

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Τραύμα και εξαρτήσεις. Απόψεις και εμπειρίες νοσηλευτών
σχετικά με την φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα
εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος**

ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας

ΑΜ: 20007

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μισουρίδου Ευδοκία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Αθήνα, Ιούλιος 2023

UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF NURSING



MSc COMMUNITY AND PUBLIC HEALTH NURSING

Diploma Thesis

**Trauma and Addiction. Nurses' opinion and experiences
about care for people who have addiction problems and
physical or psychological trauma**

MAVRIDOGLOU ELEFThERIA

Mental Health Registered Nurse

Registration Number:20007

Supervisor:

Misouridou Evdokia

Associate Professor in Mental Health Nursing

Athens, July 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Τραύμα και εξαρτήσεις. Απόψεις και εμπειρίες νοσηλευτών
σχετικά με την φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα
εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος**

ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας

ΑΜ: 20007

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μισουρίδου Ευδοκία

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Αθήνα, Ιούλιος 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Τραύμα και εξαρτήσεις. Απόψεις και εμπειρίες νοσηλευτών
σχετικά με την φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα
εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
	Μισουρίδου Ευδοκία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠαΔΑ (Επιβλέπουσα)	
	Μαντζόρου Μαριάννα,	Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ (Μέλος Τριμελούς)	
	Αδαμακίδου Θεοδούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ (Μέλος Τριμελούς)	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μαυριδόγλου Ελευθερία του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου 20007, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Κοινωνικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα

Ε. ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ


Ψηφιακή υπογραφή επιβλέπουσας

Μισουρίδου Ευδοκία

Αναπληρώτρια καθηγήτρια

Copyright ©Ελευθερία Μαυριδόγλου, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής.

Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφία

Πρόλογος

Η κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί ένα φαινόμενο ανά τους αιώνες και η επίδραση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς διαταράσσει τον κοινωνικό ιστό σε παγκόσμιο επίπεδο. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται από την πολυπαραγοντικότητα των αιτιάσεων του και συχνά συνδέεται με τις βιωμένες τραυματικές εμπειρίες των ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της εξάρτησης. Στην αρένα της αντιμετώπισης του φαινομένου αυτού βρίσκεται πληθώρα επαγγελματιών, οι οποίοι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, επωμίζονται το κόστος της φροντίδας ατόμων που φέρουν το διπλό φορτίο της εξάρτησης και των τραυματικών εμπειριών.

Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί τραύμα στη διάρκεια της ζωής τους, έπειτα από έκθεσή τους σε τέτοιου είδους καταστάσεις, βρίσκονται μπροστά στον κίνδυνο συναισθηματικής εμπλοκής των ίδιων. Το άκουσμα των τραυματικών εμπειριών των άλλων προκαλεί συναισθηματικές αντιδράσεις στον δέκτη. Οι συμμετέχοντες, προκειμένου να διασφαλίσουν την ψυχολογική και συναισθηματική τους ισορροπία, είναι αναγκαίο να θωρακιστούν με στρατηγικές χειρισμού τέτοιων καταστάσεων.

Η συγκεκριμένη μελέτη θα επιχειρήσει να αναδείξει την ετοιμότητα των νοσηλευτών στο άκουσμα του τραύματος, τον τρόπο που γίνεται η διαχείρισή του και τον βαθμό που επηρεάζει την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Επίσης, θα διερευνηθεί η αρωγή κάποιων στρατηγικών, που έχουν ως στόχο να αποφευχθεί η ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών, όπως αυτών της εκπαίδευσης και της στήριξης από τους επίσημους φορείς.

Πρέπει να αναφερθεί ότι πρόκειται για μια πρωτότυπη έρευνα, διότι τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα είναι ελλιπή για το συγκεκριμένο θέμα. Συγκεκριμένα, από τη πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι δεν υπάρχουν καταγραφές από τις συγκεκριμένες εμπειρίες νοσηλευτών, οι οποίοι απασχολούνται σε φορείς με την αντίστοιχη φιλοσοφία για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης. Ως εκ τούτου, δημιουργείται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα.

Ευχαριστίες

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους νοσηλευτές του ΟΚΑΝΑ, οι οποίοι αγκάλιασαν την προσπάθειά μου και ιδιαίτερα τους άμεσους συνεργάτες μου στην Μονάδα Θεραπείας του Καταστήματος Κράτησης Κορυδαλλού για τη στήριξή τους.

Με τιμή,
Μαυριδόγλου Ελευθερία
Αθήνα, 2023

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	1
Ευχαριστίες.....	2
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	13
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	13
1.1. Ιστορική αναφορά τραύματος	13
1.2. Έννοια του τραύματος.....	14
1.3. Έννοια της Εξάρτησης	16
1.4. Εξάρτηση και τραύμα.....	17
1.5. Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	23
ΟΚΑΝΑ-ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΤΟΥΡΓΙΑΣ	23
2.1. Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)	23
2.2. Νοσηλευτές ΟΚΑΝΑ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	31
ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	31
3.1 Ορισμός επαγγελματικής ποιότητας ζωής.....	31
3.2. Ικανοποίηση Συμπόνιας	32
3.3. Κόπωση Συμπόνιας	33
3.4. Κόπωση Συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας.....	37
3.5. Προστατευτικοί παράγοντες.....	40
3.6. Αναγκαιότητα ειδικότητας νοσηλευτικής εξαρτήσεων.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	42
4.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση	42
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	57
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	57
5.1. Σκοπός.....	57
5.2. Μεθοδολογία	57

5.2.1.	Είδος μελέτης.....	57
5.2.2.	Είδος ποσοτικής έρευνας	58
5.2.3.	Ερευνητικό Πεδίο	58
5.2.4.	Δείγμα	58
5.2.5.	Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη	58
5.2.6.	Παρουσίαση ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο)	59
5.2.7.	Ερωτήσεις ποιοτικής έρευνας.....	61
5.2.8	Διαδικασία συλλογής των δεδομένων	62
5.2.9	Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6		66
ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....		66
6.1.	Στατιστική ανάλυση	66
6.2.	Αποτελέσματα	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....		98
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....		98
7.1.	Θεωρητικό υπόβαθρο ποιοτικής έρευνας.....	98
7.2.	Διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων	99
7.3.	Εγκυρότητα και Αξιοπιστία.....	100
7.4.	Αποτελέσματα ποιοτικής ανάλυσης.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....		116
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....		116
8.1.	Συζήτηση.....	116
8.2.	Περιορισμοί της μελέτης.....	124
8.3.	Συμπεράσματα-Προτάσεις	124
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		127
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		148
Παράρτημα Α		149
Παράρτημα Β		153

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΠΙΝΑΚΑΣ 1α: Συνοπτική παρουσίαση ερευνητικών μελετών51

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Περιγραφικά στοιχεία που αφορούν στην εργασία.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και κάνναβης.....	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Περιγραφικά στοιχεία καπνιστικής συνήθειας.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ποσοστά και βαθμός εξάρτησης στη νικοτίνη.....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Τραυματικά γεγονότα που είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες στη ζωή τους	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Τραυματικές εμπειρίες και ποσοστά συμμετεχόντων που επηρεάστηκαν.....	76
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Βαθμός δυσφορίας από τραυματικό γεγονός	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής στην εργασία	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ProQOL	79
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Τα επίπεδα ποιότητας ζωής στην εργασία για κάθε διάσταση...80	
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Συσχέτιση του Spearman για της ηλικίας με την διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας».....	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με τα εργασιακά τους στοιχεία	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της «Ικανοποίησης συμπόνιας» με τα εργασιακά στοιχεία.....	83
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Βαθμολογία στην Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με την κατάσταση υγείας, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της «Ικανοποίησης συμπόνιας» με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της «Ικανοποίησης συμπόνιας» με το σύνολο τραυματικών γεγονότων στη ζωή και τη βαθμολογία δυσφορίας.....	85

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στην Ικανοποίηση συμπόνιας.....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Επαγγελματική Εξουθένωση ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία.....	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Συσχέτιση του Spearman για την ηλικία με την διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση».....	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην «Επαγγελματική εξουθένωση» ανάλογα με τα εργασιακά τους στοιχεία.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Συσχετίσεις του Spearman για την διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες.....	89
ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Βαθμολογία στην «Επαγγελματική εξουθένωση» ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της «Επαγγελματικής εξουθένωσης» με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της «Επαγγελματικής εξουθένωσης» με το σύνολο τραυματικών γεγονότων στη ζωή και τη βαθμολογία δυσφορίας.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στην Επαγγελματική Εξουθένωση.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : Βαθμολογία των συμμετεχόντων στο Δευτερογενές τραυματικό στρες ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman, της ηλικίας με την διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες».....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ανάλογα με τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.....	94
ΠΙΝΑΚΑΣ 32:Συσχετίσεις του Spearman για τη διάστασης «Δευτερογενές τραυματικό στρες» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες.....	95
ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Βαθμολογία στο «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.....	96

ΠΙΝΑΚΑΣ 34:Συσχέτιση της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με τη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες».....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman του «Δευτερογενούς τραυματικού στρες»με το σύνολο τραυματικών γεγονότων στη ζωή και τη βαθμολογία δυσφορίας.....	97
ΠΙΝΑΚΑΣ 36:Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στο «Δευτερογενές τραυματικό στρες».....	98
ΠΙΝΑΚΑΣ 37:Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης...	98
ΠΙΝΑΚΑΣ Α: Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων στη συνέντευξη.....	102
ΠΙΝΑΚΑΣ Β:Θεματικές ενότητες.....	102

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Ποσοστά προετοιμασίας για φροντίδα τραύματος.....	71
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Ποσοστά καπνιστών και μη καπνιστών.....	72
ΓΡΑΦΗΜΑ 3:Ποσοστά και κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη.....	74
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Ποσοστά από τραυματικές εμπειρίες συμμετεχόντων.....	76
ΓΡΑΦΗΜΑ 5:Τραυματικές εμπειρίες και ποσοστά συμμετεχόντων που επηρεάστηκαν.....	77
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Ικανοποίηση συμπόνιας».....	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες».....	80
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Τα επίπεδα ποιότητας ζωής στην εργασία για κάθε διάσταση.....	81
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: Βαθμολογία στη Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με το αν θα επέλεγαν ή όχι το ίδιο επάγγελμα.....	86
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: Συσχέτιση της ηλικίας με την επαγγελματική εξουθένωση.....	92
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: Συσχέτιση της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με την επαγγελματική εξουθένωση.....	93
ΓΡΑΦΗΜΑ 12: Συσχέτιση της ηλικίας με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα...	99

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

FESA Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Υπηρεσιών Τηλεφωνικής Βοήθειας

CDC Centers for Disease Control and Prevention

CF: Compassion Fatigue

CFST: Compassion Fatigue Self Test)

CS: Compassion Satisfaction

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMCDDA (ΠΟΥ): Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision

ProQOL: Professional Quality of Life Scale

PTSD: Post Traumatic Stress Disorder(διαταραχής μετατραυματικού στρες

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

STS: Secondary Traumatic Stress

STSS: Secondary Traumatic Stress Scale

UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees

BO: Burn Out

M.A.B.Y.Μονάδας Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης

ΜΥΑΠ Μονάδα Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης

ΜΟΘΕ Μονάδα Ολοκληρωμένης Θεραπείας

ΟΚΑΝΑ Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αρκετοί από τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις εξαρτήσεις έχουν υποστεί κάποιο τραύμα κατά την παιδική τους ηλικία ή κατά την ενήλικη ζωή (Chasser, 2016). Σύμφωνα με τη Najavits (2017), το τραύμα αποτελεί μία «πληγή», η οποία προκαλεί έντονο και μεγάλης διάρκειας πόνο. Οι «πληγές» ενδέχεται να είναι είτε σωματικές είτε ψυχικές ή και να συνυπάρχουν. Ενδέχεται επίσης, να προκύψουν περισσότερο από μία φορές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου.

Έχει παρατηρηθεί ότι η χρήση / κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί έναν παράγοντα, ο οποίος σχετίζεται με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης τραυμάτων στα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, λόγω του τρόπου ζωής και των επικίνδυνων καταστάσεων, στις οποίες εμπλέκονται (Schafer & Langeland, 2014). Σημειώνεται δε ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός έχει υποστεί περισσότερες από μία τραυματικές εμπειρίες και είναι αξιοσημείωτο ότι περισσότερο από το 50% των γυναικών που απευθύνονται σε θεραπευτικά προγράμματα αναφέρουν κάποιο ή κάποια τραύματα στη διάρκεια της ζωής τους (Najavits et al., 1999; Sutton et al., 2020). Συνολικά, σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότερο από τα δύο τρίτα των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τις ουσίες και έχουν εκτεθεί σε τραύμα, εμφανίζουν υποκλινικά συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (Post Traumatic Stress Disorder-PTSD). Τα άτομα δε που αντιμετώπιζαν πρόβλημα με τη χρήση ουσιών και ταυτόχρονα με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) έκαναν πιο εντατική χρήση πολλών και διαφορετικών ουσιών ταυτόχρονα, παρουσίαζαν πιο επιβαρυσμένη σωματική και ψυχική υγεία, πιο φτωχή κοινωνική και επαγγελματική ανάπτυξη, καθώς και υψηλότερα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονιών (Misouridou, 2016).

Τα μέλη μίας οικογένειας που βιώνουν προβλήματα εξάρτησης, είναι πιο πιθανό να έχουν εμπειρίες τραύματος από οποιαδήποτε άλλη οικογένεια που δεν αντιμετωπίζει το ίδιο πρόβλημα. Επίσης, ένα τέτοιο τραύμα ενδεχομένως να είναι ιδιαίτερα επίπονο και σοβαρό και πιθανά να απαιτείται περισσότερος χρόνος για να θεραπευθεί. Η οικογένεια, που βρίσκεται σε μία τέτοια θέση, αποκτά μία αστάθεια σε όλα τα επίπεδα και συνεπώς διαταράσσονται το σύστημα και τα μέλη του. Η χρόνια συναισθηματική κακοποίηση είναι συχνό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από θυμό, φόβο, τρόμο, ενοχές, φυσική και ψυχική κακοποίηση. Συχνά δε αναφέρεται και η σεξουαλική κακοποίηση (Black, 2017). Τα μέλη της οικογένειας γίνονται μάρτυρες ή βιώνουν λεκτική και σωματική βία, ενώ ζουν συνεχώς

με το άγχος της πρόληψης επικείμενου θανάτου και της χρόνιας φτώχειας (Misouridou, 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί τραύμα στη διάρκεια της ζωής τους, βρίσκονται μπροστά στον κίνδυνο συναισθηματικής εμπλοκής των ίδιων μετά την έκθεση σε μία τέτοια κατάσταση (Maguire & Byrne, 2017). Σύμφωνα με τη Μισουρίδου (2017), το άκουσμα των τραυματικών εμπειριών των άλλων προκαλεί συναισθηματικές αντιδράσεις στον δέκτη. Οι συμμετέχοντες, προκειμένου να εξασφαλίσουν την ψυχολογική και συναισθηματική τους ισορροπία, είναι αναγκαίο να θωρακιστούν με στρατηγικές χειρισμού τέτοιων καταστάσεων.

Οι Kennedy et al. (2021) αναφερόμενοι στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας που έρχονται αντιμέτωποι με το τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης σε παιδική ηλικία παρατηρούν τα εξής:

- Η συναισθηματική προετοιμασία των νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση τόσο ευαίσθητων ζητημάτων.
- Η αμφισβήτηση εαυτού, το ενοχικό συναίσθημα και η έννοια του αβοήθητου που προκύπτουν από την αδυναμία χειρισμού του τραύματος από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, μπορεί να αποδοθεί τόσο στην έλλειψη γνώσης και εξάσκησης όσο και στο ιατροκεντρικό μοντέλο με την εφαρμογή αυστηρών πρακτικών (Kennedy et al., 2021; McCormack & Adam, 2016).

Η έλλειψη κλινικής εποπτείας καταγράφεται ως ένας σημαντικός παράγοντας. Η κλινική εποπτεία συμβάλει σημαντικά στην προετοιμασία των νοσηλευτών δίνοντας τους χώρο, χρόνο και επαγγελματική στήριξη, ώστε να δίνεται η δυνατότητα αντανάκλασης και επεξεργασίας της διάδρασης με τους ασθενείς και τους συνεργάτες (Morrisey, 2020). Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας νιώθουν ευάλωτοι, ελλιπώς προετοιμασμένοι και εκτεθειμένοι, αρκετές φορές επιδεικνύουν επαγγελματισμό και τη θέληση να θέσουν τις ανάγκες των ατόμων που έχουν εκτεθεί σε τραύμα πάνω από τις δικές τους ανάγκες (Kennedy et al., 2021).

Η παρούσα μελέτη θα προσπαθήσει να καταγράψει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών-τριών που εργάζονται στο πεδίο των εξαρτήσεων στον ελληνικό χώρο σχετικά με την επαφή τους με άτομα που φέρουν το διπλό φορτίο του τραύματος και της εξάρτησης. Θα επιχειρήσει να αναδείξει την ετοιμότητα των νοσηλευτών στο άκουσμα του τραύματος, τον τρόπο που γίνεται η διαχείρισή του και τον βαθμό που επηρεάζει την προσωπική και

επαγγελματική τους ζωή. Επίσης, θα διερευνηθεί η δυνατότητα εκπαίδευσης και το ενδεχόμενο στήριξης από τους επίσημους φορείς, προκειμένου να αποφευχθεί η ψυχική επιβάρυνση τους.

Ειδικότερα, η παρούσα διπλωματική εργασία η οποία περιλαμβάνει 8 κεφάλαια αποτελείται από δύο μέρη και συγκεκριμένα, το θεωρητικό υπόβαθρο και το ερευνητικό μέρος.

Στο γενικό μέρος παρατίθενται η ιστορική αναφορά και η έννοια του τραύματος, η έννοια της εξάρτησης, η σύνδεση της εξάρτησης με το τραύμα και η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται ο Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και το περιεχόμενο της εργασίας των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο οργανισμό. Ακολουθεί η περιγραφή των διαστάσεων της Κόπωσης Συμπόνιας, της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ικανοποίησης Συμπόνιας. Επίσης, γίνεται αναφορά στην Κόπωση και Ικανοποίηση συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας, στο Δευτερογενές Τραυματικό Στρες στους νοσηλευτές, στους παράγοντες που δρουν προστατευτικά και στην αναγκαιότητα δημιουργίας ειδικότητας νοσηλευτικής εξαρτήσεων. Στο τέλος του γενικού μέρους παρατίθενται η βιβλιογραφική ανασκόπηση και ο συνοπτικός πίνακας των μελετών.

Στο ειδικό μέρος αναφέρεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε τόσο στην ποιοτική όσο και στην ποιοτική έρευνα, η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων από την ποσοτική έρευνα, η παρουσίαση από την ανάλυση των ποιοτικών αποτελεσμάτων, η συζήτηση αυτών και τέλος τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προέκυψαν. Ακολουθούν η βιβλιογραφία, η περίληψη και το παράρτημα. Στο παράρτημα παρουσιάζονται η ενημερωτική επιστολή προς τους συμμετέχοντες, το έντυπο συγκατάθεσης, το έντυπο καταγγελιών, το ερωτηματολόγιο καθώς και οι άδειες από τους φορείς για την πραγματοποίηση της έρευνας. Καθώς τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα είναι ελλιπή για το συγκεκριμένο πεδίο, δημιουργείται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1.1. Ιστορική αναφορά τραύματος

Με την πάροδο του χρόνου η μελέτη του τραύματος έχει διαγράψει μία πλούσια και πολύπλοκη ιστορία. Αρχικά, το τραύμα, ως έννοια, αντιπροσώπευε τα σωματικά τραύματα που αποκτήθηκαν από ατυχήματα ή κατά τη διάρκεια πολέμων. Όμως στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η μοντέρνα ψυχιατρική εστίασε στο ψυχικό και συναισθηματικό τραύμα χαρακτηρίζοντάς το ξεχωριστό και ιδιαίτερα σημαντικό (Kirmayer et al, 2007).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα ο Jean-Martin Charcot, Γάλλος γιατρός, εισήγαγε τον όρο «τραύμα» προκειμένου να περιγράψει τις ψυχολογικές επιπτώσεις των στρατιωτών μετά τον πόλεμο. Έτσι στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, άνοιξε ένα νέο κεφάλαιο στην ιστορία του τραύματος, υποστηρικτής και συνεχιστής του οποίου ήταν ο Sigmund Freud (Charcot, 1887).

Σύμφωνα με τους Figley et al. (2017), κατά τη διάρκεια του Α΄ και Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου, γιατροί και ερευνητές άρχισαν να αναγνωρίζουν τον ψυχολογικό αντίκτυπο που προκαλούσε ο πόλεμος στους στρατιώτες και τους πολίτες. Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη νέων θεραπειών και παρεμβάσεων, όπως η ψυχανάλυση, που στόχευε στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών πληγών που προκαλούνται από το τραύμα (Figley et al., 2017).

Η έρευνα για το τραύμα, ακολουθώντας μία εξελικτική πορεία κατά το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, συμπεριέλαβε τη μελέτη των διαπροσωπικών και των κοινωνικών τραυμάτων όπως τραύματα από σεξουαλική επίθεση, κακοποίηση παιδιών ή από γενοκτονία. Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη νέων θεωριών, όπως η έννοια της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD), η οποία εισήχθη για πρώτη φορά το 1980 στην τρίτη έκδοση του DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 1980).

Σήμερα, η μελέτη του τραύματος αποτελεί ένα σημαντικό τομέα έρευνας και κλινικής πρακτικής, με συνεχείς προσπάθειες για την καλύτερη κατανόηση των περίπλοκων ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων που επηρεάζουν το πώς βιώνεται και το πώς αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ένα τραύμα, ενώ πλέον ένα ευρύ φάσμα επιστημών όπως η ψυχολογία, η ψυχιατρική, η νευροεπιστήμη, η κοινωνιολογία και η ανθρωπολογία ασχολούνται με τη μελέτη του συγκεκριμένου πεδίου (Figley et al., 2017).

1.2. Έννοια του τραύματος

Η Najavits (2017), αναφέρει ότι το τραύμα (trauma) είναι ελληνικής προέλευσης λέξη και σημαίνει «πληγή», μία λέξη που περιγράφει ακριβώς τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αισθητό. Το τραύμα περιγράφεται ως σοβαρό και επιβλαβές και αποτελεί μία «πληγή» που προκαλεί έντονο και μεγάλης διάρκειας πόνο. Οι «πληγές» ενδέχεται να είναι είτε σωματικές είτε ψυχικές ή και να συνυπάρχουν. Ενδέχεται, επίσης, να προκύψουν περισσότερο από μία φορές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Υπάρχουν αρκετοί τύποι τραυμάτων, οι επιπτώσεις των οποίων διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Τραυματικά γεγονότα που προκαλούνται από φυσικές καταστροφές, όπως σεισμοί, τυφώνες, τσουνάμι ή πυρκαγιές. Τα γεγονότα αυτά μπορούν να προκαλέσουν σημαντική σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική βλάβη σε άτομα και κοινότητες (Norris et al.2002).
- Τραύματα από σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Αυτά τα τραύματα μπορούν να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ευημερία ενός ατόμου και ενδεχομένως, να οδηγήσουν σε καταστάσεις όπως Σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD), άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές χρήσης ουσιών (Kilpatric et al., 2009; Zinzow et al., 2012).
- Τραύματα από πολέμους. Οι στρατιώτες που έχουν βιώσει μάχη ή έχουν υπάρξει σε εμπόλεμες ζώνες μπορεί να αναπτύξουν PTSD ή άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας ως αποτέλεσμα των εμπειριών τους (Hoge et al., 2004; Schell et al., 2004).
- Τραυματικές εμπειρίες που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία, όπως σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση ή παρουσία ενδοοικογενειακής βίας σε κάποια ή σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Τέτοια τραύματα έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην ανάπτυξη και την ψυχική υγεία ενός ατόμου (Anda et al., 2006; Spinazzola et al.,2005).
- Ιατρικά τραύματα, όπως σοβαρές ασθένειες, χειρουργικές επεμβάσεις ή ιατρικές επεμβάσεις, μπορούν να προκαλέσουν αγωνία και άγχος, ιδιαίτερα εάν είναι απειλητικά για τη ζωή (Everly, 2000; Prigerson et al., 2009).

- Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ιδιαίτερα εάν είναι ξαφνικός ή απροσδόκητος, μπορεί να προκαλέσει σημαντική συναισθηματική δυσφορία και τραύμα (Bonanno et al., 2002; Shear, 2012).

- Τραυματικά συμβάντα που προκύπτουν από ατυχήματα, όπως τροχαία ατυχήματα, ατυχήματα στο χώρο εργασίας ή πτώσεις, μπορεί να προκαλέσουν σωματικό και συναισθηματικό τραύμα (American Psychological Association, 2019).

Στα ψυχικά τραύματα συγκαταλέγονται η συναισθηματική βία, ο εκφοβισμός (bullying), η διαβίωση με ψυχικά ασθενείς γονείς, η παραμέληση, η εγκατάλειψη, η αστεγία, η μεγάλη απώλεια, η σοβαρή κοινωνική απόρριψη, οι διαρκείς πιεστικές καταστάσεις όπως ο χρόνιος πόνος, η φτώχεια και οι διακρίσεις (American Psychiatric Association, 2013).

Στην ψυχολογία, το τραύμα αναφέρεται σε μια συναισθηματική ή ψυχολογική απόκριση σε ένα οδυνηρό ή ενοχλητικό γεγονός ή μια σειρά γεγονότων που καθιστούν ένα άτομο ανήμπορο να αντεπεξέλθει. Τα τραυματικά συμβάντα μπορεί να είναι οξέα και ξαφνικά, όπως μια φυσική καταστροφή ή ένα βίαιο έγκλημα. Επίσης μπορεί να είναι χρόνια και συνεχή, όπως η κακοποίηση ή η παραμέληση (van der Kolk et al., 2005).

Το τραύμα μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από ψυχολογικά και συναισθηματικά συμπτώματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, αναδρομές στο παρελθόν, εφιάλτες και μία κατάσταση συνεχούς επαγρύπνησης. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινή λειτουργία και τη συνολική ποιότητα ζωής ενός ατόμου (American Psychiatric Association, 2013).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι όλοι όσοι βιώνουν ένα τραυματικό συμβάν δεν θα αναπτύξουν συμπτώματα που σχετίζονται με το τραύμα και επιπλέον η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Το τραύμα συνήθως αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί επίσης να περιλαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή (Herman, 1992; Brewin et al., 2000).

Ο Convigton (2008) υποστηρίζει ότι το τραύμα είναι η εμπειρία και η απόκριση σε ένα εξαιρετικά αρνητικό γεγονός ή γεγονότα, στα οποία περιλαμβάνονται ένα μεγάλο φάσμα τραυματικών εμπειριών που προέρχονται από πολέμους μέχρι και τη διαπροσωπική βία, τα ατυχήματα και τις απώλειες. Ο αντίκτυπος από την έκθεση σε ένα τραύμα και τη βία έχει μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην υγεία και τη συμπεριφορά, είτε πρόκειται για

πρόσφατες εμπειρίες ή του παρελθόντος, είτε πρόκειται για ατομικό, είτε για συλλογικό τραύμα (Gone et al., 2019; Wathen et al., 2021).

Η Caruth (1996) περιέγραψε το τραύμα ως μια αζήτητη εμπειρία «unclaimed experience», ως ένα γεγονός που κάποιο άτομο βίωσε τόσο πολύ απρόσμενα, ώστε να μη μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητό, με αποτέλεσμα να μην είναι διαθέσιμο στη σφαίρα του συνειδητού, μέχρις ότου να εμφανίζεται επανειλημμένα στους εφιάλτες και στις ενέργειες εκείνου που το έχει υποστεί. Η εμπειρία του τραύματος στην πραγματικότητα οδηγεί σε βαθύ ψυχολογικό τραυματισμό σε ασυνείδητο επίπεδο, που συνεπάγεται απώλεια ελέγχου, γλώσσας, δύναμης και εαυτού. Το τραύμα είναι μια πληγή που «κραυγάζει», μια σιωπηλή πληγή που παίρνει «σάρκα και οστά» μέσα από αναπαραστάσεις. Ως αποτέλεσμα, τα άτομα που έχουν υποστεί τραύμα είναι ευάλωτα σε επαναλαμβανόμενες τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος και παραμένουν σε κρίση χωρίς να μπορούν να ανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής που διαβιούν στο παρόν. Το να «γνωρίσουν» το τραύμα τους κατακλύζει συναισθηματικά σε βαθμό που καθιστά αδύνατη τη γνωστική του επεξεργασία (Missouridou, 2016).

Σύμφωνα με την Caruth (1996), η θεραπεία από το τραύμα επέρχεται, όταν ομολογείται με όλη του τη φρίκη και τη βία που ενδεχομένως περιλαμβάνει, σε κάποιον που μπορεί να το ακούσει χωρίς να επιβαρυνθεί από αυτό. Τα άτομα που έχουν υποστεί τραύμα, προκειμένου να ενσωματώσουν το τραύμα στη ζωή τους, πρέπει να βρουν γλώσσα και σύμβολα, ώστε να μπορούν να εκφράσουν τη ματαιώση, την αδυναμία, την αποδυνάμωση και την ταπείνωση που υπέστησαν. Ο κατακερματισμός της ταυτότητας του ατόμου, που προκαλείται από τη ρήξη του τραύματος, θεραπεύεται μέσω της κατασκευής μιας αφήγησης (Missouridou, 2017).

1.3. Έννοια της Εξάρτησης

Ο όρος εξάρτηση που στην αγγλική ονομάζεται «addiction», προέρχεται από λατινική λέξη «addictus», η οποία σημαίνει «υποδούλωση». Η λέξη αυτή περιγράφει με άριστο τρόπο τη σοβαρότητα των επιπτώσεων της εξάρτησης. Όμως η εξάρτηση μπορεί να είναι ήπια, μέτρια ή σοβαρή. Γενικότερα εξάρτηση σημαίνει ότι κάποιος συνεχίζει να έλκεται σε μία συμπεριφορά ανεξάρτητα από τη βλάβη που του προκαλεί.

Υπάρχουν πολλών ειδών συμπεριφορές εξάρτησης όπως ο τζόγος, η πορνογραφία, το σεξ, η εργασία, το φαγητό, το ξόδεμα χρημάτων, τα ψώνια, η τηλεόραση, το διαδίκτυο, τα παιχνίδια, ο θυμός, η βία, οι αυτοτραυματισμοί όπως κοψίματα ή καψίματα, καθώς και

συμπεριφορές που σχετίζονται με το σώμα όπως πλαστικές χειρουργικές, δερματοστιξία, μαύρισμα και άσκηση. Η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες και το αλκοόλ είναι μία από τις πιο κοινές και η πιο μελετημένη μορφή εξάρτησης. Ο επίσημος όρος είναι διαταραχή κατάχρησης ουσιών και περίπου 15% των ανθρώπων την αναπτύσσουν στη διάρκεια της ζωής τους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) είναι η δεύτερη πιο συνηθισμένη διαταραχή μετά την κατάθλιψη. Η υπερδοσολογία εξαρτησιογόνων ουσιών «σκοτώνει» περισσότερους Αμερικάνους από ότι τα αυτοκίνητα και τα όπλα (Najavits, 2017).

Η διαταραχή κατάχρησης ουσιών είναι μια περίπλοκη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σφοδρή επιθυμία, μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων, μειωμένη ευαισθησία στις επιπτώσεις των ουσιών, συμπτώματα στέρησης, αρνητικά συναισθήματα, καταναγκαστική συμπεριφορά αναζήτησης ουσίας και πολλαπλές υποτροπές. Αναφέρεται συχνά ως «ασθένεια του εγκεφάλου» λόγω του δομικού και συμπεριφορικού της αντίκτυπου στον εγκέφαλο. Η έκφραση της νόσου μπορεί να ποικίλλει και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως η ουσία, η δόση, η διάρκεια και η οδός χορήγησης. Η διαταραχή της κατάχρησης ουσιών εγείρει σημαντική ανησυχία ως προς τη δημόσια υγεία διότι συμβάλει στη δημιουργία πολυάριθμων κοινωνικών, υγειονομικών και οικονομικών προβλημάτων. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι συνεχώς νέες ουσίες κατάχρησης προστίθενται στις ήδη υπάρχουσες (Najavits, 2017; Μισουρίδου, 2016, 2023).

1.4. Εξάρτηση και τραύμα

Σύμφωνα με την Najavits (2002) είναι γνωστό ότι τα άτομα τα οποία έχουν υποστεί τραύμα, προκειμένου να χειριστούν τα συναισθήματα και τις αναμνήσεις που σχετίζονται με το τραύμα, καταφεύγουν στη χρήση ουσιών. Ο Chasser (2016) αναφέρει ότι αρκετοί από τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις εξαρτήσεις, έχουν υποστεί κάποιο τραύμα κατά την παιδική τους ηλικία ή κατά την ενήλικη ζωή.

Έπειτα από καταγραφή που πραγματοποιήθηκε από τη UNICEF το 2017, υπολογίζεται ότι περισσότερα από 120 εκατομμύρια παιδιά έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Το 2013, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) υπολόγισε ότι πάνω από 18 εκατομμύρια παιδιά υπήρξαν θύματα σεξουαλικής βίας στην Ευρώπη. Οι επιβιώσαντες από την παιδική σεξουαλική κακοποίηση συχνά προσεγγίζουν διάφορους επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες σχετικά με τα θέματα που προκύπτουν από αυτό το γεγονός όπως θέματα εξάρτησης, αυτοτραυματισμού, θέματα σχέσεων και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας (Kennedy et al., 2021).

Η βία από τον σύντροφο είναι διαδεδομένη και συνδεδεμένη με τη δημόσια υγεία και τα κοινωνικά θέματα, ενώ επηρεάζει περισσότερες από μία στις τρεις γυναίκες στις ΗΠΑ (Fedina et al., 2017) και μπορεί επίσημα να οριστεί ως «ένας συνεχής καταναγκαστικός έλεγχος από τον σύντροφο που εγκαθίσταται μέσω σωματικής, ψυχολογικής, σεξουαλικής και /ή οικονομικής κακομεταχείρισης, η οποία ποικίλει ως προς τη σοβαρότητα και τη χρονιότητα» (Warshaw et al., 2013). Στις ΗΠΑ ένα από τα πιο επικίνδυνα μέρη για μία γυναίκα είναι το ίδιο της το σπίτι, όπως καταγράφεται στην αναφορά των Ηνωμένων Εθνών (2018).

Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι η βία από τον σύντροφο επιβαρύνει την ψυχική υγεία του θύματος με συνέπειες όπως κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), διαταραχές ύπνου, άγχος και αυτοτραυματισμούς (Dillon et al., 2013). Επιπροσθέτως, οι επιζήσαντες βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να αποκτήσουν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία όπως κάπνισμα, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και επικίνδυνες σεξουαλικές συμπεριφορές (CDC, 2020).

Σύμφωνα με την καταγραφή που έγινε κατά το έτος 2017, η αναβίωση του φαινομένου της μετανάστευσης παρουσιάζεται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες. Περισσότερο από το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού ήταν μετανάστες, (Søegaard, 2020). Μετακινούμενοι πληθυσμοί για διάφορες αιτίες εκπατρίζονται (οικονομική και πολιτική δυσλειτουργία στον τόπο καταγωγής τους) και αναζητούν ένα νέο τόπο να επιβιώσουν διαμορφώνοντας ένα νέο πλαίσιο ζωής. Η αλλαγή αυτή σηματοδοτεί μία εσωτερική σύγχυση, που ξεκινά ήδη από το στάδιο λήψης της απόφασης για μετοίκηση (Γιωτσίδα και Σταλίκας, 2004). Ο βίαιος και αναγκαστικός αποχωρισμός από την οικογένεια, από το κοινωνικοπολιτισμικό «γίνεσθαι» καθώς και από την προσωπική ταυτότητα εντάσσουν τα άτομα σε μία διαδικασία πένθους, ενώ παράλληλα βρίσκονται υπό την πίεση ένταξης σε ένα νέο πλαίσιο προκειμένου να επιβιώσουν, αντιμετωπίζοντας όχι μόνο τις αντικειμενικές δυσκολίες, αλλά και το στίγμα κατά τη διαμόρφωση της νέας προσωπικής τους ταυτότητα (Μισουριδου, 2016). Οι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο σε χώρες με υψηλό βιοτικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό στο τραύμα και στις διαταραχές που συνοδεύουν το τραύμα (Morina et al., 2018; Pumariega et al., 2005).

Το τραύμα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε πολλούς διαφορετικούς τύπους διαταραχών και μπορεί να είναι σημαντικό να διερευνηθούν πιθανά τραυματικά γεγονότα σε πολλά διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα. Ένα σοβαρό τραυματικό γεγονός μπορεί να σχετίζεται με μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων και διαταραχών όπως της κατάχρησης

αλκοόλ και άλλων ουσιών, σωματικών δυσλειτουργιών και διαταραχών του πόνου, διαφορετικών διαταραχών άγχους και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Η μείζων καταθλιπτική συνδρομή έχει βρεθεί σε ορισμένες μελέτες ότι είναι σχεδόν το ίδιο συχνή με το PTSD μετά από μεγάλο τραύμα (O'Donnell et al., 2004).

Η Μάτσα (2012) περιγράφει πολύ παραστατικά την τραυματική εμπειρία της χρήσης και τα τραύματα που κρύβονται πίσω από τη χρήση: «Η ίδια η εξάρτηση δεν είναι παρά ένας τυραννικός καταναγκασμός που μετατρέπει τη ζωή τους σε κόλαση. Ο θάνατος κυριαρχεί στην ψυχική σκηνή. Σφραγίζει την καθημερινότητα της ζωής τους, γιατί έχει ήδη σφραγίσει από πριν τον εσωτερικό ψυχικό τους κόσμο. Μέσα σ' αυτόν βρίσκεται, συχνά, κλεισμένος ένας αγαπημένος νεκρός που δεν μπόρεσαν να τον πενήσουν, εγκιβωτισμένος σε μια "κρύπτη" στο εσωτερικό του Εγώ. Το πένθος αυτού του νεκρού ήταν ανέφικτο μέσα στις συνθήκες που συντελέστηκε η μεγάλη απώλεια. Η έναρξη της χρήσης των ναρκωτικών τοποθετείται, συνήθως, μετά την τραυματική εμπειρία του θανάτου του αγαπημένου προσώπου, το ανέφικτο πένθος και τη δημιουργία της κρύπτης. Βαθύτερη επιδίωξη αυτού του ανθρώπου, στην ηλικία της εφηβείας συνήθως, είναι να βάλει τα ναρκωτικά στη θέση αυτού που έχει χάσει οριστικά, της ανεπανόρθωτης απώλειας, την οποία αρνείται ολοκληρωτικά.»

Επιπλέον, η Μάτσα (2001) τονίζει ότι «Ο τοξικομανής καταρρέει μπροστά στο ασυμφιλίωτο της ζωής με τον εαυτό. Η κατάσταση του δεν αντιπροσωπεύει τίποτα άλλο από το ναυάγιο της ανθρώπινης ύπαρξης. Η ζωή του είναι συνυφασμένη με την εξαθλίωση, τη δυστυχία, τον πόνο την αρρώστια, τη μοναξιά, τη φρίκη ...Οι καταστροφές που συντελούνται αγκαλιάζουν τη σωματική και ψυχική σφαίρα...»

Σύμφωνα με τη Misouridou (2016), η εμπειρία του τραύματος μπορεί να οδηγήσει σε ένα βαθύ ψυχολογικό τραύμα το οποίο βρίσκεται στο ασυνείδητο ως μία σιωπηλή πληγή καθιστώντας το άτομο ανήμπορο να ορίσει τον εαυτό του, τη δύναμή του, τον αυτοέλεγχο και τη γλώσσα έκφρασης του. Οι επαγγελματίες του χώρου των εξαρτήσεων μάχονται, ώστε να βοηθήσουν το άτομο που υποφέρει να νιώσει ασφάλεια, να ζήσει με τα τραύματα του με ελπίδα σε πορεία ανάρρωσης, να βρει ένα νόημα ζωής και να επανασυνδεθεί με τον εαυτό του και τους άλλους.

Οι Cleary et al. (2015) σημειώνουν ότι η αποτυχία να γίνει κατανοητός ο αντίκτυπος που έχει ένα σεξουαλικό τραύμα κατά την παιδική ηλικία ενδεχομένως να οδηγήσει στην αποτυχία αντιμετώπισης και υποστήριξης αυτών των ατόμων. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ευρισκόμενοι στην μπροστινή γραμμή των επαγγελματιών υγείας οφείλουν να

αναγνωρίσουν το τραύμα και να στηρίξουν το πάσχον άτομο ώστε να πετύχουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς τη βελτίωσή του.

Τα άτομα με πρόβλημα εξάρτησης είναι επιρρεπή στην πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι πιθανά ότι τα άτομα ενδέχεται να έχουν σημαντικές ιστορίες από τη διάρκεια της χρήσης, γεγονός που καθιστά δύσκολο την δημιουργία ασφαλών συνδέσεων και σχέσεων. Επιπρόσθετα, η έρευνα έδειξε μία ισχυρή σχέση ανάμεσα σε δυσάρεστες εμπειρίες που αποκτήθηκαν κατά την παιδική ηλικία και την πιθανότητα χρήσης παράνομων ουσιών και αλκοολισμού κατά την ενήλικη ζωή. Άτομα που είχαν βιώσει πέντε ή περισσότερες δυσάρεστες εμπειρίες στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, είχαν δέκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να καταφύγουν στη χρήση παράνομων ουσιών (Tawil, 2019).

Θα πρέπει να προστεθεί, ότι η ανάδυση του τραύματος μπορεί να είναι μία αόρατη διαδικασία. Επιπλέον, η ανάκτηση αναμνήσεων τραυματικών γεγονότων ενέχει τον κίνδυνο να δημιουργήσει ένα νέο τραύμα στο άτομο. Όταν οι μνήμες του τραύματος επανεμφανίζονται ενδέχεται να διαταράξουν τις λειτουργίες της μνήμης, της ταυτότητας και της συνείδησης (Gabbard, 2000).

Η διάσπαση αποτελεί έναν τρόπο αποτροπής του αρνητικού συναισθήματος. Τέτοιες αμυντικές στρατηγικές, ωστόσο, περιορίζουν το επίπεδο συνειδητοποίησης του ατόμου και μπορεί εν μέρει να δώσουν μια εξήγηση γιατί οι ασθενείς με σοβαρό τραυματισμό έχουν μειωμένη ικανότητα να σκέφτονται στοχαστικά για τον εαυτό τους και για τις εμπειρίες της σχέσης. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες, που έχουν μια αποκτήσει θεραπευτική σχέση με τα άτομα με σοβαρά τραύματα, θα πρέπει να εστιάζουν στην ενίσχυση της ικανότητας των ασθενών να διαπραγματεύονται τις σχέσεις τους με τους άλλους αντί να εστιάζουν στην ανάκτηση αναμνήσεων (Gabbard, 2000).

1.5. Η έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας

Η θεραπευτική συμμαχία είναι μια διαδικασία ενός διαπροσωπικού δεσμού ανάμεσα στον πάροχο της φροντίδας και στον ασθενή. Η διαδικασία όμως αυτή συνεπάγεται ότι καταβάλλεται συναισθηματική προσπάθεια και από τις δύο πλευρές και ότι απαιτείται η δημιουργία κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Horvath et al., 2011, Larson and Yao, 2005). Η αμοιβαία εμπιστοσύνη μαζί με άλλα χαρακτηριστικά παροχής της φροντίδας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία (Hoffmann et al., 2014). Για την καλύτερη αντίληψη της έννοιας, η θεραπευτική επικοινωνία διακρίνεται σε τρία στάδια:

1. Στάδιο προσαρμογής, το οποίο αφορά στη γνωριμία του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας
2. Στάδιο επεξεργασίας, το οποίο αφορά στη διάκριση του προβλήματος που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ταυτόχρονα στην αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του ασθενούς
3. Στάδιο διάλυσης, το οποίο σηματοδοτεί τη λήξη της σχέσης ασθενούς και επαγγελματία υγείας, αφού πρώτα έχει επιλυθεί το πρόβλημα που εντοπίστηκε στο προηγούμενο στάδιο (Sheldon, 2009).

Σύμφωνα με τους Metcalf et al. (1996), αναφερόμενοι στη θεραπευτική σχέση τονίζουν ότι η θετική ενίσχυση της ενεργούς συμμετοχής και της συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία αποτελούν σημαντικά στοιχεία για τη δέσμευσή του σε αυτήν. Επίσης, η συμμετοχή του σε ομάδες υποστήριξης ή αυτοβοήθειας μπορεί να είναι σημαντική. Οι ασθενείς υπάγονται σε πρόσωπα αναφοράς (γνωστά σήμερα ως «θεραπευτές») κατά την διάρκεια της σταθεροποίησης (στο τέλος της πρώτης εβδομάδος), ώστε να καλλιεργηθεί μία ατμόσφαιρα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και οικειότητας. Οι ασθενείς σταθερά αναφέρουν ότι μια ισχυρή θεραπευτική σχέση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες της επιτυχούς έκβασης της θεραπείας και ότι η ζεστασιά του θεραπευτή, η θετική στάση και η αποδοχή είναι σημαντικά στοιχεία στην ανάπτυξη της σχέσης αυτής.

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης βιώνουν ως μία επίπονη διαδικασία το να πλησιάσουν άλλους ανθρώπους, νιώθουν μεγάλο άγχος και υιοθετούν ανώριμες τεχνικές άμυνας. Η δημιουργία μίας αποτελεσματικής θεραπευτικής συμμαχίας, ως βασικό συστατικό για θετικά αποτελέσματα, αποτελεί μεγάλη πρόκληση και απαιτεί ιδιαίτερες κλινικές δεξιότητες (Tawil, 2019). Μία καλή θεραπευτική σχέση είναι παράγοντας που προαναγγέλλει τη δέσμευση και τη συγκράτηση στη θεραπεία και προκαθορίζει τα αποτελέσματα της θεραπευτικής προσπάθειας ενός ατόμου με πρόβλημα εξάρτησης (Meier et al., 2005). Επομένως, είναι σημαντικό να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες που επηρεάζουν μια ποιοτική συμμαχία. Βιβλιογραφικά, η παροχή θεραπευτικής βοήθειας σε άτομα που εμφανίζουν εξαρτητική συμπεριφορά περιγράφεται ως μια εμπειρία πρόκληση (Livingston et al., 2012; Oser et al., 2013).

Οι επαγγελματίες που έχουν επιλέξει να εμπλακούν, εκφράζουν υψηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, συνέπειας και ενδιαφέροντος για τους ασθενείς (Iqbal et al.,

2015). Αναφέρονται όμως και υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη εργασία και αυτό μπορεί να εμποδίσει τη θεραπευτική συμμαχία (Oyefeso et al., 2008; Garman et al., 2002; Lacoursiere, 2001).

Οι Reyre et al. (2014) υποστηρίζουν ότι η εμπιστοσύνη είναι η βάση για τη θεραπευτική συμμαχία, ενώ αντίθετα η δυσπιστία και η αμφισβήτηση έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στη διαδικασία της φροντίδας των θεραπευόμενων και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των ιδίων, αναδύθηκαν παράγοντες που λειτουργούν ως εμπόδια για τη δημιουργία μίας θεραπευτικής συμμαχίας. Συγκεκριμένα οι επαγγελματίες εξέφρασαν άγχος για εκείνους τους χρήστες υπηρεσιών που συχνά παρουσιάζουν σοβαρές παθήσεις υγείας, ψυχολογική καταπόνηση και έχουν επιβαρυνμένο ατομικό ιστορικό. Εξέφρασαν επίσης δυσκολία ως προς το να παρέχουν τη βοήθεια σε θεραπευόμενους, οι οποίοι αδυνατούν να δεσμευτούν σε μία σχέση και αντιστέκονται σθεναρά ως προς τη σχέση αυτή. Πιστεύουν συχνά ότι η εκπαίδευσή τους είναι ανεπαρκής ή αναντίστοιχη ώστε να καταφέρουν να διαχειρίζονται τα ισχυρά συναισθήματα που νιώθουν μέσα από τη σχέση τους με τους ασθενείς. Αντιμέτωποι με αυτές τις πολυάριθμες δυσκολίες, οι επαγγελματίες ενδέχεται να βιώνουν συναισθηματικό «άδειασμα», αισθήματα ανεπάρκειας και μία ισχυρή επιθυμία να αποστασιοποιηθούν από τη σχέση αυτή (Μισουρίδου, 2016).

Οι επαγγελματίες εκφράζουν την ανάγκη, τόσο για περαιτέρω εκπαίδευση, όσο και τον προσανατολισμό στη φροντίδα της προσωπικής τους ευημερίας. Οι Iqbal et al. (2015) υποστηρίζουν ότι η εκπαίδευση και η εξειδίκευση ευνοούν πιο θετικές στάσεις και ενισχύουν τη θεραπευτική συμμαχία. Σύμφωνα με αυτό, οι επαγγελματίες επιθυμούν εξειδικευμένη εκπαίδευση για να τους βοηθήσει να τροποποιήσουν τη στάση τους απέναντι στους χρήστες υπηρεσιών, προκειμένου όχι μόνο να αντιμετωπίσουν καλύτερα τη δική τους αδυναμία αλλά κυρίως για να δώσουν στους χρήστες περισσότερη ελευθερία στη σχέση.

Με την απόκτηση εξειδικευμένων επαγγελματικών γνώσεων, την προώθηση της δίκαιης διαχείρισης και λειτουργίας των δομών φροντίδας, καθώς και την υπεύθυνη αυτοφροντίδα από την πλευρά των επαγγελματιών, δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για την απόκτηση του βαθμού εμπιστοσύνης ανάμεσα στον επαγγελματία και τον θεραπευόμενο. Επομένως, μπορεί να ευνοηθεί η δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχία στην οποία υπάρχει σεβασμός στην ατομικότητα του χρήστη της υπηρεσίας. Μια ανεπαρκής θεραπευτική συμμαχία που οφείλεται στην επαγγελματική εξουθένωση, θα μπορούσε να συσχετιστεί με μη ικανοποιητικά αποτελέσματα των ωφελούμενων όπως χαμηλή ικανοποίηση και συμμετοχή (Garman et al., 2002; Landrum et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΚΑΝΑ-ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΤΟΥΡΓΙΑΣ

2.1. Οργανισμός Κατά Των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ)

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 και ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1995. Είναι νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Με το Νόμο 4737/2020, διευρύνθηκε ο σκοπός του Οργανισμού εμπεριέχοντας πλέον, όλες τις εν γένει εξαρτήσεις, τις εξαρτητικές συμπεριφορές καθώς και τον εθισμό.

Ο ΟΚΑΝΑ είναι ο μεγαλύτερος φορέας παροχής υπηρεσιών στον τομέα των εξαρτήσεων, των εξαρτητικών συμπεριφορών και του εθισμού στην Ελλάδα. Επίσης, κατέχει κομβικό ρόλο στη διαδικασία διαμόρφωσης και εισήγησης προτάσεων για τη χάραξη της Εθνικής Στρατηγικής κατά των Ναρκωτικών. Ο Οργανισμός συμβάλλει στο σχεδιασμό, στην προώθηση και στην εφαρμογή της εθνικής πολιτικής κατά των ναρκωτικών.

Κύριοι πυλώνες δραστηριοποίησης του ΟΚΑΝΑ είναι η πρόληψη, η θεραπεία, η μείωση της βλάβης – άμεση πρόσβαση και η κοινωνική επανένταξη των ωφελούμενων. Με τις δράσεις και τις υπηρεσίες του επιτυγχάνει να καλύψει ολόκληρο το φάσμα των αναγκών των εξαρτημένων ατόμων, των οικογενειών τους και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και συνοδεύεται από μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση, βασιζόμενη στα ανθρώπινα δικαιώματα, με τη στήριξη των ωφελούμενων και την εξασφάλιση συνεχούς πρόσβασης σε όποιον έχει ανάγκη.

Το δίκτυο Δομών και παροχής Υπηρεσιών του Οργανισμού αποτελείται από 67 Μονάδες Υποκατάστασης, 9 «Στεγνά» Προγράμματα, 4 Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης, 2 Μονάδες Υποκατάστασης σε Φυλακές, ενώ στον τομέα της πρόληψης ο ΟΚΑΝΑ έχει την επιστημονική εποπτεία για 75 Κέντρα Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα.

Οι υπηρεσίες μείωσης της βλάβης στοχεύουν στην προσέγγιση και την παροχή βοήθειας στην ομάδα των χρηστών που βρίσκονται εκτός θεραπευτικών προγραμμάτων, κυρίως γιατί δεν αναγνωρίζουν το πρόβλημά τους και δεν έχουν αναπτύξει κίνητρο προκειμένου να ενταχθούν σε αυτά. Η προσέγγιση των ατόμων αυτών μπορεί να γίνει με ειδικά προγράμματα παρέμβασης εκτός δομών, σε χώρους δηλαδή συνάθροισης και συνδιαλλαγής χρηστών («δουλειά στο δρόμο»), καθώς και με υπηρεσίες ελεύθερης εισόδου, οι οποίες δεν θέτουν προϋποθέσεις για την υποδοχή και την εξυπηρέτηση των χρηστών.

Η Μονάδα Άμεσης Βοήθειας & Υποστήριξης (Μ.Α.Β.Υ.), πρώην Κέντρο Βοήθειας, ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1997 και είναι η πρώτη υπηρεσία παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που απευθύνεται σε χρήστες ουσιών. Αποτελεί μία κατεξοχήν ιατρική υπηρεσία του ΟΚΑΝΑ στην Αττική και έχει ως πρωταρχικό στόχο τη μείωση της βλάβης από τη χρήση ουσιών, την κάλυψη των άμεσων αναγκών υγείας καθώς και την πρόληψη της διάδοσης νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, το AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Η Γραμμή SOS 1031 του OKANA αποτελεί υπηρεσία άμεσης πρόσβασης η οποία ξεκίνησε να λειτουργεί το Σεπτέμβριο του 2000. Στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό και είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Υπηρεσιών Τηλεφωνικής Βοήθειας (FESAT).

Ο Σταθμός Φροντίδας Εξαρτημένων Ατόμων, ξεκίνησε την λειτουργία του τον Απρίλιο του 2003 και απευθύνεται σε άτομα που κάνουν χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (ανεξαρτήτως εθνικότητας, φύλου κ.ά.) τα οποία διστάζουν να προσεγγίσουν ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες ή και υγειονομικές δομές. Ο χώρος είναι ανοιχτός σε ενεργούς χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, που δεν είναι ενταγμένοι σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα αντιμετώπισης της εξάρτησης. Σε αυτό το πλαίσιο, οι εξυπηρετούμενοι δύνανται να καλύψουν βασικές ανάγκες προσωπικής υγιεινής και σίτισης, να λάβουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ενώ παράλληλα μπορούν να απασχοληθούν δημιουργικά με ποικίλες δραστηριότητες που πραγματοποιούνται στο χώρο. Οι υπηρεσίες που παρέχονται διακρίνονται σε εκείνες που παρέχονται εντός της δομής (Κέντρο Ημέρας, Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης) και σε εκείνες που παρέχονται εκτός της δομής (Παρεμβάσεις στο δρόμο-Streetwork). Η θεραπευτική προσέγγιση συνοδεύεται με τη φροντίδα υγείας και τη διασύνδεση των ωφελούμενων με άλλες υπηρεσίες, με απώτερο στόχο την ένταξή τους σε θεραπευτικό πρόγραμμα.

Από τον Απρίλιο του 2022, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο λειτουργεί ο Χώρος Εποπτευόμενης Χρήσης ουσιαστικά και αποτελεί τον χώρο, στον οποίο ενεργοί χρήστες μπορούν να κάνουν χρήση ουσιών επιτηρούμενοι, με ασφάλεια, με καθαρά σύνεργα, μειώνοντας τους κινδύνους για την υγεία τους, αλλά και τη μετάδοση νοσημάτων.

Το Ανοιχτό Κέντρο Ημέρας Αστεγών αποτελεί μία νεοσύστατη δομή του OKANA που λειτουργεί σε συνεργασία με το Δήμο Αθηναίων και παρέχει ένα ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών, το οποίο διασφαλίζει την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας στην ευρύτερη περιοχή του Κέντρου της Αθήνας.

Απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από ψυχοδραστικές ουσίες, ή που εμφανίζουν άλλου τύπου εξαρτητικές συμπεριφορές ή και εθισμούς με έλλειψη σταθερής στέγης, που αποτελούν την πιο ευάλωτη και επιβαρυνμένη ομάδα του πληθυσμού στόχου.

Οι Κινητές Μονάδες απευθύνονται κυρίως σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από παράνομες ουσίες και τα οποία δεν είναι ενταγμένα σε κάποιο

θεραπευτικό πρόγραμμα. Επιπλέον, το προσωπικό της συμμετέχει σε ενέργειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της ευρύτερης κοινότητας, αναφορικά με θέματα εξαρτήσεων.

Το Κέντρο Ημέρας-Υπηρεσίες Βραχείας Φιλοξενίας του ΟΚΑΝΑ απευθύνεται σε άστεγους χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίοι διαβιούν σε δημόσιους ή εξωτερικούς χώρους ή διανυκτερεύουν σε Υπνωτήρια/Ξενώνες Φιλοξενίας ή διαμένουν σε επισφαλείς χώρους και δεν διαθέτουν μόνιμη στέγη.

Στο πλαίσιο της ολοκληρωμένης φροντίδας της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών παρέχει προγράμματα θεραπείας με ή χωρίς χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών.

Το αντικείμενο της Θεραπείας στον ΟΚΑΝΑ περιλαμβάνει:

1. τη θεραπεία με υποκατάσταση και
2. τη θεραπεία σε «στεγνά» προγράμματα, χωρίς δηλαδή τη χρήση υποκατάστατων φαρμακευτικών ουσιών.

Η ανάγκη για αναβάθμιση του συστήματος αξιολόγησης των αναγκών των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης που ζητούν θεραπεία, με σκοπό να παραπέμπονται στο καταλληλότερο κατά περίπτωση πρόγραμμα (του ΟΚΑΝΑ ή άλλων φορέων) αλλά και η ανάγκη για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα άτομα που υποβάλλουν αίτηση για το πρόγραμμα υποκατάστασης, οδήγησε τον ΟΚΑΝΑ στην ίδρυση μέσα στο 2002 του πρώτου Κέντρου Υποδοχής, Ενημέρωσης και Προσανατολισμού στην Αθήνα. Το Νοέμβριο του 2011 ξεκίνησε η λειτουργία ενός αντίστοιχου Κέντρου στη Θεσσαλονίκη. Στις υπόλοιπες περιοχές της χώρας, που λειτουργούν μονάδες υποκατάστασης, την ευθύνη για όλα τα παραπάνω έχουν οι αρμόδιες Υπηρεσίες των κατά τόπους Μονάδων.

Τον Ιούνιο 2016 ξεκίνησε τη λειτουργία της στην Αθήνα η Μονάδα Υποκατάστασης Άμεσης Πρόσβασης (ΜΥΑΠ) ως Ειδική Μονάδα Εφαρμογών της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων του ΟΚΑΝΑ, η οποία συνθέτει τις υπηρεσίες Υποδοχής, Ενημέρωσης & Προσανατολισμού με τις υπηρεσίες Φαρμακευτικής Υποκατάστασης με βουπρενορφίνη. Αντικείμενο της ΜΥΑΠ είναι η ανάπτυξη δράσεων μείωσης της βλάβης με στόχο την ταχύτερη και ορθολογικότερη είσοδο των χρηστών οπιοειδών στα Προγράμματα Υποκατάστασης του ΟΚΑΝΑ στην Αττική.

Τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης, του ΟΚΑΝΑ παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε άτομα εξαρτημένα από τα οπιοειδή, η οποία περιλαμβάνει την

αποκατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των εξαρτημένων ατόμων αλλά και την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Αυτό που διαφοροποιεί τα Θεραπευτικά Προγράμματα Υποκατάστασης από τα υπόλοιπα θεραπευτικά προγράμματα (στεγνά), είναι η χορήγηση οπιοειδών ουσιών, όπως η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη. Στις θεραπευτικές μονάδες υποκατάστασης, παράλληλα με τη χορήγηση του υποκατάστατου, παρέχεται και ψυχοκοινωνική υποστήριξη από τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς που στελεχώνουν τις μονάδες, ενώ αντιμετωπίζονται και τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών.

Το Πολυδύναμο Κέντρο παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υποστήριξης και βραχείας παρέμβασης σε όλες τις επιμέρους ομάδες εξαρτημένων ατόμων άνω των 18 ετών (π.χ. άτομα με διπλή διάγνωση, άτομα εξαρτημένα σε παράνομες ή/και νόμιμες ουσίες, άτομα με εξαρτήσεις στο τζόγο/διαδίκτυο) και παραπέμπει σε εξειδικευμένες θεραπευτικές δομές ή δομές υγείας.

Τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα στηρίζονται στην εντατική ψυχοκοινωνική θεραπεία, χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων και έχουν στόχο την απεξάρτηση των χρηστών από όλες τις ουσίες και την πλήρη κοινωνική επανένταξή τους. Η ένταξη και η θεραπεία στα «στεγνά» προγράμματα ενδείκνυται για όλα τα εξαρτημένα άτομα, ακόμα και για αυτά που τελικά θα αποφασίσουν να ζητήσουν βοήθεια στο πρόγραμμα υποκατάστασης.

Η Μονάδα Απεξάρτησης από το αλκοόλ και τις "νόμιμες εξαρτήσεις" παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υποστήριξης και βραχείας παρέμβασης σε όλες τις επιμέρους ομάδες εξαρτημένων ατόμων άνω των 18 ετών (π.χ άτομα με διπλή διάγνωση, άτομα εξαρτημένα σε νόμιμες ουσίες κυρίως αγχολυτικά/ υπναγωγά, άτομα με εξάρτηση στο τζόγο/διαδίκτυο) και παραπέμπει σε εξειδικευμένες θεραπευτικές δομές ή δομές υγείας. Για θέματα εκπαίδευσης στην αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ καθώς και για παραπομπή περιστατικών, η Μονάδα Απεξάρτησης από το αλκοόλ και τις «νόμιμες» εξαρτήσεις του OKANA συνεργάζεται με το Δήμο Καλλιθέας και το Σωματείο «Θησέας» που δραστηριοποιείται στην περιοχή.

Το Πρόγραμμα Γονεϊκής Στήριξης και Προστασίας Εξαρτημένων παρέχει ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες σε γονείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, αναφορικά με το γονεϊκό τους ρόλο, τις προκλήσεις και τις δυσκολίες που προκύπτουν από αυτόν, ενώ παράλληλα το προσωπικό μεριμνά για την ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας.

Η Υπηρεσία Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης απευθύνεται σε παραβάτες χρήστες παράνομων ουσιών, με στόχο την έγκαιρη παρέμβαση κατά τη σύλληψη τους, τη βραχεία ψυχολογική υποστήριξη των ιδίων και των οικογενειών τους, την παραπομπή τους σε θεραπεία για την μείωση της χρήσης ουσιών καθώς και την πρόληψη μελλοντικής παραβατικότητας.

Σήμερα, ο ΟΚΑΝΑ απασχολεί περίπου 850 άτομα, οι οποίοι είναι υπάλληλοι με σχέση εργασίας Αορίστου Χρόνου καθώς και με άλλου είδους σχέσεις εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό του ΟΚΑΝΑ αποτελείται από επιστημονικό προσωπικό (Ιατρούς, Ψυχολόγους, Νοσηλευτές, Κοινωνικούς Λειτουργούς), Ειδικούς Θεραπευτές, Διοικητικούς, Τεχνικούς, και λοιπές υποστηρικτικές ειδικότητες, οι οποίοι συμβάλλουν ο καθένας με το δικό του αντικείμενο στην εύρυθμη λειτουργία του Οργανισμού και στην συνεχή παροχή υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους (www.okana.gr)

2.2. Νοσηλευτές ΟΚΑΝΑ

Στην Ελλάδα, οι νοσηλευτές που εργάζονται στις θεραπευτικές δομές του ΟΚΑΝΑ, διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε ασθενείς με διαταραχές κατάχρησης ουσιών και συνεπώς καταγράφεται ένας πλούσιος κατάλογος αρμοδιοτήτων τους.

Οι νοσηλευτές σε προγράμματα απεξάρτησης από ουσίες μπορούν να διεξάγουν αρχικές και συνεχείς αξιολογήσεις υγείας για να προσδιορίσουν τις ανάγκες σωματικής και ψυχικής υγείας του μελών. Έχουν την ευθύνη της επιτηρούμενης χορήγησης της θεραπείας υποκατάστασης τόσο εντός της θεραπευτικής δομής όσο και εκτός αυτής όταν οι θεραπευόμενοι, λόγω ειδικών αναγκών όπως νοσηλείας τους σε νοσηλευτικό ίδρυμα ή παραμονής τους σε κατάσταση κράτησης, αδυνατούν να προσέλθουν στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Επίσης έχουν την ευθύνη για την ασφαλή χορήγηση του υποκατάστατου και τη μη χορήγηση αυτού όταν υπάρχει κίνδυνος απειλητικός για τη ζωή του θεραπευόμενου ενώ, κατά περίπτωση, γίνεται χορήγηση θεραπευτικής αγωγής που έχει καταγράψει ο ψυχίατρος της μονάδας. Παράλληλα καταγράφουν τα σχετικά αρχεία με τους καθημερινούς ισολογισμούς για την κατανάλωση των φαρμάκων υποκατάστασης καθώς και διενεργούν τοξικολογικούς ελέγχους καταγράφοντας τα αποτελέσματα. Παρέχουν συνεχή υποστήριξη στους ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής τους προσπάθειας. Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν εκπαίδευση στους ασθενείς σχετικά με τους κινδύνους που

σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, τις στρατηγικές για τη μείωση της βλάβης και τον τρόπο διαχείρισης των συμπτωμάτων στέρησης στηρίζοντας τους και συνδέοντάς τους με τους πόρους της κοινότητας (www.okana.gr).

Συνεργάζονται στενά με υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (γιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς), προκειμένου να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ολοκληρωμένη φροντίδα που καλύπτει όλο το φάσμα των αναγκών τους όπως τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Μαζί με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας αναπτύσσουν εξατομικευμένα σχέδια θεραπείας για τους θεραπευόμενους με βάση τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας των θεραπευτικών μονάδων OKANA, οι νοσηλευτές έχουν την τακτικότερη επαφή με τους ωφελούμενους των θεραπευτικών μονάδων αναπτύσσοντας μια διαφορετική σχέση μαζί τους και επομένως οι παρατηρήσεις τους είναι ιδιαίτερος χρήσιμες για το θεραπευτικό προσωπικό και την εισήγηση των θεμάτων στην Διεπιστημονική Ομάδα. Αντίθετα προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), η νοσηλευτική υπηρεσία δεν θεωρείται ξεχωριστό όργανο. Κατά την εκτίμηση των συγγραφέων του πλαισίου λειτουργίας των θεραπευτικών προγραμμάτων OKANA υποστηρίζεται ότι στην πράξη οι νοσηλευτές λειτουργούν σε μεγάλο βαθμό ως ενιαία υπηρεσία και γι αυτό αρκεί η εκπροσώπησή τους στη Διεπιστημονική Ομάδα από ένα άτομο (www.okana.gr).

Οι νοσηλευτές μπορούν να αναλάβουν το ρόλο του προσώπου αναφοράς. Κάθε εργαζόμενος που αναλαμβάνει αυτό τον ρόλο έχει μικρότερο φόρτο εργασίας από όσο ως θεραπευτής κατέχοντας κυρίως έναν οργανωτικό ρόλο σχετικά με τη θεραπεία του κάθε ασθενή. Για κάθε θεραπευτικό θέμα οι εξυπηρετούμενοι απευθύνονται στο πρόσωπο αναφοράς που έχει οριστεί γι' αυτούς, ενώ επί απουσίας του μπορεί να απευθύνεται σε οποιοδήποτε άλλο μέλος της ομάδας, το οποίο τον εξυπηρετεί αλλά και μεταφέρει την πληροφορία στο πρόσωπο αναφοράς. Το πρόσωπο αναφοράς είναι υπεύθυνο για την καταγραφή των πληροφοριών στον φάκελο ασθενούς καθώς και την ανάκληση των πληροφοριών (για την έκδοση ενός πιστοποιητικού). Είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί πως το πρόσωπο αναφοράς δεν ταυτίζεται με τον «θεραπευτή» του ασθενούς. Η έννοια «θεραπευτής» ανάγεται σε όλη τη Διεπιστημονική ομάδα και όλο το θεραπευτικό σύστημα, αξιοποιώντας την εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία όλων των στοιχείων που το αποτελούν, παρέχοντας ισότιμες υπηρεσίες σε όλους τους εξυπηρετούμενους, η ανάρρωση των οποίων έτσι δεν περιορίζεται από τις γνώσεις, την εμπειρία και τις δεξιότητες ενός και μόνο ατόμου.

Κάθε εργαζόμενος μιας ειδικότητας επιβάλλεται να σέβεται απολύτως και έμπρακτα το γνωστικό αντικείμενο των εργαζομένων μιας άλλης ειδικότητας. Ακολουθώντας αυτό το πνεύμα, παραπέμπουν στον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και τον κοινωνικό λειτουργό, οι οποίοι αντιμετωπίζουν τα θέματά του σύμφωνα με την εξειδίκευσή τους, προπτυχιακή και μεταπτυχιακή.

Οι νοσηλευτές επίσης κατέχουν κομβικό ρόλο στις δομές μείωσης της βλάβης του OKANA. Η μείωση της βλάβης είναι μια στρατηγική για τη δημόσια υγεία που στοχεύει στη μείωση των αρνητικών συνεπειών που συνδέονται με τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, χωρίς απαραίτητα να απαιτείται αποχή. Μερικά από τα βασικά καθήκοντα των νοσηλευτών σε περιβάλλοντα μείωσης της βλάβης στην Ελλάδα περιλαμβάνουν:

- Παροχή εκπαίδευσης και συμβουλευτικής: Οι νοσηλευτές είναι συχνά υπεύθυνοι για την παροχή εκπαίδευσης και συμβουλευτικής σε άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών, καθώς και στις οικογένειες και τις κοινότητές τους. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με στρατηγικές μείωσης της βλάβης, τις πιο ασφαλείς πρακτικές για τη χρήση των ουσιών και τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση αυτών.
- Παροχή υπηρεσιών υγείας: Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να παρέχουν μια σειρά από υπηρεσίες υγείας σε άτομα που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως φροντίδα τραυμάτων, εκτίμηση των αναγκών τους, παραπομπή για εξετάσεις λοιμωδών νοσημάτων (όπως AIDS και ηπατίτιδα) και εμβολιαστική κάλυψη.
- Δράσεις πρόληψης και αντιμετώπισης υπερδοσολογίας: Οι νοσηλευτές εμπλέκονται συχνά στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης ατόμων για το πώς να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται σε μια υπερδοσολογία, καθώς και στην παροχή ναλοξόνης (φάρμακο για την αντιστροφή της υπερδοσολογίας), η οποία πλέον μπορεί να χορηγείται και σε εισπνεόμενη μορφή (ρινικό εκνέφωμα).
- Ευαισθητοποίησης της κοινότητας: Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να συμμετέχουν σε προσπάθειες ευαισθητοποίησης της κοινότητας συνηγορώντας τον πληθυσμό στόχο που εξυπηρετούν, ώστε να συμβάλλουν στην προώθηση στρατηγικών και υπηρεσιών μείωσης της βλάβης στην κοινότητα, καθώς για τη

μείωση του στίγματος και των διακρίσεων σε βάρος ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

- Εργασία ως μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας: Οι νοσηλευτές στο πλαίσιο της μείωσης της βλάβης συχνά εργάζονται ως μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει κοινωνικούς λειτουργούς, εργαζόμενους σε θέματα ευαισθητοποίησης και άλλους επαγγελματίες υγείας.

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι νοσηλευτές στο πλαίσιο μείωσης της βλάβης στην Ελλάδα, διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας των ατόμων που κάνουν χρήση ουσιών κάνοντας παρεμβάσεις τόσο εντός όσο και εκτός δομών συμμετέχοντας στο «street work» (EMCDDA, 2019; Hatzakis et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

3.1 Ορισμός επαγγελματικής ποιότητας ζωής

Ο όρος «επαγγελματική ποιότητα ζωής» αναφέρεται «στην ποιότητα που αισθάνεται ένα άτομο σε σχέση με την εργασία του ως φροντιστής» (Yu et al., 2016; Kim et al., 2019). Η επαγγελματική ποιότητα ζωής συμπεριλαμβάνει τρεις βασικές έννοιες και συγκεκριμένα, την κόπωση συμπόνιας, την ικανοποίηση από τη συμπόνια και την επαγγελματική εξουθένωση (Yu et al., 2016).

Η έννοια της ικανοποίησης από συμπόνια αποτελεί θετική πτυχή της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, ενώ η κόπωση συμπόνιας (όρος που εναλλάσσεται με τον όρο δευτερογενές τραυματικό άγχος) και η επαγγελματική εξουθένωση είναι έννοιες που εκφράζουν την

αρνητική πλευρά της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Yu et al., 2016). Η ισορροπία μεταξύ της κόπωσης συμπόνιας, της ικανοποίησης από τη συμπόνια και της επαγγελματικής εξουθένωσης καθορίζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής (Buselli et al., 2020).

3.2. Ικανοποίηση Συμπόνιας

Η ικανοποίηση της συμπόνιας, ένας όρος που αναπτύχθηκε από την Stamm (2005). Είναι το συναίσθημα που βιώνει κανείς από το να βοηθά και να αποκομίζει θετικά αποτελέσματα από την βοήθεια αυτή. Περιγράφεται ως η ικανοποίηση που λαμβάνει ένα άτομο όταν βοηθάει τους άλλους και όταν αποκτά θετικές σχέσεις με τους συναδέλφους. Επίσης στην ικανοποίηση συμπόνιας συμπεριλαμβάνεται και το επίπεδο υποστήριξης και αναγνώρισης που λαμβάνει κάποιος από τους συναδέλφους του (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Η Ικανοποίηση συμπόνιας, μαζί με την εφαρμογή πρακτικών αυτο-φροντίδας αποτελούν τους παράγοντες εκείνους που συντελούν στη μείωση και τον μετριασμό της κόπωσης συμπόνιας και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Salloum et al., 2015).

Η Stamm (2010) επέκτεινε τον όρο ικανοποίηση συμπόνιας και συμπεριέλαβε κι άλλες διαστάσεις ώστε να γίνει κατανοητό το περιεχόμενο του όρου. Ως εκ τούτου αναφερόμενη στον όρο ικανοποίηση συμπόνιας εννοούσε την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που αποκομίζει ο επαγγελματίας υγείας από την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της εργασίας του, να παρέχει φροντίδα στους άλλους, να έχει θετικά συναισθήματα για τους συναδέλφους και να είναι αποτελεσματικός ακολουθώντας την εξέλιξη της τεχνολογίας και εφαρμόζοντας τα πρωτόκολλα. Ο επαγγελματίας επιτυγχάνει να συνειδητοποιήσει σε βάθος τον πόνο των άλλων και να νιώσει έντονη επιθυμία να παράσχει τη βοήθεια του ώστε να τους ανακουφίσει.

Η ικανοποίηση με συμπόνια αναφέρεται στα θετικά συναισθήματα και την αίσθηση ολοκλήρωσης που προέρχονται από την παροχή συμπονετικής φροντίδας στους άλλους. Είναι η συναισθηματική ανταμοιβή που βιώνουν οι φροντιστές, όπως οι νοσηλεύτες, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εθελοντές, ως αποτέλεσμα της βοήθειας ατόμων που έχουν ανάγκη. Αυτή η ικανοποίηση μπορεί να προέλθει από το να έχει θετικό αντίκτυπο στη ζωή κάποιου, να παρακολουθεί τη βελτίωσή του ή απλώς να αισθάνεται ότι οι προσπάθειές του έχουν νόημα και αξίζουν τον κόπο (Stamm, 2010). Η ικανοποίηση με συμπόνια είναι μια σημαντική πτυχή της ευημερίας του φροντιστή, καθώς μπορεί να προσφέρει μια αίσθηση σκοπού και να βοηθήσει στην εξουδετέρωση του άγχους και της εξουθένωσης που μπορεί να προέλθει από την εργασία φροντίδας. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι φροντιστές που βιώνουν

υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας έχουν καλύτερα αποτελέσματα ψυχικής υγείας, μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και πιο θετική προοπτική για την εργασία τους.

Οι Flarity et al. (2013) αναφερόμενοι συγκεκριμένα στους νοσηλευτές πιστεύουν ότι η ικανοποίηση της συμπόνιας είναι «η χαρά, ο σκοπός και το νόημα που αντλούν οι νοσηλευτές από την εργασία τους». Ο Rodrigo (2005) επισημαίνει ότι πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας στέκονται δίπλα στο άτομο που έχει ανάγκη έχει ως αποτέλεσμα τη συναισθηματική ταύτιση και τη συμπόνια. Η συμπόνια (compassion) ορίζεται ως «ένα συναίσθημα βαθιάς συμπάθειας και λύπης για κάποιον που έχει πληγεί από βάσανα ή κακοτυχία, συνοδευόμενο με μια δυνατή επιθυμία να ανακουφιστεί ο πόνος ή να απομακρυνθεί η αιτία του»

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ικανοποίηση με συμπόνια δεν είναι το ίδιο με την ικανοποίηση από την εργασία, καθώς κάποιος μπορεί να είναι ικανοποιημένος στην εργασία του αλλά όχι απαραίτητα ικανοποιημένος με το επίπεδο συμπόνιας που είναι σε θέση να προσφέρει. Επιπλέον, η ικανοποίηση από συμπόνια μπορεί να επηρεαστεί από παράγοντες όπως οι ανεπαρκείς πόροι, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους και ανωτέρους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα απογοήτευσης και εξάντλησης (Stamm, 2010; Hoge et al., 2004).

3.3. Κόπωση Συμπόνιας

Η έννοια της κόπωσης συμπόνιας έχει κερδίσει μεγάλο ενδιαφέρον τις τελευταίες δύο δεκαετίες (El-Bar et al., 2013; Figley, 1995; Nolte et al., 2017). Αναφέρθηκε για πρώτη φορά ως μια μοναδική μορφή επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι παρέχουν βοήθεια και φροντίδα (Joinson, 1992).

Η κόπωση συμπόνιας είναι μια έννοια που αναφέρεται στη μείωση της ενσυναίσθησης ή της αγωνίας των επαγγελματιών που προκύπτει έπειτα από την έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες άλλων ατόμων (Figley, 1995; Adams et al., 2006; Hunsaker et al., 2015). Ο όρος επινοήθηκε για πρώτη φορά από τον Joinson το 1992 και έχει εφαρμοστεί κυρίως στον τομέα της νοσηλευτικής. Εννοιολογικά, επικαλύπτεται με παρόμοιες έννοιες όπως το δευτερογενές τραυματικό στρες και το έμμεσο τραύμα (Craig & Sprang, 2010).

Η έννοια του «κόστους της φροντίδας» έχει περιγραφεί με διάφορους τρόπους. Πρώτον, ως κόπωση συμπόνιας, η οποία στην απλούστερη μορφή της αναφέρεται στο άγχος, την καταπόνηση και την κόπωση της φροντίδας για τους άλλους που πάσχουν από ιατρική ασθένεια ή ψυχολογικό πρόβλημα. Συνδέεται με την εξάντληση και την απώλεια

της ζωτικότητας. Ένα άτομο που υποφέρει από κόπωση συμπόνιας είναι κουρασμένο να βοηθά και να είναι συμπονετικό (Thomas & Wilson, 2004).

Η κόπωση από τη συμπόνια μπορεί να οριστεί ως μια κατάσταση κατά την οποία η ενασχόληση με ωφελούμενους που φέρουν τραύμα και η ανάδυση των τραυματικών γεγονότων αυτών έχει ως αποτέλεσμα, τόσο μία τάση αποφυγής των ασθενών και όσων ξαναφέρνουν στο φως το τραύμα τους όσο και μειωμένη ικανότητα ή μειωμένο ενδιαφέρον να αντέξουν τα βάσανα των άλλων (Figley, 2002).

Η Stamm (2010) αναφερόμενη στην Κόπωση Συμπόνιας υποστηρίζει ότι χαρακτηρίζεται από τις αρνητικές πτυχές της παροχής φροντίδας σε άτομα τα οποία έχουν βιώσει τραυματικά στρεσογόνα γεγονότα. Αυτές οι αρνητικές πτυχές περιλαμβάνουν συναισθήματα κατακλυσμού από την εργασία, συναισθήματα φόβου που σχετίζονται με την εργασία και διακρίνει δύο κατηγορίες που περιγράφουν την Κόπωση Συμπόνιας. Η μία κατηγορία αναφέρεται στην Επαγγελματική Εξουθένωση και η άλλη στο Δευτερογενές Τραυματικό άγχος. Το άτομο νιώθει δυστυχία ή πάγωμα των συναισθημάτων μέσα στο εργασιακό του περιβάλλον, αποσυνδέεται και απομακρύνεται. Ο εργαζόμενος άλλοτε νιώθει εξάντληση, κατάθλιψη και «βάλτωμα», αποφεύγει τη σύνδεση με τον ωφελούμενο, αμφισβητεί κάποιες εδραιωμένες πεποιθήσεις και καταβάλλεται από εμμονικές σκέψεις για κάποιον που έχει βοηθήσει. Οι φροντιστές αναφέρουν ότι αισθάνονται παγιδευμένοι, εξουθενωμένοι, εξαντλημένοι, καταβεβλημένοι και την αίσθηση ότι έχουν μολυνθεί από το τραύμα των ωφελούμενων. Τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν δυσκολία στον ύπνο, διαταραχή στη μνήμη, αδυναμία στον διαχωρισμό της ιδιωτική από την επαγγελματική ζωή, αναβίωση του τραύματος του ασθενή ακόμη και στο βαθμό που αποφεύγει δραστηριότητες που ενδεχομένως να του υπενθυμίσει το τραύμα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ανάπτυξη προβλημάτων με δευτερογενές τραυματικό στρες είναι σπάνια, αλλά συμβαίνει σε πολλούς ανθρώπους (Stamm, 2010).

Η κόπωση συμπόνιας, πιο συχνά, λειτουργεί ως συνδυασμός δευτερογενούς τραύματος και επαγγελματικής εξουθένωσης (Hunsaker et al. 2015). Δευτερογενές ή έμμεσο τραύμα μπορεί να συμβεί στους φροντιστές ή τους επαγγελματίες υγείας όταν βοηθούν άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραύμα. Σε ατομικό επίπεδο, η κόπωση συμπόνιας μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές ύπνου, συναισθηματική δυσφορία, κόπωση, πονοκεφάλους και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες (Cocker & Joss, 2016; Wijdenes et al., 2019; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Sinclair et al., 2017). Στο χώρο της εργασίας, η κόπωση συμπόνιας μπορεί να σχετίζεται με εναλλαγή προσωπικού, μειωμένο

ηθικό, μικρή εργασιακή ικανοποίηση, χαμηλότερη παραγωγικότητα και να έχει ως αποτέλεσμα φτωχή ποιότητα φροντίδας (Hunsaker et al., 2015; Bride et al., 2007. Σύμφωνα με τον Showalter (2010) τα άτομα που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη ενδέχεται να μην εκφράζουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που νιώθουν, όταν εργάζονται με ωφελούμενους που έχουν επιζήσει από τραύμα ή που αποβιώνουν τελικά, καλύπτοντας τη θλίψη τους και τον θρήνο με θυμό και προσωπικό φταίξιμο.

Σύμφωνα με μελέτες, η ενσυναίσθηση που νιώθουν οι κλινικοί γιατροί είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που τους επιτρέπει να συνδέονται με τους πελάτες τους, ενώ ταυτόχρονα τους καθιστά πιο επιρρεπείς στο να αισθάνονται τον αντίκτυπο των τραυματικών εμπειριών των πελατών τους. Από απεικονιστικές μελέτες έχει βρεθεί ότι όμοιες περιοχές του εγκεφάλου ενεργοποιούνται και όταν ένα άτομο βιώνει άμεσα ή έμμεσα ένα τραύμα. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει την πιθανή επίδραση της κόπωση συμπόνιας στην ψυχική και σωματική ευεξία των κλινικών γιατρών (Zaki & Ochsner, 2012; Singer & Lamm, 2009).

Μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως ένας συνδυασμός επαγγελματικής εξουθένωσης, που σχετίζεται με ένα αίσθημα απελπισίας στην εργασία, και δευτερογενούς τραυματικού στρες που συνδέεται με δευτερογενή έκθεση σε τραυματικά και στρεσογόνα γεγονότα (Stamm, 2005). Η κύρια διαφορά μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι η αιτία. Ενώ το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι το αποτέλεσμα από την επαναλαμβανόμενη έκθεση στο «υποφέρειν» του άλλου, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιας έκθεσης σε διάφορους στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο της εργασίας (Boyle, 2011).

Σύμφωνα με τον Figley (2002), τα συμπτώματα κόπωσης από συμπόνια μπορεί να εκδηλωθούν και να έχουν επίδραση σε επτά τομείς: στο γνωστικό επίπεδο (π.χ. μειωμένη συγκέντρωση, αποπροσανατολισμό, απάθεια), στο συναισθηματικό επίπεδο (π.χ. αδυναμία, άγχος, μούδιασμα), στη συμπεριφορά (π.χ. ευερεθιστότητα, απόσυρση, υπερεπαγρύπνηση), στο πνευματικό επίπεδο (π.χ. απώλεια σκοπού, αμφισβήτηση προηγούμενων πεποιθήσεων, αδυναμία ικανοποίησης), στις προσωπικές σχέσεις (π.χ. μειωμένο ενδιαφέρον για οικειότητα, απομόνωση από άλλους, αύξηση προσωπικών συγκρούσεων), στις σωματικές αντιδράσεις (π.χ. εφίδρωση, γρήγορος καρδιακός παλμός, ζάλη) και τέλος στην εργασιακή απόδοση (π.χ. μειωμένο κίνητρο, απουσία, εξάντληση).

Οι επαγγελματίες υγείας, από τους οποίους απαιτείται να παρέχουν επανειλημμένα υψηλό βαθμό φροντίδας στους ωφελούμενους, συχνά βιώνουν κόπωση από συμπόνια (Ray et al., 2013). Ορισμένοι επαγγελματίες που προσφέρουν τη βοήθειά τους ενδέχεται να καταβληθούν από κόπωση συμπόνιας, ενώ πολλοί άλλοι δε βιώνουν το ίδιο, συνεχίζοντας να είναι αφοσιωμένοι και αποτελεσματικοί στη εργασία τους. Οι επαγγελματίες της δεύτερης κατηγορίας πιθανά να έχουν ως κινητήρια δύναμη την αίσθηση ικανοποίησης που απορρέει την παροχή βοήθειας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ικανοποίηση συμπόνιας (Stamm, 2005).

Ο Maslach (1986), ο οποίος συνέβαλε σημαντικά στη γνώση μας για την επαγγελματική εξουθένωση, χαρακτηρίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα είδος άγχους εργασίας. Από το 1973, ο Maslach έβαλε τα πρώτα ψήγματα για τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης με έρευνα του που παραδόθηκε στην Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία σηματοδοτώντας την αρχή της εκτεταμένης εργασίας της στην συγκεκριμένη περιοχή. Τόσο ο Maslach, όσο και ο Jackson (1984a) αναλύουν με ποιο τρόπο η μελέτη τους σχετικά με την εξουθένωση επεκτάθηκε από τον χώρο της εργασίας στο συναίσθημα και τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν και κατανοούν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις.

Οι Maslach (1982) και οι Leiter & Maslach (2009) περιέγραψαν τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης:

- Η διάσταση εξάντλησης είναι η πρώτη αντίδραση κατά τη διάρκεια της εξουθένωσης. Αυτή η διάσταση παλαιότερα είχε τον όρο «συναισθηματική εξάντληση» και χαρακτηριζόταν από έλλειψη ενέργειας και εμφάνιση απροθυμίας να αντιμετωπίσει κάποιος τον κόσμο υπό των συναισθημάτων εξασθένισης και κόπωσης.
- Η διάσταση του κυνισμού, που αντικατέστησε τον όρο «αποπροσωποποίηση». Σύμφωνα με αυτή τη διάσταση ένα άτομο τείνει να απομακρύνεται από τον εαυτό του, από τους συναδέλφους του, αναπτύσσει μια αρνητική στάση, γίνεται ευερέθιστο, αποστασιοποιείται από το ιδεολογικό περιεχόμενο και γίνεται αδιάφορο για τον κόσμο γύρω του.
- Η διάσταση της μη-αποτελεσματικότητας. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται όταν το άτομο καταλαμβάνεται από μία αυξανόμενη αίσθηση

ανεπάρκειας, αίσθημα καταστροφής ή αδυναμία διαχείρισης της μειωμένης παραγωγικότητας και μειωμένου ηθικού.

Αρχικά, σύμφωνα με τον Figley (2002) η εξουθένωση θεωρείτο ένα ξεχωριστό κατασκευάσμα σε σχέση με το δευτερογενές τραυματικό άγχος και η οποία συμπεριλαμβανόταν ως μεταβλητή πρόβλεψης στον κατάλογο των αιτιών για την πρόκληση συναισθηματικής κόπωσης. Ο Figley (1995) όρισε το Δευτερογενές τραυματικό άγχος (STS) ως "το στρες που προκαλείται από την παροχή βοήθειας ή από την επιθυμία να βοηθήσουμε ένα τραυματισμένο ή ένα άτομο που υποφέρει". Ένα τέτοιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα πανομοιότυπα με τη Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (PTSD) όπως αναβίωση καταστάσεων, αντιδράσεις από ευερεθιστότητα και τάση αποστασιοποίησης. Αυτός είναι ο λόγος που ο Figley (1995) πρότεινε για αυτά τα συμπτώματα τύπου (PTSD) το ανάλογο όρο δευτερογενής τραυματική διαταραχή άγχους (STSD). Οι Salston & Figley (2003) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωσης (burn out) και η κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) «είναι σχεδόν συνώνυμες» έννοιες με το δευτερογενές τραυματικό άγχος (secondary traumatic stress).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα μίας χρόνιας αφρόντιστης καταπόνησης και περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο συναισθηματικής και σωματικής κόπωσης (Maslach et al., 2001). Μερικοί ερευνητές έχουν εξετάσει τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με πιθανές πηγές ψυχολογικής κόπωσης που προκαλείται από διάφορους παράγοντες, όπως προσωπικοί λόγοι, οι ίδιοι ασθενείς και διάφορες παράμετροι που σχετίζονται με την ίδια την εργασία (Kristensen et al, 1999; Kristensen et al., 2005).

3.4. Κόπωση Συμπόνιας στους επαγγελματίες υγείας

Τα τελευταία χρόνια, η επαγγελματική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας και ιδίως των νοσηλευτών έχει προσελκύσει την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας. Για τον λόγο αυτό, έχουν δημοσιευτεί ποικίλες έρευνες που καλύπτουν ένα μεγάλο εύρος θεμάτων, όπως η διερεύνηση των παραγόντων πρόβλεψης και η ανάπτυξη ειδικών παρεμβάσεων ή / και εργαλείων (Shen et al., 2015; Yu et al., 2016).

Μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η επαγγελματική ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλους εργασιακούς και προσωπικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, η κόπωση συμπόνιας και η ικανοποίηση από τη συμπόνια έχουν συσχετιστεί ισχυρά με τις συνθήκες φροντίδας υγείας και με το εργασιακό περιβάλλον, ενώ τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό

της αντίδρασης του ατόμου και της διαχείρισης διαφόρων στρεσογόνων καταστάσεων (Buselli et al., 2020; Di Tella et al., 2020). Μεταξύ των παραγόντων αυτών, έχει σημειωθεί ότι οι δυσκολίες επαρκούς αναγνώρισης των συναισθημάτων των ίδιων, όπως η αλεξιθυμία, σχετίζονται με ποικίλα διαπροσωπικά ζητήματα, όπως η έλλειψη προσαρμογής και η κοινωνική απομόνωση. Στο εργασιακό περιβάλλον, τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικές δυσκολίες διαχείρισης των στρεσογόνων και προκλητικών καταστάσεων, οι οποίες ενδέχεται να αυξήσουν με τη σειρά τους τον κίνδυνο μείωσης της επαγγελματικής ποιότητας ζωής των ατόμων (Di Tella et al., 2020). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές μελέτες που αναλύουν τους παράγοντες αυτούς δεν καθορίζουν τις ακριβείς κοινωνικοδημογραφικές και εργασιακές μεταβλητές που είναι ικανές να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό την επαγγελματική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας (Kelly et al., 2015; Buselli et al., 2020).

Η κόπωση συμπόνιας στους νοσηλευτές καταλαμβάνει μεγάλο χώρο στο ερευνητικό πεδίο. Θεωρείται ότι οι νοσηλευτές διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να βιώσουν κόπωση από συμπόνια καθώς εκτίθενται συχνά σε τραυματικές εμπειρίες ασθενών (Harris and Griffin, 2015)

Σύμφωνα με τη Μισουρίδου (2017), το δευτερογενές τραυματικό άγχος αποτελεί έναν επαγγελματικό κίνδυνο για τους νοσηλευτές. Η έλλειψη κατανόησης της επίδρασης του τραυματικού άγχους στον επαγγελματία υγείας επιτρέπει την επιδείνωση των συμπτωμάτων και αυτό έχει σημαντικές συνέπειες για την προσωπική και επαγγελματική τους ευημερία όπως αποχώρηση από το επάγγελμα, ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις, μειωμένη παραγωγικότητα και κλινικά λάθη.

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), η κόπωση συμπόνιας και το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι οι όροι που χρησιμοποιούνται σχεδόν εναλλακτικά για να περιγράψουν το «κόστος της φροντίδας» κατά την ενασχόληση και τη συναισθηματική εμπλοκή με άτομα που έχουν βιώσει τραύμα (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Meadors & Lamson, 2008; Curtis & Puntillo, 2007). Παρουσιάζεται μία πλούσια συμπτωματολογία του Δευτερογενούς Τραυματικού Άγχους (Missouridou, 2017; Quinal et al., 2009; Dewey, 2016). Ειδικότερα παρουσιάζονται:

- εικόνες και σκέψεις από τη φροντίδα των ασθενών που προσκολλώνται επίμονα και βασανιστικά προκαλώντας έντονη δυσφορία με θλίψη, φόβο, οργή, ντροπή

- ενοχές από την αναβίωση του τραύματος ή την αποστασιοποίηση στη διάρκεια της θεραπείας
- διαταραχές στον ύπνο με συχνούς εφιάλτες και αυξημένο άγχος
- εκρήξεις θυμού και αδυναμία διαχείρισης ευερεθιστότητας
- αποφυγή φροντίδας των ατόμων αυτών ή υπερβολική προσκόλληση
- δυσκολία διαχωρισμού της επαγγελματικής από την προσωπική ζωή και σημάδια απομόνωσης
- συμπεριφορές εξάρτησης με κατάχρησης ουσιών
- αυξημένο αίσθημα ευαλωτότητας, έντονη πικρία
- υπαρξιακή απελπισία και μοναξιά
- αναστοχασμός και αμφισβήτηση για ήδη εδραιωμένες αξίες
- επαναδιαπραγμάτευση και αμφισβήτηση της πνευματικότητας

Οι Kennedy et al. (2021) αναφερόμενοι στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας που έρχονται αντιμέτωποι με το τραύμα της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία παρατηρούν ότι η συναισθηματική προετοιμασία των νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση τόσο ευαίσθητων ζητημάτων. Συνεχίζοντας, η αμφισβήτηση εαυτού, το ενοχικό συναίσθημα και η έννοια του αβοήθητου που προκύπτουν από την αδυναμία χειρισμού του τραύματος από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, μπορεί να αποδοθεί τόσο στην έλλειψη γνώσης και εξάσκησης όσο στην εφαρμογή πρακτικών που προέρχονται από το παραδοσιακό ιατροκεντρικό μοντέλο (Kennedy et al., 2021; McCormack & Adam, 2016).

Η έλλειψη κλινικής εποπτείας καταγράφεται ως ένας σημαντικός παράγοντας. Η κλινική εποπτεία συμβάλλει σημαντικά στην προετοιμασία των νοσηλευτών δίνοντας τους χώρο, χρόνο και επαγγελματική στήριξη. Με την εφαρμογή της παρέχεται η δυνατότητα αντανάκλασης και επεξεργασίας της διάδρασης με τους ασθενείς και τους συνεργάτες (Morrisey, 2020). Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας νιώθουν ευάλωτοι, ελλιπώς προετοιμασμένοι και εκτεθειμένοι, αρκετές φορές επιδεικνύουν επαγγελματισμό και τη θέληση να θέσουν τις ανάγκες των ατόμων που έχουν εκτεθεί σε τραύμα πάνω από τις δικές τους (Kennedy et al., 2021).

Η έκθεση στα τραύματα των θεραπευόμενων προκαλεί έντονα και μερικές φορές αφόρητα συναισθήματα στους νοσηλευτές. Η δυσκολία να επεξεργαστούν τα συναισθήματά τους μπορεί να οδηγήσει σε απομάκρυνση ή αντίθετα σε υπέρμετρη εμπλοκή. Οι έντονες και απροσδόκητες συναισθηματικές αντιδράσεις που ενδέχεται να προκύψουν μπορεί να αποτελούν ένδειξη για την παρουσία κεκαλυμμένου τραύματος.

Η αφήγηση ή το θέμα του τραγικού πόνου μπορεί να προκαλέσει στους νοσηλευτές μια ισχυρή παρόρμηση να επιδιορθώσουν με κάποιο τρόπο τη βλάβη ή να φέρουν στην επιφάνεια τις δικές τους προσωπικές τραυματικές εμπειρίες. Η υπερβολική εμπλοκή ή η υπέρβαση των επαγγελματικών ορίων των νοσηλευτών προκαλεί απογοήτευση, όταν δεν επιτυγχάνονται οι στόχοι, έχοντας ως αποτέλεσμα να απομακρύνονται από την παροχή φροντίδας με άξονα την ενσυναίσθηση.

Υπάρχει ανάγκη να καλλιεργηθεί μια οργανωσιακή κουλτούρα ευαισθητοποίησης που να αναγνωρίζει το βαθμό που υποφέρει ο ίδιος ο νοσηλευτής όταν αντιμετωπίζει τα τραύματα των θεραπευόμενων καθώς και τη θετική συμβολή της ομαδικής εργασίας. Η συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση στη δυναμική του τραύματος, η αυτοφροντίδα και η κλινική επίβλεψη μπορεί να βοηθήσει τον νοσηλευτή να κατανοήσει σε βάθος τον αντίκτυπο που έχει το τραύμα στην εργασιακή κουλτούρα (Missouridou, 2017).

Περαιτέρω έρευνα συνίσταται για την καλύτερη κατανόηση της επίδρασης του δευτερογενούς τραυματικού στρες στους νοσηλευτές αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι επιφορτίζονται με την φροντίδα ασθενών με τραυματικά βιώματα καθώς και της εκπαίδευσης και υποστήριξης που απαιτούνται για την πρόληψη της ψυχικής επιβάρυνσης του επαγγελματία (Missouridou, 2017).

3.5. Προστατευτικοί παράγοντες

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε προγράμματα με άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης ενδέχεται να αντιμετωπίσουν δευτερογενές τραύμα ή κόπωση από συμπόνια λόγω της έκθεσης στις τραυματικές εμπειρίες των ασθενών τους. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να λάβουν μέτρα για να αποκτήσουν τη δική τους συναισθηματική ευημερία, να διαχειριστούν τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις, να αντιμετωπίσουν το τραύμα των ασθενών τους, δίνοντας προτεραιότητα στη δική τους αυτοφροντίδα αποτρέποντας την εξουθένωση (Figley, 1995).

Ένας τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές μπορούν να διαχειριστούν το τραύμα ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης, ώστε να μην έχει αρνητική επίπτωση

στους ίδιους, είναι μέσω πρακτικών φροντίδας εαυτού, όπως η τακτική άσκηση, οι ενδεδειγμένες διατροφικές συνήθειες και η αρκετή ανάπαυση. Αυτές οι πρακτικές μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να διατηρήσουν τη σωματική και την ψυχική τους υγεία, γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά την ενασχόληση τους με ασθενείς που έχουν βιώσει τραύμα (Adams, Figley & Boscarino, 2008).

Οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις που βιώνουν οι νοσηλευτές, διαχειριζόμενοι τα τραύματα των θεραπευομένων, προκαλούν ένα συνεχές άγχος. Σύμφωνα με τους Edmonds et al. (2012) η εφαρμογή τεχνικών διαχείρισης του άγχους θα μπορούσε να έχει προληπτική επίδραση καθώς και μετέπειτα ανακούφιση από τις συνέπειες της Κόπωσης Συμπόνιας.

3.6. Αναγκαιότητα ειδικότητας νοσηλευτικής εξαρτήσεων

Ο επαγγελματισμός και οι εγγενείς αξίες του αλτρουισμού (ενδιαφέρον και υπεράσπιση για την ευημερία των άλλων), η αυτονομία (σεβασμός στα άτομα που λαμβάνουν αποφάσεις για τη δική τους υγειονομική περίθαλψη), η ανθρωπίνη αξιοπρέπεια (αξία και σεβασμός για όλους τους ασθενείς και συναδέλφους), η ακεραιότητα (ειλικρίνεια και φροντίδα σχετικά με το ηθικό πλαίσιο) και η κοινωνική δικαιοσύνη (που ενεργεί σύμφωνα με δίκαιη μεταχείριση ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, φυλής, εθνικότητας, ηλικίας, ιθαγένειας, αναπηρίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού) αποτελούν θεμελιώδεις αρχές του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Ιστορικά, ο νοσηλευτικός ρόλος έχει δώσει έμφαση στις συνεργασίες με ασθενείς είτε μεμονωμένα με άτομα είτε με οικογένειες, ομάδες, κοινότητες, ή πληθυσμούς προκειμένου να ενθαρρυνθεί και να υποστηριχθεί η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στον καθορισμό των αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές, ως μέλη μιας διεπαγγελματικής ομάδας είναι έτοιμοι να παρέχουν φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, δίνοντας έμφαση στην υιοθέτηση πρακτικών που βασίζονται σε στοιχεία και προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας (American Association of Colleges of Nursing, 2008).

Η Finnell et al. (2019) αναφέρει ότι δεδομένης της πολυπλοκότητας των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης, ήταν σημαντικό να υπάρχει μια ομάδα νοσηλευτών που να είχαν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να παρέχουν φροντίδα σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, διαχείρισης του στερητικού συνδρόμου και να συμμετέχουν στη θεραπεία από τη χρήση ουσιών. Αυτή η ανάγκη οδήγησε στην ανάπτυξη της ειδικότητας της νοσηλευτικής εξάρτησης.

Αναστοχαστικά, η δημιουργία ειδικότητας στη νοσηλευτική εξαρτήσεων στην Ελλάδα και η εκπαίδευση από εξειδικευμένους πλέον επαγγελματίες νοσηλευτές, τόσο σε όλη τη νοσηλευτική κοινότητα όσο και σε άλλους επαγγελματίες που απασχολούνται στο χώρο των εξαρτήσεων, θα συμβάλει ουσιαστικά στην καλύτερη διαχείριση του φαινομένου των εξαρτήσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

4.1. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί, οι οποίες πραγματεύονται την εκτίμηση των διαστάσεων της ικανοποίησης συμπόνιας, της κόπωση συμπόνιας και της επαγγελματική εξουθένωσης των επαγγελματιών που παρέχουν φροντίδα στα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης. Επίσης, αρκετές μελέτες αναφέρονται στη φροντίδα των τραυμάτων που φέρουν τα άτομα αυτά και στο κόστος που επωμίζονται οι επαγγελματίες από την φροντίδα αυτών των τραυμάτων.

Στη συγκεκριμένη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από τους Stokes et al. (2017), τονίζεται ότι οι νοσηλευτές προσφέρουν άμεση φροντίδα (ως επαγγελματίες πρώτης γραμμής) και εργάζονται με γνώμονα την παροχή ολιστικής φροντίδας. Σε αυτό το πλαίσιο, διαδραματίζουν έναν σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση του τραύματος των θεραπευομένων (Trauma-informed care-TIC) σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας κι αν εργάζονται.

Ο σκοπός της συγκεκριμένης ποιοτικής μελέτης είναι να διερευνηθεί το πώς οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται το εννοιολογικό περιεχόμενο του τραύματος των θεραπευομένων καθώς και να καταγραφούν οι εμπειρίες τους από τη επαφή τους με τα τραύματα των θεραπευόμενων.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Οντάριο του Καναδά και στην τελική φάση επιλογής συμμετείχαν επτά νοσηλευτές. Τα στοιχεία συλλέχτηκαν μέσω ημιδομημένων και «πρόσωπο με πρόσωπο» συνεντεύξεων. Από τη συγκεκριμένη μελέτη συμπεραίνεται ότι, ενώ οι συμμετέχοντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με τον συγκεκριμένο όρο «φροντίδα τραύματος», ωστόσο η κατανόηση του όρου «τραύμα» και η αντιμετώπιση του έμοιαζαν αρκετά με αυτή της αντιμετώπισης από εξειδικευμένους επαγγελματίες. Πίστευαν ότι η φροντίδα του τραύματος δεν αποτελεί κάτι ιδιαίτερο και ξεχωριστό αλλά αποτελεί μέρος της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Αξιοσημείωτη είναι η διαπίστωση ότι αναπτύσσονται ιδιαίτερες δυναμικές στη διάδραση νοσηλευτή και ασθενή στο πλαίσιο της φροντίδας του τραύματος και ο επανατραυματισμός είναι ένα πιθανό ενδεχόμενο τόσο από την πλευρά του νοσηλευτή όσο και από την πλευρά του ασθενή. Συμπερασματικά, αναφέρεται ότι θα πρέπει να εφαρμόζονται ιδιαίτερες στρατηγικές, οι οποίες θα προστατεύουν τους νοσηλευτές από τη συναισθηματική καταπόνηση που προκαλείται από τη φροντίδα ατόμων με τραύμα ενώ η οργανωσιακή κουλτούρα θα πρέπει να στραφεί προς την υιοθέτηση πρακτικών που θα προστατεύουν όχι μόνο τους ασθενείς αλλά και το προσωπικό. Επιπρόσθετα αναφέρονται τα εξής ευρήματα:

- Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν έλαβαν επίσημη εκπαίδευση για το τραύμα, ως μέρος της βασικής τους εκπαίδευσης.
- Περιέγραψαν πώς το κίνητρό τους να μάθουν για το τραύμα προήλθε από τις δικές τους εμπειρίες, από τις εμπειρίες των ασθενών τους ή από την οικογένεια και τους φίλους που έχουν βιώσει τραύμα.
- Οι συμμετέχοντες μίλησαν για μια εγγενή ατομικότητα στο πώς βιώνεται το τραύμα και ότι αυτή η υποκειμενικότητα μπορεί να περιλαμβάνει παραλλαγές στο χρόνο, τον τόπο και τη νοηματοδότηση.
- Κοινή για όλους τους συμμετέχοντες ήταν η αντίληψη ότι το τραύμα μπορεί να αλλάξει ένα άτομο, αλλάζοντας τον ίδιο τον πυρήνα του ατόμου, την ταυτότητά του και συμβάλλοντας στη δημιουργία μίας νέας.

- Οι συμμετέχοντες τόνισαν ιδιαίτερα ότι χωρίς την αναγνώριση του τραύματος στην πράξη, υπήρχε η πιθανότητα επιφανειακής ή και επιβλαβούς φροντίδας, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνονται υπόψη οι εξατομικευμένες ανάγκες.

- Τέλος, δόθηκε έμφαση στην ανάγκη επικέντρωσης στα δυνατά σημεία των ασθενών και όχι στις αδυναμίες τους.

Στη συγχρονική μελέτη των Ogińska-Bulik et al. (2021), στην οποία συμμετείχαν 419 επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα νοσηλευτές και διασώστες, έγινε μία προσπάθεια να διερευνηθεί κατά πόσο η εργασιακή επιβάρυνση, η ευχαρίστηση από την εργασία, η κοινωνική στήριξη και αποδοχή καθώς και η γνωστική επεξεργασία του τραύματος του ασθενή επηρεάζουν τους δείκτες του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Το συμπέρασμα αυτής της έρευνας ήταν ότι οι παραπάνω επαγγελματικές κατηγορίες είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες και ο βασικός προβλεπτικός παράγοντας συνδέεται με το βαθμό ευχαρίστησης που νιώθουν από την εργασία τους.

Ένα άλλο θέμα, που αναδύθηκε από τη μελέτη της Abram (2018) στις ΗΠΑ, ήταν το πως γίνεται αντιληπτός ο ρόλος που κατέχει ο νοσηλευτής, ο οποίος απασχολείται στο χώρο των εξαρτήσεων. Η συγκεκριμένη ποιοτική μελέτη αναζήτησε την αποσαφήνιση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών που εργάζονται στον χώρο των εξαρτήσεων. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω συνεντεύξεων σε 9 (εννέα) νοσηλευτές. Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονται με άτομα που εμφανίζουν διαταραχή χρήσης ουσιών (Substance Use Disorder/SUD) σχετικά με το ρόλο τους, την αποσαφήνιση αυτού, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους διαχειρίζονται το ρόλο τους.

Η ασάφεια του ρόλου σε αυτές τις δομές, στις οποίες απασχολούνται νοσηλευτές με ειδικευση στην ψυχική υγεία, προκύπτει από το γεγονός ότι επίσης απασχολούνται επαγγελματίες διαφορετικών ειδικοτήτων (όπως σύμβουλοι, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί) οι οποίοι ενδεχομένως να έχουν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Το γεγονός της ασάφειας αποτελεί έναν παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών του συγκεκριμένου χώρου. Από την έρευνα προέκυψε ότι ο ρόλος τους περιορίζονταν στη διαχείριση των σωματικών προβλημάτων των ασθενών και κυρίως στη χορήγηση φαρμάκων, παρόλο που στο ρόλο τους συμπεριλαμβάνονταν η διαχείριση συναισθημάτων και συμπεριφορών των ωφελούμενων. Οι νοσηλευτές, όμως,

περιορίζονταν στη συγκεκριμένη αρμοδιότητα. Με αυτό τον περιορισμό συμφωνούσαν και τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Περιέγραψαν τον ρόλο τους ως «επόπτης», «όργανο επιβολής» και «μαζορέτα» οι οποίοι προσπαθούσαν να μείνουν πιστοί στους κανόνες. Αντιθέτως, ως προς αυτό, συχνά παρατηρούνταν μία ασυνέπεια από άλλους συνεργάτες, γεγονός που τους έδινε το ρόλο του «κακού» πολλές φορές.

Θεωρούσαν ότι δεν είχαν αυτονομία στην εργασία τους και ήταν υπό τις οδηγίες του γιατρού χωρίς να επικεντρώνονται στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες λαμβάνονταν ως δευτερεύουσας σημασίας. Η επαφή και η διάδραση με τους ασθενείς περιγραφόταν ως συναισθηματική πρόκληση και πίστευαν ότι ο ρόλος τους είναι διαφορετικός σε σχέση με άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες.

Το άγχος, σε κάποιες περιπτώσεις, είχε σχέση με το ότι δε γνώριζαν ή ένιωθαν άβολα με κάποιες συμπεριφορικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονταν από συνεργάτες άλλων ειδικοτήτων. Προκειμένου να αποφύγουν το ενδεχόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, υιοθετούσαν διάφορες πρακτικές όπως την αποστασιοποίηση αλλά και την ασφάλεια της αλληλεγγύης μέσα στην ομάδα.

Πίστευαν ότι η εμπειρία και η ενασχόληση στο πεδίο προσέφεραν πολύτιμη βοήθεια, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στον ρόλο τους. Όμως το κενό της επίσημης εκπαίδευσης καλύπτονταν με ατομικές προσπάθειες ή μέσω συναδέλφων ή και από τους ίδιους τους ωφελούμενους.

Περιέγραψαν ότι κατείχαν έναν ρόλο που έδινε τη δυνατότητα να μπορούν να αντιληφθούν κάθε οπτική και είχαν μεγάλη ευκολία στο να προσαρμόζονται σε αυστηρά και άκαμπτα πλαίσια. Τόνισαν δε ότι η ολιστική προσέγγιση στο άτομο με προβλήματα εξάρτησης είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς το άτομο επηρεάζεται στην ολότητά του. Πρόσθεσαν ότι αυτή η πρακτική τους ήταν οικεία και η ικανοποίηση από την εργασία τους ή η δυσαρέσκειά τους προερχόταν από τη θετική ή αρνητική πορεία του θεραπευόμενου.

Ως προς την ασάφεια και την ανίχνευση της επαγγελματικής ταυτότητας και των καθηκόντων των νοσηλευτών στο χώρο των εξαρτήσεων, πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα στην Τζακάρτα της Ινδονησίας από τους Susanti et al. (2022). Στη μελέτη λήφθηκαν συνεντεύξεις σε 10 νοσηλευτές και 10 ακόμα επαγγελματίες (4 γιατρούς, 2 ψυχολόγους, 2 συμβούλους, 2 κοινωνικούς λειτουργούς) οι οποίοι απασχολούνταν σε τρία κρατικά κέντρα στο χώρο των εξαρτήσεων.

Αναφέρεται δε ότι στην Ινδονησία υπάρχουν γενικές κατευθυντήριες που απευθύνονται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές βιώνουν αίσθημα αβεβαιότητας για τον ρόλο τους, ενώ τα καθήκοντά τους είναι περίπλοκα και συγκεχυμένα κατά τη διαχείριση ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης. Διάφορα θέματα που προέκυψαν καταγράφηκαν ως γκρίζες ζώνες. Συγκεκριμένα εκφράστηκαν οι εξής προβληματισμοί:

- Τα νοσηλευτικά διλήμματα στις νοσηλευτικές πράξεις
- Η αλληλοεπικάλυψη ενεργειών με άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες
- Ο ρόλος των νοσηλευτών κατά την αποτοξίνωση και την αποκατάσταση (ως πάροχος φροντίδας υγείας, ως σύμβουλος, ως υποστηρικτής και αποδέκτης των παραπόνων και των εκφράσεων των αναγκών των ωφελούμενων και ως διαχειριστής επειγουσών καταστάσεων, όπως αποτροπή διάπραξης μίας αυτοκτονίας.
- Η αντιμετώπιση των προκλήσεων (χειριστικές συμπεριφορές ωφελούμενων) και η απόκτηση ιδιαίτερων ικανοτήτων για τη δημιουργία ή και τη βελτίωση της θεραπευτικής συμμαχίας, της επικοινωνίας και της εγκαθίδρυσης σχέσεων εμπιστοσύνης
- Η απουσία σαφώς καθορισμένων κατευθυντήριων γραμμών για τα καθήκοντα των νοσηλευτών
- Η ανάγκη εξειδικευμένης εκπαίδευσης των νοσηλευτών για το χώρο των εξαρτήσεων (νοσηλευτική εξαρτήσεων) από τη βασική ακόμα εκπαίδευση και η ανάγκη λειτουργίας στο πλαίσιο της ομάδας.

Προκειμένου να ανιχνευθούν οι προβλεπτικοί παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο τους νοσηλευτές ως προς την ανάπτυξη εθισμών, πραγματοποιήθηκε μία έρευνα μέσω διαδικτύου από τους Foli, Zhang, & Reddick (2021), στην οποία συμμετείχαν 1478 νοσηλευτές που εργάζονται στην Ιντιάνα των ΗΠΑ. Από την έρευνα βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές βρίσκονταν σε μέτριο κίνδυνο απόκτησης εθισμού στο κάπνισμα (11,6%), στο αλκοόλ με ποσοστό 11,6% καθώς και σε άλλες ουσίες σε ποσοστό 10,4%. Ως προβλεπτικοί παράγοντες σε όλες τις κατηγορίες των εθισμών αναγνωρίστηκαν η κατάθλιψη, το άγχος καθώς και τα ψυχολογικά τραύματα όπως δυσμενείς εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, από τα τραυματικά γεγονότα ζωής καθώς και την έμμεση βία στο εργασιακό τους περιβάλλον. Οι Ross et al. (2018b), ανέφεραν ότι στις περιγραφές τους οι νοσηλευτές χαρακτήρισαν τη χρήση ουσιών ως ένα μέσο για να «να σταματούν το άγχος

από τις εμπειρίες της εργασίας» και συγκεκριμένα τη χρήση αλκοόλ ως ένα κοινά αποδεκτό μέσο για να μπορούν να διαχειριστούν το άγχος.

Με σκοπό να αποτυπωθούν τα συναισθήματα κόπωσης συμπόνιας των νοσηλευτών, έγινε μία ποιοτική έρευνα στη Φιλαδέλφεια των ΗΠΑ, στην οποία συμμετείχαν 24 ομάδες εστίασης (N=53 νοσηλευτές), που εργάζονταν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών σε ένα πρωτοβάθμιο κέντρο φροντίδας τραύματος, στο οποίο φρόντιζαν ασθενείς με πρόβλημα εξάρτησης από οπιοειδή ή άλλες ουσίες. Από την έρευνα βρέθηκε ότι οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές βίωσαν αρνητικά συναισθήματα και πιέσεις με επακόλουθο την αύξηση των επιπέδων της συναισθηματικής κόπωσης. Συγκεκριμένα περιέγραψαν ότι ένιωθαν μία συνεχώς αυξανόμενη πίεση, η οποία είχε διάρκεια στον χρόνο και μείωση των επιπέδων του αισθήματος της ικανοποίησης από την εργασία τους. Τα παραπάνω ευρήματα χαρακτηρίστηκαν ως βασικά γνωρίσματα της κόπωσης συμπόνιας (Dowdell et al., 2022).

Σε μικτή έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη Misouridou et al., (2021c) σε 50 νοσηλευτές που εργάζονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής σε μονάδες απεξάρτησης από το αλκοόλ και άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες, βρέθηκε ότι το 22% των συμμετεχόντων ήταν σε υψηλό κίνδυνο ως προς την Κόπωση από τη συμπόνια και το 14% σε υψηλό κίνδυνο ως προς την Επαγγελματική εξουθένωση. Αξιοσημείωτο ήταν το εύρημα για την Ικανοποίηση Συμπόνιας, με το 46% των συμμετεχόντων να εκφράζει μέτριο ή υψηλό επίπεδο Ικανοποίησης Συμπόνιας. Στη συγκεκριμένη έρευνα παρουσιάστηκε η πορεία από την δυσφορία που ένιωθαν οι συμμετέχοντες αρχικά στη μετάβαση τους στην Ικανοποίηση Συμπόνιας κατά τα επόμενα στάδια. Η εύρεση της κατάλληλης απόστασης, ο επαναπροσδιορισμός του θεραπευτικού ρόλου και των προσδοκιών, η συμπερίληψη των συναισθημάτων και των εμπειριών ανήκουν στο πλαίσιο της μάθησης της έννοιας της συμπόνιας. Η απόκτηση ευχαρίστησης από μικρές αλλαγές, η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη και η φροντίδα εαυτού οδηγούν στην Ικανοποίηση συμπόνιας. Η οργανωσιακή κουλτούρα που διέπεται από αίσθημα συμπόνιας, η κλινική εποπτεία και η συνεχής εκπαίδευση ενδέχεται να προστατέψουν τους συμμετέχοντες από την απορρόφηση και εσωτερίκευση δύσκολων συναισθημάτων που πιθανά να οδηγήσουν σε Κόπωση από συμπόνια καθώς και να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν σε βάθος το βαθμό επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης.

Στην ποιοτική μελέτη των Knaak et al. (2019), που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, διερευνήθηκε ο αντίκτυπος που είχε ο στιγματισμός της πολιτικής της Μείωσης της βλάβης (στην οποία συμπεριλαμβάνονταν και η θεραπεία μέσω υποκατάστασης), σε

όσους εργάζονται στην πρώτη γραμμή εφαρμογής της. Πραγματοποιήθηκαν 8 (οκτώ) ομάδες εστίασης και 15 προσωπικές συνεντεύξεις. Κάθε ομάδα είχε ένα βασικό εκπρόσωπο και οι συμμετέχοντες στην ομάδα ήταν εργαζόμενοι πρώτης γραμμής όπως προσωπικό υγείας, διασώστες, αστυνομικοί, πυροσβέστες, streetworkers (εργαζόμενοι που κάνουν παρεμβάσεις εκτός δομών), εκπρόσωποι που συμμετείχαν στη χάραξη πολιτικών. Επίσης, συμμετείχαν άτομα με πρόβλημα εξάρτησης από οπιοειδή ή άλλες ουσίες. Το βασικό θέμα που προέκυψε ήταν ότι η Ικανοποίηση συμπόνιας των συμμετεχόντων βρισκόταν σε χαμηλά επίπεδα. Σε αυτό το πλαίσιο συμπεριλαμβανόταν η χαμηλή πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου ως προς την προαγωγή της σωματικής και ψυχικής ευεξίας των ωφελούμενων καθώς και οι έννοιες του αβοήθητου και της έλλειψης ελπίδας. Καταγράφηκαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης, κόπωσης συμπόνιας και έμμεσου τραύματος. Αναφέρθηκαν αρνητικά συναισθήματα για τα άτομα με πρόβλημα εξάρτησης και μία αμφιθυμία για την αποτελεσματικότητα της στρατηγικής μείωσης της βλάβης.

Στην ίδια μελέτη οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι τα μέτρα της Μείωσης της βλάβης ήταν σημαντικά για να κρατούν στη ζωή τα άτομα με πρόβλημα εξάρτησης και για να μειώσουν τους κινδύνους από την κατάχρηση ουσιών. Αναφέρθηκαν στην πληθώρα των περιπτώσεων με υπερδοσολογία και το πόσο συχνά έρχονταν αντιμέτωποι με την προσπάθεια να αποτρέψουν το θάνατο, γεγονός που ήταν ιδιαίτερα δυσάρεστο. Όμως, κάποιοι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν ερωτηματικά για τις πρακτικές της μεθόδου και αντίθετα με το επιθυμητό, θεωρούσαν ότι οι πρακτικές μείωσης της βλάβης, όπως η χορήγηση ναλοξόνης για την αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας, ενθάρρυναν την κατάχρηση ουσιών, τις επικίνδυνες συμπεριφορές και την αύξηση των υποτροπών. Αρκετοί ήταν επίσης εκείνοι που αντιστέκονταν στη μέθοδο, θεωρώντας ότι δεν έχει θεραπευτικό υπόβαθρο και δεν καθορίζει τις αιτίες εξάρτησης. Τόνισαν δε, ότι είναι ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες του συστήματος που υπάρχουν ως προς την διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης στις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που τους προκαλούσε μεγάλη δυσφορία. Τέλος, οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι το έμμεσο τραύμα, η επαγγελματική εξουθένωση και η κόπωση από συμπόνια είναι εκείνοι οι παράγοντες που οδηγούν στη χαμηλή Ικανοποίηση από συμπόνια καθώς και στη συναισθηματική και συμπεριφορική αποστασιοποίησή τους. Επίσης, συμφώνησαν ότι αυτές οι εμπειρίες είχαν αρνητικό αντίκτυπο στη δική τους ψυχική υγεία και ευεξία. Οι λύσεις που προτάθηκαν ήταν η αναπλαισίωση, η επανεκπαίδευση για το εννοιολογικό περιεχόμενο της μείωσης της βλάβης, η εκπαίδευση για την αντιμετώπιση και τη φροντίδα των τραυματικών

εμπειριών των ωφελούμενων, η ανάπτυξη κοινωνικών επαφών που θα βοηθήσουν στην εξάλειψη της αίσθησης της ανημποριάς και του αβοήθητου, τη στήριξη της ψυχικής υγείας και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας όσων εργάζονται σε αυτό τον τομέα με τη συμβολή της κατάλληλης οργανωσιακής κουλτούρας.

Σε προοπτική διαχρονική μελέτη παρατήρησης των Ward & Mitchell (2022), στην οποία συμμετείχαν 26 νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονταν σε τμήμα μακρόχρονης νοσηλείας ατόμων με ασθένειες που συνδέονταν με την ενδοφλέβια χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, διερευνήθηκε ποιος ήταν ο αντίκτυπος από την εφαρμογή ενός ειδικού προγράμματος στους νοσηλευτές. Το πρόγραμμα περιελάμβανε :

- τη δημιουργία ομάδας διαφόρων ειδικοτήτων, η οποία έκανε συχνές παρεμβάσεις στους ωφελούμενους που νοσηλεύονταν στο τμήμα.
- τον καθορισμό συμπεριφορών, τη φροντίδα για την ασφάλεια των ασθενών και των νοσηλευτών, τον καθορισμό ορίων, τη διαχείριση χειριστικών συμπεριφορών, τον καθορισμό των αναγκών των ασθενών και την εκπαίδευση προσωπικού.

Μετά την παρέμβαση καταγράφηκε σημαντική μείωση στην συναισθηματική εξάντληση των συμμετεχόντων, ενώ ο βαθμός της αίσθησης αποπροσωποποίησης έτεινε προς μειωμένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά σε όχι ιδιαίτερα σημαντικό βαθμό. Τα επίπεδα αίσθησης προσωπικής ολοκλήρωσης ήταν αρχικά αυξημένα αλλά δε διατηρήθηκαν, ενώ η αυξημένη αίσθηση της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και η τάση παραίτησης από την εργασία συνδέθηκαν με τη συναισθηματική εμπλοκή των νοσηλευτών. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και η συνεργατικότητα (δημιουργία ομάδας) συνέβαλλαν στη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον η βελτίωση των σχέσεων με τους ασθενείς ενδεχόμενα να συνέβαλε στην ικανοποίηση των νοσηλευτών από το εργασιακό περιβάλλον και στη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι Wathen et al. (2021) σε μικτή έρευνα με 74 συμμετέχοντες (67 διαδικτυακά ερωτηματολόγια και 7 συνεντεύξεις) που αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, επικεφαλής εργασιακών ομάδων και ερευνητών, προερχόμενοι από διάφορους οργανισμούς, προσπάθησαν να μελετήσουν τον αντίκτυπο από την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος. Η εκπαίδευση αφορούσε στο περιεχόμενο του τραύματος γενικά και στη φροντίδα του τραύματος που είχαν υποστεί οι ωφελούμενοι.

Μετά την εφαρμογή της παρέμβασης, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι παρατήρησαν αλλαγές στις στάσεις τους και στην υιοθέτηση νέων πρακτικών τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε οργανωτικό επίπεδο. Σε προσωπικό επίπεδο οι συμμετέχοντες στράφηκαν στη φροντίδα εαυτού. Κατανόησαν περισσότερο την έννοια του τραύματος καθώς και τη σχέση μεταξύ τραύματος, πόνου και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών. Στράφηκαν στην υιοθέτηση διαφορετικών πρακτικών όπως περισσότερη ενεργητική ακρόαση, αυξημένη ενσυναίσθηση, μείωση της χρήσης γλώσσας «αργκό», και της επικριτικής στάσης προς τους ωφελούμενους. Οι νέες πρακτικές συνδέθηκαν με τη βελτίωση ως προς την παροχή φροντίδας, την αύξηση της εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας καθώς και με ένα πιο υψηλό αίσθημα ικανοποίησης των ωφελούμενων. Τέλος, οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν σε επίπεδο οργανισμών αφορούσαν στις αλλαγές στον χώρο, στην υποστήριξη του προσωπικού με την εφαρμογή νέων πρακτικών και εκπαιδευτικών δράσεων. Επίσης, αποφασίστηκε να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η ύπαρξη τραύματος από κάποιο βίαιο γεγονός για τη λήψη ορθότερων αποφάσεων κατά τις συναντήσεις ή τις επιτροπές.

Πίνακας μελετών ανασκόπησης

Συγγραφέας/έτος δημοσίευσης, χώρα	Μέγεθος δείγματος	Είδος μελέτης	Στόχοι μελέτης	Αποτελέσματα
Ward, CW. & Mitchell, T. (2022) Reducing nurse burnout when caring for patients with substance use disorder. Nursing 52(9):p 36-40.	26 νοσηλεύτες σε τμήμα μακρόχρονης νοσηλείας απόμων με ασθένειες που συνδέονται με την ενδοφλέβια χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών	Προοπτική διαχρονική μελέτη παρατήρησης	Ο αντίκτυπος της εφαρμογής προγράμματος φροντίδας για άτομα με πρόβλημα εξάρτησης στους νοσηλεύτες που συμμετείχαν. Πρόγραμμα : δημιουργία ομάδας διαφόρων ειδικοτήτων με συχνές παρεμβάσεις: καθορισμός συμπεριφορών, φροντίδα για την ασφάλεια των ασθενών και των νοσηλευτών, καθορισμός ορίων, διαχείριση χειριστικών συμπεριφορών, καθορισμός των αναγκών των ασθενών, εκπαίδευση προσωπικού.	Μετά την παρέμβαση: Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην συναισθηματική εξάντληση των συμμετεχόντων -Ο βαθμός της αίσθησης αποπροσωποποίησης έτεινε προς μειωμένα επίπεδα Επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά όχι ιδιαίτερα σημαντικά -Τα επίπεδα αίσθησης προσωπική ολοκλήρωσης ήταν αρχικά αυξημένα αλλά δε διατηρήθηκαν -Η αυξημένη αίσθηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και η τάση παραίτησης από την εργασία συνδέθηκαν με τη συναισθηματική εμπλοκή των νοσηλευτών -Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και η συνεργατικότητα συνέβαλλαν στη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης. -Η βελτίωση των σχέσεων με τους ασθενείς ενδεχόμενα συνέβαλλαν στην ικανοποίηση των νοσηλευτών από το εργασιακό περιβάλλον και στη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.

<p>Dowdell, E. B., Alderman, S. E., Foushee, N., Holland, E., & Reedy, E. A. (2022). Expressions of Compassion Fatigue by Emergency Department Nurses Caring for Patients With Opioid and Substance Use Disorders. Journal of Emergency Nursing, 48(6), 688-697.</p>	<p>24 ομάδες εστιασμένης συζήτησης στις οποίες συμμετείχαν 53 νοσηλευτές από τμήμα επειγόντων σε κέντρο φροντίδας τραυμάτων</p>	<p>Ποιοτική έρευνα με θεματική ανάλυση</p>	<p>Ανίχνευση των συναισθημάτων από κόπωση συμπόνιας κατά τη φροντίδα ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης από οποιοειδή ή άλλες ουσίες.</p>	<p>Αύξηση των επιπέδων κόπωσης συμπόνιας από την έκθεση σε αρνητικά συναισθήματα ,από την αυξανόμενη πίεση που ένιωθαν και από τη μείωση των επιπέδων εργασιακής ικανοποίησης.</p>
<p>Foli, K. J., Zhang, L., & Reddick, B. (2021). Predictors of substance use in registered nurses: the role of psychological trauma. Western journal of nursing research, 43(11), 1023-1033. Indiana -USA</p>	<p>1478 νοσηλευτές στην Ιντιάνα των ΗΠΑ</p>	<p>Διαδικτυακή έρευνα</p>	<p>Οι στόχοι της έρευνας ήταν να αναδυθούν οι δείκτες επικινδυνότητας κατάχρησης ουσιών και να προσδιοριστούν οι προβλεπτικοί παράγοντες που συντελούν στην κατάχρηση καπνού, αλκοόλ και άλλων ουσιών από τους νοσηλευτές.</p>	<p>Οι νοσηλευτές έχουν μέτριο κίνδυνο ανάπτυξης εθισμού στο κάπνισμα(11,6%),στο αλκοόλ (11,6%) και σε άλλες ουσίες(10,4%). Ως προβλεπτικοί παράγοντες καταγράφηκαν η κατάθλιψη, το άγχος και τα ψυχολογικά τραύματα.</p>
<p>Missouridou, E., Karavasopoulou, A., Psycharakis, A., & Segredou, E.(2021). Compassion Fatigue and Satisfaction among addiction nursing care providers in Greece: a mixed method study</p>	<p>50 νοσηλευτές που εργάζονταν σε κέντρα απεξάρτησης από το αλκοόλ και εξαρτησιογόνες ουσίες στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής</p>	<p>Μικτή έρευνα</p>	<p>-Η ανίχνευση των επιπέδων της Κόπωσης Συμπόνιας και της Ικανοποίησης Συμπόνιας στους -Η περιγραφή του συναισθηματικού κόστους αλλά και της ανταμοιβής από τη θεραπευτική διαδικασία με τα άτομα και τις οικογένειες τους που υποφέρουν από τα</p>	<p>-Το 22% των συμμετεχόντων ανέφεραν υψηλό κίνδυνο για την Κόπωση συμπόνιας ενώ στο 14% αναφέρθηκε υψηλός κίνδυνος για την Επαγγελματική εξουθένωση. -Το 46% εξέφρασε μέτριο ή υψηλό επίπεδο Ικανοποίησης Συμπόνιας -Περιγραφή της μετάβασης από τη δυσφορία των αρχικών σταδίων στην Ικανοποίηση Συμπόνιας σε επόμενα στάδια. -Η εύρεση της κατάλληλης απόστασης, ο επαναπροσδιορισμός του θεραπευτικού ρόλου και των προσδοκιών, η συμπερίληψη των</p>

<p>design. <i>Journal of Addictions Nursing</i>, 32(4), 225-234. ΕΛΛΑΔΑ</p>			<p>τραύματα και την εξάρτηση.</p>	<p>συναισθημάτων και των εμπειριών είναι στο πλαίσιο της μάθησης της έννοιας της συμπόνιας. -Η απόκτηση ευχαρίστησης από μικρές αλλαγές, η προσωπική και η επαγγελματική ανάπτυξη και η φροντίδα εαυτού οδηγούν στην Ικανοποίηση από συμπόνια. -Η οργανωσιακή κουλτούρα που διέπεται από αίσθημα συμπόνιας, -Η κλινική εποπτεία και η συνεχής εκπαίδευση ενδέχεται να προστατέψουν τους συμμετέχοντες από την απορρόφηση και εσωτερίκευση δύσκολων συναισθημάτων που πιθανά να οδηγήσουν σε Κόπωση από συμπόνια ,καθώς και την βαθύτερη κατανόηση του επιπέδου επικοινωνίας και τη διάδραση με τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης</p>
<p>Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. <i>PloS one</i>, 16(2),e0247596 ΠΟΛΩΝΙΑ</p>	<p>419 επαγγελματίες υγείας (γιατροί, διασώστες και νοσηλεύτες)</p>	<p>Συγχρονική Μελέτη</p>	<p>Ο καθορισμός δεικτών Δευ/νούς Τραυματικού στρες εκτιμώντας τον φόρτο εργασίας , την ευχαρίστηση από την εργασία, την κοινωνική στήριξη και τη γνωστική επεξεργασία του τραύματος</p>	<p>Ο μοναδικός προβλεπτικός παράγοντας είναι η ευχαρίστηση από την εργασία Επίσης δύο προβλεπτικοί παράγοντες είναι η θλίψη (θετικός ως προς το Δευτερογενές Τραυματικό στρες) και η αποδοχή (αρνητικός ως προς το Δευτερογενές τραυματικό στρες) Ο φόρτος εργασίας, η άρνηση και η κοινωνική στήριξη είχαν μικρή συσχέτιση Συμπέρασμα :Οι διασώστες και οι νοσηλεύτες βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο έκθεσής τους σε έμμεσο τραύμα με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες.</p>
<p>Knaak, S., Christie, Mercer, S., & Stuart, H. (2019). Harm reduction, stigma and the problem of compassion satisfaction. <i>Journal of Mental Health and Addiction Nursing</i>, 3(1), e8-</p>	<p>8(οκτώ)ομάδες εστίασης και 15 προσωπικές συνεντεύξεις (προσωπικό υγείας, διασώστες, αστυνομικούς πυροσβέστες streetworkers εκπρόσωπους που</p>	<p>Ποιοτική μελέτη</p>	<p>Διερεύνηση του αντίκτυπου που είχε ο στιγματισμός της πολιτικής Μείωσης της βλάβης σε όσους εργάζονται στην πρώτη γραμμή για την εφαρμογή της.</p>	<p>Χαμηλό επίπεδο Ικανοποίησης Συμπόνιας με τους αρνητικούς παράγοντες της κόπωσης από συμπόνιας, της επαγγελματικής εξουθένωσης και την έκθεση σε έμμεσο τραύμα να συμβάλουν σε αυτό το αποτέλεσμα. (Αίσθηση αμφιθυμίας για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου Αίσθημα αναποτελεσματικότητας ως «θεραπευτής» και ανημποριάς, δυσφορία από την συχνή επαφή με τον θάνατο, απογοήτευση από τη συχνότητα των υποτροπών, απομάκρυνση από τη θεραπευτική προσέγγιση, έκφραση αρνητικών συναισθημάτων για για τα άτομα με</p>

e21.July 16, 2019. ΚΑΝΑΔΑΣ	συμμετείχαν στη χάραξη πολιτικών, άτομα με πρόβλημα εξάρτησης από οπιοειδή ή άλλες ουσίες			προβλήματα εξάρτησης, ανημποριά αντιμετώπισης των ανισοτήτων του συστήματος, έκφραση έντονης δυσφορίας, άγχους, διαταραχή της ψυχοσωματικής υγείας, απομάκρυνση και αποστασιοποίηση).
Συγγραφέας.έτος δημοσίευσης,χώρα	Μέγεθος δείγματος	Είδος μελέτη	Στόχοι μελέτης	Αποτελέσματα
Susanti, H., Wardani, I. Y., Fitriani, N., &Kurniawan, K. (2022) Exploration the Needs of Nursing Care of Drugs Addiction Service Institutions in Indonesia. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 10(G), 45-51. ΤΖΑΚΑΡΤΑ ΙΝΔΟΝΗΣΙΑΣ	10 (δέκα) νοσηλευτές 10(δέκα) επαγγελματίες υγείας (4 γιατροί,2 ψυχολόγοι,2 συμβουλοί,2 κοινωνικοί λειτουργοί) από τρία κρατικά κέντρα στο χώρο των εξαρτήσεων	Ποιοτική έρευνα μέσω εις βάθος συνεντεύξεων.	Η μελέτη των απόψεων των συμμετεχόντων για την ανάγκη της νοσηλευτικής φροντίδας προς τους ωφελούμενους που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης.	Στην Ινδονησία υπάρχουν κατευθυντήριες που απευθύνονται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας γενικά και όχι εξειδικευμένα. -Οι νοσηλευτές βιώνουν αίσθημα αβεβαιότητας, τα καθήκοντά τους είναι περίπλοκα και συγκεχυμένα κατά τη διαχείριση ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης. -Οι νοσηλευτές που εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων πρέπει να είναι θωρακισμένοι με εξειδικευμένες κατευθυντήριες και εξειδικευμένη εκπαίδευση προκειμένου να προαχθεί η βελτίωση των γνώσεων, των δεξιοτήτων, των ικανοτήτων και των συμπεριφορών για την καλύτερη διαχείριση των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης. -Η παρουσία και απασχόληση νοσηλευτών με ειδικευση στην ψυχική υγεία θα πρέπει να ληφθεί ως ένα βήμα με θετικό πρόσημο για την επίλυση διλημμάτων.
Stokes, Y., Jacob, J. D., Gifford, W.,Squires, J., & Vandyk, A. (2017). Exploring nurses' knowledge and experiences related to trauma-informed care. Global qualitative nursing research ΚΑΝΑΔΑΣ	7(επτά) νοσηλευτές	Ποιοτική, περιγραφική μελέτη	-Η διερεύνηση και αντίληψη των νοσηλευτών του εννοιολογικού περιεχομένου της φροντίδας του τραύματος TIC(Trauma-Informed Care)	- Οι συμμετέχοντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με τον συγκεκριμένο όρο - Η κατανόηση του όρου «τραύμα» και η αντιμετώπιση του έμοιαζαν αρκετά με αυτή της εξειδικευμένης αντιμετώπισης. - Η φροντίδα του τραύματος αποτελεί θεμέλιο λίθο της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. - Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν έλαβαν επίσημη εκπαίδευση στη βασική τους εκπαίδευση για τη φροντίδα του τραύματος. -Το κίνητρό τους να μάθουν για το τραύμα προήλθε από τις δικές τους εμπειρίες, από τις εμπειρίες των ασθενών τους ή από την οικογένεια και τους φίλους που βίωσαν τραύμα.

				<ul style="list-style-type: none"> - Αναγνώρισαν μία εγγενή ατομικότητα στο πώς βιώνεται το τραύμα η οποία περιλαμβάνει παραλλαγές στο χρόνο, τον τόπο και το νόημα - Κοινή πεποίθηση ότι το τραύμα μπορεί να αλλάξει το άτομο, και την ταυτότητά του -Αναπτύσσονται ιδιαίτερες δυναμικές στη διάδραση νοσηλευτή και ασθενή στο πλαίσιο της φροντίδας του τραύματος -Χωρίς την αναγνώριση του τραύματος στην πράξη, υπήρχε η πιθανότητα επιφανειακής ή και επιβλαβούς φροντίδας, όπου οι ατομικές ανάγκες δεν αντιμετωπίζονται - Ο επανατραυματισμός είναι ένα πιθανό ενδεχόμενο τόσο από την πλευρά του νοσηλευτή όσο και από την πλευρά του ασθενή - Ανάγκη εστίασης στα δυνατά σημεία των ασθενών (και όχι στις αδυναμίες τους) κατά την παροχή περίθαλψη - Υπάρχει ανάγκη υιοθέτησης στρατηγικών που για την προστασία από τη συναισθηματική καταπόνηση, η οποία προκαλείται από τη φροντίδα ατόμων με τραύμα - Η οργανωσιακή κουλτούρα θα πρέπει να στραφεί προς την υιοθέτηση πρακτικών που θα προστατεύουν ασθενείς και προσωπικό
<p>Abram, M. D. (2018). The role of the registered nurse working in substance use disorder treatment: A hermeneutic study. Issues in mental health nursing, 39(6), 490-498.</p>	<p>9 εννέα νοσηλευτές (μονάδα αποτοξίνωσης, μονάδα αποκατάσταση εσωτερικής διαμονής, δομή ιατρικά επιτηρού μενης αποτοξίνωσης, εξωτερικές δομές και σε θεραπευτικά προγράμματα)</p>	<p>Ποιοτική έρευνα Ερμηνευτική μελέτη)</p>	<p>Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να εκμαιευτούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονται με άτομα που εμφανίζουν διαταραχή χρήσης ουσιών(Substance Use Disorder/SUD) σχετικά με το ρόλο τους, την απόδοση και τη αποσαφήνιση του ρόλου, της εργασίας, καθώς και τους τρόπους με τους οποίους διαχειρίζονται το ρόλο τους.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ασάφεια ρόλου λόγω ύπαρξης διαφορετικών ειδικοτήτων με διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις με αρνητικό πρόσημο στην επαγγελματική ικανοποίηση. -Περιορισμός ρόλου στη διαχείριση σωματικών προβλημάτων και χορήγηση φαρμάκων - Ρόλος ως «επτόπτες, όργανα επιβολής και μαζορέτες» -Έλλειψη αυτονομίας ήταν υπό τις οδηγίες του γιατρού -Άγχος από έλλειψη γνώσης ή μη εξοικείωσης για κάποιες συμπεριφορικές παρεμβάσεις -Υιοθέτηση πρακτικών αποστασιοποίησης, της αλληλεγγύης μέσα στην ομάδα για να αποφευχθεί το ενδεχόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης -Κάλυψη του κενού της επίσημης εκπαίδευσης με ατομικές προσπάθειες ή μέσω συναδέλφων ή και από τους ίδιους τους ωφελούμενους -Η ικανοποίηση από την εργασία τους ή δυσαρέσκειά τους προερχόταν από τη θετική ή αρνητική πορεία του θεραπευόμενου -Σημαντικότητα και σχεδιασμός ολιστικής προσέγγισης (πολυπαραγοντικότητα της διαταραχής του εθισμού)

<p>Wathen, C. N., MacGregor, J. C., & Beyrem, S. (2021). Impacts of trauma- and violence-informed care education: A mixed method follow-up evaluation with health & social service professionals. Public health nursing, 38(4), 645-654. ΚΑΝΑΔΑΣ</p>	<p>74 (N=74) επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, επικεφαλής ομάδων εργασίας και ερευνητών διαφόρων οργανισμών.</p>	<p>Μικτή έρευνα Διαδικτυακό ερωτηματολόγια (N=67) και ημιδομημένες συνεντεύξεις (N=7)</p>	<p>Το αποτέλεσμα μετά την εφαρμογή δύο χρόνων περίπου εκπαίδευσης για το τραύμα και τη φροντίδα τραύματος από βία.</p>	<p>-Μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις πεποιθήσεις σε σχέση με τη συμπεριφορά./Αλλαγές σε οργανωτικό επίπεδο και υιοθέτηση νέων πρακτικών</p> <p>- Αλλαγή στη συνειδητοποίηση και την κατανόηση σχέσης μεταξύ τραύματος, πόνου και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών.</p> <p>-Παρατηρήθηκαν αλλαγές στις πρακτικές: περισσότερη ενεργητική ακρόαση, αυξημένη ενσυναίσθηση, μείωση της χρήσης γλώσσας αργκό, και της επίκρισης των ωφελομένων.</p> <p>-Σύνδεση των συγκεκριμένων πρακτικών με καλύτερη παροχή φροντίδας, αύξηση της εμπιστοσύνης, περισσότερη ειλικρίνεια και μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης των ωφελομένων.</p>

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων και συγκεκριμένα στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) σχετικά με το σωματικό ή ψυχικό τραύμα που έχουν υποστεί τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Ερευνητικά ερωτήματα

- Η διερεύνηση της συχνότητας επαφής των νοσηλευτών με το τραύμα των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης στην Ελλάδα.
- Η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η διαχείριση του τραύματος στην προσωπική και επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών στο χώρο των εξαρτήσεων.
- Η διερεύνηση του επίπεδου ετοιμότητας των νοσηλευτών ως προς την αντιμετώπιση και διαχείριση του τραύματος των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης.

5.2. Μεθοδολογία

5.2.1. Είδος μελέτης

Πρόκειται για μία μικτή μελέτη (ποσοτική και ποιοτική), που ακολουθεί την τάση των τελευταίων ετών με τη χρησιμοποίηση «μικτών» ή συνδυαστικών μεθόδων έρευνας (Creswell, 2003; Creswell and Plano, 2007). Πλέον, και οι δύο προσεγγίσεις χρησιμοποιούνται στις επιστήμες υγείας είτε συμπληρωματικά είτε ανεξάρτητα, καθώς είναι δυνατόν να διερευνήσουν συνδυαστικά το ίδιο ερευνητικό ερώτημα με σκοπό την εξαγωγή πιο έγκυρων συμπερασμάτων ή και να διερευνήσουν διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα με διαφορετική προφανώς μεθοδολογία (Polit & Hungler, 1993; Pop et al., 2000).

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιείται ένα συγκριτικό παράλληλο σχέδιο (Creswell and Clark, 2011) για τη διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των νοσηλευτών στο χώρο των εξαρτήσεων σχετικά με τη φροντίδα του τραύματος των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Στην προσέγγιση αυτή της Συγκλίνουσας Παράλληλης Σχεδίασης (Convergent Parallel Design) ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα

συλλέγονται την ίδια στιγμή, αναλύονται ξεχωριστά και έπειτα τα αποτελέσματα αναμιγνύονται κατά την ερμηνεία των δεδομένων. Κατά το τελευταίο αυτό στάδιο, οι ερευνητές αναζητούν σύγκλιση, απόκλιση, αντιφάσεις ή συσχετίσεις μεταξύ των ποσοτικών και ποιοτικών αποτελεσμάτων. Όταν χρησιμοποιούνται συνδυαστικά, οι ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι συμπληρώνουν η μία την άλλη και επιτρέπουν μία πιο εμπειριστατωμένη ανάλυση. Μέσα από αυτή την συμπληρωματικότητα οι ερευνητές επιζητούν να συνδυάσουν τα ποιοτικά δεδομένα και τα ποσοτικά ευρήματα.

5.2.2. Είδος ποσοτικής έρευνας

Πρόκειται για μια συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχέτισης για ανεύρεση παραγόντων που σχετίζονται με το επίπεδο επαγγελματικής ποιότητας ζωής και ειδικότερα με την ικανοποίηση και την κόπωση συμπόνιας των νοσηλευτών που εργάζονται στον ΟΚΑΝΑ οι οποίοι έρχονται σε επαφή με το φορτίο τραυμάτων των ωφελουμένων. Σύμφωνα με το Γαλάνη (2017), στις συγχρονικές μελέτες (cross-sectional studies), η πληροφορία αναφορικά με τον προσδιοριστή και την έκβαση αφορά μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή που είναι η στιγμή της μέτρησης για κάθε συμμετέχοντα.

5.2.3. Ερευνητικό Πεδίο

Το ερευνητικό πεδίο αναπτύσσεται στο χώρο των εξαρτήσεων ενός επίσημου φορέα, του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετέχουν νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες δομές του ΟΚΑΝΑ, όπως Μονάδες θεραπείας με Υποκατάσταση στην κοινότητα και στα σωφρονιστικά καταστήματα, σε «Στεγνά» Προγράμματα, σε Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης και σε Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης.

5.2.4. Δείγμα

Το δείγμα της ποσοτικής έρευνας αποτελείται από 103 νοσηλευτές (n=103) οι οποίοι εργάζονται στις προαναφερθείσες δομές του ΟΚΑΝΑ σε όλη την Ελλάδα. Όσον αφορά στη διαδικασία επιλογής δείγματος στην παρούσα έρευνα, επιλέχθηκε να γίνει επιλογή με βάση τη δειγματοληψία των μη πιθανοτήτων (δειγματοληψία ευκολίας). Το εν λόγω δείγμα αντιπροσωπεύει αποκλειστικά νοσηλευτές που απασχολούνται στον ΟΚΑΝΑ

5.2.5. Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από τη μελέτη

Στην έρευνα επιλέχθηκαν νοσηλευτές με εμπειρία τουλάχιστον ενός έτους στο χώρο των εξαρτήσεων που αποκτήθηκε είτε στο συγκεκριμένο Οργανισμό (ΟΚΑΝΑ) είτε σε αντίστοιχο φορέα.

5.2.6. Παρουσίαση ερευνητικού εργαλείου (ερωτηματολόγιο)

Για τους σκοπούς της ποσοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστές ερωτήσεις πλην ελαχίστων αυτοσυμπληρούμενων ερωτήσεων. Το εργαλείο αυτό αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο.

Το ερωτηματολόγιο απεστάλη με μορφή ηλεκτρονικής φόρμας (GOOGLE FORMS) στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο κάθε μονάδας και η συμπλήρωσή του πραγματοποιήθηκε με την εισαγωγή του κάθε ενδιαφερόμενου με τη χρήση συγκεκριμένου συνδέσμου. Περιλαμβάνεται ένα γενικό μέρος με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (προσωπικά και επαγγελματικά) και την Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOLV) που αναπτύχθηκε από την Stamm (2010).

Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται:

- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Τα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τη λειτουργικότητα των επαγγελματιών στο εργασιακό περιβάλλον
- Η καπνιστική συνήθεια (FAGESTROM SCALE κατά NIDA), η χρήση αλκοόλ και κάνναβης από τους ίδιους τους επαγγελματίες (Heatherton et al., 1991)
- Η εμφάνιση τραυματικών γεγονότων (TLEQ SCALE) των επαγγελματιών στη διάρκεια της ζωής τους (Kubany, 2000; Misouridou et al., 2021b).

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται ερωτήματα του ερωτηματολογίου ProQOI (Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής) τα οποία ανιχνεύουν τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και την έκθεσή τους στο τραύμα των θεραπευμένων (Stamm, 2010; Cavanagh et al., 2020)

Το δημογραφικό μέρος του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε από το τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής τροποποιώντας ερωτήσεις από τις προηγούμενες ερευνητικές εργασίες στο συγκεκριμένο επιστημονικό χώρο (Cavanaugh et al., 2020; Misouridou et al., 2021a; Misouridou et al., 2021b; Misouridou et al., 2021c).

-Ερευνητικά εργαλεία

- Fagerstrom Test

Το Fagerstrom Test μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αυτοαξιολόγηση από τους καπνιστές. Το σκορ από 1 έως 2 υποδεικνύει χαμηλή εξάρτηση. Το σκορ από 3 έως 4 υποδεικνύει χαμηλή έως μέτρια εξάρτηση, από 5 έως 7 μέτρια εξάρτηση και τέλος από 8 και πάνω ≥ 8 υψηλή.

- Ερωτηματολόγιο Τραυματικών Γεγονότων (Traumatic Life Events Questionnaire–TELQ)

Το TLEQ κατασκευάστηκε από τους Kubany et al. (2000) για να αξιολογήσει την εμφάνιση τραυματικών γεγονότων στη ζωή του ατόμου. Στο ερωτηματολόγιο παρατίθενται δεκαεπτά, κοινώς εννοούμενα, ως τραυματικά γεγονότα και το άτομο καλείται να σημειώσει ποια από αυτά έχει βιώσει. Για παράδειγμα, περιλαμβάνονται προτάσεις όπως «Έχετε βιώσει ποτέ μια φυσική καταστροφή; (πλημμύρα, τυφώνα, σεισμό, κλπ);». Η δέκατη όγδοη πρόταση επιτρέπει στο άτομο να προσθέσει κάποιο τραυματικό γεγονός που έχει ζήσει, αλλά δεν περιλαμβάνεται στη λίστα. Κατόπιν, το άτομο καλείται να επιλέξει ποιο από τα γεγονότα που σημείωσε θεωρεί ως το πιο τραυματικό στη ζωή του και να καταγράψει το βαθμό δυσφορίας που αισθάνθηκε από αυτό το γεγονός, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα με διακύμανση από το 0 = καμία δυσφορία, έως το 10 = εξαιρετική δυσφορία. Το παρόν ερωτηματολόγιο θεωρείται ως ένα έγκυρο, αξιόπιστο και άριστο παράδειγμα αξιολόγησης των τραυματικών γεγονότων (Gray et al., 2004). Η κριτική που έχει ασκηθεί στο ερωτηματολόγιο εστιάζει στο ότι περιλαμβάνει αρκετά γεγονότα που μπορεί να μη θεωρηθούν απειλητικά για τη ζωή του ατόμου και συνεπώς τραυματικά (Norris & Hamblen, 2004). Παράλληλα, όπως και σε κάθε αυτό-συμπληρούμενο ψυχομετρικό εργαλείο, βασιζόμαστε στην ειλικρίνεια του συμμετέχοντα και δε μπορούμε να επιβεβαιώσουμε την ορθότητα και την ισχύ των γεγονότων που καταγράφονται (Kubany et al., 2004). Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι η εξωτερική εγκυρότητα για τα τραυματικά γεγονότα είναι συνήθως ακριβής (Brewin et al., 1993). Το ερωτηματολόγιο αναφέρεται ότι έχει καλή αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου ($r = 0.60$) και εξαιρετική εγκυρότητα περιεχομένου (Kubany et al., 2000). Επιπλέον, αναφέρεται καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα όταν συγκρίνεται με κλινική συνέντευξη (Kubany et al., 2004).

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

Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL V) είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από 30 ερωτήσεις. Εμπεριέχει τρεις διακριτές κλίμακες: την Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction), την Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout) και την Κόπωση Συμπόνιας (Compassion Fatigue) / Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (Secondary traumatic stress). Δημιουργός του εργαλείου αυτού είναι η Stamm (2010). Το εν λόγω εργαλείο αποτελείται από βαθμολογική κλίμακα 5 επιπέδων της κλίμακας Likert που εκτείνεται από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις 1, 4, 15, 17, 29 βαθμολογούνται αντίστροφα (το 1 αντιστοιχεί στο «πολύ συχνά» και το 5 στο «ποτέ»). Στην Ικανοποίηση συμπόνιας αναφέρονται οι ερωτήσεις 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. Στην Επαγγελματική εξουθένωση αναφέρονται οι ερωτήσεις 8, 10, 11, 13, 19, 21 και στην Κόπωση συμπόνιας αναφέρονται οι ερωτήσεις 5, 9, 23. Βαθμολογία ίση ή μικρότερη από 22 δείχνει χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης δευτερογενούς τραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Βαθμολογία από 23 έως 41 δείχνει μέτριο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, δευτερογενούς τραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη από 42 δείχνει υψηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, δευτερογενούς τραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης. Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η σταθμισμένη μετάφραση του ProQOL στην ελληνική γλώσσα (Misouridou et al., 2021a). Το ερωτηματολόγιο της συγκεκριμένης έρευνας παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

5.2.7. Ερωτήσεις ποιοτικής έρευνας

Για τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας πραγματοποιήθηκαν 8 (οκτώ) ημιδομημένες συνεντεύξεις έπειτα από εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών αφού είχε προηγηθεί έγγραφη ενημέρωση σε όλες τις μονάδες. Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με σκόπιμη δειγματοληψία. Τα ερωτήματα για τις ημιδομημένες συνεντεύξεις προέκυψαν έπειτα από μελέτη της αντίστοιχης βιβλιογραφίας καθώς και από εμπειρία της ερευνήτριας η οποία είναι και η ίδια νοσηλεύτρια στο πεδίο των εξαρτήσεων. Τα ερωτήματα που αναφέρονται κάτωθι είχαν σχέση με τις εμπειρίες των συμμετεχόντων από την εργασία με άτομα που υποφέρουν από τραύμα:

- «Πώς σας επηρέαζε η θεραπευτική σχέση με τα εξαρτημένα άτομα στην αρχή της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας, και πώς σήμερα;»

- «Παρακαλώ, περιγράψτε με όσες περισσότερες λεπτομέρειες μπορείτε τις εμπειρίες σας από τη θεραπευτική σχέση με ασθενή με σοβαρά ψυχικά ή σωματικά τραύματα και τον τρόπο που σας επηρέασε.»
- «Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή από την επιρροή που έχει η φροντίδα ατόμων που υποφέρουν από τραύμα στη δική σας υγεία, με το πέρασμα του χρόνου;»
- «Νιώθετε ότι έχετε ικανοποιητική εκπαίδευση, υποστήριξη και εποπτεία για την προσέγγιση ατόμων με ιστορικό τραύματος;»
- «Μπορείτε να περιγράψετε την επιθυμητή για εσάς εκπαίδευση, υποστήριξη και εποπτεία για την προσέγγιση αυτών των ατόμων;»
- «Θεωρείτε ότι το οργανωτικό πλαίσιο της εργασίας σας λειτουργεί προστατευτικά ως προς την επιρροή που έχουν τα τραυματικά γεγονότα των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στην προσωπική και επαγγελματική σας ζωή;»
- «Έχετε σκεφτεί ποτέ να αλλάξετε εργασιακό περιβάλλον;»

5.2.8 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Δεδομένου ότι πρόκειται για μεικτή έρευνα πραγματοποιήθηκαν δύο δράσεις που λειτούργησαν παράλληλα:

A. Συλλογή δεδομένων ποσοτικής έρευνας

Τα δεδομένα δομημένου ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν σε διάστημα 8 μηνών περίπου (από το Μάρτιο έως και το Νοέμβριο 2022) με ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας «Google Forms». Η συγκεκριμένη πλατφόρμα προσφέρει αμεσότητα στη διανομή του, μέσω του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου καθώς και των μέσων κοινωνικών δικτύωσης. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται επιτάχυνση της διαδικασίας συλλογής των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Συλλέχθηκαν 103 ερωτηματολόγια πλήρως συμπληρωμένα από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές του δείγματος. Η δειγματοληψία για τη συλλογή των δομημένων ερωτηματολογίων ήταν δειγματοληψία ευκολίας, σύμφωνα με την οποία χρησιμοποιήθηκε οποιοδήποτε μέλος του πληθυσμού της έρευνας.

Η έρευνα διεξήχθη μετά από έγκριση του Κέντρου Εκπαίδευσης και Εποπτείας του Τμήματος Εκπαίδευσης καθώς και του Τμήματος Έρευνας του ΟΚΑΝΑ. Η ερευνήτρια ενημέρωσε με επιστολή τον επιστημονικά υπεύθυνο της κάθε μονάδας σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και απεστάλη ο σύνδεσμος συμμετοχής στην έρευνα.

Στη συνέχεια, ο επιστημονικά υπεύθυνος της κάθε μονάδας ενημέρωσε το προσωπικό και προώθησε τον σύνδεσμο συμμετοχής στην έρευνα στο ηλεκτρονικό τους ταχυδρομείο. Η συμπλήρωση του δομημένου ερωτηματολογίου απαιτούσε περίπου 10 λεπτά και ο αύξων αριθμός των δομημένων ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε αυτόματα βάσει προγράμματος της Google Forms.

B. Συλλογή δεδομένων ποιοτικής έρευνας

Στην ποιοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σκόπιμη δειγματοληψία (Purposive Sampling), προκειμένου να γίνει η επιλογή των νοσηλευτών που θα συμμετείχαν στις ημιδομημένες συνεντεύξεις. Στη σκόπιμη δειγματοληψία, οι ερευνητές επικεντρώνονται αρχικά στην ερευνητική τους υπόθεση και στις διάφορες διαστάσεις της και στη συνέχεια καθορίζουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία πρέπει να έχουν οι υποψήφιοι συμμετέχοντες έτσι ώστε να μπορέσουν με τις απαντήσεις τους να καλύψουν στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα ερωτήματα της μελέτης (Denzin and Lincoln, 2011; Mack et al., 2005; Luborsky and Rubinstein, 1995; Miles and Huberman, 1994; Ίσαρη και Πουρκός, 2015). Επομένως, η επιλογή του δείγματος γίνεται με βάση ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, που επιτρέπουν την εξερεύνηση και κατανόηση του φαινομένου που μελετάται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Τα χαρακτηριστικά ενδέχεται να είναι κοινωνικό-δημογραφικά ή να σχετίζονται με συγκεκριμένες εμπειρίες ή συμπεριφορές. Η δειγματοληψία σκοπιμότητας είναι αυτό ακριβώς που υποδηλώνει η ονομασία. Τούτο σημαίνει ότι τα μέλη ενός δείγματος επιλέγονται με ένα βασικό κριτήριο ή «σκοπό» (Guest et al., 2013).

Στη συγκεκριμένη έρευνα τα κριτήρια επιλογής ήταν το φύλο, η ηλικία και η μονάδα απασχόλησης των συμμετεχόντων ώστε να υπάρχει πλουραλισμός. Ειδικότερα, συμμετείχαν 4 γυναίκες και 4 άνδρες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 35 έως 51 ετών και οι μονάδες προέλευσης ήταν Μονάδες Θεραπείας με Υποκατάσταση της Κοινότητας και των Σωφρονιστικών Καταστημάτων καθώς και Μονάδες Άμεσης Πρόσβασης.

Πραγματοποιήθηκαν 8 (οκτώ) ημιδομημένες συνεντεύξεις. Ο αριθμός των συνεντεύξεων καθορίστηκε από το φαινόμενο του Θεωρητικού Κορεσμού κατά τη διαδικασία ταυτόχρονης ανάλυσης και συλλογής των δεδομένων (Munhall, 1994; Morse, 2015). Οι συνεντεύξεις διήρκησαν κατά προσέγγιση 20-30 λεπτά η κάθε μία. Οι προσωπικές συνεντεύξεις διεξήχθησαν είτε στο χώρο εργασίας των επαγγελματιών είτε στον προσωπικό

τους χώρο μέσω βιντεοσκόπησης κατόπιν προφορικής συμφωνίας και ενυπόγραφης συναίνεσής τους.

5.2.9 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Στη μελέτη, τηρήθηκαν ο κώδικας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και οι αρχές δεοντολογίας για την έρευνα σε ανθρώπους και πειραματόζωα, όπως σαφώς διατυπώνονται από τη Διεθνή Επιτροπή Εκδοτών Ιατρικών Επιστημονικών Περιοδικών (International Committee of Medical Journal Editors, www.icmje.org) και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1975 αναθεώρηση 2008).

Εξασφαλίστηκε η ενυπόγραφη άδεια από το φορέα (ΟΚΑΝΑ) στον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα και συγκεκριμένα από το Κέντρο Εκπαίδευσης και Εποπτείας του Τμήματος Εκπαίδευσης και του Τμήματος Έρευνας του ΟΚΑΝΑ, καθώς και η έγκριση από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ). Παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Επιπλέον, ελήφθη άδεια για τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου ProQOL-V από τη δημιουργό του Hundall Stamm, 2009. Τέλος, άδεια ελήφθη από την κα Μισουρίδου Ευδοκία, Επίκουρο καθηγήτρια νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής αναπληρώτριας καθηγήτριας (νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τη χρήση της πολιτισμικά προσαρμοσμένης στα ελληνικά έκδοσης του ερωτηματολογίου ProQOL-5. Παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή που περιέγραφε το σκοπό και τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές ενημερώθηκαν ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν εθελοντική, ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και ότι όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν αυστηρά εμπιστευτικές. Παρατίθενται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

Ιδιαίτερη βαρύτητα δόθηκε στην προστασία του δικαιώματος στην ατομικότητα και του δικαιώματος στην αυτονομία. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι διατηρούν το δικαίωμα απόσυρσής τους από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή.

Η συναίνεση των συμμετεχόντων εξασφαλίστηκε με δήλωσή τους στην ηλεκτρονική φόρμα του ερωτηματολογίου, κατόπιν επίλυσης αποριών που προέκυψαν μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με την ερευνήτρια.

Κατά τη διαδικασία πραγματοποίησης της έρευνας τηρήθηκαν πιστά οι αρχές και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την επιστημονική έρευνα. Τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα, οποιοδήποτε άλλο στοιχείο ταυτοποίησης, καθώς και τα δεδομένα που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο αξιοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και σε καμία περίπτωση δε δημοσιεύθηκαν.

Όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τη συγκεκριμένη μελέτη. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική χωρίς εφαρμογή μεθόδων εξαναγκασμού. Ο ηλεκτρονικός υπολογιστής που χρησιμοποιήθηκε ήταν αποκλειστικής χρήσης από την ερευνήτρια και διέθετε κωδικούς εισόδου της κατοχής της. Αυτό διασφαλίζει την προστασία των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί από τα ερωτηματολόγια και την ασφαλή διατήρησή τους μέχρι την ολοκληρωτική καταστροφή τους. Η καταστροφή των δεδομένων θα γίνει από την ίδια την ερευνήτρια. Τα δεδομένα τα οποία θα τηρηθούν σε έντυπη μορφή όπως αντίγραφα από την απομαγνητοφώνηση και καταγραφή των προσωπικών συνεντεύξεων, θα καταστραφούν μαζικά με τεμαχισμό σε λωρίδες μέσω της χρήσης ειδικού μηχανήματος τεμαχισμού εγγράφων (shredder). Η καταστροφή θα πραγματοποιηθεί με τέτοιο τρόπο που δεν θα καθίσταται δυνατή η ανασύνθεση. Τα δεδομένα τα οποία είναι σε ηλεκτρονική και ψηφιακή μορφή [π.χ. συνεντεύξεις] θα καταστραφούν με τη χρήση ειδικών προγραμμάτων, όπως file erasers, file shredders και file pulveritizers.

Η συλλογή ή/και επεξεργασία δεδομένων δεν περιελάμβαναν στοιχεία που επιτρέπουν την ταυτοποίηση του ατόμου (identifiable data) και η ταυτότητα των ατόμων δεν μπορούσε να γίνει γνωστή στους ερευνητές σε καμία φάση της διαδικασίας. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα (φύλο, ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας κ.λπ.) που συλλέχθηκαν στο πλαίσιο της μελέτης περιορίζονταν στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους θα υποβάλλονταν σε επεξεργασία («ελαχιστοποίηση των δεδομένων») και θα παρουσιάζονταν συγκεντρωτικά. Πρόκειται επομένως για «μη ταυτοποιήσιμα προσωπικά δεδομένα» (non identifiable data/unlinked anonymised data).

Στην περίπτωση της ποιοτικής έρευνας χρησιμοποιήθηκαν κωδικοί με βάση τον αύξοντα αριθμό των συνεντεύξεων, ενώ στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων διασφαλίστηκε η ανωνυμία μέσω της χρήση ψευδωνύμων, ώστε να καθίσταται αδύνατη η ταυτοποίηση των ατόμων από τα οποία προέρχονται. Με αυτόν τον τρόπο η κωδικοποίηση με αύξοντα αριθμό και η χρήση ψευδωνύμου επέτρεψαν την ασφαλή αποθήκευση δεδομένων αλλά όχι την δυνατότητα αναγνώρισης ενός συμμετέχοντα κατά την ανάλυση ή

δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων της μελέτης. Η κωδικοποίηση των προσωπικών συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια και την επιβλέπουσα καθηγήτρια της ερευνητικής εργασίας.

Στη μελέτη εξασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση (informed consent) των συμμετεχόντων τόσο προφορικά όσο και με ενυπόγραφη συγκατάθεση (Mack et al., 2005; Richards and Schwartz, 2002; Clarke, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

6.1. Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov ελέγχθησαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που

κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ANOVA. Για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας ζωής και την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

6.2. Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 103 νοσηλευτές που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων με μέση ηλικία τα 42,3 έτη. Το 74,8% του δείγματος ήταν γυναίκες. Το 59,2% ήταν έγγαμοι ή συζούσαν και το 41,7% είχε δύο παιδιά. Επιπλέον, η πλειοψηφία σε ποσοστό 63,1% ήταν απόφοιτοι ανώτατων ιδρυμάτων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Ηλικία, μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		42,3 (7,2)	43,0 (36-49)
Φύλο	Άρρεν	26	25,2
	Θήλυ	77	74,8
Άγαμος/-η		30	29,1

Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/-η ή συζεί	61	59,2
	Χήρος/α	2	1,9
	Διαζευγμένος/-η ή σε διάσταση	10	9,7
Αριθμός παιδιών	0	39	37,9
	1	18	17,5
	2	43	41,7
	3	3	2,9
Επίπεδο εκπαίδευσης	Α.Τ.Ε.Ι.	56	54,4
	Πανεπιστήμιο	9	8,7
	Μεταπτυχιακό	37	35,9
	Διδακτορικό	1	1,0

Στη συνέχεια, δίνεται ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία σχετικά με την εργασία τους.

Σχετικά με την ερώτηση «Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων» οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα από το 1 έως το 5, με το 1 να εκφράζει απόλυτη συμφωνία και το 5 απόλυτη διαφωνία. Άρα, χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται μεγαλύτερη ευγνωμοσύνη για πολλά πράγματα στην εργασία.

Σχετικά με την ερώτηση για το εργασιακό κλίμα οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα από το 1 έως το 5, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «Άριστο» και το 5 «Πολύ κακό». Άρα, χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερο εργασιακό κλίμα.

Σχετικά με την ερώτηση για την συνεργασία οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα από το 1 έως το 5, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «Ναι» και το 5 «Όχι/ Καθόλου». Άρα, χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται μεγαλύτερη συνεργασία.

Σχετικά με την ερώτηση για την σωματική υγεία απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα από το 1 έως το 5, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «Πολύ καλή» και το 5 «Αντιμετωπίζω σοβαρά προβλήματα υγείας». Άρα, χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερη υγεία..

Σχετικά με την ερώτηση για «Πόσο προετοιμασμένος/η ήσασταν για τη φροντίδα ατόμων με τραύματα» οι απαντήσεις δίνονταν σε κλίμακα από το 1 έως το 5, με το 1 να αντιπροσωπεύει το «Καθόλου» και το 5 «Πάρα πολύ». Άρα, υψηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερη προετοιμασία.

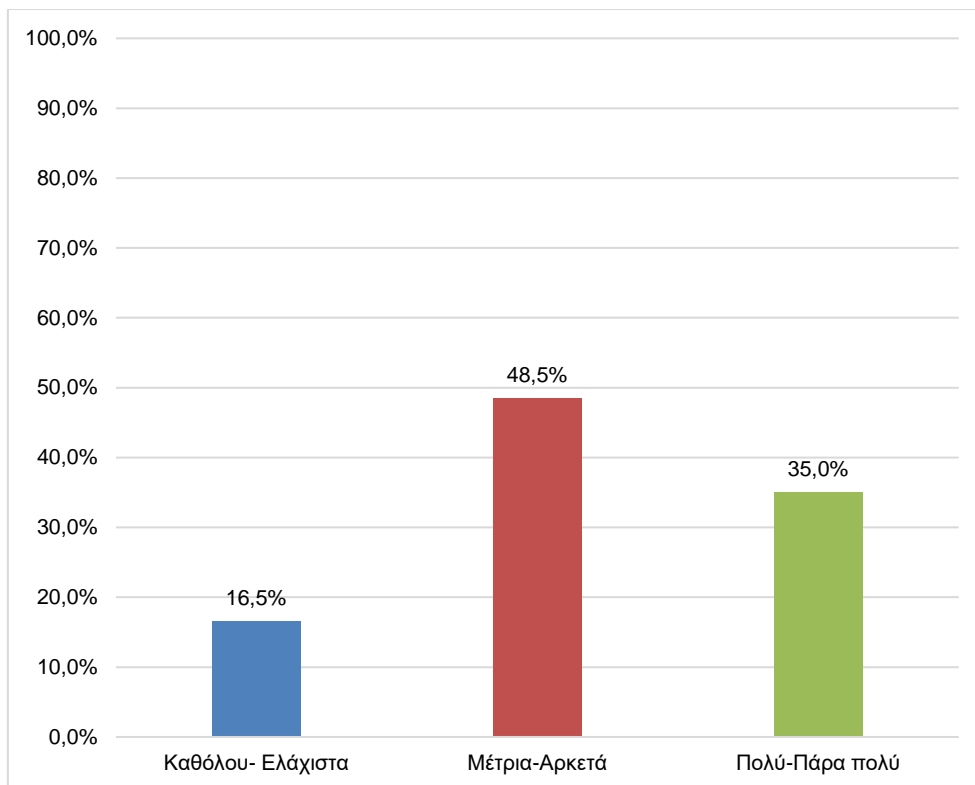
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Περιγραφικά στοιχεία σε σχέση με την εργασία

	N	%	
Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων/ων Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)	2,2 (0,8)	2,0(2-3)	
Εργασιακό κλίμα στο τμήμα σας Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)	2,4 (1,1)	2,0(2-3)	
Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα). Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)	1,8 (0,8)	2,0 (1-2)	
Επιλογή εργασίας στη συγκεκριμένη μονάδα:	Δική μου επιλογή	52	50,5
	Τοποθετήθηκα	51	49,5
Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα	Ναι, το συντομότερο	4	3,9
	Ναι, σύντομα	6	5,8
	Ναι, κάποια στιγμή	26	25,2
	Δεν με απασχολεί	13	12,6
	Όχι	54	52,4
Αν έχετε παιδιά θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας;	Ναι	44	42,7
	Όχι	59	57,3
Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα;	Ναι	60	58,3
	Όχι	43	41,7
Η σωματική σας υγεία είναι καλή;	2,1 (0,9)	2,0 (1-3)	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στην οικογένεια;	Ναι	17	16,5
	Όχι	86	83,5
Αντιμετωπίζετε πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ στην οικογένειά σας;	Ναι	8	7,8
	Όχι	95	92,2
Πόσο προετοιμασμένοι είστε για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)	2,9 (1,3)	2,0 (3-4)	

Η μέση τιμή σχετικά με την ύπαρξη πολλών πραγμάτων στην εργασία στον χώρο των εξαρτήσεων ήταν 2,2 μονάδες (SD=0,8 μονάδες), υποδηλώνοντας μεγάλη ευγνωμοσύνη των συμμετεχόντων σχετικά με αυτό. Επιπλέον, το εργασιακό κλίμα φάνηκε να είναι καλό με μέση τιμή 2,4 μονάδες (SD=1,1 μονάδες), όπως και η συνεργασία μεταξύ των ατόμων του προσωπικού με μέση τιμή 1,8 μονάδες (SD=0,8 μονάδες). Το 50,5% των νοσηλευτών βρισκόταν σε αυτή τη θέση από δική του επιλογή και το 52,4% δε θα ήθελε να φύγει από αυτό. Επίσης, το 58,3% δήλωσε ότι ακόμα και αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω θα διάλεγε το ίδιο επάγγελμα, ωστόσο το 57,4% δήλωσε ότι δεν θα ήθελε τα παιδιά τους να το ακολουθήσουν. Η σωματική τους υγεία ήταν κατά μέσο όρο καλή (μέση τιμή 2,1 μονάδες /SD=0,9 μονάδες), σε ποσοστό 83,5% δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας στην οικογένεια και το 92,2% δεν αντιμετώπιζε ούτε πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ στην οικογένεια. Τέλος, η μέση τιμή σχετικά με την ερώτηση προετοιμασίας για τη φροντίδα ατόμων με τραύματα ήταν 2,9 μονάδες (SD=1,3 μονάδες).

Παρακάτω δίνεται το ραβδόγραμμα των ποσοστών για τις κατηγορίες προετοιμασίας για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Ποσοστά προετοιμασίας για φροντίδα τραύματος



Το 48,5% δήλωσε ότι ήταν μέτρια έως αρκετά προετοιμασμένο, το 35,% ήταν πολύ έως πάρα πολύ. Μόνο το 16,5% είχε καμία έως ελάχιστη προετοιμασία.

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και κάνναβης, δίνεται ο ακόλουθος περιγραφικός πίνακας των ποσοστών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και κάνναβης

	N	%
Πόσες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου ήπιατε 5 ποτά (για τους άνδρες) ή 4 ποτά (για τις γυναίκες) ή περισσότερα ποτά σε μια μέρα;	54	55,7
0	14	14,4
1	4	4,1
2	2	2,1
3	2	2,1
4	5	5,2
5	7	7,2
10		

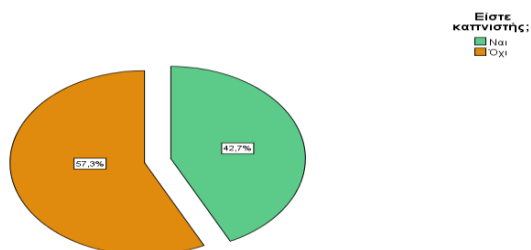
	15	2	2,1
	20	2	2,1
	30	1	1,0
	50	2	2,1
	364	1	1,0
	365	1	1,0
Πόσες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου χρησιμοποιήσατε κάνναβη;	0	101	98,1
	2	1	1,0
	4	1	1,0

Το 55,7% των συμμετεχόντων δεν είχε πει πάνω από 5 ποτά αν ήταν άνδρας ή 4 αν ήταν γυναίκα σε μία ημέρα τον τελευταίο χρόνο και το 98,1% δεν είχε κάνει ούτε χρήση κάνναβης.

Κλίμακα Fagerstrom- Εθισμού στο κάπνισμα

Από τα 103 άτομα του δείγματος τα 44, άρα το 42,7% δήλωσε ότι είναι καπνιστές. Δίνεται το γράφημα των ποσοστών για τους καπνιστές και μη καπνιστές.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Ποσοστά καπνιστών και μη καπνιστών



Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις ερωτήσεις της κλίμακας εθισμού Fagerstrom.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Περιγραφικά στοιχεία καπνιστικής συνήθειας

	N	%
Εάν ναι, πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο;	Μετά από 60 λεπτά	22,7
	31-60 λεπτά	18,2
	6-30 λεπτά	43,2
	Μέσα στα 5 πρώτα λεπτά	15,9
Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται (π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά)	Όχι	56,8
	Ναι	43,2

Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε;	Οποιοδήποτε άλλο	11	25,0
	Το πρώτο της ημέρας	33	75,0
Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε;	10 ή λιγότερα	9	20,5
	11-20	30	68,2
	21-30	0	0,0
	31 ή περισσότερα	5	11,4
Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ' ότι το απόγευμα;	Όχι	27	62,8
	Ναι	16	37,2
Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι;	Όχι	25	56,8
	Ναι	19	43,2

Από τους καπνιστές το 43,2% κάνει το πρώτο του τσιγάρο 6 με 30 λεπτά αφού ξυπνήσει και το 75,0% δήλωσε ότι το πρώτο τσιγάρο είναι το πιο δύσκολο να μην καπνίσει. Το 56,8% δεν δυσκολεύεται να μην καπνίσει σε μέρη που απαγορεύεται. Επιπλέον, η πλειοψηφία σε ποσοστό 68,2% καπνίζει από 11-20 τσιγάρα την ημέρα και τα περισσότερα από αυτά τα κάνει το απόγευμα. Το 43,2% δήλωσε ότι καπνίζει ακόμα και όταν λόγω ασθένειας πρέπει να μείνει στο κρεβάτι.

Με άθροιση της βαθμολογίας των παραπάνω ερωτήσεων προκύπτει η κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα. Αυτή κυμαίνεται από 0-10 μονάδες. Υψηλότερο σκορ συνεπάγεται και μεγαλύτερη σωματική εξάρτηση από τη νικοτίνη.

Ακολουθεί ο πίνακας με τα στοιχεία της κλίμακας αυτής στο δείγμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα	0,0	9,0	4,5 (2,4)	5 (2,5-6,0)	0,71

Στο συγκεκριμένο δείγμα η ελάχιστη τιμή που παρατηρήθηκε ήταν 0, αλλά η μέγιστη ήταν 9. Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν 4,5 μονάδες (SD=2,4 μονάδες).

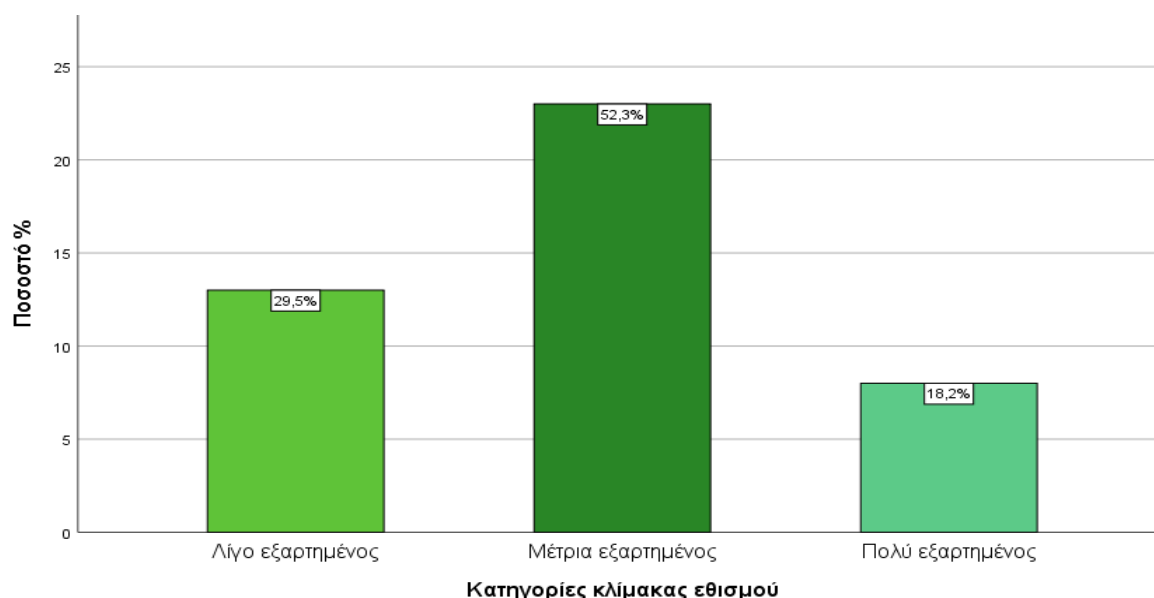
Με βάση την κλίμακα αυτή τα άτομα κατηγοριοποιούνται σε λίγο, μέτρια και πολύ εξαρτημένα. Ακολουθεί ο πίνακας με τα ποσοστά των συμμετεχόντων-καπνιστών σε κάθε κατηγορία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Ποσοστά και βαθμός εξάρτησης στη νικοτίνη

		N	%
Κατηγορίες κλίμακας εθισμού	Λίγο εξαρτημένος(0-3 μονάδες)	13	29,5
	Μέτρια εξαρτημένο(4-6 μονάδες)	23	52,3
	Πολύ εξαρτημένος(7-10 μονάδες)	8	18,2

Το 52,3% των καπνιστών χαρακτηρίστηκε ως μέτρια εξαρτημένο, το 29,5% ως λίγο και το υπόλοιπο 18,2% ως πολύ εξαρτημένο. Δίνεται το ραβδόγραμμα των ποσοστών για τις κατηγορίες εξάρτησης, σε φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Ποσοστά και κλίμακα εθισμού στη νικοτίνη



Τραυματικά γεγονότα ζωής

Ακολουθεί ο πίνακας των ποσοστών σχετικά με τις τραυματικές εμπειρίες που είχαν ζήσει οι νοσηλευτές της έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Τραυματικά γεγονότα που είχαν βιώσει οι συμμετέχοντες στη ζωή τους

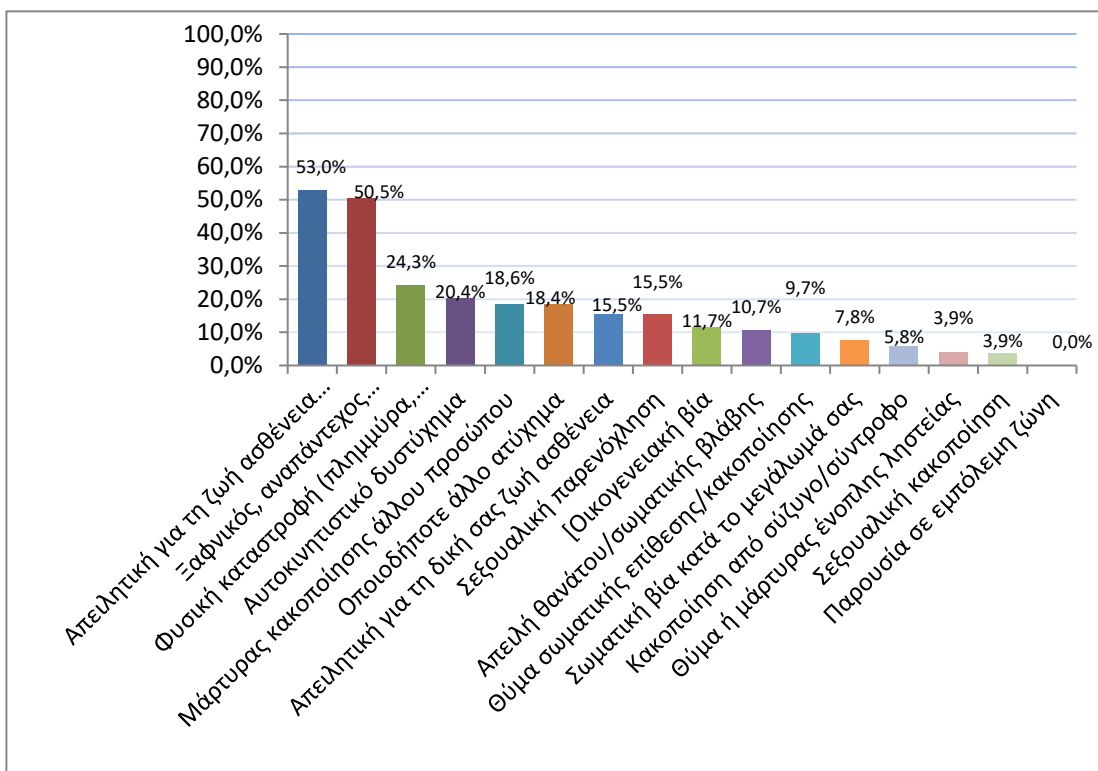
	N	%
Φυσική καταστροφή (πλημμύρα, σεισμός, πυρκαγιά)	25	24,3
Αυτοκινητιστικό δυστύχημα	21	20,4

Οποιοδήποτε άλλο ατύχημα	19	18,4
Παρουσία σε εμπόλεμη ζώνη	0	0,0
Ξαφνικός, αναπάντεχος θάνατος αγαπημένου προσώπου	51	50,5
Απειλητική για τη ζωή ασθένεια αγαπημένου προσώπου	53	53,0
Απειλητική για τη δική σας ζωή ασθένεια	16	15,5
Θύμα ή μάρτυρας ένοπλης ληστείας	4	3,9
Θύμα σωματικής επίθεσης/κακοποίησης	10	9,7
Μάρτυρας κακοποίησης άλλου προσώπου	19	18,6
Απειλή θανάτου/σωματικής βλάβης	11	10,7
Σωματική βία κατά το μεγάλωμά σας	8	7,8
Οικογενειακή βία	12	11,7
Κακοποίηση από σύζυγο/σύντροφο	6	5,8
Σεξουαλική κακοποίηση	4	3,9
Σεξουαλική παρενόχληση	16	15,5
Συνολικός αριθμός τραυματικών γεγονότων στη ζωή σας, Μέση τιμή (SD) Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	2,5 (2,2)	2,0 (1-3)

Το 53,0% είχε έρθει αντιμέτωπο με απειλητική ασθένεια για τη ζωή κάποιου αγαπημένου προσώπου. Επίσης, το 50,5% είχε αντιμετωπίσει ξαφνικό θάνατο αγαπημένου προσώπου. Στις πιο σπάνιες τραυματικές εμπειρίες για αυτό το δείγμα, κατατάσσονται η σεξουαλική κακοποίηση και το θύμα ή μάρτυρας ένοπλης ληστείας με ποσοστά 3,9%, ενώ κανείς δεν είχε βρεθεί σε εμπόλεμη ζώνη. Ο διάμεσος αριθμός τραυματικών εμπειριών ήταν 2 (ενδ. εύρος: 1 έως 3γεγονότα).

Δίνεται το γράφημα των αντίστοιχων ποσοστών για τις τραυματικές εμπειρίες, σε φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Ποσοστά από τραυματικές εμπειρίες συμμετεχόντων



Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας των ποσοστών για τα τραύματα που επηρέασαν περισσότερο τους συμμετέχοντες, σε φθίνουσα σειρά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Τραυματικές εμπειρίες και ποσοστά συμμετεχόντων που επηρεάστηκαν

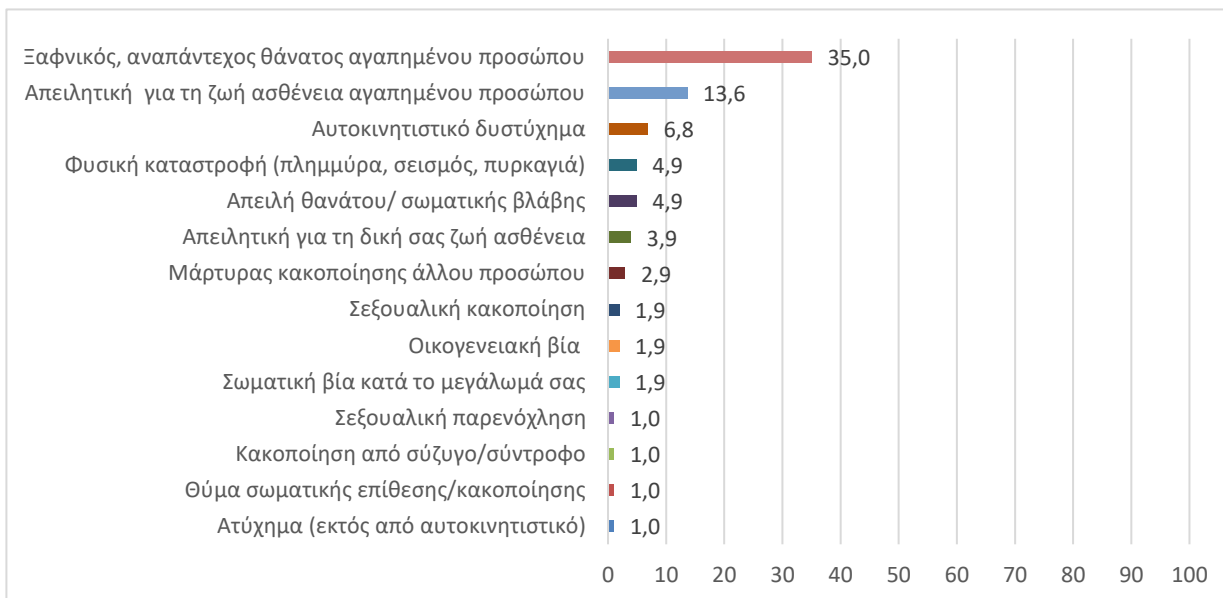
	N	%
Ξαφνικός, αναπάντεχος θάνατος αγαπημένου προσώπου	36	35,0
Απειλητική για τη ζωή ασθένεια αγαπημένου προσώπου	14	13,6
Αυτοκινητιστικό δυστύχημα	7	6,8
Απειλή θανάτου/σωματικής βλάβης	5	4,9
Φυσική καταστροφή (πλημμύρα, σεισμός, πυρκαγιά)	5	4,9
Απειλητική για τη δική σας ζωή ασθένεια	4	3,9
Μάρτυρας κακοποίησης άλλου προσώπου	3	2,9
Σωματική βία κατά το μέγαλωμά σας	2	1,9
Οικογενειακή βία	2	1,9
Σεξουαλική κακοποίηση	2	1,9
Ατύχημα (εκτός από αυτοκινητιστικό)	1	1,0
Θύμα σωματικής επίθεσης/κακοποίησης	1	1,0
Κακοποίηση από σύζυγο/σύντροφο	1	1,0
Σεξουαλική παρενόχληση	1	1,0

Το 35,0% δήλωσε ότι το πιο έντονο τραύμα αφορά σε ξαφνικό θάνατο αγαπημένου προσώπου και το 13,6% σε απειλητική ασθένεια για τη ζωή αγαπημένου προσώπου. Λιγότερο αναφέρθηκαν τα ατυχήματα (εκτός αυτοκινητιστικού), η σωματική

επίθεση/κακοποίηση, η κακοποίηση από τον σύντροφο/σύζυγο και η σεξουαλική παρενόχληση.

Δίνεται το γράφημα των ποσοστών των τραυματικών γεγονότων που επηρέασαν περισσότερο τους συμμετέχοντες σε φθίνουσα σειρά.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Τραυματικές εμπειρίες και ποσοστά συμμετεχόντων που επηρεάστηκαν



Η δυσφορία την οποία προκάλεσε κάποιο τραυματικό γεγονός βαθμολογήθηκε σε μία κλίμακα από το 0 έως το 10, με το 0 να δηλώνει «Καμία δυσφορία» και το 10 «Εξαιρετική δυσφορία». Οπότε υψηλότερο σκορ συνεπάγεται και μεγαλύτερη δυσφορία.

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για αυτή τη βαθμολογία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9:Βαθμός δυσφορίας από τραυματικό γεγονός

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)
Σκεφτείτε ποιο γεγονός σας προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσφορία και βαθμολογείστε	0,0	10,0	7,4 (3,2)	9,0 (6,0- 10,0)

Η μέση τιμή της κλίμακας δυσφορίας ήταν 7,4 μονάδες (SD=3,2 μονάδες) υποδηλώνοντας αρκετή δυσφορία.

Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας ζωής-ProQOL

Η κλίμακα ProQOL διακρίνεται σε δύο υποκλίμακες, μία θετική και μία αρνητική. Η θετική είναι η κλίμακα «Ίκανοποίηση συμπόνιας (Compassion Satisfaction)» και η αρνητική είναι η «Κόπωση συμπόνιας (Compassion Fatigue)», η οποία με τη σειρά της διακρίνεται στις

κλίμακες «Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες (Secondary Traumatic Stress)».

Ακολουθεί ο πίνακας με τα περιγραφικά στοιχεία για τις υποκλίμακες «Ικανοποίηση συμπόνιας», «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες». Η βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις κυμαίνεται από 10 έως 50 μονάδες, με υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε διάσταση να αντιστοιχεί σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες αντίστοιχα.

Πίνακας 10: Βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας ζωής στην εργασία

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's a
Ικανοποίηση συμπόνιας	19,0	50,0	35,5 (6,4)	0,89
Εξουθένωση	11,0	39,0	22,5 (5,8)	0,75
Δευτερογενές τραυματικό στρες	10,0	39,0	22,7 (6,5)	0,82

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» ήταν 35,5 μονάδες (SD=6,4 μονάδες). Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ήταν 22,5 μονάδες (SD=5,8 μονάδες). Ακόμα, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» ήταν 22,7 μονάδες (SD=6,5 μονάδες).

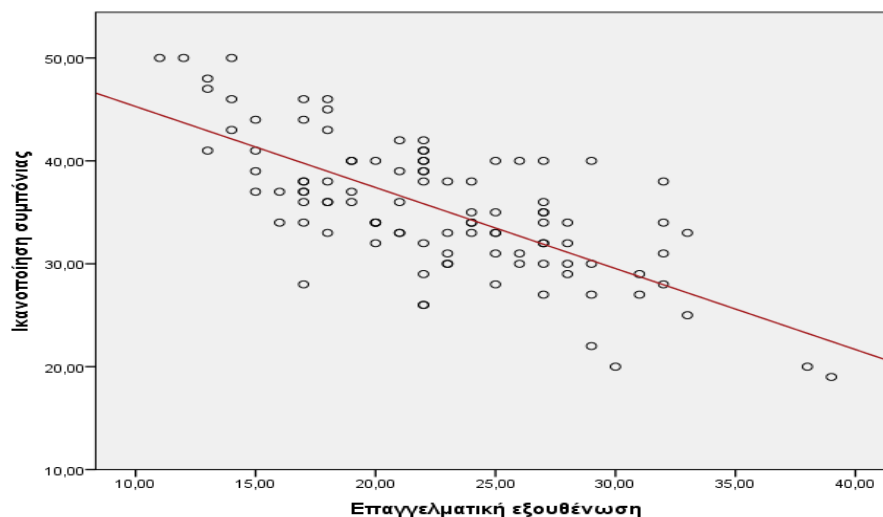
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ProQol.

Πίνακας 11: Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας ProQOL

		Εξουθένωση	Δευτερογενές τραυματικό στρες
Ικανοποίηση συμπόνοιας	r	-0,71	-0,135
	P	<0,001	0,173
Εξουθένωση	r	-	0,63
	P	-	<0,001

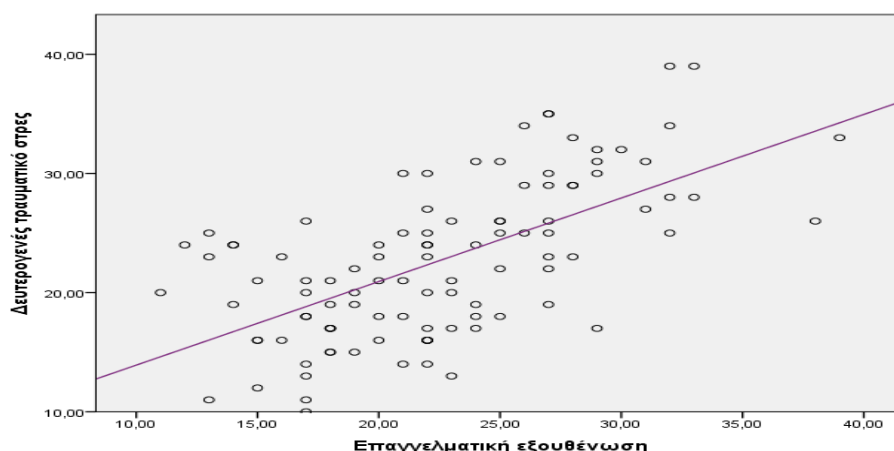
Όσο περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση συμπόνοιας τους. Αντιθέτως, όσο περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο ήταν το δευτερογενές τραυματικό τους στρες. Μεταξύ των διαστάσεων «Δευτερογενές τραυματικό στρες» και «Ικανοποίηση συμπόνοιας» δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση. Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Ικανοποίηση συμπόνοιας».

ΓΡΑΦΗΜΑ 6: Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Ικανοποίηση συμπόνοιας»



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες».

ΓΡΑΦΗΜΑ 7: Συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων «Επαγγελματική εξουθένωση» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες»



Ακολουθεί ο πίνακας σχετικά με τα επίπεδα ποιότητας ζωής στην εργασία για κάθε διάσταση.

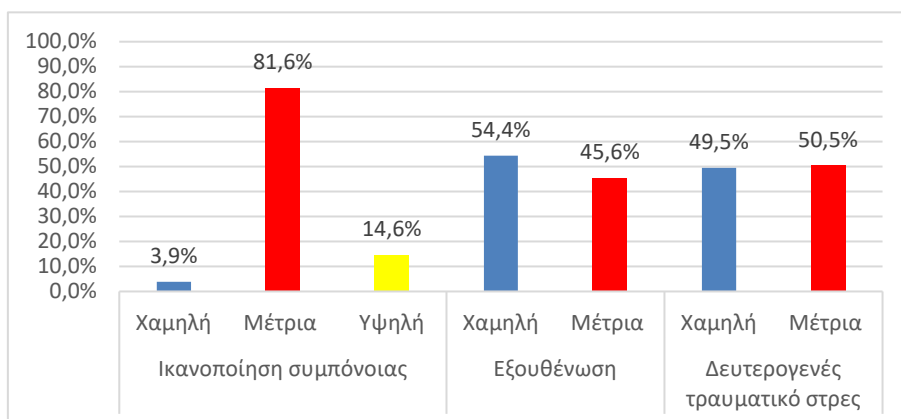
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Τα επίπεδα ποιότητας ζωής στην εργασία για κάθε διάσταση

		N	%
Ικανοποίηση συμπόνιας	Χαμηλή (≤ 22)	4	3,9
	Μέτρια (23-41)	84	81,6
	Υψηλή (≥ 42)	15	14,6
Εξουθένωση	Χαμηλή (≤ 22)	56	54,4
	Μέτρια (23-41)	47	45,6
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Χαμηλή (≤ 22)	51	49,5
	Μέτρια (23-41)	52	50,5

Το 3,9% των συμμετεχόντων είχε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, το 81,6% μέτρια και το 14,6% υψηλά. Δεν υπήρχαν συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το 54,4% είχε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και το 45,6% μέτρια. Το 49,5% είχε χαμηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες και το 50,5 % μέτρια. Δεν υπήρχαν συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Τα επίπεδα ποιότητας ζωής στην εργασία για κάθε διάσταση χωριστά δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8: Τα επίπεδα ποιότητας ζωής στην εργασία για κάθε διάσταση



Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας ποιότητας ζωής στην εργασία με δημογραφικά κι εργασιακά στοιχεία, τους εθισμούς και τις τραυματικές εμπειρίες των συμμετεχόντων.

Ικανοποίηση συμπόνιας

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση

«Ικανοποίηση συμπόνιας» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία

		Μέση τιμή (SD)	P
Φύλο	Άρρεν	36,6 (5,6)	0,303+
	Θήλυ	35,1 (6,7)	
Έγγαμος/η- Σε συμβίωση	Όχι	36,7 (6,2)	0,111+
	Ναι	34,6 (6,5)	
Παιδιά	Όχι	36,8 (5,9)	0,104+
	Ναι	34,6 (6,7)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πανεπιστήμιο/ ΑΤΕΙ	34,8 (6,1)	0,154+
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	36,6 (6,8)	

Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων δε βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας».

Ακολουθεί ο πίνακας συσχέτισης του Spearman για την ηλικία με την διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας».

ΠΙΝΑΚΑΣ 14:Συσχέτισης του Spearman για την ηλικία με την διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας»

		Ικανοποίηση συμπόνιας
Ηλικία	rho	-0,143
	P	0,151

Δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την κλίμακα «Ικανοποίηση συμπόνιας».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» ανάλογα με τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με τα εργασιακά τους στοιχεία

		Μέση τιμή (SD)	P
Επιλογή εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	Δική μου επιλογή	36,3 (6)	0,192+
	Τοποθετήθηκα	34,6 (6,8)	
Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα;	Ναι	33 (6,6)	0,010++
	Δεν με απασχολεί	35,2 (3,5)	
	Όχι	37,1 (6,4)	
Αν έχετε παιδιά θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας;	Ναι	37,1 (6,1)	0,022+
	Όχι	34,2 (6,4)	
Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα;	Ναι	37,7 (5,9)	<0,001+
	Όχι	32,3 (5,8)	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στην οικογένεια;	Ναι	37,4 (6,7)	0,183+
	Όχι	35,1 (6,4)	

+Student's t test ++Anova

Η διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» βρέθηκε ότι διαφέρει ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας;», την ερώτηση «Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα;» και την επιθυμία να φύγουν από αυτό το τμήμα. Συγκεκριμένα, όσοι θα ήθελαν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το επάγγελμα τους είχαν σημαντικά αυξημένη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, άρα ήταν μεγαλύτερη η ικανοποίηση συμπόνιας σε σχέση με όσους δεν ήθελαν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν αυτό το επάγγελμα. Επίσης, αυτοί που θα επέλεγαν ακόμα και αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω το ίδιο επάγγελμα είχαν σημαντικά αυξημένη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, άρα ήταν

μεγαλύτερη η ικανοποίηση συμπόνιας σε σχέση με όσους δεν θα το ξανά επέλεγαν. Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρχε ανάμεσα σε αυτούς που ήθελαν ή όχι να φύγουν από το τμήμα ($p=0,007$). Αυτοί που ήθελαν να φύγουν είχαν σημαντικά μειωμένη ικανοποίηση συμπόνιας σε σχέση με όσους δεν ήθελαν. Για αυτούς που δήλωσαν ότι δεν τους απασχολεί δεν υπήρχε σημαντική διαφορά με τις άλλες δύο κατηγορίες.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για την διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της «Ικανοποίησης συμπόνιας» με τα εργασιακά στοιχεία

		Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων	Εργασιακό κλίμα στο τμήμα σας:	Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα):	Η σωματική σας υγεία είναι καλή;	Πόσο προετοιμασμένοι είστε για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα:
Ικανοποίηση συμπόνιας	rho	-0,33	-0,26	-0,35	-0,40	0,42
	P	0,001	0,008	<0,001	<0,001	<0,001

Η κλίμακα «Ικανοποίηση συμπόνιας» σχετίζεται σημαντικά με όλες τις παραπάνω μεταβλητές, για τις οποίες χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερο αποτέλεσμα, με εξαίρεση την τελευταία ερώτηση σχετικά με την προετοιμασία για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα, όπου υψηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερη προετοιμασία. Συγκεκριμένα:

- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με τα πράγματα στην εργασία για τα οποία είναι κάποιος ευγνώμων, άρα όσο πιο ευγνώμων είναι κάποιος, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση συμπόνιας.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με το εργασιακό κλίμα, άρα όσο πιο καλό είναι αυτό, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση συμπόνιας.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με την συνεργασία, άρα όσο πιο καλή συνεργασία υπάρχει, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση συμπόνιας.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με την σωματική υγεία, άρα όσο πιο καλή είναι η σωματική υγεία του ατόμου, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση συμπόνιας.

- Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ σχετικά με την προετοιμασία φροντίδας ασθενών με τραύματα, άρα όσο πιο καλή είναι η προετοιμασία, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση συμπόνας.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκαν οι διαφορές στο σκορ της κλίμακας «Ικανοποίηση συμπόνας», ανάλογα με τους εθισμούς των ατόμων. Ακολουθεί ο πίνακας με τα σκορ ανάλογα με το αν είναι ή όχι καπνιστές, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Βαθμολογία στην Ικανοποίηση συμπόνας ανάλογα με την κατάσταση υγείας, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.

		Μέση τιμή (SD)	P
Είστε καπνιστής;	Ναι	34 (6,2)	0,052+
	Όχι	36,5 (6,4)	
Αντιμετωπίζετε πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ στην οικογένειά σας;	Ναι	35,9 (4,1)	0,846+
	Όχι	35,4 (6,6)	
Κατανάλωση άνω των 5 ποτών για τους άντρες και άνω των 4 για τις γυναίκες σε μία ημέρα, τον τελευταίο χρόνο	Όχι	35,4 (7,0)	0,998+
	Ναι	35,4 (6,0)	

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τα παραπάνω στοιχεία.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχέτισης του Spearman για την κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με τη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνας»

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της «Ικανοποίησης συμπόνας» με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα

		Κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα
Ικανοποίηση συμπόνας	Rho	-0,187
	P	0,224

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση.

Τέλος, ελέγχθηκε η συσχέτιση της «Ικανοποίησης συμπόνας» με τις τραυματικές εμπειρίες που είχαν οι συμμετέχοντες. Ακολουθεί ο πίνακας των συντελεστών συσχέτισης του Spearman.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της «Ικανοποίησης συμπόνιας» με το σύνολο τραυματικών γεγονότων στη ζωή και τη βαθμολογία δυσφορίας

		Σύνολο τραυματικών εμπειριών	Σκεφτείτε ποιο γεγονός σας προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσφορία και βαθμολογείστε
Ικανοποίηση συμπόνιας	rho	-0,11	-0,16
	P	0,250	0,119

Δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούσαν στην υγεία και στα τραυματικά γεγονότα που είχαν βιώσει. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στην Ικανοποίηση συμπόνιας

	β+	SE++	P
Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα; Ναι (αναφορά) Όχι	-4,0	1,0	<0,001
Η σωματική σας υγεία είναι καλή	-2,1	0,6	0,001
Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων	-2,2	0,6	0,001
Πόσο προετοιμασμένοι είστε για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα	1,1	0,4	0,009

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

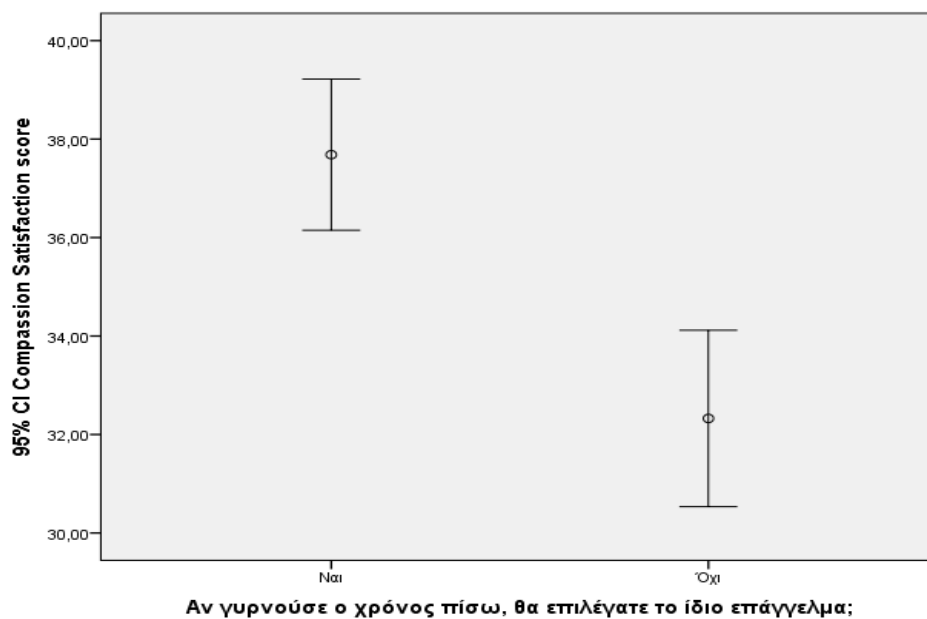
Οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» ήταν το αν θα επέλεγαν πάλι το ίδιο επάγγελμα, αν είχαν καλή σωματική υγεία, αν νιώθουν ευγνώμονες για πολλά πράγματα στην εργασία τους και πόσο προετοιμασμένοι είναι για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα. Συγκεκριμένα:

- Όσοι δεν θα επέλεγαν πάλι αυτό το επάγγελμα είχαν μικρότερη ικανοποίησή συμπόνιας, σε σχέση με όσους θα το ξανά επέλεγαν.
- Όσο χειρότερη ήταν η σωματική υγεία (μεγαλύτερο σκορ), τόσο μικρότερη ικανοποίηση συμπόνιας δήλωναν.

- Όσο λιγότερο ευγνώμων είναι κάποιος για πολλά πράγματα στην εργασία του (μεγαλύτερο σκορ), τόσο πιο χαμηλή είναι η ικανοποίηση συμπόνιας του.
- Όσο πιο προετοιμασμένος είναι κάποιος να φροντίσει ασθενείς με τραύματα, τόσο πιο υψηλή είναι η ικανοποίηση συμπόνιας του.

Δίνεται το error bar των μέσων τιμών της κλίμακας «Ικανοποίηση συμπόνιας» με τα 95% ΔΕ τους για όσους θα επέλεγαν και πάλι ή όχι το ίδιο επάγγελμα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 9: Βαθμολογία στη Ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με το αν θα επέλεγαν ή όχι το ίδιο επάγγελμα



Επαγγελματική Εξουθένωση

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Επαγγελματική Εξουθένωση ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία

		Μέση τιμή (SD)	P
Φύλο	Άρρεν	22,9 (5,2)	0,693+
	Θήλυ	22,4 (6)	

Έγγαμος/η- Σε συμβίωση	Όχι	22,1 (6,1)	0,111+
	Ναι	22,8 (5,5)	
Παιδιά	Όχι	21,8 (5,5)	0,330+
	Ναι	22,9 (5,9)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πανεπιστήμιο/ ΑΤΕΙ	23 (5,4)	0,234+
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	21,6 (6,4)	

Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων δε βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση».

Ακολουθεί ο πίνακας συσχέτισης του Spearman για την ηλικία με την διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση».

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Συσχέτιση του Spearman για την ηλικία με την διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση»

		Επαγγελματική εξουθένωση
Ηλικία	rho	0,22
	P	0,028

Η συσχέτιση προέκυψε στατιστικά σημαντική. Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η επαγγελματική εξουθένωση.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» ανάλογα με τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Βαθμολογία των συμμετεχόντων στην «Επαγγελματική εξουθένωση» ανάλογα με τα εργασιακά τους στοιχεία

		Μέση τιμή (SD)	P
Επιλογή εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	Δική μου επιλογή	22,4 (5,3)	0,926+
	Τοποθετήθηκα	22,5 (6,3)	

Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα;	Ναι	25,9 (5,4)	<0,001++
	Δεν με απασχολεί	23,8 (4,8)	
	Όχι	19,9 (5)	
Αν έχετε παιδιά θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας;	Ναι	21 (5,3)	0,025+
	Όχι	23,6 (5,9)	
Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα;	Ναι	20,8 (5,5)	<0,001+
	Όχι	24,8 (5,4)	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στην οικογένεια;	Ναι	20,5 (5,3)	0,125+
	Όχι	22,9 (5,8)	

+Student's t test ++Ανοva

Η διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» βρέθηκε ότι διαφέρει ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας;», την ερώτηση «Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα;» και την επιθυμία να φύγουν από αυτό το τμήμα. Συγκεκριμένα, όσοι θα ήθελαν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το επάγγελμα τους είχαν σημαντικά μειωμένη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, άρα ήταν μικρότερη η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με όσους δεν ήθελαν τα παιδιά τους να ακολουθήσουν αυτό το επάγγελμα. Επίσης, αυτοί που θα επέλεγαν ακόμα και αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω το ίδιο επάγγελμα είχαν σημαντικά μειωμένη βαθμολογία σε αυτή την κλίμακα, άρα ήταν μικρότερη η επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με όσους δεν θα το ξανά επέλεγαν. Τέλος, στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρχε ανάμεσα σε αυτούς που ήθελαν ή όχι να φύγουν από το τμήμα ($p < 0,001$). Αυτοί που ήθελαν να φύγουν είχαν σημαντικά αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με όσους δεν ήθελαν. Για αυτούς που δήλωσαν ότι δεν τους απασχολεί υπήρχε οριακά σημαντικά αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση ($p = 0,050$) με σε σχέση με όσους δεν ήθελαν να αλλάξουν θέση. Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για την διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Συσχετίσεις του Spearman για την διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες

		Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων	Εργασιακό κλίμα στη μονάδα σας:	Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα):	Η σωματική σας υγεία είναι καλή;	Πόσο προετοιμασμένοι είστε για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα:
Επαγγελματική ή εξουθένωση	rho	0,44	0,31	0,36	0,35	-0,25
	P	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	0,010

Η κλίμακα «Επαγγελματική εξουθένωση» σχετίζεται σημαντικά με όλες τις παραπάνω μεταβλητές, για τις οποίες χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερο αποτέλεσμα, με εξαίρεση την τελευταία ερώτηση σχετικά με την προετοιμασία για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα, όπου υψηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερη προετοιμασία. Συγκεκριμένα:

- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με τα πράγματα στην εργασία για τα οποία είναι κάποιος ευγνώμων, άρα όσο πιο ευγνώμων είναι κάποιος, τόσο μικρότερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με το εργασιακό κλίμα, άρα όσο πιο καλό είναι αυτό, τόσο μικρότερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με την συνεργασία, άρα όσο πιο καλή συνεργασία υπάρχει, τόσο μικρότερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με την σωματική υγεία, άρα όσο πιο καλή είναι η σωματική υγεία του ατόμου, τόσο μικρότερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.
- Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ σχετικά με την προετοιμασία φροντίδας ασθενών με τραύματα, άρα όσο πιο καλή είναι η προετοιμασία, τόσο μικρότερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.

Στη συνέχεια ελέγχθηκαν οι διαφορές στο σκορ της κλίμακας «Επαγγελματικής εξουθένωσης», ανάλογα με τους εθισμούς των ατόμων. Ακολουθεί ο πίνακας με τα σκορ ανάλογα με το αν είναι ή όχι καπνιστές, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Βαθμολογία στην «Επαγγελματική εξουθένωση» ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους

		Μέση τιμή (SD)	P
Είστε καπνιστής;	Ναι	23,9 (5,6)	0,213+
	Όχι	21,7 (6,9)	
Αντιμετωπίζετε πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ στην οικογένειά σας;	Ναι	20,9 (4,2)	0,754+
	Όχι	22,8 (6,6)	
Κατανάλωση άνω των 5 ποτών για τους άντρες και άνω των 4 για τις γυναίκες σε μία ημέρα, τον τελευταίο χρόνο	Όχι	22,3 (5,9)	0,892+
	Ναι	22,4 (5,8)	

+Student's t-test

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τα παραπάνω στοιχεία.

Ακολουθεί ο πίνακας με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με τη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση»

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman της «Επαγγελματικής εξουθένωσης» με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα

		Κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα
Επαγγελματική εξουθένωση	rho	0,55
	P	<0,001

Η κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα σχετίζεται σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην κλίμακα καπνίσματος, άρα όσο μεγαλύτερη η σωματική εξάρτηση από τη νικοτίνη, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.

Τέλος, ελέγχθηκε η συσχέτιση, με τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman, της «Επαγγελματικής εξουθένωσης» με τις τραυματικές εμπειρίες που είχαν οι συμμετέχοντες. Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman της «Επαγγελματικής εξουθένωσης» με το σύνολο τραυματικών γεγονότων στη ζωή και τη βαθμολογία δυσφορίας

		Σύνολο τραυματικών εμπειριών	Σκεφτείτε ποιο γεγονός σας προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσφορία και βαθμολογίστε
Επαγγελματική εξουθένωση	Rho	0,23	0,092
	P	0,017	0,354

Το σύνολο των τραυματικών εμπειριών σχετίζεται σημαντικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες είναι οι τραυματικές εμπειρίες, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούσαν στην υγεία και στα τραυματικά γεγονότα που είχαν βιώσει. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στην Επαγγελματική Εξουθένωση

	β+	SE++	P
Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα)	1,4	0,6	0,033
Ηλικία	0,3	0,1	<0,001
Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα; Ναι (αναφορά) Όχι	3,7	0,8	<0,001
Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων	2,3	0,6	<0,001
Η σωματική σας υγεία είναι καλή;	1,4	0,5	0,008
Κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα	0,5	0,2	0,037

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

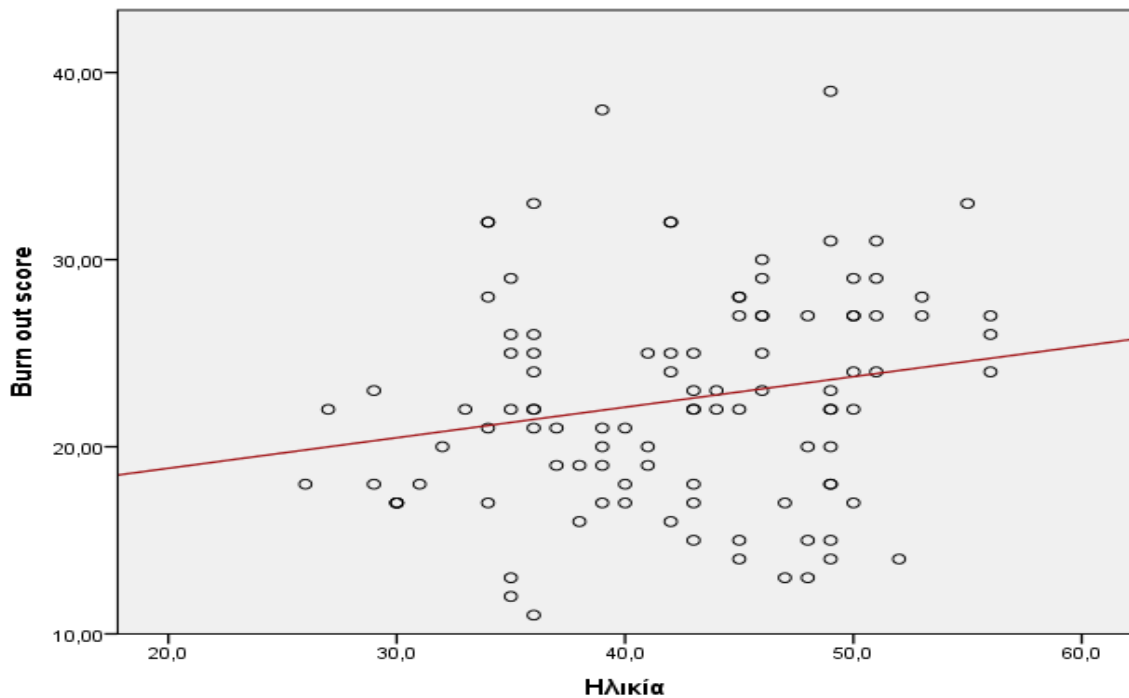
Οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» ήταν το αν θα επέλεγαν πάλι το ίδιο επάγγελμα, αν είχαν καλή σωματική υγεία, αν υπάρχει συνεργασία στο τμήμα, η ηλικία και ο εθισμός στο κάπνισμα. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται το σκορ συνεργασίας, άρα όσο χειρότερη ήταν, τόσο μεγαλύτερη πιο υψηλή είναι η εξουθένωση του ατόμου.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία, τόσο μεγαλύτερη είναι και η επαγγελματική εξουθένωση.
- Όσοι δε θα επέλεγαν πάλι αυτό το επάγγελμα είχαν μεγαλύτερη εξουθένωση, σε σχέση με όσους θα το ξανά επέλεγαν.

- Όσο αυξάνεται το σκορ σωματικής υγείας, άρα όσο χειρότερη ήταν, τόσο μεγαλύτερη πιο υψηλή είναι η εξουθένωση του ατόμου.
- Όσο αυξάνεται το σκορ σχετικά με την ευγνωμοσύνη, άρα όσο λιγότερο ευγνώμων είναι κάποιος, τόσο πιο υψηλή είναι η εξουθένωσή του.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η εξάρτηση από τη νικοτίνη τόσο μεγαλύτερη είναι και η εξουθένωση.

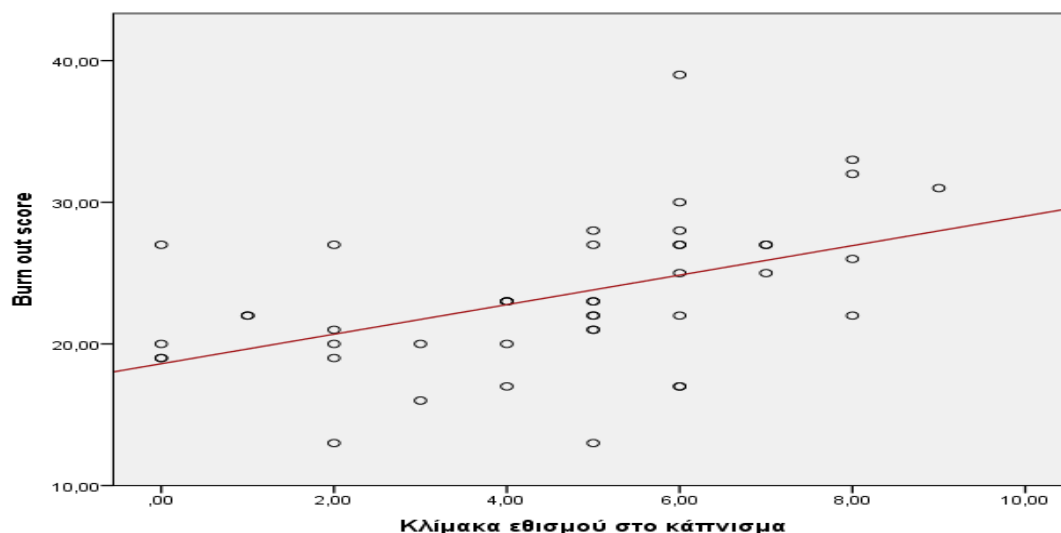
Δίνεται το γράφημα συσχέτισης της ηλικίας με την επαγγελματική εξουθένωση.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10: Συσχέτιση της ηλικίας με την Επαγγελματική εξουθένωση.



Δίνεται το γράφημα συσχέτισης της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με την επαγγελματική εξουθένωση.

ΓΡΑΦΗΜΑ 11: Συσχέτιση της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με την επαγγελματική εξουθένωση



Δευτερογενές τραυματικό στρες

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ανάλογα με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : Βαθμολογία των συμμετεχόντων στο Δευτερογενές τραυματικό στρες ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία

		Μέση τιμή (SD)	P
Φύλο	Άρρεν	22,3 (6,5)	0,763+
	Θήλυ	22,8 (6,5)	
Έγγαμος/η- Σε συμβίωση	Όχι	23 (6,7)	0,656+
	Ναι	22,4 (6,3)	
Παιδιά	Όχι	22,4 (6,5)	0,697+
	Ναι	22,9 (6,5)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πανεπιστήμιο/ ΑΤΕΙ	23,6 (5,9)	0,054+
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	21,1 (7,2)	

+Student's t-test

Τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων δε βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη βαθμολογία στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες».

Ακολουθεί ο πίνακας για τον συντελεστή συσχέτισης του Spearman, της ηλικίας με την διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες».

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Συντελεστής συσχέτισης του Spearman, της ηλικίας με την διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες».

		Δευτερογενές τραυματικό στρες
Ηλικία	Rho	0,21
	P	0,035

Η συσχέτιση προέκυψε στατιστικά σημαντική. Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ανάλογα με τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31:Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ανάλογα με τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

		Μέση τιμή (SD)	P
Επιλογή εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	Δική μου επιλογή	22,8 (6,6)	0,912+
	Τοποθετήθηκα	22,6 (6,4)	
Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα;	Ναι	25,2 (5,7)	0,005++
	Δεν με απασχολεί	23,4 (8,9)	
	Όχι	20,8 (5,7)	
Αν έχετε παιδιά θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας;	Ναι	22,6 (6,3)	0,881+
	Όχι	22,8 (6,6)	
Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα;	Ναι	22,2 (6,2)	0,394+
	Όχι	23,3 (6,9)	
Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στην οικογένειά;	Ναι	21,6 (5,8)	0,449+
	Όχι	22,9 (6,6)	

+Student's t test ++Anova

Η διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» βρέθηκε ότι διαφέρει ανάλογα με την επιθυμία να φύγουν από αυτό το τμήμα. Συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρχε ανάμεσα σε αυτούς που ήθελαν ή όχι να φύγουν από το τμήμα ($p=0,004$). Αυτοί που ήθελαν να φύγουν είχαν σημαντικά αυξημένο δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με όσους δεν ήθελαν.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman για τη διάστασης «Δευτερογενές τραυματικό στρες» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32:Συσχετίσεις του Spearman για τη διάστασης «Δευτερογενές τραυματικό στρες» με τα εργασιακά στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακες

		Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων	Εργασιακό κλίμα στο τμήμα σας:	Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα):	Η σωματική σας υγεία είναι καλή;	Πόσο προετοιμασμένοι είστε για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα:
Δευτερογενές τραυματικό στρες	rho	0,27	0,117	0,27	0,163	-0,054
	P	0,007	0,239	0,007	0,100	0,586

Η κλίμακα «Δευτερογενές τραυματικό στρες» σχετίζεται σημαντικά με τις μεταβλητές για την ευγνωμοσύνη σχετικά με πολλά πράγματα στον εργασιακό τομέα και το κλίμα συνεργασίας, για τις οποίες χαμηλότερο σκορ συνεπάγεται καλύτερο αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα:

- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με τα πράγματα στην εργασία για τα οποία είναι κάποιος ευγνώμων, άρα όσο πιο ευγνώμων είναι κάποιος, τόσο μικρότερη είναι η βαθμολογία σχετικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες.
- Όσο μικρότερο είναι το σκορ σχετικά με τη συνεργατική εργασία (εργασία ως ομάδα), άρα όσο πιο καλό είναι αυτό, τόσο μικρότερη είναι η βαθμολογία σχετικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Στη συνέχεια ελέγχθηκαν οι διαφορές στο σκορ της κλίμακας «Δευτερογενές τραυματικό στρες», ανάλογα με τους εθισμούς των ατόμων. Ακολουθεί ο πίνακας με τα σκορ ανάλογα με το αν είναι ή όχι καπνιστές, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Βαθμολογία στο «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και ουσιών από αυτούς ή την οικογένειά τους

		Μέση τιμή (SD)	P
Είστε καπνιστής;	Ναι	23,9 (5,6)	0,090+
	Όχι	21,7 (6,9)	
Αντιμετωπίζετε πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ στην οικογένειά σας;	Ναι	20,9 (4,2)	0,414+
	Όχι	22,8 (6,6)	
Κατανάλωση άνω των 5 ποτών για τους άντρες και άνω των 4 για τις γυναίκες σε μία ημέρα, τον τελευταίο χρόνο	Όχι	21,6 (6,3)	0,208+
	Ναι	23,3 (6,5)	

+Student's t-test

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τα παραπάνω στοιχεία.

Ακολουθεί ο πίνακας συσχέτισης της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με τη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες»

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Συσχέτιση της κλίμακας εθισμού στο κάπνισμα με τη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες»

		Κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα
Δευτερογενές τραυματικό στρες	rho	0,56
	P	<0,001

Η κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα σχετίζεται σημαντικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην κλίμακα καπνίσματος, άρα όσο μεγαλύτερη η σωματική εξάρτηση από τη νικοτίνη, τόσο μεγαλύτερο είναι και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Τέλος, ελέγχθηκε η συσχέτιση του «Δευτερογενούς τραυματικού στρες» με τις τραυματικές εμπειρίες που είχαν οι συμμετέχοντες. Ακολουθεί ο πίνακας συσχετίσεων Spearman.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Συντελεστές συσχέτισης του Spearman του «Δευτερογενούς τραυματικού στρες» με το σύνολο τραυματικών γεγονότων στη ζωή και τη βαθμολογία δυσφορίας

		Σύνολο τραυματικών εμπειριών	Σκεφτείτε ποιο γεγονός σας προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσφορία και βαθμολογείστε
Δευτερογενές τραυματικό στρες	rho	0,22	0,22
	P	0,025	0,027

Το σύνολο των τραυματικών εμπειριών σχετίζεται σημαντικά με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερες είναι οι τραυματικές εμπειρίες, τόσο μεγαλύτερο είναι και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Ομοίως, όσο πιο έντονη ήταν η δυσφορία για ένα τραυματικό γεγονός, τόσο μεγαλύτερο είναι και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων

καθώς και στοιχεία που αφορούσαν στην υγεία και στα τραυματικά γεγονότα που είχαν βιώσει. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης στο «Δευτερογενές τραυματικό στρες»

	$\beta+$	SE++	P
Κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα	1,2	3,9	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Μόνο η κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η εξάρτηση από τη νικοτίνη, τόσο μεγαλύτερο ήταν και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Συσχέτιση των διαστάσεων της κλίμακας Fagerstrom με δημογραφικά κι εργασιακά στοιχεία, καθώς και τις τραυματικές εμπειρίες των συμμετεχόντων

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα (Fagerstrom) και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και στοιχεία που αφορούσαν τα τραυματικά γεγονότα που είχαν βιώσει. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης

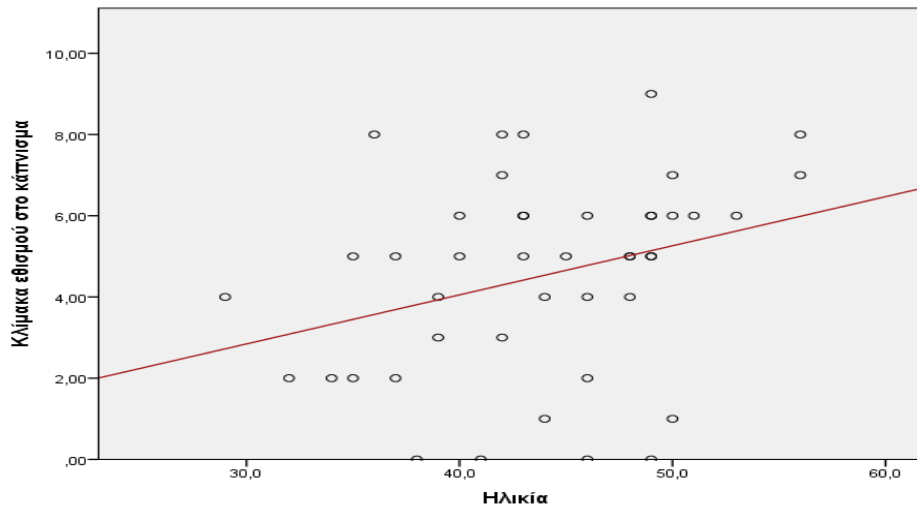
	$\beta+$	SE++	P
Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα)	0,12	0,03	0,001
Ηλικία	0,012	0,01	0,040

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το κλίμα συνεργασίας και η ηλικία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το σκορ συνεργασίας, άρα αυτή χειροτερεύει, η βαθμολογία στην κλίμακα εθισμού αυξάνεται. Αντίστοιχα, όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και ο εθισμός στη νικοτίνη.

Δίνεται το γράφημα συσχέτισης της ηλικίας με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 12: Συσχέτιση της ηλικίας με την κλίμακα εθισμού στο κάπνισμα



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

7.1. Θεωρητικό υπόβαθρο ποιοτικής έρευνας

Το αντιληπτικό περίγραμμα που υιοθετήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα είναι το ερμηνευτικό / σχετιστικό αντιληπτικό παράδειγμα το οποίο πρεσβεύει ότι δεν υπάρχει αντικειμενική πραγματικότητα ή ακόμα κι αν υπάρχει, δεν έχει κανένα νόημα να προσπαθήσει ο ερευνητής να την κατανοήσει και γι αυτό ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται και βιώνει την πραγματικότητα με μοναδικό τρόπο (Bawa, 2017).

7.2. Διαδικασία ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων

Όσον αφορά στα ποιοτικά δεδομένα, θα χρησιμοποιηθεί επαγωγική ανάλυση (inductive method) προκειμένου να διερευνηθούν οι εμπειρίες και οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος (Hsieh & Shannon, 2005).

Στην επαγωγική μέθοδο (inductive method) τα δεδομένα αναλύονται χωρίς να υπάρχει ένα προκαθορισμένο θεωρητικό πλαίσιο ή αυτό υπάρχει σε περιορισμένο βαθμό. Υπάρχουν, εξ άλλου, διάφορες προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στην επαγωγική μέθοδο, με τη θεματική ανάλυση (thematic analysis) να είναι η πιο συχνή. Επισημαίνεται ότι η θεματική ανάλυση χρησιμοποιείται για την ανάλυση των δεδομένων που καταχωρούνται με τη μορφή γραπτού κειμένου από τους ερευνητές και πιο συγκεκριμένα, για την ανάλυση των δεδομένων τα οποία προκύπτουν από τις συνηθέστερες μεθόδους συλλογής δεδομένων στην ποιοτική έρευνα, που είναι οι συνεντεύξεις, οι ομάδες επικέντρωσης και οι παρατηρήσεις. Τα δεδομένα που προκύπτουν από τους συμμετέχοντες παρέχουν μια περιγραφή της μελέτης, αλλά δεν παρέχουν εξηγήσεις και ερμηνείες. Οι ερευνητές πρέπει να κατανοήσουν τα δεδομένα, να τα αποκωδικοποιήσουν και να τα ερμηνεύσουν, έτσι ώστε να εξηγήσουν το ερευνητικό τους ερώτημα στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό. Η ανάλυση των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα αρχίζει με τη συλλογή των πρώτων δεδομένων και προσαρμόζεται ανάλογα με τα δεδομένα που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου. Επομένως, είναι αποδεκτό το πρόγραμμα μιας συνέντευξης να τροποποιηθεί ελαφρώς, εάν προκύψουν ευρήματα που απαιτούν μεγαλύτερη αποσαφήνιση και κατανόηση (Pope et al., 2000; Ritchie & Lewis, 2006; Γαλάνης, 2018; Γαλάνης, 2017).

Στην περίπτωση αυτή, τα εμπειρικά δεδομένα που συλλέγονται από τους συμμετέχοντες καθοδηγούν τους ερευνητές και την ανάλυση. Τα βήματα που ακολουθούνται σε αυτήν τη διαδικασία περιλαμβάνουν: α) στρατηγική επαναλαμβανόμενης ανάγνωσης, ώστε να επιτευχθεί ολιστική κατανόηση, β) διαμόρφωση κωδικών χρησιμοποιώντας τις ακριβείς λέξεις που αποτυπώνουν έννοιες-κλειδιά, γ) σύνδεση

ετικετών με τους αναδυόμενους κωδικούς, δ) οργάνωση των κωδικών σε κατηγορίες και υποκατηγορίες, ε) ανάπτυξη ενός δενδροδιαγράμματος που οργανώνει τους κωδικούς κατηγορίες και υποκατηγορίες σε μια ιεραρχική δομή, στ) η ανάπτυξη των ορισμών των κωδικών και των κατηγοριών, και ζ) προσδιορισμό των θεμάτωνκλειδιών που αναδύονται από τους κωδικούς (Braun & Clarke, 2006).

7.3. Εγκυρότητα και Αξιοπιστία

Προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των ευρημάτων, υπήρξε ομοφωνία μεταξύ δύο ερευνητών. Ως προς τον έλεγχο της εγκυρότητας από άλλους ερευνητές, ένας τουλάχιστον ερευνητής με εμπειρία στη θεματική ανάλυση που δεν συμμετείχε στην ανάλυση των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιεί ανεξάρτητα την ανάλυση, δημιουργώντας τις δικές του κωδικοποιήσεις και τα δικά του θέματα. Με τον τρόπο αυτόν, αφ' ενός αντιμετωπίζεται το σφάλμα που ενδεχομένως προκύπτει από την υποκειμενική κρίση των ερευνητών της μελέτης και αφ' ετέρου ενδέχεται ο ανεξάρτητος ερευνητής να αναδείξει νέα θέματα και να αναπτύξει περισσότερο το θεωρητικό υπόβαθρο (Burnard et al., 2008; Silverman, 2021).

7.4. Αποτελέσματα ποιοτικής ανάλυσης

Στην ποιοτική μελέτη συμμετείχαν 8 νοσηλευτές οι οποίοι προέρχονταν από διάφορες μονάδες του OKANA. Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Αντί ονομάτων χρησιμοποιούνται οι κωδικοί από Σ1 έως Σ8, προκειμένου να εξασφαλιστεί η μη αναγνωρισιμότητα των ατόμων που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις. Η αρίθμηση των κωδικών καθορίστηκε από τη χρονική σειρά με την οποία πραγματοποιήθηκαν οι ατομικές συνεντεύξεις. Επίσης δίνονται γενικά στοιχεία σχετικά με τις σπουδές και την επαγγελματική εμπειρία των συμμετεχόντων ώστε να μην υπάρχει δυνατότητα ταυτοποίησης τους. Ακολουθεί ο πίνακας των συμμετεχόντων και ο πίνακας των θεματικών ενοτήτων

ΠΙΝΑΚΑΣ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ					
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	ΣΠΟΥΔΕΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ
Σ1	39 ετών	ΓΥΝΑΙΚΑ	2	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	Χώρος εξαρτήσεων: 3 έτη Σε άλλο επαγγελματικό χώρο: 7 έτη
Σ2	51ετών	ΓΥΝΑΙΚΑ	2	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων: 24έτη χώρο: Σε άλλο επαγγελματικό: 2 έτη

Σ3	45 ετών	ΑΝΔΡΑΣ	-	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων: 19έτη Σε άλλο επαγγελματικό χώρο: 2 έτη
Σ4	34 ετών	ΑΝΔΡΑΣ	-	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων: 9έτη Σε άλλο επαγγελματικό χώρο: 1 έτος
Σ5	39 ετών	ΓΥΝΑΙΚΑ	-	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων: 7 έτη Σε άλλο επαγγελματικό χώρο: 2 έτη
Σ6	50 ετών	ΓΥΝΑΙΚΑ	1	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων:24 έτη
Σ7	35 ετών	ΑΝΔΡΑΣ	-	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων: 1 έτος Σε άλλο επαγγελματικό χώρο: 10 έτη
Σ8	50 ετών	ΑΝΔΡΑΣ	2	Πτυχίο Νοσ/κής -Μετ/κές σπουδές	-Χώρος εξαρτήσεων:24 χρόνια Σε άλλο επαγγελματικό χώρο:1 έτος

ΠΙΝΑΚΑΣ Β:ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ		
ΘΕΜΑ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
Η συνάντηση με το τραύμα ως πηγή κόπωσης και ικανοποίησης συμπόνιας	1.Τραύμα ως ο άγνωστος άλλος	<i>A. Βαδίζοντας σε άγνωστα μονοπάτια B. Τραύμα / Επίδραση και Συναισθήματα</i>
	2.Κατανοώντας το τραύμα	<i>A. Η ομάδα ως βασικός σύμμαχος B. Μαθαίνοντας από τις εμπειρίες Γ. Προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη / προστασία εαυτού Δ. Αφορμή για βελτίωση της οργανωσιακής κουλτούρας</i>

ΘΕΜΑ

Η συνάντηση με το τραύμα ως πηγή κόπωσης και ικανοποίησης συμπόνιας

Οι συμμετέχοντες ακολούθησαν μία δύσκολη διαδρομή και βίωσαν δυσάρεστα συναισθήματα από την επαφή τους με το διπλό φορτίο του τραύματος της χρήσης και των τραυματικών εμπειριών των θεραπευομένων. Ο αντίκτυπος των εμπειριών από τα τραύματα των ωφελούμενων φάνηκε να επηρεάζεται από τη φύση της δομής, στην οποία έχει απασχοληθεί ο κάθε συμμετέχων, από το υποστηρικτικό πλαίσιο της δομής, από τους συνεργάτες και τους υπεύθυνους των δομών και από τη φροντίδα του ίδιου του Οργανισμού στον οποίο εργάζονται. Το κενό της ελλιπούς προετοιμασίας για την φροντίδα ατόμων με προβλήματα με το διπλό φορτίο της εξάρτησης και των τραυμάτων, φάνηκε να επηρεάζεται από το μη ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης, από την αναζήτηση ξεκάθαρου ρόλου και τη μικρή εμπειρία. Παρά τα εμπόδια, η συνθήκη αυτή λειτούργησε κινητοποιητικά στους συμμετέχοντες οδηγώντας τους στην εξεύρεση μεθόδων που θα τους βοηθούσαν αποκτήσουν την ικανότητα να διαχειρίζονται τις δυσκολίες. Οι συμμετέχοντες κατάφεραν να αυξήσουν τις αντιστάσεις τους, να ενισχύσουν την προσωπική και επαγγελματική τους ανάπτυξη και την επιθυμία να συνεχίσουν να εργάζονται στο συγκεκριμένο πεδίο. Το γεγονός αυτό αποδείκνυε την Ικανοποίηση που ένιωθαν από τη συμπόνια. Υπήρχαν, όμως,

και εκείνοι οι συμμετέχοντες (μικρότεροι στον αριθμό) που ένιωθαν ένα πάγωμα των συναισθημάτων τους, μία αποστασιοποίηση. Συνολικά, εκφράστηκε έντονα η ανάγκη υποστήριξης του προσωπικού, τόσο μέσω θεραπευτικών συνεδριών όσο και μέσω της εξωτερικής εποπτείας. Συμπερασματικά, προβλήθηκε ιδιαίτερα η πεποίθηση ότι ένα καλά φροντισμένο και προστατευμένο προσωπικό οδηγεί σε ορθότερη παροχή φροντίδας των ωφελούμενων.

1. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ: ΤΡΑΥΜΑ ΩΣ Ο ΑΓΝΩΣΤΟΣ ΑΛΛΟΣ

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν δυσφορία στο ξεκίνημά τους, διότι πάλευαν σε άγνωστα μονοπάτια. Δεν είχαν τις απαιτούμενες γνώσεις και υπήρχε μία ασάφεια για τον ρόλο τους και τους στόχους που έπρεπε να πετύχουν. Είχαν κατακλυστεί από συναισθήματα άγχους και φόβου για το άγνωστο. Δε γνώριζαν πως να είναι συμπονετικοί στους θεραπευόμενους αλλά ούτε και πως να προστατεύουν και να θωρακίζουν τον εαυτό τους από τα δυσάρεστα συναισθήματα της λύπης, της θλίψης και ψυχικού πόνου τα οποία προκαλούνταν από τις δυσάρεστες καταστάσεις που βίωναν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Επίσης, ένιωθαν αδύναμοι να εμποδίσουν τα συναισθήματα αυτά να διεισδύσουν στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή. Η πορεία προς τη συμπόνια περιγράφεται ως ένας δύσβατος δρόμος, στον οποίο παράγοντες, όπως τα κενά του συστήματος, η απουσία επάρκειας γνώσεων και δεξιοτήτων έρχονταν να αυξήσουν την έντονη δυσφορία, τη θλίψη, το θυμό και τη ντροπή από το αίσθημα της ανεπάρκειας. Άλλοτε ως υπερήρωες, πρόθυμοι να σώσουν όλο τον κόσμο και να επωμιστούν όλο το φορτίο των τραυμάτων που έφεραν οι θεραπευόμενοι και άλλοτε ως απαθείς, απομακρυσμένοι παρατηρητές, προσπαθούσαν να ανταποκριθούν στο δύσκολο και απαιτητικό τους έργο. Ακροβατώντας σε ένα τεντωμένο σκοινί προσπαθούσαν να βρουν τις ισορροπίες τους και να φροντίσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τον «άνθρωπο» που τους είχε ανάγκη.

Συνολικά δύο υποκατηγορίες περιλαμβάνονται στην πρώτη κατηγορία: Α) Βαδίζοντας σε άγνωστα μονοπάτια και Β) Τραύμα/Επίδραση και Συναισθήματα.

Α. Βαδίζοντας σε άγνωστα μονοπάτια

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι στα πρώτα βήματα τους είχαν κενό στη γνώση για τον τομέα των εξαρτήσεων. Αναφέρθηκαν ιδιαίτερα στο κενό της εκπαίδευσης ως προς τις εξαρτήσεις κατά τη διάρκεια των βασικών τους σπουδών, καθώς και στο κενό της οργανωσιακής κουλτούρας που δεν περιελάμβανε τη συνεχή και στοχευμένη

εκπαίδευση, ώστε να προετοιμαστούν κατάλληλα για την αρένα της θεραπευτικής διαδικασίας και της μείωσης της βλάβης των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης. Η άγνοια, και κυρίως η απουσία εξειδικευμένων γνώσεων, το κοινωνικό στίγμα για τα άτομα με πρόβλημα εξάρτησης που διακατείχε κάποιους συμμετέχοντες, οδηγούσαν σε φόβο, σε άγχος, σε αβεβαιότητα και σε αδυναμία να βρουν τις κατάλληλες αποστάσεις .

«Στην αρχή ήταν όλοι πάρα πολύ επιφυλακτικοί μαζί μου, με βλέπανε, Μου λέγαν ένα γειά... με κοιτούσαν να με διερευνήσουν πως είμαι, από πάνω μέχρι κάτω... στη συνέχεια αναπτύχθηκε πιο προσωπική σχέση... Δηλαδή ερχόντουσαν κάθε μέρα κι εκτός από το «γειά» μου λέγανε πως περνάνε, κάποιο πρόβλημα που τους απασχολεί ή ακόμη και εμένα άμα με βλέπανε κάποια μέρα να μην είμαι πολύ στα κέφια μου «μέσα σε εισαγωγικά» ή να είμαι κουρασμένη, ενδιαφερόντουσαν και μου λέγαν «τι έχεις;», αν έχω κάποιο πρόβλημα ή αν με απασχολεί κάτι... Θεωρώ ότι αναπτύχθηκε μία σχέση εμπιστοσύνης έτσι ώστε όταν τους ρώταγα αν πραγματικά έχουν κάνει παράλληλη χρήση ή αν έχουν κάποιο πρόβλημα με κάποιον συγγενή τους ή μ' έναν φίλο τους, μου λέγανε την αλήθεια ότι έχουνε κάνει παράλληλη χρήση γιατί αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα... ή αν δεν έχουν κάνει χρήση καμίας ουσίας και έχουνε κάποιο πρόβλημα προσωπικό μιλούσαν γι' αυτό» (Σ1)

«Στην αρχή της καριέρας μου ήτανε δύσκολα γιατί δεν είχα προηγούμενη εμπειρία με χρήστες, με εξαρτημένα άτομα, χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών. Είχα άγχος, δε γνώριζα καθόλου αυτό το πεδίο, δεν είχαμε λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση στο πρωτοβάθμιο πτυχίο μου στα ΤΕΙ Νοσηλευτικής και σίγουρα ήταν ένα καινούργιο πεδίο που δεν το ήξερα. Πηγαίναμε λίγο ψάχνοντας και επίσης ο οργανισμός που δούλεψα ήταν ένας νεοσύστατος οργανισμός» (Σ2)

«η αλήθεια είναι ότι δε γνώριζα πολλά πράγματα σχετικά με τις εξαρτήσεις και τους εξυπηρετούμενους και υπήρχε στην αρχή ένας φόβος και μία, δε θα πω προκατάληψη, αλλά ένα άγνωστο απέναντι στους θεραπευόμενους... δεν ήξερα πως να τους χειριστώ... με βοήθησαν αρκετά οι παλαιότεροι συνάδελφοι μου. Περνώντας τα χρόνια και επειδή τους γνώρισα έγινε πιο οικεία η σχέση μου μαζί τους, γνωριστήκαμε καλύτερα. Η σχέση μου με τους εξυπηρετούμενους έγινε πιο οικεία, αποστιγματίστηκε κατά κάποιο τρόπο...» (Σ3)

«Όταν εγώ μπήκα στον ΟΚΑΝΑ, δεν υπήρχε μία εκπαίδευση, η οποία να είναι θεσμοθετημένη, ήτανε άτυπη εκπαίδευση... από τους συναδέλφους.» (Σ3)

«Εντάξει, ειδικά στην αρχή, ήμουνα πολύ ψαρωμένος!» (Σ4)

«Καταρχάς δεν σου ζητάνε καν για να μπεις σε αυτό το κομμάτι μία εμπειρία πάνω σε αυτό. Δηλαδή έχεις τελειώσει ένα πτυχίο έλα, και ούτε υπάρχει μία πραγματική εκπαίδευση ανά διάστημα, πριν μπεις σε αυτό το χώρο, σε πετάνε έτσι και το πόσο προσαρμοστικός είσαι θα δείξει η πορεία...» (Σ7)

«Στο προπτυχιακό δεν υπάρχει καν, δεν είχα ακούσει καν την έννοια της χρήσης. Όχι να υπάρχει εκπαίδευση στο κομμάτι αυτό. Δεν υπήρχε καν ο όρος της χρήσης... Πανεπιστημιακά και ακαδημαϊκά, δεν υπάρχει κάποια τέτοια εκπαίδευση.» (Σ7)

Οι συμμετέχοντες κατέθεσαν ότι προβληματίζονταν για τις ιδανικές αποστάσεις που θα έπρεπε κρατήσουν στη σχέση τους με τους θεραπευόμενους. Αμφιταλαντεύονταν και είτε εμπλέκονταν περισσότερο βουτώντας με αυτοθυσία είτε ήταν απόμακροι και αποστασιοποιημένοι.

«Ημouνα πολύ μικρή ακόμα ξέρεις, για να αντιμετωπίσω και τέτοιες καταστάσεις, γιατί θεωρούσαμε πολλές φορές ότι τους ασθενείς μας μπορεί να τους είχαμε παντρευτεί!!» (Σ6)

«Προφανώς η προσαρμογή μου ήταν στο να γίνω πάρα πολύ σκληρός. Δηλαδή, αυτό που συνειδητοποίησα στην πορεία, είναι ότι εγώ όλα αυτά τα έβλεπα λες και ήμουν απέξω, απόμακρος... είχα απομακρυνθεί μέσα μου, σαν να είχα ρουφηχτεί και να τα έβλεπα από ψηλά. Διαδραματιζόντουσαν αυτά κάτω, και εγώ ήμουν κάπου αλλού και τα έβλεπα. Ε, αυτό το κάνω ακόμα και τώρα. Αποτραβιέμαι από το γεγονός, να μην εμπλακώ μέσα, και αυτό βλέπω... ότι, ότι ακόμα αυτό το χρησιμοποιώ σαν τακτική και σε άλλες πλευρές της ζωής μου. Γιατί με προστατεύει, με προστατεύει.» (Σ8)

B. Τραύμα/Επίδραση και Συναισθήματα

Όλοι οι νοσηλευτές που συμμετείχαν ήρθαν σε επαφή, άμεσα ή έμμεσα, με κάποια σωματική ή ψυχική τραυματική εμπειρία των ωφελούμενων. Από το ταξίδι αυτό οι συμμετέχοντες ανέδειξαν δύο πολύ σημαντικές παραδοχές και συγκεκριμένα, ότι πίσω από κάποια εξαρτητική συμπεριφορά, κρύβεται ένα βασανιστικό τραύμα καθώς και ότι ένα σωματικό τραύμα μπορεί να οδηγήσει σε ένα ψυχικό.

Βίωσαν ποικίλα συναισθήματα και καταγράφηκαν διάφορες αντιδράσεις. Το σοκ, η θλίψη, ο θυμός, η συγκίνηση, ο φόβος, η ευθύνη ήταν κάποια από τα συναισθήματα. Ο βαθμός και η ένταση της επίδρασης των τραυματικών εμπειριών παρουσίασαν μία

ποικιλομορφία επίσης. Μερικοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι επηρεάστηκαν πολύ από τα κατά καιρούς τραυματικά γεγονότα των θεραπευόμενων με τα οποία έρχονταν αντιμέτωποι και βίωναν άγχος σε τέτοιο βαθμό που παρουσίασαν σημαντική δυσκολία στη διαχείριση της προσωπικής αλλά και της οικογενειακής τους ζωής. Συγκεκριμένα, ανέφεραν ότι παρουσίασαν αϋπνίες και μειωμένη όρεξη, υπέφεραν από βασανιστικά όνειρα και εμμονικές σκέψεις, αναβίωναν τα τραυματικά γεγονότα των ωφελούμενων και ένιωθαν αίσθημα ευθύνης και ενοχής.

Η συμμετέχουσα παρακάτω περιγράφει πολύ ζωντανά και παραστατικά την επίδραση που είχαν τα σωματικά τραύματα, απότοκα της παραμέλησης και της αδιαφορίας των θεραπευόμενων και το ενδεχόμενο του θανάτου τους από την κατάχρηση ουσιών. Το σοκ, η δυσφορία, η πεποίθηση ότι ήταν υπεύθυνη για τη διάσωση του θεραπευόμενου, το αίσθημα της ενοχής και της κοινωνικής αδικίας ήταν διάχυτο στις περιγραφές της. Το «υποφέρειν» του άλλου είχε μετασηματιστεί σε «υποφέρειν» δικό της που το κουβαλούσε σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής της.

«Με επηρέασε το σωματικό τραύμα, άτομα με πάρα πολλά έλκη και αποστήματα, να βλέπω τόσες πολλές πληγές στο σώμα ενός ανθρώπου και το σωματικό τραύμα σίγουρα επιφέρει και ψυχικό τραύμα. Έτρεχαν οι πληγές τους, μου έκανε φοβερή εντύπωση στην αρχή, ήταν σοκαριστικό όλο αυτό, δε μπορούσα να διαχειριστώ το γεγονός, μου δημιουργούσε άγχος. Και πήγαινα σπίτι μου και μπορεί να σκεφτόμουν ανθρώπους που τους είχαμε δει το πρωί «που να είναι τώρα; που να κάθονται; Που να κοιμούνται; Οι γάζες θα έχουν βρεχτεί, θα γίνει μόλυνση. Όλο αυτό το έπαιρνα σπίτι μου, το σκεφτόμουνα δηλαδή, όχι για όλους αλλά για τους περισσότερους.» (Σ2)

«Τα πρώτα χρόνια είχε περισσότερο να κάνει με το σωματικό τραύμα των ανθρώπων που έβλεπα και τον κίνδυνο να πάθουνε υπερδοσολογία από τις ουσίες και που ήταν φοβερό το στρες το δικό μας, την ώρα που προσπαθούσαμε να τους ανατάξουμε. Έφευγα λοιπόν πολλές φορές κομμάτια για το σπίτι, έκανα να συνέλθω δυο τρεις ώρες. Πήγαινα σπίτι μου και δε μπορούσα να φάω... να κάτσω να συζητήσω με τα παιδιά μου γιατί σκεφτόμουν ότι πριν από λίγο ένας άνθρωπος κόντεψε να πεθάνει στα χέρια μας. Οπότε όλο αυτό ήτανε πάρα πολύ ψυχοφθόρο.» (Σ2)

«Έχει τύχει να δω αρκετές φορές και στον ύπνο μου εξαρτημένο, ο οποίος κινήθηκε απειλητικά εναντίον μου, ένα όνειρο το οποίο είχε και φόβο, και να μου ζητάει να τον βοηθήσω στον ύπνο μου.» (Σ2)

«Το πρώτο που με είχε σοκάρει ήταν ένας ασθενής που μου είχε εκμυστηρευτεί ότι όταν ήταν μικρό παιδί έξι-επτά χρονών σε μια πόλη στη Βόρεια Ελλάδα που είχε συνθήκες παγετού, 6:00 το πρωί ο πατέρας του, σε αυτή την τρυφερή ηλικία, τον είχε στείλει σε μία απόσταση πέντε χιλιομέτρων για να βρει αλκοόλ, να το φέρει να πει. Πραγματικά αυτό εμένα με τάραξε γιατί δεν μπορούσα να σκεφτώ ότι ένας γονιός, ακόμα και μέσα στην εξάρτηση, μπορούσε να κακοποιήσει με αυτό το τρόπο το παιδί του... εγώ εκείνη τη στιγμή το έλαβα ως κακοποίηση. Και πραγματικά και μετά που γύρισα στο σπίτι, με είχε συγκλονίσει γιατί ειδικά όταν έβρεχε και έκανε κρύο πάντα το έφερνα στο μυαλό μου όταν έβλεπα τα δικά μου τα παιδιά μέσα στη ζέστη, στο σπίτι και έλεγα πόσο χαίρομαι που μπορώ να τα έχω σε αυτές συνθήκες όταν υπάρχουν παιδιά που μπορεί αυτή τη στιγμή για κάποιο λόγο να είναι στο κρύο... στη βροχή ... στο χιόνι... και πραγματικά το σκεφτόμουν για πάρα πολύ καιρό.» (Σ2)

Από μία άλλη περιγραφή τραύματος με περιεχόμενο τη σεξουαλική κακοποίηση θεραπευόμενης, εκτός από το αίσθημα αποτροπιασμού που ένιωσε η συμμετέχουσα για το γεγονός καθαυτό, καταλήγει ότι αυτή η εμπειρία την οδήγησε να αναθεωρήσει το τρόπο που αντιμετώπιζε τη θεραπευόμενη και να αποκτήσει μεγαλύτερη συμπόνια.

«Ένα γεγονός που με συγκλόνισε ήταν όταν είχα ακούσει μία θεραπευόμενη ότι είχε βιαστεί και από τον πατέρα της για τον αδερφό της...(παύση).Και αυτό πραγματικά με είχε συνταράξει δεδομένου ότι και εγώ είμαι κορίτσι, είχα αδελφές και έναν πατέρα στο σπίτι που ήταν πάρα πολύ προστατευτικό. Δε μπορούσα να φανταστώ ότι ένας πατέρας μπορεί να κάνει αυτό το πράγμα στο παιδί του και ακόμα περισσότερο και ο αδερφός, που θα μπορούσε να δρα προστατευτικά. Κι αντίθετα ακολούθησε την ίδια συμπεριφορά του πατέρα. Στη συνέχεια όσο την έβλεπα και την ξαναέβλεπα, ενώ στην αρχή δεν κρύβω ότι πολλές φορές κάποιοι άνθρωποι μπορεί να έρχονται και να έχουν μία συμπεριφορά έτσι λίγο πιο επιθετική, πιο αντικοινωνική, μετά αλλάζεις και τον τρόπο που βλέπεις την ίδια την ασθενή για όλο αυτό που έχει περάσει και έχει ζήσει. Και όντως άλλαξε θεραπευτική σχέση μαζί μου γιατί ήμουνα πολύ πιο προστατευτική κι εγώ απέναντι της, πολύ πιο ευγενική... περνάμε και από αυτό το στάδιο. Φαντάζομαι ότι όλοι οι συνάδελφοι έχουν περάσει από αυτό το στάδιο.» (Σ2)

Η παραδοχή ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης «φλερτάρουν» με το ενδεχόμενου του θανάτου αποτέλεσε κυρίαρχο στοιχείο στις περιγραφές του συμμετέχοντα. Ο ξαφνικός και ο αναπάντεχος θάνατος καθώς και το γεγονός ότι η απειλή

του αυτοκτονικού ιδεασμού μπορεί να γίνει πράξη και να οδηγήσει σε θάνατο ήταν γεγονότα με βαθιά ψυχική επίδραση αλλά και που τον οδήγησαν στη μάθηση.

«Ιδίως πρώτο διάστημα της εργασίας μου δεν είχα βρει έναν τρόπο να μπορέσω να το διαχειριστώ την επιβάρυνση από την εργασία... γιατί υπάρχουν καθημερινά γεγονότα, μικρά γεγονότα που συμβαίνουν και σε βάζουν σε μία δυσκολία για το πώς θα μπορέσεις να τα διαχειριστείς... το πρώτο διάστημα ναι! Μετά βρήκα ένα τρόπο να μπορέσω να το διαχειρίζομαι αλλά με επηρέασε η έκθεση στα τραύματα των εξυπηρετούμενων! Ιδίως το πρώτο διάστημα!» (Σ3)

«Καταρχάς τα γεγονότα που εμένα περισσότερο με στιγμάτισαν στην επαγγελματική μου πορεία είναι κυρίως θάνατοι. Δηλαδή όχι μόνο τραύμα, είναι τραύμα που κατέληξε σε θάνατο! Θυμάμαι τον πρώτο χρόνο που δούλευα μια θεραπευόμενη στο πρόγραμμα, η οποία δε φαινόταν καθόλου ότι ήταν χρήστρια, ήταν πάρα πολύ περιποιημένη για την εργασία της... και κάποια στιγμή ας πούμε πληροφορηθήκαμε, out of the blue που λένε, χωρίς να γνωρίζουμε τίποτα, δεν περιμέναμε κάτι τέτοιο, ότι είχε κάνει χρήση, είχε τρυπήσει τη μηριαία αρτηρία σε μία προσπάθεια να κάνει παράλληλη χρήση και στην ουσία κατέληξε από ακατάσχετη αιμορραγία! Αυτό ήταν κάτι το οποίο εμένα, όχι μόνο εμένα αλλά τους περισσότερους αλλά τώρα μιλάω προσωπικά, με σόκαρε!» (Σ3)

«Περίπου πριν από 5 χρόνια, ένας θεραπευόμενος του προγράμματος, ο οποίος ήταν και είχε ψυχιατρική νοσηρότητα ο ίδιος, απειλούσε ότι θα αυτοκτονήσει! Και μερικές φορές αυτό δεν ξέρεις πως να το αντιμετωπίσεις... δηλαδή λες ότι μπορεί να είναι και χειριστικό... κάποιος το λένε..ότι «θα αυτοκτονήσω γιατί δε μου κάνετε αυτό ή δε μου κάνετε εκείνο... Τελικά έδεσε μία θηλιά στο λαιμό του και κρεμάστηκε από την αερογέφυρα... δεν πέθανε! Βγήκε ο φύλακας της μονάδας τον έπιασε και ένας άλλος συνάδελφος έκοψε το σκοινί που ήταν κρεμασμένος. Παρόλα αυτά το γεγονός με σόκαρε και για τον τρόπο και από την εικόνα που είδαμε... ήταν μία εμπειρία τραυματική!» (Σ3)

Το τραύμα με το οποίο ήρθε σε επαφή η συμμετέχουσα ήταν η σεξουαλική κακοποίηση θεραπευόμενου και περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο προσέγγισε το ζήτημα προσπαθώντας να βοηθήσει τον θεραπευόμενο να το αποδεχτεί ως κομμάτι της προσωπικής του ιστορίας. Η συμμετέχουσα αναφέρει ότι η επίδραση των τραυμάτων των ωφελούμενων την οδήγησαν στη συμπονετική φροντίδα αλλά και την ενσυναίσθηση.

«μία από αυτή τη θυμάμαι ακόμα, είχε να κάνει με πολύ σοβαρό τραυματικό γεγονός, είχε να κάνει με σεξουαλική κακοποίηση. Άντρας που έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση,

μια πολύ ψυχοπιεστική κατάσταση η οποία εκμυστηρεύτηκε ότι τον είχε οδηγήσει στην εξάρτηση.» (Σ6)

«Τα συζητούσα με σκοπό να τον βοηθήσω περισσότερο, όχι να τα ξεπεράσει, να ανακουφίζεται και να τα αποδέχεται σιγά-σιγά, γιατί ήταν μέρος του εαυτού του, ήταν μέρος της ιστορίας του, ήταν μέρος της ζωής τους οπότε θα έπρεπε να τα δεχτούν. Αλλά το δύσκολο ήταν να τους κάνουμε να μην τα έχουν αυτά τα τραύματα άλλοι, για οτιδήποτε τους συνέβαινε στη ζωή τους τη στιγμή που ήταν σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, μπαίνανε σε έναν άλλο κύκλο ζωής, ή τουλάχιστον προσπαθούσαμε να τους κατευθύνουμε σε έναν άλλο κύκλο ζωής και να μην τα χρησιμοποιούσαν εναντίον τους.» (Σ6)

«Θεωρώ ότι δεν γίνεται να μην στεναχωριόμαστε με τα τραύματα που κουβαλάνε οι ασθενείς μας, συμπονούμε, ερχόμαστε στη θέση τους αλλά δεν περπατάμε τα παπούτσια τους. Δεν γίνεται πιστεύω να είμαστε ψυχροί και αμέτοχοι σε όλο αυτό. Η ψυχική βία που έχουν υποστεί, η σωματική, η συναισθηματική, είναι πολύ σοβαρού βαθμού,... και δεν γίνεται να έχουμε απουσία ενσυναίσθησης απέναντι σε αυτά τα τραύματα.» Σ6

Ο επόμενος συμμετέχων ανέφερε ότι τα τραύματα που τον συντάρασαν ήταν τα παιδικά τραύματα των θεραπευόμενων που ξεκινούν από το οικογενειακό περιβάλλον. Το άκουσμα του τραύματος της ενδοοικογενειακής βίας που ασκούσε ο πατέρας στον ίδιο τον θεραπευόμενο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του, γεγονός που κατέληξε στο φόνο του πατέρα του από τον ίδιο, επέδρασε αρνητικά στην ψυχολογία του συμμετέχοντα με εμμονικές και βασανιστικές σκέψεις. Η απόκτηση ενσυναίσθησης και ενδυνάμωσης εαυτού αποτέλεσαν το κίνητρο για αναζήτηση στήριξης.

«Αυτό που με ταρακουνάει περισσότερο είναι όταν μου αναφέρουν προβλήματα απ' το οικογενειακό περιβάλλον που ξεκινάνε από πολύ μικρή ηλικία, κακοποιήσεις, μια αδιαφορία των γονέων που τους οδηγούν στο να βγουν στις πιάτσες δηλαδή περισσότερο ότι έχει να κάνει με παιδικό τραύμα. Είχα μία εμπειρία που ήτανε πραγματικά σοκαριστική... γιατί έβλεπε το παιδί πως ο πατέρας ήταν και αυτός χρήστης αλκοόλ, ερχόταν σπίτι χτύπαγε τη γυναίκα του και τα αδέρφια του εξυπηρετούμενου, και ένιωθε ο εξυπηρετούμενος την ανάγκη να υπερασπιστεί τα αδέρφια του και τη μάνα, οπότε, ήταν ένα πολύ βαρύ σκηνικό στην οικογένεια... Τελικά αυτό το άτομο μπήκε φυλακή γιατί σκότωσε τον πατέρα, αλλά ναι, βγήκε μετά γιατί ήταν οροθετικός, έχουν μια ειδική ποινή για τους οροθετικούς, γενικά ήταν πολύ συγκλονιστικό όλο αυτό το βίωμα. Σοκαρίστηκα. Προσπαθούσα να έχω μια ενσυναίσθηση, την οποία δεν μπόρεσα να την αποκτήσω. Και

γενικά βλέπω, δεν είναι μόνο αυτή η περίπτωση, γενικά βλέπω πολύ δυστυχία... Όλο αυτό το σκεφτόμουν αρκετά, ειδικά τις ώρες που ήμουν μόνος στο σπίτι. Δηλαδή προσπαθούσα λίγο, να καταλάβω, που εντάξει σιγά-σιγά με δική μου ψυχοθεραπεία, προσπαθώ να το δω λίγο απέξω το θέμα. Γιατί στη δουλειά μας αυτό πρέπει να γίνεται, αλλιώς δεν μπορούμε να βομβαρδιζόμαστε από τόσα οικογενειακά και προσωπικά τραύματα, ψυχικά τα οποία δεν γίνεται να τα απορροφάμε όλα, δηλαδή πρέπει κάπου να τα εκτονώνουμε, να τα μοιράζουμε.» (Σ7)

Η επόμενη συμμετέχουσα αναφέρεται στο κοινωνικό στίγμα που προέρχεται από τον αναλφαβητισμό των έγκλειστων θεραπευόμενων και στην επαφή της με το παιδικό τραύμα θεραπευόμενου που προερχόταν από την απώλεια του γονέα του σε τρυφερή ηλικία. Οι ψυχοπαιδαγωγικές καταστάσεις αυτές την προβλημάτισαν και την έβαλαν στη διαδικασία σκέψης για το πως θα αποκτήσει ενσυναίσθηση.

«Οι περισσότεροι στη φυλακή αισθάνονταν πάρα πολύ, είχαν πολύ έντονα το αίσθημα της ντροπής όταν αναφερόταν στο κομμάτι της εκπαίδευσης, είχαμε ανθρώπους που ήταν αναλφάβητοι ή απλά είχαν τελειώσει το δημοτικό και οι περισσότεροι λοιπόν ντρέπονταν πάρα πολύ που δεν είχαν ολοκληρώσει το σχολείο, βέβαια τους δίνεται ξέρεις πολύ καλά μέσα από το σχολείο δεύτερης ευκαιρίας στις φυλακές, και θυμάμαι ο τρόπος που το, που το εξομολογούνταν, ας πούμε και η γλώσσα του σώματος, ότι για αυτούς πραγματικά ήταν τραυματικό γεγονός. Δηλαδή φαίνεται ότι ντρέπονταν οι άνθρωποι που δεν μπορούσαν ε ε ε, να υπογράψουν στο χαρτί και μου λέγαν θα βάλω ένα σταυρό.» (Σ5)

«Θυμάμαι πολύ έντονα έναν ασθενή που είχε βιώσει το θάνατο της μητέρας του όταν ε ε ε, ήταν στην εφηβεία και μου μετέφερε όλο το πλαίσιο ήταν πάρα πολύ δύσκολο ε ε και ότι ουσιαστικά ξεκίνησε την χρήση από την ηλικία των 15 ετών, επειδή δεν μπορούσε ε ε να το διαχειριστεί όλο αυτό. Ε περισσότερο ε ε όλη αυτή τη διαδικασία εμένα με έκανε να είναι πιο έντονο το αίσθημα της ενσυναίσθησης, δηλαδή να τους καταλάβω περισσότερο, να μπω στη θέση τους, αυτό, και να καταλάβω ότι ναι πραγματικά υπάρχει τραύμα και λόγος πίσω από κάθε εμπειρία και από, ε ε και πως να το πω, το να κάνει κάποιος χρήση, το να πάει στο επόμενο βήμα και να κάνει χρήση.» (Σ5)

Ο τομέας της εξάρτησης φθείρει τον επαγγελματία όταν έρχεται αντιμέτωπος με δικά του στοιχεία παντοδυναμίας και παίρνει ασυνείδητα το ρόλο του σωτήρα. Στο παρακάτω απόσπασμα η συμμετέχουσα βιώνει την εμπειρία την υποτροπής ως αποτυχία αντί να

διερωτηθεί για τους ουσιαστικούς λόγους για τους οποίους το άτομο ολισθαίνει στην υποτροπή στο πλαίσιο διαδικασίας προς την αλλαγή.

«Δίνουμε κάτι πάντα από τον εαυτό μας, απ' τη ψυχή μας εγώ θεωρώ, και αυτό μας επηρεάζει...» (Σ5)

«Έχω γίνει πιο καχύποπτη απέναντι τους πολλές φορές, νιώθω πιο έντονα το αίσθημα της ματαίωσης, πολλές φορές με απογοητεύουν, όταν προσπαθούν να κλέψουν στη χορήγηση το φάρμακο ή όταν περιμένω από έναν ασθενή μου να είναι καθαρός και δεν είναι. Απογοητεύομαι αλλά ξέρω ότι είναι στο πλαίσιο της δουλειάς και θεωρώ ότι κάθε ματαίωση πρέπει να την βλέπουμε σαν ένα έναυσμα για ένα καινούργιο στόχο με τους ασθενείς μας, δεν πρέπει να το βάζουμε κάτω, δεν πρέπει να μας ρίχνει τέλος πάντων όλο αυτό. Αλλά έχω αλλάξει και εγώ πάρα πολύ, έχω χάσει πολλές φορές την υπομονή μου, και αυτό που έχω παρατηρήσει είναι ότι όταν χάνω εγώ την υπομονή μου, την χάνουν και οι εξυπηρετούμενοι, αυτό το πράγμα επηρεάζει πάρα πολύ τους ασθενείς, η ψυχολογική κατάσταση η δική μας και οι διακυμάνσεις που περνάμε πάρα πολλές φορές επηρεάζει και τους ασθενείς μας γι' αυτό πρέπει, πιστεύω να είμαστε δουλεμένοι αρκετά και να ερχόμαστε ήρεμοι στη χορήγηση.» (Σ5)

Αντίθετα, κάποιοι από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι τα τραύματα δεν είχαν τέτοια επίδραση, ώστε να διαταράσσεται η ζωή τους, ενώ μετά το πέρας της βάρδιας, διαγράφουν τα δυσάρεστα γεγονότα και δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να κλονίζεται από αυτά επιδεικνύοντας ανθεκτικότητα.

«Όχι! Τίποτα δε με επηρέασε τόσο πολύ για να το σκέφτομαι και στο σπίτι και να με αγχώσει τόσο πολύ για να το πάρω στο σπίτι μου και να είναι η καθημερινότητά μου και να με προβληματίζει τόσο πολύ!» (Σ1)

«Με τους ωφελούμενους, δεν μπορώ να πω ότι έχανα και τον ύπνο μου, θα το σκεφτόμουν, θα το συζήταγα ίσως, και με άτομα γνωστά μου ή της οικογένειάς μου έτσι, για να το βγάλω, έτσι λίγο να το.... πως να το πούμε, να το βγάλω προς τα έξω, να νιώσω και εγώ λίγο καλύτερα αλλά όχι ότι είχα και αϋπνίες. Δηλαδή σε λογικά πλαίσια θεωρώ.» (Σ4)

Οι νοσηλευτές ένιωθαν ότι σήκωναν το βάρος των επιδράσεων της δύσκολης ζωής την οποία βίωναν οι ωφελούμενοι μέσα από τη χρήση. Πολλές φορές ένιωθαν το αίσθημα της ανεπάρκειας και της αδυναμίας να παράσχουν ουσιαστική βοήθεια. Ακόμη, από τις περιγραφές διακρίνεται το ενοχικό συναίσθημα από τα κενά του συστήματος. Τα κενά και

η ανεπάρκεια του συστήματος, τους εμπόδιζε να οδηγήσουν τους ωφελούμενους σε μία αλλαγή νοοτροπίας, σε αλλαγή στάση ζωής καθώς και στη βελτίωση του επίπεδου ζωής τους.

«Ένωθα αρκετά ανεπαρκής στην αρχή» (Σ6)

«Αρκετές φορές μου πέραγε από το μυαλό ότι δε μπορούσαν να βρύνε φροντίδα πουθενά. Οι περισσότεροι ήταν άστεγοι, τους είχαν διώξει οι οικογένειες, δεν είχαν τη νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη που έπρεπε. Ένωθα κι ενοχή πολλές φορές.» (Σ2)

Η συναισθηματική επιβάρυνση των συμμετεχόντων είναι έκδηλη στα παραπάνω αποσπάσματα. Στο παρακάτω απόσπασμα ο νοσηλευτής, ως τραγικός ήρωας, επωμίζεται τα κενά του συστήματος στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του οργανισμού απευθυνόμενος στη μητέρα εξυπηρετούμενου. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι πλέον ο χρόνος αναμονής για την πρόσβαση στη θεραπεία είναι μηδενικός λόγω της ανάπτυξης του οργανισμού. Παρόλα αυτά οι ιδιαιτερότητες του αιτήματος της οικογένειας στο πλαίσιο του τραύματος και του στίγματος ακόμη δεν γίνονται ευρέως αντιληπτές (Μισουρίδου, 2023) με αποτέλεσμα τη διαιώνιση της επιβάρυνσης των επαγγελματιών.

«Γιατί πραγματικά αυτό που της έλεγα (απευθυνόμενος σε μία μητέρα ατόμου με πρόβλημα εξάρτησης), ήταν, ότι θα κάνεις τώρα το αίτημα για θεραπεία, αλλά ο γιος σου, αν επιζήσει μέχρι τότε, θα τον βάλουμε σε 7, 8 χρόνια. Πού πολύ πιθανόν ο άνθρωπος, να μην τα καταφέρει, να έχει απεξαρτηθεί μακάρι ή δεν ξέρω» (Σ8)

Οι συμμετέχοντες κατέθεσαν τους προβληματισμούς τους σχετικά με τα όρια και την αποσαφήνιση του ρόλου τους. Παράλληλα, ανέφεραν ότι επικρατούσαν κάποια στερεότυπα και κάποιες μεροληψίες που περιόριζαν το ρόλο τους στο κλινικό μέρος. Αμφιταλαντεύονταν ανάμεσα στο ρόλο του κλινικού νοσηλευτή, του συμβούλου, του επαγγελματία ψυχικής υγείας με μια πιο διεισδυτική ματιά και σε εκείνο του «προσώπου αναφοράς» που αναλαμβάνει θεραπευόμενους, εφαρμόζοντας την ολιστική προσέγγιση.

«Η εκπαίδευση, πρέπει να είναι από την αρχή που μπαίνεις στον οργανισμό προσανατολισμένη στο δικό μας το πεδίο, στο χώρο μας και στη νοσηλευτική, εφόσον είμαι νοσηλευτής εγώ, αλλά να είναι και προσανατολισμένη γενικότερα στο χώρο των εξαρτήσεων και της ψυχικής υγείας ή της νόσου.» (Σ3)

«Επίσης, ήμασταν keyworkers αρχικά, στα πρώτα χρόνια του Οργανισμού, γιατί οι νοσηλευτές ήταν keyworkers, δηλαδή μπορούσαν να αναλαμβάνουν περιστατικά, να αναλαμβάνουν ασθενείς. Όχι μόνο καθαρά το κλινικό διαχειριστικό κομμάτι της χορήγησης

φαρμάκου. Οπότε εκεί οι νοσηλευτές όπως και εγώ, είχα ως πρόσωπο αναφοράς, αρκετούς ασθενείς που μοιράζονταν μαζί μου αρκετές τραυματικές εμπειρίες» (Σ6)

«Αλλά το εύρος της δουλειάς των νοσηλευτών δεν σου επιτρέπει έτσι, να κάνεις πάρα πολλά πράγματα, ουσιαστικά γνωρίζεις να κάνεις ορθές παραπομπές, πιστεύω.» (Σ6)

«Δεν ξέρω αν (ο θεραπευόμενος) είχε κάποιες μεροληψίες, επειδή ήμουν εγώ νοσηλεύτρια και δεν ήμουν κάποιος ψυχολόγος, ίσως πίστευε ότι δεν θα μπορούσα να τον βοηθήσω.» (Σ6)

2. ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ

Η επαφή με το διπλό φορτίο της χρήσης και των τραυματικών γεγονότων των θεραπευομένων και η αντιμετώπιση δυσάρεστων καταστάσεων, με τις οποίες ήρθαν σε επαφή οι συμμετέχοντες, στάθηκαν αφορμή να ακολουθήσουν νέα μονοπάτια. Οι νέοι δρόμοι που ανοίχτηκαν ήταν η αναγνώριση της σπουδαιότητας διεργασιών που οδηγούσαν στην ανακούφιση από τα δυσάρεστα συναισθήματα και στη συνειδητοποίηση του κέρδους από «το κόστος της φροντίδας», όπως αυτού της προσωπικής και επαγγελματικής ανάπτυξης και εξέλιξης.

Συνολικά 4 υποκατηγορίες περιλαμβάνονται στη δεύτερη κατηγορία: Α) Η ομάδα ως βασικός σύμμαχος, Β) Μαθαίνοντας από τις εμπειρίες, Γ) Προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη/προστασία εαυτού και Δ) Αφορμή για βελτίωση οργανωσιακής κουλτούρας

A. Η ομάδα ως βασικός σύμμαχος

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν με ιδιαίτερα γλαφυρό τρόπο την συνεισφορά και τη στήριξη των συναδέλφων και προϊστάμενων. Η εκπαίδευση που έλαβαν από τους εμπειρότερους συναδέλφους, η λειτουργία της ομάδας, το υψηλό επίπεδο συνεργασίας είχε ως αποτέλεσμα να νιώθουν ασφάλεια μέσα στο πλαίσιο τους, να εμβαθύνουν στο πεδίο και να αποκτήσουν τις δεξιότητες εκείνες που τους διευκόλυναν στη διαχείριση των καταστάσεων.

«Εκπαίδευση πήρα από τους συναδέλφους, οι οποίοι και με καθοδήγησαν και βάσει της εμπειρίας τους μου είπανε ποια είναι τα σωστά βήματα, ποια είναι τα λάθος και κινήθηκα και πορεύτηκα έτσι.» (Σ1)

«Στην πορεία βέβαια να πω την αλήθεια, με βοήθησαν πάρα πολύ οι συνάδελφοι που βρήκα στη μονάδα. Με βοήθησαν πολύ στο να αποκτήσω μία απόσταση και να μην εμπλέκομαι σε σχέσεις, να αφήνω αλλού τα επαγγελματικά, αλλού ποιον συμπαθώ» (Σ2)

«Όταν ήρθα σε επαφή με τους πρώτους ασθενείς και φόβος υπήρξε, και θαυμασμός υπήρξε, για το σθένος που είχαν αυτοί οι άνθρωποι για να αλλάξουν πράγματα, γιατί οι πρώτοι ασθενείς είχαν πολύ κακή κλινική εικόνα. Αυτό που ήταν πολύ σημαντικό για μένα ήταν η υποστήριξη που είχα από τους πρώτους ιθύνοντες, τους πρώτους υπεύθυνους των μονάδων, οι οποίοι είχαν και αυτοί το ίδιο ενδιαφέρον, οπότε ήμουν τυχερή που είχα δίπλα μου πάρα πολύ υποστηρικτικούς προϊσταμένους και ψυχιάτρους που με βοήθησαν να δω πράγματα, να μου δώσουν κατευθύνσεις στο τι θα μπορούσα να κάνω περισσότερο και για να μη φοβάμαι και για να μπορώ να αποκτήσω περισσότερες δεξιότητες όσον αφορά το χειρισμό, τη διαχείριση, την καλύτερη θεραπευτική διαχείριση αυτών των ανθρώπων. Οπότε μου έδειξαν και ψυχοθεραπευτικά εργαλεία και επικοινωνιακά και κλινικά. Αυτός ήταν και ο λόγος που μπήκα σιγά-σιγά και στο πνεύμα της ψυχολογίας περισσότερο, βοήθησε την απόφασή μου να κάνω κάτι περισσότερο, γιατί ένιωθα αρκετά ανεπαρκής στην αρχή, πάρ' ότι με ενδιέφερε πολύ, ένιωθα ότι δεν θα μπορούσα να καταφέρω περισσότερα πράγματα για αυτό το αντικείμενο, και νομίζω ότι αυτό είναι και το μαγευτικό αυτού του αντικειμένου δηλαδή, πέρα από το ότι σε κάνει να θέλεις να μάθεις περισσότερα πράγματα για να συμβάλεις, να βοηθήσεις τον άνθρωπο αυτό που έχεις μπροστά σου, ε, σε βοηθάει και σένα να μάθεις πράγματα για τη δική σου ζωή και πώς θα μπορούσες να διαχειριστείς πολύ δύσκολες καταστάσεις.» (Σ6)

Η επαφή με το τραύμα αποτέλεσε αφορμή, ώστε οι συμμετέχοντες να αναγνωρίσουν τη χρησιμότητα της έκθεση εαυτού κατά την εξωτερίκευση και το μοίρασμα των δυσάρεστων συναισθημάτων μέσα στην ομάδα ή με τους οικείους. Η πρακτική αυτή ανακούφιζε και αποφόρτιζε τους συμμετέχοντες.

«Ωστόσο, νομίζω ότι θα πρέπει να μοιράζεσαι σε τακτά χρονικά διαστήματα, αν βιώνεις οποιοσδήποτε δύσκολες καταστάσεις στο χώρο δουλειάς και να τις αποτυπώνεις με έναν άλλον τρόπο, με έναν άλλον επόπτη. Γινότανε παλιά... την είχαμε ονομάσει «Μεταομάδα» και μπορώ να πω ότι ήταν πολύ βοηθητική » (Σ6)

«Θα το συζήταγα ίσως, και με άτομα γνωστά μου ή της οικογένειάς μου έτσι...για να το βγάλω ας πούμε, έτσι λίγο να το βγάλω προς τα έξω, να νιώσω και εγώ λίγο καλύτερα...» (Σ4)

B. Μαθαίνοντας από τις εμπειρίες

Ο χρόνος ήταν αρωγός στην απόκτηση περισσότερων εμπειριών. Οι αποκτηθείσες εμπειρίες λειτούργησαν θετικά και οδήγησαν σε πιο ουσιαστική γνωριμία με τον

συγκεκριμένο πληθυσμό, στην απόκτηση οικειότητας και στη δημιουργία σχέσεων. Η συνεχής επαφή με τους ωφελούμενους ήταν σύμμαχος. Επήλθε ο αποστιγματισμός, μειώθηκαν οι προκαταλήψεις, δημιουργήθηκαν σχέσεις εμπιστοσύνης που διαπνέονταν από σεβασμό, βελτιώθηκε η επικοινωνία και το μοίρασμα προβλημάτων και συναισθημάτων των ωφελούμενων γινόταν με ειλικρίνεια. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι εμπέδωσαν γνώσεις που είχαν κι απέκτησαν νέες. Η απόκτηση εμπειρικής γνώσης ήταν ζωτικής σημασίας σε κάποιες περιπτώσεις.

«Αναπτύχθηκε μία σχέση εμπιστοσύνης, μου λέγανε και την αλήθεια για την παράλληλη χρήση και αν έχουνε κάποιο πρόβλημα προσωπικό. Έγινε πιο προσωπική σχέση που εκτός από το «γειά» μου λέγανε πως περνάνε, κάποιο πρόβλημα που τους απασχολεί, ενδιαφερόντουσαν και μου λέγαν «τι έχεις;» (Σ1)

«Τώρα, είμαι εντελώς ξεκάθαρος σε αυτό... δηλαδή το παραμικρό που κάνει (ένας θεραπευόμενος) δε θα έχει καλύτερη αντιμετώπιση αυτός από έναν άλλον που εγώ δεν τον συμπαθώ. Αλλά με την πορεία τελικά το δουλεύεις και προχωράει αυτό από μόνο του.» (Σ8)

«Εντάξει... κάτι που έμαθα από αυτό είναι ότι αν κάποιος εκφράζει προφορικά την επιθυμία, τη θέληση να αυτοκτονήσει είναι κάτι που πρέπει να λαμβάνεις σοβαρά υπόψη, ακόμα και αν θεωρείς ότι τώρα το κάνει χειριστικά. Αλλά ήταν μία εμπειρία τραυματική!» (Σ3)

Γ. Προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη/προστασία εαυτού

Οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι η φροντίδα για τη συμπόνια αποτέλεσε την αφορμή, τόσο για την επαγγελματική, όσο και για την προσωπική ανάπτυξη και αυτοπροστασία τους. Η περαιτέρω εκπαίδευση και η ψυχοθεραπεία αναφέρθηκαν ως κάποιιοι τρόποι που συνέβαλαν, ώστε να μπορούν να αποκτήσουν δύναμη, αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τα βήματα τους. Επίσης, όπως τονίστηκε, κάθε ματαίωση, θα πρέπει να λειτουργεί κινητοποιητικά για νέες στοχοθεσίες και να μην κυριαρχεί η απογοήτευση και η πικρία.

«Δεν γίνεται να εργάζεσαι σε τέτοιους χώρους και να βιώνεις καθημερινά πόνο, θλίψη, στεναχώρια, αστεγία, βρωμιά... κάπου πρέπει να το εκτονώνεις όλο αυτό, και να μην εκπαιδεύεις μόνο στα θεωρητικά κομμάτια. Εντάξει σιγά-σιγά με δική μου ψυχοθεραπεία, προσπαθώ να το δω λίγο απέξω το θέμα...όχι ακριβώς πώς να χειρίζομαι τους χρήστες αλλά πώς να χειρίζομαι τον ίδιο μου τον εαυτό. Να ενισχύσω λίγο τις άμυνες μου, τις συναισθηματικές. Γιατί στη δουλειά μας αυτό πρέπει να γίνεται, αλλιώς δεν μπορούμε να βομβαρδιζόμαστε από τόσα οικογενειακά και προσωπικά τραύματα, ψυχικά τα οποία δεν

γίνεται να τα απορροφάμε όλα, δηλαδή πρέπει κάπου να τα εκτονώνουμε, να τα μοιράζουμε» (Σ7)

« Αλλά ξέρω ότι είναι στο πλαίσιο της δουλειάς... κάθε ματαίωση πρέπει να την βλέπουμε σαν ένα έναυσμα για ένα καινούργιο στόχο με τους ασθενείς μας» (Σ5)

«Αλλά μέσω της εκπαίδευση που έχω λάβει, έχω μάθει πως να χειρίζομαι εγώ πλέον αυτό που μπορεί να με αγχώνει σε σχέση με το τραύμα ενός ασθενούς... φαντάζομαι ότι θα υπάρχουνε προγράμματα όσον αφορά το τραύμα των ασθενών» (Σ2)

Παρά τις δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι με τον συγκεκριμένο εργασιακό χώρο, εκφράστηκε πληρότητα και ενθουσιασμός για την εργασία.

«Οπότε αναγκάστηκα να εκπαιδευτώ περαιτέρω στην καλύτερη διαχείριση και του τραύματος έτσι, και το πώς διαχειριζόμαστε το τραύμα και το πώς διαχειριζόμαστε δύσκολους ασθενείς... Νομίζω ότι οι επιστήμες που αγαπάω και έχω συνδυάσει με βοηθούν πάρα πολύ στο επάγγελμα αυτό που έχω επιλέξει να κάνω, και μέσα από εκεί να μεγαλώνω, να εξελίσσομαι... Συνέβαλαν στο να βοηθηθώ και εγώ στη διάρκεια των χρόνων και μέσα από κει μπορώ να σου πω ότι φρόντιζα και εγώ με το δικό μου τρόπο τα δικά μου πράγματα, τις δικές μου μεροληψίες, τα δικά μου τραύματα» Σ6 ΑΛΕΞΙΑ

«Ναι, είμαι ενθουσιασμένη με τη δουλειά μου και δεν θέλω να φύγει αυτός ο ενθουσιασμός» (Σ4)

Δ. Αφορμή για βελτίωση οργανωσιακής κουλτούρας

Οι συμμετέχοντες τόνισαν ιδιαίτερα τη σημασία της αναγκαιότητας αλλαγών στην οργανωσιακή κουλτούρα. Υποστήριξαν ότι η αλλαγή στάσης των φορέων που ασχολούνται με το θέμα των εξαρτήσεων ως προς την εποπτεία, την εκπαίδευση και την ορθή καθοδήγηση των επαγγελματιών του χώρου, θα δρούσε προστατευτικά τόσο στους επαγγελματίες όσο και τους ωφελούμενους ταυτόχρονα. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι, όταν οι εργαζόμενοι είναι υγιείς, το όφελος είναι μεγαλύτερο για τους θεραπευόμενους.

«Στα πρώτα χρόνια δεν υπήρχε εποπτεία και νομίζω ότι δεν υπάρχει ακόμα. Θα δρούσε πάρα πολύ βοηθητικά και στη συμπεριφορά μας προς τους ωφελούμενους και ως προς το burn out των εργαζομένων» (Σ2)

«Μερικές φορές ο Οργανισμός έρχεται να λειτουργήσει προστατευτικά εφόσον συμβεί κάτι, που είναι πια αργά! Δηλαδή υπάρχει ένα τραύμα, υπάρχει ένα γεγονός και όντως ο Οργανισμός μπορεί να έρθει σε μία δεύτερη φάση και να σε βοηθήσει να πάρεις μία μικρή

άδεια, έτσι για να μπορέσεις να ξεκουραστείς, να μπορέσεις να το διαχειριστείς. Αλλά το θέμα είναι να μη φτάσεις σε αυτό το σημείο! έχουμε συζητήσει άπειρες φορές για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και για τα τραύματα... καλό είναι να μη φτάσεις σε αυτό το σημείο... η εποπτεία σε βοηθάει πάρα πολύ σε αυτό. Μια υποστήριξη, μία κουλτούρα του Οργανισμού, η οποία να λειτουργεί έτσι με αυτό τον τρόπο, θα βοηθούσε πάρα πολύ σε αυτό!» (Σ3)

«Θεωρώ ότι θα έπρεπε να υπάρχει πριν ξεκινήσουμε τη δουλειά ένα σεμινάριο, είτε μηνιαίο, είτε ανά δύο εβδομάδες και μετά την εκπαίδευσή μας να είναι και ένας που να μας εποπτεύει και να μας καθοδηγεί, έτσι ώστε να είμαστε και εμείς σίγουροι, ότι χειριζόμαστε τις καταστάσεις σωστά, και να προστατευόμαστε και εμείς, και να προστατεύονται και οι ασθενείς μας.» (Σ1)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1. Συζήτηση

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των απόψεων και των εμπειριών των νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων και συγκεκριμένα στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), σχετικά με το σωματικό ή ψυχικό τραύμα που έχουν υποστεί τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης. Οι επιμέρους στόχοι ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με το τραύμα των θεραπευομένων, πόσο έτοιμοι είναι για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση του τραύματος και πως επιδρά αυτή η διεργασία στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή.

Στη μελέτη συμμετείχαν 103 επαγγελματίες, που εργάζονται σε διάφορες δομές το Οργανισμού κατά των Ναρκωτικών, τόσο σε θεραπευτικές δομές της Κοινότητας και των σωφρονιστικών καταστημάτων, όσο και σε μονάδες άμεσης πρόσβασης σε όλη την Ελλάδα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (74,5%). Το 59,2% ήταν έγγαμοι ή συζούσαν και το 29,1% ήταν άγαμοι. Το 41,7% αυτών είχαν 2 (δύο) παιδιά. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Εξ αυτών το 63,1% των συμμετεχόντων κατείχαν μόνο βασικό πτυχίο, το 35,9% ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος και μόλις το 1% κατέχουν Διδακτορικό τίτλο Σπουδών.

Παράλληλα πραγματοποιήθηκαν ατομικές συνεντεύξεις σε 8 νοσηλευτές του ίδιου Οργανισμού, προκειμένου να καταγραφούν οι απόψεις τους για το συγκεκριμένο θέμα. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 34 ως 51 ετών, όλοι ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος και η επαγγελματική τους εμπειρία ήταν από μικρή έως εξαιρετικά μεγάλη στο χώρο των εξαρτήσεων.

Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν μεγάλη ευγνωμοσύνη σχετικά με την ύπαρξη πολλών πραγμάτων στην εργασία στον χώρο των εξαρτήσεων. Αξιοσημείωτο είναι ότι, ενώ το 58,3% δήλωσε ότι ακόμα και αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω θα διάλεγε το ίδιο επάγγελμα, ωστόσο, εμφανίζεται ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (57,4%) το οποίο δήλωσε ότι δεν θα ήθελε τα παιδιά τους να ακολουθήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της ποσοτικής μελέτης, οι συμμετέχοντες εμφάνισαν, κατά μέσο όρο, μέτρια επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας (35,5 μονάδες), μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (22,5 μονάδες) και μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (22,7 μονάδες). Αναλυτικότερα, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας παρουσίασαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια (81,6%), το 14,6% των συμμετεχόντων είχαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνια, και μόνο το 3,9% είχαν χαμηλά επίπεδα ως προς τη διάσταση αυτή.

Σύμφωνα με τη Stamm (2010), το μέτριο επίπεδο Ικανοποίησης από συμπόνια εκφράζεται με αποτελέσματα που κινούνται ανάμεσα στις 23 με 41 μονάδες. Ακολουθώντας αυτά τα διαχωριστικά όρια, γίνεται κατανοητό ότι τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης καταδεικνύουν ότι οι συμμετέχοντες αγγίζουν το ανώτατο μέτριο επίπεδο για τη συγκεκριμένη κατηγορία. Με γνώμονα την ερμηνεία της Stamm (2010) για το τρίπτυχο υψηλών επιπέδων Ικανοποίησης συμπόνιας, μέτριων προς χαμηλών επιπέδων Επαγγελματικής εξουθένωσης και Δευτερογενούς τραυματικού στρες, τα αποτελέσματα της

συγκεκριμένης μελέτης κατατάσσονται στα θετικά αποτελέσματα. Σε αντίστοιχη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε κέντρο απεξάρτησης από το αλκοόλ και τις εξαρτησιογόνες ουσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και στην οποία συμμετείχαν 50 νοσηλευτές, καταγράφηκε ότι μόλις το 46% εξέφρασε μέτριο ή υψηλό επίπεδο Ικανοποίηση Συμπόνιας, το 22% των συμμετεχόντων ανέφεραν υψηλό κίνδυνο για την Κόπωση συμπόνιας, ενώ στο 14% αναφέρθηκε υψηλός κίνδυνος για την Επαγγελματική εξουθένωση (Misouridou et al., 2021).

Ομοίως, από τις συνεντεύξεις των νοσηλευτών έγινε εμφανές ότι η πορεία για την κατάκτηση της συμπόνιας λειτούργησε ως κινητοποιητικός παράγοντας για την επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη και την αυτοπροστασία. Οι τρόποι που επιλέχθηκαν ήταν η συνεχής εκπαίδευση, η ψυχοθεραπεία και η αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των επαγγελματιών, με σκοπό την ενδυνάμωση και την αύξηση της αυτοπεποίθησης. Και όπως τονίστηκε με ιδιαίτερο γλαφυρό τρόπο, κάθε ματαίωση αποτελούσε κινητήριο δύναμη για νέους στόχους. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με την ερμηνεία της Stamm (2010), σχετικά τους παράγοντες εκείνους, που ενισχύουν την Ικανοποίηση από τη Συμπόνια.

Από τη συσχέτιση των τριών διαστάσεων της Επαγγελματικής ποιότητας ζωής βρέθηκε ότι όσο περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες, τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση συμπόνιας τους. Αντιθέτως, όσο περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες, τόσο αυξημένος ήταν ο κίνδυνος για δευτερογενές τραυματικό στρες.

Μεταξύ των διαστάσεων του Δευτερογενούς τραυματικού στρες και Ικανοποίηση συμπόνιας δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση σε αντίθεση με τη μελέτη των Ogińska-Bulik et al. (2021) από την οποία εξήχθη το συμπέρασμα ότι η ευχαρίστηση και ικανοποίηση των νοσηλευτών και διασωστών, αποτελούσαν προβλεπτικοί παράγοντες των χαμηλών επιπέδων του Δευτερογενούς τραυματικού άγχους.

Από τα αποτελέσματα της συσχέτισης των τριών παραγόντων, συμπεραίνεται ότι το υψηλότερο επίπεδο Επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί έναν παράγοντα που συνδέεται και με τη χαμηλή Ικανοποίηση συμπόνιας, αλλά και με το υψηλότερο επίπεδο Δευτερογενούς τραυματικού στρες. Ανάλογα συμπεράσματα βρίσκονται στη μελέτη του Knaak et al. (2019), που διερευνούσε τον αντίκτυπο που είχε ο στιγματισμός για την πολιτική μείωσης της βλάβης σε όσους εργάζονταν στην πρώτη γραμμή της εφαρμογής της όπως επαγγελματίες υγείας. Στην παραπάνω μελέτη βρέθηκε χαμηλό επίπεδο Ικανοποίησης

Συμπόνιας με τους αρνητικούς παράγοντες της Κόπωσης από συμπόνια, της Επαγγελματικής εξουθένωσης και την έκθεση σε έμμεσο τραύμα να συμβάλλουν σε αυτό το αποτέλεσμα.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εκπαιδευτικό επίπεδο) των συμμετεχόντων με τη βαθμολογία στις διαστάσεις της Ικανοποίηση συμπόνιας, της Επαγγελματικής εξουθένωσης και του Δευτερογενούς τραυματικού στρες. Αντιθέτως, σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι το τμήμα εργασίας (ογκολογικό και ΜΕΘ) και το φύλο σχετίζονταν σημαντικά με την ικανοποίηση από τη συμπόνια, με τους άνδρες νοσηλευτές να παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση από συμπόνια σε σχέση με τις γυναίκες (Mooney et al., 2017).

Η ηλικία των συμμετεχόντων, ενώ δε φάνηκε να επηρεάζει το επίπεδο της Ικανοποίησης συμπόνιας, καταγράφηκε επιρροή στις άλλες δύο διαστάσεις. Συγκεκριμένα, όσο αυξανόταν η ηλικία, τόσο αυξανόταν όχι μόνο η επαγγελματική εξουθένωση, αλλά και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες στις ατομικές συνεντεύξεις ανέφεραν ότι το νεαρό της ηλικίας και η απειρία δεν ήταν αρωγοί, ούτε στη διαχείριση των θεραπευομένων, αλλά ούτε και στη φροντίδα των τραυμάτων τους. Η έλλειψη ωριμότητας, το άγνωστο, η ασάφεια του ρόλου, τους καθιστούσαν μετέωρους, προκαλώντας τους άγχος και φόβο για το άγνωστο. Το πέρασμα των χρόνων που επενδύθηκε με την απόκτηση εμπειριών, δεξιοτήτων και ωριμότητας οδήγησαν τους νοσηλευτές στο δρόμο προς την κατάκτηση ικανοποίησης από τη συμπόνια. Μόνο ένας εκ των συμμετεχόντων δήλωσε ότι με το πέρασμα των χρόνων έγινε «πιο σκληρός» και κατάφερε να αποστασιοποιείται ολοκληρωτικά από τους θεραπευόμενους και τα τραύματα τους χωρίς συμπόνια, παρακολουθώντας τους ως εξωτερικός παρατηρητής. Οι Dowdell et al. (2022) σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε κέντρο φροντίδας τραύματος σε ασθενείς με πρόβλημα εξάρτησης από οπιοειδή ή άλλες ουσίες, βρήκαν ότι οι νοσηλευτές βίωσαν αρνητικά συναισθήματα και πιέσεις που αύξαναν το επίπεδο της συναισθηματικής κόπωσης. Ένιωθαν μία συνεχώς αυξανόμενη πίεση η οποία είχε διάρκεια στον χρόνο και μείωση του αισθήματος ικανοποίησης από την εργασία τους.

Οι εμπειρίες και η αντιμετώπιση των τραυμάτων (σωματικών ή ψυχικών) περιγράφονται πολύ έντονα από τους νοσηλευτές των ατομικών συνεντεύξεων. Το κενό της ελλιπούς προετοιμασίας τους για τη φροντίδα των τραυμάτων, τους καθιστούσε ευάλωτους, με αποτέλεσμα να βιώνουν βασανιστικά συναισθήματα όπως θλίψη, φόβο, άγχος, σοκ

απορροφώντας όλη την ένταση και τη φρίκη κάποιων τραυμάτων των ωφελούμενων. Ένωσαν τεράστια ευθύνη για το κενό του συστήματος και για τη ζωή των θεραπευόμενων, ενοχές για την ελλιπή προετοιμασία τους, ανημποριά. Ανέφεραν επίσης, ότι αρκετές φορές έπαιρναν το ρόλο του «υπερήρωα» που όφειλε να σώσει όλους τους ωφελούμενους με όποιο κόστος. Επιπλέον, σε πολλούς διαταράχτηκε η επαγγελματική και προσωπική ζωή δηλώνοντας ότι βασανίζονταν από εμμονικές σκέψεις, εφιάλτες, διαταραχή της όρεξης και του ύπνου τους. Παρά ταύτα, τρεις εξ αυτών, οι οποίοι παρεμπιπτόντως ήταν πιο νέοι στην ηλικία, ανέφεραν ότι είχαν καταφέρει να βρουν τις κατάλληλες ισορροπίες ώστε να μην τραυματίζονται οι ίδιοι από τα τραύματα των ωφελούμενων.

Αντιθέτως στα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών δήλωσε από μέτρια έως πολύ καλά προετοιμασμένη σχετικά με τη φροντίδα ατόμων με τραύμα. Το εύρημα αυτό έδειξε ότι σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Αναλυτικότερα, όσο πιο καλά προετοιμασμένοι ήταν οι συμμετέχοντες, για να φροντίσουν άτομα με έχουν υποστεί τραύμα τόσο μικρότερη εμφανιζόταν να είναι η επαγγελματική τους εξουθένωση και μεγαλύτερη η Ικανοποίηση από συμπόνια.

Σε έρευνα των Stokes et al. (2017) τονίζεται ότι η νοσηλευτές που προσφέρουν άμεση φροντίδα έχουν βαθιά ριζωμένη την πεποίθηση της παροχής ολιστικής φροντίδας χωρίς να αποτελεί ένα ιδιαίτερο και ξεχωριστό καθήκον και ως εκ τούτου οφείλουν να φροντίσουν τα τραύματα των θεραπευόμενων. Ωστόσο, στην πορεία της μελέτης καταγράφηκαν η αναγκαιότητα εκπαίδευσης και προετοιμασίας των νοσηλευτών, τόσο για την αποφυγή τραγικών λαθών σε βάρος των θεραπευόμενων, όπως κίνδυνος επανατραυματισμού του ωφελούμενου, όσο για την προστασία τους από τη συναισθηματική καταπόνηση.

Επιπρόσθετα, σε μεικτή μελέτη που πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 74 συμμετεχόντων (επαγγελματίες υγείας και κοινωνικών επιστημών) μελετήθηκε ποιός ήταν ο αντίκτυπος στους επαγγελματίες, έπειτα από την εφαρμογή εκπαιδευτικού προγράμματος για το τραύμα και τη φροντίδα του. Η παρέμβαση αυτή είχε ως αποτέλεσμα σε επαγγελματικό επίπεδο, την απόκτηση νέων δεξιοτήτων, την αλλαγή της στάσης τους, την αύξηση της ενσυναίσθησης και την διαπίστωση ότι υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ τραυματικών εμπειριών και κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών. Σε προσωπικό επίπεδο δε, οι συμμετέχοντες στράφηκαν στη φροντίδα εαυτού.

Ένα άλλο αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης ήταν ότι περισσότεροι από τους μισούς απασχολούνταν σε συγκεκριμένη μονάδα από δική τους επιλογή. Επίσης, οι μισοί από τους

συμμετέχοντες δεν επιθυμούσαν να αλλάξουν μονάδα. Οι νοσηλευτές, που ήθελαν να φύγουν από τη δομή που εργάζονται, είχαν σημαντικά μειωμένη ικανοποίηση συμπόνιας, αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση και σημαντικά αυξημένο δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με όσους δεν το επιθυμούσαν αυτό. Όσοι δήλωσαν ότι δεν τους απασχολεί η αλλαγή της δομής, εμφάνισαν οριακά σημαντικά αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Πιθανά, να συνηγορούν πολλοί παράγοντες στην πρόθεση των συμμετεχόντων να αλλάξουν και να εργαστούν σε μία άλλη δομή του οργανισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν οι περιγραφές νοσηλευτών που εργάζονταν σε δομές άμεσης πρόσβασης, στις οποίες αντιμετώπιζαν τόσο το σωματικό όσο και το ψυχικό τραύμα των ωφελούμενων και έρχονταν πολύ συχνά αντιμέτωποι με το ενδεχόμενο τραγικής κατάληξης του ωφελούμενου λόγω της πληθώρας των περιπτώσεων με υπερδοσολογία που καλούνταν να αντιμετωπίσουν. Ένας άλλος παράγοντας που πιθανά να εξηγεί την πρόθεση αλλαγής μονάδας ήταν ότι ενώ υπήρχε ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό που δήλωσε ότι το εργασιακό κλίμα και η συνεργασία (εργασία σε ομαδικό πνεύμα) ήταν σε καλό επίπεδο και αύξανε την ικανοποίηση συμπόνιας, ωστόσο υπήρχαν και συμμετέχοντες που δεν ένιωθαν το ίδιο.

Σε έρευνα των Knaak et al. (2019) στην οποία διερευνήθηκε ο αντίκτυπος που είχε ο στιγματισμός της πολιτικής Μείωσης της βλάβης, το βασικό θέμα που προέκυψε ήταν ότι η Ικανοποίηση συμπόνιας των συμμετεχόντων βρισκόταν σε χαμηλά επίπεδα. Καταγράφηκαν στοιχεία επαγγελματικής εξουθένωσης, κόπωσης συμπόνιας και έμμεσου τραύματος. Αναφέρθηκαν αρνητικά συναισθήματα για τα άτομα με πρόβλημα εξάρτησης και μία αμφιθυμία για την αποτελεσματικότητα της στρατηγικής μείωσης της βλάβης.

Οι συμμετέχοντες στις συνεντεύξεις αναφέρθηκαν με πολύ ενθουσιασμό στη σημαντικότητα του ομαδικού πνεύματος, της στήριξης των συναδέλφων και του καλού εργασιακού κλίματος. Περιέγραψαν ότι η λειτουργία της ομάδας, η εκπαίδευση από τους παλαιότερους συναδέλφους, οι υποστηρικτικοί υπεύθυνοι, το υψηλό επίπεδο συνεργασίας ήταν εκείνοι οι παράγοντες που τους μετακίνησαν από την άγνοια στη γνώση, τους απενεχοποίησαν από τα αρνητικά συναισθήματα προς τους θεραπευόμενους, τους βοήθησαν να αναπτύξουν ικανότητες και να αποκτήσουν δεξιότητες να διαχειρίζονται τις καταστάσεις αλλά και να εμβαθύνουν, τους ενθάρρυναν να εξωτερικεύουν τα δυσάρεστα συναισθήματα, να αποφορτίζονται και να νιώθουν πιο ασφαλείς. Από την έρευνα των Ward, & Mitchell (2022) που πραγματοποιήθηκε σε τμήμα μακρόχρονης νοσηλείας ασθενών με παθήσεις που συνδέονταν με τη μακροχρόνια χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και έπειτα από εφαρμογή ενός ειδικού προγράμματος στήριξης, εκτός των άλλων, καταγράφηκε η

σημαντικότητα και η θετική επίδραση των καλών διαπροσωπικών σχέσεων με τους συναδέλφους και της ομαδικής εργασίας. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί συνέβαλαν στη βελτίωση των σχέσεων με τους ασθενείς, την αύξηση της ικανοποίησης και τη μείωση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στη συνέχεια, ένα εξέχον θέμα που παρουσιάστηκε στις συνεντεύξεις των νοσηλευτών ήταν η ασάφεια του ρόλου τους. Εκφράστηκε ένας διάχυτος προβληματισμός για την οριοθέτηση του ρόλου και τονίστηκε ότι τα στερεότυπα που επικρατούσαν τους περιόριζαν στο κλινικό κομμάτι. Ο θεσμός του «προσώπου αναφοράς» με τα χρόνια έχει ατονίσει και εκφράζεται μία γενική δυσαρέσκεια για την αποδυνάμωση του ρόλου του συμβούλου. Κι ενώ στην έρευνα των Stokes et al. (2017), οι νοσηλευτές αναφέρονται στην ολιστική φροντίδα των θεραπευομένων, έρχεται η έρευνα της Abram (2018) να συμφωνήσει με τους προβληματισμούς που παραθέτουν οι νοσηλευτές του OKANA, η οποία καταλήγει σε παρόμοια συμπεράσματα όπως την ασάφεια του ρόλου, τον περιορισμό των καθηκόντων στη διαχείριση σωματικών προβλημάτων και τη χορήγηση φαρμάκων, την ύπαρξη στερεότυπων, την έλλειψη αυτονομίας, την αλληλοεπικάλυψη με άλλες επαγγελματικές ομάδες, την έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων. Παρόμοια με την προαναφερθείσα έρευνα, σε μελέτη των Susanti et al. (2022), που πραγματοποιήθηκε στην Ινδονησία, τονίστηκε ότι οι νοσηλευτές βιώνουν αίσθημα αβεβαιότητας, τα καθήκοντά τους είναι περίπλοκα και συγκεκριμένα κατά τη διαχείριση ατόμων με πρόβλημα εξάρτησης και υπάρχει ανάγκη θωράκισης τους με εξειδικευμένες γνώσεις.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο σημείο της έρευνας ήταν εκείνο που αφορούσε στις τραυματικές εμπειρίες που έχουν βιώσει οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στο παρελθόν. Τα τραυματικά γεγονότα τα οποία επηρέασαν περισσότερο τους συμμετέχοντες ήταν ο ξαφνικός θάνατος αγαπημένου προσώπου (35,0%) και η απειλητική ασθένεια για τη ζωή αγαπημένου προσώπου (13,6%). Τα γεγονότα αυτά βρέθηκαν στην κορυφή της κατάταξης των τραυματικών εμπειριών και αποτυπώθηκε ότι ένιωσαν αρκετή δυσφορία για αυτά. Από την έρευνα δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις τραυματικές εμπειρίες που είχαν βιώσει οι ίδιοι οι συμμετέχοντες και στο επίπεδο της Ικανοποίησης από Συμπόνια ωστόσο οι τραυματικές εμπειρίες φάνηκαν να επηρεάζουν τα επίπεδα Επαγγελματικής εξουθένωσης και του Δευτερογενούς τραυματικού με αύξηση αυτών. Η Misouridou (2017) αναφέρει ότι οι συναισθηματικές αντιδράσεις των νοσηλευτών, όταν αντιμετωπίζουν τα τραύματα των θεραπευομένων, επηρεάζονται από τα τραύματα που έχουν ήδη βιώσει κατά τη διάρκεια της δικής τους ζωής. Σύμφωνα δε με τους Cosden et al.

(2016), η συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική δυσφορία που νιώθουν οι επαγγελματίες από την φροντίδα των τραυμάτων των ωφελούμενων καταγράφεται ως ιδιαίτερα ισχυρή, όταν οι ίδιοι έχουν υποστεί τραύμα. Αγγίζοντας την συγκεκριμένη παράμετρο οι Stokes et al. (2017) συμπεραίνουν ότι ο επανατραυματισμός είναι ένα πιθανό ενδεχόμενο τόσο από την πλευρά του νοσηλευτή όσο και από την πλευρά του ασθενή.

Στην παρούσα μελέτη, η σωματική τους υγεία ήταν κατά μέσο όρο καλή ενώ ελάχιστοι δήλωσαν ότι αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας και πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες ή αλκοόλ στην οικογένεια. Η καλή σωματική υγεία σχετίστηκε με υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας και με χαμηλότερα επίπεδα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, η κόπωση συμπόνιας έχει συσχετιστεί στον χώρο εργασίας με υψηλότερα ποσοστά σωματικών ασθενειών, μεγάλη χρήση αναρρωτικών αδειών, υψηλότερο ρυθμό μεταβολών εργασιακού δυναμικού ή και εγκατάλειψη του επαγγέλματος, χαμηλό ηθικό αλλά και μειωμένη παραγωγικότητα που μπορεί να οδηγήσουν σε λάθη στη φροντίδα των ασθενών (Stamm, et al., 2002).

Σύμφωνα με όσα αναλύθηκαν, οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν κάποιο εθισμό στο αλκοόλ και την κάνναβη, όμως το 52,3% όσων κάπνιζαν χαρακτηρίστηκε ως μέτρια εξαρτημένο, το 29,5% ως λίγο και το υπόλοιπο 18,2% ως πολύ εξαρτημένο στη νικοτίνη. Ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη σχετίστηκε με αρνητικούς παράγοντες. Επομένως, όσο μεγαλύτερη η σωματική εξάρτηση από τη νικοτίνη, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες των συμμετεχόντων. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη φάνηκε να επηρεάζεται από το επίπεδο συνεργατικότητας και την ηλικία των συμμετεχόντων. Αναλυτικότερα, το χαμηλό επίπεδο συνεργατικότητας και η ηλικία που αυξανόταν σχετίστηκε με αυξημένο εθισμό στη νικοτίνη. Οι Foli,Zhang & Reddick (2021) από τη μελέτη τους στην οποία συμμετείχαν 1478 νοσηλευτές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι έχουν μέτριο κίνδυνο ανάπτυξης εθισμού στο κάπνισμα (11,6%), στο αλκοόλ (11,6%) και σε άλλες ουσίες (10,4%). Ως προβλεπτικοί παράγοντες καταγράφηκαν η κατάθλιψη, το άγχος και τα ψυχολογικά τραύματα.

Το θέμα της οργανωσιακής κουλτούρας αποτέλεσε ένα σημαντικό θέμα που απασχόλησε τους νοσηλευτές. Όλοι όσοι συμμετείχαν στις συνεντεύξεις συμφώνησαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην προστασία και το αίσθημα ασφάλειας των εργαζομένων. Υποστήριξαν ότι οι Οργανισμοί που χειρίζονται τα θέματα

των εξαρτήσεων θα πρέπει να φροντίζουν τους επαγγελματίες του χώρου εκ των προτέρων, ώστε να αυξήσουν την ανθεκτικότητα τους και να μην οδηγηθούν στην κόπωση συμπόνιας. Για την επίτευξη του στόχου αυτού προτάθηκαν στρατηγικές, όπως η κατάλληλη προετοιμασία στο νέο προσωπικό, η συνεχής εκπαίδευση, οι θεραπευτικές ομάδες και η κλινική εποπτεία. Με αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί η έρευνα των Μαυρατζά και συν., (2020) που διερεύνησε την ικανοποίηση συμπόνιας των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες. Σε έρευνα για την Ικανοποίηση και Κόπωση συμπόνιας, σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδα απεξάρτησης στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, τονίστηκε η σημαντικότητα της συμπονετικής οργανωσιακής κουλτούρας (Misouridou et al., 2021).

8.2. Περιορισμοί της μελέτης

Το μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού ήταν 121 συνολικά συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, 103 νοσηλευτές απάντησαν στο ερωτηματολόγιο και 8 συμμετείχαν στις προσωπικές συνεντεύξεις. Επομένως, ο μέτριος αριθμός των συμμετεχόντων δε μας επιτρέπει να κάνουμε γενικεύσεις.

Μία επιπλέον αδυναμία της έρευνας, αφορά στην έλλειψη καταγραφής της προσωπικότητας του κάθε συμμετέχοντα. Το στοιχείο αυτό θα μπορούσε να μας οδηγήσει σε μια πληρέστερη εικόνα για την κατανόηση των αποτελεσμάτων.

Επίσης, εκτός από τους νοσηλευτές των συνεντεύξεων, δε γνωρίζουμε οι υπόλοιποι συμμετέχοντες σε ποιες μονάδες εργάζονται. Το περιεχόμενο εργασίας της κάθε μονάδας είναι διαφορετικό και ενδεχομένως οι συμμετέχοντες να είχαν διαφορετική επιρροή.

Επιπλέον, ένας σημαντικός περιορισμός ήταν ότι στις προσωπικές συνεντεύξεις δε συζητήθηκαν τα προσωπικά τραυματικά γεγονότα των νοσηλευτών και ο βαθμός επιρροής τους στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονταν και χειρίζονταν τα τραύματα των ωφελούμενων.

Τέλος, η χρησιμοποίηση αυτό-συμπληρούμενων ερωτηματολογίων αποτελεί μια γρήγορη μέθοδο συλλογής δεδομένων και ευνοεί την αυτονομία των υποκειμένων μίας έρευνας χωρίς την παρέμβαση του ερευνητή. Όμως, παρά το γεγονός της διαθεσιμότητας του ερευνητή για την επίλυση αποριών, δε ζητήθηκε να διευκρινιστούν κάποια σημεία με αποτέλεσμα την αμφιβολία για την κατανόηση κάποιων ερωτήσεων.

8.3. Συμπεράσματα-Προτάσεις

Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν οι απόψεις και οι εμπειρίες των νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων και συγκεκριμένα στον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), σχετικά με το σωματικό ή ψυχικό τραύμα που έχουν υποστεί τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Επιπρόσθετα, έγινε μελέτη για το πόσο οικείο είναι οι νοσηλευτές με την επαφή τους με τα τραύματα των θεραπευόμενων, πόσο έτοιμοι νιώθουν για τη φροντίδα των τραυμάτων αυτών, καθώς και ποια είναι η επίδραση της διεργασίας αυτής στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, οι συμμετέχοντες εμφάνισαν, κατά μέσο όρο, μέτρια επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας, μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Από το συσχετισμό των τριών παραγόντων βρέθηκε ότι όση περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν, τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση συμπόνιας τους. Ακολούθως, όση περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερο ήταν το επίπεδο του δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Γενικότερα, δε βρέθηκε επίδραση των δημογραφικών στοιχείων ως προς τις τρεις διαστάσεις. Όμως, εκείνο το στοιχείο που έδειξε να επηρεάζει τη διάσταση της Επαγγελματικής εξουθένωσης και του Δευτερογενούς τραυματικού άγχους ήταν η ηλικία των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, η αύξηση της ηλικίας των συμμετεχόντων συνεπαγόταν με αύξηση των επιπέδων των παραπάνω διαστάσεων. Αντίθετα, στις προσωπικές συνεντεύξεις αναδείχθηκε ότι το νεαρό της ηλικίας συνδεόταν με την έλλειψη προετοιμασίας και ετοιμότητας, την έλλειψη ικανοτήτων και την έλλειψη πείρας, παράγοντες που οδηγούσαν στη εμφάνιση συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η σωματική υγεία των συμμετεχόντων ήταν κατά μέσο όρο σε καλό επίπεδο και το στοιχείο αυτό σχετίστηκε θετικά με υψηλότερο επίπεδο Ικανοποίησης συμπόνιας. Επίσης, οι συμμετέχοντες δεν εμφάνισαν εθισμούς σε ουσίες (αλκοόλ και κάνναβη) αλλά εμφάνισαν αξιόλογα επίπεδα εθισμού στη νικοτίνη, ο βαθμός εξάρτησης της οποίας, σχετίστηκε με υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες των συμμετεχόντων.

Ένα άλλο αξιοσημείωτο σημείο της έρευνας ήταν εκείνο που αφορούσε στις τραυματικές εμπειρίες που έχουν βιώσει οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στο παρελθόν. Από την

έρευνα προέκυψε ότι οι τραυματικές εμπειρίες φάνηκαν να επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού με αύξηση αυτών.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην ποσοτική έρευνα δήλωσε ότι ο βαθμός ετοιμότητας τους για την φροντίδα των ωφελούμενων που έφεραν τραύμα ήταν από μέτριος έως πολύ καλός. Το εύρημα αυτό δε συμφωνούσε με τη θέση των συμμετεχόντων στην ποιοτική έρευνα, οι οποίοι δήλωσαν ότι ένιωθαν απροετοίμαστοι κατά τα πρώτα χρόνια της καριέρας τους, γεγονός που τους δυσκόλευε πολύ και είχε αντίκτυπο τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική τους ζωή.

Οι νοσηλευτές των συνεντεύξεων απέδωσαν το κενό της προετοιμασίας και της ετοιμότητας τους στο κενό της προαπαιτούμενης εκπαίδευσης για την ενασχόληση τους με το συγκεκριμένο πεδίο και την αντιμετώπιση των θεμάτων που προκύπτουν από το χώρο των εξαρτήσεων. Δήλωσαν όμως, ότι αυτός ο αρνητικός παράγοντας δεν αποτέλεσε τροχοπέδη αλλά ως ισχυρό κίνητρο για συνεχή εκπαίδευση και απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων.

Και στις δύο μελέτες τονίστηκαν ιδιαίτερα το υψηλό επίπεδο συνεργασίας, ο σεβασμός στον θεσμό της ομαδικής εργασίας, το θετικό εργασιακό κλίμα, και η απρόσκοπτη συμπαράσταση και υποστήριξη των συναδέλφων. Οι παράγοντες αυτοί συνετέλεσαν ιδιαίτερα στην αυξημένη Ικανοποίηση συμπόνιας που ένιωθαν οι συμμετέχοντες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αποτελούν ταυτόχρονα και προτάσεις που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν μελλοντικά και να ενισχύσουν την ετοιμότητα και την ανθεκτικότητα καθώς και την Ικανοποίηση συμπόνιας των νοσηλευτών.

Η διενέργεια περισσότερων ερευνών, στις οποίες θα συμπεριληφθούν οι νοσηλευτές όλων εκείνων των φορέων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των εξαρτήσεων στην Ελλάδα, θα μπορούσε να αποτυπώσει μία πληρέστερη εικόνα της πραγματικότητας και να αποτελέσει εφαλτήριο για την εφαρμογή πρακτικών που θα προστατεύουν τους επαγγελματίες.

Από την έρευνα προέκυψαν η αναγκαιότητα αποσαφήνισης του ρόλου των νοσηλευτών, καθώς και η προοπτική εξειδίκευσης τους στο χώρο των εξαρτήσεων. Τα ευρήματα αυτά θα μπορούσαν να αποτελέσουν μέτρα τα οποία θα είχαν θετική συμβολή στην αύξηση της Ικανοποίησης συμπόνιας.

Τέλος, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι, παρά τις κατά καιρούς στρατηγικές που εφαρμόζει ο Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών για τη στήριξη των εργαζόμενων μέσω των

εκπαιδευτικών δράσεων ή της υλοποίησης υποστηρικτικών προγραμμάτων, ωστόσο, στην οργανωσιακή κουλτούρα θα πρέπει να συμπεριληφθούν πρακτικές όπως η επαρκής προετοιμασία των εργαζομένων, η συνεχής εκπαίδευση σε σταθερή βάση και η κλινική εποπτεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abram, M. D. (2018). The role of the registered nurse working in substance use disorder treatment: A hermeneutic study. *Issues in mental health nursing*, 39(6), 490-498.

Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.

Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The Compassion Fatigue Scale: Its use with social workers following urban disaster. *Research on Social Work Practice*, 18(3), 238-250.

American Association of Colleges of Nursing. *The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice*. Washington, DC: AACN; 2008.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

American Psychological Association. (2019). Understanding the impact of traumatic events. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/trauma/effects>.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.

Black, C. (2017). *Unspoken legacy: addressing the impact of trauma and addiction within the family*, Central Recovery Press.

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ... & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.

Boyle, D. A. (2011). Countering compassion fatigue: A requisite nursing agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1).

Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological bulletin*, 113(1), 82.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35, 155-163.

Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A. and Carmassi, C. (2020) 'Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid19).' *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17) p. E6180.

Caruth C. *Unclaimed Experience: Trauma, Narrative, and History*, Johns Hopkins University Press Baltimore, 1996.

Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., ... & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639-665.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019, February 26). Preventing intimate partner violence | violence prevention | injury center | CDC. Retrieved August 13, 2020, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>

Charcot, J. M. (1887). *Leçons sur les maladies du système nerveux: Faites à la Salpêtrière*. Bureaux du Progrès Médical.

Chasser, Y. M. (2016). Profiles of youths with PTSD and addiction. *Journal of child & adolescent substance abuse*, 25(5), 448-454.

Clarke, A. (2006). Qualitative interviewing: Encountering ethical issues and challenges. *Nurse Researcher*, 13(4).

Cleary, M., & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed care and the research literature: How can the mental health nurse take the lead to support women who have survived sexual assault? *Mental Health Nursing*, 36, 370–378.

Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618.

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 30(10), 1071-1080.

Covington, S. S. (2008). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of psychoactive drugs*, 40(sup5), 377-385.

Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339.

Creswell, J., & Plano Clark, V. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J.W.(2003). *Research design:Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA:Sage

Creswell, John W., and Vicki L. Plano Clark. 2011. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 2nd ed. Thousand Oaks: Sage. [Google Scholar]

Curtis, J. R., & Puntillo, K. (2007). Is there an epidemic of burnout and post-traumatic stress in critical care clinicians?. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 634-636.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. sage.

Dewey L. Providing care for many in the context of few resources: Secondary traumatic stress, burnout and moral distress experienced by healthcare providers in rural, City University of New York (CUNY) 2016.

Di Tella, M., Tesio, V., Bertholet, J., Gasnier, A., Del Portillo, E. G., Spalek, M., ... & Franco, P. (2020). Professional quality of life and burnout among medical physicists working in radiation oncology: The role of alexithymia and empathy. *Physics and Imaging in Radiation Oncology*, 15, 38-43.

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International journal of family medicine*, 2013.

Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 35(3), 199-204.

Dowdell, E. B., Alderman, S. E., Foushee, N., Holland, E., & Reedy, E. A. (2022). Expressions of Compassion Fatigue by Emergency Department Nurses Caring for Patients With Opioid and Substance Use Disorders. *Journal of Emergency Nursing*, 48(6), 688-697.

Edmonds, C., M Lockwood, G., Bezjak, A., & Nyhof-Young, J. (2012). Alleviating emotional exhaustion in oncology nurses: an evaluation of Wellspring's "Care for the Professional Caregiver Program". *Journal of Cancer Education*, 27, 27-36.

El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a crosssectional study. *Isr J Health Pol Res* 2013;2(1):31. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). Greece country drug report 2019. https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/greece_en
- Everly, G. S. (2000). A clinical guide to the treatment of the human stress response. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Fedina, L., Lee, J., & Tablan, D. D. (2017). MSW graduates' readiness to respond to intimate partner violence. *Journal of Social Work Education*, 54(1), 33–48
- Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* 2002;58(11):1433e41. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Psychology Press.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*.
- Figley, C. R. (1995). *Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists*.
- Figley, C. R., Ellis, A. E., Reuther, B. T., & Gold, S. N. (2017). *The history of trauma in psychology*.
- Figley, C.R. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner - Routledge.
- Finnell, D. S., Tierney, M., & Mitchell, A. M. (2019). Nursing: Addressing substance use in the 21st century. *Substance Abuse*, 40(4), 412-420.
- Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The effectiveness of an educational program on preventing and treating compassion fatigue in emergency nurses. *Advanced emergency nursing journal*, 35(3), 247-258.
- Foli, K. J., Zhang, L., & Reddick, B. (2021). Predictors of substance use in registered nurses: the role of psychological trauma. *Western journal of nursing research*, 43(11), 1023-1033.

Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychiatry in practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Garman, A. N., Corrigan, P. W., & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of occupational health psychology, 7*(3), 235.

Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H., & Burrage, R. L. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. *American Psychologist, 74*(1), 20.

Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment, 11*(4), 330-341.

Guest, G., Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2013). *Collecting qualitative data: A field manual for applied research*. Sage.

Harris, C., & Griffin, M. T. Q. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *Journal of Christian Nursing, 32*(2), 80-87.

Hatzakis, A., Sypsa, V., Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Micha, K., ... & Des Jarlais, D. C. (2015). Design and baseline findings of a large-scale rapid response to an HIV outbreak in people who inject drugs in Athens, Greece: the ARISTOTLE programme. *Addiction, 110*(9), 1453-1467.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction 86*:1119-27.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.

Hoffmann, T.C., Montori, V.M., Del Mar, C., 2014. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA 312*, 1295–1296, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.10186>.

Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*(1), 13-22.

- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance in adult psychotherapy. *APA. Psychotherapy, 48*, 9-16.
- Hundall Stamm, B. (2009). Professional quality of life measure: compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL).
- Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of nursing scholarship, 47*(2), 186-194.
- Iqbal, N., McCambridge, O., Edgar, L., Young, C., Shorter, G.W., 2015. Health-care professionals' attitudes across different hospital departments regarding alcohol-related presentations. *Drug Alcohol Rev. 34*, 487–494, <http://dx.doi.org/10.1111/dar.12243>.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*(4), 116-118.
- Kelly, L., Runge, J. and Spencer, C. (2015) 'Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses.' *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 47*(6) pp. 522–528.
- Kennedy, C., Morrissey, J., & Donohue, G. (2021). Mental health nurses' perceived preparedness to work with adults who have child sexual abuse histories. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 28*(3), 384-393.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Acierno, R. (2009). Should PTSD Criterion A be retained? *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 374-383.
- Kim, Y., Lee, E. and Lee, H. (2019) 'Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses.' *PloS One, 14*(12) p. e0226506.
- Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Barad, M. (Eds.). (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge University Press.
- Knaak, S., Christie, R., Mercer, S., & Stuart, H. (2019). Harm reduction, stigma and the problem of low compassion satisfaction. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing, 3*(1), e8-e21.

- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & stress, 19*(3), 192-207.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (1999). Copenhagen burnout inventory. *Work & Stress*.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(1), 3.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A., & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological assessment, 12*(2), 210.
- Lacoursiere, R. B. (2001). "Burnout" and substance user treatment: The phenomenon and the administrator-clinician's experience. *Substance Use & Misuse, 36*(13), 1839-1874.
- Landrum, B., Knight, D.K., Flynn, P.M., 2012. The impact of organizational stress and burnout on client engagement. *J. Subst. Abuse Treat. 42*, 222–230.
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Jama, 293*(9), 1100-1106.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management, 17*, 331-339.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction, 107*(1), 39-50.
- Luborsky, M. R., & Rubinstein, R. L. (1995). Sampling in qualitative research: Rationale, issues, and methods. *Research on aging, 17*(1), 89-113.
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K. M., & Guest, G. (2005). Qualitative research methods. *Family Health International*.

- Maguire, G., & Byrne, M. K. (2017). The law is not as blind as it seems: Relative rates of vicarious trauma among lawyers and mental health professionals. *Psychiatry, Psychology and Law*, 24(2), 233-243.
- Maslach, C. (1973, August). "Detached concern" in health and social service professions. Paper presented at the American Psychological Society, Montreal.
- Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout, and workaholism. In R. R. Kilburg & P. E. Norman (Eds.), *Professionals in Distress: Issues, syndromes, and situations in psychology* (pp. 53-75). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984a). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-153.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- McCormack, L., & Adams, E. L. (2016). Therapists, complex trauma, and the medical model: Making meaning of vicarious distress from complex trauma in the inpatient setting. *Traumatology*, 22(3), 192.
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22(1), 24-34.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316.
- Metcalf, L.; Thomas, F.N.; Duncan, B.L., Miller, S.D.; and Hubble, M.A. What works in solution-focused brief therapy: A qualitative analysis of client and therapist perceptions. In: Miller, S.D.; Hubble, M.A.; and Duncan, B.L., eds. *Handbook of Solution- Focused Brief Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996, pp. 335-349.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, Cal.: Sage.

- Misouridou E, Papadatou D. (2017) Challenges in engaging parents in the drug and alcohol treatment: The professionals' perspective. *Qualitative Health Research*, 27(13): 1948-1958. doi:10.1177/1049732316673582
- Misouridou, E., Mangoulia, P., Pavlou, V., Kasidi, K., Stefanou, E., Mavridoglou, E., ... & Fradelos, E. (2021a). Reliability and Validity of the Greek Version of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V). *Materia Socio-medica*, 33(3), 179.
- Misouridou, E. (2016). Trauma and addiction: Implications for practice. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 15(3).
- Misouridou, E., Pavlou, V., Kasidi, K., Apostolara, P., Parissopoulos, S., Mangoulia, P., & Fradelos, E. (2020). Translation and cultural adaptation of the professional quality of life scale (ProQOL V) for Greece. *Materia Socio-medica*, 32(3), 187.
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110-115.
- Missouridou E, Karavasopoulou A, Psycharakis A, Segredou I. (2021c) Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among addiction nursing care providers in Greece: a mixed method study design. *Journal of Addictions Nursing*, 32(4), 225–234.
- Missouridou, E., Mangoulia, P., Pavlou, V., Kritsotakis, E., Stefanou, E., Bibou, P., ... & Fradelos, E. C. (2022). Wounded healers during the COVID-19 syndemic: Compassion fatigue and compassion satisfaction among nursing care providers in Greece. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 1421-1432.
- Missouridou, E. (2016). Cultivating a trauma awareness culture in the addictions. *Current Drug Abuse Reviews*, 9(2), 99-105.
- Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), 110-115.
- Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of trauma nursing*, 24(3), 158-163.

- Morina, N., Akhtar, A., Barth, J., & Schnyder, U. (2018). Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 9, 433.
- Morrissey, J. (2020). Training supervision: professional and ethical considerations. In *The Handbook of Professional, Ethical and Research Practice for Psychologists, Counsellors, Psychotherapists and Psychiatrists* (pp. 232-245). Routledge.
- Morse, J. M. (2015). Data were saturated... *Qualitative health research*, 25(5), 587-588.
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Publications.
- Najavits, L. M. (2017). *Recovery from trauma, addiction, or both: Strategies for finding your best self*. Guilford Publications
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., & Shaw, S. R. (1999). A clinical profile of women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(2), 98.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2012). Stress at work. Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html>
- NIDA Clinical Trials Network Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FND).
- Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4364-4378.
- Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239.
- O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1390–1396.

- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PloS one*, 16(2), e0247596.
- Oser, C. B., Biebel, E. P., Pullen, E., & Harp, K. L. (2013). Causes, consequences, and prevention of burnout among substance abuse treatment counselors: A rural versus urban comparison. *Journal of psychoactive drugs*, 45(1), 17-27.
- Oyefeso, A., Clancy, C., & Farmer, R. (2008). Prevalence and associated factors in burnout and psychological morbidity among substance misuse professionals. *BMC Health Services Research*, 8, 1-9.
- Patricia L. Munhall. (1994). *Revisioning phenomenology: Nursing and health science research* (No. 41) Jones & Bartlett Learning.
- Polit, D., & Hungler, B. (1993). *Essential of nursing research* 3rd Edition. Philadelphia.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7227), 114.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121.
- Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community mental health journal*, 41(5), 581-597.
- Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff. *Cancer Nurs*. 2009; 32(4): E1E7 22.
- Ray, S. L., & Wong, C. Whit, e D., & Heaslip, K.(2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*.
- Reyre, A., Jeannin, R., Larguèche, M., Hirsch, E., Baubet, T., Moro, M.R., Taïeb, O., 2014. Care and prejudice: moving beyond mistrust in the care relationship with addicted patients. *Med. Health Care Philos*. 17, 183–190, <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-013-9533-x>.

Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: are there special issues for health services research?. *Family practice*, 19(2), 135-139.

Rodrigo, W.D. (2005). Conceptual dimensions of compassion fatigue and vicarious trauma. MSc Thesis. Simon Fraser University.

Ross, C. A., Jakubec, S. L., Berry, N. S., & Smye, V. (2018). "A two glass of wine shift": Dominant discourses and the social organization of nurses' substance use. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 2333393618810655.

Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 49, 54-61.

Salston, M., & Figley, C. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174.

Schäfer, I., & Langeland, W. (2014). Posttraumatic stress disorders and addiction. In *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective* (pp. 161-177). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Schell, T. L., Marshall, G. N., & Jaycox, L. H. (2004). All symptoms are not created equal: The prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 189-197.

Shear, K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-128.

Sheldon, K. M. (2009). *Understanding the therapeutic relationship: Themes and challenges*. American Psychological Association.

Shen, J., Yu, H., Zhang, Y., & Jiang, A. (2015). Professional quality of life: A cross-sectional survey among Chinese clinical nurses. *Nursing & health sciences*, 17(4), 507-515.

Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 27(4), 239-242.

Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International journal of nursing studies*, 69, 9-24.

Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156(1), 81-96.

Søegaard, E. G. I., Kan, Z., Koirala, R., Hauff, E., & Thapa, S. B. (2020). Variations in psychiatric morbidity between traumatized Norwegian, refugees and other immigrant patients in Oslo. *Nordic journal of psychiatry*, 74(6), 390-399.

Spinazzola, J., Blaustein, M., van der Kolk, B. A., & Hopper, J. W. (2005). PTSD and dissociation in sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4), 382-390.

Stamm BH The ProQOL Manual. The Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales, Idaho State University-Sidran Press US, 2005.

Stamm BH. The concise manual for the professional quality of life scale. Pocatello, 2010. ID: ProQOL.org.

Stamm, B. H. (2010). Measurement of compassion satisfaction and burnout among hospice and palliative care clinicians. *The Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(1), 28-35.

Stamm, B. H. (2010). ProQOL manual (5th ed.). Lake Forest Park, WA: International Society for Traumatic Stress Studies.

Stamm, B.H. (2010). The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed. Pocatello. Available at: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. [Accessed: 6 January 2020].

Stokes, Y., Jacob, J. D., Gifford, W., Squires, J., & Vandyk, A. (2017). Exploring nurses' knowledge and experiences related to trauma-informed care.

Susanti, H., Wardani, I. Y., Fitriani, N., & Kurniawan, K. (2022). Exploration the Needs of Nursing Care of Drugs Addiction Service Institutions in Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), 45-51

- Sutton, A., Beech, H., Ozturk, B., & Nelson-Gardell, D. (2020). Preparing Mental Health Professionals to Work With Survivors of Intimate Partner Violence: A Comprehensive Systematic Review of the Literature. *Affilia*, 0886109920960827
- Tawil, J. (2019). Trauma and Addiction. *Psychiatry*, 82(3), 291-293.
- Thomas, R. B., & Wilson, J. P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*.
- UNICEF. (2017). *A familiar face: Violence in the lives of children and adolescents*. New York, NY: United Nations Children's Fund.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *Global study on homicide 2018*. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Ward, C. W., & Mitchell, T. (2022). Reducing nurse burnout when caring for patients with substance use disorder. *Nursing2022*, 52(9), 36-40.
- Warshaw, C., Sullivan, C., & Rivera, E., & U.S. Department of Health and Human Services. (2013). *A systematic review of trauma-focused interventions for domestic violence survivors*. National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health
- Wathen, C. N., MacGregor, J. C., & Beyrem, S. (2021). Impacts of trauma-and violence-informed care education: A mixed method follow-up evaluation with health & social service professionals. *Public health nursing*, 38(4), 645-654.
- Wijdenes, K. L., Badger, T. A., & Sheppard, K. G. (2019). Assessing compassion fatigue risk among nurses in a large urban trauma center. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(1), 19-23.
- World Health Organisation. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Regional Office for Europe

Yu, H., Jiang, A. and Shen, J. (2016) 'Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey.' *International Journal of Nursing Studies*, 57, May, pp. 28–38.

Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise. *Nature neuroscience*, 15(5), 675-680.

Zinzow, H. M., Grubaugh, A. L., Frueh, B. C., & Magruder, K. M. (2012). Trauma among female veterans: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(3), 165-175

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 34(6).

Γαλάνης, Π. (2017). Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Γαλάνης, Π. (2018). Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα Θεματική ανάλυση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(3).

Γιωτσίδη, Β., & Στάλικας, Α. (2004). Η διαπολιτισμική συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία σε πρόσφυγες: Ψυχοκοινωνικές ανάγκες και πολιτισμικές διαφορές. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, 11(1), 34-52

Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015). Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας

Μάτσα, Κατερίνα (2001). Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές... Το αίνιγμα της τοξικομανίας. Αθήνα: Άγρα.

Μάτσα, Κατερίνα (2012). Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη: ο τοξικομανής και ο θάνατος. Αθήνα: Άγρα

Μαυρατζά, Θ., Φασόη, Γ., Μισουρίδου, Ε., & Αποστολάρα, Π. Ικανοποίηση και κόπωση συμπόνιας επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες.

Μισουρίδου Ε. (2016) Μετανάστευση και χρήση ουσιών. *Διεπιστημονική Φροντίδα υγείας*, 8 (1), 9-14.

Μισουρίδου Ε. (2016) Νοσηλευτική Εξαρτημένων Ατόμων. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα/Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Η τελική έκδοση σε pdf ή/και epub είναι διαθέσιμη στον «Ελληνικό Ακαδημαϊκό Συσσωρευτή» στον υπερσύνδεσμο <http://repository.kallipos.gr>

Μισουρίδου Ε. (2023) Προσέγγιση οικογένειας με προβλήματα εξάρτησης. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα/Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. ISBN: 978-618-5726-86-7. Η τελική έκδοση σε pdf ή/και epub είναι διαθέσιμη στον «Ελληνικό Ακαδημαϊκό Συσσωρευτή» στον υπερσύνδεσμο <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/9350>

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) www.okana.gr

Πλαίσιο Λειτουργίας των Θεραπευτικών Δομών του ΟΚΑΝΑ
<https://www.okana.gr/sites/default/files/2020-12/PlaisioLeitourgias.pdf>



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας

Τραύμα και εξαρτήσεις. Απόψεις και εμπειρίες νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος

ΜΑΥΡΙΔΟΓΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί τραύμα στη διάρκεια της ζωής τους, βρίσκονται μπροστά στον κίνδυνο συναισθηματικής εμπλοκής των ίδιων. Το άκουσμα των τραυματικών εμπειριών των θεραπευόμενων προκαλεί συναισθηματικές αντιδράσεις στον δέκτη. Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές νιώθουν ευάλωτοι, ελλιπώς προετοιμασμένοι και εκτεθειμένοι, αρκετές φορές επιδεικνύουν επαγγελματισμό και θέληση να θέσουν τις ανάγκες των ατόμων που έχουν εκτεθεί σε τραυματική εμπειρία πάνω από τις δικές τους.

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι απόψεις και οι εμπειρίες των νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται στον χώρο των εξαρτήσεων σχετικά με το τραύμα, σωματικό ή ψυχικό, που έχουν υποστεί τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μεικτή μελέτη (ποσοτική και ποιοτική). Στη μελέτη συμμετέχουν 103 νοσηλευτές (OKANA) μέσω αυτό-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου και 8 νοσηλευτές μέσω ατομικών συνεντεύξεων. Για τη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL-5) που διερευνά την Ικανοποίηση Συμπόνιας, την Επαγγελματική Εξουθένωση και την Κόπωση Συμπόνιας ή Δευτερογενές Στρες και ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής των δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα-Συμπεράσματα : Το 81,6 είχε μέτρια και το 14,6% υψηλά επίπεδα Ικανοποίησης Συμπόνιας. Το 54,4% είχε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και το 45,6% μέτρια. Δεν υπήρχαν συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα Επαγγελματικής εξουθένωσης. Το 49,5% είχε χαμηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες και το 50,5 % μέτρια. Δεν υπήρχαν συμμετέχοντες με υψηλά επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού. Όσο περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη ήταν η ικανοποίηση συμπόνιας τους. Αντιθέτως, όσο περισσότερη επαγγελματική εξουθένωση ένιωθαν οι συμμετέχοντες τόσο περισσότερο ήταν το δευτερογενές τραυματικό τους στρες. Μεταξύ των διαστάσεων «Δευτερογενές τραυματικό στρες» και «Ικανοποίηση συμπόνιας» δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση.

Η κατά μέσο όρο σε καλό επίπεδο σωματική υγεία των συμμετεχόντων, ο βαθμός ετοιμότητας τους για την φροντίδα των ωφελούμενων που έφεραν τραύμα, το υψηλό επίπεδο συνεργασίας, ο σεβασμός στον θεσμό της ομαδικής εργασίας, το θετικό εργασιακό κλίμα, και η απρόσκοπτη συμπαράσταση και υποστήριξη των συναδέλφων σχετίστηκαν θετικά με υψηλότερο επίπεδο Ικανοποίησης συμπόνιας. Ομοίως, από τις συνεντεύξεις των νοσηλευτών έγινε εμφανές ότι η πορεία για την κατάκτηση της συμπόνιας λειτούργησε ως κινητοποιητικός παράγοντας για την επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη και την αυτοπροστασία.

Η αύξηση της ηλικίας των συμμετεχόντων της ποσοτικής έρευνας συνεπαγόταν με αύξηση των επιπέδων των παραπάνω διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Αντίθετα, στις προσωπικές συνεντεύξεις αναδείχθηκε ότι το νεαρό της ηλικίας συνδεόταν με την έλλειψη προετοιμασίας και ετοιμότητας, την έλλειψη ικανοτήτων και την έλλειψη πείρας, παράγοντες που οδηγούσαν στη εμφάνιση συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι τραυματικές εμπειρίες φάνηκαν να επηρεάζουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού με αύξηση αυτών.

Λέξεις-Κλειδιά: Τραύμα, εξαρτήσεις, νοσηλευτές εξαρτημένων ατόμων, ικανοποίηση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση, δευτερογενές τραυματικό στρες



University of West Attica
School of Health and Caring sciences
Nursing Department
Master of Science Postgraduate programme
“Community and Public Health Nursing”

Trauma and addiction. Nurses’ opinions and experiences of care for people who have addiction problems and physical or psychological trauma

ELEFThERIA MAVRIDOGLOU

ABSTRACT

Introduction: Healthcare professionals who work with individuals having experienced trauma throughout their lives are at risk of experiencing compassion fatigue themselves. Hearing about the traumatic experiences of their patients elicits emotional reactions in the recipients. Despite feeling vulnerable, ill-prepared, and exposed, nurses often demonstrate professionalism and a willingness to prioritize the needs of individuals who have been exposed to traumatic experiences over their own.

Objective: To explore the perspectives and experiences of nurses working in the field of addiction regarding the physical or psychological trauma experienced by individuals facing addiction problems.

Methodology: This study employed a mixed-method design (quantitative and qualitative). The study included 103 nurses (OKANA) who completed a self-administered questionnaire and 8 nurses who participated in individual interviews. The Greek version of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5) was used to collect quantitative data, which assesses Compassion Satisfaction (CS), Burnout (BO), and Secondary Traumatic Stress (STS), along with a questionnaire recording demographic, individual, and professional characteristics. The statistical program SPSS 26.0 was used for the analysis. The significance levels were two-tailed, and statistical significance was set at 0.05.

Results and Conclusions: 81.6% had moderate levels of Compassion Satisfaction, and 14.6% had high levels of CS. 54.4% had low levels of professional burnout, and 45.6% had moderate levels of BO. There were no participants with high levels of professional burnout. 49.5% had low levels of secondary traumatic stress, and 50.5% had moderate levels of STS. There were no participants with high levels of STS. The more professional burnout the participants experienced, the lower their levels of CS. Conversely, the more professional burnout the participants experienced, the higher their levels of STS. There was no significant correlation between the dimensions of STS and CS

The participants' average level of physical health was good, and their readiness to care for trauma survivors, high level of cooperation, respect for teamwork, positive work environment, and seamless support from colleagues were positively associated with higher levels of CS. Similarly, interviews with nurses revealed that the journey towards cultivating compassion served as a motivating factor for professional and personal development and self-protection.

Increasing age of the participants in quantitative research was associated with higher levels of the aforementioned dimensions (BO and STS). Conversely, personal interviews highlighted that younger age was associated with lack of preparedness, lack of skills, and lack of experience, factors that led to the manifestation of symptoms of secondary traumatic stress and professional burnout.


The research revealed that traumatic experiences appeared to impact levels of BO and STS, with an increase in these dimensions.


Keywords: Trauma, addiction, nurses of dependent individuals, compassion satisfaction, professional burnout, secondary traumatic stress.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Α

1.Αδεια από το φορέα πραγματοποίησης της έρευνας


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ


ΟΚΑΝΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

Ταχ. Διεύθ.: Ευδόξου 25, Αθήνα
Ταχ. Κώδικας: 117 43
Τηλέφωνο: 210-9245745
E-mail: kee@okana.gr
Πληροφορίες: Δημητροπούλου Μαρία
Κιατόκα Άννα

Αθήνα,
Αρ. Πρωτ.:

Προς: κα Μαυριδόγλου Ελευθερία
(ellimav2006@yahoo.gr)

Θέμα: Έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας σε δομές του Οργανισμού.
Σχετικό: Το με αρ. πρωτ. 6238-9/02/2022 έγγραφο ΟΚΑΝΑ.

Σας γνωρίζουμε ότι, σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού εγγράφου, ο Οργανισμός αποδέχεται το αίτημα της κας **Μαυριδόγλου Ελευθερίας**, φοιτήτριας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» του Τμήματος Νοσηλευτικής (ΣΕΥΠ) του Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ), στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα: «*Τραύμα και Εξαρτήσεις. Απόψεις και εμπειρίες νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος*» υπό την εποπτεία της καθηγήτριας κας **Μισουρίδου Ευδοκίας**.

Κατόπιν αιτήματος της ενδιαφερόμενης κρίνεται σκόπιμη η συνεργασία με τους **Υπεύθυνους όλων των Μονάδων/Δομών/Υπηρεσιών του ΟΚΑΝΑ που απασχολούν νοσηλευτικό προσωπικό** και η διευκόλυνση της για την λήψη συνεντεύξεων σε εργαζόμενους των Μονάδων προκειμένου να ολοκληρώσει την προαναφερθείσα εργασία (διενέργεια ποσοτικής έρευνας κατά προσέγγιση σε 200 νοσηλευτές και ποιοτικής έρευνας σε 10 νοσηλευτές) και σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στη συνημμένη επιστολή προς τον ΟΚΑΝΑ (*τήρηση των κανόνων δεοντολογίας κ.ά.*).

Η έγκριση για τη διεξαγωγή της ερευνητικής εργασίας δίδεται **υπό τους ακόλουθους όρους:** **α)** η πρόσβαση της ερευνήτριας στο αρχείο θα πραγματοποιείται αποκλειστικά στο χώρο που τηρείται αυτό, **β)** η διεξαγωγή συνεντεύξεων ή η λήψη ερωτηματολογίων από τα υποκείμενα των δεδομένων θα διενεργείται αποκλειστικά εντός του χώρου της Θεραπευτικής Μονάδας της οποίας είναι μέλος το υποκείμενο των δεδομένων και σύμφωνα με τα ερευνητικά πρωτόκολλα, **γ)** η ερευνήτρια θα θέτει υπό επεξεργασία από το αρχείο μόνον όσα στοιχεία είναι κατά την επιστημονική κρίση της απαραίτητα για την ολοκλήρωση του συγκεκριμένου ερευνητικού του έργου και **δ)** κατά την ολοκλήρωση της έρευνας και πριν από τη δημοσίευση ή καθ' οιονδήποτε άλλο τρόπο χρήση των αποτελεσμάτων της, η ερευνήτρια θα προβεί στην ανωνυμοποίηση των προσωπικών δεδομένων που έχει συλλέξει υπό την έννοια ότι δεν επιτρέπεται να καταγραφούν και να συνδεθούν τα στοιχεία που ταυτοποιούν τους εργαζόμενους με τα ιατρικά δεδομένα και θα

καταστρέψει το τυχόν υπάρχον ονομαστικό αρχείο που έχει συλλέξει μετά το πέρας του χρονικού διαστήματος που απαιτείται για την επίτευξη του εκάστοτε ερευνητικού σκοπού.

Η ερευνήτρια καθίσταται υπεύθυνη επεξεργασίας των δεδομένων, δεσμεύεται από την τήρηση επαγγελματικής εχεμύθειας και απορρήτου και φέρει όλες τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, μεταξύ των οποίων την ενημέρωση και συγκατάθεση των υποκειμένων των δεδομένων, στην περίπτωση που η έρευνα δεν είναι αναδρομική και την ασφάλεια της επεξεργασίας μέσω των κατάλληλων τεχνικών και οργανωτικών μέτρων.

Σε περίπτωση που η έρευνα είναι αναδρομική, αν η ερευνήτρια δεν μπορεί να λάβει την προηγούμενη συγκατάθεση των υποκειμένων των δεδομένων έχει υποχρέωση προς τον ΟΚΑΝΑ να εξηγήσει τους λόγους για τους οποίους δεν είναι εφικτή η προηγούμενη ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης των υποκειμένων των δεδομένων.

Σε περίπτωση που εκδοθεί εγκύκλιος ή άλλη απόφαση του ΟΚΑΝΑ σχετικά με την εκπόνηση ερευνητικών εργασιών και την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η ερευνήτρια αυτομάτως θα υπόκειται και στις ρυθμίσεις αυτές.

Με το δεδομένο ότι η συνεργασία με την κα Μαυριδόγλου για την υλοποίηση των ανωτέρω συνάδει με την εύρυθμη λειτουργία της Μονάδας ευθύνης σας, παρακαλούνται τα αρμόδια στελέχη να διευκολύνουν την ενδιαφερόμενη.

Με την ολοκλήρωση της εν λόγω εργασίας, η ενδιαφερόμενη δεσμεύεται να καταθέσει αντίγραφο της στο Πρωτόκολλο του Κέντρου Εκπαίδευσης και Εποπτείας του Οργανισμού.

Ο Πρόεδρος Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ

Αθανάσιος Θεοχάρης

Κοινοποίηση:

-Όλες τις Μονάδες, Δομές και Υπηρεσίες της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων

Εσωτερική Διανομή:

1. Γραφείο Προέδρου & Αντιπροέδρου Δ.Σ. ΟΚΑΝΑ
2. Γραφείο Γενικής Διευθύντριας
3. Διεύθυνση Εφαρμογής Προγραμμάτων
 - Γραφείο Αν. Δ/ντή Εφαρμογής Προγραμμάτων
 - Κέντρο Εκπαίδευσης & Εποπτείας ΟΚΑΝΑ
4. Διεύθυνση Σχεδιασμού Προγραμματισμού & Αξιολόγησης
 - Γραφείο Αν. Δ/ντριας Σχεδιασμού Προγραμματισμού & Αξιολόγησης
 - Τμήμα Εκπαίδευσης & Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού
 - Τμήμα Έρευνας & Αξιολόγησης



2.Άδεια ερωτηματολογίου από τον ερευνητή που έγινε η στάθμιση στην ελληνική γλώσσα

Αθήνα, 17-2-22 Άδεια χρήσης της πολιτισμικά προσαρμοσμένης και σταθμισμένης μετάφρασης του ερωτηματολογίου Professional Quality of life Version V

Με ιδιαίτερη χαρά παραχωρούμε στην κ. Μαυριδόγλου Ελευθερία την άδεια χρήσης της πολιτισμικά προσαρμοσμένης και σταθμισμένης μετάφρασης του ερωτηματολογίου Professional Quality of life Version V στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής της εργασίας με προϋπόθεση την ακόλουθη αναφορά χρήσης ερωτηματολογίου: «Σταθμίστηκε από ερευνητική ομάδα του ΜΠΣ Τραύματα και Έλκη στο πλαίσιο του Εργαστηρίου Νοσηλευτική Αποκατάσταση Χρονίως Πασχόντων του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής». Καλή συνέχεια στην ερευνητική σας προσπάθεια! Με εκτίμηση Ευδοκία Μισουρίδου, BA, MSc, Διδάκτωρ Παν/μίου Μάντσεστερ Η.Β. Επίκουρος Καθηγήτρια στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Τμήμα Νοσηλευτικής ΣΕΥΠ, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής Email: emis@uniwa.gr Mobile: 6973207594 -----

----- Evdokia Misouridou, MSc, PhD, Assistant Professor in Mental Health Nursing, Nursing Department, University of West Attica, Greece. Email: emis@uniwa.gr Mobile: 0030 697320759

3. Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου ProQOL

Thank you for your interest in the ProQOL.

The ProQOL measure may be freely copied and used, without individualized permission from the ProQOL office, as long as:

- (a) You credit The Center for Victims of Torture and provide a link to www.ProQOL.org;
- (b) It is not sold; and
- (c) No changes are made, other than creating or using a translation, and/or replacing "[helper]" with a more specific term such as "nurse."

Because you have agreed that your use of the ProQOL follows the above criteria, the ProQOL Office at the Center for Victims of Torture grants you permission to use the ProQOL. Your recorded request is attached here as a PDF.

You have indicated that you intend to use the ProQOL in a language other than English. If

you are improving one of our translations, or creating a new one, we would appreciate if you would please "donate" this translation to our website for others to use. This is optional: please contact us at proqol@cvt.org if you are interested. Thank you!

If you have any questions or comments, you can contact us at proqol@cvt.org. Note that unfortunately our capacity is quite limited, as this is a volunteer-run effort, but we will do what we can to respond within a couple of weeks.

Thank you!

The ProQOL Office
at The Center for Victims of Torture
proqol@cvt.org

Παράρτημα Β

1. Έντυπο ενημέρωσης προς τους συμμετέχοντες



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Αγαπητέ συνάδελφε,

Ονομάζομαι Μαυριδόγλου Ελευθερία, είμαι νοσηλεύτρια στη ΜΟΘΕ ΚΚ. Κορυδαλλού και εκπονώ τη διπλωματική μου εργασία στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Κοινοτική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας».

Το θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι: «Τραύμα και Εξαρτήσεις. Απόψεις και εμπειρίες νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης και σωματικού ή ψυχικού τραύματος».

Σκοπός της ερευνητικής μου εργασίας είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων σχετικά με την επιβάρυνση τους κατά τη συνάντησή τους με άτομα που φέρουν το διπλό φορτίο του «τραύματος» και της εξάρτησης.

Η κα Μισουρίδου Ευδοκία, διδάκτωρ του Παν/μίου Μάντσεστερ Η.Β. και Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής (ΣΕΥΠ) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ) είναι η επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας.

Η παρούσα μελέτη θα προσπαθήσει να καταγράψει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών-τριών που εργάζονται στο χώρο των εξαρτήσεων σχετικά με την επαφή τους με άτομα που φέρουν το διπλό φορτίο του τραύματος και της εξάρτησης, τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικογένειες τους στον ελληνικό χώρο.

Θα επιχειρήσει να αναδείξει την ετοιμότητα των νοσηλευτών στο άκουσμα του τραύματος, τον τρόπο που γίνεται η διαχείρισή του και τον βαθμό που επηρεάζει την προσωπική και επαγγελματική τους ζωή. Επίσης θα διερευνηθεί η δυνατότητα εκπαίδευσης και το ενδεχόμενο στήριξης από τους επίσημους φορείς, προκειμένου να αποφευχθεί η ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών. Καθώς τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα είναι ελλιπή για το συγκεκριμένο πεδίο, δημιουργείται η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα.

Επειδή πρόκειται για μία μεικτή έρευνα θα περιλαμβάνει ερωτηματολόγιο το οποίο απευθύνεται σε όλους τους νοσηλευτές του Οργανισμού καθώς και μικρές προσωπικές συνεντεύξεις.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν ηλεκτρονικά αφού πρώτα γίνει ενημέρωση στον επιστημονικά υπεύθυνο κάθε μονάδας. Ο χρόνος συμπλήρωσής τους υπολογίζεται περίπου στα 10 με 15 λεπτά. Θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου γραπτά καθώς και προφορικά είτε με προσωπική (δια ζώσης) παρουσία είτε μέσω διαδικτυακής συνομιλίας μας.

Δεν υπάρχει σωστή ή λανθασμένη απάντηση γι αυτό θα σας παρακαλούσα να δώσετε απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις που ανταποκρίνονται περισσότερο σε εσάς, ανοικτά και με ειλικρίνεια.

Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες.

Οι προσωπικές συνεντεύξεις, διάρκειας περίπου 30 λεπτών θα πραγματοποιηθούν στο χώρο εργασίας ακολουθώντας όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, διασφαλίζοντας με αυστηρότητα το απόρρητο των συμμετεχόντων.

Προϋπόθεση είναι ότι θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα ασφάλειας και δίνονται οι εγγυήσεις που θα διαφυλάξουν το απόρρητο των στοιχείων των συμμετεχόντων, όπως π.χ. η αλλοίωση των στοιχείων ταυτότητας, της ηλικίας, του τόπου διαμονής ή όποιων άλλων στοιχείων θα οδηγούσαν στην ταυτοποίηση σας και την αναγνώριση σας ακόμα και από άτομα του οικείου περιβάλλοντός σας. Θα τροποποιηθούν κάποια στοιχεία (πχ ηλικία, το μέρος που ζει ο ερωτώμενος), με τρόπο που να μην αλλοιώνεται το αποτέλεσμα της εργασίας αλλά και να μην ταυτοποιείται ο-η συμμετέχων-ουσα.

Δε θα πρέπει να συμμετάσχετε στην έρευνα εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδιασμούς που αφορούν στη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή τη συγκατάθεσή σας για τη συμμετοχή σας στην ερευνητική διαδικασία.

Για οποιεσδήποτε πληροφορίες και διευκρινήσεις, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου:

Όνοματεπώνυμο: Μαυριδόγλου Ελευθερία

Τηλ.:6933475551

Ηλεκτρονική διεύθυνση:ellimav2006@yahoo.gr

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

2.Έντυπο συγκατάθεσης

Το περιεχόμενο του εντύπου συγκατάθεσης ενσωματώνεται στο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο.

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αγαπητέ συνάδελφε,

το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας». Σκοπός της είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων σχετικά με την επαφή με το «τραύμα» των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Επισημαίνεται δε ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία, η μη ταυτοποίηση και μετά το πέρας θα καταστραφούν τα σχετικά αρχεία.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν ηλεκτρονικά αφού πρώτα γίνει ενημέρωση στον επιστημονικά υπεύθυνο κάθε μονάδας. Θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου γραπτά καθώς και προφορικά είτε με προσωπική (δια ζώσης) παρουσία μου είτε μέσω διαδικτυακής συνομιλίας μας. Η βάση που θα προκύψει από την καταχώρηση των ερωτηματολογίων θα αποθηκευτεί σε υπολογιστή με κωδικό πρόσβασης. Τα παραγόμενα δεδομένα θα αποθηκευτούν και θα καταστραφούν σε διάστημα πενταετίας. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε μέσω των ερωτηματολογίων, θα μετεγγραφούν σε ηλεκτρονικό κείμενο και θα μελετηθούν από την ίδια την ερευνήτρια.

Πρόσβαση σε αυτές και σε όλα τα έντυπα που αφορούν τους συμμετέχοντες θα έχει μόνο η επιστημονικά υπεύθυνη, η οποία δεσμεύεται για την εμπιστευτικότητα όλων των

πληροφοριών που θα μας δώσετε. Σε όλα τα δεδομένα που θα καταγραφούν θα γίνει χρήση ειδικής κωδικοποίησης ενώ θα διατηρηθούν για 5 χρόνια σε κατάλληλα ασφαλές και φυλασσόμενο χώρο. Μετά την υπογραφή του Εντύπου Συγκατάθεσης τα δεδομένα σας θα λάβουν ένα μοναδικό κωδικό (και όχι το όνομα σας). Η αντιστοίχιση συμμετέχοντα με κωδικό θα γίνεται μία φορά στην διάρκεια της μελέτης βάσει σχετικής λίστας που θα φυλάσσεται και αυτή στον ίδιο κατάλληλα ασφαλές και φυλασσόμενο χώρο.

Δε θα πρέπει να συμμετάσχετε στην έρευνα εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν στη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή τη συγκατάθεσή σας για τη συμμετοχή σας στην ερευνητική διαδικασία.

Για οποιαδήποτε καταγγελία μπορείτε να συμπληρώσετε το έντυπο καταγγελιών που ακολουθεί.

Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στη συγκεκριμένη μελέτη : ΝΑΙ.....

ΟΧΙ....

Επίθετο:

Όνομα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

3. Έντυπο καταγγελιών

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ethics@uniwa.gr).

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη (agiop@uniwa.gr). Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpa.gr).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση κατοικίας:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

4. Έντυπο συγκατάθεσης για την προσωπική συνέντευξη

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Αγαπητέ συνάδελφε,

Η παρούσα συνέντευξη αποτελεί εργαλείο ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας». Σκοπός της είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων, σχετικά με την επαφή τους με το «τραύμα» των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Επισημαίνεται δε, ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία, η μη ταυτοποίηση και μετά το πέρας θα καταστραφούν τα σχετικά αρχεία.

Οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν εντός του χώρου εργασίας είτε με δια ζώσης παρουσίας μου, είτε μέσω διαδικτυακής συνάντησης όπου δεν είναι εφικτή η δια ζώσης παρουσίας μου. Σε κάθε περίπτωση οι συνεντεύξεις θα καταγραφούν είτε μέσω μαγνητοφώνου, είτε μέσω καταγραφής της διαδικτυακής συνάντησης.

Πρόσβαση στις συνεντεύξεις θα έχει μόνο η επιστημονικά υπεύθυνη και επιβλέπουσα μου στην παρούσα διπλωματική εργασία.

Θα προηγηθεί ενημέρωση στον επιστημονικά υπεύθυνο κάθε μονάδας.

Θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με τον τρόπο που θα πραγματοποιηθεί η συνέντευξη.

Δε θα πρέπει να συμμετάσχετε στην έρευνα εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν στη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή τη συγκατάθεσή σας για τη συμμετοχή σας στην ερευνητική διαδικασία.

Για οποιαδήποτε καταγγελία μπορείτε να συμπληρώσετε το έντυπο καταγγελιών που ακολουθεί.

Συμφωνείτε να συμμετάσχετε στη συγκεκριμένη μελέτη : ΝΑΙ.....

ΟΧΙ....

Επίθετο:

Όνομα:

Υπογραφή:

Ημερομηνία:

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

5. Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ. ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ Ή ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Αγαπητέ συνάδελφε,

το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού

Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Κοινοτική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας». Σκοπός της είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων σχετικά με την επαφή με το «τραύμα» των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται.

Για οποιοδήποτε πληροφορίες και διευκρινήσεις, παρακαλώ επικοινωνήστε μαζί μου:

Όνοματεπώνυμο: Μαυριδόγλου Ελευθερία

Τηλ.:6933475551

Ηλεκτρονική διεύθυνση:ellimav2006@yahoo.gr

Για τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλούμε δώστε απαντήσεις, που ανταποκρίνονται περισσότερο σε εσάς.

Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις ανοικτά και με ειλικρίνεια.ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

* **Απαιτείται**

ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ. ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ Ή ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αγαπητέ συνάδελφε,

το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας». Σκοπός της είναι να διερευνήσει τις εμπειρίες και τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα των εξαρτήσεων σχετικά με την επιβάρυνση τους κατά τη συνάντησή τους με άτομα που φέρουν το διπλό φορτίο του «τραύματος» και της εξάρτησης.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά προσωπικό και ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία θα είναι απόρρητα και θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν ηλεκτρονικά αφού πρώτα γίνει ενημέρωση στον/επιστημονικά υπεύθυνο κάθε μονάδας. Θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου γραπτά καθώς και προφορικά είτε με προσωπική (διαζώσης) παρουσία είτε μέσω διαδικτυακής συνομιλίας μας.

Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες.

Δε θα πρέπει να συμμετάσχετε στην έρευνα εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν στη συμμετοχή σας στην έρευνα. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή τη συγκατάθεσή σας για τη συμμετοχή σας στην ερευνητική διαδικασία.

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ethics@uniwa.gr).

Για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με τη διαχείριση των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να απευθυνθείτε και στον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, κ. Αγιοπετρίτη Ιωάννη (agiop@uniwa.gr). Σε περίπτωση μη επίλυσης του προβλήματός σας μπορείτε να απευθυνθείτε στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, συμπληρώνοντας το σχετικό έντυπο που βρίσκεται στην ιστοσελίδα αυτής (complaints@dpa.gr).

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας

Μαυριδόγλου Ελευθερία

Νοσηλεύτρια

ΜΟΘΕ Κ.Κ Κορυδαλλού ellimav2006@yahoo.gr

Τηλ.:6933475551

Δηλώνω τη συγκατάθεσή μου για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Να επισημαίνετε μόνο μία έλλειψη.

ΝΑΙ.....

ΟΧΙ.....

1.	Ηλικία:σε έτη
2.	Φύλο Άρρεν =1, Θήλυ = 2
3.	Οικογενειακή κατάσταση Άγαμος/η=1, Έγγαμος/η ή συζεί =2, Χήρος/α=3 Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση=4
4.	Αριθμός παιδιών:.....
5.	Επίπεδο εκπαίδευσης Α.Τ.Ε.Ι. Πανεπιστήμιο Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
6.	Υπάρχουν πάρα πολλά πράγματα στην εργασία μου στο χώρο των εξαρτήσεων για τα οποία είμαι ευγνώμων 1=Συμφωνώ απόλυτα 2 =Συμφωνώ 3=Ούτε συμφωνώ/Ούτε διαφωνώ 4=Διαφωνώ 5=Διαφωνώ απόλυτα
7.	Εργασιακό κλίμα στο τμήμα σας: Άριστο=1, Πολύ καλό=2, Καλό=3, Ουδέτερο=4, Κακό=5, Πολύ κακό=6
8.	Στο τμήμα σας το προσωπικό εργάζεται συνεργατικά (σαν ομάδα): Ναι=1, Τις περισσότερες φορές=2, Κάποιες φορές=3, Όχι=4
9.	Επιλογή εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα: Δική μου επιλογή=1, Τοποθετήθηκα=2
10.	Θέλετε να φύγετε από το συγκεκριμένο τμήμα: Ναι, το συντομότερο=1, Ναι, σύντομα=2, Ναι, κάποια στιγμή=3, Δεν με απασχολεί=4, Όχι=5
11.	Αν έχετε παιδιά, θα θέλατε να ακολουθήσουν το επάγγελμά σας; Ναι=1, Όχι=2
12.	Αν γυρνούσε ο χρόνος πίσω, θα επιλέγατε το ίδιο επάγγελμα; Ναι=1, Όχι=2
13.	Η σωματική σας υγεία είναι καλή; Πολύ καλή=1, Αρκετά καλή=2, Μέτρια=3, Αντιμετωπίζω αρκετά προβλήματα υγείας=4, Αντιμετωπίζω σοβαρά προβλήματα υγείας=5
14.	Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας στην οικογένεια; Ναι=1, Όχι=2
15.	Αντιμετωπίζετε πρόβλημα εξάρτησης από ψυχοδραστικές ουσίες/αλκοόλ στην οικογένειά σας; Ναι=1, Όχι=2
16.	Είστε καπνιστής; Ναι =1, Όχι =2
17.	Εάν ναι, πόσο γρήγορα αφού ξυπνήσετε καπνίζετε το πρώτο σας τσιγάρο; Μέσα στα πρώτα 5 λεπτά =1

	6-30 λεπτά =2 31-60 λεπτά =3 Μετά από 60 λεπτά =4																																																			
18.	Σας είναι δύσκολο να μην καπνίσετε σε μέρη όπου το κάπνισμα απαγορεύεται (π.χ. εκκλησία, βιβλιοθήκες, σινεμά) Ναι =1, Όχι =2																																																			
19.	Ποιο τσιγάρο σας είναι πιο δύσκολο να μην καπνίσετε; Το πρώτο της ημέρας =1, Οποιοδήποτε άλλο =2																																																			
20.	Πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε ;10 ή λιγότερα=1, 11-20=2, 21-30=3, 31 ή περισσότερα =4.																																																			
21.	Καπνίζετε πιο πολύ το πρωί απ'ότι το απόγευμα; Ναι =1, Όχι =2																																																			
22.	Καπνίζετε ακόμα και όταν μια ασθένεια σας αναγκάζει να μείνετε στο κρεβάτι; Ναι =1, Όχι =2																																																			
23.	Πόσες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου ήπιατε 5 ποτά (για τους άνδρες) ή 4 ποτά (για τις γυναίκες) ή περισσότερα ποτά σε μια μέρα;.....																																																			
24.	Πόσες φορές κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου χρησιμοποίησατε κάνναβη;.....																																																			
25.	Έχετε βιώσει τραυματικό γεγονός στη ζωή σας εξαιτίας ενός από τα παρακάτω(Παρακαλώ σημειώστε με το με ένα (v)):																																																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ναι</th> <th>Όχι</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Φυσική καταστροφή (πλημμύρα, σεισμός, πυρκαγιά)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Αυτοκινητιστικό δυστύχημα</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Οποιοδήποτε άλλο ατύχημα</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Παρουσία σε εμπόλεμη ζώνη</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ξαφνικός, αναπάντεχος θάνατος αγαπημένου προσώπου</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Απειλητική για τη ζωή ασθένεια αγαπημένου προσώπου</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Απειλητική για τη δική σας ζωή ασθένεια</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Θύμα ή μάρτυρας ένοπλης ληστείας</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Θύμα σωματικής επίθεσης/κακοποίησης</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Μάρτυρας κακοποίησης άλλου προσώπου</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Απειλή θανάτου/σωματικής βλάβης</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Σωματική βία κατά το μέγαλωμά σας</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Οικογενειακή βία</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Κακοποίηση από σύζυγο/σύντροφο</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Σεξουαλική κακοποίηση</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Σεξουαλική παρενόχληση</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ναι	Όχι	Φυσική καταστροφή (πλημμύρα, σεισμός, πυρκαγιά)			Αυτοκινητιστικό δυστύχημα			Οποιοδήποτε άλλο ατύχημα			Παρουσία σε εμπόλεμη ζώνη			Ξαφνικός, αναπάντεχος θάνατος αγαπημένου προσώπου			Απειλητική για τη ζωή ασθένεια αγαπημένου προσώπου			Απειλητική για τη δική σας ζωή ασθένεια			Θύμα ή μάρτυρας ένοπλης ληστείας			Θύμα σωματικής επίθεσης/κακοποίησης			Μάρτυρας κακοποίησης άλλου προσώπου			Απειλή θανάτου/σωματικής βλάβης			Σωματική βία κατά το μέγαλωμά σας			Οικογενειακή βία			Κακοποίηση από σύζυγο/σύντροφο			Σεξουαλική κακοποίηση			Σεξουαλική παρενόχληση		
	Ναι	Όχι																																																		
Φυσική καταστροφή (πλημμύρα, σεισμός, πυρκαγιά)																																																				
Αυτοκινητιστικό δυστύχημα																																																				
Οποιοδήποτε άλλο ατύχημα																																																				
Παρουσία σε εμπόλεμη ζώνη																																																				
Ξαφνικός, αναπάντεχος θάνατος αγαπημένου προσώπου																																																				
Απειλητική για τη ζωή ασθένεια αγαπημένου προσώπου																																																				
Απειλητική για τη δική σας ζωή ασθένεια																																																				
Θύμα ή μάρτυρας ένοπλης ληστείας																																																				
Θύμα σωματικής επίθεσης/κακοποίησης																																																				
Μάρτυρας κακοποίησης άλλου προσώπου																																																				
Απειλή θανάτου/σωματικής βλάβης																																																				
Σωματική βία κατά το μέγαλωμά σας																																																				
Οικογενειακή βία																																																				
Κακοποίηση από σύζυγο/σύντροφο																																																				
Σεξουαλική κακοποίηση																																																				
Σεξουαλική παρενόχληση																																																				

26.	Ποιό από τα γεγονότα που σημειώσατε παραπάνω σας επηρέασε περισσότερο;
27.	Σκεφτείτε ποιο γεγονός σας προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσφορία και βαθμολογήστε 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Καμία δυσφορία Εξαιρετική δυσφορία
28.	Πόσο προετοιμασμένοι είστε για τη φροντίδα ασθενών με τραύματα: 0= καθόλου, 1=ελάχιστα, 2=μέτρια, 3= αρκετά, 4=πολύ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΑΤΟΜΙΚΑ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (ProQOL) Ικανοποίηση συμπόνιας και κόπωση συμπόνιας (ProQOL)

Έκδοση 5 (2009)

Όταν φροντίζετε ανθρώπους έχετε άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε ήδη διαπιστώσει, η συμπόνια που τους παρέχετε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν μερικές ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές (ως πάροχος φροντίδας).

Σκεφτείτε καθεμία από τις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με εσάς και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε με ειλικρίνεια τον αριθμό που αντανακλά, πιο συχνά στον τρόπο που έχετε βιώσει αυτές τις εμπειρίες τις τελευταίες 30 ημέρες.

1 = Ποτέ, 2 = Σπάνια, 3 = Μερικές φορές, 4 = Συχνά, 5 = Πολύ συχνή

Ικανοποίηση συμπόνιας και κόπωση συμπόνιας

1.Είμαι ευχαριστημένος	1 2 3 4 5
2. Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζω	1 2 3 4 5
3.Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω τους ανθρώπους	1 2 3 4 5
4.Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	1 2 3 4 5
5.Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	1 2 3 4 5
6.Νιώθω αναζωογονημένος από την εργασία μου με τα άτομα που φροντίζω	1 2 3 4 5

7.Είναι δύσκολο να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή, από τη ζωή μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
8.Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά μου, επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω των τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω	1 2 3 4 5
9.Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των ατόμων που φροντίζω	1 2 3 4 5
10.Νιώθω εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
11.Λόγω της φροντίδας, νιώθω "στα όρια της αντοχής μου " για διάφορα πράγματα	1 2 3 4 5
12.Μου αρέσει η εργασία μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
13.Νιώθω θλίψη λόγω των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζω	1 2 3 4 5
14.Νιώθω σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω φροντίσει	1 2 3 4 5
15.Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν	1 2 3 4 5

16. Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που είμαι σε θέση να συμβαδίσω με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας	1 2 3 4 5
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι	1 2 3 4 5
18. Η εργασία μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένος	1 2 3 4 5
19. Νιώθω εξάντληση λόγω της εργασίας μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω	1 2 3 4 5
21. Νιώθω καταβεβλημένος γιατί ο φόρτος της εργασίας μου, μου φαίνεται ατελείωτος	1 2 3 4 5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της εργασίας μου	1 2 3 4 5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζω	1 2 3 4 5

24.Είμαι περήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να παρέχω φροντίδα	1 2 3 4 5
25.Ως αποτέλεσμα της φροντίδας μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	1 2 3 4 5
26.Νιώθω παγιδευμένος από το σύστημα	1 2 3 4 5
27.Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
28.Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού	1 2 3 4 5
29.Είμαι πολύ στοργικό άτομο	1 2 3 4 5
30.Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία	1 2 3 4 5

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

9.Ερωτήσεις ατομικών συνεντεύξεων

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

- Πώς σας επηρέαζε η θεραπευτική σχέση με τα εξαρτημένα άτομα στην αρχή της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας και πώς σήμερα;
- Παρακαλώ περιγράψτε, με όσες περισσότερες λεπτομέρειες μπορείτε, τις εμπειρίες σας από τη θεραπευτική σχέση με ασθενή με σοβαρά ψυχικά ή σωματικά τραύματα και τον τρόπο που σας επηρέασε.
- Έχετε παρατηρήσει κάποια αλλαγή από την επιρροή που έχει η φροντίδα ατόμων που υποφέρουν από τραύμα στη δική σας υγεία, με το πέρασμα του χρόνου;
- Νιώθετε ότι έχετε ικανοποιητική εκπαίδευση, υποστήριξη και εποπτεία για την προσέγγιση ατόμων με ιστορικό τραύματος;
- Μπορείτε να περιγράψετε την επιθυμητή για εσάς εκπαίδευση, υποστήριξη και εποπτεία για την προσέγγιση αυτών των ατόμων;
- Θεωρείτε ότι το πλαίσιο σας λειτουργεί προστατευτικά ως προς την επιρροή που έχουν τα τραυματικά γεγονότα των ατόμων με προβλήματα εξάρτησης στην προσωπική και επαγγελματική σας ζωή;