



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

— ΙΔΡΥΘΕΙ ΤΟ 1837 —

Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου

Αθηνών

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ :** Η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής ασθενών  
στην ποιότητα ζωής των υγειονομικών.

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ :** Ολυμπία Στέφου

**ΑΘΗΝΑ**

**ΜΑΪΟΣ, 2024**









## Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	10
1.1.Ορισμός και μέτρηση της ποιότητας ζωής.....	10
1.2.Ψυχολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα.....	12
1.3.Το άγχος και η συναισθηματική εξάντληση στους υγειονομικούς.....	14
1.4.Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς.....	15
1.4.1 Ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ., ηλικία, φύλο, εμπειρία).....	17
1.4.2 Χαρακτηριστικά του συμβάντος (π.χ., σοβαρότητα, έκβαση).....	18
1.4.3 Οργανωσιακοί παράγοντες (π.χ., υποστήριξη, εκπαίδευση).....	21
Κεφάλαιο 2: Ερευνητικά Ευρήματα.....	23
2.1 Μελέτες για την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε υγειονομικούς.....	23
2.2 Συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών αντιδράσεων και ποιότητας ζωής.....	24
2.3 Παράγοντες που μετριάζουν ή εντείνουν την ψυχολογική επίδραση.....	26
2.4 Συγκριτικές μελέτες σε διαφορετικά επαγγέλματα υγείας.....	28
Κεφάλαιο 3: Καρδιοπνευμονική Ανακοπή.....	31
3.1 Ορισμός καρδιοπνευμονικής ανακοπής.....	31
3.2 Αίτια που προκαλούν καρδιοπνευμονική ανακοπή.....	31
3.3 Επιδημιολογία της καρδιοπνευμονικής ανακοπής.....	33
3.3.1 Συχνότητα εμφάνισης.....	33
3.3.2 Θνησιμότητα.....	34
3.3.3 Παράγοντες κινδύνου.....	34
3.4 Η καρδιακή ανακοπή σε προνοσοκομειακό και ενδονοσοκομειακό περιβάλλον.....	35
3.4.1. Η καρδιακή ανακοπή σε προνοσοκομειακό περιβάλλον.....	35
3.4.1.1.Σημασία της άμεσης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ).....	36
3.4.1.2.Ρόλος των παρευρισκομένων.....	37
3.4.2. Η καρδιακή ανακοπή σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον.....	38
3.4.2.1. Ρόλος της ιατρονοσηλευτικής ομάδας.....	38
Κεφάλαιο 4: Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Προκλήσεις.....	40
4.1 Ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς.....	40
4.1.1. Οξεία ψυχολογική αντίδραση.....	41
4.1.2. Μακροπρόθεσμες ψυχολογικές συνέπειες.....	41

4.2 Ατομικές και επαγγελματικές συνέπειες για τους υγειονομικούς.....	42
4.3 Κίνδυνος για την ασφάλεια των ασθενών .....	43
4.4 Οικονομικό κόστος για το σύστημα υγείας .....	44
<b>Κεφάλαιο 5: Παρεμβάσεις και Στρατηγικές .....</b>	<b>45</b>
5.1 Ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία για υγειονομικούς .....	45
5.2 Εκπαίδευση και προετοιμασία για την αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής.	46
5.3 Βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και της ομαδικής συνοχής.....	47
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>49</b>
1.ΣΚΟΠΟΣ.....	49
2.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	49
3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	51
4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	68
5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	76
ABSTRACT.....	78
6.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	90

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Είναι γεγονός ότι σε προνοσοκομειακό και ενδονοσοκομειακό επίπεδο οι προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν οι υγειονομικοί είναι πολλές και ποικίλες. Μία από τις βασικές αιτίες που απασχολούν και προβληματίζουν τους υγειονομικούς ιδιαίτερα είναι η καρδιακή ανακοπή και η διαχείρισή της. Στόχος της έρευνας αυτής είναι να υπογραμμίσει τους προβληματισμούς των υγειονομικών όταν διαχειρίζονται τέτοια περιστατικά. Βασικό μέλημα όλων, είναι να εκπαιδευτούμε ορθά με όλες τις απαραίτητες νέες γνώσεις ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίσουμε κάθε δύσκολο περιστατικό καρδιακής ανακοπής.

Το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Αναζωογόνηση» δίνει τα απαραίτητα κίνητρα και εφόδια να γίνει κάποιος ένας εξαιρετικός ανανήπτης και να εκτιμήσει πραγματικά την αναζωογόνηση στην καρδιακή ανακοπή. Υπήρξα τυχερή που φοίτησα στο Μεταπτυχιακό αυτό, παρακολουθώντας διαλέξεις από εξαιρετικούς καθηγητές που με παρότρυναν ακόμη περισσότερο να αγαπήσω την ανάνηψη ασθενών έπειτα από καρδιακή ανακοπή.

Ευχαριστώ θερμά τον κύριο Θεόδωρο Ξάνθο, για τις συμβουλές όλο αυτό το διάστημα για την ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ τον κύριο Αθανάσιο Παπαθανασίου, ο οποίος συνέβαλλε σημαντικά ώστε να ολοκληρώσω την έρευνά μου. Τέλος, αφιερώνω την εργασία μου στους γονείς μου και την αδερφή μου για όλη την στήριξη που μου δείχνουν όλα αυτά τα χρόνια.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η καρδιακή ανακοπή είναι ένα ξαφνικό συμβάν και πολλές φορές μπορεί να συμβεί χωρίς καμία προειδοποίηση. Αυτό και μόνο για τους υγειονομικούς αποτελεί μεγάλη πρόκληση καθώς πρέπει να είναι συνεχώς σε εγρήγορση και σε ετοιμότητα να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους περιστατικά. Οι υγειονομικοί αυτοί πρέπει να αντιληφθούν τα σημεία της καρδιακής ανακοπής , να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες και να συντονίσουν τα πάντα σε χρόνο μηδέν.

Η εμπειρία ενός συμβάντος καρδιακής ανακοπής μπορεί να έχει βαθιές ψυχολογικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε αυτούς που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή και συμμετέχουν στις προσπάθειες ανάνηψης. Η συμμετοχή τους σε τέτοιες ανανήψεις έχουν ως αποτέλεσμα συναισθηματική δυσφορία , πολλοί είναι αυτοί που νιώθουν φόβο, άγχος , αδυναμία και θλίψη. Επίσης, πολλοί είναι αυτοί που νιώθουν υπεύθυνοι για την έκβαση του ασθενή με αποτέλεσμα όλα τα παραπάνω συναισθήματα να μεγαλώνουν. Τέλος , οι υγειονομικοί αυτοί αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία μεταξύ τους, με τις οικογένειές τους αλλά και με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Μέσω της έρευνας στην διπλωματική αυτή θα γίνουν κατανοητά τα θέματα που αντιμετωπίζουν οι υγειονομικοί σε όλο αυτό τον αγώνα που κάνουν καθ' όλη τη διάρκεια της αναζωογόνησης και πώς επηρεάζεται η κάθε κατηγορία υγειονομικού που αντιμετωπίζει μία καρδιακή ανακοπή.

# Κεφάλαιο 1: Θεωρητικό Υπόβαθρο

## 1.1. Ορισμός και μέτρηση της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η αντικειμενική και υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με το πολιτιστικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει, καθώς και σε σχέση με τις προσδοκίες, τις αξίες και τα ενδιαφέροντά του. Η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει πολλαπλές διαστάσεις, όπως η φυσική υγεία, η ψυχική υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον, η λειτουργικότητα και η υποκειμενική ευημερία [1].

Αρχικά, η φυσική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εκτελεί βασικές σωματικές λειτουργίες και να διατηρεί καλή σωματική ευεξία. Η σωματική υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα ζωής, καθώς επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα και την ικανότητα του ατόμου να απολαμβάνει τη ζωή. Παράλληλα, η ψυχική υγεία περιλαμβάνει τη συναισθηματική και ψυχολογική ευημερία του ατόμου, την ικανότητά του να διαχειρίζεται το άγχος, να νιώθει χαρούμενο και ικανοποιημένο, καθώς και να διατηρεί καλές σχέσεις με τους άλλους. Η ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντική, διότι η εσωτερική ισορροπία και η συναισθηματική σταθερότητα συμβάλλουν καθοριστικά στην ποιότητα της καθημερινής ζωής [2].

Επιπλέον, οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν κρίσιμο παράγοντα της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα των σχέσεων του ατόμου με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την αίσθηση ευημερίας του. Ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο μπορεί να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής [3]. Παράλληλα, το περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο, τόσο το φυσικό όσο και το κοινωνικό, παίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής. Οι συνθήκες διαβίωσης, η πρόσβαση σε πόρους και ευκαιρίες, καθώς και η ασφάλεια αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους που καθορίζουν την ποιότητα ζωής [4].

Η λειτουργικότητα, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες και να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ζωής, είναι επίσης σημαντική. Η αυτονομία και η δυνατότητα διαχείρισης της καθημερινότητας συμβάλλουν σημαντικά στην αίσθηση πληρότητας και ικανοποίησης. Τέλος, η υποκειμενική ευημερία, που περιλαμβάνει το αίσθημα ευτυχίας, ικανοποίησης και νοήματος στη ζωή, είναι ίσως η πιο προσωπική διάσταση της ποιότητας ζωής. Αυτή η υποκειμενική αντίληψη είναι καθοριστική, καθώς διαμορφώνεται από τα προσωπικά κριτήρια και τις αξίες του ατόμου [3].

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι ένα σύνθετο έργο, δεδομένου ότι δεν υπάρχει ένας μόνο δείκτης που να την αποτυπώνει πλήρως. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται διάφορες μέθοδοι, όπως ερωτηματολόγια που συλλέγουν πληροφορίες από τα άτομα σχετικά με την αντίληψή τους για την ποιότητα ζωής, καθώς και συνεντεύξεις που επιτρέπουν μια πιο εις βάθος κατανόηση των εμπειριών και των προτεραιοτήτων του ατόμου. Επιπλέον, χρησιμοποιούνται δείκτες υγείας για τη μέτρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας και οικονομικοί δείκτες για την αξιολόγηση του βιοτικού επιπέδου και της πρόσβασης σε πόρους [5].

Η επιλογή της μεθόδου μέτρησης εξαρτάται από τον σκοπό της έρευνας, τους διαθέσιμους πόρους και το πληθυσμιακό δείγμα που μελετάται. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική έννοια και διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο. Αυτό που έχει σημασία για την ποιότητα ζωής ενός ατόμου είναι η δική του αντίληψη για τη ζωή του σε σχέση με τα δικά του κριτήρια και αξίες. Συνοψίζοντας, η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο και πολυσύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, τόσο αντικειμενικούς όσο και υποκειμενικούς, και η αξιολόγησή της απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση [5].

## 1.2. Ψυχολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα

Τα τραυματικά γεγονότα είναι συμβάντα που προκαλούν έντονο άγχος, φόβο ή αίσθημα αδυναμίας και απειλής για την ψυχική ή σωματική ακεραιότητα του ατόμου. Αυτά τα γεγονότα μπορούν να προκύψουν από διάφορες καταστάσεις, όπως οι φυσικές καταστροφές, που περιλαμβάνουν σεισμούς, πλημμύρες και πυρκαγιές, ή οι βίαιες πράξεις, όπως εγκλήματα, τρομοκρατία και πόλεμος. Επίσης, τα ατυχήματα, όπως τα τροχαία ατυχήματα και τα αεροπορικά δυστυχήματα, καθώς και οι προσωπικές τραγωδίες, όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου ή η σοβαρή ασθένεια, μπορούν να θεωρηθούν τραυματικά γεγονότα [6].

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις σε τέτοια τραυματικά γεγονότα διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Η σοβαρότητα του τραυματικού γεγονότος παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς πιο σοβαρά γεγονότα τείνουν να προκαλούν πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Επιπλέον, η προηγούμενη εμπειρία του ατόμου με τραυματικά γεγονότα μπορεί να αυξήσει την ευαλωτότητά του σε μελλοντικά τραυματικά γεγονότα, ενώ η προσωπικότητα και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του ατόμου είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες. Άτομα με ισχυρή προσωπικότητα και αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες είναι πιο πιθανό να διαχειριστούν ένα τραυματικό γεγονός με υγιή τρόπο. Επιπλέον, η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα [7]

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα μπορεί να είναι είτε οξείες είτε χρόνιες. Οι οξείες αντιδράσεις περιλαμβάνουν σοκ, άγχος, φόβο, πανικό, θλίψη, οργή, ενοχές, εφιάλτες, δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου και απώλεια όρεξης. Από την άλλη πλευρά, οι χρόνιες αντιδράσεις περιλαμβάνουν μετατραυματικό στρες (PTSD), κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές πανικού, κατάχρηση ουσιών, αλκοολισμό, αυτοκτονικές σκέψεις και κοινωνική απομόνωση [6]

Είναι σημαντικό τα άτομα που έχουν βιώσει τραυματικό γεγονός να αναζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να επεξεργαστούν το τραυματικό γεγονός, να αναπτύξουν μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία. Με τη βοήθεια ενός ειδικού, τα άτομα μπορούν να βρουν τρόπους να ανακουφιστούν από τις

δυσάρεστες συνέπειες των τραυματικών εμπειριών και να επανακτήσουν την αίσθηση της ευημερίας και της ισορροπίας στη ζωή τους [7], [6].

### **1.3. Το άγχος και η συναισθηματική εξάντληση στους υγειονομικούς**

Οι υγειονομικοί είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε άγχος και συναισθηματική εξάντληση λόγω της φύσης της εργασίας τους. Καθημερινά, αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις που συμβάλλουν στη συσσώρευση άγχους και εξάντλησης. Πρώτον, ο υψηλός φόρτος εργασίας αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες του άγχους. Συχνά εργάζονται πολλές ώρες με έντονους ρυθμούς και καλούνται να λαμβάνουν άμεσες και δύσκολες αποφάσεις, κάτι που απαιτεί συνεχή προσοχή και εγρήγορση. Η πίεση αυτή επιτείνεται από τη συναισθηματική φόρτιση που συνοδεύει τη φροντίδα των ασθενών, καθώς οι υγειονομικοί έρχονται σε επαφή με άτομα που βιώνουν πόνο, θλίψη και αγωνία, και καλούνται να διαχειριστούν δύσκολες καταστάσεις θανάτου ή απώλειας [8].

Επιπλέον, η έλλειψη υποστήριξης αποτελεί έναν άλλο σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην συναισθηματική εξάντληση των υγειονομικών. Πολλοί επαγγελματίες υγείας ενδέχεται να μην έχουν επαρκή υποστήριξη από συναδέλφους ή προϊσταμένους, με αποτέλεσμα να νιώθουν απομονωμένοι και μόνοι στη διαχείριση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν. Η αίσθηση αυτή εντείνεται από την μεγάλη ευθύνη που φέρουν για την υγεία και την ευημερία των ασθενών τους, καθώς βιώνουν έντονο άγχος για τυχόν λάθη ή παραλείψεις. Παράλληλα, ο κίνδυνος έκθεσης σε λοιμώξεις αποτελεί μια συνεχή πηγή ανησυχίας, καθώς οι υγειονομικοί μπορεί να έρχονται σε επαφή με μολυσματικά νοσήματα, θέτοντας σε κίνδυνο τη δική τους υγεία και την υγεία των οικογενειών τους [9].

Το άγχος και η συναισθηματική εξάντληση στους υγειονομικούς μπορούν να έχουν σοβαρές συνέπειες. Μία από αυτές είναι η μείωση της παραγωγικότητας, καθώς το άγχος και η εξάντληση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα των υγειονομικών να εστιάζουν και να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις [8]. Αυτό αυξάνει τον κίνδυνο ιατρικών λαθών, θέτοντας σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών. Επιπλέον, οι συνθήκες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, άγχος, και burnout, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να προκύψουν και αυτοκτονικές σκέψεις. Η συναισθηματική εξάντληση έχει επίσης

επιπτώσεις στη σωματική υγεία, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη και καρκίνο [10].

Είναι λοιπόν κρίσιμη η λήψη μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση του άγχους και της συναισθηματικής εξάντλησης στους υγειονομικούς. Η παροχή επαρκούς υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον, η ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας και η ενίσχυση των κοινωνικών δικτύων υποστήριξης μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του άγχους και της εξάντλησης. Επίσης, η εκπαίδευση των υγειονομικών σε στρατηγικές διαχείρισης του στρες και η προώθηση της αυτοφροντίδας μπορούν να ενισχύσουν την ψυχική και σωματική ανθεκτικότητα τους, βελτιώνοντας τη συνολική τους ευημερία [8], [9], [10].

#### **1.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς**

Η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά, την επαγγελματική κατάσταση και το περιβάλλον τους. Σε ατομικό επίπεδο, η προσωπικότητα του κάθε υγειονομικού παίζει σημαντικό ρόλο. Άτομα με ισχυρή προσωπικότητα και αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες είναι πιο πιθανό να διαχειριστούν ένα τραυματικό γεγονός με υγιή τρόπο [11]. Επιπλέον, οι προηγούμενες εμπειρίες τραυματικών γεγονότων μπορούν να επηρεάσουν την ανθεκτικότητα ενός ατόμου, καθώς άτομα που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα στο παρελθόν μπορεί να είναι πιο ευάλωτα σε ψυχολογικές αντιδράσεις σε μελλοντικά τραυματικά γεγονότα. Η κοινωνική υποστήριξη είναι επίσης κρίσιμη, καθώς η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα. Επιπλέον, η ύπαρξη υγιών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, όπως η άσκηση και η χαλάρωση, μπορεί να προστατεύσει από τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις [12].

Στο επαγγελματικό επίπεδο, η σοβαρότητα της καρδιακής ανακοπής αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική αντίδραση των υγειονομικών. Σοβαρότερες καρδιακές ανακοπές τείνουν να προκαλούν πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Ο ρόλος του υγειονομικού κατά την καρδιακή ανακοπή είναι επίσης καθοριστικός, καθώς οι υγειονομικοί που εμπλέκονται άμεσα στην καρδιακή ανακοπή, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές που εκτελούν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), μπορεί να βιώσουν πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η ποιότητα της υποστήριξης από τον οργανισμό είναι επίσης σημαντική, καθώς η ύπαρξη υποστήριξης από τον εργοδότη, τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους μετά από μια καρδιακή ανακοπή μπορεί να βοηθήσει στην προστασία από τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Οι συνθήκες εργασίας, όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας, η έλλειψη πόρων και η ελλιπής υποστήριξη, μπορούν να επιδεινώσουν τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της καρδιακής ανακοπής [13].

Επιπλέον, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο διαφορετικοί πολιτισμοί αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τον θάνατο και το τραύμα, και συνεπώς τις ψυχολογικές αντιδράσεις των υγειονομικών. Η κοινωνική υποστήριξη από την κοινότητα είναι επίσης σημαντική, καθώς η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων στην κοινότητα μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις σε τραυματικά γεγονότα [12].

Είναι ζωτικής σημασίας να λαμβάνουμε υπόψη όλους αυτούς τους παράγοντες όταν αξιολογούμε την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχολογική υγεία των υγειονομικών μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων. Μέσω αυτών των παρεμβάσεων, μπορούμε να υποστηρίξουμε καλύτερα την ψυχική υγεία των υγειονομικών, προωθώντας έτσι μια πιο υγιή και ανθεκτική υγειονομική κοινότητα [11].



### **1.4.1 Ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ., ηλικία, φύλο, εμπειρία)**

Η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και η επαγγελματική εμπειρία. Κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να διαμορφώσει τον τρόπο με τον οποίο οι υγειονομικοί αντιδρούν και διαχειρίζονται το τραύμα που προκύπτει από τέτοια συμβάντα [12], [13].

Αρχικά, η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική αντίδραση των υγειονομικών μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Οι νεότεροι υγειονομικοί μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε έντονα συναισθήματα όπως άγχος, φόβο και ενοχές. Η έλλειψη εμπειρίας τους σε κρίσιμες καταστάσεις μπορεί να εντείνει τα αρνητικά συναισθήματα και να δυσκολεύει την αποτελεσματική διαχείριση του στρες. Αντίθετα, οι γηροντότεροι υγειονομικοί, έχοντας αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες μέσω των ετών, είναι συχνά πιο ικανοί να διαχειριστούν το τραύμα με μεγαλύτερη ψυχραιμία και αυτοπεποίθηση [14].

Το φύλο επίσης επηρεάζει τις ψυχολογικές αντιδράσεις μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες υγειονομικοί μπορεί να βιώνουν πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και burnout. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις και προσδοκίες, οι οποίες μπορεί να εντείνουν τα συναισθηματικά βάρη που εφομίζονται οι γυναίκες σε επαγγελματικά και προσωπικά πλαίσια. Από την άλλη πλευρά, οι άνδρες υγειονομικοί μπορεί να εκφράζουν τα συναισθήματά τους με σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλο, κόπωση και διαταραχές ύπνου. Η διαφορετική αυτή έκφραση των συναισθημάτων μπορεί να αντανακλά τις διαφορές στην κοινωνική ανατροφή και τους τρόπους με τους οποίους τα δύο φύλα μαθαίνουν να διαχειρίζονται το άγχος και την πίεση [15].

Η επαγγελματική εμπειρία είναι ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς. Οι πιο έμπειροι υγειονομικοί έχουν συχνά αναπτύξει πιο ισχυρά συστήματα υποστήριξης και έχουν την ικανότητα να αντλούν από προηγούμενες εμπειρίες για να αντιμετωπίσουν το τραύμα. Η εμπειρία τους επιτρέπει να χειρίζονται τις καταστάσεις με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, οι λιγότερο

έμπειροι υγειονομικοί μπορεί να αισθάνονται πιο ανεπαρκείς και να βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα αδυναμίας και απελπισίας. Η έλλειψη εμπειρίας μπορεί να τους κάνει να αισθάνονται απροετοίμαστοι για την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων, γεγονός που εντείνει το άγχος και την ψυχολογική επιβάρυνση [13], [14].

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτά τα μοτίβα είναι γενικά και η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Πολλοί άλλοι παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του στρες και η κοινωνική υποστήριξη, μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι υγειονομικοί βιώνουν και αντιμετωπίζουν το τραύμα. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων, προωθώντας έτσι την ψυχική υγεία και ευεξία των υγειονομικών [12], [15].

## **1.4.2 Χαρακτηριστικά του συμβάντος (π.χ., σοβαρότητα, έκβαση)**

Η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τη σοβαρότητα και την έκβαση του περιστατικού, καθώς και από επιπλέον χαρακτηριστικά του συμβάντος. Όταν πρόκειται για πιο σοβαρές καρδιακές ανακοπές, οι υγειονομικοί βιώνουν συνήθως πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Ειδικότερα, οι καρδιακές ανακοπές που οδηγούν σε θάνατο μπορούν να προκαλέσουν αισθήματα θλίψης, ενοχής και τύψεων στους υγειονομικούς. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονα όταν οι υγειονομικοί αισθάνονται ότι δεν κατάφεραν να αποτρέψουν τον θάνατο του ασθενούς, παρά τις προσπάθειές τους [16].

Η έκβαση της καρδιακής ανακοπής παίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στις ψυχολογικές αντιδράσεις των υγειονομικών. Μια επιτυχής ανάνηψη μπορεί να φέρει αισθήματα ανακούφισης και ικανοποίησης, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και το ηθικό τους [17]. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να συνοδεύεται και από άγχος και φόβο για μελλοντικές καρδιακές ανακοπές, καθώς οι υγειονομικοί ενδέχεται να ανησυχούν για

το ενδεχόμενο νέων παρόμοιων περιστατικών. Αντίθετα, μια αποτυχημένη ανάνηψη μπορεί να προκαλέσει έντονα συναισθήματα θλίψης, ενοχής και τύψεων, καθώς οι υγειονομικοί μπορεί να αισθάνονται ότι απέτυχαν στην αποστολή τους να σώσουν τον ασθενή [16]

Επιπλέον παράγοντες που σχετίζονται με το συμβάν, όπως η διάρκεια της καρδιακής ανακοπής, η τοποθεσία όπου συνέβη, και η σχέση του υγειονομικού με τον ασθενή, μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ψυχολογική αντίδραση. Μια μακράς διάρκειας καρδιακή ανακοπή μπορεί να είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα και εξαντλητική, οδηγώντας σε πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις. Η τοποθεσία της καρδιακής ανακοπής παίζει επίσης σημαντικό ρόλο: μια καρδιακή ανακοπή που συμβαίνει σε δημόσιο χώρο μπορεί να είναι πιο τραυματική για τους υγειονομικούς, καθώς οι συνθήκες μπορεί να είναι λιγότερο ελεγχόμενες και πιο χαοτικές σε σύγκριση με ένα νοσοκομειακό περιβάλλον. Τέλος, η σχέση του υγειονομικού με τον ασθενή μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχολογική του αντίδραση. Εάν η καρδιακή ανακοπή συμβεί σε έναν ασθενή με τον οποίο ο υγειονομικός έχει αναπτύξει στενή σχέση, η τραυματική εμπειρία μπορεί να είναι πιο έντονη και να προκαλέσει βαθύτερα συναισθηματικά τραύματα [18].

Συνεπώς, είναι κρίσιμο να λαμβάνονται υπόψη όλα αυτά τα χαρακτηριστικά του συμβάντος όταν αξιολογούμε την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχολογική υγεία των υγειονομικών μετά από μια καρδιακή ανακοπή μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων. Μέτρα όπως η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, η δημιουργία ισχυρών συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και η προώθηση υγιών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες είναι ουσιώδη για τη διασφάλιση της ψυχικής ευεξίας των υγειονομικών [17].

### **1.4.3 Οργανωσιακοί παράγοντες (π.χ., υποστήριξη, εκπαίδευση)**

Η ύπαρξη προγραμμάτων υποστήριξης για τους υγειονομικούς μετά από τραυματικά γεγονότα είναι κρίσιμη για την προστασία από τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Η συμβουλευτική αλλά και οι ομάδες υποστήριξης παρέχουν πλατφόρμες για την έκφραση συναισθημάτων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης. Επιπλέον, υποστηρικτικές πολιτικές και πρακτικές από την ηγεσία του οργανισμού, όπως η παροχή άδειας μετ' αμοιβής για ψυχοθεραπεία και η ευελιξία στο ωράριο εργασίας, συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων [19].

Η εκπαίδευση παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην προετοιμασία των υγειονομικών για την αντιμετώπιση τραυματικών γεγονότων. Η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με την ψυχολογία των τραυματικών γεγονότων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση και την ικανότητα διαχείρισης των ψυχολογικών αντιδράσεων που προκύπτουν μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Επιπλέον, η εκπαίδευση στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) και στην ψυχολογική υποστήριξη θυμάτων μπορεί να βοηθήσει τους υγειονομικούς να αισθανθούν πιο προετοιμασμένοι και ικανοί να αντιμετωπίσουν τέτοιες κρίσιμες καταστάσεις [17].

Οι οργανωσιακοί παράγοντες είναι επίσης καθοριστικοί στην ψυχική υγεία των υγειονομικών. Υψηλός φόρτος εργασίας και έλλειψη πόρων μπορεί να επιδεινώσουν τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της καρδιακής ανακοπής. Αντιθέτως, η ύπαρξη καλών συνθηκών εργασίας, όπως η σωστή αμοιβή, η αναγνώριση της εργασίας και η ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ψυχική ευημερία των υγειονομικών. Επιπλέον, ένα υποστηρικτικό και συνεργατικό κλίμα στο χώρο εργασίας μπορεί να βοηθήσει τους υγειονομικούς να νιώσουν πιο συνδεδεμένοι και υποστηριγμένοι [18].

Όταν αξιολογούμε την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη όλοι αυτοί οι παράγοντες. Η δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και ευημερία των υγειονομικών και μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στην πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων των τραυματικών γεγονότων. Έτσι, μέσω της εφαρμογής τέτοιων στρατηγικών και της ενίσχυσης των υποστηρικτικών δομών, οι οργανισμοί μπορούν να διασφαλίσουν την ψυχική υγεία και ευημερία των υγειονομικών τους, επιτρέποντάς τους να παρέχουν καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς τους και να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις του επαγγέλματός τους με ανθεκτικότητα και αποτελεσματικότητα [18], [19].

## **Κεφάλαιο 2: Ερευνητικά Ευρήματα**

### **2.1 Μελέτες για την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε υγειονομικούς**

Υπάρχει πληθώρα ερευνητικών μελετών που εστιάζουν στην ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε υγειονομικούς. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα είναι η μελέτη "Psychological impact of cardiac arrest on healthcare providers: A systematic review and meta-analysis" που δημοσιεύτηκε το 2016 στο περιοδικό "Resuscitation". Αυτή η μελέτη πραγματοποίησε μια συστηματική ανασκόπηση και μετά-ανάλυση 43 ερευνών, εξετάζοντας την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε υγειονομικούς. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η καρδιακή ανακοπή σχετίζεται με υψηλά ποσοστά άγχους, κατάθλιψης, επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και μετατραυματικού στρες (PTSD) στους υγειονομικούς. Επίσης, η μελέτη διαπίστωσε ότι ορισμένοι παράγοντες, όπως η σοβαρότητα της καρδιακής ανακοπής, η εμπειρία του υγειονομικού και η έλλειψη υποστήριξης από τον οργανισμό, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων [20].

Επιπλέον, μια άλλη σημαντική μελέτη είναι η "The impact of cardiac arrest on healthcare providers: A qualitative study" που δημοσιεύτηκε το 2018 στο περιοδικό "Journal of Clinical Nursing". Αυτή η ποιοτική μελέτη διερεύνησε τις εμπειρίες και τα συναισθήματα των υγειονομικών μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι υγειονομικοί βίωσαν ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων, όπως άγχος, φόβο, ενοχές, θλίψη και απελπισία. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, προϊσταμένους και τον οργανισμό μπορεί να δυσκολέψει τους υγειονομικούς να αντιμετωπίσουν το τραύμα. Αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για την παροχή επαρκούς υποστήριξης και φροντίδας προς τους υγειονομικούς, προκειμένου να μειωθούν οι αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις [21].

Μια τρίτη σημαντική έρευνα είναι η "A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention for healthcare providers following cardiac arrest" που δημοσιεύτηκε το 2020 στο περιοδικό "Resuscitation". Αυτή η μελέτη πραγματοποίησε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης για την πρόληψη ψυχολογικών προβλημάτων στους υγειονομικούς μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η παρέμβαση ήταν πιο αποτελεσματική από τη συνήθη φροντίδα στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και PTSD στους υγειονομικούς. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η παρέμβαση βελτίωσε την ποιότητα ύπνου και την ευεξία των υγειονομικών [22].

Συνολικά, αυτές οι μελέτες υπογραμμίζουν την ανάγκη για την ανάπτυξη και υλοποίηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων στους υγειονομικούς μετά από τραυματικά γεγονότα. Οι υγειονομικοί αντιμετωπίζουν καθημερινά στρεσογόνες καταστάσεις και η καρδιακή ανακοπή αποτελεί ένα ιδιαίτερα τραυματικό γεγονός που μπορεί να έχει σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις. Η παροχή επαρκούς υποστήριξης και η ανάπτυξη στρατηγικών για την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας των υγειονομικών.

## **2.2 Συσχέτιση μεταξύ ψυχολογικών αντιδράσεων και ποιότητας ζωής**

Υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ψυχολογικών αντιδράσεων και της ποιότητας ζωής των υγειονομικών, όπως δείχνουν πολλές ερευνητικές μελέτες. Οι αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως άγχος, κατάθλιψη, επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και μετατραυματικό στρες (PTSD), μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των υγειονομικών με διάφορους τρόπους. Καταρχάς, οι αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις επηρεάζουν τη φυσική υγεία των υγειονομικών



. Οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε σωματικά προβλήματα, όπως πονοκεφάλους, κόπωση, διαταραχές ύπνου και πεπτικά προβλήματα [12]. Αυτές οι σωματικές επιπτώσεις μπορούν να μειώσουν την ικανότητα των υγειονομικών να εκτελούν τα καθήκοντά τους αποτελεσματικά και να επηρεάσουν την καθημερινή τους ζωή [15]. Επιπλέον, οι αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις μπορούν να επιδεινώσουν την ψυχική υγεία των υγειονομικών. Το άγχος, η κατάθλιψη και το PTSD μπορούν να επιδεινώσουν υπάρχουσες ψυχικές ασθένειες ή να οδηγήσουν σε νέες. Οι υγειονομικοί που αντιμετωπίζουν αυτά τα προβλήματα μπορεί να δυσκολεύονται να διαχειριστούν το στρες της εργασίας τους και να αναζητήσουν την απαραίτητη βοήθεια.

Παράλληλα, οι αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις μπορούν να δυσκολέψουν τους υγειονομικούς να διατηρήσουν υγιείς κοινωνικές σχέσεις. Οι δυσκολίες αυτές μπορούν να επηρεάσουν τις σχέσεις τους με την οικογένεια και τους φίλους τους, δημιουργώντας απομόνωση και μοναξιά. Η έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό τους δίκτυο μπορεί να επιδεινώσει περαιτέρω την ψυχολογική τους κατάσταση. Η εργασιακή απόδοση των υγειονομικών επηρεάζεται επίσης από τις αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Το άγχος, η κατάθλιψη και το burnout μπορούν να μειώσουν την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των υγειονομικών. Οι υγειονομικοί που υποφέρουν από αυτά τα προβλήματα μπορεί να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν, να λάβουν αποφάσεις και να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους με ακρίβεια [23].

Οι θετικές ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως η ανθεκτικότητα, η ευγνωμοσύνη και το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των υγειονομικών με διάφορους τρόπους. Αρχικά, οι θετικές ψυχολογικές αντιδράσεις μπορούν να ενισχύσουν τη σωματική και ψυχική υγεία. Η ανθεκτικότητα και η ευγνωμοσύνη μπορούν να ενισχύσουν το ανοσοποιητικό σύστημα, να μειώσουν το άγχος και να βελτιώσουν τον ύπνο. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τους υγειονομικούς να διατηρούν καλή φυσική υγεία και να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές προκλήσεις με μεγαλύτερη ευκολία.

Επιπλέον, οι θετικές ψυχολογικές αντιδράσεις μπορούν να βελτιώσουν τις κοινωνικές σχέσεις των υγειονομικών. Οι υγειονομικοί που αισθάνονται ευγνωμοσύνη και αυτοαποτελεσματικότητα είναι πιο πιθανό να χτίσουν και να διατηρήσουν υγιείς σχέσεις με τους άλλους. Οι θετικές σχέσεις μπορούν να προσφέρουν την απαραίτητη συναισθηματική υποστήριξη και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των υγειονομικών. Η θετική ψυχολογία μπορεί επίσης να αυξήσει την εργασιακή ικανοποίηση. Οι υγειονομικοί που αισθάνονται αφοσίωση και ικανοποίηση από την εργασία τους είναι πιο πιθανό να παρακινούνται και να αποδίδουν καλύτερα στη δουλειά τους. Η αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να συμβάλει στην γενική ευημερία των υγειονομικών. Τέλος, οι θετικές ψυχολογικές αντιδράσεις μπορούν να αυξήσουν την αίσθηση ευτυχίας, νοήματος και σκοπού στη ζωή. Οι υγειονομικοί που νιώθουν ότι η δουλειά τους έχει νόημα και ότι συμβάλλουν στην ευημερία των άλλων είναι πιο πιθανό να βιώσουν υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας και ικανοποίησης από τη ζωή [24].

## **2.3 Παράγοντες που μετριάζουν ή εντείνουν την ψυχολογική επίδραση**

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να μετριάσουν ή να εντείνουν την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε υγειονομικούς, και αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: ατομικοί παράγοντες, χαρακτηριστικά του συμβάντος και οργανωσιακοί παράγοντες [25], [18].

Πρώτον, οι ατομικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής. Η ηλικία αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα, καθώς οι νεότεροι υγειονομικοί μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς σε έντονα συναισθήματα και λιγότερο έμπειροι στην αντιμετώπιση του στρες, ενώ οι γηροντότεροι υγειονομικοί μπορεί να έχουν αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης. Το φύλο είναι επίσης σημαντικό, με τις γυναίκες υγειονομικούς να βιώνουν πιο συχνά ψυχολογικά προβλήματα και τους άνδρες να εκφράζουν τα συναισθήματά τους συχνά με σωματικά συμπτώματα [11]. Η εμπειρία επηρεάζει επίσης τις αντιδράσεις, καθώς οι πιο έμπειροι υγειονομικοί έχουν συχνά ισχυρότερα συστήματα υποστήριξης και αντιμετώπισης, ενώ οι λιγότερο έμπειροι μπορεί να αισθάνονται πιο ανεπαρκείς.

Επιπλέον, η προσωπικότητα και η ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων παίζουν καθοριστικό ρόλο, με άτομα που διαθέτουν ισχυρή προσωπικότητα και αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες να είναι πιο πιθανό να διαχειριστούν το τραύμα με υγιή τρόπο [25].

Δεύτερον, τα χαρακτηριστικά του συμβάντος επηρεάζουν επίσης την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής. Η σοβαρότητα της καρδιακής ανακοπής συνδέεται με πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις, καθώς πιο σοβαρά περιστατικά προκαλούν μεγαλύτερο άγχος και ένταση. Η έκβαση της καρδιακής ανακοπής έχει επίσης μεγάλη σημασία, με την επιτυχή ανάνηψη να φέρνει ανακούφιση και αποτυχία να προκαλεί θλίψη και ενοχές. Η διάρκεια της καρδιακής ανακοπής επηρεάζει την ένταση των ψυχολογικών αντιδράσεων, με πιο μακροχρόνια περιστατικά να είναι πιο τραυματικά. Επίσης, η τοποθεσία της καρδιακής ανακοπής παίζει ρόλο, καθώς ένα περιστατικό σε δημόσιο χώρο μπορεί να είναι πιο τραυματικό από ένα περιστατικό σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Τέλος, η σχέση του ασθενούς με τον υγειονομικό επηρεάζει την ψυχολογική αντίδραση, με τα περιστατικά που αφορούν ασθενείς με στενή σχέση να είναι πιο τραυματικά [23].

Τρίτον, οι οργανωσιακοί παράγοντες διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην ψυχολογική ευημερία των υγειονομικών. Η υποστήριξη από τον οργανισμό είναι θεμελιώδης, καθώς η ύπαρξη προγραμμάτων υποστήριξης και υποστηρικτικών πολιτικών μπορεί να μετριάσει τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Η εκπαίδευση για την ψυχολογία των τραυματικών γεγονότων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες είναι εξαιρετικά σημαντική για την πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων. Ο υψηλός φόρτος εργασίας και η έλλειψη πόρων μπορούν να επιδεινώσουν τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, καθιστώντας απαραίτητη τη διαχείριση των συνθηκών εργασίας. Τέλος, οι καλές συνθήκες εργασίας και ένα υποστηρικτικό κλίμα συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχική ευημερία των υγειονομικών, βοηθώντας τους να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις της εργασίας τους με αποτελεσματικότητα και να διατηρούν καλή ψυχική υγεία [18].

Η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς εξαρτάται από έναν συνδυασμό ατομικών, χαρακτηριστικών του συμβάντος και οργανωσιακών παραγόντων. Η κατανόηση και η διαχείριση αυτών των παραγόντων είναι κρίσιμη για την παροχή της απαραίτητης υποστήριξης και την εξασφάλιση της ψυχικής και σωματικής ευημερίας των υγειονομικών [25].

## **2.4 Συγκριτικές μελέτες σε διαφορετικά επαγγέλματα υγείας**

Έχουν διεξαχθεί διάφορες συγκριτικές μελέτες για να εξεταστεί η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε διαφορετικά επαγγέλματα υγείας. Τα ευρήματα αυτών των μελετών δείχνουν ότι η ψυχολογική επίδραση μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με το επάγγελμα, καθιστώντας σαφές ότι κάθε ομάδα επαγγελματιών υγείας βιώνει διαφορετικά επίπεδα άγχους και τραύματος μετά από τέτοια περιστατικά [26].

Οι γιατροί συχνά αντιμετωπίζουν έντονα συναισθήματα ενοχής και ευθύνης μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Αυτό συμβαίνει επειδή οι γιατροί συνήθως έχουν την τελική ευθύνη για την έκβαση της ανάνηψης και μπορεί να αισθάνονται ότι θα έπρεπε να είχαν κάνει περισσότερα για να σώσουν τον ασθενή. Αυτή η αίσθηση ευθύνης μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ειδικά όταν το αποτέλεσμα δεν είναι θετικό. Επιπλέον, οι γιατροί μπορεί να βιώσουν μακροχρόνια συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική κόπωση (burnout) ως αποτέλεσμα της συνεχούς έκθεσης σε τραυματικά περιστατικά [27].

Οι νοσηλευτές, από την άλλη πλευρά, συχνά βιώνουν συναισθήματα άγχους, φόβου και τύψεων μετά από μια καρδιακή ανακοπή. Καθώς βρίσκονται συχνά στην πρώτη γραμμή της φροντίδας, οι νοσηλευτές είναι άμεσοι μάρτυρες του τραύματος και μπορεί να αισθάνονται ότι δεν μπόρεσαν να παρέχουν επαρκή φροντίδα στον ασθενή. Η επαφή με τον ασθενή και η συναισθηματική σύνδεση που αναπτύσσεται μπορεί να εντείνει την αίσθηση αδυναμίας και απογοήτευσης, επιδεινώνοντας τις ψυχολογικές τους αντιδράσεις [28].

Οι διασώστες, οι οποίοι συχνά είναι οι πρώτοι που ανταποκρίνονται σε καρδιακές ανακοπές, μπορεί να βιώσουν συναισθήματα απογοήτευσης και αδυναμίας. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να προκύψουν από την αδυναμία να αναζωογονήσουν τον ασθενή, παρά τις προσπάθειές τους. Η φύση της δουλειάς των διασωστών, που περιλαμβάνει συχνές επαφές με επείγουσες καταστάσεις, μπορεί να τους καταστήσει επιρρεπείς σε υψηλά επίπεδα άγχους και μετατραυματικού στρες (PTSD) [29].

Άλλο προσωπικό υγείας, όπως φαρμακοποιοί και οι τεχνολόγοι ακτινολόγοι, μπορεί επίσης να βιώσει ψυχολογικές αντιδράσεις μετά από μια καρδιακή ανακοπή, ανάλογα με τον ρόλο τους στο συμβάν. Αν και αυτοί οι επαγγελματίες δεν είναι πάντα άμεσα εμπλεκόμενοι στην ανάνηψη, η γνώση ότι συνέβη μια καρδιακή ανακοπή μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογική τους κατάσταση, προκαλώντας άγχος και αίσθημα ανημπορίας [26].

Επιπρόσθετα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε όλα τα επαγγέλματα υγείας. Η σοβαρότητα της καρδιακής ανακοπής αποτελεί σημαντικό παράγοντα, καθώς πιο σοβαρές καρδιακές ανακοπές συνδέονται με πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις σε όλα τα επαγγέλματα υγείας. Η έκβαση της καρδιακής ανακοπής επίσης επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική κατάσταση των υγειονομικών, με την επιτυχή ανάνηψη να φέρνει ανακούφιση και την αποτυχημένη ανάνηψη να προκαλεί θλίψη και ενοχές [28].

Ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας είναι η ύπαρξη υποστήριξης. Η υποστήριξη από τον οργανισμό, τους συναδέλφους και την οικογένεια μπορεί να βοηθήσει στην προστασία από τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις σε όλα τα επαγγέλματα υγείας. Η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού δικτύου μπορεί να μειώσει το άγχος και να βοηθήσει στην αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας μετά από τραυματικά περιστατικά [25].

Είναι ζωτικής σημασίας να λαμβάνονται υπόψη όλοι αυτοί οι παράγοντες κατά την αξιολόγηση της ψυχολογικής επίδρασης της καρδιακής ανακοπής σε διαφορετικά επαγγέλματα υγείας. Η παροχή υποστήριξης και παρεμβάσεων που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε επαγγέλματος είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η ψυχική ευεξία και η ποιότητα ζωής των υγειονομικών. Η κατανόηση της πολυπλοκότητας των ψυχολογικών αντιδράσεων και η παροχή κατάλληλης υποστήριξης μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι υγειονομικοί σε καθημερινή βάση [27], [28].

## **Κεφάλαιο 3: Καρδιοπνευμονική Ανακοπή**

### **3.1 Ορισμός καρδιοπνευμονικής ανακοπής**

Η καρδιοπνευμονική ανακοπή είναι μια επείγουσα ιατρική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αιφνίδια και πλήρη διακοπή της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας. Κατά την εμφάνιση αυτής της κατάστασης, η καρδιά παύει να αντλεί αίμα, ενώ οι πνεύμονες σταματούν να μεταφέρουν οξυγόνο στο αίμα [31]. Ως αποτέλεσμα, ο οργανισμός δεν μπορεί να προμηθευτεί τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και το οξυγόνο, οδηγώντας σε ταχεία επιδείνωση των ζωτικών οργάνων και πιθανό θάνατο αν δεν υπάρξει άμεση παρέμβαση [30], [31].

### **3.2 Αίτια που προκαλούν καρδιοπνευμονική ανακοπή**

Η καρδιακή ανακοπή μπορεί να προκληθεί από μια ποικιλία παραγόντων, με μερικούς από τους πιο κοινούς να περιλαμβάνουν το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τις αρρυθμίες, τις διαταραχές των ηλεκτρολυτών, τις δομικές ανωμαλίες της καρδιάς, το τραύμα, την υπερδοσολογία φαρμάκων, την αναπνευστική ανεπάρκεια, τις κληρονομικές καταστάσεις, τις διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων, τις λοιμώξεις, τον τρόπο ζωής, την καρδιακή ανεπάρκεια και την ηλεκτροπληξία [32].

Καταρχάς, το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια από τις κύριες αιτίες καρδιακής ανακοπής. Συμβαίνει όταν η ροή του αίματος προς ένα μέρος του καρδιακού μυός εμποδίζεται, προκαλώντας βλάβη ή θάνατο του καρδιακού ιστού. Αυτό μπορεί να διαταράξει τις φυσιολογικές ηλεκτρικές δραστηριότητες που ελέγχουν τον καρδιακό ρυθμό, οδηγώντας ενδεχομένως σε καρδιακή ανακοπή και τελικά σε θάνατο. Επιπλέον, οι αρρυθμίες, ή ακανόνιστοι καρδιακοί ρυθμοί, μπορούν επίσης να προκαλέσουν καρδιακή ανακοπή. Ιδιαίτερα η κοιλιακή μαρμαρυγή (VF) και η κοιλιακή ταχυκαρδία (VT) είναι δυνητικά θανατηφόρες, καθώς αναγκάζουν την καρδιά να σταματήσει να χτυπά αποτελεσματικά [33]

Ακόμη, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών, όπως τα μη φυσιολογικά επίπεδα καλίου, νατρίου, γλυκόζης και ασβεστίου στο αίμα, μπορεί να επηρεάσουν την ηλεκτρική δραστηριότητα της καρδιάς, οδηγώντας σε καρδιακή ανακοπή. Επιπλέον, ορισμένες διαταραχές της καρδιάς, όπως η μυοκαρδιοπάθεια ή οι διαταραχές της καρδιακής βαλβίδας, αποτελούν επίσης σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιακή ανακοπή [33]

Παράλληλα, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ένα σοβαρό τραύμα, όπως ένα χτύπημα στο στήθος, μπορεί να διαταράξει το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς και να οδηγήσει σε ανακοπή. [29] Επιπροσθέτως, η υπερδοσολογία φαρμάκων, ειδικά εκείνων που επηρεάζουν τον καρδιακό ρυθμό, μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση καρδιακής ανακοπής. Είναι σημαντικό επίσης να τονιστεί ότι η αναπνευστική ανεπάρκεια, με την παρατεταμένη έλλειψη οξυγόνου στον οργανισμό, μπορεί επίσης να είναι αιτία καρδιακής ανακοπής [34].

Επιπλέον, οι διαταραχές των καρδιακών βαλβίδων, όπως και η καρδιακή ανεπάρκεια, που εμφανίζεται όταν η καρδιά δεν μπορεί να αντλήσει αποτελεσματικά αίμα, προδιαθέτουν τα άτομα σε αιφνίδια καρδιακή ανακοπή. Ακόμη και σοβαρές λοιμώξεις, όπως η σήψη, μπορούν να οδηγήσουν σε συστηματική φλεγμονή και δυσλειτουργία οργάνων, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανακοπής. Επιπροσθέτως, ο τρόπος ζωής, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης αρτηριακής πίεσης, της αυξημένης χοληστερόλης στο αίμα, του καπνίσματος και της παχυσαρκίας, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίων νοσημάτων και, κατά συνέπεια, την πιθανότητα εμφάνισης καρδιακής ανακοπής. Τέλος, η ηλεκτροπληξία αποτελεί μια άμεση αιτία που μπορεί να διαταράξει το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς και να οδηγήσει σε καρδιακή ανακοπή [32].



### **3.3 Επιδημιολογία της καρδιοπνευμονικής ανακοπής**

Η καρδιοπνευμονική ανακοπή αποτελεί μία από τις πιο κρίσιμες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στη δημόσια υγεία, επηρεάζοντας άτομα όλων των ηλικιών και αυξάνοντας την ανάγκη για άμεση ιατρική παρέμβαση [35]. Η επίπτωση της καρδιακής ανακοπής ποικίλλει μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών και περιοχών, ανάλογα με τους δημογραφικούς παράγοντες, τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες. Παράλληλα, η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης, τη θνησιμότητα και τους παράγοντες κινδύνου μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση των στρατηγικών πρόληψης και θεραπείας [36].

#### **3.3.1 Συχνότητα εμφάνισης**

Η καρδιοπνευμονική ανακοπή μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών, αλλά είναι πιο συχνή σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Ο κίνδυνος αυξάνεται με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 45 ετών. Παρόλα αυτά, αιφνίδια καρδιακή ανακοπή μπορεί επίσης να συμβεί σε νεαρά άτομα, συχνά λόγω υποκείμενων καρδιακών παθήσεων ή κληρονομικών διαταραχών. Οι άνδρες τείνουν να έχουν υψηλότερη συχνότητα καρδιακής ανακοπής σε σύγκριση με τις γυναίκες, κάτι που αποδίδεται εν μέρει σε υψηλότερα ποσοστά στεφανιαίας νόσου και άλλων παραγόντων κινδύνου στους άνδρες. Ωστόσο, η συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των γυναικών αυξάνεται μετά την εμμηνόπαυση, υποδηλώνοντας ορμονικές επιδράσεις στην καρδιακή υγεία [35].

Η επίπτωση και ο επιπολασμός της καρδιακής ανακοπής μπορεί να διαφέρει ανά περιοχή και να εξαρτάται από τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Για παράδειγμα, η ετήσια επίπτωση της προνοσοκομειακής καρδιακής ανακοπής στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 67 και 170 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι υπάρχουν περισσότερες από 356.000 καρδιακές ανακοπές εκτός νοσοκομείου ετησίως. Οι διαφορές αυτές ενδέχεται να αντικατοπτρίζουν διαφορές στην καταγραφή δεδομένων, τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης και την ευαισθητοποίηση του κοινού [37].

### 3.3.2 Θνησιμότητα

Η θνησιμότητα από καρδιοπνευμονική ανακοπή παραμένει υψηλή, παρά τις προόδους στην ιατρική τεχνολογία και τις προσπάθειες για βελτίωση της προνοσοκομειακής φροντίδας. Στην Ευρώπη, τα ποσοστά επιβίωσης κατά την έξοδο από το νοσοκομείο είναι κατά μέσο όρο 8%, με διακυμάνσεις από 0% έως 18%. Στις ΗΠΑ, σχεδόν το 90% των καρδιακών ανακοπών εκτός νοσοκομείου είναι θανατηφόρες, με την επιβίωση μέχρι την έξοδο από το νοσοκομείο να κυμαίνεται περίπου στο 10%. Η παρουσία προνοσοκομειακής φροντίδας, όπως η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (CPR) και η πρώιμη απινίδωση με αυτόματους εξωτερικούς απινιδωτές (AEDs), επηρεάζει σημαντικά τα ποσοστά επιβίωσης [38].

Η χρήση AEDs παραμένει χαμηλή στην Ευρώπη, με μέσο όρο 28%, γεγονός που υποδηλώνει την ανάγκη για αυξημένη εκπαίδευση και διάθεση αυτών των συσκευών σε δημόσιους χώρους. Παρά τις προσπάθειες για βελτίωση της καρδιακής φροντίδας μετά την ανάνηψη, οι επιζώντες της καρδιακής ανακοπής συχνά αντιμετωπίζουν πολλαπλά ιατρικά προβλήματα, όπως μειωμένη συνείδηση, γνωστικά ελλείμματα, άγχος, κατάθλιψη και συμπτώματα μετατραυματικού στρες [37].

### 3.3.3 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου για καρδιοπνευμονική ανακοπή περιλαμβάνουν τόσο γενετικούς όσο και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παράγοντες του τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή, η σωματική αδράνεια, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία, μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο καρδιακής ανακοπής. Επίσης, η γενετική προδιάθεση και το οικογενειακό ιστορικό καρδιακών παθήσεων παίζουν ρόλο σε ορισμένες περιπτώσεις [39].

Η παρουσία προνοσοκομειακής φροντίδας και οι προσπάθειες για τη βελτίωση της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τα σημεία και τα συμπτώματα της καρδιακής ανακοπής, καθώς και η εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ, μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των θανάτων. Επιπλέον, η πρόσβαση σε AEDs και η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία καρδιακών παθήσεων είναι κρίσιμης σημασίας για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής [40].

Οι στρατηγικές για την πρόληψη της καρδιακής ανακοπής εστιάζονται στην αντιμετώπιση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η διατήρηση υγιεινής διατροφής, η τακτική σωματική δραστηριότητα, ο έλεγχος της υπέρτασης και η διαχείριση άλλων ιατρικών καταστάσεων όπως ο διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία. Μέσω αυτών των προσπαθειών, η συχνότητα εμφάνισης και η θνησιμότητα από καρδιακή ανακοπή μπορεί να μειωθούν σημαντικά, βελτιώνοντας τη δημόσια υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων [41].

### **3.4 Η καρδιακή ανακοπή σε προνοσοκομειακό και ενδονοσοκομειακό περιβάλλον**

Η καρδιακή ανακοπή σε προνοσοκομειακό περιβάλλον αποτελεί κρίσιμη στιγμή που απαιτεί γρήγορη αντίδραση και σωστή διαχείριση για τη βελτίωση των επιβιώσιμων εκβάσεων [42]. Η προνοσοκομειακή φροντίδα συμπεριλαμβάνει τις εξής κρίσιμες πτυχές:

#### **3.4.1. Η καρδιακή ανακοπή σε προνοσοκομειακό περιβάλλον**

Η προνοσοκομειακή φροντίδα αποτελεί ζωτικό παράγοντα για την επιβίωση και τη βελτίωση των νευρολογικών εκβάσεων μετά από καρδιακή ανακοπή. Αποτελείται από συντονισμένες δράσεις που εφαρμόζονται άμεσα με σκοπό τη διατήρηση της ζωτικής συνάρτησης του ασθενούς και την προώθηση της αποκατάστασης της καρδιακής λειτουργίας. Η πρόωπη αναγνώριση και ενεργοποίηση αποτελούν το πρώτο στάδιο της προνοσοκομειακής φροντίδας, καθώς η άμεση αντίδραση επιτρέπει την ταχεία παροχή βοήθειας. Οι παρευρισκόμενοι, ενδεχομένως εκπαιδευμένοι σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), αποτελούν

σημαντικό παράγοντα για την άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ, διατηρώντας τη ροή του αίματος και εξασφαλίζοντας την οξυγόνωση του εγκεφάλου [43].

Η χρήση αυτόματων εξωτερικών απινιδωτών (AEDs) αποτελεί συνήθη πρακτική, διότι επιτρέπει την άμεση παροχή ηλεκτροσόκ σε καρδιακούς ρυθμούς όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή ή η ταχυκαρδία, βοηθώντας έτσι στην επαναφορά του φυσιολογικού ρυθμού της καρδιάς. Επιπλέον, η διαχείριση αεραγωγών και η παροχή αναπνευστικής υποστήριξης από το εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό διασφαλίζει τη σωστή οξυγόνωση του ασθενούς κατά τη μεταφορά στο νοσοκομείο. Είναι σημαντικό επίσης να σημειωθεί ότι η χορήγηση φαρμάκων από ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος και αντιμετωπίζει τις υποκείμενες αιτίες της καρδιακής ανακοπής. Τέλος, η φροντίδα μετά την ανάνηψη είναι κρίσιμη για τη διατήρηση σταθερών ζωτικών παραμέτρων κατά τη μεταφορά και στην εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο [44].

Συνεπώς, η συντονισμένη προνοσοκομειακή φροντίδα είναι απαραίτητη για την αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης και τη βελτίωση των νευρολογικών εκβάσεων μετά από καρδιακή ανακοπή.

### **3.4.1.1. Σημασία της άμεσης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ)**

Η άμεση καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) αποτελεί κρίσιμο στάδιο στη διαχείριση ασθενών με καρδιακή ανακοπή, καθώς επηρεάζει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης. Η άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ από παρευρισκόμενους αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διατήρηση της ροής του αίματος και της οξυγόνωσης του εγκεφάλου, προτού φτάσει η εξειδικευμένη ιατρική βοήθεια. Αυτό είναι κρίσιμο για την πρόληψη της εξέλιξης της καρδιακής ανακοπής προς ασυμβίβαστους καρδιακούς ρυθμούς, όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή ή η κοιλιακή ταχυκαρδία [40].

Η ΚΑΡΠΑ δεν απλώς διατηρεί τη ροή του αίματος αλλά και βοηθά στην αποκατάσταση του φυσιολογικού ρυθμού της καρδιάς. Αυτό έχει καίρια σημασία για την επαναφορά της καρδιακής λειτουργίας και για τη μείωση του κινδύνου περαιτέρω επιπλοκών. Επιπλέον, η άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ από εκπαιδευμένους παρευρισκόμενους ενισχύει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης μετά από καρδιακή ανακοπή. Η προσωρινή διατήρηση της καρδιακής λειτουργίας και η προσφορά οξυγόνου μέσω ΚΑΡΠΑ είναι καθοριστικές για την αποφυγή μόνιμων βλαβών στον εγκέφαλο και σε άλλα όργανα του οργανισμού [44].

Συνεπώς, η άμεση ΚΑΡΠΑ αναδεικνύεται ως κρίσιμη παράμετρος στην αλυσίδα επιβίωσης ατόμων που εκτίθενται σε καρδιακή ανακοπή, προσφέροντας πολύτιμο χρόνο για την παροχή εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και την επαναφορά της φυσιολογικής καρδιακής λειτουργίας.

### **3.4.1.2. Ρόλος των παρευρισκομένων**

Οι παρευρισκόμενοι διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην προνοσοκομειακή φροντίδα για καρδιακή ανακοπή, παρέχοντας αποφασιστική στήριξη στην αρχική αντιμετώπιση του ασθενούς. Η άμεση αντίδραση και εφαρμογή ΚΑΡΠΑ από τους παρευρισκόμενους αποτελεί κρίσιμο βήμα για τη διασφάλιση της αποτελεσματικότερης διαχείρισης της κατάστασης. Η άμεση έναρξη ΚΑΡΠΑ μπορεί να διατηρήσει τη ροή του αίματος και την οξυγόνωση του εγκεφάλου, κρίνοντας έτσι την επιβίωση του ασθενούς πριν φτάσει η εξειδικευμένη ιατρική βοήθεια. Η ενεργός συμμετοχή των παρευρισκομένων στη διαδικασία αντιμετώπισης της καρδιακής ανακοπής είναι επίσης κρίσιμης σημασίας για την επιβίωση του ασθενούς. Η ταχεία αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση εφαρμογή τεχνικών ΚΑΡΠΑ από κατάρτιση παρευρισκόμενους ενδυναμώνει την προσπάθεια επαναφοράς της καρδιακής λειτουργίας [43]. Επιπλέον, η κατάρτιση των παρευρισκομένων στη χρήση AEDs επιτρέπει την άμεση εφαρμογή ηλεκτροσόκ όταν απαιτείται, προκειμένου να επαναφερθεί ο φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός. Η συνεισφορά των παρευρισκομένων στην αρχική φάση της προνοσοκομειακής φροντίδας για καρδιακή ανακοπή είναι καθοριστική για την επιβίωση του ασθενούς και την περαιτέρω εξέλιξη προς θετικά αποτελέσματα στη θεραπευτική διαδικασία [45].

### **3.4.2. Η καρδιακή ανακοπή σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον**

Η ενδονοσοκομειακή καρδιακή ανακοπή (IHCA) είναι μία από τις πιο κρίσιμες καταστάσεις που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα νοσοκομείο. Παρόλο που αποτελεί συχνή επιπλοκή, έχει λάβει λιγότερη προσοχή σε σύγκριση με άλλες παθήσεις υψηλού κινδύνου. Ωστόσο, η οργανωμένη και συντονισμένη αντίδραση μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θανάτου και να βελτιώσει τα αποτελέσματα [46].

#### **3.4.2.1. Ρόλος της ιατρονοσηλευτικής ομάδας**

Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής αποτελεί ένα σύνθετο πεδίο, το οποίο απαιτεί εξειδικευμένες διαδικασίες και εκπαιδευμένο προσωπικό για τη διασφάλιση θετικών αποτελεσμάτων. Η πρώτη σημαντική πτυχή είναι η ύπαρξη ομάδων ταχείας απόκρισης (RRT) στα νοσοκομεία. Οι RRT αποτελούνται από ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές και ιατρούς με εμπειρία σε εντατική θεραπεία και αναζωογόνηση, έτοιμους να ανταποκριθούν άμεσα σε κρίσιμες καταστάσεις [49]. Μια δεύτερη κρίσιμη πτυχή αποτελεί η συνεχής παρακολούθηση των ασθενών, ιδίως εκείνων που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Αυτή η παρακολούθηση επιτρέπει την έγκαιρη ανίχνευση προειδοποιητικών σημείων επιδείνωσης, όπως μεταβολές στην καρδιακή λειτουργία ή στο επίπεδο οξυγόνου, επιτρέποντας έτσι την άμεση παρέμβαση πριν την εμφάνιση καρδιακής ανακοπής [47].

Η τρίτη σημαντική πτυχή είναι η άμεση έναρξη καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ). Η ΚΑΡΠΑ αποτελεί βασικό μέτρο για την επανεγκατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος και πρέπει να ξεκινά άμεσα από εκπαιδευμένο προσωπικό σε κάθε επίπεδο φροντίδας, από νοσηλευτές μέχρι ιατρούς. Επιπλέον, η απινίδωση αποτελεί αναγκαίο μέτρο σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής που οφείλονται σε απινιδώσιμους ρυθμούς, όπως η κοιλιακή μαρμαρυγή ή η κοιλιακή ταχυκαρδία. Επίσης, η προηγμένη υποστήριξη ζωής (ALS) παρέχει επιπλέον προηγμένες ιατρικές παρεμβάσεις, όπως διαχείριση αεραγωγών και διοχέτευση φαρμάκων, ουσιώδης για τη στήριξη του ασθενούς κατά τη διάρκεια της καρδιακής ανακοπής [48].

Μετά την ανάληψη, οι επιζώντες ασθενείς απαιτούν εξειδικευμένη μετεγχειρητική φροντίδα, περιλαμβανομένης της στοχευμένης διαχείρισης της θερμοκρασίας και της παρακολούθησης για πιθανές επιπλοκές [49]. Τέλος, η εφαρμογή πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της ποιότητας, όπως η συστηματική αναθεώρηση περιπτώσεων και η εφαρμογή αλλαγών για τη βελτιστοποίηση της ασθενοκεντρικής φροντίδας, συμβάλλουν στη συνολική βελτίωση των αποτελεσμάτων. Η ενδονοσοκομειακή φροντίδα για την καρδιακή ανακοπή απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες και εξειδικευμένο προσωπικό για να διασφαλιστεί η βέλτιστη περίθαλψη και τα θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς [50].

## **Κεφάλαιο 4: Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Προκλήσεις**

### **4.1 Ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς**

Η καρδιακή ανακοπή αποτελεί μια ακραία ιατρική κατάσταση που συχνά προκαλεί έντονο στρες και ψυχολογική πίεση στους υγειονομικούς. Το γεγονός ότι η ζωή ενός ασθενή μπορεί να εξαρτάται από την ταχεία και αποτελεσματική αντίδραση τους απαιτεί υψηλή συγκέντρωση και επαγρύπνηση. Οι υγειονομικοί που βρίσκονται σε αυτές τις καταστάσεις αντιμετωπίζουν συχνά έντονα συναισθήματα αγωνίας, φόβου και πίεσης για το αποτέλεσμα της παρέμβασής τους [51].

Κατά τη διάρκεια μιας καρδιακής ανακοπής, οι υγειονομικοί βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, καθώς πρέπει να λειτουργήσουν μεγάλης ευθύνης εντός πολύ σύντομων χρονικών πλαισίων [52]. Η πίεση για την απόφαση και την εκτέλεση των κατάλληλων ιατρικών διαδικασιών είναι τεράστια, καθώς η καθυστέρηση ή η λανθασμένη δράση μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην έκβαση του προσβεβλημένου ατόμου [53].

Συχνά, η εμπειρία της αντιμετώπισης μιας καρδιακής ανακοπής μπορεί να επηρεάσει τη ψυχολογική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας και μετά το πέρας της παρέμβασης. Ορισμένοι μπορεί να αντιμετωπίσουν συναισθήματα κατάθλιψης ή εξάντλησης λόγω του υψηλού επιπέδου άγχους και της αντιμετώπισης έντονων συναισθημάτων κατά τη διάρκεια της επείγουσας φροντίδας [54].

Για να αντιμετωπιστούν αυτά τα συναισθήματα, είναι σημαντικό οι υγειονομικοί να έχουν πρόσβαση σε ψυχολογική υποστήριξη και εκπαίδευση που θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το άγχος και την κατάθλιψη. Επίσης, η ανάγκη για την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες και της κατάθλιψης σε επαγγελματικό επίπεδο είναι επιτακτική προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία και η ευημερία των ιατρών και νοσηλευτών που εργάζονται σε τέτοιες κρίσιμες καταστάσεις [55].



### **4.1.1.Οξεία ψυχολογική αντίδραση**

Η οξεία ψυχολογική αντίδραση στην αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους στους υγειονομικούς επαγγελματίες. Κατά τη διάρκεια της κρίσιμης κατάστασης της ανακοπής, οι υγειονομικοί ενδέχεται να αποκτήσουν έντονο σοκ από την αίσθηση της άμεσης ανάγκης δράσης και της ευθύνης για τη ζωή του ασθενούς. Το σοκ αυτό μπορεί να οδηγήσει σε έντονο άγχος και φόβο για την έκβαση της κατάστασης [56].

Ο φόβος αφορά στην ανησυχία για το αν οι προσπάθειες ανανήψεως θα είναι επιτυχείς ή αν θα υπάρξουν επιπλοκές που θα επηρεάσουν τον ασθενή. Επιπλέον, η ενοχή μπορεί να προκύψει από την αίσθηση ότι ίσως δεν είναι εφικτή η καλύτερη δυνατή παρεμβατική δράση ή ότι η απόφαση που πάρθηκε δεν ήταν η σωστή. Αυτά τα συναισθήματα είναι συχνά αναπόφευκτα κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας κρίσιμης κατάστασης και μπορεί να επηρεάσουν την αντίδραση και την απόδοση των επαγγελματιών υγείας [57].

### **4.1.2.Μακροπρόθεσμες ψυχολογικές συνέπειες**

Οι μακροπρόθεσμες ψυχολογικές συνέπειες που μπορούν να παρατηρηθούν στους υγειονομικούς μετά από εμπειρία καρδιακής ανακοπής αφορούν πολύπλοκες ψυχολογικές διαδικασίες και αντιδράσεις. Ένα από τα κύρια φαινόμενα είναι το μετατραυματικό στρες, το οποίο εκδηλώνεται ως έντονη αντίδραση μετά την κρίσιμη κατάσταση και μπορεί να περιλαμβάνει αλληπάλληλες αναμνήσεις ή εφιάλτες σχετικά με την εμπειρία της ανακοπής. Αυτό το στρες μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την καθημερινή λειτουργία των επαγγελματιών υγείας και να απαιτήσει ειδική προσοχή και υποστήριξη [58].

Επιπλέον, η κατάθλιψη αποτελεί συχνή ψυχολογική αντίδραση μετά από τέτοιες κρίσεις, καθώς οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να αντιμετωπίζουν απογοήτευση, απώλεια ελέγχου ή ανασφάλεια για το μέλλον. Η απομόνωση ή η απώλεια συναδελφικής υποστήριξης μπορεί να επιδεινώσει αυτή την κατάσταση. Σημαντικό είναι να αναγνωριστούν οι συμπτώματα της κατάθλιψης και να παρέχεται πρόσβαση σε ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία [59].

Τέλος, οι αυτοκτονικές σκέψεις μπορεί να προκύψουν σε σοβαρές περιπτώσεις όπου η αντίδραση του υγειονομικού είναι έντονη και η ψυχολογική πίεση υψηλή. Αυτές οι σκέψεις απαιτούν άμεση επαγγελματική παρέμβαση και σοβαρή αντιμετώπιση, καθώς αποτελούν ένδειξη ότι ο επαγγελματίας χρειάζεται άμεση ψυχολογική υποστήριξη και πιθανώς ιατρική παρέμβαση [58].

Η αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων ψυχολογικών συνεπειών στους υγειονομικούς που αντιμετωπίζουν καρδιακή ανακοπή απαιτεί πολυδιάστατες προσεγγίσεις και συστηματική υποστήριξη, προκειμένου να διατηρηθεί η ψυχολογική ευημερία και η επαγγελματική ικανότητα τους [60].

## **4.2 Ατομικές και επαγγελματικές συνέπειες για τους υγειονομικούς**

Οι ατομικές και επαγγελματικές συνέπειες που αντιμετωπίζουν οι υγειονομικοί μετά από μια καρδιακή ανακοπή είναι ποικίλες και συχνά συνδεδεμένες με σοβαρές επιπτώσεις στην εργασιακή τους ζωή και προσωπική ευημερία. Μία από τις κύριες επιπτώσεις είναι ο επηρεασμός της απόδοσης στην εργασία. Οι υγειονομικοί που έχουν βιώσει καρδιακή ανακοπή μπορεί να αντιμετωπίζουν μειωμένη συγκέντρωση, κόπωση και δυσκολία στην εκτέλεση καθηκόντων τους λόγω της σωματικής και ψυχολογικής τους κατάστασης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη απόδοση και προκαλεί στρες τόσο στον ίδιο τον επαγγελματία όσο και στην ομάδα εργασίας [61].

Επιπλέον, η αύξηση των λαθών αποτελεί συχνή συνέπεια της μειωμένης απόδοσης και της ψυχολογικής πίεσης που βιώνουν οι υγειονομικοί μετά από την εμπειρία καρδιακής ανακοπής. Η κόπωση και η ανησυχία μπορούν να οδηγήσουν σε λάθη στην αξιολόγηση ασθενών ή στη διαχείριση της φαρμακευτικής θεραπείας, με πιθανές σοβαρές συνέπειες για τους ασθενείς. Επιπροσθέτως, η δυσκολία στη λήψη αποφάσεων είναι άλλη συνέπεια που προκύπτει από τον ψυχολογικό φόρτο και την ανασφάλεια που μπορεί να προκύψει μετά από την εμπειρία μιας καρδιακής ανακοπής. Οι υγειονομικοί ενδέχεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να καταλήξουν σε κατάλληλες και βέλτιστες αποφάσεις για την περίθαλψη των ασθενών, καθώς και στη διαχείριση της επαγγελματικής τους ζωής [60].

Είναι σημαντικό επίσης να σημειωθεί ότι οι απουσίες από την εργασία αυξάνονται σε αυτούς τους επαγγελματίες καθώς είναι πιθανό να χρειάζονται περισσότερο χρόνο για ανάρρωση ή να απουσιάζουν λόγω των ψυχολογικών επιπτώσεων της εμπειρίας της ανακοπής. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την αντιμετώπιση των ασθενών και τη συνολική λειτουργία της υγειονομικής ομάδας. Τέλος, οι αλλαγές στην καριέρα αποτελούν άλλη σημαντική συνέπεια για τους επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν καρδιακή ανακοπή. Η εμπειρία της καρδιακής ανακοπής μπορεί να αναγκάσει τους επαγγελματίες να επανεξετάσουν τις προτεραιότητές τους, να αλλάξουν την εργασιακή τους θέση ή ακόμα και να εξετάσουν τη δυνατότητα αποχώρησης από το επάγγελμά τους, ανάλογα με τη σοβαρότητα των επιπτώσεων στην υγεία και την ικανότητά τους να συνεχίσουν την εργασία τους με αποτελεσματικό τρόπο [62].

Συνολικά, οι ατομικές και επαγγελματικές συνέπειες μιας καρδιακής ανακοπής στους υγειονομικούς απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση και υποστήριξη, τόσο σωματική όσο και ψυχολογική, προκειμένου να διατηρηθεί η επαγγελματική τους ικανότητα και η γενική ευημερία.

### **4.3 Κίνδυνος για την ασφάλεια των ασθενών**

Μετά από μια καρδιακή ανακοπή, οι υγειονομικοί αντιμετωπίζουν σημαντικούς κινδύνους που επηρεάζουν την ασφάλεια και την ποιότητα των φροντίδων προς τους ασθενείς. Ένας από τους βασικούς κινδύνους είναι ο επηρεασμός της ποιότητας της φροντίδας. Οι υγειονομικοί μετά από μια καρδιακή ανακοπή μπορεί να αντιμετωπίζουν φυσική και ψυχολογική κόπωση, η οποία μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να παρέχουν αποτελεσματικά και ασφαλή φροντίδα [62]. Η μειωμένη συγκέντρωση και η δυσκολία να ληφθούν αποφάσεις ενδέχεται να οδηγήσουν σε λάθη στην αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών ή στη διαχείριση της θεραπείας τους. Αυτό μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την ασφάλεια και την ευημερία των ασθενών, καθώς και για την εικόνα και την αξιοπιστία του ιατρικού προσωπικού και του νοσοκομείου γενικότερα [63].

Επιπλέον, η αύξηση των ιατρικών λαθών αποτελεί συνέπεια των προαναφερθέντων παραγόντων. Η ψυχολογική πίεση και η φυσική κόπωση που σχετίζονται με την καρδιακή ανακοπή μπορεί να οδηγήσει σε σφάλματα κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας. Η απότομη μείωση της συγκέντρωσης και η δυσκολία στη λήψη αποφάσεων ενδέχεται να επηρεάσουν την ακρίβεια και την επιτυχία των ιατρικών επεμβάσεων και θεραπειών. Αυτό μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την ασφάλεια των ασθενών και να αυξήσει την πιθανότητα επιπλοκών και σοβαρών συμβάντων στη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης [64].

#### **4.4 Οικονομικό κόστος για το σύστημα υγείας**

Η καρδιακή ανακοπή επηρεάζει σημαντικά το οικονομικό κόστος του συστήματος υγείας, καθώς απαιτεί αξιόπιστη και επίπονη φροντίδα για τους ασθενείς. Το οικονομικό φορτίο περιλαμβάνει τόσο τα άμεσα ιατρικά έξοδα όσο και τα έξοδα για τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και αποκατάσταση των ασθενών [65].

Τα άμεσα ιατρικά έξοδα περιλαμβάνουν τις δαπάνες για την έκτακτη νοσηλεία, τις χειρουργικές επεμβάσεις, τη χορήγηση φαρμάκων και άλλες ιατρικές παρεμβάσεις που απαιτούνται για τη στήριξη της καρδιακής λειτουργίας. Αυτά τα έξοδα είναι σημαντικά λόγω της υψηλής τεχνολογίας και της ειδικής φροντίδας που απαιτούνται για τη διαχείριση της κατάστασης των ασθενών μετά από καρδιακή ανακοπή. Ωστόσο, το μεγαλύτερο μέρος του οικονομικού φορτίου αντιστοιχεί στα έξοδα για την αναγκαία μακροπρόθεσμη παρακολούθηση και αποκατάσταση των ασθενών. Αυτό περιλαμβάνει τις δαπάνες για την αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας, την αποκατάσταση της σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας των ασθενών, καθώς και τις δαπάνες για την αποκατάσταση της εργασιακής ικανότητας και την επανένταξή τους στην κοινωνία. Επιπλέον, το οικονομικό κόστος επηρεάζεται και από τις πιθανές επιπλοκές και τις συνεχόμενες αναγκαίες ιατρικές παρεμβάσεις που μπορεί να απαιτηθούν σε περιπτώσεις επανεμφάνισης των συμπτωμάτων ή επιπλοκών μετά την αρχική αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής [65].

## Κεφάλαιο 5: Παρεμβάσεις και Στρατηγικές

### 5.1 Ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία για υγειονομικούς

Η ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία για υγειονομικούς αποτελεί ζωτικής σημασίας πτυχή της φροντίδας της υγείας τους, ιδίως σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν σοβαρές καταστάσεις όπως η καρδιακή ανακοπή. Ο ρόλος τους εκτίθεται σε υψηλό άγχος, στρες και τραύματα λόγω των καθημερινών επαφών τους με ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση υγείας. Η αξιολόγηση των ψυχολογικών αναγκών τους είναι θεμελιώδης για την παροχή αποτελεσματικής ψυχολογικής υποστήριξης [66]. Η ενημέρωσή τους σχετικά με τους κινδύνους που ενέχονται στην επαγγελματική τους δραστηριότητα, όπως η αντιμετώπιση καρδιακών ανακοπών, τους βοηθά να προετοιμαστούν ψυχολογικά και να διαχειριστούν καλύτερα τις δύσκολες καταστάσεις [67].

Η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί κρίσιμο εργαλείο για την ενίσχυση των γνώσεων τους σχετικά με στρατηγικές διαχείρισης του άγχους και του στρες. Επιπλέον, η εκπαίδευση σε τεχνικές ενδυνάμωσης της ανθεκτικότητας τους βοηθά να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις δυνητικά τραυματικές εμπειρίες. Η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία προσφέρουν στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με ασφάλεια και επαγγελματική υποστήριξη. Αυτό βοηθάει στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της έντασης που μπορεί να προκύψει από τις δύσκολες κλινικές καταστάσεις [68]. Η ενίσχυση των ικανοτήτων διαχείρισης κρίσεων είναι άλλο ένα κρίσιμο στοιχείο, προκειμένου οι υγειονομικοί να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά σε κρίσιμες καταστάσεις χωρίς να επηρεάζονται αρνητικά συναισθηματικά. Τέλος, η δημιουργία ενός ευχάριστου και υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας των υγειονομικών. Η ομαδική συνοχή παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ψυχολογικής ευημερίας και της αποτελεσματικότητας τους στην παροχή φροντίδας [69]. Αυτές οι προσεγγίσεις συνδυάζονται για να προσφέρουν ολοκληρωμένη υποστήριξη στους υγειονομικούς, βελτιώνοντας την ικανότητά τους να παρέχουν υψηλής ποιότητας

φροντίδα στους ασθενείς και ενισχύοντας την ανθεκτικότητά τους σε δύσκολες επαγγελματικές συνθήκες [70].

## **5.2 Εκπαίδευση και προετοιμασία για την αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής**

Η εκπαίδευση και η προετοιμασία των υγειονομικών για την αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής αποτελούν ζωτικής σημασίας διαδικασίες που επιδιώκουν να εξασφαλίσουν την ταχεία και αποτελεσματική ανταπόκριση σε καταστάσεις κρίσης υγείας. Κατά την καρδιακή ανακοπή, η οποία είναι μια άμεση και επείγουσα κατάσταση, η προετοιμασία των υγειονομικών είναι απαραίτητη για την αύξηση των πιθανοτήτων επιβίωσης του ασθενούς και τη μείωση των πιθανών επιπλοκών [71].

Η βασική εκπαίδευση στο ACLS (Advanced Cardiac Life Support) αποτελεί το θεμέλιο για την κατάρτιση των υγειονομικών. Κατά τη διάρκεια αυτής της εκπαίδευσης, οι υγειονομικοί εξασκούνται σε προηγμένες τεχνικές όπως η διασωλήνωση του ασθενούς, η χορήγηση κρίσιμων φαρμάκων και η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Αυτές οι δεξιότητες είναι ουσιώδους σημασίας για τη διαχείριση της καρδιακής ανακοπής και τη διατήρηση της ζωής του ασθενούς [72].

Επίσης, η εκπαίδευση περιλαμβάνει προσομοιώσεις κρίσιμων καταστάσεων, κατά τις οποίες οι υγειονομικοί ασκούνται σε πραγματικές συνθήκες καρδιακής ανακοπής. Αυτές οι προσομοιώσεις βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να αντιδρούν γρήγορα και αποτελεσματικά, να επιδεικνύουν συνεργατικό πνεύμα και να οργανώνουν την ομαδική δράση με σκοπό την επίτευξη των βέλτιστων αποτελεσμάτων για τον ασθενή [73].

Το μάθημα της διαχείρισης του άγχους και του στρες αποτελεί ουσιώδους συστατικό της εκπαίδευσης, καθώς οι καταστάσεις κρίσης μπορούν να δημιουργήσουν ψυχολογική πίεση στους επαγγελματίες υγείας. Η αποτελεσματική διαχείριση του άγχους συμβάλλει στην επίτευξη σωστών αποφάσεων και τη διατήρηση της ψυχολογικής ισορροπίας κατά τη διάρκεια κρίσιμων παρεμβάσεων. Επιπλέον, η ενίσχυση της συνεργασίας και του ομαδικού πνεύματος είναι κρίσιμη για

την αποτελεσματική διαχείριση καρδιακών καταστάσεων [72]. Η εκπαίδευση προωθεί την αλληλοενημέρωση και την αλληλεξάρτηση μεταξύ των μελών της ομάδας, ενισχύοντας την ικανότητά τους να δρουν συντονισμένα και αποτελεσματικά κατά την αντιμετώπιση κρίσεων. Η εκπαίδευση και η προετοιμασία αυτής της φύσης ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και την επιτυχία των υγειονομικών στη διαχείριση καρδιακών καταστάσεων, προσφέροντας καλύτερες προοπτικές επιβίωσης και ανάρρωσης για τους ασθενείς τους [74]

### **5.3 Βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και της ομαδικής συνοχής**

Η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και η ενίσχυση της ομαδικής συνοχής αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για την ευημερία και την αποδοτικότητα των υγειονομικών. Το εργασιακό περιβάλλον στα ιατρικά κέντρα και νοσοκομεία επηρεάζει την ψυχολογική και φυσική υγεία του προσωπικού, καθώς και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς [75].

Οι σύγχρονες μελέτες έχουν επισημάνει ότι η υγεία των υγειονομικών συνδέεται στενά με την ποιότητα του εργασιακού τους περιβάλλοντος. Παράγοντες όπως οι ώρες εργασίας, η φόρτιση εργασίας, η αναγνώριση της εργασίας, και η υποστήριξη από την οργανωτική δομή έχουν σημαντική επίδραση στο άγχος και τον στρες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας καθημερινά. Επίσης, η κατάλληλη ενδυνάμωση της ομάδας και η προώθηση της αλληλεξάρτησης μπορούν να ενισχύσουν τη συνεργασία και να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα στην παροχή φροντίδας [76]

Για τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, είναι σημαντικό να εφαρμόζονται πολιτικές και πρακτικές που προάγουν την ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής των υγειονομικών. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την εφαρμογή ευέλικτων ωρών εργασίας, την παροχή υποστήριξης για την αντιμετώπιση του άγχους και του στρες, καθώς και τη δημιουργία φυσικών και ψυχολογικών χώρων αναψυχής για το προσωπικό. Επίσης, η ενίσχυση της ομαδικής συνοχής απαιτεί την ανάπτυξη ενός θετικού και υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω κοινών δραστηριοτήτων, ομαδικών εκπαιδεύσεων και επιμορφώσεων, καθώς και της προώθησης της ανοικτής επικοινωνίας και της συνεργατικής εργασίας μεταξύ των μελών της ομάδας. Η καλή ομαδική δυναμική ενισχύει την αίσθηση αλληλεγγύης και ενότητας, προάγοντας έτσι την ευημερία και την αποδοτικότητα της ομάδας υγειονομικού προσωπικού [77].

Τέλος, η συνεχής αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος και η προσαρμογή των πρακτικών βελτίωσης είναι ουσιώδεις για τη διατήρηση ενός υγιούς και επιτυχημένου εργασιακού περιβάλλοντος στον τομέα της υγείας. Η συνεχής βελτίωση ενδυναμώνει την ικανότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις και να παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς τους [75], [77].



# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **1. ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των αλλαγών συμπεριφοράς των υγειονομικών όταν έρχονται αντιμέτωποι με την καρδιακή ανακοπή και την απώλεια. Πως επηρεάζεται ο τρόπος και η ποιότητας ζωής τους αλλά και πόσο εξουθενωμένοι αισθάνονται τόσο σωματικά όσο και ψυχικά μετά την έκθεση τους σε τέτοια περιστατικά. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε κατηγοριοποίηση των υγειονομικών σύμφωνα με το επάγγελμά τους , ώστε να γίνει ξεκάθαρο ποια ομάδα υγειονομικών χρήζει περισσότερης προσοχής στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Τα δεδομένα αυτά θα βοηθήσουν στην κατανόηση των εργασιακών αναγκών των ατόμων αυτών με αποτέλεσμα την δημιουργία καλύτερων συνθηκών εργασίας.

## **2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πρόκειται για μία ποσοτική μελέτη. Υλικό της μελέτης αυτής αποτέλεσαν υγειονομικοί (ιατροί, νοσηλευτές , διασώστες ) οι οποίοι εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων , διασώστες και ιατροί του ΕΚΑΒ ( Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας ) Ιωαννίνων αντίστοιχα . Το δείγμα στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν τα 150 άτομα. Από τα 150 άτομα , 50 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους νοσηλευτές των επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, 30 από τους ιατρούς των επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και τα υπόλοιπα 70 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από διασώστες και ιατρούς του ΕΚΑΒ. Τα ερωτηματολόγια αφού μοιράστηκαν , στην συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την κατηγορία επαγγέλματος του κάθε υγειονομικού.

Τα ερωτηματολόγια αυτά ήταν τρία διαφορετικά :

- Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή (LOT-R)
- Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ)
- Κλίμακα μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-Copes)

Το τεστ προσανατολισμού για την ζωή (LOT-R) επιλέχθηκε καθώς έχει εσωτερική συνέπεια του συνόλου του ερωτηματολογίου και είναι ικανοποιητική,  $\alpha = 0,74$ , όπως και οι αντίστοιχοι δείκτες για κάθε παράγοντα, αισιοδοξία 0,73 και απαισιοδοξία 0,63. [78]

Η κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) χρησιμοποιήθηκε καθώς έχει δείκτη Cronbah's alpha 0,825 και έχει χρησιμοποιηθεί αρκετές φορές σε διάφορες μελέτες.[79]

Τέλος, η κλίμακα μέτρησης της κρίσης στην οικογένεια (F-Copes), έχει δείκτη Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha 0,869 . [80]

Για την περιγραφή των εκβάσεων χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις ενώ για την περιγραφή των κατηγοριών επαγγέλματος πλήθη και ποσοστά. Για τις συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ενώ για τις διαφορές ανάλογα με την κατηγορία επαγγέλματος εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης και ακολούθησαν πολλαπλές συγκρίσεις με το κριτήριο Bonferroni. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS 28.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05 σε όλες τις περιπτώσεις.

### 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### *Συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων*

Ο πίνακας 4 περιλαμβάνει τις συσχετίσεις του LOT-R με τις διαστάσεις του CAQ, καθώς και με το συνολικό CAQ. Παρατηρείται ότι το LOT-R συσχετίζεται αρνητικά με όλες τις διαστάσεις του CAQ. Συγκεκριμένα, υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τον φόβο ( $r=-0.247$ ), την αποφυγή ( $r=-0.196$ ), την καρδιακή προσοχή ( $r=-0.357$ ). Επιπλέον αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και με το συνολικό CAQ ( $r=-0.313$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του CAQ αλλά και στο συνολικό του σκορ. Όλοι οι συσχετισμοί είναι στατιστικά σημαντικοί, καθώς τα  $p$ -values  $<0.05$  σε κάθε περίπτωση. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απεικονίζονται στα γραφήματα 1-4. [ Παράρτημα]

#### **Πίνακας 1**

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με τις διαστάσεις που αφορούν το CAQ και το συνολικό CAQ*

		R	P	N
LOTR	Φόβος	-.247	.002	150
	Αποφυγή	-.196	.016	150
	Καρδιακή προσοχή	-.357	<0.001	150
	Συνολικό CAQ	-.313	<0.001	150





Ο πίνακας 5 περιγράφει τις συσχετίσεις μεταξύ του LOT-R με τις διαστάσεις του FCOPEs καθώς και με το συνολικό FCOPEs.. Συγκεκριμένα, υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση με την παθητικότητα ( $r=-0.377$ ), την κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ( $r=-0.035$ ) καθώς και με την αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης ( $r=-0.164$ ). Επιπρόσθετα, στατιστικά θετική συσχέτιση παρατηρείται με τον επανασχεδιασμό ( $r=0.357$ ), ενώ υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τη κοινωνική υποστήριξη ( $r=-0.096$ ). Αναφορικά με το συνολικό FCOPEs υπάρχει αρνητική συσχέτιση ( $r=-0.044$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του FCOPEs αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαίρεση καταγράφεται για τη διάσταση του επανασχεδιασμού, όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απεικονίζονται στα γραφήματα 5 έως 7. [βλ. Παράρτημα]

## Πίνακας 2

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με τις διαστάσεις που αφορούν το FCOPEs και το συνολικό FCOPEs*

	R	P	N	
LOTR	Παθητικότητα	-.377	<0.001	150
	Κινητοποίηση οικογένειας	-.035	.674	150
	Αναζήτηση	-.164	.044	150
	Επανασχεδιασμός	.357	<0.001	150
	Κοινωνική υποστήριξη	-.096	.245	150
	Συνολικό FCOPEs	-.044	.593	150

Ο πίνακας 6 περιλαμβάνει τις συσχετίσεις των διαστάσεων του CAQ με τις διαστάσεις του FCOPEs καθώς και με τα συνολικά τους σκορ. Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης του φόβου με την διάσταση της παθητικότητας ( $r=0.320$ ), της κινητοποίησης της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ( $r=0.227$ ), της αναζήτησης πνευματικής υποστήριξης ( $r=0.379$ ) και της κοινωνικής υποστήριξης ( $r=0.271$ ). Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον επανασχεδιασμό ( $r=-0.233$ ), ενώ θετική συσχέτιση παρατηρείται με το συνολικό FCOPEs. Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές στη διάσταση του φόβου αναμένεται να σχετίζονται με υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του FCOPEs αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαιρέση καταγράφεται για τη διάσταση του επανασχεδιασμού, όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Όσον αφορά την διάσταση της αποφυγής, παρατηρείται θετική συσχέτιση με την διάσταση της παθητικότητας ( $r=0.287$ ), της κινητοποίησης της οικογένειας ( $r=0.026$ ), της αναζήτησης πνευματικής υποστήριξης ( $r=0.167$ ) και της κοινωνικής υποστήριξης ( $r=0.087$ ). Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την διάσταση του επανασχεδιασμού ( $r=-0.197$ ), ενώ θετική συσχέτιση υπάρχει με το συνολικό FCOPEs. Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές στη διάσταση της αποφυγής αναμένεται να σχετίζονται με υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του FCOPEs αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαιρέση καταγράφεται για τη διάσταση του επανασχεδιασμού όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Όσον αφορά την διάσταση της καρδιακής προσοχής, παρατηρείται θετική συσχέτιση με την διάσταση της παθητικότητας ( $r=0.284$ ), της αναζήτησης πνευματικής υποστήριξης ( $r=0.204$ ) και της κοινωνικής υποστήριξης ( $r=0.126$ ), ενώ αρνητική συσχέτιση υπάρχει στις διαστάσεις της κινητοποίησης της οικογένειας ( $r=-0.001$ ) και του επανασχεδιασμού ( $r=-0.342$ ). Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το συνολικό FCOPEs ( $r=0.046$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές στη διάσταση της καρδιακής προσοχής αναμένεται να σχετίζονται με υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του FCOPEs, αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαιρέση καταγράφεται για τις διαστάσεις της κινητοποίησης οικογένειας και του επανασχεδιασμού, όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Όσον αφορά το συνολικό CAQ, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις της παθητικότητας ( $r=0.344$ ), της κινητοποίησης της οικογένειας ( $r=0.087$ ), της αναζήτησης πνευματικής υποστήριξης ( $r=0.282$ ), της κοινωνικής υποστήριξης ( $r=0.18$ ) και του συνολικού σκορ του FCOPEs ( $r=0.135$ ), ενώ στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση υπάρχει με την

διάσταση του επανασχεδιασμού ( $r=-0.302$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας CAQ αναμένεται να σχετίζονται με υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του FCOPEs αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαίρεση καταγράφεται για τη διάσταση του επανασχεδιασμού όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απεικονίζονται στα γραφήματα 8 έως 20. [βλ.Παράρτημα]



### Πίνακας 3

*Συσχέτιση των διαστάσεων του CAQ με τις διαστάσεις του FCOPES και των συνολικών τους σκορ*

		r	P	N
Φόβος	Παθητικότητα	0.320	<0.001	150
	Κινητοποίηση οικογένειας	0.227	0.005	150
	Αναζήτηση	0.379	<0.001	150
	Επανασχεδιασμός	-0.233	0.004	150
	Κοινωνική υποστήριξη	0.271	0.001	150
	Συνολικό FCOPES	0.249	0.002	150
Αποφυγή	Παθητικότητα	0.287	<0.001	150
	Κινητοποίηση οικογένειας	0.026	0.748	150
	Αναζήτηση	0.167	0.042	150
	Επανασχεδιασμός	-0.197	0.016	150
	Κοινωνική υποστήριξη	0.087	0.291	150
	Συνολικό FCOPES	0.077	0.348	150
Καρδιακή προσοχή	Παθητικότητα	0.284	<0.001	150
	Κινητοποίηση οικογένειας	-0.001	0.986	150
	Αναζήτηση	0.204	0.012	150
	Επανασχεδιασμός	-0.342	<0.001	150
	Κοινωνική υποστήριξη	0.126	0.124	150
	Συνολικό FCOPES	0.046	0.578	150
Συνολικό CAQ	Παθητικότητα	0.344	<0.001	150
	Κινητοποίηση οικογένειας	0.087	0.288	150
	Αναζήτηση	0.282	<0.001	150
	Επανασχεδιασμός	-0.302	<0.001	150
	Κοινωνική υποστήριξη	0.18	0.027	150
	Συνολικό FCOPES	0.135	0.1	150

### ***Συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων ανά κατηγορία επαγγέλματος***

Ο πίνακας 7 περιλαμβάνει τις συσχετίσεις του LOT-R με τις διαστάσεις του CAQ και του συνολικού CAQ ανά κατηγορία επαγγέλματος. Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία «Ιατροί», παρατηρείται αρνητική συσχέτιση του LOT-R με την διάσταση του φόβου ( $r=-0.097$ ), της καρδιακής προσοχής ( $r=-0.277$ ) και του συνολικού CAQ ( $r=-0.135$ ), ενώ θετική συσχέτιση υπάρχει με την διάσταση της αποφυγής ( $r=0.047$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του CAQ αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαιρέση καταγράφεται για τη διάσταση της αποφυγής όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Όσο αφορά την κατηγορία «Νοσηλευτές», παρατηρείται αρνητική συσχέτιση του LOT-R με την διάσταση του φόβου ( $r=-0.253$ ), της αποφυγής ( $r=-0.214$ ), της καρδιακής προσοχής ( $r=-0.409$ ). Επιπλέον, αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και με το συνολικό CAQ ( $r=-0.341$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του CAQ αλλά και στο συνολικό του σκορ. Όσον αφορά την κατηγορία «Διασώστες – ΕΚΑΒ», παρατηρείται αρνητική συσχέτιση του LOT-R με την διάσταση του φόβου ( $r=-0.351$ ), της αποφυγής ( $r=-0.316$ ), της καρδιακής προσοχής ( $r=-0.382$ ). Τέλος, αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και με το συνολικό CAQ ( $r=-0.401$ ), άρα μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του CAQ αλλά και στο συνολικό του σκορ. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απεικονίζονται στα γραφήματα 21 έως 26. [βλ. Παράρτημα]

#### Πίνακας 4

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με τις διαστάσεις του CAQ και του συνολικού του σκορ ανά κατηγορία επαγγελματία*

Κατηγορίες			R	p	N
Ιατροί	LOTR	Φόβος	-.097	.609	30
		Αποφυγή	.047	.805	30
		Καρδιακή προσοχή	-.277	.138	30
		Συνολικό CAQ	-.135	.477	30
Νοσηλευτές	LOTR	Φόβος	-.253	.076	50
		Αποφυγή	-.214	.135	50
		Καρδιακή προσοχή	-.409	.003	50
		Συνολικό CAQ	-.341	.015	50
Διασώστες - EKAB	LOTR	Φόβος	-.351	.003	70
		Αποφυγή	-.316	.008	70
		Καρδιακή προσοχή	-.382	.001	70
		Συνολικό CAQ	-.401	.001	70

Ο πίνακας 8 αναλύει τις συσχετίσεις της κλίμακας LOT-R με τις διαστάσεις του FCOPEES και του συνολικού FCOPEES ανά κατηγορία επαγγελματία. Πιο συγκεκριμένα, στην κατηγορία «Ιατροί», παρατηρείται στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του LOT-R με την διάσταση της παθητικότητας ( $r=-0.359$ ) και της αναζήτησης ( $r=-0.111$ ). Επιπλέον, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση υπάρχει με τις διαστάσεις της κινητοποιήσεως της οικογένειας ( $r=0.140$ ), του επανασχεδιασμού ( $r=0.609$ ), της κοινωνικής υποστήριξης ( $r=0.24$ ) καθώς και με το συνολικό FCOPEES ( $r=0.172$ ). Συνεπώς, μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του FCOPEES αλλά και στο συνολικό του σκορ. Εξαίρεση καταγράφεται για τη διάσταση της παθητικότητας και της αναζήτησης, όπου η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Όσον αφορά την κατηγορία «Νοσηλευτές», παρατηρείται αρνητική συσχέτιση του

LOT-R με την διάσταση του φόβου ( $r=-0.253$ ), της αποφυγής ( $r=-0.214$ ), της καρδιακής προσοχής ( $r=-0.409$ ). Επιπλέον, αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και με το συνολικό CAQ ( $r=-0.341$ ), συνεπώς μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του CAQ αλλά και στο συνολικό του σκορ. Όσον αφορά την κατηγορία «Διασώστες – ΕΚΑΒ», παρατηρείται αρνητική συσχέτιση του LOT-R με την διάσταση του φόβου ( $r=-0.351$ ), της αποφυγής ( $r=-0.316$ ), της καρδιακής προσοχής ( $r=-0.382$ ). Τέλος, αρνητική συσχέτιση παρατηρείται και με το συνολικό CAQ ( $r=-0.401$ ), οπότε μεγαλύτερες τιμές αισιοδοξίας βάσει της κλίμακας LOT-R αναμένεται να σχετίζονται με χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις του CAQ, αλλά και στο συνολικό του σκορ. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απεικονίζονται στα γραφήματα 27 και 28. [βλ. Παράρτημα]

## Πίνακας 5

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με τη κλίμακα FCOPEs και του συνολικού*

<i>FCOPEs ανά κατηγορία επαγγελματία</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>	
Ιατροί	LOTR	Παθητικότητα	-.359	.052	30
		Κινητοποίηση οικογένειας	.140	.459	30
		Αναζήτηση	-.111	.558	30
		Επανασχεδιασμός	.609	<0.001	30
		Κοινωνική υποστήριξη	.024	.901	30
		Συνολικό FCOPEs	.172	.365	30
Νοσηλευτές	LOTR	Παθητικότητα	-.449	.001	50
		Κινητοποίηση οικογένειας	-.094	.515	50
		Αναζήτηση	-.177	.218	50
		Επανασχεδιασμός	.309	.029	50
		Κοινωνική υποστήριξη	-.106	.463	50
		Συνολικό FCOPEs	-.091	.531	50
Διασώστες – ΕΚΑΒ	LOTR	Παθητικότητα	-.331	.005	70
		Κινητοποίηση οικογένειας	-.093	.443	70

Αναζήτηση	-.192	.111	70
Επανασχεδιασμός	.278	.020	70
Κοινωνική υποστήριξη	-.148	.221	70
Συνολικό FCOPEs	-.105	.387	70

Ο πίνακας 9 περιλαμβάνει τις συσχετίσεις των διαστάσεων της κλίμακας CAQ με τις διαστάσεις του FCOPEs και των συνολικών FCOPEs και CAQ ανά κατηγορία επαγγελματία. Ειδικότερα, σε κάθε κατηγορία παρατηρούνται διαφορετικές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα για τους γιατρούς φαίνεται μόνο μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ενώ για τους νοσηλευτές και τους διασώστε ΕΚΑΒ τα ευρήματα διαφοροποιούνται ελάχιστα. Ο πίνακας παρουσιάζει αναλυτικά τις τιμές των ελέγχων και με όμοιο χρώμα παρουσιάζονται οι σχέσεις που είναι κοινές μέσα στις τρεις ομάδες. Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις απεικονίζονται στα γραφήματα που ακολουθούν (29-41). [βλ. Παράρτημα]

### Πίνακας 6

*Συσχέτιση των διαστάσεων του CAQ και του FCOPEs ανά κατηγορία επαγγελματία*

Κατηγορίες		Παθητικότητα	Κινητοποίηση οικογένειας	Αναζήτηση	Επανασχεδιασμός	Κοινωνική υποστήριξη	Συνολικό COPEs	
Κατηγορίες	R	.164	.119	.279	-.322	.324	.169	
	Φόβος	P	.388	.532	.135	.082	.081	.371
		N	30	30	30	30	30	30
	Αποφυγή	R	-.073	-.147	.000	-.042	-.210	-.157
		P	.702	.438	1.000	.825	.266	.407
		N	30	30	30	30	30	30
	Καρδιακή προσοχή	R	-.008	-.069	.291	-.423	.220	.004
		P	.967	.718	.118	<b>.020</b>	.242	.984
		N	30	30	30	30	30	30
	Συνολικό CAQ	R	.025	-.052	.232	-.324	.122	-.006
		P	.895	.784	.218	.080	.522	.973
		N	30	30	30	30	30	30
Νοσηλευτές	R	.301	.324	.343	-.232	.207	.216	
	Φόβος	P	<b>.033</b>	<b>.022</b>	<b>.015</b>	.105	.149	.132
		N	50	50	50	50	50	50
Αποφυγή	R	.228	.118	.158	-.228	.040	.048	

	P	.111	.413	.273	.112	.781	.739
	N	50	50	50	50	50	50
Καρδιακή προσοχή	R	.387	.098	.166	-.319	.136	.084
	P	.005	.497	.250	.024	.345	.561
	N	50	50	50	50	50	50
Συνολικό CAQ	R	.353	.195	.246	-.300	.144	.127
	P	.012	.174	.085	.034	.319	.379
	N	50	50	50	50	50	50
Φόβος	R	.394	.180	.427	-.171	.283	.292
	P	.001	.136	.000	.158	.018	.014
	N	70	70	70	70	70	70
Αποφυγή	R	.445	.029	.229	-.225	.201	.164
	P	.000	.814	.056	.061	.094	.175
	N	70	70	70	70	70	70
Διασώστες - ΕΚΑΒ	R	.284	-.090	.170	-.312	.054	.002
	P	.017	.459	.160	.009	.660	.989
	N	70	70	70	70	70	70
Συνολικό CAQ	R	.432	.035	.305	-.276	.199	.166
	P	.000	.776	.010	.021	.098	.171
	N	70	70	70	70	70	70

### *Συγκρίσεις των εκβάσεων ανάλογα με την κατηγορία επαγγέλματος*

Στον πίνακα 11 παρουσιάζεται η διαφοροποίηση του LOT-R όσον αφορά τις τρεις κατηγορίες επαγγελμάτων που υποδεικνύονται. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «Ιατροί» «Νοσηλευτές» και «Διασώστες-ΕΚΑΒ», διότι το p-value= 0.94 είναι υψηλότερο από το 0.05 και με στατιστική συνάρτηση  $F_{2,147}=0.062$ .

## Πίνακας 7

Σύγκριση του LOT-R στις κατηγορίες επαγγελματιών

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% Δ.Ε.		F <sub>2,147</sub>	p
				Κάτω όριο	Πάνω όριο		
Ιατροί	30	13.46	3.78	12.05	14.88		
Νοσηλευτές	50	13.38	3.44	12.40	14.35	.062	.94
Διασώστες - ΕΚΑΒ	70	13.58	2.68	12.94	14.22		
Σύνολο	150	13.49	3.17	12.98	14.00		



Ο πίνακας 12 προβάλλει τη διαφοροποίηση του CAQ αναφορικά με τις τρεις κατηγορίες επαγγελματιών που υποδεικνύονται. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγοριών «Ιατροί» «Νοσηλεύτες» και «Διασώστες-ΕΚΑΒ», καθώς το  $p\text{-value} = 0.94$  που είναι υψηλότερο του επιλεγμένου επιπέδου σημαντικότητας (0.05) με την στατιστική συνάρτηση  $F_{2,147}$  να ισούται με 0.062.

## Πίνακας 8

*Σύγκριση του συνολικού CAQ στις κατηγορίες επαγγελματιών*

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% Δ.Ε.		$F_{2,147}$	p
				Κάτω όριο	Πάνω όριο		
Ιατροί	30	1.08	.55	.88	1.29	2.07	.12
Νοσηλεύτες	50	1.34	.74	1.13	1.55		
Διασώστες - ΕΚΑΒ	70	1.38	.68	1.22	1.54		
Σύνολο	150	1.31	.68	1.20	1.42		

Ο πίνακας 13 περιλαμβάνει τη διαφοροποίηση των διαστάσεων του CAQ με τις κατηγορίες των επαγγελματιών. Συγκεκριμένα, διαπιστώνεται πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της διάστασης της καρδιακής προσοχής και των επαγγελματιών με την τιμή του  $F_{2,147}$  να ισούται με 3.08, καθώς η τιμή του  $p\text{-value} = .049 < 0.05$ , ενώ μεταξύ της διάστασης του φόβου και των επαγγελματιών δεν παρατηρείται μεταξύ τους στατιστικά σημαντική διαφορά, λόγω της τιμής της  $p\text{-value}$  που ισούται με το επίπεδο σημαντικότητας (0.05) και  $F_{2,147} = 2.98$ . Επίσης, δεν διαπιστώνεται η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των επαγγελματιών και της διάστασης της αποφυγής, διότι η  $p\text{-value} = 0.9 > 0.05$  με  $F_{2,147} = .103$ .

## Πίνακας 9

Σύγκριση των διαστάσεων του CAQ στις κατηγορίες επαγγελματιών

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% Δ.Ε.		$F_{2,147}$	$p$
					Κάτω όριο	Πάνω όριο		
Φόβος	Ιατροί	30	1.12	.84	.81	1.43	2.98	.05
	Νοσηλευτές	50	1,5	1.00	1.23	1.79		
	Διασώστες – ΕΚΑΒ	70	1.61	.88	1.39	1.82		
	Σύνολο	150	1.48	.93	1.33	1.63		
Αποφυγή	Ιατροί	30	1.45	.76	1.16	1.74	.103	.90
	Νοσηλευτές	50	1.52	.82	1.28	1.75		
	Διασώστες – ΕΚΑΒ	70	1.53	.87	1.32	1.74		
	Σύνολο	150	1.51	.83	1.38	1.65		
Καρδιακή προσοχή	Ιατροί	30	.96	.71	.69	1.23	3.08	.049
	Νοσηλευτές	50	1.38	.95	1.10	1.65		
	Διασώστες – ΕΚΑΒ	70	1.40	.82	1.21	1.60		
	Σύνολο	150	1.31	.86	1.17	1.45		

Στον πίνακα 14 διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες επαγγελματιών και του συνολικού FCOPEs, καθώς η τιμή της p-value ισούται με 0.72, τιμή υψηλότερου του επιπέδου σημαντικότητας, με  $F_{2,147} = .32$ .

### Πίνακας 10

*Σύγκριση του συνολικού FCOPEs στις κατηγορίες επαγγελματιών*

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% Δ.Ε.		$F_{2,147}$	p
				Κάτω όριο	Πάνω όριο		
Ιατροί	30	87.30	12.36	82.68	91.91		
Νοσηλευτές	50	90.06	15.72	85.59	94.52	.32	.72
Διασώστες – ΕΚΑΒ	70	89.17	15.15	85.55	92.78		
Σύνολο	150	89.09	14.77	86.70	91.47		

Ο πίνακας 15 παρουσιάζει τη διαφοροποίηση μεταξύ του συνολικού FCOPEs και των διαστάσεων του με τις κατηγορίες των επαγγελματιών. Συγκεκριμένα, δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των επαγγελματιών με το συνολικό FSCOPE ( $F_{2,147} = .326$ ), τη διάσταση της παθητικότητας ( $F_{2,147} = .321$ ), της κινητοποίησης οικογένειας ( $F_{2,147} = .702$ ), της αναζήτησης ( $F_{2,147} = .413$ ), του επανασχεδιασμού ( $F_{2,147} = .480$ ) και της κοινωνικής υποστήριξης ( $F_{2,147} = .395$ ), διότι οι τιμές των p-value είναι υψηλότερες του επιπέδου σημαντικότητας (0.05).

## Πίνακας 11

Σύγκριση των διαστάσεων του FCOPES στις κατηγορίες επαγγελματιών

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% Δ.Ε.		$F_{2,147}$	p
					Κάτω όριο	Πάνω όριο		
Παθητικότητα	Ιατροί	30	10.90	2.65	9.90	11.89	.321	.726
	Νοσηλευτές	50	11.42	3.25	10.49	12.34		
	Διασώστες –ΕΚΑΒ	70	11.07	3.04	10.34	11.79		
	Σύνολο	150	11.15	3.03	10.66	11.64		
Κινητοποίηση οικογένειας	Ιατροί	30	12.06	3.44	10.78	13.35	.355	.702
	Νοσηλευτές	50	12.64	3.21	11.72	13.55		
	Διασώστες - ΕΚΑΒ	70	12.61	3.19	11.85	13.37		
	Σύνολο	150	12.51	3.23	11.99	13.03		
Αναζήτηση	Ιατροί	30	9.36	4.34	7.74	10.98	.889	.413
	Νοσηλευτές	50	10.58	4.10	9.41	11.74		
	Διασώστες –ΕΚΑΒ	70	10.45	4.25	9.44	11.47		
	Σύνολο	150	10.28	4.22	9.59	10.96		
Επανασχεδιασμ ός	Ιατροί	30	29.60	4.85	27.78	31.41	.738	.480
	Νοσηλευτές	50	28.22	5.50	26.65	29.78		
	Διασώστες –ΕΚΑΒ	70	28.40	5.12	27.17	29.62		
	Σύνολο	150	28.58	5.19	27.74	29.41		
Κοινωνική υποστήριξη	Ιατροί	30	25.36	4.94	23.52	27.21	.935	.395
	Νοσηλευτές	50	27.20	6.00	25.49	28.90		
	Διασώστες –ΕΚΑΒ	70	26.62	6.03	25.18	28.06		
	Σύνολο	150	26.56	5.82	25.62	27.50		
FCOPES	Ιατροί	30	87.30	12.37	82.68	91.92	.326	.722
	Νοσηλευτές	50	90.06	15.73	85.59	94.53		
	Διασώστες –ΕΚΑΒ	70	89.17	15.15	85.56	92.78		
	Σύνολο	150	89.09	14.78	86.71	91.48		

## 4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η καρδιακή ανακοπή είναι μια σοβαρή κατάσταση έκτακτης ανάγκης που απειλεί τη ζωή. Ανάμεσα σε όλες τις απειλητικές για τη ζωή επείγουσες καταστάσεις, αυτή θεωρείται η πιο τρομακτική, καθώς η πιθανότητα επιβίωσης του θύματος σχετίζεται άμεσα με τη γρήγορη, ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα. Η καρδιακή ανακοπή είναι μια κατάσταση που απαιτεί άμεση και ταχεία δράση από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς ενέχει κίνδυνο για τον ασθενή, δεδομένου ότι η πιθανότητα επιβίωσης μετά το συμβάν κυμαίνεται από 2% έως 49%, ανάλογα με τον αρχικό καρδιακό ρυθμό και την πρώιμη έναρξη της ανάνηψης. Ωστόσο, η επιβίωση μπορεί να διπλασιαστεί ή να τριπλασιαστεί όταν η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) πραγματοποιείται με υψηλή ποιότητα.[81]

Οι υγειονομικοί παίζουν σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής καθώς είναι υπεύθυνοι για την παροχή πρώτων βοηθειών την κρίσιμη ώρα τη στιγμή της ανακοπής. Η κρίσιμη αυτή ώρα περιλαμβάνει την αναγνώριση των σημείων της καρδιακής ανακοπής και την έναρξη της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ). Η ΚΑΡΠΑ υψηλής ποιότητας μπορεί να διπλασιάσει ή να τριπλασιάσει τις πιθανότητες επιβίωσης. Η έγκαιρη χρήση αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή θα έχει πολύ καλά αποτελέσματα όταν πρόκειται για απινιδώσιμους ρυθμούς.

Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας παρέχουν προηγμένη υποστήριξη της ζωής, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης φαρμάκων, της προηγμένης διαχείρισης των αεραγωγών και άλλων σημαντικών παρεμβάσεων. Εκπαιδεύονται επίσης να εντοπίζουν και να θεραπεύουν τις υποκείμενες αιτίες της καρδιακής ανακοπής για την πρόληψη της υποτροπής. Τέλος, μετά την επιστροφή της αυτόματης κυκλοφορίας σημαντική είναι η αναζωογόνηση στο στάδιο αυτό. Οι υγειονομικοί οφείλουν να παρέχουν εξαιρετικές συνθήκες στους ασθενείς αυτούς μέχρι την πλήρη αποκατάστασή τους.

Οι υγειονομικοί πρέπει συνεχώς να εκπαιδεύονται και να ενημερώνουν τις δεξιότητές τους για να διασφαλίζουν ότι μπορούν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα σε ασθενείς με καρδιακή ανακοπή. Η ενημέρωση σχετικά με τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές, τεχνολογίες και ερευνητικά ευρήματα είναι απαραίτητη για την παροχή του υψηλότερου επιπέδου φροντίδας. Η συνεχής ιατρική εκπαίδευση, κατάρτιση και ανάπτυξη δεξιοτήτων είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανού και καλά προετοιμασμένου εργατικού δυναμικού. [82]

Όπως γίνεται αντιληπτό όλα τα παραπάνω προκαλούν ένταση και έντονο στρες στους υγειονομικούς. Η παρουσία τους, σε ένα τέτοιο συμβάν μπορεί να περιλαμβάνει συμπτώματα όπως αυξημένο καρδιακό ρυθμό, εφίδρωση και αίσθηση φόβου ή πανικού. Η επανειλημμένη έκθεση σε καταστάσεις υψηλού στρες, όπως η καρδιακή ανακοπή, μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα τραύματος. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν αναδρομές στο παρελθόν, εφιάλτες και ενοχλητικές σκέψεις για το γεγονός. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μπορεί να αναπτύξουν μια αίσθηση αποστασιοποίησης ή μια κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς και το περιβάλλον εργασίας τους ως μηχανισμό αντιμετώπισης, κάτι το οποίο θα έχει αρνητικά αποτελέσματα στους ασθενείς στο μέλλον.

Επίσης, το άγχος και οι απαιτήσεις της αντιμετώπισης των καρδιακών ανακοπών μπορεί να μεταδοθούν στην προσωπική ζωή, επηρεάζοντας τις σχέσεις και τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή. Ορισμένοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας μπορεί να στραφούν στο αλκοόλ ή άλλες ουσίες ως τρόπο αντιμετώπισης της ψυχολογικής επιβάρυνσης αυτής. [83]

Όπως προέκυψε και από την συγκεκριμένη έρευνα οι υγειονομικοί επηρεάζονται άμεσα από την συμμετοχή τους σε μία καρδιακή ανακοπή. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος για την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής, υπάρχει ο φόβος ύπαρξης κάποιου καρδιολογικού νοσήματος για τους ίδιους, το αίσθημα αποφυγής να παραβρεθούν σε τέτοια άσχημα γεγονότα όπως η ανακοπή και η ανάγκη αναζήτησης βοήθειας από την οικογένεια από τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και η ανάγκη για πνευματική στήριξη.

Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται συχνά σε επαφή με στρεσογόνα περιστατικά όπως η καρδιακή ανακοπή χρήζουν βοήθεια από την οικογένειά τους , την εργασία τους , κοινωνική υποστήριξη και τέλος από κάποιον ειδικό ο οποίος εξειδικεύεται στη διαχείριση τέτοιων συμβάντων .

Οι τακτικές συνεδρίες με συναδέλφους και η ανταλλαγή εμπειριών που αφορούν τέτοιου είδους περιστατικά μπορούν να βοηθήσουν τους υγειονομικούς. Επιπλέον , η επαρκής εκπαίδευση από κάποιον ειδικό στον χειρισμό καταστάσεων καρδιακής ανακοπής μπορεί να μειώσει το άγχος και να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση. Προγράμματα που επικεντρώνονται στην ενδυνάμωση ανθεκτικότητας μπορούν να βοηθήσουν τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας να διαχειριστούν το άγχος πιο αποτελεσματικά. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο ενθαρρύνοντας ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον και αναγνωρίζοντας τη σημασία της ψυχικής υγείας.

Η οικογένεια και η κοινωνία , καλό θα ήταν να αντιλαμβάνονται στο μέγιστο το έργο που καταβάλλουν οι υγειονομικοί την στιγμή που αντιμετωπίζουν ένα περιστατικό καρδιακής ανακοπής. Απαραίτητα εφόδια για να συμβεί κάτι τέτοιο είναι η επαρκής εκπαίδευση της κοινότητας για την σημασία της ανακοπής και το πώς η ίδια μπορεί να ενισχύσει το έργο των υγειονομικών. Να μην κρίνεται το έργο τους αλλά να μην αποθαρρύνονται όταν τα αποτελέσματα δεν είναι τα επιθυμητά.

Συνολικά, ενώ οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας σε περιστατικά καρδιακής ανακοπής αντιμετωπίζουν σημαντικές ψυχολογικές προκλήσεις, η ευαισθητοποίηση και τα προληπτικά μέτρα μπορούν να βοηθήσουν στον μετριασμό αυτών των επιπτώσεων και να υποστηρίξουν την ψυχική τους ευεξία.[84]

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η καρδιακή ανακοπή αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις στον τομέα της υγείας ως προς την αντιμετώπισή της. Οι διασώστες είναι οι πρώτοι ανταποκριτές καθώς φτάνουν στο τόπο του συμβάντος όταν μιλάμε για προνοσοκομειακή ανακοπή. Από την άλλη πλευρά, σε ενδονοσοκομειακό περιβάλλον οι νοσηλευτές καθώς αφιερώνουν πολύ χρόνο στους ασθενείς είναι αυτοί που θα αντιληφθούν έγκαιρα την καρδιακή ανακοπή. Ο ρόλος του γιατρού και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις είναι η σωστή αντιμετώπιση και διαχείριση του περιστατικού σε συνεργασία με τους υπόλοιπους υγειονομικούς.

Όπως προέκυψε από την παραπάνω ποσοτική μελέτη και οι τρεις κατηγορίες υγειονομικών (ιατροί, νοσηλευτές, διασώστες) αισθάνονται φόβο για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών όπως η καρδιακή ανακοπή. Υπάρχει έντονα το αίσθημα της αποφυγής συμμετοχής στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Επιπλέον, σημαντική ήταν και η σημασία της καρδιακής προσοχής που προέκυψε από τους υγειονομικούς προς τους εαυτούς τους μετά από την έκθεσή τους σε καρδιακή ανακοπή.

Οι υγειονομικοί όσο εκθέτουν τον εαυτό τους σε τέτοια περιστατικά τόσο επιβαρύνονται και δέχονται καταστάσεις που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους και τον τρόπο με τον οποίο ζούνε. Σημαντική ήταν η παθητική αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν, σε αυτή την κατηγορία υγειονομικών που διαχειρίζονται τέτοια περιστατικά. Από την άλλη πλευρά, καθοριστικό ρόλο στην διαχείριση των προβλημάτων αυτών των υγειονομικών παίζουν ρόλο η κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας, η κοινωνική υποστήριξη και η αναζήτηση πνευματικής υποστήριξης.

Σπουδαίο και ευχάριστο αποτέλεσμα της έρευνας αυτής, είναι η σημασία του επανασχεδιασμού που προκύπτει από την έρευνα αυτή. Τονίζεται η αναγκαιότητα του επανασχεδιασμού μετά από ένα τέτοιο συμβάν και πόσο μπορεί να συμβάλει στην ομαλή πορεία των υγειονομικών έπειτα από την αντιμετώπιση μιας καρδιακής ανακοπής. Ο επανασχεδιασμός θα μπορέσει να πραγματοποιηθεί με τη βοήθεια όλων των μελών της οικογένειας αλλά και του εργασιακού περιβάλλοντος.





Οι γιατροί αποτελούν μία από τις σημαντικότερες κατηγορίες υγειονομικών κατά την διάρκεια αντιμετώπισης της ανακοπής. Παρόλα αυτά, οι γιατροί έπειτα από τις απαντήσεις που έδωσαν φάνηκε ότι είναι οι πιο άρτια προετοιμασμένοι και εκπαιδευμένοι στην αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής, καθώς υπήρξε ελάχιστα η ιδέα του φόβου για την ύπαρξη κάποιου καρδιολογικού προβλήματος στην πορεία της ζωής τους μετά το συμβάν αλλά και η ανάγκη προσοχής προς τις ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλεί μία καρδιακή ανακοπή. Προέκυψε ότι η παθητική αντιμετώπιση των προβλημάτων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, είναι ένας τρόπος διαχείρισης του άγχους που προκύπτει κατά την διάρκεια της αναζωογόνησης. Ένας άλλος τρόπος επίλυσης των προβλημάτων των γιατρών, που συμβαίνει μετά την αναζωογόνηση μιας καρδιακής ανακοπής είναι η κινητοποίηση της οικογένειας αλλά και η ύπαρξη κοινών στόχων μέσα σε αυτήν με αποτέλεσμα τον επανασχεδιασμό ορισμένων πραγμάτων που δυσκολεύουν τους γιατρούς αυτούς. Τέλος, σημαντική είναι και η κοινωνική υποστήριξη που πηγάζει από την ύπαρξη τέτοιων περιστατικών και την αντιμετώπισή τους.

Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι ανταποκριτές στο χώρο του νοσοκομείου όταν συμβαίνει καρδιακή ανακοπή. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές έχουν έντονα το αίσθημα φόβου προς την ύπαρξη ενός συμβάντος καρδιακής ανακοπής και υπάρχει η αίσθηση δημιουργίας κάποιου καρδιολογικού προβλήματος έπειτα από την συμμετοχή τους σε ένα τέτοιο περιστατικό. Η αποφυγή από τις υποχρεώσεις των νοσηλευτών είναι μία σημαντική παράμετρος που προκύπτει από την έρευνα, καθώς αυτό συνεπάγεται με ενδεχόμενη άρνηση προσφοράς υπηρεσιών σε ένα περιστατικό ανακοπής. Τέλος, όπως και οι γιατροί, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τα προβλήματα που προκύπτουν από τον χώρο εργασίας τους κυρίως παθητικά και στη συνέχεια επιζητούν βοήθεια από την οικογένεια, την κοινωνία και μέσω αυτών θέτουν καινούριους στόχους, επανασχεδιάζοντας ένα καλύτερο και πιο ήσυχο περιβάλλον εργασίας.

Τέλος, οι διασώστες ως η αρχή της αλυσίδας σε προνοσοκομειακό επίπεδο είναι αυτοί που θα εντοπίσουν τα σημεία της καρδιακής ανακοπής και θα ξεκινήσουν άμεσα αναζωογόνηση. Συνεπώς, πρόκειται για μία κατάσταση λιγότερο προστατευμένη σε αντίθεση με το ενδονοσοκομειακό περιβάλλον που υπάρχει περισσότερη ασφάλεια και ηρεμία. Οι διασώστες, λόγω των καταστάσεων που προαναφέρθηκαν όντως επιβαρύνονται περισσότερο ψυχολογικά σε αντίθεση με τις άλλες δύο κατηγορίες υγειονομικών. Από τις απαντήσεις που έδωσαν, οι διασώστες αισθάνονται έντονα φόβο όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ένα περιστατικό καρδιακής ανακοπής. Επιπλέον, προέκυψε ότι και οι διασώστες όπως και οι νοσηλευτές θα επέλεγαν την αποφυγή των ευθυνών και των υποχρεώσεων για την αντιμετώπιση ενός τέτοιου περιστατικού. Τέλος, μεγάλος υπήρχε ο κίνδυνος για την εμφάνιση κάποιου καρδιολογικού προβλήματος για τους ίδιους έπειτα από την έκθεσή τους σε ένα τέτοιο συμβάν. Όπως και οι άλλες δύο κατηγορίες υγειονομικών έτσι και οι διασώστες επικεντρώνονται στην επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν έπειτα από την αντιμετώπιση μίας ανάνηψης, κυρίως παθητικά. Σημαντική είναι η βοήθεια που επιζητούν από την οικογένειά τους, τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και την ανάγκη τους για πνευματική υποστήριξη. Σημαντικό στην κατηγορία των διασωστών είναι ότι ενώ υπάρχει έντονο το αίσθημα του φόβου και του κινδύνου, ο επανασχεδιασμός υπάρχει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα για την βελτιστοποίηση ορισμένων πραγμάτων που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά τους.

Συμπερασματικά, οι τρεις κατηγορίες υγειονομικών διαφέρουν μόνο στο πώς η καρδιακή ανακοπή επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους και την καθημερινότητά τους, ενώ οι τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν μετά την αναζωογόνηση μίας καρδιακής ανακοπής είναι κοινοί σε όλες τις κατηγορίες.

Κλείνοντας, όπως γίνεται αντιληπτό οι υγειονομικοί είναι μία κατηγορία εργαζομένων η οποία είναι εξαιρετικά εκτεθειμένη στο επαγγελματικό στρες, την πίεση, την αγωνία και την θλίψη. Θα ήταν χρήσιμος ο ρόλος των κλινικών ψυχολόγων στα εκάστοτε τμήματα, ώστε να υπάρχει χρόνος προς τους υγειονομικούς να μοιραστούν τις εμπειρίες τους σχετικά με τις καρδιακές ανακοπές με κάποιον ειδικό ώστε να μετριάσουν τυχόν φόβους, ανασφάλειες αλλά και άσχημες σκέψεις. Επιπλέον, σημαντική θα ήταν η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε όλους τους υγειονομικούς πάνω σε καινούρια δεδομένα της αναζωογόνησης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα ζωής των υγειονομικών μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από τη σοβαρότητα των περιστατικών καρδιακής ανακοπής που αντιμετωπίζουν. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να οδηγήσουν σε σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση, επηρεάζοντας τόσο την επαγγελματική όσο και την προσωπική τους ζωή.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ποσοτικής μελέτης ήταν η κατανόηση των αναγκών των υγειονομικών έπειτα από την αναζωογόνηση μίας καρδιακής ανακοπής και πώς επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Δευτερεύον στόχος, ήταν η κατηγοριοποίηση των υγειονομικών σύμφωνα με το επάγγελμά τους, ώστε να γίνει ξεκάθαρο ποια ομάδα υγειονομικών χρήζει περισσότερης προσοχής στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Υλικό της μελέτης αυτής αποτέλεσαν υγειονομικοί (ιατροί, νοσηλευτές, διασώστες) οι οποίοι εργάζονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, διασώστες και ιατροί του ΕΚΑΒ (Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας) Ιωαννίνων αντίστοιχα. Το δείγμα στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν τα 150 άτομα. Από τα 150 άτομα, 50 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους νοσηλευτές των επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, 30 από τους ιατρούς των επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και τα υπόλοιπα 70 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από διασώστες και ιατρούς του ΕΚΑΒ. Τα ερωτηματολόγια αφού μοιράστηκαν, στην συνέχεια κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με την κατηγορία επαγγέλματος του κάθε υγειονομικού. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS 28.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05 σε όλες τις περιπτώσεις.

**Αποτελέσματα :** Σύμφωνα με τις συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων και τις συσχετίσεις των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι συνολικά υπήρξε αρνητική συσχέτιση με τον φόβο προς την καρδιακή ανακοπή ( $r=-0.247$ ). Επίσης, υπήρξε αρνητική συσχέτιση με την αποφυγή ( $r=-0.196$ ). Η καρδιακή προσοχή έχει επίσης αρνητική συσχέτιση ( $r=-0.357$ ). Συμπληρωματικά, υπήρξε αρνητική συσχέτιση της παθητικότητας ( $r=0.377$ ). Σημαντική ήταν η κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας με επίσης αρνητική συσχέτιση ( $r=-0.035$ ). Η αναζήτηση για πνευματική και κοινωνική υποστήριξη επίσης είχαν σημαντικά αρνητικές συσχετίσεις

με ( $r=-0.164$ ) και ( $r=-0.096$ ) αντίστοιχα. Η μόνη θετική συσχέτιση μεταξύ των εκβάσεων ήταν ο επανασχεδιασμός με ( $r=0.357$ ). Αναλυτικότερα, για τις κατηγορίες των επαγγελματιών προέκυψε στους ιατρούς αρνητική συσχέτιση με το φόβο ( $r=-0.097$ ) έναντι των νοσηλευτών με αρνητική συσχέτιση ( $r=0.257$ ) ενώ των διασωστών με ( $r=-0.351$ ). Η καρδιακή προσοχή είχε και στις τρεις κατηγορίες αρνητική συσχέτιση με ( $r=-0.277$ ) στους ιατρούς, ( $r=-0.409$ ) στους νοσηλευτές και ( $r=-0.382$ ) στους διασώστες. Για την αποφυγή, οι ιατροί έχουν θετική συσχέτιση ( $r=0.047$ ) ενώ οι άλλες δύο κατηγορίες αρνητική συσχέτιση με ( $r=-0.214$ ) στους νοσηλευτές και ( $r=-0.316$ ) στους διασώστες. Τέλος και οι τρεις κατηγορίες επαγγελματιών είχαν αρνητική συσχέτιση με την παθητικότητα ( $r=-0.359$  ιατροί,  $r=-0.449$  νοσηλευτές,  $r=-0.331$  διασώστες). Η κινητοποίηση για την οικογένεια είχε στους ιατρούς θετική συσχέτιση ( $r=0.140$ ) ενώ οι νοσηλευτές και οι διασώστες αρνητική συσχέτιση με ( $r=-0.094$ ) και ( $r=-0.093$ ) αντίστοιχα. Η κοινωνική υποστήριξη είχε θετική συσχέτιση στους ιατρούς ( $r=0.24$ ) ενώ στις δύο άλλες κατηγορίες αρνητική ( $r=-0.106$  νοσηλευτές,  $r=-0.148$  διασώστες). Ο επανασχεδιασμός, είχε θετική συσχέτιση στους ιατρούς και τους νοσηλευτές ( $r=0.609$  ιατροί,  $r=0.309$  νοσηλευτές) ενώ στους διασώστες υπήρξε αρνητική συσχέτιση ( $r=0.278$ ).

**Συμπεράσματα :** Οι υγειονομικοί κάθε κατηγορίας επαγγέλματος αισθάνεται φόβο προς την αντιμετώπιση της καρδιακής ανακοπής. Επίσης έντονο είναι το αίσθημα της αποφυγής αλλά και της καρδιακής προσοχής. Οι υγειονομικοί φαίνεται να λύνουν τις ανάγκες που προκύπτουν έπειτα από την αναζωογόνηση μίας καρδιακής ανακοπής παθητικά, ζητώντας βοήθεια από τις οικογένειές τους, αναζητούν κοινωνική υποστήριξη αλλά και πνευματική και τέλος προβλέπουν σε καλύτερες συνθήκες εργασίας μέσω του επανασχεδιασμού. Οι ιατροί φαίνεται να είναι οι λιγότερο επηρεασμένοι ψυχικά έπειτα από την αντιμετώπιση μίας καρδιακής ανακοπής, ακολουθούν οι νοσηλευτές και τέλος έρχονται οι διασώστες που αντιμετωπίζουν την καρδιακή ανακοπή λίγο πιο δύσκολα σε σχέση με τις άλλες δυο κατηγορίες υγειονομικών.

**Λέξεις κλειδιά :** καρδιακή ανακοπή, υγειονομικοί, ποιότητα ζωής, ψυχολογική επίδραση, ασθενείς.

## ABSTRACT

**Introduction:** The quality of life of healthcare workers can be significantly affected by the severity of the cardiac arrest events they face. These factors can lead to a physical and psychological burden, affecting both their professional and personal lives.

**Purpose:** The purpose of this quantitative study was to understand the needs of healthcare workers after resuscitation of a cardiac arrest and how their quality of life is affected. A secondary objective was the categorization of health workers according to their profession, so that it becomes clear which group of health workers needs more attention in dealing with such incidents.

**Material and Method:** The material of this study consisted of health workers (doctors, nurses and rescuers) who work in the Emergency Department of the University General Hospital of Ioannina, rescuers and doctors of the EKAB (National Emergency Center) of Ioannina, respectively. The sample in this particular study was 150 people. Of the 150 people, 50 questionnaires were completed by the emergency nurses of the University General Hospital of Ioannina, 30 by the emergency physicians of the University General Hospital of Ioannina and the remaining 70 questionnaires were completed by rescuers and doctors of the EKAB. After the questionnaires were distributed, they were then categorized according to the profession category of each health worker. Analysis was performed with SPSS 28.0 software and the significance level was set at 0.05 in all cases.

**Results:** According to the correlations between the results and the correlations of the questionnaires, it appears that overall there was a negative correlation with the fear of cardiac arrest ( $r=-0.247$ ). Also, there was a negative correlation with avoidance ( $r=-0.196$ ). Cardiac attention also has a negative correlation ( $r=-0.357$ ). Additionally, there was a negative correlation of passivity ( $r=0.377$ ). The mobilization of the family to accept help was significant, with also a negative correlation ( $r=-0.035$ ). Seeking spiritual and social support also had significant negative correlations with ( $r=-0.164$ ) and ( $r=-0.096$ ) respectively. The only positive correlation between outcomes was redesign with ( $r=0.357$ ). In more detail, for the categories of professions, there was a negative correlation with fear for doctors ( $r=-0.097$ ) compared to nurses with a negative correlation ( $r=0.257$ ) and rescuers with ( $r=-0.351$ ). Cardiac care had a

negative correlation in all three categories with ( $r=-0.277$ ) among doctors, ( $r=-0.409$ ) among nurses and ( $r=-0.382$ ) among rescuers. For avoidance, doctors have a positive correlation ( $r=0.047$ ) while the other two categories have a negative correlation with ( $r=-0.214$ ) for nurses and ( $r=-0.316$ ) for paramedics. Finally, all three categories of professions had a negative correlation with passivity ( $r=-0.359$  doctors,  $r=-0.449$  nurses,  $r=-0.331$  rescuers). Mobilization for the family had a positive correlation for doctors ( $r=0.140$ ) while nurses and paramedics had a negative correlation with ( $r=-0.094$ ) and ( $r=-0.093$ ) respectively. Social support had a positive correlation in doctors ( $r=0.24$ ) while in the other two categories it was negative ( $r=-0.106$  nurses,  $r=-0.148$  paramedics). Redesign had a positive correlation among doctors and nurses ( $r=0.609$  doctors,  $r=0.309$  nurses) while there was a negative correlation among paramedics ( $r=0.278$ ).

**Conclusions:** Health professionals of all professions feel afraid of dealing with cardiac arrest. Also intense is the feeling of avoidance but also of heart attention. Healthcare workers seem to solve the needs arising after resuscitation of a cardiac arrest passively, asking for help from their families, looking for social and spiritual support and finally anticipating better working conditions through redesign. Doctors seem to be the least affected mentally after dealing with a cardiac arrest, followed by nurses and finally come the rescuers who deal with cardiac arrest a little more difficult than the other two categories of healthcare workers.

**Key words:** cardiac arrest, healthcare professionals, quality of life, psychological effect, patients.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] World Health Organization. Quality of life (QoL) [Internet]. 2022 [cited 2024 May 12].
- [2] Michon G, et al. The association between loneliness and health-related quality of life among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2022;51(1):107-118.
- [3] Holt-Lunstad J, Baker TS, Victor C, Maddox KB, Smith MC. The effects of social isolation and loneliness on mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol*. 2020;129(1):37-53.
- [4] Depietro M, Kang ME, Bartel SL, Hunt AL, Fink CJ. The influence of natural environments on mental health and well-being. *J Environ Psychol*. 2020;70:101443.
- [5] Longino CE, Ware ME, Ware Jr JE, DeMarco LM. Measuring quality of life: A critical review of methods and challenges. *Value Health*. 2017;20(2):226-237.
- [6] Χατζηθεοδώρου Μ, Παπαευστρατίου Ε. Τραύμα και ψυχική υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική; 2022.
- [7] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Trauma-informed care [Internet]. 2020 [cited 2024 May 12].
- [8] Leine T, Arnetz B. Burnout and its risk factors in the nursing profession: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scand J Caring Sci*. 2023;37(1):42-52.
- [9] Stress and burnout among healthcare workers: A literature review.
- [10] Τσικίτη Α, Σαββίδης Γ. Συναισθηματική εξάντληση και ψυχοκοινωνική ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδες εντατικής θεραπείας. *Εφημερίδα της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας*. 2017;119(4):447-52.
- [11] Bäcklund F, Larsson M. Psychological impact of cardiac arrest on healthcare providers: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2020;29(7-8):1096-1110.
- [12] Dyrstad M, Strand BH. Mental health and well-being of healthcare workers: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2023;32(1):36-48.



- [13] Sijts GJ, Cox T. Stress and burnout among healthcare workers: A literature review. *J Occup Health*. 2021;63(1):e10146.
- [14] Lima CB, Araújo JM, Vasconcellos JL. Psychological support for healthcare workers after traumatic events: A review of the literature. *J Clin Nurs*. 2021;30(5):632-642.
- [15] Shanafelt TD, Nosewicz X. Organizational factors associated with healthcare worker well-being: A review of the literature. *Annu Rev Public Health*. 2017;38(1):381-403.
- [16] Σωτηρίου Κ, Μαρίνος Α. Ψυχολογικές αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας σε περιστατικά θανάτου ασθενών. *Ελληνικό Περιοδικό Κοινωνικής Ψυχολογίας*. 2020;25(2):553-572.
- [17] Shaner KW, Doig CG. Psychological impact of cardiac arrest on healthcare professionals: A scoping review. *Int Emerg Nurs*. 2021;59:101073.

- [18] Liu X, Zhang Y, Li H, Ma Y. Psychological impact of cardiac arrest on healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2023;144:104012.
- [19] Medeiros AN, Lima CB, Leite JC, Vasconcelos JM. Psychological impact of cardiac arrest on healthcare professionals: A qualitative systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2022;21(12):1804-1814.
- [20] Pana C, Arnetz I, Reppucci MA, Nicholson J. Psychological impact of cardiac arrest on healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation.* 2016; 104:108-116.
- [21] Karlsson M, Eriksson S, Elmgren M. The impact of cardiac arrest on healthcare providers: A qualitative study. *J Clin Nurs.* 2018;27(17-18):2934-2942.
- [22] Pieper S, Haufe T, Busch P, Laney J, Meissner K. A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention for healthcare providers following cardiac arrest. *Resuscitation.* 2020;144:14-20.
- [23] Μιχαλακόπουλος Δ, Κοσμά Γ. Η επίδραση του εργασιακού στρες στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. *Εφημερίδα Ψυχικής Υγείας.* 2019;16(1):41-52.
- [24] Sijtsma K, Ranft A, Gidlow C, Kanai A. The relationship between psychological well-being and quality of life in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs.* 2023;32(1-2):142-158.
- [25] Καπράλος Γ, Κοσμά Γ. Η ψυχολογική επίδραση της εργασιακής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Εφημερίδα Ψυχικής Υγείας.* 2018;15(1):43-56.
- [26] Κοντογιάννης Γ. Η ψυχολογική επίδραση της καρδιακής ανακοπής σε νοσηλευτές: Μία συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας. *Εφημερίς του Νοσοκομείου Παίδων Αθηνών.* 2023;64(1):5-12.
- [27] Dhillon R, Shumaker R. The psychological impact of cardiac arrest on healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation.* 2023;190:149-159.

[28] Liu F, Zhang Y. The psychological impact of cardiac arrest on physicians: A narrative review. *J Clin Nurs*. 2022;31(5):725-736. [29] Sexton J, Husain M. The psychological impact of cardiac arrest on paramedics: A qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2021;50:102412.

[30] American Heart Association. Cardiac Arrest vs. Heart Attack. 2022

[31] Kevin Patel , John E. Hipskind. Cardiac Arrest, 2023

[32]Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2023;147:e93–e621.

[33] Shen WK, Sheldon R, Benditt D, et al. ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. 2017;166:e60-e122.

[34] Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία. Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου για Αιφνίδια Καρδιακή Ανακοπή.

[35] Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., et al. Heart disease and stroke statistics—2016. *Circulation*. 2016; 133(4): e38-e360.

[36] Grasner, J. T., Herlitz, J., Tjelmeland, I., et al. Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *European Resuscitation Council Guidelines*. 2021; 161: 61-79.

[37] Tsao, C., Aday, A., Almarzooq, Z., et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association.

[38] Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., et al. Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2012; 125(1): e2-e220.

[39] Zipes, D. P., & Albert, C. M. Cardiac Arrest. In: Guyton MR, Hall JE, eds. *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. 14th ed. Elsevier; 2023:1615-1628.

- [40] Pan, L., & Wung, Y. L. Cardiopulmonary Resuscitation: Current Perspectives and Future Directions. *Front Med.* 2022;9:910380.
- [41] Τσάνιος, Ι., & Χατζηαθανασίου, Α. Καρδιοπνευμονική Αναστολή: Προγνωστικοί Παράγοντες και Θεραπευτικές Επιλογές. *Καρδιολογία.* 2022;61(3):265-272.
- [42] Thomas D., Mickey S., Linda J. et al. Emergency medical services and mortality from heart disease: A community study, 2003;41(4):494-9.
- [43] Perkins G, Handley A, Koster R, et.al . European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: 2015 Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. 2015; 95:81-99
- [44] Colin O'Keeffe, Jon Nicholl, Janette Turner, Steve Goodacre . Role of ambulance response times in the survival of patients with out-of-hospital cardiac arrest. 2011;28(8):703-6
- [45] Κωνσταντινίδης Π, Μπαλάφας Δ. Καρδιοπνευμονική Αναστολή: Επιδημιολογία, Παθοφυσιολογία, Κλινική Εικόνα και Θεραπεία. *Ιατρική.* 2023;92(2):117-126.
- [46] Meaney P, Bobrow B, Mancini M, et.al . Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital, 2013 ;128:417–435
- [47] Guetterman T , Kellenberg J , Krein S, et.al. Nursing roles for in-hospital cardiac arrest response: higher versus lower performing hospitals, 2019 :916-924
- [48] James Tibballs . Systems to prevent in-hospital cardiac arrest. 2011; 322-328
- [49] Rosenman ED, Shandro JR, Ilgen JS ,et al. Leadership Training in Health Care Action Teams: A Systematic Review. 2014; 1295-306
- [50] Soar J, Maconochie I, Wyckoff M , et. al. 2019 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. 2019; 140(24):e826-e880

- [51] Meaney P, Bobrow B, Mancini M, et al. Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital, 2013; 128:417–43
- [52] Guetterman T, Kellenberg J, Krein S, et al. Nursing roles for in-hospital cardiac arrest response: higher versus lower performing hospitals, 2019 :916-924
- [53] James Tibballs. Systems to prevent in-hospital cardiac arrest. 2011; 322-328
- [54] Rosenman ED, Shandro JR, Ilgen JS, et al. Leadership Training in Health Care Action Teams: A Systematic Review. 2014; 1295-306
- [55] Soar J, Maconochie I, Wyckoff M, et al. 2019 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. 2019; 140(24):e826-e880
- [56] Kevin Patel, John E. Hipskind, Shanna W. Akers. Cardiac Arrest (Nursing), 2023
- [57] Kleinman, M. E., et al. Adult Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. 2015;132:S414–S435
- [58] Scott Compton, Heather Grace, Alexander Madgy, Robert A Swor, Post-traumatic stress disorder symptomology associated with witnessing unsuccessful out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. 2009;e229-e235
- [59] Mealer M., Conrad, D., Evans J. et al. Burnout and posttraumatic stress in critical care nurses: a qualitative study. Intensive care medicine. 2014; 40(2),178-187.
- [60] West CP, Tan AD, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. JAMA. 2009;302
- [61] Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and career satisfaction among American surgeons. Ann Surg. 2009;250(3):463-71.

- [62] Neugebauer E, Berg RA. Post-cardiac arrest patient safety: A narrative review. *Crit Care Med.* 2021;49(10):2460-2468.
- [63] Zeng X, Hu D, Dong H, Yang L, Wang X. The impact of post-cardiac arrest care on patient safety: A meta-analysis of observational studies. *Int J Nurs Stud.* 2020;107:103512.
- [64] Davidson M, Halperin SL. Patient safety following cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care.* 2019;25(6):535-541.
- [65] Σαλαβράκης Γ, Τριαντύπης Ε. Οικονομικό Κόστος της Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης και της Μακροπρόθεσμης Φροντίδας Ασθενών μετά από Καρδιακή Ανακοπή. *Ελληνικό Ιατρικό Βήμα.* 2021;92(2):117-126.
- [66] Cheng A., Nadkarni V. M., Mancini M. B, et. al. Resuscitation Education Science: Educational Strategies to Improve Outcomes From Cardiac Arrest: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation,* 2018;138,e82-e122
- [67] Neumar R. W., Shuster M., Callaway C. W., et.al. Executive Summary: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2015;132
- [68] Soar, J., Maconochie, IN., Wyckoff, M. , et.al. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. 2019; e826-e880
- [69] Hatzakis K. , Kritsotakis E., Karadimitri E. , et al. Community cardiopulmonary resuscitation training in Greece, 2008;165-171
- [70] Papalexopoulou K., Chalkias A., Papadopoulos G, et. al . Educational training programs for healthcare professionals in Greece in the era of austerity: making ends meet. *Health Services Management Research.* 2019
- [71] West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 2016; 2272-2281



- [72] Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195-205.
- [73] Παναγούλια Μ, Παναγούλια Γ. Η ψυχολογική επίδραση της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης στους επαγγελματίες υγείας. *Ελληνικό Ιατρικό Βήμα*. 2020;91(1):78-83.
- [74] Koenig LM, Cappelleri RM. Resuscitation education and training for healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Resuscitation* . 2024;192:14-24.
- [75] Aiken CH, Clark M, Sloane DM, Lake ER, Huntington S. Effects of burnout and work environment on quality of patient care. *Nurs Res*. 2023;72(1):42-51.
- [76] Laschinger HK, Leiter M, Gilbride S, Schaufeli WB. Workplace bullying and nurse burnout: A meta-analysis. *J Nurs Adm*. 2022;62(2):114-122.
- [77] West M, Jasper M, Hopkins R. The impact of teamwork on patient safety and quality of care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2021;77(12):3079-3092.
- [78] Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M. Distinguishing optimism from neuroticism and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem: A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 1994;1063-1078
- [79] Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J. ,et.al . The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behaviour research and therapy* 2000; 38(10), 1039-1053.
- [80] Gouva, M., Dragioti, E., Konstanti, Z, et.al . Translation and Validation of a Greek version of the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES). *Interscientific Health Care*. 2016; 8(2), 64-72.
- [81] Horsted T, Rasmussen LS, Meyhoff CS, Nielsen SL. Long-term prognosis after out-of hospital cardiac arrest. *J. Resuscitation*. (2007);72



[82] Tristan Coomer, Advancing Cardiac Arrest Resuscitation: A Nationwide Approach for Paramedics. 2024

[83] Dandan L. , Yanqiong L., Tao Y. et al. Emergency medical service personnel' post-traumatic stress disorder and psychological detachment: The mediating role of presentism , 2023; 11: 1030456

[84] Spencer S.Nolan J.Osborn M.Georgiou A. The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. 2019;175-181

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

**PTSD:** Μετατραυματικό στρες

**ΚΑΡΠΑ :** Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση

**VF:** Κοιλιακή Μαρμαρυγή

**VT:** Κοιλιακή Ταχυκαρδία

**AED:** Αυτόματος Εξωτερικός Απινιδιστής

**IHCA:** Ενδονοσοκομειακή Καρδιακή Ανακοπή

**RRT:** Ομάδα ταχεία απόκρισης

**ΜΕΘ:** Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

**ALS:** Προηγμένη Υποστήριξη Ζωής

**ACLS:** Προηγμένη Καρδιαγγειακή Υποστήριξη Ζωής

**ΕΚΑΒ:** Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

**Βλ :** βλέπε

## ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τις αποκρίσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με ερωτήσεις που αφορούν το τεστ προσανατολισμού για την ζωή LOT-R. Αρχικά, υψηλά ποσοστά σημειώθηκαν στις ερωτήσεις «Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.», «Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά», «Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω», «Δεν θυμώνω πολύ εύκολα» και συγκριμένα στην απάντηση «Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ», τα οποία κυμαίνονται μεταξύ του 38.0% έως και του 41.3%. Συνεχίζοντας, υψηλά ποσοστά συγκέντρωσε και η απάντηση «Συμφωνώ» στις ερωτήσεις «Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω», «Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου», «Είναι σημαντικό για εμένα να ασχολούμαι συνέχεια με κάτι», «Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα» και «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά», τα οποία κυμαίνονται ανάμεσα στο 30.7% και το 46.7% του συνολικού δείγματος. Επιπλέον, ποσοστά μικρότερα του 1.0% εντοπίζονται στην απάντηση «Διαφωνώ απόλυτα» των ερωτήσεων «Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου» και «Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους», με την τελευταία όμως να συγκεντρώνει ποσοστό ύψους του 42.7% στην επιλογή «Συμφωνώ απόλυτα».

### Πίνακας 12

*Κατανομή αποκρίσεων των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις που αφορούν το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT-R*

	Διαφωνώ απόλυτα		Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ				Συμφωνώ απόλυτα			
	Διαφωνώ		ούτε συμφωνώ		Συμφωνώ					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	8	5.3	16	10.7	57	38.0	55	36.7	14	9.3
Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	2	1.3	24	16.0	53	35.3	58	38.7	13	8.7

Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	13	8.7	38	25.3	58	38.7	30	20.0	11	7.3
Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	1	0.7	21	14.0	49	32.7	60	40.0	19	12.7
Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους.	1	0.7	7	4.7	34	22.7	44	29.3	64	42.7
Είναι σημαντικό για εμένα να ασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	2	1.3	9	6.0	40	26.7	64	42.7	35	23.3
Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	13	8.7	34	22.7	62	41.3	31	20.7	10	6.7
Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	6	4.0	29	19.3	58	38.7	47	31.3	10	6.7
Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	7	4.7	35	23.3	45	30.0	46	30.7	17	11.3
Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά .	4	2.7	16	10.7	39	26.0	70	46.7	21	14.0

Ο πίνακας 2 προβάλλει τις αποκρίσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις που αφορούν το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία CAQ. Πιο συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ του 28.7% και του 42.7%, εντοπίζονται στην απάντηση «Μερικές φορές» των ερωτήσεων «Αποφεύγω τη φυσική άσκηση», «Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα», «Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία», «Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου» και «Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν ιδρώνω». Στην ερώτηση «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο», το υψηλότερο ποσοστό ύψους 33.3% παρουσιάζεται στις επιλογές «Σπάνια» και «Μερικές φορές», ενώ στις ερωτήσεις «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο», «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου φοβάμαι πάρα πολύ» και «Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό» τα υψηλότερα ποσοστά συγκέντρωσε η απάντηση «Σπάνια», τα οποία

εντοπίζονται μεταξύ του 34.0% και 36.0%. Τελικώς, στην απάντηση «Πάντα» παρατηρούνται ποσοστά μικρότερα του 1.0% στις ερωτήσεις «Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα», «Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα» και «Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία».

### Πίνακας 13

Κατανομή αποκρίσεων των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις που αφορούν το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία CAQ

	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Αποφεύγω τη φυσική άσκηση.	15	10.0	38	25.3	64	42.7	29	19.3	4
Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα.	47	31.3	36	24.0	44	29.3	22	14.7	1	0.7
Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα.	64	42.7	31	20.7	38	25.3	16	10.7	1	0.7
Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία.	32	21.3	45	30.0	55	36.7	17	11.3	1	0.7
Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου.	18	12.0	50	33.3	61	40.7	19	12.7	2	1.3
Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν ιδρώνω.	40	26.7	42	28.0	45	30.0	21	14.0	2	1.3
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο.	33	22.0	52	34.7	43	28.7	19	12.7	3	2.0
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο.	24	16.0	50	33.3	50	33.3	24	16.0	2	1.3
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου φοβάμαι πάρα πολύ.	35	23.3	54	36.0	34	22.7	24	16.0	3	2.0
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας, ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό.	31	20.7	43	28.7	39	26.0	23	15.3	14	9.3

Ο πίνακας 3 παρουσιάζει τις αποκρίσεις των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις που αφορούν την κρίση στην οικογένεια FCOPEs. Αρχικά, οι απαντήσεις «Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ» και «Συμφωνώ λίγο» συγκέντρωσαν τα περισσότερα υψηλά ποσοστά, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ του 28.7% - 41.3% και του 27.3% - 38.7% αντίστοιχα και αφορούν ερωτήσεις που σχετίζονται με την αναζήτηση βοήθειας και στήριξης από συγγενείς, φίλους, κοινωνικές υπηρεσίες και τον οικογενειακό ιατρό, την θετική στάση που κρατούν έναντι των προβλημάτων και την αίσθηση «δύναμης» που διαθέτουν για την επίλυσή τους και δραστηριότητες όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης και η γυμναστική με φιλικά πρόσωπα. Αντιθέτως, στις ερωτήσεις «Πηγαίνουμε στην εκκλησία», «Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες» και «Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας» το υψηλότερο ποσοστό εντοπίζεται στην απάντηση «Διαφωνώ πολύ» με ποσοστά 29.3%, 33.3% και 40.7% αντίστοιχα, ενώ στην ερώτηση «Έχουμε πίστη στο Θεό» οι περισσότεροι συμμετέχοντες επέλεξαν την απάντηση «Συμφωνώ λίγο» με το ποσοστό τους να αγγίζει το 24.0%. Τέλος, στις ερωτήσεις που αφορούν την βοήθεια των γειτόνων, επικρατέστερες είναι οι απαντήσεις «Διαφωνώ λίγο» και «Διαφωνώ απόλυτα» με τα ποσοστά να βρίσκονται μεταξύ του 27.3% και 42.7%, ενώ στις ίδιες απαντήσεις παρατηρούνται ποσοστά που είναι μικρότερα του 1.0%, οι οποίες αφορούν τις ερωτήσεις «Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα», «Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής» και «Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας».

## Πίνακας 14

Κατανομή αποκρίσεων των συμμετεχόντων σε ερωτήσεις που αφορούν την κρίση στην οικογένεια FCOPEs

	Διαφωνώ πολύ		Διαφωνώ λίγο		Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ λίγο		Συμφωνώ πολύ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Μοιραζόμαστε τις δυσκολίες μας με τους στενούς συγγενείς μας.	5	3.3	26	17.3	42	28.0	51	34.0	26
Αναζητούμε συμπαράσταση και υποστήριξη από φίλους.	4	2.7	16	10.7	44	29.3	53	35.3	33	22.0
Ξέρουμε ότι έχουμε τη δύναμη να λύσουμε τα σοβαρά προβλήματα.	1	0.7	20	13.3	44	29.3	56	37.3	29	19.3
Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από άτομα άλλων οικογενειών που έχουν αντιμετωπίσει τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα.	7	4.7	36	24.0	51	34.0	50	33.3	6	4.0
Αναζητούμε συμβουλές από συγγενείς (παππούδες κλπ.) .	14	9.3	45	30.0	48	32.0	35	23.3	8	5.3
Αναζητούμε βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθούν οικογένειες	19	12.7	34	22.7	52	34.7	34	22.7	11	7.3
Ξέρουμε ότι μέσα στην οικογένειά μας έχουμε τη δύναμη να επιλύσουμε τα προβλήματά μας.	2	1.3	17	11.3	44	29.3	56	37.3	31	20.7
Λαμβάνουμε δώρα και διευκολύνσεις από γείτονες (π.χ, φαγητό, αλληλογραφία).	30	20.0	41	27.3	39	26.0	27	18.0	13	8.7
Αναζητούμε πληροφορίες και συμβουλές από τον γιατρό της οικογένειάς μας.	12	8.0	34	22.7	32	21.3	41	27.3	31	20.7
Ζητούμε χάρες και βοήθειες από γείτονες.	40	26.7	44	29.3	32	21.3	31	20.7	3	2.0



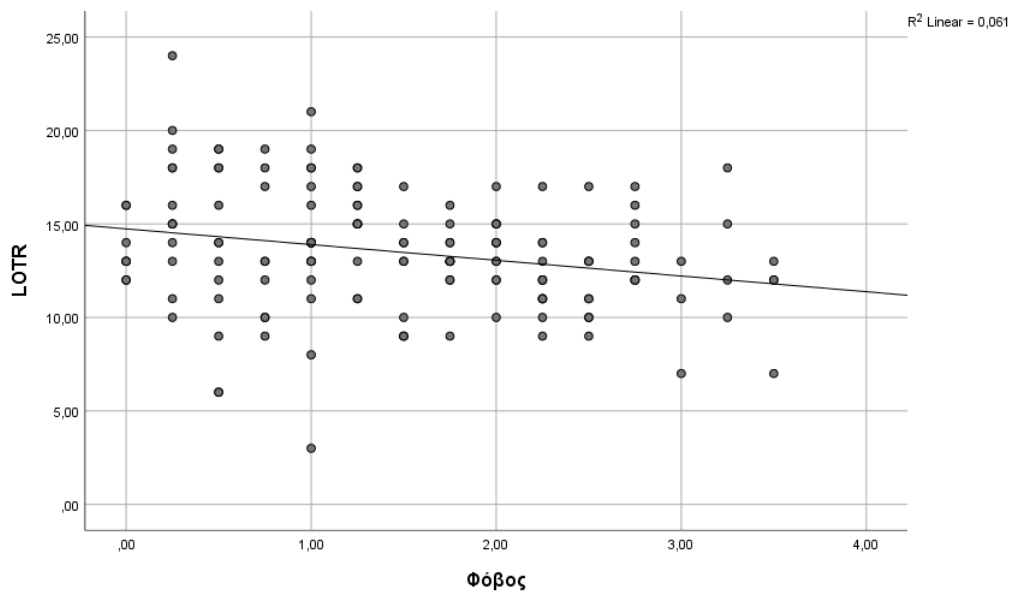
Αντιμετωπίζουμε τα προβλήματα " ευθέως" και προσπαθούμε να βρούμε άμεσα λύση.	2	1.3	14	9.3	37	24.7	50	33.3	47	31.3
Βλέπουμε τηλεόραση.	12	8.0	41	27.3	43	28.7	26	17.3	28	18.7
Δείχνουμε ότι είμαστε δυνατοί.	4	2.7	15	10.0	61	40.7	48	32.0	22	14.7
Πηγαίνουμε στην εκκλησία.	44	29.3	26	17.3	38	25.3	24	16.0	18	12.0
Αποδεχόμαστε ότι οι επώδυνες καταστάσεις αποτελούν μέρος της ζωής.	1	0.7	15	10.0	49	32.7	51	34.0	34	22.7
Μοιραζόμαστε τις ανησυχίες μας με τους στενούς φίλους μας.	5	3.3	18	12.0	30	20.0	58	38.7	39	26.0
Θεωρούμε ότι η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στην επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων.	9	6.0	29	19.3	60	40.0	29	19.3	23	15.3
Γυμναζόμαστε με φίλους έτσι ώστε να κρατιόμαστε σε φόρμα και να μειώνουμε την ένταση.	13	8.7	30	20.0	46	30.7	43	28.7	18	12.0
Αποδεχόμαστε ότι οι δυσκολίες μπορεί να εμφανιστούν να απροσδόκητα.	2	1.3	21	14.0	46	30.7	53	35.3	28	18.7
Κάνουμε πράγματα με συγγενείς (συνευρέσεις, δείπνο, κλπ).	7	4.7	33	22.0	52	34.7	45	30.0	13	8.7
Αναζητούμε επιστημονική συμβουλή και βοήθεια για τις οικογενειακές μας δυσκολίες.	12	8.0	27	18.0	48	32.0	39	26.0	24	16.0
Πιστεύουμε ότι μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας τα προβλήματά μας.	1	0.7	28	18.7	52	34.7	49	32.7	20	13.3
Συμμετέχουμε σε εκκλησιαστικές δραστηριότητες.	50	33.3	25	16.7	46	30.7	21	14.0	8	5.3
Αντιλαμβανόμαστε το οικογενειακό πρόβλημα με έναν πιο θετικό τρόπο έτσι ώστε να μην αποθαρρυνόμαστε υπερβολικά.	2	1.3	22	14.7	62	41.3	44	29.3	20	13.3
Ρωτούμε συγγενείς για το πώς αισθάνονται για τα προβλήματα που εμείς αντιμετωπίζουμε.	22	14.7	52	34.7	49	32.7	24	16.0	3	2.0
Αισθανόμαστε πως οτιδήποτε κι αν κάνουμε για να προετοιμαστούμε, θα έχουμε δυσκολίες στο να αντιμετωπίσουμε τα προβλήματα.	10	6.7	31	20.7	55	36.7	44	29.3	10	6.7

Αναζητούμε συμβουλές από τον πνευματικό μας.	61	40.7	26	17.3	38	25.3	17	11.3	8	5.3
Πιστεύουμε πως εάν περιμένουμε αρκετά το πρόβλημα θα περάσει.	3	2.0	23	15.3	55	36.7	40	26.7	29	19.3
Μοιραζόμαστε τα προβλήματά μας με τους γείτονες.	64	42.7	32	21.3	31	20.7	22	14.7	1	0.7
Έχουμε πίστη στο Θεό.	35	23.3	27	18.0	22	14.7	36	24.0	30	20.0

# ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

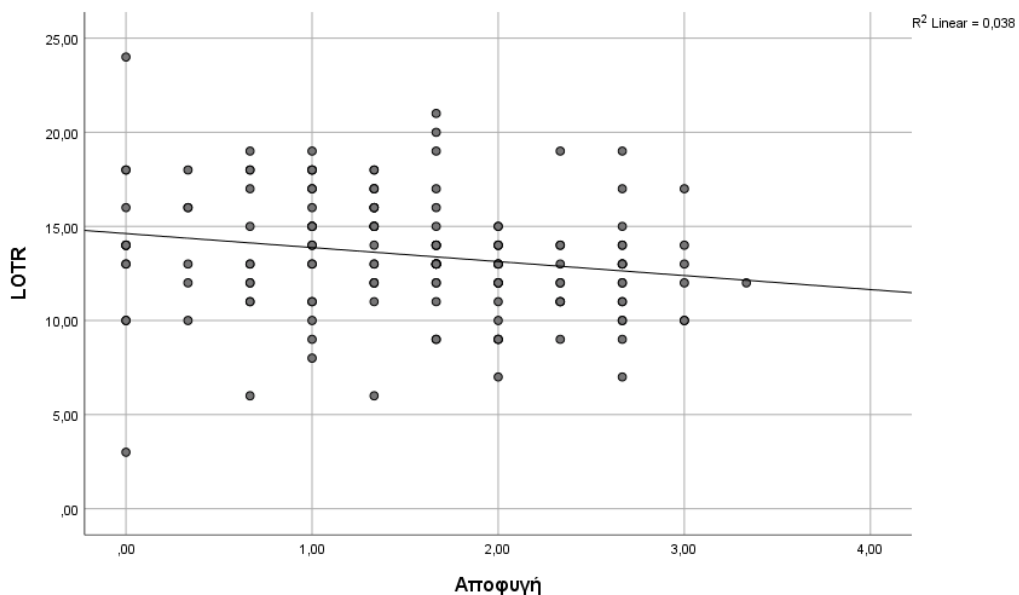
**Γράφημα 1**

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με την διάσταση του φόβου*



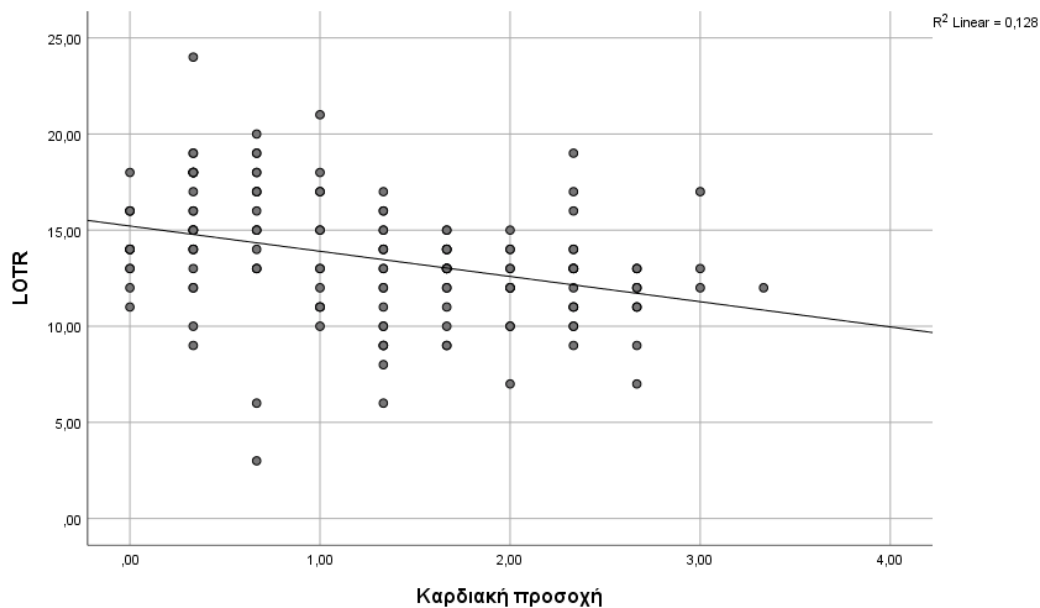
**Γράφημα 2**

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με την διάσταση της αποφυγής*



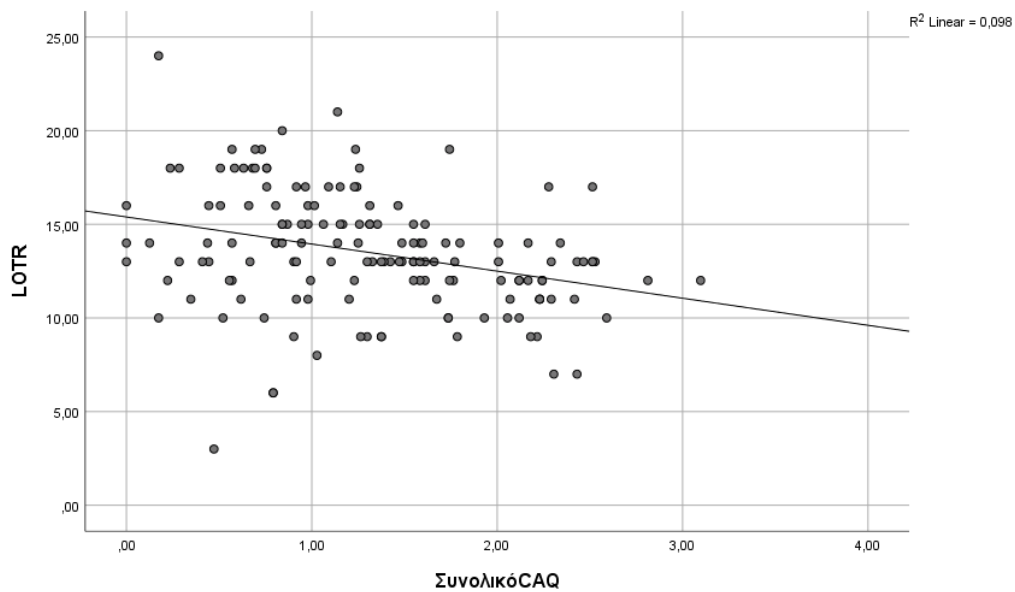
### Γράφημα 3

Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με την διάσταση της καρδιακής προσοχής



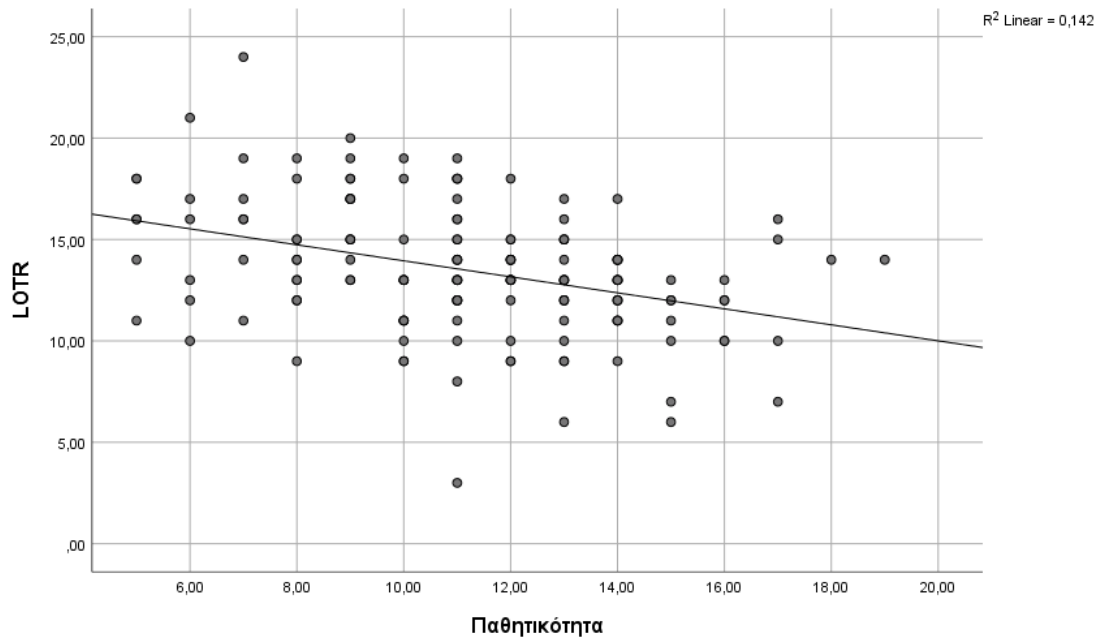
### Γράφημα 3

Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με το συνολικό CAQ



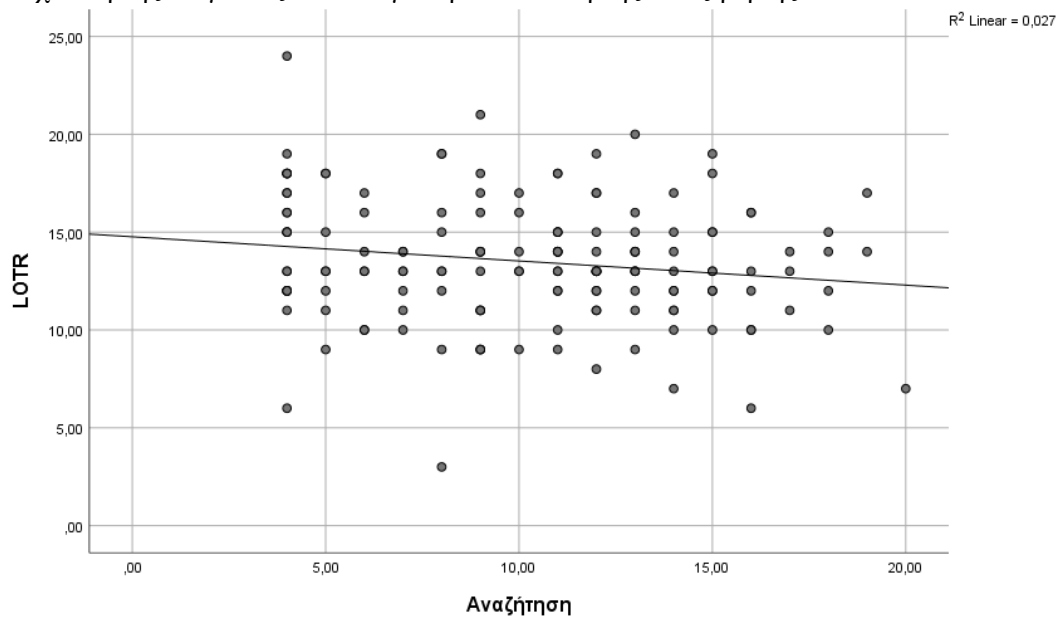
### Γράφημα 4

Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με την διάσταση της παθητικότητας



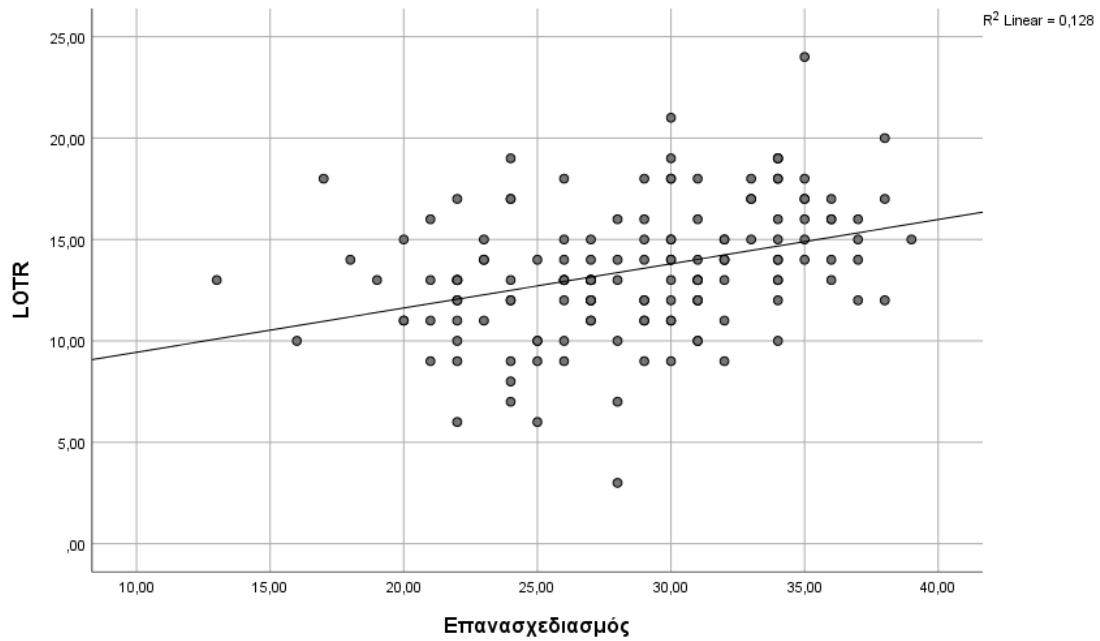
### Γράφημα 5

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με την διάσταση της αναζήτησης*



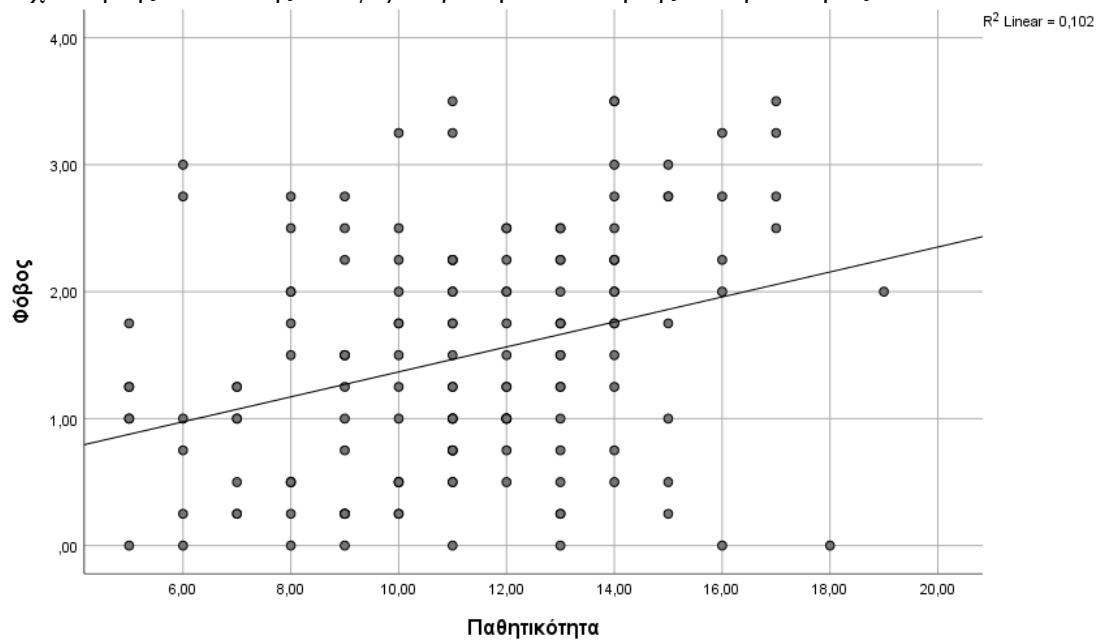
### Γράφημα 6

*Συσχέτιση της κλίμακας LOT-R με την διάσταση του επανασχεδιασμού*



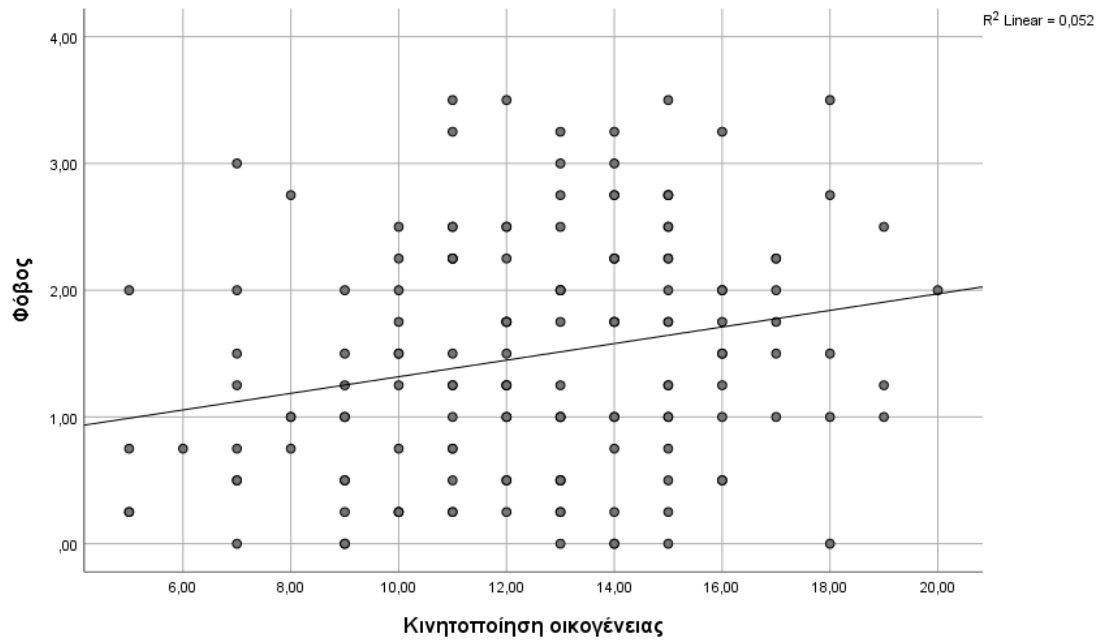
**Γράφημα 7**

*Συσχέτιση της διάστασης του φόβου με τη διάσταση της παθητικότητας*



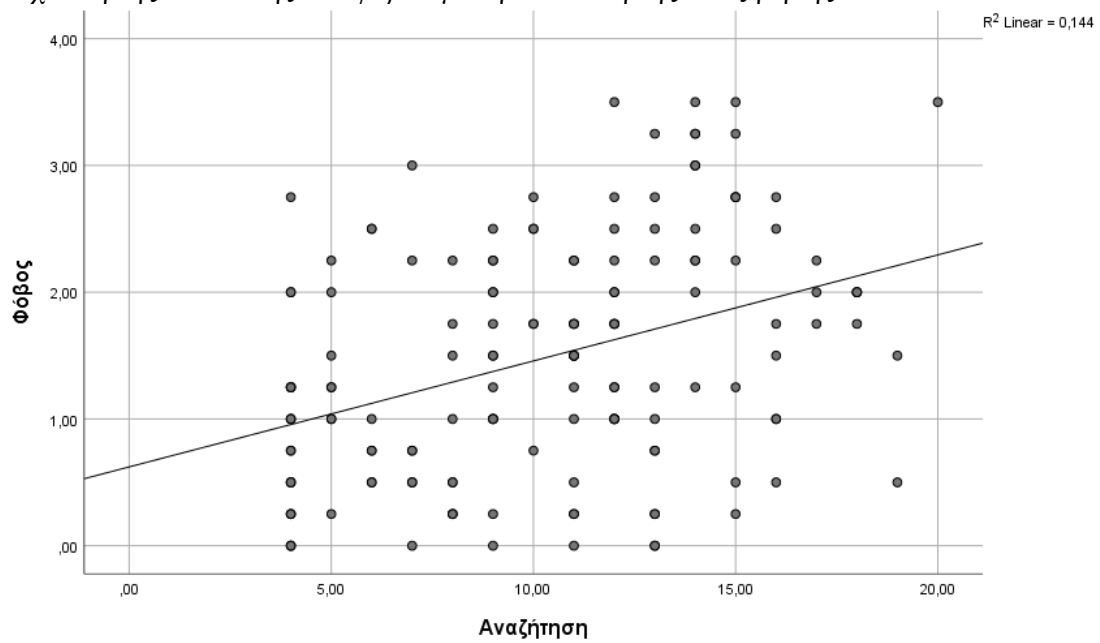
**Γράφημα 8**

*Συσχέτιση της διάστασης του φόβου με τη διάσταση της κινητοποίησης οικογένειας*



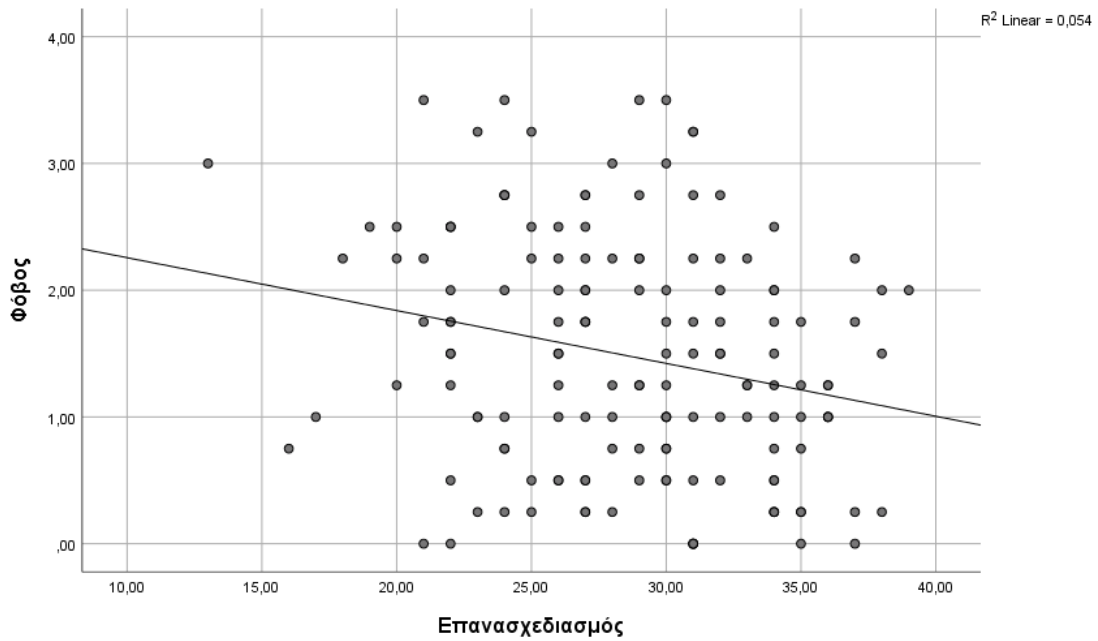
### Γράφημα 9

*Συσχέτιση της διάστασης του φόβου με τη διάσταση της αναζήτησης*



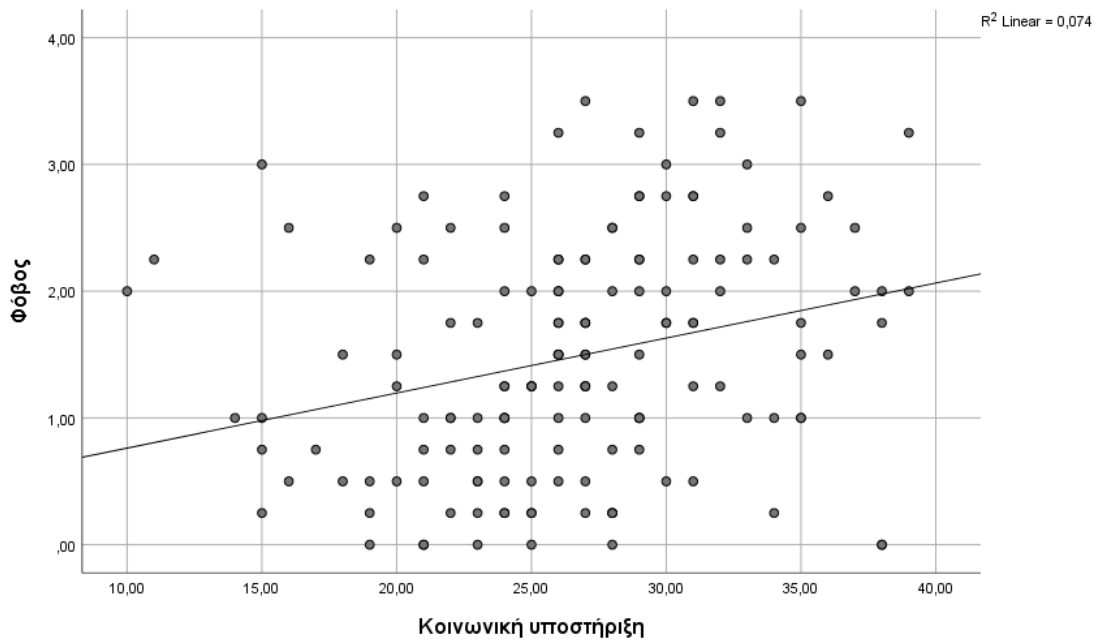
### Γράφημα 10

*Συσχέτιση της διάστασης του φόβου με τη διάσταση του επανασχεδιασμού*



### Γράφημα 11

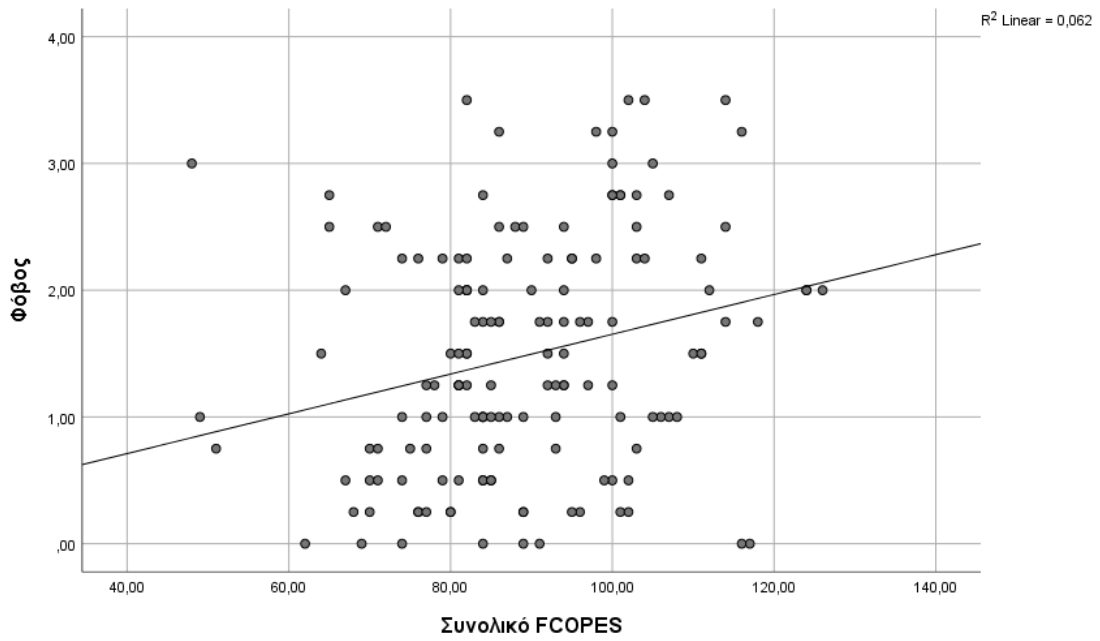
*Συσχέτιση της διάστασης του φόβου με τη διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης*



### Γράφημα 12

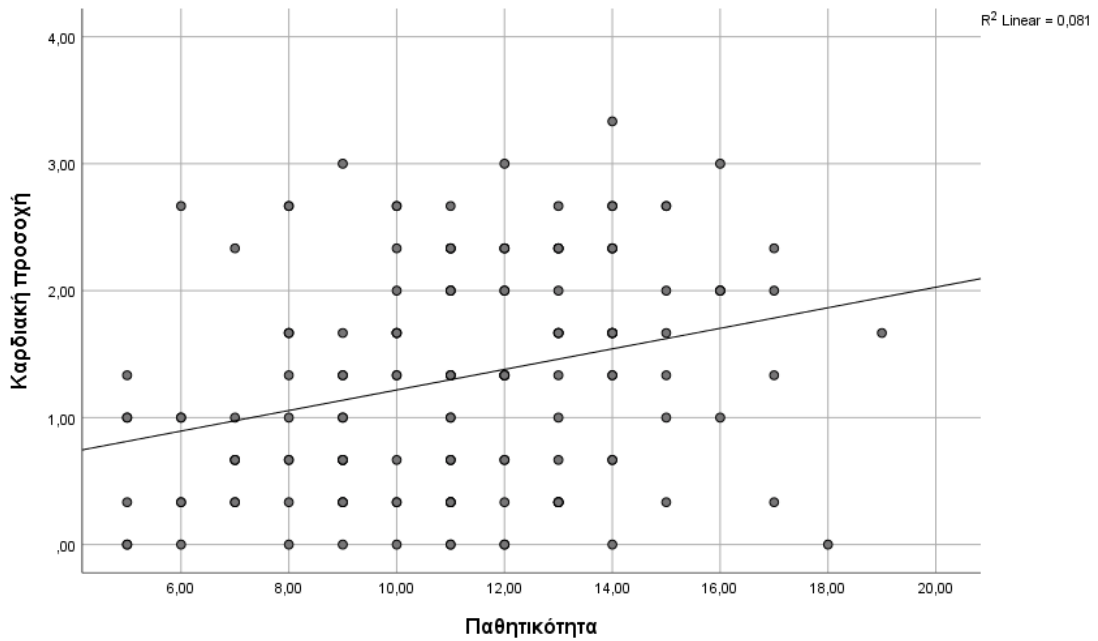
*Συσχέτιση της διάστασης του φόβου με το συνολικό FCOPES*





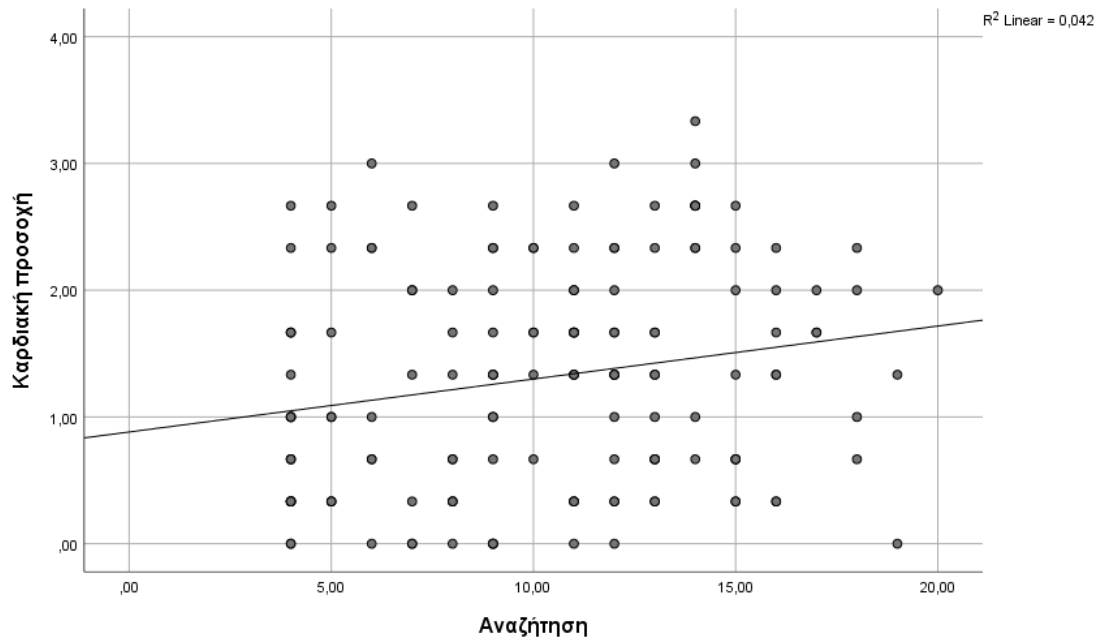
**Γράφημα 13**

*Συσχέτιση της διάστασης της καρδιακής προσοχής με τη διάσταση της παθητικότητας*



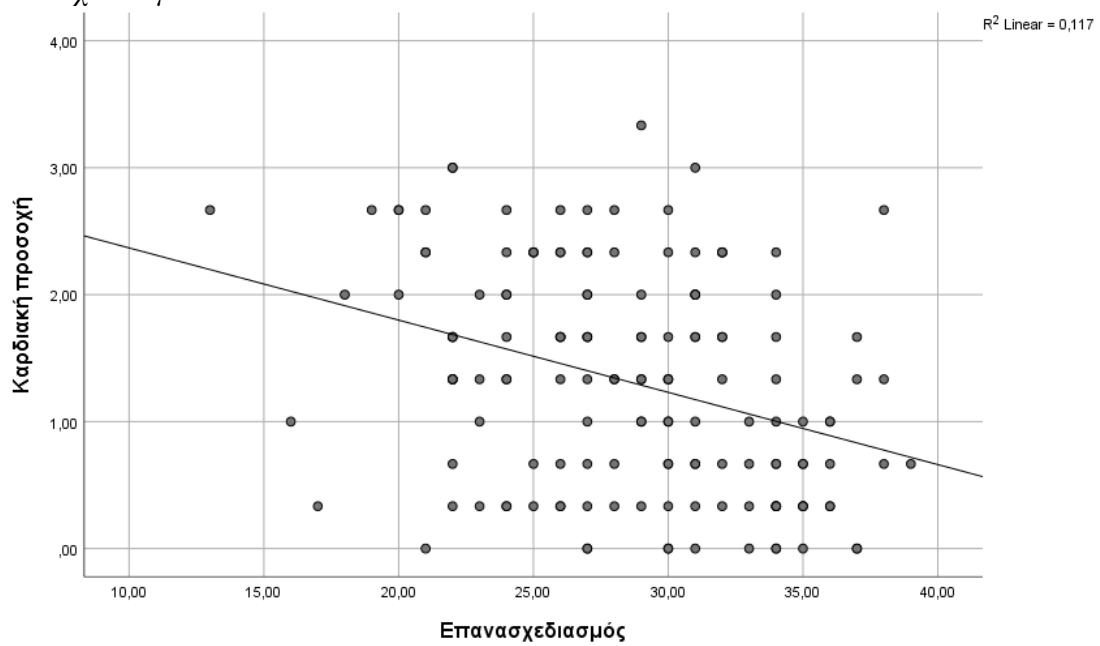
**Γράφημα 14**

*Συσχέτιση της διάστασης της καρδιακής προσοχής με τη διάσταση της αναζήτησης*



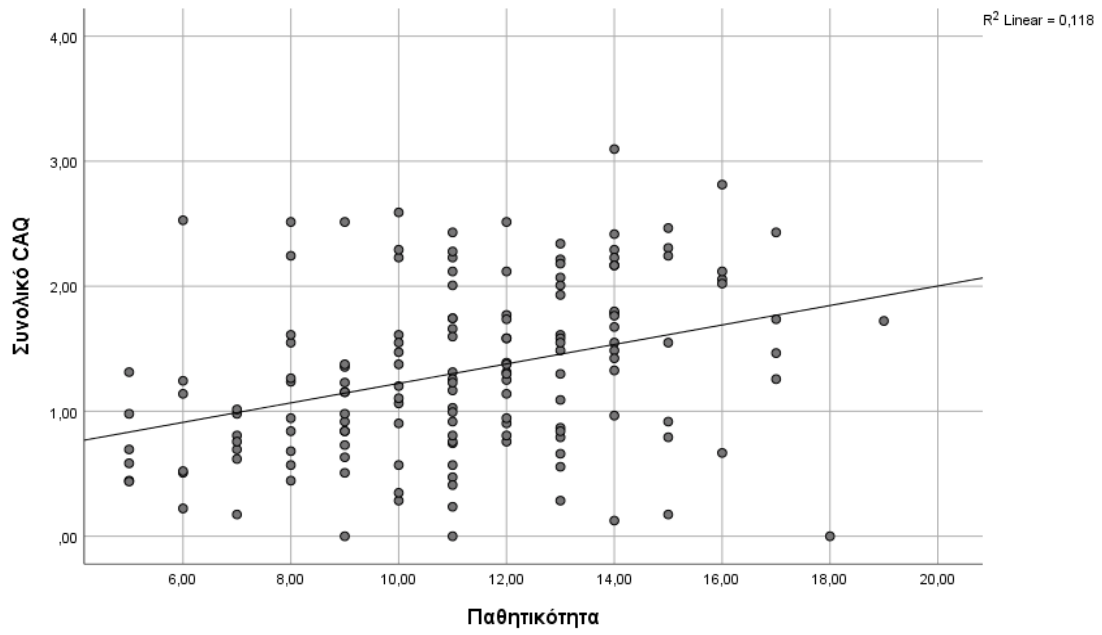
### Γράφημα 15

*Συσχέτιση της διάστασης της καρδιακής προσοχής με τη διάσταση του επανασχεδιασμού*



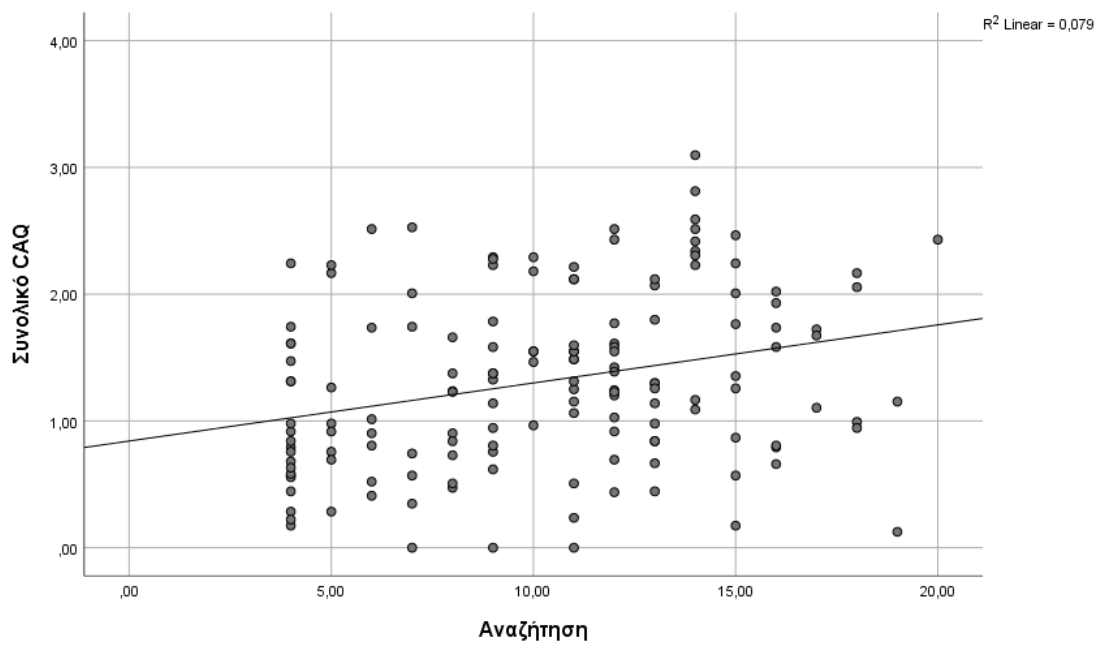
### Γράφημα 16

*Συσχέτιση του συνολικού CAQ με τη διάσταση της παθητικότητας*



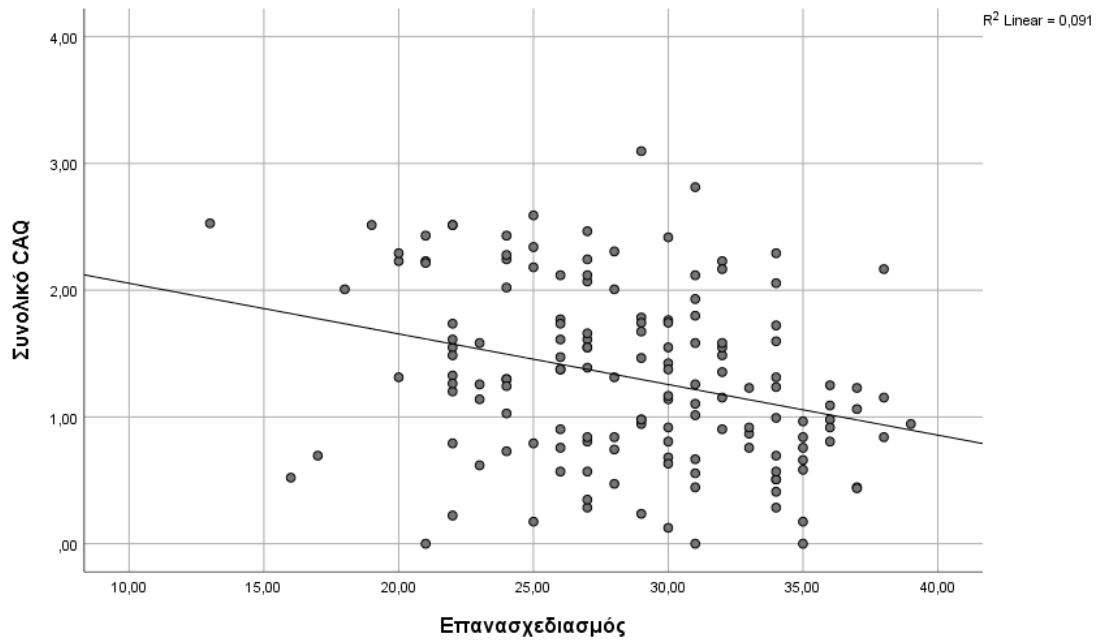
### Γράφημα 17

*Συσχέτιση του συνολικού CAQ με τη διάσταση της αναζήτησης*



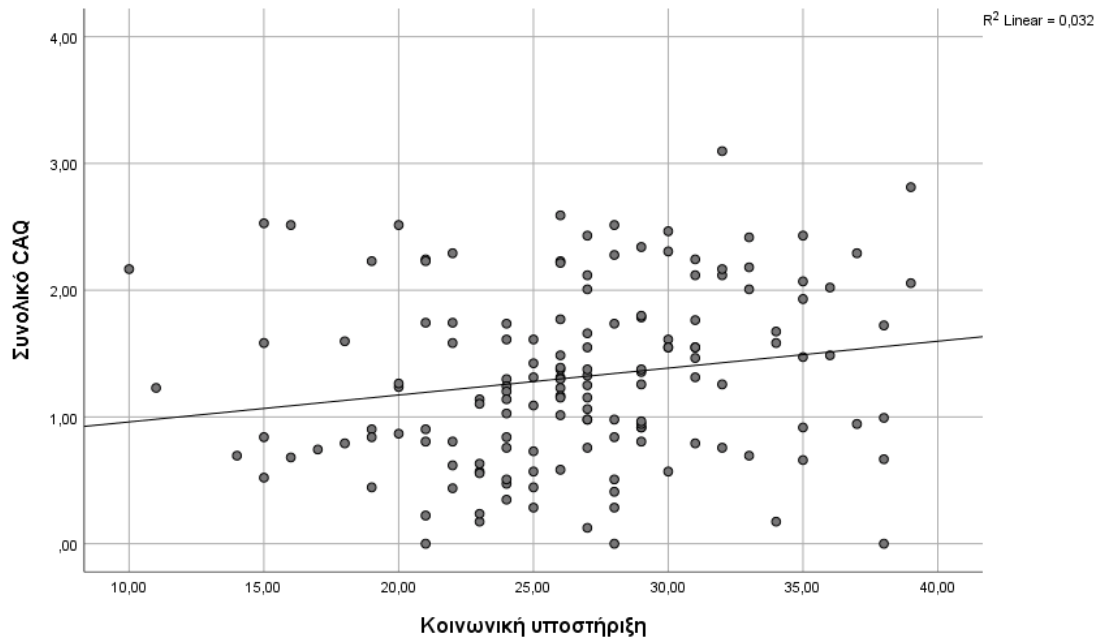
### Γράφημα 18

*Συσχέτιση του συνολικού CAQ με τη διάσταση του επανασχεδιασμού*



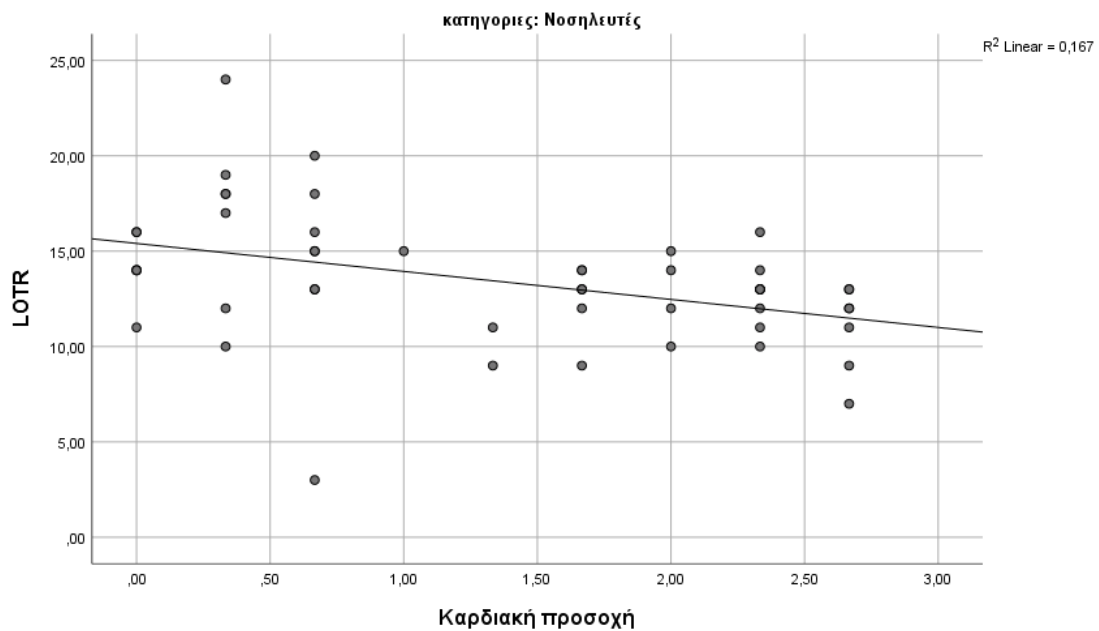
### Γράφημα 19

*Συσχέτιση του συνολικού CAQ με τη διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης*



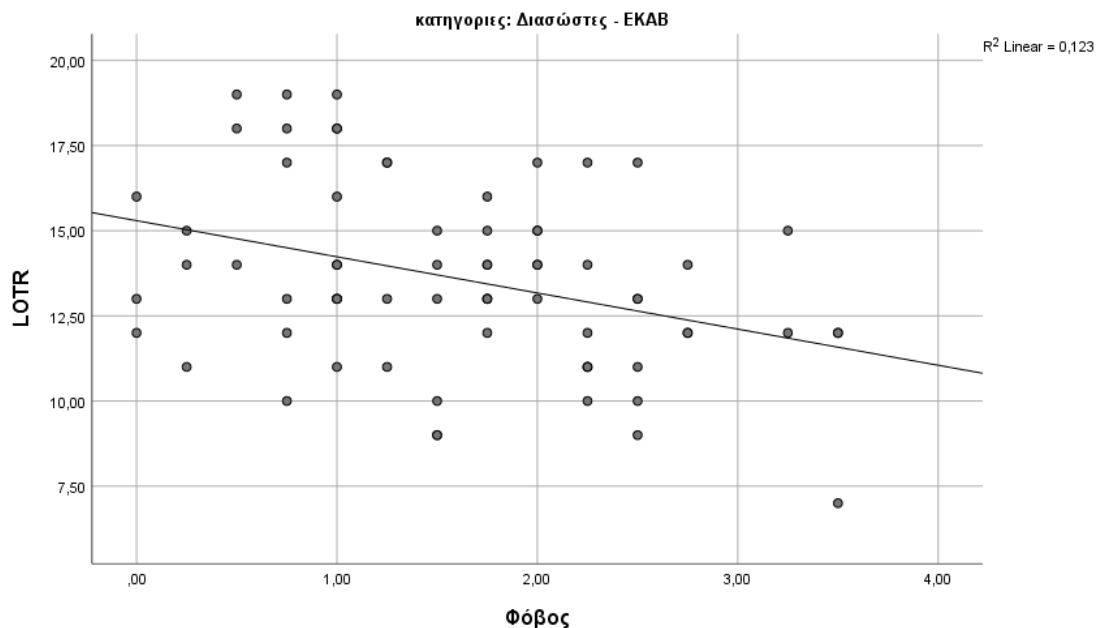
## Γράφημα 20

Συσχέτιση της κλίμακας του LOT-R με τη διάσταση της καρδιακής προσοχής στους νοσηλευτές



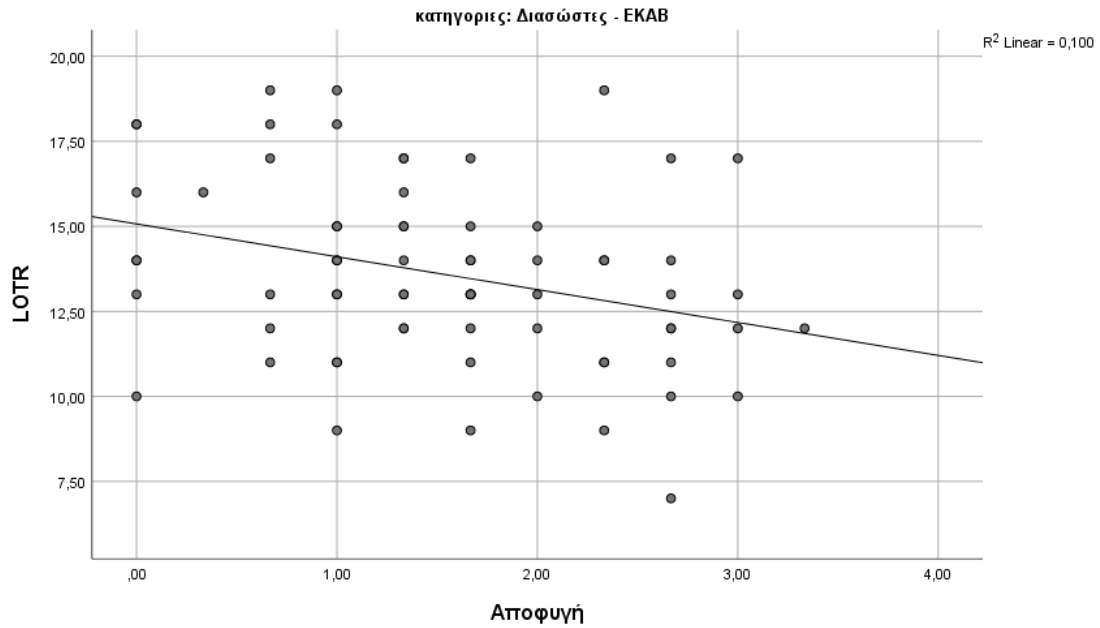
## Γράφημα 21

Συσχέτιση της κλίμακας του LOT-R με τη διάσταση του φόβου στους Διασώστες-EKAB



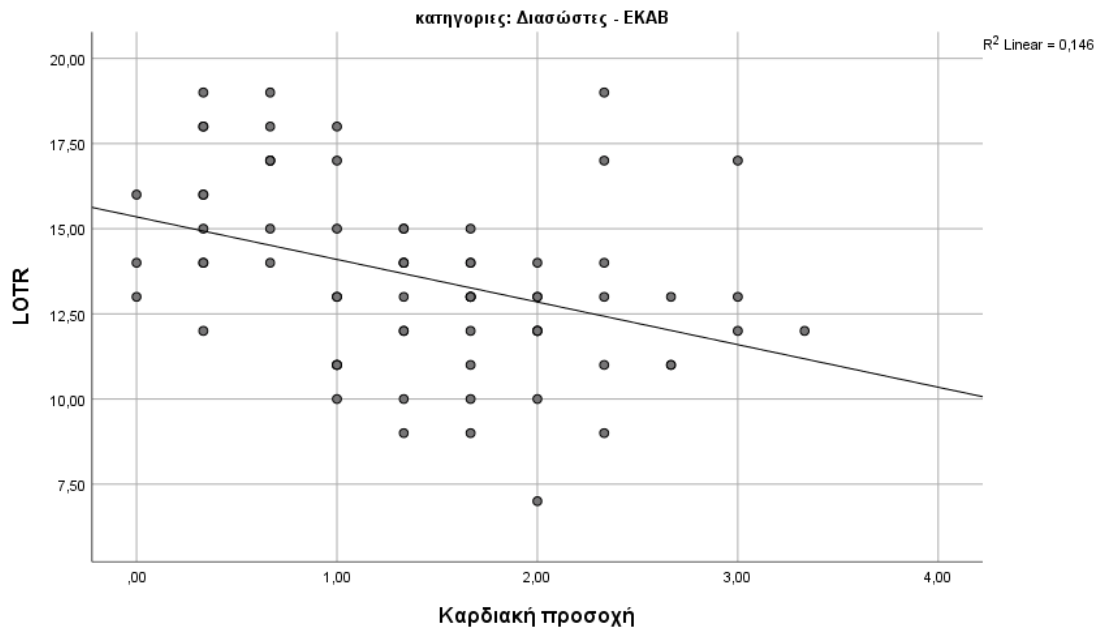
## Γράφημα 22

Συσχέτιση της κλίμακας του LOT-R με τη διάσταση της αποφυγής στους Διασώστες-EKAB



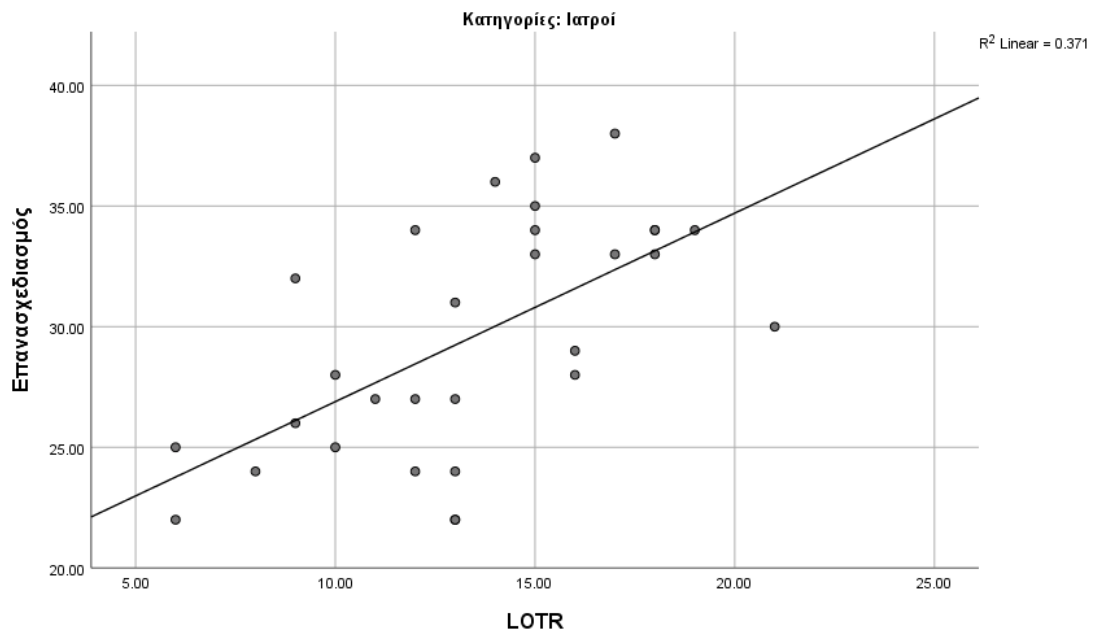
### Γράφημα 23

Συσχέτιση της κλίμακας του LOT-R με τη διάσταση της καρδιακής προσοχής στους Διασώστες-ΕΚΑΒ



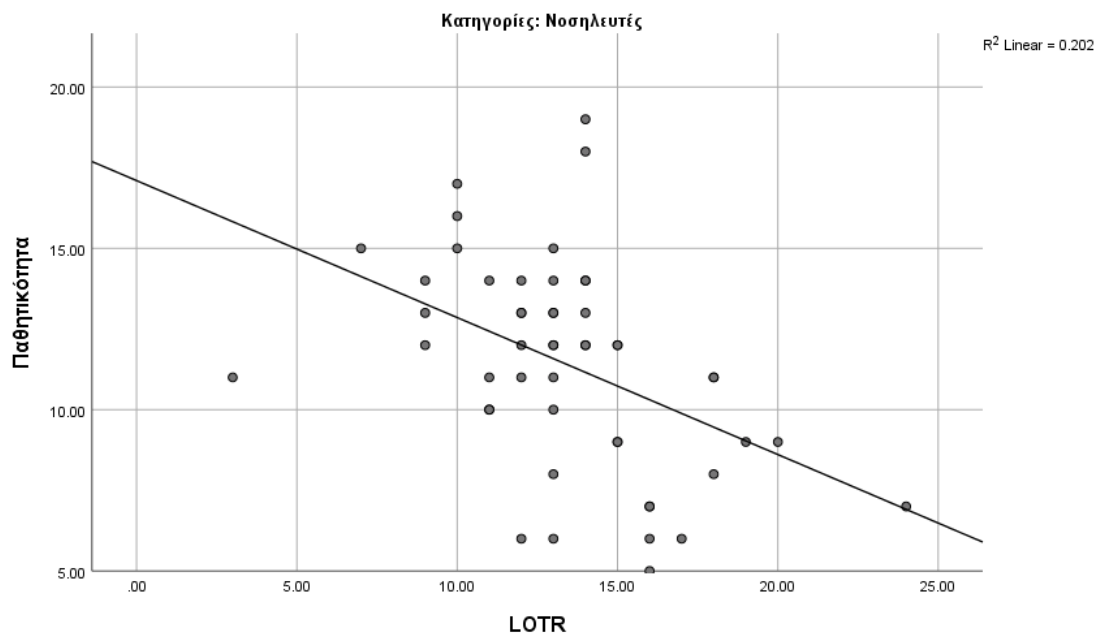
### Γράφημα 24

Συσχέτιση της κλίμακας LOTR με την διάσταση του επανασχεδιασμού στους ιατρούς



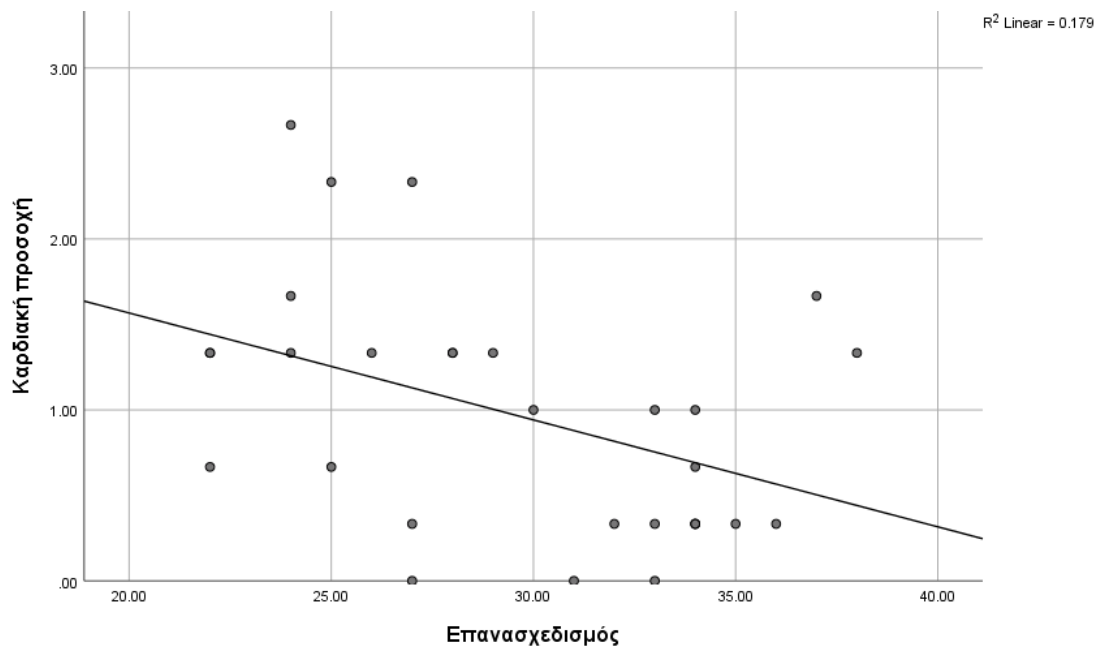
### Γράφημα 25

*Συσχέτιση της κλίμακας LOTR με την διάσταση της παθητικότητας στους νοσηλευτές*



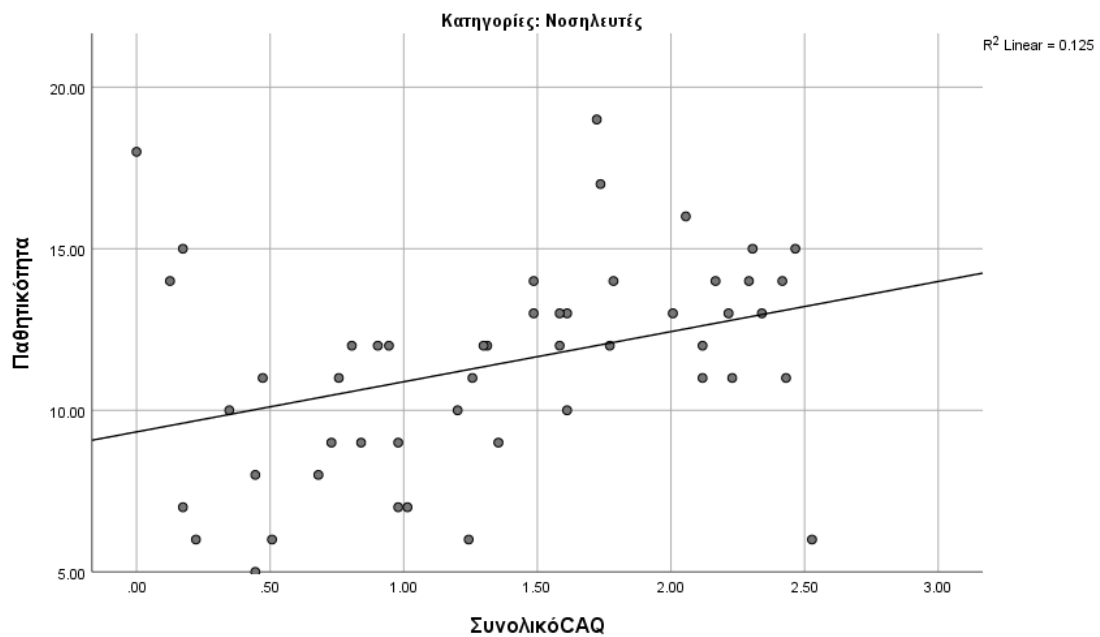
### Γράφημα 26

*Συσχέτιση μεταξύ της καρδιακής προσοχής και της CAQ και της διάστασης του επανασχεδιασμού στους ιατρούς*



### Γράφημα 27

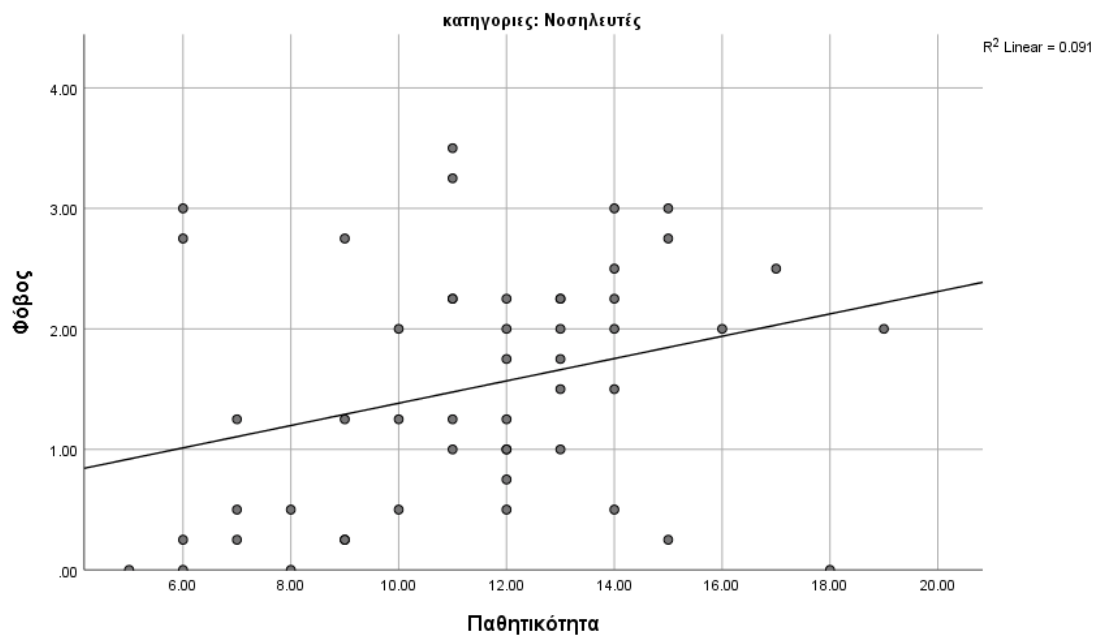
Συσχέτιση του συνολικού CAQ και της διάστασης της παθητικότητας στους νοσηλευτές



### Γράφημα 28

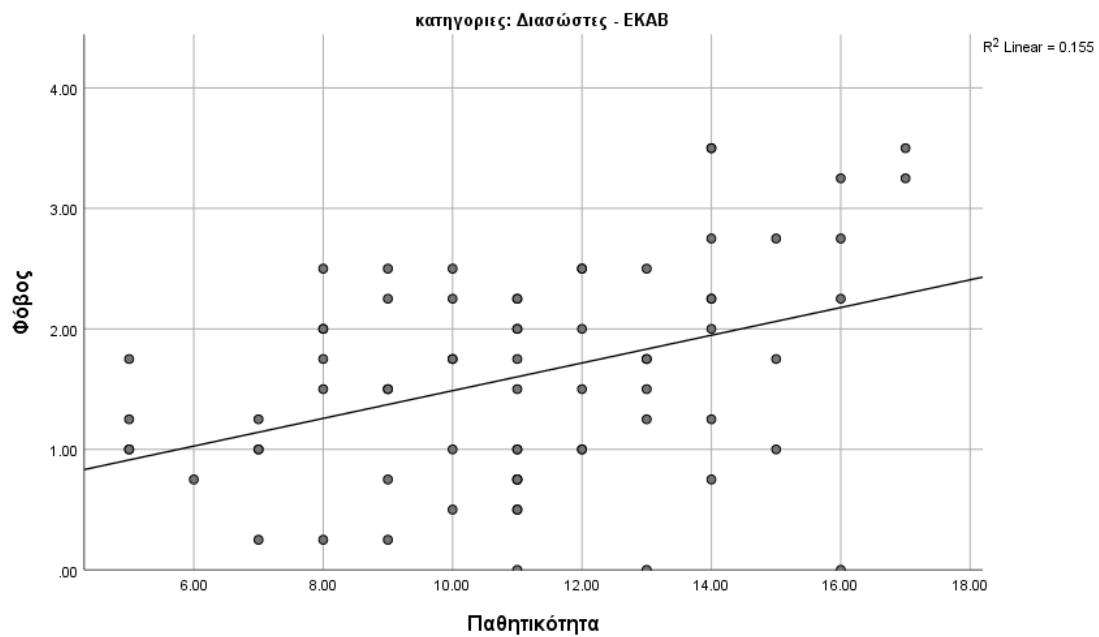
Συσχέτιση του Φόβου με την διάσταση της παθητικότητας στους νοσηλευτές





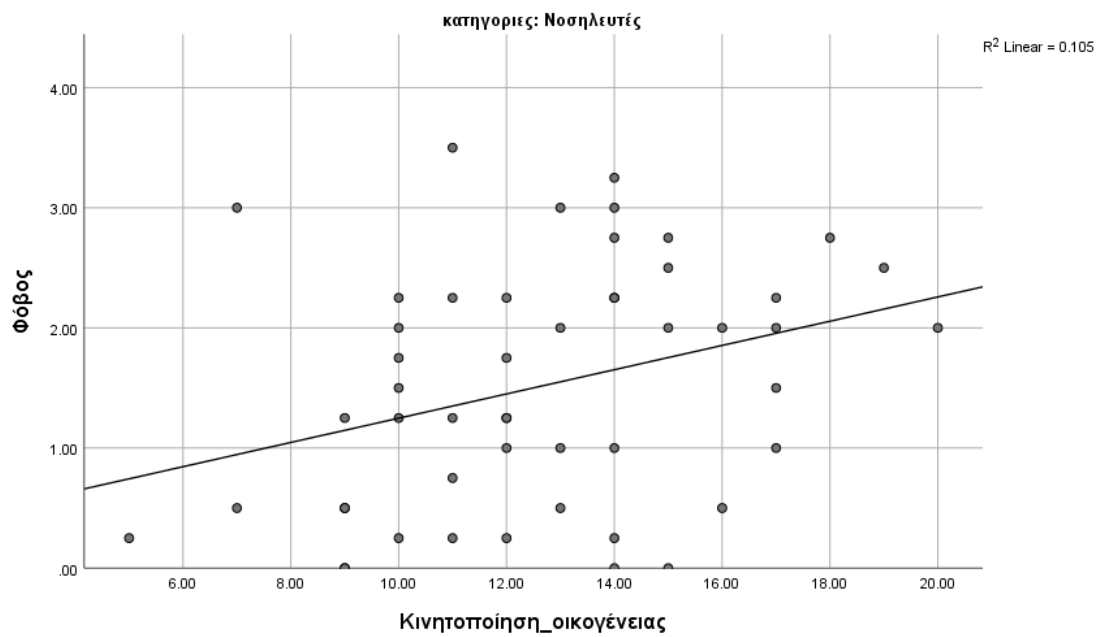
### Γράφημα 29

Συσχέτιση του Φόβου με την διάσταση της παθητικότητας στους διασώστες



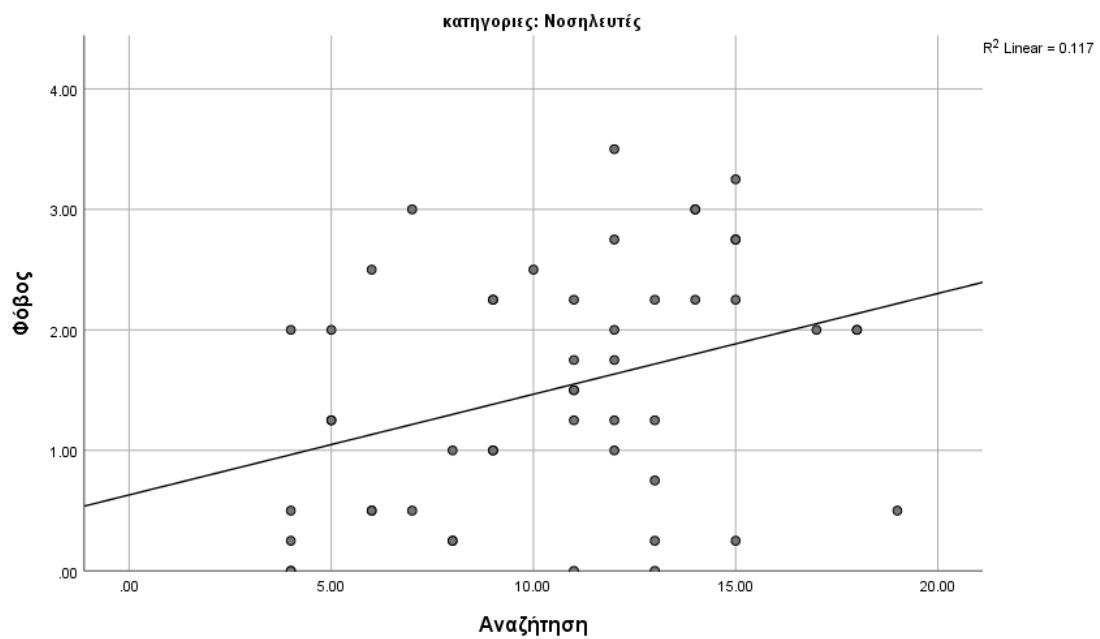
### Γράφημα 30

Συσχέτιση του Φόβου με την διάσταση της κινητοποίησης στους νοσηλευτές



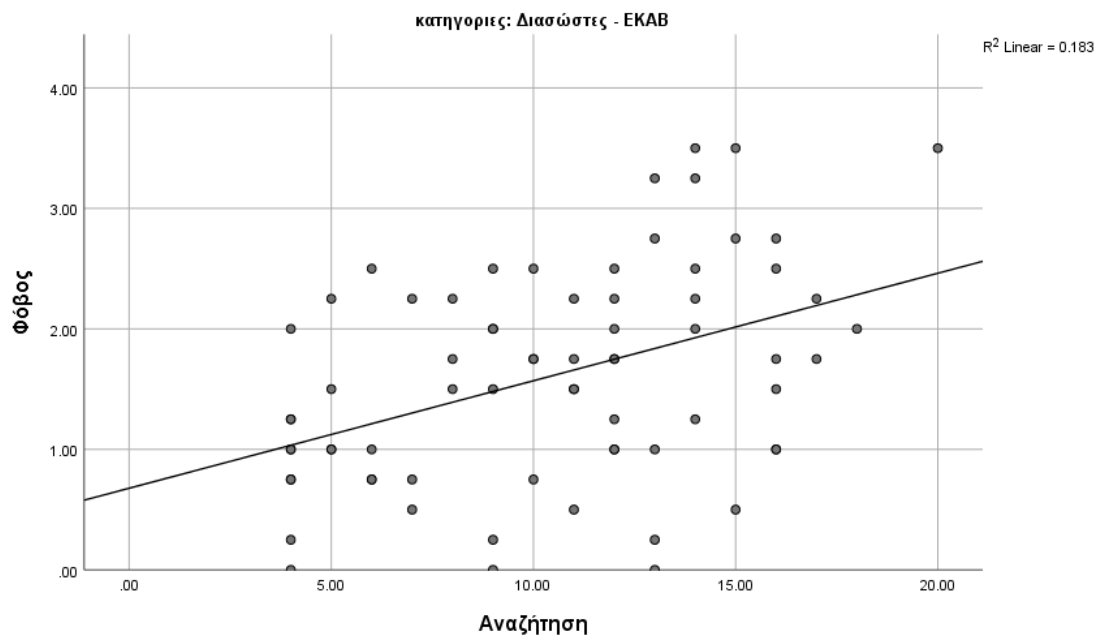
### Γράφημα 31

Συσχέτιση του Φόβου με την διάσταση της Αναζήτησης στους νοσηλευτές



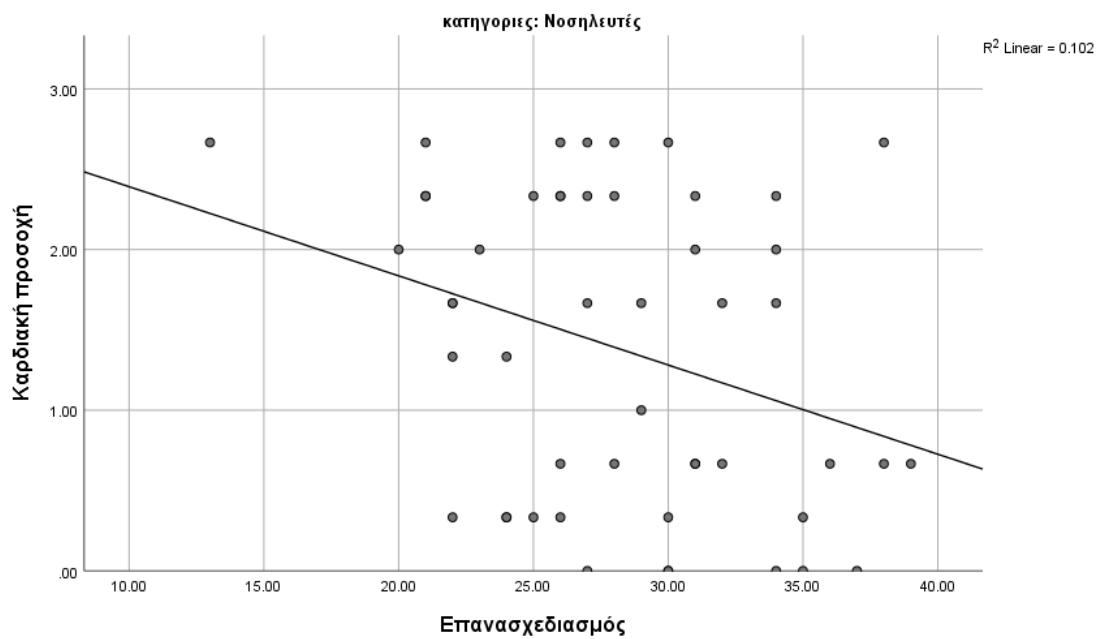
### Γράφημα 32

Συσχέτιση του Φόβου με την διάσταση της Αναζήτησης στους διασώστες ΕΚΑΒ



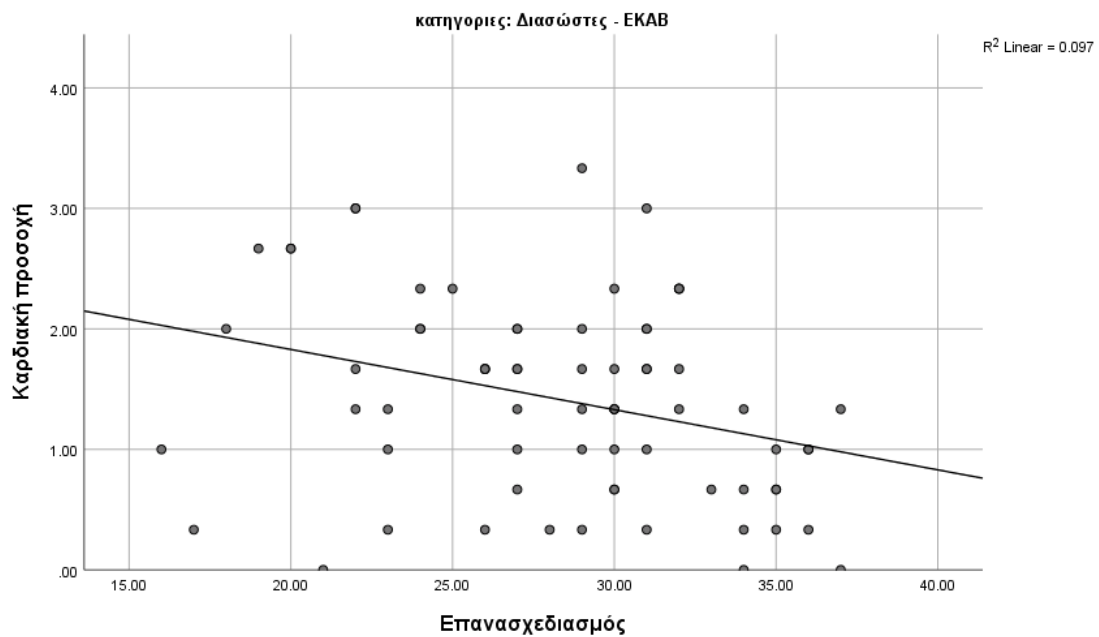
**Γράφημα 33**

*Συσχέτιση της καρδιακής προσοχής με την διάσταση του επανασχεδιασμού στους νοσηλευτές*



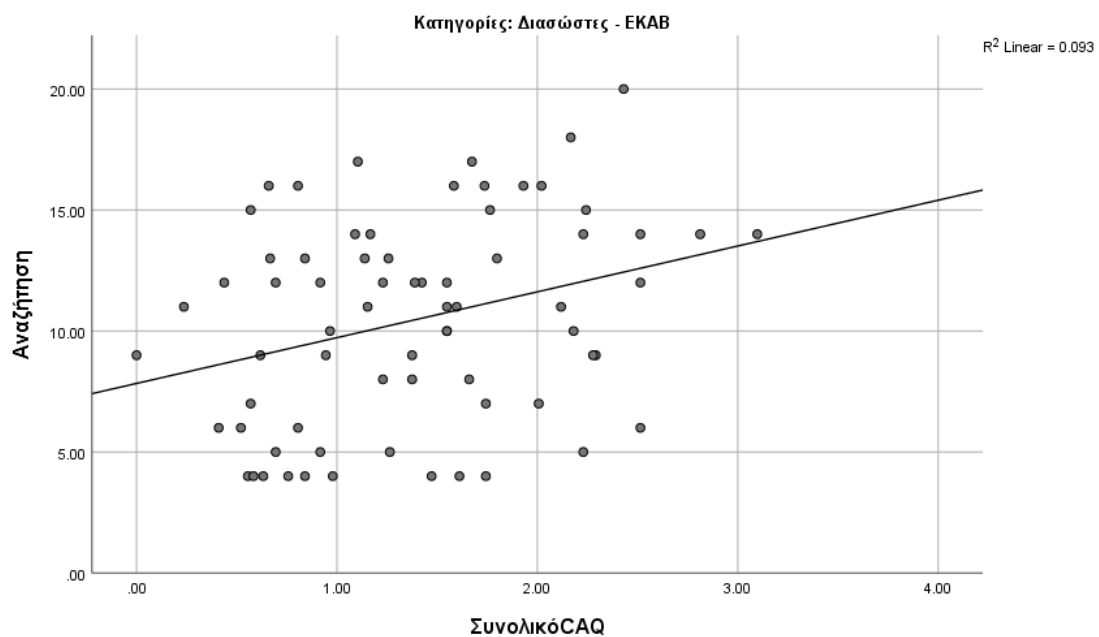
**Γράφημα 34**

*Συσχέτιση της καρδιακής προσοχής με την διάσταση του επανασχεδιασμού στους διασώστες ΕΚΑΒ*



### Γράφημα 35

Συσχέτιση του συνολικού CAQ με την διάσταση της αναζήτησης στους διασώστες



### Γράφημα 36

Συσχέτιση του συνολικού CAQ με την διάσταση του επανασχεδιασμού στους διασώστες

