

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Ψυχική δυσφορία και στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών

ΣΚΟΠΟΣ Η εκτίμηση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης (κατάθλιψη, άγχος, stress) των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) και η διερεύνηση της συσχέτισης με τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 112 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, μαιές, νοσηλεύτες), οι οποίοι απασχολούνταν σε MENN σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας. Χρησιμοποιήθηκε ένα ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των δημογραφικών-κοινωνικών χαρακτηριστικών, η κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του stress (Depression, Anxiety and Stress Scale, DASS-21) και η κλίμακα στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Ways of Coping Scale). **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το 25,9% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα κατάθλιψης, το 40,2% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα άγχους, ενώ το 28,8% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα stress. Από τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης βρέθηκε ότι οι στρατηγικές «ευχολογία/ονειροπόληση», «ευχολογία» και «παραίτηση» είναι αυτές που χρησιμοποιήθηκαν συχνότερα από τους συμμετέχοντες και συσχετίστηκαν θετικά με την κατάθλιψη, το άγχος και το stress. Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ του γυναικείου φύλου και των στρατηγικών «θετική επαναξιολόγηση», «αναζήτηση κοινωνικής στήριξης», «ευχολογία/ονειροπόληση», «ευχολογία», «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας», «αποφυγή/διαφυγή», «παραίτηση» και «άρνηση». Οι συμμετέχοντες των οποίων η ειδικότητα ήταν η Μαιευτική επιστράτευαν συχνότερα τις στρατηγικές «θετική προσέγγιση», «θετική επαναξιολόγηση», «επίλυση προβλήματος», «ευχολογία/ονειροπόληση», «ευχολογία», «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας» και «άρνηση». Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην επαγγελματική εμπειρία σε MENN και στις στρατηγικές «ευχολογία/ονειροπόληση» και «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας». **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης των επαγγελματιών υγείας και η ανίχνευση των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για να αντεπεξέλθουν στις αγχογόνες καταστάσεις έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να ενισχύσει την υπάρχουσα γνώση σχετικά με την αναγνώριση και τη διαχείριση των αγχογόνων παραγόντων, αλλά και να καθορίσει τις πολιτικές που πρέπει να αναπτυχθούν για βελτίωση των συναισθηματικών διαταραχών.

Τα τελευταία έτη, το stress, το άγχος και η κατάθλιψη των επαγγελματιών υγείας έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ιατροί, οι νοσηλεύτες, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται καθημερινά σε αγχογόνες καταστάσεις και συνθήκες, όπως σύγκρουση ρόλων, ανησυχία για ιατρικά λάθη και

δικαστικές διαμάχες, λεκτική ή σωματική κακοποίηση από ασθενείς και φροντιστές, καθώς επίσης εκφοβισμό από συναδέλφους.^{1,2} Επί πλέον, η ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας επιβαρύνεται λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας, των παρατεταμένων ωραρίων εργασίας και του κυκλικού ωραρίου. Αυτοί οι παράγοντες σχετίζονται με το

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2023, 40(5):609-617
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2023, 40(5):609-617

**A. Κύρου,
X. Παπαθανασίου**

ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»,
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό
Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Mental distress and coping
strategies used by healthcare
professionals in NICU's

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Άγχος
Κατάθλιψη
MENN
Στρατηγικές αντιμετώπισης
αγχογόνων καταστάσεων
Stress

Υποβλήθηκε 2.8.2022
Εγκρίθηκε 3.9.2022

stress στον χώρο εργασίας και ενδέχεται να οδηγήσουν σε εξουθένωση, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές ύπνου, καθώς επίσης και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές.^{3,4}

Από τους επαγγελματίες υγείας, όσοι απασχολούνται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN) φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και είναι περισσότερο επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχικής δυσφορίας.^{5,6} Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι, τα τελευταία 20 έτη, η ανάπτυξη και η εξέλιξη των MENN σε ιατρικό, τεχνολογικό και διαγνωστικό επίπεδο ήταν ραγδαία, με αποτέλεσμα να έχει αυξηθεί όχι μόνο η επιβίωση των πρόωρων νεογνών, αλλά και ο φόρτος εργασίας και το εργασιακό stress των εργαζομένων σε MENN. Επί πλέον, οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε MENN επιφορτίζονται καθημερινά με τη συνεχή και εντατική παρακολούθηση των πασχόντων νεογνών, ενώ παράλληλα απαιτείται να χρησιμοποιούν εξελιγμένη βιοϊατρική τεχνολογία, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ύπαρξη εξειδικευμένων θεωρητικών γνώσεων και ειδικών κλινικών δεξιοτήτων προκειμένου να ανταποκριθούν με επάρκεια στον ρόλο τους.^{7,8}

Μια άλλη διάσταση του ιδιαίτερα στρεσογόνου και απαιτητικού περιβάλλοντος μιας MENN, που επιβαρύνει επιπρόσθετα την ψυχική υγεία των εργαζομένων, αφορά στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να συνεργαστούν όχι μόνο μεταξύ τους αλλά και με τους γονείς των πασχόντων νεογνών, βοηθώντας αυτούς να αντιμετωπίσουν τη στρεσογόνο κατάσταση της εισαγωγής για νοσηλεία και του αποχωρισμού. Αυτές οι καθημερινές απαιτήσεις επιφορτίζουν συναισθηματικά τον επαγγελματία υγείας και επηρεάζουν αρνητικά τις προσαρμοστικές δυνατότητές του, μειώνουν την αποτελεσματική εκτέλεση των εργασιακών του καθηκόντων και διεισδύουν, επί πλέον, σε άλλους τομείς της καθημερινής ζωής του, προκαλώντας επιπρόσθετο stress. Η ψυχική δυσφορία δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί στους επαγγελματίες υγείας μακροχρόνια ψυχιατρικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές.^{9,10}

Είναι γεγονός ότι κάθε άνθρωπος αντιδρά στις στρεσογόνες καταστάσεις με διαφορετικό τρόπο, πολλές φορές μοναδικό, και ενεργοποιεί κάποιες στρατηγικές για να τις αντιμετωπίσει και να διασφαλίσει τη σωματική και την ψυχική του βιωσιμότητα. Οι μέθοδοι αυτές είναι γνωστές ως «Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων» (ΣΑΑΚ). Οι ΣΑΑΚ μάς δείχνουν πώς το άτομο αλληλεπιδρά με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται κάθε φορά και πώς κινητοποιείται προκειμένου να διευθετήσει το άγχος του. Η αντιμετώπιση είναι μια δυναμική διεργασία όπου πολλοί παράγοντες συμμετέχουν, όπως το φύλο, η ηλικία,

η επαγγελματική ιδιότητα, αλλά και η αλληλεπίδραση ψυχοκοινωνικών, περιβαλλοντικών και ενδοπροσωπικών παραγόντων.^{8,11} Η ψυχική δυσφορία που προκαλείται στον εργασιακό χώρο και οι ΣΑΑΚ συνιστούν έννοιες οι οποίες περιλαμβάνουν διαφορετικές διαστάσεις και εκδηλώνονται με ποικίλες συμπεριφορικές εκφάνσεις, ενώ η επίδρασή τους μπορεί να έχει θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο τόσο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας όσο και στην προσωπική τους εξέλιξη.¹²

Όπως φαίνεται, πολυάριθμες έρευνες στην Ελλάδα και διεθνώς έχουν ασχοληθεί σε γενικό πλαίσιο με το ζήτημα του άγχους, του stress και της κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην ανίχνευση του άγχους, του stress και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε MENN και στη συσχέτισή τους με τις ΣΑΑΚ. Δεδομένης της σπουδαιότητας της νεογνολογικής νοσηλευτικής φροντίδας, η διερεύνηση των συγκεκριμένων επιπέδων και των σχέσεών τους είναι ιδιαίτερα σημαντική και κρίσιμη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια συγχρονική μελέτη. Η συλλογή δεδομένων έγινε με χρήση γραπτού ερωτηματολογίου, το οποίο αποτελείται από τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος καταγράφηκαν τα δημογραφικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, ιθαγένεια, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική ειδικότητα, συνολική προϋπηρεσία και προϋπηρεσία σε MENN). Τα υπόλοιπα δύο μέρη είχαν σκοπό την καταγραφή των επιπέδων άγχους, stress και κατάθλιψης των επαγγελματιών υγείας και των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση των αγχωγόνων καταστάσεων. Για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιήθηκαν το εργαλείο Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) και το ερωτηματολόγιο στρατηγικών αντιμετώπισης αγχωγόνων καταστάσεων (Ways of Coping Scale), τα οποία είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα στον ελληνικό πληθυσμό.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 112 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε MENN, σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Αθήνας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε έντυπη μορφή στο προσωπικό των MENN. Στο σύνολο χορηγήθηκαν 160 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 112 (ποσοστό συμμετοχής 70%). Στη μελέτη περιλήφθηκαν μόνο τα ερωτηματολόγια που ήταν πλήρως συμπληρωμένα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Δεκέμβριο του 2020 έως τον Φεβρουάριο του 2021, ενώ το διάστημα που δόθηκε ως περιθώριο για τη συμπλήρωσή τους ήταν 60 ημέρες. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε από 10 έως 15 λεπτά.

Ερευνητικά εργαλεία

Το εργαλείο DASS-21 είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου

21 ερωτήσεων που σχεδιάστηκε για την εκτίμηση της σοβαρότητας των βασικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του stress. Κατά την ολοκλήρωση του DASS, το άτομο πρέπει να υποδείξει την παρουσία ενός συμπτώματος την προηγούμενη εβδομάδα. Κάθε ερώτηση είναι σε κλίμακα Likert με τέσσερις βαθμούς από 0 (δεν ίσχυε καθόλου για μένα) έως 3 (ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Το DASS-21 περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν σε τρεις ξεχωριστές κατηγορίες ερωτημάτων με τυχαία σειρά: stress, άγχος, κατάθλιψη. Η συνολική βαθμολογία (score) για κάθε μία από τις κατηγορίες του ερωτηματολογίου (stress, άγχος, κατάθλιψη) προέκυψε από το άθροισμα των βαθμών κάθε κατηγορίας πολλαπλασιαζόμενο επί δύο. Με βάση τα εκατοστημόρια, το εγχειρίδιο DASS υποδηλώνει ότι οι βαθμολογίες 0–77 αντιπροσωπεύουν κανονικές καταστάσεις, οι βαθμολογίες 78–86 ήπια διαταραχή, οι 87–94 μέτρια διαταραχή, οι 95–97 σοβαρές διαταραχές και οι 98–100 εξαιρετικά σοβαρή διαταραχή.¹³ Η κλίμακα DASS αναπτύχθηκε αρχικά για άτομα ηλικίας 17 ετών και άνω, αλλά μπορεί να είναι κατάλληλη και για νεαρότερη ηλικία.¹⁴ Ο σκοπός είναι η εκτίμηση της σοβαρότητας των βασικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, του άγχους και του stress (ή της έντασης) κατά την προηγούμενη εβδομάδα.^{13,14} Ειδικότερα, οι δηλώσεις 3, 5, 10, 13, 16, 17 και 21 μετρούν την κατάθλιψη, οι δηλώσεις 2, 4, 7, 9, 15 και 19 μετρούν το άγχος και οι δηλώσεις 1, 6, 8, 11, 12, 14 και 18 μετρούν το stress. Το εργαλείο έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες και η κλίμακα έχει σταθμιστεί και στα Ελληνικά.¹⁵ Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας στην ελληνική έκδοση ήταν $\alpha=0,965$.

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι στρατηγικές που εφαρμόζουν οι επαγγελματίες υγείας όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με αγχογόνες καταστάσεις, χρησιμοποιήθηκε το προσαρμοσμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο «τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων» (Ways of Coping).¹⁶ Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Το ερωτηματολόγιο των Folkman και Lazarus αποτελείται από 68 θέματα που σχετίζονται με τις πιθανές μεθόδους και τακτικές τις οποίες χρησιμοποιεί ένα άτομο όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με κάποιο πρόβλημα. Η προσαρμογή του ερωτηματολογίου στα Ελληνικά έγινε το 1998¹⁷ με την ονομασία ΣΑΑΚ. Στην ελληνική έκδοση η κλίμακα περιλαμβάνει 38 δηλώσεις, οι οποίες συγκροτούνται στους εξής πέντε επί μέρους παράγοντες: (α) Ο παράγοντας «θετική προσέγγιση» αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να επανεκτιμήσει με θετικό τρόπο τις καταστάσεις άγχους και παράλληλα να σχεδιάσει τρόπους επίλυσης του προβλήματος, (β) ο παράγοντας «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να εξασφαλίσει την απαιτούμενη βοήθεια από τον κοινωνικό του περίγυρο προκειμένου να επιλύσει το πρόβλημά του, (γ) ο παράγοντας «ευχολογία/ονειροπόληση» αναφέρεται στην τάση του ατόμου να φαντάζεται ότι το πρόβλημά του θα ξεπεραστεί με ένα θαύμα ή ονειροπολώντας πώς θα ήταν η κατάσταση αν δεν είχε προκύψει το πρόβλημα το οποίο τον απασχολεί, (δ) ο παράγοντας «αποφυγή/διαφυγή» αναφέρεται στην τάση του ατόμου για επαναξιολόγηση της προβληματικής κατάστασης με παράλληλη υποτίμηση της πραγματικής βαρύτητας του προβλήματος, (ε) ο παράγοντας «διεκδικητική επίλυση του

προβλήματος» αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει άμεσα και διεκδικητικά την προβληματική κατάσταση ή το άτομο που την προκαλεί.

Οι παράγοντες «θετική προσέγγιση», «διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» υπάγονται σχηματικά στις στρατηγικές που ονομάζονται «εστιασμένες στο πρόβλημα», ενώ οι παράγοντες «ευχολογία/ονειροπόληση» και «αποφυγή/διαφυγή» υπάγονται στις στρατηγικές οι οποίες ονομάζονται «εστιασμένες στο συναίσθημα». Ο πρώτος, ο τρίτος και ο τέταρτος παράγοντας υποδιαιρούνται σε δύο επί μέρους εσωτερικές διαστάσεις και, άρα, συνολικά από το ερωτηματολόγιο εξάγονται 11 παράγοντες. Ειδικότερα, ο παράγοντας «θετική προσέγγιση» αναλύεται σε δύο επί μέρους διαστάσεις: τη «θετική επαναξιολόγηση» και την «επίλυση προβλήματος». Ο παράγοντας «ευχολογία/ονειροπόληση» φανέρωσε, επίσης, δύο επί πλέον διαστάσεις: την «ευχολογία» και την «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας». Κατά τον ίδιο τρόπο και ο παράγοντας «αποφυγή/διαφυγή» αναλύεται στις διαστάσεις: «παραίτηση» και «άρνηση». Στο δείγμα Ελλήνων φοιτητών όπου έγινε η προσαρμογή της κλίμακας, η εσωτερική αξιοπιστία (δείκτης Cronbach) σε καθέναν από τους 11 παράγοντες ήταν ικανοποιητική, καθώς κυμαινόταν από $\alpha=0,60$ έως $\alpha=0,79$. Οι συμμετέχοντες καλούσαν να απαντήσουν πόσο συχνά εφαρμόζαν τη στρατηγική που περιγράφει η κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας μια πεντάβαθμη κλίμακα, όπου 0 (ποτέ) και 4 (πάντα). Το ερωτηματολόγιο κατέληγε σε 11 τιμές που αντιστοιχούσαν στους μέσους όρους των απαντήσεων των ατόμων στις ερωτήσεις οι οποίες συγκροτούσαν τους 11 παραπάνω παράγοντες.¹⁷

Ηθική και δεοντολογία

Κατά τη διαδικασία εκπόνησης της έρευνας τηρήθηκαν οι γενικοί κανόνες αρχών ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την κοινωνική έρευνα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν εθελοντική, ενώ διασφαλίστηκε η ενημερωμένη συναίνεση των συμμετεχόντων στην έρευνα, η ανωνυμία τους και η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων τους (GDPR) σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, εξασφαλίζοντας την εμπιστευτικότητα και τη διαθεσιμότητα προσωπικών δεδομένων. Επιπρόσθετα, για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκαν άδειες από τα επιστημονικά συμβούλια των νοσοκομείων απ' όπου επιλέχθηκε το δείγμα της έρευνας, καθώς και άδεια χρήσης των κλιμάκων DASS-21 και ΣΑΑΚ.

Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση (standard deviation, SD), καθώς και η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, μετά από κατάλληλο έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής μέσω του στατιστικού ελέγχου Kolmogorov-Smirnov, ενώ για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε η απόλυτη (N) και η σχετική συχνότητα (%). Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης

μεταβλητών (stepwise linear regression analysis) εφαρμόστηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις υπό μελέτη μεταβλητές, από την οποία προέκυψαν οι συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors, SE). Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο $\alpha=0,05$. Για τη στατιστική ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 112 άτομα με μέση ηλικία τα 42,2 έτη (SD: 8,8 έτη). Το 87,5% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 98,2% είχαν ελληνική ιθαγένεια. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι (62,5%), ενώ το 28,6% των συμμετεχόντων ήταν άγαμοι. Επίσης, το 63,4% των συμμετεχόντων είχαν παιδιά, με το 53,5% από αυτούς να έχουν δύο παιδιά. Τέλος, όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσής τους, το 80% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος/Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ/ΤΕΙ) και το 17,3% αυτών ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού. Η ειδικότητα της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων (66,4%) ήταν η Μαιευτική, ενώ το 25,5% αυτών ήταν παιδίατροι. Αναφορικά με την εργασιακή τους εμπειρία, όπως φάνηκε, εργάζονταν κατά μέσο όρο 16,1 έτη (SD: 9,3 έτη), ενώ, παράλληλα, εργάζονταν 11 έτη κατά μέσο όρο στη ΜΕΝΝ. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για τις διαστάσεις της κλίμακας εκτίμησης των ΣΑΑΚ και της DASS. Στον πίνακα 3 περιγράφεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και stress που αντιμετώπιζαν. Όπως φάνηκε, το 25,9% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα κατάθλιψης, το 40,2% τουλάχιστον ήπια επίπεδα άγχους, ενώ το 28,8% αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα stress. Η συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του εργαλείου DASS-21 με τη βαθμολογία τους στις διαστάσεις της κλίμακας εκτίμησης των ΣΑΑΚ παρουσιάζεται στον πίνακα 4. Όπως φαίνεται, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων σε όλες τις διαστάσεις του εργαλείου DASS-21 (και στο σύνολό του) με τη βαθμολογία τους στις διαστάσεις «ευχολογία/ονειροπόληση», «ευχολογία», «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας», «αποφυγή/διαφυγή» και «παραίτηση», υποδεικνύοντας ότι τα άτομα που ονειροπολούν περισσότερο, εκείνα που αναζητούν συχνότερα τη θεϊκή βοήθεια για την επίλυση των προβλημάτων τους, καθώς και αυτοί που αποφεύγουν και

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικά		n	%	
Φύλο	Άνδρας	14	12,5	
	Γυναίκα	98	87,5	
Ιθαγένεια	Ελληνική	110	98,2	
	Άλλη	2	1,8	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος(η)	32	28,6
		Έγγαμος(η)	70	62,5
Διαζευγμένος(η)		5	4,5	
	Συμβίωση	4	3,6	
	Χήρος(α)	1	0,9	
	Άλλο	0	0,0	
	Παιδιά	Όχι	41	36,6
		Ναι	71	63,4
Αν ναι, πόσα	1	18	25,4	
	2	38	53,5	
	3	14	19,7	
	>3	1	1,4	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	88	80,0	
	Κάτοχος μεταπτυχιακού	19	17,3	
	Κάτοχος διδακτορικού	1	0,9	
	Άλλο	2	1,8	
Ειδικότητα	Ειδικευόμενη παιδίατρος	1	0,9	
	Μαιευτική	73	66,4	
	Νοσηλευτική	8	7,3	
	Παιδίατρος	28	25,5	
Χρόνος συνολικής εργασιακής εμπειρίας (μέση τιμή [SD])		16,1 (9,3)		
Έτη επαγγελματικής απασχόλησης στη ΜΕΝΝ (μέση τιμή [SD])		11,0 (8,7)		

ΑΕΙ/ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΜΕΝΝ: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

παραιτούνται από την επίλυση των προβλημάτων τους αντιμετώπιζουν και στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους, stress και κατάθλιψης. Επίσης, οι συμμετέχοντες που αναζητούσαν συχνότερα την κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε ότι αντιμετώπιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα stress, ενώ, παράλληλα, εκείνοι που αρνούνταν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους αντιμετώπιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και stress.

Από τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης (πίν. 5) βρέθηκε ότι αύξηση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «ευχολογία/ονειροπόληση» συνδέθηκε με αύξηση της βαθμολογίας τους στη

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα για τις διαστάσεις της κλίμακας εκτίμησης των στρατηγικών αντιμετώπισης των αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και της DASS-21.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	SD
Θετική προσέγγιση	3	32	19,8	6,7
Θετική επαναξιολόγηση	2	21	12,6	4,6
Επίλυση προβλήματος	0	12	7,1	2,7
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0	17	10,5	3,6
Ευχολογία/ονειροπόληση	0	22	9,7	5,8
Ευχολογία	0	15	6,8	4,1
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	0	8	2,9	2,3
Αποφυγή/διαφυγή	1	25	13,5	5,1
Παραίτηση	0	15	7,4	3,1
Άρνηση	0	12	6,1	2,8
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0	9	4,3	2,1
DASS-21				
Κατάθλιψη	0	17	3,3	3,6
Άγχος	0	19	3,7	3,6
Stress	0	17	6	3,8
Συνολική βαθμολογία	0	53	12,9	9,9

DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale (κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του stress), SD: Standard deviation (τυπική απόκλιση)

διάσταση «κατάθλιψη», υποδηλώνοντας ότι τα άτομα που ονειροπολούσαν περισσότερο αντιμετώπιζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, ενώ αύξηση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «παραίτηση» συνδέθηκε με αύξηση της βαθμολογίας τους στη διάσταση «κατάθλιψη»,

Πίνακας 3. Κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και stress που αντιμετωπίζουν.

	Επίπεδα	n	%
Κατάθλιψη	Φυσιολογικά	83	74,1
	Ήπια	8	7,1
	Μέτρια	13	11,6
	Σοβαρά	7	6,3
Άγχος	Εξαιρετικά σοβαρά	1	0,9
	Φυσιολογικά	67	59,8
	Ήπια	9	8,0
	Μέτρια	21	18,8
Stress	Σοβαρά	6	5,4
	Εξαιρετικά σοβαρά	9	8,0
	Φυσιολογικά	79	71,2
	Ήπια	12	10,8
	Μέτρια	12	10,8
	Σοβαρά	7	6,3
	Εξαιρετικά σοβαρά	1	0,9

υποδεικνύοντας ότι τα άτομα που παραιτούνταν συχνότερα από τα προβλήματά τους αντιμετώπιζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Επί πλέον, η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι η «ευχολογία» και η «παραίτηση» είναι οι στρατηγικές που βρέθηκαν να συσχετίζονται με τα επίπεδα άγχους, υποδεικνύοντας ότι τα άτομα τα οποία παραιτούνταν πιο συχνά από τα προβλήματά τους και χρησιμοποιούσαν συχνότερα την «ευχολογία» αντιμετώπιζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Όσον αφορά στη διάσταση του stress, η «παραίτηση» συνδέθηκε με αύξηση της βαθμολογίας, υποδεικνύοντας ότι τα

Πίνακας 4. Συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στις διαστάσεις του εργαλείου DASS-21, με τη βαθμολογία τους στις διαστάσεις της κλίμακας εκτίμησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ).

	Κατάθλιψη		Άγχος		Stress		Συνολική βαθμολογία DASS-21	
	r	Τιμή p	r	Τιμή p	r	Τιμή p	r	Τιμή p
Θετική προσέγγιση	0,14	0,134	0,07	0,439	0,13	0,178	0,13	0,182
Θετική επαναξιολόγηση	0,16	0,084	0,10	0,311	0,08	0,382	0,13	0,185
Επίλυση προβλήματος	0,09	0,349	0,05	0,603	0,18	0,059	0,12	0,216
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,07	0,475	0,17	0,073	0,26	0,006	0,19	0,050
Ευχολογία/ονειροπόληση	0,43	<0,001	0,28	0,004	0,25	0,008	0,36	<0,001
Ευχολογία	0,40	<0,001	0,28	0,003	0,25	0,009	0,34	<0,001
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	0,37	<0,001	0,20	0,039	0,20	0,034	0,29	0,002
Αποφυγή/διαφυγή	0,41	<0,001	0,28	<0,003	0,40	<0,001	0,41	<0,001
Παραίτηση	0,38	<0,001	0,33	<0,001	0,46	<0,001	0,44	<0,001
Άρνηση	0,31	0,001	0,13	0,187	0,20	0,033	0,24	0,013
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,13	0,188	0,09	0,336	0,14	0,134	0,14	0,153

DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale (κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του stress)

Πίνακας 5. Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης (έπειτα από τη διαδικασία της διαδοχικής ένταξης και αφαίρεσης μεταβλητών), με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις της DASS-21.

	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα (SE)	Τιμή p
<i>Εξαρτημένη μεταβλητή «κατάθλιψη»</i>			
Ευχολογία/ονειροπόληση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	0,21	0,06	0,001
Παραίτηση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	0,25	0,12	0,029
<i>Εξαρτημένη μεταβλητή «άγχος»</i>			
Ευχολογία/ονειροπόληση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	0,19	0,09	0,047
Παραίτηση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	0,28	0,12	0,022
<i>Εξαρτημένη μεταβλητή «stress»</i>			
Παραίτηση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	0,55	0,11	<0,001
<i>Εξαρτημένη μεταβλητή «συνολική βαθμολογία DASS-21»</i>			
Ευχολογία/ονειροπόληση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	0,52	0,24	0,032
Παραίτηση (αύξηση κατά 1 μονάδα)	1,07	0,31	<0,001

DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale (κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του stress)

άτομα που παραιτούνταν συχνότερα από τα προβλήματα τους αντιμετώπιζαν υψηλότερα επίπεδα stress. Επιπρόσθετα, η «ευχολογία/ονειροπόληση» και η «παραίτηση» αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες στην πολυπαραγοντική ανάλυση και για τη συνολική βαθμολογία DASS-21.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, το 25,9% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα κατάθλιψης, το 40,2% αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα άγχους, ενώ το 28,8% αντιμετώπιζαν τουλάχιστον ήπια επίπεδα stress. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης σχετικά με την εμφάνιση stress, άγχους και κατάθλιψης κατέδειξαν ότι το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό μιας ΜΕΝΝ υφίσταται ψυχική καταπόνηση, ενώ είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα μελέτης που εκπονήθηκε στο Hong Kong¹⁸ σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης stress, άγχους και κατάθλιψης, όπου τα αντίστοιχα αποτελέσματα ήταν 41,1%, 37,3% και 35,8%. Ομοίως, σε άλλη μελέτη στο Μεξικό¹⁹ βρέθηκαν ποσοστά stress, άγχους και κατάθλιψης 25,5%, 28,5% και 21,5%, αντίστοιχα, ενώ παρόμοια μελέτη στη Μαλαισία²⁰ ανέφερε στα αποτελέσματά της ότι η συχνότητα εμφάνισης stress, άγχους και κατάθλιψης ήταν 8,5%, 22,5% και 22,3%, αντίστοιχα. Παρόμοια ευρήματα έδειξαν και άλλες έρευνες,^{21,22} γεγονός που καταδεικνύει ότι το περιβάλλον μιας ΜΕΝΝ συνιστά πηγή stress για το προσωπικό και επομένως οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε ΜΕΝΝ διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης ψυχικής δυσφορίας.^{5,8-10,23-31}

Οι ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις της υγειονομικής

περίθαλψης επηρεάζουν όλες τις πλευρές της επαγγελματικής και της προσωπικής ζωής των επαγγελματιών υγείας και διευρύνουν τον κίνδυνο εμφάνισης άγχους, stress και κατάθλιψης. Βασικοί παράγοντες stress για το υγειονομικό προσωπικό αποτελούν η καθημερινή φροντίδα των ασθενών, οι συγκρούσεις μεταξύ συναδέλφων, η αβεβαιότητα της θεραπείας, η έκθεση στον πόνο και στον θάνατο.^{1,2,32} Επί πλέον, ο φόβος λαθών, η ανισορροπία προσπάθειας-ανταμοιβής, το κυμαινόμενο ωράριο, ο υψηλός φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού συνιστούν παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη συναισθηματική κατάσταση.³³⁻³⁶

Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα άγχους και stress δεν διαφοροποιούνται σε σημαντικό βαθμό ως προς τα δημογραφικά και τα εργασιακά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τα έτη προϋπηρεσίας, η οικογενειακή κατάσταση και η ειδικότητα δεν αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του άγχους και του stress. Ωστόσο, τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής θετικής συσχέτισης μεταξύ του φύλου και των επιπέδων κατάθλιψης, καθώς οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους άνδρες, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Το εν λόγω εύρημα επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες^{18,21,37} και ενδεχομένως μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη ενσυναίσθηση προς την οικογένεια και τον ασθενή σε σχέση με τους άνδρες.³⁷

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνάς μας, υπήρξε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας DASS-21 και ορισμένων διαστάσεων

της κλίμακας ΣΑΑΚ. Πιο συγκεκριμένα, οι επαγγελματίες υγείας που επιστράτευαν τις στρατηγικές «ευχολογία/ονειροπόληση» και «παραίτηση» προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αγχογόνες καταστάσεις εμφάνιζαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Επίσης, οι συμμετέχοντες που χρησιμοποιούσαν συχνότερα τις στρατηγικές «ευχολογία» και «παραίτηση» βρέθηκε ότι αντιμετώπιζαν και στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους, ενώ όσοι χρησιμοποιούσαν συχνότερα τη στρατηγική «παραίτηση» παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα stress. Επί πλέον, οι συμμετέχοντες που αναζητούσαν συχνότερα την κοινωνική υποστήριξη εμφάνιζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα stress, ενώ εκείνοι που αρνούνταν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και stress. Τα ευρήματα της έρευνας αναφορικά με τις ΣΑΑΚ και την αρνητική συναισθηματική κατάσταση συνάδουν με τα πορίσματα άλλων ερευνών, που έδειξαν ότι οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν συχνά τις παραπάνω στρατηγικές όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν μια στρεσογόνο κατάσταση.^{8,31,35,40,41} Ωστόσο, αποτελέσματα άλλων ερευνών υποστηρίζουν ότι συχνότερες στρατηγικές για τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ)-MENN είναι η «θετική επαναξιολόγηση», η «θετική προσέγγιση» και η «επίλυση προβλήματος».^{24,42,43}

Ενδιαφέρον παρουσίασαν επίσης τα ευρήματα που αφορούσαν στη συσχέτιση των δημογραφικών-εργασιακών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με τους παράγοντες ΣΑΑΚ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα μεταξύ του γυναικείου φύλου και των στρατηγικών «θετική επαναξιολόγηση», «αναζήτηση κοινωνικής στήριξης», «ευχολογία/ονειροπόληση», «ευχολογία», «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας», «αποφυγή/διαφυγή», «παραίτηση» και «άρνηση». Το εν λόγω εύρημα συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνών,^{38,41} καθώς οι γυναίκες υιοθετούν περισσότερο «στρατηγικές εστιασμένες στο συναίσθημα» και αναζητούν συχνότερα κοινωνική στήριξη σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες στις οποίες δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.^{36,44,45} Ως προς την ειδικότητα, συμμετέχοντες ειδικευμένοι στη Μαιευτική φάνηκε να επιστρατεύουν συχνότερα τις στρατηγικές «θετική προσέγγιση», «θετική επαναξιολόγηση», «επίλυση προβλήματος», «ευχολογία/ονειροπόληση», «ευχολογία», «αναζήτηση θεϊκής βοήθειας» και «άρνηση». Δυστυχώς, δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα για να προβούμε σε σύγκριση με το σχετικό εύρημα.

Τέλος, σημειώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην επαγγελματική εμπειρία σε MENN και στις ΣΑΑΚ «ευχολογία/ονειροπόληση» και «αναζήτηση θεϊ-

κής βοήθειας» και, συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που εργάζονταν περισσότερα έτη στη MENN «ευχολογούν/ονειροπολούν» και «αναζητούν θεϊκή βοήθεια» λιγότερο συχνά. Ωστόσο, όπως και στο προηγούμενο εύρημα, δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα.

Πολυάριθμες έρευνες στην Ελλάδα και διεθνώς έχουν ασχοληθεί σε γενικό πλαίσιο με το ζήτημα του άγχους, του stress και της κατάθλιψης στους επαγγελματίες υγείας. Η παρούσα έρευνα ήλθε να καλύψει το κενό στην ελληνική βιβλιογραφία, καθώς δεν υπάρχουν δεδομένα τα οποία αφορούν στη συσχέτιση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης με τις ΣΑΑΚ που χρησιμοποιεί το προσωπικό των MENN.

Στην παρούσα μελέτη υπήρχαν ορισμένοι περιορισμοί. Βασικός περιορισμός ήταν το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το οποίο ήταν αριθμητικά περιορισμένο και προήλθε από νοσηλευτικά ιδρύματα συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Μια μελλοντική έρευνα με πανελλήνιο δείγμα θα μπορούσε να αναδείξει, ενδεχομένως, τις διαφορές σε επίπεδο περιφερειακών ενοτήτων, δεδομένων των διαφορετικών γεωγραφικών χαρακτηριστικών (π.χ. νησιωτικές περιοχές, ορεινές περιοχές κ.λπ.). Ένας δεύτερος περιορισμός αφορά στη διερεύνηση των κοινωνικο-δημογραφικών και εργασιακών παραγόντων. Σε μελλοντική ερευνητική προσπάθεια θα μπορούσε να διερευνηθεί η επίδραση και άλλων παραγόντων, όπως π.χ. οργανωσιακών (μέγεθος νοσοκομείου βάσει κλινών και ανθρώπινου δυναμικού, οργανωσιακή κουλτούρα, τρόπος διοίκησης κ.λπ.). Ένας τρίτος περιορισμός αφορά στη μεθοδολογία. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές μέθοδοι, καθώς ο σκοπός περιοριζόταν στην εξέταση συσχετίσεων. Είναι χρήσιμο σε μια επόμενη προσπάθεια να χρησιμοποιηθούν και ποιοτικές μέθοδοι, επιχειρώντας να διερευνηθεί σε βάθος η επιλογή συγκεκριμένων ΣΑΑΚ.

Η διερεύνηση τόσο των παραγόντων διακινδύνευσης όσο και των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να συνδράμει τις διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στην έγκαιρη αναγνώριση των επαγγελματιών υγείας που βρίσκονται σε κίνδυνο ψυχικής καταπόνησης και στην εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης για την αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων. Η λειτουργία ομάδων υποστήριξης μεταξύ συναδέλφων, οι διεπιστημονικές συναντήσεις για συζήτηση δύσκολων περιστατικών, η εκπαίδευση του προσωπικού για την απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης συγκρούσεων και συναισθηματικής ρύθμισης, καθώς και η κλινική εποπτεία, συνιστούν ενδεικτικούς τρόπους ενίσχυσης του πνεύματος ομαδικότητας και αλληλοβοήθειας, με απώτερο στόχο τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος το οποίο θα προάγει την ψυχική υγεία.

ABSTRACT

Mental distress and coping strategies used by healthcare professionals in NICU's

A. KYROU, C. PΑPATHANASIOU

MSc "Health Care Management" School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2023, 40(5):609–617

OBJECTIVE The assessment of negative emotional states of depression, anxiety and stress of health professionals working in Neonatal Intensive Care Units (NICU) and the exploration of the correlation with the coping strategies. **METHOD** An anonymous and self-completed questionnaire was used to collect demographic-social characteristics, Depression-Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Ways of Coping Questionnaire. The questionnaire was completed by 112 health professionals (doctors, midwives, nurses) working in NICU in public hospital institutions. **RESULTS** The 25.9% of the participants faced at least mild depression, 40.2% at least mild anxiety and 28.8% at least mild stress. Multiple linear regression analysis indicated that strategies of "prayer/daydream", "prayer", and "resignation" were the most commonly used by the participants and were statistically positively associated with depression, anxiety and stress. Also, there was statistical significance between female gender and strategies of "positive re-evaluation", "seeking social support", "prayer/daydream", "prayer", "searching of divine intervention", "avoidance/escape", "resignation", and "denial". The participants with midwifery specialty employed more often strategies of "positive re-evaluation", "problem solving", "prayer/daydream", "prayer", "searching of divine intervention", and "denial". At the end, there was a statistically significant association between work experience in NICU's and the strategies of "prayer/daydream" and "denial". **CONCLUSIONS** The study of emotional status of health professionals and the ways of coping strategies that they use to handle stressful situations is of high importance, since it can strengthen the existing knowledge on stress management and determine the policies that must be developed for improvement of emotional disturbances.

Key words: Anxiety, Coping strategies, Depression, NICU's, Stress

Βιβλιογραφία

1. PORTOGHESE I, GALLETTA M, LEITER MP, FINCO G, D'ALOJA E, CAMPAGNA M. Job demand-control-support latent profiles and their relationships with interpersonal stressors, job burnout and intrinsic work motivation. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17:9430
2. DE LA CRUZ SP, CRUZ JC, CABRERA JH, ABELLÁN MV. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* 2019, 27:e3144
3. KHAMISA N, OLDENBURG B, PELTZER K, ILIC D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health* 2015, 12:652–666
4. JALILIAN H, SHOUROKI FK, AZMOON H, ROSTAMABADI H, CHOOBINEH A. Relationship between job stress and fatigue based on job demand-control-support model in hospital nurses. *Int J Prev Med* 2019, 10:56
5. TAWFIK DS, PHIBBS CS, SEXTON JB, KAN P, SHAREK PJ, NISBET CC ET AL. Factors associated with provider burnout in the NICU. *Pediatrics* 2017, 139:e20164134
6. PROFIT J, SHAREK PJ, AMSPOKER AB, KOWALKOWSKI MA, NISBET CC, THOMAS EJ ET AL. Burnout in the NICU setting and its relation to safety culture. *BMJ Qual Saf* 2014, 23:806–813
7. KLEIN S, BUCHER HU, HENDRIKS MJ, BAUMANN-HÖLZLE R, STREULI JC, BERGER TM ET AL. Sources of distress for physicians and nurses working in Swiss neonatal intensive care units. *Swiss Med Wkly* 2017, 147:w14477
8. MORAES F, BENETTI ERR, HERR G, STÜBE M, STUMM EMF, GUIDO LA. Coping strategies used by nursing professionals in neonatal intensive care. *REME – Revista Mineira de Enfermagem* 2016, 20:e966
9. FAVROD C, JAN DU CHÉNE L, SOELCH CM, GARTHUS-NIEGEL S, TOLSA JF, LEGAULT F ET AL. Mental health symptoms and work-related stressors in hospital midwives and NICU nurses: A mixed methods study. *Front Psychiatry* 2018, 9:364
10. HAUSER N, NATALUCCI G, BUCHER HU, KLEIN SD, FAUCHÈRE JC. Work-related burden on physicians and nurses working in neonatal intensive care units: A survey. *J Neonatol Clin Pediatr* 2015, 2:13
11. JACOBSON SF. Stresses and coping strategies of neonatal intensive care unit nurses. *Res Nurs Health* 1983, 6:33–40
12. ANDOLHE R, BARBOSA RL, OLIVEIRA EM, COSTA ALS, PADILHA KG. Stress, coping and burnout among Intensive Care Unit nursing staff: Associated factors. *Rev Esc Enferm USP* 2016, 49:58–64
13. LOVIBOND SH, LOVIBOND PF, PSYCHOLOGY FOUNDATION OF AUSTRALIA. *Manual for the depression anxiety stress scales*. 2nd ed. Psychology Foundation of Australia, Sydney, NSW, 1995
14. McDOWELL I. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. 3rd ed. Oxford University Press, Oxford, 2006
15. LYRAKOS NG, ARVANITI C, SMYRNIOU M, KOSTOPANAGIOTOU G.

- Translation and validation study of the depression anxiety stress scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *Eur Psychiatry* 2011, 26(Suppl 1):1731
16. FOLKMAN S, LAZARUS RS. *Ways of coping questionnaire: Research edition*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1988
 17. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΧ. Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία* 1998, 5:260–273
 18. CHEUNG T, YIP PSF. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2015, 12:11072–11100
 19. GARCIA-RIVERA B, MALDONADO-RADILLO S, BARON MR. Emotional affective states (depression, anxiety and stress) of nursing in a Mexican public health sector. *Summa Psicol UST* 2014, 11:65–72
 20. GHAZWIN MY, KAVIAN M, AHMADLOO M, JARCHI A, JAVADI SG, LATIFI S ET AL. The association between life satisfaction and the extent of depression, anxiety and stress among Iranian nurses: A multicenter survey. *Iran J Psychiatry* 2016, 11:120–127
 21. ASAD ZM, SAYARI R, EBADI A, SANAINASAB H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant nurses. *J Mil Med* 2011, 13:103–108
 22. GHAWADRA SF, ABDULLAH KL, CHOO WV, PHANG CK. Psychological distress and its association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital. *J Clin Nurs* 2019, 28:4087–4097
 23. DOS SANTOS RP, CARVALHO ARS, BIEDERMAN B, CAMPOS DE OLIVEIRA JL, VIERA CS, GONÇALVES DE OLIVEIRA TOSO BR. Anxiety and depression among nursing professionals of a Brazilian neonatal intensive care unit. *Int J Dev Res* 2017, 7:15431–15435
 24. MOORE BM, SCHELLINGER K. An examination of the moderating effect of proactive coping in NICU nurses. *J Perinat Neonatal Nurs* 2018, 32:275–285
 25. CZAJA AS, MOSS M, MEALER M. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *J Pediatr Nurs* 2012, 27:357–365
 26. BUCHER HU, KLEIN SD, HENDRIKS MJ, BAUMANN-HÖLZLE R, BERGER TM, STREULI JC ET AL. Decision-making at the limit of viability: Differing perceptions and opinions between neonatal physicians and nurses. *BMC Pediatr* 2018, 18:81
 27. SOROUGH F, ZARGHAM-BOROUJENI A, NAMNABATI M. The relationship between nurses' clinical competence and burnout in neonatal intensive care units. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016, 21:424–429
 28. YU LC, MANSFIELD PK, PACKARD JS, VICARY J, MCCOOL W. Occupational stress among nurses in hospital settings. *AAOHN J* 1989, 37:121–129
 29. WHITE D, TONKIN J. Registered nurse stress in intensive care units – an Australian perspective. *Intensive Care Nurs* 1991, 7:45–52
 30. MCKERRON LC. Dealing with stress of caring for the dying in intensive care units: An overview. *Intensive Care Nurs* 1991, 7:219–222
 31. HEUER L, BENGIAMIN M, DOWNEY VW, IMLER NJ. Neonatal intensive care nurse stressors: An American study. *Br J Nurs* 1996, 5:1126–1130
 32. COLVILLE GA, SMITH JG, BRIERLEY J, CITRON K, NGURU NM, SHAU-NAK PD ET AL. Coping with staff burnout and work-related posttraumatic stress in intensive care. *Pediatr Crit Care Med* 2017, 18:e267–e273
 33. McVICAR A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs* 2003, 44:633–642
 34. SEHLEN S, VORDERMARK D, SCHÄFER C, HERSCHBACH P, BAYERL A, PIGORSCH S ET AL. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: A multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiat Oncol* 2009, 4:6
 35. MIYATA A, ARAI H, SUGA S. Nurse managers stress and coping. *Open J Nurs* 2015, 5:957–964
 36. GHOLAMZADEH S, SHARIF F, RAD FD. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in Admission and Emergency Departments of Hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011, 16:41–46
 37. KHODADADI E, HOSSEINZADEH M, AZIMZADEH R, FOOLADI M. The relation of depression, anxiety and stress with personal characteristics of nurses in hospitals of Tabriz, Iran. *IJMRHS* 2016, 5:140–148
 38. BIAŁEK K, SADOWSKI M. Level of stress and strategies used to cope with stress by physicians working in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2019, 51:361–369
 39. ΚΑΚΛΑΜΑΝΟΥ Ε, ΙΝΤΑΣ Γ, ΚΥΡΩΖΗΣ Α, ΛΥΡΑΚΟΣ Γ. Μελέτη της συναισθηματικής κατάστασης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που διενεργεί καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ). *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2014, 7:37–45
 40. MANNING-JONES S, DE TERTE I, STEPHENS C. Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; a comparison study. *N Z J Psychol* 2016, 45:20–29
 41. ZYGA S, MITROUSI S, ALIKARI V, SACHLAS A, STATHOULIS J, FRADELLOS E ET AL. Assessing factors that affect coping strategies among nursing personnel. *Mater Sociomed* 2016, 28:146–150
 42. TSARAS K, DAGLAS A, MITSI D, PΑPATHANASIOU IV, TZAVELLA F, ZYGA S ET AL. A cross-sectional study for the impact of coping strategies on mental health disorders among psychiatric nurses. *Health Psychol Res* 2018, 6:7466
 43. DA COSTA BRC, PINTO ICJF. Stress, burnout and coping in health professionals: A literature review. *J Psychol Brain Stud* 2017, 1:4
 44. ABASIMI E, ATINDANBILA S, GAI X, MAHAMAH MM. Analysis of stress coping strategies among diploma nursing students in Ghana. *Int J Applied Psychol* 2015, 5:26–32
 45. ΤΣΙΑΡΑ Α. Τρόποι αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με καρκίνο. Μεταπτυχιακή εργασία. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αντιμετώπιση του πόνου». Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, 2006

Corresponding author:

A. Kyrou, Department of Health Units Management, Social Science School, Hellenic Open University, 263 35 Patra, Greece
e-mail: irokirou@outlook.com