



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ

«Επίδραση κοινωνικής στήριξης για την αποφυγή εμφάνισης
κόπωσης συμπόνιας του νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίων
νοσοκομείων»

Όνομα φοιτήτριας: Κορμέντζα Χριστίνα-Ευαγγελία

Επιβλέπων: Λιονής Χρήστος

Αθήνα 2020



HELLENIC REPUBLIC
**National and Kapodistrian
University of Athens**

MEDICAL SCHOOL OF ATHENS

**MASTER STUDY PROGRAM
IN PLANNING AND MANAGEMENT OF HEALTH
SERVICES**

TITLE

**«Impact of social support to avoid compassion fatigue of public
hospital nursing staff»**

Students name: Kormentza Christina-Evangelia

Supervisor: Lionis Christos

Athens 2020

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό, έχοντας ολοκληρώσει την προσπάθειά μου, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που με βοήθησαν και συνέβαλαν, με κάθε τρόπο, στην ολοκλήρωσή της.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Χρήστο Λιονή για την καθοδήγηση και την πολύτιμη βοήθειά του. Οι συμβουλές που μου παρείχε, η εν γένει επιστημονική του βοήθεια αλλά και η ενθάρρυνσή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας συνέβαλαν ιδιαίτερα στην ολοκλήρωση της.

Ευχαριστώ επίσης, το εκπαιδευτικό και διοικητικό προσωπικό του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για τη βοήθειά τους στα χρόνια της μεταπτυχιακής μου δραστηριότητας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου που με μεγάλη προθυμία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και με βοήθησαν στην περαίωση της έρευνας. Χωρίς τη βοήθειά τους και τη σημαντική συμβολή τους δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση του πονήματος.

Ευχαριστώ τη φίλη μου Μαρία για τη βοήθεια και την παρότρυνσή της σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου αλλά και για τη σημαντική βοήθειά της στη στατιστική ανάλυση της παρούσας εργασίας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και ειδικότερα τον σύζυγό μου που με υπομονή με στήριξε και με βοήθησε όλα αυτά τα χρόνια.

Με τιμή,

Χριστίνα Ευαγγελία Κορμέντζα, Αθήνα

Αθήνα, 2020

Στον Ανδρέα μου...

Περίληψη

Σκοπός:

Η διερεύνηση των στάσεων, πεποιθήσεων, συμπεριφορών αλλά και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των νοσηλευτών σχετικά με την κόπωση συμπίπτει σε δύο νοσοκομεία της Αττικής, το Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο» και το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικό». Περαιτέρω, μελετάται η ύπαρξη ή όχι της κοινωνικής στήριξης που μπορεί να έχουν οι νοσηλευτές προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο της «κόπωσης συμπίπτει».

Πληθυσμός Μελέτης :

Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 300 νοσηλευτές και από τα δύο νοσοκομεία στα οποία διεξήχθη η έρευνα. Οι νοσηλευτές αυτοί προέρχονταν από όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες (πανεπιστημιακή εκπαίδευση, τεχνολογική εκπαίδευση και δευτεροβάθμια εκπαίδευση) και εργάζονταν στα κάτωθι τμήματα εργασίας :

1. Μονάδα εντατικής θεραπείας (Γενική Μονάδα, Καρδιοχειρουργική Μονάδα, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας)
2. Τμήμα χειρουργείων
3. Αναισθησιολογικό τμήμα
4. Παθολογικές κλινικές
5. Χειρουργικές κλινικές
6. Τμήμα επειγόντων περιστατικών

Ο αριθμός των υπηρετούντων νοσηλευτών και από τα δύο νοσοκομεία διεξαγωγής της έρευνας είναι 500 νοσηλευτές. Οι επιλέξιμοι, όμως, νοσηλευτές είναι μόνο οι 300 που συμμετείχαν στην έρευνα καθώς είναι εκείνοι οι οποίοι εργάζονται στα προαναφερθέντα τμήματα εργασίας και ανήκουν στις εκπαιδευτικές βαθμίδες τις οποίες εξετάζουμε (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους 200 νοσηλευτές οι οποίοι απασχολούνται σε διοικητικές θέσεις στα νοσοκομεία διεξαγωγής της έρευνας, στον εργαστηριακό τομέα των νοσοκομείων αυτών (εργαστήρια αιματολογικών εξετάσεων, τακτικά εξωτερικά ιατρεία) ενώ παράλληλα ανήκουν στην εκπαιδευτική βαθμίδα της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και της υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ). Οι μη επιλέξιμοι νοσηλευτές δεν έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς ούτε αλληλοεπιδρούν συναισθηματικά μαζί τους λόγω ότι η διάρκεια επαφής τους είναι περιορισμένη ή ακόμα και ανύπαρκτη.

Συλλογή Δεδομένων :

Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση τεσσάρων δομημένων ερωτηματολογίων κλειστών ερωτήσεων τα οποία διερευνούν:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων νοσηλευτών όπου οι ερωτηθέντες απαντούν σε ερωτήσεις σχετικές με την οικογενειακή τους κατάσταση, την επαγγελματική ζωή τους, το οικογενειακό εισόδημα τους κλπ.
- Την κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL-CSF-R-IV) όπου οι ερωτηθέντες περιγράφουν είτε τις εμπειρίες τους (θετικές ή αρνητικές) μετά τη παροχή βοήθειας σε ασθενείς είτε την εργασιακή τους κατάσταση και πως αυτή διαμορφώνεται μετά από μία συνεχή παροχή βοήθειας σε τρίτους.

- Την κλίμακα αυτό-συμπόνιας (NSCS) όπου οι ερωτηθέντες απαντούν σε ερωτήσεις που απεικονίζουν το πώς συμπεριφέρονται οι ίδιοι στους εαυτούς τους σε δύσκολες περιόδους.
- Την κλίμακα κοινωνικής στήριξης (SSS) όπου οι ερωτηθέντες αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων του οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος στον οποίο μπορούν να στραφούν για υποστήριξη και τον βαθμό ικανοποίησης από την υποστήριξη τους αυτή.

Διανεμήθηκαν συνολικά τριακόσια (300) ερωτηματολόγια. Τα διακόσια (200) ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο» και τα υπόλοιπα εκατό (100) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικό». Συμμετείχαν και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια οικειοθελώς διακόσια δεκαεπτά (217) νοσηλευτές. Ειδικότερα, από τα διακόσια (200) ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στο Γ.Ν.Α «Ιπποκράτειο» συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν τα εκατό πενήντα έξι (156) (ποσοστά απόκρισης 71,9%). Από τα εκατό (100) ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικό» συμπληρώθηκαν και επιστράφηκαν τα εξήντα ένα (61) (ποσοστό απόκρισης 60%) . Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε είκοσι λεπτά. Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε φύλλα του SPSS για να γίνουν οι απαραίτητες στατιστικές αναλύσεις περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής, με μέτρα κεντρικής τάσης και στατιστικά κριτήρια για συσχετίσεις και διαφορές. Τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις των δεδομένων παρουσιάζονται σε επόμενο κεφάλαιο.

Αποτελέσματα:

Παρατηρήθηκε ότι το 88,5% των επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα των νοσηλευτών παρουσιάζουν μέτριο επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας (κόπωση συμπόνιας), το 99% αυτών παρουσιάζει μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και το 55,8% μέτριο επίπεδο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες (secondary traumatic stress) Τα ποσοστά αυτά αναφέρονται κατά μέσο όρο σε γυναίκες νοσηλεύτριες με μέση ηλικία τα 42 έτη, οι οποίες ακολουθούν κυκλικό ωράριο στις βάρδιες τους και ανήκουν στο τεχνολογικό επίπεδο εκπαίδευσης. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι το 46,1% των νοσηλευτών έχει τη τάση να νιώθει συμπόνια για τους συνανθρώπους τους, ενώ το 27,8% των συμμετεχόντων νοσηλευτών στην έρευνα δηλώνουν ότι περιβάλλονται από άτομα τα οποία μπορούν να τους υποστηρίξουν σε δύσκολες στιγμές σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών επηρεάζεται από το επίπεδο της εκπαίδευσης αυτών ($p\text{-value}0.038<0.05$) και από την επιθυμία τους να αλλάξουν νοσοκομείο ($p\text{-value}=0.000<0.05$). Η εμφάνιση ικανοποίησης συμπόνιας (κόπωση συμπόνιας), παρατηρήθηκε ότι συνδέεται άμεσα με την επιθυμία των νοσηλευτών να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο νοσοκομείο που εργάζονται ($p\text{-value}=0.0109<0.05$). Η εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες παρατηρήθηκε ότι επηρεάζεται από την απόφαση των νοσηλευτών για επανεπιλογή του επαγγέλματός τους σήμερα ($p\text{-value}0.008<0.05$). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι παρόλη τη βοήθεια και την στήριξη που μπορεί να δέχονται οι νοσηλευτές από το κοινωνικό τους περιβάλλον, θα απέτρεπαν τα παιδιά τους από το να ακολουθήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα ($p\text{-value}0.016<0.05$).

Συμπεράσματα:

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων που αναφέρονται στη κλίμακα της επαγγελματικής ποιότητας ζωής συμπεραίνουμε ότι η κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue), η ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction), η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), το δευτερογενές τραυματικό στρες (secondary traumatic stress) είναι υπαρκτά φαινόμενα της εποχής μας.

Οι νοσηλευτές εξουθενώνονται συναισθηματικά από τη συνεχή προβολή και συμμετοχή τους στον πόνο των ασθενών που φροντίζουν παρόλη την κοινωνική στήριξη που φαίνονται να δέχονται από τους οικείους τους σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που αναφέρονται στη κλίμακα κοινωνικής στήριξης.

Μελλοντικά, θα πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν τρόποι προκειμένου να στηρίζονται ψυχολογικά οι νοσηλευτές με τη βοήθεια κάποιου ειδικού και να αποφορτιστούν από τα συνεχή κυκλικά ωράρια εργασίας και κατ' επέκταση από τη συνεχή έκθεση τους σε προβλήματα. Πρέπει να τους δοθούν κίνητρα προκειμένου να έχουν επαρκή ελεύθερο χρόνο για να αποκτούν δραστηριότητες εκτός εργασιακού χώρου οι οποίες θα τους προσφέρουν με τη σειρά τους ευχαρίστηση, ικανοποίηση και ψυχολογική αναθάρρησή κάνοντας την απόδοση τους στη δουλειά να έχει συνεχόμενη ροή.

Λέξεις – Κλειδιά:

Κόπωση συμπόνιας, δευτερογενές τραυματικό στρες, νοσηλευτής, επαγγελματίας υγείας, κοινωνική στήριξη.

Abstract

Purpose:

Investigating the attitudes, beliefs, behaviors and special characteristics of nurses regarding compassion fatigue in two hospitals in Athens, «Hippocratio» General Hospital and «Attiko» University General Hospital. Furthermore, the question of whether or not social support can be provided by nurses in order to avoid the phenomenon of "compassion fatigue" is being studied.

Study Population:

The study population was a total of 300 nurses from both hospitals in which the study was conducted. These nurses came from all educational backgrounds (university education, technology education and secondary education) and worked in the following sections:

1. Intensive Care Unit (General Unit, Cardiac Surgery Unit, Enhanced Care Unit)
2. Department of Surgery
3. Anesthesiology department
4. Pathological clinics
5. Surgical clinics
6. Department of Emergencies

The eligible nurses were only the 300 who participated in the survey from a pool of nurses from both hospitals that reached 500 nurses. Only these 300 nurses were selected as they are working in the aforementioned work divisions and belong to the educational levels we are examining (IP, TE, IP) compared to the other 200 nurses who are employed in their research hospitals, in the laboratory area of these hospitals (hematology laboratories, regular outpatient clinics) while at the same time belonging to the secondary education level and to the compulsory education (HR) level. Ineligible nurses do not interact with patients or interact with them emotionally because their duration of contact is limited or even non-existent.

Data collection:

Data collection was done using four structured closed-ended questionnaires exploring:

- The demographic characteristics of the interviewed nurses where the respondents answered questions about their marital status, professional life, their family income, etc.
- The Professional Quality of Life Scale (ProQOL-CSF-R-IV) where respondents describe either their experiences (positive or negative) after assisting patients or their work situation or how it is shaped after continuous help third parties.
- The Self-Compassion Scale (NSCS) where respondents answer questions that show us how they behave themselves in difficult times.
- The Social Support Scale (SSS) where respondents indicate the number of people in their family and friendly environment in which they can turn for support and the degree of satisfaction with that support.

A total of three hundred (300) questionnaires were distributed. Two hundred (200) questionnaires were distributed to the Hippocrates General Hospital and the remaining one hundred (100) to the Attiko University General Hospital. Two hundred and seventy (217) nurses voluntarily participated in and completed the questionnaires. In particular, out of the two hundred (200) questionnaires distributed to the Hippocrates General Staff, one hundred and fifty-six (156) were returned and returned (71.9% response rate). Of the one hundred (100) questionnaires distributed to Attiko University General Hospital, sixty-one (61) were returned and returned (60% response rate). It took twenty minutes to complete the questionnaire. The data from the questionnaires were entered in SPSS sheets for the necessary statistical analyzes of descriptive and inductive statistics, with central trend measures and statistical criteria for correlations and differences. The results of the data analyze are presented in the following chapter.

Results:

It was observed that 88.5% of health professionals and nurses in particular had a moderate level of compassion (compassion fatigue), 99% of them had a moderate level of burnout and 55.8% had a moderate level of secondary traumatic stress (secondary traumatic stress). These percentages refer to the average 42-year-old female nurses who follow a shift in their shifts and belong to the technological level of education. In addition, it was observed that 46.1% of nurses tend to feel compassion for their peers, while 27.8% of nurses surveyed state that they are surrounded by people who can support them in difficult times in a very satisfactory way. level. Furthermore, it was observed that nurses' professional burnout is influenced by their level of education ($p\text{-value } 0.038 < 0.05$) and their desire to change hospital ($p\text{-value} = 0.000 < 0.05$). The appearance of compassion satisfaction (compassion fatigue) was observed to be directly related to the nurses' desire to change working part of the hospital working ($p\text{-value} = 0.0109 < 0.05$). The occurrence of secondary traumatic stress was observed to be influenced by nurses' decision to re-choose their profession today ($p\text{-value } 0.008 < 0.05$). In addition, it was observed that despite the help and support that nurses may receive from their social environment, would prevent their children from pursuing a nursing profession ($p\text{-value } 0.016 < 0.05$).

Conclusions:

Taking into account the results of the questionnaires on the Scale of Professional Quality of Life we conclude that compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout, secondary traumatic stress are phenomena of our time. Nurses are emotionally exhausted by their constant exposure to and participation in the pain of caring patients despite the social support they seem to receive from their peers, according to the analysis of the results of the questionnaires on the scale of social support.

In the future, ways should be devised and implemented to support psychologists with the help of a specialist and to discharge their continuous circular working hours and consequently their continued exposure to problems. They need to be motivated to have enough free time to pursue activities outside the workplace that will in turn provide them with pleasure, satisfaction and psychological reassurance by making their work performance a continuous flow.

Keywords:

Compassion fatigue, Secondary Traumatic Stress, Nurse, Health Professional, Social Support.

Περιεχόμενα	
Ευχαριστίες	4
Περίληψη.....	7
Περιεχόμενα	12
Κατάλογος Πινάκων.....	14
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	14
Αρκτικόλεξα.....	15
Εισαγωγή.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α : Καθορισμός Όρων και Εννοιών.....	19
A.1 Κόπωση Συμπόνιας	19
A.1.1 Ορισμός κόπωσης συμπόνιας.....	19
A.1.2 Συνέπειες κόπωσης συμπόνιας.....	20
A.1.3 Παράγοντες εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας.....	20
A.1.4 Συμπτώματα από την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας	20
A.2 Ικανοποίηση Συμπόνιας	22
A.3 Στρες	22
A.3.1 Ορισμός στρες	22
A.3.2 Αιτιοπαθογένεια στρες	23
A.3.3 Συμπτώματα στρες.....	23
A.4 Επαγγελματική Εξουθένωση	24
A.4.1 Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης.....	24
A.4.2 Αιτίες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.....	25
A.4.3 Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης.....	27
A.5 Εν Συναίσθηση.....	29
A.6 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες.....	29
A.6.1 Ορισμός δευτερογενούς τραυματικού στρες	29
A.6.2 Αιτίες εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες	29
A.6.3 Συμπτώματα εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες.....	30
A.7 Κοινωνική Στήριξη (social support).....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
B.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα	34
B.2 Ερευνητικός Σχεδιασμός	34
B.3 Ερευνητικά Εργαλεία	34
B.4 Δειγματοληψία	37
B.5 Συλλογή και Ανάλυση Δεδομένων	38
B.6 Ηθικά Θέματα	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	39
Γ.1 Περιγραφική Ανάλυση	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
Δ.1 Περιορισμοί της μελέτης	46
Δ.2 Απήχηση της μελέτης	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : ΈΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	63
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ : ΕΓΚΡΙΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ.....	64

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Συμπτώματα κόπωσης συμπίονιας.....	21
Πίνακας 2 Παράγοντες του επαγγέλματος που συντελούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών	27
Πίνακας 3 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για τον εργαζόμενο.....	28
Πίνακας 4 Ικανοποίηση Συμπίονιας Νοσηλευτών	39
Πίνακας 5 Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών.....	40
Πίνακας 6 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες Νοσηλευτών	41
Πίνακας 7 Αυτό-συμπίονια Νοσηλευτών.....	42

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Η καμπύλη της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	25
Διάγραμμα 2 Κατανομή δείγματος.....	37

Αρκτικόλεξα

Π Ε = Πανεπιστημιακή Εκπαίδευσης

Τ Ε = Τεχνολογικής Εκπαίδευσης

Δ Ε = Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

ΥΕ = Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης

ΜΑΦ = Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας

ΜΕΘ = Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΤΕΠ = Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Γ.Ν.Α = Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Π.Γ.Ν = Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο

ΚΥ = Κοινωνική Υποστήριξη

CSS = Κλίμακα Ικανοποίησης Συμπόνιας

BS = Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

STSC = Κλίμακα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες

NSCS = Κλίμακα Αυτό-συμπόνιας

SSS = Κλίμακα Κοινωνικής Στήριξης

STS = Δευτερογενές Τραυματικό Στρες

PTSD = Διαταραχή Τραυματικού Στρες

ProQOL-CSF-R-IV = Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής

Εισαγωγή

Η συμπόνια μπορεί να οριστεί ως η αναγνώριση των δυσκολιών των άλλων και να ανταποκρίνεται με «μια επιθυμία και δέσμευση» για βοήθεια. Η συμπόνια τροφοδοτείται όταν «είστε μάρτυρας της ικανότητας του ανθρώπινου πνεύματος να υπομείνει» και «μπορεί να αναφλέγει από το θάρρος που βλέπετε σε άλλους...». Όμως, ένας συμπονετικός άνθρωπος μπορεί να οδηγηθεί σε κόπωση από συμπόνια όταν η έκθεση σε εκείνες τις συνθήκες που αποκτούν μία τέτοια αντοχή είναι σταθερή ή μακροχρόνια. Η παρατεταμένη έκθεση στα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κόσμος μπορούν να εξαντλήσουν την προσφορά μας για συμπόνια και να καταστήσουν δυσκολότερη και σκληρότερη τη διατήρηση της δέσμευσης για βοήθεια οδηγώντας μας με αυτόν τον τρόπο σε «κόπωση συμπόνιας».(Lamendola, 1996, 16R)

Ο όρος «κόπωση συμπόνιας» είναι μία σχετικά καινούργια έννοια στον τομέα της τραυματολογίας και σχετίζεται με το «κόστος φροντίδας» για τους επαγγελματίες υγείας (178 editorial, 1982).

Η «κόπωση συμπόνιας» γνωστή και ως δευτερογενής τραυματική πίεση (STS), είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία μείωση της συμπόνιας των επαγγελματιών υγείας με την πάροδο του χρόνου. Οι μελετητές που μελετούν την κόπωση από συμπόνια σημειώνουν ότι η κατάσταση είναι κοινή μεταξύ των εργαζομένων που εργάζονται άμεσα με θύματα καταστροφών, τραυμάτων ή ασθενειών, ειδικά στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Adams, Figley, & Boscarino, 2008).

Οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες υγείας έρχονται σε επαφή σε καθημερινή βάση με ανθρώπους που πονούν ή υποφέρουν και συχνά βρίσκονται εκτεθειμένοι με την θλίψη και την απομόνωση τους για μακρές χρονικές περιόδους (Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, & Reimels, 2010). Αν και η συμπόνια είναι απαραίτητη για την δημιουργία εμπιστοσύνης ανάμεσα στους νοσηλευτές και στους ασθενείς, μακροπρόθεσμα αποτελεί ένα «συναισθηματικό φόρτο» που καθιστά τους επαγγελματίες υγείας τρωτούς και ευπρόσβλητους (Lynch & Lobo, 2012), κάνοντας τις ίδιες τις εμπειρίες που οδηγούν στη συμπόνια, να οδηγούν και στη κόπωση συμπόνιας (Hinderer et al., 2014). Η κόπωση συμπόνιας μπορεί να αποτελέσει το τελικό στάδιο μιας μακράς στρεσογόνου περιόδου (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007), μπορεί όμως και να αποτελέσει και μία άμεση αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός (Sung, Seo, & Kim, 2012).

Η κόπωση συμπόνιας αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση σε μια μη φυσιολογική κατάσταση με δυσάρεστες συνέπειες για τους εργαζόμενους.

Τα συμπτώματα της κόπωσης συμπόνιας μπορεί να περιλαμβάνουν αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, προσπάθεια αποφυγής συναισθημάτων, αυξημένη νευρικότητα, κατάθλιψη κ.α.(Sung et al., 2012).

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της κόπωσης συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας(**compassion fatigue**) και συγκεκριμένα στους νοσηλευτές σε δύο νοσοκομεία της Αττικής, στο Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο και στο Π.Γ.Ν. Αττικό. Περαιτέρω μελετάται η ύπαρξη ή μη κοινωνικής στήριξης στο νοσηλευτικό προσωπικό(**social support**) προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο της κόπωσης συμπόνιας.

Στους **επιμέρους στόχους** της παρούσας έρευνας εντάσσονται :

- Ο προσδιορισμός και η ανάλυση της ικανοποίησης συμπόνιας των νοσηλευτών (**compassion satisfaction**) η οποία μας φανερώνει την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι

νοσηλευτές όταν είναι ικανοί να κάνουν τη δουλειά τους με το πιο σωστό δυνατό τρόπο.

- Ο προσδιορισμός και η ανάλυση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (**burnout**)
- Ο προσδιορισμός και η ανάλυση του δευτερογενούς τραυματικού στρες των νοσηλευτών (**secondary traumatic stress**)
- Ο προσδιορισμός και η ανάλυση του επιπέδου αυτό-συμπόνιας των νοσηλευτών (**self compassion scale**) το οποίο μας φανερώνει τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται οι νοσηλευτές στους ίδιους τους εαυτούς όταν διανύουν μία δύσκολη περίοδο.

Οι επιμέρους αυτοί στόχοι επιτυγχάνονται μέσω της ανάλυσης των προαναφερθέντων ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούμε.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από τρία (3) κεφάλαια και χωρίζεται σε δύο (2) μέρη : το γενικό και το ειδικό. Το πρώτο μέρος , το γενικό, αποτελείται από ένα κεφάλαιο όπου γίνεται βιβλιογραφική επισκόπηση και διερεύνηση γνωστικών περιοχών που σχετίζονται με την κόπωση συμπόνιας και την κοινωνική στήριξη. Η αναζήτηση βιβλιογραφίας έγινε με βάση τους ακόλουθους όρους: κόπωση συμπόνιας, δευτερογενές τραυματικό στρες, νοσηλευτής, επαγγελματίας υγείας, κοινωνική στήριξη, compassion fatigue, secondary traumatic stress, health professional, nurse, social support. Το δεύτερο μέρος, το ειδικό, αποτελείται από δύο (2) κεφάλαια, τη μεθοδολογία έρευνας, τα αποτελέσματα της έρευνας και τη συζήτηση και περιλαμβάνει την ερευνητική τεκμηρίωση του θεωρητικού μέρους. Επιπλέον, γίνονται προτάσεις για μελλοντική διεύρυνση του θέματος. Τέλος, ακολουθεί η παράθεση της βιβλιογραφίας και των παραρτημάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α : Καθορισμός Όρων και Εννοιών

Α.1 Κόπωση Συμπόνιας

Α.1.1 Ορισμός κόπωσης συμπόνιας

Ιστορικά, στην υγειονομική βιβλιογραφία δεν έχει αποδοθεί ένας σαφής προσδιορισμός για την κόπωση συμπόνιας (Day & Anderson, 2011). Ο όρος κόπωση συμπόνιας συχνά εμφανίζεται και ως «δευτερογενές τραυματικό στρες» (Secondary traumatic stress) (Center for Advanced Studies in Child Welfare, 2012; Figley, 2002a), ως «αντιμεταβίβαση» (counter transference), ως «τραύμα ταύτισης» (vicarious traumatization) και ως «δευτερογενής κατατρεγμός» (secondary victimization) (Stamm, 1997; Figley C.R., 2002a).

Η ταύτιση των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή και η οικειοποίηση των δυσκολιών και του πόνου τους οδηγεί στην κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) που ως όρος εισάγεται για πρώτη φορά από τον Joinson (Joinson C, 1992) στο νοσηλευτικό περιοδικό Nursing προκειμένου να αποτυπωθεί η εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και αναλύεται από τον Figley (1995).

Ο Figley (1995) όρισε την κόπωση συμπόνιας ως το αρνητικό συναίσθημα που δημιουργείται από την έμμεση έκθεση σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα στο χώρο εργασίας. Πρόκειται για τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις για την αντιμετώπιση του τραυματικού και συναισθηματικού υποβάθρου των ασθενών (Stamm, B.H., 2009; Figley, C.R., 2002a). Είναι η φυσική συμπεριφορά και τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη γνώση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσε κάποιος και από το στρες που προκύπτει από τη παροχή βοήθειας ή την επιθυμία να παρασχεθεί βοήθεια σε κάποιον που είναι τραυματισμένος ή πονάει (Figley C.R., 1995a; 1999; Baranowsky, 2002). Είναι το αποτέλεσμα παροχής φροντίδας και του ενδιαφέροντος για αυτούς που βιώνουν ένα συναισθηματικό πόνο (Figley, 2002).

Η κόπωση συμπόνιας δεν είναι το αποτέλεσμα της υπερβολικής σωματικής κόπωσης από τα βάρη της εργασίας αλλά περιγράφει τη «συναισθηματική, σωματική, κοινωνική και πνευματική εξάντληση που αποκτά ένα άτομο και προκαλεί μία διάχυτη μείωση της επιθυμίας και της ενέργειας του να συμπονήσει και να φροντίσει τους άλλους (Figley, 2002). Η κόπωση συμπόνιας δεν είναι παθολογική με την έννοια της ψυχικής νόσου αλλά θεωρείται μία υπερβολική συμπεριφορική και συναισθηματική ανταπόκριση σε κάποιο άλλο πρόσωπο που υποφέρει από τραύμα ή πόνο (Figley, 2002). Η κόπωση συμπόνιας συνδέεται με την εν-συναίσθηση (empathy) και είναι η φυσική συνέπεια του άγχους που προκύπτει από τη φροντίδα τραυματισμένων ή πασχόντων ατόμων.

Οι ασθενείς εκμυστηρεύονται στους νοσηλευτές τις πιο τραυματικές τους εμπειρίες θέτοντας τα θεμέλια για την αξιοποίηση μίας θεραπευτικής σχέσης ανάμεσά τους. Οι νοσηλευτές, από την άλλη μεριά, αισθάνονται ότι ανταμείβονται για την προσφορά και το έργο τους μέσα από αυτή την ανθρώπινη θεραπευτική διασύνδεση παραβλέποντας τους κινδύνους που αναπτύσσονται και που μπορούν να τους κάνουν τρωτούς και ευπρόσβλητους (Benedek et al., 2008).

Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η κόπωση συμπόνιας ως ευρύτερη έννοια εμπεριέχει την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες (Cieslak et al., 2013). Το θεωρητικό αυτό όμως μοντέλο δεν είναι επαρκώς τεκμηριωμένο και έτσι η πλειοψηφία των

δημοσιεύσεων χρησιμοποιούν τους όρους «κόπωσης συμπόνιας» και «δευτερογενές τραυματικό στρες» ως ταυτόσημους (Jenkins, 2003)

A.1.2 Συνέπειες κόπωσης συμπόνιας

Οι συνέπειες για τον επαγγελματία υγείας που παρέχει φροντίδα και συνεχώς αναπαριστά νοερώς τις τραυματικές εικόνες των ασθενών, προστίθενται στις συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης (Figley, 2002). Έτσι, παρατηρείται **χαμηλό ηθικό στο χώρο εργασίας, απουσίες εργαζομένων από την εργασία τους, μειωμένη διάθεση εργαζομένων και απάθεια**, αν και στην πραγματικότητα οι άνθρωποι που υποφέρουν από κόπωση συμπόνιας αγαπούν πολύ τη δουλειά τους (Portnoy, 2011).

A.1.3 Παράγοντες εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας

Για την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες, κυρίως ατομικοί και εργασιακοί. Οι νοσηλευτές «αποστραγγίζονται» συναισθηματικά, αναπτύσσουν σωματικές ασθένειες που σχετίζονται με το στρες και τελικά μπορεί ακόμα και να αποφασίσουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους αν δεν αντιμετωπιστεί η κατάσταση (McHolm, 2006). Έτσι ενώ διακατέχονται από την έντονη ανάγκη για προσφορά βοήθειας και εξυπηρέτηση των ασθενών (Jonsson, Segesten, & Mattsson, 2003) πολλές φορές βρίσκονται εκτεθειμένοι στο πόνο και τα βάσανα τους για μεγάλη χρονική περίοδο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εστιάζουν στις ανάγκες των ασθενών, να παραμελούν τις προσωπικές τους ανάγκες και πολλές φορές να αρνούνται το δικό τους συναισθηματικό πόνο.

Στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου, επιπλέον προστίθενται το **φύλο** (συχνότερα εμφανίζεται στις γυναίκες), το **επίπεδο εκπαίδευσης**, η **ηλικία**, τα **έτη προϋπηρεσίας** του νοσηλευτικού προσωπικού και ο **αριθμός των ασθενών που έχει περιθάλψει** ο εκάστοτε εργαζόμενος (Arvay, 2001).

Στους εργασιακούς παράγοντες, σημαντικό ρόλο παίζει η **συναισθηματική ταύτιση** του νοσηλευτή με τον ασθενή, ο **αυξημένος φόρτος εργασίας**, οι **σχέσεις με τους συναδέλφους του**, το **εργασιακό περιβάλλον** και τα **ωράρια εργασίας** (Marr, 2009). Συγκεκριμένα, οι απογευματινές και βραδινές βάρδιες καθώς και το κυκλικό ωράριο, φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας (Hinderer et al., 2014).

Άλλοι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης κόπωσης συμπόνιας που προκύπτουν είναι η **χαμηλή κοινωνική υποστήριξη** και η **ανικανότητα αντιμετώπισης των απαιτήσεων της παροχής φροντίδας** (Cieslak et al., 2013).

A.1.4 Συμπτώματα από την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας

Τα συμπτώματα που αιτιολογούν το φαινόμενο της κόπωσης συμπόνιας έχουν μία απότομη έναρξη και συνδέονται με ένα συγκεκριμένο γεγονός. Η κόπωση συμπόνιας προκύπτει ξαφνικά και είναι συνήθως πιο έντονη από την επαγγελματική εξουθένωση. Το άτομο που βιώνει κόπωση συμπόνιας μπορεί να αισθάνεται την απώλεια ελπίδας, ενώ μπορεί να έχει αντιδράσεις που σχετίζονται με τη διαταραχή τραυματικού στρες (PTSD). Το δευτερεύων τραυματικό

στρες (STS) και το τραυματικό στρες είναι παραδείγματα στρες. Αντικατοπτρίζουν την απαίτηση για δράση η οποία βιώνεται από αυτούς που βλάπτονται.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι ο **φόβος**, η **διαταραχή του ύπνου**, η **αποφυγή ενθάρμυνσης του γεγονότος** (Hinderer et al., 2014), **αισθήματα απελπισίας, μοναξιάς, άγχους**, **κατάθλιψη**(Center for Advanced Studies in Child Welfare, 2012), **σύγχυσης** και **απομόνωσης**.

Στα συμπτώματα μπορούν επίσης να συμπεριληφθούν οι **αλλαγές στην αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους**, **αλλαγές στο αίσθημα ασφάλειας**, **αυξημένος κυνισμός, ανησυχία, σύγχυση** και **αίσθημα αδυναμίας**. Συχνή είναι και η **σωματοποίηση** με την εμφάνιση ασθενειών που οδηγούν στην ανάγκη χρήσης αναρρωτικών αδειών ή ακόμα και εγκατάλειψης του επαγγέλματος ή του εργασιακού χώρου (White, 2006). Τα συμπτώματα, επιπρόσθετα, μπορεί να συνδέονται με **χαμηλό ηθικό** και **μειωμένη παραγωγικότητα** που μπορεί τελικά να οδηγήσει σε λάθος διαγνώσεις και κρίσεις στη φροντίδα των ασθενών (F. H. Norris et al., 2003).

Πίνακας 1 Συμπτώματα κόπωσης συμπίονας

Εργασιακά	Συναισθηματικά
- Απόδοση ευθυνών – κατηγοριών σε άλλους - Αποφυγή ή φόβος της εργασίας με ορισμένους ασθενείς - Έλλειψη χαράς - Μειωμένη ικανότητα να αισθάνονται συμπάθεια προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους - Συχνή χρήση αναρρωτικής άδειας	- Άγχος - Ανασφάλεια - Ανησυχία - Απαισιοδοξία - Αποπροσανατολισμός - Απώλεια αντικειμενικότητας - Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά - Δυσκολία διαχωρισμού επαγγελματικής – προσωπικής ζωής - Δυσκολία επίλυσης προβλημάτων - Δυσπιστία - Ενοχλητικές σκέψεις / εικόνες από καταστάσεις/τραύματα ασθενών - Ευερεθιστότητα - Ζητήματα μνήμης - Θυμός και αγανάκτηση - Κατάθλιψη - Κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά) - Μειωμένη ικανότητα να αισθανθεί χαρά - Μειωμένη λειτουργικότητα σε μη επαγγελματικές καταστάσεις - Μεταβολές στη διάθεση - Μοναξιά - Προβλήματα συγκέντρωσης, εστίασης, και κρίσης - Υπερεργήγηση και Υπερευαισθησία - Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Σωματικά	
- Διαταραχές του ύπνου, αϋπνία, υπνηλία - Εξάντληση - Καρδιακά συμπτώματα: πόνος στο στήθος / υπέρταση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία - Κόπωση - Μυϊκή ένταση - Πεπτικά προβλήματα: διάρροια, δυσκοιλιότητα, στομαχικές διαταραχές - Πονοκέφαλοι	

Πηγή: Lombardo & Eyre, 2011

A.2 Ικανοποίηση Συμπόνιας

Ο όρος ικανοποίησης συμπόνιας (compassion satisfaction) χρησιμοποιήθηκε από τους Stamm & Figley (2002) για να περιγράψουν την ικανότητα κάποιου να «αντέχει» σε ένα δυνητικά καταθλιπτικό επάγγελμα. Πρόκειται για την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αποκομίζει ένας νοσηλευτής από την ικανότητα του να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της εργασίας του, να παρέχει βοήθεια στους άλλους και να είναι αποτελεσματικός ακολουθώντας τις εξελίξεις της τεχνολογίας και τα πρωτόκολλα. Στην περίπτωση αυτή, οι νοσηλευτές αγαπούν τη δουλειά τους και παίρνουν δύναμη από αυτήν. Κάνουν ευχάριστες σκέψεις, νιώθουν επιτυχημένοι και ευτυχισμένοι και θέλουν να συνεχίσουν να εξασκούν το ίδιο επάγγελμα (Stamm, 2009).

Τα άτομα που βιώνουν κόπωση συμπόνιας λόγω της εργασίας τους, μπορεί ταυτόχρονα να βιώνουν και ικανοποίηση συμπόνιας που προέρχεται από την παροχή βοήθειας σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Είναι δυνατόν δηλαδή οι δύο αυτές φαινομενικά αντικρουόμενες έννοιες (ικανοποίηση συμπόνιας/κόπωση συμπόνιας) να εμφανίζονται ταυτόχρονα. (Miller & DiMatteo, 2013)

Η ικανοποίηση συμπόνιας μπορεί να επηρεαστεί και συγκεκριμένα να περιοριστεί κατά ένα μεγάλο βαθμό από την αύξηση του στρες (Stamm, 2009).

A.3 Στρες

A.3.1 Ορισμός στρες

Σύμφωνα με τον Καθηγητή κ.Χρούσσο, το στρες ορίζεται ως η διαταραχή στη «δυναμική ισορροπία» ή η «ομοιόσταση» ενός πολύπλοκου συστήματος όπως είναι ο ανθρώπινος οργανισμός ή η ανθρώπινη κοινωνία. Ως «στρεσογόνο ερέθισμα» ορίζεται «η δύναμη η οποία προκαλεί τη διαταραχή αυτή» ενώ ως «προσαρμοστική απόκριση» ορίζεται η εσωτερική δύναμη του πολύπλοκου αυτού συστήματος η οποία επαναφέρει την ομοιόσταση του στο φυσιολογικό επίπεδο.

Αυτή η ισορροπία ρυθμίζεται από ένα σύστημα στον εγκέφαλο και στο σώμα που ονομάζεται «σύστημα του στρες». Όταν το στρες αντιμετωπίζεται επιτυχώς από αυτό το σύστημα, τα αποτελέσματα είναι ουδέτερα ή ακόμη και επωφελή για τον οργανισμό. Όταν όμως, δεν επαναφέρεται η αρχική ισορροπία, μία κατάσταση που ορίζουμε ως «κακόσταση», μπορεί να υπάρξουν καταστροφικές επιδράσεις. Παραδόξως, οι κύριες επωφελείς ορμόνες που ονομάζονται «διαμεσολαβητές του στρες» είναι υπεύθυνες σε ένα σημαντικό βαθμό για τη βλάβη που υφίσταται ο οργανισμός όταν τελεί υπό «κακόσταση». Όταν δεν εκκρίνονται σωστά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, το χρόνιο στρες επιταχύνει τη γήρανση, προκαλεί ψυχοσωματικά προβλήματα και αυξάνει τη πιθανότητα λοίμωξης και καρκινογένεσης στον οργανισμό.

Σήμερα, η παρουσία της «κακόστασης» σε ένα άτομο μπορεί να εκτιμηθεί και να βαθμολογηθεί. Υπάρχουν μέθοδοι πρόληψης που περιλαμβάνουν αλλαγές στον τρόπο ζωής, συμπεριφορικές θεραπείες και χρήση κατάλληλων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η φύση του ανθρώπου, λοιπόν, δεν είναι πεπρωμένο και η ψυχική και σωματική ανθεκτικότητα στο στρες («υπέρστασις») είναι εφικτή, αν πραγματικά την επιδιώξουμε.

Ο ελληνικός όρος του στρες είναι το άγχος που προέρχεται από το ρήμα «άγχω» που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που εμφανίζεται σε καταστάσεις που το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο ή αντιμετωπίζει ένα

πρόβλημα ή έρχεται αντιμέτωπος γενικότερα με μία δύσκολη κατάσταση (Βικιπαίδεια,2019). Ωστόσο, ο όρος στρες έχει επικρατήσει να χρησιμοποιείται στην ελληνική γλώσσα αντί του άγχους.

Το στρες μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή να προέρχεται και από σωματική πάθηση. Επιπλέον, εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής ατόμων και τον τρόπο αντίληψης του. Κάθε άτομο έχει έ ναν ορισμένο βαθμό στρες. Έχει παρατηρηθεί σε περιπτώσεις αυξημένου στρες ότι μπορεί να προκληθεί κακό, ενώ παράλληλα μπορεί να συντελέσει ώστε το άτομο που βιώνει αυτό το στρες να υπολειτουργεί στις δραστηριότητες του και έτσι να επηρεάζεται γενικά η υγεία του (Βικιπαίδεια, 2019).

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το άγχος επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα ενός οργανισμού μέσω των ορμονών, με αποτέλεσμα άτομα με άγχος να παρουσιάζουν λιγότερη ανοχή σε διάφορες οργανικές διαταραχές (Βικιπαίδεια, 2019).

A.3.2 Αιτιοπαθογένεια στρες

Υπάρχουν τέσσερις θεωρίες για την αιτιοπαθογένεια του στρες (Βικιπαίδεια, 2019):

- **Βιολογική Θεωρία:**

Το στρες συνδέεται με υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και έντονη νοραδρενεργική δραστηριότητα. Οι συνάψεις GABA μπορούν να αναστείλουν το στρες.

- **Ψυχαναλυτική Θεωρία:**

Το στρες σύμφωνα με τον Φρόιντ θεωρείται αποτέλεσμα μεταλλαγής της λιμπιντικής ενέργειας. Αργότερα υποστηρίχθηκε πως η εκδήλωση του άγχους γίνεται λόγω της αποτυχημένης προσπάθειας απώθησης και δόμησης νευρωσικών συμπτωμάτων.

- **Συμπεριφορική Θεωρία:**

Το στρες εκδηλώνεται λόγω της τοποθέτησης ενός εξαρτημένου αντανακλαστικού κατά τη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας.

- **Γνωσιακή Θεωρία:**

Το στρες είναι συναίσθημα το οποίο παράγεται σε συνθήκες πραγματικού ή φανταστικού κινδύνου. Το άτομο δε μπορεί να ελέγξει εσωτερικά ή εξωτερικά στρεσογόνα ερεθίσματα.

A.3.3 Συμπτώματα στρες

Τα συμπτώματα του στρες μπορεί να καταταχθούν στις εξής κατηγορίες (Βικιπαίδεια, 2019):

- ❖ Γνωσιακά ή αλλιώς διανοητικά: προβλήματα μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης, ελλιπής κρίση, εστίαση στα αρνητικά γεγονότα, συνεχής ανησυχία κ.α.
- ❖ Συναισθηματικά: κακή ψυχική διάθεση, οργή, πανικός, οξυθυμία, αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης, κατάθλιψη κ.α.
- ❖ Σωματικά: πόνοι, ενοχλήσεις, ζαλάδα, πόνος στο στήθος, ταχυκαρδία, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, εφίδρωση του δέρματος, όξυνση των αισθήσεων : όραση, ακοή, αφή, γεύση, οσμή κ.α.

- ❖ Συμπεριφοριστικά: μειωμένη ή αυξημένη πρόσληψη τροφής, αϋπνία ή υπνηλία, παραμέληση καθηκόντων, κατάχρηση αλκοόλ, κάπνισμα κ.α.

A.4 Επαγγελματική Εξουθένωση

A.4.1 Ορισμός επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) μελετήθηκε για πρώτη φορά ως ψυχολογικό σύνδρομο στις αρχές δεκαετίας του 1970 από τον βραβευμένο με Νόμπελ Herbert Freudenberger και ορίζεται ως **η εξάντληση του ατόμου η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων**.

Ο Freudenberger το 1974 κατέληξε σε αυτόν τον ορισμό για να περιγράψει μια κατάσταση εξάντλησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στο εργασιακό τους περιβάλλον. Παραλλήλως την έννοια του όρου επαγγελματική εξουθένωση με ένα κτίριο που έχει καταστραφεί από πυρκαγιά. Οι παρατηρήσεις του βασίστηκαν σε επαγγελματίες και εθελοντές εργαζόμενους της κλινικής του. Καθόρισε την κατάσταση αυτή ως «αδυναμία για επίδοση ή εξουθένωση λόγω υπερβολικών απαιτήσεων που αφορούν την ενέργεια, τη δύναμη ή τις δυνατότητες». Το άτομο γίνεται άκαμπτο, ανελαστικό, εμποδίζει την πρόοδο και τις δομικές αλλαγές επειδή οι αλλαγές αυτές απαιτούν προσπάθεια για προσαρμογή. Ο Freudenberger θεωρεί ότι περισσότερο ευάλωτοι να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση είναι οι αφοσιωμένοι και απορροφημένοι από την εργασία τους, εκείνοι δηλαδή που αισθάνονται τόσο μία εσωτερική πίεση να προσφέρουν όσο και μία εξωτερική να αποδώσουν. Περιέγραψε τον **«αφοσιωμένο εργαζόμενο» (dedicated)** ο οποίος αναλαμβάνει υπερβολικά πολλή δουλειά, τον **«υπέρ-δεσμευμένο εργαζόμενο» (overcommitted)** του οποίου η ζωή έξω από την εργασία δεν δίνει ικανοποίηση και τον **«αυταρχικό εργαζόμενο» (authoritarian)** ο οποίος νιώθει ότι κανείς άλλος εκτός από αυτόν δε μπορεί να κάνει τη δουλειά το ίδιο αποτελεσματικά (Poghosyan, Aiken, & Sloane, 2009).

Η κλινική ψυχολόγος, Christina Maslach (1978 & 1982) έδωσε τον πιο περιεκτικό ίσως ορισμό περιλαμβάνοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική και νοητική εξουθένωση, η οποία παρατηρείται σε κάθε επαγγελματία που η δουλειά του απαιτεί την συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Η Maslach αναφέρει ότι το σύνδρομο αυτό δεν εμφανίζεται ξαφνικά αλλά είναι το αποτέλεσμα παρατεταμένης εργασίας υπό πίεση. Περιγράφει το σύνδρομο ως «δείκτη φθοράς» των αξιών, της αξιοπρέπειας και της θέλησης του εργαζόμενου. Σύμφωνα με τις Christina Maslach και Jackson Susan (1986), υπάρχουν τρεις διαστάσεις που περιγράφουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης :

- ✓ Η συναισθηματική εξάντληση
- ✓ Η αποπροσωποποίηση
- ✓ Η μείωση των προσωπικών επιτευγμάτων

Στην αρχή του συνδρόμου, ο εργαζόμενος αισθάνεται κουρασμένος από τη δουλειά του και δεν έχει την ψυχολογική δύναμη να επενδύσει σε αυτήν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να αναπτύσσει απρόσωπες σχέσεις με τους συναδέλφους του και τους ασθενείς προκειμένου να προστατέψει τον εαυτό του. Αυτός ο μηχανισμός οδηγεί στη τελική φάση της εξουθένωσης, δηλαδή στην πτώση της απόδοσης στη δουλειά.

Στην εικόνα που ακολουθεί φαίνονται οι καταστάσεις που βιώνει ο εργαζόμενος καθώς μειώνεται η εργασιακή του απόδοση και ικανοποίηση και αυξάνεται η αίσθηση κενότητας και ευτέλειας. Παρατηρείται ότι ο εργαζόμενος ξεκινά να εργάζεται έχοντας υπερβολικές προσδοκίες και καθώς μειώνεται η εργασιακή του απόδοση και ικανοποίηση, αυξάνεται η αίσθηση κενού και ευτέλειας η οποία οδηγεί στην εξουθένωση.

Διάγραμμα 1 Η καμπύλη της επαγγελματικής εξουθένωσης



Πηγή: Coyote, C. (2006), Slow Leadership

Ανακτήθηκε από <http://www.slowleadership.com/2006/12/understanding-burnout-part-1-html>

Α.4.2 Αιτίες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης

Υπάρχουν πολλές μελέτες οι οποίες προσπαθούν να διευκρινίσουν τα **αίτια** εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κοινό χαρακτηριστικό των περισσότερων μελετών είναι ότι περιστρέφονται γύρω από τους **παράγοντες εργασίας** και τους **προσωπικούς παράγοντες**.

Η Maslach (1978) θεώρησε ότι κύρια αιτία της εξουθένωσης για τους εργαζόμενους στα επαγγέλματα υγείας είναι η συνεχής επαφή με τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους. Σήμερα επικρατεί η άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των απαιτήσεων της εργασίας αλλά και των προσωπικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται μία σειρά από προσωπικά χαρακτηριστικά τα οποία φαίνεται ότι συντελούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα πιο χαρακτηριστικά εκ των οποίων είναι :

I. Ηλικία:

Συμπεραίνεται ότι οι μικρότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι έχουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Maslach & Leiter, 2008). Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία έχουν και μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία ίσως έχουν και πιο ισορροπημένη άποψη για τη ζωή και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση.

II. Φύλο :

Η Maslach (1982) υποστηρίζει ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, οι οποίες είναι κυρίως αποτέλεσμα των επαγγελματιών που ακολουθούν και όχι των διαφορετικών χαρακτηριστικών του αρσενικού με το θηλυκό φύλο. Το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερη επιθυμία να καταθέσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του (Bakker, Van Emmerik, & Euwema, 2006)

III. Οικογενειακή κατάσταση:

Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται ότι συχνά στηρίζει τους εργαζόμενους ενώ παράλληλα οι εργαζόμενοι που έχουν οικογένεια είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία, πιο ώριμοι και με ρεαλιστικούς στόχους (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009)

IV. Φόρτος εργασίας:

Σύμφωνα με την Kahill (1988), όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που έχει να εξυπηρετήσει ένας εργαζόμενος, τόσο υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης βιώνει ενώ ταυτόχρονα δεν έχει την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας (Kahill, 1988).

V. Εργασία σε βάρδιες:

Σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις έχουν οι εναλλαγές των διαστημάτων εργασίας. Το ανθρώπινο σώμα δεν είναι προγραμματισμένο να εργάζεται όλο το 24ωρο έχοντας την ίδια απόδοση. Είναι προγραμματισμένο να βρίσκεται σε επαγρύπνηση την ημέρα και να αναπαύεται τις νυχτερινές ώρες. Η εργασία σε βάρδιες αποτελεί σημαντική πηγή εργασιακού άγχους καθώς επηρεάζει άμεσα τις φυσικές λειτουργίες και την πνευματική διαύγεια ενώ καθιστά το άτομο επιρρεπές σε ατυχήματα.

VI. Ανεπάρκεια μισθολογικών αποδοχών:

Η ανεπάρκεια μισθολογικών αποδοχών μπορεί να προκαλέσει άγχος, ανασφάλεια και μικρότερο εργασιακό γόητρο (Innanen, Tolvanen, & Salmela-Aro, 2014)

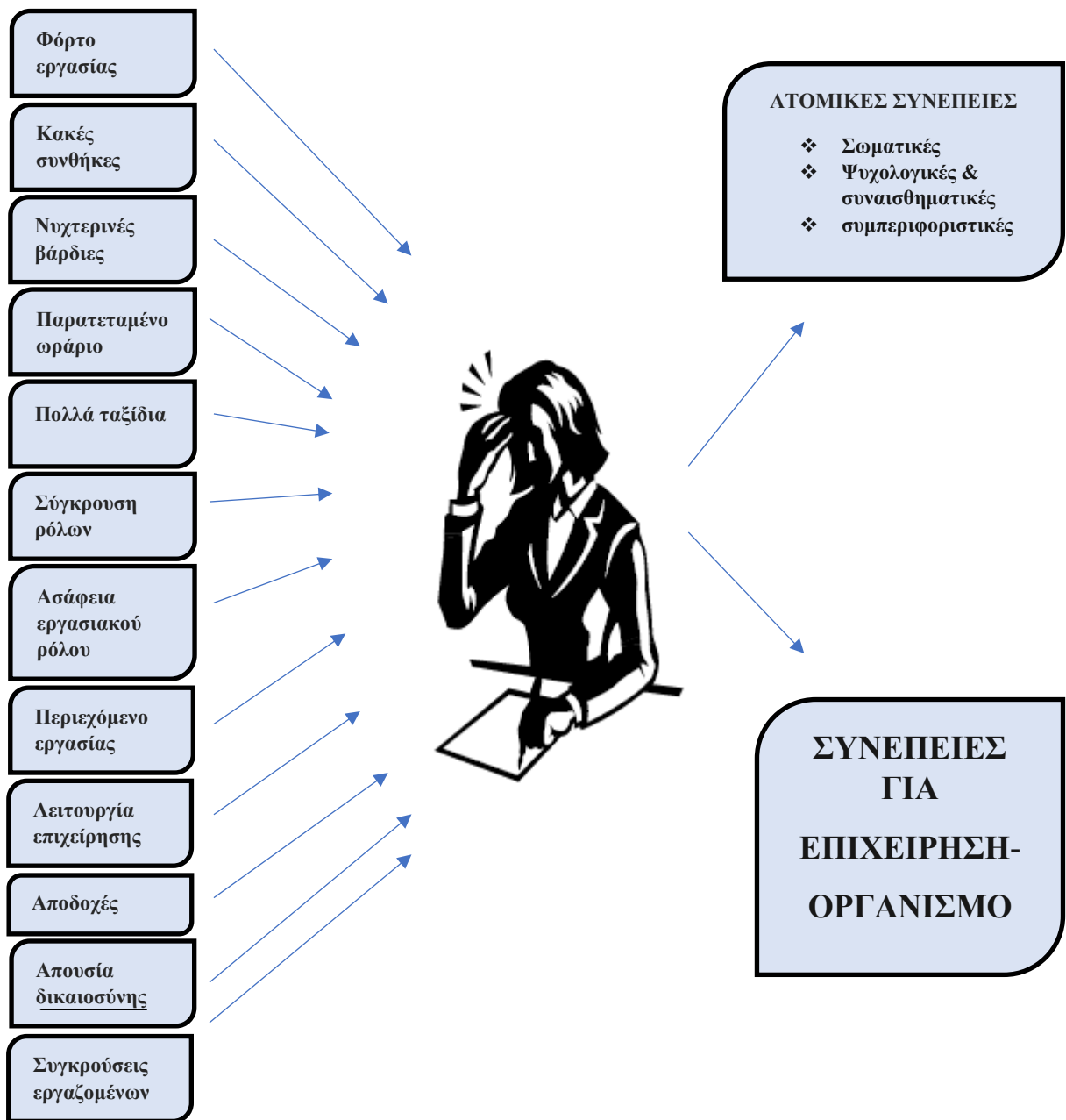
VII. Κίνητρα :

Η ύπαρξη ή όχι κινήτρων για τον εργαζόμενο, οι προσδοκίες που έχει και η ικανοποίηση που μπορεί να λαμβάνει από την εργασία του, μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η εξουθένωση αυτή αρχίζει να παρουσιάζεται στον εργαζόμενο όταν υπάρχει διάσταση μεταξύ αυτών που πίστευε ότι θα πετύχαινε ο ίδιος και αυτών που έχει πετύχει (Cordes & Dougherty, 1993). Ειδικότερα, η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης συνδέεται στενά με την επαγγελματική εξουθένωση (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002). Η επαγγελματική ικανοποίηση έχει άμεση σχέση τόσο με την ψυχική υγεία των εργαζομένων όσο και με το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων να έχουν υψηλή αποδοτικότητα και μόνιμο προσωπικό (Schaufeli et al., 2009)

Πίνακας 2 Παράγοντες του επαγγέλματος που συντελούν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών

ΠΗΓΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΓΧΟΥΣ



Πηγή : Cooper et al (1988)

Α.4.3 Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες (D., 1992)(Sandström, Rhodin, Lundberg, Olsson, & Nyberg, 2005) :

1. Σωματικές
2. Ψυχολογικές και συναισθηματικές
3. Συμπεριφοριστικές

Πιο αναλυτικά, οι **σωματικές συνέπειες** σχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας, την εξάντληση και την χρόνια σωματική κούραση. Ο εργαζόμενος έχει αυξημένη ευαισθησία σε ασθενείς με ψυχοσωματικά προβλήματα (Poghosyan et al., 2009). Προβλήματα υγείας όπως ο πονοκέφαλος, οι χρόνιες ημικρανίες, η υπέρταση, τα συχνά κρυολογήματα, το έλκος στομάχου, οι πόνοι στη μέση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι δύσπνοιες εμφανίζονται συχνά στην επαγγελματική εξουθένωση (Schaufeli et al., 2009).

Στις **ψυχολογικές και συναισθηματικές συνέπειες** ανήκουν η αδιαφορία του εργαζομένου, η αίσθηση ότι δε μπορεί κανείς να τον βοηθήσει, το άγχος, η στεναχώρια, η νευρικότητα, η ευερεθιστικότητα, ο θυμός, η καχυποψία, η πλήξη, η αποθάρρυνση και η απέχθεια. Ο εργαζόμενος φτάνει στο σημείο να πιστεύει ότι δεν έχει τίποτα άλλο να προσφέρει στον τομέα της εργασίας του. Παρουσιάζει έλλειψη συγκέντρωσης, έχει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και αρνητική στάση απέναντι στους συνεργάτες του (Bakker et al., 2006) .

Οι **συμπεριφοριστικές συνέπειες** αφορούν την προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου. Το άτομο μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού του χώρου του στις οικογενειακές και κοινωνικές του σχέσεις, προκαλώντας ένταση, διαμάχες, κυνική συμπεριφορά. Η εξουθένωση επομένως μειώνει το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές και προκαλεί απομόνωση του ατόμου (Benedek et al., 2008).

Συνοπτικά, εμφανίζονται οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για τον εργαζόμενο στον πίνακα που ακολουθεί :

Πίνακας 3 Συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης για τον εργαζόμενο

Σωματικές Συνέπειες	Ψυχολογικές Συνέπειες	Συμπεριφοριστικές Συνέπειες
• Αϋπνία	• Κυνισμός	• Χαμηλή εργασιακή απόδοση και ικανοποίηση
• Πονοκέφαλοι	• Απάθεια	• Μειωμένη επικοινωνία
• Διαταραχές κενώσεων	• Αίσθημα ανεπάρκειας	• Απουσίες
• Διατροφικές διαταραχές	• Ευερεθιστότητα	• Χρήση φαρμάκων
• Φάγωμα νυχτών	• Αίσθηση ματαιότητας	• Κάπνισμα/Αλκοόλ
• Κλάμα	• Λύπη	• Οικογενειακές συγκρούσεις
• Υπέρταση	• Πλήξη	• Αδυναμία λήψης απόφασης
• Αναπνευστικά προβλήματα	• Καχυποψία	• Αδυναμία λήψης απόφασης
• Μυοσκελετικά προβλήματα	• Απώλεια χιούμορ	• Εργασιομανία
• Σεξουαλική δυσλειτουργία	• Φόβος για το μέλλον	• Παραίτηση

A.5 Εν Συναισθήση

Η εν-συναίσθηση είναι η ικανότητα να συμμεριζόμαστε την εμπειρία και τα βιώματα ενός άλλου. Η εν-συναίσθηση αποτελεί το νοητικό και το συναισθηματικό υπόβαθρο στο οποίο αναπτύσσεται το δευτερογενές τραυματικό στρες (Salston & Figley, 2003)(Kluft, 2004).

Ο Figley (1995) διατύπωσε τη θεωρία ότι η εν συναίσθηση αποτελούσε την αιτία που κάποιοι αναπτύσσουν το δευτερογενές τραυματικό στρες. Ο κίνδυνος μάλιστα για αυτήν την κατάσταση είναι μεγαλύτερος για όσους εργάζονται σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας καθώς οι εργαζόμενοι του κλάδου αυτού είναι εκτεθειμένοι σε σταθερή βάση σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα λόγω της φύσης της δουλειάς τους.(Adams et al., 2008).

Η εν-συναίσθηση αποτελεί μία πράξη κατανόησης, ενημέρωσης, ευαισθησίας και έμμεσου βιώματος των συναισθημάτων, των σκέψεων και της εμπειρίας κάποιου άλλου που αφορά το παρελθόν ή το παρόν, χωρίς να έχει ζήσει το ίδιο το άτομο τα συναισθήματα και την εμπειρία με σαφή και αντικειμενικό τρόπο (Merrian- Webster Dictionary, 2019).

Η εν-συναίσθηση έχει θεωρηθεί ως έμφυτη ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, ως μία διαδικασία επικοινωνίας ανάμεσα στο θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, ως μία ιδιαίτερη σχέση η οποία απαιτεί χρόνο και προϋποθέτει ενδιαφέρον από τη μεριά του θεραπευτή για το πρόβλημα του θεραπευμένου (Kunyk & Rn, 2001).

Η εν-συναίσθηση προϋποθέτει την έλλειψη κριτικής από τη μεριά του θεραπευτή ο οποίος καλείται να κατανοήσει τα συναισθήματα του θεραπευμένου και να διαβιβάσει την κατανόηση του σε αυτόν (Weisman, 1996).

A.6 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες

A.6.1 Ορισμός δευτερογενούς τραυματικού στρες

Η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων μέχρι σήμερα, χρησιμοποιούν τους όρους «κόπωσης συμπίεσης» και «δευτερογενές τραυματικό στρες» ως ταυτόσημους.

Ο Figley (1995) όρισε το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS) ως τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει κάποιος το τραυματικό και συναισθηματικό υπόβαθρο των πελατών. Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι λοιπόν η φυσική συμπεριφορά και τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη γνώση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσε κάποιος και από το στρες που προκύπτει από την παροχή βοήθειας ή την επιθυμία να παρασχεθεί βοήθεια σε κάποιον που είναι τραυματισμένος ή πονάει (Hinderer et al., 2014). Είναι επομένως το αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας και του ενδιαφέροντος για αυτούς που βιώνουν συναισθηματικό πόνο. Το δευτερογενές τραυματικό στρες συμβαίνει όταν κάποιος είναι εκτεθειμένος σε ακραία γεγονότα που έχει βιώσει ένα άλλο άτομο και απευθείας νιώθει ότι κατακλύζεται από αυτήν τη δευτερογενή έκθεση στο τραύμα (Figley, 2002).

A.6.2 Αιτίες εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες

Χαρακτηριστικές **αιτίες εμφάνισης και ανάπτυξης του δευτερογενούς τραυματικού στρες** είναι οι εργασιακοί παράγοντες δηλαδή οι παράγοντες οι οποίοι προκύπτουν από το εργασιακό περιβάλλον.

A.6.3 Συμπτώματα εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες

Τα συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματικού στρες που εμφανίζουν κυρίως οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, σε Παθολογικές Κλινικές, σε Χειρουργικές Κλινικές και σε χώρους εξέτασης και ψυχολογικής υποστήριξης σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων σχετίζονται με τη συχνή έκθεση τους σε βίαια τραυματισμένους ασθενείς.

Τα συμπτώματα τα οποία προκύπτουν από όλη αυτή την εκδήλωση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στους νοσηλευτές είναι ιδιαιτέρως σοβαρά και μπορούν να επηρεάσουν την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Συχνά παρατηρείται απώλεια ιδανικών και ελπίδας η οποία μπορεί κάλλιστα να οδηγήσει σε κατάθλιψη, αίσθημα αδυναμίας και απόγνωσης. Παρακάτω περιγράφονται τα πιο χαρακτηριστικά σημάδια που υποδηλώνουν την εμφάνιση του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Cieslak et al., 2013):

1. Θυμός
2. Απόδοση ευθυνών- κατηγοριών σε άλλους
3. Αργοπορία – καθυστέρηση προσέλευσης στο χώρο εργασίας
4. Κατάθλιψη
5. Μειωμένη αίσθηση προσωπικής ευτυχίας
6. Εξάντληση (σωματική και συναισθηματική)
7. Απελπισία
8. Μεγάλες προσδοκίες από τον εαυτό του
9. Αυξημένη ευερεθιστικότητα
10. Μειωμένη ικανότητα να αισθανθεί χαρά
11. Χαμηλή αυτοεκτίμηση
12. Διαταραχές ύπνου
13. Συχνοί πονοκέφαλοι
14. Κατάχρηση φαγητού, αλκοόλ και επιβλαβών ουσιών (όπως π.χ. ναρκωτικών ουσιών)

A.7 Κοινωνική Στήριξη (social support)

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις και για το λόγο αυτό, στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι ορισμοί, καθώς και μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται την έννοια και σε ποια διάστασή της δίνουν έμφαση οι ερευνητές. Ο Mattson (2011) βασιζόμενος στους ορισμούς άλλων ερευνητών (Bolger & Amarel, 2007) καταλήγει σε έναν ευρύτερο ορισμό, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως « μία συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του 'ανήκειν'».

Η κοινωνική υποστήριξη (KY) μπορεί να διαχωριστεί αρχικά σε δύο μεγάλες **κατηγορίες**: στην **αντικειμενική** (actual, received or enacted support) και στην **αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική** (perceived or subjective support) (Bolger & Amarel, 2007). Η πρώτη αφορά στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο στην πράξη, ενώ η δεύτερη αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, η οποία μπορεί να είναι θετική ή αρνητική (positive or negative perceived support) και περιλαμβάνει το τι θεωρεί το ίδιο το άτομο ότι χρειάζεται, σε αντίθεση ή σε συμφωνία με την υποστήριξη που τελικά λαμβάνει (F.

H. & K. Norris, 1996). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Mattson (2011), στην έρευνα των McDowell and Serovich (2007) σχετικά με το πώς η αντικειμενική και αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ψυχική υγεία ασθενών με HIV, βρέθηκε ότι ενώ η αντιλαμβανόμενη υποστήριξη λειτουργεί θετικά και προβλέπει την καλή ψυχική υγεία, η επίδραση της αντικειμενικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία αυτών των ασθενών ήταν ελάχιστη.

Σχετικά με τις **μορφές της ΚΥ**, οι Schaeferetal (1981) αναφέρονται σε πέντε τύπους:

- α) τη συναισθηματική υποστήριξη** (emotional support),
- β) την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης** (esteem support),
- γ) την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο** (network support),
- δ) την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης** (informational support),
- ε) την έμπρακτη/υλική/πρακτική υποστήριξη** (tangible or instrumental support).

Η **συναισθηματική υποστήριξη** αφορά στη στήριξη που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου και είναι αυτή στην οποία πιο συχνά αναφέρονται οι ερευνητές, όταν μιλούν για κοινωνική υποστήριξη.

Η **στήριξη σε επίπεδο εκτίμησης** αφορά σε όλες τις ενέργειες που γίνονται προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει.

Η **υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου** αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου, δηλαδή αν και πόσοι άλλοι υπάρχουν που μπορούν να τον στηρίξουν με διάφορους τρόπους.

Η **υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης** αφορά στη διαθεσιμότητα και την παροχή πληροφοριών από την πλευρά των άλλων, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις σε θέματα που το αφορούν πχ διάγνωση, θεραπεία μίας νόσου κ.λπ.

Τέλος, η **έμπρακτη στήριξη** είναι η υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, δηλαδή η βοήθεια που παρέχεται στο άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα στην καθημερινότητά του π.χ. φροντίδα παιδιών, μετακινήσεις κλπ. (Schradle & Dougher, 1985).

Μία άλλη ευρύτερη κατηγοριοποίηση των μορφών της ΚΥ, την οποία υποστηρίζουν αρκετοί ερευνητές και κλινικοί είναι η **λειτουργική** (functional support) και η **δομική υποστήριξη** (structural support)(Uchino, Bowen, Carlisle, & Birmingham, 2012).

Η **λειτουργική στήριξη** αφορά στη στήριξη και την ενίσχυση που παρέχεται στο άτομο από το κοινωνικό του δίκτυο και περιλαμβάνει την υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο, την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης, τη συναισθηματική υποστήριξη και κάποιες επιπλέον υποκατηγορίες όπως είναι η οικονομική (financial support), η υποστήριξη σε επίπεδο έκφρασης/εκτίμησης μίας κατάστασης (appraisal support), καθώς και η υποστήριξη σε επίπεδο κατασκευής νοήματος (meaning making support) για την απόδοση της ερμηνείας ενός στρεσογόνου γεγονότος (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis, & Kaprinis, 2003).

Η **δομική υποστήριξη** που συχνά αναφέρεται ως κοινωνική ένταξη/ενσωμάτωση (social integration) αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου του ατόμου και στην αλληλεπίδρασή του με αυτό (Children, Taylor, Conger, Robins, & Widaman, 2015). Σημαντικό θέμα σε αυτή την κατηγορία της υποστήριξης είναι ο αριθμός των μελών του υποστηρικτικού δικτύου που διαθέτει το άτομο, η συχνότητα των επαφών μαζί τους, η συμμετοχή του ατόμου

σε ομάδες ομοιοπαθών ασθενών, καθώς και η οικογενειακή κατάστασή του για την παροχή της συζυγικής υποστήριξης (spousal, marital or partner support). Άλλωστε, η συντροφικότητα θεωρείται ότι έχει θετική επίδραση στη μείωση του στρες, καθώς μειώνει την ανάδυση αρνητικών σκέψεων σχετικά με προβλήματα και αυξάνει τα θετικά συναισθήματα και τις διαθέσεις του ατόμου (Children et al., 2015).

Επίσης, κάποιοι ερευνητές αναφέρονται στην **τυπική και άτυπη κοινωνική υποστήριξη** (formal and informal support), βασιζόμενοι στον αρχικό ορισμό του (Schradle & Dougher, 1985) για το τι σημαίνει κοινωνική υποστήριξη. Όπως αναφέρεται στον Jacobson (1986), η ΚΥ αφορά στις τυπικές και άτυπες σχέσεις που συνάπτει το άτομο, στο πλαίσιο των οποίων λαμβάνει συναισθηματική, γνωσιακή και υλική υποστήριξη για να διαχειριστεί στρεσογόνες καταστάσεις.

Η **τυπική υποστήριξη** περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας και το σύστημα υγείας, ενώ η **άτυπη υποστήριξη** παρέχεται από άτομα του κοινωνικού δικτύου του ατόμου (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι, κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές οργανώσεις, εκκλησία κ.λπ.).

Τέλος, κάποιοι αναφέρονται στην **μη ορατή υποστήριξη** (invisible support) όπου το άτομο λαμβάνει υποστήριξη μεν, αλλά χωρίς το ίδιο να το συνειδητοποιεί και μάλιστα υποστηρίζεται ότι αυτή είναι και η πιο εποικοδομητική υποστήριξη σε σχέση με την αντικειμενική ή την αντιλαμβανόμενη (Uchino et al., 2012).

Συμπεραίνει λοιπόν κανείς ότι δεν υπάρχει κοινή συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τους ορισμούς και τις μορφές της υποστήριξης, ωστόσο, όλες αυτές οι κατηγοριοποιήσεις αποτελούν το «κλειδί» για να κατανοήσει κανείς το τι πραγματικά διερευνούν οι επιστήμονες στις σχετικές μελέτες τους (Bolger & Amarel, 2007). Στις περισσότερες από αυτές έχει φανεί ότι η ΚΥ έχει θετική επίδραση στην υγεία, που πιθανόν οφείλεται στο ότι δύναται να εξαλείφει τις συνέπειες του στρες, ωθώντας τους ασθενείς να αξιολογούν τις καταστάσεις ως μη επιζήμιες (Hunt, Sanderson, & Ellison, 2014). Η ΚΥ έχει συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας, καθώς αποτρέπει την υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, ενώ βελτιώνει τα ποσοστά θετικών συμπεριφορών όπως η άσκηση, και την τήρηση των ιατρονοσηλευτικών οδηγιών, οι οποίες αυξάνουν την καλή διάθεση και την αίσθηση του ελέγχου των ψυχοπνευματικών γεγονότων (Miller & DiMatteo, 2013).

Επομένως, με τον ίδιο τρόπο όπως επιδρά η κοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς, μπορεί να επιδράσει θετικά και στους φροντιστές αυτών, τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές αποδεχόμενοι κοινωνική υποστήριξη από το οικείο περιβάλλον τους μπορούν να εξαλείψουν τις συνέπειες του στρες, της κόπωσης συμπίπτει την οποία αποκτούν καθώς και την επαγγελματική εξουθένωση προκειμένου να είναι αποδοτικότεροι στην εργασία τους και πιο ισορροπημένοι στην προσωπική και κοινωνική τους ζωή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

B.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης κόπωσης συμπίονιας στους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους νοσηλευτές και η ύπαρξη ή μη κοινωνικής στήριξης στο νοσηλευτικό προσωπικό προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο της κόπωσης συμπίονιας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν από τους προαναφερθέντες στόχους είναι τα εξής:

- Είναι εφικτός ο προσδιορισμός και η ανάλυση της ύπαρξη ή μη κόπωσης συμπίονιας στο νοσηλευτικό προσωπικό με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια υπηρεσίας των νοσηλευτών στα εκάστοτε νοσοκομεία;
- Είναι εφικτός ο προσδιορισμός και η ανάλυση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια υπηρεσίας τους στα εκάστοτε νοσοκομεία;
- Είναι εφικτός ο προσδιορισμός και η ανάλυση του δευτερογενούς τραυματικού στρες των νοσηλευτών με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια υπηρεσίας τους στα εκάστοτε νοσοκομεία;
- Είναι εφικτός ο προσδιορισμός και η ανάλυση του επιπέδου αυτό-συμπίονιας των νοσηλευτών με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια υπηρεσίας στα εκάστοτε νοσοκομεία;
- Είναι εφικτός ο προσδιορισμός και η ανάλυση της ύπαρξη ή μη κοινωνικής στήριξης των νοσηλευτών από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον προκειμένου να αποφευχθεί το φαινόμενο της κόπωσης συμπίονιας με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα χρόνια υπηρεσίας στα εκάστοτε νοσοκομεία;

B.2 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Για να απαντηθούν ευκρινώς και με σαφήνεια τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία διερευνούσαν την επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην αποφυγή εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας των νοσηλευτών, χρησιμοποιήθηκε ως το πιο κατάλληλο είδος έρευνας η έρευνα παρατήρησης. Επιλέχθηκε η ερευνητική αυτή μέθοδος ως η καταλληλότερη διότι διακρίνεται από την ευκολία συλλογής όγκου ερευνητικών δεδομένων, συνήθως αριθμητικών, σε μικρό χρονικό διάστημα σε αντίθεση με μία ποιοτική έρευνα η οποία είναι περισσότερο χρονοβόρα και πιο περίπλοκη στη διεξαγωγή της (Coolican, 2004).

B.3 Ερευνητικά Εργαλεία

Τα ερωτηματολόγια που αποτέλεσαν το κύριο ερευνητικό εργαλείο το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αυτή, ήταν ανώνυμα, συμπληρώθηκαν με τη συγκατάθεση των ερωτηθέντων οι οποίοι είχαν παράλληλα και το δικαίωμα άρνησης συμπλήρωσης τους και μας προσέφεραν πληροφορίες :

- Για τα ατομικά,δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των ερωτηθέντων νοσηλευτών.
- Για την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών.
- Για την ύπαρξη ή μη αυτό-συμπόνιας των νοσηλευτών προς τους ασθενείς.
- Για την ύπαρξη ή μη κοινωνικής στήριξης των νοσηλευτών από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον.

Πιο αναλυτικά, το **ερωτηματολόγιο καταγραφής των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών του υπό μελέτη πληθυσμού**(Μαγγούλια Π.,2011) (Παράρτημα Α), συντάχθηκε με βάση τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία και ελέγχθηκε από το Εργαστήριο Δημογραφίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και ζητήθηκε άδεια χρήσης ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 34 ερωτήσεις κλειστού τύπου δηλαδή ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής ή ερωτήσεις ποσοτικών μεταβλητών για παράδειγμα ηλικία και βάρος. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εκπαιδευτικό επίπεδο, ύψος, βάρος και έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα, στο νοσοκομείο και αλλού. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά όπως θέση εργασίας, τμήμα εργασίας, δύναμη ασθενών τμήματος, αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια, αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή, αριθμός θανάτων ασθενών, εργασιακό κλίμα, επίπεδο συνεργασίας με τους συναδέλφους, συμμετοχή σε σωματεία, ελευθερία επιλογής τμήματος εργασίας και ποσοστό του χρόνου εργασίας για άμεση νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Το τελευταίο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις ατομικών χαρακτηριστικών, όπως εκπαίδευση για τεχνικές μείωσης του στρες, οικογενειακό εισόδημα, άγχος για τα οικονομικά, ικανοποίηση από την αμοιβή, επιθυμία αλλαγής τμήματος ή νοσοκομείου

Το **ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών (ProQOL-CSF-R-IV) (Professional Quality of Life Scale)** (Stamm,2009)(Παράρτημα Α) αποτελείται από τριάντα ερωτήσεις συνολικά και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση έξι σημείων της κλίμακας Likert που εκτείνεται από το 0 («καμία φορά») έως το 5 («πολύ συχνά»). Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες : την ικανοποίηση συμπόνιας, την επαγγελματική εξουθένωση και την κόπωση συμπόνιας ή δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι τρεις αυτές υποκλίμακες έχουν εξαιρετική εσωτερική συνοχή και αποτελούν τις τρεις πρώτες μεταβλητές της έρευνας μας.

Για να υπολογίσουμε το σκορ της κάθε υποκλίμακας, αντιστρέφουμε αρχικά τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 1,4,15,17 και 29 (δηλαδή 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)και στη συνέχεια υπολογίζουμε το άθροισμα για κάθε υποκλίμακα. Το 0 παραμένει ως έχει αφού έτσι και αλλιώς δηλώνει την απουσία της κατάστασης που περιγράφεται στην ερώτηση.

Το σκορ για την ικανοποίηση συμπόνιας (CSS) υπολογίζεται από το άθροισμα των ερωτήσεων 3,6,12,16,18,20,22,24,27 και 30 και το τελικό άθροισμα το οποίο προκύπτει συσχετίζεται με το κάτωθι πινακάκι : (1^η μεταβλητή)

Low	≤ 22
Medium	23 - 41
High	≥ 42

Το σκορ για την επαγγελματική εξουθένωση (BS) υπολογίζεται από το άθροισμα των ερωτήσεων 1,4,8,10,15,17,19,21,26 και 29 και το σκορ για την κόπωση συμπόνιας ή το δευτερογενές τραυματικό στρες (STSC) υπολογίζεται από το άθροισμα των ερωτήσεων 2,5,7,9,11,13,14,23,24 και 28. Τα τελικά αθροίσματα τα οποία προκύπτουν συσχετίζονται με

το προαναφεθέν πινακάκι κ έτσι προκύπτει η **2η** και η **3η μεταβλητή** της έρευνας μας. Έτσι προκύπτουν οι τρεις νέες μεταβλητές με τα αρχικά **CSS/ BS/ STSC**.

Το **ερωτηματολόγιο καταγραφής αυτοσυμπόνιας των νοσηλευτών (NCSS)**(Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011)-(Παράρτημα Α) αποτελείται από 12 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση έξι σημείων της κλίμακας Likert που εκτείνεται από το 0 («καμία φορά») έως το 5 («πολύ συχνά»). Αποτελείται από έξι υποκλίμακες οι οποίες προκύπτουν από το μέσο όρο συγκεκριμένων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα η υποκλίμακα αυτοεργενείας προκύπτει από το μέσο όρο της 2^{ης} και 6^{ης} ερώτησης, η υποκλίμακα αυτοαξιολόγησης προκύπτει από το μέσο όρο της 5^{ης} και 10^{ης} ερώτησης, η υποκλίμακα της απομόνωσης προκύπτει από το μέσο όρο της 4^{ης} και 8^{ης} ερώτησης, η υποκλίμακα της νοημοσύνης προκύπτει από το μέσο όρο της 3^{ης} και 7^{ης} ερώτησης και η υποκλίμακα των υπερ-αναγνωρισμένων στοιχείων προκύπτει από το μέσο όρο της 1^{ης} και της 9^{ης} ερώτησης του ερωτηματολογίου. Στο τέλος προσθέτοντας τους επιμέρους μέσους όρους προκύπτει ένας τελικός μέσος όρος (**4η μεταβλητή**).

Το **ερωτηματολόγιο καταγραφής κοινωνικής στήριξης** (κλίμακα κοινωνικής στήριξης - SSS) (Kafetsios, 2006)(Kafetsios & Nezelek, 2012)(Παράρτημα Α) παρέχει δύο μετρήσεις: μία ημιδομική μέτρηση κοινωνικής στήριξης (αριθμός ατόμων που υποστηρίζουν ψυχολογικά) και μία μέτρηση καθολικής λειτουργικότητας (ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη). Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος οι συμμετέχοντες αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων του οικογενειακού και φιλικού τους περιβάλλοντος στα οποία μπορούν να στραφούν για υποστήριξη σε έξι διαφορετικές περιοχές. Το δεύτερο μέρος μετρά το βαθμό ικανοποίησης από την υποστήριξη που παράγεται σε αυτές τις έξι περιοχές. Προκύπτουν δύο βαθμολογίες από τον τρόπο βαθμολόγησης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Στην πρώτη υπολογίζεται αθροιστικά ο αριθμός των ατόμων που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Για κάθε ερώτημα δίνεται μία απάντηση από το 0 (κανένα άτομο για υποστήριξη) έως το 9 (ο συμμετέχων καταγράφει τα αρχικά ή τα ονόματα 9 ατόμων). Έτσι η τελική βαθμολογία σε αυτό το σκέλος κυμαίνεται από 0 έως 54 (μπορεί να διαιρεθεί με τον αριθμό των ερωτημάτων για να αποδοθεί ο μέσος όρος). Παρόμοια, το δεύτερο σκέλος μετρά την ικανοποίηση του εξεταζόμενου από την υποστήριξη που δέχεται σε καθεμία από τις έξι περιοχές σε μία κλίμακα που κυμαίνεται από το 1 (καθόλου ικανοποιημένος) μέχρι το 6 (πολύ ικανοποιημένος). Από το άθροισμα των ατόμων από τους οποίους οι νοσηλευτές θεωρούν ότι μπορούν να λάβουν υποστήριξη και από το άθροισμα του βαθμού ικανοποίησης από τη στήριξη αυτή προκύπτει μια νέα μεταβλητή (**5η μεταβλητή**).

Συνεπώς, καταλήγουμε στη δημιουργία πέντε νέων μεταβλητών οι οποίες συνοψίζονται όπως φαίνεται παρακάτω και τις οποίες με τη σειρά τους θα τις συσχετίσουμε με τα πιο χαρακτηριστικά δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευτών προκειμένου να αντλήσουμε πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μας.

METABΛΗΤΕΣ

1. Compassion Satisfaction Scale (CSS)
2. Burnout Scale (BS)
3. Secondary Traumatic Stress Scale (STSC)
4. Neff's Self-compassion Scale (NSCS)
5. Social Support Scale (SSS)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο
2. Ηλικιακή Ομάδα
3. Επίπεδο Εκπαίδευσης
4. Χρόνια Υπηρεσίας στο νοσοκομείο
5. Ωράριο Εργασίας σε ώρες

B.4 Δειγματοληψία

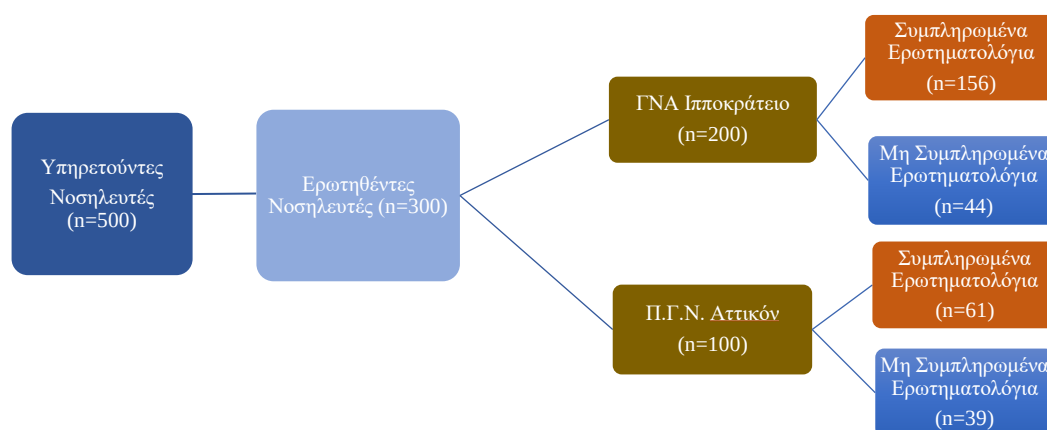
Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας από το Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο και από το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικό» από οκτώ διαφορετικά τμήματα {Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Γενική Μονάδα, Καρδιοχειρουργική Μονάδα, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας), Τμήμα Χειρουργείων, Αναισθησιολογικό Τμήμα, Παθολογικές Κλινικές, Χειρουργικές Κλινικές και Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών}.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε τη χρονική περίοδο Ιούνιος 2019 – Σεπτέμβριος 2019.

Η δειγματοληπτική διαδικασία πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους νοσηλευτές των προαναφερθέντων νοσοκομείων όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ νοσηλευτικής εκπαίδευσης).

Οι επιλέξιμοι νοσηλευτές ήταν μόνο αυτοί οι 300 που συμμετείχαν στην έρευνα από ένα σύνολο υπηρετούντων νοσηλευτών και από τα δύο νοσοκομεία το οποίο άγγιζε τους 500 νοσηλευτές. Επιλέχθηκαν μόνο αυτοί οι 300 νοσηλευτές καθώς είναι εκείνοι οι οποίοι εργάζονται στα προαναφερθέντα τμήματα εργασίας και ανήκουν στις εκπαιδευτικές βαθμίδες τις οποίες εξετάζουμε (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους 200 νοσηλευτές οι οποίοι απασχολούνται σε διοικητικές θέσεις στα νοσοκομεία διεξαγωγής της έρευνας, στον εργαστηριακό τομέα των νοσοκομείων αυτών (εργαστήρια αιματολογικών εξετάσεων, τακτικά εξωτερικά ιατρεία) ενώ παράλληλα ανήκουν στην εκπαιδευτική βαθμίδα της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ) και της υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ). Οι μη επιλέξιμοι νοσηλευτές δεν έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς ούτε αλληλοεπιδρούν συναισθηματικά μαζί τους λόγω ότι η διάρκεια επαφής τους είναι περιορισμένη ή ακόμα και ανύπαρκτη.

Διάγραμμα 2 Κατανομή δείγματος



Τα ερωτηματολόγια τα οποία δεν απαντήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Ιπποκράτειο προέρχονταν από **οκτώ** άτομα που εργάζονταν στο

Χειρουργείο, από **έξι** άτομα που εργάζονταν στο Αναισθησιολογικό Τμήμα., από **πέντε** άτομα που εργάζονταν στη Γενική Μονάδα, από **πέντε** άτομα που εργάζονταν στη Καρδιοχειρουργική Μονάδα, από **επτά** άτομα που εργάζονταν στις Παθολογικές Κλινικές, από **επτά** άτομα που εργάζονταν στις Χειρουργικές Κλινικές και από **έξι** άτομα που εργάζονταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Ομοίως για το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικό», τα ερωτηματολόγια τα οποία δεν απαντήθηκαν προέρχονταν από **δύο** άτομα που εργάζονταν στο Χειρουργείο, από **τέσσερα** άτομα που εργάζονταν στο Αναισθησιολογικό Τμήμα, από **επτά** άτομα που εργάζονταν στη Γενική Μονάδα, από **πέντε** άτομα που εργάζονταν στην Καρδιοχειρουργική Μονάδα, από **οκτώ** άτομα που εργάζονταν στις Παθολογικές Κλινικές, από **οκτώ** άτομα που εργάζονταν στις Χειρουργικές Κλινικές και από **πέντε** άτομα που εργάζονταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Τα άτομα αυτά ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα <45 ετών και προέρχονταν από όλες τις κατηγορίες νοσηλευτικής εκπαίδευσης (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ).

B.5 Συλλογή και Ανάλυση Δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια πολλαπλασιάστηκαν και διανεμήθηκαν στα προαναφερθέντα νοσοκομεία της Αττικής αφού πρώτα λήφθηκαν οι απαραίτητες άδειες διανομής ερωτηματολογίων από τα αντίστοιχα επιστημονικά συμβούλια των συμμετεχόντων νοσοκομείων στην έρευνα (Παράρτημα Β), λήφθηκαν οι απαραίτητες άδειες χρήσης των ερωτηματολογίων από τους πνευματικούς κατόχους αυτών και έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις με βάση τις υποδείξεις του επιβλέποντος καθηγητή.

Στην έναρξη των ερωτηματολογίων παρουσιάζονταν ο σκοπός της έρευνας, η διαβεβαίωση για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων των ερωτηματολογίων και τέλος η παράκληση για συμπλήρωση. Δεδομένου ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, οι ερωτώμενοι είχαν το δικαίωμα άρνησης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων καταχωρήθηκαν σε φύλλα SPSS για να γίνουν οι απαραίτητες στατιστικές αναλύσεις περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής με μέτρα κεντρικής τάσης και στατιστικά κριτήρια για συσχετίσεις και διαφορές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε επόμενο κεφάλαιο.

B.6 Ηθικά Θέματα

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, προσπαθήσαμε να τηρηθεί η έννοια της ερευνητικής δεοντολογίας και πιο συγκεκριμένα επιδιώξαμε να τηρηθούν τα ακόλουθα (Robson&McCartan,2015) :

- ❖ Πληροφορημένη Συναίνεση
- ❖ Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα
- ❖ Δικαίωμα μη συμμετοχής στην έρευνα
- ❖ Ειλικρίνεια και διαφάνεια κατά την επεξεργασία των δεδομένων και κατά την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Γ.1 Περιγραφική Ανάλυση

Στην έρευνα μας συμμετείχαν διακόσιοι δεκαεπτά (217) νοσηλευτές από δύο γενικά νοσοκομεία της Αττικής, το Γ.Ν.Α Ιπποκράτειο και το Π.Γ.Ν. «Αττικό». Οι περισσότεροι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες (n = 175 γυναίκες).

Αναλύσαμε τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας χρησιμοποιώντας το εγχειρίδιο ανάλυσης του κάθε ερωτηματολογίου (manual). Σύμφωνα με αυτά τα εγχειρίδια ανάλυσης προκύπτουν οι ακόλουθες μεταβλητές με τα εξής αρχικά :

- I. Από την κλίμακα ικανοποίησης συμπόνιας (compassion satisfaction scale) → **CSS**
- II. Από την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout scale) → **BS**
- III. Από την κλίμακα δευτερογενούς τραυματικού στρες (secondary traumatic stress scale) → **STSC**
- IV. Από την συμπονετική υπό κλίμακα (compassionate scale) → **CS**
- V. Από την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (social support scale) → **SSS**

Οι άνωθεν μεταβλητές τέθηκαν σε σύγκριση με τα εξής δημογραφικά στοιχεία προκειμένου να αντλήσουμε τις απαραίτητες πληροφορίες για την επίλυση των σκοπών διεξαγωγής της έρευνας:

- Φύλο
- Ηλικιακή ομάδα
- Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτηθέντων
- Χρόνια προϋπηρεσίας ερωτηθέντων στα εκάστοτε νοσοκομεία
- Ωράρια εργασίας σε ώρες

Και προέκυψαν τα κάτωθι αποτελέσματα:

I. ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ:

Πίνακας 4 Ικανοποίηση Συμπόνιας Νοσηλευτών

Ικανοποίηση Συμπόνιας								
		Low		Medium		High		p-value
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	1	0,5%	39	18,0%	2	0,9%	0.224
	Γυναίκα	1	0,5%	153	70,5%	21	9,7%	
Ηλικιακή Ομάδα	<35	0	0,0%	39	19,1%	6	2,9%	0.051
	36-50	0	0,0%	105	51,5%	12	5,9%	
	>51	2	1,0%	38	18,6%	2	1,0%	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Μ.Τ.Ε.Ν.Σ	0	0,0%	9	4,1%	2	0,9%	0.980
	Ι.Ε.Κ. Νοσηλευτικής	0	0,0%	16	7,4%	1	0,5%	
	Τ.Ε.Ε.	0	0,0%	9	4,1%	1	0,5%	
	Κ.Α.Τ.Ε.Ε.	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	

	T.E.I.	2	0,9%	144	66,4%	16	7,4%	
	A.E.I.	0	0,0%	13	6,0%	3	1,4%	
Ωράριο Εργασίας (Βάρδιες)	Πρωϊνό	2	0,9%	48	22,2%	5	2,3%	0.348
	Απογευματινό	0	0,0%	4	1,9%	0	0,0%	
	Νυχτερινό	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	
	Κυκλικό	0	0,0%	138	63,9%	18	8,3%	
Έτη Προϋπηρεσίας	<10	0	0,0%	49	31,2%	2	1,3%	0.160
	11εώς20	0	0,0%	46	29,3%	9	5,7%	
	>21	1	0,6%	45	28,7%	5	3,2%	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, παρατηρούμε ότι υπάρχει ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction) η οποία χαρακτηρίζεται από ένα μέτριο επίπεδο (medium level) σε ποσοστό 88.5% των ερωτηθέντων νοσηλευτών. Η ικανοποίηση συμπόνιας παρατηρείται πιο έντονη στις γυναίκες νοσηλεύτριες οι οποίες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 36-50 ετών, ανήκουν στην εκπαιδευτική βαθμίδα της τεχνολογικής εκπαίδευσης και ακολουθούν κυκλικό ωράριο βαρδιών στο τμήμα του νοσοκομείου στο οποίο απασχολούνται και έχουν προϋπηρεσία από 11 έως 20 έτη.

Η ικανοποίηση συμπόνιας παρατηρούμε ότι είναι πιο έντονη στις γυναίκες οι οποίες φαίνεται να αλληλοεπιδρούν συναισθηματικά με τους ασθενείς σε μεγαλύτερο βαθμό και με περισσότερη ευκολία λόγω της γυναικείας φύσης τους. Οι νοσηλεύτριες εκείνες χρησιμοποιώντας την επαγγελματική τους εμπειρία σε παραλληλισμό με την εμπειρία ζωής που έχουν αποκτήσει λόγω ηλικίας και τη συνεχή επαφή λόγω καθημερινού κυκλικού ωραρίου εργασίας φαίνεται να συμπονούν περισσότερο και αντιλαμβάνονται καλύτερα τις δυσκολίες του εκάστοτε ασθενή, τους φόβους του και τις αγωνίες του.

II. ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ :

Πίνακας 5 Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών

Επαγγελματική Εξουθένωση								
		Low		Medium		High		P-value
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	0	0,0%	42	19,4%	0	0,0%	0.785
	Γυναίκα	1	0,5%	173	79,7%	1	0,5%	
Ηλικιακή Ομάδα	<35	0	0,0%	45	22,1%	0	0,0%	0.826
	36-50	1	0,5%	115	56,4%	1	0,5%	
	>51	0	0,0%	42	20,6%	0	0,0%	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	M.T.E.N.Σ	0	0,0%	10	4,6%	1	0,5%	0.038
	I.E.K. Νοσηλευτικής	0	0,0%	17	7,8%	0	0,0%	
	T.E.E.	0	0,0%	10	4,6%	0	0,0%	
	K.A.T.E.E.	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	
	T.E.I.	1	0,5%	161	74,2%	0	0,0%	
	A.E.I.	0	0,0%	16	7,4%	0	0,0%	
	Πρωϊνό	1	0,5%	51	25,0%	0	0,0%	0.768
	Απογευματινό	0	0,0%	4	1,9%	0	0,0%	

Ωράριο Εργασίας (Βάρδιες)	Νυχτερινό	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	0.351
	Κυκλικό	0	0,0%	155	71,8%	1	0,5%	
Έτη Προϋπηρεσίας	<10	0	0,0%	51	32,5%	0	0,0%	
	11εώς20	0	0,0%	55	35,0%	0	0,0%	
	>21	1	0,6%	50	31,8%	0	0,0%	

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι υπαρκτό και εμφανίζεται στους νοσηλευτές οι οποίοι παρουσιάζουν ένα μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο αγγίζει το 99%. Το ποσοστό αυτό αφορά κυρίως γυναίκες νοσηλεύτριες οι οποίες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 36-50 ετών, ανήκουν στην εκπαιδευτική βαθμίδα της τεχνολογικής εκπαίδευσης, ακολουθούν κυκλικό ωράριο εργασίας στο τμήμα του νοσοκομείου στο οποίο απασχολούνται και έχουν προϋπηρεσία από 11 έως 20 έτη.

Η επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να είναι πιο έντονη στην συγκεκριμένη κατηγορία γυναικών νοσηλευτριών και να προέρχεται από τη προσπάθεια τους να ανταπεξέλθουν σε ένα σύνολο οικογενειακών και κοινωνικών υποχρεώσεων που ενδεχομένως να έχουν, καθώς οι περισσότερες ανήκουν σε έγγαμη οικογενειακή κατάσταση, αγνοώντας τον αυξημένο φόρτο εργασίας στο τμήμα του νοσοκομείου στο οποίο απασχολούνται και το συναισθηματικό δέσιμο που αποκτούν με τους ασθενείς που φροντίζουν. Οι δύσκολες όμως συνθήκες εργασίας, η συνεχής έκθεση τους στο πόνο και τα συναπτά έτη προϋπηρεσίας που δικαιολογούν αυτή τη συνεχή έκθεση, τους οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση και στην αδυναμία εφαρμογής του νοσηλευτικού τους έργου στο μέγιστο βαθμό των δυνατοτήτων τους.

III. ΓΙΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ :

Πίνακας 6 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες Νοσηλευτών

Δευτερογενές Τραυματικό Στρες								
		Low		Medium		High		P-value
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Άνδρας	23	10,6%	19	8,8%	0	0,0%	0.126
	Γυναίκα	73	33,6%	102	47,0%	0	0,0%	
Ηλικιακή Ομάδα	<35	23	11,3%	22	10,8%	0	0,0%	0.279
	36-50	45	22,1%	72	35,3%	0	0,0%	
	>51	20	9,8%	22	10,8%	0	0,0%	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	M.T.E.N.Σ	2	0,9%	9	4,1%	0	0,0%	0.342
	I.E.K. Νοσηλευτικής	10	4,6%	7	3,2%	0	0,0%	
	T.E.E.	5	2,3%	5	2,3%	0	0,0%	
	K.A.T.E.E.	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%	
	T.E.I.	71	32,7%	91	41,9%	0	0,0%	
	A.E.I.	8	3,7%	8	3,7%	0	0,0%	
Ωράριο Εργασίας (Βάρδιες)	Πρωινό	26	12,0%	29	13,4%	0	0,0%	0.198
	Απογευματινό	0	0,0%	4	1,9%	0	0,0%	
	Νυχτερινό	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	

	Κυκλικό	68	31,5%	88	40,7%	0	0,0%	
Έτη Προϋπηρεσίας	<10	30	19,1%	21	13,4%	0	0,0%	0.288
	11εώς20	24	15,3%	31	19,7%	0	0,0%	
	>21	25	15,9%	26	16,6%	0	0,0%	

Με βάση τη στατιστική ανάλυση παρατηρούμε ότι το δευτερογενές τραυματικό στρες εμφανίζεται ομοίως στις γυναίκες νοσηλεύτριες σε ένα μέτριο επίπεδο (medium level). Οι νοσηλεύτριες αυτές ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ των 36-50 ετών, ανήκουν στην εκπαιδευτική βαθμίδα της τεχνολογικής εκπαίδευσης, ακολουθούν κυκλικό ωράριο βαρδιών στο τμήμα του νοσοκομείου όπου απασχολούνται και έχουν προϋπηρεσία από 11 έως 20 έτη.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες νοσηλεύτριες οι οποίες λόγω της συνεχούς παροχής φροντίδας και του ενδιαφέροντος τους για τους ασθενείς, φαίνεται να κατακλύζονται από αυτή τη δευτερογενή έκθεσή τους στο πόνο και στο τραύμα. Με αυτόν τον τρόπο παρατηρείται μία αύξηση των συναισθηματικών, νοητικών και σωματικών τους απαιτήσεων προκειμένου να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις άσχημες και συναισθηματικά φορτισμένες συνθήκες εργασίας.

IV. ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΣΥΜΠΝΟΙΑ

Πίνακας 7 Αυτό-συμπόνια Νοσηλευτών

Αυτοσυμπόνια								
		Low		Medium		High		P-value
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Ανδρας	12	5,6%	27	12,5%	3	1,4%	0.344
	Γυναίκα	70	32,4%	96	44,4%	8	3,7%	
Ηλικιακή Ομάδα	<35	18	8,9%	26	12,8%	1	0,5%	0.715
	36-50	41	20,2%	69	34,0%	6	3,0%	
	>51	18	8,9%	21	10,3%	3	1,5%	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	M.T.E.N.Σ	3	1,4%	4	1,9%	3	1,4%	0.013
	I.E.K. Νοσηλευτικής	10	4,6%	7	3,2%	0	0,0%	
	T.E.E.	4	1,9%	6	2,8%	0	0,0%	
	K.A.T.E.E.	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	
	T.E.I.	57	26,4%	99	45,8%	6	2,8%	
	A.E.I.	7	3,2%	7	3,2%	2	0,9%	
Ωράριο Εργασίας (Βάρδιες)	Πρωινό	19	8,8%	33	15,3%	2	0,9%	0.003
	Απογευματινό	1	0,5%	3	1,4%	0	0,0%	
	Νυχτερινό	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	
	Κυκλικό	62	28,8%	86	40,0%	8	3,7%	
Έτη Προϋπηρεσίας	<10	23	14,7%	27	17,3%	1	0,6%	0.484
	11εώς20	20	12,8%	31	19,9%	4	2,6%	
	>21	16	10,3%	32	20,5%	2	1,3%	

Η αυτό-συμπόνια είναι ένα συναίσθημα το οποίο κατακλύζει τους νοσηλευτές και αποτελεί δείκτη για να αντιληφθούμε τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρονται στον ίδιο τους τον εαυτό όταν διανύουν μία δύσκολη και στρεσογόνο περίοδο.

Παρατηρούμε, λοιπόν, βάση της στατιστικής ανάλυσης της έρευνας μας ότι η αυτό-συμπόνια ως φαινόμενο παρουσιάζεται σε ένα μέτριο επίπεδο (medium level) στις γυναίκες νοσηλεύτριες σε ποσοστό που αγγίζει το 44.4%. Οι νοσηλεύτριες αυτές ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 36 έως 50 ετών, το επίπεδο εκπαίδευσής τους ανήκει στην τεχνολογική βαθμίδα εκπαίδευσης, ακολουθούν ένα κυκλικό ωράριο εργασίας και έχουν τουλάχιστον 11 έως 20 έτη προϋπηρεσίας.

Οι νοσηλεύτριες αυτές φαίνεται να συνδέονται συναισθηματικά σε μεγάλο βαθμό με τους ασθενείς που φροντίζουν καθώς αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες και τις αγωνίες του τι καλούνται οι ίδιοι οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν, συμπάσχουν μαζί τους, επιδιώκουν την ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη τους ενώ παράλληλα προσπαθούν να αντιμετωπίσουν ψύχραιμα και ισορροπημένα οποιαδήποτε δύσκολη περίπτωση ασθενών ακόμα και αν δε τα καταφέρνουν στο μέγιστο βαθμό των δυνατοτήτων τους.

V. ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Πίνακας 8 Κοινωνική Υποστήριξη Νοσηλευτών

Κοινωνική Στήριξη								
		Low		Medium		High		P-value
		N	%	N	%	N	%	
Φύλο	Ανδρας	10	4,6%	13	6,0%	18	8,3%	0.457
	Γυναίκα	38	17,6%	42	19,4%	95	44,0%	
Ηλικιακή Ομάδα	<35	10	4,9%	16	7,9%	18	8,9%	0.121
	36-50	21	10,3%	27	13,3%	69	34,0%	
	>51	12	5,9%	7	3,4%	23	11,3%	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Μ.Τ.Ε.Ν.Σ	0	0,0%	3	1,4%	8	3,7%	0.060
	Ι.Ε.Κ. Νοσηλευτικής	3	1,4%	8	3,7%	6	2,8%	
	Τ.Ε.Ε.	4	1,9%	3	1,4%	2	0,9%	
	Κ.Α.Τ.Ε.Ε.	1	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	
	Τ.Ε.Ι.	38	17,6%	35	16,2%	89	41,2%	
	Α.Ε.Ι.	2	0,9%	6	2,8%	8	3,7%	
Ωράριο Εργασίας (Βάρδιες)	Πρωινό	13	6,0%	8	3,7%	34	15,8%	0.420
	Απογευματινό	1	0,5%	1	0,5%	2	0,9%	
	Νυχτερινό	0	0,0%	0	0,0%	1	0,5%	
	Κυκλικό	34	15,8%	46	21,4%	75	34,9%	
Έτη Προϋπηρεσίας	<10	9	5,8%	19	12,2%	23	14,7%	0.612
	11εώς20	9	5,8%	17	10,9%	28	17,9%	
	>21	12	7,7%	12	7,7%	27	17,3%	

Το ποσοστό της κοινωνικής υποστήριξης την οποία φαίνεται να λαμβάνουν οι γυναίκες νοσηλεύτριες αγγίζει το 44% του ερωτηθέντος πληθυσμού και μπορεί να χαρακτηριστεί βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας ως υψηλό (high).

Το επίπεδο αυτό αναφέρεται σε γυναίκες νοσηλεύτριες ηλικίας 36-50 ετών οι οποίες ανήκουν στην τεχνολογική βαθμίδα εκπαίδευσης, εκτελούν κυκλικό ωράριο εργασίας και έχουν από 11 έτη και άνω έτη προϋπηρεσίας.

Οι νοσηλεύτριες αυτές φαίνεται να δέχονται κοινωνική υποστήριξη από το οικείο και φιλικό τους περιβάλλον, καταφέρνοντας με αυτόν τον τρόπο να ανταπεξέρχονται στις δύσκολες συνθήκες εργασίας, στο στρεσογόνο και απαιτητικό εργασιακό τους περιβάλλον αποφεύγοντας να περιορίσουν την απόδοση της εργασίας τους λόγω της ύπαρξης κόπωσης συμπίονιας και αυτό-συμπίονιας όπως αναλύσαμε και στα προαναφερθέντα συμπεράσματα.

Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε 5% επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κύρια ευρήματα της μελέτης μας είναι ότι η κόπωση συμπίπτει των νοσηλευτών η οποία περιγράφεται από την ικανοποίηση συμπίπτει, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι υπαρκτά φαινόμενα της εποχής μας και λαμβάνουν χώρα στα δημόσια νοσοκομεία συμμετοχής στην έρευνα.

Οι νοσηλευτές φαίνεται να επιβαρύνονται ψυχολογικά και συναισθηματικά από το φαινόμενο της κόπωσης συμπίπτει παρόλη την κοινωνική στήριξη την οποία λαμβάνουν από το φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον.

Οι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν την εμφάνιση του προαναφερθέν φαινομένου είναι ποικίλοι και διαχωρίζονται κυρίως σε ατομικούς και εργασιακούς παράγοντες.

Στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται η έντονη ανάγκη για προσφορά βοήθειας και εξυπηρέτηση ασθενών, παρόλο που βρίσκονται εκτεθειμένοι στα βάσανα και στο πόνο των ασθενών για μακρύ χρονικό διάστημα, το φύλο (συνχρότερα εμφανίζεται στις γυναίκες), το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας (εμφανίζεται συχνότερα στους εργαζόμενους με έτη προϋπηρεσίας άνω των δέκα ετών).

Στους εργασιακούς παράγοντες συγκαταλέγεται η συναισθηματική ταύτιση του νοσηλευτή με τον ασθενή, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας για τους ίδιους τους εργαζόμενους.

Παρόλο που παρατηρήθηκε αυξημένο ποσοστό κοινωνικής στήριξης για τους νοσηλευτές από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον το οποίο φαίνεται να τους συμπαραστέκεται και να συμπάσχει μαζί τους στις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν στο χώρο εργασίας τους, το ποσοστό αυτό δεν είναι επαρκές για την αποφυγή εμφάνισης κόπωσης συμπίπτει.

Οι νοσηλευτές- ερωτηθέντες φαίνεται να έχουν ανάγκη λήψης περαιτέρω μέτρων πρόληψης του φαινομένου αυτού. Τα πιο χαρακτηριστικά και πιο αποδοτικά μέτρα πρόληψης που μπορούμε να αντιληφθούμε από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι τα εξής:

- Η επιθυμία απόκτησης μεγαλύτερου ελεύθερου χρόνου προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα να αποφορτίζονται συναισθηματικά από όσα καλούνται να αντιμετωπίσουν στο χώρο εργασίας τους
- Τα ευνοϊκότερα ωράρια εργασίας
- Η μείωση φόρτου εργασίας
- Η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού σε κάθε τμήμα εργασίας προκειμένου να επιτυγχάνεται ένα ευνοϊκότερο περιβάλλον για τους ίδιους τους νοσηλευτές και να μπορούν έτσι να εργάζονται απερίσπαστοι και με περισσότερη όρεξη παρέχοντας ένα υψηλότερο επίπεδο φροντίδας στους ασθενείς τους.

Οι νοσηλευτές της έρευνας μας φαίνεται ότι επέλεξαν το επάγγελμα αυτό από αγάπη και ενδιαφέρον προς το συνάνθρωπο τους. Από τη διαρκή ανάγκη που έχουν για παροχή βοήθειας και συμπίπτει στους ίδιους τους ασθενείς. Όμως οι αρνητικές συνθήκες οι οποίες δημιουργούνται στους χώρους εργασίας φαίνεται να τους οδηγούν σε μία τάση φυγής και εγκατάλειψης του επαγγέλματος αυτού, σε μία τάση αδιαφορίας για τους ασθενείς που περιθάλπουν και σε μία τάση αποθάρρυνσης οικείων προσώπων τους να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα στο μέλλον.

Η συναισθηματική κόπωση φαίνεται να αντικαθιστά με τη πάροδο του χρόνου τις επιθυμίες και τα όνειρα που είχαν όταν ξεκινούσαν την επαγγελματική τους καριέρα ως νοσηλευτές.

Επιπρόσθετα, δε θα πρέπει να παραλείψουμε και τη διαφοροποίηση των απόψεων με βάση το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο καθώς και τα έτη εργασίας των ερωτηθέντων, η οποία είναι υπαρκτή και αισθητή στην έρευνα αυτή.

Δ.1 Περιορισμοί της μελέτης

Οι κύριοι περιορισμοί της έρευνας ήταν οι ακόλουθοι :

- Το δείγμα ήταν σχετικά μικρό.
- Θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι κάποιες από τις ερωτήσεις ήταν σχετικά ευαίσθητες, αφού ρωτούσαν προσωπικές πληροφορίες και επομένως πιθανόν να μην έχουν απαντηθεί με ειλικρίνεια.

Τα ερωτηματολόγια τα οποία διανείμαμε έχουν χρησιμοποιηθεί και από άλλους ερευνητές οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με παρόμοια θέματα και από τους οποίους ζητήθηκε και απεστάλη η σχετική άδεια χρήσης τους, όπως επιτάσσει ο κώδικας δεοντολογίας για την προστασία των πνευματικών δικαιωμάτων.

Δ.2 Απήχηση της μελέτης

Διαφάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων είναι άμεσα συνυφασμένο με την επαγγελματική εξουθένωση και το φαινόμενο της κόπωσης συμπίπτει που συνδέεται άμεσα με αυτό. Η διαπίστωση αυτή είναι καθολική και παραμένει αμετάβλητη καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν ή τα έτη προϋπηρεσίας που έχουν.

Οι νοσηλευτές δίνουν μία διαρκή μάχη προκειμένου να καταφέρουν να παρέχουν μια ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς κάτω από αντίξοες συνθήκες ωραρίων, βαρδιών, επαγγελματικού χώρου, έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού και παρατεταμένης έκθεσής τους στο πόνο και στις δυσκολίες.

Η κοινωνική στήριξη όπως αντιλαμβανόμαστε από τα αποτελέσματα της εργασίας αυτής είναι υπαρκτή και αναγκαία προκειμένου το νοσηλευτικό προσωπικό να ανταπεξέλθει σε όλο αυτό το στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας.

Η παρέμβαση, όμως, σε οργανωτικό επίπεδο αποτελεί επιτακτική ανάγκη προκειμένου να περιοριστούν οι αιτίες του εργασιακού στρες που όπως έχουμε αναλύσει παραπάνω συνδέεται άμεσα με την κόπωση συμπίπτει και την επαγγελματική εξουθένωση και μπορεί να περιλάβει μέτρα όπως :

I. Τον επανασχεδιασμό της εργασίας

Ο επανασχεδιασμός της εργασίας περιλαμβάνει τη μεταβολή των εργασιακών απαιτήσεων διασφαλίζοντας ότι οι εργαζόμενοι διαθέτουν ή πρόκειται να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις για την εκτέλεση της εργασίας τους. Έτσι, βελτιώνεται η εκτέλεση της δουλειάς των εργαζομένων καθώς και η ποσότητα και η ποιότητα εργασίας που παρέχουν.

II. Τοποθέτηση επαγγελματία στην κατάλληλη θέση

Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η απόδοση των νοσηλευτών και παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες.

III. Ύπαρξη πολυμορφίας στο χώρο εργασίας

Η πολυμορφία έχει αποδειχθεί ότι είναι απαραίτητη σε εργασίες που επηρεάζουν ψυχολογικά τους εργαζόμενους καθώς τα νέα ερεθίσματα τους ικανοποιούν και παράλληλα τους αναζωογονούν.

IV. Επαγγελματική εξέλιξη

Παροχή δυνατότητας επαγγελματικής εξέλιξης η οποία θα αποτελέσει κίνητρο για τον εργαζόμενο

V. Παροχή αδειών

Παροχή δυνατότητας διαλειμμάτων και κανονικών αδειών προκειμένου οι νοσηλευτές να απομακρυνθούν από το στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας και να επαναφορτίσουν τις δυνάμεις τους.

VI. Δυνατότητα επαφής με οικεία πρόσωπα

Δυνατότητα επαφής και χορήγηση ημερών ανάπαυσης προκειμένου οι νοσηλευτές να έχουν ελεύθερο χρόνο να ασχοληθούν με άλλα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασιακού χώρου. Να έχουν την δυνατότητα να συναναστραφούν με όσο το δυνατόν περισσότερα οικεία πρόσωπα, η επαφή με τα οποία θα τους προσφέρει χαλάρωση και μείωση του στρες.

VII. Ψυχολογική στήριξη

Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης των νοσηλευτών εντός και εκτός του νοσοκομειακού χώρου

VIII. Προγράμματα στήριξης

Ύπαρξη προγραμμάτων στήριξης των νοσηλευτών τα οποία θα τους βοηθήσουν να αναγνωρίζουν και να αξιοποιούν δημιουργικά τις ικανότητες τους για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας καθώς και να αντιμετωπίζουν ζητήματα που σχετίζονται με την καριέρα και την οικογένεια τους.

IX. Μέριμνα διοίκησης νοσοκομείων

Η διοίκηση των εκάστοτε δημόσιων νοσοκομείων θα πρέπει να μεριμνά για την παροχή μίας ισορροπημένης εργασιακής ζωής των υπαλλήλων της.

X. Εκπαίδευση νοσηλευτών σε προπτυχιακό επίπεδο

Ύπαρξη εκπαίδευσης των μελλοντικών νοσηλευτών σε προπτυχιακό επίπεδο για τις πραγματικές συνθήκες εργασίας τις οποίες θα καλεστούν μελλοντικά να αντιμετωπίσουν και ύπαρξη άσκησης στρατηγικών προκειμένου να αντιμετωπιστούν αρχικά και να εξαιρεθούν εν συνεχεία τα φαινόμενα της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κόπωσης συμπόνιας του νοσηλευτικού προσωπικού που με τη πάροδο του χρόνου εμφανίζονται στην επαγγελματική τους πορεία (Pérula-De Torres et al., 2019).

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μία αξιολόγηση προσπάθεια μελέτης του φαινομένου «κόπωσης συμπόνιας» του νοσηλευτικού προσωπικού και έχει αναδειχθεί ο ρόλος της στην ψυχική και σωματική υγεία των νοσηλευτών.

Ήταν σημαντικό, λοιπόν, να εστιάσουμε στην εργασία αυτή στο πως επηρεάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό δημόσιων νοσοκομείων από το φαινόμενο της κόπωσης συμπόνιας και να αναδείξουμε ποιοι είναι οι παράγοντες που την προκαλούν. Εξίσου σημαντικό ήταν η απόδειξη ύπαρξης ή μη κοινωνικής στήριξης των νοσηλευτών προκειμένου να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό.

Η έρευνα μας προσπάθησε να επιτελέσει το έργο της έτσι ώστε η γνώση που θα απομείνει να χρησιμοποιηθεί για τη μείωση στρεσογόνων παραγόντων, για τη διατήρηση της υγείας και της ασφάλειας του νοσηλευτικού προσωπικού και για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Χρειάζεται η θέληση κάποιων να ασχοληθούν ουσιαστικά και η ικανότητα κάποιων άλλων να πείθουν με επιστημονικά δεδομένα. Νομοθετικές και διοικητικές ρυθμίσεις κρίνονται απαραίτητες.

Χρειάζεται όμως και ο νοσηλευτής ενός νοσοκομείου να αλλάξει τη σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του. Ο νοσηλευτής πρέπει να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς του, να βελτιώσει τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους του, να επιδιώκει τη γνώση των αναγκών και των ορίων του (αυτογνωσία) καθώς και τη γνώση των αναγκών και των συναισθημάτων των άλλων (εν συνείδηση).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα διακρίνεται από υψηλό ποσοστό απαιτήσεων, τόσο για τον ίδιο τον νοσηλευτή όσο και για το περιβάλλον του, γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο να υπάρχουν υποστηρικτικές δομές ατομικού ή ομαδικού χαρακτήρα εντός και εκτός του χώρου εργασίας.

Αν οι νοσηλευτές τύχουν υψηλότερης κοινωνικής στήριξης στη διαχείριση του στρες, το αποτέλεσμα θα είναι υψηλού επιπέδου περίθαλψη για τους ασθενείς, υγεία και ευημερία για τους ίδιους και εξάλειψη του φαινομένου της κόπωσης συμπίνας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

178 editorial. (1982). (January), 178–179.

Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The compassion fatigue scale: Its use with social workers following Urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238–250. <https://doi.org/10.1177/1049731507310190>

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Bakker, A. B., Van Emmerik, H., & Euwema, M. C. (2006). Crossover of burnout and engagement in work teams. *Work and Occupations*, 33(4), 464–489. <https://doi.org/10.1177/0730888406291310>

Baranowsky 2002. (n.d.).

Benedek, D. M., Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Nancy, T., Gifford, R. K., & Vineburgh, N. T. (2008). Responding to Workplace Terrorism Responding to Workplace Terrorism : Applying Military Models of Behavioral Health and Public Health Response. *Health (San Francisco)*, (February 2012), 37–41. <https://doi.org/10.1300/J490v21n03>

Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458>

Center for Advanced Studies in Child Welfare. (2012). Secondary Trauma and the Child Welfare Workforce. CW360o, (May). Retrieved from http://www.cehd.umn.edu/ssw/cascw/attributes/PDF/publications/CW360_2012.pdf

Children, M., Taylor, Z. E., Conger, R. D., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2015). *Journal of Latina / o Psychology Parenting Practices and Perceived Social Support : Longitudinal Relations With the Social Competence of Parenting Practices and Perceived Social Support : Longitudinal Relations With the Social Competence of Mexican-Origin*. 3(4), 193–208.

Cieslak, R., Anderson, V., Bock, J., Moore, B. A., Peterson, A. L., & Benight, C. C. (2013). Secondary traumatic stress among mental health providers working with the military: Prevalence and its work- and exposure-related correlates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 917–925. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000034>

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621–656. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>

D., C. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 169–179. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L22157360%5Cnhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=01446657&id=doi:&atitle=Stress+in+clinical+psychology+trainees&stitle=BR.+J.+CLIN.+PSYCHOL.&title=British+Journal+of+Cli>

Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion Fatigue: An Application of the Concept to

Informal Caregivers of Family Members with Dementia. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2011/408024>

Figley 2002a. (n.d.).

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

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

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420–427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>

Hunt, C. W., Sanderson, B. K., & Ellison, K. J. (2014). Support for diabetes using technology: a pilot study to improve self-management. *Medsurg Nursing : Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 23(4), 231–237.

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 209–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00101-5)

Innanen, H., Tolvanen, A., & Salmela-Aro, K. (2014). Burnout, work engagement and workaholism among highly educated employees: Profiles, antecedents and outcomes. *Burnout Research*, 1(1), 38–49. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.001>

Jenkins, S. R. (2003). *Traumatic Stress , and Burnout in*. 18(1), 71–87.

Joinson C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, Vol. 22, pp. 116–121. Retrieved from <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=107487653&site=ehost-live>

Jonsson, A., Segesten, K., & Mattsson, B. (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20(1), 79–84. <https://doi.org/10.1136/emj.20.1.79>

Kafetsios, K. (2006). Social support and well-being in contemporary Greek society: Examination of multiple indicators at different levels of analysis. *Social Indicators Research*, 76(1), 127–145. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-4859-2>

Kafetsios, K., & Nezlek, J. B. (2012). Emotion and support perceptions in everyday social interaction: Testing the “less is more” hypothesis in two cultures. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(2), 165–184. <https://doi.org/10.1177/0265407511420194>

Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>

Kluft, R. P. (2004). Figley, C.R. (2002, Ed.). Treating Compassion Fatigue. New York: Brunner-Routledge. \$60.95 (227 Pages) . *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(2), 131–133. <https://doi.org/10.1080/00029157.2004.10403632>

Kunyk, D., & Rn, B. (2001). Clari ® cation of conceptualizations of empathy. *Nursing Theory*.

- Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: A Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 2125–2134. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x>
- Marr, L. (2009). Can compassion fatigue? *Journal of Palliative Medicine*, 12(8), 739–740. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.9577>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing : A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 23(4).
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421–426. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>
- Norris, F. H. & K. (1996). <Norris & Kaniasty_1996_Social Support in Times of Stress.pdf>. 71(3), 498–511.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Gutiérrez Rodríguez, F., & Gutiérrez Rodríguez, J. D. J. (2003). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 646–656. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.646>
- Poghosyan, L., Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894–902. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004>
- Portnoy, D. (2011). Burnout and compassion fatigue: watch for the signs. *Health Progress (Saint Louis, Mo.)*, 92(4), 46–50.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(3), 250–255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
- Salston, M. D., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174. <https://doi.org/10.1023/A:1022899207206>
- Sandström, A., Rhodin, I. N., Lundberg, M., Olsson, T., & Nyberg, L. (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biological Psychology*, 69(3), 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.08.003>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
- Schradle, S. B., & Dougher, M. J. (1985). Social support as a mediator of stress: Theoretical and empirical issues. *Clinical Psychology Review*, 5(6), 641–661. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(85\)90039-X](https://doi.org/10.1016/0272-7358(85)90039-X)
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259–280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. (2009). *PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (ProQOL) Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales Revision IV Version 5 When you*. 5(c), 2009–2009.

- Sung, K., Seo, Y., & Kim, J. H. (2012). Relationships between Compassion Fatigue, Burnout, and Turnover Intention in Korean Hospital Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(7), 1087. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.1087>
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the “ghosts” of research past, present, and future. *Social Science and Medicine*, 74(7), 949–957. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.023>
- Weisman, T. (1996). A concept analysis of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1162–1167. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/0cd0/2f528a829e286c016230030a9f72f5653921.pdf>
- White, D. (2006). The hidden costs of caring: What managers need to know. *Health Care Manager*, 25(4), 341–347. <https://doi.org/10.1097/00126450-200610000-00010>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βικιπαίδεια, 2019. Άγχος [Online]. Διαθέσιμο από :<http://el.wikipedia.org/wiki/Άγχος> [πρόσβαση 24 Σεπτεμβρίου 2019]
- ΜαγγούλιαΠ.,2011 “The influence of secondary traumatic stress on the productivity of health professionals focus on ICU and psychiatric nurses”. <https://doi10.12681/eadd/26088>

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- <https://www.newsbeast.gr/health/arthro/2752411/to-stres-emfanizete-apo-ti-sillipsi-ke-mas-akolouthi-os-to-thanato>
- <https://www.psychologynow.gr/psychologia-texni/vinteo/6019-georgios-xroysos-stres-kai-kathimerinotita.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΟ «ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε ανώνυμα το ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελεί μέρος διπλωματικής εργασίας που αφορά την επίδραση κοινωνικής στήριξης στην αποφυγή εμφάνισης «κόπωση συμπόνιας» του νοσηλευτικού προσωπικού.

Έχει μεγάλη σημασία να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι διατηρείται στο ακέραιο η ανωνυμία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο και ότι τα προσωπικά σας δεδομένα δε θα κοινοποιηθούν. Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και η χρήση τους θα γίνει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Πιστεύουμε ότι από τη συγκεκριμένη μελέτη θα προκύψουν χρήσιμα οφέλη στο χώρο της φροντίδας υγείας.

Σας ευχαριστούμε θερμά για την συνεργασία σας.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΑΤΟΜΙΚΑ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία:
3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμη/ος ☐
με σύντροφο ☐
4. Αριθμός Παιδιών:
5. Επίπεδο εκπαίδευσης:
- Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική Σχολή ☐ (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.)
- Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο (Τ.Ε.Λ.) Νοσηλευτικής ☐ Κατεύθυνσης
- Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) ☐ Νοσηλευτικής
- Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο ☐ (Τ.Ε.Ε.)
- Ανώτερη Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας,
Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε. ☐
- ΤΕΙ ☐
- Πανεπιστήμιο ☐
- Μεταπτυχιακό Δίπλωμα ☐
- Ειδίκευση ☐
- Διδακτορικό Δίπλωμα ☐
- Άλλη εκπαίδευση ονομαστικά: _____
6. Ποιο είναι το ανάστημά σας; Μέτρα 7. Πόσα κιλά είστε; Κιλά
8. Νοσηλευτικό Τμήμα ☐ εργασίας: ΜΕΘ ☐ Ψυχιατρική Κλινική Άλλη Μονάδα
9. Χρόνια Υπηρεσίας:
- Στο τμήμα που εργάζεστε τώρα Σε νοσοκομείο Αλλού
10. Ωράριο εργασίας: α) Πρωινό ☐
Απογευματινό ☐
Νυχτερινό ☐
Κυκλικό ☐
- β) Κανονικό ☐
Μειωμένο ☐
11. Θέση εργασίας:
- Βοηθητικό Προσωπικό Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) ☐
- Βοηθός Νοσηλεύτη (ΔΕ) ☐
- Νοσηλεύτρια/της ΤΕ ☐
- Νοσηλεύτρια/της ΠΕ ☐
- Προϊσταμένη/ος ☐
- Κάτι άλλο ονομαστικά: _____
-
12. Πόσο χρονικό διάστημα κατέχετε την συγκεκριμένη θέση;
13. Πόσες νυχτερινές βάρδιες εργάζεστε κατά μέσο όρο τον μήνα;
14. Πόσα Σαββατοκύριακα εργάζεστε κατά μέσο όρο τον μήνα ;
15. Δύναμη ασθενών τμήματος (αριθμός λειτουργούντων κλινών):

16. Αριθμός νοσηλευτών που εργάζονται σε κάθε ωράριο :
 Πρωινό Απογευματινό Νυχτερινό
17. Αριθμός ασθενών ανά νοσηλεύτη σε κάθε βάρδια :
 Πρωινή βάρδια Απογευματινή βάρδια Νυχτερινή βάρδια
18. Πόσοι θάνατοι ασθενών σημειώθηκαν κατά μέσο όρο τις τελευταίες 30 μέρες;
19. Πως θα χαρακτηρίζατε το εργασιακό κλίμα (σχέση με συναδέλφους) στο τμήμα σας;
 Πολύ καλό ☐ Καλό ☐ Ουδέτερο ☐ ☐ Κακό ☐ Πολύ κακό ☐
20. Θεωρείται ό,τι το προσωπικό εργάζεται σαν ομάδα;
 Πάντα ☐ Τις περισσότερες φορές ☐ Κάποιες φορές ☐ Σπάνια ☐
21. Είστε μέλος σε κάποιο σωματείο;
 Επιστημονικό ☐ Επαγγελματικό ☐ Συνδικαλιστικό ☐
22. Έχετε παρακολουθήσει συνέδρια ή έχετε λάβει άλλου είδους ενημέρωση για τεχνικές μείωσης του στρες από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες;
 Ναι ☐ Όχι ☐
23. Επιλέξατε να εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα που είστε τώρα ή τοποθετηθήκατε εκεί;
 Δική μου επιλογή ☐ Τοποθετήθηκα εδώ ☐
24. Τι ποσοστό του χρόνου εργασίας σας διαθέτετε για άμεση νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών (δηλ. κλινική φροντίδα στον άρρωστο, π.χ. περιποίηση, τάϊσμακ.λ.π.)
 0% - ☐ 25% ☐ 26% ☐ - 50% 51% - ☐ 75% 76% - ☐ 100%
25. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα: Ευρώ
26. Έχετε άγχος για τα οικονομικά σας; Ναι ☐ Όχι ☐
27. Θεωρείται ό,τι η αμοιβή σας είναι ικανοποιητική για την εργασία σας και τις ευθύνες που αυτή συνεπάγεται;
 Καθόλου ☐ Λίγο ☐ Αρκετά ☐ Πολύ ☐ Πάρα πολύ ☐
 ικανοποιητική ικανοποιητική ικανοποιητική ικανοποιητική ικανοποιητική
28. Πόσο χρόνο χρειάζεστε για να πάτε σπίτι σας από το νοσοκομείο όπου εργάζεστε;
 Λεπτά
29. Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα;
 Θέλω να φύγω όσο το δυνατόν συντομότερα. ☐
 Θα ήθελα να φύγω σύντομα. ☐
 Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο. ☐
 Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια. ☐
 Δεν θέλω να φύγω από εδώ. ☐
30. Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο νοσοκομείο;
 Θέλω να φύγω όσο το δυνατόν συντομότερα. ☐
 Θα ήθελα να φύγω σύντομα. ☐
 Θα ήθελα να φύγω σε ένα χρόνο. ☐
 Δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια. ☐
 Δεν θέλω να φύγω από εδώ. ☐
31. Θα θέλατε κάποιο από τα παιδιά σας να ακολουθήσει το επάγγελμά σας;

Ναι ☐ Όχι ☐

32. Αν σας ρωτούσαν σήμερα, θα επιλέγατε το νοσηλευτικό επάγγελμα;
Ναι ☐ Όχι ☐

Αν όχι δικαιολογείστε:

.....
.....
.....
.....

33. Έχετε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός στην ζωή σας (π.χ. απειλή με όπλο, τροχαίο ή άλλη κατάσταση) που θα μπορούσατε να έχετε σκοτωθεί;
Ναι ☐ Όχι ☐

34. Έχετε βιώσει θάνατο αγαπημένου προσώπου τα τελευταία χρόνια;

Ναι ☐ Όχι ☐

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ
5^η έκδοση (2009)

	Π ο τ ή	Σ π ά ν ι	Μ ε ρ ο φ ο ι κ ρ έ ξ ς	Σ υ χ ν ά	Π σ υ λ λ ή
1. Είμαι ευτυχισμένος / η.	1	2	3	4	5
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5
4. Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.	1	2	3	4	5
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ' αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματία.	1	2	3	4	5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/ υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου .	1	2	3	4	5
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω , έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
15. Έχω πεπειθήσεις οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πως καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5

17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/ -η.	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/ η λόγω της δουλειάς μου .	1	2	3	4	5

20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω .	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/ η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές , τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω” από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5

Self-Compassion Scale – Short Form

Κλίμακα Αυτό-Συμπόνιας - Σύντομη εκδοχή

ΠΩΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΟΜΑΙ ΣΥΝΗΘΩΣ ΣΤΟΝ ΕΥΑΤΟ ΜΟΥ ΣΕ ΔΥΣΚΟΛΟΥΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση πριν απαντήσετε. Στα αριστερά κάθε πρότασης, αναγράψτε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με τον αναφερόμενο τρόπο, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα: (1 = ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ, 2 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ, 3 = ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ, 4 = ΣΥΧΝΑ, 5 = ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ)

- ___1. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.
- ___2. Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.
- ___3. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.
- ___4. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.
- ___5. Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.
- ___6. Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.
- ___7. Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.
- ___8. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.
- ___9. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.
- ___10. Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.
- ___12. Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.
- ___12. Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.

Κλίμακα Κοινωνικής Στήριξης

Το επόμενο μέρος της έρευνας αποτελείται από **6** ερωτήματα που αναφέρονται σε άτομα του περιβάλλοντός σου που σε **βοηθούν και σε υποστηρίζουν στις δύσκολες στιγμές.**

Για κάθε ερώτημα:

α) **στο πρώτο μέρος** να αναφέρετε με τα αρχικά τους (π.χ. ΑΤ, ΒΜ) **όλα εκείνα τα άτομα** που μπορείτε να υπολογίζετε στην βοήθειά τους ότι μπορούν να σας υποστηρίξουν έτσι όπως περιγράφεται στην ερώτηση. Δίπλα σε κάθε αριθμό να γράψετε τα αρχικά ενός μόνο ατόμου.

β) **στο δεύτερο μέρος** κάθε απάντησης να γράψτε το πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον βαθμό στον οποίο σας βοηθούν **όλα** τα άτομα αυτά, **γενικά χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα .**

Ικανοποίηση:

6	5	4	3	2	1
Πολύ	αρκετά	λίγο	αρκετά	λίγο	Πολύ
Ικανοποιη.	Ικανοποιημ.	Ικανοποιημένος	δυσανεστημένος	δυσανεστημένο	δυσανεστημένος

Αν δεν υπάρχει κάποιο άτομο για κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις, βάλτε 'χ' στο 'κανένας'. Το παρακάτω παράδειγμα θα σας βοηθήσει.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και δεν έχει κανένας πρόσβαση εκτός από τον κύριο ερευνητή.

Παράδειγμα

Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να τους εμπιστευτείς πληροφορίες που μπορεί να σε έφερναν σε δύσκολη θέση αν μαθεύονταν

α) Κανένας _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____
β) Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

Ερωτήσεις

1. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να εμπιστευτείς πραγματικά ότι θα αποσπάσουν την προσοχή σου από προβλήματα που σε ανησυχούν και σε στρεσάρουν;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

2. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να αισθανθείς πιο χαλαρός όταν βρίσκεσαι κάτω από πίεση;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

3. Ποιοι μπορούν να σε αποδεχτούν ολοκληρωτικά, και στις καλές και στις κακές σου στιγμές;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

4. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε φροντίσουν, άσχετα από το τι μπορεί να σου συμβαίνει;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

5. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να νοιώσεις καλύτερα όταν αισθάνεσαι πολύ άσχημα;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

**6. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε παρηγορήσουν
όταν αισθάνεσαι πολύ πεσμένος;**

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β : ΈΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

«ΑΤΤΙΚΟΝ»

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 4ης
Συνεδρίασης στις 28/05/2019**

ΑΠΟΦΑΣΗ

ΘΕΜΑ: Κατάθεση περί διανομής ερωτηματολογίων στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Επίδραση κοινωνικής στήριξης στην αποφυγή εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας, του νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιων νοσοκομείων» της φοιτήτριας του ΕΚΠΑ Κορμέντζα Χριστίνας Ευαγγελίας (ΔΝΥ. ΕΒΔ312/23-4-19)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (παρόντες: Καθηγητής Α. Αρμαγανίδης, Αν. Καθηγήτρια Α. Ψυρρή, Επικ. Καθηγητής Π. Τσιριγώτης, Επιμ. Α' ΕΣΥ, Ε. Μετάνια, Επικ. Καθηγητής Χ. Κρούπης, Επιμ. ΒΙ. Τσιώλης, Ειδικευόμενος Ε. Μπάκας, ΠΕ Νοσηλευτικής Π. Δελιγιαννίδη και αφού έλαβε υπόψη: 1. την υπ' αριθ. 3η Συνδρ, στις 14/05/2019 (θέμα Α9) απόφαση της Επιτροπής Βιοηθικής Δεοντολογίας (παρόντες: Αν. Καθηγητής Π. Τσιριγώτης, Αν. Καθηγήτρια Δ. Ψυρρή, Επικ. Καθηγητής Χ. Κρούπης, Επιμ. Α' ΕΣΥ Ε. Μετάνια, Επιμ. Β' ΕΣΥ Ι. Τσιώλης) 2. τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για διενέργεια κλινικής δοκιμής στο Νοσοκομείο 3. το γεγονός ότι οι φάκελοι είναι πλήρεις και καλύπτουν όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης 4. ότι από τη διενέργεια της μελέτης δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

εγκρίνει ομόφωνα τη Κατάθεση περί διανομής ερωτηματολογίων στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Επίδραση κοινωνικής στήριξης στην αποφυγή εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας του νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιων νοσοκομείων» της φοιτήτριας του ΕΚΠΑ. Κορμέντζα Χριστίνας-Ευαγγελίας (ΔΝΥ, ΕΒΔ312/23-4-19)

Διευθύντρια: Ε. Γ. Πισιμίσση

Παραπέμπει το θέμα στις αρμόδιες υπηρεσίες για περαιτέρω ενέργειες.

**Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου, του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ "ΑΤΤΙΚΟΝ"**

Καθηγητής, Α. Αρμαγανίδης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ : ΕΓΚΡΙΣΗ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

- **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ**

Θετική ανταπόκριση και άδεια χρήσης ερωτηματολογίου κατόπιν ηλεκτρονικής επικοινωνίας με την δημιουργό ερωτηματολογίου κα Μαγγούλια Πολυξένη:

«Αγαπητή κα Κορμέντζα,

Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το ερωτηματολόγιο μου. Θα πρέπει βέβαια να φέρει τον τίτλο: Ερωτηματολόγιο ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών (Π. Μαγγούλια, 2011)».

Με εκτίμηση,
Π. Μαγγούλια
(pmangoulia@gmail.com)

Ημερομηνία επικοινωνίας 27 Μαρτίου 2019

- **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ**

Θετική ανταπόκριση και άδεια χρήσης ερωτηματολογίου κατόπιν ηλεκτρονικής επικοινωνίας με τον δημιουργό ερωτηματολογίου κ. Καφέτσιο Κωνσταντίνο :

«Αγαπητή κα Κορμέντζα,

Σας προωθώ την κλίμακα και σχετικές δημοσιεύσεις και εύχομαι καλή επιτυχία στην έρευνά σας.»

Κ. Καφέτσιος

Konstantinos Kafetsios, PhD
Professor in Social and Organizational Psychology
Director, Applied Psychology Laboratory
Psychology Department
University of Crete
Gallos Campus
Rethymno
74100, Crete
Greece
tel: +302831077534
[email:kafetsik@uoc.gr](mailto:kafetsik@uoc.gr)

Ημερομηνία επικοινωνίας 26 Μαρτίου 2019