



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στη
νοσηλευτική φροντίδα

Δέσποινα Καραμπάση

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παρασκευή Πράπα, Επιστημονικός Συνεργάτης, Επιβλέπων Καθηγητής
Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Φωτεινή Μάλλη, Πνευμονολόγος Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2025



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

THE IMPACT OF SECONDARY TRAUMATIC STRESS ON NURSING CARE

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
1. Η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας	11
1.1 Ορισμός της φροντίδας στην επιστήμη της νοσηλευτικής	11
1.2 Θεωρητικά μοντέλα φροντίδας	12
1.3 Βασικά συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας	13
1.4 Ο ρόλος της φροντίδας στην ανάρρωση και τη συνολική εμπειρία του ασθενούς	15
2. Το δευτερογενές τραυματικό στρες στους νοσηλευτές.....	17
2.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά	17
2.4 Επιπολασμός	18
2.3 Διαφοροποίηση από μετατραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση	20
2.4 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου	22
2.5 Η δυναμική του τραύματος	25
3. Επιπτώσεις του δευτερογενούς τραυματικού στρες στη νοσηλευτική φροντίδα	27
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	32
1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	32
2. Δείγμα και μεθοδολογία	32
3. Αποτελέσματα	34
3.1 Περιγραφική στατιστική.....	34
3.2 Επαγωγική στατιστική	37
4. Συζήτηση	57
4.1 Σχολιασμός και ερμηνεία αποτελεσμάτων.....	57
4.2 Περιορισμοί	59
4.3 Πρακτικές εφαρμογές.....	60
4.4 Προτάσεις μελλοντικών ερευνών	62

4.5 Συμπεράσματα	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι νοσηλευτές εκτίθενται συχνά στο τραύμα των άλλων, γεγονός που τους θέτει σε κίνδυνο για δευτερογενές τραυματικό στρες, το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας σε κλινικό περιβάλλον. Διεξήχθη μια συγχρονική ποσοτική μελέτη με δείγμα 210 νοσηλευτών που εργάζονται σε διάφορα νοσοκομεία στην Ελλάδα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας την Secondary Traumatic Stress Scale και την Quality Nursing Care Scale. Οι νοσηλευτές ανέφεραν μέτρια επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες και υψηλά επίπεδα αντιληπτής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, εντατικής θεραπείας και ογκολογίας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα στρες. Η γραμμική παλινδρόμηση έδειξε ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες προέβλεψε σημαντικά χαμηλότερη αντιληπτή ποιότητα φροντίδας. Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση ή την οικογενειακή κατάσταση. Συμπερασματικά, το δευτερογενές τραυματικό στρες επηρεάζει σημαντικά την αντιληπτή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα κλινικά περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου απαιτούν στοχευμένες στρατηγικές υποστήριξης για την προστασία της ψυχικής υγείας των νοσηλευτών και τη διατήρηση υψηλών προτύπων φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά: δευτερογενές τραυματικό στρες, νοσηλευτική φροντίδα, έκθεση σε τραύμα, ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης

ABSTRACT

Nurses are frequently exposed to the trauma of others, which puts them at risk for secondary traumatic stress, which can negatively affect the quality of care they provide. The aim of this study was to investigate the relationship between secondary traumatic stress and the quality of nursing care in a clinical setting. A cross-sectional quantitative study was conducted with a sample of 210 nurses working in various hospitals in Greece. Data were collected using the Secondary Traumatic Stress Scale and the Quality Nursing Care Scale. Nurses reported moderate levels of secondary traumatic stress and high levels of perceived quality of nursing care. Statistically significant negative associations were found between secondary traumatic stress and all dimensions of nursing care. Nurses in emergency, intensive care and oncology departments showed higher levels of stress. Linear regression showed that secondary traumatic stress significantly predicted lower perceived quality of care. No significant associations were found with gender, age, education, or marital status. In conclusion, secondary traumatic stress significantly affects perceived quality of nursing care. High-risk clinical environments require targeted support strategies to protect nurses' mental health and maintain high standards of care.

Keywords: secondary traumatic stress, nursing care, trauma exposure, quality of health care

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική αναγνωρίζεται ευρέως ως ένα επάγγελμα που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, την ανθρώπινη σύνδεση και την παροχή ολιστικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές εκτίθενται συχνά στην ταλαιπωρία, το τραύμα και τον συναισθηματικό πόνο των ασθενών τους, κάτι που μπορεί να έχει βαθιές ψυχολογικές επιπτώσεις στην ευημερία και την επαγγελματική τους πρακτική. Μεταξύ των ψυχολογικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές, το δευτερογενές τραυματικό στρες έχει τραβήξει αυξανόμενη προσοχή για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις του στους φροντιστές και, κατ' επέκταση, στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Hinderer et al., 2014; Beck, 2011).

Το δευτερογενές τραυματικό στρες αναφέρεται στη συναισθηματική δυσφορία που προκύπτει όταν ένα άτομο ακούει για τις εμπειρίες τραύματος από πρώτο χέρι ενός άλλου. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής, μπορεί να συμβεί όταν οι φροντιστές έρχονται επανειλημμένα σε επαφή με ασθενείς που έχουν υποστεί σοβαρή ασθένεια, τραυματισμό ή ψυχολογικό τραύμα (Figley, 1995). Σε αντίθεση με το πρωτογενές τραύμα, το δευτερογενές τραυματικό στρες δεν προκύπτει από την άμεση εμπειρία του νοσηλευτή, αλλά μέσω της ενσυναισθητικής εμπλοκής και της στενής εγγύτητας με τα τραυματισμένα άτομα που εξυπηρετεί (Bride, 2007). Με τις υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις του επαγγέλματος, οι νοσηλευτές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες, ιδιαίτερα σε μονάδες εντατικής θεραπείας, ογκολογίας, επειγόντων περιστατικών και σε περιβάλλοντα παρηγορητικής φροντίδας (Sacco et al., 2015).

Η παρουσία δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών έχει επιπτώσεις όχι μόνο στους ίδιους τους φροντιστές αλλά και στους ασθενείς που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους. Το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική εξάντληση, μειωμένη ενσυναίσθηση, μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία και χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας (Slatten, Carson & Carson, 2011). Σε ορισμένες περιπτώσεις, το σωρευτικό βάρος της έκθεσης σε τραύμα μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός νοσηλευτή να παρέχει προσεκτική, συμπονετική φροντίδα και μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορές αποστασιοποίησης ή αποφυγής που υπονομεύουν τα αποτελέσματα των ασθενών (Austin et al., 2009). Καθώς η νοσηλευτική φροντίδα παίζει κρίσιμο ρόλο στην ανάρρωση των ασθενών,

η πιθανή αρνητική επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παροχή φροντίδας δικαιολογεί συστηματική διερεύνηση.

Ενώ το δευτερογενές τραυματικό στρες έχει μελετηθεί σε διάφορα επαγγέλματα υγείας, οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί με τους οποίους επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα παραμένουν ανεπαρκώς διερευνημένοι, ιδιαίτερα μέσω εμπειρικής, ποσοτικής ανάλυσης. Η παρούσα διατριβή στοχεύει να καλύψει αυτό το κενό εξετάζοντας τη σχέση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Διερευνώντας αυτό το φαινόμενο μέσω μιας δομημένης έρευνας και στατιστικής ανάλυσης, η παρούσα μελέτη επιδιώκει να ενημερώσει στρατηγικές για την έγκαιρη ανίχνευση, υποστήριξη και μετριασμό του δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών, συμβάλλοντας τελικά στη βελτίωση της ευημερίας των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στην ενίσχυση της φροντίδας των ασθενών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας

1.1 Ορισμός της φροντίδας στην επιστήμη της νοσηλευτικής

Η φροντίδα είναι μια θεμελιώδης έννοια στην επιστήμη της νοσηλευτικής, που περιλαμβάνει τόσο τις τεχνικές όσο και τις συναισθηματικές διαστάσεις της υποστήριξης των ασθενών. Εκτείνεται πέρα από την απλή εκτέλεση κλινικών εργασιών και περιλαμβάνει μια βαθιά δέσμευση για την ολιστική ευημερία των ατόμων. Στη νοσηλευτική, η φροντίδα ορίζεται ως μια σύνθετη και πολύπλευρη διαδικασία που περιλαμβάνει όχι μόνο την αντιμετώπιση των σωματικών αναγκών υγείας των ασθενών, αλλά και την αναγνώριση των ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών τους διαστάσεων (Watson, 2008).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών αντιλαμβάνεται τη νοσηλευτική φροντίδα ως την προστασία, την προαγωγή και τη βελτιστοποίηση της υγείας και των ικανοτήτων, την πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, την ανακούφιση από τον πόνο και την υποστήριξη στη φροντίδα ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και πληθυσμών (American Nurses Association, 2025). Αυτός ο ορισμός δίνει έμφαση τόσο στις τεχνικές όσο και στις ανθρωπιστικές συνιστώσες της φροντίδας, αντανακλώντας τον διπλό ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές ως κλινικοί ιατροί και συμπονετικοί φροντιστές.

Μία από τις πιο σημαντικές θεωρητικές συνεισφορές στην κατανόηση της φροντίδας στη νοσηλευτική προέρχεται από τη Θεωρία της Ανθρώπινης Φροντίδας της Jean Watson. Η Watson (2008) περιγράφει τη φροντίδα ως το ηθικό ιδανικό της νοσηλευτικής, υποστηρίζοντας ότι περιλαμβάνει μια διαπροσωπική σχέση στην οποία ο νοσηλευτής συνδέεται βαθιά με τον ασθενή για να προωθήσει την θεραπεία και την αξιοπρέπεια. Σύμφωνα με την Watson (2008), η αποτελεσματική φροντίδα προκύπτει από την γνήσια παρουσία, την ενσυναίσθηση και τον αμοιβαίο σεβασμό, και όχι μόνο από την τεχνική δεξιότητα.

Ομοίως, η Θεωρία της Πολιτισμικής Φροντίδας της Leininger υπογραμμίζει τη σημασία της πολιτισμικής ευαισθησίας στην παροχή φροντίδας, υποστηρίζοντας ότι η φροντίδα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις πολιτισμικές αξίες και πεποιθήσεις των ασθενών για να είναι πραγματικά

αποτελεσματική (Leininger, 1995). Από αυτή την άποψη, η φροντίδα δεν είναι μια ομοιόμορφη διαδικασία, αλλά μια διαδικασία που πρέπει να προσαρμόζεται στο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου.

Η επιστημονική μελέτη της νοσηλευτικής φροντίδας, επομένως, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων - από διαγνωστικές αξιολογήσεις και παρεμβάσεις έως συναισθηματική υποστήριξη και επικοινωνία. Η φροντίδα στη νοσηλευτική επιστήμη διακρίνεται από τις γενικές έννοιες της βοήθειας ή της καλοσύνης από τη συστηματική, βασισμένη σε στοιχεία και ηθικά θεμελιωμένη φύση της (Benner, 1984). Είναι ταυτόχρονα τέχνη και επιστήμη, που ενσωματώνει την εμπειρική γνώση με τη συμπόνια, τη διαίσθηση και την ηθική δέσμευση.

1.2 Θεωρητικά μοντέλα φροντίδας

Τα θεωρητικά μοντέλα φροντίδας παρέχουν δομημένα πλαίσια που καθοδηγούν την πρακτική, την εκπαίδευση και την έρευνα της νοσηλευτικής. Αυτά τα μοντέλα προσφέρουν μια εννοιολογική βάση για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο πρέπει να παρέχεται η φροντίδα, βοηθώντας τους νοσηλευτές να ευθυγραμμίσουν τις ενέργειές τους με τις βασικές αξίες, αρχές και αποτελέσματα. Χρησιμεύουν επίσης για να διατυπώσουν τις μοναδικές συνεισφορές της νοσηλευτικής στο ευρύτερο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Meleis, 2012).

Ένα από τα πιο σημαντικά μοντέλα στη νοσηλευτική είναι η Θεωρία της Ανθρώπινης Φροντίδας της Jean Watson, η οποία δίνει έμφαση στις σχεσιακές και ηθικές διαστάσεις της φροντίδας. Η Watson (2008) πρότεινε ότι η φροντίδα είναι η ουσία της νοσηλευτικής και εκφράζεται καλύτερα μέσω μιας διαπροσωπικής σχέσης - μιας αυθεντικής σύνδεσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς που προάγει την επούλωση. Το μοντέλο της περιγράφει δέκα «παράγοντες φροντίδας» όπως η ανάπτυξη μιας σχέσης βοήθειας-εμπιστοσύνης και η προώθηση της έκφρασης συναισθημάτων. Αυτά τα στοιχεία υπογραμμίζουν την κεντρική θέση της ενσυναίσθησης, της παρουσίας και της συμπόνιας στη νοσηλευτική φροντίδα. Το μοντέλο της Watson είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε περιβάλλοντα όπου η συναισθηματική εργασία και το τραύμα είναι διαδεδομένα, καθιστώντας το πολύτιμο για την κατανόηση του αντίκτυπου του δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Ένα άλλο θεμελιώδες μοντέλο είναι η Θεωρία Νοσηλευτικής Ελλειμματικής Αυτοφροντίδας (SCDNT) της Dorothea Orem. Η Orem (2001) επικεντρώθηκε στην ικανότητα των ασθενών να φροντίζουν τον εαυτό τους και υποστήριξε ότι η νοσηλευτική είναι απαραίτητη όταν τα άτομα δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες αυτοφροντίδας. Το μοντέλο βασίζεται σε τρεις βασικές έννοιες: αυτοφροντίδα, έλλειμμα αυτοφροντίδας και συστήματα νοσηλευτικής. Αυτή η θεωρία δίνει έμφαση στον ρόλο του νοσηλευτή στην υποστήριξη και την αποκατάσταση της αυτονομίας του ασθενούς και εφαρμόζεται ευρέως τόσο σε περιβάλλοντα οξείας όσο και χρόνιας φροντίδας.

Η Θεωρία Φροντίδας Πολιτισμού της Madeleine Leininger εισάγει μια διαπολιτισμική προοπτική, υποστηρίζοντας ότι η φροντίδα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές των ασθενών για να είναι αποτελεσματική (Leininger, 2002). Η Leininger προσδιόρισε την πολιτισμικά σύμφωνη φροντίδα ως κρίσιμο στοιχείο της ολιστικής νοσηλευτικής και ανέπτυξε το Μοντέλο Sunrise για να καθοδηγήσει την αξιολόγηση και τον σχεδιασμό φροντίδας σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια.

Το Μοντέλο Από Αρχάριο σε Ειδικό της Patricia Benner (1984) είναι ένα άλλο καθιερωμένο πλαίσιο που διερευνά την ανάπτυξη της νοσηλευτικής εμπειρογνωμοσύνης με την πάροδο του χρόνου. Αν και δεν αποτελεί θεωρία φροντίδας αυτή καθαυτή, καταδεικνύει πώς η ικανότητα παροχής αποτελεσματικής, συμπονετικής φροντίδας εμβαθύνει με την κλινική εμπειρία και τη διαισθητική γνώση.

Κάθε ένα από αυτά τα μοντέλα ενισχύει διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας - είτε συναισθηματική, πολιτισμική, αναπτυξιακή ή κλινική - και μαζί καταδεικνύουν την πολύπλευρη φύση της νοσηλευτικής. Η χρήση θεωρητικών μοντέλων όχι μόνο υποστηρίζει συνεπή, ηθική και βασισμένη σε τεκμήρια φροντίδα, αλλά παρέχει επίσης ένα πρίσμα μέσω του οποίου μπορούμε να κατανοήσουμε πώς εξωτερικοί παράγοντες, όπως το άγχος και το τραύμα, μπορούν να διαταράξουν τις διαδικασίες φροντίδας.

1.3 Βασικά συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι μια ολιστική πρακτική που ενσωματώνει σωματικά, συναισθηματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά στοιχεία για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών με ολοκληρωμένο τρόπο. Τα βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας είναι αλληλένδετα

και λειτουργούν μαζί για την προαγωγή της υγείας, την ανακούφιση από τον πόνο και τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών. Αυτά τα στοιχεία χρησιμεύουν ως βάση για την ποιοτική φροντίδα και είναι απαραίτητα για τη νοσηλευτική διαδικασία.

Η αξιολόγηση είναι η αρχική και συνεχής συλλογή δεδομένων ασθενών, αποτελώντας τον ακρογωνιαίο λίθο της εξατομικευμένης φροντίδας. Περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση, τη λήψη ιστορικού και την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση. Μέσω της αξιολόγησης, οι νοσηλευτές συλλέγουν βασικές πληροφορίες για να κάνουν τεκμηριωμένες κλινικές κρίσεις και να ιεραρχήσουν τις ανάγκες φροντίδας (Potter et al., 2021). Η ακριβής αξιολόγηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διαχείριση ευάλωτων πληθυσμών, όπως οι ασθενείς με τραύμα, όπου τα ανεπαίσθητα σημάδια δυσφορίας μπορεί να απαιτούν έγκαιρη παρέμβαση.

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για τη νοσηλευτική φροντίδα και περιλαμβάνει ενεργή ακρόαση, ενσυναίσθηση και πολιτισμική ευαισθησία. Επιτρέπει στους νοσηλευτές να κατανοούν τις ανάγκες των ασθενών, να μεταφέρουν πληροφορίες με σαφήνεια και να οικοδομούν θεραπευτικές σχέσεις (Arnold & Boggs, 2020). Η επικοινωνία παίζει επίσης κρίσιμο ρόλο στην κοινή λήψη αποφάσεων και στην υποστήριξη της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας των ασθενών καθ' όλη τη διάρκεια της εμπειρίας φροντίδας τους.

Επίσης, η τεχνική επάρκεια περιλαμβάνει την ικανότητα εκτέλεσης κλινικών διαδικασιών με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα, όπως η χορήγηση φαρμάκων, η διαχείριση τραυμάτων ή ο χειρισμός ιατρικού εξοπλισμού. Αυτές οι δεξιότητες βασίζονται σε πρακτική βασισμένη σε τεκμηριωμένα στοιχεία και είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση ακριβών παρεμβάσεων και τη μείωση του κινδύνου βλάβης (Berman et al., 2020). Οι κλινικές δεξιότητες πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς μέσω εκπαίδευσης και κατάρτισης, ειδικά σε περιβάλλοντα υψηλής οξύτητας.

Η νοσηλευτική φροντίδα εκτείνεται πέρα από τις σωματικές παρεμβάσεις και περιλαμβάνει συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη. Η παροχή άνεσης, καθησυχασμού και συμπονετικής παρουσίας βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν το άγχος, τον φόβο και τον πόνο. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική σε περιβάλλοντα όπως η παρηγορητική φροντίδα, η ογκολογία και το τραύμα, όπου οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν υπαρξιακή δυσφορία (Sinclair et al., 2017).

Επίσης, οι νοσηλευτές λειτουργούν ως υποστηρικτές των ασθενών τους, διασφαλίζοντας ότι η φροντίδα είναι ηθική, πολιτισμικά σεβαστή και ευθυγραμμισμένη με τις ατομικές αξίες. Η υπεράσπιση περιλαμβάνει την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και την έκφραση γνώμης κατά των μη ασφαλών πρακτικών. Η ηθική ευθύνη περιλαμβάνει την εμπιστευτικότητα, την ενημερωμένη συναίνεση και τον σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς (Fowler, 2015).

Η νοσηλευτική φροντίδα απαιτεί συνεργασία με διεπιστημονικές ομάδες για την παροχή απρόσκοπτων και ολοκληρωμένων υπηρεσιών. Αυτό περιλαμβάνει τον συντονισμό με γιατρούς, θεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικογένειες για την αντιμετώπιση των πολύπλευρων αναγκών των ασθενών. Η αποτελεσματική συνεργασία διασφαλίζει τη συνέχεια της φροντίδας και μειώνει τον κατακερματισμό εντός των συστημάτων υγείας (White et al., 2019).

Αυτά τα στοιχεία αποτελούν μια δυναμική και διαδραστική διαδικασία. Η παρουσία παραγόντων στρες - όπως το δευτερογενές τραυματικό στρες - μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός νοσηλευτή να εκτελεί αυτές τις λειτουργίες αποτελεσματικά, οδηγώντας σε μειωμένη ενσυναίσθηση, δυσκολίες επικοινωνίας και χαμηλότερη συνολική ποιότητα φροντίδας. Επομένως, η προστασία και η ενίσχυση αυτών των βασικών στοιχείων είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής.

1.4 Ο ρόλος της φροντίδας στην ανάρρωση και τη συνολική εμπειρία του ασθενούς

Η νοσηλευτική φροντίδα παίζει καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στη σωματική ανάρρωση αλλά και στη διαμόρφωση της συνολικής εμπειρίας υγειονομικής περίθαλψης του ασθενούς. Η αποτελεσματική, συμπονετική φροντίδα συμβάλλει στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων, της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, την παρουσία και την εμπιστοσύνη, είναι συχνά κεντρικής σημασίας για τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται το θεραπευτικό τους ταξίδι, ιδιαίτερα σε περιόδους ευαλωτότητας και τραύματος (Papastavrou et al., 2014).

Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της παρακολούθησης, της θεραπείας και της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών. Οι έγκαιρες παρεμβάσεις, η ακριβής χορήγηση

φαρμάκων, η διαχείριση τραυμάτων και η έγκαιρη ανίχνευση επιπλοκών είναι ζωτικά συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας που επηρεάζουν άμεσα τα ποσοστά ανάρρωσης και την ασφάλεια των ασθενών (Aiken et al., 2012). Η έρευνα έχει δείξει επανειλημμένα ότι η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται με μειωμένες νοσηλείες, λιγότερα ανεπιθύμητα συμβάντα και καλύτερη διαχείριση χρόνιων παθήσεων (Griffiths et al., 2016).

Εκτός από τη σωματική υγεία, οι ασθενείς συχνά βιώνουν άγχος, φόβο και αβεβαιότητα, ειδικά όταν αντιμετωπίζουν σοβαρή ασθένεια ή νοσηλεία. Η νοσηλευτική φροντίδα που ενσωματώνει συναισθηματική υποστήριξη, αποτελεσματική επικοινωνία και καθησύχαση μπορεί να μειώσει σημαντικά την ψυχολογική δυσφορία (Sinclair et al., 2017). Η συναισθηματική παρουσία και η ενεργητική ακρόαση συμβάλλουν σε ένα αίσθημα ασφάλειας και ελπίδας, το οποίο μπορεί να επηρεάσει θετικά την ανοσολογική απόκριση, την προσήλωση στη θεραπεία και τη συνολική ανθεκτικότητα.

Η εμπειρία του ασθενούς περιλαμβάνει όχι μόνο τα αποτελέσματα της φροντίδας αλλά και τον τρόπο που παρέχεται. Η προσεκτική, σεβαστή και πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα ενισχύει την ικανοποίηση των ασθενών και ενισχύει την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Wolf et al., 2014). Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν οι ασθενείς αισθάνονται ότι τους βλέπουν, τους ακούνε και τους εκτιμούν, η ικανοποίησή τους με τη φροντίδα αυξάνεται, γεγονός που με τη σειρά του μπορεί να βελτιώσει τη συνεργασία και τη συμμετοχή στη δική τους διαδικασία θεραπείας (Luxford et al., 2011).

Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα παίζει επίσης ρόλο στα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Ο αποτελεσματικός σχεδιασμός εξιτηρίου, η εκπαίδευση των ασθενών και η συνέχεια της φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και στην προώθηση της αυτοδιαχείρισης μετά το εξιτήριο (Naylor et al., 2011). Οι ασθενείς που λαμβάνουν ολοκληρωμένη, ασθενοκεντρική νοσηλευτική φροντίδα είναι καλύτερα εξοπλισμένοι για να διαχειρίζονται την κατάστασή τους και να αποφεύγουν τις επιπλοκές.

Σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε παρηγορητικά περιβάλλοντα ή κατά τη διάρκεια τραυματικών γεγονότων, η παρουσία φροντιστικών νοσηλευτών μπορεί να βοηθήσει στην προστασία των ασθενών από το συναισθηματικό κόστος της ασθένειας ή της απώλειας. Η συμπονετική φροντίδα έχει αποδειχθεί προστατευτικός παράγοντας έναντι του μετατραυματικού στρες στους ασθενείς (Schmid Mast et al., 2015). Η ίδια η θεραπευτική σχέση

μπορεί να λειτουργήσει ως συναισθηματική άγκυρα, ενισχύοντας τους μηχανισμούς αντιμετώπισης των ασθενών.

2. Το δευτερογενές τραυματικό στρες στους νοσηλευτές

2.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά

Το δευτερογενές τραυματικό στρες αναφέρεται στον συναισθηματικό και ψυχολογικό αντίκτυπο που μπορεί να βιώσουν τα άτομα ως αποτέλεσμα της έμμεσης έκθεσης στο τραύμα άλλων. Αυτή η κατάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους επαγγελματίες σε ρόλους φροντίδας, όπως οι νοσηλευτές, οι οποίοι βρίσκονται συχνά σε στενή επαφή με άτομα που βιώνουν έντονη σωματική και συναισθηματική ταλαιπωρία. Σε αντίθεση με το πρωτογενές τραύμα, το οποίο πηγάζει από μια άμεση προσωπική εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος, το δευτερογενές τραυματικό στρες αναπτύσσεται από την ενσυναίσθηση με όσους έχουν υποστεί τραύμα (Figley, 1995).

Το φαινόμενο του δευτερογενούς τραυματικού στρες διατυπώθηκε για πρώτη φορά στον τομέα της ψυχολογίας του τραύματος, αλλά έκτοτε έχει αναγνωριστεί ευρέως στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα μεταξύ των νοσηλευτών. Γίνεται κατανοητό ως μια φυσική και μερικές φορές αναπόφευκτη συναισθηματική αντίδραση στην παρακολούθηση του πόνου των άλλων, ιδιαίτερα για παρατεταμένες περιόδους. Σύμφωνα με τον Figley (1995), το δευτερογενές τραυματικό στρες περιλαμβάνει συμπτώματα παρόμοια με αυτά που παρατηρούνται στη διαταραχή μετατραυματικού στρες, όπως ενοχλητικές σκέψεις, συναισθηματική εξάντληση, διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα, δυσκολίες συγκέντρωσης και αποφυγή υπενθυμίσεων που σχετίζονται με το τραύμα των ασθενών.

Στη νοσηλευτική πρακτική, το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να αναπτυχθεί ανεπαίσθητα και αθροιστικά. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλού στρες — όπως τμήματα επειγόντων περιστατικών, ογκολογικά τμήματα, μονάδες εντατικής θεραπείας και παρηγορητική φροντίδα — είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι λόγω της επαναλαμβανόμενης έκθεσής τους σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση ή σε ετοιμοθάνατο, καθώς και λόγω των συναισθηματικά έντονων αλληλεπιδράσεων με τις οικογένειες (Hinderer et al., 2014). Η συνεχής απαίτηση για ενσυναίσθηση και συναισθηματική εργασία, ειδικά όταν

πρόκειται για τραυματικές περιπτώσεις ασθενών, μπορεί σταδιακά να διαβρώσει τη συναισθηματική ευεξία ενός νοσηλευτή.

Ένα διακριτικό χαρακτηριστικό του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι το βαθύ αίσθημα αδυναμίας και εσωτερίκευσης του πόνου των ασθενών. Οι νοσηλευτές μπορεί να αρχίσουν να αισθάνονται ότι επηρεάζονται προσωπικά από το τραύμα, παρά το γεγονός ότι δεν το έχουν βιώσει άμεσα. Με την πάροδο του χρόνου, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό μούδιασμα, αποστασιοποίηση από τους ασθενείς και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση (Beck, 2011).

Επιπλέον, το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να επηρεάσει τη γνωστική και συμπεριφορική λειτουργία. Οι νοσηλευτές μπορεί να βιώσουν κυνισμό, μειωμένη συμπόνια, ακόμη και να αμφισβητήσουν την επαγγελματική τους ικανότητα. Εάν δεν αντιμετωπιστούν, αυτά τα συμπτώματα μπορούν να εξελιχθούν σε πιο σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές και να συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση, τις απουσίες και την υψηλή εναλλαγή προσωπικού σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (Slatten, Carson, & Carson, 2011).

Η κατανόηση του ορισμού και των χαρακτηριστικών του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι απαραίτητη για την αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων του και την εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης και υποστήριξης. Δεδομένου ότι η ικανότητα φροντίδας είναι κεντρικής σημασίας για τον ρόλο του νοσηλευτή, η προστασία των νοσηλευτών από το δευτερογενές τραυματικό στρες δεν είναι μόνο ηθική επιταγή αλλά και πρακτική αναγκαιότητα για τη διατήρηση της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών.

2.4 Επιπολασμός

Το δευτερογενές τραυματικό στρες αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως ένα διαδεδομένο πρόβλημα στο νοσηλευτικό επάγγελμα, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλού στρες, έκθεσης σε τραύμα ή συναισθηματικά έντονα. Καθώς οι απαιτήσεις από τους νοσηλευτές συνεχίζουν να αυξάνονται, αυξάνεται και η επιπολασμός της ψυχολογικής δυσφορίας που σχετίζεται με την έμμεση έκθεση σε τραύμα. Η κατανόηση της επιπολασμού του δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών είναι απαραίτητη για την αξιολόγηση του εύρους του προβλήματος και την ενημέρωση των θεσμικών αντιδράσεων, των παρεμβάσεων ψυχικής υγείας και της πολιτικής για το εργατικό δυναμικό.

Πολλαπλές μελέτες σε διαφορετικές χώρες και κλινικά περιβάλλοντα δείχνουν ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι συχνό μεταξύ των νοσηλευτών. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση του Beck (2011), τα ποσοστά επιπολασμού ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με το κλινικό πλαίσιο, τα εργαλεία αξιολόγησης και τα περιφερειακά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά η πάθηση υποαναφέρεται και υποδιαγιγνώσκεται συνεχώς. Ο Beck διαπίστωσε ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένο μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών, σε θαλάμους τοκετού και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Σε μια μελέτη με έδρα τις Ηνωμένες Πολιτείες από τους Hinderer et al. (2014), η οποία εξέτασε νοσηλευτές τραυματιών σε ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα, το 33% των συμμετεχόντων ανέφερε μέτρια έως υψηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Η ίδια μελέτη διαπίστωσε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ υψηλών βαθμολογιών δευτερογενούς τραυματικού στρες και παραγόντων όπως η έλλειψη υποστήριξης στον χώρο εργασίας, η νεότερη ηλικία και τα λιγότερα χρόνια νοσηλευτικής εμπειρίας.

Μια ευρύτερη εθνική έρευνα των Mealer et al. (2009) που αφορούσε νοσηλευτές εντατικής θεραπείας αποκάλυψε ότι περίπου το 25% πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια για συμπτώματα μετά το τραύμα που σχετίζονται άμεσα με τις εμπειρίες φροντίδας των ασθενών, συμπεριλαμβανομένου του συναισθηματικού μούδιασματος, των συμπεριφορών αποφυγής και της υπερδιέγερσης. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν πώς οι φροντιστές πρώτης γραμμής μπορεί να βιώσουν συμπτώματα τραύματος παρόμοια με αυτά των ασθενών, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα φροντίδας ζωής και θανάτου.

Το πρόβλημα δεν περιορίζεται σε ειδικότητες που αφορούν συγκεκριμένα τραύματα. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Shahid και Stirling (2017) ερευνήσαν νοσηλευτές από διάφορα τμήματα, συμπεριλαμβανομένης της γεροντολογίας, της ογκολογίας και της ψυχικής υγείας. Η μελέτη διαπίστωσε ότι το 41% των νοσηλευτών ανέφεραν συμπτώματα που συνάδουν με δευτερογενές τραυματικό στρες, ενώ το 19% πληρούσε το όριο για σοβαρή συναισθηματική δυσφορία. Αυτό υποδηλώνει ότι οποιοδήποτε κλινικό περιβάλλον που περιλαμβάνει ανθρώπινο πόνο και συναισθηματική εργασία μπορεί να εκθέσει τους νοσηλευτές σε ψυχολογική βλάβη.

Επιπλέον, οι παγκόσμιες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για την υγεία έχουν ενισχύσει αυτές τις προκλήσεις. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού, αρκετές μελέτες ανέφεραν

δραματικές αυξήσεις στο ψυχολογικό στρες μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Μια ταχεία συστηματική ανασκόπηση από τους Serrano-Ripoll et al. (2020) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην πρώτη γραμμή ήταν πιο πιθανό από άλλους επαγγελματίες να αναφέρουν συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες, με τα ποσοστά επικράτησης σε ορισμένες περιπτώσεις να φτάνουν έως και το 45%.

Συμπερασματικά, η επικράτηση του δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών είναι σημαντική, επηρεάζοντας ένα σημαντικό ποσοστό του εργατικού δυναμικού σε διαφορετικά περιβάλλοντα φροντίδας και χώρες. Ενώ τα ποσοστά επικράτησης μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το κλινικό πλαίσιο και τη γεωγραφική περιοχή, η συνέπεια των ευρημάτων υπογραμμίζει μια παγκόσμια ανησυχία για την ψυχική υγεία στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

2.3 Διαφοροποίηση από μετατραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση

Αν και το δευτερογενές τραυματικό στρες μοιράζεται αλληλεπικαλυπτόμενα χαρακτηριστικά με άλλες παθήσεις που σχετίζονται με το στρες, όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η επαγγελματική εξουθένωση, αποτελεί ένα ξεχωριστό φαινόμενο με μοναδικές αιτίες και επιπτώσεις για τους επαγγελματίες υγείας. Η κατανόηση των διαφορών μεταξύ αυτών των παθήσεων είναι ζωτικής σημασίας για την ακριβή διάγνωση, πρόληψη και παρέμβαση σε νοσηλευτικά πλαίσια.

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μια ψυχιατρική πάθηση που προκύπτει μετά από άμεση έκθεση σε ένα τραυματικό συμβάν που περιλαμβάνει πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία. Χαρακτηρίζεται από επίμονη επανάληψη του τραύματος, αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα, αρνητικές αλλοιώσεις στη γνωστική λειτουργία και τη διάθεση και υπερδιέγερση. Το τραύμα που βιώνεται είναι προσωπικό και άμεσο (American Psychiatric Association, 2013). Αντίθετα, το δευτερογενές τραυματικό στρες δεν προκύπτει από την άμεση έκθεση του ατόμου σε ένα τραυματικό συμβάν, αλλά μέσω της ενσυναισθητικής εμπλοκής με όσους έχουν βιώσει τραύμα (Figley, 1995). Ενώ τα συμπτώματα μπορεί να είναι παρόμοια - όπως αναδρομές στο παρελθόν, συναισθηματικό μούδιασμα και υπερεπαγρύπνηση - η πηγή του τραύματος είναι έμμεση. Οι νοσηλευτές μπορεί

να εμφανίσουν δυσφορία ως αποτέλεσμα της ακρόασης ιστοριών ασθενών, της μαρτυρίας ταλαιπωρίας ή της παροχής φροντίδας σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις (Figley, 1995).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα σύνδρομο που σχετίζεται με την εργασία και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης. Προκύπτει από χρόνια στρες στον χώρο εργασίας, ειδικά όταν οι απαιτήσεις υπερβαίνουν τους πόρους, και δεν συνδέεται απαραίτητα με την έκθεση σε τραύμα (Maslach & Leiter, 2016). Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου λόγω οργανωτικών πιέσεων, υπερβολικού φόρτου εργασίας, έλλειψης ελέγχου και ανεπαρκούς υποστήριξης. Ενώ το δευτερογενές τραυματικό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να συνυπάρχουν, διαφέρουν ως προς την προέλευση και την εκδήλωσή τους. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει σε μεγάλο βαθμό τις ρίζες της σε περιβαλλοντικά και συστημικά ζητήματα στον χώρο εργασίας, όπως οι πολλές ώρες εργασίας και τα διοικητικά βάρη. Το δευτερογενές τραυματικό στρες, από την άλλη πλευρά, σχετίζεται συγκεκριμένα με την έκθεση στο τραύμα των άλλων και το συναισθηματικό βάρος της ενσυναίσθησης. Οι νοσηλευτές που υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να γίνουν συναισθηματικά αποστασιοποιημένοι ή κυνικοί ως μηχανισμός αντιμετώπισης, ενώ όσοι βιώνουν δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να εμπλακούν υπερβολικά συναισθηματικά και να στενοχωρηθούν από την ταλαιπωρία των ασθενών (Beck, 2011).

Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες, η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η επαγγελματική εξουθένωση μπορούν να εμφανιστούν ταυτόχρονα, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα νοσηλευτικής υψηλού στρες. Ωστόσο, οι κλινικές και οργανωτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση κάθε πάθησης ποικίλλουν. Για παράδειγμα, η διαταραχή μετατραυματικού στρες μπορεί να απαιτεί ψυχοθεραπεία και φαρμακολογική θεραπεία, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση συχνά απαιτεί συστημικές αλλαγές, όπως μείωση του φόρτου εργασίας και βελτιωμένες πρακτικές διαχείρισης. Η αντιμετώπιση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στους νοσηλευτές μπορεί να περιλαμβάνει εκπαίδευση ανθεκτικότητας, υποστήριξη από ομοτίμους και εποπτεία που επικεντρώνεται στην συναισθηματική επεξεργασία και τη φροντίδα που βασίζεται στο τραύμα (Hinderer et al., 2014).

2.4 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου

Το δευτερογενές τραυματικό στρες μεταξύ των νοσηλευτών προκύπτει από έναν σύνθετο συνδυασμό προσωπικών, διαπροσωπικών και οργανωτικών επιρροών. Σε αντίθεση με τις οξείες αντιδράσεις στρες σε μεμονωμένα γεγονότα, το δευτερογενές τραυματικό στρες αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου, μέσω επαναλαμβανόμενης έκθεσης στις τραυματικές εμπειρίες άλλων. Οι νοσηλευτές, λόγω της στενής και συνεχούς επαφής τους με τους ασθενείς, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι. Η κατανόηση των βαθύτερων αιτιών και των παραγόντων κινδύνου που συμβάλλουν είναι απαραίτητη τόσο για την πρόληψη της ψυχολογικής βλάβης όσο και για τη διατήρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές συχνά εργάζονται σε περιβάλλοντα όπου η ταλαιπωρία των ασθενών είναι συνεχής, όπως τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, οι μονάδες εντατικής θεραπείας και οι ογκολογικοί θάλαμοι. Σε αυτά τα περιβάλλοντα, εκτίθενται συχνά σε θάνατο, προσπάθειες ανάνηψης, σοβαρούς τραυματισμούς και συναισθηματικές καταρρεώσεις από ασθενείς και οικογένειες. Αυτή η παρατεταμένη έκθεση μπορεί να οδηγήσει σε σημείο συναισθηματικού κορεσμού, όπου η εσωτερική ικανότητα του νοσηλευτή να διαχειριστεί την αγωνία κατακλύζεται (Beck, 2011). Όσο πιο συχνά εκτίθενται οι νοσηλευτές σε τραυματικά γεγονότα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος να αναπτύξουν συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες (Hinderer et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι η έκθεση σε τραύμα δεν χρειάζεται να είναι δραματική ή ακραία. Η αργή, επαναλαμβανόμενη μαρτυρία του πόνου και της παρακμής μπορεί να είναι εξίσου καταστροφική με την πάροδο του χρόνου.

Η ενσυναίσθηση είναι θεμελιώδης για τη νοσηλευτική, ωστόσο καθιστά επίσης τους φροντιστές πιο ευάλωτους στην εσωτερίκευση του τραύματος του ασθενούς. Οι νοσηλευτές που επενδύουν συστηματικά συναισθηματικά στη φροντίδα των ασθενών - ειδικά σε μακροχρόνια ή παρηγορητικά περιβάλλοντα - μπορεί να δυσκολεύονται να διατηρήσουν την κατάλληλη ψυχολογική απόσταση. Ο Figley (1995) εξηγεί ότι η ενσυναίσθηση είναι ο πρωταρχικός μηχανισμός μέσω του οποίου μεταφέρεται το δευτερογενές τραυματικό στρες. Όσο πιο έντονα ταυτίζεται ένας νοσηλευτής με την ταλαιπωρία ενός ασθενούς, τόσο πιο πιθανό είναι να έχει ψυχολογικό αντίκτυπο. Οι Coetzee και Kloppe (2010) προσθέτουν ότι η συναισθηματική εργασία - η πράξη της διαχείρισης των συναισθημάτων στην υπηρεσία των επαγγελματικών προσδοκιών - μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές

καταστέλλουν τα δικά τους συναισθήματα προκειμένου να παραμείνουν ισχυροί για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η παρουσία ή η απουσία θεσμικών δομών υποστήριξης είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για το εάν οι νοσηλευτές θα βιώσουν δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι χώροι εργασίας που δεν παρέχουν ψυχολογική ασφάλεια, όπως συνεδρίες απολογισμού, πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή υποστηρικτική εποπτεία, θέτουν το προσωπικό τους σε υψηλότερο κίνδυνο (Sacco et al., 2015). Η συναισθηματική καταστολή ομαλοποιείται σε μη υποστηρικτικά περιβάλλοντα, γεγονός που αποθαρρύνει την ανοιχτή συζήτηση για δυσάρεστα γεγονότα. Οι Rushton et al. (2015) τονίζουν ότι όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι οι ηθικές ανησυχίες ή οι συναισθηματικές τους ανάγκες αγνοούνται από την ηγεσία, οι επιπτώσεις της έκθεσης σε τραύμα εντείνονται και συχνά εσωτερικεύονται.

Οι νοσηλευτές που έχουν βιώσει τραύμα στην προσωπική τους ζωή είναι συχνά πιο ευάλωτοι σε δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι προσωπικές εμπειρίες κακοποίησης, απώλειας ή άλτου πένθους μπορεί να επανενεργοποιηθούν κατά τη φροντίδα ασθενών σε παρόμοιες καταστάσεις. Η Bride (2007) διαπίστωσε ότι η προηγούμενη έκθεση σε τραύμα αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων που σχετίζονται με τραύμα ως απάντηση στις ιστορίες των ασθενών. Ομοίως, ο Beck (2011) σημείωσε ότι οι νοσηλευτές με άλτα συναισθηματικά προβλήματα ή περιορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να εσωτερικεύουν τον πόνο των ασθενών πιο έντονα, καθώς η επαγγελματική εμπειρία αντηχεί άλτα προσωπικά τραύματα.

Παράλληλα, η ηθική δυσφορία προκύπτει όταν οι νοσηλευτές περιορίζονται από το να ενεργούν σύμφωνα με την ηθική ή κλινική τους κρίση. Αυτό συμβαίνει συχνά σε καταστάσεις που περιλαμβάνουν αντιληπτή μάταιη φροντίδα, λήψη αποφάσεων στο τέλος της ζωής ή θεσμικούς περιορισμούς που εμποδίζουν τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών. Όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ανίκανοι να παρέμβουν ή να υποστηρίξουν αποτελεσματικά, μπορεί να προκύψει ένα αίσθημα ενοχής, απογοήτευσης και συναισθηματικής ασυμφωνίας (Rushton et al., 2015). Με την πάροδο του χρόνου, η ανεπίλυτη ηθική δυσφορία συμβάλλει στη χρόνια συναισθηματική εξάντληση, η οποία αποτελεί έναν καθιερωμένο παράγοντα κινδύνου για δευτερογενές τραυματικό στρες.

Επίσης, οι οργανωτικοί παράγοντες στρες, όπως οι μεγάλες βάρδιες, η υποστελέχωση, ο απρόβλεπτος προγραμματισμός και η υψηλή αναλογία ασθενών προς νοσηλευτές, επιδεινώνουν τη συναισθηματική κόπωση. Αυτές οι συνθήκες μειώνουν τις ευκαιρίες των

νοσηλευτών να ανακάμψουν συναισθηματικά μεταξύ των συναντήσεων με τους ασθενείς, αυξάνοντας την ευαισθησία σε συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα. Οι Slatten, Carson και Carson (2011) επισημαίνουν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας συμβάλλει τόσο στην επαγγελματική εξουθένωση όσο και στο δευτερογενές τραυματικό στρες, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ανίκανοι να παρέχουν το επίπεδο φροντίδας που χρειάζονται οι ασθενείς. Η πίεση χρόνου όχι μόνο περιορίζει τη συναισθηματική επεξεργασία, αλλά και εμποδίζει τους νοσηλευτές να έχουν πρόσβαση σε άτυπη υποστήριξη από ομοτίμους κατά τη διάρκεια των βαρδιών.

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας από τους ισχυρότερους προστατευτικούς παράγοντες έναντι του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Ωστόσο, σε ιεραρχικά, ανταγωνιστικά ή απομονωμένα κλινικά περιβάλλοντα, οι νοσηλευτές μπορεί να βιώσουν επαγγελματική απομόνωση. Χωρίς συναδελφική κατανόηση, συναισθηματική επιβεβαίωση ή κοινό προβληματισμό, οι μεμονωμένοι νοσηλευτές αφήνονται να φέρουν μόνοι τους το βάρος του τραύματος. Οι White, Dudley-Brown και Terhaar (2019) υποστηρίζουν ότι η δυναμική της ομάδας και η σύνδεση με τους συνομηλίκους είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση του στρες και την πρόληψη της συναισθηματικής αποστασιοποίησης. Αντίθετα, τα περιβάλλοντα όπου η ευαλωτότητα αποθαρρύνεται ή στιγματίζεται συμβάλλουν σε υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης και απομόνωσης.

Επιπλέον, ορισμένες μελέτες (Subih et al., 2023; Salameh et al., 2023) έχουν βρει ότι το φύλο δεν σχετίζεται με το δευτερογενές τραυματικό στρες, ενώ η μελέτη των Dominguez-Gomez και Rutledge (2009) έδειξε ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερο δευτερογενές τραυματικό στρες. Τα ευρήματα των Li et al. (2023) υπέδειξαν ότι οι διαζευγμένοι ή χήροι νοσηλευτές συσχετίστηκαν με χαμηλότερο δευτερογενές τραυματικό στρες, ενώ ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζεται με δευτερογενές τραυματικό στρες (Subih et al., 2023; Salameh et al., 2023; Lopez et al., 2022; Duffy et al., 2015).

Έχει βρεθεί επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ των συννοσηροτήτων, της κατανάλωσης αλκοόλ για την ανακούφιση του στρες, και των επιπέδων δευτερογενούς τραυματικού στρες (Subih et al., 2023; Ratrou & Hamdan-Mansour, 2020; Duffy et al., 2015). Η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική νοημοσύνη σχετίζονται επίσης αρνητικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες (Yearood, 2021; Ratrou & Hamdan-Mansour, 2020). Οι Salameh et al. (2023) και Li et al. (2023) διαπίστωσαν αντίθετα αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση μεταξύ των εργασιακών ετών

και του δευτερογενούς τραυματικού στρες, ενώ δύο άλλες μελέτες δεν δείχνουν συσχέτιση μεταξύ των δύο (Subih et al., 2023; Lopez et al., 2022).

Στην πρόσφατη μελέτη τους, οι Alshammari et al. (2024) έδειξαν ότι παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών ήταν το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, ο γάμος και η αντιμετώπιση μεγαλύτερου αριθμού περιστατικών τραύματος.

Επιπλέον, η ηλικία, η εθνικότητα, ο αριθμός των παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, η τοποθεσία και ο τύπος του νοσοκομείου, το ισοδύναμο πλήρους απασχόλησης, το μέσο εισόδημα, η τραυματική εμπειρία, το κάπνισμα, ο δείκτης μάζας σώματος, η άσκηση, τα χόμπι, η συμμετοχή σε επαγγελματικό φορέα, και η χρήση στρατηγικών συμβουλευτικής δεν έχουν συσχετιστεί με δευτερογενές τραυματικό στρες σε αρκετές μελέτες (Subih et al., 2023; Salameh et al., 2023; Ratrout & Hamdan-Masnour, 2020; Lopez et al., 2022; Li et al., 2023; Duffy et al., 2015; Dominiquez-Gomez & Rutledge, 2009; Dirk, 2021).

Από την άλλη, η επαγγελματική εξουθένωση, το αντιληπτό άγχος, οι σκέψεις για αλλαγή σταδιοδρομίας, η υποστήριξη από ομοτίμους, η άδεια ασθενείας και η μέση βάρδια έχουν συσχετιστεί θετικά με τα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες (Salameh et al., 2023; Lopez et al., 2022; Li et al., 2023; Duffy et al., 2015; Dirk, 2021). Η οργανωσιακή υποστήριξη συσχετίστηκε αρνητικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες στη μελέτη του Dirk (2021), αλλά δεν έδειξε καμία συσχέτιση στη μελέτη των Ratrout και Hamdan-Mansour (2020). Η ικανοποίηση από την εργασία, η διάρκεια της βάρδιας, η υποστήριξη από συναδέλφους και άμεσο προϊστάμενο και η εργασία σε βάρδιες δεν έχουν συσχετιστεί με το δευτερογενές τραυματικό στρες (Subih et al., 2023; Salameh et al., 2023; Dirk, 2021; Li et al., 2023; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

2.5 Η δυναμική του τραύματος

Η Caruth (1996, σελ. 4) περιέγραψε το τραύμα ως μια «ανεκδιήγητη» εμπειρία, ένα γεγονός που βιώνεται πολύ σύντομα, πολύ απροσδόκητα, για να γίνει πλήρως γνωστό και... επομένως δεν είναι διαθέσιμο στη συνείδηση μέχρι να επιβληθεί ξανά, επανειλημμένα, στους εφιάλτες και τις επαναλαμβανόμενες πράξεις του επιζώντος». Η εμπειρία του τραύματος οδηγεί στην πραγματικότητα σε βαθύ ψυχολογικό τραυματισμό σε ασυνείδητο επίπεδο που συνεπάγεται

απώλεια ελέγχου, γλώσσας, δύναμης και εαυτού. Το τραύμα είναι μια πληγή που «φωνάζει», μια σιωπηλή πληγή που αρθρώνεται μέσω αναπαραστάσεων. Ως αποτέλεσμα, τα τραυματισμένα άτομα είναι ευάλωτα στην επανάληψη προηγούμενων τραυμάτων και παραμένουν σε κρίση χωρίς να μπορούν να ανακτήσουν τον έλεγχο της τρέχουσας ζωής τους (Missouridou, 2017). Η «γνωριμία» του τραύματός τους τα κατακλύζει συναισθηματικά σε σημείο που καθιστά αδύνατη τη γνωστική του επεξεργασία. Σύμφωνα με την Caruth (1996), η ανάρρωση από το τραύμα συνεπάγεται ότι εκφράζεται με όλη του τη φρίκη και την παραβίαση σε κάποιον που μπορεί να το ακούσει χωρίς να κατακλύζεται. Για να ενσωματώσουν το τραύμα στη ζωή τους, τα τραυματισμένα άτομα πρέπει να βρουν γλώσσα και σύμβολα για να εκφράσουν τις απογοητεύσεις, την αδυναμία, την αποδυνάμωση και την ταπείνωση που υπέστησαν. Ο κατακερματισμός της ταυτότητας που προκαλείται από τη ρήξη του τραύματος θεραπεύεται μέσω της κατασκευής μιας αφήγησης.

Παρ' όλα αυτά, η προοπτική σύλληψης τραύματος είναι αφόρητη. Επιπλέον, η ανάκτηση τραυματικών αναμνήσεων μπορεί να τραυματίσει ξανά το άτομο (Gabbard, 2000). Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι κατευθυντήριες γραμμές του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας Φροντίδας (NICE) (2005) συνιστούν την αποφυγή των παρεμβάσεων μίας συνεδρίας (γνωστές ως απολογισμός) κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά από ένα τραυματικό συμβάν. Αλλά ακόμη και αργότερα, η ανάκτηση τραυματικών αναμνήσεων δεν αποτελεί στόχο της θεραπείας. Σύμφωνα με τον Gabbard (2000), όταν οι αναμνήσεις τραύματος επανεμφανίζονται, μπορεί να διαταράξουν τις κανονικά ολοκληρωτικές λειτουργίες της μνήμης, της ταυτότητας και της συνείδησης. Η αποσύνδεση αποτελεί έναν τρόπο αποτροπής του αρνητικού συναισθήματος. Τέτοιες αμυντικές στρατηγικές, ωστόσο, περιορίζουν το πεδίο επίγνωσης του ατόμου και μπορεί εν μέρει να εξηγήσουν γιατί οι σοβαρά τραυματισμένοι ασθενείς έχουν μειωμένη ικανότητα να σκέφτονται αναστοχαστικά για τον εαυτό τους και για τις εμπειρίες σχέσεων. Επομένως, οι επαγγελματίες που έχουν θεραπευτική σχέση με σοβαρά τραυματισμένα άτομα θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ενίσχυση της ικανότητας των ασθενών να αναλογίζονται τις σχέσεις τους με άλλους ανθρώπους αντί να επικεντρώνονται στην ανάκτηση αναμνήσεων (Gabbard, 2000).

3. Επιπτώσεις του δευτερογενούς τραυματικού στρες στη νοσηλευτική φροντίδα

Το δευτερογενές τραυματικό στρες αποτελεί σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο στο νοσηλευτικό επάγγελμα, με εκτεταμένες συνέπειες τόσο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και για τους ασθενείς που εξυπηρετούν. Δεν αποτελεί μόνο ένα προσωπικό ψυχολογικό βάρος, αλλά και μια συστημική απειλή για την ποιότητα της φροντίδας, την ασφάλεια και την ηθική ακεραιότητα. Αυτή η ενότητα διερευνά την ευρεία επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες σε διάφορες πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας, βασιζόμενο σε εμπειρικές μελέτες και θεωρητικά μοντέλα για να τονίσει πώς επηρεάζει την κλινική συμπεριφορά, τη συναισθηματική σύνδεση, τη λήψη ηθικών αποφάσεων, τη δυναμική της ομάδας και την επαγγελματική διατήρηση.

Μία από τις πιο έντονες επιπτώσεις του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι η συναισθηματική εξάντληση, η οποία οδηγεί σε σταδιακή διάβρωση της συμπόνιας. Οι νοσηλευτές, από τη φύση της εργασίας τους, επενδύουν συναισθηματικά στην ανακούφιση του πόνου των ασθενών. Ωστόσο, η παρατεταμένη έκθεση σε τραύμα και περιβάλλοντα φροντίδας υψηλής έντασης μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό μούδιασμα ή αποστασιοποίηση. Αυτή είναι συχνά μια αυτοπροστατευτική αντίδραση σε συντριπτικές συναισθηματικές απαιτήσεις (Wolotira, 2022).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση του Beck (2011), οι νοσηλευτές ανέφεραν επανειλημμένα ότι αισθάνονταν «κενοί», «εξαντλημένοι» και «δεν ήταν πλέον σε θέση να νιώσουν βαθιά» μετά από συνεχή έκθεση σε τραυματικά γεγονότα. Αυτή η αποστασιοποίηση είναι γνωστή ως κόπωση συμπόνιας, ένας όρος που ορίστηκε αρχικά από τον Figley (1995) για να περιγράψει το κόστος της φροντίδας άλλων που βιώνουν συναισθηματικό πόνο. Η κόπωση συμπόνιας μπορεί να ερμηνευτεί λανθασμένα ως έλλειψη ανησυχίας, ωστόσο, γίνεται πιο σωστά κατανοητή ως επαγγελματικός τραυματισμός που προκύπτει από επαναλαμβανόμενη ενσυναισθητική εμπλοκή.

Σε μια μεγάλης κλίμακας μελέτη που περιελάμβανε 1.236 νοσηλευτές τραύματος, οι Hinderer et al. (2014) βρήκαν μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ικανοποίησης από τη συμπόνια. Οι νοσηλευτές που ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα στρες ανέφεραν επίσης χαμηλότερα επίπεδα χαράς και νοήματος στην εργασία τους, γεγονός που έθεσε σε κίνδυνο την προθυμία τους να εμπλακούν πλήρως με τους ασθενείς σε συναισθηματικό επίπεδο.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη γνωστική λειτουργία των νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, της συγκέντρωσης και των ικανοτήτων λήψης αποφάσεων. Οι ενοχλητικές σκέψεις, η κόπωση και το άγχος - συνηθισμένα συμπτώματα αυτής της πάθησης - μπορούν να μειώσουν την ικανότητα ενός νοσηλευτή να εκτελεί κριτική σκέψη, να συνθέτει σύνθετες πληροφορίες ή να ανταποκρίνεται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης με σαφήνεια (Bock et al., 2020).

Οι Rushton et al. (2015) μελέτησαν νοσηλευτές εντατικής θεραπείας και διαπίστωσαν ότι όσοι βίωναν δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν κλινικά λάθη, ιδιαίτερα σε καταστάσεις που απαιτούν ταχεία αξιολόγηση και δράση. Η αδυναμία εστίασης ή ανάκλησης ζωτικών λεπτομερειών μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη χορήγηση φαρμάκων, σε χαμένα σημάδια επιδείνωσης του ασθενούς ή σε μη τήρηση πρωτοκόλλων φροντίδας, θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών.

Επιπλέον, η γνωστική εξάντληση που προκαλείται από δευτερογενές τραυματικό στρες υπονομεύει την ικανότητα ενός νοσηλευτή να επικοινωνεί με ακρίβεια με συναδέλφους και ασθενείς, αυξάνοντας περαιτέρω τον κίνδυνο ιατρικών λαθών. Αυτό δημιουργεί έναν κύκλο όπου τα λάθη αυξάνουν το στρες και το στρες με τη σειρά του επηρεάζει αρνητικά την απόδοση, συμβάλλοντας σε περαιτέρω ψυχολογική δυσφορία (Bock et al., 2020).

Η θεραπευτική σχέση μεταξύ ενός νοσηλευτή και ενός ασθενούς είναι κεντρικής σημασίας για την θεραπεία, ιδιαίτερα σε τομείς όπως η ογκολογία, η ψυχική υγεία και η παρηγορητική φροντίδα. Το δευτερογενές τραυματικό στρες θέτει σε κίνδυνο αυτή τη σχέση διαταράσσοντας τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και προσοχή ενός νοσηλευτή (Beck et al., 2011). Οι Sinclair et al. (2017) διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη με ασθενείς παρηγορητικής φροντίδας και διαπίστωσαν ότι μπορούσαν αμέσως να αισθανθούν πότε ένας νοσηλευτής ήταν συναισθηματικά αποσυνδεδεμένος. Οι ασθενείς περιέγραψαν αυτούς τους νοσηλευτές ως «απόμακρους» ή «κρύους». Τέτοιες αντιλήψεις επηρέασαν σημαντικά την εμπιστοσύνη των ασθενών στους παρόχους φροντίδας και τη συνολική εμπειρία τους από τη φροντίδα. Η συναισθηματική απόσυρση λόγω δευτερογενούς τραυματικού στρες μειώνει την ικανότητα ενός νοσηλευτή να προσφέρει τη συναισθηματική υποστήριξη που οι ασθενείς χρειάζονται περισσότερο. Αυτό μειώνει την ικανοποίηση των ασθενών και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την προσήλωση στη θεραπεία, την αντίληψη του πόνου και την ψυχολογική ανάρρωση (Wolotira, 2022).

Παράλληλα, το δευτερογενές τραυματικό στρες συνδέεται στενά με την ηθική δυσφορία, η οποία συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές γνωρίζουν την ηθικά κατάλληλη ενέργεια, αλλά δεν είναι σε θέση να την εκτελέσουν λόγω εξωτερικών περιορισμών ή εσωτερικής εξάντλησης. Με την πάροδο του χρόνου, οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες ηθικής δυσφορίας μπορούν να διαβρώσουν τα ηθικά πρότυπα, να μειώσουν την ηθική ευαισθησία και να οδηγήσουν σε επαγγελματική απογοήτευση. Οι Rushton et al. (2015) προσδιόρισαν την ηθική δυσφορία ως παράγοντα επιδείνωσης του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Οι νοσηλευτές σε περιβάλλοντα υψηλής οξύτητας συχνά ανέφεραν ότι αισθάνονταν «παγιδευμένοι» σε καταστάσεις όπου έπρεπε να πραγματοποιήσουν ιατρικές παρεμβάσεις που πίστευαν ότι ήταν μάταιες, ειδικά στη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Η συναισθηματική κόπωση υπονόμωσε την ικανότητά τους να υπερασπίζονται τους ασθενείς ή να αμφισβητούν ανήθικες αποφάσεις. Αυτός ο συμβιβασμός στην ηθική εμπλοκή έχει επιπτώσεις στην αυτονομία των ασθενών και στην ενημερωμένη συναίνεση. Οι νοσηλευτές που κατακλύζονται από το άγχος μπορεί να αποφεύγουν να συμμετέχουν σε πολύπλοκες ηθικές συζητήσεις, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη διαφάνεια και ασθενοκεντρικότητα (Wolotira, 2022).

Οι νοσηλευτές που επηρεάζονται από δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί επίσης να δυσκολεύονται να διατηρήσουν υγιείς επαγγελματικές σχέσεις. Η συναισθηματική εξάντληση συχνά εκδηλώνεται ως ευερεθιστότητα, μειωμένη υπομονή ή απόσυρση, γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει την επικοινωνία με τους συναδέλφους και να μειώσει την αποτελεσματικότητα της ομαδικής εργασίας. Οι Slatten, Carson και Carson (2011) εξέτασαν την οργανωσιακή συμπεριφορά σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και διαπίστωσαν ότι ομάδες με υψηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες βίωσαν περισσότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις, μειωμένη συνοχή και χαμηλότερη εμπιστοσύνη. Όταν απουσιάζει η συναισθηματική υποστήριξη εντός της ομάδας, οι μεμονωμένοι νοσηλευτές αφήνονται να αντιμετωπίσουν μόνοι τους, οδηγώντας σε απομόνωση και αυξημένο ψυχολογικό βάρος. Η κακή ομαδική συνεργασία επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών αυξάνοντας την πιθανότητα κακής επικοινωνίας κατά την παράδοση καθηκόντων, σφαλμάτων στην ανάθεση και ασύνδετου σχεδιασμού φροντίδας. Ως εκ τούτου, ο διαπροσωπικός αντίκτυπος του δευτερογενούς τραυματικού στρες μπορεί να επηρεάσει τα κλινικά αποτελέσματα.

Ο συνδυασμός συναισθηματικής κόπωσης, γνωστικής εξασθένησης και ηθικής αποσύνδεσης οδηγεί σε απτή μείωση της ποιότητας της φροντίδας. Οι Sacco et al. (2015) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας που βιώνουν δευτερογενές τραυματικό στρες ανέφεραν

χαμηλότερη εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να παρέχουν ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα. Οι ασθενείς μπορεί να λαμβάνουν βιαστικές, προσανατολισμένες στην εργασία παρεμβάσεις αντί για ολιστική, εξατομικευμένη φροντίδα. Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών, οι Aiken et al. (2012) διαπίστωσαν μια σύνδεση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και της αυξημένης θνησιμότητας των ασθενών και των ποσοστών μόλυνσης. Ενώ η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια ευρύτερη πάθηση, το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες της και μπορεί να έχει παρόμοιες συνέπειες. Η επιβαρυνόμενη κατάσταση συναισθηματικής και ψυχικής λειτουργίας όχι μόνο μειώνει την πιθανότητα συμπονετικής επικοινωνίας, αλλά αυξάνει επίσης τα διαδικαστικά λάθη, τις καθυστερήσεις στη φροντίδα και τη μειωμένη επαγρύπνηση στην παρακολούθηση. Αυτό θέτει τόσο τους ασθενείς όσο και τους νοσηλευτές σε αυξημένο κίνδυνο (Vaismoradi et al., 2020).

Το ψυχολογικό κόστος του δευτερογενούς τραυματικού στρες συμβάλλει στην απουσία, την παρουσία στην εργασία και τα υψηλά ποσοστά εναλλαγής στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές μπορεί να αρχίσουν να απευθύνονται σε ασθενείς πιο συχνά, να αναζητούν εναλλακτική απασχόληση ή να εγκαταλείπουν εντελώς το επάγγελμα. Αυτό διαταράσσει τη συνέχεια της φροντίδας και ασκεί πρόσθετη πίεση στο υπόλοιπο προσωπικό. Ο Beck (2011) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που επηρεάζονται από δευτερογενές τραυματικό στρες είναι σημαντικά πιο πιθανό να εκφράσουν την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Πολλοί αναφέρουν τη συναισθηματική εξάντληση, την ηθική κόπωση και την έλλειψη υποστήριξης ως λόγους για την απόφασή τους. Το κόστος για τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει το οικονομικό βάρος της πρόσληψης και εκπαίδευσης νέου προσωπικού, καθώς και τη μείωση του ηθικού και της παραγωγικότητας του εργατικού δυναμικού. Ο Bride (2007) ανέφερε επίσης ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ένας κύριος παράγοντας στην πρόωρη αποχώρηση των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα μεταξύ εκείνων που ασχολούνται με την επείγουσα και τραυματολογική περίθαλψη. Οι οργανωτικές κουλτούρες που αγνοούν ή ελαχιστοποιούν τις επιπτώσεις του τραύματος στο προσωπικό συμβάλλουν σε αυτή την απώλεια εργασίας.

Οι φοιτητές νοσηλευτικής και οι νεοαδειοδοτημένοι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις βλαβερές συνέπειες του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Χωρίς τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και την επαγγελματική ανθεκτικότητα που αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου, αυτά τα άτομα συχνά δυσκολεύονται να διαχειριστούν τις συναισθηματικές τους

αντιδράσεις στον πόνο των ασθενών και την ηθική πολυπλοκότητα. Σε μια πολυϊδρυματική έρευνα των Hinderer et al. (2014), οι νοσηλευτές στην αρχή της σταδιοδρομίας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας και μεγαλύτερη δυσκολία στην αντιμετώπιση τραυματικών εμπειριών σε σύγκριση με τους πιο έμπειρους συναδέλφους τους. Χωρίς καθοδήγηση, δομημένη αναστοχασμό ή συναισθηματική ενημέρωση, οι νέοι νοσηλευτές μπορεί να καταφύγουν σε ανθυγιεινές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η συναισθηματική καταστολή ή η αποστασιοποίηση. Αυτές οι πρώιμες εκθέσεις μπορούν να διαμορφώσουν την επαγγελματική τους ταυτότητα με αρνητικούς τρόπους, οδηγώντας σε αποδέσμευση ή πρόωρη έξοδο από την καριέρα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να αντιμετωπίζουν προληπτικά τη συναισθηματική προετοιμασία και να παρέχουν εργαλεία για αυτογνωσία, καθορισμό ορίων και φροντίδα βασισμένη στο τραύμα.

Τέλος, ίσως η πιο καταστροφική μακροπρόθεσμη επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι η διάβρωση της αίσθησης του σκοπού και της επαγγελματικής ταυτότητας ενός νοσηλευτή. Όταν οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι δεν είναι πλέον ικανοί να παρέχουν τη συμπονετική, ασθενοκεντρική φροντίδα που τους τράβηξε αρχικά στο επάγγελμα, μπορεί να αρχίσουν να βιώνουν υπαρξιακή δυσφορία και αποσύνδεση. Οι White, Dudley-Brown και Terhaar (2019) τονίζουν ότι οι νοσηλευτές που βιώνουν δευτερογενές τραυματικό στρες συχνά αμφισβητούν την αξία, την ικανότητα και την αποτελεσματικότητά τους. Αυτή η εσωτερική πάλη μπορεί να εκδηλωθεί ως αίσθημα ματαιότητας, συναισθηματικής απόσυρσης ή ακόμα και πικρίας προς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να εξετάσει την επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στη νοσηλευτική φροντίδα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Σχετίζεται το δευτερογενές τραυματικό στρες με τη νοσηλευτική φροντίδα;
- Πως επιδρά το δευτερογενές τραυματικό στρες στη νοσηλευτική φροντίδα;
- Σε ποιο βαθμό οι νοσηλευτές βιώνουν δευτερογενές τραυματικό στρες;
- Σχετίζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών με το δευτερογενές τραυματικό στρες και τη νοσηλευτική φροντίδα;

2. Δείγμα και μεθοδολογία

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 210 νοσηλευτές. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, και οι νοσηλευτές εργάζονταν σε διάφορα νοσοκομεία όλης της Ελλάδας. Η δειγματοληψία ευκολίας διευκόλυνε την έγκαιρη και αποτελεσματική συλλογή δεδομένων. Παρόλο που αυτή η μέθοδος περιορίζει τη γενίκευση, θεωρείται κατάλληλη για έρευνα που επικεντρώνεται στον εντοπισμό προτύπων, τάσεων ή συσχετισμών εντός μιας καθορισμένης υποομάδας (Creswell & Creswell, 2018).

Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε σε μια συγχρονική ποσοτική μελέτη, κατά την οποία τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία και μόνο χρονική στιγμή. Η επιλογή συγχρονικού σχεδιασμού εξυπηρετεί την ανάγκη της μελέτης για ταχεία αποτύπωση στάσεων σε ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο. Αν και δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιακών σχέσεων ή την παρακολούθηση εξελίξεων στο χρόνο, προσφέρει ένα αξιόπιστο εργαλείο για τον εντοπισμό στατιστικών συσχετίσεων μεταξύ μεταβλητών (Setia, 2016).

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο επελέγη επειδή επιτρέπει τη συγκέντρωση μεγάλου όγκου ποσοτικών στοιχείων με οικονομικό

και χρονικά αποδοτικό τρόπο, ενώ παράλληλα διασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων, στοιχείο που μπορεί να οδηγήσει σε ειλικρινείς και αυθεντικές απαντήσεις (Ratten, 2023).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από τέσσερις θεματικές: α) δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, χρόνια προϋπηρεσίας, τομέας εργασίας, οικογενειακή κατάσταση), β) δευτερογενές τραυματικό στρες, γ) νοσηλευτική φροντίδα.

Για τη διερεύνηση του δευτερογενούς τραυματικού στρες χρησιμοποιήθηκε η Secondary Traumatic Stress Scale του Bride και των συνεργατών του (2004). Η κλίμακα αποτελείται από 17 ερωτήσεις, και μετράει τους κάτωθι παράγοντες: αποφυγή (7 ερωτήσεις), εισβολή (5 ερωτήσεις), διέγερση (5 ερωτήσεις). Το τελικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα των ερωτήσεων. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλότερο δευτερογενές τραυματικό στρες (Bride et al., 2004).

Για τη διερεύνηση της νοσηλευτικής φροντίδας χρησιμοποιήθηκε η Quality Nursing Care Scale του Liu και των συνεργατών του (2021). Η κλίμακα αποτελείται από 38 ερωτήσεις και μετρά τους κάτωθι παράγοντες: φυσικό περιβάλλον (6 ερωτήσεις), χαρακτηριστικά προσωπικού (8 ερωτήσεις), προϋπόθεση (7 ερωτήσεις), δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία (6 ερωτήσεις), δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο (5 ερωτήσεις), και αποτελέσματα ασθενών (6 ερωτήσεις). Το τελικό σκορ προκύπτει από το μέσο όρο των ερωτήσεων. Υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν ποιοτικότερη νοσηλευτική φροντίδα (Liu et al., 2021).

Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε μέσω Google Forms κατά την περίοδο Φεβρουάριος-Απρίλιος 2025. Εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των νοσηλευτών και όλοι οι νοσηλευτές γνώριζαν το σκοπό της έρευνας. Τέλος, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το λογισμικό IBM SPSS. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Καθώς τα δεδομένα ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι. Ελέγχθηκε και η αξιοπιστία των κλιμάκων με τη χρήση του Cronbach alpha, και βρέθηκε πως η αξιοπιστία ήταν επαρκής. Σε κάθε περίπτωση, η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε ως $p < .05$.

Πίνακας 1. Έλεγχος αξιοπιστίας

Κλίμακα	Μεταβλητή	α
----------------	------------------	----------------------------

Secondary Traumatic Stress Scale	Αποφυγή	,617
	Εισβολή	,649
	Διέγερση	,687
	Δευτερογενές τραυματικό στρες	,719
Quality Nursing Care Scale	Φυσικό περιβάλλον	,636
	Χαρακτηριστικά προσωπικού	,614
	Προϋπόθεση	,603
	Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	,690
	Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	,708
	Αποτελέσματα ασθενών	,703
	Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	,880

3. Αποτελέσματα

3.1 Περιγραφική στατιστική

Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος (73.3%, n= 154) ήταν γυναίκες). Το 23.8% (n=50) ήταν έως 25 ετών, το 19% (n=40) ήταν 26-35 ετών, το 16.2% (n=34) ήταν 36-45 ετών, το 21.4% (n=45) ήταν 46-55 ετών και το 19.5% (n=41) ήταν 56+ ετών. Το 10% (n=21) είχαν δίπλωμα ΙΕΚ, το 28.6% (n=60) είχαν πτυχίο ΤΕΙ, ενώ το 24.3% (n=51) είχαν πτυχίο ΑΕΙ, το 28.6% (n=60) είχαν μεταπτυχιακό και το 8.6% (n=18) είχαν διδακτορικό. Το 19.5% (n=41)

είχαν έως 5 έτη προϋπηρεσίας, το 17.1% (n=36) είχαν 6-10 έτη, το 21.9% (n=46) είχαν 11-15 έτη, το 20.5% (n=43) είχαν 16-20 έτη και το 21% (n=44) είχαν πάνω από 20 έτη. Το 8.6% (n=18) εργάζονταν στον ψυχιατρικό τομέα και άλλο ένα 8.6% (n=18) εργάζονταν στον παιδιατρικό τομέα. Το 14.3% (n=30) στην μονάδα εντατικής θεραπείας, το 14.3% (n=30) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, το 17.6% (n=37) στον παθολογικό τομέα, το 10% (n=21) στον χειρουργικό τομέα, το 11.9% (n=25) στον ογκολογικό τομέα, και το 14.8% (n=31) στον ορθοπεδικό τομέα. Το 32.4% (n=68) ήταν άγαμοι, το 38.7% (n=81) έγγαμοι, το 21.9% (n=46) διαζευγμένοι και το 7.1% (n=15) χήροι (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητή	Κατηγορίες	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	56	26,7
	Γυναίκα	154	73,3
Ηλικία	Έως 25 ετών	50	23,8
	26-35 ετών	40	19
	36-45 ετών	34	16,2
	46-55 ετών	45	21,4
	56+ ετών	41	19,5
Μορφωτικό επίπεδο	Δίπλωμα ΙΕΚ	21	10
	Πτυχίο ΤΕΙ	60	28,6
	Πτυχίο ΑΕΙ	51	24,3
	Μεταπτυχιακό	60	28,6
	Διδακτορικό	18	8,6
Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας	Έως 5 έτη	41	19,5
	6-10 έτη	36	17,1
	11-15 έτη	46	21,9
	16-20 έτη	43	20,5
	21+ έτη	44	21

Τομέας εργασίας	Ψυχιατρικός	18	8,6
	Μονάδα εντατικής θεραπείας	30	14,3
	Επείγοντα	30	14,3
	Παθολογικός	37	17,6
	Χειρουργικός	21	10
	Ογκολογικός	25	11,9
	Ορθοπαιδικός	31	14,8
	Παιδιατρικός	18	8,6
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	68	32,4
	Έγγαμος	81	38,6
	Διαζευγμένος	46	21,9
	Χήρος	15	7,1

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες ($M = 49.8$, $SD = 5.41$), καθώς και μέτριες βαθμολογίες στις επιμέρους υποκλίμακες, δηλαδή την αποφυγή ($M = 20.3$, $SD = 3.30$), την εισβολή ($M = 13.5$, $SD = 2.75$) και τη διέγερση ($M = 16.1$, $SD = 2.83$). Παράλληλα, καταγράφηκαν υψηλές τιμές στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ανέφεραν υψηλές βαθμολογίες στο φυσικό περιβάλλον ($M = 4.24$, $SD = .63$), μέτριες βαθμολογίες στα χαρακτηριστικά του προσωπικού ($M = 3.74$, $SD = .66$) και την προϋπόθεση ($M = 3.34$, $SD = .68$), και υψηλές βαθμολογίες στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία ($M = 3.95$, $SD = .70$), στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο ($M = 4.23$, $SD = .65$), και στα αποτελέσματα ασθενών ($M = 4.31$, $SD = .65$). Η συνολική βαθμολογία για την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ήταν επίσης σε υψηλό επίπεδο ($M = 3.96$, $SD = .66$) (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το δευτερογενές τραυματικό στρες και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

Μεταβλητή	Εύρος βαθμολογιών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Αποφυγή	7-35	20,3	3,30	11	29
Εισβολή	5-25	13,5	2,75	6	22
Διέγερση	5-25	16,1	2,83	5	22
Δευτερογενές τραυματικό στρες	17-85	49,8	5,41	36	66
Φυσικό περιβάλλον	1-5	4,24	,63	1,17	5,00
Χαρακτηριστικά προσωπικού	1-5	3,74	,66	1,25	4,87
Προϋπόθεση	1-5	3,34	,68	1,14	4,29
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	1-5	3,95	,70	1,17	4,50
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	1-5	4,23	,65	1,20	5,00
Αποτελέσματα ασθενών	1-5	4,31	,65	1,00	5,00
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	1-5	3,96	,66	1,15	4,77

3.2 Επαγωγική στατιστική

Αρχικά, για να εξεταστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας χρησιμοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ενδείκνυται σε περιπτώσεις ποσοτικών μεταβλητών. Πέραν των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της εκάστοτε κλίμακας, βρέθηκαν αρκετές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα, η αποφυγή σχετίζονταν αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με το φυσικό περιβάλλον ($r = -.237, p = .000$), τα χαρακτηριστικά προσωπικού ($r = -.372, p = .000$), την προϋπόθεση ($r = -.365, p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία ($r = -.419, p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο ($r = -$

.374, $p = .000$), τα αποτελέσματα ασθενών ($r = -.334$, $p = .000$), και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.445$, $p = .000$). Παρόμοια, η εισβολή σχετίζονταν αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με το φυσικό περιβάλλον ($r = -.153$, $p = .027$), τα χαρακτηριστικά προσωπικού ($r = -.224$, $p = .001$), την προϋπόθεση ($r = -.181$, $p = .008$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία ($r = -.246$, $p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο ($r = -.180$, $p = .009$), και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.227$, $p = .000$). Επίσης, η διέγερση σχετίζονταν αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με το φυσικό περιβάλλον ($r = -.296$, $p = .000$), τα χαρακτηριστικά προσωπικού ($r = -.334$, $p = .000$), την προϋπόθεση ($r = -.310$, $p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία ($r = -.260$, $p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο ($r = -.216$, $p = .002$), τα αποτελέσματα ασθενών ($r = -.138$, $p = .046$), και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.328$, $p = .000$). Τέλος, το δευτερογενές τραυματικό στρες σχετίζονταν αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με το φυσικό περιβάλλον ($r = -.377$, $p = .000$), τα χαρακτηριστικά προσωπικού ($r = -.515$, $p = .000$), την προϋπόθεση ($r = -.476$, $p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία ($r = -.517$, $p = .000$), τις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο ($r = -.432$, $p = .000$), τα αποτελέσματα ασθενών ($r = -.320$, $p = .000$), και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ($r = -.559$, $p = .000$) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

		Αποφ υγή	Εισβολή	Διέγερση	Δε υτ. τρ. στ ρε ς	Φυσ. περιβ.	Χαρ ακτ. προ σωπ ικού	Προϋπόθ.	Δραστηρ. προσαν. στην εργασία	Δραστ ηρ. προσαν . στον άνθρω πο	Αποτελ. ασθενών	Ποιότητ α νοσηλ. φροντίδα ς
Αποφυγή	r											
	p											
Εισβολή	r	,577										
	p	,003										
Διέγερση	r	,845	,894									
	p	,002	,007									
Δευτ. τρ. στρες	r	,647	,604	,570								
	p	,000	,000	,000								
Φυσ. περιβ.	r	-,237	-,153	-,296	- ,37 7							
	p	,000	,027	,000	,00 0							

Χαρακτ. προσωπικού	r	-,372	-,224	-,334	- ,51 5	,555						
	p	,000	,001	,000	,00 0	,000	,685					
Προϋπόθ.	r	-,365	-,181	-,310	- ,47 6	,532	,001					
	p	,000	,008	,000	,00 0	,000	,650					
Δραστηρ. προσαν. στην εργασία	r	-,419	-,246	-,260	- ,51 7	,519	,000	,689				
	p	,000	,000	,000	,00 0	,000	,491	,000				
Δραστηρ. προσαν. στον άνθρωπο	r	-,374	-,180	-,216	- ,43 2	,462	,000	,486	,526			
	p	,000	,009	,002	,00 0	,000	,562	,000	,000			

Αποτελ. ασθενών	r	-,334	-,088	-,138	- ,32 0	,527	,000	,559	,598	,368		
	p	,000	,207	,046	,00 0	,000	,833	,000	,000	,000		
Ποιότητα νοσηλ. φροντίδας	r	-,445	-,227	-,328	- ,55 9	,753	,685	,838	,846	,702	,762	
	p	,000	,000	,000	,00 0	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση για να εξεταστεί περαιτέρω η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό ($F(1, 208) = 94.4, p = .000$) και εξήγησε το 31.2% της διακύμανσης στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ($R^2 = .312$). Η ανάλυση των συντελεστών παλινδρόμησης έδειξε ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες προβλέπει αρνητικά την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας ($b = -.054, SE = .006, t = -9.72, p = .000$), υποδεικνύοντας ότι υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες σχετίζονται με χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Επίδραση δευτερογενούς τραυματικού στρες στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

Προγνωστικός παράγοντας	b	SE	t	p	R ²
Δευτερογενές τραυματικό στρες	-,054	,006	-9,72	,000	,312

Για να διερευνηθεί εάν το φύλο των νοσηλευτών σχετίζονταν με το δευτερογενές τραυματικό στρες και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, χρησιμοποιήθηκαν t-tests για ανεξάρτητα δείγματα. Ο έλεγχος αυτός ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι ποσοτικές ενώ η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι ποιοτική με δυο ομάδες. Βρέθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποφυγή μεταξύ ανδρών ($M = 19.89, SD = 3.53$) και γυναικών ($M = 20.41, SD = 3.20$), καθώς $t(208) = -1.003, p = .317$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εισβολή μεταξύ ανδρών ($M = 13.38, SD = 2.77$) και γυναικών ($M = 13.51, SD = 2.74$), καθώς $t(208) = -0.321, p = .748$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διέγερση μεταξύ ανδρών ($M = 15.46, SD = 2.97$) και γυναικών ($M = 16.27, SD = 2.76$), καθώς $t(208) = -1.838, p = .067$. Παρόμοια, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο δευτερογενές τραυματικό στρες μεταξύ ανδρών ($M = 48.73, SD = 5.36$) και γυναικών ($M = 50.19, SD = 5.39$), καθώς $t(208) = -1.741, p = .083$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φυσικό περιβάλλον μεταξύ ανδρών ($M = 2.23, SD = .70$) και γυναικών ($M = 2.25, SD = .60$), καθώς $t(208) = -0.137, p = .891$. Επιπλέον, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα χαρακτηριστικά του προσωπικού μεταξύ ανδρών ($M = 2.40, SD = .60$) και γυναικών ($M =$

2.31, SD = .68), καθώς $t(208) = .875$, $p = .382$. Παρομοίως δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην προϋπόθεση μεταξύ ανδρών ($M = 2.41$, SD = 0.74) και γυναικών ($M = 2.31$, SD = 0.67), καθώς $t(208) = .882$, $p = .379$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία μεταξύ ανδρών ($M = 2.40$, SD = .74) και γυναικών ($M = 2.33$, SD = .69), καθώς $t(208) = .696$, $p = .487$. Ακόμη, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο μεταξύ ανδρών ($M = 2.29$, SD = .70) και γυναικών ($M = 2.21$, SD = .63), καθώς $t(208) = .747$, $p = .456$. Στο ίδιο μήκος κύματος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ασθενών μεταξύ ανδρών ($M = 2.38$, SD = .62) και γυναικών ($M = 2.29$, SD = .66), καθώς $t(208) = 0.958$, $p = .339$. Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ ανδρών ($M = 2.35$, SD = .56) και γυναικών ($M = 2.28$, SD = .51), καθώς $t(208) = .857$, $p = .392$ (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Συσχετίσεις μεταξύ φύλου και δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

	Φύλο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	t (208)	p
Αποφυγή	Άνδρας	19,89	3,53	-1,003	,317
	Γυναίκα	20,41	3,20		
Εισβολή	Άνδρας	13,38	2,77	-,321	,748
	Γυναίκα	13,51	2,74		
Διέγερση	Άνδρας	15,46	2,97	-1,838	,067
	Γυναίκα	16,27	2,76		
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Άνδρας	48,73	5,36	-1,741	,083
	Γυναίκα	50,19	5,39		
Φυσικό περιβάλλον	Άνδρας	4,23	,70	-,137	,891
	Γυναίκα	4,25	,60		
Χαρακτηριστικά προσωπικού	Άνδρας	3,40	,60	,875	,382
	Γυναίκα	3,31	,68		
Προϋπόθεση	Άνδρας	3,41	,74	,882	,379

	Γυναίκα	3,31	,67		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	Άνδρας	3,40	,74	,696	,487
	Γυναίκα	3,33	,69		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	Άνδρας	4,29	,70	,747	,456
	Γυναίκα	4,21	,63		
Αποτελέσματα ασθενών	Άνδρας	4,38	,62	,958	,339
	Γυναίκα	4,29	,66		
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	Άνδρας	3,35	,56	,857	,392
	Γυναίκα	3,28	,51		

Στη συνέχεια, για να διερευνηθεί εάν η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, ο τομέας εργασίας και η οικογενειακή κατάσταση σχετίζονταν με το δευτερογενές τραυματικό στρες και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις διακύμανσης (one-way ANOVA). Ο έλεγχος αυτός ενδείκνυται σε περιπτώσεις όπου οι εξαρτημένες μεταβλητές είναι ποσοτικές ενώ η ανεξάρτητη μεταβλητή είναι ποιοτική με πάνω από δυο ομάδες.

Όσον αφορά την ηλικία, βρέθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποφυγή μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, καθώς $F(4, 198) = 2.037$, $p = .095$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εισβολή μεταξύ ηλικιακών ομάδων, καθώς $F(4, 198) = 0.372$, $p = .828$. Επίσης, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διέγερση, καθώς $F(4, 198) = 1.035$, $p = .393$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο δευτερογενές τραυματικό στρες, καθώς $F(4, 198) = .998$, $p = .412$. Παράλληλα, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φυσικό περιβάλλον, καθώς $F(4, 198) = 1.372$, $p = .249$. Παρόμοια, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα χαρακτηριστικά του προσωπικού, καθώς $F(4, 198) = 1.433$, $p = .229$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην προϋπόθεση, καθώς $F(4, 198) = .851$, $p = .496$. Ωστόσο, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία, καθώς $F(4, 198) = 2.636$, $p = .038$. Η ηλικιακή ομάδα 26–

35 ετών ανέφερε υψηλότερες τιμές ($M = 3.58$, $SD = .81$), ακολουθούμενη από την ομάδα έως 25 ετών ($M = 3.45$, $SD = .75$), ενώ οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στις ηλικίες 46–55 ετών ($M = 3.15$, $SD = .40$) και 36–45 ετών ($M = 3.25$, $SD = .60$). Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο, καθώς $F(4, 198) = 2.495$, $p = .048$. Οι συμμετέχοντες ηλικίας 56 ετών και άνω ανέφεραν τις υψηλότερες τιμές ($M = 4.40$, $SD = .72$), ενώ οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στην ομάδα 46–55 ετών ($M = 4.04$, $SD = .50$) και στην ομάδα 36–45 ετών ($M = 4.11$, $SD = .65$). Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ασθενών, καθώς $F(4, 198) = .933$, $p = .448$. Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς $F(4, 198) = 1.757$, $p = .144$ (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

	Ηλικία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F (4, 198)	p
Αποφυγή	Έως 25 ετών	22,06	3,50	2,037	,095
	26-35 ετών	19,40	3,11		
	36-45 ετών	20,35	2,97		
	46-55 ετών	21,31	3,13		
	56+ ετών	20,17	3,47		
Εισβολή	Έως 25 ετών	13,18	2,92	,372	,828
	26-35 ετών	13,43	2,63		
	36-45 ετών	13,62	2,57		
	46-55 ετών	13,38	2,78		
	56+ ετών	13,88	2,82		
Διέγερση	Έως 25 ετών	16,38	2,50	1,035	,393
	26-35 ετών	16,13	2,73		
	36-45 ετών	15,71	3,57		
	46-55 ετών	16,47	2,70		

	56+ ετών	15,44	2,75		
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Έως 25 ετών	49,62	5,43	,998	,412
	26-35 ετών	48,95	5,14		
	36-45 ετών	49,68	5,22		
	46-55 ετών	51,16	5,44		
	56+ ετών	49,49	5,72		
Φυσικό περιβάλλον	Έως 25 ετών	4,25	,65	1,372	,249
	26-35 ετών	4,43	,75		
	36-45 ετών	4,09	,53		
	46-55 ετών	4,19	,60		
	56+ ετών	4,24	,50		
Χαρακτηριστικά προσωπικού	Έως 25 ετών	3,41	,74	1,433	,229
	26-35 ετών	3,51	,70		
	36-45 ετών	3,18	,66		
	46-55 ετών	3,26	,57		
	56+ ετών	3,28	,64		
Προϋπόθεση	Έως 25 ετών	3,35	,69	,851	,496
	26-35 ετών	3,39	,85		
	36-45 ετών	3,35	,67		
	46-55 ετών	3,20	,57		
	56+ ετών	3,41	,72		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	Έως 25 ετών	3,45	,75	2,636	,038
	26-35 ετών	3,58	,81		
	36-45 ετών	3,25	,60		
	46-55 ετών	3,15	,40		
	56+ ετών	3,29	,73		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	Έως 25 ετών	4,34	,63	2,495	,048
	26-35 ετών	4,25	,64		
	36-45 ετών	4,11	,65		
	46-55 ετών	4,04	,50		
	56+ ετών	4,40	,72		

Αποτελέσματα ασθενών	Έως 25 ετών	4,34	,70	,933	,448
	26-35 ετών	4,46	,76		
	36-45 ετών	4,33	,65		
	46-55 ετών	4,23	,47		
	56+ ετών	4,21	,70		
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	Έως 25 ετών	3,36	,51	1,757	,144
	26-35 ετών	3,44	,62		
	36-45 ετών	3,22	,46		
	46-55 ετών	3,18	,39		
	56+ ετών	3,30	,53		

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, βρέθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποφυγή μεταξύ των επιπέδων μόρφωσης, καθώς $F(4, 199) = 1.217$, $p = .312$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εισβολή, $F(4, 199) = 3.778$, $p = .068$, ούτε στη διέγερση, $F(4, 199) = .318$, $p = .865$, ούτε στο συνολικό δευτερογενές τραυματικό στρες, $F(4, 199) = .893$, $p = .473$. Παρόμοια, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φυσικό περιβάλλον, $F(4, 199) = .671$, $p = .615$, στα χαρακτηριστικά του προσωπικού, $F(4, 199) = .136$, $p = .969$, στην προϋπόθεση, $F(4, 199) = .501$, $p = .735$, και στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία, $F(4, 199) = .622$, $p = .649$. Επίσης, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο, $F(4, 199) = .572$, $p = .684$. Παρομοίως, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ασθενών, $F(4, 199) = .352$, $p = .842$. Τέλος, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, $F(4, 199) = .565$, $p = .689$ (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Συσχετίσεις μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

	Μορφωτικό επίπεδο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F (4, 199)	p
Αποφυγή	Δίπλωμα ΙΕΚ	19,52	3,95	1,217	,312
	Πτυχίο ΤΕΙ	19,78	3,35		
	Πτυχίο ΑΕΙ	20,55	3,25		
	Μεταπτυχιακό	20,52	3,23		
	Διδακτορικό	21,17	2,43		
Εισβολή	Δίπλωμα ΙΕΚ	12,62	2,85	3,778	,068
	Πτυχίο ΤΕΙ	14,27	2,56		
	Πτυχίο ΑΕΙ	12,57	2,94		
	Μεταπτυχιακό	13,50	2,68		
	Διδακτορικό	14,33	1,91		
Διέγερση	Δίπλωμα ΙΕΚ	16,00	2,30	,318	,865
	Πτυχίο ΤΕΙ	16,33	2,46		
	Πτυχίο ΑΕΙ	16,18	2,61		
	Μεταπτυχιακό	15,83	3,09		
	Διδακτορικό	15,61	4,17		
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Δίπλωμα ΙΕΚ	48,14	6,39	,893	,473
	Πτυχίο ΤΕΙ	50,38	5,28		
	Πτυχίο ΑΕΙ	49,29	5,24		
	Μεταπτυχιακό	49,85	5,31		
	Διδακτορικό	51,11	5,35		
Φυσικό περιβάλλον	Δίπλωμα ΙΕΚ	4,48	,70	,671	,615
	Πτυχίο ΤΕΙ	4,23	,69		
	Πτυχίο ΑΕΙ	4,19	,62		
	Μεταπτυχιακό	4,23	,52		
	Διδακτορικό	4,22	,71		
	Δίπλωμα ΙΕΚ	3,45	,81	,136	,969

Χαρακτηριστικά προσωπικού	Πτυχίο TEI	3,35	,65		
	Πτυχίο AEI	3,31	,63		
	Μεταπτυχιακό	3,31	,70		
	Διδακτορικό	3,32	,50		
Προϋπόθεση	Δίπλωμα ΙΕΚ	3,55	,80	,501	,735
	Πτυχίο TEI	3,32	,65		
	Πτυχίο AEI	3,35	,69		
	Μεταπτυχιακό	3,28	,66		
	Διδακτορικό	3,31	,72		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	Δίπλωμα ΙΕΚ	3,58	,73	,622	,649
	Πτυχίο TEI	3,31	,70		
	Πτυχίο AEI	3,32	,81		
	Μεταπτυχιακό	3,35	,64		
	Διδακτορικό	3,28	,56		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	Δίπλωμα ΙΕΚ	4,42	,77	,572	,684
	Πτυχίο TEI	4,26	,63		
	Πτυχίο AEI	4,18	,69		
	Μεταπτυχιακό	4,17	,62		
	Διδακτορικό	4,28	,57		
Αποτελέσματα ασθενών	Δίπλωμα ΙΕΚ	4,48	,73	,352	,842
	Πτυχίο TEI	4,29	,59		
	Πτυχίο AEI	4,32	,66		
	Μεταπτυχιακό	4,30	,65		
	Διδακτορικό	4,21	,78		
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	Δίπλωμα ΙΕΚ	3,49	,62	,565	,689
	Πτυχίο TEI	3,29	,53		
	Πτυχίο AEI	3,28	,54		
	Μεταπτυχιακό	3,27	,47		
	Διδακτορικό	3,27	,53		

Όσον αφορά τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, βρέθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποφυγή μεταξύ των ομάδων επαγγελματικής εμπειρίας, καθώς $F(4, 191) = .631, p = .641$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εισβολή, $F(4, 191) = .397, p = .810$, ούτε στη διέγερση, $F(4, 191) = .874, p = .482$, ούτε στο συνολικό σκορ του δευτερογενούς τραυματικού στρες, $F(4, 191) = .938, p = .445$. Επίσης, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φυσικό περιβάλλον, $F(4, 191) = .636, p = .638$. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα χαρακτηριστικά προσωπικού, $F(4, 191) = 1.232, p = .302$. Ακόμη, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην προϋπόθεση, $F(4, 191) = 1.920, p = .113$. Παρόμοια, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία, $F(4, 191) = .812, p = .521$, ούτε στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο, $F(4, 191) = .175, p = .951$. Ωστόσο, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ασθενών, $F(4, 191) = 3.977, p = .005$. Οι επαγγελματίες με 16–20 έτη εμπειρίας ανέφεραν τις υψηλότερες τιμές ($M = 4.48, SD = .57$), ακολουθούμενοι από την ομάδα με 6–10 έτη ($M = 4.45, SD = .69$) και την ομάδα με 11–15 έτη ($M = 4.33, SD = .60$), ενώ οι επαγγελματίες με εμπειρία άνω των 21 ετών ανέφεραν τις χαμηλότερες τιμές ($M = 4.03, SD = .55$). Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, $F(4, 191) = .854, p = .494$ (Πίνακας 9).

Πίνακας 9. Συσχετίσεις μεταξύ χρόνων επαγγελματικής εμπειρίας και δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

	Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F (4, 191)	p
Αποφυγή	Έως 5 έτη	20,93	3,06	,631	,641
	6-10 έτη	19,75	3,14		
	11-15 έτη	19,98	3,23		
	16-20 έτη	20,28	2,91		
	21+ έτη	20,39	2,93		
Εισβολή	Έως 5 έτη	13,61	3,26	,397	,810
	6-10 έτη	13,64	2,35		
	11-15 έτη	13,59	2,92		

	16-20 έτη	12,98	2,36		
	21+ έτη	13,59	3,02		
Διέγερση	Έως 5 έτη	16,15	3,04	,874	,482
	6-10 έτη	15,94	2,67		
	11-15 έτη	16,02	2,99		
	16-20 έτη	15,53	2,57		
	21+ έτη	16,61	5,98		
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Έως 5 έτη	50,68	5,93	,938	,445
	6-10 έτη	49,33	4,95		
	11-15 έτη	49,59	5,69		
	16-20 έτη	48,79	4,67		
	21+ έτη	50,59	,63		
Φυσικό περιβάλλον	Έως 5 έτη	4,30	,23	,636	,638
	6-10 έτη	4,19	,65		
	11-15 έτη	4,34	,56		
	16-20 έτη	4,23	,64		
	21+ έτη	4,14	,72		
Χαρακτηριστικά προσωπικού	Έως 5 έτη	3,21	,74	1,232	,302
	6-10 έτη	3,41	,66		
	11-15 έτη	3,32	,61		
	16-20 έτη	3,49	,58		
	21+ έτη	3,26	,68		
Προϋπόθεση	Έως 5 έτη	3,37	,74	1,920	,113
	6-10 έτη	3,44	,57		
	11-15 έτη	3,14	,76		
	16-20 έτη	3,48	,65		
	21+ έτη	3,28	,72		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	Έως 5 έτη	3,29	,75	,812	,521
	6-10 έτη	3,43	,64		
	11-15 έτη	3,25	,82		
	16-20 έτη	3,49	,58		

	21+ έτη	3,30	,63		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	Έως 5 έτη	4,22	,63	,175	,951
	6-10 έτη	4,16	,65		
	11-15 έτη	4,26	,71		
	16-20 έτη	4,26	,65		
	21+ έτη	4,25	,75		
Αποτελέσματα ασθενών	Έως 5 έτη	4,29	,55	3,977	,005
	6-10 έτη	4,45	,69		
	11-15 έτη	4,33	,60		
	16-20 έτη	4,48	,57		
	21+ έτη	4,03	,55		
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	Έως 5 έτη	3,28	,55	,854	,494
	6-10 έτη	3,35	,50		
	11-15 έτη	3,27	,55		
	16-20 έτη	3,40	,47		
	21+ έτη	3,21	3,05		

Όσον αφορά τον τομέα εργασίας, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποφυγή μεταξύ των τομέων εργασίας, $F(7, 189) = 7.605$, $p = .004$. Οι υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στον τομέα των επειγόντων ($M = 29.60$, $SD = 2.90$), στη ΜΕΘ ($M = 27.93$, $SD = 4.10$) και στον ογκολογικό τομέα ($M = 24.64$, $SD = 3.04$), ενώ οι χαμηλότερες τιμές εντοπίστηκαν στον ψυχιατρικό τομέα ($M = 19.56$, $SD = 2.74$). Από την άλλη, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εισβολή, $F(7, 189) = 1.316$, $p = .945$. Όμως, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διέγερση, $F(7, 189) = 2.940$, $p = .048$. Οι συμμετέχοντες στον τομέα επειγόντων παρουσίασαν τις υψηλότερες τιμές ($M = 26.23$, $SD = 3.04$), ακολουθούμενοι από τον ογκολογικό ($M = 25.32$, $SD = 3.00$) και τη ΜΕΘ ($M = 20.33$, $SD = 2.88$), ενώ οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στον παιδιατρικό τομέα ($M = 14.83$, $SD = 3.48$). Επιπλέον, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο συνολικό σκορ του δευτερογενούς τραυματικού στρες, $F(7, 189) = 5.860$, $p = .023$. Οι εργαζόμενοι στα επείγοντα ανέφεραν τις υψηλότερες τιμές ($M = 59.20$, $SD = 5.31$), ακολουθούμενοι από τη ΜΕΘ ($M = 54.80$, $SD = 5.25$) και τον ογκολογικό τομέα ($M = 52.60$, $SD = 6.34$), ενώ οι χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στον παιδιατρικό

τομέα ($M = 48.22$, $SD = 5.60$). Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο φυσικό περιβάλλον, $F(7, 189) = 1.106$, $p = .368$, ούτε στα χαρακτηριστικά προσωπικού, $F(7, 189) = .372$, $p = .916$, ούτε στην προϋπόθεση, $F(7, 189) = 1.036$, $p = .413$, καθώς και ούτε στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία, $F(7, 189) = .968$, $p = .461$. Επιπλέον, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο, $F(7, 189) = 1.486$, $p = .184$. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ασθενών, $F(7, 189) = 1.691$, $p = .123$. Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, $F(7, 189) = .921$, $p = .495$ (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ τομέα εργασίας και δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

	Τομέας εργασίας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F (7, 189)	p
Αποφυγή	Ψυχιατρικός	19,56	2,74	7,605	,004
	ΜΕΘ	27,93	4,10		
	Επείγοντα	29,60	2,90		
	Παθολογικός	20,00	3,76		
	Χειρουργικός	20,33	3,06		
	Ογκολογικός	24,64	3,04		
	Ορθοπεδικός	20,58	3,09		
	Παιδιατρικός	20,44	2,95		
Εισβολή	Ψυχιατρικός	13,72	1,83	1,316	,945
	ΜΕΘ	15,53	2,95		
	Επείγοντα	16,37	3,13		
	Παθολογικός	14,73	2,39		
	Χειρουργικός	13,71	3,11		
	Ογκολογικός	15,64	3,14		
	Ορθοπεδικός	13,10	2,81		
	Παιδιατρικός	12,94	2,52		

Διέγερση	Ψυχιατρικός	16,11	2,74	2,940	,048
	ΜΕΘ	20,33	2,88		
	Επείγοντα	26,23	3,04		
	Παθολογικός	16,19	2,56		
	Χειρουργικός	16,33	2,13		
	Ογκολογικός	25,32	3,00		
	Ορθοπαιδικός	16,71	2,84		
	Παιδιατρικός	14,83	3,48		
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Ψυχιατρικός	49,39	4,05	5,860	,023
	ΜΕΘ	54,80	5,25		
	Επείγοντα	59,20	5,31		
	Παθολογικός	49,92	5,17		
	Χειρουργικός	50,38	5,32		
	Ογκολογικός	52,60	6,34		
	Ορθοπαιδικός	50,39	5,61		
	Παιδιατρικός	48,22	5,60		
Φυσικό περιβάλλον	Ψυχιατρικός	4,20	,59	1,106	,368
	ΜΕΘ	4,24	,96		
	Επείγοντα	4,26	,69		
	Παθολογικός	4,08	,50		
	Χειρουργικός	4,40	,69		
	Ογκολογικός	4,39	,69		
	Ορθοπαιδικός	4,12	,55		
	Παιδιατρικός	4,42	,79		
Χαρακτηριστικά προσωπικού	Ψυχιατρικός	3,31	,66	,372	,916
	ΜΕΘ	3,21	,64		
	Επείγοντα	3,39	,59		
	Παθολογικός	3,31	,61		
	Χειρουργικός	3,40	,70		
	Ογκολογικός	3,33	,78		
	Ορθοπαιδικός	3,31	,70		

	Παιδιατρικός	3,50	,71		
Προϋπόθεση	Ψυχιατρικός	3,49	,45	1,036	,413
	ΜΕΘ	3,15	,59		
	Επείγοντα	3,49	,86		
	Παθολογικός	3,32	,72		
	Χειρουργικός	3,39	,72		
	Ογκολογικός	3,42	,71		
	Ορθοπεδικός	3,22	,67		
	Παιδιατρικός	3,28	,57		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	Ψυχιατρικός	3,26	,58	,968	,461
	ΜΕΘ	3,10	,59		
	Επείγοντα	3,49	,82		
	Παθολογικός	3,35	,74		
	Χειρουργικός	3,44	,78		
	Ογκολογικός	3,42	,78		
	Ορθοπεδικός	3,34	,61		
	Παιδιατρικός	3,42	,65		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	Ψυχιατρικός	4,39	,53	1,486	,184
	ΜΕΘ	4,02	,67		
	Επείγοντα	4,37	,57		
	Παθολογικός	4,28	,68		
	Χειρουργικός	4,42	,66		
	Ογκολογικός	4,15	,73		
	Ορθοπεδικός	4,08	,54		
	Παιδιατρικός	4,29	,78		
Αποτελέσματα ασθενών	Ψυχιατρικός	4,09	,55	1,691	,123
	ΜΕΘ	4,22	,67		
	Επείγοντα	4,48	,75		
	Παθολογικός	4,31	,61		
	Χειρουργικός	4,55	,65		
	Ογκολογικός	4,47	,70		

	Ορθοπαιδικός	4,13	,40		
	Παιδιατρικός	4,23	,73		
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	Ψυχιατρικός	3,29	,43	,921	,495
	ΜΕΘ	3,16	,47		
	Επείγοντα	3,41	,60		
	Παθολογικός	3,27	,48		
	Χειρουργικός	3,44	,56		
	Ογκολογικός	3,36	,61		
	Ορθοπαιδικός	3,20	,46		
	Παιδιατρικός	3,36	,56		

Τέλος, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, βρέθηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποφυγή μεταξύ των ομάδων οικογενειακής κατάστασης, $F(3, 186) = 1.376$, $p = .259$. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εισβολή, $F(3, 186) = .456$, $p = .714$, ούτε στη διέγερση, $F(3, 186) = 2.261$, $p = .128$, ούτε στο συνολικό σκορ του δευτερογενούς τραυματικού στρες, $F(3, 186) = 1.994$, $p = .125$, ούτε στο φυσικό περιβάλλον, $F(3, 186) = 1.133$, $p = .344$, ούτε στα χαρακτηριστικά προσωπικού, $F(3, 186) = 2.757$, $p = .067$. Επίσης, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην προϋπόθεση, $F(3, 186) = .394$, $p = .758$. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία, $F(3, 186) = .253$, $p = .859$. Παρόμοια, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο, $F(3, 186) = .257$, $p = .870$. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα ασθενών, $F(3, 186) = 1.744$, $p = .316$. Τέλος, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, $F(3, 186) = 1.295$, $p = .285$ (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Συσχετίσεις μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και δευτερογενούς τραυματικού στρες και ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

	Οικογενειακή κατάσταση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F (3, 186)	p
Αποφυγή	Άγαμος	20,74	3,28	1,376	,259
	Έγγαμος	20,25	3,14		
	Διαζευγμένος	20,11	3,47		
	Χήρος	18,80	3,42		
Εισβολή	Άγαμος	13,19	2,88	,456	,714
	Έγγαμος	13,67	2,67		
	Διαζευγμένος	13,65	2,63		
	Χήρος	13,20	2,98		
Διέγερση	Άγαμος	16,04	2,65	2,261	,128
	Έγγαμος	16,72	2,86		
	Διαζευγμένος	15,13	2,86		
	Χήρος	15,40	2,69		
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Άγαμος	49,97	5,43	1,994	,125
	Έγγαμος	50,63	5,29		
	Διαζευγμένος	48,89	5,32		
	Χήρος	47,40	5,62		
Φυσικό περιβάλλον	Άγαμος	4,15	,54	1,133	,344
	Έγγαμος	4,23	,63		
	Διαζευγμένος	4,32	,61		
	Χήρος	4,48	,83		
Χαρακτηριστικά προσωπικού	Άγαμος	3,27	,66	2,757	,067
	Έγγαμος	3,25	,69		
	Διαζευγμένος	3,57	,61		
	Χήρος	3,39	,99		
Προϋπόθεση	Άγαμος	3,29	,63	,394	,758
	Έγγαμος	3,31	,67		
	Διαζευγμένος	3,43	,71		

	Χήρος	3,39	,87		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στην εργασία	Άγαμος	3,33	,65	,253	,859
	Έγγαμος	3,32	,75		
	Διαζευγμένος	3,42	,61		
	Χήρος	3,39	,67		
Δραστηριότητες προσανατολισμένες στον άνθρωπο	Άγαμος	4,21	,66	,257	,870
	Έγγαμος	4,22	,65		
	Διαζευγμένος	4,24	,66		
	Χήρος	4,39	,79		
Αποτελέσματα ασθενών	Άγαμος	4,28	,69	1,744	,316
	Έγγαμος	4,18	,62		
	Διαζευγμένος	4,57	,63		
	Χήρος	4,40	,89		
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας	Άγαμος	3,25	,42	1,295	,285
	Έγγαμος	3,25	,59		
	Διαζευγμένος	3,42	,50		
	Χήρος	3,41	,72		

4. Συζήτηση

4.1 Σχολιασμός και ερμηνεία αποτελεσμάτων

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαίωσαν μια σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών συσχετίστηκαν με χαμηλότερη αντιληπτή ποιότητα σε διάφορες διαστάσεις φροντίδας, συμπεριλαμβανομένου του φυσικού περιβάλλοντος, των χαρακτηριστικών του προσωπικού, των δραστηριοτήτων που είναι προσανατολισμένες στην εργασία και στον άνθρωπο, και των αποτελεσμάτων των ασθενών. Αυτά τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με ένα αυξανόμενο σύνολο διεθνούς βιβλιογραφίας που υπογραμμίζει τις αρνητικές επιπτώσεις του δευτερογενούς

τραυματικού στρες τόσο στην συναισθηματική ευεξία των νοσηλευτών όσο και στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν.

Η μέση βαθμολογία για το δευτερογενές τραυματικό στρες σε αυτό το δείγμα ήταν μέτρια, εύρημα που συνάδει με πρότερη μελέτη. Για παράδειγμα, οι Hinderer et al. (2014) ανέφεραν παρόμοια μέτρια έως υψηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών, με περίπου το ένα τρίτο των ερωτηθέντων να πληρούν τα κριτήρια για κλινικά σημαντικά συμπτώματα. Ομοίως, μια εθνική έρευνα των Mealer et al. (2009) διαπίστωσε ότι περίπου το 25% των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας εμφάνισαν συμπτώματα που μοιάζουν με διαταραχή μετατραυματικού στρες, γεγονός που επηρέασε αρνητικά την ικανότητά τους για φροντίδα. Η επικράτηση σε αυτή τη μελέτη, σε συνδυασμό με την επίδρασή του στην ποιότητα της φροντίδας, υποδηλώνει ότι αυτό το φαινόμενο είναι τόσο κοινό όσο και επακόλουθο στο ελληνικό νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό.

Η ανάλυση παλινδρόμησης επιβεβαίωσε περαιτέρω ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ένας στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της αντιληπτής χαμηλότερης ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα. Αυτό το αποτέλεσμα υποστηρίζει προηγούμενα ευρήματα των Sacco et al. (2015), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα τραυματικού στρες ανέφεραν χαμηλότερη αυτοαξιολογούμενη ικανότητα παροχής φροντίδας υψηλής ποιότητας, καθώς και μειωμένη συναισθηματική διαθεσιμότητα προς τους ασθενείς. Ομοίως, οι Slatten, Carson και Carson (2011) τεκμηρίωσαν πώς η συναισθηματική εξάντληση, που προκαλείται από δευτερογενή έκθεση σε τραύμα, οδηγεί σε αποδέσμευση και μειωμένη επικοινωνία της ομάδας, η οποία μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο την ασφάλεια των ασθενών όσο και την απόδοση των νοσηλευτών.

Η διάσταση που επηρεάστηκε περισσότερο από το δευτερογενές τραυματικό στρες σε αυτή τη μελέτη ήταν τα χαρακτηριστικά του προσωπικού, συμπεριλαμβανομένων πτυχών όπως η ενσυναίσθηση, η προσοχή και η διαθεσιμότητα. Αυτό συνάδει με την έρευνα του Beck (2011), ο οποίος διαπίστωσε ότι η κόπωση από συμμόνια -συχνά συνέπεια δευτερογενούς τραυματικού στρες- οδηγεί σε συναισθηματικό μούδιασμα και αποστασιοποίηση από τους ασθενείς. Οι ασθενείς στη μελέτη των Sinclair et al. (2017) ανέφεραν ότι αισθάνονταν πότε οι φροντιστές ήταν συναισθηματικά αποσυρμένοι, περιγράφοντάς τους ως "απόμακρους" ή "ψυχρούς", κάτι που επηρέασε σημαντικά την εμπιστοσύνη και την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα.

Επιπλέον, τα ευρήματα ότι η αποφυγή, η εισβολή και η διέγερση -όλα βασικά συστατικά του δευτερογενούς τραυματικού στρες- συσχετίστηκαν αρνητικά με τις διαστάσεις της φροντίδας που επικεντρώνεται στο άτομο και είναι προσανατολισμένη στην εργασία, τονίζουν περαιτέρω το γνωστικό και συναισθηματικό κόστος της έμμεσης έκθεσης στο τραύμα. Οι Bock et al. (2020) έχουν δείξει ότι η γνωστική κόπωση και η συναισθηματική δυσλειτουργία επηρεάζουν αρνητικά τη λήψη κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών, αυξάνοντας τον κίνδυνο σφαλμάτων και μειώνοντας τον συντονισμό της φροντίδας. Αυτό ευθυγραμμίζεται με την τρέχουσα μελέτη, στην οποία οι χαμηλότερες βαθμολογίες σε τομείς που σχετίζονται με τις αποφάσεις και τη διαπροσωπική φροντίδα σχετίζονταν σημαντικά με υψηλότερα συμπτώματα στρες.

Είναι ενδιαφέρον ότι οι δημογραφικές μεταβλητές όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα έτη εμπειρίας δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες ή την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό το αποτέλεσμα υποστηρίζεται από αρκετές πρόσφατες μελέτες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων των Subih et al. (2023) και Salameh et al. (2023), οι οποίες δεν βρήκαν συνεπείς συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και δευτερογενούς τραυματικού στρες. Ωστόσο, αντίθετα, ορισμένες μελέτες (π.χ., Alshammari et al., 2024) ανέφεραν ότι το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση θα μπορούσαν να διαδραματίσουν ρόλο, υποδηλώνοντας πιθανές πολιτισμικές ή συμφραζόμενες διακυμάνσεις.

Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, εντατικής θεραπείας και ογκολογίας ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες, ιδιαίτερα στις υποκλίμακες αποφυγής και διέγερσης. Αυτά τα τμήματα χαρακτηρίζονται από υψηλή συναισθηματική κόπωση, συχνή έκθεση σε τραύμα και περιορισμένο χρόνο ανάρρωσης μεταξύ αγχωτικών γεγονότων - καταστάσεις που προσδιορίστηκαν από τους Rushton et al. (2015) και Figley (1995) ως υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Τέλος, η ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και των αποτελεσμάτων των ασθενών που παρατηρήθηκε σε αυτή τη μελέτη ενισχύει την προηγούμενη εργασία των Aiken et al. (2012), η οποία συνέδεσε το άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας και μολύνσεων. Αν και η αιτιότητα δεν μπορεί να συναχθεί σε αυτή τη συγχρονική μελέτη, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν σαφώς ότι

η ψυχολογική δυσφορία μεταξύ των νοσηλευτών έχει μετρήσιμες επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών.

4.2 Περιορισμοί

Ενώ αυτή η μελέτη παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη σχέση μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και νοσηλευτικής φροντίδας, πρέπει να αναγνωριστούν αρκετοί περιορισμοί που μπορεί να επηρεάσουν την ερμηνεία και τη γενίκευση των ευρημάτων.

Η χρήση της δειγματοληψίας ευκολίας περιορίζει τον βαθμό στον οποίο τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό νοσηλευτών στην Ελλάδα ή διεθνώς. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση την προσβασιμότητα και την προθυμία συμμετοχής και όχι την τυχαία επιλογή, η οποία μπορεί να έχει εισαγάγει μεροληψία επιλογής. Ως αποτέλεσμα, οι νοσηλευτές που επηρεάστηκαν περισσότερο από δευτερογενές τραυματικό στρες - ή, αντίθετα, όσοι ήταν πιο αφοσιωμένοι και παρακινημένοι - μπορεί να ήταν πιο πιθανό να ανταποκριθούν, ενδεχομένως διαστρεβλώνοντας τα αποτελέσματα.

Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε συγχρονικό σχεδιασμό, καταγράφοντας δεδομένα σε ένα μόνο χρονικό σημείο. Κατά συνέπεια, δεν είναι δυνατόν να διαπιστωθεί αιτιότητα μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Ενώ βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις, δεν μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα εάν το δευτερογενές τραυματικό στρες οδηγεί σε χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας ή εάν τα απαιτητικά περιβάλλοντα φροντίδας συμβάλλουν σε υψηλότερα επίπεδα στρες. Διαχρονικές μελέτες θα ήταν απαραίτητες για να διερευνηθεί η κατεύθυνση και η δυναμική αυτών των σχέσεων με την πάροδο του χρόνου.

Επίσης, τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων, τα οποία εγγενώς ενέχουν τον κίνδυνο μεροληψίας απόκρισης. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να έχουν υποαναφέρει ή υπεραναφέρει τα επίπεδα στρες ή τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα της φροντίδας λόγω κοινωνικής επιθυμίας, προσωπικών αντιλήψεων ή έλλειψης ενδοσκοπικής ακρίβειας. Επιπλέον, οι υποκειμενικές αξιολογήσεις της νοσηλευτικής φροντίδας ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν πλήρως τα αντικειμενικά αποτελέσματα της φροντίδας ή τις εμπειρίες των ασθενών.

Παρόλο που εξετάστηκαν αρκετές δημογραφικές και εργασιακές μεταβλητές, άλλοι πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες - όπως ο φόρτος εργασίας, η διάρκεια της βάρδιας, η ψυχολογική ανθεκτικότητα, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης και τα θεσμικά συστήματα υποστήριξης - δεν ελέγχθηκαν ούτε διερευνήθηκαν λεπτομερώς. Αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τόσο το δευτερογενές τραυματικό στρες όσο και την αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας, ενδεχομένως συγχέοντας τις παρατηρούμενες σχέσεις.

4.3 Πρακτικές εφαρμογές

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν την κρίσιμη σημασία της αντιμετώπισης του δευτερογενούς τραυματικού στρες όχι μόνο ως ψυχολογικού ζητήματος αλλά και ως καθοριστικού παράγοντα της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Η σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και πολλαπλών πτυχών της παροχής φροντίδας - όπως η επικοινωνία, η αποτελεσματικότητα της εργασίας, η ενσυναίσθηση και τα αντιληπτά αποτελέσματα για τους ασθενείς - υποδηλώνει ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να ενσωματώσουν προληπτικά στρατηγικές που βασίζονται στο τραύμα στην νοσηλευτική πρακτική και την κουλτούρα του ιδρύματος.

Μία από τις πιο άμεσες πρακτικές επιπτώσεις είναι η ανάγκη δημιουργίας επίσημων μηχανισμών ψυχολογικής υποστήριξης εντός κλινικών συνθηκών. Τα νοσοκομεία θα πρέπει να εφαρμόζουν τακτικές συνεδρίες ενημέρωσης, ομάδες υποστήριξης από ομοτίμους και πρόσβαση σε υπηρεσίες επαγγελματικής συμβουλευτικής, ιδιαίτερα για νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες υψηλής έντασης, όπως τμήματα επειγόντων περιστατικών, μονάδες εντατικής θεραπείας και ογκολογικά τμήματα. Αυτές οι δομές μπορούν να χρησιμεύσουν ως πρώιμες παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να επεξεργαστούν συναισθηματικά φορτισμένες εμπειρίες και να αποτρέψουν την κλιμάκωση της δυσφορίας σε χρόνιο δευτερογενές τραυματικό στρες.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα και η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση θα πρέπει να ενσωματώνουν αρχές φροντίδας που βασίζονται στο τραύμα, οι οποίες να καλύπτουν όχι μόνο τις ανάγκες των ασθενών αλλά και τη συναισθηματική ευεξία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Η εκπαίδευση που επικεντρώνεται στην συναισθηματική ανθεκτικότητα, τον καθορισμό ορίων και την αναγνώριση συμπτωμάτων που σχετίζονται με το τραύμα στον εαυτό και τους

συναδέλφους μπορεί να εξοπλίσει τους νοσηλευτές με εργαλεία για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του συναισθηματικού βάρους της φροντίδας. Η ενσωμάτωση αυτής της εκπαίδευσης τόσο στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών όσο και στη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη θα προωθούσε ένα πιο βιώσιμο και συναισθηματικά ευαισθητοποιημένο εργατικό δυναμικό.

Η ηγεσία του νοσοκομείου παίζει ζωτικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που αναγνωρίζει και ανταποκρίνεται στο δευτερογενές τραυματικό στρες. Τα ιδρύματα θα πρέπει να εξετάσουν το ενδεχόμενο ενσωμάτωσης δεικτών ευεξίας του προσωπικού στα πλαίσια διασφάλισης ποιότητας και ανθρώπινου δυναμικού τους. Η δημιουργία μιας κουλτούρας που εκτιμά την ψυχολογική ασφάλεια - όπου οι νοσηλευτές αισθάνονται ότι επιτρέπεται να εκφράζουν δυσφορία χωρίς φόβο στιγματισμού ή επαγγελματικών αντιποίνων - μπορεί να συμβάλει στην αυξημένη διατήρηση της ψυχικής υγείας, στο ηθικό και, τελικά, σε καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς.

Τέλος, δεδομένης της συσχέτισης μεταξύ δευτερογενούς τραυματικού στρες και συναισθηματικής εξάντλησης, θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη μείωση του υπερβολικού φόρτου εργασίας και στη διασφάλιση της κατάλληλης αναλογίας νοσηλευτών προς ασθενείς. Οι πρακτικές προγραμματισμού θα πρέπει να επιτρέπουν επαρκή ανάπαυση μεταξύ των βαρδιών και θα πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες για την ελαχιστοποίηση των υποχρεωτικών υπερωριών, ιδίως σε τμήματα που επιβαρύνουν συναισθηματικά. Αντιμετωπίζοντας τους συστηματικούς παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος, όπως η υποστελέχωση και η υπερφόρτωση ρόλων, τα ιδρύματα μπορούν να μετριάσουν μία από τις βασικές αιτίες της βλάβης που σχετίζεται με το τραύμα στην παροχή φροντίδας.

4.4 Προτάσεις μελλοντικών ερευνών

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν την πολύπλευρη επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά υπογραμμίζουν επίσης την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα για την αντιμετώπιση των κενών και την εμβάθυνση της κατανόησης αυτού του φαινομένου σε ποικίλα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Για να διαπιστωθεί η αιτιότητα και να εξεταστεί πώς το δευτερογενές τραυματικό στρες αναπτύσσεται και αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να

υιοθετήσουν διαχρονικά ή προοπτικά σχέδια. Η παρακολούθηση των νοσηλευτών για εκτεταμένες περιόδους θα επέτρεπε στους ερευνητές να εντοπίσουν συγκεκριμένα γεγονότα στον χώρο εργασίας, μεταβάσεις (π.χ. αλλαγές μονάδας, προαγωγή, τραυματικά περιστατικά) ή σωρευτικά πρότυπα έκθεσης που πυροδοτούν ή ανακουφίζουν τα συμπτώματα του στρες.

Δεδομένης της αυξανόμενης χρήσης ψηφιακών εργαλείων στην υγειονομική περίθαλψη, η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διερευνήσει πώς η τεχνολογία - όπως οι εφαρμογές υγείας για κινητά, οι πλατφόρμες τηλεψυχολογίας, οι εικονικές ομάδες υποστήριξης από ομοτίμους και ο έλεγχος ψυχικής υγείας που βασίζεται στην τεχνητή νοημοσύνη - μπορεί να αξιοποιηθεί για την ανίχνευση και τη διαχείριση του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Η προσβασιμότητα και η ανωνυμία που προσφέρουν τα ψηφιακά εργαλεία θα μπορούσαν να τα καταστήσουν ελκυστικά, ειδικά σε περιβάλλοντα με ανεπαρκείς πόρους ή στιγματισμένα περιβάλλοντα.

Περαιτέρω μελέτες θα πρέπει να διερευνήσουν την επίδραση του στύλ ηγεσίας, της διοικητικής υποστήριξης και της θεσμικής κουλτούρας στην ανάπτυξη ή τον μετριασμό του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Η έρευνα θα μπορούσε να αξιολογήσει πώς η μετασχηματιστική ηγεσία, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων ή οι διαφανείς πρακτικές επικοινωνίας συμβάλλουν στην ψυχολογική ανθεκτικότητα μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί επίσης να επηρεάσει τις αλληλεπιδράσεις των νοσηλευτών με τους γιατρούς, τους συναφείς επαγγελματίες υγείας και το προσωπικό υποστήριξης. Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διερευνήσει πώς τα συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα επηρεάζουν την ομαδική εργασία, την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ των επιστημονικών κλάδων. Ο εντοπισμός των σχεσιακών δυναμικών που επηρεάζονται από το στρες μπορεί να καθοδηγήσει παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση τόσο της λειτουργίας της ομάδας όσο και των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Για να αποκτηθεί μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του πώς το δευτερογενές τραυματικό στρες επηρεάζει την παροχή φροντίδας, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να ενσωματώσουν τις προοπτικές του ασθενούς και της οικογένειας. Η αξιολόγηση των αντιλήψεών τους για τη συμμετοχή, την επικοινωνία και την ενσυναίσθηση των νοσηλευτών θα μπορούσε να προσφέρει πολύτιμη εξωτερική επικύρωση των αυτοαναφερόμενων εμπειριών των νοσηλευτών και να βοηθήσει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ της ευημερίας των παρόχων και της φροντίδας που επικεντρώνεται στον ασθενή.

Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αξιολογήσει την επάρκεια των τρεχόντων προγραμμάτων νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην προετοιμασία των φοιτητών για συναισθηματικούς και ψυχολογικούς παράγοντες στρες στην κλινική πρακτική. Μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν πώς η πρώιμη έκθεση σε τραύμα, η αναστοχαστική εκπαίδευση, η καθοδήγηση και τα προγράμματα σπουδών για την οικοδόμηση ανθεκτικότητας επηρεάζουν τα επίπεδα στρες στους αρχάριους νοσηλευτές και επηρεάζουν τις μακροπρόθεσμες επαγγελματικές τους πορείες.

4.5 Συμπεράσματα

Αυτή η μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε διάφορα κλινικά περιβάλλοντα σε όλη την Ελλάδα. Τα ευρήματα κατέδειξαν ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες αποτελεί σημαντικό ψυχολογικό βάρος που βιώνουν οι νοσηλευτές και σχετίζεται αρνητικά με πολλαπλές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της επικοινωνίας, της εκτέλεσης εργασιών, της συναισθηματικής εμπλοκής και των αντιληπτών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς.

Μέσω ποσοτικής ανάλυσης, αποκαλύφθηκε ότι καθώς τα επίπεδα του δευτερογενούς τραυματικού στρες αυξάνονται, η αντιληπτή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μειώνεται. Αυτή η σχέση ήταν συνεπής σε όλες τις υποδιαστάσεις του στρες - αποφυγή, εισβολή και διέγερση - και σε όλες τις μετρούμενες πτυχές της φροντίδας, όπως τα χαρακτηριστικά του προσωπικού, η εργασία και οι δραστηριότητες που επικεντρώνονται στον άνθρωπο, καθώς και οι περιβαλλοντικές συνθήκες. Η ισχύς και η συνέπεια αυτών των συσχετίσεων επιβεβαιώνουν ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες δεν είναι μόνο μια προσωπική πρόκληση, αλλά και ένα συστημικό ζήτημα που επηρεάζει άμεσα τη διαδικασία παροχής φροντίδας και τη θεραπευτική σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλής έντασης, όπως τμήματα επειγόντων περιστατικών, μονάδες εντατικής θεραπείας και μονάδες ογκολογίας, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες, υποστηρίζοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία που προσδιορίζει αυτές τις περιοχές ως ιδιαίτερα ευάλωτες στην συναισθηματική κόπωση και την έκθεση σε τραύμα. Ταυτόχρονα, η απουσία σημαντικών

συσχετίσεων μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και δημογραφικών μεταβλητών όπως το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση υποδεικνύει ότι το φαινόμενο υπερβαίνει τα ατομικά χαρακτηριστικά και συνδέεται στενότερα με τις περιβαλλοντικές, οργανωτικές και συναισθηματικές απαιτήσεις.

Η μελέτη συμβάλλει στον ευρύτερο τομέα της έρευνας στη νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη, επικυρώνοντας εμπειρικά τον αντίκτυπο του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην ποιότητα της φροντίδας και επισημαίνοντας την επείγουσα ανάγκη για θεσμικές πολιτικές, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και μηχανισμούς υποστήριξης. Η προστασία των νοσηλευτών από τις δυσμενείς επιπτώσεις της έκθεσης σε τραύμα δεν είναι μόνο θέμα επαγγελματικής υγείας, αλλά και προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας, ασθενοκεντρικής φροντίδας.

Συμπερασματικά, το δευτερογενές τραυματικό στρες αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει τη βιωσιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την ανθρωπιά της νοσηλευτικής πρακτικής. Η αντιμετώπισή του απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση που περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την οργανωτική ηγεσία, την ανάπτυξη πολιτικής και τη συνεχή έρευνα. Μόνο αναγνωρίζοντας και ανταποκρινόμενοι στις συναισθηματικές πραγματικότητες της νοσηλευτικής μπορούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να διασφαλίσουν τόσο την ευημερία των παρόχων όσο και την ασφάλεια και την αξιοπρέπεια των ασθενών που εξυπηρετούν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>

Alshammari, B., Alanazi, N. F., Kreedi, F., Alshammari, F., Alkubati, S. A., Alrasheeday, A., Madkhali, N., Alshara, A., Bakthavatchalam, V., Al-Masaeed, M., Alshammari, S. K., Alshammari, N. K., Ansari, M., Hussain, A., & Al-Sadi, A. K. (2024). Exposure to secondary traumatic stress and its related factors among emergency nurses in Saudi Arabia: a mixed method study. *BMC Nursing*, 23(1), 337. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02018-4>

American Nurses Association. (2025). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Retrieved from <https://codeofethics.ana.org/provisions#> [accessed 1/5/2025].

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2020). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (8th ed.). Switzerland: Elsevier.

Austin, W., Goble, E., Leier, B., & Byrne, P. (2009). Compassion fatigue: The experience of nurses. *Ethics and Social Welfare*, 3(2), 195–214. <https://doi.org/10.1080/17496530902951988>

Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. USA: Addison-Wesley.

Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2020). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing* (11th ed.). UK: Pearson.

Bock, C., Heitland, I., Zimmermann, T., Winter, L., & Kahl, K. G. (2020). Secondary Traumatic Stress, Mental State, and Work Ability in Nurses-Results of a Psychological Risk Assessment at a University Hospital. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 298. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00298>

- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Caruth, C. (1996). *Unclaimed experience: trauma, narrative, and history*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Coetzee, S. K., & Kloppe, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Creswell, J.W., & Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Dirk, B. (2021). *A cross-section study: Secondary traumatic stress in emergency department nurses in Alberta*. Canada: University of Lethbridge.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35(3), 199–274. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.001>
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. London: Brunner/Mazel.
- Fowler, M. D. M. (2015). *Guide to the code of ethics for nurses with interpretive statements: Development, interpretation, and application* (2nd ed.). USA: American Nurses Association.
- Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Griffiths, P., Ball, J. E., Drennan, J., Dall’Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., ... & Rafferty, A. M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform

policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213–225. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012>

Hinderer, K. A., Von Rueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), 160–169. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>

Leininger, M. M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Leininger, M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

Li, H., Zhang, G., Chu, L., & Wang, J. (2023). Chinesization of secondary traumatic stress scale and its application in nursing staff of emergency department. *Chinese Nursing Research*, 37(6), 1000–1005. <https://doi.org/10.12102/j.issn.1009-6493.2023.06.011>

Liu, Y., Aungsuroch, Y., Gunawan, J., Sha, L., & Shi, T. (2021). Development and psychometric evaluation of a quality nursing care scale from nurses' perspective. *Nursing Open*, 8(4), 1741–1754. <https://doi.org/10.1002/nop2.816>

Lopez, J., Bindler, R. J., & Lee, J. (2022). Cross-Sectional Analysis of Burnout, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction Among Emergency Nurses in Southern California Working Through the COVID-19 Pandemic. *Journal of Emergency Nursing*, 48(4), 366–375. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.03.008>

Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: A qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(5), 510–515. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post-traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety*, 26(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.1002/da.20631>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). UK: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Missouridou, E. (2017). Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110–115. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000274>
- Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>
- NICE. (2005). *Post traumatic stress disorder—clinical guideline 26*. London, UK: National Institute for Clinical Excellence.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). UK: Mosby.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Charalambous, A. (2014). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: Quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1191–1205. <https://doi.org/10.1111/jan.12240>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Switzerland: Elsevier.
- Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice*, 26(1), e12767. <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>
- Ratten, V. (2023). *Research Methodologies for Business Management*. New York: Routledge.
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>

Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll-Glenn, M. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32–43. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>

Salameh, B., Daibes, A. G., & Qaddumi, J. (2023). Assessing the Prevalence, Predictors, and Consequences of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses in Palestine During the COVID-19 Pandemic. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231207224. <https://doi.org/10.1177/23779608231207224>

Schmid Mast, M., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2015). Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling*, 100(4), 748–753. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>

Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: A rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>

Setia, M.S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

Shahid, A., & Stirling, C. (2017). Compassion fatigue, burnout, and stress in the trauma unit: The importance of recognition and support. *British Journal of Nursing*, 26(10), 572–578. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.10.572>

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. <https://doi.org/10.1177/0269216316663499>

Slatten, L. A., Carson, K. D., & Carson, P. P. (2011). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager*, 30(4), 325–333. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e31823511f7>

- Subih, M., Salem, H., & Al Omari, D. (2023). Evaluation of compassion fatigue and compassion satisfaction among emergency nurses in Jordan: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 66, 101232. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101232>
- Vaismoradi, M., Tella, S., A Logan, P., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety Principles: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). Colorado: University Press of Colorado.
- White, K. M., Dudley-Brown, S., & Terhaar, M. F. (2019). *Translation of evidence into nursing and healthcare* (3rd ed.). Berlin: Springer.
- Wolf, J. A., Niederhauser, V., Marshburn, D., & LaVela, S. L. (2014). Defining patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 7–19. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1004>
- Wolotira, E. A. (2023). Trauma, Compassion Fatigue, and Burnout in Nurses: The Nurse Leader's Response. *Nurse Leader*, 21(2), 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.009>
- Yearwood, K. (2021). *Emotional intelligence and compassion fatigue in emergency nurses*. Minnesota: Walden University.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άλλο

Ηλικία

- ☐ Έως 25 ετών
- ☐ 26-35 ετών
- ☐ 36-45 ετών
- ☐ 46-55 ετών
- ☐ 56+ ετών

Μορφωτικό επίπεδο

- ☐ Δίπλωμα ΙΕΚ
- ☐ Πτυχίο ΤΕΙ
- ☐ Πτυχίο ΑΕΙ
- ☐ Μεταπτυχιακό
- ☐ Διδακτορικό
- ☐ Άλλο:

Χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας ως νοσηλεύτης/τρια

- ☐ Έως 5 έτη
- ☐ 6-10 έτη

- ☐ 11-15 έτη
- ☐ 16-20 έτη
- ☐ Πάνω από 20 έτη

Τομέας εργασίας

- ☐ Παθολογικός
- ☐ Χειρουργικός
- ☐ Μονάδα εντατικής θεραπείας
- ☐ Τμήμα επειγόντων περιστατικών
- ☐ Ογκολογικός
- ☐ Ψυχιατρικός
- ☐ Παιδιατρικός
- ☐ Ορθοπαιδικός
- ☐ Άλλο:

Οικογενειακή κατάσταση

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Έγγαμος/η
- ☐ Διαζευγμένος/η
- ☐ Χήρος/α

B. Δευτερογενές τραυματικό στρες

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και, στη συνέχεια, σημειώστε πόσο συχνά η δήλωση αυτή είναι αληθινή για εσάς τις τελευταίες 7 ημέρες.

1=Ποτέ

2=Σπάνια

3=Μερικές φορές

4=Συχνά

5=Πολύ συχνά

	1	2	3	4	5
Ένιωσα συναισθηματικά μουδιασμένος.					
Η καρδιά μου άρχισε να χτυπά δυνατά όταν σκέφτηκα τη δουλειά μου.					
Φαινόταν σαν να ξαναζούσα τα τραύματα που βίωσαν οι ασθενείς μου.					
Είχα πρόβλημα να κοιμηθώ.					
Ένιωσα αποθαρρυνμένος για το μέλλον.					
Οι υπενθυμίσεις της δουλειάς μου με ενοχλούσαν.					
Είχα λίγο ενδιαφέρον να είμαι κοντά στους άλλους.					
Ένιωσα νευρικός.					
Ήμουν λιγότερο δραστήριος από το συνηθισμένο.					
Σκέφτηκα τη δουλειά μου με τους ασθενείς όταν δεν ήθελα.					
Είχα πρόβλημα να συγκεντρωθώ.					
Απέφυγα ανθρώπους, μέρη ή πράγματα που μου θύμιζαν τη δουλειά μου.					
Είχα ενοχλητικά όνειρα για τη δουλειά μου.					
Ήθελα να αποφύγω τη συνεργασία με μερικούς ασθενείς.					
Ήμουν εύκολα ενοχλημένος.					
Περίμενα να συμβεί κάτι κακό.					
Παρατήρησα κενά στη μνήμη μου.					

Γ. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

Για τις παρακάτω δηλώσεις σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε.

1=Διαφωνώ απόλυτα

2=Διαφωνώ

3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4=Συμφωνώ

5=Συμφωνώ απόλυτα

	1	2	3	4	5
Παρέχω στους ασθενείς ένα δωμάτιο με κακή υγιεινή					
Παρέχω ένα άνετο περιβάλλον για να ξεκουράζεται ο ασθενής					
Διατηρώ το δωμάτιο του ασθενούς με καλό αερισμό					
Παρέχω στους ασθενείς ένα ασφαλές περιβάλλον για τη θεραπεία τους					
Παρέχω ένα ήσυχο περιβάλλον θαλάμου για τους ασθενείς που μένουν στο νοσοκομείο					
Μπορώ να αντιμετωπίσω άμεσα τα προβλήματα του αναστοχαστικού περιβάλλοντος των ασθενών					
Είμαι πολύ προσεκτικός στην εκτέλεση των νοσηλευτικών μου καθηκόντων					
Ακολουθώ προσεκτικά τους κανόνες και τους κανονισμούς του νοσοκομείου					
Παρατηρώ στενά την κατάσταση του ασθενούς, εστιάζοντας στη δυναμική αλλαγή της νόσου					
Είμαι ευγενικός και ευχάριστος στη φροντίδα ασθενών					

Χαμογελώ στους ασθενείς όταν παρέχω νοσηλευτική υπηρεσία					
Ακούω υπομονετικά τους ασθενείς μου όταν θέλουν να μιλήσουν για τα προβλήματά τους					
Εξηγώ υπομονετικά και επανειλημμένα τις αμφιβολίες των ασθενών					
Συνεργάζομαι καλά με την ομάδα μου (άλλους νοσηλευτές και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης)					
Μπορώ να αναβαθμίσω τις θεωρητικές μου γνώσεις για να καλύψω τις ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας					
Έχω τις κλινικές τεχνικές λειτουργίες για να καλύψω τις ανάγκες της νοσηλευτικής φροντίδας					
Έχω τις διαδικασίες λειτουργίας της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας και της ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας					
Η επαγγελματική μου εμπειρία είναι χρήσιμη για την εργασία μου ως νοσηλεύτης					
Συμμετέχω στη διαχείριση ποιότητας του θαλάμου					
Μπορώ να διαχειρίζομαι καλά τα φάρμακα					
Σκοπεύω να βοηθάω τους ασθενείς όποτε χρειάζονται βοήθεια					
Παρέχω επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα στους συγγενείς των ασθενών					
Μπορώ να εξηγήσω με σαφήνεια στους ασθενείς τις ερωτήσεις τους σχετικά με τα ιατρικά έξοδα που σχετίζονται με τη νοσηλευτική φροντίδα					
Παρέχω καθοδήγηση για την αυτοφροντίδα των ασθενών μου					
Παρέχω καλή βασική νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς					

Παρέχω εξατομικευμένη φροντίδα στους ασθενείς					
Παρέχω αποτελεσματική εκπαίδευση υγείας στους ασθενείς					
Μπορώ να αναλύσω τα ψυχολογικά συναισθήματα του ασθενούς για να παρέχω φροντίδα					
Παρέχω ανθρωπιστικές υπηρεσίες στους ασθενείς με βάση τα χαρακτηριστικά τους					
Μπορώ να βοηθήσω τους ασθενείς να χτίσουν αυτοπεποίθηση για να ξεπεράσουν την ασθένεια					
Βοηθάω τους ασθενείς μου να ανακουφίσουν τον φόβο τους σχετικά με τη θεραπεία και τις διαδικασίες					
Βοηθάω τους ασθενείς μου να ανακουφίσουν την ανησυχία τους για την ασθένεια					
Δεν έχω λάβει ποτέ παράπονα από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους					
Διασφαλίζω ότι η παροχή υπηρεσιών θα πληροί τα κριτήρια ικανοποίησης του ασθενούς					
Διασφαλίζω ότι παρέχω υπηρεσίες ασφαλείας στον ασθενή					
Μπορώ να αποφύγω σωματική βλάβη στον ασθενή (όπως πτώση, έγκαυμα και έλκος από πίεση)					
Μπορώ να αποφύγω χημική βλάβη στον ασθενή (όπως κατάχρηση φαρμάκων, ασυμβατότητα φαρμάκων και λάθος φαρμακευτική αγωγή)					
Μπορώ να αποφύγω βιολογική βλάβη στον ασθενή (όπως βακτηριακή, ιική και μυκητιασική λοίμωξη)					