατάσταση. Τα παρόντα ευρήματα συζητούνται σε σχέση με τις πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχουν στην εργασία και στην ψυχική υγεία των εργαζομένων.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, κατάθλιψη, ψυχική υγεία, επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κυλούδης Παναγιώτης,
Πυλαίας 38, Κάτω Τούμπα,
Θεσσαλονίκη, ΤΚ 54454,
Τηλ.: 6947048208,
E-mail: pkiloydi@yahoo.gr

Factors of appearance of depressive symptomatology and stress to mental health professionals

Kyloudis Panagiotis¹, Georgiadis Michael², Rekleiti Maria³, Giaglis George⁴, Wozniak Greta⁵, Roupa Zoe⁶

1. RN, MSc, General Hospital "G. Papanikolaou" Thessaloniki, Greece

2. Clinical Psychologist, MSc, PhD, Experimental Neuropsychology, Psychotherapist, Greece

3. RN, MSc, General Hospital of Korinthos, Greece

4. MD, PhD, Specialist Neurologist, Psychologist, Greece

5. MD, PhD, Nursing Department, Applied University of Larissa, Greece

6. MD, PhD, Nursing Department, European University, Nicosia, Cyprus

ABSTRACT

Depression is one of the most common psychiatric illnesses nowadays and according to the World Health Organization (WHO) it affects millions of people worldwide. It is an illness that has multiple causes, and it is the result of the interaction of genetic, biological and psychosocial factors.

Aim: The aim of this project is the study of the elements and the characteristics of stress and depression in mental health professionals and the degree at which they are affected by factors such as the age, the marital status, the job and the level of education.

Material – Method: The sample of the study includes 62 mental health professionals (25 men and 37 women), at an average age of $39,4 \pm 8,4$, nurses ($n=35$), doctors ($n=12$) and other jobs in the health section ($n=15$). An anonymous closed questionnaire DSSI/sAD by Bedford & Foulds was used. The data analysis was realized with multivariate analysis (MANOVA) and SPSS 16.0.

Results: Patients who visited a special doctor for their symptoms demonstrated higher degrees of anxiety and depression [$t(60)=2,876$, $p=0,006$] and by those who received special medical treatment [$t(60)=3,571$, $p=0,001$]. During the data analysis the effect of age seemed statistically important [$F(16,41)=2,83$ $p=0,004$] and the marital status [$F(16,41)=2,55$ $p=0,008$] on depression and stress scales respectively. Married patients appeared statistically important anxiety ($p=0,001$), higher tension ($p=0,002$) and insomnia ($p=0,001$). The singles show statistically significant lower score in stress scale ($p=0,014$) although they tend to resign more often ($p=0,001$) and working people aged 35-49 experience more intense sorrow than the other age groups ($p=0,003$), more intense feelings of panic ($p=0,018$) and tension ($p=0,049$) and bad mood ($p=0,018$).

Conclusions: The marital status was the most important independent factor which seems to be related in our sample with anxiety and depression, while in a high degree the effect of age at these symptoms was influenced by the marital status. This data is discussed in relation to the potential effect it may have on work and the psychic health of the people.

Keywords: Stress, depression, mental health, mental health professionals.

CORRESPONDING AUTHOR

*Kyloudis Panagiotis,
Pylaias str 38, K. Toumba,
Thessaloniki, GR 54454,
Tel: 6947048208,
E-mail: pkiloydi@yahoo.gr*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ανώτερου ζώντος οργανισμού και οριοθετείται ως μια ειδική ανταλλαγή ανάμεσα σε ένα συγκεκριμένο είδος συστήματος (άτομο-κοινωνία) και σε ένα συγκεκριμένο είδος περιβάλλοντος¹. Θεωρείται ως κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας². Βιώνεται ως ψυχολογική

πίεση, η οποία με τη σειρά της ορίζεται ως μια κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από μια προσδοκία φόβου για κάποιο δυσάρεστο γεγονός στο μέλλον.³ Η ένταση του άγχους εξαρτάται από εξωτερικά ερεθίσματα και από ενδογενείς παράγοντες (προσωπικότητα, εμπειρία από προηγούμενα στρεσογόνα γεγονότα, τρόπος



αντίληψης και αντιμετώπισης του εξωτερικού ερεθίσματος).⁴

Το άγχος είναι ένα απολύτως «μετρήσιμο» ψυχικό χαρακτηριστικό και μπορεί να παρουσιαστεί ως γενικευμένο ή φοβικό άγχος ή ως πανικός. Ειδικότερα, το εργασιακό άγχος ορίζεται από τους Beehr & Newman ως «μια κατάσταση αλληλεπίδρασης σχετικών με την εργασία παραγόντων και εργαζομένου, που βιώνεται ως απειλή, μέσα από την οποία διαφοροποιείται η σωματική ή/και ψυχολογική λειτουργία του ατόμου και αποκλίνει του φυσιολογικού».⁵

Ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται στο κλινικό σύνδρομο που δηλώνει ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συνεχή θλίψη, απώλεια ενέργειας, εξάντληση, μειωμένη όρεξη για φαγητό και αύξηση ή μείωση των ωρών ύπνου.⁶ Επίσης, τάση για απομόνωση και κοινωνική απόσυρση, άγχος, ανησυχία, αναποφασιστικότητα και απογοήτευση. Χαρακτηριστικά είναι η απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος και η μείωση της σεξουαλικής ενέργειας, τα αισθήματα ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας και κακή διάθεση καθημερινά.⁷ Επιπλέον, η απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης κατά τις δραστηριότητες, η απαισιοδοξία για το μέλλον και η εμφάνιση σκέψεων για το θάνατο και την αυτοκτονία.⁸ Η διαφορά ανάμεσα στη φυσιολογική θλίψη και την κατάθλιψη ως ψυχική διαταραχή ορίζεται διαγνωστικά σύμφωνα με τα ταξινομικά

εγχειρίδια ψυχικών παθήσεων DSM-IV R.⁹ Όταν η θλίψη γίνεται εντονότερη με το πέρασμα του χρόνου και διαρκεί περισσότερο από δύο εβδομάδες, εμποδίζοντας τις φυσιολογικές δραστηριότητες και την καθημερινή λειτουργικότητα στην εργασία, τις διατροφικές συνήθειες, τον ύπνο και τις διαπροσωπικές σχέσεις, τότε εισάγεται η διάσταση και διάγνωση της κατάθλιψης.⁷ Η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Από ανάλογες μελέτες⁸⁻¹⁰, υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο και 550 χιλιάδες στη χώρα μας. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική και κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Η κατάθλιψη καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι θα αναρριχηθεί στην 2η θέση της κατάταξης μέχρι το 2020.⁸⁻¹⁰ Η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από κατάθλιψη στη διάρκεια της ζωής του, στις γυναίκες είναι 20% και στους άνδρες 10% και από αυτούς, μόνο το 20-25% έχει την πιθανότητα θεραπείας. Η επίπτωση

της κατάθλιψης είναι στις γυναίκες δύο φορές υψηλότερη από ότι στους άνδρες.¹¹ Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, συντελούν στην συχνότερη εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.¹² Ο μέσος όρος ηλικίας εμφάνισης της νόσου είναι η ηλικία των 40 ετών, συχνότερη στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους αγροτικών περιοχών.¹³

Η νοσηλευτική αποδεικνύεται από τους ερευνητές ως ένα επάγγελμα, όπου η κατάθλιψη είναι προφανές και τεκμηριωμένο πρόβλημα και, αν οι επαγγελματικές και προσωπικές προσδοκίες για σταδιοδρομία στη νοσηλευτική δεν ικανοποιούνται, η αποθάρρυνση και η απομυθοποίηση συμβάλλουν στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος.¹⁴⁻¹⁶ Επιπλέον, ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out) είναι υψηλός και η εξουθένωση βιώνεται έντονα από τους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων περίθαλψης, ιδιαίτερα από αυτούς που εργάζονται με βαρέως πάσχοντες και χρόνιους ασθενείς.¹⁷⁻¹⁹

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης

των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και σε ποιο βαθμό επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα και το επίπεδο μόρφωσης.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 62 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, 37 γυναίκες (59,68%) και 25 άνδρες (40,32%), με μέσο όρο ηλικίας τα 39,4±8,4 έτη. Για λόγους ευχέρειας της στατιστικής ανάλυσης, η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις ομάδες (20-35, 36-50 και 51-65 ετών).

Χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο κλειστό ερωτηματολόγιο DSSI/sAD των Bedford & Foulds, στην ελληνική έκδοση, που καταγράφει το άγχος και την κατάθλιψη.^{20,21} Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 14 ερωτήσεις, από τις οποίες 7 αξιολογούν το άγχος και 7 την κατάθλιψη. Χρησιμοποιείται είτε σαν δοκιμασία ελέγχου, για τον εντοπισμό ψυχιατρικών συμπτωμάτων είτε σαν δείκτης αξιολόγησης των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης και είναι χρήσιμο, αφού συναξιολογεί τόσο το άγχος όσο και την κατάθλιψη, που είναι νοσολογικές οντότητες που αλληλεπιδρούν και αλληλεπικαλύπτονται.

Καταγράφηκαν επίσης τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, η εθνικότητα και οι γραμματικές γνώσεις. Μοιράστηκαν 71 ερωτηματολόγια



και επιστράφηκαν 62 συμπληρωμένα (ποσοστό 87,32%).

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 16.0. Για τη μελέτη της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός δείκτης Cronbach alpha, ενώ για τη διερεύνηση της εγκυρότητας εξωτερικού κριτηρίου του ερωτηματολογίου συγκρίθηκαν οι συμμετέχοντες που είχαν επισκεφθεί ειδικό ή/και λάμβαναν αγωγή με τους υπόλοιπους με τη χρήση της δοκιμασίας *t* του Student. Για τη διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων του φύλου, της ηλικίας, του επαγγέλματος, της οικογενειακής κατάστασης και του μορφωτικού επιπέδου στις εκδηλώσεις άγχους και κατάθλιψης στα άτομα του δείγματος πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA). Τέλος, για τη διερεύνηση της ταυτόχρονης επίδρασης των διαφόρων παραγόντων υπολογίστηκε ειδικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης. Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι επαγγελματικές ομάδες που συμμετείχαν στη μελέτη αποτελούνταν από 35 νοσηλεύτες (56,45%), 12 γιατρούς (19,35%) και 15 λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς) (24,20%). Το 54,84% των συμμετεχόντων

ήταν έγγαμοι, το 32,26% άγαμοι, το 9,68% διαζευγμένοι και το 3,22% χήροι. Σε ότι αφορά στο επίπεδο σπουδών, το 3,22% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, το 25,81% είχαν ολοκληρώσει το Λύκειο, ενώ 19 άτομα (30,65%) και 25 άτομα (40,32%) είχαν αποφοιτήσει από ΤΕΙ και ΑΕΙ, αντίστοιχα. Το 40,32% του δείγματος ήταν καπνιστές, το 11,3% είχε ζητήσει ιατρική βοήθεια για θέματα άγχους ή κατάθλιψης και το 3,2% λάμβαναν σχετική φαρμακευτική αγωγή.

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη εμφάνισαν, κατά μέσο όρο 2,03, συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, που αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο των Bedford & Foulds. Ο ελάχιστος αριθμός θετικών απαντήσεων ήταν 0 (22 άτομα) και μέγιστος ήταν 10 (2 άτομα) από τα 14 συμπτώματα.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου των Bedford & Foulds, που χρησιμοποιήθηκε, φάνηκε υψηλή στη μελέτη μας, μια και η τιμή του στατιστικού δείκτη Cronbach alpha ήταν 0,828. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου φαίνεται από το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες που είχαν επισκεφθεί ιατρό λόγω του άγχους ή της κατάθλιψής τους είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες στο ερωτηματολόγιο (4,57 «ναι» σε αντιδιαστολή με 1,71 «ναι» από αυτούς που δεν επισκέφθηκαν ιατρό) ($t(60)=2,876$, $p=0,006$). Οι συμμετέχοντες που ελάμβαναν αντιαγχώδη- αντικαταθλιπτική αγωγή εμφάνισαν βαθμολογία 8,00, στατιστικά

σημαντικά μεγαλύτερη από τη βαθμολογία 1,83 που παρουσίασαν όσοι δεν ελάμβαναν αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή, τόσο στην υποκλίμακα άγχους, όσο και της κατάθλιψης ($t(60)=3,571, p=0,001$).

Η πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης έδειξε στατιστικά σημαντική την επίδραση του παράγοντα ηλικίας [$F(16,41)=2,83, p=0,004$], και της οικογενειακής κατάστασης [$F(16,41)=2,55, p=0,008$], ενώ η επίδραση των υπολοίπων τριών μεταβλητών, δηλαδή του φύλου, του είδους του επαγγέλματος και του μορφωτικού επιπέδου, δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα ως προς το άγχος ή την κατάθλιψη [$F(16,41)=0,98, p=0,496, F(16,41)=1,29, p=0,250$ και $F(16,41)=1,35, p=0,216$, αντίστοιχα].

Το εύρημα της στατιστικά σημαντικής επίδρασης του παράγοντα ηλικία και οικογενειακής κατάστασης σημαίνει ότι ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία (20-35, 36-50, 51 και άνω) και την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι, άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι) διαφοροποιείται η έκφραση και εκδήλωση του άγχους, ανησυχίας, αϋπνίας ή καταθλιπτικών εκδηλώσεων στο δείγμα ατόμων της μελέτης. Αναλυτικότερα, οι έγγαμοι φέρονται να παρουσιάζουν στατιστικά υψηλότερη ανησυχία από τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Cramer's $\Phi=0,56, p=0,001$) (**Γράφημα 1**), όπως επίσης σε μεγαλύτερη ένταση (Cramer's $\Phi=0,487$

$p=0,002$) και αϋπνία (Cramer's $\Phi=0,878, p=0,001$). Οι άγαμοι φαίνεται να διατηρούν μεγαλύτερη ηρεμία (Cramer's $\Phi=0,415, p=0,014$) σε σύγκριση με τους έγγαμους ή τους διαζευγμένους, όμως τείνουν να ωθούνται σε παραίτηση πιο εύκολα από ότι οι έγγαμοι ή διαζευγμένοι (Cramer's $\Phi=0,720, p=0,001$) (**Γράφημα 1**). Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι άγαμοι τείνουν να εγκαταλείπουν πιο εύκολα, ενώ οι έγγαμοι επιμένουν αλλά εμφανίζουν άγχος, αϋπνία και ανησυχία. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι οι άγαμοι εργαζόμενοι βιώνουν ανηδονία (Cramer's $\Phi=0,656, p=0,027$), όπως και αλλαγή στη διάθεση (Cramer's $\Phi=0,96, p=0,001$) περισσότερο σε σχέση με τους έγγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (**Πίνακας 1**).

Σχετικά με την ερώτηση του ερωτηματολογίου που αφορά τη λήψη αποφάσεων, φαίνεται ότι οι χήροι, δυσκολεύονται περισσότερο στην λήψη αποφάσεων, ειδικά υπό την επίδραση πιεστικών καταστάσεων ή καταστάσεων άγχους (Φ Cramer's $=0,566, p=0,001$) σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης.

Αναφορικά με την στατιστική επίδραση της ηλικίας (**Πίνακας 2**), παρατηρήθηκε ότι τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 35-49 ετών είχαν τις υψηλότερες συχνότητες απάντησης «να» στις ερωτήσεις αξιολόγησης του άγχους και της κατάθλιψης του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε. Πιο συγκεκριμένα,



αυτή η ηλικιακή ομάδα εκδήλωσε πιο συχνά ταχυκαρδία, θλίψη, πανικό και ένταση σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η κακή διάθεση (Cramer's $\Phi=1,2$, $p=0,018$), η θλίψη (Cramer's $\Phi=0,64$, $p=0,003$), ο πανικός (Cramer's $\Phi=1,2$, $p=0,018$) και η ένταση (Cramer's $\Phi=0,51$, $p=0,049$) είναι χαρακτηριστικά της μέσης ηλικιακής ομάδας, που ως έναν βαθμό μοιράζεται και η πρώτη ηλικιακή ομάδα (20 έως 34 ετών). Αντίθετα, το αίσθημα ανηδονίας (Cramer's $\Phi=0,68$, $p=0,032$) και η αίσθηση ότι το μέλλον θα είναι «σκοτεινό» (Cramer's $\Phi=0,52$, $p=0,048$) επηρεάζουν όχι μόνο τη μεσαία αλλά και την μεγαλύτερη ηλικιακά ομάδα (50 έως 65 ετών) **(Γράφημα 2 και Πίνακας 2)**.

Τέλος, για να διερευνηθεί κατά πόσο οι παράγοντες της ηλικίας και της οικογενειακής κατάστασης, που βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί, επηρεάζουν ανεξάρτητα ή παράλληλα το άγχος και την κατάθλιψη των εργαζομένων, υπολογίστηκε μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης. Η οικογενειακή κατάσταση ήταν ο σημαντικότερος ανεξάρτητος παράγοντας που επηρεάζει το άγχος και την κατάθλιψη [$R=0,260$, $F(1,60)=6,526$, $p=0,041$].

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι κύριοι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση εκδηλώσεων άγχους και κατάθλιψης στους επαγγελματίες

ψυχικής υγείας είναι η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Αναφορικά με την επίδραση του παράγοντα οικογενειακής κατάστασης παρατηρείται ότι οι έγγαμοι εργαζόμενοι, για λόγους πιθανά οικογενειακών ευθυνών (φόρτου επαγγελματικής εργασίας ή μη σύμπτωση ωραρίων με τους συντρόφους τους) παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά άγχους, αϋπνίας, ανησυχίας και εν μέρει θλίψης και έντασης ή τάσης για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Οι άγαμοι εργαζόμενοι παρατηρείται να εκδηλώνουν τις δυσκολίες στις εργασιακές συνθήκες με αλλαγή διάθεσης, παραίτηση, ανηδονία και μη ευχαρίστηση από εργασία. Φαίνεται πως ο γενικότερος μηχανισμός άμυνας που χρησιμοποιείται από τους εργαζομένους που ανήκουν σε διαφορετική κατηγορία οικογενειακής κατάστασης να είναι διαφορετικός, δηλαδή οι έγγαμοι αντιδρούν στην ψυχική πίεση (στρες) με αγχώδη στοιχεία, ενώ οι άγαμοι με στοιχεία κατάθλιψης. Αναφορικά με τον παράγοντα ηλικία διαπιστώνεται ότι στην ηλικιακή ομάδα 35-49 ετών εμφανίζονται συχνότερα στοιχεία διαταραχής του ύπνου, ταχυκαρδίας, πανικού, έντασης, αύξησης καπνίσματος και επιπλέον στοιχεία θλίψης, αδιαφορίας για το μέλλον στην εργασία και ανηδονίας ή μη ευχαρίστησης.

Ανάλογα ευρήματα διεθνών μελετών τονίζουν ότι το εργασιακό άγχος μπορεί να συμβάλλει

στην εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης, ψυχικών διαταραχών και κατάθλιψης, με σημαντικές συνέπειες στα ίδια τα άτομα, το επαγγελματικό και οικογενειακό τους περιβάλλον και την κοινότητα.²²⁻²⁶

Οι μελέτες δείχνουν ότι οι συναισθηματικές επιδράσεις του άγχους στην εργασία οδηγούν σε συναισθηματική εξάντληση, η οποία οδηγεί σε αποπροσωποποίηση, ιδιαίτερα στους άγαμους επαγγελματίες υγείας.^{23,27-32}

Έρευνες που έλαβαν υπόψη τους την οικογενειακή κατάσταση των επαγγελματιών υγείας αναδεικνύουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς κυρίως στους έγγαμους εργαζομένους, όχι μόνο λόγω της εξουθένωσης από την εργασία (ασάφεια ρόλων, φόρτος εργασίας, διαπροσωπικές σχέσεις), αλλά κυρίως εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου, της απουσίας κοινωνικής υποστήριξης και των χαμηλών οικονομικών απολαβών.^{27,29,33} Σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και κατά συνέπεια ψυχικών διαταραχών και κατάθλιψης, φαίνεται να είναι η ικανοποίηση από την εργασία.^{34,35}

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Healy και McKay (2008) έδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του στρες του νοσηλευτικού επαγγέλματος και των διαταραχών στη διάθεση, με βασική αιτία τον φόρτο εργασίας²⁵. Η Ruggiero σε μελέτη για τη σχέση του άγχους και της κατάθλιψης με το

κυκλικό ωράριο σε επαγγελματίες υγείας αναφέρει ότι όσοι εργάζονταν λιγότερες βάρδιες και σαββατοκύριακα το μήνα, εμφάνιζαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και χαμηλότερη συναισθηματική εξουθένωση και προτείνει βελτιώσεις και παρεμβάσεις στον προγραμματισμό του ωραρίου, με στόχο τη μείωση της εμφάνισης της κατάθλιψης, της συναισθηματικής πίεσης και την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία.³⁶

Παρελθούσα μελέτη των Moore και Cooper αναφέρει ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δέχονται τις ίδιες πιέσεις στη εργασία τους με τους υπόλοιπους εργαζομένους αλλά αντιμετωπίζουν επιπλέον συναισθηματική ένταση για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας της ειδικότητάς τους.³⁷

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, καταδεικνύεται ότι το εργασιακό άγχος, οι συνθήκες εργασίας ή η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων αντανακλάται στους μεν έγγαμους σε ψυχολογικό επίπεδο και επίπεδο συμπεριφοράς, ενώ στους άγαμους σε συναισθηματικό επίπεδο. Και τα δύο επίπεδα είναι πιθανά πρόδρομα στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης.

Για να επιτευχθεί ο έλεγχος του άγχους στους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δοθεί έμφαση και προτεραιότητα σε οργανωτικές



αλλαγές που βελτιώνουν τις συνθήκες εργασίας. Αλλά ακόμη και οι πιο σοβαρές προσπάθειες για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας είναι απίθανο να εξαλείψουν εντελώς το άγχος από όλους τους εργαζόμενους. Έτσι, ο συνδυασμός οργανωτικών αλλαγών και διαχείρισης άγχους είναι συχνά η πιο επιτυχημένη προσέγγιση για τη μείωσή του στην εργασία.³⁸ Οι οργανισμοί θα μπορούσαν να στοχεύσουν στον επανασχεδιασμό και την κατανομή των θέσεων εργασίας ή την πραγματοποίηση αλλαγών, όσον αφορά την οργάνωση. Επίσης, θα ήταν χρήσιμο να εξασφαλισθεί ότι ο φόρτος εργασίας είναι σύμφωνος με τις δυνατότητες των εργαζομένων και τους πόρους, να υπάρχει σαφής καθορισμός των ρόλων και των ευθυνών των εργαζομένων και η συμμετοχή τους σε αποφάσεις και ενέργειες που επηρεάζουν τις θέσεις εργασίας τους και να τους παρέχονται ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση, να βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ προϊσταμένων και υφισταμένων και να μειωθεί η αβεβαιότητα σχετικά με την επαγγελματική εξέλιξη και μελλοντικές προοπτικές απασχόλησης.³⁹

Το άγχος έχει βρεθεί να σχετίζεται με διάφορα είδη αντιδράσεων, όπως την ψυχολογική αντίδραση (π.χ. ευερεθιστότητα, εργασιακή δυσαρέσκεια, κατάθλιψη), την εγκεφαλική (π.χ. διαταραχές ύπνου), τη φυσική (π.χ. κεφαλαλγία, στομαχικές

διαταραχές, μεταβολές στην πίεση του αίματος) και τη λειτουργική (π.χ. απουσίες από την εργασία, συχνές αναρρωτικές άδειες).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα, και ιδιαίτερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, φαίνεται να παρουσιάζει μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία, σε σχέση με τα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας. Το γυναικείο φύλο και η οικογενειακή κατάσταση συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Με βάση τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα στοιχεία άγχους και κατάθλιψης μπορεί να έχουν πιθανές επιπτώσεις στην εργασία και την υγεία των εργαζομένων. Οργανωτικές παρεμβάσεις για την αποτροπή ή πρόληψη της ψυχολογικής και εργασιακής επιβάρυνσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας κρίνονται αναγκαίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). New York: The Guilford Press. Handbook of emotions, 2000, pp.573-593.
2. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychologist* 2000; 55(11): 1247-63.
3. Ποταμιάνος Γ. Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995.

4. Rosen JB, Schulkin J. From normal fear to pathological anxiety. *Psychol Rev* 1998; 105 (2): 325–50.
5. Beehr TA, Newman JE. Job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology* 1978; 31(4): 665 – 699.
6. Ρούπα Ζ, Ραφτόπουλος Β, Τζαβέλας Γ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ, Κοτρώτσιου Ε. Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα. *Νοσηλευτική* 2008; 47(2) 247–255.
7. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 307–311.
8. Preising M, Merikangas KR, Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatry Scand* 2001; 104: 96–103.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.(DSM-IV). Washington. DC, American Psychiatric Association, 1994; pp 325-338.
10. Kaplan HJ, Sandock BJ. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences, Clinical psychiatry (5th Ed.) Baltimore: Williams & Wilkins 2001.
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in Primary Care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317 - 325.
12. WHO. European Ministerial Conference on Mental Health. Mental health promotion and mental disorder prevention EUR/04/5047810/B8 5 November 2004. Available at: <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief08.pdf>
13. World Health Organization. Programmes and projects. Disorders management. WHO initiative on Depression in Public Health, 2005. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
14. Faulkner N, Mackay EC. Stress in the work place public health and hospitals nurses. *The Canadian Nurse* 2000; 81(4): 40-47.
15. Chiu YL, Chung RG, Wu CS, Ho CH. The effects of job image, control, and social support on hospital clinical nurses' intention to turn over. *Appl Nurs Res* 2009; 22:258-263.
16. Kavari H, Helyani M, Dehghani V. A study of depression prevalence in nurses and it's effective factors in Shiraz Namazi Hospital. *Rawal Med J* 2007; 32: 184-6.
17. Polykandrioti M. Bourn out syndrome. *Health Science Journal* 2009; 3(4): 195-196.



18. Iordanou P, Koutavas S, Koulierakis G, Babatsikou F, Kroustalli E, Tarpatzi K. Syndrome of professional bourn out in home service for elderly. Health Science Journal 2009; 3(4): 232-241.
19. Σταυριανόπουλος Θ, Σταμάτη Σ, Γκεβρέκη Ε, Γκουρβέλου Ο, Παπαδημητρίου Μ. Επίπεδα άγχους, κόπωσης, ικανοποίησης και αυτόεκτίμησης νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία της Ηλείας. Το Βήμα του Ασκληπιού 2011; 10(1): 118-133.
20. Bedford A, Foulds GA, Sheffield BF. A new personal disturbance scale:DSSI/sAD. Br J Soc Clin Psychol 1976; 15: 387-394.
21. Roupa Z, Tatsiou I, Tsiklitara A, Koulouri A, Nikas M, Mpiskini I, Sotiropoulou P. Anxiety and depression among elderly in the community. Interscientific Health Care 2009; 1(2): 61-66.
22. Tennant C. Work-related stress and depressive disorders. J Psychosom Res 2001; 51(5): 697-704.
23. Foxall MJ, Zimmerman R, Standley R, Captain BB. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. J Adv Nurs 1990; 15: 577-584.
24. Olofson B, Bengtss C, Brink E. Absence of response: A study of nurses; experience of stress in the workplace. J Nurs Manag 2003; 11: 351-358.
25. Baba VV, Galperin BL, Lituchy TR. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean International Journal of Nursing. Int J Nursing Studies 1999; 36(2): 163-169.
26. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. J Advanced Nursing 2008; 31(3): 681 – 688.
27. Foxall MJ, Zimmerman R, Standley R, Captain BB. A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. J Adv Nurs 1990; 15: 577-584.
28. Pines AM, Kaner AD. Nurses' burnout: Lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. J Psychiatr Nurs 1982; 20: 30-35.
29. Matrunola P. Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? J Adv Nurs 1996; 23: 877-834.
30. Gray -Toft P, Anderson JG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. Soc Sci Med 1981; 159: 639-647.
31. Kahil S. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. Can Psychol 1988; 29: 284-297.

32. Fagin L, Brown D, Bartlet H, Leary J, Carson J. The Glaybury community psychiatric nurse stress study: Is it more stressful to work in hospital or the community? *J Adv Nurs* 1996; 22: 347-358.
33. Parikh P, Taukari A , Bhattacharya T. Occupational stress and coping among nurses. *J Health Mana* 2004; 6(2): 115-127.
34. Kalliath T, Morris R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *JONA* 2002; 32(12): 648-654.
35. Billeter-Koponen S, Fredén L. Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Sca J Caring Sci* 2005; 19(1): 20-27.
36. Ruggiero JS. Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *JONA* 2005; 35(5): 254-263.
37. Moore KA, Cooper CL. Stress in mental health professionals: a theoretical overview. *Inter J Soc Psych* 1996; 42(2): 82-89.
38. Murphy LR. Organizational interventions to reduce stress in health care professionals. In Firth-Cozens J, Payne R, eds. *Stress in health professionals. Psychological and organizational causes and interventions*. New York: Wiley, 1999; pp. 149-162.
39. Bunce D, West M. Changing work environments: innovative coping responses to occupational stress. *Work Stress* 1994; 8: 319-331.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Οικογενειακή κατάσταση και παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους

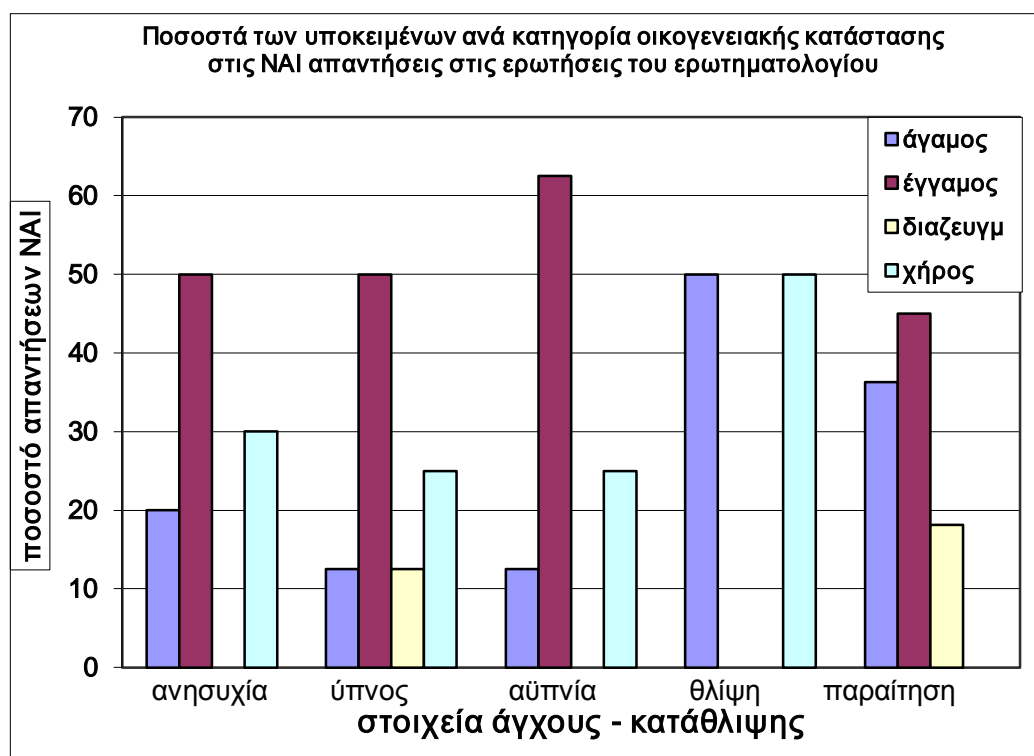
	άγαμος	έγγαμος	διαζευγμένος	χήρος	p
1. Ανησυχία	20,0%	50,0%	0,0%	30,0%	0,001
2. Δυσκολία ύπνου	12,5%	50,0%	12,5%	25,0%	0,020
3. Ταχυκαρδία	28,5%	28,5%	14,3%	28,5%	0,680
4. Δυσκολία ηρεμίας	46,6%	26,6%	13,3%	13,3%	0,004
5. Θλίψη	36,3%	45,0%	18,1%	0,0%	0,363
6. Παραίτηση	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,001
7. Πανικός	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,678
8. Κακή διάθεση	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,001
9. Ένταση	34,4%	44,8%	13,7%	6,8%	0,230
10. Σκοτεινό μέλλον	31,2%	43,7%	12,5%	12,5%	0,190
11. Αϋπνία	12,5%	62,5%	0,0%	25,0%	0,001
12. Ανηδονία	66,6%	33,3%	0,0%	0,0%	0,027
13. Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,100
14. Αυτοκτονικός ιδεασμός	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	---

Πίνακας 2. Ηλικία και παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους.

	20 έως 34	35 έως 49	50 έως 65	P
1. Ανησυχία	16,6%	50,0%	33,3%	0,290
2. Δυσκολία ύπνου	12,5%	50,0%	37,5%	0,050
3. Ταχυκαρδία	14,2%	57,1%	28,5%	0,004
4. Δυσκολία ηρεμίας	33,3%	46,6%	20,0%	0,210
5. Θλίψη	27,2%	63,6%	9,0%	0,003
6. Παραίτηση	0,0%	50,0%	50,0%	0,340
7. Πανικός	20,0%	80,0%	0,0%	0,018
8. Κακή διάθεση	37,5%	37,5%	25,0%	0,018
9. Ένταση	31,0%	44,8%	24,1%	0,049
10. Σκοτεινό μέλλον	12,5%	43,7%	43,7%	0,048
11. Αϋπνία	12,5%	37,5%	50,0%	0,038
12. Ανηδονία	0,0%	66,6%	33,3%	0,032
13. Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων	16,6%	50,0%	32,4%	0,380
14. Αυτοκτονικός ιδεασμός	0,0%	0,0%	0,0%	---



Γράφημα 1. Ποσοστά % των υποκειμένων του δείγματος ανά κατηγορία οικογενειακής κατάστασης (άγαμοι, έγγαμοι, διαζευγμένοι, χήροι) στις θετικές («ναι») απαντήσεις των ερωτήσεων που βρέθηκαν να διαφοροποιούν στατιστικά σημαντικά τους εργαζόμενους ανά οικογενειακή κατάσταση).



Γράφημα 2. Ποσοστά % των υποκειμένων του δείγματος ανά κατηγορία ηλικιακής ομάδας (20 έως 34, 35 έως 49, 50 έως 65) στις θετικές («ναι») απαντήσεις των ερωτήσεων που βρέθηκαν να διαφοροποιούν στατιστικά σημαντικά τους εργαζόμενους ανά ηλικιακή ομάδα.

