

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**

*Διπλωματική Εργασία*

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Νοσηλεύτρια  
**ΔΑΛΑΓΕΩΡΓΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

Αθήνα 2021

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**  
**ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»**

*Διπλωματική Εργασία*

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Νοσηλεύτρια  
**ΔΑΛΑΓΕΩΡΓΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

Αθήνα 2021

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

**Ευαγγέλου Ελένη** Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπων Καθηγητής)

Υπογραφή: .....

**Δούσης Ευάγγελος** Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή: .....

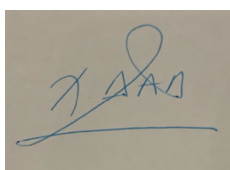
**Νταφογιάννη Χρυσούλα** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή: .....

## Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Χριστίνα Δαλαγεώργου του Νικολάου με αριθμό μητρώου 1901 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

A square box containing a handwritten signature in blue ink. The signature appears to be 'Χ. ΔΑΛΑΓΕΩΡΓΟΥ'.

Copyright © **Όνοματεπώνυμο φοιτητή**, 2021. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

## Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κλινική Εξειδικευμένη Νοσηλευτική» και όλους τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κ. Ευαγγέλου Ελένη καθώς μου έδωσε την δυνατότητα να ασχοληθώ με ένα ιδιαίτερο και πολύ ενδιαφέρον θέμα και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Ακόμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω, την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κ. Νταφογιάννη Χρυσούλα και τον Επίκουρο Καθηγητή κ. Δούση Ευάγγελο, που δέχθηκαν πρόθυμα να διαβάσουν και να αξιολογήσουν την παρούσα διπλωματική εργασία ως μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης. Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, η οποία καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου πίστεψαν σε έμένα και με στήριξαν σε κάθε δύσκολή στιγμή .

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u> .....	9
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	11
<u>1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u> .....	11
<u>2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ</u> ....	14
<u>3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ</u> .....	16
<u>3.1 Η κόπωση από τη συμπόνια (Compassion Fatigue – CF)</u> .....	16
<u>3.2 Επιπτώσεις της κόπωσης από τη συμπόνια (CF)</u> .....	19
<u>3.3 Δευτερεύον Τραυματικό Άγχος (Secondary Traumatic Stress – STS)</u> .....	23
<u>3.4 Επαγγελματική Εξουθένωση – burnout (BO)</u> .....	24
<u>3.5 Ικανοποίηση από την εργασία (Job Satisfaction)</u> .....	26
<u>3.6 Μετατραυματική Ανάπτυξη (Posttraumatic Growth- PTG)</u> .....	27
<u>3.7 Το Νόημα από την Εργασία (Meaning in Work)</u> .....	27
<u>3.8 Ικανοποίηση από την συμπόνια (Compassion Satisfaction-CS)</u> .....	28
<u>4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ - ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ</u> .....	30
<u>Maslach Burnout Inventory (MBI): η κλίμακα μέτρησης της εξουθένωσης</u> .....	30
<u>PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C):</u> .....	31
<u>5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ (RISK FACTORS)</u> .....	36
<u>6. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ</u> .....	40
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b> .....	49
<u>Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ</u> ....	49
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u> .....	49
<u>Σκοπός της μελέτης:</u> .....	49
<u>Μεθοδολογία</u> .....	49
<u>Κριτήρια ένταξης- αποκλεισμού μελετών</u> .....	50
<u>Διαδικασία Επιλογής Μελετών</u> .....	50
<u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u> .....	51
<u>Περιγραφή των αποτελεσμάτων</u> .....	53
<u>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u> .....	65
<u>Παράγοντες που επιδρούν στις παραμέτρους της ποιότητας επαγγελματικής ζωής</u> .....	68
<u>Περιορισμοί της μελέτης</u> .....	74
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u> .....	76

<u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ</u> .....	77
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u> .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
<u>ABSTRACT</u> .....	<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u> .....	82



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα υγείας σε βρέφη, παιδιά και εφήβους. Η φροντίδα υγείας δεν απευθύνεται μόνο στις σωματικές αλλά και στις ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες των παιδιών με βάση τις αρχές της ολιστικής φροντίδας υγείας βάσει διεθνών πρωτοκόλλων (Paediatric Nursing Associations of Europe PNAE 2005). Επιπλέον, δίνεται έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που συντέλεσαν στην εμφάνιση της ασθένειας, καθώς και στην ιδιαίτερη επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του κάθε παιδιού.

Με βάση την επιστημονική κοινότητα της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, οι αρμοδιότητες των παιδιατρικών νοσηλευτών εκτός από τις βασικές σπουδές τους στην Νοσηλευτική, θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

1. ενδιαφέρον για την προσφορά φροντίδας υγείας στα ασθενή παιδιά και τη βελτίωση της υγείας τους
2. βασικές δεξιότητες επικοινωνίας ώστε να διαχειρίζονται σωστά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτού του πληθυσμού
3. ικανότητα και γνώσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων και των ειδικών αναγκών των παιδιών και των οικογενειών τους
4. γνώσεις γύρω από τα δυναμικά που αναπτύσσονται στις οικογένειες με ασθενές παιδί
5. γνώση νομικών ζητημάτων γύρω από θέματα που προκύπτουν στη διάρκεια της νοσηλείας τους (PNAE 2005)

Σήμερα η άσκηση της ειδικότητας αυτής βασίζεται στη νοσηλευτική πρακτική βασισμένη σε ενδείξεις (evidence based nursing practice). Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, οι νοσηλευτικές διαδικασίες εφαρμόζονται με βάση την διερεύνηση των ερευνητικών δεδομένων πρώτα και στη συνέχεια την αξιολόγηση των ευρημάτων των ερευνών και τον σχεδιασμό της φροντίδας. (Taylor, 2006).

Παρότι οι νοσηλευτές έχουν υψηλό κίνητρο να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα για τους ασθενείς ωστόσο είναι ευάλωτοι στην επίδραση των αρνητικών αποτελεσμάτων του άγχους τόσο στη σωματική όσο και την ψυχολογική τους υγεία. Η συμμετοχή τους στη διενέργεια πολύπλοκων ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων καθώς και το συναισθηματικό φορτίο της οικογένειας πυροδοτούν την ανάπτυξη της κόπωσης από τη συμπίνα και των άλλων παραμέτρων του εργασιακού άγχους.

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών. Η διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων είχε ως εξής: Ποιες είναι οι παράμετροι που αποτελούν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών; Πως συσχετίζονται οι παράμετροι αυτοί μεταξύ τους; Πως επηρεάζουν οι κοινωνικοδημογραφικοί, επαγγελματικοί, ψυχολογικοί παράγοντες την ποιότητα επαγγελματικής ζωής;

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος γίνεται αναφορά στις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής δηλαδή στους παράγοντες που τη διαμορφώνουν, στις κλίμακες μέτρησης των παραμέτρων της ποιότητας επαγγελματικής ζωής ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζονται οι παράγοντες που την επηρεάζουν καθώς και οι παρεμβάσεις που βελτιώνουν τις συνθήκες της επαγγελματικής ζωής. Στο ειδικό μέρος αναφέρονται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, οι περιλήψεις των επιστημονικών άρθρων που ανιχνεύθηκαν από τις πρωτογενείς μελέτες και ο ορισμός των κριτηρίων που τέθηκαν για την ένταξη ή τον αποκλεισμό των κειμένων των μελετών. Ακόμη, στο ειδικό μέρος εμφανίζονται η αξιολόγηση (αποτελέσματα) των ερευνητικών μελετών που αφορούν στις παραμέτρους της ποιότητας επαγγελματικής ζωής και τους παράγοντες που τους επηρεάζουν, η συζήτηση τους, καθώς και τα συμπεράσματα από το σύνολο των ερευνών. Τέλος, το συμπέρασμα συνοψίζει ό,τι προηγήθηκε και περιλαμβάνει και τις προτάσεις που θα συμβάλλουν στη εφαρμογή νέων γνώσεων στην κλινική πρακτική, ενώ παράλληλα θα είναι το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα στο μέλλον στο συγκεκριμένο πεδίο.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ασθένεια και ο θάνατος ενός παιδιού αντιμετωπίζεται ως κάτι το μη φυσιολογικό και αναμενόμενο εφόσον συνηθίζεται τα παιδιά να αποχαιρετούν του γονείς τους. Παρά την αλματώδη εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα των ιατρικών γνώσεων καθώς του εξοπλισμού, δυστυχώς τα παιδιά συνεχίζουν να πεθαίνουν από διάφορους λόγους: αναπνευστικά προβλήματα, συγγενείς ανωμαλίες στην καρδιά, προωρότητα και πολλές άλλες απειλητικές για τη ζωή ιατρικές καταστάσεις. Τα παιδιά που νοσηλεύονται για οποιοδήποτε λόγο έχουν το δικαίωμα να τους παρέχεται φροντίδα υγείας που να χαρακτηρίζεται από συμπόνια, ενσυναίσθηση και επιστημονική ακρίβεια (AAP – American Academy of Pediatrics, 2000).

Το προσωπικό που εργάζεται στις παιδιατρικές μονάδες εντατικής θεραπείας έχει πολύ κεντρικό ρόλο στις ζωές των οικογενειών που έρχεται σε επαφή μέσα από τις αποφάσεις που καλείται να πάρει και την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας στα παιδιά που ασθενούν με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. (Byock, 1997). Αυτή η εμπειρία μπορεί να είναι εξαιρετικά τραυματική ιδίως όταν το παιδί είναι νεογνό. Κι αυτό γιατί πεθαίνουν τα όνειρα και οι ελπίδες που οραματίστηκαν οι γονείς γι' αυτό το παιδί κατά τη γέννησή του. Το γεγονός αυτό μπορεί σε επίπεδο ψυχολογικό να είναι καταστροφικό και είναι το ίδιο τραυματικό ανεξάρτητα αν πρόκειται για μεγαλύτερο παιδί ή για κάποιο ενήλικο μέλος της οικογένειας. Εξαιτίας της δυσκολίας που εμπεριέχει αυτό το γεγονός, η διαδικασία του πένθους είναι ιδιαίτερα επιπλεγμένη και η κοινωνική στήριξη που είναι διαθέσιμη για τους γονείς είναι ανεπαρκής. Ο χρόνος που προηγείται του θανάτου ενός παιδιού μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντικός γιατί πολλές φορές οδηγεί σε προσωπική και πνευματική εξέλιξη (Doka, 2002).

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γονέων σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύπλοκες και μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο, σοκ, θυμό, θλίψη, ενοχή ή ακόμη και ζήλια για τους γονείς που έχουν υγιή παιδιά. Επιπλέον, κάποιες οικογένειες πρέπει εκτός από το συναισθηματικό φορτίο να αντιμετωπίσουν σημαντικά οικονομικά βάρη, να απομακρυνθούν από άλλα μέλη της οικογένειας, να αναγκαστούν να ταξιδεύουν συχνά προκειμένου να βρίσκονται κοντά στο άρρωστο παιδί τους. Πολλές φορές

έρχονται αντιμέτωποι με τη λήψη σημαντικών αποφάσεων που έχουν σχέση με την πορεία ή ακόμη τη συνέχιση της ζωής του παιδιού τους, να υπάρχουν διαφωνίες μεταξύ των μελών της οικογένειας ή με τους επαγγελματίες υγείας και τότε μπορεί να νοιώθουν αμφιθυμία, ενοχές, ν' απομονώνονται από τους οικείους και διατηρούν μυστικότητα σε σχέση με τις αποφάσεις που πρέπει να πάρουν. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις παιδιατρικές μονάδες και σε άλλα επιβαρυνόμενα τμήματα νοιώθουν συχνά αποστραγγισμένοι βιώνοντας αυτές τις συνθήκες καθημερινά στην εργασία τους (Kamal et al, 2016).

Πολλοί γονείς αναφέρουν συναισθήματα ολοκλήρωσης ή ακόμη και χαράς που μπόρεσαν να γίνουν γονείς και να αγαπήσουν το παιδί τους έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Οι θεραπευτές χρειάζεται πολλές φορές να γίνουν υπερβολικά ευέλικτοι για να συναντήσουν τις ανάγκες της οικογένειας κι αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι και οι ίδιοι δε βιώνουν έντονο άγχος. Οι νοσηλευτές ομολογούν ότι όταν υποστηρίζονται σωστά μπορούν να βγουν από την αγωνία και τη θλίψη. Ο Figley (1995) υπογραμμίζει περιγράφοντας τον όρο κόπωση από τη συμπόνια : *« Αισθανόμαστε τον πόνο των ασθενών μας. Νοιώθουμε τον φόβο τους. Ονειρευόμαστε τα όνειρά τους. Σταδιακά, χάνουμε ένα κομμάτι της φλόγας, της αισιοδοξίας μας, του χιούμορ και της ελπίδας μας. Κουραζόμαστε, δεν είναι ότι αρρωσταίνουμε, αλλά δεν είμαστε ο εαυτός μας»*.

Οι θεραπευτικές ομάδες ανακουφιστικής φροντίδας για τα παιδιά είναι μια έννοια σχετικά καινούργια στους χώρους υγείας και προσφέρουν φροντίδα στο νοσοκομείο και στο σπίτι των ασθενών. Πρόκειται για επαγγελματίες υγείας που βασίζονται ο ένας στον άλλον και συνεργάζονται στενά για την επίτευξη των στόχων της ομάδας για την καλύτερη πορεία του ασθενή. Αποτελούνται από νοσηλευτές, γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές και συμβούλους θηλασμού. Συνιστάται οι γιατροί και οι νοσηλευτές σε αυτές τις ομάδες να έχουν ειδικότητα στην παιδιατρική ή στην νεογνολογία.

Λόγω της αλματώδους ανάπτυξης της τεχνολογίας στον τομέα της προγεννητικής διάγνωσης τα ζευγάρια που περιμένουν παιδί ξεκινούν συμβουλευτική νωρίς στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετικά με την υγεία του παιδιού τους. Τα τελευταία χρόνια οι γονείς έχουν πολλές επιλογές για την έγκαιρη διάγνωση προβλημάτων υγείας του παιδιού τους και πιθανόν να έρθουν αντιμέτωποι με κάποια γενετική ανωμαλία ή κάποιο άλλη απειλητική για τη ζωή ιατρική κατάσταση. Παλαιότερα ο τερματισμός

της κύησης ήταν η μοναδική τους επιλογή. Αυτό καθιστά μια πιο στενή σχέση και επαφή των επαγγελματιών στον παιδιατρικό τομέα με τους χρήστες των υπηρεσιών. Οι θεραπευτικές ομάδες συχνά χρειάζεται να βοηθήσουν τους γονείς να περάσουν μέσα από τη θλίψη και το πένθος της απώλειας του παιδιού τους υποστηρίζοντάς τους με την παροχή πληροφοριών, την έκφραση συναισθημάτων, την αποδοχή της κατάστασης. Συνεπώς χρειάζεται να είναι περισσότερο καταρτισμένοι στις νέες τεχνολογίες καθώς και να έχουν εργαστεί προσωπικά στην ανθεκτικότητα και την ενσυναίσθηση που απαιτούν αυτές οι περιστάσεις (Grauerholz et al, 2020).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των θεραπευτικών ομάδων που εργάζονται σε παιδιατρικές δομές και στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι η συνοχή. Η ομάδα που έχει ξεκάθαρους στόχους, όραμα, αποστολή, πρόγραμμα που είναι καλά ορισμένο, έχει την ικανότητα να υποστηρίζει και τα μέλη της αλλά και τους ασθενείς το ίδιο αποτελεσματικά. Όταν κάθε μέλος της ομάδας έχει ξεκάθαρο ρόλο, που είναι σε αρμονία με τα υπόλοιπα μέλη της και με τη λειτουργία της ομάδας ως σύνολο επωφελούνται όλοι και καθένας ξεχωριστά. Άλλες πτυχές που είναι σημαντικές είναι το μοίρασμα των αρμοδιοτήτων και του φόρτου εργασίας, οι προσδοκίες για παραγωγικότητα, οι ξεκάθαρες οδηγίες για ανάληψη πρωτοβουλιών και η επικοινωνιακή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εργασίας. Η ομάδα πρέπει να εμπνέει εμπιστοσύνη, σεβασμό και εκτίμηση στα μέλη της τα οποία κερδίζονται μέσα από την ανοιχτή επικοινωνία, τη γρήγορη επίλυση των διαφωνιών και την ενεργή συμμετοχή όλων για την επίτευξη των στόχων της ομάδας. Χαρακτηριστικά που δεν βοηθούν τις θεραπευτικές ομάδες είναι οι αδικαιολόγητες απουσίες των μελών, οι συνεχείς συγκρούσεις, η ασαφής δομή, η ανεπαρκής εκπαίδευση, η έλλειψη δέσμευσης και μη καθορισμένη ανάληψη πρωτοβουλιών (Altilio et al, 2020). Η έννοια της συναισθηματικής ανθεκτικότητας και της αίσθησης προσωπικής επιτυχίας συνδέονται με ένα ελεγχόμενο πρόγραμμα και με συγκεκριμένες ώρες εργασίας. Η δυσκολία έγκειται στην σωστή οργάνωση του χρόνου για την διεκπεραίωση του αυξημένου φόρτου εργασίας σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Morgan D., 2009).

## **2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

Η ειδικότητα της Παιδιατρικής και της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής αναπτύχθηκαν στις Η.Π.Α. το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Το πρώτο παιδιατρικό νοσοκομείο ιδρύθηκε στην Πενσυλβάνια των Ηνωμένων Πολιτειών το 1855 και σηματοδοτεί την έναρξη της Παιδιατρικής Ειδικότητας. Μετά ακολούθησαν άλλες πόλεις των ΗΠΑ, η Βοστώνη, το 1869, το Σαν Φρανσίσκο το 1875. Στις ευρωπαϊκές πόλεις ιδρύθηκαν παιδιατρικά νοσοκομεία στη Βιέννη το 1787, στο Βερολίνο το 1834, στο Αμβούργο το 1840. Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα ιδρύονται οι νοσοκομειακές σχολές νοσηλευτικής (Barnsteiner & Walton 2005). Στην Ελλάδα, το 1901 ιδρύεται για πρώτη φορά το νοσοκομείο «Παίδων Η Αγία Σοφία» και το 1933 ο Παναγιώτης και η Αγλαΐα Κυριακού ιδρύουν την Κλινική Άπορων Παίδων που στη συνέχεια ονομάζεται «Παίδων Αγλαΐα Κυριακού».

Με αφετηρία το γεγονός αυτό, τα νοσοκομεία ξεκινούν να προσλαμβάνουν νοσηλευτικό προσωπικό που είχε εξειδικευμένες γνώσεις και οι παιδιατρικές νοσηλεύτριες ήταν από τις πρώτες που εισήγαγαν νέες πρακτικές φροντίδας των ασθενών και αναβάθμισαν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από τότε η ειδικότητα της Παιδιατρικής νοσηλευτικής έχει περάσει από πολλές αλλαγές μέχρι να υιοθετηθεί σήμερα από τους επιστήμονες της Νοσηλευτικής το οικογενειοκεντρικό μοντέλο φροντίδας με επίκεντρο το παιδί και την οικογένειά του (Child and Family Centered Care). Σύμφωνα με αυτό το επίκεντρο της φροντίδας δεν είναι μόνο το παιδί αλλά και η οικογένειά του. Η φροντίδα με επίκεντρο την οικογένεια αποτελεί κάτι περισσότερο από τη συνεργασία στη φροντίδα και τη «στενή» διαπραγμάτευση. Οτιδήποτε επηρεάζει το παιδί επηρεάζει όλα τα μέλη της οικογένειας και έτσι η φροντίδα που λαμβάνει το παιδί σε σχέση με την ασθένεια ή την κατάσταση για την οποία έχει αναζητήσει φροντίδα υγείας, πρέπει να προγραμματιστεί σε όλη την οικογένεια (Shields., 2015). Οι γονείς θεωρούνται σημαντικοί συνεργάτες των νοσηλευτών και ενθαρρύνεται η ενεργή συμμετοχή τους στη φροντίδα του παιδιού τους στο επίπεδο που μπορούν να βοηθήσουν (Taylor 2006).

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές περισσότερο από κάθε άλλο επαγγελματία υγείας αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας τους φροντίζοντας τα παιδιά και τις οικογένειές τους. Είναι αυτοί οι επαγγελματίες υγείας που πρέπει ανά πάσα στιγμή να αξιολογούν και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών παιδιών και των οικογενειών τους οι οποίοι μπορεί να αντιμετωπίζουν μία ασθένεια απειλητική για τη

ζωή. Η παροχή φροντίδας στις περιπτώσεις αυτές χαρακτηρίζεται από πολύπλοκες και χρονοβόρες διαδικασίες, ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις με στόχο να παραταθεί η διάρκεια της ζωής τους με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ποιότητα. Μέσα από αυτές τις διαδικασίες οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με πολλά ηθικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά διλλήματα τα οποία όπως έχει φανεί από τις έρευνες δεν είναι έτοιμοι να τα διαχειριστούν. Πολλές φορές ανακαλύπτουν ότι η εκπαίδευσή τους δεν ήταν επαρκής για τις απαιτήσεις της δουλειάς και μπορεί να περιλαμβάνει επιπλέον αρμοδιότητες όπως αποτελεσματική επικοινωνία, ψυχολογική υποστήριξη των γονέων, καθώς και αναγνώριση των ευκαιριών για προσωπική εξέλιξη και ενδυνάμωση μέσα από την εργασία με το άρρωστο παιδί (Foster et al., 2010). Εκτός από τις περιπτώσεις που οι παιδιατρικοί νοσηλευτές έχουν πάρει ειδικότητα στην ανακουφιστική φροντίδα ή στη νεογνολογία, οι υπόλοιποι δεν είναι εφοδιασμένοι με τα απαραίτητα προσόντα που απαιτούνται (American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 2006). Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι οι φροντιστές των ασθενών, οι εκπαιδευτές, οι μεταφραστές, αυτοί που υποστηρίζουν, που υπερασπίζονται, που διευκολύνουν.

Επιπλέον πίεση δημιουργείται όταν οι νοσηλευτές χρειάζεται να προβούν σε κάποια θεραπευτική πράξη που είναι ενάντια στην ηθική και τα πιστεύω τους. Τότε δημιουργείται μια εσωτερική πάλη για το αν θα είναι σε καλή συνεργασία με τους γιατρούς και το καθήκον τους να προσφέρουν υψηλής ποιότητας φροντίδα και στην εσωτερική τους ανάγκη ν' ακολουθήσουν τα πιστεύω τους (Davies et al., 1996). Εξωτερικές πιέσεις που υφίστανται πολύ συχνά περιλαμβάνουν τις περιπτώσεις όπου η γνώμη τους για μια διαδικασία ή θεραπευτική πράξη δεν εισακούγεται, δεν λαμβάνεται υπόψη, αλλά ούτε και αναζητείται από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (Morgan, 2009).

Είναι απολύτως σημαντικό να αναπτυχθεί ανθεκτικότητα στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε περιβάλλοντα που είναι τόσο επιβαρυνμένα. Ανθεκτικότητα σημαίνει την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει και να διαχειρίζεται τις δυσκολίες στη ζωή και να διατηρεί υγιείς απαντήσεις στο άγχος. Η ανθεκτικότητα στα επαγγέλματα υγείας συμβαίνει όταν οι εργαζόμενοι βιώνουν τη δική τους προσωπική ανάπτυξη μέσα από την εργασία τους και την παροχή φροντίδας βλέποντας τους ασθενείς τους σταδιακά να δυναμώνουν και να ξεπερνούν τις δυσκολίες τους. Το κλειδί για την ανάπτυξη ανθεκτικότητας είναι η φροντίδα του εαυτού (Perez et al, 2015).

### **3. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ**

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές αποτελούν ευαίσθητη επαγγελματική ομάδα εφόσον η παροχή φροντίδας και η συμπόνια για τα ασθενή παιδιά τους καθιστούν ευάλωτους στην ανάπτυξη όλων των πτυχών εργασιακού άγχους. Η καθημερινή επαφή με παιδιά που έχουν χρόνιες ασθένειες ή βρίσκονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας σημαίνει ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές έρχονται συνεχώς αντιμέτωποι με τον πόνο και την οδύνη αυτών των παιδιών (Christian, 2013). Προσφέρουν άμεση φροντίδα σε ασθενείς με διαφορετικές σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες από τους ενήλικες. Επιπλέον οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γονιών τους μπορεί να είναι απρόβλεπτες υπό τον φόβο ενός επικείμενου θανάτου επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο το προσωπικό υγείας. Σε αυτούς είναι απαραίτητο να παρέχουν πληροφορίες για την πορεία της ασθένειας καθώς και υποστήριξη στη διάρκεια της παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο (Sterling, 2013). Η συμμετοχή και η διενέργεια πολύπλοκων ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων καθώς και το συναισθηματικό φορτίο της οικογένειας πυροδοτούν την ανάπτυξη της κόπωσης από τη συμπόνια και των άλλων παραμέτρων του εργασιακού άγχους.

#### **3.1 Η κόπωση από τη συμπόνια (Compassion Fatigue – CF)**

Η κόπωση από τη συμπόνια έχει γίνει τα τελευταία χρόνια αντικείμενο επιστημονικής έρευνας κυρίως γιατί αναγνωρίζεται ως ο κύριος λόγος που οι επαγγελματίες υγείας σταματούν να επενδύουν στη δουλειά τους, μειώνεται η απόδοσή τους στην καθημερινή κλινική πρακτική και τελικά επιλέγουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται η κορωνίδα μεταξύ των επαγγελμάτων υγείας. Η κόπωση από τη συμπόνια επηρεάζει τους νοσηλευτές σε όλα τα επίπεδα, σωματικά, ψυχολογικά και πνευματικά (πίνακας 1). Αποτελεί το βασικότερο λόγο που οι νοσηλευτές αποφασίζουν να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, πράγμα που συμβάλλει στην έλλειψη επαγγελματιών υγείας. Στον τομέα της υγείας, οι νοσηλευτές πλήττονται περισσότερο απ' όλους όσον αφορά την υποστελέχωση των υπηρεσιών σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Το 2013 καταγράφηκαν 20.7 εκατομμύρια νοσηλευτές παγκοσμίως που αποτελούσαν το 50% όλων των επαγγελματιών υγείας. Αναμένεται ότι μέχρι το έτος 2030 θα υπάρχει έλλειψη 7.6 εκατομμυρίων νοσηλευτών οι οποίοι θα εγκαταλείψουν το επάγγελμα (WHO, 2016).



Το CF αποτελεί κίνδυνο για όλους τους νοσηλευτές ανεξάρτητα από τη θέση στην οποία βρίσκονται. Αυτό συμβαίνει γιατί συνδέονται πολύ στενά με τους ασθενείς οι οποίοι αποτελούν πολλές φορές πηγή άγχους και δεν υπάρχει η δυνατότητα να απομακρυνθούν εύκολα από αυτή. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, η υπερβολική έκφραση ενσυναίσθησης και συμπόνιας προς τους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα ενοχής τα οποία οδηγούν στην ανάπτυξη CF. Πολύ συχνά οι νοσηλευτές δεν μπορούν να κρατήσουν τα προσωπικά και επαγγελματικά όρια και εγκαταλείπουν την φροντίδα του εαυτού τους. Έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, να μην κάνουν χρήση του διαλείμματος, να εργάζονται τις ημέρες που έχουν ρεπό, να αναλαμβάνουν επιπρόσθετες βάρδιες, λόγω της αίσθησης του καθήκοντος απέναντι στους ασθενείς τους. Αυτοί οι νοσηλευτές είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη CF (Sheppard, 2016). Στο ίδιο αποτέλεσμα οδηγεί η επίδραση παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον και τις συνθήκες εργασίας όπως είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας, στο σύνολο των ωρών εργασίας και ο χρόνος που καταναλώνεται στη διάρκεια μίας βάρδιας για την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε επιβαρυσμένους ασθενείς. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται οι νεότεροι και άπειροι νοσηλευτές καθώς και αυτοί που έχουν στο ιστορικό τους μια προσωπική ιστορία τραυματικού γεγονότος. Οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση του CF με την ηλικία και την εργασιακή εμπειρία, δηλαδή όσο μικρότερα είναι αυτά τα μεγέθη τόσο μεγαλύτερο είναι το CF.

Η κόπωση από τη συμπόνια είναι μια πολύπλοκη έννοια, η οποία προέρχεται από τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας και σχετίζεται με το σύνδρομο μετατραυματικού στρες (PTSD – post traumatic stress disorder). Η βασική έννοια προέκυψε από την έρευνα του Figley και αναφέρεται στο συναισθηματικό κόστος της συμπόνιας για ανθρώπους που έχουν υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός ή έχουν υπάρξει μάρτυρες αυτού του γεγονότος (Figley, 1993, 1995, American Psychiatric Association - APA, 1994, 1980).

Το σύνδρομο μετατραυματικού στρες περιγράφει και διαγιγνώσκει τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις τραυματικών γεγονότων έξω από τη συνήθη ανθρώπινη εμπειρία. Με βάση το σύστημα αξιολόγησης των ψυχικών ασθενειών DSM III και αργότερα το DSM IV το να γνωρίζει κανείς ή να γίνεται μάρτυρας των τραυματικών εμπειριών κάποιου άλλου μπορεί να είναι τραυματικό για τον ίδιο (APA, 1980, 1994). Οι τραυματικές εμπειρίες μπορεί να αφορούν επικείμενο θάνατο, ασθένειες ή απειλή

για θάνατο ή ασθένεια σε κάποιον που γνωρίζουμε ή είναι κοντά μας. Ο Figley γνώριζε ότι η έρευνα για το PTSD αφορά το άτομο που έχει υποστεί το τραυματικό γεγονός, γι' αυτό και ο ίδιος εστίασε την έρευνα του σε αυτούς που ήταν κοντά στο άτομο αυτό (Figley, 1995).

Σε επίπεδο ψυχολογικών όρων το CF σχετίζεται με το βίωμα της ενσυναίσθησης και της υπερεμπλοκής με τον ασθενή που υποφέρει. Η μη υγιής αντιμεταβίβαση, η κακή χρήση των προσωπικών ορίων, η συνεχής και υπερβολική «χρήση του εαυτού» και η κακή συναισθηματική ρύθμιση αυτών των παραμέτρων είναι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη CF. Η τελική έκβαση είναι η απώλεια της ικανότητας για συμπόνια και ενσυναίσθηση από την πλευρά του κλινικού. Τελικά έξι είναι οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη CF (Peter's, 2018).

1. Η χρόνια και συνεχής έκθεση στην οδύνη και τον πόνο των ασθενών
2. Η χρήση της συμπόνιας ως θεραπευτικό μέσο
3. Μεγάλη και χωρίς μέτρο «θεραπευτική χρήση του εαυτού»
4. Η έκθεση σε αγχογόνα ερεθίσματα
5. Αδυναμία να διατηρήσει κανείς τα όρια στον επαγγελματικό χώρο
6. Ελλιπής αυτοφροντίδα

Ο Figley όρισε την κόπωση από την συμπόνια *«ως μια κατάσταση εξάντλησης και δυσλειτουργίας, σωματικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας έκθεσης στο άγχος από τη συμπόνια και στο βίωμα της ενσυναίσθησης»* (Figley, 1999 [in Stamm]). Σύμφωνα με τους Coetzee & Klopper, (2010) η κόπωση από τη συμπόνια συμβαίνει όταν η συμπόνια που εκφράζουμε προς τους ασθενείς είναι μεγαλύτερη από τις δυνατότητές μας να διαχειριστούμε ή να ξεπεράσουμε στρεσογόνες καταστάσεις.

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε επιβαρυσμένους κλινικούς χώρους είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι σε παιδιά που υποφέρουν, που πονάνε, που έχουν κακή διάγνωση με ασθένειες απειλητικές για τη ζωή. Αυτοί οι επαγγελματίες υγείας είναι ιδιαίτερα επιβαρυσμένοι για την ανάπτυξη CF (Brunch et al, 2015). Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να αφορούν και τις συναισθηματικές αντιδράσεις της οικογένειας των άρρωστων παιδιών. Το

συναισθηματικό κόστος των οικογενειών που έχουν παιδιά με ασθένεια που απειλεί τη ζωή τους είναι συχνά πολύπλοκο. Στη φάση της διάγνωσης, οι γονείς νοιώθουν ένα πλήθος συναισθημάτων που μπορεί να περιλαμβάνει φόβο, άγχος, θλίψη, ενοχές ή ακόμη και ζήλια για τους γονείς που έχουν υγιή παιδιά (Hall et al, 2015). Υπάρχει φόβος για την ανάπτυξη σοβαρών επιπλοκών όπως κατάθλιψη, αγχώδεις και ψυχαναγκαστικές διαταραχές (Singer et al, 1999).

Τον όρο κόπωση από την συμπόνια (compassion fatigue – CF) χρησιμοποίησε και η Joinson (1992) κατά τη διάρκεια της έρευνας της για την εκτίμηση του STS και της εξουθένωσης σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Η συναισθηματική απάντηση των νοσηλευτών ήταν είτε να απομακρυνθούν κλειδώνοντας τα συναισθήματά τους, είτε να νοιώθουν αβοήθητοι και θυμωμένοι μπροστά στον πόνο και την οδύνη των ασθενών τους. Η διατύπωση που χρησιμοποίησε ήταν ότι πρόκειται για *«μια ιδιαίτερη μορφή εξουθένωσης που αφορά τους ανθρώπους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα»*.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για την ανάπτυξη CF είναι η εργασία σε επαγγέλματα υγείας, η παρατεταμένη έκθεση σε ασθενείς που υποφέρουν, το βίωμα της ενσυναίσθησης για τους ασθενείς αυτούς και η επιθυμία να ανακουφίσουν τον πόνο τους (Figley, 1995). Η έννοια της ενσυναίσθησης (empathy) σημαίνει την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να αντιλαμβάνεται την ψυχολογική κατάσταση του άλλου δηλαδή να μπορεί να μπαίνει στη θέση του.

### **3.2 Επιπτώσεις της κόπωσης από τη συμπόνια (CF)**

Για τα νοσηλευτικά ιδρύματα οι επιπτώσεις είναι τεράστιες αφού παρατηρείται ανεπαρκής νοσηλευτική κάλυψη, κακή κλινική πρακτική και κακή συνεργασία, (Coetzee & Klopper, 2010) ιατρικά λάθη, μέτριο θεραπευτικό αποτέλεσμα και χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Οι συνέπειες από την κόπωση από τη συμπόνια είναι πολύ σημαντικές εφόσον έχει βρεθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν να δυσκολεύονται να συνδεθούν συναισθηματικά και να δείξουν συμπόνια στους ασθενείς τους. Παρατηρείται δηλαδή πτώση της εργασιακής απόδοσης ως προς την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς που προέρχεται από την κακή αξιολόγηση των κλινικών προβλημάτων, κακή κρίση με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε σε ιατρικά λάθη. Μειώνεται η απόδοση τους και τελικά χάνουν το νόημα από την εργασία τους και οδηγούνται στην εγκατάλειψη

του επαγγέλματος αφού έχουν απομακρυνθεί πολύ από την αρχική φιλοσοφία των επιλογών τους και οι πηγές άντλησης της συμπόνιας για τους άλλους έχουν πλέον στερέψει (Peters, 2018). Αυτό έχει τεράστιες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όπου οι απαιτήσεις συνεχώς αυξάνονται (Carter & Mikan, 2013). Η επιθυμία του ατόμου να εγκαταλείψει το επάγγελμα λόγω της μεγάλης ψυχολογικής επιβάρυνσης οδηγεί σε υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας και σε υψηλό βαθμό συνεχούς ανανέωσης του προσωπικού. Οι νοσηλευτές επιλέγουν να ασκήσουν αυτό το επάγγελμα προσδοκώντας να εκτιμηθούν ως πάροχοι φροντίδας επειδή ακριβώς έχουν πολύ μεγάλη επίδραση στις ζωές των ασθενών τους. Κάποιες φορές όμως αυτές οι προσδοκίες ματαιώνονται με αποτέλεσμα να εισέρχονται σ' ένα φαύλο κύκλο αυτό – αμφισβήτησης των αξιών τους και των κινήτρων που είχαν όταν επέλεξαν το επάγγελμα. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα παροχής υπηρεσιών με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τη συχνή καταβολή χρημάτων λόγω αποζημίωσης και την οικονομική επιβάρυνση των οργανισμών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Peter's, 2018).

Οι νοσηλευτές είναι έξοχοι φροντιστές υγείας εξαιτίας της ικανότητάς τους να δείχνουν ενσυναίσθηση, συμπόνια και να συνδέονται συναισθηματικά με τους ασθενείς τους. Όταν όμως τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είναι ισορροπημένα είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη CF. Πολλές φορές υιοθετούν μια στάση κυνική απέναντι στους ασθενείς τους, φοβούμενοι ότι η έκφραση συναισθήματος είναι ένδειξη αδυναμίας. Ωστόσο στην πραγματικότητα είναι ένδειξη κακής διαχείρισης των συναισθημάτων τους που τους καθιστά ευάλωτους στο CF (Peters, 2018).

Μακροπρόθεσμα ο κίνδυνος προβλημάτων υγείας για τους νοσηλευτές είναι πολλαπλός και περιλαμβάνει άγχος, κατάθλιψη, PTSD (Hamer et al, 2012), σωματικά προβλήματα όπως έλλειψη ενέργειας, τάση για ατυχήματα (Cetzee et Kloppe, 2010), υπέρταση και καρδιαγγειακά νοσήματα (Hamer et al., 2012), διαβήτη (Berset et al, 2011) και γαστρεντερικές διαταραχές (Konturek et al, 2011). Πολύ συχνές αδικαιολόγητες απουσίες από τη δουλειά, η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών, μεγάλες αλλαγές στο σωματικό βάρος που δείχνουν κακή διατροφή, συναισθηματική κατάρρευση, συνεχής ενασχόληση με πνευματικά αδιέξοδα και αναθεώρηση των προσωπικών ηθικών αξιών είναι πολύ συχνές συνέπειες της ψυχολογικής επίπτωσης του CF στους επαγγελματίες υγείας (Harris, 2015).

Η πρόληψη των φαινομένων αυτών δεν εναπόκειται μόνο στους εργαζόμενους αλλά και τις υπηρεσίες όπου θα πρέπει να επιδειχθεί ο κατάλληλος σεβασμός προς το επάγγελμα, πράγμα που μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους όπως η χρήση διαφορετικών λέξεων (π.χ. οι προϊστάμενοι μπορούν να αναφέρονται ως μέντορες) για να δειχθεί το βαθύτερο επίπεδο σύνδεσης των νοσηλευτών. Αυτό μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στο ηθικό και την αυτοπεποίθηση των εργαζομένων. Επίσης, είναι πολύ βοηθητικό να εφαρμοστεί η εκμάθηση και η εφαρμογή μεθόδων αυτό-φροντίδας, επίγνωσης και στοχασμού πάνω στον εαυτό και η σταθερότητα στη διατήρηση των προσωπικών ορίων. Η ανθεκτικότητα στην ανάπτυξη CF χτίζεται με τα χρόνια όπως δείχνουν οι έρευνες στους νοσηλευτές με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία που εργάζονται σε σταθερά εργασιακά περιβάλλοντα (Sheppard, 2016).

Επίσης, η επένδυση της υπηρεσίας στην ενημέρωση του προσωπικού για την εμφάνιση των φαινομένων αυτών είναι σημαντική και μπορεί να επιτευχθεί με χορήγηση ενημερωτικού υλικού στο καινούργιο προσωπικό, με την διάθεση χώρων ξεκούρασης, η ενίσχυση της αυτό-έκφρασης στους εργασιακούς χώρους, η επιβράβευση του προσωπικού κτλ.

<b>ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ</b>	<b>ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ</b>	<b>ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ</b>
Αδυναμία να επιτύχει κανείς ισορροπία στην ενσυναίσθηση και στην αντικειμενικότητα	Αίσθημα κενού, «βαριά καρδιά»	Χρόνια κόπωση
Χρόνια αργοπορία	Υποτίμηση της αίσθησης προσωπικής επιτυχίας	Εξάντληση
Υπερβολικός ζήλος εργασίας	Μειωμένη αίσθηση του σκοπού στη ζωή	Συχνοί πονοκέφαλοι
Υπερβολική αντίδραση στο ξάφνιασμα	Μειωμένη ικανότητα να νοιώσει χαρά ή ευτυχία	Συμπτώματα από το γαστρεντερικό
Δυσκολία επίτευξης και διατήρησης της συγκέντρωσης	Χαμηλή αυτοεκτίμηση	Υπέρταση
Κατάχρηση ουσιών	Υψηλές προσδοκίες	Συμπτώματα από το καρδιαγγειακό: στηθάγχη, ταχυκαρδία
Διαταραχές διατροφής	Αίσθηση απελπισίας και ότι κανείς δεν μπορεί να σε βοηθήσει,	Διαταραχές ύπνου
Αποφυγή ή τρόμος στην ιδέα της δουλειάς	Αίσθηση μωδιάσματος	Πόνοι στους μύες
Συχνές απουσίες λόγω ασθένειας	Απώλεια ενδιαφέροντος και αποστασιοποίηση	Επίμονες ή συχνές ασθένειες
	Απογοήτευση	Άγχος
	Απάθεια	
	Κατάθλιψη	
	Θυμός	
	Αυτό-κατηγορίες	
	Ευερεθιστότητα	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑ**  
(Sorenson et al, 2017).

### 3.3 Δευτερεύον Τραυματικό Άγχος (Secondary Traumatic Stress – STS)

Ο Figley το 1993 χρησιμοποίησε τον όρο δευτερεύουσα καταστροφική αγχώδη αντίδραση για να περιγράψει τη συναισθηματική αντίδραση από τη συμπόνια προς κάποιον που έχει υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός (Figley, 1993). Θεώρησε λοιπόν ότι μπορεί να υπάρξει μια διασπορά του τραυματικού γεγονότος από το ένα άτομο στο άλλο και σταδιακά σε ολόκληρα συστήματα όπως η οικογένεια ή μία θεραπευτική ομάδα. Ξεκίνησε να χρησιμοποιεί τον όρο δευτερεύον τραυματικό άγχος (secondary traumatic stress – STS) για να περιγράψει αυτό το φαινόμενο που αφορά κατά κύριο λόγο τους επαγγελματίες υγείας που θεωρούν ή βλέπουν τον εαυτό τους ως σωτήρες. Η έννοια του STS αποτελεί μέρος των συμπτωμάτων του PTSD που προκύπτουν από το βίωμα της συμπόνιας προς άτομα που έχουν υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός και προέρχεται / δημιουργείται από την πρόθεση κάποιου να βοηθήσει και να μετριάσει τον πόνο και την οδύνη του θύματος (Figley, 1999).

Το δευτερεύον τραυματικό άγχος ορίζεται ως η φυσική συνέπεια της βοήθειας που παρέχεται σε κάποιο άτομο που έχει υποστεί ένα τραυματικό γεγονός ή υποφέρει. Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: την παρείσφρηση, την επαναβίωση και την αποφυγή (Bride et al, 2004). Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν φόβο, διαταραχές ύπνου, εικόνες που παρείσφρουν και ερεθίσματα που υπενθυμίζουν τραυματικές εμπειρίες που το άτομο προσπαθεί ν' αποφύγει (Figley, 1995). Οι συνέπειες του STS αφορούν το ίδιο το άτομο και τα νοσηλευτικά ιδρύματα ως σύνολο.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και να τα διαχειρίζονται σωστά, διαφορετικά οδηγούνται σε απώλεια της ικανότητάς τους να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες στους ασθενείς και να διατηρούν υγιείς σχέσεις προσωπικές και επαγγελματικές. Σε επίπεδο ιδρύματος, αυξημένα επίπεδα STS σημαίνουν αδικαιολόγητες απουσίες, κακή κρίση, απροθυμία για την ανάληψη πρωτοβουλιών ή επιπρόσθετης εργασίας, χαμηλό κίνητρο, μειωμένη παραγωγικότητα, χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, μικρή συμμόρφωση στις απαιτήσεις της θέσης και τελικά μεγάλη κινητικότητα του προσωπικού (Osofsky et al, 2008).

Όσον αφορά τη σχέση STS και εξουθένωσης, αναφέρεται ότι είναι ξεχωριστές έννοιες και διαφορετικές οντότητες. Το πρώτο αφορά το άγχος που δημιουργείται σε προσωπικό επίπεδο ενώ το δεύτερο σχετίζεται με το άγχος σε επίπεδο επαγγελματικό (Figley, 2002). Ωστόσο πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι τα δύο αυτά μεγέθη

σχετίζονται και μπορεί να επιδεινώσουν το ένα το άλλο (Choi et al, 2017). Στη συστηματική ανασκόπηση των Cieslak et al. (2014) βρέθηκε ότι παρόλο που μιλάμε για ξεχωριστές έννοιες, υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους σε βαθμό που όταν ένας επαγγελματίας υγείας εκτεθεί σε κάποιο δευτερεύον τραύμα εκδηλώνει παρόμοια επίπεδα STS και εξουθένωσης, ιδίως όταν αυτά μετρούνται στο πλαίσιο της αξιολόγησης της κόπωσης από τη συμπύνια.

Η θεωρία COR (conservation of resources - Hobfoll, 2011), επεξεργάζεται τις δύο αυτές έννοιες οι οποίες οδηγούν αναπόφευκτα σε απώλεια σημαντικών δεξιοτήτων. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι δεξιότητες σε προσωπικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο είναι απαραίτητες γιατί μπορούν να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο λειτουργικότητας για το άτομο. Όμως, μπροστά σε στρεσογόνες καταστάσεις γεννιέται η ανάγκη να αποκτηθούν νέες δεξιότητες εφόσον κάποιες από τις παλιές έχουν χαθεί (εξαιτίας του STS και της εξουθένωσης). Με βάση αυτό, κάποιες έρευνες έδειξαν ότι επαγγελματίες υγείας όπως κοινωνικοί λειτουργοί ανέκτησαν ή ισορρόπησαν κάποιες δεξιότητες παρά την εξουθένωση και το STS.

Η ανάπτυξη STS στους παιδιατρικούς νοσηλευτές συνδέεται με ακούσιες σκέψεις γεγονότων που έχουν συμβεί στη δουλειά, με την αποφυγή αυτών των σκέψεων καθώς και καταστάσεων που μπορεί να υπενθυμίζουν στους νοσηλευτές δύσκολα περιστατικά. Αυτό συνεπάγεται ευερεθιστότητα και διαταραχές στον ύπνο (Bride et al, 2004). Τα συμπτώματα πολλές φορές θυμίζουν το σύνδρομο PTSD και είναι αρκετά σοβαρά για να διαταράξουν την λειτουργικότητα του ατόμου. Οι νοσηλευτές ταλαιπωρούνται πολλές φορές με επίμονες σκέψεις, εφιάλτες κατά τη διάρκεια της νύχτας και flashbacks με περιστατικά από ασθενείς που υποφέρουν. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές εμφανίζουν πολλές ιδιαιτερότητες στο περιβάλλον εργασίας τους και επηρεάζονται σημαντικά από την επαφή τους με παιδιά που υποφέρουν καθώς και από την επαφή με τους γονείς τους (Kellogg et al, 2014).

### **3.4 Επαγγελματική Εξουθένωση – burnout (BO)**

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης τα τελευταία 40 χρόνια και σχετίζεται με το παρατεταμένο εργασιακό άγχος. Επηρεάζει αρνητικά την παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς καθώς και την παραγωγικότητα των επαγγελματιών υγείας. Οι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ανάπτυξη εξουθένωσης εξαιτίας της υψηλής υπευθυνότητας που απαιτεί το επάγγελμα, του



μεγάλου φόρτου εργασίας, της έλλειψης αυτονομίας και δυνατότητας λήψης αποφάσεων ως μέρος της εργασίας και της δυσκολίας να επιτευχθεί ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.

Η εξουθένωση στους παιδιατρικούς νοσηλευτές αποτελείται εκτός από τη συναισθηματική εξάντληση με προοδευτική απώλεια ενέργειας, την αποπροσωποποίηση και το αίσθημα επαγγελματικής ανεπάρκειας που αντανακλάται στα αρνητικά συναισθήματα που απευθύνονται στους ασθενείς και τους συναδέλφους (Wagaman et al, 2015, Pradas-Hernandez et al, 2018). Οι συνέπειες της εξουθένωσης αφορούν όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους ασθενείς και ολόκληρο τον οργανισμό ή νοσηλευτικό ίδρυμα.

Η μελέτη της εξουθένωσης στους παιδιατρικούς νοσηλευτές είναι ελλιπής αν και πρόκειται για έναν πληθυσμό πολύ επιβαρυσμένο, ενδεχομένως λόγω της μικρής αντιπροσώπευσης του στο γενικότερο πληθυσμό των νοσηλευτών που ασχολείται με τους ενήλικες ασθενείς. Η εξουθένωση στους παιδιατρικούς νοσηλευτές παρουσιάζει περισσότερο ενδιαφέρον λόγω της ιδιαιτερότητας των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των μικρών παιδιών και των νοσηλευτών, καθώς και των σύνθετων σχέσεων που αναπτύσσονται μέσα στην οικογένεια του ασθενούς παιδιού (Larson et al, 2017).

Πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατύπωσε έναν πιο συγκεκριμένο ορισμό της εξουθένωσης που περιγράφεται στο διεθνές ταξινομικό σύστημα ICD 11. Πρόκειται για ένα επαγγελματικό φαινόμενο που λαμβάνει χώρα λόγω της ανεπιτυχούς διαχείρισης και αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους (WHO, 2019). Έχει περισσότερο σχέση με στρεσογόνα ερεθίσματα από το περιβάλλον εργασίας, ιδίως όταν κάποιος πιστεύει ότι δεν είναι αρκετά ικανός για να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της δουλειάς. Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι πιο αργή σε σχέση με την έναρξη της κόπωσης από τη συμπόνια που είναι αιφνίδια, ενώ οι πονοκέφαλοι, η κόπωση και η δυσκολία συγκέντρωσης είναι τόσο ήπια που πολλές φορές δεν συσχετίζονται με το υπάρχον πρόβλημα. Η αποπροσωποποίηση, η μειωμένη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας, η χαμηλή αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία και η απογοήτευση συνδέονται περισσότερο με την εξουθένωση (Maslach, 1982). Το νοσηλευτικό επάγγελμα συνδέεται με υψηλή αίσθηση υπευθυνότητας και σε συνδυασμό με την έλλειψη αυτονομίας, ανάληψης πρωτοβουλιών και τη διατήρηση ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής πυροδοτούν συμπτώματα εξουθένωσης. Κάποια

από αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου και ευερεθιστότητα (Leiter et al, 2009).

Η επίπτωση της εξουθένωσης στους επαγγελματίες νοσηλευτές έχει βρεθεί πολύ υψηλή μεταξύ 30-50% (Cañadas-De la Fuente et al., 2015). Ένα ενισχυτικό περιβάλλον εργασίας που περιλαμβάνει επαρκή στελέχωση και υποστήριξη για τους νοσηλευτές σχετίζεται με χαμηλότερη εξουθένωση και δυσαρέσκεια από την εργασία (Kutney-Lee et al, 2013).

### **3.5 Ικανοποίηση από την εργασία (Job Satisfaction)**

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι η αίσθηση συναισθηματικής ολοκλήρωσης που προέρχεται από την βοήθεια και την προσφορά προς τους συνανθρώπους (Stamm, 2002). Είναι το στοιχείο εκείνο που οδηγεί τους νοσηλευτές και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς τους χρησιμοποιώντας στο μέγιστο βαθμό τις δεξιότητες, τις γνώσεις και όλα τα διαθέσιμα εφόδια για την παροχή φροντίδας (Coetzee & Kloppe, 2010). Η ανταμοιβή που περιμένει είναι να βλέπει τους ασθενείς του να βελτιώνονται σωματικά και ψυχολογικά. Επηρεάζεται από τρία συστατικά: το περιβάλλον εργασίας, τις συνθήκες του περιβάλλοντος του ασθενή και τα χαρακτηριστικά στοιχεία του επαγγελματία υγείας, δηλαδή την προσωπικότητά του. Παρά τις πολυάριθμες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι παιδιατρικοί νοσηλευτές, πολύ συχνά αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία. Κι αυτό γιατί παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση της οδύνης των ασθενών παιδιών και των οικογενειών τους, βοηθώντας τους να διαχειριστούν πολύπλοκες κλινικές καταστάσεις. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές παρακολουθούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα τα παιδιά που νοσούν και αναπτύσσουν μαζί τους πολύ στενές σχέσεις. Έτσι, ενώ νοιώθουν μεγάλη πίεση και άγχος, νοιώθουν ανταμοιβή γνωρίζοντας την επίδραση που έχει η δουλειά τους στις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους (Korzeniewska-Eksterowicz et al., 2010, Liben et al., 2008). Οι ίδιοι οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι όταν υποστηρίζονται σωστά είναι εφικτό μέσα από τη θλίψη και την αγωνία για τον θάνατο ενός παιδιού να γεννηθούν η ωριμότητα και η μεταμόρφωση (Jonas-Simpson et al, 2013).

Οι πρωινές βάρδιες, λιγότερη ρουτίνα και περισσότερες ευκαιρίες εξέλιξης σχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση από την εργασία (Blegen & Mueller, 1987) ενώ ταυτόχρονα, το κυλιόμενο ωράριο επιδρά αρνητικά (Shader et al, 2001).

### **3.6 Μετατραυματική Ανάπτυξη (Posttraumatic Growth- PTG)**

Αυτή η έννοια σχετίζεται με τις θετικές αλλαγές στον εαυτό, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη φιλοσοφία ζωής που έχει κάποιος, οι οποίες προκύπτουν από την εσωτερική σύγκρουση που λαμβάνει χώρα όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με δύσκολα γεγονότα (Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007). Στην έρευνα των Tedeschi, Calhoun, & Cann, 2007, βρέθηκε ότι μετά από ένα τραυματικό γεγονός ακολουθεί μια περίοδος εξέλιξης που εκδηλώνεται σε 5 τομείς: τη σχέση μας με τους άλλους, την αντίληψη για νέες προοπτικές, την αύξηση προσωπικής δύναμης, την πνευματική εξέλιξη και τη μεγαλύτερη εκτίμηση της ζωής.

Σύμφωνα με τους Malhotra and Chebiyan (2016), η μετατραυματική ανάπτυξη προκύπτει από τις προσπάθειες του ατόμου να διαχειριστεί ψυχοπαιστικά γεγονότα που ανατρέπουν το πλάνο της ζωής του. Μία άλλη απόπειρα περιγραφής του όρου θεωρεί ότι πρόκειται για έναν μηχανισμό άμυνας που δημιουργείται για :1. Να αποδώσει νόημα στην ερώτηση: «γιατί σε μένα; Για ποιο λόγο;» 2. Να αποδώσει ένα πιο ολοκληρωμένο νόημα σε μια υπαρκτή κατάσταση ενσωματώνοντας και την αρνητική οπτική του γεγονότος 3. Να επεξηγήσει τη διαδικασία να δοθούν απαντήσεις στην ερώτηση: «τι συνέβη και γιατί;» 4. Να προωθήσει την ψυχολογική προσαρμογή μέσω της διαδικασίας αυτο-βελτίωσης. Στην έρευνα των Hamana-Raz (2019) βρέθηκε ότι η PTG έχει πολύ δυνατή επίδραση στη ζωή του ατόμου, η οποία διαρκεί πολλά χρόνια μετά το τραυματικό γεγονός. Πολλές έρευνες έδειξαν ότι σχετίζεται αρνητικά με τα συμπτώματα του συνδρόμου μετατραυματικού στρες (PTSD). Σε σχέση με τους νοσηλευτές οι έρευνες δείχνουν ότι οι νοσηλευτές έχουν υψηλότερο PTG σε σχέση με τους γιατρούς (Shiri, 2010). Αυτό μπορεί να οφείλεται στην υποστήριξη που λαμβάνουν από τους συναδέλφους, το οποίο είναι συμβατό με την κουλτούρα του επαγγέλματος.

### **3.7 Το Νόημα από την Εργασία (Meaning in Work)**

Το νόημα στην εργασία θεωρείται πολύ σημαντικό για την ευεξία του ατόμου και αποτελείται από 3 στοιχεία: το πρώτο είναι η υποκειμενική αίσθηση ότι η εργασία είναι πολύ σημαντική και αξίζει να εργάζεται κανείς. Το δεύτερο ότι αναγνωρίζει κάποιος κομμάτια του εαυτού του στην εργασία του δηλαδή αποτελεί ευκαιρία για αυτό-έκφραση, ενισχύει την αίσθηση αυτονομίας και την αυθεντικότητα. Τρίτον, την έννοια ότι η εργασία εξυπηρετεί έναν πιο ευρύ στόχο, αποτελεί εργασία που απευθύνεται στο καλό του κοινωνικού συνόλου (Martela and Pessi's, 2018).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τους νοσηλευτές, υπάρχουν κάποιες έννοιες κλειδιά που δίνουν νόημα στην εργασία τους: οι σχέσεις με τους συναδέλφους, η αφοσίωση με την οποία παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς τους, η προσωπική ταύτιση με το επάγγελμα και η καθοδήγηση που έλαβαν ως φοιτητές. Με βάση τα παραπάνω, το νόημα από την εργασία επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ασφάλεια των ασθενών (Malloy et al., 2015). Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει ότι οι νοσηλευτές που βρίσκουν νόημα στην εργασία τους έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά δύσκολες καταστάσεις, να τις αντιλαμβάνονται και να τις ερμηνεύουν με εποικοδομητικούς τρόπους και να εκτιμούν τελικά περισσότερο το επάγγελμα τους ώστε να προλαμβάνουν την εξουθένωση (Lee, 2015).

### **3.8 Ικανοποίηση από την συμπόνια (Compassion Satisfaction-CS)**

Ο όρος ικανοποίηση από τη συμπόνια περιγράφει την ικανοποίηση που νοιώθουν οι νοσηλευτές όταν μπορούν να φροντίζουν επαρκώς τους ασθενείς τους ή που μπορούν να συνεισφέρουν στο γενικότερο καλό στο πλαίσιο του νοσηλευτικού ιδρύματος που ανήκουν ή του κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με τον Stamm (2010) πρόκειται για ένα μέτρο του αλτρουισμού, δηλαδή της εμπειρίας του να νοιώθει κανείς καλά που μπορεί να συνεισφέρει. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει την ικανοποίηση που νοιώθει κάποιος από την υποστήριξη που λαμβάνει από τους συναδέλφους του.

Η έννοια αυτή εισήχθη από την Stamm το 1988 ως μία πτυχή της ποιότητας επαγγελματικής ζωής η οποία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν χρειάζεται να προσδιοριστεί ο κίνδυνος της κόπωσης από τη συμπόνια. Το 2010 η ίδια ερευνήτρια διατυπώνει την έννοια της ποιότητας επαγγελματικής ζωής ως «την ποιότητα που νοιώθει κάποιος ως συνέπεια της εργασίας του στην παροχή φροντίδας» και η οποία επηρεάζεται από τρεις βασικούς παράγοντες: το περιβάλλον εργασίας, το περιβάλλον του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, και το περιβάλλον του επαγγελματία δηλαδή τον χαρακτήρα του. Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής είναι μία σύνθεση και των θετικών χαρακτηριστικών όπως η ικανοποίηση από την εργασία και των αρνητικών όπως η κόπωση από τη συμπόνια (Stamm, 2010).

Η παροχή φροντίδας προς άτομα που ασθενούν και υποφέρουν δίνει στον επαγγελματία υγείας μία αίσθηση ευεξίας και ολοκλήρωσης η οποία τους κινητοποιεί, τους δίνει αυτοπεποίθηση καθώς και το έναυσμα να συνεχίσουν το δύσκολο έργο τους (Coetzee & Klopper, 2010). Είναι το κίνητρο που χρειάζονται για να χρησιμοποιούν

στο μέγιστο βαθμό τις δεξιότητες, τις γνώσεις, τα ταλέντα τους και ότι διαθέσιμα άλλα εργαλεία έχουν στη διάθεσή τους. Η ανταμοιβή τους είναι να βλέπουν τη συνεχή βελτίωση και πρόοδο των ασθενών τους προς τη σωματική και συναισθηματική ανάρρωση. Στη διαδικασία αυτή βέβαια ελλοχεύει και ο κίνδυνος της κόπωσης από τη συμπίονια που προέρχεται από την παρατεταμένη έκθεση στον πόνο και τη θλίψη των ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές βιώνουν μια σειρά από συναισθήματα στην καθημερινή τους πρακτική, χρησιμοποιώντας την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και την καλοπροαίρετη φύση τους στη δύσκολη συγκυρία που βιώνουν οι ασθενείς και το περιβάλλον τους. Η αίσθηση της ευγνωμοσύνης είναι μεγάλη όταν μπορούν να μειώσουν τον πόνο και την οδύνη των ασθενών τους. Η έννοια της ικανοποίησης από την εργασία περιλαμβάνει μία σειρά από χαρακτηριστικά που πρέπει να προηγούνται στην προσωπικότητα του νοσηλευτή ή γενικότερα του επαγγελματία υγείας όπως η αίσθηση ότι η παροχή φροντίδας είναι λειτούργημα κι όχι εργασία και η δημιουργία ενσυναισθητικών σχέσεων με τους ασθενείς. Οι συνέπειες της είναι πολύ θετικές για τους ασθενείς και όλο το περιβάλλον εργασίας καθώς αυξάνεται η απόδοση, η παραγωγικότητα, η αίσθηση δέσμευσης στο επάγγελμα και η ικανότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της δουλειάς (Okoli et al, 2020).

#### 4. ΕΡΓΑΛΕΙΑ - ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής περιλαμβάνει διαφορετικές παραμέτρους που μετρούν το εργασιακό άγχος αλλά και την ικανοποίηση από την εργασία. Προκειμένου να εκτιμηθούν και να μετρηθούν οι παράμετροι αυτοί αλλά και να συγκριθούν μεταξύ τους στις διάφορες έρευνες χρησιμοποιούνται κλίμακες μέτρησης, οι πιο αξιόπιστες από τις οποίες και οι συχνότερα χρησιμοποιούμενες παρατίθενται παρακάτω:

##### **Maslach Burnout Inventory (MBI): η κλίμακα μέτρησης της εξουθένωσης**

Δημιουργήθηκε το 1981 από τους Maslach & Jackson και περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο 22 στοιχείων που εκτιμά τη συχνότητα που οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν συναισθήματα που σχετίζονται με την εργασία τους στη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας και χωρίζεται σε τρεις διαστάσεις (MBI; Maslach & Jackson, 1981):

1. Τη συναισθηματική εξάντληση που μετριέται με 9 ερωτήσεις και αναφέρεται στην αίσθηση των εργαζομένων ότι είναι συναισθηματικά στραγγισμένοι / άδειοι. Η βαθμολογία για την κατηγορία αυτή κυμαίνεται μεταξύ 15 και 24 (κάτω από 15 το score είναι χαμηλό και πάνω από 24 θεωρείται υψηλό).
2. Την αποπροσωποποίηση που μετριέται με 5 ερωτήσεις και αναφέρεται σε αρνητικά, κινικά συναισθήματα και στάσεις απέναντι στους ασθενείς. Η βαθμολογία για την κατηγορία αυτή κυμαίνεται μεταξύ 4 και 9.
3. Την αίσθηση προσωπικής επιτυχίας / επίτευξης στόχων που μετριέται με 8 ερωτήσεις και αναφέρεται στην αξιολόγηση της εργασίας με τους ασθενείς δίνοντάς της αρνητικό νόημα. Η βαθμολογία για την κατηγορία αυτή κυμαίνεται μεταξύ 33 και 39.

Η αξιολόγηση αυτών των διαστάσεων γίνεται χρησιμοποιώντας μία κλίμακα 7 σημείων τύπου Likert ξεκινώντας από το 1 = ποτέ έως το 7 = κάθε μέρα. Υψηλή βαθμολογία στις δύο πρώτες κατηγορίες δηλαδή στην συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση καθώς και χαμηλή βαθμολογία στην τρίτη κατηγορία της προσωπικής επιτυχίας συνεπάγεται μεγαλύτερη εξουθένωση.

### **PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C):**

Είναι μία κλίμακα που μετρά τα συμπτώματα του συνδρόμου μετατραυματικού στρες (PTSD) με βάση το αξιολογικό σύστημα DSM IV (Weathers et al, 1994). Πολλοί ερευνητές έχουν αναφερθεί στην ικανότητα της κλίμακας αυτής να μετρά τα συμπτώματα PTSD. Περιλαμβάνει 17 στοιχεία τα οποία αξιολογούνται από το 1 έως το 5: 1 = καθόλου, 5 = πάρα πολύ. Ένα παράδειγμα είναι η ερώτηση: «Υπάρχουν επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές αναμνήσεις, σκέψεις ή εικόνες από αγχογόνες εμπειρίες στο παρελθόν;». Η συνολική βαθμολογία είναι το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους στοιχείων. Ορίστηκε το κατώφλι των 30 βαθμών για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων PTSD (Walker et al, 2002).

**Posttraumatic Growth Inventory (PTGI):** η κλίμακα μέτρησης της μετατραυματικής ανάπτυξης.

Δημιουργήθηκε από τους Tedeschi και Calhoun το 1996 και περιλαμβάνει 21 στοιχεία τα οποία διερευνούν θετικές μεταβολές στα άτομα μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Υπάρχουν 5 περιοχές που εκτιμώνται:

1. Νέες ευκαιρίες οι οποίες δεν θα ήταν διαθέσιμες σε διαφορετικές συνθήκες
2. Βελτίωση στις διαπροσωπικές σχέσεις
3. Προσωπική ενδυνάμωση
4. Πνευματική εξέλιξη
5. Εκτίμηση της ζωής

Ζητείται από τους συμμετέχοντες να εκτιμήσουν αν οι αλλαγές που συνέβησαν είχαν σχέση με τη διαχείριση του τραυματικού γεγονότος σε μία κλίμακα από το 1 έως το 4: το 1 σημαίνει καμία αλλαγή και το 4 σημαίνει αλλαγή στο μέγιστο βαθμό (Tedeschi & Calhoun, 1996). Η βαθμολογία κυμαίνεται από το 0 έως το 50, με βαθμούς κοντά το 50 να σημαίνουν υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη.

Η βραχεία έκδοση αυτής της κλίμακας ονομάζεται PTGI-SF (short-form) η οποία περιλαμβάνει 10 στοιχεία που βαθμολογούνται από το 0 (δεν βίωσα καμία αλλαγή ως αποτέλεσμα της τραυματικής μου εμπειρίας) έως το 5 (βίωσα πολύ μεγάλη αλλαγή ως αποτέλεσμα της τραυματικής μου εμπειρίας). Μία μέση βαθμολογία  $\geq 3$  εκτιμώνται ως

μέτρια έως υψηλή μετατραυματική ανάπτυξη. Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί επαρκώς στους γιατρούς (Cann et al, 2010).

### **The Compassion Fatigue Self Test (CSFT)**

Είναι μια κλίμακα που αποτελείται από 66 στοιχεία ενός αυτό-συμπληρώμενου ερωτηματολογίου που μετρά τα επίπεδα της κόπωσης από τη συμπόνια (CF), της ικανοποίησης από τη συμπόνια (CS) και της εξουθένωσης. Οι συμμετέχοντες πρέπει να βαθμολογήσουν το βαθμό στον οποίο κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου τους ανταποκρίνεται σε μια κλίμακα από το 0 = ποτέ, 1 = σπάνια, 2 = μερικές φορές, 3 = αρκετά συχνά, 4 = συχνά, 5 = πολύ συχνά. Τελικά η βαθμολογία προστίθεται και δημιουργούνται 3 υποκλίμακες: η βαθμολογία CF, η βαθμολογία CS και η βαθμολογία burnout (BO). Την επικαιροποιημένη έκδοση της κλίμακας αυτής αποτελεί η κλίμακα Professional Quality of Life Scale, Version 5 (ProQOL, V5): (Figley & Stamm, 1996)

### **Professional Quality of Life Scale, Version 5 (ProQOL, V5): η κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής.**

Αυτή η κλίμακα μετρά την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής για όσους βρίσκονται σε επαγγέλματα υγείας και αναπτύχθηκε για να αναλύσει τα σημεία σύγκλισης μεταξύ των ατόμων π.χ. τους νοσηλευτές, το περιβάλλον εργασίας π.χ. νοσοκομεία και τους δέκτες της φροντίδας δηλαδή τους ασθενείς (Stamm, 2010).

Η κλίμακα αυτή μετρά την κόπωση από τη συμπόνια (CF) και την ικανοποίηση από τη συμπόνια (CS). Η έννοια της κόπωσης από τη συμπόνια περιλαμβάνει την εξουθένωση (burnout-BO) και το δευτερεύον τραυματικό άγχος (STS). Η εξουθένωση περιλαμβάνει συναισθήματα εξάντλησης, απογοήτευσης, θυμού ή κατάθλιψης. Το δευτερεύον τραυματικό άγχος αφορά το άμεσο αλλά και το δευτερεύον τραύμα μετά από έκθεση σε άτομα που είχαν τα ίδια μια τραυματική εμπειρία.

Η κλίμακα αυτή είναι ένα εργαλείο 30 στοιχείων το οποίο αξιολογεί πόσο συχνά είναι εκτεθειμένοι οι συμμετέχοντες σε συγκεκριμένες καταστάσεις στον εργασιακό χώρο τις τελευταίες 30 ημέρες. Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 10 στοιχεία που χρησιμοποιούν μια κλίμακα τύπου Likert με βαθμίδα από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά). Τα στοιχεία σε κάθε υποκλίμακα προστίθενται για να εξαχθεί μια βαθμολογία. Υψηλή βαθμολογία στο CS σημαίνει μεγάλη ικανοποίηση από την ικανότητά να εργάζεται κάποιος σωστά και είναι οι τιμές πάνω από 75%. Αντίθετα τιμές κάτω από



25% σημαίνουν χαμηλή βαθμολογία και τιμές μεταξύ 25-75% αφορούν μέτρια βαθμολογία. Υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα της εξουθένωσης σημαίνει μεγαλύτερη πιθανότητα για την ανάπτυξη εξουθένωσης. Υψηλή βαθμολογία στο δευτερεύον τραυματικό άγχος σημαίνει ότι υπάρχουν σκέψεις που κατακλύζουν το άτομο και αφορούν τους ασθενείς που παρέχει φροντίδα. Οι συμμετέχοντες είναι ελεύθεροι να παραλείψουν κάποια ερώτηση αν το αποφασίσουν (Stamm, 2010).

### **The Life Events Checklist (LEC)**

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 17 στοιχείων που μετρά την έκθεση σε στρεσογόνα και δυνητικά τραυματικά γεγονότα ζωής. Περιλαμβάνει μια λίστα από γεγονότα ζωής όπως: φυσικές καταστροφές, επίθεση, θάνατος αγαπημένου προσώπου, σοβαρή δυσφορία άλλης αιτιολογίας τα οποία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα τύπου Likert από το 1 έως το 5 (1 = μου έχει συμβεί, 2 = υπήρξα μάρτυρας, 3 = άκουσα γι' αυτό, 4 = δεν είμαι σίγουρη, 5 = δεν ισχύει).

Προκειμένου να διακριθεί αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην άμεση και την έμμεση έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα προτάθηκε η βαθμολογία 0 για τις απαντήσεις 5, 4, 3, 2 και η βαθμολογία 1 για τις απαντήσεις «μου έχει συμβεί». Στη συνέχεια προστίθεται η βαθμολογία σ' ένα τελικό βαθμό. Η χρήση της κλίμακας αυτής διερευνά την έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα τους τελευταίους 3 μήνες (Gray, Litz, Hsu, & Lombardo, 2004).

### **The Mueller McCloskey Satisfaction Scale (MMSS)**

Αυτή η κλίμακα περιλαμβάνει 23 στοιχεία που σχετίζονται με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους, όπως οι συνθήκες εργασίας, σχέσεις με συναδέλφους και υποστήριξη, μισθός και επιδόματα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν αν συμφωνούν με μια σειρά από δηλώσεις με διαβάθμιση από το 1 έως το 5: 1 = συμφωνώ έντονα 2 = συμφωνώ, 3 = δεν μπορώ να αποφασίσω, 4 = διαφωνώ, 5 = διαφωνώ κάθετα (Mueller & McCloskey, 1990). Φαίνεται ότι αυτή η μορφή της κλίμακας με τα 23 στοιχεία έχει επαρκή εγκυρότητα σε σύγκριση με την έκδοση που χρησιμοποίησαν αργότερα οι Tourangeau, Hall, Doran, & Petch, το 2006 που περιλαμβάνει 31 στοιχεία.

## **Personal Meaning in Patient Care**

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που μετρά το νόημα από την εργασία και περιλαμβάνει μία κλίμακα 6 στοιχείων. Ο βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες βιώνουν ένα συναίσθημα π.χ. νοιώθω βαθιά σύνδεση με τους ασθενείς μου, αξιολογείται από το 1 έως το 4: 1 = ποτέ, 4 = πάρα πολύ. Ένας συνολικός βαθμός βγαίνει από την πρόσθεση των επιμέρους βαθμολογιών των 6 στοιχείων. Υψηλές βαθμολογίες συνδέονται με υψηλότερο επίπεδο εύρεσης νοήματος από τη φροντίδα των ασθενών (Geller, Bernhardt, Carrese, Rushton, and Kolodner, 2008).

## **Connor-Davidson Resilience Scale-2 (CD-RISC2):** μέτρηση της ανθεκτικότητας

Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 2 στοιχεία και έχει βαθμολογία από το 1 – 4 σε μια κλίμακα τύπου Likert. Χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των χαρακτηριστικών και των συμπτωμάτων της ανθεκτικότητας. Προέρχεται από την κλίμακα CD-RISC που περιλαμβάνει 25 στοιχεία και μια κλίμακα με 8 βαθμολογίες (1 = είμαι ικανός να προσαρμόζομαι στις αλλαγές, 8 = έχω την τάση αντιστέκομαι στις δύσκολες καταστάσεις (Vaishnavi et al., 2007).

## **Brief COPE Scale:**

Πρόκειται για μια κλίμακα με ερωτηματολόγιο 28 στοιχείων που μετρά τους μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους μέσα από τις αντιδράσεις σε δύσκολες καταστάσεις. Χωρίζεται σε δύο μέρη από 14 στοιχεία το καθένα που περιλαμβάνουν: δυναμική αντιμετώπιση, σχεδιασμός, θετική αναπλαισίωση, αποδοχή, χιούμορ, θρησκεία, χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, χρήση ουσιαστικής βοήθειας, υποστήριξη, αποδιοργάνωση, άρνηση, ξεσπάσματα, χρήση ουσιών, αποσύνδεση και αυτοενοχή. Οι συμμετέχοντες ερωτώνται να θυμηθούν πως αντιμετώπισαν γεγονότα στο παρελθόν. Η βαθμολογία μετράτε σε μια κλίμακα από το 1 = δεν το έκανα καθόλου αυτό έως το 4 = το έκανα πολύ, τύπου Likert. Η βαθμολογία από 2 και πάνω σημαίνει ότι ενεργοποιούνται μηχανισμοί διαχείρισης του άγχους και κάτω από 2 ότι το άτομο δεν χρησιμοποιεί μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους. Ο συγγραφέας αναφέρει ότι τα 14 στοιχεία ομαδοποιούνται για την αξιολόγησή τους σε 4 υπο-κλίμακες: χιούμορ-θρησκεία-αποσύνδεση-χρήση ουσιών αποτελούν μία ομάδα, η συναισθηματική και ουσιαστική βοήθεια αποτελούν άλλη ομάδα, η δυναμική διαχείριση και ο σχεδιασμός είναι μια τρίτη ομάδα και τα ξεσπάσματα με την αποδιοργάνωση μία τέταρτη ομάδα. Η κλίμακα αυτή είναι η συντόμευση της κλίμακας COPE Inventory που αποτελείται

από 60 στοιχεία αλλά η βασική δομή της είναι όμοια με την συντομευμένη έκδοσή της (Carver, 1997).

**Secondary Traumatic Stress Scale (STSS):** κλίμακα μέτρησης του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους.

Πρόκειται για μία αυτό-συμπληρούμενη κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και η βαθμολόγηση είναι από το 1 = ποτέ έως το 4 = πολύ συχνά. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις σε σχέση με όσα συνέβησαν τις τελευταίες 7 ημέρες. Η τελική βαθμολογία εξάγεται προσθέτοντας τις βαθμολογίες όλων των στοιχείων του ερωτηματολογίου και κυμαίνεται από το 17 που σημαίνει καθόλου συμπτώματα έως το 85 που είναι το υψηλότερο score. Η βαθμολογία < 28 σημαίνει απουσία STS, από 28 – 37 σημαίνει ήπιου βαθμού STS, από 38 – 43 μέτριου βαθμού STS και από 44 – 48 υψηλό STS. Τελική βαθμολογία από 48 και πάνω σημαίνει σοβαρού βαθμού STS. Αυτή η μέτρηση θεωρείται απαραίτητη για να καθοριστεί πως οι ίδιοι οι νοσηλευτές εκτιμούν τα επίπεδα άγχους που σχετίζονται με την εργασία με τους παιδιατρικούς ασθενείς (Bride et al., 2004).

**The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale:** η μέτρηση της κοινωνικής ελκυστικότητας

Η κλίμακα αυτή μετρά την πιθανότητα να απαντήσουν οι συμμετέχοντες τις ερωτήσεις με ένα κοινωνικά αποδεκτό τρόπο. Χρησιμοποιείται όταν μελετώνται θέματα που μπορεί να απαντήσει κάποιος «σωστά». Κι αυτό γιατί θέματα που σχετίζονται με το άγχος στον χώρο εργασίας και τους μηχανισμούς διαχείρισης του μπορεί να σχετίζονται με κοινωνικό στίγμα. Τέτοια θέματα είναι πολύ ευαίσθητα και μπορεί οι συμμετέχοντες να απαντήσουν με λιγότερο ειλικρινή τρόπο. Δημιουργήθηκε το 1960 (Crowne and Marlowe, 1960) για το νοσηλευτικό προσωπικό και συμπεριελάμβανε 33 στοιχεία, ενώ αργότερα η Marlowe-Crowne Social Desirability-Short Form (Form C) περιλαμβάνει 13 στοιχεία και θεωρείται το ίδιο αξιόπιστη με την αρχική μορφή. Οι απαντήσεις στα στοιχεία-ερωτήσεις είναι τύπου σωστό/λάθος (σωστό = 1, λάθος = 2). Υψηλές βαθμολογίες αποκαλύπτουν την πιθανότητα να απαντάει κάποιος με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο αντί για τις πραγματικές απαντήσεις.

## 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ (RISK FACTORS)

Η επίπτωση της κόπωσης από τη συμπόνια στους επαγγελματίες υγείας και κατ' επέκταση στα νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν εκτενώς μελετηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και οι συνέπειες φαίνεται να είναι αρκετά σοβαρές επηρεάζοντας την υγεία των εργαζομένων αλλά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι επαγγελματίες υγείας που δεν μπορούν να διαχειριστούν το άγχος τους βρίσκονται στη δυσμενή θέση να μειώνουν την έκφραση ενσυναίσθησης προς τους ασθενείς τους και συνεπώς να μειώνουν την αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας (Slatten et al, 2011). Τα προβλήματα αυτά οδηγούν πολύ συχνά στην εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και σε ιατρικά λάθη.

Τα αποτελέσματα των ερευνών όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου εμφανίζονται ετερογενή με αρκετές διαφορές μεταξύ τους. Ωστόσο φαίνεται να συμφωνούν στην ύπαρξη κάποιων παραγόντων κινδύνου που επιδρούν στην εμφάνιση ή την έξαρση της κόπωσης από τη συμπόνια.

**Χαρακτηριστικά προσωπικότητας:** Η ύπαρξη επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας του εργαζόμενου με ιστορικό διάγνωσης αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής ή τραυματικά γεγονότα ζωής αυξάνουν τα επίπεδα CF. Αυτό συμβαίνει γιατί οι άνθρωποι με τέτοιο ιστορικό είναι πιο εύκολο να θυμώσουν για όσα συμβαίνουν στην εργασία τους, να αγχωθούν και να νοιώσουν θλίψη σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Επιπλέον, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που δυσκολεύουν τους επαγγελματίες υγείας να επιλύσουν διαφορές ή συγκρούσεις που προκύπτουν στο περιβάλλον εργασίας ή προσωπικά άγχη σε σχέση με οικονομικά ζητήματα φαίνεται να αυξάνουν την επαγγελματική εξουθένωση (BO). Ο τύπος προσωπικότητας D έχει βρεθεί να επηρεάζει αρνητικά τις παραμέτρους του εργασιακού άγχους και περιγράφεται από την τάση για ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων όπως ανησυχία, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη και κοινωνική απόσυρση (επιφυλακτικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης) (Zhang et al, 2018). Επίσης αναφέρονται η τελειομανία, η γενναιοδωρία και η ευσυνειδησία ως χαρακτηριστικά που συνδέονται με την κόπωση από τη συμπόνια και η τάση για κατάθλιψη σχετίζεται με την εξουθένωση.

Η ανάπτυξη παθητικών μηχανισμών διαχείρισης του άγχους όπως η εξάρτηση από τη θρησκεία για την εύρεση λύσεων έχει βρεθεί να σχετίζεται με την κόπωση από τη

συμπόνια. Συνήθως οι άνθρωποι που υιοθετούν παθητικούς μηχανισμούς άμυνας στην πραγματικότητα αποφεύγουν να λύσουν το πρόβλημα και βαθιά μέσα τους δεν πιστεύουν ότι είναι αρκετά ικανοί να το αντιμετωπίσουν. Επιπλέον, τα νευρωτικά άτομα βιώνουν το παραμικρό άγχος στην εργασία ως εξαιρετικά δύσκολο γι' αυτό και τείνουν να υιοθετούν παθητικούς μηχανισμούς άμυνας (Yu et al, 2016).

Οι καθημερινές συνήθειες που βρέθηκαν ότι συσχετίζονται είναι το παθητικό κάπνισμα, που έχει σχέση με χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως τάση για εξάρτηση και κακή ψυχολογία, η κατανάλωση αλκοόλ που σχετίζεται με ιστορικό διαταραχών συμπεριφοράς και η κακή ποιότητα ύπνου. Η ποιότητα του ύπνου είναι μια μεταβλητή που έχει αποτελέσει αντικείμενο παρεμβάσεων για την βελτίωση όλων των παραμέτρων του εργασιακού άγχους, τις οποίες και φαίνεται να επηρεάζει (Okoli et al, 2020).

**Εργασιακές Παράμετροι:** Υπάρχουν κάποιες έρευνες που συσχετίζουν εργασιακές παραμέτρους με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Έτσι, μεγαλύτερες βάρδιες (σε ώρες) καθώς και οι νυχτερινές βάρδιες, η εργασία σε μονάδες εντατικής θεραπείας και η μικρή προϋπηρεσία αυξάνει το εργασιακό άγχος (BO, CF) και μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία (CS). Είναι σαφές ότι η εργασία σε τμήματα όπου οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να προσφέρουν συνεχώς συναισθηματική, ψυχολογική και σωματική φροντίδα στους ασθενείς τους και να κάνουν χρήση της ενσυναίσθησης εμφανίζονται πιο επιβαρυνμένοι. Οι εργαζόμενοι με μερικής απασχόλησης ωράριο εργασίας έχουν υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία. Η εκπαίδευση φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά στην ανάπτυξη των παραμέτρων αυτών όπως φαίνεται στις περισσότερες έρευνες (Cavanagh, 2019).

Η επαγγελματική εξουθένωση ειδικότερα φαίνεται να επηρεάζεται πολύ από χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας που μπορεί να είναι οργανωτικά ή δομικά στοιχεία του οργανισμού. Για το λόγο αυτό η αλλαγή κάποιων από αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να μειώσει την εξουθένωση στους επαγγελματίες υγείας. Η μέτρηση μειωμένων τιμών κόπωσης από τη συμπόνια και εξουθένωσης σε συνδυασμό με υψηλές τιμές ικανοποίησης από τη συμπόνια σχετίζεται με θετικά περιβάλλοντα εργασίας που περιλαμβάνουν υποστήριξη των εργαζομένων από τη διοίκηση, καθώς και η εργασία σε ιδιωτικές κλινικές (Cavanagh, 2019). Η κοινωνική

υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει την υποστήριξη από τους συναδέλφους φαίνεται να είναι επίσης σημαντική (Aycocock et Boyle, 2009).

Τα αυξημένα ποσοστά εξουθένωσης και STS φαίνεται να σχετίζονται με μεγάλο εργασιακό άγχος και φόρτο εργασίας. Έτσι, δικαιολογούνται τα υψηλά ποσοστά ΒΟ στους νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, το οποίο φτάνει μέχρι 80% (Hooper et al, 2010), στα επείγοντα και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (περίπου 68% - Shoji et al, 2015). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας φαίνονται επιβαρυνμένοι λόγω της επαφής τους με συνθήκες βίας στον εργασιακό χώρο από ασθενείς ανήσυχους ή διεγερτικούς. Η επιβάρυνση προέρχεται από την παρατήρηση σκηνών βίας αλλά και από τη συμμετοχή σε αυτές. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις εμφανίζονται υψηλά ποσοστά ΒΟ STS και χαμηλό CS. Οι στοχευμένες παρεμβάσεις για την εκπαίδευση του προσωπικού για το πως μπορεί να προλαμβάνει τέτοια περιστατικά, αλλά και να αντιμετωπίζει επιτυχώς πρέπει να έχει θέση σε τέτοια περιβάλλοντα εργασίας.

Μεταξύ των ιατρών στις ΗΠΑ η εξουθένωση ξεπερνάει το 50% ιδίως στις ειδικότητες χειρουργικής, νευρολογίας και στους οικογενειακούς γιατρούς. Όσον αφορά το δευτερεύον τραυματικό άγχος, υψηλά ποσοστά παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών – περίπου 70% - και μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (85%). Υψηλά ποσοστά ΒΟ και STS παρουσιάζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι μεταξύ των λειτουργών υγείας (Okoli et al, 2020). Όσον αφορά το προσωπικό στα παιδιατρικά τμήματα οι έρευνες δεν συμφωνούν μεταξύ τους, όσον αφορά την προστασία ή την επιβάρυνση που έχουν εργαζόμενοι με παιδιά.

**Δημογραφικοί Παράγοντες:** Όσον αφορά τους δημογραφικούς παράγοντες σε κάποιες έρευνες βρέθηκε ότι το γυναικείο φύλο σχετίζεται με υψηλά ποσοστά CS και CF, καθώς και η μεγαλύτερη ηλικία, αλλά όχι μεγαλύτερη από 50 ετών. Οι νεότεροι νοσηλευτές θεωρούνται ευάλωτοι στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους (Larson et al, 2018) και οδηγούνται κατά συνέπεια στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος σε ποσοστό περίπου 20% στη διάρκεια του πρώτου έτους εργασίας. Αυτό το εύρημα θα πρέπει να προβληματίσει τους ειδικούς εφαρμόζοντας παρεμβάσεις που θα είναι πιο στοχευμένες στον πυρήνα των προβλημάτων (Okoli et al, 2020).

**Παιδιατρικοί Νοσηλευτές:** Φαίνεται ότι πολλές έρευνες συμφωνούν ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας είχαν υψηλότερο burnout, CF, STS και χαμηλό CS (Branch et Klinkenberg, 2015). Το εύρημα αυτό είναι αναμενόμενο εφόσον το προσωπικό στα τμήματα αυτά είναι συνεχώς εκτεθειμένο στο θάνατο, το πένθος και τη θλίψη. Οι νοσηλευτές στα ογκολογικά-αιματολογικά τμήματα βρέθηκε να έχουν υψηλότερο CS και χαμηλότερο STS. Επίσης, οι νοσηλευτές στα επείγοντα φαίνονται πιο προστατευμένοι σε σχέση με τους νοσηλευτές σε κλινικά τμήματα όσον αφορά το CF. Αυτό συμβαίνει γιατί οι νοσηλευτές στα τμήματα αυτά είναι πολύ λιγότερο εκτεθειμένοι στους ασθενείς που υποφέρουν αφού πολύ σύντομα μεταφέρονται στα τμήματα για να συνεχίσουν εκεί τη νοσηλεία τους (Hooper et al, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικά τμήματα είναι εκτεθειμένοι σε χρόνιο άγχος και αποτελούν εργασιακή ομάδα που βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο να αναπτύξει κόπωση από τη συμπίνα, εξουθένωση (Jones et al, 2019). Επιπλέον, άλλες έρευνες έχουν δείξει υψηλά ποσοστά εξουθένωσης και συνδρόμου μετατραυματικού στρες (Colville et al, 2015). Μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για αυτούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας νεογνών (NICU). Η πιο συχνά διαμορφωμένη συνθήκη στην περίπτωση αυτή είναι ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η υποστελέχωση των τμημάτων που καθιστά τις μονάδες αυτές ένα δύσκολο εργασιακό περιβάλλον. Επιπλέον, τις τελευταίες δεκαετίες ο τομέας της φροντίδας νεογνών έχει χαρακτηριστεί από πολλές και γρήγορες αλλαγές λόγω της συνεχιζόμενης τεχνολογικής βελτίωσης του εξοπλισμού των ΜΕΘ με αποτέλεσμα να αλλάζουν συνεχώς και οι κλινικές πρακτικές. Οι αλλαγές αυτές κατέστησαν δυνατή τη θεραπευτική αντιμετώπιση πολύ πρόωρων νεογνών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να παραμένουν μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα στη μονάδα με την όλο και μεγαλύτερη παρουσία και ενεργό ρόλο των γονέων στη διάρκεια αυτής της περιόδου. Έτσι, η υποστήριξη και συμβουλευτική των γονέων έγινε μέρος της παροχής φροντίδας. Με βάση τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι η συναισθηματική εμπλοκή των επαγγελματιών υγείας με τα παιδιά αλλά και τους γονείς τους είναι πιο έντονη και τους φέρνει αντιμέτωπους με πολλά ηθικά διλήμματα που σχετίζονται με τον θάνατο. Αυτό οδηγεί σταδιακά στην ανάπτυξη άγχους και θλίψης (Bresesti et al, 2020).

## **6. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ**

Οι νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς που έχουν κακή διάγνωση ή η κατάσταση της υγείας τους οδηγεί προς το θάνατο έχουν πολλές φορές έντονες αντιδράσεις λόγω της παρατεταμένης επαφής με αυτούς τους ασθενείς. Όταν ο ασθενής πεθαίνει, οι αντιδράσεις αυτές μπορούν να μετατραπούν σε μία μορφή άτυπου πένθους για τους επαγγελματίες υγείας. Το προσωπικό άγχος θανάτου βιώνεται όταν οι επαγγελματίες υγείας έχουν λίγες πηγές υποστήριξης και μεγάλη έκθεση στο θάνατο. Ενεργοποιούνται δηλαδή συναισθήματα και αντιδράσεις που αφορούν την προσωπική τοποθέτηση του ατόμου απέναντι στην έννοια του θανάτου, τόσο του δικού του όσο και των οικείων προσώπων. Αυτή επηρεάζεται από τις εμπειρίες ζωής, τα θρησκευτικά πιστεύω, την κοινωνική κουλτούρα και τις προσωπικές εμπειρίες που μπορεί να έχει κάποιος με τον θάνατο (Vachon, 2006).

Στη διάρκεια των χρόνων, δόθηκε έμφαση στην αποστασιοποίηση των νοσηλευτών και των γιατρών από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ως μέτρο πρόληψης της εμφάνισης άγχους και θλίψης που σχετίζονται με φαινόμενα όπως η εξουθένωση και η κόπωση από τη συμπόνια (Quint, 1966). Αργότερα με την εμφάνιση των ανθρωπιστικών διαστάσεων της φροντίδας αυτή η τάση εγκαταλείφθηκε και δόθηκε έμφαση στη θεραπευτική σχέση ως μέρος της διαδικασίας ανάρρωσης του ασθενή.

Οι ερευνητές που μελέτησαν την έκφραση των διαστάσεων κόπωσης και πένθους στους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα στους νοσηλευτές έχουν προτείνει παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν από τους οργανισμούς για την πρόληψη της εμφάνισης αυτών των φαινομένων. Οι Potter et al (2010) προτείνουν ότι ένα πρώτο βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η εφαρμογή προγραμμάτων για τη μέτρηση της επίπτωσης της κόπωσης από τη συμπόνια στους επαγγελματίες υγείας με σκοπό να δημιουργηθεί ένα πιο ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας.

Οι Slatten et al, (2011) θεωρούν ότι θα πρέπει να γίνει σωστή διαχείριση των συνεπειών της κόπωσης από τη συμπόνια μέσα από προγράμματα που στοχεύουν στους επαγγελματίες υγείας όπως ατομική και ομαδική συμβουλευτική, θεραπεία μέσω των τεχνών, υποστήριξη στην υιοθέτηση υγιών τεχνικών αυτό-φροντίδας καθώς και ετήσια επιβράβευση της δουλειάς τους.



Η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης για τη μείωση της εξουθένωσης και των δεικτών άγχους περιλαμβάνει προσωποκεντρικές παρεμβάσεις δηλαδή τεχνικές mindfulness, εκπαίδευση στις τεχνικές επικοινωνίας και στις τεχνικές διαχείρισης του άγχους, θετική ενδυνάμωση και παρεμβάσεις σε επίπεδο νοσηλευτικού ιδρύματος ή οργανισμού. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι και οι δύο τύποι παρεμβάσεων είναι αποτελεσματικοί στη μείωση του εργασιακού άγχους σε τουλάχιστον 1 δείκτη με βάση τη συστηματική ανασκόπηση των Bresesti et al, (2020).

### **Προτεινόμενες παρεμβάσεις στους κλινικούς νοσηλευτές (Branch et al, 2015)**

1.	Οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων οφείλουν να γνωρίζουν τις συνέπειες της παροχής φροντίδας σε παιδιά που υποφέρουν
2.	Η κόπωση από τη συμπίνα αφορά όλα τα κλινικά τμήματα και οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα τόσο στον εαυτό τους όσο και στους συνεργάτες τους.
3.	Η πρόληψη της κόπωσης από τη συμπίνα μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της εξουθένωσης και την αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία και την παραγωγικότητα.
4.	Η παροχή πληροφοριών για τις συνέπειες του χρόνιου άγχους στους νοσηλευτές μπορεί να τους ευαισθητοποιήσει στην ανάπτυξη στρατηγικών αυτό-προστασίας.

Οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό που εργάζεται στις παιδιατρικές κλινικές δομές είναι εκτεθειμένο σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στα συμπτώματα της κόπωσης από τη συμπίνα. Προκειμένου να αποφύγουν οι επαγγελματίες υγείας την εμφάνιση ή την εξέλιξη των συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτή προτείνονται στρατηγικές μείωσης ή διαχείρισης αρνητικών ή αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Rourke et al, 2007).

### **Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο:**

Οι παρεμβάσεις που μπορούν να γίνουν σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνουν όλα αυτά που προτείνουμε στους ασθενείς για να ενισχύσουν την υγεία τους. Η φιλοσοφία είναι ότι για να μπορεί κάποιος να φροντίζει τους άλλους πρέπει πρώτα να έχει φροντίσει επαρκώς τον εαυτό του. Η οργάνωση ενός καλού σχεδίου αυτό-φροντίδας που

ελαχιστοποιεί τις συμπτώματα και τις συνέπειες της κόπωσης από τη συμπίνα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής (Shanafelt et al, 2003):

1. Η διαμόρφωση της καθημερινότητας με τέτοιο τρόπο ώστε να υπάρχει αρκετός διαθέσιμος χρόνος για ύπνο, καλή διατροφή και συστηματική σωματική άσκηση
2. Η ένταξη τεχνικών χαλάρωσης που βοηθούν στη μείωση της καθημερινής έντασης όπως διαλογισμός, τεχνικές αναπνοών, οραματισμός και μασάζ.
3. Η διάθεση αρκετού χρόνου για την επεξεργασία της απώλειας ενός ασθενή και της θλίψης που μπορεί να βιώνεται
4. Η ανάπτυξη και εξέλιξη όλων των μηχανισμών διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων για να ανταπεξέλθει κανείς στην καθημερινότητα της εργασίας.
5. Η ψυχοθεραπεία ως μέσο υποστήριξης για τους νοσηλευτές που έχουν προσωπικά θέματα άγχους θανάτου ή ιστορικό απώλειας δικών τους προσώπων.
6. Η επαφή με το προσωπικό σύστημα αξιών και πνευματικών αναγκών και πεποιθήσεων ως υποστήριγμα για τις προκλήσεις στο χώρο εργασίας.

### **Παρεμβάσεις σε επίπεδο επαγγελματικό:**

Η πρώτη παρέμβαση που θα πρέπει να γίνει προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες της κόπωσης των νοσηλευτών είναι η αναγνώριση και η αποδοχή του γεγονότος ότι στην παροχή φροντίδα σε παιδιά που έχουν δύσκολη διάγνωση, ο θάνατος είναι μέρος της καθημερινής εργασίας και οι δυνατότητες για μεταστροφή του γεγονότος αυτού είναι περιορισμένες. Ο οργανισμός ή το νοσηλευτικό ίδρυμα μπορεί να ενισχύσει αυτή τη διαδικασία με πολλούς τρόπους οι οποίοι περιλαμβάνουν (Pearlman et al, 1995):

1. Την διοργάνωση συμβουλευτικών συναντήσεων που θα λαμβάνουν χώρα εβδομαδιαία σε συγκεκριμένη ώρα και θα γίνονται με τρόπο ασφαλή, εμπιστευτικό και μη επικριτικό.

2. Η οριοθέτηση του εαυτού και η σταθερότητα σε σχέση με τα προσωπικά και τα επαγγελματικά όρια.
3. Η ανακατανομή του φόρτου εργασίας στη διάρκεια του ωραρίου ώστε να μην περιλαμβάνει σε μεγάλο ποσοστό την ενασχόληση με ασθενείς που βρίσκονται σε οξεία φάση. Στη διάρκεια της βάρδιας προστίθενται καθήκοντα όπως η εκπαίδευση νεότερων συναδέλφων, η αναζήτηση βιβλιογραφίας και άλλων υπηρεσιών λιγότερο αγχογόνων. Επίσης, η επιδίωξη εργασίας σε βάρδιες που εξυπηρετούν τον γενικότερο τρόπο ζωής ώστε να κρατηθεί η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.
4. Η καθημερινή επαφή και επικοινωνία με συναδέλφους που μοιράζονται το ίδιο όραμα αλλά και τις ίδιες δυσκολίες.
5. Η εύρεση και η εστίαση στις θετικές πλευρές των εμπειριών στη διάρκεια της εργασίας

#### **Παρεμβάσεις σε επίπεδο οργανισμού ή νοσηλευτικού ιδρύματος:**

Ο οργανισμός μέσα στον οποίο εργάζονται οι παιδιατρικοί νοσηλευτές δημιουργεί το περιβάλλον που μπορεί να χαρακτηριστεί ως στρεσογόνο και να υποστηρίζει ή όχι τον εργαζόμενο. Η διοίκηση πρέπει να έχει επίγνωση των συνθηκών που δημιουργούνται σε ψυχολογικό επίπεδο από την φροντίδα ασθενών παιδιών και να μπορεί να παρέχει την κατάλληλη οργάνωση και δομή που θα βοηθήσει τον εργαζόμενο (Rourke, 2006). Κάποιες από αυτές τις στρατηγικές είναι οι ακόλουθες:

1. Η «κουλτούρα της σιωπής» υπάρχει πολλές φορές ως τρόπος διαχείρισης δύσκολων κλινικών καταστάσεων και αντιμετωπίζεται μέσα από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση όπου αναγνωρίζεται ως αναμενόμενη ψυχολογική αντίδραση κι όχι ως αδυναμία.
2. Το περιβάλλον εργασίας πρέπει να παρέχει χώρους εκτός κλινικής όπου οι εργαζόμενοι θα μπορούν να συναντηθούν και θα προσφέρουν άνεση και ησυχία.
3. Είναι σημαντικό να δημιουργείται στο περιβάλλον εργασίας ένα κλίμα σεβασμού προς τα άτομα που δεν έχουν εξουσία όπως οι νοσηλευτές, οι γονείς και οι μικροί ασθενείς. Οι οργανισμοί συνήθως διοικούνται μέσα από ένα

πρίσμα εξουσίας και ιεράρχησης και συνήθως δεν δείχνουν σεβασμό για τους ανθρώπους στις θέσεις αυτές. Αυτό μπορεί να διορθωθεί αν ο οργανισμός αποδώσει ευρύτερα διοικητικά καθήκοντα σε μία θεραπευτική ομάδα ή την τοποθετήσει σε ένα τμήμα που είναι σημαντικό για την λειτουργία του οργανισμού.

4. Η δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων είναι ιδιαίτερα σημαντική σε εργασιακά περιβάλλοντα όπου η κόπωση της συμπόνιας και η εξουθένωση είναι συχνά φαινόμενα. Μέσα στις ομάδες αυτές μπορούν να συζητηθούν δύσκολα συναισθήματα, να αναγνωριστούν τα συμπτώματα των φαινομένων και οι συνέπειες αυτών για το άτομο και τον ασθενή και να δοθεί υποστήριξη ανάμεσα στα μέλη με την εφαρμογή ενεργητικής ακρόασης και μη επίκρισης (Shanafelt et al, 2003).

### **Εκπαίδευση:**

Οι εκπαιδευτικές διαδικασίες για το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να περιλαμβάνουν σεμινάρια, εργαστήρια (workshops), σειρές μαθημάτων και γενικότερα επένδυση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Τα σεμινάρια πρέπει να είναι διαδραστικά κι όχι σε μορφή ομιλίας. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να επιτευχθεί μεγαλύτερη επίγνωση των εξωτερικών αγχογόνων παραγόντων που επιδρούν στην ψυχολογία των νοσηλευτών. Τα θέματα που διαπραγματεύονται τα σεμινάρια χρειάζεται να περιλαμβάνουν όλες τις πληροφορίες και τις γνώσεις για την κόπωση από τη συμπόνια, τη θλίψη, την εξουθένωση και τις παραμέτρους που σχετίζονται με αυτά τα χαρακτηριστικά. Έτσι, μπορεί το άτομο να αναγνωρίσει νωρίς μέσα του πρώιμα σημεία, να κάνει ενδοσκόπηση και αυτό-αξιολόγηση και να βελτιώσει τον εαυτό του (Grauerholz et al, 2020).

Επιπλέον, άλλα θέματα που διαπραγματεύονται τα εκπαιδευτικά σεμινάρια είναι οι τρόποι διαχείρισης των σχέσεων με τους μικρούς ασθενείς και τους γονείς τους. Μαθαίνουν ν' αναγνωρίζουν σε ποια σημεία δυσκολεύονται οι ίδιοι σε αυτές τις σχέσεις, σε ποιες περιπτώσεις ξεπερνούνται τα όρια, αναγνωρίζουν τα δύσκολα συναισθήματα που βιώνουν οι γονείς και τότε κινδυνεύουν να επιδεινωθεί η ψυχική τους υγεία (Norberg & Boman, 2007). Μέσα από τις γνώσεις για την ψυχολογική φροντίδα του συστήματος της οικογένειας ενισχύεται ο συμβουλευτικός ρόλος των

νοσηλευτών προς την οικογένεια του ασθενούς παιδιού που σε πολλές περιπτώσεις είναι απαραίτητος.

Οι δύσκολες επαγγελματικές σχέσεις μέσα σε επιβαρυσμένα εργασιακά περιβάλλοντα όπως είναι οι παιδιατρικές μονάδες και τα ογκολογικά τμήματα πρέπει να είναι αντικείμενο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μέσα από την εκμάθηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας. Η ανακοίνωση της διάγνωσης, των αποτελεσμάτων μιας σημαντικής ιατρικής εξέτασης, μιας πιθανής επιδείνωσης της υγείας του παιδιού είναι κάποια από τα πεδία που μπορούν να βρουν εφαρμογή οι δεξιότητες επικοινωνίας. Επιπλέον, διευκολύνουν σε πιθανές συγκρούσεις στο χώρο εργασίας για τη γρήγορη και αποτελεσματική επίλυση και αποκατάσταση των εργασιακών σχέσεων. Αυτό συμβάλλει στη μεγαλύτερη συνοχή και εμπιστοσύνη μεταξύ των συναδέλφων και προωθεί την επικοινωνία (Boyle & Anderson, 2015).

#### **Πρόγραμμα εκπαίδευσης «Mindfulness»:**

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα νοητικής εκπαίδευσης που επιτρέπει στον εκπαιδευόμενο να βιώνει τις καταστάσεις που ζει μ' έναν τρόπο μη επικριτικό, μη αντιδραστικό και να καλλιεργεί έναν πιο καθαρό τρόπο σκέψης που οδηγεί στην αυτοκυριαρχία, στη συμπόνια και στην εγκαρδιότητα (Ludwig et al, 2008). Ο στόχος είναι να κρατηθεί ανοιχτή η αντίληψη στη διάρκεια μιας εμπειρίας ώστε να επιτευχθεί συναισθηματική ισορροπία και ευεξία. Στη διάρκεια της πρακτικής αναγνωρίζονται οι αρνητικές σκέψεις και δίνουν τη θέση τους σε νέους πιο θετικούς και πιο εποικοδομητικούς τρόπους διαχείρισης των καταστάσεων. Ένα τυπικό πρόγραμμα mindfulness περιλαμβάνει 29 – 33 ώρες με εβδομαδιαίες συνεδρίες που διαρκούν 2,5 – 3 ώρες για 8 εβδομάδες. Στη διάρκεια της συνεδρίας οι συμμετέχοντες ενθαρρύνονται να μοιραστούν τις εμπειρίες τους με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (8 – 17 άτομα) και να εφαρμόσουν την «πρακτική μέσα στην πρακτική» δηλαδή να εργαστούν με τις τεχνικές της φιλοσοφίας αυτής στην καθημερινή τους εργασία. Οι πρακτικές που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια της συνεδρίας περιλαμβάνουν καθιστή θέση, κινήσεις, λεκτική επικοινωνία, ακρόαση και έκφραση συμπόνιας για τον εαυτό και τους άλλους. Υπάρχει και ενθάρρυνση των συμμετεχόντων να ασχολούνται με τις πρακτικές μόνοι τους στο σπίτι για περίπου 45 λεπτά την ημέρα (διαλογισμός - University of Wisconsin, Health Mindfulness Program).

Οι έρευνες δείχνουν ότι η τεχνική του «Mindfulness» μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των δεικτών άγχους όταν εφαρμοστεί σε πληθυσμό επαγγελματιών υγείας (Fortney et al, 2013, Bresenti et al., 2020). Η εφαρμογή της μεθόδου αυτής σε πληθυσμό παιδιατρικών νοσηλευτών μέσα από εφαρμογή σε κινητό τηλέφωνο τύπου android βρέθηκε να είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο η κλασική μέθοδος με μείωση της εξουθένωσης και του κινδύνου CF καθώς και αύξηση της ικανοποίησης από τη συμπόνια (Wylde et al, 2017).

### **Μέθοδος Jean Watson's Caring Science:**

Μία άλλη μέθοδος που εφαρμόζεται για την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας είναι η μέθοδος που βασίζεται στη θεωρία του Jean Watson's Caring Science. Πρόκειται για μια θεωρία και πρακτική που στοχεύει στους επαγγελματίες νοσηλευτές, τους υπενθυμίζει τους λόγους για τους οποίους επέλεξαν το επάγγελμα και τους προσφέρει κάποιες απλές πρακτικές για να διαχειριστούν το συναισθηματικό φορτίο που συνεπάγεται αυτό το δύσκολο επάγγελμα. Επιπλέον, μειώνει το άγχος που νοιώθουν όταν προσπαθούν να διαχειριστούν τα σωματικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά προβλήματα των ασθενών τους (Watson, 2008). Αυτή η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομικό επίπεδο ώστε να λάβει το άτομο τα απαραίτητα εφόδια ώστε να μπορεί να προσφέρει φροντίδα με ενσυναίσθηση και να θυμάται τον σκοπό για τον οποίο εργάζεται. Σε επίπεδο νοσηλευτικών ιδρυμάτων και οργανισμών μπορεί αυτή η μέθοδος να εφαρμοστεί ώστε να συμπεριλάβει και άλλους επαγγελματίες υγείας, γιατρούς, ακτινολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κτλ. (Griffin et al, 2020).

Η αρχική σχεδίαση της μεθόδου τελικά επεκτάθηκε για να συμπεριλάβει κι άλλες πρακτικές που στοχεύουν στην ανάπτυξη της καλοσύνης, της αυθεντικής παρουσίας, της εμπιστοσύνης, της ενεργητικής ακρόασης, της δυνατότητας επούλωσης και τελικά τον απαραίτητο χώρο για την εξέλιξη του εαυτού. Αυτές οι πρακτικές είναι πολύ βοηθητικές για τους επαγγελματίες υγείας γιατί τους βοηθούν να νοιάζονται για τον εαυτό τους όσο και για τους μικρούς ασθενείς και τις οικογένειές τους. Μέσα από αυτή τη διαδικασία οι νοσηλευτές μπορούν να διαχειριστούν τη θλίψη που πολλές φορές συνοδεύει την καθημερινότητά τους λόγω της επαφής τους με την οδύνη των ασθενών και να δώσει νόημα σε αυτό που βιώνουν υπενθυμίζοντάς τους πόσο μεγάλη διαφορά κάνουν στη ζωή των ανθρώπων που παρέχουν φροντίδας. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται η αίσθηση της ικανοποίησης από τη συμπόνια και στη συνέχεια

βελτιώνεται και το βίωμα της συμπόνιας για τους ασθενείς χωρίς την κόπωση που προέρχεται από αυτή (Watson, 2005). Κατανοούν την αναγκαιότητα της συναισθηματικής σύνδεσης με τον ασθενή τους προκειμένου να είναι θεραπευτικοί γι' αυτόν καθώς και την αναγκαιότητα να διατηρούν αυθεντικές συναισθηματικές σχέσεις στη ζωή τους. Έτσι, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι πρέπει να φροντίζουν πρώτα τον εαυτό τους ως ολότητα και ξεκινούν να θυμούνται πάλι τις ανάγκες, τις επιθυμίες καθώς και το πάθος τους για παροχή φροντίδας που τους οδήγησε σε αυτό το επάγγελμα. Προσφέρουν έτσι φροντίδα με τρόπους που είναι ωφέλιμοι τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ασθενείς τους (Clarke et al, 2016).

Συνήθως η πρακτική εφαρμογή αυτής της παρέμβασης περιλαμβάνει ομάδες εργαζομένων περίπου 5-7 και διαρκούν 50 – 70 λεπτά. Μέσα στις ομάδες κάθε συμμετέχων έχει την ελευθερία να μοιραστεί τις εμπειρίες, τα συναισθήματά του και να σκέφτεται δυνατά (Griffin et al, 2020).

### **Neuman Systems Model:**

Οι μέθοδοι παρέμβασης για την αντιμετώπιση της κόπωσης από τη συμπόνια και των άλλων παραμέτρων του εργασιακού άγχους περιλαμβάνουν στρατηγικές παρέμβασης στην αυτό-φροντίδα των νοσηλευτών δηλαδή την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής. Ένα τέτοιο σύστημα υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας είναι το Neuman Systems Model το οποίο αντιμετωπίζει τον πελάτη ως μια ολότητα ή ως ένα σύστημα που αλληλοεπιδρά με άλλα συστήματα του περιβάλλοντος. Μέσα σε αυτό το πρόγραμμα υιοθετούνται υγιείς τρόποι αυτό-φροντίδας και ενισχύονται οι μηχανισμοί άμυνας απέναντι σε στρεσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Neuman, 1980). Η φιλοσοφία αυτού του συστήματος έχει ως κεντρική ιδέα ότι η πυρηνική ενέργεια του ατόμου εξαντλείται λόγω της διοχέτευσής της στους μηχανισμούς διαχείρισης του στρες οι οποίοι αποδεικνύονται αναποτελεσματικοί για να προστατέψουν το άτομο. Τελικά το άτομο επανατροφοδοτείται ώστε να επανέλθει η πυρηνική του ενέργεια μέσω της υιοθέτησης υγιών συμπεριφορών. Η ικανοποίηση από την εργασία θεωρείται δείκτης λειτουργίας αυτού του συστήματος η οποία επηρεάζεται από τους παραπάνω μηχανισμούς.

Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα παρέχει στα μέλη του, στην αρχική φάση έντυπο υλικό με πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους όπως η κόπωση από τη συμπόνια και η εξουθένωση. Παράλληλα δίνονται πληροφορίες για υγιεινούς

τρόπους ζωής (διατροφή, ευεξία) και δημιουργείται χώρος στο άτομο να εκφράσει – έρθει σε επαφή με δύσκολα συναισθήματα θλίψης και πένθους. Υπάρχει διαθέσιμος διατροφολόγος που παρέχει ατομικές συνεδρίες και το διαιτολόγιο ενισχύεται με μπάρες δημητριακών, ενεργειακά ροφήματα – φυσικούς χυμούς, ενώ διανέμονται συνταγές για υγιεινό μαγείρεμα των φαγητών στο σπίτι. Όσον αφορά τη φυσική άσκηση δίνεται η δυνατότητα για δωρεάν χρήση γυμναστηρίου και δίνονται ασκήσεις yoga και στρώματα για εξάσκηση. Η διατήρηση υγιών συνηθειών ύπνου ιδίως μέσα στο κυλιόμενο ωράριο των νοσηλευτών είναι ένας τομέας που δίνεται έμφαση.

Οι τεχνικές διαχείρισης των δυσάρεστων συναισθημάτων θλίψης και πένθους περιλαμβάνουν την εβδομαδιαία συνάντηση των μελών της ομάδας όπου έχουν το χρόνο και τον χώρο να θυμηθούν και να αποδώσουν τιμή στους ασθενείς τους που έχουν πεθάνει, να μοιραστούν μνήμες από αυτούς και να γράψουν μηνύματα σε μικρά κομμάτια χαρτιού. Μέσα σε αυτή τη διαδικασία, έχουν την ευκαιρία να έρθουν σε επαφή με τα συναισθήματά τους και να θρηνήσουν για την απώλεια τους γράφοντας αποχαιρετιστήρια γράμματα στις οικογένειες ως κίνηση κλεισίματος της διαδικασίας πένθους. Τέλος, υπάρχει διαθέσιμο ένα δωμάτιο ανάπαυλας όπου μπορεί κάποιος να χαλαρώσει, ν' ακούσει μουσική ή να διαβάσει ένα ενδιαφέρον βιβλίο (Sullivan et al, 2019).



# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές αποτελούν ευαίσθητη επαγγελματική ομάδα εφόσον η παροχή φροντίδας και η συμπόνια για τα ασθενή παιδιά τους καθιστούν ευάλωτους στην ανάπτυξη όλων των πτυχών εργασιακού άγχους. Η καθημερινή επαφή με παιδιά που έχουν χρόνιες ασθένειες ή βρίσκονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας σημαίνει ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές έρχονται συνεχώς αντιμέτωποι με τον πόνο και την οδύνη αυτών των παιδιών (Christian, 2013). Προσφέρουν άμεση φροντίδα σε ασθενείς με διαφορετικές σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες από τους ενήλικες. Επιπλέον οι συναισθηματικές αντιδράσεις των γονιών τους μπορεί να είναι απρόβλεπτες υπό τον φόβο ενός επικείμενου θανάτου επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο το προσωπικό υγείας. Σε αυτούς είναι απαραίτητο να παρέχουν πληροφορίες για την πορεία της ασθένειας καθώς και υποστήριξη στη διάρκεια της παραμονής του παιδιού στο νοσοκομείο (Sterling, 2013). Η συμμετοχή και η διενέργεια πολύπλοκων ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων καθώς και το συναισθηματικό φορτίο της οικογένειας πυροδοτούν την ανάπτυξη της κόπωσης από τη συμπόνια και των άλλων παραμέτρων του εργασιακού άγχους.

### Σκοπός της μελέτης:

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή.

### Μεθοδολογία :

#### **Στρατηγική αναζήτησης για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών**

Πρόκειται για μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2021 έως τον Μάιο του 2021 με αναζήτηση άρθρων με λέξεις κλειδιά: compassion fatigue, secondary traumatic stress, compassion satisfaction, burnout, pediatric nurse. Χρησιμοποιήθηκαν διεθνείς βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus).

Το δείγμα περιλαμβάνει δημοσιευμένα ερευνητικά άρθρα σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά που μελετούν τις παραμέτρους της επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών

νοσηλευτών όπως η κόπωση από τη συμπόνοια, το δευτερεύον τραυματικό άγχος, η ικανοποίηση από τη συμπόνοια, το σύνδρομο μετατραυματικού άγχους, η μετατραυματική ανάπτυξη και η εξουθένωση.

### **Κριτήρια ένταξης- αποκλεισμού μελετών**

1. Να είναι πρωτογενείς μελέτες Στην ανασκόπηση δεν συμπεριλαμβάνονται ποιοτικές μελέτες, δευτερογενείς μελέτες (ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις) και μελέτες περίπτωσης.
2. Να είναι δημοσιευμένες στην Ελληνική ή Αγγλική γλώσσα
3. Το δείγμα των μελετών να αφορά παιδιατρικούς νοσηλευτές σαν σύνολο ή ένα μεγάλο μέρος του δείγματος
4. Να είναι δημοσιευμένες μετά το 2015
5. Η θεματολογία τους να είναι απολύτως σχετική με τον σκοπό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης

### **Διαδικασία Επιλογής Μελετών**

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν οι έρευνες που μελετούν την επίπτωση των παραμέτρων της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών καθώς και την συσχέτιση αυτών των παραγόντων με άλλες παραμέτρους όπως δημογραφικά στοιχεία, επαγγελματικοί παράγοντες, ψυχολογικοί μηχανισμοί, άγχος.

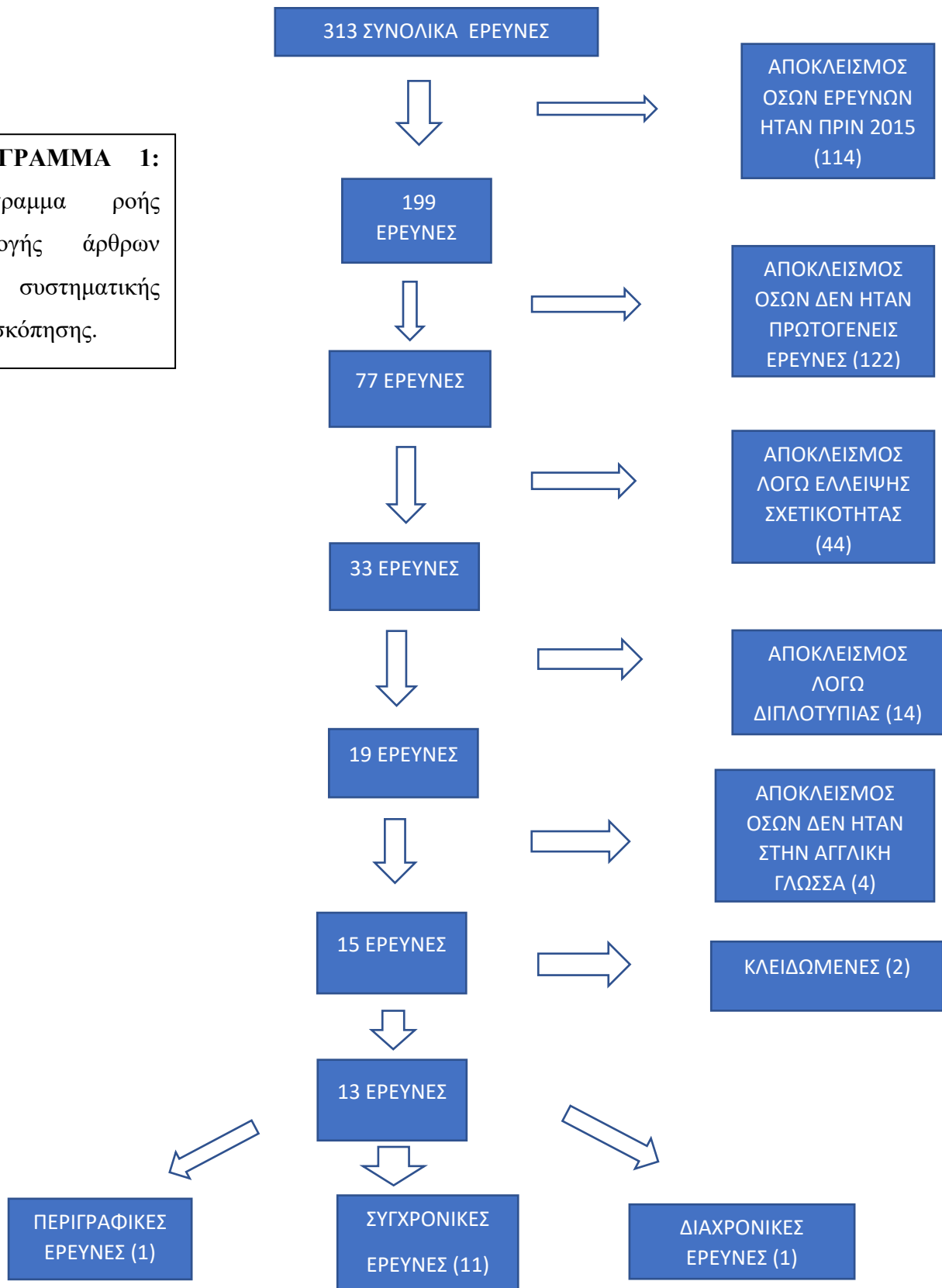
Από το σύνολο των άρθρων που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αφαιρέθηκαν τα διπλότυπα άρθρα και εκείνα που απέμειναν ελέγχθηκαν ως προς τον τίτλο τους ενώ σε όσα ο τίτλος δεν ήταν συμβατός με τον σκοπό της συστηματικής ανασκόπησης απορρίφθηκαν. Έπειτα πραγματοποιήθηκε η ανάγνωση των περιλήψεων των υπόλοιπων μελετών και απορρίφθηκαν όσες δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να συμπεριληφθούν στην ανασκόπηση.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η διαδικασία επιλογής των άρθρων φαίνεται στο διάγραμμα ροής (Διάγραμμα 1). Οι ημερομηνίες δημοσίευσης των ερευνών που επελέγησαν ήταν μετά το 2015. Σε όλες τις έρευνες συμμετείχαν παιδιατρικοί νοσηλευτές είτε ως κυρίως πληθυσμός είτε ως ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της έρευνας. Συγκεκριμένα στις 8 από τις 13 έρευνες συμμετείχαν αμιγώς παιδιατρικοί νοσηλευτές και στις 6 συμμετείχε μεικτός πληθυσμός επαγγελματιών υγείας σε παιδιατρικά νοσοκομεία ή τμήματα. Ο συνηθέστερος τρόπος σχεδιασμού των ερευνών ήταν οι συγχρονικές έρευνες που είναι και οι περισσότερες σε αυτή την ανασκόπηση. Στην ανασκόπηση δε συμπεριελήφθησαν ποιοτικές μελέτες, δευτερογενείς μελέτες (ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις) και μελέτες περίπτωσης. Οι έρευνες διεξάχθηκαν σε όλα τα μέρη του κόσμου, στις Η.Π.Α. στην Ευρώπη, στην Τουρκία, στην Ταιβάν.

Πιο συγκεκριμένα, από την βιβλιογραφική αναζήτηση προέκυψαν 313 άρθρα τα οποία είχαν σχέση με το υπό μελέτη θέμα. Εν συνεχεία, με βάση το κριτήριο της επιλογής άρθρων των τελευταίων πέντε ετών, απορρίφθηκαν 297 άρθρα, προκύπτοντας 15 άρθρα, εκ των οποίων απορρίφθηκαν τα 2 καθώς δεν υπήρχε πρόσβαση στο πλήρες κείμενο. Τα ευρήματα των μελετών παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:**  
 Διάγραμμα ροής  
 επιλογής άρθρων  
 της συστηματικής  
 ανασκόπησης.



### **Περιγραφή των αποτελεσμάτων**

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχουν επιλεγεί έρευνες που μελετούν τις παραμέτρους του εργασιακού άγχους και την επίπτωσή τους στους παιδιατρικούς νοσηλευτές. Αυτές είναι η κόπωση από τη συμπόνοια, το δευτερεύον τραυματικό άγχος, η ικανοποίηση από τη συμπόνοια η ικανοποίηση από την εργασία, το νόημα από την εργασία. Επιπλέον μετρήσεις αφορούν κυρίως τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών καθώς και ποιοι είναι οι παράγοντες που επιδρούν στη μείωση ή την αύξηση τους. Τέτοιοι παράμετροι μπορεί να είναι ψυχολογικά ή άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δημογραφικά (ηλικία, φύλο, φυλή) και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (τμήμα, εκπαίδευση, προϋπηρεσία, υπηρεσιακή δέσμευση, σχέσεις με συναδέλφους). Επίσης, σε κάποιες έρευνες μελετήθηκε η επίδραση του καθημερινού άγχους καθώς και του άγχους από την εργασία την επίπτωση των παραμέτρων που αναφέρθηκαν.

Στην έρευνα των Meyer et al, (2015) διερευνήθηκε η σχέση του άγχους (από την εργασία αλλά και του καθημερινού άγχους), της κόπωσης από τη συμπόνοια, της εξουθένωσης και της ικανοποίησης από την εργασία. Συμμετείχαν 251 παιδιατρικοί νοσηλευτές στην αρχή της ειδικότητας τους σε παιδιατρικό νοσοκομείο στο Λος Άντζελες. Χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Life Events Checklist (LEC) που ελέγχει την έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα ζωής, η Mueller McCloskey Satisfaction Scale (MMSS) που μετράει την ικανοποίηση από την εργασία, η Compassion Fatigue Self Test που μετράει την κόπωση από τη συμπόνοια, την ικανοποίηση από τη συμπόνοια και την εξουθένωση.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία του δείγματος (89%) είχε εκτεθεί σε κάποιο στρεσογόνο γεγονός (προυπάρχον άγχος), ενώ 3 μήνες μετά την πρώτη μέτρηση περίπου το 60% περιγράφει πρόσφατο άγχος από στρεσογόνα γεγονότα στην εργασία. Το προ υπάρχον άγχος σχετίστηκε θετικά με το άγχος από την εργασία και με την κόπωση από τη συμπόνοια (CF). Το άγχος από την εργασία συσχετίστηκε θετικά με την κόπωση από τη συμπόνοια και την εξουθένωση (BO) και αρνητικά με την ικανοποίηση από την εργασία (JS). Η κόπωση από τη συμπόνοια συσχετίστηκε θετικά με την εξουθένωση και αρνητικά με την ικανοποίηση από τη συμπόνοια. Βρέθηκε ότι υψηλά επίπεδα άγχους από την εργασία (δηλαδή η έκθεση σε δύσκολους ασθενείς) αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για υψηλά επίπεδα κόπωσης από τη συμπόνοια, τα

οποία οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και υψηλή εξουθένωση.

Στην έρευνα των Rodríguez-Ray et al, (2019a), συμμετείχαν 57 γιατροί, 177 νοσηλευτές, 64 βοηθοί νοσηλευτών σε παιδιατρικές μονάδες εντατικής καθώς και 189 άτομα, προσωπικό υγείας σε παιδιατρικές κλινικές σε 9 νοσοκομεία στην Ισπανία. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ αρνητικών συνεπειών μετά από τραυματικό γεγονός (εξουθένωση-burnout και σύνδρομο μετατραυματικού στρες-PTSD) και θετικών συνεπειών (μετατραυματική ανάπτυξη-PTG) με τον δείκτη ικανοποίησης από τη ζωή: SWL-satisfaction with life. Επίσης, να συγκριθεί ο δείκτης SWL μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται σε παιδιατρικές ΜΕΘ και σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου και να συσχετιστεί με κοινωνικοδημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Για να μετρηθούν οι παράμετροι αυτοί διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες οι κλίμακες: Maslach Burnout Inventory (μέτρηση εξουθένωσης-burnout), Trauma Screening Questionnaire (μέτρηση PTSD), Posttraumatic Growth Inventory (μέτρηση PTG), Satisfaction with Life Scale (μέτρηση του δείκτη SWL).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το προσωπικό στις ΜΕΘ σε ποσοστό περίπου 85% είχε μέτριο έως υψηλό SWL, υψηλότερο SWL είχαν οι γιατροί, ενώ δεν βρέθηκε διαφορά στον δείκτη αυτό στο προσωπικό που εργαζόταν σε άλλα τμήματα. Όσον αφορά την εξουθένωση, ποσοστό 20% είχε 6 ή περισσότερα συμπτώματα PTSD και δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ του προσωπικού των ΜΕΘ και των υπόλοιπων τμημάτων στο PTSD και στο burnout. Η μόνη διαφορά που βρέθηκε ήταν στο δείκτη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας (personal accomplishment-PA) που βρέθηκε χαμηλότερος στο προσωπικό των ΜΕΘ. Τα επίπεδα PTG βρέθηκαν υψηλά 70% περίπου χωρίς διαφορά μεταξύ των τμημάτων. Βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ PTG και SWL.

Στην έρευνα των Kase et al, (2019), μελετήθηκε η επίπτωση της κόπωσης από τη συμπόνοια (CF), της ικανοποίησης από τη συμπόνοια (CS), της εξουθένωσης (burnout) καθώς και οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυτές τις μεταβλητές. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 επαγγελματίες υγείας σε παιδιατρικά τμήματα ανακουφιστικής φροντίδας, από τους οποίους οι 43 ήταν νοσηλευτές. Χορηγήθηκε ηλεκτρονικά η κλίμακα The Compassion Fatigue and Satisfaction Self-Test for Helpers.

Η επίπτωση των παραπάνω μεταβλητών ήταν 18%, 25% και 12% αντίστοιχα. Βρέθηκε θετική συσχέτιση όπως ήταν φυσικό μεταξύ της κόπωσης από τη συμπόνοια και της εξουθένωσης και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνοια και της εξουθένωσης και της κόπωσης από τη συμπόνοια. Δεν βρέθηκε διαφορά στην επίπτωση των μεταβλητών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίστηκαν με τις μεταβλητές αυτές ήταν για την κόπωση από την συμπόνοια, το στρες που προέρχεται από μια δύσκολη κλινική περίπτωση, η σωματική εξάντληση και προσωπικό ιστορικό τραύματος. Παράγοντες κινδύνου για την εξουθένωση βρέθηκαν να είναι το στρες από τη συνεργασία με συναδέλφους, η συναισθηματική εξάντληση, η κοινωνική απομόνωση και η πρόσφατη εμπλοκή σε κλινική κατάσταση όπου διακυβεύεται η ζωή ενός παιδιού. Για την ικανοποίηση από τη συμπόνοια βρέθηκε να επιδρά η σωματική εξάντληση, η προσωπική τραυματική ιστορία και η πρόσφατη εμπλοκή σε κλινική κατάσταση όπου διακυβεύεται η ζωή ενός παιδιού.

Στην έρευνα των Hamama-Raz et al, (2020), διερευνήθηκε η άμεση σύνδεση μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης (posttraumatic growth-PTG) ως ψυχολογικό εργαλείο και της εξουθένωσης (burnout) καθώς και την έμμεση σύνδεση PTG και εξουθένωσης μέσω του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους (STS). Συμμετείχαν 138 νοσηλευτές σ' ένα μεγάλο παιδιατρικό κέντρο στο Ισραήλ στους οποίους χορηγήθηκε η κλίμακα Maslach Burnout Inventory, για τη μέτρηση της εξουθένωσης, η κλίμακα Posttraumatic Growth Inventory για τη μέτρηση της μετατραυματικής ανάπτυξης, η κλίμακα The Professional Quality of Life Scale για τη μέτρηση του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους και η κλίμακα Personal Meaning in Patient Care για την εκτίμηση του νοήματος από την εργασία.

Τα αποτελέσματα από τις μετρήσεις έδειξαν ότι η μετατραυματική ανάπτυξη αποτελεί ψυχολογικό μηχανισμό που σχετίζεται με την εξουθένωση με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Άμεσα, σχετίζεται αρνητικά με την εξουθένωση, ενώ έμμεσα σχετίζεται αρνητικά με το δευτερεύον τραυματικό άγχος που με τη σειρά του σχετίζεται θετικά με την εξουθένωση. Επίσης, το νόημα από την εργασία έχει διπλό ρυθμιστικό ρόλο: μεσολαβεί μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους καθώς και μεταξύ της μετατραυματικής ανάπτυξης και της εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι όσο αυξάνεται η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών τόσο αυξάνεται το νόημα από την εργασία. Φαίνεται

λοιπόν πόσο σημαντική είναι η μετατραυματική ανάπτυξη για τη ρύθμιση αρνητικών παραμέτρων προκαλούμενες από το άγχος στην εργασία.

Στην έρευνα των Berger et al, (2015), μια συγχρονική μελέτη που διεξάχθηκε σε ένα παιδιατρικό νοσοκομείο στο Λος Άντζελες, συμμετείχαν 239 παιδιατρικοί πτυχιούχοι νοσηλευτές. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίπτωση και η σοβαρότητα της κόπωσης από τη συμπόνοια (compassion fatigue-CF) και της ικανοποίησης από τη συμπόνοια (compassion satisfaction-CS), οι διακυμάνσεις αυτών των μεταβλητών με βάση τα δημογραφικά στοιχεία των νοσηλευτών καθώς και οι πηγές της κόπωσης από τη συμπόνοια και οι τρόποι που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να την εκφράσουν. Για την μέτρηση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα The Professional Quality of Life Scale (ProQOL, V5).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 71.5% είχε μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση από την συμπόνοια, το 29% είχε υψηλή εξουθένωση και το 27% είχε υψηλό δευτερεύον τραυματικό άγχος. Οι νοσηλευτές κάτω των 40 ετών βρέθηκε να έχουν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης (burnout) και δευτερεύοντος τραυματικού άγχους (secondary traumatic stress-STS) και χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία. Οι μόνιμοι νοσηλευτές, οι νοσηλευτές με εργασιακή εμπειρία 6-10 χρόνια και αυτοί που εργάζονταν σε χειρουργικά και ψυχιατρικά τμήματα είχαν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από τη συμπόνοια και υψηλότερο STS. Οι νοσηλευτές σε ογκολογικά τμήματα και μαιευτικά είχαν υψηλότερο CS. Υψηλότερο CS βρέθηκε στους Καυκάσιους, ενώ δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση με την εκπαίδευση.

Στην έρευνα των Nilan et al, (2019), μελετήθηκε η εξουθένωση (burnout), το δευτερεύον τραυματικό άγχος (STS) και η ικανοποίηση από τη συμπόνοια (CS). Χορηγήθηκε το Professional Quality of Life instrument (ProQOL) σε 177 άτομα προσωπικό υγείας (γιατροί-38%, νοσηλευτές -39%, κοινωνικοί λειτουργοί, τεχνικοί) μονάδων εντατικής θεραπείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο του Κάνσας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 26% του δείγματος είχε χαμηλό score στην ικανοποίηση από την συμπόνοια, υψηλό score στην εξουθένωση (το οποίο σχετίστηκε με την ύπαρξη προσωπικού άγχους) και το 20% είχε υψηλό δευτερεύον τραυματικό άγχος. Τα τελευταία σχετίστηκαν με πρόσφατο αγχογόνο γεγονός στη δουλειά. Το 5% πληρούσε τα κριτήρια για την κόπωση από τη συμπόνοια (οι τεχνικοί), το 24% για την εξουθένωση και το 24% βρέθηκε με χαμηλό κίνδυνο ανάπτυξης της κόπωσης από τη



συμπόνοια. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, τη θέση στην εργασία και για τις τρεις μεταβλητές. Η προϋπηρεσία σχετίστηκε με το STS (>15 έτη ή <5 έτη σχετίζεται με υψηλό STS). Επίσης, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές να έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά στη μέτρηση CF. Η ικανοποίηση από τη συμπόνοια σχετίστηκε θετικά με το λευκό χρώμα δέρματος.

Την έρευνα των Gerhart et al, (2019), μετρήθηκαν τα συμπτώματα για το σύνδρομο μετατραυματικού στρες (post traumatic stress disorder-PTSD) με την κλίμακα PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) καθώς και η μετατραυματική ανάπτυξη (PTG) με την κλίμακα Posttraumatic Growth Inventory–Short-Form (PTGI-SF). Στην έρευνα συμμετείχαν 362 παιδιατρικοί επαγγελματίες υγείας μέλη του COG (Children Oncology Group) 84% γιατροί, 12% νοσηλευτές. Ένα ποσοστό 23,8% βρέθηκε θετικό για PTSD με πιο κοινά συμπτώματα τις διαταραχές ύπνου, τις ενοχλητικές αναμνήσεις και τη δυσκολία συγκέντρωσης. Δεν βρέθηκαν διαφορές με βάση τα δημογραφικά στοιχεία, την προϋπηρεσία και το προσωπικό τραυματικό ιστορικό. Ωστόσο οι πτυχιούχοι νοσηλευτές είχαν υψηλότερο score PTSD από τους γιατρούς. Τα ποσοστά της μετατραυματικής ανάπτυξης ήταν χαμηλά προς μέτρια. Οι γυναίκες συμμετέχοντες είχαν υψηλότερα ποσοστά PTG, όπως και οι συμμετέχοντες που ήταν θρησκευόμενοι. Το PTSD καθώς και ο αριθμός των θανάτων συσχετίστηκαν σημαντικά με την μετατραυματική ανάπτυξη, ενώ ο αριθμός των θανάτων δεν συσχετίστηκε με το PTSD.

Στην έρευνα των Günüşen et al, (2018), μελετήθηκε το δευτερεύον τραυματικό άγχος και η σχέση του με την εξουθένωση σε 106 νοσηλευτές με προϋπηρεσία μεγαλύτερη από 6 μήνες που εργάζονταν σε κλινικό τμήμα σε δημόσιο παιδιατρικό νοσοκομείο της δυτικής Τουρκίας στα εξής τμήματα: μονάδα εντατικής, χειρουργικό και ογκολογικό. Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν συμπλήρωσαν τις κλίμακες Professional Quality of Life Scale για τη μέτρηση του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους (STS) και την Maslach Burnout Inventory για την μέτρηση της εξουθένωσης (burnout).

Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλά επίπεδα STS στο 40.6% των συμμετεχόντων με υψηλότερο κίνδυνο στις ηλικίες άνω των 40 ετών. Το STS αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την συναισθηματική εξουθένωση και την αποπροσωπότητα αλλά όχι για την αίσθηση επαγγελματικής επιτυχίας. Δεν βρέθηκαν διαφορές στο STS και το burnout με βάση την ηλικία, την εκπαίδευση, την προϋπηρεσία.

Στην έρευνα των Kellogg et al, (2018) μετρήθηκε το δευτερεύον τραυματικό άγχος (STS) σε 338 εξειδικευμένους παιδιατρικούς νοσηλευτές και διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση με την ηλικία, την προϋπηρεσία και τεχνικές διαχείρισης του στρες. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες Secondary Traumatic Stress Scale (μέτρηση δευτερεύοντος τραυματικού άγχους), Brief COPE (μέτρηση αποτελεσματικότητας στις τεχνικές διαχείρισης του άγχους), και Marlowe-Crowne Social Desirability-Short Form (μέτρηση κοινωνικότητας). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάνω από το 50% των νοσηλευτών είχαν μέτριο έως υψηλό δευτερεύον τραυματικό άγχος, το οποίο δεν συσχετίστηκε με την ηλικία και την προϋπηρεσία (και την προϋπηρεσία με παιδιά) των νοσηλευτών. Ενδιαφέρων εύρημα είναι το γεγονός ότι η ύπαρξη κοινωνικής ή εργασιακής υποστήριξης συσχετίστηκε θετικά με το δευτερεύον τραυματικό άγχος των νοσηλευτών αφού βρέθηκαν με υψηλό STS όσοι είχαν λάβει υποστήριξη. Επιπλέον, οι νοσηλευτές με υψηλά ποσοστά άρνησης ή αποστασιοποίησης ως τεχνικές διαχείρισης του άγχους είχαν υψηλά ποσοστά STS. Οι τεχνικές αυτές βρέθηκε να αποτελούν προγνωστικό στοιχείο για το STS. Στη μελέτη αυτή αρνητικός προγνωστικός παράγοντας του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους αποτελεί η επιθυμία να είναι κανείς κοινωνικά αποδεκτός (social desirability), δηλαδή όταν αυτή είναι υψηλή, το δευτερεύον τραυματικό άγχος είναι χαμηλό.

Στην έρευνα των Roney et al, (2018), διερευνήθηκαν τα επίπεδα της κόπωσης από τη συμπόνοια (CF), της ικανοποίησης από την συμπόνοια (CS) και της ικανοποίησης από την εργασία καθώς και η σχέση μεταξύ τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 318 νοσηλευτές που εργάζονταν σε παιδιατρικά τμήματα βάσει των αρχείων του Society of Pediatric Nurses των ΗΠΑ. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η Job Satisfaction Survey (JSS) για την μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία και η Professional Quality of Life (ProQOL) για τη μέτρηση CF, CS και STS (δευτερεύον τραυματικό άγχος).

Το δείγμα στην πλειοψηφία του είχε υψηλό score στην ικανοποίηση από την εργασία, και στην ικανοποίηση από τη συμπόνοια, ενώ οι γυναίκες βρέθηκαν με υψηλότερο CS σε σχέση με τους άνδρες. Τα επίπεδα κόπωσης από τη συμπόνοια ήταν μέτρια, ενώ τα επίπεδα STS και CS ήταν χαμηλά. Δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ CF, CS και STS και δεν συσχετίστηκαν με τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Στην έρευνα των Chen et al, (2018), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνοια (CS) και της κόπωσης από τη συμπόνοια (CF) καθώς και η

συσχέτισή τους με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα NEO personality inventory (NEO-PI-R) και η Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT), οι οποίες χορηγήθηκαν σε 173 γυναίκες νοσηλεύτριες με προϋπηρεσία πάνω από 3 μήνες σε παιδιατρικό νοσοκομείο στην Ταϊβάν.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα 2/3 του δείγματος εργαζόταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και είχε ικανοποιητικά επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνοια και χαμηλά επίπεδα κόπωσης από τη συμπόνοια χωρίς να προκύπτει κάποια σχέση μεταξύ τους. Προγνωστικοί παράγοντες της ικανοποίησης από τη συμπόνοια βρέθηκαν να είναι η ευαρέσκεια, η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία, η συναισθηματική σταθερότητα και η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερα επίπεδα αυτών των χαρακτηριστικών συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα CS. Οι παράγοντες κινδύνου για την κόπωση από τη συμπόνοια βρέθηκαν να είναι η συναισθηματική αστάθεια και η έλλειψη συντρόφου. Η ευαρέσκεια, η εξωστρέφεια και η συναισθηματική σταθερότητα συσχετίστηκαν αρνητικά με την κόπωση από τη συμπόνοια.

Στην έρευνα των Walden et al, (2018), μελετήθηκε η επίπτωση της κόπωσης από την συμπόνοια και του καθημερινού άγχους σε 268 νοσηλευτές που εργαζόνταν απευθείας με παιδιά ή είχαν την επίβλεψη στο παιδιατρικό νοσοκομείο του Arkansas. Οι κλίμακες που χορηγήθηκαν ήταν η Professional Quality of Life Scale (ProQOL, V5) για τη μέτρηση της κόπωσης από τη συμπόνοια (η οποία αποτελείται από 3 υποτιμήματα: την ικανοποίηση από τη συμπόνοια (CS), την εξουθένωση (burnout) και το δευτερεύον τραυματικό άγχος (STS) και η Social Readjustment Rating Scale (Life Stress Scale - SRRS) για τη μέτρηση του άγχους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είχαν μέτριο προς υψηλό score για την ικανοποίηση από τη συμπόνοια και για το δευτερεύον τραυματικό άγχος. Περίπου το 50% των συμμετεχόντων είχαν υψηλό CS και χαμηλό burnout και STS. Η ικανοποίηση από τη συμπόνοια βρέθηκε υψηλότερη στους λευκούς νοσηλευτές, ενώ η υψηλότερη εκπαίδευση είχε αρνητική επίδραση στην εξουθένωση και το STS αφού οι νοσηλευτές με μεταπτυχιακό / διδακτορικό τίτλο σπουδών είχαν υψηλότερο score στις δύο αυτές μεταβλητές.

Επίσης, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ καθημερινού άγχους και ηλικίας, προϋπηρεσίας, θέσης στο νοσοκομείο, δηλαδή όσο αυξάνονταν οι παραπάνω παράμετροι, μειώνονταν το καθημερινό άγχος. Όσον αφορά των κόπωση από τη συμπόνοια σε ανοιχτές ερωτήσεις στους συμμετέχοντες διαπιστώθηκε ότι αφορά κυρίως 5 τομείς: τη συνεργασία, την αναγνώριση, τα όρια, τις προσδοκίες και την αίσθηση απελπισίας.

Σε μια δεύτερη δημοσίευση από την έρευνα των Rodríguez-Rey et al, (2019b), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ εξουθένωσης-burnout και PTSD στο προσωπικό υγείας σε παιδιατρικές ΜΕΘ σε σχέση με άλλα παιδιατρικά τμήματα. Βρέθηκε ότι το 56% του προσωπικού στις ΜΕΘ ανέφερε τουλάχιστον μία διάσταση εξουθένωσης: 36% συναισθηματική εξάντληση, 27,2% αποπροσωποποίηση, 20.1% χαμηλή αίσθηση προσωπικής επιτυχίας. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των τμημάτων (μονάδες εντατικής θεραπείας και υπόλοιπων παιδιατρικών τμημάτων), ούτε μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η μόνη διαφορά που καταγράφεται είναι υψηλότερη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας (PA) στο προσωπικό εκτός μονάδων. Υψηλά ποσοστά PTSD και εξουθένωσης καταγράφονται μετά τον θάνατο ενός παιδιού ή μετά από συγκρούσεις με τους ασθενείς / γονείς ή τους συναδέλφους. Το ίδιο αποτέλεσμα παρατηρείται με τη συχνή επικέντρωση στο συναίσθημα (emotional-focused) ως τρόπο επίλυσης προβλημάτων και την μικρή χρήση των τεχνικών επίλυσης προβλήματος (problem-solving). Η πρώτη παράμετρος συσχετίστηκε με υψηλές τιμές αποπροσωποποίησης, συναισθηματικής εξάντλησης και PTSD και η δεύτερη με χαμηλά επίπεδα της αίσθηση προσωπικής επιτυχίας. Τα δημογραφικά στοιχεία, οι βάρδιες, οι ώρες εργασίας δεν συσχετίστηκαν με την επίπτωση της εξουθένωσης και του PTSD. Ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που συσχετίστηκε με το PTSD (αρνητική συσχέτιση) και την αίσθηση προσωπικής επιτυχίας είναι η ανθεκτικότητα (resilience).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

A/A	ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΚΡΙΤΗΡΙΑ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕΣΩ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
1	Meyer et al, 2015	longitudinal study	Να διερευνηθεί αν το CF σχετίζεται με την έκθεση στο στρες, με CS, BO	Σεπτέμβριος 2007 – Μάρτιος 2010-6 μήνες follow-up	251 παιδιατρικοί νοσηλευτές στην αρχή της ειδικότητας σε παιδιατρικό νοσοκομείο στο Λος Άντζελες	Life Events Checklist (LEC), ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, Mueller McCloskey Satisfaction Scale, (MMSS) Compassion Fatigue Self Test.	η έκθεση στο στρες σχετίζεται με ↓CS score, ↑BO score, CF μεσολαβεί μεταξύ των μεταβλητών αυτών
2	Berger et al, 2015	cross-sectional study	Να μετρηθεί η επίπτωση και η ένταση του CF στους παιδιατρικούς νοσηλευτές σε σχέση και με δημογραφικά στοιχεία	Μάρτιος 2014-2 εβδομάδες	239 παιδιατρικοί νοσηλευτές >18 ετών	The Professional Quality of Life Scale (ProQOL, V5), δημογραφικά στοιχεία	νοσηλευτές >40 ετών, 6-10 έτη υπηρεσίας σε χειρουργικά τμήματα είχαν μικρότερη CS- ↑BO, STS από τη φροντίδα παιδιών που πεθαίνουν βρέθηκε συσχέτιση με CF
3	Chen et al, 2018	cross-sectional study	Μέτρηση και συσχέτιση CF, CS και η σχέση τους με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας	Απρίλιος- Ιούλιος 2014	173 νοσηλεύτριες με προϋπηρεσία >3 μήνες σε παιδιατρικό νοσοκομείο στην Ταϊβάν.	κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, NEO personality inventory (NEO-PI-R), Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT)	μέτριο score CS και μικρό score CF. Παράγοντες κινδύνου CF: συναισθηματική αστάθεια, αγαμία. 5 χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συσχετίστηκαν θετικά με CS και 3 χαρακτηριστικά συσχετίστηκαν αρνητικά με CF
4	Kase et al, 2019	cross-sectional study	Να μετρηθεί CF, CS, BO μεταξύ	10 εβδομάδες	43 νοσηλευτές 102 γιατροί	The Compassion Fatigue and Satisfaction Self-Test	18% επίπτωση CF 12% επίπτωση BO 25% επίπτωση CS

			παιδιατρικών νοσηλευτών		5 άλλες ειδικότητες παιδιατρικά νοσοκομεία, ΗΠΑ αποστολή e-mail μέσω των αρχείων της Αμερικάνικης Ακαδημίας Παιδιάτρων	for Helpers, κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	συσχέτιση CF και BO, δεν βρέθηκαν διαφορές CF, BO, CS μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών
5	Walden et al, 2018	descriptive, correlational study	Μέτρηση της επίπτωσης CF και άγχους στους παιδιατρικούς νοσηλευτές.	Απρίλιος 2015	268 νοσηλεύτριες που εργάζονται απευθείας με παιδιά η έχουν την επίβλεψη στο παιδιατρικό νοσοκομείο του Arkansas	The Professional Quality of Life Scale (ProQOL, Social Readjustment Rating Scale (Life Stress Scale - SRRS),	49% :↑CS, μέτριο score BO, ↑STS, η εκπαίδευση σχετίστηκε με ↑BO, ↑STS. Το άγχος της ζωής συσχετίστηκε με ηλικία, προϋπηρεσία.
6	Günüşen et al, 2018	cross-sectional study	Μέτρηση STS, BO και η συσχέτιση μεταξύ τους.	-	106 νοσηλευτές > 6 μήνες προϋπηρεσία σε κλινικό τμήμα σε δημόσιο παιδιατρικό νοσοκομείο της δυτικής Τουρκίας στα εξής τμήματα: μονάδα εντατικής, χ/ο, ογκολογικό, επείγοντα, μονάδα εγκαυμάτων, νεογνών	Professional Quality of Life Scale, Maslach Burnout Inventory	40,6%: ↑STS, high risk νοσηλευτές >40 ετών, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ εκπαίδευσης, προϋπηρεσίας, τεχνικές διαχείρισης: υποστήριξη από συναδέλφους, θρησκεία
7	Kellogg et al, 2018	cross-sectional study	Μέτρηση STS στους παιδιατρικούς νοσηλευτές και η συσχέτισή του με ηλικία, προϋπηρεσία και τεχνικές	-	338 εξειδικευμένοι νοσηλευτές μέσω του αρχείου του Pediatric Nursing	Secondary Traumatic Stress Scale, Brief COPE, Marlowe-Crowne Social Desirability-Short Form και μια φόρμα δημογραφικών στοιχείων.	50%: ↑STS, ηλικία και προϋπηρεσία δεν συσχετίστηκαν με STS.

			διαχείρισης του στρες.		Certification Board.		
8	Roney et Acri, 2018	cross-sectional study	Μέτρηση CF, CS, ικανοποίηση από την εργασία και η συσχέτισή τους.	15 ημέρες, 1-15 Αυγούστου 2016	318 νοσηλευτές σε παιδιατρικά τμήματα από το αρχείο του Society of Pediatric Nurses, ΗΠΑ	Job Satisfaction Survey (JSS), Professional Quality of Life (ProQOL), ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων	η ικανοποίηση από την εργασία βρέθηκε υψηλότερη από άλλες έρευνες, οι γυναίκες ↑CS
9	Gerhart et al, 2019	cross-sectional study	Μετρήθηκε το PTSD μεταξύ παιδιατρικών ογκολογικών επαγγελματιών υγείας(γιατροί 84,6%, νοσηλευτές 6.8%, β.νοσηλευτών 4.7%	-	362 επαγγελματίες υγείας μέλη του COG (Children Oncology Group) 84% γιατροί, 12% νοσηλευτές	Κλίμακα PTSD Checklist-Civilian Version PCL-C, κλίμακα Posttraumatic Growth Inventory–Short-Form (PTGI-SF), δημογραφικά στοιχεία	επίπτωση PTSD 11%, μέτρια PTG, υψηλότερο PTSD οι νοσηλευτές, καλύτερο score PTG είχαν οι γυναίκες και οι θρησκευόμενοι, συσχέτιση PTSD και PTG
10	Rodríguez-Ray et al, 2019a	cross-sectional study	Να συγκριθούν SWL μεταξύ επαγγελματιών υγείας (εντατική-κλινικές), να εκτιμηθεί η σχέση BO PTSD και SWL, PTG	Μάιος-Αύγουστος 2015	57 γιατροί, 177 νοσηλευτές, 64 βοηθοί νοσηλευτών σε μονάδες εντατικής και 189 άτομα, προσωπικό υγείας σε παιδιατρικές κλινικές σε 9 νοσοκομεία στην Ισπανία	Maslach Burnout Inventory, Trauma Screening Questionnaire, Posttraumatic Growth Inventory, Satisfaction with Life Scale.	προσωπικό μονάδων: 50,6% ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ τμημάτων, πιο ικανοποιημένοι οι γιατροί, οι άνδρες
11	Rodríguez-Ray et al, 2019b	cross-sectional study	Να μετρηθούν BO, PTSD μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε παιδιατρικές εντατικές και κλινικά τμήματα-αν υπάρχει συσχέτιση με δημογραφικά	Μάιος-Αύγουστος 2015	57 γιατροί, 177 νοσηλευτές, 64 βοηθοί νοσηλευτών σε μονάδες εντατικής και 189 άτομα, προσωπικό υγείας σε παιδιατρικές κλινικές σε 9	Brief Resilience Scale, Coping Strategies Questionnaire for healthcare providers, Maslach Burnout Inventory, Trauma Screening Questionnaire	56% burn-out, 20% PTSD, δεν βρέθηκαν διαφορές BO, PTSD μεταξύ των κλινικών ούτε μεταξύ επαγγελματιών υγείας, υψηλότερα ποσοστά BO, PTSD μετά από θάνατο παιδιού ή

			στοιχεία, επαγγέλματα και τεχνικές διαχείρισης του στρες		νοσοκομεία στην Ισπανία		σύγκρουση με γονείς, 30% διακύμανση στο BO, PTSD με τη χρήση των τεχνικών διαχείρισης του στρες.
12	Nilan et al, 2019	cross-sectional study	Να μετρηθεί η επίπτωση του CF στο προσωπικό υγείας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών	1 – 15 Οκτωβρίου 2014	177 άτομα προσωπικό υγείας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε παιδιατρικό νοσοκομείο του Κάνσας	Professional Quality of Life instrument(ProQOL)	26% ↓CS score, 26%, ↑BO score, ↑STS score, 5% CF, το στρες συσχετίστηκε με BO, STS. BO και STS δεν σχετίστηκαν με δημογραφικά στοιχεία, λευκοί ↑CS
13	Hamama-Raz et al, 2020	cross-sectional study	Να διερευνηθεί η άμεση σύνδεση PTG και BO και ο ενδιάμεσος ρόλος του STS	Ιούνιος – Αύγουστος 2016	138 γυναίκες νοσηλεύτριες σε παιδιατρικό ιατρικό κέντρο στο Ισραήλ	Maslach Burnout Inventory, Posttraumatic Growth Inventory, The Professional Quality of Life Scale, Personal Meaning in Patient Care	Θετική συσχέτιση PTG και BO, αρνητική συσχέτιση PTG και STS, θετική συσχέτιση STS και BO, ρόλος μεσολάβησης το νόημα που δίνουν στην δουλειά (meaning in work), δεν βρέθηκαν διαφορές στα δημογραφικά στοιχεία



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετήθηκε η ποιότητα επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών και όσον αφορά παραμέτρους που έχουν αρνητική επιρροή σε αυτή (κόπωση από τη συμπόνοια, δευτερεύον τραυματικό άγχος, εξουθένωση) αλλά και παραμέτρους που προσδίδουν θετικά συναισθήματα όπως η ικανοποίηση από τη συμπόνοια, η ικανοποίηση από την εργασία και η μετατραυματική ανάπτυξη. Τα αποτελέσματα αφορούν την επίπτωση και τη συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών καθώς και την επίδραση διαφόρων παραγόντων στις μεταβλητές αυτές. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι είτε εσωτερικοί όπως ψυχολογικοί παράγοντες ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είτε εξωτερικοί όπως τα δημογραφικά στοιχεία και επαγγελματικοί παράγοντες.

### **Επίπτωση – συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών**

Η επίπτωση των παραμέτρων που δείχνουν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών σε αυτή την ανασκόπηση ήταν μέτρια προς υψηλή και κυμαίνονταν μεταξύ 20 -50% περίπου. Οι παράμετροι αυτοί είναι η κόπωση από τη συμπόνοια (CF), το δευτερεύον τραυματικό άγχος (STS), η εξουθένωση (BO), το σύνδρομο μετατραυματικού στρες (PTSD), η ικανοποίηση από την συμπόνοια (CS), και δευτερευόντως σε κάποιες έρευνες βρίσκουμε την ικανοποίηση από την εργασία (JS), το νόημα από την εργασία (meaning in work), την μετατραυματική ανάπτυξη (PTG) και την ικανοποίηση από τη ζωή (SWL). Οι τέσσερις τελευταίες παράμετροι οι οποίες προσδίδουν ένα θετικό νόημα στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής βρίσκονται συνήθως σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα σε αυτή την ανασκόπηση. Η κόπωση από τη συμπόνοια συνήθως μετριέται μέσα από τις παραμέτρους που την αποτελούν δηλαδή το STS, το BO και τη CS. Υψηλά ποσοστά STS και BO και χαμηλά ποσοστά CS συνιστούν υψηλή CF.

Τα ευρήματα των μελετών αυτής της ανασκόπησης είναι σαφώς χαμηλότερα σε σύγκριση με τα ευρήματα που έχουμε στο προσωπικό των ενηλίκων επειγόντων περιστατικών όπου το BO φθάνει μέχρι το 60% (Shanafelt et al, 2012) ή και το 89% σε μια έρευνα των Gorelick et al, (2016) στους γιατρούς παιδιατρικών επειγόντων. Σε αντίστοιχες έρευνες με νοσηλευτές που εργάζονταν με ενήλικες τα ποσοστά STS ήταν σαφώς πιο χαμηλά όπως στην έρευνα του Yoder (2010) όπου το ποσοστό ήταν 15.8% καθώς και στις έρευνες των Beck et Gable, (2012) και Quinal et al, (2009) όπου τα ποσοστά είναι κυμαίνονται μεταξύ 35-38%. Τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης

φαίνεται να συμφωνούν με τα ποσοστά CF σε επαγγελματίες υγείας σε παιδιατρικά τμήματα ανακουφιστικής φροντίδας που βρίσκονται μεταξύ 10 - 40% (Branch & Klinkenberg, 2015, Robins et al., 2009).

Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές αναμένεται να έχουν υψηλά επίπεδα CF λόγω της παρατεταμένης έκθεσής τους σε ασθενή παιδιά και στις οικογένειές τους. Τα σχετικά χαμηλά αποτελέσματα ενδεχομένως να οφείλονται στην κουλτούρα του νοσηλευτικού ιδρύματος που παρέχει υποστήριξη στους νοσηλευτές όπως βρέθηκε στην έρευνα των Chen et al, (2018) ή στην καλύτερη επικοινωνία με φίλους, οικογένεια και συναδέλφους (Kase et al, 2019). Το νοσοκομείο παρέιχε στο προσωπικό bonus παραγωγικότητας, διέθετε οργανωμένες κοινωνικές δραστηριότητες και σύντομες συναντήσεις με ιερείς και στελέχη του νοσοκομείου.

Στην έρευνα των Kase et al, (2019) βρέθηκε θετική συσχέτιση όπως ήταν φυσικό μεταξύ της κόπωσης από τη συμπόνοια (CF) και της εξουθένωσης (BO) και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπόνοια (CS) και της εξουθένωσης με της κόπωσης από τη συμπόνοια. Το PTSD συσχετίστηκε θετικά με την μετατραυματική ανάπτυξη (PTG) στην έρευνα των Gerhart et al, (2019). Παρόλο που βρέθηκε ότι το PTG και η εξουθένωση (BO) δεν συνδέονται μεταξύ τους στην έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019a) ωστόσο στην έρευνα των Hamama-Raz et al, (2020) βρέθηκε ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο αυτών μεγεθών με το δευτερεύον τραυματικό άγχος (STS) να παίζει διαμεσολαβητικό ρόλο (mediate). Αυτό σημαίνει ότι αν το PTG μειώνεται τότε αυξάνεται και το STS και στη συνέχεια αυξάνεται και το BO. Τον ίδιο ρυθμιστικό ρόλο έχει και το νόημα από την εργασία που φαίνεται να διαμεσολαβεί μεταξύ PTG και BO. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ PTG και νοήματος από την εργασία τα οποία όταν αυξάνονται μειώνεται το BO.

Η θετική συσχέτιση μεταξύ STS και BO στους παιδιατρικούς νοσηλευτές που βρέθηκε στην έρευνα των Hamama-Raz et al, (2020) έχει επιβεβαιωθεί και με άλλες έρευνες (Choi et al, 2017). Η έρευνα των Kellogg et al, (2018) δείχνει επίσης την ισχυρή θετική συσχέτιση που προκύπτει μεταξύ STS και BO και συγκεκριμένα αποτελεί προγνωστικό δείκτη για την συναισθηματική εξάντληση (EE) και την αποπροσωποποίηση (DP) που αποτελούν υπομνήματα του BO. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την έρευνα των Czaja et al (2012) και των Ray et al, (2013).

Μια πιθανή εξήγηση για το φαινόμενο αυτό μπορεί να αντληθεί από την θεωρία του Hobfoll (1989) The COR Theory. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία όταν οι επαγγελματίες υγείας είναι συνεχώς εκτεθειμένοι στον πόνο και την οδύνη των ασθενών τους που είναι μικρά παιδιά, μειώνονται πολύ οι εσωτερικές και οι εξωτερικές πηγές άντλησης δύναμης για τη διαχείριση αυτών των δύσκολων περιστάσεων. Έτσι, με το πέρασμα του χρόνου μεγεθύνεται η επίδραση αυτών των ερεθισμάτων και οι παιδιατρικοί νοσηλευτές αναπτύσσουν χρόνιο άγχος. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές που θεωρούν ότι η εργασία τους είναι ουσιαστική διατηρούν στενές σχέσεις με τους ασθενείς αλλά και τους γονείς τους και αντλούν ικανοποίηση. Έτσι μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα ο άγχος που βιώνουν χωρίς να μειώνεται η ποιότητα της φροντίδας. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των Tei et al, (2015) για τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι διατηρώντας μια αίσθηση υψηλότερου νοήματος για την εργασία τους μπορεί να αντιλαμβάνονται τις δύσκολες κλινικές καταστάσεις ως ικανοποιητικές κι όχι ως επιβαρυντικές.

Η έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019a) έδειξε ότι το PTG και το BO δεν συνδέονται. Αντίθετα το PTG και το PTSD συσχετίζονται αρνητικά. Οι Helgeson et al, (2006), εξηγούν ότι η θετική και η αρνητική επίδραση ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να συνυπάρχει στο ίδιο άτομο. Το άτομο που έχει υποστεί ένα τραυματικό γεγονός αρχίζει να βιώνει αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον κόσμο, όπως είναι οι επίμονες και παρεισφύουσες σκέψεις και μέσα από αυτή τη διαδικασία έχει την ευκαιρία να προσαρμοστεί και σε δεύτερο χρόνο να ωριμάσει και να εξελιχθεί. Έτσι, μέσω του PTG, εξισορροπούνται οι αρνητικές συνέπειες (PTSD) και αυξάνεται η ικανοποίηση από τη ζωή (SWL) (Helgeson et al, 2006). Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι η εξουθένωση (BO) και το PTSD μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση από τη ζωή (SWL) και όχι μόνο την εργασιακή απόδοση όπως αναφέρουν οι μέχρι τώρα έρευνες (Shanafelt et al, 2003).

Αυτά τα ευρήματα είναι σύμφωνα με την έρευνα των Malhotra et Chebiyan's (2016), οι οποίοι βρήκαν ότι το PTG έχει πολύ ισχυρή επίδραση στη ζωή των ατόμων ακόμη και χρόνια μετά την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος. Αυτό συμβαίνει γιατί αναπτύσσονται οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης του άγχους. Όσον αφορά την αρνητική συσχέτιση μεταξύ PTG και BO αυτή μπορεί να εξηγηθεί με τη θεωρία Action-Focused Growth Model των Hobfoll et al, (2007). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το PTG μπορεί να είναι πολύ χρήσιμο γιατί μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην

ανάπτυξη συναισθημάτων ασφάλειας και ικανότητας ελέγχου των καταστάσεων στην προσωπική και κοινωνική ζωή. Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές που έχουν την ικανότητα να αναπτυχθούν μέσα από τις προκλήσεις της εργασίας τους, μπορούν ενδεχομένως να αλλάξουν την οπτική τους για τις σχέσεις τους με τους άλλους και να επαναπροσδιορίσουν την αξία του επαγγέλματός τους. Με αυτόν τον τρόπο βελτιώνονται οι τεχνικές διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων και μειώνεται η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη αίσθηση προσωπικής επιτυχίας.

Η έρευνα των Hamama-Raz et al, (2020) δείχνει επίσης τον σπουδαίο ρόλο που παίζει το PTG ως εσωτερικός ψυχολογικός μηχανισμός για την ρύθμιση των συμπτωμάτων του εργασιακού άγχους όπως είναι τα συμπτώματα της εξουθένωσης και του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους. Το ίδιο ισχύει και για το εύρημα του διαμεσολαβητικού ρόλου του νοήματος από την εργασία (meaning in work) μεταξύ STS και BO, το οποίο είναι σύμφωνο με παλαιότερες έρευνες (Tei et al, 2015). Σύμφωνα με αυτό όσο αυξάνει το νόημα από την εργασία τόσο μειώνεται η εξουθένωση και το δευτερεύον τραυματικό άγχος. Σύμφωνα με τους Malloy et al, (2015), το νόημα από την εργασία ενισχύεται μέσα από τις καλές σχέσεις με τους συναδέλφους, την παροχή φροντίδας με ενσυναίσθηση και συμπόνοια, την προσωπική ταύτιση με το επάγγελμα και τη κατάλληλη εκπαίδευση.

Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν την σημαντικότητα των παρεμβάσεων σε επίπεδο οργανισμού για την ανάπτυξη του PTG και του νοήματος από την εργασία στους παιδιατρικούς νοσηλευτές, ώστε να ενδυναμωθούν στον κλινικό τους ρόλο.

### **Παράγοντες που επιδρούν στις παραμέτρους της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.**

**Δημογραφικοί παράγοντες:** Φαίνεται ότι στις περισσότερες έρευνες αυτής της ανασκόπησης τα δημογραφικά στοιχεία δεν συσχετίστηκαν με τις παραμέτρους της ποιότητας επαγγελματικής ζωής (Kellogg et al, 2018, Walden et al, 2018, Rodriguez-Ray et al, 2019b, Nilan et al, 2019). Ωστόσο σε κάποιες έρευνες βρέθηκαν συσχετίσεις με την ηλικία όπως στην έρευνα των Günüşen et al, (2018) όπου η ηλικία συσχετίστηκε με υψηλά ποσοστά STS: οι νοσηλευτές άνω των 40 ετών βρέθηκαν με μεγαλύτερα ποσοστά. Αντίθετα οι Czaja et al (2012) βρήκαν ότι οι νεότεροι νοσηλευτές ήταν πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη STS. Ίσως οι πιο έμπειροι νοσηλευτές να βρίσκουν τρόπους

να προσαρμόζονται ή να επιλύουν τις εσωτερικές τους συγκρούσεις ή να βρίσκουν δουλειά σε διαφορετικό οργανισμό ή να αλλάζουν επάγγελμα. Επίσης, βρέθηκε οι λευκοί να βιώνουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία (CS) το οποίο βρέθηκε και στην έρευνα των Berger et al, (2015). Αυτό το εύρημα δείχνει πως το πολιτισμικό περιβάλλον του κάθε λαού επηρεάζει τον τρόπο της παροχής φροντίδας στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Χρειάζεται ενδεχομένως περισσότερη έρευνα για να διευκρινιστεί ποιες είναι οι διαφορές στους μηχανισμούς διαχείρισης του στρες σε κάθε πολιτισμική ομάδα. Στην ίδια έρευνα οι νοσηλευτές με ηλικία μεταξύ 18 και 39 είχαν χαμηλότερα επίπεδα CS και υψηλότερα επίπεδα STS και BO. Οι Καυκάσιοι βρέθηκαν με υψηλότερα επίπεδα CS.

Στην έρευνα των Roney et al, (2018), βρέθηκε σημαντική συσχέτιση του φύλου με την ικανοποίηση από τη συμπίνοια (CS): οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε αυτή τη μέτρηση. Ωστόσο οι έρευνες σε αυτή την ανασκόπηση δεν επιβεβαιώνουν αυτό το εύρημα (Walden et al, 2018, Rodriguez-Ray et al, 2019b, Nilan et al, 2019) ενώ άλλες έρευνες που έχουν δημοσιευθεί περιέχουν αντιφατικά αποτελέσματα (Mooney et al., 2017, Sacco et al., 2015).

**Επαγγελματικοί παράγοντες:** Στις έρευνες αυτής της ανασκόπησης δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται το είδος της βάρδιας, οι ώρες εργασίας, η θέση στην υπηρεσία. Στην έρευνα των Walden et al, (2018) βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δηλαδή οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου σπουδών να βιώνουν υψηλότερο BO και STS. Παρόλα αυτά σε άλλες έρευνες αυτής της ανασκόπησης δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των δεικτών εργασιακού άγχους και του επιπέδου εκπαίδευσης (Günüşen et al 2018, Berger et al, 2015) ούτε από την έρευνα των Branch et Klinkenberg (2015) όπου δεν βρέθηκε σημαντική επίδραση των STS, BO και CS στο επίπεδο εκπαίδευσης.

Στην έρευνα των Nilan et al, (2019) η εξουθένωση συσχετίστηκε με την προϋπηρεσία, με το προσωπικό που εργάζεται πάνω από 15 χρόνια να έχει χαμηλότερο BO από τους νεότερους συναδέλφους. Στην έρευνα των Berger et al (2015), η προϋπηρεσία 6-10 χρόνια συσχετίστηκε με χαμηλότερο CS. Έχει βρεθεί ότι οι έμπειροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τη γνώση και την εμπειρία που έχουν αποκομίσει για να κάνουν ενδοσκόπηση και να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις προκλήσεις στη δουλειά τους (Zander et al, 2013). Ενδεχομένως, να έχουν αναπτύξει μηχανισμούς διαχείρισης

του άγχους που τους επιτρέπουν να εργάζονται ακόμη στο χώρο αυτό, να έχουν αλλάξει επάγγελμα ή να είναι κατάλληλοι για το χώρο λόγω χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Nilan et al, 2019). Ίσως, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη υποστήριξη των νέων νοσηλευτών που πρωτοδιορίζονται με προγράμματα εκπαίδευσης και συμβουλευτικής.

Στην έρευνα των Meyer et al, (2015) το άγχος κατά τη διάρκεια της βάρδιας από δύσκολα περιστατικά στη διάρκεια της εβδομάδας που προηγήθηκε επίσης συσχετίστηκε με το BO και με το STS. Το άγχος από την εργασία το οποίο είναι παρόν σε ποσοστό 89% επηρεάζει σημαντικά το BO, την JS και την CF. Στην έρευνα των Kase et al, (2019), βρέθηκε ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του CF, του BO και της CS το άγχος που προέρχεται από δύσκολες κλινικές καταστάσεις όπου διακυβεύεται η ζωή ενός παιδιού. Ενδιαφέρον επίσης είναι το εύρημα ότι αυτοί που κατηγοριοποιήθηκαν ως χαμηλού κινδύνου για την ανάπτυξη CF είχαν χαμηλό προσωπικό άγχος κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, πράγμα που δείχνει την αρνητική επίδραση του άγχους στην ανάπτυξη CF. Αυτό είναι σύμφωνο με την έρευνα των Meadors et Lamson, (2008) όπου βρέθηκε ότι το άγχος είναι προγνωστικός δείκτης του CF. Αυτό το εύρημα αφορά τους οργανισμούς και τις διοικήσεις των νοσοκομείων που πρέπει να επενδύσουν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων που μειώνουν το άγχος στους παιδιατρικούς νοσηλευτές, στην εκπαίδευση, σε τεχνικές διαλογισμού κτλ. Αντίθετα στην έρευνα του Gerhart et al, (2019) δεν βρέθηκε συσχέτιση με τον αριθμό των θανάτων στις βάρδιες της εβδομάδας που προηγήθηκε. Ίσως να σχετίζεται με τον τρόπο που αντιδρά κανείς δηλαδή στους προσωπικούς μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους. Σίγουρα χρειάζεται εκτενής διερεύνηση των παραγόντων που τροποποιούν και δίνουν πρόγνωση στην ανάπτυξη του PTSD και των άλλων παραμέτρων εργασιακού άγχους στους παιδιατρικούς νοσηλευτές.

Στην έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019a) ο πιο ισχυρός δείκτης πρόγνωσης της ικανοποίησης από τη ζωή (SWL) βρέθηκε να είναι το έντονο άγχος και δευτερευόντως η μετατραυματική ανάπτυξη (PTG), ενώ δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ μονάδων εντατικής θεραπείας και άλλων παιδιατρικών τμημάτων. Το ίδιο ισχύει και για τα επίπεδα εξουθένωσης (BO) και PTSD σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που δείχνουν την ευαλωτότητα των νοσηλευτών στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Mealer et al, 2007). Το περιβάλλον των ΜΕΘ φαίνεται να είναι επιβαρυνμένο αφού μεγάλο ποσοστό του δείγματος έχει βιώσει τον θάνατο ασθενή του μέσα στην εβδομάδα που

προηγήθηκε. Με βάση το εύρημα αυτό θα πρέπει να αναζητηθεί η επίδραση κι άλλων παραγόντων που φαίνεται να εξισώνουν τους παιδιατρικούς νοσηλευτές των μονάδων και των υπόλοιπων τμημάτων. Τέτοιοι παράγοντες θα μπορούσαν να είναι χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, μηχανισμοί διαχείρισης του άγχους, η εξοικείωση των μηχανισμών αντίδρασης.

Επιπλέον, στην ίδια έρευνα δεν βρέθηκε διαφορά στην εξουθένωση και το σύνδρομο μετατραυματικού στρες (PTSD) μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Το ίδιο εύρημα υποστηρίζει και η έρευνα των Nilan et al, (2019) σε σχέση με την κόπωση από τη συμπόνοια (CF). Βέβαια υπάρχουν έρευνες προγενέστερες που βρήκαν μεγαλύτερο BO στους νοσηλευτές (Frade-Mera et al, 2009). Φαίνεται ότι το προσωπικό όλων των ειδικοτήτων στις παιδιατρικές μονάδες κινδυνεύει το ίδιο να αναπτύξει BO και PTSD.

Όσον αφορά τις διαφορές μεταξύ των κλινικών τμημάτων, στην έρευνα των Walden et al, (2018) όπως και στην έρευνα των Potter et al, (2010) δεν βρέθηκε καμία διαφορά ως προς την επίπτωση της κόπωσης από τη συμπόνοια. Στην έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019b) παρόλο που δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των τμημάτων σε παραμέτρους όπως η εξουθένωση, το PTSD, και το PTG, ωστόσο μεγάλο ποσοστό του προσωπικού στη ΜΕΘ ήθελε να αλλάξει τμήμα (26.6%). Αυτό το εύρημα ίσως να εξηγείται από την μεγαλύτερη έκθεση σε ασθενείς που πεθαίνουν, από τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους και από τον μεγαλύτερο αριθμό νυχτερινών βαρδιών που επωμίζονται οι νοσηλευτές στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Walden et al, 2018). Στην έρευνα των Berger et al, (2015), βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε χειρουργικά και ψυχιατρικά τμήματα είχαν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από τη συμπόνοια (CS) και υψηλότερο STS. Οι νοσηλευτές σε ογκολογικά τμήματα και μαιευτικά είχαν υψηλότερο CS. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τα ευρήματα των Sekol et Kim (2014) και μπορεί να οφείλεται στον τύπο ασθενών που νοσηλεύονται, στο χαρακτήρα των νοσηλευτών (που επηρεάζει την επιλογή του τμήματος), στο φόρτο εργασίας, στην κουλτούρα του τμήματος καθώς και στη διαθέσιμη υποστήριξη από τη διοίκηση.

Ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον έχει δειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα του εργασιακού άγχους παρέχοντας υποστήριξη στους νοσηλευτές (Christian, 2013). Επιπλέον, στην έρευνα των Kase et al, (2019) τα χαμηλά ποσοστά BO και CF μπορεί

να οφείλονται στην καλή σχέση με συναδέλφους (η κοινωνική απομόνωση βρέθηκε προγνωστικός παράγοντας BO) και στην επικοινωνία με συγγενείς, φίλους, συντρόφους η οποία αναφέρθηκε σε υψηλά ποσοστά. Σε αυτή την έρευνα φαίνεται η σημαντικότητα της επικοινωνίας και του μοιράσματος δύσκολων συναισθημάτων πάνω στην οποία θα πρέπει να χτιστεί η εφαρμογή επαγγελματικών προγραμμάτων αντιμετώπισης των παραμέτρων του εργασιακού άγχους. Το ίδιο εύρημα για τη σημαντικότητα της επικοινωνίας με τους συναδέλφους βρίσκουμε και στην έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019b) όπου φάνηκε να επηρεάζει αρνητικά την επίπτωση του BO και PTSD.

Παρόλο που υπάρχουν πολλές διαφορές στα χαρακτηριστικά των ασθενών που είναι οι δέκτες της φροντίδας μεταξύ των παιδιατρικών τμημάτων φαίνεται ότι οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται επαρκώς στην παροχή φροντίδας ακόμη και σε επιβαρυσμένα παιδιατρικά τμήματα. Από την άλλη η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη εξουθένωσης αφού παρέχουν φροντίδα σε παιδιά σοβαρά τραυματισμένα, κακοποιημένα ή με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Θα πρέπει να γίνει μεγαλύτερη ερευνητική προσπάθεια για να διευκρινιστεί το ερώτημα ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κόπωση από τη συμπόνοια στους παιδιατρικούς νοσηλευτές ώστε κάποιοι να αναπτύσσουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπόνοια ενώ άλλοι να αναπτύσσουν κόπωση και εξουθένωση.

**Ψυχολογικοί παράγοντες – Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας:** Στην έρευνα των Kellogg et al, (2018) το STS συσχετίστηκε αρνητικά με την επιθυμία να είναι κανείς κοινωνικά αποδεκτός (social desirability). Μάλλον οι νοσηλευτές δεν θέλουν να είναι εμφανή στους άλλους τα συμπτώματα άγχους. Επιπλέον, το STS συσχετίστηκε θετικά με την συναισθηματική υποστήριξη δηλαδή ήταν θετικός προγνωστικός παράγοντας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα του Berger et al, (2015) αλλά και με τους Von Rueden et al. (2010) που υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική υποστήριξη είναι ένας μηχανισμός διαχείρισης του άγχους της εργασίας. Ωστόσο φαίνεται η μεγάλη ανάγκη για υποστήριξη από τον οργανισμό ή τη διοίκηση για τη μείωση του STS και όχι μόνο η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους. Προγράμματα διαχείρισης του άγχους ή ομάδες συζήτησης με συναδέλφους για δύσκολα περιστατικά είναι παρεμβάσεις που μπορεί να βοηθούσαν ((Rivera-Chiauszi, Lee, et Goffman, 2016).



Ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για το STS αποτελούν στην έρευνα των Kellogg et al, (2018) οι δυσλειτουργικοί μηχανισμοί διαχείρισης του άγχους δηλαδή η άρνηση (denial) και η συμπεριφορική αποστασιοποίηση (behavioral disengagement). Αυτοί οι μηχανισμοί δεν επιλύουν τα προβλήματα αλλά τα απωθούν και οδηγούν σταδιακά σε περισσότερες παραισφύουσες σκέψεις και προβληματικές συμπεριφορές όπως είναι ο τζόγος και η κατάχρηση αλκοόλ (Carver et Connor-Smith, 2010). Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να δείχθει ποιοι είναι οι υγιείς μηχανισμοί αντιμετώπισης του άγχους στους παιδιατρικούς νοσηλευτές. Με βάση τους Von Rueden et al, (2010) αποτελεσματικοί μηχανισμοί ανακούφισης από το άγχος για τους νοσηλευτές που εργάζονται με τραυματισμένους ασθενείς είναι τα χόμπι, η άσκηση, τα ταξίδια, η θρησκεία και τα υποστηρικτικά συστήματα.

Η έρευνα των Chen et al, (2018), η συσχέτιση του CF και του CS με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως η ευαρέσκεια, η εξωστρέφεια, η ευσυνειδησία και η συναισθηματική σταθερότητα είναι συμβατή με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών όπου συσχετίστηκαν με τον δείκτη ικανοποίηση από την εργασία (job satisfaction - Chang et al, 2010). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συσχετίστηκαν αρνητικά με το CF όπως η συναισθηματική σταθερότητα έχουν συσχετιστεί αρνητικά και με την εξουθένωση σε προηγούμενες μελέτες (Alarcon et al., 2009). Το χαρακτηριστικό της έλλειψης συντρόφου και η μικρότερη κοινωνική υποστήριξη δεν έχει βρεθεί σε παλαιότερες έρευνες να σχετίζεται με ευαλωτότητα την ανάπτυξη CF.

Στην έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019b) βρέθηκε σαφής συσχέτιση μεταξύ των μηχανισμών διαχείρισης του άγχους που είναι επικεντρωμένοι στο συναίσθημα (emotion-focused) και στους μηχανισμούς που επικεντρώνονται στην επίλυση προβλημάτων (problem-solving) με το BO και το PTSD. Συγκεκριμένα, η επικέντρωση στην ενεργή επίλυση προβλημάτων οδηγεί στην καλύτερη αντιμετώπιση των δυσκολιών στη δουλειά και στην μάθηση μέσω της εμπειρίας. Συνδέθηκε συνεπώς με μικρότερα ποσοστά εργασιακού άγχους. Ενώ αντίθετα οι μηχανισμοί που επικεντρώνονται στο συναίσθημα οδηγούν σε παθητική αντιμετώπιση των καταστάσεων μέσω της άρνησης και του μηρκασμού, οι οποίες τελικά χρονίζουν (Colville et al, 2014).

Στην έρευνα των Walden et al, (2018) οι νοσηλευτές που επιδεικνύουν υψηλό CS και χαμηλό STS και BO είναι αυτοί που αναπτύσσουν το χαρακτηριστικό της

ανθεκτικότητας (resilience) ως μέρος της προσωπικότητάς τους. Στην έρευνα των Walden et al, (2018) αντιπροσωπεύουν το 49% του δείγματος και χαρακτηρίζονται από την ικανότητα να αντλούν ικανοποίηση από την εργασία και τις δυσκολίες της και να μην νοιώθουν φόβο ή να τραυματίζονται ψυχικά μπροστά στις προκλήσεις της δουλειάς τους (Stamm, 2010). Στην έρευνα των Rodriguez-Ray et al, (2019b) η ανθεκτικότητα βρέθηκε να έχει αρνητική συσχέτιση με το ΒΟ και το PTSD. Ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας περιλαμβάνει την ικανότητα να αντέχει και να προσαρμόζεται κανείς σε δύσκολες καταστάσεις και να υιοθετεί μια αισιόδοξη ματιά στη ζωή ώστε όχι μόνο να επιβιώνει αλλά και να εξελίσσεται (Zander et al., 2010). Οι Wei and Taormina (2014) αναγνωρίζουν τέσσερα συστατικά στοιχεία της ανθεκτικότητας: την ύπαρξη ξεκάθαρου σκοπού, την ενδυνάμωση δηλαδή την προσωπική δύναμη να αντέχει κανείς τις αντιξοότητες, την προσαρμοστικότητα και τέλος την ικανότητα ανάρρωσης και επιστροφής στην πρότερη κατάσταση. Η ανθεκτικότητα έχειδειχθεί ότι συνδέεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, καλύτερη υγεία και αποτελεσματικούς μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους (Hart et al, 2014). Συνδέεται στενά με την προϋπηρεσία αφού μέσω αυτής αποκτά κανείς κριτική ικανότητα, αναγνωρίζει τους περιορισμούς της προσωπικότητάς του και τις διαθέσιμες πηγές άντλησης δύναμης (οικογένεια, φίλοι, συνάδελφοι, διοίκηση). Η εκπαίδευση στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας επιτρέπει στους νοσηλευτές να επαναπροσδιορίσουν το νόημα της εργασίας τους και να αυξήσουν τα επίπεδα της ικανοποίησης από τη συμπίνοια.

### **Περιορισμοί της μελέτης**

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς λόγω του τρόπου οργάνωσής της. Αρχικά, οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα και ήταν μόνο 13, οπότε δεν μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευτούν για τους παιδιατρικούς νοσηλευτές ανά τον κόσμο. Σε αυτό συνηγορεί και το γεγονός ότι οι νοσηλευτές έχουν διαφορετική εκπαίδευση σε κάθε χώρα αλλά και το ότι οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν δεν είχαν ομοιογενή πληθυσμό παιδιατρικών νοσηλευτών. Αυτό σημαίνει ότι σε κάποιες έρευνες οι νοσηλευτές ήταν στην αρχή της ειδικότητας, σε άλλες δεν είχαν ειδικότητα παρόλο που εργάζονταν σε παιδιατρικά τμήματα και σε άλλες οι νοσηλευτές κατέληξαν σε αυτό το επάγγελμα μετά από αλλαγή καριέρας. Πρόκειται δηλαδή για έναν πληθυσμό αρκετά ανομοιογενή για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα λαμβάνοντας επιπρόσθετα υπόψη ότι υπήρχαν έρευνες όπου

στον υπό μελέτη πληθυσμό περιλαμβάνονταν και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, μαίες κτλ.

Επιπλέον, τα εργαλεία μέτρησης των παραμέτρων του εργασιακού άγχους παρουσιάζουν επίσης ετερογένεια εφόσον υπάρχουν παραπάνω από μία κλίμακες αξιολόγησης. Επομένως η ερμηνεία, η σύγκριση μεταξύ τους και η εφαρμογή στην κλινική πράξη παρουσιάζει προβλήματα, όπως και η σύγκριση μεταξύ των ερευνών. Συνεπώς, είναι απαραίτητο να συνεχιστούν οι έρευνες για τους παιδιατρικούς νοσηλευτές με τον υπό μελέτη πληθυσμό να είναι αμιγώς νοσηλευτικό με παρόμοια κριτήρια ένταξης για να μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευτούν και να εφαρμοστούν σωστά. Με τον τρόπο αυτό ίσως είναι πιο ξεκάθαροι και οι παράγοντες κινδύνου που επιδρούν στην ανάπτυξη του εργασιακού άγχους, οι οποίοι αφορούν περισσότερο τους οργανισμούς υγείας και αποτελούν τον βασικότερο άξονα πρόληψης του φαινομένου. Επίσης σημαντικό είναι να μελετηθούν επαρκώς οι παρεμβάσεις για τη μείωση της κόπωσης από τη συμπόνοια και της εξουθένωσης χρησιμοποιώντας ομοιογενείς νοσηλευτικές ομάδες καθώς και ομάδες ελέγχου για την εξασφάλιση της διεξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα αυτής της συστηματικής ανασκόπησης έδειξαν ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές εμφανίζουν μέτρια προς υψηλά ποσοστά σε όλες τις παραμέτρους που επηρεάζουν την επαγγελματική ζωή και σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Η συνεχής και έντονη επαφή με μικρά παιδιά που βιώνουν μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή ένα σοβαρό και επίπονο τραυματισμό βρέθηκε να αυξάνει τα επίπεδα άγχους του νοσηλευτικού προσωπικού και να οδηγεί σε συμπτώματα κόπωσης και συναισθηματικής αποστασιοποίησης ιδίως στους νεότερους σε ηλικία νοσηλευτές με μικρή διάρκεια προϋπηρεσίας. Οι πιο έμπειροι νοσηλευτές βρέθηκε να αναπτύσσουν το χαρακτηριστικό της ανθεκτικότητας που τους επιτρέπει να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά δύσκολες επαγγελματικές προκλήσεις.

Τα αποτελέσματα από τη βιβλιογραφία παρουσιάζουν σαφώς μια απόκλιση μεταξύ τους όσον αφορά την επίπτωση και τους παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους. Αυτό οφείλεται στις διαφορετικές κλίμακες μέτρησης των παραμέτρων, στις διαφορές μεταξύ των δειγμάτων στους επαγγελματίες υγείας αλλά και στην συμμετοχή χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που εμπλέκονται στην εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους ή ικανοποίησης στην εργασία.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην πρόληψη των φαινομένων που μελετήθηκαν σε αυτή την ανασκόπηση και αυτό αφορά περισσότερο τα εκπαιδευτικά ιδρύματα και τους οργανισμούς των νοσοκομείων με την εφαρμογή μέτρων που θα αντιμετωπίσουν μια δυσμενή κατάσταση. Η βασική αλλά και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποδείχθηκε να παίζει ενεργό ρόλο στη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων με την παροχή εξειδικευμένων γνώσεων. Οι οργανισμοί είναι απαραίτητο να είναι σε επαγρύπνηση με την εφαρμογή προγραμμάτων συμβουλευτικής, ομάδων συζήτησης μεταξύ των συναδέλφων, κατάλληλων εγκαταστάσεων για ξεκούραση αλλά και ευκαιριών για κοινωνικοποίηση. Η επικοινωνία μεταξύ διοίκησης και προσωπικού θα πρέπει να διατηρείται ανοιχτή και η κουλτούρα των τμημάτων χρειάζεται να προωθεί την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την ομαδικότητα και την ενίσχυση-επιβράβευση του προσωπικού. Με τον τρόπο αυτό θα διατηρηθεί η παροχή υπηρεσιών σε υψηλά επίπεδα.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Τα αποτελέσματα των ερευνών για τη διερεύνηση των παραγόντων του εργασιακού άγχους στους παιδιατρικούς νοσηλευτές αφορούν και τους άλλους επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρές ή τελικού σταδίου απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Οι υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητο να έχουν υπόψη τους ότι παρότι οι νοσηλευτές έχουν υψηλό κίνητρο να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα για τους ασθενείς αυτούς είναι ευάλωτοι στην επίδραση των αρνητικών αποτελεσμάτων του άγχους τόσο στη σωματική όσο και την ψυχολογική τους υγεία.

Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση των παραμέτρων αυτών να είναι η διατήρηση ανοιχτών των διαύλων επικοινωνίας μεταξύ της διοίκησης και των εργαζόμενων αλλά και μεταξύ των συναδέλφων για την παροχή της κατάλληλης υποστήριξης. Είναι απαραίτητο οι συνάδελφοι μεταξύ τους να μοιράζονται τις εμπειρίες και τις απόψεις τους σχετικά με δύσκολα περιστατικά που βιώνουν στο χώρο εργασίας και να έχουν τις «κεραίες» τους ανοιχτές όταν κάποιος συνάδελφός τους εμφανίζει συμπτώματα ψυχολογικής κόπωσης και άγχους. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να αισθάνονται αρκετά δυνατοί ώστε να δώσουν την κατάλληλη υποστήριξη. Όταν και οι ίδιοι δεν είναι κατάλληλοι για να βοηθήσουν, η ενημέρωση των προϊστάμενων και των διευθυντών των εκάστοτε κλινικών μονάδων είναι το επόμενο βήμα ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια και η ευεξία των επαγγελματιών υγείας και συνεπώς και των ασθενών και των ευρύτερων υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες υγείας που συνδέονται με υψηλά ποσοστά εξουθένωσης και δευτερεύοντος τραυματικού άγχους στο προσωπικό τους όπως είναι αντιληπτό δεν μπορούν να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Η υποστήριξη των νοσηλευτών ξεκινά με την κατάλληλη εκπαίδευση για τα συμπτώματα και τους μηχανισμούς διαχείρισης του άγχους στο χώρο εργασίας. Στο πλαίσιο αυτό διδάσκονται και τεχνικές αυτό-φροντίδας στις οποίες περιλαμβάνονται (Mealer et al, 2014):

- προγράμματα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (resilience)
- συνεδρίες ψυχοθεραπείας ή υποστήριξης ανάλογα με το ιστορικό υγείας
- προγράμματα δημιουργικής γραφής
- τεχνικές mindfulness για τη μείωση του άγχους μέσα από το διαλογισμό

- προγράμματα αεροβικής άσκησης

Έχουν αναπτυχθεί διάφοροι οργανισμοί που ασχολούνται με την προώθηση της ευεξίας και της ευζωίας για τους νοσηλευτές όπως είναι το American Nurses Credentialing Center μέσα από το πρόγραμμα Pathways to Excellence® and Magnet Recognition Program (<http://www.nursecredentialing.org>) και το American Association of Critical Care με το πρόγραμμα Nurses Healthy Work Environments Initiative (<http://www.aacn.org>) (Berger et al, 2015). Επίσης, το American Nurses Association Healthy Nurse Initiative, the American Critical Care Nurses Association's Healthy Work Environment Standards και το Emergency Nurses Association's Topic Brief and Compassion Fatigue (Walden et al, 2018).

Γίνεται αντιληπτό από τις έρευνες ότι η ειδικότητα της παιδιατρικής νοσηλευτικής είναι από μόνη της επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη όλων των παραμέτρων εργασιακού άγχους, ενώ οι σχέσεις εμπιστοσύνης με τους συναδέλφους συμβάλλουν στην ανάπτυξη ικανοποίησης από τη συμπίνοια και γενικότερα ικανοποίησης από την εργασία τα οποία θα πρέπει να αξιολογούνται περιοδικά από τις υπηρεσίες υγείας. Τα νοσοκομεία καλούνται να υιοθετήσουν στρατηγικές διευκόλυνσης και υποστήριξης των εργαζομένων αλλά και αξιολόγησης της ψυχολογικής και σωματικής τους κατάστασης (Roney et al, 2018).

## Περίληψη

**Εισαγωγή.** Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένοι στο εργασιακό άγχος λόγω της συχνής και παρατεταμένης επαφής τους με παιδιά που αντιμετωπίζουν επίπονες και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες.

**Σκοπός.** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των παιδιατρικών νοσηλευτών και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή.

**Υλικό-μέθοδος.** Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε διεθνείς βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus) από τον Ιανουάριο-Μαΐο του 2021. Κριτήρια επιλογής που τέθηκαν ήταν οι μελέτες να είναι πρωτογενείς, δημοσιευμένες στην Αγγλική γλώσσα μετά το 2015, να αφορά παιδιατρικούς νοσηλευτές σαν σύνολο ή ένα μεγάλο μέρος του δείγματος, να είναι δημοσιευμένες και η θεματολογία τους να είναι απολύτως σχετική με το σκοπό της ανασκόπησης. Μετά την αναζήτηση προέκυψαν 313 άρθρα και από αυτά μετά από αξιολόγηση μόνο 13 πληρούσαν τα κριτήρια για ένταξη στη συστηματική ανασκόπηση.

**Αποτελέσματα.** Τα αποτελέσματα των μελετών έδειξαν ότι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές παρουσιάζουν μέτρια ποσοστά κόπωσης από τη συμπόνοια και εξουθένωσης, 20–50%, και υψηλή ικανοποίηση από τη συμπόνοια. Σε κάποιες μελέτες βρέθηκε θετική συσχέτιση της ικανοποίησης από την συμπόνοια με το γυναικείο φύλο, με την ηλικία <40 ετών και αρνητική συσχέτιση του δευτερεύοντος τραυματικού άγχους με το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι έμπειροι παιδιατρικοί νοσηλευτές φαίνεται να αναπτύσσουν μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες και έχουν αποκτήσει ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Επίσης, το επαγγελματικό άγχος συσχετίστηκε θετικά με την κόπωση από τη συμπόνοια και το δευτερεύον τραυματικό άγχος. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών, μεταξύ διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης, ενώ μεταξύ διαφορετικών παιδιατρικών τμημάτων τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά. Η υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο και τον οργανισμό βρέθηκε αποτελεσματική στη βελτίωση του στρες και της ικανοποίησης.

**Συμπεράσματα.** Με βάση τα αποτελέσματα της ανασκόπησης είναι απαραίτητο οι οργανισμοί και οι διοικήσεις των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για την ενίσχυση της ικανοποίησης και της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των

παιδιατρικών νοσηλευτών με την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης, ομάδων υποστήριξης στην εργασία και ατομικών προγραμμάτων αυτο-φροντίδας προκειμένου να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν δύσκολες και αγχωτικές καταστάσεις στην εργασία.

**Λέξεις κλειδιά:** compassion fatigue, compassion satisfaction, secondary traumatic stress, burnout, pediatric nurse

## **Abstract**

**Introduction.** Pediatric nurses are very vulnerable to occupational stress due to their constant and intense contact with children that are suffering from diseases threatening to their lives and are experiencing pain psychologically and/or physically.

**Aim.** The purpose of this systematic review is to investigate the quality of professional life of pediatric nurses and factors that influence and contribute to higher occupational stress.

**Material-methods.** This is a systematic review that was conducted by searching articles in international bibliographic databases (Medline, PubMed, Scopus) for the period January - May 2021. Selection criteria set were the studies to be primary, published in English after 2015, to concern pediatric nurses as a whole or a large part of the sample, to be published and their subject matter to be completely relevant to the aim of the review. There were 313 articles that were identified and after scientific evaluation only 13 met the criteria for inclusion in the systematic review.

**Results.** The results of this systematic review show that pediatric nurses have moderate percentage of compassion fatigue and burnout, 20-50%, and high percentage of compassion satisfaction. Some studies have found a positive correlation between female compassion satisfaction and age <40 years and a negative correlation between secondary traumatic stress and education level. Pediatric nurses with many years of experience have developed coping mechanisms to manage symptoms of stress and have acquired resilience as a personality trait. Moreover, occupational stress as well as current stress was associated with compassion fatigue and secondary traumatic stress. No differences were found between nurses and doctors, between different levels of education, while between different pediatric departments the results were contradictory.



Social and organizational support was found to be effective in reducing stress parameters and increase satisfaction.

**Conclusions.** The results of this systematic review have many implications for clinical use. Healthcare organizations, and nursing management, should develop education and mindfulness programs, support teams as well as personal programs of self-care in order to help nurses to cope with difficult and stressful situations at work.

**Keywords:** compassion fatigue, compassion satisfaction, secondary traumatic stress, burnout, pediatric nurse

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Altilio T, Dahlin C, Tucker R, Remke SS, Weissman DE., 2020. Strategies for Maximizing the Health/Function of Palliative Care Teams: A Resource Monograph for the Center to Advance Palliative Care. New York, NY: Center to Advance Palliative Care. Available online at: <https://www.capc.org/documents/98/> (accessed on February 18, 2020).

American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 2006. Position statements.

American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. (2000). Palliative care for children. *Pediatrics*, 106, 351

American Psychiatric Association, 1980. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author. American

Anewalt, P., 2009. Fired up or burned out? Understanding the importance of professional boundaries in home health care hospice. *Home Healthcare Nurse*, 27(10), 591–597.

Aycock, N., Boyle, D., 2009. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin. J. Oncol. Nurs.* 13 (2), 183–191.

Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A., 2009. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work Stress* 23(3), 244–263.

Barnard D, Street A, Love AW., 2006. Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs* 29(4):338–45.

Barnsteiner H, Walton K., 2005. Milk depots, yarn trusses, and pediatric nurses. *Urol Nurs.*, 25(3):160–1

Beck, C. T., et Gable, R. K., 2012. A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 747–760.

Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H., 2015. Compassion fatigue in pediatric nurses. *J Pediatr Nurs.* 30(6):e11-17.

- Blegen, M. A., et Mueller, C. W., 1987. Nurses' job satisfaction: A longitudinal analysis. *Research in Nursing & Health*, 10, 227–237.
- Berset, M., Semmer, N. K., Elfering, A., Jacobshagen, N., & Meier, L. L., 2011. Does stress at work make you gain weight? A two-year longitudinal study. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 37, 45–53 [2011 Jan]
- Boyle, D., & Anderson, W. G., 2015. Enhancing communication skills of critical care nurses: Focus on prognosis and goals of care decision-making. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 22(12), 543–549.
- Branch C et Klinkenberg D., 2015. Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *Am J Matern Child Nurs*. 40: 160–166.
- Bresesti I, Folgori L, Bartolo PD., 2020. Interventions to reduce occupational stress and burn out within neonatal intensive care units: a systematic review. *Occup Environ Med*, 0:1–5.
- Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B., & Figley, C., 2004. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27–35.
- Byock I., 1997. *Dying Well: Peace and Possibilities at the End of Life*. New York, NY: The Berkley Publishing Group.
- Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Taku R, Vishnevsky T, Triplett K, Danhauer S. 2010. A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety Stress Coping*. 23(2):127-137.
- Carter, P. A., & Mikan, S. Q, 2013. Sleep disturbance, chronic stress, and depression in hospice nurses: Testing the feasibility of an intervention. *Oncology Nursing Forum*, 40(5), E368–E373.
- 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, 92–100.
- Carver, C., et Connor-Smith, J., 2010. Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704.

Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Feist K, Guichon JR, Page S, Mitchel I, Doig CJ., 2019. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis.

Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, Garcí'a I, Cañadas GR, de la Fuente EI., 2015. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies* 52(1): 240–9.

Chang, Y. H., Li, H.-H., Wu, C. M., & Wang, P. C., 2010. The influence of personality traits on nurses' job satisfaction in Taiwan. *International Nursing Review* , 57, 478–484.

Choi, H., Park, J., Park, M., Park, B., & Kim, Y., 2017. Relationship between job stress and compassion satisfaction, compassion fatigue, burnout for nurses in children's hospital. *Child Health Nursing Research*, 23(4), 459–469.

Christian, B. J., 2013. The essence of paediatric nursing: Translating evidence to improve paediatric nursing care for children, their parents and families. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 193–195.

Chen Y, Tsai Y.M, Lu J.M, Lin L.M., Lu C.H Wang K.W., 2018. The influence of personality traits and socio-demographic characteristics on paediatric nurses' compassion satisfaction and fatigue. *J Adv Nurs*. 74:1180–1188.

Czaja, A. S., Moss, M., & Mealer, M., 2012. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 357-365.

Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C., 2014. A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86.

Clarke, P. N., Watson, J., & Brewer, B., 2016. From theory to practice: Caring science according to Watson and Brewer. *Nursing Science Quarterly*, 22(4), 339–345

Coetzee, S. K., et Klopper, H. C. 2010. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 235-243.

Colville G, Dalia C, Brierley J, Abbas K, Morgan H, Perkins-Porras L., 2014. Burnout and traumatic stress in staff working in paediatric intensive care: associations with resilience and coping strategies. *Intensive Care Med*, 41:364e5.

Crowne, D. P., & Marlowe, D. 1960. Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354.

Davies, B., Brenner, P., Orloff, S., Sumner, L., & Worden, W., 2002. Addressing spirituality in pediatric hospice and palliative care. *Journal of Palliative Care*, 18(1), 59-67.

Doka K, editor. 2002. *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Champaign, IL: Research Press

Figley, C. R., 1993. Compassion stress and the family therapist. *Family Therapy News*, 3, 1–8.

Figley, C. R. 1995. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel.

Figley, C. R., 1999. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (2nd ed., pp. 3–28). Baltimore, MD: Sidran Press

Figley, C.R., & Stamm, B.H., 1996. Psychometric Review of Compassion fatigue Self Test <http://www.isu.edu/bhstamm/pdf/figleystamm.pdf>. In B.H. Stamm (Ed), *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press. <http://www.sidran.org/catalog/stms.html>.

Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D, 2013. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*, 11:412–20.

Foster, T. L., LaFond, D. A., Reggio, C., & Hinds, P. S., 2010. Pediatric palliative care in childhood cancer nursing: From diagnosis to cure or end-of-life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26, 205.

Frade-Mera MJ, Vinagre-Gaspar R, Zaragoza-García I, Vinas-Sánchez S, Antúnez-Melero E, 2009. Burnout syndrome in different intensive care units Síndrome de

burnout en distintas unidades de cuidados intensivos]. *Enferm Intensiva* 2009;20:131e40

Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon W, Moradzadeh D, Goodman E, McConkie M., 1996. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med.*,3:1156–1164.

Gerhart J, deBettencourt, McLean K, Kent P, 2019. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in a national sample of pediatric oncology professionals. *Psycho-Oncology*. 28:1770–1773.

Geller G, Bernhardt B, Carrese J, Rushton C., and Kolodner K. 2008. What do clinicians derive from partnering with their patients? A reliable and valid measure of "personal meaning in patient care" *Patient Educ Couns.*, Aug;72(2):293-300.

Günüşen N, 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*, Vol.29(2)146–154,

Gorelick MH, Schremmer R, Ruch-Ross H, 2016. Current workforce characteristics and burnout in pediatric emergency medicine. *Acad Emerg Med.*, 1:48–54.

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

Grauerholz K, Fredenburg M, Jones P, Jenkins K. 2020. Fostering Vicarious Resilience for Perinatal Palliative Care Professionals, *Frontiers in Pediatrics*, Volume 8, article 572933

Griffin C, Oman K.S, Ziniel SI, Kight S, Jacobs-Lowry S, Givens P., 2021 Increasing the capacity to provide compassionate care by expanding knowledge of caring science practices at a pediatric hospital *Arch of Psych Nurs*, 35;34-41,

Hall SL, Cross J, Selix NW, Patterson C, Segre L, Chuffo-Siewert R, 2015. Recommendations for enhancing psychosocial support of NICU parents through staff education and support. *J Perinatol.*, 35:S29–36.

Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Roziner, I., Perry, S., & Stemmer, S. M., 2019. Can posttraumatic growth after breast cancer promote positive coping? A cross-lagged study. *Psycho-oncology*, 28(4), 767–774.

Hamama-Raz, Y., Hamama L, Pat-Horenczyk R, Stokar Y, Zilberstein T, Bron-Harlev E., 2020. Posttraumatic growth and burnout in pediatric nurses: The mediating role of secondary traumatization and the moderating role of meaning in work. *Stress and Health.*, 1–12.

Harris C, Griffin MT., 2015. Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *J Christ Nurs*, 32:80–7.

Hamer, M., Endrighi, R., Venuraju, S. M., Lahiri, A., & Steptoe, A., 2012. Cortisol responses to mental stress and the progression of coronary artery calcification in healthy men and women. *PloS one*, 7, e31356.

Hart, P., Brannan, J., & Chesnay, M. 2014. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22, 720–734.

Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL, 2006. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol*, 74:797–816

Hobfoll, S. E., 2011. Conservation of resource caravans and engaged settings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 116–122..

Hobfoll SE., 1989. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3):513.

Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A., 2007. Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to 10 - HAMAMA-RAZ ET AL.doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56, 345–366.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E., 2010. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.

Integrative Medicine Program, Department of Family Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health. *Mindfulness in Medicine*. 2012.

Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept Analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(4), 388-395. doi:10.1097/CNQ.0b013e318268fe09.

- Jonas-Simpson C, Pilkington FB, MacDonald C, McMahon E. Nurses' experiences of grieving when there is a perinatal death. *Sage Open*. (2013) 3. doi: 10.1177/2158244013486116
- Jones GAL, Collville G.A., Radmanabhan P, Woodfall K, Heward W, Morrison R, Savage A, Fraser J, Griksaitis MJ, Inwald DP., 2019. Psychological impact of working in paediatric intensive care. A UK-wide prevalence study. *Arch Dis Child*, 0:1–6.
- Joinson, C., 1992. Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116–122.
- Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, 2016. Prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care clinicians in the U.S. *J Pain Symptom Manage.*, 51:690–6.
- Kase S, Waldman E, Weintraub A, .2019. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States.. *Palliat Support Care*, Jun;17(3):269-275.
- Korzeniewska-Eksterowicz A, Przysło Ł, Grzelewski T, 2010. Job satisfaction among health professionals of Home Hospice for Children of Lodz Region. *Advances in Palliative Medicine* 9(3), 67–72
- Kellogg, M. B., McCune, N., & Barker, M., 2014. The lived experience of pediatric burn nurses following patient death. *Pediatric Nursing*, 40(6), 297–301.
- Kellogg, M. B., Knight M, Dowling J, Crawford S., 2018. Secondary Traumatic Stress in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing* 43 (2018) 97–103
- Konturek, P., Brzozowski, T., & Konturek, S., 2011. Stress and the gut: Pathophysiology, clinical consequences, diagnostic approach and treatment options. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 62, 591–599.
- Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, Parshuram CS. 2017. Moral distress in PICU and neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation. *Pediatr Crit Care Med.*, 18(8):e318–e26.
- Lee, Y., & Seomun, G., 2016. Development and validation of an instrument to measure nurses' compassion competence. *Applied Nursing Research*, 30, 76–82.



- Leiter MP, Maslach C., 2009. Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J Nurs Manag.*, 17(3):331– 339.
- Liben S, Papadatou D, and Wolfe J. 2008. Paediatric palliative care: Challenges and emerging ideas. *The Lancet* 371(9615), 852–864.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J., 2008. Mindfulness in medicine. *JAMA.* 300(11):1350-1352.
- Malhotra, M., & Chebiban, S., 2016. Posttraumatic growth: Positive changes following adversity - an overview. *International Journal of Behavioral Sciences*, 6(3), 109–118.
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C., 2017. The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256–270.
- Maslach, C. 1982. *Burnout—The cost of caring.* 1984. Englewood Cliffs, NJ: Spectrum. Maslach, C., & Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 7(2), 189–212.
- Maslach, C., & Jackson, S. E., 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99–113
- Malloy D., Fahey-McCarthy, E., Murakami, M., Lee, Y., Choi, E., Hirose, E., & Hadjistavropoulos, T., 2015. Finding meaning in the work of nursing: An international study. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3), 7.
- Martela F, Pessi A., 2018. Significant work is about Self-Realization and Broader Purpose: Defining the key dimensions of meaningful work. *Frontiers in Psychology*, V9, 363
- Meyer, R. M. L., Li, A., Klaristenfeld, J., & Gold, J. I., 2015. Pediatric novice nurses: Examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 174-183.
- Morgan D., 2009. Caring for Dying Children. Assessing the Needs of the Pediatric Palliative Care Nurse, *Pediatric Nursing/March-April* ,Vol. 35/No. 2
- Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B., 2017. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with

considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158–163.

Mealer ML, Shelton A, Berg B, 2007. Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med*, 175:693–697

Meadors, P., & Lamson, A., 2008. Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 35, 303–311.

Mueller, C. W., & McCloskey, J. C., 1990. Nurses' job satisfaction: A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113.

Neuman, B., 1980. The Betty Neuman Health-Care Systems Model: A total person approach to patient problems. In J.P. Riehl & C. Roy (Eds.), *Conceptual models for nursing practice* (pp. 119–134). New York, NY: Appleton-Century-Crofts.

Nilan L, Patel L, Moffatt M, Linebarger J, Sherman A, Randell K., 2019. Compassion Fatigue in Pediatric Emergency Department Staff. *Pediatric Emergency Care*, V35, 11, 777–781

Norberg, A. L., & Boman, K. K., 2007. Parents' perceptions of support when a child has cancer. *Cancer Nursing*, 30(4), 294–301.

Okoli CT, Sarret S, Otachi JK, Higgins JT, Laurence J, Lykins A, Bryant E., 2020. A cross-sectional examination of factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue across healthcare workers in an academic medical centre. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 476–487

O'Mahony S, Gerhart JJ, Grosse J, Abrams I, Levy MM., 2016. Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training: prevalence and vulnerability. *Palliat Med*. 30(2): 189-192.

Osofsky, J. D., Putnam, F. W., & Lederman, C. S., 2008. How to maintain emotional health when working with trauma. *Juvenile and Family Court Journal*, 59, 91–102.

Paediatric Nursing Associations of Europe PNAE, 2005. Position statement on the regulation of paediatric nurses in Europe Position statement on the Regulation of Paediatric Nurses in Europe. (See <http://www2.rcn.org.uk/cyp>).

Pearlman LA, Saakvitne KW., 1995. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In: Figley C, editor. *Compassion fatigue: secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, p. 150–77.

Perez GK, Haime V, Jackson V, Chittenden E, Mehta DH, Park ER., 2015. Promoting resiliency among palliative care clinicians: stressors, coping strategies, and training needs. *J Palliat Med.*, 18:332–7.

Peters E. 2018. *Compassion Fatigue in Nursing*, *Nurs Forum*. 53:466–480.

Potter, P, Deshields, T., Divanbeigi, J. Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S., 2010. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56-E62.

Pradas-Hernandez L, Ariza T, Gomez-Urquiza JL, Albendin-Garcia L, De la Fuente EI, Canadas-De la Fuente GA., 2018. Prevalence of burnout in paediatric nurses: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 13(4): e0195039

Psychiatric Association., 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author

Quint JC, 1966. Awareness of death and the nurse's composure, *Nurs Res*. Winter 15(1):49-55.

Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. 2009. Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing*, 32(4), E1–E7.

Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K., 2013. Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19, 255-267.

Rivera-Chiauzzi, E., Lee, C., & Goffman, D., 2016. Debriefing after adverse outcomes. *Contemporary OB/GYN*, 61(2), 24–32.

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, 270-279.

Rodríguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Perez E, Alvarez E, Coca A, et al., 2019a. Are pediatric critical personnel satisfied with their lives? prediction of satisfaction with life from burnout, posttraumatic stress, and posttraumatic growth, and comparison with noncritical pediatric staff. *Pediatr Crit Care Med*, 20:e160–9.

Rodríguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Perez E, Alvarez E, Coca A, et al. 2019b. Burnout and posttraumatic stress in paediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian Critical Care* 32, 46e53,

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.

Rourke M.T, 2007. Compassion Fatigue in Pediatric Palliative Care Providers, *Pediatr Clin N Am*, 54 631–644

Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L., 2015. Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical CareNurse*, 35(4),32 –44.

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, 115–124

Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back A., 2002. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 136:358–367

Sheppard, K., 2015. Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 28, 57-59.

Shader, K., Broome, M. E., Broome, C. D., West, M. E., & Nash, M, 2001. Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 31, 210–216.

Shanafelt T, Adjei A, Meyskens FL. 2003. When your favorite patient relapses: physician grief and well-being in the practice of oncology. *J Clin Oncol*, 21(13):2616–9.

- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye L, Sotile D, West C, Sloan J, Oreskovich M. 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 172:1377–1385.
- Shields, L. 2015. What is “family-centred care”? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139-144. ).
- Shiri, S., Wexler, I. D., Schwartz, I., Kadari, M., & Kreitler, S., 2010. The association between reality-based beliefs and indirectly experienced traumatization. *International Journal of Psychology*, 45(6), 469–476.
- Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E. et al. 2015. What comes first, job burnout or secondary traumatic stress? Findings from two longitudinal studies from the U.S. and Poland. *PLoS ONE*, 10, e0136730.
- Singer LT, Salvator A, Guo S, Collin M, Lilien L, Baley J. 1999. Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birthweight infant. *JAMA.* 281:799–805.
- Slatten, L. A., David Carson, K., & Carson, P., 2011. Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager*, 30(4), 325-333.
- Stamm BH, 2002. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In *Treating compassion fatigue*. Figley CR (ed.), pp. 107–119. New York: Routledge
- Stamm, B. H., 2010. *The concise ProQOL manual*. Pocatello, ID: ProQOL org.
- Sterling, Y. M., 2013. Pediatric nurses as advocates. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(3), 309–310.
- Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K. & Hamilton, R., 2017. An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, 00:0, 1–7
- Sullivan C, King A, Holdiness J, Durrell J, Roberts K, Spencer C, Roberts J, Ogg S, Moreland M, Browne E, Cartwright C, McLaughlin Crabtree V, Baker J, Brown M, Sykes A, Mandrell B,. 2019. Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses, *ONCOLOGY NURSING FORUM*, VOL. 46, NO. 3,

- Taylor, M., 2006. Mapping the literature of pediatric nursing. *Journal of the Medical Library Association* 94(2), 128-136.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G., 1996. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A., 2007. Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*, 56(3), 396–406.
- Tei, S., Becker, C., Sugihara, G., Kawada, R., Fujino, J., Sozu, T, Murai T, Takahashi, H., 2015. Sense of meaning in work and risk of burnout among medical professionals. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(2), 123–124.
- Todaro-Franceschi, V., 2013. *Compassion fatigue and burnout in nursing*. New York, NY: Springer.
- Tourangeau, A. E., Hall, L. M., Doran, D. M., & Petch, T., 2006. Measurement of nurse job satisfaction using the McCloskey/Mueller Satisfaction Scale. *Nursing Research*, 55, 128–136.
- Vachon, M.L., 2006. The experience of the nurse in end of life care in the 21st century. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2nd ed., pp. 1011–1029). New York: Oxford University Press.
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J.R., 2007. An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research*, 152, 293–297.
- Von Rueden, K., Hinderer, K., McQuillan, K., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., & Friedmann, E., 2010. Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *Journal of Trauma Nursing*, 17(4), 191–200.
- Wagaman, M. A., Geiger, J. M., Shockley, C. & Segal, E. A., 2015. The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 60, 201–209

- Walker EA, Newman E, Dobie DJ, Ciechanowski P, Katon W. 2002, Validation of the PTSD checklist in an HMO sample of women. *Gen Hosp Psychiatry*, 24(6):375-380.
- Watson, J., 2005. *Caring science as sacred science*. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company
- Watson, J., 2008. *The philosophy and science of caring (revised ed.)*. Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Walden M. Adams G, Annesley-Dewinter E, Bai S, Belknap N, Eichenlaub A, Green A., 2018. The Emotional Cost of Caring for Others, One Pediatric Hospital" s Journey to Reduce Compassion Fatigue, *JONA*, Volume 48, Number 11, pp 545-552.
- Weathers FW, Litz BT, Huska J. 1994. *PCL-C for DSM-IV*. Boston, MA: National Center for PTSD–Behavioral Science Division
- World Health Organization., 2019. Burn-out an “occupational phenomenon”: *International Classification of Diseases*.
- Wei, W., & Taormina, R. J., 2014. A new multidimensional measure of personal resilience and its use: Chinese nurse resilience, organizational socialization and career success. *Nursing Inquiry*, 21, 346–357
- Wylde C.M, Mahrer N.E, Meyer N.E, Gold J.I., 2017. Mindfulness for Novice Pediatric Nurses: Smartphone Application Versus Traditional Intervention, *Journal of Pediatric Nursing* 36, 205–212
- Yoder, E. A., 2010. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197. doi:10.1016/j.apnr.2008.09.003
- Yu H, Jiang A, Shen J., 2016. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 57 28–38
- Zalta, A. K., Gerhart, J., Hall, B. J., Rajan, K. B., Vechiu, C., Canetti, D., & Hobfoll, S. E., 2017. Self-reported posttraumatic growth predicts greater subsequent posttraumatic stress amidst war and terrorism. *Anxiety, Stress, and Coping*, 30(2), 176–187.

Zhang Y, Zhang C, Han X.R, Wang Y., 2018. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing A correlative meta-analysis *Medicine*, 97:26(e11086

Zander, M., Hutton, A., & King, L., 2010. Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27, 94–108

Zander M, Hutton A, King L., 2013. Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. *Collegian.*, 20(1):17-25