



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αντωνίου Ευαγγελία

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΡΗΓΑΣ

ΑΘΗΝΑ, Μάιος 2024

Τριμελής Επιτροπή

- 1. Αντωνίου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α
(Επιβλέπουσα)**
- 2. Δάγλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Αναπληρώτρια Πρόεδρος
Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α.**
- 3. Αλεξάνδρα Σολδάτου, Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Β' Παιδιατρική
Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ.**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

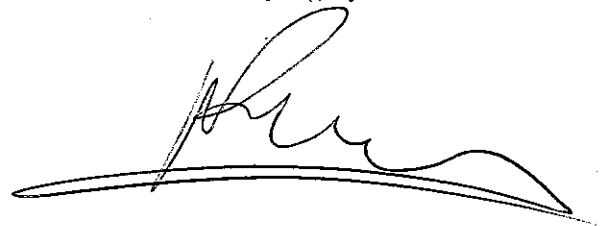
Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Νικόλαος Ρήγας του Σταύρου, υποψήφιος διδάκτορας του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

<< Είμαι συγγραφέας και δικαιούχος των πνευματικών δικαιωμάτων επί της διατριβής και δεν προσβάλλω τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων. Για τη συγγραφή της διδακτορικής διατριβής δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου κάποιου άλλου δημιουργού, τις ιδέες ή τις αντιλήψεις του χωρίς να γίνεται αναφορά στην πηγή προέλευσής τους (βιβλίο, άρθρο από εφημερίδα ή περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.) 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 διδακτορικού διπλώματός μου>>.

Ο Δηλών

Νικόλαος Ρήγας



Εξεταστική Επιτροπή

1. Αντωνίου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α (Επιβλέπουσα)
2. Δάγλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Αναπληρώτρια Πρόεδρος Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α.
3. Σολδάτου Αλεξάνδρα, Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Β' Παιδιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
4. Ξάνθος Θ. Θεόδωρος, Αντιπρύτανης Διεθνοποίησης & Εξωστρέφειας, Καθηγητής Φυσιολογίας – Παθοφυσιολογίας ΠΑ.ΔΑ
5. Γουρουντή Κλεάνθη, Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α.
6. Σαραντάκη Αντιγόνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α, Υπεύθυνη Προγράμματος Erasmus
7. Τζητηρίδου Κ. Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής Π.Δ.Μ.

Copyright © Νικόλαος Ρήγας – 2024

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Περιεχόμενα

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	2
Συνοτομογραφίες.....	10
Ελληνικές.....	10
Αγγλικές.....	11
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	12
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	13
ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	18
ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	19
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	20
ABSTRACT	22
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΩΝ	27
1.1. Συμπόνια.....	27
1.2. Ενσυναίσθηση	27
1.3. Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout).....	28
1.4. Άγχος	29
1.4.1. Αίτια /Παράγοντες Εμφάνισης Άγχους.....	34
1.4.2. Πρόληψη του Άγχους.....	37
1.4.3.Τρόποι Αντιμετώπισης Άγχους.....	38
1.4.4.Είδη Ψυχοθεραπείας.....	40
1.5. Στρες.....	41
1.5.1.Θεωρίες Στρες.....	41
1.5.2. Συσχέτιση του Εργασιακού Στρες των Επαγγελματιών Υγείας στην Εργασία τους	44
1.6. Πανδημία COVID-19	47
1.6.1.Οιός SARS-CoV-2.....	48
1.6.2. Οιεπιπτώσεις του COVID-19 στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας	52
1.7. Τραύμα –PTSD	55
1.7.1. Προδιαθεσικοί Παράγοντες PTSD	56
1.7.2. Διαγνωστικά κριτήρια PTSD	56
1.7.3. Συννοσηρότητα.....	60
1.7.4. Θεραπεία PTSD.....	61
1.7.5. Φαρμακευτική θεραπεία	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	65
2.1. Η Αξία της Επαγγελματικής Ικανοποίησης	66
2.2.Θεωρίες Εργασιακής Ικανοποίησης	69

2.2.1. Θεωρίες των αναγκών.....	70
2.3. Εργαλεία Μέτρησης Επαγγελματικής Ικανοποίησης.....	78
2.4.Επαγγελματική Ικανοποίηση στο Χώρο της Υγείας.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ	82
3.1. Ιστορική Ανασκόπηση.....	82
3.2. Συμπτώματα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες.....	85
Συμπτώματα εισβολής.....	86
• Επαναλαμβανόμενες, ακούσιες και ενοχλητικές αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος.	86
Συμπτώματα αποφυγής.....	86
• Αποφυγή δυσάρεστων αναμνήσεων, σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν.	86
Συμπτώματα αρνητικών αλλαγών στη γνώση και στη διάθεση	86
• Αδυναμία ανάμνησης του τραυματικού συμβάντος.	86
Συμπτώματα αλλαγών στη διέγερση και αντιδραστικότητα.....	87
3.3. Στάδια Ανάπτυξης Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες.....	87
3.4. Παράγοντες Εμφάνισης Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες	88
3.5. Εργαλεία Μέτρησης Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες.....	90
3.6. Εννοιολογικό Πλαίσιο Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες.....	91
3.7. Στάδια Ανάπτυξης Συμπτωμάτων	98
3.8. Πρόληψη καιθεραπεία Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες	101
3.9. Η Επίδραση του ΔΜΣ στις Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες του Εργαζόμενου.....	109
3.10. Ανασκόπηση Μελετών Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε Επαγγελματίες	111
3.11. Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες σε Επαγγελματίες Υγείας	113
3.12. Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες σε Παιδιατρικούς Επαγγελματίες Υγείας	115
3.13. Συστηματική Ανασκόπηση	115
3.13.1 Αποτελέσματα.....	117
3.13.2. Συμπεράσματα.....	124
.....	126
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	126
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	127
4.1. Σκοπός της Παρούσας Μελέτης και Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	127
4.2. Ερευνητικές Υποθέσεις και Ερωτήματα.....	129
4.3. Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας	130
4.4. Δείγμα της Μελέτης.....	133
4.5. Συλλογή Δεδομένων	134

4.6. ΜΕΘ Παίδων – Κανονισμός Εσωτερικής Λειτουργίας.....	136
4.7. Νοσοκομεία Έρευνας.....	136
4.7.1.Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία».....	137
4.7.2. Νοσοκομείο Παίδων Παναγιώτη &Αγλαΐας Κυριακού.....	138
4.7.3. Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης.....	139
4.7.4. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν».....	140
4.7.5. Γ.Ν.Θ.Ιπποκράτειο.....	141
4.7.6. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.....	142
4.7.7. ΠΑΓΝΗ – Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.....	142
4.8. Μέσα συλλογής δεδομένων.....	143
4.8.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων.....	143
4.8.2. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης της Μινεσότα (Minnesota Satisfaction Questionnaire-MSQ).....	144
4.8.3. Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης Άγχους Hamilton.....	149
4.8.4. Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PCL-5).....	150
4.8.5. Κριτήριο A.....	154
4.8.6. Σύντομη Απογραφή Ψυχοκοινωνικής Λειτουργίας (B-IPF).....	155
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	160
5.1. Δημογραφικά Δεδομένα.....	160
5.2.Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες σε Εργαζόμενους σε Παιδιατρικούς Τομείς ...	164
5.3. Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες και Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά.....	179
5.4. Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες και άλλα Χαρακτηριστικά.....	181
5.5. Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες και COVID-19.....	184
5.6.Βαθμός Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών Εργαζομένων Σε Παιδιατρικούς Τομείς	185
5.7. Συσχέτιση Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών Με Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά.....	187
5.8.Βαθμός Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών και άλλα Χαρακτηριστικά.....	191
5.9.Βαθμός Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών και COVID-19.....	193
5.10.Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες και Εμφάνιση Μετατραυματικού Στρες.....	196
5.11. Επίπεδα Άγχους σε Εργαζόμενους σε Παιδιατρικούς Τομείς.....	198
5.12. Επίπεδα Άγχους και Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά.....	201
5.13.Επίπεδα Άγχους και άλλα Χαρακτηριστικά.....	204
5.14. Επίπεδα Άγχους και COVID-19.....	205
5.15.Επίπεδα Άγχους και Εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.....	207
5.16.Επίπεδο Επαγγελματικής Ικανοποίησης των Εργαζομένων σε Παιδιατρικούς Τομείς.....	209

5.17.Επαγγελματική Ικανοποίηση και Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά..	211
5.18.Επαγγελματική Ικανοποίηση και άλλα Χαρακτηριστικά	217
5.19.Επαγγελματική Ικανοποίηση και COVID-19	219
5.20.Επαγγελματική Ικανοποίηση και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες	223
5.21.Προσδιοριστικοί Παράγοντες Εμφάνισης Μετατραυματικού Στρες.....	228
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	237
6.1. Σύγκριση ΔΜΣ Παιδιατρικών Εργαζόμενων σε ΜΕΘ με τους Εργαζόμενους σε Παιδιατρικά Τμήματα και ΤΕΠ	237
6.1.1. Η Επαγγελματικής Ικανοποίηση των Εργαζόμενων σε Παιδιατρικές ΜΕΘ, Παιδιατρικά Τμήματα και Παιδιατρικά ΤΕΠ	238
6.2. Ο COVID-19 ως Παράγοντας Ανάπτυξης Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες και Μείωσης της Επαγγελματικής Ικανοποίησης των Παιδιατρικών Εργαζόμενων.	240
6.3. Συσχέτιση των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών των Εργαζομένων με την Εμφάνιση Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες	245
6.4. Συσχέτιση της Εμφάνισης Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες με την Απειλή Θανάτου Παιδιού, τον Θάνατο Παιδιού, το Ιατρικό/Νοσηλευτικό Λάθος και τον Εργασιακό Εκφοβισμό	248
6.5. Βαθμός Επίδρασης των Δημογραφικών και Εργασιακών Χαρακτηριστικών των Παιδιατρικών Εργαζόμενων στις Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες τους	250
6.6. Ο Βαθμός Επίδραση του Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες στην Εμφάνιση Ψυχοκοινωνικών Λειτουργικών	252
6.7. Ο Βαθμός Επίδρασης του COVID - στις Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες των Παιδιατρικών Εργαζόμενων	254
6.8. ΗΣυσχέτιση του Άγχους με τα Δημογραφικά – Εργασιακά Χαρακτηριστικά των Παιδιατρικών Εργαζόμενων	256
6.9. Η επίδραση του COVID-19 στα Επίπεδα Άγχους των Παιδιατρικών Εργαζόμενων	259
6.10. Βαθμός Συσχέτισης των Επιπέδων Άγχους με την Εμφάνιση Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες.....	261
6.11. Περιορισμοί της Μελέτης	264
6.12. Πλεονεκτήματα Μελέτης.....	266
6.13.Μελλοντικές Προτάσεις	267
6.13.1. Προτάσεις Μελλοντικής Έρευνας.....	267
6.13.2. Προτάσεις σε Οργανωτικό-Διοικητικό Επίπεδο.....	268
6.13.3. Προτάσεις σε Ατομικό Επίπεδο	270
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	274
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	314
1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	314
1.1. Κλίμακα Κοινωνικοδημογραφικών Και Εργασιακών Χαρακτηριστικών Συμμετεχόντων	314

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	318
2. ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	322
.....	322
.....	323
.....	324
.....	325
\.....	326
.....	327
3. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	331
4. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	332

Συντομογραφίες

Ελληνικές

ΑΕΙ	Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΔΜΣ	Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες
ΕΙ	Εξωτερικά Ιατρεία
ΕΣΥ	Ελληνικό Σύστημα Υγείας
ΙΕΚ	Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΜΑΦ	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
ΜΗΝ	Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας
ΜΕΝ	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας
ΠΑΓΝΗ	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
ΠαΔΑ	Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
ΠΚ	Παιδιατρική Κλινική
Π-ΜΕΘ	Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΤΕΙ	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Αγγλικές

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome.
ASD	Anxious Stress Disorder
BRS	Brief Resilience Scale
B-IPF	Brief Inventory of Psychosocial Functioning
CFST	Compassion Fatigue Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA	Therapeutic Goods Administration of America
FS	Faces Scale
HAS	Hamilton Anxiety Scale
HIV	Human Immunodeficiency Virus
JDI	Job Descriptive Index
JDS	Job Diagnostic Survey
JIG	Job In General Scale
JSS	Job Satisfaction Survey
MBT-GS	Maslach Burnout Inventory General Scale
MBSR	Mindfulness–Based Stress Reduction
MD	Moral Distress
MDS	Moral Distress Scale
MSQ	Minnesota Satisfaction Questionnaire
ProQOL	Professional Quality of Life Scale
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
SPTSS	Secondary Post Traumatic Stress Scale
STSS	Secondary Traumatic Stress Scale

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας διατριβής αποτελώντας ένα επίπονο και κουραστικό ταξίδι έφτασε αισίως στο τέλος της. Ωστόσο ολοκληρώνοντας αυτό το ταξίδι, της αναζήτησης της νέας γνώσης, νιώθω έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους αυτούς που τη μοιράστηκαν μαζί μου, συνεργάστηκαν και μου έδωσαν την ευκαιρία να γίνω κοινωνός σε νέες εμπειρίες στο πεδίο τη έρευνας.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την αξιόλογη καθηγήτρια και επιβλέπουσα μου κύρια Ευαγγελία Αντωνίου, καθηγήτρια του τμήματος Μαιευτικής, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε να διεξάγω αυτή την έρευνα, για την πολύτιμη και συνεχή βοήθειά της καθώς και για την ενθάρρυνση και υποστήριξη που μου πρόσφερε τα τελευταία τέσσερα χρόνια. Η παρουσία της, η συνέπειά της και το υψηλό επίπεδο επιστημονικής εποπτείας και καθοδήγησης που μου παρείχε σε όλες τις φάσεις της διατριβής, συντέλεσαν καθοριστικά στην ολοκλήρωσή της ενώ και σε προσωπικό επίπεδο η παρουσία της και οι εύστοχες συμβουλές της υπήρξαν πολύτιμος αρωγός, πηγή γνώσης και θάρρους στα πλαίσια μιας συνεργασίας που χαρακτηρίστηκε από αλληλοσεβασμό και αλληλοεκτίμηση.

Θέλω επίσης να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, κυρία Μαρία Δάγλα, για την άψογη συνεργασία που είχαμε, καθώς ως μέλος της τριμελούς επιτροπής συντέλεσε καθοριστικά στην ολοκλήρωση αυτής της διδακτορικής διατριβής με τις εύστοχες παρατηρήσεις της και τα ουσιαστικά σχόλια της, όσον αφορά την πορεία της έρευνας, τα οποία βοήθησαν σημαντικά στη διαμόρφωση και την τελική εικόνα της διατριβής.

Θέλω επίσης να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών κα. Σολδάτου Αλεξάνδρα που έχοντάς την ως μέλος της τριμελούς επιτροπής συνέβαλε σημαντικά, με την επιστημονική της κατάρτιση και την εμπειρία της στο παιδιατρικό τομέα, σε καίριες επισημάνσεις και επικοδομητικές διορθώσεις.

Καταλήγοντας δεν θα μπορούσα να παραβλέψω από τις ευχαριστίες μου τα μέλη της οικογένειάς μου που χωρίς την υπομονή τους, τη στήριξη, τη κατανόηση και την ενθάρρυνσή τους αυτή η διδακτορική διατριβή δεν θα μπορούσε να επέλθει εις πέρας. Επομένως οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στη σύζυγό μου και τα τρία παιδιά μας, ενώ καταλήγοντας θα μου επιτρέψετε να αφιερώσω τη συγκεκριμένη προσπάθεια και τα ευρήματά της στους γονείς μου Σταύρο και Μαρία.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1	Κίνητρα – Αντικίνητρα	Σελίδα 74
Πίνακας 2	Συμπτώματα Δευτερογενούς τραυματικού Στρες	Σελίδα 86
Πίνακας 3	Άρθρα που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση	Σελίδα 123
Πίνακας 4	Συντελεστής Αξιοπιστίας Εργαλείων Έρευνας Cronbacha	Σελίδα 158
Πίνακας 5	Δημογραφικά – Εργασιακά στοιχεία δείγματος	Σελίδα 161
Πίνακας 6	Στοιχεία για την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, βάρδιες, εργασία τα Σαββατοκύριακα	Σελίδα 162
Πίνακας 7	Στοιχεία με την επιλογή τμήματος, την πρόθεση αλλαγή τμήματος και την ικανοποίηση από την αμοιβή τους	Σελίδα 162
Πίνακας 8	Αποτελέσματα διαφόρων συμβάντων κατά τη διάρκεια της εργασίας	Σελίδα 163
Πίνακας 9	Αποτελέσματα διαφόρων συμβάντων που σχετίζονται με τον COVID-19	Σελίδα 163
Πίνακας 10	Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 20 ερωτήσεις της κλίμακας PTSD	Σελίδα 164
Πίνακας 11	Συνάφεια διάγνωσης μεταξύ Α΄ και Β΄ τρόπου αξιολόγησης του εργαλείου PSSI	Σελίδα 169
Πίνακας 12	Συγκεντρωτικά αποτελέσματα της κλίμακας PTSD και των 4 υποδιαστάσεών της	Σελίδα 178
Πίνακας 13	Διάγνωση PTSD ως προς τα δημογραφικά – εργαστηριακά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 179
Πίνακας 14	Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητες τα δημογραφικά –εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 181
Πίνακας 15	Διάγνωση μετατραυματικού στρες ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 182
Πίνακας 16	Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητα τα άλλα εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 183
Πίνακας 17	Διάγνωση μετατραυματικού στρες και COVID-19	Σελίδα 184

Πίνακας 18	Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητα στοιχεία για τον COVID-19	Σελίδα 185
Πίνακας 19	Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 7 ερωτήσεις της κλίμακας B-IPF	Σελίδα 185
Πίνακας 20	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 187
Πίνακας 21	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 188
Πίνακας 22	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 188
Πίνακας 23	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 189
Πίνακας 24	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και επιλογή του τμήματος εργασίας	Σελίδα 189
Πίνακας 25	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και πρόθεση αλλαγή τμημάτων	Σελίδα 190
Πίνακας 26	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και ικανοποίηση από την αμοιβή	Σελίδα 190
Πίνακας 27	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και τομέας εργασίας	Σελίδα 191
Πίνακας 28	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και περιοχή εργασίας	Σελίδα 191
Πίνακας 29	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους	Σελίδα 192
Πίνακας 30	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού	Σελίδα 192
Πίνακας 31	Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού	Σελίδα 193
Πίνακας 32	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων	Σελίδα 193
Πίνακας 33	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και νόσηση από COVID-19	Σελίδα 194
Πίνακας 34	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και νόσηση συγγενικού/φιλικού προσώπου από COVID-19	Σελίδα 194

Πίνακας 35	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και θάνατος συγγενικού/φιλικού προσώπου από COVID-19	Σελίδα 195
Πίνακας 36	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19	Σελίδα 195
Πίνακας 37	Ψυχοκοινωνική λειτουργία και εμπειρία από θάνατο παιδιού με COVID-19	Σελίδα 196
Πίνακας 38	Συσχέτιση μεταξύ ψυχοκοινωνικών λειτουργιών και διαταραχής μετατραυματικού στρες	Σελίδα 196
Πίνακας 39	Μονομεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 198
Πίνακας 40	Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 12 ερωτήσεις της κλίμακας HAM-A	Σελίδα 199
Πίνακας 41	Άγχος ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 201
Πίνακας 42	Άγχος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 201
Πίνακας 43	Άγχος ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 202
Πίνακας 44	Άγχος ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 202
Πίνακας 45	Άγχος και επιλογή του τμήματος εργασίας	Σελίδα 202
Πίνακας 46	Άγχος και πρόθεση αλλαγής τμήματος	Σελίδα 203
Πίνακας 47	Άγχος και ικανοποίηση από την αμοιβή	Σελίδα 203
Πίνακας 48	Άγχος και τομέας εργασίας	Σελίδα 203
Πίνακας 49	Άγχος και περιοχή εργασίας	Σελίδα 204
Πίνακας 50	Άγχος ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό ιατρικό/νοσηλευτικό λάθος	Σελίδα 204
Πίνακας 51	Άγχος ως προς το αν οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού	Σελίδα 205
Πίνακας 52	Άγχος ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού	Σελίδα 205
Πίνακας 53	Άγχος και αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων	Σελίδα 206
Πίνακας 54	Άγχος και νόσηση από COVID-19	Σελίδα 206
Πίνακας 55	Άγχος και νόσηση συγγενικού /φιλικού προσώπου από COVID-19	Σελίδα 206
Πίνακας 56	Άγχος και θάνατος συγγενικού /φιλικού προσώπου από COVID-19	Σελίδα 207

Πίνακας 57	Άγχος και εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19	Σελίδα 207
Πίνακας 58	Άγχος και εμπειρία από θάνατο παιδιού με COVID-19	Σελίδα 207
Πίνακας 59	Συσχέτιση μεταξύ άγχους και διαταραχή μετατραυματικού στρες	Σελίδα 208
Πίνακας 60	Μονομεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο άγχους των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 209
Πίνακας 61	Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 20 ερωτήσεις της κλίμακας MSQ	Σελίδα 210
Πίνακας 62	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 211
Πίνακας 63	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 212
Πίνακας 64	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 213
Πίνακας 65	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το ωράριο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 213
Πίνακας 66	Επαγγελματική ικανοποίηση και επιλογή του τμήματος εργασίας	Σελίδα 214
Πίνακας 67	Επαγγελματική ικανοποίηση και πρόθεση αλλαγή τμήματος	Σελίδα 214
Πίνακας 68	Επαγγελματική ικανοποίηση και ικανοποίηση από την αμοιβή	Σελίδα 215
Πίνακας 69	Επαγγελματική ικανοποίηση και τομέας εργασίας	Σελίδα 216
Πίνακας 70	Επαγγελματική ικανοποίηση και περιοχή εργασίας	Σελίδα 216
Πίνακας 71	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το αν οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους	Σελίδα 217
Πίνακας 72	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το αν οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό θανάτου ή απειλής ζωής ενός θανάτου	Σελίδα 219
Πίνακας 73	Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού	Σελίδα 219
Πίνακας 74	Επαγγελματική ικανοποίηση και αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων	Σελίδα 220
Πίνακας 75	Επαγγελματική ικανοποίηση και νόσηση από COVID-19	Σελίδα 220

Πίνακας 76	Επαγγελματική ικανοποίηση και νόσηση συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19	Σελίδα 221
Πίνακας 77	Επαγγελματική ικανοποίηση και θάνατος συγγενικού/φιλικού προσώπου από COVID-19	Σελίδα 221
Πίνακας 78	Επαγγελματική ικανοποίηση και εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19	Σελίδα 222
Πίνακας 79	Επαγγελματική ικανοποίηση και εμπειρία από θάνατο παιδιού με COVID-19	Σελίδα 223
Πίνακας 80	Συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και διαταραχής μετατραυματικού στρες	Σελίδα 224
Πίνακας 81	Μονομεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό τη πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς	Σελίδα 227
Πίνακας 82	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες	Σελίδα 229
Πίνακας 83	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης της αίσθησης αναβίωσης τραυματικού συμβάντος	Σελίδα 230
Πίνακας 84	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου της εμφάνισης συμπεριφοράς που συνδέεται με την αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία	Σελίδα 232
Πίνακας 85	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό τη πρόβλεψη του κινδύνου της εμφανής συμπεριφοράς που συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα για το κρίσιμο συμβάν	Σελίδα 233
Πίνακας 86	Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου της εμφάνισης συμπεριφοράς που αφορά την αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα	Σελίδα 235

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1	Κατανομή του συνολικού επιπέδου μετατραυματικού στρες των παιδιατρικών εργαζομένων (κλίμακα PTSD)	Σελίδα 166
Διάγραμμα 2	Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που βιώνουν μετατραυματικό στρες (Α΄ τρόπος αξιολόγησης)	Σελίδα 167
Διάγραμμα 3	Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που βιώνουν μετατραυματικό στρες (Β΄ τρόπος αξιολόγησης)	Σελίδα 168
Διάγραμμα 4	Κατανομή της διάστασης << Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος>> της κλίμακας PTSD	Σελίδα 170
Διάγραμμα 5	Αποτελέσματα για το ποσοστό των παιδιατρικών εργαζομένων που βιώνουν μια αίσθηση αναβίωσης του τραυματικού συμβάντος	Σελίδα 171
Διάγραμμα 6	Κατανομή της διάστασης <<Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία>> της κλίμακας PTSD	Σελίδα 172
Διάγραμμα 7	Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν συμπεριφορά που συνδέεται με την αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία (πληρείται τουλάχιστον ένα από τα πέντε κριτήρια του Κριτηρίου Γ)	Σελίδα 173
Διάγραμμα 8	Κατανομή της διάστασης << Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν>> της κλίμακας PTSD	Σελίδα 174
Διάγραμμα 9	Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν αρνητικά συναισθήματα για το κρίσιμο συμβάν (πληρούν 2 από τα 5 κριτήρια του κριτηρίου Δ)	Σελίδα 175
Διάγραμμα 10	Κατανομή της διάστασης << Αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα >> της κλίμακας PTSD	Σελίδα 176
Διάγραμμα 11	Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα	Σελίδα 177
Διάγραμμα 12	Κατανομή της διάστασης << Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες>>	Σελίδα 186
Διάγραμμα 13	Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο ψυχοκοινωνικών λειτουργιών μεταξύ των εργαζομένων στους παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν	Σελίδα 197
Διάγραμμα 14	Κατανομή της διάστασης <<Άγχος>>	Σελίδα 199
Διάγραμμα 15	Αποτελέσματα για το επίπεδο άγχους των παιδιατρικών εργαζομένων	Σελίδα 200
Διάγραμμα 16	Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο άγχους των εργαζομένων στους	Σελίδα 208

	παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν μετατραυματικό στρες	
Διάγραμμα 17	Κατανομή της διάστασης << Εργασιακή Ικανοποίηση>>	Σελίδα 210
Διάγραμμα 18	Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των παιδιατρικών εργαζομένων που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν	Σελίδα 225
Διάγραμμα 19	Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στους παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν	Σελίδα 226
Διάγραμμα 20	Μέση τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στους παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν	Σελίδα 227

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

ΕΙΚΟΝΑ 1	Γραφική αναπαράσταση της δομικής μορφολογίας του SARS-CoV-2	Σελίδα 49
ΕΙΚΟΝΑ 2	Αντιστοιχία Ιεραρχιών ανθρώπινων αναγκών (Maslow–Alderfer)	Σελίδα 71
ΕΙΚΟΝΑ 3	Κλίμακα προσώπων	Σελίδα 72
ΕΙΚΟΝΑ 4	Το αιτιολογικό μοντέλο του Figley για το στρες και την κόπωση συμπίονιας	Σελίδα 80
ΕΙΚΟΝΑ 5	Το αιτιολογικό μοντέλο του Figley για το στρες και την κόπωση συμπίονιας	Σελίδα 95
ΕΙΚΟΝΑ 6	Στάδια ανάπτυξης συμπτωμάτων τραύματος	Σελίδα 100
ΕΙΚΟΝΑ 7	Προσδιορισμός μελετών μέσω βάσεων δεδομένων	Σελίδα 116

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα επαγγέλματα παροχής βοήθειας, όπως είναι αυτά της υγείας, συχνά χαρακτηρίζονται ως «λειτουργήματα». Με αυτό τον τρόπο, επιδιώκεται να τονιστεί το μεγάλο αίσθημα της ανθρωπιάς και της αλληλεγγύης που τα χαρακτηρίζει με απώτερο σκοπό τη προσφορά ανακούφισης από τον πόνο και την απελπισία του κάθε ασθενή, τη παροχή φροντίδας και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι στην υγεία, ως μέρη της διαδικασίας, έχουν ως τίμημα να χάνουν τον εαυτό τους, να αλλοιώνεται η προσωπικότητά τους και να κατακλύζονται από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα, κάτι που αποκτά μεγαλύτερη δυναμική όταν στον ρόλο των ασθενών βρίσκονται μικρά παιδιά.

Πιο συγκεκριμένα, στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας αναπτύσσεται μια κατάσταση έντασης και συνεχούς ανησυχίας, για ένα συγκεκριμένο γεγονός. Προκύπτει συσσώρευση των ψυχικών τραυμάτων που αντιμετωπίζουν μέσω των ασθενών τους κάτι το οποίο χαρακτηρίζεται μέσω της βιβλιογραφίας, ως δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Αυτό, εκδηλώνεται αναβιώνοντας το τραυματικό γεγονός και αναπτύσσοντας αισθήματα απάθειας και απομόνωσης, με συνέπεια να οδηγούνται σε έκπτωση της παραγωγικότητάς τους, αλλά και γενικότερα της σωματικής και ψυχικής τους υγείας.

Σκοπός, λοιπόν της παρούσας διδακτορικής διατριβής, είναι να προσφέρει μια πλήρη κατανόηση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες και των παραγόντων κινδύνου, όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας παιδιών και ιδιαίτερα αυτούς που δραστηριοποιούνται στο χώρο των παιδιατρικών μονάδων εντατικής θεραπείας.

Στόχοι της μελέτης ήταν: α) να διερευνηθούν τα επίπεδα δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στους επαγγελματίες υγείας των παιδιατρικών ΜΕΘ και να συγκριθούν με αυτά των συναδέλφων τους στα αντίστοιχα παιδιατρικά ΤΕΠ και νοσηλευτικά τμήματα, β) η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων αλλά και των συνεπειών από την ανάπτυξη του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες, γ) η διερεύνηση της συσχέτισης του άγχους με την ανάπτυξη του δευτερογενούς

μετατραυματικού στρες και δ) η διερεύνηση της συσχέτισης της επαγγελματικής ικανοποίησης με την ανάπτυξη του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι κρίθηκε απαραίτητος ο σχεδιασμός και η εκπόνηση μιας συγχρονικής μελέτης σε επαγγελματίες υγείας παιδών σε διάφορα παιδιατρικά νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, από τον Οκτώβριο του 2021 ως τον Ιούνιο του 2022. Το τελικό δείγμα της μελέτης, αποτελούνταν από 445 εργαζόμενους παιδών, ιατρούς και νοσηλευτές, που εργάζονται σε παιδιατρικές μονάδες, παιδιατρικά επείγοντα και νοσηλευτικές κλινικές. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης της Μινεσότα Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), η κλίμακα άγχους του Hamilton, Hamilton Anxiety Scale (HAS), η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες, Posttraumatic Stress Check list for DSM-5 (PTSD) των 20 σημείων και η σύντομη μορφή της απογραφής της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας των εργαζομένων, Brief Inventory of Psychosocial Functioning (B-IPF).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 25,2% (n=112) των συμμετεχόντων είχε χαρακτηριστικά που οδηγούν στη διάγνωση μετατραυματικού στρες ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της εμφάνισής του με τα εξής χαρακτηριστικά των εργαζομένων: το κυκλικό ωράριο σε ποσοστό 28,1%, την επιλογή τμήματος σε 28,9% και την ικανοποίηση από την αμοιβή τους σε 27,1%. Επίσης, αναδείχτηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ως προς την εμφάνιση δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στους εργαζόμενους παιδών, αν έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους σε ποσοστό 29,9%, αν έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό θανάτου ή απειλής ζωής παιδιού κατά 29,7%, ενώ αν έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού εμφανίζεται σε ποσοστό 32,0%.

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη, ανέδειξαν την ανάγκη αντιμετώπισης του προβλήματος αναπτύσσοντας τις κατάλληλες εκείνες πολιτικές υγείας και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, έτσι ώστε να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να διατηρήσουν την ψυχο-συναισθηματική τους υγεία αλλά και την αποδοτικότητά τους προς όφελος των ασθενών. Έτσι, τα ευρήματα δύναται να αξιοποιηθούν μέσω της διατύπωσης προτάσεων για τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών στο συγκεκριμένο πεδίο και τον σχεδιασμό πρακτικών και παρεμβάσεων, οι οποίες εκτός από την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στους εργαζόμενους στον παιδιατρικό τομέα

υγείας, έχουν ως στόχο την εκπαίδευση και τη πληροφόρηση τους, αλλά και από την πλευρά των διοικήσεών τους, την έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπισή τους.

Λέξεις κλειδιά: δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή του στρες, επαγγελματικό άγχος, επαγγελματική ικανοποίηση, παιδιατρική μονάδα παιδών, παιδιατρικά ΤΕΠ, παιδιατρική κλινική, ψυχοκοινωνικές λειτουργίες.

ABSTRACT

Helping professions such as those of health are often characterized as a function wanting to emphasize the great feeling of humanity and solidarity that characterizes them with the ultimate goal of offering relief and salvation from the pain and despair of each patient contributing to the improvement of quality of his life. At the same time, the workers as part of the process have the price of losing themselves and being overwhelmed by negative thoughts and feelings, something that gains more momentum when young children are subject to the role of patients.

In other words, pediatric health professionals develop a state of tension and constant worry about a specific event or accumulation of traumas that they face through their patients, something that is characterized in the literature as secondary traumatic stress. This is manifested either by reliving the traumatic event or by developing feelings of apathy and isolation with the consequence that they are led to a decline in their productivity and in general their physical and mental health

Therefore, the purpose of this doctoral thesis is to provide a more complete understanding of secondary traumatic stress in terms of pediatric health professionals especially those who are active in the field of pediatric intensive care units.

The objectives of the study are a) to investigate the levels of secondary traumatic stress in the health professionals of P.M.E.T.H. and to be compared with those of their colleagues in the respective pediatric TEPs and departments b) the investigation of psychosocial factors as well as the consequences that contribute to and are caused by the development of secondary traumatic stress c) the investigation of the correlation of stress levels with the development of secondary traumatic stress d) the investigation of the correlation of the level of job satisfaction with the development of secondary traumatic stress, too achieve the above objectives, it was deemed necessary to design and conduct a prospective study of pediatric health professionals in various pediatric

institutions in the country from October 2021 to June 2022. The final sample consisted of 445 pediatric workers, doctors and nurses, working in pediatric units, pediatric emergency rooms and clinics. The questionnaires used are the Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), the Hamilton Anxiety Scale-HAS, the 20-item PTSD symptom scale, and the short form of the Inventory of Psychosocial Functioning of Workers (B-IPF).

The results showed that 25.2% (n=112) of the participants have characteristics that lead to the diagnosis of post-traumatic stress, while there appears to be a statistically significant dependence of its occurrence with the following characteristics of the workers, the cyclic schedule at a rate of 28.1% , the choice of department in 28.9% and satisfaction with their pay in 27.1%. It also emerged that a statistically significant dependence in terms of the occurrence of secondary traumatic stress in pediatric workers is whether they have experienced an incident of medical or nursing error at a rate of 29.9%, whether they have experienced an incident of death or threat to the life of a child at 29.7% while whether they have experienced an incident of workplace bullying appears in 32.0%.

The findings from the present study highlighted the need to address the problem by developing the appropriate health policies and psychosocial interventions so that employees can manage to maintain their emotional balance as well as their efficiency for the benefit of their patients. Thus, our findings can be utilized through the formulation of proposals for conducting future research in the specific field and the design of practices and interventions, which, in addition to addressing the risk factors for the development of secondary post-traumatic stress among workers in the pediatric sector, aim at training and information for pediatric workers and their administrations in their early detection and their appropriate treatment.

Keywords: post-traumatic stress disorder, occupational stress, occupational satisfaction, pediatric unit, pediatric ER, pediatric clinic.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική ζωή, καταλαμβάνει ένα σημαντικό και μεγάλο ρόλο της ζωής του κάθε ανθρώπου και συνειδητά ή μη επηρεάζει την υπόλοιπη ζωή του. Ένα σημαντικό μέρος της ζωής μας, το καταναλώνουμε στον εργασιακό μας χώρο όπου όλοι, άλλοι λιγότερο και άλλοι περισσότερο, ανάλογα το είδος της εργασίας, το χαρακτήρα και το ψυχισμό μας, βιώνουμε εργασιακό στρες και ψυχολογική πίεση. Αυτή την κατάσταση κάποιοι εργαζόμενοι καταφέρνουν να την ελέγξουν, να ισορροπήσουν δηλαδή, ανάμεσα στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή, ενώ κάποιοι άλλοι αφήνουν το εργασιακό στρες να διεισδύσει στη ζωή τους και να επηρεάσει την ποιότητά της, καθώς και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Την τελευταία δεκαετία, αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί και αναδειξεί την ανάπτυξη διαφόρων συνδρόμων σε επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα σε εργαζόμενους σε ειδικευμένα τμήματα όπως είναι αυτό της ΜΕΘ (Mol et al., 2015). Έχει παρατηρηθεί δηλαδή, ότι οι εργαζόμενοι που εκτίθενται παρατεταμένα σε συνθήκες εργασιακού άγχους, οδηγούνται σε μείωση της αποτελεσματικότητας στην εργασία τους και σε μείωση των δεικτών της σωματικής και ψυχικής υγείας τους, ενώ αντίθετα, μέσα από τη προσφορά βοήθειας σε ανθρώπους που την έχουν ανάγκη, ενισχύεται το αίσθημα της ικανοποίησης και της αλληλεγγύης, γεγονός που επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων.

Οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας, όπως είναι οι υγειονομικοί, οι πυροσβέστες, οι αστυνομικοί, τα πληρώματα ασθενοφόρων κ.α. έρχονται σε επαφή καθημερινά με περιστατικά που έχουν φόβο, πόνο, συναισθηματική φόρτιση και απόγνωση. Συναισθήματα δηλαδή, που αθροιστικά συντελούν στην ανάπτυξη του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ), μια έννοια που συναντάται βιβλιογραφικά στο τομέα της «Τραυματολογίας», η οποία είναι συσχετιζόμενη με το κόστος που προκαλείται στη φροντίδα που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας (C. Figley, 2015). Επίσης, η έκθεση ενός ατόμου στην τραυματική εμπειρία κάποιου άλλου, εκτός από ΔΜΣ (Secondary Posttraumatic Stress Disorder), συναντιόταν παλαιότερα και με τους όρους αντιμεταβίβαση (Counter transference), τραύμα ταύτισης (Vicarious Traumatization) και δευτερογενής κατατροπή (Secondary Victimization) (C. Figley, 1995).

Οι επαγγελματίες υγείας, εφόσον είναι διαρκώς εκτεθειμένοι στον ανθρώπινο πόνο, βρίσκονται σε μια αλληλεπίδραση με τους ασθενείς τους, βιώνοντας τη θλίψη, τη

μοναξιά, την ανησυχία και την αγωνία για τη πορεία της υγείας τους. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές, όταν γίνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, το PTSD μπορεί να εμφανιστεί είτε ως αποτέλεσμα μιας μεγάλης περιόδου στρες, εφόσον το στρες είναι προδιαθεσικός παράγοντας, είτε να προκληθεί η ενεργοποίησή του ύστερα από την έκθεση του εργαζόμενου σε κάποιο συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός. Και στις δύο όμως, περιπτώσεις, η έκθεση σε τραύμα θεωρείται απαραίτητη (Badger, 2001).

Επίσης, στον ήδη επιβαρυσμένο χώρο της υγειονομικής εργασίας, ήρθε να προστεθεί και η δύσκολη και πρωτόγνωρη κατάσταση που δημιουργήθηκε με την πανδημία του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, η ραγδαία εξάπλωσή της πανδημίας, η αθρόα αύξηση των περιστατικών και των εισαγωγών στα νοσοκομεία και η νόσηση μεγάλου αριθμού του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, οδήγησε σε αύξηση της πίεσης του υγειονομικού συστήματος και στην επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων. Οι εργαζόμενοι, στη προσπάθειά τους να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες εργασιακές ανάγκες και στις νέες προσδοκίες που δημιουργήθηκαν εξαιτίας της πανδημίας, εκδήλωσαν άγχος, κατάθλιψη, φόβο και ανασφάλεια. Η άμεση επαφή τους με μολυσμένους ασθενείς, ο φόβος μεταφοράς του ιού στο οικογενειακό τους περιβάλλον, οι εξαντλητικές ώρες εργασίας χωρίς επαρκή εξοπλισμό, η έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με τον ιό και ο αυξημένος κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητας, τους οδήγησε στην ανάπτυξη νέων και στην επιδείνωση των ήδη υπάρχουσών ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, η αύξηση του επαγγελματικού άγχους και του PTSD οδήγησε σε μείωση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης (Salopek-Žiha et al., 2020), (Cotton, 2020), (Ornelletal., 2020).

Βέβαια, στην περίπτωση που η νοσηλευτική φροντίδα, η διάγνωση και η θεραπεία, αφορούν παιδιά η διαδικασία παροχής, καθώς οι ανάγκες των παιδιών, σωματικές και ψυχικές είναι διαφορετικές από αυτές των ενηλίκων. Επιπλέον, όταν πρόκειται για χρόνιες ασθένειες ή για παιδιά που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, η παρεχόμενη φροντίδα είναι πιο εξειδικευμένη και η νοσηλεία τους μακροχρόνια, γεγονός που καθιστά τους επαγγελματίες υγείας πιο ευάλωτους. Επίσης, η καθημερινή επαφή και η επικοινωνία με τους γονείς, οι οποίοι βρίσκονται σε κατάσταση συναισθηματικής αστάθειας, άγχους και ψυχικού πόνου, επιβαρύνει επιπλέον τους επαγγελματίες καθώς καλούνται να παράσχουν πληροφορίες για την υγεία του παιδιού, συναισθηματική υποστήριξη και κατανόηση.

Εφόσον το επαγγελματικό άγχος των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας αυξάνεται ως συνέπεια όλων των παραπάνω, αναπτύσσονται μηχανισμοί άμυνας με σκοπό να

αντιμετωπιστεί. Το γεγονός αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές, όπως αυτή του ΔΜΣ, ενώ αναλογικά επηρεάζονται και τα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων.

Επομένως, κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθούν οι παράγοντες εκείνοι που επηρεάζουν την εμφάνιση της διαταραχής και να καθοριστούν οι επιπτώσεις της στους εργαζόμενους, σε προσωπικό, κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο. Με αυτό τον τρόπο αναγνωρίζοντας, τις αιτίες και τις συνθήκες που ευνοούν το PTSD, γίνεται πιο εύκολη η έγκαιρη εντόπισή του, ώστε να αντιμετωπιστούν και να περιοριστούν οι επιπτώσεις τους τόσο ως προς τους ίδιους τους εργαζόμενους όσο και προς το επίπεδο της φροντίδας που παρέχουν.

Στο σημείο αυτό, κρίνεται χρήσιμο να διευκρινιστεί ότι οι όροι Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες, στη συγκεκριμένη έρευνα, είναι δύο όροι ταυτόσημοι, εφόσον αφορούν την έμμεση εμπειρία ή έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΡΩΝ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι βασικές έννοιες που περιλαμβάνονται στην έρευνά μας και γίνεται ιδιαίτερη ανάλυση στις έννοιες εκείνες που περιλαμβάνονται στο τίτλο της διδακτορικής διατριβής. Επίσης, γίνεται ιδιαίτερη μνεία όσον αφορά την πανδημία COVID-19, που έλαβε χώρα σε όλη τη διάρκεια της έρευνας και η οποία ως πανδημία επηρέασε τόσο τη διαδικασία, όσο και τα ευρήματά μας.

1.1. Συμπόνια

Η συμπόνια, ορίζεται ως μια διάσταση της στοργής, που αντανακλάται μέσα ένα συναίσθημα, περιλαμβάνοντας τη ψυχική διάσταση και επηρεάζοντας τις επιθυμίες και τις πράξεις μας χωρίς ωστόσο αυτές, να γίνονται αντιληπτές (Oakley, 1992). Οι επαγγελματίες υγείας, δείχνουν ένα βαθύ συναίσθημα συμπάθειας και λύπης ως προς τους ασθενείς που υποφέρουν, οδηγώντας τους στη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης και εμπιστοσύνης, κάτι που στη συνέχεια, τους κάνει τρωτούς και ευπρόσβλητους (McHolm, 2006).

Η συμπόνια, ενισχύει την ισότητα στη σχέση με τον ασθενή γιατί προϋποθέτει την έμφυτη εκτίμηση και τον σεβασμό προς τον συνάνθρωπο. Επίσης, αποτελεί μια ψυχική διάσταση που επηρεάζει τη ζωή των ανθρώπων παρατεταμένα και όχι στιγμιαία, με την επιρροή της να μπορεί να συνεχιστεί ακόμα και όταν απουσιάζει το συγκεκριμένο συναίσθημα. Όταν δηλαδή, ο επαγγελματίας υγείας νιώθει συμπόνια κατά τη διάρκεια του πόνου, δεν φροντίζει τον ασθενή του μόνο συναισθηματικά, αλλά και με άλλους εξελισσόμενους τρόπους πέραν των συναισθηματισμών. Στην εκδήλωση δηλαδή της συμπόνιας, περιλαμβάνεται η επίδειξη του χαρακτήρα ενός ατόμου, το ενδιαφέρον που δείχνει ως προς το καλό των άλλων, η επίγνωση του πόνου, καθώς και η επιθυμία του να δραστηριοποιηθεί, ώστε να συμβάλλει στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου (Pask, 2003).

1.2. Ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση, αποτελεί ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό, μια επαγγελματική κατάσταση με μια διαδικασία επικοινωνίας, όπου ο επαγγελματίας αναπτύσσει ενδιαφέρον και μια ιδιαίτερη σχέση προς τον ασθενή καταλαβαίνοντας και

κατανοώντας τα συναισθήματά του. Είναι μια έμφυτη ικανότητα με αποκτούμενη επικοινωνιακή δεξιότητα με γνωστικά και συμπεριφοριστικά στοιχεία (Kunyk & Olson, 2001). Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως μια φανταστική προβολή μιας υποκειμενικής κατάστασης, προς ένα αντικείμενο, έτσι ώστε να δείχνει ότι έχει εμποτιστεί με αυτήν, αλλά και ως μια πράξη κατανόησης και ευαισθησίας, όπου το άτομο έμμεσα βιώνει τα συναισθήματα και τις εμπειρίες κάποιου άλλου στο παρόν ή στο παρελθόν, χωρίς να αποτελεί μέρος τους (*Empathy Definition & Meaning - Merriam-Webster*, n.d.).

Παρόλη τη τεχνολογική πρόοδο και την εξέλιξη των τεχνικών γνώσεων στον τομέα της φροντίδας υγείας, κρίνονται αναγκαίες οι διαπροσωπικές δεξιότητες, όπως η ενσυναίσθηση. Θεωρώντας ότι ενσυναίσθηση σημαίνει το βίωμα της εμπειρίας κάποιου άλλου, ταυτόχρονα αποδεχόμαστε ότι αποτελεί και ένα νοητικό και συναισθηματικό υπόβαθρο στο οποίο δύναται να αναπτυχθεί το ΔΜΣ. Η ενσυναίσθηση, αποτελεί απαραίτητο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας (C. Figley, 1999). Ωστόσο, αφήνει τους επαγγελματίες υγείας εκτεθειμένους και τρωτούς απέναντι στο τραύμα, γεγονός που μπορεί να τους οδηγήσει σε έκπτωση της ικανότητας ή της επιθυμίας τους να ακούσουν και να ασχοληθούν με τα προβλήματα των άλλων (Carver, 1997).

1.3. Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Για πρώτη φορά, ο όρος επαγγελματική εξουθένωση εμφανίστηκε το 1974 από τον Freudenberger, στην προσπάθειά του να περιγράψει τα συμπτώματα της σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η έννοια περιγράφει την επίδραση μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του επαγγελματία με το εργασιακό περιβάλλον του (Watkins, 1983). Ως πιο γνωστός και διαδεδομένος ορισμός θεωρείται αυτός της Christine Maslach (Maslach et al., 2001), η οποία ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση από την πλευρά του εργαζόμενου ως την έλλειψη ενδιαφέροντος και χαρακτηρίζει τη σωματική του εξάντληση τόσο από την συναισθηματική εξάντληση και την απώλειά αισθημάτων συμπάθειας όσο και από την έλλειψη σεβασμού προς τους πελάτες ή τους ασθενείς τους. Η επαγγελματική εξουθένωση, είναι αποτέλεσμα ενός χρόνιου συσσωρευμένου στρες και όχι ενός μεμονωμένου γεγονότος. Το στρες, ξεκινάει σταδιακά και επιδεινώνεται προοδευτικά,

σε βαθμό που να κατακλύζει τον επαγγελματία κάνοντάς τον να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα λιγοστεύουν και ότι αδυνατεί από την πλευρά του να ανταπεξέλθει στην εργασιακή πίεση που βιώνει.

Οι Maslach και Jackson το 1986 (Maslach et al., 1986) περιέγραψαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση διακρίνεται από τρεις παράγοντες: α) τη συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας αισθάνεται μια ψυχική κόπωση έχοντας χάσει την ενέργεια που χρειάζεται για τη δουλειά του, β) την αποπροσωποποίηση, κατά την οποία ο επαγγελματίας απομακρύνεται από τους πελάτες του αναπτύσσοντας απρόσωπες σχέσεις μαζί τους, γ) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων με μείωση της απόδοσής και αναστολή κάθε προσπάθειας συμπαράστασης και βοήθειας στα προβλήματα των άλλων.

Μελετώντας τα στοιχεία μπορεί κανείς να παρατηρήσει ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει παρόμοια συμπτώματα με αυτά της κατάθλιψης. Ο Billingsley (Billingsley et al., 2004), αναφέρει στην μελέτη του ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στους εξαντλημένους εργαζόμενους, διαφέρουν ελάχιστα με αυτά των ασθενών με κλινική κατάθλιψη. Έτσι, οι εργαζόμενοι με επαγγελματική εξουθένωση, καταλήγουν να διακατέχονται από μειωμένη απόδοση στην εργασία τους, καρδιακά προβλήματα και προβλήματα ψυχικής φύσεως. Παρατηρούνται επίσης προβλήματα διαταραχής μνήμης και προσοχής, απουσίες από την εργασία και σκέψεις για εγκατάλειψή της.

Για να αποφευχθούν όλα τα παραπάνω, χρειάζεται να ληφθούν κάποια μέτρα, ώστε να μπορούν οι εργαζόμενοι να διαχειρίζονται το στρες και τα επίπεδα του άγχους τους. Οι διοικήσεις χρειάζεται να μεριμνήσουν ως προς τους τρόπους πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζόμενων, παρέχοντάς τους προγράμματα διαχείρισης της εργασιακής πίεσης και ανάπτυξης της αυτό-αποτελεσματικότητας, της εργασιακής αφοσίωσης, της επινοητικότητας και της ελπίδας. Τελευταία, αποτελεσματικές θεωρούνται οι τεχνικές χαλάρωσης, φυσικές και τεχνικές, καθώς και οι αλλαγές στο εργασιακό πρόγραμμα με χρήση της γνωστικής αναδιάρθρωσης και θεραπεία της γνωστικής συμπεριφοράς (Drosos et al., 2019).

1.4. Άγχος

Η λέξη άγχος προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα «άγχω», που σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Ως άγχος, ορίζεται η φυσική αντίδραση του οργανισμού σε μια δυνητικά επικίνδυνη ή δύσκολη κατάσταση. Πρόκειται για ένα αίσθημα δυσφορίας,

ανησυχίας και φόβου για το μέλλον, που σε φυσιολογικά και συγκεκριμένα πλαίσια μπορεί να αποβεί ωφέλιμο, να βοηθήσει το άτομο να είναι σε εγρήγορση και επαγρύπνηση όσον αφορά συγκεκριμένες καταστάσεις εστιάζοντας στη προσοχή και στην αυτοσυγκέντρωσή του. Ωστόσο, είναι σύνηθες πολλοί άνθρωποι να δυσκολεύονται να το διαχειριστούν, με αποτέλεσμα, να διατηρούν υψηλά επίπεδα άγχους, το οποίο επιδρά αρνητικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση συχνά γίνεται αιτία ανάπτυξης αγχώδων διαταραχών.

Οι αγχώδεις διαταραχές, είναι διαδεδομένες και προσβάλλουν τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο ανεξάρτητα από το οικονομικοκοινωνικό και πολιτισμικό τους επίπεδο. Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (*Anxiety Disorders*, n.d.2020), 246 εκατομμύρια άνθρωποι, το 3,6% του παγκόσμιου πληθυσμού πλήττεται από κάποια αγχώδη διαταραχή. Από αυτούς το 63%, 179 εκατομμύρια, είναι γυναίκες και το υπόλοιπο 37%, 105 εκατομμύρια είναι άνδρες. Το Αμερικάνικο Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας καταγράφει ότι πάνω από έναν άνθρωπο στους έξι, στην ΕΕ (84 εκατομμύρια) αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας το 2016. Ως συνηθέστερη ψυχική διαταραχή, παρουσιάζεται η αγχώδης διαταραχή το 5,4 του πληθυσμού (25 εκατομμύρια άνθρωποι) (Dattani et al., 2023).

Οι αγχώδεις διαταραχές, ξεχωρίζουν από τα φυσιολογικά συναισθήματα νευρικότητας και στρες και εκδηλώνονται με υπέρμετρο άγχος και φόβο ενώ διακρίνονται από διάφορους τύπους.

1. Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή.

Πρόκειται για μια χρόνια ψυχιατρική διαταραχή που προκαλεί έντονα αισθήματα άγχους που αφορούν θέματα και καταστάσεις της καθημερινότητας. Τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματά της είναι διαφορετικά σε κάθε άνθρωπο, αλλά διακρίνονται ως κοινά, η ανησυχία, η αϋπνία, η ζάλη, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα παλμών.

2. Διαταραχή Πανικού

Αφορά ξαφνικές και επαναλαμβανόμενες εξάρσεις έντονου φόβου που μπορεί να διαρκέσουν από λίγα λεπτά ως αρκετά περισσότερο. Οι κρίσεις αυτές συνήθως κάνουν την εμφάνισή τους χωρίς να υφίσταται κάποια ιδιαίτερη αιτία, ενώ το άτομο που τη βιώνει, παρουσιάζει μια ξαφνική έξαρση των σωματικών και των ψυχικών του συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, νιώθει ότι χάνει τον αυτοέλεγχο και την αυτοκυριαρχία

του, αισθάνεται ότι παθαίνει καρδιακή προσβολή και έχει αίσθημα επικείμενου θανάτου.

3. Φοβία

Αφορά τον υπερβολικό και άκρατο φόβο που νιώθει το άτομο απέναντι σε ένα οποιοδήποτε αντικείμενο, ζώο, τόπο, κατάσταση ή συναίσθημα. Για παράδειγμα, ο φόβος που νιώθει κάποιος για τα ύψη, ονομάζεται υψοφοβία, ο φόβος για τα έντομα, ονομάζεται εντομοφοβία ενώ ο φόβος που νιώθει κάποιος για τους ανοιχτούς χώρους ή την αδυναμία διαφυγής, ονομάζεται αγοραφοβία.

4. Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους

Πρόκειται για το φόβο ή τον τρόμο που νιώθει κάποιος ως προς τις διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Δεν αφορά απλά ένα αίσθημα ανησυχίας απέναντι σε μια κοινωνική εκδήλωση, αλλά την υπέρμετρη ανησυχία που νιώθει κάποιος όσον αφορά τις καθημερινές κοινωνικές επαφές που μπορεί να είναι οι τηλεφωνικές συνομιλίες, τα ψώνια και οι εργασιακές σχέσεις μέχρι οι ιδιαίτερες κοινωνικές και επαγγελματικές συναντήσεις ή οι συνομιλίες με κάποιους που δεν βρίσκονται στις συνηθισμένες επαφές.

5. Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Η συγκεκριμένη αγχώδης διαταραχή, περιλαμβάνει τον έντονο φόβο του αποχωρισμού από κάποιο αγαπημένο πρόσωπο ή κοινωνικές ομάδες ή ζώου ή αντικειμένου. Σε αντίθεση από ότι πιστεύεται, αυτή η διαταραχή δεν συναντάται μόνο στα παιδιά αλλά εμφανίζεται αρκετά συχνά και στους ενήλικες.

Συνήθως οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από συννοσηρότητα. Συνυπάρχουν δηλαδή, περισσότερες από μια αγχώδεις ή ψυχιατρικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές παθήσεις, όπως είναι η κατάθλιψη, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, η διπολική διαταραχή και η διαταραχή χρήσης ουσιών.

Το άγχος, προκαλεί στο ανθρώπινο σώμα την έκκριση συγκεκριμένων ορμονών, την αδρεναλίνη και την κορτιζόλη, την θυρεοειδική ορμόνη, την ενδορφίνη από τον υποθάλαμο, ενώ προκαλεί ελάττωση των σεξουαλικών ορμονών, της τεστοστερόνης στους άνδρες και της προγεστερόνης στις γυναίκες. Συμβάλλει επίσης στην ελάττωση της λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα, στην απελευθέρωση της γλυκόζης στο αίμα με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης για τις μεταβολικές ανάγκες, αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα, διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, αύξηση του οξυγόνου του αίματος και πύκνωση του αίματος, εφίδρωση του δέρματος και όξυνση των αισθήσεων:

μάτια, ακοή, αφή, γεύση, οσμή. Οι μεταβολές αυτές των ορμονών, δημιουργούν μια έντονη εγρήγορση στο άτομο το οποίο βρίσκεται σε επιφυλακή φοβούμενο, ενεργοποιώντας τη φυσική του αντίδραση με τάσεις φυγής ή πάλης (Meier et al., 2016), (Craske et al., 2017).

Όλη η παραπάνω κατάσταση, συντελεί στη γένεση και ανάπτυξη διαφόρων συμπτωμάτων, γνωσιακών, συναισθηματικών, σωματικών και ψυχικών (*Anxiety Disorders and Anxiety Attacks - Help Guide. Org*, n.d.2020)

1. Γνωσιακά Συμπτώματα

- Προβλήματα μνήμης
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Ελλιπής κρίση
- Εστίαση στα αρνητικά
- Αγωνιώδης και γρήγορη σκέψη
- Συνεχής σκέψη

2. Συναισθηματικά Συμπτώματα

- Κακή ψυχική διάθεση
- Οργή
- Πανικός
- Οξυθυμία
- Αναστάτωση
- Αδυναμία Χαλάρωσης
- Αίσθημα συντριβής
- Καταβολή δυνάμεων
- Μοναξιά
- Απομόνωση
- Κατάθλιψη
- Αίσθημα γενικευμένης δυστυχίας

3. Ψυχικά Συμπτώματα

- Αίσθημα έντασης, νευρικότητας και ανησυχίας
- Αίσθημα τρόμου, πανικού ή αίσθησης κινδύνου

- Συνεχές αίσθημα εγρήγορσης
- Αίσθημα απώλειας ελέγχου
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή λογικής σκέψης
- Αίσθημα απώλειας επαφής με την πραγματικότητα ή σχετική ανησυχία
- Ευερέθιστη κατάσταση
- Ανεξέλεγκτες ιδεοληπτικές σκέψεις
- Εφιάλτες

4. Σωματικά Συμπτώματα

- Αίσθημα παλμών
- Ταχύπνοια
- Δύσπνοια
- Ζάλη ή λιποθυμική τάση
- Ξηροστομία
- Εφίδρωση ή εξάψεις
- Στομαχικός πόνος- ναυτία
- Τρεμούλιασμα
- Συχνουρία
- Υπερκινητικότητα
- Πονοκέφαλοι
- Μυϊκοί πόνοι-ένταση
- Μουδιάσματα
- Αϋπνία

Τα επίπεδα άγχους ανάλογα με την ένταση της δυσφορίας και τις σωματικές επιπτώσεις που προκαλούν στον ασθενή διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

1. Ήπιο Άγχος

Πρόκειται για τα πιο συνηθισμένα επίπεδα άγχους, τα οποία που όλοι σχεδόν οι άνθρωποι βιώνουν κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους. Συνήθως, από τα ήπια επίπεδα άγχους το άτομο αναρρώνει γρήγορα χωρίς επιπλοκές. Το ήπιο άγχος μπορεί να προκληθεί από συμμετοχή σε εξετάσεις, αναμονή αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων ή ακόμα και από την καθυστέρηση άφιξης σε κάποιο σημαντικό ραντεβού (Meieretal., 2016), (Craskeetal., 2017).

2. Μέτριο Άγχος

Το άτομο που βιώνει μετρίου επιπέδου άγχος, έρχεται αντιμέτωπο με πιο συχνά, πιο έντονα και πιο ενοχλητικά συμπτώματα άγχους. Το μέτριο άγχος εκδηλώνεται με νευρικότητα, αδυναμία χαλάρωσης και υπερβολική ανησυχία. Οι πάσχοντες εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα, όπως είναι η λιποθυμία, η εφίδρωση, οι εξάψεις, η ναυτία, η ευερεθιστότητα και ο έντονος μυϊκός τόνος. Τα συμπτώματα αυτά διαταράσσουν την καθημερινή ζωή των πασχόντων, ενώ η μειωμένη λειτουργικότητά τους έχει ως αποτέλεσμα την περαιτέρω αύξηση του άγχους τους. Η αμφίδρομη αυτή σχέση, καθιστά και αναγκαία την αντιμετώπισή της κατάστασης με μεθόδους αυτοβοήθειας ή φαρμακευτικής αγωγής (Meieretal., 2016), (Craskeetal., 2017).

3. Έντονο Άγχος

Σε αυτό το υψηλό επίπεδο, το άγχος εξουθενώνει τον πάσχοντα καθώς τα συμπτώματά του είναι συχνά και επίμονα. Τα συμπτώματα που περιλαμβάνει είναι, ο αυξημένος καρδιακός παλμός, το αίσθημα πανικού, η νευρική ή ασυνήθιστη συμπεριφορά, ο θυμός και η κοινωνική απομόνωση. Το επίπεδο αυτό του άγχους μπορεί να επιδράσει σημαντικά στη λειτουργικότητα των ατόμων, στην επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική τους ζωή. Πολύ συχνά επίσης, οι πάσχοντες από σοβαρό άγχος είναι επιρρεπείς σε εθισμούς και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές γεγονός που δείχνει την άμεση ανάγκη εξειδικευμένης βοήθειας και θεραπείας (Meieretal., 2016), (Craskeetal., 2017).

1.4.1. Αίτια /Παράγοντες Εμφάνισης Άγχους

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην προσπάθεια να ανακαλυφθεί ποια τμήματα του εγκεφάλου εμπλέκονται όταν κάποιος βρίσκεται σε μια κατάσταση φόβου και άγχους. Οι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει ότι σημαντικό ρόλο παίζει η περιοχή της αμυγδαλής ως προς την εκμάθηση των αισθημάτων του φόβου, του κινδύνου και της ασφάλειας, ενώ η αμυγδαλή των ανθρώπων που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές είναι πιο αντιδραστική από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Επίσης, ο υποδοχέας που συντελεί στη λειτουργία του συστήματος επιβράβευσης του εγκεφάλου, φαίνεται πως συμβάλλει και στη θεραπεία της έλλειψης του αισθήματος ευχαρίστησης που αποτελεί σύμπτωμα αρκετών διαταραχών. Παράλληλα, σημαντικό ρόλο θεωρείται ότι αποτελούν και τα γονίδια σχετικά με τη πρόκληση διαφόρων

ασθενειών και διαταραχών. Τα γονίδια, όταν συνυπάρχουν με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες, προκαλούν την εμφάνιση διαφόρων αγχωδών διαταραχών. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί με γενετική προδιάθεση εμφανίζεται ντροπαλό και ευαίσθητο, μπορεί να γίνει στόχος εκφοβισμού από συνομηλίκους του, με αποτέλεσμα να αυξήσει τα επίπεδα άγχους του (Schumann et al., 2011).

Συνοψίζοντας, η αιτιοπαθογένεια του άγχους διαμορφώνεται από τις εξής θεωρίες:

1. *Τη βιολογική θεωρία*, όπου υπάρχει σύνδεση μεταξύ της εμφάνισης του στρες με την πρόκληση υπερδιέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και της έντονης νοραδρενεργικής δραστηριότητας.
2. *Τη ψυχαναλυτική δραστηριότητα*, η οποία βασιζόμενη στις θεωρίες του Φρόιντ εξηγεί την εμφάνιση του στρες ως αποτέλεσμα μετουσίωσης της λιμπιντικής ενέργειας και επομένως, το άγχος εκδηλώνεται ύστερα από μια αποτυχημένη προσπάθεια απόθησης και δόμησης των νευρωσικών συμπτωμάτων.
3. *Τη συμπεριφορική θεωρία*, κατά την οποία, το στρες εμφανίζεται λόγω της τοποθέτησης ενός εξαρτημένου αντανακλαστικού κατά τη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας.
4. *Τη γνωσιακή θεωρία*, όπου ως στρες θεωρείται το συναίσθημα το οποίο δημιουργείται σε συνθήκες πραγματικού ή φανταστικού κινδύνου, ενώ το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα που εμφανίζονται.

Τα πρώτα συμπτώματα άγχους συχνά δεν είναι ευδιάκριτα, εξελίσσονται αργά και τα συμπτώματα διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ως βασικό πρώτο σύμπτωμα εμφανίζεται συνήθως, η υπερβολική ανησυχία που μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία ή την εφηβεία και να συνεχίζεται με άλλα συνοδά συμπτώματα στην ενήλικη ζωή. Όταν βέβαια η αιτία του άγχους δεν μπορεί να προσδιοριστεί, είναι πολύ πιθανό τα επίπεδα του να αυξηθούν δραματικά.

Οι κυριότερες καταστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη άγχους είναι:

- Η σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση
- Ο χωρισμός ή το διαζύγιο
- Το πένθος
- Ο εκφοβισμός ή ο κοινωνικός αποκλεισμός

Το άγχος μπορεί επίσης να προκληθεί από ζητήματα, θέματα και προβλήματα της καθημερινότητας

- Την εργασιακή πίεση
- Τα υπερβολικά ωράρια εργασίας
- Τα οικονομικά προβλήματα
- Τα προβλήματα σε προσωπικές σχέσεις
- Την υπερκόπωση
- Το αίσθημα μοναξιάς ή απομόνωσης
- Την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου
- Τη σοβαρή ασθένεια ή τραυματισμό
- Τον εκφοβισμό, τη παρενόχληση ή τη κακοποίηση
- Άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας όπως είναι η κατάθλιψη

Επίσης, πάσχοντες συγκεκριμένων παθήσεων, επηρεάζονται επιπλέον ως προς την ανάπτυξη των επιπέδων του άγχους.

Τέτοιες παθήσεις είναι:

- Οι καρδιακές παθήσεις
- Ο Σακχαρώδης Διαβήτης
- Το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου
- Οι παθήσεις του θυρεοειδούς
- Οι αναπνευστικές παθήσεις, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

Ως προς την επιδείνωση των συμπτωμάτων του άγχους, σημαντικό ρόλο έχει η λήψη ορισμένων φαρμάκων, όπως τα ψυχιατρικά φάρμακα, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ορισμένων σωματικών παθήσεων, οι ναρκωτικές ουσίες καθώς και η λήψη αλκοόλης.

Ωστόσο, αν και το οικογενειακό ιστορικό άγχους, είναι γνωστό ότι αυξάνει τις πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου, διερευνάται ακόμα αν οι γενετικοί παράγοντες συμβάλλουν αυτούσιοι ή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες. Τα άτομα δηλαδή, που πάσχουν από υψηλά επίπεδα άγχους, το οφείλουν σε συμπεριφορές γονεικών προτύπων ή γονιδίων ή συνδυασμός αυτών.

Είναι ήδη γνωστό, ότι οι αγχώδεις διαταραχές έχουν το έναυσμά τους κυρίως στην εφηβεία, ενώ στις γυναίκες εμφανίζεται σε διπλάσια ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες.

Ωστόσο, το άγχος παρόλο που από μόνο του δεν θεωρείται πάθηση απειλητική για τη ζωή, αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα θνησιμότητας, ενώ στη περίπτωση συννοσηρότητας, ο κίνδυνος θνησιμότητας αυξάνεται ραγδαία. Όσον αφορά τη διάγνωση του άγχους, η δυσκολία έγκειται αν τα συμπτώματα αφορούν αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη. Βάσει αυτού, ο ειδικός ψυχικής υγείας, πρέπει να προβεί σε διαφοροδιάγνωση προκειμένου να αποκλείσει ορισμένες σωματικές ασθένειες που μπορεί να προκαλούν τα ίδια συμπτώματα και για να το επιτύχει, χρειάζεται να απαντήσει σε ορισμένα ερωτήματα (Craskeetal., 2017).

- Ποιά σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα παρουσιάζει ο ασθενής;
- Πόσο καιρό αυτά τα προβλήματα τον απασχολούν;
- Ποιες ακριβώς είναι οι ανησυχίες, οι φόβοι ή τα θέματα που τον απασχολούν;
- Ποια είναι η κατάσταση της προσωπικής ζωής του ατόμου;

1.4.2. Πρόληψη του Άγχους

Παρόλο που δεν είναι πάντα προβλέψιμα τα αίτια, το άγχος μπορεί να προληφθεί και να περιοριστεί ο αντίκτυπος των συμπτωμάτων του.

- *Το άτομο να ζητήσει έγκαιρα βοήθεια.* Το άγχος αντιμετωπίζεται πιο δύσκολα εφόσον το άτομο καθυστερήσει να το συνειδητοποιήσει και να εισέλθει στη διαδικασία αντιμετώπισής του.
- *Το άτομο να προσπαθεί να ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο ζωής.* Με αυτό τον τρόπο ζωής ενισχύετε η ψυχική υγεία και καταπραΰνεται το αίσθημα του άγχους.
- *Το άτομο να διατηρήσει όσο δυνατόν υψηλότερα τα επίπεδα δραστηριότητάς του.* Συμμετέχοντας σε δραστηριότητες και σε χόμπι θα καταφέρει να βελτιώσει τα αισθήματα αυτοεκτίμησής του και να αποσπάσει τη σκέψη του από τις όποιες ανησυχίες τον έχουν κυριεύσει ενώ η κοινωνική αλληλεπίδραση και η κοινωνικοποίηση του συντελεί στο να αποτραπεί η περαιτέρω απομόνωσή του.
- *Το άτομο χρειάζεται να αποφύγει τη λήψη αλκοόλ και τη χρήση ναρκωτικών ουσιών.* Οι ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσουν άγχος αλλά και την περαιτέρω διόγκωσή και επιδείνωσή του.

1.4.3. Τρόποι Αντιμετώπισης Άγχους

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα του άγχους και να ανακουφιστεί το άτομο χρειάζεται να ληφθούν διάφορα μέτρα αντιμετώπισης και περιορισμού του.

1. Διατροφή

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη πρόληψη και τη διατήρηση του επιπέδου του άγχους σε χαμηλά επίπεδα, όσο και στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων του. Οι άνθρωποι που πάσχουν από άγχος, καλό είναι να ακολουθούν μια τακτική υγιεινή και μια καλά ισορροπημένη διατροφή. Θεωρείται εξαιρετικά σημαντικό, να τρώνε τακτικά και να μην παρακάμπτουν γεύματα καθώς αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πτώση του σακχάρου στο αίμα, με αποτέλεσμα τη νευρικότητα, την ανησυχία και τη συνεχή εγρήγορση που επιδεινώνουν το υποκείμενο άγχος τους. Παράλληλα, οι τροφές που είναι πλούσιες σε σύνθετους υδατάνθρακες, όπως είναι τα σιτηρά ολικής άλεσης που περιέχουν βρώμη και κινόα, πιστεύεται ότι συντελούν στην αύξηση της ποσότητας σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Στα πλαίσια μιας ισορροπημένης διατροφής επίσης, είναι καλό να περιοριστεί ή να αποφευχθεί το αλκοόλ και η καφεΐνη, καθώς πρόκειται για ουσίες που προκαλούν νευρικότητα και επηρεάζουν το ωράριο του ύπνου.

2. Άσκηση

Η άσκηση θεωρείται ευεργετική για ανθρώπους που πάσχουν από άγχος, καθώς προκαλεί την έκκριση χημικών ουσιών στον εγκέφαλο οι οποίες ονομάζονται ενδορφίνες και δρουν ως φυσικά παυσίπονα. Με τον τρόπο αυτό, το επίπεδο του ύπνου βελτιώνεται, ενώ μειώνονται τα επίπεδα του στρες. Έχει επίσης διαπιστωθεί, ότι η τακτική άσκηση συντελεί στη μείωση της καθημερινής έντασης, βελτιώνει και σταθεροποιεί τη διάθεση, βελτιώνει τον ύπνο και την αυτοεκτίμηση, ενώ η αερόβια άσκηση έχει αποδειχτεί ότι ύστερα από μόλις πέντε λεπτά, αρχίζει να δρα αγχολυτικά. Η αερόβια άσκηση θεωρείται το πιο ευεργετικό είδος άσκησης που συντελεί στη μείωση των επιπέδων άγχους. Άλλες πιο διαδεδομένες αεροβικές μορφές άσκησης, είναι το κολύμπι, η ποδηλασία, το τρέξιμο, το τζόκινγκ ή το ζωνρό περπάτημα, το τένις, ο χορός, ενώ ακόμα και οι σύντομες περιόδους άσκησης υψηλής έντασης διάρκειας 5-10 λεπτών, δύναται να βελτιώσουν τη φυσική κατάσταση και τη διάθεση του ατόμου (Naidoo et al., 2022).

3. Φαρμακευτική Αγωγή

Προεξέχουσα στην αντιμετώπιση του άγχους αποτελεί η χορήγηση φαρμάκων. Οι γιατροί σε συνεργασία με τους ασθενείς, καταλήγουν στο κατάλληλο φάρμακο και την κατάλληλη δοσολογία. Από τα φάρμακα αυτά, κάποια προορίζονται μόνο για βραχυπρόθεσμη χρήση, άλλα συνταγογραφούνται για μεγαλύτερη χρονική περίοδο, ενώ άλλα προορίζονται για την αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων ή των ψυχικών συμπτωμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία του άγχους ταξινομούνται στα εξής:

- Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα πιο διαδεδομένα και βασίζονται σε ένα μηχανισμό που αφορά τον εκλεκτικό αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης (ΕΑΕΣ-SSRI). Τα φάρμακα αυτά συντελούν στην αύξηση της χημικής ουσίας σεροτονίνη, που βρίσκεται στον εγκέφαλο. Η σεροτονίνη, είναι μια χημική ουσία πολύ σημαντική για την ανθρώπινη λειτουργία, καθώς ενισχύει τα αισθήματα ευεξίας και ευτυχίας και βοηθάει στη σκέψη, στη μνήμη, τον ύπνο, τη πέψη και την κυκλοφορία του αίματος. Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να ληφθούν μακροπρόθεσμα αλλά συνήθως χρειάζεται να περάσουν μερικές εβδομάδες πριν αρχίσουν να δρουν. Ένας άλλος τύπος στη κατηγορία αντικαταθλιπτικών είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (ΑΕΣΝ-SNRI). Τα συγκεκριμένα, δρουν προκαλώντας αύξηση των επιπέδων σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στον εγκέφαλο, επιδρώντας στα εγκεφαλικά και στα νευρικά κύτταρα, ρυθμίζοντας τη διάθεση του ατόμου.

- Αντιεπιληπτικά Φάρμακα

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που είναι γνωστά και ως αντισπασμωδικά, χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση της επιληψίας. Η χρήση τους ωστόσο, μπορεί να γίνει και για την αντιμετώπιση του άγχους, καθώς δρουν μειώνοντας την υπερβολική δραστηριότητα στα τμήματα εκείνα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο του αισθήματος του φόβου.

- Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες ανήκουν στη κατηγορία των ηρεμιστικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ως βραχυπρόθεσμη θεραπεία του άγχους, και ενίοτε σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα. Οι βενζοδιαζεπίνες, επειδή έχουν ως κοινή παρενέργεια την

πρόκληση υπνηλίας, οι γιατροί συνήθως προτείνουν στους ασθενείς που τα χρησιμοποιούν, να μην οδηγούν και να μην χειρίζονται μηχανήματα κατά τη διάρκεια της λήψης τους.

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια περιορισμού του άγχους, αποτελεί η ψυχοθεραπεία, η οποία συχνά εφαρμόζεται σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία.

1.4.4.Είδη Ψυχοθεραπείας.

1. Καθοδηγούμενη Αυτοβοήθεια

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης θεραπείας, ο γιατρός ή ο ειδικός ψυχικής υγείας προτείνει στον ασθενή ένα καθοδηγούμενο μάθημα αυτοβοήθειας που συμβάλλει στη διαχείριση των επιπέδων άγχους και επιπλέον του διδάσκει τεχνικές καθημερινής αντιμετώπισης του άγχους. Στην κατηγορία της καθοδηγούμενης αυτοβοήθειας, περιλαμβάνεται η παρακολούθηση ενός βιβλίου εργασιών ή ενός ηλεκτρονικού μαθήματος με την υποστήριξη του θεραπευτή.

2. Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT)

Αυτή του είδους η θεραπεία, βασίζεται στο να βοηθήσει τους ανθρώπους να εξετάσουν κριτικά τις ανήσυχες σκέψεις ή τα αρνητικά συναισθήματά τους. Συντελεί επίσης στη βελτίωση της ικανότητάς τους για προσήλωση και συγκέντρωση καθώς και στην αποφυγή των στρεσογόνων καταστάσεων. Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης θεραπείας, ο ασθενής συμμετέχει σε εβδομαδιαίες συνεδρίες που μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και μήνες ή χρόνια, κάτω από τη καθοδήγηση ενός ειδικά εκπαιδευμένου και διαπιστευμένου θεραπευτή.

3. Εφαρμοσμένη Χαλάρωση

Στα πλαίσια αυτής της θεραπείας, ο εκπαιδευμένος θεραπευτής διδάσκει τον ασθενή πώς να χαλαρώνει όλες τις μυϊκές ομάδες του και να εφαρμόζει αυτού του είδους τη τεχνική όταν βρίσκεται σε καταστάσεις που του προκαλούν άγχος.

1.5. Στρες

Πρόκειται για ένα δυσάρεστο συναίσθημα που κάνει την εμφάνισή του όταν ο άνθρωπος βρίσκεται σε κίνδυνο ή έρχεται αντιμέτωπος με μια δύσκολη κατάσταση. Έως ένα βαθμό, το στρες μπορεί να θεωρείται φυσιολογική ως αντίδραση, ακόμα και επικοδομητική, αλλά κάτω από ορισμένες γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες και ανάλογα με τον τρόπο ζωής και την αντίληψη του ατόμου, μπορεί να αυξηθεί επικίνδυνα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την αναστολή των ικανοτήτων του ατόμου και την αρνητική επιρροή της υγείας του σε σωματικό, κοινωνικό και ψυχικό επίπεδο.

Ο όρος «Στρες» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη Ψυχολογία και τη Βιολογία το 1930, μετά από προσπάθεια να περιγραφεί η ακατάλληλη ανταπόκριση σε κάθε ανάγκη ή πρόκληση, ενώ αφορά επίσης, τις αποτυχίες ενός οργανισμού να ανταποκριθεί στις εκάστοτε συναισθηματικές ή σωματικές απειλές (πραγματικές ή φανταστικές) (Selye, 1975).

Πιο γνωστοί θεωρούνται οι ορισμοί (Hodgkinson & Shepherd, 1994) που ερμηνεύουν ως στρες, την ασαφή ανταπόκριση ενός ανθρώπινου οργανισμού σε οποιαδήποτε ανάγκη προκύψει, σωματική, πνευματική ή συναισθηματική που τον οδηγεί σε εξάντληση, καθώς και ο ορισμός του Sarafino (*Health Psychology Biopsychosocial Interactions by Sarafino - AbeBooks*, n.d. 2024), που ορίζει το στρες ως μια κατάσταση που προκύπτει με τη συναλλαγή του ατόμου με το περιβάλλον. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, το άτομο αντιλαμβάνεται την απομόνωσή του και τη διαφορά μεταξύ των αιτήσεων της κατάστασης και των πόρων που παρέχονται από τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά συστήματα.

1.5.1.Θεωρίες Στρες

- Σύνδρομο γενικής προσαρμογής (general adaptation syndrome –GAS)

Το συγκεκριμένο μοντέλο, αναπτύχθηκε το 1936 από τον Hans Selye, και διαμορφώθηκε για να περιγράψει τις συνέπειες του στρες σε τρία στάδια. Παρατηρώντας ότι το ανθρώπινο σώμα αντιδρούσε σε κάθε στρεσογόνο παράγοντα με το ίδιο βιολογικό μοντέλο, ο Selye, όρισε το στρες ανάλογα με τον τρόπο που αντιδρά το σώμα σε κάποιο στρεσογόνο παράγοντα, πραγματικό, οξύ ή χρόνιο, ανάλογα την ένταση ή τη περίοδο δράσης του. Το σύνδρομο δηλαδή της γενικής προσαρμογής,

περιέχει ένα μεγάλο αριθμό αλλαγών κατά τις οποίες το άτομο προσπαθεί να ανταπεξέλθει και οι συγκεκριμένες αλλαγές μπορεί να είναι από σημάδια βλάβης μέχρι διάφορες εκδηλώσεις αντιδράσεων στη προσπάθεια του σώματος να προσαρμοστεί. Συνοψίζοντας λοιπόν, σύμφωνα με τον Selye, το στρες αποτελεί μια μη συγκεκριμένη αντίδραση του σώματος σε κάθε είδους απαίτηση. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε μια νευρική, ανοσοποιητική ή ορμονολογική απάντηση προκαλούμενη από δυσάρεστες ή και από ευχάριστες καταστάσεις (Selye, 1975).

Αναλύοντας τη συγκεκριμένη θεωρία, παρατηρούμε ότι το πρώτο στάδιο αποτελεί η αντίδραση (alarm stage), όπου το σώμα απελευθερώνει ορμόνες όπως η κορτιζόνη, η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη, ώστε να παραχθεί ενέργεια μετά την αντίληψη κάποιας απειλής. Στην περίπτωση που δεν αναπτυχθεί άμεσα κάποια σωματική δραστηριότητα-αντίδραση, η κατάσταση μπορεί να αποβεί επιζήμια για τον οργανισμό.

Το δεύτερο στάδιο, χαρακτηρίζεται από την αντίσταση (resistance stage). Στην περίπτωση που ο στρεσογόνος παράγοντας επιμένει, κρίνεται αναγκαίο να τεθούν σε εφαρμογή τρόποι αντιμετώπισης του στρες. Το σώμα προσπαθεί να προσαρμοστεί στις πιέσεις και απαιτήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο, αλλά αυτό δεν μπορεί να γίνεται επ' αορίστου, καθώς τόσο το σώμα όσο και η ψυχή του ατόμου φθείρονται. Χρειάζεται επομένως, να επιτευχθεί μια μορφή ισορροπίας ώστε να αναρρώσει ο οργανισμός και τα επίπεδα ορμονών να έρθουν σε φυσιολογικά πλαίσια. Εάν όμως ο στρεσογόνος παράγοντας επιμένει, ο οργανισμός εξουθενώνεται και παραμένει σε κατάσταση άρνησης. Σε περίπτωση που η διαδικασία αυτή συνεχιστεί ή επαναλαμβάνεται πολύ συχνά, αναπόφευκτα ο οργανισμός θα οδηγηθεί στο τρίτο στάδιο.

Το τρίτο στάδιο, περιλαμβάνει την εξάντληση (exhaustion stage). Σε αυτή τη φάση το σώμα αδυνατεί να διατηρήσει τη φυσική του λειτουργία. Τα αρχικά σημεία, περιλαμβάνουν συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως η εφίδρωση και η ταχυκαρδία, ενώ αν αυτή η φάση παραταθεί χρονικά, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή ανεπάρκεια ως αποτέλεσμα της εξασθένησης του σώματος και του ανοσοποιητικού του συστήματος. Το χρόνιο στρες οδηγεί σε βλάβη των νευρικών κυττάρων, των ιστών και των διαφόρων οργάνων, επηρεάζει αρνητικά τη διαδικασία της σκέψης και της μνήμης ενώ εκδηλώνεται με ψυχικές και σωματικές ασθένειες όπως είναι το έλκος, η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι εντερικές δυσλειτουργίες, οι καρδιακές παθήσεις, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η υπέρταση κ.α(Harding, 2007).

- Μοντέλο του «καλού» στρες – άγχος ενεργοποίησης (eustress) και του «κακού» στρες – ένταση (distress)

Το 1975 ο Selye, παρουσίασε ένα μοντέλο όπου διαχωρίζει το στρες σε «καλό» και σε «κακό». Ως «καλό» στρες, ονομάζει αυτό που αυξάνει τη λειτουργικότητα και τη δύναμη του ατόμου, τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική, καθώς λειτουργεί ως κινητήρια δύναμη για το άτομο, το δραστηριοποιεί και περιορίζει τις σωματικές και ψυχικές του απώλειες.

Από την άλλη πλευρά, ως «κακό» στρες χαρακτηρίζει αυτό που επιμένει, που δεν επιλύεται μέσω στρατηγικών αντιμετώπισης ή προσαρμογής το οποίο οδηγεί το άτομο σε έντονη ανησυχία, παραίτηση ή ακόμα και σε κατάθλιψη. Το σώμα, κατά τη διάρκεια και των δύο ειδών στρες, υφίσταται τις ίδιες μη συγκεκριμένες αντιδράσεις οι οποίες προκαλούνται από την θετική ή αρνητική διέγερσή, ενώ ο βαθμός της βλάβης είναι αποτέλεσμα του βαθμού της προσαρμοστικότητας και του βαθμού επιτυχίας των μηχανισμών αντιμετώπισης της αλλαγής (Selye, 1978).

Η διάκριση τους στρες σε «καλό» ή «κακό», καθορίζεται από το είδος των βιωματικών εμπειριών, αν πρόκειται δηλαδή για πραγματικές ή φανταστικές, τις προσδοκίες του ατόμου και τις δυνάμεις και ικανότητες που διαθέτει, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια στρεσογόνο κατάσταση (de Kloet et al., 2005).

- Το μοντέλο της γνωσιακής αξιολόγησης (cognitive appraisal model)

Το 1966 ο Lazarus, τόνισε ότι για να είναι μια ψυχοκοινωνική κατάσταση στρεσογόνος, θα πρέπει να εκτιμηθεί ως στρεσογόνος. Θεώρησε δηλαδή, ότι η νοητική διαδικασία του μοντέλου, καθορίζει μια κατάσταση ως απειλητική όταν αυτή περιλαμβάνει την απώλεια ή το κακό. Θεώρησε επίσης, ότι οι προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την γνωσιακή αξιολόγηση του ατόμου, κι εκείνη με τη σειρά της θα ενεργοποιήσει την επιλογή του μηχανισμού αντιμετώπισης. Από τη μια πλευρά, η στρατηγική εστίασης στο πρόβλημα προσανατολίζεται στη διαχείριση του προβλήματος, ενώ από την άλλη, η στρατηγική εστίασης στο συναίσθημα προσανατολίζεται στην διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων. Ως δευτερεύουσα αξιολόγηση, αναφέρθηκε στην εκτίμηση των πόρων που διαθέτει το άτομο, ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα και να μεταβάλλει την αρχική του αξιολόγηση.

Συνοψίζοντας με απλά λόγια, η αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνει την αντίληψη το πόσο στρεσογόνος μπορεί να καθοριστεί μια κατάσταση, καθώς και το βαθμό

συνειδητοποίησης που διακρίνει το άτομο ως προς το επίπεδο των εφοδίων και των δυνάμεων που κατέχει προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που τον απασχολεί. Επομένως, χρειάζεται ο τρόπος αντιμετώπισης που θα επιλέξει ως αντίδραση να είναι ευέλικτος, να ελέγχει την αποτελεσματικότητά του και αν κρίνει ότι δεν έχει επέλθει το επιθυμητό αποτέλεσμα να επιλέξει κάποιο άλλο είδος στρατηγικής. Μόλις δηλαδή το άτομο ενοχληθεί από κάτι, κάνει δύο γνωσιακές αξιολογήσεις. Πρώτον αν ο στρεσογόνος παράγοντας είναι ικανός να τον θέσει σε κίνδυνο και δεύτερον αν μπορεί να τον αντιμετωπίσει (*Stress, Coping, and Development*, n.d. 2024).

1.5.2. Συσχέτιση του Εργασιακού Στρες των Επαγγελματιών Υγείας στην Εργασία τους

Το 1998, η κυβέρνηση Αγγλίας αναγνώρισε τους εργασιακούς χώρους, ως τόπους εξασφάλισης και διατήρησης της υγείας των εργαζόμενων και έθεσε ως σκοπό τη διασφάλιση της προστασίας της υγείας τους από τη βλάβη που προκαλούν συγκεκριμένα επαγγέλματα. Τόνισε επίσης, τη σημασία της προτεραιότητας στην καλή ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, προκειμένου να παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Ομοίως, στην Αμερική αλλά και σε άλλες χώρες, τα προγράμματα σχετικά με εργασιακά θέματα υγείας, αναδείχτηκαν ως ιδιαίτερα σημαντικά ως προς την ευημερία, την παραγωγικότητα και την απόδοση των εργαζόμενων. Τα άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας, αναγνωρίζονται ως ομάδα υψηλού κινδύνου για εργασιακό στρες (A. Smith, 2001). Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν σε επαγγελματίες υγείας, διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες και ψυχικών διαταραχών, σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν σε άλλες εργασιακές ομάδες (Wall et al., 1997).

Το στρες, στα επαγγέλματα υγείας, φροντίδας και παροχής βοήθειας, ορίζεται ως η αλληλεπίδραση μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του εργασιακού του περιβάλλοντος, όπου οι αντιλαμβανόμενες απαιτήσεις υπερβαίνουν την ικανότητα του επαγγελματία να τις αντιμετωπίσει και να μπορέσει να ανταπεξέλθει σε αυτές με επιτυχία. Οι εργαζόμενοι, συχνά κατακλύζονται από έντονο στρες το οποίο επιδεινώνεται λόγω των συνθηκών εργασίας που βιώνουν. Η υποστελέχωση, οι υπερβολικές ώρες εργασίας, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η αλαζονική συμπεριφορά ορισμένων προϊστάμενων και η παροχή φροντίδας σε βαρέως πάσχοντες,

αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες (Aslan et al., 2022), ενώ οι συχνές βάρδιες και η νυχτερινή εργασία θεωρείται ως η πιο συχνή πηγή εργασιακού στρες (Costa, 2010), (Bukhtiyarov & Rubtsov, 2018), (Amiard et al., 2022).

Το μακροχρόνιο στρες των εργαζόμενων, συνήθως καταλήγει σε κατάθλιψη, κόπωση συμπόνιας και σε επαγγελματική εξουθένωση (Gelsemaetal., 2005), (Z. Lietal., 2019). Τα προαναφερθέντα, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο αριθμό προσωπικού, έχουν ως συνέπεια την έκπτωση στην φροντίδα των ασθενών (Carayon & Gurses, 2008). Επιπλέον, μια έρευνα που διεξήχθη σε νοσηλευτές της Μ.Βρετανίας, έδειξε ότι το 70% του δείγματος πίστευε ότι το στρες που βίωσε στην εργασία του, είναι υπεύθυνο για τις συγκρούσεις στη προσωπική και οικογενειακή του ζωή (Helps, 1997). Παρομοίως, η έρευνα των Harpell σε ψυχιατρικούς νοσηλευτές (Harpell et al., 2003), ανέδειξε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης με τους περισσότερους νοσηλευτές να εκφράζουν την επιθυμία να αλλάξουν επάγγελμα. Οι Sundin-Huard & Fahy ((Sundin-Huard & Fahy, 1999), στη δική τους έρευνα σε νοσηλευτές της ΜΕΘ, συμπέραναν ότι η επαγγελματική τους εξουθένωση, συσχετίστηκε σε σημαντικό βαθμό με τα ηθικά διλήμματα που προέκυπταν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας βαρέων πασχόντων, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που τα ηθικά διλήμματα αυτά, αφορούσαν παιδιατρικούς ασθενείς.

Οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς που πολλές φορές πρόκειται για ετοιμοθάνατους, τη ματαιότητα που συνοδεύει αυτά τα περιστατικά και το ίδιο το αίσθημα του θανάτου με το οποίο έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι, έχουν να αντιμετωπίσουν και τους συγγενείς-γονείς που τους μεταφέρουν και τους μεταδίδουν τα δικά τους άγχη και τη δική τους απόγνωση (Pálfiné, 2008). Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξε και η μελέτη των Perkin (Perkin et al., 1997). Η συγκεκριμένη μελέτη που έλαβε χώρα στις Η.Π.Α, διερευνώντας τα επίπεδα στρες και συναισθηματικής εξάντλησης νοσηλευτριών που περιθάλπουν παιδιά με ανεγκεφαλία, ανίχνευσαν ότι οι συγκεκριμένες εργαζόμενες από τη μια βίωναν υψηλά επίπεδα στρες και εξάντλησης και από την άλλη ένιωθαν αδύναμες και ανήμπορες να προσφέρουν και να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των μικρών ασθενών τους. Διακρίνονταν επίσης από έντονο το φόβο πρόκλησης κάποιου λάθους και ανέπτυξαν αισθήματα ενοχής και φόβου, ενώ κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού κατέληγαν σταδιακά να απομακρύνονται ψυχικά και συναισθηματικά από τον ασθενή τους και ανέπτυσαν υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης.

Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στο νοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικών κλινικών και παιδιατρικών ΜΕΘ, έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί το άγχος που βίωναν οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωποποίηση του προσωπικού, ήταν σε μέτριο επίπεδο, σε αντίθεση με την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων που ήταν σε υψηλά επίπεδα. Το εργασιακό στρες, αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ ακολούθησε η έκθεση σε αγχώδεις καταστάσεις, η έλλειψη συναδελφικότητας, το προσωπικό άγχος και τα χρόνια εργασίας (Oehler et al., 1991).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη το 2005 στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικών τμημάτων στην Ισπανία, διαπίστωσε ότι το 20,8% των εργαζομένων βίωνε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση, το 14,5% των συμμετεχόντων εμφάνισε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, το 23,9% υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και το 67,7% έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Ειδικότερα, η τελευταία διαπίστωση θεωρείται ότι αποτελεί το βασικό παράγοντα που κάνει τους παιδιατρικούς εργαζόμενους να αναπτύξουν μια αρνητική στάση, τόσο απέναντι στους ίδιους όσο και στα πλαίσια του εργασιακού βίου τους. Παράλληλα, χάνουν το ενδιαφέρον τους όσον αφορά τη παροχή περίθαλψης και φροντίδας στους μικρούς ασθενείς, με επακόλουθο την ανάπτυξη χαμηλής αυτοεκτίμησης και κατά συνέπεια χαμηλής παραγωγικότητας (*Psychological Harassment in the Spanish Public University System.*, n.d. 2024).

Από τα ανωτέρω γίνεται κατανοητό, ότι οι επαγγελματίες υγείας κατακλυσμένοι από το στρες χάνουν τον αρχικό ενθουσιασμό τους για το επάγγελμα, αναπτύσσουν συμπτώματα κατάθλιψης, κινισμού και θυμού προς τους ασθενείς και οδηγούνται σε εργασιακή ανικανότητα. Παράλληλα, η ανάληψη ρίσκων και πρωτοβουλιών, οι διοικητικοί και νομικοί κανόνες που διατρέχουν την εργασία τους με τις συνεχώς αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις, αυξάνουν την πίεση, χωρίς να γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι χρειάζονται ειδική θεραπευτική προσέγγιση (*Staff Burn-Out - Freudenberg - 1974 - Journal of Social Issues - Wiley Online Library*, n.d. 2024), (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που διακρίνονται για ευσυνειδησία, είναι φιλότιμα και δοτικά εμφανίζονται πιο ευάλωτα ως προς το στρες. Η ανάπτυξη μιας σχέσης με ενσυναίσθηση με τους ασθενείς και την οικογένειά τους, βελτιώνει την ανάρρωση αλλά δημιουργεί στον επαγγελματία τη συνειδητοποίηση της δικής του

θνητότητας. Οι επαγγελματίες υγείας και η οικογένεια των ασθενών, διακατέχονται από προσωπικές πηγές πίεσης και στρες. Στις πηγές αυτές, συνήθως περιλαμβάνονται οι διάφορες περιβαλλοντικές και κοινωνικές πιέσεις, η απογοήτευση από το σύστημα φροντίδα υγείας, η ελλιπής υποστήριξη ή εκπαίδευση, καθώς και τα προβλήματα στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων που επιδρούν αναπόφευκτα στο εργασιακό τους βίο έχοντας αντίκτυπο στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Keidel, 2002).

Συνοψίζοντας, οι παράγοντες που εντείνονται στρες στους επαγγελματίες υγείας και τους κάνουν πιο ευάλωτους, θεωρούνται οι εξής: (Skonholt et al., 2001).

- Ορισμένες φορές οι εργαζόμενοι έχουν υπερβολικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες όσον αφορά την επίλυση των προβλημάτων των ασθενών και την ίαση τους, όμως κάποιες φορές αυτό δεν είναι εφικτό.
- Οι ευσυνείδητοι εργαζόμενοι, αρκετές φορές εμφανίζουν υπερβολική αφοσίωση στην εργασία τους.
- Στον υγειονομικό χώρο υπάρχει μια ασάφεια στους ρόλους και στις αρμοδιότητες του κάθε εργαζόμενου, γεγονός που δυσκολεύει την άρνηση εκτέλεσης αλλότριων καθηκόντων.
- Στα πλαίσια της ενσυναίσθησης, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να οδηγηθεί σε μια κατάσταση συναισθηματικής «αποστράγγισης», καθώς ταυτίζεται με τον ασθενή, το πρόβλημα και την ανάγκη θεραπείας του.
- Ο επαγγελματίας υγείας, δυσκολεύεται να διαχειριστεί ότι δεν υπάρχει κλίμακα επιτυχίας και η θεραπεία δεν είναι μετρήσιμη.
- Ο επαγγελματίας υγείας δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την αποτυχία που υφίσταται παρά τις μεγάλες προσπάθειες του. Όμως, η αποτυχία στον υγειονομικό χώρο εκλαμβάνεται ως θάνατος, αναπηρία ή ως μη πετυχημένη έκβαση της θεραπείας και της πρόγνωσης του ασθενή με συνέπεια την κατάληξή του.

1.6. Πανδημία COVID-19

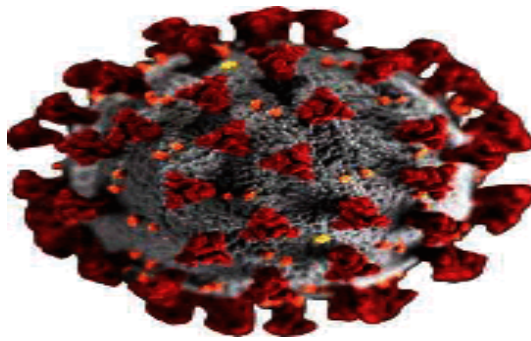
Αναφερόμενοι στους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση ΔΜΣ, ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στη πανδημία COVID-19 και στην αντιμετώπιση της, καθώς οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα, αποτέλεσαν την πιο άμεση επαγγελματική ομάδα σε ότι αφορά την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της πανδημίας. Όπως και στις αντίστοιχες πανδημίες του Έμπολα το 2003 και το 2014, οι υγειονομικοί εργαζόμενοι,

εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Bozdağ & Ergün, 2021). Διάφορες μελέτες, διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας είχαν αυξημένο άγχος που προέρχονταν από το φόβο της λοίμωξης από τον ιό SARS-CoV-2, λόγω της καθημερινής επαφής τους με φορείς και ασθενείς. Ο φόβος και η ανασφάλεια τους οδήγησε σε αύξηση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και στρες και ειδικότερα, εκείνοι που εργάζονταν στην πρωτοβάθμια υγεία, σε τμήματα των επειγόντων και στις ΜΕΘ, εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών συμπτωμάτων (Wang et al., 2020), (Cullen et al., 2020).

Πιο συγκεκριμένα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ένα υψηλό ποσοστό του δείγματος (41,3%), παρουσίασε συμπτώματα ΔΜΣ, συναισθηματική εξάντληση (56,0%) και αποπροσωποποίηση (48,9%). Αντίστοιχα, ο επιπολασμός του ΔΜΣ σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε επείγοντα τμήματα, καταγράφηκε στο 47,5%, ενώ στους εργαζόμενους άλλων μονάδων ανιχνεύτηκε στο 30,3% (Marzetti et al., 2020).

1.6.1.ΟΙός SARS-CoV-2

Το Δεκέμβριο του 2019, η άσημη πόλη Wuhan της Κίνας έγινε παγκοσμίως γνωστή ως το σημείο έναρξης μιας νέας μεταδοτικής ασθένειας που εξελίχθηκε σε πανδημία. Επρόκειτο για ένα νέο είδος κορωνοϊού, ένα θετικό κλωνοποιημένο ιό RNA, που ανήκει στο γένος Betacoronavirus, με κορόνα λόγω της παρουσίας ακίδων γλυκοπρωτεϊνών, με επιστημονικό τύπο SARS-CoV-2, 2019-nCoV λόγω της μεγάλης του ομοιότητας με το SARS-CoV ο οποίος ήταν υπεύθυνος για το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας και των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας κατά τη χρονική περίοδο 2002-2003. OSARS-CoV-2 σχετίζεται κατά 88-89% με δύο σοβαρά αναπνευστικά σύνδρομα που προέρχονται από τη νυχτερίδα και ανήκουν στην οικογένεια των κορωνοϊών, τα bat-SL-CoVZC45, και bat-SL-CoVZXC21. Τα σωματίδιά του είναι κυρίως πολυμορφικά, στρογγυλά και ελλειπτικά με διάμετρο 60nm ως 140nm. Η μόλυνση από τον SARS-CoV-2, επέρχεται μέσω της έκθεσης από στενές επαφές, ενώ τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη, καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, καρκίνο, νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια, διατρέχουν αυξημένες πιθανότητες μόλυνσης και εμφάνισης σοβαρών επιπλοκών (Ouassou, 2020).



Εικόνα 1: Γραφική αναπαράσταση της δομικής μορφολογίας του SARS-CoV

Πηγή: (Ouassouetal., 2020)

Στα κύρια συμπτώματα του SARS-CoV-2, περιλαμβάνονται τα εξής (Oran & Topol, 2021):

- Πυρετός
- Βήχας
- Δύσπνοια
- Κόπωση
- Σωματικοί πόνοι
- Πονοκέφαλος
- Πονόλαιμος
- Απώλεια μυρωδιάς ή γεύσης
- Ναυτία
- Διάρροια

Εάν ο ιός δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και επιδεινωθεί η κατάσταση του ασθενή, μπορεί να προκαλέσει πνευμονία, αναπνευστική και καρδιακή ανεπάρκεια μέχρι ηπατική ανεπάρκεια, σηπτικό σοκ και θάνατο. Αυτές οι επιπλοκές, είναι αποτέλεσμα μιας κατάστασης που είναι γνωστή ως σύνδρομο απελευθέρωσης κυτοκίνης. Η λοίμωξη δηλαδή, πλημμυρίζει την κυκλοφορία του αίματος με κυτοκίνες, φλεγμονώδεις πρωτεΐνες που μπορούν να σκοτώσουν τον ανθρώπινο ιστό και να καταστρέψουν τα όργανα του πάσχοντα (Parasher, 2021).

Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιδείνωση της ασθένειας, θεωρούνται (Yuki et al., 2020):

- Η χρόνια νεφρική νόσος
- Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
- Το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα εξαιτίας μεταμόσχευσης οργάνων, μυελού των οστών, HIV και η λήψη κορτικοστεροειδών.
- Ο καρκίνος
- Η παχυσαρκία
- Η καρδιακή ανεπάρκεια ή η στεφανιαία νόσος
- Η Δρεπανοκυτταρική νόσος
- Ο σακχαρώδης διαβήτης
- Η κυστική ίνωση
- Η εγκυμοσύνη
- Το κάπνισμα

Ο COVID-19 διαγιγνώσκεται με δύο τρόπους. Ο πρώτος τρόπος, περιλαμβάνει μια ιογενή εξέταση που δείχνει αν υπάρχει λοίμωξη και ο δεύτερος τρόπος, μέσω της δοκιμής αντισωμάτων που δείχνει αν το άτομο είχε προσβληθεί στο παρελθόν από τη συγκεκριμένη λοίμωξη. Τα δείγματα, συλλέγονται ή από την άνω αναπνευστική οδό ή από το κάτω μέρος της, ενώ ορισμένα τεστ μπορούν να χρησιμοποιήσουν και δείγμα σιέλου (CDC, 2020).

Ο ιός SARS-CoV-2, μεταδίδεται κυρίως από άτομο σε άτομο, μέσω των σταγονιδίων του αναπνευστικού. Λιγότερο πιθανό όμως είναι να νοσήσει κανείς αγγίζοντας μολυσμένες επιφάνειες. Ο ιός μπορεί να διατηρηθεί αρκετές ώρες σε διάφορες επιφάνειες ανάλογα με το υλικό που είναι κατασκευασμένες. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι σε επιφάνεια κατασκευασμένη από χαλκό, διατηρείται για 4 ώρες, από χαρτόνι ως 24 ώρες και από πλαστικό από 2 ως 3 ημέρες (Corpet, 2021).

Η μετάδοση του ιού γίνεται σχετικά γρήγορα, ενώ εκτιμάται ότι ένα άτομο μπορεί να μεταδώσει το ιό σε 2 έως 3,5 άτομα. Συγκριτικά με την περίπτωση της εποχικής γρίπης, ένα άτομο μπορεί να μεταδώσει τον ιό σε άλλα 1,1 έως 2,3 άτομα. Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι ο ιός μπορεί να μεταδοθεί ακόμα και σε απόσταση 6 μέτρων από ένα εκτεθειμένο άτομο που νοσεί, μέσω του βήχα ή του φτερνίσματος (Zheng, 2020).

Στα άτομα με ήπια συμπτωματολογία, συνίσταται ξεκούραση, υγρά για ενυδάτωση και έλεγχο του πυρετού. Στα άτομα που εμφανίζουν πιο σοβαρά συμπτώματα ή η συνολική κατάσταση τους δείχνει σημάδια επιδείνωσης, συστήνεται νοσηλεία και επαγρύπνηση. Τα αντιβιοτικά στην αντιμετώπιση των ιογενών λοιμώξεων όπως και του COVID-19 δεν συνιστώνται, επομένως, για να περιοριστεί η έκτασή του φαινομένου, η επιστημονική κοινότητα, έδειξε ιδιαίτερη προσήλωση και γρήγορα αντανακλαστικά προκειμένου να ανακαλυφθεί κάποιο φάρμακο. Για το σκοπό αυτό, ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων(FDA), χορήγησε άδειες χρήσης έκτακτης ανάγκης, προκειμένου να επιταχυνθούν οι διαδικασίες. Στην παρούσα φάση, γίνεται χρήση του αντιικού φαρμάκου remdesivir (Veklury) σε νοσοκομειακό περιβάλλον, σε ενήλικες και παιδιά άνω των 12 ετών, ενώ επιπλέον μονοκλωνικά φάρμακα αντισωμάτων έχουν επίσης εγκριθεί. Πιο γνωστό είναι το sotrovimab που αποτελεί ένα συνδυασμό δύο αντισωμάτων, των casirivimab και imdevimab και χρησιμεύει στη θεραπεία του ήπιου ή μέτριου SARS-CoV-2, αλλά και για άτομα που κινδυνεύουν να εμφανίσουν σοβαρή ασθένεια, ως επιπλοκή του COVID-19. Επίσης, ο FDA έχει αδειοδοτήσει ως θεραπευτική αντιμετώπιση τη χορήγηση πλάσματος με υψηλό επίπεδο αντισωμάτων. Ως πλάσμα χορηγούμενο για θεραπεία χαρακτηρίζεται το πλάσμα που προέρχεται από αίμα που δίνεται από άτομα που έχουν νοσήσει και που περιέχουν υψηλά ποσοστά αντισωμάτων (Zhang & Liu, 2020), (L. Chen et al., 2020).

Στο πλαίσιο της πρόληψης και του περιορισμού της εξάπλωσης του ιού, σημαντικό ρόλο αποτέλεσαν και συνεχίζουν να αποτελούν τα εμβόλια, τα οποία παρά την έντονη αμφισβήτηση και τις διχαστικές απόψεις που προκάλεσαν, συνέβαλλαν στον περιορισμό και την προφύλαξη του πληθυσμού. Στις 11 Δεκεμβρίου 2020, ο FDA χορήγησε άδεια έκτακτης ανάγκης στο εμβόλιο Pfizer-BioNTech, για άμεση χρήση και σε μια εβδομάδα στο αντίστοιχο της φαρμακευτικής εταιρείας Moderna. Το μονοδοσικό εμβόλιο της Johnson & Johnson, έλαβε επίσης άδεια χρήσης έκτακτης ανάγκης το Φεβρουάριο του 2021, ενώ παράλληλα και άλλες χώρες όπως η Ρωσία και η Κίνα, ανέπτυξαν τα δικά τους εμβόλια. Συνολικά, 18 εμβόλια έχουν πάρει έγκριση για δημόσια χρήση, δύο εμβόλια RNA (Pfizer-BioNTech και Moderna), 9 συμβατικών αδρανοποιημένων εμβολίων (BBIBP-CorV, Chinese Academy of Medical Sciences, CoronaVac, Covaxin, CoviVac, COVIran Barakat, Minhai-Kangtai, QazVac και WIBPCorV), πέντε εμβόλια ιϊκού φορέα (Sputnik Light, Sputnik V, Oxford-AstraZeneca, Convidecia και Johnson & Johnson), και δύο εμβόλια πρωτεϊνικής υπομονάδας (EpiVacCorona και RBD- Dimer). Ωστόσο, σε όλα τα προαναφερθέντα

εμβόλια, έχουν καταγραφεί παρενέργειες, όπως ο πόνος, η ερυθρότητα και το οίδημα στο σημείο εμβολιασμού, η κόπωση, η κεφαλαλγία, ο μυϊκός πόνος και ο πυρετός, ενώ κατά καιρούς έχουν αναφερθεί και πιο σοβαρές παρενέργειες, όπως η αναφυλαξία, το θανατηφόρο αλλεργικό σοκ και η θρόμβωση. Τέλος, ο βαθμός έκθεσης των υγειονομικών στον νέο θανατηφόρο ιό, αλλά και η σημασία και ο ρόλος που διαδραμάτισαν ως προς τον περιορισμό και την αντιμετώπιση του νέου κινδύνου φαίνεται από το γεγονός ότι μαζί με τους ηλικιωμένους, αποτέλεσαν την πρώτη επαγγελματική ομάδα με πρόσβαση στη διαδικασία του εμβολιασμού (Subbarao, 2021), (Forman et al., 2021).

1.6.2. Οιεπιπτώσειςτου COVID-19 στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας

Οι προηγούμενες επιδημίες, η SARS-CoV-1 το 2003, η H1N1 το 2009, η MERS-CoV το 2012 και ο Ebola το 2014, έδειξαν ότι σε παρόμοιες καταστάσεις επιβαρύνεται η ψυχική υγεία των υγειονομικών εργαζομένων. Στις παραπάνω λοιπόν επιδημίες, οι εργαζόμενοι παρουσίασαν μέτρια και υψηλά επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ΔΜΣ, αυξημένα ποσοστά απουσιών από την εργασία, καθώς και υψηλότερο επιπολασμό μεταξύ των πιο νέων εργαζομένων και αυτών που εργάζονταν σε τμήματα που είχαν άμεση επαφή με προσβεβλημένους ασθενείς (Danet Danet, 2021). Επιβαρυντικοί παράγοντες, αποτέλεσαν η χρήση προστατευτικού εξοπλισμού, η αναδιοργάνωση του χώρου εργασίας, η διαχείριση των ελλείψεων υλικών πόρων, ο επιπλέον φόρτος εργασίας με επιπλέον βάρδιες πιο κουραστικές και πιο ψυχοφθόρες και τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Επιπλέον επιβάρυνση, αποτέλεσαν και οι διάφορες κοινωνικές και οικογενειακές μεταβλητές, όπως είναι η κοινωνική απόσταση και ο φόβος μόλυνσης των αγαπημένων προσώπων (Pappa et al., 2020).

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και η Danet σε μια συστηματική ανασκόπηση που αφορούσε την ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID-19. Σε τμήματα όπως του ΤΕΠ και της ΜΕΘ, το στρες στους εργαζόμενους κυμάνθηκε μεταξύ 37% και 78% με την έντασή του από ήπια έως πολύ σοβαρή. Όσον αφορά το φύλο και την επαγγελματική κατηγορία, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές και οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας, παρουσίασαν σε μεγαλύτερο βαθμό στρες, ενώ επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρήθηκαν οι χρόνιες ασθένειες, το ιστορικό ψυχικής υγείας, η ελάχιστη εργασιακή εμπειρία, η μοναξιά ή η διαμονή σε περιοχή με

υψηλή διασπορά της νόσου. Οι ίδιοι παράγοντες, διαπιστώθηκε ότι συμβάλλουν και στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, ενώ η πλειονότητα του προσωπικού, ενδιαφέρθηκε για τις ατομικές και ομαδικές συναντήσεις ψυχολογικής υποστήριξης και υποστηρίχθηκε από σωματικές, θρησκευτικές και πνευματικές δραστηριότητες προκειμένου να επιτύχει τη μείωση του στρες, του άγχους και των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Danet Danet, 2021).

Σε μελέτη που έκαναν το 2020 ο Feingold και οι συνεργάτες του, σε δείγμα 472 επαγγελματιών υγείας στην Ιρλανδία, κατέγραψαν ότι το 42,6% αυτών, ανέπτυξαν κατάθλιψη, το 45,1% υψηλό άγχος και το 41,3% PTSD (Feingold et al., 2021). Ανάλογα, η Asnakew εξετάζοντας 419 υγειονομικούς εργαζόμενους στην Αιθιοπία, συμπέραναν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες ήταν 58,2%, 64,7% και 63,7% αντίστοιχα. Τα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων φάνηκε ότι επιδεινώθηκαν σε όσους είχαν επιβαρυνμένο παθολογικό και ψυχιατρικό ιστορικό, ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο και είχαν επαφή με επιβεβαιωμένα κρούσματα COVID-19. Η αύξηση του άγχους κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, επηρεάστηκε από το αν ο εργαζόμενος ανήκε σε οικογένεια με μέλος που έπασχε από χρόνια νόσημα και ήρθε σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα (Asnakew et al., 2021). Παρομοίως, ο Qasem Surrati το 2020, ανέδειξε ότι το 24,5% και το 72,8% των υγειονομικών εργαζόμενων εμφάνισαν ήπιο έως μέτριο στρες, ενώ τα υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης συσχετίστηκαν με την ελλιπή και ανεπαρκή εκπαίδευση ως προς τα μέτρα προστασίας μετάδοσης της λοίμωξης (Qasem Surrati et al., 2020).

Το 2021, σε δείγμα 2195 Ιταλών επαγγελματιών υγείας, ο Lasalvia διαπίστωσε ότι το 63,2% του δείγματος, είχε βιώσει τραυματικές εμπειρίες που οφείλονταν στην εργασιακή έκθεση τους στον ιό SARS-CoV-2, ενώ το 53,8% αυτών, παρουσίασε συμπτώματα μετατραυματικής δυσφορίας. Επιπλέον, το 50,1% των εργαζομένων παρουσίασε συμπτώματα έντονου άγχους και το 26,6% συμπτώματα μέτρια κατάθλιψης. Ως επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες, εντοπίστηκαν το γυναικείο φύλο, το νοσηλευτικό επάγγελμα, οι εργαζόμενοι σε τμήματα που έρχονται σε άμεση επαφή με επιβεβαιωμένα κρούσματα, καθώς και το ατομικό ιστορικό διαταραχών ψυχικής υγείας του προσωπικού (Lasalvia et al., 2020).

Την ίδια χρονιά Ο Wang και οι συνεργάτες του, διαπίστωσαν ότι η εργασιακή εμπειρία στον εργασιακό χώρο, εντείνει το στρες κατά 23%, εφόσον από τους συμμετέχοντες, οι έχοντες άνω των 10 ετών εργασιακή εμπειρία, εμφάνισαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σχέση με εκείνους που είχαν λιγότερη των 3 ετών

προϋπηρεσία. Επίσης, το 33,3% αυτών που εργάζονταν σε τμήματα που έρχονταν σε άμεση επαφή με προσβεβλημένους από τον ιό ασθενείς, ανέπτυξαν έντονα συμπτώματα άγχους. Η συγκεκριμένη μελέτη, διαπίστωσε ότι για την εμφάνιση του έντονου άγχους, υπεύθυνοι και καθοριστικοί παράγοντες, αποτέλεσαν η εργασιακή εμπειρία, η μεταβολή όσον αφορά τη θέση εργασίας και οι μεταβολές που προκύπτουν ως συνέπεια της πανδημίας στο τρόπο ζωής των εργαζόμενων (Wang et al., 2020).

Στη Γκάνα, ο Ofori και οι συνεργάτες του, έχοντας ως δείγμα 272 εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, διαπίστωσαν ότι σε ένα ποσοστό άνω του 40% το δείγμα διακατεχόταν από φόβο και το 21,1%, το 27,8% και το 8,2% αυτών αντίστοιχα από κατάθλιψη, άγχος και στρες. Ως παράγοντες αντιμετώπισης, αναγνωρίστηκαν η συμπαράσταση και η αλληλεγγύη από τους συναδέλφους τους, η φοροαπαλλαγή στην οποία προχώρησε η κυβέρνηση τους, καθώς και η προσήλωσή τους στα θεία και η προσευχή (Ofori et al., 2021).

Αντίστοιχα, η Feingold και οι συνεργάτες της, αφού μελέτησαν 3360 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν στη Ν. Υόρκη, συμπέραναν ότι τα 1005 άτομα του δείγματος (39%), έπασχαν από συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή γενικευμένης αγχώδους διαταραχής που σχετίζονταν με τη νόσο. Οι 599 (23,3%), θεωρήθηκαν θετικά προσκείμενοι όσον αφορά τα συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και οι 642 (25%), εμφάνισαν υψηλό αριθμό συμπτωμάτων γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Η εξουθένωση που προέκυψε λόγω της πανδημίας, συσχετίστηκε με τον υψηλό κίνδυνο πρόκλησης διαταραχής μετατραυματικού στρες, ενώ ως σημαντικό παράγοντα περιορισμού της συγκεκριμένης διαταραχής αλλά και της μείζονος καταθλιπτικής και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, αναγνωρίστηκε η υψηλή υποστήριξη στο προσωπικό, από την ηγεσία του νοσοκομείου (Feingold et al., 2021).

Τέλος, αναφερόμενη στην ελληνική πραγματικότητα, η Pappa και οι συνεργάτες της το 2021, αφού μελέτησαν 464 Έλληνες επαγγελματίες υγείας, παρατήρησαν ότι το 30%, το 25% και το 33% του δείγματος, παρουσίασε αντίστοιχα συμπτώματα μέτριας κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, το 65% των εργαζόμενων, εμφάνισαν μέτρια προς σοβαρή συναισθηματική εξάντληση, το 92% σοβαρή αποπροσωποποίηση και το 51% χαμηλή με μέτρια προσωπική επίτευξη. Οι προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση αρνητικών ψυχολογικών αποτελεσμάτων, φάνηκαν πως ήταν ο φόβος, το αντιληπτό άγχος, ο κίνδυνος μόλυνσης, η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη.

1.7. Τραύμα –PTSD

Ο όρος «τραύμα», ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο αναφερόμαστε, μπορεί να οριστεί, α) ως μια κάκωση ή πληγή που προκαλεί ένας εξωγενής παράγοντας, β) ως μια διαταραχή της ψυχικής κατάστασης που προκαλείται από κάκωση του σώματος ή από ψυχικό και συναισθηματικό στρες, γ) ως μια συναισθηματική απογοήτευση που βιώνει το άτομο όταν δεν πραγματοποιεί τις προσδοκίες του (*Definition of TRAUMA*, 2024).

Συναισθηματικά, ο όρος «τραύμα», ορίζεται ως μια ακατανίκητη κατάσταση έντονης διέγερσης που χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη ελέγχου. Το άτομο δηλαδή δεν μπορεί να ανταποκριθεί με επιτυχία στο στρες και αδυνατεί να επανέλθει στην εσωτερική ισορροπία που ήταν πριν το τραυματικό γεγονός (C. R. Figley, 1995).

Σύμφωνα με την 5^η έκδοση, του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειρίδιου (DSM-5), για τις ψυχικές διαταραχές, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (2013), το τραύμα ορίζεται ως η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα τα οποία μπορεί να προκληθούν, α) βιώνοντάς τα άμεσα, β) ως αυτόπτης μάρτυρας γ) μαθαίνοντας για το τραυματικό συμβάν κάποιου μέλους της οικογένειας ή κοντινού προσώπου δ), βιώνοντας λόγω εργασίας συχνά και επαναλαμβανόμενα βίαια και ακραία περιστατικά (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013). Το τραύμα συνήθως, είναι αποτέλεσμα συγκλονιστικών γεγονότων που απειλούν τη φυσική, συναισθηματική και ψυχολογική ακεραιότητα των ατόμων. Παραδείγματα τραυματικών γεγονότων, αποτελούν οι πολεμικές εχθροπραξίες, τα τροχαία ατυχήματα και οι φυσικές καταστροφές, οι ξαφνικοί και βίαιοι θάνατοι αγαπημένων προσώπων, η σεξουαλική κακοποίηση και η πρόκληση κάθε μορφής αναπηρίας. Όπως έχει αποδείξει η επιδημιολογική έρευνα, οι περισσότεροι άνθρωποι, κάποια στιγμή στη ζωή τους, θα βιώσουν κάποιο είδος τραυματικού γεγονός. Αυτό έχει ως επακόλουθο τη δημιουργία στρες, το οποίο κάποιοι το αντιμετωπίζουν με μικρή ή καθόλου συναισθηματική δυσφορία, ήπια και βραχυπρόθεσμα, ενώ άλλοι δυσκολεύονται να το αντιμετωπίσουν, με αποτέλεσμα το στρες να εξελίσσεται σε μείζων και χρόνια πρόβλημα. Το τραύμα, εκτός από τον κύριο αποδέκτη, μπορεί να επηρεάσει τους συγγενείς και τους φίλους του πάσχοντα, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του, αλλά και τους θεραπευτές του.

Δυνητικά η πλειοψηφία των θυμάτων, ενός τραυματικού γεγονότος, μπορεί να παρουσιάσει κάποια μετατραυματική αντίδραση. Να προκαλέσει δηλαδή, επώδυνες αναμνήσεις, δυσκολίες συγκέντρωσης, διέγερση και αυξημένη ένταση. Οι αντιδράσεις αυτές, μπορεί να προκληθούν εντός ωρών ή ημερών από τότε που συνέβη το

τραυματικό συμβάν και να υποχωρήσουν μέσα στο διάστημα του πρώτου μήνα καθώς το άτομο το επεξεργάζεται και τελικά συμβιβάζεται με αυτό. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις, οι αντιδράσεις επιμένουν και ωθούνται στο να γίνουν κλινικά συμπτώματα. Αν εμφανίζονται στο χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο ημερών μέχρι ενός μήνα μετά την εμφάνιση του τραύματος, τότε μιλάμε για οξεία διαταραχή του στρες (acutestressdisorder-ASD), ενώ αν τα συμπτώματα διαρκούν πάνω από ένα μήνα χαρακτηρίζεται ως PTSD. Βασικό χαρακτηριστικό του PTSD, είναι η ανάπτυξη συμπτωμάτων μετά από έκθεση σε ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα, ενώ τα συμπτώματα μπορεί να ποικίλλουν ανάλογα τη χρονική στιγμή και να επανεμφανιστούν ή να εντατικοποιηθούν ως αποτέλεσμα ενός ερεθίσματος που θα υπενθυμίσει και θα επαναφέρει το πρωτότυπο τραύμα.

1.7.1. Προδιαθεσικοί Παράγοντες PTSD

Ορισμένοι παράγοντες θεωρείται ότι συντελούν στην εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται η ηλικία του ατόμου κατά την έκθεση στο τραύμα. Επίσης, οι γυναίκες σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, παρουσιάζουν PTSD σε διπλάσιο ποσοστό από ότι οι άνδρες, λόγω τραυματικών εμπειριών τοκετού και της ύπαρξης ενδοοικογενειακής βίας, ενώ σημαντικό ρόλο έχει φανεί ότι αποτελεί το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η έλλειψη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης. Τέλος, ως προδιαθεσικός παράγοντας αποτελεί το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό ψυχικών διαταραχών (Sherin & Nemeroff, 2011).

1.7.2. Διαγνωστικά κριτήρια PTSD

Τα διαγνωστικά κριτήρια για το PTSD, για παιδιά άνω των 6 ετών, εφήβους και ενήλικες καθορίζονται στα εξής:

Το κριτήριο Α, αποτελεί την έκθεση του ατόμου σε πραγματικό ή επαιλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία με έναν ή περισσότερους από τους εξής ακόλουθους τρόπους:

1. Το άτομο έχει έρθει σε άμεση επαφή με το τραυματικό γεγονός.
2. Το άτομο αποτελεί το ίδιο αυτόπτης μάρτυρας του τραυματικού γεγονότος ή των γεγονότων που συνέβησαν σε άλλα άτομα.

3. Το άτομο υπήρξε αυτόκοος του τραυματικού γεγονότος το οποίο συνέβη σε κάποιο στενό οικογενειακό ή φιλικό μέλος του. Πρόκειται για περιπτώσεις είτε πραγματικού είτε επαπειλούμενου θανάτου οικογενειακού ή φιλικού μέλους ενώ το συμβάν ή τα γεγονότα τυχαίνει να είναι είτε βίαια είτε ξαφνικά και απρόσμενα.
4. Το άτομο γίνεται δέκτης μιας επαναλαμβανόμενης ή ακραίας έκθεσης σε αποκρουστικές λεπτομέρειες, εικόνων και παραστάσεων, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με τους διασώστες και τα πληρώματα των ασθενοφόρων που καταφθάνουν πρώτοι σε θανατηφόρα τροχαία ή τους αστυνομικούς που συχνά εκτίθενται και βιώνουν περιστατικά αλλά και τις λεπτομέρειες περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης. Όσον αφορά το συγκεκριμένο κριτήριο αξίζει να σημειωθεί ότι δεν περιλαμβάνει την έκθεση μέσω ηλεκτρονικών μέσων, τηλεόρασης, ταινιών ή εικόνων παρά μόνο αν η έκθεση αυτή σχετίζεται με την εργασία.

Το κριτήριο Β, αφορά την παρουσία ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα που έχουν σχέση με το τραυματικό γεγονός και τα οποία εμφανίζονται μετά το πέρας του τραυματικού γεγονότος.

1. Εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα ακούσιες και ενοχλητικές οδυνηρές αναμνήσεις των τραυματικών γεγονότων. Σε περιπτώσεις παιδιών, άνω των 6 ετών, τα συμπτώματα μπορεί να τα εμφανίσουν με τη μορφή ενός παιχνιδιού που επαναλαμβάνεται, τα παιδιά ασυναίσθητα εμφανίζουν θέματα ή πτυχές προερχόμενα του τραυματικού γεγονότος.
2. Επαναλαμβάνονται οδυνηρά όνειρα όπου το περιεχόμενό τους σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι στις περιπτώσεις παιδιών τα όνειρά τους μπορεί να εμφανίζονται ως εφιάλτες αλλά να μην παρουσιάζουν αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.
3. Εμφανίζονται διασχιστικές αντιδράσεις, όπως οι αναδρομές στο παρελθόν, όπου το άτομο νιώθει και λειτουργεί σαν να επαναλαμβάνονται τα τραυματικά γεγονότα που έζησε. Ακραία έκφραση αυτού του κριτηρίου, αποτελεί η πλήρης απώλεια της επίγνωσης της υπάρχουσας κατάστασης, ενώ στα παιδιά αποτελεί συχνό φαινόμενο να αναπαριστούν το τραύμα στα πλαίσια του παιχνιδιού τους.

4. Η έκθεσή τους σε εσωτερικές ή εξωτερικές ενδείξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πτυχή του τραυματικού γεγονότος, τους προκαλεί έντονη και παρατεταμένη ψυχολογική δυσφορία.
5. Η έκθεσή τους σε εσωτερικές ή εξωτερικές ενδείξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πτυχή του τραυματικού γεγονότος, τους προκαλεί έντονες και παρατεταμένες φυσιολογικές αντιδράσεις.

Το κριτήριο Γ περιλαμβάνει την ομάδα συμπτωμάτων αποφυγής ερεθισμάτων που έχουν σχέση με το τραυματικό γεγονός παρόλο που αυτό έχει παρέλθει ανεπιστρεπτί. Έτσι, τα άτομα:

1. Αποφεύγουν ή προσπαθούν να αποφύγουν δυσάρεστες αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται ή συνδέονται με το τραυματικό γεγονός που έχουν βιώσει στο παρελθόν.
2. Αποφεύγουν ή προσπαθούν να αποφύγουν εξωτερικά ερεθίσματα, είτε πρόκειται για ανθρώπους, τόπους, αντικείμενα δραστηριότητες ή καταστάσεις. Λειτουργούν συνδυαστικά στο ψυχισμό τους και τους προκαλούν οδυνηρές αναμνήσεις, σκέψεις και συναισθήματα ως κατάλοιπα του τραυματικού γεγονότος που έχουν βιώσει στο παρελθόν.

Το κριτήριο Δ, αναφέρεται στις αρνητικές μεταβολές που παρουσιάζουν οι γνωστικές λειτουργίες και η διάθεση του ατόμου ύστερα από την εμφάνιση και την επαφή του με το τραυματικό γεγονός, καθώς μετά από αυτή την επαφή τους παρατηρείται εμφάνιση τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω στοιχεία.

1. Το άτομο αδυνατεί να θυμηθεί σημαντικές πτυχές του τραυματικού γεγονότος γεγονός, που έχει την αιτία της στο φαινόμενο της διασχιστικής αμνησίας και όχι σε άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως είναι κάποιος τραυματισμός στο κεφάλι, η λήψη αλκοόλ ή ναρκωτικών.
2. Το άτομο αναπτύσσει επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις και προσδοκίες τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους και τον υπόλοιπο κόσμο. Χαρακτηριστικά, αναφέρει εκφράσεις όπως το ότι είναι κακός, ότι κανείς δεν μπορεί να τον εμπιστευτεί ή ότι ο κόσμος είναι εντελώς επικίνδυνος.

3. Το άτομο εμφανίζει επίμονες και διαστρεβλωμένες γνώσεις όσον αφορά την αιτία ή τις συνέπειες των τραυματικών γεγονότων, με αποτέλεσμα να κατηγορεί τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους.
4. Το άτομο βιώνει μια έντονη αρνητική συναισθηματική κατάσταση και αναπτύσσει συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, ο τρόμος, ο θυμός, η ενοχή και η ντροπή.
5. Το άτομο παρουσιάζει σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον και έλλειψη διάθεσης συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες.
6. Το άτομο εμφανίζει αισθήματα απόσπασης και αποξένωσης, προς τους άλλους ανθρώπους.
7. Το άτομο παρουσιάζει αδυναμία και δυσκολία ως προς την ικανότητα να βιώσει θετικά συναισθήματα, όπως είναι αυτό της ευτυχίας, της ικανοποίησης και της αγάπης.

Το κριτήριο E, αφορά τις μεταβολές που προκύπτουν στη διέγερση και την αντιδραστικότητα μετά την έκθεση του ατόμου στο τραυματικό συμβάν.

1. Το άτομο παρουσιάζει ευερέθιστη συμπεριφορά και εκρήξεις θυμού, ύστερα από ελάχιστη ή μηδαμινή πρόκληση, η οποία εκφράζεται με τη μορφή λεκτικής ή σωματικής επίθεσης ως προς ανθρώπους ή αντικείμενα.
2. Το άτομο παρουσιάζει απερίσκεπτη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
3. Το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση επαγρύπνησης.
4. Το άτομο ξαφνιάζεται υπερβολικά.
5. Το άτομο παρουσιάζει προβλήματα συγκέντρωσης.
6. Το άτομο εμφανίζει διαταραχές στον ύπνο, δυσκολεύεται να κοιμηθεί, κοιμάται ανήσυχα ή παραμένει κοιμισμένος και κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Το κριτήριο Z, αναφέρεται στη διάρκεια της διαταραχής, η οποία πρέπει να υπερβαίνει τον ένα μήνα και να περιλαμβάνει τα συμπτώματα των κριτηρίων Β,Γ, Δ και Ε.

Το κριτήριο Η, αναφέρεται στη σημαντικά κλινικά δυσφορία ή βλάβη που προκαλεί η διαταραχή σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας.

Το κριτήριο Θ, υποδηλώνει ότι τα μετατραυματικά συμπτώματα δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα των φυσιολογικών επιδράσεων μιας ψυχοτρόπου ουσίας που μπορεί να αποτελεί μέρος μιας φαρμακευτικής αγωγής, ή κάποιας άλλης ιατρικής κατάστασης.

Παράλληλα, σύμφωνα με το DSM-5, στα διαγνωστικά κριτήρια του PTSD συμπεριλαμβάνονται τα διασχιστικά συμπτώματα, τα οποία προσδιορίζονται από καθυστερημένη έκφραση. Έτσι ένα άτομο που διακατέχεται από συμπτώματα που πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού στρες, ως ανταπόκριση στο στρεσογόνο παράγοντα, τα βιώνει επίμονα και επαναλαμβανόμενα χαρακτηριζόμενα από αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση. Ως αποπροσωποποίηση, ορίζεται η παρουσία επίμονων και επαναλαμβανόμενων εμπειριών αποστασιοποίησης με την παρουσία επίμονων ή επαναλαμβανόμενων εμπειριών εκτός της πραγματικότητας του περιβάλλοντος. Το άτομο βιώνει το κόσμο γύρω του ως εξωπραγματικό, ονειρικό, μακρινό ή παραμορφωμένο και συμπεριφέρεται σαν το ίδιο να αποτελεί κάποιον εξωτερικό παρατηρητή των νοητικών διαδικασιών ή του σώματός του.

Σημειώνεται, ότι και στη περίπτωση των διασχιστικών συμπτωμάτων, με σκοπό να γίνει χρήση αυτού του υπότυπου, τα συμπτώματα δεν πρέπει να οφείλονται σε φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας όπως είναι η διακοπή κάποιου φαρμάκου ή λόγω χρήσης αλκοόλης ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών ή άλλης ιατρικής κατάστασης όπως είναι οι σύνθετες επιληπτικές κρίσεις.

Τέλος, τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια πρέπει να πληρούνται σε ένα χρονικό ορίζοντα έξι μηνών μετά την έκθεση στο τραυματικό συμβάν, αν και σε ορισμένες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί εμφάνιση συμπτωμάτων σε άμεσο χρονικό διάστημα (American Psychiatric Association & American Psychiatric Association, 2013).

1.7.3. Συννοσηρότητα

Με τον όρο «συννοσηρότητα», αναφερόμαστε σε μια κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο βρίσκεται κάτω από την επίδραση δύο ή περισσότερων σωματικών ή ψυχικών διαταραχών. Το PTSD, έχει περιγραφεί ότι παρουσιάζει συχνά συννοσηρότητα με άλλες αγχώδεις διαταραχές που συνήθως προηγούνται της δικής

του εκδήλωσης. Χαρακτηριστικές είναι οι διαταραχές πανικού, οι συναισθηματικές διαταραχές και η μείζονα κατάθλιψη, όπως και η κατάχρηση τοξικών ουσιών ή αλκοόλ. Πιο συγκεκριμένα, έχει καταγραφεί ότι τα άτομα που πάσχουν από PTSD πάσχουν ταυτόχρονα από μείζονα κατάθλιψη σε ποσοστό 50-60%, ενώ αντίστοιχα τα άτομα με PTSD φαίνεται να έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν και κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή, συγκρινόμενοι με εκείνους που δεν έχουν το συγκεκριμένο σύνδρομο (Müller et al., 2014).

Όσον αφορά τις σωματικές συννοσηρότητες που συνδέονται με τη διαταραχή του PTSD, είναι κυρίως οι καρδιαγγειακές διαταραχές και οι παθήσεις του ανοσοποιητικού, ενώ έχει καταγραφεί μια σύνδεση του PTSD με την μεταβολή του συστήματος υποθάλαμος- υπόφυση – επινεφρίδια, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει τους συμπαθητικούς-επινεφριδιακούς μυελικούς άξονες. Με τον τρόπο αυτό, προκαλούνται νευρολογικές διαταραχές, διαταραχές του ύπνου και απορρύθμιση του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Gupta, 2013).

1.7.4. Θεραπεία PTSD

Οι θεραπείες σχετικά με το PTSD, έχουν κυρίως εφαρμοστεί από τη Διοίκηση Υγείας των Βετεράνων πολέμου των ΗΠΑ και φαίνονται αποτελεσματικές μετά την ολοκλήρωσή τους. Οι συγκεκριμένες θεραπείες, χαρακτηρίζονται από τρία κοινά χαρακτηριστικά, α) τη βελτίωση της ρύθμισης των συναισθημάτων β), την ερμηνεία των τραυματικών γεγονότων και γ) την ψυχοεκπαίδευσή τους. Έτσι, το άτομο καταφέρνει να ελέγχει τα συναισθήματά του και να διατηρεί τον αυτοέλεγχό του, συμμετέχοντας σε δραστηριότητες έχοντας ως στόχο την αυτοβελτίωσή του και την ανάπτυξη των κοινωνικών του σχέσεων (Schnyder et al., 2015).

Ενδεικτικά, αναφέρονται ορισμένες ψυχολογικές θεραπείες

➤ Η Γνωστική θεραπεία του PTSD (AnkeElhers)

Η συγκεκριμένη περιλαμβάνει πέντε διαδικασίες. Η πρώτη, αφορά την ανάπτυξη ενός πλαισίου συνεργασίας ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο, η δεύτερη αφορά την ενημέρωση των αναμνήσεων τραύματος, η τρίτη την εκπαίδευση για επίτευξη διάκρισης μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος, η τέταρτη αφορά την απόρριψη των μη βοηθητικών συμπεριφορών και γνωστικών διαδικασιών και τέλος, η

πέμπτη διαδικασία αφορά την ανάκτηση των καθηκόντων της ζωής και την λειτουργικότητα του ατόμου.

➤ Θεραπεία αφηγηματικής έκθεσης (Thomas Elbert, Maggie Schauer, Frank Neunert)

Στα πλαίσια της διαδικασίας της θεραπείας, ο θεραπευτής ζητάει από τον θεραπευόμενο να του περιγράψει λεπτομερώς τις τραυματικές του εμπειρίες, τις αναμνήσεις και τα συναισθήματά του, με αποτέλεσμα όταν ολοκληρώνεται η διαδικασία, να παρουσιάζονται βελτιώσεις στη μετατραυματική συμπτωματολογία, καθώς και στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία του ατόμου.

➤ Θεραπεία παρατεταμένης έκθεσης (EndaB. Foa)

Η θεραπεία αυτή αποτελείται από δύο βασικά συστατικά: α) την επανειλημμένη εξέταση με έκθεση των αναμνήσεων του τραύματος και β) τη σταδιακή προσέγγιση των απευχθέντων καταστάσεων και συναισθημάτων. Έτσι, οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις που τους προκαλούν πόνο και δυσάρεστα συναισθήματα, όπως είναι ο φόβος, το άγχος, η ντροπή, η ενοχή και ο θυμός.

➤ Θεραπεία EMDR (Francine Shapiro)

Τα αρχικά EMDR αποδίδονται στην αγγλική γλώσσα Eye Movement Desensitization and Reprocessing, όρος που σημαίνει στα ελληνικά «απευαισθητοποίηση και επαναπροσαρμογή μέσω οφθαλμικών κινήσεων». Η συγκεκριμένη θεραπεία, βασίζεται στη θεωρία ότι οι επεξεργασμένες αναμνήσεις των δυσμενών εμπειριών της ζωής που περιέχουν τα αισθήματα, τις αναμνήσεις και τις φυσικές αισθήσεις που βίωσε το άτομο κατά τη στιγμή του τραύματος, αποθηκεύονται βαθιά στη μνήμη προκαλώντας δυσλειτουργικές αντιδράσεις. Τα άτομα εκπαιδεύονται ως προς την παθολογία του τραύματος και σε τεχνικές αλλαγής των επιπτώσεων έτσι ώστε να οδηγηθούν στην ενδυνάμωσή τους. Οι θεραπευτές ωστόσο στη συγκεκριμένη διαδικασία δεν καλούν τους ασθενείς τους να τους περιγράψουν το τραυματικό γεγονός που έχουν βιώσει αλλά επικεντρώνονται σε μια γενική εικόνα του συμβάντος, στην αρνητική πεποίθηση και στα δυσάρεστα αισθήματα που τους προκάλεσε.

➤ Εικονική θεραπεία

Από τις πιο πρόσφατες θεραπείες αποτελεί η λεγόμενη εικονική, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί και ως προληπτικό μέσο. Εκτεταμένη χρήσης της έχει γίνει στον αμερικανικό στρατό, σε στρατιώτες που υποβάλλονται σε σενάρια έκθεσης με κινούμενα σχέδια μέσω υπολογιστή. Με βάση τα κόμικς, οι στρατιώτες βιώνουν τραυματικές καταστάσεις αντίστοιχες με αυτές που μπορεί να συναντήσουν ή να

αντιμετωπίσουν στο πεδίο της μάχης, επιτρέποντάς τους να εκπαιδευτούν και να προετοιμαστούν σε αντίστοιχα δεδομένα (Schnyder et al., 2015):

1.7.5. Φαρμακευτική θεραπεία

Μελέτες έχουν διαπιστώσει, ότι ορισμένες φαρμακευτικές ουσίες συντελούν στην αντιμετώπιση και το περιορισμό των συμπτωμάτων του συνδρόμου PTSD.

Ως πιο αποδεδειγμένες φαρμακευτικές ουσίες θεωρούνται οι εξής (*VA.Gov / Veterans Affairs*, n.d.-a), (Ipser & Stein, 2012):

1. Παροξετίνη

Έχει καταχωρηθεί από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων της Αμερικής (FDA) ως βραχυχρόνια θεραπεία του PTSD, αφού σε τρεις δημοσιευμένες τυχαίες μελέτες με τη συγκεκριμένη ουσία, διαπιστώθηκαν θετικά αποτελέσματα. Η συγκεκριμένη φαρμακευτική ουσία βοηθά στη μείωση της σοβαρότητας των μετατραυματικών συμπτωμάτων μετά από τέσσερις εβδομάδες και ύφεσή τους στο 1/3 των ασθενών μετά το πέρας των 12 εβδομάδων θεραπείας.

2. Σερτραλίνη

Η Σερτραλίνη έχει λάβει άδεια από τον FDA, ως θεραπευτική ουσία για τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη θεραπεία του PTSD. Ύστερα από επτά δημοσιευμένες μελέτες με τη φαρμακευτική ουσία σερτραλίνη, εμφανίστηκε μείωση κατά 70% των μετατραυματικών συμπτωμάτων μετά από 4 εβδομάδες και σημαντικές διαφορές των εξαιρετικά σοβαρών συμπτωμάτων μετά από 12 μήνες.

3. Αντιεπιληπτικά

Έχοντας ως θεώρηση ότι στο PTSD, η σωματική και ψυχική υπερευαισθησία και διέγερση οφείλεται σε τραυματικά ερεθίσματα, αναπτύχθηκε ο συλλογισμός ότι τα αντισπασμωδικά φάρμακα μπορούν να φανούν αποτελεσματικά στη θεραπεία του. Ωστόσο οι μελέτες που έγιναν με ουσίες όπως η λαμοτριγίνη και η τοπιραμάτη, μετά από 12 εβδομάδες δεν παρουσίασαν αξιολογη αποτελεσματικότητα.

4. Αντιψυχωσικά

Σε άτομα που διέπονταν από PTSD λόγω έκθεσης σε τραύμα στην παιδική ηλικία, όπως σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή με ρισπεριδόνη για 8 εβδομάδες και έπειτα, διαπιστώθηκε σημαντική μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Ιδιαίτερη δε αποτελεσματικότητα διαπιστώθηκε όταν η ρισπεριδόνη συνδυάστηκε με αντικαταθλιπτικά ή βενζοδιαζεπίνες.

Στο παρόν κεφάλαιο, έγινε μια προσπάθεια προσέγγισης και αποσαφήνισης των διαφόρων εννοιών και όρων και έγινε πιο αναλυτική επεξήγηση των μεταβλητών που περιλαμβάνονται στο τίτλο της διατριβής. Αναλύθηκαν δηλαδή, διεξοδικά οι έννοιες του άγχους-στρες, τραύμα-PTSD και του ιού SARS-CoV-2, που οδήγησε στην πανδημία COVID-19, με άμεσες συνέπειες τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στην επαγγελματική απόδοση των εργαζομένων.

Το επόμενο κεφάλαιο έχει ως σκοπό, την ανάλυση της έννοιας της επαγγελματικής ικανοποίησης, καθώς αποτελεί μια από τις μεταβλητές της παρούσας έρευνας, η οποία πρόκειται να διερευνηθεί όσον αφορά τη συσχέτισή της με την εμφάνιση ΔΜΣ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, θα αναλυθεί η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης, θα παραθέσουμε τις θεωρίες που τη διέπουν, τα διάφορα εργαλεία μέτρησής της, καθώς και τους παράγοντες εκείνους που την καθορίζουν στο χώρο της υγείας.

Η «Επαγγελματική Ικανοποίηση», ως γενικότερη έννοια, εκφράζει το βαθμό κατά τον οποίο ένα άτομο είναι ικανοποιημένο από την εργασία του. Η εργασία, ως ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής του ατόμου, τόσο χρονικά όσο και κοινωνικό-οικονομικά, επηρεάζει σημαντικά τη ζωή του εργαζόμενου, περιλαμβάνοντας σε αυτή τόσο τις επαγγελματικές φιλοδοξίες όσο και τα όνειρά του. Πιο αναλυτικά, ως «επαγγελματική ικανοποίηση», ορίζεται η συνολική στάση των ατόμων, συμπεριλαμβάνοντας μέσα σε αυτή, τη γνωστική διάσταση, (όπου το άτομο αντιλαμβάνεται τη δουλειά του είτε ως καλή είτε ως κακή), τη συναισθηματική διάσταση, (όπου αναπτύσσει θετικά ή αρνητικά συναισθήματα) και τη συμπεριφοριστική διάσταση (όπου ο εργαζόμενος ή παραμένει στην εργασία και εξελίσσεται ή την εγκαταλείπει) (Warr, 2002).

Η επαγγελματική ικανοποίηση, διακρίνεται σε εσωτερική και εξωγενής. Η εσωτερική, αφορά το περιεχόμενο της εργασίας (τις πτυχές της εργασίας που σχετίζονται με την ελευθερία των επιλογών εκτέλεσης έργου, το βαθμό υπευθυνότητας προς τους ασθενείς και τη χρήση δεξιοτήτων) και την εξωγενή ικανοποίηση, που αφορά τις πτυχές της εργασίας (τις συνθήκες, το μισθό και το ωράριο) (Warr, 2002).

Σύμφωνα με τον Ginzberg, η επαγγελματική ικανοποίηση διακρίνεται από τρεις μορφές (*Developmental Theory - Ginzberg, n.d. 2024*):

α) την «εσωτερική ικανοποίηση» που χαρακτηρίζεται από ένα ευχάριστο συναίσθημα το οποίο δημιουργείται από τη συμμετοχή του εργαζόμενου σε παραγωγικές δραστηριότητες, β) τη «συνακόλουθη ικανοποίηση» που σχετίζεται με το αποτέλεσμα των φυσικών, κοινωνικών και ψυχολογικών συνθηκών που χαρακτηρίζουν το εργασιακό περιβάλλον του ατόμου και γ) την «εξωτερική ικανοποίηση» που αφορά τις απολαβές του εργαζόμενου από τη δουλειά του.

2.1. Η Αξία της Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Το ανθρώπινο δυναμικό ενός οργανισμού αποτελεί βασικό του άξονα και ο βαθμός ικανοποίησής τους, αποτελεί βασική παράμετρο για τη σωστή ή μη λειτουργία του. Όταν οι εργαζόμενοι απασχολούνται σε ένα ευχάριστο και δημιουργικό περιβάλλον, έχοντας καθορισμένους και σαφείς ρόλους, αυξάνουν τα επίπεδα της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Ένας ικανοποιημένος υπάλληλος, αυξάνει την αφοσίωση του στην εταιρεία του, εργάζεται με περισσότερο ζήλο για να επιτευχθούν οι στόχοι της, νιώθει υπερήφανος που απασχολείται σε αυτή και την υπερασπίζεται σε κάθε ευκαιρία που θα προκύψει. Παράλληλα, αποφεύγονται οι εντάσεις και οι ανταγωνισμοί μεταξύ των εργαζόμενων και επικρατεί η ευγένεια και η συναδελφικότητα.

Από την άλλη πλευρά, η έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση του φαινομένου της «επαγγελματικής εξουθένωσης» που έχει επικρατήσει να αναφέρεται ως «burnout», να οδηγήσει τον εργαζόμενο σε συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση με αποτέλεσμα να αντιμετωπίσει τους πελάτες με κυνικό και ψυχρό τρόπο. Η μη εργασιακή ικανοποίηση μπορεί επίσης να προκαλέσει στον εργαζόμενο συναισθήματα μειωμένης προσωπικής ολοκλήρωσης όσον αφορά τη σχέση του με την εργασία του, καθώς επίσης σωματική και γνωστική κόπωση.

Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, έχει διαμορφωθεί η άποψη, ότι η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί περισσότερο μια συναισθηματική, παρά μια γνωστική απόκριση του ατόμου στην εργασία του. Σχετίζεται δηλαδή πιο πολύ με τη πνευματική και ψυχική υγεία του εργαζόμενου, και ορίζεται περισσότερο ως ένα συναίσθημα προς την εργασία, παρά ως μια άποψη για αυτήν (King & Lawley, 2022).

Είναι ήδη γνωστό, ότι όσο πιο μεγάλοι ηλικιακά είναι οι εργαζόμενοι, τόσο πιο ικανοποιημένοι είναι, σε σύγκριση με τους νεότερους συναδέλφους τους. Φαίνεται, πως με την πάροδο του χρόνου, οι εργαζόμενοι γίνονται πιο έμπειροι και επομένως, μαθαίνουν να προσαρμόζονται στην εργασία τους. Το γεγονός αυτό ισχύει κυρίως για εργαζόμενους σε διοικητικές θέσεις, δουλειές γραφείου, επιστημονικές και εξειδικευμένες εργασίες και όχι τόσο για εργαζόμενους σε χειρωνακτικές εργασίες (Kalleberg & Loscocco, 1983), (Guglielmi et al., 2016).

Σημαντικές επίσης διαφορές στην εργασιακή ικανοποίηση διαφαίνονται και μεταξύ φύλων. Η ικανοποίηση στο γυναικείο φύλο, φαίνεται να επηρεάζεται από το είδος των διαπροσωπικών σχέσεων, την ύπαρξη δικαιοσύνης και ισονομίας από τους

προϊστάμενους, καθώς επίσης και από το κίνητρό που τους ώθησε να εισαχθούν στη συγκεκριμένη εργασία, και τι προσδοκούν από αυτή. Οι γυναίκες επιπλέον, επηρεάζονται από τη προσωπική και οικογενειακή τους κατάσταση και από την ύπαρξη ή μη παιδιών. Από την άλλη πλευρά, οι άνδρες φαίνεται να επηρεάζονται πιο πολύ από την παρουσία ή μη δυνατοτήτων εξέλιξης, προβολής και εργασιακής ασφάλειας (Bender et al., 2005).

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, διάφορες έρευνες έχουν δείξει, ότι όσο υψηλότερο είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο του εργαζόμενου, τόσο πιο ικανοποιημένος νιώθει επαγγελματικά. Το γεγονός αυτό, ίσως εξηγείται από το γεγονός ότι στους ανώτερους εκπαιδευτικά εργαζόμενους, δίνονται περισσότερες ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη. Παρόλα αυτά, δεν μπορούμε να παραλείψουμε ότι οι υψηλότερες εκπαιδευτικές βαθμίδες σχετίζονται με υψηλότερες προσδοκίες εξέλιξης και επομένως, όταν αυτές δεν εκπληρώνονται τα αισθήματα δυσαρέσκειας και απογοήτευσης είναι περισσότερο συνηθισμένα (Judge et al., 2002).

Πέρα όμως από τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου, σημαντικό ρόλο αποτελούν και οι εξωτερικοί παράγοντες που διαμορφώνουν το εργασιακό πλαίσιο. Καταρχήν, καθοριστική σημασία έχει το φυσικό περιβάλλον στο οποίο εργάζεται το άτομο. Η ύπαρξη του κατάλληλου φωτισμού με προσομοίωση του με αυτό της μέρας κάνει πιο άνετη την εργασία, τόσο στις απογευματινές όσο και στις βραδινές βάρδιες. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα θορύβου, η ύπαρξη μυρωδιών σε συνδυασμό με το κακό εξαερισμό, η έλλειψη καθαριότητας και η κακή διαρρύθμιση, επιδρούν αρνητικά, τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους παρευρισκόμενους.

Βασικό ρόλο στην εργασιακή ικανοποίηση, αποτελεί και η μισθοδοσία, η οποία χρειάζεται να είναι δίκαιη. Ο όρος «αμοιβή» δεν πρέπει να θεωρείται μόνο το χρηματικό πόσο, αλλά και η παροχή εταιρικού αυτοκινήτου, τηλεφώνου, η επιδότηση ενοικίου, αλλά και η επιβράβευση ή ο έπαινος, πρέπει επίσης να θεωρούνται μορφές αμοιβής το ίδιο σημαντικές και απαραίτητες. Το ωράριο είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας επηρεασμού του εργασιακού περιβάλλοντος. Το εργασιακό ωράριο πρέπει να τηρείται τόσο από τη μεριά του εργαζόμενου όσο και από τη πλευρά της εργοδοσίας. Αν ο εργαζόμενος παρατείνει το εργασιακό του ωράριο, πρέπει να ανταμείβεται ανάλογα και αντίστοιχα αν δεν το τηρεί, αργώντας να προσέλθει, χρειάζεται είτε να το αναπληρώνει στο τέλος της βάρδιας του, είτε να του επιβάλλεται κάποια μορφή ποινής.

Στην επίτευξη εργασιακής ικανοποίησης, σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι αποτελεί και ο ρόλος του προϊστάμενου. Πιο συγκεκριμένα, ο προϊστάμενος επιβάλλεται να ασκεί

σωστή διοίκηση και εποπτεία και να μεταφέρει σωστά την πολιτική και τις προσδοκίες και τη στοχοθεσία της διοίκησης, στους υφιστάμενούς του. Ο προϊστάμενος επίσης, χρειάζεται να κατακλύζεται από προσωπικό ενδιαφέρον, να παρέχει τεχνική βοήθεια και οδηγίες στους εργαζόμενους, να παρέχει τη δυνατότητα ανάπτυξης πρωτοβουλιών, να υποστηρίζει και να επιβραβεύει τους εργαζόμενους, όταν επιτυγχάνουν κάποιο στόχο. Ο προϊστάμενος, χρειάζεται να ηγείται με γνώμονα τη δικαιοσύνη, να έχει αμερόληπτη μεταχείριση στους υφιστάμενους, με σεβασμό της γνώσης και της εμπειρίας που κατέχουν και των προσωπικών τους αντιλήψεων.

Όσον αφορά τα μέλη μιας ομάδας εργασίας, αυτά θα πρέπει να αλληλοϋποστηρίζονται και οι σχέσεις μεταξύ τους να διακατέχονται από αλληλοσεβασμό, αλληλοεκτίμηση και σωστή επικοινωνία, με απουσία εκφοβισμού, διαπληκτισμών και εντάσεων. Αυτό με τη σειρά του, θα επιφέρει την ανάπτυξη της μεταξύ τους ασφάλειας και θα οδηγήσει στην αύξηση της αποδοτικότητας και της εργατικής ικανοποίησης (Khamisa et al., 2015).

Η επαγγελματική ικανοποίηση, εκτός του ότι σχετίζεται με την ψυχοσωματική υγεία των εργαζόμενων, σχετίζεται επίσης με τους στόχους της εκάστοτε διοίκησης που επιθυμεί να επιτευχθούν μέσω της αυξημένης παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του εργατικού δυναμικού. Για να επέλθει όμως αυτή η επαγγελματική ικανοποίηση, προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών. Ως κατάλληλες συνθήκες, θεωρούνται αυτές που προσφέρουν το κατάλληλο ποσοστό των πόρων και των μέσων ώστε να μπορούν να εφαρμόσουν τα καθήκοντά τους οι εργαζόμενοι. Πιο αναλυτικά, οι εργασιακές πρακτικές που θα συντελέσουν στη καλή επικοινωνία μεταξύ των προϊστάμενων και των υφιστάμενων, και ο πλήρης καθορισμός των καθηκόντων και των ευθυνών σε κάθε εργαζόμενο, ανάλογα τη θέση και το ρόλο του στο εργασιακό πλαίσιο του οργανισμού (Mukherjee, 2015).

Οι συνθήκες εργασίες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής πέντε κατηγορίες (Phadke, n.d.2024):

1. τις πρόδρομες (εκείνες που υπήρχαν πριν το άτομο εισέλθει στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο).
2. τις συνδρομές (εκείνες δηλαδή που επιδρούν στον εργαζόμενο κατά τη διάρκεια της εργασίας του).
3. τις ατομικές (τα χαρακτηριστικά ή τη προσωπικότητα του ίδιου του εργαζόμενου που τον ώθησαν να επιλέξει το συγκεκριμένο επάγγελμα).

4. τις κοινωνικές (αυτές που έχουν σχέση με το εκπαιδευτικό σύστημα και τις σπουδές που έχει λάβει ο εργαζόμενος).
5. τις επαγγελματικές (το σύνολο των παραγόντων που συνθέτουν το εργασιακό περιβάλλον και τις συνθήκες που ισχύουν σε αυτό).

Η επαγγελματική ικανοποίηση, έχει καθοριστεί ότι επηρεάζεται από τους εξής παράγοντες (Trinamics, n.d.2024):

1. Το Στρες (το αρνητικό στρες που διακατέχει το άτομο στη προσωπική του ζωή, συνεχίζει να το επηρεάζει και στην επαγγελματική του ζωή).
2. Τις Ευκαιρίες (όταν δίνεται στους εργαζόμενους η δυνατότητα να εξελιχθούν, οικονομικά και ιεραρχικά, αυξάνεται παράλληλα και η επαγγελματική τους ικανοποίηση).
3. Η Δίκαια αμοιβή (όταν νιώθουν ότι αμείβονται ανάλογα με την εργασία που επιτελούν, οξύνεται και το αίσθημα της επαγγελματικής τους ικανοποίησής).
4. Τα Πρότυπα Εργασίας (όταν η διοίκηση αναγνωρίζει το έργο του υπαλλήλου και τον ανταμείβει ηθικά).
5. Την Επαρκή Εξουσία (όταν δίνεται στον κάθε εργαζόμενο η δυνατότητα να εκφράζει τις ηγετικές του ικανότητες).
6. Η ισορροπία της επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.

2.2.Θεωρίες Εργασιακής Ικανοποίησης

Οι θεωρίες εργασιακής ικανοποίησης έχουν ως βάση τα κίνητρα, τις στάσεις και τις αξίες των εργαζομένων οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την εργασιακή αποτελεσματικότητα. Αυτές διαμορφώνονται σε δύο κατηγορίες: α) τις οντολογικές ή θεωρίες αναγκών που έχουν ως επίκεντρο το περιεχόμενο και το είδος των κινήτρων και β) τις μηχανιστικές ή θεωρίες διαδικασιών, που έχουν ως επίκεντρο τις συνθήκες και τις συμπεριφορές που βελτιώνουν την εργατική απόδοση (Mammadova & Jabrayilova, 2014).

2.2.1. Θεωρίες των αναγκών

Οι συγκεκριμένες θεωρίες, με κύριους εκπροσώπους τους A. H. Maslow, Cl. Alderfer, F. Herzberg και τον D. McClelland, εξετάζουν τις ανθρώπινες ανάγκες, την ιεράρχησή τους, και τη διαδικασία ικανοποίησής τους. Ερευνούν επίσης, τους παράγοντες που ωθούν τα άτομα προς μια θετική ή αρνητική συμπεριφορά και συντελούν επίσης στην κατανόηση του περιεχομένου της παρακίνησης. Το μειονέκτημά τους, είναι ότι δεν αναλύουν επαρκώς τους παράγοντες που οδηγούν σε μια ανθρώπινη συμπεριφορά, με αποτέλεσμα να μην μπορούν αυτούσιες οι συγκεκριμένες θεωρίες να εφαρμοστούν στη διοίκηση των ανθρώπινων πόρων.

1. Η Πυραμίδα των Ανθρώπινων Αναγκών – A. H. Maslow

Η θεωρία του Maslow (Σχήμα 1), βασίζεται στην υπόθεση ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται από τις ανθρώπινες ανάγκες, τις οποίες καλείται το κάθε άτομο να ικανοποιήσει. Αυτές τις ανάγκες ιεραρχικά τις διαχωρίζει κλιμακωτά, σε ένα σχήμα πυραμίδας με πέντε σκαλοπάτια τα οποία διαχωρίζονται ανάλογα με τη σημασία και τη βαρύτητα που δίνουν οι άνθρωποι σε κάθε μία από αυτές τις ανάγκες.

Στη βάση της πυραμίδας, τοποθετούνται οι βιολογικές (βασικές) ανάγκες που είναι απαραίτητες για την επιβίωσή του ατόμου, όπως η τροφή, η στέγη, η ένδυση και η σεξουαλική επαφή. Στο επόμενο επίπεδο της πυραμίδας, βρίσκεται η ανθρώπινη ανάγκη για ασφάλεια του ατόμου, μέσα σε ένα σταθερό και προβλέψιμο περιβάλλον το οποίο θα είναι απαλλαγμένο από απειλές και φόβους. Στο επόμενο επίπεδο ακολουθούν, οι ανάγκες του ατόμου για κοινωνική επαφή, κοινωνικές σχέσεις, αποδοχή και φιλία. Στο αμέσως επόμενο επίπεδο, είναι τοποθετημένες οι ανάγκες του ατόμου για εκτίμηση και αναγνώριση μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον, ενώ στην κορυφή της πυραμίδας είναι τοποθετημένες οι ανάγκες του ατόμου για αυτοπραγμάτωση. Η εκπλήρωση δηλαδή των στόχων του και η επίτευξη των ιδανικών του. Οι υψηλότερες ανάγκες, είναι οι αφηρημένες ανάγκες και σχετίζονται με τις εσωτερικές αξίες του κάθε ανθρώπου.

Ερμηνεύοντας τη θεωρία του Maslow, γίνεται αντιληπτό ότι οι χαμηλές ανάγκες στη βαθμίδα της πυραμίδας είναι απαραίτητο να παραμένουν ικανοποιημένες, προκειμένου να δραστηριοποιηθεί το άτομο σε υψηλότερα επίπεδα κάλυψης των αναγκών του. Παράλληλα, όσο ένα άτομο ικανοποιεί μια ανάγκη του, τόσο αυτή παύει να αποτελεί παράγοντα κινήτρου. Η συγκεκριμένη θεωρία, είχε μεγάλη απήχηση ως

προς την εφαρμογή της στο χώρο εργασίας και ήταν η αιτία που τέθηκε στις διοικήσεις η ανάγκη της ικανοποίησης, όχι μόνο των κατώτερων αναγκών των εργαζομένων (π.χ. μισθός, ωράρια), αλλά και των ανώτερων αναγκών (π.χ. αυτονομία, δημιουργικότητα, εξέλιξη) (*Management and Organizational Behavior - Gordon, Judith R.; Mondy, R. Wayne; Sharplin, Arthur; Premeaux, Shane R., n.d.2020*).



Εικόνα 2. Πυραμίδα αναγκών Maslow, Πηγή (“Αβραάμ Μάσλοου,” 2019) Πηγή: (Η Ιεράρχηση των Ανθρωπίνων Αναγκών κατά τον Maslow | socialpolicy.gr, 2013)

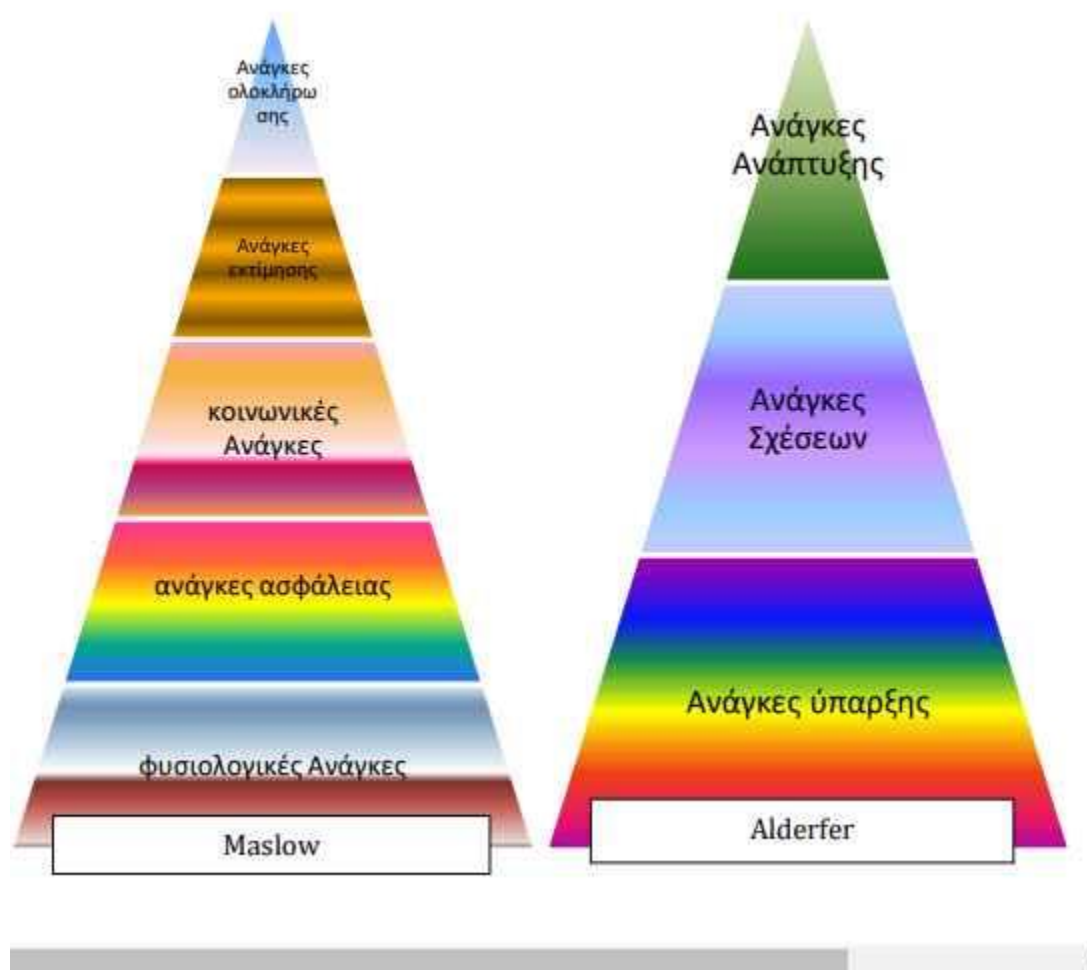
2. Η Θεωρία του Erg Toy Alderfer

Ο Alderfer, βασισμένος στην πυραμίδα της ιεράρχησης των ανθρώπινων αναγκών του Maslow, ανέπτυξε τη θεωρία των αναγκών Ύπαρξης-Κοινωνικών Σχέσεων και Ανάπτυξης (E.R.G – Existence – Relatedness – Growth) (Εικόνα 3).

Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, υπάρχουν τα εξής τρία επίπεδα αναγκών (Alderfer, 1969):

- Οι ανάγκες ύπαρξης που περιλαμβάνουν τις βιολογικές ανάγκες και τις ανάγκες ασφάλειας.
- Οι ανάγκες των κοινωνικών σχέσεων, οι οποίες αφορούν την ανάγκη του ατόμου να αποτελεί μέλος κοινωνικών ομάδων.
- Οι ανάγκες ανάπτυξης που αφορούν τις ανάγκες για αυτοεκτίμηση και αυτοπραγμάτωση.

Η συγκεκριμένη θεωρία, συμπληρώνει τη θεωρία του Maslow, χωρίς όμως να βασίζεται στην αυστηρή ιεραρχική κατάταξη των ανθρωπίνων αναγκών. Από την άλλη πλευρά, δεν αποδέχεται ότι χρειάζεται το άτομο να ικανοποιήσει πλήρως το επίπεδο των βασικών αναγκών του, ώστε να ικανοποιήσει τις ανωτέρου επιπέδου ανάγκες. Αυτό έχει ως συνέπεια, οι ανικανοποίητες ανάγκες μιας κατηγορίας αναγκών, να προκαλέσουν την ανάγκη για ικανοποίηση κατώτερων αναγκών. Όμως ανθρώπινη συμπεριφορά επειδή καθορίζεται ταυτόχρονα από πολλές και διαφορετικές ανάγκες, η αδυναμία της θεωρίας έγκειται στο να εντοπίζει την ανομοιότητα των μεταβαλλόμενων ανθρωπίνων αναγκών στο εργασιακό περιβάλλον.



Εικόνα 3: Αντιστοιχία Ιεραρχιών ανθρωπίνων αναγκών Maslow–Alderfer

Πηγή: (Η Ιεράρχηση των Ανθρωπίνων Αναγκών κατά τον Maslow | socialpolicy.gr, 2013)

3. Θεωρία των δύο παραγόντων (Herzberg, 1966)

Η συγκεκριμένη θεωρία, ήρθε σε αντίθεση με τη θεωρία του Maslow και αποτέλεσε αντικείμενο έρευνας αρκετών ερευνητών του χώρου. Η θεωρία κατέληξε σε δύο κατηγορίες παραγόντων που είχαν σχέση με την παρακίνηση των εργαζομένων και την αύξηση της απόδοσης τους (Πίνακας 1).

Οι παράγοντες παρακίνησης που αποτελούν την πρώτη κατηγορία, έχουν άμεση σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας, παρέχουν υψηλού βαθμού ικανοποίηση στους εργαζόμενους και τους παρακινούν για τη βελτίωση της απόδοσής τους. Επομένως, όταν αυτοί οι παράγοντες υφίστανται, προσφέρουν μεγάλη ικανοποίησή στους εργαζόμενους μέσα από την παρακίνηση τους για βελτίωση της απόδοσής τους (Latham, 2007).

Ως παράγοντες παρακίνησης σύμφωνα με τη θεωρία των δύο παραγόντων, θεωρούνται:

- Τα επιτεύγματα του εργαζόμενου τα οποία επιφέρουν το αίσθημα ικανοποίησης και δημιουργίας.
- Η αναγνώριση, η επιβράβευση και η ανταμοιβή της προσπάθειάς του, είτε υλικά με μόνους και αύξηση του μισθού, είτε ηθικά μέσω επαίνων.
- Το περιεχόμενο της εργασίας.
- Ο βαθμός υπευθυνότητας που χαρακτηρίζει την εργασία.
- Η προοπτική εξέλιξης που δίνει η εργασία στον εργαζόμενο

Οι παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας, που αποτελούν τη δεύτερη κατηγορία των παραγόντων παρακίνησης, σχετίζονται με το περιβάλλον της εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί συνεισφέρουν σημαντικά στο να μην υπάρχει δυσαρέσκεια και επομένως, η απόδοση των εργαζόμενων διατηρείται σε υψηλά επίπεδα. Οι παράγοντες αυτοί, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη των προηγούμενων.

Στη συγκεκριμένη κατηγορία ανήκουν:

- Η πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση της επιχείρησης.
- Οι συνθήκες που χαρακτηρίζουν το περιβάλλον εργασίας.
- Ο μισθός που λαμβάνει ο εργαζόμενος.
- Οι διαπροσωπικές σχέσεις του εργαζόμενου, τόσο με τον προϊστάμενό του όσο και με τους συναδέλφους του.

- Οι ικανότητες και οι επιδεξιότητες του προϊστάμενου ως προς τη διοίκηση
- Η μονιμότητα και η σταθερότητα της εργασίας

Πίνακας 1. Η θεωρία των δύο παραγόντων

ΚΙΝΗΤΡΑ	ΑΝΤΙΚΙΝΗΤΡΑ
Επίτευξη κάποιου στόχου	Η διοίκηση και η πολιτική του οργανισμού
Αναγνώριση	Η επίβλεψη
Εξέλιξη	Ο συνθήκες εργασίας
Το αντικείμενο της εργασίας	Οι διαπροσωπικές σχέσεις στον οργανισμό
Υπευθυνότητα	Ο μισθός
Δυνατότητα (προσωπικής ανάπτυξης)	Το κύρος
Προσωπική ζωή	
Ασφάλεια εργασίας	

Πηγή: (gosuccess, n.d.) (2023)

4. Θεωρία των επίκτητων αναγκών – D. Mc. Clelland

Ο D. Mc. Clelland, μελετώντας την ανθρώπινη συμπεριφορά των εργαζομένων, κατέληξε στη συγκεκριμένη θεωρία, με την οποία, η συμπεριφορά των εργαζόμενων υποκινείται από συγκεκριμένες ανάγκες, οι οποίες διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Πρόκειται δηλαδή, για επίκτητες ανάγκες. Αυτές, διακρίνονται στις εξής:

1. Την ανάγκη για επίτευξη. Την επιθυμία δηλαδή που έχει το κάθε άτομο να φτάσει στην επιτυχία, να ξεπεράσει τις υφιστάμενες δυσκολίες και να ανταγωνιστεί τους υπόλοιπους παραγωγικά, ώστε να επιτύχει τους στόχους του.

2. Την ανάγκη για σχέσεις. Την επιθυμία του ατόμου, να αναπτύσσει στενές κοινωνικές σχέσεις χωρίς συγκρούσεις και να διατηρήσει ισχυρούς φιλικούς δεσμούς με τα άτομα που συναναστρέφεται.

3. Την ανάγκη για εξουσία. Την επιθυμία δηλαδή του ατόμου να επηρεάζει, να ελέγχει τους άλλους σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι υπεύθυνος για αυτούς και να τους εξουσιάζει.

Καταλήγοντας, η θεωρία του D. Mc. Clelland, αναφέρει ότι τα άτομα που επιδιώκουν την επίτευξη των επαγγελματικών τους σκοπών, θέτουν ρεαλιστικούς και μετρίου δυσκολίας στόχους. Έτσι, με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνουν να αυξάνουν τις

πιθανότητες για επαγγελματική επιτυχία και αναγνώριση. Ακολουθώντας την ανάγκη τους για επιτυχία οι εργαζόμενοι, αποδέχονται συμβουλές και καθοδήγηση και επιδιώκουν την ανάληψη ανώτερων ηγετικών θέσεων (McClelland, David C. - *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences - Wiley Online Library*, n.d.2024).

5. Θεωρίες διαδικασιών

Στα μέσα του 1960, αναπτύχθηκε η θεωρία των διαδικασιών, που αποτέλεσε μια νέα προσέγγιση σχετική με την εργασιακή παρακίνηση. Οι θεωρίες αυτές, μελέτησαν την παρακίνηση ως δυναμική στο εργασιακό περιβάλλον και εξέτασαν τις αιτιώδεις σχέσεις στο πέρασμα του χρόνου και τα γεγονότα που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά στον εργασιακό χώρο. Κοινό στοιχείο των διαδικασιών, αποτελεί η προσπάθεια κατανόησης της διαδικασίας της σκέψης και ο καθορισμός του τρόπου συμπεριφοράς των εργαζομένων.

Στις θεωρίες διαδικασιών, περιλαμβάνονται η θεωρία της προσδοκίας του V. Vroom, το μοντέλο των Porter και Lawler, η θεωρία ισότητας του J. Adams και η θεωρία καθορισμού στόχων του E. Locke (Shapiro & Mowday, 2004).

6. Θεωρία της προσδοκίας του V. Vroom

Η Θεωρία της προσδοκίας του V. Vroom, διακρίνεται ως μια από τις σπουδαιότερες θεωρίες διαδικασιών παρακίνησης, από την άποψη ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά βασίζεται σε συνειδητές προθέσεις και κατευθύνεται από τους στόχους που το κάθε άτομο θέτει. Ο Vroom, αναπτύσσοντας την πρώτη συστηματική διατύπωση της θεωρίας, υποστήριξε ότι οι εργαζόμενοι χρειάζεται να αξιολογούν ορθολογικά τις εργασιακές ενέργειες, όπως να εργάζονται περισσότερο και να επιλέγουν εκείνες τις συμπεριφορές που θα τους οδηγήσουν σε κάποια ανταμοιβή, όπως η λήψη κάποιας προαγωγής.

Η συγκεκριμένη θεωρία, αναπαρίσταται ως (Π.Κ) Παρακίνηση = f_i [Π(Προσδοκία) χ Πρ. (βαθμός προτίμησης)], όπου προσδοκία είναι η πιθανότητα ότι μια συγκεκριμένη ενέργεια ή συμπεριφορά, οδηγεί στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Η πιθανότητα, μπορεί να λάβει τιμή από 0 ως 1, όπου η τιμή 0 δείχνει ότι το άτομο δεν πιστεύει ότι η συγκεκριμένη ενέργεια θα του επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα ενώ όταν η τιμή είναι 1 δείχνει τη πίστη του ατόμου ότι η συγκεκριμένη ενέργεια θα τον οδηγήσει στο επιθυμητό για αυτόν αποτέλεσμα. Η μεταβλητή, βαθμός προτίμησης, δείχνει την

επιθυμία του ατόμου για το επιθυμητό αποτέλεσμα. Όταν η μεταβλητή είναι θετική φανερώνει ότι το άτομο διακατέχεται από μεγάλη επιθυμία, όταν είναι αρνητική φανερώνει ότι το άτομο δεν επιθυμεί το συγκεκριμένο αποτέλεσμα ενώ όταν η τιμή είναι μηδέν σημαίνει ότι το άτομο διακατέχεται από αδιαφορία για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Vroom υπάρχει διάκριση μεταξύ των επιθυμητών στόχων από την επιχείρηση (αποτελέσματα α' επιπέδου) και των επιθυμητών στόχων του ατόμου (αποτελέσματα β' επιπέδου) ενώ ως οργανικότητα ορίζει τη σχέση που υποκειμενικά το άτομο αντιλαμβάνεται μεταξύ των αποτελεσμάτων α' και β' επιπέδου. Ένα αποτέλεσμα α' επιπέδου δηλαδή μπορεί να οδηγήσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα β' επιπέδου (Vroom, 1964). Η συγκεκριμένη θεωρία, από τη μία βοηθάει τα στελέχη της διοίκησης να εκτιμήσουν τη πολυπλοκότητα της διαδικασίας της παρακίνησης των εργαζομένων, από την άλλη όμως είναι δύσκολα εφαρμόσιμη λόγω ότι περιέχει πολύπλοκες έννοιες και αδυνατεί πρακτικά να δώσει λύσεις στα προβλήματα που σχετίζονται με την υποκίνηση των εργαζόμενων. Μάλιστα, η θεωρία αυτή εκλογικεύοντας υπέρμετρα τον τρόπο που λαμβάνονται οι αποφάσεις αποκλείει τη παράμετρο ότι μπορεί να επηρεάζονται και από συναισθηματικούς παράγοντες (King & Lawley, 2022).

7. Υπόδειγμα της προσδοκίας των W. Porter–E. Lawler

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η προσπάθεια που καταβάλλει ο εργαζόμενος για την εκτέλεση μιας εργασίας είναι συνάρτηση δύο παραγόντων. Ο πρώτος παράγοντας, αναφέρεται στην αντίληψη του εργαζόμενου σχετικά με την ανταμοιβή ενώ ο δεύτερος παράγοντας, αφορά την υποκειμενική αξία που αποδίδει ο εργαζόμενος στην ανταμοιβή αυτή. Ο εργαζόμενος πρέπει να έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται με σαφήνεια τις απαιτήσεις που προϋποθέτει η εργασία του, οι οποίες αφού καλυφθούν, οδηγείται σε ανταμοιβές είτε εσωτερικές, όπως είναι η αναγνώριση και η αυτοεκτίμηση, είτε εξωτερικές όπως είναι η αύξηση μισθού και τα μπόνους. Οι Porter και Lawler, αναφέρουν ότι η παρακίνηση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο εργαζόμενος, προκειμένου να συνεχίσει να απολαμβάνει τις ανταμοιβές του, χρειάζεται να προσπαθεί συνεχώς ώστε να έχει την επιθυμητή απόδοση. Στην περίπτωση όμως που δεν πετύχει την επιθυμητή απόδοση και αντίστοιχα την επιθυμητή ανταμοιβή, ο εργαζόμενος αναλογικά χάνει την αξιοπιστία του ως προς το σύστημα

των ανταμοιβών, απογοητεύεται και αναστέλλει την προσπάθειά του (Steers et al., 2004).

8. Θεωρία της ισότητας του J.Adams

Σύμφωνα με τη θεωρία του J. Adams, οι εργαζόμενοι προσπαθούν να διατηρήσουν μια ισορροπία μεταξύ των εισροών (χρόνος και προσόντα) και των εσωτερικών και εξωτερικών ανταμοιβών. Οι εργαζόμενοι επιλέγουν τις συμπεριφορές και τις ενέργειες εκείνες με τις οποίες πιστεύουν ότι θα πετύχουν τις αντίστοιχες δίκαιες και ανάλογες ανταμοιβές. Ο εργαζόμενος μπορεί να εργάζεται αναλογικά με το ύψος της αμοιβής που λαμβάνει, αλλά μπορεί να τη συγκρίνει και με άλλους συναδέλφους που κάνουν την ίδια εργασία με εκείνον. Αυτή τη σύγκριση, μπορεί να οδηγήσει σε μια μορφή ανισότητας και αδικίας, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν συναισθήματα ψυχικής έντασης. Επιπλέον, όσο ο εργαζόμενος πιστεύει ότι αμείβεται με λιγότερα από όσα προσφέρει, είτε αρχίζει να μειώνει την απόδοση και την εργασιακή του προσφορά, είτε προσπαθεί να τη βελτιώσει προκειμένου να αυξήσει την αμοιβή του.

Έτσι η θεωρία της ισότητας καταλήγει στα εξής δύο συμπεράσματα (Adams & Walls, 2020):

- Οι εργαζόμενοι χρειάζεται να λαμβάνουν ίσες και δίκαιες αμοιβές ως προς την εργασία τους έτσι ώστε να συνεχίζουν τη προσπάθειά τους.
- Οι εργαζόμενοι συγκρίνουν και εκτιμούν ανάλογα τις αμοιβές τους. Αποτελεί δηλαδή, καθοριστικό παράγοντα, η σύγκριση για το τι λαμβάνουν οι ίδιοι, σε σχέση με τους συναδέλφους τους, που κάνουν την ίδια εργασία.

9. Θεωρία καθορισμού του στόχου του E. Locke

Η συγκεκριμένη θεωρία, διαφέρει από τη θεωρία των προσδοκιών και της ισότητας, επειδή έχει ως στόχο τη διαδικασία της παρακίνησης και όχι την ανταμοιβή. Η θεωρία υποστηρίζει ότι για να οδηγηθεί ο εργαζόμενος προς ένα αποδοτικό αποτέλεσμα, χρειάζεται να του τεθούν ελκυστικοί στόχοι, οι οποίοι θα πρέπει να είναι καθορισμένοι και συγκεκριμένοι, να έχουν ένα βαθμό δυσκολίας επίτευξης και να είναι αποδεκτοί από τους εργαζόμενους (Aldag & Stearns, 1999). Καθορίζοντας τους στόχους ο Daft, υποστηρίζει ότι με αυτό τον τρόπο αυξάνεται η παρακίνηση των εργαζόμενων, οι οποίοι εστιάζουν την προσπάθειά τους προς τη σωστή κατεύθυνση. Οι συγκεκριμένοι δύσκολοι στόχοι, ωθούν τους εργαζόμενους να προσπαθούν συνέχεια για να φτάσουν

σε υψηλότερο επίπεδο, ενώ όταν καταφέρουν να επιτύχουν τους στόχους τους, δημιουργούνται αισθήματα υπερηφάνειας, ικανοποίησης και αυτοπραγμάτωσης (Daft, 2003).

2.3. Εργαλεία Μέτρησης Επαγγελματικής Ικανοποίησης

Κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, αναπτύχθηκαν πολλά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζόμενων, τα οποία χρησιμοποιούν ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

1. JobSatisfactionSurvey (JSS)

Θεωρείται η πιο διαδεδομένη κλίμακα αξιολόγησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, δημιούργημα του Paul Spector το 1985. Το ερωτηματολόγιο, αξιολογεί εννέα παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία, μέσα από 36 ερωτήσεις όπου κάθε συστάδα των τεσσάρων ερωτήσεων αναφέρεται σε έναν παράγοντα. Τα αποτελέσματα καταλήγουν από το συνδυασμό εννέα παραγόντων στις οποίες οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν σε μια κλίμακα διαβάθμισης από το 1 ως το 6 και από το «Διαφωνώ πάρα πολύ» μέχρι το «Συμφωνώ πάρα πολύ».

2. Job Diagnostic Survey (JDS)

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Hackman & Oldhman το 1974, προκειμένου να ερευνηθούν το πώς τα χαρακτηριστικά της εργασίας επηρεάζουν το επίπεδο της ικανοποίησης τους από αυτή. Η κλίμακα περιλαμβάνει οκτώ υποκλίμακες. Για την αξιολόγηση της γενικής ικανοποίησης χρησιμοποιείται μια υποκλίμακα πέντε στοιχείων, ενώ μια υποκλίμακα 14 στοιχείων διερευνά πέντε παραμέτρους ικανοποίησης, όπως είναι η αμοιβή, η επίβλεψη, η εξέλιξη, η ασφάλεια και οι κοινωνικές σχέσεις. Οι απαντήσεις για τους ειδικούς παράγοντες ικανοποίησης κυμαίνονται από το «εξαιρετικά δυσαρεστημένος-η» ως το «εξαιρετικά ευχαριστημένος-η». Οι απαντήσεις για τη γενική ικανοποίηση κυμαίνονται από το «διαφωνώ έντονα» έως το «συμφωνώ έντονα».

3. Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)

Το ερωτηματολόγιο των Weiss, Dawis, England & Lofquist, που δημιουργήθηκε το 1977, περιλαμβάνει δύο εκδοχές: α) τη μεγάλη των 100 ερωτήσεων και β) τη μικρή των 20 ερωτήσεων. Η δεύτερη εκδοχή, χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μας με σκοπό να μετρήσουμε την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας και για αυτό το λόγο αναλύεται πιο διεξοδικά στο επόμενο κεφάλαιο της διατριβής.

4. Job Descriptive Index (JDI)

Η κλίμακα αυτή που αναπτύχθηκε από τους Smith, Kendall & Hullin, περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης, τις αποδοχές, το αντικείμενο της εργασίας, τις προαγωγές και την επίβλεψη και τους συναδέλφους. Τα 72 στοιχεία τα οποία περιλαμβάνει διαχωρίζονται είτε σε εννιά είτε σε δεκαοχτώ συστάδες κριτηρίων τα οποία διαμορφώνονται σε υποκλίμακες. Ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει με το «Ναι», «Όχι» ή «Δεν είμαι σίγουρος-η». Το 1989, ο Roznowski την εξέλιξε προκειμένου να αυξήσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της, ενώ στη συνέχεια η Smith και οι συνεργάτες της τη βελτίωσαν, αντικαθιστώντας κάποιες από τις ερωτήσεις και περιλαμβάνοντας μια 6βάθμια κλίμακα η οποία είναι γνωστή ως Job in General Scale (JIG).

5. Job In General Scale (JIG)

Η συγκεκριμένη κλίμακα, στηρίζεται στην κλίμακα JDI και περιλαμβάνει δεκαοχτώ στοιχεία με τη μορφή επιθέτων και κάποια άλλα με τη μορφή σύντομων φράσεων. Βασίζεται κυρίως στα συναισθήματα που προκαλεί στους ερωτηθέντες η εργασία τους και λιγότερο στην περιγραφή των θέσεων εργασίας τους. Το συνολικό σκορ προκύπτει από το άθροισμα όλων των στοιχείων, ενώ ως απαντήσεις που δέχεται είναι «Ναι» όταν συμφωνούν, «?» όταν δεν είναι σίγουροι και «Όχι» όταν διαφωνούν.

6. Faces Scale

Πρόκειται για μια κλίμακα πολύ διαδομένη και ιδιαίτερα εύχρηστη η οποία έχει ως σκοπό τη μέτρηση της γενικής ικανοποίησης. Χρησιμοποιεί έξι εκφράσεις ενός προσώπου που αποτυπώνει διαφορετικά συναισθήματα, από τις οποίες οι ερωτηθέντες καλούνται επιλέξουν την έκφραση του προσώπου που τους αντιπροσωπεύει.



Εικόνα 4 :Κλίμακα προσώπων

Πηγή: (*Employee Satisfaction Survey - Questions, Examples, Templates and More*, 2023)

2.4.Επαγγελματική Ικανοποίηση στο Χώρο της Υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας, επειδή προσφέρουν το αγαθό της υγείας είναι σημαντικό να βιώνουν επαγγελματική ικανοποίηση, ώστε να προσλαμβάνουν το σύνολο των θετικών επιδράσεων που αυτή συνεπάγεται, τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς τους. Με αυτόν τον τρόπο τονίζεται, η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητά τους, εφόσον διακατέχονται από λιγότερο εργασιακό στρες. Όλα τα παραπάνω, συμβάλλουν σε υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης burnout.

Στη σημερινή εποχή, μια εποχή οικονομικής και υγειονομικής κρίσης, όπου επικρατεί μείωση του προσωπικού και πάγωμα προσλήψεων, λόγω οικονομικών περιορισμών στη χρηματοδότηση της υγείας και από την άλλη πλευρά, το ήδη υπάρχον προσωπικό, καλύπτει ένα μεγάλο φόρτο εργασίας με ένα δυσανάλογο αριθμό ασθενών (Galanis et al., 2023).

Ως απόρροια αυτών των συνθηκών, συνεπάγεται η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι διακατέχονται από αίσθημα παραίτησης και αδιαφορίας, κυνικότητα προς τους ασθενείς τους και συχνές απουσίες από την εργασία τους (Lambraki et al., 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας, επηρεάζονται σε διαφορετικά επίπεδα από παράγοντες όπως, το κυκλικό ωράριο, ο φόρτος εργασίας, το ύψος της αμοιβής, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ηλικία και την οικογενειακή τους κατάσταση, τη θέση και τις συνθήκες εργασίας τους, τη κοινωνική καταξίωση, τα έτη προϋπηρεσίας και τις σχέσεις με τους ασθενείς και συναδέλφους τους.

Σε αυτό το κεφάλαιο, αναλύσαμε την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης, τους παράγοντες που τη συνθέτουν, τις θεωρίες που την καθορίζουν και τον ρόλο που διαμορφώνει στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα στην Ελλάδα. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν τα πιο διαδεδομένα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησής της.

Το επόμενο κεφάλαιο, έχει ως σκοπό τη διερεύνηση της έννοιας του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Για την πληρέστερη κατανόησή της διαταραχής θα ακολουθήσει μια ιστορική αναδρομή, η ανάπτυξη των σχετικών θεωριών και των κατάλληλων ψυχομετρικών εργαλείων, τα συμπτώματα και πρόληψης και την ειδική εμφάνιση της διαταραχής στον τομέα της παιδιατρικής περίθαλψης και φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει ανάλυση της έννοιας του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες που αποτελεί τη βασική μεταβλητή της έρευνας μας. Με σκοπό να γίνει πλήρως κατανοητή η διαταραχή, θα ακολουθήσει η ιστορική ανασκόπησή της, τα στάδια ανάπτυξης, οι παράγοντες κινδύνου και το εννοιολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύχθηκαν οι διάφορες σχετικές θεωρίες του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Επίσης αναλύονται τα εργαλεία μέτρησής του, γίνεται παράθεση των συμπτωμάτων, των μέσων πρόληψης και θεραπείας, ενώ στη συνέχεια παρουσιάζεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που αφορούν το δευτερογενές μετατραυματικό στρες σε εργαζόμενους γενικότερα, σε επαγγελματίες υγείας και σε παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας, ειδικότερα.

3.1. Ιστορική Ανασκόπηση

Οι επαγγελματίες υγείας παρέχοντας φροντίδα και περίθαλψη στους ασθενείς τους, επιδιώκουν την ανακούφιση από τον ανθρώπινο και συναισθηματικό πόνο που απορρέει από τη νόσο. Αυτή όμως η ανθρώπινη συμπονετική διασύνδεση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους, κάτω από τη συνεχή τριβή και συγκεκριμένους παράγοντες, μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών και εν γένει στους ασθενείς. Το ψυχικό κόστος για τους εργαζόμενους που φροντίζουν έναν πάσχοντα και προσηλώνονται στις ανάγκες του, οδήγησε τους ερευνητές να προσδιορίσουν αυτό το φαινόμενο και τα αίτια του.

Ως ΔΜΣ ή Secondary Traumatic Stress-STΣ, σύμφωνα με τον Figley, καθορίζονται όλες οι συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαντήσεις, ώστε να μπορέσει ο εκτεθειμένος εργαζόμενος, να αντιμετωπίσει το τραύμα και το συναισθηματικό φόρτο των ασθενών του. Πρόκειται λοιπόν για μια διαταραχή που προκαλείται ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας και του αυξημένου ενδιαφέροντος προς τους πάσχοντες που βιώνουν έντονο σωματικό και ψυχικό πόνο. Το ΔΜΣ επομένως, αποτελεί μια φυσική συμπεριφορά με συναισθήματα που απορρέουν από την εμπειρία του τραυματικού γεγονότος που κάποιος τυχαίνει να έχει ζήσει ή από το έντονο στρες που δημιουργείται στο άτομο από την παροχή φροντίδας σε κάποιον βαρέως πάσχοντα. Η ΔΜΣ είναι μια διαταραχή, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική, σωματική, κοινωνική και πνευματική εξάντληση, σε μείωση της επιθυμίας και της

ικανότητας του ατόμου να φροντίζει τους άλλους και τελικά, να καταλήξει σε μείωση της ικανότητας του να νιώθει επαγγελματική ή προσωπική ευτυχία, χαρά και ικανοποίηση (C. R. Figley, 1995).

Οι επαγγελματίες υγείας, εφόσον εκτίθενται σε περιβάλλον ανθρώπινου πόνου, αντιμετωπίζουν εκτός από το φυσιολογικό εργασιακό στρες και τα προσωπικά τους βιώματα. Ο ψυχικός τραυματισμός των εργαζόμενων στην υγεία, μπορεί να μην εμφανίζεται άμεσα, (Thompson, 2004), ωστόσο, σύμφωνα με τον Figley, ο επαγγελματίας υγείας υιοθετεί τις εικόνες τραύματος του πάσχοντα που φροντίζει, επιδεινώνει το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο οποίο ενδεχομένως βρίσκεται και σταδιακά οδηγείται σε μια κατάσταση που ονομάζει «κόπωση συμπόνιας» ή *compassionfatigue* (C. R. Figley, 1995).

Η εικόνα πάντως του «πληγωμένου» θεραπευτή, φαίνεται να υφίσταται από την αρχαιότητα με το μύθο του Κενταύρου Χείρωνα, ο οποίος ζώντας σε μια σπηλιά στην κορυφή του Πηλίου, δίδαξε τη τέχνη της θεραπείας στο μαθητή του Ασκληπιό. Σύμφωνα λοιπόν με το μύθο, ο Χείρωνας αντλούσε την ικανότητά της θεραπείας από μια αθεράπευτη πληγή που του είχε προκαλέσει ο ήρωας Ηρακλής. Έτσι, αναλύοντας το συμβολισμό του μύθου, αντιλαμβανόμαστε ότι είναι απαραίτητο ένας επαγγελματίας υγείας να έχει πλήρη αυτογνωσία των ικανοτήτων και των ορίων του, ώστε να είναι σε θέση να φροντίσει τους ασθενείς και παράλληλα να προστατεύει τον ίδιο τον εαυτό του (*Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική*, 2009).

Αρχικά ο όρος «κόστος της φροντίδας», εμφανίστηκε στο κείμενο «*The Psychology of Dementia Praecox*» του Carl G. Jung (McGuire, 1984). Ο Jung, παρουσίασε το φαινόμενο της αντιμεταβίβασης, τις συνειδητές και ασυνειδήτες δηλαδή αντιδράσεις που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας και τόνισε ότι, ο θεραπευτής παίρνει μέρος στις ψευδαισθήσεις και στις παραισθήσεις του ασθενή του. Παράλληλα, κρούει τον κώδωνα του κινδύνου προς τους θεραπευτές, γιατί λαμβάνοντας μέρος στις τραυματικές εμπειρίες των ασθενών τους, μπορεί να επηρεαστούν σημαντικά ιδιαίτερα αν πρόκειται για αρχάριους ή για θεραπευτές που δεν έχουν επιλύσει τα δικά τους αναπτυξιακά ή τραυματικά θέματα.

Η αντιμεταβίβαση, μελετήθηκε ως προς τις συνέπειές της στους θεραπευτές. Ο τρόπος δηλαδή, με τον οποίο οι θεραπευτές βιώνουν την αντιμεταβίβαση μιμούμενοι τα συμπτώματα των ασθενών τους. Παρατηρήθηκε μάλιστα, ότι οι θεραπευτές που εργάζονταν με άτομα που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, εκδήλωσαν φαινόμενα

αντιμεταβίβασης σε σημείο να παρουσιάζουν οι ίδιοι τα μετατραυματικά συμπτώματα (Yule, 1990).

Τα επόμενα χρόνια, μελετήθηκαν πιο διεξοδικά οι συνέπειες του τραύματος σε εργαζόμενους ανθρωπιστικών επαγγελμάτων, χρησιμοποιώντας όρους όπως είναι το «σοκ βομβαρδισμού», η «νεύρωση μάχης» ή το «κόπωση μάχης». Το 1980 όμως, στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας– III ή Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III), έγινε αναγνώριση της διαταραχής του PTSD ως αγχώδους διαταραχής (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed., Revised (DSM-III-R) | American Journal of Psychiatry, n.d.*).

Το 1992, η κοινωνική λειτουργός Carla Joinson, παρουσίασε για πρώτη φορά βιβλιογραφικά, την ψυχολογική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας, ως συνέπεια των τραυματικών γεγονότων που μεταφέρουν οι ασθενείς τους, ενώ ο όρος ΔΜΣ, εμφανιζόταν και με άλλους όρους. Χαρακτηριστικά, αναφέρονται οι όροι «δευτερογενής κατατρεγμός» ή «secondaryvictimization» (C. Figley, 2015), «δευτερογενής επιζώντας» ή «secondarysurvivor» (Remer & Elliott, 1988), «μετάδοση συνθημάτων» ή «emotional contagion» (Miller et al., 1988), οι οποίοι στην πλειοψηφία τους ταυτίζονται.

Η ουσιαστική όμως αναγνώριση του ΔΜΣ, συνέβη το 1994 στο DSM-IV, όπου αναφέρθηκε ότι το PTSD, μπορεί να εμφανιστεί όταν ένα άτομο εκτεθεί σε τραύμα, είτε άμεσα είτε έμμεσα, με αποτέλεσμα το τραύμα να μπορεί να βιωθεί ακόμα και από τα δυο άτομα. Στη συνέχεια, στην έκδοση του DSM-V, το ΔΜΣ παρουσιάζεται ως μια διαταραχή ταυτόσημη με αυτή της μετατραυματική διαταραχής του στρες, η οποία υφίσταται μετά από έκθεση σε ένα τραυματικό συμβάν. Πιο συγκεκριμένα, για να τεθεί η διάγνωση του PTSD, θα πρέπει το άτομο να έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό συμβάν μέσω διάφορων τρόπων: α) με άμεση έκθεση, β) έκθεση ως μάρτυρας, γ) έκθεση μέσω πληροφόρησης για τραυματικό συμβάν σε οικογενειακό ή φιλικό πρόσωπο και δ) συνεχόμενη έκθεση μέσω του επαγγέλματος του ατόμου (Bell, 1994).

Το ΔΜΣ, το οποίο αφορά την τελευταία μορφή έκθεσης σε τραύμα, μπορεί να εκδηλωθεί είτε άμεσα είτε μετά από μερικούς μήνες, μετά από επαφή του ατόμου σε μια τραυματική εμπειρία. Όταν τα μετατραυματικά συμπτώματα εμφανίζονται στο μήνα, το ΔΜΣ χαρακτηρίζεται ως οξύ, ενώ αν συνεχίζεται μετά την πάροδο του μήνα ή διαρκεί για χρόνια, χαρακτηρίζεται ως χρόνιο ΔΜΣ.

Με το πέρασμα των χρόνων, για να περιγραφεί η έκθεση ενός ατόμου στην τραυματική εμπειρία κάποιου άλλου, εκτός από τον όρο «δευτερογενές μετατραυματικό στρες», γίνεται χρήση και των όρων «κόπωση συμπόνιας» ή compassion fatigue–CF», «αντιμεταβίβαση» ή counter transference–CT», «τραύμα τούτισης» ή (vicarious traumatization–VT) και ο «δευτερογενής κατατρογμός» «secondary victimization –SV» (Stamm, 2010).

Ανάλογα λοιπόν τη μετάδοση του ΔΜΣ από τον ασθενή στον επαγγελματία, μέσω της παρατήρησης, της ακοής ή της εμπλοκής του στη θεραπεία και τη φροντίδα του τραύματος, σε συνδυασμό με την αντίληψη, τα συστήματα αξιών και το τραυματικό υπόβαθρό του, μπορεί να προκύψει συναισθηματική αστάθεια που μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική και προσωπική ζωή του επαγγελματία. Επιπλέον, στην περίπτωση που περιγράφονται φρικτά γεγονότα, όπως αυτά της ανθρώπινης βαναυσότητας, βιασμών και βιαιοπραγιών, ο θεραπευτής, μπορεί να οδηγηθεί σε αλλαγή της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς του.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Figley, ο επαγγελματίας που παρέχει φροντίδα σε καθημερινή βάση, αναπτύσσει συναισθήματα φόβου, πόνου και λύπης και αναπαριστά τις τραυματικές εικόνες που άκουσε ή είδε, επιδεινώνοντας με τον τρόπο αυτό, την επαγγελματική του εξουθένωση. Λειτουργώντας έτσι αθροιστικά, ο εργαζόμενος οδηγείται σε καταβολή δυνάμεων, συναισθηματικών και σωματικών (C. R. Figley, 1995).

3.2. Συμπτώματα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες

Σύμφωνα με παλαιότερα διαγνωστικά κριτήρια, τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι επαγγελματίες υγείας που παρουσιάζουν ΔΜΣ, διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία, οι εργαζόμενοι αναβιώνουν το τραυματικό συμβάν κάποιου άλλου ατόμου που φροντίζουν. Στη δεύτερη κατηγορία, αποφεύγουν να σκέφτονται το τραυματικό γεγονός, ενώ στην τρίτη κατηγορία, εμφανίζεται η έντονη διέγερση που κάνει τους εκτεθειμένους να αποκτούν διαταραχές ύπνου ή δυσκολία στη συγκέντρωση και ταραχή κατά τη διάρκεια του ύπνου (Stamm, 2010).

Τα συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματικού στρες ταξινομούνται ως φυσικά, ψυχολογικά, συμπεριφοριστικά και πνευματικά. Στα φυσικά συμπτώματα περιλαμβάνονται, η κούραση, η αδυναμία, οι πονοκέφαλοι, η εξασθένιση του ανοσοποιητικού συστήματος, η ταχυκαρδία, η αυπνία και οι έντονοι πόνοι στο στομάχι.

Στα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνεται, η κατάθλιψη, ο κυνισμός, ο φόβος, η θλίψη, η ντροπή η απελπισία, η ενοχή, η κυκλοθυμία, η μείωση της αυτοπεποίθησης και του βαθμού ενεργητικότητάς τους, η έλλειψη ελέγχου και η αύξηση της ευερεθιστότητάς τους. Στα πνευματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται, η έλλειψη σκοπού και πίστης καθώς και η αμφισβήτηση των πνευματικών δυνάμεων, των θρησκευτικών πεποιθήσεων και του σκοπού και του νοήματος της ζωής. Τέλος, στα συμπεριφοριστικά συμπτώματα, περιλαμβάνεται η όξυνση της αποκοινωνικοποίησης, η εμφάνιση εφιαλτών και διαταραχών του ύπνου, η ροπή προς τα ατυχήματα και η απουσία από την εργασία, οι αλλαγές στην όρεξη και η ροπή προς χρήση αλκοόλ ακόμα και η χρήση υπναγωγών και ναρκωτικών ουσιών (*Secondary Traumatic Stress*, n.d. 2024).

Σύμφωνα με το DSM-5, τα συμπτώματα του ΔΜΣ δεν διαχωρίζονται από τα συμπτώματα PTSD. Πιο συγκεκριμένα, η γενικότερη συμπτωματολογία περιλαμβάνει, συμπτώματα εισβολής, αποφυγής, αρνητικών αλλαγών στη γνώση και στη διάθεση και σημαντικές αλλαγές στη διέγερση και αντιδραστικότητα (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικού στρες

Συμπτώματα εισβολής	<ul style="list-style-type: none"> • Επαναλαμβανόμενες, ακούσιες και ενοχλητικές αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος. • Επαναλαμβανόμενα οδυνηρά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν. • Διασχιστικές αντιδράσεις στις οποίες το άτομο αισθάνεται ή ενεργεί σαν να επαναλαμβάνονταν το τραυματικό συμβάν. • Ψυχολογική δυσφορία κατά την έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με το τραυματικό συμβάν. • Φυσιολογικές σωματικές αντιδράσεις μετά από έκθεση σε καταστάσεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με αυτή του τραυματικού συμβάντος.
Συμπτώματα αποφυγής	<ul style="list-style-type: none"> • Αποφυγή δυσάρεστων αναμνήσεων, σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν. • Αποφυγή ανθρώπων, τοποθεσιών, δραστηριοτήτων, αντικειμένων και καταστάσεων που θυμίζουν το τραυματικό συμβάν
Συμπτώματα αρνητικών αλλαγών στη γνώση και στη διάθεση	<ul style="list-style-type: none"> • Αδυναμία ανάμνησης του τραυματικού συμβάντος. • Υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες για τον εαυτό, τους άλλους ή τον κόσμο γενικότερα. • Το άτομο κατηγορεί τον εαυτό του για την έκθεση στο συμβάν. • Επίμονη αρνητική συναισθηματική κατάσταση (π.χ. φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή ή ντροπή).

	<ul style="list-style-type: none"> • Αποξένωση από το περιβάλλον. • Μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε δραστηριότητες που το άτομο παλιά συνήθιζε. • Αδυναμία να βιώσει και να εκφράσει αισθήματα αγάπης
Συμπτώματα αλλαγών στη διέγερση και αντιδραστικότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Υπερεπαγρύπνηση. • Υπερβολική αιφνιδιαστική απάντηση. • Έλλειψη συγκέντρωσης. • Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Πηγή: (Secondary Traumatic Stress, n.d. 2024)

3.3. Στάδια Ανάπτυξης Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες

Για να διαγνωστεί ένας επαγγελματίας υγείας με ΔΜΣ, πρέπει να υπάρχει μια συστοιχία συμπτωμάτων. Η μελέτη και η αξιολόγηση των συμπτωμάτων συνήθως αφορά τους εξής παράγοντες (Lombardo & Eyre, 2011):

1. Την περιγραφή και την αξιολόγηση των συνθηκών και του περιβάλλοντος στα πλαίσια της εργασίας.
2. Το είδος του επαγγέλματος.
3. Τις στρατηγικές που συνήθως εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων.
4. Τις δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι ώστε να καταφέρουν να εκτονώσουν την ψυχική τους ένταση.
5. Την προθυμία και τη διάθεση που δείχνουν οι επαγγελματίες υγείας για την ανάπτυξη και εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, δείχνοντας ενδιαφέρον για τα νέα επιστημονικά δεδομένα.

Τα στάδια ανάπτυξης, τα οποία σε οποιαδήποτε σημείο αναγνωριστούν και αξιολογηθούν χρειάζεται να αντιμετωπιστούν, ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω συνέπειες, είναι τα εξής (Wood, 2010):

1. Το στάδιο του φανατισμού.

Στο συγκεκριμένο στάδιο, ο εργαζόμενος δείχνει θετική και εργατική διάθεση. Προσπαθεί να επιλύσει τυχόν προβλήματα που εμφανίζονται με διάθεση για δέσμευση και εξέλιξη επιδεικνύοντας ενθουσιασμό και ζήλο.

2. Το στάδιο της οξυθυμίας.

Είναι το στάδιο που ο εργαζόμενος ξεκινά να απλοποιεί και να αποφεύγει καθορισμένες διαδικασίες. Αρχίζει δηλαδή να αποφεύγει τους ασθενείς του, να κοροϊδεύει και να υποτιμά τους συναδέλφους του και ανθρώπους από τον περίγυρό του, με αποτέλεσμα να αποξενώνεται και να κάνει λάθη, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν προβλήματα συγκέντρωσης.

3. Το στάδιο της αποξένωσης.

Στο στάδιο αυτό, το άτομο εκφράζει δυσαρέσκεια και απογοήτευση για την προσωπική και επαγγελματική του ζωή. Παραμελεί ακόμα πιο πολύ την οικογένεια του, τους ασθενείς και τους φίλους του και αδυνατεί να συνεργαστεί με άλλους και να εργαστεί ομαλά.

4. Το στάδιο του ζωντανού- νεκρού.

Σε αυτό το στάδιο, ο εργαζόμενος έχει οργή, εκφράζει αισθήματα μίσους για τους συνανθρώπους του, απομακρύνεται τελείως από τους ασθενείς, ενώ δεν μπορεί να του προσφέρει κανείς και τίποτα χαρά ή ευχαρίστηση.

5. Το στάδιο της παθολογίας ή ωρίμανσης και ανανέωσης.

Αποτελεί το τελικό στάδιο, όπου αν τα συμπτώματα του εργαζόμενου δεν έχουν αξιολογηθεί και αντιμετωπιστεί, χάνει την ικανότητα της εργασίας, εμφανίζει συνεχώς απουσίες από την εργασία του και σταματάει να είναι λειτουργικός.

3.4. Παράγοντες Εμφάνισης Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες

Κατά καιρούς, διάφορες θεωρίες προσπάθησαν να εξηγήσουν το μηχανισμό της μετάδοσης του τραυματικού στρες από το ένα άτομο στο άλλο, ωστόσο, καμία δεν έχει επικρατήσει ώστε να καθιερωθεί στους επιστημονικούς κύκλους (*Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation / Office of Justice Programs*, n.d. 2024).

Σε αυτό το πλαίσιο, πρωταρχική θέση κατέχουν οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι λόγω της φύσης της δουλειάς τους, έρχονται σε επαφή με βαριά τραυματισμένους και ευάλωτους ανθρώπους. Οι επαγγελματίες υγείας, διακατέχονται από ενσυναίσθηση όχι μόνο προς τους ασθενείς, αλλά και προς τους αγχωμένους συνοδούς. Επιπλέον, στις μέρες μας, επιβαρύνονται από μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, διότι λόγω της έλλειψης προσωπικού, φροντίζουν περισσότερους ασθενείς, έχοντας παράλληλα και πιο έντονη γραφική δουλειά. Η ανάγκη επίσης για συνεχή επιμόρφωση και εξειδίκευση, για τους

επαγγελματίες υγείας, έχει γίνει επιτακτική στις μέρες μας κάτι που αποτελεί έναν επιπλέον παράγοντα επιβάρυνσης (Stamm, 2010).

Ωστόσο, παρόλο που όλοι οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν παρόμοιες συνθήκες εργασίας, δεν αναπτύσσουν όλοι ΔΜΣ. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι δεν αρκεί απλά η έκθεση στο εργασιακό τραύμα για να αναπτυχθεί η μετατραυματική συμπτωματολογία, αλλά υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που θεωρούνται υπεύθυνοι, οι οποίοι με τη σειρά τους διακρίνονται σε ατομικούς και εργασιακούς (Gates & Gillespie, 2008). Ένας από τους βασικούς ατομικούς παράγοντες, αποτελεί το ιστορικό τραυματικών εμπειριών που μπορεί να έχει βιώσει ο επαγγελματίας είτε κατά τη παιδική του ηλικία είτε ως ενήλικας. Αν δηλαδή το άτομο έχει βιώσει στο παρελθόν κάποια τραυματική εμπειρία την οποία δεν θεράπευσε ολοκληρωτικά, είναι πολύ πιθανό να αναβιώσει στην εργασία του, εφόσον εκτεθεί σε μια νέα τραυματική εμπειρία. Συγκεκριμένοι χώροι, ήχοι ακόμα και μυρωδιές μπορεί να επαναφέρουν το τραυματικό συμβάν και να εκδηλωθεί έπειτα η αντίστοιχη συμπτωματολογία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, επίσης σημαντικό ρόλο αποτελούν και τα δημογραφικά στοιχεία, εφόσον φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση του ΔΜΣ. Έτσι, χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα χρόνια προϋπηρεσίας ή το φύλο αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την ανάπτυξη ΔΜΣ κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις (Argvay, 2001).

Οι επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες φροντίδας των ασθενών τους, επενδύουν αναπόφευκτα και συναισθηματικά σε αυτούς, ως αποτέλεσμα του κυκλικού ωραρίου και της αυξημένης επαφής τόσο με τον ασθενή όσο και με τους συνοδούς του. Ιδιαίτερα στον απροσδόκητο θάνατο, η ψυχική και συναισθηματική απάντηση του κάθε εργαζόμενου, η οποία όπως είδαμε επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, μπορεί να οδηγήσει σε επιπρόσθετο άγχος και κόπωση, περιορίζοντας ανάλογα και την επαγγελματική του ικανοποίηση. Σε παρόμοια συμπεράσματα, έχει καταλήξει και η έρευνα του Kolorouti, όπου σύμφωνα με τα ευρήματα του, οι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση επαγγελματικής κόπωσης, είναι η σχέση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, με τους συναδέλφους τους και επιπλέον, η σχέση του ίδιου του επαγγελματία με τον εαυτό του (Koloroutis et al., 2007).

Επιπλέον, στους εργασιακούς παράγοντες, περιλαμβάνονται και οι συνθήκες εργασίας που επικρατούν στο χώρο της υγείας. Οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι που διατίθενται από τον εκάστοτε κρατικό προϋπολογισμό, η έλλειψη ανθρώπινων

πόρων και η απουσία στήριξης του προσωπικού από την πλευρά της διοίκησης, το κυκλικό ωράριο σε συνάρτηση με τον αυξημένο αριθμό εισαγωγών ασθενών αυξάνουν το φόρτο εργασίας των υγειονομικών και επομένως, την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΣ (Rajeswari et al., 2020).

3.5. Εργαλεία Μέτρησης Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι ο όρος «κόπωση συμπόνιας», περιγράφηκε αρχικά ως μια δευτερογενή τραυματική αντίδραση στο στρες. Περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχική εξάντληση του ατόμου και τη μείωση ενσυναίσθησης και συμπόνιας για τους ασθενείς. Συνήθως δεν αποδίδεται σε μία μόνο έκθεση σε τραύμα, αλλά γενικά σχετίζεται με συνεχιζόμενη, επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τραυματικές καταστάσεις σύμφωνα με τον Figley (C. R. Figley, 1995) και αυτή είναι η κοινή συνισταμένη με το ΔΜΣ.

Προκειμένου να ανιχνευθεί και να διαγνωστεί το ΔΜΣ έχουν διαμορφωθεί κατά καιρούς, οι εξής κλίμακες μέτρησής (Beck, 2011). Όπως θα δούμε, το ΔΜΣ σε παλαιότερες κλίμακες, έχει την ίδια έννοια με την «κόπωση συμπόνιας».

1. Compassion Fatigue Self-Test (CFST)

Πρόκειται για την πρώτη κλίμα μέτρησης που αναπτύχθηκε προκειμένου να μετρηθεί το ΔΜΣ. Αφορά ένα ερωτηματολόγιο 40 ερωτήσεων, το οποίο αποτελείται από δύο υποκλίμακες, αυτή της «κόπωσης συμπόνιας» με 23 στοιχεία και της «επαγγελματικής εξουθένωσης» που περιέχει 17 στοιχεία. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε το 1996 από τους Figley και Stamm, οι οποίοι πρόσθεσαν μια σειρά από θετικά προσανατολισμένες ερωτήσεις που είχαν ως στόχο να μετρήσουν την ικανοποίηση και την κόπωση συμπόνιας παράλληλα. Οι ερευνητές, κατέληξαν να διαμορφώσουν ένα ερωτηματολόγιο με 30 ερωτήσεις (Stamm, 2002).

2. Professional Quality Of Life Scale (Proqol)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 30 ερωτήσεων με μια 5βαθμια κλίμακα Likert, στην οποία το 1 αντιπροσωπεύει το «ποτέ» και το 5 το «πολύ συχνά», ενώ αποτελείται από τρεις διακριτές κλίμακες, αυτή της «ικανοποίησης συμπόνιας»

ή «compassion satisfaction», την κλίμακα της «επαγγελματικής εξουθένωσης» ή «burn out» καθώς της «κόπωσης συμπόνιας» ή «compassion fatigue» (Stamm, 2010).

3. Compassion Fatigue Scale (CFS-R)

Πρόκειται για μία έκδοση του αρχικού εργαλείου Compassion Fatigue Scale, η οποία εν συνεχεία, τροποποιήθηκε προκειμένου να προσαρμοστεί στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας. Ως αποτέλεσμα ήταν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελούταν από 30 ερωτήσεις με 10βάθμια κλίμακα Likert, η οποία ξεκινάει με το 1 να σημαίνει «ποτέ ή σπάνια» και καταλήγει στο 10 που σημαίνει «πολύ συχνά». Παράλληλα, περιλαμβάνει δύο υποκλίμακες, την «επαγγελματική εξουθένωση» που περιέχει 98 στοιχεία και αυτή της compassion fatigue που περιέχει 22 στοιχεία (Bride et al., 2007).

4. Secondary Traumatic Stress Scale (STSS)

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 17 ερωτήσεων, με μια 5βάθμια κλίμακα Likert που ξεκινάει με το 1 να σημαίνει «ποτέ» και το 5 να σημαίνει «πολύ συχνά», ενώ διαιρείται σε τρεις υποκλίμακες, οι οποίες με τη σειρά τους μετρούν τα τρία βασικά συμπτώματα του ΔΜΣ, την επαναβίωση, την αποφυγή και την υπερδιέγερση (Beck, 2011).

3.6. Εννοιολογικό Πλαίσιο Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες

1. Μοντέλο συστημάτων της Neuman

Σύμφωνα με τη θεωρία που έχει αναπτύξει η Neuman, ο άνθρωπος βρίσκεται σε μια διαρκή αναζήτηση της αρμονίας και της ισορροπίας μέσω ενός ανοιχτού συστήματος όπου η πληροφορία ανταλλάσσεται με την ενέργεια μέσα στο περιβάλλον. Υποστηρίζει, επίσης ότι το σύστημα του ατόμου περιλαμβάνει πέντε μεταβλητές, τις σωματικές, τις ψυχολογικές, τις κοινωνιολογικές, τις αναπτυξιακές και τις πνευματικές οι οποίες αποτελούν τη κεντρική δομή των μηχανισμών επιβίωσης. Το άτομο δηλαδή, λειτουργεί σαν πυρήνας συνθέτοντας τους βασικούς παράγοντες επιβίωσης ή τις πηγές ενέργειας, ενώ ο πυρήνας περιβάλλεται από μερικές γραμμές αντίστασης, τη φυσιολογική γραμμή άμυνας και την ευέλικτη γραμμή άμυνας.

Ως γραμμές αντίστασης, περιγράφει τους εσωτερικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην άμυνα του ατόμου και τους στρεσογόνους παράγοντες, που οδηγούν στη κόπωση συμπίνας. Επίσης, οι γραμμές αντίστασης περικλείονται από τις φυσιολογικές γραμμές άμυνας, οι οποίες αποτελούν μια κατάσταση ισορροπίας και ηρεμίας, το τρόπο δηλαδή που το κάθε άτομο αντιμετωπίζει τη ζωή και το πώς αντιδρά ως προς την παροχή φροντίδας.

Εξωτερικά, σύμφωνα με το μοντέλο της, το εξωτερικό περίβλημα περιέχει τις ευέλικτες γραμμές άμυνας, περιγράφει τη δυναμική φύση η οποία εύκολα μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια μικρής χρονικής περιόδου και λειτουργεί ως προστατευτικό τοίχωμα ως προς την είσοδο στον πυρήνα των στρεσογόνων παραγόντων. Ωστόσο, αυτές οι γραμμές άμυνας παρόλη την ευελιξία που διαθέτουν, φαίνεται να επηρεάζονται από το βαθμό που τα άτομα χρησιμοποιούν ή αλληλεπιδρούν προς τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές, αναπτυξιακές και πνευματικές μεταβλητές (“Neuman Systems Model,” 2019).

Το συγκεκριμένο μοντέλο της Neuman, σχετίζεται και με τη θεωρία του στρες της Selye. Η θεωρία της Selye, καθορίζει ότι το περιβαλλοντικό και εργασιακό στρες, συντελεί στο να εξαντληθούν τα άτομα και να οδηγηθούν σε επιβλαβή σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Ο εργαζόμενος δηλαδή, έχει ως σκοπό να διατηρήσει τη σταθερότητα του συστήματος μέσω των τριών επιπέδων πρόληψης. Στο πρώτο επίπεδο, περιλαμβάνεται η πρωτογενής πρόληψη που αφορά τη προστασία της φυσιολογικής γραμμής και της ενίσχυσης της ευέλικτης γραμμής άμυνας. Στο δεύτερο επίπεδο, γίνεται η ενίσχυση των εσωτερικών γραμμών αντίστασης, η μείωση της αντίδρασης και η αύξηση των παραγόντων αντίστασης. Τέλος στο τρίτο επίπεδο, περιλαμβάνεται η τριτογενής πρόληψη, που αφορά την αναπροσαρμογή, τη σταθεροποίηση και τη προστασία της αποκατάστασης σύμφωνα με την αρχική φυσική κατάσταση, αλλά και την επαναφορά στην ιδανική φυσική κατάσταση που θα επέλθει ακολουθούμενος τη θεραπεία (Selye, 1978).

2. Θεωρία της Ανθρώπινης Φροντίδας της Watson

Η συγκεκριμένη θεωρία, περιγράφει και αναλύει την ανθρώπινη φροντίδα σαν μια ανθρωπιστική επιστήμη, όπου η φροντίδα της συσχετίζεται με τη θεραπεία και αντιπροσωπεύεται με το βαθμό και το είδος που παρέχεται στους ασθενείς. Η φροντίδα είναι άμεσα συσχετισμένη με τη θεραπεία, ενώ ο επαγγελματίας υγείας είναι αυτός που

μεσολαβεί και αλληλοεπιδρά με τους ασθενείς του. Η παρεχόμενη βοήθεια προς τους ασθενείς, έγκειται στο να αυξήσουν την αρμονία μεταξύ του μυαλού, του σώματος και της ψυχής τους και να επιτύχουν να οδηγηθούν στην αυτογνωσία, στην αυτοίαση και στην αυτοφροντίδα.

Η Watson λοιπόν, καθορίζει ότι για να φροντίζει κάποιο άτομο ο θεραπευτής, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να αγαπάει και να φροντίζει τον ίδιο τον εαυτό του. Έχοντας ως βάση τη συγκεκριμένη αρχή, η Watson διαμόρφωσε μια σειρά από παράγοντες που αφορούν την ανθρώπινη φροντίδα. Θεωρεί λοιπόν, αναγκαία τη διαμόρφωση ενός ανθρωπιστικού–αλτρουιστικού συστήματος αξιών, την εγκαθίδρυση της πίστης και της ελπίδας, την ευαισθητοποίησή τους, την ανάπτυξη μιας ανθρώπινης σχέσης βοήθειας και εμπιστοσύνης, την προώθηση και αποδοχή της έκφρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, τη δυνατότητα επίλυσης προβλημάτων, την παροχή υποστηρικτικού και θεραπευτικού ψυχικού, σωματικού και πνευματικού περιβάλλοντος με την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών.

Καταλήγοντας η Watson, θεωρεί ότι ο εργαζόμενος εμπλέκεται με τα συναισθήματα του ασθενή του τα οποία καλό είναι να διαμερίζονται αμοιβαία μεταξύ τους, ενώ υποστηρίζει ότι με την ανταπόκριση στις ανάγκες των άλλων, ο θεραπευτής, καταφέρνει να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα τους και να αποδέχεται τη μοναδικότητά τους (*Book Reviews : WATSON, J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts - Jacqueline Fawcett, Julia B. George, Lorraine Walker, 1989, n.d.*).

Βασισμένη στη θεωρία της Watson, η Vander Zyl, προσαρμόζοντάς την στο υγειονομικό προσωπικό, ανέπτυξε την άποψη ότι η κόπωση συμπίπτει οδηγεί σε αναστολή της φροντίδας του ασθενή, εφόσον οι εργαζόμενοι αναπτύσσουν συναισθήματα θυμού, μελαγχολίας, ανησυχίας και κυνικότητας. Προκειμένου λοιπόν οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας να είναι αποτελεσματικοί, είναι απαραίτητο να βρίσκουν νόημα στην εργασία τους, να εμπεριέχουν το αίσθημα της αφοσίωσης, του σκοπού και της συναισθηματικής εμπλοκής, ενώ η αποτελεσματικότητά τους να μην επηρεάζεται από τις προσωπικές τους αντιλήψεις και από τους συναισθηματικούς δεσμούς τους με τους άλλους. Επομένως, όταν ο εργαζόμενος δεν μπορεί να φροντίσει και να προάγει την υγεία του ασθενούς, παρεμποδίζεται η ανάρρωση, αλλά και ο εργαζόμενος καταλήγει να εργάζεται αυτοποιημένα και τυπικά σαν ένα είδος ρομπότ (Van Zyl & Noonan, 2018).

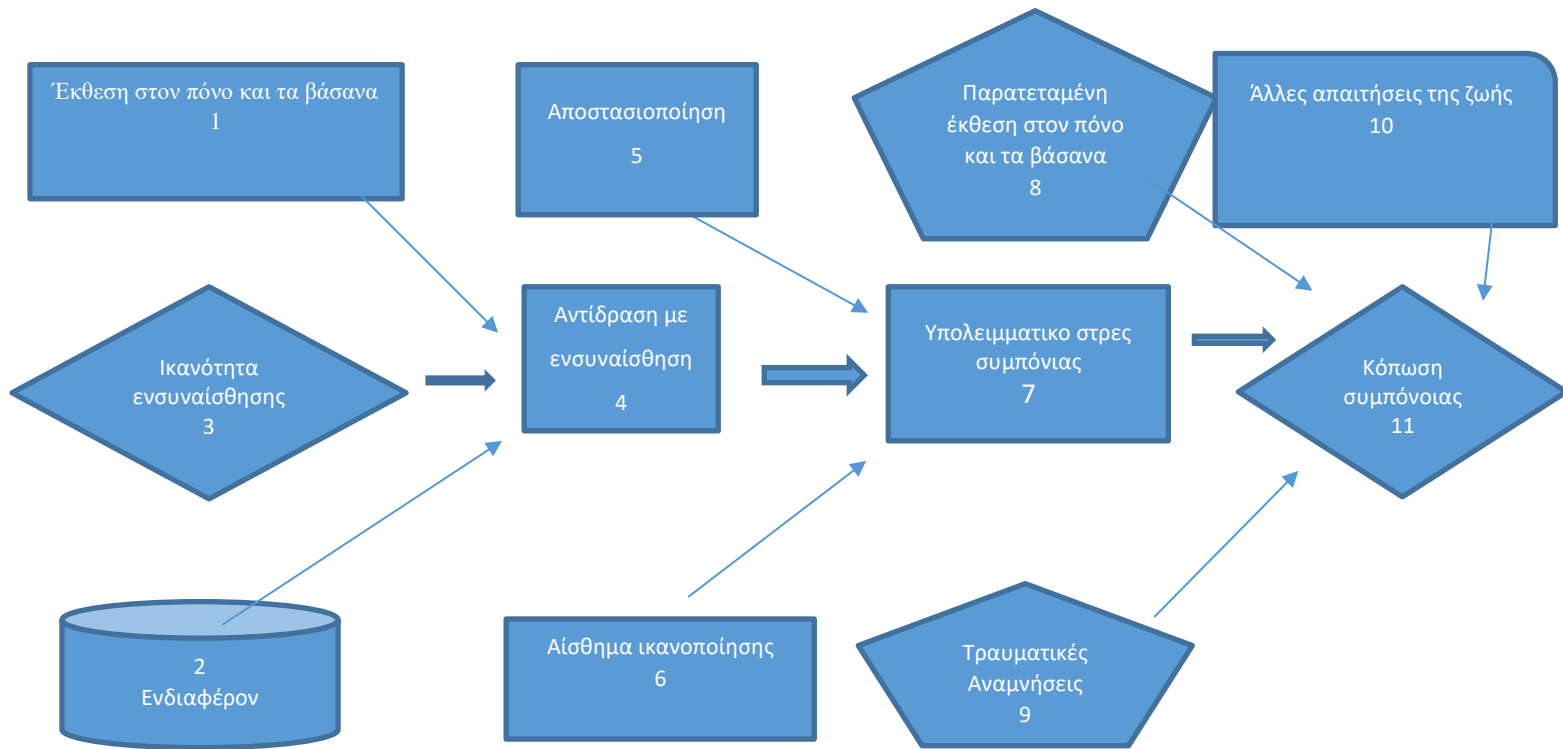
3. Αιτιολογικό μοντέλο του Figley

Ο Figley, στην προσπάθειά του να εξηγήσει πώς το μετατραυματικό στρες των θυμάτων απηχεί και αντανακλάται στους επαγγελματίες υγείας, ανέπτυξε το αιτιολογικό μοντέλο. Αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι η ενσυναίσθηση και η ενέργεια είναι απαραίτητες και αναγκαίες ώστε οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται σωστά και αρμονικά προσφέροντας στους ανθρώπους που υποφέρουν μια αποτελεσματική θεραπεία. Αυτό όμως για τον εργαζόμενο, έχει ως τίμημα ότι τον κάνει ευάλωτο, τον εμπλέκει συναισθηματικά με τον ασθενή και τον θέτει σε μια διαδικασία όπου συμερίζεται τα βάσανά του.

Σύμφωνα λοιπόν με το μοντέλο του Figley για το στρες και τη κόπωση συμπόνιας, το PTSD αποτελείται από 11 παράγοντες οι οποίοι συνδυασμένοι μεταξύ τους μπορούν να προβλέψουν ή να αποτρέψουν τη πιθανότητα εμφάνισης της κόπωσης συμπόνιας. Οι 11 παράγοντες λοιπόν, χρησιμοποιούνται σαν προληπτικά μέτρα για να αισθάνεται ο εργαζόμενος ευχαριστημένος με τη βοήθεια που προσφέρει και να υπάρχει κατανόηση για το εύρος των ευθυνών, των δικών του και των αντίστοιχων του ασθενή. Επιπλέον, η αποδέσμευση αποτελεί μια υγιή διαδικασία κατά την οποία οι εργαζόμενοι στο τομέα της υγείας μπορούν να προάγουν την αυτοφροντίδα τους καταφέροντας να διαχωρίσουν τον εαυτό τους, προστατεύοντας και διαφυλάττοντάς τον από τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον (εικόνα 5).

Ωστόσο, όταν οι παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης αποτύχουν, εμφανίζεται το στρες συμπόνιας και υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης σωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων, ως συνέπεια της παρατεταμένης έκθεσής του ατόμου στο στρες. Ο Figley, θεωρεί ότι τρεις είναι οι κύριοι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη αυτού του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα, η παρατεταμένη έκθεση στο στρεσογόνο παράγοντα, οι τραυματικές προσωπικές εμπειρίες του παρελθόντος και η ένταση από τη καθημερινότητα του ατόμου. Η παρατεταμένη έκθεση, αφορά τη συνεχή ευθύνη που νιώθει ο επαγγελματίας υγείας για τη φροντίδα του ασθενούς, που μπορεί να ισχύει για μεγάλη χρονική περίοδο κατά την οποία νιώθει εγκλωβισμένος χωρίς να μπορεί να ανακουφιστεί από αυτή τη κατάσταση και την εν λόγω υποχρέωση. Όσον αφορά τις τραυματικές εμπειρίες, πρόκειται για μνήμες που μπορούν να αφυπνίσουν συναισθήματα αγωνίας, ανησυχίας και ψυχικής εξάντλησης, ακόμα και αν αφορούν δυσάρεστες παιδικές αναμνήσεις ή βιώματα από τη φροντίδα κάποιου ασθενή. Τέλος, τα καθημερινά προβλήματα της ζωής σχετίζονται με τις αρρώστιες, την αλλαγή του τρόπου ζωής και των προσωπικών ή επαγγελματικών ευθυνών

των εργαζόμενων. Καταλήγοντας, οι συγκεκριμένοι παράγοντες σε συνάρτηση με τις ανεπιτυχείς τεχνικές αντιμετώπισης, αυξάνουν τις πιθανότητες να προκληθεί κόπωση συμπόνιας.



Εικόνα 5 : Το αιτιολογικό μοντέλο του Figley για το στρες και την κόπωση συμπόνιας Πηγή: (*Compassion Fatigue Strategies*, n.d. 2024)

4. Το Μοντέλο του “Wounded-Healer”

Υπάρχουν αναφορές από την αρχαιότητα για πληγωμένους θεραπευτές, με πιο αντιπροσωπευτικό, τον Ασκληπιό. Σύμφωνα με τη μυθολογία, ο Ασκληπιός γεννήθηκε στη Θεσσαλία το 13^ο αιώνα π.χ. από το θεό Απόλλωνα και την Κορωνίδα που ήταν κόρη του Θεσσαλού βασιλιά Φλεγύα. Ο μύθος λοιπόν αναφέρει, ότι η Κορωνίδα, πριν ακόμη γεννήσει, παντρεύτηκε τον Ίσχυ κάτι που εξόργισε το Θεό Απόλλωνα. Τότε εκείνος τη σκότωσε με τα βέλη του, ενώ το βρέφος το έδωσε στο Κένταυρο Χείρωνα, ο οποίος με τη σειρά του το ανάθρεψε και παράλληλα του δίδαξε το κυνήγι, τη μουσική και την επιστήμη της ιατρικής.

Ο Χείρωνας, παρόλο που ο ίδιος ήταν ένας διάσημος γιατρός, υπέφερε από μια αθεράπευτη πληγή η οποία αποτελούσε και την πηγή της δύναμης του να θεραπεύει. Ο Ασκληπιός με τη σειρά του, όταν προσπάθησε να αναστήσει τους νεκρούς, τιμωρήθηκε από το Δία αλλά στη συνέχεια, όταν το μετάνιωσε τον επανέφερε στη ζωή ως ημίθεο. Ο Ασκληπιός παντρεύτηκε την Ηπιόνη και απέκτησε δύο γιούς, το Μαχάονα και τον Ποδαλείριο καθώς και πέντε κόρες, την Ακήσω, την Ιασώ, την Πανάκεια, την Υγεία και την Αίγλη. Συνεχίζοντας τη παράδοση των πληγωμένων θεραπευτών σύμφωνα με το μύθο, ο Μαχάονας πληγώθηκε, καθώς βοηθούσε τραυματισμένους στρατιώτες (Elkonin & Vyver, 2011).

Ο Χριστός επίσης, ως Θεός, θεωρείται ότι έχει κάποια κοινά χαρακτηριστικά με αυτά του Ασκληπιού. Και οι δύο είχαν θεϊκή ισχύ, γεννήθηκαν κάτω από επικίνδυνες και ασυνήθιστες συνθήκες και υπήρξαν φορείς θεραπευτικών δυνάμεων. Και οι δύο, έδωσαν τη ζωή τους για να σώσουν άλλες ζωές από το θάνατο τόσο το σωματικό όσο και το πνευματικό, ενώ αφού αναστήθηκαν ανυψώθηκαν ως Θεοί.

Άλλοι θεραπευτές στην ανθρώπινη ιστορία, υπήρξαν οι Σαμάνοι, οι μάγοι και οι ιερείς, που αντιπροσώπευαν μια διαφορετική εικόνα του πληγωμένου θεραπευτή. Οι Σαμάνοι όπως και ο Χείρωνας, έρχονταν σε επαφή με καλά και κακά πνεύματα και θεωρούνταν πως είχαν επιλεγεί από τους προγόνους τους, ώστε να θεραπεύουν λόγω της εμπειρίας που είχαν, το θάνατο ή κάποια απειλητική για τη ζωή ασθένεια (Kirmayer et al., 2003).

Το μοντέλο της «wounded-healer», έκανε την εμφάνισή του και σε μετέπειτα διηγήματα ή παραμύθια, όπως είναι η μαροκινή ιστορία του «λιθοβολισμού», ή οποία όπως παρουσιάστηκε στην ταινία «Αναστασία» το 1980, μια γυναίκα που κατηγορήθηκε για μοιχεία, αφού πυροβολήθηκε από τον αγαπημένο της, δεν καταλήγει, αναρρώνει και αντιλαμβάνεται ότι πλέον διαθέτει τη δύναμη να μπορεί να θεραπεύει αρρώστους (Luton, 2011).

Έχοντας λοιπόν ως βάση το μύθο του Ασκληπιού, αναπτύχθηκε η αντίληψη ότι η ικανότητα του θεραπευτή να θεραπεύει είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ότι πληγώνεται, ενώ πάνω σε αυτή την αντίληψη βασίστηκαν και οι ψυχοδυναμικές έννοιες της προβολής, της αποστασιοποίησης και της αντιμεταβίβασης. Ωστόσο, σε αυτό το μοντέλο διακρίνεται το μειονέκτημα ότι διερευνά μόνο τα δυναμικά του θεραπευτή και του ασθενή και δεν απαντά στα δύο βασικά ερωτήματα, τα οποία είναι η ανάπτυξη συμπτωμάτων στο θεραπευτή και η μεταφορά των συμπτωμάτων από τον ασθενή στον θεραπευτή (Elkonin & Vyver, 2011), (Roney & Aciri, 2018).

5. Το Μοντέλο του “Suffering Servant”

Το συγκεκριμένο μοντέλο αναδεικνύει τρεις μεσολαβητικούς τύπους παραγόντων με τους οποίους οι θεραπευτές μπορεί να αναπτύξουν συμπτώματα, ενώ περιγράφει πέντε στάδια ως πιθανά για την ανάπτυξη συμπτωμάτων. Οι παράγοντες διακρίνονται σε εργασιακούς, προσωπικούς και τους διαπροσωπικούς οι οποίοι επηρεάζουν και εκφράζονται διαφορετικά σε κάθε περίπτωση. Είτε λειτουργώντας ξεχωριστά είτε σε αλληλεπίδραση, επηρεάζουν το βαθμό των θεραπειών που προσβάλλονται από κόπωση συμπόνιας ή από τραύμα ταύτισης, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ανάγκη του θεραπευτή για προσωπική ανάπτυξη, αυτογνωσία και εκπαίδευση. Στους προσωπικούς παράγοντες, περιλαμβάνονται:

1. Το στάδιο της ανάπτυξης και το επίπεδο ωρίμανσης του θεραπευτή.
2. Η ύπαρξη ή μη ενός προσωπικού φιλοσοφικού πλαισίου, το οποίο φανερώνει έναν τρόπο σκέψης που δίνει νόημα και ελπίδα στο μαρτύριο, το κακό και την αδικία.
3. Άγνωστες ιστορίες αδικίας ή πίστης στο οικογενειακό ιστορικό των θεραπειών αποκαλύπτονται μέσω της αντιμεταβίβασης.
4. Ο βαθμός της συναισθηματικής αντιδραστικότητας, που συνάπτεται με προσωπικές άλυτες ιστορίες ζωής.
5. Το αναπτυγμένο αίσθημα δικαιοσύνης και υπευθυνότητας.
6. Τα υψηλά ιδεώδη και οι υπερβολικές και ανέφικτες προσδοκίες που έχουν οι θεραπευτές από τον εαυτό τους.

Οι εργαζόμενοι στην υγεία, συνήθως εμφανίζουν τύπους προσωπικότητας που είναι γνωστοί στη ψυχιατρική ως «Σύνδρομο του Θεού» ή του «Μοναχικού Καβαλάρη». Το «Σύνδρομο του Θεού», συναντάται κυρίως σε εργαζόμενους στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ή σε διασώστες, οι οποίοι αναπτύσσουν την υπερβολική προσδοκία ότι πρέπει να είναι ευτυχισμένοι και ικανοποιημένοι, βοηθώντας κάθε ασθενή που προσέρχεται στο τμήμα τους (Beaton et al., 1999).

Από την άλλη πλευρά, ο «Μοναχικός καβαλάρης», αποτελεί έναν τύπο προσωπικότητας κατά την οποία, ο επαγγελματίας υγείας θεωρεί ότι το επάγγελμά του είναι θεόσταλτο και ο ίδιος αποτελεί ένα είδος λειτουργού που είναι σε αποστολή για

να σώσει το άτομο που βρέθηκε μπροστά του σε αδύναμη θέση. Οι εργαζόμενοι στην υγεία που διατρέχονται από τα παραπάνω χαρακτηριστικά προσωπικότητας, αναπτύσσουν συνήθως ανακριβείς αντιλήψεις εκμετάλλευσης και προκατάληψη σχετικά με το ρόλο και το βαθμό της ευθύνης που αισθάνονται ως προς την θεραπευτική διαδικασία. Νιώθοντας επομένως, ότι καταστρατηγείται η κοινωνική δικαιοσύνη, αναπτύσσουν συναισθήματα λύπης και θυμού. Με αυτό τον τρόπο, δημιουργείται ένας συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στο θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Όμως, ο ασφαλής συναισθηματικός δεσμός, θεωρείται ότι αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα κατά την αντιμετώπιση του τραύματος. Ως αποτέλεσμα οι θεραπευτές, καταφέρνουν να αυξήσουν τις ικανότητες τους και αντιμετωπίζουν το στρες, περιορίζοντας τα συμπτώματά του. Στους εργασιακούς και διαπροσωπικούς παράγοντες, περιλαμβάνονται: α) ο τύπος των επαγγελματικών ευθυνών του θεραπευτή, β) το περιβάλλον και οι συνθήκες όπου εργάζεται, γ) ο φόρτος εργασίας και ο βαθμός έκθεσης σε υψηλό σωματικό και ψυχικό τραυματισμό του ασθενή τους. Στους διαπροσωπικούς παράγοντες περιλαμβάνεται, η στενή σχέση μεταξύ της ικανότητας ανάπτυξης αφοσίωσης στην οικογένεια και στην ικανότητα του εργαζόμενου να μπει σε σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Munroe, 1995).

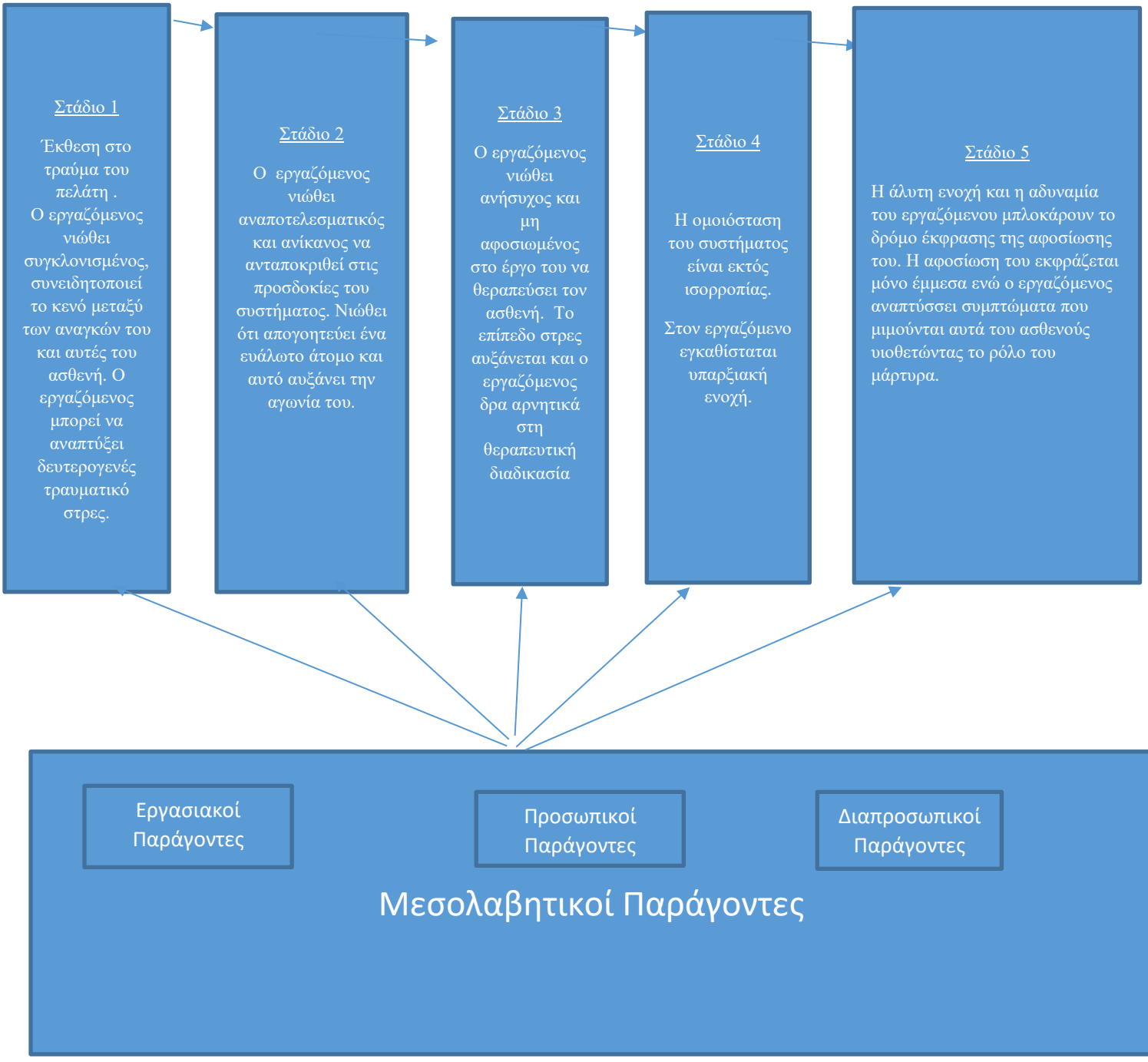
3.7. Στάδια Ανάπτυξης Συμπτωμάτων

Τα στάδια ανάπτυξης των συμπτωμάτων διαχωρίζονται σε πέντε και αποτελούν ένα εύελικτο πλαίσιο στο οποίο τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται σε συνδυασμό ή να διαιρούνται σε άλλα επιμέρους στάδια (Εικόνα 6).

Πιο συγκεκριμένα, τα βασικά στάδια ταξινομούνται ως εξής:

1. Στάδιο 1: Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της έκθεσης τους σε λεπτομέρειες των ψυχικών και σωματικών τραυμάτων των ασθενών τους, έρχονται σε αντίθεση με ερωτήματα σχετικά με το νόημα της ζωής, του σκοπού και της ελπίδας. Πολλές φορές δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να επεξεργαστούν όλες τις πληροφορίες που έλαβαν, με αποτέλεσμα, να εμφανίσουν συμπτώματα ψυχικού τραυματισμού. Αρχίζουν δηλαδή να νιώθουν καταβεβλημένοι, να αισθάνονται τρωτοί και δεν μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα που τους προκαλούνται έπειτα από αυτές τις εκθέσεις.

2. Στάδιο 2: Στο στάδιο αυτό οι εργαζόμενοι, αρχίζουν να νιώθουν αναποτελεσματικοί και ανίκανοι να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του συστήματος και του εαυτού τους. Παύουν να νιώθουν ως ανεξάρτητοι θεραπευτές των ασθενών και διακατέχονται από το φόβο ότι θα απογοητεύσουν τους ασθενείς και τους ανωτέρους τους που τους εμπιστεύτηκαν για τη συγκεκριμένη θέση.
3. Στάδιο 3: Σε αυτό το στάδιο οι εργαζόμενοι, δεν είναι ικανοί να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αισθάνονται ανεπαρκείς και καταλήγουν να οξύνουν τα επίπεδα στρες, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η θεραπευτική σχέση και διαδικασία με τους ασθενείς τους.
4. Στάδιο 4: Οι εργαζόμενοι σε αυτό το στάδιο, με την πεποίθηση ότι απογοητεύουν τα άτομα που τους έχουν ανάγκη, αναπτύσσουν μια υπαρξιακή ενοχή και αρχίζουν να νιώθουν επαναλαμβανόμενα την επώδυνη σκέψη του τραύματος του ασθενούς.
5. Στάδιο 5: Σε αυτό το στάδιο οι εργαζόμενοι κυριεύονται από ενοχές. Αρχίζουν να αφομοιώνουν το ρόλο του «μάρτυρα» και αναπτύσσουν σταδιακά συμπτώματα. Γίνεται δηλαδή αντιληπτό, ότι η απουσία άμεσων τρόπων έκφρασης της αφοσίωσης στο σύστημα κάνει τον εργαζόμενο να εκφράζεται μέσω των συμπτωμάτων



Εικόνα 6:(Assessing the Regulative Impact of Legal Acts in the Entrepreneurship Sphere, n.d.2024)

3.8. Πρόληψη και Θεραπεία Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες

Οι απόψεις σχετικά με το αν το ΔΜΣ, μπορεί να προληφθεί δίστανται. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι πρόκειται για μια διαδικασία που δεν μπορεί να αποφευχθεί, αλλά μόνο να μειωθούν οι συνέπειές της (Pearlman & Saakvitne, 1995), ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψή της (*Life Changing: The Experience of Rape-Crisis Work* - Shantih E. Clemans, 2004, n.d.).

Με δεδομένο ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας, θα εκτεθούν ως ένα βαθμό σε τραυματικές εμπειρίες και θα επηρεαστούν από τη φροντίδα που προσφέρουν, προτείνονται ορισμένες συστάσεις αυτοφροντίδας που θα συντελέσουν στη πρόληψη της κόπωσης συμπόνιας και του τραύματος.

- Να ενημερώνεται ο επαγγελματίας υγείας σχετικά με το φαινόμενο της κόπωσης συμπόνιας.
- Να συμμετέχει σε ομάδα μελέτης και υποστήριξης του ΔΜΣ.
- Να συμμετέχει σε προγράμματα άσκησης.
- Να εκπαιδεύσει φίλους και συναδέλφους, σχετικά με τις καταλληλότερες τεχνικές υποστήριξης που θα του παράσχουν σε περίπτωση που απαιτηθεί.
- Να αναπτύξει τις πνευματικές του συνδέσεις.
- Να εξισορροπήσει τη ζωή του.
- Να αναπτύξει ένα καλλιτεχνικό ή αθλητικό χόμπι.
- Να σέβεται και να είναι ευγενικός με τον εαυτό του.
- Να αναζητήσει και να δεχτεί μια ειδική θεραπεία από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας που έχει εξειδικευτεί στο PTSD και ειδικά στο ΔΜΣ (Gentry, 2002).

Όταν η κόπωση συμπόνιας διατηρείται σε χαμηλά επίπεδα, μπορεί να αντιμετωπιστεί με τακτικές αυτοφροντίδας και με συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Σε περίπτωση όμως που τα συμπτώματα είναι πιο έντονα, μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη ή σε πιο σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, επομένως, κρίνεται αναγκαία η λήψη επαγγελματικής βοήθειας. Τα συμπτώματά του εργαζόμενου, θα αξιολογηθούν με τα κατάλληλα ψυχομετρικά εργαλεία και θα γίνει λήψη του ιστορικού του προσωπικού τραύματος. Θα ακολουθήσει υποκίνηση και ενθάρρυνση του ατόμου να πάρει μέρος σε ατομικές θεραπείες, σε υποστηρικτικές ομάδες ατόμων με κόπωση συμπόνιας ή PTSD, αλλά και σε υποστηρικτικές ομάδες

στον εργασιακό χώρο. Είναι απαραίτητο επίσης, να διδαχθούν οι επαγγελματίες υγείας τρόπους διαχείρισης του στρες, εκφράζοντας τα συναισθήματά τους κάνοντας χρήση της λέξης «όχι», όταν είναι αναγκαίο. Η χρήση της λέξης «όχι» περιστασιακά, μπορεί να συντελέσει σημαντικά στο να αποκτήσει το άτομο τον απαραίτητο χρόνο που χρειάζεται για την απαραίτητη αυτοφροντίδα προκειμένου να διατηρήσει την ενέργεια που πρέπει, ώστε να είναι αποδοτικός στην εργασία του (Reese, 2012). Στις παραμέτρους για τη θεραπεία του ΔΜΣ, περιλαμβάνεται και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, στον οποίο περιλαμβάνονται τα εξής (McHolm, 2006):

- Να ασκείται το άτομο επαρκώς και τακτικά.
- Να τρώει καθορισμένα και ισορροπημένα γεύματα ανά τακτά διαστήματα.
- Να πίνει αρκετές ποσότητες νερού.
- Να ελαττώσει τη χρήση νικοτίνης, αλκοόλης και καφεΐνης.
- Να απασχολείται με ψυχαγωγικές και δημιουργικές δραστηριότητες.
- Να αποφεύγει να εργάζεται πιο σκληρά από ότι απαιτείται.
- Να συζητάει με τους συναδέλφους τους.
- Να προχωρά σε αλλαγές όσον αφορά τα εργασιακά του καθήκοντα.
- Να παίρνει άδεια και να πηγαίνει διακοπές.
- Να μπορεί να εκφράζει τις ανησυχίες του σε κάποιο φίλο του.
- Να σέβεται τον εαυτό του και να μη μιλάει υποτιμητικά για αυτόν.
- Να καταφέρνει να βρει χρόνο για τον εαυτό του μέσα στη μέρα.
- Να προσφεύγει σε περισυλλογισμό σε τακτικά διαστήματα.
- Να καθορίζει τις σημαντικότερες αξίες στη ζωή του.
- Να αποφεύγει τις αρνητικές ειδήσεις ή τις ταινίες με έντονες σκηνές βίας.
- Να εστιάζει σε θετικές και όμορφες σκέψεις.
- Να αναζητήσει επαγγελματική βοήθεια όταν χρειαστεί.
- Να χρησιμοποιήσει αντικαταθλιπτικά φάρμακα εφόσον χρήζεται αναγκαίο κατόπιν σύστασης ειδικού.

Αν και οι περισσότεροι από τους επαγγελματίες υγείας, λόγω της επιστημονικής τους κατάρτισης και εκπαίδευσης, γνωρίζουν πως πρέπει να φερθούν, δυσκολεύονται παρόλα αυτά, να αλλάξουν συνήθειες. Επομένως, αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες, η επιθυμία αναζήτησης αλλαγών που πρέπει να είναι πιο ισχυρές, από το αίσθημα της ταλαιπωρίας που δημιουργείται από αυτές. Χρειάζεται δηλαδή, να

εστιάσουν στον εαυτό τους με υγιή τρόπο, ώστε να αναρρώσουν από την κόπωση συμπίονιας και να διατηρήσουν ταυτόχρονα τις ευαισθησίες τους (McHolm, 2006).

Πιο αναλυτικά, αν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας, χρειαστεί να αντιμετωπίσουν ένα τραυματικό γεγονός, πρέπει να ακολουθούν τις εξής στρατηγικές :

1. Αυτογνωσία και αυτοφροντίδα

- Όταν έρθουν αντιμέτωποι με μια τραγωδία, οικογενειακή ή κοινωνική, καλό είναι να διδαχθούν όσα περισσότερα μπορούν για το συγκεκριμένο γεγονός για να είναι σε θέση να ελέγχουν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις τους.
- Να εντοπίσουν τα ευαίσθητα σημεία τους, να τα προστατεύουν και να τα διαφυλάττουν.
- Να διατηρούν την ανθρώπινη υπόστασή τους, να μπορούν να θρηνούν τις απώλειες, εφόσον οι φυσιολογικές αντιδράσεις σε μη φυσιολογικές καταστάσεις είναι κάτι συνηθισμένο για τους επαγγελματίες υγείας.
- Οι προσδοκίες που έχουν για την αμοιβή τους πρέπει να είναι ρεαλιστικές.
- Να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τις παράλογες απαιτήσεις με ωριμότητα.
- Να ισορροπήσουν την εργασία τους με άλλες δραστηριότητες, οι οποίες μπορεί να τους προσφέρουν κάποιες δυνατότητες για ανάπτυξη και ανανέωση.

2. Να ζητούν και να δέχονται βοήθεια από άλλους επαγγελματίες

- Να εντοπίσουν τις κατάλληλες ευκαιρίες, ώστε να δημιουργήσουν ένα υγιές υποστηρικτικό δίκτυο.
- Να δεχτούν συμβουλές από άλλους επαγγελματίες υγείας που βίωσαν κάποιο τραύμα, αλλά κατάφεραν να διατηρήσουν την υγεία τους.
- Να καταμερίσουν τις επαγγελματικές ευθύνες και σε άλλους συναδέλφους.
- Να προστατεύουν τον εαυτό τους από υπερβολική κόπωση και συναισθηματική εξάντληση.
- Να διδάσκονται από την εκάστοτε τραυματική εμπειρία τους.

3. Να ζουν μια υγιή και ισορροπημένη ζωή

- Να συμπεριφέρονται στον εαυτό τους σαν ολότητα, φροντίζοντας δηλαδή το σώμα, την ψυχή και το πνεύμα τους, τρώγοντας θρεπτικά φαγητά, κάνοντας γυμναστική, διαλογισμό ή προσευχή.
- Να διατηρήσουν υγιή όρια στη δουλειά τους.
- Να έχουν υπόψη, ότι το «ναι» αποκτά πιο μεγάλη αξία όταν γνωρίζουν πότε πρέπει να λένε «όχι».
- Να αναζητούν επαγγελματικές δραστηριότητες και ευκαιρίες που θα τους δώσουν τη δυνατότητα να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν.
- Να αναγνωρίζουν τους εργασιακούς κινδύνους και να προσπαθήσουν να τους περιορίσουν.
- Να αναπτύξουν τη συναισθηματική και πνευματική τους δύναμη.
- Να χρησιμοποιήσουν το χιούμορ στη ζωή τους, να αυτοσαρκάζονται, να γελούν και να απολαμβάνουν τη ζωή τους αναπτύσσοντας υγιείς σχέσεις.
- Να λειτουργούν με απλότητα, αποφεύγοντας τις όποιες χαοτικές καταστάσεις προκύψουν.
- Να καταφέρνουν να επιστρέφουν σε φυσιολογικές δραστηριότητες μετά από μια αγχωτική κατάσταση.

4. Να διαθέτουν αρκετό χρόνο για τον εαυτό τους

- Ο διαλογισμός, αποτελεί ένα τρόπο να κρατά προσγειωμένο τον εαυτό τους και τις σκέψεις τους συγκεντρωμένες.
- Η επανασύνδεση με μια πνευματική πηγή βοηθά να διατηρήσουν μια εσωτερική ισορροπία και να αναστρέψουν τα αρνητικά συναισθήματα σε θετικά.

5. Καθημερινή ενέργεια

- Κάτι απλό όπως η σωστή διατροφή, μπορεί να ωφελήσει τόσο στο σώμα όσο και στο πνεύμα.
- Η συστηματική άσκηση συμβάλλει στη μείωση του στρες, αυξάνοντας την εξωτερική ισορροπία και εύρεση διαθέσιμου χρόνου για την οικογένεια και τους φίλους.

6. Καθιέρωση μιας εστιασμένης συζήτησης που θα περιέχει συνοχή και νόημα

- Οι συζητήσεις μεταξύ αγαπημένων προσώπων ανατροφοδοτούν τις σχέσεις και αυξάνουν την ευεξία.

- Ο ποιοτικός χρόνος με την οικογένεια και με στενούς φίλους τρέφουν τη ψυχή και απομακρύνουν τη λύπη.

7. Αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων

- Πρέπει να σκέφτονται θετικά, εστιάζοντας στα σημαντικά γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της μέρας, αποφεύγοντας να κατηγορούν τον εαυτό τους σε καταστάσεις που δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν.
- Οι διαταραχές ύπνου θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με χαλαρωτικές ασκήσεις, όπως το διάβασμα ή η απαλή μουσική.
- Οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες προάγουν επίσης τη χαλάρωση και την ηρεμία, επομένως βοηθούν στην αδυναμία συγκέντρωσης και τη νευρική κατάσταση.
- Ο φόβος και ο πανικός θα μειωθούν αποτελεσματικά με τη συμμετοχή σε προγραμματισμένες δραστηριότητες με μέλη της οικογένειας ή φίλους.
- Τα συναισθήματα θυμού ή εκδίκησης, μπορούν να εκφραστούν ώριμα και να μειωθεί η ένταση τους, μέσω συζητήσεων με έμπιστα άτομα ή κάνοντας χρήση σωματικής άσκησης (Thompson, 2004).

Όταν ένας επαγγελματίας υγείας βρίσκεται σε μια κατάσταση που υποφέρει από ψυχικό τραυματισμό, πέρα από τις στρατηγικές που κρίνονται αναγκαίες ως προαντιμετώπισή του, κρίνεται χρήσιμο να αποφευχθούν κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις όπως:

1. Αποφυγή λήψης εφήμερων αποφάσεων

- Οι επαγγελματίες υγείας καλό είναι να αποφεύγουν να πάρουν κάποια σημαντική απόφαση για τη ζωή τους, προτού καταφέρουν να πετύχουν μια πλήρη ανάρρωση από τα σωματικά, συναισθηματικά και πνευματικά τους προβλήματα.
- Υπάρχουν διάφορες καταστάσεις που μπορεί να προσφέρουν παροδική ικανοποίηση, όπως το αλκοόλ ή η χρήση φαρμάκων. Οι καταστάσεις αυτές δημιουργούν εξαρτήσεις και στη συνέχεια, θα τους επαναφέρουν σε χειρότερη κατάσταση.

2. Αποφυγή συγκρούσεων

- Βρισκόμενοι σε μια διαρκή σύγκρουση, είτε με τη διοίκηση είτε με συναδέλφους, το μόνο που επιτυγχάνουν είναι τη σωματική και πνευματική τους εξάντληση.

- Κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμο και εποικοδομητικό να αναζητήσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματα τους σε ένα πιο θεραπευτικό περιβάλλον απαλλαγμένο από εντάσεις και διαπληκτισμούς. (Thompson.2003).

Η αποτελεσματικότητα της ανάρρωσης, καθορίζεται επίσης από τα εξής:

- Τη σκοπιμότητα: Πρωταρχικό βήμα, αποτελεί η αναγνώριση και η αποδοχή των μετατραυματικών συμπτωμάτων, ώστε να μπορέσουν να τα αντιμετωπίσουν άμεσα. Ωστόσο, πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν τα αναγνωρίζουν, φτάνοντας στην υπέρτατη δυσφορία. Ως αποτέλεσμα, δυσκολεύονται να εκτελέσουν τα καθήκοντα τους, παρουσιάζουν σωματικά συμπτώματα, βιώνουν αισθήματα ενοχής, ντροπής και κατάθλιψης. Επίσης, καταλυτικός παράγοντας είναι η ύπαρξη προσωπικών στόχων. Το όραμα, θεραπεύει το ΔΜΣ ως παράγοντας αυτοπραγμάτωσης.
- Τη σύνδεση: Οι περισσότεροι εργαζόμενοι που βιώνουν τα μετατραυματικά συμπτώματα, χάνουν σταδιακά τη σύνδεσή τους με την κοινότητα. Ωστόσο, το ΔΜΣ, απαιτεί τη σύνδεση και την εξωτερίκευση των συναισθημάτων με τους συναδέλφους και το οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Σωστή διαχείριση της ανησυχίας: Όταν ο επαγγελματίας υγείας περιθάλπει ασθενείς, ενώ παράλληλα βιώνει μια έντονη αγωνία οδηγείται σε επιδείνωση των συμπτωμάτων του.
- Αυτοφροντίδα: Η αυτοφροντίδα, η ικανότητα δηλαδή κάποιου να ανατροφοδοτεί τον εαυτό του με υγιείς τρόπους συνδέεται με τον αυτοέλεγχο. Συχνά οι επαγγελματίες υγείας, ερχόμενοι σε επαφή με ασθενείς αισθάνονται έντονη αγωνία τόσο κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας όσο και μετά την ολοκλήρωσή της. Κάποιοι από αυτούς, την επιλύουν αυξάνοντας την ενέργεια που καταναλώνουν στο χώρο εργασίας τους. Καταλήγουν λοιπόν, σε ψυχαναγκαστικές και εθιστικές συμπεριφορές, όπως η υπερφαγία, η αλόγιστη σπατάλη χρημάτων, η υπερκατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών. Όταν επίσης, στην προσωπική τους ζωή δεν βρίσκουν νόημα και ευχαρίστηση, αρχίζουν να την αναζητούν στη δουλειά τους, ανακαλύπτοντας μόνο εκεί το αίσθημα της πληρότητας, του νοήματος και της χαράς.
- Η αφήγηση: Όταν ο επαγγελματίας υγείας έχει καταφέρει να αφηγηθεί τις καταστάσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη του ΔΜΣ, του δίνεται η

δυνατότητα να προβάλλει τις όποιες θετικές ή αρνητικές πλευρές έχει αποκτήσει μέσω αυτών.

- Η απευαισθητοποίηση: Ο επαγγελματίας υγείας μέσω της συνεχιζόμενης αφήγησης και της προσπάθειας που κάνει να θυμηθεί την εμπειρία του και να μειώσει την ένταση του δευτερογενούς στρες μέσα στα πλαίσια ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος αναπτύσσει μια αίσθηση αναγέννησης, χαράς και μετασχηματισμού.
- Η αυτοεπίβλεψη: Η ολοκλήρωση της ανάρρωσης από το ΔΜΣ, μπορεί να εμποδιστεί από την ύπαρξη διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων ή συγκεκριμένων νοητικών στυλ. Επομένως, πρέπει να αναθεωρηθεί ο τρόπος αυτοκριτικής και να αλλάξουν τα κίνητρά τους σε ένα στυλ που θα είναι μεγαλύτερης αυτό-αποδοχής και επιβεβαίωσης. Αυτό μπορεί να αποτελεί ένα δύσκολο έργο, ανιαρό και επίπονο. Ωστόσο, οι ποιοτικές και επιτυχημένες προσπάθειες, τους κάνουν να εκτιμούν τους εαυτούς τους, να αυτοδιαχειρίζονται και να αυτοφροντίζονται. (Thompson,2004).

Οι τεχνικές που έχουν ως στόχο να βοηθήσουν και να συμβάλλουν στο να μειώσουν τα συμπτώματα του ΔΜΣ των επαγγελματιών υγείας,αφορούν τους ίδιους τους εργαζόμενους που το βιώνουν, αλλά και τις διοικήσεις των υπηρεσιών που εργάζονται. Πιο διαδεδομένη τεχνική παρέμβασης, που εφαρμόζεται από πολλά νοσοκομεία του εξωτερικού αποτελεί το EAP (*What Is an Employee Assistance Program (EAP)? - OPM.Gov, n.d.*). Πρόκειται για ένα πρόγραμμα συμπαράστασης σε επαγγελματίες υγείας, στο οποίο οι υπεύθυνοι του προγράμματος ανιχνεύουν τους πάσχοντες, αξιολογούν τα συμπτώματα τους και το συνολικό επίπεδο της ψυχικής τους υγείας. Μετά την αξιολόγηση και αναλόγως των αποτελεσμάτων, οι υπεύθυνοι θα προβούν σε ενέργειες και θα εφαρμόσουν διορθωτικά και προστατευτικά μέτρα τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους ασθενείς, εάν διαγνωστεί ότι τα μετατραυματικά συμπτώματα του επαγγελματία υγείας, είναι ικανά να τους βλάψουν (Gates & Gillespie, 2008).

Διαδεδομένα επίσης στο εξωτερικό είναι το πρόγραμμα ARP (Accelerated Recovery Program) και το πρόγραμμα MBSR (Mindfulness- Based Stress Reduction). Το μεν πρώτο, αναπτύχθηκε από τον Gentry (Gentry et al.,2002) και αφορά ένα πρόγραμμα επιτάχυνσης της ανάρρωσης, ενώ το δεύτερο, που αναπτύχθηκε από τον Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2005) εφαρμόστηκε από τους Cohen-Katz (Cohen-Katz et al., 2004) και

τον Mackenzie (Mackenzie et al., 2006). Το ARP, με τη χρήση των κατάλληλων τεχνικών από τους επαγγελματίες υγείας, έχει ως σκοπό, τον εντοπισμό και τη θεραπεία των συμπτωμάτων και την αναστολή των αιτιών που τα προκαλούν, ενώ παράλληλα ενισχύει τη μέθοδο της αυτοφροντίδας. Όσον αφορά το MBSR, πρόκειται για ένα πρόγραμμα όπου οι εργαζόμενοι διδάσκονται πώς να αντιμετωπίζουν και να ελέγχουν τα επίπεδα του στρες τους, είτε αυτό προκαλείται από την έκθεση σε εργασιακά τραυματικά συμβάντα, είτε από τα προβλήματα και τις απαιτήσεις της καθημερινής και προσωπικής τους ζωής. Το συγκεκριμένο μοντέλο, έχει ως βάση την έννοια της επίγνωσης, η οποία ορίζεται ως η ολοκληρωτική παρουσία ενός ατόμου στην εμπειρία κάποιου, χωρίς να του ασκεί κριτική ή αντίσταση. Στο πρόγραμμα αυτό, οι παρεμβάσεις έχουν ως στόχο να βοηθηθούν οι εργαζόμενοι και να γίνουν περισσότερο προσαρμοστικοί και αποτελεσματικοί στις καθημερινές προκλήσεις της εργασίας και της ζωής τους.

Επίσης, με τον όρο ACT, αναφερόμαστε στη διαδικασία των τακτικών πρόληψης. Ο όρος «πρόληψη», που στα ελληνικά σημαίνει «πράττω» προέρχεται από την ένωση των αρχικών γραμμάτων των λέξεων Acknowledge (παραδέχομαι), Connect (συνδέω), Talk (μιλάω). Η ύπαρξη αυτών των τριών πράξεων, κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου οι εργαζόμενοι να μπορούν να εργαστούν ελεύθερα και αποτελεσματικά. Τους δίνεται δηλαδή η ελευθερία να εκφράζουν το πρόβλημα τους, τις σκέψεις τους, τους φόβους και τον θυμό τους (Gates & Gillespie, 2008).

Όσον αφορά τις παρεμβάσεις για τον περιορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, περιλαμβάνεται και η χρησιμοποίηση της τηλεϊατρικής, η οποία, ενισχύει την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, καλύπτοντας ρεπό, υποστηρίζοντας τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση από το σπίτι και διευκολύνοντας την επικοινωνία με τους συναδέλφους. Το βασικότερο όμως πλεονέκτημα που παρέχει η τηλεϊατρική, είναι η δυνατότητα που δίνεται στους επαγγελματίες υγείας, να διατηρήσουν την επαγγελματική τους επάρκεια και τον έλεγχο (ISTSS - Trauma Blog, n.d.2024).

Τελευταία, σημαντικό ρόλο στη θεραπεία έχει καταλάβει και η μουσικοθεραπεία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που αφορούν ψυχικό τραύμα από απώλεια. Η μουσική, ως μια μορφή τέχνης, καταφέρνει να αγγίζει βαθιές πτυχές της ψυχής, να ηρεμεί το μυαλό και το σώμα, ενώ συντελεί στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, ώστε να νοιαστούν και να φροντίσουν τόσο τον ίδιο τον εαυτό τους όσο και τους γύρω τους (The Transformative Power of Music in Mental Well-Being, n.d.2024).

Μια επίσης πολύ σημαντική τακτική αντιμετώπισης, αποτελεί η μελέτη του Maytum το 2004. Το δείγμα αποτέλεσαν 20 νοσηλεύτριες που φρόντιζαν παιδιά που με χρόνια προβλήματα υγείας. Στο συγκεκριμένο δείγμα, εφαρμόστηκαν βραχυχρόνιες τακτικές αντιμετώπισης με δραστηριότητες, όπως άσκηση, διαλογισμός, ταξίδια, ανάπτυξη σχέσεων εκτός εργασιακού χώρου, θετική σκέψη, διασκέδαση μαζί με το χιούμορ, αλλά και μακροπρόθεσμες τακτικές, όπως δραστηριότητες που εμπειρείχαν την ανάπτυξη μιας προσωπικής φιλοσοφίας και πίστης, την αυτοανάλυση, την εξισορρόπηση μεταξύ της προσωπικής και της επαγγελματικής ζωής, την ανάπτυξη υποστηρικτικών προσωπικών σχέσεων μέσω της ανάπτυξης ζωής εκτός του χώρου εργασίας και επαγγελματική συμβουλευτική. Επίσης, οι βραχυχρόνιες περιλάμβαναν την τήρηση του καθηκοντολογίου, τη τήρηση δηλαδή των καθηκόντων από τον εργαζόμενο, χωρίς να απασχολείται με θέματα που δεν εμπίπτουν στην αρμοδιότητά του. Ο εργαζόμενος πρέπει να παραδεχτεί δηλαδή, ότι δε δύναται να λύνει κάθε πρόβλημα και να αποφεύγει μάταιες και ανώφελες συζητήσεις με τους συναδέλφους τους. Όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες, συμπεριλάμβαναν την ανάπτυξη υποστηρικτικών και ειλικρινών επαγγελματικών σχέσεων, την καθιέρωση συγκεκριμένων συνηθειών για να μπορούν να αντιμετωπίσουν κάποια δύσκολη κατάσταση, ενώ παράλληλα θα υφίστανται ενημέρωση και εκπαίδευση των προϊστάμενων, ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να ανιχνεύσουν έγκαιρα τα μετατραυματικά συμπτώματα, πριν επιδεινωθούν (Maytum et al., 2004).

3.9. Η Επίδραση του ΔΜΣ στις Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες του Εργαζόμενου

Ως «ψυχοκοινωνική λειτουργία», ορίζεται σε μικροεπίπεδο, η ικανότητά των ατόμων να ανταποκριθούν σε περιβαλλοντικά και κοινωνικά καθήκοντα της καθημερινής τους ζωής, όπως η διατήρηση της εργασίας και οι σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους (οικογένεια, φίλοι). Σε μακροεπίπεδο, ο όρος αναφέρεται στην προσπάθεια να επιτευχθούν σημαντικά αποτελέσματα στην ίδια τη ζωή, όπως η πραγματοποίηση των στόχων και των επιθυμιών (Knight & Baune, 2017).

Εκτός από τα προαναφερθέντα συμπτώματα του PTSD, τα άτομα που έχουν προσβληθεί, παρουσιάζουν κλινικά, σημαντική έκπτωση στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, σε διαφορετικούς τομείς. Για παράδειγμα, τα άτομα με PTSD, είναι πιο

πιθανό να αναφέρουν χαμηλή απόδοση στην εργασία τους σε σχέση με άτομα που δεν πάσχουν από PTSD. Επίσης, σε κάποια έρευνα με βετεράνους πολέμου που έπασχαν από PTSD, τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι εμπλέκονταν σε συντροφικές σχέσεις ασκώντας λεκτική και σωματική βία στους συντρόφους τους. Οι σύντροφοι και τα παιδιά των νοσούντων από PTSD, αναφέρουν ότι βιώνουν φόβο και μια διαρκή αγωνία στη συμβίωση (Bovin et al., 2018).

Ένα άτομο με PTSD, μπορεί να φαίνεται αδιάφορο ή απόμακρο στους γύρω του, καθώς κατακλύζεται από σκέψεις τις οποίες προσπαθεί να μπλοκάρει. Οι τραυματικές σκέψεις, μπορεί να τους εμποδίσουν να συμμετέχουν στην οικογενειακή ζωή ή να αγνοήσουν τις προσφορές βοήθειας από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον (Bovin et al., 2018). Η συμβίωση γενικότερα με κάποιον που ξαφνιάζεται εύκολα, έχει εφιάλτες και συχνά αποφεύγει τις κοινωνικές καταστάσεις, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά μια οικογένεια.

Η έκπτωση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών, στην ουσία αντικατοπτρίζει την ψυχοκοινωνική αναπηρία του ατόμου, από την επίδραση του τραύματος. Τα συμπτώματα της αποφυγής που εμφανίζουν τα άτομα που πάσχουν από PTSD, αποτελούν το βασικό αίτιο της απομόνωσης του από το κοινωνικό περιβάλλον, εφόσον αυτό τους θυμίζει την τραυματική εμπειρία. Το γεγονός αυτό μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση ότι ο σύντροφος ή ο γονέας είναι απών. Μερικές φορές επίσης, ο σύντροφος του πάσχοντα, καλείται να αναλάβει περισσότερες από τις δουλειές του σπιτιού, τις γονικές ευθύνες ή τις γενικότερες υποχρεώσεις μέσα σε μια σχέση. Αυτό το «φόρτο του φροντιστή», η αίσθηση ότι ο σύντροφος πρέπει να φροντίσει το άτομο με PTSD και να αναλάβει ορισμένους επιπλέον ρόλους και ευθύνες, έχει με τη σειρά του συνδεθεί με τη στενοχώρια του συντρόφου και τη δυσαρέσκεια στη σχέση, που επιβαρύνει περισσότερο το αρνητικό κλίμα (VA.Gov / Veterans Affairs, n.d.-b). Τα μέλη της οικογένειας ενός ατόμου που νοσεί από PTSD, μπορεί να βιώσουν έντονα συναισθήματα συμπόνιας, αρνητικά συναισθήματα, κατάθλιψη, θυμό ή ενοχές και οργανικά προβλήματα υγείας. Επομένως, σε ένα άτομο που πάσχει από PTSD, μπορεί να γίνουν αισθητά τα συμπτώματα του από το κοινωνικό του περιβάλλον και να το επηρεάσουν και με τον ίδιο τρόπο, το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη ή τη διατήρηση του PTSD.

Επιπλέον, τα παρατεταμένα συναισθήματα απώλειας και πόνου μπορεί να επιφέρουν άλλες διαταραχές. Συνήθως, το 80% των ατόμων με χρόνια PTSD, αναπτύσσει συννοσικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος και κατάχρηση ουσιών για να αμβλύνουν το συναισθηματικό τους πόνο (Services, n.d.2024), γεγονός που μεγεθύνει τον κοινωνικό αντίκτυπο της νόσου.

Όσον αφορά την επαγγελματική λειτουργικότητα, το PTSD συμβάλλει σε υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και μεγαλύτερη ανάγκη υποστήριξης από κοινωνικές υπηρεσίες. Αν και το PTSD έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση και χαμηλότερη ποιότητα ζωής, παραδόξως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, δεν σχετίζεται πάντα με το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, άτομα που εμφανίζουν μετατραυματική συμπτωματολογία, συνεχίζουν να ευδοκμούν στην εργασία τους, στις σχέσεις τους και στο κοινωνικό τους περίγυρο, πιθανόν λόγω μετατραυματικής ανάπτυξης ή ανθεκτικότητας. Από την άλλη πλευρά, η μειωμένη λειτουργικότητα μπορεί να επιμένει μετά τη θεραπεία των συμπτωμάτων PTSD, αποδεικνύοντας ότι χρειάζονται οι κατάλληλες υπηρεσίες στο χώρο της εργασίας, ώστε να αποκατασταθεί πλήρως η λειτουργικότητα του εργαζόμενου και να επιτευχθεί η λειτουργικότητα του στην εργασία και στην κοινωνική του ζωή (Mueller et al., 2019).

3.10. Ανασκόπηση Μελετών Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε Επαγγελματίες

Ορισμένα επαγγέλματα λόγω της φύσης τους και επειδή αποτελούν τους πρώτους ανταποκρινόμενους με «πρωτογενή θύματα», παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης ΔΜΣ. Επαγγελματίες όπως οι πυροσβέστες, οι αστυνομικοί, οι γιατροί, το νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό και τα πληρώματα των ασθενοφόρων αποτελούν τα λεγόμενα «δευτερογενή θύματα». Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες, εκτιθέμενοι συχνά σε εικόνες θανάτου, τραυματισμούς παιδιών, καταστροφές και βιαιοπραγίες, επηρεάζονται στην προσωπική τους ζωή, διαταράσσεται η καθημερινότητα τους, η ψυχική τους κατάσταση και οι βασικές τους αξίες (Leiter, 2006).

Όπως έχει διαπιστωθεί μέσα από διάφορες μελέτες, συχνά οι επαγγελματίες πληρώματος διάσωσης, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά καρδιαγγειακών επεισοδίων, υψηλά ποσοστά διαζυγίων, αλκοολισμού και αυτοκτονιών, εφόσον έχει

διαπιστωθεί ότι αδυνατούν να ελέγξουν τα συναισθήματά τους (Keye, 2012). Αντίστοιχα, τα ποσοστά PTSD που έχουν αναφερθεί σε Αμερικανούς πυροσβέστες, κυμαίνονται σε 22,2%, στους Καναδούς 17,3% και στους Γερμανούς 18,2% (Corneil, 1999, Wagner, 1998).

Ορισμένα τραυματικά συμβάντα επίσης, φαίνεται να είναι πιο επιβαρυντικά από άλλα. Για παράδειγμα, το τρομοκρατικό χτύπημα της 11^{ης} Σεπτεμβρίου, ώθησε τους χειριστές διασωστικών μηχανημάτων με ιστορικό ψυχικής νόσου, να αναπτύξουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, ψυχολογικών διαταραχών και μετατραυματικά συμπτώματα. Επίσης, μετά από το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός, αρκετοί πυροσβέστες, αστυνομικοί και πληρώματα ασθενοφόρων, παρουσίασαν PTSD. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξαν πυροσβέστες που εμφάνισαν συμπτώματα 34 μήνες μετά από βομβιστική επίθεση, αύξησαν τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ κατά 13%, ενώ κάποιοι συνάδελφοί τους, με διαγνωσμένη θετική ψυχοπαθολογία, τετραπλασίασαν τη κατανάλωση οινοπνεύματος από 11%σε 43% ύστερα από τη βομβιστική επίθεση που έλαβε χώρα στην Οκλαχόμα των ΗΠΑ (Alvarez, 2005).

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Argentero και Settito 2011. Οι ερευνητές, κάνοντας χρήση της κλίμακας Maslach Burnout Inventory-General Scale (MBI –GS) και της Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), μελέτησαν τα δεδομένα 782 επαγγελματιών επείγουσων καταστάσεων. Το 70,3% του δείγματος αποτελείτο από προσωπικό ασθενοφόρων και το υπόλοιπο ήταν αστυνομικοί και πυροσβέστες. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως πιο συχνό σύμπτωμα την ύπαρξη εμμονών σχετικών με τη δουλειά τους.

Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία σε πληρώματα ασθενοφόρων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συγκεκριμένη κατηγορία εργαζομένων, εξαιτίας της καθημερινής τους επαφής με τραυματικά γεγονότα, συμπεριλαμβανομένων της φροντίδας τραυματιών και της προσπάθειας να τους διατηρήσουν στη ζωή, πολλές φορές καταλήγουν να ταυτίζονται με αυτούς. Στην έρευνα αυτή επίσης αναδείχτηκε πως ο τραυματισμός ή ο θάνατος παιδιού αποτελεί τον πιο στρεσογόνο παράγοντα σε ποσοστό 62% των συμμετεχόντων (Adrianenssensj, 2012).

Στην Ελλάδα αντίστοιχα, ο τραυματισμός παιδιών αποτελεί σημαντικό στρεσογόνο παράγοντα κατά 28% στους Έλληνες πυροσβέστες και βασική προτεραιότητα στο 71% του δείγματος, αποτελεί η διάσωση παιδιού (Katsavouni, 2016).

3.11. Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες σε Επαγγελματίες Υγείας

Το ΔΜΣ, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί τη συναισθηματική πίεση που αναπτύσσει ένα άτομο που εκτίθεται σε τραυματικές εμπειρίες μέσα από την εργασία του. Τα συμπτώματά είναι κοινά με αυτά του PTSD ενώ η έκθεση σε ένα τραυματικό συμβάν, μπορεί να περιλαμβάνει αρκετές μορφές (DSM-5, 2013).

Οι επαγγελματίες υγείας, λόγω της συνεχούς έκθεσης τους με τραυματικά γεγονότα (τροχαία, λοιμώδη νοσήματα, επείγουσες καταστάσεις, απώλειες ανθρώπινων ζώων), παρουσιάζουν σε υψηλά ποσοστά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Εμφανίζουν δηλαδή, υψηλή συναισθηματική εξάντληση, κυνισμό, συναισθηματική απομάκρυνση– αποπροσωποποίηση, αίσθημα αναποτελεσματικότητας και αποτυχίας στον εργασιακό τους χώρο (Maslach, 2001).

Το 2006, οι Abendroth & Flannery, αξιολόγησαν τα συμπτώματα ΔΜΣ σε εργαζόμενους ενός ξενώνα φροντίδας βαρέως πασχόντων τελικού σταδίου στη Φλόριντα των ΗΠΑ. Το δείγμα αποτέλεσαν 216 νοσηλευτές εκ των οποίων, το 94% ήταν γυναίκες. Ως μέσο όρο διάρκεια εργασίας, είχαν περίπου 20έτη και τουλάχιστον 5,65 χρόνια στον συγκεκριμένο ξενώνα. Επιπλέον, περίπου οι μισοί από τους εργαζόμενους είχαν λάβει πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Σε αυτό λοιπόν το δείγμα, κάνοντας χρήση της κλίμακας Compassion Satisfaction and Fatigue Test, διαπίστωσαν ότι το 26,4% των νοσηλευτών, είχαν υψηλές πιθανότητες εμφάνισης ΔΜΣ, ενώ το 52,3%, εμφάνισαν μετατραυματική συμπτωματολογία (Abendroth, 2006).

Το 2009 οι Townsend και Campbell, διερεύνησαν τα ποσοστά ΔΜΣ σε εργαζόμενους ιδρύματος που φρόντιζε θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Το δείγμα που εξετάστηκε αποτελείτο από 110 επαγγελματίες υγείας με μακρόχρονη κλινική εμπειρία. Το 99% αυτών ήταν γυναίκες με τις μισές εξ αυτών να κατέχουν πανεπιστημιακό πτυχίο, ενώ ως μέσος όρος εργασίας στο συγκεκριμένο μέρος ήταν τα 5,16 χρόνια. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι περίπου το 25% του δείγματος, παρουσίασε συμπτώματα ΔΜΣ, σχετιζόμενα με σεξουαλική επίθεση. Οι ερευνητές, συμπέραναν ότι οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης συμπτωμάτων, είναι η έλλειψη στήριξης από τη διοίκηση, ο φόρτος εργασίας και η ασάφεια όσον αφορά τους στόχους της θεραπείας που οδηγεί και σε αποπροσανατολισμό των παρεμβάσεων. Από την άλλη πλευρά, ως προστατευτικούς παράγοντες καθόρισαν την στήριξη από τους συναδέλφους, την ικανοποίηση που επέρχεται ύστερα από τιμωρία του θύτη, καθώς και την ωρίμανση

που επέρχεται με τη πάροδο της ηλικίας και την αναβάθμιση του επιπέδου εκπαίδευσής (Townes, 2009).

Παράλληλα, το 2009, οι Domínguez-Gómez & Rutledge, μελέτησαν 67 νοσηλευτές που εργάζονταν στα ΤΕΠ, τριών νοσοκομείων. Το δείγμα που αποτελείτο κατά 78% από γυναίκες με το 58% του συνόλου του δείγματος να κατέχει πανεπιστημιακό τίτλο σπουδών, κλήθηκαν να συμπληρώσουν την κλίμακα STSS. Με το ψυχομετρικό εργαλείο, αξιολογήθηκε η ένταση των συμπτωμάτων ΔΜΣ και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε ένα ποσοστό του 33% του δείγματος, είχε αναπτυχθεί μετατραυματική συμπτωματολογία. Ως πιο συχνό σύμπτωμα αναβίωσης, αναδείχθηκαν οι ενοχλητικές σκέψεις που σχετίζονταν με τους ασθενείς, ενώ ως πιο συχνό σύμπτωμα αποφυγής, αναδείχθηκε η αποφυγή των ιδίων των ασθενών (Domínguez-Gómez & Rutledge, 2009).

Την ίδια επίσης χρονιά, ο Quinal και οι συνεργάτες του, κάνοντας χρήση του STSS και στέλνοντας ταχυδρομικά αυτό-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια σε 43 ογκολογικούς νοσηλευτές, προσπάθησαν να αξιολογήσουν τα συμπτώματα ΔΜΣ. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι το 91% του δείγματος αποτελείτο από γυναίκες, ενώ το 37,2% αυτού υπήρξαν απόφοιτοι πανεπιστημίου. Επιπλέον, το 38% των συμμετεχόντων παρουσίασαν υψηλά ποσοστά ΔΜΣ, ενώ ως τα πιο συχνά εμφανιζόμενα συμπτώματα, αναφέρθηκαν η δυσκολία στον ύπνο, οι δυσάρεστες σκέψεις, η ευερεθιστότητα, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το μέλλον και η μειωμένη δραστηριότητα σε καθημερινές συνήθειες (Quinal, 2009).

Στην Ελλάδα, οι παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο εκδήλωσης συμπτωμάτων ΔΜΣ, διερευνήθηκαν στη μελέτη της Mangoulia και των συνεργατών της το 2015. Οι ερευνητές, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, γνωστό ως ProQOL R-IV, μελέτησαν 174 Έλληνες νοσηλευτές που εργάζονταν σε υγειονομικές δομές ψυχικής υγείας. Η έρευνα λοιπόν, διαπίστωσε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων βρισκόταν σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης μετατραυματικών συμπτωμάτων, παράλληλα με την ύπαρξη επαγγελματικής εξουθένωσης (Mangoulia, 2015).

3.12. Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες σε Παιδιατρικούς Επαγγελματίες Υγείας

Η ανάπτυξη ΔΜΣ αναγνωρίζεται ως ένας κοινός επαγγελματικός κίνδυνος για επαγγελματίες που εργάζονται με νοσούντα παιδιά. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ποσοστά που κυμαίνεται από 6% ως 26% σε εργαζόμενους που περιθάλπουν ενήλικες ασθενείς, ενώ μπορεί να αγγίζουν το 50% όταν πρόκειται για εργαζόμενους που περιθάλπουν παιδιατρικούς ασθενείς. Κάθε επαγγελματίας υγείας που φροντίζει παιδιατρικούς ασθενείς, συχνά γίνεται μάρτυρας και ακροατής των τραυματικών τους καταστάσεων. Οι παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας, με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης PTSD, είναι περισσότερο ευάλωτοι όταν παράλληλα έχουν ανεπαρκές υποστηρικτικό δίκτυο ή αισθάνονται επιστημονικά και επαγγελματικά ανεπαρκείς λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης (Bride, 2009), (Sprang, 2007).

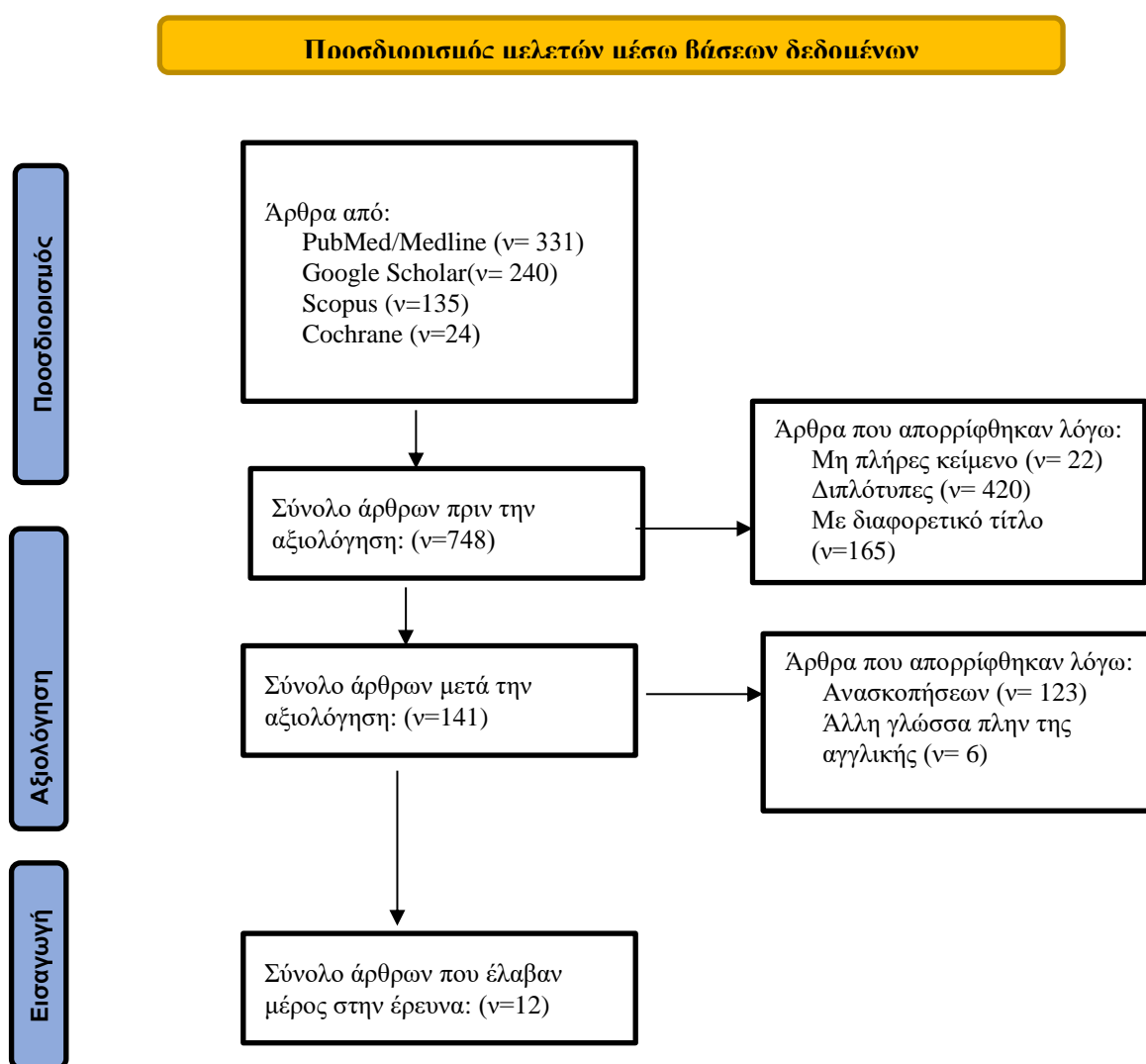
3.13. Συστηματική Ανασκόπηση

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στα πλαίσια μιας συστηματικής ανασκόπησης, έτσι ώστε να διαπιστωθούν τα ποσοστά ΔΜΣ και οι αιτιώδεις σχέσεις που έχουν καταγραφεί σε παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας.

Η συστηματική ανασκόπηση διεξήχθη μέσα από διεθνείς βάσεις δεδομένων Google (Scholar, PubMed/Medline, Cochranlibrary and Scopus) κατά τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριος 2022 – Νοέμβριος 2022, σύμφωνα με τα κριτήρια των συστηματικών ανασκοπήσεων. Βασικό κριτήριο αποτέλεσε η επιλογή ερευνητικών άρθρων που μελέτησαν ως έκθεση, τη σχέση μεταξύ των εργαζόμενων παιδιατρικής υγειονομικής περίθαλψης και ως έκβαση, την εμφάνιση PTSD ή ΔΜΣ. Τα άρθρα για να είναι κατάλληλα να εισαχθούν στη συστηματική ανασκόπηση έπρεπε να είναι πλήρη άρθρα, γραμμένα στην αγγλική γλώσσα. Στα κριτήρια εισαγωγής επίσης, καθορίστηκε το χρονικό όριο των 20 ετών, διότι πριν 20 χρόνια δημοσιεύτηκε η πρώτη έρευνα που αφορούσε παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας.

Όσον αφορά τα κριτήρια αποκλεισμού εισαγωγής μελετών στην ανασκόπηση, αυτά περιλάμβαναν τον αποκλεισμό ανασκοπικών μελετών ή συστηματικών ανασκοπήσεων, μετα-αναλύσεων και επιστολών προς τους συντάκτες.

Η αναζήτηση από τις βάσεις δεδομένων μας έδωσε 748 άρθρα. Για να καταλήξουμε στα άρθρα που συμπεριλάβαμε στη μελέτη μας, αρχικά, αξιολογήθηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις τους, με βάση τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, επομένως περιορίστηκε ο αριθμός τους στα 141 άρθρα. Στη συνέχεια, απορρίφθηκαν 123 άρθρα, λόγω ότι χαρακτηρίστηκαν ως ανασκοπήσεις ή ήταν γραμμένες σε γλώσσα πλην της αγγλικής. Ως αποτέλεσμα, η αναζήτηση κατέληξε σε 12 άρθρα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις εισαγωγής στη μελέτη (Εικόνα 7).



Εικόνα 7: Διάγραμμα ροής

Όλες οι μελέτες που εξετάστηκαν ήταν συγχρονικές και οι πλειονότητα αυτών πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ. Τα συγκεκριμένα άρθρα παρέχουν δεδομένα σχετικά με την έκθεση που υφίστανται οι παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας, αποδεικνύοντας μια σχέση με την έκβαση, που αφορά την επίδραση στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων.

Πιο αναλυτικά, η έκθεση αφορά την τραυματική εμπειρία που σημειώθηκε σε χώρους όπως, τα παιδιατρικά, οι παιδιατρικές μονάδες εντατικής θεραπείας και νεογνών, οι υπηρεσίες παιδικού τραύματος και προστασίας και τα παιδιατρικά τμήματα επειγόντων περιστατικών. Έγινε επίσης ανάλυση των πρόσθετων παραγόντων κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση του ΔΜΣ και του PTSD. Η έκβαση, αφορά το PTSD, το ΔΜΣ, την κόπωση συμπόνιας, την μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση. Από τα αποτελέσματα επίσης, προέκυψαν και οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της έκβασης. Πιο συγκεκριμένα, το γυναικείο φύλο, ο εργασιακός εκφοβισμός, η εργασία σε ΜΕΘ, τα χρόνια προϋπηρεσίας και η παρουσία ψυχικών διαταραχών, αποτελούν παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας.

3.13.1 Αποτελέσματα

Μέσα από τη συγκεκριμένη αναζήτηση (Πίνακας 3), αναδείχτηκε ότι ο επιπολασμός της ΔΜΣ μεταξύ των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας, κυμαίνεται μεταξύ 13%-94%. Η πλειοψηφία των μελετών, αναφέρεται κυρίως σε νοσηλευτές και γιατρούς (Robinsetal.,2009), (Meadors et al., 2010), (Czaja et al., 2012), (Sekol & Kim, 2014), (Berger et al., 2015), (Branch & Klinkenberg, 2015), (Colville et al., 2017), (Kellogg et al., 2018), (Rodríguez-Rey et al., 2019), ενώ μια ασχολήθηκε με την επίδραση που λαμβάνουν κοινωνικοί λειτουργοί που ασχολούνται με κακοποιημένα παιδιά (Dagan et al., 2016).

Το 2004 οι (Maytum et al., 2004), μελέτησαν τα δεδομένα 20 νοσηλευτών που εργάζονταν σε παιδιατρικές κλινικές νοσηλείας παιδιών με χρόνια νοσήματα, έχοντας τουλάχιστον 10 χρόνια προϋπηρεσία. Μετά την ανάλυση των δεδομένων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι επώδυνες καταστάσεις στις οποίες αναγκάζονταν να υποβάλλονται τα παιδιά, κι ο μεγάλος αριθμός αυτών που απεβίωναν, ήταν οι κυριότερες αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης τους. Παράλληλα, περιέγραψαν ως ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης, το χιούμορ, τη θετική στάση και την αυτοφροντίδα και ως ομαδικές στρατηγικές, τον απολογισμό των γεγονότων με τους συναδέλφους τους.

Το 2010, δημοσιεύτηκε μια μελέτη σε επαγγελματίες υγείας παιδιατρικών ΜΕΘ, στα πλαίσια ενός εκπαιδευτικού σεμιναρίου (Meadors et al., 2010). Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα, οι ερευνητές, διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας που

διακατέχονταν από υψηλό επίπεδο στρες στη προσωπική τους ζωή, διακατέχονταν αντίστοιχα και από υψηλά συμπτώματα ΔΜΣ. Επίσης, αναφέρθηκε ότι ως στρατηγικές αντιμετώπισης οι νοσηλευτές, συνηθίζουν να χρησιμοποιούν το χιούμορ, να αναπτύσσουν υποστηρικτικές συναδελφικές σχέσεις και να συγκεντρώνουν τη προσοχή τους περισσότερο στα πλεονεκτήματα που τους προσφέρει η εργασία τους, παρά σε εκείνα που τους δημιουργούν ψυχικό τραυματισμό και τους δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα.

Επίσης, το 2009 (Robins et al.,2009), ερευνητές από τις ΗΠΑ, μελέτησαν 314 επαγγελματίες υγείας, που εργάζονταν σε παιδιατρικό νοσοκομείο. Η μελέτη είχε ως σκοπό, τη διερεύνηση των εμπειριών ΔΜΣ στους εργαζόμενους, κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας. Κάνοντας χρήση του εργαλείου CFST και εφόσον ανέλυσαν τα δεδομένα που προέκυψαν,ανιχνεύτηκε ότι το 39% του δείγματος, έχει εμφανίσει συμπτώματα PTSD, ενώ συμπέραναν, ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ των υψηλών επιπέδων κόπωσης και στον αριθμό των ετών στα οποία απασχολούνται με την φροντίδα και τη θεραπεία παιδιών που πάσχουν.

Σε μια άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2012 (Czaja et al., 2012), οι ερευνητές μελέτησαν τα δεδομένα παιδιατρικών νοσηλευτών σε ΜΕΘ όσο και σε κλινικές και ΤΕΠ. Οι 173 συμμετέχοντες, σε ποσοστό 82% έπασχαν από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, ανεξάρτητα από το νοσηλευτικό τομέα που εργάζονταν, όπως κατάθλιψη, στρες και επαγγελματική εξουθένωση. Τα συμπτώματα των νοσηλευτών περιλάμβαναν εφιάλτες, άγχος και κρίσεις πανικού, τα οποία φαίνεται ότι πηγάζαν από τα δυσάρεστα γεγονότα που βίωναν καθημερινά, όπως ο θάνατος και οι συγκρούσεις με συναδέλφους.

Παράλληλα, σε μια άλλη μελέτη (Sekol & Kim, 2014), μελετήθηκαν τα δεδομένα 240 νοσηλευτών που εργάζονταν σε τέσσερις διαφορετικές παιδιατρικές μονάδες, ενός παιδιατρικού νοσοκομείου της νότιας Καλιφόρνιας. Οι ερευνητές, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, συμπέραναν, ότι οι νοσηλευτές της αιματολογικής /ογκολογικής μονάδας, διακατέχονταν από τα χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Αντίθετα, οι νοσηλευτές της χειρουργικής μονάδας και ιδιαίτερα εκείνοι που είχαν προϋπηρεσία μεταξύ 5-9 ετών, ανέφεραν υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και αντίστοιχα, χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση από τους προηγούμενους.

Σε μια άλλη μελέτη που αφορούσε την επαγγελματική ποιότητα ζωής (Branch & Klinkenberg, 2015), οι ερευνητές, οι οποίοι έκαναν χρήση της κλίμακας ProQOL R-V,

σε 296 παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας του παιδιατρικού νοσοκομείου του St. Louis, συμπέραναν, ότι η εμφάνιση ΔΜΣ, δεν εξαρτάται τόσο από την ηλικία του εργαζόμενου, την εμπειρία του, το επίπεδο εργασίας ή της μόρφωσής του. Αντίθετα, διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι στις παιδιατρικές μονάδες διακατέχονταν από χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και υψηλά επαγγελματικής εξουθένωσης και ΔΜΣ.

Τον ίδιο χρόνο, (Berger et al., 2015), μια συγχρονική μελέτη σε παιδιατρικούς νοσηλευτές, διερεύνησε τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα της κόπωσης συμπίνας, μελετώντας τα δημογραφικά τους στοιχεία. Έτσι συμπέραναν, ότι οι νοσηλευτές με ηλικία κάτω των 40ετών, με προϋπηρεσία μεταξύ 6-10 ετών που εργάζονταν σε χειρουργικές μονάδες, παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση από ότι η κόπωση συμπίνας και επιπλέον, υψηλότερα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης, από τους συναδέλφους τους που εργάζονταν σε άλλα τμήματα. Επίσης παρουσίασαν, ότι βασικός παράγοντας για την εμφάνιση ΔΜΣ, αποτέλεσε η φροντίδα παιδιατρικών ασθενών με σοβαρή ασθένεια ή ο τραυματισμός τους που οδηγεί στο τέλος της ζωής τους.

Το 2017, ερευνητές από την Αγγλία (Colville et al., 2017), θέλοντας να μελετήσουν τη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και του επαγγελματικού PTSD, έδωσαν στους εργαζόμενους τριών ΜΕΘ ενηλίκων και τεσσάρων παιδιατρικών ΜΕΘ, για να συμπληρώσουν μια σύντομη κλίμακα κλίμακας ανθεκτικότητας, το ερωτηματολόγιο για το ψυχικό τραύμα και την κλίμακα νοσοκομειακού άγχους και κατάθλιψης. Έτσι, διαπίστωσαν, ότι ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης ανέρχεται στο 37% των ερωτηθέντων, ενώ ο επιπολασμός του PTSD στο 13%. Επίσης, από τα σημαντικά ευρήματα ήταν ότι οι γιατροί ήταν δύο φορές πιο ευάλωτοι συναισθηματικά από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ μεγαλύτερη ανθεκτικότητα εμφάνισαν οι εργαζόμενοι στις ΜΕΘ ενηλίκων από τους αντίστοιχους συναδέλφους τους στις παιδιατρικές ΜΕΘ.

Μέσα στο επόμενο έτος, δημοσιεύτηκε μια νέα μελέτη (Rodríguez-Rey et al., 2019) από Ισπανούς ερευνητές, οι οποίοι μελέτησαν τη συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του PTSD σε 298 παιδιατρικούς εργαζόμενους 9 νοσοκομείων στην Ισπανία. Η μελέτη, κάνοντας σύγκριση μεταξύ των εργαζόμενων που απασχολούνταν σε παιδιατρικές ΜΕΘ και σε εκείνους που εργάζονταν σε παιδιατρικά τμήματα. Συμπληρώνοντας τη κλίμακα BR, το ερωτηματολόγιο CS για επαγγελματίες υγείας, το MBI και το TSQ, συμπέραναν ότι δεν υπήρχαν μεγάλες

αποκλίσεις μεταξύ των εργαζομένων στις παιδιατρικές ΜΕΘ (γιατρούς, νοσηλευτές ή βοηθούς). Όταν όμως προέκυπτε ο θάνατος παιδιού ή κάποια σύγκρουση με ασθενείς, οικογένειες ή συναδέλφους παιδιού, τα ποσοστά εξουθένωσης και PTSD, αυξάνονταν σε ποσοστό 30%.

Τον ίδιο χρόνο, κάποιοι άλλοι ερευνητές (Kellogg et al., 2018), έχοντας ως σκοπό τη διερεύνηση των αιτιών του ΔΜΣ στην παιδιατρική νοσηλευτική φροντίδα, διαπίστωσαν ότι σε ένα δείγμα 338 νοσηλευτών, τουλάχιστον οι μισοί παρουσίασαν ΔΜΣ. Η ηλικία και τα χρόνια εμπειρίας δεν καθόρισαν την εμφάνιση της μετατραυματικής συμπτωματολογίας, ενώ ακόμα και εκείνοι οι συμμετέχοντες, με υψηλές βαθμολογίες συναισθηματικής υποστήριξης, εμφάνισαν υψηλές βαθμολογίες κατά την αξιολόγηση των συμπτωμάτων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, να μειώνεται η επαγγελματική τους ικανοποίησή και αναλογικά να επηρεάζεται αρνητικά η φροντίδα που προσφέρουν στους ασθενείς τους.

Μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στο Ισραήλ (Dagan et al., 2016), η οποία μελέτησε 255 κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονταν με κακοποιημένα παιδιά, με σκοπό να εκτιμήσουν πόσο η εργασία τους επέδρασε στην ανάπτυξη ΔΜΣ. Διαπιστώθηκε λοιπόν, ότι πέρα από τη συσχέτιση του ΔΜΣ με την έκταση της έκθεσής τους στο παιδικό τραύμα, σημαντικό ρόλο αποτέλεσαν τα υψηλά επίπεδα άγχους και η πολυετή εργασιακή προϋπηρεσία τους.

Μια μεταγενέστερη μελέτη (Ratrouf & Hamdan-Mansour, 2020), διερεύνησε επίσης τους λόγους εμφάνισης, τα ποσοστά και τις συνέπειες του ΔΜΣ, που εμφανίζουν οι νοσηλευτές στα παιδιατρικά ΤΕΠ. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι ένα σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών που υπέφεραν από τη συγκεκριμένη διαταραχή είχε ένα επιβαρυνόμενο ψυχικό υπόβαθρο.

Πίνακας 3. Μελέτες που εισήχθησαν στην ανασκόπηση

Συγγραφέας/έτος	Σχεδιασμός	Δείγμα	Δεδομένα	Έκθεση	Εργαλεία	Αποτελέσματα	Παράγοντες κινδύνου
(Maytum et al., 2004) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	20 νοσηλευτές	Ποικιλία παιδιατρικών εγκαταστάσεων στη Μινεάπολη	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Ένας οδηγός συνέντευξης που αποτελείται από 11 πυρήνες ανοιχτού τύπου ερωτήσεις 2. Σενάριο ασθενή-οικογενείας	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση 3. Κόπωση Συμπόνιας	1. Επίθεση ή απειλή επίθεσης στην εργασία 2. Γυναικείο φύλο 3. Ώρες εργασίας >40 την εβδομάδα
(Robins et al., 2009) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	314 Παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας	Παιδιατρικό νοσοκομείο Φιλαδέλφειας	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Δείκτης Διαπροσωπικής Αντιδραστικότητας 2. Κλίμακα πεποιθήσεων πνευματικής συμμετοχής (SIBS) 3. Σύντομο COPE 4. Τεστ ικανοποίησης συμπόνιας και κόπωσης	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση 3. Κόπωση Συμπόνιας	1. Αρκετά χρόνια σε άμεση φροντίδα 2. Υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής μεσολάβησης ενσυναίσθησης 3. Νοσηλευτές
(Meadors et al., 2010) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	167 Παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας	Παιδιατρική ΜΕΘ και Μονάδα ΜΕΝΝ	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Ο αντίκτυπος της κλίμακας γεγονότων 2. Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής, έκδοση 5 (ProQOL-V)	1. Δευτερογενές PTSD 2. PTSD 3. Επαγγελματική εξουθένωση 4. Κόπωση Συμπόνιας	1. Οι γιατροί έχουν υψηλότερα επίπεδα SPTSD
(Czaja et al., 2012) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	173 Εργαζόμενοι σε παιδιατρικές μονάδες θεραπείας και παιδιατρικά τμήματα επειγόντων	Παιδιατρικό νοσοκομείο με ευρεία βάση παραπομπών και περιποίησης τραυμάτων	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Η μετατραυματική διαγνωστική κλίμακα (PDS) 2. Η Κλίμακα Νοσοκομείου Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) 3. The Maslach Burnout Inventory (MBI)	1. PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση	1. Άγχος 2. Κατάθλιψη
(Sekol & Kim, 2014) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	240 Πιστοποιημένοι νοσηλευτές που εργάζονται σε χειρουργικές, παθολογικές,	Παιδιατρικό νοσοκομείο τριτοβάθμιας οξείας φροντίδας στη Καλιφόρνια	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής, έκδοση 5 (ProQOL-V)	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση	1. 5-9 χρόνια εμπειρία στη χειρουργική μονάδα 2. υψηλά επίπεδα εξουθένωσης

		εντατικές και αιματολογικές /ογκολογικές νόσους.			2. Συνοπτικός Δείκτης Συναισθηματικής Επαγγελματικής Ικανοποίησης	3. Κόπωση Συμπίνας	3. χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση
(Berger et al., 2015) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	239 Νοσηλεύτες σε παιδιατρικές μονάδες	Ένα συγκρότημα πέντε νοσοκομείων που περιλαμβάνει ένα αστικό παιδιατρικής τριτοβάθμιας φροντίδας	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Κλίμακα Ποιότητα Ζωής Έκδοση 5 (Pro QOL, V5)	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση 3. Κόπωση Συμπίνας	1. Καυκάσιοι 2. εργασιακή εμπειρία ≤5 ετών
(Branch & Klinkenberg, 2015) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	296 Νοσηλεύτες, Κοινωνικοί λειτουργοί, Φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές Ψυχολόγοι, παιδοθεραπευτές,	St. Louis Παιδιατρικό νοσοκομείο	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Κλίμακα Ποιότητα Ζωής Έκδοση 5 (ProQOL, V5)	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση 3. Κόπωση Συμπίνας	1. Νοσηλεύτες που εργάζονται στη παιδιατρική ΜΕΘ είναι πιο επιρρεπείς.
(Colville et al., 2017) Μ. Βρετανία	Συγχρονική Μελέτη	195 εργαζόμενοι σε παιδιατρικές μονάδες θεραπειών 164 εργαζόμενοι σε μονάδα ενηλίκων	Τρεις μονάδες ΜΕΘ ενηλίκων και αντίστοιχα τέσσερις παιδιατρικές ΜΕΘ	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Σύντομη κλίμακα ανθεκτικότητας 2. Απογραφή BurnoutMaslach 3. Ερωτηματολόγιο προσυμπτωματικού ελέγχου τραύματος 4. Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση	1. Εργασία σε παιδιατρική ΜΕΘ 2. Γιατροί 3. λήψη αλκοόλ
(Kellogg et al., 2018) ΗΠΑ	Συγχρονική Μελέτη	338 Παιδιατρικοί νοσηλεύτες	Πιστοποιημένοι παιδιατρικοί νοσηλεύτες	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Κλίμακα δευτερογενούς τραυματικού στρες 2. Σύντομο COPE 3. Σύντομη έκδοση Marlowe-Crowne Social Desirability	1. Δευτερογενές PTSD	1. Η άρνηση και η συναισθηματική απεμπλοκή δεν προστατεύουν τους παιδιατρικούς νοσηλεύτες
(Rodríguez-Rey et al., 2019) Ισπανία	Συγχρονική Μελέτη	298 Προσωπικό παιδιατρικής ΜΕΘ (γιατροί, νοσηλεύτες, βοηθοί νοσηλευτών) 189 Εργαζόμενοι σε μη κρίσιμες μονάδες (γιατροί, νοσηλεύτες,	Εννέα νοσοκομεία στην Ισπανία	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Σύντομη κλίμακα ανθεκτικότητας 2. Ερωτηματολόγιο στρατηγικών αντιμετώπισης για παρόχους υγειονομικής περίθαλψης 3. Απογραφή BurnoutMaslach 4. Ερωτηματολόγιο προσυμπτωματικού ελέγχου τραύματος	1. Δευτερογενές PTSD 2. Επαγγελματική εξουθένωση	1. Άτομα που χρησιμοποίησαν λιγότερο το στυλ αντιμετώπισης με εστίαση στο πρόβλημα

		βοηθοί νοσηλευτών)					
(Ratrou & Hamdan-Mansour, 2020) Ιορδανία	Συγχρονική Μελέτη	202 Παιδιατρικοί νοσηλευτές	Οκτώ παιδιατρικά τμήμα επειγόντων στην Ιορδανία	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Κλίμακα δευτερογενούς τραυματικού στρες 2. Λίστα ελέγχου συμβάντων ζωής, Πέμπτη έκδοση (LEC-5) 3. Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) 4. Η Κλίμακα των Αντιληπτών Οργανωτικών 5. Πολυδιάστατη κλίμακα αντιληπτών κοινωνικών 6. Κλίμακα Απογραφής Αντιμετώπιση	1. Δευτερογενές PTSD	1. Ιστορικό τραύματος 2. Χαμηλή ενσυναίσθηση
(Shlomit 2020) Ισραήλ	Συγχρονική Μελέτη	255 Κοινωνικοί λειτουργοί	Έντεκα τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών	Έκθεση σε δευτερογενές τραύμα	1. Ερωτηματολόγιο απογραφής μετατραυματικής ανάπτυξης 2. Κλίμακα δευτερογενούς τραυματικού στρες 3. Πολυδιάστατη κλίμακα αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης. 4. Ερωτηματολόγιο μέτρησης της αποτελεσματικότητας της εποπτείας σε εκπαιδευόμενους κοινωνικούς λειτουργούς.	1. Μετατραυματική ανάπτυξη 2. Δευτερογενές τραυματικό στρες	1. Το άγχος συσχετίστηκε θετικά 2. Η πολυετής εργασιακή εμπειρία συσχετίστηκε θετικά μόνο με την μετατραυματική ανάπτυξη

3.13.2. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν ότι η πλειοψηφία των ερευνών διεξήχθη στις ΗΠΑ. Το γεγονός αυτό εξηγείται από την ιστορία των ΗΠΑ στην αναγνώριση της διαταραχής. Το PTSD, αναγνωρίστηκε ως διακριτή διαταραχή το 1980 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Ed., Revised (DSM-III-R) American Journal of Psychiatry*, n.d 2024.). Πολλοί Αμερικανοί στρατιώτες, μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ, είχαν διαγνώσεις νοσταλγίας ή μελαγχολίας, που χαρακτηρίζονταν από λήθαργο, απόσυρση και «υπερβολική συναισθηματικότητα» (Disorder & Medicine, 2012). Έρχισε να επιταχύνεται η έρευνα από τις ΗΠΑ και η μεθοδική τεκμηρίωση αυτού που τότε ονομαζόταν κόπωση μάχης ως απάντηση στους πολλούς βετεράνους πολέμου που υπέφεραν από χρόνια ψυχιατρικά προβλήματα.

Η μελέτη μας επίσης έδειξε ότι εκτός από το PTSD και το ΔΜΣ, υπήρξε συνοσυρότητα κυρίως με την επαγγελματική εξουθένωση (Maytumental., 2004), (Robins et al., 2009), (Meadorsetal., 2010), (Czaja et al., 2012), (Berger et al., 2015), (Branch & Klinkenberg, 2015), (Colville et al., 2017), (Rodríguez-Rey et al., 2019) και κόπωση συμπόνιας (Maytumental., 2004), (Branch & Klinkenberg, 2015), (Robins et al., 2009), (Meadors et al., 2010), (Berger et al., 2015), (Sekol&Kim, 2014). Τα αποτελέσματα αυτά είναι συναφή με άλλες μελέτες, εφόσον η στενή σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης με το PTSD, έχει αποδειχθεί (Kim et al., 2019), (Schuster, 2021), ενώ η κόπωση συμπόνιας η οποία παλαιότερα σχετιζόταν με το ΔΜΣ ως ταυτόσημες διαταραχές, ωστόσο, δεν συμπεριλήφθηκε σε καμία έκδοση του DSM (*Compassion Fatigue - an Overview / ScienceDirect Topics*, n.d.2024), παρόλα αυτά, τα συμπτώματα, όπως είδαμε σε προηγούμενες ενότητες, είναι παρόμοια με το ΔΜΣ, εφόσον ο όρος κόπωση από συμπόνια περιγράφηκε αρχικά ως μια δευτερογενής τραυματική αντίδραση στρες (C. Figley, 1995). Η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση ως αποτέλεσμα της μελέτη μας (Sekol & Kim, 2014), έρχεται σε συμφωνία με τα διεθνή δεδομένα (Gurowiecetal.,2022), (Al-Adawietal., 2022), εφόσον συμβάλλει στην αύξηση του άγχους και στην ευαλωτότητα του εργαζόμενου έναντι στο τραύμα.

Το εργασιακό bullying, ως παράγοντας απειλής της ζωής του εργαζόμενου, έρχεται σε συμφωνία με τα διεθνή αποτελέσματα (Chenevert et al., 2022), (*Causes of PTSD*, n.d.2024), εφόσον αποτελεί το κριτήριο A, το απαραίτητο κριτήριο της ανάπτυξης και επιβεβαίωσης της μετατραυματικής συμπτωματολογίας. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο ευάλωτο σε ΔΜΣ από άλλες ειδικότητες, σύμφωνα με τη διεθνή

βιβλιογραφία (M. Mealer et al., 2012), (P. Li et al., 2021) και τα αποτελέσματα μας συμφωνούν με αυτή. Επιπλέον, το γυναικείο φύλο, φαίνεται πιο ευάλωτο στην εμφάνιση συμπτωμάτων τραύματος, διότι σύμφωνα με άλλες μελέτες, οι εκτεθειμένες σε τραύμα γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν PTSD σε σχέση με τους άνδρες (*Women Who Experience Trauma Are Twice as Likely as Men to Develop PTSD. Here's Why*, n.d.2024), (Olf, 2017). Τα υψηλά επίπεδα άγχους στο προσωπικό των μελετών μας σχετίστηκαν με αυξημένα ποσοστά ΔΜΣ και τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνονται από άλλες μελέτες (Williamson et al., 2021), (*PTSD vs. Anxiety*, n.d.2024), εφόσον το άγχος είναι βασικό σύμπτωμα του PTSD και οι αγχώδεις προσωπικότητες απαντούν πιο ανώριμα στο τραύμα.

Το τμήμα εργασίας των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα οι παιδιατρικές ΜΕΘ, σχετίστηκαν με την παρουσία ΔΜΣ. Οι παιδιατρικές ΜΕΘ, είναι χώροι με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας, επομένως το ψυχικό τραύμα είναι πιο συχνό στο συγκεκριμένο προσωπικό. Σε αυτά τα ευρήματα συνάδουν διεθνείς μελέτες που υποστηρίζουν την ψυχική ευαλωτότητα του προσωπικού στο τραύμα, στις παιδιατρικές ΜΕΘ (Levi et al., 2021), (Jones et al., 2020). Τέλος, το ιστορικό τραύματος συνδέεται με τη λήψη αλκοόλ και φανερώνει ευάλωτη ψυχική κατάσταση (*PTSD and Problems with Alcohol Use - PTSD: National Center for PTSD*, n.d.2024), ενώ τα άτομα με ιστορικό ψυχικού τραυματισμού, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναβιώσουν το τραύμα τους μέσα από την έκθεση σε μια νέα τραυματική εμπειρία (Oronou et al., 2022).

Στο κεφάλαιο που ολοκληρώθηκε, αναλύθηκε η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες καθώς και τα κυριότερα όργανα μέτρησής του. Τα στάδια, οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνισή και ανάπτυξη του καθώς και οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτό. Επίσης, μέσα από την ανασκόπηση μελετών που αφορούν το συγκεκριμένο φαινόμενο, όπως αυτό εμφανίζεται στις διάφορες κατηγορίες εργαζομένων, γίνεται αντιληπτό η μεγάλη του επίδραση σε μια γκάμα επαγγελματικών κατηγοριών αλλά και η περιορισμένη βιβλιογραφική αναφορά που υπάρχει σε ότι αφορά την επίδραση του δευτερογενούς τραύματος σε εργαζόμενους που δραστηριοποιούνται στο παιδιατρικό τομέα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η συστηματική ανασκόπηση που προηγήθηκε ανέδειξε τη σημαντικότητα του ΔΜΣ στα επαγγέλματα υγείας, αλλά και την περιορισμένη βιβλιογραφία που αφορά την επίδραση της έκθεσης σε τραύμα στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας (γιατρούς και νοσηλεύτες). Αναδείχθηκε λοιπόν το βιβλιογραφικό κενό και η άμεση ανάγκη για έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της παιδιατρικής ΜΕΘ.

Επομένως, σκοπός του συγκεκριμένου κεφαλαίου, είναι η περιγραφή της ανάγκης διεξαγωγής της έρευνας, ο ερευνητικός σχεδιασμός, τα βήματα που ακολουθήθηκαν μέχρι την περάτωσή της και η ανάλυση των δεδομένων του δείγματος ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις της μελέτης.

4.1. Σκοπός της Παρούσας Μελέτης και Ερευνητικός Σχεδιασμός

Στη παρούσα μελέτη έγινε χρήση της ποσοτικής μεθοδολογίας, η οποία, σύμφωνα με το θεωρητικό της πλαίσιο, ασχολείται με την ποσοτικοποίηση και την ανάλυση μεταβλητών προκειμένου να εξάγει αποτελέσματα. Το συγκεκριμένο είδος ερευνητικής μεθόδου, περιλαμβάνει τη χρήση και την ανάλυση των αριθμητικών δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί και χρησιμοποιεί συγκεκριμένες στατιστικές τεχνικές προκειμένου να δώσει απαντήσεις σε τακτικές ερωτήσεις όπως είναι οι ποιός, πόσο, τι, πότε, πόσα, πώς. Σύμφωνα μάλιστα με τον Williams (Williams & Naumann, 2011), η ποσοτική έρευνα ξεκινά με τη δήλωση ενός προβλήματος, δημιουργεί τη ανάπτυξη μιας υπόθεσης ή μιας ερευνητική ερώτησης και στη συνέχεια ακολουθεί η παράθεση της σχετικής βιβλιογραφίας και η ποσοτική ανάλυση δεδομένων.

Σύμφωνα με τον Babbie (Babbie, 2020), ως κύρια χαρακτηριστικά της ποσοτικής μεθόδου διακρίνονται τα εξής:

- Τα δεδομένα καθώς και η συλλογή τους να γίνεται με τη χρήση ερευνητικών μέσων, διακρινόμενα από συγκεκριμένη δόμηση όπως είναι αυτή των ερωτηματολογίων.
- Το μέγεθος του δείγματος, χρειάζεται να είναι επαρκές και να αποτελεί αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού.
- Η μελέτη, εφόσον διακρίνεται από υψηλή αξιοπιστία φέρει τη δυνατότητα αναπαραγωγής ή επανάληψής της.

- Ο ερευνητής, έχοντας θέσει εξαρχής σαφή ερευνητικά ερωτήματα κατά τη διάρκεια της μελέτης αναζητεί συγκεκριμένες αντικειμενικές απαντήσεις.
- Προηγείται ο προσεκτικός σχεδιασμός της μελέτης ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη συλλογή δεδομένων.
- Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν με τη μορφή στατικών στοιχείων ή αριθμών, απεικονίζονται με τη μορφή πινάκων ή διαγραμμάτων.
- Τα αποτελέσματα, δύναται να γενικευτούν και να γίνει χρήση τους ως προς κάποια μελλοντική πρόβλεψη ή προκειμένου να διερευνηθούν οι αιτιώδεις σχέσεις τους.

Όσον αφορά τη δική μας μελέτη, αυτή έχει ως σκοπό να διερευνήσει τον επιπολασμό του ΔΜΣ σε δύο ομάδες επαγγελματιών παιδιατρικής φροντίδας υγείας: α) εργαζόμενων σε παιδιατρικές ΜΕΘ και β) εργαζόμενων σε παιδιατρικές κλινικές και παιδιατρικά ΤΕΠ, ώστε να αξιολογήσουμε τις διαφορές στην έκθεση και έκβαση των υπό μελέτη μεταβλητών μας. Η παρούσα έρευνα, είχε ως βάση τις απαντήσεις των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας διαφορετικών τομέων και νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας. Η έναρξη της έρευνας, έγινε στις 1/10/2021 και έληξε στις 30/6/2022, έχοντας ως αποτέλεσμα την ανταπόκριση 445 εργαζομένων από τους 600 που είχαν συναινέσει να συμμετάσχουν αρχικά στην έρευνα, ποσοστό δηλαδή ανταπόκρισης, 75%.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ένα, αυτοσχέδιο από τον ερευνητή, κοινωνικο-δημογραφικό ερωτηματολόγιο, η κλίμακα μέτρησης επαγγελματικής ικανοποίησης της Μινεσότα MSQ, η κλίμακα άγχους του Hamilton (Hamilton Anxiety Scale-HAS), η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) των 20 ερωτήσεων και η σύντομη μορφής της απογραφής της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας των εργαζομένων (B-IPF).

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση στατιστικών τεχνικών. Τέτοιου είδους είναι η περιγραφική στατιστική που περιλαμβάνει τις συχνότητες, τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις, τους ελέγχους για τη διαφορά μέσω τιμών όπως είναι τα t-test και η μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης καθώς και η ανάλυση συσχέτισης με τη γραμμική παλινδρόμηση.

Ως επιμέρους στόχοι καθορίστηκαν οι εξής:

1. Η συχνότητα του ΔΜΣ-PTSD στους παιδιατρικούς εργαζόμενους.
2. Η σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με το ΔΜΣ-PTSD στους παιδιατρικούς εργαζόμενους.
3. Η επίδραση των δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των εργαζομένων στην έκβαση της μελέτης μας.
4. Η συχνότητα εμφάνισης ΔΜΣ-PTSD, μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων.
5. Η συσχέτιση διαφορών αιτιολογικών παραγόντων με την έκβαση της μελέτης μας.

4.2. Ερευνητικές Υποθέσεις και Ερωτήματα

Υπόθεση 1: Οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικές ΜΕΘ διακατέχονται από διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης, άγχους και ΔΜΣ-PTSD, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που εργάζονται σε παιδιατρικές κλινικές και παιδιατρικά ΤΕΠ.

Υπόθεση 2: Το ΔΜΣ, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και τα αυξημένα επίπεδα άγχους, έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα παραγωγής υπηρεσιών από τους παιδιατρικούς εργαζόμενους.

Υπόθεση 3: Το ΔΜΣ, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και τα αυξημένα επίπεδα άγχους σχετίζονται με τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των παιδιατρικών εργαζομένων.

Υπόθεση 4: Η επαφή του εργαζόμενου με τη νόσο SARS-CoV-2, (προσωπική νόσηση, νόσηση του συγγενικού περιβάλλοντος του εργαζόμενου, νοσηλεία παιδιών με SARS-CoV-2), συντελεί στην ανάπτυξη του ΔΜΣ στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας.

Υπόθεση 5: Τα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης θα επηρεάσουν αντιστρόφως ανάλογα τα επίπεδα του ΔΜΣ-PTSD, στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας.

Υπόθεση 6: Τα επίπεδα άγχους θα επηρεάσουν ανάλογα τα επίπεδα του ΔΜΣ-PTSD, στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας.

Υπόθεση 7: Τα υψηλά επίπεδα ΔΜΣ-PTSD θα επηρεάσουν αρνητικά τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των εργαζομένων όλων των τομέων.

Ερώτημα 1: Ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης ΔΜΣ σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικές ΜΕΘ, παιδιατρικές κλινικές και παιδιατρικά ΤΕΠ των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων;

Ερώτημα 2: Ποια είναι τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας στις παιδιατρικές ΜΕΘ, σε παιδιατρικές κλινικές και στα παιδιατρικά ΤΕΠ των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων;

Ερώτημα 3: Ποια είναι τα επίπεδα άγχους που διακατέχουν τους εργαζόμενους των παιδιατρικών ΜΕΘ, παιδιατρικών κλινικών και των παιδιατρικών ΤΕΠ των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων;

Ερώτημα 4: Ποια είναι η κατάσταση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των επαγγελματιών υγείας των εργαζόμενων των παιδιατρικών ΜΕΘ, παιδιατρικών κλινικών και των παιδιατρικών ΤΕΠ των δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων;

Ερώτημα 5: Ποια είναι η σχέση του ΔΜΣ με τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας;

Ερώτημα 6: Ποια είναι η σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας;

Ερώτημα 7: Ποια είναι η σχέση του άγχους με τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας;

4.3. Έγκριση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας

Η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε σύμφωνα με τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι (*Health in All Policies*, n.d.), που είναι σχετικές με τη βιοιατρική προκειμένου να διασφαλιστεί η τήρηση των τεσσάρων βασικών αρχών διεξαγωγής μιας έρευνας, της αυτονομίας, του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της διάκρισής της από ελευθερία και αξιοπρέπεια καθώς και από την αρχή της ωφελιμότητας. Επίσης, για τη διεξαγωγή της μελέτης, εξασφαλίστηκαν όλες οι σχετικές άδειες- εγκρίσεις από τους αρμόδιους φορείς, διατηρήθηκε η εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, η προστασία του απορρήτου, η διασφάλιση των συμμετεχόντων για την εμπιστευτικότητα και η ύπαρξη δίκαιης και ισοδύναμης μεταχείρισής τους.

Επισημαίνετε ότι για τις ανάγκες της έρευνας, έγιναν αιτήματα λήψης αδειών στα μεγάλα ιδιωτικά παιδιατρικά νοσοκομεία της χώρας που διαθέτουν παιδιατρικές ΜΕΘ, αλλά δεχτήκαμε αρνητικές απαντήσεις από όλα.

Πιο συγκεκριμένα, πριν από την έναρξη της έρευνας δόθηκε συγκατάθεση από τις Επιστημονικές Επιτροπές Βιοηθικής των Ερευνών των δημόσιων νοσοκομείων που συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, ανάλογα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας που διέπει τον κάθε οργανισμό. Αξίζει να σημειωθεί, ότι προκειμένου να επιτευχθούν οι σχετικές αδειοδοτήσεις, προηγήθηκε προσωπική επαφή με τους εκάστοτε διευθυντές και προϊστάμενους των υπό μελέτη τμημάτων όπου μετά από ενημέρωση σχετικά με τους σκοπούς της έρευνας παραχώρησαν την έγγραφη συγκατάθεσή τους.

Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο, ένα εργαλείο ποσοτικής έρευνας, αποτελείται από μια σειρά δομημένων ερωτήσεων. Σε αυτές τις ερωτήσεις, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά και με μια συγκεκριμένη σειρά. Μπορεί να αποσταλεί και να συμπληρωθεί αντίστοιχα σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή, αλλά και μέσω τηλεφώνου. Συνήθως χρησιμοποιείται στα πλαίσια μιας ερευνητικής μελέτης ώστε να διεξαχθούν περιγραφικά και επεξηγηματικά αποτελέσματα, σχετιζόμενα με απόψεις, χαρακτηριστικά και ιδιότητες, ενώ αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ δείγματος και ερευνητή. Ο βασικός στόχος της χρησιμοποίησής του, είναι η συλλογή δεδομένων από ένα σύνολο ανθρώπων που ανταποκρινόμενοι, θα απαντήσουν στις ίδιες ακριβώς ερωτήσεις. Για τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο στόχος της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και η κατανόηση των χαρακτηριστικών των ερωτώμενων. Επίσης, ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να χαρακτηρίζεται από διάφορες προϋποθέσεις για τη κατασκευή του, όπως το να έχει πληρότητα, σαφήνεια και συνοχή, δομή, την ύπαρξη ερωτημάτων ελέγχου και οδηγιών συμπλήρωσης, ενώ απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να επιδέχεται κωδικογραφική και μηχανογραφική επεξεργασία.

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης ερωτηματολογίων σε μια έρευνα, είναι ότι μπορούν να αποσταλούν και να συμπληρωθούν από ένα μεγάλο αριθμό ατόμων χωρίς να επηρεάζει ο ερευνητής τις απαντήσεις. Η δημιουργία και η χρήση τους είναι απλή και ενισχύουν την ελεύθερη έκφραση των συμμετεχόντων, καθώς η συμπλήρωση τους είναι σχεδόν πάντα ανώνυμη. Επίσης, η ανάλυσή τους είναι τυποποιημένη και πιο

συμφέρουσα τόσο οικονομικά όσο και χρονικά. Στα μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου, συμπεριλαμβάνονται το γεγονός ότι ο ερευνητής αδυνατεί να αποσαφηνίσει τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και επίσης, το άτομο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο, δέχεται τις υποδείξεις και τους όρους του.

Σε ένα ερωτηματολόγιο, οι ερωτήσεις διαχωρίζονται σε ερωτήσεις ανοιχτού τύπου και σε ερωτήσεις κλειστού τύπου, ενώ για να έχει απήχηση ως προς τους ερωτούμενους χρειάζεται να είναι φιλικό και ευγενικό. Η σειρά των ερωτήσεων ακολουθεί μια διαβαθμισμένη πορεία. Στην αρχή, οι ερωτήσεις καλύπτουν δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το φύλο, στη συνέχεια, παρατίθενται οι πιο εύκολες ερωτήσεις και προς το τέλος, οι πιο δύσκολες που χρειάζονται περισσότερη σκέψη (Lagoumintzis et al., 2016).

Κλίμακα

Η κλίμακα είναι ένα είδος σύνθετου μέτρου που στοχεύει στη συλλογή δεδομένων και παρατηρήσεων που αφορούν τις συμπεριφορές, τις απόψεις και τις στάσεις των ερωτώμενων. Οι κλίμακες, διαχωρίζονται σε ψυχομετρικά τεστ και σε ερωτηματολόγια προσωπικότητας, νοημοσύνης και αξιολόγησης συμπεριφοράς.

Οι κλίμακες, χρησιμοποιούνται στις ποσοτικοποιήσεις προτάσεων, απόψεων και στάσεων για τις οποίες δεν υπάρχει μια μόνο σωστή απάντηση αλλά σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, μπορεί να υπάρξουν περισσότερες από μια (Lagoumintzis et al., 2016).

Διαφορές Ερωτηματολογίου – Κλίμακας

Οι διαφορές τους διακρίνονται σε 3 κατηγορίες:

1. Λαμβάνοντας ως κριτήριο το σκοπό, το ερωτηματολόγιο στοχεύει στο να συλλέξει και να εξάγει περιγραφικά και επεξηγηματικά δεδομένα σχετικά με τις απόψεις και τα χαρακτηριστικά των ατόμων ενώ η κλίμακα επικεντρώνεται στην ποσοτικοποίηση προτάσεων και απόψεων για τις οποίες υπάρχουν πιο πολλές από μια, δυνατές απαντήσεις.

2. Αν λαμβάνεται ως κριτήριο το περιεχόμενο, το ερωτηματολόγιο περιέχει τουλάχιστον μια κλίμακα ενώ είναι αδύνατον να υπάρξει το αντίθετο, να αποτελείται δηλαδή η κλίμακα από ερωτηματολόγιο.
3. Αν λαμβάνεται ως κριτήριο η χρήση, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται σε κάθε έρευνα ενώ η κλίμακα χρησιμοποιείται κυρίως σε ψυχομετρικές μελέτες που αφορούν τις συμπεριφορές των ατόμων.

Συμπερασματικά, οι κλίμακες αποτελούν μέρος των ερωτηματολογίων, καθώς ένα ερωτηματολόγιο, μπορεί να αποτελείται από πολλές κλίμακες (Lagoumintzis et al., 2016).

4.4. Δείγμα της Μελέτης

Το δείγμα της έρευνας μας, αποτελείτο από ιατρούς και νοσηλευτές, εργαζόμενους σε ελληνικά παιδιατρικά νοσοκομεία, απόφοιτοι Λυκείου, ΙΕΚ και ΤΕΙ, Πανεπιστημίου με κατοχή μεταπτυχιακού, διδακτορικού, ειδικότητας ή εξειδίκευσης. Άλλες ομάδες εργαζομένων, όπως οι φυσικοθεραπευτές ή οι τεχνολόγοι επειδή αποτελούσαν μικρό ποσοστό αποκλείστηκαν από το δείγμα μελέτης. Ο μελετώμενος πληθυσμός προήλθε από επαγγελματίες υγείας των παιδιατρικών ΜΕΘ, παιδιατρικών κλινικών και παιδιατρικών ΤΕΠ. Βασικό κριτήριο επιλογής του εκάστοτε νοσηλευτικού ιδρύματος, ήταν η ύπαρξη παιδιατρικής ΜΕΘ, παιδιατρικών κλινικών και παιδιατρικών ΤΕΠ σε αυτό, ώστε να μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συγκριτικά συμπεράσματα σχετικά με τις δύο ομάδες του δείγματος. Επίσης, στα βασικά κριτήρια ήταν να είναι τα νοσοκομεία ενταγμένα στο ΕΣΥ και να διακατέχονται από το ίδιο λειτουργικό σύστημα εφημεριών, έτσι ώστε να υπάρχει ομοιογένεια στο δείγμα. Το δείγμα συμμετείχε έχοντας ως προϋπόθεση τουλάχιστον ενός έτους εργασιακή εμπειρία στο ανάλογο τμήμα, καθώς είναι κάτι που βιβλιογραφικά κρίνεται απαραίτητο (Price & Mueller, 1981), (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

Η επιλογή των συμμετεχόντων στη μελέτη πραγματοποιήθηκε έχοντας ως υπόψη τα εξής κριτήρια:

- να γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα, ώστε να κατανοήσουν τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων.
- να επιθυμούν να λάβουν μέρος στην έρευνα μετά από κατάλληλη ενημέρωση και διαβεβαίωση ότι θα τηρηθεί πλήρως η εχεμύθεια των προσωπικών τους δεδομένων.

- ο επαγγελματίας υγείας στον παιδιατρικό τομέα (ΜΕΘ, ΤΕΠ, Κλινική), να διαθέτει επαγγελματική εμπειρία στον εκάστοτε χώρο για τουλάχιστον ένα χρόνο.
- να συμπληρώσουν τα προσφερόμενα προς αυτούς ερωτηματολόγια έχοντας διάθεση να επικοινωνήσουν και να μοιραστούν τη βιωματικής τους εμπειρία με τον ερευνητή.
- να διαθέτουν τη στοιχειώδη ικανότητα του στοχασμού και επεξεργασίας των εμπειριών και των συναισθημάτων που δέχτηκαν στο πλαίσιο του εργασιακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

Επίσης, στους επαγγελματίες υγείας που κλήθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα, τονίστηκε ο εθελοντικός της χαρακτήρας, διαβεβαιώθηκαν ότι η συμμετοχή τους θα διακρίνεται από απόλυτη εχεμύθεια, ενημερώθηκαν γραπτώς και προφορικώς και επεξηγήθηκαν οι όποιες απορίες εξέφρασαν και έπειτα, κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα έντυπο συγκατάθεσης που περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της έρευνας και τα δικαιώματά των συμμετεχόντων σε αυτή.

4.5. Συλλογή Δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στον υπό μελέτη πληθυσμό, από τον ίδιο τον ερευνητή κατά τη διάρκεια του ωραρίου της εργασίας του, χωρίς να διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος. Στους νοσηλευτές, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο χώρο συγκέντρωσής τους, γνωστό ως «Νοσηλευτική Στάση», μετά από ενημέρωση από τον προϊσταμένη-ο, σχετικά με τον αριθμό του προσωπικού και των ατόμων που πληρούν τις προϋποθέσεις συμμετοχής. Όσον αφορά τους γιατρούς, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο γραφείο τους, όπου συνήθως συγκεντρώνονται και λαμβάνονται οι πρωινές ενημερώσεις, μετά από ενημέρωση από τον διευθυντή σχετικά με τα άτομα που πληρούν τις προϋποθέσεις συμμετοχής. Ο ερευνητής χρειάστηκε να επισκέπτεται τακτικά την κάθε κλινική/ΜΕΘ/ΤΕΠ, ώστε να ενημερωθούν όλοι οι εργαζόμενοι σχετικά με το σκοπό της έρευνας και να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια από το προσωπικό που πληρούσε τις προϋποθέσεις. Ο ερευνητής, διατηρούσε μια διακριτική αναμονή σε ειδικό χώρο κάθε φορά, με σκοπό να παρέχει διευκρινήσεις σε απορίες του προσωπικού, λαμβάνοντας υπόψη, τις νέες συνθήκες και τους κανόνες που όριζε η πανδημία COVID-19.

Το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων από όλα τα νοσοκομεία, που εξέφρασαν την επιθυμία να συμμετάσχουν και πληρούσαν τις προϋποθέσεις, έφτασε το 75%, αφού στο σύνολο των 600 ερωτηματολογίων, λήφθηκαν συμπληρωμένα τα 445. Η έρευνα ξεκίνησε στις 1/10/2021 και ολοκληρώθηκε στις 30/6/2022. Κατά τη διάρκειά της πανδημίας του COVID-19, υπήρξαν διάφορα διαδικαστικά προβλήματα που προκάλεσαν τη καθυστέρηση και την αναπροσαρμογή στην τακτική της διανομής και της συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων. Καταρχήν, λόγω των υγειονομικών πρωτοκόλλων που εφαρμόζονταν εκείνη την εποχή, υπήρξε δυσκολία και καθυστέρηση ως προς τη χορήγηση των σχετικών αδειοδοτήσεων από τις εκάστοτε διοικήσεις. Επίσης, κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας, ο ερευνητής βρέθηκε αντιμέτωπος με το χωροταξικό ανασχεδιασμό των διαφόρων κλινικών, την ύπαρξη αποκλειστικών κλινικών COVID-19, όπου απαγορευόταν η πρόσβαση σε αυτές, ενώ υπήρχαν μετακινήσεις και αυξομειώσεις της δύναμης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, είτε λόγω νόσησής τους είτε λόγω αναστολής της εργασίας τους από τη μη συμμετοχή τους στο υποχρεωτικό πρόγραμμα εμβολιασμού. Σημειώνεται επίσης, η αναστολή λειτουργίας του τμήματος των ΤΕΠ, του Νοσοκομείου Παίδων Πεντέλης για έξι εβδομάδες αρχής γενομένης τις 10/1/2022 προκειμένου να μετατραπεί σε εμβολιαστικό κέντρο.

Το κριτήριο επίσης της παιδιατρικής ΜΕΘ, περιόρισε και απέκλεισε κάποια μεγάλα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, όπως αυτό του Π.Γ.Ν.Λάρισας, του Π.Ν. Αλεξανδρούπολης και του Π.Ν. Ιωαννίνων. Τα συγκεκριμένα ιδρύματα μπορεί μεν να καλύπτουν υγειονομικά μεγάλες περιοχές της χώρας, αλλά κατά τη χρονική περίοδο που διεξήχθη η έρευνα, δεν διέθεταν σε λειτουργία παιδιατρικές ΜΕΘ. Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη ότι στα παιδιατρικά νοσοκομεία των Αθηνών διακομίζονται περιστατικά από όλη την Ελλάδα και έχοντας ως δεδομένο, ότι στην έρευνα δεν περιλαμβάνονται μόνο νοσοκομεία των Αθηνών, αλλά και μεγάλα ιδρύματα από τη Θεσσαλονίκη, την Πάτρα και την Κρήτη, θεωρήθηκε ότι περιορίζονται τα ποσοστά τυχαίου σφάλματος και αυξάνεται η ακρίβειά και η αξιοπιστία της μελέτης, καθώς στις παιδιατρικές ΜΕΘ που συμμετείχαν στην έρευνα, διακομίζονται και τα περιστατικά από τις υγειονομικές περιφέρειες που είχαν αποκλειστεί.

4.6. ΜΕΘ Παίδων – Κανονισμός Εσωτερικής Λειτουργίας

Οι ΜΕΘ Παίδων, δημιουργήθηκαν έχοντας ως σκοπό να υποστηρίζουν τις ζωτικές λειτουργίες των βαρέως πασχόντων παιδιών, ανεξάρτητα από την πρωτοπαθή νόσο, με στόχο την αποκατάσταση, την επιβίωση του παιδιού, τη μελλοντική βελτίωση του επιπέδου ζωής και την επάνοδο του κατά το δυνατό στην πρότερα του κατάσταση, μετά την άρση του αιτίου που το οδήγησε στη ΜΕΘ. Συνήθως, η ΜΕΘ Παίδων, αποτελεί διακριτό χώρο ιατρικής δραστηριότητας και νοσηλευτικής φροντίδας. Έχει καθορισμένη θέση στο χώρο του νοσοκομείου όπου εκτός από τα καθ' αυτά παιδιατρικά ιδρύματα, οι υπόλοιπες παιδιατρικές ΜΕΘ είναι ενταγμένες σε Πανεπιστημιακά Γενικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα που διαθέτουν και χορηγούν εξειδικευμένες παιδιατρικές ειδικότητες.

Το ιατρικό προσωπικό ασχολείται με τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και παρακολούθηση των ασθενών, εκτελεί επεμβατικές πράξεις που άπτονται της Εντατικολογίας, ενημερώνει τις άλλες ειδικότητες που εμπλέκονται στη διάγνωση και θεραπεία, ενώ παράλληλα ενημερώνει τον συντονιστή διευθυντή για τις ιδιαιτερότητες και τα θέματα που προβληματίζουν. Επιπλέον, το ιατρικό προσωπικό, καλύπτει τα εξωτερικά ιατρεία και το παιδιατρικό ΤΕΠ. Οι ειδικευόμενοι ιατροί κατά τη διετή θητεία τους στη ΜΕΘ, στα πλαίσια της εξειδίκευσής τους, εκπαιδεύονται από το μόνιμο ιατρικό προσωπικό, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, στα θέματα της παιδιατρικής Εντατικολογίας. Επίσης, σε περίπτωση ανάγκης, συμμετέχουν στην εσωτερική ή εξωτερική διακομιδή περιστατικών, παρακολουθούν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της ΜΕΘ ενώ παράλληλα αναπτύσσουν και παρουσιάζουν δικά τους θέματα.

4.7. Νοσοκομεία Έρευνας

1. Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Αθήνα.
2. Νοσοκομείο Παίδων «Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού, Αθήνα.
3. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα.
4. Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης, Αθήνα.
5. Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ, Θεσσαλονίκη.
6. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», Πάτρα.
7. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΠΑΓΝΗ», Ηράκλειο, Κρήτη.

4.7.1.Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Στις 16 Οκτωβρίου 1896, έγινε η τελετή θεμελίωσης του νοσοκομείου Παίδων, « Η Αγία Σοφία» και στις 9 Ιανουαρίου 1900, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών Γ.Ν. Θεοτόκη, κυρώθηκε με Βασιλικό Διάταγμα, το καταστατικό του νοσοκομείου. Το ίδρυμα, διέθετε συνολικά 16 κρεβάτια και στις 1 Απριλίου 1900, νοσηλεύτηκε το πρώτο άρρωστο παιδί. Βασικός σκοπός του νοσοκομείου, ήταν η νοσηλεία παιδιών μέχρι 10 ετών και η μόρφωση νοσοκόμων γυναικών, για να καταλήξουμε στο ΦΕΚ 147/26-3-87 που καθορίζει ως ισχύον σκοπούς τους εξής:

- Τη παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε παιδιά μέχρι 14 ετών, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση των οικογενειών τους, σύμφωνα με τους κανονισμούς του ΕΣΥ.
- Την ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- Την ειδίκευση και συνεχή εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων κλάδων υγείας.
- Το νοσοκομείο εφημερεύει τρεις φορές την εβδομάδα και κάθε δεύτερη Κυριακή.

1. ΜΕΘ- Ειδική

Από το 1996, λειτουργεί με τη σημερινή της μορφή και αποτελεί τη μεγαλύτερη Παιδιατρική ΜΕΘ της χώρας, εφόσον περιλαμβάνει 10 κλίνες και δέχεται παιδιατρικούς, χειρουργικούς και ογκολογικούς ασθενείς. Στα πλαίσια της νοσηλείας, εφαρμόζονται σύγχρονες επεμβατικές και μέθοδοι διάγνωσης και παρακολούθησης, ενώ παράλληλα, γίνεται χρήση διαφόρων τεχνικών οργανικής υποστήριξης. Επίσης, οι γιατροί και οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, αντιμετωπίζουν τους βαρέους πάσχοντες στα ΤΕΠ και συνδράμουν συμβουλευτικά σε όλες τις κλινικές του νοσοκομείου. Παράλληλα του κλινικού έργου, η ΜΕΘ εκπαιδεύει γιατρούς και νοσηλευτές στην Παιδιατρική Εντατική.

2. Α΄ Παιδιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική

Φέρει δυναμικότητα 205 κλινών που κατανέμονται ως εξής:

- 141 κλίνες που κατανέμονται σε 4 ειδικές Κλινικές/ μονάδες γενικής Παιδιατρικής (ΠΚ1, ΠΚ2, ΠΚ3, ΠΚ4), όπου νοσηλεύονται βρέφη, παιδιά και έφηβοι.
- 30 κλίνες στη Μονάδα Αυξημένης φροντίδας νεογνών (ΜΑΦ).
- 8 κλίνες στην μονάδα ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) 6^{ου} ορόφου, που εξυπηρετεί ασθενείς των Μονάδων Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Παιδιατρικής Νευρολογίας, Παιδιατρικής Ρευματολογίας, Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας.
- 20 κλίνες στη Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (Κληρονομικές Αναιμίες).
- 28 Κλίνες στη μονάδα ειδικών θεραπειών Αιματολογίας-Ογκολογίας.
- 8 Κλίνες Ημερήσιας Νοσηλείας στο ισόγειο του Νοσοκομείου.

4.7.2. Νοσοκομείο Παίδων Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού

Το 1933, η Αγλαΐα Παναγιώτου Κυριακού, κόρη του λόγιου Σπυρίδωνα Αντωνιάδη, διέθεσε όλη τη περιουσία της προκειμένου να αναγερθεί παιδιατρική κλινική σε οικοπέδο που παραχωρήθηκε δωρεάν από το γειτονικό νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία». Τη δεκαετία 1960-1970, προστέθηκαν νέοι όροφοι, δημιουργήθηκε η Γ΄ Πτέρυγα και οι κλίνες αυξήθηκαν από 250 σε 450, ενώ το 1974 άρχισε η λειτουργία της Β΄ Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής και το 1975 η λειτουργία του μοναδικού ως σήμερα Κέντρου Δηλητηριάσεων. Κάθε χρόνο, νοσηλεύονται 25000 παιδιά μέχρι την ηλικία των 14 ετών, ενώ το νοσοκομείο συμβάλλει στην εκπαίδευση περισσότερων από 100 ειδικευόμενων ιατρών στα διάφορα τμήματα και στις κλινικές του.

1. ΜΕΘ Παίδων

Ιδρύθηκε το 1986 και συνεχίζει αδιάκοπα τη λειτουργία της έχοντας ανακαινιστεί το 2019, με χορηγία του ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος». Περιλαμβάνει 8 κλίνες με 3 μονώσεις. Δέχεται ασθενείς ηλικίας από 14 ημερών έως 16 ετών 24 ώρες το 24ωρο και σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ απ΄ όλη την Ελλάδα. Τα περιστατικά που νοσηλεύει εμπίπτουν σε αυτά της γενικής παιδιατρικής, χειρουργικής, νευροχειρουργικής, ορθοπαιδικής, νευρολογίας, νεφρολογίας, καρδιολογίας, ογκολογίας, οφθαλμολογίας,

αλλεργιολογίας, ενδοκρινολογίας και γναθοχειρουργικής. Οι κλίνες της ΜΕΘ, έχουν πλήρη εξοπλισμό όσον αφορά την εντατική παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των ασθενών και είναι σύμφωνες με τις απαιτήσεις ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου, εφαρμόζοντας επικαιροποιημένα ανά τακτά χρονικά διαστήματα, πρωτόκολλα που συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία. Από τις 13 Ιανουαρίου 2020, ως αναπόσπαστο κομμάτι της ΜΕΘ, λειτουργεί η ΜΑΦ με 5 κλίνες και μία μόνωση. Η ΜΕΘ, παρέχει διετή εκπαίδευση στη ΜΕΘ Παίδων και χορηγεί επίσημο τίτλο εξειδίκευσης.

2. Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική κλινική – Ογκολογικό τμήμα

Το Ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Παίδων Π&Α Κυριακού δημιουργήθηκε τον Οκτώβριο του 1979 στην Β' Πανεπιστημιακή Παιδιατρική κλινική του Νοσοκομείου και το 1986 εντάχθηκε στο ΕΣΥ. Στο τμήμα λαμβάνουν ειδικότητα ιατροί και παιδίατροι, ενώ από το 1988 εισήχθη στο Νοσοκομείο ο θεσμός του «σχολείου μέσα στο Νοσοκομείο», ώστε να καλύπτονται οι μαθησιακές ανάγκες των νοσηλευόμενων για την πρωτοβάθμια εκπαίδευση από δάσκαλο και να μην υπολείπονται όσο αφορά την εκπαιδευτική τους δραστηριότητα.

4.7.3. Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης

Το Νοσοκομείο ιδρύεται το 1981, μετατρέπεται από ΠΙΚΠΑ σε Παιδικό Νοσοκομείο Πεντέλης αποκτώντας τη μορφή του Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ. 2592/53. Με το Π.Δ. 260 αριθ. ΦΕΚ 102/16-7-1984, μετονομάζεται από «Παιδικό Νοσοκομείο Πεντέλης» σε «Γενικό Νοσοκομείο Βόρειας Αττικής» και στη συνέχεια μετονομάζεται σε «Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης», ονομασία με την οποία λειτουργεί μέχρι σήμερα. Το νοσοκομείο αποτελείται από 4 τομείς, παθολογικό, χειρουργικό, παιδοψυχιατρικό και εργαστηριακό.

1. ΜΕΘ Παίδων

Η ΜΕΘ του συγκεκριμένου νοσοκομείου λειτουργεί από το 1991 και αντιμετωπίζονται νοσήματα που εμπíπτουν στη γενική παιδιατρική, την παιδοχειρουργική, την ορθοπαιδική, την οφθαλμολογία, τη νευρολογία, τη νεφρολογία, την καρδιολογία, την ενδοκρινολογία και την αλλεργιολογία. Η ΜΕΘ αναλαμβάνει περιστατικά όλο το 24ωρο, εξυπηρετώντας τόσο τις ανάγκες του νοσοκομείου όσο και

από την υπόλοιπη Ελλάδα που προσέρχονται μέσω ΕΚΑΒ. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό κομμάτι, παρέχει διευθετη εκπαίδευση στην εξειδίκευση της Εντατικής Θεραπείας Παίδων.

4.7.4. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

Το 1994, αναγέρθει ένα νέο νοσηλευτικό ίδρυμα στη περιοχή της Δυτικής Αττικής το οποίο αρχικά ονομάστηκε σε «Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής» για να καταλήξει ύστερα από τροποποιήσεις, τη μετεγκατάσταση και εγκατάσταση των διάφορων πανεπιστημιακών κλινικών και εργαστηρίων, στη σημερινή του επωνυμία «Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών». Σήμερα, το νοσοκομείο περιλαμβάνει 18 πλήρως ανεπτυγμένες πανεπιστημιακές κλινικές, 30 ειδικές νοσηλευτικές κλινικές, 6 Εργαστήρια και ένα απεικονιστικό εργαστήριο.

1. ΜΕΘ Παίδων

Στη ΜΕΘ Παίδων νοσηλεύονται όλα τα πάσχοντα παιδιά ηλικίας 30 ημερών ως 16 ετών που νοσηλεύονται στη Παιδιατρική κλινική ή προσέρχονται στο ΤΕΠ της Παιδιατρικής και χρήζουν αυξημένης φροντίδας και θεραπευτικής αντιμετώπισης η οποία περιλαμβάνει 4 κλίνες. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης ΜΕΘ είναι η ελεύθερη πρόσβαση και παραμονή των γονέων των νοσηλευομένων παιδιών στη μονάδα όλο το 24ώρο στα πλαίσια του child friendly hospital. Ο εξοπλισμός της μονάδας έγινε με Δωρεά του Ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος» για να καλύψει τις ανάγκες νοσηλείας των παιδιών της Δυτικής Αττικής.

2. Γ΄ Παιδιατρική Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Ιδρύθηκε το 2003 και αρχικά λειτούργησαν τα εξωτερικά ιατρεία και η μονάδα νεογνών. Το 2006, ξεκίνησε η λειτουργία της παιδιατρικής κλινικής και σταδιακά και οι διάφορες μονάδες της. Σήμερα η παιδιατρική κλινική διαθέτει 37 κλίνες ασθενών γενικής παιδιατρικής, 14 κλίνες στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (ΜΕΝΝ) και 4 κλίνες ΜΕΘ. Κάθε χρόνο νοσηλεύονται περίπου 2000 ασθενείς, ενώ περίπου 6.000 παιδιά εξετάζονται στα ΤΕΠ.

4.7.5. Γ.Ν.Θ.Ιπποκράτειο

Το συγκεκριμένο νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα τόσο της χώρας όσο και των Βαλκανίων. Προέκυψε από τη συγχώνευση των πρώην νοσοκομείων «Αγία Σοφία» και «Ιπποκράτειο» λόγω της ανάγκης δημιουργίας ενός Γενικού Νοσοκομείου που θα διέθετε όλες τις ιατρικές ειδικότητες και θα παρείχε ολοκληρωμένα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Στη συνέχεια εντάχθηκε στο Ε.Σ.Υ. κάτω από την εποπτεία της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης ενώ διασυνδέεται με το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης.

1. ΜΕΘ Παίδων

Ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1999, με δύναμη 8 κλινών και δυνατότητα ανάπτυξης άλλων δύο καθώς και δύο θαλάμους απομόνωσης. Το 2011, έγινε πλήρη ανακαίνιση με δωρεά από το ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος» και ανανέωση του ιατρικού της εξοπλισμού. Αποτελεί τη μοναδική ΜΕΘ Παίδων στη Βόρεια Ελλάδα, ενώ πέρα από τη πόλη της Θεσσαλονίκης καλύπτει μια ευρύτερη γεωγραφική περιοχή όπως είναι η Μακεδονία, η Θράκη, η Θεσσαλία και τα νησιά του Βορείου Αιγαίου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, λόγω της ταχύτερης διακομιδής, σε σχέση με νοσοκομεία των Αθηνών, δέχεται περιστατικά και από την Ήπειρο αλλά και από όμορες χώρες όπως είναι η Αλβανία.

2. Παιδο-ογκολογικό Τμήμα

Πρόκειται για το μόνο ανεξάρτητο Παιδοογκολογικό Τμήμα στη Βόρεια Ελλάδα με λειτουργία από το 1990. Νοσηλεύει 40-50 νέες περιπτώσεις νεοπλασιών παιδιών και εφήβων 0-16 ετών, κάθε χρόνο. Οι ασθενείς προέρχονται κυρίως από τη Βόρεια Ελλάδα, τη Θεσσαλία και την Ήπειρο. Τα νεοδιαγνωσκόμενα παιδιά με νεοπλασίες λαμβάνουν εντατική χημειοθεραπεία και υποστηρικτική αγωγή. Επιπλέον, γίνεται συντονισμός για την περαιτέρω θεραπεία τους, ακτινοθεραπεία, εγχείρηση ή μεταμόσχευση μυελού των οστών.

4.7.6. Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Πρόκειται για ένα σύγχρονο νοσοκομείο, από τις μεγαλύτερες νοσηλευτικές μονάδες της χώρας με δύναμη 700 κλινών που προσφέρει ιατρική και υπηρεσίες υγείας όχι μόνο της δυτικής περιφέρειας αλλά και όλης της Πελοποννήσου. Δημιουργήθηκε το 1998 σε χώρο του Πανεπιστημίου Πατρών, έκτασης 75.000τ.μ.. Ετησίως, εξυπηρετεί πάνω από 300.000 πολίτες, στοχεύοντας στη παροχή δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

1. Παιδιατρική Κλινική – ΜΕΘ Παίδων.

Η παιδιατρική κλινική περιλαμβάνει 42 κλίνες και τη Μονάδα Παιδο-αιματολογίας-Παιδο-ογκολογίας που περιλαμβάνει άλλες επτά κλίνες, ενώ έχει ως αντικείμενο τη παροχή περίθαλψης και νοσηλείας σε νεογνά, βρέφη, παιδιά και εφήβους. Λειτουργεί ως ενιαία οντότητα με στενή συνεργασία μεταξύ των τμημάτων και των μονάδων της παρέχεται εξειδικευμένη και υψηλού επιπέδου νοσηλεία με απώτερο σκοπό τη διερεύνηση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση ολόκληρου του φάσματος των νεογνικών, παιδιατρικών και εφηβικών νοσημάτων με 25 κλίνες η ΜΕΝΝ και 6 κλίνες η ΜΕΘ παίδων. Η Κλινική ασκεί σημαντικό εκπαιδευτικό έργο. Παραδίδονται μαθήματα Παιδιατρικής στους φοιτητές 5ου και 6ου έτους, του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Πατρών. Επίσης, εκπαιδεύονται τόσο θεωρητικά όσο και στην πράξη 22 ειδικευόμενοι ιατροί σε ολόκληρο το φάσμα της Παιδιατρικής, για την απόκτηση του τίτλου αυτής.

4.7.7. ΠΑΓΝΗ – Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

Μέσα στο πλαίσιο της στρατηγικής ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στη περιφέρεια εντάχθηκε η ανέγερση και η λειτουργία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου-ΠΑΓΝΗ. Το νοσοκομείο καλύπτεται από 672 κλίνες. Τα εγκαίνια του έλαβαν χώρα το 1989, περιελάμβανε 60 περίπου κρεβάτια, ενώ το νοσοκομείο βρίσκεται σε συνεχή ανοδική πορεία αυξάνοντας τις δραστηριότητες του σε όλα τα επίπεδα υγείας.

1. ΜΕΘ Παίδων

Η ΜΕΘ Παίδων του ΠΑΓΝΗ εγκαινιάστηκε τη Δευτέρα 18 Νοεμβρίου 2013 αποτελώντας σημαντικό ρόλο στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας τόσο στα παιδιά της Κρήτης όσο και των νησιών του Αιγαίου. Ο σχεδιασμός και τα δομικά της στοιχεία είναι σύμφωνα με τις τελευταίες αυστηρές προδιαγραφές των διεθνών εταιρειών ΜΕΘ και εγκεκριμένα από τη ειδική επιτροπή πιστοποίησης του υπουργείου υγείας. Η ΜΕΘ διαθέτει επτά κλίνες η μία από τις οποίες είναι ημερήσιας νοσηλείας για μικροεπεμβάσεις και οι άλλες για βραχείες παιδικές επεμβάσεις που χρειάζονται ήπια καταστολή.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο περιγράφηκε ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας, τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα και οι υποθέσεις, περιγράφηκαν διεξοδικά το είδος και ο τρόπος επιλογής και συλλογής του δείγματος καθώς και τα νοσοκομεία που αποτέλεσαν τα μέρη της έρευνας.

4.8. Μέσα συλλογής δεδομένων

4.8.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων της υπάρχουσας έρευνας ύστερα από μελέτη αντίστοιχων ερωτηματολογίων ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας κατέληξε σε 21 ερωτήσεις κλειστού τύπου, λαμβάνοντας υπόψιν το φόρτο εργασίας και το περιορισμένο χρόνο που διαθέτουν οι εργαζόμενοι στη διάθεσή τους για τη συμπλήρωσή του.

Οι πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου, όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η θέση εργασίας, ο τομέας εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας τόσο συνολικά, όσο και ειδικά στο συγκεκριμένο τμήμα και νοσοκομείο. Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις αφορούν τις συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον, αν εργάζεται σε πρωινό ή κυκλικό ωράριο και πόσες νυχτερινές βάρδιες και σαββατοκύριακα εργάζεται κατά μέσο όρο το μήνα. Επίσης, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει αν η εργασία στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν επιλογή του ή της διοίκησης, αν είναι ικανοποιημένος από την αμοιβή που εισπράττει, καθώς και αν θα άλλαζε τμήμα σε περίπτωση επιλογής. Τέλος, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει αν κατά τη διάρκεια της εργασίας του έχει

βιώσει κάποιο ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος, κάποιο θάνατο ή απειλή παιδιού ή κάποιο περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού (Bulling).

Ωστόσο, καθώς η έρευνα τελέστηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, δεν θα μπορούσαν να μην συμπεριληφθούν και κάποιες ερωτήσεις σχετικές με τον ιό και τη διαχείριση του. Στις σχετικές λοιπόν ερωτήσεις με τη νόσο, καλείται να απαντήσει αν κατά τη διάρκεια της πανδημίας νόσησε ή ένωσε απειλή για τη ζωή του ή τη ζωή των οικείων του, αν απεβίωσε από SARS-CoV-2, κάποιο συγγενικό ή φιλικό του πρόσωπο, αν έχει νοσηλεύσει κάποιο παιδί με SARS-CoV-2 ή αν βίωσε το θάνατο κάποιου παιδιού που νόσησε από τον συγκεκριμένο ιό.

4.8.2. Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης της Μινεσότα (Minnesota Satisfaction Questionnaire-MSQ)

Βιβλιογραφικά, η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης επιτυγχάνεται από μια συνολική μέτρησή της, μετρώντας τις διάφορες πτυχές της.

Η πρώτη προσέγγιση συνήθως είναι μακρόχρονη και το άτομο γενικά ερωτάται ευθέως για τα αισθήματα του για την εργασία ή για κάποιο συγκεκριμένο στοιχείο αυτής (Wapous et al., 1997).

Η δεύτερη προσέγγιση, εστιάζει στις διαφορετικές πτυχές της εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, όταν ένα άτομο είναι ικανοποιημένο στους περισσότερους τομείς της εργασίας του, τότε μέσω τη προσέγγισης της άθροισης θα είναι ικανοποιημένο ως προς την εργασία του στο σύνολό της. Αυτού του είδους οι πολυδιάστατες μετρήσεις της εργασιακής ικανοποίησης, έχουν το πλεονέκτημα ότι τα στοιχεία μπορεί να σχετίζονται με διάφορες μεταβλητές ενδιαφέροντος, συμβάλλοντας σε μια βαθύτερη κατανόηση του θέματος, προωθώντας την επιστήμη και τη πρακτική της βιομηχανικής οργανωτικής ψυχολογίας (Hirschfeld, 2000).

Οι πιο γνωστές κλίμακες επαγγελματικής ικανοποίησης είναι: The Job Descriptive Index (P. C. Smith et al., 1969), The Minnesota Satisfaction Questionnaire (Weiss et al., 1964), the Job Satisfaction Survey (Spector, 1985).

Το ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Ικανοποίησης της Μινεσότα, δημιουργήθηκε το 1967 από τους Weiss, Dawis, England και Lofquist. Σκοπός τους ήταν να διερευνήσουν κατά πόσο οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι από την συγκεκριμένη εργασία στην οποία απασχολούνται. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, έλαβαν υπόψιν τους 20 διαστάσεις όπως, οι σχέσεις με τους συναδέλφους, η

προαγωγή, ο μισθός, οι σχέσεις με τον προϊστάμενο, η ασφάλεια, η επίτευξη, η αναγνώριση, η υπευθυνότητα, η πολιτική του οργανισμού, η δημιουργικότητα, η ποικιλία, η αυτονομία, η εξουσία, το κοινωνικό γόητρο, η αξιοποίηση ικανοτήτων, οι ηθικές αξίες, οι κοινωνικές υπηρεσίες, οι συνθήκες εργασίας, η τεχνική υποστήριξη και η δραστηριότητα.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει αναπτυχθεί σε δύο μορφές. Την εκτενή έκδοση που περιέχει 100 ερωτήσεις και την πιο σύντομη που περιέχει 20. Και οι δύο εκδοχές περιλαμβάνουν ερωτήματα που ανιχνεύουν και τους 20 τομείς της εργασιακής ικανοποίησης, ενώ και οι δύο εκδοχές του διαβαθμίζουν τις απαντήσεις σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert, από το 1 (Πολύ Ικανοποιημένος/η) ως το 5 (Πολύ δυσαρεστημένος/η).

Στην περίπτωση της έκδοσης των 100 ερωτημάτων, υπολογίζονται οι βαθμολογίες των διαστάσεων, ενώ η χρήση της σύντομης εκδοχής, γίνεται όταν χρειάζεται να υπολογίσουμε τη συνολική εργασιακή ικανοποίηση (εγγενούς ή εξωγενούς). Η μεν πρώτη αναφέρεται στη φύση των εργασιακών καθηκόντων και στα συναισθήματα των εργαζομένων, ενώ η δεύτερη, ασχολείται με άλλες πτυχές των συνθηκών εργασίας, όπως τα επιμέρους οφέλη και ο μισθός. Οι δημιουργοί του ερωτηματολογίου, καθόρισαν ότι μια βαθμολογία μικρότερη από 25, αποδεικνύει ένα χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, ενώ μια βαθμολογία μεγαλύτερη του 75 αποδεικνύει ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης (Weiss et al., 1964).

Στην πορεία, πολλές μελέτες που έγιναν χρησιμοποιώντας κυρίως τη σύντομη μορφή του MSQ, έδειξαν ικανοποιητικό δείκτη αξιοπιστίας και για τις τρεις διαστάσεις του. Παρουσιάζει επίσης καλή εγκυρότητά και ενώ θεωρείται ότι συμβάλλει σημαντικά στην προσπάθεια που καταβάλλουν οι εκάστοτε οργανισμοί να κατανοήσουν το βαθμό ικανοποίησης των εργαζομένων τους (ProQOL, n.d.).

Στην παρούσα έρευνα, για λόγους εξοικονόμησης χρόνου και διευκόλυνσης των εργαζόμενων, χρησιμοποιήσαμε τη σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου MSQ, σε μια προσπάθεια αναζήτησης και κατανόησης, τόσο του επιπέδου εργασιακής ικανοποίησης, όσο και των ατομικών διαφορών που ικανοποιούν ή μη ένα παιδιατρικό εργαζόμενο, παρόλο που αυτός μπορεί να εργάζεται στον ίδιο οργανισμό ή να κατέχει την ίδια θέση.

Ο ερωτώμενος, καλείται να απαντήσει σε 20 προτάσεις, όπου κάθε πρόταση αφορά μια συγκεκριμένη διάσταση της εργασίας, απαντώντας ουσιαστικά στο ερώτημα «πόσο

ικανοποιημένη/ος νιώθει από το εκάστοτε συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της εργασίας του». Η κάθε απάντηση του, διαβαθμίζεται από το 1 ως το 5.

Η απάντηση **(1)**, ισοδυναμεί με το «απόλυτα δυσαρεστημένη/ος», που σημαίνει ότι η εργασία είναι κατώτερη των προσδοκιών του ατόμου και του προκαλεί έντονα συναισθήματα δυσαρέσκειας.

Η απάντηση **(2)**, ισοδυναμεί με το «δυσαρεστημένη/ος», που σημαίνει ότι τις περισσότερες φορές ο εργαζόμενος δεν νιώθει ικανοποιημένος στα πλαίσια της εργασίας του.

Η απάντηση **(3)**, ισοδυναμεί με το «ούτε ικανοποιημένη/ος, ούτε δυσαρεστημένη/ος», που σημαίνει ότι η εργασία του κάποιες στιγμές του προσδίδει θετικά συναισθήματα ικανοποίησης και κάποιες φορές του προσδίδει αρνητικά.

Η απάντηση **(4)**, ισοδυναμεί με το ότι η εργασία τις περισσότερες φορές αποτελεί πηγή ικανοποίησης για τον εργαζόμενο.

Η απάντηση **(5)**, ισοδυναμεί με το ότι η εργασία τις περισσότερες φορές αποτελεί σημαντική πηγή ικανοποίησης για τον εργαζόμενο υπερβαίνοντας κατά πολύ τις προσδοκίες του.

Οι κλίμακες προσδιορισμού ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας του ερωτηματολογίου MQS, πιο αναλυτικά και επεξηγηματικά αφορούν ((*MSQ*) *Minnesota Satisfaction Questionnaire / Vocational Psychology Research*, n.d.):

1. Την εργασιακή δραστηριότητα, τη δυνατότητα δηλαδή που έχει ο εργαζόμενος να απασχολείται εργασιακά.
2. Την ανεξαρτησία, τη δυνατότητα δηλαδή που δίνεται στον εργαζόμενο να ορίζει και να οργανώνει το πώς θα εργαστεί παίρνοντας μόνος του τις όποιες αποφάσεις.
3. Τη ποικιλία, τη δυνατότητα δηλαδή που έχει ο εργαζόμενος να προβαίνει σε πληθώρα εργασιακών δραστηριοτήτων αποφεύγοντας την ανία.
4. Το κύρος, την ευκαιρία δηλαδή που δίνει η εργασία στον εργαζόμενο να νιώσει κοινωνικά αναγνωρισμένος.
5. Την εποπτεία σε επίπεδο ανθρωπίνων σχέσεων, το πώς συμπεριφέρεται δηλαδή ο προϊστάμενος ως προς τους υφιστάμενούς του.
6. Την εποπτεία σε επίπεδο τεχνικής υποστήριξης, το πώς δηλαδή ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται τη καθοδήγηση και την ικανότητα του προϊσταμένου του να λαμβάνει αποφάσεις.

7. Τις ηθικές αξίες,δίνοντας τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να κάνει πράγματα που συνδράμουν με τη συνείδηση του.
8. Την ασφάλεια, τη δυνατότητα δηλαδή που έχει ο εργαζόμενος να έχει μια σταθερή και μόνιμη δουλειά χωρίς διακυμάνσεις και εκπλήξεις και χωρίς το φόβο της απόλυσης.
9. Την κοινωνική προσφορά, τη δυνατότητα δηλαδή που δίνεται στον εργαζόμενο μέσα από τη δουλειά του να προσφέρει τις υπηρεσίες και τη βοήθειά του σε άλλους.
10. Την εξουσία, τη δυνατότητα δηλαδή που δίνεται στον εργαζόμενο μέσα από την επαγγελματική του θέση και ιδιότητα να σχεδιάσει και να οργανώσει τον τρόπο εργασίας των άλλων.
11. Τη χρησιμοποίηση των ικανοτήτων, την ευκαιρία δηλαδή που δίνεται στον εργαζόμενο να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες και τα προσόντα του μέσω της θέσης της οποίας είναι κάτοχος.
12. Τη πολιτική του οργανισμού, του τρόπου δηλαδή που ο οργανισμός ασκεί τη πολιτική του.
13. Τις απολαβές, την αμοιβή δηλαδή που λαμβάνει ο εργαζόμενος αναλογικά με τη δουλειά που διεκπεραιώνει.
14. Την εξέλιξη, τις ευκαιρίες δηλαδή που δίνονται στον εργαζόμενο προκειμένου να εξελιχθεί στην ιεραρχία και να βελτιώσει το επίπεδο ζωής του.
15. Την ανάληψη της ευθύνης, την ελευθερία δηλαδή που έχει ο εργαζόμενος προκειμένου να κάνει πράγματα σύμφωνα με τη κρίση του.
16. Τη δημιουργικότητα, τη δυνατότητα δηλαδή που δίνεται στον εργαζόμενο να δημιουργήσει καινούρια πράγματα χρησιμοποιώντας τις δικές του μεθόδους και ιδέες.
17. Τις εργασιακές συνθήκες, τις συνθήκες δηλαδή που επικρατούν στον εργασιακό χώρο.
18. Τους συναδέλφους, την ευκαιρία δηλαδή που δίνεται στον εργαζόμενο να αναπτύξει φιλικούς δεσμούς με τους συναδέλφους του.
19. Την αναγνώριση, το αίσθημα δηλαδή της θετικής ανατροφοδότησης και αναγνώρισης που δέχεται ο εργαζόμενος από άλλους, συναδέλφους ή μη.
20. Την επίτευξη, το θετικό δηλαδή αίσθημα εκπλήρωσης των στόχων που νιώθει ο εργαζόμενος ασκώντας τη συγκεκριμένη εργασία.

Η σύντομη εκδοχή χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό είτε της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης, είτε της εγγενούς (εσωτερικής) και εξωγενούς ικανοποίησης.

Η εσωτερική ικανοποίηση, που προσδιορίζεται από τις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20, περιλαμβάνει την προσωπική επίτευξη, τη δημιουργικότητα, την αξιοποίηση των ικανοτήτων και το αίσθημα της εκπλήρωσης και της ολοκλήρωσης. Αναφέρεται δηλαδή στη φύση των εργασιακών καθηκόντων και στο πως νιώθουν οι άνθρωποι για τη δουλειά που κάνουν.

Η εξωγενής ικανοποίηση που είναι η δεύτερη διάσταση, αξιολογείται από τις ερωτήσεις 5, 6, 12, 13, 14, 19. Αναφέρεται στην ικανοποίηση που δημιουργείται από τα πρακτικά και υλικά οφέλη της εργασίας, όπως είναι ο μισθός.

Η γενική ικανοποίηση, από την εργασία αποτελεί την τρίτη διάσταση, όπου από το σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ανιχνεύεται και διαμορφώνεται το επίπεδο της γενικής ικανοποίησης του ατόμου από την εργασία του (Jacobsen et al., 2002).

Ο Weiss (Weiss et al., 1964) έχει προτείνει, κάνοντας χρήση μια βαθμολογία του εκατοστημορίου, το 25, ως κατώτερο όριο που θα υποδεικνύει ένα χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης και μια βαθμολογία άνω του 75, που θα υποδεικνύει υψηλό επίπεδο ικανοποίησης.

Το Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Μινεσότα, όπως έχει προκύψει μέσα από τη βιβλιογραφική έρευνα, είναι κατάλληλο για αξιολόγηση εργαζομένων όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων παρέχοντας στον εκάστοτε ερευνητή λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση από τις επιμέρους διαστάσεις της εργασίας (Ara, 2018).

Στη παρούσα έρευνα, έγινε χρήση της μεταφρασμένης έκδοσης του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα, η οποία βρίσκεται με ελεύθερη πρόσβαση (χωρίς να απαιτείται λήψη σχετικής άδειας) από την επίσημη ιστοσελίδα του Πανεπιστημίου της Μινεσότας.

4.8.3. Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης Άγχους Hamilton

Η κλίμακα άγχους του Hamilton (Hamilton Anxiety Scale-HAS) (Hamilton, 1959), δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1959, από τον Max Hamilton και δίνει τη δυνατότητα να αξιολογηθεί συνολικά το επίπεδο άγχους, αλλά και η ένταση των επιμέρους συμπτωμάτων του. Ο Hamilton, ανέπτυξε τη συγκεκριμένη κλίμακα, βασιζόμενος ότι το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση σε μια μορφή κινδύνου, ενώ μπορεί να γίνει παθολογικό και να οδηγήσει σε μια αγχώδη διαταραχή (McDowell, 2006).

Είναι ένα εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο που επιτρέπει στο να γίνει συνολική αξιολόγηση του άγχους και των επιπέδων της έντασης των συμπτωμάτων του. Στο παρελθόν, έχει εφαρμοστεί σε πληθυσμό Ελλήνων νοσηλευτών με ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά (Karaniola et al., 2012) και βρίσκεται σε ελεύθερη πρόσβαση στο διαδίκτυο.

Η κλίμακα περιέχει 13 καταγραφές ψυχικών και σωματικών εκδηλώσεων του άγχους, οι οποίες μετά από άθροιση, δίνουν μια συνολική τιμή που αντιστοιχεί στο σύνολο του επιπέδου του άγχους. Αυτές οι 13 επιμέρους διαστάσεις της είναι: η αγχώδης διάθεση, η ένταση, οι φοβίες, οι γνωστικές διαταραχές και οι διαταραχές ύπνου, η καταθλιπτική διάθεση και τα συμπτώματα που προέρχονται από το μυϊκό σύστημα, το αισθητηριακό, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το γαστρεντερικό, το ουρογεννητικό ή το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα. Η ένταση των συμπτωμάτων, αξιολογείται μέσα από μια πεντάβαθμη κλίμακα Linkert(0-1-2-3-4), όπου το (0) αντιστοιχεί στην απουσία συμπτώματος, το (1) στην ύπαρξη ήπιων συμπτωμάτων, το (2) στην ύπαρξη μέτριων συμπτωμάτων, το (3) στην ύπαρξη σοβαρών συμπτωμάτων και το (4) στην ύπαρξη πολύ σοβαρών συμπτωμάτων (Clark & Donovan, 1994).

Το άθροισμα των συμπτωμάτων μπορεί να κυμανθεί από το (0-56), ενώ βαθμολογία μικρότερη του (17), χαρακτηρίζεται ως «ήπιο άγχος», βαθμολογία από (18-24), χαρακτηρίζεται ως «ήπιο προς μέτριο» άγχος, από (25-30), χαρακτηρίζεται ως «μέτριο προς σοβαρό» άγχος, ενώ αν το συνολικό σκορ υπερβαίνει το (30), τα επίπεδα του άγχους χαρακτηρίζονται ως «πολύ σοβαρά» (McDowell, 2006).

Η συγκεκριμένη κλίμακα διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα στο διεθνή χώρο και έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί ευρέως στην Ελλάδα, διατηρώντας εξίσου υψηλά τις ψυχομετρικές της ιδιότητες (*Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών - Vima Asklipiou, n.d.*), (Stathopoulou et al., 2011).

4.8.4. Κλίμακα Μέτρησης Συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (PCL-5)

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων PTSD, αποτελείται από 20 σημεία που αξιολογούν τα 20 συμπτώματα του PTSD (VA.Gov / Veterans Affairs, n.d.-c), όπως αυτά αναφέρονται στο εγχειρίδιο του DSM-5 (Blevins et al., 2015). Η κλίμακα έχει ως σκοπό, την αξιολόγηση των ατόμων για την ύπαρξη PTSD, παρέχοντας μία προσωρινή διάγνωσή, αλλά και την παρακολούθηση και καταγραφή των συμπτωμάτων με καταγραφή των αλλαγών τους, κατά τη διάρκεια ή μετά τη θεραπεία. Το PCL-5, προσφέρει μια προσωρινή διάγνωση επομένως, πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά ο στόχος της αξιολόγησης του.

Το PCL-5, μεταξύ του DSM-4 και του DSM-5 αναθεωρήθηκε σημαντικά.

Οι κυριότερες διαφορές τους είναι οι εξής:

- Στο DSM-IV, το PCL, είχε τρεις εκδόσεις, α) τη στρατιωτική (PCL-M), β) την πολιτική (PCL-S) και γ) την ειδική (PCL-S), οι οποίες διαφέρουν ελαφρώς ως προς τις οδηγίες και τη διατύπωσή τους. Αντίστοιχα, στο DSM-5 δεν υπάρχουν οι εκδόσεις PCL-5 ή PCL-C, αλλά το PCL-5 είναι παρόμοιο της PCL-S.
- Το PCL-5 κυκλοφορεί σε τρεις μορφές, η μια δεν περιλαμβάνει το κριτήριο A, η άλλη το περιλαμβάνει και η τρίτη περιλαμβάνει τη λίστα ελέγχου των συμβάντων ζωής, όπως αναφέρονται στο DSM-5 με συνιστώσα το κριτήριο A. Τα στοιχεία του PCL-5, φανερώνουν τόσο τις αλλαγές που έχουν προκύψει στα υπάρχοντα συμπτώματα όσο και τις προσθήκες των νέων συμπτωμάτων στο DSM-5.
- Στο DSM-IV, η κλίμακα αξιολόγησης αυτοαναφοράς ήταν 1-5 για κάθε σύμπτωμα κάτι που στο DSM-5 άλλαξε σε 0-4. Οι περιγραφές τους όμως παρέμεναν ίδιες: “Καθόλου”, “Λίγο”, “Μέτρια”, “Αρκετά”, “Εξαιρετικά”. Επίσης, τα στοιχεία της κλίμακας αξιολόγησης στο DSM-5, αυξήθηκαν από 17 σε 20, κάτι που σημαίνει ότι οι βαθμολογίες της PC-5 δεν είναι συμβατές με τις βαθμολογίες του DSM-V και επομένως, δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναλλακτικά.

Η κλίμακα παρέχει 2 τρόπους βαθμολόγησης:

- Το αθροιστικό σύνολο βαθμολογίας των 20 στοιχείων (με εύρος από 0-80) όπου το cut-point 31-33 χρησιμοποιείται ως βάση διάγνωσης.

- Την αναγνώριση μόνο των στοιχείων που βαθμολογούνται από 2 (μέτρια) και υψηλότερα ως αποδεκτό σύμπτωμα, ακολουθώντας το διαγνωστικό κανόνα του DSM-5 που απαιτεί τουλάχιστον: 1 στοιχείο Κριτηρίου Β (ερωτήσεις 1-5), 1 στοιχείο Κριτήριο Γ (ερωτήσεις 6- 7), 2 στοιχεία κριτηρίου Δ (ερωτήσεις 8-14), 2 στοιχεία κριτηρίου Ε (ερωτήσεις 15-20).

Στην παρούσα έρευνα, εφαρμόστηκαν και οι 2 τρόποι διάγνωσης, διότι στην πρώτη ο διαγνωστικός κανόνας του DSM-5, δείχνει ποια κριτήρια καλύπτονται και ποιο από αυτά υπερσχύει, ενώ από την άλλη πλευρά, η συνολική βαθμολογία, αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της διαταραχής. Η κλίμακα PTSD, χρησιμοποιήθηκε για την αναγνώριση συμπτωμάτων τραυματικού στρες που αφορούν τον τελευταίο μήνα. Στην Ελλάδα, η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την κα. Οροβού Ε. το 2021 σε πληθυσμό λεχωίδων (Ορονου et al., 2021), και ύστερα από επικοινωνία μαζί της, ελήφθη η σχετική άδειά χρήσης της κλίμακας.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το Εθνικό Κέντρο PTSD, (*VA.Gov / Veterans Affairs*, n.d.-c), όταν γίνεται χρήση βαθμολογιών PCL-5 χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά του ερωτώμενου. Χρειάζεται επίσης να λαμβάνεται υπόψη ο στόχος της αξιολόγησης, ώστε να χαμηλώνει η βαθμολογία αποκοπής πρέπει να μεγιστοποιείται η ανίχνευση πιθανών περιπτώσεων. Οι κατασκευαστές της κλίμακας, προτείνουν εφόσον πρόκειται για μια προσωρινή διάγνωση, να λαμβάνονται υπόψη ο υψηλότερος δείκτης οριακής τιμής προκειμένου να ελαχιστοποιούνται τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια PTSD σύμφωνα με το DSM-5, για ενήλικες, εφήβους και παιδιά άνω των 6 χρονών είναι:

1. Κριτήριο Α. Η έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία, σε τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω τρόπους, α) Να έχουν βιώσει άμεσα τα τραυματικά γεγονότα, με αυτοπρόσωπη παρακολούθηση του γεγονότος ή των γεγονότων που συνέβησαν σε άλλους, να ενημερωθούν για το συμβάν ενός βίαιου ξαφνικού γεγονότος όπως είναι ο θάνατος ή η απειλή θανάτου σε ένα στενό μέλος ή φίλο της οικογένειας καθώς και τη λήψη εμπειρίας λόγω μιας επαναλαμβανόμενης ή ακραίας έκθεσης σε αποκρουστικές λεπτομέρειες. Αξίζει να σημειωθεί ότι το τελευταίο κριτήριο δεν έχει ισχύ όταν η εν λόγω

έκθεση γίνεται μέσω ηλεκτρονικών μέσων, τηλεόρασης ή ταινιών. Η τελευταία μορφή έκθεσης περιλαμβάνει την έκθεση μέσω του εργασιακού περιβάλλοντος σε αποκρουστικές ή ακραίες καταστάσεις και θάνατο.

2. Κριτήριο Β. Μετά το τραυματικό συμβάν, είναι απαραίτητη η εμφάνιση ενός ή περισσότερων από τα συμπτώματα εισβολής. Πιο συγκεκριμένα, επαναλαμβανόμενες ακούσιες και ενοχλητικές αναμνήσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, επανάληψη ονείρων που έχουν ως περιεχόμενο σχετικό με το τραυματικό γεγονός, αναδρομικές αντιδράσεις και το άτομο νιώθει ότι το τραυματικό γεγονός συνεχώς επαναλαμβάνεται, το άτομο νιώθει ψυχολογικά επιβαρυνόμενο, κάθε φορά που εκτίθεται σε κάποιο εσωτερικό ή εξωτερικό παράγοντα που συμβολίζει ή μοιάζει με το συγκεκριμένο γεγονός, παρουσιάζοντας φυσιολογικές αντιδράσεις ως απόρροια εσωτερικών ή εξωτερικών ενδείξεων που συμβολίζουν ή μοιάζουν με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός.
3. Κριτήριο Γ. Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που έχουν σχέση με το τραυματικό γεγονός, κάτι που διαφαίνεται από την ύπαρξη ενός ή και των δύο από τα εξής. Να αποφεύγει ή να προσπαθεί να αποφύγει δυσάρεστες αναμνήσεις, σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, να αποφεύγει ή να προσπαθεί να αποφύγει κάποια εξωτερικά ερεθίσματα όπως είναι άτομα, μέρη, δραστηριότητες ή αντικείμενα που του επαναφέρουν στενάχωρες σκέψεις, αναμνήσεις και συναισθήματα που έχουν συνδεθεί με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός.
4. Κριτήριο Δ. Παρουσιάζονται αρνητικές μεταβολές στη γνωστική λειτουργία και στη διάθεση, σχετιζόμενες με το τραυματικό γεγονός. Το άτομο δηλαδή, δυσκολεύεται να θυμηθεί μια σημαντική πτυχή του τραυματικού γεγονότος, επιμένει σε υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή πεποιθήσεις που αφορούν τον εαυτό του, τους άλλους ή τον κόσμο, εμφανίζει επίμονες και διαστρεβλωμένες ιδέες που σχετίζονται με την αιτία ή τις συνέπειες των τραυματικών γεγονότων και ενοχική συμπεριφορά. Το άτομο έχει σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή περιορισμένη συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες με εικόνα αποξένωσης από τους άλλους και έντονη αδυναμία να βιώσει θετικά συναισθήματα, όπως είναι αυτά της ευτυχίας και της αγάπης.

5. Κριτήριο E. Παρουσιάζονται σημαντικές μεταβολές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα του ατόμου, σχετιζόμενα με το τραυματικό γεγονός, τα οποία επιδεινώνονται. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο εμφανίζει ευερέθιστη συμπεριφορά και ξεσπάσματα που εκφράζονται με λεκτική ή σωματική επιθετικότητα ως προς ανθρώπους ή αντικείμενα, απερίσκεπτη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, επαγρύπνηση και υπερβολική αιφνιδιαστική απάντηση, προβληματική συγκέντρωση και διαταραχές στον ύπνο.
6. Κριτήριο ΣΤ. Η διάρκεια των συμπτωμάτων των παραπάνω κριτηρίων, πρέπει να είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.
7. Κριτήριο Ζ. Η διαταραχή πρέπει να έχει προκαλέσει σοβαρή δυσφορία ή έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας.
8. Κριτήριο Η. Τα συμπτώματα, δεν πρέπει αποδίδονται στις φυσιολογικές επιδράσεις μιας ψυχοτρόπου ουσίας, αλκοόλ ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.

Επίσης, εκτός από την εκπλήρωση των παραπάνω κριτηρίων για να διαγνωσθούν τα μετατραυματικά συμπτώματα ως PTSD, μπορεί να υπάρχουν δύο στοιχεία:

1. Τα διασχιστικά συμπτώματα, τα οποία περιλαμβάνουν την αποπροσωποποίηση, την εμπειρία δηλαδή να είναι κάποιος εξωτερικός παρατηρητής μιας κατάστασης, μέχρι την αποπραγματοποίηση, όπου το άτομο βιώνει την εμπειρία της μη πραγματικότητας, της απόστασης ή της παραμόρφωσης.
2. Η καθυστερημένη προδιαγραφή, όπου τα συμπτώματα εμφανίζονται άμεσα, αλλά τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια πληρούνται τουλάχιστον έξι μήνες μετά το τραύμα.

Οι διαφορές ανάμεσα το DSM-5 και το DSM-4, όσον αφορά τα μετατραυματικά συμπτώματα, περιλαμβάνουν τις εξής:

1. Την αναθεώρηση του κριτηρίου A1.

Στο DSM-5, περιορίστηκαν τα τραυματικά συμβάντα με συνέπεια να αφαιρεθεί ο απροσδόκητος θάνατος κάποιου μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου όταν αυτός προκύψει από φυσικά αίτια.

2. Την αφαίρεση του κριτηρίου A2.

Καθώς η έρευνα έδειξε ότι ο έντονος φόβος, η απελπισία ή η φρίκη σε ένα τραυματικό συμβάν, δεν βελτιώνει τη διαγνωστική ακρίβεια, αφαιρέθηκε το συγκεκριμένο κριτήριο.

3. Το διαχωρισμό του κριτηρίου C, σε δύο επιμέρους κριτήρια.

Στο DSM-5, περιλήφθηκε το κριτήριο C, που σχετίζεται με την αποφυγή και το κριτήριο D, που αφορά τις αρνητικές αλλαγές που επέρχονται στη γνώση και στη διάθεση.

4. Την πρόσθεση δύο νέων κριτηρίων στο DSM-5.

Πιο συγκεκριμένα, προστέθηκε το κριτήριο Δ, όπου το άτομο εμφανίζει υπερβολικά αρνητικές σκέψεις, υποθέσεις και επιδράσεις, όσον αφορά τον εαυτό ή τον περίγυρό του και το κριτήριο E, που περιλαμβάνει την όποια διέγερση ή αντιδραστικότητα αναπτύσσει το άτομο με αιτία το τραυματικό συμβάν.

4.8.5. Κριτήριο A

Ως κριτήριο A του PTSD, όπως έχουμε ήδη αναφερθεί, ορίζεται ο τύπος του τραυματικού συμβάντος στο οποίο εκτέθηκε το άτομο, από το οποίο προκύπτουν τα υπόλοιπα συμπτώματα που σχετίζονται με την αναβίωση, την αποφυγή, τις αρνητικές μεταβολές στη διάθεση και την υπερδιέγερση. Για να πληρείται το κριτήριο A, ως απαραίτητη προϋπόθεση, είναι να έχει εκτεθεί το άτομο σε ένα πραγματικό ή επαιλούμενο θάνατο, σε κάποιο σοβαρό τραυματισμό ή κάποια μορφή κακοποίησης.

Η έκθεσή του μπορεί να είναι α) άμεση, β) ως μάρτυρας ενός συμβάντος, γ) μέσω της πληροφόρησής ότι κάτι συνέβη σε κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο δ) μέσω της πληροφόρησης δυσάρεστων λεπτομερειών του γεγονότος (PTSD, n.d. 2024).

Όπως είδαμε και παραπάνω, στην έκδοση του DSM-IV, στο δεύτερο μέρος του κριτηρίου A, το άτομο έπρεπε να ανταποκριθεί με φόβο ή τρόμο έναντι στο τραύμα. Αυτό όμως στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-V, παραλείφθηκε θεωρώντας ότι τα άτομα που εκτίθενται στο τραύμα μπορεί να αντιδρούν ποικιλοτρόπως. Επίσης, σημειώνεται ότι η ακραία έκθεση του ατόμου σε δυσάρεστες λεπτομέρειες σχετικές με το τραύμα, δεν έχει ισχύ όταν πρόκειται για έκθεση μέσω ηλεκτρονικών μέσων όπως είναι η τηλεόραση ή η προβολή ταινιών και εικόνων, εκτός αν η έκθεση αυτή έχει σχέση με δικούς του ανθρώπους.

Η σωστή διάγνωση του κριτηρίου A, αποτελεί το βασικότερο παράγοντα για τη διάγνωση των υπόλοιπων κριτηρίων, εφόσον η έκθεση σε τραύμα είναι η απαραίτητη

προϋπόθεση για την ανάπτυξη της διαταραχής. Επομένως, στην κλίμακα αξιολόγησης του κριτηρίου A περιλαμβάνονται ερωτήσεις που έχουν ως σκοπό να διαγνώσουν την έκθεση του ατόμου σε σοβαρό τραυματισμό, σεξουαλική βία, θάνατο ή επαπειλούμενο άτομο έχοντας ως μορφή έκθεσης κάποια από τις προαναφερθείσες (Treatment (US), 2014).

Στη συγκεκριμένη μελέτη το κριτήριο A, προκειμένου να εξετάσει την έκθεση των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας, αναπροσαρμόστηκε με τη διατύπωση των κατάλληλων ερωτήσεων που σχετίζονται με τις εργασιακές εμπειρίες που βιώνουν τα άτομα στα πλαίσια του παιδιατρικού τομέα. Το κριτήριο A, στη μελέτη μας, έχει ενσωματωθεί στην ερώτηση 15 του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου, όπου οι εργαζόμενοι ερωτώνται, αν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους έχουν βιώσει κάποιο ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος, θάνατο ή απειλή ζωής παιδιού ή εργασιακό εκφοβισμό που συνήθως ονομάζεται «Bulling». Η ερώτηση αυτή επιδέχεται έξι απαντήσεις, τρεις καταφατικές, όταν έχει προκύψει ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος, θάνατος ή απειλή παιδιού ή έχουν υποστεί εργασιακό εκφοβισμό και αντίστοιχα, τρεις αρνητικές όταν ο παιδιατρικός επαγγελματίας υγείας, δεν έχει βιώσει ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος, θάνατο ή απειλή ζωής παιδιού ή εργασιακό εκφοβισμό. Στις ερωτήσεις 16-21, ανιχνεύονται τα βιώματα που προκάλεσε η πανδημία στον εργασιακό και προσωπικό βίο των εργαζόμενων. Ερωτώνται δηλαδή, αν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ένιωσαν απειλή για τη ζωή τους ή τη ζωή των οικείων τους, αν έχουν νοσήσει από COVID-19 οι ίδιοι ή αν έχει νοσήσει ή απεβιώσει κάποιος δικός τους ή τέλος, αν έχουν νοσηλεύσει ή βιώσει το θάνατο νοσηλευόμενου παιδιού από τον συγκεκριμένο ιό. Αντίστοιχα, και αυτές οι ερωτήσεις, επιδέχονται δώδεκα απαντήσεις, έξι καταφατικές και έξι αρνητικές.

4.8.6. Σύντομη Απογραφή Ψυχοκοινωνικής Λειτουργίας (B-IPF)

Το IPF είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο αυτοαναφοράς, που περιέχει 80 στοιχεία και έχει ως σκοπό, τη μέτρηση της λειτουργικής έκπτωσης που προκαλείται από την ύπαρξη PTSD. Με την κλίμακα αυτή, αξιολογούνται οι εξής επτά λειτουργικοί τομείς: α) οι ρομαντικές και οι οικογενειακές σχέσεις, β) η εργασία, γ) η φιλία και δ) η κοινωνικοποίηση, ε) η ανατροφή και στ) η εκπαίδευση των παιδιών καθώς και ε) η αυτοφροντίδα. Χαρακτηριστικά του IPF, αποτελεί η υψηλή εγκυρότητα της περιεκτικότητας και ότι δεν συγχέει τα συμπτώματα PTSD με την λειτουργική

έκπτωση και δεν απαιτεί από τους ερωτηθέντες να αποκαλύψουν την αιτία που τους οδήγησε στη λειτουργική έκπτωση.

Στη δική μας έρευνα, γίνεται χρήση του Brief IPF (Kleiman et al., 2020), της σύντομης δηλαδή απογραφής της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας, με δεδομένο ότι είναι πιο λειτουργικό και εύχρηστο, προκειμένου να μπορέσουν οι παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας μέσα στο φόρτο εργασίας τους να το συμπληρώσουν χωρίς καθυστέρηση στο χρόνο τους. Το B-IPF δηλαδή, αποτελεί ένα συνοπτικό κατάλογο 7 ειδών, που αξιολογούν τη λειτουργική εξασθένηση που είναι σχετιζόμενη με το PTSD, τον τελευταίο μήνα. Κάθε στοιχείο του B-IPF, αντιστοιχεί κάθε αντίστοιχος λειτουργικός τομέα του IPF.

Όπως συμβαίνει και στο IPF έτσι και στο B-IPF η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των στοιχείων της κλίμακας, που έχει συμπληρώσει ο ερωτώμενος, το οποίο διαιρείται με τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία με βάση τον αριθμό των ισχυόντων στοιχείων και το οποίο με τη σειρά του πολλαπλασιάζεται με το 100. Έτσι προκύπτει ένας αριθμός που αντιπροσωπεύει τη συνολική λειτουργική βλάβη ο οποίος όταν είναι υψηλός υποδηλώνει την ύπαρξη μεγάλης λειτουργικής πράξης.

Η συγκεκριμένη κλίμακα που αποσκοπεί στην απογραφή της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας που σχετίζεται με το τραύμα και το PTSD συντάχθηκε από το προσωπικό του Εθνικού Κέντρου PTSD (VA.Gov / Veterans Affairs, n.d.-c 2024), αλλά δίνεται χωρίς λήψη άδειας, σε περίπτωση χρήσης από ειδικευμένους ψυχικής υγείας και ερευνητές. Επειδή όμως είναι η πρώτη φορά που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα, κρίθηκε σκόπιμο να ακολουθήσουμε τη διαδικασία της μετάφρασης- προσαρμογής στην ελληνική γλώσσα και κουλτούρα.

Η διαδικασία που ακολουθήσαμε προκειμένου να σταθμίσουμε το συγκεκριμένο εργαλείο στα ελληνικά, ήταν η επιβεβλημένη, αφού σύμφωνα με ερευνητές (Maneesriwongul & Dixon, 2004), η διαδικασία μετάφρασης και αντίστροφης μετάφρασης αποτελεί απαραίτητο συστατικό της εννοιολογικής προσαρμογής του εκάστοτε ερωτηματολογίου στην κουλτούρα της χώρας διεξαγωγής της έρευνας. Η μετάφραση - προσαρμογή ενός ερωτηματολογίου, εφόσον κριθεί επιτυχής, συντελεί στο να επιτευχθεί η απαραίτητη αξιοπιστία και εγκυρότητα που χρίζει το ερωτηματολόγιο. Έτσι, με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται ότι τα ερευνητικά δεδομένα που θα προκύψουν θα οφείλονται μεταξύ πραγματικών διαφορών ή ομοιοτήτων των δύο πληθυσμών (της αρχικής κλίμακας και της μεταφρασμένης) και όχι εξαιτίας των σφαλμάτων που προέκυψαν λόγω της μετάφρασης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, αφού έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με τις τιμές εγκυρότητας και αξιοπιστίας του συγκεκριμένου εργαλείου σε επαγγελματίες υγείας, προβήκαμε στις εξής ενέργειες:

1. Μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα από δύο δίγλωσσα ανεξάρτητα άτομα.
2. Ακολούθησε σύγκριση των δύο μορφών της κλίμακας από τον ερευνητή, ώστε να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις και να καταλήξουμε σε μία κλίμακα.
3. Το επόμενο βήμα ήταν η αντίστροφη μέτρηση στην αγγλική γλώσσα από έναν δίγλωσσο μεταφραστή που κατέχει την αγγλική γλώσσα ως μητρική. Το αποτέλεσμα δηλαδή, της αντίστροφης μετάφρασης, δεν έπρεπε να είναι διαφορετικού νοήματος από την αρχική κλίμακα.
4. Προχωρήσαμε στη συνέχεια, σε μια πιλοτική μελέτη, κατά τη διάρκεια της οποίας έγινε αξιολόγηση της σαφήνειας και της κατανόησης των ερωτήσεων από 20 παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα.
5. Παράλληλα, κάνοντας χρήση του δείκτη Cronbachalpha, έγινε έλεγχος της αξιοπιστίας και με το συντελεστή Kendall, ελέγχθηκε η αξιοπιστία της δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας. Επίσης, μέσω της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης με περιστροφή έγινε αξιολόγηση της εννοιολογικής εγκυρότητας του συγκεκριμένου εργαλείου.

Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία ως έννοια, αφορά την ικανότητα ενός εργαλείου μέτρησης ή ενός ερωτηματολογίου και των τμημάτων του, να παράγει αποτελέσματα χαρακτηριζόμενα από συνοχή και συνέπεια, μέσα από διαδικασίες όπου επαναλαμβάνονται μετρήσεις με τα ίδια πειραματικά υποκείμενα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Με πιο απλά λόγια, ως αξιοπιστία εννοούμε την πληροφορία εκείνη που μας δείχνει πόσο πιθανό είναι να βρεθεί μια παρόμοια σχέση, εάν επαναλάβουμε τη συγκεκριμένη έρευνα σε άλλα δείγματα του ίδιου πληθυσμού (*Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS - Εκδόσεις Ζήτη, n.d.*).

Τα πιο γνωστά είδη αξιοπιστίας, θεωρούνται η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, η αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου και η αξιοπιστία διχοτόμησης των ερωτήσεων (*Ζαφειρόπουλος, Κώστας [Συγγραφέας]. Πως Γίνεται Μια Επιστημονική Εργασία |*

AMELib - Πολυτροπική Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη, n.d.). Η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, ενώ για τον έλεγχο της, υπολογίζεται ο συντελεστής α (alpha) του Cronbach (Cronbach, 1951), ο οποίος θεωρείται ιδιαίτερα ακριβής. Ιδανικά, λαμβάνει τιμές $>0,7$, ενώ βασίζεται στον υπολογισμό του βαθμού της εσωτερικής συνέπειας των ερωτήσεων που συμπεριλαμβάνονται στην κλίμακα μέτρησης.

Άλλες γνωστές μέθοδοι υπολογισμού της αξιοπιστίας ενός φαινομένου, είναι ο συντελεστής ισοδυναμίας των Kuder-Richardson (Zach, 2022), η μέθοδος του ημίκλαστου με την εφαρμογή του τύπου των Spearman-Brown (Zach, 2021) και η μέθοδος των ισοδύναμων τύπων (Iseris, 2016).

Στη παρούσα έρευνα, προκειμένου να ελεγχθεί η αξιοπιστία των επιμέρους ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας, έγινε χρήση του συντελεστή α του Cronbach, ο οποίος χρησιμοποιείται κυρίως για πολυμερείς απαντήσεις, (κλίμακες Likert). Οι τιμές του συντελεστή άνω του 0.7 θεωρήθηκαν ένδειξη καλού επιπέδου αξιοπιστίας, ενώ τιμές του συντελεστή άνω του 0.8 θεωρήθηκαν ένδειξη εξαιρετικού επιπέδου αξιοπιστίας. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα PTSD συνολικά εμφάνισε πολύ υψηλή αξιοπιστία ($\alpha=0.925$) ενώ υψηλή αξιοπιστία εμφάνισαν και οι τέσσερις υποδιαστάσεις του που αντιστοιχούν στα κριτήρια B, C, D και E του μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, πολύ υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας εμφάνισε η κλίμακα HAM-A με τιμή Cronbach ($\alpha=0.904$), η κλίμακα B-IPF με τιμή Cronbach ($\alpha=0.852$) και η κλίμακα MSQ με τιμή Cronbach ($\alpha=0.913$).

Πίνακας 4. Αξιοπιστία εργαλείων έρευνας: Συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach

Διάσταση	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's α
PTSD	20	0.925
Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος,	5	0.886
Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία	2	0.913
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	7	0.865
Αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα	6	0.765

HAM-A	13	0.904
B-IPF	7	0.852
MSQ	20	0.913
Εσωγενής ικανοποίηση	12	0.873
Εξωγενής ικανοποίηση	6	0.797

Πιλοτική Έρευνα

Η χορήγηση ενός ερωτηματολογίου στα πλαίσια προκαταρκτικής μελέτης, βοηθά στον έλεγχο της εγκυρότητας του περιεχόμενου του, στον έλεγχο της ύπαρξης ασαφών ερωτήσεων ή απαντήσεων και υποδεικνύει την ανάγκη της ενδεχόμενης αναδιατύπωσης μιας ερώτησης ή μιας απάντησης (McCull et al., 2001).

Έτσι, προκειμένου να τεθεί σε δοκιμασία η λειτουργία και η εφαρμογή του δικού μας ερωτηματολογίου, ως εργαλείο της έρευνας και για να χρησιμοποιηθεί στη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων, προβήκαμε στη διεξαγωγή μιας πιλοτικής έρευνας ελέγχοντας το βαθμό κατανόησης των ερωτήσεων και των απαντήσεων προκειμένου να προεκτιμηθούν οι δυσχέρειες και οι ασάφειές της.

Η πιλοτική έρευνα έλαβε χώρα σε εργαζόμενους της παιδιατρικής κλινικής του Γ.Ν.Βόλου, ύστερα από σχετική αδειοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου και της σύμφωνης γνώμης της Δ/ντριας του Παιδιατρικού τμήματος.

Η πιλοτική έρευνα είχε διάρκεια ενός μήνα και τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν παιδιάτροι και νοσηλευτές που διακρίνονταν από παρόμοια χαρακτηριστικά με αυτά των ατόμων που θα συμμετείχαν στο βασικό δείγμα της έρευνας. Τα αποτελέσματα της πιλοτικής αυτής μελέτης δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα της τελικής έρευνας.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, έγινε αναλυτική περιγραφή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα μας, διερευνήθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια του PTSD, σύμφωνα με το DSM-5 και ο ρόλος του κριτηρίου A και εξακριβώθηκε τόσο ο βαθμός αξιοπιστίας τους όσο και η ικανότητα χρήσης και εφαρμογής τους σε Έλληνες παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας.

Το επόμενο κεφάλαιο έχει ως στόχο, την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας μέσω της στατιστικής ανάλυσης των βασικών μεταβλητών με σκοπό να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο συγκεκριμένο κεφαλαίο, γίνεται αναλυτική περιγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας. Αναλύονται τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ποσοστά του μετατραυματικού στρες και η σχέση του ΔΜΣ με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Επίσης, αναλύεται η σχέση της έκβασης με την έκθεση στα τραυματικά συμβάντα και οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξη της μετατραυματικής συμπτωματολογίας στους εργαζόμενους.

5.1. Δημογραφικά Δεδομένα

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 445 εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που συμμετείχαν στην έρευνα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4. Από την ανάλυση προέκυψε πως το 86,5% (n=385) ήταν γυναίκες και το 13,5% (n=60) ήταν άνδρες. Επιπλέον, το 65,4% (n=291) του δείγματος αποτελούνταν από νοσηλευτικό προσωπικό και το 34,6% (n=154) του δείγματος από ιατρικό προσωπικό. Τα στοιχεία που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, δείχνουν πως το 57,5% (n=256), ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση και το 36% (n=160) ήταν άγαμοι/ελεύθεροι. Μικρότερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφεραν πως βρίσκονται σε «άλλη οικογενειακή κατάσταση».

Τα στοιχεία για το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, δείχνουν πως το 27,9% (n=124) ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι, το 11% (n=49) απόφοιτοι Α.Ε.Ι, το 27,6% (n=123) κάτοχοι μεταπτυχιακού, ενώ μόνο 33 άτομα (7,4%) ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος. Επίσης, το 20,9% (n=93) των γιατρών ή των νοσηλευτών, ήταν σε ειδικότητα/ εξειδίκευση. Μικρότερο ποσοστό του δείγματος ήταν απόφοιτοι Λυκείου (n=10, 2,2%) και απόφοιτοι Ι.Ε.Κ (n=13, 2,9%). Τέλος, από τον Πίνακα 5, προκύπτει πως το 53,9% (n=240) του δείγματος εργάζονταν σε κλινική, το 34,8% (n=155) σε ΜΕΘ και το 11,2% (n=50) σε ΤΕΠ. Επιπρόσθετα, το 68,1% (n=303) των συμμετεχόντων εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο και το 31,9% (n=142) εργάζονταν σε πρωινό ωράριο.

Πίνακας 5. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		v	%	
Φύλο	Άντρας	60	13.5%	
	Γυναίκα	385	86.5%	
Ειδικότητα	Ιατρικό προσωπικό	154	34.6%	
	Νοσηλευτικό προσωπικό	291	65.4%	
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος/η- Άγαμος/η	160	36.0%	
	Συμβίωση- Έγγαμος/η	256	57.5%	
	Άλλο	29	6.5%	
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Απόφοιτος Λυκείου	10	2.2%	
	I.E.K.	13	2.9%	
	T.E.I.	124	27.9%	
	A.E.I.	49	11.0%	
	Μεταπτυχιακό	123	27.6%	
	Διδακτορικό	33	7.4%	
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	93	20.9%	
	Παιδιατρικό Τμήμα	ΜΕΘ	155	34.8%
		Εργασίας	ΤΕΠ	50
	Ωράριο εργασίας	Κλινική	240	53.9%
Πρωινό		142	31.9%	
	Κυκλικό	303	68.1%	

Στον Πίνακα 6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, τις βάρδιες/εργασία και τα εργάσιμα Σαββατοκύριακα των 445 παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας, στους παιδιατρικούς τομείς που συμμετείχαν στην έρευνα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων, ήταν τα 41,3 έτη (SD=10.1) με το εύρος των ηλικιών να κυμαίνεται από τα 24 έως τα 68 έτη. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες είχαν κατά μέσο όρο 15 (SD=10.2) έτη συνολικής εργασιακής προϋπηρεσίας και 10,8 (SD=9.0) έτη εργασιακής προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα. Τέλος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως εργάζονται κατά μέσο όρο 5,4 (SD=3.1)

μέρες ανά μήνα σε νυχτερινές βάρδιες και κατά μέσο όρο 2,3 (SD=1.2) Σαββατοκύριακα ανά μήνα.

Πίνακας 6. Στοιχεία αναφορικά με την ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και τις βάρδιες/εργασία τα Σαββατοκύριακα

	M	SD	Min	Max
Ηλικία	41.3	10.1	24.0	68.0
Συνολικός χρόνος προϋπηρεσίας	15.0	10.2	1.0	42.0
Χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα	10.8	9.0	1.0	40.0
Νυχτερινές βάρδιες/εφημερίες κατά μέσο όρο το μήνα	5.4	3.1	0.0	20.0
Εργασία τα Σαββατοκύριακα κατά μέσο όρο το μήνα	2.3	1.2	0.0	8.0

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, Min=Ελάχιστη τιμή, Max=Μέγιστη Τιμή

Στον Πίνακα 7 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα δεδομένα που αφορούν την επιλογή τμήματος, την πρόθεση αλλαγής τμήματος και την ικανοποίηση από την αμοιβή. Τα ευρήματα δείχνουν πως το 55,3% (n=246) των συμμετεχόντων ανέφερε πως η επιλογή του τμήματος εργασίας δεν ήταν δική του επιλογή, αλλά αφορούσε απόφαση της διοίκησης. Επιπλέον, το 24,5% (n=109) των συμμετεχόντων, ανέφερε πως αν του δινόταν η δυνατότητα θα άλλαζε τμήμα εργασίας, ενώ μόλις το 9,7% (n=43) των συμμετεχόντων, ανέφερε πως είναι ικανοποιημένο με την αμοιβή του σε σχέση με την εργασία του και την ευθύνη που αυτή συνεπάγεται.

Πίνακας 7. Στοιχεία αναφορικά με την επιλογή τμήματος, την πρόθεση αλλαγής τμήματος και την ικανοποίηση από την αμοιβή τους

		v	%
Η επιλογή να εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα	Δική σας	199	44.7%
	Της διοίκησης	246	55.3%
Αν σας δινόταν η δυνατότητα θα αλλάζατε τμήμα	Ναι	109	24.5%
	Όχι	336	75.5%
	Ναι	43	9.7%

Θεωρείται ικανοποιητική την αμοιβή σας σε σχέση με την εργασία σας και την ευθύνη που αυτή συνεπάγεται	Όχι	402	90.3%
--	-----	-----	-------

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα 8, δείχνουν πως από το σύνολο των 445 εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 72,8% (n=324), είχε βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους στον εργασιακό τους χώρο, το 56% (n=249) είχε βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού και το 55,5% (n=247) είχε βιώσει περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού.

Πίνακας 8. Αποτελέσματα για διάφορα συμβάντα κατά τη διάρκεια της εργασίας

	Ναι		Όχι	
	v	%	v	%
Ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος	324	72.8%	121	27.2%
Θάνατος ή απειλή ζωής παιδιού	249	56.0%	196	44.0%
Εργασιακός εκφοβισμός (Bulling)	247	55.5%	198	44.5%

Τέλος, τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον Πίνακα 9, δείχνουν πως από το σύνολο των 445 εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 67,4% (n=300), ανέφερε πως κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ένιωσε απειλή για τη ζωή του ή των δικών του ανθρώπων και το 77,3% (n=344) ανέφερε πως έχει νοσήσει από SARS-CoV-2 συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο. Αντίστοιχα, το 22,7% (n=101), ανέφερε πως έχει νοσήσει από SARS-CoV-2 και το 21,3% (n=95) ανέφερε πως συγγενικό ή φιλικό του πρόσωπο έχει αποβιώσει από το συγκεκριμένο ιό. Επιπρόσθετα, από το σύνολο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, το 60% (n=267) ανέφερε πως έχει νοσηλεύσει παιδί με SARS-CoV-2 και το 8,8% (n=39) ανέφερε πως έχει αποβιώσει από τον ιό, παιδί που έχει νοσηλεύσει.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα για διάφορα συμβάντα που σχετίζονται με τον COVID-19

	Ναι		Όχι	
	v	%	v	%
Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 νιώσατε απειλή για τη ζωή σας ή των δικών σας ανθρώπων	300	67.4%	145	32.6%

Έχετε νοσήσει από COVID – 19	101	22.7%	344	77.3%
Έχει νοσήσει από COVID – 19 συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο	344	77.3%	101	22.7%
Έχει αποβιώσει από COVID -19 συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο:	95	21.3%	350	78.7%
Έχετε νοσηλεύσει παιδί με COVID- 19	267	60.0%	178	40.0%
Έχει αποβιώσει από COVID -19 παιδί που έχετε νοσηλεύσει	39	8.8%	406	91.2%

5.2.Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες σε Εργαζόμενους σε Παιδιατρικούς Τομείς

Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις ερωτήσεις της κλίμακας PTSD που αξιολογούν τα κριτήρια του μετατραυματικού στρες δίνονται στον Πίνακα 10. Τα περιγραφικά αποτελέσματα δείχνουν πως η μέση τιμή, στην πλειοψηφία των στοιχείων της κλίμακας PTSD κυμαίνεται μεταξύ 0 (καθόλου) και 1 (λίγο), ενώ σε κάποιες περιπτώσεις καταγράφεται μέση τιμή οριακά άνω του 1 (λίγο). Γενικότερα, φαίνεται ότι η συμπτωματολογία του μετατραυματικού στρες στους εργαζομένους σε παιδιατρικούς τομείς κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Πίνακας 10. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 20 ερωτήσεις της κλίμακας PTSD

	M	SD
Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος (Κριτήριο Β)		
Επαναλαμβάνονται ανεπιθύμητες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος που σας προκαλούν ανησυχία;	0.9	1.1
Επαναλαμβάνονται ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;	0.8	1.0
Αισθάνεστε και δράτε σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός και να το ζείτε;	0.8	1.0
Αναστατώνεστε και ταράζεστε όταν κάτι σας θυμίσει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	1.2	1.1

Νιώθετε πως έχετε περίεργες σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία και ιδρώτα κάθε φορά που σκέφτεστε το τραυματικό γεγονός που ζήσατε; 1.0 1.1

Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία (Κριτήριο Γ)

Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός; 1.3 1.3

Αποφεύγετε καταστάσεις ή δραστηριότητες που σας ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός; 1.1 1.2

Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν (Κριτήριο Δ)

Δυσκολεύεστε να θυμηθείτε σημαντικά στοιχεία του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε; 0.7 0.9

Έχετε αρνητική πεποίθηση για τον εαυτό σας, για άλλους ανθρώπους και για τα γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο; (πχ νιώθετε πως φταίτε για όλα, ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε κανέναν ή ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος;) 1.1 1.1

Κατηγορείτε τον εαυτό σας ή κάποιον άλλο για τη την τραυματική εμπειρία ή για το τι ακολούθησε; 0.8 1.1

Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε; 0.9 1.1

Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν; 1.1 1.1

Νιώθετε απόμακρη/ος ή αποξενωμένη/ος από τα άτομα του περιβάλλοντος σας; 0.9 1.1

Νιώθετε συναισθηματική απάθεια ή έχετε δυσκολία να εκφράσετε συναισθήματα αγάπης προς τους κοντινούς σας ανθρώπους; 0.8 1.0

Αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα (Κριτήριο Ε)

Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα; 1.2 1.1

Εκτίθεστε σε πολλούς κινδύνους ή κάνετε πράγματα που μπορούν να σας βλάψουν; 1.0 1.1

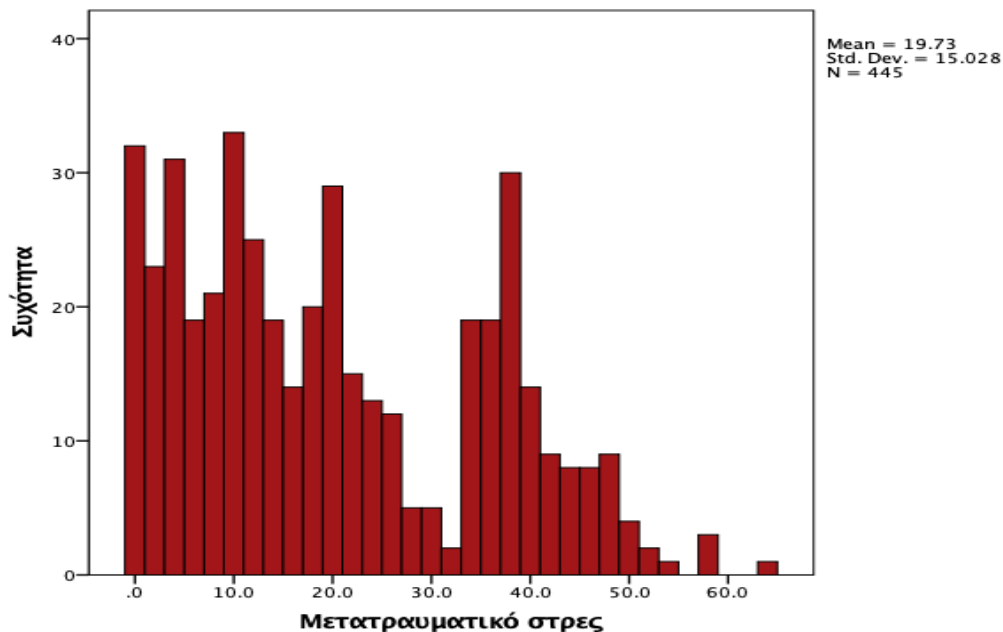
Ήσασταν σε υπερβολική εγρήγορση ή επιφυλακή (π.χ. ελέγχετε για να δείτε ποιος είναι γύρω σας, κ.λπ.); 0.8 1.4

Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα ή να τρομάζετε εύκολα; 1.0 1.1

Νιώθετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε κάτι; 1.2 1.5

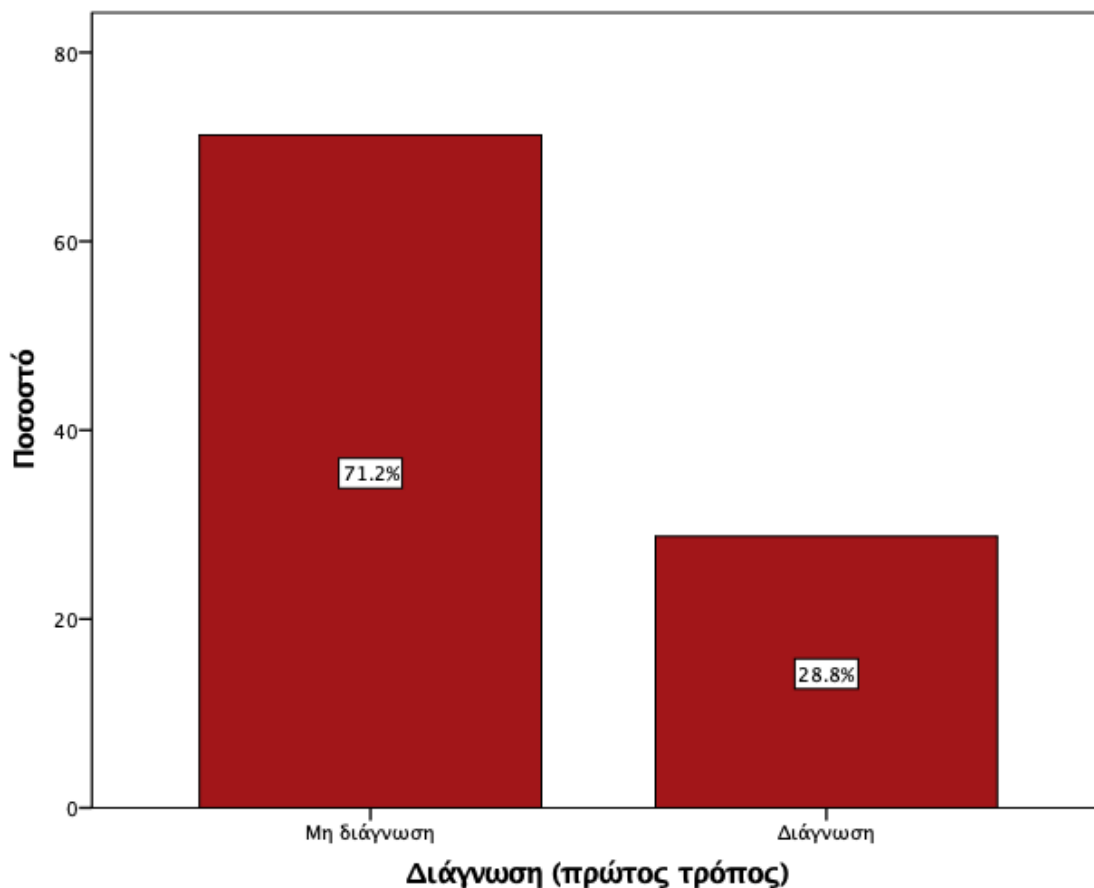
Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, 0=Καθόλου, 4=Πάρα Πολύ

Στο Διάγραμμα 1 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ της κλίμακας PTSD (η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 80). Η μέση τιμή της κλίμακας βρέθηκε ίση με 19,73 (SD=15.03). Η πλειοψηφία των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε μέσο σκορ στην κλίμακα μικρότερο από 33 (που είναι το όριο της διάγνωσης για το PTSD με τον πρώτο από τους δύο τρόπους διάγνωσης βάση του εργαλείου).



Διάγραμμα 1. Κατανομή του συνολικού επιπέδου μετατραυματικού στρες των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς (κλίμακα PTSD)

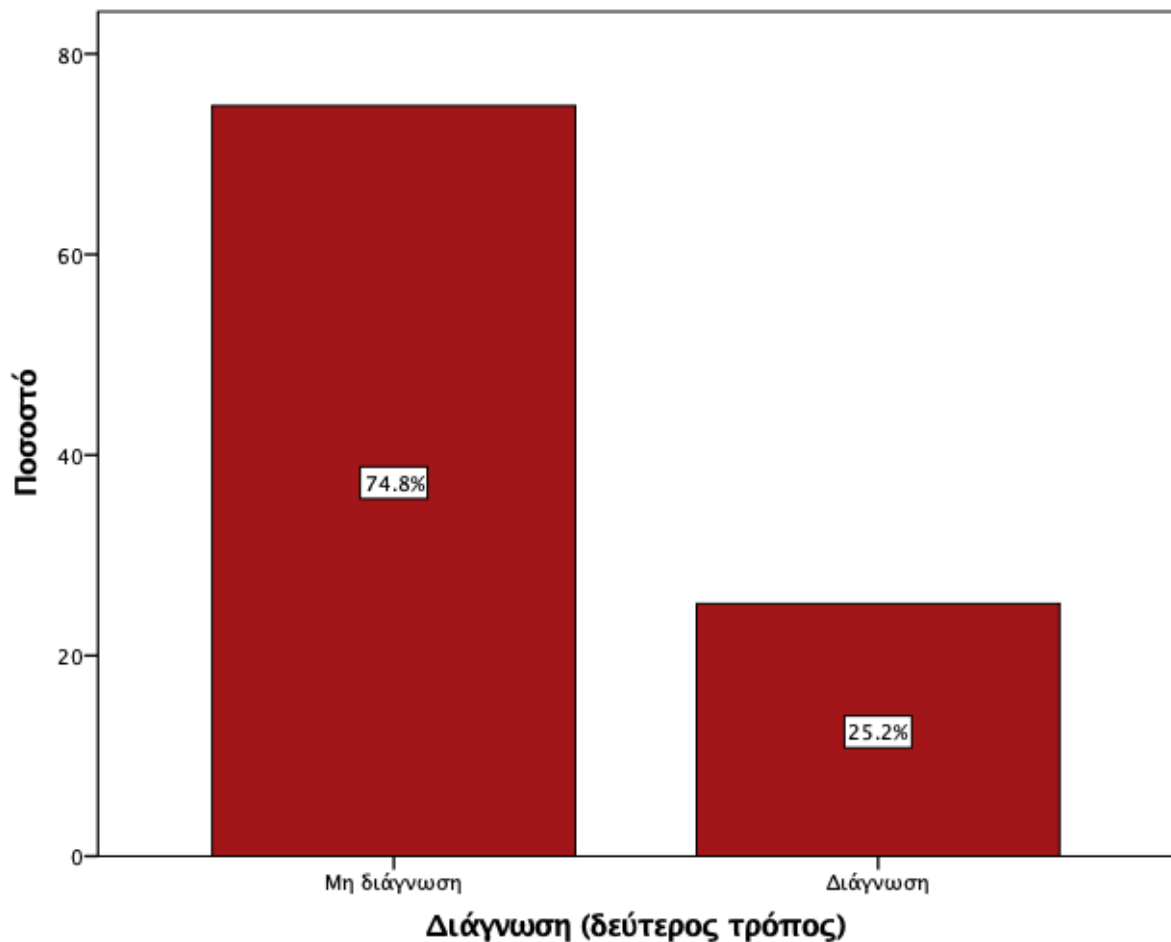
Στο Διάγραμμα 2, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν PTSD με βάση τον πρώτο τρόπο διάγνωσης του PCL-5 (Τρόπος A: αθροιστικό σύνολο βαθμολογίας των 20 στοιχείων >33). Τα αποτελέσματα με αυτό τον τρόπο δείχνουν, πως το 28,8% (v=128) των συμμετεχόντων έχει χαρακτηριστικά που οδηγούν στη διάγνωση PTSD.



Διάγραμμα 2. Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που βιώνουν μετατραυματικό στρες (πρώτος τρόπος αξιολόγησης)

Στο Διάγραμμα 3, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες με βάση τον δεύτερο τρόπο διάγνωσης¹ με βάση το εργαλείο PTSD. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως με αυτόν τον τρόπο προκύπτει πως το 25,2% (v=112) των συμμετεχόντων έχει χαρακτηριστικά που οδηγούν στη διάγνωση μετατραυματικού στρες.

^{ω1} Αναγνώριση μόνο των στοιχείων που βαθμολογούνται από 2 (μέτρια) και υψηλότερα ως αποδεκτό σύμπτωμα, ακολουθώντας το διαγνωστικό κανόνα του DSM-5 που απαιτεί τουλάχιστον: 1 στοιχείο Κριτηρίου Β (ερωτήσεις 1-5), 1 στοιχείο Κριτήριο Γ (ερωτήσεις 6- 7), 2 στοιχεία κριτηρίου Δ (ερωτήσεις 8-14), 2 στοιχεία κριτηρίου Ε (ερωτήσεις 15-20).



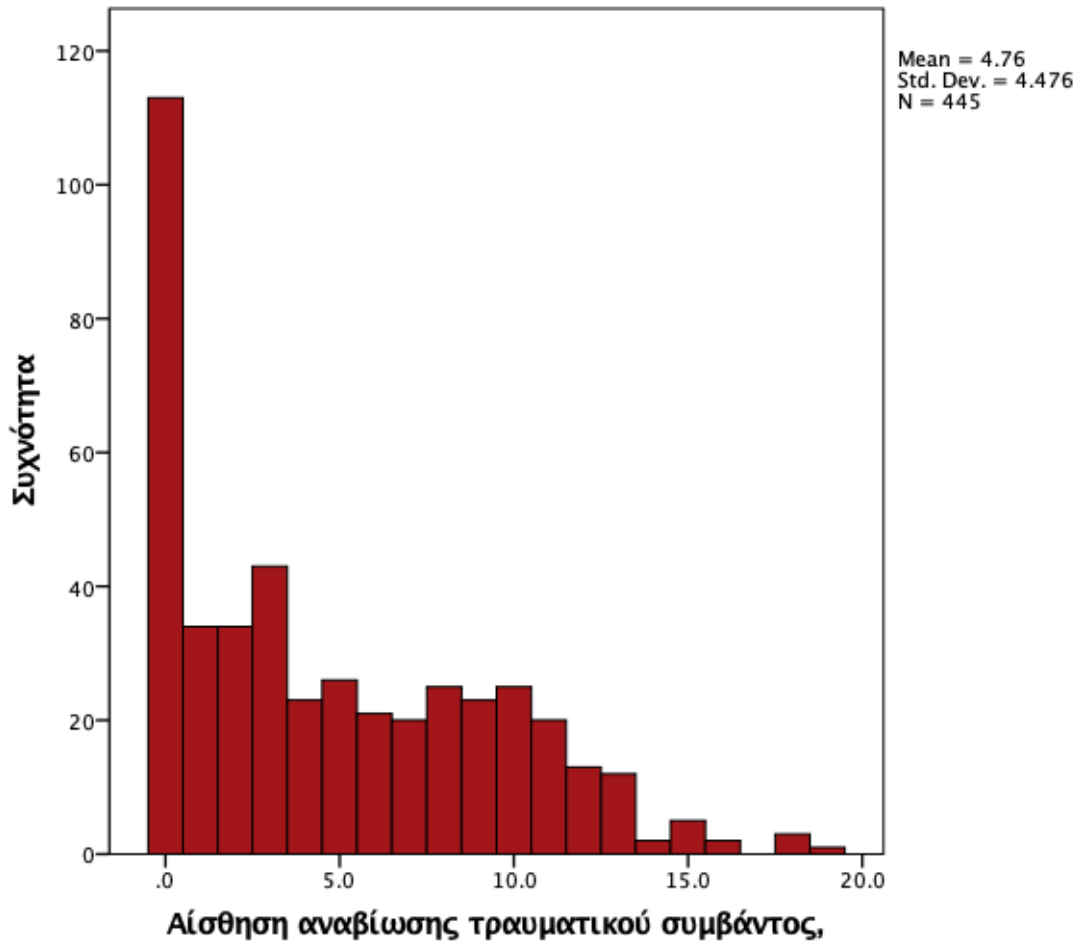
Διάγραμμα 3. Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που βιώνουν μετατραυματικό στρες (δεύτερος τρόπος αξιολόγησης)

Στη συνέχεια, αποτυπώθηκε η συνάφεια της διάγνωσης μεταξύ των δύο τρόπων αξιολόγησης του εργαλείου PCL-5. Από τον Πίνακα 11, προκύπτει πως από το σύνολο των 112 εργαζομένων που έχουν PTSD, σύμφωνα με το δεύτερο τρόπο, οι 103 (ποσοστό συμφωνίας 92,5%) έχουν PTSD σύμφωνα και με τον πρώτο τρόπο. Επιπλέον, από το σύνολο των 333 εργαζομένων που δεν έχουν PTSD σύμφωνα με το δεύτερο τρόπο, οι 308 (ποσοστό συμφωνίας 92%) δεν έχουν PTSD σύμφωνα και με τον πρώτο τρόπο. Γενικότερα, η ανάλυση δείχνει ότι υπάρχει μια αρκετά καλή συνάφεια στη διάγνωση του μετατραυματικού στρες μεταξύ των δύο τρόπων. Στη συνέχεια της ανάλυσης, υιοθετήθηκε η διάγνωση που προκύπτει από τον δεύτερο τρόπο (διάγνωση με βάση τα κριτήρια και όχι με βάση το συνολικό σκορ).

Πίνακας 11. Συνάφεια διάγνωσης μεταξύ πρώτου και δεύτερου τρόπου αξιολόγησης του εργαλείου PCL-5

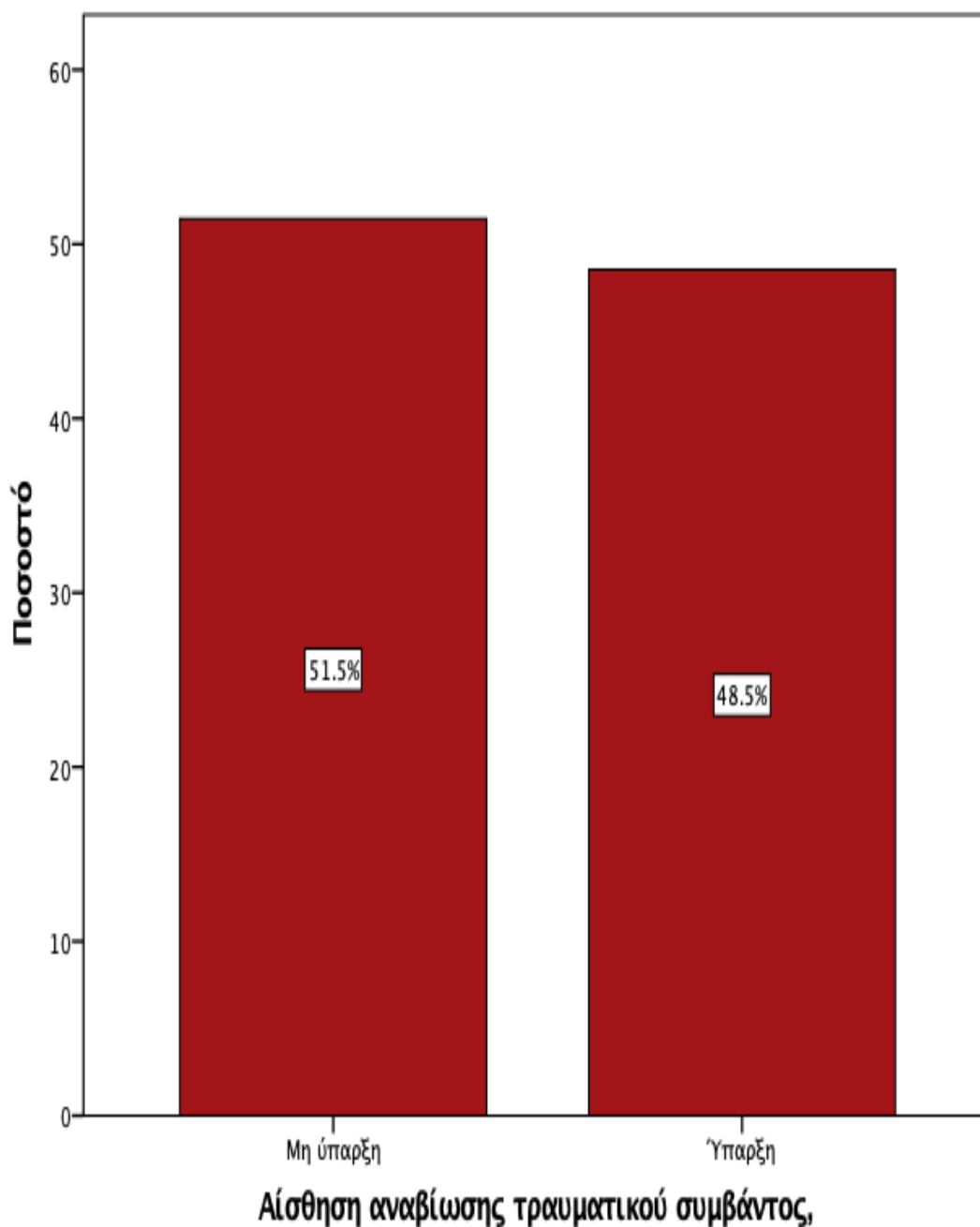
			Διάγνωση (δεύτερος τρόπος)		Σύνολο
			Μη διάγνωση	Διάγνωση	
Διάγνωση (πρώτος τρόπος)	Μη διάγνωση	n	308	9	317
		% within Διάγνωση (πρώτος τρόπος)	97.2%	2.8%	100.0%
		% within Διάγνωση (δεύτερος τρόπος)	92.5%	8.0%	71.2%
		% of Total	69.2%	2.0%	71.2%
Διάγνωση		n	25	103	128
		% within Διάγνωση (πρώτος τρόπος)	19.5%	80.5%	100.0%
		% within Διάγνωση (δεύτερος τρόπος)	7.5%	92.0%	28.8%
		% of Total	5.6%	23.1%	28.8%
Σύνολο		n	333	112	445
		% within Διάγνωση (πρώτος τρόπος)	74.8%	25.2%	100.0%
		% within Διάγνωση (δεύτερος τρόπος)	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Σύνολο	74.8%	25.2%	100.0%

Στο Διάγραμμα 4 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ στο Κριτήριο Β (αίσθηση αναβίωσης του τραυματικού συμβάντος), της κλίμακας PCL-5 (η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 20). Η μέση τιμή του Κριτηρίου Β βρέθηκε ίση με 4,76 (SD=4.48).



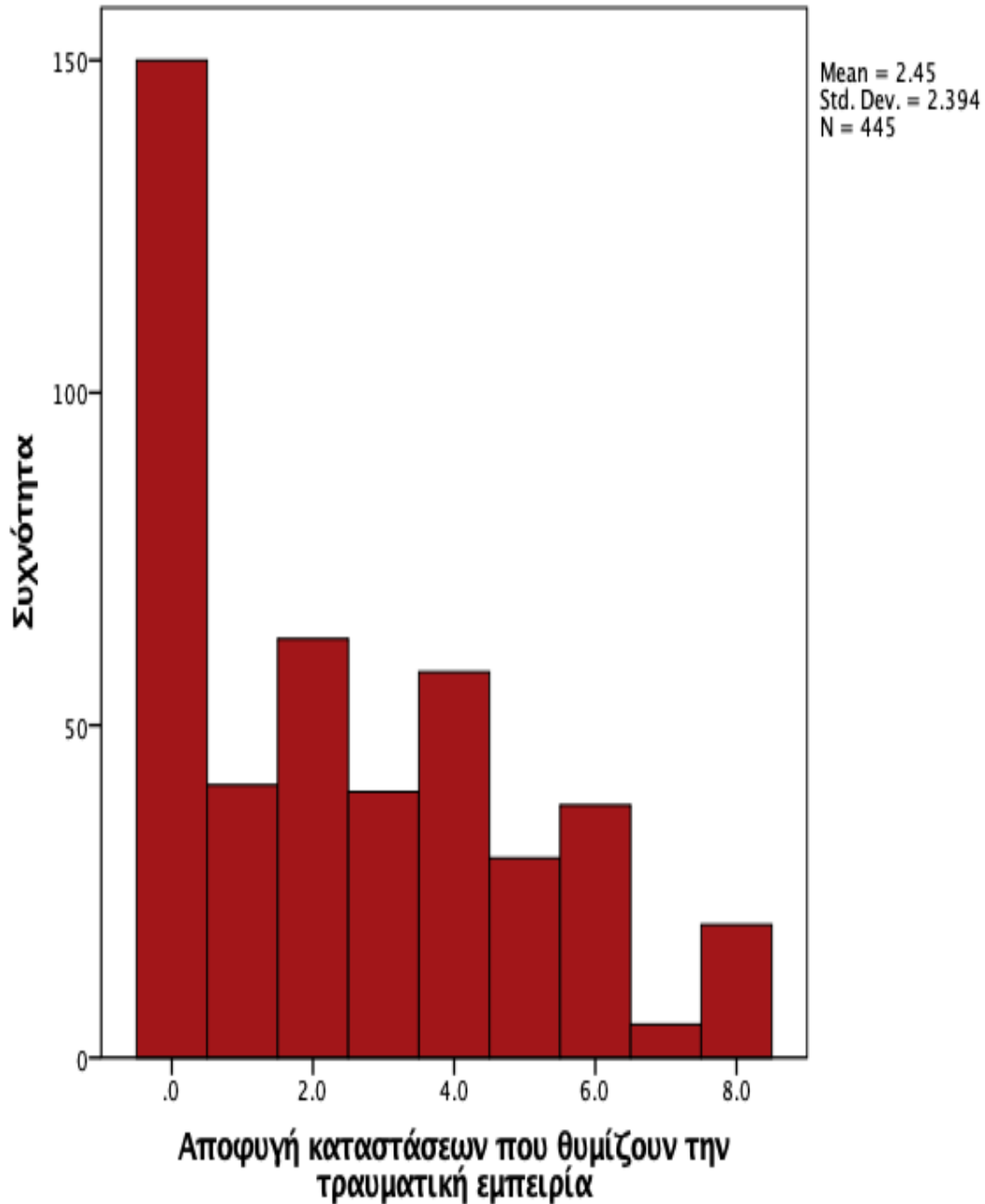
Διάγραμμα 4. Κατανομή της διάστασης «Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος» της κλίμακας PCL-5

Στο Διάγραμμα 5, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που πληρούν το Κριτήριο Β (τουλάχιστον 1 στοιχείο με βαθμολόγηση 2 και άνω). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως με αυτόν τον τρόπο προκύπτει πως το 48,5% (n=216) των συμμετεχόντων, πληροί τις συνθήκες για το Κριτήριο Β του μετατραυματικού στρες.



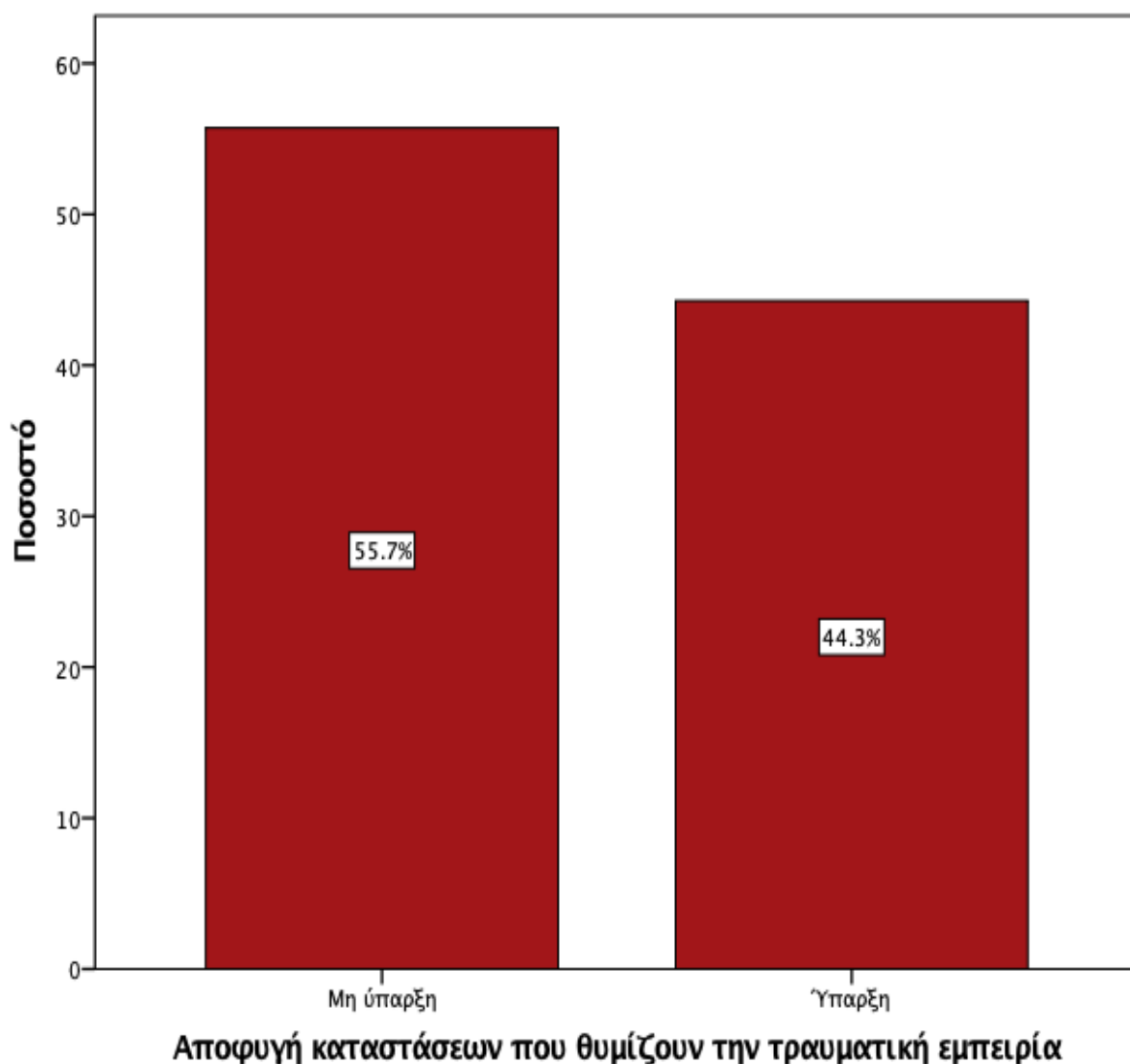
Διάγραμμα 5. Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που βιώνουν μια αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος (πληρούν τουλάχιστον ένα από τα πέντε στοιχεία του Κριτηρίου Β)

Στο Διάγραμμα 6 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ στο Κριτήριο Γ (Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία), της κλίμακας PCL-5 (η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 8). Η μέση τιμή του Κριτηρίου Γ βρέθηκε ίση με 2,45 (SD=2.39).



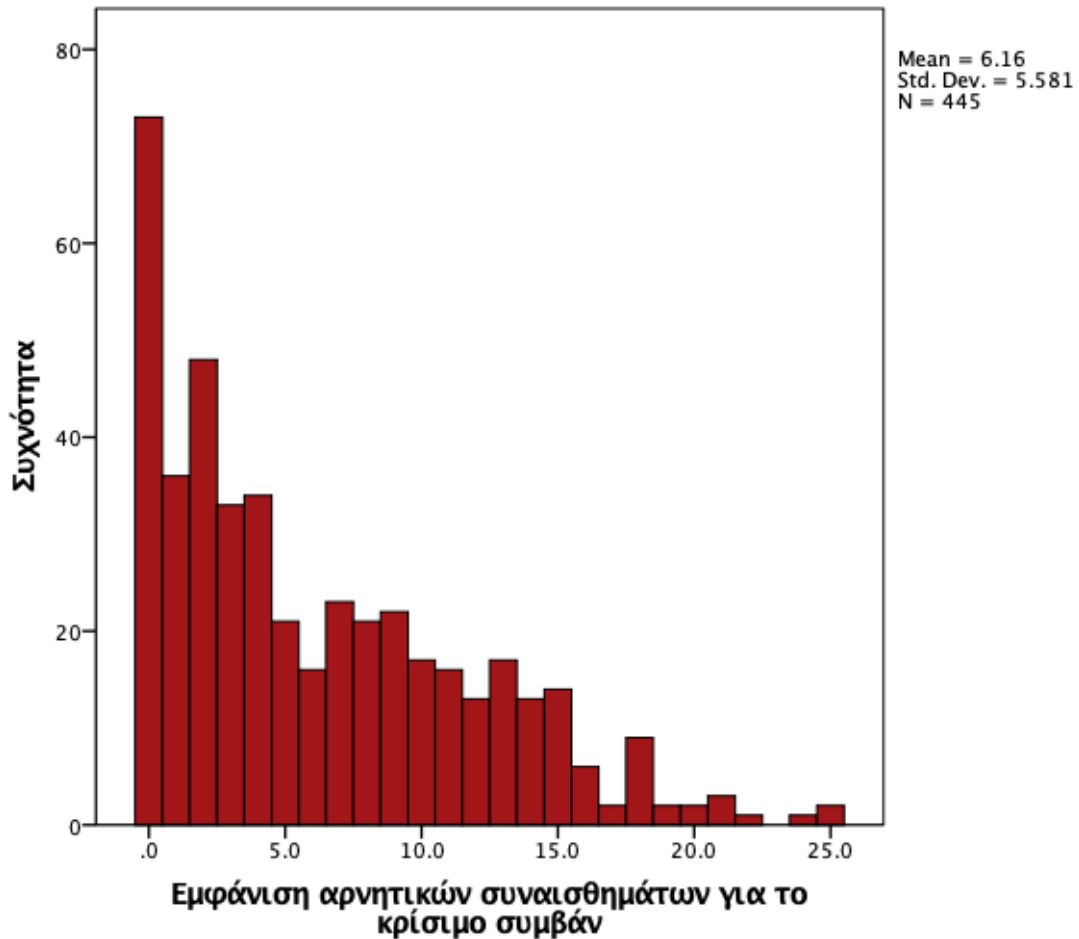
Διάγραμμα 6. Κατανομή της διάστασης «Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία» της κλίμακας PTSD

Στο Διάγραμμα 7, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που πληρούν το Κριτήριο Γ (τουλάχιστον 1 στοιχείο με βαθμολόγηση 2 και άνω). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως με αυτόν τον τρόπο προκύπτει πως το 44,3% (n=197) των συμμετεχόντων πληροί τις συνθήκες για το Κριτήριο Γ του μετατραυματικού στρες.



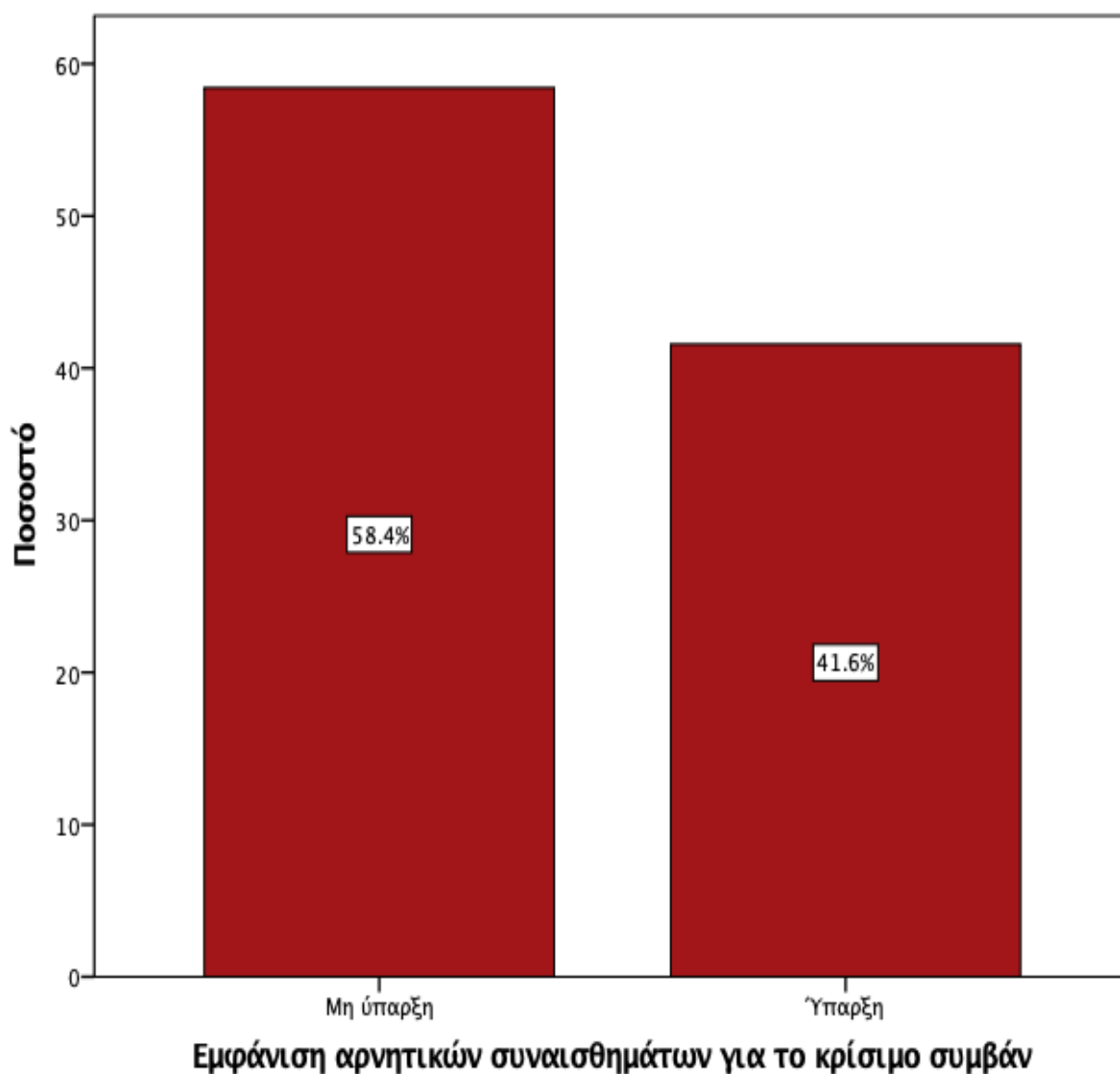
Διάγραμμα 7. Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν συμπεριφορά που συνδέεται με την αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία (πληρούν τουλάχιστον ένα από τα πέντε κριτήρια του Κριτηρίου Γ)

Στο Διάγραμμα 8 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ στο Κριτήριο Δ (Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν) της κλίμακας PCL-5 (η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 28). Η μέση τιμή του Κριτηρίου Δ βρέθηκε ίση με 6,16 (SD=5.58).



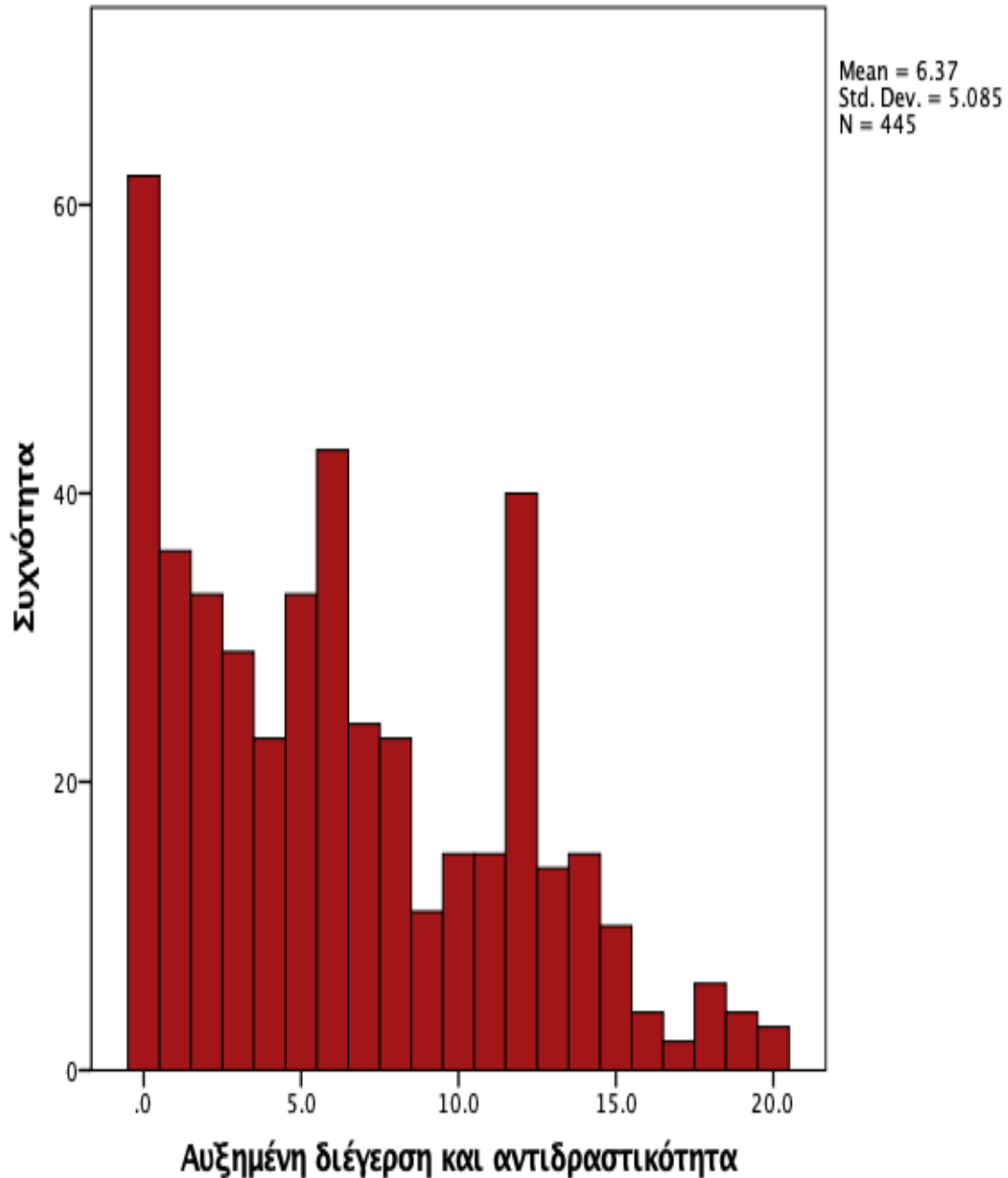
Διάγραμμα 8. Κατανομή της διάστασης «Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν» της κλίμακας PCL-5

Στο Διάγραμμα 9, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που πληρούν το Κριτήριο Δ (τουλάχιστον 2 στοιχεία με βαθμολόγηση 2 και άνω). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως με αυτόν τον τρόπο προκύπτει πως το 41,6% (n=185) των συμμετεχόντων πληροί τις συνθήκες για το Κριτήριο Δ του μετατραυματικού στρες.



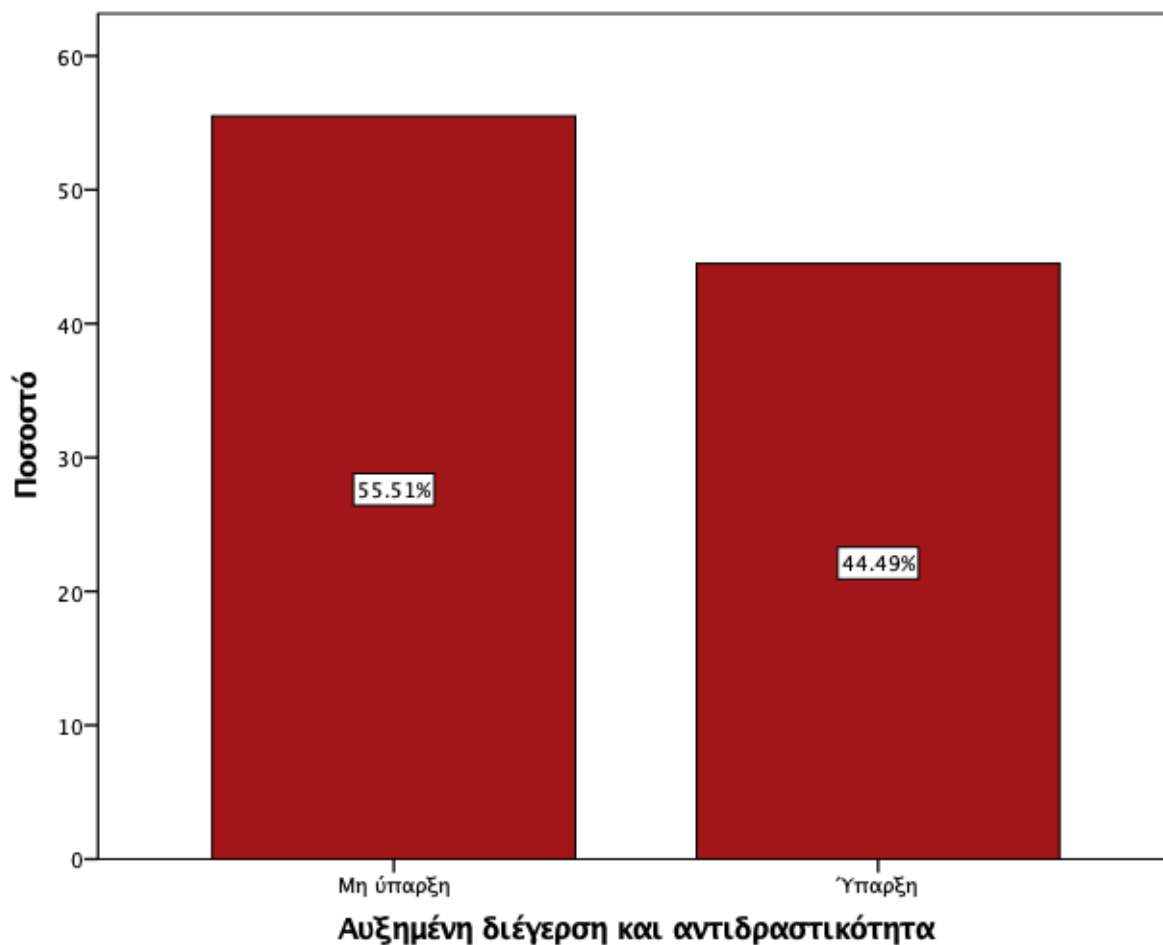
Διάγραμμα 9. Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν αρνητικά συναισθημάτα για το κρίσιμο συμβάν (πληρούν τουλάχιστον δύο από τα πέντε κριτήρια του Κριτηρίου Δ)

Στο Διάγραμμα 10 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ στο Κριτήριο E (Αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα) της κλίμακας PCL-5(η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 24). Η μέση τιμή του Κριτηρίου E, βρέθηκε ίση με 6,37 (SD=5.09).



Διάγραμμα 10. Κατανομή της διάστασης «Αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα» της κλίμακας PCL-5

Στο Διάγραμμα 11, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που πληρούν το Κριτήριο Ε (τουλάχιστον 2 στοιχεία με βαθμολόγηση 2 και άνω). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως με αυτόν τον τρόπο προκύπτει πως το 44,5% (n=198) των συμμετεχόντων, πληροί τις συνθήκες για το Κριτήριο Ε του μετατραυματικού στρες.



Διάγραμμα 11. Αποτελέσματα για το ποσοστό των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα (πληρούν τουλάχιστον δύο από τα πέντε κριτήρια του Κριτηρίου Ε).

Τέλος, στον Πίνακα 12, δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα για την κλίμακα PCL-5 και τις τέσσερις υποδιαστάσεις της και το ποσοστό εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που πληροί το κάθε κριτήριο ξεχωριστά, καθώς και τις συνθήκες για διάγνωση του μετατραυματικού στρες.

Πίνακας 12. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα για την κλίμακα PTSD και τις τέσσερις υποδιαστάσεις της

	M	SD	Min	Max	%
Μετατραυματικό στρες	19.73	15.03	0.0	64.0	25.2%
Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος,	4.76	4.48	0.0	19.0	48.5%
Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία	2.45	2.39	0.0	8.0	44.3%
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	6.16	5.58	0.0	25.0	41.6%
Αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα	6.37	5.09	0.0	20.0	44.5%

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, Min=Ελάχιστη τιμή, Max=Μέγιστη Τιμή

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μονομεταβλητή ανάλυση, με σκοπό να αναδειχθεί η σχέση των δημογραφικών-εργασιακών και άλλων χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε αρχικά ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 και εν συνεχεία για τις μεταβλητές που αναδείχθηκαν ως σημαντικές από τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 πραγματοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση για την εξαγωγή του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στις επόμενες ενότητες.

5.3. Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες και Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Από τον Πίνακα 13, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της εμφάνισης μετατραυματικού στρες με τα εξής χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς: α) επίπεδο εκπαίδευσης ($\chi^2(3)=10.659$, $p=0.014$), β) ωράριο εργασίας ($\chi^2(1)=4.343$, $p=0.037$), γ) επιλογή τμήματος ($\chi^2(1)=4.030$, $p=0.045$) και δ) ικανοποίηση από την αμοιβή ($\chi^2(1)=10.506$, $p=0.001$). Η ανάλυση έδειξε, πως από τους εργαζομένους που είναι απόφοιτοι Λυκείου/Ι.Ε.Κ. το 4,3% ($n=1$) εμφανίζει μετατραυματικό στρες. Αντίθετα, τα ποσοστά για τους αποφοίτους Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι., για τους κατόχους μεταπτυχιακού/ PhD και όσους είναι σε ειδικότητα/ εξειδίκευση, ήταν 30,6% ($n=53$), 24,4% ($n=38$) και 21,5% ($n=20$), αντίστοιχα. Επιπλέον, η ανάλυση έδειξε πως από το σύνολο των εργαζομένων που εργάζονται μόνο σε πρωινό ωράριο, το 19% ($n=27$), εμφάνισε μετατραυματικό στρες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο είναι ίσο με 28,1% ($n=85$).

Παρόμοια, τα ευρήματα δείχνουν πως από το σύνολο των εργαζομένων που εργάζονται σε τμήμα που είχαν επιλέξει οι ίδιοι, το 20,6% ($n=41$) εμφάνισαν μετατραυματικό στρες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που εργάζονται σε τμήμα που επέλεξε η διοίκηση, είναι ίσο με 28,9% ($n=71$). Τέλος, από το σύνολο των εργαζομένων που είναι ικανοποιημένοι, αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους, είναι ίσο με 27,1% ($n=109$).

Πίνακας 13. Διάγνωση μετατραυματικού στρες ως προς τα δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς

		Διάγνωση				χ^2	p
		Μη ύπαρξη		Ύπαρξη			
		v	%	v	%		
Φύλο	Άντρας	44	73.3%	16	26.7%	0.083	0.774
	Γυναίκα	289	75.1%	96	24.9%		
Ειδικότητα	Ιατρικό προσωπικό	113	73.4%	41	26.6%	0.265	0.607
	Νοσηλευτικό προσωπικό	220	75.6%	71	24.4%		

Επίπεδο	Λύκειο/ I.E.K.	22	95.7%	1	4.3%	10.659	0.014
Εκπαίδευσης	A.E.I./T.E.I.	120	69.4%	53	30.6%		
	Μεταπτυχιακό/ PhD	118	75.6%	38	24.4%		
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	73	78.5%	20	21.5%		
	η						
Ωράριο εργασίας	Πρωινό	115	81.0%	27	19.0%	4.343	0.037
	Κυκλικό	218	71.9%	85	28.1%		
Επιλογή τμήματος	Δική σας	158	79.4%	41	20.6%	4.030	0.045
	Της διοίκησης	175	71.1%	71	28.9%		
Πρόθεση αλλαγής τμήματος	Ναι	74	67.9%	35	32.1%	3.566	0.059
	Όχι	259	77.1%	77	22.9%		
Ικανοποίηση από αμοιβή	Ναι	40	93.0%	3	7.0%	10.506	0.001
	Όχι	293	72.9%	109	27.1%		
Παιδιατρικό Τμήμα Εργασίας	ΜΕΘ	116	74.8%	39	25.2%	0.858	0.651
	ΤΕΠ	40	80.0%	10	20.0%		
	Κλινική	177	73.8%	63	26.3%		
Περιοχή	Περιφέρεια	142	76.8%	43	23.2%	0.627	0.429
	Αττική	191	73.5%	69	26.5%		

Στον Πίνακα 14 που ακολουθεί, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής λογιστικής με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητες τα δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 .

Η ανάλυση έδειξε πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο έχουν 1,661 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε πρωινό ωράριο ($b=0.507$, $p=0.042$, $\text{Exp}(B)=1.661$, 95% Δ.Ε.=[1.019, 2.706]). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που εργάζονται σε τμήμα που δεν επέλεξαν οι ίδιοι έχουν 1,563 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε τμήμα που επέλεξαν οι ίδιοι ($b=0.447$, $p=0.047$, $\text{Exp}(B)=1.563$, 95% Δ.Ε.=[1.006, 2.429]). Αντίστοιχα, οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που

εργάζονται σε τμήμα που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους, έχουν 4,960 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($b=1.601$, $p=0.009$, $\text{Exp}(B)=4.960$, 95% Δ.Ε.=[1.503, 16.365]). Τέλος, από τον Πίνακα 14, προκύπτει πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. έχουν 9,717 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου/ Ι.Ε.Κ. ($b=2.274$, $p=0.028$, $\text{Exp}(B)=9.717$, 95% Δ.Ε.=[1.276, 73.977])

Πίνακας 14. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητες τα δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς.

	B	Τυπικό Σφάλμα	β ε.	p	Exp(B)	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
						Lower	Upper
Ωράριο εργασίας	.507	.249	1	.042	1.661	1.019	2.706
Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	2.274	1.036	1	.028	9.717	1.276	73.977
Μεταπτυχιακό/ PhD	1.958	1.039	1	.060	7.085	.924	54.327
Ειδικότητα/Εξειδίκευση	1.796	1.053	1	.088	6.027	.765	47.488
Επιλογή τμήματος	.447	.225	1	.047	1.563	1.006	2.429
Ικανοποίηση αμοιβή	από 1.601	.609	1	.009	4.960	1.503	16.365

Σημειώσεις: β.ε.=Βαθμοί Ελευθερίας, Ομάδες αναφοράς: Ωράριο εργασίας=Πρωινό, Εκπαίδευση=Λύκειο/Ι.Ε.Κ., Επιλογή τμήματος=Δική σας, Ικανοποίηση Αμοιβής=Ναι

5.4. Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες και άλλα Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 15, δίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας μεταξύ της εμφάνισης μετατραυματικού στρες και άλλων χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της εμφάνισης μετατραυματικού στρες με το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους στον εργασιακό τους χώρο ($\chi^2(1)=15.928$, $p=0.000$), με το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό

θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($\chi^2(1)=6.320$, $p=0.012$) και με το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού ($\chi^2(1)=14.084$, $p=0.000$).

Από τον Πίνακα 15, προκύπτει πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους στον εργασιακό τους χώρο, εμφανίζουν μετατραυματικό στρες σε ποσοστό 29,9% ($n=97$), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό, είναι ίσο με 12,4% ($n=15$). Επιπλέον, τα ευρήματα δείχνουν πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού, εμφανίζουν μετατραυματικό στρες σε ποσοστό 29,7% ($n=74$), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό, είναι ίσο με 19,4% ($n=38$).

Τέλος, από τον Πίνακα 15, προκύπτει πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού, εμφανίζουν μετατραυματικό στρες σε ποσοστό 32,0% ($n=79$), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει περιστατικό εργασιακού εκφοβισμού, είναι ίσο με 16,7% ($n=33$).

Πίνακας 15. Διάγνωση μετατραυματικού στρες ως προς τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς

		Διάγνωση				χ^2	p
		Μη ύπαρξη		Ύπαρξη			
		n	%	n	%		
Ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος	Ναι	227	70.1%	97	29.9%	15.928	0.000
	Όχι	106	87.6%	15	12.4%		
Θάνατος ή απειλή ζωής παιδιού	Ναι	175	70.3%	74	29.7%	6.320	0.012
	Όχι	158	80.6%	38	19.4%		
Εργασιακός εκφοβισμός (Bulling)	Ναι	168	68.0%	79	32.0%	14.084	0.000
	Όχι	165	83.3%	33	16.7%		

Στον Πίνακα 16 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής λογιστικής, με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητες τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, που αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά από τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 . Η ανάλυση έδειξε, πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς, που έχουν βιώσει περιστατικό

ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους στον εργασιακό τους χώρο, έχουν 3,020 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους δεν είχαν βιώσει τέτοιο περιστατικό ($b=1.105$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=3.020$, 95% Δ.Ε.=[1.673, 5.415]). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν βιώσει θάνατο ή απειλή της ζωής ενός παιδιού έχουν 1.758 φορές μεγαλύτερης πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες σε σύγκριση με όσους δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό ($b=0.564$, $p=0.013$, $\text{Exp}(B)=1.758$, 95% Δ.Ε.=[1.125, 2.747]). Τέλος, οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό έχουν 2,351 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους δεν έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($b=0.855$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=2.351$, 95% Δ.Ε.=[1.485, 3.723]).

Πίνακας 16. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητες άλλα-εργασιακά χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς.

		B	Τυπικό Σφάλμα	β.ε.	p	Exp(B)	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
							Lower	Upper
Ιατρικό νοσηλευτικό λάθος	ή	1.105	.301	1	.000	3.020	1.673	5.451
Θάνατος απειλή παιδιού	ή ζωής	0.564	.228	1	.013	1.758	1.125	2.747
Εργασιακός εκφοβισμός		0.855	.234	1	.000	2.351	1.485	3.723

Σημειώσεις: β.ε.= Βαθμοί Ελευθερίας, Ομάδες αναφοράς = Όχι

5.5. Επίπεδα Μετατραυματικού Στρες και COVID-19

Στον Πίνακα 17, δίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας μεταξύ της εμφάνισης μετατραυματικού στρες και χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς που σχετίζονται με τον SARS-CoV-2. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση της εμφάνισης μετατραυματικού στρες, μόνο με το αν οι εργαζόμενοι έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($\chi^2(1)=15.930$, $p=0.000$). Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εργαζόμενοι που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων, εμφανίζουν μετατραυματικό στρες σε ποσοστό 30,7% ($n=92$), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργαζομένους που δεν έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων, είναι ίσο με 13,8% ($n=20$).

Πίνακας 17. Διάγνωση μετατραυματικού στρες και COVID-19

		Διάγνωση				χ^2	p
		Μη ύπαρξη		Ύπαρξη			
		v	%	v	%		
Αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων	Ναι	208	69.3%	92	30.7%	15.930	0.000
	Όχι	125	86.2%	20	13.8%		
Νόσηση από SARS-CoV-2	Ναι	75	74.3%	26	25.7%	0.023	0.880
	Όχι	258	75.0%	86	25.0%		
Νόσηση από SARS-CoV-2 συγγενικού ή φιλικού προσώπου	Ναι	261	75.9%	83	24.1%	0.854	0.355
	Όχι	72	71.3%	29	28.7%		
Θάνατος από SARS-CoV-2 συγγενικού ή φιλικού προσώπου	Ναι	67	70.5%	28	29.5%	1.159	0.282
	Όχι	266	76.0%	84	24.0%		

Νοσηλεία παιδιού με SARS-CoV-2	Ναι	201	75.3%	66	24.7%	0.071	0.789
	Όχι	132	74.2%	46	25.8%		
Θάνατος από SARS-CoV-2 παιδιού που έχουν νοσηλεύσει	Ναι	27	69.2%	12	30.8%	0.684	0.408
	Όχι	306	75.4%	100	24.6%		

Τα αποτελέσματα της μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης (Πίνακας 18), δείχνουν πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων, έχουν 2,764 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες σε σύγκριση με όσους δεν έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή τη ζωή των δικών τους ανθρώπων ($b=1.017$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=2.764$, 95% Δ.Ε.=[1.624, 4.706]).

Πίνακας 18. Στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα μονομεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ύπαρξη μετατραυματικού στρες και ανεξάρτητα στοιχεία για τον COVID-19

	B	Τυπικό Σφάλμα	β.ε.	p	Exp(B)	95% Διάστημα εμπιστοσύνης	
						Lower	Upper
Αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων	1.017	.271	1	.000	2.764	1.624	4.706

Σημειώσεις: β.ε.=Βαθμοί Ελευθερίας, Ομάδες αναφοράς=Όχι

5.6.Βαθμός Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών Εργαζομένων Σε Παιδιατρικούς Τομείς

Η επόμενη ενότητα του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων, αφορά την παρουσίαση των ευρημάτων που αφορούν τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Στον Πίνακα 19, δίνονται τα αποτελέσματα για τις επτά ερωτήσεις της κλίμακας ψυχοκοινωνικών λειτουργιών. Τα ευρήματα δείχνουν πως η μέση τιμή των απαντήσεων στις περισσότερες ερωτήσεις, κυμαίνεται κοντά στο 1 (σε ελάχιστο βαθμό). Γενικότερα, φαίνεται ότι η συμπτωματολογία για δυσκολίες στις

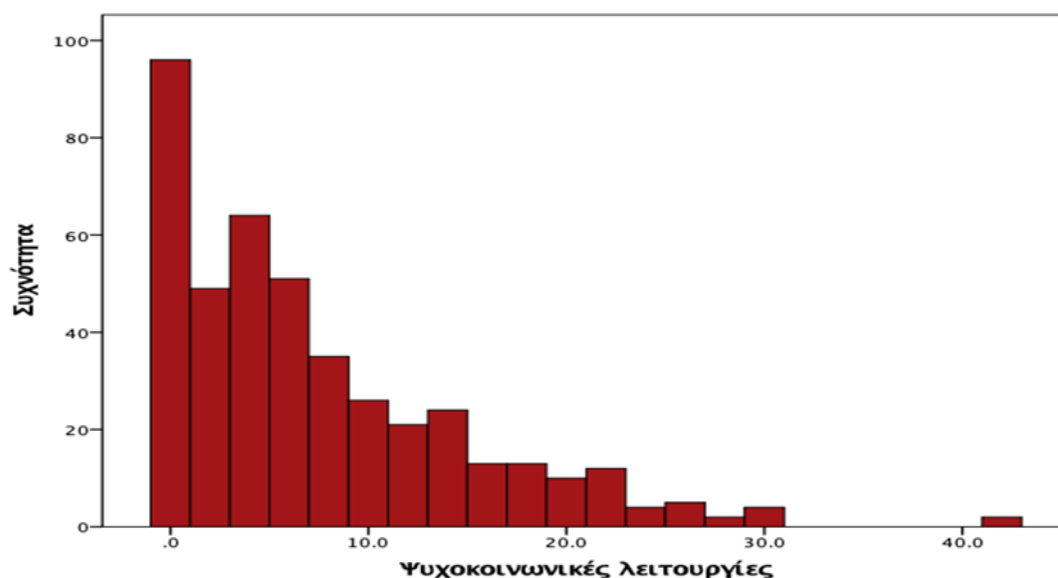
ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, στους εργαζομένους σε παιδιατρικούς τομείς κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 7 ερωτήσεις της κλίμακας B-IPF

	M	SD
Είχα προβλήματα στη συναισθηματική επαφή με το σύζυγο ή τον σύντροφό μου.	0.9	1.5
Είχα προβλήματα στη σχέση μου με τα παιδιά μου.	0.4	1.0
Είχα προβλήματα στις οικογενειακές μου συναναστροφές.	0.9	1.2
Είχα προβλήματα όσον αφορά τις φιλικές συναναστροφές και την κοινωνικοποίηση	1.1	1.4
Είχα προβλήματα στην εργασία μου.	1.2	1.6
Είχα δυσκολίες όσον αφορά την κατάρτιση και την εκπαίδευση μου	1.0	1.5
Είχα δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες όπως είναι οι δουλειές του σπιτιού, οι τρέχουσες υποχρεώσεις ή η διαχείριση της ιατρικής μου περίθαλψης	1.6	1.8

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, 0=Καθόλου, 6=Πάρα πολύ

Στο Διάγραμμα 12 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ της κλίμακας ψυχοκοινωνικών λειτουργικών (η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 42). Η μέση τιμή της κλίμακας, βρέθηκε ίση με 6,94 (SD=7.33). Η πλειοψηφία των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, έχουν μέσο σκορ στην κλίμακα μικρότερο από 21 (που είναι το μέτριο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες



Διάγραμμα 12. Κατανομή της διάστασης «Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες»

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μονομεταβλητή ανάλυση με σκοπό να αναδειχθεί η σχέση των δημογραφικών-εργασιακών και άλλων χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς με την εμφάνιση δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι t-test και one-way ANOVA. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στις επόμενες ενότητες. Τέλος, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης για τη σχέση μεταξύ δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες με το μετατραυματικό στρες και τα κριτήρια του. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν, ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, ο έλεγχος t-test και η λογιστική παλινδρόμηση.

5.7. Συσχέτιση Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών Με Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 20, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Το μέσο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, για τους άντρες βρέθηκε ίσο με 6,9 (SD=6.7) και για τις γυναίκες 6,9 (SD=7.4). Τα ευρήματα έδειξαν, πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το φύλο των εργαζομένων ($t(440)=0.012$, $p=0.990$).

Πίνακας 20. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές	Άντρας	58	6.9	6.7	0.012	0.990
λειτουργίες	Γυναίκα	373	6.9	7.4		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

Στον Πίνακα 21, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων ($F(6, 438)=1.064, p=0.383$).

Πίνακας 21. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	F(6, 438)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Απόφοιτος Λυκείου	10	5.7	7.0	1.064	0.383
	Απόφοιτος Λυκείου Ι.Ε.Κ.	13	5.0	4.5		
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Τ.Ε.Ι.	118	7.8	7.5	1.064	0.383
	Α.Ε.Ι.	49	6.9	7.7		
	Μεταπτυχιακό	120	7.5	7.5		
	Διδακτορικό	32	6.3	8.9		
		Ειδικότητα/Εξειδίκευση	89	5.7	6.2	

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-way ANOVA

Στον Πίνακα 22, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν πως το ιατρικό προσωπικό ($M=8.2, SD=8.0$) εμφανίζει υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό ($M=6.3, SD=6.9$) ($t(440)=2.530, p=0.012$).

Πίνακας 22. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ιατρικό προσωπικό	150	8.2	8.0	2.530	0.012
	Νοσηλευτικό προσωπικό	281	6.3	6.9		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

Στον Πίνακα 23, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων ($t(440)=-1.845$, $p=0.066$).

Πίνακας 23. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές	Πρωινό	140	6.0	7.6	-1.845	0.066
λειτουργίες	Κυκλικό	291	7.4	7.2		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

Στον Πίνακα 24, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς την επιλογή του τμήματος εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την επιλογή του τμήματος εργασίας ($t(440)=0.344$, $p=0.731$).

Πίνακας 24. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και επιλογή του τμήματος εργασίας

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές	Δική σας	192	7.1	7.8	0.344	0.731
λειτουργίες	Της διοίκησης	239	6.8	7.0		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

Στον Πίνακα 25, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, ως προς την πρόθεση των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς να αλλάξουν τμήμα. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=8.9$, $SD=8.2$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο

δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=6.3$, $SD=6.9$) ($t(440)=3.108$, $p=0.002$).

Πίνακας 25. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και πρόθεση αλλαγής τμήματος

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	104	8.9	8.2	3.108	0.002
	Όχι	327	6.3	6.9		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

Στον Πίνακα 26, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς την ικανοποίηση των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς από την αμοιβή τους. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=7.3$, $SD=7.4$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους που είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=3.7$, $SD=5.7$) ($t(440)=-3.003$, $p=0.003$).

Πίνακας 26. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και ικανοποίηση από την αμοιβή

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	42	3.7	5.7	-3.003	0.003
	Όχι	389	7.3	7.4		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

Από τον Πίνακα 27 προκύπτει, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς τον τομέα εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς ($F(2, 442)=3.607$, $p=0.028$). Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που εργάζονται σε κλινική ($M=7.7$, $SD=7.7$) ή σε ΜΕΘ ($M=6.5$, $SD=7.3$) εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους σε ΤΕΠ ($M=4.8$, $SD=6.2$)

Πίνακας 27. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και τομέας εργασίας

		N	M	SD	F(2, 442)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	ΜΕΘ	150	6.5	7.3	3.607	0.028
	ΤΕΠ	50	4.8	6.2		
	Κλινική	231	7.7	7.5		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-way ANOVA

Τέλος, από τα αποτελέσματα του Πίνακα 28, προκύπτει πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την περιοχή εργασίας των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς ($t(440)=-0.435$, $p=0.664$).

Πίνακας 28. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και περιοχή εργασίας

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Περιφέρεια	180	6.8	6.8	-0.435	0.664
	Αττική	251	7.1	7.7		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, t=Κριτήριο ελέγχου t-test

5.8.Βαθμός Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών και άλλα Χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς τα άλλα χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Από τον Πίνακα 29, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους στο χώρο εργασίας τους ($t(440)=4.463$, $p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που είχαν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους ($M=7.9$, $SD=7.7$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν είχαν βιώσει τέτοιο περιστατικό στον εργασιακό τους χώρο ($M=4.4$, $SD=5.5$)

Πίνακας 29. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό ιατρικού/ νοσηλευτικού λάθους.

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	313	7.9	7.7	4.463	0.000
	Όχι	118	4.4	5.5		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Από τον Πίνακα 30, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($t(440)=3.949$, $p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=8.2$, $SD=8.0$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=5.4$, $SD=6.0$)

Πίνακας 30. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού.

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	239	8.2	8.0	3.949	0.000
	Όχι	192	5.4	6.0		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Τέλος, από τον Πίνακα 31, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($t(440)=4.763$, $p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που είχαν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=8.4$, $SD=7.7$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές

λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=5.1$, $SD=6.4$).

Πίνακας 31. Ψυχοκοινωνική λειτουργία ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού.

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	238	8.4	7.7	4.763	0.000
	Όχι	193	5.1	6.4		

Σημειώσεις: M =Μέση Τιμή, SD =Τυπική Απόκλιση, F =Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

5.9.Βαθμός Ψυχοκοινωνικών Λειτουργιών και COVID-19

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς με διάφορα βιώματα τους που σχετίζονται με τον COVID-19. Από τον Πίνακα 32 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($t(440)=4.504$, $p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=8.0$, $SD=7.7$) εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει ή αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=4.7$, $SD=5.8$).

Πίνακας 32. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και αίσθηση απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων.

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	291	8.0	7.7	4.504	0.000
	Όχι	140	4.7	5.8		

Σημειώσεις: M =Μέση Τιμή, SD =Τυπική Απόκλιση, F =Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 33 προκύπτει πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς είχαν νοσήσει από SARS-CoV-2 ($t(440)=0.190$, $p=0.849$).

Πίνακας 33. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και νόσηση από SARS-CoV-2

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	98	7.1	6.6	0.190	0.849
	Όχι	333	6.9	7.5		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Στον Πίνακα 34, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε νοσήσει από SARS-CoV-2. Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε νοσήσει από SARS-CoV-2 ($t(440)=-0.866$, $p=0.387$).

Πίνακας 34. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και νόσηση συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	334	6.8	7.1	-0.866	0.387
	Όχι	97	7.5	8.0		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Στον Πίνακα 35, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, είχε αποβιώσει από COVID-19. Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν κάποιο

συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε αποβιώσει από COVID-19 ($t(440)=0.741$, $p=0.459$).

Πίνακας 35. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και θάνατος συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	88	7.5	8.2	0.741	0.459
	Όχι	343	6.8	7.1		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Στον Πίνακα 36, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με τις δυσκολίες στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς είχαν εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με SARS-CoV-2. Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το την ύπαρξη εμπειρίας με νοσηλεία παιδιού με SARS-CoV-2 ($t(440)=0.970$, $p=0.333$).

Πίνακας 36. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	260	7.2	7.2	0.970	0.333
	Όχι	171	6.5	7.5		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

Τέλος, από τον Πίνακα 37, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ως προς το αν οι εργαζόμενοι είχαν εμπειρία στον εργασιακό τους χώρο που αφορά θάνατο παιδιού από SARS-CoV2 ($t(440)=3.120$, $p=0.002$). Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19, στον εργασιακό τους χώρο ($M=10.4$, $SD=8.1$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, σε

σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό (M=6.6, SD=7.2).

Πίνακας 37. Ψυχοκοινωνική λειτουργία και εμπειρία από θάνατο παιδιού με COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	Ναι	38	10.4	8.1	3.120	0.002
	Όχι	393	6.6	7.2		

Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, F=Κριτήριο ελέγχου one-wayANOVA

5.10. Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες και Εμφάνιση Μετατραυματικού Στρες

Στην τελευταία ενότητα, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης σχετικά με τη σχέση μεταξύ δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες και της εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Στον Πίνακα 38, δίνονται τα ευρήματα του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ των δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες με το συνολικό σκορ της κλίμακας PCL-5 και των τεσσάρων κριτηρίων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η ανάλυση έδειξε, πως υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες με το συνολικό σκορ της κλίμακας PCL-5 ($r=0.613$, $p<0.01$). Επιπλέον, προκύπτει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες με το σκορ του κριτηρίου Β ($r=0.443$, $p<0.01$), του κριτηρίου Γ ($r=0.327$, $p<0.01$), του κριτηρίου Δ ($r=0.620$, $p<0.01$) και του κριτηρίου Ε ($r=0.560$, $p<0.01$).

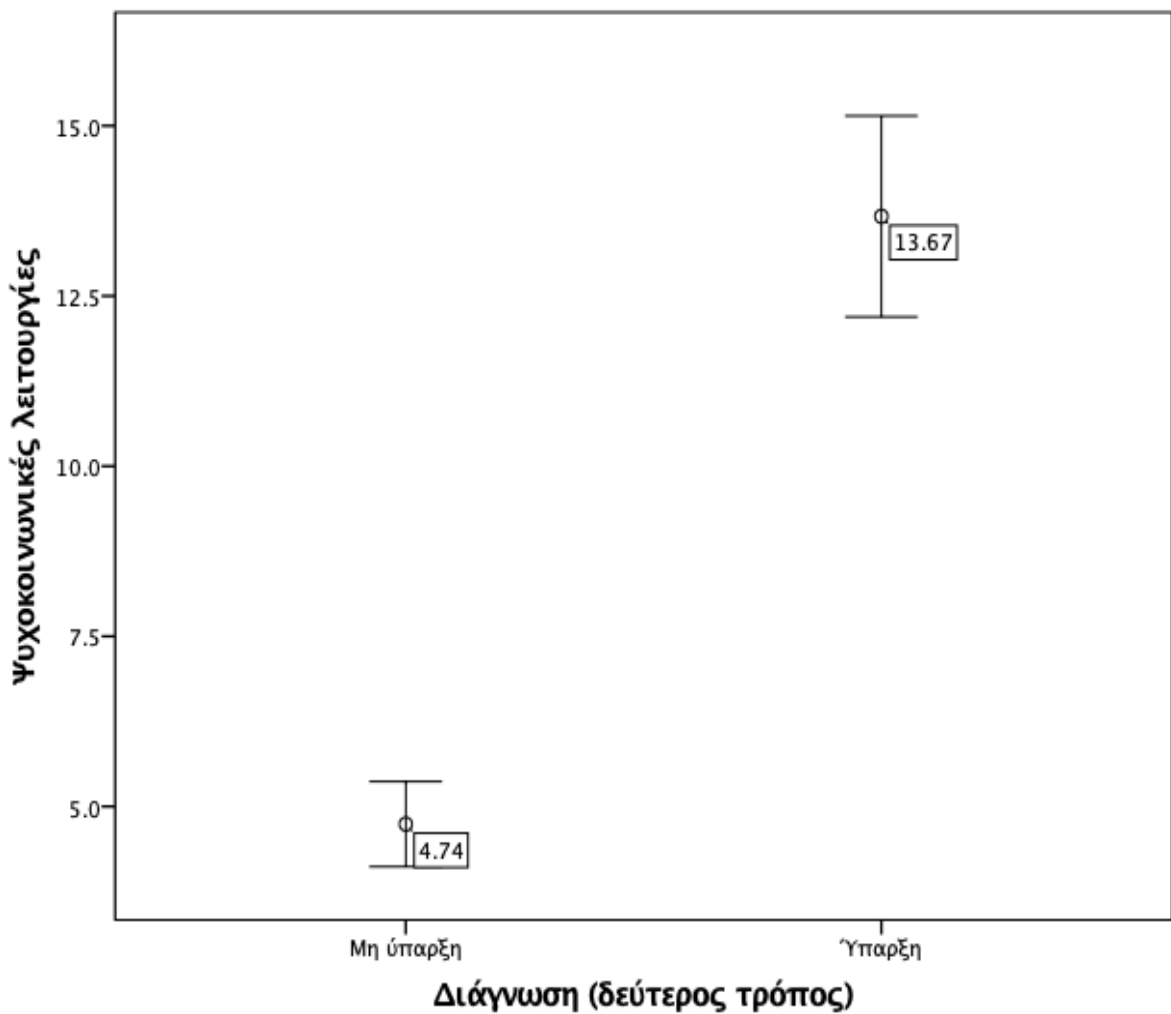
Πίνακας 38. Συσχέτιση μεταξύ ψυχοκοινωνικών λειτουργιών και διαταραχής μετατραυματικού στρες

	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες
Μετατραυματικό στρες	.613**
Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος,	.443**
Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία	.327**

Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	.620**
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	.560**

** Σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο $\alpha=0.01$

Ο έλεγχος t-test ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή των δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν μετατραυματικό στρες ή όχι ($t(440)=-12.768, p=0.000$). Η ανάλυση έδειξε, πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν όλα τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=13.67, SD=7.66$), έχουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σύγκριση με εργαζομένους που δεν πληρούν τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=4.74, SD=5.72$), (διάγραμμα 13).



Διάγραμμα 13. Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο ψυχοκοινωνικών λειτουργιών μεταξύ των εργαζομένων στις παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν

Στον Πίνακα 39, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες. Τα ευρήματα δείχνουν πως το επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες ($b=0.181$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1,199$, $95\% \Delta.E.=[1.152, 1.247]$). Τα αποτελέσματα δείχνουν, πως η αύξηση του σκορ των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες κατά 19,9%.

Πίνακας 39. Μονομεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε.	
								L	U
Step 1 ^a	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.181	.020	81.133	1	.000	1.199	1.152	1.247
	Constant	-2.645	.226	136.743	1	.000	.071		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

5.11. Επίπεδα Άγχους σε Εργαζόμενους σε Παιδιατρικούς Τομείς

Η επόμενη ενότητα του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων, αφορά της παρουσίαση των ευρημάτων για το άγχος, των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς.

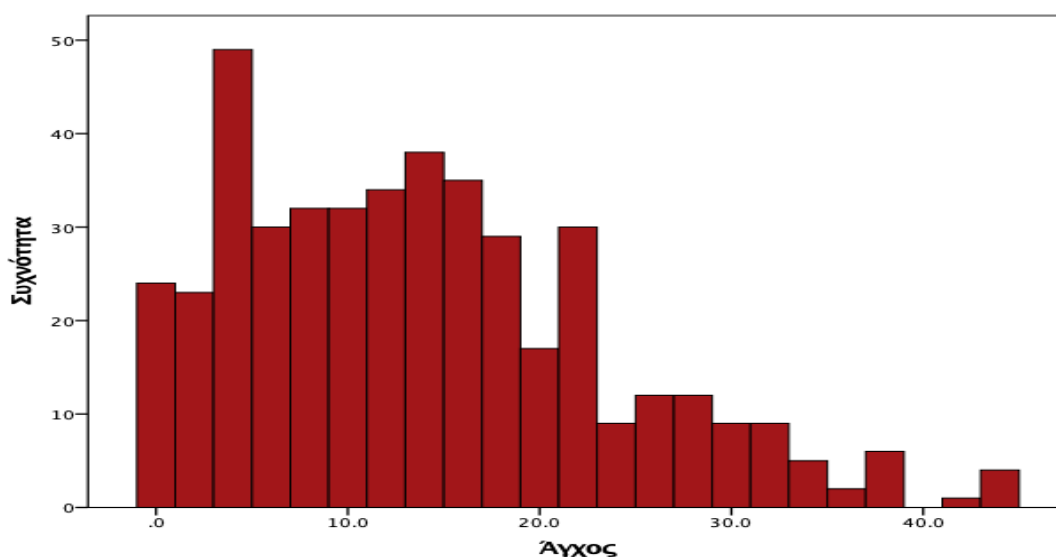
Στον Πίνακα 40, δίνονται τα αποτελέσματα για τις 13 ερωτήσεις της κλίμακας άγχους, που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη. Τα ευρήματα δείχνουν, πως η μέση τιμή των απαντήσεων στις περισσότερες ερωτήσεις κυμαίνεται κοντά στο 1 (ήπια). Γενικότερα, φαίνεται πως η συμπτωματολογία άγχους στους εργαζομένους σε παιδιατρικούς τομείς κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Πίνακας 40. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 12 ερωτήσεις τη κλίμακας HAM-A

	M	SD
Αγχώδης διάθεση	1.6	1.1
Ένταση	1.5	1.1
Φοβίες	0.8	1.0
Αϋπνία	1.3	1.2
Γνωσιακά	1.2	1.1
Καταθλιπτική διάθεση	1.1	1.1
Γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα)	1.2	1.2
Γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακά)	0.9	1.1
Καρδιοαγγειακά συμπτώματα	1.0	1.1
Αναπνευστικά προβλήματα	0.7	1.1
Γαστρεντερικά συμπτώματα	0.9	1.1
Ουρογεννητικά συμπτώματα	0.6	0.9
Συμπτώματα από το αυτόνομο Ν.Σ.	0.7	1.0

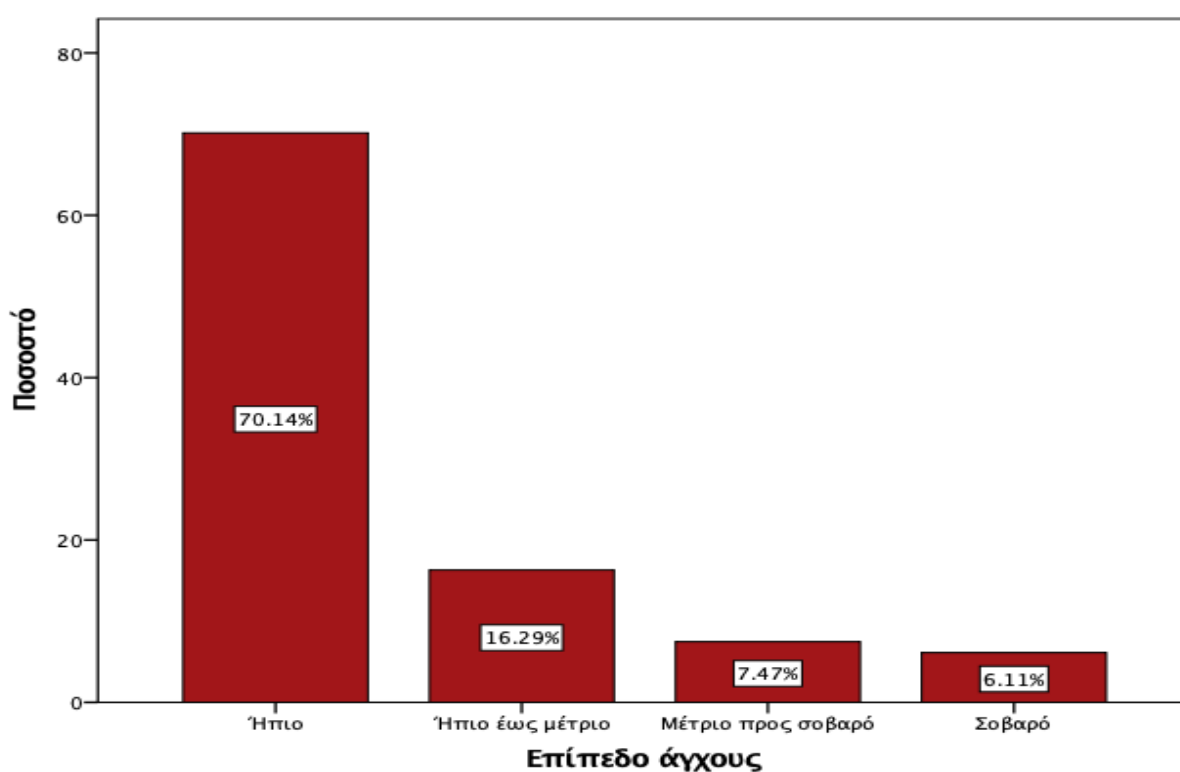
Σημειώσεις: M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, 0=Καθόλου, 4=Πολύ σοβαρά

Στο Διάγραμμα 14 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ της κλίμακας άγχους (η οποία έχει εύρος μεταξύ 0 και 56). Η μέση τιμή της κλίμακας βρέθηκε ίση με 13,36 (SD=9.56). Η πλειοψηφία των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς, είχαν μέσο σκορ στην κλίμακα μικρότερο από 17 (που είναι το όριο για διάγνωση άγχους).



Διάγραμμα 14. Κατανομή της διάστασης «Άγχος»

Το συνολικό εύρος του σκορ της κλίμακας άγχους είναι από 0 έως 56, όπου ένα σκορ <17 υποδηλώνει ήπια σοβαρότητα, 18–24 ήπια έως μέτρια βαρύτητα, 25–30 μέτρια προς σοβαρή βαρύτητα και 31+ σοβαρή βαρύτητα. Από την κατάταξη των εργαζομένων με βάση το σκορ τους στην κλίμακα του άγχους, προέκυψε πως το 70,14% των εργαζομένων είχαν ήπια συμπτώματα άγχους ενώ το 16,3% είχαν ήπιο έως μέτριο άγχος και το 13,58% των εργαζομένων είχαν μέτριο προς σοβαρό ή σοβαρό άγχος.



Διάγραμμα 15. Αποτελέσματα για το επίπεδο άγχους των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μονομεταβλητή ανάλυση με σκοπό να αναδειχθεί η σχέση των δημογραφικών-εργασιακών και άλλων χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς με το επίπεδο άγχους. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι t-test και one-wayANOVA. Τέλος, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης για τη σχέση του άγχους με το μετατραυματικό στρες τα κριτήρια του. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν ο συντελεστής συσχέτισης

του Pearson, ο έλεγχος t-test και η λογιστική παλινδρόμηση. Τα αποτελέσματα αυτά, παρουσιάζονται στις επόμενες ενότητες.

5.12. Επίπεδα Άγχους και Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 41 δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Το μέσο επίπεδο άγχους για τους άντρες βρέθηκε ίσο με 12,4 (SD=10.4) και για τις γυναίκες 13,5 (SD=9.4). Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το φύλο των εργαζομένων ($t(440)=-0.826$, $p=0.409$).

Πίνακας 41. Άγχος ως προς το φύλο των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Άντρας	60	12.4	10.4	-0.826	0.409
	Γυναίκα	382	13.5	9.4		

Στον Πίνακα 42, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζόμενων ($F(6, 438)=2.068$, $p=0.056$).

Πίνακας 42. Άγχος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	F(6, 438)	p
Άγχος	Απόφοιτος Λυκείου	10	12.3	5.9	2.068	0.056
	I.E.K.	12	12.6	8.4		
	T.E.I.	123	14.5	9.4		
	A.E.I.	49	11.7	9.1		
	Μεταπτυχιακό	123	14.1	9.7		
	Διδακτορικό	32	8.3	7.8		
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	93	13.7	10.4		

Στον Πίνακα 43, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς την ειδικότητα των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως το ιατρικό προσωπικό (M=12.7, SD=9.6) έχει ισοδύναμο επίπεδο άγχους με το νοσηλευτικό προσωπικό (M=13.7, SD=9.5) ($t(440)=-1.035$, $p=0.301$).

Πίνακας 43. Άγχος ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ιατρικό προσωπικό	154	12.7	9.6	-1.035	0.301
	Νοσηλευτικό προσωπικό	288	13.7	9.5		

Στον Πίνακα 44, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν πως το επίπεδο άγχους δε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων ($t(440)=-2,737$, $p=0.006$). Αναλυτικότερα, τα ευρήματα έδειξαν πως όσοι εργάζονται σε κυκλικό ωράριο (M=14.2, SD=9.4) έχουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε πρωινό ωράριο (M=11.6, SD=9.7).

Πίνακας 44. Άγχος ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Πρωινό	140	11.6	9.7	-2.737	0.006
	Κυκλικό	302	14.2	9.4		

Στον Πίνακα 45, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς την επιλογή του τμήματος εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την επιλογή του τμήματος εργασίας ($t(440)=-1,628$, $p=0.104$).

Πίνακας 45. Άγχος και επιλογή του τμήματος εργασίας

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Δική σας	199	12.5	9.5	-1.628	0.104
	Της διοίκησης	243	14.0	9.6		

Στον Πίνακα 46, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς την πρόθεση των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς να αλλάξουν τμήμα. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=16.7$, $SD=10.6$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=12.3$, $SD=8.9$) ($t(440)=4.177$, $p=0.000$).

Πίνακας 46. Άγχος και πρόθεση αλλαγής τμήματος

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	107	16.7	10.6	4.177	0.000
	Όχι	335	12.3	8.9		

Στον Πίνακα 47, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με το άγχος ως προς την ικανοποίηση των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς από την αμοιβή τους. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=13.7$, $SD=9.7$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=10.5$, $SD=7.8$) ($t(440)=-2.049$, $p=0.041$).

Πίνακας 47. Άγχος και ικανοποίηση από την αμοιβή

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	42	10.5	7.8	-2.049	0.041
	Όχι	400	13.7	9.7		

Από τον Πίνακα 48, προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο άγχους ως προς τον τομέα εργασίας των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς ($F(2, 442)=2.548$, $p=0.079$).

Πίνακας 48. Άγχος και τομέας εργασίας

		N	M	SD	F(2, 442)	p
Άγχος	ΜΕΘ	154	12.4	8.9	2.548	0.079
	ΤΕΠ	50	11.8	10.1		

Τέλος, από τα αποτελέσματα του Πίνακα 49 προκύπτει πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την περιοχή εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς ($t(440)=1.149, p=0.251$).

Πίνακας 49. Άγχος και περιοχή εργασίας

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Περιφέρεια	183	12.7	8.7	-1.149	0.251
	Αττική	259	13.8	10.1		

5.13.Επίπεδα Άγχους και άλλα Χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του άγχους, ως προς άλλα χαρακτηριστικά των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Από τον Πίνακα 47, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο άγχους ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους στο χώρο εργασίας τους ($t(440)=3.533, p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους ($M=14.3, SD=9.6$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό στον εργασιακό τους χώρο ($M=10.8, SD=8.9$).

Πίνακας 50. Άγχος ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	322	14.3	9.6	3.533	0.000
	Όχι	120	10.8	8.9		

Από τον Πίνακα 51, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο άγχους ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($t(440)=2.767, p=0.006$). Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή

απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=14.5$, $SD=9.9$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=12.0$, $SD=8.9$).

Πίνακας 51. Άγχος ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	247	14.5	9.9	2.767	0.006
	Όχι	195	12.0	8.9		

Τέλος, από τον Πίνακα 52 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο άγχους ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($t(440)=4.648$, $p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=15.2$, $SD=9.4$) εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=11.1$, $SD=9.2$).

Πίνακας 52. Άγχος ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	245	15.2	9.4	4.648	0.000
	Όχι	197	11.1	9.2		

6.14. Επίπεδα Άγχους και COVID-19

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν το άγχος των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, ως προς διάφορα βιώματά τους, που σχετίζονται με τον COVID-19. Από τον Πίνακα 53, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο άγχους, ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($t(440)=3.499$, $p=0.001$). Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=14.5$, $SD=9.4$), εμφανίζουν υψηλότερο

επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει ή αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=11.1$, $SD=9.6$).

Πίνακας 53. Άγχος και αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	298	14.5	9.4	3.499	0.001
	Όχι	144	11.1	9.6		

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 54, προκύπτει πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν νοσήσει από COVID-19 ($t(440)=0.381$, $p=0.703$).

Πίνακας 54. Άγχος και νόσηση από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	101	13.7	9.8	0.381	0.703
	Όχι	341	13.3	9.5		

Παρόμοια, από τα αποτελέσματα του Πίνακα 55, προκύπτει πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε νοσήσει από COVID-19 ($t(440)=-1.698$, $p=0.090$).

Πίνακας 55. Άγχος και νόσηση συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	343	13.0	9.1	-1.698	0.090
	Όχι	99	14.8	11.0		

Επιπλέον, τα αποτελέσματα του Πίνακα 56, δείχνουν πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, είχε αποβιώσει από COVID-19 ($t(440)=0.422$, $p=0.673$).

Πίνακας 56. Άγχος και θάνατος συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	94	13.7	9.6	0.422	0.673
	Όχι	348	13.3	9.6		

Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 57, προκύπτει πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19 ($t(440)=-0.364$, $p=0.716$).

Πίνακας 57. Άγχος και εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	266	13.2	8.8	-0.364	0.716
	Όχι	176	13.6	10.6		

Τέλος, από τα αποτελέσματα του Πίνακα 58, προκύπτει πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς είχαν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19 στον εργασιακό τους χώρο ($t(440)=0.712$, $p=0.477$).

Πίνακας 58. Άγχος και εμπειρία από θάνατο παιδιού με COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Άγχος	Ναι	38	14.4	9.3	0.712	0.477
	Όχι	404	13.3	9.6		

6.15.Επίπεδα Άγχους και Εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Στην τελευταία ενότητα, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης σχετικά με τη σχέση μεταξύ άγχους και εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Στον Πίνακα 59, δίνονται τα ευρήματα του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ άγχους με το συνολικό σκορ της κλίμακας PCL-5 και των τεσσάρων κριτηρίων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η ανάλυση έδειξε, πως υπάρχει σημαντική θετική

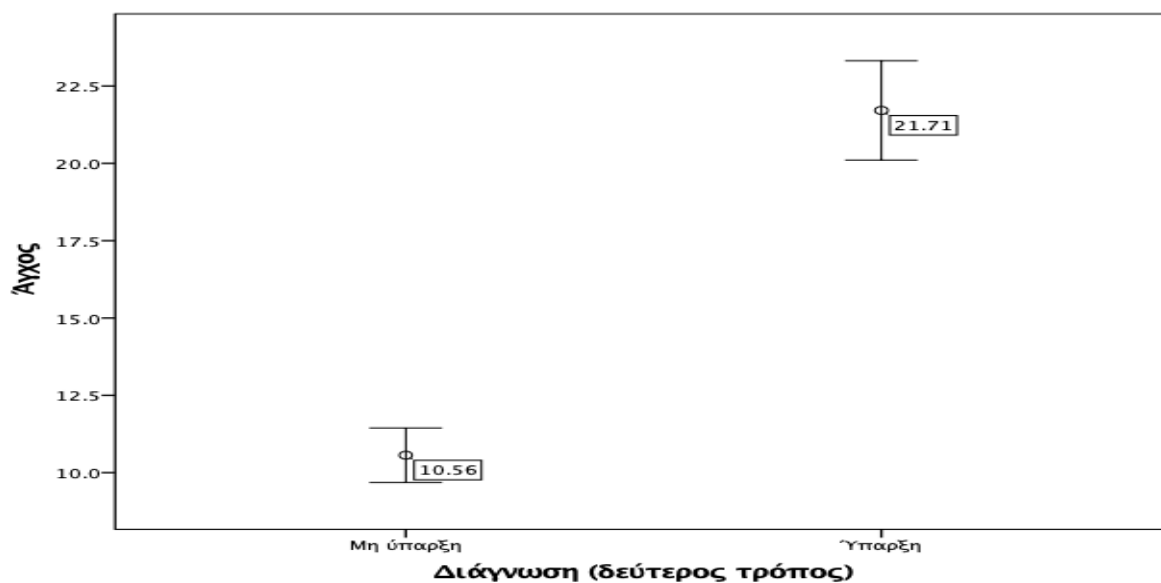
συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου άγχους με το συνολικό σκορ της κλίμακας PTSD ($r=0.657$, $p<0.01$). Επιπλέον, προκύπτει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου άγχους με το σκορ του κριτηρίου Β ($r=0.522$, $p<0.01$), του κριτηρίου Γ ($r=0.384$, $p<0.01$), του κριτηρίου Δ ($r=0.616$, $p<0.01$) και του κριτηρίου Ε ($r=0.601$, $p<0.01$).

Πίνακας 59. Συσχέτιση μεταξύ άγχους και διαταραχής μετατραυματικού στρες

	Άγχος
Μετατραυματικό στρες	.657**
Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος,	.522**
Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία	.384**
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	.616**
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	.601**

** Σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο $\alpha=0.01$

Ο έλεγχος t-test, ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του άγχους. Η ανάλυση έδειξε, πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που καλύπτουν όλα τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=21.71$, $SD=8.55$), έχουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν πληρούν τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=10.56$, $SD=8.15$). (Διάγραμμα 16).



Διάγραμμα 16. Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο άγχους μεταξύ των εργαζομένων στις παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν μετατραυματικό στρες

Στον Πίνακα 60, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο άγχους. Τα ευρήματα δείχνουν, πως το επίπεδο άγχους είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες ($b=0.140$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.151$, 95% Δ.Ε.=[1.116, 1.187]). Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση του σκορ του άγχους κατά 1 μονάδα, συνδέεται με την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες κατά 15,1%.

Πίνακας 60. Μονομεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο άγχους των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε.	
								L	U
Step 1 ^a	Άγχος	.140	.016	80.456	1	.000	1.151	1.116	1.187
	Constant	-3.292	.296	123.408	1	.000	.037		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

5.16.Επίπεδο Επαγγελματικής Ικανοποίησης των Εργαζομένων σε Παιδιατρικούς Τομείς

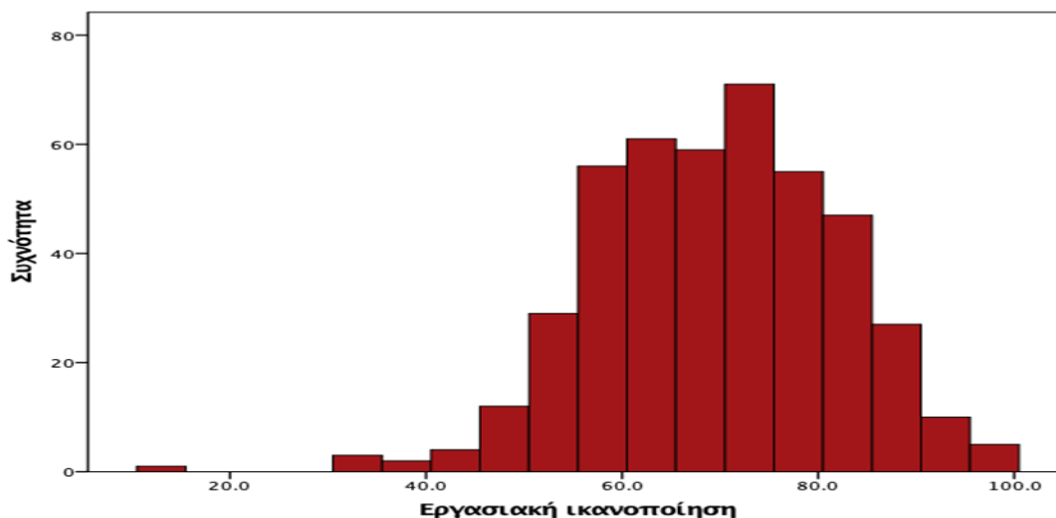
Η επόμενη ενότητα του κεφαλαίου των αποτελεσμάτων, αφορά της παρουσίαση των ευρημάτων για την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς. Στον Πίνακα 61, δίνονται τα αποτελέσματα για τις ερωτήσεις της κλίμακας επαγγελματικής ικανοποίησης που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη. Τα ευρήματα δείχνουν, πως η μέση τιμή των απαντήσεων στις περισσότερες ερωτήσεις κυμαίνεται κοντά στο 4 (Ικανοποιημένος). Γενικότερα, φαίνεται ότι το μέσο σκορ στην κλίμακα εσωγενούς ικανοποίησης, είναι ίσο με 40,92 (TA=6.77) σε μια κλίμακα που έχει εύρος μεταξύ 12 και 60. Επιπλέον, το μέσο σκορ στην κλίμακα εξωγενούς ικανοποίησης, είναι ίσο με 18,38 (TA=4.48) σε μια κλίμακα που έχει εύρος μεταξύ 6 με 30. Τα αποτελέσματα δείχνουν, πως γενικά οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς, έχουν ένα μέτριο προς υψηλό επίπεδο εσωγενούς και εξωγενούς ικανοποίησης.

Πίνακας 61. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 20 ερωτήσεις της κλίμακας MSQ

11. την ευκαιρία να χρησιμοποιώ τα προσόντα μου.	3.8	1.0
15. την ελευθερία να χρησιμοποιώ τη δική μου κρίση.	3.3	0.9
16. την ευκαιρία να εφαρμόζω δικές μου μεθόδους/ιδέες.	3.2	0.8
20. το αίσθημα ολοκλήρωσης που εισπράττω.	3.4	1.0
Εξωγενής Ικανοποίηση	18.38	4.48
5. τον τρόπο που μου συμπεριφέρονται οι προϊστάμενοι μου.	3.7	1.0
6. την ικανότητα του προϊσταμένου μου να παίρνει αποφάσεις.	3.7	1.1
12. τον τρόπο με τον οποίο ασκεί τη πολιτική της η διοίκηση	2.6	1.1
13. τον μισθό αναλογικά με τη δουλειά που κάνω.	2.3	1.1
14. τις ευκαιρίες για προαγωγή ή ανέλιξη.	2.8	1.0
19. την αναγνώριση που μου δίνουν.	3.4	1.0
Ερωτήσεις που συγκαταλέγονται στη γενική ικανοποίηση		
17. τις εργασιακές συνθήκες.	3.0	1.1
18. τις σχέσεις των συναδέλφων μεταξύ τους.	3.5	1.0

M=Μέση Τιμή, SD=Τυπική Απόκλιση, 1=Πολύ Δυσανεστημένος, 4= Πολύ Ικανοποιημένος

Στο Διάγραμμα 17 που ακολουθεί, δίνεται η κατανομή για το συνολικό σκορ της εργασιακής ικανοποίησης (η οποία έχει εύρος μεταξύ 20 και 100). Η μέση τιμή της κλίμακας βρέθηκε ίση με 69,6 (SD=12.3). Η πλειοψηφία των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς, είχαν μέσο σκορ στην κλίμακα υψηλότερο από 60 (που αντιστοιχεί σε ένα μέτριο επίπεδο ικανοποίησης).



Διάγραμμα 17. Κατανομή της διάστασης «Εργασιακή Ικανοποίηση»

5.17.Επαγγελματική Ικανοποίηση και Δημογραφικά-Εργασιακά Χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε μονομεταβλητή ανάλυση με σκοπό να αναδειχθεί η σχέση των δημογραφικών-εργασιακών και άλλων χαρακτηριστικών των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς, με το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης τους (εσωγενούς, εξωγενούς και συνολικής). Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι t-test και one-way ANOVA. Τέλος, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης για τη σχέση της επαγγελματικής ικανοποίησης με το μετατραυματικό στρες και τα κριτήρια του. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson, ο έλεγχος t-test και η λογιστική παλινδρόμηση.

Στον Πίνακα 62, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το φύλο των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως δεν καταγράφονται σημαντικές διαφορές στο συνολικό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης ($t(440)=0.976$, $p=0.329$), αλλά και στο επίπεδο εσωγενούς ($t(440)=1.237$, $p=0.217$) και εξωγενούς ($t(440)=0.426$, $p=0.671$) επαγγελματικής ικανοποίησης

Πίνακας 62. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το φύλο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Άντρας	60	71.0	11.7	0.976	0.329
	Γυναίκα	385	69.3	12.5		
Εσωγενής ικανοποίηση	Άντρας	60	41.9	6.4	1.237	0.217
	Γυναίκα	385	40.7	6.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Άντρας	60	18.6	4.7	0.426	0.671
	Γυναίκα	385	18.3	4.5		

Στον Πίνακα 63, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων στο επίπεδο συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης ($F(6, 438)=1.727, p=0.113$), στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($F(6, 438)=2.080, p=0.062$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($F(6, 438)=1.775, p=0.103$).

Πίνακας 63. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	F(6, 438)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Απόφοιτος Λυκείου	10	75.1	12.4	1.727	0.113
	I.E.K.	13	73.4	9.9		
	T.E.I.	124	68.3	11.4		
	A.E.I.	49	67.9	12.7		
	Μεταπτυχιακό	123	69.9	11.8		
	Διδακτορικό	33	74.0	15.9		
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	93	68.6	12.8		
Εσωγενής ικανοποίηση	Απόφοιτος Λυκείου	10	43.4	5.5	2.080	0.062
	I.E.K.	13	41.8	6.3		
	T.E.I.	124	40.0	6.5		
	A.E.I.	49	39.4	6.4		
	Μεταπτυχιακό	123	41.2	6.6		
	Διδακτορικό	33	44.6	7.4		
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	93	40.8	7.1		
Εξωγενής ικανοποίηση	Απόφοιτος Λυκείου	10	21.1	4.9	1.775	0.103
	I.E.K.	13	21.0	3.4		
	T.E.I.	124	18.1	4.3		
	A.E.I.	49	18.5	4.7		
	Μεταπτυχιακό	123	18.2	4.2		
	Διδακτορικό	33	19.0	6.2		
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	93	17.8	4.3		

Στον Πίνακα 64, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-2.431, p=0.015$). Η ανάλυση έδειξε, πως το ιατρικό προσωπικό ($M=17.6, SD=5.0$), εμφανίζει χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό ($M=18.7, SD=4.2$).

Πίνακας 64. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την ειδικότητα των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ιατρικό προσωπικό	154	68.4	13.5	-1.403	0.161
	Νοσηλευτικό προσωπικό	291	70.1	11.7		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ιατρικό προσωπικό	154	40.7	7.0	-0.440	0.660
	Νοσηλευτικό προσωπικό	291	41.0	6.7		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ιατρικό προσωπικό	154	17.6	5.0	-2.431	0.015
	Νοσηλευτικό προσωπικό	291	18.7	4.2		

Στον Πίνακα 65, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν, πως δεν καταγράφονται σημαντικές διαφορές ως προς το ωράριο εργασίας στο συνολικό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης ($t(440)=1.289, p=0.198$), αλλά δεν υπάρχουν ούτε στο επίπεδο εσωγενούς ($t(440)=1.043, p=0.298$) και εξωγενούς ($t(440)=1.081, p=0.280$) επαγγελματικής ικανοποίησης.

Πίνακας 65. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το ωράριο εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Πρωινό	142	70.6	15.0	1.289	0.198
	Κυκλικό	303	69.0	11.0		
Εσωγενής ικανοποίηση	Πρωινό	142	41.4	7.8	1.043	0.298

	Κυκλικό	303	40.6	6.2		
Εξωγενής ικανοποίηση	Πρωινό	142	18.7	5.4	1.081	0.280
	Κυκλικό	303	18.2	4.0		

Στον Πίνακα 66, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την επιλογή του τμήματος εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=3.598$, $p=0.000$) και στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=2.251$, $p=0.012$). Η ανάλυση έδειξε, πως όσοι εργάζονται σε τμήμα της επιλογής τους ($M=71.2$, $SD=12.7$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε τμήμα που δεν επέλεξαν οι ίδιοι ($M=68.2$, $SD=12.0$). Επιπλέον, όσοι εργάζονται σε τμήμα της επιλογής τους ($M=42.1$, $SD=6.4$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε τμήμα που δεν επέλεξαν οι ίδιοι ($M=39.9$, $SD=6.9$).

Πίνακας 66. Επαγγελματική ικανοποίηση και επιλογή του τμήματος εργασίας

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Δική σας	199	71.2	12.7	2.521	0.012
	Της διοίκησης	246	68.2	12.0		
Εσωγενής ικανοποίηση	Δική σας	199	42.1	6.4	3.598	0.000
	Της διοίκησης	246	39.9	6.9		
Εξωγενής ικανοποίηση	Δική σας	199	18.5	4.9	0.503	0.615
	Της διοίκησης	246	18.3	4.2		

Στον Πίνακα 67, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την πρόθεση των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς να αλλάξουν τμήμα. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=63.8$, $SD=14.2$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=71.4$, $SD=11.1$) ($t(440)=-5.741$, $p=0.000$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=38.3$, $SD=7.9$), εμφανίζουν χαμηλότερο

επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=41.7$, $SD=6.2$) ($t(440)=-4.647$, $p=0.000$). Τέλος, οι εργαζόμενοι που έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=16.2$, $SD=4.9$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν πρόθεση να αλλάξουν τμήμα ($M=19.0$, $SD=4.1$) ($t(440)=-5.845$, $p=0.000$).

Πίνακας 67. Επαγγελματική ικανοποίηση και πρόθεση αλλαγής τμήματος

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	109	63.8	14.2	-5.741	0.000
	Όχι	336	71.4	11.1		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	109	38.3	7.9	-4.647	0.000
	Όχι	336	41.7	6.2		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	109	16.2	4.9	-5.845	0.000
	Όχι	336	19.0	4.1		

Στον Πίνακα 68, δίνονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση ως προς την ικανοποίηση των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς από την αμοιβή τους. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=73.4$, $SD=11.9$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=69.1$, $SD=12.4$) ($t(440)=2.184$, $p=0.030$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=20.7$, $SD=4.6$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=18.1$, $SD=4.4$) ($t(440)=3.640$, $p=0.000$).

Πίνακας 68. Επαγγελματική ικανοποίηση και ικανοποίηση από την αμοιβή

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	43	73.4	11.9	2.184	0.030
	Όχι	402	69.1	12.4		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	43	42.0	6.2	1.096	0.274
	Όχι	402	40.8	6.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	43	20.7	4.6	3.640	0.000
	Όχι	402	18.1	4.4		

Από τον Πίνακα 69, προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης ως προς τον τομέα εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς ($F(2, 442)=1.460, p=0.233$). Παρόμοια, δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο εσωγενούς ($F(2, 442)=2.781, p=0.063$) και εξωγενούς ($F(2, 442)=0.786, p=0.456$) ικανοποίησης.

Πίνακας 69. Επαγγελματική ικανοποίηση και τομέας εργασίας

		N	M	SD	F(2, 442)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	ΜΕΘ	155	70.5	11.9	1.460	0.233
	ΤΕΠ	50	71.0	11.3		
	Κλινική	240	68.6	12.9		
Εσωγενής ικανοποίηση	ΜΕΘ	155	41.7	6.7	2.781	0.063
	ΤΕΠ	50	41.6	5.8		
	Κλινική	240	40.2	7.0		
Εξωγενής ικανοποίηση	ΜΕΘ	155	18.4	4.1	0.786	0.456
	ΤΕΠ	50	19.0	4.9		
	Κλινική	240	18.2	4.7		

Τέλος, από τα αποτελέσματα του Πίνακα 70, προκύπτει πως το επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης δε διαφοροποιείται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς την περιοχή εργασίας των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς ($t(440)=0.985, p=0.325$). Παρόμοια, δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο εσωγενούς ($t(440)=1.218, p=0.224$) και εξωγενούς ($t(440)=0.421, p=0.674$) ικανοποίησης.

Πίνακας 70. Επαγγελματική ικανοποίηση και περιοχή εργασίας

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Περιφέρεια	185	70.2	12.8	0.985	0.325
	Αττική	260	69.0	12.1		
Εσωγενής ικανοποίηση	Περιφέρεια	185	41.3	6.7	1.218	0.224
	Αττική	260	40.5	6.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Περιφέρεια	185	18.5	4.7	0.421	0.674
	Αττική	260	18.3	4.4		

5.18.Επαγγελματική Ικανοποίηση και άλλα Χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επαγγελματικής ικανοποίησης ως προς άλλα χαρακτηριστικά των εργαζόμενων σε παιδιατρικούς τομείς. Από τον Πίνακα 71, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους στο χώρο εργασίας τους, στο επίπεδο συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης ($t(440)=-3.481, p=0.001$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-5.138, p=0.000$). Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους ($M=68.3, SD=12.8$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό στον εργασιακό τους χώρο ($M=72.8, SD=10.6$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους ($M=17.7, SD=4.5$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει τέτοιο περιστατικό στον εργασιακό τους χώρο ($M=20.1, SD=4.1$)

Πίνακας 71. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό ιατρικού/νοσηλευτικού λάθους

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	324	68.3	12.8	-3.481	0.001
	Όχι	121	72.8	10.6		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	324	40.5	7.1	-1.715	0.087
	Όχι	121	41.8	5.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	324	17.7	4.5	-5.138	0.000
	Όχι	121	20.1	4.1		

Από τον Πίνακα 72, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης ($t(440)=-2.225, p=0.025$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-3.495, p=0.001$), ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που είχαν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=68.3, SD=13.5$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους

εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=71.0$, $SD=10.6$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=17.7$, $SD=4.9$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού ($M=19.2$, $SD=3.8$).

Πίνακας 72. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν συμμετάσχει σε περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής ενός παιδιού

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	249	68.3	13.5	-2.255	0.025
	Όχι	196	71.0	10.6		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	249	40.6	7.3	-0.876	0.382
	Όχι	196	41.2	6.1		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	249	17.7	4.9	-3.495	0.001
	Όχι	196	19.2	3.8		

Τέλος, από τον Πίνακα 73, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=6.666$, $p=0.000$), στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-5.095$, $p=0.000$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-6.560$, $p=0.000$), ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που είχαν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=66.2$, $SD=12.6$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=73.7$, $SD=10.7$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=39.4$, $SD=7.1$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=42.7$, $SD=5.8$). Τέλος, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=17.2$, $SD=4.5$) εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό ($M=19.8$, $SD=4.1$).

Πίνακας 73. Επαγγελματική ικανοποίηση ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει περιστατικά εργασιακού εκφοβισμού

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	247	66.2	12.6	-6.666	0.000
	Όχι	198	73.7	10.7		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	247	39.4	7.1	-5.095	0.000
	Όχι	198	42.7	5.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	247	17.2	4.5	-6.560	0.000
	Όχι	198	19.8	4.1		

5.19.Επαγγελματική Ικανοποίηση και COVID-19

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς ως προς διάφορα βιώματα τους που σχετίζονται με τον COVID-19. Από τον Πίνακα 74, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=-3.833$, $p=0.000$), στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-3.642$, $p=0.000$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-3.055$, $p=0.002$), ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς είχαν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=68.0$, $SD=12.3$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει ή αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=72.7$, $SD=12.2$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που είχαν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=40.1$, $SD=6.7$) εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=42.5$, $SD=6.7$). Επιπλέον, οι εργαζόμενοι που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=17.9$, $SD=4.5$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων ($M=19.3$, $SD=4.4$).

Πίνακας 74. Επαγγελματική ικανοποίηση και αίσθηση απειλής για τη ζωή τους ή των δικών τους ανθρώπων

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	300	68.0	12.3	-3.833	0.000
	Όχι	145	72.7	12.1		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	300	40.1	6.7	-3.642	0.000
	Όχι	145	42.5	6.7		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	300	17.9	4.5	-3.055	0.002
	Όχι	145	19.3	4.4		

Από τον Πίνακα 75, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=-2.128$, $p=0.034$) και στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-2.544$, $p=0.011$), ως προς το αν οι εργαζόμενοι είχαν νοσήσει από COVID-19. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι εργαζόμενοι που έχουν νοσήσει από COVID-19 ($M=67.2$, $SD=13.2$) εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν νοσήσει από COVID-19 ($M=70.2$, $SD=12.1$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που έχουν νοσήσει από COVID-19 ($M=39.4$, $SD=7.4$) εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν νοσήσει από COVID-19 ($M=41.3$, $SD=6.5$).

Πίνακας 75. Επαγγελματική ικανοποίηση και νόσηση από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	101	67.2	13.2	-2.128	0.034
	Όχι	344	70.2	12.1		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	101	39.4	7.4	-2.544	0.011
	Όχι	344	41.3	6.5		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	101	17.9	4.5	-1.197	0.232
	Όχι	344	18.5	4.5		

Από τον Πίνακα 76, προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=0.739$, $p=0.460$), στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=0.525$, $p=0.600$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=1.021$, $p=0.308$) ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε νοσήσει από COVID-19.

Πίνακας 76. Επαγγελματική ικανοποίηση και νόσηση συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	344	69.8	12.3	0.739	0.460
	Όχι	101	68.7	12.6		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	344	41.0	6.7	0.525	0.600
	Όχι	101	40.6	7.2		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	344	18.5	4.5	1.021	0.308
	Όχι	101	18.0	4.6		

Από τον Πίνακα 77, προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=0.206$, $p=0.837$), στο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=0.592$, $p=0.554$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=0.320$, $p=0.749$), ως προς το αν κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς είχε αποβιώσει από COVID-19.

Πίνακας 77. Επαγγελματική ικανοποίηση και θάνατος συγγενικού/ φιλικού προσώπου από COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	95	69.7	12.7	0.206	0.837
	Όχι	350	69.5	12.3		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	95	41.2	6.8	0.592	0.554
	Όχι	350	40.8	6.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	95	18.5	4.8	0.320	0.749
	Όχι	350	18.3	4.4		

Από τον Πίνακα 78, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19 ($t(440)=-3.105$, $p=0.002$). Οι εργαζόμενοι που έχουν εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19 ($M=17.8$, $SD=4.5$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19 ($M=19.2$, $SD=4.4$).

Πίνακας 78.Επαγγελματική ικανοποίηση και εμπειρία από νοσηλεία παιδιού με COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	267	68.8	12.4	-1.568	0.118
	Όχι	178	70.6	12.3		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	267	40.8	6.8	-0.428	0.669
	Όχι	178	41.0	6.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	267	17.8	4.5	-3.105	0.002
	Όχι	178	19.2	4.4		

Τέλος, από τον Πίνακα 79, προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης ($t(440)=-2.134$, $p=0.0033$) και στο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης ($t(440)=-2.613$, $p=0.009$), ως προς το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19 στον εργασιακό τους χώρο. Τα ευρήματα έδειξαν, πως οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19 στον εργασιακό τους χώρο ($M=65.5$, $SD=11.3$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο συνολικής ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19 στον εργασιακό τους χώρο ($M=69.9$, $SD=12.4$). Παρόμοια, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19 στον εργασιακό τους χώρο ($M=16.6$, $SD=4.1$), εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης σε σύγκριση με τους εργαζομένους που δεν έχουν βιώσει θάνατο παιδιού από COVID-19 στον εργασιακό τους χώρο ($M=18.5$, $SD=4.5$).

Πίνακας 79. Επαγγελματική ικανοποίηση και εμπειρία από θάνατο παιδιού με COVID-19

		N	M	SD	t(440)	p
Εργασιακή ικανοποίηση	Ναι	39	65.5	11.3	-2.134	0.033
	Όχι	406	69.9	12.4		
Εσωγενής ικανοποίηση	Ναι	39	39.7	6.4	-1.167	0.244
	Όχι	406	41.0	6.8		
Εξωγενής ικανοποίηση	Ναι	39	16.6	4.1	-2.613	0.009
	Όχι	406	18.5	4.5		

5.20.Επαγγελματική Ικανοποίηση και Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

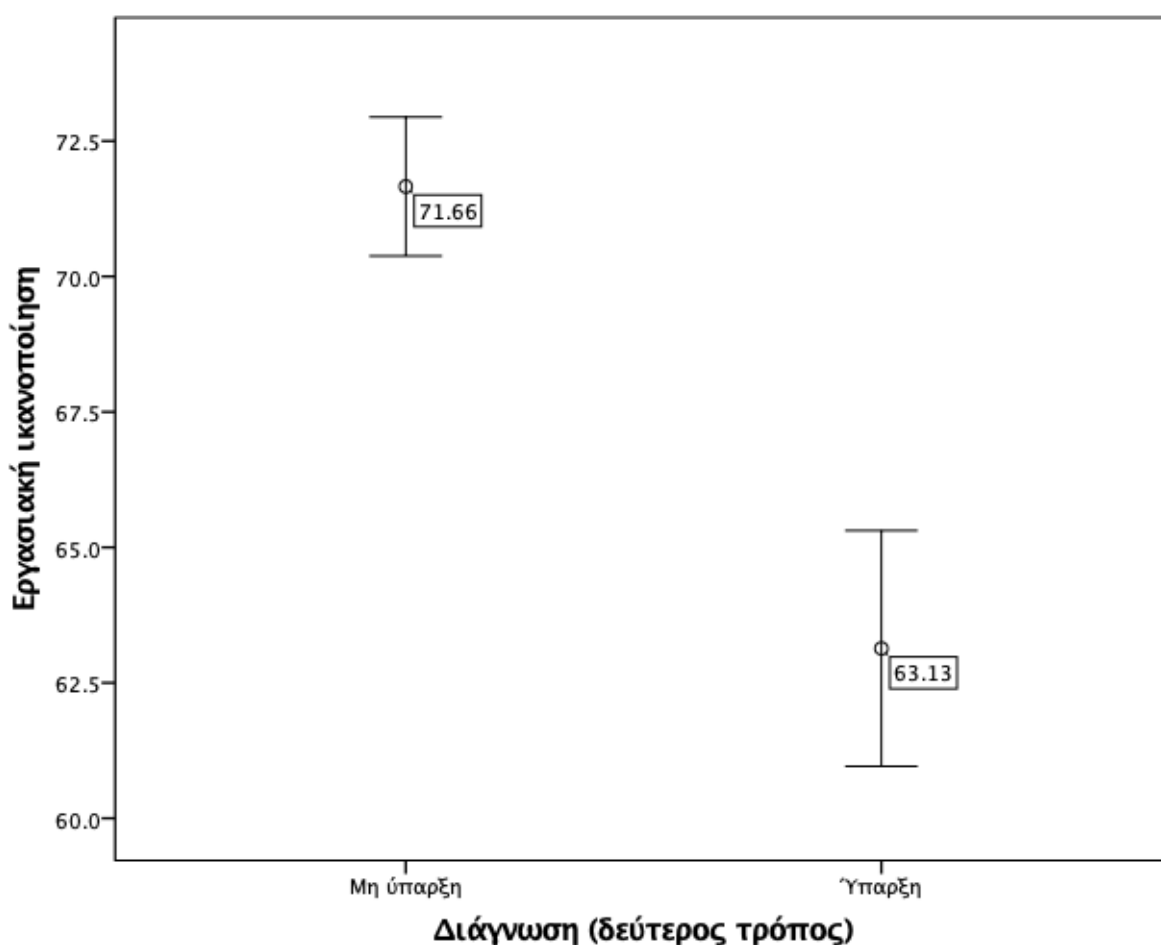
Στην τελευταία ενότητα, δίνονται τα ευρήματα της μονομεταβλητής ανάλυσης, σχετικά με τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και εμφάνισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Στον Πίνακα 80, δίνονται τα ευρήματα του συντελεστή συσχέτισης μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης με το συνολικό σκορ της κλίμακας PCL-5 και των τεσσάρων κριτηρίων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Η ανάλυση έδειξε, πως υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης με το συνολικό σκορ της κλίμακας PCL-5 ($r=-0.403$, $p<0.01$). Επιπλέον, προκύπτει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης με το σκορ του κριτηρίου Β ($r=-0.337$, $p<0.01$), του κριτηρίου Γ ($r=-0.250$, $p<0.01$), του κριτηρίου Δ ($r=-0.375$, $p<0.01$) και του κριτηρίου Ε ($r=-0.344$, $p<0.01$). Παρόμοια αποτελέσματα, προκύπτουν και για την εξωγενή και την εσωγενή ικανοποίηση.

Πίνακας 80. Συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και διαταραχής μετατραυματικού στρες

	Εργασιακή ικανοποίηση	Εσωγενής ικανοποίηση	Εξωγενής ικανοποίηση
Μετατραυματικό στρες	-.425**	-.362**	-.403**
Αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος,	-.324**	-.255**	-.337**
Αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία	-.256**	-.212**	-.250**
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	-.410**	-.359**	-.375**
Εμφάνιση αρνητικών συναισθημάτων για το κρίσιμο συμβάν	-.379**	-.335**	-.344**

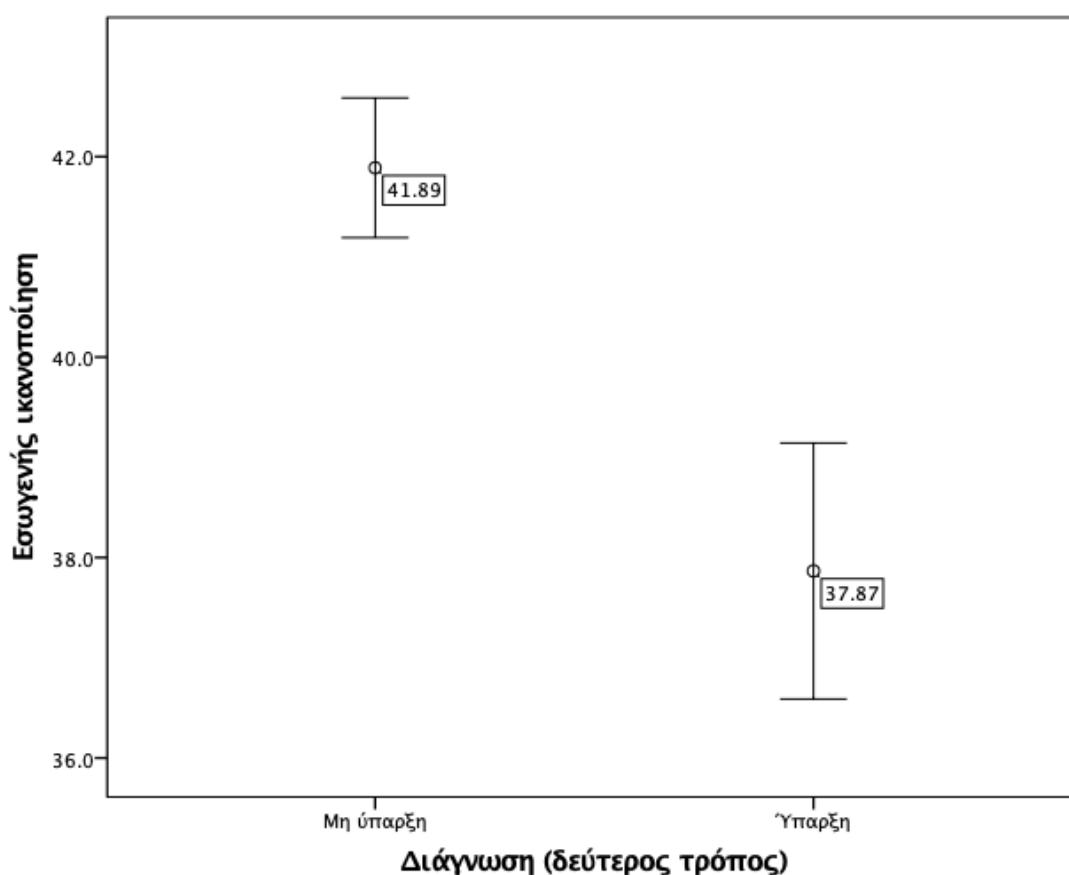
** Σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο $\alpha=0.01$

Ο έλεγχος t-test, ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς, έχουν μετατραυματικό στρες ή όχι ($t(440)=6.597, p=0.000$). Η ανάλυση έδειξε, πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν όλα τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=63.13, SD=11.62$), έχουν χαμηλότερο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σύγκριση με εργαζόμενους που δεν πληρούν τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=71.66, SD=11.90$). (Διάγραμμα 18).



Διάγραμμα 18. Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στις παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν

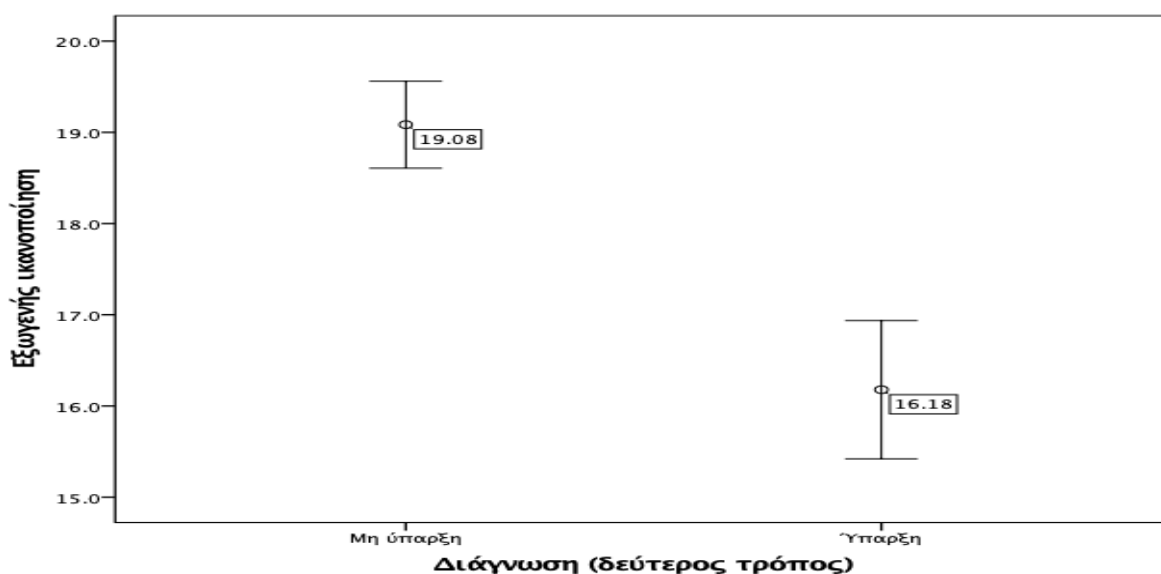
Ο έλεγχος t-test, ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της εσωγενούς εργασιακής ικανοποίησης ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν μετατραυματικό στρες ή όχι ($t(440)=5.614, p=0.000$). Η ανάλυση έδειξε, πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν όλα τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=37.87, SD=6.82$), έχουν χαμηλότερο επίπεδο εσωγενούς εργασιακής ικανοποίησης σε σύγκριση με εργαζομένους που δεν πληρούν τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=41.89, SD=6.47$). (Διάγραμμα 19).



Διάγραμμα 19. Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο εσωγενούς ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στις παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν

Ο έλεγχος t-test, ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της εξωγενούς εργασιακής ικανοποίησης ως προς το αν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς έχουν μετατραυματικό στρες ή όχι ($t(440)=6.143, p=0.000$). Η ανάλυση έδειξε πως οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν όλα τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες ($M=16.18, SD=4.05$), έχουν χαμηλότερο επίπεδο εξωγενούς

εργασιακής ικανοποίησης σε σύγκριση με εργαζομένους που δεν πληρούν τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες (M=19.08, SD=4.42). (Διάγραμμα 20).



Διάγραμμα 20. Μέση Τιμή και 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για το μέσο επίπεδο εξωγενούς ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στους παιδιατρικούς τομείς που εμφανίζουν μετατραυματικό στρες και αυτών που δεν εμφανίζουν

Στον Πίνακα 81, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα ευρήματα δείχνουν, πως μόνο η εξωγενής ικανοποίησης είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες ($b=-0.112$, $p=0.002$, $\text{Exp}(B)=0.894$, 95% Δ.Ε.=[0.833, 0.960]). Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης, πως η αύξηση του σκορ της εξωγενούς ικανοποίησης κατά 1 μονάδα, συνδέεται με τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες κατά 10,6%.

Πίνακας 81. Μονομεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες από το επίπεδο ικανοποίησης των εργαζομένων σε παιδιατρικούς τομείς

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε.	
								L	U
Step 1 ^a	Εσωγενής	-.042	.023	3.255	1	.071	.959	.916	1.004
	Εξωγενής	-.112	.036	9.549	1	.002	.894	.833	.960
	Constant	2.570	.712	13.035	1	.000	13.071		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

5.21. Προσδιοριστικοί Παράγοντες Εμφάνισης Μετατραυματικού Στρες

Στην τελευταία ενότητα, δίνονται τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης, η οποία πραγματοποιήθηκε για να διερευνηθεί, ποιες μεταβλητές είναι σημαντικές στην πρόβλεψη της διάγνωσης του μετατραυματικού στρες σε εργαζομένους σε παιδιατρικούς τομείς ή την πρόβλεψη κάποιου από τα τέσσερα διαγνωστικά κριτήρια (B, C, D ή E του μετατραυματικού στρες). Για το σκοπό αυτό, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, εφαρμόζοντας τη μεθοδολογία της προς τα εμπρός εισαγωγής μεταβλητών με το κριτήριο Forward: LR.

Στον Πίνακα 82, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε εργαζομένους σε παιδιατρικούς τομείς. Τα ευρήματα δείχνουν πως τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντική στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες είναι οι ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ($b=0.122$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.130$, 95% Δ.Ε.=[1.082, 1.179]), το άγχος ($b=0.090$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.094$, 95% Δ.Ε.=[1.056, 1.133]), το αν έχουν επιλέξει οι ίδιοι το τμήμα εργασίας τους ($b=0.658$, $p=0.024$, $\text{Exp}(B)=1.931$, 95% Δ.Ε.=[1.089, 3.423]) και το αν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($b=1.838$, $p=0.032$, $\text{Exp}(B)=6.283$, 95% Δ.Ε.=[1.167, 33.833]).

Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να προβλέψουν σωστά την ύπαρξη ή όχι μετατραυματικού στρες στο 82,1% των περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα επίσης δείχνουν, πως η αύξηση του σκορ των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες κατά 13%. Παρόμοια, η αύξηση του σκορ άγχους κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες κατά 5,6%. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εργαζόμενοι που δεν επέλεξαν οι ίδιοι το τμήμα εργασίας έχουν 1,931 φορές, μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους επέλεξαν μόνοι τους το τμήμα που εργάζονται. Τέλος, από την ανάλυση προκύπτει, πως όσοι δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους, έχουν 6,283 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με όσους είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους.

Πίνακας 82. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες.

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε.	
								L	U
Βήμα 1	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.181	.020	80.711	1	.000	1.198	1.152	1.247
	Constant	-2.637	.226	135.755	1	.000	.072		
Βήμα 2	Άγχος	.092	.018	26.627	1	.000	1.097	1.059	1.136
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.118	.022	30.188	1	.000	1.126	1.079	1.174
	Constant	-3.580	.328	119.029	1	.000	.028		
Βήμα 3	Άγχος	.092	.018	26.166	1	.000	1.096	1.058	1.136
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.115	.022	28.126	1	.000	1.121	1.075	1.170
	Ικανοποίηση αμοιβή	1.827	.891	4.204	1	.040	6.214	1.084	35.628
	Constant	-5.282	.940	31.576	1	.000	.005		
Βήμα 4	Άγχος	.090	.018	24.906	1	.000	1.094	1.056	1.133
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.122	.022	30.689	1	.000	1.130	1.082	1.179
	Επιλογή τμήματος	.658	.292	5.069	1	.024	1.931	1.089	3.423
	Ικανοποίηση αμοιβή	1.838	.859	4.579	1	.032	6.283	1.167	33.823
	Constant	-5.711	.938	37.051	1	.000	.003		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

Στον Πίνακα 83, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης του κριτηρίου B (αίσθηση αναβίωσης τραυματικού συμβάντος). Τα ευρήματα δείχνουν πως τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντικά στην εμφάνιση του κριτηρίου B, είναι οι ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ($b=0.045$, $p=0.033$, $\text{Exp}(B)=1.046$, 95% Δ.Ε.=[1.049, 1.118]), το άγχος ($b=0.080$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.083$, 95% Δ.Ε.=[1.049, 1.118]), το ωράριο εργασίας ($b=-0.621$, $p=0.014$, $\text{Exp}(B)=0.538$, 95% Δ.Ε.=[0.327, 0.884]), η εξωγενής ικανοποίηση ($b=-0.118$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=0.888$, 95% Δ.Ε.=[0.839, 0.941]) και αν τα άτομα αισθάνθηκαν απειλή για τη ζωή τους ή τη ζωή κάποιου οικείου τους κατά την πανδημία COVID-19 ($b=-0.599$, $p=0.015$, $\text{Exp}(B)=0.549$, 95% Δ.Ε.=[0.339, 0.891]).

Πίνακας 83. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης της αίσθησης αναβίωσης τραυματικού συμβάντος

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε.	
								L	U
Βήμα 1 ^a	Άγχος	.111	.014	65.966	1	.000	1.118	1.088	1.148
	Constant	-1.519	.202	56.392	1	.000	.219		
Βήμα 2 ^b	Εξωγενής ικανοποίηση	-.128	.028	21.054	1	.000	.879	.833	.929
	Άγχος	.095	.014	47.238	1	.000	1.100	1.071	1.130
	Constant	1.033	.574	3.240	1	.072	2.810		
Βήμα 3 ^c	Εξωγενής ικανοποίηση	-.124	.028	19.078	1	.000	.884	.836	.934
	Άγχος	.091	.014	43.271	1	.000	1.096	1.066	1.126
	COVID-19 απειλή	-.660	.244	7.313	1	.007	.517	.321	.834
	Constant	1.205	.583	4.266	1	.039	3.337		
Βήμα 4 ^d	Εξωγενής ικανοποίηση	-.130	.029	20.194	1	.000	.878	.830	.929
	Άγχος	.097	.014	45.865	1	.000	1.102	1.072	1.134
	Ωράριο εργασίας(1)	-.610	.253	5.825	1	.016	.544	.331	.892
	COVID-19 απειλή	-.661	.245	7.246	1	.007	.516	.319	.836
	Constant	1.666	.625	7.109	1	.008	5.289		
Βήμα 5	Εξωγενής ικανοποίηση	-.118	.029	16.140	1	.000	.888	.839	.941
	Άγχος	.080	.016	23.728	1	.000	1.083	1.049	1.118
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.045	.021	4.529	1	.033	1.046	1.004	1.091
	Ωράριο εργασίας(1)	-.621	.254	5.990	1	.014	.538	.327	.884
	COVID-19 απειλή	-.599	.247	5.894	1	.015	.549	.339	.891
	Constant	1.372	.639	4.613	1	.032	3.945		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο
 Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να προβλέψουν σωστά την ύπαρξη ή όχι του κριτηρίου B στο 73,7% των περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, πως η αύξηση του σκορ των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου B κατά 4,6%. Παρόμοια, η αύξηση

του σκορ άγχους κατά 1 μονάδα συνδέεται με την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου B κατά 8,3%. Αντίθετα, η αύξηση της εξωγενούς ικανοποίησης κατά 1 μονάδα, συνδέεται με τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου B κατά 11,2%. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι επαγγελματίες που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο εργασίας, έχουν 1,859 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο B σε σύγκριση με όσους εργάζονται σε πρωινό ωράριο. Τέλος, από την ανάλυση προκύπτει πως όσοι αισθάνθηκαν απειλή για τη ζωή τους ή τη ζωή κάποιου οικείου τους κατά την πανδημία COVID-19, έχουν 1,821 φορές, μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο B, σε σύγκριση με όσους δεν αισθάνθηκαν τέτοιου είδους απειλή.

Στον Πίνακα 84, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης του κριτηρίου Γ (αποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία). Τα ευρήματα δείχνουν, πως τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντικά στην εμφάνιση του κριτηρίου Γ, είναι το άγχος ($b=0.069$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.072$, 95% Δ.Ε.=[1.045, 1.098]), η ικανοποίηση από την εργασιακή αμοιβή τους ($b=1.071$, $p=0.019$, $\text{Exp}(B)=2.920$, 95% Δ.Ε.=[1.196, 7.125]), η εξωγενής ικανοποίηση ($b=-0.066$, $p=0.013$, $\text{Exp}(B)=0.936$, 95% Δ.Ε.=[0.888, 0.986]) και το αν αισθάνθηκαν απειλή για τη ζωή τους ή τη ζωή κάποιου οικείου τους κατά την πανδημία COVID-19 ($b=-0.662$, $p=0.006$, $\text{Exp}(B)=0.516$, 95% Δ.Ε.=[0.321, 0.830]).

Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να προβλέψουν σωστά την ύπαρξη ή όχι του κριτηρίου Γ στο 69% των περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, πως η αύξηση του σκορ άγχους κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου Γ κατά 7.2%. Παρόμοια, η αύξηση η αύξηση της εξωγενούς ικανοποίησης κατά 1 μονάδα συνδέεται με μείωση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου Γ κατά 6,4%. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους έχουν 2,920 φορές, μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο Γ, σε σύγκριση με όσους είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους. Τέλος, από την ανάλυση προκύπτει, πως όσοι αισθάνονται απειλή για τη ζωή τους ή τη ζωή κάποιου οικείου τους κατά την πανδημία COVID-19, έχουν 1,938 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο Γ σε σύγκριση με όσους δεν αισθάνονται τέτοιου είδους απειλή.

Πίνακας 84. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου της εμφάνισης συμπεριφοράς που συνδέεται με τηναποφυγή καταστάσεων που θυμίζουν την τραυματική εμπειρία

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε.	
								L	U
Βήμα 1 ^a	Άγχος	.084	.012	47.320	1	.000	1.088	1.062	1.114
	Constant	-1.380	.193	51.201	1	.000	.252		
Βήμα 2 ^b	Άγχος	.078	.012	41.079	1	.000	1.081	1.056	1.108
	COVID-19 απειλή	-.806	.237	11.585	1	.001	.447	.281	.710
	Constant	-1.065	.210	25.828	1	.000	.345		
Βήμα 3 ^c	Εξωγενής ικανοποίηση	-.075	.026	8.139	1	.004	.928	.881	.977
	Άγχος	.069	.013	30.200	1	.000	1.071	1.045	1.098
	COVID-19 απειλή	-.744	.239	9.686	1	.002	.475	.298	.759
	Constant	.415	.552	.565	1	.452	1.514		
Βήμα 4 ^d	Εξωγενής ικανοποίηση	-.066	.027	6.192	1	.013	.936	.888	.986
	Άγχος	.069	.013	30.047	1	.000	1.072	1.045	1.098
	Ικανοποίηση αμοιβή	1.071	.455	5.539	1	.019	2.920	1.196	7.125
	COVID-19 απειλή	-.662	.243	7.429	1	.006	.516	.321	.830
	Constant	-.761	.739	1.061	1	.303	.467		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

Στον Πίνακα 85,δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης του κριτηρίου Δ (αρνητικά συναισθήματα που πηγάζουν από το τραυματικό συμβάν). Τα ευρήματα δείχνουν πως τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντική στην εμφάνιση του κριτηρίου Δ, είναι το άγχος ($b=0.082$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.085$, 95% Δ.Ε.=[1.047,1.125]), οι ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ($b=0.151$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.164$,95% Δ.Ε.=[1.103, 1.228]), η εκπαίδευση ($p=0.015$), η ικανοποίηση από την αμοιβή τους ($b=1.812$, $p=0.010$, $\text{Exp}(B)=6.124$, 95% Δ.Ε.=[1.530, 124.513]), και το αν βίωσαν ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος στον εργασιακό τους χώρο ($b=-0.935$, $p=0.005$, $\text{Exp}(B)=0.392$, 95% Δ.Ε.=[0.204, 0.754]).

Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να προβλέψουν σωστά την ύπαρξη ή όχι του κριτηρίου Δ στο 80,4% των περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα αυτά, δείχνουν πως η αύξηση του σκορ άγχους κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου Δ κατά 8,5%. Επιπλέον, η αύξηση του σκορ των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου Δ κατά 16,4%. Παρόμοια, τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους έχουν 1,812 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο Δ, σε σύγκριση με όσους είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους. Επιπλέον, από την ανάλυση προκύπτει πως όσοι βίωσαν ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος στον εργασιακό χώρο τους, έχουν 2,551 φορές, μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες σε σύγκριση με όσους δεν είχαν βιώσει τέτοιο περιστατικό. Τέλος, τα αποτελέσματα δείχνουν πως όσοι είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. έχουν 9,281 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο Δ σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου/ Ι.Ε.Κ, όσοι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/ διδακτορικού έχουν 5,056 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο Δ σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου/Ι.Ε.Κ και όσοι είναι σε ειδικότητα/ εξειδίκευση έχουν 5,260 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο Δ, σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου/ Ι.Ε.Κ.

Πίνακας 85. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου της εμφάνισης συμπεριφοράς που συνδέεται με αρνητικά συναισθήματα για το κρίσιμο συμβάν

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε	
								L	U
Βήμα 1 ^a	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.229	.024	91.932	1	.000	1.258	1.200	1.318
	Constant	-1.910	.191	100.053	1	.000	.148		
	<hr/>								
Βήμα 2 ^b	Άγχος	.078	.017	19.934	1	.000	1.081	1.045	1.118
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.165	.026	39.160	1	.000	1.179	1.120	1.242
	Constant	-2.544	.254	100.566	1	.000	.079		
<hr/>									
	Άγχος	.079	.018	19.750	1	.000	1.082	1.045	1.120

Βήμα 3 ^c	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.158	.027	35.049	1	.000	1.171	1.111	1.234
	Ικανοποίηση αμοιβή	1.910	.664	8.277	1	.004	6.750	1.838	24.791
	Constant	-4.301	.697	38.125	1	.000	.014		
Βήμα 4 ^d	Άγχος	.077	.018	18.503	1	.000	1.080	1.043	1.118
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.154	.027	33.000	1	.000	1.166	1.106	1.229
	Ικανοποίηση αμοιβή	1.770	.679	6.790	1	.009	5.872	1.551	22.232
	Ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος(1)	-.770	.315	5.976	1	.015	.463	.250	.858
	Constant	-3.936	.719	29.994	1	.000	.020		
Βήμα 5 ^e	Άγχος	.082	.018	19.802	1	.000	1.085	1.047	1.125
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.151	.027	30.584	1	.000	1.164	1.103	1.228
	Εκπαίδευση			10.439	3	.015			
	A.E.I./T.E.I.	2.228	.784	8.070	1	.004	9.281	1.995	43.168
	Μεταπτυχιακό/ PhD	1.621	.781	4.302	1	.038	5.056	1.093	23.385
	Ειδικότητα/Εξειδίκε υση	1.660	.801	4.301	1	.038	5.260	1.095	25.260
	Ικανοποίηση αμοιβή	1.812	.708	6.557	1	.010	6.124	1.530	24.513
	Ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος(1)	-.935	.333	7.895	1	.005	.392	.204	.754
Constant	-5.793	1.079	28.845	1	.000	.003			

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

Τέλος, στον Πίνακα 86, δίνονται τα ευρήματα που αφορούν την πρόβλεψη του κινδύνου εμφάνισης του κριτηρίου E (αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα). Τα ευρήματα δείχνουν, πως τα χαρακτηριστικά που είναι σημαντική στην εμφάνιση του κριτηρίου E είναι το άγχος ($b=0.127$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.136$, 95% Δ.Ε.=[1.092, 1.181]), οι ψυχοκοινωνικές λειτουργίες ($b=0.126$, $p=0.000$, $\text{Exp}(B)=1.135$, 95% Δ.Ε.=[1.078, 1.194]) και η εκπαίδευση ($p=0.001$).

Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να προβλέψουν σωστά την ύπαρξη ή όχι του κριτηρίου E στο 78,1% των περιπτώσεων. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν, πως η αύξηση του σκορ άγχους κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου E κατά 13,6%. Επιπλέον, η αύξηση του σκορ των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών κατά 1 μονάδα, συνδέεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης του κριτηρίου E κατά 13,54%. Τέλος, τα αποτελέσματα δείχνουν πως όσοι είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. έχουν 7,982 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο E σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου/Ι.Ε.Κ και όσοι είναι σε ειδικότητα/ εξειδίκευση έχουν 5,079 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν το κριτήριο E, σε σύγκριση με όσους είναι απόφοιτοι Λυκείου/ Ι.Ε.Κ

Πίνακας 86. Πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση με σκοπό την πρόβλεψη του κινδύνου της εμφάνισης συμπεριφοράς που αφορά αυξημένη διέγερση και αντιδραστικότητα

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Δ.Ε	
								L	U
Step 1 ^a	Άγχος	.171	.017	97.342	1	.000	1.186	1.147	1.227
	Constant	-2.496	.255	96.098	1	.000	.082		
Step 2 ^b	Άγχος	.121	.019	39.388	1	.000	1.129	1.087	1.172
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.123	.025	23.746	1	.000	1.130	1.076	1.187
	Constant	-2.653	.263	101.456	1	.000	.070		
Step 3 ^c	Άγχος	.127	.020	40.592	1	.000	1.136	1.092	1.181
	Ψυχοκοινωνικές λειτουργίες	.126	.026	23.553	1	.000	1.135	1.078	1.194
	Εκπαίδευση			15.410	3	.001			
	Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	2.077	.685	9.197	1	.002	7.982	2.085	30.561
	Μεταπτυχιακό/ PhD	1.137	.686	2.748	1	.097	3.116	.813	11.946
	Ειδικότητα/Εξειδίκευση	1.625	.708	5.274	1	.022	5.079	1.269	20.329
	Constant	-4.321	.722	35.795	1	.000	.013		

Σημειώσεις: 95% Δ.Ε.= 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης; L=Κάτω όριο, U=Άνω όριο

Στο παρόν κεφάλαιο, έγινε παρουσίαση της στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων της έρευνας, με περαιτέρω παρουσίαση της συσχέτισης των διαφόρων μεταβλητών μεταξύ τους, όπως είναι αυτό του δευτερογενούς τραυματικού στρες με το κριτήριο A, το άγχος ή την επαγγελματική ικανοποίηση μέσα στα πλαίσια της επίδρασης της πανδημίας του COVID-19.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ως βασικό σκοπό, η συγκεκριμένη μελέτη είχε τη διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης του ΔΜΣ-PTSD και του επιπέδου της επαγγελματικής ικανοποίησης σε εργαζόμενους σε παιδιατρικές ΜΕΘ. Προκειμένου να επιτευχθεί ο εν λόγω σκοπός, θεωρήθηκε χρήσιμο να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων των παιδιατρικών εργαζόμενων των ΜΕΘ, με των αντίστοιχων συναδέλφων τους, που εργάζονται σε παιδιατρικά τμήματα και ΤΕΠ. Ως επιμέρους στόχοι, καθορίστηκαν η ανίχνευση των επίπεδων άγχους και εργασιακής ικανοποίησης, καθώς και η επίδραση του ΔΜΣ-PTSD στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των παιδιατρικών επαγγελματιών υγείας. Οι παραπάνω μεταβλητές εξετάστηκαν σε σχέση με τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του κάθε εργαζόμενου, τις εμπειρίες τραύματος στο χώρο εργασίας, ενώ παρουσιάστηκε η επίδραση που είχε στην ψυχική του υγεία, η περίοδος της πανδημίας, με δοδεδμένο ότι είχαν βιώσει τόσο στη προσωπική όσο και στην επαγγελματική τους ζωή, το φόβο της νόσου και του θανάτου από τον ιό.

6.1. Σύγκριση ΔΜΣ Παιδιατρικών Εργαζόμενων σε ΜΕΘ με τους Εργαζόμενους σε Παιδιατρικά Τμήματα και ΤΕΠ

Έχει επικρατήσει βιβλιογραφικά, ότι οι εργαζόμενοι σε ΜΕΘ, έχουν αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης PTSD, σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους στα υπόλοιπα νοσοκομειακά τμήματα (M. Mealer et al., 2009). Με δεδομένη αυτή την επικρατούσα αντίληψη, αναπτύχθηκε και η υπόθεσή μας, ότι οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικές ΜΕΘ, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ΔΜΣ σε σχέση με τους αντίστοιχους συνάδελφους τους στα παιδιατρικά τμήματα και ΤΕΠ. Η συγκεκριμένη όμως υπόθεση, όπως αποδείχτηκε από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, δεν επιβεβαιώθηκε. **Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι, σε ένα ποσοστό 28,8% διαγνώστηκαν με ΔΜΣ, εφόσον πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια. Πιο αναλυτικά, οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικές ΜΕΘ διαγνώστηκαν με ΔΜΣ σε ποσοστό 25,2%, σε παιδιατρικά τμήματα 26,3% και στα ΤΕΠ, σε ποσοστό 20%. Φαίνεται λοιπόν, ότι το ΔΜΣ, έχει σημαντικό αντίκτυπο σε όλα τα τμήματα του παιδιατρικού τομέα, εφόσον ένας στους τέσσερις εργαζόμενους, διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζει συμπτώματα του ΔΜΣ. Στα ίδια συμπεράσματα, κατέληξαν και οι έρευνες των (Maytum et al., 2004) και (Rodríguez-Rey et al., 2019), όπου δεν**

διαπίστωσαν διαφορές στα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και PTSD, μεταξύ του προσωπικού των ΜΕΘ, με αυτό των υπολοίπων τμημάτων του παιδιατρικού τομέα, τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Πάνω στη δική μας υπόθεση, βασισόμενη στο σκεπτικό ότι τα τμήματα που εμφανίζουν περιστατικά υψηλής έντασης ή θανάτου εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά ΔΜΣ, διενεργήθηκε και μια ακόμα έρευνα (Czaja et al., 2012). Ωστόσο και αυτή δεν ανίχνευσε σημαντικές αποκλίσεις των ποσοστών ΔΜΣ, μεταξύ των διαφόρων τμημάτων. Η έρευνα της κατέληξε ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που προκαλούν στους παιδιατρικούς εργαζόμενους φαινόμενα απνίας, εφιάλτες και επεισόδια άγχους και έντασης, δεν είναι τόσο η μαρτυρία τους σε επεισόδια θανάτου ή βίαιων τραυμάτων παιδιών, αλλά οι συνθήκες εργασίας που βιώνουν καθημερινά στο εργασιακό τους περιβάλλον. Η συνεχής έκθεσή τους σε στρεσογόνους παράγοντες, ο φόβος αντιμετώπισης ανεπιθύμητων συμβάντων, οι κακές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας όπως και οι απειλές και η λεκτική κακοποίηση από τους γονείς ενός παιδιού, υφίστανται σε κάθε τμήμα του παιδιατρικού τομέα, δρώντας δυνητικά και συσσωρευτικά με το πέρασμα των χρόνων, δημιουργώντας μια ευαλωτότητα.

Σε μια άλλη έρευνα, (Sekol & Kim, 2014), που διερευνούσε το PTSD σε διάφορα παιδιατρικά τμήματα, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές στην αιματολογική/ογκολογική κλινική, παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό PTSD και υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με τη χειρουργική κλινική, παρόλο που τα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας στην πρώτη ήταν σαφώς αυξημένα.

Η έλλειψη διαφοράς στον επιπολασμό του PTSD μεταξύ των παιδιατρικών τμημάτων και των παιδιατρικών ΜΕΘ, δείχνει ότι η έκθεση στα κριτήρια A των ΜΕΘ, δεν μπορεί από μόνη της να επιφέρει μεγαλύτερη ανάπτυξη μετατραυματικών συμπτωμάτων, σε σχέση με την έκθεση στα κριτήρια A των ΤΕΠ και των παιδιατρικών κλινικών. Το γεγονός αυτό, ενδεχομένως να σημαίνει ότι επιπλέον επιβαρυντικοί παράγοντες όπως, η μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, το άγχος και η πανδημία COVID-19, να συνέβαλλαν στην ανάπτυξη των μετατραυματικών συμπτωμάτων.

6.1.1. Η Επαγγελματική Ικανοποίηση των Εργαζόμενων σε Παιδιατρικές ΜΕΘ, Παιδιατρικά Τμήματα και Παιδιατρικά ΤΕΠ.

Η υπόθεση ότι οι εργαζόμενοι στις παιδιατρικές ΜΕΘ παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης, σε σχέση με αυτά των συναδέλφων τους στις

παιδιατρικές κλινικές και στα ΤΕΠ, δεν επιβεβαιώθηκε. **Μέσα από τα ερευνητικά αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά στους εργαζόμενους των διαφόρων παιδιατρικών τομέων, όσον αφορά το επίπεδο συνολικής εργασιακής ικανοποίησης. Ασήμαντη αξιολογείται και η στατιστική διαφορά, όσον αφορά το επίπεδο της εσωγενούς και της εξωγενούς επαγγελματικής ικανοποίησης.**

Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2014 (Sekol & Kim, 2014), διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό στην αιματολογική/ογκολογική μονάδα, αντίθετα από ότι αναμενόταν, παρουσίασε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης από αυτά του προσωπικού της παιδιατρικής χειρουργικής. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης τόσο συνολικά όσο και εσωγενώς ή εξωγενώς, δεν καθορίζεται από τη γεωγραφική περιοχή εργασίας. Το ίδιο προέκυψε και όσον αφορά το φύλο των εργαζομένων στους παιδιατρικούς τομείς, το ωράριο εργασίας τους και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Imberman, 2012), (Purpora & Blegen, 2015), Επίσης, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στους παιδίατρος και τους παιδιατρικούς νοσηλευτές στη συνολική επαγγελματική και στην εσωγενή επαγγελματική ικανοποίηση. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξε και μια άλλη μελέτη (Adzei & Atinga, 2012), με τα αποτελέσματα της οποίας να δείχνουν, ότι οι νοσηλευτές έχουν βασικό κίνητρο επαγγελματικής ικανοποίησης το χρηματοοικονομικό, ενώ σύμφωνα με μια ελληνική έρευνα (Tsounis et al., 2014), οι γιατροί έχουν ως παράγοντα επαγγελματικής ικανοποίησης την επίτευξη των στόχων, τη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης και την αναγνώρισή τους στον εργασιακό τους χώρο.

Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε η σημαντικότητα της δυνατότητας του εργαζόμενου να μπορεί να επιλέξει το τμήμα που θα εργαστεί, καθώς διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο εσωγενούς και συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης. Έτσι, όσοι εργάζονται σε τμήμα της επιλογής τους παρουσιάζουν, υψηλότερα επίπεδα εσωγενούς και συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης, σε σχέση με τους αντίστοιχους συναδέλφους τους, που εργάζονται στο συγκεκριμένο τμήμα ύστερα από τοποθέτησή τους από τη διοίκηση, χωρίς οι ίδιοι να το επιθυμούν. Αντίστοιχα, και οι εργαζόμενοι που έχουν την πρόθεση να αλλάξουν τμήμα, εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης, σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δεν έχουν αυτή τη πρόθεση. Όσο βιώνουν τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, τόσο αυξάνεται η επαγγελματική τους εξουθένωση και το αίσθημα ενοχής, ενώ μειώνεται η επαγγελματική ικανοποίησή τους,

σε σημείο που τους γεννιέται η ανάγκη να εγκαταλείψουν το τμήμα τους, Στο ίδιο συμπέρασμα έχει καταλήξει και η έρευνα της Καϊτελίδου το 2012 (Kaitelidou et al., 2012), όπου σύμφωνα με τα ευρήματά της, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι στην Ελλάδα θεωρούν ότι ο φόρτος εργασίας τους είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες και ότι θα είναι πιο ήρεμοι και αποτελεσματικοί κάνοντας κάποιο άλλο επάγγελμα.

Άμεση σχέση με τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης στους εργαζόμενους, κατέχει το αίσθημα της ικανοποίησης που νιώθουν ως προς την αμοιβή που λαμβάνουν. Έτσι, οι εργαζόμενοι που είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους, φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα τόσο συνολικής όσο και εξωγενούς επαγγελματικής ικανοποίησης σε σύγκριση με αυτούς που είναι δυσαρεστημένοι από τις απολαβές τους. Στην ίδια διαπίστωση κατέληξαν και άλλοι συγγραφείς, (Akmanetal., 2016), (Goffee & Jones, 2013), μέσω των ερευνών τους, που ανέδειξαν ότι το επίπεδο της αμοιβής των εργαζόμενων, αποτελεί τη σημαντικότερη μεταβλητή επηρεασμού της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Σε κάποια άλλη έρευνα που έλαβε χώρα στην Κίνα, αναδείχθηκε ως παράγοντες χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης το παθητικό κάπνισμα, το αυξημένο ωράριο εργασίας και η κακή ποιότητα χρόνου εργασίας (Wang et al., 2020).

6.2. Ο COVID-19 ως Παράγοντας Ανάπτυξης Δευτερογενούς Μεταραυματικού Στρες και Μείωσης της Επαγγελματικής Ικανοποίησης των Παιδιατρικών Εργαζόμενων

Η μεγάλη επίδραση που επέφερε η πανδημία COVID-19 στους εργαζόμενους στο τομέα της υγείας, γίνεται εύκολα αντιληπτή μέσα από μια συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση (Y. Li et al., 2021), η οποία περιελάμβανε 65 μελέτες και 97.333 εργαζόμενους στο τομέα της υγείας από 21 χώρες. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο συγκεντρωτικός επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν 21,7%, του άγχους 22,1% και του PTSD 21.5%.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, η υπόθεση ότι οι συνθήκες που προέκυψαν λόγω της πανδημίας COVID-19, συντέλεσαν στην περαιτέρω ανάπτυξη ΔΜΣ, έχοντας ως συνέπεια τον περιορισμό της επαγγελματικής ικανοποίησης στους εργαζόμενους, επιβεβαιώθηκε. Τα ευρήματά μας έδειξαν, μια σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στο εάν οι εργαζόμενοι ένιωθαν απειλή

για τη ζωή τους ή των οικείων τους με τη πιθανότητα εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες. Οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που είχαν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των οικείων τους εμφάνισαν PTSD σε ποσοστό 30,7% ενώ αντίστοιχα οι εργαζόμενοι που δεν είχαν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τους ή των οικείων τους εμφάνισαν PTSD σε ποσοστό 13,8%. Βλέπουμε δηλαδή, ότι οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που έχουν νιώσει απειλή για τη ζωή τους ή των οικείων τους, έχουν στατιστικά 2764 φορές την πιθανότητα να εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους PTSD, σε σχέση με τους αντίστοιχους παιδιατρικούς συναδέλφους τους που δεν έχουν νιώσει απειλή τόσο για τους ίδιους όσο και για τους οικείους τους.

Παρόμοια ποσοστά PTSD, παρουσίασε και μια πρόσφατη μελέτη (Lima-Setta et al., 2023), η οποία διερεύνησε τον επιπολασμό της επαγγελματικής εξουθένωσης, του άγχους, της κατάθλιψης και του ΔΜΣ σε εργαζόμενους στη παιδιατρική ΜΕΘ στη Βραζιλία, κατά την πρώτη περίοδο του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης ήταν 33% και 19% αντίστοιχα ενώ το ποσοστό του ΔΜΣ κυμαινόταν στο 13%. Ωστόσο, πιο επιρρεπείς παρουσιάστηκαν οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που έχουν αναφέρει προηγούμενες ψυχικές διαταραχές και διαθέτουν λιγότερα χρόνια υπηρεσίας, ενώ ο επιπολασμός των διαταραχών ψυχικής υγείας στους παιδιατρικούς εργαζόμενους στη ΜΕΘ παρουσιάστηκε το ίδιο υψηλός με αυτό των εργαζόμενων σε ΜΕΘ ενηλίκων. Περίπου το ίδιο ποσοστό (14%), παρουσίασε και μια άλλη έρευνα που διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Ffrench-O'Carroll et al., 2021), η οποία διερεύνησε τον ψυχολογικό αντίκτυπο του COVID-19, σε εργαζόμενους παιδιατρικών ΜΕΘ και ΜΕΘ ενηλίκων. Οι ερευνητές λοιπόν, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι εκτός από το άγχος και το φόβο για τον ιό που έχει επιδράσει αρνητικά και στις δύο κατηγορίες εργαζομένων, οι εργαζόμενοι στις παιδιατρικές ΜΕΘ, έχουν μεγαλύτερη αρνητική επίδραση από το άγχος, σε σχέση με την αναδιάταξη τους σε τμήματα ενηλίκων, τη λοίμωξη τους από ασυμπτωματικά παιδιά ή την εμφάνιση κάποιου παιδιατρικού πολυσυστηματικού φλεγμονώδους συνδρόμου.

Βιβλιογραφικά, δεν βρέθηκαν έρευνες που να αναφέρονται αποκλειστικά στην επίδραση της πανδημίας σε παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, παρατηρώντας ότι τα αποτελέσματά μας συνάδουν με τα αντίστοιχα που αφορούν την επίδραση της πανδημίας στους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη, θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα είναι ανάλογα. Σε μια μελέτη με δείγμα 2195 Ιταλούς (Lasalvia

et al.,2020) επαγγελματίες υγείας, βλέπουμε ότι το 63,2% των εργαζομένων, παρουσίασαν οξεία τραυματικά συμπτώματα, σχετικά με τον COVID-19 στην εργασία και το 53,8%, παρουσίασε συμπτώματα PTSD. Επίσης, το 50,1% του δείγματος, παρουσίασε συμπτώματα σοβαρού άγχους και το 26,6% συμπτώματα μέτριας κατάθλιψης, ενώ η έρευνα ανάδειξε επίσης ότι οι γυναίκες υγειονομικοί που ήρθαν σε άμεση επαφή με νοσούντες του COVID-19 και εκείνοι που είχαν ψυχιατρικό ιστορικό, έχουν μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου να αναπτύξουν ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Τα συγκεκριμένα ευρήματα, έρχονται σε συμφωνία με την έρευνα του Cullen το 2020 (Cullen et al., 2020), στην οποία αναφέρει, ότι εκείνοι που διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχολογικά συμπτώματα είναι οι εργαζόμενοι στη δημόσια υγεία, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στις ΜΕΘ, ενώ σε μια άλλη μελέτη (Wang et al., 2020), η πανδημία COVID-19, θεωρήθηκε ως απειλή της ψυχικής ανθεκτικότητας των εργαζομένων. Σε επιβεβαίωση των παραπάνω ευρημάτων, μια άλλη έρευνα (Hoque et al., 2023) που δημοσιεύτηκε κι εκείνη την ίδια εποχή, διαπίστωσε ότι οι επαγγελματίες υγείας ανέπτυξαν συμπτώματα ΔΜΣ σε ποσοστό 41,3%, συναισθηματικής εξάντλησης σε ποσοστό 56% και αποπροσωποποίησης σε ποσοστό 48,9%. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός του ΔΜΣ σε εργαζόμενους των ΤΕΠ, έφτασε σε ποσοστό 47,5%, ενώ στους εργαζόμενους σε ΜΕΘ, το ποσοστό του επιπολασμού τους έφτασε το 30,3%. Παρόμοια, η Feingold και οι συνεργάτες της (2021), διαπίστωσαν ότι η πανδημία COVID-19, οφείλεται για την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικών συμπτωμάτων σε 3360 επαγγελματίες υγείας (Feingold et al., 2021). Οι ερευνητές λοιπόν, κατέληξαν ότι οι 1005 υγειονομικοί εργαζόμενοι, ποσοστό 39%, έπασχαν από μετατραυματικά συμπτώματα από την έκθεση στην πανδημία COVID-19. Ενδιαφέρον έχει επίσης και μία πρόσφατη έρευνα (Hoque et al., 2023), η οποία μελέτησε εργαζόμενους από το τομέα της υγείας με μη εργαζόμενους από αυτό το τομέα διαπίστωσαν ότι το 12,5% οι μεν πρώτοι έπασχαν από PTSD σε ποσοστό 12,5%, το 6,7% των εργαζόμενων είχε πιθανό PTSD και το 31,7% έλαβε βαθμολογία πάνω από 37, γεγονός που δηλώνει ότι έχουν αντιμετωπίσει τραυματικά συμβάντα. Οι μη εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας επαγγελματίες, σε ποσοστό 69,2%, δεν εμφάνισε μετατραυματική συμπτωματολογία, ενώ το 16,2% των εργαζόμενων είχε PTSD και το 3,4%, πιθανό PTSD.

Στην Ελλάδα, Έλληνες ερευνητές το 2021 (Pappa et al., 2020), διερευνώντας την επίδραση του φόβου του ιού σε 464 επαγγελματίες υγείας, διαπίστωσαν ότι το 33% του δείγματος, παρουσίασε συμπτώματα ΔΜΣ. Επίσης, μια άλλη ελληνική έρευνα

(Kalaitzaki & Rovithis, 2021), συμπέρανε ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό των υγειονομικών εμφάνισαν ΔΜΣ, διαπιστώνοντας παράλληλα, ότι το γυναικείο φύλο υπήρξε πιο ευάλωτο κατά τη περίοδο της πρώτης απαγόρευσης κυκλοφορίας, εξαιτίας του COVID, που επιβλήθη στη χώρα.

Σε αντίθεση με τα δικά μας αποτελέσματα, μια άλλη έρευνα που διεξήχθη στην Ισπανία (Ruiz-Fernández et al., 2020), σε 506 επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, που περιέθαλψαν νοσούντες κατά την πανδημία COVID-19, κατέγραψε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ΔΜΣ, παρόλο που η συγκεκριμένη χώρα ήταν μια από τις πιο πληγήςαντες από τον ιό χώρα, με υψηλά ποσοστά θνητότητας. Το γεγονός αυτό, οι ερευνητές το δικαιολόγησαν από το αίσθημα της ικανοποίησης που ανέπτυξαν οι εργαζόμενοι περιθάλποντας ασθενείς με COVID-19, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ένα πέπλο προστασίας της ψυχικής τους υγείας. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα που ανέδειξε η έρευνα Missouridou, et. al.(2021) που τελέστηκε στην Ελλάδα. Λαμβάνοντας χώρα στο προσωπικό δύο νοσοκομείων της Αθήνας κατά τη διάρκεια του τρίτου κύματος της πανδημίας κατέληξε ότι οι συμμετέχοντες διακατέχονταν από τη μια από υψηλή ικανοποίηση συμπόνιας και από την άλλη από χαμηλή ως μέτρια επαγγελματική εξουθένωση και χαμηλό δευτερογενές τραυματικό στρες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, αναφορικά με το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, διαπιστώθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στους εργαζόμενους που ένιωθαν απειλή για τη ζωή τους ή των οικείων τους, από την πανδημία COVID-19, με τα επικρατούσα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Έτσι οι παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας οι οποίοι αισθάνονταν απειλή για τη δική τους ζωή ή των οικείων τους εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης (M=68,0), εσωγενούς ικανοποίησης (M = 40,1) και εξωγενούς (M= 17,9) σε αντιστοιχία με τους συναδέλφους τους οι οποίοι δεν αισθάνονταν απειλή για τη δική τους ζωή ή των οικείων και οι οποίοι εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης (M=72,7), εσωγενούς (M=42,5) και εξωγενούς (M= 19,3). Σημαντική επίσης παράμετρος διαπιστώθηκε ότι αποτελεί και το αν ο εργαζόμενος έχει νοσήσει από το συγκεκριμένο ιό. Οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που είχαν οι ίδιοι νοσήσει από τον ιό εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο τόσο συνολικής επαγγελματικής ικανοποίησης όσο και εσωγενούς σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν νοσήσει. Αντίθετα, φάνηκε πως δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά ούτε στο συνολικό επίπεδο

επαγγελματικής ικανοποίησης, ούτε σε επίπεδο εσωγενώς ή εξωγενώς ικανοποίησης στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας όταν κάποιος συγγενικό ή φιλικό τους πρόσωπο είτε νόσησε είτε απεβίωσε εξαιτίας του COVID-19.

Στους παιδιατρικούς επαγγελματίες υγείας όμως που εκτέθηκαν στην εμπειρία νοσηλείας ή το θάνατο παιδιού από COVID-19, φάνηκε η αρνητική επίδρασή της έκθεσης στην επαγγελματική ικανοποίηση.

Τα ευρήματά μας, έρχονται σε συμφωνία με μια έρευνα του 2022 (Margolis et al., 2022), η οποία διαπίστωσε ότι η πανδημία του COVID-19, επηρέασε τόσο τη προσωπική όσο και την επαγγελματική ικανοποίηση των παιδιατρικών αναισθησιολόγων, καθώς το 21,7% του δείγματος, μετά την πανδημία, ήθελε να μειώσει τις κλινικές του ευθύνες. Πιο συγκεκριμένα, το 10,6% επιθυμεί να μειώσει το εργασιακό του ωράριο, ενώ οι γυναίκες, σε μεγαλύτερο από τους άνδρες συναδέλφους τους ποσοστό, εξέφρασαν την ανάγκη να αλλάξουν εργασία. Επίσης, το 14,2% των ερωτηθέντων, ανέφερε ότι λόγω της πανδημίας, σχεδιάζει να συνταξιοδοτηθεί πρόωρα και το 11,9% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει αρχίσει ήδη να σκέφτεται τη προοπτική της σύνταξης. Παρόμοια και οι Ιταλοί παιδιατρικοί εργαζόμενοι κατά τη διάρκεια του πρώτου κύματος του COVID-19, είχαν περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση ως συνέπεια των ψυχολογικών διαταραχών που βίωναν, με σημαντική τη διαταραχή του ύπνου και τα αυξημένα επίπεδα άγχους. Στη συγκεκριμένη έρευνα, προγνωστικοί παράγοντες θεωρήθηκαν το γυναικείο φύλο και η ύπαρξη συγγενικού ατόμου προσβεβλημένου από τον ιό (Di Filippo et al., 2021).

Το μέγεθος της επίδρασης του COVID-19, ως προς το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του υγειονομικού προσωπικού, επιβεβαιώνεται και από τις παρακάτω έρευνες που έλαβαν χώρα την εποχή της πανδημίας. Έρευνα που διεξήχθη στη Σερβία (Dinić et al., 2021), όπου και συμπεριέλαβε 1553 γιατρούς, διαπίστωσε ότι αυτοί που ήταν πιο νέοι και με λιγότερη εργασιακή εμπειρία επηρεάστηκαν περισσότερο και μεταφέρθηκαν σε άλλα τμήματα. Αξιοσημείωτη επίσης, είναι η συγχρονική έρευνα που έλαβε χώρα στην Αίγυπτο, μεταξύ μιας ομάδας 210 νοσηλευτών που εργάζονταν σε νοσοκομείο διαλογής COVID-19 και μιας ομάδας 210 νοσηλευτών που εργάζονταν σε κλινικές νοσούντων από COVID-19 τη περίοδο της πανδημίας το 2020. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (51%) της πρώτης ομάδας, είχαν χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση (41,9%) σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους στη δεύτερη ομάδα. Στους νοσηλευτές της πρώτης ομάδας, διαπιστώθηκε ότι διέθεταν αναπτυγμένους ορισμένους στρεσογόνους παράγοντες σε

υπερβολικό βαθμό, όπως ο φόρτος εργασίας σε 98,6%, η αντιμετώπιση του θανάτου σε ποσοστό 96,7%, το αίσθημα του φόβου κατά 95,7% και η εφαρμογή των αυστηρών μέτρων ασφαλείας σε ποσοστό 95,2%. Η δεύτερη ομάδα εργαζομένων, ως επικρατών στρεσογόνος παράγοντας αναδείχτηκε ο φόβος τους για την πιθανότητα λοίμωξης ύστερα από έκθεση από τον ιό (97,6%) (Adams & Walls, 2020). Ωστόσο, μια άλλη έρευνα (Yu et al., 2020), σε ιατρικό προσωπικό νοσοκομείων αναφοράς στο Hubei της Κίνας, που νοσήλευαν ασθενείς προσβεβλημένους από τον ιό, ανέδειξε υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση στο δείγμα, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή εμπειρία και το βαθμό εξειδίκευσης, να αναδεικνύονται ως προστατευτικοί παράγοντες στα αισθήματα φόβου και ανασφάλειας που τυχόν ανέπτυξαν οι εργαζόμενοι απέναντι στον άγνωστο τότε ιό.

6.3. Συσχέτιση των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών των Εργαζομένων με την Εμφάνιση Δευτερογενούς Μεταραυματικού Στρες

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση ΔΜΣ με ορισμένα χαρακτηριστικά των παιδιατρικών εργαζομένων όπως είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, το ωράριο εργασίας, η επιλογή του τμήματος και το ύψος της αμοιβής που λαμβάνουν, επομένως η υπόθεση μας επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι που είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευση φαίνεται να εμφανίζουν PTSD σε ποσοστό 30,6%, οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού σε ποσοστό 24,4%, το ειδικευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό σε ποσοστό 21,5% και οι απόφοιτοι Λυκείου/ΙΕΚ σε ποσοστό 4,3%. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι σε κυκλικό ωράριο, είναι πιο επιβαρυνμένοι από PTSD συμπτώματα (28,1%) από τους αντίστοιχους συναδέλφους τους που εργάζονται μόνο σε πρωινή βάρδια (19%). Επίσης αποδείχτηκε ως σημαντική παράμετρος το αν το τμήμα εργασίας τους ήταν δική τους επιλογή καθώς και το αν αισθάνονται ικανοποιημένοι από το ύψος της αμοιβής τους. Οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που είχαν το δικαίωμα να επιλέξουν το τμήμα εργασίας τους και ήταν ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά PTSD (20,6%) και (7%), από τα αντίστοιχα των συναδέλφων τους, (28,9%) και (27,1%), οι οποίοι εργάζονται σε τμήμα τοποθετημένοι χωρίς να ερωτηθούν ή να αξιολογηθούν από τη διοίκηση, με έντονο

το αίσθημα της αναντιστοιχίας της προσφερόμενης εργασίας με αυτό της αμοιβής που λαμβάνουν.

Σε παρόμοια ευρήματα με ταδικά μας, κατέληξε και μια άλλη έρευνα (Berger et al., 2015), η οποία διαπίστωσε ότι οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι κάτω των 40 ετών και εργασιακή εμπειρία μεταξύ 6 με 10 ετών, παρουσίασαν υψηλά ποσοστά ΔΜΣ και χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης. Την προϋπηρεσία ως σημαντικό παράγοντα εμφάνισης ΜΔΣ, κατέληξαν και άλλες δύο έρευνες (Nilan et al., 2019), (Czaja et al., 2012), εφόσον κατέγραψαν αυξημένα ποσοστά ΔΜΣ σε παιδιατρικούς εργαζόμενους, με προϋπηρεσία άνω των 15 ετών. Πιο συγκεκριμένα, στις παραπάνω έρευνες, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στο φύλο, τη φυλή ή μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας όπως είναι οι γιατροί με τους νοσηλευτές. Σε αντίθεση με τα ευρήματά μας, έρχεται μια άλλη έρευνα (Gerhart et al., 2019), η οποία, αν και δεν βρήκε διαφορές σε ότι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την προϋπηρεσία, και το προσωπικό ιστορικό τραύματος, ως παράγοντες πρόκλησης ΔΜΣ, ανίχνευσε όμως, ότι οι νοσηλευτές με υψηλά προσόντα και οι γυναίκες, είχαν υψηλότερα ποσοστά ΔΜΣ από τους γιατρούς και τους άνδρες συναδέλφους τους. Διάκριση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες επιβεβαίωσε και μια παλαιότερη έρευνα του (Yee & Schulz, 2000), στην οποία οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά σε PTSD σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, οι γυναίκες εργαζόμενες, ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό σωματικά προβλήματα και μειωμένες προσωπικές και κοινωνικές λειτουργίες, σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους, γεγονός που ο ερευνητής το ερμηνεύει, λόγω της τάσης που διακατέχει τις γυναίκες να είναι πιο θετικές ως προς την αποκάλυψη προσωπικών τους πληροφοριών. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και άλλη έρευνα που διεξήχθη λίγα χρόνια αργότερα (Adebayo & Chineye, 2013), στην οποία οι ερευνητές διαπίστωσαν, ότι οι εργαζόμενες στον τομέα της υγείας, είναι πιο ευάλωτες από τους αντίστοιχους άνδρες συναδέλφους τους, παραθέτοντας ως αιτιολογικό παράγοντα το γεγονός ότι διαδραματίζουν διαφορετικούς και πολλαπλούς ρόλους στη καθημερινότητά τους αναλαμβάνοντας περισσότερες ευθύνες που κατά συνέπεια, τους επιβαρύνουν περαιτέρω συναισθηματικά.

Επίσης όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων, τόσο επηρεάζονται τα ποσοστά ΔΜΣ, διαπίστωσαν και άλλοι ερευνητές (Walden et al., 2018), οι οποίοι καθόρισαν ότι συγκεκριμένοι παράγοντες, όπως το καθημερινό άγχος, η ηλικία του εργαζόμενου, η προϋπηρεσία και η θέση στο νοσοκομείο, επηρεάζουν τα

ποσοστά εμφάνισής του ΔΜΣ. Στα ίδια επίπεδα, οι έρευνες (Günüşen et al., 2018), (Kellogg et al., 2018), κατέληξαν ότι τα ποσοστά ΔΜΣ στους παιδιατρικούς εργαζόμενους, δεν σχετίζονται με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και την προϋπηρεσία τους, αλλά παρουσιάζουν την επιθυμία του ατόμου να είναι κοινωνικά αποδεκτό, τόσο σε επαγγελματικό, όσο και σε προσωπικό επίπεδο, ως σημαντικό προγνωστικό παράγοντα. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα του Robins (Robins et al., 2009), δεν διαπίστωσε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ανδρικού ή του γυναικείου φύλου, του επιπέδου εκπαίδευσης και των ετών προϋπηρεσίας, με την εμφάνιση PTSD. Η έρευνα, όμως ανέδειξε ως πιο ευάλωτο και επιρρεπή πληθυσμό στο PTSD, τους παιδίατρους σε σχέση με τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Τέλος, η έρευνα του (Y.-P. Chen et al., 2018), ανέδειξε, για να μην αναπτύξουν οι εργαζόμενοι ΔΜΣ, τέσσερις καθοριστικούς παράγοντες προστασίας, οι οποίοι αντίστοιχα δρουν και ως επιδραστικοί. Σύμφωνα με τους ερευνητές, είναι η ανάπτυξη των ευχάριστων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του κάθε εργαζόμενου, η ανάπτυξη της εξωστρέφειάς του, η ανάπτυξη της ευσυνειδησίας του και η ανάπτυξη θετικών σχέσεων μεταξύ των συναδέλφων. Με αυτή την αντίληψη, φαίνεται να συμφωνεί και η έρευνα του Robin (Robins et al., 2009), καθώς θεωρεί ως καθοριστικό παράγοντα πρόληψης ΔΜΣ και της ανάπτυξης επαγγελματικής ικανοποίησης, την ύπαρξη καλού εργασιακού κλίματος και τη συνεργασία και στήριξη μεταξύ των συναδέλφων, ενώ προβάλλει ως πρωτεύων το διαχωρισμό και το σαφή καθορισμό των επαγγελματικών καθηκόντων και ορίων. Επίσης, σε μια μεταγενέστερη έρευνα μεταξύ έμπειρων και λιγότερο έμπειρων εργαζόμενων ογκολογικών τμημάτων στην Αμερική, αποδείχτηκε ότι οι λιγότερο έμπειροι έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μέτρια ως υψηλά επίπεδα ΔΜΣ, σε σχέση με τους πιο έμπειρους συναδέλφους τους που είχαν ως επιβαρυντικούς παράγοντες το στρες και τη κατάθλιψη (S. Wu et al., 2016). Την άποψη ότι οι εργαζόμενοι που έχουν πιο λίγα χρόνια στη δουλειά και ανήκουν στο γυναικείο φύλο είναι πιο επιρρεπής στην εμφάνιση ΔΜΣ συμμαρύνεται και η έρευνα που διεξήχθη στην Πορτογαλία με το ποσοστό του ΔΜΣ να φτάνει στο 59% (Borges et al., 2020).

6.4. Συσχέτιση της Εμφάνισης Δευτερογενούς Μετατραυματικού Στρες με την Απειλή Θανάτου Παιδιού, τον Θάνατο Παιδιού, το Ιατρικό/Νοσηλευτικό Λάθος και τον Εργασιακό Εκφοβισμό

Οι εργαζόμενοι στον παιδιατρικό τομέα, λόγω της φύσης της εργασίας τους, αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση, τη λήψη αποφάσεων και την αντιμετώπιση δύσκολων και επώδυνων περιστατικών νοσηλείας και θεραπείας. Καθώς ο πληθυσμός των ασθενών αφορά άτομα της εύλωτης παιδικής ηλικίας, το συναισθηματικό βάρος θεωρείται επιβαρυνμένο, ενώ ταυτόχρονα διογκώνεται από την ψυχολογική πίεση που ασκείται από τη πλευρά των γονέων. Παράλληλα, οι παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας, αναπτύσσουν αισθήματα απογοήτευσης και ανικανότητας, σε περιπτώσεις διαδικασιών ανάνηψης που δεν έχουν αίσιο τέλος (Molloyetal., 2015). Μια άλλη έρευνα (Cooketal., 2012), χαρακτηριστικά αναφέρει, ότι οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι έχοντας βιώσει το παιδικό τραύμα ή το θάνατο, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της καριέρας τους, βιώνουν τύψεις και ενοχές, ενώ με την πάροδο των χρόνων, γίνονται κυνικοί ως μάρτυρες σε περιπτώσεις θανάτων παιδιού. Με βάση τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό, ότι ο συναισθηματισμός των εργαζόμενων επιφορτίζεται, εφόσον βιώσουν κάποιο επαγγελματικό λάθος που έχει αντίκτυπο στους μικρούς ασθενείς τους, ενώ επιβαρύνεται σε συνάρτηση με το ότι λειτουργούν σε ένα αρνητικό – τοξικό επαγγελματικό περιβάλλον χωρίς εργασιακά υποστηρικτικά συστήματα.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, ανέδειξαν στατιστικά μια σημαντική σχέση της εμφάνισης PTSD, με το αν οι εργαζόμενοι έχουν βιώσει κάποιο ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος ή κάποια περίπτωση θανάτου ή επαπειλούμενου θανάτου. Πιο συγκεκριμένα, αναδείχτηκε ότι οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που έχουν εμπειρία από κάποιο εργασιακό λάθος έχουν 3,020 πιο πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν PTSD σε ποσοστό 29,9%, ενώ εκείνοι που έχουν βιώσει το θάνατο ή την απειλή θανάτου ενός παιδιού εμφανίζουν PTSD σε ποσοστό 29,7% με συχνότητα εμφάνισης 1,758 μεγαλύτερη. Αντίστοιχα οι εργαζόμενοι που δεν έχουν βιώσει κάποιο εργασιακό λάθος παρουσίασαν PTSD σε ποσοστό 12,4% ενώ αυτοί που δεν έχουν βιώσει θάνατο ή απειλή θανάτου παιδιού παρουσίασαν PTSD ποσοστό 19,4%. Σε αυτούς τους παράγοντες, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σημαντικό ρόλο αποτελεί και το εργασιακό περιβάλλον. Όπως αποδείχτηκε μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που βιώνουν εργασιακό εκφοβισμό, παρουσιάζουν PTSD σε ποσοστό 32,%, ενώ αντίστοιχα αυτοί που δεν

έχουν υποστεί εργασιακό εκφοβισμό παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά PTSD, 16,7%. Επομένως, οι εργαζόμενοι στον παιδιατρικό τομέα, που είναι θύματα εργασιακού εκφοβισμού, έχουν 2,351 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα PTSD σε σχέση με τους αντίστοιχους συναδέλφους τους δεν έχουν βιώσει αντίστοιχη κατάσταση.

Σε παρόμοια συμπεράσματα, έχει καταλήξει και μια άλλη έρευνα (Maytum et al., 2004), η οποία διαπίστωσε ότι οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες των εργαζόμενων και η υπερβολική ενασχόληση με τους ασθενείς τους, συντελεί στην ανάπτυξη PTSD. Όταν η σχέση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή, παύει να είναι καθαρά επαγγελματική και παρεμβάλλονται συναισθήματα, ανησυχίες και επιδιώξεις, η βελτίωση ή μη της υγείας του ασθενή, επηρεάζει ανάλογα και τη συναισθηματική κατάσταση του επαγγελματία υγείας. Όταν επίσης, συνυπάρχει το αρνητικό εργασιακό κλίμα, με αδιάφορες ή μη σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων και έλλειψη υποστήριξης από την πλευρά της διοίκησης, αναπτύσσεται στο άτομο σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική αστάθεια (Hinderer et al., 2014). Η συγκεκριμένη συναισθηματική αστάθεια βέβαια, διογκώνεται όταν τον άτομο κατά τη διάρκεια της εργασίας του δέχεται οποιαδήποτε μορφή βίας (σωματική, λεκτική, συναισθηματική) (Cornille & Meyers, 1999).

Ο επαγγελματίας υγείας, έχοντας ως εμπειρία ένα θάνατο ή ένα περιστατικό απειλής θανάτου παιδιού, βιώνει αυτή τη τραυματική εμπειρία αθροιστικά, ανασύρωντας προγενέστερα και αθεράπευτα τραύματα της δική του ζωής. Κάθε τραυματική εμπειρία δηλαδή, δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες προκειμένου να αναβιώσει ένα παλαιότερο τραύμα, να εκφραστεί μέσω του οξέος τραύματος και τελικά, να προκύψει ένα νέο PTSD (Ορονου et al., 2022). Τον παραπάνω μηχανισμό, επιβεβαιώνει και μια άλλη έρευνα, η οποία ανέδειξε την ύπαρξη PTSD σε εργαζόμενους στη ΜΕΘ σε ποσοστό 22,38%. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της μελέτης, τα ποσοστά του PTSD στους εργαζόμενους, αποδίδονται στα ψυχολογικά τραύματα που προήλθαν από τον υψηλό φόρτο εργασίας, τις ξαφνικές επείγουσες καταστάσεις και από τον εργασιακό εκφοβισμό που δέχονται από τους συναδέλφους τους (Regehr et al., 2004).

Παρόμοιους παράγοντες ως υπεύθυνους για την εμφάνιση PTSD ανέδειξε και η έρευνα της Angela S. Czaja (Czaja et al., 2012). Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματά τους οι συνθήκες και το περιβάλλον εργασίας, το αίσθημα υπερβολικής έκθεσης του εαυτού τους υποκύπτοντας συχνά σε περιστατικά βίας από γονείς και ο φόβος για

ανεπάντεχα συμβάντα, όπως ο αιφνίδιος θάνατος ενός παιδιού σε συνδυασμό με τυχόν προστριβές και δυσάρεστες αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, συντελούν στην πρόκληση PTSD. Στο ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η έρευνα του (Cook et al., 2012), η οποία αναφέρει, ότι ο θάνατος ενός παιδιού και η συναισθηματική αντιμετώπιση του από τον εργαζόμενο, εξαρτάται από την συναδελφική αλληλεγγύη, το θεσμικό πλαίσιο της υπηρεσίας και τα χρόνια εμπειρίας που τον βοηθούν να ξεπεράσει μια τέτοιου είδους δυσάρεστη κατάσταση. Σε κάποια επιμέρους σημεία, διαφέρει η μελέτη του Mealer (M.Mealer et al., 2009), η οποία προβάλλει τους παραπάνω παράγοντες επίδρασης, αλλά δεν εμπεριέχει μέσα σε αυτούς το γεγονός να είναι οι επαγγελματίες υγείας μάρτυρες κάποιου τραγικού συμβάντος, όπως ο θάνατος ενός παιδιού ή ο σοβαρός τραυματισμός του. Παρόμοια έρευνα που διεξήχθη σε ογκολογικούς παιδιατρικούς επαγγελματίες, διαπίστωσε ότι υπήρχε μικρή συσχέτιση ανάμεσα στο θάνατο των ασθενών και την ανάπτυξη PTSD. Οι ερευνητές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη της διαταραχής, εξαρτάται λιγότερο από την έκθεση σε κάποιο περιστατικό θανάτου και περισσότερο σε ότι αγγίζει και ευαισθητοποιεί τον εργαζόμενο (Gerhart et al., 2019). Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας και εν προκειμένω οι παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας, που έχουν μια θεραπευτική σχέση με παιδιά που κινδυνεύουν, θα πρέπει να επικεντρωθούν στην ενίσχυση της ικανότητάς τους να φροντίσουν και να θεραπεύσουν αυτά τα νοσηλευόμενα παιδιά, παρά να εστιάζουν στο τραύμα που βιώνουν εκείνη τη στιγμή (Gabbard, 2005). Επομένως, το είδος και το στυλ της εργασίας σε ένα παιδιατρικό τμήμα, σε συνδυασμό με το ατομικό ιστορικό τραύματος του εργαζόμενου, ενισχύει το προσωπικό του τραύμα (*A Proposed Model of Health Professionals' Grieving Process* - Danai Papadatou, 2000, n.d.).

6.5. Βαθμός Επίδρασης των Δημογραφικών και Εργασιακών Χαρακτηριστικών των Παιδιατρικών Εργαζόμενων στις Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες τους

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, διαπιστώθηκε ότι η εργασία στον παιδιατρικό τομέα επηρεάζει σε ορισμένα σημεία το επίπεδο των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των εργαζόμενων. Πιο αναλυτικά, το φύλο, το επίπεδο σπουδών και εκπαίδευσης και το ωράριο εργασίας, δεν αποδείχτηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς την επίδρασή τους στην ψυχοκοινωνική λειτουργία τους. Το ίδιο

ανεπηρέαστοι φάνηκε να είναι οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που εργάζονταν σε νοσοκομεία της περιφέρειας ή της πρωτεύουσας, αλλά και από το αν εργάζονταν στο συγκεκριμένο τμήμα, ως αποτέλεσμα δικής τους επιλογής η ως αποτέλεσμα τοποθέτησής τους από την διοίκηση.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα, έρχονται σε αντίθεση με τη γενικότερη αντίληψη ότι η εργασία που υπόκειται σε κυκλικό ωράριο, οδηγεί σε όξυνση του επιπέδου της επαγγελματικής εξουθένωσης με συνέπειες τη διαταραχή του καρδιακού ρυθμού, τη μείωση του χρόνου και της ποιότητας του ύπνου, της όρεξης και την αύξηση της κόπωσης, του άγχους, της απώλειας της συγκέντρωσης και της αλλαγής συμπεριφοράς (Pradas-Hernández et al., 2018), (Vidotti et al., 2018), (Demir Zencirci & Arslan, 2011).

Ωστόσο, η καθημερινή επαφή των παιδιατρικών εργαζόμενων με παιδιά που νοσούν από χρόνιες ασθένειες, δεν δύναται να τους αφήνει τελείως ανεπηρέαστους στην κοινωνική τους ζωή. Όταν ένας εργαζόμενος δεν νιώθει ικανοποιημένος από την εργασία του, παραμένει αναποτελεσματικός σε αυτήν και αυτό ενδεχομένως να έχει αντίκτυπο στην κοινωνική του ζωή. Η παρουσία βέβαια, ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους και ο θάνατος ενός παιδιού, συμβάλλουν στον περαιτέρω ψυχικό τραυματισμό του εργαζόμενου, ο οποίος διακατέχεται από έντονο άγχος και πανικό, συχνούς εφιάλτες και δυσκολίες ύπνου, που περιορίζουν τη ψυχική του ηρεμία. **Όσον αφορά τα ευρήματα της δικής μας έρευνας, είδαμε ότι οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικές κλινικές και ΜΕΘ εμφάνισαν μειωμένες ψυχοκοινωνικές λειτουργίες σε σχέση με τους εργαζόμενους των παιδιατρικών ΜΕΘ. Η κατάσταση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός, ότι οι ασθενείς στα ΤΕΠ δεδέχονται μακροχρόνια νοσηλεία, καθώς πρόκειται για ένα τμήμα όπου προσφέρονται οι πρώτες βοήθειες και κατόπιν προωθούνται προς το ανάλογο τμήμα ή μονάδα για θεραπεία. Ένας επίσης βασικός παράγοντας, είναι ότι το προσωπικό συνήθως δεν είναι σταθερό αλλά μετακινείται προς το ΤΕΠ, αναλόγα με την εφημερία του νοσοκομείου.**

Με τα δικά μας αποτελέσματα, συμφωνεί και η έρευνα του Rodríguez-Ray (Rodríguez-Rey et al., 2019) στην οποία διαπιστώθηκε ότι ο θάνατος παιδιού στη ΜΕΘ, έχει αρνητική επίδραση στην ψυχοκοινωνική του δραστηριότητα του εργαζόμενου. Η κατάσταση αυτή, είχε ως αποτέλεσμα, το 26,6% του προσωπικού να εκφράσει την επιθυμία αλλαγής τμήματος.

Παρόμοια, στη δική μας έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου ή απειλή θανάτου ενός παιδιού, έχουν υψηλότερο

ποσοστό ψυχοκοινωνικών δυσκολιών ($M=8,2$), από ότι οι αντίστοιχοι συνάδελφοί τους που δεν έχουν βιώσει τέτοιου είδους περιστατικά ($M=5,4$). Αναλογικά και αυτοί που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην εργασία τους και δυσκολεύονται στις ψυχοκοινωνικές τους λειτουργίες αναζητώντας μια κάποια λύση εξέφρασαν την επιθυμία να αλλάξουν τμήμα ($M=8,9$), ενώ οι συνάδελφοί τους που δεν παρουσίασαν δυσλειτουργία στις ψυχοκοινωνικές τους δραστηριότητες, δεν εξέφρασαν την ανάγκη-επιθυμία αλλαγής τμήματος ($M=6,3$).

Σε παρόμοια συμπεράσματα με τα δικά μας, έχουν καταλήξει και άλλες έρευνες (Czaja et al., 2012), (M. Mealer et al., 2012), οι οποίες έδειξαν ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές με συμπτώματα PTSD, εκτός από τα αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, εξέφραζαν σε ποσοστό 58%, την επιθυμία τους να αλλάξουν επάγγελμα, καθώς είχαν αναπτύξει συμπτώματα και συμπεριφορές που δυσκόλευαν την εργασία και τη προσωπική τους ζωή. Κάποιοι ερευνητές το 2014 (Tuna & Baykal, 2014), μελετώντας ογκολογικούς παιδιατρικούς νοσηλευτές, ανέδειξαν ως βασικούς επιβαρυντικούς παράγοντες, το υψηλό φόρτο εργασίας, τις συγκρούσεις με τα μέλη της οικογένειας και την αντιμετώπιση περιστατικών θανάτου παιδιών. Άλλη μελέτη (Neumann et al., 2018) που έλαβε χώρα σε ογκολογικές μονάδες ενηλίκων και παιδιών, δεν βρήκε κάποια συσχέτιση της εργασιακής εμπειρίας με το επίπεδο των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών. Πιο αναλυτικά, η έρευνα ανέδειξε ότι οι νοσηλευτές που περιθάλπουν παιδιατρικούς ασθενείς παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης από τους αντίστοιχους συναδέλφους τους που περιθάλπουν ενήλικες ογκολογικούς ασθενείς. Ωστόσο, προγενέστερη έρευνα από την ανωτέρω, κατέληξε σε συμπέρασμα που αντιτίθεται στα παραπάνω αποτελέσματα (Gallagher & Gormley, 2009).

6.6. Ο Βαθμός Επίδραση του Δευτερογενούς Μεταραυματικού Στρες στην Εμφάνιση Ψυχοκοινωνικών Λειτουργικών

Η σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και του επιπέδου των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών, φαίνεται να είναι αμφίδρομη, καθώς τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες, με το βαθμό ανάπτυξης του ΔΜΣ. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε ότι και οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που έχουν όλα τα κριτήρια

διάγνωσης ΔΜΣ, φέρουν σε υψηλό βαθμό δυσλειτουργία στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες τους.

Χαρακτηριστικά, μέσα από την έρευνά μας, αναδείχτηκε ότι η αύξηση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών αυξάνεται κατά 1 μονάδα, έχει ως επακόλουθο την αύξηση της εμφάνισης ΔΜΣ, κατά 19,9%. Επίσης, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που έχουν ΔΜΣ, έχουν υψηλότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικών δυσκολιών με $M=13,67$, από τους αντίστοιχους συναδέλφους τους που δεν έχουν διαγνωστεί με τη διαταραχή και έχουν χαμηλότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικών δυσκολιών ($M=4,74$).

Το ΔΜΣ, προκαλεί στους εργαζόμενους, συμπτώματα που περιορίζουν τη κοινωνικότητά τους όπως φόβο, διαταραχές ύπνου, παρείσδυση εικόνων και ερεθισμάτων που τους υπενθυμίζουν τις τραυματικές εμπειρίες που προσπαθούν να αποφύγουν. Οι εργαζόμενοι επομένως, αδυνατούν να διατηρήσουν μια μορφή ισορροπίας μεταξύ εργασιακής και προσωπικής ζωής, ενώ σταδιακά διακατέχονται από συναισθηματική εξάντληση, προοδευτική απώλεια ενέργειας και αποπροσωποποίησης που αντανακλάται στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων τόσο σε ασθενείς και συναδέλφους όσο και σε πρόσωπα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος (Osofsky et al., 2008).

Έχει επίσης τεκμηριωθεί βιβλιογραφικά, ότι το επίπεδο κοινωνικότητας του εργαζόμενου, δρα αμφίδρομα στην εμφάνιση ή μη του ΔΜΣ. Το επίπεδο επικοινωνίας του ατόμου με την οικογένεια και τους φίλους του καθορίζει και τον βαθμό της σημαντικότητας της επικοινωνίας και τη διαδικασία έκφρασης και μοιράσματος των συναισθημάτων του καθώς λειτουργεί ως μηχανισμός άμυνας και σταθεροποίησης (Kase et al., 2019), ενώ τα οικογενειακά προβλήματα δρουν επιβαρυντικά στην ανάπτυξη ΔΜΣ (Najjar et al., 2009).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν έρευνες που κατέληξαν σε διαφορετικά συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, η μελέτη του Gerhart ανέδειξε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε ένα τραγικό γεγονός όπως είναι ο θάνατος ενός παιδιού με τη μετέπειτα συμπεριφορά του εργαζόμενου αλλά εξαρτάται από τους προσωπικούς μηχανισμούς διαχείρισης και άμυνας του κάθε ατόμου (Gerhart et al., 2019). Επιπρόσθετα, σε μια άλλη έρευνα (Sekol & Kim, 2014), οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες και ο βαθμός που επηρεάζονται εξαρτώνται από το τύπο του ασθενή και τη νόσο του, την προσωπικότητα του εργαζόμενου, το φόρτο εργασίας, την κουλτούρα του τμήματος και το βαθμό υποστήριξης από τη διοίκουσα

αρχή. Άλλη μελέτη, δε συσχετίζει την έλλειψη συντρόφου και τη μικρή κοινωνική υποστήριξη με την ανάπτυξη PTSD, αλλά τονίζει περισσότερο τη σημασία της υποστήριξης από τη διοίκηση και από τους συναδέλφους και αναγνωρίζει ως βασικά συστατικά της ανθεκτικότητας την ύπαρξη καθαρού σκοπού, την προσωπική δύναμη του κάθε ατόμου να ανταπεξέρχεται στις αντιξοότητες, το βαθμό προσαρμοστικότητάς του και την ικανότητα που διαθέτει στην ανάρρωση και τη διατήρηση και βελτίωση της συναισθηματικής του κατάστασης (Wei et al., 2021). Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα, καθώς προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες με το αν οι εργαζόμενοι βιώνουν εργασιακό εκφοβισμό. Αναδείχτηκε έτσι, ότι αυτοί που βιώνουν εργασιακό εκφοβισμό, παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές τους λειτουργίες από αυτούς που δεν υπόκεινται σε εργασιακό εκφοβισμό. Τις συνθήκες εργασίας και όχι τόσο τη μαρτυρία ενός θανάτου ή βίαιου περιστατικού με θύμα ένα παιδί ως στρεσογόνο παράγοντα, θεωρούν ως βασικούς επιβαρυντικούς παράγοντες και άλλες μελέτες, κρίνοντας ότι λειτουργούν αθροιστικά, διογκώνοντας τα επίπεδα στρες τους χωρίς να τους δίνουν το περιθώριο να επουλώσουν το τραύμα τους (Dearmun, 1998), (O'Connor & Jeavons, 2003), (Rassinetal., 2005).

6.7. Ο Βαθμός Επίδρασης του COVID - στις Ψυχοκοινωνικές Λειτουργίες των Παιδιατρικών Εργαζόμενων

Η υπόθεση μας ότι η πανδημία COVID-19 θα επηρεάσει αρνητικά τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες των παιδιατρικών εργαζόμενων, επιβεβαιώθηκε σύμφωνα με τα ευρήματα μας. Η εμφάνιση και εξάπλωση, ενός νέου και άγνωστου ιού που έλαβε έκταση πανδημίας, αύξησε τις συνθήκες πίεσης και το φόρτο εργασίας στο υγειονομικό προσωπικό. Κατά την περίοδο της πανδημίας λοιπόν, οι ανάγκες περίθαλψης και φροντίδας των ασθενών αυξήθηκαν, ο χρόνος εργασίας τους επιφορτίστηκε, ενώ υπήρξε επιβάρυνση από τη διαχείριση δυσαρεστημένων ασθενών και συγγενών (π.χ, γονείς, στη περίπτωση ασθενών παιδιών) και την αυξημένη γενικότερη ανησυχία για το άμεσο μέλλον. Επιπρόσθετα, η απουσία κλινικά αποδεδειγμένων και δοκιμασμένων θεραπευτικών μεθόδων προστασίας και πρόληψης του ιού, σε συνδυασμό με το αίσθημα ανησυχίας της δικής τους υγείας και της υγείας των δικών τους ατόμων, διόγκωσε το άγχος και το φόβος των εργαζόμενων.

Η παραπάνω κατάσταση αποτυπώθηκε και μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνά μας, στην οποία προέκυψε στατιστικά σημαντική η απειλή της ζωής των εργαζόμενων ή η απειλή της ζωής των των οικείων τους με τη μείωση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών. Η συγκεκριμένη σχέση, ενισχύεται από την επίδραση της εμπειρίας θανάτου ενός παιδιού από τον ιό SARS-CoV-2, κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Πιο συγκεκριμένα, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που είχαν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τη δική τους ή τη ζωή των δικών τους, εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών στις ψυχοκοινωνικές τους λειτουργίες (M=8,0), από τους αντίστοιχους συναδέλφους τους που δεν έχουν αισθανθεί την αντίστοιχη απειλή (M=4,7). Επίσης, σημαντική στατιστική σχέση υπάρχει μεταξύ της έκθεσης του εργαζόμενου σε θάνατο παιδιού από SARS-CoV-2 και στο υψηλότερο επίπεδο ψυχοκοινωνικών λειτουργιών. Έτσι, αυτοί που έχουν βιώσει τη συγκεκριμένη εμπειρία, εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο δυσκολιών όσον αφορά τις ψυχοκοινωνικές τους λειτουργίες (M=10,4) σε σχέση με εκείνους που δεν βίωσαν μια τέτοια είδους εμπειρία (M=6,6).

Με αυτή την άποψη, συμφωνούν και άλλες μελέτες, καθώς θεωρούν ότι οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στις ΜΕΘ, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών συμπτωμάτων (Cullen et al., 2020) και θεωρούν την πανδημία COVID-19, ως σημαντική απειλή για τη ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων (Wang et al., 2020). Ως κοινό συμπέρασμα στις περισσότερες έρευνες, είναι η ραγδαία αύξηση των ποσοστών άγχους, στρες και κατάθλιψης στους εργαζόμενους στον υγειονομικό τομέα (Ali et al., 2020), (Nicholas W S Chew 2020, (Chew et al., 2020), (Ghahramani et al., 2023), ενώ άλλη έρευνα, (Pappa et al., 2020) στη μελέτη της, θεωρεί το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας από τον ιό ως βασικό παράγοντα για την κοινωνική απομόνωση του υγειονομικού εργαζόμενου. Διαπίστωσε επιπλέον, ότι τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, έφτασαν στο 65% των ερωτηθέντων, 92% παρουσίασαν σοβαρή αποπροσωποποίηση και 51% παρουσίασε χαμηλή προς μέτρια προσωπική επίτευξη. Παράλληλα, χαρακτηριστική είναι η έρευνα του Zhu (Zhu et al., 2020), που διεξήχθη στη Γιουχαν εκεί όπου θεωρείται ότι πρωτοεμφανίστηκε ο ιός. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 56,93% των υγειονομικών εργαζόμενων φοβόταν για τη ζωή του, το 19,5% αισθάνοταν ότι η οικογένεια και οι φίλοι του απέφευγαν την επαφή μαζί του και το 10% είχαν σκεφτεί να παραιτηθούν εξαιτίας της πανδημίας.

Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα μας, μια άλλη έρευνα (Tan et al., 2020), παρατήρησε ότι οι εργαζόμενοι στον υγειονομικό τομέα είχαν σημαντικά μικρότερα ποσοστά άγχους και τραύματος σε σχέση με τους μη υγειονομικούς εργαζόμενους. Τα αποτελέσματα αυτά δικαιολογήθηκαν από τους ερευνητές, από το γεγονός ότι οι μη επαγγελματίες υγείας είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε επίσημη ψυχολογική υποστήριξη, λιγότερη ενημέρωση σχετικά με τις νέες πληροφορίες που αφορούσαν την πανδημία και λιγότερη επιστημονική κατάρτιση όσον αφορά τον εξοπλισμό ατομικής προστασίας και τα μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε μια σημαντική διαφορά όσον αφορά την ανθεκτικότητα ανάμεσα στο ανδρικό και στο γυναικείο φύλο. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα κατέγραψε ότι το γυναικείο φύλο, ίσως λόγω της φύσης του, ανησυχεί περισσότερο όσον αφορά την ανάπτυξη λοίμωξης στα μέλη της οικογένειάς (Dai et al., 2020). Παράλληλα, και σε άλλες μελέτες τονίστηκε ο σημαντικός ρόλος που αποτελεί το αίσθημα της ευθύνης προς τα μέλη της οικογένειας, η οποία γίνεται αιτία μεταφοράς συγκρούσεων στην οικογένεια ως απόρροια του άγχους, της εξουθένωσης, του ρυθμού της εργασίας και του συναισθηματικού κενού, καθώς οι εργαζόμενοι προσπαθούν να διατηρήσουν μια μορφή ισορροπίας ανάμεσα στις εργασιακές και στις εξίσου σημαντικές και απαιτητικές ανάγκες τους (Hsieh et al., 2016), (Ratrou & Hamdan-Mansour, 2020), (Freimann & Merisalu, 2015).

6.8. ΗΣυσχέτιση του Άγχους με τα Δημογραφικά – Εργασιακά Χαρακτηριστικά των Παιδιατρικών Εργαζόμενων

Μέσα από την έρευνα μας, το 13,58% του δείγματος, παρουσιάζει μέτριο προς σοβαρό ή σοβαρό άγχος. Αναλύοντας τις διάφορες παραμέτρους μέσα από τη στατιστική ανάλυση, διαπιστώθηκε πως το επίπεδο άγχους δε διαφοροποιείται στατιστικά σε σημαντικό βαθμό από το φύλο των εργαζόμενων, το επίπεδο εκπαίδευσης τους και τη γεωγραφική περιοχή του νοσοκομείου. Επίσης, μικρή στατιστικά σχέση διαπιστώθηκε στον τρόπο επιλογής του τμήματος εργασίας. Τα δεδομένα ευρήματα, δικαιολογούν τα μη διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ του επιπέδου άγχους στους εργαζόμενους των διάφορων παιδιατρικών τομέων που ερευνήθηκαν, μεταξύ δηλαδή των εργαζόμενων στις παιδιατρικές ΜΕΘ, στις παιδιατρικές κλινικές και στα παιδιατρικά ΤΕΠ. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω ευρήματα, η υπόθεση μας σχετικά με τη σχέση του άγχους και των δημογραφικών-εργασιακών χαρακτηριστικών, επιβεβαιώθηκε.

Σε ανάλογα ευρήματα, κατέληξε και η έρευνα του Nilan (Nilan et al., 2019) και του Kellogg (Kellogg et al., 2018), οι οποίες διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα άγχους των παιδιατρικών εργαζόμενων ,δεν επηρεάζονται από το φύλο, τη θέση εργασίας, το επαγγελματικό ωράριο ή το επάγγελμα, (γιατρός ή νοσηλεύτης). Από την άλλη πλευρά, κάποιοι άλλοι ερευνητές, (Berger et al., 2015), ανέδειξαν τη σπουδαιότητα της προϋπηρεσίας στο περιορισμό και τον έλεγχο του άγχους. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εξηγηθεί από την απαραίτητη γνώση που προσφέρει η εμπειρία, η οποία προσφέρει τις απαραίτητες δεξιότητες στο άτομο να διαχειριστεί με πιο αποτελεσματικό τρόπο τις προκλήσεις που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Σε αντίθεση, Έλληνες ερευνητές (Nikolaou et al., 2020), προκειμένου να αναγνωρίσουν τους προγνωστικούς παράγοντες άγχους και κατάθλιψης σε Έλληνες νοσηλευτές, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι οι πιο άπειροι νοσηλευτές, οι άγαμοι και οι άτεκνοι, οι οποίοι δουλεύουν στις γενικές ιατρικές μονάδες, είναι πιο ευάλωτοι σε καταστάσεις άγχους.

Επίσης, διάφορες άλλες έρευνες, ανέδειξαν ότι το επίπεδο των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού (Embriaco et al., 2007), (Poncet et al., 2007), (Azoulay et al., 2009), το φόρτο εργασίας και η επιβάρυνση από τις συνεχόμενες βάρδιες (Galván et al., 2012), (Garcia et al., 2014), (Embriacoetal.,2007), (Poncet et al., 2007), επιβαρύνουν και αυξάνουν τα επίπεδα άγχους των εργαζομένων. Αυτά τα ευρήματα, έρχονται σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα, καθώς αναδείχτηκε ότι η εργασία σε κυκλικό ωράριο, έχει ως αποτέλεσμα ένα επίπεδο άγχους (M=14,2) σαφώς υψηλότερο, σε σχέση με την εργασία σε αποκλειστικά πρωινό ωράριο (M= 11,6). Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι που εκφράζουν την επιθυμία να αλλάξουν τμήμα, εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους (M=16,7) σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που δεν διακατέχονται από τη συγκεκριμένη επιθυμία (M=12,3). Παρομοίως, ως επιβαρυντικούς παράγοντες της επιδείνωσης των επιπέδων άγχους, προβάλλει και η έρευνα των (Garcia et al., 2014) που αφορά τους παιδο-εντατικολόγους, προσθέτοντας όμως στους ήδη αναφερόμενους επιβαρυντικούς παράγοντες και αυτό των δυσμενών συνθηκών εργασίας, όπως είναι η κακή σχέση και οι συγκρούσεις των γιατρών με τους συναδέλφους τους ή με τους άλλους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο χώρο της παιδιατρικής ΜΕΘ.

Την παρουσία σημαντικής διαφοράς στο επίπεδο του άγχους στους παιδιατρικούς εργαζόμενους που έχουν εκτεθεί σε εργασιακό εκφοβισμό, παρουσίασε και η δική μας έρευνα, κατά την οποία, οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει εργασιακό εκφοβισμό έχουν υψηλότερο επίπεδο άγχους (M=15,2) από τα επίπεδα άγχους εκείνων που δεν έχουν

βιώσει κάτι αντίστοιχο ($M=11,1$). Αυτό το αποτέλεσμα, έρχεται σε συνάφεια με τα αποτελέσματα άλλης έρευνας, η οποία κατέληξε ότι οι περισσότεροι παιδίατροι σε ποσοστό 63%, δηλώνουν δυσαρεστημένοι με την επαγγελματική τους δραστηριότητα, ενώ από αυτούς το 49%, αποδίδει τα αυξημένα επίπεδα άγχους τους στις δυσχερείς συνθήκες εργασίας, το 23% στο χαμηλό επίπεδο αμοιβής τους και το 18% στην ανάγκη για συνεχή εκπαιδευτική κατάρτιση (Lacerda et al., 2011). Το χαμηλό επίπεδο αμοιβής ως παράγοντα εργασιακού άγχους, ανιχνεύσαμε στη δική μας έρευνα, αφού αναδείχτηκε ότι οι εργαζόμενοι που δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ($M=13,7$), εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με τους εργαζόμενους που δηλώνουν ικανοποιημένοι ($M=10,5$). Ωστόσο, ο Shugerman (Schumann et al., 2011) στην έρευνά του, παρουσίασε ότι οι γενικοί παιδίατροι εμφανίζουν το λιγότερο εργασιακό άγχος και υψηλό επίπεδο ικανοποίησης, παρόλο που λαμβάνουν τη χαμηλότερη αμοιβή σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες ιατρών, σύμφωνα με τις οποίες συγκρίθηκαν. Αυτό συνέβη, γιατί η συγκεκριμένη κατηγορία παιδιάτρων είχε τις λιγότερες ώρες εργασίας (50/εβδομάδα), το μεγαλύτερο ποσοστό χρόνου τους στο γραφείο (58%) και αντίστοιχα το μικρότερο ποσοστό χρόνου στο νοσοκομείο (16%), βλέποντας έτσι και αναλογικά το χαμηλότερο ποσοστό ασθενών με σύνθετα ιατρικά (15%) και σύνθετα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (17%). Τους δόθηκε έτσι η δυνατότητα να ελαττώσουν τις πιθανότητες να βιώσουν κάποιο περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους ή κάποιο περιστατικό θανάτου ή απειλής της ζωής του παιδιού.

Παράγοντες που όπως αναδείχτηκε από την έρευνά μας αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες ως προς την διόγκωση του επιπέδου του άγχους. Πιο συγκεκριμένα, στην έρευνά μας οι εργαζόμενοι που είχαν βιώσει κάποιο περιστατικό ιατρικού ή νοσηλευτικού λάθους εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους ($M=14,3$) από εκείνους που δεν έχουν βιώσει ανάλογο περιστατικό ($M=10,8$), ενώ εκείνοι που βίωσαν περιστατικό θανάτου ή απειλή της ζωής ενός παιδιού εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο άγχους ($M=14,5$), σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν βιώσει κάτι ανάλογο ($M=12,0$). Στο ίδιο συμπέρασμα, κατέδειξαν και 3 μελέτες που έλαβαν χώρα, η μία στη Γερμανία και οι δύο στις ΗΠΑ, στις οποίες οι συμμετέχοντες, περιέγραψαν συγκεκριμένα τραυματικά συμβάντα σχετιζόμενα με την εργασία τα οποία αφορούσαν περιστατικά θανάτου ή λεκτικής κατάχρησης ή βίας που είχαν ως αποτέλεσμα, τη μεγέθυνση του άγχους τους, με μορφές εκδήλωσης τη διαταραχή του ύπνου, τα εφιαλτικά επεισόδια και την υπερεπαγρύπνηση. Έτσι, λαμβάνοντας αυτά υπόψη, και με γνώμονα ότι καθώς η καταθλιπτική διάθεση και η

ανάπτυξη συμπεριφοράς αποφυγής, αποτελούν τις κύριες αιτίες αποχώρησης από το χώρο του νοσοκομείου, μπορεί να κατανοήσει κανείς την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις (Jasper et al., 2012), (H.-L. Lai et al., 2008), (M. L. Mealer et al., 2007).

6.9. Η επίδραση του COVID-19 στα Επίπεδα Άγχους των Παιδιατρικών Εργαζόμενων

Η πανδημία του COVID-19, ως μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης, ήταν φυσιολογικό και αναμενόμενο να οδηγήσει τους επαγγελματίες υγείας στην ανάπτυξη συναισθημάτων άγχους, ανησυχίας, αγωνίας και φόβου. Μια ανάλυση 13 μελετών ψυχικής υγείας μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, διαπίστωσε ότι σχεδόν 1 στους 4, εμφάνισε σοβαρά συμπτώματα άγχους (23,2%) και κατάθλιψης (22,8%) που σχετίζονταν με τον COVID-19 (Pappa et al., 2020), ενώ σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο συνολικός επιπολασμός του άγχους, της κατάθλιψης, του στρες και της απνίας κυμαίνεται στο 34,4%, στο 318%, στο, 40,3% και στο 27,8% αντίστοιχα. Ο υψηλός αυτός επιπολασμός, μπορεί να εξηγηθεί μέσα από το διάχυτο κλίμα αβεβαιότητας που δημιουργήθηκε στην πανδημία, την ανασφάλεια του εμβολίου, τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και τον έντονο φόβο μετάδοσης στα μέλη της οικογένειας (Adams & Walls, 2020), (Song et al., 2020). Χαρακτηριστικά, σε έρευνα που τελέστηκε στη Κίνα, τόσο στη Γουχάν όσο και σε άλλες περιοχές της Κίνας, σε εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, σε νοσοκομεία που περιλάμβαναν κλινικές πυρετού και θαλάμους απομόνωσης σε ασθενείς προσβεβλημένους από τον ιό, διαπιστώθηκε ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση στις γυναίκες, ιδιαίτερα σε μητέρες, και σε εκείνους που βρίσκονταν στα επείγοντα COVID-19. Επίσης, άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι η ηλικία και το φύλο είναι σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες για υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, οι γυναίκες (Chong et al., 2004), (J. Lai et al., 2020), (Zhu et al., 2020), (Tang et al., 2016), (Bukhari et al., 2016), (Huanget al., 2020) και οι νέοι υπάλληλοι, ηλικιακά και εργασιακά (Austria-Corrales et al., 2011), (Nickell et al., 2004), (Tametal., 2004), (P. Wu et al., 2009), (Simetal., 2004), είναι πιο ευάλωτοι σε ψυχολογική δυσφορία κατά την εργασία τους. Από την άλλη πλευρά, μόνο δύο μελέτες ανέδειξαν ότι η μεγαλύτερη ηλικία ήταν παράγοντας κινδύνου για ψυχολογικά συμπτώματα (Xing et al., 2020), (P. Wu et al., 2009).

Στη δική μας έρευνα, προκειμένου να διαπιστωθεί η επίδραση του ιού στην εμφάνιση άγχους, λήφθηκαν υπόψη αυτά που χαρακτηρίζονται ως μέτρια προς σοβαρά ή σοβαρά συμπτώματα άγχους. Σύμφωνα λοιπόν με τα ευρήματα μας, δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική σχέση μεταξύ του επιπέδου του άγχους και της νόσου από τον ιό SARS-CoV-2. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήξαμε και με τη σχέση του άγχους και της νοσηλείας παιδιού με SARS-CoV-2. Η σχέση όμως μεταξύ του άγχους και της απειλής της ζωής των εργαζόμενων και των οικογενειών τους από τον ιό, διαπιστώθηκε πως ήταν στατιστικά σημαντική. Πιο συγκεκριμένα, τα ευρήματα έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που έχουν αισθανθεί απειλή για τη ζωή τη δική τους ή των οικείων τους εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους ($M=14,5$) από τους αντίστοιχους συναδέλφους τους που δεν έχουν αισθανθεί το ανάλογο συναίσθημα ($M=11,1$), επομένως, η ερευνητική μας υπόθεση, επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα μας.

Σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα έρχονται κι άλλες μελέτες, που διερεύνησαν τα επίπεδα άγχους σε εργαζόμενους στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Wilson et al., 2005), (Tam et al., 2004), (Koh et al., 2003), (Temsah et al., 2020). Στην πλειονότητά τους, οι υγειονομικοί εργαζόμενοι δεν εξέφρασαν την επιθυμία να αποφύγουν την επαφή με ασθενείς που έχουν προσβληθεί από SARS-CoV-2, αλλά έδειξαν μεγαλύτερη ανησυχία σχετικά με τη μετάδοση του ιού σε κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Το συγκεκριμένο εύρημα διαπιστώθηκε και μέσα από μια άλλη έρευνα (J. Lai et al., 2020), όπου παίρνοντας συνέντευξη από 13 ιατρούς νοσοκομείου της Κίνας κατά τη διάρκεια της επιδημίας, διαπίστωσαν ότι δεν τους ανησυχούσε τόσο η μόλυνση από τον ιό, όσο η πιθανότητα να μεταφέρουν τον ιό στο σπίτι και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης, όπως αναδείχτηκε μέσα από μια μεγάλη μετα-ανάλυση, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερο επιπολασμό άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες, οι νοσηλευτές σε σύγκριση με τους γιατρούς και οι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν στη δεύτερη γραμμή αντιμετώπισης (Batra et al., 2020).

Παράλληλα, και άλλες έρευνες ανέδειξαν τη σημαντική επίπτωση του ιού στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων που εμπλέκονται στις διαδικασίες αντιμετώπισής του. Σε έρευνα που διεξήχθη στη Κίνα, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (Dai et al., 2020), σε δείγμα 4357 εργαζόμενων στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, σε μια προσπάθεια να αξιολογήσουν τη ψυχολογική τους κατάσταση, κατέληξαν ότι οι 1704 εξ αυτών (39,1%), διακατέχονταν από ψυχολογική δυσφορία.

Σε άλλη έρευνα (J. Lai et al., 2020) αξιολογήθηκαν 1257 εργαζόμενοι που περιέθαλπαν ασθενείς που εκτέθηκαν στον ιό σε 34 νοσοκομεία στην Κίνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι 634 (50,4%), είχαν συμπτώματα κατάθλιψης, οι 560 (44,6%) διαγνώστηκαν με άγχος, οι 427 (34,0%) με αυπνία και οι 899 (71,5%) με δυσφορία. Κάνοντας χρήση της κλίμακας άγχους αυτοαξιολόγησης Zung (Zhu et al., 2020), κάποιοι άλλοι ερευνητές, ανέδειξαν ότι ο επιπολασμός του άγχους μεταξύ του ιατρικού προσωπικού είναι 12,5% ενώ σε άλλη έρευνα (Xing et al., 2020), κάνοντας χρήση του Symptom Checklist-90 (SCL-90) και διερευνώντας την κατάσταση ψυχικής υγείας 548 ατόμων ιατρικού προσωπικού που ασχολείται με το COVID-19 σε 12 νοσοκομεία της Κίνας, αναδείχθηκε σημαντικά υψηλή η συνολική μέση τιμή στους ιατρούς. Επιπλέον, κάποιοι άλλοι ερευνητές από την Κίνα (Song et al., 2020), κάνοντας χρήση των Impact of Event Scale-Revised, του Patient Health Questionnaire-9 και του Generalized Anxiety Disorder 7-item, προσπαθώντας να αξιολογήσουν το στρες, την κατάθλιψη και το άγχος, σε 5062 υγειονομικούς, κατέληξαν ότι το 29,8% αυτών, υποφέρει από άγχος και το 13,5% από κατάθλιψη. Ωστόσο, διακρίνεται και μια έρευνα, που σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικά υψηλότερα συμπτώματα άγχους μεταξύ της ομάδας επαγγελματιών υγείας (M=18,2) και αυτής που δεν αποτελείται από επαγγελματίες υγείας (M=16,9) (García-Fernández et al., 2022).

6.10. Βαθμός Συσχέτισης των Επιπέδων Άγχους με την Εμφάνιση Δευτερογενούς Τραυματικών Στρες

Μέσα από την έρευνα και τη μετέπειτα ανάλυσή μας αναδείχθηκε πως υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου άγχους με το συνολικό σκορ της κλίμακας PTSD και των τεσσάρων κριτηρίων της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Αναδείχθηκε δηλαδή ότι οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικούς τομείς που εκπληρούν όλα τα κριτήρια για μετατραυματικό στρες (M=21,71) τείνουν να έχουν υψηλότερο επίπεδο άγχους σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν τα απαραίτητα κριτήρια για τη διάγνωση ανάπτυξης μετατραυματικού στρες (M=10,56). Πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν, ότι η αύξηση του επιπέδου του άγχους κατά μία μονάδα συνδέεται αναλογικά με την αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης μετατραυματικού στρες κατά 15,1%.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τον ορισμό του Figley (C. Figley, 1995), για την κόπωση από συμπόνια, ότι πρόκειται δηλαδή για μια εξαντλητική κατάσταση σωματικής,

ψυχολογικής και συναισθηματικής δυσλειτουργίας, προερχόμενη από τη μακρόχρονη έκθεση στο άγχος, γίνεται κατανοητό ότι πρόκειται για τις συνέπειες της αδυναμίας του ατόμου να διαχειριστεί τη συμπίνα του για τους ασθενείς και να ξεπεράσει τις όποιες αγχογόνες καταστάσεις που δημιουργούνται. Αυτό γίνεται περισσότερο εμφανές αν παραθέσουμε και τους έξι βασικούς παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης PTSD, όπως τη χρόνια και συνεχή έκθεση στο τραύμα και στον πόνο των ασθενών, τη χρήση της συμπίνας ως θεραπευτικό μέσο, τη μεγάλη και χωρίς μέτρο θεραπευτική χρήση του εαυτού, την έκθεση σε αγχογόνα ερεθίσματα, την αδυναμία διατήρησης ορίων στον επαγγελματικό χώρο και την ελλιπή αυτοφροντίδα.

Το άγχος, ως βασικό παράγοντα ανάπτυξης ΔΜΣ παρουσιάζουν και άλλες έρευνες. Το 2016, ερευνητές από τη Δανία (Meier et al., 2016) διερευνώντας τη σχέση άγχους και ΔΜΣ, κατέληξαν ότι το 89% του δείγματός που είχε εκτεθεί σε κάποιο αγχογόνο γεγονός, μετά την πάροδο τριών μηνών, το 60% αυτών συνεχίζει να διατηρεί υψηλά επίπεδα άγχους και να παρουσιάζει συμπτώματα PTSD. Παρόμοια και άλλη έρευνα (Hamama-Raz et al., 2022), ανέδειξε ως παράγοντες κινδύνου για PTSD, το άγχος που προέρχεται από μια δύσκολη κλινική περίπτωση, τη σωματική εξάντληση και το προσωπικό ιστορικό τραύματος. Άλλοι ερευνητές (Nilan et al., 2019), έδειξαν ότι το 26% του δείγματος που μελέτησαν, είχε υψηλά ποσοστά PTSD, σχετιζόμενα με την ύπαρξη προσωπικού άγχους. Επίσης, άλλοι ερευνητές (Kellogg et al., 2018), ανέδειξαν τα υψηλά ποσοστά άρνησης ή αποστασιοποίησης, ως τεχνικές διαχείρισης του άγχους, ενώ σε άλλη μελέτη, οι ερευνητές (Walden et al., 2018), μελετώντας την επίδραση του καθημερινού άγχους στον επαγγελματία υγείας, κατέληξαν στο συμπέρασμα της αρνητικής συσχέτισης ανάμεσα στο καθημερινό άγχος και στην ηλικία, την προϋπηρεσία και τη θέση στο νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, όσο το καθημερινό άγχος μειώνεται, τόσο αυξάνονται οι παραπάνω μεταβλητές. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν μικρά παιδιά σε κίνδυνο, μειώνουν κατά πολύ τις εσωτερικές και εξωτερικές πηγές άντλησης δύναμης και αναπτύσσουν χρόνια άγχος. Ωστόσο, οι ευσυνείδητοι παιδιατρικοί εργαζόμενοι που ασκούν ουσιαστική φροντίδα, διατηρούν στενές σχέσεις τόσο με τους μικρούς ασθενείς τους όσο και με τους ίδιους τους γονείς τους, διαχειρίζοντας έτσι καλύτερα το άγχος τους (Hobfoll, 1988). Άλλη μελέτη (Hamama-Raz et al., 2022) κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι το άγχος επιδρά σημαντικά στην ανάπτυξη PTSD, ακόμα και μετά την πάροδο πολλών ετών από την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος. Ανάλογα το πώς έχουν αναπτυχθεί οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης του άγχους, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι

οδηγούνται στην ανάπτυξη ή μη συναισθημάτων ασφάλειας και ικανότητας ελέγχου των καταστάσεων στη προσωπική και κοινωνική ζωή τους. Όσο δηλαδή αυξάνεται το ενδιαφέρον και η επαγγελματική ικανοποίηση από την εργασία τους, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ανάπτυξης PTSD. Επίσης, η μελέτη του Meyer, έδειξε ότι τα δύσκολα περιστατικά που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας κατά τη διάρκεια της εργασίας του, σχετίζονται με την ανάπτυξη συμπτωμάτων PTSD, ενώ μια μελέτη (Roney & Aciri, 2018), παρουσιάζει ως ιδιαίτερα ανησυχητικό το άγχος που προέρχεται από επιβαρυντικούς παράγοντες, όπως ο θάνατος ενός παιδιού. Παρόμοια, η Czaja, διαπιστώνοντας ότι η νοσηλευτική εργασία με παιδιά προκαλούσε στους εργαζόμενους εφιάλτες σε ποσοστό 49%, έντονο άγχος σε ποσοστό 19% και πανικό σε ποσοστό 8%, κατέληξαν να ταυτοποιήσουν ως αιτιολογικούς στρεσογόνους παράγοντες, σχετιζόμενους με τις συνθήκες εργασίας, το αίσθημα της υπερβολικής έκθεσης, το φόβο για ανεπιθύμητα συμβάντα και τις δυσάρεστες αλληλεπιδράσεις με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας εργασίας. Επίσης, παρουσίασαν ως βασικό παράγοντα άγχους και επιβάρυνσης για την ανάπτυξη συμπτωμάτων PTSD, τις άμεσες απειλές της ζωής, την έντονη αντιδραστικότητα από την πλευρά των ασθενών και τη λεκτική κακοποίηση ή ακόμα και την άσκηση βίας από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντος (Czaja et al., 2012). Σε αντίθεση έρχεται μια άλλη μελέτη (Günüşen et al., 2018) στην οποία οι συγγραφείς δεν βρήκαν να συσχετίζεται ο αριθμός των περιστατικών θανάτου κάποιου παιδιού κατά τη διάρκεια νοσηλείας του, με την επιδείνωση του άγχους του εργαζόμενου σε βαθμό που να τον οδηγήσει σε ανάπτυξη PTSD. Στον αντίποδα, οι Rodriguez-Ray et al., σε άλλη έρευνα, ανέδειξαν το άγχος ως σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης PTSD, αλλά δεν διαπίστωσαν διαφορά μεταξύ των ποσοστών άγχους ανάμεσα στις παιδιατρικές ΜΕΘ και στα παιδιατρικά τμήματα (Rodríguez-Rey et al., 2019). Αντίθετα, άλλη μελέτη ανέδειξε το τμήμα της ΜΕΘ ως έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα επιδείνωσης του άγχους, το οποίο με τη σειρά του επιτείνει τη διαδικασία ανάπτυξης PTSD. Οι ερευνητές θεώρησαν ως ιδιαίτερο παράγοντα το μεγάλο ποσοστό παιδικών θανάτων μέσα σε αυτή και στους επιπλέον δραστικούς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τους μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους και την εξοικείωση των μηχανισμών αντίδρασης. Ωστόσο άλλοι ερευνητές, συσχέτισαν αρνητικά την επιθυμία των εργαζομένων να είναι κοινωνικά αποδεκτοί και να μην είναι εμφανή στους άλλους τα συμπτώματα άγχους τους, ενώ συσχέτισαν θετικά το ΔΜΣ με τη συναισθηματική υποστήριξη (Kellogg et al., 2018). Σε αντίθεση έρχεται μια άλλη μελέτη που υποστηρίζει ότι η συναισθηματική υποστήριξη είναι απλά ένας μηχανισμός

διαχείρισης του άγχους στο χώρο της εργασίας, η οποία περιλαμβάνει τα προγράμματα διαχείρισης και τις ομάδες συζήτησης με συναδέλφους και ειδικούς σχετικά με δύσκολα περιστατικά που βίωσαν στο εργασιακό τους βίο (Berger et al., 2015).

6.11. Περιορισμοί της Μελέτης

1. Ο συγχρονικός χαρακτήρας της έρευνας, φέρει κάποιους περιορισμούς, καθώς από τη φύση του δεν εξασφαλίζει τη πλήρη εγκυρότητα όσον αφορά την αιτιακή σχέση μεταξύ των διαφόρων παραγόντων όπως το ότι η εμφάνιση ΔΜΣ, περιορίζει τα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης. Υπάρχει δηλαδή η πιθανότητα, οι παιδιατρικοί εργαζόμενοι λόγω των συμπτωμάτων PTSD να μην είναι σε θέση να βιώσουν επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ αντίστοιχα, λόγω της έλλειψης της επαγγελματικής ικανοποίησης στο χώρο της εργασίας, μπορεί να προκληθούν πιο εύκολα καταστάσεις που συνδράμουν στην εμφάνιση PTSD.
2. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων μέσω των ψυχομετρικών εργαλείων και ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης, εμπεριέχει και τους περιορισμούς αυτής της τεχνικής. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες καλούνται να τα συμπληρώσουν και να αυτοαξιολογηθούν με ειλικρίνεια, ωστόσο κανείς δεν μπορεί να αποκλείσει το γεγονός ότι κάποιες από τις απαντήσεις τους να είναι ανειλικρινείς, να μην είναι αυθόρμητες και να διακατέχονται από φόβο ή ντροπή. Το γεγονός επίσης ότι κάποιες ερωτήσεις καλούνται να ανακαλέσουν κάποια δυσάρεστα γεγονότα του παρελθόντος, μπορεί συνειδητά ή ασυνείδητα να έχουν ξεχαστεί λόγω της απώθησης και επομένως, οι απαντήσεις τους να είναι διαστρεβλωμένες.
3. Η επιλογή του δείγματος έγινε μόνο από νοσοκομεία που περιλαμβάνουν στο οργανόγραμμά τους και παιδιατρική ΜΕΘ. Συνεπώς, αποκλείστηκαν από την έρευνα κάποια μεγάλα νοσοκομεία της χώρας, όπως το Παν/κο νοσοκομείο της Λάρισας και της Αλεξανδρούπολης που καλύπτουν μεγάλες υγειονομικές περιφέρειες. Σύμφωνα με τη μεθοδολογία της έρευνάς μας, η διερεύνηση των επιπέδων ΔΜΣ και της επαγγελματικής ικανοποίησης, αναζητήθηκε μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε παιδιατρικές ΜΕΘ και σε παιδιατρικά τμήματα και ΤΕΠ. Επομένως, κρίθηκε σκόπιμο και εύλογο οι ομάδες σύγκρισης να ανήκουν

στο ίδιο νοσοκομείο, ώστε να εργάζονται υπό τις ίδιες εργασιακές - διοικητικές συνθήκες.

4. Στα νοσοκομεία έρευνας περιλαμβάνονται αποκλειστικά δημόσια νοσοκομεία που περιλαμβάνουν στο οργανόγραμμά τους παιδιατρική ΜΕΘ χωρίς να συμπεριλαμβάνονται σε αυτά μεγάλα παιδιατρικά ιδιωτικά νοσοκομεία που εμπεριέχουν παιδιατρικές ΜΕΘ, όπως το Ωνάσειο, το Ιατρικό Παιδών κ.α. Το γεγονός αυτό, δεν οφείλεται σε παράλειψη του ερευνητή, αλλά σε άρνηση των διοικήσεων των ιδιωτικών νοσοκομείων να παραχωρήσουν άδεια διεξαγωγής έρευνας, μετά από σχετικό αίτημά μας.
5. Το μέγεθος του δείγματος, 445 παιδιατρικοί εργαζόμενοι, θεωρείται κατάλληλο και ικανοποιητικό, ωστόσο το γεγονός ότι η αναλογία εργαζόμενων μεταξύ των τμημάτων διαφέρει σημαντικά. Από το δείγμα, οι 240 ήταν εργαζόμενοι σε παιδιατρικές κλινικές, 155 ήταν οι εργαζόμενοι σε παιδιατρικές ΜΕΘ και 50 ήταν σε παιδιατρικά ΤΕΠ. Η δυσαναλογία αυτή οφείλεται αρχικά, στο γεγονός ότι οι κλινικές είναι σαφώς περισσότερες από τα υπόλοιπα παιδιατρικά τμήματα και επομένως, στελεχώνονται με περισσότερο προσωπικό. Επίσης, κατά τη διάρκεια της έρευνας διαπιστώθηκε ότι μόνο τρία νοσοκομεία (Αγ.Σοφία, Αγλαΐα Κυριακού, Ιπποκράτειο Θεσ/κης), διαθέτουν προσωπικό αυτόνομο και αποκλειστικό για τη λειτουργία του παιδιατρικού τμήματος των ΤΕΠ.
6. Η διεξαγωγή της έρευνας έλαβε χώρα τον δεύτερο χρόνο της πανδημίας του COVID-19 (1/10/21-30/2/2022), μιας περιόδου όπου επικρατούσαν στη χώρα μας αυστηρά περιοριστικά μέτρα. Επιπλέον, είχε τεθεί σε ισχύ ο υποχρεωτικός εμβολιασμός του υγειονομικού προσωπικού, ενώ ο αυξημένος αριθμός κρουσμάτων οδήγησε σε μεγάλο αριθμό εισαγωγών με αυξημένη προσέλευση στα ΤΕΠ. Ως αποτέλεσμα, πολλές κλινικές άρχισαν να μετατρέπονται λόγω των αυξημένων αναγκών σε COVID-κλινικές, με αποτέλεσμα να περιοριστεί και να δυσκολευτεί η διαδικασία της έρευνας, καθώς υπήρξε ένα σημαντικό ποσοστό παιδιατρικού προσωπικού που απουσίαζε από την εργασία του λόγω καθεστώτος αναστολής εργασίας λόγω μη εμβολιασμού. Ένα σημαντικό ποσοστό του προσωπικού επίσης, απουσίαζε λόγω νόσησης ενώ υπήρξε και ποσοστό εργαζόμενων που μετακινούνταν σε άλλα τμήματα με αποτέλεσμα το πρόγραμμα να τροποποιείται σχεδόν καθημερινά ανάλογα τις υπηρεσιακές ανάγκες. Σύμφωνα λοιπόν με όλα τα παραπάνω, σε μια κατάσταση έντονης πίεσης και φόρτου εργασίας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα, δυσκολεύονταν να

βρουν και χρόνο και διάθεση προκειμένου να ασχοληθούν με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που τους είχαν δοθεί κατόπιν ενημέρωσης και συναίνεσής τους.

6.12. Πλεονεκτήματα Μελέτης

Εκτός από τα μειονεκτήματα της μελέτης, τα οποία αναπτύχθηκαν παραπάνω, η συγκεκριμένη μελέτη παρουσίασε και πλεονεκτήματα, που την χαρακτηρίζουν χρήσιμη και θετική ως προς τη συμβολή της στη διεθνή βιβλιογραφία.

1. Η παρούσα μελέτη κάλυψε ένα βιβλιογραφικό κενό, όσον αφορά τα ποσοστά επίδρασης ΔΜΣ και επαγγελματικής ικανοποίησης σε εργαζόμενους παιδιατρικών μονάδων υγείας. Πρόκειται για μια καινοτόμα έρευνα στην Ελλάδα, καθώς η επίδραση του ΔΜΣ έχει μελετηθεί σε άλλες επαγγελματικές κατηγορίες π.χ. πυροσβέστες ή πληρώματα ασθενοφόρων, ενώ σε επαγγελματίες υγείας μόνο σε νοσηλευτές ψυχιατρικών κλινικών και σε ΜΕΘ ενηλίκων. Αντίστοιχα και στη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών στο συγκεκριμένο πεδίο, ιδιαίτερα, όσον αφορά τα ποσοστά επαγγελματικής ικανοποίησης και PTSD των εργαζόμενων μεταξύ των διαφόρων κλινικών και μονάδων.
2. Η έρευνα διεξήχθη σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία που καλύπτουν ευρείες υγειονομικές περιφέρειες, ενώ έχοντας ως κριτήριο ένταξης σε αυτήν το να διαθέτουν στο οργανόγραμμά τους παιδιατρική ΜΕΘ, ώστε οι ομάδες σύγκρισης να δέχονται παρόμοιες διοικητικές και κοινωνικές επιδράσεις.
3. Έχοντας υπόψη ότι η έρευνα θα λάμβανε χώρα σε νοσοκομειακούς εργαζόμενους που υποβάλλονται καθημερινά σε υπερβολικό φόρτο εργασίας υπό καθεστώς κυκλικού ωραρίου, ο ερευνητής τους έθεσε προς συμπλήρωση ερωτηματολόγια στη σύντομη μορφή τους, τα οποία έχουν σχεδιαστεί και σταθμιστεί για τέτοιου είδους εργαζόμενους. Επίσης, για να αποφευχθούν τυχόν παρεξηγήσεις, παραλήψεις και συγχύσεις, εκτός από την αρχικές οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους, όπου έγινε και η διανομή τους, υπήρξαν έκτοτε και αρκετές επισκέψεις τόσο για υπενθύμιση της συμπλήρωσής τους όσο και για τυχόν επεξηγήσεις και διευκρινήσεις που προκύπταν από τους συμμετέχοντες.

4. Η μετάφραση και προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα της σύντομης απογραφής των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών των εργαζόμενων (B-IPF). Ένα ψυχομετρικό εργαλείο που μετράει τις πιθανές επιπτώσεις του PTSD στη κοινωνική ζωή του εργαζόμενου, εφόσον η εκπτώση των ψυχοκοινωνικών λειτουργιών αποτελεί ένα από τα διαγνωστικά κριτήρια του PTSD.

6.13.Μελλοντικές Προτάσεις

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, αναδεικνύουν την ανάγκη αξιοποίησης των ευρημάτων και χρησιμοποίησής τους, είτε μέσω της μελλοντικής έρευνας ως προπομπός και βάση δεδομένων, είτε μέσω των νοσοκομειακών διοικήσεων, με λήψη μέτρων που θα ανακουφίσουν το προσωπικό τους και θα συντελέσουν στη βελτίωση της φροντίδας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασθενείς.

6.13.1. Προτάσεις Μελλοντικής Έρευνας

1. Καθώς η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη κατά τη διάρκεια μιας παγκόσμιας πανδημίας, με την εφαρμογή υγειονομικών και περιοριστικών μέτρων που μπορεί να επηρέασαν τα αποτελέσματά της, καλό θα ήταν να γίνει μια ανάλογη έρευνα σε πιο «φυσιολογικές συνθήκες», ώστε να διαπιστωθεί αν τα αποτελέσματα θα είναι ανάλογα ή μη.
2. Σύμφωνα με τις προγραμματικές δηλώσεις του Υπουργείου Υγείας, το προσεχές διάστημα θα λειτουργήσουν παιδιατρικές εντατικές μονάδες στο Π.Ν. Αλεξανδρούπολης και στο Π.Ν. Ιωαννίνων και θα ανεγερθεί Πανεπιστημιακό Παιδιατρικό Νοσοκομείο στη Θεσσαλονίκη, με τη χορηγία του ιδρύματος «Σταύρος Νιάρχος». Επομένως, θα ήταν πολύ σημαντικό να γίνει μια αντίστοιχη έρευνα που θα συμπεριελάμβανε τα νέα τμήματα, ώστε το δείγμα των παιδιατρικών εργαζόμενων να είναι μεγαλύτερο και να καλυφθούν περισσότερες υγειονομικές περιφέρειες, με αποτέλεσμα να περιοριστούν οι πιθανότητες σφάλματος.
3. Μέσα από την έρευνά μας διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά ΔΜΣ και επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων στις παιδιατρικές ΜΕΘ,

είναι ανάλογα με αυτά των συναδέλφων τους στις αντίστοιχες παιδιατρικές κλινικές και των παιδιατρικών ΤΕΠ. Κατά τη διάρκεια λοιπόν διεξαγωγής της έρευνας, δημιουργήθηκε, η ανάγκη να διερευνηθούν σε μια μελλοντική έρευνα τα ποσοστά των δύο παραπάνω μεταβλητών μεταξύ εργαζόμενων παιδιατρικών ΜΕΘ και αντίστοιχα ΜΕΘ ενηλικών ίδιων νοσοκομείων, για να διαπιστωθεί αν η διαφορά ηλικίας των ασθενών επηρεάζει το είδος και το βαθμό εμφάνισης συμπτωμάτων που διαμορφώνουν τη διάγνωση του εργασιακού PTSD.

4. Επειδή η συγκεκριμένη έρευνα ήταν συγχρονική με τους ανάλογους περιορισμούς, θα ήταν χρήσιμο να διεξαχθεί μια αντίστοιχη κοόρτη με σκοπό την αναζήτηση αιτιών και σχέσεων μεταξύ ιδιαίτερων χαρακτηριστικών προσωπικότητας, αλλά και την εφαρμογή παρεμβάσεων στον εργασιακό χώρο και την αξιολόγηση αυτών μέσα από τον επανέλεγχο. Θα ήταν επίσης πολύ σημαντικό να αξιολογήσουμε το είδος των παρεμβάσεων που θα χρησιμοποιηθούν και θα έχουν τη μεγαλύτερη απόδοση.
5. Επίσης, μια μελέτη που να διερευνά την εργασιακή εξουθένωση, την εργασιακή ικανοποίηση και το PTSD σε όλες τις κατηγορίες των υγειονομικών εργαζόμενων, θεωρείται απαραίτητο να διεξαχθεί στην Ελλάδα, δεδομένης της υποστελέχωσης του ΕΣΥ.

6.13.2. Προτάσεις σε Οργανωτικό-Διοικητικό Επίπεδο

Η διοίκηση του κάθε νοσοκομείου προκειμένου να επιτύχει τις καλύτερες δυνατές συνθήκες φροντίδας για τους νοσηλευόμενους, χρειάζεται να φροντίζει και τις συνθήκες των υπαλλήλων της, ώστε να είναι κατάλληλες και ικανοποιητικές ανάλογα με τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους. Ως προτεινόμενες στρατηγικές παραθέτονται οι εξής:

1. Ορθολογική στελέχωση και κατανομή του προσωπικού ανά τμήμα με κριτήριο την αναλογία ασθενών – προσωπικού, καθώς και τη σοβαρότητα της κατάστασης των νοσηλευόμενων.
2. Αύξηση των αποδοχών του υγειονομικού προσωπικού, υλική και ηθική ανταμοιβή τους με έγκαιρη καταβολή των εφημεριών και των υπερωριών τους.

3. Προκειμένου να βελτιωθεί η παραγωγικότητα και η ψυχική υγεία των εργαζόμενων, πρέπει να βελτιωθεί ο ρυθμός εργασίας, δημιουργώντας επαρκή χρονικά διαλείμματα, καλύτερο προγραμματισμό όσον αφορά την οργάνωση του προγράμματος των βαρδιών και των εφημεριών και τον σαφή καθορισμό του ρόλου και των καθηκόντων του κάθε εργαζόμενου.
4. Χρειάζεται να δημιουργηθούν και αν υφίστανται να ενισχυθούν, ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης και εποπτείας, έχοντας ως σκοπό τη διατήρηση των καλών συναδελφικών σχέσεων και της αλληλεγγύης αλλά και τη μείωση του εργασιακού στρες και του περιορισμού των συγκρούσεων με την εκπαίδευση των εργαζομένων στην ενίσχυση των τεχνικών χαλάρωσης και ελέγχου του στρες.
5. Η διοίκηση χρειάζεται να ασκεί συστηματική και αποτελεσματική εποπτεία με ενίσχυση της πληροφόρησης, της εκπαίδευσης και της εξάσκησης. Ωστόσο, η διοίκηση χρειάζεται να λειτουργεί υπέρ των επαγγελματιών υγείας και να τους δίνει τη δυνατότητα να συμμετέχουν και να λαμβάνουν ενεργά μέρος στη στοχοθεσία του οργανισμού.
6. Η εκάστοτε διοίκηση θεωρείται θεμιτό να παρέχει στο προσωπικό της τη δυνατότητα επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Να τους διευκολύνει με τη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών, να καλύπτει οικονομικά τη συμμετοχή του σε συνέδρια και τη διεξαγωγή ερευνών, ενώ παράλληλα να εφαρμόζει την αντικειμενική αξιολόγηση αξιοποιώντας τα προσόντα του κάθε υπαλλήλου της.
7. Η διοίκηση πρέπει να λαμβάνει υπόψη της, εκτός από τις ιατρικές ειδικότητες και τις νοσηλευτικές. Οι ειδικότητες και οι εξειδικεύσεις δείχνουν: α) την προτίμηση του εργαζόμενου, β) την εξειδικευμένη γνώση του στο συγκεκριμένο αντικείμενο γ) την καλύτερη απόδοσή του στο συγκεκριμένο τομέα με την ουσιαστική φροντίδα του ασθενή. Επομένως, η τοποθέτηση του εργαζόμενου σε κάποιο τμήμα με γνώμονα την εμπειρία και την εξειδίκευσή του, κάνει τον εργαζόμενο πιο ευχαριστημένο και αισιόδοξο, τονώνει την αυτοπεποίθησή του, βελτιώνει το βαθμό ικανοποίησής του και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του είναι πιο ουσιαστικές.
8. Υπάρχουν ιδιαίτερα τμήματα και μονάδες, στα οποία οι εργαζόμενοι μπορεί να αναπτύξουν ΔΜΣ ή Burnout. Η τακτική λοιπόν αξιολόγηση της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων, η αλλαγή τμήματος μετά από απαίτησή τους ή

βάσει των απαιτήσεων της υγείας τους και η χορήγηση ειδικών αδειών ανάρρωσης, θεωρούνται βασικά μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου.

6.13.3. Προτάσεις σε Ατομικό Επίπεδο

Το παιδιατρικό υγειονομικό προσωπικό που βιώνει καταστάσεις τραύματος, ανταποκρίνεται διαφορετικά, επηρεαζόμενο από την οικογενειακή κατάσταση, τα χρόνια εργασιακής εμπειρίας, τη σωματική και ψυχική υγεία του και το επίπεδο των ικανοτήτων και εμπειριών που διαθέτει όσον αφορά την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Στις περιπτώσεις που αναπτύσσει συμπτώματα ΔΜΣ, μπορεί να εμφανίσει αισθήματα άρνησης και σοκ, εμμονής σε μια λεπτομέρεια ή μη συνειδητής ακινητοποίησης και απάθειας. Επίσης μπορεί να εμφανίσει σωματικά συμπτώματα υπερβολικού άγχους όπως είναι η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια και η αυξημένη αρτηριακή υπέρταση παράλληλα με την συναισθηματική αστάθεια, την ανησυχία και την υιοθέτηση μιας απαισιόδοξης στάσης ζωής. Παράλληλα ο εμπλεκόμενος αναπτύσσει ανεπιθύμητες και δυσάρεστες αναμνήσεις και αναδρομές γεγονότων που του εντείνουν το στρες και τον οδηγούν σε υπεραντιδραστικότητα και ευερεθιστότητα με ξεσπάσματα επιθετικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης και διαταραχής του ύπνου.

Προκειμένου να περιοριστούν και να αντιμετωπιστούν αυτά τα συμπτώματα που εμποδίζουν και δυσκολεύουν τόσο τη προσωπική όσο και την εργασιακή ζωή του ανθρώπου προτείνονται οι εξής πέντε στρατηγικές:

1. Τεχνικές αυτοφροντίδας. Στις τεχνικές αυτοφροντίδας περιλαμβάνονται διάφορες ειδικές παρεμβάσεις που συντελούν στη πρόληψη και την αντιμετώπιση του στρες και την ενίσχυση της προστασίας από στρεσογόνους παράγοντες. Το πρώτο βήμα προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο δευτερογενής τραυματισμός είναι ο αυτοστοχασμός. Το άτομο αφιερώνει χρόνο για τον εαυτό του και αναλογίζεται τι σκέψεις και τι αισθήματα του προκάλεσε το συγκεκριμένο γεγονός. Ακολουθεί η αυτοπαρακολούθηση όπου το άτομο αξιολογεί τη συμπεριφορά του απέναντι σε τραυματικές εμπειρίες και συγκρίνει την ανταπόκρισή του με το πώς ανταποκρίνεται συνήθως σε κανονικές συνθήκες. Βοηθητικό μέσο αποτελεί η λήψη σημειώσεων με τη μορφή ημερολογίου, όπου καταγράφει τα συναισθήματά του, το πώς νιώθει και

τις όποιες σκέψεις του ενώ καλό είναι το άτομο να προσπαθεί ελαχιστοποιήσει τον αντίκτυπο των αρνητικών σκέψεων. Επίσης, πρέπει να είναι συνηθειτοποιημένος ότι μετά από ένα τραυματικό γεγονός είναι πολύ πιθανό μετά από 24 ή 48 ώρες να δημιουργηθούν παροδικές, επαναλαμβανόμενες σκέψεις. Τις συγκεκριμένες όμως σκέψεις, πρέπει να μπορεί να τις ελέγχει και με τη πάροδο του χρόνου να περιορίζει τη συχνότητα και την έντασή τους. Διαφορετικά, αν οι σκέψεις αυτές επιμένουν, ίσως χρειαστεί να συμβουλευτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Επίσης, είναι σημαντικό ο εργαζόμενος να αφιερώνει χρόνο στο να αναθεωρήσει τι μπορεί να γινόταν καλύτερα, αλλά παράλληλα να μην προσκολλάται σε αυτές τις σκέψεις, αλλά να αναγνωρίζει και τις σωστές ενέργειες στις οποίες προέβηκε. Παράλληλα αν η έκθεση σε κάποιο τραύμα παρουσιάζεται επαναλαμβανόμενα και δημιουργεί συμπτώματα, θεωρείται σκόπιμο ο εργαζόμενος να επιδιώξει την απομάκρυνσή του από τον παράγοντα έκθεσης. Αυτό χρειάζεται να γίνει συνειδητοποιημένα από τη πλευρά του ατόμου για να μην το εκλάβει ως ένα στοιχείο επαγγελματικής και συναισθηματικής ανεπάρκειας, αλλά ως μια πράξη αυτογνωσίας και προστασίας του εαυτού του.

Τέλος, δεν πρέπει να αγνοήσουμε και την ανάγκη τήρησης ορισμένων βασικών γραμμών υγιεινής ζωής προκειμένου να ενισχυθεί η αντίσταση στις βλαπτικές επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων.

- Επαρκής ανάπαυση. Η έλλειψη επαρκούς ανάπαυσης ενισχύει την ευερεθιστότητα, την ανησυχία και μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης υπονομεύοντας την ικανότητα διαχείρισης του στρες.
- Διατήρηση σε δραστηριότητα. Μέσω της άσκησης το άτομο καταφέρνει να περιορίζει και να διατηρεί σε ελεγχόμενα επίπεδα το άγχος και τα επίπεδα στρες του.
- Σωστή διατροφή. Η σωστή και πλήρης διατροφή με τη παράλληλη μείωση διεγερτικών ουσιών όπως είναι η καφεΐνη παρέχει στο άτομο την απαραίτητη μεταβολική ενέργεια προκειμένου να μπορεί να ανταπεξέρχεται στο στρες και να μειώσει το αίσθημα ανησυχίας του.
- Ανανέωση του αισθήματος της ασφάλειας. Να αναζητήσει τρόπους που θα του τονίσουν τη σιγουριά και την ηρεμία μέσω διαδικασιών που του

ταιριάζουν και τον εκφράζουν όπως είναι η προσευχή, ο διαλογισμός ή η γιόγκα.

- Καθιέρωση σταθερών καθημερινών διαδικασιών. Η διαδικασία της ρουτίνας σε απλές καθημερινές συνήθειες περιορίζει το άγχος και ενισχύει την ψυχική ηρεμία του ατόμου.
 - Ανάπτυξη φιλικών σχέσεων εκτός του χώρου της εργασίας. Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό και χρήσιμο η ύπαρξη φίλων και δραστηριοτήτων εκτός της εργασίας, έτσι ώστε να αποφορτίζεται το άτομο από αυτή μιλώντας και ασχολούμενος με πράγματα τελείως διαφορετικά από αυτή.
 - Αναγνώριση της τάσης να αγνοεί το αίσθημα του άγχους του. Ορισμένοι, ασυνείδητα αποφεύγουν να αποδεχτούν ότι βρίσκονται υπό καθεστώς άγχους και πορεύονται μαζί του, με συνέπειες τόσο σωματικές όσο και ψυχικές.
 - Αναγνώριση των επαγγελματικών και προσωπικών περιορισμών. Το άτομο προκειμένου να μπορέσει να αποδεσμευτεί από τα αισθήματα και τις συνήθειες που τον συγκρατούν και τον καθηλώνουν, χρειάζεται αρχικά να διακρίνει τα στοιχεία εκείνα που τον δεσμεύουν και τον αγχώνουν.
2. Ανεπίσημη υποστήριξη. Ο εργαζόμενος συνομιλεί με συνάδελφο εμπιστοσύνης για κάποιο περιστατικό που τον απασχόλησε στο πλαίσιο της εργασίας. Μοιράζεται τις σκέψεις του και ακούει τις πεποιθήσεις των άλλων. Αυτή η διαδικασία και το μοίρασμα αντιλήψεων, δύναται να αποκαλύψει συμβάντα που έχει βιώσει και να απελευθερώσει συναισθήματα που τον έχουν στιγματίσει και τον επιβαρύνουν. Ωστόσο αυτού του είδους η άτυπη στήριξη, μπορεί να αποδειχτεί επικίνδυνη στη περίπτωση που και οι άλλοι συνάδελφοι βρίσκονται επίσης σε καθεστώς PTSD και δεν είναι διατεθειμένοι να εκφράσουν και μοιραστούν συναισθήματα και καταστάσεις που τους είναι δυσάρεστες.
 3. Επίσημη θεραπευτική παρέμβαση. Ο εργαζόμενος απευθύνεται είτε στον προϊστάμενο και διευθυντή του είτε σε κάποιον επιστημονικά υπεύθυνο για ψυχολογικά εργασιακά θέματα. Ιδιαίτερα αν ο εργαζόμενος, ύστερα από ένα τραγικό συμβάν, νιώθει πιεσμένος σε σημείο που να σκέφτεται ακόμη και την αποχώρησή του, χρειάζεται η υπηρεσία να δείξει ενδιαφέρον και κατανόηση ως προς το πρόβλημα του υπαλλήλου της. Ανάλογα την εξατομικευμένη περίπτωση, το άτομο μπορεί να χρειαστεί να λάβει ατομική ψυχοθεραπεία,

γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία και θεραπεία πεδίου σκέψης παράλληλα με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Σε περιπτώσεις που τυχαίνει πολλά μέλη του προσωπικού να έχουν επηρεαστεί από το ίδιο τραγικό γεγονός μπορεί να εφαρμοστεί η διαδικασία της υποστήριξης ως ομάδα. Μέσα στο χρονικό πλαίσιο των 24 με 72 ώρες από το τραυματικό επίπεδο χρειάζεται να συγκροτηθεί μια δομημένη ομαδική συνάντηση υπό την εποπτεία κάποιου ειδικού ψυχικής υγείας. Μέσω αυτής θα δοθεί η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να συζητήσουν για το περιστατικό, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να αναπτύξουν στρατηγικές αντιμετώπισης.

4. Εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του άγχους. Διάφορες μελέτες περιγράφουν τεχνικές και διαδικασίες που μπορούν να συντελέσουν στο να βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας στο πώς να αντιμετωπίσουν το άγχος που προέρχεται μετά από ένα τραυματικό γεγονός.

5. Οριοθέτηση ρεαλιστικών στόχων. Σημαντικό είναι το άτομο να θέτει ρεαλιστικούς στόχους τόσο στο εργασιακό όσο και στο προσωπικό τους πεδίο. Να μπορούν να αναγνωρίζουν το σημείο μείωσης της απόδοσής τους, να θέτουν ξεκάθαρα όρια ως προς τις σχέσεις τους με τους άλλους, ενώ σε τακτά χρονικά διαστήματα να κάνουν την αυτοκριτική τους και τον επαναπροσδιορισμό των στόχων τους.

Καταλήγοντας, θεωρείται ότι όλη η φιλοσοφία του ΔΜΣ, συνοψίζεται στο εξής απόφθεγμα του VanderKolk «τα τραυματικά γεγονότα είναι γεγονότα που είναι απρόβλεπτα από τη φύση τους και συχνά προκαλούν αναμνήσεις που μπορεί να παραμείνουν πολύ μετά από την εμφάνισή τους..... από τη στιγμή που το άτομο τραυματίζεται συναισθηματικά και ψυχικά είναι αδύνατο να επιστρέψει αλώβητο στη προηγούμενη ψυχική του κατάσταση. Έτσι, έρχεται αντιμέτωπο με την επιλογή δύο καταστάσεων ως προς τον τρόπο αντιμετώπισής του. Είτε να το καταπιέσει, βυθίζοντάς το μέσα του είτε να προσπαθήσει να το ενσωματώσει με τρόπο που δεν θα εμποδίζει τη λειτουργικότητά του. Επομένως το θέμα δεν είναι αν το άτομο επηρεαστεί από δευτερογενή τραυματισμό αλλά το πως θα το διαχειριστεί στη καθημερινή του ζωή αν και όποτε συμβεί αυτό» (Van der Kolk, 1987).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323(15), 1439–1440.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Adebayo, S., & Chineye, O. (2013). Gender differences in burnout among health workers in the Ekiti State University Teaching Hospital Ado-Ekiti. *International Journal of Social and Behavioural Sciences*, 1, 112–121.
- Adzei, F. A., & Atinga, R. A. (2012). Motivation and retention of health workers in Ghana's district hospitals: Addressing the critical issues. *Journal of Health Organization and Management*, 26(4–5), 467–485. <https://doi.org/10.1108/14777261211251535>
- Akman, O., Ozturk, C., Bektas, M., Ayar, D., & Armstrong, M. A. (2016). Job satisfaction and burnout among paediatric nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(7), 923–933.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12399>
- Al-Adawi, A. S. M., Al-Yahyaee, A. M. H. K., Al-Naabi, A. N. N., Al-Harrasi, A. M. H., Al-Shekaili, A. M. S., & Tahir, M. (2022). THE EFFECTS OF WORK STRESS ON JOB SATISFACTION OF HEALTHCARE WORKERS IN A PUBLIC SECTOR HOSPITAL IN ALDAKHLIYA, OMAN. *International Journal of Management & Entrepreneurship Research*, 4(6), Article 6.
<https://doi.org/10.51594/ijmer.v4i6.344>
- Aldag, R. J., & Stearns, T. (1999). *Management* (Subsequent edition). South-Western Pub.
- Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(2), 142–175. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(69\)90004-X](https://doi.org/10.1016/0030-5073(69)90004-X)
- Ali, S., Maguire, S., Marks, E., Doyle, M., & Sheehy, C. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers at acute hospital settings in the South-

- East of Ireland: An observational cohort multicentre study. *BMJ Open*, 10(12), e042930. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042930>
- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association (Eds.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- Amiard, V., Telliez, F., Pamart, F., & Libert, J.-P. (2022). Health, Occupational Stress, and Psychosocial Risk Factors in Night Shift Psychiatric Nurses: The Influence of an Unscheduled Night-Time Nap. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 158. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010158>
- Anxiety disorders*. (n.d.). Retrieved February 18, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Anxiety Disorders and Anxiety Attacks—HelpGuide.org*. (n.d.). <https://www.helpguide.org>. Retrieved February 18, 2024, from <https://www.helpguide.org/articles/anxiety/anxiety-disorders-and-anxiety-attacks.htm>
- Ara, S. (2018). Relationship between Emotional Labor and Intrinsic Job Satisfaction: The Moderating Role of Gender. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management*, 07(01). <https://doi.org/10.4172/2169-026X.1000227>
- Arvay, M. J. (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23(4), 283–293. <https://doi.org/10.1023/A:1014496419410>
- Aslan, H., Erci, B., & Pekince, H. (2022). Relationship Between Compassion Fatigue in Nurses, and Work-Related Stress and the Meaning of Life. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 1848–1860. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01142-0>
- Asnakew, S., Amha, H., & Kassew, T. (2021). Mental Health Adverse Effects of COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in North West Ethiopia: A Multicenter Cross-

Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1375–1384.

<https://doi.org/10.2147/NDT.S306300>

Austria-Corrales, F., Cruz-Valdés, B., Herrera-Kiengelher, L., Vázquez-García, J. C., & Salas-Hernández, J. (2011). [Burnout syndrome among medical residents during the influenza A H1N1 sanitary contingency in Mexico]. *Gaceta Medica De Mexico*, 147(2), 97–103.

Azoulay, E., Timsit, J.-F., Sprung, C. L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., Abizanda, R., Svantesson, M., Rubulotta, F., Ricou, B., Benoit, D., Heyland, D., Joynt, G., Français, A., Azevedo-Maia, P., Owczuk, R., Benbenishty, J., de Vita, M., Valentin, A., ... Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: The conflicus study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180(9), 853–860. <https://doi.org/10.1164/rccm.200810-1614OC>

Babbie, E. R. (2020). *The Practice of Social Research*. Cengage AU.

Badger, J. M. (2001). Understanding secondary traumatic stress. *The American Journal of Nursing*, 101(7), 26–32; quiz 32–33. <https://doi.org/10.1097/00000446-200107000-00017>

Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9096. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>

Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., & Corneil, W. (1999). Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Service Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 12(2), 293–308. <https://doi.org/10.1023/A:1024776509667>

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

- Bell, C. C. (1994). DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *JAMA*, 272(10), 828–829. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520100096046>
- Bender, K. A., Donohue, S. M., & Heywood, J. S. (2005). Job Satisfaction and Gender Segregation. *Oxford Economic Papers*, 57(3), 479–496. <https://www.jstor.org/stable/3488884>
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., & Owens, H. (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 30(6), e11–e17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.02.005>
- Billingsley, B., Carlson, E., & Klein, S. (2004). The Working Conditions and Induction Support of Early Career Special Educators. *Exceptional Children*, 70, 333–347. <https://doi.org/10.1177/001440290407000305>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Book Reviews: WATSON, J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care, A Theory of Nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts—Jacqueline Fawcett, Julia B. George, Lorraine Walker, 1989. (n.d.). Retrieved February 24, 2024, from* <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848900200310>
- Borges, L. M., Barnes, S. M., Farnsworth, J. K., Bahraini, N. H., & Brenner, L. A. (2020). A commentary on moral injury among health care providers during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S138–S140. <https://doi.org/10.1037/tra0000698>
- Bovin, M. J., Black, S. K., Rodriguez, P., Lunney, C. A., Kleiman, S. E., Weathers, F. W., Schnurr, P. P., Spira, J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2018). Development and validation of a measure of PTSD-related psychosocial functional impairment: The

- Inventory of Psychosocial Functioning. *Psychological Services*, 15(2), 216–229.
<https://doi.org/10.1037/ser0000220>
- Bozdağ, F., & Ergün, N. (2021). Psychological Resilience of Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic. *Psychological Reports*, 124(6), 2567–2586.
<https://doi.org/10.1177/0033294120965477>
- Branch, C., & Klinkenberg, D. (2015). Compassion Fatigue Among Pediatric Healthcare Providers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(3), 160.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000133>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring Compassion Fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Bukhari, E. E., Temsah, M. H., Aleyadhy, A. A., Alrabiaa, A. A., Alhboob, A. A., Jamal, A. A., & Binsaeed, A. A. (2016). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses. *Journal of Infection in Developing Countries*, 10(8), 845–850. <https://doi.org/10.3855/jidc.6925>
- Bukhtiyarov, I., & Rubtsov, M. (2018). 332 Shift work as occupational stress risk factor. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(Suppl 2), A487–A488.
<https://doi.org/10.1136/oemed-2018-ICOHabstracts.1388>
- Carayon, P., & Gurses, A. P. (2008). Nursing Workload and Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspective. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

- Catton, H. (2020). Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *International Nursing Review*, 67(1), 4–6.
<https://doi.org/10.1111/inr.12578>
- Causes of PTSD: Bullying – Page 3 – PTSD UK. (n.d.). Retrieved January 21, 2024, from <https://www.ptsduk.org/causes-of-ptsd-bullying/3/>
- CDC. (2020, February 11). *COVID-19 and Your Health*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/testing.html>
- Chen, L., Xiong, J., Bao, L., & Shi, Y. (2020). Convalescent plasma as a potential therapy for COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(4), 398–400.
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30141-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30141-9)
- Chen, Y.-P., Tsai, J.-M., Lu, M.-H., Lin, L.-M., Lu, C.-H., & Wang, K.-W. K. (2018). The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1180–1188.
<https://doi.org/10.1111/jan.13516>
- Chenevert, M., Vignoli, M., Conway, P. M., & Balducci, C. (2022). Workplace Bullying and Post-Traumatic Stress Disorder Symptomology: The Influence of Role Conflict and the Moderating Effects of Neuroticism and Managerial Competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10646.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191710646>
- Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare

- workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559–565.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Chong, M.-Y., Wang, W.-C., Hsieh, W.-C., Lee, C.-Y., Chiu, N.-M., Yeh, W.-C., Huang, O.-L., Wen, J.-K., & Chen, C.-L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 185, 127–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127>
- Clark, D. B., & Donovan, J. E. (1994). Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 354–360. <https://doi.org/10.1097/00004583-199403000-00009>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 302–308.
<https://doi.org/10.1097/00004650-200411000-00006>
- Colville, G. A., Smith, J. G., Brierley, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., Tam, O., & Perkins-Porras, L. (2017). Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 18(7), e267–e273.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001179>
- Compassion Fatigue: A Crucible of Transformation | Office of Justice Programs*. (n.d.). Retrieved February 24, 2024, from <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/compassion-fatigue-crucible-transformation>
- Compassion Fatigue Strategies*. (n.d.). Retrieved February 24, 2024, from <https://reg.distance.ufl.edu/reg/Activity/Details/8ba216328b5a4297932bb6285f2ada9c>

- Compassion Fatigue—An overview* | *ScienceDirect Topics*. (n.d.). Retrieved January 20, 2024, from <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/compassion-fatigue>
- Cook, K. A., Mott, S., Lawrence, P., Jablonski, J., Grady, M. R., Norton, D., Liner, K. P., Cioffi, J., Hickey, P., Reidy, S., & Connor, J. A. (2012). Coping while caring for the dying child: Nurses' experiences in an acute care setting. *Journal of Pediatric Nursing, 27*(4), e11-21. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.05.010>
- Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary Traumatic Stress Among Child Protective Service Workers: Prevalence, Severity and Predictive Factors. *Traumatology, 5*(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/153476569900500105>
- Corpet, D. E. (2021). Why does SARS-CoV-2 survive longer on plastic than on paper? *Medical Hypotheses, 146*, 110429. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110429>
- Costa, G. (2010). Shift Work and Health: Current Problems and Preventive Actions. *Safety and Health at Work, 1*(2), 112–123. <https://doi.org/10.5491/SHAW.2010.1.2.112>
- Craske, M. G., Stein, M. B., Eley, T. C., Milad, M. R., Holmes, A., Rapee, R. M., & Wittchen, H.-U. (2017). Anxiety disorders. *Nature Reviews. Disease Primers, 3*, 17024. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika, 16*(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians, 113*(5), 311–312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- Czaja, A. S., Moss, M., & Mealer, M. (2012). Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder Among Pediatric Acute Care Nurses. *Journal of Pediatric Nursing, 27*(4), 357–365. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.04.024>
- Daft, R. L. (2003). *Management*. Thomson Learning/South-Western.

- Dagan, S. W., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2016). Child protection workers dealing with child abuse: The contribution of personal, social and organizational resources to secondary traumatization. *Child Abuse & Neglect*, *51*, 203–211.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.008>
- Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). *Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China* (p. 2020.03.03.20030874). medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
- Danai Papadatou, 2000. (n.d.). A Proposed Model of Health Professionals' Grieving Process— Retrieved February 4, 2024, from <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/TV6M->
- Danet Danet, A. (2021). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. *Medicina Clinica*, *156*(9), 449–458.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Dattani, S., Rodés-Guirao, L., Ritchie, H., & Roser, M. (2023). Mental Health. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- de Kloet, E. R., Joëls, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: From adaptation to disease. *Nature Reviews Neuroscience*, *6*(6), Article 6.
<https://doi.org/10.1038/nrn1683>
- Dearmun, A. K. (1998). Perceptions of job stress. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, *2*(3), 132–137.
<https://doi.org/10.1177/136749359800200306>
- Definition of TRAUMA*. (2024, February 17). <https://www.merriam-webster.com/dictionary/trauma>
- Demir Zencirci, A., & Arslan, S. (2011). Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: A questionnaire study. *Croatian Medical Journal*, *52*(4), 527–537. <https://doi.org/10.3325/cmj.2011.52.527>

- Developmental Theory—Ginzberg.* (n.d.). Marcr. Retrieved February 21, 2024, from <https://marcr.net/marcr-for-career-professionals/career-theory/career-theories-and-theorists/developmental-theory-ginzberg/>
- Di Filippo, P., Attanasi, M., Dodi, G., Porreca, A., Raso, M., Di Pillo, S., & Chiarelli, F. (2021). Evaluation of sleep quality and anxiety in Italian pediatric healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic. *BMC Research Notes*, *14*(1), 219. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05621-9>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R)* | *American Journal of Psychiatry.* (n.d.). Retrieved December 12, 2021, from <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.145.10.1301>
- Dinić, M., Šantrić Milićević, M., Mandić-Rajčević, S., & Tripković, K. (2021). Health workforce management in the context of the COVID-19 pandemic: A survey of physicians in Serbia. *The International Journal of Health Planning and Management*, *36*(S1), 92–111. <https://doi.org/10.1002/hpm.3141>
- Disorder, C. on the A. of O. E. in the T. of P. S., & Medicine, I. of. (2012). History, Diagnostic Criteria, and Epidemiology. In *Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201095/>
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, *35*(3), 199–204; quiz 273–274. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Drosos, D., Skordoulis, M., Arabatzis, G., Tsotsolas, N., & Galatsidas, S. (2019). Measuring Industrial Customer Satisfaction: The Case of the Natural Gas Market in Greece. *Sustainability*, *11*(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/su11071905>

- Elkonin, D., & Vyver, L. V. der. (2011). Positive and negative emotional responses to workrelated trauma of intensive care nurses in private health care facilities. *Health SA Gesondheid*, 16(1), Article 1. <https://hsag.co.za/index.php/hsag/article/view/436>
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: Prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 686–692. <https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>
- Empathy Definition & Meaning—Merriam-Webster*. (n.d.). Retrieved February 18, 2024, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/empathy>
- Feingold, J. H., Peccoralo, L., Chan, C. C., Kaplan, C. A., Kaye-Kauderer, H., Charney, D., Verity, J., Hurtado, A., Burka, L., Syed, S. A., Murrough, J. W., Feder, A., Pietrzak, R. H., & Ripp, J. (2021). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Frontline Health Care Workers During the Pandemic Surge in New York City. *Chronic Stress (Thousand Oaks, Calif.)*, 5, 2470547020977891. <https://doi.org/10.1177/2470547020977891>
- Ffrench-O’Carroll, R., Feeley, T., Tan, M. H., Magner, C., L’Estrange, K., Efrimescu, C.-I., O’Connor, E., Lyons, B., Crowe, S., & Collaborators. (2021). Psychological impact of COVID-19 on staff working in paediatric and adult critical care. *British Journal of Anaesthesia*, 126(1), e39–e41. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.09.040>
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion Fatigue*, 1.
- Figley, C. (1999). Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators. *Compassion Fatigue: Toward a New Understanding of the Cost of Caring*, 3–28.
- Figley, C. (2015). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1973.8324>

- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203777381>
- Forman, R., Shah, S., Jeurissen, P., Jit, M., & Mossialos, E. (2021). COVID-19 vaccine challenges: What have we learned so far and what remains to be done? *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *125*(5), 553–567.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.013>
- Freimann, T., & Merisalu, E. (2015). Work-related psychosocial risk factors and mental health problems amongst nurses at a university hospital in Estonia: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *43*(5), 447–452.
<https://doi.org/10.1177/1403494815579477>
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Pub.
- Galanis, P., Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Vraka, I., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Meimeti, E., & Kaitelidou, D. (2023). Increased Job Burnout and Reduced Job Satisfaction for Nurses Compared to Other Healthcare Workers after the COVID-19 Pandemic. *Nursing Reports*, *13*(3), 1090–1100.
<https://doi.org/10.3390/nursrep13030095>
- Gallagher, R., & Gormley, D. K. (2009). Perceptions of stress, burnout, and support systems in pediatric bone marrow transplantation nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *13*(6), 681–685. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.681-685>
- Galván, M. E., Vassallo, J. C., Rodríguez, S. P., Otero, P., Montonati, M. M., Cardigni, G., Buamscha, D. G., Rufach, D., Santos, S., Moreno, R. P., Sarli, M., & Members of Clinical and Epidemiological Research Group in Pediatric Intensive Care Units - Sociedad Argentina de Pediatría. (2012). Professional burnout in pediatric intensive

- care units in Argentina. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 110(6), 466–473.
<https://doi.org/10.5546/aap.2012.eng.466>
- Garcia, T. T., Garcia, P. C. R., Molon, M. E., Piva, J. P., Tasker, R. C., Branco, R. G., & Ferreira, P. E. (2014). Prevalence of burnout in pediatric intensivists: An observational comparison with general pediatricians. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 15(8), e347-353.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000218>
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P. D., Padilla, S., Calero-Sierra, I., Monzó-García, M., Pérez-Martín, J., & Rodríguez-Jimenez, R. (2022). Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychological Medicine*, 52(1), 195–197. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002019>
- Gates, D. M., & Gillespie, G. L. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 37(2), 243–249. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00228.x>
- Gelsema, T. I., van der Doef, M., Maes, S., Akerboom, S., & Verhoeven, C. (2005). Job Stress in the Nursing Profession: The Influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics. *International Journal of Stress Management*, 12(3), 222–240. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.3.222>
- Gerhart, J., deBettencourt, J., McLean, K. A., & Kent, P. (2019). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in a national sample of pediatric oncology professionals. *Psycho-Oncology*, 28(8), 1770–1773. <https://doi.org/10.1002/pon.5156>
- Ghahramani, S., Kasraei, H., Hayati, R., Tabrizi, R., & Marzaleh, M. A. (2023). Health care workers' mental health in the face of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 208–217.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2101927>

- Goffee, R., & Jones, G. (2013, May 1). Creating the Best Workplace on Earth. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/2013/05/creating-the-best-workplace-on-earth>
- gosuccess. (n.d.). *Βασικές αρχές διοίκησης και διοίκηση υπηρεσιών υγείας | GoSuccess*. Retrieved February 22, 2024, from <https://gosuccess.eu/2014/01/vasikes-arches-diikisis-ke-diikisi-ipiresion-igias/>
- Guglielmi, D., Avanzi, L., Chiesa, R., Mariani, M. G., Bruni, I., & Depolo, M. (2016). Positive Aging in Demanding Workplaces: The Gain Cycle between Job Satisfaction and Work Engagement. *Frontiers in Psychology, 7*. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2016.01224>
- Günüşen, N. P., Wilson, M., & Aksoy, B. (2018). Secondary Traumatic Stress and Burnout Among Muslim Nurses Caring for Chronically Ill Children in a Turkish Hospital. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society, 29*(2), 146–154. <https://doi.org/10.1177/1043659616689290>
- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England), 25*(1), 86–99. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.736367>
- Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., Kędra, E., & Skarbalienė, A. (2022). The Role of Satisfaction With Job and Cognitive Trauma Processing in the Occurrence of Secondary Traumatic Stress Symptoms in Medical Providers Working With Trauma Victims. *Frontiers in Psychology, 12*, 753173. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.753173>
- Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική*. (2009, December 15). ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. <https://www.hjn.gr/index.php/el/2009/tomos-48-teyxos-4/etos-2009/tomos-48-teyxos-4/397-2009402>

- Hamama-Raz, Y., Shinan-Altman, S., & Levkovich, I. (2022). The intrapersonal and interpersonal processes of fear of recurrence among cervical cancer survivors: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *30*(3), 2671–2678.
<https://doi.org/10.1007/s00520-021-06695-8>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, *32*(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Happell, B., Pinikahana, J., & Martin, T. (2003). Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress and Health*, *19*(2), 63–68. <https://doi.org/10.1002/smi.963>
- Harding, J. (2007). *Stress Management in Essence* (Illustrated edition). Hodder Education Publishers.
- Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action.* (n.d.). Retrieved January 21, 2024, from <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506908>
- Health Psychology Biopsychosocial Interactions by Sarafino—AbeBooks.* (n.d.). Retrieved February 18, 2024, from <https://www.abebooks.com/book-search/title/health-psychology-biopsychosocial-interactions/author/sarafino/>
- Helps, S. (1997). Experiences of stress in accident and emergency nurses. *Accident and Emergency Nursing*, *5*(1), 48–53. [https://doi.org/10.1016/S0965-2302\(97\)90064-3](https://doi.org/10.1016/S0965-2302(97)90064-3)
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. World Pub. Co.
- Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, *21*(4), 160–169.
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000055>

- Hirschfeld, R. R. (2000). Does Revising the Intrinsic and Extrinsic Subscales of the Minnesota Satisfaction Questionnaire Short Form Make a Difference? *Educational and Psychological Measurement, 60*(2), 255–270.
<https://doi.org/10.1177/00131640021970493>
- Hobfoll, S. E. (1988). *The Ecology of Stress*. Taylor & Francis.
- Hodgkinson, P. E., & Shepherd, M. A. (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress, 7*(4), 587–600. <https://doi.org/10.1007/BF02103009>
- Hoque, M., Moukhyer, M., Lohani, M., Siddig, B., Miguen, E. L., Alam, S., Ghazwani, H., & Mukhayer, A. (2023). Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among Healthcare Workers Following COVID-19 Pandemic in Jazan Region, KSA. *Journal of Biosciences and Medicines, 11*(2), Article 2.
<https://doi.org/10.4236/jbm.2023.112014>
- Hsieh, H.-F., Hung, Y.-T., Wang, H.-H., Ma, S.-C., & Chang, S.-C. (2016). Factors of Resilience in Emergency Department Nurses Who Have Experienced Workplace Violence in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 48*(1), 23–30.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12177>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *PLoS One, 15*(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Imberman, W. (2012, November 12). *Motivating Employees: What Works? What Doesn't Work?* Foundry Management & Technology. <https://www.foundrymag.com/issues-and-ideas/article/21927715/motivating-employees-what-works-what-doesnt-work>
- Ipser, J. C., & Stein, D. J. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The International Journal of Neuropsychopharmacology, 15*(6), 825–840. <https://doi.org/10.1017/S1461145711001209>

- Iseris, G. (2016). Στατιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας ερωτηματολογίων. Ηπερίπτωση του CiGreece. *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication*, 5, 175–189.
<https://doi.org/10.12681/ijltic.10665>
- ISTSS - Trauma Blog. (n.d.). Retrieved February 26, 2024, from <https://istss.org/public-resources/trauma-blog/2002-fall/telehealth-for-prevention-and-intervention-of-the>
- Jacobsen, P. B., Sadler, I. J., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M. A., & Fields, K. K. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 235–240. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.235>
- Jasper, S., Stephan, M., Al-Khalaf, H., Rennekampff, H.-O., Vogt, P. M., & Mirastschijski, U. (2012). Too little appreciation for great expenditure? Workload and resources in ICUs. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(7), 753–761. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0721-9>
- Jones, G. A. L., Colville, G. A., Ramnarayan, P., Woolfall, K., Heward, Y., Morrison, R., Savage, A., Fraser, J., Griksaitis, M. J., & Inwald, D. P. (2020). Psychological impact of working in paediatric intensive care. A UK-wide prevalence study. *Archives of Disease in Childhood*, 105(5), 470–475. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317439>
- Judge, T. A., Parker, S. K., Colbert, A. E., Heller, D., & Ilies, R. (2002). Job satisfaction: A cross-cultural review. In *Handbook of industrial, work and organizational psychology, Volume 2: Organizational psychology* (pp. 25–52). Sage Publications, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness, 15th anniversary ed* (pp. xxxiii, 471). Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kaitelidou, D., Kontogianni, A., Galanis, P., Siskou, O., Mallidou, A., Pavlakis, A., Kostagiolas, P., Theodorou, M., & Liaropoulos, L. (2012). Conflict management and job

- satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal of Nursing Management*, 20(4), 571–578. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01196.x>
- Kalaitzaki, A., & Rovithis, M. (2021). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare workers during the first COVID-19 lockdown in Greece: The role of resilience and coping strategies. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 32(1), 19–25. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.001>
- Kalleberg, A. L., & Loscocco, K. A. (1983). Aging, values, and rewards: Explaining age differences in job satisfaction. *American Sociological Review*, 48(1), 78–90.
- Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Kalafati, M., & Stathopoulou, H. (2012). Exploration of the association between professional interactions and emotional distress of intensive care unit nursing personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*, 31(1), 37–45. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e31823a55b8>
- Kase, S. M., Waldman, E. D., & Weintraub, A. S. (2019). A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative & Supportive Care*, 17(3), 269–275. <https://doi.org/10.1017/S1478951517001237>
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3), 200–205. <https://doi.org/10.1177/104990910201900312>
- Kellogg, M. B., Knight, M., Dowling, J. S., & Crawford, S. L. (2018). Secondary Traumatic Stress in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 43, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.016>
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100652>

- Kim, W., Bae, M., Chang, S.-J., Yoon, J.-H., Jeong, D. Y., Hyun, D.-S., Ryu, H.-Y., Park, K.-S., Kim, M.-J., & Kim, C. (2019). Effect of Burnout on Post-traumatic Stress Disorder Symptoms Among Firefighters in Korea: Data From the Firefighter Research on Enhancement of Safety & Health (FRESH). *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 52(6), 345–354. <https://doi.org/10.3961/jpmph.19.116>
- King, D., & Lawley, S. (2022). *Organizational Behaviour*. Oxford University Press.
- Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing Traditions: Culture, Community and Mental Health Promotion with Canadian Aboriginal Peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(1_suppl), S15–S23. <https://doi.org/10.1046/j.1038-5282.2003.02010.x>
- Kleiman, S. E., Bovin, M. J., Black, S. K., Rodriguez, P., Brown, L. G., Brown, M. E., Lunney, C. A., Weathers, F. W., Schnurr, P. P., Spira, J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2020). Psychometric properties of a brief measure of posttraumatic stress disorder-related impairment: The Brief Inventory of Psychosocial Functioning. *Psychological Services*, 17(2), 187–194. <https://doi.org/10.1037/ser0000306>
- Knight, M. J., & Baune, B. T. (2017). Psychosocial Dysfunction in Major Depressive Disorder—Rationale, Design, and Characteristics of the Cognitive and Emotional Recovery Training Program for Depression (CERT-D). *Frontiers in Psychiatry*, 8, 280. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00280>
- Koh, D., Lim, M.-K., & Chia, S.-E. (2003). SARS: Health care work can be hazardous to health. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 53(4), 241–243. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqg090>
- Koloroutis, M., Felgen, J. A., Wessel, S., & Person, C. (2007). *Relationship-Based Care Field Guide: Visions, Strategies, Tools and Exemplars for Transforming Practice*. Creative Health Care Management.

- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 317–325. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x>
- Lacerda, J. C. de, Barbosa, A. P., & Cunha, A. J. L. A. da. (2011). Professional profile of pediatric intensivists in Rio de Janeiro, southeastern Brazil. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 23(4), 462–469.
- Lagoumintzis, G., Vlachopoulos, G., Koutsogiannis, K., Λαγουμιντζής, Γ., Βλαχόπουλος, Γ., & Κουτσογιάννης, Κ. (2016). *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*. <http://repository.kallipos.gr/handle/11419/5356>
- Lai, H.-L., Lin, Y.-P., Chang, H.-K., Wang, S.-C., Liu, Y.-L., Lee, H.-C., Peng, T.-C., & Chang, F.-M. (2008). Intensive care unit staff nurses: Predicting factors for career decisions. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1886–1896. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02180.x>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lambraki, M., Vlasiadis, K., Paterakis, G., & Philalithis, A. (2016). The expectations and work satisfaction of nursing personnel in a public general hospital. *Archives of Hellenic Medicine*, 33, 472–478.
- Lasalvia, A., Bonetto, C., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Amaddeo, F. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e1. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001158>
- Latham, G. P. (2007). *Work Motivation: History, Theory, Research, and Practice*. SAGE.

- Levi, P., Patrician, P. A., Vance, D. E., Montgomery, A. P., & Moss, J. (2021). Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Nurses: A Concept Analysis. *Workplace Health & Safety*, 69(5), 224–234. <https://doi.org/10.1177/2165079920971999>
- Li, P., Kuang, H., & Tan, H. (2021). The occurrence of post-traumatic stress disorder (PTSD), job burnout and its influencing factors among ICU nurses. *American Journal of Translational Research*, 13(7), 8302–8308.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8340215/>
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(3), e0246454.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Li, Z., Dai, J., Wu, N., Jia, Y., Gao, J., & Fu, H. (2019). Effect of Long Working Hours on Depression and Mental Well-Being among Employees in Shanghai: The Role of Having Leisure Hobbies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16244980>
- Life Changing: The Experience of Rape-Crisis Work—Shantih E. Clemans, 2004.* (n.d.). Retrieved February 26, 2024, from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886109903262758>
- Lima-Setta, F., de Moraes, C. L., Silami, P. H. N. C., Reichenheim, M. E., de Mello E Silva, J. F., Stochero, L., de Oliveira, M. B. G., Robaina, J. R., Rodrigues-Santos, G., de Almeida, C. G., Amoretti, C. F., Bellinat, A. P. N., Brandão, I. B., de Carvalho, P. B., Falcão, R. V., Gregory, S. C., de Lorena Jacques, M., Sapolnik, R., Jae, C. M. L., ... Brazilian Research Network in Pediatric Intensive Care (BRnet-PIC). (2023). Mental Health and Emotional Disorders During the COVID-19 Pandemics: Prevalence and Extent in PICU Staff. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care*

- Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 24(4), 277–288. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003119>
- Lombardo, B., & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
- Luton, F. (2011, November 23). *The Wounded Healer Archetype – Jungian definition and Practice*. <https://frithluton.com/articles/wounded-healer/>
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574–582. <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>
- Mammadova, M., & Jabrayilova, Z. (2014). Application of Fuzzy Optimization Method in Decision-Making for Personnel Selection. *Intelligent Control and Automation*, 5(4), Article 4. <https://doi.org/10.4236/ica.2014.54021>
- Management and Organizational Behavior - Gordon, Judith R.; Mondy, R. Wayne; Sharplin, Arthur; Premeaux, Shane R.: 9780205120567 - AbeBooks*. (n.d.). Retrieved February 22, 2024, from <https://www.abebooks.com/9780205120567/Management-Organizational-Behavior-Gordon-Judith-0205120563/plp>
- Maneesriwongul, W., & Dixon, J. K. (2004). Instrument translation process: A methods review. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 175–186. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03185.x>
- Margolis, R. D., Strupp, K. M., Beacham, A. O., Yaster, M., Austin, T. M., Macrae, A. W., Diaz-Berenstain, L., & Janosy, N. R. (2022). The Effects of Coronavirus Disease 2019 on Pediatric Anesthesiologists: A Survey of the Members of the Society for Pediatric Anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 134(2), 348–356. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000005422>
- Marzetti, F., Vaghegini, G., Conversano, C., Miccoli, M., Gemignani, A., Ciacchini, R., Panait, E., & Orrù, G. (2020). *Secondary traumatic stress and burnout in healthcare workers*

- during COVID-19 outbreak (p. 2020.09.13.20186692). medRxiv.
<https://doi.org/10.1101/2020.09.13.20186692>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory: Manual* (2nd ed). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 18(4), 171–179.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2003.12.005>
- McClelland, David C. - *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences—Wiley Online Library*. (n.d.). Retrieved February 22, 2024, from
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119547181.ch370>
- McColl, E., Jacoby, A., Thomas, L., Soutter, J., Bamford, C., Steen, N., Thomas, R., Harvey, E., Garratt, A., & Bond, J. (2001). Design and use of questionnaires: A review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 5(31), 1–256. <https://doi.org/10.3310/hta5310>
- McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195165678.001.0001>
- McGuire, W. (1984). Jung's complex reactions (1907): Word association experiments performed by Binswanger. *Spring*, 1–34.
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 23(4), 12–19; quiz 20–21.
<https://doi.org/10.1097/00005217-200611000-00003>

- Meadors, P., Lamson, A., Swanson, M., White, M., & Sira, N. (2010). Secondary Traumatization in Pediatric Healthcare Providers: Compassion Fatigue, Burnout, and Secondary Traumatic Stress. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 60*(2), 103–128. <https://doi.org/10.2190/OM.60.2.a>
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depression and Anxiety, 26*(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.1002/da.20631>
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies, 49*(3), 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>
- Mealer, M. L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B., & Moss, M. (2007). Increased Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Critical Care Nurses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175*(7), 693–697. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-735OC>
- Meier, S. M., Mattheisen, M., Mors, O., Mortensen, P. B., Laursen, T. M., & Penninx, B. W. (2016). Increased mortality among people with anxiety disorders: Total population study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 209*(3), 216–221. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.171975>
- Miller, K. I., Stiff, J. B., & Ellis, B. H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs, 55*(3), 250–265. <https://doi.org/10.1080/03637758809376171>
- Mol, M. M. C. van, Kompanje, E. J. O., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLOS ONE, 10*(8), e0136955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>

- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Molloy, J., Evans, M., & Coughlin, K. (2015). Moral distress in the resuscitation of extremely premature infants. *Nursing Ethics*, 22(1), 52–63.
<https://doi.org/10.1177/0969733014523169>
- (MSQ) Minnesota Satisfaction Questionnaire | Vocational Psychology Research. (n.d.). Retrieved September 11, 2023, from <https://vpr.psych.umn.edu/node/26>
- Mueller, L., Wolfe, W. R., Neylan, T. C., McCaslin, S. E., Yehuda, R., Flory, J. D., Kyriakides, T. C., Toscano, R., & Davis, L. L. (2019). Positive Impact of IPS Supported Employment on PTSD-Related Occupational-Psychosocial Functional Outcomes: Results from a VA Randomized-Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(3), 246–256.
<https://doi.org/10.1037/prj0000345>
- Mukherjee, S. B. (2015). Multidimensionality and Complexity of Role Stress: An Empirical Study of the Public and Private Sector Managers in Kolkata. *Open Access Library Journal*, 2(8), Article 8. <https://doi.org/10.4236/oalib.1101744>
- Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., & Ajdacic-Gross, V. (2014). Factors associated with comorbidity patterns in full and partial PTSD: Findings from the PsyCoLaus study. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 837–848.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.009>
- Munroe, J. F. (1995). Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 211–229). The Sidran Press.
- Naidoo, R., Smith, B., Foster, C., & Chetty, V. (2022). Physical activity for adults with disabilities: Designing a South African infographic to communicate guidelines. *British*

Journal of Sports Medicine, 56(10), 537–538. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104855>

Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267–277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>

Neuman systems model. (2019). In *Wikipedia*.

https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Neuman_systems_model&oldid=918889323

Neumann, J. L., Mau, L.-W., Virani, S., Denzen, E. M., Boyle, D. A., Boyle, N. J., Dabney, J., De KeselLofthus, A., Kalbacker, M., Khan, T., Majhail, N. S., Murphy, E. A., Paplham, P., Parran, L., Perales, M.-A., Rockwood, T. H., Schmit-Pokorny, K., Shanafelt, T. D., Stenstrup, E., ... Burns, L. J. (2018). Burnout, Moral Distress, Work-Life Balance, and Career Satisfaction among Hematopoietic Cell Transplantation Professionals. *Biology of Blood and Marrow Transplantation: Journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation*, 24(4), 849–860.

<https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.11.015>

Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhlof, S., & Upshur, R. E. G. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 793–798. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031077>

Nikolaou, I., Alikari, V., Tzavella, F., Zyga, S., Tsironi, M., & Theofilou, P. (2020). Predictors of anxiety and depressive symptoms among Greek nurses. *Journal of Health Sciences*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.17532/jhsci.2020.856>

Nilan, L. M., Patel, L., Moffatt, M. E., Linebarger, J. S., Sherman, A. K., & Randell, K. A. (2019). Compassion Fatigue in Pediatric Emergency Department Staff. *Pediatric Emergency Care*, 35(11), 777–781. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001244>

- Oakley, J. (1992). *Morality and the Emotions*. Routledge.
- O'Connor, J., & Jeavons, S. (2003). Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, *41*(1), 53–62. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02506.x>
- Oehler, J. M., Davidson, M. G., Starr, L. E., & Lee, D. A. (1991). Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, *20*(5 Pt 1), 500–505.
- Ofori, A. A., Osarfo, J., Agbeno, E. K., Manu, D. O., & Amoah, E. (2021). Psychological impact of COVID-19 on health workers in Ghana: A multicentre, cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, *9*, 20503121211000919. <https://doi.org/10.1177/20503121211000919>
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup4). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>
- Oran, D. P., & Topol, E. J. (2021). The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, *174*(5), 655–662. <https://doi.org/10.7326/M20-6976>
- Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. de M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos De Saude Publica*, *36*(4), e00063520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
- Orovou, E., Dagla, M., Eskitzis, P., Savvidis, G. S., Rigas, N., Papatrechas, A., Sarella, A., Arampatzi, C., & Antoniou, E. (2022). The Involvement of Past Traumatic Life Events in the Development of Postpartum PTSD after Cesarean Delivery. *Healthcare*, *10*(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091761>
- Orovou, E., Theodoropoulou, I. M., & Antoniou, E. (2021). Psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Greek women after

- cesarean section. *PLOS ONE*, *16*(8), e0255689.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255689>
- Osofsky, J. D., Putnam, F. W., & Lederman, J. C. S. (2008). How to Maintain Emotional Health When Working with Trauma. *Juvenile and Family Court Journal*, *59*(4), 91–102.
<https://doi.org/10.1111/j.1755-6988.2008.00023.x>
- Ouassou, H., Kharchoufa, L., Bouhrim, M., Daoudi, N. E., Imtara, H., Bencheikh, N., ELbouzidi, A., & Bnouham, M. (2020). The Pathogenesis of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Evaluation and Prevention. *Journal of Immunology Research*, *2020*, 1357983.
<https://doi.org/10.1155/2020/1357983>
- Pálfiné, S. I. (2008). [The characteristics of nurses' and caregivers' behaviour in different clinical settings with special attention to burnout syndrome]. *Orvosi Hetilap*, *149*(31), 1463–1469. <https://doi.org/10.1556/OH.2008.28370>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, *88*, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Parasher, A. (2021). COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. *Postgraduate Medical Journal*, *97*(1147), 312–320.
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138577>
- Pask, E. J. (2003). Moral Agency in Nursing: Seeing value In the work and believing that i make a difference. *Nursing Ethics*, *10*(2), 165–174.
<https://doi.org/10.1191/0969733003ne591oa>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors* (pp. xix, 451). W. W. Norton & Company.

- Perkin, R. M., Young, T., Freier, M. C., Allen, J., & Orr, R. D. (1997). Stress and distress in pediatric nurses: Lessons from Baby K. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 6(3), 225–232.
- Phadke, R. (n.d.). *Factors Affecting Job Satisfaction*. Retrieved February 21, 2024, from <https://www.loophealth.com/post/factors-affecting-job-satisfaction>
- Poncet, M. C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.-F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(7), 698–704. <https://doi.org/10.1164/rccm.200606-806OC>
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 13(4), e0195039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Price, J. L., & Mueller, C. W. (1981). A causal model of turnover for nurses. *Academy of Management Journal*, 24(3), 543–565. <https://doi.org/10.2307/255574>
- ProQOL. (n.d.). *ProQOL Manual*. ProQOL. Retrieved December 18, 2022, from <https://proqol.org/proqol-manual>
- Psychological Harassment in the Spanish Public University System*. (n.d.). Retrieved February 19, 2024, from <https://books.apple.com/us/book/psychological-harassment-in-the-spanish-public/id525700135>
- PTSD and Problems with Alcohol Use—PTSD: National Center for PTSD*. (n.d.). Retrieved January 21, 2024, from https://www.ptsd.va.gov/understand/related/problem_alcohol_use.asp
- PTSD, N. C. for. (n.d.). *PTSD: National Center for PTSD Home* [Program Homepage]. Retrieved August 3, 2022, from <https://www.ptsd.va.gov/>

- PTSD vs. Anxiety: Key Differences | Pyramid Healthcare.* (n.d.). <https://www.Pyramid-Healthcare.Com/>. Retrieved January 21, 2024, from <https://www.pyramid-healthcare.com/generalized-anxiety-disorder-vs-post-traumatic-stress-disorder/>
- Purpora, C., & Blegen, M. A. (2015). Job satisfaction and horizontal violence in hospital staff registered nurses: The mediating role of peer relationships. *Journal of Clinical Nursing, 24*(15–16), 2286–2294. <https://doi.org/10.1111/jocn.12818>
- Qasem Surrati, A. M., Asad Mansuri, F. M., & Ayadh Alihabbi, A. A. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers. *Journal of Taibah University Medical Sciences, 15*(6), 536–543. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.10.005>
- Rajeswari, H., Sreelekha, B. K., Nappinai, S., Subrahmanyam, U., & Rajeswari, V. (2020). Impact of Accelerated Recovery Program on Compassion Fatigue among Nurses in South India. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 25*(3), 249–253. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_218_19
- Rassin, M., Kanti, T., & Silner, D. (2005). Chronology of medication errors by nurses: Accumulation of stresses and PTSD symptoms. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(8), 873–886. <https://doi.org/10.1080/01612840500184566>
- Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice, 26*(1), e12767. <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>
- Reese, C. D. (2012). *Occupational Health and Safety Management: A Practical Approach, Second Edition* (2nd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/b12822>
- Regehr, C., Hemsworth, D., Leslie, B., Howe, P., & Chau, S. (2004). Predictors of post-traumatic distress in child welfare workers: A linear structural equation model. *Children and Youth Services Review, 26*(4), 331–346. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.02.003>

- Remer, R., & Elliott, J. E. (1988). Management of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9(4), 389–401.
- Robins, P. M., Meltzer, L., & Zelikovsky, N. (2009). The Experience of Secondary Traumatic Stress Upon Care Providers Working Within a Children’s Hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(4), 270–279. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.007>
- Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., Mencía, S., Marcos, A., Mayordomo-Colunga, J., Fernández, F., Gómez, F., Cruz, J., Ordóñez, O., & Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(1), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003>
- Roney, L. N., & Acri, M. C. (2018). The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 74–80. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.01.016>
- Ruiz-Fernández, M. D., Ramos-Pichardo, J. D., Ibáñez-Masero, O., Cabrera-Troya, J., Carmona-Rega, M. I., & Ortega-Galán, Á. M. (2020). Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4321–4330. <https://doi.org/10.1111/jocn.15469>
- Salopek-Žiha, D., Hlavati, M., Gvozdanović, Z., Gašić, M., Placento, H., Jakić, H., Klapan, D., & Šimić, H. (2020). Differences in Distress and Coping with the COVID-19 Stressor in Nurses and Physicians. *Psychiatria Danubina*, 32(2), 287–293. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.287>
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F., & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: What do they have in common?

European Journal of Psychotraumatology, 6, 10.3402/ejpt.v6.28186.

<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>

Schumann, C. M., Bauman, M. D., & Amaral, D. G. (2011). Abnormal structure or function of the amygdala is a common component of neurodevelopmental disorders.

Neuropsychologia, 49(4), 745–759.

<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.09.028>

Schuster, B. L. (2021). Burnout, Posttraumatic Stress Disorder, or Both – Listen Carefully! *The American Journal of Medicine*, 134(6), 705–706.

<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.02.006>

Secondary Traumatic Stress. (n.d.). Retrieved February 24, 2024, from

<https://www.acf.hhs.gov/trauma-toolkit/secondary-traumatic-stress>

Sekol, M. A., & Kim, S. C. (2014). Job satisfaction, burnout, and stress among pediatric nurses in various specialty units at an acute care hospital. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(12), Article 12. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n12p115>

<https://doi.org/10.5430/jnep.v4n12p115>

Selye, H. (1975). Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1(2),

37–44. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1975.9940406>

Selye, H. (1978). *The Stress of Life* (2nd edition). McGraw Hill.

Services, D. of H. & H. (n.d.). *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Department of Health & Human Services. Retrieved January 30, 2024, from

<http://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>

Shapiro, D., & Mowday, R. (2004). The Future of Work Motivation Theory. *Academy of Management Review*.

https://www.academia.edu/27388541/The_Future_of_Work_Motivation_Theory

- Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 13*(3), 263.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>
- Sim, K., Chong, P. N., Chan, Y. H., & Soon, W. S. W. (2004). Severe acute respiratory syndrome-related psychiatric and posttraumatic morbidities and coping responses in medical staff within a primary health care setting in Singapore. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(8), 1120–1127. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0815>
- Skovholt, T. M., Grier, T. L., & Hanson, M. R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development, 27*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1023/A:1007830908587>
- Smith, A. (2001). Perceptions of stress at work. *Human Resource Management Journal, 11*(4), 74–86. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2001.tb00052.x>
- Smith, P. C., Kendall, L. M., & Hulin, C. L. (1969). *The measurement of satisfaction in work and retirement: A strategy for the study of attitudes*. Rand McNally & Company.
- Song, X., Fu, W., Liu, X., Luo, Z., Wang, R., Zhou, N., Yan, S., & Lv, C. (2020). Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity, 88*, 60–65.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.002>
- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology, 13*(6), 693–713.
<https://doi.org/10.1007/BF00929796>
- Staff Burn-Out—Freudenberger—1974—Journal of Social Issues—Wiley Online Library*. (n.d.). Retrieved February 19, 2024, from
<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Stamm, B. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. *Treating Compassion Fatigue*.
- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale*, 2nd Edition.
- Stathopoulou, H., Karanikola, M. N. K., Panagiotopoulou, F., & Papatthanassoglou, E. D. E. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 314–320; quiz 427.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.03.006>
- Steers, R. M., Mowday, R. T., & Shapiro, D. L. (2004). Introduction to Special Topic Forum: The Future of Work Motivation Theory. *The Academy of Management Review*, 29(3), 379–387. <https://doi.org/10.2307/20159049>
- Stress, Coping, and Development: Second Edition: An Integrative Perspective*. (n.d.). Guilford Press. Retrieved February 19, 2024, from <https://www.guilford.com/books/Stress-Coping-and-Development/Carolyn-Aldwin/9781606235591>
- Subbarao, K. (2021). The success of SARS-CoV-2 vaccines and challenges ahead. *Cell Host & Microbe*, 29(7), 1111–1123. <https://doi.org/10.1016/j.chom.2021.06.016>
- Sundin-Huard, D., & Fahy, K. (1999). Moral distress, advocacy and burnout: Theorizing the relationships. *International Journal of Nursing Practice*, 5(1), 8–13.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.1999.00143.x>
- System Tasks for Assessing the Regulative Impact of Legal Acts in the Entrepreneurship Sphere*. (n.d.). Retrieved February 26, 2024, from <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=108743>
- Tam, C. W. C., Pang, E. P. F., Lam, L. C. W., & Chiu, H. F. K. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among

frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 34(7), 1197–1204.

<https://doi.org/10.1017/s0033291704002247>

Tan, B. Y. Q., Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L. L., Zhang, K., Chin, H.-K., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., Paliwal, P. R., Wong, L. Y. H., Sagayanathan, R., Chen, J. T., ... Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 173(4), 317–320.

<https://doi.org/10.7326/M20-1083>

Tang, L., Pan, L., Yuan, L., & Zha, L. (2016). Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 63–67.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.002>

Temseh, M.-H., Al-Sohime, F., Alamro, N., Al-Eyadhy, A., Al-Hasan, K., Jamal, A., Al-Maglouth, I., Aljamaan, F., Al Amri, M., Barry, M., Al-Subaie, S., & Somily, A. M. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *Journal of Infection and Public Health*, 13(6), 877–882.

<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.021>

The Transformative Power of Music in Mental Well-Being. (n.d.). Retrieved February 26, 2024, from <https://www.psychiatry.org:443/news-room/apa-blogs/power-of-music-in-mental-well-being>

Thompson, R. A. (2004). Compassion Fatigue The Professional Consequences of Caring Too Much. In *Crisis Intervention and Crisis Management*. Routledge.

Treatment (US), C. for S. A. (2014). *Exhibit 1.3-4, DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD* [Text]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>

- Trinamics. (n.d.). *Trinamics | 6 Job Satisfaction Factors*. Trinamics. Retrieved February 21, 2024, from <https://www.trinamics.nl/en/blogs/6-factors-for-your-job-satisfaction>
- Tsounis, A., Sarafis, P., & Bamidis, P. (2014). Motivation among Physicians in Greek Public Health-Care Sector. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 1094–1105. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2014/6821>
- Tuna, R., & Baykal, Ü. (2014). The relationship between job stress and burnout levels of oncology nurses. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 1(1), 33–39. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.135818>
- VA.gov | *Veterans Affairs*. (n.d.-a). [General Information]. Retrieved February 21, 2024, from https://www.ptsd.va.gov/understand_tx/meds_for_ptsd.asp
- VA.gov | *Veterans Affairs*. (n.d.-b). [General Information]. Retrieved November 6, 2023, from https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/functioning-other/ipf_psychosocial_function.asp
- VA.gov | *Veterans Affairs*. (n.d.-c). [General Information]. Retrieved December 22, 2022, from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/screens/tsq.asp>
- Van der Kolk, B. A. (Ed.). (1987). *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Inc.
- van Zyl, A. B., & Noonan, I. (2018). The Trojan War inside nursing: An exploration of compassion, emotional labour, coping and reflection. *British Journal of Nursing*, 27(20), 1192–1196. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.20.1192>
- Vidotti, V., Ribeiro, R. P., Galdino, M. J. Q., & Martins, J. T. (2018). Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 26, e3022. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>
- Walden, M., Adams, G., Annesley-Dewinter, E., Bai, S., Belknap, N., Eichenlaub, A., Green, A., Huett, A., Lea, K., Lovenstein, A., Ramick, A., Salassi-Scotter, M., Webb, T., & Wessel, V. (2018). The Emotional Cost of Caring for Others: One Pediatric Hospital's Journey

- to Reduce Compassion Fatigue. *The Journal of Nursing Administration*, 48(11), 545–552. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000678>
- Wall, T. D., Bolden, R. I., Borrill, C. S., Carter, A. J., Golya, D. A., Hardy, G. E., Haynes, C. E., Rick, J. E., Shapiro, D. A., & West, M. A. (1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: Occupational and gender differences. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 171, 519–523. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.519>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Hudy, M. J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures? *The Journal of Applied Psychology*, 82(2), 247–252. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.82.2.247>
- Warr, P. (2002). *Psychology at Work*. Penguin UK.
- Watkins, C. E. (1983). Burnout in counseling practice: Some potential professional and personal hazards of becoming a counselor. *Personnel & Guidance Journal*, 61(5), 304–308. <https://doi.org/10.1111/j.2164-4918.1983.tb00031.x>
- Wei, S. Q., Bilodeau-Bertrand, M., Liu, S., & Auger, N. (2021). The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 193(16), E540–E548. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202604>
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., England, G. W., & Lofquist, L. H. (1964). Construct validation studies of the Minnesota Importance Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 18, 1–76.

- What is an Employee Assistance Program (EAP)?* - OPM.gov. (n.d.). Retrieved February 26, 2024, from <https://www.opm.gov/frequently-asked-questions/work-life-faq/employee-assistance-program-eap/what-is-an-employee-assistance-program-eap/>
- Williams, P., & Naumann, E. (2011). Customer satisfaction and business performance: A firm-level analysis. *Journal of Services Marketing*, 25(1), 20–32.
<https://doi.org/10.1108/088760411111107032>
- Williamson, J. B., Jaffee, M. S., & Jorge, R. E. (2021). Posttraumatic Stress Disorder and Anxiety-Related Conditions. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 27(6), 1738–1763.
<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000001054>
- Wilson, N., Baker, M., Crampton, P., & Mansoor, O. (2005). The potential impact of the next influenza pandemic on a national primary care medical workforce. *Human Resources for Health*, 3, 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-7>
- Women who experience trauma are twice as likely as men to develop PTSD. Here's why.* (n.d.). <https://www.apa.org>. Retrieved January 21, 2024, from <https://www.apa.org/topics/women-girls/women-trauma>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. J., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 54(5), 302–311.
<https://doi.org/10.1177/070674370905400504>
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E161-169.
<https://doi.org/10.1188/16.ONF.E161-E169>

- Xing, J., Sun, N., Xu, J., Geng, S., & Li, Y. (2020). Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia. *PLOS ONE*, *15*(5), e0233145.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233145>
- Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, *40*(2), 147–164.
<https://doi.org/10.1093/geront/40.2.147>
- Yu, X., Zhao, Y., Li, Y., Hu, C., Xu, H., Zhao, X., & Huang, J. (2020). Factors Associated With Job Satisfaction of Frontline Medical Staff Fighting Against COVID-19: A Cross-Sectional Study in China. *Frontiers in Public Health*, *8*, 426.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00426>
- Yuki, K., Fujiogi, M., & Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical Immunology (Orlando, Fla.)*, *215*, 108427.
<https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108427>
- Yule, W. (1990). Vietnam—A casebook. *Behaviour Research and Therapy*, *28*(2), 178.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90040-P](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90040-P)
- Zach. (2021, December 13). The Spearman-Brown Formula: Definition & Example. *Statology*.
<https://www.statology.org/spearman-brown-formula/>
- Zach. (2022, January 7). Kuder-Richardson Formula 20 (Definition & Example). *Statology*.
<https://www.statology.org/kuder-richardson-20/>
- Zhang, L., & Liu, Y. (2020). Potential interventions for novel coronavirus in China: A systematic review. *Journal of Medical Virology*, *92*(5), 479–490.
<https://doi.org/10.1002/jmv.25707>
- Zheng, J. (2020). SARS-CoV-2: An Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. *International Journal of Biological Sciences*, *16*(10), 1678–1685.
<https://doi.org/10.7150/ijbs.45053>

Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fan, Y., Chen, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*, 24, 100443. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

Αβραάμ Μάσλοου. (2019). In *Βικιπαίδεια*. <https://el.wikipedia.org/w/index.=7799385>

Ζαφειρόπουλος, Κώστας [Συγγραφέας]. *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία | AMELib— Πολυτροπική Ηλεκτρονική Βιβλιοθήκη*. (n.d.). Retrieved January 27, 2024, from <https://amelib.seab.gr/archive/item/10680>

Η επίδραση της Ορμονικής Θεραπείας Υποκατάστασης (ΟΘΥ) στην ψυχική κατάσταση των εμμηνοπαυσιακών γυναικών—Vima Asklipiou. (n.d.). www.vima-asklipiou.gr. Retrieved January 24, 2024, from <https://www.vima-asklipiou.gr/articles/461/>

Η Ιεράρχηση των Ανθρωπίνων Αναγκών κατά τον Maslow | socialpolicy.gr. (2013, November 10). <https://socialpolicy.gr/2013/11/%ce%b7-Κοινωνική-Στατιστική-και-Μεθοδολογία-Έρευνας-με-το-SPSS-Εκδόσεις-Ζήτη>. (n.d.). Retrieved January 27, 2024, from <https://ziti.gr/vivlio/dafermos-vasilis-koinoniki-statistiki-kai-methodologia-ereynas-me-to-spss/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1. Κλίμακα Κοινωνικοδημογραφικών Και Εργασιακών Χαρακτηριστικών Συμμετεχόντων

Δημογραφικά Στοιχεία

Σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου παρακαλείστε να απαντήσετε ανώνυμα σε κάποια γενικά δημογραφικά δεδομένα καθώς και ερωτήσεις σχετικά με την εργασία και τις καθημερινές συνήθειες σας. Παρακαλώ σημειώστε την απάντηση που αντιπροσωπεύει την κατάστασή σας.

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Προσωπικό: Ιατρικό Νοσηλευτικό Παραϊατρικό Βοηθητικό
4. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμη/ος Έγγαμη/ος Χήρα/ος
Διαζευγμένη/ος Σε συντροφικότητα Ελεύθερη/ος
5. Επίπεδο Εκπαίδευσης : Απόφοιτος Λυκείου ΙΕΚ ΤΕΙ Πανεπιστήμιο
Μεταπτυχιακό Διδακτορικό Ειδικότητα/Εξειδίκευση
6. Παιδιατρικό Τμήμα Εργασίας: ΜΕΘ ΤΕΠ ΚΛΙΝΙΚΗ
7. Συνολικός Χρόνος Προϋπηρεσίας:
8. Χρόνια υπηρεσίας στο συγκεκριμένο: τμήμα νοσοκομείο
9. Ωράριο εργασίας: Πρωινό Κυκλικό
10. Νυχτερινές βάρδιες/εφημερίες κατά μέσο όρο το μήνα:
11. Εργασία τα Σαββατοκύριακα κατά μέσο όρο το μήνα:

12. Η επιλογή να εργάζεστε στο συγκεκριμένο τμήμα ήταν:

Δική σας Της Διοίκησης

13. Αν σας δινόταν η δυνατότητα θα αλλάζατε τμήμα:

Ναι Όχι

14. Θεωρείται ικανοποιητική την αμοιβή σας σε σχέση με την εργασία σας και την ευθύνη που αυτή συνεπάγεται: Ναι Όχι

15. Κατά τη διάρκεια της εργασίας σας έχει συμβεί:

Ιατρικό ή νοσηλευτικό λάθος: Ναι Όχι

Θάνατος ή απειλή ζωής παιδιού: Ναι Όχι

Εργασιακός εκφοβισμός (Bulling): Ναι Όχι

16. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 νιώσατε απειλή για τη ζωή σας ή των δικών σας ανθρώπων : Ναι Όχι

17. Έχετε νοσήσει από COVID – 19: Ναι Όχι

18. Έχει νοσήσει από COVID – 19 συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο : Ναι Όχι

19. Έχει αποβιώσει από COVID -19 συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο: Ναι Όχι

20. Έχετε νοσηλεύσει παιδί με COVID- 19: Ναι Όχι

21. Έχει αποβιώσει από COVID -19 παιδί που έχετε νοσηλεύσει : Ναι Όχι

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακάτω δίνεται μία λίστα από προβλήματα και συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσουν κάποιοι άνθρωποι ως συνέπεια των τραυματικών εμπειριών που έζησαν στο εργασιακό τους χώρο. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά την κάθε πρόταση και κυκλώστε το αντίστοιχο νούμερο ανάλογα με το πόσο συχνά σας ενόχλησε το κάθε πρόβλημα (κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα).

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1	Επαναλαμβάνονται ανεπιθύμητες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος που σας προκαλούν ανησυχία;	0	1	2	3	4
2	Επαναλαμβάνονται ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3	4
3	Αισθάνεστε και δράτε σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός και να το ζείτε;	0	1	2	3	4
4	Αναστατώνεστε και ταράζεστε όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	0	1	2	3	4
5	Νιώθετε πως έχετε περίεργες σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία και ιδρώτα κάθε φορά που σκέφτεστε το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	0	1	2	3	4
6	Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3	4
7	Αποφεύγετε καταστάσεις ή δραστηριότητες που σας ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3	4
8	Δυσκολεύεστε να θυμηθείτε σημαντικά στοιχεία του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε;	0	1	2	3	4

9	Έχετε αρνητική πεποίθηση για τον εαυτό σας, για άλλους ανθρώπους και για τα γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο; (πχ νιώθετε πως φταίτε για όλα, ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε κανέναν ή ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος;)	0	1	2	3	4
10	Κατηγορείτε τον εαυτό σας ή κάποιον άλλο για τη την τραυματική εμπειρία ή για το τι ακολούθησε;	0	1	2	3	4
11	Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	0	1	2	3	4
	Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν;	0	1	2	3	4
13	Νιώθετε απόμακρη/ος ή αποξενωμένη/ος από τα άτομα του περιβάλλοντος σας;	0	1	2	3	4
14	Νιώθετε συναισθηματική απάθεια ή έχετε δυσκολία να εκφράσετε συναισθήματα αγάπης προς τους κοντινούς σας ανθρώπους;	0	1	2	3	4
15	Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα;	0	1	2	3	4
16	Εκτίθεστε σε πολλούς κινδύνους ή κάνετε πράγματα που μπορούν να σας βλάψουν;	0	1	2	3	4
18	Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα ή να τρομάζετε εύκολα;	0	1	2	3	4
19	Νιώθετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε κάτι;	0	1	2	3	4
20	Δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος ή να παραμείνετε κοιμισμένη/ος;	0	1	2	3	4

MINNESOTA SATISFACTION QUESTIONNAIRE (MSQ)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο σκοπός του ερωτηματολογίου αυτού είναι να σας βοηθήσει να περιγράψετε **το πώς νιώθετε για τη δουλειά που κάνετε/ για το επάγγελμα που ασκείτε**, δηλαδή να μιλήσετε για αυτά που σας παρέχουν **ικανοποίηση** καθώς και εκείνα που σας παρέχουν **δυσανεξικία** στη δουλειά. Παρακάτω υπάρχουν περιπτώσεις που περιγράφουν διάφορες διαστάσεις της εργασίας σας. Σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

**Στη δουλειά μου νιώθω: 1.Πολύ ικανοποιημένος 2.Ικανοποιημένος
3.Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος 4. Δυσανεξικημένος
5. Πολύ δυσαρεστημένος**

σχετικά με ...	Πολύ Δυσαρ.	Δυσαρ.	Ουδέτ.	Ικανοπ.	Πολύ Ικανοπ.
1. τη δυνατότητα να μη μένω άνεργος.	1	2	3	4	5
2. τη δυνατότητα να είμαι ανεξάρτητος	1	2	3	4	5
3. την ευκαιρία να έχω ποικιλία δραστηριοτήτων.	1	2	3	4	5
4. την ευκαιρία να είμαι <<κάποιος>> στο χώρο μου.	1	2	3	4	5
5. τον τρόπο που μου συμπεριφέρονται οι προϊστάμενοι μου.	1	2	3	4	5
6. την ικανότητα του προϊσταμένου μου να παίρνει αποφάσεις.	1	2	3	4	5
7. τη δυνατότητα να κάνω πράγματα σύμφωνα με τη συνείδησή μου.	1	2	3	4	5
8. τη δυνατότητα να έχω σταθερή απασχόληση.	1	2	3	4	5
9. την ευκαιρία να κάνω πράγματα για άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
10. την ευκαιρία να καθοδηγώ άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
11.την ευκαιρία να χρησιμοποιώ τα προσόντα μου.	1	2	3	4	5
12. τον τρόπο με τον οποίο ασκεί τη πολιτική της η διοίκηση	1	2	3	4	5
13. τον μισθό αναλογικά με τη δουλειά που κάνω.	1	2	3	4	5
14. τις ευκαιρίες για προαγωγή ή ανέλιξη.	1	2	3	4	5
15. την ελευθερία να χρησιμοποιώ τη δική μου κρίση.	1	2	3	4	5
16. την ευκαιρία να εφαρμόζω δικές μου μεθόδους/ιδέες.	1	2	3	4	5
17. τις εργασιακές συνθήκες.	1	2	3	4	5
18. τις σχέσεις των συναδέλφων μεταξύ τους.	1	2	3	4	5
19. την αναγνώριση που μου δίνουν.	1	2	3	4	5
20. το αίσθημα ολοκλήρωσης που εισπράττω.	1	2	3	4	5

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε, αξιολογήστε την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους που βιώνετε: 0=Καθόλου 1=Ήπια 2=Μέτρια 3=Σοβαρά 4=Πολύ Σοβαρά

1. ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗ:

Ανησυχία, Εγρήγορση, Αναμονή του χειρότερου, Ευερεθιστότητα.

0 1 2 3 4

2. ΕΝΤΑΣΗ :

Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας.

0 1 2 3 4

3. ΦΟΒΙΕΣ :

για σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, κίνηση στους δρόμους, πλήθος, να μένει μόνος.

0 1 2 3 4

4. ΑΨΠΝΙΑ

Δυσκολία επέλευσης ύπνου, διακοπτόμενος ύπνος, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, όνειρα εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι.

0 1 2 3 4

5. ΓΝΩΣΙΑΚΑ

Δυσκολία συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης.

0 1 2 3 4

6. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ :

Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπι, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας.

0 1 2 3 4

7. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ (ΜΥΪΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)

Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοκλονίες, μύοσπασμοι, τρίξιμο δοντιών, αστάθεια φωνής.

0 1 2 3 4

8. ΓΕΝΙΚΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

(ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ)

Εμβοές, θόλωση της όρασης, ψυχρές-θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα.

0 1 2 3 4

9. ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφύξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία.

0 1 2 3 4

10. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξης στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, αναστεναγμοί, δύσπνοια.

0 1 2 3 4

11. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

Δυσκαταποσία, ερυγές, δυσπεψία, πόνος πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, «κινητικότητα» των σπλάγγων, βορβορυγμοί, χαλάρωση της κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα.

0 1 2 3 4

12. ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Συχνουρία ή έπειξη προς ούρηση, αμηνόρροια, μηνορραγία, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γενετήσιας επιθυμίας, ανικανότητα.

0 1 2 3 4

13. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Ν.Σ.

Ξηροστομία, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, ίλιγγος, κεφαλαλγία τάσης, ανόρθωση τριχών.

0 1 2 3 4

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:

ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ (B- IPF)

Γενικά τις τελευταίες 30ημέρες:	Καθόλου	Κατά κάποιο βαθμό					Πάρα Πολύ	Δεν απαντώ
1.Είχα προβλήματα στη συναισθηματική επαφή με το σύζυγο ή τον σύντροφό μου.	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Είχα προβλήματα στη σχέση μου με τα παιδιά μου.	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Είχα προβλήματα στις οικογενειακές μου συναναστροφές.	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Είχα προβλήματα όσον αφορά τις φιλικές συναναστροφές και την κοινωνικοποίηση	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Είχα προβλήματα στην εργασία μου.	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Είχα δυσκολίες όσον αφορά την κατάρτιση και την εκπαίδευση μου	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Είχα δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες όπως είναι οι δουλειές του σπιτιού, οι τρέχουσες υποχρεώσεις ή η διαχείριση της ιατρικής μου περίθαλψης.	0	1	2	3	4	5	6	7

UNIVERSITY OF WEST ATTICA



ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αντικείμενο έρευνας : Η ψυχική υγεία των εργαζόμενων σε παιδιατρικά τμήματα του Ρήγα Νικολάου, Υποψήφιου Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Σχολή/ Τμήμα : Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας / Τμήμα Μαιευτικής

Επιβλέπουσα : Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αντωνίου Ευαγγελία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας είναι να εντοπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στον ευαίσθητο και συχνά εξουθενωτικό παιδιατρικό κλινικό τομέα.

Διαδικασία: Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίων που έχουν διαμορφωθεί στα πλαίσια έρευνας για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής. Τα ερωτηματολόγια θα σας δοθούν και θα συμπληρωθούν στο χώρο εργασίας σας (Παιδιατρικό ΤΕΠ, ΜΕΘ, Κλινική) παρουσία του ερευνητή.

Κόστος έρευνας: Δεν προβλέπεται κανένα κόστος για την συμμετοχή σας στην έρευνα.

Οφέλη: Οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην ευρύτερη εντόπιση και κατανόηση των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων που νοσηλεύουν και περιθάλπουν παιδιά, που υπόκεινται σε κάποιο νόσημα, με σκοπό την ενίσχυση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Εμπιστευτικότητα: Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται **ανώνυμα** και δεν υπάρχει το ενδεχόμενο διαρροής πληροφοριών. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια παραδίδονται και παραμένουν στον ερευνητή με τη δέσμευση ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας.

Δικαίωμα μη συμμετοχής: Η συμμετοχή σας είναι οικειοθελής ενώ διατηρείτε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στην έρευνα με την μη συμπλήρωση ή την μη παράδοση του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση παρακαλώ επικοινωνήστε με τον Υποψήφιο Διδάκτορα. **Τηλ. Επικοινωνίας: 6977703182** , **Ηλ. Διεύθυνση: nrigas@uniwa.gr**

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις ανωτέρω πληροφορίες και συμφωνώ να παραλάβω και να συμπληρώσω τα ερωτηματολόγια της συγκεκριμένης έρευνας

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

2. ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Α' ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ « Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΡΟΣ: κ. ΝΙΚΟΛΑΟ ΡΗΓΑ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΕΩΣ 08-09-21

ΠΑΡΟΝΤΕΣ :

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN, ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ,
Καθηγήτρια-Διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
ΘΕΩΝΗ ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντρια ΕΣΥ Παιδιατρικής
ΕΥΘΥΜΙΑ ΤΣΙΝΑ, ΜΕΛΟΣ, Επιμελήτρια Α' Οφθαλμολογίας
ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ, ΜΕΛΟΣ, Ειδικευόμενος Χειρουργικής Παιδών
ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, ΜΕΛΟΣ, Δ/ντής Βιοχημικού Εργαστηρίου
ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ ΒΛΑΧΙΩΤΗ, ΜΕΛΟΣ, ΠΕ Νοσηλευτικής
ΣΤΑΥΡΟΣ ΚΑΛΛΙΒΩΚΑΣ, ΜΕΛΟΣ, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας

ΘΕΜΑ : Έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Επαγγελματική ικανοποίηση και δευτερογενές μετατραυματικό στρες σε επαγγελματίες υγείας παιδιατρικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας»

Επιστημονικά Υπεύθυνος: κ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΑΝΤΩΝΙΟΥ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΣΧΕΤ. : Αρ.πρωτ. 14972/30.07.2021

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την συνεδρίασή του στις 08 Σεπτεμβρίου 2021 έλαβε υπόψη του την ανωτέρω αίτηση του υποψήφιου διδάκτορα κ. Νικολάου Ρήγα, που αφορά στην έγκριση διεξαγωγής μελέτης με τίτλο «Επαγγελματική ικανοποίηση και δευτερογενές μετατραυματικό στρες σε επαγγελματίες υγείας παιδιατρικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας».

Ύστερα από μελέτη και αναλυτική συζήτηση, διαπιστώθηκε ότι η ανωτέρω μελέτη, η οποία θα εκπονηθεί στα πλαίσια της διδακτορικής του διατριβής, πληροί όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της και όπως αναφέρεται δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση για το νοσοκομείο.

Κατόπιν τούτων, ομόφωνα το Επιστημονικό Συμβούλιο εισηγείται την έγκριση διεξαγωγής της ανωτέρω μελέτης, καθώς και την έγκριση των συνοδευτικών εγγράφων. Συγκεκριμένα:

1. Πρωτόκολλο μελέτης
2. Ερωτηματολόγια μελέτης
3. Δελτίο Συγκατάθεσης για παραλαβή ερωτηματολογίων έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ ΑΘΗΝΩΝ
« ΠΑΝ. & ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ »
Ν.Π.Δ.Δ.

ΠΡΑΚΤΙΚΟ 12^ο ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Αθήνα σήμερα 30 Ιουνίου 2021 ημέρα Τετάρτη και ώρα 15:00 συνεδρίασε μέσω τηλεδιάσκεψης σύμφωνα με τα οριζόμενα στην υπ. αριθμ. πρωτ.: ΔΙΔΑΔ/Φ.69/133/οικ.20764/07.11.2020 εγκύκλιο του Υπουργού Εσωτερικών κ. Π. Θεοδωρικάκου, με θέμα : «*Μέτρα και ρυθμίσεις στο πλαίσιο της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού*» (ΑΔΑ:Ψ48Γ46ΜΤΛ6-ΛΣΡ), σε τακτική συνεδρίαση το Εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο, που συγκροτήθηκε βάσει των με αριθμό : Γ4β/Γ.Π.οικ.18320/17.03.20 (Φ.Ε.Κ. 225/27.03.20, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Γ4β/Γ.Π. 35836/15.07.2020 (Φ.Ε.Κ. 545/23.07.20, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.), Γ4β/Γ.Π.οικ.47309/24.07.2020 (Φ.Ε.Κ. 564/30.07.2020, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) και Γ4β/Γ.Π.οικ.49757/31.08.2020 (Φ.Ε.Κ. 714/07.09.2020 τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) αποφάσεων του Υπουργού Υγείας κ. Βασιλείου Κικήλια και του Υφυπουργού Υγείας κ. Βασιλείου Κοντοζαμάνη.

Στη συνεδρίαση προσήλθαν και παρέστησαν νόμιμα καλεσμένοι, οι παρακάτω :

Παρόντες οι κ. κ. :

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΜΠΙΝΗΣ	Πρόεδρος
ΚΩΝ/ΝΟΣ ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ	Αντιπρόεδρος
ΜΑΡΙΟΓΚΑ ΦΡΑΓΚΑΚΗ	Μέλος
ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ	Μέλος
ΙΩΑΝΝΑ ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ	Μέλος
ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΠΑΠΑΣΑΒΒΑΣ	Μέλος
ΣΤΑΥΡΟΣ ΤΣΑΝΤΗΣ	Μέλος
ΠΟΛΥΞΕΝΗ ΝΕΟΥ	Μέλος
ΔΙΟΝΥΣΗΣ ΣΙΑΦΟΛΩΛΗΣ	Μέλος

Στη συνεδρίαση προσήλθε και παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η **Χρυσούλα Λαζαρίδου**.

Διαπιστώθηκε απαρτία με την παρουσία εννέα (9) μελών του Συμβουλίου.

ΘΕΜΑ 18 : Έγκριση διανομής ερωτηματολογίων στη Μ.Ε.Θ., Κλινικές και Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο διεξαγωγής της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με τίτλο: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», που κατέθεσε ο κ. ΡΗΓΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ – Νοσηλεύτης με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ.

Στο Συμβούλιο υποβάλλεται η υπ' αριθμ. πρωτ.: 11456/25.06.2021 (ΓΡΑΜ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ) εισήγηση του ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΔΙΟΙΚΗΤΗ κ. Σ. ΤΣΑΝΤΗ σύμφωνα με την οποία :

Έχοντας υπόψη :

1. Την υπ' αριθμ. Ε.Σ.: 247/24.05.2021 αίτηση έγκρισης διανομής ερωτηματολογίων στη Μ.Ε.Θ., Κλινικές και Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο διεξαγωγής της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με τίτλο: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», που κατέθεσε ο κ. ΡΗΓΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ – Νοσηλευτής με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ.

2. Ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την 13^η/09-05-2021 (Θ: 10) συνεδρίασή του έλαβε υπόψη του τη σύμφωνη γνώμη της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κας Μαρίας Γέραλη, της Διευθύντριας Μ.Ε.Θ. κας Φιλιππίας Νικολάου, της Διευθύντριας Β'Π.Π.Κ. κας Μαρίζας Τσολιά, τη σύμφωνη γνώμη της Προϊσταμένης Τ.Ε.Π. κας Τζίνα Δέσποινας, καθώς και τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία μελέτησε το ερευνητικό πρωτόκολλο της διατριβής που θα διεξαχθεί στη Μ.Ε.Θ., στις Παιδιατρικές Κλινικές και στο Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου μας.

Ο βασικός σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αποτύπωση, καταγραφή και συσχέτιση δεδομένων που ανιχνεύονται στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικές Μ.Ε.Θ, Κλινικές και Παιδιατρικά Τ.Ε.Π. ανά την ελληνική επικράτεια διερευνώντας το βαθμό της επαγγελματικής τους ικανοποίησης και ψάχνοντας τους παράγοντες εκείνους που συντελούν στην ανάπτυξη δευτερογενούς μετατραυματικού στρες κατά τη διάρκεια της μέχρι τώρα επαγγελματικής τους πορείας.

Η μελέτη θα διεξαχθεί σε παιδιατρικές Μ.Ε.Θ., Κλινικές και Παιδιατρικά Τ.Ε.Π. τριτοβάθμιων νοσοκομείων της χώρας. Θα συμπεριληφθούν μονάδες γενικών, πανεπιστημιακών και ειδικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων τόσο των Αθηνών όσο και της περιφέρειας έτσι ώστε ο πληθυσμός να αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα τόσο γεωγραφικά όσο και δημογραφικά επί του συνόλου των παιδιατρικών Μ.Ε.Θ., Κλινικών και Παιδιατρικών Τ.Ε.Π. ανά την επικράτεια. Πληθυσμός της μελέτης θα είναι όλοι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις εκάστοτε παιδιατρικές μονάδες, παιδίατροι, αναισθησιολόγοι, εντατικολόγοι,, πνευμονολόγοι, χειρουργοί, ογκολόγοι, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κ.α.

Ως μέθοδος έρευνας θα εφαρμοστεί η ποσοτική συγχρονική έρευνα.

Για την υλοποίηση της μελέτης θα διανεμηθούν ερωτηματολόγια που θα αποτελούνται από μια σειρά ερωτήσεων κλειστού τύπου. Ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων θα πραγματοποιηθεί με επίσκεψη του μελετητή σε κάθε μια από τις προαναφερόμενες παιδιατρικές Μ.Ε.Θ., Κλινικές και Παιδιατρικά Τ.Ε.Π..

Τα ερευνητικά ερωτήματα που διαμορφώνονται προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω σκοπός είναι τα εξής:

- α) Ποιο είναι το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε παιδιατρικές Μ.Ε.Θ, κλινικές και παιδιατρικά Τ.Ε.Π.;
- β) Ποιοι παράμετροι της επαγγελματικής ικανοποίησης αξιολογούνται περισσότερο, είτε θετικά, είτε αρνητικά, ως προς τη σημασία τους από τους εργαζόμενους σε παιδιατρικές Μ.Ε.Θ, κλινικές και παιδιατρικά Τ.Ε.Π.;
- γ) Ο επιπολασμός του δευτερογενούς PTSD (Μετατραυματική Διαταραχή του στρες) σε εργαζόμενους σε παιδιατρικές Μ.Ε.Θ, κλινικές και παιδιατρικά Τ.Ε.Π.
- δ) Πώς επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι συνθήκες εργασίας την εμφάνιση του δευτερογενούς PTSD και της επαγγελματικής ικανοποίησης στις διάφορες παιδιατρικές Μ.Ε.Θ, κλινικές, και παιδιατρικά Τ.Ε.Π. της χώρας;
- ε) Πώς επηρεάζεται η ψυχοκοινωνική λειτουργία και η επαγγελματική τους ικανοποίηση από την παρουσία PTSD.

Για την στατιστική ανάλυση των πρωτογενών δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πακέτο ανάλυσης SPSS.

Κατόπιν αυτών το Επιστημονικό Συμβούλιο ενέκρινε ομόφωνα τη διεξαγωγή της ανωτέρω διδακτορικής διατριβής στο Νοσοκομείο μας, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου.

Επισημαίνεται:

- Η έγκριση που έχει δοθεί, δεσμεύει την επιβλέπουσα της μελέτης, τον υποψήφιο διδάκτορα και τους συνεργάτες, στην τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και στην ανωνυμία των συλλεχθέντων στοιχείων. Μετά το πέρας της μελέτης να κατατεθούν στη Γραμματεία του Επιστημονικού και Διοικητικού Συμβουλίου, σε ηλεκτρονική μορφή, η διδακτορική διατριβή, οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά συνέδρια και οι ανακοινώσεις των αποτελεσμάτων σε επιστημονικά περιοδικά.

3. Ότι στους συμμετέχοντες στη μελέτη θα δοθεί προς υπογραφή έγγραφο συγκατάθεσης για τον σκοπό και τη σπουδαιότητα της έρευνας και σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) θα υπάρχει πλήρης διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων τους, ενώ πρόσβαση στα στοιχεία του ερωτηματολογίου, στην ανάλυση των δεδομένων και στα αρχεία θα έχει μόνο ο ερευνητής. Η χρήση των στοιχείων θα γίνει μόνο για ερευνητικούς λόγους.

Διαβιβάζεται το παρόν ερευνητικό πρωτόκολλο και παρακαλούμε όπως αποφασίσετε σχετικά με:

Την έγκριση:

- διανομής ερωτηματολογίων στη Μ.Ε.Θ., Κλινικές και Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο διεξαγωγής της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με τίτλο: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», που κατέθεσε ο κ. ΡΗΓΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ – Νοσηλευτής με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου μας.

- ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ

- γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων της μελέτης στο Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο.

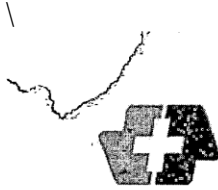
Και μετά από διαλογική συζήτηση ομόφωνα

Α Π Ο Φ Α Σ Ι Ζ Ε Ι

Την έγκριση :

1. Της διανομής ερωτηματολογίων στη Μ.Ε.Θ., Κλινικές και Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου μας, στο πλαίσιο διεξαγωγής της διδακτορικής διατριβής στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με τίτλο: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», που κατέθεσε ο κ. ΡΗΓΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ – Νοσηλευτής με επιβλέπουσα Καθηγήτρια την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, καθώς αυτή πληροί τις προϋποθέσεις Ιατρικής και Ηθικής Δεοντολογίας και δεν επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου μας.
2. Της ανάρτησης της Απόφασης στη ΔΙΑΥΓΕΙΑ
3. Της γνωστοποίησης των αποτελεσμάτων της μελέτης στο Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο.





**μετά από διαλογική συζήτηση, το Δ.Σ.
λαμβάνοντας υπόψη την ανωτέρω εισήγηση
αποφασίζει ομόφωνα**

Εγκρίνει τη διεξαγωγή μελέτης με διανομή ανώνυμων ερωτηματολογίων που πραγματοποιείται στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής από τον κ. Νικόλαο Ρήγα, υποψήφιο διδάκτωρ στο Τμήμα Μαιευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με θέμα «Επαγγελματική ικανοποίηση και δευτερογενές μετατραυματικό στρες σε επαγγελματίες υγείας παιδιατρικών μονάδων εντατικής θεραπείας». Ο βασικός σκοπός της εν λόγω μελέτης είναι η αποτύπωση, καταγραφή και συσχέτιση δεδομένων που ανιχνεύονται στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικές ΜΕΘ, κλινικές και παιδιατρικά ΤΕΠ διερευνώντας το βαθμό της επαγγελματικής τους ικανοποίησης και τους παράγοντες εκείνους που συντελούν στην ανάπτυξη δευτερογενούς μετατραυματικού στρες κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας.

Η συμμετοχή στη μελέτη των επαγγελματιών υγείας του ΓΝ Παίδων Πεντέλης θα είναι εθελοντική, κατόπιν έγγραφης ενημέρωσης και ο ερευνητής οφείλει να διασφαλίσει τα προσωπικά δεδομένα σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Από τη διενέργεια αυτής της μελέτης δεν θα προκύψει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης.

Με το σχετικό (β) το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Παίδων Πεντέλης γνωμοδότησε θετικά για την εν λόγω μελέτη.

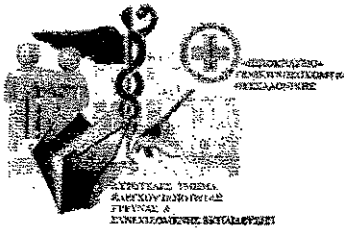
Μετά το πέρας της μελέτης, ο ερευνητής θα καταθέσει αντίγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Το θέμα ομόφωνα επικυρώνεται σήμερα.

Ο ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Δ.Σ.
Ρίζος Κων/νος

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΔΣ
Δαλιάνος Ηλίας





**ΔΕΛΤΙΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΗΣ
ΑΡΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΝΟΜΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Αριθμ. Πρωτοκόλλου κατάθεσης: 23566/28-5-2021 Κωδικός Εργασίας: ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ
Τίτλος Εργασίας: Επαγγελματική ικανοποίηση & δευτερογενές μεταταρωματικό στρες, σε επαγγελματίες υγείας
παιδιατρικών και ΜΕΘ
Κύριος Ερευνητής: Ν. Ρήγας
Τηλ. Επικοινωνίας: 697703182 email nrigas@uniwa.gr


ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΛΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

A/A	ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ	ΕΛΕΓΧΟΣ
1	Αίτηση κατάθεσης και CD ηλεκτρονικής κατάθεσης	ΝΑΙ
2	Πρωτόκολλο εργασίας	ΝΑΙ
3	Έγκριση σχολής	ΝΑΙ
4	Βεβαίωση ιδιότητας του φοιτητή	ΝΑΙ
5	Υπεύθυνη δήλωση μη ύπαρξης οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου	ΝΑΙ
6	Υπεύθυνη δήλωση τήρησης των κανόνων προσωπικών δεδομένων	ΝΑΙ
7	Θετική άποψη του Δντη της Υπηρεσίας όπου θα διεξαχθεί η εργασία	ΝΑΙ
8	Θετική άποψη Επιστημονικού Συμβουλίου	ΝΑΙ

Σύμφωνα με τον πιο πάνω αναφερόμενο έλεγχο πληρότητας κατάθεσης, εισηγούμαστε την **έγκριση** εκτέλεσης της εργασίας η οποία αφορά την διανομή ερωτηματολογίου.

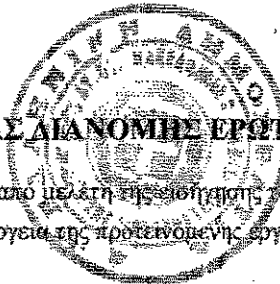
23/09/2021

Ο υπεύθυνος ελέγχου


ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΘΕΟΔΩΡΙΔΗΣ
Π.Ε. Διοικητικό Συμβούλιο

ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ως νόμιμος εκπρόσωπος του Νοσοκομείου, μετά από μελέτη της αίτησης του Υπεύθυνου ελέγχου του ΑΤΕΕΣΕ εγκρίνω την διενέργεια της προτεινόμενης εργασίας.



23/09/2021

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ


Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

ΝΙΚΟΛΕΤΤΗ ΑΝΤΩΝΑΚΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΑΤΤΙΚΟΝ»
ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
8ης Τακτικής Συνεδρίασης
στις 6/7/2021

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα : Κατάθεση ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Επαγγελματική ικανοποίηση και δευτερογενές μετατραυματικό στρες σε επαγγελματίες υγείας παιδιατρικών μονάδων εντατικής θεραπείας», η οποία αποτελεί τη διδακτορική διατριβή του ΡΗΓΑ ΝΙΚΟΛΑΟΥ (ΓΠΑΙΔ/ΤΕΠ,ΕΒΔ 328/30-6-2021)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (παρόντες: Καθηγητής, Γ. Γερούλακος, Αν. Καθηγήτρια Α. Ψυρρή Διευθύντρια ΕΣΥ, Σ. Κατσούδας, Επιμελ. Α' ΕΣΥ, Α. Σιατέλης, Επιμελ. Β' ΕΣΥ, Π. Οικονομοπούλου, Επικ. Καθηγητής, Ν. Σιαφάκας, , Ειδικευόμενος, Ε. Μπάκας, ΠΕ Νοσηλευτικής, Μ. Τσιρούδα), αφού έλαβε υπόψη:

- 1) την απόφαση της 6^{ης} (6/7/2021) (θέμα Α5) Συνεδρίαση της Επιτροπής Βιοηθικής Δεοντολογίας (παρόντες: Αν. Καθηγήτρια, Α. Ψυρρή, Επιμελ. Α' ΕΣΥ, Α. Σιατέλης, Επιμελ. Β' ΕΣΥ, Π. Οικονομοπούλου Επικ Καθηγητής, Ν. Σιαφάκας, ΠΕ Νοσηλευτικής, Μ. Τσιρούδα)
- 2) τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για διενέργεια κλινικής δοκιμής στο Νοσοκομείο
- 3) το γεγονός ότι ο φάκελος είναι πλήρης και καλύπτει όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης
- 4) ότι από τη διενέργεια της μελέτης δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

Ομοφώνως

Γνωμοδοτεί θετικά για το παραπάνω ερευνητικό πρωτόκολλο.

Υπεύθυνοι της εν θέματι έρευνας

Διευθυντής: Καθηγήτρια Β. ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ & Καθηγητής Ι. ΠΑΡΙΣΗΣ

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

«ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ. ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ»

Καθηγητής Γ. Γερούλακος

19867/10.8.21

6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ
& ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
“ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ”
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πάτρα : 10.08.2021
Α.Π. : 430

Ταχ. Διεύθυνση 26500 Ρίο
Πληροφορίες Δήμητρα Ευσταθίου
Τηλέφωνο 2613.604.017

ΠΡΟΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΠΓΝΠ

ΘΕΜΑ ΕΓΚΡΙΣΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση **26.07.2021 (θέμα 430)** λαμβάνοντας υπ' όψιν την υπ. αρ.330/06.07.2021 απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, εγκρίνει την διεξαγωγή ερευνητικού πρωτοκόλλου, με διανομή ερωτηματολογίων, στον κ. Ρήγα Νικόλαο-Νοσηλεύτη/Υποψήφιο Διδάκτορα, στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβής στο Τμήμα Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με θέμα: «ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ», το οποίο θα διεξαχθεί στους επαγγελματίες υγείας (παιδιάτροι, αναισθησιολόγοι, εντατικολόγοι, πνευμονολόγοι, χειρουργοί, ογκολόγοι, νοσηλεύτες, φυσικοθεραπευτές κ.ά.), που εργάζονται στην παιδιατρική ΜΕΘ/κλινικές/παιδιατρικό ΤΕΠ του ΠΓΝΠ, υπό την ευθύνη και εποπτεία της Αναπλ. Καθηγήτριας Τμήματος Μαιευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής κ. Ευαγγελίας Αντωνίου

Επιστημονικός Υπεύθυνος:

Αντωνίου Ευαγγελία - Αναπλ. Καθηγήτρια, Τμήματος Μαιευτικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Ερευνητές:

Ρήγας Νικόλαος-Νοσηλεύτης/Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ ΜΑΡΑΓΚΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ
Κ. ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ
Κ. ΑΚΙΝΟΣΟΓΛΟΥ
Π.ΝΤΑΗΣ
Α. ΤΣΙΑΤΑ

Ακριβές Αντίγραφο
Η Γραμματέας
Δήμητρα Α. Ευσταθίου

ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Α. ΔΗΜΗΤΡΑ
Τ.Ε. ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

08.10.2021 14:47:11
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ
ΥΠΟΓΡΑΜΜΕΝΟ
ΑΠΟ
ΚΑΛΑΪΟΦΗ
ΜΑΝΟΥΣΑΚΗ

Ηράκλειο, 08/10/2021

Α. Π.: 42724

Απάντηση στο έγγραφο:

ΠΡΟΣ: κ. Ρήγα Νικόλαο,
Υποψήφιος Διδάκτωρ του
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,
- 2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
- 3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο Διδακτορικής Διατριβής».

ΣΧΕΤΙΚΑ: 1. Το με αρ. πρωτ. 41042/30-9-21 έγγραφο του Διοικητή ΠΑΓΝΗ, κ. Χαλκιαδάκη Γεώργ.

2. Η με αρ. πρωτ. 16246/21-9-21 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη **διανομή ερωτηματολογίου στους επαγγελματίες υγείας του ΤΕΠ, της Αιματολογίας και Ογκολογίας Παίδων, της ΜΕΘ Παίδων και της Γενικής Παιδιατρικής Κλινικής**, στο πλαίσιο εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής στο Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, από τον κ. Ρήγα Νικόλαο, με θέμα: **«Επαγγελματική ικανοποίηση και δευτερογενές μετατραυματικό στρες σε επαγγελματίες υγείας Παιδιατρικών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας»**, υπό την επίβλεψη της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας κας Αντωνίου Ευαγγελίας.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7^η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στον ερευνητή ή στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία

3. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. The Risk of the Development of Secondary Post-Traumatic Stress Disorder among Pediatric Health Care Providers: A Systematic Review

Nikolaos Rigas, Alexandra Soldatou, Maria Dagla, Christina Nanou and Evangelia Antoniou

DOI: 10.3390/reports6010009

Reports 6.9. 2023/ MDPI

2. The Mediating Role of Anxiety in the Relationship between Job Satisfaction and Psychosocial Functions of Nurses and Pediatricians in PICUs.

Nikolaos Rigas, Zacharias Kyritsis, Kleanthi Gouroundi, Alexandra Soldatou, Maria Dagla, Eirini Orovou, Evangelia Antoniou

DOI: 10.5455/msm.2024.36.26-32

Mater Sociomed. 2024; 36(1): 26-32

3. Post-traumatic Stress Disorder Symptoms among Pediatric Health Care Workers

Nikolaos Rigas, Zacharias Kyritsis, Maria Dagla, Alexandra Soldatou, Eirini Orovou, Maria Tziritidou-Chatzopoulou, Panagiotis Eskitzis, Evangelia Antoniou

DOI: 10.3390/nursrep14010010

January 2024 Nursing Reports 14(1):115-127

4. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. 7th EMA Education Conference in Athens Greece October 26-29 2023

Midwifery Education in the Future

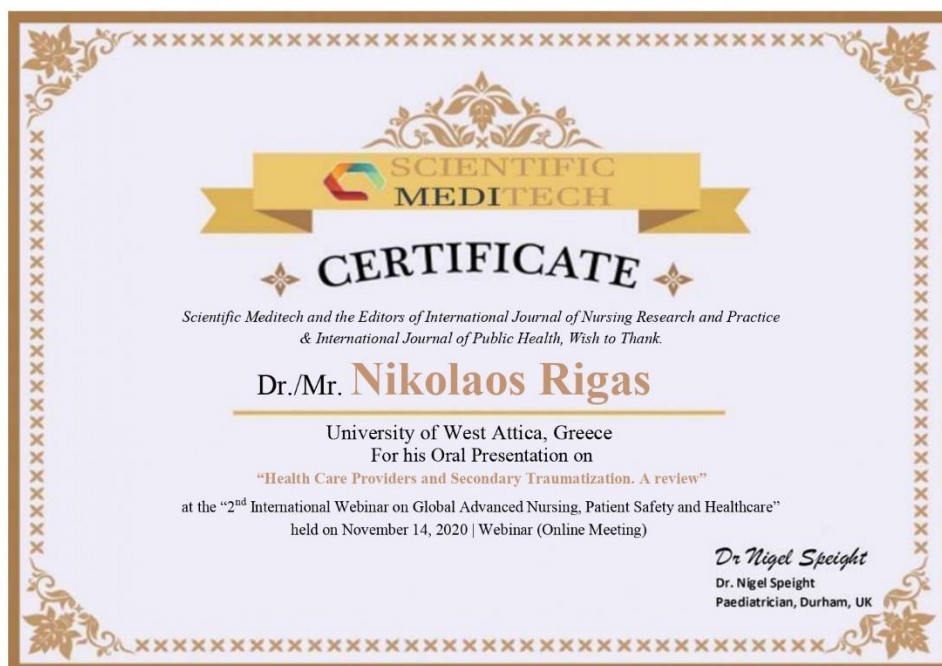
«eP061 Factors and Causes of Secondary Post -Traumatic Stress Disorder among Pediatric Health Care Providers»

Nikolaos Rigas, Maria Dagla, Alexandra Soldatou, Evangelia Antoniou

2. 2nd International Webinar on Global Advanced Nursing, Patient Safety and Healthcare” held on November 14, 2020 | Webinar (Online Meeting).

“Health Care Providers and Secondary Traumatization. A review”

Nikolaos Rigas



7th EMA Education
Conference
in Athens - Greece
October 26-29
2023

Midwifery Education in the Future



Dolce Athens Attica Riviera, **Vravrona**

Athens 29/10/2023

CERTIFICATION

In the context of the 7th EMA Education Conference, this is to certify that Mrs./Mr.

Nikolaos Rigas

participated in the scientific program of the 7th European Midwives Association Education Conference as a Speaker in the

Group C_ e-Poster

Title of Presentation:

«eP061 Factors and Causes of Secondary Post -Traumatic Stress Disorder among Pediatric Health Care Providers»

member of an authors' team:

Nikolaos Rigas, Maria Dagla, Alexandra Soldatou, Evangelia Antoniou

which was presented on 2023-10-28 at Athena (E-Poster) room of Dolce Athens Attica Riviera Hotel, in Vravrona, Greece.

The President of
the Organizing Committee

The President of
the Scientific Committee

