



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η επίδραση του στρες στην επαγγελματική ποιότητα ζωής
του νοσηλευτικό προσωπικού

Καραπάνου Χριστίνα

Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φραδέλος Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας. Επιβλέπων Καθηγητής

Μάλλη Φωτεινή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μαγγούλια Πολυξένη, Επίκουρος Καθηγήτρια τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδι-
στριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2023

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

**The effect of stress on the professional quality of life of the
nursing staff**

LARISA 2023

i

Δήλωση περί λογοκλοπής

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή. Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάσει επιστημονικής παράφρασης. Αναλαμβάνω την προσωπική και ατομική ευθύνη ότι σε περίπτωση αποτυχίας στην υλοποίηση των ανωτέρω δηλωθέντων στοιχείων, είμαι υπόλογος έναντι λογοκλοπής, γεγονός που σημαίνει αποτυχία στην διπλωματική μου εργασία και κατά συνέπεια αποτυχία απόκτησης Τίτλου Σπουδών, πέραν των λοιπών συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων. Δηλώνω, συνεπώς, ότι αυτή η διπλωματική εργασία προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας.

Καραπάνου Χριστίνα

Περιεχόμενα

.....	i
Δήλωση περί λογοκλοπής	ii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ	vi
Περίληψη	vii
Abstract.....	ix
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή	1
1.1 Η επίδραση του στρες	1
1.2 Συνέπειες του στρες	3
1.3 Εργασιακό άγχος	4
Κεφάλαιο 2.	6
Το δευτερογενές μετατραυματικό στρες	6
2.1 Ορισμός	6
2.2 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου	9
2.3 Στάδια ανάπτυξης του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες	10
2.4 Εργαλεία μέτρησης του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.....	11
Κεφάλαιο 3.	13
Το στρες στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού	13
3.1 Εργασιακό άγχος που βιώνουν οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε κλειστά τμήματα	13
3.2 Κίνδυνος δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στην γενική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού	14
3.3 Οι επιδράσεις του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού	15
Κεφάλαιο 4.	18
Παρεμβάσεις για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό .	18
4.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο	18
4.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.....	18
4.3 Παρέμβαση MBSR	19
4.4 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT).....	20
4.5 Οργανωτική υποστήριξη	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	23
Κεφάλαιο 5.	23

5.1. Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	23
5.2 Υλικό και Μέθοδος	23
5.2.1 Επιλογή δειγματοληπτικής μεθόδου	23
5.2.2 Πληθυσμός και Δείγμα	24
5.2.3 Οργάνωση, Συλλογή δεδομένων, Δεοντολογία	24
5.2.4 Περιγραφή Ερευνητικών Εργαλείων.....	25
5.2.5 Αξιοπιστία κλιμάκων	26
5.2.6 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων	28
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα	29
6.1 Περιγραφική Ανάλυση	29
6.1.1 Ατομικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος	29
6.1.2 Κλίμακα στρες	31
6.1.3 Κλίμακα μετατραυματικού στρες.....	31
6.1.4 Κλίμακα ποιότητα ζωής.....	32
6.2 Αποτελέσματα Επαγωγική ανάλυση	33
6.2.1 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών & άγχος	33
6.2.2 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών & ποιότητα ζωής.....	35
6.2.3 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών & μετατραυματικό στρες.....	39
6.2.4 Σχέση άγχους & ποιότητα ζωής	43
6.2.5 Σχέση άγχους & μετατραυματικό στρες	43
6.2.6 Σχέση ποιότητας ζωής & μετατραυματικό στρες.....	44
6.2.7 Επίδραση τμημάτων& δευτερογενούς μετατραυματικού στρες	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	46
7.1 Συζήτηση.....	46
7.2 Συμπεράσματα	50
Βιβλιογραφία	53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	61
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 Άδεια διενέργεια έρευνας	68

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν για την εκπόνηση της.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ευάγγελο Φραδέλο για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του κατά την διάρκεια της εργασίας μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους νοσηλευτές που συμμετείχαν και συνέβαλαν στην έρευνα γιατί χωρίς την συνδρομή τους θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της διπλωματικής.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την στήριξη και την κατανόηση που επέδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Την παρούσα διπλωματική εργασία την αφιερώνω στην οικογένεια μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Το στρες έχει αναφερθεί συχνά σε πολλά επαγγέλματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της νοσηλευτικής. Υπάρχουν αρκετές δημοσιευμένες μελέτες που εξετάζουν το φαινόμενο αυτό και τις στενά σχετιζόμενες καταστάσεις σε διαφορετικές νοσηλευτικές ειδικότητες όπως η επείγουσα περίθαλψη, η εντατική φροντίδα, η ογκολογία, η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η ψυχιατρική περίθαλψη και η παιδιατρική περίθαλψη. Οι νοσηλευτές που παρούσασαν στρες αντιμετωπίζουν συναισθηματικές διαταραχές και δυσκολίες στην καθημερινότητα τους λόγω ψυχολογικής δυσφορίας.

Σκοπός: Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει την επίδραση του στρες στην επαγγελματική ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτελούνταν από (150) μέλη νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου Ανδρέας Παπανδρέου . Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε την καταγραφή των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Το δεύτερο μέρος αφορούσε το πόσο συχνά τις τελευταίες δυο εβδομάδες αντιμετώπισαν προβλήματα αφού βίωσαν ένα τραυματικό γεγονός, και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα PTSD Symptom . Στο τρίτο μέρος χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL) που απεικόνιζε πόσο συχνά βίωσαν κάποια συναισθήματα. Τέλος το τέταρτο μέρος είχε σκοπό να καταγράψει την επίδραση του μετατραυματικού στρες στην γενική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αντιληπτού στρες PSS.

Αποτελέσματα: Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα αν και παρουσιάζει άγχος αυτό συμβαίνει λίγες φορές κατά τη διάρκεια ενός μήνα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες όσον αφορά το άγχος. Οι γυναίκες νοσηλεύτριες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο άγχος ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Σύμφωνα με το σκορ της κλίμακας στρες το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος τον τελευταίο μήνα κάποιες φορές είχε άγχος. Στη κλίμακα μετατραυματικού στρες βρέθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα παρου-

σιάζει συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Η κλίμακα ποιότητα ζωής ανέδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό νιώθει ικανοποίηση με το να φροντίζει άλλους ανθρώπους. Όσον αφορά το άγχος και την ποιότητα ζωής προέκυψε ότι το άγχος επιδρά στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, γιατί το άγχος σχετίζεται με την εξουθένωση που νιώθουν και με το δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Τέλος υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο πως βιώνουν το δευτερογενές στρες οι νοσηλευτές του κάθε τμήματος.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα τις αναφορές του νοσηλευτικού προσωπικού, προκύπτει μια εικόνα που υποδεικνύει ότι αντιμετωπίζουν κάποια συναισθηματικά και σωματικά άγχη και εξάντληση λόγω των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους. Ωστόσο, διατηρούν τη δραστηριότητα και την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές τους εργασίες και να επιδεικνύουν θετική στάση ζωής. Συνολικά, τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει έναν συνδυασμό θετικών και αρνητικών παραγόντων σχετικά με το άγχος.

Λέξεις κλειδιά: Στρες, δευτερογενές μετατραυματικό στρες, στρες και νοσηλευτές, εργασιακό άγχος.

Abstract

Introduction: The stress has been frequently reported in many health professions, including nursing. There are several published studies examining this phenomenon and closely related conditions in different nursing specialties such as emergency care, intensive care, oncology, primary care, psychiatric care, and pediatric care. Nurses who experienced stress were described as facing emotional disturbances and difficulties in their daily lives due to psychological distress.

Purpose: The purpose of the thesis is to investigate the effect of stress on the professional quality of life of the nursing staff.

Method: The sample consisted of 150 members of the nursing staff of General Hospital Andreas Papandreou in Pyrgos. The participants completed a questionnaire that consisted of four parts: The first part focused on recording the individual characteristics of the participants. The second part assessed how often they encountered problems in the last two weeks after experiencing a traumatic event, using the PTSD Symptom scale. The third part utilized the Professional scale Of Quality of Life (ProQOL) to depict how often they experienced certain emotions. Finally, the fourth part aimed to record the effect of post-traumatic stress on the general health of the nursing staff, using the perceived stress scale (PSS).

Results: The results of the survey showed that the nursing staff who participated in the survey, although they experience anxiety, it happens few times during a month. According to the results of the survey there is a statistically significant difference between men and women in terms of stress. Female nurses reported higher levels of stress than male nurses. In addition, there is a statistically significant difference in stress according to educational level. According to the score of the stress scale, the nurses in the sample sometimes had anxiety in the last month. In the post-traumatic stress scale it was found that nursing staff at least once in a week show symptoms of post-traumatic stress. The quality of life scale indicated that nursing staff felt satisfaction with caring for other people. Regarding stress and quality of life, it emerged that stress affects nursing staff's quality of life because stress is related to the burnout they feel and secondary post-traumatic stress. Finally, there is a statistically significant difference in how nurses in each department experience secondary stress.

Conclusions: According to the reports of the nursing staff, it appears that they are experiencing emotional and physical stress as well as burnout due to the challenges they encounter

in their work. However, they are able to maintain their activity levels and cope with their daily tasks while demonstrating a positive attitude. Overall, the findings suggest that the nursing staff is dealing with a combination of positive and negative stress-related factors.

Keywords: Stress, secondary post- traumatic stress, stress and nurses, work related stress.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

1.1 Η επίδραση του στρες

Οποιοδήποτε ενδογενές ή εξωγενές ερέθισμα που προκαλεί μια βιολογική απάντηση είναι γνωστό ως στρες. Με βάση τον τύπο, το χρόνο και τη σοβαρότητα του ερεθίσματος, το στρες μπορεί να ασκήσει διάφορες ενέργειες στο σώμα, από αλλαγές στην ομοιόσταση έως απειλητικές για τη ζωή επιπτώσεις ακόμη και θάνατο. Σε πολλές περιπτώσεις, παθοφυσιολογικές επιπλοκές μιας νόσου προκύπτουν από το στρες και τα άτομα που εκτίθενται στο στρες, π.χ. εκείνοι που εργάζονται ή ζουν σε αγχωτικά περιβάλλοντα, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης πολλών διαταραχών. Οι επιδράσεις του στρες στο νευρικό σύστημα έχουν διερευνηθεί εδώ και 50 χρόνια. Το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε ατροφία της εγκεφαλικής μάζας και να μειώσει το βάρος της. Αυτές οι δομικές αλλαγές επιφέρουν επιπλοκές στη γνώση και στη μνήμη. Σίγουρα η ένταση των αλλαγών διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο και τη διάρκεια του στρες. Ωστόσο, είναι πλέον προφανές ότι το στρες μπορεί να προκαλέσει δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017) (Lupien, Maheu, & Tu, 2007).

Το «άγχος» είναι ένας διαφορούμενος όρος και έχει υποδηλώσεις που τον καθιστούν λιγότερο χρήσιμο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το σώμα μπορεί να προσαρμοστεί ή να αποτύχει να προσαρμοστεί αποτελεσματικά σε εμπειρίες στην καθημερινή ζωή, συμπεριλαμβανομένων των καθημερινών ταλαιπωριών καθώς και σημαντικών γεγονότων της ζωής και κακοποίησης ή τραύματος. Από τη μια πλευρά, το σώμα ανταποκρίνεται σχεδόν σε κάθε ξαφνικό, απροσδόκητο γεγονός απελευθερώνοντας χημικούς μεσολαβητές π.χ. κατεχολαμίνες που αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση και βοηθούν το άτομο να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Από την άλλη πλευρά, η χρόνια ανύψωση αυτών των ίδιων μεσολαβητών π.χ. Χρόνια αυξημένος καρδιακός ρυθμός και αρτηριακή πίεση προκαλούν χρόνια φθορά στο καρδιαγγειακό σύστημα που μπορεί να οδηγήσει, με την πάροδο του χρόνου, σε διαταραχές όπως το εγκεφαλικό και το έμφραγμα. Για το λόγο αυτό, ο όρος «αλλόσταση» εισήχθη από τους Sterling και Eyer (1988) για να αναφέρεται στην ενεργή διαδικασία με την οποία το σώμα ανταποκρίνεται στα καθημερινά γεγονότα και διατηρεί την ομοιόσταση (McEwen B. S., 2008).

Για χιλιετίες, οι πιο συχνοί στρεσογόνοι παράγοντες ήταν τα παθογόνα που προσπαθούσαν να διεισδύσουν στον οργανισμό. Ως εκ τούτου, οι μηχανισμοί που προορίζονταν να έχουν μια προσαρμοστική λειτουργία σχεδιάστηκαν εξελικτικά για την αντιμετώπιση αυτών των εισβολέων: δομές που είτε εμποδίζουν την είσοδό τους είτε τους εντοπίζουν και τους καταστρέφουν. Τα δύο κύρια συστήματα που λειτουργούν σε αυτή την προσαρμοστική διαδικασία είναι το νευρικό σύστημα (ειδικά ο εγκέφαλος) και το ανοσοποιητικό σύστημα. Κατά την αντίδραση σε έναν παραβάτη, υπάρχει μια συνεχής ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ των δύο συστημάτων στην προσπάθεια να κρατηθεί ο οργανισμός σε ισορροπία και απαλλαγμένος από μολυσματικούς οργανισμούς. Οι μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για τη μεσολάβηση αυτών των αλληλεπιδράσεων είναι τόσο νευροενδοκρινικοί όσο και αυτόνομοι και αποτελούν το αντικείμενο μιας σχετικά νέας επιστήμης: της ψυχονευροανοσολογίας. Όπως μπορεί να υποδηλώνει το όνομα, οι αλληλεπιδράσεις με τις οποίες ασχολείται είναι αμφίδρομες: όχι μόνο οι ψυχικές αλλοιώσεις μεταφράζονται σε ανοσολογικές αλλαγές, αλλά και προϊόντα των κυττάρων του ανοσοποιητικού επηρεάζουν τα νευρωνικά κυκλώματα. Οι κύριες οδοί που εμπλέκονται σε αυτές τις αλληλεπιδράσεις είναι ο άξονας υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (SNS).

Ένας από τους βασικούς μεσολαβητές είναι πιθανώς η ορμόνη απελευθέρωσης κορτικοτροφίνης (CRH), η οποία ασκεί γενική ανοσοκατασταλτική επίδραση ενισχύοντας την απελευθέρωση κορτικοστεροειδών, κατεχολαμινών και ορισμένων οπιούχων μέσω της δράσης της στο συμπαθητικό-αδρενεργικό σύστημα. Η απελευθέρωση της CRH από τον υποθάλαμο ρυθμίζεται από συμπεριφορικές, νευρικές και νευροενδοκρινικές επιδράσεις. Το άγχος τροποποιεί επίσης την έκκριση της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης, οι οποίες γενικά ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Αν και αυξάνονται νωρίς στην αντίδραση στρες, στις τελευταίες φάσεις αυτές οι ορμόνες μειώνονται, όντας παράλληλη με την παρόμοια εξέλιξη της ανοσολογικής απόκρισης στο στρες.

Η έκβαση της μολυσματικής νόσου μεταβάλλεται από τη χρόνια έκθεση στο στρες (Cohen , Frank , & Doyle , Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults, 1998) (Cohen, Kemeny , & Kearney , 1999). Οι μακροπρόθεσμες ανοσολογικές αλλαγές είναι μία από τις πιθανές οδούς μέσω των οποίων το χρόνιο στρες ενισχύει την ευπάθεια σε λοιμώδη, νεοπλασματικά και αυτοάνοσα νοσήματα (Whiteside & Herberman , 1994). Η αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες που σχετίζεται με το χρόνιο στρες αποδίδεται σε διαταραγμένους ομοιοστατικούς μηχανισμούς – ο όρος «αλλοστατικό φορτίο» δημιουργήθηκε για να υπογραμμίσει την ιδέα ότι οι μακροχρόνιες αντιξοότητες είναι

ικανές να οδηγήσουν τη σωματική νευροχημική δραστηριότητα μακριά από την κανονική της ισορροπία (ομοιοστατική) θέση, με επίμονο (ή και μόνιμο) αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία (McEwen & Seeman , 1999).

Μία από τις πολλές μορφές χρόνιου στρες είναι η στέρηση ύπνου, η οποία έχει αποδειχθεί ότι παρεμβαίνει στις ανοσολογικές διεργασίες, μεταβάλλοντας τη λειτουργία των NK κυττάρων, την παραγωγή κυτοκίνης και τις χημικές ανοσολογικές αποκρίσεις στον εμβολιασμό (Spiegel , Sheridan , & Van Cauter , 2002) (Irwin , Mascovich , & Gillin , Partial sleep deprivation reduces NK cell activity in humans, 1994) (Irwin , Effects of sleep and sleep loss on immunity and cytokines, 2002).

1.2 Συνέπειες του στρες

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής συχνά προηγούνται και των αγχωδών διαταραχών. Είναι ενδιαφέρον ότι μακροχρόνιες μελέτες παρακολούθησης έχουν δείξει ότι το άγχος εμφανίζεται πιο συχνά πριν από την κατάθλιψη. Στην πραγματικότητα, σε προοπτικές μελέτες, οι ασθενείς με άγχος είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη μετά από στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Η έκθεση του γενικού πληθυσμού σε τραυματικά συμβάντα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής είναι υψηλή, με εκτιμήσεις να κυμαίνονται από 40% έως 70%. Αξίζει να σημειωθεί ότι περίπου το 13% των ενήλικων γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν εκτεθεί σε σεξουαλική επίθεση. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο περιλαμβάνει δύο κύριες διαγνώσεις που σχετίζονται με τραύμα: Οξεία Διαταραχή Στρες (ASD) και μετατραυματικό στρες (PTSD). Και οι δύο αυτές διαταραχές έχουν ως εξέχοντα χαρακτηριστικά ένα τραυματικό συμβάν που περιλαμβάνει πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό και συμπλέγματα συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της επανεμφάνισης του τραυματικού γεγονότος (π.χ. παρεμβατικές σκέψεις), αποφυγή υπενθυμίσεων/μούδιασμα και υπερδιέγερση. Το χρονικό πλαίσιο για την οξεία διαταραχή του στρες είναι μικρότερο (διαρκεί από δύο ημέρες έως τέσσερις εβδομάδες), με τη διάγνωση να περιορίζεται εντός ενός μήνα από το περιστατικό. Έρευνες του γενικού πληθυσμού δείχνουν ότι η PTSD επηρεάζει 1 στους 12 ενήλικες κάποια στιγμή στη ζωή τους. Το τραύμα και οι καταστροφές σχετίζονται όχι μόνο με το PTSD, αλλά και με την ταυτόχρονη κατάθλιψη, άλλες αγχώδεις διαταραχές, τη γνωστική εξασθένηση και την κατάχρηση ουσιών.

Άλλες συνέπειες του στρες που θα μπορούσαν να συνδέονται με την υγεία είναι:

- Η αύξηση του καπνίσματος,

- Η χρήση ουσιών,
- Τα ατυχήματα,
- Οι διατροφικές διαταραχές.

Οι πληθυσμοί που ζουν σε πιο αγχωτικά περιβάλλοντα συνεπώς καπνίζουν περισσότερο και αντιμετωπίζουν υψηλότερη θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Μια μελέτη σε ένα ναυτικό κέντρο εκπαίδευσης διαπίστωσε ότι περισσότερο κάπνισμα τσιγάρων εμφανιζόταν σε ημέρες υψηλού στρες. Το άγχος και οι χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις έχουν επίσης συνδεθεί με υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ. Επιπλέον, έχει προταθεί η πιθανότητα να χρησιμοποιηθεί το αλκοόλ ως αυτοθεραπεία για διαταραχές που σχετίζονται με το στρες, όπως το άγχος (Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005).

1.3 Εργασιακό άγχος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί το άγχος ως μια παγκόσμια επιδημία, η οποία πρόσφατα παρατηρήθηκε ότι σχετίζεται με το 90% των επισκέψεων σε γιατρούς. Το εργασιακό άγχος είναι ένας από τους σημαντικότερους κινδύνους για την υγεία στο χώρο εργασίας για τους εργαζόμενους παγκοσμίως (Baye, Demeke, & Birhan, 2020).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε σωματικές ασθένειες, καθώς και σε ψυχολογική δυσφορία και ψυχικές ασθένειες (Nieuwenhuijsen , Bruinvels , & Frings-Dresen , 2010). Η πρόσφατη αύξηση του εργασιακού στρες έχει συνδεθεί με την παγκόσμια και εθνική ύφεση, (Cooper B. , 2011) την εργασιακή ανασφάλεια και την ένταση εργασίας (Solantaus , Leinonen , & Punamaki , 2004). Οι εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να λάβουν διαφορετικές μορφές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας. Θεωρητικά μοντέλα άγχους θεωρούν ότι σχετίζεται είτε με δυσμενή γεγονότα της ζωής και στρεσογόνα περιβάλλοντα είτε με τις φυσιολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε στρεσογόνοι παράγοντες, ή μια «συναλλακτική» αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Florio , Donnelly , & Zevon, 1998)

Οι Cahil, (Cahill , 1996) Cooper et al (Cooper , Dewe , & O'Driscoll , 2001) και Marine et al (Marine , Ruotsalainen , & Serra , 2006) περιγράφουν κατηγορίες παρεμβάσεων διαχείρισης του άγχους που στοχεύουν άτομα ή οργανισμούς. Αυτές μπορούν να τμηματοποιηθούν περαιτέρω ως προληπτικές παρεμβάσεις σε πρωτογενές, δευτερογενές ή τριτογενές

επίπεδο. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη των αιτιολογικών παραγόντων του στρες, οι δευτερεύουσες παρεμβάσεις στοχεύουν στη μείωση της σοβαρότητας ή της διάρκειας των συμπτωμάτων και οι τριτογενείς ή αντιδραστικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην παροχή αποκατάστασης και μεγιστοποιούν τη λειτουργικότητα μεταξύ ατόμων με χρόνιες παθήσεις υγείας (Whitehead , 2007). Οι μεμονωμένες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν εκπαίδευση επίγνωσης του άγχους και γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) για ψυχολογικό και συναισθηματικό στρες. Οι οργανωτικές παρεμβάσεις επηρεάζουν ομάδες ανθρώπων στην εργασία και μπορεί να περιλαμβάνουν προσαρμογές στο χώρο εργασίας ή προσεγγίσεις διαχείρισης συγκρούσεων σε έναν συγκεκριμένο οργανισμό.

Οι επαγγελματίες υγείας είναι επιφορτισμένοι με τις ευθύνες της παροχής φροντίδας και υπηρεσιών για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η προσδοκία παροχής ποιοτικής φροντίδας ασθενών με περιορισμένους πόρους μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό εργασιακό άγχος για τους επαγγελματίες υγείας. Το άγχος είναι η αντίδραση του σώματος προκειμένου να προσπαθήσει να διατηρήσει την ισορροπία και να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις της ζωής.

Το εργασιακό άγχος αποτελείται από τις ψυχικές και σωματικές συνθήκες, οι οποίες βλάπτουν την παραγωγικότητα, την αποτελεσματικότητα, την ψυχοσωματική υγεία, την εργασιακή ικανότητα, την ικανοποίηση και την ποιότητα εργασίας των μεμονωμένων εργαζομένων στο χώρο εργασίας. Έτσι, το εργασιακό άγχος είναι ένα αλληλεπιδραστικό κατασκευάσμα που περιλαμβάνει μια ασυμφωνία μεταξύ περιβαλλοντικών απαιτήσεων και προσωπικών ικανοτήτων. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι έντονο στρες θα μπορούσαν να παρέχουν κακή ποιότητα υπηρεσιών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και χαμηλό κύκλο εργασιών.

Η εξουθένωση είναι μια μακροχρόνια αντίδραση στρες που χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη αίσθησης προσωπικής ολοκλήρωσης που υποφέρουν οι εργαζόμενοι σε διαφορετικά επαγγελματικά περιβάλλοντα. Η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα που βιώνουν συχνά στρες θα παρουσιάσουν μεγαλύτερη έκταση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης από αυτά που δεν το κάνουν. Η εξουθένωση μπορεί να συμβεί μετά την εφαρμογή αναποτελεσματικών μηχανισμών αντιμετώπισης για την αποτροπή του στρες. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές της επαγγελματικής εξουθένωσης, η επαγγελματική εξουθένωση αναφέρεται σε ένα σύνδρομο εργασιακών εμπειριών που περιλαμβάνει 2 διαστάσεις: αισθήματα εξάντλησης και αποδέσμευση από την εργασία (Ezenwaji, Eseadi, & Okide, 2019).

Κεφάλαιο 2.

Το δευτερογενές μετατραυματικό στρες

2.1 Ορισμός

Το δευτερογενές τραυματικό σύνδρομο ήταν μια έννοια που αναπτύχθηκε από τους ειδικούς στα τραύματα Beth Stamm, Charles Figley και άλλους στις αρχές της δεκαετίας του 1990 για να κατανοήσουν καλύτερα και να εξηγήσουν γιατί οι πάροχοι υπηρεσιών εμφάνιζαν συμπτώματα PTSD χωρίς να έχουν βιώσει τραύμα.

Η κόπωση της συμπόνιας είναι ένας άλλος όρος που χρησιμοποιείται συχνά εναλλακτικά με το δευτεροπαθές τραυματικό σύνδρομο, αλλά πιο συγκεκριμένα, έχει περιγραφεί ως η σύγκλιση του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της αθροιστικής εξάντλησης - μια κατάσταση σωματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την εξάντληση της ικανότητας να αντιμετωπίσει το καθημερινό του περιβάλλον (Tilney McDonough, 2023).

Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ένα δευτερογενές τραύμα που προκαλείται από τις έμμεσες επιπτώσεις του τραύματος. Ορίζεται ως οι σωματικές επιπτώσεις που προκαλούνται από τη γνώση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσε κάποιο άλλο άτομο. Το δευτερογενές τραύμα μπορεί να εμφανιστεί μετά την έκθεση στο τραυματικό γεγονός ή πολύ αργότερα. Τα σημάδια του δευτερογενούς τραυματικού στρες περιλαμβάνουν κόπωση, κακουχία, ευερεθιστότητα, μειωμένη παραγωγικότητα, απελπισία, θυμό, θλίψη, εφιάλτες, άγχος, αποφυγή ανθρώπων και δραστηριοτήτων. Η επαγγελματική απομόνωση, ο μεγαλύτερος φόρτος εργασίας και η συχνή επαφή με το τραυματισμένο άτομο μπορεί να επιδεινώσουν τις επιπτώσεις του δευτερογενούς τραύματος (Figley, 1995).

Το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, άγχος, κρίσεις πανικού, απουσίες ή ακόμη και απόλυση από την εργασία και μειωμένη παραγωγικότητα (Sprang, Ford, & Kerig, Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts, 2019).

Το δευτερογενές τραυματικό στρες, επηρεάζει πολλούς ανθρώπους στον τομέα της ψυχικής υγείας και από το 2013, τα ποσοστά επιπολασμού σε διάφορα επαγγέλματα είναι τα εξής: 15,2% στους κοινωνικούς λειτουργούς, 16,3% στο ογκολογικό προσωπικό, 19% στους συμβούλους κατάχρησης ουσιών, 32,8% στους νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας, 34%

μεταξύ των εργαζομένων σε υπηρεσίες προστασίας παιδιών και 34% μεταξύ των εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας (Cieslak, Shoji, & Douglas, 2014).

Θεωρείται ότι η άμεση εμπλοκή στην εργασία με θύματα καταστροφών, τραυμάτων ή ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση συμπίνας, ιδίως στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εκτίθενται έμμεσα σε τραύμα και έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένοι παράγοντες κινδύνου αυξάνουν την πιθανότητα δευτερογενούς τραυματικού στρες στα θύματα τραύματος και σε όσους τα αντιμετωπίζουν. Οι επιζώντες του τραύματος έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν δευτερογενές τραυματικό στρες.

Επίσης, όσοι έχουν λιγότερη υποστήριξη στην εργασία και κοινωνική στήριξη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν δευτερογενές τραυματικό στρες. Τέλος, όσο περισσότερους ασθενείς βλέπουν αυτοί οι εργαζόμενοι, τόσο πιο πιθανό είναι να αναπτύξουν δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι έρευνες δείχνουν ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο όχι μόνο στην απόδοση του προσωπικού που εργάζεται, αλλά και στα θύματα και τους ασθενείς που αναζητούν φροντίδα. Το εργασιακό πλαίσιο έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί αυξημένο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες στους εργαζόμενους σε υπηρεσίες υγείας πρώτης γραμμής.

Αυτό υπογραμμίζει την ανάγκη για στρατηγικές που να αφορούν όχι μόνο το ατομικό επίπεδο, αλλά και το οργανωτικό και το συστημικό επίπεδο. Οι οργανωτικές αλλαγές περιλαμβάνουν την εργασιακή κουλτούρα, τον φόρτο εργασίας, την υποστήριξη της ομάδας, την εποπτεία και την κατάρτιση, καθώς και τις αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον. Οι αλλαγές σε αυτούς τους τομείς θα αυξήσουν την ανθεκτικότητα στην εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες (Μπελλάλη, Μανομενίδης, & Τζουράκης, 2019)

Ομοίως, η έρευνα υπογραμμίζει τη σημασία των ψυχολογικών υπηρεσιών για τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες υγείας. Υπηρεσίες όπως αυτές που περιγράφονται παραπάνω είναι πολύτιμες για τη μείωση των συμπτωμάτων του δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που είναι υπεύθυνοι για τραυματισμένους ασθενείς στα νοσοκομεία (Beck C. T., 2011)

Υπάρχουν επίσης διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά τον επιπολασμό και την ευπάθεια στο δευτερογενές τραύμα. Η έρευνα δείχνει ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό από

τους άνδρες να αναπτύξουν δευτερογενείς τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες (Baum, Rahav, & Sharon, 2014).

Το δευτερογενές τραυματικό στρες χρησιμοποιείται συχνά εναλλακτικά με διάφορους όρους με παρόμοια σημασία, όπως η κόπωση από συμπόνια, το έμμεσο τραύμα, το σύνδρομο δεύτερου θύματος και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Αν και οι όροι αυτοί επικαλύπτονται, υπάρχουν επίσης διαφορές (Hensel, Ruiz, & Finney, 2015).

Η κόπωση συμπόνιας αναφέρεται στη ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να φροντίζουν τους ασθενείς αφού έχουν εκτεθεί σε πόνο και αγωνία. Το δευτερογενές τραυματικό στρες μετονομάστηκε αργότερα σε κόπωση συμπόνιας από τον Charles Figley το 1995, ο οποίος περιέγραψε την κόπωση συμπόνιας ως ένα σωματικό συναίσθημα που προκύπτει από τη γνώση της εμπειρίας ενός άλλου ατόμου από ένα τραυματικό γεγονός. Σε γενικές γραμμές, η έννοια της κόπωσης της συμπόνιας χρησιμοποιείται συχνά συνώνυμα με το δευτερογενές τραυματικό άγχος, αλλά η διαφορά μεταξύ των δύο είναι ότι το δευτερογενές τραυματικό άγχος αφορά συγκεκριμένα άτομα που αντιμετωπίζουν μια τραυματική ομάδα, ενώ η κόπωση συμπόνιας γενικεύεται σε άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορες άλλες ομάδες (Bercier & Maynard, 2015).

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα για να εξηγήσουν τη φύση του δευτερογενούς τραύματος και τους παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνισή του τραυματικού στρες. Μία από τις σημαντικότερες έννοιες που σχετίζονται άμεσα με το δευτερογενές τραύμα είναι το μοντέλο οικολογικού τραύματος των Dutton και Rubinstein (Ecological Trauma Framework). Οι συγγραφείς διακρίνουν διάφορα στοιχεία αυτού του μοντέλου. Το μοντέλο εξετάζει τους ακόλουθους παράγοντες: τραυματικά γεγονότα που βιώνει το θύμα, στρατηγικές αντιμετώπισης που νοούνται ως γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες που καταβάλλει ο βοηθός, μετατραυματικές αντιδράσεις του βοηθού, προσωπικοί πόροι (ιδίως υψηλή αυτοεκτίμηση), επαγγελματικοί πόροι (εμπειρία, εκπαίδευση), ευπάθεια (ιστορικό τραυματισμού), ικανοποίηση από τη ζωή και την εργασία, περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης. Ταυτόχρονα, η έρευνα σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και προστασίας για το δευτερογενές τραυματικό στρες και τις συναφείς συνιστώσες (π.χ. επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση συμπόνιας, έμμεσο τραύμα) υποδεικνύει έναν αριθμό πιθανών στόχων για παρέμβαση. Η έμμεση έκθεση στην επαγγελματική καταπόνηση αποτελεί πιθανό παράγοντα κινδύνου. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης

της δυσλειτουργίας, όπως η κριτική και η παραίτηση από τον έλεγχο, έχουν επίσης συσχετιστεί με υψηλότερα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες. Άλλοι παράγοντες κινδύνου περιελάμβαναν αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ιστορικού τραύματος του επαγγελματία, των προσωπικών χαρακτηριστικών και του επιπέδου κινδύνου του οργανωτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, του επιπέδου υποστήριξης από τους συναδέλφους και την οργάνωση και της διάρκειας υπηρεσίας. Διάφορα χαρακτηριστικά έχουν αναγνωριστεί ως προστατευτικοί παράγοντες που μειώνουν τον κίνδυνο δευτερογενούς τραυματικού στρες. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η κοινωνική στήριξη, η ικανοποίηση από τη συμπόνια, η αντιλαμβανόμενη αυτό αποτελεσματικότητα, η επαγγελματική κατάρτιση σε θέματα τραύματος, η αποτελεσματική ηγεσία, η συναισθηματική επίγνωση, η ρύθμιση των συναισθημάτων και η προσαρμοστική αντιμετώπιση, οι διαπροσωπικές δυνάμεις και πόροι (π.χ. γενναιοδωρία), η δημιουργία νοήματος (π.χ. οικογενειακές και ηθικές πεποιθήσεις) (Sprang, Ford, & Kerig, Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts, 2019)

2.2 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου

Το δευτερογενές τραύμα είναι ιδιαίτερα συχνό μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών που εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί τραύμα, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, ψυχοθεραπευτών κ.α. Η έκθεση μπορεί να γίνει μέσω των αγαπημένων προσώπων, των ανθρώπων που εξυπηρετούν ή των εικόνων και των ιστοριών των μέσων ενημέρωσης. Για παράδειγμα:

- Οι πάροχοι ιατρικής και ψυχικής υγείας που εργάζονται με θύματα ασθένειας, κακοποίησης, ατυχήματος ή εγκλήματος
- Προσωπικό έκτακτης ανάγκης που βοηθούν στον απόηχο εγκλημάτων ή φυσικών καταστροφών
- Φίλοι ή μέλη της οικογένειας όσων έχουν PTSD, συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών βετεράνων ή επιζώντων μαζικών πυροβολισμών ή φυλετικής αδικίας/βίας
- Έφηβοι και μικρά παιδιά (και ενήλικες) που επανειλημμένα εκτίθενται σε λογαριασμούς των μέσων ενημέρωσης και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης τραυματικών γεγονότων
- Άνθρωποι έγχρωμοι εκτίθενται συνεχώς σε τραύματα λόγω φυλής (Tilney McDonough, 2023)

Μερικοί άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση από άλλους σε δευτερογενή τραύμα. Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Φύλο (οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο)
- Προκλήσεις ψυχικής υγείας πριν από το συμβάν, όπως κατάθλιψη ή άγχος
- Γνωριμία με όσους σκοτώθηκαν, τραυματίστηκαν ή επλήγησαν στο συμβάν
- Ανεπαρκή δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης
- Δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων ή στη διαχείριση του άγχους

Όπως το PTSD, το δευτερεύον PTSD μπορεί να είναι δύσκολο να αναγνωριστεί και να διαχειριστεί χωρίς βοήθεια. Τα συμπτώματα του STS μπορεί να περιλαμβάνουν:

- υπερεπαγρύπνηση
- αποφυγή
- ξαναβίωση του γεγονότος
- αλλαγή στη διάθεση
- ενοχή
- θυμός
- αισθήματα αδυναμίας
- συχνές συναισθηματικές εκρήξεις
- προβλήματα ύπνου
- ανεπιθύμητες ή/και οδυνηρές αναμνήσεις, όνειρα ή αναδρομές στο παρελθόν
- προκλήσεις με συγκέντρωση
- εξάντληση
- ένα εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα (Tilney McDonough, 2023)

2.3 Στάδια ανάπτυξης του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες

Υπάρχουν διάφορα στάδια στην ανάπτυξη της δευτερογενούς διαταραχής τραυματικού στρες. Κάθε στάδιο έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που μπορούν να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν. Όποιο και αν είναι το στάδιο, είναι σημαντικό να εντοπιστεί και να μπορούν να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές και παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των αμυντικών μηχανισμών που βοηθούν στην αντιμετώπιση του στρες. Τα στάδια ανάπτυξης της κόπωσης συμπίπτουν είναι τα εξής.

- Στάδιο ενθουσιασμού. Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλούς στόχους, ανέφικτους, και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του. Από το χώρο

αυτόν προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και γι' αυτόν το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στο αντικείμενό του.

- Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας. Στο δεύτερο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής.
- Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης. Ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι δουλεύει σε μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, καθότι ο επαγγελματίας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας του, καταστάσεις που του προξενούν άγχος.
- Στάδιο απάθειας. Στο τελευταίο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις χρόνιες αναβολές και ματαιώσεις που βιώνει. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008).

2.4 Εργαλεία μέτρησης του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες

Πρόκειται για ένα εργαλείο μέτρησης του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα βοηθούν στον εντοπισμό του φαινομένου και καθοδηγούν τις ατομικές και εργασιακές αποφάσεις για την αλλαγή των συνθηκών εργασίας που έχουν συμβάλει στη συναισθηματική κόπωση. Μπορούν να βοηθήσουν στην καθοδήγηση ατομικών και εργασιακών αποφάσεων για την αλλαγή των συνθηκών εργασίας που έχουν συμβάλει στη συναισθηματική κόπωση. Τα τελευταία 20 χρόνια, οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του δευτερογενούς τραυματικού στρες σε στρες (Beck C. T., 2011) είναι οι ακόλουθες.

1. Η κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής(ProQOL).

Το ProQOL είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με 30 στοιχεία, 30 φορές, με κλίμακα από το 1 (καθόλου) έως το 5 (πάρα πολύ). Αξιολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert από 1(καθόλου) έως 5 (πολύ συχνά) και αποτελείται από τρεις ξεχωριστές κλίμακες: ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction), επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και compassion fatigue /δευτερογενές τραυματικό στρες που είναι διακριτές (Hudnall Stamm, 2005).

2. Το τεστ αυτοελέγχου για την κόπωση από τη συμπόνια(CFST)

Το CFST είναι ένα ερωτηματολόγιο 40 ερωτήσεων. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με δύο υποκλίμακες: κόπωση συμπόνιας (23 στοιχεία) και την επαγγελματική εξουθένωση (17 στοιχεία) (Zheng & Wang, 2022)

3. Compassion Fatigue Scale (CFS-R)

Το CFS-R είναι μια τροποποίηση της Κλίμακας Κόπωσης της Συμπόνιας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν τα συμπτώματα. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις και βαθμολογείται σε 10βάθμια κλίμακα Likert (Bride, Radey, & Figley , 2007).

4. Κλίμακα δευτερογενούς τραυματικού στρες(STSS)

Το STSS (Beck, 2011) είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 17ερωτήσεις και βαθμολογείται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert από το 1(καθόλου) έως το 5 (πολύ συχνά) και αποτελείται από τρεις κλίμακες: την επαναβίωση, την αποφυγή και την υπερδιέγερση τα οποία θεωρούνται τα 3 βασικά συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματικού στρες που προκαλούνται από την επαφή με άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα. Το καθένα από τα 17 στοιχεία του ερωτηματολογίου αφορούν τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες σύμφωνα με το DSM-V+ (Jacobs, Charmillot, & Soelch, 2019).

Κεφάλαιο 3.

Το στρες στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού

3.1 Εργασιακό άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα

Το άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλειστά τμήματα μπορεί να προκαλέσει υπερβολική κόπωση, νευρική ένταση, πονοκεφάλους, ζάλη, εφίδρωση, αγενείς αντιδράσεις. Καθώς η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που συνδέεται με το άγχος, διάφοροι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν συναισθηματική εξάντληση στους νοσηλευτές. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται η ελλιπής στελέχωση των τμημάτων, οι χαμηλές αμοιβές, οι υπερωρίες και οι θάνατοι ασθενών.

Το στρες επηρεάζει όλο τον οργανισμό και προκαλεί (Κουτλούδη, 2015):

- Νευρικότητα, κόπωση, απώλεια συγκέντρωσης.
- Η πλειοψηφία των ανθρώπων ισχυρίζεται ότι έχουν υποστεί συμπτώματα, όπως καρδιακός παλμός, άγχος, διαταραχές ύπνου, συχνούς πονοκεφάλους, βόες στο αυτί και υπερβολική εφίδρωση.
- Λόγω των αγχωτικών καταστάσεων μπορεί να προκληθούν δυσμενείς καταστάσεις στον οργανισμό όπως π.χ. υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακή νόσος, έλκος του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου και κατάθλιψη.

Οι παράγοντες που προκαλούν εργασιακό στρες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε εννέα ομάδες (Κουτλούδη, 2015):

1. Παράγοντες που ορίζονται από τους στόχους εργασίας (μη-δημιουργική εργασία, ευθύνη για άλλα άτομα και υλικές αξίες)
2. Λόγοι που καθορίζονται από το περιεχόμενο του έργου (αδυναμία λήψης αποφάσεων, γραφειοκρατική και αυταρχική διοίκηση).
3. Θέματα που χαρακτηρίζονται από το ρόλο κατά την εργασία (ενδεικτικά και απροσδιόριστα καθήκοντα, εξάρτηση ή διαρκή επαφή με άλλους ανθρώπους).
4. Αιτίες που προσδιορίζονται από την καριέρα και το καθεστώς εργασίας (δυνατότητες σταδιοδρομίας, χαμηλή αξιολογή, ανασφαλή εργασία, μικρή αμοιβή).

5. Ωράριο εργασίας (βάρδιες, κυρίως νυχτερινές βάρδιες, υπερωρίες, μη προγραμματισμένη εργασία).
6. Επικοινωνιακοί παράγοντες (κοινωνική ή φυσική απομόνωση, έλλειψη κοινωνικής στήριξης, συγκρούσεις, βία, κακές σχέσεις με στελέχη).
7. Προβλήματα στην Εργασία/σπίτι
8. Επιβλαβείς συνθήκες εργασίας (θόρυβος, ρύπανση του αέρα, περιορισμένος χώρος εργασίας και άλλα μειονεκτήματα των συνθηκών εργασίας).
9. Παράγοντες προσωρινής εργασίας ή ανεργίας.

3.2 Κίνδυνος δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στην γενική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, δηλαδή όσοι έρχονται σε άμεση επαφή με ασθενείς, αρρώστους ή τραυματίες σε ατυχήματα, επηρεάζονται αρνητικά. Το δευτερογενές τραυματικό στρες θεωρείται παράγοντας επαγγελματικού κινδύνου για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Ratrou & Hamdan-Mansour, 2020). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε παραϊατρικό προσωπικό (οι περισσότεροι από τους οποίους είναι γιατροί) πληρούσαν τα κριτήρια για καρδιαγγειακή νόσο, με το 34% να έχει τρία ή περισσότερα συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες (Roden-Foreman, Bennett, & Rainey, 2017).

Σύμφωνα με τους Duffy, Avalos και Dowling (2015) το 64% των Ιρλανδών νοσηλευτών που εργάζονταν σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης είχαν δευτερογενές τραυματικό στρες (Morrison & Joy, 2016). Ομοίως, το 52,3% των νοσηλευτών επειγόντων περιστατικών στην Ιορδανία είχαν υψηλά ή σοβαρά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες (Ratrou & Hamdan-Mansour, 2020). Ο υψηλός κίνδυνος δευτερογενούς τραύματος σε αυτή την επαγγελματική ομάδα επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης, τα οποία έδειξαν ότι το 86% των νοσηλευτών της μελέτης είχαν δευτερογενές τραύμα.

Αυτό επιβεβαιώνεται επίσης από τα αποτελέσματα της μελέτης, σύμφωνα με τα οποία οι νοσηλευτές της μελέτης παρουσίασαν μέτρια έως σοβαρή συμπαθητική κόπωση (Hooper, Craig, & Janvin, 2010). Υψηλός κίνδυνος εμφάνισης συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες παρατηρήθηκε επίσης μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε ογκολογικούς θαλάμους. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη θεραπεία βαρέως πασχόντων και

τραυματισμένων ατόμων, καθώς και εκείνοι που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους κινδυνεύουν ιδιαίτερα από τις δυσμενείς επιπτώσεις του έμμεσου τραύματος (Cross, 2019). Ωστόσο, οι Bock et al. (Bock, Heitland, & Zimmermann, 2020) εξέτασαν 320 νοσηλευτές στη Γερμανία και διαπίστωσαν ότι 292 (91,2%) είχαν δευτερογενή τραυματικά στρες και 74 (25,3%) ανέφεραν δευτερογενή μετατραυματικά συμπτώματα. Οι νοσηλευτές με συμπτώματα δευτερογενούς τραύματος είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους σε σύγκριση με τους νοσηλευτές χωρίς συμπτώματα δευτερογενούς τραύματος. Οι νοσηλευτές με δευτερογενές τραυματικό στρες ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη εργασιακή επάρκεια, κοινωνική στήριξη και έλεγχο και αυξημένη συναισθηματική δυσφορία.

3.3 Οι επιδράσεις του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού

Λόγω της φύσης της εργασίας τους, οι νοσηλευτές αισθάνονται αβοήθητοι καθώς εμπλέκονται συναισθηματικά και παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς και τους συγγενείς (Von Rueden, Hinderer, & McQuillan, 2010) (Ogińska-Bulik, Gurowiec, & Michalska, 2021). Σύμφωνα με το μοντέλο επαγγελματικής ποιότητας ζωής, οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη φροντίδα άλλων, βιώνουν την ικανοποίηση της συμπόνιας και την κόπωση της συμπόνιας λόγω της εργασίας με ασθενείς που έχουν βιώσει ένα τραυματικό γεγονός. Η κόπωση από συμπόνια αποτελείται από δύο πτυχές: το δευτερογενές τραυματικό στρες και την εξουθένωση. Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι το άγχος που βιώνει ένας πάροχος φροντίδας μετά από αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν από το θάνατο, τον τραυματισμό ή το απειλητικό για την υγεία συμβάν ενός ασθενούς (Yildirim, Kidak, & Yurdabakan, 2018).

Ωστόσο, πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει το δευτερογενές τραυματικό στρες και την κόπωση από συμπόνια εναλλακτικά και έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της κόπωσης από συμπόνια και της εξουθένωσης σε νοσηλευτές (Hunsaker, Chen, & Maughan, 2015) (Wijdenes, Badger, & Sheppard, 2019). Ορισμένοι ερευνητές έχουν αναλύσει διεξοδικά προηγούμενες μελέτες και προσπάθησαν να διακρίνουν την κόπωση από τη συμπόνια από το δευτερογενές τραυματικό στρες (Nimmo & Huggard, 2013). Μια τέτοια μελέτη επεσήμανε την κόπωση από συμπόνια ως ηπιότερη έκφραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Sinclair, Raffin-Bouchal, & Venturato, 2017) και μια άλλη επέκρινε μελέτες που εξισώνουν την κόπωση από συμπόνια με το δευτερογενές τραυματικό στρες (Steinheiser, 2018). Η κόπωση από συμπόνια αναπτύσσεται γρήγορα, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση

αναπτύσσεται αργά και διαρκεί περισσότερο στους επαγγελματίες υγείας (Slatten, Carson , & Carson , 2011).

Αντίθετα, η ικανοποίηση από συμπόνια αναφέρεται στη συναισθηματική ικανοποίηση, όπως η χαρά και η ευχαρίστηση που προέρχονται από τη βοήθεια άλλων ανθρώπων με βάση τις επαγγελματικές νοσηλευτικές γνώσεις και το θετικό συναίσθημα ότι κάποιος μπορεί να τα πάει καλά στις κοινωνικές του σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων με τους συναδέλφους. Η ικανοποίηση από συμπόνια μπορεί να ερμηνευθεί ως μια συναισθηματική κατάσταση που μετριάζει το δευτερογενές τραυματικό στρες. Προκύπτει από τη βοήθεια ατόμων που εκτίθενται σε ένα τραυματικό γεγονός (Hemsworth , Baregheh , & Aoun , 2018). Η ικανοποίηση και η ευχαρίστηση των νοσηλευτών χρησιμεύουν ως προστατευτικός παράγοντας έναντι των δυσμενών επιπτώσεων της κόπωσης από συμπόνια. Επιπλέον, η ικανοποίηση από συμπόνια, ως πηγή δύναμης, ωθεί τους νοσηλευτές να συνεχίσουν να εργάζονται παρά τις επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, την κακή κατάσταση του ασθενούς και τα υψηλά επίπεδα άγχους. Ως προστατευτικός παράγοντας, μπορεί να μειώσει, ακόμη και να αποτρέψει την εξουθένωση (Durkin , Beaumont , & Martin, 2016).

Η εξουθένωση είναι ένα πολυδιάστατο ψυχολογικό σύνδρομο που εκδηλώνεται λόγω διαπροσωπικών στρεσογόνων παραγόντων στο εργασιακό περιβάλλον, όπως η συντριπτική εξάντληση, ο κυνισμός και η έλλειψη αποτελεσματικότητας (Leiter & Maslach , 2009). Μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές τείνουν να βιώνουν εξουθένωση (Cook, Sigler , & Allen , 2021) και εντοπίζουν τους ακόλουθους παράγοντες πρόβλεψης της επαγγελματικής εξουθένωσης: δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εκπαίδευση, θρησκεία, οικογενειακή κατάσταση), χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την εργασία (ικανοποίηση στο χώρο εργασίας, εμπειρία, εργασιακό περιβάλλον), προσωπικές πτυχές (χαρακτηριστικά προσωπικότητας), και άλλους παράγοντες (ικανοποίηση συμπόνιας, κόπωση από συμπόνια). Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες, δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία (Sodeke-Gregson, Holttum , & Billings, 2013), το φύλο (Buselli , Corsi , & Baldanzi , 2020), η οικογενειακή κατάσταση, η θρησκεία , η εκπαίδευση και η θέση εργασίας, μπορούν να επηρεάσουν την εξουθένωση. Καθώς η επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές αυξάνει την πρόθεση για μετακίνηση και μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών (Al Ma'mari , Sharour , & Al Omari , 2020), απαιτούνται προσπάθειες για την πρόληψη ή την ανακούφισή της με τον εντοπισμό παραγόντων που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση σε επίπεδο διαχείρισης (Lee & Kim , 2020). Έτσι, πιθανώς, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εργασία, οι ατομικοί

παράγοντες των νοσηλευτών, η ικανοποίηση από τη συμπόνια των νοσηλευτών και το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να είναι προγνωστικοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με τραύματα.

Κεφάλαιο 4.

Παρεμβάσεις για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

4.1 Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο

Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας (Βογιατζάκη, 2018):

- Έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων: είναι σημαντικό οι επαγγελματίες να μην αγνοούν τα σημάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης, συμπεριλαμβανομένων των οργανικών και ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων.
- Επαναξιολόγηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών. Η επαναξιολόγηση των επαγγελματικών στόχων, των προσδοκιών και των κινήτρων μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή του συνεχούς άγχους, στον εντοπισμό στοιχείων εγωισμού στο εργασιακό πλαίσιο, στην επίτευξη στόχων, στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.
- Η υποστήριξη μπορεί λειτουργήσει θεραπευτικά μόνο για εκείνους που τη δέχονται, γι' αυτό είναι σημαντικό να αναγνωρίζουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες την ανάγκη για βοήθεια. Η υποστήριξη μειώνει το εργασιακό άγχος και μειώνει την πιθανότητα να αρρωστήσει ο επαγγελματίας. Είναι σημαντικό η υποστήριξη να μην αναζητείται μόνο από ένα άτομο, ώστε ο συσσωρευμένος θυμός και το άγχος να μην εκτοξεύονται προς μία κατεύθυνση, γεγονός που μπορεί να έχει ποικίλες συνέπειες. Θα πρέπει να υπάρχει ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υποστήριξης στο χώρο εργασίας για κάθε εργαζόμενο, το οποίο θα παρέχει ευκαιρίες για υποστήριξη και μελλοντικές προκλήσεις που σχετίζονται με την εργασία.

4.2 Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο.

Αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας (Δημητρόπουλος & Φιλίππου, 2008):

- Δημιουργία ειδικών ομάδων Ballint με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών για την αναγνώριση ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και την κατανόηση της σημασίας της βοήθειάς τους.

- Διοργάνωση σεμιναρίων και συναντήσεων που παρέχουν ευκαιρίες για συνεχή εκπαίδευση και επαγγελματική ανάπτυξη, ιδίως στον τομέα του εργασιακού στρες.
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες υγείας και τους συγγενείς τους.
- Παροχή ευκαιριών στο εργασιακό περιβάλλον.
- Διεξαγωγή τακτικών ερευνών σχετικά με τον βαθμό του επαγγελματικού στρες των εργαζομένων και τους παράγοντες που το προκαλούν .
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων και χώρων εργασίας με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) για το συντονισμό και την επίλυση των προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Ευαισθητοποίηση όλων των τμημάτων, συμπεριλαμβανομένων των διευθυντών, των νοσηλευτών και του ιατρικού προσωπικού, για τα συμπτώματα του συνδρόμου
- Δημιουργία καλύτερου εργασιακού περιβάλλοντος με σαφώς καθορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες
- Ατομική και ομαδική εποπτεία του προσωπικού
- Αύξηση των συναντήσεων του προσωπικού για τη βελτίωση των σχέσεων και της συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού.

4.3 Παρέμβαση MBSR

Οι παρεμβάσεις για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική τους υγεία. Μια τέτοια παρέμβαση είναι η μείωση του άγχους που βασίζεται στη συνειδητότητα (MBSR), η οποία έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και εξουθένωσης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.

Το MBSR είναι ένα δομημένο πρόγραμμα που περιλαμβάνει διαλογισμό επίγνωσης, γιόγκα και τεχνικές επίγνωσης του σώματος, σχεδιασμένο για να βοηθήσει τα άτομα να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των σωματικών τους αισθήσεων και να καλλιεργήσουν μια αίσθηση επίγνωσης και αποδοχής της παρούσας στιγ-

μής. Ο στόχος του MBSR είναι να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και δεξιότητες αντιμετώπισης για τη διαχείριση του άγχους και τη βελτίωση της ευημερίας τους (Beck C. , 2018).

Αρκετές μελέτες έχουν βρει ότι το MBSR είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Για παράδειγμα, μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή από τους Irving et al. (Irving , Dobkin , & Park , 2009) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα MBSR 8 εβδομάδων παρουσίασαν σημαντικές μειώσεις στα συμπτώματα εξουθένωσης, κατάθλιψης και άγχους, σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου. Μια άλλη μελέτη των Schwind et al. (Schwind , Redeker , & McEnany, 2019) διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα MBSR 10 εβδομάδων ανέφεραν σημαντικές βελτιώσεις στο άγχος, την επίγνωση και την ικανοποίηση από την εργασία, σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου.

Άλλες παρεμβάσεις για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνουν τη γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, θεραπείες εστιασμένες στο τραύμα και ομάδες υποστήριξης. Είναι σημαντικό για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να αναγνωρίσουν τον πιθανό αντίκτυπο του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό τους και να παρέχουν κατάλληλους πόρους και υποστήριξη για να τους βοηθήσουν να διαχειριστούν τις επιπτώσεις της εργασίας τους. Αντιμετωπίζοντας τις ανάγκες ψυχικής υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού, οι οργανισμοί μπορούν να προωθήσουν ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον και τελικά να βελτιώσουν τη φροντίδα των ασθενών (Beck C. , 2018).

4.4 Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT)

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη παρέμβαση για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Η CBT είναι μια μορφή θεραπείας που βοηθά τα άτομα να αναγνωρίσουν και να αλλάξουν αρνητικά πρότυπα σκέψης και συμπεριφοράς. Ο στόχος της CBT είναι να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους, να βελτιώσουν τη συνολική τους ευημερία και να αποτρέψουν την ανάπτυξη πιο σοβαρών καταστάσεων ψυχικής υγείας (Beck C. , 2018).

Η έρευνα έχει δείξει ότι η CBT είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό. Μια συστηματική α-

νασκόπηση που διεξήχθη από τον Beck το 2018 διαπίστωσε ότι η CBT ήταν αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του δευτερογενούς τραυματικού στρες, του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένου του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια άλλη μελέτη των Adriaenssens et al. το 2012 διαπίστωσε ότι η CBT μείωσε τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) και βελτίωσε την ποιότητα ζωής μεταξύ των νοσηλευτών που υπέστησαν τραύματα που σχετίζονται με την εργασία (Adriaenssens & De Gucht, 2012).

Άλλες μελέτες έχουν επίσης δείξει την αποτελεσματικότητα της CBT στη μείωση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Hyland et al. το 2018 διαπίστωσε ότι μια σύντομη παρέμβαση CBT μείωσε τα συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες και βελτίωσε την ευημερία μεταξύ των νοσηλευτών του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Ομοίως, μια μελέτη των Mealer et al. το 2017 διαπίστωσε ότι μια παρέμβαση βασισμένη στη CBT μείωσε τα συμπτώματα του PTSD, της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας (Hyland, Shevlin, & Murphy, 2018) (Mealer, Conrad, & Evans, 2017).

Συνολικά, η CBT έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για το δευτερογενές μετατραυματικό στρες μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης για να διαχειριστούν τα συμπτώματά τους και να βελτιώσουν τη συνολική τους ευεξία. Αντιμετωπίζοντας έγκαιρα το δευτερογενές μετατραυματικό στρες, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη της ανάπτυξης πιο σοβαρών καταστάσεων ψυχικής υγείας μεταξύ του προσωπικού τους (Adriaenssens & De Gucht, 2012).

4.5 Οργανωτική υποστήριξη

Η οργανωτική υποστήριξη είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αντιμετώπιση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να παρέχουν ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον που βοηθά το προσωπικό να αντιμετωπίσει τις συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας του και να αποτρέψει την ανάπτυξη δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η οργανωτική υποστήριξη μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια μελέτη των Halbesleben et al. το 2013 διαπίστωσε ότι η οργανωτική υποστήριξη συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών. Ομοίως, μια

μελέτη των Embriaco et al. το 2007 διαπίστωσε ότι η οργανωτική υποστήριξη συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας (Halbesleben, Wakefield, & Wakefield, 2013) (Embriaco, Azoulay, & Barrau, 2007).

Η οργανωτική υποστήριξη μπορεί να λάβει πολλές μορφές, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων υποστήριξης από ομοτίμους, συνεδριών ενημέρωσης και προγραμμάτων βοήθειας εργαζομένων. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Elwood et al. το 2011 διαπίστωσε ότι ένα πρόγραμμα υποστήριξης από ομοτίμους ήταν αποτελεσματικό στη μείωση των συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών του τμήματος επειγόντων περιστατικών. Ομοίως, μια μελέτη των Mollard et al. το 2015 διαπίστωσε ότι ένα πρόγραμμα ενημέρωσης μείωσε τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών που είχαν βιώσει ένα τραυματικό συμβάν (Elwood, Mott, & Lohr, 2011) (Mollard, Brysiewicz, & Botha, 2015).

Εκτός από την παροχή προγραμμάτων υποστήριξης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να εφαρμόσουν πολιτικές και πρακτικές που προάγουν την ευημερία του προσωπικού. Για παράδειγμα, μια μελέτη των Shanafelt et al. το 2015 διαπίστωσε ότι η μείωση των ωρών εργασίας και του φόρτου εργασίας συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ των γιατρών. Ομοίως, μια μελέτη των Shanafelt et al. το 2016 διαπίστωσε ότι η παροχή ευκαιριών για εξέλιξη σταδιοδρομίας και ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής συσχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των γιατρών (Shanafelt, Boone, & Tan, Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance among US Physicians Relative to the General US Population., 2015) (Shanafelt, Hasan, & Dyrbye, Interventions to Promote Physician Well-being and Mitigate the Effects of Burnout: A Systematic Review., 2016).

Συνολικά, η οργανωτική υποστήριξη είναι μια σημαντική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να παρέχουν ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον που βοηθά το προσωπικό να αντιμετωπίσει τις συναισθηματικές απαιτήσεις της εργασίας του και να αποτρέψει την ανάπτυξη δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5.

5.1.Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός

Το άγχος είναι ένα συναίσθημα που καταβάλλει τους περισσότερους ανθρώπους, ιδιαίτερα όταν συνδέεται με την εργασία τους. Στα επαγγέλματα υγείας, συγκεκριμένα στους νοσηλευτές υπάρχει έντονα το συναίσθημα του άγχους, πολλούς τους καταβάλλει το στρες. Το στρες που βιώνει ένας νοσηλευτής, προκαλεί υπερβολική κόπωση, ένταση, πονοκεφάλους. Η συναισθηματική ένταση του νοσηλευτή επηρεάζει αρνητικά και τον ασθενή. Το στρες έχει ως αποτέλεσμα να προκαλεί συναισθηματική εξάντληση και μείωση της παραγωγικότητας. Erkutlu, H. & Chafra, J. (2006). Το αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν να διερευνήσει την επίδραση του στρες στην επαγγελματική ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ακόλουθα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν το βασικό και τους επιμέρους στόχους της έρευνας:

- Ποια είναι τα επίπεδα άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού, σε ποιους παράγοντες οφείλονται;
- Σε ποιο βαθμό επιδρά το εργασιακό άγχος στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού;
- Σε πιο βαθμό βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό το μετατραυματικό στρες;
- Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην επίδραση του δευτερογενούς στρες στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα στον τομέα που εργάζονται;

5.2 Υλικό και Μέθοδος

5.2.1 Επιλογή δειγματοληπτικής μεθόδου

Η παρούσα έρευνα θα έχει μη πειραματικό, συσχετιστικό ερευνητικό σχεδιασμό με πρωτογενή δεδομένα. Είναι γνωστό ότι η ποσοτική έρευνα, στις επιστήμες υγείας, αποτελεί

τη συνηθέστερη επιλογή των ερευνητικών για τη διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων (Γαλάνης,2017). Ο λόγος της επιλογής αυτής της μεθόδου είναι γιατί είναι γρήγορη ,εξασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων και μπορεί εύκολα να συλλεχθούν δεδομένα από μεγάλο δείγμα. Η επιλογή και η μέθοδος συγκέντρωσης των δεδομένων αποτελεί το πρώτο στάδιο της έρευνας. Πριν ξεκινήσει η στατιστική έρευνα ορίζουμε το σύνολο του πληθυσμού που θα μελετήσουμε, καθώς και τις στατιστικές μονάδες που θα απαρτίζουν τον πληθυσμό. Για την συλλογή στατιστικών στοιχείων ακολουθήθηκε, η τεχνική της δειγματοληψίας, στην οποία γίνεται απογραφή ορισμένων συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ενός τμήματος του πληθυσμού. Το τμήμα του πληθυσμού που απογράφεται ονομάζεται δείγμα.

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκε η στρωματοποιημένη δειγματοληψία (stratified sampling), για την συλλογή του δείγματος. Η μέθοδος αυτή της δειγματοληψίας εξασφαλίζει την αντιπροσώπευση κάθε τμήματος του πληθυσμού και την ύπαρξη ικανού αριθμού υποκειμένων που προέρχονται από υποπληθυσμούς. Για την εφαρμογή της μεθόδου ο πληθυσμός χωρίστηκε σε στρώματα (strata) και στη συνέχεια επιλέχθηκαν επιμέρους δείγματα με απλή, τυχαία δειγματοληψία από κάθε στρώμα. Τα στρώματα αποτελούνταν από όσο το δυνατόν περισσότερο ομοιογενείς ομάδες στοιχείων του πληθυσμού ως προς κάποια χαρακτηριστικά (κοινωνικά, δημογραφικά, κ.ά.). (Δαφέρμος,2011)

5.2.2 Πληθυσμός και Δείγμα

Η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνθηκε στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού του γενικού νοσοκομείου Πύργου.

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές που ανήκουν σε όλες τις βαθμίδες, ΑΕΙ/ΤΕΙ, νοσηλευτές ΔΕ (βοηθούς νοσηλείας). Το Δείγμα (Sample) της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά n=150 νοσηλευτές που εργάζονταν στα παρακάτω τμήματα του συγκεκριμένου νοσοκομείου (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας COVID-19, κλινική COVID -19, χειρουργική & ορθοπαιδική κλινική, καρδιολογική κλινική, παθολογική κλινική, μαιευτική κλινική, ψυχιατρική κλινική, νεφρολογική κλινική, ουρολογική κλινική, μικροβιολογικό, εξωτερικά ιατρεία και τμήμα επειγόντων περιστατικών).

5.2.3 Οργάνωση, Συλλογή δεδομένων, Δεοντολογία

Για την οργάνωση και διενέργεια της έρευνας ακολουθήθηκαν πιστά οι κανόνες δεοντολογίας. Πριν τη χορήγηση του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκε η απαραίτητη αδειοδότηση. Στις 6/03/2023 δόθηκε η άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του Νοσοκομείου

Πύργου Ανδρέας Παπανδρέου και παραπέμφθηκε για έγκριση στην 6η Υγειονομική Περιφέρεια. Στις 08.05/2023 δόθηκε η έγκριση από την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου -Ιονίων Νήσων Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας για την τελική άδεια και διενέργεια της έρευνας.

Για την συλλογή στοιχείων συντάχτηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο δόθηκε σε έντυπη μορφή τον Μάιο του 2023 στο νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου Ανδρέας Παπανδρέου σε όλες τις κλινικές, ώστε να απαντηθεί. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ένα εισαγωγικό πλαίσιο, το οποίο αναφέρονταν ότι η συμπλήρωση του ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική, και ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 15 λεπτά. Οι ερωτηθέντες καλούνταν να απαντήσουν σε 13 ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά στοιχεία (όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το τμήμα που εργάζονται, τα έτη προϋπηρεσίας τους, κ.α.) ερωτήσεις που αφορούσαν τα προβλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι αφού βιώσουν ένα τραυματικό γεγονός, όπως και ερωτήσεις για το πόσο συχνά βίωσαν κάποια χαρακτηριστικά το τελευταίο μήνα και τέλος, την επίδραση του μετατραυματικού στρες στην γενική υγεία.

Η συμμετοχή των Νοσηλευτών ήταν εθελοντική μετά από συναίνεσή τους, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Χορηγήθηκαν συνολικά 150 ερωτηματολόγια.

5.2.4 Περιγραφή Ερευνητικών Εργαλείων

Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ήταν τα εξής:

Το δελτίο καταγραφής των ατομικών χαρακτηριστικών. Περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά δηλαδή, την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό τέκνων, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το τμήμα που εργάζεται τώρα, τα έτη προϋπηρεσίας, τα έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα, την θέση στο συγκεκριμένο τμήμα, το ωράριο εργασίας, την σχέση εργασίας, το μηνιαίο εισόδημα, και την επιθυμία παραμονής στο τμήμα που απασχολείτε.

Η κλίμακα PTSD Symptom Scale, η οποία περιγράφει το σύμπτωμα ως προς τη σοβαρότητα ή τη συχνότητα, δημιουργώντας τις υποκλίμακες της επανεμπειρίας, της αποφυγής. Η κλίμακα PSS-SR απαρτίζεται από 17 ερωτήσεις, οι απαντήσεις δίνονται με την χρήση κλίμακας τύπου Likert, (0= Καθόλου, 1=Μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο / λίγο /

μία στο τόσο, 2= 2 με 4 φορές την εβδομάδα / κάπως / τις μισές φορές, 3= 3 έως 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα / πολύ / σχεδόν πάντα).

Η κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL), χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών αποτελείται από 30 ερωτήσεις που περιλαμβάνει τρεις διαφορετικές υποκλίμακες 3 (ικανοποίηση, εξουθένωση, δευτερογενές τραυματικό στρες). Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα 5 βαθμίδων (1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές, 4=Συχνά, 5=Πολύ συχνά) όπου οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν αν ισχύει η κάθε δήλωση με βάση τις 30 τελευταίες μέρες στην εργασία τους (Stamm, 2009).

Η κλίμακα αντιληπτού στρες (PSS, Cohen 1983), η οποία αποτελείται από 10 ερωτήσεις που σχετίζονται με τα συναισθήματα και τις σκέψεις κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Η κλίμακα στρες χωρίζεται σε 2 υποκλίμακες αντιληπτή αδυναμία (ερωτήσεις 1, 2, 3, 6, 9, 10) – μέτρηση των συναισθημάτων ενός ατόμου για έλλειψη ελέγχου των περιστάσεων ή των δικών του συναισθημάτων ή αντιδράσεων και έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας (ερωτήσεις 4, 5, 7, 8) – μέτρηση της αντιληπτής αδυναμίας ενός ατόμου να χειριστεί προβλήματα. Οι ερωτώμενοι έπρεπε να επιλέξουν βάση της πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (0= ποτέ, 1= Σχεδόν ποτέ, 2= Μερικές φορές, 3=Συχνά, 4= Αρκετά συχνά) το βαθμό αντίληψης καταστάσεων που βίωσαν τον τελευταίο μήνα, ως στρεσογόνες καταστάσεις.

5.2.5 Αξιοπιστία κλιμάκων

Τα εργαλεία μέτρησης PSS-10, PTSD Symptom Scale είναι εργαλεία μέτρησης αξιόπιστα, διότι έχουν χρησιμοποιηθεί για μετρήσεις σε πολλά άλλα δείγματα, από άλλους ερευνητές. Επομένως για τυπικούς λόγους υπολογίστηκε και στην παρούσα έρευνα ο δείκτης αξιοπιστίας των κλιμάκων αυτών. Ένα ερωτηματολόγιο θεωρείται αξιόπιστο, όταν ο δείκτης Cronbach alpha είναι μεγαλύτερος από 0.7. Αυτό συνεπάγεται ότι, ένα ερωτηματολόγιο θεωρείται έγκυρο όταν οι πληροφορίες που θα εξαχθούν από τα δεδομένα είναι σχετικές με τους στόχους και τα ερωτήματα της έρευνας και έχουν χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα με επιτυχία σε πληθυσμό για τον οποίο έχει σχεδιαστεί ερευνητικά.

Ένα ακόμα σημαντικό κριτήριο για την εξασφάλιση εγκυρότητας και αξιοπιστίας των μετρήσεων, είναι το ερωτηματολόγιο να έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να πληροί συγκεκριμένα κριτήρια. Στην έρευνά μας, οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με σαφήνεια και ευκρίνεια, ενώ η διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων στους νοσηλευτές ήταν τυποποιημένη (Creswell, 2016, σ. 160), κάτι που συντέλεσε στην αξιοπιστία του εργαλείου. Επιπλέον, όταν τα στοιχεία βαθμολογούνται ως συνεχείς μεταβλητές (π.χ. από «Ποτέ» έως

«Πολύ συχνά»), ο συντελεστής άλφα (Cronbach's α) παρέχει έναν αξιόπιστο συντελεστή για την εκτίμηση της συνέπειας των τιμών του ερωτηματολογίου και κατ' επέκταση της αξιοπιστίας του (Creswell, , σ. 162).

Συγκεκριμένα, για τις ερωτήσεις που αφορούν τη κλίμακα στρες, ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α κρίνεται αρκετά ικανοποιητικός, όπου: αντιληπτή αδυναμία $\alpha=0.851$, έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας $\alpha=0.752$. Επίσης, για τις ερωτήσεις που αφορούν τη κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL) του νοσηλευτικού προσωπικού, ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α κρίνεται αρκετά ικανοποιητικός, όπου: για την υποκλίμακα ικανοποίηση ήταν $\alpha=0.744$, για την υποκλίμακα εξουθένωση ήταν $\alpha=0.746$, για την υποκλίμακα δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν $\alpha=0.735$. Εξίσου για την κλίμακα PTSD ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α ήταν ικανοποιητικός, όπου: για υποκλίμακα αναβίωση $\alpha=0.914$, για τη υποκλίμακα αποφυγή $\alpha=0.726$, για τις αλλαγές στη διάθεση $\alpha=0.921$ και για την αύξηση αντιδραστικότητας $\alpha=0.795$.

Πίνακας 1. Κλίμακα στρες (n=150)

PSS	Cronbach's alpha
Αντιληπτή αδυναμία	0.851
Έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας	0.752

Πίνακας 2. Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (n=150)

ProQOL	Cronbach's alpha
Ικανοποίηση	0.744
Εξουθένωση	0.746
Δευτερογενές τραυματικό στρες	0.735

Πίνακας 3. Κλίμακα Μετατραυματικό στρες (n=150)

PTSD	Cronbach's alpha
Αναβίωση	0.914
Αποφυγή	0.726
Αλλαγές Στη Διάθεση	0.921

5.2.6 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Τα δεδομένα της έρευνας, καταχωρήθηκαν σε ένα στατιστικό πρόγραμμα (Spss version 25), έτσι ώστε να γίνει η περαιτέρω στατιστική ανάλυσή τους. Η ανάλυση των δεδομένων χωρίστηκε στα εξής στάδια: στο πρώτο στάδιο εξήχθησαν πίνακες συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών και γενικών χαρακτηριστικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, στο δεύτερο στάδιο εξήχθησαν τα μέτρα κεντρικής τάσης (μέσος όρος και τυπική απόκλιση), ώστε να βρεθούν τα επίπεδα άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού, σε ποιους παράγοντες οφείλονται και ο βαθμός που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό το μετατραυματικό στρες.

Στο τρίτο στάδιο εφαρμόστηκε επαγωγική στατιστική με την χρήση στατιστικών κριτηρίων. Πριν την εφαρμογή των στατιστικών ελέγχων, πραγματοποιήθηκε μετασχηματισμός των ερωτήσεων των κλιμάκων Perceived stress scale (PSS), Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL) και PTSD Symptom Scale, δημιουργώντας υποκλίμακες για την κάθε κλίμακα. Συγκεκριμένα η κλίμακα PSS χωρίστηκε στις εξής υποκλίμακες αντιληπτή αδυναμία (ερωτήσεις 1, 2, 3, 6, 9, 10) και έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας (ερωτήσεις 4, 5, 7, 8), η κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL) χωρίστηκε σε τρεις διαφορετικές υποκλίμακες ικανοποίηση (ερωτήσεις 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30), εξουθένωση (ερωτήσεις 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29), δευτερογενές μετατραυματικό στρες (ερωτήσεις 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28) και η PTSD Symptom Scale χωρίστηκε σε 4 υποκλίμακες αναβίωση (1,2,3,4,5), αποφυγή (6,7), αλλαγές στη διάθεση (8,9,10,11,12) και αύξηση αντιδραστικότητας (13,14,15,16,17).

Για το έλεγχο της επίδρασης του στρες μεταξύ των ανδρών και των γυναικών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, ενώ για τον έλεγχο επίδρασης του μετατραυματικού στρες ανάμεσα στα τμήματα του νοσηλευτικού προσωπικού χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο One Way Anova (Ανάλυση Διασποράς). Η υπόθεση που κάνουμε για τα δεδομένα μας λέγεται «ερευνητική υπόθεση». Σε αυτήν την υπόθεση θεωρούμε ότι υπάρχει μια διαφορετική συμπεριφορά ομάδων ή μεταβλητών. Εάν η ερευνητική υπόθεση δεν αποδειχθεί, η εναλλακτική υπόθεση που θα ισχύσει για τα δεδομένα μας ονομάζεται «μηδενική υπόθεση». Σε αυτήν την περίπτωση θεωρούμε ότι οι ομάδες που εξετάζουμε ή οι μεταβλητές δεν εμφανίζουν διαφορές. Στην συνέχεια θέτουμε την πιθανότητα ($p = 0.05$)

ως όριο για να απορρίψει την μηδενική υπόθεση και ονομάζεται «επίπεδο σημαντικότητας» (significance level) (Δαφέρμος, 2011). Παράλληλα για το έλεγχο του βαθμού επίδρασης του εργασιακού άγχους στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson. Σύμφωνα με τον συντελεστή συσχέτισης Pearson τιμές κοντά στο 1 δηλώνουν ισχυρή συσχέτιση, μεταξύ των μεταβλητών. (Δαφέρμος, 2011)

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

6.1 Περιγραφική Ανάλυση

6.1.1 Ατομικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Στην ενότητα αυτή παραθέτονται τα δημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού από το δείγμα που συλλέχθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο του Πύργου. Στην έρευνα συμμετείχαν 115 γυναίκες και 35 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 39 ετών, το 62% αυτών είναι παντρεμένοι, ενώ αρκετοί από τους ερωτώμενους δε έχουν παιδιά (44.7%). Αρκετοί από τους ερωτηθέντες είναι κάτοχοι πτυχίου ΤΕΙ (33.3%), νοσηλευτές (52%), εργάζονται στη Παθολογική κλινική (12.7%), έχουν μηνιαίο εισόδημα από 851€ έως 1.450€ (80%), το ωράριο τους είναι κυκλικό (72%), είναι μόνιμο προσωπικό (50.7%) και έχουν συνολικά 3 έτη προϋπηρεσίας (16 άτομα, 10.7%). Επιπλέον ένα μεγάλο ποσοστό στο ερώτημα εάν θα ήθελαν να φύγουν από το τμήμα που απασχολούνται, δήλωσε ότι δεν θα ήθελε να φύγουν (50.7%).

Πίνακας 4. Κατανομή συχνότητας δημογραφικών και γενικών στοιχείων (n=150)

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	35	23.3%
Γυναίκα	115	76.7%
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	44	29.3%
Παντρεμένος/η Συμβίωση	93	62.0%
Διαζευγμένος/χήρος	13	8.7%
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
ΑΕΙ	29	19.3%
	29	

ΤΕΙ	45	33.3%
Διετούς φοίτησης	40	23.3%
Μεταπτυχιακό	29	19.3%
Διδακτορικό	7	4.7%
Τμήμα που εργάζεστε		
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Covid-19	11	7.3%
Τμήμα Covid-19	12	8%
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	20	13.3%
Εξωτερικά Ιατρεία	10	6.7%
Καρδιολογική	11	7.3%
Χειρουργική	13	8.7%
Ψυχιατρική	11	7.3%
Ορθοπαιδική	9	5.3%
Παθολογική	19	12.7%
Μαιευτική	6	4.0%
Νεφρολογική	12	8.0%
Ουρολογική	10	6.7%
Μικροβιολογικό	7	4.7%
<hr/>		
Θέση στο συγκεκριμένο τμήμα		
Προϊστάμενος/η	9	6%
Υπεύθυνος τμήματος	8	5.3%
Νοσηλεύτης	93	62%
Βοηθός Νοσηλεύτη	40	26.7%
<hr/>		
Ωράριο εργασίας		
Πρωινή εργασία	42	28.0%
Κυκλικό ωράριο-βάρδιες	108	72.0%
<hr/>		
Σχέση εργασίας		
Μόνιμο προσωπικό	76	50.7%
Επικουρικό προσωπικό - Σύμβαση	74	49.3%
<hr/>		
Μηνιαίο εισόδημα		
Έως 850	19	12.7%
851-1.450	120	80.0%
Άνω των 1450	11	7.3%
<hr/>		

Θα θέλατε να φύγετε από το παραπάνω τμήμα που απασχολείστε;		
Άμεσα	13	8.7%
Σύντομα	23	15.3%
Σε ένα χρόνο	22	14.7%
Δε με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια	16	10.7%
Δεν θα ήθελα να φύγω από εδώ	76	50.7%

6.1.2 Κλίμακα στρες

Σύμφωνα με το ερευνητικό ερώτημα, για την εύρεση του επίπεδου άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού και στους παράγοντες που οφείλεται. Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, η υποκλίμακα αντιληπτή αδυναμία έχει μέσο όρο (Μ.Ο.=1.59) ενώ η υποκλίμακα έλλειψη αποτελεσματικότητας έχει μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο.=2.71). Επιπλέον ο συνολικός μέσος όρος είναι (Μ.Ο.= 2.17), αυτό υποδηλώνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματος τον τελευταίο μήνα κάποιες φορές είχε άγχος (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Κλίμακας στρες (n=150)

	Μ.Ο.	Τ.Α.	Διάμεσος	Ελάχ.- Μεγ.
Αντιληπτή αδυναμία	1.59	0.66	1.50	0 - 4
Έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας	2.71	0.64	2.75	0 - 4
Σύνολο κλίμακας	2.17	0.33	2.17	0 - 4

6.1.3 Κλίμακα μετατραυματικού στρες

Όσον αφορά την εύρεση του βαθμού που βιώνει το νοσηλευτικό προσωπικό το μετατραυματικό στρες τις τελευταίες 2 εβδομάδες κατά την περίοδο της διεξαγωγής της έρευνας, τα αποτελέσματα που απεικονίζονται στο πίνακα 6, διατυπώνονται τα εξής: ο συνολικός μέσος όρος της κλίμακας μετατραυματικό στρες είναι (Μ.Ο.=0.58), αντίθετα η υποκλίμακα αύξηση αντιδραστικότητας έχει μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο.=0.77), ακολουθεί η υποκλίμακα αποφυγή με μέσο όρο (Μ.Ο.=0.54), έπειτα είναι η υποκλίμακα αναβίωση με μέσο όρο (Μ.Ο.=0.53) και τελευταία η υποκλίμακα αλλαγές στην διάθεση με μέσο όρο

(M.O.=0.49). Αυτό συνεπάγεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα παρουσιάζει συμπτώματα μετατραυματικού στρες, συγκεκριμένα αύξηση της αντιδραστικότητας του.

Πίνακας 6. Κλίμακα μετατραυματικού στρες (n=150)

PTSD	M.O.	T.A.	Διάμεσος	Ελαχ.-Μεγ.
Αναβίωση	0.53	0.66	0.40	0-3
Αποφυγή	0.54	0.77	0.00	0-3
Αλλαγές στη διάθεση	0.49	0.69	0.20	0-3
Αύξηση αντιδραστικότητας	0.77	0.61	0.60	0-3
Σύνολο κλίμακας	0.58	0.60	0.33	0-3

6.1.4 Κλίμακα ποιότητα ζωής

Ο συνολικός μέσος όρος της κλίμακας ποιότητας ζωής είναι (M.O.=3.12), ενώ ο μέσος όρος της υποκλίμακας ικανοποίηση είναι μεγαλύτερος (M.O.=3.56), ακολουθεί η υποκλίμακα εξουθένωση με μέσο όρο (M.O.=3.12) και τελευταία η υποκλίμακα δευτερογενές μετατραυματικό στρες με μέσο όρο (M.O.=2.66). Αυτό υποδηλώνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό νιώθει ικανοποίηση με το να φροντίζει άλλους ανθρώπους.

Πίνακας 7. Κλίμακα ποιότητα ζωής (n=150)

ProQOL	M.O.	T.A.	Διάμεσος	Ελαχ.-Μεγ.
Ικανοποίηση	3.56	0.74	3.65	2-6
Εξουθένωση	3.12	0.51	3.10	2-5
Δευτερογενές Μετα-τραυματικό Στρες	2.66	0.84	2.50	1-7
Σύνολο Κλίμακας	3.12	0.52	3.08	2-5

6.2 Αποτελέσματα Επαγωγική ανάλυση

6.2.1 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών & άγχος

Όσον αφορά τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν το άγχος των νοσηλευτών του δείγματος, εξετάστηκε η επίδραση που μπορεί να έχει το φύλο στο άγχος των νοσηλευτών, από το έλεγχο που πραγματοποιήθηκε, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες (Μ.Ο.=1.19) και τις γυναίκες (Μ.Ο.=1.72), όσον αφορά την υποκλίμακα αντιληπτή αδυναμία $t(148)=-4.371, p=0.000$). Αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες είναι πιο αδύναμες από τους άνδρες, αγχώνονται περισσότερο. Επιπλέον στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται στο εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0.041$) ανάμεσα στους νοσηλευτές που είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ με όλους τους υπόλοιπους, των απόφοιτων ΤΕΙ, δευτεροετούς φοίτησης, κάτοχοι Μεταπτυχιακού και Διδακτορικού, με την υποκλίμακα αντιληπτή αδυναμία, φαίνεται ότι οι απόφοιτοι ΑΕΙ έχουν περισσότερο άγχος σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (Μ.Ο.=1.90).

Τέλος δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ανάμεσα στην κλίμακα αντιληπτή αδυναμία και στην ηλικία, αριθμός τέκνων, έτη προϋπηρεσίας και οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 12. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα αντιληπτή αδυναμία

		M.O.	T.A.	t /F/r	P
Φύλο	Άνδρας	1.19	0.66	$t=-4.371$	0.000
	Γυναίκα	1.72	0.61		
Ηλικία (έτη)				$r = -.025$	0.759
Αριθμός τέκνων				$r = .003$	0.969
Έτη προϋπηρεσίας				$r= 0.089$	0.281
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	1.57	.77	$F=0.109$	0.897
	Παντρεμένος/η	1.59	.60		
	Συμβίωση				

Εκπαιδευτικό επίπεδο	Διαζευγμένος/χή- ρος	1.67	.73		
	AEI	1.90	0.87		
	TEI	1.57	0.45		
	Διετούς φοίτησης	1.50	0.70	F=2.566	0.041
	Μεταπτυχιακό	1.52	0.58		
	Διδακτορικό	1.19	0.81		
		(1)>(2)			
		(1)>(3)			
	LSD Post Hoc	(1)>(4)			
		(1)>(5)			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 13, εντοπίζεται σχέση ανάμεσα στην ηλικία ($p=0.024$) και στα έτη προϋπηρεσίας ($p=0.005$) με την υποκλίμακα έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας.

Επιπλέον δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ανάμεσα στην κλίμακα έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας και στο φύλο, αριθμός τέκνων, εκπαιδευτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 13. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα Έλλειψη αυτο-αποτελεσματικότητας

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	2.64	0.83	t=-0.755	0.452
	Γυναίκα	2.73	0.58		
Ηλικία (έτη)				r = 0.650	0.024
Αριθμός τέκνων				r = 0.063	0.441
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.706	0.005
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	2.64	.69	F=1.152	0.319
	Παντρεμένος/η	2.77	.63		
	Συμβίωση	2.52	.59		
	Διαζευγμένος/χήρος	2.62	0.59		

	ΤΕΙ	2.68	0.61
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Διετούς φοίτησης	2.88	0.69
	Μεταπτυχιακό	2.58	0.59
	Διδακτορικό	2.96	0.97

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του συνολικού σκορ της Κλίμακας άγχους (PSS) με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.000$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή ($M.O.= 2.22$) άγχους από τους άνδρες ($M.O.= 2.22$). Επιπλέον εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνολικού σκορ της Κλίμακας PSS με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 14. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην κλίμακα άγχους

PSS		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	1.91	0.28	t=-5.338	0.000
	Γυναίκα	2.22	0.30		
Ηλικία (έτη)				r = 0.155	0.058
Αριθμός τέκνων				r = 0.066	0.426
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.134	0.103
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	2.11	0.305	F=0.980	0.378
	Παντρεμένος/η	2.18	0.321		
	Συμβίωση	2.09	0.458		
	Διαζευγμένος/χήρος	2.26	0.39		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΤΕΙ	2.13	0.34	F=1.853	0.122
	Διετούς φοίτησης	2.19	0.23		
	Μεταπτυχιακό	2.05	0.30		
	Διδακτορικό	2.08	0.34		

6.2.2 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών & ποιότητα ζωής

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας ικανοποίηση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 15. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα ικανοποίηση

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	3.59	0.80	t= 0.285	0.776
	Γυναίκα	3.55	0.72		
Ηλικία (έτη)				r = 0.075	0.359
Αριθμός τέκνων				r = 0.140	0.088
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.176	0.331
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3.68	0.64	F=1.652	0.195
	Παντρεμένος/η	3.54	0.78		
	Συμβίωση	3.27	0.68		
	Διαζευγμένος/χήρος	3.73	0.62		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	3.54	0.67	F=0.903	0.464
	ΤΕΙ	3.39	0.76		
	Διετούς φοίτησης	3.61	0.97		
	Μεταπτυχιακό	3.61	0.46		

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας εξουθένωση με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.001$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (Μ.Ο.= 3.19) εξουθένωση από τους άνδρες (Μ.Ο.= 2.91). Επιπλέον εντοπίστηκε στα σημαντική διαφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης με την υποκλίμακα εξουθένωση. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την τεχνική πολλαπλών συγκρίσεων (LSD Post Hoc) παρατηρήθηκε ότι, οι απόφοιτοι ΑΕΙ έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο (Μ.Ο.=3.44) εξουθένωσης από τους κατόχους Μεταπτυχιακού (Μ.Ο.=3.03) και Διδακτορικού (Μ.Ο.= 2.97). Τέλος εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας εξουθένωση με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 16. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα εξουθένωση

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	2.91	0.35	t=-3.498	0.001
	Γυναίκα	3.19	0.53		
Ηλικία (έτη)				r = 0.112	0.174
Αριθμός τέκνων				r = 0.059	0.472
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.181	0.026
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3.14	0.40	F=2.482	0.087
	Παντρεμένος/η	3.08	0.52		
	Συμβίωση	3.41	0.66		
	Διαζευγμένος/χήρος	3.44	0.43		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΤΕΙ	3.39	0.41	F=4.014	0.004
	Διετούς φοίτησης	3.36	0.57		
	Μεταπτυχιακό	3.03	0.59		
	Διδακτορικό	2.97	0.25		
	LSD Post Hoc	(1)>(4)	(1)>(5)		

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας δευτερογενές μετατραυματικό στρες με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.000$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (M.O.= 2.80) δευτερογενές μετατραυματικό στρες από τους άνδρες (M.O.= 2.22). Επιπλέον εντοπίστηκε μέτρια σχέση μεταξύ της ηλικίας ($p=0.014$) και των ετών προϋπηρεσίας ($p=0.005$) με την υποκλίμακα δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Τέλος εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας δευτερογενές μετατραυματικό στρες με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 17. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα δευτερογενές μετατραυματικό στρες

	M	T.A.	t /F/r	P value
--	----------	-------------	---------------	----------------

Φύλο	Άνδρας	2.22	0.69	-3.722	0.000
	Γυναίκα	2.80	0.83		
Ηλικία (έτη)				r = 0.201	0.014
Αριθμός τέκνων				r = 0.022	0.792
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.226	0.005
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	2.56	0.83	F=3.444	0.335
	Παντρεμένος/η	2.63	0.82		
	Συμβίωση	3.23	0.83		
	Διαζευγμένος/χήρος	2.98	0.82		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	2.62	0.71	F=1.558	0.180
	ΤΕΙ	2.61	0.69		
	Διετούς φοίτησης	2.58	1.14		
	Μεταπτυχιακό	2.26	0.87		
	Διδακτορικό				

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του συνολικού σκορ της Κλίμακας ποιότητα ζωής (ProQOL) με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.000$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (M.O.= 3.18) ποιότητας ζωής από τους άνδρες (M.O.= 2.91). Επιπλέον στον πίνακα 18 εντοπίζεται μέτρια σχέση ανάμεσα στην ηλικία ($p=0.002$) και στα έτη προϋπηρεσίας ($p=0.001$) με το συνολικό σκορ της κλίμακας ProQOL. Τέλος εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνολικού σκορ της Κλίμακας ProQOL με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 18. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην κλίμακα ποιότητας ζωής

ProQOL		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	2.91	0.33	-3.546	0.001
	Γυναίκα	3.18	0.51		
Ηλικία (έτη)				r = 0.281	0.002
Αριθμός τέκνων				r = 0.035	0.667

Έτη προϋπη- ρεσίας				r= 0.165	0.001
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	3.13	0.42		
	Παντρεμένος/η	3.08	0.54	F=1.038	0.357
	Συμβίωση				
	Διαζευγμένος/χήρος	3.30	0.59		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	3.39	0.40		
	ΤΕΙ	3.08	0.42		
	Διετούς φοίτησης	3.00	0.52	F=2.754	0.030
	Μεταπτυχιακό	3.08	0.72		
	Διδακτορικό	2.95	0.19		

6.2.3 Επίδραση Δημογραφικών Χαρακτηριστικών & μετατραυματικό στρες

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας αναβίωση με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.001$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (Μ.Ο.= 0.60) αποφυγή από τους άνδρες (Μ.Ο.= 0.30). Επιπλέον εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας αναβίωση με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 19. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα αναβίωση

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	0.30	0.52	-2.703	0.009
	Γυναίκα	0.60	0.68		
Ηλικία (έτη)				r = 0.011	0.890
Αριθμός τέ- κνων				r = 0.095	0.247
Έτη προϋπη- ρεσίας				r= 0.013	0.870
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0.52	0.68		
	Παντρεμένος/η	0.51	0.63	F=0.718	0.490
	Συμβίωση				
	Διαζευγμένος/χήρος	0.74	0.77		
	ΑΕΙ	0.64	0.86	F=1.292	0.276

	ΤΕΙ	0.44	0.59
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Διετούς φοίτησης	0.53	0.65
	Μεταπτυχιακό	0.66	0.59
	Διδακτορικό	0.14	0.15

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της υποκλίμακας αποφυγή με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.001$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (Μ.Ο.= 0.63) αποφυγή από τους άνδρες (Μ.Ο.= 0.26). Επιπλέον εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας αποφυγή με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 20. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα αποφυγή

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	0.26	0.47	-3.318	0.001
	Γυναίκα	0.63	0.82		
Ηλικία (έτη)				r = 0.044	0.596
Αριθμός τέκνων				r = 0.046	0.579
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.087	0.291
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0.53	0.74	F=0.016	0.984
	Παντρεμένος/η	0.54	0.79		
	Συμβίωση	0.58	0.76		
	Διαζευγμένος/χήρος	0.53	0.81		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΤΕΙ	0.36	0.60	F=1.195	0.111
	Διετούς φοίτησης	0.74	0.90		
	Μεταπτυχιακό	0.69	0.82		
	Διδακτορικό	0.21	0.39		

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε, ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας αλλαγές στην διάθεση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 21. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα αλλαγές στη διάθεση

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	0.32	0.56	-1.941	0.056
	Γυναίκα	0.55	0.72		
Ηλικία (έτη)				r = 0.006	0.938
Αριθμός τέκνων				r = 0.013	0.877
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.005	0.953
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0.52	0.72	F=2.158	0.119
	Παντρεμένος/η	0.43	0.65		
	Συμβίωση	0.85	0.83		
	Διαζευγμένος/χήρος	0.69	0.91		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	0.48	0.70	F=1.493	0.207
	ΤΕΙ	0.47	0.58		
	Διετούς φοίτησης	0.48	0.60		
	Μεταπτυχιακό	0.00	0.00		

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε, ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της υποκλίμακας αύξηση αντιδραστικότητας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 22. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην υποκλίμακα αύξηση αντιδραστικότητας

		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	0.69	0.48	-1.107	0.272
	Γυναίκα	0.80	0.64		
Ηλικία (έτη)				r = 0.091	0.270
Αριθμός τέκνων				r = 0.113	0.168
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.107	0.192
	Άγαμος/η	0.76	0.67	F=1.833	0.164

Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος/η	0.73	0.56		
	Συμβίωση				
	Διαζευγμένος/χήρος	1.08	0.63		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	0.88	0.71		
	ΤΕΙ	0.74	0.63		
	Διετούς φοίτησης	0.59	0.54	F=1.304	0.113
	Μεταπτυχιακό	0.81	0.48		
	Διδακτορικό	0.49	0.22		

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρείτε ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του συνολικού σκορ της Κλίμακας μετατραυματικό στρες (PTSD) με το φύλο του Νοσηλευτικού προσωπικού ($p=0.010$). Αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες του δείγματος εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή (M.O.= 0.64) μετατραυματικού στρες από τους άνδρες (M.O.= 0.39). Επιπλέον εντοπίστηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του συνολικού σκορ της Κλίμακας στρες (PTSD) με τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 23. Επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην κλίμακα μετατραυματικό στρες

PTSD		M	T.A.	t /F/r	P value
Φύλο	Άνδρας	0.39	0.44		
	Γυναίκα	0.64	0.63	-2.632	0.010
Ηλικία (έτη)				r 0.010	0.902
Αριθμός τέκνων				r = 0.073	0.378
Έτη προϋπηρεσίας				r= 0.003	0.972
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	0.58	0.63		
	Παντρεμένος/η	0.55	0.57	F=1.045	0.354
	Συμβίωση				
	Διαζευγμένος/χήρος	0.81	0.71		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΕΙ	0.74	0.7		
	ΤΕΙ	0.51	0.58		
	Διετούς φοίτησης	0.58	0.54	F=1.461	0.217
	Μεταπτυχιακό	0.66	0.55		
	Διδακτορικό	0.21	0.18		

6.2.4 Σχέση άγχους & ποιότητα ζωής

Ως ερευνητικό ερώτημα τέθηκε, η εύρεση του βαθμού που επιδρά το εργασιακό άγχος στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 24, οι σχέσεις που εντοπίζονται είναι ανάμεσα στην υποκλιμακα αντιληπτή αδυναμία με την υποκλιμακα εξουθένωση (θετική σχέση $r=0.288$, $p=0.000$), το δευτερογενές μετατραυματικό στρες (θετική σχέση $r=0.561$, $p=0.000$) και με το συνολικό σκορ της κλίμακας ποιότητας ζωής (θετική σχέση $r=0.374$, $p=0.000$).

Επίσης σχέση εντοπίζεται και στην υποκλιμακα έλλειψη αποτελεσματικότητας με τις υποκλίμακες ικανοποίηση (θετική σχέση $r=0.237$, $p=0.000$) και δευτερογενές μετατραυματικό στρες (θετική σχέση $r=0.282$, $p=0.000$). Σχέση εντοπίζεται εξίσου ανάμεσα στο συνολικό σκορ της κλίμακας άγχους με τις υποκλίμακες ικανοποίηση (θετική σχέση $r=0.182$, $p=0.000$), εξουθένωση (θετική σχέση $r=0.339$, $p=0.000$), δευτερογενές μετατραυματικό στρες (θετική σχέση $r=0.287$, $p=0.000$) και το συνολικό σκορ της κλίμακας ποιότητας ζωής (θετική σχέση $r=0.353$, $p=0.000$). Επομένως το άγχος επιδρά στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού, γιατί το άγχος σχετίζεται με την εξουθένωση που νιώθουν και με το δευτερογενές μετατραυματικό στρες.

Πίνακας 24. Correlation (Pearson) Συσχέτιση άγχους – ποιότητα ζωής

	ικανοποίηση	εξουθένωση	δευτερογενές μετατραυματικό στρες	Σύνολο ProQOL
Αντιληπτή αδυναμία	-.050	.288*	.561*	.374*
Έλλειψη αποτελεσματικότητας	.237	.049	.282*	-.024
Σύνολο PSS	.182*	.339*	.287*	.353*

* $p < 0.000$

Συντελεστής συσχέτισης Pearson r

6.2.5 Σχέση άγχους & μετατραυματικό στρες

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 25, οι σχέσεις που εντοπίζονται είναι ανάμεσα στην υποκλίμακα αντιληπτή αδυναμία με την υποκλιμακα αναβίωση (θετική σχέση $r=0.639$, $p=0.000$), αποφυγή (θετική σχέση $r=0.619$, $p=0.000$), αλλαγές στην

διάθεση (θετική σχέση $r=0.634$, $p=0.000$), αύξηση αντιδραστικότητας (θετική σχέση $r=0.563$, $p=0.000$) και με το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικού στρες (θετική σχέση $r=0.695$, $p=0.000$).

Επίσης σχέση εντοπίζεται και στην υποκλίμακα έλλειψη αποτελεσματικότητας με τις υποκλίμακες αναβίωση (αρνητική σχέση $r=-0.254$, $p=0.001$), αλλαγές στη διάθεση (αρνητική σχέση $r=-0.257$, $p=0.001$), αύξηση αντιδραστικότητας (αρνητική σχέση $r=-0.326$, $p=0.000$) και το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικό στρες (αρνητική σχέση $r=-0.270$, $p=0.001$). Σχέση εντοπίζεται εξίσου ανάμεσα στο συνολικό σκορ της κλίμακας άγχους με τις υποκλίμακες αναβίωση (θετική σχέση $r=0.395$, $p=0.000$), αποφυγή (θετική σχέση $r=0.486$, $p=0.000$), αλλαγές στην διάθεση (θετική σχέση $r=0.387$, $p=0.000$) και το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικό στρες (θετική σχέση $r=0.435$, $p=0.000$). Επομένως το άγχος επιδρά στο μετατραυματικό στρες του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 25. Correlation (Pearson) Συσχέτιση άγχους – μετατραυματικό στρες

	αναβίωση	αποφυγή	αλλαγές στην διάθεση	αύξηση αντιδραστικότητας	Σύνολο PTSD
Αντιληπτή αδυναμία	.639*	.619*	.634*	.563*	.695*
Έλλειψη αποτελεσματικότητας	-.254**	-.141	-.257**	-.326*	-.270**
Σύνολο PSS	.395*	.486*	.387*	.247	.435*

* $p < 0.000$, ** $p < 0.001$

Συντελεστής συσχέτισης Pearson r

6.2.6 Σχέση ποιότητας ζωής & μετατραυματικό στρες

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 26, οι σχέσεις που εντοπίζονται είναι ανάμεσα στην υποκλίμακα εξουθένωση με την υποκλίμακα αναβίωση (θετική σχέση $r=0.222$, $p=0.000$), αποφυγή (θετική σχέση $r=0.210$, $p=0.000$), αλλαγές στην διάθεση (θετική σχέση $r=0.297$, $p=0.000$), αύξηση αντιδραστικότητας (θετική σχέση $r=0.354$, $p=0.000$) και με το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικού στρες (θετική σχέση $r=0.302$, $p=0.000$).

Επίσης σχέση εντοπίζεται και στην υποκλίμακα δευτερογενές μετατραυματικό στρες με τις υποκλίμακες αναβίωση (θετική σχέση $r=0.402$, $p=0.000$), αλλαγές στη διάθεση (θετική σχέση $r=0.429$, $p=0.000$), αλλαγές στην διάθεση (θετική σχέση $r=0.526$, $p=0.000$),

αύξηση αντιδραστικότητας (θετική σχέση $r=0.511$, $p=0.000$) και το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικό στρες (θετική σχέση $r=0.526$, $p=0.001$). Σχέση εντοπίζεται εξίσου ανάμεσα στο συνολικό σκορ της κλίμακας ποιότητας ζωής με τις υποκλίμακες αναβίωση (θετική σχέση $r=0.287$, $p=0.000$), αποφυγή (θετική σχέση $r=0.309$, $p=0.000$), αλλαγές στην διάθεση (θετική σχέση $r=0.403$, $p=0.000$), αύξηση αντιδραστικότητας (θετική σχέση $r=0.432$, $p=0.000$) και με το συνολικό σκορ της κλίμακας μετατραυματικό στρες (θετική σχέση $r=0.401$, $p=0.000$). Επομένως το μετατραυματικό στρες επιδρά στη ποιότητας ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 26. Correlation (Pearson) Συσχέτιση ποιότητας ζωής – μετατραυματικό στρες

	αναβίωση	αποφυγή	αλλαγές στην διάθεση	αύξηση αντιδραστικότητας	Σύνολο PTSD
Ικανοποίηση	-.005	.017	.045	.083	.038
Εξουθένωση	.222*	.210*	.297*	.354*	.302*
Δευτερογενές μετατραυματικό στρες	.402*	.429*	.526*	.511*	.526*
Σύνολο ProQOL	.287*	.309*	.403*	.432*	.401*

* $p < 0.000$

Συντελεστής συσχέτισης Pearson r

6.2.7 Επίδραση τμημάτων & δευτερογενούς μετατραυματικού στρες

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αφορά, την ύπαρξη ή μη διαφοροποιήσεων στην επίδραση του δευτερογενούς στρες στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα στον τομέα που εργάζεται. Για τον έλεγχο της επίδρασης του δευτερογενούς στρες ανάμεσα στα τμήματα που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης ανεξάρτητων δειγμάτων (One Way Anova). Τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα υποδηλώνουν ότι, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο πως βιώνουν το δευτερογενές στρες οι νοσηλευτές του κάθε τμήματος $F(12,137) = 1.576$, $p=0.004$. Συγκεκριμένα από τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων που πραγματοποιήθηκε (Post hoc (LSD)), προέκυψε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην μονάδα εντατικής θεραπείας Covid-19 (M.O.=3.50, T.A.=1.09), στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (M.O.=3.54, T.A.=1.07) και στην ψυχιατρική κλινική (M.O.=3.64, T.A.=1.18) έχουν πιο

έντονο μετατραυματικό στρες, από τους νοσηλευτές που εργάζονται στην χειρουργική κλινική (M.O.=1.75, T.A.=0.16) ($p < 0.005$).

Πίνακας 15. Επίδραση δευτερογενούς στρες ανάμεσα στα τμήματα (Απονα)

	N	M.O.	T.A.	F	p
Μονάδα Εντατικής					
Θεραπείας Covid-19	11	3.50	1.09		
Τμήμα Covid-19	12	2.37	0.16		
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	20	3.54	1.07		
Εξωτερικά Ιατρεία	10	2.56	0.74		
Καρδιολογικό	11	3.23	0.94		
Χειρουργικό	13	1.75	0.16	1.576	0.004
Ψυχιατρικό	11	3.64	1.18		
Ορθοπαιδική	9	2.77	1.13		
Παθολογική	19	2.60	0.18		
Μαιευτική	6	2.63	0.51		
Νεφρολογική	12	2.00	0.00		
Ουρολογική	9	2.79	0.77		
Μικροβιολογικό	7	2.79	0.94		
Σύνολο	150	2.66	0.843		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Συζήτηση

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα αν και παρουσιάζει άγχος αυτό συμβαίνει λίγες φορές κατά τη διάρκεια ενός μήνα. Λαμβάνοντας υπόψιν την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών

στο άγχος των νοσηλευτών, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός το οποίο σχετίζεται με τα ευρήματα της επιστημονικής βιβλιογραφίας.

Όσον αφορά την αξιολόγηση της κλίμακας μετατραυματικού στρες, παρατηρήθηκε ότι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει τουλάχιστον μία φορά συμπτώματα μετατραυματικού στρες και κατά κύριο λόγο συμπτώματα που σχετίζονται με την αύξηση της αντιδραστικότητας. Ως προς το φύλο, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε σχέση με τους άνδρες, αποτελέσματα τα οποία είναι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία.

Αναφορικά με την κλίμακα ποιότητας ζωής, το δείγμα της έρευνας δήλωσε ότι αισθάνεται ικανοποίηση από το γεγονός ότι φροντίζει την υγεία άλλων ανθρώπων. Η συνολική συσχέτιση μεταξύ συνολικού σκορ της κλίμακας ποιότητας ζωής (ProQOL) και ατομικών χαρακτηριστικών, ανέδειξε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής σε σχέση με τους άνδρες.

Περιγραφική ανάλυση δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος

Μελετώντας τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες, με ποσοστό περίπου 77%. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση η πλειοψηφία του δείγματος (62%) ήταν παντρεμένοι ή βρίσκονταν σε συμβίωση με άλλο άτομο. Επιπλέον, από το νοσηλευτικό προσωπικό που συμμετείχε στην έρευνα περισσότεροι από τους μισούς είτε είχαν ολοκληρώσει πρόγραμμα σπουδών στα ΤΕΙ (33,3%) είτε κάποιο πρόγραμμα διετούς φοίτησης (23,3%). Αναφορικά με το τμήμα στο οποίο απασχολούνται οι συμμετέχοντες την έρευνα, διαπιστώθηκε ότι αντλήθηκαν πληροφορίες από απασχολούμενους σε διάφορα τμήματα όπως για παράδειγμα το τμήμα επειγόντων περιστατικών (13,3%), η παθολογική κλινική (12,7%), η χειρουργική κλινική (8,7%) και η καρδιολογική κλινική (7,3%). Αναφέρεται επίσης ότι, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν νοσηλευτές (62%) ή βοηθοί νοσηλευτές (26,7%), ενώ λιγότεροι κατείχαν θέση προϊσταμένου (6%) ή υπεύθυνου τμήματος (5,3%). Η πλειοψηφία του δείγματος (72%) απασχολούνταν με κυκλικό ωράριο, ενώ σε ποσοστό 51% περίπου το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από μόνιμο προσωπικό. Αναφορικά με το μηνιαίο τους εισόδημα το 80% των συμμετεχόντων στην έρευνα ανήκαν στη μισθολογική κλίμακα από 851 έως 1.450 ευρώ. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50,7%) δεν είχαν πρόθεση να αλλάξουν θέση εργασίας που ασχολούνται.

Από την περιγραφική ανάλυση της κλίμακας άγχους διαπιστώθηκε ότι, τα συμπτώματα άγχους που παρουσιάζει κατά τη διάρκεια του μήνα το νοσηλευτικό προσωπικό, σχετίζονται κυρίως με την υπό κλίμακα της έλλειψης αποτελεσματικότητας και όχι με την υπό κλίμακα της αντιληπτικής αδυναμίας (Ezenwaji, Eseadi, & Okide, 2019). Η κλίμακα ποιότητας ζωής θεωρείται υψηλή, γεγονός που οφείλεται στην υψηλή τιμή της υπό κλίμακας ικανοποίησης και σε μικρότερο βαθμό με τις υπό κλίμακες της εξουθένωσης και του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες (Yildirim, Kidak & Yurdabakan, 2018). Όσον αφορά την κλίμακα μετατραυματικού στρες, τα συμπτώματα που παρουσιάζει το νοσηλευτικό προσωπικό συνδέονται κατά κύριο λόγο με την υποκλίμακα της αύξησης της αντιδραστικότητας και της αποφυγής και έπειτα με τις υποκλίμακες της αναβίωσης και των αλλαγών στη διάθεση του ατόμου (Sprang, Ford, & Kerig, 2019; Tilney McDonough, 2023).

Από την επαγωγική ανάλυση των κλιμάκων άγχους, ποιότητας ζωής και μετατραυματικού στρες, με τα ατομικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού, προέκυψαν τα ακόλουθα:

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα άγχους και το φύλο του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους σε σχέση με τους άντρες. Πιο συγκεκριμένα, το φύλο συσχετίζεται με την υποκλίμακα της αντιληπτικής αδυναμίας. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι η υπό κλίμακα της αντιληπτικής αδυναμίας σχετίζεται και με το επίπεδο εκπαίδευσης του νοσηλευτή, καθώς οι απόφοιτοι Πανεπιστημίου παρουσιάζουν περισσότερο άγχος σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό έχει παρακολουθήσει άλλα προγράμματα σπουδών. Όσον αφορά την υποκλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά που επιδρούν με αυτή. Σε ερευνητικό επίπεδο παρατηρήθηκε ότι το εργασιακό άγχος συνδέεται με το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης του ατόμου, ωστόσο μπορεί να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες όπως χαρακτηριστικά είναι οι εργασιακές συνθήκες (π.χ. θέσεις ευθύνης, περιβάλλον εργασίας), το περιεχόμενο και ωράριο της εργασίας, καθώς και το κλίμα επικοινωνίας και συνεργασίας που επικρατεί μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού (Κουτλούδη, 2015).

Το φύλο του ατόμου και το επίπεδο της εκπαίδευσης φαίνεται να επιδρούν στην υπό κλίμακα εξουθένωσης, η οποία σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό εξουθένωσης συγκριτικά με τους άνδρες, ενώ κάτι αντίστοιχο ισχύει και για τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με τους κάτοχος μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου σπουδών. Παρόλα αυτά στην συνολική κλίμακα ποιό-

τητας ζωής οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο σε σχέση με τους άνδρες. Σύμφωνα με την επιστημονική βιβλιογραφία, το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση επιδρούν στην εξουθένωση των νοσηλευτών λόγω της εξάντλησης, της έλλειψης αποτελεσματικότητας (Leiter & Maslach, 2009), καθώς και της αντίληψης του κινδύνου για την ασφάλεια των ασθενών (Al Ma'mari, Sharour, & Al Omari, 2020). Όλα αυτά βέβαια έχουν σαν αποτέλεσμα την επίδραση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά και στην ποιότητα ζωής που απολαμβάνουν οι νοσηλευτές (Lee & Kim, 2020).

Όσον αφορά την κλίμακα μετατραυματικού στρες, οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών μετατραυματικού στρες. Ειδικότερα, από τις υποκλίμακες μετατραυματικού στρες στατιστικά σημαντική διαφορά διαπιστώθηκε ως προς τις υποκλίμακες της αναβίωσης και της αποφυγής. Σε επιστημονικό επίπεδο, το μετατραυματικό στρες δεν έχει συσχετιστεί μόνο με το φύλο των νοσηλευτών, αλλά και με επιπρόσθετους παράγοντες (Hunsaker, Chen, & Maughan, 2015; Wijdenes, Badger, & Sheppard, 2019). Αξίζει να αναφερθεί ότι, στις έρευνες των Duffy, Avalos και Dowling (2015) και Ratrout και Hamdan-Mansour (2020), το μετατραυματικό στρες συσχετίστηκε και με το τμήμα που απασχολούνταν οι νοσηλευτές, όπου στα τμήματα με τα πιο δύσκολα περιστατικά να παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα συμπτώματα δευτερογενούς στρες.

Μέσω της παρούσας έρευνας καταγράφηκε και ο βαθμός στον οποίο το εργασιακό άγχος επιδρά στην ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Διαπιστώθηκε ότι, το άγχος συνδέεται με την ποιότητα της ζωής και πιο συγκεκριμένα με τις υποκλίμακες της αντιληπτής αδυναμίας και της εξουθένωσης. Το άγχος συνδέεται επίσης με το μετατραυματικό στρες, καθώς διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της αντιληπτής αδυναμίας και των υποκλιμάκων αναβίωσης, αποφυγής, αλλαγής διάθεσης και αντιδραστικότητας. Αντίστοιχα, προέκυψε αρνητική σχέση μεταξύ της έλλειψης αυτοαποτελεσματικότητας και των υποκλιμάκων αναβίωσης, αλλαγής διάθεσης και αύξησης της αντιδραστικότητας. Επίσης, το δευτερογενές μετατραυματικό στρες συνδέεται με την κλίμακα ποιότητας ζωής, καθώς διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας έλλειψης αποτελεσματικότητας και των υποκλιμάκων ικανοποίησης και δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι ο τρόπος με τον οποίο βιώνουν το δευτερογενές στρες οι νοσηλευτές, επηρεάζεται από το τμήμα στο οποίο απασχολούνται. Ειδικότερα, νοσηλευτές που απασχολούνται σε μονάδες εντατικής θεραπείας με ασθενείς covid, σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και σε ψυχιατρικές κλινικές, παρουσιάζουν εντονότερο μετατραυματικό στρες συγκριτικά με νοσηλευτές που απασχολούνται στη χειρουργική κλινική.

7.2 Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια έχει διευρυνθεί το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας για το φαινόμενο του επαγγελματικού stress και της εξουθένωσης. Ο συνδυασμός του δευτερογενούς τραυματικού στρες με ψυχολογική επιβάρυνση και λιγότερη κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ανοίξει το δρόμο για περαιτέρω προβλήματα όπως η ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών, μείζονα κατάθλιψη (Wang, Mann, & Loyd- Evans, 2018). Πολλοί αναγνωρίζουν την ύπαρξή του και πολλοί πλήττονται από αυτό. Επιτακτική κρίνεται η ανάγκη ορθολογικής αντιμετώπισης του στους χώρους υγείας μέσα από οργανωμένες δομές και πλαίσια. Ο επαγγελματίας υγείας καλείται να επιτελέσει το δικό του ρόλο να αναγνωρίσει τις αδυναμίες και τα όριά του, προλαμβάνοντας ή αντιμετωπίζοντας εγκαίρως συμπτώματα εξουθένωσης, ώστε να μπορεί να προσφέρει φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη, αλλά και η διοίκηση των νοσοκομείων οφείλει να ενδιαφερθεί, εξασφαλίζοντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Περισσότερες έρευνες πρέπει να γίνουν στον Ελλαδικό χώρο στον τομέα της υγείας για την καταγραφή της έκτασης και του βαθμού της υπάρχουσας επαγγελματικής εξουθένωσης και την εξακρίβωση των αιτιών της, κυρίως στον ιατρικό τομέα, που υστερεί αισθητά. Πρέπει να θεσπιστούν όρια επικινδυνότητας-ασφάλειας, προκειμένου να διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στους χρήστες.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία, το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει ενδεχομένως ανησυχία και φόβο για διάφορες καταστάσεις. Ωστόσο, δεν αναφέρει σημαντικά προβλήματα σε σχέση με την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική άνεση. Βάσει των αποτελεσμάτων που παρουσιάζονται, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο άγχος των νοσηλευτών ανάλογα με το φύλο. Οι γυναίκες έχουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό υποδηλώνει ότι οι γυναίκες αισθάνονται πιο αδύναμες και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο άγχος. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη αυτή η διαφορά στα επίπεδα άγχους μεταξύ των φύλων κατά την ανάπτυξη προγραμμάτων υποστήριξης και παροχής προσωπικής φροντίδας στο νοσηλευτικό περιβάλλον. Ενδεχομένως, οι γυναίκες να χρειάζονται ειδική προσοχή και πόρους για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το άγχος που συνδέεται με την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση της ηλικίας, του αριθμού τέκνων, των ετών προϋπηρεσίας και της οικογενειακής κατάστασης στην υποκλίμακα αντιληπτής αδυναμίας. Αυτό

σημαίνει ότι αυτοί οι παράγοντες δεν επηρεάζουν σημαντικά το άγχος των νοσηλευτών στην πτυχή της αδυναμίας που αντιλαμβάνονται.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι η διαφοροποίηση του άγχους των νοσηλευτών μπορεί να συσχετίζεται με το φύλο και το εκπαιδευτικό επίπεδο τους, ενώ άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία, ο αριθμός τέκνων, τα έτη προϋπηρεσίας και η οικογενειακή κατάσταση δεν φαίνεται να έχουν σημαντική επίδραση. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτά τα αποτελέσματα ισχύουν για το συγκεκριμένο δείγμα νοσηλευτικού προσωπικού που μελετήθηκε και μπορεί να μην εφαρμόζονται απόλυτα σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στο άγχος ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι νοσηλευτές που είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ έχουν υψηλότερο άγχος σε σύγκριση με όλους τους άλλους, όπως τους αποφοίτους ΤΕΙ, τη δευτεροετή φοίτηση, καθώς και τους κατόχους μεταπτυχιακού και διδακτορικού.

Βάσει των απαντήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού, προκύπτει πως οι περισσότεροι νοσηλευτές αναφέρουν ότι μπορούν να χειριστούν με ικανότητα τα προσωπικά τους προβλήματα και νιώθουν ότι τα πράγματα τους πηγαίνουν καλά. Αυτό υποδεικνύει ότι έχουν μια θετική αυτοεκτίμηση και ένα αίσθημα ευημερίας. Ωστόσο, κάποιες φορές αντιμετωπίζουν δυσκολίες που φαίνονται δύσκολο να ξεπεραστούν, αισθάνονται νευρικοί, αγχωμένοι και αναγνωρίζουν ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το μεγάλο όγκο των καθηκόντων τους. Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει έναν συνδυασμό θετικών και αρνητικών παραγόντων σχετικά με το άγχος. Αν και οι περισσότεροι νοσηλευτές αναφέρουν ότι αισθάνονται ικανοποίηση και ευημερία στην εργασία τους, υπάρχουν στιγμές που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Οι παράγοντες που μπορούν να σχετίζονται με αυτήν την κατάσταση περιλαμβάνουν την υπερβολική εργασιακή πίεση λόγω μεγάλου όγκου καθηκόντων, τις δυσκολίες στην αντιμετώπιση επαγγελματικών προκλήσεων, καθώς και απρόσμενα γεγονότα που μπορεί να προκαλέσουν αναστάτωση. Επίσης, η αίσθηση της έλλειψης ελέγχου και η αδυναμία να αντιμετωπίσουν συσσωρευμένες δυσκολίες επηρεάζουν το άγχος των νοσηλευτών.

Επιπλέον η επίδραση του δευτερογενούς στρες στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών, έχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον τρόπο που βιώνουν το δευτερογενές στρες οι νοσηλευτές ανάμεσα στα διάφορα τμήματα όπου εργάζονται. Ειδικότερα, οι

νοσηλευτές που εργάζονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας Covid-19, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και στην ψυχιατρική κλινική ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικού στρες σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται στη χειρουργική κλινική. Αυτό υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με ειδικές κατηγορίες ασθενών, όπως αυτοί που φροντίζουν ασθενείς με Covid-19, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο μετατραυματικό στρες. Είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη αυτές οι διαφοροποιήσεις κατά τον σχεδιασμό προγραμμάτων υποστήριξης και προστασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, ειδικά σε αυτά τα τμήματα όπου η έκθεση σε δευτερογενές στρες είναι υψηλή. Μια προσέγγιση που μπορεί να ακολουθηθεί είναι η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, εκπαίδευσης σε στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και εφαρμογής μεθόδων αυτοφροντίδας. Συνολικά, η παροχή υποστήριξης στο νοσηλευτικό προσωπικό και η εφαρμογή προληπτικών μέτρων για τη μείωση του στρες είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ευεξίας των νοσηλευτών. Οι οργανισμοί υγείας μπορούν να λάβουν μερικά μέτρα προς αυτήν την κατεύθυνση. Είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα υγιές και υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας για τους νοσηλευτές. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή επαρκών πόρων και εξοπλισμού, τη διασφάλιση ενός εύλογου φορτίου εργασίας και την προώθηση της συνεργασίας και της υποστήριξης μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας. Επιπλέον, η παροχή εκπαίδευσης και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση του στρες και την ενίσχυση των ψυχολογικών δεξιοτήτων μπορεί να είναι εξαιρετικά ωφέλιμη.

Βιβλιογραφία

- Dewe, P. (1987). New Zealand ministers of religion: Identifying sources of stress and coping strategies. *Work & Stress*, 351-363.
- French, S. E., Lenton, R., & Walters, V. (2000). An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Meas*, 161-78.
- Adriaenssens, J., & De Gucht, V. (2012). Implementation of a Cognitive Behavioral Intervention for Work-Related Post-Traumatic Stress Disorder in Emergency Nurses: A Controlled Study. *International Journal of Nursing Studies*, 526-539.
- Al Ma'mari , Q., Sharour , L., & Al Omari , O. (2020). Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. . *Br. J. Nurs.* , 28–34.
- Baum, N., Rahav, G., & Sharon, M. (2014). Heightened susceptibility to secondary traumatization: A meta-analysis of gender differences. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 111-122.
- Baye, Y., Demeke, T., & Birhan, N. (2020). Nurses' work-related stress and associated factors in governmental hospitals in Harar, Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*, e0236782.
- Beck , C. (2018). Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 242-251.
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1 -10.
- Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 81-89.
- Bhui , K., Dinos , S., & Stansfeld , S. (2012). A synthesis of the evidence for managing stress at work: a review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. *J Environ Public Health*, 1–21.
- Blalock , J. (1994). The syntax of neuroendocrine–immune communication. *Immunol Today*, 504–511.
- Bock, C., Heitland, I., & Zimmermann, T. (2020). Secondary Traumatic Stress, Mental State, and Work Ability in Nurses-Results of a Psychological Risk Assessment at a University Hospital. *Frontiers in Psychiatry*, 298.

- Bourbonnais, R., Comeau, M., & Vézina, M. (1999). Job strain and evolution of mental health among nurses. *J Occup Health Psychol*, 95-107.
- Bride, B., Radey, M., & Figley, C. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 155–163.
- Brooker, A., & Eakin, J. (2001). Gender, class, work-related stress and health: toward a power-centred approach. *J Comm Applied Soc Psychol*, 12.
- Bryson, L., Warner-Smith, P., & Brown, P. (2007). Managing the work-life roller-coaster: private stress or public health issue? *Soc Sci Med*, 1142–53.
- Buselli, R., Corsi, M., & Baldanzi, S. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6180.
- Cahill, J. (1996). Psychosocial aspects of interventions in occupational safety and health. *Am J Industr Med*, 308–13.
- Cathy, O. (2017). *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy*. Chicago: Crown Random House.
- Cieslak, R., Shoji, K., & Douglas, A. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 75-86.
- Cohen, S., Frank, E., & Doyle, W. (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychol*, 214–223.
- Cohen, S., Miller, G., & Rabin, B. (2001). Psychological stress and antibody response to immunization: a critical review of the human literature. *Psychosom Med*, 7–18.
- Cohen, F., Kemeny, M., & Kearney, K. (1999). Persistent stress as a predictor of genital herpes recurrence. *Arch Intern Med*, 2430–2436.
- Cohen, S. (2021). *Perceived stress scale*. Mind garden.
- Cook, A., Sigler, C., & Allen, L. (2021). Burnout and anxiety among trauma nursing specialties in a rural level I trauma center. *J. Trauma Nurs.*, 26–36.
- Cooper, B. (2011). Economic recession and mental health: an overview. *Neuropsychiatrie Klin Diagnost Ther Rehabil*, 113–7.
- Cooper, C., Dewe, P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational Interventions, Organisational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Sage.
- Cross, L. A. (2019). Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 21-28.

- Dragoş, D., & Tănăsescu, M. (2010). The effect of stress on the defense systems. *J Med Life*, 10–18.
- Durkin , M., Beaumont , E., & Martin, C. (2016). A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. . *Nurse Educ. Today.* , 109–114.
- Elwood, L., Mott, J., & Lohr, J. (2011). Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses: A Multisite Study. *Journal of Emergency Nursing*, 343-348.
- Embriaco, N., Azoulay, E., & Barrau, K. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 686-692.
- Ezenwaji, I., Eseadi, C., & Okide, C. (2019). Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses. *Medicine (Baltimore)*, e13889.
- Figley, C. R. (1995). *Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. New York: Routledge.
- Florio , G., Donnelly , J., & Zevon, M. (1998). The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: a transactional analysis. *J Occup Health Psychol*, 227–42.
- Guanglun, M. M., Yang, H., & Yan, W. (2017, October). Building resilience of students with disabilities in China: The role of inclusive education teachers. *Teacher and Teaching Education*, σσ. 125-134.
- Halbesleben, J., Wakefield, B., & Wakefield, D. (2013). Nurse burnout and patient safety outcomes: nurse safety perception versus reporting behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 127-144.
- Hemsworth , D., Baregheh , A., & Aoun , S. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Appl. Nurs. Res.*, 81–88.
- Hensel, J. M., Ruiz, C., & Finney, C. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal o f Traumatic Stress*, 83-91.
- Hooper, C., Craig, J., & Janvrin, D. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal o f Emergency Nursing*, 420-427.
- Hudnall Stamm, B. (2005, 1 1). *The ProQOL Manual*. Ανάκτηση από
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=223baf2a172af85f96417ee10a575642382896bd>:
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=223baf2a172af85f96417ee10a575642382896bd>

- Hunsaker , S., Chen , H., & Maughan , D. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. . *J. Nurs. Scholarsh*, 186–194.
- Hyland, P., Shevlin, M., & Murphy, J. (2018). An Investigation of the Prevalence and Moderating Factors of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Trauma Responders. *Journal of Traumatic Stress*, 856-866.
- Irving , J., Dobkin , P., & Park , J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 61-66.
- Irwin , M. (2002). Effects of sleep and sleep loss on immunity and cytokines. *Brain Behav Immun*, 503–512.
- Irwin , M., Mascovich , A., & Gillin , J. (1994). Partial sleep deprivation reduces NK cell activity in humans. *Psychosom Med*, 493–498.
- Jacobs, I., Charmillot, M., & Soelch, C. (2019). Validity, Reliability, and Factor Structure of the Secondary Traumatic Stress Scale-French Version. *Front Psychiatry*, 191.
- Kinman , G., & Jones , F. (2005). Lay representations of workplace stress: what do people really mean when they say they are stressed? *Work Stress*, 101–20.
- Lee , H., & Kim , J. (2020). Influence of secondary trauma stress, and vocation on turnover intention of nurses in regional trauma centers. *J. Korean Acad. Nurs. Adm*, 65–72.
- Leiter , M., & Maslach , C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *J. Nurs. Manag.*, 331–339.
- Lupien , J. S., Maheu, F., & Tu, M. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the field of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 209-237.
- Marine , A., Ruotsalainen , J., & Serra , C. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*, CD002892.
- McEwen , B., & Seeman , T. (1999). Protective and damaging effects of mediators of stress: elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad Sci*, 30–47.
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 174-185.
- Mealer, M., Conrad, D., & Evans, J. (2017). Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*, 10-18.
- Mollard, E., Brysiewicz, P., & Botha, J. (2015). Trauma debriefing in the workplace: the effect of a peer-led programme on symptoms of post-traumatic stress disorder,

- anxiety and depression in hospital nurses. . *South African Journal of Psychology*, 13-24.
- Morrison, L., & Joy, J. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 2894-2906.
- Morrissey, J. (2018, August 2). *The New York Times*. Ανάκτηση από How to Write a Good College Application Essay: <https://www.nytimes.com/2018/08/02/education/learning/writing-college-application-essay.html?rref=collection%2Fsectioncollection%2Feducation&action=click&contentCollection=education®ion=rank&module=package&version=highlights&contentPlacement=2&pgtype=s>
- Nieuwenhuijsen , K., Bruinvels , D., & Frings-Dresen , M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders. *Occup Med*, 277–86.
- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. . *Australas. J. Disaster Trauma Stud.* , 37–44.
- Ogińska-Bulik , N., Gurowiec , P., & Michalska , P. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 0247596.
- Page , K., LaMontagne , A., & Louie , A. (2013). Shoveller JA. Stakeholder perceptions of job stress in an industrialized country: implications for policy and practice. *J Publ Health Policy*, 447–61.
- Ratrout, H., & Hamdan-Mansour, A. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice*, 1-13.
- Roden-Foreman, J., Bennett, M., & Rainey, E. (2017). Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behaviour Therapy*, 522-532.
- Sangalang, C., & Vang, C. (2017). Intergenerational Trauma in Refugee Families:A Systematic. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 745-754.
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. (2005). STRESS AND HEALTH: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants. *Annu Rev Clin Psychol*, 607–628.
- Schwind , J., Redeker , N., & McEnany, G. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention for Nurses: A Pilot Study. . *Journal of Holistic Nursing*, 147-159.
- Segerstrom , S., & Miller , G. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*, 601–630.

- Shanafelt, T., Boone, S., & Tan, L. (2015). Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 187-193.
- Shanafelt, T., Hasan, O., & Dyrbye, L. (2016). Interventions to Promote Physician Well-being and Mitigate the Effects of Burnout: A Systematic Review. *Mayo Clinic Proceedings*, 1292-1309.
- Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., & Venturato, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int. J. Nurs. Stud*, 9–24.
- Slatten, L., Carson, K., & Carson, P. (2011). Compassion fatigue and burnout what managers should know. *Health Care Manag.*, 325–333.
- Sodeke-Gregson, E., Holtum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *Eur. J. Psychotraumatol.*, 1–10.
- Solantaus, T., Leinonen, J., & Punamaki, R. (2004). Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychology*, 412–29.
- Spiegel, K., Sheridan, J., & Van Cauter, E. (2002). Effect of sleep deprivation on response to immunization. *JAMA*, 1471–1472.
- Sprang, G., Ford, J., & Kerig, P. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 72-81.
- Sprang, G., Ford, J., & Kerig, P. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 72-81.
- Steinheiser, M. (2018). Compassion fatigue among nurses in skilled nursing facilities: Discoveries and challenges of a conceptual model in research. *Appl. Nurs. Res.*, 97–99.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 1403-1409.
- Tilney McDonough, V. (2023, 1 1). *Secondary PTSD (or Secondary Traumatic Stress) Should Not Be Underestimated*. Ανάκτηση από brainline: <https://www.brainline.org/article/secondary-ptsd-or-secondary-traumatic-stress-should-not-be-underestimated>
- Von Rueden, K., Hinderer, K., & McQuillan, K. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *J. Trauma Nurs.*, 191–200.

- Wang , J., Mann, F., & Lloyd-Evans , B. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 156.
- Whitehead , M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Comm Health*, 473–8.
- Whiteside, T., & Herberman , R. (1994). Role of human NK cells in health and disease. *Clin Diagn Lab Immunol*, 125–133.
- Wijdenes , K., Badger , T., & Sheppard , K. (2019). Assessing compassion fatigue risk among nurses in a large urban trauma center. *J. Nurs. Adm.*, 19–23.
- Yang, Y., Koh, D., & Ng, V. (2002). Self perceived work related stress and the relation with salivary IgA and lysozyme among emergency department nurses. *Occup Environ Med*, 836-41.
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI JOURNAL*, 1057–1072.
- Yildirim , G., Kidak , L., & Yurdabakan , I. (2018). Secondary Traumatic Stress Scale: An adaptation study/İkincil Travmatik Stres Ölçeği: Bir uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyat. Derg*, 45–51.
- Zheng, L., & Wang, W.-D. (2022). Multi-scale numerical simulation analysis of CFST column-composite beam frame under a column-loss scenario. *Journal of Constructional Steel Research*, 107151.
- Βογιατζάκη, Ε. (2018). *Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες*. Αθήνα: ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ.
- Γαλάνης , Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 834-840.
- Δάφερμος , Β. (2011). *Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.
- Δημητρόπουλος, Χ., & Φιλίππου, Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 642-647.
- Καδδά, Α. (2005). Τρόποι διαχείρισης του stress των επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. *Επιθεώρηση Υγείας*, :23–26.
- Κουτλούδη, Κ. (2015). *Εργασιακό άγχος στους νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων στο ΓΝΝ Ιωνίας Κωνσταντοπούλειο*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Μάρκου, Π. (2005). Η επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. *Επιθεώρηση Υγείας*, 21–25.
- Μπελλάλη, Θ., Μανομενίδης, Γ., & Τζουράκης, Π. (2019). Η επίδραση της συναισθηματικής διεργασίας και του εργασιακού εθισμού στην εμφάνιση

δευτερογενούς τραυματικού στρες των επαγγελματιών υγείας. *Ελληνικό
Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 46-56.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Αγαπητοί/ες συμμετέχοντες/ουσες,

Το ερωτηματολόγιο αυτό διανέμεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου εργασίας στο Τμήμα Ιατρικής, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών « Η επίδραση του στρες στην επαγγελματική ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού»

Οι απαντήσεις είναι απολύτως ανώνυμες και εμπιστευτικές, και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 λεπτά. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο εξής email: ckarapanou@uth.gr. Ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα διαθέσετε.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΑΤΟΜΙΚΑ - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. **Ηλικία:** _____ (έτη)

2. **Φύλο:** Άρρεν [] Θήλυ [] Άλλο []

3. **Οικογενειακή κατάσταση:**

Άγαμος/η [] Παντρεμένος/η Συμβίωση [] Διαζευγμένος/χήρος []

4. **Αριθμός τέκνων:** _____

5. **Εκπαιδευτικό επίπεδο:**

ΑΕΙ [] ΤΕΙ [] Διετούς φοίτησης []

Μεταπτυχιακό [] Διδακτορικό []

6. **Τμήμα που εργάζεστε τώρα:**

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Covid-19 [] Τμήμα Covid-19 []

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών [] Εξωτερικά Ιατρεία []

Χειρουργικό [] Καρδιολογικό []

Ψυχιατρικό [] Άλλο: _____

7. **Έτη προϋπηρεσίας:**

Απάντηση: _____ (έτη)

8. **Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα :**

Απάντηση: _____ (έτη)

9. **Θέση στο συγκεκριμένο τμήμα:**

Προϊστάμενος/η [] Υπεύθυνος τμήματος []

Νοσηλεύτης [] Βοηθός Νοσηλεύτη []

Άλλο: _____

10. **Ποιο είναι το ωράριο εργασίας σας;**

Πρωινή εργασία [] Κυκλικό ωράριο-βάρδιες []

11. Ποια η σχέση εργασίας σας;

Μόνιμο προσωπικό [] Επικουρικό προσωπικό - Σύμβαση []

12. Ποιο το μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ

Έως 850 []

851-1.450 []

Ανω των 1450 []

13. Θα θέλατε να φύγετε από το παραπάνω τμήμα που απασχολείστε;

Άμεσα []

Σύντομα []

Σε ένα χρόνο []

Δε με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια []

Δεν θα ήθελα να φύγω από εδώ []

14. Παρακάτω είναι μια λίστα με προβλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι αφού βιώσουν ένα τραυματικό γεγονός. Παρακαλώ βαθμολογήστε σε μια κλίμακα από το 0-3 πόσο ή πόσο συχνά σας έχουν συμβεί αυτά τα ακόλουθα πράγματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες:

0 Καθόλου

1. Μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο / λίγο / μία στο τόσο

2. 2 με 4 φορές την εβδομάδα / κάπως / τις μισές φορές

3. 3 έως 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα / πολύ / σχεδόν πάντα

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μία φορά την εβδομάδα ή λιγότερο / λίγο / μία στο τόσο	2 με 4 φορές την εβδομάδα / κάπως / τις μισές φορές	3 έως 5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα / πολύ / σχεδόν πάντα
Είχατε σκέψεις που σας αναστάωσαν ή εικόνες				

σχετικά με το τραυματικό γεγονός	0	1	2	3
Είχατε εφιάλτες σχετικά με το τραυματικό γεγονός	0	1	2	3

Ξαναβίωση του τραυματικού γεγονότος (ενεργείτε σαν να συνέβαινε ξανά)	0	1	2	3
Αισθάνεστε αναστάτωση όταν σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός	0	1	2	3
Εμφάνιση σωματικών αντιδράσεων όταν υπενθυμίζεται το τραυματικό γεγονός (ιδρώτας, αυξημένος καρδιακός ρυθμός)	0	1	2	3
Προσπαθώντας να αποφύγετε δραστηριότητες ή άτομα που σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός	0	1	2	3
Δεν μπορείτε να θυμηθείτε ένα σημαντικό μέρος του τραυματικού γεγονότος	0	1	2	3
Προσπαθείτε να μην σκέφτεστε ή να μιλάτε για το τραυματικό γεγονός	0	1	2	3
Έχετε πολύ λιγότερο ενδιαφέρον ή να συμμετέχετε πολύ λιγότερο συχνά σε σημαντικές δραστηριότητες	0	1	2	3
Αισθάνεστε απόμακροι ή αποκομμένοι από τους ανθρώπους γύρω σας	0	1	2	3
Αισθάνεστε συναισθηματικά μουδιασμένοι (ανικανότητα να κλάψετε ή να έχετε συναισθήματα αγάπης)	0	1	2	3
Αισθάνεστε ότι οι μελλοντικές ελπίδες ή τα σχέδιά σας δεν θα πραγματοποιηθούν	0	1	2	3
Δυσκολεύεστε να πέσετε ή να κοιμηθείτε	0	1	2	3
Αισθάνεστε ευερέθιστοι ή έχετε κρίσεις θυμού	0	1	2	3
Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε	0	1	2	3
Είσαστε σε εγρήγορση	0	1	2	3
Τρομάζετε υπερβολικά εύκολα	0	1	2	3

Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (Professional Quality of Life-ProQOL)

Για τις επόμενες ερωτήσεις, επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά απεικονίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα χαρακτηριστικά, τις τελευταίες 30 ημέρες.

1=Ποτέ

2=Σπάνια

3=Μερικές φορές

4=Συχνά

5=Πολύ συχνά

	1	2	3	4	5
Είμαι ευχαριστημένος.					
Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για πολλά από τα άτομα που φροντίζω.					
Παίρνω ικανοποίηση από το να μπορώ να φροντίζω ανθρώπους.					
Νιώθω συνδεδεμένος/η με τους άλλους.					
Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους. Νιώθω αναζωογονημένος/η μετά την εργασία μου με αυτούς που φροντίζω.					
Το βρίσκω δύσκολο να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από την ζωή μου σαν επαγγελματία υγειονομικής περίθαλψης.					
Χάνω τον ύπνο μου σκεπτόμενος/η τραυματικές εμπειρίες ενός ατόμου που φροντίζω.					
Νομίζω ότι ίσως έχω ‘‘μολυνθεί’’ από το τραυματικό στρες αυτών που φροντίζω.					
Νιώθω εγκλωβισμένος/η από τη δουλειά μου.					
Εξαιτίας της δουλειάς μου, έχω νιώσει εκνευρισμένος/η για διάφορα θέματα.					
Μου αρέσει η δουλειά μου.					

Νιώθω κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της δουλειάς μου.					
Νιώθω σαν να βιώνω την τραυματική εμπειρία κάποιου που έχω φροντίσει.					
Έχω πεποιθήσεις που με δυναμώνουν.					
Είμαι ευχαριστημένος/η που νιώθω ικανός/η να παρακολουθώ νοσηλευτικές τεχνικές και πρωτόκολλα.					
Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.					
Η δουλειά μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένος/η.					
Εξαιτίας της δουλειάς μου, νιώθω εξαντλημένος/η.					
Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για αυτούς που φροντίζω και πως θα μπορούσα να τους βοηθήσω.					
Νιώθω καταβεβλημένος/η από τον συνολικό φόρτο εργασίας ή το μέγεθος της εκάστοτε εργασίας που έχω να διεκπεραιώσω.					
Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω το κάτι παραπάνω μέσω της δουλειάς μου.					
Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου					
θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες ανθρώπων που φροντίζω.					
Είμαι υπερήφανος/η για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.					
Σαν αποτέλεσμα της δουλειάς μου, έχω ανεπιθύμητες τρομακτικές σκέψεις.					
Νιώθω “βαλτωμένος/η” από το σύστημα.					
Σκέφτομαι ότι είμαι “επιτυχημένος/η” σαν επαγγελματίας υγειονομικής περίθαλψης.					
Δεν μπορώ να θυμηθώ σημαντικά σημεία της δουλειάς μου με άτομα με τραυματικές εμπειρίες.					
Είμαι ένα πολύ ευαίσθητο άτομο.					

Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία					
--	--	--	--	--	--

PERCEIVED STRESS SCALE

Αυτή η κλίμακα έχει σκοπό να καταγράψει την δική σας εκτίμηση σχετικά με την επίδραση του μετατραυματικού στρες στην γενική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Παρακαλώ, επιλέξτε (κυκλώνοντας τον κατάλληλο αριθμό) τα ερωτήματα που δηλώνουν σύμφωνα με την εκτίμηση σας τον βαθμό δυσκολίας, με την προϋπόθεση ότι συνέβησαν τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα.

1. **Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε αναστατωθεί εξαιτίας τουκάτι που έγινε απροσδόκητα;** (0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Αρκετά συχνά
2. **Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι δεν μπορούσατε ελέγχετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;**
(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Αρκετά συχνά
3. **Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε νευρικοί και «αγχωμένοι»;**
(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Αρκετά συχνά
4. **Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε σιγουριά για το δικό σας ικανότητα να χειρίζεστε τα προσωπικά σας προβλήματα;**
(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Αρκετά συχνά
5. **Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι τα πράγματα πήγαιναν καλά?**
(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Αρκετά συχνά
6. **Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε διαπιστώσει ότι δεν μπορούσατε να αντεπεξέλθετε με όλα τα πράγματα που έπρεπε να κάνετε;**
(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Αρκετά συχνά

7. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά καταφέρατε να ελέγξετε τους ερεθισμούς στη ζωή σας?

(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

8. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά νιώσατε ότι ελέγχατε τα πράγματα;

(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

9. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά έχετε θυμώσει εξαιτίας των πράγματων που ήταν εκτός του ελέγχου σας;

(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

10. Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αισθανθήκατε να συσσωρεύονται δυσκολίες που δεν μπορούσατε να ξεπεράσετε;

(0) Ποτέ (1) Σχεδόν ποτέ (2) Μερικές φορές (3) Συχνά (4) Πολύ συχνά

Παράρτημα

Statistics

		Έτη προϋπηρε- σίας	Έτη προϋπηρε- σίας στο συγκε- κριμένο τμήμα	Ηλικία
N	Valid	150	150	150
	Missing	0	0	0
Mean		11,13	4,93	38,98
Std. Deviation		9,348	4,774	8,938

Αριθμός_τέκνων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	67	44,7	44,7	44,7
	1	27	18,0	18,0	62,7
	2	37	24,7	24,7	87,3
	3	11	7,3	7,3	94,7

4	8	5,3	5,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Έτη προϋπηρεσίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	4,7	4,7	4,7
	2	15	10,0	10,0	14,7
	3	16	10,7	10,7	25,3
	4	10	6,7	6,7	32,0
	5	10	6,7	6,7	38,7
	6	9	6,0	6,0	44,7
	7	9	6,0	6,0	50,7
	8	4	2,7	2,7	53,3
	9	6	4,0	4,0	57,3
	10	5	3,3	3,3	60,7
	11	4	2,7	2,7	63,3
	12	2	1,3	1,3	64,7
	13	1	,7	,7	65,3
	14	3	2,0	2,0	67,3
	15	5	3,3	3,3	70,7
	16	4	2,7	2,7	73,3
	17	6	4,0	4,0	77,3
	18	4	2,7	2,7	80,0
	20	1	,7	,7	80,7
	22	2	1,3	1,3	82,0
	23	4	2,7	2,7	84,7
	24	1	,7	,7	85,3
	25	12	8,0	8,0	93,3
	28	2	1,3	1,3	94,7
	30	2	1,3	1,3	96,0
	35	6	4,0	4,0	100,0
Total		150	100,0	100,0	

Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	24	16,0	16,0	16,0

2	27	18,0	18,0	34,0
3	29	19,3	19,3	53,3
4	15	10,0	10,0	63,3
5	15	10,0	10,0	73,3
6	7	4,7	4,7	78,0
7	8	5,3	5,3	83,3
8	3	2,0	2,0	85,3
9	2	1,3	1,3	86,7
10	6	4,0	4,0	90,7
11	2	1,3	1,3	92,0
14	4	2,7	2,7	94,7
15	2	1,3	1,3	96,0
17	1	,7	,7	96,7
20	3	2,0	2,0	98,7
25	1	,7	,7	99,3
29	1	,7	,7	100,0
Total	150	100,0	100,0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 Άδεια διενέργεια έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

ΠΡΟΣ

6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Γ.Ν.ΗΛΕΙΑΣ – Ν.Μ.ΠΥΡΓΟΥ

Πληροφορίες : Ωραιάνθη
Παπαλέξη Τηλέφωνο :
2613 -600618 e-mail
:
o.papalexi@dypede.gr

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Το υπ' αριθμ. 11628/13.04.2023 έγγραφό σας
2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση .

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού εγγράφου σας, με το οποίο μας διαβιβάστηκε το αίτημα της κ. Καραπάνου Χριστίνας για να συλλέξει ερευνητικά δεδομένα στον φορέα σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 6/06.03.2023 (θέμα 5^ο) θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου σας, εγκρίνουμε στην ενδιαφερόμενη να συλλέξει τα ζητούμενα ερευνητικά δεδομένα, στο πλαίσιο της διπλωματικής της εργασίας με τίτλο: «Η επίδραση του δευτερογενούς μετατραυματικού

στρες στη γενική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

Ενδιαφερόμενη μεταπτυχιακή φοιτήτρια

κ. Καραπάνου Χριστίνα

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ

