



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια και στρατηγικές διαχείρισης

Μπακόλα Σοφία -Μαρίνα

Επιβλέπων Καθηγητής:

Αναγνωστόπουλος Φώτιος

ΠΑΤΡΑ
Μάιος, 2024

Περίληψη

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με άνοια αντιμετωπίζουν σημαντικό ψυχολογικό και σωματικό στρες λόγω της απαιτητικής φύσης της εργασίας τους. Το άγχος αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες δυσμενείς συνέπειες, όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η κόπωση από τη συμπόνια και η υποβαθμισμένη ψυχική και σωματική υγεία. Η κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν σε αυτό το στρες και ο προσδιορισμός αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της ευημερίας των νοσηλευτών και της ποιότητας της φροντίδας που παρέχουν.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση των επιπτώσεων της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές που φροντίζουν άτομα με άνοια και στη διερεύνηση των στρατηγικών που χρησιμοποιούν για τη διαχείριση αυτής της πίεσης. Συγκεκριμένα, επιδιώκει να εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ψυχολογικής πίεσης, να προσδιορίσει τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχολογική πίεση, να αναλύσει τη σχέση μεταξύ των στρατηγικών διαχείρισης του στρες και της κόπωσης και να αξιολογήσει την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στη χρήση αυτών των στρατηγικών.

Χρησιμοποιήθηκε μια προσέγγιση επαγωγικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν σε νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με άνοια. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση στατιστικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένων των t-tests ανεξάρτητων δειγμάτων, της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης και των τεστ Chi-Square, για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

Η μελέτη δεν διαπίστωσε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ψυχολογική δυσφορία μεταξύ ανδρών και γυναικών νοσηλευτών. Μεταξύ των παραγόντων που συμβάλλουν στην ψυχολογική δυσφορία, μόνο οι ώρες εργασίας παρουσίασαν σημαντική επίδραση. Επιπλέον, η μελέτη δεν αποκάλυψε σημαντική σχέση μεταξύ των στρατηγικών διαχείρισης του στρες και των επιπτώσεων της κόπωσης. Επιπλέον, η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρέασε σημαντικά τη χρήση στρατηγικών διαχείρισης του στρες μεταξύ των νοσηλευτών.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχολογικό στρες, Σωματικό στρες, Φροντίδα άνοιας, Νοσηλευτική εξουθένωση, Στρατηγικές διαχείρισης στρες

Abstract

Nurses who care for patients with dementia face significant psychological and physical stress due to the demanding nature of their work. This stress can lead to various adverse outcomes such as burnout, compassion fatigue, and compromised mental and physical health. Understanding the factors contributing to this stress and identifying effective management strategies is crucial for improving nurses' well-being and the quality of care they provide.

This research aims to investigate the impact of psychological and physical pressure on nurses caring for people with dementia and to explore the strategies they use to manage this pressure. Specifically, it seeks to examine the correlation between gender and psychological stress, identify the main contributors to psychological distress, analyze the relationship between stress management strategies and fatigue, and evaluate the influence of marital status on the use of these strategies.

An inductive analysis approach was employed, utilizing questionnaires distributed to nurses who care for dementia patients. The data were analyzed using statistical methods, including independent samples t-tests, multiple linear regression, and Chi-Square tests, to explore the relationships between variables.

The study found no statistically significant difference in psychological distress between male and female nurses. Among the factors contributing to psychological distress, only working hours showed a significant effect. Furthermore, the study revealed no significant relationship between stress management strategies and the effects of fatigue. Additionally, marital status did not significantly influence the use of stress management strategies among nurses.

Keywords: Psychological stress, Physical stress, Dementia care, Nursing burnout, Stress management strategies

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	2
Abstract.....	3
Πίνακας Περιεχομένων	4
Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 1ο: Η κατάσταση της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών	9
1.1. Φυσική κατάσταση	9
1.2. Ασφάλεια και υγεία στην εργασία	10
1.3. Ψυχική και συμπεριφορική υγεία	12
1.3.1. Εξουθένωση (Burnout)	13
1.3.2. Κόπωση συμπίονιας	15
1.3.3. Αυτοκτονίες	18
1.3.4. Συμπεριφορική υγεία	19
1.4. Ηθική ευημερία	19
Κεφάλαιο 2ο: Το στρες των νοσηλευτών και οι επιπτώσεις του	21
2.1. Εργασιακό στρες	21
2.2. Παράγοντες στρες στη νοσηλευτική	23
2.3. Επιπτώσεις του στρες στη νοσηλευτική πρακτική	27
2.4. Διαχείριση του στρες	29
2.5. Η φροντίδα των ασθενών με άνοια	32
2.6. Οι πιθανές επιπτώσεις της φροντίδας των ατόμων με άνοια στους νοσηλευτές	34
Κεφάλαιο 3ο: Μεθοδολογία έρευνας	36
3.1. Σκοπός Έρευνας	36
3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα	37
3.3. Εργαλεία Έρευνας	37
3.4. Δείγμα Έρευνας.....	39
3.5. Ηθικά Ζητήματα.....	40
3.6. Στατιστική ανάλυση.....	41
3.7. Αποτελέσματα ανάλυσης	53
Κεφάλαιο 4ο: Συζήτηση και προτάσεις.....	55
Συμπεράσματα.....	59
Βιβλιογραφία.....	60
Παράρτημα.....	72

Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό μέρος του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, εκτελώντας ένα ευρύ φάσμα αρμοδιοτήτων, από την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών έως την παροχή συμπονετικής φροντίδας σε ασθενείς, άτομα με αναπηρία ή ετοιμοθάνατους ασθενείς. Έχουν καθοριστική σημασία στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών, στην προώθηση ασφαλών περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης, στην επιστημονική έρευνα και στη συμμετοχή σε εκπαιδευτικές προσπάθειες (International Council of Nurses, 2023). Τοποθετημένοι κυρίως ως πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής, οι νοσηλευτές συχνά αποτελούν το αρχικό σημείο επαφής για τους ασθενείς, αναλαμβάνοντας καθήκοντα όπως η διαλογή, η άμεση αναγνώριση κρίσιμων καταστάσεων, η χορήγηση φαρμάκων, η εκτέλεση σωτήριων για τη ζωή παρεμβάσεων και η διευκόλυνση έγκαιρων παραπομπών (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2020).

Παρά τον ουσιαστικό τους ρόλο, υπάρχει μια αυξανόμενη παγκόσμια ζήτηση για επαγγελματίες νοσηλευτές (Drennan & Ross, 2019). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προβλέπει ότι το ένα έκτο του παγκόσμιου νοσηλευτικού δυναμικού θα συνταξιοδοτηθεί εντός της επόμενης δεκαετίας, επιδεινώνοντας τις προϋπάρχουσες ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό και ασκώντας πρόσθετη πίεση στα συστήματα υγείας (Nagel et al., 2022). Οι προβλέψεις δείχνουν ότι έως το 2035, η παγκόσμια έλλειψη νοσηλευτών θα προσεγγίσει τα έξι εκατομμύρια, εν μέρει λόγω της γήρανσης του πληθυσμού που απαιτεί αυξημένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2020). Αυτό υπογραμμίζει την κρίσιμη ανάγκη προώθησης ευνοϊκών εργασιακών περιβαλλόντων για την ενίσχυση των ποσοστών διατήρησης των νοσηλευτών (Nunstedt et al., 2020).

Μια βιώσιμη εργασιακή κατάσταση είναι ζωτικής σημασίας για έναν υγιή οργανισμό που προσελκύει και διατηρεί τους εργαζόμενους, προωθώντας την καλύτερη υγεία και την απασχολησιμότητα σε μεγαλύτερη ηλικία (Nilsson & Nilsson, 2021). Η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών, των νοσηλευτών και του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οδηγήσει σε προβληματικές καταστάσεις εργασίας, ιδίως κατά τη διάρκεια έκτακτων περιστάσεων όπως η πανδημία COVID-19. Ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση των προβλημάτων στο εργασιακό περιβάλλον είναι ουσιαστικής σημασίας για την υποστήριξη της υγιούς και βιώσιμης απασχολησιμότητας των νοσηλευτών.

Η απόδοση των νοσηλευτών στο εργασιακό τους περιβάλλον επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως η διαθεσιμότητα πληροφοριών, η επαγγελματική εμπειρία, τα επίπεδα ασάφειας, οι αντικρουόμενοι στόχοι και οι χρονικοί περιορισμοί (Maharaj, Lees & Lal, 2018). Η φύση των νοσηλευτικών καθηκόντων προδιαθέτει τους επαγγελματίες σε αρνητικές ψυχικές καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες. Η επαγγελματική εξουθένωση, που προκύπτει από την παρατεταμένη έκθεση σε επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες, εκδηλώνεται ως δυσπροσαρμοστική αντίδραση στην εργασιακή δέσμευση και έχει σοβαρές συνέπειες, όπως ιατρικά λάθη, αυτοκτονικό ιδεασμό, καταθλιπτικά συμπτώματα και απουσίες (Ruotsalainen et al., 2016). Οι παρατεταμένες και απαιτητικές βάρδιες εργασίας είναι ιδιαίτερα επιζήμιες για την ψυχική υγεία των νοσηλευτών, οδηγώντας συχνά σε πρόωρη συνταξιοδότηση από το επάγγελμα (Hinkley, 2021).

Η αναγνώριση του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης ως επαγγελματικών κινδύνων είναι απαραίτητη, καθώς υπονομεύουν σημαντικά την ψυχική ευεξία των νοσηλευτών και αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχολογικής υγείας (Van der Heijden, Brown Mahoney & Xu, 2019). Το εργασιακό περιβάλλον διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη συμβολή στα αυξημένα επίπεδα άγχους, επαγγελματικής δυσaráσκείας και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών (Khamisa, Peltzer & Oldenburg, 2013). Η αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας των ασθενών και της ευημερίας των νοσηλευτών.

Στο Κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται μια εμπεριστατωμένη ανάλυση της συνολικής υγείας και ευημερίας των νοσηλευτών. Ξεκινά με την εξέταση της φυσικής κατάστασης των νοσηλευτών, εξετάζοντας τις συνήθεις σωματικές προκλήσεις και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν λόγω της απαιτητικής φύσης της εργασίας τους. Στη συνέχεια, το κεφάλαιο διερευνά την ασφάλεια και την υγεία στην εργασία, εστιάζοντας στους επαγγελματικούς κινδύνους και τα πρωτόκολλα ασφαλείας που εφαρμόζονται για την προστασία των νοσηλευτών. Εμβαθύνει επίσης στην ψυχική και συμπεριφορική υγεία, συζητώντας κρίσιμα ζητήματα όπως η επαγγελματική εξουθένωση, η κόπωση από τη συμπόνια, η αυτοκτονία και άλλα προβλήματα συμπεριφορικής υγείας. Τέλος, εξετάζει την ηθική ευημερία των νοσηλευτών, τονίζοντας τα ηθικά διλήμματα και τις συναισθηματικές προκλήσεις που είναι συνυφασμένες με το επάγγελμά τους.

Το Κεφάλαιο 2 διερευνά τις διάφορες διαστάσεις του στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές και τις εκτεταμένες επιπτώσεις του. Ξεκινά με μια επισκόπηση του

επαγγελματικού στρες και ακολουθεί μια λεπτομερής εξέταση συγκεκριμένων παραγόντων στρες στη νοσηλευτική. Το κεφάλαιο εξετάζει τις βαθιές επιπτώσεις του στρες στη νοσηλευτική πρακτική, συμπεριλαμβανομένων των επιπτώσεών του στην απόδοση της εργασίας και τη φροντίδα των ασθενών. Καλύπτεται επίσης η διαχείριση του στρες, παρέχοντας πληροφορίες για στρατηγικές και παρεμβάσεις για τον μετριασμό του στρες. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη φροντίδα των ασθενών με άνοια και στους μοναδικούς στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή την πτυχή της νοσηλευτικής, και ολοκληρώνεται με μια συζήτηση σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις της φροντίδας της άνοιας στους νοσηλευτές.

Το κεφάλαιο 3 περιγράφει την ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη. Ξεκινά με τη διατύπωση του στόχου της έρευνας και τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων που καθοδηγούν τη διερεύνηση. Το κεφάλαιο περιγράφει τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή δεδομένων και περιγράφει λεπτομερώς το δείγμα της έρευνας, εξηγώντας τα κριτήρια επιλογής και τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Εξετάζονται επίσης ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τη μελέτη, διασφαλίζοντας την τήρηση των δεοντολογικών κανόνων. Στη συνέχεια περιγράφονται οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκαν για την ερμηνεία των δεδομένων, ενώ ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ανάλυσης.

Στο Κεφάλαιο 4 γίνεται μια ολοκληρωμένη συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας, συνδέοντάς τα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τα θεωρητικά πλαίσια. Προσφέρει πρακτικές συστάσεις με βάση τα αποτελέσματα, με στόχο τη μείωση του άγχους και τη βελτίωση της συνολικής ευημερίας των νοσηλευτών. Το κεφάλαιο τονίζει τη σημασία παρεμβάσεων όπως η βελτίωση της σταθερότητας του προσωπικού, η ενίσχυση των διαύλων επικοινωνίας, η εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στον προγραμματισμό των βάρδιας και η ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και υποστήριξης. Η ανάπτυξη πολιτικής κατά της παρενόχλησης και η προώθηση ενισχυμένων μηχανισμών αντιμετώπισης συνιστώνται επίσης ως ζωτικής σημασίας βήματα προς τη δημιουργία ενός υγιέστερου εργασιακού περιβάλλοντος για τους νοσηλευτές.

Η τελευταία ενότητα συνθέτει τα κύρια ευρήματα της μελέτης, εξάγοντας γενικότερα συμπεράσματα και αναλογιζόμενη τις επιπτώσεις για τη νοσηλευτική πρακτική και τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης. Υπογραμμίζει την κρίσιμη ανάγκη για υποστηρικτικά εργασιακά περιβάλλοντα και αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της ευημερίας και της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών, που

τελικά θα οδηγήσουν σε καλύτερη φροντίδα των ασθενών και σε ένα πιο ανθεκτικό υγειονομικό προσωπικό.

Κεφάλαιο 1ο: Η κατάσταση της υγείας και της ευημερίας των νοσηλευτών

1.1. Φυσική κατάσταση

Η σωματική ευεξία των νοσηλευτών υστερεί συχνά σε σχέση με εκείνη του γενικού πληθυσμού, ιδίως όσον αφορά πτυχές όπως η διατροφή, τα πρότυπα ύπνου και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας (Gould et al., 2019).

Παχυσαρκία/υπερβάλλον βάρος (Flaubert et al., 2021):

- Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) μεταξύ των νοσηλευτών είναι 27,94, κατηγοριοποιώντας τους κατά μέσο όρο ως υπέρβαρους.
- Περίπου το ήμισυ (52%) των νοσηλευτών αναφέρουν ότι έχουν επαρκή πρόσβαση σε θρεπτικές επιλογές τροφίμων κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας τους.
- Μόνο το 11% των νοσηλευτών τηρούν ένα καθημερινό διατροφικό σχήμα που περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο μερίδες φρούτων και δύομισι μερίδες λαχανικών.
- Λιγότεροι από τους μισούς (47 %) νοσηλευτές κάνουν τακτικά ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης, έντονες καρδιακές δραστηριότητες (46 %) ή ελαφρές έως μέτριες σωματικές ασκήσεις (20 %).
- Μόλις το 37 % των νοσηλευτών δηλώνουν επαρκή διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων και πρωτοβουλιών άσκησης που χρηματοδοτούνται από τον εργοδότη.
- Μόλις το 44 % των νοσηλευτών θεωρούν τη γενική κατάσταση της υγείας τους καλή, με το 25 % να την αξιολογεί ως πολύ καλή και το 5 % ως εξαιρετική.

Ύπνος (Flaubert et al., 2021):

- Μόνο το 60% των νοσηλευτών δηλώνουν ότι επιτυγχάνουν 7 ή περισσότερες ώρες ύπνου τη νύχτα, σε αντίθεση με τη σύσταση του Εθνικού Ιδρύματος Ύπνου για 7 έως 9 ώρες για άτομα ηλικίας 18-64 ετών.
- Συνέπειες της εκ περιτροπής εργασίας και των παρατεταμένων ωρών εργασίας:
- Η μακροχρόνια αϋπνία επηρεάζει το 32% των εργαζομένων σε νυχτερινή βάρδια και το 26% των εργαζομένων σε εκ περιτροπής βάρδιες.
- Σε σύγκριση με τις πρωινές/ημερήσιες βάρδιες, οι απογευματινές/βραδινές βάρδιες ενέχουν 18% αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού, ενώ η νυχτερινή βάρδια συνεπάγεται 34% αύξηση.
- Η εργασία σε βάρδιες συνδέεται με 40 % αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων.

- Η πλειονότητα (79 %) των νέων αδειούχων νοσηλευτών αναλαμβάνει 12ωρες βάρδιες, με σχεδόν τους μισούς (44 %) να αναλαμβάνουν νυχτερινές βάρδιες και περισσότερους από τους μισούς (61 %) να συμμετέχουν σε εβδομαδιαίες υπερωρίες (υποχρεωτικές ή εθελοντικές).
- Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εβδομαδιαίες υπερωρίες αντιμετωπίζουν κατά 32% υψηλότερο κίνδυνο τραυματισμών από τρύπημα βελόνας, ενώ όσοι εργάζονται σε νυχτερινές βάρδιες αντιμετωπίζουν κατά 16% αυξημένο κίνδυνο διαστρέμματος ή διάστρεμμα.

Κάπνισμα (Flaubert et al., 2021):

- Περίπου το 7% των εγγεγραμμένων νοσηλευτών αναφέρουν χρήση καπνού, ενώ σχεδόν το ένα τέταρτο των εξουσιοδοτημένων νοσηλευτών κάνουν χρήση καπνού.
- Από το 2003 έως το 2010-2011, ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των νοσηλευτών γνώρισε μείωση 36 %.
- Οι πολιτικές απαγόρευσης του καπνίσματος έχουν πολλαπλασιαστεί μεταξύ 689 νοσηλευτικών σχολών, κλιμακούμενες από 36 % το 2015 σε 91 % το 2017.

1.2. Ασφάλεια και υγεία στην εργασία

Υπάρχει μια αξιοσημείωτη συχνότητα επαγγελματικών ατυχημάτων μεταξύ του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα εμφανής στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα φάσμα κινδύνων στον χώρο εργασίας, που περιλαμβάνει έκθεση σε μολυσματικούς παράγοντες, τρυπήματα με βελόνες, περιστατικά ολίσθησης και πτώσης και τραυματισμούς που οφείλονται στις σωματικές απαιτήσεις της φροντίδας ασθενών, όπως η ορθοστασία, το σκύψιμο και οι εργασίες ανύψωσης (Dressner & Kissinger, 2018). Ενώ οι εγγενείς κίνδυνοι συνοδεύουν το νοσηλευτικό επάγγελμα λόγω της στενής επαφής με μολυσματικούς παράγοντες και άλλους επαγγελματικούς κινδύνους, οι κίνδυνοι αυτοί συχνά επιδεινώνονται μέσα σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή επίπεδα στελέχωσης και ελλείψεις πόρων. Ειδικότερα, εμπειρικά στοιχεία συνδέουν τα επίπεδα στελέχωσης των νοσηλευτών με αυξημένα ποσοστά επαγγελματικών τραυματισμών, συμπεριλαμβανομένων των μυοσκελετικών διαταραχών (Hughes, 2008).

Επιπλέον, η έλευση της πανδημίας COVID-19 υπογράμμισε τον επικίνδυνο χαρακτήρα των νοσηλευτικών επαγγελμάτων, ο οποίος επιδεινώνεται από τις ελλείψεις στον εξοπλισμό ατομικής προστασίας και τις σοβαρές ελλείψεις προσωπικού. Οι

νοσηλευτές που ανήκουν σε περιθωριοποιημένες φυλετικές και εθνοτικές ομάδες είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στους κινδύνους που σχετίζονται με το COVID-19. Μια έκθεση του Σεπτεμβρίου του 2020 αποκάλυψε ότι οι έγχρωμοι νοσηλευτές αποτελούσαν το ήμισυ του συνόλου των 213 θανάτων εγγεγραμμένων νοσηλευτών που αποδίδονται στο COVID-19, με τους νοσηλευτές Φιλιππινέζικης καταγωγής να αντιπροσωπεύουν το 31,5% αυτών των θανάτων (Akhtar, 2020). Η ανάλυση των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) από τον Μάρτιο έως τον Μάιο του 2020, που περιελάμβανε 438 περιπτώσεις, αποκάλυψε ότι πάνω από το 50 % των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που νοσηλεύτηκαν λόγω του COVID-19 ήταν μαύροι, με το 36,3 % αυτών των περιπτώσεων να αφορούν νοσηλευτές ή πιστοποιημένους βοηθούς νοσηλευτών (Kambhampati et al., 2020).

Η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί επαναλαμβανόμενο σημείο εστίασης στη συζήτηση γύρω από την ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης και χρησιμεύει ως μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας που παρέχουν οι νοσηλευτές (Vaismoradi et al., 2020). Η πρόσφατη προσοχή έχει στραφεί όλο και περισσότερο προς τη διασταύρωση της ασφάλειας των ασθενών, της ευημερίας του προσωπικού και της ισότητας, αναγνωρίζοντας την κλιμακούμενη επιτακτική ανάγκη εν μέσω των επαγγελματιών υγείας που παλεύουν με τις διαρκείς επιπτώσεις του δομικού ρατσισμού, των ανισοτήτων και των βαθιά ριζωμένων προκαταλήψεων. Αυτές οι πολυπλοκότητες περιλαμβάνουν την παροχή φροντίδας σε πληθυσμούς που συχνά περιθωριοποιούνται εντός των κοινοτήτων, αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, απασχολούνται κυρίως σε χαμηλόμισθα επαγγέλματα και εκτίθενται δυσανάλογα σε επικρατούσες απειλές για τη δημόσια υγεία.

Ο Chin (2020) υποστηρίζει την επιτακτική ανάγκη ευθυγράμμισης των στρατηγικών και των προθέσεων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης προς τους διπλούς στόχους της ασφάλειας των ασθενών και της ισότητας. Μια καίρια στρατηγική περιλαμβάνει τη συστηματική διαστρωμάτωση των δεδομένων, ενσωματώνοντας γνώσεις τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους κλινικούς ιατρούς, με τους νοσηλευτές να κατέχουν κεντρικό ρόλο στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας. Η καλλιέργεια μιας κουλτούρας ισότητας απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες από τους οργανωτικούς ηγέτες, γεγονός που απαιτεί σκόπιμες και σκόπιμες πρωτοβουλίες μετασχηματισμού σε όλο το φάσμα της υγειονομικής περίθαλψης. Τέτοιες πρωτοβουλίες απαιτούν συνεχή υποστήριξη και δέσμευση από την ηγεσία, καλλιεργώντας ένα περιβάλλον που ευνοεί

την προώθηση της ισότητας και της ασφάλειας των ασθενών ως εγγενείς οργανωτικές αξίες.

1.3. Ψυχική και συμπεριφοριακή υγεία

Η ψυχική υγεία χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση ευημερίας κατά την οποία τα άτομα αξιοποιούν τις δυνατότητές τους, αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις προκλήσεις της ζωής, διατηρούν την παραγωγικότητά τους και συμβάλλουν ουσιαστικά στις κοινότητές τους (World Health Organization, 2005). Μεταξύ των νοσηλευτών, τα ζητήματα ψυχικής υγείας, όπως το άγχος, η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη, είναι διαδεδομένα (Adriaenssens et al., 2015- Gómez-Urquiza et al., 2017). Ενώ ο ακριβής επιπολασμός της διαταραχής μετατραυματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών παραμένει αβέβαιος (βλ. Schuster & Dwyer, 2020), όσοι εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε επαναλαμβανόμενα τραύματα και στρες, με αποτέλεσμα συχνά να προκύπτουν PTSD, άγχος, κατάθλιψη και επαγγελματική εξουθένωση (Mealer et al., 2017).

Αυτές οι προκλήσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας έχουν πολύπλευρες επιπτώσεις σε διάφορους τομείς. Επιδρούν δυσμενώς στην ποιότητα ζωής και την επαγγελματική ικανοποίηση των μεμονωμένων νοσηλευτών (Tarcán et al., 2017), συμβάλλουν σε αυξημένα ποσοστά απουσιών και εναλλαγής προσωπικού (Burlison et al., 2016- Oyama et al., 2014) και υποβαθμίζουν την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν υψηλής ποιότητας και ασφαλή φροντίδα. Αυτή η εξασθένηση εκδηλώνεται με διάφορες μορφές, όπως αυξημένες περιπτώσεις γενικών λαθών και λαθών στη χορήγηση φαρμάκων, τεταμένες σχέσεις με ασθενείς και συναδέλφους και μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών (Gärtner et al., 2010). Επιπλέον, οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να αντιμετωπίσουν στιγματισμό και διακρίσεις από τα συμβούλια αδειοδότησης των εγγεγραμμένων νοσηλευτών. Μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από τον Halter και συν. (2019) αποκάλυψε ότι από τα 30 συμβούλια που συμμετείχαν στην έρευνα, τα 22 έθεσαν ερωτήματα σχετικά με την ψυχική ασθένεια που δεν ήταν σύμφωνα με το νόμο περί Αμερικανών με αναπηρίες (Americans with Disabilities Act, ADA).

1.3.1. Εξουθένωση (Burnout)

Τις τελευταίες δεκαετίες, τόσο στους ερευνητικούς όσο και στους πολιτικούς κύκλους έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για την επίδραση των οργανωτικών χαρακτηριστικών σε διάφορα αποτελέσματα στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Πολυάριθμες μελέτες και ανασκοπήσεις έχουν διερευνήσει τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της οργάνωσης της εργασίας και των αποτελεσμάτων, όπως η ποιότητα της φροντίδας, η ασφάλεια των ασθενών, οι απουσίες, ο κύκλος εργασιών και η εργασιακή δυσарέσκεια (Dall'Ora et al., 2016). Η επαγγελματική εξουθένωση χρησιμεύει συχνά ως σημείο εστίασης σε μελέτες εργατικού δυναμικού που αποσκοπούν στην κατανόηση της επίδρασης των παραγόντων του πλαισίου και των εισροών στα αποτελέσματα εντός των περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι μελέτες αυτές συχνά στερούνται ολοκληρωμένης διαφώτισης όσον αφορά την ίδια την επαγγελματική εξουθένωση - τα χαρακτηριστικά που την προσδιορίζουν, τους παράγοντες που συμβάλλουν και τις ευρύτερες επιπτώσεις για τα άτομα, τους οργανισμούς και τους ασθενείς (Dall'Ora et al., 2020).

Ο όρος "επαγγελματική εξουθένωση" επινοήθηκε αρχικά από τον Freudenberger το 1974 μετά την παρατήρηση μειωμένων κινήτρων και δέσμευσης μεταξύ εθελοντών σε μια κλινική ψυχικής υγείας (Freudenberger, 1974). Στη συνέχεια, η Maslach ανέπτυξε το Maslach Burnout Inventory (MBI), το οποίο έκτοτε έχει γίνει το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο παγκοσμίως για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach & Jackson, 1981). Σύμφωνα με το εννοιολογικό πλαίσιο της Maslach, η επαγγελματική εξουθένωση αναδύεται ως αντίδραση στο υπερβολικό εργασιακό στρες και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα συναισθηματικής εξάντλησης και εξάντλησης, αρνητική και αποστασιοποιημένη στάση απέναντι στους άλλους (αποπροσωποποίηση) και μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης και αποτελεσματικότητας (Maslach, 1998).

Η εννοιολόγηση της Maslach θέτει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση που απορρέει από παρατεταμένη ασυμφωνία μεταξύ των ατόμων και τουλάχιστον μιας από τις έξι διαστάσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001):

1. Φόρτος εργασίας: Οι υπερβολικές απαιτήσεις και ο φόρτος εργασίας εμποδίζουν την επίτευξη της ανάκαμψης.

2. Έλεγχος: Ο ανεπαρκής έλεγχος των πόρων που σχετίζονται με την εργασία εμποδίζει την ολοκλήρωση των εργασιών.
3. Ανταμοιβή: Ανεπαρκής αναγνώριση ή αποζημίωση για την απόδοση στην εργασία, που περιλαμβάνει οικονομικές, κοινωνικές και εσωτερικές ανταμοιβές.
4. Κοινότητα: Η απουσία θετικών δεσμών με συναδέλφους και προϊσταμένους προκαλεί απογοήτευση και μειώνει την κοινωνική υποστήριξη.
5. Δικαιοσύνη: Η αντιλαμβανόμενη αδικία σε πτυχές όπως η κατανομή του φόρτου εργασίας και η αμοιβή.
6. Αξίες: Σύγκρουση μεταξύ των προσωπικών αξιών των ατόμων και των οργανωτικών προσδοκιών, που οδηγεί σε αισθήματα περιορισμού.

Η Maslach υποστήριξε ότι αυτές οι διαστάσεις αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας και των αποτελεσμάτων της εργασιακής απόδοσης (Maslach, 1998). Τα μεταγενέστερα μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης αποκλίνουν από το πλαίσιο της Maslach με έναν από τους δύο τρόπους: είτε διευρύνουν την εννοιολόγηση πέρα από τους παράγοντες που σχετίζονται αποκλειστικά με την εργασία είτε αντιλαμβάνονται την επαγγελματική εξουθένωση ως μια δυναμική διαδικασία και όχι ως μια στατική κατάσταση (Dall'Ora et al., 2020).

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει αναδειχθεί σε διαδεδομένη ανησυχία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, με σημαντικές επιπτώσεις για τους ασθενείς, τους οργανισμούς, τις ομάδες και τους ίδιους τους κλινικούς ιατρούς. Εκτιμήσεις αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των νοσηλευτών κυμαίνεται μεταξύ 35 και 45% (Moss et al., 2016). Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν δυσμενή αποτελέσματα για τους ασθενείς, αυξημένα ποσοστά εναλλαγής προσωπικού, αυξημένο οικονομικό κόστος και αυξημένο κίνδυνο ασθένειας και αυτοκτονίας των κλινικών ιατρών. Στους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό περιλαμβάνονται ο αυξημένος φόρτος εργασίας, οι ελλείψεις προσωπικού, οι παρατεταμένες βάρδιες και η επιβάρυνση από τις απαιτήσεις τεκμηρίωσης. Επιπλέον, ένας αναγνωρισμένος παράγοντας που συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση είναι η αναντιστοιχία μεταξύ των δεξιοτήτων και της ετοιμότητας των εργαζομένων και των εργασιακών προσδοκιών που τίθενται σε αυτούς (Cooper & Campbell Quick, 2017).

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι διάχυτη μεταξύ των νοσηλευτών σε διάφορους ρόλους και περιβάλλοντα, επεκτεινόμενη ακόμη και στους φοιτητές

νοσηλευτικής, οι οποίοι μπορεί να αντιμετωπίσουν ακαδημαϊκή και συναισθηματική εξουθένωση πριν από την είσοδό τους στο επαγγελματικό δυναμικό (Ríos-Risquez et al., 2018). Η μετάβαση προς την προληπτική φροντίδα και τη διαχείριση της περίθαλψης, ιδίως στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή των ιατρικών σπιτιών με επίκεντρο τον ασθενή, θέτει αυξημένες απαιτήσεις στους νοσηλευτές να διαχειρίζονται όλο και πιο σύνθετους πληθυσμούς ασθενών και καθήκοντα, επιδεινώνοντας έτσι τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Duhoux et al., 2017). Επιπλέον, οι νοσηλευτές σε εξειδικευμένους τομείς όπως η εντατική φροντίδα, η ογκολογική και η ψυχιατρική νοσηλευτική αντιμετωπίζουν επίσης την επαγγελματική εξουθένωση λόγω της παρατεταμένης επαφής με τους ασθενείς και των εγγενών συναισθηματικών απαιτήσεων του ρόλου τους (Jackson et al., 2018).

Παρόλο που δεν υπάρχουν ολοκληρωμένα δεδομένα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των νοσηλευτών, προκαταρκτικά στοιχεία δείχνουν ότι μπορεί να βιώνουν επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκρίσιμα με εκείνα που παρατηρούνται μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών (Hoff et al., 2019). Επιπλέον, οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε χώρους μακροχρόνιας φροντίδας αντιμετωπίζουν μοναδικούς επαγγελματικούς στρεσογόνους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου σωματικής ή λεκτικής κακοποίησης από κατοίκους με άνοια, των συχνών φυσικών μετακινήσεων των κατοίκων, της έκθεσης σε θάνατο και επιδείνωση της υγείας των κατοίκων και των ποικίλων αναγκών φροντίδας των ατόμων που βρίσκονται υπό τη φροντίδα τους (Woodhead, Northrop & Edelstein, 2014).

1.3.2. Κόπωση συμπόνιας

Η ικανοποίηση από τη συμπόνια αποτελεί μια βαθιά αίσθηση εκπλήρωσης που αναγνωρίζεται ως ακρογωνιαίος λίθος της νοσηλευτικής πρακτικής (Morrison & Korol, 2014). Δηλώνει τα θετικά συναισθήματα που προέρχονται από τη βοήθεια προς τους άλλους μέσω τραυματικών εμπειριών (Sacco et al., 2015). Τα άτομα που βιώνουν ικανοποίηση από τη συμπόνια αντλούν βαθιά ικανοποίηση από το ρόλο τους, εκφράζοντας θετικότητα προς τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, την ομάδα φροντίδας και την ικανότητά τους να συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας και, κατά συνέπεια, στην ενίσχυση των αποτελεσμάτων των ασθενών (Simon et al., 2006).

Ωστόσο, η ικανοποίηση από τη συμπόνια δεν είναι μια στατική κατάσταση- μάλλον, υπόκειται στα σωρευτικά αποτελέσματα της εμπειρίας και της ανακούφισης του

πόνου των άλλων (Figley, 2002). Αυτές οι επιδράσεις, που συχνά χαρακτηρίζονται ως το "κόστος της φροντίδας" (Figley, 1995), μπορεί να αποφέρουν δυσμενείς επιπτώσεις. Η συναισθηματική επιβάρυνση από τη συνεχή έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, ανεξάρτητα από τα ικανοποιητικά αποτελέσματα που επιτυγχάνονται, μπορεί να επιφέρει κόπωση από τη συμπόνια. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί καθώς οι νοσηλευτές ασχολούνται συνεχώς με ασθενείς που υφίστανται δυστυχία, απορροφώντας το τραύμα ή τον πόνο τους, ή όταν οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε τραυματισμένα άτομα υφίστανται μια αναπληρωματική επανεμφάνιση των τραυματικών γεγονότων των ασθενών τους (McHolm, 2006). Ο Figley (1995) εξισώνει την κόπωση συμπόνιας με το δευτερογενές τραυματικό στρες, κατά το οποίο οι φροντιστές υφίστανται συναισθηματική βίωση των τραυματικών γεγονότων παρά το γεγονός ότι δεν είναι φυσικά παρόντες κατά τη διάρκειά τους. Οι Coetzee και Kloppe (2010) επεκτείνουν αυτόν τον ορισμό τονίζοντας ότι η κόπωση από συμπόνια αποτελεί το αποκορύφωμα μιας προοδευτικής και σωρευτικής διαδικασίας που προκύπτει από παρατεταμένες, έντονες αλληλεπιδράσεις με ασθενείς, τη χρήση των προσωπικών πόρων και την έκθεση στο στρες. Υπογραμμίζουν την έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της κόπωσης της συμπόνιας στο πλαίσιο της νοσηλευτικής, τονίζοντας το εμπόδιο στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των επιπτώσεών της στη νοσηλευτική πρακτική.

Η διαρκής ενσυναισθητική εμπλοκή που είναι συνυφασμένη με τη φροντίδα ατόμων, ιδίως εκείνων που αντιμετωπίζουν σημαντικά τραύματα ή άγχος, μπορεί να επιφέρει ψυχολογική δυσφορία και να εμποδίσει την ικανότητα διατήρησης ενσυναισθητικών συνδέσεων. Τέτοιες εμπειρίες μπορεί να οδηγήσουν σε κόπωση συμπόνιας, που εκτείνεται πέρα από την απλή επαγγελματική εξουθένωση, όπου οι νοσηλευτές μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη ενσυναίσθηση προς τους ασθενείς και αυξημένη ευερεθιστότητα προς τους συναδέλφους (McHolm, 2006). Η κόπωση της συμπόνιας, που χαρακτηρίζεται από βαθιά συναισθηματική δυσφορία, γεννά αισθήματα απομόνωσης, σύγχυσης και αδυναμίας στην παροχή φροντίδας (Nimmo & Huggard, 2013) και χαρακτηρίζεται περαιτέρω ως μια κατάσταση εξαντλητικής εξάντλησης που περιλαμβάνει τη σωματική, πνευματική και συναισθηματική σφαίρα (Morrison & Korol, 2014).

Οι νοσηλευτές μπορεί να υποκύψουν στο συσσωρευτικό άγχος της μαρτυρίας του ανθρώπινου πόνου, εάν δεν διαθέτουν επαρκείς μηχανισμούς αποσυμπίεσης ή διατήρησης μιας επαγγελματικής και συναισθηματικής ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Morrison & Korol, 2014). Στο πλαίσιο της

κόπωσης συμπόνιας, οι νοσηλευτές εσωτερικεύουν τα συναισθηματικά βάρη του τραυματικού στρες από τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τις οικογένειες, με περιορισμένες ευκαιρίες για προσωπικό πένθος ή αποδέσμευση (Nimmo & Huggard, 2013). Οι προσωπικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κόπωση συμπόνιας μπορεί να περιλαμβάνουν τα επίπεδα ενσυναίσθησης, ανθεκτικότητας και ελπίδας, τα οποία, όταν είναι αυξημένα, μπορούν να προωθήσουν την αίσθηση ολοκλήρωσης της φροντίδας και να λειτουργήσουν ως προστατευτικοί παράγοντες κατά της κόπωσης συμπόνιας (Sabo, 2006). Επιπλέον, παράγοντες όπως η προχωρημένη ηλικία, η εκτεταμένη εκπαίδευση και η επαγγελματική εμπειρία μπορεί να προσφέρουν κάποια ανθεκτικότητα έναντι της κούραση της συμπόνιας. Οι διαχειριστικές παρεμβάσεις εντός του εργασιακού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένης της επαρκούς υποστήριξης, του εύλογου φόρτου εργασίας και της εξειδικευμένης εκπαίδευσης σε θέματα τραύματος, αποτελούν αναγνωρισμένες στρατηγικές για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και την ανακούφιση από την κόπωση από τη συμπόνια (Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007).

Η κόπωση από τη συμπόνια ασκεί επιζήμιες επιδράσεις τόσο στη συναισθηματική όσο και στη σωματική ευεξία των νοσηλευτών, επηρεάζοντας σημαντικά την επαγγελματική τους ικανοποίηση. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της επεκτείνονται στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, καθώς οι νοσηλευτές υιοθετούν μια πιο απαισιοδοξή προοπτική όσον αφορά τις δυνατότητες θετικής αλλαγής. Κατά συνέπεια, η παραγωγικότητα και η ποιότητα υποφέρουν, τα ποσοστά απουσιών αυξάνονται, οι προθέσεις για εγκατάλειψη της εργασίας κλιμακώνονται και τα ποσοστά κύκλου εργασιών αυξάνονται (Hinderer et al., 2014). Η κόπωση συμπόνιας υπονομεύει θεμελιώδη χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής νοσηλευτικής -την ενσυναίσθηση και τη συμπόνια- τα οποία είναι αναπόσπαστα για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή. Οι νοσηλευτές που πάσχουν από κόπωση συμπόνιας τείνουν να αποσύρονται ή να απομακρύνονται από τους ασθενείς και τις οικογένειες, δίνοντας προτεραιότητα στις τεχνικές πτυχές του ρόλου τους έναντι της ανάπτυξης σχέσεων. Παρουσιάζουν επίσης αυξημένη απαισιοδοξία όσον αφορά την προοπτική θετικής αλλαγής (Nolte et al., 2017).

Συνοψίζοντας τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, οι van Mol και συν. (2015) αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της κόπωσης συμπόνιας μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας κυμαίνεται από 7,3% έως 40%. Ομοίως, οι Bao και Taliaferro (2015) αναφέρουν ότι πάνω από το 30% των επαγγελματιών παρόχων φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, εμφανίζουν συμπτωματολογία κόπωσης συμπόνιας. Αξίζει να σημειωθεί

ότι η κόπωση συμπίονιας είναι πιο έντονη σε ειδικότητες που ασχολούνται εκτενώς με το τραύμα και τη θνησιμότητα (Bao & Taliaferro, 2015).

Εξετάζοντας τους λόγους πίσω από την αποχώρηση των νοσηλευτών από την παρακλιακή φροντίδα, οι MacKusick και Minick (2010) εντοπίζουν επαναλαμβανόμενα θέματα συναισθηματικής δυσφορίας που συνδέονται με τη φροντίδα των ασθενών, την κόπωση και την εξάντληση. Οι νοσηλευτές ανέφεραν αισθήματα απελπισίας και συναισθηματικής δυσφορίας ως κινητήριους παράγοντες για απουσίες, αναζήτηση εργασίας ή αποχώρηση από το επάγγελμα. Παρομοίως, οι De Boer και συν. (2011), χρησιμοποιώντας μια ποιοτική διερευνητική προσέγγιση, διερευνούν κρίσιμα περιστατικά μεταξύ νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), αποκαλύπτοντας τέσσερα κύρια θέματα που συμβάλλουν στην κόπωση από συμπίονια: υψηλή συναισθηματική εμπλοκή σε περιστατικά που σχετίζονται με τους ασθενείς, περιστατικά που μπορούν να αποφευχθούν, υποβαθμισμένη φροντίδα των ασθενών και εκφοβισμός. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωσαν συναισθηματικές, γνωστικές/συμπεριφορικές και σωματικές αντιδράσεις μετά από τέτοια περιστατικά. Ενώ αναζήτησαν μηχανισμούς αντιμετώπισης μέσω της υποστήριξης από ομοτίμους ή την οικογένεια, αισθάνθηκαν ότι οι ανάγκες τους δεν καλύφθηκαν επαρκώς και θα μπορούσαν να επωφεληθούν από πρόσθετη υποστήριξη.

1.3.3. Αυτοκτονίες

Οι νοσηλευτές, όπως και οι γιατροί, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Davidson et al., 2020). Διαχρονικά δεδομένα που εκτείνονται από το 2005 έως το 2016 αποκάλυψαν ότι οι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Διαπιστώθηκε ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες νοσηλευτές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (αναλογία περιστατικών γυναικών [IRR] = 1,395, 95% διάστημα εμπιστοσύνης [CI] 1,323-1,470, $p < .001$ - IRR ανδρών = 1,205, 95% CI 1,083, 1,338, $p < .001$) (Davidson et al., 2020). Παρά αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο, ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στην κατανόηση και τον μετριασμό των αυτοκτονιών των νοσηλευτών (Davidson et al., 2018).

1.3.4. Συμπεριφορική υγεία

Οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν συγκρίσιμο επιπολασμό διαταραχών χρήσης ουσιών με αυτόν του γενικού πληθυσμού (Strobbe & Crowley, 2017), με περίπου το 10% του νοσηλευτικού πληθυσμού να επηρεάζεται από κάποια διαταραχή χρήσης ουσιών (Worley, 2017). Πέρα από τους συμβατικούς παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τις διαταραχές χρήσης ουσιών, όπως η γενετική προδιάθεση, το ιστορικό τραύματος ή κατάχρησης, η πρόωπη έναρξη της χρήσης ουσιών και οι ταυτόχρονες καταστάσεις ψυχικής υγείας, οι νοσηλευτές μπορεί να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερους παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε ελεγχόμενες ουσίες, του επαγγελματικού στρες και της ανεπαρκούς εκπαίδευσης σχετικά με τις διαταραχές χρήσης ουσιών (Worley, 2017). Επιπλέον, οι φοιτητές νοσηλευτικής είναι επίσης ευάλωτοι σε διαταραχές χρήσης ουσιών (Strobbe & Crowley, 2017).

1.4. Ηθική ευημερία

Οι νοσηλευτές σε διάφορους ρόλους και περιβάλλοντα αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα που μπορεί να οδηγήσουν σε ηθικό πόνο, που περιλαμβάνει εκδηλώσεις όπως η ηθική δυσφορία ή η ηθική βλάβη (Rushton, 2018). Η ηθική δυσφορία προκύπτει όταν οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν εσωτερικούς ή εξωτερικούς περιορισμούς που τους εμποδίζουν να μεταφράσουν τις ηθικές τους επιλογές σε πράξεις, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την ακεραιότητά τους (Ulrich & Grady, 2019). Αυτή η μορφή άγχους μπορεί επίσης να προκύψει ως απάντηση σε ηθική αβεβαιότητα, συγκρούσεις ή διλήμματα που αφορούν ανταγωνιστικές ηθικές αξίες ή δεσμεύσεις, καθώς και σε εντάσεις που απορρέουν από την αδυναμία να μοιραστούν ηθικές ανησυχίες με άλλους (Morley et al., 2017). Συχνά μελετημένο, το ηθικό άγχος προκαλείται από ηθικές αντιξοότητες που αμφισβητούν ή παραβιάζουν τις επαγγελματικές αξίες και την ακεραιότητα ενός ατόμου, οδηγώντας σε διάφορα δυσμενή αποτελέσματα (Burstion & Tuckett, 2013- Morley et al., 2019- Rushton et al., 2016). Οι περιπτώσεις ηθικής δυσφορίας για τους νοσηλευτές μπορεί να περιλαμβάνουν την αίσθηση ανεπαρκούς υποστήριξης, την παρακολούθηση ακατάλληλης χρήσης των πόρων υγειονομικής περίθαλψης ή την αντιμετώπιση ασυμφωνιών μεταξύ του σχεδίου φροντίδας ενός ασθενούς και των επιθυμιών της οικογένειάς του (Burstion & Tuckett, 2013). Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές μπορεί να βιώνουν ηθική δυσφορία όταν τους ανατίθεται η παροχή φροντίδας υποστήριξης της ζωής που έρχεται σε σύγκρουση με το συμφέρον του ασθενούς (Kasman, 2004). Ο

ηθικός τραυματισμός, που αντιπροσωπεύει μια πιο σοβαρή μορφή ηθικού πόνου, εμφανίζεται όταν τα άτομα αντιμετωπίζουν προδοσία των ηθικών αρχών από κάποιον που βρίσκεται σε θέση νόμιμης εξουσίας κατά τη διάρκεια κρίσιμων καταστάσεων (Shay, 2014, σ. 182). Η έννοια αυτή, που αρχικά είχε τις ρίζες της στο στρατιωτικό πλαίσιο, διερευνάται όλο και περισσότερο από τους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι νοσηλευτές μπορεί να βιώνουν ηθική δυσφορία όταν αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην παροχή επαρκούς φροντίδας στους ασθενείς τους λόγω ανεπαρκών πόρων ή περιορισμών που επιβάλλονται από ηθικά διλήμματα (Kelly & Wills, 2018- Ulrich et al., 2020). Αυτή η αγωνία είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη μεταξύ των νοσηλευτών που ασχολούνται με την κοινοτική υγειονομική περίθαλψη ή εργάζονται με άτομα που αντιμετωπίζουν σύνθετες καταστάσεις υγείας και κοινωνικές ευπάθειες, όπως διαταραχές χρήσης ουσιών και ψυχολογικές ή συμπεριφορικές διαταραχές, καθώς και μεταξύ εκείνων που δραστηριοποιούνται σε περιβάλλοντα υψηλής ζήτησης ή σε περιβάλλοντα παρηγορητικής φροντίδας (Englander et al., 2018- Wolf et al., 2019). Επιπλέον, οι νοσηλευτές στην κλινική πρακτική συχνά βρίσκονται αποκομμένοι από τους ασθενείς μόλις εγκαταλείψουν το κλινικό περιβάλλον, γεγονός που εμποδίζει την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τις μη κλινικές ανάγκες των ασθενών, όπως η πρόσβαση σε τρόφιμα, ασφαλής στέγαση και δίκτυα υποστήριξης (Wolf et al., 2016). Αυτή η αποσύνδεση μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές να αντιλαμβάνονται τις προσπάθειές τους ως μάταιες ελλείψει ευρύτερων κοινωνικών δεσμεύσεων για συστημικές μεταρρυθμίσεις.

Η αντιμετώπιση ζητημάτων που σχετίζονται με την ισότητα στην υγεία συνεπάγεται συχνά την αντιμετώπιση συστημικών προκλήσεων, όπως ο σεξισμός, ο ρατσισμός, η ξενοφοβία και το τραύμα, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία και δυσκολία σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (Munnangi et al., 2018). Επιπλέον, οι ιστορικές βάσεις του τραύματος συχνά αποκρύπτονται, ιδίως όσον αφορά τα έγχρωμα άτομα που υφίστανται άγχος με βάση τη φυλή (Comas-Díaz et al., 2019). Επιπλέον, οι νοσηλευτές μπορεί να αισθάνονται διστακτικοί να εκφράσουν τις ανησυχίες τους σχετικά με αυτές τις ανισότητες λόγω φόβου σχετικά με πιθανές επιπτώσεις ή τεταμένες διαπροσωπικές δυναμικές (Ulrich et al., 2019). Όταν οι προοπτικές και οι συνεισφορές των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας αγνοούνται, αυτό επιδεινώνει τα επίπεδα άγχους τους (Hurst, 2008).

Κεφάλαιο 2ο: Το στρες των νοσηλευτών και οι επιπτώσεις του

2.1. Εργασιακό στρες

Το επαγγελματικό άγχος αποτελεί μια διαδεδομένη ανησυχία για την υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο, προκαλώντας σημαντική οικονομική επιβάρυνση ύψους 5,4 δισεκατομμυρίων δολαρίων ετησίως στην παραγωγικότητα λόγω των δυσμενών συνεπειών του (Baye et al., 2020). Μέσα στα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό και εκπληρώνουν έναν καθοριστικό ρόλο, καθώς χρησιμεύουν ως πρωταρχικοί φροντιστές που είναι διαθέσιμοι όλο το εικοσιτετράωρο (Baye et al., 2020). Πολλαπλές μελέτες έχουν εντοπίσει διάφορες αιτίες που συμβάλλουν στο επαγγελματικό άγχος μεταξύ των νοσηλευτών. Στους βασικούς παράγοντες περιλαμβάνονται ο μεγάλος φόρτος εργασίας, ο ανεπαρκής εξοπλισμός για τη φροντίδα των ασθενών και η συναισθηματική φόρτιση που συνεπάγεται η ενασχόληση με τη φροντίδα στο τέλος της ζωής (Adenike et al., 2019- Baye et al., 2020- Islam et al., 2021). Επιπλέον, οι συγκρούσεις ρόλων και οι προκλήσεις στη συνεργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους έχουν επισημανθεί ως στρεσογόνοι παράγοντες από τον Tesfaye (2018). Επιπλέον, η βία στο χώρο εργασίας, η ανεπαρκής αμοιβή και η περιορισμένη συμμετοχή των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων έχουν αναφερθεί σταθερά ως σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες από τους ερευνητές (Sarafis et al., 2018- Habte et al., 2020). Οι επιπτώσεις του μη αντιμετωπιζόμενου επαγγελματικού στρες μεταξύ των νοσηλευτών είναι σημαντικές. Σε ατομικό επίπεδο, η έρευνα δείχνει ότι το επαγγελματικό στρες μπορεί να εκδηλωθεί με ψυχολογικά, συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα. Οι Sarafis και συν. (2016) υπογράμμισαν τη συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού στρες και διαφόρων προβλημάτων σωματικής υγείας, όπως ημικρανίες, μυοσκελετικοί πόνοι και γαστρεντερικές διαταραχές, μεταξύ άλλων. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το υπερβολικό επαγγελματικό στρες θέτει σε κίνδυνο την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, οδηγώντας ενδεχομένως σε δυσμενείς εκβάσεις για τους ασθενείς, όπως αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (Baye et al., 2020).

Οι Lazarus και Folkman (1984) υποστήριξαν ότι το άγχος προκύπτει όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι οι απαιτήσεις των εξωτερικών καταστάσεων υπερβαίνουν τις ικανότητές τους να ανταπεξέλθουν. Κεντρική θέση στη θεωρία του στρες των Lazarus και Folkman κατέχουν οι έννοιες της «εκτίμησης» και της «αντιμετώπισης». Η εκτίμηση

αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο ερμηνεύει μια κατάσταση, η οποία στη συνέχεια επηρεάζει την αντιλαμβανόμενη σημασία της. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τις γνωστικές και συμπεριφορικές προσπάθειες που καταβάλλουν τα άτομα για να διαχειριστούν συγκεκριμένες απαιτήσεις. Ο Lazarus (1966) εννοιολόγησε το στρες ως συναλλακτικό φαινόμενο μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Αυτό το συναλλακτικό μοντέλο είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμο στο νοσηλευτικό πλαίσιο, καθώς οι νοσηλευτές εμπλέκονται σε διαδικασίες αξιολόγησης που μεσολαβούν στις αντιδράσεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές τους στον εργασιακό χώρο.

Ο Rice (2012) παρατηρεί ότι στο πλαίσιο του συναλλακτικού μοντέλου προσδιορίζονται διάφοροι τύποι αξιολόγησης, όπως η πρωτογενής αξιολόγηση, η δευτερογενής αξιολόγηση και η επανεκτίμηση. Η πρωτογενής αποτίμηση συμβαίνει όταν τα άτομα αξιολογούν και αποδίδουν προσωπική σημασία σε μια κατάσταση, λαμβάνοντας υπόψη τι μπορεί να διακυβεύεται για την ευημερία τους. Οι Lazarus και Folkman προτείνουν ότι η πρωτογενής αξιολόγηση μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως άσχετη, καλοήθης θετική ή αγχωτική. Ωστόσο, είναι ζωτικής σημασίας να σημειωθεί ότι ενώ η πρωτογενής γνωστική αξιολόγηση είναι σημαντική, δεν καθορίζει οριστικά την τελική σημασία που αποδίδεται σε μια στρεσογόνο κατάσταση. Η προοπτική αυτή επαναλαμβάνεται από τους Esteves και Gomes (2013), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η δευτερογενής διαδικασία αξιολόγησης περιλαμβάνει τα άτομα που αναλύουν τους πόρους ή τις συγκεκριμένες δεξιότητες που θεωρούν ότι διαθέτουν, προκειμένου να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την εκάστοτε κατάσταση.

Σύμφωνα με τους θεωρητικούς που βασίζονται στο μοντέλο της συναλλακτικής προσέγγισης, η αντιμετώπιση αποτελεί μια συνεχή γνωστική και συμπεριφορική προσπάθεια που αποσκοπεί στη διαχείριση συγκεκριμένων εξωτερικών ή εσωτερικών απαιτήσεων που θεωρούνται ότι υπερβαίνουν ή ξεπερνούν τους πόρους του ατόμου (Lazarus & Folkman, 1984). Διαφορετικά, ο Rice (2012) υποστηρίζει ότι η αντιμετώπιση μπορεί να οριστεί ως η συντονισμένη προσπάθεια για την αντιμετώπιση του ψυχολογικού στρες. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης χωρίζονται συνήθως σε δύο κατηγορίες: εστιασμένες στο πρόβλημα και εστιασμένες στο συναίσθημα. Ο McLeod (2015) χαρακτηρίζει την αντιμετώπιση με επίκεντρο το συναίσθημα ως προσπάθειες που αποσκοπούν στον μετριασμό των αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων που συνδέονται με το στρες, όπως η αμηχανία, ο φόβος, το άγχος, η κατάθλιψη, ο ενθουσιασμός και η απογοήτευση. Αντίθετα, η αντιμετώπιση με επίκεντρο το πρόβλημα συνεπάγεται την αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών του στρες μέσω πρακτικών μέτρων

που αντιμετωπίζουν άμεσα την προβληματική ή στρεσογόνο κατάσταση, μετριάζοντας έτσι άμεσα το στρες.

2.2. Παράγοντες στρες στη νοσηλευτική

Το άγχος, στις μυριάδες εκδηλώσεις του, επηρεάζει περίπου το 90% του παγκόσμιου πληθυσμού, όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Στο πεδίο της εργασίας, το άγχος συνήθως προκύπτει όταν οι απαιτήσεις που τίθενται σε ένα άτομο υπερβαίνουν την ικανότητά του να τις διαχειριστεί αποτελεσματικά ή όταν οι διαθέσιμοι πόροι και οι συνθήκες δεν επαρκούν για να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις αυτές. Πολλοί μελετητές έχουν υποστηρίξει ότι η νοσηλευτική κατατάσσεται μεταξύ των πιο εγγενώς στρεσογόνων επαγγελμάτων, προκαλώντας μια έρευνα για τον εντοπισμό των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνουν οι νοσηλευτές και των επιπτώσεών τους στη νοσηλευτική πρακτική. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το άγχος δεν διαθέτει έναν μοναδικό, καθολικά αποδεκτό ορισμό, με τις ερμηνείες να ποικίλλουν ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζεται ο όρος. Παρ' όλα αυτά, το Αμερικανικό Ινστιτούτο Στρες αποδίδει στον Hans Selye την επινόηση του όρου «στρες» το 1936, ορίζοντάς το ως «τη μη ειδική αντίδραση του οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση για αλλαγή» (American Institute of Stress, 2020). Σε αντίθεση με τις παρανοήσεις, το στρες δεν κατατάσσεται στις ασθένειες- αντίθετα, ο ΠΟΥ χαρακτηρίζει το εργασιακό στρες ως «την αντίδραση που μπορεί να βιώνουν τα άτομα όταν έρχονται αντιμέτωπα με απαιτήσεις και πιέσεις που ξεπερνούν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους, προκαλώντας την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν». Οι παράγοντες στρες ή στρεσογόνοι παράγοντες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα συνθηκών, είτε εσωτερικών, όπως οι προσδοκίες και οι συμπεριφορές, είτε εξωτερικών, όπως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, που επηρεάζουν και συμβάλλουν στην ανάπτυξη του στρες (World Health Organization, 2020).

Το άγχος αποτελεί εγγενή πτυχή της ανθρώπινης ύπαρξης, επηρεάζοντας αναπόφευκτα τα άτομα σε καθημερινή βάση. Η νοσηλευτική, όπως και διάφορα άλλα επαγγέλματα, ξεχωρίζει ως ιδιαίτερα απαιτητική και φορτωμένη με ευθύνες, γεγονός που την καθιστά ένα από τα πιο στρεσογόνα επαγγέλματα. Σύμφωνα με την Greenwood (2010), ο Οργανισμός Έρευνας και Ποιότητας της Υγείας έχει προσδιορίσει τη φροντίδα των ασθενών, τη λήψη αποφάσεων, την ανάληψη ευθυνών και την προσαρμογή στις αλλαγές ως κεντρικούς παράγοντες άγχους στη ζωή των νοσηλευτών. Επιπλέον, η εμφάνιση επειγόντων ιατρικών περιστατικών επιτείνει την πίεση της φροντίδας των

ασθενών, ενισχύοντας τον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών. Η επιτακτική ανάγκη για τους νοσηλευτές να παρέχουν εξαιρετική φροντίδα των ασθενών, θέτοντας παράλληλα ως προτεραιότητα την ασφάλεια των ασθενών και τη δική τους ευημερία, απαιτεί αυξημένη επαγρύπνηση και σχολαστικότητα στην εργασία τους. Όπως επισημαίνεται από την Αμερικανική Ένωση Ολιστικών Νοσηλευτών, οι σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες στη νοσηλευτική πρακτική περιλαμβάνουν την ανεπαρκή στελέχωση ή τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, τη διαπροσωπική δυναμική με τους κλινικούς συναδέλφους, το στυλ και την υποστήριξη της ηγεσίας και την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών. Επιπλέον, όπως διατυπώθηκε από τους Dagget και συν. (2016), οι στρεσογόνοι παράγοντες στο νοσηλευτικό επάγγελμα περιλαμβάνουν τη συναισθηματική επιβάρυνση από την αντιμετώπιση του θανάτου και του θανάτου, τις αβεβαιότητες σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών και το βάρος του μεγάλου φόρτου εργασίας.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα αντιμετωπίζει εγγενώς αυξημένα επίπεδα άγχους, τα οποία οφείλονται σε διάφορους παράγοντες. Πρωτίστως, ο σημαντικός φόρτος εργασίας που απαιτείται από την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας θέτει σημαντικές απαιτήσεις στους νοσηλευτές για την κάλυψη των κλινικών αναγκών των ασθενών (Ogundipe, Obinna & Olawale, 2015). Επιπλέον, η επικράτηση των παρατεταμένων βαρδιών, που συχνά εκτείνονται σε 12 ώρες, ιδίως στα νοσοκομεία, προκύπτει από τις ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα τόσο τη σωματική κόπωση όσο και την ψυχική εξάντληση των νοσηλευτών (Canady & Allen, 2015). Σύμφωνα με τους Canady και Allen (2015), αυτές οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και οι παρατεταμένες ώρες εργασίας γεννούν προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας στους νοσηλευτές, συμπεριλαμβανομένου του άγχους, της ήπιας κατάθλιψης και των αγχωδών διαταραχών, τα οποία, με τη σειρά τους, συμβάλλουν σε βλάβες στους επαγγελματίες υγείας και σε μειωμένη εργασιακή απόδοση (Han et al., 2014). Κατά συνέπεια, οι Ardekani και συν. (2008) υποστηρίζουν ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα στο σύνολό του χαρακτηρίζεται όλο και περισσότερο από το εργασιακό άγχος.

Το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους των νοσηλευτών, όπως επιβεβαιώνουν οι Moustaka και Constantinidis (2010, σ. 211), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι παράγοντες όπως ο ακατάλληλος εξαερισμός, ο ανεπαρκής φωτισμός και τα μη βέλτιστα επίπεδα θερμοκρασίας αποτελούν πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας. Οι συνθήκες αυτές μπορούν να προκαλέσουν άγχος στο υγειονομικό προσωπικό και να έχουν επιπτώσεις στην εργασιακή ικανοποίηση και στην

ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας από τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Οι Applebaum και συν. (2010, σ. 324) υποστηρίζουν περαιτέρω ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των αντιλήψεων για τις οσμές, τα επίπεδα θορύβου και τις συνθήκες φωτισμού, συμβάλλουν στο εργασιακό στρες, επηρεάζοντας έτσι την απόδοση της εργασίας. Για παράδειγμα, η αντίληψη των οσμών μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση και να επηρεάσει τη νοσηλευτική συμπεριφορά, ενώ τα υψηλά επίπεδα θορύβου, όπως προτείνουν οι Joseph και Ulrich (2007), συνδέονται με αυξημένο στρες, ενόχληση, κόπωση, συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των νοσηλευτών (Applebaum et al., 2010, σ. 324). Ομοίως, ο ανεπαρκής φωτισμός και τα χρωματικά σχήματα μπορούν να επηρεάσουν την εργασία που παράγουν οι νοσηλευτές, ιδίως σε περιβάλλοντα όπως τα χειρουργεία. Αυτό υπογραμμίζει την αντίστροφη σχέση μεταξύ περιβαλλοντικών παραγόντων και αντιλαμβανόμενου εργασιακού στρες. Επιπλέον, το εργασιακό περιβάλλον, όπως αυτό που συναντάται στις μονάδες επειγόντων περιστατικών, συχνά γίνεται αντιληπτό ως πιο αγχωτικό σε σύγκριση με τους κανονικούς θαλάμους. Οι Dagget και συν. (2016) καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εξειδικευμένες μονάδες, όπως οι χειρουργικοί θάλαμοι, βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα στρες σε σχέση με εκείνους που εργάζονται σε άλλα περιβάλλοντα, όπως οι ψυχιατρικοί θάλαμοι. Ως εκ τούτου, είναι προφανές ότι τα εργασιακά περιβάλλοντα εντός των νοσηλευτικών ιατρειών συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη άγχους μεταξύ των νοσηλευτών.

Πολλές πτυχές του εργασιακού βίου συνδέονται με το άγχος που βιώνουν οι νοσηλευτές. Ενώ η νοσηλευτική θεωρείται συχνά ως ένα από τα πιο ευγενή επαγγέλματα λόγω του ρόλου της στη φροντίδα και τη διάσωση ζωών, αυτό μπορεί να επιβαρύνει σημαντικά τους νοσηλευτές, συμβάλλοντας στα επίπεδα άγχους τους. Ο Stare (2018) υποστηρίζει αυτή την προοπτική, υποστηρίζοντας ότι οι νοσηλευτές, λόγω της επαγγελματικής τους ενσυναίσθησης προς όσους έχουν ανάγκη, εκτίθενται καθημερινά σε στρεσογόνους παράγοντες που μπορεί να είναι συντριπτικοί και ψυχικά εξαντλητικοί. Η παρατεταμένη έκθεση σε αυτές τις συναισθηματικές απαιτήσεις μπορεί να προκαλέσει παρορμητικές αντιδράσεις, οδηγώντας σε επαγγελματική εξουθένωση - μια κατάσταση συναισθηματικής, σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που προκαλείται από το υπερβολικό και παρατεταμένο στρες. Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν οι νοσηλευτές μπορεί να προκύψει από τη διαχείριση ιδιαίτερα απαιτητικών, συγκρουσιακών ή δύσκολα διαχειρίσιμων ασθενών, καθώς και από τη συχνή επαφή με

ασθενείς σε τελικό στάδιο, η οποία συνεπάγεται την αντιμετώπιση του πόνου και του θανάτου (Amiri et al., 2016).

Η νοσηλευτική, ως ανθρώπινη επιστήμη, εξελίσσεται συνεχώς, γεγονός που μπορεί να δημιουργήσει προκλήσεις για να συμβαδίσει με τις αλλαγές. Για παράδειγμα, η ενσωμάτωση της τεχνολογίας απαιτεί συχνές ενημερώσεις στον εξοπλισμό και τις διαδικασίες εργασίας, στις οποίες μπορεί να είναι δύσκολο να προσαρμοστούν οι επί μακρόν υπηρετούντες νοσηλευτές, αυξάνοντας έτσι τα επίπεδα άγχους τους. Η χρήση προηγμένης τεχνολογίας και ο ανταγωνισμός από άλλα νοσοκομεία συμβάλλουν στο οργανωτικό πλαίσιο του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο αποτελεί αξιοσημείωτο παράγοντα άγχους στη νοσηλευτική πρακτική. Οι Moustaka και Constantinidis (2010, σ. 212) υποστηρίζουν αυτή την άποψη, υποστηρίζοντας ότι πολλές πιθανές πηγές άγχους για τους νοσηλευτές είναι οργανωτικής φύσης, περιλαμβάνοντας καταστάσεις νοσηλευτικής εργασίας που προκαλούν άγχος και μπορεί να είναι σωματικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές. Οι Leitão και συν. (2019) διεξήγαγαν μελέτη σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο η οργάνωση της εργασίας και οι συναισθηματικές εμπειρίες των εργαζομένων επηρεάζουν την ποιότητα της εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της παραγωγικότητας. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τη νοσηλευτική, καθώς η οργάνωση της εργασίας επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Κάποιοι θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι το άγχος στη νοσηλευτική είναι συχνά καταστασιακό. Η Greenwood (2010) υποστηρίζει αυτή την άποψη, αναφέροντας τον ισχυρισμό της Lanette L. Anderson ότι οι σημαντικοί στρεσογόνοι παράγοντες για τους νοσηλευτές περιλαμβάνουν την πραγματοποίηση ενός φαρμακευτικού λάθους για πρώτη φορά και την εμπειρία του θανάτου ενός ασθενούς υπό τη φροντίδα τους. Οι Sarafis και συν. (2018) τεκμηριώνουν περαιτέρω αυτή την άποψη, διαπιστώνοντας ότι η αντιμετώπιση του θανάτου και της θνησιμότητας συγκαταλέγεται μεταξύ των πιο στρεσογόνων καταστάσεων για τους νοσηλευτές. Επιπλέον, οι προσωπικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές εκτελούν τα καθήκοντά τους και διαχειρίζονται το άγχος σε διάφορες καταστάσεις. Παράγοντες όπως η ηλικία και η εμπειρία συμβάλλουν επίσης στο άγχος που σχετίζεται με την εργασία στη νοσηλευτική. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές ηλικίας 30 έως 34 ετών ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε όλους τους τομείς, εκτός από το άγχος που σχετίζεται με τις απαιτήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους (Sarafis et al., 2018).

Οι Canady και Allen (2015) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές εργάζονται συχνά σε 12ωρες βάρδιες για να παρέχουν συνεχή 24ωρη νοσοκομειακή περίθαλψη, γεγονός που οδηγεί σε στέρηση ύπνου και αυξημένο στρες, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και οι ψυχικές ασθένειες. Επιπλέον, οι απαιτήσεις του μεγάλου φόρτου εργασίας και της εκ περιτροπής εργασίας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία των νοσηλευτών, καθώς αυτές οι παρατεταμένες βάρδιες οδηγούν συχνά στην παραμέληση της προσωπικής ευεξίας και των υγιεινών συνηθειών. Οι Jordan και συν. (2016) υποστηρίζουν αυτή την άποψη, σημειώνοντας μια σημαντική αποσύνδεση μεταξύ της κατάστασης της υγείας των νοσηλευτών και των συμπεριφορών υγείας τους. Η μελέτη τους διαπίστωσε ότι το εργασιακό στρες επηρεάζει αρνητικά τους νοσηλευτές, οδηγώντας σε συμπεριφορές όπως η κραιπάλη, η έλλειψη άσκησης, η ανθυγιεινή διατροφή και η γενική παραμέληση της υγείας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε υπέρβαρο. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του υπερβολικού βάρους περιλαμβάνουν την ανάπτυξη σχετικών ασθενειών, όπως οι καρδιακές παθήσεις και η υψηλή αρτηριακή πίεση. Επιπλέον, η εκ περιτροπής εργασία όχι μόνο επηρεάζει την υγεία των νοσηλευτών αλλά και διαταράσσει τις συνήθειες του ύπνου τους. Οι Kaliyaperumal και συν. (2017) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μεγάλες βάρδιες υποφέρουν συχνά από στέρηση ύπνου, η οποία μειώνει την ικανότητά τους να εργάζονται αποτελεσματικά και αυξάνει τον κίνδυνο λαθών για τους ασθενείς.

2.3. Επιπτώσεις του στρες στη νοσηλευτική πρακτική

Η νοσηλευτική πρακτική περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας και βοήθειας σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) ορίζει τη νοσηλευτική ως αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας, που περιλαμβάνει τόσο αυτόνομη όσο και συνεργατική φροντίδα για άτομα όλων των ηλικιών, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους και σε όλα τα περιβάλλοντα (International Council of Nurses, 2002).

Για να είναι αποτελεσματική η νοσηλευτική, οι Henry και συν. (2011) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν ισχυρές επικοινωνιακές δεξιότητες και να επιδεικνύουν ανθεκτικότητα κατά τη διάρκεια των αξιολογήσεων. Επιπλέον, η ενσωμάτωση πρακτικών βασισμένων σε αποδείξεις στη νοσηλευτική εξοπλίζει τους νοσηλευτές με επιστημονική έρευνα ώστε να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις και

να κατανοούν τους κινδύνους και την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, διασφαλίζοντας την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης- ωστόσο, οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Για να προσφέρουν εξατομικευμένη και αποτελεσματική φροντίδα, οι νοσηλευτές συχνά δημιουργούν διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, προσαρμόζοντας την προσέγγισή τους στις ατομικές ανάγκες. Ωστόσο, το επαγγελματικό στρες μπορεί να μειώσει την ικανότητα των νοσηλευτών να εκτελούν τα καθήκοντά τους και να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Για παράδειγμα, όταν το άγχος προκύπτει από συγκρούσεις με συναδέλφους, όπως οι γιατροί, οι νοσηλευτές μπορεί να δαπανήσουν σημαντική ενέργεια για τη διαχείριση αυτών των δυσκολιών, αποσπώντας την προσοχή τους από τη φροντίδα των ασθενών (Sarafis et al., 2016). Η κατάσταση αυτή εμποδίζει την ικανότητα των νοσηλευτών να επιτύχουν υψηλή ικανοποίηση των ασθενών, καθώς ενδέχεται να μην καταφέρουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών και να παράσχουν επαρκή φροντίδα. Επιπλέον, όταν οι νοσηλευτές είναι ψυχικά καταπονημένοι, είναι πιο επιρρεπείς στη διάπραξη λαθών, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών λαθών και των αβέβαιων κλινικών αποφάσεων, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών.

Το επαγγελματικό άγχος, όπως και κάθε άλλος τύπος άγχους, επηρεάζει τα άτομα με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, οι Lee και Wang (2002) ανακάλυψαν ότι τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικού στρες συνδέονται συχνά με τον φόρτο εργασίας και την υπευθυνότητα, ενώ για άλλους, ο φόρτος εργασίας είναι ο πρωταρχικός παράγοντας πρόβλεψης της υγείας και της ευημερίας (Moustaka & Constantinidis, 2010, σ. 212). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η πίεση στον εργασιακό χώρο είναι αναπόφευκτη λόγω των απαιτήσεων του σύγχρονου εργασιακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, εάν η πίεση αυτή γίνει αποδεκτή από το άτομο, μπορεί να κρατήσει τους εργαζόμενους σε εγρήγορση, να τους δώσει κίνητρα και να τους καταστήσει ικανούς να εργάζονται και να μαθαίνουν, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους και τα προσωπικά χαρακτηριστικά. Κατά συνέπεια, πολλοί υποστηρίζουν ότι το άγχος μπορεί να παράγει θετικά αποτελέσματα όταν παραμένει διαχειρίσιμο, καθώς μπορεί να ωθήσει και να παρακινήσει τα άτομα να αποδώσουν καλύτερα (Davey et al., 2014).

Ο αντίκτυπος του άγχους στους νοσηλευτές πρέπει να αξιολογείται συνεχώς, καθώς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις υπηρεσίες υγείας. Οι Najimi και συν. (2012, σ.

301) σημειώνουν ότι το εργασιακό άγχος είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να μειώσει την παραγωγικότητα του οργανισμού και να οδηγήσει σε σωματικές και ψυχολογικές επιπλοκές, μειώνοντας έτσι την αποδοτικότητα. Οι νοσηλευτές, που αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όταν δεν αποδίδουν βέλτιστα, υποφέρουν σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά, γεγονός που με τη σειρά του επηρεάζει το συνολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μιας χώρας. Επιπλέον, η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας εκτιμά ότι η ζημία που προκαλείται από το εργασιακό άγχος ανέρχεται σε περίπου 1% έως 3,5% της εθνικής ακαθάριστης παραγωγής. Μια έρευνα του 2011 που χρηματοδοτήθηκε από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών (ANA) αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές προσδιόρισαν τις οξείες και χρόνιες επιπτώσεις του άγχους και της υπερκόπωσης ως μία από τις δύο σημαντικότερες ανησυχίες τους για την ασφάλεια και την υγεία (ANA, 2011). Μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος δεν πρέπει να υποτιμάται, καθώς μπορεί να είναι τοξικό για τον οργανισμό και να οδηγήσει σε ασθένειες (Cohen et al., 2007). Επιπλέον, το άγχος έχει θεωρηθεί ως εργασιακός κίνδυνος από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 (Hughes, 2018).

2.4. Διαχείριση του στρες

Αν και η νοσηλευτική περιλαμβάνει διάφορους επαγγελματικούς κινδύνους, το άγχος είναι από τους σημαντικότερους. Ως εκ τούτου, οι αποτελεσματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης είναι απαραίτητοι για τους νοσηλευτές προκειμένου να μετριάσουν ή να αποτρέψουν τις δυσμενείς επιπτώσεις του στρες. Οι Najimi και συν. (2012) σημειώνουν ότι, σύμφωνα με τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), μια μελέτη για τις διαταραχές της υγείας σε στρεσογόνες θέσεις εργασίας κατέταξε τους νοσηλευτές στην 27η θέση μεταξύ 130 επαγγελμάτων όσον αφορά τις επισκέψεις σε γιατρούς για θέματα ψυχικής υγείας. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της αντιμετώπισης των παραγόντων άγχους στη νοσηλευτική πρακτική και της εφαρμογής μηχανισμών αντιμετώπισης στον εργασιακό χώρο. Για την καθιέρωση αποτελεσματικών προγραμμάτων διαχείρισης του στρες, είναι ζωτικής σημασίας πρώτα να εντοπιστούν και να αξιολογηθούν οι στρεσογόνοι παράγοντες στη νοσηλευτική πρακτική (Salilih & Abajobir, 2014, σ. 331). Μόλις κατανοηθούν αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες, μπορούν να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν αποτελεσματικότερα τα προγράμματα διαχείρισης. Σύμφωνα με τους Embriaco και συν. (2007), μια καλύτερα οργανωμένη διοικητική δομή και καλά οργανωμένες ατομικές εργασιακές πρακτικές αποτελούν αποτελεσματικούς τρόπους

διαχείρισης ή αντιμετώπισης του εργασιακού στρες. Αυτό σημαίνει ότι η βελτιωμένη οργάνωση και η κατανομή του φόρτου εργασίας μπορούν να επιτρέψουν στους νοσηλευτές να διαχειριστούν καλύτερα τις συνθήκες εργασίας τους, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης εργασιακού στρες.

Οι Roberts και Grubb (2014) αναφέρουν ότι τα προγράμματα διαχείρισης του άγχους έχουν σχεδιαστεί για να ενισχύσουν την ικανότητα των εργαζομένων να διαχειρίζονται γνωστικά και συμπεριφορικά το άγχος. Το επαγγελματικό άγχος συχνά επηρεάζεται από την εργασιακή κουλτούρα μιας εγκατάστασης, είτε πρόκειται για νοσοκομείο είτε για οίκο ευγηρίας. Οι κακές συνθήκες εργασίας, όπως οι μεγάλες βάρδιες λόγω έλλειψης νοσηλευτών και οι συγκρούσεις με άλλα μέλη του προσωπικού, μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντικό άγχος τους νοσηλευτές. Οι Hahtela και συν. (2015, σ. 470) τονίζουν ότι η βελτίωση της εργασιακής κουλτούρας είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των προκλήσεων πρόσληψης και διατήρησης. Μια θετική εργασιακή κουλτούρα έχει ως αποτέλεσμα πιο ικανοποιημένους νοσηλευτές και, κατά συνέπεια, μειωμένο εργασιακό στρες. Η βελτίωση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μέσω παρεμβάσεων όπως ο επαναπρογραμματισμός των βάρδιας, η πρόσληψη επαρκούς προσωπικού και η μείωση του φόρτου εργασίας (Salilih & Abajobir, 2014, σ. 332). Όταν οι διοικητές των νοσοκομείων ή των νοσηλευτικών μονάδων αναλαμβάνουν την ευθύνη εφαρμόζοντας αυτά τα μέτρα, οι στρεσογόνες καταστάσεις ανακουφίζονται, ενισχύοντας έτσι την υγεία και την ευημερία του προσωπικού και δίνοντάς του τη δυνατότητα να εκτελεί τα καθήκοντά του πιο αποτελεσματικά. Επιπλέον, μια βελτιωμένη εργασιακή κουλτούρα μπορεί να προσελκύσει νέους νοσηλευτές, αντιμετωπίζοντας την επικρατούσα έλλειψη στο επάγγελμα.

Οι Xu και συν. (2019, σ. 184) διεξήγαγαν μια μελέτη σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης και διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν συνήθως μεθόδους όπως η διατήρηση της κανονικής ζωής, η εμπλοκή στην επίλυση προβλημάτων, η άντληση από προηγούμενες εμπειρίες, η διατήρηση του ελέγχου της κατάστασης και η αναζήτηση πληροφοριών όταν έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις. Η απόκτηση αυτών των στρατηγικών αντιμετώπισης μπορεί να ενισχύσει την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών απέναντι στο συνεχές εργασιακό στρες. Επιπλέον, οι Happell και συν. (2013, σ. 196) αναφέρονται σε μια μελέτη που αφορούσε νοσηλευτές από τη Σιγκαπούρη (Lim et al., 2010), η οποία εντόπισε τρεις κύριες στρατηγικές αντιμετώπισης: τη λήψη διαλειμμάτων, την αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια, τους συναδέλφους και τη χρήση συστημάτων πεποιθήσεων όπως η

τύχη, η μοιρολατρική σκέψη και οι πνευματικές παρεμβάσεις. Πρακτικές όπως η προσευχή χρησιμεύουν ως αποτελεσματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης. Αυτές οι προσεγγίσεις όχι μόνο βοηθούν τους νοσηλευτές να διατηρήσουν μια αίσθηση κανονικότητας, αλλά διευκολύνουν επίσης την ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης όταν είναι απαραίτητο.

Μια άλλη αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης του άγχους στη νοσηλευτική πρακτική περιλαμβάνει τη χρήση συμβουλευτικών υπηρεσιών και τη συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας. Η Bratianu (2015) υποστηρίζει ότι οι εργοδότες που εφαρμόζουν μέτρα για τη μείωση του στρες μεταξύ των νοσηλευτών επωφελούνται από την αυξημένη διατήρηση του προσωπικού και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Κατά συνέπεια, οι χώροι εργασίας συχνά προσφέρουν συμβουλευτικές υπηρεσίες στους εργαζόμενους, παρέχοντάς τους υποστήριξη και καθοδήγηση όταν έρχονται αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις ή συναισθήματα υπερφόρτωσης. Η αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας από συμβούλους και θεραπευτές είναι ζωτικής σημασίας, καθώς μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να κατανοήσουν τα βαθύτερα αίτια του στρες, να αναπτύξουν αποτελεσματικές τεχνικές αντιμετώπισης και να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές για τη μακροπρόθεσμη διαχείριση του στρες.

Παρά τις εκτεταμένες έρευνες σχετικά με την αγχωτική φύση της νοσηλευτικής, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη μελετών που να διερευνούν τις μεθόδους αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για την αποτελεσματική διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων. Οι Jordan και συν. (2016) υποστηρίζουν ότι το άγχος και οι ικανότητες αντιμετώπισης επηρεάζουν σημαντικά την υγεία και την εργασιακή απόδοση των νοσηλευτών. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης που εφαρμόζονται εκτός του χώρου εργασίας μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεων του άγχους που βιώνουν στην εργασία. Η προοπτική αυτή επαναλαμβάνεται από τους Happell και συν. (2013), οι οποίοι διεξήγαγαν μελέτη που εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το στρες εκτός του επαγγελματικού τους περιβάλλοντος. Σύμφωνα με τους Happell και συν. (2013, σ. 197), οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τέσσερα βασικά θέματα αντιμετώπισης για να διαχειριστούν το άγχος και τις αντικοινωνικές συμπεριφορές. Αυτά περιλαμβάνουν την κοινωνικοποίηση με συναδέλφους, την ενασχόληση με διάφορες δραστηριότητες και, δυστυχώς, τη χρήση ουσιών. Η ενασχόληση με εναλλακτικές δραστηριότητες, όπως η άσκηση, ο οικογενειακός δεσμός και οι υπαίθριες δραστηριότητες, καθώς και η κοινωνικοποίηση με φίλους, συναδέλφους και μέλη της οικογένειας, μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη

διατήρηση της συνολικής υγείας και ψυχικής ευεξίας των νοσηλευτών, ενισχύοντας έτσι την ικανότητά τους να επιστρέφουν ανανεωμένοι στην εργασία τους. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι δεν είναι όλες οι μέθοδοι αντιμετώπισης ευεργετικές. Η κατάχρηση ουσιών, για παράδειγμα, μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό και να επηρεάσει αρνητικά τη γενική υγεία του νοσηλευτή, ενώ οι αντικοινωνικές συμπεριφορές μπορεί να συμβάλουν στην κατάθλιψη περιορίζοντας το δίκτυο υποστήριξης του ατόμου σε περιόδους στρες.

2.5. Η φροντίδα των ασθενών με άνοια

Οι ανταποκρινόμενες συμπεριφορές περιλαμβάνουν ενέργειες, λεκτικές εκφράσεις και χειρονομίες που αντανακλούν σημαντικές πτυχές του προσωπικού, κοινωνικού ή φυσικού περιβάλλοντος. Προηγούμενοι όροι όπως «συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας» και «προκλητικές συμπεριφορές» αντανακλούσαν κυρίως έναν βιοϊατρικό λόγο και απέτυχαν να απεικονίσουν με ακρίβεια τη φύση των συμπεριφορών που επιδεικνύουν τα άτομα με άνοια (Dookhy & Daly, 2021). Η εμφάνιση του όρου «ανταποκρινόμενες συμπεριφορές» σηματοδοτεί μια σύγχρονη αλλαγή στις ορολογίες και τους λόγους γύρω από την άνοια, με έμφαση στην ιδιότητα του πολίτη, την προσωπικότητα και την αναγνώριση των διατηρούμενων ικανοτήτων των ατόμων με άνοια (Smith et al., 2011). Ταξινομούνται ως μη γνωστικά συμπτώματα της άνοιας, οι ανταποδοτικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν εκδηλώσεις όπως η διέγερση, η απάθεια και οι επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις (McGowan et al., 2019). Εκτιμάται ότι το 70-90% των ατόμων με άνοια θα παρουσιάσει ανταποκρινόμενες συμπεριφορές, ενώ περίπου το 75% των ηλικιωμένων ατόμων με άνοια αντιμετωπίζουν τέτοιες συμπεριφορές τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια οξείας εισαγωγής στο νοσοκομείο (Sampson et al., 2014). Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στις ανταποκρινόμενες συμπεριφορές σε οξείες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένου του παραληρήματος που επικάθεται στην άνοια λόγω οξέων ασθενειών, της αναισθησίας, των πτώσεων και των περιβαλλοντικών επιπτώσεων των εγκαταστάσεων οξείας περίθαλψης (McCorkell et al., 2017). Επιπλέον, τα άτομα με άνοια μπορεί να αντιμετωπίζουν οπτικοχωρικές και οπτικο-αντιληπτικές προκλήσεις, ιδίως σε πολύπλοκα περιβάλλοντα όπως τα οξέα νοσοκομεία, επιδεινώνοντας περαιτέρω το άγχος και τον αποπροσανατολισμό (McGowan et al., 2019). Οι επικοινωνιακές δυσκολίες, όπως η επανάληψη και η μείωση του λεξιλογίου, είναι συχνές στα άτομα με άνοια, εμποδίζοντας την έκφραση των

αναγκών και των επιθυμιών (McGowan et al., 2019). Η οξεία πορεία των εισαγωγών στο νοσοκομείο, σε συνδυασμό με την πιθανότητα να συναντήσουν αυτούς τους παράγοντες και τη διάγνωση της άνοιας, συχνά οδηγεί σε επικοινωνιακές προκλήσεις για τα άτομα με άνοια, οδηγώντας στην έκφραση των αναγκών μέσω ανταποδοτικών συμπεριφορών (Jensen et al., 2019).

Καθώς οι νοσηλευτές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην παροχή άμεσης φροντίδας ασθενών σε οξεία περιβάλλοντα, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας (Coffey et al., 2014), χρειάζονται ικανότητες στην παροχή εξειδικευμένης νοσηλευτικής υποστήριξης για την κάλυψη των ατομικών αναγκών των ατόμων με άνοια που βιώνουν ανταποκρινόμενες συμπεριφορές. Αυτό περιλαμβάνει τις ανάγκες που προκύπτουν από την εισαγωγή οξέων και χρόνιων ασθενειών, παράλληλα με τις ατομικές επιπτώσεις της άνοιας (Yous et al., 2019). Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι οι νοσηλευτές μπορεί να στερούνται αυτοπεποίθησης, ικανότητας και γνώσεων ειδικά για την άνοια κατά την αντιμετώπιση των ανταποκρινόμενων συμπεριφορών (Yamaguchi et al., 2019). Τα περιβαλλοντικά και οργανωτικά εμπόδια, όπως η διαρρύθμιση των νοσοκομείων και οι ελλείψεις προσωπικού, είναι μερικές από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές (Fukuda et al., 2015). Οι νοσηλευτές έχουν εκφράσει αισθήματα απογοήτευσης, αδυναμίας και δυσαρέσκειας από την εργασία τους όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες προκλήσεις (Pinkert et al., 2018). Η έρευνα δείχνει ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν φυσικές και φαρμακευτικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των συμπεριφορών ανταπόκρισης (Krishnamoorthy & Anderson, 2011). Ωστόσο, η σύγχρονη έρευνα αποδεικνύει την κίνηση προς πιο προσωποκεντρικές στρατηγικές, όπως η εργασία με το άτομο και τις ικανότητές του, η συνεργασία με τους οικογενειακούς φροντιστές και η κατανόηση των συμπεριφορών ως συμπτώματα ανεκπλήρωτων αναγκών (McGowan et al., 2019). Οι Smith και συν., (2011) περιέγραψαν περαιτέρω στρατηγικές για την αντιστάθμιση των δυσκολιών επικοινωνίας, εστιάζοντας σε πτυχές της επικοινωνίας που παραμένουν διατηρημένες στην άνοια, όπως οι συναισθηματικές εκφράσεις και οι μη λεκτικές, ουσιαστικές χειρονομίες. Παρόλα αυτά, ενώ υπάρχουν διαθέσιμες έρευνες σχετικά με τις γενικές εμπειρίες των νοσηλευτών από τη φροντίδα ατόμων με άνοια σε οξεία νοσοκομεία (McCorkell et al., 2017- Pinkert et al., 2018), λίγα είναι γνωστά σχετικά με το πώς οι νοσηλευτές φροντίζουν συγκεκριμένα άτομα με άνοια που βιώνουν συμπεριφορές ανταπόκρισης σε αυτό το περιβάλλον.

2.6. Οι πιθανές επιπτώσεις της φροντίδας των ατόμων με άνοια στους νοσηλευτές

Οι νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς με άνοια αντιμετωπίζουν μοναδικές προκλήσεις που επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική και σωματική τους ευεξία. Η σύνθετη και απαιτητική φύση της φροντίδας της άνοιας οδηγεί συχνά σε υψηλά επίπεδα άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και σωματικής εξάντλησης μεταξύ των νοσηλευτών.

Αρκετές μελέτες υπογραμμίζουν το βαθύ ψυχολογικό στρες που βιώνουν οι νοσηλευτές στη φροντίδα της άνοιας. Οι Khatatbeh και συν. (2021) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές αναφέρουν συχνά υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, βασικά συστατικά της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι συνεχείς συναισθηματικές απαιτήσεις και η ανάγκη παροχής συμπονετικής φροντίδας σε ασθενείς που μπορεί να παρουσιάζουν απρόβλεπτες και προκλητικές συμπεριφορές συμβάλλουν σε αυτό το στρες (Wazqar, 2018). Επιπλέον, η συναισθηματική επιβάρυνση από τη θέαση της γνωστικής έκπτωσης των ασθενών και η συνακόλουθη επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική ψυχολογική δυσφορία (Abayon et al., 2024).

Εκτός από το ψυχολογικό άγχος, το σωματικό άγχος αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τους νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με άνοια. Οι σωματικές απαιτήσεις της εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της ανύψωσης και της μετακίνησης των ασθενών, καθώς και η ανάγκη συνεχούς επαγρύπνησης για την αποφυγή πτώσεων και άλλων ατυχημάτων, μπορεί να οδηγήσουν σε μυοσκελετικά προβλήματα και συνολική σωματική κόπωση (Pompeii et al., 2009). Η έρευνα των Parker και συν. (2021) δείχνει ότι οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα της άνοιας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο χρόνιου πόνου και σωματικών τραυματισμών σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους σε άλλους ιατρικούς τομείς.

Για τον μετριασμό των επιπτώσεων αυτών των στρεσογόνων παραγόντων, έχουν διερευνηθεί και εφαρμοστεί διάφορες στρατηγικές διαχείρισης του στρες. Οι γνωστικές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις έχουν δείξει ότι υπόσχονται να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να διαχειριστούν το στρες, αλλάζοντας τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις τους σε στρεσογόνες καταστάσεις. Μια μελέτη των Rodríguez-Alcázar και συν. (2024) έδειξε ότι οι γνωσιακές-συμπεριφορικές παρεμβάσεις θα μπορούσαν να μειώσουν τα

συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης και να βελτιώσουν τη συναισθηματική ευημερία μεταξύ των νοσηλευτών που ασχολούνται με τη φροντίδα της άνοιας.

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί επίσης κρίσιμο παράγοντα για τη διαχείριση του στρες. Η παρουσία ενός ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου, που περιλαμβάνει συναδέλφους, φίλους και οικογένεια, μπορεί να προσφέρει συναισθηματική άνεση και πρακτική βοήθεια, μειώνοντας έτσι το αίσθημα απομόνωσης και άγχους (Flaubert et al., 2021). Έχει αποδειχθεί ότι οι παρεμβάσεις που προωθούν την υποστήριξη από ομότιμους και ενισχύουν την επικοινωνία στον εργασιακό χώρο βελτιώνουν την ικανοποίηση από την εργασία και μειώνουν το στρες (Shiri, Nikunlaakso & Laitinen, 2023).

Οργανωτικές αλλαγές, όπως η εξασφάλιση επαρκών επιπέδων προσωπικού, η παροχή τακτικής κατάρτισης και η δημιουργία ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, είναι απαραίτητες για τη μείωση του στρες μεταξύ των νοσηλευτών. Σύμφωνα με μια μελέτη των Cohen και συν. (2023), τα ιδρύματα που επενδύουν στην ευημερία του προσωπικού τους εφαρμόζοντας ολοκληρωμένα προγράμματα ευεξίας βλέπουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση.

Κεφάλαιο 3ο: Μεθοδολογία έρευνας

3.1. Σκοπός Έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές που φροντίζουν άτομα με άνοια, καθώς και τις στρατηγικές που αυτοί χρησιμοποιούν για να διαχειριστούν αυτή την πίεση. Οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με άνοια αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες προκλήσεις λόγω της φύσης της ασθένειας, η οποία περιλαμβάνει έντονες συναισθηματικές και σωματικές απαιτήσεις. Αυτές οι προκλήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα άγχους και κόπωσης, επηρεάζοντας την επαγγελματική τους απόδοση και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν.

Ένας από τους κύριους στόχους της έρευνας είναι να προσδιορίσει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της ψυχολογικής πίεσης στους νοσηλευτές. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τις διαμάχες με τους ιατρούς, τις διαμάχες με τους συναδέλφους, την αβεβαιότητα για τη θεραπεία, τον φόρτο εργασίας, την ανεπαρκή προετοιμασία, την επαφή με τον θάνατο, και τις απαιτήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους. Μέσα από την ανάλυση αυτών των παραγόντων, η έρευνα επιδιώκει να κατανοήσει πώς διαφορετικές συνθήκες εργασίας και περιβάλλοντα επηρεάζουν την ψυχολογική πίεση.

Επιπλέον, η έρευνα εξετάζει τη σχέση μεταξύ των στρατηγικών διαχείρισης πίεσης και των επιπτώσεων της κούρασης. Οι στρατηγικές διαχείρισης πίεσης που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές, όπως η θετική επαναξιολόγηση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ευχολογία/ονειροπόληση και η αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν την καθημερινή εργασιακή πίεση και να διατηρούν την επαγγελματική τους απόδοση. Η έρευνα στοχεύει να εντοπίσει ποιες στρατηγικές είναι πιο αποτελεσματικές στη μείωση της κούρασης και στη βελτίωση της ψυχικής ευεξίας των νοσηλευτών.

Τέλος, η έρευνα εξετάζει πώς δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και τα έτη προϋπηρεσίας, επηρεάζουν την ψυχολογική πίεση και τη χρήση στρατηγικών διαχείρισης πίεσης.

3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα

Βάσει των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται στην έρευνα για τις επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια και τις στρατηγικές διαχείρισης, μπορούν να διατυπωθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

Ποιοι παράγοντες προβλέπουν το συνολικό επίπεδο πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές;

- Πώς επηρεάζουν η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, τα έτη προϋπηρεσίας, το συνολικό σκορ των επιπτώσεων της κούρασης και τα σκορ στις επιμέρους κλίμακες διαχείρισης του στρες το συνολικό σκορ πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια;

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και του συνολικού σκορ κούρασης;

- Ποιος είναι ο συντελεστής συσχέτισης (Pearson) μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης (ENSS) και του συνολικού σκορ κούρασης (FSS);

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και των συνολικών σκορ στις επιμέρους κλίμακες διαχείρισης στρες;

- Ποιοι είναι οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson) μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης (ENSS) και των σκορ στις επιμέρους κλίμακες διαχείρισης στρες (WCQ);

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ κούρασης και των συνολικών σκορ στις επιμέρους κλίμακες διαχείρισης στρες;

- Ποιοι είναι οι συντελεστές συσχέτισης (Pearson) μεταξύ του συνολικού σκορ κούρασης (FSS) και των σκορ στις επιμέρους κλίμακες διαχείρισης στρες (WCQ);

3.3. Εργαλεία Έρευνας

Για την εκπόνηση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τρία κύρια ερωτηματολόγια: το Expanded Nursing Stress Scale (ENSS), το Ways of Coping Questionnaire (WCQ), και το Fatigue Severity Scale (FSS). Επιπλέον, συμπεριλήφθηκε ένα δημογραφικό ερωτηματολόγιο για τη συλλογή βασικών δημογραφικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Κάθε ένα από αυτά τα ερωτηματολόγια παρέχει πολύτιμα δεδομένα για τη μέτρηση της ψυχολογικής πίεσης, των στρατηγικών διαχείρισης του στρες, και της κούρασης αντίστοιχα. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν μέσω της πλατφόρμας Google Forms και τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το λογισμικό SPSS. Παρακάτω

περιγράφονται αναλυτικά τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, οι παράγοντες που μετρήθηκαν, η αξιοπιστία τους και οι λόγοι απόρριψης ορισμένων παραγόντων.

Expanded Nursing Stress Scale (ENSS)

Το ENSS δημιουργήθηκε από τους French, Lenton, Walters, και Eyles το 2000 και αποτελείται από 57 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Καραδήμα το 1998. Το ENSS αξιολογεί την ψυχολογική πίεση των νοσηλευτών μέσα από διάφορους παράγοντες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους εργασία. Οι κύριοι παράγοντες του ENSS είναι (Πίνακας 1):

Πίνακας 1: Κλίμακα Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha

Θάνατος	0.92
Διενέξεις με γιατρούς	0.83
Ανεπαρκής προετοιμασία	0.83
Προβλήματα με συναδέλφους	0.86
Προβλήματα με ανώτερους	0.92
Φόρτος εργασίας	0.91
Αβεβαιότητα για τη θεραπεία	0.88
Ασθενείς και οικογένειες	0.88
Διακρίσεις	0.67
Συνολικά	0.98

Το συνολικό σκορ πίεσης υπολογίζεται ως το άθροισμα των σκορ από τις επιμέρους ερωτήσεις των παραγόντων που διατηρήθηκαν.

Ways of Coping Questionnaire (WCQ)

Το WCQ δημιουργήθηκε από τους Lazarus και Folkman το 1984 και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Καραδήμα το 1998. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 68 προτάσεις και αξιολογεί τις στρατηγικές διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές. Οι κύριοι παράγοντες του WCQ είναι (Πίνακας 2):

Πίνακας 2: Κλίμακα Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha

Θετική επαναξιολόγηση	0.8
Επίλυση προβλήματος	0.58
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0.77
Ευχολογία/Ονειροπόληση	0.78

Αναζήτηση Θεϊκής βοήθειας	0.92
Παθητική αποδοχή	0.66
Συναισθηματική αποφυγή	0.47
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0.51
Συνολικά	0.92

Οι στρατηγικές με υψηλή αξιοπιστία χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση, και οι μεταβλητές υπολογίστηκαν ως άθροισμα των σχετικών ερωτήσεων κάθε στρατηγικής.

Fatigue Severity Scale (FSS)

Το FSS δημιουργήθηκε για την αξιολόγηση της σοβαρότητας της κούρασης και προσαρμόστηκε στα ελληνικά με βάση τη βαθμολόγηση σε μια κλίμακα τύπου Likert 7 βαθμίδων, όπου το 1 σημαίνει «Διαφωνώ πλήρως» και το 7 σημαίνει «Συμφωνώ πλήρως». Το FSS περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις και το συνολικό σκορ υπολογίζεται ως ο μέσος όρος των σκορ των ερωτήσεων. Η αξιοπιστία του FSS στη συγκεκριμένη έρευνα υπολογίστηκε σε Cronbach's $\alpha = 0.85$, υποδεικνύοντας υψηλή αξιοπιστία.

Δημογραφικό Ερωτηματολόγιο

Το δημογραφικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το φύλο, το έτος γέννησης, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών κάτω των 18 ετών, το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, τα έτη προϋπηρεσίας, το μηνιαίο εισόδημα, τη θέση εργασίας, το ωράριο εργασίας και το τμήμα του νοσοκομείου όπου εργάζονται οι συμμετέχοντες. Για την ανάλυση, υπολογίστηκε μια νέα μεταβλητή "Ηλικία" ως η αφαίρεση του έτους γέννησης από το 2024.

3.4. Δείγμα Έρευνας

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 100 νοσηλευτές που εργάζονται σε διάφορες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, όπως οίκους ευγηρίας, γηροκομεία και τμήματα φύλαξης κατοίκων. Το δείγμα επιλέχθηκε με στόχο να αντιπροσωπεύει νοσηλευτές που είναι άμεσα εμπλεκόμενοι στη φροντίδα ατόμων με άνοια, παρέχοντας έτσι αξιόπιστα και σχετικά δεδομένα για την έρευνα.

Το συνολικό πλήθος των συμμετεχόντων ανέρχεται σε 100 άτομα, με το μέσο έτος γέννησης να είναι το 1988.

3.5. Ηθικά Ζητήματα

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας ακολούθησε αυστηρά ηθικά πρότυπα για να διασφαλίσει την προστασία και την ευημερία των συμμετεχόντων. Τα κύρια ηθικά ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν περιλαμβάνουν την ενημερωμένη συγκατάθεση, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα, καθώς και την προστασία των δεδομένων.

Πριν από τη συμμετοχή στην έρευνα, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για το σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, και τον τρόπο με τον οποίο θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα. Η ενημέρωση αυτή περιλάμβανε λεπτομέρειες για την εθελοντική φύση της συμμετοχής και το δικαίωμα των συμμετεχόντων να αποχωρήσουν από την έρευνα ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία αρνητική συνέπεια. Η συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα δόθηκε γραπτώς μέσω μιας φόρμας συγκατάθεσης, η οποία υπογράφηκε από κάθε συμμετέχοντα.

Για την προστασία της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε έτσι ώστε να μην περιλαμβάνει κανένα στοιχείο που θα μπορούσε να αποκαλύψει την ταυτότητα των ατόμων. Όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν και αποθηκεύτηκαν με κωδικοποιημένο τρόπο, διασφαλίζοντας ότι οι απαντήσεις δεν μπορούσαν να συνδεθούν με τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Η εμπιστευτικότητα των δεδομένων τηρήθηκε αυστηρά καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Τα δεδομένα ήταν προσβάσιμα μόνο στους ερευνητές και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης. Η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων έγιναν με τρόπο που να προστατεύει την ιδιωτικότητα των συμμετεχόντων.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αποθηκεύτηκαν με ασφαλή τρόπο και προστατεύθηκαν από μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση. Χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονες τεχνολογίες κρυπτογράφησης για την αποθήκευση των δεδομένων και μόνο εξουσιοδοτημένα άτομα είχαν πρόσβαση σε αυτά. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, τα δεδομένα θα διατηρηθούν για ένα προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και στη συνέχεια θα διαγραφούν με ασφάλεια.

Η έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό να ελαχιστοποιήσει οποιαδήποτε μορφή βλάβης ή δυσφορίας για τους συμμετέχοντες. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχεδιάστηκαν με προσοχή ώστε να μην προκαλέσουν συναισθηματική δυσφορία ή άγχος. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα να παραλείψουν οποιαδήποτε ερώτηση δεν ήθελαν να απαντήσουν.

Τέλος, η δικαιοσύνη εξασφαλίστηκε μέσω της ισότιμης και δίκαιης αντιμετώπισης όλων των συμμετεχόντων, χωρίς διακρίσεις βάσει φύλου, ηλικίας, φυλής, εθνικότητας ή άλλων προσωπικών χαρακτηριστικών.

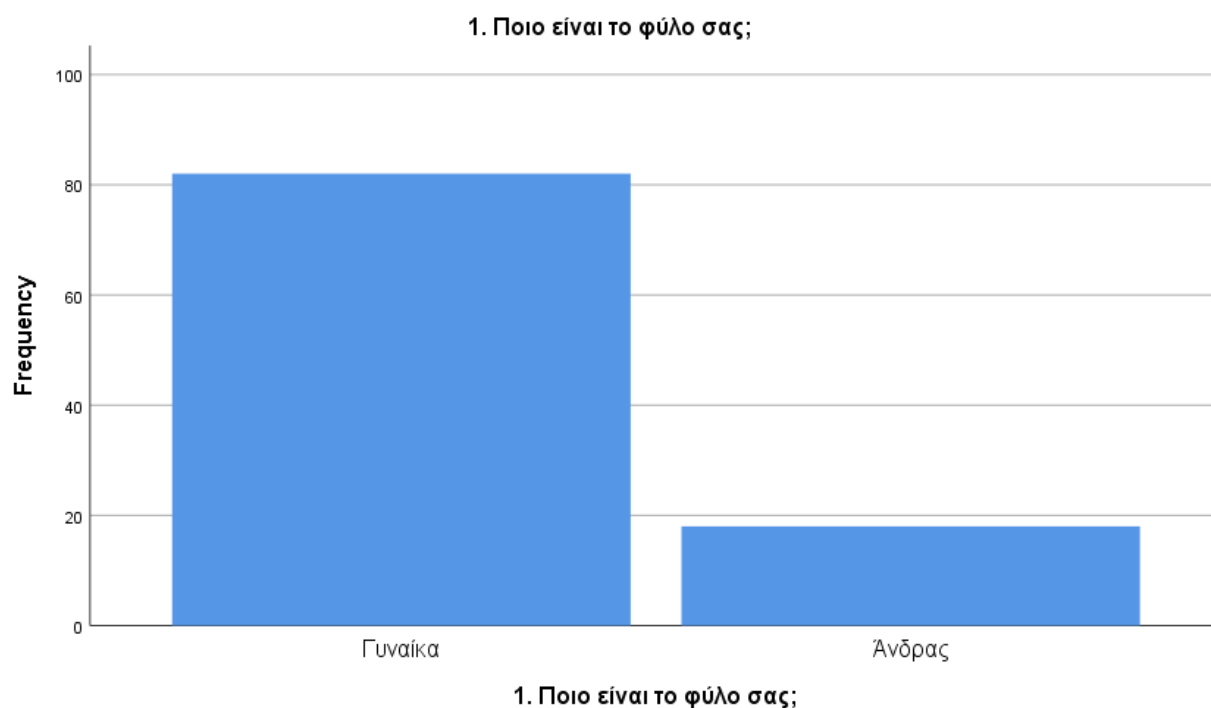
Η τήρηση αυτών των ηθικών ζητημάτων διασφαλίζει την ακεραιότητα της έρευνας και την προστασία των δικαιωμάτων και της ευημερίας των συμμετεχόντων, συμβάλλοντας στην αξιοπιστία και εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

3.6. Στατιστική ανάλυση

Παρακάτω παρουσιάζονται τα Διαγράμματα που προέκυψαν από την στατιστική μελέτη του ερωτηματολογίου με τίτλο «Επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια και στρατηγικές διαχείρισης» (Παράρτημα)

Περιγραφική στατιστική

Δημογραφικά Στοιχεία



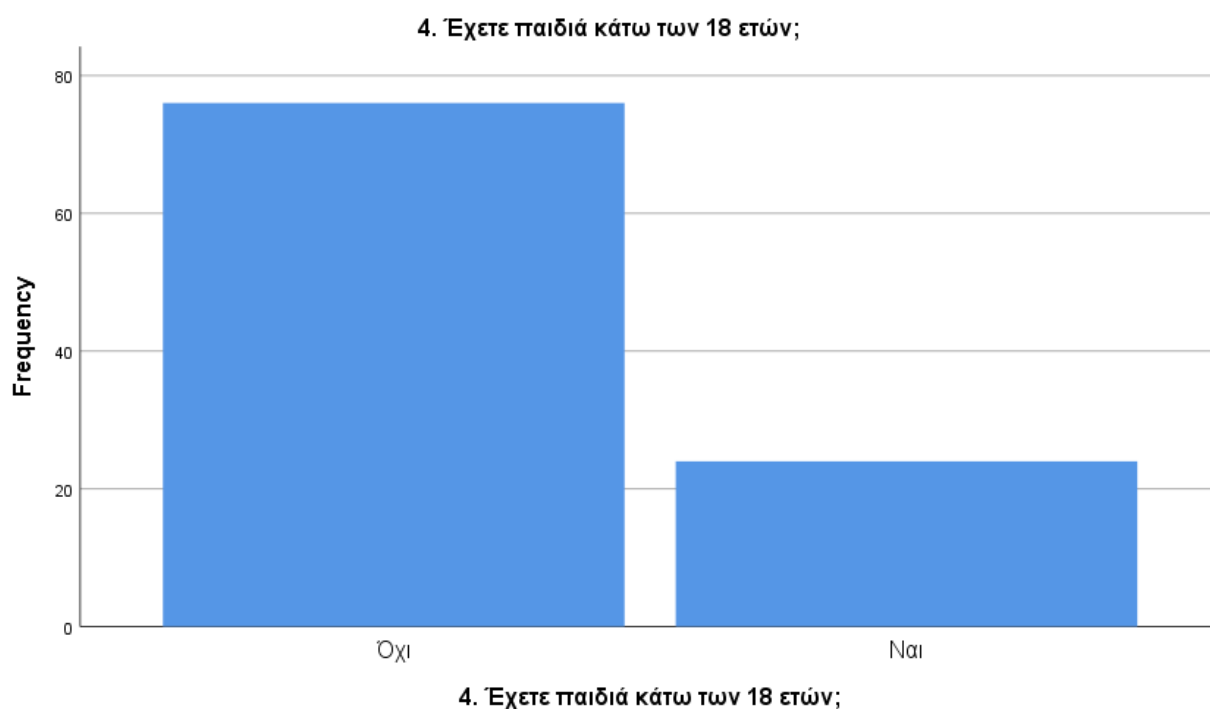
Διάγραμμα 1 Φύλο

Από το διάγραμμα 1 φαίνεται πως το 82% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, ενώ το 18% είναι άνδρες. Αυτό αντικατοπτρίζει τη γενική τάση στον τομέα της νοσηλευτικής, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών σε σχέση με τους άνδρες.



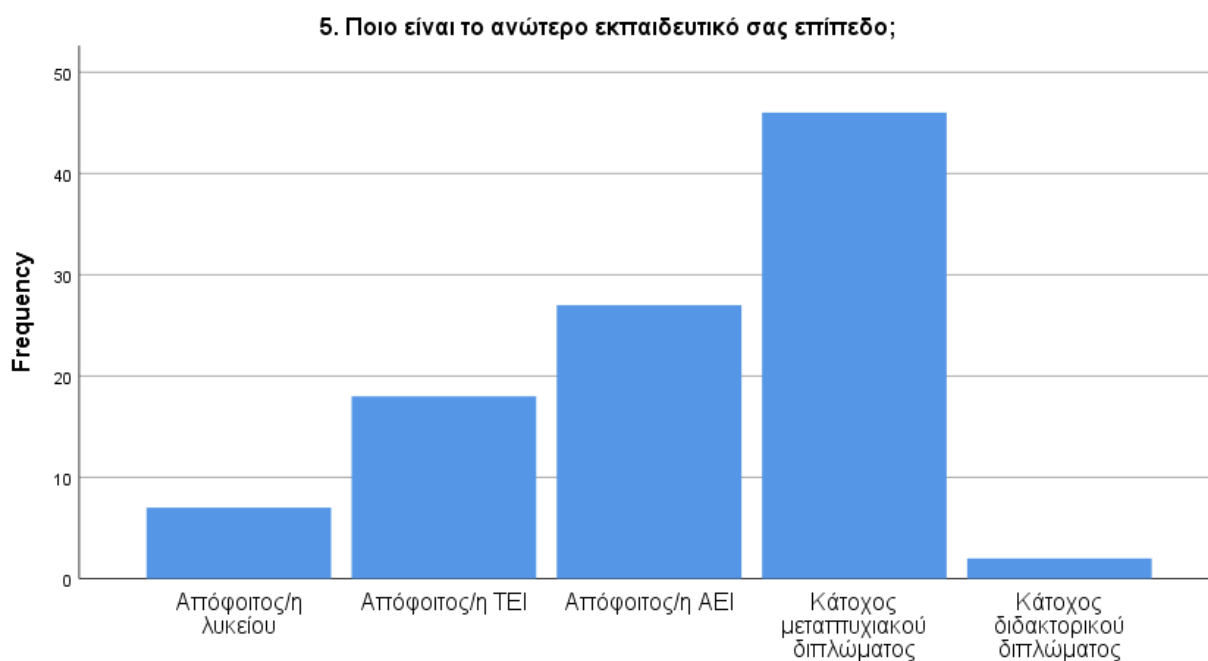
Διάγραμμα 2 Οικογενειακή κατάσταση

Από το διάγραμμα 2 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (55%) είναι άγαμοι, ενώ το 40% είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση. Μόνο το 5% είναι διαζευγμένοι.



Διάγραμμα 3 Παιδιά

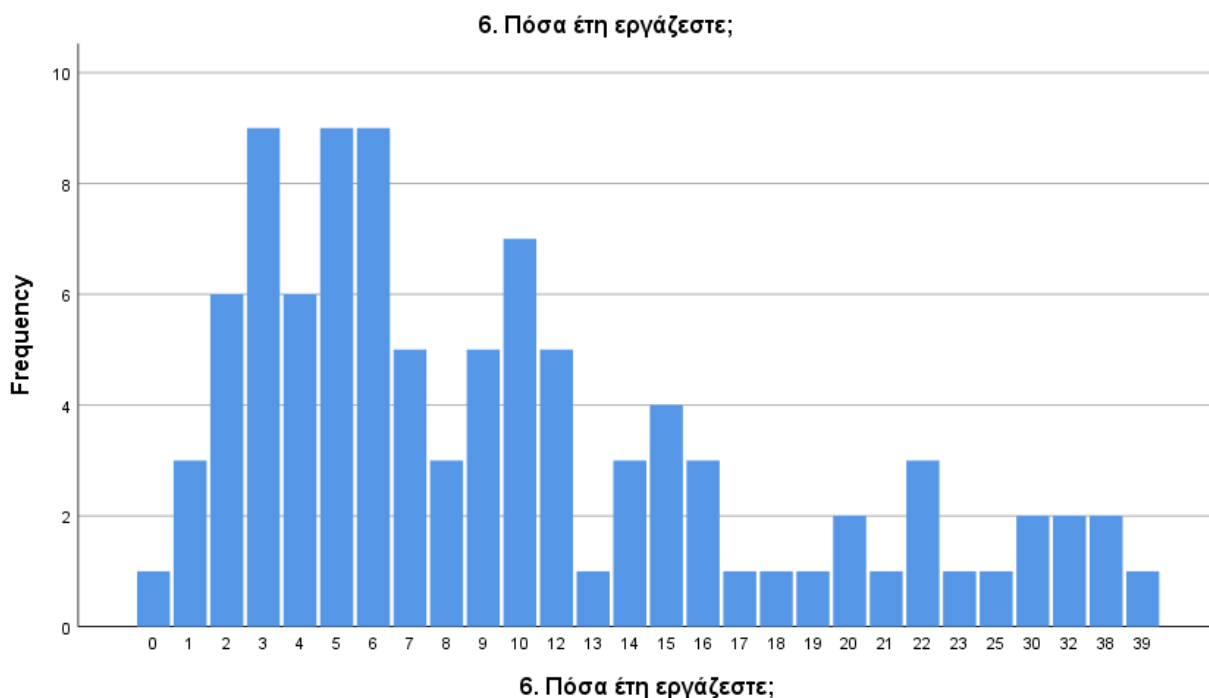
Από το διάγραμμα 3 φαίνεται πως το 76% των συμμετεχόντων δεν έχει παιδιά κάτω των 18 ετών, ενώ το 24% έχει.



5. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

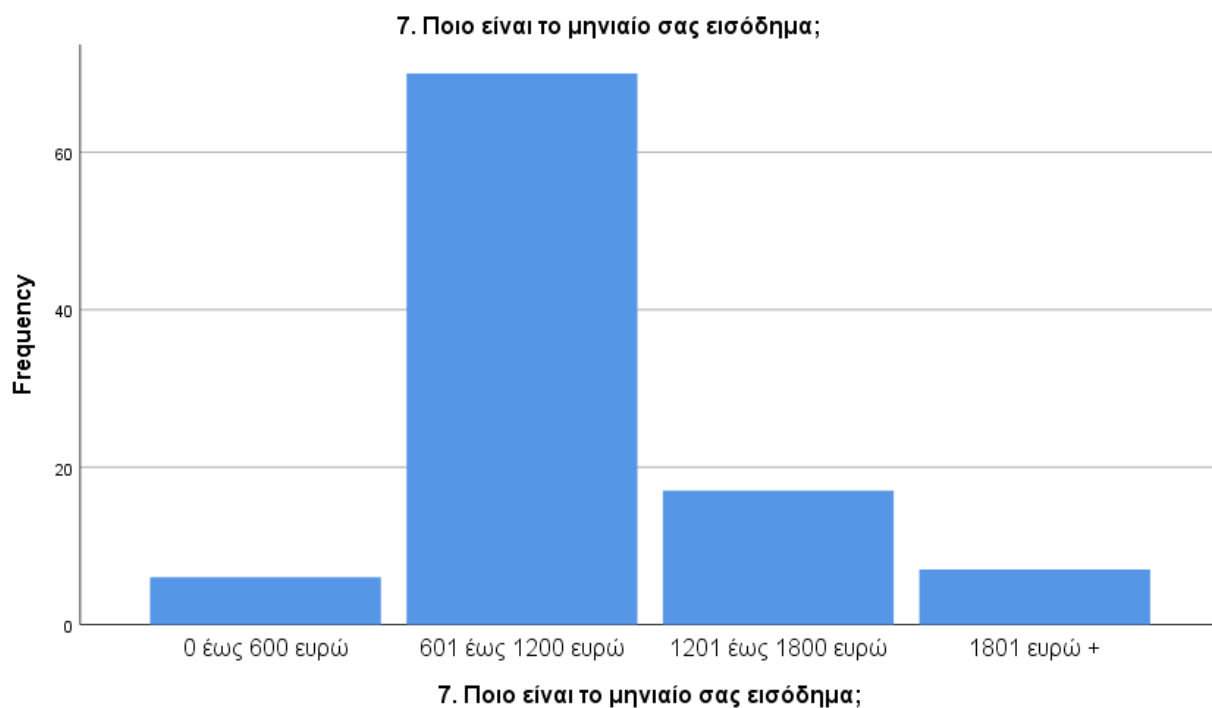
διάγραμμα 4 Εκπαιδευτικό επίπεδο

Από το διάγραμμα 4 παρατηρείται πως η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (46%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, ενώ το 27% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 18%



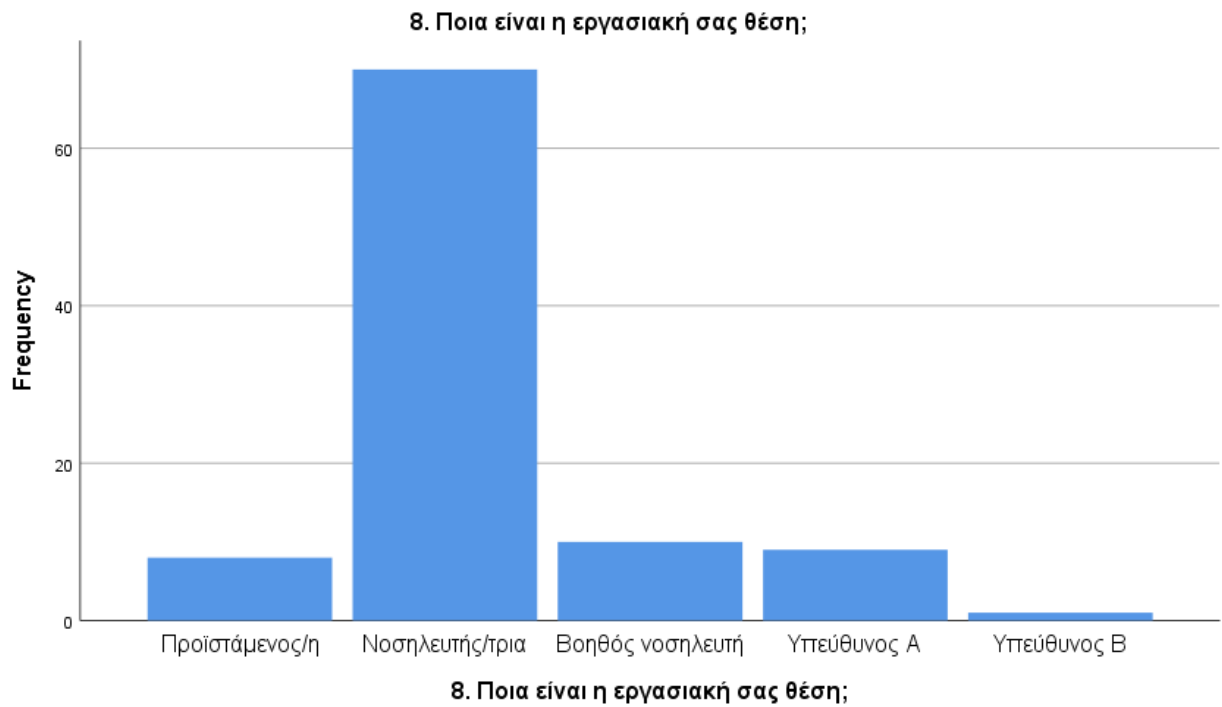
είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και μόνο το 7% είναι απόφοιτοι λυκείου. Το 2% έχει διδακτορικό δίπλωμα.

Από το διάγραμμα 5 φαίνεται πως τα έτη εργασίας των συμμετεχόντων κυμαίνονται από 0 έως 39, με τους περισσότερους να εργάζονται μεταξύ 1 και 10 ετών.



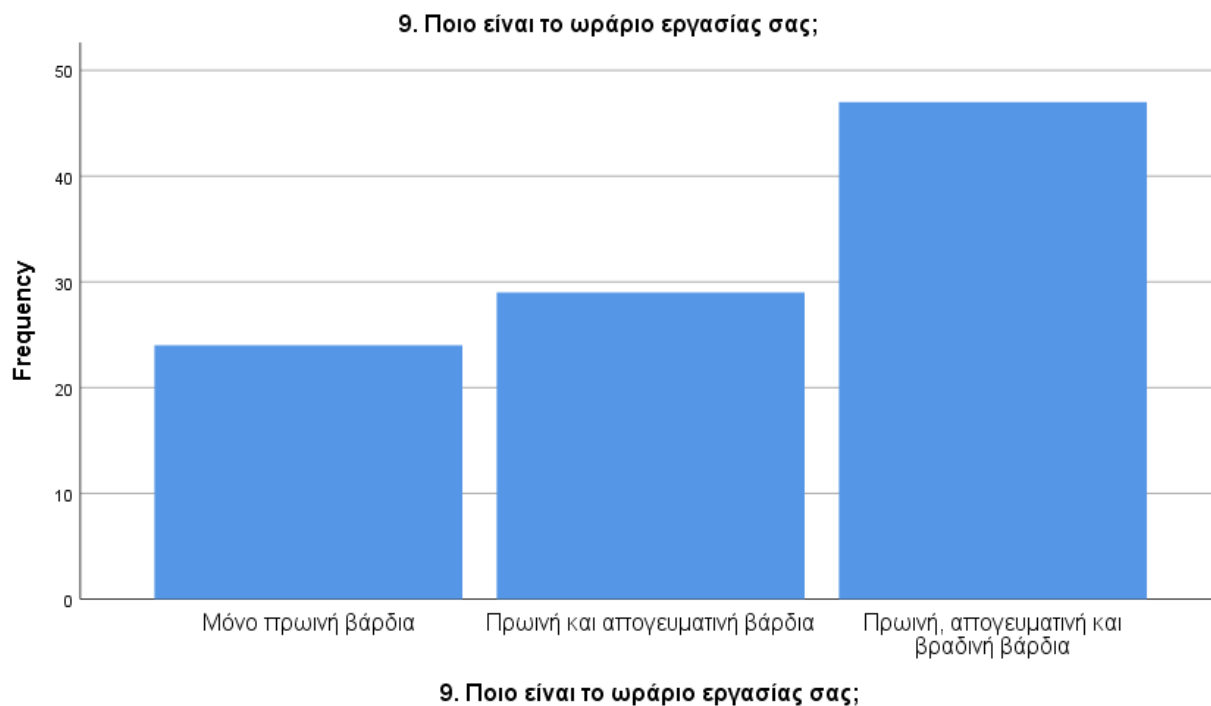
Διάγραμμα 6 Μηνιαίο εισόδημα

Από το διάγραμμα 6 παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (70%) έχει μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 601 και 1200 ευρώ. Μόνο το 7% κερδίζει πάνω από 1800 ευρώ, ενώ το 6% έχει εισόδημα κάτω από 600 ευρώ



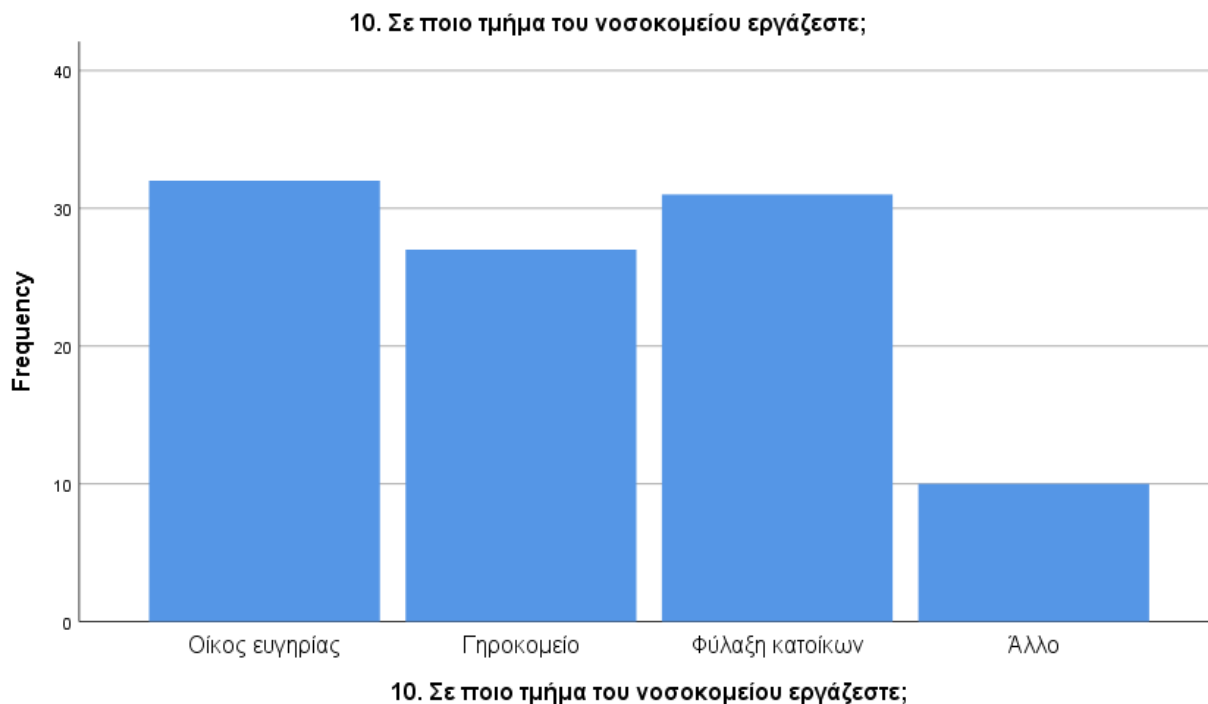
Διάγραμμα 7 Θέση εργασίας

Από το διάγραμμα 7 φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (71.4%) είναι νοσηλεύτριάς/τριες, με ένα 10.2% να είναι βοηθοί νοσηλευτών. Το 8.2% είναι προϊστάμενοι, και το υπόλοιπο 9.2% κατέχει θέσεις ευθύνης Α ή Β.



Διάγραμμα 8 Ωράριο Εργασίας

Από το διάγραμμα 8 παρατηρείται πως το 47% των συμμετεχόντων εργάζεται σε πρωινές, απογευματινές και βραδινές βάρδιες, το 29% σε πρωινή και απογευματινή βάρδια, και το 24% μόνο σε πρωινή βάρδια.



Διάγραμμα 9 Τμήμα εργασίας

Από το διάγραμμα 9 φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό (32%) εργάζεται σε οίκο ευγηρίας. Ακολουθεί το τμήμα φύλαξης κατοίκων με ποσοστό 31%. Το 27% των νοσηλευτών εργάζεται σε γηροκομείο, ενώ το υπόλοιπο 10% εργάζεται σε άλλα τμήματα που δεν προσδιορίζονται αναλυτικά. Η κατανομή αυτή δείχνει ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος εργάζεται σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, όπως οίκους ευγηρίας και γηροκομεία, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό εργάζεται στη φύλαξη κατοίκων.

Επαγωγική Στατιστική

Ποιοι παράγοντες προβλέπουν το συνολικό επίπεδο πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές;

Πίνακας 3: Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.995 ^a	0.991	0.988	4.87441

a. Predictors: (Constant), Αναζήτηση_Θεϊκής_βοήθειας, Συνολικό_Σκορ_Κούρασης, 6. Πόσα έτη εργάζεστε; , Οι_διαμάχες_με_τους_συναδέλφους, 1. Ποιο είναι το φύλο σας; , 5. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο; , Αναζήτηση_κοινωνικής_υποστήριξης, Ευχολογία_Ονειροπόληση, Η_ανεπάρκεια_προετοιμασία, Θετική_επιαναξιολόγηση, Οι_διαμάχες_με_τους_ιατρούς, Η_επαφή_με_τον_θάνατο, Οι_ασθενείς_και_οι_οικογένειά_τους, Ηλικία, Η_αβεβαιότητα_θεραπευτικό, Ο_φόρτος_εργασίας

Πίνακας 4: ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	132592.670	16	8287.042	348.783	.000 ^a
	Residual	1259.273	53	23.760		
	Total	133851.943	69			

a. Dependent Variable: Σκορ_Πίεσης

b. Predictors: (Constant), Αναζήτηση_Θεϊκής_βοήθειας, Συνολικό_Σκορ_Κούρασης, 6. Πόσα έτη εργάζεστε; , Οι_διαμάχες_με_τους_συναδέλφους, 1. Ποιο είναι το φύλο σας; , 5. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο; , Αναζήτηση_κοινωνικής_υποστήριξης, Ευχολογία_Ονειροπόληση, Η_ανεπάρκεια_προετοιμασία, Θετική_επιαναξιολόγηση, Οι_διαμάχες_με_τους_ιατρούς, Η_επαφή_με_τον_θάνατο, Οι_ασθενείς_και_οι_οικογένειά_τους, Ηλικία, Η_αβεβαιότητα_θεραπευτικό, Ο_φόρτος_εργασίας

Πίνακας 5: Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients	Std. Error	Standardized Coefficients	t	Sig.
1	(Constant)	4.843	5.922		0.818	0.417
	5. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;	-1.253	0.701	-0.028	-1.788	0.080
	1. Ποιο είναι το φύλο σας;	-0.900	1.642	-0.008	-0.548	0.586
	6. Πόσα έτη εργάζεστε;	-0.084	0.176	-0.017	-0.477	0.635
	Ηλικία	0.038	0.161	0.008	0.233	0.817
	Συνολικό_Σκορ_Κούρασης	-1.564	0.922	-0.024	-1.695	0.096
	Η_επαφή_με_τον_θάνατο	0.643	0.203	0.103	3.166	0.003
	Η_ανεπάρκεια_προετοιμασία	1.526	0.410	0.100	3.723	0.000

Οι_διαμάχες_με_τους_ιατρούς	1.659	0.279	0.159	5.938	0.000
Οι_διαμάχες_με_τους_συναδέλφους	1.664	0.346	0.161	4.812	0.000
Ο_φόρτος_εργασίας	0.954	0.247	0.163	3.861	0.000
Η_αβεβαιότητα_θεραπευτικό	1.741	0.225	0.280	7.724	0.000
Οι_ασθενείς_και_οι_οικογένειά_τους	1.013	0.279	0.136	3.632	0.001
Θετική_επιαναξιολόγηση	0.032	0.230	0.003	0.140	0.889
Αναζήτηση_κοινωνικής_υποστήριξης	0.176	0.256	0.014	0.688	0.494
Ευχολογία_Ονειροπόληση	0.096	0.242	0.008	0.397	0.693
Αναζήτηση_Θεϊκής_βοήθειας	-0.555	0.313	-0.033	-1.772	0.082

a. Dependent Variable: Σκορ_Πίεσης

Η ανάλυση παλινδρόμησης που εκτελέστηκε με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ πίεσης και ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, τα έτη προϋπηρεσίας, το συνολικό σκορ κούρασης και τα σκορ σε επιμέρους κλίμακες διαχείρισης του στρες, δείχνει ότι οι παράγοντες αυτοί εξηγούν το 99.1% της μεταβλητότητας του συνολικού σκορ πίεσης ($R^2 = 0.991$). Το προσαρμοσμένο R^2 είναι 0.988, υποδηλώνοντας ότι το μοντέλο είναι εξαιρετικά καλό στην πρόβλεψη του συνολικού σκορ πίεσης.

Από τα αποτελέσματα των μη τυποποιημένων συντελεστών (Unstandardized Coefficients), παρατηρούμε ότι ορισμένες ανεξάρτητες μεταβλητές έχουν σημαντική επίδραση στο συνολικό σκορ πίεσης. Συγκεκριμένα, η επαφή με τον θάνατο ($\beta = 0.643$, $p = 0.003$), η ανεπαρκής προετοιμασία ($\beta = 1.526$, $p < 0.001$), οι διαμάχες με τους ιατρούς ($\beta = 1.659$, $p < 0.001$), οι διαμάχες με τους συναδέλφους ($\beta = 1.664$, $p < 0.001$), ο φόρτος εργασίας ($\beta = 0.954$, $p < 0.001$), η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα ($\beta = 1.741$, $p < 0.001$), και οι ασθενείς και οι οικογένειές τους ($\beta = 1.013$, $p = 0.001$) είναι

όλες σημαντικές με p-τιμή μικρότερη από 0.05. Αυτό δείχνει ότι αυτοί οι παράγοντες έχουν σημαντική επίδραση στο επίπεδο πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές όπως το φύλο ($\beta = -0.900$, $p = 0.586$), η ηλικία ($\beta = 0.038$, $p = 0.817$), τα έτη προϋπηρεσίας ($\beta = -0.084$, $p = 0.635$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\beta = -1.253$, $p = 0.080$), το συνολικό σκορ κούρασης ($\beta = -1.564$, $p = 0.096$), η θετική επαναξιολόγηση ($\beta = 0.032$, $p = 0.889$), η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ($\beta = 0.176$, $p = 0.494$), η ευχολογία/ονειροπόληση ($\beta = 0.096$, $p = 0.693$), και η αναζήτηση θεϊκής βοήθειας ($\beta = -0.555$, $p = 0.082$) δεν φαίνεται να έχουν σημαντική επίδραση στο συνολικό σκορ πίεσης καθώς οι p-τιμές τους είναι μεγαλύτερες από 0.05.

Το μοντέλο έχει υψηλή προβλεπτική ικανότητα, όπως φαίνεται από το R^2 (0.991) και το προσαρμοσμένο R^2 (0.988). Η ανάλυση ANOVA επιβεβαιώνει ότι το μοντέλο είναι σημαντικό ($F = 348.783$, $p < 0.001$), που σημαίνει ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές μαζί προβλέπουν το συνολικό σκορ πίεσης με στατιστική σημαντικότητα.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι διαμάχες με τους ιατρούς και τους συναδέλφους, η ανεπαρκής προετοιμασία, ο φόρτος εργασίας, η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, η επαφή με τον θάνατο, και η αλληλεπίδραση με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην πίεση των νοσηλευτών. Αντίθετα, παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το συνολικό σκορ κούρασης, και ορισμένες στρατηγικές διαχείρισης του στρες δεν έχουν σημαντική επίδραση στο επίπεδο πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές.

Συσχέτιση Μεταξύ Συνολικών Σκορ των Ερωτηματολογίων Ψυχολογικής Πίεσης, Διαχείρισης Στρες και Κούρασης

Πίνακας 6: Correlations

		Σκορ_Πίεσης	Συνολικό_Σκορ_Κούρασης	Θετική_επαναξιολόγηση	Αναζήτηση_κοινωνικής_υποστήριξης	Ευχολογία_Ονειροπόληση	Αναζήτηση_Θεϊκής_βοήθειας
Σκορ_Πίεσης	Pearson Correlation	1	-0.112	.319	0.216	0.013	0.172
	Sig. (2-tailed)		0.332	0.004	0.056	0.911	0.127
	N	80	77	79	79	78	80
Συνολικό_Σκορ_Κούρασης	Pearson Correlation	-0.112	1	0.033	0.040	0.131	-0.012
	Sig. (2-tailed)	0.332		0.751	0.706	0.213	0.910
	N	77	95	93	93	92	94
Θετική_επαναξιολόγηση	Pearson Correlation	.319**	0.033	1	.583**	.409**	.389**
	Sig. (2-tailed)	0.004	0.751		0.000	0.000	0.000
	N	79	93	97	95	94	96
Αναζήτηση_κοινωνικής_υποστήριξης	Pearson Correlation	0.216	0.040	.583**	1	.447**	.384**
	Sig. (2-tailed)	0.056	0.706	0.000		0.000	0.000
	N	79	93	95	97	94	96
Ευχολογία_Ονειροπόληση	Pearson Correlation	0.013	0.131	.409**	.447**	1	.616**
	Sig. (2-tailed)	0.911	0.213	0.000	0.000		0.000
	N	78	92	94	94	96	96
Αναζήτηση_Θεϊκής_βοήθειας	Pearson Correlation	0.172	-0.012	.389	.384	.616	1
	Sig. (2-tailed)	0.127	0.910	0.000	0.000	0.000	
	N	80	94	96	96	96	98

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Η συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και του συνολικού σκορ κούρασης είναι αρνητική ($r = -0.112$), αλλά δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.332$). Αυτό υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ της πίεσης και της κούρασης

στους νοσηλευτές που μελετήθηκαν, γεγονός που μπορεί να σημαίνει ότι άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την πίεση και την κούραση με διαφορετικούς τρόπους.

Η συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και της θετικής επαναξιολόγησης είναι θετική και στατιστικά σημαντική ($r = 0.319$, $p = 0.004$). Αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές που χρησιμοποιούν θετική επαναξιολόγηση ως στρατηγική διαχείρισης του στρες τείνουν να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα πίεσης. Η συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης είναι επίσης θετική αλλά οριακά στατιστικά σημαντική ($r = 0.216$, $p = 0.056$), υποδηλώνοντας ότι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να σχετίζεται με την πίεση, αν και όχι με μεγάλη βεβαιότητα.

Η συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και της ευχολογίας/ονειροπόλησης είναι σχεδόν μηδενική και μη στατιστικά σημαντική ($r = 0.013$, $p = 0.911$), υποδεικνύοντας ότι αυτή η στρατηγική δεν σχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές. Ομοίως, η συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και της αναζήτησης θεϊκής βοήθειας είναι θετική αλλά όχι στατιστικά σημαντική ($r = 0.172$, $p = 0.127$).

Η συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ κούρασης και της θετικής επαναξιολόγησης είναι θετική αλλά όχι στατιστικά σημαντική ($r = 0.033$, $p = 0.751$), δείχνοντας ότι η θετική επαναξιολόγηση δεν σχετίζεται σημαντικά με την κούραση. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχει μια θετική αλλά μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κούραση ($r = 0.040$, $p = 0.706$), όπως και η ευχολογία/ονειροπόληση ($r = 0.131$, $p = 0.213$).

Από την άλλη, η θετική επαναξιολόγηση έχει στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ($r = 0.583$, $p < 0.001$), την ευχολογία/ονειροπόληση ($r = 0.409$, $p < 0.001$) και την αναζήτηση θεϊκής βοήθειας ($r = 0.389$, $p < 0.001$). Αυτό υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές που χρησιμοποιούν μία από αυτές τις στρατηγικές είναι πιθανό να χρησιμοποιούν και άλλες παρόμοιες στρατηγικές.

Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης έχει επίσης στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την ευχολογία/ονειροπόληση ($r = 0.447$, $p < 0.001$) και την αναζήτηση θεϊκής βοήθειας ($r = 0.384$, $p < 0.001$). Η ευχολογία/ονειροπόληση έχει ισχυρή θετική συσχέτιση με την αναζήτηση θεϊκής βοήθειας ($r = 0.616$, $p < 0.001$), υποδεικνύοντας ότι αυτές οι δύο στρατηγικές συχνά συνυπάρχουν.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η θετική επαναξιολόγηση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ευχολογία/ονειροπόληση και η αναζήτηση θεϊκής

βοήθειας συχνά χρησιμοποιούνται από τους νοσηλευτές ως στρατηγικές διαχείρισης του στρες, αλλά δεν υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ αυτών των στρατηγικών και του συνολικού σκορ κούρασης. Ωστόσο, η θετική επαναξιολόγηση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται με το συνολικό σκορ πίεσης, υποδηλώνοντας ότι μπορεί να υπάρχουν πιο περίπλοκες σχέσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών και της πίεσης που βιώνουν οι νοσηλευτές.

3.7. Αποτελέσματα ανάλυσης

Μέσω της ανάλυσης παλινδρόμησης, εντοπίστηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το συνολικό επίπεδο πίεσης στους νοσηλευτές. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στο συνολικό σκορ πίεσης περιλαμβάνουν την επαφή με τον θάνατο ($p = 0.003$), την ανεπαρκή προετοιμασία ($p < 0.001$), τις διαμάχες με τους ιατρούς ($p < 0.001$), τις διαμάχες με τους συναδέλφους ($p < 0.001$), τον φόρτο εργασίας ($p < 0.001$), την αβεβαιότητα για τη θεραπεία ($p < 0.001$), και τις απαιτήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους ($p = 0.001$). Οι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο και τα έτη προϋπηρεσίας δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση.

Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ πίεσης και του συνολικού σκορ κούρασης ($r = -0.112$), η οποία όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.332$). Αυτό υποδηλώνει ότι η πίεση και η κούραση δεν σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους στους νοσηλευτές που φροντίζουν άτομα με άνοια.

Η θετική επαναξιολόγηση βρέθηκε να έχει θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συνολικό σκορ πίεσης ($r = 0.319$, $p = 0.004$), υποδεικνύοντας ότι οι νοσηλευτές που χρησιμοποιούν αυτή τη στρατηγική βιώνουν μεγαλύτερη πίεση. Η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης είχε επίσης θετική αλλά οριακά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r = 0.216$, $p = 0.056$). Οι άλλες στρατηγικές διαχείρισης στρες δεν είχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το συνολικό σκορ πίεσης.

Οι στρατηγικές διαχείρισης στρες όπως η θετική επαναξιολόγηση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ευχολογία/ονειροπόληση και η αναζήτηση θεϊκής βοήθειας δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το συνολικό σκορ κούρασης. Η θετική επαναξιολόγηση, ωστόσο, βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ($r = 0.583$, $p < 0.001$),

την ευχολογία/ονειροπόληση ($r = 0.409$, $p < 0.001$), και την αναζήτηση θεϊκής βοήθειας ($r = 0.389$, $p < 0.001$).

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η επαφή με τον θάνατο, η ανεπαρκής προετοιμασία, οι διαμάχες με τους ιατρούς και τους συναδέλφους, ο φόρτος εργασίας, η αβεβαιότητα για τη θεραπεία και οι απαιτήσεις των ασθενών και των οικογενειών τους είναι οι κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της πίεσης στους νοσηλευτές. Αντίθετα, οι δημογραφικοί παράγοντες δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο. Επιπλέον, οι στρατηγικές διαχείρισης στρες όπως η θετική επαναξιολόγηση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται με την πίεση, αλλά όχι άμεσα με την κούραση.

Κεφάλαιο 4ο: Συζήτηση και προτάσεις

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν την εκτεταμένη βιβλιογραφία που τονίζει τα υψηλά επίπεδα άγχους που βιώνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται με ασθενείς με άνοια. Προηγούμενες μελέτες έχουν επισημάνει ότι οι ώρες εργασίας και τα πρότυπα βάρδιας συμβάλλουν σημαντικά στο ψυχολογικό στρες των νοσηλευτών (Ferri et al., 2016; Hoedl, Bauer & Eglseer, 2021). Το εύρημά μας ότι η αβεβαιότητα για τη θεραπεία και οι διαμάχες με τους ιατρούς και τους συναδέλφους είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης του ψυχολογικού στρες ευθυγραμμίζεται με αυτές τις μελέτες, υπογραμμίζοντας τον κρίσιμο αντίκτυπο των απαιτητικών προγραμμάτων στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

Επιπλέον, τα δεδομένα που υποδεικνύουν ότι η ασταθής στελέχωση και η ανεπαρκής ενημέρωση από τους ιατρούς αποτελούν σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες συντονίζονται με προηγούμενες έρευνες. Για παράδειγμα, οι Jordan, Khubchandani και Wiblishauser (2016) σημείωσαν ότι η απρόβλεπτη στελέχωση και οι κακοί διάλογοι επικοινωνίας επιδεινώνουν το άγχος των νοσηλευτών. Το άγχος που προκαλείται από την απουσία ιατρού σε μια επείγουσα ιατρική κατάσταση είναι επίσης καλά τεκμηριωμένο, με αρκετές μελέτες να σημειώνουν πώς αυτό μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα άγχους και να επηρεάσει την εργασιακή απόδοση (García-Tudela et al., 2022).

Ωστόσο, τα ευρήματα της μελέτης αποκλίνουν από την υπάρχουσα βιβλιογραφία σε ορισμένους τομείς. Ειδικότερα, η έλλειψη σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο φύλων στο ψυχολογικό στρες έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες που υποδηλώνουν ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες συχνά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα στρες λόγω των πρόσθετων κοινωνικών και οικογενειακών ευθυνών (Zhang et al., 2022). Μια πιθανή εξήγηση για αυτή την απόκλιση είναι οι εξελισσόμενοι ρόλοι των φύλων και τα συστήματα υποστήριξης, τα οποία μπορεί να έχουν αμβλύνει τις διαφορετικές επιπτώσεις του στρες στους άνδρες και τις γυναίκες νοσηλευτές.

Μια άλλη απόκλιση είναι το εύρημα ότι οι στρατηγικές διαχείρισης της πίεσης δεν επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα κόπωσης που βίωσαν οι νοσηλευτές. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες, όπως αυτή των Kowalczyk et al. (2022), οι οποίες διαπίστωσαν ότι οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να μετριάσουν το στρες και τις σωματικές του εκδηλώσεις. Η ασυμφωνία αυτή θα μπορούσε να οφείλεται σε διαφοροποιήσεις στους τύπους των στρατηγικών που αναλύθηκαν ή σε διαφορές στους πληθυσμούς των δειγμάτων.

Για τη βελτίωση της σταθερότητας του προσωπικού, οι διοικήσεις των νοσοκομείων θα πρέπει να εξασφαλίζουν σταθερά και επαρκή επίπεδα προσωπικού, ώστε να μειωθεί σημαντικά το άγχος που προκαλείται από απρόβλεπτα εργασιακά περιβάλλοντα. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη δημιουργία σταθερών χρονοδιαγραμμάτων και την πρόσληψη επαρκούς προσωπικού για την κάλυψη όλων των βάρδιών. Η επαρκής στελέχωση όχι μόνο ανακουφίζει το βάρος των μεμονωμένων νοσηλευτών, αλλά και ενισχύει τη συνολική λειτουργία της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Η ενίσχυση των διαύλων επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών είναι ζωτικής σημασίας. Η καθιέρωση σαφών και αξιόπιστων γραμμών επικοινωνίας, όπως η τακτική ενημέρωση και η έγκαιρη πρόσβαση σε πληροφορίες για τους ασθενείς, μπορεί να δώσει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να εκτελούν τα καθήκοντά τους πιο αποτελεσματικά. Η προσέγγιση αυτή μειώνει το άγχος που συνδέεται με τα κενά πληροφόρησης και διασφαλίζει ότι οι νοσηλευτές είναι καλά ενημερωμένοι και καλύτερα προετοιμασμένοι για να χειριστούν τη φροντίδα των ασθενών.

Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων των μακρών και ακανόνιστων ωρών εργασίας μέσω μεταρρυθμίσεων στον προγραμματισμό των βάρδιας είναι απαραίτητη. Η εφαρμογή ευέλικτων επιλογών προγραμματισμού, όπως οι μικρότερες βάρδιες και τα εναλλασσόμενα ρεπό, μπορεί να συμβάλει στον μετριασμό του άγχους που συνδέεται με τις απαιτητικές ώρες εργασίας. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις μπορούν να συμβάλουν σε μια υγιέστερη ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής για τους νοσηλευτές, μειώνοντας την επαγγελματική εξουθένωση και βελτιώνοντας την ικανοποίηση από την εργασία.

Η παροχή προγραμμάτων κατάρτισης και υποστήριξης που εφοδιάζουν τους νοσηλευτές με καλύτερες δεξιότητες συναισθηματικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση των οικογενειών των ασθενών μπορεί να μετριάσει το άγχος. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει επίσης να διευκολύνουν τις ανοιχτές συζητήσεις σχετικά με τις προκλήσεις στο χώρο εργασίας, προωθώντας ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις συναισθηματικές καταστάσεις μπορεί να βελτιώσει την αυτοπεποίθησή τους και να μειώσει τα επίπεδα άγχους.

Δεδομένου του υψηλού στρες που συνδέεται με τη σεξουαλική παρενόχληση, η ανάπτυξη ισχυρών πολιτικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της παρενόχλησης είναι επιτακτική ανάγκη. Η εφαρμογή αυτών των μέτρων όχι μόνο θα μειώσει το άγχος αλλά και θα δημιουργήσει έναν ασφαλέστερο και

πιο υποστηρικτικό χώρο εργασίας. Η διασφάλιση ότι οι νοσηλευτές αισθάνονται προστατευμένοι και εκτιμημένοι είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ψυχικής τους ευεξίας.

Παρόλο που η παρούσα μελέτη διαπίστωσε ότι οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες δεν επηρέασαν σημαντικά την κόπωση, η καλλιέργεια μιας κουλτούρας που προωθεί αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης θα μπορούσε να είναι ακόμη ευεργετική. Η ενθάρρυνση της ενσυνειδητότητας, η εκπαίδευση στην ανθεκτικότητα και η παροχή πόρων για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να διαχειριστούν το άγχος πιο αποτελεσματικά. Η προώθηση αυτών των στρατηγικών μπορεί να συμβάλει στη συνολική ευημερία και ανθεκτικότητα των νοσηλευτών, ακόμη και αν δεν μειώνουν άμεσα την κόπωση.

Παρά τη σημαντικότητα των ευρημάτων της παρούσας έρευνας, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ο πρώτος περιορισμός αφορά το μέγεθος του δείγματος. Η έρευνα διεξήχθη με 100 νοσηλευτές, γεγονός που μπορεί να περιορίσει τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Παρόλο που το δείγμα είναι επαρκές για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, μεγαλύτερα δείγματα θα μπορούσαν να προσφέρουν πιο αξιόπιστα και γενικεύσιμα αποτελέσματα.

Οι συμμετέχοντες της έρευνας εργάζονται σε συγκεκριμένες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, όπως οίκους ευγηρίας και γηροκομεία, εντός μιας συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Αυτό μπορεί να περιορίσει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες περιοχές ή σε διαφορετικούς τύπους υγειονομικών ιδρυμάτων.

Η έρευνα βασίζεται σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων, γεγονός που ενέχει τον κίνδυνο υποκειμενικότητας και μεροληψίας. Οι συμμετέχοντες μπορεί να μην έχουν απαντήσει με πλήρη ειλικρίνεια ή μπορεί να έχουν παρερμηνεύσει τις ερωτήσεις. Επιπλέον, οι απαντήσεις τους μπορεί να έχουν επηρεαστεί από την τρέχουσα συναισθηματική τους κατάσταση ή από κοινωνικές επιθυμίες.

Η έρευνα αυτή είναι στατική και δεν εξετάζει τις δυναμικές αλλαγές στην ψυχολογική πίεση και τις στρατηγικές διαχείρισης πίεσης με την πάροδο του χρόνου. Μια διαχρονική μελέτη που θα παρακολουθούσε τις αλλαγές αυτές σε βάθος χρόνου θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχολογική πίεση και τις στρατηγικές διαχείρισης πίεσης.

Ορισμένες δημογραφικές ομάδες, όπως οι άνδρες νοσηλευτές, είναι υποαντιπροσωπευμένες στο δείγμα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα και να περιορίσει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών.

Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της ψυχολογικής πίεσης, της κούρασης και των στρατηγικών διαχείρισης πίεσης βασίστηκαν σε αυτοαναφορές και μπορεί να μην καλύπτουν όλες τις διαστάσεις αυτών των φαινομένων. Η χρήση πιο λεπτομερών και εξειδικευμένων εργαλείων μέτρησης θα μπορούσε να βελτιώσει την ακρίβεια και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Η έρευνα δεν λαμβάνει υπόψη πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ψυχολογική πίεση και τις στρατηγικές διαχείρισης πίεσης. Οι πολιτισμικές διαφορές και οι κοινωνικές προσδοκίες μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στις εμπειρίες και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών.

Παρά αυτούς τους περιορισμούς, τα ευρήματα της έρευνας παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τις επιπτώσεις της ψυχολογικής πίεσης και τις στρατηγικές διαχείρισης πίεσης στους νοσηλευτές που φροντίζουν άτομα με άνοια. Ωστόσο, η αναγνώριση αυτών των περιορισμών είναι σημαντική για τη σωστή ερμηνεία των αποτελεσμάτων και την κατεύθυνση μελλοντικών ερευνών.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχολογική πίεση των νοσηλευτών που φροντίζουν άτομα με άνοια, επιβεβαιώνοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την ένταση του άγχους σε αυτό το επαγγελματικό πλαίσιο. Ειδικότερα, η επαφή με τον θάνατο, η ανεπαρκής προετοιμασία, οι διαμάχες με τους ιατρούς και τους συναδέλφους, ο φόρτος εργασίας και η αβεβαιότητα για τη θεραπεία βρέθηκαν να είναι οι κύριοι στρεσογόνοι παράγοντες. Η έλλειψη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των δύο φύλων και η μη σημαντική επίδραση των στρατηγικών διαχείρισης πίεσης στην κόπωση διαφοροποιούνται από προηγούμενες μελέτες, υποδεικνύοντας την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα. Οι στρατηγικές για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας περιλαμβάνουν την ενίσχυση της στελέχωσης, τη βελτίωση της επικοινωνίας και την παροχή υποστήριξης για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών απαιτήσεων της φροντίδας. Οι ευρύτερες επιπτώσεις της έρευνας προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για τη βελτίωση της επαγγελματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών με άνοια.

Βιβλιογραφία

1. Abayon, A.A.P., Raymonds, M., Brahmabhatt, P., Samnani, S. and Hanna, F. (2024). The Impact of Dementia on the Psychosocial Well-Being of Informal Caregivers in Asia: A Scoping Review Comparing High-Income and Low–Middle-Income Countries. *Psych*, [online] 6(1), pp.260–272. doi:<https://doi.org/10.3390/psych6010016>.
2. Adriaenssens, J., de Gucht, V. and Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, [online] 49(11), pp.1411–1422. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003>.
3. Adriaenssens, J., De Gucht, V. and Maes, S. (2015). *Determinants and Prevalence of Burnout in Emergency Nurses: A Systematic Review of 25 Years of Research*. [online] International journal of nursing studies. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468279/>.
4. Akhtar, A. (2020). *Filipinos make up 4% of nurses in the US, but 31.5% of nurse deaths from COVID-19*. [online] Business Insider. Available at: <https://www.businessinsider.com/filipinos-make-up-disproportionate-covid-19-nurse-deaths-2020-9>
5. Bao, S. and Taliaferro, D. (2015). Compassion Fatigue and Psychological Capital in Nurses Working in Acute Care Settings. *International Journal for Human Caring*, 19(2), pp.35–40. doi:<https://doi.org/10.20467/1091-5710-19.2.35>.
6. Burlison, J.D., Quillivan, R.R., Scott, S.D., Johnson, S. and Hoffman, J.M. (2016). The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes. *Journal of Patient Safety*, p.1. doi:<https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000301>.
7. Burston, A.S. and Tuckett, A.G. (2013). Moral distress in nursing. *Nursing Ethics*, [online] 20(3), pp.312–324. doi:<https://doi.org/10.1177/0969733012462049>.
8. Chin, M.H. (2020). Advancing health equity in patient safety: a reckoning, challenge and opportunity. *BMJ Quality & Safety*, [online] p.bmjqs-2020-012599. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012599>.
9. Coetzee, S.K. and Klopper, H.C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), pp.235–243. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>.

10. Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M. and Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 13(6), p.e071203. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>.
11. Comas-Díaz, L., Hall, G.N. and Neville, H.A. (2019). Racial trauma: Theory, research, and healing: Introduction to the special issue. *American Psychologist*, [online] 74(1), pp.1–5. doi:<https://doi.org/10.1037/amp0000442>.
12. Cooper, C.L. and Campbell Quick, J. (2017). *The handbook of stress and health: a guide to research and practice*. Malden: Wiley Blackwell.
13. Dall’Ora, C., Ball, J., Recio-Saucedo, A. and Griffiths, P. (2016). Characteristics of shift work and their impact on employee performance and wellbeing: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 57, pp.12–27. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.007>.
14. Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M. and Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*, [online] 18(1), pp.1–17. doi:<https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>.
15. Davidson, J., Mendis, J., Stuck, A.R., DeMichele, G. and Zisook, S. (2018). Nurse Suicide: Breaking the Silence. *NAM Perspectives*, 8(1). doi:<https://doi.org/10.31478/201801a>.
16. Davidson, J.E., Proudfoot, J., Lee, K., Terterian, G. and Zisook, S. (2020). A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005–2016) With Recommendations for Action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), pp.6–15. doi:<https://doi.org/10.1111/wvn.12419>.
17. de Boer, J. (Coby), Lok, A., van’t Verlaat, E., Duivenvoorden, H.J., Bakker, A.B. and Smit, B.J. (2011). Work-related critical incidents in hospital-based health care providers and the risk of post-traumatic stress symptoms, anxiety, and depression: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 73(2), pp.316–326. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.009>.
18. Drennan, V.M. and Ross, F. (2019). Global Nurse Shortages—The Facts, the Impact and Action for Change. *British Medical Bulletin*, 130(1), pp.25–37. doi:<https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014>.
19. Dressner, M. and Kissinger, S. (2018). Occupational injuries and illnesses among registered nurses. *Monthly Labor Review*. doi:<https://doi.org/10.21916/mlr.2018.27>.

20. Duhoux, A., Menear, M., Charron, M., Lavoie-Tremblay, M. and Alderson, M. (2017). Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 25(8), pp.597–607. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.12511>.
21. Englander, H., Collins, D., Peterson-Perry, S., Rabinowitz, M., Phoutrides, E. and Nicolaïdis, C. (2018). ‘We’ve Learned It’s a Medical Illness, Not a Moral Choice’: Qualitative Study of the Effects of a Multicomponent Addiction Intervention on Hospital Providers’ Attitudes and Experiences. *Journal of Hospital Medicine*. doi:<https://doi.org/10.12788/jhm.2993>.
22. ENWHP (2018). *The Case for WHP*. [online] www.enwhp.org. Available at: <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.the-case-for-whp>.
23. Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D. and Di Lorenzo, R. (2016). The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy*, [online] Volume 9(9), pp.203–211. doi:<https://doi.org/10.2147/rmhp.s115326>.
24. Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In: *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. The Sidran Press.
25. Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists’ chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, [online] 58(11), pp.1433–1441. doi:<https://doi.org/10.1002/jclp.10090>.
26. Flaubert, J.L., Menestrel, S.L., Williams, D.R. and Wakefield, M.K. (2021). *Supporting the health and professional well-being of nurses*. [online] www.ncbi.nlm.nih.gov. National Academies Press. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573902/>.
27. Flaubert, J.L., Menestrel, S.L., Williams, D.R. and Wakefield, M.K. (2021). *Supporting the Health and Professional Well-Being of Nurses*. [online] www.ncbi.nlm.nih.gov. National Academies Press. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573902/>.
28. Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), pp.159–165. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>.
29. García-Tudela, Á., Simonelli-Muñoz, A.J., Rivera-Caravaca, J.M., Fortea, M.I., Simón-Sánchez, L., González-Moro, M.T.R., González-Moro, J.M.R., Jiménez-

- Rodríguez, D. and Gallego-Gómez, J.I. (2022). Stress in Emergency Healthcare Professionals: The Stress Factors and Manifestations Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 19(7), p.4342. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19074342>.
30. Gärtner, F.R., Nieuwenhuijsen, K., van Dijk, F.J.H. and Sluiter, J.K. (2010). The impact of common mental disorders on the work functioning of nurses and allied health professionals: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, [online] 47(8), pp.1047–1061. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.013>.
31. Gómez-Urquiza, J.L., De la Fuente-Solana, E.I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E.M. and Cañadas-De la Fuente, G.A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), pp.e1–e9. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2017508>.
32. Gould, L., Carpenter, H., Farmer, D.R., Holland, D. and Dawson, J.M. (2019). Healthy Nurse, Healthy Nation™ (HNNH): Background and first year results. *Applied Nursing Research*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.04.001>.
33. Halter, M.J., Rolin, D.G., Adamaszek, M., Ladenheim, M.C. and Hutchens, B.F. (2019). State Nursing Licensure Questions About Mental Illness and Compliance With the Americans With Disabilities Act. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, [online] 57(8), pp.17–22. doi:<https://doi.org/10.3928/02793695-20190405-02>.
34. Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals – a cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 18(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3556-1>.
35. Hinderer, K.A., VonRueden, K.T., Friedmann, E., McQuillan, K.A., Gilmore, R., Kramer, B. and Murray, M. (2014). Burnout, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress in Trauma Nurses. *Journal of Trauma Nursing*, 21(4), pp.160–169. doi:<https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000055>.
36. Hinkley, T. (2021). *Rapid development of COVID Resources, USA*. [online] ICN - International Council of Nurses. Available at: <https://www.icn.ch/news/rapid-development-covid-resources-usa> [Accessed 12 Apr. 2024].

37. Hoedl, M., Bauer, S. and Eglseer, D. (2021). Influence of nursing staff working hours on stress levels during the COVID-19 pandemic. *HeilberufeScience*. doi:<https://doi.org/10.1007/s16024-021-00354-y>.
38. Hoff, T., Carabetta, S. and Collinson, G.E. (2017). Satisfaction, Burnout, and Turnover Among Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Review of the Empirical Literature. *Medical Care Research and Review*, 76(1), pp.3–31. doi:<https://doi.org/10.1177/1077558717730157>.
39. Hughes, R. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. [online] PubMed. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21328752/>.
40. Hurst, S.A. (2008). Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? *Bioethics*, 22(4), pp.191–202. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x>.
41. International Council of Nurses (2023). *Nursing Definitions*. [online] ICN - International Council of Nurses. Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
42. Jackson, J., Vandall-Walker, V., Vanderspank-Wright, B., Wishart, P. and Moore, S.L. (2018). Burnout and resilience in critical care nurses: A grounded theory of Managing Exposure. *Intensive and Critical Care Nursing*, [online] 48(48), pp.28–35. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.002>.
43. Jordan, T.R., Khubchandani, J. and Wiblishauser, M. (2016). The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation. *Nursing Research and Practice*, [online] 2016, pp.1–11. doi:<https://doi.org/10.1155/2016/5843256>.
44. Kambhampati, A.K. (2020). COVID-19–Associated Hospitalizations Among Health Care Personnel — COVID-NET, 13 States, March 1–May 31, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, [online] 69(69(43);1576–1583). doi:<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6943e3>.
45. Kasman, D.L. (2004). When is medical treatment futile? *Journal of General Internal Medicine*, [online] 19(10), pp.1053–1056. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40134.x>.
46. Kelly, M. and Wills, J. (2018). Systematic review: What works to address obesity in nurses? *Occupational Medicine*, [online] 68(4), pp.228–238. doi:<https://doi.org/10.1093/occmed/kqy038>.

47. Khamisa, N., Peltzer, K. and Oldenburg, B. (2013). Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 10(6), pp.2214–2240. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph10062214>.
48. Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V. and Oláh, A. (2021). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, [online] 9(3). doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.936>.
49. Kowalczyk, K., Shpakou, A., Hermanowicz, J.M., Krajewska-Kulak, E. and Sobolewski, M. (2022). Strategies for Coping With Stress Used by Nurses in Poland and Belarus During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, [online] 13. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867148>.
50. Li, H., Cheng, B. and Zhu, X.P. (2018). Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Emergency Nursing*, 39, pp.46–54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>.
51. Lin, K.-C., Huang, C.-C. and Wu, C.-C. (2007). Association Between Stress at Work and Primary Headache Among Nursing Staff in Taiwan. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 47(4), pp.576–584. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00759.x>.
52. MacKusick, C.I. and Minick, P. (2010). Why are nurses leaving? Findings from an initial qualitative study on nursing attrition. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, [online] 19(6), pp.335–340. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21337990/>.
53. Maharaj, S., Lees, T. and Lal, S. (2018). Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), p.61. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>.
54. Maslach, C. (1998). A Multidimensional Theory of Burnout. *Oxford University Press eBooks*, pp.68–85. doi:<https://doi.org/10.1093/oso/9780198522799.003.0004>.
55. Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, [online] 2(2), pp.99–113. doi:<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.

56. Maslach, C., Schaufeli, W.B. and Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), pp.397–422. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.
57. McCarthy, G., Tyrrell, M.P. and Lehane, E. (2007). Intention to ‘leave’ or ‘stay’ in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15(3), pp.248–255. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00648.x>.
58. McHolm, F. (2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), pp.12–19. doi:<https://doi.org/10.1097/00005217-200611000-00003>.
59. Mealer, M., Jones, J. and Meek, P. (2017). Factors Affecting Resilience and Development of Posttraumatic Stress Disorder in Critical Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 26(3), pp.184–192. doi:<https://doi.org/10.4037/ajcc2017798>.
60. Michie, S. and Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), pp.3–9. doi:<https://doi.org/10.1136/oem.60.1.3>.
61. Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C. and Irvine, F. (2017). What is ‘moral distress’? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), pp.646–662. doi:<https://doi.org/10.1177/0969733017724354>.
62. Morrison, K.B. and Korol, S.A. (2014). Nurses’ perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), pp.3468–3477. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.12597>.
63. Moss, M., Good, V.S., Gozal, D., Kleinpell, R. and Sessler, C.N. (2016). A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), pp.106–113. doi:<https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708st>.
64. Munnangi, S., Dupiton, L., Boutin, A. and Angus, L.D.G. (2018). Burnout, Perceived Stress, and Job Satisfaction Among Trauma Nurses at a Level I Safety-Net Trauma Center. *Journal of Trauma Nursing*, 25(1), pp.4–13. doi:<https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000335>.
65. Nagel, C. and Nilsson, K. (2022). Nurses’ Work-Related Mental Health in 2017 and 2020-A Comparative Follow-Up Study before and during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 19(23), p.15569. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph192315569>.

66. Nagel, C., Westergren, A., Persson, S.S., Lindström, P.N., Bringsén, Å. and Nilsson, K. (2022). Nurses' Work Environment during the COVID-19 Pandemic in a Person-Centred Practice—A Systematic Review. *Sustainability*, 14(10), p.5785. doi:<https://doi.org/10.3390/su14105785>.
67. Nilsson, K. and Nilsson, E. (2021). Organisational Measures and Strategies for a Healthy and Sustainable Extended Working Life and Employability—A Deductive Content Analysis with Data Including Employees, First Line Managers, Trade Union Representatives and HR-Practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), p.5626. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18115626>.
68. Nimmo, A. and Huggard, P. (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*, pp.37–44.
69. Nolte, A.G., Downing, C., Temane, A. and Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), pp.4364–4378. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.13766>.
70. Nunstedt, H., Eriksson, M., Obeid, A., Hillström, L., Truong, A. and Pennbrant, S. (2020). Salutory factors and hospital work environments: a qualitative descriptive study of nurses in Sweden. *BMC Nursing*, 19(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00521-y>.
71. Oyama, Y., Yonekura, Y. and Fukahori, H. (2014). Nurse health-related quality of life: associations with patient and ward characteristics in Japanese general acute care wards. *Journal of Nursing Management*, 23(6), pp.775–783. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.12207>.
72. Parker, L.J., Fabius, C., Rivers, E. and Taylor, J.L. (2021). Is Dementia-Specific Caregiving Compared With Non-Dementia Caregiving Associated With Physical Difficulty Among Caregivers for Community-Dwelling Adults? *Journal of Applied Gerontology*, p.073346482110143. doi:<https://doi.org/10.1177/07334648211014352>.
73. Pérez-Fuentes, M. del C., Molero-Jurado, M. del M., Gázquez-Linares, J.J. and Simón-Márquez, M. del M. (2018). Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, [online] 11(1), pp.33–40. doi:<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>.

74. Pompeii, L.A., Lipscomb, H.J., Schoenfisch, A.L. and Dement, J.M. (2009). Musculoskeletal injuries resulting from patient handling tasks among hospital workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 52(7), pp.571–578. doi:<https://doi.org/10.1002/ajim.20704>.
75. Portero de la Cruz, S., Cebrino, J., Herruzo, J. and Vaquero-Abellán, M. (2020). A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), p.1007. doi:<https://doi.org/10.3390/jcm9041007>.
76. Ríos-Risquez, M.I., García-Izquierdo, M., Sabuco-Tebar, E. de los Á., Carrillo-García, C. and Solano-Ruiz, C. (2018). Connections between academic burnout, resilience, and psychological well-being in nursing students: A longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), pp.2777–2784. doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13794>.
77. Rodríguez-Alcázar, F.J., Juárez-Vela, R., Sánchez-González, J.L. and Martín-Vallejo, J. (2024). Interventions Effective in Decreasing Burden in Caregivers of Persons with Dementia: A Meta-Analysis. *Nursing Reports*, [online] 14(2), pp.931–945. doi:<https://doi.org/10.3390/nursrep14020071>.
78. Ruotsalainen, J.H., Verbeek, J.H., Mariné, A. and Serra, C. (2016). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Sao Paulo Medical Journal*, [online] 134(1), pp.92–92. doi:<https://doi.org/10.1590/1516-3180.20161341t1>.
79. Rushton, C.H. (2018). *Moral resilience: transforming moral suffering in healthcare*. New York: Oxford University Press.
80. Sabo, B.M. (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12(3), pp.136–142. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2006.00562.x>.
81. Sacco, T.L., Ciurzynski, S.M., Harvey, M.E. and Ingersoll, G.L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), pp.32–42. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2015392>.
82. Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G. and Watson, R. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), pp.946–954. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.12745>.

83. Schuster, M. and Dwyer, P.A. (2020). Post-traumatic stress disorder in nurses: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), pp.2769–2787. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15288>.
84. Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), pp.182–191. doi:<https://doi.org/10.1037/a0036090>.
85. Shiri, R., Nikunlaakso, R. and Laitinen, J. (2023). Effectiveness of Workplace Interventions to Improve Health and Well-Being of Health and Social Service Workers: A Narrative Review of Randomised Controlled Trials. *Healthcare*, [online] 11(12), p.1792. Available at: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/12/1792>.
86. Simon, C.E., Pryce, J.G., Roff, L.L. and Klemmack, D. (2006). Secondary Traumatic Stress and Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), pp.1–14. doi:https://doi.org/10.1300/j077v23n04_01.
87. Sprang, G., Clark, J.J. and Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), pp.259–280. doi:<https://doi.org/10.1080/15325020701238093>.
88. Strobbe, S. and Crowley, M. (2017). Substance Use Among Nurses and Nursing Students. *Journal of Addictions Nursing*, 28(2), p.1. doi:<https://doi.org/10.1097/jan.0000000000000150>.
89. Tarcan, M., Hikmet, N., Schooley, B., Top, M. and Tarcan, G.Y. (2017). An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Applied Nursing Research*, 34, pp.40–47. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.011>.
90. Ulrich, B., Barden, C., Cassidy, L. and Varn-Davis, N. (2019). Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Critical Care Nurse*, [online] 39(2), pp.67–84. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2019605>.
91. Ulrich, C. and Grady, C. (2019). *Moral Distress In The Health Professions*. S.L.: Springer International Pu.
92. Ulrich, C.M., Rushton, C.H. and Grady, C. (2020). Nurses Confronting the Coronavirus: Challenges Met and Lessons Learned to Date. *Nursing Outlook*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.018>.

93. United Nations (2023). *United nations sustainable development*. [online] United Nations. Available at: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>.
94. Vaismoradi, M. (2020). Nurses' Adherence to Patient Safety principles: a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 17(6), pp.1–15. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>.
95. Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S.M., van Heusden, D., Wouters, K. and Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, [online] 51(8), pp.1123–1134. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>.
96. Van der Heijden, B., Brown Mahoney, C. and Xu, Y. (2019). Impact of Job Demands and Resources on Nurses' Burnout and Occupational Turnover Intention Towards an Age-Moderated Mediation Model for the Nursing Profession. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph16112011>.
97. van Mol, M.M.C., Kompanje, E.J.O., Benoit, D.D., Bakker, J. and Nijkamp, M.D. (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLOS ONE*, [online] 10(8), p.e0136955. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>.
98. Wazqar, D.Y. (2018). Oncology nurses' perceptions of work stress and its sources in a university-teaching hospital: A qualitative study. *Nursing Open*, [online] 6(1), pp.100–108. doi:<https://doi.org/10.1002/nop2.192>.
99. Wolf, A.T., White, K.R., Epstein, E.G. and Enfield, K.B. (2019). Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 39(5), pp.38–49. doi:<https://doi.org/10.4037/ccn2019645>.
100. Wolf, L.A., Perhats, C., Delao, A.M., Moon, M.D., Clark, P.R. and Zavotsky, K.E. (2016). 'It's a Burden You Carry': Describing Moral Distress in Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), pp.37–46. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.008>.
101. Woodhead, E.L., Northrop, L. and Edelstein, B. (2014). Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Applied Gerontology*, 35(1), pp.84–105. doi:<https://doi.org/10.1177/0733464814542465>.

102. World Health Organization (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. [online] www.who.int. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>.
103. World Health Organization (2020). *State of the world's nursing report - 2020*. [online] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.
104. Worley, J. (2017). Nurses With Substance Use Disorders: Where We Are and What Needs To Be Done. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(12), pp.11–14. doi:<https://doi.org/10.3928/02793695-20171113-02>.
105. Zander, B., Aiken, L.H., Busse, R., Rafferty, A.M., Sermeus, W. and Bruyneel, L. (2016). The state of nursing in the European Union. *Eurohealth*, [online] 22(1), pp.3–6. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/332724> [Accessed 12 Apr. 2024].
106. Zhang, L., Li, M., Yang, Y., Xia, L., Min, K., Liu, T., Liu, Y., Kaslow, N.J., Liu, D.Y., Tang, Y., Jiang, F. and Liu, H. (2022). Gender differences in the experience of burnout and its correlates among Chinese psychiatric nurses during the COVID -19 pandemic: A large-sample nationwide survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), pp.1480–1491. doi:<https://doi.org/10.1111/inm.13052>.

Παράρτημα

Επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια και στρατηγικές διαχείρισης

Στο πλαίσιο διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας μου, διεξάγω έρευνα με θέμα «Επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια και στρατηγικές διαχείρισης». Η συμμετοχή σας στο ερωτηματολόγιο είναι τελείως ανώνυμη, εθελοντική και πάνω από όλα πολύτιμη για την διεξαγωγή ακέραιων συμπερασμάτων. Η συνολική διάρκεια δεν ξεπερνάει τα 10'.

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άνδρας
- ☐ Other:

2. Ποιο έτος γεννηθήκατε;

Your answer

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- ☐ Άγαμος/η
- ☐ Έγγαμος/η ή σε συμβίωση
- ☐ Διαζευγμένος/η
- ☐ Χήρος/α

4. Έχετε παιδιά κάτω των 18 ετών;

☐ Ναι

☐ Όχι

5. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

☐ Απόφοιτος/η γυμνασίου

☐ Απόφοιτος/η λυκείου

☐ Απόφοιτος/η ΤΕΙ

☐ Απόφοιτος/η ΑΕΙ

☐ Κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος

☐ Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος

6. Πόσα έτη εργάζεστε;

Your answer

7. Ποιο είναι το μηνιαίο σας εισόδημα;

☐ 0 έως 600 ευρώ

☐ 601 έως 1200 ευρώ

☐ 1201 έως 1800 ευρώ

☐ 1801 ευρώ +



8. Ποια είναι η εργασιακή σας θέση;

- ☐ Προϊστάμενος/η
- ☐ Νοσηλευτής/τρια
- ☐ Βοηθός νοσηλευτή
- ☐ Υπεύθυνος Α
- ☐ Υπεύθυνος Β

9. Ποιο είναι το ωράριο εργασίας σας;

- ☐ Μόνο πρωινή βάρδια
- ☐ Πρωινή και απογευματινή βάρδια
- ☐ Πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια

10. Σε ποιο τμήμα του νοσοκομείου εργάζεστε;

Your answer

Next

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.

This content is neither created nor endorsed by Google. [Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Privacy Policy](#)

Google Forms



Πόσο στρεσογόνες σας είναι οι παρακάτω καταστάσεις; (1= καθόλου στρεσογόνα, 5= εξαιρετικά στρεσογόνα)

	1	2	3	4	5
Εκτέλεση επίπονων διαδικασιών για τους ασθενείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κριτική από έναν ιατρό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αίσθημα ανεπαρκούς προετοιμασίας για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών της οικογένειας του ασθενούς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έλλειψη ευκαιριών για ανοιχτή συζήτηση για τα προβλήματα στο χώρο εργασίας με το προσωπικό/ συναδέλφους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διαμάχη με έναν προϊστάμενο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ανεπαρκής ενημέρωση σχετικά με την κλινική κατάσταση ενός ασθενούς από τους ιατρούς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παράλογες απαιτήσεις από τους ασθενείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Σεξουαλική

παρενόχληση σε βάρος σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αίσθημα ανεπάρκειας/ ανικανότητας σε περίπτωση μη βελτίωσης του ασθενούς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διαμάχη με έναν ιατρό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ερωτήσεις από τους ασθενείς για τις οποίες δεν έχετε μια ικανοποιητική απάντηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έλλειψη ευκαιριών για ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων με συναδέλφους στο χώρο εργασίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Απρόβλεπτος/ ασταθής αριθμός προσωπικού και ασταθές πρόγραμμα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εντολή ιατρού για χορήγηση θεραπείας η οποία φαίνεται να είναι ακατάλληλη για έναν ασθενή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παράλογες απαιτήσεις από την πλευρά της οικογένειας του ασθενούς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αίσθημα διάκρισης εις βάρος σας λόγω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ψυχικής ή
εθνικότητας

Το να ακούτε ή να
συνομιλείτε με
έναν ασθενή για
τον επικείμενο
θάνατο

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Φόβος για την
πιθανότητα
λάθους στη
χορήγηση της
θεραπείας των
ασθενών

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Αίσθημα
ανεπαρκούς
προετοιμασίας
όσον αφορά την
κάλυψη των
συναισθηματικών
αναγκών ενός
ασθενή

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Έλλειψη
ευκαιριών που
αφορούν την
εξωτερίκευση
των αρνητικών
συναισθημάτων
για έναν ασθενή
στους
συναδέλφους της
ίδιας μονάδας/
τμήματος

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Δυσκολία στη
συνεργασία με
έναν
συγκεκριμένο
νοσηλευτή (ή
νοσηλευτές) στο
άμεσο εργασιακό
σας περιβάλλον

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Δυσκολία στη
συνεργασία με
έναν
συγκεκριμένο
νοσηλευτή (ή
νοσηλευτές) στο
έμμεσο

☐ ☐ ☐ ☐ ☐


εργασιακό σας
περιβάλλον

Ανεπαρκής
χρόνος για την
παροχή
συναισθηματικής
υποστήριξης
στους ασθενείς

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Απουσία ιατρού
σε ένα ιατρικό
επείγον
περιστατικό

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Το να
κατηγορείστε για
οτιδήποτε δεν
λειτουργεί
σωστά

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Αίσθημα
διάκρισης εις
βάρος σας λόγω
φύλου

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ο θάνατος ενός
ασθενή

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Διαφωνία
σχετικά με τη
θεραπευτική
αγωγή ενός
ασθενή

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Αίσθημα
ανεπαρκούς
εκπαίδευσης για
την εκτέλεση
των καθηκόντων
σας

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Έλλειψη
υποστήριξης από
τον προϊστάμενό
σας

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Κριτική από έναν
προϊστάμενο

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ανεπαρκής
χρόνος για την



εκπλήρωση την
νοσηλευτικών
σας καθηκόντων

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Το να μην
γνωρίζετε τι
πρέπει να πείτε
για την
κατάσταση της
υγείας και τη
θεραπεία ενός
ασθενή τόσο
στον ίδιο, όσο και
στην οικογένειά
του

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Η ευθύνη του να
είστε εσείς
υπεύθυνος να
αντιμετωπίσετε
τις οικογένειες
των ασθενών

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Η αντιμετώπιση
βίαιων ασθενών

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Έκθεση σε
παράγοντες
κινδύνου για την
υγεία και την
ασφάλειά σας

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ο θάνατος ενός
ασθενή με τον
οποίο είχατε
αναπτύξει μια
κοντινή σχέση

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Λήψη
αποφάσεων που
αφορούν έναν
ασθενή σε
περίπτωση
απουσίας ιατρού

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Θέση ευθύνης με
ανεπαρκή
εμπειρία

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Έλλειψη
υποστήριξης από
τη διοίκηση
νοσηλευτικού



προσωπικού

Πληθώρα μη νοσηλευτικών καθηκόντων, όπως η δουλειά γραφείου

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ανεπαρκές προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του τμήματος

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Αβεβαιότητα που αφορά στη λειτουργία και λειτουργικότητα εξειδικευμένων μηχανημάτων

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Αντιμετώπιση υβριστικών ασθενών

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Ανεπαρκής χρόνος για την κάλυψη των αναγκών των οικογενειών των ασθενών

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Να θεωρείστε υπεύθυνος για πράγματα για τα οποία δεν έχετε τον έλεγχο

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Απουσία ιατρών όταν ένας ασθενής πεθαίνει

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Το να πρέπει να οργανώσετε τη δουλειά των ιατρών

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση του νοσοκομείου

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Δυσκολία συνεργασίας με νοσηλευτές του αντίθετου φύλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Απαιτήσεις για την καταχώρηση στοιχείων του ασθενούς στο ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αντιμετώπιση ύβρεων από τις οικογένειες των ασθενών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το να βλέπετε έναν ασθενή να υποφέρει	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κριτική από τη νοσηλευτική διοίκηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έπαρξη ανάγκης να εργάζεστε στο διάλειμμά σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Φόβος για το εάν η οικογένεια του ασθενούς σας κάνει αναφορά για ανεπαρκή φροντίδα/περίθαλψη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λήψη αποφάσεων υπό πίεση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Λήψη αποφάσεων υπό πίεση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Διαβάστε κάθε πρόταση παρακάτω και απαντήστε, βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει πόσο συχνά κάνατε αυτό που λέει η πρόταση: δηλαδή για το «ποτέ» θα βάλετε σε κύκλο το 0, για το «σπάνια» θα βάλετε σε κύκλο το 1, για το «μερικές φορές» θα βάλετε σε κύκλο το 2 και το «συχνά» θα βάλετε σε κύκλο το 3.

	0	1	2	3
Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περίμενα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συμβιβάζομουν ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ασκούσα κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ήλπιζα πως θα γίνει ένα θαύμα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αποδεχόμουν τη μοίρα μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνέχιζα σαν να				

6/30/24, 2:00 PM

Επιπτώσεις της ψυχολογικής και σωματικής πίεσης στους νοσηλευτές των ατόμων με άνοια και στρατηγικές διαχείρισης

μην συμραινει
τίποτα.

☐☐☐☐

Προσπαθούσα να
κρατήσω τα
συναισθήματα
μου για τον
εαυτό μου.

☐☐☐☐

Προσπαθούσα να
δω τη θετική
πλευρά των
πραγμάτων.

☐☐☐☐

Εξέφραζα το
θυμό μου στο
πρόσωπο που
δημιούργησε το
πρόβλημα.

☐☐☐☐

Αποδεχόμουν την
συμπάθεια και
την κατανόηση
των γύρω μου.

☐☐☐☐

Εμπνεόμουν να
κάνω κάτι
δημιουργικό.

☐☐☐☐

Προσπαθούσα να
ξεχάσω το όλο
θέμα.

☐☐☐☐

Σκεφτόμουν ότι
οι δυσκολίες με
κάνουν πιο
ώριμο.

☐☐☐☐

Περίμενα να δω
τι θα συμβεί πριν
κάνω οτιδήποτε.

☐☐☐☐

Άφηνα τα
συναισθήματα
μου να
ξεσπάσουν με
κάποιον τρόπο.

☐☐☐☐

Έβγαينا από
αυτήν την
εμπειρία
καλύτερος /η
από πριν.

☐☐☐☐

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd7SCSiCQF5tbKIVrQGrTEVb2aanlpCqmww80wDVHVtEq6cng/formResponse>

3/7

Μιλούσα με
κάποιον που
μπορούσε να
κάνει κάτι
συγκεκριμένο για
μένα.

☐☐☐☐

Τολμούσα κάτι
πολύ
ριψοκίνδυνο.

☐☐☐☐

Εύρισκα
παρηγοριά στην
πίστη μου στο
Θεό

☐☐☐☐

Ανακάλυπτα ξανά
τι είναι
σημαντικό στη
ζωή.

☐☐☐☐

Άλλαζα κάτι
ώστε να πάνε
καλά τα
πράγματα.

☐☐☐☐

Ζητούσα τη
συμβουλή ενός
συγγενή ή ενός
φίλου που
σέβομαι.

☐☐☐☐

Προσπαθούσα να
ελαφρύνω την
κατάσταση, να
μην την πάρω
πολύ στα
σοβαρά.

☐☐☐☐

Μιλούσα σε
κάποιον για το
πώς νιώθω

☐☐☐☐

Πείσμωννα και
πολεμούσα να
πετύχω ότι
ήθελα.

☐☐☐☐

Ξεσπούσα στους
άλλους.

Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειες μου για να πετύχω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έβρισκα μία-δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ότι έχει συμβεί ή το πώς ένοιωθα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προσευχόμουν	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μιλούσα σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ/ Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Η ενεργητικότητά μου μειώνεται όταν είμαι κουρασμένος/η	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η σωματική άσκηση μου φέρνει κούραση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κουράζομαι εύκολα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση παρεμποδίζει τις δραστηριότητές μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση μου προκαλεί συχνά προβλήματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση δεν μου επιτρέπει παρατεταμένη σωματική δραστηριότητα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση με εμποδίζει να εκτελέσω ορισμένα καθήκοντά μου ή να φέρω σε πέρας μερικές υποχρεώσεις μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση είναι ένα από τα τρία πιο σοβαρά μου συμπτώματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση παρεμποδίζει τη δουλειά μου, την οικογενειακή ή την κοινωνική μου ζωή.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η κούραση παρεμποδίζει την κοινωνική μου ζωή.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>