



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΣΤΡΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΔΟΣΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ»**

**ΑΔΑΜΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΥΜΟΡΦΙΑ ΚΟΥΚΙΑ  
ΣΥΝ-ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΑΔΔΑ**

**ΠΑΤΡΑ  
ΙΟΥΝΙΟΣ, 2024**

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

## ***Ευχαριστίες***

*Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Ευμορφία Κούκια. Η προσπάθεια αυτή δεν θα μπορούσε να επιτευχθεί χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση της, την αμέριστη υπομονή της και την υποστήριξη της σε κάθε στάδιο της εργασίας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω το Σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα πρόληψης και προαγωγής υπηρεσιών υγείας “ΙΚΕΛΟΣ” που μου επέτρεψε να πραγματοποιήσω την έρευνα μου, καθώς και όλους τους συμμετέχοντες που με την εμπιστοσύνη και την προθυμία τους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της έρευνας αυτής. Τέλος, ευχαριστώ την οικογένεια μου για την αγάπη και την στήριξη που μου έδειξαν κατά τη διάρκεια όλης αυτής της διαδικασίας.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διερεύνηση του δευτερογενούς στρες στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα περίπλοκο και ποικίλο εγχείρημα, που περιλαμβάνει μια σειρά από στοιχεία που εκτείνονται από τα χαρακτηριστικά της εργασίας έως τους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Σκοπός αυτού του ερευνητικού έργου ήταν να αξιολογήσει τον αντίκτυπο που έχει το δευτερογενές στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις που έχει στη διοίκηση. Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και του δευτερογενούς στρες ήταν οι επιμέρους στόχοι αυτής της εργασίας. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική, συγχρονική μελέτη. Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις της παρούσας έρευνας, ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της υγείας. Το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε συνολικά 70 άτομα στη σύνθεσή του. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL) χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος για την αξιολόγηση του δευτερογενούς στρες. Ως αποτέλεσμα της έρευνας, ανακαλύφθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν ένα μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, ένα μέτριο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία και, τελικά, ένα μέτριο επίπεδο δευτερογενούς στρες.

**Λέξεις κλειδιά:** επαγγελματίες υγείας, δευτερογενές στρες, διοίκηση, εξουθένωση, εργασιακή ικανοποίηση

## ABSTRACT

Investigating secondary stress in health care workers is a complex and varied undertaking, involving a range of elements ranging from job characteristics to coping mechanisms. The purpose of this research project was to assess the impact secondary stress has on the performance of healthcare professionals, as well as its potential implications for management. The investigation of burnout, job satisfaction and secondary stress were the sub-objectives of this paper. To achieve the above objective, a descriptive, cross-sectional study was carried out. In order to meet the requirements of the present research, the study population consisted of professionals working in the health sector. The research sample included a total of 50 people in its composition. Regarding the questionnaire used, the Occupational Quality of Life Scale (ProQOL) was used as a method to assess secondary stress. As a result of the research, it was discovered that healthcare professionals experience a moderate level of burnout, a moderate level of job satisfaction, and finally, a moderate level of secondary stress.

**Key words:** health professionals, secondary stress, management, burnout, job satisfaction

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.1 Συσχέτιση δευτερογενούς στρες και επαγγελματιών υγείας.....	9
1.2 Χαρακτηριστικά φόρτου εργασίας.....	11
1.3 Ικανοποίηση των εργαζομένων με τη δουλειά τους.....	12
1.4 Μετατραυματική ανάπτυξη.....	13
1.5 VPTG .....	13
1.6 Η φύση της σχέσης μεταξύ τραύματος και ανάπτυξης .....	13
1.7 Συσχετίσεις μεταξύ VPTG και STS.....	14
1.8 Τρόποι αντιμετώπισης του δευτερογενούς τραυματικού στρες σε ατομικό επίπεδο.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο : ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ.....	18
2.1 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οργάνωση και το επακόλουθο τραυματικό στρες.....	18
2.2 Η οργανωτική κουλτούρα και η οργανωτική δομή.....	19
2.3 Οργανωσιακή κουλτούρα και δευτερογενές στρες.....	21
2.4 Η καθιέρωση κοινωνικής υποστήριξης εντός του χώρου εργασίας .....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
3.1 Σκοπός της μελέτης.....	25
3.2 Επιμέρους στόχοι – ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα .....	25
3.3 Υλικό και μέθοδοι .....	27
3.3.1 Δείγμα Έρευνας .....	27
3.3.2 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων.....	27
3.3.3 Εργαλεία έρευνας .....	27
3.4 Ηθική και δεοντολογία.....	28
3.5 Στατιστική ανάλυση.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	30
4.1 Χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος .....	30
4.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ProQoL .....	33
4.3 Διερεύνηση ύπαρξης κανονικής κατανομής υποκλιμάκων ερωτηματολογίου ProQoL .....	39
4.4 Διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ProQoL.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	47

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος που προκύπτει από τη βοήθεια άλλων ανθρώπων που περνούν δύσκολες στιγμές ή που έχουν τραυματιστεί αναφέρεται ως δευτερογενές τραυματικό στρες (STS), όπως δηλώνεται από τον Figley (1999, σελ. 10). Το STS χαρακτηρίζεται από τα ίδια συμπτώματα τραύματος που παρουσιάζονται μετά από άμεση έκθεση σε τραύμα (Figley, 1999). Το STS σχετίζεται με συμπεριφορές και συναισθήματα και εκδηλώνεται ως αυτά τα συμπτώματα και συμπεριφορές. Το STS δεν αναγνωρίστηκε επίσημα μέχρι την πέμπτη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Πριν από αυτό, είχε γίνει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας (Bride et al., 2004). Οι ομάδες συμπτωμάτων DSM-IV (APA, 1994) με επαναλαμβανόμενες σκέψεις, αποφυγή και διέγερση χρησίμευσαν ως βάση για το σύστημα ταξινόμησης STS (Greinacher et al., 2019).

Τα συμπτώματα STS εμφανίζονται συχνά μετά από επανειλημμένη έμμεση έκθεση ή σε ακραίες περιπτώσεις έμμεσης έκθεσης. Και οι δύο τύποι έκθεσης είναι ευρέως διαδεδομένοι στη φροντίδα του τμήματος επειγόντων περιστατικών, όπως φαίνεται παρακάτω. Ως εκ τούτου, μετά την αντιμετώπιση του STS, αντιμετωπίζονται οι επιπτώσεις τέτοιου τραύματος στους επαγγελματίες του τμήματος έκτακτης ανάγκης. Τα συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματισμού μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην προσωπική ζωή ενός ατόμου καθώς και στην επαγγελματική του ζωή (Greinacher et al., 2019).

Μερικές από αυτές τις επιπτώσεις περιλαμβάνουν συναισθηματική εξάντληση, προβλήματα ύπνου και κατεστραμμένες διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Οι Setti, Lourel & Argentero (2016) βρήκαν ότι οι πρώτοι που ανταποκρίνονται, όπως οι αστυνομικοί, οι πυροσβέστες και οι εργαζόμενοι στα ασθενοφόρα, συχνά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων που σχετίζονται με το STS και τον αρνητικό αντίκτυπο που έχουν αυτά τα επίπεδα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τους δημογραφικούς παράγοντες καθώς και με τα επαγγέλματα. Για παράδειγμα, ένας αριθμός μελετών έχει δείξει ότι παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και η έγγαμη κατάσταση συνδέονται με επίπεδα σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών (Greinacher et al., 2019). Επιπλέον, όπως συζητήθηκε από τους Hoffman & Shrira (2017), το επίπεδο των συμπτωμάτων του

παρελθόντος τραύματος που έχει ένα άτομο μετά από άμεση έκθεση μπορεί επίσης να έχει επίδραση στο επίπεδο STS του. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο βιώσει τραύμα ως αποτέλεσμα της άμεσης εμπλοκής σε αυτοκινητιστικό ατύχημα ενώ βρίσκεται σε διακοπές, αυτό μπορεί να έχει επίδραση στο επίπεδο STS του από τραύμα που σχετίζεται με την εργασία.

Παρόλο που τα άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα που παρέχουν βοήθεια, έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν μέτρα για τον μετριασμό των αρνητικών επιπτώσεων της απασχόλησης που σχετίζεται με το τραύμα στη ζωή τους, οι οργανισμοί και η διοίκηση διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο από αυτή την άποψη. Στην πραγματικότητα, οι εργασιακοί χώροι έχουν ηθική υποχρέωση να καθιερώσουν οργανωτικές κουλτούρες που να ενημερώνονται για τα τραύματα και να προστατεύουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων τους. Είναι πιθανό ότι αυτού του είδους οι πρωτοβουλίες θα βοηθήσουν στην προώθηση της αποστολής του οργανισμού βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται εντός του οργανισμού.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο : ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

## 1.1 Συσχέτιση δευτερογενούς στρες και επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, γιατροί και παραϊατρικοί, που έχουν άμεση επαφή με ασθενείς και θεραπεύουν άτομα που υποφέρουν από διάφορες ασθένειες ή τραυματισμούς που προκύπτουν από ατυχήματα, μπορεί να εμφανίσουν δυσμενείς επιπτώσεις λόγω έκθεσης σε τραύμα (Greinacher et al., 2019; Ogińska-Bulik & Juczyński, 2020). Σύμφωνα με τον Beck (2011), το STS θεωρείται παράγοντας επαγγελματικού κινδύνου μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η έρευνα που διεξήχθη σε αυτό το πεδίο υποστηρίζει τη σημαντική πιθανότητα εμφάνισης STS στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα.

Η έρευνα που διεξήχθη σε παραϊατρικό προσωπικό, που αποτελείται κυρίως από γιατρούς, σε 10 νοσοκομεία σε μια συγκεκριμένη πολιτεία στις ΗΠΑ αποκαλύπτει ότι περίπου το 13% πληροί τα κριτήρια για το STS και σχεδόν το 34% εμφανίζει τουλάχιστον ένα σύμπτωμα από καθένα από τις τρεις κατηγορίες STS, δηλαδή η εισβολή, η διέγερση και η αποφυγή (Roden-Foreman et al., 2017). Μια έρευνα που αναφέρεται από τους Nimmo & Huggard (2013) αποκαλύπτει ότι περισσότεροι από τους μισούς (54%) από τους γιατρούς που ερωτήθηκαν πληρούσαν τα κριτήρια για κόπωση συμπίονας ή STS. Ωστόσο, άλλες έρευνες των συγγραφέων δείχνουν ότι οι γιατροί παρουσίασαν χαμηλό επίπεδο STS. Η μελέτη που διεξήχθη από τους Argentero & Setti (2011) εντόπισε επίσης συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ του προσωπικού των ιατρικών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης (EMS).

Μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονταν σε αίθουσες έκτακτης ανάγκης στη Σκωτία αποκάλυψε ότι το 75% από αυτούς εμφάνισαν τουλάχιστον ένα σύμπτωμα που περιλαμβάνεται στο φάσμα STS (Morrison & Joy, 2016). Με βάση την έρευνα των Duffy, Avalos & Dowling (2015), το 64% των Ιρλανδών νοσηλευτών που εργάζονταν σε επείγουσα ιατρική περίθαλψη πληρούσαν το κριτήριο STS. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών επειγόντων περιστατικών στην Ιορδανία, συγκεκριμένα το 52,3%, ανέφερε ότι βιώνει υψηλό ή σοβαρό επίπεδο δευτερογενούς τραυματικού στρες (Ratroun & Hamdan-Mansour, 2020). Τα αποτελέσματα της μελέτης αποκαλύπτουν σημαντική πιθανότητα δευτερογενούς τραυματισμού σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα, καθώς το 86% των συμμετεχόντων νοσηλευτών είχαν μέτριο ή υψηλό επίπεδο STS (Hooper et al., 2010). Πρόσθετες έρευνες δείχνουν υψηλό επιπολασμό συμπτωμάτων STS μεταξύ νοσηλευτών που

ειδικεύονται στην ογκολογία και την εντατική φροντίδα (Jang, Kim & Kim, 2016; Salimi et al., 2020). Οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήματα παρηγορητικής φροντίδας και καρκίνου είχαν πολύ αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτώματα STS. Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε άτομα που είναι σοβαρά άρρωστα, τραυματισμένα ή πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στις δυσμενείς συνέπειες του έμμεσου τραύματος. Η βιβλιογραφική μελέτη που διεξήχθη από τους Ortega-Compos et al. (2019) επιβεβαιώνει ότι το 19% των νοσηλευτών καρκινοπαθών βιώνουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας, ενώ το 56% βιώνουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και το 60% βιώνουν μέτρια έως υψηλά επίπεδα κόπωσης από συμπόνια.

Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Πολωνία επιβεβαίωσαν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης STS μεταξύ του ιατρικού προσωπικού. Μια μελέτη σε νοσηλευτές στην παρηγορητική φροντίδα διαπίστωσε ότι το 38,9% των συμμετεχόντων παρουσίασαν αύξηση των συμπτωμάτων του STS, όπως μετρήθηκε από την Κλίμακα Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (Ogińska-Bulik, 2018). Το 23,6% των ατόμων είχε μέτρια σημεία STS, ενώ το 37,5% εμφάνιζε ήπια επίπεδα συμπτωμάτων. Όταν η Posttraumatic Checklist—PCL-5 χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων STS σε μια μελέτη (Ogińska-Bulik & Juczyński, 2020), διαπιστώθηκε ότι το ιατρικό προσωπικό είχε το υψηλότερο επίπεδο συμπτωμάτων STS μεταξύ πέντε επαγγελματικών ομάδων (παραϊατρικοί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κλπ). Η μελέτη σημείωσε επίσης υψηλή πιθανότητα εμφάνισης STS στο 45,8% των παραϊατρικών και 40% των νοσηλευτών που εργάζονται σε θαλάμους μετατραυματικής και παρηγορητικής φροντίδας.

Μέσα σε μια διαφορετική ομάδα ομάδων μεταμοσχεύσεων καρδιάς/πνεύμονα, που αποτελούνταν από γιατρούς σύμφωνα με τους Carey et al. (2019), ο επιπολασμός του STS βρέθηκε να είναι 43%. Επιπλέον, συγκρίθηκαν τα επίπεδα STS σε γιατρούς και νοσηλευτές από τα ίδια τμήματα. Οι Taubman-Ben-Ari & Weintraub (2008) διεξήγαγαν μια μελέτη όπου επέλεξαν εργαζόμενους από τρεις διαφορετικές παιδιατρικές μονάδες: Αιματολογία-ογκολογία, Εντατική Θεραπεία και Εσωτερική Ιατρική. Η μελέτη αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα STS σε σύγκριση με τους παιδιάτρους. Σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, οι νοσηλευτές έχουν στενότερη σχέση με τους ασθενείς, ασχολούνται πιο βαθιά με την αντιμετώπιση των σωματικών, φυσιολογικών και ψυχικών αναγκών τους και αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα των ασθενών. Αντίθετα, οι γιατροί έχουν πιο σύντομες αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των καθημερινών περιόδων τους. Οι Shiri et al. (2008) ανακάλυψαν ότι οι γιατροί και οι νοσοκόμες

σε ένα μικτό δείγμα (Εντατική Θεραπεία, Αποκατάσταση και Αίθουσα Επειγόντων Περιστατικών) εμφάνισαν συγκρίσιμα επίπεδα STS.

## 1.2 Χαρακτηριστικά φόρτου εργασίας

Σύμφωνα με τους Steed & Bicknell (2001), ο πρωταρχικός περιβαλλοντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση δευτερογενούς στρες είναι το επαγγελματικό φόρτος, συγκεκριμένα η παρουσία μεγάλου αριθμού ασθενών και ο εκτεταμένος χρόνος εργασίας μαζί τους. Ωστόσο, η μελέτη που διεξήχθη δεν παρέχει σαφή απεικόνιση των σχέσεων μεταξύ παραγόντων. Έρευνα που διεξήχθη σε πολλές επαγγελματικές ομάδες, όπως θεραπευτές (Steed & Bicknell, 2001), συμβούλους τραυμάτων (Hahn, 2010) και άλλα επαγγέλματα (Creamer & Liddle, 2005), δείχνει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού φόρτου εργασίας και των συμπτωμάτων του STS. Μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ νοσηλευτών (Wang et al., 2020) έδωσε επίσης αποτελέσματα που υποδεικνύουν ευνοϊκή συσχέτιση μεταξύ του επαγγελματικού φόρτου εργασίας και των συμπτωμάτων του STS.

Στους νοσηλευτές επειγόντων περιστατικών (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009; Hinderer et al., 2014) βρήκαν επίσης θετικές συσχετίσεις μεταξύ του επαγγελματικού φόρτου, όπως τα χρόνια άσκησης, και του STS. Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει μια ευνοϊκή συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ετών εργασιακής εμπειρίας και του επιπέδου της κόπωσης σε νοσηλευτές καρκινοπαθών και εντατικής θεραπείας (Al-Majid et al., 2018; Yu, Jiang & Shen, 2016), καθώς και σε παραϊατρικούς (Prati, Pietrantonio & Cicognani, 2010). Οι Hinderer et al. (2014) ανακάλυψαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ωρών εργασίας κάθε βάρδια και μιας αύξησης του STS. Ο Yoder (2010) τόνισε ότι ένας σημαντικός όγκος εργασίας οδηγεί στην ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες σε νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα, όπως η μονάδα επειγόντων περιστατικών, η ογκολογική μονάδα ή η μονάδα εντατικής θεραπείας.

Πρόσθετα αποτελέσματα δεν υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της εργασίας και των συμπτωμάτων STS (Deville, Wright & Varker, 2009). Αντίθετα, η έρευνα που διεξήχθη από τους Duffy, Avalos & Dowling (2015) μεταξύ των επαγγελματιών νοσηλευτικής έκτακτης ανάγκης δεν έδειξε συσχέτιση μεταξύ του δευτερογενούς στρες και παραγόντων όπως ο φόρτος εργασίας και η εμπειρία. Η μελέτη που διεξήχθη από τους Mooney et al. (2017) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές ογκολογίας και εντατικής θεραπείας με περισσότερα χρόνια εμπειρίας εμφάνισαν μειωμένο επίπεδο κόπωσης συμπίνας σε σύγκριση με νοσηλευτές με λιγότερα χρόνια εμπειρίας.

### 1.3 Ικανοποίηση των εργαζομένων με τη δουλειά τους

Υπάρχει σπανιότητα μελετών που έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και των συμπτωμάτων του δευτερογενούς στρες. Η κύρια εστίαση των περισσότερων ατόμων είναι να αντλούν ικανοποίηση από τη συμβολή στη θεραπεία του ζητήματος, αντί να βιώνουν κόπωση (Sodeke-Gregson, Holttum & Billings, 2013) και όχι στη συνολική εργασιακή ικανοποίηση. Η μελέτη των Αμερικανών νοσοκόμων (Hinderer et al., 2014) έδειξε τις δυσμενείς συσχετίσεις μεταξύ της βοήθειας με τα συμπτώματα STS, την κόπωση από συμπόνια και την εξάντληση, και την ικανοποίηση. Το δευτερογενές στρες σε νοσηλευτές από το κεντρικό τμήμα της Κίνας βρέθηκε να σχετίζεται με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, περισσότερες ώρες εργασίας και έκθεση στο παθητικό κάπνισμα. Αυτοί οι παράγοντες συλλογικά αντιπροσώπευαν το 9% της διακύμανσης του δευτερογενούς τραυματικού στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές (Wang et al., 2020).

Μια διαφορετική μελέτη (Kelly, Runge & Spencer, 2015) έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εξέφρασαν υψηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση παρουσίασαν μειωμένο επίπεδο κόπωσης από συμπόνια σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους με λιγότερο περιεχόμενο. Οι Kelly & Lefton (2017) βρήκαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση χρησίμευε ως προγνωστικός παράγοντας για STS, οδηγώντας σε μείωση της έντασης των συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες και σε αύξηση της ικανοποίησης της συμπόνιας μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας.

Άλλες επαγγελματικές ομάδες έχουν επίσης δείξει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και των συμπτωμάτων STS. Η έρευνα που διεξήχθη σε συμβούλους που εργάζονται με άτομα που πάσχουν από εθισμό σε ουσίες παρέχει μια συναρπαστική απεικόνιση (Bride et al., 2012). Η έκθεση ανέφερε επίσης ότι η εργασιακή ικανοποίηση λειτούργησε ως μεσολαβητής μεταξύ του STS και της εργασιακής δέσμευσης. Η μελέτη που διεξήχθη στην Πολωνία σε επαγγελματίες που βοηθούν ασθενείς με βαριά τραύματα (Ogińska-Bulik & Juczyński, 2020) δεν βρήκε καμία συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και των συμπτωμάτων του δευτερογενούς στρες. Η μελέτη που διεξήχθη από τους Balinbin et al. (2020) μεταξύ των νοσηλευτών έδωσε συγκρίσιμα ευρήματα. Σύμφωνα με ορισμένες έρευνες (Kleis & Kellogg, 2020), υπάρχουν αντίστροφες συνδέσεις μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της εργασιακής δυστυχίας. Η έλλειψη μελέτης σε αυτό το θέμα και τα ασαφή ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για πρόσθετες έρευνες.

## 1.4 Μετατραυματική ανάπτυξη

Η μετατραυματική ανάπτυξη είναι μια πιθανή θετική συνέπεια της εμπειρίας τραύματος, που χαρακτηρίζεται από ευεργετικές ψυχολογικές αλλαγές που μπορούν να παρατηρηθούν (Whealin et al., 2020). Η μετατραυματική ανάπτυξη δεν σχετίζεται με την ικανότητα ενός ατόμου να αντέξει ένα τραύμα πριν αυτό συμβεί, ούτε πιστεύεται ότι προκύπτει αποκλειστικά από την έκθεση σε τραύμα. Αντίθετα, προκύπτει από τις προσπάθειες ενός ατόμου να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει το τραύμα. Η ανάπτυξη είναι εμφανής μέσω των θετικών μετασχηματισμών στις διαπροσωπικές σχέσεις, της αυξημένης ευγνωμοσύνης για τη ζωή, της αυξημένης προσωπικής ανθεκτικότητας, της αυξημένης επίγνωσης των νέων ευκαιριών και της πνευματικής ανάπτυξης. Πολυάριθμες μελέτες έχουν παρατηρήσει αυτές τις αλλαγές σε άτομα που έχουν βιώσει διαταραχή μετατραυματικού στρες ως αποτέλεσμα άμεσης έκθεσης σε τραύμα (Dekel, Ein-Dor, & Solomon, 2012; Kleim & Ehlers, 2009). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, όταν παρατηρείται η ίδια ανάπτυξη σε καταστάσεις δευτερογενούς τραύματος (Arnold et al., 2005), αναφέρεται συνήθως ως αντικαταστάτης μετατραυματική ανάπτυξη (VPTG). Για να διευκρινιστεί, η μόνη διάκριση μεταξύ μετατραυματικής ανάπτυξης και VPTG έγκειται στο εάν αυτή η εξέλιξη συνδέεται ειδικά με συμπτώματα τραύματος που προκύπτουν από άμεση ή έμμεση έκθεση σε τραύμα.

## 1.5 VPTG

Από όσο γνωρίζουμε, το VPTG δεν έχει προηγουμένως χειριστεί σε τμήματα έκτακτης ανάγκης. Το VPTG αξιολογήθηκε σε διάφορα περιβάλλοντα υγείας και αποδείχθηκε υψηλότερο στους νοσηλευτές σε σύγκριση με τους κοινωνικούς λειτουργούς (Manning-Jones, de Terte, & Stephens, 2016). Οι Zerach & Shalev (2015) έδειξαν ότι οι νοσηλεύτριες ψυχικής υγείας εμφανίζουν υψηλά επίπεδα VPTG σε σύγκριση με τους κοινοτικούς νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές στα παιδιατρικά τμήματα εμφάνισαν υψηλότερο επίπεδο VPTG σε σύγκριση με τους γιατρούς, όπως παρατηρήθηκε από τους Taubman-Ben-Ari & Weintroub (2008). Ομοίως, μια μελέτη που διεξήχθη από τους Shiri et al. (2008) αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές και οι ψυχοθεραπευτές ανέφεραν ότι αντιμετώπισαν υψηλότερα επίπεδα VPTG σε σύγκριση με τους γιατρούς. Αυτή η μελέτη περιελάμβανε ένα μικτό δείγμα από τρία τμήματα, συμπεριλαμβανομένου του δωματίου έκτακτης ανάγκης.

## 1.6 Η φύση της σχέσης μεταξύ τραύματος και ανάπτυξης

Η σχέση μεταξύ συμπτωμάτων τραύματος και ανάπτυξης έχει κυρίως μελετηθεί στο πλαίσιο της άμεσης έκθεσης σε τραύμα. Αυτή η σχέση έχει διερευνηθεί ως προς τη σύνδεση μεταξύ

της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της μετατραυματικής ανάπτυξης (Hall et al., 2015). Σύμφωνα με τους Solomon & Dekel (2007), είναι πιθανό οι αρνητικές επιπτώσεις του τραύματος και της διαταραχής μετατραυματικού στρες να συνυπάρχουν με τις θετικές επιπτώσεις της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ωστόσο, υπάρχει συνεχής διαφωνία σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των ταυτόχρονων (ευνοϊκών και δυσμενών) επιπτώσεων. Σύμφωνα με ορισμένες έρευνες, δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ της ποσότητας των συμπτωμάτων της PTSD και της ανάπτυξης (Salsman et al., 2009). Αντίθετα, η ανάπτυξη μπορεί να επηρεαστεί από άλλους παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη, καθώς το τραύμα και η ανάπτυξη δεν εξαρτώνται το ένα από το άλλο (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ωστόσο, η πλειονότητα των μελετών δείχνει μια θετική συσχέτιση (Solomon & Dekel, 2007; Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014) μεταξύ της PTSD και της προσωπικής ανάπτυξης. Συγκεκριμένα, υψηλότεροι βαθμοί PTSD τείνουν να συνδέονται με καλύτερα επίπεδα ανάπτυξης. Διαχρονικές διασταυρούμενες μελέτες που διεξήχθησαν από τους Dekel et al. (2012), Hall et al. (2015) και οι Whealin et al. (2020) παρέχουν στοιχεία για μια αιτιώδη σχέση, στην οποία τα συμπτώματα συμβάλλουν στην ανάπτυξη. Σύμφωνα με τους Butler et al. (2005), μια γραμμική συσχέτιση σημαίνει ότι καθώς τα συμπτώματα του τραύματος αυξάνονται, τα επίπεδα ανάπτυξης αυξάνονται επίσης. Από την άλλη πλευρά, μια καμπυλόγραμμη συσχέτιση υποδηλώνει ότι αρχικά, ένα υψηλότερο επίπεδο τραυματικής δυσφορίας οδηγεί σε αύξηση της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ωστόσο, πέρα από ένα ορισμένο σημείο, μια αύξηση της τραυματικής ψυχολογικής δυσφορίας σχετίζεται με μείωση της μετατραυματικής ανάπτυξης (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014).

## **1.7 Συσχετίσεις μεταξύ VPTG και STS**

Σε ιατρικά περιβάλλοντα, τα άτομα συνήθως εκτίθενται σε τραύματα έμμεσα. Επομένως, η σύνδεση μεταξύ των συμπτωμάτων του τραύματος και της προσωπικής ανάπτυξης γίνεται συχνά κατανοητή μέσω της σύνδεσης STS-VPTG. Ωστόσο, τα ευρήματα σε αυτόν τον τομέα είναι ασυνεπή. Οι Taubman-Ben-Ari & Weintraub (2008) διεξήγαγαν μια μελέτη όπου έλαβαν δείγμα από γιατρούς και νοσηλευτές από τρεις παιδιατρικές κλινικές. Τα ευρήματά τους δεν αποκάλυψαν καμία σχέση μεταξύ του STS-VPTG και της ανάπτυξης, υποδεικνύοντας ότι η ανάπτυξη μπορεί να επηρεαστεί από άλλους παράγοντες. Μια μελέτη που διεξήχθη στη Ρουμανία εξέτασε διάφορα τμήματα νοσοκομείων και βρήκε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του STS και του VPTG μεταξύ των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, χαμηλότερα επίπεδα STS συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα VPTG (Măirean, 2016). Σε μια ξεχωριστή μελέτη που

διεξήχθη από τους Kjellenberg et al., το 2014, διαπιστώθηκε ότι οι ιατροί που εργάζονταν με επιζώντες πολέμου εμφάνισαν την προηγουμένως παρατηρηθείσα θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του STS και της VPTG.

Επιπλέον, ανακαλύφθηκαν συνδέσεις μεταξύ του καμπυλόγραμμου STS-VPTG σε ιατρικά πλαίσια. Μια μελέτη που διεξήχθη από τους Manning-Jones, de Terte & Stephens (2017) διαπίστωσε ότι μόνο ψυχολόγοι που εργάζονται σε νοσοκομεία, και όχι γιατροί, νοσηλευτές ή κοινωνικοί λειτουργοί, έδειξαν μια καμπυλόγραμμη συσχέτιση μεταξύ του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της VPTG. Ο Shiri et al. (2008) διεξήγαγε μια έρευνα σε μια διαφορετική ομάδα εργαζομένων στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Ανακάλυψαν μια αξιοσημείωτη καμπυλόγραμμη συσχέτιση μεταξύ του STS και του VPTG για γιατρούς και ψυχοθεραπευτές, αλλά όχι για νοσηλευτές. Ωστόσο, παρατηρήθηκε γραμμική συσχέτιση μεταξύ STS και VPTG και για τα τρία επαγγέλματα. Σύμφωνα με τους Shiri et al. (2008), οι γιατροί που παρουσιάζουν καμπυλόγραμμη συσχέτιση μπορεί να έχουν περιορισμούς στην ικανότητά τους για ανάπτυξη. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στους μηχανισμούς αντιμετώπισης που έχουν εξελίξει για να ρυθμίζουν τα επίπεδα άγχους τους, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές.

Μια άλλη μελέτη, η οποία περιελάμβανε μια διαφορετική ομάδα νοσηλευτών από διάφορα τμήματα, με σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών στα επείγοντα, δεν αποκάλυψε καμία άμεση ή έμμεση σχέση μεταξύ του δευτερογενούς στρες που σχετίζεται με την εργασία της VPTG. Ως εκ τούτου, αν και η σχέση μεταξύ STS-VPTG δεν έχει μελετηθεί προηγουμένως στο προσωπικό της αίθουσας έκτακτης ανάγκης, προτείνουμε μια υπόθεση που βασίζεται σε δύο υπάρχουσες μελέτες (Shamia et al., 2015; Shiri et al., 2008) που περιλάμβαναν σημαντικό αριθμό επειγόντων περιστατικών. Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, φαίνεται ότι για τους γιατρούς, μπορεί να υπάρχει τόσο γραμμική όσο και καμπυλόγραμμη συσχέτιση μεταξύ STS και VPTG (Shiri et al., 2008), ενώ για τους νοσηλευτές, μπορεί να υπάρχει είτε γραμμική συσχέτιση μεταξύ STS και VPTG (Shiri et al., 2008) ή καθόλου συσχέτιση (Shamia et al., 2015). Η έρευνα που έγινε από τους Kjellenberg et al. (2014) δείχνει ότι τόσο ο χαμηλός φόρτος εργασίας όσο και η περιορισμένη εργασιακή εμπειρία μπορεί να έχουν επίδραση στο STS. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό οι νοσηλευτές που έχουν περιορισμένη εργασιακή εμπειρία και χαμηλό φόρτο εργασίας να παρουσιάσουν συσχέτιση μεταξύ του STS και της VPTG.



## 1.8 Τρόποι αντιμετώπισης του δευτερογενούς τραυματικού στρες σε ατομικό επίπεδο

Το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας που έχει γίνει για την πρόληψη ή τη μείωση του STS έχει επικεντρωθεί σε μέτρα ατομικού επιπέδου. Η πιθανή θεραπεία ή πρόληψη για τις δυνητικά επιβλαβείς παρενέργειες της εργασίας με τραυματισμένους πληθυσμούς είναι η γενική αυτοφροντίδα. Η αυτοφροντίδα ορίστηκε από τους Neumann & Gamble (1995, σελίδα 346) ως η πράξη του να δίνει κανείς αρκετή «προσοχή στις διαπροσωπικές, συναισθηματικές, σωματικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου». Οι τύποι δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας που συζητούνται συχνά στη βιβλιογραφία STS περιλαμβάνουν την υγιεινή διατροφή, τον επαρκή ύπνο, την άσκηση, τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, τον διαλογισμό, την επίγνωση, τις πνευματικές πρακτικές, τη διαχείριση του στρες και τις τεχνικές αυτοφροντίδας (Brady, 2017; Caringi et al., 2017; Posluns & Gall, 2019; Storlie & Baltrinic, 2015).

Άλλες μελέτες έχουν επικεντρωθεί σε πρόσθετες μεμονωμένες στρατηγικές, όπως η μείωση της έκθεσης του ατόμου σε τραυματικές εμπειρίες πελατών (Brady, 2017; Lee et al., 2017), η ενασχόληση με τη γνωστική επανεκτίμηση (Mairean, 2016), ικανότητα ρόλου (Ben-Porat, 2015) και ανάπτυξη ενός ισχυρού συστήματος προσωπικής και επαγγελματικής κοινωνικής υποστήριξης (Brady, 2017; Choi, 2011). Πρόσθετες μελέτες έχουν επικεντρωθεί σε αυτές τις στρατηγικές. Η μείωση της απομόνωσης, η καλλιέργεια συνειδητής αυτογνωσίας, η υιοθέτηση της πολυπλοκότητας, η διατήρηση της αισιοδοξίας, η ολιστική αυτοφροντίδα, η διατήρηση σαφών ορίων, η ενσυναίσθητη επαφή με τους πελάτες, η καλλιέργεια επαγγελματικής ικανοποίησης και η δημιουργία νοήματος από τα τραύματα των πελατών βρέθηκαν να είναι προστατευτικοί παράγοντες για την πρόληψη του STS μεταξύ των θεραπειών ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας των Harrison & Westwood (2009).

Από την άλλη πλευρά, η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης του STS μέσω της χρήσης μεμονωμένων τεχνικών και μόνο, έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση. Στη μελέτη τους με 259 επαγγελματίες που παρέχουν συμβουλευτική ψυχικής υγείας, για παράδειγμα, οι Bober & Regehr (2006) ανακάλυψαν ότι δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ του χρόνου που αφιέρωσαν οι επαγγελματίες που βοηθούσαν τους επαγγελματίες σε στρατηγικές αντιμετώπισης (δηλ. δραστηριότητες αναψυχής, δραστηριότητες αυτοφροντίδας, και επίβλεψη) και το επίπεδο των συμπτωμάτων τραύματος που βίωσαν. Σε παρόμοιο πνεύμα, οι Kulkarni et al. (2013) ανακάλυψαν ότι η συχνότητα της ενασχόλησης με δραστηριότητες που προάγουν την αυτοφροντίδα δεν είχε σημαντική συσχέτιση με συγκεκριμένο τραυματικό στρες. Με λίγα λόγια, παρά το γεγονός ότι η κατανόησή μας για το STS έχει αυξηθεί, η ερευνητική



βιβλιογραφία ήταν υπερβολικά ατομικιστική όσον αφορά τη συγκέντρωση της στις συσχετίσεις και τις πιθανές αντιδράσεις σε αυτά τα φαινόμενα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΣ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

### 2.1 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την οργάνωση και το επακόλουθο τραυματικό στρες

Μερικοί ακαδημαϊκοί έχουν πραγματοποιήσει έρευνα που δείχνει ότι μια ατομικιστική προοπτική είναι προβληματική και ανεπαρκής για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των STS. Αυτή η μελέτη έχει διεξαχθεί από μικρό αριθμό μελετητών. Το STS έχει βρεθεί ότι έχει αρνητική συσχέτιση με την υποστήριξη από συναδέλφους, προϊστάμενους και ομάδες εργασίας (Caringi et al., 2017; Choi, 2011; Townsend & Campbell, 2009), τα επίπεδα εποπτείας σε επίπεδο φορέα (Dworkin, Sorell, & Allen, 2016) και οργανωτική υποστήριξη (Brady, 2017). Αυτά τα ευρήματα προέκυψαν από έρευνα που διεξήχθη σε οργανωτικούς παράγοντες ή παράγοντες στο χώρο εργασίας. Σύμφωνα με τους Dworkin et al. (2016) και τους Townsend & Campbell (2009), υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του μέσου μεγέθους του φόρτου υποθέσεων πελατών (ασθενών) σε όλη την υπηρεσία, το πρόγραμμα ή τον οργανισμό και τον επιπολασμό του δευτερογενούς στρες για αυτά τα άτομα.

Ένα παράδειγμα αυτού θα ήταν η μελέτη που διεξήχθη από τους Kulkarni et al. (2013), η οποία διερεύνει τους ατομικούς και οργανωτικούς παράγοντες που συνέβαλαν στο STS μεταξύ 236 παρόχων υπηρεσιών που εργάζονταν σε πρακτορεία ενδοοικογενειακής κακοποίησης. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για διαταραχή άγχους που σχετίζεται με το στρες ήταν μια «ατομική-οργανωτική αναντιστοιχία» στους τομείς της επαγγελματικής ζωής, του φόρτου εργασίας και του ελέγχου. Ωστόσο, οι πεποιθήσεις των υποστηρικτών ότι ο φόρτος εργασίας τους ήταν παράλογος ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για την πρόβλεψη της επίπτωσης του STS. Οι οργανωτικές μεταβλητές αποδείχθηκαν πιο σημαντικές από τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου και προστασίας και κανένα από τα επιμέρους στοιχεία δεν βρέθηκε να είναι σημαντικό στα πλήρη μοντέλα.

Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι η ενδυνάμωση των εργαζομένων είναι ένας σημαντικός οργανωτικός προστατευτικός παράγοντας έναντι του στρες των εργαζομένων. Όταν οι Slattery & Goodman (2009) διεξήγαγαν την έρευνά τους για το STS μεταξύ 148 υποστηρικτών της ενδοοικογενειακής βίας, ανακάλυψαν ότι η κοινή δύναμη, η οποία περιελάμβανε ισότητα, φωνή, εκπροσώπηση, κοινή ηγεσία και σεβασμό, ήταν η μόνη μεταβλητή στο χώρο εργασίας που είχε αρνητική συσχέτιση με STS αφού μεμονωμένοι παράγοντες ενσωματώθηκαν στο μοντέλο τους. Ένα παρόμοιο εύρημα έκανε ο Choi (2011), ο οποίος ανακάλυψε ότι οι εργαζόμενοι που είχαν πρόσβαση στις στρατηγικές πληροφορίες της επιχείρησής τους

παρουσίασαν μειωμένα επίπεδα υποκειμενικού στρες. Αυτό περιλαμβάνει την πρόσβαση σε αποτελεσματικά κανάλια επικοινωνίας, την επίγνωση του οράματος, της στρατηγικής και των διαδικασιών αντιπροσώπευσης του οργανισμού και τη συμμετοχή σχετικά με την αποστολή, τους στόχους και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων του οργανισμού. Επιπλέον, οι Schuler, Bessaha & Moon (2016) ανακάλυψαν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που είχαν χαμηλότερα επίπεδα στρες και άγχους στο χώρο εργασίας ήταν εκείνοι που ένιωθαν ψυχολογικά ενδυναμωμένοι στις δουλειές τους. Αυτό ορίστηκε ως το να έχουν αυτο-αποτελεσματικότητα, να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων και να αισθάνονται συνδεδεμένοι με την εργασία τους από τον οργανισμό.

Προκειμένου να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης του STS, οι ερευνητές έχουν προτείνει ότι οι οργανισμοί θα πρέπει να παρέχουν στους εργαζόμενους αυξημένες ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη και συνεχή εκπαίδευση (Schuler, Bessaha & Moon, 2016), η ενδυνάμωση των εργαζομένων (Schuler, Bessaha & Moon, 2016), η προώθηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας (Slattery & Goodman, 2009), η παροχή συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού σχετικά με το STS (Choi, 2011), να αναγνωρίζουν ότι το STS είναι επαγγελματικό κίνδυνος για όσους εργάζονται με επιζώντες από τραύμα (Caringi et al., 2017), να ενισχύουν υποστηρικτικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, να ορίζουν εύλογους φόρτους υποθέσεων (Dworkin et al., 2016; Kulkarni et al., 2013; Townsend & Campbell, 2009), να δημιουργούν ασφαλείς και άνετες εγκαταστάσεις (Bell et al., 2003) και παρέχουν μεγαλύτερη και αποτελεσματικότερη επίβλεψη (Bell et al., 2003). Συνοψίζοντας, αυτό το περιορισμένο αλλά διευρυνόμενο σώμα της βιβλιογραφίας μελέτης έχει δείξει ότι όχι μόνο είναι δυνατό για έναν οργανισμό να ανταποκριθεί στο δευτερογενές στρες, αλλά είναι επίσης απαραίτητο για την προστασία της ευημερίας των εργαζομένων.

## **2.2 Η οργανωτική κουλτούρα και η οργανωτική δομή**

Είναι απαραίτητο να γίνει διάκριση μεταξύ δύο βασικών πτυχών της οργανωσιακής ζωής, δηλαδή της οργανωτικής δομής και της οργανωσιακής κουλτούρας, προκειμένου να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των οργανωτικών στοιχείων που μπορεί να έχουν επίδραση στην ευημερία και την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων. Σύμφωνα με τους James & Jones (1976), Mintzberg (1979) και Tolbert & Hall (2008), η οργανωτική δομή μπορεί να οριστεί ως οι επίσημες μέθοδοι με τις οποίες η εξουσία, οι ευθύνες, οι συνδέσεις, οι πόροι και οι πληροφορίες οργανώνονται, συντονίζονται και διανέμονται με σκοπό την επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Σύμφωνα με τους Tolbert & Hall (2008, σελίδα 21), ο πρωταρχικός

ρόλος της οργανωτικής δομής είναι να "ρυθμίζει την επιρροή των ατομικών διαφορών στα οργανωτικά αποτελέσματα... να διασφαλίζει αξιόπιστα, τυπικά οργανωτικά αποτελέσματα για την επίτευξη οργανωτικών στόχων." Αυτή είναι η βασική λειτουργία της οργανωτικής δομής. Η γραφειοκρατική ιεραρχία, οι επίσημες πολιτικές, η επίσημη ροή πληροφοριών και η κατανομή της εξουσίας, της εργασίας και των πόρων είναι όλα στοιχεία της οργανωσιακής ζωής που περιλαμβάνονται στην έννοια της οργανωτικής δομής. Η επισημοποίηση, η συγκέντρωση και η πολυπλοκότητα της δομής ενός οργανισμού είναι οι πτυχές της οργανωτικής δομής που έχουν διερευνηθεί πιο συχνά στη βιβλιογραφία της μελέτης (Paoline & Sloan, 2003; Pertusa-Ortega, Zaragoza-Sáez, & Claver-Cortés, 2010; Tolbert & Hall, 2008).

Όταν πρόκειται για την έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας, ο Schein (2010, σελίδα 3) δημιούργησε έναν ορισμό αυτής της συνιστώσας της οργανωσιακής ζωής που αναφέρεται συχνά: «Η οργανωτική κουλτούρα είναι το μοτίβο των βασικών υποθέσεων που μια ομάδα έχει εφεύρει ή ανακάλυψε. Μαθαίνει να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της εξωτερικής προσαρμογής και της εσωτερικής ολοκλήρωσης, και αυτό έχει λειτουργήσει αρκετά καλά ώστε να θεωρηθεί έγκυρο και, επομένως, να διδαχθεί στα νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης και αίσθησης σε σχέση με αυτά τα προβλήματα».

Η οργανωσιακή κουλτούρα περιλαμβάνει στοιχεία όπως αξίες, πεποιθήσεις, κανόνες συμπεριφοράς, ιδεολογίες, υποκείμενες υποθέσεις, ρουτίνες, τελετουργίες, ανεπίσημες προσδοκίες, πρότυπα αλληλεπίδρασης, οργανωτικές ιστορίες, γλώσσα και ορολογία, συναισθηματική ένταση, ταμπού και παρατηρήσιμα τεχνουργήματα (Glisson & Williams, 2015; Hemmelgarn, Glisson, & James, 2006; Loomis, Epstein & Dauria, 2019; Ravasi & Schultz, 2006) όπου πάντα εξελίσσονται. Σύμφωνα με τους Hemmelgarn Glisson, & James (2006), τα νέα μέλη ενός οργανισμού κοινωνικοποιούνται στην κουλτούρα του οργανισμού μέσω της χρήσης αρχών όπως η παρατήρηση, η μοντελοποίηση, η ενίσχυση και οι κυρώσεις. Αυτές οι αρχές χρησιμεύουν στη συνέχεια για να κατευθύνουν τις ατομικές πεποιθήσεις, προσδοκίες, ερμηνείες, αποφάσεις και συμπεριφορές των νέων μελών.

Υπάρχει μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της οργανωτικής δομής, που αποτελούν και τα δύο συστατικά της ζωής ενός οργανισμού. Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να αναφέρεται τόσο ως καθημερινές βιωμένες εμπειρίες που διαμορφώνονται από την οργανωτική δομή όσο και ως συμβολικές έννοιες που προκύπτουν ως απάντηση στην οργανωτική δομή. Και οι δύο αυτές πτυχές περιλαμβάνονται στην έννοια της οργανωσιακής κουλτούρας. Επιπλέον, η οργανωτική δομή αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα

της κουλτούρας της επιχείρησης. Για παράδειγμα, μπορούν να αναπτυχθούν επίσημες πολιτικές προκειμένου είτε να επικυρωθούν είτε να διορθωθούν οι κανόνες συμπεριφοράς που υπάρχουν ήδη στον οργανισμό. Ως συνέπεια αυτού, η διαδικασία της οργανωτικής αλλαγής απαιτεί συχνά αλλαγές τόσο στην οργανωτική δομή όσο και στην οργανωτική κουλτούρα.

### **2.3 Οργανωσιακή κουλτούρα και δευτερογενές στρες**

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια αυξανόμενη κατανόηση σχετικά με τη σημασία των οργανωτικών πτυχών, η βιβλιογραφία μελέτης για το STS έχει δείξει ότι η κουλτούρα ενός οργανισμού έχει λάβει πολύ λίγη προσοχή μέχρι αυτό το σημείο. Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, των σχέσεων και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών και των αποδεκτών και της εφαρμογής θεραπειών που βασίζονται σε στοιχεία. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και του επιπέδου εναλλαγής του προσωπικού (Glisson & Williams, 2015; Hall & Jones, 2018; Hemmelgarn et al., 2006). Επιπλέον, οι εργασιακές στάσεις των εργαζομένων επηρεάζονται από την οργανωσιακή κουλτούρα (Glisson & Williams, 2015), καθώς και από τη δέσμευσή τους στην εργασία και τον οργανισμό (Findler, Wind, & Mor Barak, 2007; Hemmelgarn et al., 2006), εργασιακή ικανοποίηση (Findler et al., 2007; Hemmelgarn et al., 2006) και υγεία και ευημερία (Findler et al., 2007; Kangas et al., 2017).

Για παράδειγμα, οι Hall & Jones (2018) ερεύνησαν την εφαρμογή μιας προσέγγισης με πληροφόρηση για το τραύμα που, στο πιλοτικό έργο, ενίσχυσε με επιτυχία τις συνδέσεις των ανάδοχων εφήβων με τους ενήλικες που τους παρείχαν βοήθεια. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επιτυχία του προγράμματος οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στο γεγονός ότι η οργανωτική κουλτούρα έδινε μεγάλη προτεραιότητα στις επιδόσεις των μελών του προσωπικού. Για να επιτευχθεί αυτό, ζητήθηκε από τους διαχειριστές να επιδείξουν αυτοφροντίδα και να αξιολογήσουν την ευημερία των εργαζομένων, τα μέλη του προσωπικού έπρεπε να γράψουν ένα σχέδιο αυτοφροντίδας, δημιουργήθηκε ένας συναισθηματικά ασφαλής εργασιακός χώρος και εφαρμόστηκε ένα σύστημα φίλων εργαζομένων για υποστήριξη από ομοτίμους.

Μπορεί να συνοψιστεί λέγοντας ότι η κουλτούρα μιας επιχείρησης παίζει ένα βασικό ρόλο σε μια σειρά από αποτελέσματα που συνδέονται με την εξυπηρέτηση και τους πελάτες (ασθενείς), καθώς και στην επαγγελματική ικανοποίηση και ευημερία των εργαζομένων. Ωστόσο, οι ερευνητές που ερεύνησαν το STS, με μερικές αξιοσημείωτες εξαιρέσεις (Bell et al., 2003; Caringi et al., 2017; Kulkarni et al., 2013; Loomis et al., 2019), δεν κατάφεραν να λάβουν

υπόψη αυτό το εξαιρετικά σημαντικό οργανωτικό στοιχείο. Σύμφωνα με τη μελέτη που έχει γίνει μέχρι τώρα, είναι πολύ πιθανό η κουλτούρα ενός οργανισμού να έχει σημαντική επίδραση στην πρόληψη ή τη βελτίωση του STS. Οι Glisson & Williams (2015) και Loomis et al. (2019) διαπίστωσαν ότι υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι οργανωσιακές κουλτούρες μπορούν να τροποποιηθούν σκόπιμα με τρόπους που είναι επωφελείς για τον οργανισμό, τους πελάτες του και τους υπαλλήλους του. Αυτή είναι μια ενθαρρυντική εξέλιξη. Η προστασία της ευημερίας των εργαζομένων, η δημιουργία περιβαλλόντων που παρέχουν στους υπαλλήλους τους την ευκαιρία να προοδεύσουν και η βελτίωση των αποτελεσμάτων των πελατών είναι όλες ηθικές ευθύνες που έχουν οι οργανισμοί.

Εκτιμάται ότι εκατοντάδες χιλιάδες επαγγελματίες που βοηθούν στις Ηνωμένες Πολιτείες αισθάνονται δυσφορία ως άμεσο αποτέλεσμα της εργασίας τους με δημογραφικές ομάδες που έχουν υποστεί τραύμα. Όσον αφορά την εξήγηση και τη μείωση του STS, οι ατομικιστικές τεχνικές είναι λιγότερο από επαρκείς. Ωστόσο, ο μεγάλος όγκος της έρευνας για το STS αποτυγχάνει να λάβει υπόψη το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι οργανισμοί στην αποφυγή και την ανακούφιση αυτού του τύπου ψυχολογικής δυσφορίας μεταξύ των εργαζομένων. Επιπλέον, η επιρροή της οργανωσιακής κουλτούρας στην ευημερία των επαγγελματιών που βοηθούν δεν έχει διερευνηθεί σχεδόν ποτέ, ιδιαίτερα σε σχέση με τις εμπειρίες εργαζομένων που έχουν υποστεί σεξουαλική παρενόχληση. Τέλος, μέθοδοι ποιοτικής έρευνας έχουν χρησιμοποιηθεί σε μικρό μόνο αριθμό μελετών σχετικά με τις οργανωτικές στρατηγικές για την ανακούφιση του δευτερογενούς στρες. Αυτές οι προσεγγίσεις είναι απαραίτητες για τη διεξαγωγή εις βάθος μελέτης των πολυάριθμων πτυχών που επηρεάζουν την ευημερία των εργαζομένων σε έναν οργανισμό. Ειδικότερα, οι ποιοτικές προσεγγίσεις προσφέρουν την ευκαιρία να διερευνηθούν οι μηχανισμοί με τους οποίους η κουλτούρα μιας μονάδας μπορεί είτε να συμβάλει είτε να μειώσει την ευημερία των εργαζομένων της.

## **2.4 Η καθιέρωση κοινωνικής υποστήριξης εντός του χώρου εργασίας**

Κατά τη διαδικασία του δευτερογενούς στρες, η κοινωνική υποστήριξη, η οποία μπορεί να οριστεί ως η βοήθεια που παρέχεται σε ένα άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με στρεσογόνες συνθήκες (Sek & Cieślak, 2004), μπορεί να διαδραματίσει προστατευτική λειτουργία. Οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες αυτήν τη στιγμή δεν προσφέρουν μια σαφή εικόνα της σχέσης που υπάρχει μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των δυσμενών επιπτώσεων του δευτερογενούς τραύματος αυτή τη στιγμή. Συνδέεται με την ασάφεια της δομής κοινωνικής

υποστήριξης, η οποία περιλαμβάνει τις κατηγορίες της (αντιληπτές που λαμβάνονται), τα είδη (συναισθηματικά, ενημερωτικά και οργανικά) και τις πηγές (σύζυγος, γονέας, συνάδελφος και προϊστάμενος).

Όταν πρόκειται για επαγγελματίες που εργάζονται με άτομα που έχουν βιώσει τραύμα, φαίνεται ότι η συγκεκριμένη λειτουργία που διαδραματίζεται είναι η υποστήριξη του εργασιακού περιβάλλοντος, που περιλαμβάνει άλλους υπαλλήλους και προϊσταμένους. Εκτός από τη διόρθωση λανθασμένων γνωστικών σχημάτων, έχει την ικανότητα να μειώνει τα επίπεδα άγχους και να επηρεάζει τα επίπεδα των συναισθημάτων που βιώνονται, με τα θετικά συναισθήματα να αυξάνονται και τα αρνητικά συναισθήματα να μειώνονται. Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης που διεξήχθη μεταξύ νοσηλευτών ογκολογικής κλινικής στην Κίνα, η υποστήριξη από τον οργανισμό βρέθηκε να είναι βασικός προστάτης της κόπωσης από συμπτώματα (Yu, Jiang & Shen, 2016). Ως εκ τούτου, είναι πιθανό η βοήθεια που ελήφθη να είναι ο παράγοντας που προστατεύει από την ανάπτυξη του STS.

Οι Manning-Jones, de Terte & Stephens (2017) παρουσιάζουν δεδομένα που καταδεικνύουν ότι το 95% των επαγγελματιών που ερευνήθηκαν εργάστηκαν με ασθενείς με τραύματα και συμμετείχαν σε υποστήριξη από ομοτίμους. Επιπλέον, το 58% αυτών των επαγγελματιών δήλωσαν ότι έλαβαν βοήθεια από τους προϊσταμένους τους. Επιπροσθέτως, η υποστήριξη που παρείχαν οι συνάδελφοι ήταν ο πρωταρχικός παράγοντας που βρέθηκε ότι ήταν αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για το STS στην ομάδα των νοσηλευτών. Η υποστήριξη από τους συναδέλφους έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντική επιρροή στην ανακούφιση των συμπτωμάτων του δευτερογενούς στρες, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη με νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Ortega-Campos et al., 2019) και στα επείγοντα (Duffy, Avalos & Dowling, 2015). Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας μελέτης που διεξήχθη από τους Jonsson & Halabi (2006), η παρουσία STS βρέθηκε να σχετίζεται με την έλλειψη υποστήριξης στο χώρο εργασίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη με προσωπικό διάσωσης που συμμετείχε σε κρίσιμες επιχειρήσεις διαφόρων ειδών και που ήταν σε συχνή επαφή με τραυματισμένα θύματα (Missouridou, 2017) παρήγαγαν στοιχεία που καταδεικνύουν ότι στοιχεία που σχετίζονται με την εργασία, ιδιαίτερα η υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον, συσχετίζεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες στην εργασία. Τα συμπτώματα STS βρέθηκαν να έχουν αρνητική συσχέτιση με την υποστήριξη που αποκτήθηκε από συναδέλφους στην ομάδα των θεραπευτών, σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στην Πολωνία

(Ogińska-Bulik & Juczyński, 2020). Από την άλλη πλευρά, δεν υπήρχε καμία ένδειξη τέτοιας σχέσης μεταξύ της ομάδας των νοσηλευτών και των παραϊατρικών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων μελετών (Ariapooran, 2014; Fu et al., 2018), η υποστήριξη που λαμβάνουν οι νοσηλευτές από τους φίλους και τα μέλη της οικογένειάς τους παίζει βασικό ρόλο στον μετριασμό των δυσμενών επιπτώσεων του δευτερογενούς τραυματισμού. Σε παρόμοιο πνεύμα, οι Von Rueden et al. (2010) υπογραμμίζουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που έλαβαν κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους και τα μέλη της οικογένειάς τους ανέφεραν συμπτώματα STS λιγότερο συχνά σε αντίθεση με νοσηλευτές που δεν έλαβαν τέτοια υποστήριξη.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1 Σκοπός της μελέτης

Το αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης του δευτερογενούς στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας και τυχόν επίδραση του στην διοίκηση.

### 3.2 Επιμέρους στόχοι – ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα

Οι επιμέρους στόχοι της εργασίας ήταν η διερεύνηση:

- 1) Της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας, αναλύοντας εναλλακτικούς πιθανούς παράγοντες που τείνουν να συμβάλουν σε αυτήν. Μερικά παραδείγματα παραγόντων θα μπορούσαν να είναι το ωράριο εργασίας, η υποστήριξη που μπορεί να προσφέρεται από το εργασιακό περιβάλλον (συνάδελφοι, διοίκηση), ή γενικότερα η φύση της εργασίας. Κάθε τμήμα υγείας όπως και κάθε ειδικότητα βιώνει διαφορετικά την επαγγελματική εξουθένωση καθώς επωμίζεται διαφορετικά τις ευθύνες και το βάρος που προκύπτουν.
- 2) Της ικανοποίησης από την εργασία τους. Η αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης θα μπορούσε να γίνει μέσα από την εξέταση μεταβλητών άμεσα σχετιζόμενων με την εργασία, όπως η αμοιβή, η δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης και οι ευρύτερες συνθήκες εργασίας. Όπως έχει αποδειχθεί από αμέτρητες μελέτες η ικανοποίηση των εργαζομένων από την εκάστοτε εργασία τους σχετίζεται άμεσα με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής απόδοσης.
- 3) Του δευτερογενούς στρες. Πρωταρχικό μέλημα όταν γίνεται αναφορά σε στρες είναι η αναγνώριση των αιτιών που το προκαλούν. Συνήθη παραδείγματα αιτιών στον τομέα της υγείας θα μπορούσαν να είναι η άμεση επαφή με τραυματικές εμπειρίες ασθενών ή η γενικότερη επαγγελματική εξουθένωση.

Οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας είναι οι εξής:

- i. Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.
- ii. Το ωράριο εργασίας, η υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον και γενικότερα η φύση της εργασίας είναι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση.

- iii. Παρατηρούνται διαφορετικά επίπεδα εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και πολλές φορές διαφέρουν ανάλογα με την θέση στην οποία βρίσκονται και την ειδικότητα στην οποία ανήκουν.
- iv. Τα επίπεδα ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας τείνουν να διαφέρουν και να μεταβάλλονται κατά περίπτωση.
- v. Η αμοιβή, οι επικρατούσες συνθήκες εργασίας όπως και οι δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των τομέα της εργασίας.
- vi. Ικανοποίηση από την εργασία τις περισσότερες φορές σημαίνει και καλύτερη απόδοση.
- vii. Το δευτερογενές στρες είναι συχνό φαινόμενο στους επαγγελματίες υγείας.
- viii. Το δευτερογενές στρες τείνει να επιδεινώνεται σε περιπτώσεις που οι επαγγελματίες υγείας αποκτούν στενή επαφή με τραυματικές εμπειρίες ασθενών τους ή ακόμα και όταν βιώνουν κάποιου είδους συναισθηματική εξάντληση.
- ix. Η επιρροή του δευτερογενούς στρες στους επαγγελματίες υγείας εδραιώνεται τόσο σε επίπεδο προσωπικό όσο και επαγγελματικό.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- (i) Ποια είναι τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και πως διαφέρουν ανάλογα με την ειδικότητα και το τμήμα των επαγγελματιών υγείας;
- (ii) Ποιοι είναι τελικά οι βασικότεροι παράγοντες που οδηγούν στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης;
- (iii) Υπάρχουν στρατηγικές που συμβάλλουν στην μείωση του παραπάνω φαινομένου; Ποιες είναι αυτές και κατά πόσο αποδεικνύονται αποτελεσματικές;
- (iv) Πόσο ικανοποιημένοι είναι τελικά οι επαγγελματίες υγείας από την εργασία τους;
- (v) Πόσο επηρεάζουν τελικά η αμοιβή, οι συνθήκες εργασίας και οι δυνατότητες επαγγελματικής ανέλιξης την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας;
- (vi) Πόσο σχετίζονται η ικανοποίηση από την εργασία με την απόδοση των επαγγελματιών υγείας;
- (vii) Ποια είναι τα επίπεδα δευτερογενούς στρες στους επαγγελματίες υγείας;
- (viii) Ποιοι είναι οι βασικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση δευτερογενούς στρες και πως επηρεάζουν ψυχικά τους επαγγελματίες υγείας;
- (ix) Πως επηρεάζει το δευτερογενές στρες την απόδοση των επαγγελματιών υγείας τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο;

### 3.3 Υλικό και μέθοδοι

#### 3.3.1 Δείγμα Έρευνας

Η παρούσα μελέτη που πραγματοποιήθηκε θεωρείται μια περιγραφική, συγχρονική μελέτη (cross-sectional study).

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, τον πληθυσμό μελέτης (Study Population) απαρτίζουν επαγγελματίες εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα, δείγμα επιλογής αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι Σωματείου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα πρόληψης και προαγωγής υπηρεσιών υγείας “ΙΚΕΛΟΣ” Το δείγμα (Sample) της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 70 (N=70) άτομα.

#### 3.3.2 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων

Προτού διεξαχθεί οποιαδήποτε έρευνα και μελέτη, ζητήθηκε η έγγραφη άδεια από το Ίδρυμα που επρόκειτο να συμμετάσχει σε αυτήν. Έπειτα, διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο στους επαγγελματίες υγείας του ιδρύματος (συνολικό δείγμα 70 ατόμων).

#### 3.3.3 Εργαλεία έρευνας

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες μέσα από τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελεί προϊόν της κυρίας Πολυξένης Μαγγούλια, η οποία διεξήγαγε την πρώτη μελέτη σε ελληνικό πληθυσμό σχετικά με το δευτερογενές στρες το έτος 2011, στην διδακτορική διατριβή της (Μαγγούλια, 2011). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλάμβανε υποενότητες.

- Η πρώτη υποενότητα επικεντρώνεται σε ερωτήσεις που αφορούν κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, έτη προϋπηρεσίας στον χώρο εργασίας, ειδικότητα).
- Η δεύτερη υποενότητα αποτελείται από 30 ερωτήσεις κλειστού τύπου που εξετάζουν την σχέση που αναπτύσσουν οι επαγγελματίες υγείας με τους ασθενείς τους, τα συναισθήματα που βιώνουν, πόσο τους επηρεάζει η αλληλεπίδραση με τους ασθενείς τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική ζωή.

Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας (Convenience Sampling).

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, ως μέσο μέτρησης του δευτερογενούς στρες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Ποιότητα επαγγελματικής ζωής

(The Professional Quality of Life Scale ProQOL). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 30 ερωτήσεων και η βαθμολογία τους γίνεται σε μια 5 βάθμια κλίμακα Likert που εκτείνεται από το 1 (ποτέ) έως το 5 (πολύ συχνά). Αποτελείται από τρεις διακριτές κλίμακες: ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction), επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και compassion fatigue /δευτερογενές στρες (Stamm, 2005). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ProQOL έχει μεταφρασθεί και σταθμιστεί στα ελληνικά και έχει χρησιμοποιηθεί σε Έλληνες νοσηλευτές (Mangoulia et al., 2015). Στην ελληνική στάθμισή του ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach ήταν 0.89 για την ικανοποίηση συμπόνιας, 0.94 για την επαγγελματική εξουθένωση και 0.92 για το δευτερογενές στρες. Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου που δημιουργούνται ανάλογα με το σκορ του κάθε ατόμου σε κάθε ερώτηση.

**Πίνακας 3.1. Κλίμακες ερωτηματολογίου ProQoL**

Κλίμακα	Ερωτήσεις	Βαθμολογία
Ικανοποίηση από την εργασία	3,6,12,16,18,20,22,24,27,30	<22 (χαμηλή), 22-41 (μέτρια), >41 (υψηλή)
Επαγγελματική εξουθένωση	1,4,8,10,15,17,19,21,26,29	
Δευτερογενές στρες	2,5,7,9,11,13,14,23,25,28	

### 3.4 Ηθική και δεοντολογία

Για την οργάνωση και διενέργεια της έρευνας ακολουθήθηκαν πιστά οι κανόνες δεοντολογίας. Η παρούσα έρευνα ξεκίνησε τον Ιανουάριο έως τον Φεβρουάριο, και φυσικά η έναρξη έγινε μετά από την έγκριση της Επιτροπής Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μέσω διαμοιρασμού του συνδέσμου του ερωτηματολογίου, το οποίο δημιουργήθηκε με την βοήθεια της πλατφόρμας Google Forms. Οι ερωτήσεις που πραγματοποιήθηκαν αφορούσαν ερωτήσεις αναφορικά με το δευτερογενές στρες. Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν βοήθησαν στην διερεύνηση της επίδρασης του στρες στην απόδοσή τους.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν επαρκώς για την διαδικασία της έρευνας και διαβεβαιώθηκαν ότι τηρείται αυστηρά η ανωνυμία και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Δεν υπήρξε καμία χρηματική χρέωση στον πληθυσμό μελέτης και είχε καταστεί κατανοητό ότι μπορούν να σταματήσουν οποιαδήποτε στιγμή κατά την διάρκεια της συνέντευξης και να αποχωρήσουν χωρίς καμία συνέπεια. Πριν από κάθε έναρξη των ερωτηματολογίων της έρευνας ο συμμετέχων ανέφερε ότι συμφωνεί με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

### 3.5 Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του υλικού της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) 27.0 for Windows”, με τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και της Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής.

Ειδικότερα η περιγραφική ανάλυση περιλάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των μεταβλητών (απόλυτη και σχετική συχνότητα) καθώς και υπολογισμό των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος τιμή, μέγιστη και ελάχιστη τιμή).

Αναφορικά με το κομμάτι της επαγωγικής ανάλυσης, για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ). Πραγματοποιήθηκε έλεγχος t-test ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) για ανεξάρτητα δείγματα στην περίπτωση διχοτόμων μεταβλητών ή μεταβλητών με περισσότερες από δύο τιμές αντίστοιχα. Ως αποδεκτό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για όλες τις συσχετίσεις που διερεργήθηκαν ορίστηκε το 0,05 (95% σημαντικότητα).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1 Χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται παρακάτω αναφέρονται στο συνολικό δείγμα της έρευνας (n=70). Σύμφωνα με αυτό:

1. Περιγράφονται τα κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
2. Περιγράφονται η ικανοποίηση της συμπόνιας, ή αντίθετα η κόπωση-στρες που προκύπτει από την συμπόνια και γενικότερα η επαγγελματική εξουθένωση.
3. Γίνεται μια αξιολόγηση της ευρύτερης κατάστασης υγείας που βρίσκονται του άτομα του δείγματος.
4. Τέλος, γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής της αποδοτικότητας των ατόμων που συγκροτούν το δείγμα μελέτης στο κομμάτι τόσο της επαγγελματικής ζωής όσο και της προσωπικής.

Από τα 70 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 53 ήταν γυναίκες και οι 17 άνδρες (75,7% γυναίκες και 24,3% άνδρες). Συνεπώς γίνεται αντιληπτό πως το συγκεκριμένο σωματείο θα έλεγε κανείς πως διοικείται κυρίως από γυναίκες, όπως αποδεικνύουν οι μελέτες.

**Πίνακας 4.1. Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.**

Φύλο	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Γυναίκα	53	75,7%
Άνδρας	17	24,3%
<b>Σύνολο</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων είναι τα 40 έτη. Η ηλικιακή κατανομή είναι πολυποίκιλη και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ηλικιών. Το 15% των συμμετεχόντων (10 συμμετέχοντες) βρίσκεται στην δεκαετία μεταξύ 20-30 ετών, αντιπροσωπεύοντας τη νεαρότερη ηλικία που απαρτίζει το δείγμα. Η ηλικιακή ομάδα που βρίσκεται μεταξύ 31-40 ετών αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (35%, δηλαδή 25 συμμετέχοντες) , αντιπροσωπεύοντας τους επαγγελματίες που βρίσκονται στη μέση περίπου της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Το 30% (21 συμμετέχοντες) καλύπτεται από την ηλικιακή ομάδα μεταξύ 41-50 ετών και ένα ποσοστό 15% (10 συμμετέχοντες) βρίσκεται στην ηλικία μεταξύ 51-60 ετών, ποσοστά σημαντικά καθώς οι ηλικιακές αυτές ομάδες συνεπάγονται και μεγαλύτερη

επαγγελματική εμπειρία και ωριμότητα. Τέλος, δεν λείπει από το δείγμα και μια λίγο μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, με ποσοστό μικρό μεν 5% (4 συμμετέχοντες), σημαντικό δε, καθώς οι άνθρωποι αυτοί διαθέτουν και την μεγαλύτερη εργασιακή πείρα στον τομέα της υγείας. Η εικόνα που σχηματίζεται μέσα από αυτή την κατανομή, υποδηλώνει πως το σωματείο “ΙΚΕΛΟΣ” απαρτίζεται από ανθρώπους διαφόρων ηλικιών, με διαφορετική εμπειρία και πρακτικές που εφαρμόζονται για την επίτευξη αποδοτικών μεθόδων.

**Πίνακας 4.2. Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την ηλικία**

Ηλικιακή Ομάδα	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα
20-30 έτη	10	15%
31-40 έτη	25	35%
41-50 έτη	21	30%
51-60 έτη	10	15%
61+ έτη	4	5%

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων αποτελεί ένα ακόμη ενδιαφέρον κομμάτι της έρευνας. Συγκεκριμένα ένα 28,5% (20 άτομα) παρουσιάζονται ως άγαμοι. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες με ποσοστό 57% (40 άτομα) είναι έγγαμοι, ενώ το 11,5% (8 συμμετέχοντες) δήλωσαν πως είναι διαζευγμένοι. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό των 3% ( 2 άτομα) δήλωσαν χήροι. Επομένως, παρουσιάζεται ποικιλία και στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών που απαρτίζουν το σωματείο.

**Πίνακας 4.3. Κατανομή συμμετεχόντων με βάση την οικογενειακή κατάσταση.**

Οικογενειακή κατάσταση	Απόλυτη συχνότητα	Σχετική συχνότητα
Άγαμοι	20	28,5
Έγγαμοι	40	57%
Διαζευγμένοι	8	11,5%
Χήροι	2	3%

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρουσιάζει επίσης μια ποικιλομορφία. Συγκεκριμένα, ένα ποσοστό 25% (18 συμμετέχοντες) έχουν ολοκληρώσει ανώτερη εκπαίδευση (τεχνολογικό ίδρυμα ή άλλη ανώτερη σχολή). Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους με ποσοστό 50% (35 άτομα) διαθέτουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση, έχοντας στην κατοχή τους κάποιο πτυχίο πανεπιστημίου. Ένα ποσοστό 20% (14 άτομα), έχει εξελίξει το εκπαιδευτικό του επίπεδο, λαμβάνοντας προχωρημένες σπουδές μέσα από κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο. Τέλος, ένα μικρότερο ποσοστό 5% (3 συμμετέχοντες) έχουν εξειδικεύσει

ακόμα περισσότερο τις γνώσεις τους, αποκτώντας διδακτορικό τίτλο. Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο συγκεκριμένο σωματείο διαθέτουν πανεπιστημιακούς τίτλους, υποδηλώνει το υψηλό επίπεδο μόρφωσης τους, γεγονός που ενισχύει και την αξιοπιστία και την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών.

**Πίνακας 4.4. Κατανομή του δείγματος ως προς την πανεπιστημιακή εκπαίδευση.**

<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>	<b>Απόλυτη Συχνότητα</b>	<b>Σχετική Συχνότητα</b>
Ανώτερη Εκπαίδευση	18	25%
Πτυχίο Πανεπιστημίου	35	50%
Μεταπτυχιακός τίτλος	14	20%
Διδακτορικός τίτλος	3	5%

Μέσα από το δείγμα των 70 ατόμων, παρουσιάζεται μια ποικιλία ως προς την κατανομή της επαγγελματικής εμπειρίας. Η μέση επαγγελματική εμπειρία είναι τα 12 έτη. Ειδικότερα, ένα ποσοστό 10% (7 άτομα) φαίνεται να έχει επαγγελματική εμπειρία από 0-5 έτη, τοποθετώντας τους στους επαγγελματίες με την μικρότερη εργασιακή πείρα. Έπειτα, ένα σημαντικό ποσοστό 25% (18 συμμετέχοντες) έχει αποκτήσει εμπειρία 6-10 ετών, γεγονός που υποδηλώνει πως βρίσκεται σε μια εξελικτική φάση της καριέρας του. Το μεγαλύτερο ποσοστό 40% (28 συμμετέχοντες) που αποτελεί και τον πυρήνα των έμπειρων επαγγελματιών, έχει αποκτήσει επαγγελματική εμπειρία 11-15 ετών. Ένα ποσοστό 15% (11 άτομα) δηλώνει εμπειρία 16-20 ετών, ενώ τέλος ένα 10% (7 άτομα) διαθέτει πάνω εργασιακή πείρα άνω των 21 ετών. Η ποικιλομορφία αυτή ως προς την επαγγελματική πείρα δείχνει πως το σωματείο απαρτίζεται από ανθρώπους που βρίσκονται σε διάφορα στάδια της καριέρας τους.

**Πίνακας 4.5. Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική εμπειρία**

<b>Επαγγελματική Εμπειρία</b>	<b>Απόλυτη συχνότητα</b>	<b>Σχετική Συχνότητα</b>
0-5 έτη	7	10%
6-10 έτη	18	25%
11-15 έτη	28	40%
16-20 έτη	11	15%
21+ έτη	7	10%

Μέσα στο δείγμα των συμμετεχόντων εμφανίζεται μια ευρεία κατανομή ειδικοτήτων του σωματείου. Το 30% (21 συμμετέχοντες) του σωματείου είναι γιατροί, παρέχοντας ιατρική καθοδήγηση. Το μεγαλύτερο ποσοστό 40% (28 συμμετέχοντες) καλύπτεται από τους νοσηλευτές, οι οποίοι φροντίζουν και υποστηρίζουν καθημερινά τους ασθενείς. Οι κοινωνικοί



λειτουργοί δεν θα μπορούσαν να απουσιάζουν από μια τέτοια δομή, αποτελώντας το 20% (14 συμμετέχοντες) και παρέχοντας ψυχοκοινωνική υποστήριξη και υπηρεσίες πρόληψης. Τέλος, εκτός από τους κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικά η ύπαρξη ψυχολόγων σε ποσοστό 10% (7 συμμετέχοντες) διαδραματίζει απαραίτητη προϋπόθεση, καθώς οι ψυχολόγοι συμβάλλουν στην υποστήριξη της ευεξίας και ψυχικής υγείας των ασθενών. Η κατανομή αυτή των ειδικοτήτων προβάλλει μια υιοθέτηση ολιστικής προσέγγισης από τον “ΙΚΕΛΟ” ως προς τις παροχές υπηρεσιών υγείας.

**Πίνακας 4.6. Κατανομή συμμετεχόντων ως προς την ειδικότητα**

Ειδικότητα	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Γιατροί	21	30%
Νοσηλεύτες	28	40%
Κοινωνικοί λειτουργοί	14	20%
Ψυχολόγοι	7	10%

#### 4.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ProQoL

Στους πίνακες που ακολουθούν (4.7 - 4.9) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις 3 κλίμακες της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του δείγματος (επαγγελματική ικανοποίηση, επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές στρες). Ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha για το σύνολο του ερωτηματολογίου υπολογίστηκε σε 0,796 η οποία θεωρείται τιμή που ισοδυναμεί με καλή αξιοπιστία. Πιο συγκεκριμένα, για τη υποκλίμακα επαγγελματικής ικανοποίησης ήταν 0,861 γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, για το δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν 0,886 γεγονός που δηλώνει υψηλή αξιοπιστία και τέλος για την υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha ήταν 0,641 που δηλώνει χαμηλή αλλά οριακά αποδεκτή αξιοπιστία.

Ως προς τις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση, στις περισσότερες ερωτήσεις η πιο συνήθης συχνότητα που επιλέχθηκε ήταν αυτή του «μερικές φορές». Το 56% (N=39) δήλωσε ότι είναι ευχαριστημένο σε μέτριο επίπεδο, ενώ το 40% (N=28) ανέφερε ότι είναι σπάνια εγκλωβισμένο από την εργασία του ως πάροχος φροντίδας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 34% (N=24) δήλωσε ότι είναι το άτομο που πάντα ήθελε να είναι με συχνότητα «συχνά» ενώ ακόμα με συχνότητα «μερικές φορές» το δείγμα δήλωσε ότι νιώθει παγιδευμένο (40%) και νιώθει εξάντληση ως πάροχος φροντίδας (50%).

**Πίνακας 4.7** Απαντήσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση

	Επαγγελματική Εξουθένωση	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές Φορές		Συχνά		Πάντα	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Είμαι ευχαριστημένος	1	2%	6	8%	<b>39</b>	<b>56%</b>	18	26%	6	8%
4	Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	1	2%	6	8%	22	32%	<b>27</b>	<b>38%</b>	14	20%
8	Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά μου, επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω των τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω.	22	32%	21	30%	<b>25</b>	<b>34%</b>	1	2%	1	2%
10	Νιώθω εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου ως πάροχος φροντίδας	11	16%	<b>28</b>	<b>40%</b>	26	36%	4	6%	1	2%
15	Έχω πεπονηθείς οι οποίες με στηρίζουν	1	2%	6	8%	<b>25</b>	<b>36%</b>	<b>25</b>	<b>36%</b>	13	18%
17	Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι	1	2%	10	14%	21	30%	<b>24</b>	<b>34%</b>	14	20%
19	Νιώθω εξάντληση λόγω της εργασίας μου ως πάροχος φροντίδας	10	14%	15	22%	<b>21</b>	<b>30%</b>	<b>21</b>	<b>30%</b>	3	4%
21	Νιώθω καταβεβλημένος γιατί ο φόρτος της εργασίας μου, μου φαίνεται ατελείωτος	8	12%	14	20%	<b>25</b>	<b>36%</b>	20	28%	3	4%
26	Νιώθω παγιδευμένος από το σύστημα	8	12%	14	20%	<b>28</b>	<b>40%</b>	17	22%	3	4%
29	Είμαι πολύ στοργικό άτομο	0	0%	3	4%	6	8%	<b>35</b>	<b>50%</b>	26	38%

Στις ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία τους, όλες οι απαντήσεις της υποκλίμακας αυτής απαντήθηκαν με την απάντηση «συχνά». Τα μεγαλύτερα επιμέρους ποσοστά σημειώθηκαν στις ερωτήσεις που αναφέρθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν

ευχάριστες σκέψεις για τα άτομα τα οποία που φροντίζουν και μπορούν να βοηθήσουν και στην ερώτηση όπου αναφέρεται ότι μπορούν να κάνουν την διαφορά στο χώρο της εργασίας τους (ποσοστό 48% και στις δύο ερωτήσεις). Με παρόμοιο ποσοστό χαρακτηρίστηκε με τη ίδια απάντηση και η ερώτηση που αναφέρει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι περήφανοι για το τι μπορούν να κάνουν για να παρέχουν φροντίδα.

**Πίνακας 4.8** Απαντήσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την ικανοποίηση από την εργασία τους

	Ικανοποίηση από την εργασία	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές Φορές		Συχνά		Πάντα	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3	Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω τους ανθρώπους	0	0%	1	2%	4	6%	<b>27</b>	<b>38%</b>	38	54%
6	Νιώθω αναζωογονημένος μετά την εργασία μου με τα άτομα που φροντίζω	0	0%	7	10%	22	32%	<b>28</b>	<b>40%</b>	13	18%
12	Μου αρέσει η εργασία μου ως πάροχος φροντίδας	3	4%	1	2%	15	22%	<b>31</b>	<b>44%</b>	20	28%
18	Η εργασία μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένος	1	2%	7	10%	18	26%	<b>29</b>	<b>42%</b>	15	20%
20	Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω	0	0%	0	0%	24	34%	<b>33</b>	<b>48%</b>	13	18%
22	Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της εργασίας μου	1	2%	3	4%	22	32%	<b>34</b>	<b>48%</b>	10	14%
24	Είμαι περήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να παρέχω φροντίδα	0	0%	4	6%	17	24%	<b>34</b>	<b>48%</b>	15	22%
27	Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος ως πάροχος φροντίδας	0	0%	6	8%	22	32%	<b>32</b>	<b>46%</b>	10	14%
30	Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία	1	2%	4	6%	15	22%	<b>29</b>	<b>42%</b>	21	26%

Στην υποκλίμακα του δευτερογενούς στρες οι απαντήσεις κυμάνθηκαν μεταξύ των απαντήσεων «μερικές φορές» και «σπάνια». Μόνο στην ερώτηση «Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζω», σε ποσοστό 34% (N=24) οι ερωτώμενοι απάντησαν «Συχνά» αλλά και «Μερικές Φορές». Σε ποσοστό 44% (N=31) μερικές φορές οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται θλίψη λόγω τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζουν. Σε ποσοστό 42% (N=29), μερικές φορές απάντησαν ότι «Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού».

<b>Πίνακας 4.9</b> Απαντήσεις των ερωτώμενων αναφορικά με το δευτερογενές στρες											
	Δευτερογενές στρες	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές Φορές		Συχνά		Πάντα	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2	Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζω	4	6%	1	2%	24	34%	24	34%	17	24%
5	Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	6	8%	15	22%	22	32%	15	22%	12	16%
7	Είναι δύσκολο να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή, από τη ζωή μου ως πάροχος φροντίδας	6	8%	24	34%	28	40%	11	16%	1	2%
9	Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των ατόμων που φροντίζω	17	24%	27	38%	15	22%	11	16%	0	0%
11	Λόγω της φροντίδας, νιώθω "στα όρια της αντοχής μου" για διάφορα πράγματα	10	14%	17	24%	21	30%	18	26%	4	6%
13	Νιώθω θλίψη λόγω των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζω	8	12%	14	20%	31	44%	14	20%	3	4%

14	Νιώθω σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω φροντίσει	13	18%	17	24%	<b>24</b>	<b>34%</b>	15	22%	1	2%
23	Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζω	15	22%	<b>25</b>	<b>36%</b>	17	24%	10	14%	3	4%
25	Ως αποτέλεσμα της φροντίδας μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	17	24%	<b>28</b>	<b>40%</b>	15	22%	8	12%	1	2%
28	Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού	8	12%	24	34%	<b>29</b>	<b>42%</b>	6	8%	3	4%

Τα αποτελέσματα για τις 3 υποκλίμακες του εργαλείου ProQoI δίνονται στον Πίνακα 4.10. Από την ανάλυση προέκυψε ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση σε μέτριο επίπεδο (Μ.Ο.=38,4, Τ.Α.=6,03), Επίσης, παρουσιάζουν μέτρια ικανοποίηση από την εργασία του (Μ.Ο.=24,84, Τ.Α.=5,47) και τέλος εκφράζουν σε μέτριο επίπεδο δευτερογενές στρες, (Μ.Ο.=27,36, Τ.Α.=6,55).

**Πίνακας 4.10** Μέτρα θέσης και διασποράς κλιμάκων ερωτηματολογίου ProQoL και τιμές Cronbach's alpha

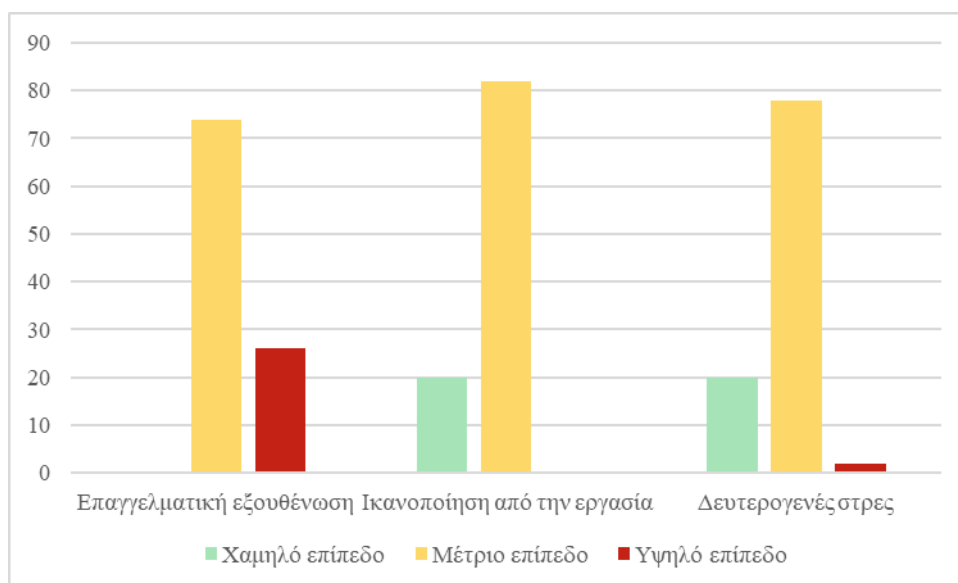
<b>Κλίμακα</b>	<b>Μέση τιμή (mean)</b>	<b>Τυπική απόκλιση (standard deviation)</b>	<b>Ελάχιστη τιμή (Minimum)</b>	<b>Μέγιστη τιμή (Maximum)</b>	<b>Συντελεστής Cronbach's alpha</b>
Επαγγελματική εξουθένωση	38,02	6,03	11	33	0,861
Ικανοποίηση από την εργασία	24,84	5,47	32	50	0,641

Δευτερογενές στρες	27,36	6,55	14	39	0,886
--------------------	-------	------	----	----	-------

Αναφορικά με τα δεδομένα του πίνακα 4.11, η πλειονότητα των ερωτώμενων (75%) χαρακτηρίζεται από μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ μηδενικό είναι το ποσοστό εκείνων που αισθάνονται χαμηλό επίπεδο εξουθένωσης. Ως προς την ικανοποίηση από την εργασία, ένα ποσοστό της τάξης του 80% χαρακτηρίζεται από ικανοποίηση μετρίου επιπέδου και κανένας ερωτώμενος δεν απάντησε με τέτοιο τρόπο ώστε να θεωρείται υψηλή η ικανοποίησή του. Τέλος, αναφορικά με το δευτερογενές στρες στο σύνολο του δείγματος, η πλειονότητα χαρακτηρίζεται από στρες μέτριας έντασης (78%) και μόλις το 20% από στρες χαμηλού επιπέδου.

**Πίνακας 4.11** Κατηγοριοποίηση των κλιμάκων του ερωτηματολογίου ProQoL

Κλίμακα	Χαμηλό επίπεδο	Μέτριο επίπεδο	Υψηλό επίπεδο
Επαγγελματική εξουθένωση	0 (0%)	52 (74%)	18 (26%)
Ικανοποίηση από την εργασία	14 (20%)	56 (80%)	0 (0%)
Δευτερογενές στρες	14 (20%)	55 (78%)	1 (2%)



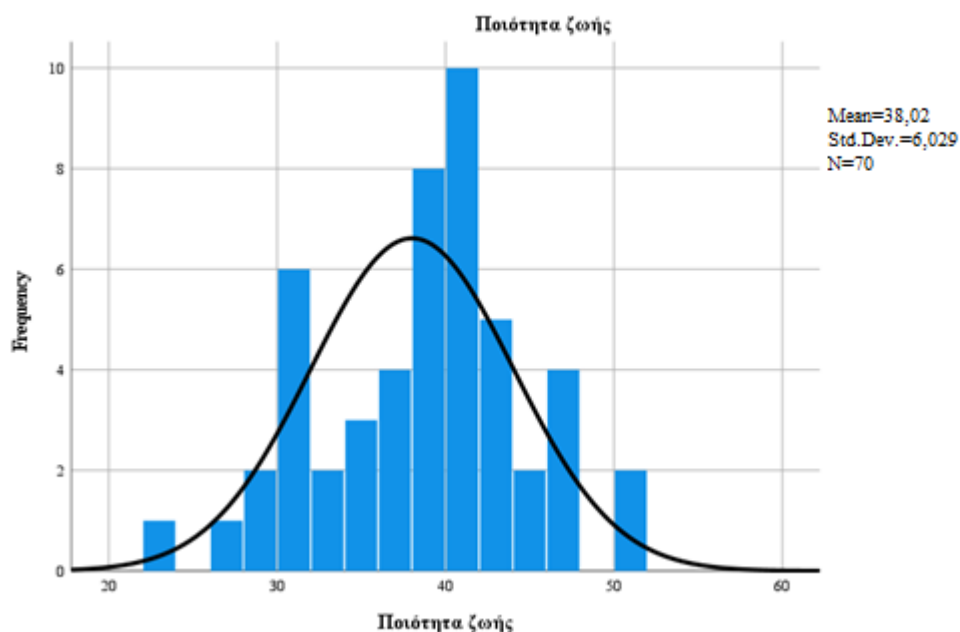
**Διάγραμμα 4.1.** Κατηγοριοποίηση βάσει επιπέδων υποκλιμάκων ProQoL

### 4.3 Διερεύνηση ύπαρξης κανονικής κατανομής υποκλιμάκων ερωτηματολογίου ProQoL

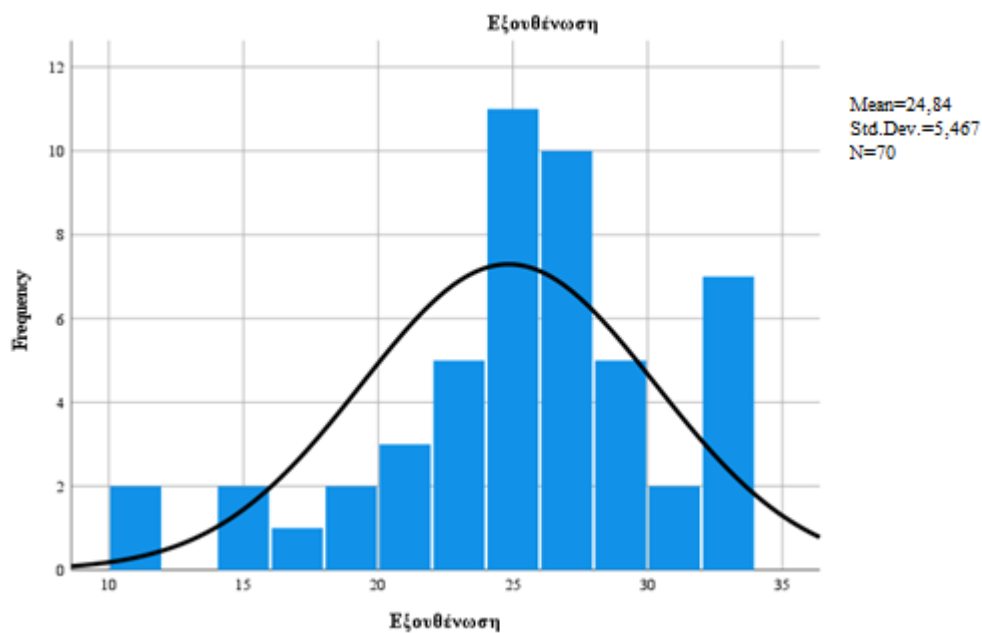
Για την διερεύνηση της ύπαρξης ή μη κανονικής κατανομής των τιμών των τριών υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ProQoL (εξουθένωση, δευτερογενές στρες και ποιότητα ζωής), πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Shapiro-Wilk, καθώς το μέγεθος του δείγματος δεν υπερβαίνει τον αριθμό των πενήντα (70) συμμετεχόντων. Από τα δεδομένα του πίνακα 4.12, προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής και το δευτερογενές στρες χαρακτηρίζονται από κανονικότητα, καθώς το αποτέλεσμα του ελέγχου ήταν στατιστικά μη σημαντικό ( $p>0.05$ ). Αντίθετα, η υποκλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν χαρακτηρίζεται από κανονικότητα, καθώς, η τιμή ελέγχου  $p$  έδωσε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ( $p<0.05$ ). Εκτός του πίνακα 4.12, παρουσιάζονται και τα σχετικά ιστογράμματα κατανομής στα διαγράμματα από 4.2 έως και 4.4.

**Πίνακας 4.12** Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας

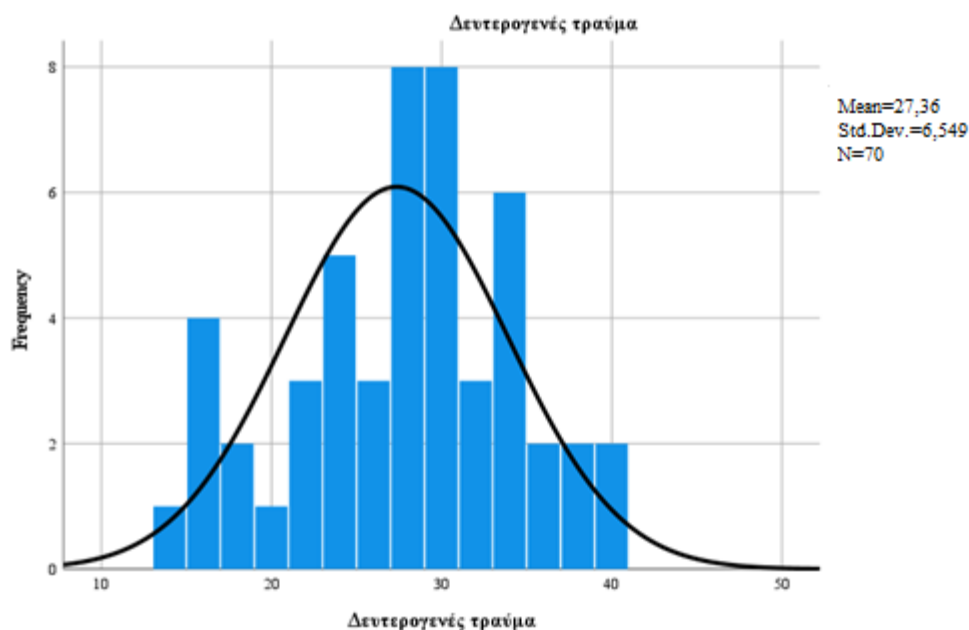
	Shapiro-Wilk		
	Statistic	N	P
Ποιότητα ζωής	0,976	70	0,396*
Εξουθένωση	0,940	70	0,013
Δευτερογενές τραύμα	0,967	70	0,172*



**Διάγραμμα 4.2** Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων «Ποιότητα ζωής»



**Διάγραμμα 4.3** Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων «Εξουθένωσης»



**Διάγραμμα 4.4** Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων «Δευτερογενές στρες»

#### 4.4 Διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ProQoL

Για την διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου ProQoL, υπολογίσθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson για τις μεταβλητές που



χαρακτηρίζονται από κανονική κατανομή ενώ για την περίπτωση των μεταβλητών που τουλάχιστον μια εξ αυτών δεν χαρακτηρίζεται από κανονικότητα, υπολογίσθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Από τα αποτελέσματα του πίνακα 4.13 προκύπτει ότι υφίσταται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και την επαγγελματική εξουθένωση ( $r=-0.595$ ,  $p<0.001$ ). Το αρνητικό πρόσημο που προέκυψε σημαίνει ότι η αύξηση των επιπέδων του ενός μεγέθους συνεπάγεται μείωση του άλλου μεγέθους. Συγκεκριμένα, μπορεί να ειπωθεί ότι αύξηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης συνεπάγεται μείωση των επιπέδων ποιότητας ζωής. Η δεύτερη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που προέκυψε, αναφέρεται στην συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς στρες ( $r=0.539$ ,  $p<0.001$ ). Συγκεκριμένα, η αύξηση των επιπέδων της επαγγελματικής εξουθένωσης, συνεπάγεται και αύξηση των επιπέδων δευτερογενούς στρες.

**Πίνακας 4.13** Αποτελέσματα υπολογισμού συντελεστών συσχέτισης

		Ποιότητα ζωής	Εξουθένωση	Δευτερογενές τραύμα
Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	1.000	-0.595**	-0.119*
	Sig. (2-tailed)	-	<0.001	0.411
	N	70	70	70
Εξουθένωση	Correlation Coefficient	-0.595**	1.000	0.539**
	Sig. (2-tailed)	<0.001	-	<0.001
	N	70	70	70
Δευτερογενές τραύμα	Correlation Coefficient	-0.119*	0.539**	1.000
	Sig. (2-tailed)	0.411	<0.001	-
	N	70	70	70

\* Συντελεστής συσχέτισης *Pearson*

\*\* Συντελεστής συσχέτισης *Spearman*

Καθόσον υφίσταται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την ποιότητα ζωής και το δευτερογενές στρες, διερευνήθηκε η ύπαρξη μοντέλου λογιστικής παλινδρόμησης, το οποίο θα περιγράφει την μεταβλητότητα των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης, βάσει των μεταβλητών ποιότητας ζωής και δευτερογενούς στρες. Οι παραπάνω υποκλίμακες μετατράπηκαν σε κατηγορικές όπως αναφέρεται στις οδηγίες του ερωτηματολογίου ProQoL, με χαμηλό επίπεδο το σκορ <23 της εκάστοτε υποκλίμακας, μέτριο επίπεδο με εύρος σκορ από 23 έως 41, και με υψηλό επίπεδο το σκορ >41.

Η μεταβλητότητα των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφεται επαρκώς από το αναφερόμενο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης όπως φαίνεται από τους πίνακες 4.14 έως και 4.17. Και οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές μπορούν να ερμηνεύσουν τις τιμές της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς  $p < 0.001$  (πίνακας 4.14). Εφόσον ο συντελεστής Nagelkerke  $R^2$  ισούται με 0.502, το 50.2% της μεταβλητότητας των τιμών της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφεται από τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές. Ο έλεγχος καταλληλότητας του μοντέλου Hosmer και Lemeshow είναι στατιστικά μη σημαντικός καθώς  $p = 0.905$ , το οποίο υπογραμμίζει την πλήρη καταλληλότητα του μοντέλου.

**Πίνακας 4.14** Συμβολή ανεξάρτητων μεταβλητών στην ερμηνεία του μοντέλου

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	20,952	2	<0.001
	Block	20,952	2	<0.001
	Model	20,952	2	<0.001

**Πίνακας 4.15** Αποτελέσματα συντελεστών προσδιορισμού μοντέλου

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	36,354 <sup>a</sup>	0.342	0.502

**Πίνακας 4.16** Αποτέλεσμα καταλληλότητας μοντέλου (Hosmer & Lemeshow)

Step	Chi-square	df	Sig.
1	0.200	2	0.905

**Πίνακας 4.17** Περιγραφικά δεδομένα ανεξάρτητων μεταβλητών μοντέλου

							95% C.I. for EXP(B)	
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	
Step 1 <sup>a</sup>	Δευτερογενές τραύμα(1)	-3.352	0.987	11.543	1	0.001	0.035	0.005 0.242
	Ποιότητα ζωής	-2.329	0.979	5.666	1	0.017	0.097	0.014 0.663
	Constant	7.417	2.524	8.633	1	0.003	1664.684	

a. Variable(s) entered on step 1: Δευτερογενές τραύμα, Ποιότητα ζωής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός αυτού του ερευνητικού έργου ήταν να αξιολογήσει τον αντίκτυπο που έχει το δευτερογενές στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις που έχει στη διοίκηση. Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και του δευτερογενούς στρες ήταν οι επιμέρους στόχοι αυτής της εργασίας. Για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική, συγχρονική μελέτη. Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις της παρούσας έρευνας, ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της υγείας. Το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε συνολικά 70 άτομα στη σύνθεσή του. Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL) χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος για την αξιολόγηση του δευτερογενούς στρες.

Ενώ το 40% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι σπάνια παγιδεύονται από την εργασία τους ως πάροχοι φροντίδας, το 56% δήλωσαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους. Το γεγονός ότι το 34% του δείγματος δήλωσε ότι είναι το άτομο που πάντα ήθελε να είναι, παρόλα αυτά το δείγμα δήλωσε ότι αισθάνεται κολλημένο (40 %) και αισθάνονται κουρασμένοι ως πάροχοι φροντίδας (50%). Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με την μελέτη των Nimmo & Huggard (2013) οι οποίοι βρήκαν πως το 54% του πληθυσμού τους πληρούσαν τα κριτήρια για κούραση και κόπωση.

Όταν ρωτήθηκαν για το επίπεδο ικανοποίησής τους από τη δουλειά τους, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε «συχνά» στα στοιχεία αυτής της υποκλίμακας. Τα υψηλότερα ατομικά ποσοστά βρέθηκαν στις ερωτήσεις που δήλωσαν ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν θετική στάση για τα άτομα που φροντίζουν και μπορούν να βοηθήσουν, καθώς και στην ερώτηση που δήλωνε ότι έχουν την ικανότητα να κάνουν τη διαφορά στο χώρο εργασίας τους (48%). Η ερώτηση που τέθηκε εάν οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ή όχι περήφανοι για το τι μπορούν να κάνουν για να προσφέρουν φροντίδα έλαβε την ίδια απάντηση από συγκρίσιμο αριθμό ερωτηθέντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 75% των ερωτηθέντων βιώνουν ένα μέτριο επίπεδο εξουθένωσης, ενώ δεν υπάρχει ποσοστό των ερωτηθέντων που βιώνουν χαμηλό επίπεδο εξουθένωσης. Όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία, ένα ποσοστό ογδόντα τοις εκατό θεωρείται ότι έχει κατακτήσει ένα μέτριο βαθμό ικανοποίησης και κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έδωσε απάντηση που να θεωρηθεί υψηλή ως προς το επίπεδο ικανοποίησής του. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, όσον αφορά το δευτερογενές στρες, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος χαρακτηρίζεται από στρες μέτριας έντασης (78%) και μόλις το είκοσι τοις εκατό ταξινομείται από χαμηλό επίπεδο στρες.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούμε με τις μελέτες των Sodeke-Gregson, Holtum & Billings (2013) και των Hinderer et al. (2014), ωστόσο έρχονται σε αντίθεση με την μελέτη των Wang et al. (2020).

Οι απαντήσεις στην υποκλίμακα δευτερογενές στρες κυμαίνονταν από «μερικές φορές» έως «σπάνια» σε συχνότητα. Μόνο σε απάντηση στην ερώτηση «Ανησυχώ έντονα για την ανησυχία που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία νοιάζομαι», οι ερωτηθέντες απάντησαν «Συχνά» καθώς και «Λίγες φορές» σε ποσοστό 34%. Υπάρχει ένα ποσοστό 44% επαγγελματιών υγείας που υποφέρουν κατά καιρούς αισθήματα θλίψης ως αποτέλεσμα των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζουν. Για παράδειγμα, «Δεν μπορώ να θυμηθώ σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμών» ήταν μια απάντηση που δόθηκε από το 42 τοις εκατό των ερωτηθέντων με κάποια συχνότητα. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξαν και οι μελέτες των Jang, Kim & Kim (2016), Salimi et al. (2020) και Ortega-Compos et al. (2019) οι οποίοι βρήκαν πως ο πληθυσμός τους βιώνει ιδιαίτερη συναισθηματική ευαισθησία για τα άτομα τα οποία φροντίζουν.

Παρά τις προσπάθειες διεξαγωγής μιας ολοκληρωμένης έρευνας, η ύπαρξη ορισμένων περιορισμών δεν ήταν δυνατό να αποφευχθεί. Αρχικά, ο περιορισμένος χρόνος και οι ελάχιστες δυνατότητες επιλογής οργανισμού στον τομέα της υγείας επηρέασαν τον αριθμό του δείγματος. Με την σειρά του ο περιορισμένος αριθμός δείγματος (70 συμμετέχοντες) μπορεί εύκολα να επηρεάσει την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων όσον αφορά άλλους επαγγελματίες υγείας ή γενικότερα άλλους οργανισμούς. Επιπλέον, η άρνηση συμμετοχής αρκετών επαγγελματιών υγείας θα μπορούσε να επιφέρει διαφορετικά αποτελέσματα, καθώς οι εμπειρίες κάθε επαγγελματία υγείας διαφέρουν κατά περίπτωση.

Η έρευνα που εκπονήθηκε δεν έλαβε υπόψη παράγοντες όπως η πολιτισμική κουλτούρα, η οποία είναι πιθανό να επιδρά διαφορετικά στον επαγγελματικό τομέα ανάλογα με τις προσλαμβάνουσες και τον διαμορφωμένο χαρακτήρα του καθενός. Κατα αυτό τον τρόπο, η γενίκευση των ευρημάτων είναι και πάλι περιορισμένη.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διερεύνηση του δευτερεύοντος στρες στους επαγγελματίες υγείας είναι μια ζωτική προσπάθεια, απαραίτητη για την κατανόηση και την αντιμετώπιση της ευημερίας των ατόμων που παρέχουν επιμελώς φροντίδα σε άλλους. Εκτεταμένη έρευνα υπογραμμίζει τη μέτρια έως υψηλή εμφάνιση STS μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά εκείνων που ασχολούνται άμεσα με τη φροντίδα ασθενών.

Η συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικού φόρτου εργασίας και συμπτωμάτων δευτερογενούς στρες μελετάται επί του παρόντος και τα ευρήματα είναι ασυνεπή. Ενώ ορισμένες μελέτες παρέχουν στοιχεία για μια άμεση σύνδεση μεταξύ των χαρακτηριστικών του φόρτου εργασίας και των συμπτωμάτων του δευτερογενούς στρες, άλλες δεν ανακαλύπτουν μια ουσιαστική σχέση.

Η συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και των συμπτωμάτων STS είναι περίπλοκη, επηρεασμένη από πολλούς παράγοντες. Ενώ ορισμένες έρευνες υποδεικνύουν μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και των συμπτωμάτων του δευτερογενούς στρες, άλλες δεν καταφέρνουν να δημιουργήσουν μια αξιοσημείωτη σχέση.

Η σχέση μεταξύ STS και VPTG σε ιατρικά περιβάλλοντα συνεχίζει να αποτελεί θέμα συζήτησης, καθώς διαφορετικές έρευνες έχουν δείξει αντικρουόμενα αποτελέσματα. Ενώ ορισμένες έρευνες δείχνουν μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ STS και VPTG, άλλες δεν καταφέρνουν να δημιουργήσουν μια στατιστικά σημαντική σύνδεση. Επιπλέον, η επίδραση του επαγγέλματος και του φόρτου εργασίας στη σχέση μεταξύ του δευτερογενούς στρες και της VPTG προσθέτει πολυπλοκότητα στην κατάσταση, τονίζοντας την ανάγκη για μελλοντική έρευνα για την αποσαφήνιση αυτών των δυναμικών.

Για την αποτελεσματική διαχείριση του δευτερογενούς τραυματικού στρες σε ατομικό επίπεδο, είναι απαραίτητο να υιοθετηθεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει πρακτικές αυτοφροντίδας, μηχανισμούς αντιμετώπισης και συστήματα κοινωνικής υποστήριξης. Ενώ γενικά συνιστάται η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης όπως η διατήρηση μιας θρεπτικής διατροφής, ο επαρκής ύπνος και η τακτική άσκηση, είναι επίσης απαραίτητο να εφαρμόζονται πρόσθετες τακτικές όπως η γνωστική επαναξιολόγηση και η διατήρηση των ορίων. Επιπλέον, η καλλιέργεια μιας καλλιεργητικής ατμόσφαιρας εργασίας και η ενεργή επιδίωξη της καθοδήγησης από ειδικούς μπορεί να μειώσει περαιτέρω τις αρνητικές συνέπειες του δευτερογενούς στρες. Ωστόσο, υπάρχει συνεχής διαφωνία σχετικά

με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών που στοχεύουν τα άτομα στη μείωση των συμπτωμάτων του δευτερογενούς στρες, υπογραμμίζοντας τη σημασία των περιεκτικών στρατηγικών που λαμβάνουν υπόψη τόσο τις ατομικές όσο και τις οργανωτικές πτυχές.

Συνοψίζοντας, η διερεύνηση του δευτερογενούς στρες στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα περίπλοκο και ποικίλο εγχείρημα, που περιλαμβάνει μια σειρά από στοιχεία που εκτείνονται από τα χαρακτηριστικά της εργασίας έως τους μηχανισμούς αντιμετώπισης. Ως αποτέλεσμα της έρευνας, ανακαλύφθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν ένα μέτριο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, ένα μέτριο επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία και, τελικά, ένα μέτριο επίπεδο δευτερογενούς στρες. Απαιτείται πρόσθετη μελέτη για την απόκτηση βαθύτερης κατανόησης των υποκείμενων μηχανισμών του STS και για την ανάπτυξη ειδικών θεραπειών που μπορούν να βελτιώσουν την ευημερία των επαγγελματιών υγείας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση

Π. Μαγγούλια, 2011. Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές. διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

### Ξενόγλωσση

Al-Majid, S., Carlson, N., Kiyohara, M., Faith, M., & Rakovski, C. (2018). Assessing the degree of compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care, oncology, and charge nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 310-315.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4rd ed). American Psychiatric Association, Washington, DC: Author. doi:10.1176/ajp.152.8.1228

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5rd ed). American Psychiatric Association, Washington, DC: Author. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 67-75.

Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(3), 279-284.

Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239–263.

Balinbin, C. B. V., Balatbat, K. T. R., Balayan, A. N. B., Balcueva, M. I. C., Balicat, M. G. B., Balidoy, T. A. S., ... & Torres, G. C. S. (2020). Occupational determinants of compassion satisfaction and compassion fatigue among Filipino registered nurses. *Journal of clinical nursing*, 29(5-6), 955-963.

Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 25(1), 1-10.

- Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in society*, 84(4), 463-470.
- Ben-Porat, A. (2017). Competence of trauma social workers: The relationship between field of practice and secondary traumatization, personal and environmental variables. *Journal of interpersonal violence*, 32(8), 1291-1309.
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?. *Brief treatment and crisis intervention*, 6(1), 1.
- Brady, P. Q. (2017). Crimes against caring: Exploring the risk of secondary traumatic stress, burnout, and compassion satisfaction among child exploitation investigators. *Journal of police and criminal psychology*, 32, 305-318.
- Bride, B. E., Kintzle, S., Abraham, A. J., & Roman, P. M. (2012). Counselor attitudes toward and use of evidence-based practices in private substance use disorder treatment centers: A comparison of social workers and non-social workers. *Health & Social Work*, 37(3), 135-145.
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice*, 14(1), 27-35.
- Butler, L. D., Blasey, C. M., Garlan, R. W., McCaslin, S. E., Azarow, J., Chen, X.-H., ... Spiegel, D. (2005). Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample. *Traumatology*, 11(4), 247-267.
- Carey, S. A., Roden-Foreman, J. W., Felius, J., Tecson, K. M., Shelley, J., Hall, S. A., & Warren, A. M. (2019). Secondary traumatic stress in multi-disciplinary teams caring for heart and lung transplant patients. *Traumatology*, 25(4), 275-281.
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., & Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23(2), 186.
- Choi, G. Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in social work*, 35(3), 225-242.



- Creamer, T. L., & Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 89-96.
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94.
- Deville, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373-385.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of emergency nursing*, 35(3), 199-204.
- Duffy, E., Avalos, G., & Dowling, M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International emergency nursing*, 23(2), 53-58.
- Dworkin, E. R., Sorell, N. R., & Allen, N. E. (2016). Individual-and setting-level correlates of secondary traumatic stress in rape crisis center staff. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(4), 743-752.
- Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress* (pp. 3–28). Towson, MD: Sidran Institute.
- Findler, L., Wind, L. H., & Barak, M. E. M. (2007). The challenge of workforce management in a global society: Modeling the relationship between diversity, inclusion, organizational culture, and employee well-being, job satisfaction and organizational commitment. *Administration in social work*, 31(3), 63-94.
- Fu, C. Y., Yang, M. S., Leung, W., Liu, Y. Y., Huang, H. W., & Wang, R. H. (2018). Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 172-179.
- Glisson, C., & Williams, N. J. (2015). Assessing and changing organizational social contexts for effective mental health services. *Annual Review of Public Health*, 36, 507-523.
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1562840.

- Hahn, K. J. (2010). *Considering the power of context: Racism, sexism, and belonging in the vicarious traumatization of counselors*. University of Kentucky. Διαθέσιμο στο: [http://uknowledge.uky.edu/gradschool\\_diss/760](http://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/760)
- Hall, B. J., Saltzman, L. Y., Canetti, D., & Hobfoll, S. E. (2015). A longitudinal investigation of the relationship between posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth in a cohort of Israeli Jews and Palestinians during ongoing violence. *PLoS One*, 10(4), e0124782.
- Hall, S. F., & Semanchin Jones, A. (2018). Implementation of intensive permanence services: A trauma-informed approach to preparing foster youth for supportive relationships. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(6), 587-598.
- Harrison, R. L., & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203.
- Hemmelgarn, A. L., Glisson, C., & James, L. R. (2006). Organizational culture and climate: Implications for services and interventions research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(1), 73.
- Hinderer, K. A., VonRueden, K. T., Friedmann, E., McQuillan, K. A., Gilmore, R., Kramer, B., & Murray, M. (2014). Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing/ JTN*, 21(4), 160-169.
- Hoffman, Y., & Shrira, A. (2017). Shadows of the past and threats of the future: ISIS anxiety among grandchildren of Holocaust survivors. *Psychiatry research*, 253, 220-225.
- 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.
- Huggard, P., & Unit, G. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 2013-1.
- James, L. R., & Jones, A. P. (1976). Organizational structure: A review of structural dimensions and their conceptual relationships with individual attitudes and behavior. *Organizational behavior and human performance*, 16(1), 74-113.

- Jang, I., Kim, Y., & Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of clinical nursing*, 25(19-20), 2835-2845.
- Jonsson, A., & Halabi, J. (2006). Work related post-traumatic stress as described by Jordanian emergency nurses. *Accident and emergency nursing*, 14(2), 89-96.
- Kangas, M., Muotka, J., Huhtala, M., Mäkikangas, A., & Feldt, T. (2017). Is the ethical culture of the organization associated with sickness absence? A multilevel analysis in a public sector organization. *Journal of Business Ethics*, 140, 131-145.
- Kelly, L. A., & Lefton, C. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care*, 26(6), 438-444.
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *Journal of Nursing scholarship*, 47(6), 522-528.
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaite, D., & Cardena, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6, 120–128.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttraumatic depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45–52.
- Kleis, A. E., & Kellogg, M. B. (2020). Recalling stress and trauma in the workplace: a qualitative study of pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 46(1).
- Kulkarni, S., Bell, H., Hartman, J. L., & Herman-Smith, R. L. (2013). Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 4(2), 114-130.
- Lee, J. J., Gottfried, R., & Bride, B. E. (2018). Exposure to client trauma, secondary traumatic stress, and the health of clinical social workers: A mediation analysis. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 228-235.
- Loomis, B., Epstein, K., Dauria, E. F., & Dolce, L. (2019). Implementing a trauma-informed public health system in San Francisco, California. *Health Education & Behavior*, 46(2), 251-259.

Măirean, C. (2016). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *The Social Science Journal*, 53(1), 14–21.

Mairean, C. (2018). Emotion regulation strategies, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction in healthcare providers. In *Emotions and their influence on our personal, interpersonal and social experiences* (pp. 6-20). Routledge.

Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of secondary traumatic stress among psychiatric nurses in Greece. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 333-338.

Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals: A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, 45(1), 20–29.

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.

Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations. Engle-wood Cliffs. J: Prentice-Hall.

Missouridou, E. (2017). Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *Journal of trauma nursing/ JTN*, 24(2), 110-115.

Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing/ JTN*, 24(3), 158-163.

Morrison, L. E., & Joy, J. P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2894-2906.

Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 32(2), 341.

Ogińska-Bulik, N. (2018). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care—the role of psychological resilience. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27(3), 196-210.

Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2020). When the trauma of others becomes one's own. *Negative and positive consequence of helping people after traumatic experiences*. Warszawa: PWN.

Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., & Gómez-Urquiza, J. L. (2019). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Sustainability*, 12(1), 72.

Paoline, E. A., & Sloan, J. J. (2003). Variability in the organizational structure of contemporary campus law enforcement agencies: A national-level analysis. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 26(4), 612-639.

Pertusa-Ortega, E. M., Zaragoza-Sáez, P., & Claver-Cortés, E. (2010). Can formalization, complexity, and centralization influence knowledge performance?. *Journal of Business Research*, 63(3), 310-320.

Posluns, K., & Gall, T. L. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42(1), 1-20.

Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(4), 463-470.

Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International journal of nursing practice*, 26(1), e12767.

Ravasi, D., & Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: Exploring the role of organizational culture. *Academy of management journal*, 49(3), 433-458.

Roden-Foreman, J. W., Bennett, M. M., Rainey, E. E., Garrett, J. S., Powers, M. B., & Warren, A. M. (2017). Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 522-532.

Salimi, S., Pakpour, V., Rahmani, A., Wilson, M., & Feizollahzadeh, H. (2020). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among critical care nurses in Iran. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 59-66.

- Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A three-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-oncology*, 18(1), 30–41.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Schuler, B. R., Bessaha, M. L., & Moon, C. A. (2016). Addressing secondary traumatic stress in the human services: A comparison of public and private sectors. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 40(2), 94-106.
- Sęk, H., & Cieślak, R. (2004). Social support—ways of defining, types and sources of support, selected theoretical conceptions. *Social support, stress and health*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 11-28.
- Setti, I., Lourel, M., & Argentero, P. (2016). The role of affective commitment and perceived social support in protecting emergency workers against burnout and vicarious traumatization. *Traumatology*, 22(4), 261.
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229.
- Shamia, N. A., Thabet, A. A. M., & Vostanis, P. (2015). Exposure to war traumatic experiences, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among nurses in Gaza. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 749–755.
- Shiri, S., Wexler, I. D., Alkalay, Y., Meiner, Z., & Kreitler, S. (2008). Positive psychological impact of treating victims of politically motivated violence among Hospital-Based Health Care Providers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(5), 315–318.
- Slattery, S. M., & Goodman, L. A. (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: Workplace risk and protective factors. *Violence against women*, 15(11), 1358-1379.
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 21869.

- Solomon, Z., & Dekel, R. (2007). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-POWs. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(3), 303–312.
- Stamm, B. H. (2005). Professional quality of life scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Steed, L., & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1(5), 527-540.
- Storlie, C. A., & Baltrinic, E. R. (2015). Counseling Children With Cystic Fibrosis: Recommendations for Practice and Counselor Self-Care. *Professional Counselor*, 5(2).
- Taubman-Ben-Ari, O., & Weintroub, A. (2008). Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses. *Death Studies*, 32(7), 621–645.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Tolbert, P. S., & Hall, R. H. (2015). *Organizations: Structures, processes and outcomes*. Routledge.
- Townsend, S. M., & Campbell, R. (2009). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5(2), 97-106.
- Von Rueden, K. T., Hinderer, K. A., McQuillan, K. A., 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/JTN*, 17(4), 191-200.
- Wang, J., Okoli, C. T., He, H., Feng, F., Li, J., Zhuang, L., & Lin, M. (2020). Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103472.
- Whealin, J. M., Pitts, B., Tsai, J., Rivera, C., Fogle, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2020). Dynamic interplay between PTSD symptoms and posttraumatic growth in older military veterans. *Journal of Affective Disorders*, 269, 185–191.

- Whealin, J. M., Pitts, B., Tsai, J., Rivera, C., Fogle, B. M., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2020). Dynamic interplay between PTSD symptoms and posttraumatic growth in older military veterans. *Journal of Affective Disorders*, 269, 185–191.
- Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*, 23(4), 191-197.
- 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.
- Zerach, G., & Shalev, T. B. I. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 135–142.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

(Απαντήστε βάζοντας X στο αντίστοιχο κουτάκι).

#### 1. Φύλο:

Ανδρας	
Γυναίκα	

#### 2. Ηλικία

20-30 έτη	
31-40 έτη	
41-50 έτη	
51-60 έτη	
61+ έτη	

#### 3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμοι	
Έγγαμοι	
Διαζευγμένοι	
Χήροι	

#### 4. Επίπεδο εκπαίδευσης:

Ανώτερη Εκπαίδευση	
Πτυχίο Πανεπιστημίου	
Μεταπτυχιακός τίτλος	
Διδακτορικός τίτλος	

#### 5. Επαγγελματική Εμπειρία

0-5 έτη	
6-10 έτη	
11-15 έτη	
16-20 έτη	
21+ έτη	

## 6.Ειδικότητα

Γιατροί	
Νοσηλευτές	
Κοινωνικοί λειτουργοί	
Ψυχολόγοι	

### ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

(Για τις επόμενες ερωτήσεις επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά απεικονίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα χαρακτηριστικά, τις **τελευταίες 30 ημέρες**.)

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

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

κάποιου που έχω φροντίσει					
15. Έχω πεπονηθείς οι οποίες με στηρίζουν					
16. Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που είμαι σε θέση να συμβαδίζω με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας					
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι					
18. Η εργασία μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένος					
19. Νιώθω εξάντληση λόγω της εργασίας μου ως πάροχος φροντίδας					
20. Έχω ευχαρίστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω					
21. Νιώθω καταβεβλημένος γιατί ο φόρτος της εργασίας μου, μου φαίνεται ατελείωτος					
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω					

τη διαφορά μέσω της εργασίας μου					
23.Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζω					
24. Είμαι περήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να παρέχω Φροντίδα					
25.Ως αποτέλεσμα της φροντίδας μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις					
26.Νιώθω παγιδευμένος από το σύστημα					
27. Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος ως πάροχος φροντίδας					
28.Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού					
29.Είμαι πολύ στοργικό άτομο					
30.Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία					

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

.....

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας, η οποία εκπονείται στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ε.Α.Π.

Θέμα της διπλωματικής μου εργασίας είναι :Το δευτερογενές στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας και η σχέση με την διοίκηση.

Ζητώ την εθελοντική συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη, απαντώντας το ερωτηματολόγιο αυτό. Θα τηρηθεί η ανωνυμία και οι απαντήσεις σας θα αντιμετωπιστούν με τον πιο εμπιστευτικό τρόπο, καθ' όλη τη διαδικασία της έρευνας. Η συμμετοχή σας θα συμβάλλει στην επιτυχία αυτής της μελέτης.

Σας παρακαλώ να απαντήσετε με βάση το τι πραγματικά πιστεύετε, δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας γνώμη. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν υπερβαίνει τα 10 λεπτά της ώρας. Είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία.

Με τιμή

Αδαμίδου Μαρία.

## ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ



Σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα πρόληψης  
και προαγωγής υπηρεσιών υγείας "ΙΚΕΛΟΣ"  
Οικοτροφείο Κομοτηνής  
Θρυλόριο Κομοτηνής, 69100  
Email: [oik\\_komotini@somateio-ikelos.gr](mailto:oik_komotini@somateio-ikelos.gr)  
Τηλ.: 2531038783

Με το παρόν έγγραφο, επιτρέπουμε στην Αδαμίδου Μαρία, η οποία φοιτά στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου να διεξάγει έρευνα με συμμετέχοντες τους υπαλλήλους του Οικοτροφείου Θρυλορίου Κομοτηνής «Ίκελος».

Το θέμα της διπλωματικής εργασίας είναι «Το δευτερογενές στρες στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας και η σχέση με την διοίκηση».

Το έγγραφο χορηγείται για κάθε νόμιμη χρήση.

Η Επιστημονικά Υπεύθυνη Δομής:

  
Οικοτροφείο Κομοτηνής  
[oik\\_komotini@somateio-ikelos.gr](mailto:oik_komotini@somateio-ikelos.gr)  
Νικόλεττα Αφρού  
Πτυχιούχος Επιστημονικά Υπεύθυνη  
ΑΜΚΑ: 300997202680

Ημερομηνία: 03-01-2024

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέως:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.